รายงานผลการจัดงาน และมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ครั้งที่ ๑๙

พ.ศ. ๒๕๖๙

ระหว่างวันที่ ๒๘ – ๒๙ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๙
ณ อาคารอิมแพ็ค ฟอรั่ม เมืองทองธานี จังหวัดนนทบุรี



นโยบายสาธารณะเชิงบวกด้วยหัวใจ

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

รายงานผลการจัดงานและมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๙ พ.ศ. ๒๕๖๙

บรรณาธิการบริหาร	สุเทพ เพชรมาก	ทิพิชา โปษยานนท์	สุทธิพงษ์ วสุโสภาพล
	อภิชาติ รอดสม	วรัญญู สัตยวงศ์ทิพย์	ปรีดา แต้อารักษ์
บรรณาธิการ	สมเกียรติ พิทักษ์กมลพร	นันทิยา ลิ่วลักษณ์	แคทรียา การาม
	ฐิติมา สุวัตถิ	กชพร นิลปักษ์	ชลาลัย จันทวดี
กองบรรณาธิการ	จารึก ไชยรักษ์	นาตยา พรหมทอง	เตชิต ชาวบางพรหม
	ทรงพล ตุละทา	ณนุต มธุรพจน์	บัณฑิต มั่นคง
	สุภาภรณ์ ดำรงพันธ์	ณรงค์ กฤดิขจรกรกุล	พรสิรี จิตรถเวช
	ธัญญาภรณ์ บุญแสน	สิระกาญจน์ มโนทัศนันท์	ยุวลักษณ์ เหมะวิบูลย์
	สัณหกิจ รัตนกุล	วศะมนต์ สุขสุมิตร	รัตติกาล มหาชล
	ณภัทร คูหาพัฒนกุล	ภชภณ ไทยสวัสดิ์	สิริกร เค้าภูไทย
	วิไลวรรณ สิริสุทธิ์	ปรางทิพย์ เนตรน้อย	นภินทร ศิริไทย
	พรทิพย์ เชื้องาม	นภาพร แจ่มทับทิม	ขัติยาภรณ์ แสนภูมี
	รัตนา เอิบกิ่ง	สิริรัฐ รัฐเลิศกานต์	ชนัญชิดา จันทร์หมื่น
	ชูชาติ ตรีรัถยานนท์	พรมประสิทธิ์ ธรรมกรณ์	จักรรินทร์ สีมา
	ทิพย์ไพลิน คำดี	ภานุวัฒน์ เดชานุภานนท์	กนกวรรณ รับพรดี
	บุณยวรีย์ หงษ์ทอง	วรรณวิมล ขวัญยาใจ	ศิริธร อรไชย
	กรฤทธิ ชุมนูรักษ์	ปรานอม โอสาร	อภิลภัสร์ เดชกมล
	พฤกษา สินลือนาม	สุวิชา ทวีสุข	ปุณยภา ชัยรัตนฤกษ์ดี
	อาทิตย์ กมุลทะรา	กันตภาส กังสุวรรณ	
ออกแบบปกและจัดหน้า	วันทนีย์ มณีแดง		
จัดพิมพ์และเผยแพร่โดย	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ชั้น ๓ อาคารสุขภาพแห่งชาติ เลขที่ ๘๘/๓๙ หมู่ ๔ ซ.ติวานนท์ ๑๔ ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐ โทรศัพท์ ๐ ๒๘๓๒ ๙๐๐๐ ไปรษณีย์อิเล็คทรอนิกส์ nhco@saraban.mail.go.th เว็บไซต์ http://www.nationalhealth.or.th www.samatcha.org		
ISBN	๙๗๘-๖๑๖-๕๖๙-๐๕๖-๐		
พิมพ์ที่	ห้างหุ้นส่วนจำกัด วนิดาการพิมพ์ (สาขาที่ ๑) ๑๓๔/๗๓ หมู่ ๔ ซอยเรวดี ๔๖/๓ ถนนเรวดี ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐ โทรศัพท์ ๐๘๑ ๗๘๓ ๘๕๖๙		
พิมพ์ครั้งที่ ๑	พฤศจิกายน ๒๕๖๙		
จำนวนพิมพ์	๑,๕๐๐ เล่ม		

สารจากประธาน
กรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๙ พ.ศ. ๒๕๖๙



การจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๙ ภายใต้ประเด็นหลัก **“สังคมอยู่ดีมีพลัง: นโยบายสาธารณะเชิงบวกด้วยหัวใจ”** เป็นอีกก้าวสำคัญของการร่วมกำหนดอนาคตสังคมไทย เพื่อสร้างสังคมที่ผู้คนมีสุขภาวะที่ดี มีโอกาสดำเนินชีวิตอย่างมีคุณค่า และเติบโตไปพร้อมกับการเปลี่ยนแปลงอย่างยั่งยืน

ดิฉันเชื่อว่า การสร้างสังคมอยู่ดีมีพลังต้องก้าวข้ามการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า ไปสู่การสร้างระบบนิเวศทางสังคมที่เอื้อต่อสุขภาวะของทุกคน เพราะสุขภาวะเชื่อมโยงกับทั้งนโยบาย เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และความสัมพันธ์ระหว่างผู้คน นโยบายสาธารณะที่ดีจึงต้องเข้าใจชีวิตและความต้องการที่หลากหลาย ลดความเหลื่อมล้ำ และเปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนร่วมสร้างการเปลี่ยนแปลง

มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๙ ทั้ง ๓ เรื่อง สะท้อนแนวคิดดังกล่าวในมิติที่เชื่อมโยงกับชีวิตผู้คน ได้แก่ **การสร้างสุขภาวะด้วยธรรมชาติ** ที่ส่งเสริมความสัมพันธ์เกื้อกูลระหว่างคนกับธรรมชาติ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและสิ่งแวดล้อมที่ยั่งยืน **การยกระดับระบบนิเวศช่วงเปลี่ยนผ่านสู่การทำงานของกลุ่มเริ่มต้นทำงาน (First Jobber)** ที่มุ่งสร้างโอกาสและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเริ่มต้นทำงานอย่างมีคุณภาพและมั่นคง และ **ฮีลใจคนรุ่นใหม่: เสริมพลังคนรุ่นใหม่ผ่านระบบสุขภาวะทางจิตเชิงรุกและมีส่วนร่วม** ที่มุ่งพัฒนาระบบส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาวะทางจิตที่เข้าถึงได้ พร้อมส่งเสริมบทบาทของคนรุ่นใหม่ในการออกแบบและขับเคลื่อนระบบที่เกี่ยวข้องกับตนเอง

แม้ทั้ง ๓ เรื่องมีเป้าหมายต่างกัน **แต่มีหัวใจร่วมกัน คือการสร้างสังคมที่ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง** มองเห็นศักยภาพของผู้คนทุกช่วงวัย และสร้างโอกาสให้ทุกคนมีชีวิตที่ดีอย่างเป็นธรรม ดิฉันเชื่อมั่นว่าพลังของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติไม่ได้อยู่เพียงการได้มาซึ่งมติหรือข้อเสนอเชิงนโยบาย แต่อยู่ที่การเรียนรู้ การรับฟังความเห็นที่แตกต่าง และการสร้างความร่วมมือและความเป็นเจ้าของร่วมกัน เพราะการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืนจะเกิดขึ้นได้ เมื่อประชาชนมีส่วนร่วมทั้งในการกำหนดและขับเคลื่อนนโยบาย

ในโอกาสนี้ ดิฉันขอขอบคุณทุกภาคส่วนและภาคีเครือข่ายที่ร่วมขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๙ ความสำเร็จของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติจะเกิดขึ้นอย่างแท้จริงเมื่อทุกภาคส่วนนำมติไปสู่การปฏิบัติทั้งในระดับนโยบาย และระดับพื้นที่ เพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน

เพราะสังคมที่อยู่ดีมีพลังเกิดจากหัวใจและพลังของทุกคนที่ร่วมกันสร้างสังคมที่เห็นคุณค่าของชีวิต เกื้อกูลกัน และเติบโตไปด้วยกันอย่างยั่งยืน

แพทย์หญิงพรรณพิมล วิปุลากร
ประธานกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๙ พ.ศ. ๒๕๖๙

คำนำ

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ(National Health Assembly) เป็นกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม ที่จัดขึ้นตามตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ โดยในมาตรา ๓ สมัชชาสุขภาพ ระบุว่า หมายถึง“กระบวนการที่ให้ประชาชนและหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้องได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์ เพื่อนำไปสู่การเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ หรือความมีสุขภาพของประชาชน โดยจัดให้มีการประชุม อย่างเป็นระบบ และอย่างมีส่วนร่วม”

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ได้จัดขึ้นปีละครั้งนับตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๑ – ๒๕๖๙ รวม ๑๙ ครั้ง เครือข่ายสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ได้มีฉันทมติร่วมกัน ไปแล้ว ๑๐๖ มติ สำหรับ ครั้งที่ ๑๙ ได้จัดกระบวนการพัฒนานโยบายทั้ง ๓ ประเด็น ซึ่งมีผู้เข้าร่วมในระหว่างกระบวนการรวมกว่า ๕,๓๐๐ คน ในวันประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่จัดขึ้นระหว่างวันที่ ๒๘ – ๒๙ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๙ ณ อาคารอิมแพ็ค ฟอรั่ม เมืองทองธานี จังหวัดนนทบุรี มีผู้เข้าร่วมประชุมทั้งสิ้น จำนวน ๒,๙๕๑ คน โดยเป็นผู้เข้าร่วม ณ สถานที่จัดประชุม จำนวน ๒,๒๘๕ คน และเข้าร่วมประชุมออนไลน์ จำนวน ๖๖๖ คน นอกจากนี้ ยังมีผู้รับชมกิจกรรมต่าง ๆ ในงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๙ ผ่าน Facebook Live และช่องทางออนไลน์ต่าง ๆ รวมจำนวน ๒๓๒,๑๙๘ บัญชีผู้ใช้ ได้มีฉันทมติ จำนวน ๓ มติ ได้แก่

สมัชชาสุขภาพ ๑๙ มติที่ ๑ การสร้างสุขภาวะด้วยธรรมชาติ
(Promoting Well-being through Nature)

สมัชชาสุขภาพ ๑๙ มติที่ ๒ การยกระดับระบบนิเวศช่วงเปลี่ยนผ่านชีวิตของกลุ่มเริ่มต้นทำงาน
(Leveraging the Transition-to-Work Ecosystem for First Jobbers)

สมัชชาสุขภาพ ๑๙ มติที่ ๓ ฮีลใจคนรุ่นใหม่: เสริมพลังคนรุ่นใหม่ผ่านระบบสุขภาวะทางจิตเชิงรุกและมีส่วนร่วม
(New Gen, Find Your Zen: Empowering Young People through
a Proactive and Participatory Mental Well-being System)

หนังสือรายงานผลการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๙ พ.ศ. ๒๕๖๙ เล่มนี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อใช้ในการอ้างอิงข้อเสนอเชิงนโยบายและนำไปเป็นกรอบทิศทางการพัฒนาและขับเคลื่อนในทางปฏิบัติของเครือข่าย หน่วยงานต่าง ๆ ตลอดจนเป็นประโยชน์ต่อผู้สนใจทั่วไป ประกอบด้วย ๔ ส่วนหลัก ได้แก่ (๑) การพัฒนานโยบายสาธารณะ (๒) ปาฐกถาพิเศษ (๓) รายงานความก้าวหน้าการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่ผ่านมา และ (๔) กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๙ พ.ศ. ๒๕๖๙

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ขอขอบคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิ คณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ คณะทำงาน ตลอดจนภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ที่ได้ร่วมกันสานพลังความคิดและทุ่มเทอย่างเต็มกำลัง ความสามารถในการพิจารณาและให้ข้อเสนอแนะต่าง ๆ ร่วมกันในการพัฒนานโยบายสาธารณะ และหวังเป็นอย่างยิ่งว่า เอกสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับหน่วยงาน องค์กร และภาคีเครือข่ายสำหรับใช้ในการอ้างอิง และขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติสู่การปฏิบัติ ตลอดจนการถ่ายทอดคุณค่าและความหมายของมติให้เป็นพลังทวีคูณ ซึ่งจะเป็นส่วนหนึ่งของการสร้างสรรค์สังคมสุขภาวะของประเทศที่ดียิ่งขึ้นต่อไป

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
พฤศจิกายน ๒๕๖๙

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ: กลไก กระบวนการ นโยบายสาธารณะในบริบทสังคมที่เปลี่ยนแปลง

โลกในทุกวันนี้ ทุกอย่างเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ไม่ว่าจะเป็นด้านเทคโนโลยี ด้านสังคม ประชากร ด้านสุขภาพ ด้านการสื่อสาร และด้านสิ่งแวดล้อมและสภาพภูมิอากาศ ทำให้วิถีชีวิตและบริบททางสังคมของผู้คนต้องเปลี่ยนไป รวมถึงด้านการเมือง การมีส่วนร่วมของประชาชน ดังที่เราเห็นในสื่อต่าง ๆ จากทั่วโลก ซึ่งประเทศไทยก็รวมอยู่ในการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้ด้วยเช่นกัน

ความรวดเร็วของสังคม ทำให้ปฏิสัมพันธ์ของคนในสังคม และของประชาชนกับรัฐเกิดการปรับเปลี่ยนรูปแบบไปอย่างมาก กระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๙ นี้ คำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และมีความพยายามในการปรับกระบวนการให้เท่าทันกับยุคสมัย และ เทคโนโลยี ทั้งการปรับกระบวนการที่ผสานการประชุมบนระบบออนไลน์ที่เปิดโอกาสให้เครือข่ายจากทั่วประเทศได้เข้าร่วมกระบวนการพัฒนาข้อเสนอนโยบาย การริเริ่มกระบวนการสมัชชาสุขภาพคนรุ่นใหม่ที่สร้างกระบวนการ เปิดพื้นที่ให้เยาวชนคนรุ่นใหม่ได้เข้ามาเป็นผู้กำหนดนโยบายด้วยตัวเอง ไม่ใช่เป็นเพียงผู้ให้ความเห็น

การปรับกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติให้สามารถโอบรับกลุ่มคน ภาคีใหม่ ๆ ในสังคมให้เข้ามาใช้พื้นที่สร้างสรรค์นโยบายร่วมกัน จำเป็นต้องปรับ สร้างความยืดหยุ่นของกระบวนการมากยิ่งขึ้น เพื่อให้กระบวนการเหมาะกับคนกลุ่มต่างๆ ดังเช่นที่เกิดในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๙ นี้ ทั้งกระบวนการสมัชชาสุขภาพคนรุ่นใหม่ ขั้นตอนกระบวนการพิจารณาระเบียบวาระที่ปรับเพิ่มเติมช่องทางการให้ความเห็นที่หลากหลาย รองรับทั้งคนที่ถนัดและไม่ถนัดในการใช้เทคโนโลยี รวมถึงกิจกรรมต่างๆ ในงานสมัชชาฯ ที่สะท้อนบทบาทคนทุกเพศทุกวัย

การปรับเปลี่ยนในปีนี้เป็นอีกหนึ่งจุดของการปรับตัวของกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คจ.สช.) และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติยังต้องพัฒนากระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงของสังคมที่นับวันยิ่งรวดเร็วและรุนแรงยิ่งขึ้น ซึ่งคงต้องอาศัยความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในการร่วมกันคิด ร่วมพัฒนากระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมให้มีประสิทธิภาพตามแนวคิดสามเหลี่ยมเขยื้อภูเขา เพื่อให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติยังคงเป็นพื้นที่แห่งการมีส่วนในการร่วมกันกำหนดนโยบายสาธารณะของทุกคนต่อไป

ฝ่ายเลขานุการ
คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ


สัง คม อยู่ ดี มี พลัง
นโยบายสาธารณะเชิงบวกด้วยหัวใจ
สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 19


สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
สัง
คม
อยู่
ดี
มี
พลัง
NHA 19
สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 19

สารบัญ

	หน้า
สารจากประธานกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๙ พ.ศ. ๒๕๖๙	๒
คำนำ	๓
สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ: กลไก กระบวนการ นโยบายสาธารณะในบริบทสังคมที่เปลี่ยนแปลง	๔
กระบวนการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ	๑๐
ปาฐกถาพิเศษ	
ปาฐกถาพิเศษ “ร่วมผนึกพลังทุกภาคส่วน...ก้าวสู่ระบบสุขภาพไทยที่ยั่งยืน”	๑๒
ปาฐกถาพิเศษ “ประเทศไทยในโลกใหม่: สร้างสังคมที่มีพลังด้วยนวัตกรรมและหัวใจ”	๑๖
พิธีมอบรางวัลแก่หน่วยงานและองค์กรที่ขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม	๒๑
มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๙ พ.ศ. ๒๕๖๙	๒๗
• มติ ๑๙.๑ การสร้างสุขภาวะด้วยธรรมชาติ (Promoting Well-being through Nature)	๒๙
• มติ ๑๙. ๒ การยกระดับระบบนิเวศช่วงเปลี่ยนผ่านชีวิตของกลุ่มเริ่มต้นทำงาน (Leveraging the Transition-to-Work Ecosystem for First Jobbers)	๘๔
• มติ ๑๙. ๓ ฮีลใจคนรุ่นใหม่: เสริมพลังคนรุ่นใหม่ผ่านระบบสุขภาวะทางจิตเชิงรุกและมีส่วนร่วม (New Gen, Find Your Zen: Empowering Young People through a Proactive and Participatory Mental Well-being System)	๑๕๐
รายงานความก้าวหน้าของการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่ผ่านมา	๑๘๘
• มติ ๑๖.๑ ระบบสุขภาวะทางจิตเพื่อสังคมไทยไร้ความรุนแรง (Mental Well-being system for non-violent Thai society)	๑๙๑
• มติ ๑๗.๑ พลิกโฉมกำลังคนเพื่อสังคมสุขภาวะ (Transforming Workforce for Healthy Society)	๑๙๑
• มติ ๑๗.๒ การท่องเที่ยวแนวใหม่ สู่สุขภาวะและเศรษฐกิจไทยยั่งยืน (New tourism approach toward sustainable economy and well-being)	๑๙๒

หน้า

เสวนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับประเด็นที่สังคมให้ความสนใจ ๑๙๔

- เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างภาคส่วนเพื่อ “การพัฒนาที่ยั่งยืน” ของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๙ Thailand sustainable Development forum 2026 (TSD2026) ๑๙๕
- การสานพลังสร้างสภาพแวดล้อมเพื่อสุขภาวะ (NCD Ecosystem) และประกาศเจตนารมณ์ร่วมขับเคลื่อนสุขภาวะมุสลิม ๑๙๘
- เสริมพลังท้องถิ่นด้วยการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ๑๙๙
- การพัฒนาระบบคุ้มครองกลุ่มเสี่ยงผู้สูงอายุที่จะเสียชีวิตอย่างโดดเดี่ยวของประเทศไทย ๒๐๐
- การเตรียมความพร้อมระบบการจัดการภัยพิบัติ ๒๐๑
- สานพลังท้องถิ่น สร้างเด็กไทยคุณภาพ จากสุขภาพช่องปากสู่สุขภาวะเด็กปฐมวัย ๒๐๒
- Connecting Power: เชื่อมคน เชื่อมงาน เชื่อมนโยบายสุขภาวะไทย ๒๐๓
- The Secret Sauce of Social Participation: From Local Success to Global Impact สูตรลับแห่งการมีส่วนร่วม: ปรุงพลังจากพื้นที่ สู่การเปลี่ยนแปลงระดับโลก ๒๐๔
- เวทีร่วมออกแบบประเทศไทย: Blueprint ระบบนโยบายที่ประชาชนมีส่วนร่วม ๒๐๕
- Youth Voice, Network Power, Policy Change เสียงเยาวชน พลังเครือข่าย สู่การเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบาย ๒๐๖
- สานพลังไทย รับมือสังคมสูงวัยไปด้วยกัน จากนโยบายสู่การปฏิบัติ ๒๐๗
- การสร้างฉากทัศน์และพัฒนาข้อเสนอนโยบายรองรับสังคมสูงวัยระดับสุดยอดของประเทศไทย ๒๐๘
- Geopolitics, International Trade and Health Conference 2026 (GITH Conference 2026) ภูมิรัฐศาสตร์ การค้าระหว่างประเทศ และสุขภาพ ประจำปี ๒๕๖๙ ๒๐๙
- สานพลังขับเคลื่อนนโยบายเขตสุขภาพเพื่อประชาชน ๒๑๐
- เปิดตัวธรรมนูญสุขภาวะคนข้ามเพศฉบับภาษาอังกฤษ Official Launch of the English Version of the Transgender Well-being Charter 2026 ๒๑๑
- สายน้ำป่วย ระบบสุขภาพเปลี่ยน: วิกฤตมลพิษ ข้ามพรมแดนและอนาคตลุ่มน้ำไทย ๒๑๒
- ใครกำหนดสุขภาพเรา? เมื่อธุรกิจเป็นพลังสร้างสุขภาวะ ๒๑๓
- First Jobber กับความคาดหวังของตนเองและสังคม ๒๑๔
- ยา ๘ ขนาน สังหาร NCDs ๒๑๕
- “เสียงของชีวิต พลังของชุมชน” เชื่อม Living Will กับการดูแลชุมชน ๒๑๖
- พินัยกรรมชีวิต วิถีพุทธ (Buddhist Living Will) อยู่ดี ตายดี เกิดดี ไม่เกิดไม่ตายดีที่สุด ๒๑๗
- HIV New Wave: โจทย์ใหม่ที่สังคมต้องมองให้ทัน ๒๑๘
- Young Care ยังดูแลผู้สูงวัย ๒๑๙
- อาบป่า...เมื่อธรรมชาติเยียวยาเราทุกคน ๒๒๐
- First Jobbers ถ้ารอดจากมหาลัยได้ ทำอย่างไรจึงสนุกในออฟฟิศและสังคม ๒๒๑
- อัศวินโต๊ะกลมแห่งอนาคตประเทศไทย (Knights of Thailand’s Future) ๒๒๒

หน้า

หน่วยงานภาคีร่วมจัดนิทรรศการ ๒๒๓

- Connecting Power: เชื่อมคน เชื่อมงาน เชื่อมนโยบายสุขภาวะไทย ๒๒๔
  โดย เครือข่ายนักสานพลังสร้างสุขภาวะ (คนส.)
- องค์กรสุขภาวะ (Happy Workplace) ๒๒๕
  โดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ๒๒๖
  โดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
- ระบบสุขภาวะทางจิตเพื่อสังคมไทยไร้ความรุนแรง ๒๒๗
  โดย กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต
- การขับเคลื่อนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนของประเทศไทย: ความรู้ x นโยบาย x สังคม เพื่อความยั่งยืน ๒๒๘
  โดย มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP Foundation)
- ระบบนิเวศวิสาหกิจสร้างเสริมสุขภาวะ ๒๒๙
  “มติสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น การจัดการปัจจัยเชิงพาณิชย์เพื่อสุขภาวะประชาชน”
  โดย มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP Foundation)
- คณะกรรมการศึกษาแนวทางการส่งเสริมความปลอดภัย ป้องกัน และลดอุบัติเหตุบนท้องถนน ๒๓๐
  อย่างยั่งยืน (คศป.) ศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม “บ้านพักใจ”
  โดย มูลนิธิกู้ภัยร่มไทร
- ชาวเพชรบุรีสุขภาพดี ด้วยวิถีสุขภาวัฒน์ ๒๓๑
  โดย โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
- ฉลากจริงใจกับเด็กไทยรู้ทันโฆษณาและการตลาดอาหาร ๒๓๒
  โดย มูลนิธิสานสุข
- ระบบข้อมูลเฝ้าระวังและติดตามสุขภาวะของประชากรและสังคมโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ๒๓๓
  และปัญญาประดิษฐ์ (AI)
  โดย สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) และภาคีเครือข่าย
- “อ่าวปัตตานีโมเดล” จากนโยบายสู่พื้นที่: พหุภาคีการขับเคลื่อนเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน ๒๓๔
  โดย โครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ United Nations Development Programme
  (UNDP THAILAND)
- HIA เครื่องมือจัดการภัยพิบัติ และเฝ้าระวังผลกระทบสุขภาพสำหรับชุมชน ๒๓๕
  โดย สมัชชาจังหวัดพระนครศรีอยุธยา และคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- โครงการภาคีอาสา เพื่อพัฒนาจังหวัดเข้มแข็ง ๒๓๖
  โดย ศูนย์นวัตกรรมนโยบายสุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)
- การรับบริจาคดวงตาและอวัยวะ ๒๓๗
  โดย ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย

หน้า

- Last Photo: ภาพถ่ายและบทสนทนาเพื่อชวนคุยเรื่องความตาย ๒๓๘
  โดย คุณธำรงรัตน์ บุญประยูร
- สมัชชาหน้าไมค์ ๒๓๙
  โดย สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) และภาคีเครือข่าย

พิธีปิดการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๙ พ.ศ. ๒๕๖๙ ๒๔๐
โดย แพทย์หญิงพรรณพิมล วิปุลากร ประธานกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๙ พ.ศ. ๒๕๖๙

การแสดงวิจิตรศิลป์แผ่นดินสยาม ๒๔๒
โดย บ้านรักษ์ไทย บางใหญ่

สรุปภาพรวมการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๙ พ.ศ. ๒๕๖๙ ๒๔๔

ภาคผนวก ๒๕๐

คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๙ พ.ศ. ๒๕๖๙
คำสั่งแต่งตั้งคณะอนุกรรมการสนับสนุนกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
คำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาประเด็นการสร้างเสริมสุขภาวะบนพื้นฐานสิ่งแวดล้อม
คำแต่งตั้งคณะทำงานการพัฒนาระบบนิเวศที่ส่งเสริมสุขภาวะของกลุ่มเริ่มต้นทำงานใหม่
คำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานสนับสนุนการจัดสมัชชาสุขภาพคนรุ่นใหม่
รายงานผลการจัดงานและมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๙ พ.ศ. ๒๕๖๙

กระบวนการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ : สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

คจ.สช.

๑ คัดเลือกประเด็น → **๒** → **๓**

เปิดรับประเด็น

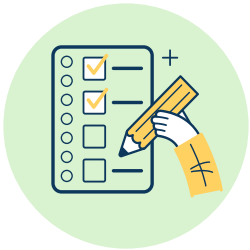


๑.๑ คสช./คจ.สช. เสนอ

๑.๒ สช.ค้นหาประเด็น
- เครือข่ายเสนอ
- นโยบายรัฐบาล
- งานวิจัยและรายงานที่สำคัญของประเทศ
- ความสนใจของประชาชน/สังคม

๑.๓ คมส. เสนอทบทวน

การกำหนดประเด็นและจัดทำวาระนโยบาย



๒.๑ กำหนดขอบเขตประเด็นและถกแถลง

๒.๒ จัดสมัชชาสุขภาพจังหวัด/จัดกระบวนการรับฟังข้อมูลความคิดเห็นระดับพื้นที่

๒.๓ เวทีรับฟังความเห็นระดับประเทศ

๒.๔ เวทีเตรียมความพร้อมภาคีเครือข่ายระดับภาค

ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ



หาฉันทมติ/พันธสัญญาการขับเคลื่อน

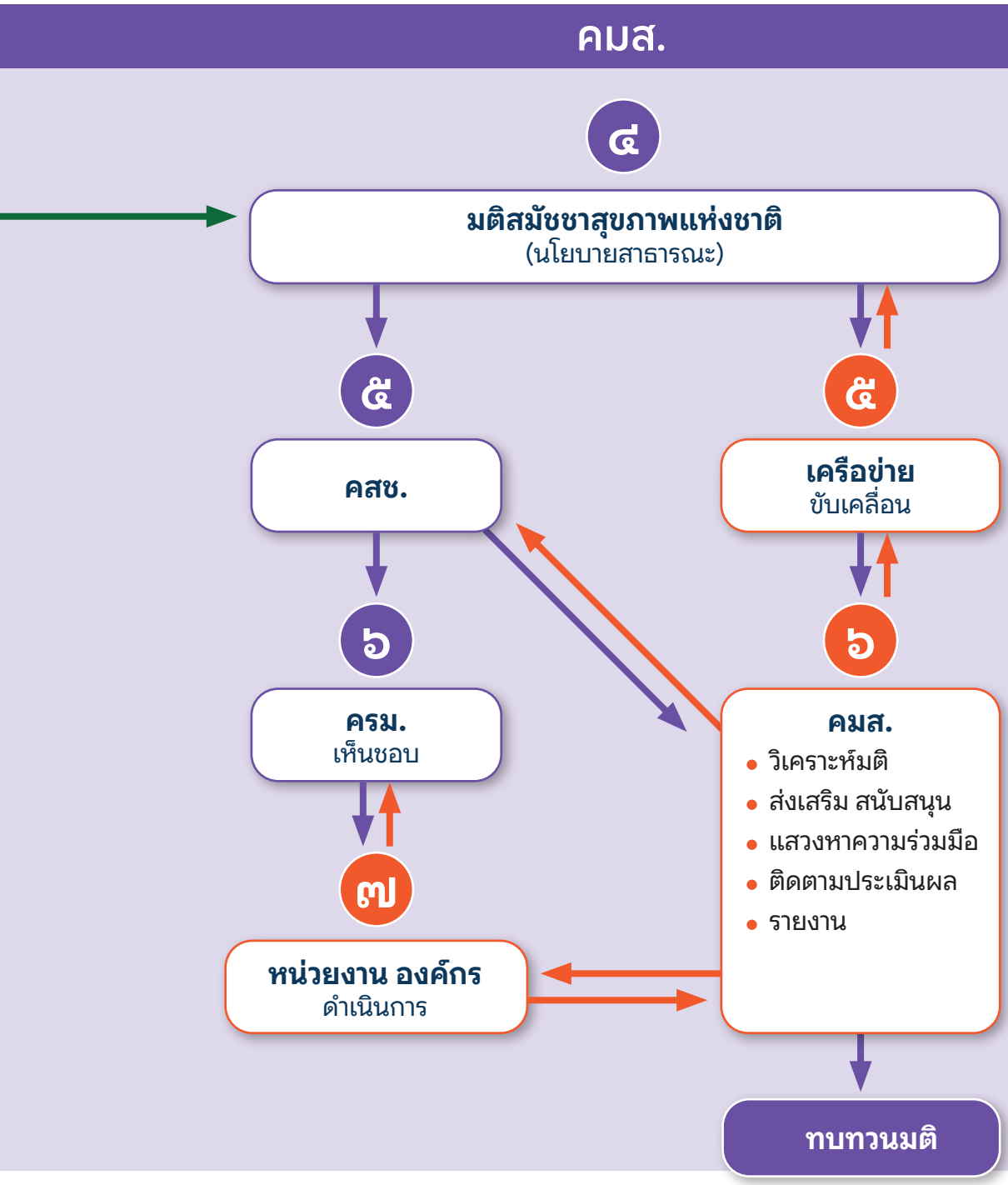
.....

รายงานติดตามการขับเคลื่อนมติฯ

.....

การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และกิจกรรมอื่นๆ

การพัฒนานโยบายสาธารณะ (ขาขึ้น) ←


คมส.
๔
มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
(นโยบายสาธารณะ)
๕
คสช.
๕
เครือข่าย
ขับเคลื่อน
๖
ครม.
เห็นชอบ
๖
คมส.
วิเคราะห์มติ
ส่งเสริม สนับสนุน
แสวงหาความร่วมมือ
ติดตามประเมินผล
รายงาน
๗
หน่วยงาน องค์กร
ดำเนินการ
ทบทวนมติ
การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ (ขาเคลื่อน)



ปาฐกถาพิเศษ

“ร่วมผนึกพลังทุกภาคส่วนก้าวสู่... ระบบสุขภาพไทยที่ยั่งยืน”

โดย นายอนุทิน ชาญวีรกุล นายกรัฐมนตรี

การประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในครั้งนี้ เป็นเวทีสำคัญที่สะท้อนถึงความผูกพันและสายสัมพันธ์อันยาวนานในการขับเคลื่อนงานสาธารณสุขของประเทศ โดยที่ผ่านมา กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ตลอดจนภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ได้ร่วมมือกันยกระดับและพัฒนาระบบสุขภาพของไทยให้ก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง จากประสบการณ์การทำงานร่วมกันท่ามกลางวิกฤตการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-๑๙ ที่ผ่านมา บุคลากรสาธารณสุขทุกระดับได้พิสูจน์ให้เห็นถึงความมุ่งมั่น ความเสียสละ และเจตนารมณ์อันบริสุทธิ์ในการปกป้อง ดูแล และรักษาชีวิตของพี่น้องประชาชนโดยไม่หวั่นไหวต่ออุปสรรคใด ๆ ซึ่งความร่วมมืออันเข้มแข็งของเครือข่ายสมัชชาสุขภาพแห่งชาติได้กลายเป็นฟันเฟืองสำคัญในการสร้างความเข้าใจและความร่วมมือกับภาคประชาชน จนสามารถนำพาประเทศก้าวผ่านวิกฤตการณ์โรคระบาดมาได้อย่างปลอดภัย

สำหรับความท้าทายเชิงโครงสร้างที่สำคัญที่สุดในปัจจุบันและอนาคต คือการที่ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ซึ่งสังคมไม่ควรตระหนกตกใจต่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรดังกล่าว แต่ต้องเตรียมความพร้อมและปรับเปลี่ยนทัศนคติด้วยความมั่นใจ โดยมองว่าการที่ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้นอย่างมีคุณภาพเป็นเรื่องที่น่ายินดีของครอบครัวและสังคม หัวใจสำคัญจึงอยู่ที่การสร้างเสริม “สุขภาพพื้นฐาน” ของผู้สูงอายุให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน เพื่อให้สามารถพึ่งพาตนเองได้ ไม่เจ็บป่วยเรื้อรังจนกลายเป็นผู้ป่วยติดเตียง ซึ่งหากผู้สูงอายุเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงอย่างรุนแรง จะส่งผลกระทบต่อเนื่องโดยตรงต่อผลิตภาพของคนในวัยทำงานที่อาจต้องลางานบ่อยครั้ง ขาดโอกาสในการพัฒนาทักษะและเสียโอกาสในการเติบโตก้าวหน้าทางอาชีพ เพื่อกลับไปดูแลบุพการี

ในทางตรงกันข้าม หากผู้สูงอายุได้รับการดูแลสุขภาพพื้นฐานอย่างถูกต้อง มีวินัยในการใช้ชีวิต สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต น้ำตาลในเลือด หรือโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ให้อยู่ในวิสัยที่ควบคุมได้ ควบคู่ไปกับการฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลสุขอนามัยขั้นพื้นฐานอย่างสม่ำเสมอ ผู้สูงอายุจะไม่เป็นภาระต่อสังคม และ

●●
จุดแข็งของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติของ สช. เป็นพื้นที่กลางที่เปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนได้นำความรู้ ประสบการณ์ และมุมมองที่หลากหลายมาแลกเปลี่ยน เพื่อนำไปสู่การออกแบบนโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชน
●●

สามารถนำประสบการณ์ที่มีคุณค่ามาทำประโยชน์ให้แก่ประเทศชาติได้อย่างยาวนาน ด้วยเหตุนี้ ยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขของประเทศจึงจำเป็นต้องปรับน้ำหนักจากการมุ่งเน้นการรักษาพยาบาลที่ปลายเหตุ มาสู่การส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก การป้องกันโรค และการตรวจคัดกรองความผิดปกติตั้งแต่ระยะเริ่มต้นในระดับปฐมภูมิ เพื่อตัดวงจรการเจ็บป่วยก่อนที่จะลุกลามจนเกินเยียวยา

ในมิติด้านงบประมาณและวินัยการเงินการคลัง รัฐบาลมีจุดยืนอันแน่วแน่ว่าจะให้ความสำคัญสูงสุดกับสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยถือว่างบประมาณในการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นเรื่องที่ไม่สามารถประนีประนอมหรือตัดทอนได้ สำนักงบประมาณจึงต้องให้ความสำคัญลำดับแรกในด้านสวัสดิการด้านสุขภาพของประชาชนเสมอ ขณะเดียวกันรัฐบาลได้ดำเนินนโยบายทางการเงินการคลังอย่างรัดกุมและรอบคอบในทุกมิติ โดยเมื่อมีงบกลางหรืองบประมาณเหลือจ่ายจากส่วนอื่นจะเร่งจัดสรรสมทบกลับเข้าไปยังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เพื่อเสริมสภาพคล่องอย่างต่อเนื่อง

นอกจากนี้ การรักษาวินัยการเงินการคลังในมิติอื่นยังช่วยปกป้องงบประมาณด้านสุขภาพทางอ้อม ตัวอย่างเช่น การบริหารจัดการภัยพิบัติอุทกภัย ซึ่งในอดีตต้องสูญเสียงบประมาณในการจ่ายเงินเยียวยาปีละหลายหมื่นล้านบาทโดยไม่สิ้นสุด รัฐบาลจึงได้ปรับเปลี่ยนยุทธศาสตร์ด้วยการอนุมัติการลงทุนในระบบป้องกันและระบายน้ำอย่างถาวร เช่น โครงการผันน้ำชัยนาท–ป่าสัก–อ่าวไทย เพื่อเป็นเส้นทางระบายน้ำลงสู่อ่าวไทยโดยตรง ควบคู่ไปกับ

การผสานภูมิปัญญาการแพทย์ไทยเข้ากับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีที่ได้มาตรฐาน จะช่วยยกระดับการแพทย์ดั้งเดิมให้ทำงานคู่กับการแพทย์สมัยใหม่ พร้อมสร้างจุดขายระดับประเทศที่ขับเคลื่อนเศรษฐกิจจากตลาดสุขภาพ

การนำระบบประกันภัยเข้ามาใช้ในการบริหารความเสี่ยง ซึ่งช่วยลดการสูญเสียงบประมาณซ้ำซาก และสร้างส่วนต่างงบประมาณที่สามารถนำไปพัฒนาระบบชลประทานให้มีประสิทธิภาพสูงสุด ทั้งยังช่วยป้องกันไม่ให้งบประมาณเยียวยาจากภัยธรรมชาติเข้ามากัดกินหรือเบียดบังสัดส่วนงบประมาณในระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชน

ในเวทีระดับนานาชาติ รายงานจากธนาคารโลกที่เผยแพร่ในการประชุมใหญ่ชี้ให้เห็นว่า ประเทศไทยกำลังมุ่งหน้าเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสูงสุด (Super-Aged Society) อย่างรวดเร็วภายในปี ค.ศ. ๒๐๓๓ ท่ามกลางภาวะที่องค์การอนามัยโลกประเมินว่าทั่วโลกอาจเผชิญวิกฤตการขาดแคลนบุคลากรด้านสุขภาพ อีกทั้งบุคลากรทางการแพทย์ในปัจจุบันก็กำลังก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุเช่นเดียวกัน ประเทศไทยจึงต้องเร่งวางแผนรับมือด้านกำลังคนสาธารณสุขอย่างเป็นรูปธรรม โดยสนับสนุนการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ ตั้งแต่แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักบริบาล ไปจนถึงนักสังคมสงเคราะห์ เพื่อดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ควบคู่ไปกับการนำนวัตกรรมเทคโนโลยีมาสนับสนุนการบริการ เช่น ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) และการแพทย์แม่นยำ (Precision Medicine) เพื่อเพิ่มความถูกต้องแม่นยำ และครอบคลุมในการรักษาพยาบาล

ขณะเดียวกัน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นกลไกและฟันเฟืองสำคัญที่ทำให้ระบบสาธารณสุขไทยเข้มแข็ง ก็จะต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง เนื่องจาก อสม. จำนวนมากเริ่มก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุ จึงต้องได้รับการเสริมสร้างให้เป็นต้นแบบที่ดีด้านการดูแลสุขภาพ (Health Promotion) และการป้องกันโรคในระดับชุมชน นอกจากนี้ ความเข้มแข็งและมาตรฐานของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทย



ยังเป็นดัชนีสำคัญที่สร้างความเชื่อมั่นอย่างสูงในสายตาของประชาคมโลก ซึ่งส่งผลดีอย่างยิ่งต่อกระบวนการที่ประเทศไทยกำลังเสนอตัวเข้าเป็นสมาชิกองค์การเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา (OECD) เพื่อยกระดับมาตรฐานความโปร่งใส ความน่าเชื่อถือ และขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศให้ทัดเทียมนานาชาติในกรอบระยะเวลาที่รวดเร็วยิ่งขึ้น

นอกเหนือจากการพัฒนาระบบการรักษาพยาบาลแล้ว รัฐบาลยังมุ่งขับเคลื่อนการเติบโตของ “อุตสาหกรรมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี” (Wellness Industry) ในความหมายที่กว้างและครอบคลุมทุกมิติ ทั้งการส่งเสริมสุขภาพกาย สุขภาพใจ โภชนาการ การออกกำลังกาย เวชศาสตร์ชะลอวัย การฟื้นฟูสมรรถภาพ ตลอดจนการพัฒนาเทคโนโลยีและบริการที่ช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งอุตสาหกรรมนี้จะเชื่อมโยงภาคส่วนต่าง ๆ เข้าด้วยกัน ตั้งแต่สถานพยาบาล คลินิก ผู้ประกอบการนวัตกรรม สถาบันการศึกษา ธุรกิจอาหารและสมุนไพร ไปจนถึงผู้บริบาลในชุมชน



การมีสุขภาพที่ดีของประชาชนกับความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศเป็นเรื่องเดียวกัน และไม่อาจแยกขาดจากกันได้ ประเทศที่มีประชากรสุขภาพดี ย่อมมีพลังกายและพลังปัญญาในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจอย่างมีประสิทธิภาพ

มิติสำคัญยิ่งอีกประการหนึ่งคือ การนำทุนทางวัฒนธรรมและภูมิปัญญาการแพทย์ดั้งเดิมของไทย ไม่ว่าจะเป็นการแพทย์แผนไทย สมุนไพรไทย การนวดบำบัด และศาสตร์การดำเนินชีวิตที่สอดคล้องกับธรรมชาติ มาผสานเข้ากับองค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีการผลิต และการบริการสมัยใหม่ โดยมุ่งเน้นการวิจัยและรับรองมาตรฐานด้านประสิทธิผลและความปลอดภัย เพื่อยกระดับให้การแพทย์ดั้งเดิมสามารถทำงานควบคู่ไปกับการแพทย์สมัยใหม่ได้อย่างกลมกลืน ซึ่งจะช่วยผลักดันให้ตลาดสุขภาพ (Health Market) ของไทยกลายเป็นจุดขายเชิงเอกลักษณ์ที่สร้างมูลค่าทางเศรษฐกิจและดึงดูดรายได้เข้าสู่ประเทศอย่างมหาศาล

โดยสรุปแล้ว การมีสุขภาพที่ดีของประชาชนกับความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศเป็นเรื่องเดียวกันและไม่อาจแยกขาดจากกันได้ ประเทศที่มีประชากรสุขภาพดี ย่อมมีพลังกายและพลังปัญญาในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งความเข้มแข็งทางเศรษฐกิจนั้นจะสร้างรายได้กลับมาเป็นงบประมาณในการจัดสรรสวัสดิการดูแลประชาชนได้อย่างมั่นคงและยั่งยืน เวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติจึงเป็นพื้นที่กลางที่ทรงคุณค่าในการเชื่อมโยงองค์ความรู้ นวัตกรรม และความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ทั้งนักวิชาการ บุคลากรทางการแพทย์ ภาคธุรกิจ ชุมชน และภาครัฐ เพื่อร่วมกันกำหนดทิศทางนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

โดยรัฐบาลพร้อมให้การสนับสนุนข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ที่ตกผลึกจากเวทีแห่งนี้อย่างเต็มกำลัง เพื่อร่วมกันขับเคลื่อนระบบสาธารณสุขไทยให้เป็นยุคแห่งการพัฒนาอย่างแท้จริง มุ่งสร้างระบบสุขภาพที่ทำให้คนไทยเจ็บป่วยน้อยลง มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และพร้อมรับมือกับการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรในทุกช่วงวัยอย่างมั่นคงสืบไป



ปาฐกถาพิเศษ

"ประเทศไทยในโลกใหม่ : สร้างสังคมที่มีพลังด้วยนวัตกรรมและหัวใจ"

โดย นายวีระศักดิ์ โควสุรัตน์

ประเทศไทยกำลังอยู่ท่ามกลางความเปลี่ยนแปลงของสังคมโลกยุคใหม่ที่ผันผวนอย่างรวดเร็วในระดับที่วงการวิทยาศาสตร์ไม่เคยคาดการณ์ได้มาก่อน วิกฤตการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-๑๙ เป็นบทเรียนสำคัญที่สะท้อนว่า โลกทั้งใบพึ่งพาห่วงโซ่อุปทาน (Supply Chain) การผลิต การบริการ และวิถีการดำรงชีวิตของผู้คนอย่างแนบแน่น เมื่อกลไกเหล่านี้หยุดชะงักอย่างกะทันหัน ผลกระทบระลอกต่อมาที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้คือภาวะเศรษฐกิจถดถอยทั่วโลก แม้ในท้ายที่สุดมนุษยชาติจะสามารถรับมือกับโรคระบาดได้ภายในสามปี นับจากความไม่รู้ในระยะแรก การแย่งชิงทรัพยากรทางการแพทย์ในระยะต่อมา จนถึงการกระจายวัคซีนได้อย่างทั่วถึง แต่สถานการณ์ดังกล่าวกลับเป็นเพียงบททดสอบเริ่มต้นก่อนที่โลกจะต้องเผชิญกับวิกฤตการณ์ที่ซับซ้อนและรุนแรงยิ่งกว่า

ในมิติด้านสิ่งแวดล้อม สถานการณ์ได้ยกระดับจากภาวะโลกร้อนหรือการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (Climate Change) ไปสู่ “ภาวะวิบัติของระบบภูมิอากาศ” (Climate Catastrophe) การละลายของธารน้ำแข็งขั้วโลกไม่เพียงแต่เป็นสัญญาณเตือนภัย หากยังปลดปล่อยเชื้อโรคและสารแปลกปลอมโบราณกลับคืนสู่ธรรมชาติ ขณะเดียวกัน ปรากฏการณ์ซูเปอร์เอลนีโญ (Super El Niño) ครั้งรุนแรงที่สุดครั้งหนึ่งในประวัติศาสตร์ ได้เริ่มต้นขึ้นและส่งผลกระทบต่อเนื่องยาวนาน ๘ ถึง ๑๒ เดือน โดยความร้อนสะสมบริเวณใจกลางมหาสมุทรแปซิฟิกกำลังส่งผลกระทบเป็นลูกโซ่ไปทั่วโลก ดังที่ปรากฏเหตุการณ์ธารน้ำแข็งและหินถล่มบนเทือกเขาในประเทศเนปาล จนสร้างความเสียหายแก่บ้านเมืองในพริบตา ซึ่งเป็นเพียงสัญญาณเตือนภัยระยะแรกเท่านั้น

หลักการทางฟิสิกส์ระบุว่า ทุก ๑ องศาเซลเซียสที่อุณหภูมิโลกเพิ่มสูงขึ้น ปริมาณไอน้ำที่ระเหยขึ้นสู่ชั้นบรรยากาศจะเพิ่มขึ้นร้อยละ ๗ ซึ่งเปรียบเสมือนการนำผ้าแห้งไปชุบน้ำ เมื่อมีมวลน้ำสะสมอยู่จะยิ่งทวีความรุนแรงมากขึ้น สภาพบรรยากาศโลกในปัจจุบันที่มีอุณหภูมิเฉลี่ยสูงเกินเกณฑ์ ๑.๕ องศาเซลเซียสไปแล้ว จึงหนาแน่นไปด้วยมวลไอน้ำมหาศาล และพร้อมจะกลั่นตัวลงมาเป็นหยดน้ำอย่างฉับพลันเมื่อปะทะกับมวลอากาศเย็น ก่อให้เกิดปรากฏการณ์ฝนตกหนักรุนแรงเฉพาะจุด (Rain Bomb) ด้วยปริมาณน้ำฝนสูงถึง ๒๐๐–๓๐๐ มิลลิเมตร ภัยพิบัติน้ำท่วมในอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดน่าน กรุงเทพมหานคร และปริมณฑล จึงเกิดขึ้นโดยไม่มีพายุหมุนเขตร้อนพัดผ่านโดยตรง แต่เป็นผลจากร่องความกดอากาศต่ำที่อุ้มมวลน้ำมหาศาลแล้วเทลงมาในพื้นที่จำกัด

●●
การจัดการภัยพิบัติจะรวดเร็วและตรงจุดที่สุด เมื่อความไว้วางใจ อำนาจ และงบประมาณ ถูกส่งต่อไปถึงมือคนในพื้นที่ซึ่งรู้จักผืนดินและสายน้ำของตนเองดีที่สุด
●●

นอกจากนี้ การหารือร่วมกับผู้นำและนักวิทยาศาสตร์ในกลุ่มประเทศ G7 ยังได้สะท้อนความกังวลต่อ “วิกฤตการสูญพันธุ์ของประชากรผึ้ง” ซึ่งเป็นภัยคุกคามโดยตรงต่อความมั่นคงทางอาหารของมนุษย์ ปัจจุบันประชากรผึ้งในสหรัฐอเมริกาและหลายประเทศลดลงมากกว่าร้อยละ ๓๐ เนื่องจากตัวไรขนาดเล็ก (Varroa Mite) ซึ่งนอกจากจะกัดกินตัวผึ้งแล้ว ยังเป็นพาหะนำเชื้อไวรัสปรสิตเข้าสู่รัง ส่งผลให้ผึ้งล้มตายทั้งรัง ทั้งนี้ ผึ้งเป็นสิ่งมีชีวิตที่มีบทบาทในการผสมเกสรพืชธรรมชาติในป่า และรับผิดชอบการผสมเกสรของพืชเศรษฐกิจที่มนุษย์ใช้บริโภคถึงร้อยละ ๕๐–๖๐ โดยที่เทคโนโลยีในปัจจุบันยังไม่สามารถพัฒนาเครื่องมือมาทดแทนการปฏิสนธิตามธรรมชาติของเกสรพืชได้ หากประชากรผึ้งหมดไป ห่วงโซ่อาหารของมนุษย์จะเข้าสู่ภาวะวิกฤตทันที

ความเปราะบางทางนิเวศวิทยาถูกซ้ำเติมด้วยปัญหาความขัดแย้งทางภูมิรัฐศาสตร์ (Geopolitics) สงครามระดับภูมิภาค การกีดกันทางการค้า ราคาน้ำมันดิบที่อยู่ในระดับสูง ตลอดจนภาวะเงินเฟ้อและราคาอาหารที่พุ่งสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ขณะเดียวกัน ความก้าวหน้าของปัญญาประดิษฐ์ (AI) ยังนำมาซึ่งภัยคุกคามรูปแบบใหม่ จนทำให้ประเทศพัฒนาแล้วกว่า ๑๗ ประเทศ ต้องออกประกาศเตือนให้ประชาชนเตรียมพร้อมรับมือภัยพิบัติ โดยการสำรองอาหาร น้ำดื่ม และยารักษาโรคให้เพียงพอ

ในวันที่โลกเต็มไปด้วยวิกฤตซับซ้อน รัฐไม่จำเป็นต้องทำทุกเรื่องคนเดียว แต่ต้องเปลี่ยนบทบาทมาเป็น 'ผู้สนับสนุน' ให้พลังของภาคประชาชน ได้ทำหน้าที่อย่างเต็มกำลัง

สำหรับการพึ่งพาตนเองอย่างน้อย ๓ วันแรก เพื่อรองรับความเสี่ยงที่ระบบโครงสร้างพื้นฐานอาจล้มเหลว อันมีสาเหตุหลัก ๔ ประการ ได้แก่ การโจมตีทางไซเบอร์ที่อาจส่งผลให้ระบบไฟฟ้าดับพร้อมกันทั่วประเทศ จนระบบประปา รถไฟฟ้า และเครือข่ายอินเทอร์เน็ตหยุดทำงาน ชะงักงัน การจารกรรม วินาศกรรม และภัยสงครามฉับพลัน คลื่นความร้อนจัดที่ทำให้อุปกรณ์แปลงกระแสไฟฟ้าระเบิดและระบบจ่ายไฟล้มเหลวต่อเนื่อง ตลอดจนการจลาจลและความขัดแย้งทางสังคมอันเกิดจากแรงกดดันทางเศรษฐกิจและปัญหาผู้อพยพ ซึ่งถูกกระตุ้นผ่านเครือข่ายสังคมออนไลน์จนเกิดการรวมตัวประท้วงอย่างรวดเร็ว สอดคล้องกับรายงานความเสี่ยงโลกในเวที World Economic Forum (Davos) ที่ระบุว่า ความกังวลระยะสั้นในรอบ ๒ ปี คือ เรื่องการเมือง ข่าวปลอม (Fake News) และความไม่สงบทางสังคม แต่ในระยะยาว ๑๐ ปี ปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมและสภาพภูมิอากาศคือความเสี่ยงอันดับสูงสุดของมนุษยชาติ

สำหรับสถานการณ์ภายในประเทศไทย ภัยพิบัติธรรมชาติได้ส่งผลกระทบต่อสภาวะสุขภาพจิตของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญ ความเสียหายจากน้ำท่วมในชุมชนเมือง เช่น เคหะคลองจั่น เคหะร่มเกล้า หรืออำเภอหาดใหญ่ ซึ่งทำให้ยานพาหนะจำนวนมากจมอยู่ใต้น้ำ แม้จะไม่ก่อให้เกิดความสูญเสียต่อชีวิตโดยตรง แต่ยานพาหนะเหล่านั้นคือเครื่องมือประกอบอาชีพและเป็นภาระหนี้สินผูกพัน การสูญเสียทรัพย์สินดังกล่าวส่งผลให้ประชาชนเกิดความเครียดสะสมและสูญเสียสมาธิในการดำเนินชีวิตตามปกติ ขณะเดียวกัน พื้นที่ภาคตะวันออก เช่น จังหวัดปราจีนบุรีและฉะเชิงเทรา ยังต้องเผชิญกับภาวะน้ำทะเลหนุนสูง ส่งผลให้การระบายน้ำทำได้ล่าช้าตามวงจรน้ำลงเพียงวันละไม่กี่เซนติเมตร การดำเนินงานช่วยเหลือจึงจำเป็นต้องปรับเป็นเชิงรุก เช่น การดำเนินงานของมูลนิธิอาสาเพื่อนพึ่ง (ภาฯ) ยามยาก สภากาชาดไทย ที่จัดส่งถุงยังชีพพระราชทานไปสำรองไว้ล่วงหน้า ณ ศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ศอ.บต.) จังหวัดยะลา เพื่อให้พื้นที่ใกล้เคียงในจังหวัดชายแดนภาคใต้สามารถเบิกจ่ายและกระจายความช่วยเหลือได้ทันทีโดยไม่ต้องรอส่วนกลาง ซึ่งมักประสบปัญหาเส้นทางคมนาคมถูกตัดขาด

ในมิติของปัญหาแล้ง ไฟป่า และฝุ่นควัน ซึ่งเป็นปรากฏการณ์คู่ขนานกับปัญหาน้ำท่วม เมื่อลมร้อนจากมหาสมุทรอินเดียและอ่าวไทยพัดเข้ามาเร็วขึ้น ส่งผลให้ฤดูหนาวสั้นลง พืชพรรณแห้งแล้งและพร้อมจะติดไฟ โดยสถิติการดับไฟป่ากว่า ๒๐,๐๐๐ ครั้งของกรมอุทยานแห่งชาติ สัตว์ป่า และพันธุ์พืช ยืนยันว่าไฟป่าที่เกิดจากปรากฏการณ์ธรรมชาติอย่างฟ้าผ่ามีเพียงครั้งเดียวเท่านั้น ขณะที่ร้อยละ ๙๙.๙ ล้วนเกิดจากการกระทำของมนุษย์ ทั้งนี้ จำเป็นต้องแยกแยะระหว่าง "ไฟจำเป็น" ของเกษตรกรบนพื้นที่สูงลาดชันที่ไม่สามารถนำเครื่องจักรเข้าไปจัดการเศษวัสดุทางการเกษตรได้ กับ "ไฟไม่จำเป็น" ที่สามารถหลีกเลี่ยงหรือใช้วิธีอื่นทดแทนได้ ภาครัฐจึงต้องปรับเปลี่ยนนโยบายจากเดิมที่สั่งห้ามเผาเด็ดขาดมาเป็นการสนับสนุนการบริหารจัดการไฟจำเป็นอย่างรัดกุมและมีความรับผิดชอบ พร้อมสร้างแรงจูงใจในการลดการเผาที่ไม่จำเป็น

ข้อมูลจากดาวเทียมยังแสดงให้เห็นว่า แม้จะสามารถควบคุมการเผาในพื้นที่ป่าของจังหวัดเชียงใหม่ลงได้ แต่แหล่งกำเนิดไฟขนาดใหญ่ที่เพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดดกลับกลายเป็น "พื้นที่นาข้าว" ซึ่งยังคงพบการเผาหนาแน่นในภาคเหนือตอนล่างและภาคกลาง นอกจากนี้ ความร้อนจากไฟป่าที่เผาทำลายหน้าดินยังส่งผลให้กล้าไม้และพืชคลุมดินรุ่นหลังล้มตาย เมื่อต้นไม้ใหญ่หมดอายุขัย ป่าไม้



จะแปรสภาพเป็นทุ่งหญ้าที่ไม่สามารถยึดเกาะหน้าดินได้ เมื่อเข้าสู่ฤดูมรสุม มวลน้ำจึงชะล้างดินโคลนถล่มลงมา สร้างความเสียหายแก่ชุมชนเบื้องล่าง กลายเป็นวงจรภัยพิบัติที่เชื่อมโยงกันอย่างแยกไม่ออก

ข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์เพื่อการแก้ปัญหาฝุ่นควันอย่างยั่งยืน คือการนำกรอบการทำงาน “๘ - ๓ - ๑” มาปรับใช้ โดยกำหนดให้ใช้เวลา ๘ เดือนล่วงหน้าตั้งแต่ช่วงฤดูฝนในการเตรียมการเชิงรุก จัดการเชื้อเพลิงและวางระบบป้องกันในพื้นที่ เพื่อให้ในช่วง ๓ เดือนวิกฤตที่มลพิษฝุ่นลอยขึ้นสู่ชั้นบรรยากาศ ประชาชนจะสามารถหลบภัยในห้องปลอดฝุ่นได้อย่างปลอดภัย และใช้เวลาอีก ๑ เดือนหลังจากนั้นในการถอดบทเรียนร่วมกัน เพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับรอบปีถัดไป อย่างไรก็ตาม อุปสรรคสำคัญยังคงอยู่ที่ระบบงบประมาณของภาครัฐที่มักจัดสรรล่าช้า ไม่สอดคล้องกับฤดูกาล ตลอดจนกฎระเบียบราชการที่ทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่กล้าเบิกจ่ายงบประมาณไปสนับสนุนการทำแนวกันไฟหรือดับไฟนอกเขตความรับผิดชอบเนื่องจากความกังวลเรื่องการตรวจสอบ ทั้งที่การจัดการไฟป่าเป็นเรื่องระดับพื้นที่ซึ่งส่วนกลางไม่สามารถเข้าถึงการปฏิบัติการจริงได้ การกระจายอำนาจและปลดล็อกงบประมาณจึงเป็นเงื่อนไขสำคัญสูงสุด

แนวทางการขับเคลื่อนงานเครือข่ายตามหลักการของศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ประเวศ วะสี มีหัวใจสำคัญ ๒ ประการ ได้แก่ ประการแรก ทุกฝ่ายต้องยอมรับในข้อจำกัดของกันและกัน โดยตระหนักว่าระบบราชการมีอำนาจและทรัพยากรสูงแต่มีเงื่อนไขและข้อจำกัดมาก ขณะที่ภาคประชาชนมีความยืดหยุ่นสูงแต่ขาดแคลนงบประมาณ และประการที่สอง ทุกฝ่ายต้องปรับจังหวะการทำงานให้สอดประสานกัน โดยภาครัฐต้องเปลี่ยนบทบาทจากการเป็นผู้ควบคุมมาเป็นผู้สนับสนุนระบบการเปลี่ยนผ่าน ไม่ว่าจะเป็นการรับรองสิทธิในที่ดินทำกิน การบริหารจัดการทรัพยากรน้ำ และการเปิดเผยข้อมูลขนาดใหญ่ (Big Data) เพื่อให้ชุมชนสามารถนำไปวิเคราะห์และร่วมกันฟื้นฟูระบบนิเวศตามแนวคิดการฟื้นคืนธรรมชาติ (Nature Positive)

การทำงานเครือข่ายจะสำเร็จได้ ทุกฝ่ายต้องยอมรับข้อจำกัดของกันและกัน รัฐมีทรัพยากร ประชาชนมีความคล่องตัว เมื่อนำจุดแข็งมาเกื้อกูลกัน จึงจะเกิดทางออกที่ยั่งยืน



ตัวอย่างรูปธรรมของนวัตกรรมทางสังคมเพื่อการรับมือภัยพิบัติ คือการพัฒนาแพลตฟอร์ม “JITASA.CARE” โดยความร่วมมือระหว่างภาควิชาการ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม เพื่อแก้ไขปัญหาความซ้ำซ้อนของการพัฒนาแอปพลิเคชันเฉพาะหน่วยงานในระบบราชการ แพลตฟอร์มนี้ทำงาน บนระบบเว็บเบราว์เซอร์ (Web-based) ที่ไม่ต้องติดตั้งลงในอุปกรณ์ ประชาชนสามารถระบุพิกัดเพื่อขอความช่วยเหลือ อาสาสมัครในพื้นที่สามารถกดตอบรับการปฏิบัติงาน และทำการถอดหมุดออกเมื่อดำเนินการช่วยเหลือแล้วเสร็จ พร้อมทั้งมีการรวบรวมข้อมูลตำแหน่งศูนย์พักพิง จุดแจกจ่ายอาหาร เส้นทางคมนาคมที่ชำรุด และข้อมูลระดับน้ำที่สำคัญ แพลตฟอร์มนี้ยังช่วยระบุพิกัดของกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้สูงอายุและผู้ป่วยติดเตียง เพื่อให้ทีมกู้ภัยสามารถเข้าถึงและให้ความช่วยเหลือผู้ที่มีความจำเป็นเร่งด่วนได้เป็นลำดับแรก

โดยสรุป การนำพาประเทศให้อยู่รอดท่ามกลางความผันผวนของโลกยุคใหม่ จำเป็นต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ของภาครัฐ โดยยุติการสั่งการแบบรวมศูนย์และการพัฒนาเทคโนโลยีแบบแยกส่วน แล้วหันมาทำหน้าที่ส่งเสริมและสนับสนุนโครงสร้างพื้นฐานอย่างจริงจัง การสร้างความมั่นคงและภูมิคุ้มกันต่อภัยพิบัติที่แท้จริงจะเกิดขึ้นได้ ก็ต่อเมื่อภาคประชาชนและประชาสังคมได้รับการเสริมสร้างศักยภาพให้มีความเข้มแข็ง และเป็นเจ้าของกระบวนการจัดการปัญหาในพื้นที่ของตนเองอย่างแท้จริง



พิธีมอบรางวัลแก่หน่วยงานและองค์กรที่ขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม

รางวัลเชิดชูเกียรติสนับสนุนและขับเคลื่อนสิทธิด้านสุขภาพตามมาตรา ๑๒ แห่ง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ และ ระบบ e-Living Will



รางวัลนี้จัดขึ้นเพื่อเชิดชูเกียรติและแสดงความขอบคุณภาคีเครือข่าย หน่วยงาน และองค์กรที่มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนและขับเคลื่อนการส่งเสริมสิทธิด้านสุขภาพตามมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ตลอดจนการส่งเสริมการจัดทำหนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรับบริการสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิต ผ่านระบบบริหารจัดการหนังสือแสดงเจตนาแบบอิเล็กทรอนิกส์ (e-Living Will) ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ การมอบรางวัลในครั้งนี้มุ่งยกย่องผลงานและความร่วมมือที่โดดเด่นเป็นที่ประจักษ์ ตลอดจนสร้างขวัญกำลังใจและแรงบันดาลใจให้แก่ภาคีเครือข่ายในการร่วมขับเคลื่อนและขยายผลการดำเนินงาน เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงสิทธิในการแสดงเจตนาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในวาระสุดท้ายของชีวิตได้ โดยมีประเภทรางวัลและรายชื่อผู้ได้รับรางวัล ดังต่อไปนี้

๑. ประเภทจังหวัดขนาดใหญ่ที่ประชาชนจัดทำ e-Living Will (๓ รางวัล)

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

๒. ประเภทจังหวัดขนาดกลางที่ประชาชนจัดทำ e-Living Will (๓ รางวัล)

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก

๓. ประเภทเขตสุขภาพที่สถานพยาบาลขึ้นทะเบียนในระบบ e-Living Will (๓ รางวัล)

- เขตสุขภาพที่ ๓
- เขตสุขภาพที่ ๖
- เขตสุขภาพที่ ๒

๔. ประเภทโรงพยาบาลที่จัดทำ e-Living Will (๓ รางวัล)

- โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก
- โรงพยาบาลพระปิยะมหาราช จังหวัดตราด
- โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี

๕. ประเภทภาคประชาสังคมและเอกชน (๒ รางวัล)

- สมาคมข้าราชการบำเหน็จบำนาญ กระทรวงสาธารณสุข
- ศูนย์พุทธวิธีดูแลพระสงฆ์อาพาธและผู้ป่วยระยะสุดท้ายวัดป่าโนนสะอาด จ.นครราชสีมา

๖. ประเภทบุคคลผู้ขับเคลื่อนนโยบาย (๒ รางวัล)

- นพ.ธนรักษ์ ผลิพัฒน์
- พญ.เดือนเพ็ญ ห่อรัตนาเรือง





รางวัลเชิดชูเกียรติสนับสนุนการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ประจำปี ๒๕๖๙



รางวัลนี้มอบให้แก่หน่วยงาน องค์กร และภาคีเครือข่าย เพื่อแสดงความชื่นชมและยกย่องในความมุ่งมั่นทุ่มเทของหน่วยงาน องค์กร และกลุ่มภาคีหลัก ที่ได้สนับสนุนการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติจนมีผลงานเป็นที่ประจักษ์ตามข้อมติ และ/หรือมีการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ทั้งในระดับชาติและระดับพื้นที่ การมอบรางวัลจะไม่มองเพียงแค่ “ผลลัพธ์ (Outcome)” ในเชิงปริมาณเท่านั้น แต่เน้นให้ความสำคัญกับ “กระบวนการ (Process)” และ “ความยั่งยืน (Sustainability)” ตามเจตนารมณ์ของ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมและแนวคิด “ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ” (Health in All Policies)

กิจกรรมที่เกิดขึ้นในวันงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ จัดขึ้นระหว่างวันที่ ๒๘–๒๙ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๙ ณ อาคารอิมแพ็ค ฟอรั่ม เมืองทองธานี จ.นนทบุรี มีการจัดแสดง Poster Presentation มีการจัดทำคลิปวิดีโอสัมภาษณ์ผู้แทนหน่วยงาน/องค์กร เพื่อถ่ายทอดความสำคัญของมติ แนวทางการขับเคลื่อนมติ และผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อสังคม และการมอบโล่รางวัลเชิดชูเกียรติให้แก่องค์กร ๑๕ แห่ง ดังนี้

๑. กลุ่มนาแปลงใหญ่เกษตรสมัยใหม่เดิมบาง
๒. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค
๓. ขบวนองค์กรชุมชนจังหวัดกระบี่
๔. คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตพื้นที่ ๕
๕. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอสันป่าตอง
๖. บริษัท เจ.เอช.อุตสาหกรรม จำกัด
๗. มูลนิธิลุ่มน้ำท่าจีนนครปฐม
๘. โรงเรียนโพธิ์ไทรงามวิทยาคม
๙. ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดพิจิตร
๑๐. ศูนย์วิศวกรรมสารสนเทศภูมิศาสตร์และนวัตกรรม (KGEO) มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี
๑๑. สถาบันการเงินชุมชนหนองสาหร่าย
๑๒. สถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
๑๓. สมัชชาสุขภาพจังหวัดกาญจนบุรี
๑๔. สมัชชาสุขภาพจังหวัดหนองบัวลำภู
๑๕. องค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี

รางวัลเชิดชูเกียรติ
“สานพลังไทย รับมือสังคมสูงวัย ไปด้วยกัน”



การพิจารณาเพื่อมอบรางวัลในครั้งนี้มุ่งเน้นการยกย่องเผยแพร่เกียรติคุณ และเสริมสร้างกำลังใจให้แก่ ภาคีเครือข่ายที่มีผลงานการขับเคลื่อนการเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัยแบบองค์รวม โดยเกณฑ์การพิจารณา จะพิจารณาจากพื้นที่หรือองค์กรที่มีการจัดการเกี่ยวกับการรองรับสูงวัยแบบองค์รวมที่โดดเด่น เป็นที่ประจักษ์ มีกิจกรรมที่เป็นรูปธรรม ครอบคลุมหลายช่วงวัย หลายมิติ มีการเนินงาน อย่างต่อเนื่อง และเน้นการมีส่วนร่วมของทุกช่วงวัย

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ได้รวบรวมข้อมูลและเสนอเอกสารจากผลงานของพื้นที่เพื่อเสนอคณะทำงานพิจารณารางวัล โดยพิจารณาจากข้อมูลที่ภาคีเครือข่ายเสนอมา และข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้รับผิดชอบหลักของ สช. เพื่อให้ได้ข้อมูลที่รอบด้าน

ผลการพิจารณาเครือข่ายที่ได้รับรางวัลเชิดชูเกียรติ “สานพลังไทย รับมือสังคมสูงวัย ไปด้วยกัน” จำนวน ๑๐ รางวัล ได้แก่

๑. เครือข่ายอำเภอพระพรหม จ.นครศรีธรรมราช
๒. ต.คอรุม อ.พิชัย จ.อุตรดิตถ์
๓. ต.โคกมั่งงอย อ.คอนสวรรค์ จ.ชัยภูมิ
๔. ต.ทุ่งหลวง อ.คีรีมาศ จ.สุโขทัย
๕. ต.บ่อพลอย อ.บ่อพลอย จ.กาญจนบุรี
๖. ต.บางด้วน อ.ปะเหลียน จ.ตรัง
๗. ต.บางพูน อ.เมืองปทุมธานี จ.ปทุมธานี
๘. ต.บ้านชี อ.บ้านหมี่ จ.ลพบุรี
๙. ต.วัดขวาง อ.โพทะเล จ.พิจิตร
๑๐. ต.แสนสุข อ.วารินชำราบ จ.อุบลราชธานี

รางวัลเชิดชูเกียรติการประกวดคลิปวิดีโอสั้นบนแพลตฟอร์ม YouTube หัวข้อ “Voice for Health: สานพลังสร้างสุขด้วยธรรมนูญสุขภาพ”



การพิจารณาเพื่อมอบรางวัลในครั้งนี้มุ่งเน้นการยกย่อง เชิดชู และเสริมสร้างกำลังใจให้แก่หน่วยงาน/องค์กร/ชุมชน/พื้นที่/ภาคีเครือข่ายที่มีผลงานการขับเคลื่อนระบบสุขภาพด้วยเครื่องมือธรรมนูญสุขภาพที่โดดเด่น เป็นที่ประจักษ์ มีการผลิตสื่อที่น่าสนใจ มีคุณภาพ โดยคณะกรรมการตัดสินมาจากหลายภาคส่วน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านสื่อ/สื่อสารมวลชน นักวิชาการ และผู้บริหารจากสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

ผลการพิจารณาผู้ที่ได้รับรางวัลเชิดชูเกียรติ **การประกวดคลิปวิดีโอสั้นบนแพลตฟอร์ม YouTube หัวข้อ “Voice for Health: สานพลังสร้างสุขด้วยธรรมนูญสุขภาพ”** จำนวน ๕ รางวัล ได้แก่

รางวัล	ชื่อทีม	ชื่อผลงาน	ชื่อหน่วยงาน/ชื่อเจ้าของผลงาน
ชนะเลิศ และภาพยอดเยี่ยม	เด็กห้วยทำหนัง	ฮีโร่ | HERO	โรงเรียนบ้านห้วยน้ำแก้ว สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษากระบี่ ตำบลหน้าเขา อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่
รองชนะเลิศอันดับ ๑	Karen Production	ธรรมนูญของเรา บนยอดดอย	โครงการพัฒนาเด็ก ซี.ซี.เอฟ. จังหวัดแม่ฮ่องสอน ตำบลแม่คะตวน อำเภอสบเมย จังหวัดแม่ฮ่องสอน
รองชนะเลิศอันดับ ๒ และเทคนิคยอดเยี่ยม	๔ หน่อ	YOUR CHOICE, YOUR FUTURE เลือกวันนี้ กำหนดวันข้างหน้า	โรงเรียนสันทรายวิทยาคม ตำบลแม่แฝกใหม่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่



มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๙ พ.ศ. ๒๕๖๙

มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๙ พ.ศ. ๒๕๖๙

- **มติที่ ๑ การสร้างสุขภาวะด้วยธรรมชาติ**
  (Promoting Well-being through Nature)
- **มติที่ ๒ การยกระดับระบบนิเวศช่วงเปลี่ยนผ่านชีวิตของกลุ่มเริ่มต้นทำงาน**
  (Leveraging the Transition-to-Work Ecosystem for First Jobbers)
- **มติที่ ๓ ฮีลใจคนรุ่นใหม่: เสริมพลังคนรุ่นใหม่ผ่านระบบสุขภาวะทางจิตเชิงรุกและมีส่วนร่วม**
  (New Gen, Find Your Zen: Empowering Young People through a Proactive and Participatory Mental Well-being System)









มติ
๑๙.๑

การสร้างสุขภาวะด้วยธรรมชาติ

(Promoting Well-being through Nature)



NHA POLICY BRIEF

การสร้างสุขภาวะด้วยธรรมชาติ
(Promoting Well-being through Nature)

ยกระดับธรรมชาติเป็นโครงสร้างพื้นฐานทางสุขภาวะ เชื่อมระบบสุขภาพ ชุมชน และการพัฒนาที่ยั่งยืน

เอกสารประกอบการพิจารณาของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และการจัดทำข้อเสนอแนะต่อคณะรัฐมนตรี

เป้าหมาย

คณะรัฐมนตรีสนับสนุนให้มีการดำเนินงานเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพ สร้างเสริม และฟื้นฟูสุขภาวะองค์รวม ทั้งกาย จิต ปัญญา ผ่านการส่งเสริมการใช้ชีวิต การเรียนรู้ และกิจกรรมบนฐานธรรมชาติที่ทำให้เกิดความเกื้อกูลระหว่างสุขภาวะของผู้คนกับความสมบูรณ์ของระบบนิเวศ และการใช้ประโยชน์อย่างยั่งยืนจากฐานทรัพยากรธรรมชาติ สังคม และวัฒนธรรม

กรอบทิศทางนโยบาย (Policy Statement)

ด้วยมนุษย์เป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติและปฏิสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างคนกับธรรมชาติมีส่วนสำคัญในการสร้างสุขภาวะ ประเทศไทยจึงมุ่งสร้างความเกื้อกูลระหว่างสุขภาวะของผู้คนกับความสมบูรณ์ของระบบนิเวศและการใช้ประโยชน์อย่างยั่งยืนจากฐานทรัพยากรธรรมชาติ สังคม และวัฒนธรรม โดยผ่านการส่งเสริมการใช้ชีวิต การเรียนรู้ และกิจกรรมบนฐานธรรมชาติ เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพ สร้างเสริม และฟื้นฟูสุขภาวะองค์รวมทั้งกาย จิต ปัญญา และสังคม ขณะเดียวกันประชาชนและชุมชนต้องมีส่วนร่วมในการคุ้มครองและฟื้นฟูธรรมชาติทั้งด้านปริมาณ คุณภาพ และความหลากหลายทางชีวภาพ ทั้งนี้จำเป็นต้องพัฒนาระบบเชื่อมต่อทั้งแนวดิ่งและแนวราบ รวมทั้งสนับสนุนการเข้าถึงธรรมชาติอย่างทั่วถึงในระดับพื้นฐาน และเข้มข้นขึ้นตามความจำเป็นและอุปสรรคที่ผู้คนแต่ละกลุ่มเผชิญ รวมถึงยกระดับขีดความสามารถ มาตรฐาน ส่งเสริมความร่วมมือข้ามภาคส่วนอย่างสอดคล้องกับวิถีวัฒนธรรมและอัตลักษณ์ท้องถิ่น พร้อมกำหนดให้ผู้ใช้ประโยชน์จากระบบนิเวศร่วมรับผิดชอบฟื้นฟูธรรมชาติ กระจายประโยชน์สู่ชุมชนอย่างเป็นธรรม เพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่มมีสิทธิและสามารถเข้าถึงธรรมชาติอย่างเป็นธรรม ปลอดภัย และยั่งยืน



ประเด็นที่เสนอเพื่อการตัดสินใจ

เห็นชอบกรอบทิศทางนโยบาย (Policy Statement) “การสร้างสุขภาวะด้วยธรรมชาติ” ให้เป็นแนวทางเชิงระบบที่เชื่อมการสร้างเสริมสุขภาพ การดูแลสุขภาพปฐมภูมิ การพัฒนาท้องถิ่น การอนุรักษ์และฟื้นฟูระบบนิเวศ และการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยยกระดับธรรมชาติเป็นส่วนหนึ่งของโครงสร้างพื้นฐานทางสุขภาวะ

เห็นชอบให้พัฒนากลไกบูรณาการระดับชาติและระดับพื้นที่ โดยใช้กลไกที่มีอยู่เป็นฐาน และเชื่อมบทบาทของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อม สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน และภาคีที่เกี่ยวข้อง พร้อมกำหนดเจ้าภาพ ตัวชี้วัด ระบบข้อมูล และความรับผิดชอบร่วม

เห็นชอบให้พัฒนาพื้นที่นำร่อง เพื่อทดลองระบบการแนะนำกิจกรรมทางสังคมฐานธรรมชาติ (Green Social Prescribing) การพัฒนา Link Worker การเชื่อมระบบสุขภาพกับกิจกรรมและทรัพยากรในชุมชน รวมถึงระบบข้อมูล มาตรฐาน ความปลอดภัย และกลไกการเงินที่เกี่ยวข้อง

เห็นชอบให้สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อสนับสนุนการบูรณาการนโยบาย งบประมาณ กฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการพัฒนาระบบสิทธิประโยชน์เมื่อมีหลักฐานด้านประสิทธิผล ความปลอดภัย และความคุ้มค่ารองรับ

เหตุผลและความจำเป็นในการผลักดันนโยบายการสร้างสุขภาวะด้วยธรรมชาติ

ประเทศไทยกำลังเผชิญความท้าทายด้านสุขภาพที่มีความซับซ้อน ทั้งโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปัญหาสุขภาพจิต ความเครียด และความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ขณะที่ระบบบริการสุขภาพยังให้น้ำหนักกับการรักษาเมื่อเจ็บป่วยมากกว่าการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคก่อนเกิดปัญหา โดยข้อมูลการสำรวจระดับชาติ พ.ศ. ๒๕๖๖ พบว่า คนไทย ๑๓.๔ ล้านคนเคยเผชิญปัญหาสุขภาพจิตหรือโรคจิตเวช และประชาชนที่มีปัญหาสุขภาพจิตถึง ร้อยละ ๘๙.๔ ยังไม่ได้เข้าถึงบริการในช่วง ๑๒ เดือนที่ผ่านมา

ในขณะเดียวกัน ประเทศไทยมีต้นทุนทรัพยากรธรรมชาติและความหลากหลายทางชีวภาพ ทั้งป่าไม้ แหล่งน้ำ ทะเล พื้นที่เกษตร และพื้นที่สีเขียว ซึ่งสามารถนำมาใช้เป็นฐานในการสร้างเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาวะของประชาชนได้ แต่ปัจจุบันยังขาดระบบเชื่อมโยงทรัพยากรธรรมชาติเข้ากับระบบบริการสุขภาพและบริการสาธารณะอย่างเป็นรูปธรรม อีกทั้งการเข้าถึงยังมีความเหลื่อมล้ำ โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบางและประชาชนที่มีข้อจำกัดทางเศรษฐกิจและสังคม



ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่รัฐบาลจะต้องผลักดันนโยบายการสร้างสุขภาวะด้วยธรรมชาติให้เป็นวาระเชิงระบบของประเทศ โดยบูรณาการการดำเนินงานระหว่างภาคสุขภาพ สิ่งแวดล้อม การพัฒนาสังคม การศึกษา การท่องเที่ยว และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อพัฒนาธรรมชาติให้เป็นโครงสร้างพื้นฐานด้านสุขภาวะที่ประชาชนทุกกลุ่มเข้าถึงได้อย่างเป็นธรรมและปลอดภัย เชื่อมโยงกิจกรรมฐานธรรมชาติเข้ากับระบบบริการสุขภาพและชุมชน พร้อมทั้งพัฒนามาตรฐาน บุคลากร ระบบข้อมูล และกลไกงบประมาณที่เหมาะสม

การดำเนินนโยบายดังกล่าวจะช่วยเพิ่มทางเลือกในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงทรัพยากรสุขภาวะ ส่งเสริมเศรษฐกิจชุมชนและอาชีพสีเขียว ควบคู่กับการอนุรักษ์และฟื้นฟูระบบนิเวศ อันจะนำไปสู่การพัฒนาประเทศที่สุขภาวะของประชาชนและความสมบูรณ์ของธรรมชาติเติบโตเกื้อกูลกันอย่างยั่งยืน

แนวทางการดำเนินงาน

๑. ยกระดับธรรมชาติเป็นโครงสร้างพื้นฐานทางสุขภาวะ

ควรบูรณาการธรรมชาติและระบบนิเวศเข้าสู่การพัฒนาสุขภาพ เมือง ชุมชน สถานศึกษา สถานพยาบาล และการพัฒนาท้องถิ่น โดยถือว่าพื้นที่ธรรมชาติที่มีคุณภาพและประชาชนเข้าถึงได้เป็นองค์ประกอบพื้นฐานของสุขภาวะ

การใช้พื้นที่ต้องดำเนินควบคู่กับการอนุรักษ์และฟื้นฟูความหลากหลายทางชีวภาพ ประเมินขีดความสามารถในการรองรับของพื้นที่ และไม่สร้างผลกระทบต่อสิทธิ ที่ดินทำกิน วิถีชีวิต และวัฒนธรรมของชุมชนและกลุ่มชาติพันธุ์ โดยพื้นที่ของชุมชนต้องผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมและได้รับความยินยอมจากชุมชนเจ้าของพื้นที่ก่อนนำเข้าสู่ระบบกิจกรรม

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชนควรมีบทบาทหลักในการออกแบบ ดูแล และบริหารพื้นที่ พร้อมยกระดับการเข้าถึงตามหลัก Universal Design และสร้างเงื่อนไขให้พื้นที่ธรรมชาติเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวันของประชาชนทุกกลุ่ม

๒. พัฒนา Green Social Prescribing เชื่อมระบบสุขภาพกับชุมชน

ควรพัฒนาการแนะนำกิจกรรมทางสังคมฐานธรรมชาติ (Green Social Prescribing) เป็นทางเลือกในการส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาวะ โดยเชื่อมระบบสุขภาพปฐมภูมิกับ Link Worker ผู้จัดกิจกรรม และทรัพยากรในชุมชน พร้อมเส้นทางส่งต่อและติดตามผลตามความจำเป็นของแต่ละบุคคล

การดำเนินงานควรเกิดทั้งสองทิศทาง คือ “พาคนไปหาธรรมชาติ” ผ่านพื้นที่และกิจกรรมที่เข้าถึงได้ และ “นำธรรมชาติเข้าสู่ชีวิตประจำวัน” ผ่านพื้นที่สีเขียวในชุมชน สถานศึกษา สถานพยาบาล สถานประกอบการ และโครงสร้างพื้นฐานสีเขียวเพื่อสุขภาพ

๓. ทำให้การเข้าถึงธรรมชาติเป็นเรื่องของความเป็นธรรม ไม่ใช่เพียงความพร้อมของพื้นที่

ระบบควรจัดระดับการเข้าถึงตามความจำเป็น ตั้งแต่การเข้าถึงสำหรับประชาชนทั่วไป การลดอุปสรรคสำหรับกลุ่มเปราะบาง การเชื่อมต่อและติดตามสำหรับกลุ่มเสี่ยง จนถึงการดูแลที่เข้มข้นสำหรับกลุ่มป่วย

ควรให้ความสำคัญกับพื้นที่ธรรมชาติใกล้ชุมชนที่เข้าถึงง่ายและไม่มีค่าใช้จ่าย รวมถึงมาตรการเฉพาะสำหรับผู้ที่มีข้อจำกัดด้านการเดินทาง รายได้ หรือสมรรถนะทางกาย ขณะเดียวกัน ชุมชนต้องมีส่วนร่วมตั้งแต่การกำหนดปัญหา ออกแบบกิจกรรม บริหารพื้นที่ ติดตามผล และแบ่งปันผลประโยชน์อย่างเป็นธรรม

๔. สร้างระบบสนับสนุนเพื่อให้ขยายผลได้อย่างมีคุณภาพและยั่งยืน

ควรพัฒนาระบบสนับสนุนอย่างน้อย ๕ ด้าน ได้แก่

อภิบาลระบบ: กำหนดกลไกระดับชาติและระดับพื้นที่ที่มีเจ้าภาพชัดเจน มีผู้แทนชุมชนร่วมกำกับ และเชื่อมความรับผิดชอบกับงบประมาณและตัวชี้วัด

กำลังคน: พัฒนา ๓ บทบาทสำคัญ ได้แก่ ผู้คัดกรองหรือระบุความต้องการ ผู้เชื่อมต่อ (Link Worker) และผู้จัดกิจกรรม พร้อมมาตรฐานตามระดับความเสี่ยง โดยไม่ใช้การรับรองเป็นเครื่องมือกีดกันภูมิปัญญาท้องถิ่น

การเงินและสิทธิประโยชน์: ใช้กองทุนและงบประมาณที่มีอยู่ในพื้นที่เป็นฐาน สนับสนุนความร่วมมือกับภาคเอกชน และพัฒนาสิทธิประโยชน์เมื่อมีหลักฐานด้านประสิทธิผลและมาตรฐานรองรับ

ระบบข้อมูล: เชื่อมข้อมูลระดับบุคคล พื้นที่ และธรรมชาติ เพื่อประเมินทั้งการเข้าถึง สุขภาวะ และคุณภาพของระบบนิเวศ

องค์ความรู้และการประเมิน: พัฒนาหลักฐานด้านประสิทธิผล ความปลอดภัย ความคุ้มค่า และผลต่อระบบนิเวศ เพื่อใช้ประกอบการพัฒนาสิทธิประโยชน์และการขยายผล

ผลลัพธ์ที่มุ่งหวัง

ในระยะต้น ควรเกิดพื้นที่นำร่องที่สามารถเชื่อม ระบบสุขภาพ–ท้องถิ่น–ชุมชน–ธรรมชาติ เข้าด้วยกัน มี Green Social Prescribing และ Link Worker ที่ทำงานได้จริง มีพื้นที่ธรรมชาติที่ประชาชนทุกกลุ่มเข้าถึงได้ และมีระบบข้อมูลที่สามารถติดตามทั้งสุขภาวะ ความเป็นธรรม และคุณภาพของระบบนิเวศ

ตัวชี้วัดสำคัญควรครอบคลุมอย่างน้อย ๔ มิติ ได้แก่ (๑) การเข้าถึงพื้นที่และกิจกรรมธรรมชาติของประชาชน โดยจำแนกกลุ่มประชากร (๒) การมีส่วนร่วมและการกระจายประโยชน์กลับสู่ชุมชน (๓) การเข้าร่วมกิจกรรมและผลลัพธ์สุขภาวะหลังการแนะนำหรือส่งต่อ และ (๔) ปริมาณ คุณภาพ และความหลากหลายทางชีวภาพของพื้นที่ธรรมชาติ

กลไกการขับเคลื่อนและบทบาทหน่วยงาน

หน่วยงาน/กลไก	บทบาท	ผลผลิตที่คาดหวัง
คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.)	ให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย กำหนดทิศทางและพิจารณาความก้าวหน้าการขับเคลื่อน	กรอบนโยบายและข้อเสนอระดับชาติ
คณะกรรมการขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คมส.)	ประสานการขับเคลื่อนและติดตามตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ	แผนที่ทางเดินและรายงานความก้าวหน้า
สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)	ประสานภาคี สนับสนุนกระบวนการนโยบายและเชื่อมการจัดทำข้อเสนอ	ข้อเสนอเชิงนโยบายและกลไกประสานงาน
กระทรวงสาธารณสุข	เชื่อมระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ กระบวนการคัดกรอง/แนะนำ/ส่งต่อ และการติดตามสุขภาวะ	แนวทางบริการและระบบเชื่อมต่อ
กระทรวงมหาดไทย/จังหวัด/อปท.	เชื่อมแผนพัฒนาพื้นที่ สนับสนุนพื้นที่และกิจกรรม รวมถึงการมีส่วนร่วมของชุมชน	แผนพื้นที่และพื้นที่นำร่อง
กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม	สนับสนุนข้อมูล การอนุรักษ์ ฟื้นฟู และการดูแลคุณภาพระบบนิเวศ	แนวทางดูแลพื้นที่และตัวชี้วัดระบบนิเวศ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)	ร่วมพิจารณาความเป็นไปได้ของกลไกสนับสนุนด้านการเงิน/สิทธิประโยชน์ เมื่อมีหลักฐานรองรับ	ข้อเสนอทางเลือกด้านการเงิน
ชุมชนและภาคีในพื้นที่	ร่วมกำหนดความต้องการ ออกแบบกิจกรรมดูแลพื้นที่ และติดตามการกระจายประโยชน์	กิจกรรมที่สอดคล้องบริบทและการมีส่วนร่วม

การสร้างสุขภาวะด้วยธรรมชาติ (Promoting Well-being through Nature)

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่สิบเก้า ได้พิจารณารายงานการพัฒนานโยบายสาธารณะ เรื่อง การสร้างสุขภาวะด้วยธรรมชาติ[๑]

เจตนารมณ์

๑. ด้านหลักการและกรอบนโยบาย

ยึดมั่นในหลักการสร้างนำซ่อมและสุขภาวะองค์รวมทั้งกาย จิต ปัญญา และสังคม โดยตระหนักว่ามนุษย์เป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติ และสุขภาวะของผู้คนเชื่อมโยงกับความเข้มแข็งของชุมชนและความสมบูรณ์ของระบบนิเวศ การสร้างเสริมสุขภาวะบนฐานธรรมชาติจึงต้องเคารพคุณค่าในตนเองของธรรมชาติ คำนึงถึงขีดจำกัดของโลก สิทธิชุมชน ภูมิปัญญาท้องถิ่น ความเป็นธรรมทางสุขภาพ และการมีส่วนร่วมของประชาชนทุกขั้นตอน สอดรับกับกฎบัตรเจนีวาเพื่อสุขภาวะ กรอบงานคุนหมิง–มอนทรีออลว่าด้วยความหลากหลายทางชีวภาพของโลก และเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน

การขับเคลื่อนดังกล่าวยึดโยงกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐ ในด้านสิทธิชุมชนและหน้าที่ของรัฐด้านสิ่งแวดล้อม พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ และพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ตลอดจนยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. ๒๕๖๑–๒๕๘๐ ด้านที่ ๓ และ ๕ และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๓ หมุดหมายที่ ๒ ๔ และ ๑๐ ซึ่งเป็นกรอบสำคัญในการเชื่อมโยงการพัฒนาคุณภาพชีวิต สุขภาพ เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน

๒. ด้านสถานการณ์ ปัญหา และความจำเป็น

ตระหนักถึงความห่างเหินระหว่างผู้คนกับธรรมชาติและชุมชน ท่ามกลางวิถีชีวิตเมือง สังคมดิจิทัล และแรงกดดันทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งซ้อนทับกับภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปัญหาสุขภาพจิต ภาวะหมดไฟ ความโดดเดี่ยว และความต้องการการดูแลในสังคมสูงวัย แม้ประเทศไทยมีฐานทุนวัฒนธรรมที่มีคุณค่าและทรัพยากรธรรมชาติที่หลากหลาย แต่โอกาสเข้าถึงพื้นที่และกิจกรรมที่เอื้อต่อสุขภาวะยังไม่ทั่วถึง โดยเฉพาะผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ดูแล เด็กและเยาวชน แรงงานที่มีข้อจำกัดด้านเวลาและทรัพยากร ตลอดจนผู้ได้รับผลกระทบจากมลภาวะ ภัยพิบัติ และการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ

ช่องว่างสำคัญอยู่ที่การขาดกลไกเชื่อมโยงความต้องการของประชาชนกับกิจกรรมและบริการสุขภาพบนฐานธรรมชาติอย่างเป็นระบบ ทั้งผู้ประสานเชื่อมต่อกิจกรรมและบริการ (Link Worker) มาตรฐานความปลอดภัย ฐานข้อมูลและหลักฐานเชิงประจักษ์ กลไกการเงิน และการกำกับดูแลร่วมกัน จึงจำเป็นต้องพัฒนาความร่วมมือข้ามภาคส่วนเพื่อจัดการอุปสรรคในการเข้าถึง และสนับสนุนการดูแลสุขภาวะเชิงรุกที่ครอบคลุมการสร้างเสริม ป้องกัน ฟื้นฟู และคุ้มครองสุขภาพ

[๑] เอกสารสมัชชาสุขภาพ ๑๙ / หลัก ๑

๓. ด้านการสานต่อความพยายามและความร่วมมือ

ให้คุณค่าแก่ทรัพยากรทางธรรมชาติ สังคม และวัฒนธรรม ระบบสุขภาพปฐมภูมิ และความริเริ่มของชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยบริการสุขภาพ ภาควิชาการ ภาคประชาสังคม และภาคเอกชน ทั้งการดูแลป่าชุมชน กิจกรรมอาบป่า การใช้พื้นที่สีเขียวเพื่อส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาวะ และการพัฒนาสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ พร้อมเรียนรู้จากประสบการณ์ต่างประเทศ เช่น โครงการ PaRx ของแคนาดาที่เชื่อมการแนะนำกิจกรรมในธรรมชาติเข้ากับการดูแลสุขภาพ และแคมเปญ The Swedish Prescription ของสวีเดนที่สื่อสารคุณค่าของธรรมชาติและวิถีชีวิตต่อสุขภาวะ โดยนำบทเรียนมาพัฒนาหลักฐานและปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทไทย

การดำเนินงานนี้มุ่งสานต่อฐานนโยบายจากมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ได้แก่ มติ ๑๑.๑ การร่วมสร้างสรรค์พื้นที่สาธารณะในเขตเมืองเพื่อสุขภาวะสู่การพัฒนาอย่างยั่งยืน มติ ๑๔.๑ การสร้างเสริมสุขภาวะสิ่งแวดล้อมที่ยั่งยืนในวิกฤตโควิด-๑๙ มติ ๑๖.๑ ระบบสุขภาวะทางจิตเพื่อสังคมไทยไร้ความรุนแรง และมติ ๑๗.๒ การท่องเที่ยวแนวใหม่สู่สุขภาวะและเศรษฐกิจไทยยั่งยืน เพื่อเชื่อมโยงความพยายามที่มีอยู่ให้หนุนเสริมกันและพัฒนาเป็นระบบที่ต่อเนื่อง

๔. ด้านเจตจำนงร่วมและทิศทางนโยบาย

เห็นพ้องให้ “การเชื่อมต่อและการเปลี่ยนผ่านเชิงระบบ” เป็นหัวใจของนโยบาย โดยยกระดับธรรมชาติเป็นส่วนหนึ่งของโครงสร้างพื้นฐานทางสุขภาวะ และบูรณาการการดูแลสุขภาพกับการดูแลระบบนิเวศตามแนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว ซึ่งตระหนักถึงความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์ สัตว์ พืช และสิ่งแวดล้อม มุ่งสนับสนุนทั้งการพาผู้คนไปหาธรรมชาติและการนำธรรมชาติเข้าสู่พื้นที่ชีวิตประจำวัน โดยพัฒนาระบบการแนะนำกิจกรรมทางสังคมฐานธรรมชาติ (Green Social Prescribing) เป็นกลไกเชื่อมประชาชนกับกิจกรรมที่เหมาะสมตามความต้องการและเงื่อนไขชีวิต ควบคู่กับบริการสุขภาพที่จำเป็น

การขับเคลื่อนต้องตั้งอยู่บนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนโดยชุมชนท้องถิ่นมีความเป็นเจ้าของ และให้มีการสนับสนุนทรัพยากรอย่างต่อเนื่อง และความรับผิดชอบร่วมกันของทุกภาคส่วน เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงธรรมชาติอย่างเป็นธรรมตามระดับความจำเป็น ส่งเสริมเศรษฐกิจแห่งความอยู่ดีมีสุขที่กระจายประโยชน์สู่ชุมชน เชื่อมโยงกับเป้าหมายการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์และสุขภาพ (Medical and Wellness Hub) บนฐานการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมและคุ้มครองสิทธิของคนรุ่นปัจจุบันและรุ่นอนาคตที่จะมีสุขภาวะดีในระบบนิเวศที่สมบูรณ์ อันเป็นภารกิจเชิงโครงสร้างที่ต้องร่วมกันผลักดันให้เกิดผลในทางปฏิบัติ

กรอบทิศทางนโยบาย (Policy Statement)

ด้วยมนุษย์เป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติและปฏิสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างคนกับธรรมชาติมีส่วนสำคัญในการสร้างสุขภาวะ ประเทศไทยจึงมุ่งสร้างความเกื้อกูลระหว่างสุขภาวะของผู้คนกับความสมบูรณ์ของระบบนิเวศและการใช้ประโยชน์อย่างยั่งยืนจากฐานทรัพยากรธรรมชาติ สังคม และวัฒนธรรม โดยผ่านการส่งเสริมการใช้ชีวิต การเรียนรู้ และกิจกรรมบนฐานธรรมชาติ เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพ สร้างเสริม และฟื้นฟูสุขภาวะองค์รวมทั้งกาย จิต ปัญญา และสังคม ขณะเดียวกันประชาชนและชุมชนต้องมีส่วนร่วมในการคุ้มครองและฟื้นฟูธรรมชาติ ทั้งด้านปริมาณ คุณภาพ และความหลากหลายทางชีวภาพ ทั้งนี้ จำเป็นต้องพัฒนาระบบเชื่อมต่อทั้งแนวดิ่งและแนวราบ รวมทั้งสนับสนุนการเข้าถึงธรรมชาติอย่างทั่วถึงในระดับพื้นฐาน และเข้มข้นขึ้นตามความจำเป็นและอุปสรรคที่ผู้คนแต่ละกลุ่มเผชิญ รวมถึงยกระดับขีดความสามารถ มาตรฐาน ส่งเสริมความร่วมมือข้ามภาคส่วนอย่างสอดคล้องกับวิถีวัฒนธรรมและอัตลักษณ์ท้องถิ่น พร้อมกำหนดให้ผู้ใช้ประโยชน์จากระบบนิเวศร่วมรับผิดชอบฟื้นฟูธรรมชาติ กระจายประโยชน์สู่ชุมชนอย่างเป็นธรรม เพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่มมีสิทธิและสามารถเข้าถึงธรรมชาติอย่างเป็นธรรม ปลอดภัย และยั่งยืน

แนวทางการขับเคลื่อน (Implementation Directions)

แบ่งเป็น ๔ แนวทางที่เชื่อมโยงระดับชาติและระดับพื้นที่

๑. ธรรมชาติสมบูรณ์ ชุมชนมีส่วนร่วม

๑.๑ พื้นที่ธรรมชาติได้รับการอนุรักษ์และฟื้นฟูความหลากหลายทางชีวภาพ ด้วยการมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชน

หน่วยงาน/องค์กร ประกอบด้วย

หน่วยงานหลัก กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (ทส.) โดยกรมอุทยานแห่งชาติ สัตว์ป่า และพันธุ์พืช กรมป่าไม้ กรมทรัพยากรทางทะเลและชายฝั่ง กรมการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและสิ่งแวดล้อม และสำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (สผ.) ร่วมกับกระทรวงมหาดไทย (มท.) และกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น สำนักงานพัฒนาเศรษฐกิจจากฐานชีวภาพ (องค์การมหาชน) และสภาคุ้มครองและส่งเสริมวิถีชีวิตกลุ่มชาติพันธุ์แห่งประเทศไทย

หน่วยงานหลักระดับพื้นที่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) รวมถึงกรุงเทพมหานครและเมืองพัทยา หน่วยงานเจ้าของหรือผู้ดูแลพื้นที่ เครือข่ายอาสาสมัครภาคประชาชน และชุมชนหรือองค์กรชุมชนเจ้าของพื้นที่

ภาคีร่วม ภาครัฐ ได้แก่ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (อว.) กระทรวงศึกษาธิการ (ศธ.) โดยสำนักงานลูกเสือแห่งชาติและสถานศึกษา กระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงพลังงาน กระทรวงคมนาคม และสำนักงานสภาเกษตรกรแห่งชาติ ภาคเอกชน ได้แก่ ผู้ประกอบการ เจ้าของที่ดิน รวมถึงสถาบันหรือมูลนิธิ ภาคประชาสังคมและสมาคมวิชาชีพ องค์กรศาสนา และศาสนสถาน

การติดตามและประเมินผล กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (ทส.) ร่วมกับ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) สถาบันวิชาการ และชุมชน

ร่วมกัน

๑. วางแผนและบริหารพื้นที่โดยใช้หลักการเชิงนิเวศ และการแก้ไขปัญหาด้วยการใช้ธรรมชาติเป็นฐาน ให้ครอบคลุมป่า อุทยานแห่งชาติ วนอุทยาน แม่น้ำ/แหล่งน้ำ ชายฝั่ง พื้นที่ชุ่มน้ำ พื้นที่สีเขียวในเมือง ชุมชน พื้นที่เกษตร (รวมถึงเกษตรอินทรีย์และกสิกรรมธรรมชาติ) อาหาร มรดกภูมิปัญญาทางวัฒนธรรม แหล่งเรียนรู้ทางศาสนา ศิลปะและวัฒนธรรม ศาสนสถาน (รวมถึงวัดป่าและสำนักสงฆ์) และสถานศึกษา

๒. กำหนดหน่วยงานรับผิดชอบพื้นที่ (ผู้กำกับดูแลและสนับสนุน) ให้ชัดเจนตามประเภทพื้นที่ คู่กับหน่วยงานส่งเสริมกิจกรรม และทำงานแบบบูรณาการ เช่น การใช้อุทยานแห่งชาติเป็นพื้นที่กิจกรรม โดยกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมรับผิดชอบพื้นที่ และกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬาส่งเสริมกิจกรรม ทั้งนี้ ให้หน่วยงานด้านทรัพยากรธรรมชาติเป็นที่ปรึกษาแก่สถานพยาบาล สถานศึกษา และหน่วยงานที่มีพื้นที่สีเขียว เพื่อใช้ประโยชน์โดยไม่ทำลายระบบนิเวศ

๓. ประเมินขีดความสามารถในการรองรับ (Carrying Capacity) และผลกระทบจากกิจกรรม ทั้งในมิติสิ่งแวดล้อม สังคม และวัฒนธรรม เพื่อเป็นกลไกคุ้มครองว่าจะไม่ส่งผลกระทบเชิงลบต่อสิทธิ ที่ดินทำกิน ที่อยู่อาศัย วิถีชีวิตของชุมชนท้องถิ่นดั้งเดิม และกลุ่มชาติพันธุ์ โดยให้การดำเนินงานสอดคล้องกับเจตนารมณ์ของกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองและส่งเสริมวิถีชีวิตกลุ่มชาติพันธุ์ และก่อนบรรจุพื้นที่ป่าชุมชน แหล่งน้ำ หรือพื้นที่วิถีชีวิตชาติพันธุ์เข้าสู่บัญชีกิจกรรม ต้องผ่านเวทีประชาคมและได้รับความยินยอมจากชุมชนเจ้าของพื้นที่

๔. บูรณาการการอนุรักษ์และฟื้นฟูความหลากหลายทางชีวภาพและวัฒนธรรม เข้าไปในกิจกรรมสุขภาวะ และส่งเสริมพื้นที่สีเขียวที่ประชาชนเข้าถึงได้ ตั้งแต่พื้นที่ป่า แม่น้ำ พื้นที่สีเขียวในเมือง ป่าชุมชน พื้นที่ทางศาสนาและแหล่งเรียนรู้ทางศิลปะและวัฒนธรรม ตลอดจนพื้นที่ธรรมชาติที่อยู่ในสถานศึกษา สถานพยาบาล พื้นที่เอกชนที่สมัครใจและชุมชน ภายใต้มาตรการความปลอดภัยที่เกี่ยวข้อง

๕. นำองค์ความรู้ด้านระบบนิเวศและวัฒนธรรมเข้าสู่การกำหนดกติกาผังเมือง โดยกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมร่วมกับกรมโยธาธิการและผังเมือง และให้ภาควิชาการและสมาคมวิชาชีพเป็นตัวกลางเชื่อมองค์ความรู้ การจัดการพื้นที่สีเขียวและระบบนิเวศ เพื่อเพิ่มทั้งปริมาณและคุณภาพของพื้นที่ธรรมชาติ

๖. เพิ่มบทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ชุมชน และภาคประชาสังคมจัดทำแผนในการสร้าง ดูแล และบริหารพื้นที่ โดยเชิดชูภูมิปัญญาและทุนทางวัฒนธรรมท้องถิ่นเป็นแกนหลัก รวมทั้งส่งเสริมการเรียนรู้ด้านการอนุรักษ์ สืบสาน และต่อยอด ทั้งนี้ การดำเนินงานในพื้นที่ต้องสอดคล้องกับเกณฑ์มาตรฐานที่ครอบคลุมความปลอดภัย ถึงการประเมินและเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและภัยธรรมชาติ และ การจัดการขยะและสิ่งปฏิกูล โดยมีผู้ดูแล ความปลอดภัยประจำพื้นที่

๗. ส่งเสริมมาตรฐานพื้นที่แบบสมัครใจ (จำแนกตามขนาด ลักษณะ และวัตถุประสงค์ของพื้นที่) สำหรับพื้นที่เอกชนและพื้นที่ที่ต้องการยกระดับ โดยไม่เป็นเงื่อนไขบังคับสำหรับพื้นที่ชุมชน และสำรวจจัดทำแผนที่แหล่งธรรมชาติเพื่อสุขภาวะ

๘. พัฒนากลไกความร่วมมือ ระหว่างชุมชน ผู้ประกอบการ และเจ้าของที่ดินเอกชน และการบูรณาการทรัพยากรร่วมกัน เพื่อพัฒนาพื้นที่ธรรมชาติเพื่อสุขภาวะที่ประชาชนสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ร่วมกัน

๙. พัฒนาพื้นที่ให้ปลอดภัยและเอื้อต่อการทำกิจกรรมของทุกช่วงวัยและทุกระดับความสามารถ ตามหลักการออกแบบเพื่อทุกคน (Universal Design)

๑๐. พัฒนาและส่งเสริมกลไกคุ้มครองสิทธิชุมชน ชาติพันธุ์ต่อความสัมพันธ์นิเวศ

เพื่อ อนุรักษ์ ฟื้นฟู และบริหารจัดการพื้นที่ธรรมชาติและระบบนิเวศให้เป็นพื้นที่ส่งเสริมสุขภาวะที่ประชาชนเข้าถึงได้ โดยคำนึงถึงความหลากหลายทางชีวภาพ ขีดความสามารถในการรองรับ การมีส่วนร่วมของชุมชน การคุ้มครองวิถีวัฒนธรรม และการเคารพสิทธิชุมชนและกลุ่มชาติพันธุ์

๑.๒ ชุมชนมีส่วนร่วม มีความเป็นเจ้าของ และได้รับประโยชน์อย่างเป็นธรรม

หน่วยงาน/องค์กร ประกอบด้วย

หน่วยงานหลัก กระทรวงมหาดไทย (มท.) โดยกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น สำนักงานพัฒนาเศรษฐกิจจากฐานชีวภาพ (องค์การมหาชน) และสภาคุ้มครองและส่งเสริมวิถีชีวิตกลุ่มชาติพันธุ์แห่งประเทศไทย

หน่วยงานหลักระดับพื้นที่ ชุมชน องค์กรชุมชน หรือกลไกพื้นที่ที่ชุมชนยอมรับ ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)

ภาคีร่วม ภาครัฐ ได้แก่ กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา (กก.) โดยกรมการท่องเที่ยว การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย (ททท.) กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (อว.) และองค์การบริหารการพัฒนาพื้นที่พิเศษเพื่อการท่องเที่ยวอย่างยั่งยืน (องค์การมหาชน) (อพท.) กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ โดยกรมส่งเสริมการเกษตร กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) โดยสถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน) (พอช.) กระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงศึกษาธิการ (ศธ.) กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) และกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (ทส.) ภาคเอกชน ได้แก่ ผู้ประกอบการท่องเที่ยวและที่พัก ภาคธุรกิจ และเจ้าของพื้นที่ ภาคประชาสังคมและชุมชน ได้แก่ สภาวัฒนธรรม องค์กรศาสนา ศาสนสถาน องค์กรคนพิการ สภาเด็กและเยาวชน อาสาสมัครพิทักษ์ธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมหมู่บ้าน (ทสม.) และองค์กรต่าง ๆ ในชุมชน

การติดตามและประเมินผล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ร่วมกับชุมชนและสถาบันวิชาการ ติดตามการมีส่วนร่วม รายได้และอาชีพ การกระจายประโยชน์ และประโยชน์ที่คืนสู่ธรรมชาติ

ร่วมกัน

๑. ให้ประชาชน ชุมชน เจ้าของพื้นที่ สถานประกอบการ สถานศึกษา ศาสนสถาน องค์กรต่าง ๆ องค์กรคนพิการ สภาเด็กและเยาวชน กลุ่มคนรุ่นใหม่ และภาคประชาสังคมมีส่วนร่วมตั้งแต่การกำหนดปัญหา ออกแบบกิจกรรมบริหารจัดการพื้นที่ ติดตามผล เฝ้าระวัง รวมทั้งการอนุรักษ์ฟื้นฟูทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม และแบ่งปันผลประโยชน์ เพื่อสร้างการมีส่วนร่วม และความเป็นเจ้าของอย่างแท้จริง

๒. เสริมทักษะชุมชนให้รองรับความเปลี่ยนแปลงและการขยายตัวของการจัดบริการโดยให้ชุมชนมีอำนาจร่วมกำกับดูแลพื้นที่โดยไม่สร้างมาตรฐานที่กีดกันชุมชน และมีทีมพี่เลี้ยงหรือทีมเชื่อมศาสตร์ช่วยชุมชนพัฒนากิจกรรมจากทุนของตนเองอย่างมีคุณภาพและปลอดภัย

๓. สนับสนุนกิจกรรมสุขภาวะ การท่องเที่ยวเชิงสุขภาวะ และการท่องเที่ยวเชิงนิเวศวัฒนธรรมโดยยอมรับความรู้ความชำนาญของคนในพื้นที่ และกิจกรรมที่เชื่อมธรรมชาติกับอาหาร อาหารเพื่อสุขภาพ สมุนไพร ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน ศิลปวัฒนธรรม วิถีชีวิต พิธีกรรม ความเชื่อ และมิติทางจิตวิญญาณอย่างเคารพความหลากหลาย

๔. ส่งเสริมการสร้างอาชีพสีเขียว (Green Jobs) และผู้ประกอบการสีเขียวทุกวัย ทั้งคนท้องถิ่น คนรุ่นใหม่และคนพิการ (รวมถึงการฝึกอาชีพ การทดลองงาน และการจ้างงานพร้อมการสนับสนุนตามศักยภาพรายบุคคล) พร้อมเปิดกว้างต่อรูปแบบองค์กรที่หลากหลาย เช่น วิสาหกิจชุมชน วิสาหกิจเพื่อสังคม องค์กรชุมชน ชมรมผู้สูงอายุ องค์กรคนพิการ สภาเด็กและเยาวชน กลุ่มคนรุ่นใหม่ สภาวัฒนธรรม ภาคธุรกิจ และรูปแบบองค์กรอื่น

๕. กำหนดหลักประกันการกระจายประโยชน์อย่างเป็นธรรม ป้องกันการผูกขาด พร้อมมีกลไกนำประโยชน์กลับคืนสู่การดูแลธรรมชาติและสุขภาวะของชุมชน

๖. พัฒนากลไกคุ้มครองสิทธิชุมชน สิทธิชนเผ่าพื้นเมืองและกลุ่มชาติพันธุ์ ต่อฐานทรัพยากร ความหลากหลายทางชีวภาพ และระบบนิเวศ โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจที่จะส่งผลกระทบต่อชุมชน

เพื่อ เสริมสร้างการมีส่วนร่วมและความเป็นเจ้าของของชุมชน ในการใช้ประโยชน์ธรรมชาติและวัฒนธรรมเพื่อสุขภาวะ สร้างอาชีพและเศรษฐกิจชุมชน พร้อมกระจายประโยชน์อย่างเป็นธรรม ควบคู่กับการอนุรักษ์ธรรมชาติร่วมกันอย่างยั่งยืน

ตัวชี้วัดร่วมแนวทางที่ ๑ (๑) พื้นที่ธรรมชาติเพื่อสุขภาวะที่ประชาชนเข้าถึงได้ (ตารางเมตรต่อคน) และดัชนีความหลากหลายทางชีวภาพในพื้นที่นำร่อง – ทส. (สผ.) และ อปท. (๒) ร้อยละของพื้นที่นำร่องที่ชุมชนร่วมกำกับดูแลผ่านการประเมินขีดความสามารถในการรองรับ และได้รับความยินยอมจากชุมชน – ทส. (กรมอุทยานแห่งชาติฯ และกรมป่าไม้) อปท. และชุมชน (๓) สัดส่วนรายได้หรือประโยชน์ที่กลับคืนสู่ชุมชนและการฟื้นฟูธรรมชาติ – อปท. ชุมชน และ พอช.

๒. คนมีความรอบรู้ เข้าใจ เชื่อมั่นและมีสิทธิเข้าถึงบริการนิเวศอย่างเท่าเทียม และ เป็นธรรม

หน่วยงาน/องค์กร ประกอบด้วย

หน่วยงานหลัก กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) กระทรวงมหาดไทย (มท.) โดยกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ร่วมกับกระทรวงศึกษาธิการ (ศธ.) กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (อว.) กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (ทส.) และกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา (กก.)

หน่วยงานหลักระดับพื้นที่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) รวมถึงกรุงเทพมหานครและเมืองพัทยา หน่วยบริการปฐมภูมิ และชุมชน

ภาคีร่วม ภาครัฐ ได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กรมอนามัย กรมสุขภาพจิต สำนักงานลูกเสือแห่งชาติ และสถานศึกษา ภาคเอกชน ได้แก่ ผู้ประกอบการท่องเที่ยว ที่พัก และสถานประกอบการ ภาคประชาสังคมและชุมชน ได้แก่ สภาองค์กรชุมชน องค์กรคนพิการ ชมรมผู้สูงอายุ สภาเด็กและเยาวชน ศาสนสถาน และผู้ให้บริการชุมชน ภาควิชาการ ได้แก่ สถาบันวิชาการ และหน่วยพัฒนาครูและผู้นำการเรียนรู้

การติดตามและประเมินผล สช. อปท. สธ. ร่วมกับสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) โดยใช้ตัวชี้วัดการเข้าถึง ความปลอดภัย ความเป็นธรรม และผลลัพธ์สุขภาวะ จำแนกตามกลุ่มประชากร

ร่วมกัน

๑. จัดบริการเป็นลำดับขั้นตามความจำเป็น ได้แก่ ขั้นถ้วนหน้าสำหรับทุกคน ขั้นลดอุปสรรคสำหรับ กลุ่มเปราะบาง (เช่น ผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ป่วยเรื้อรังและญาติผู้ดูแล เด็กและเยาวชน ผู้มีรายได้น้อย แรงงานที่มีข้อจำกัดด้านเวลา และผู้ได้รับผลกระทบจากมลพิษหรือภัยพิบัติ) ขั้นเชื่อมต่อและติดตามสำหรับกลุ่มเสี่ยง และขั้นดูแลเข้มข้นสำหรับกลุ่มป่วย โดยกลุ่มทั่วไปเข้าถึงได้ด้วยตนเองผ่านการเชื่อมต่อแนวราบ ส่วนกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยเข้าถึงผ่านการเชื่อมต่อแนวดิ่ง

๒. สร้างความเชื่อมั่นของประชาชนด้วยข้อมูลประโยชน์ ความปลอดภัย และหลักฐานที่เข้าใจง่าย

๓. สร้างความตระหนักรู้ (Awareness) ถึงคุณค่าของธรรมชาติต่อสุขภาวะผ่านระบบการศึกษาและการท่องเที่ยว โดยเน้นมิติสุขภาวะมากกว่าการตลาด

๔. สนับสนุนพื้นที่ธรรมชาติใกล้ชุมชน ให้เข้าถึงง่ายและไม่มีค่าใช้จ่าย และออกแบบมาตรการการเข้าถึงพื้นที่สำหรับกลุ่มที่มีข้อจำกัดในการเดินทางหรือกำลังซื้อให้มีความเป็นธรรมในการเข้าถึง

๕. พัฒนากิจกรรมและกระบวนการเยียวยาสุขภาวะแบบองค์รวม สำหรับกลุ่มประชากรที่ได้รับผลกระทบจากมลพิษของสิ่งแวดล้อมและภัยพิบัติ โดยใช้แนวทางเชิงพื้นที่ (Area-based Approach) ในการวิเคราะห์และจัดการปัญหาสุขภาพที่มีรากฐานจากสภาพแวดล้อม เพื่อฟื้นฟูบาดแผลทางใจ และลดความตึงเครียดของชุมชนที่เผชิญมลพิษของสิ่งแวดล้อม

๖. เพิ่มมาตรการเชิงป้องกันและส่งเสริมสุขภาวะสำหรับเด็กเล็ก เด็กและเยาวชนทั้งในและนอกระบบโรงเรียน ในการเรียนรู้ธรรมชาติใกล้ตัวเพื่อลดภาวะขาดธรรมชาติ (Nature Deficit)

เพื่อ ให้คนทุกกลุ่มมีความรอบรู้ เกี่ยวกับระบบนิเวศเชื่อมั่นและเข้าถึงพื้นที่และกิจกรรมธรรมชาติได้อย่างเหมาะสม ปลอดภัยและเป็นธรรมตามระดับความจำเป็น

ตัวชี้วัดร่วมแนวทางที่ ๒ (๑) ร้อยละประชาชนที่ใช้พื้นที่หรือกิจกรรมธรรมชาติในชุมชน จำแนกตามกลุ่ม (ผู้สูงอายุคน พิการ เด็กและเยาวชน ผู้มีรายได้น้อย) และช่องว่างระหว่างกลุ่มที่ลดลง – สธ. สช. และ อปท. (๒) ร้อยละพื้นที่ธรรมชาติ สาธารณะในพื้นที่นำร่องที่ไม่มีค่าใช้จ่ายและเข้าถึงได้ตามหลักการออกแบบเพื่อทุกคน – อปท. ทส. และ พม. (๓) ร้อยละสถานศึกษาที่มีการเรียนรู้จากธรรมชาติเป็นกิจกรรมปกติ – ศธ.

๓. เกิดการเชื่อมต่อทั้งแนวดิ่งและแนวราบ โดยมุ่งเน้นความเป็นธรรมในการเข้าถึง

หน่วยงาน/องค์กร ประกอบด้วย

หน่วยงานหลักด้านการเชื่อมต่อแนวดิ่ง (ก) ระบบสุขภาพ ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข (สธ.)และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และหน่วยบริการปฐมภูมิ (ข) ระบบอื่น ได้แก่ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) กระทรวงศึกษาธิการ (ศธ.) กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (อว.) และกระทรวงแรงงาน โดยสำนักงานประกันสังคม กระทรวงมหาดไทย (มท.) โดยกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

หน่วยงานหลักด้านการเชื่อมต่อแนวราบและเชิงพื้นที่ กระทรวงมหาดไทย (มท.) โดยกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และกรมโยธาธิการและผังเมือง กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อม (ทส.) กระทรวงคมนาคม (คค.) การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย (ททท.) คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

ภาคีร่วม ภาครัฐ ได้แก่ กระทรวงวัฒนธรรม สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) กรมสุขภาพจิต กรมอนามัย กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สถานศึกษา และสำนักงานสภาเกษตรกรแห่งชาติ ภาคเอกชน ได้แก่ สถานประกอบการและนายจ้าง บริษัทนำเที่ยวและผู้ประกอบการที่พัก ผู้พัฒนาแพลตฟอร์มดิจิทัล และสถาบันลูกโลกสีเขียว ภาคประชาสังคมและชุมชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ชมรมผู้สูงอายุ องค์กร คนพิการ สภาเด็กและเยาวชน ศาสนสถาน และเครือข่ายชุมชน

การติดตามและประเมินผล สธ. และ อปท. ร่วมกับสถาบันวิชาการ ติดตามการเข้าถึงจริงจำแนกตามกลุ่ม ผลลัพธ์ด้านสุขภาวะ และผลลัพธ์เชิงหน้าที่

ร่วมกัน

๓.๑ การเชื่อมต่อแนวดิ่ง (ส่งต่อผ่านระบบ)

(ก) ระบบสุขภาพ

๑. พัฒนาการแนะนำกิจกรรมทางสังคมฐานธรรมชาติ (Green Social Prescribing) เป็นทางเลือกในการดูแลสุขภาพ โดยได้รับการยอมรับของกระทรวงสาธารณสุข (สธ.) และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) ต่อการสั่งจ่ายที่ครอบคลุมการส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟู พร้อมขยายนิยามความเปราะบางให้ครอบคลุมผู้ได้รับผลกระทบจากมลพิษทางสิ่งแวดล้อมและภัยพิบัติ และผู้เผชิญความโดดเดี่ยว รวมถึงผู้ประสบผลกระทบจากภาวะเศรษฐกิจ

๒. จัดเส้นทางส่งต่อสำหรับกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย ผ่านทีมสหวิชาชีพปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ตามความจำเป็นของผู้รับบริการ (เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยา) พัฒนาระบบและผู้เชื่อมต่อ (Link Worker) และผู้จัดกิจกรรม พร้อมติดตามผลผ่านแผนการดูแลรายบุคคล (Comprehensive Care Plan) ระบบดิจิทัลที่บันทึกและวิเคราะห์ข้อมูลได้ สำหรับผู้ที่ต้องการการสนับสนุนเฉพาะ ให้จัดทำแผนสนับสนุนรายบุคคลและเชื่อมกับผู้ช่วยคนพิการ ผู้ดูแลตามความจำเป็น โดยเริ่มจากพื้นที่นำร่องร่วมกับ สปสช. ก่อนขยายผล

๓. จัดพื้นที่ธรรมชาติและกิจกรรมเยียวยาในสถานพยาบาลตั้งแต่ระดับปฐมภูมิขึ้นไป ตามหลักวิชาการสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยระยะยาว ญาติหรือผู้ดูแลที่ต้องใช้ชีวิตในโรงพยาบาล และบุคลากรสุขภาพ

(ข) ระบบอื่น

๑. ระบบสวัสดิการสังคม: พม. เชื่อมผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้มีรายได้น้อย และกลุ่มเปราะบาง ผ่านกลไกสวัสดิการและอาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (อพม.) พร้อมสนับสนุนค่าเดินทางหรือผู้ช่วยตามความจำเป็น

๒. ระบบการศึกษา: ศธ. และ อว. บรรจุกิจกรรมฐานธรรมชาติในการเรียนการสอนและกิจกรรมนักเรียน นักศึกษา โดยไม่มีค่าใช้จ่าย เพื่อลดอุปสรรคด้านเวลาและค่าใช้จ่ายของวัยรุ่นและเยาวชน

๓. ระบบการจ้างงาน: กระทรวงแรงงาน สำนักงานประกันสังคม และสถานประกอบการ ส่งเสริมกิจกรรมฐานธรรมชาติให้เป็นสวัสดิการวันลาสำหรับแรงงาน รวมถึงกิจกรรมที่สมาชิกในครอบครัวทำร่วมกัน เพื่อลดการส่งต่อความเครียดจากการทำงานสู่ครอบครัว

๓.๒ การเชื่อมต่อแนวราบ (ชุมชนและท้องถิ่น)

๑. พัฒนาช่องทางให้ประชาชนทั่วไปและกลุ่มเปราะบางเข้าถึงพื้นที่ กิจกรรม และผู้ให้บริการได้ด้วยตนเองผ่านการทำแผนที่ทุนชุมชน (Local Asset Mapping) และระบบข้อมูลดิจิทัลที่ทุกคนเข้าถึงได้ รวมถึงรูปแบบที่เข้าใจง่ายสำหรับผู้ที่มีความต้องการเฉพาะ โดยรวมถึงข้อมูลวิถีวัฒนธรรม ชุมชนและพิธีกรรมความเชื่อของท้องถิ่น

๒. ใช้เครือข่ายในชุมชนเป็นจุดเชื่อมต่อ ได้แก่ วัดและศาสนสถาน โรงเรียน องค์กรต่าง ๆ ในชุมชน ชมรมผู้สูงอายุ องค์กรคนพิการ สภาเด็กและเยาวชน เครือข่ายร่วมกันสำรวจและทำทะเบียนทรัพยากรธรรมชาติ สภาเกษตรกร อาสาสมัครพิทักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสส.) โดยมีกลไกประสานระดับตำบล อำเภอระหว่างภาครัฐ สาธารณสุข และชุมชน

๓. พัฒนาบัญชีกิจกรรมที่ใช้ธรรมชาติเป็นฐานที่เหมาะสมกับทุกกลุ่มวัย ครอบคลุมทุกระบบนิเวศและพื้นที่วัฒนธรรม พร้อมข้อมูลความปลอดภัย การเข้าถึง ความเสี่ยง ค่าใช้จ่าย และหลักฐานสนับสนุน และปักหมุดแหล่งกิจกรรมผ่านระบบข้อมูลกลางที่ทุกคนเข้าถึงได้

๓.๓ การเชื่อมต่อเชิงพื้นที่

๑. เชื่อมคนไปหาธรรมชาติ พัฒนาการเดินทางด้วยขนส่งสาธารณะแบบไร้รอยต่อและโครงข่ายถนนท้องถิ่นตามหลักการออกแบบเพื่อทุกคน (Universal Design) และเพิ่มมาตรการเฉพาะเพื่อให้กลุ่มเปราะบางเข้าถึงได้ รวมถึงสำรวจและจัดทำเส้นทางที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ คนพิการ และกลุ่มเปราะบาง

๒. เชื่อมธรรมชาติเข้าสู่พื้นที่ชีวิตประจำวัน ปรับโครงสร้างพื้นฐานสีเขียวเพื่อสุขภาพ (Healthy Green Infrastructure) และจัดสมดุลใหม่ของสิ่งแวดล้อมในชีวิตประจำวัน

เพื่อ พัฒนาระบบเชื่อมโยงคนกับกิจกรรมและพื้นที่ธรรมชาติทั้งแนวดิ่งและแนวราบรวมถึงเชิงพื้นที่ โดยเฉพาะกลุ่มที่เผชิญอุปสรรค พร้อมระบบประสานงาน ส่งต่อ และติดตามผลที่มีประสิทธิภาพ ครอบคลุมผลลัพธ์ด้านสุขภาพและสุขภาวะในองค์รวม โดยการเชื่อมต่อทุกระดับต้องให้ความสำคัญกับบทบาทการจัดการของชุมชน และความสัมพันธ์เกื้อกูลระหว่างคน ชุมชน และธรรมชาติ

ตัวชี้วัดร่วมแนวทางที่ ๓ (๑) ร้อยละผู้ได้รับการแนะนำหรือส่งต่อที่เข้าร่วมกิจกรรมจริงและได้รับการติดตามผล – สธ. และ สปสช. (๒) ร้อยละกลุ่มเปราะบางในพื้นที่นำร่อง (คนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรังและญาติ เด็กและเยาวชน แรงงาน) ที่เข้าถึงกิจกรรมผ่านกลไกเชื่อมต่อ – พม. และ อปท. (๓) ร้อยละประชากรที่มีพื้นที่ธรรมชาติสาธารณะในระยะเดิน ๑๕ นาที – มท. (กรมโยธาธิการและผังเมือง) อปท. และ ทส.

๔. มีระบบสนับสนุนและความร่วมมือของรัฐ ท้องถิ่น ชุมชน เอกชน ประชาสังคม และวิชาการ

พื้นที่ กิจกรรม และบุคลากรมีมาตรฐานและการกำกับดูแลที่เหมาะสม และมีกลไกสนับสนุนระบบอย่างยั่งยืน ทั้งการวิจัยและการเรียนรู้ การพัฒนาขีดความสามารถ การประเมินความคุ้มค่า การบูรณาการกฎหมาย ระบบสิทธิประโยชน์ งบประมาณ และความร่วมมือจากหลายภาคส่วน

หน่วยงาน/องค์กร ประกอบด้วย หน่วยงานหลักตามองค์ประกอบของระบบ ดังนี้

กลไกอภิบาลระบบ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) กระทรวงมหาดไทย (มท.) และกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (ทส.) ร่วมกับผู้แทนชุมชนและคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) และคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.)

กำลังคน สถาบันคุณวุฒิวิชาชีพ (องค์การมหาชน) กระทรวงแรงงาน โดยกรมพัฒนาฝีมือแรงงาน สภาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง และกระทรวงสาธารณสุข (สธ.) โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

การเงินและสิทธิประโยชน์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานประกันสังคม และกระทรวงการคลัง (กค.) โดยกรมบัญชีกลาง กรมธนารักษ์ และกรมสรรพากร

ระบบข้อมูล สธ. ทส. โดยสำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (สผ.) และ อปท. เป็นผู้จัดทำและใช้ข้อมูล โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สนับสนุนการกำหนดกรอบการวิจัยและการประเมินผล

องค์ความรู้ เทคโนโลยี และหลักฐาน กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (อว.) สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.) หน่วยบริหารและจัดการทุนด้านการพัฒนาระดับพื้นที่ (บพท.) และ สวรส. (สังเคราะห์และวิเคราะห์หลักฐานเพื่อประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบาย)

ภาคีร่วม ภาครัฐ ได้แก่ กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงศึกษาธิการ โดยสำนักงานลูกเสือแห่งชาติ กรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ กรุงเทพมหานคร และเมืองพัทยา รวมถึงสมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทย สมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย และสมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย ภาคเอกชน ได้แก่ ภาคธุรกิจ นักลงทุนเพื่อสังคม และผู้ดำเนินโครงการคาร์บอนเครดิต ภาคประชาสังคมและวิชาการ ได้แก่ ชุมชน เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานจริงที่มีความรู้และประสบการณ์ องค์กรด้านสิ่งแวดล้อม (เช่น สมาคมอนุรักษ์นกและธรรมชาติแห่งประเทศไทย) สมาคมจิตวิทยาแห่งประเทศไทย โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) และมหาวิทยาลัย องค์กรระหว่างประเทศ ได้แก่ สำนักงานองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย

ร่วมกัน

๑. **กลไกอภิบาลระบบ** จัดตั้งหรือมอบหมายกลไกบูรณาการระดับชาติและระดับพื้นที่ ที่มีหน่วยงานเจ้าภาพชัดเจน โดยใช้กลไกเดิมเป็นฐาน และให้ผู้แทนชุมชนและองค์กรชุมชนร่วมเป็นกลไกกำกับดูแล (Community Governance) ตั้งแต่การตัดสินใจ การจัดสรรทรัพยากร จนถึงการติดตามผล กำหนดเจ้าภาพรายแนวทาง ภาคีร่วมผู้ติดตามประเมินผล และตัวชี้วัดร่วมให้ชัดเจน เชื่อมความรับผิดชอบกับงบประมาณ และบูรณาการทบทวนกฎหมายระเบียบ และอำนาจหน้าที่ที่เป็นข้อจำกัด รวมถึงเชื่อมกับกฎหมายที่อยู่ระหว่างพิจารณา และจัดทำกฎหมายหรือระเบียบที่ชัดเจนรองรับการใช้ธรรมชาติเพื่อสุขภาวะ รวมถึงการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการบำบัดฟื้นฟูบนฐานธรรมชาติให้ใช้ได้ครอบคลุมพื้นที่ที่อยู่ภายใต้กฎหมายต่างฉบับ (เช่น พื้นที่ป่าไม้และอุทยานแห่งชาติ) โดยไม่ลดทอนการอนุรักษ์และสิทธิชุมชน โดยเฉพาะกฎหมายผังเมือง กฎหมายควบคุมอาคาร กฎหมายที่ดินและกฎหมายภาษีที่ดินและสิ่งปลูกสร้าง รวมถึงแก้ไขข้อจำกัดเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงพื้นที่ริมแม่น้ำและชายหาดสาธารณะ ตลอดจนผลักดันให้การดำเนินงานนี้เป็นส่วนหนึ่งของการประเมินประสิทธิภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (Local Performance Assessment: LPA)

๒. **กำลังคน** กำหนดกรอบกำลังคน ๓ บทบาท ได้แก่ ผู้คัดกรองหรือผู้ระบุความต้องการ ผู้เชื่อมต่อ (Link Worker) และผู้จัดกิจกรรม ทั้งที่เป็นทางการ (Formal) และไม่เป็นทางการ (Informal) โดยพัฒนา ๒ กลุ่ม ได้แก่

(ก) อาชีพเดิมเพิ่มศักยภาพ ได้แก่ ผู้คัดกรอง สั่งจ่าย และเชื่อมต่อเช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยา บุคลากรการแพทย์แผนไทยที่มีทักษะด้านธรรมชาติ อสม. อสส. นักสังคมสงเคราะห์ อพม. นักการศึกษา พระสงฆ์และผู้นำศาสนา นักพัฒนาชุมชน ผู้ช่วยคนพิการ ผู้ดูแล และฝ่ายบุคคลของสถานประกอบการ และผู้จัดกิจกรรม เช่น ไกด์อาบป่า นักสื่อความหมายธรรมชาติ มัคคุเทศก์ท้องถิ่น เจ้าหน้าที่อุทยานและป่าไม้ หมอพื้นบ้าน และผู้นำกิจกรรมในชุมชน รวมถึงกลุ่มอิสระหรือกระบวนกรด้านสุขภาวะทางปัญญา

(ข) อาชีพใหม่ ได้แก่ ผู้เชื่อมต่อทางสังคม (Link Worker) ประจำหน่วยบริการ อปท. สถานศึกษา ผู้นำกิจกรรมธรรมชาติบำบัดที่ผ่านการรับรอง ทีมพี่เลี้ยงหรือทีมเชื่อมศาสตร์ระหว่างภูมิปัญญาท้องถิ่นกับความรู้ด้านสุขภาพและนิเวศ ผู้ดูแลพื้นที่และความปลอดภัย และผู้ประกอบการสีเขียวทุกวัย

ทั้งนี้ กำหนดมาตรฐานสมรรถนะและระบบรับรองตามระดับความเข้มข้นและความเสี่ยง โดยกิจกรรมส่งเสริมสุขภาวะทั่วไปดำเนินการได้โดยชุมชนหรือผู้จัดกิจกรรมที่ผ่านการพัฒนาแบบสมัครใจ ไม่ใช้การรับรองเป็นเงื่อนไขกีดกันภูมิปัญญาท้องถิ่น ส่วนกิจกรรมเพื่อการบำบัดหรือฟื้นฟูต้องอยู่ภายใต้ขอบเขตและมาตรฐานของวิชาชีพสุขภาพที่เกี่ยวข้อง พัฒนาหลักสูตรเฉพาะสำหรับการให้บริการคนพิการและผู้มีความต้องการเฉพาะ (เช่น การสื่อสาร สื่อที่เข้าใจง่าย การสนับสนุนด้านประสาทสัมผัส) และให้ผู้ปฏิบัติงานและบุคลากรสุขภาพมีประสบการณ์ตรงกับธรรมชาติ โดยมีหลักสูตรพัฒนาผู้เชื่อมต่อที่หลากหลาย พร้อมมีกลไกคุ้มครองผู้บริโภคจากผู้ให้บริการที่ไม่ได้มาตรฐาน

๓. **การเงิน** จัดช่องทางการเงินตามกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ พัฒนากลไกการเงินและความร่วมมือจากภาคเอกชนเพื่อทำงานเชิงรุก โดยเริ่มจากกองทุนเดิมในพื้นที่ เช่น กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับจังหวัด เป็นต้น เพื่อการสร้างเสริม ป้องกัน ดูแล ฟื้นฟูสุขภาพคนในพื้นที่ และใช้งบประมาณจาก อปท. หรือพัฒนากองทุนร่วมกับภาคเอกชนเพื่อการดูแลพื้นที่ธรรมชาติและจ่ายให้กับระบบนิเวศบริการ เช่น กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น (กปท.) สำหรับดูแลสุขภาพคนทั่วไป และกองทุนด้านสุขภาพและสังคมสำหรับกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย ใช้เงินจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เพื่อการดูแลป่าชุมชนหรือพื้นที่สีเขียวเพื่อสุขภาวะ การลงทุนของภาคเอกชน โดยส่งเสริมให้มีการจ่ายค่าตอบแทนระบบนิเวศในพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบจากการดำเนินกิจการของตนเอง มาตรการจูงใจทางภาษีสำหรับเจ้าของที่ดินที่เปิดพื้นที่สีเขียวให้ประชาชนใช้ประโยชน์ หรือปรับพื้นที่รกร้างเป็นพื้นที่

สีเขียวหรือพื้นที่รับน้ำ และกองทุนอื่น เช่น กองทุนสิ่งแวดล้อม กองทุนด้านการศึกษา และกองทุนด้านการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ และพัฒนาระบบสิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุมทุกระบบหลักประกันสุขภาพทั้งรัฐและเอกชน เมื่อมีหลักฐานจากงานวิจัยและมาตรฐานรองรับ โดยเริ่มจากพื้นที่นำร่อง และมีกองทุนสนับสนุนอย่างยั่งยืน

๔. **ระบบข้อมูล** พัฒนาระบบข้อมูลและตัวชี้วัดร่วม ๓ ระดับ ได้แก่ รายบุคคล (มิติสุขภาพและสังคม) พื้นที่ (สถานการณ์สุขภาวะและการเข้าถึงบริการจำแนกตามกลุ่มประชากร และประเภทพื้นที่ เช่น เขตเมือง ชนบท และพื้นที่อนุรักษ์) และธรรมชาติ (ปริมาณ คุณภาพ และความหลากหลายทางชีวภาพ รวมถึงดัชนีคุณภาพอากาศและคุณภาพน้ำ และการจำแนกพื้นที่สีเขียวที่มีคุณภาพทางนิเวศออกจากพื้นที่รกร้าง) โดยจัดทำข้อมูลฐานและตัวชี้วัดทั้งมิติชีวภาพและสังคมของทุกระบบนิเวศ (กรมอุทยานแห่งชาติฯ กรมป่าไม้ กรมการพัฒนาชุมชน และ อว.) ให้เป็นมาตรฐานเดียวกันและเป็นปัจจุบัน และพัฒนาแพลตฟอร์มข้อมูลกลางที่ภาครัฐเป็นผู้ควบคุมตามกฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล

๕. **ผลิตภัณฑ์ เทคโนโลยี และหลักฐาน** จัดทำวาระวิจัยที่มุ่งตอบโจทย์การตัดสินใจเชิงระบบ (สิทธิประโยชน์ ความปลอดภัย และความคุ้มค่า) และผลลัพธ์ในการรักษาสมดุลของนิเวศบริการ ภูมิอากาศ และวัฒนธรรมท้องถิ่น บัญชีกิจกรรมฐานธรรมชาติ แพลตฟอร์มดิจิทัล และการประเมินความคุ้มค่า (Cost-effectiveness/HTA/SROI) เพื่อใช้ในการตัดสินใจเชิงนโยบายและการพัฒนาสิทธิประโยชน์ ทั้งนี้ ด้านระบบบริการให้ดำเนินการตามแนวทางที่ ๓

เพื่อ ยกระดับมาตรฐานพื้นที่ กิจกรรม และบุคลากรให้มีคุณภาพ ปลอดภัย และเหมาะสม พร้อมระบบกำกับดูแลที่สร้างความน่าเชื่อถือและคุ้มครองผู้รับบริการ และพัฒนากลไกสนับสนุนเชิงระบบด้านองค์ความรู้ การวิจัย การเงิน สิทธิประโยชน์ กฎหมาย และระบบข้อมูล เพื่อสร้างหลักฐานประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบาย และขับเคลื่อนการใช้ธรรมชาติเพื่อสุขภาวะบนพื้นฐานสิ่งแวดล้อมอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

ตัวชี้วัดร่วมแนวทางที่ ๔ (๑) มีกลไกบูรณาการระดับชาติและระดับพื้นที่ที่มีผู้แทนชุมชนร่วม และรายงานความก้าวหน้าต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติทุกปี – สช. มท. และ ทส. (๒) จำนวนผู้เชื่อมต่อและผู้จัดกิจกรรม (ทั้งทางการและไม่เป็นทางการ) ที่ผ่านการพัฒนาตามกรอบสมรรถนะ – สคช. และ สธ. (๓) งบประมาณที่จัดสรรให้กิจกรรมฐานธรรมชาติในพื้นที่ (กปท. อปท. สสส. และภาคเอกชน) – สปสช. อปท. และ สสส.

มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

๑. เห็นชอบกรอบทิศทางนโยบาย “การสร้างสุขภาวะด้วยธรรมชาติ” ตามที่เสนอมา

๒. เห็นชอบในหลักการ “แนวทางการขับเคลื่อน” และ “ร่างแผนที่ทางเดิน (Road Map) ” ตามที่เสนอมา

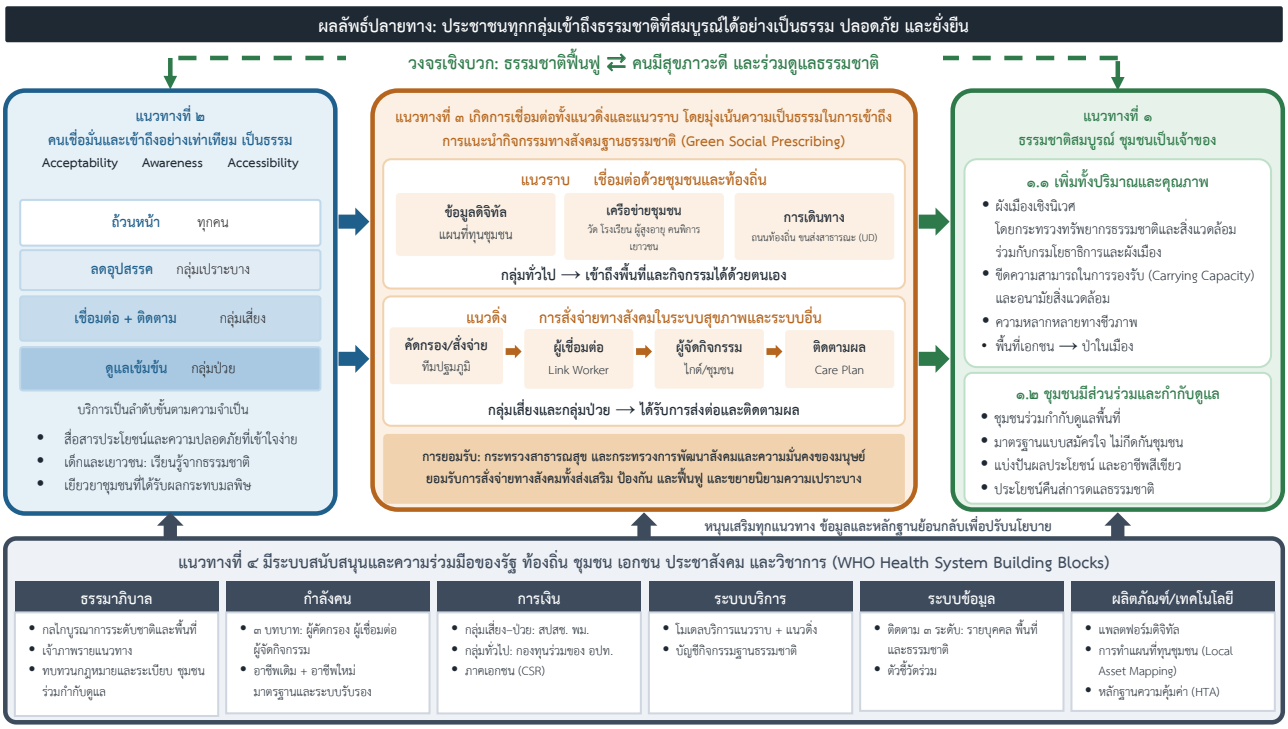
๓. ขอให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เสนอคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) เพื่อพิจารณามอบหมายคณะกรรมการขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คมส.) พิจารณาปรับปรุงและติดตามการขับเคลื่อนตามแนวทางการขับเคลื่อนและร่างแผนที่ทางเดิน (Road Map)

๔. ขอให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ รายงานความก้าวหน้าต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๒๑

แผนที่ทางเดิน (Roadmap)
การสร้างสุขภาวะด้วยธรรมชาติ
(Promoting Well-being through Nature)

แผนที่ทางเดินประกอบด้วย ๒ ส่วน ได้แก่ (๑) แผนภาพกลไกที่แสดงความสัมพันธ์ของ ๔ แนวทาง และ (๒) ตารางการดำเนินงานแบ่งเป็น ๓ ระยะ ได้แก่ ระยะสั้น (ปีที่ ๑) ระยะกลาง (ปีที่ ๒–๓) และระยะยาว (ปีที่ ๔–๕) พร้อมตัวชี้วัดร่วมไม่เกิน ๓ ตัวต่อแนวทางและผู้รับผิดชอบ

๑. แผนภาพกลไก: ความสัมพันธ์ของ ๔ แนวทาง



๒. ตารางการดำเนินงานตามระยะเวลา

แนวทาง	ระยะสั้น (ปีที่ ๑) วางฐาน	ระยะกลาง (ปีที่ ๒–๓) ทดลองและสร้างหลักฐาน	ระยะยาว (ปีที่ ๔–๕) ขยายผลและสถาปนา	เจ้าภาพหลัก
แนวทางที่ ๑ ธรรมชาติสมบูรณ์ ชุมชนมีส่วนร่วม				
ธรรมชาติสมบูรณ์ ชุมชนมีส่วนร่วม *ปริมาณ + คุณภาพ ชุมชนร่วมกำกับดูแล*	• ตารางผู้กำกับดูแลพื้นที่คู่ผู้ส่งเสริมกิจกรรมตามประเภทพื้นที่ • พื้นที่นำร่องหลายบริบท พร้อมแผนที่ทุนธรรมชาติและทุนชุมชน • เกณฑ์ขีดความสามารถในการรองรับ (Carrying Capacity) และการคุ้มครองสิทธิชุมชนและกลุ่มชาติพันธุ์ (เวทีประชาคมและความยินยอมของชุมชน) รวมถึงให้ชุมชนมีส่วนร่วมพิจารณาโครงการพัฒนาของหน่วยงานส่วนกลางที่กระทบทรัพยากรธรรมชาติในพื้นที่ (เช่น การตัดต้นไม้ริมทาง การก่อสร้างริมแม่น้ำ) • ข้อมูลฐานทั้งมิติชีวภาพและสังคมของระบบนิเวศในพื้นที่นำร่อง	• ชุมชนร่วมกำกับดูแลพื้นที่และเสริมทักษะ (การเงิน การจัดการการเปลี่ยนแปลง) โดยมีทีมพี่เลี้ยง/ทีมเชื่อมศาสตร์ • มาตรฐานพื้นที่แบบสมัครใจ (ขนาดเล็ก กลาง ใหญ่) และจับคู่ภาคเอกชน/เจ้าของที่ดินกับชุมชนฟื้นฟูพื้นที่ • การแบ่งปันผลประโยชน์ (Benefit-sharing) และอาชีพสีเขียว โดยคำนึงถึงความปลอดภัยด้านอาหาร และเปิดโอกาสให้เด็กและเยาวชนเป็นอาสาสมัครร่วมพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาวะ	• ใช้เกณฑ์ผังเมืองเชิงนิเวศจริง • พื้นที่ธรรมชาติเพิ่มทั้งปริมาณและความหลากหลายทางชีวภาพ • ขยายพื้นที่ที่ชุมชนร่วมจัดการ • แผนที่แหล่งธรรมชาติเพื่อสุขภาวะทั่วประเทศ	• กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (ทส.) โดยกรมที่เกี่ยวข้องและ สผ. • กระทรวงมหาดไทย (มท.) โดยกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และกรมโยธาธิการและผังเมือง • สำนักงานพัฒนาเศรษฐกิจจากฐานชีวภาพ (องค์การมหาชน) • สภาคุ้มครองและส่งเสริมวิถีชีวิตกลุ่มชาติพันธุ์แห่งประเทศไทย • องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) • ชุมชนและองค์กรชุมชนเจ้าของพื้นที่ **ภาคีจากคณะทำงาน** • **กรมอุทยานแห่งชาติ สัตว์ป่า และพันธุ์พืช** ผู้กำกับดูแลพื้นที่อุทยานและเขตอนุรักษ์ ประเมินขีดความสามารถในการรองรับ • **กรมป่าไม้** ผู้กำกับดูแลพื้นที่ป่าไม้และป่าชุมชน • **กรมการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและสิ่งแวดล้อม** เชื่อมโยงการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและตัวชี้วัดสิ่งแวดล้อม • **สถาบันวิชาการและเครือข่ายนักออกแบบ/นักผังเมือง คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย** องค์ความรู้ภูมิสถาปัตยกรรมและเกณฑ์ผังเมืองเชิงนิเวศ

แนวทาง	ระยะสั้น (ปีที่ ๑) วางฐาน	ระยะกลาง (ปีที่ ๒–๓) ทดลองและสร้างหลักฐาน	ระยะยาว (ปีที่ ๔–๕) ขยายผลและสถาปนา	เจ้าภาพหลัก
		• ร่างเกณฑ์ผังเมืองเชิงนิเวศและวัฒนธรรมในเมืองนำร่อง โดยกรมโยธาธิการและผังเมืองร่วมกับกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เพื่อทบทวนการใช้พื้นที่และส่งเสริมพื้นที่สีเขียวในเขตเมือง • พื้นที่นำร่องปลอดภัยตามหลัก Universal Design และมีผู้ดูแลความปลอดภัย รวมถึงการจัดการขยะและสิ่งปฏิกูล		• **สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน)** เสริมพลังองค์กรชุมชนในการร่วมกำกับดูแลพื้นที่ • **สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา** เสริมทักษะชุมชนด้านการจัดการและการเงิน • **สมาคมการท่องเที่ยวโดยชุมชนจังหวัดกระบี่ เครือข่ายการท่องเที่ยวโดยชุมชน จังหวัดแม่ฮ่องสอน และสมาคมการท่องเที่ยวสระบุรี** พื้นที่นำร่องการแบ่งปันผลประโยชน์และอาชีพสีเขียว **ภาคเอกชนและภาคีอื่น** • สถาบันลูกโลกสีเขียว ภาคธุรกิจ และเจ้าของที่ดิน • สำนักงานสภาเกษตรกรแห่งชาติ • กระทรวงคมนาคม (คค.) โดยกรมเจ้าท่า ซึ่งดูแลพื้นที่บึงและท่าน้ำทั่วประเทศ • กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (อว.) • องค์กรศาสนาและศาสนสถาน

แนวทาง	ระยะสั้น (ปีที่ ๑) วางฐาน	ระยะกลาง (ปีที่ ๒–๓) ทดลองและสร้างหลักฐาน	ระยะยาว (ปีที่ ๔–๕) ขยายผลและสถาปนา	เจ้าภาพหลัก
ตัวชี้วัดร่วม (แนวทางที่ ๑)	• กำหนดนิยามและค่าฐาน ๓ ตัวชี้วัด: (๑) พื้นที่ธรรมชาติเพื่อสุขภาวะที่เข้าถึงได้ (ตร.ม./คน) และความหลากหลายทางชีวภาพ (๒) ร้อยละพื้นที่นำร่องที่ชุมชนร่วมกำกับดูแลและผ่านการประเมินขีดความสามารถในการรองรับ (๓) สัดส่วนประโยชน์ที่คืนสู่ชุมชนและการฟื้นฟูธรรมชาติ	• (๑) เพิ่มขึ้นในพื้นที่นำร่อง • (๒) ครบทุกพื้นที่นำร่อง • (๓) มีกลไกแบ่งปันประโยชน์ในทุกพื้นที่นำร่อง	• (๑) เพิ่มขึ้นระดับประเทศ • (๒) ขยายสู่พื้นที่ใหม่ • (๓) รายงานต่อเนื่องทุกปี	(๑) ทส. (สผ.) และ อปท. (๒) กรมอุทยานแห่งชาติฯ กรมป่าไม้ อปท. และชุมชน (๓) อปท. ชุมชน และ พอช.

แนวทาง	ระยะสั้น (ปีที่ ๑) วางฐาน	ระยะกลาง (ปีที่ ๒–๓) ทดลองและสร้างหลักฐาน	ระยะยาว (ปีที่ ๔–๕) ขยายผลและสถาปนา	เจ้าภาพหลัก
แนวทางที่ ๒ คนมีความรอบรู้ เข้าใจ เชื่อมั่นและเข้าถึงอย่างเท่าเทียมและเป็นธรรม				
คนมีความรอบรู้ เข้าใจ เชื่อมั่นและเข้าถึงอย่างเท่าเทียมและเป็นธรรม *Acceptability* *Awareness* *Accessibility* *Equity*	• กำหนดกลุ่มเป้าหมายและบริการ ๔ ลำดับขั้น (ถ้วนหน้า ลดอุปสรรค เชื่อมต่อ–ติดตาม ดูแลเข้มข้น) • กำหนดให้ผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ป่วยเรื้อรังและญาติ เด็กและเยาวชน และแรงงานที่มีข้อจำกัด อยู่ในกลุ่มที่ต้องลดอุปสรรค • ชุดข้อมูลกลางด้านประโยชน์และความปลอดภัยสำหรับประชาชน • ข้อมูลฐาน (Baseline) ความต้องการและการเข้าถึงในพื้นที่นำร่อง	• จัดบริการตามลำดับขั้นในพื้นที่นำร่อง • ทดลองพื้นที่/กิจกรรมต้นแบบที่เข้าถึงได้ตามหลัก Universal Design และ Sensory Accessibility • เชื่อมสถานศึกษาและเยาวชนนอกระบบกับพื้นที่ธรรมชาติ (Nature Game, SEL) • เยียวยาชุมชนที่ได้รับผลกระทบมลพิษและภัยพิบัติ พร้อมลดอุปสรรคค่าเดินทางและค่าใช้จ่าย (เช่น โควตาพื้นที่และช่วงเวลาที่ไม่มีค่าใช้จ่าย)	• ขยายสู่พื้นที่ใหม่ เน้นกลุ่มเปราะบางและพื้นที่ที่เข้าถึงน้อย • ขยายมาตรการการเข้าถึงที่เหมาะสมเข้าสู่ระบบบริการปกติ • การเรียนรู้จากธรรมชาติเป็นกิจกรรมปกติของสถานศึกษา	• กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) • กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) • กระทรวงมหาดไทย (มท.) โดยกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น • สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) • สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) • กระทรวงศึกษาธิการ (ศธ.) • กระทรวงทรัพยากร ธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (ทส.) • กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา (กก.) • กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (อว.) **ภาคีจากคณะทำงาน** • **กรมอนามัย** มาตรการอนามัยสิ่งแวดล้อม และการเยียวยาชุมชนที่ได้รับผลกระทบมลพิษ • **สถาบันวิชาการเพื่อความยั่งยืนทางสุขภาพจิต** ข้อมูลและหลักฐานด้านสุขภาพจิตเพื่อการสื่อสารสาธารณะ • **มูลนิธิโลกสีเขียว** สื่อและกิจกรรมเรียนรู้ธรรมชาติสำหรับเด็กและเยาวชน

แนวทาง	ระยะสั้น (ปีที่ ๑) วางฐาน	ระยะกลาง (ปีที่ ๒–๓) ทดลองและสร้างหลักฐาน	ระยะยาว (ปีที่ ๔–๕) ขยายผลและสถาปนา	เจ้าภาพหลัก
ตัวชี้วัดร่วม (แนวทางที่ ๒)	• กำหนดนิยามและค่าฐาน ๓ ตัวชี้วัด: (๑) ร้อยละประชาชนที่ใช้พื้นที่/กิจกรรมธรรมชาติจำแนกตามกลุ่ม (๒) ร้อยละพื้นที่ธรรมชาติสาธารณะที่ไม่มีค่าใช้จ่ายและเข้าถึงได้ตามหลัก Universal Design (๓) ร้อยละสถานศึกษาที่มีการเรียนรู้จากธรรมชาติเป็นกิจกรรมปกติ	• (๑) ช่องว่างการเข้าถึงระหว่างกลุ่มลดลงในพื้นที่นำร่อง • (๒)–(๓) เพิ่มขึ้นในพื้นที่นำร่อง	• (๑) ช่องว่างการเข้าถึงลดลงระดับประเทศ • (๒)–(๓) เป็นมาตรฐานของ อปท. และสถานศึกษา	(๑) สธ. สช. และ อปท. (๒) อปท. ทส. และ พม. (๓) ศธ.

แนวทาง	ระยะสั้น (ปีที่ ๑) วางฐาน	ระยะกลาง (ปีที่ ๒–๓) ทดลองและสร้างหลักฐาน	ระยะยาว (ปีที่ ๔–๕) ขยายผลและสถาปนา	เจ้าภาพหลัก
แนวทางที่ ๓ เกิดการเชื่อมต่อทั้งแนวดิ่งและแนวราบ โดยมุ่งเน้นความเป็นธรรมในการเข้าถึง (Green Social Prescribing และการเชื่อมต่อเชิงพื้นที่)				
๓.๑ แนวราบ *เชื่อมต่อด้วยชุมชนและท้องถิ่นกลุ่มทั่วไปและกลุ่มเปราะบาง*	• รับรองนิยามการเชื่อมต่อแนวราบและแนวดิ่งร่วมกัน โดยให้ความสำคัญกับบทบาทการจัดการของชุมชน และความสัมพันธ์เกื้อกูลระหว่างคน ชุมชน และธรรมชาติ • รวบรวมกิจกรรมและผู้ให้บริการด้วยการทำแผนที่ทุนชุมชน (Local Asset Mapping) ในพื้นที่นำร่อง	• แพลตฟอร์มดิจิทัลค้นหาพื้นที่ กิจกรรม และผู้ให้บริการ ที่ทุกคนเข้าถึงได้ พร้อมปักหมุดแหล่งกิจกรรม • สนับสนุนบทบาทผู้เชื่อมต่อโดยเครือข่ายทางสังคม วัด โรงเรียน องค์กรต่าง ๆ ในชุมชน ชมรมผู้สูงอายุ องค์กรคนพิการ สภาเด็กและเยาวชน สภาเกษตรกร อาสาสมัครพิทักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม อสม. และ อสส. • กลไกประสานระดับอำเภอ (ภาครัฐ–สาธารณสุข–ชุมชน)	• ขยายแพลตฟอร์มและเครือข่ายทั่วประเทศ • ประชาชนเข้าถึงพื้นที่และกิจกรรมได้ด้วยตนเอง	• กระทรวงมหาดไทย (มท.) โดยกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และกรมโยธาธิการและผังเมือง • กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (ทส.) • องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) • องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) • การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย (ททท.) • กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) • คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) • สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) **ภาคีจากคณะทำงาน** • **เครือข่ายอาบป่าประเทศไทย** ผู้จัดกิจกรรมและไกด์อาบป่า ร่วมจัดทำบัญชีกิจกรรม • **สมาคมไทยท่องเที่ยวเชิงอนุรักษ์และผจญภัย** กิจกรรมธรรมชาติและแนวปฏิบัติด้านความปลอดภัย • **สมาคมไทยท่องเที่ยวอย่างรับผิดชอบ** แนวปฏิบัติการท่องเที่ยวอย่างรับผิดชอบ ป้องกันการท่องเที่ยวล้นเกิน • **บริษัท ไรซ์ อิมแพค จำกัด** และ**สถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่** ผลการศึกษาและทดลองกลไกการสั่งจ่ายในพื้นที่นำร่อง

แนวทาง	ระยะสั้น (ปีที่ ๑) วางฐาน	ระยะกลาง (ปีที่ ๒–๓) ทดลองและสร้างหลักฐาน	ระยะยาว (ปีที่ ๔–๕) ขยายผลและสถาปนา	เจ้าภาพหลัก
๓.๒ แนวดิ่ง *(ก) ระบบสุขภาพ: สั่งจ่ายทางสังคม กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย* *(ข) ระบบอื่น: สวัสดิการ การศึกษา การจ้างงาน*	• กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ยอมรับการสั่งจ่ายทางสังคม (ส่งเสริมป้องกัน ฟื้นฟู) • ขยายนิยามความเปราะบาง (ครอบคลุมผู้ได้รับผลกระทบทุกกลุ่มจากสิ่งแวดล้อม ผู้เผชิญความโดดเดี่ยว และผู้ประสบผลกระทบจากภาวะเศรษฐกิจ) • แนวทาง Green Social Prescribing ฉบับที่ ๑ และเส้นทางส่งต่อ • กำหนดบทบาทการประสานผู้ช่วยคนพิการ/ผู้ดูแล • ออกแบบเส้นทางเชื่อมต่อผ่านระบบสวัสดิการสถานศึกษา และสถานประกอบการ	• ทดลองสั่งจ่ายผ่านทีมสหวิชาชีพปฐมภูมิ (ตาม พ.ร.บ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒) → ผู้เชื่อมต่อ (Link Worker) → ผู้จัดกิจกรรม/องค์กรคนพิการ ผู้ช่วยคนพิการ ผู้ดูแล หรือ Job Coach ตามความจำเป็น ในพื้นที่นำร่องร่วมกับ สปสช. • ติดตามผลผ่านแผนการดูแลรายบุคคล (Comprehensive Care Plan) และระบบดิจิทัล • พื้นที่สีเขียวและกิจกรรมเยียวยาในสถานพยาบาลตั้งแต่ระดับปฐมภูมิขึ้นไป สำหรับผู้ป่วย ญาติ และบุคลากร • ทดลองกิจกรรมฐานธรรมชาติในสถานศึกษาและสถานประกอบการ รวมถึงกิจกรรมที่สมาชิกในครอบครัวทำร่วมกัน	• การแนะนำกิจกรรมทางสังคมฐานธรรมชาติเป็นบริการปกติในหน่วยบริการปฐมภูมิ • ระบบส่งต่อและติดตามผลใช้งานได้ทั่วประเทศ • บรรจุกลไกสนับสนุนเฉพาะบุคคลในระบบปกติ • กิจกรรมฐานธรรมชาติเป็นสวัสดิการปกติของสถานศึกษาและสถานประกอบการ	• กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) • สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) • กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) • คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) • กระทรวงศึกษาธิการ (ศธ.) และ อว. • กระทรวงแรงงาน โดยสำนักงานประกันสังคม **ภาคีจากคณะทำงาน** • **กรมสุขภาพจิต** การสั่งจ่ายและติดตามผลในเครือข่ายบริการสุขภาพจิตและโรงพยาบาลจิตเวช • **กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ** มาตรฐานบริการและบทบาท อสม. ในการเชื่อมต่อ • **โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, โรงพยาบาลสวนปรุง, โรงพยาบาลศรีธัญญา** ต้นแบบการบำบัดฟื้นฟูบนฐานธรรมชาติ และพื้นที่นำร่องการสั่งจ่าย

แนวทาง	ระยะสั้น (ปีที่ ๑) วางฐาน	ระยะกลาง (ปีที่ ๒–๓) ทดลองและสร้างหลักฐาน	ระยะยาว (ปีที่ ๔–๕) ขยายผลและสถาปนา	เจ้าภาพหลัก
๓.๓ เชิงพื้นที่ **(๑) เชื่อมคนไปหาธรรมชาติ** **(๒) เชื่อมธรรมชาติเข้าสู่พื้นที่ชีวิตประจำวัน**	• สำรวจช่องว่างพื้นที่ธรรมชาติในระยะเดิน ๑๕ นาที และอุปสรรคการเดินทางของกลุ่มเปราะบาง • เกณฑ์โครงสร้างพื้นฐานสีเขียวเพื่อสุขภาพในที่อยู่อาศัย สถานศึกษา สถานพยาบาล และสถานประกอบการ	• พัฒนาการเดินทางด้วยถนนท้องถิ่นและขนส่งสาธารณะแบบไร้รอยต่อตามหลัก Universal Design • บัตรหรือช่วงเวลาเข้าพื้นที่ธรรมชาติโดยไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับกลุ่มเปราะบาง • พื้นที่ต้นแบบ เช่น ต้นไม้ริมทาง สวน ๑๕ นาที สวนในโรงพยาบาล และพื้นที่สีเขียวในที่ทำงาน	• โครงสร้างพื้นฐานสีเขียวเพื่อสุขภาพอยู่ในผังเมืองและแผนพัฒนาท้องถิ่น • ประชาชนมีพื้นที่ธรรมชาติในระยะเดิน ๑๕ นาทีเพิ่มขึ้น	• กระทรวงมหาดไทย (มท.) โดยกรมโยธาธิการและผังเมือง • องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) • กระทรวงคมนาคม (คค.) • กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (ทส.) **ภาคเอกชน** • สถานประกอบการ ผู้พัฒนาโครงการที่อยู่อาศัย และผู้ให้บริการขนส่ง
ตัวชี้วัดร่วม (แนวทางที่ ๓)	• กำหนดนิยามและค่าฐาน ๓ ตัวชี้วัด: (๑) ร้อยละผู้ได้รับการส่งต่อที่เข้าร่วมกิจกรรมจริงและได้รับการติดตามผล (๒) ร้อยละกลุ่มเปราะบางที่เข้าถึงกิจกรรมผ่านกลไกเชื่อมต่อ (๓) ร้อยละประชากรที่มีพื้นที่ธรรมชาติสาธารณะในระยะเดิน ๑๕ นาที	• (๑)–(๒) วัดผลในพื้นที่นำร่อง จำแนกตามกลุ่ม • (๓) เพิ่มขึ้นในเมืองนำร่อง	• (๑)–(๓) เพิ่มขึ้นระดับประเทศ และใช้ประกอบการจัดสรรงบประมาณ	(๑) สธ. และ สปสช. (๒) พม. และ อปท. (๓) มท. (ยผ.) อปท. และ ทส.

แนวทาง	ระยะสั้น (ปีที่ ๑) วางฐาน	ระยะกลาง (ปีที่ ๒–๓) ทดลองและสร้างหลักฐาน	ระยะยาว (ปีที่ ๔–๕) ขยายผลและสถาปนา	เจ้าภาพหลัก
แนวทางที่ ๔ มีระบบสนับสนุนและความร่วมมือของรัฐ ท้องถิ่น ชุมชน เอกชน ประชาสังคม และวิชาการ (WHO Building Blocks ระบบบริการอยู่ในแนวทางที่ ๓)				
๔.๑ ธรรมาภิบาล	• ตั้งหรือมอบหมายกลไกบูรณาการระดับชาติและพื้นที่บนกลไกเดิม โดยมีหน่วยงานเจ้าภาพชัดเจน • เจ้าภาพรายแนวทางเชื่อมความรับผิดชอบกับงบประมาณและตัวชี้วัดร่วม • ผู้แทนชุมชนร่วมในกลไกบูรณาการและกำกับดูแลทุกระดับ	• ทบทวนกฎหมาย ระเบียบและอำนาจหน้าที่ที่เป็นข้อจำกัด รวมถึงกฎหมายที่อยู่ระหว่างพิจารณาและจัดทำกฎหมายหรือระเบียบที่ชัดเจนรองรับการใช้ธรรมชาติเพื่อสุขภาวะ ให้ใช้ได้ครอบคลุมพื้นที่ภายใต้กฎหมายต่างฉบับ	• ปรับกฎหมายและมาตรการจูงใจ (ผังเมือง ควบคุมอาคาร ที่ดิน ภาษีที่ดินและสิ่งปลูกสร้าง) รวมถึงแก้ไขข้อจำกัดเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงพื้นที่ริมแม่น้ำและชายหาดสาธารณะ • รายงานความก้าวหน้าต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติและผลักดันให้เป็นส่วนหนึ่งของการประเมินประสิทธิภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (LPA)	• สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) • กระทรวงมหาดไทย (มท.) โดยกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และกรมโยธาธิการและผังเมือง • กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (ทส.) • ผู้แทนชุมชน คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) และคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) **ภาคีร่วม:** กระทรวงอุตสาหกรรม (อก.) สมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทย สมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย และสมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย **ภาคีจากคณะทำงาน** • **สำนักงานองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย (WHO Thailand)** สนับสนุนวิชาการ กรอบนโยบายสากล และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ต่างประเทศ

แนวทาง	ระยะสั้น (ปีที่ ๑) วางฐาน	ระยะกลาง (ปีที่ ๒–๓) ทดลองและสร้างหลักฐาน	ระยะยาว (ปีที่ ๔–๕) ขยายผลและสถาปนา	เจ้าภาพหลัก
๔.๒ กำลังคน	• กรอบกำลังคน ๓ บทบาท: ผู้คัดกรอง ผู้เชื่อมต่อ (Link Worker) และผู้จัดกิจกรรมจำแนกอาชีพเดิมเพิ่มศักยภาพและอาชีพใหม่ (ทางการ/ไม่เป็นทางการ) • สำรวจกำลังคนเดิม เช่น อสม. อสส. นักการศึกษา นักจิตวิทยา บุคลากรสุขภาพไกด์อาบป่า กระบวนกรด้านสุขภาวะทางปัญญา และมัคคุเทศก์น้อย • มาตรฐานสมรรถนะเบื้องต้น	• มาตรฐานและระบบรับรองตามระดับความเข้มข้นของบริการ • หลักสูตรทีมสหวิชาชีพปฐมภูมิและผู้เชื่อมต่อที่หลากหลาย พร้อมกลไกคุ้มครองผู้บริโภคจากผู้ให้บริการที่ไม่ได้มาตรฐาน • อบรมคู่ผู้ประกอบการกับสมาชิกชุมชน • หลักสูตรเสริมการให้บริการคนพิการ (การสื่อสาร Visual Support กิจกรรมแบบมีโครงสร้าง การสนับสนุนประสาทสัมผัส) • ทีมพี่เลี้ยง/ทีมเชื่อมศาสตร์ในพื้นที่นำร่อง	• ระบบรับรองและอาชีพในระบบคุณวุฒิวิชาชีพ • ชุมชนมีผู้เชื่อมต่อและผู้ให้บริการของตนเอง • อาชีพใหม่ (Link Worker ผู้นำกิจกรรมธรรมชาติบำบัด) อยู่ในระบบคุณวุฒิวิชาชีพ • ระบบรับรองสมรรถนะเฉพาะด้านการให้บริการคนพิการ	• สถาบันคุณวุฒิวิชาชีพ (องค์การมหาชน) • กรมพัฒนาฝีมือแรงงาน กระทรวงแรงงาน • สภาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง • กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) **ภาคีจากคณะทำงาน** • **กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก** หลักสูตรและมาตรฐานผู้ให้บริการธรรมชาติบำบัดและอาบป่า • **สถาบันวิชาการร่วมกับสมาคมวิชาชีพ เช่น มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ร่วมกับเครือข่ายอาบป่าประเทศไทย** พัฒนาหลักสูตรกำลังคนและ **สถาบันวิชาการเพื่อความยั่งยืนทางสุขภาพจิต** พัฒนาหลักสูตรอบรมทักษะสำหรับผู้เชื่อมต่อ **ภาคีอื่น** • สมาคมจิตวิทยาแห่งประเทศไทย และสภากายภาพบำบัด • พม. (ผู้ช่วยคนพิการ อพม.) และกรมการท่องเที่ยว (มัคคุเทศก์)

แนวทาง	ระยะสั้น (ปีที่ ๑) วางฐาน	ระยะกลาง (ปีที่ ๒–๓) ทดลองและสร้างหลักฐาน	ระยะยาว (ปีที่ ๔–๕) ขยายผลและสถาปนา	เจ้าภาพหลัก
๔.๓ การเงิน	• วิเคราะห์ช่องทางการเงินตามกลุ่มเป้าหมาย	• กองทุนร่วม (Matching Fund) ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กปท. และกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับจังหวัด สำหรับกลุ่มทั่วไปและการดูแลป่าชุมชน/พื้นที่สีเขียว • กองทุนด้านสุขภาพและสังคม (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์) สำหรับกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย • ภาคเอกชน โดยจ่ายค่าตอบแทนระบบนิเวศในพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบจากการดำเนินกิจการของตนเอง • มาตรการจูงใจทางภาษีสำหรับเจ้าของที่ดินที่เปิดพื้นที่สีเขียว หรือปรับพื้นที่รกร้างเป็นพื้นที่สีเขียวหรือพื้นที่รับน้ำ	• ชุดสิทธิประโยชน์เฉพาะที่มีหลักฐานรองรับ ครอบคลุมทุกระบบหลักประกันสุขภาพทั้งรัฐและเอกชน • งบประมาณประจำขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและกองทุนที่เกี่ยวข้อง (สิ่งแวดล้อม การศึกษา และการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ)	• สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) • กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) • องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) • สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) • สำนักงานประกันสังคม (สปส.) • กระทรวงการคลัง โดยกรมบัญชีกลาง กรมธนารักษ์ และกรมสรรพากร **ภาคีจากคณะทำงาน** • **เครือข่ายคาร์บอนนิวทรัลประเทศไทย** เชื่อมการเงินสีเขียวและการลงทุนด้านคาร์บอนกับการฟื้นฟูพื้นที่ธรรมชาติ

แนวทาง	ระยะสั้น (ปีที่ ๑) วางฐาน	ระยะกลาง (ปีที่ ๒–๓) ทดลองและสร้างหลักฐาน	ระยะยาว (ปีที่ ๔–๕) ขยายผลและสถาปนา	เจ้าภาพหลัก
๔.๔ ระบบข้อมูล	• ชุดตัวชี้วัดร่วมและข้อมูลฐาน (Baseline) ทั้งมิติชีวภาพและสังคมของระบบนิเวศ	• เชื่อมข้อมูล ๓ ระดับ: รายบุคคล (แผนการดูแล) พื้นที่ (สุขภาวะ/สุขภาพจิต จำแนกตามประเภทพื้นที่ เช่น เขตเมือง ชนบท และพื้นที่อนุรักษ์) ธรรมชาติ (ปริมาณ คุณภาพ การเข้าถึง ดัชนีคุณภาพอากาศและคุณภาพน้ำ และการจำแนกพื้นที่สีเขียวที่มีคุณภาพทางนิเวศออกจากพื้นที่รกร้าง) • ติดตามอุปสรรคที่ได้รับการแก้ไข ความพึงพอใจ ผลด้านสุขภาวะ และการพัฒนาทักษะ/อาชีพของกลุ่มเปราะบาง • แพลตฟอร์มข้อมูลกลางตามกฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล	• ระบบข้อมูลร่วมระดับชาติและรายงานผลระดับระบบ • ใช้ข้อมูลปรับนโยบาย สิทธิประโยชน์ และการขยายผลสำหรับกลุ่มเปราะบาง	• กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) • สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สนับสนุนกรอบวิจัยและการประเมินผล • กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (ทส.) โดย สผ. • องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)

แนวทาง	ระยะสั้น (ปีที่ ๑) วางฐาน	ระยะกลาง (ปีที่ ๒–๓) ทดลองและสร้างหลักฐาน	ระยะยาว (ปีที่ ๔–๕) ขยายผลและสถาปนา	เจ้าภาพหลัก
๔.๕ ผลิตภัณฑ์เทคโนโลยี และหลักฐาน	• วาระวิจัย (Research Agenda) ที่มุ่งตอบโจทย์การตัดสินใจเชิงระบบ • บัญชีกิจกรรมฐานธรรมชาติที่เหมาะสมกับทุกกลุ่มวัย พร้อมข้อมูลความปลอดภัย	• ประเมินความคุ้มค่า (Cost-effectiveness / HTA / SROI) • แพลตฟอร์มต้นแบบ	• ใช้หลักฐานปรับนโยบายและสิทธิประโยชน์ (Policy Learning)	• สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สังเคราะห์และวิเคราะห์หลักฐานเพื่อประกอบการตัดสินใจ • กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (อว.) • สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.) • หน่วยบริหารและจัดการทุนด้านการพัฒนาระดับพื้นที่ (บพท.) **ภาคีจากคณะทำงาน** • **มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์** วิจัยและประเมินผลลัพธ์และความคุ้มค่า • **เครือข่ายมหาวิทยาลัยสุขภาพหนึ่งเดียวแห่งประเทศไทย** วิจัยข้ามศาสตร์ตามแนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว • **สำนักงานองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย (WHO Thailand)** หลักฐานเชิงประจักษ์และแนวทางสากล **ภาคีอื่น** • HITAP ประเมินความคุ้มค่า (HTA/SROI) • สมาคมจิตวิทยาแห่งประเทศไทย ฐานข้อมูลงานวิจัยด้านจิตวิทยา

แนวทาง	ระยะสั้น (ปีที่ ๑) วางฐาน	ระยะกลาง (ปีที่ ๒–๓) ทดลองและสร้างหลักฐาน	ระยะยาว (ปีที่ ๔–๕) ขยายผลและสถาปนา	เจ้าภาพหลัก
ตัวชี้วัดร่วม (แนวทางที่ ๔)	• กำหนดนิยามและค่าฐาน ๓ ตัวชี้วัด: (๑) กลไกบูรณาการที่มีผู้แทนชุมชนร่วมและรายงานต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (๒) จำนวนผู้เชื่อมต่อและผู้จัดกิจกรรมที่ผ่านการพัฒนาตามกรอบสมรรถนะ (๓) งบประมาณที่จัดสรรให้กิจกรรมฐานธรรมชาติพื้นที่	• (๑) มีกลไกและรายงานทุกปี • (๒)–(๓) เพิ่มขึ้นในพื้นที่นำร่อง	• (๑) กลไกทำงานต่อเนื่องทุกระดับ • (๒)–(๓) เพิ่มขึ้นระดับประเทศ	(๑) สช. มท. และ ทส. (๒) สคช. และ สธ. (๓) สปสช. อปท. และ สสส.
ผลผลิตสำคัญ	• กลไกบูรณาการและเจ้าภาพ • กรอบกลาง (Framework) และพื้นที่นำร่อง • มาตรฐานเบื้องต้นและชุดตัวชี้วัด	• หลักฐานผลลัพธ์ ความปลอดภัย ความเป็นธรรม และความคุ้มค่า • มาตรฐานฉบับปรับปรุง • ข้อเสนอทางเลือกการเงินและกฎหมาย	• ระบบนิเวศสุขภาวะบนฐานธรรมชาติที่มีเจ้าภาพ มาตรฐาน หลักฐาน การเงิน และการมีส่วนร่วม	
เงื่อนไขไปสู่ระยะถัดไป	พื้นที่นำร่องพร้อมด้านพื้นที่ บุคลากร ความปลอดภัย และระบบข้อมูล	ผลประเมินแสดงความเป็นไปได้และความคุ้มค่า ไม่มีผลกระทบที่ยอมรับไม่ได้ และมีหลักฐานพอสำหรับจัดสรรทรัพยากร	ทบทวนรอบนโยบายและกำหนดวาระระยะถัดไป	

การสร้างสุขภาวะด้วยธรรมชาติ (Promoting Well-being through Nature)

๑. ความเป็นมา สถานการณ์ แนวโน้ม และความท้าทาย

๑.๑ ที่มาและความสำคัญของประเด็น

การสร้างสุขภาวะด้วยธรรมชาติตั้งอยู่บนฐานคิดว่า “มนุษย์เป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติ ทำให้สุขภาวะของธรรมชาติมีผลโดยตรงต่อสุขภาวะของมนุษย์” อีกทั้งการสร้างเสริมสุขภาพไม่ควรจำกัดที่การรักษาโรคในสถานพยาบาล แต่จำเป็นต้องขยายไปสู่วิถีชีวิต ชุมชน สังคม และสภาพแวดล้อม ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างคนกับธรรมชาติเป็นหัวใจสำคัญที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะทั้งกาย จิต สังคม และปัญญา ทำให้ประเด็นนี้มีความสำคัญเชิงนโยบายจากการเปลี่ยนผ่าน ๖ ด้านที่เชื่อมโยงกัน ดังนี้

๑) จากการรักษาโรค สู่การสร้างสุขภาวะก่อนป่วย ใช้ความอุดมสมบูรณ์ของพื้นที่ธรรมชาติเป็นต้นทุนสุขภาวะ เพื่อป้องกันโรค NCDs ความเครียด และปัญหาสุขภาพจิต ตามหลัก “สร้างนำซ่อม” สำหรับประชาชนทุกกลุ่ม รวมถึงกลุ่มเปราะบาง

๒) จากโรงพยาบาล สู่ชุมชนและธรรมชาติ ประเทศไทยมีกิจกรรมในชุมชนจำนวนมาก แต่ยังขาดกลไกเชื่อมโยงผู้คนเข้าสู่กิจกรรมเหล่านั้น จึงจำเป็นต้องพัฒนาการแนะนำกิจกรรมทางสังคมฐานธรรมชาติ (Green Social Prescribing) และผู้เชื่อมต่อ (Link Worker)

๓) จาก “ธรรมชาติบำบัดคน” สู่ “คนและธรรมชาติเกื้อกูลกัน” ไม่เพียงถามว่าธรรมชาติให้อะไรแก่สุขภาพ แต่ต้องถามว่าคนจะคืนสุขภาวะให้ธรรมชาติอย่างไร ซึ่งเชื่อมโดยตรงกับการอาศัยกิจกรรมฐานธรรมชาติ (Nature-based Activity) สร้างเสริมสุขภาวะทั้งผู้คนและธรรมชาติควบคู่กัน

๔) จากทรัพยากรธรรมชาติ สู่ “ต้นทุนสุขภาวะ” ทั้งพื้นที่ป่าเขา แม่น้ำ ลำคลอง ทะเล ป่าชุมชน พื้นที่สีเขียว เกษตร อาหาร วัฒนธรรม และภูมิปัญญา เป็นทุนสร้างสุขภาวะได้โดยไม่ทำลายคุณค่าดั้งเดิมและไม่ใช้เกินขีดความสามารถในการรองรับ

๕) จากการส่งเสริมสุขภาพ สู่โอกาสทางสังคมและเศรษฐกิจ เพิ่มโอกาสทางเศรษฐกิจด้วยการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ การส่งเสริมอาชีพสีเขียว วิสาหกิจชุมชน และส่งเสริมเศรษฐกิจแห่งความอยู่ดีมีสุข (Well-being Economy) ที่กระจายผลประโยชน์อย่างเป็นธรรม

๖) จากบริการสุขภาพราคาแพง สู่สุขภาวะสำหรับทุกคน ทำให้ธรรมชาติเป็น “ทรัพยากรสุขภาวะสาธารณะ” ที่คนทุกกลุ่มเข้าถึงได้ตามความต้องการ และระดับความจำเป็น โดยเฉพาะผู้สูงอายุ คนพิการ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มเปราะบาง

หัวใจของประเด็นที่ภาคีเห็นพ้องร่วมกัน คือ “การเชื่อมต่อ (Connectivity)” ทั้งแนวราบและแนวดิ่ง และ “การเปลี่ยนผ่านเชิงระบบ (Systemic Transition)” ที่มองธรรมชาติเป็นโครงสร้างพื้นฐานทางสุขภาวะ มิใช่เพียงทรัพยากรของอุตสาหกรรมการแพทย์หรือการท่องเที่ยว

๑.๒ สถานการณ์ปัจจุบันและข้อมูลเชิงประจักษ์

๑.๒.๑ วิกฤตด้านสุขภาพ

วิถีชีวิตเมืองและโลกดิจิทัลที่ทำให้ผู้คนห่างเหินจากธรรมชาติและชุมชน การขาดสายใยนี้บั่นทอนทั้งสุขภาพกาย ใจ ความผูกพันต่อกัน และความหมายของชีวิต ทำให้คนไทยเผชิญกับ “วิกฤตสุขภาวะ” ในทุกระดับ ทั้งโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ปัญหาสุขภาพจิต ภาวะหมดไฟ (Burnout) ความโดดเดี่ยว สังคมสูงวัย รวมถึงวิกฤตทางสังคมทั้งความรุนแรง อาชญากรรม และการฆ่าตัวตายอันเป็นผลสืบเนื่องมาจากสภาวะความกดดันทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งในความเป็นจริงประเทศไทยมีต้นทุนทางธรรมชาติและวัฒนธรรมที่หลากหลายและมีความอุดมสมบูรณ์ ทั้งป่า แหล่งน้ำ ทะเล พื้นที่เกษตร และพื้นที่สีเขียวในเมือง แต่การเข้าถึงพื้นที่และกิจกรรมธรรมชาติบำบัดกลับกระจุกตัวในกลุ่มที่มีความพร้อมทางเศรษฐกิจ ซึ่งในการส่งเสริมสุขภาพในระดับสากลมีหลักฐานเชิงประจักษ์ชี้ว่าการสัมผัสธรรมชาติให้ประโยชน์ในหลายกลุ่มปัญหา ได้แก่ **(๑) สุขภาพจิตและอารมณ์** ช่วยลดฮอร์โมนความเครียด (Cortisol) ลดอาการซึมเศร้าและวิตกกังวล และฟื้นฟูความเหนื่อยล้าทางสมองตามทฤษฎีการฟื้นฟูความสนใจ[๑, ๒, ๓] **(๒) โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง** การอาบป่าช่วยลดความดันโลหิต และพื้นที่สีเขียวกระตุ้นการเคลื่อนไหวของร่างกาย ลดพฤติกรรมเนือยนิ่งที่สัมพันธ์กับโรคอ้วนและเบาหวานชนิดที่ ๒[๔, ๕] **(๓) ภูมิคุ้มกันและระบบทางเดินหายใจ** สารไฟทอนไซด์ (Phytoncides) จากต้นไม้สัมพันธ์กับการเพิ่มเซลล์เพชฌฆาตธรรมชาติ (Natural Killer) และพื้นที่สีเขียวที่อากาศสะอาดช่วยลดการสัมผัสมลพิษ[๖, ๗] และ **(๔) การฟื้นฟูและการดูแลระยะยาว** ผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่มองเห็นต้นไม้ฟื้นตัวเร็วขึ้นและสวนบำบัดช่วยลดอาการกระสับกระส่ายในผู้มีภาวะสมองเสื่อม[๘, ๙] นอกจากนี้ เด็กยุคใหม่ยังเผชิญภาวะขาดธรรมชาติ (Nature Deficit) ที่สัมพันธ์กับปัญหาสมาธิและพฤติกรรม

๑.๒.๒ ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงการดูแลสุขภาพจิต

ประเทศไทยมีจิตแพทย์เพียง ๑.๒๕ คนต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน (ต่ำกว่าที่องค์การอนามัยโลกกำหนดสัดส่วนเหมาะสมไว้ที่ ๑๐ คน) คนไทยร้อยละ ๘๙ ยังเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพจิต ขณะที่กว่า ๑๓.๔ ล้านคนเคยเผชิญปัญหาสุขภาพจิต และบุคลากรกระจุกตัวในเมืองใหญ่[๑๐] กิจกรรมฐานธรรมชาติในชุมชนจึงเป็นมาตรการเสริมที่คุ้มค่าในการลดช่องว่างการดูแลและลดการพึ่งพายาต้านเศร้าและยานอนหลับ โดยเป็นการเสริมไม่ใช่การแทนที่การรักษาทางการแพทย์

๑.๒.๓ ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงพื้นที่สีเขียว

องค์การอนามัยโลกเสนอพื้นที่สีเขียวขั้นต่ำ ๙ ตารางเมตร/คน และระดับที่พึงประสงค์ ๕๐ ตารางเมตร/คน[๑๑] แต่กรุงเทพมหานครมีเพียงประมาณ ๗.๖ ตารางเมตรต่อคน[๑๒] และพื้นที่สีเขียวในเมืองจำนวนมากเป็นลานคอนกรีตและสนามหญ้าที่ขาดความหลากหลายทางชีวภาพ ขณะที่ชนบทมีทุนธรรมชาติอุดมสมบูรณ์แต่ยังขาดกลไกเปลี่ยนเป็น “ทุนเพื่อสุขภาวะ” อย่างเป็นระบบ การเข้าถึงพื้นที่และกิจกรรมธรรมชาติบำบัดจึงกระจุกตัวในกลุ่มที่มีกำลังซื้อ ส่วนผู้ที่ต้องการมากที่สุด ได้แก่ กลุ่มเปราะบาง ผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ที่เผชิญความเครียด และผู้ได้รับผลกระทบจากมลภาวะสิ่งแวดล้อมและโลกรวน กลับเข้าถึงได้น้อยที่สุด

๑.๓ แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงในอนาคต

ในช่วง ๕–๑๐ ปีข้างหน้า การสร้างสุขภาวะด้วยธรรมชาติมีแนวโน้มเปลี่ยนจาก “กิจกรรมทางเลือก” สู่ “โครงสร้างหนึ่งของระบบสร้างเสริมสุขภาพและเศรษฐกิจสุขภาวะของประเทศ” โดยมีแนวโน้มสำคัญ ดังนี้

๑) **ธรรมชาติเป็นโครงสร้างพื้นฐานด้านสุขภาพ (Health Infrastructure)** และความหลากหลายทางชีวภาพเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพ ป่าเขา แม่น้ำลำคลอง ทะเล สวนสาธารณะ พื้นที่ชุ่มน้ำ และพื้นที่เกษตร ด้านการวาง

ผังเมืองและการพัฒนาเมือง โดยไม่พิจารณาเฉพาะปริมาณพื้นที่สีเขียวต่อประชากร แต่ควรคำนึงถึงการกระจายตัวรัศมีการให้บริการ ความเชื่อมต่อและการเข้าถึงพื้นที่ธรรมชาติในชีวิตประจำวันอย่างเท่าเทียม โดยเฉพาะเด็กและผู้สูงอายุ ผู้พิการและกลุ่มเปราะบาง รวมถึงเชื่อมโยงพื้นที่ธรรมชาติกับที่อยู่อาศัย ระบบทางเดินเท้า จักรยาน และระบบขนส่งสาธารณะ เพื่อให้ธรรมชาติได้ทำหน้าที่เป็นโครงสร้างพื้นฐานด้านสุขภาวะได้อย่างสมบูรณ์ สามารถบรรจุในแผนการส่งเสริมสุขภาพในฐานะโครงสร้างพื้นฐานที่ให้ประโยชน์ต่อสุขภาพจิต หัวใจ และหลอดเลือด และลดค่าใช้จ่ายของระบบสุขภาพ รวมถึงช่วยรับมือความร้อน น้ำท่วม และมลพิษ[๑๑, ๑๓]

๒) **การแนะนำกิจกรรมทางสังคมฐานธรรมชาติ (Green Social Prescribing) เป็นกลไกหลักของ “สร้างนำซ่อม”** เชื่อมผู้รับบริการ บุคลากรสุขภาพผู้เชื่อมต่อ ชุมชน และกิจกรรมธรรมชาติ พร้อมการติดตามผล โดยขยายจากการอาบป่าไปสู่ทุกระบบนิเวศ ทั้งป่า สวนเมือง ชายทะเล แม่น้ำ พื้นที่เกษตร วัฒนธรรม และศาสนสถาน

๓) **การท่องเที่ยวเปลี่ยนจาก “เที่ยวเพื่อพัก” สู่ “เที่ยวเพื่อเยียวยา”** จากแนวคิด “Healing is the New Luxury” ของการท่องเที่ยวแห่งประเทศไทยที่เน้นการรับรู้คุณค่าเชิงประสบการณ์ เปิดโอกาสให้เมืองรองและชุมชนชนบทที่มีทุนธรรมชาติและวัฒนธรรม[๑๔] ยกระดับสู่การท่องเที่ยวเชิงฟื้นฟู (Regenerative Tourism) ที่มองสถานที่ท่องเที่ยวเป็น “ระบบที่มีชีวิต” ที่ผู้คน วัฒนธรรม ธรรมชาติ และเศรษฐกิจต้องเกื้อหนุนและเติบโตไปพร้อมกัน

๔) **อาชีพใหม่และมาตรฐาน** ความต้องการผู้นำอาบป่า นักสื่อความหมายธรรมชาติ ผู้เชื่อมต่อและผู้ประกอบการสุขภาวะชุมชน จะนำไปสู่การกำหนดสมรรถนะ หลักสูตร ระบบรับรอง และแนวปฏิบัติการส่งต่อ

๕) **หลักฐานและเศรษฐศาสตร์สุขภาพ** การประเมินความคุ้มค่า ด้วยการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (Health Technology Assessment; HTA) และผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (SROI) จะเป็นเงื่อนไขก่อนเข้าสู่สิทธิประโยชน์และงบประมาณภาครัฐ

๖) **จากการใช้ประโยชน์ธรรมชาติ สู่การฟื้นฟูธรรมชาติด้วยสุขภาวะเชิงความสัมพันธ์** กรอบคิดจะขยายสู่สุขภาพหนึ่งเดียวและสุขภาพของโลก (One Health/Planetary Health) ที่กิจกรรมสุขภาวะต้องคืนประโยชน์ให้ระบบนิเวศ

๑.๔ ความท้าทายและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

การผลักดันให้เป็นนโยบายสาธารณะที่ปฏิบัติได้จริงยังเผชิญความท้าทายเชิงโครงสร้าง ดังนี้

๑) **การทำงานแบบแยกส่วน (Silos)** สุขภาพ ป่าไม้และสิ่งแวดล้อม การท่องเที่ยว และท้องถิ่น อยู่ต่างกระทรวงโดยยังไม่มีกลไกเชื่อมอำนาจหน้าที่ เช่น แพทย์อาจแนะนำให้ผู้ป่วยไปเดินป่า แต่กระทรวงสาธารณสุขไม่มีอำนาจดูแลความปลอดภัยในพื้นที่ป่าซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบของกรมป่าไม้หรือกรมอุทยานแห่งชาติ สัตว์ป่า และพันธุ์พืช

๒) **ระบบที่เน้นการรักษา (Curative Focus)** การสั่งจ่ายยังจำกัดอยู่ที่ยาและการรักษา การยอมรับการแนะนำกิจกรรมทางสังคมเพื่อส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูยังมีน้อย ขณะที่ระบบสวัสดิการยังมองความเปราะบาง ในกรอบการสงเคราะห์ ไม่รวมผลกระทบจากสิ่งแวดล้อม

๓) **ขาดมาตรฐานและการรับรอง** ยังไม่มีเกณฑ์ว่าพื้นที่ กิจกรรม และผู้ให้บริการแบบใดเหมาะกับกลุ่มใด คำว่า “บำบัด” คาบเกี่ยวกับกฎหมายวิชาชีพ และกิจกรรมยังเบิกจ่ายจากระบบหลักประกันไม่ได้ รวมทั้งยังไม่มีกฎหมายหรือระเบียบที่ชัดเจนรองรับการใช้ธรรมชาติเพื่อสุขภาวะ รวมถึงการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการบำบัดฟื้นฟูบนฐานธรรมชาติ ที่ใช้ได้ครอบคลุมพื้นที่ภายใต้กฎหมายต่างฉบับ (เช่น พื้นที่ป่าไม้และอุทยานแห่งชาติ)

๔) **คุณภาพพื้นที่และสิ่งแวดล้อม** พื้นที่ธรรมชาติที่มีคุณภาพในเมืองมีน้อย ประชาชนเผชิญมลพิษ PM๒.๕ และกติกาผังเมืองยังไม่ได้นำความรู้ระบบนิเวศมาใช้ในการออกแบบ มีความเสี่ยงจากภัยธรรมชาติ เช่น ดินถล่ม

ต้นไม้หักโค่น น้ำหลาก และควันไฟป่า และพื้นที่สาธารณะหลายแห่งยังไม่ปลอดภัย รวมทั้งยังขาดการจัดการขยะและสิ่งปฏิกูลที่เหมาะสม

๕) **ความขัดแย้งระหว่างการอนุรักษ์กับการใช้ประโยชน์** เสี่ยงต่อการท่องเที่ยวที่เกินขีดความสามารถในการรองรับ (Overtourism) และการกระทบสิทธิชุมชนและกลุ่มชาติพันธุ์ รวมถึงโครงการพัฒนาของหน่วยงานส่วนกลางที่กระทบทรัพยากรธรรมชาติในพื้นที่ (เช่น การตัดต้นไม้ริมทาง การก่อสร้างริมแม่น้ำ) โดยชุมชนยังขาดช่องทางมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

๖) **ขาดหลักฐานในบริบทไทยและความเสี่ยงที่ธรรมชาติจะกลายเป็นสินค้า** งานวิจัยส่วนใหญ่มาจากประเทศเขตหนาว และหากเน้นมูลค่าทางเศรษฐกิจมากเกินไป ธรรมชาติและภูมิปัญญาท้องถิ่นอาจถูกใช้อย่างไม่เป็นธรรม โดยประโยชน์จากบริการนิเวศตกอยู่กับผู้ประกอบการภายนอกมากกว่าชุมชน ขณะที่ข้อมูลฐานระบบนิเวศทั้งมิติชีวภาพและสังคมยังไม่เป็นปัจจุบันและไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน รวมถึงยังไม่จำแนกพื้นที่สีเขียวที่มีคุณภาพทางนิเวศออกจากพื้นที่รกร้าง

๗) **ความเหลื่อมล้ำในสิทธิ โอกาส และการเข้าถึง** ผู้ที่ต้องการธรรมชาติมากที่สุดมักเผชิญอุปสรรคซ้อนกันหลายด้าน ทั้งค่าใช้จ่าย เวลา ระยะทางและการเดินทาง สภาพกายภาพ ข้อมูลและการสื่อสาร ความปลอดภัย และสิทธิในระบบสวัสดิการ จึงต้องออกแบบการเชื่อมต่อแยกตามกลุ่ม ดังนี้

กลุ่ม	อุปสรรคสำคัญ	การเชื่อมต่อเพื่อลดอุปสรรค (แนวทางที่ ๓)
คนพิการ (ทางกาย การเห็น การได้ยิน สติปัญญา และออทิสติก)	พื้นที่และการเดินทางไม่เป็นไปตามหลักการออกแบบเพื่อทุกคน ข้อมูลไม่อยู่ในรูปแบบที่เข้าถึงได้ สิ่งเร้าทางประสาทสัมผัส และขาดผู้ช่วยหรือผู้ดูแล	พื้นที่และการเดินทางตามหลัก Universal Design และ Sensory Accessibility แผนสนับสนุนรายบุคคล ผู้ช่วยคนพิการ/Job Coach และองค์กรคนพิการเป็นจุดเชื่อมต่อ
ผู้สูงอายุ	การเคลื่อนไหวและการเดินทาง ความปลอดภัย และความโดดเดี่ยว	พื้นที่ธรรมชาติใกล้บ้าน ชมรมผู้สูงอายุ อสม. และระบบสวัสดิการ
แรงงานในเมืองและผู้ที่ติดกับดักงาน (ลางานไม่ได้ ทำงานเป็นกะ แรงงานนอกระบบ)	ขาดเวลา สูญเสียรายได้หากลางาน เดินทางไกล และไม่มีพื้นที่สีเขียวใกล้ที่ทำงานหรือที่พัก	กิจกรรมในเวลางานหรือเป็นสวัสดิการของสถานประกอบการ รวมถึงกิจกรรมที่สมาชิกในครอบครัวทำร่วมกัน กิจกรรมนอกเวลางาน และพื้นที่สีเขียวในที่ทำงานและชุมชน
ผู้ป่วยและผู้เจ็บป่วยเรื้อรัง รวมถึงญาติหรือผู้ดูแลที่ต้องใช้ชีวิตในโรงพยาบาล	ถูกจำกัดอยู่ในสถานพยาบาล ภาระการดูแล และสถานพยาบาลขาดพื้นที่ธรรมชาติ	สั่งจ่ายผ่านแผนการดูแลรายบุคคล และพื้นที่สีเขียว/กิจกรรมเยียวยาในสถานพยาบาลสำหรับผู้ป่วย ญาติ และบุคลากร
วัยรุ่นและเยาวชน (ทั้งในและนอกระบบการศึกษา)	ค่าใช้จ่าย เวลาที่ผูกกับโรงเรียนและมหาวิทยาลัย ความเครียดจากการเรียน และวิถีชีวิตดิจิทัล	กิจกรรมฐานธรรมชาติในหลักสูตรและกิจกรรมนักเรียน นักศึกษา โดยไม่มีค่าใช้จ่าย และสภาเด็กและเยาวชนเป็นจุดเชื่อมต่อ

กลุ่ม	อุปสรรคสำคัญ	การเชื่อมต่อเพื่อลดอุปสรรค (แนวทางที่ ๓)
ผู้มีรายได้น้อย ผู้ได้รับผลกระทบจากมลพิษและภัยพิบัติ ชุมชนท้องถิ่นและกลุ่มชาติพันธุ์	ค่าใช้จ่ายและการเดินทาง สิ่งแวดล้อม เสื่อมโทรม และเสี่ยงถูกกระทบสิทธิจากการท่องเที่ยว	พื้นที่และช่วงเวลาที่ไม่มีค่าใช้จ่าย การเยียวยาเชิงพื้นที่ และการคุ้มครองสิทธิชุมชน

๒. ขอบเขตของประเด็นและนิยามศัพท์

๒.๑ ขอบเขตด้านเนื้อหา ครอบคลุม ๔ แนวทาง ได้แก่

๑) **ธรรมชาติสมบูรณ์ ชุมชนมีส่วนร่วม** การจัดการพื้นที่ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ การมีส่วนร่วมและอำนาจของชุมชน และการกระจายประโยชน์

๒) **คนมีความรอบรู้ เข้าใจ เชื่อมั่นและมีสิทธิเข้าถึงบริการนิเวศอย่างเท่าเทียมและเป็นธรรม** ความตระหนักรู้ ความเชื่อมั่น สิทธิ และการเข้าถึงตามระดับความจำเป็น โดยจัดบริการ ๔ ลำดับขั้น ได้แก่ ถ้วนหน้า (ทุกคน) ลดอุปสรรค (กลุ่มเปราะบาง) เชื่อมต่อและติดตาม (กลุ่มเสี่ยง) และดูแลเข้มข้น (กลุ่มป่วย)

๓) **เกิดการเชื่อมต่อทั้งแนวดิ่งและแนวราบ โดยมุ่งเน้นความเป็นธรรมในการเข้าถึง** ได้แก่ แนวราบที่ชุมชน และท้องถิ่นเชื่อมกลุ่มทั่วไปและกลุ่มเปราะบางสู่ธรรมชาติได้ด้วยตนเอง แนวดิ่งที่ระบบสุขภาพและระบบอื่น (สวัสดิการ การศึกษา การจ้างงาน) แนะนำและส่งต่อกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย ตั้งแต่การระบุความต้องการ การส่งต่อ การจัดกิจกรรม จนถึงการติดตามผล และเชิงพื้นที่ที่พาคนไปหาธรรมชาติและนำธรรมชาติ เข้าสู่พื้นที่ชีวิตประจำวัน

๔) **มีระบบสนับสนุนและความร่วมมือของรัฐ ท้องถิ่น ชุมชน เอกชน ประชาสังคม และวิชาการ** ตามองค์ประกอบระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก ได้แก่-กลไกอภิบาลระบบ (โดยชุมชนร่วมกำกับดูแล) กำลังคน (อาชีพเดิมและอาชีพใหม่) การเงิน ระบบบริการ ระบบข้อมูล และผลิตภัณฑ์และเทคโนโลยี[๑๕]

ความสัมพันธ์ของ ๔ แนวทางสรุปได้ด้วยกรอบแนวคิดแบบ “สะพาน” (แผนภาพที่ ๑) โดยมีธรรมชาติ (แนวทางที่ ๑) และ คน (แนวทางที่ ๒) เป็นสองฝั่งที่ต้องเชื่อมถึงกัน กลไกการเชื่อมต่อ (แนวทางที่ ๓) เป็นตัวสะพาน มีสามช่องทาง คือ แนวราบที่ชุมชนและท้องถิ่นพาคนไปหาธรรมชาติ แนวดิ่งที่ระบบสุขภาพและระบบอื่นแนะนำและส่งต่อ การแนะนำกิจกรรมทางสังคมฐานธรรมชาติ (Green Social Prescribing) และเชิงพื้นที่ที่นำธรรมชาติเข้าสู่ชีวิตประจำวันโดยมีระบบสนับสนุนและความร่วมมือ (แนวทางที่ ๔) เป็นเสาและฐานรากตามองค์ประกอบระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก[๑๖] ทั้งหมดนี้ก่อให้เกิดวงจรเชิงบวกที่ธรรมชาติได้รับการฟื้นฟู คนมีสุขภาวะดี และกลับมาร่วมดูแลธรรมชาติ เพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่มเข้าถึงธรรมชาติที่สมบูรณ์อย่างเป็นธรรม ปลอดภัย และยั่งยืน



แผนภาพที่ ๑ กรอบแนวคิดการสร้างสุขภาวะด้วยธรรมชาติ: ความสัมพันธ์ของ ๔ แนวทาง (เสาสะพาน = องค์ประกอบระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก)

๒.๒ ขอบเขตด้านพื้นที่ ระบบ และกลไก

ครอบคลุมทั่วประเทศในระดับชาติ เขตสุขภาพ จังหวัด อำเภอ ตำบล และชุมชน ทั้งพื้นที่ป่าอนุรักษ์ ป่าชุมชน แหล่งน้ำ ชายฝั่ง พื้นที่ชุ่มน้ำ พื้นที่สีเขียวในเมือง พื้นที่เกษตร ศาสนสถาน สถานศึกษา สถานพยาบาล สถานประกอบการ ที่อยู่อาศัย และพื้นที่เอกชนที่สมัครใจ โดยพิจารณาระบบสุขภาพปฐมภูมิ ระบบสวัสดิการสังคม ระบบการศึกษา ระบบการจ้างงาน ระบบการเงินและสิทธิประโยชน์ ระบบผังเมือง ระบบข้อมูลและดิจิทัล และระบบติดตามประเมินผล

๒.๓ นิยามศัพท์สำคัญ

คำศัพท์	ความหมายที่ใช้ในเอกสาร
ก. แนวคิดหลัก	
ธรรมชาติ (Nature)	หมายรวมถึงสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติรอบตัว ทั้งอากาศ น้ำ ดิน อาหาร
บริการนิเวศ (Ecosystem Services)	ประโยชน์ที่มนุษย์ได้รับจากระบบนิเวศ ในเอกสารนี้เน้นประโยชน์ต่อสุขภาวะกาย จิต สังคม และปัญญา ที่ได้จากพื้นที่และกิจกรรมธรรมชาติ
ผู้รับบริการนิเวศ (Ecosystem Service Users)	ทุกคนที่ได้รับประโยชน์ด้านสุขภาวะจากธรรมชาติ ทั้งที่เข้าถึงด้วยตนเองและผ่านการแนะนำหรือส่งต่อ โดยธรรมชาติเป็นผู้ให้บริการ
ธรรมชาติบำบัด (Nature Therapy)	กิจกรรมหรือกระบวนการที่ออกแบบอย่างเหมาะสมบนฐานธรรมชาติที่มีคุณภาพ เพื่อสร้างเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาวะ โดยคำนึงถึงความปลอดภัย ความเหมาะสมของแต่ละกลุ่ม และการดูแลระบบนิเวศ
การอาบป่า (Forest Bathing)	การอยู่ในบรรยากาศพื้นที่ธรรมชาติ ไม่ใช้เฉพาะกับป่าเท่านั้น โดยเปิดการรับรู้ผ่านประสาทสัมผัสทั้ง ๕ อย่างมีสติ เพื่อฟื้นฟูสุขภาพกายและใจ และไม่ใช่เพียงการออกกำลังกายหรือเดินป่า

คำศัพท์	ความหมายที่ใช้ในเอกสาร
สุขภาวะเชิงความสัมพันธ์ (Relational Well-being)	ภาวะที่บุคคลและชุมชนรับรู้ว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของระบบนิเวศ มีความผูกพัน ความเคารพ และความรับผิดชอบต่อสิ่งมีชีวิตและสถานที่ ซึ่งหล่อเลี้ยงทั้งสุขภาวะและความสมบูรณ์ของระบบนิเวศ
บริการตามลำดับขั้นความจำเป็น (Proportionate Universalism)	หลักการที่ทุกคนได้รับการสนับสนุนพื้นฐาน และได้รับการสนับสนุนที่เข้มข้นขึ้นตามความจำเป็นและอุปสรรคที่ผู้คนแต่ละกลุ่มเผชิญ แบ่งเป็น ๔ ขั้น ได้แก่ ถ้วนหน้า (ทุกคน) ลดอุปสรรค (กลุ่มเปราะบาง) เชื่อมต่อและติดตาม (กลุ่มเสี่ยง) และดูแลเข้มข้น (กลุ่มป่วย)[๑๙]
กลุ่มเปราะบาง (Vulnerable Groups)	กลุ่มที่เข้าถึงสิทธิและสวัสดิการได้ยาก และเสี่ยงต่อผลกระทบทางสังคม เศรษฐกิจ หรือสุขภาพมากกว่าคนทั่วไป เช่น ผู้สูงอายุ คนพิการ เด็กและเยาวชน ผู้มีรายได้น้อย ผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ได้รับผลกระทบจากสิ่งแวดล้อม ผู้ประสบผลกระทบจากภาวะเศรษฐกิจ และผู้เผชิญความโดดเดี่ยว
ข. การเชื่อมต่อ	
การแนะนำกิจกรรมทางสังคมฐานธรรมชาติ (Green Social Prescribing)	กระบวนการเชื่อมคนกับกิจกรรมและพื้นที่ธรรมชาติตามความต้องการของบุคคล โดยไม่ใช้การคัดกรองเป็นจุดตั้งต้น ครอบคลุมทั้งการเชื่อมต่อแนวราบและแนวดิ่ง ครอบคลุมทั้งการสั่งจ่าย และการแนะนำ
การเชื่อมต่อแนวราบ (Horizontal Integration)	การบูรณาการข้ามภาคส่วนในระดับชุมชน ระหว่างชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีนอกระบบบริการสุขภาพ เพื่อส่งเสริมสุขภาวะของประชาชนทุกกลุ่ม โดยชุมชนจัดการได้เอง ไม่ต้องรอการสั่งการจากรัฐหรือการส่งต่อจากแพทย์[๑๗]
การเชื่อมต่อแนวดิ่ง (Vertical Integration)	การบูรณาการการแนะนำกิจกรรมทางสังคมฐานธรรมชาติเข้ากับระบบบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน ผ่านการสั่งจ่ายหรือแนะนำผู้ให้บริการ สำหรับกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยที่ต้องมีการคัดกรองและสั่งจ่ายโดยทีมสหวิชาชีพปฐมภูมิ ผ่านการเชื่อมต่อโดยผู้เชื่อมต่อ (Link Worker) แนะนำกิจกรรมทางสังคมฐานธรรมชาติที่มีมาตรฐาน
การเชื่อมต่อเชิงพื้นที่ (Spatial Connectivity)	การเชื่อมคนกับธรรมชาติผ่านพื้นที่ ทั้งการพาคนไปหาธรรมชาติ (การเดินทาง ค่าใช้จ่าย ความปลอดภัย) และการนำธรรมชาติเข้าสู่พื้นที่ชีวิตประจำวันด้วยโครงสร้างพื้นฐานสีเขียวในที่อยู่อาศัย ที่ทำงาน สถานศึกษา และสถานพยาบาล
แผนการดูแลรายบุคคล (Comprehensive Care Plan)	แผนการดูแลที่มีทั้งมิติสุขภาพและสังคม จัดทำโดยทีมสหวิชาชีพปฐมภูมิร่วมกับผู้รับบริการและผู้ดูแล ใช้เป็นเครื่องมือในการสั่งจ่าย ส่งต่อ และติดตามผลกิจกรรมฐานธรรมชาติสำหรับกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย
ค. บทบาทของคน	
ผู้สื่อสารสุขภาวะด้วยธรรมชาติ/ผู้เชื่อมต่อ (Link Worker)	ผู้ทำหน้าที่แนะนำกิจกรรมฐานธรรมชาติที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่มีความต้องการ ทำหน้าที่เป็นผู้สื่อสารพูดคุยค้นหาความต้องการที่แท้จริงกับบุคคล กิจกรรมกลุ่มบุคคล หรือการรับบริการในชุมชนที่ไม่ใช้ยา ทั้งในแนวราบที่เป็นผู้นำในชุมชนเช่น ปราชญ์ชาวบ้าน อสม. อสส. นักการศึกษา พระสงฆ์ ผู้นำศาสนา และในแนวดิ่งตามระบบบริการสุขภาพ เป็นต้น

คำศัพท์	ความหมายที่ใช้ในเอกสาร
กำลังคน ๓ บทบาท	บทบาทของบุคลากรในการเชื่อมคนกับธรรมชาติ ได้แก่ (๑) ผู้คัดกรองหรือผู้ระบุความต้องการ (๒) ผู้เชื่อมต่อ (Link Worker) และ (๓) ผู้จัดกิจกรรมหรือผู้ให้บริการ โดยแยกบทบาทการติดตามผลออกจากผู้ให้บริการ และกำหนดมาตรฐานตามระดับความเข้มข้นของบริการ โดยแต่ละบทบาทมีทั้งอาชีพเดิมที่เพิ่มศักยภาพและอาชีพใหม่
ง. ระบบสนับสนุน	
การเงินสีเขียว (Green Finance)	แหล่งทุนเพื่อการอนุรักษ์และฟื้นฟูสิ่งแวดล้อม ซึ่งเสนอให้เพิ่มเป้าหมายการฟื้นฟูสุขภาวะ
เศรษฐกิจแห่งความอยู่ดีมีสุข (Well-being Economy)	ระบบเศรษฐกิจที่มุ่งสุขภาวะของคนและระบบนิเวศ และกระจายรายได้และประโยชน์สู่ชุมชนอย่างเป็นธรรม

๓. บริบทเชิงนโยบายและการดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง

๓.๑ กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

กฎหมาย	สาระสำคัญ	ความเชื่อมโยง
รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๖๐	สิทธิชุมชน สิทธิด้านสุขภาพ และหน้าที่ของรัฐในการอนุรักษ์และฟื้นฟูสิ่งแวดล้อม	ฐานสิทธิในการเข้าถึงสิ่งแวดล้อมที่ดีและการมีส่วนร่วม [๑๘]
พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ และระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยเขตสุขภาพเพื่อประชาชน พ.ศ. ๒๕๕๙	สิทธิในการดำรงชีวิตในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ สมัชชาสุขภาพ และ กขป. ๑๓ เขต	กลไกนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมและการขับเคลื่อนระดับพื้นที่[๑๙, ๒๐]
พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕	สิทธิประโยชน์และกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น	ช่องทางการเงินแนวราบ (กองทุนท้องถิ่น) และสิทธิประโยชน์แนวดิ่ง[๒๑] หน่วยบริการภาคประชาชน
พ.ร.บ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒	การจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิโดยทีมสหวิชาชีพที่ดูแลประชาชนอย่างต่อเนื่อง	ฐานการแนะนำ สั่งจ่าย และส่งต่อแนวดิ่งผ่านทีมสหวิชาชีพปฐมภูมิ และการจัดพื้นที่ธรรมชาติในสถานพยาบาลตั้งแต่ระดับปฐมภูมิขึ้นไป[๔๗]
พ.ร.บ.กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒	อำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดบริการสาธารณะและการถ่ายโอนภารกิจสู่ท้องถิ่น	ฐานบทบาท อปท. ในการจัดการพื้นที่ธรรมชาติ การเชื่อมต่อแนวราบและการจัดบริการสุขภาวะในพื้นที่[๔๘]
พ.ร.บ.ส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๓๕	มาตรฐานคุณภาพสิ่งแวดล้อมและกองทุนสิ่งแวดล้อม	ฐานคุณภาพพื้นที่และแหล่งทุนการเงินสีเขียว[๒๒]

กฎหมาย	สาระสำคัญ	ความเชื่อมโยง
พ.ร.บ.อุทยานแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๒ / ป่าสงวนแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๐๗ / สงวนและคุ้มครองสัตว์ป่า พ.ศ. ๒๕๖๒	คุ้มครองและควบคุมการใช้ประโยชน์พื้นที่อนุรักษ์	หน่วยงานเจ้าของพื้นที่กำกับกิจกรรมโดยต้องไม่กระทบระบบนิเวศ[๒๓, ๒๔, ๒๕]
พ.ร.บ.ป่าชุมชน พ.ศ. ๒๕๖๒	ชุมชนร่วมอนุรักษ์ ฟื้นฟู และใช้ประโยชน์ป่าชุมชน	ฐานของชุมชนร่วมกำกับดูแลและกิจกรรมโดยชุมชน[๒๖]
พ.ร.บ.ทรัพยากรน้ำ พ.ศ. ๒๕๖๑ / ทรัพยากรทางทะเลและชายฝั่ง พ.ศ. ๒๕๕๘	การจัดการแหล่งน้ำ ชายฝั่ง และป่าชายเลน	ฐานระบบนิเวศน้ำและชายฝั่ง[๒๗, ๒๘]
พ.ร.บ.การผังเมือง พ.ศ. ๒๕๖๒ / ภาษีที่ดินและสิ่งปลูกสร้าง พ.ศ. ๒๕๖๒ / ควบคุมอาคาร พ.ศ. ๒๕๒๒ / ประมวลกฎหมายที่ดิน	การวางผังการใช้ประโยชน์ที่ดินและการจัดเก็บภาษีที่ดิน การควบคุมการก่อสร้างอาคาร และการใช้ประโยชน์ที่ดิน	นำความรู้ระบบนิเวศเข้าสู่ผังเมือง และมาตรการจูงใจเพิ่มพื้นที่สีเขียว รวมถึงแก้ไขข้อจำกัดเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงพื้นที่ริมแม่น้ำและชายหาดสาธารณะ[๒๙, ๓๐, ๔๙, ๕๐]
พ.ร.บ.คุ้มครองและส่งเสริมวิถีชีวิตกลุ่มชาติพันธุ์ พ.ศ. ๒๕๖๘	คุ้มครองวิถีชีวิตและสิทธิของกลุ่มชาติพันธุ์	กิจกรรมต้องไม่กระทบสิทธิที่ดินทำกินและวิถีวัฒนธรรม[๓๑]
พ.ร.บ.ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ และที่แก้ไขเพิ่มเติม	สิทธิคนพิการในการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากสิ่งอำนวยความสะดวก บริการ สวัสดิการ การฟื้นฟูสมรรถภาพ การศึกษา การประกอบอาชีพ และการมีส่วนร่วมในสังคมอย่างเสมอภาค	ฐานสิทธิในการออกแบบพื้นที่ กิจกรรม และบริการบนฐานธรรมชาติให้คนพิการเข้าถึงได้ พร้อมการสนับสนุนตามความจำเป็นรายบุคคล[๔๖]
พ.ร.บ.สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙	การขึ้นทะเบียนและรับรองมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ	เครื่องมือรับรองมาตรฐานผู้จัดบริการ[๓๒]
พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ / วิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. ๒๕๒๕ / วิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๕๖	ควบคุมสถานพยาบาลและการประกอบวิชาชีพ	ขอบเขตของคำว่า “บำบัด” และการกล่าวอ้างเกินขอบเขตวิชาชีพ[๓๓, ๓๔, ๓๕]
พ.ร.บ.คุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. ๒๕๒๒ / อาหาร พ.ศ. ๒๕๒๒ / ผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. ๒๕๖๒	คุ้มครองความปลอดภัยและป้องกันการโฆษณาเกินจริง	ป้องกันการกล่าวอ้างผลเกินหลักฐานในบริการและผลิตภัณฑ์สุขภาวะ[๓๖, ๓๗, ๓๘]
พ.ร.บ.ส่งเสริมวิสาหกิจชุมชน พ.ศ. ๒๕๔๘	การจดทะเบียนและส่งเสริมวิสาหกิจชุมชน	ช่องทางให้ชุมชนรวมกลุ่มจัดบริการ[๓๙]
พ.ร.บ.คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. ๒๕๖๒	คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ	ข้อมูล Care Plan บนแพลตฟอร์มต้องมีภาครัฐเป็นผู้ควบคุม[๔๐]

กฎหมาย	สาระสำคัญ	ความเชื่อมโยง
กฎหมายที่อยู่ระหว่างพิจารณา (เช่น ด้านอากาศสะอาด การประมง และเศรษฐกิจสร้างสรรค์)	การจัดการคุณภาพอากาศ ทรัพยากรประมง และเศรษฐกิจสร้างสรรค์	ติดตามและเชื่อมเป้าหมายของมติเข้ากับกฎหมายระหว่างยกร่างและจัดทำตารางเทียบรายมาตรา

๓.๒ นโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนที่เกี่ยวข้อง

นโยบาย/ยุทธศาสตร์/แผน	ประเด็นที่เกี่ยวข้อง
ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. ๒๕๖๑–๒๕๘๐	ยุทธศาสตร์ที่ ๓ การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ และยุทธศาสตร์ที่ ๕ การสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม [๔๑]
แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๓	หมุดหมายที่ ๒ การท่องเที่ยวที่เน้นคุณภาพและความยั่งยืน หมุดหมายที่ ๔ ศูนย์กลางทางการแพทย์และสุขภาพมูลค่าสูง และหมุดหมายที่ ๑๐ เศรษฐกิจหมุนเวียนและสังคมคาร์บอนต่ำ[๔๒]
ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๕	หมวดสุขภาพกับสิ่งแวดล้อม: สิทธิในการดำรงชีวิตในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ[๔๓]
แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี ด้านสาธารณสุข	การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P) และระบบบริการที่เชื่อมกับชุมชนเพื่อรับมือ NCDs และปัญหาสุขภาพจิต
แผนแม่บทพัฒนาการป่าไม้ และแผนพัฒนาการท่องเที่ยวแห่งชาติ	การจัดการป่าชุมชน การเพิ่มพื้นที่สีเขียว การใช้ประโยชน์เพื่อนันทนาการและสุขภาวะ และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและเชิงนิเวศที่กระจายรายได้สู่ชุมชน
พันธกรณีระหว่างประเทศ	เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDG๓, ๑๑, ๑๕)[๔๔] กฎบัตรเจนีวาเพื่อสุขภาวะ (Geneva Charter for Well-being) และกรอบงานคุนหมิง–มอนทรีออลว่าด้วยความหลากหลายทางชีวภาพ (Kunming–Montreal GBF)

๓.๓ กลไกหรือมาตรการที่มีอยู่

หน่วยงาน	กลไก/มาตรการที่มีอยู่
กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	รวบรวมองค์ความรู้ธรรมชาติบำบัดและการอาบป่าเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกัน NCDs
กรมสุขภาพจิตและโรงพยาบาล จิตเวช	การสร้างความเข้มแข็งทางใจ (Resilience) โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ สวนปรุง และศรีธัญญา ใช้ระบบนิเวศและพื้นที่สีเขียวบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วย
กรมอนามัย	การพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล (GREEN & CLEAN Hospital) และการขับเคลื่อนเมืองสุขภาพดี (Healthy City) ในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับเทศบาลและ อบต. เพื่อเพิ่มพื้นที่สีเขียว
สสส.	สนับสนุนพื้นที่สีเขียวเพื่อสุขภาวะและกิจกรรมการเข้าหาธรรมชาติในชุมชน
กรมอุทยานฯ กรมป่าไม้ กรมทรัพยากรทางทะเลและชายฝั่ง	เส้นทางศึกษาธรรมชาติเพื่อการบำบัด ป่าชุมชนบำบัด และเส้นทางอาบป่าชายเลน (Mangrove Boardwalk)

หน่วยงาน	กลไก/มาตรการที่มีอยู่
กรมการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและสิ่งแวดล้อม	การขับเคลื่อน NbS (Nature-based Solutions หรือการแก้ปัญหาโดยใช้ธรรมชาติเป็นฐาน) เมืองสิ่งแวดล้อมยั่งยืน (Green City) และศูนย์เรียนรู้ด้านสิ่งแวดล้อม
กรมการท่องเที่ยว อพท. และ ททท.	มาตรฐานแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ หลักสูตรผู้นำอาบป่า เส้นทางท่องเที่ยวชุมชน และแคมเปญ Healing Routes
กรุงเทพมหานครและ อปท.	สวน ๑๕ นาที (Pocket Park) การเพิ่มพื้นที่สีเขียวต่อประชากร และแพลตฟอร์ม/กิจกรรม Green Bangkok
อว. (บพท.) และ วว.	ทุนวิจัยโมเดลป่าบำบัดบนฐานภูมิปัญญาท้องถิ่น และงานวิจัยพฤกษบำบัด
กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ (ส.ป.ก. กรมส่งเสริมการเกษตร)	ฟาร์มสเตย์ วนเกษตรเพื่อสุขภาวะ และการจดทะเบียนวิสาหกิจชุมชน
สปสช. และ อปท.	กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น (กปท.) ที่ชุมชนใช้สนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่
ภาคเอกชน (เช่น สถาบันลูกโลกสีเขียว)	รางวัลและเครือข่ายป่าชุมชนทั่วประเทศ การเพิ่มพื้นที่สีเขียวเมือง และโครงการ CSR/ESG
สถานพยาบาล (เช่น รพ.สกลนคร และ รพ.อุดรธานี)	ออกแบบอาคารให้ผู้ป่วยและบุคลากรเห็นทัศนียภาพธรรมชาติเพื่อการเยียวยา

มาตรการเหล่านี้ยังเป็น “จิ๊กซอว์ที่ยังไม่ได้ต่อเข้าด้วยกัน” แต่ละหน่วยงานมีนโยบายของตนเอง แต่ยังขาดกลไกเชื่อมคน พื้นที่ และระบบสนับสนุนเข้าด้วยกัน

๓.๔ ความก้าวหน้าของการดำเนินงาน

มิติ	ความก้าวหน้าในปัจจุบัน	ระดับ
๑. กฎหมายรองรับ	มีกฎหมายสุขภาพ สิ่งแวดล้อม ป่า อุทยาน และป่าชุมชนรองรับบางส่วน แต่ยังไม่เชื่อมโยงกันเพื่อเป้าหมายด้านสุขภาวะ	มีฐานแต่กระจัดกระจาย
๒. ระบบบริการสุขภาพ	เริ่มมีการเสนอการแนะนำกิจกรรมทางสังคมฐานธรรมชาติ (Green Social Prescribing) และต้นแบบในโรงพยาบาลจิตเวช แต่ยังไม่เป็นระบบบริการมาตรฐาน	ระยะพัฒนา
๓. พื้นที่/กิจกรรม	มีกิจกรรมอาบป่า (Forest Bathing) และกิจกรรมธรรมชาติหลายรูปแบบ	มีการปฏิบัติ แต่ยังไม่เป็นระบบเดียวกัน
๔. การท่องเที่ยว/เศรษฐกิจ	สุขภาวะ ธรรมชาติ และความยั่งยืน (Wellness + Nature + Sustainability) ถูกผลักดันชัดเจนในยุทธศาสตร์การท่องเที่ยว	ก้าวหน้ามาก
๕. มาตรฐาน/บุคลากร	เริ่มพูดถึงนักธรรมชาติบำบัด ผู้เชื่อมต่อ และมาตรฐาน แต่ยังไม่มีระบบรับรอง	ช่องว่างสำคัญ
๖. หลักฐานเชิงประจักษ์	ยังขาดงานวิจัยในบริบทไทยที่เพียงพอต่อการประเมินความคุ้มค่าและ SROI	ช่องว่างสำคัญ

สัญญาณเชิงบวกคือการพัฒนา “NCDs Ecosystem” ของหน่วยงานด้านสุขภาพ ซึ่งพยายามเปลี่ยนจากโครงการแยกส่วนไปสู่ระบบความร่วมมือและการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ[๔๕] นับเป็นหน้าต่างแห่งโอกาส (Policy Window) ให้การสร้างสุขภาวะด้วยธรรมชาติเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของการป้องกันโรคและสร้างเสริมสุขภาพ

๓.๕ ช่องว่างของนโยบายและการดำเนินงาน

เมื่อจัดตาม ๔ แนวทางของ (ร่าง) เอกสารมติ พบช่องว่างเชิงระบบ ดังนี้

๑) **ช่องว่างด้านพื้นที่และชุมชน (แนวทางที่ ๑)** ยังไม่ชัดเจนว่าหน่วยงานใดกำกับพื้นที่และหน่วยงานใดส่งเสริมกิจกรรม ความรู้ระบบนิเวศยังไม่อยู่ในกติกาผังเมือง และชุมชนยังขาดทักษะรองรับการขยายตัวของบริการและอำนาจในการกำกับดูแล

๒) **ช่องว่างด้านคน (แนวทางที่ ๒)** ประชาชนยังขาดความตระหนักรู้และความเชื่อมั่นต่อประโยชน์และความปลอดภัย และการเข้าถึงยังติดอุปสรรคค่าใช้จ่าย เวลา และการเดินทาง โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบาง และยังไม่ได้รับรองการเข้าถึงธรรมชาติเป็นสิทธิอย่างเท่าเทียม

๓) **ช่องว่างด้านการเชื่อมต่อ (แนวทางที่ ๓)** ยังไม่มีนิยามและเส้นทางการเชื่อมต่อแนวราบ/แนวดิ่ง/เชิงพื้นที่ การเชื่อมต่อยังจำกัดอยู่ในระบบสุขภาพ ไม่ครอบคลุมระบบสวัสดิการ การศึกษา และการจ้างงาน ระบบสุขภาพยังไม่ยอมรับการสั่งจ่ายทางสังคมเพื่อส่งเสริมและป้องกัน และระบบสวัสดิการยังไม่นับผู้ได้รับผลกระทบจากสิ่งแวดล้อมเป็นกลุ่มเปราะบาง

๔) **ช่องว่างด้านระบบสนับสนุน (แนวทางที่ ๔)** ขาดกำลังคน ๓ บทบาทและมาตรฐานผู้ให้บริการ ขาดช่องทางการเงินที่ระเบียบรองรับ ขาดข้อมูลและหลักฐานในบริบทไทย ขาดแพลตฟอร์มข้อมูลที่ประชาชนใช้ได้ และขาดกลไกบูรณาการข้ามกระทรวงที่มีหน่วยงานเจ้าภาพชัดเจน และที่ชุมชนร่วมกำกับดูแลและมีตัวชี้วัดร่วม

๕) **ช่องว่างด้านกระบวนทัศน์และความสัมพันธ์** นโยบายยังมองธรรมชาติเป็นทรัพยากรหรือพื้นที่บริการมากกว่ามองความสัมพันธ์ระหว่างคนกับธรรมชาติเป็นองค์ประกอบของสุขภาวะ

๔. ประเด็นสำคัญและเหตุผลเชิงนโยบาย

จากการสังเคราะห์ข้อมูลจากเวทีถกแถลงนโยบาย การทบทวนเอกสาร และการประชุมคณะทำงานวิชาการ สามารถสรุปประเด็นเชิงนโยบายได้ ดังนี้

๔.๑ ประเด็นที่ค้นพบ	๔.๒ เหตุผลเชิงนโยบาย	๔.๓ ผลกระทบหากไม่ดำเนินการ	๔.๔ โอกาสในการขับเคลื่อน
๑. สุขภาพจิต ความเครียด Burnout NCDs และความโดดเดี่ยวเพิ่มขึ้น	ต้องเพิ่มการป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพก่อนเกิดโรค	ภาระโรคและค่าใช้จ่ายเพิ่ม คุณภาพชีวิตลดลง	กิจกรรมฐานธรรมชาติเป็นมาตรการเสริมควบคู่ไปกับการรักษา
๒. การเข้าถึงธรรมชาติกระจุกในกลุ่มที่มีกำลังซื้อ	สุขภาวะจากธรรมชาติควรเป็นสิทธิของทุกคนอย่างเท่าเทียม	เกิดบริการเชิงสุขภาพราคาสูงทำให้กลุ่มเปราะบางเข้าไม่ถึง	จัดบริการตามลำดับขั้นความจำเป็นผ่านพื้นที่สาธารณะ หน่วยบริการปฐมภูมิ และ อปท.

๔.๑ ประเด็นที่ค้นพบ	๔.๒ เหตุผลเชิงนโยบาย	๔.๓ ผลกระทบหากไม่ดำเนินการ	๔.๔ โอกาสในการขับเคลื่อน
๓. ระบบสุขภาพเชื่อมกับทรัพยากรชุมชนไม่พอ	มีพื้นที่และกิจกรรม แต่ขาดผู้เชื่อมโยงและเส้นทางธรรมชาติที่ส่งผลต่อสุขภาวะ	มีพื้นที่ธรรมชาติและกิจกรรม แต่ผู้ที่ต้องการเข้าไม่ถึง เพราะขาดขนส่งสาธารณะ และภาวะทางเศรษฐกิจ	Green Social Prescribing ทั้งในแนวราบและแนวดิ่ง รวมถึงการมีผู้เชื่อมต่อที่เข้าใจความต้องการและข้อจำกัดของผู้ใช้บริการอย่างแท้จริง
๔. ระบบสุขภาพและสวัสดิการยังเน้นรักษาและสงเคราะห์	การยอมรับเป็นเงื่อนไขแรกของการเปลี่ยนผ่าน	ยังไม่มีการดำเนินการสั่งจ่ายทางสังคม แม้มีกิจกรรมพร้อมอยู่แล้ว	สธ. สปสช. และ พม. ปรับมุมมองและนโยบายขยายนิยามความเปราะบาง
๕. ขาดมาตรฐานและการรับรอง	คำว่า “บำบัด” เกี่ยวกับขอบเขตวิชาชีพและความปลอดภัย	ผู้ใช้บริการขาดความมั่นใจ เนื่องจากผู้ให้บริการไม่มีมาตรฐานรองรับ	ใช้มาตรฐาน ๒ ระดับกำกับตามความเข้มข้นของกิจกรรมเชิงบำบัดโดยไม่กีดกันการดำเนินการของชุมชน
๖. พื้นที่ธรรมชาติขาดทั้งปริมาณและคุณภาพและเผชิญแรงกดดัน	สุขภาพคนพึ่งพาระบบนิเวศที่สมบูรณ์	การใช้ประโยชน์จากทรัพยากรเกินขีดจำกัด ทำให้เกิดความเสื่อมโทรมและกระทบสิทธิชุมชนท้องถิ่น	การออกแบบผังเมืองเชิงนิเวศที่คำนึงถึงและกระทบต่อธรรมชาติและชุมชนท้องถิ่นโดยให้ชุมชนร่วมกำกับดูแล
๗. ชุมชนมีทุนธรรมชาติและวัฒนธรรมสูง	เป็นฐานของสุขภาวะและเศรษฐกิจฐานราก	ความไม่เป็นธรรมในการแบ่งปันผลประโยชน์ (ประโยชน์ตกอยู่กับผู้ประกอบการภายนอก)	เสริมทักษะชุมชน วิสาหกิจชุมชน อาชีพสีเขียว และการมีส่วนร่วมในการออกแบบกลไกการแบ่งปันผลประโยชน์อย่างเป็นธรรม
๘. ขาดหลักฐาน ข้อมูล การเงิน และกลไกบูรณาการ	การเข้าสู่สิทธิประโยชน์ต้องพิสูจน์ผลลัพธ์และความคุ้มค่า	ของบประมาณยาก ทำงานแยกส่วน	ระบบข้อมูล ๓ ระดับ (รายบุคคล พื้นที่ ธรรมชาติ) HTA/SROI ช่องทางการเงินตามกลุ่มเป้าหมาย และกลไกบูรณาการ

เหตุผลเชิงนโยบายที่สำคัญที่สุด

๑) **สุขภาพ** ขยับจาก “รักษาเมื่อป่วย” สู่ “สร้างสุขภาวะก่อนป่วย” โดยนำธรรมชาติเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของระบบสร้างเสริมสุขภาพ

๒) **สิ่งแวดล้อม** การอนุรักษ์ไม่ควรแยกจากคุณภาพชีวิต ระบบนิเวศที่สมบูรณ์มีคุณค่าโดยตรงต่อสุขภาพของประชาชน

๓) **สังคม** การเข้าถึงธรรมชาติเป็นส่วนหนึ่งของความเป็นธรรมด้านสุขภาพ โดยเฉพาะเด็กและเยาวชน ผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ป่วยเรื้อรัง คนเมืองแรงงาน และกลุ่มเปราะบาง

๔) **เศรษฐกิจ** ทุนธรรมชาติสร้างมูลค่าเพิ่มผ่านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ อาชีพสีเขียว และเศรษฐกิจชุมชนที่มุ่งเน้นการปกป้อง คุ้มครอง และฟื้นฟูทรัพยากรธรรมชาติซึ่งเป็นต้นทุนสุขภาวะที่สำคัญ และเชื่อมโยงกับเป้าหมายการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์และสุขภาพ (Medical and Wellness Hub) บนฐานการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม

๕) **การบริหารประเทศ** ปัญหาสุขภาพ สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ และสังคมเชื่อมโยงกัน จึงต้องเปลี่ยนจากนโยบายรายภาคส่วนสู่นโยบายสาธารณะแบบบูรณาการ

๖) **ความสัมพันธ์** ที่จำเป็นต้องฟื้นฟูทั้งความสัมพันธ์ระหว่างผู้คน ชุมชน สังคม ธรรมชาติ และความสัมพันธ์ระหว่างกัน ให้ประชาชนกลับมาเชื่อมโยงและอยู่ร่วมกับระบบนิเวศอย่างเคารพและเกื้อกูล

๕. ประเด็นเพื่อการพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

กรอบทิศทางนโยบาย ด้วยมนุษย์เป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติและปฏิสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างคนกับธรรมชาติมีส่วนสำคัญในการสร้างสุขภาวะ ประเทศไทยจึงมุ่งสร้างความเกื้อกูลระหว่างสุขภาวะของผู้คนกับความสมบูรณ์ของระบบนิเวศ และการใช้ประโยชน์อย่างยั่งยืนจากฐานทรัพยากรธรรมชาติ สังคม และวัฒนธรรม โดยผ่านการส่งเสริมการใช้ชีวิต การเรียนรู้ และกิจกรรมบนฐานธรรมชาติ เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพ สร้างเสริม และฟื้นฟูสุขภาวะองค์รวมทั้งกาย จิต ปัญญา และสังคม ขณะเดียวกันประชาชนและชุมชนต้องมีส่วนร่วมในการคุ้มครองและฟื้นฟูธรรมชาติทั้งด้านปริมาณ คุณภาพ และความหลากหลายทางชีวภาพ ทั้งนี้ จำเป็นต้องพัฒนาระบบเชื่อมต่อทั้งแนวดิ่งและแนวราบ รวมทั้งสนับสนุนการเข้าถึงธรรมชาติอย่างทั่วถึงในระดับพื้นฐาน และเข้มข้นขึ้นตามความจำเป็นและอุปสรรคที่ผู้คนแต่ละกลุ่มเผชิญ รวมถึงยกระดับขีดความสามารถ มาตรฐาน ส่งเสริมความร่วมมือข้ามภาคส่วนอย่างสอดคล้องกับวิถีวัฒนธรรมและอัตลักษณ์ท้องถิ่น พร้อมกำหนดให้ผู้ใช้ประโยชน์จากระบบนิเวศร่วมรับผิดชอบฟื้นฟูธรรมชาติ กระจายประโยชน์สู่ชุมชนอย่างเป็นธรรม เพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่มมีสิทธิและสามารถเข้าถึงธรรมชาติอย่างเป็นธรรม ปลอดภัย และยั่งยืน

เสนอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณา (ร่าง) เอกสารมติ ซึ่งกำหนด ๔ แนวทาง ดังนี้

แนวทาง	สาระสำคัญ	หน่วยงานหลัก
๑. ธรรมชาติสมบูรณ์ชุมชนมีส่วนร่วม	แยกผู้กำกับพื้นที่กับผู้ส่งเสริมกิจกรรม; นำความรู้ระบบนิเวศและวัฒนธรรมเข้าสู่ผังเมือง; ประเมินขีดความสามารถในการรองรับและความยินยอมของชุมชน; พื้นที่ปลอดภัยตามหลักการออกแบบเพื่อทุกคน; มาตรฐานพื้นที่แบบสมัครใจ; เสริมทักษะชุมชนและให้ชุมชนร่วมกำกับดูแล; วิสาหกิจชุมชน อาชีพสีเขียว และการกระจายประโยชน์อย่างเป็นธรรม; ชุมชนมีส่วนร่วมพิจารณาโครงการพัฒนาและการดำเนินการที่กระทบทรัพยากรธรรมชาติในพื้นที่; การจัดการขยะและสิ่งปฏิกูล ความปลอดภัยด้านอาหาร และเปิดโอกาสให้เด็กและเยาวชนเป็นอาสาสมัครร่วมพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาวะ **ตัวชี้วัดร่วม** (๑) พื้นที่ธรรมชาติเพื่อสุขภาวะที่เข้าถึงได้และความหลากหลายทางชีวภาพ [ทส. อปท.] (๒) ร้อยละพื้นที่นำร่องที่ชุมชนร่วมกำกับดูแลและผ่านการประเมินขีดความสามารถในการรองรับ [ทส. อปท. ชุมชน] (๓) สัดส่วนประโยชน์ที่คืนสู่ชุมชนและธรรมชาติ [อปท. พอช. ชุมชน]	**หลัก** ทส. (กรมอุทยานฯ กรมป่าไม้ กรมทรัพยากรทางทะเลฯ กรมการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศฯ สผ.) และ มท. (ยผ. สถ.) สำนักงานพัฒนาเศรษฐกิจจากฐานชีวภาพ (องค์การมหาชน) และสภาคุ้มครองและส่งเสริมวิถีชีวิตกลุ่มชาติพันธุ์แห่งประเทศไทย **พื้นที่** อปท. และชุมชน/องค์กรชุมชนเจ้าของพื้นที่ **ภาคีร่วม** กษ. อว. ศธ. วธ. พน. พม. (พอช.) กก. (ททท. อพท.) คค. สำนักงานสภาเกษตรกรแห่งชาติและองค์กรศาสนา **เอกชน** ภาคธุรกิจ เจ้าของที่ดิน ผู้ประกอบการท่องเที่ยว และสถาบันลูกโลกสีเขียว **ภาคีจากคณะทำงาน** – **กรมอุทยานแห่งชาติ สัตว์ป่า และพันธุ์พืช** (ผู้กำกับดูแลพื้นที่อุทยานและเขตอนุรักษ์ ประเมินขีดความสามารถในการรองรับ) – **กรมป่าไม้** (ผู้กำกับดูแลพื้นที่ป่าไม้และป่าชุมชน) – **กรมการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและสิ่งแวดล้อม** (เชื่อมโยงการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและตัวชี้วัดสิ่งแวดล้อม) – **คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย** (องค์ความรู้ภูมิสถาปัตยกรรมและเกณฑ์ผังเมืองเชิงนิเวศ) – **สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน)** (เสริมพลังองค์กรชุมชนในการร่วมกำกับดูแลพื้นที่) – **สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา** (เสริมทักษะชุมชนด้านการจัดการและการเงิน) – **สมาคมการท่องเที่ยวโดยชุมชนจังหวัดกระบี่ เครือข่ายการท่องเที่ยวโดยชุมชน จังหวัดแม่ฮ่องสอน และสมาคมการท่องเที่ยวสระบุรี** (พื้นที่นำร่องการแบ่งปันผลประโยชน์และอาชีพสีเขียว)

แนวทาง	สาระสำคัญ	หน่วยงานหลัก
๒. คนมีความรอบรู้ เข้าใจ เชื่อมั่นและมีสิทธิเข้าถึงบริการนิเวศอย่างเท่าเทียมและเป็นธรรม	รับรองสิทธิการเข้าถึงอย่างเท่าเทียม; สร้างความตระหนักรู้และความเชื่อมั่นผ่านการศึกษา การท่องเที่ยว และข้อมูลที่เข้าใจง่าย; จัดบริการตามลำดับขั้นความจำเป็น; มาตรการเข้าถึงสำหรับกลุ่มเปราะบาง (ผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ป่วยเรื้อรังและญาติ เด็กและเยาวชน แรงงาน) และผู้ได้รับผลกระทบจากสิ่งแวดล้อม โดยไม่มีค่าใช้จ่ายและตามหลักการออกแบบเพื่อทุกคน **ตัวชี้วัดร่วม** (๑) ร้อยละประชาชนที่ใช้พื้นที่/กิจกรรมธรรมชาติอย่างน้อยสัปดาห์ละ ๑ ครั้ง จำแนกตามกลุ่ม [สธ. สช. อปท.] (๒) ร้อยละพื้นที่ธรรมชาติสาธารณะที่ไม่มีค่าใช้จ่ายและเข้าถึงได้ตามหลักการออกแบบเพื่อทุกคน [อปท. ทส. พม.] (๓) ร้อยละสถานศึกษาที่มีการเรียนรู้จากธรรมชาติเป็นกิจกรรมปกติ [ศธ.]	**หลัก** สธ. พม. มท. (สถ.) สช. และ สสส. ร่วมกับ ศธ. อว. ทส. และ กก. สำนักงานพัฒนาเศรษฐกิจจากฐานชีวภาพ (องค์การมหาชน) และสภาคุ้มครองและส่งเสริมวิถีชีวิตกลุ่มชาติพันธุ์แห่งประเทศไทย **พื้นที่** อปท. หน่วยบริการปฐมภูมิ และชุมชน **ภาคีร่วม** สปสช. กษ. กรมอนามัย กรมสุขภาพจิต สำนักงานลูกเสือแห่งชาติ สถานศึกษา สภาองค์กรชุมชน องค์กรคนพิการ สภาเด็กและเยาวชน และหน่วยพัฒนาครู **เอกชน** ผู้ประกอบการท่องเที่ยว ที่พักและสถานประกอบการ **ภาคีจากคณะทำงาน** – **กรมอนามัย** (มาตรการอนามัยสิ่งแวดล้อมและการเยียวยาชุมชนที่ได้รับผลกระทบมลพิษ) – **สถาบันวิชาการเพื่อความยั่งยืนทางสุขภาพจิต** (ข้อมูลและหลักฐานด้านสุขภาพจิตเพื่อการสื่อสารสาธารณะ) – **มูลนิธิโลกสีเขียว** (สื่อและกิจกรรมเรียนรู้ธรรมชาติสำหรับเด็กและเยาวชน)
๓. เกิดการเชื่อมต่อทั้งแนวดิ่งและแนวราบ โดยมุ่งเน้นความเป็นธรรมในการเข้าถึง	แนวราบ แผนที่ทุนชุมชนและข้อมูลดิจิทัล เครือข่ายวัด โรงเรียน องค์กรชุมชน ชมรมผู้สูงอายุ องค์กรคนพิการ สภาเด็กและเยาวชน สภาเกษตรกร อาสาสมัครพิทักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม อสม. และ อสส. สำหรับกลุ่มทั่วไปและกลุ่มเปราะบาง; **แนวดิ่ง** (ก) ระบบสุขภาพ: สั่งจ่ายและส่งต่อผ่านทีมสหวิชาชีพปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ผู้เชื่อมต่อ และผู้จัดกิจกรรมติดตามผลผ่านแผนการดูแลรายบุคคลและพื้นที่ธรรมชาติในสถานพยาบาลตั้งแต่ระดับปฐมภูมิขึ้นไปสำหรับผู้ป่วยและญาติ (ข) ระบบอื่น: สวัสดิการสังคม (ผู้สูงอายุ คนพิการ) สถานศึกษา (เด็กและเยาวชน) และสถานประกอบการ	**แนวดิ่ง** สธ. สปสช. และ พชอ. (ระบบสุขภาพ) พม. ศธ. อว. และกระทรวงแรงงาน/สปส. (ระบบอื่น) **แนวราบและเชิงพื้นที่** มท. (สถ. ยผ.) ทส. อปท. อบจ. คค. ททท. กขป. และ สสส. **เอกชน** สถานประกอบการ ผู้ประกอบการท่องเที่ยวและที่พัก และผู้พัฒนาแพลตฟอร์ม **ภาคีจากคณะทำงาน** – **เครือข่ายอาบป่าประเทศไทย** (ผู้จัดกิจกรรมและไกด์อาบป่า ร่วมจัดทำบัญชีกิจกรรม) – **สมาคมไทยท่องเที่ยวเชิงอนุรักษ์และผจญภัย** (กิจกรรมธรรมชาติและแนวปฏิบัติด้านความปลอดภัย) – **สมาคมไทยท่องเที่ยวอย่างรับผิดชอบ** (แนวปฏิบัติการท่องเที่ยวอย่างรับผิดชอบป้องกันการท่องเที่ยวล้นเกิน) – **กรมสุขภาพจิต** (การสั่งจ่ายและติดตามผลในเครือข่ายบริการสุขภาพจิตและโรงพยาบาลจิตเวช)

แนวทาง	สาระสำคัญ	หน่วยงานหลัก
	(แรงงาน) รวมถึงกิจกรรมที่สมาชิกในครอบครัวทำร่วมกัน; **เชิงพื้นที่** (๑) พาคนไปหาธรรมชาติด้วยการเดินทางที่ไร้รอยต่อตามหลักการออกแบบเพื่อทุกคนและการเข้าพื้นที่โดยไม่มีค่าใช้จ่าย (๒) นำธรรมชาติเข้าสู่พื้นที่ชีวิตประจำวันด้วยโครงสร้างพื้นฐานสีเขียว; ทั้งนี้ การเชื่อมต่อทุกระดับต้องให้ความสำคัญกับบทบาทการจัดการของชุมชน และความสัมพันธ์เกื้อกูลระหว่างคน ชุมชน และธรรมชาติ **ตัวชี้วัดร่วม** (๑) ร้อยละผู้ได้รับการส่งต่อที่เข้าร่วมกิจกรรมจริงและได้รับการติดตามผล [สธ. สปสช.] (๒) ร้อยละกลุ่มเปราะบางในพื้นที่นำร่องที่เข้าถึงกิจกรรมผ่านกลไกเชื่อมต่อ [พม. อปท.] (๓) ร้อยละประชากรที่มีพื้นที่ธรรมชาติสาธารณะในระยะเดิน ๑๕ นาที [มท. อปท. ทส.]	– **กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ** (มาตรฐานบริการและบทบาท อสม. ในการเชื่อมต่อ) – **โรงพยาบาลสวนสราญรมย์** (ต้นแบบการบำบัดฟื้นฟูบนฐานธรรมชาติ และพื้นที่นำร่องการสั่งจ่าย)
๔. มีระบบสนับสนุนและความร่วมมือของรัฐ ท้องถิ่น ชุมชน เอกชน ประชาสังคม และวิชาการ	ตามกรอบ AAAQ และองค์ประกอบระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก: กลไกอภิบาลระบบ (กลไกบูรณาการที่มีหน่วยงานเจ้าภาพชัดเจน และที่ชุมชนร่วมกำกับดูแล และการทบทวนกฎหมาย รวมถึงจัดทำกฎหมายหรือระเบียบที่ชัดเจนรองรับการใช้ธรรมชาติเพื่อสุขภาวะ); กำลังคน ๓ บทบาท (อาชีพเดิมเพิ่มศักยภาพและอาชีพใหม่) และมาตรฐานตามระดับความเข้มข้นของบริการ; การเงินตามกลุ่มเป้าหมาย พัฒนากลไกการเงินและความร่วมมือจากภาคเอกชนเพื่อทำงานเชิงรุกโดยเริ่มจากกองทุนเดิมในพื้นที่ เช่น	**กลไกอภิบาลระบบ** สช. มท. ทส. ผู้แทนชุมชน กขป. และ กสพ. **กำลังคน** สคช. กรมพัฒนาฝีมือแรงงาน สภาวิชาชีพ และ สธ. **การเงิน** สปสช. พม. อปท. สสส. สปส. และ กค. (กรมบัญชีกลาง กรมธนารักษ์ กรมสรรพากร) **ข้อมูลและหลักฐาน** สธ. ทส. (สผ.) อปท. อว. วช. บพท. และ สวรส. (สนับสนุนกรอบวิจัยและสังเคราะห์หลักฐาน) วิชาการ **สมาคมจิตวิทยาแห่งประเทศไทย ภาคีร่วม กระทรวงอุตสาหกรรม (อก.) และสมาคมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (สมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทย สมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย และสมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย)**

แนวทาง	สาระสำคัญ	หน่วยงานหลัก
	กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับจังหวัด ภาคเอกชน (โดยจ่ายค่าตอบแทนระบบนิเวศในพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบจากการดำเนินกิจการของตนเอง) และมาตรการจูงใจทางภาษี สำหรับการเปิดพื้นที่สีเขียว หรือปรับพื้นที่รกร้างเป็นพื้นที่สีเขียวหรือพื้นที่รับน้ำ) และ Green Finance และระบบสิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุมทุกระบบหลักประกันสุขภาพทั้งรัฐและเอกชน; ระบบข้อมูล ๓ ระดับ (จำแนกตามประเภทพื้นที่ รวมถึงดัชนีคุณภาพอากาศและคุณภาพน้ำ และการจำแนกพื้นที่สีเขียวที่มีคุณภาพทางนิเวศออกจากพื้นที่รกร้าง); ผลิตภัณฑ์ เทคโนโลยี และหลักฐาน (แพลตฟอร์มดิจิทัล บัญชีกิจกรรม HTA/SROI); ส่วนระบบ บริการ เป็นไปตามแนวทางที่ ๓ ภาค วิชาการ ประสานเครือข่ายนักจิตวิทยาทั่วประเทศในการใช้แนวทางการอาบป่าควบคู่กับการบำบัดทางจิตวิทยาอย่างปลอดภัย / ประสานหลักสูตรจิตวิทยาในมหาวิทยาลัยต่างๆ เพิ่มรายวิชาเกี่ยวกับธรรมชาติ /พัฒนานักจิตวิทยาให้สามารถเป็นนักธรรมชาติบำบัด **ตัวชี้วัดร่วม** (๑) กลไกบูรณาการที่มีผู้แทนชุมชนร่วมและรายงานต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติทุกปี [สช. มท. ทส.] (๒) จำนวนผู้เชื่อมต่อและผู้จัดกิจกรรมที่ผ่านการพัฒนาตามกรอบสมรรถนะ [สคช. สธ.] (๓) งบประมาณที่จัดสรรให้กิจกรรมฐานธรรมชาติในพื้นที่ [สปสช. อปท. สสส.]	**เอกชน** ภาคธุรกิจ นักลงทุนเพื่อสังคม และผู้ดำเนินโครงการคาร์บอนเครดิต **ภาคีจากคณะทำงาน** – **สำนักงานองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย (WHO Thailand)** (สนับสนุนวิชาการ กรอบนโยบายสากล หลักฐานเชิงประจักษ์ และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ต่างประเทศ) – **กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก** (หลักสูตรและมาตรฐานผู้ให้บริการธรรมชาติบำบัดและอาบป่า) – **มหาวิทยาลัยมหิดล** (พัฒนาหลักสูตรกำลังคนและผู้เชื่อมต่อ) – **บริษัท ไรซ์ อิมแพค จำกัด** (การลงทุนเพื่อสังคม (Impact Investment) และการจับคู่ภาคเอกชนกับชุมชน) – **เครือข่ายคาร์บอนนิวทรัลประเทศไทย** (เชื่อมการเงินสีเขียวและการลงทุนด้านคาร์บอนกับการฟื้นฟูพื้นที่ธรรมชาติ) – **มหาวิทยาลัยเชียงใหม่** (ระบบข้อมูลและตัวชี้วัดในพื้นที่นำร่อง) – **มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์** (วิจัยและประเมินผลลัพธ์และความคุ้มค่า) – **เครือข่ายมหาวิทยาลัยสุขภาพหนึ่งเดียวแห่งประเทศไทย** (วิจัยข้ามศาสตร์ตามแนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว)

กรอบกำลังคนเพื่อการสร้างสุขภาวะด้วยธรรมชาติ (ขยายความแนวทางที่ ๔) แบ่งตาม ๓ บทบาท โดยแยกอาชีพเดิมที่เพิ่มศักยภาพกับอาชีพใหม่ ทั้งผู้ปฏิบัติแบบทางการ (Formal) และไม่เป็นทางการ (Informal) และแยกบทบาทการติดตามผลออกจากผู้ให้บริการ ดังนี้

บทบาท	อาชีพเดิมเพิ่มศักยภาพ	อาชีพใหม่	มาตรฐานและการพัฒนา
ผู้คัดกรอง/ผู้ระบุความต้องการ	ทางการ: แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยา และบุคลากรการแพทย์แผนไทยที่มีทักษะด้านธรรมชาติ ไม่เป็นทางการ: อสม. อสส. นักการศึกษา และผู้ดูแล (สังเกตและแนะนำเบื้องต้น)	ผู้ประเมินความต้องการทางสังคมในหน่วยบริการปฐมภูมิ	หลักสูตรทีมสหวิชาชีพปฐมภูมิ; ใช้ความต้องการของบุคคลเป็นจุดตั้งต้น ไม่ใช้การคัดกรองเป็นเงื่อนไขการเข้าถึง
ผู้เชื่อมต่อ (Link Worker)	ทางการ: นักสังคมสงเคราะห์ นักพัฒนาชุมชน เจ้าหน้าที่ อปท. นักการศึกษา ผู้ช่วยคนพิการ Job Coach และฝ่ายบุคคลของสถานประกอบการ ไม่เป็นทางการ: อสม. อสส. อพม. พระสงฆ์และผู้นำศาสนา ผู้นำชุมชน แกนนำชมรมผู้สูงอายุ องค์กรคนพิการ สภาเด็กและเยาวชน และผู้ดูแลในครอบครัว	ผู้เชื่อมต่อทางสังคมประจำหน่วยบริการ อปท. สถานศึกษา และผู้ประสานแพลตฟอร์มดิจิทัล	หลักสูตรการสื่อสาร การค้นหาความต้องการ และการทำงานกับคนพิการ (Visual Support การสนับสนุนประสาทสัมผัส) ระบบคุณวุฒิวิชาชีพ; หลักสูตรพัฒนาผู้เชื่อมต่อที่หลากหลาย และกลไกคุ้มครองผู้บริโภคจากผู้ให้บริการที่ไม่ได้มาตรฐาน
ผู้จัดกิจกรรม/ผู้ให้บริการ	ทางการ: ไกด์อาบป่า นักสื่อความหมายธรรมชาติ มัคคุเทศก์ท้องถิ่น เจ้าหน้าที่อุทยานและป่าไม้ นักกายภาพบำบัด และนักจิตวิทยา ไม่เป็นทางการ: หมอพื้นบ้าน ปราชญ์ชาวบ้าน เกษตรกร และผู้นำกิจกรรมในชุมชน รวมถึงกลุ่มอิสระหรือกระบวนกรด้านสุขภาวะทางปัญญา	ผู้นำกิจกรรมธรรมชาติบำบัดที่ผ่านการรับรอง ทีมพี่เลี้ยง/ทีมเชื่อมศาสตร์ ผู้ดูแลพื้นที่และความปลอดภัย และผู้ประกอบการสีเขียวทุกวัย	มาตรฐานตามระดับความเข้มข้นและความเสี่ยง : กิจกรรมทั่วไปใช้มาตรฐานสมัครใจ ไม่กีดกันภูมิปัญญาท้องถิ่น; กิจกรรมเพื่อบำบัด/ฟื้นฟูอยู่ภายใต้วิชาชีพที่เกี่ยวข้อง : ผู้ปฏิบัติมีประสบการณ์ตรงกับธรรมชาติ

แผนที่ทางเดิน (Roadmap) แบ่งเป็น ๓ ระยะ ได้แก่ ระยะสั้น (ปีที่ ๑) วางฐาน: กลไกบูรณาการ นิยามการเชื่อมต่อ กรอบกำลังคน ๓ บทบาท พื้นที่นำร่อง และข้อมูลฐาน; ระยะกลาง (ปีที่ ๒–๓) ทดลองการเชื่อมต่อแนวราบและแนวดิ่งในพื้นที่นำร่อง สร้างหลักฐานความคุ้มค่า และปรับมาตรฐาน; และระยะยาว (ปีที่ ๔–๕) ขยายผล เชื่อมงบประมาณและสิทธิประโยชน์ และปรับกฎหมาย พร้อมตัวชี้วัดร่วมและผู้รับผิดชอบ โดยมีรายละเอียดตาม (ร่าง) เอกสารมติ

๖. เอกสารอ้างอิง

[๑] Antonelli, M., Barbieri, G., & Donelli, D. (2019). Effects of forest bathing (shinrin-yoku) on levels of cortisol as a stress biomarker: A systematic review and meta-analysis.

[๒] Kotera, Y., et al. 2023). The effects of forest bathing on psychological well-being: A systematic review and meta-analysis.

[๓] Ohly, H., et al. (2016). Attention Restoration Theory: A systematic review of the attention restoration potential of exposure to natural environments.

[๔] Ideno, Y., et al. 2017). Blood pressure-lowering effect of Shinrin-yoku (Forest bathing): A systematic review and meta-analysis.

[๕] de la Fuente, F., et al. (2021). Green space exposure association with type 2 diabetes mellitus, physical activity, and obesity: A systematic review.

[๖] Li, Q. (2022). Effects of forest environment (Shinrin-yoku/Forest bathing) on health promotion and disease prevention: the establishment of “Forest Medicine”.

[๗] Mueller, W., Milner, J., Loh, M., Vardoulakis, S., & Wilkinson, P. (2022). Exposure to urban greenspace and pathways to respiratory health: An exploratory systematic review.

[๘] Ulrich, R. S. (1984). View through a window may influence recovery from surgery.

[๙] Murroni, V., et al. (2021. Effectiveness of therapeutic gardens for people with dementia: A systematic review.

[๑๐] กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๗). รายงานสถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพจิต.

[๑๑] WHO Regional Office for Europe. (2016). Urban green spaces and health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

[๑๒] The Urbanis. ข้อมูลพื้นที่สีเขียวต่อประชากรกรุงเทพมหานคร. https://theurbanis.com/

[๑๓] WHO Regional Office for Europe. (2025). Nature-based solutions and health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

[๑๔] การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย. (๒๕๖๙). ทิศทางและแผนการตลาดการท่องเที่ยว ปี ๒๕๖๙.

[๑๕] World Health Organization. 2007). Everybody’s business: Strengthening health systems to improve health outcomes. WHO’s framework for action. Geneva: WHO.

[๑๖] WHO Regional Office for Europe. (2016). Integrated care models: an overview. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

[๑๗] Marmot, M., et al. (2010). Fair Society, Healthy Lives: The Marmot Review. London: Institute of Health Equity.

[๑๘] รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐.

[๑๙] พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐.

[๒๐] ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน พ.ศ. ๒๕๕๙.

[๒๑] พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕.

[๒๒] พระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๓๕.

[๒๓] พระราชบัญญัติอุทยานแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๒.

[๒๔] พระราชบัญญัติป่าสงวนแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๐๗.

[๒๕] พระราชบัญญัติสงวนและคุ้มครองสัตว์ป่า พ.ศ. ๒๕๖๒.

[๒๖] พระราชบัญญัติป่าชุมชน พ.ศ. ๒๕๖๒.

[๒๗] พระราชบัญญัติทรัพยากรน้ำ พ.ศ. ๒๕๖๑.

[๒๘] พระราชบัญญัติส่งเสริมการบริหารจัดการทรัพยากรทางทะเลและชายฝั่ง พ.ศ. ๒๕๕๘.
[๒๙] พระราชบัญญัติการผังเมือง พ.ศ. ๒๕๖๒.
[๓๐] พระราชบัญญัติภาษีที่ดินและสิ่งปลูกสร้าง พ.ศ. ๒๕๖๒.
[๓๑] พระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมวิถีชีวิตกลุ่มชาติพันธุ์ พ.ศ. ๒๕๖๘.
[๓๒] พระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙.
[๓๓] พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ (และที่แก้ไขเพิ่มเติม).
[๓๔] พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. ๒๕๒๕.
[๓๕] พระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๕๖.
[๓๖] พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. ๒๕๒๒.
[๓๗] พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. ๒๕๒๒.
[๓๘] พระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. ๒๕๖๒.
[๓๙] พระราชบัญญัติส่งเสริมวิสาหกิจชุมชน พ.ศ. ๒๕๔๘.
[๔๐] พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. ๒๕๖๒.
[๔๑] ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. ๒๕๖๑–๒๕๘๐.
[๔๒] แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๓ (พ.ศ. ๒๕๖๖–๒๕๗๐).
[๔๓] ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๕.
[๔๔] United Nations. 2015). Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development (SDGs).
[๔๕] สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (๒๕๖๘–๒๕๖๙). เอกสารประกอบการพัฒนาประเด็นและเวทีรับฟังความคิดเห็น.
[๔๖] พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ (และที่แก้ไขเพิ่มเติม).
[๔๗] พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒.
[๔๘] พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒.
[๔๙] พระราชบัญญัติควบคุมอาคาร พ.ศ. ๒๕๒๒.
[๕๐] พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายที่ดิน พ.ศ. ๒๔๙๗.

การแสดงถ้อยแถลงต่อมติ การสร้างสุขภาวะด้วยธรรมชาติ (Promoting Well-being through Nature)

กรมอนามัย

นพ.ธิติ แสวงธรรม
อธิบดีกรมอนามัย
วันที่ ๒๙ ตุลาคม ๒๕๖๙



บทบาทภารกิจของหน่วยงาน องค์กรเครือข่าย

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข มีบทบาทภารกิจหลักในการส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพดี โดยศึกษา วิเคราะห์ วิจัย และพัฒนาองค์ความรู้ กำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ มาตรฐาน และกลไกการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม รวมถึงการเฝ้าระวังสุขภาพและสภาพแวดล้อม ตลอดจนการถ่ายทอดความรู้และพัฒนาศักยภาพของหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน และภาคีเครือข่ายให้มีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพและจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาวะ สำหรับประเด็นการสร้างสุขภาวะด้วยธรรมชาติ กรมอนามัยจึงมีบทบาทสำคัญในการเชื่อมโยงองค์ความรู้ด้านสุขภาพกับการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม สนับสนุนการพัฒนาพื้นที่และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และประสานความร่วมมือกับหน่วยงานและเครือข่ายในระดับพื้นที่ เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนทุกกลุ่มสามารถเข้าถึงสภาพแวดล้อมที่ดีและใช้ประโยชน์จากธรรมชาติในการสร้างเสริมสุขภาวะได้อย่างเหมาะสมและเป็นธรรม

เจตนารมณ์และแนวทางสนับสนุนการขับเคลื่อนมติ

กรมอนามัยมีความมุ่งมั่นและพร้อมขับเคลื่อนภารกิจในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และยกระดับอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อสร้างสุขภาวะที่ดีให้กับประชาชนทุกกลุ่ม โดยเฉพาะการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ มาตรการอนามัยสิ่งแวดล้อม และการขับเคลื่อนเมืองสุขภาพดี (Healthy City) ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งนี้ เราตระหนักว่าปัญหาสุขภาพในปัจจุบัน เช่น โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) และภาวะสุขภาพจิต จำเป็นต้องอาศัยมาตรการเชิงรุกที่เชื่อมโยงผู้คนเข้ากับธรรมชาติ กรมอนามัยจึงพร้อมร่วมผลักดันระบบการแนะนำกิจกรรมทางสังคมฐานธรรมชาติ (Green Social Prescribing) ควบคู่ไปกับการออกแบบสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพและการเยียวยาชุมชนที่ได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม อย่างเท่าเทียม กรมอนามัยมีความพร้อมในการประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน เพื่อนำกรอบนโยบายการสร้างสุขภาวะด้วยธรรมชาติไปสู่การปฏิบัติจริง โดยมุ่งเน้นการพัฒนากลไกการเข้าถึงบริการตามลำดับขั้นความจำเป็น การหนุนเสริมมาตรการความปลอดภัย และการยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนทุกกลุ่มโดยไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง ท้ายที่สุดนี้ กรมอนามัยขอร่วมเป็นส่วนสำคัญในการผลักดันให้ประเทศไทยมีระบบสร้างเสริมสุขภาพที่เข้มแข็ง ประชาชนมีสุขภาวะองค์รวมที่ดี และสามารถใช้ประโยชน์จากธรรมชาติได้อย่างสมดุล ปลอดภัย และยั่งยืน

สถาบันคุณวุฒิวิชาชีพ (องค์การมหาชน)

ดร.ณฐา จันทนู
รองผู้อำนวยการ
วันที่ ๒๙ ตุลาคม ๒๕๖๙



บทบาทภารกิจของหน่วยงาน องค์กรเครือข่าย

สถาบันคุณวุฒิวิชาชีพ (องค์การมหาชน) มีภารกิจในการพัฒนาระบบคุณวุฒิวิชาชีพส่งเสริมการจัดทำมาตรฐานอาชีพโดยการมีส่วนร่วมของผู้ประกอบอาชีพ และสนับสนุนการพัฒนาและรับรองสมรรถนะของบุคคล เพื่อให้ความรู้ ทักษะ และประสบการณ์จากการทำงานได้รับการยอมรับอย่างเป็นระบบ ควบคู่กับการพัฒนาคุณภาพองค์กรรับรองสมรรถนะและองค์กรที่ทำหน้าที่ให้บริการฝึกอบรม สถาบันให้ความสำคัญกับการเปิดโอกาสให้บุคคลเข้ารับการประเมินสมรรถนะ โดยใช้ความรู้ ความชำนาญ และประสบการณ์ที่สั่งสม เชื่อมโยงการพัฒนาทักษะกับเส้นทางความก้าวหน้าในอาชีพ และส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต สำหรับประเด็นการสร้างสุขภาวะด้วยธรรมชาติสถาบันเห็นว่าการพัฒนากำลังคนเป็นกลไกสำคัญที่จะเชื่อมการดูแลสุขภาวะของประชาชนกับการเข้าถึงธรรมชาติ รวมทั้งการสร้างอาชีพในชุมชน จึงพร้อมนำองค์ความรู้ด้านมาตรฐานอาชีพ การพัฒนาหลักสูตรฐานสมรรถนะ และการประเมินความสามารถมาสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ให้สามารถจัดกิจกรรมและบริการได้อย่างมีคุณภาพ ปลอดภัย และเหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่

เจตนารมณ์และแนวทางสนับสนุนการขับเคลื่อนมติ

สถาบันฯ พร้อมสนับสนุนในการขับเคลื่อน โดยมุ่งพัฒนากำลังคนเพื่อยกระดับคุณภาพกิจกรรมและบริการ สถาบันฯ ให้ความสำคัญกับการเปิดโอกาสให้ผู้มีความรู้ ประสบการณ์ และภูมิปัญญาในชุมชนเข้าถึงการพัฒนา โดยใช้มาตรฐานเป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพและการยอมรับความสามารถของบุคคล สำหรับผู้จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาวะทั่วไป สถาบันฯ สนับสนุนแนวทางพัฒนาสมรรถนะ ที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ ส่วนการปฏิบัติงานด้านการบำบัดหรือฟื้นฟูสุขภาพ ต้องอยู่ภายใต้ขอบเขตและมาตรฐานของวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ในการพัฒนากรอบสมรรถนะ สถาบันฯ พร้อมในการประสานความร่วมมือกระทรวงสาธารณสุข สภาวิชาชีพ และภาคีที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมกำหนดขอบเขตงานและสมรรถนะของผู้คัดกรองหรือผู้ระบุความต้องการ ผู้เชื่อมต่อ และผู้จัดกิจกรรมหรือผู้ให้บริการให้เหมาะสมกับลักษณะกิจกรรมและความเข้มข้นของบริการ โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้เข้าร่วมกิจกรรมและบริบทของแต่ละพื้นที่

สุดท้ายนี้ สถาบันคุณวุฒิวิชาชีพ ขอร่วมเป็นหนึ่งในการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพ ประเด็นการสร้างสุขภาวะด้วยธรรมชาติ เพื่อส่งเสริมการพัฒนากำลังคนให้มีความรู้ ทักษะและสมรรถนะที่จำเป็น เพื่อเชื่อมโยงประชาชนกับกิจกรรมฐานธรรมชาติที่มีคุณภาพ เข้าถึงได้อย่างเป็นธรรมและปลอดภัย ด้วยความเชื่อมั่นในความเป็นมืออาชีพของผู้ปฏิบัติงาน อันจะนำไปสู่การสร้างสุขภาวะที่ดีของประชาชน ควบคู่กับการสร้างคุณค่าให้ชุมชนและการดูแลรักษาธรรมชาติให้คงอยู่อย่างสมดุลและยั่งยืน

นายชาญ อุทธิยะ

ปราชญ์ชาวบ้าน จ.ลำปาง
วันที่ ๒๙ ตุลาคม ๒๕๖๙



เจตนารมณ์และแนวทางสนับสนุนการขับเคลื่อนมติ

ได้มีการทำงานกับป่าชุมชนจังหวัดลำปางประมาณ ๔๐๗ หมู่บ้าน ที่มีการจดทะเบียนกับกรมป่าไม้ ขอสนับสนุนประเด็นการสร้างสุขภาวะด้วยธรรมชาติ หากนโยบายนี้สามารถผลักดันนำไปใช้ในระดับประเทศ กำลังในการดูแลป่าของจังหวัดลำปางจะเพิ่มพูนขึ้น ตอนนี้ลำพังการดูแลป่าชุมชนเพียงลำพังไม่สามารถจัดการได้อย่างเพียงพอ การบำบัดโรคภัยไข้เจ็บในสังคมไทย โดยเฉพาะคนชั้นกลางถ้าได้สัมผัสธรรมชาติแล้ว จะมีจิตสำนึกในการรักษ์ธรรมชาติ มีโอกาสได้ฟังท่านวีระศักดิ์ที่กล่าวถึงวิกฤตซึ่งอยู่ใกล้ตัวเราอย่างมาก มนุษย์กำลังเผชิญอยู่เช่นในน้ำท่วมที่น่าน ล้วนมาจากการเสื่อมโทรมของธรรมชาติ ถ้าประเด็นนี้มีการผลักดันในเชิงนโยบายจะสามารถแก้ปัญหาได้หลายเรื่อง ทั้งสุขภาพ สิ่งแวดล้อม ภัยพิบัติที่จะเกิดขึ้น ในนามเจ้าบ้านจังหวัดลำปางที่พยายามผลักดันการอนุรักษ์ฟื้นฟูป่า ขอให้ผู้มีอำนาจในการตัดสินใจช่วยผลักดันประเด็นการสร้างสุขภาวะด้วยธรรมชาติ กำหนดเป็นนโยบายของประเทศ ขอขอบคุณ

มติที่
๑๙.๒

การยกระดับระบบนิเวศช่วงเปลี่ยนผ่านชีวิตของกลุ่มเริ่มต้นทำงาน

(Leveraging the Transition-to-Work Ecosystem for First Jobbers)



NHA POLICY BRIEF

การยกระดับระบบนิเวศช่วงเปลี่ยนผ่านชีวิตของกลุ่มเริ่มต้นทำงาน (Leveraging the Transition-to-Work Ecosystem for First Jobbers)

จาก "การหางานให้ได้" สู่ระบบที่ช่วยให้คนรุ่นใหม่เปลี่ยนผ่านได้ดี ตั้งหลักได้มั่นคง และเติบโตได้อย่างมีคุณภาพ

เอกสารประกอบการพิจารณาของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และการจัดทำข้อเสนอแนะต่อคณะรัฐมนตรี

เป้าหมาย

คณะรัฐมนตรีสนับสนุนการยกระดับระบบนิเวศการเปลี่ยนผ่านสู่โลกการทำงานให้เป็นวาระนโยบายระยะยาว โดยบูรณาการการพัฒนาทักษะ โอกาสในการทำงานที่มีคุณค่า สุขภาวะ ความมั่นคงทางเศรษฐกิจและหลักประกันทางสังคม เพื่อให้คนทุกกลุ่มวัยสามารถเปลี่ยนผ่านสู่การทำงานได้อย่างมีคุณภาพ ตั้งหลักได้มั่นคง เติบโตอย่างเป็นธรรมและมีความรับผิดชอบต่อสังคม พร้อมเสริมสร้างขีดความสามารถของประเทศในการรับมือกับการเปลี่ยนแปลงและสร้างโอกาสในอนาคต

กรอบทิศทางนโยบาย (Policy Statement)

ประเทศไทยมุ่งยกระดับการพัฒนาระบบนิเวศที่สนับสนุนการเปลี่ยนผ่านสู่โลกการทำงานให้เป็นวาระนโยบายระยะยาว เพื่อพัฒนาศักยภาพและเสริมสร้างสุขภาวะของทุกกลุ่มประชากรตลอดช่วงชีวิต โดยบูรณาการการเรียนรู้และพัฒนาทักษะ การเข้าถึงโอกาสทางอาชีพและงานที่มีคุณค่า การส่งเสริมสุขภาวะและคุณภาพชีวิต ตลอดจนการสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจและหลักประกันทางสังคม ให้เชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ โดยเน้นมาตรการเชิงรุก การประสานความร่วมมือ และการเพิ่มประสิทธิภาพของกลไกที่มีอยู่ทั้งระดับชาติและระดับพื้นที่ เพื่อให้ผู้เริ่มต้นชีวิตการทำงาน สามารถ "เปลี่ยนผ่านได้ดี ตั้งหลักได้มั่นคง เติบโตได้อย่างมีคุณภาพและเป็นธรรม พร้อมมีความรับผิดชอบต่อสังคม" ควบคู่กับการเสริมสร้างขีดความสามารถของประเทศในการเตรียมความพร้อม รับมือกับการเปลี่ยนแปลง และสร้างโอกาสใหม่ในอนาคต



ประเด็นที่เสนอเพื่อการตัดสินใจ

เห็นชอบกรอบทิศทางนโยบาย (Policy Statement) “การยกระดับระบบนิเวศช่วงเปลี่ยนผ่านชีวิตของกลุ่มเริ่มต้นทำงาน” ให้เป็นวาระเชิงระบบที่เชื่อมการศึกษา การพัฒนาทักษะ การจ้างงาน สุขภาวะ ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ และหลักประกันทางสังคม ภายใต้แนวคิดการพัฒนาทุนมนุษย์ตลอดช่วงชีวิต

เห็นชอบให้พัฒนากลไกบูรณาการระดับชาติและระดับพื้นที่ โดยมีสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติและสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเป็นแกนประสานเชิงนโยบาย ร่วมกับหน่วยงานด้านแรงงาน การศึกษา สาธารณสุข สังคม มหาดไทย ภาคเอกชน ท้องถิ่น และผู้แทนกลุ่มเริ่มต้นทำงาน เพื่อกำหนดเป้าหมาย ตัวชี้วัด ระบบข้อมูล และความรับผิดชอบร่วมต่อคุณภาพของการเปลี่ยนผ่าน

เห็นชอบให้พัฒนาพื้นที่นำร่อง ที่สามารถเชื่อม “คน–ข้อมูล–บริการ–หน่วยงาน–พื้นที่” ตั้งแต่การเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่งาน การเข้าถึงโอกาสและงานที่มีคุณค่า การมีสุขภาวะในการทำงาน ไปจนถึงความมั่นคงทางเศรษฐกิจและความต่อเนื่องของสิทธิและหลักประกัน

เห็นชอบให้สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อยกระดับช่วงเปลี่ยนผ่านสู่การทำงานเป็นจุดเปลี่ยนผ่านเชิงยุทธศาสตร์ของการพัฒนาทุนมนุษย์ และสนับสนุนการเชื่อมโยงนโยบาย งบประมาณ ระบบข้อมูล สิทธิประโยชน์ และกลไกดำเนินงานข้ามหน่วยงาน

เหตุผลและความจำเป็นในการผลักดันนโยบาย



ประเทศไทยกำลังเผชิญความท้าทายด้านการพัฒนาทุนมนุษย์ท่ามกลางการลดลงของประชากรวัยแรงงาน การเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีและปัญญาประดิษฐ์ ตลอดจนความไม่แน่นอนของตลาดแรงงาน ขณะที่คนรุ่นใหม่จำนวนหนึ่งยังเผชิญข้อจำกัดในการเปลี่ยนผ่านจากการศึกษาเข้าสู่การทำงาน ทั้งด้านทักษะ โอกาสในการจ้างงาน คุณภาพงาน รายได้ ความมั่นคงทางการเงิน และสุขภาวะ

ข้อมูลเชิงประจักษ์สะท้อนปัญหาดังกล่าวอย่างชัดเจน โดยประชากรวัยแรงงานร้อยละ ๗๔.๑ มีทักษะดิจิทัลต่ำกว่าเกณฑ์ อัตราการว่างงานของผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีสูงกว่าอัตราการว่างงานโดยรวมของประเทศประมาณ ๒.๑ เท่า ขณะที่เยาวชนจากครัวเรือนรายได้น้อยที่สุดมีโอกาสศึกษาต่อระดับอุดมศึกษาเพียงร้อยละ ๕ เทียบกับค่าเฉลี่ยประเทศประมาณร้อยละ ๓๐ สะท้อนความเหลื่อมล้ำของโอกาสในการพัฒนาศักยภาพและเข้าสู่ตลาดแรงงานอย่างมีคุณภาพ

นอกจากนี้ การเริ่มต้นชีวิตการทำงานยังเป็นช่วงที่ประชาชนต้องเผชิญความเสี่ยงหลายด้านพร้อมกัน ทั้งรายได้ไม่เพียงพอต่อค่าครองชีพ ภาระหนี้ การจ้างงานที่ไม่มั่นคง การเข้าถึงหลักประกันทางสังคม และความเครียดหรือปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งหากไม่มีระบบสนับสนุนที่เหมาะสม ความเสียเปรียบในช่วงเริ่มต้นอาจสะสมและส่งผลต่อรายได้ สุขภาวะ และความก้าวหน้าในอาชีพตลอดช่วงชีวิต

ดังนั้น ประเทศไทยจึงจำเป็นต้องยกระดับการเปลี่ยนผ่านสู่การทำงานจากภารกิจด้านการจัดหางานหรือการพัฒนาทักษะที่ดำเนินการแยกส่วน ไปสู่การสร้างระบบนิเวศที่เชื่อมโยงการศึกษา การพัฒนาทักษะ การจ้างงานที่มีคุณค่า ความมั่นคงทางการเงิน สุขภาพ และหลักประกันทางสังคมเข้าด้วยกัน โดยอาศัยความร่วมมือระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน สถานศึกษา ท้องถิ่น และภาคประชาสังคม

การลงทุนในช่วงเปลี่ยนผ่านชีวิตดังกล่าวจะช่วยลดความเหลื่อมล้ำ ป้องกันการสะสมความเปราะบาง เพิ่มผลิตภาพและคุณภาพกำลังคน สร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคม และทำให้ประชาชนสามารถเข้าสู่งานได้อย่างมีคุณภาพ ตั้งหลักได้ มีหลักประกัน เติบโตในอาชีพ และมีสุขภาวะที่ดี อันเป็นรากฐานสำคัญของขีดความสามารถในการแข่งขันและการพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืน

แนวทางการดำเนินงาน

๑. ยกระดับ "การเปลี่ยนผ่านสู่การทำงาน" เป็นความรับผิดชอบร่วมของระบบ

เป้าหมายของนโยบายต้องขยับจากการวัดเพียง "การมีงานทำ" ไปสู่คุณภาพของการเปลี่ยนผ่าน ทั้งการพัฒนาศักยภาพ การเข้าถึงงานที่มีคุณค่าและเป็นธรรม สุขภาวะในการทำงาน และความสามารถในการตั้งหลักชีวิตอย่างมั่นคง

ระบบสนับสนุนควรครอบคลุม ๕ ช่วงของเส้นทางชีวิต ได้แก่ (๑) การเตรียมพร้อมและพัฒนาศักยภาพ (๒) การเข้าถึงโอกาสและกำหนดเส้นทางชีวิตและอาชีพ (๓) การเข้าสู่งานที่มีคุณค่าและเป็นธรรม (๔) การมีสุขภาวะ ความสัมพันธ์ และสมดุลชีวิตในการทำงาน และ (๕) การมีความมั่นคงทางเศรษฐกิจและหลักประกันชีวิต

เส้นทางดังกล่าวไม่จำเป็นต้องเป็นเส้นตรง แต่สามารถเกิดขึ้นควบคู่ ย้อนกลับ หรือเปลี่ยนแปลงตามโอกาส สถานการณ์การทำงาน และเงื่อนไขชีวิตของแต่ละบุคคล

๒. เชื่อมการศึกษา ทักษะ และตลาดแรงงานให้เป็นระบบเดียวกัน

หน่วยงานด้านการศึกษาและแรงงานควรร่วมพัฒนากรอบสมรรถนะและระบบข้อมูลกำลังคนที่เชื่อมความต้องการของตลาดแรงงานกับการจัดการศึกษา การพัฒนาหลักสูตร และการแนะแนวอาชีพ พร้อมส่งเสริมการเรียนรู้จากการทำงานจริง ระบบพี่เลี้ยง การ Upskill และ Reskill และการรับรองประสบการณ์จากช่องทางที่หลากหลาย

การเตรียมความพร้อมต้องไม่จำกัดอยู่ที่ทักษะวิชาชีพ แต่รวมถึงการปรับตัวต่อวัฒนธรรมองค์กร การสื่อสารการทำงานร่วมกับผู้อื่น การจัดการความเครียด ทักษะดิจิทัล และความรอบรู้ทางการเงิน ซึ่งเป็นเงื่อนไขสำคัญของการตั้งหลักในช่วงเริ่มต้นทำงาน

๓. เปลี่ยนจาก "มีงานทำ" สู่ "งานที่มีคุณค่าและมีสุขภาวะ"

การเข้าถึงงานควรคำนึงถึงค่าตอบแทนที่เหมาะสม ความปลอดภัย สิทธิแรงงาน การไม่เลือกปฏิบัติ ความมั่นคงและโอกาสเติบโตในอาชีพ ครอบคลุมทั้งการจ้างงานในระบบ อาชีพอิสระ และรูปแบบการทำงานที่หลากหลาย พร้อมกลไกให้คำปรึกษา รับเรื่องร้องเรียน และช่วยเหลือด้านสิทธิที่เข้าถึงได้

ขณะเดียวกัน สุขภาวะต้องเป็นองค์ประกอบของคุณภาพงาน ไม่ใช่บริการเสริมภายหลัง โดยสถานประกอบการและระบบสุขภาพควรร่วมกันส่งเสริมสุขภาพกาย สุขภาพจิต ความสัมพันธ์ การป้องกันภาวะหมดไฟ การจัดการความเครียด การป้องกันการคุกคามและเลือกปฏิบัติ และสมดุลระหว่างงานกับชีวิต

๔. สร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจและ “ความต่อเนื่องของสิทธิ”

กลุ่มเริ่มต้นทำงานควรได้รับการสนับสนุนด้านความรอบรู้ทางการเงิน การออม การจัดการหนี้ การรับมือความเสี่ยง และความรอบรู้ด้านสุขภาพ ควบคู่กับการพัฒนาหลักประกันทางสังคมที่ครอบคลุมและต่อเนื่อง

ประเด็นสำคัญคือการพัฒนาแนวคิด การพกพาสิทธิ (Portability) เพื่อให้สิทธิประกันสังคม หลักประกันสุขภาพ การพัฒนาทักษะ และสิทธิทางสังคมไม่ขาดช่วงเมื่อบุคคลเปลี่ยนนายจ้าง อาชีพ หรือสถานะการทำงาน โดยเฉพาะผู้ทำงานชั่วคราว แรงงานนอกระบบ ผู้ประกอบอาชีพอิสระ และผู้ทำงานผ่านแพลตฟอร์ม

๕. ใช้ “พื้นที่” เป็นฐานเชื่อมระบบและสร้างความรับผิดชอบร่วม

การขับเคลื่อนควรใช้จังหวัดและท้องถิ่นเป็นฐานในการเชื่อมข้อมูล บริการ และทรัพยากร โดยกำหนดกลไกประสานงานในพื้นที่อย่างชัดเจน และให้ผู้ว่าราชการจังหวัด หน่วยงานด้านแรงงาน การศึกษา สาธารณสุข พัฒนาสังคม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานประกอบการ สถาบันการศึกษา ภาคประชาสังคม และผู้แทนกลุ่มเริ่มต้นทำงานร่วมกันวิเคราะห์ “จุดสะดุด” ของเส้นทางการเปลี่ยนผ่านและออกแบบมาตรการที่เหมาะกับบริบทพื้นที่

ระดับชาติควรมีระบบข้อมูลและตัวชี้วัดร่วม ครอบคลุมทักษะ โอกาสการทำงาน คุณภาพงาน รายได้ สุขภาวะ และการเข้าถึงสิทธิ พร้อมใช้ข้อมูลและผลการประเมินย้อนกลับไปปรับปรุงนโยบายและการจัดสรรทรัพยากรอย่างต่อเนื่อง

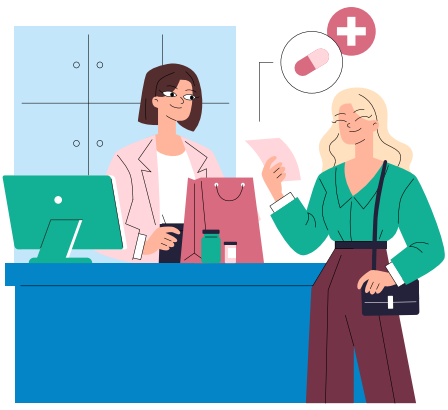
ผลลัพธ์ที่มุ่งหวัง

ระยะสั้น (๐–๑ ปี): มีกรอบเป้าหมาย ตัวชี้วัด ระบบข้อมูล และกลไกขับเคลื่อนร่วม พร้อมพื้นที่นำร่องที่สามารถเชื่อม “คน–ข้อมูล–บริการ–หน่วยงาน–พื้นที่” ตลอดเส้นทางตั้งแต่การเตรียมความพร้อมจนถึงการมีหลักประกันชีวิต

ระยะกลาง (๒–๓ ปี): กลุ่มเริ่มต้นทำงานเข้าถึงโอกาสการเรียนรู้ งานที่มีคุณค่า สุขภาวะ และหลักประกันได้ต่อเนื่องมากขึ้น ลด Skill Mismatch ลดอุปสรรคและต้นทุนของการเปลี่ยนผ่าน และเกิดวงจรข้อมูลย้อนกลับเพื่อปรับนโยบาย

ระยะยาว (๔–๕ ปี และต่อเนื่อง): การเปลี่ยนผ่านจากการศึกษาสู่การทำงานกลายเป็นส่วนหนึ่งของระบบพัฒนาทุนมนุษย์ตลอดช่วงชีวิต สามารถรองรับความแตกต่างของบุคคล พื้นที่ อาชีพ และรูปแบบการทำงาน และลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงโอกาสและหลักประกัน





กลไกการขับเคลื่อนและบทบาทหน่วยงาน

หน่วยงาน/กลไก	บทบาท	ผลผลิตที่คาดหวัง
คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) และ คณะกรรมการขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คมส.)	กำหนดทิศทาง ให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ประสานและติดตามการขับเคลื่อนตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ	กรอบนโยบาย แผนที่ทางเดิน และรายงานความก้าวหน้า
สศช. และ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)	ร่วมเป็นแกนประสานเชิงนโยบาย เชื่อมแผนระดับชาติ ภาคี และกลไกขับเคลื่อน	กลไกบูรณาการ เป้าหมาย และตัวชี้วัดร่วม
กระทรวงศึกษาธิการ / อว. / กระทรวงแรงงาน	เชื่อมการศึกษา ทักษะ การแนะแนว การรับรองสมรรถนะ และข้อมูลความต้องการกำลังคน	กรอบสมรรถนะและระบบเชื่อมการเรียนรู้กับงาน
กระทรวงแรงงาน / นายจ้าง / องค์กรลูกจ้าง	ส่งเสริมงานที่มีคุณค่า สิทธิแรงงาน ความปลอดภัย และการพัฒนาทักษะในสถานประกอบการ	มาตรการคุณภาพงานและการคุ้มครองแรงงาน
กระทรวงสาธารณสุข / สสส. / สปสช.	ส่งเสริมสุขภาวะกายใจ การป้องกันความเสี่ยง และเชื่อมบริการสุขภาพ	แนวทางส่งเสริมสุขภาวะและระบบบริการ
กระทรวงการคลัง / กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ / หน่วยงานประกันสังคม	สนับสนุนความมั่นคงทางเศรษฐกิจ การเข้าถึงสิทธิ และความต่อเนื่องของหลักประกัน	ข้อเสนอการเชื่อมสิทธิและบริการทางสังคม
มหาดไทย / จังหวัด / อปท.	ประสานบริการและทรัพยากรในพื้นที่ วิเคราะห์จุดสะดุดและออกแบบมาตรการตามบริบท	แผนปฏิบัติการและพื้นที่นำร่อง
สถานศึกษา ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และผู้แทน First Jobbers	ร่วมออกแบบ สนับสนุนการเรียนรู้และงานสะท้อนปัญหาและติดตามผล	มาตรการที่ตอบโจทย์และมีส่วนร่วม

การยกระดับระบบนิเวศช่วงเปลี่ยนผ่านชีวิตของกลุ่มเริ่มต้นทำงาน (Leveraging the Transition-to-Work Ecosystem for First Jobbers)

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่สิบเก้า ได้พิจารณารายงานการพัฒนานโยบายสาธารณะ เรื่อง การยกระดับระบบนิเวศช่วงเปลี่ยนผ่านชีวิตของกลุ่มเริ่มต้นทำงาน[๑]

เจตนารมณ์

๑. ด้านหลักการและกรอบนโยบาย

ยึดมั่นในการพัฒนาทุนมนุษย์เป็นรากฐานของการพัฒนาประเทศ ท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงด้านประชากร เศรษฐกิจ เทคโนโลยี และโลกการทำงาน โดยยึดหลักการพัฒนาคนตลอดช่วงชีวิต ความเสมอภาคของโอกาส การไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง งานที่มีคุณค่า การเรียนรู้ตลอดชีวิต การลงทุนเชิงป้องกัน และนโยบายตลาดแรงงานเชิงรุก เพื่อสร้างเงื่อนไขให้ประชาชนทุกกลุ่มพัฒนาศักยภาพและมีสุขภาวะทั้งกาย จิต สังคม และปัญญา เชื่อมโยงตั้งแต่ปฐมวัย ผ่านการศึกษาและการเรียนรู้ทุกรูปแบบ สู่การทำงานและการพัฒนาอาชีพอย่างต่อเนื่อง

การดำเนินงานอาศัยกรอบพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ พระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ. ๒๕๔๑ พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๒ และฉบับแก้ไขเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนกฎหมายและนโยบายด้านการพัฒนาฝีมือแรงงาน การรับรองสมรรถนะ และคุณวุฒิวิชาชีพ โดยเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. ๒๕๖๑–๒๕๘๐ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๓ หมุดหมายที่ ๑๒ “ไทยมีกำลังคนสมรรถนะสูง มุ่งเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ตอบโจทย์การพัฒนาแห่งอนาคต” และทิศทางของ (ร่าง) แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๑๔ เสาหลักที่ ๓ การยกระดับทุนมนุษย์ ซึ่งให้ความสำคัญกับการปรับระบบการศึกษา การพัฒนาทักษะแรงงาน และการวางรากฐานสวัสดิการที่มั่นคงและยั่งยืน

๒. ด้านสถานการณ์ ปัญหา และช่องว่างเชิงระบบ

ตระหนักว่าช่วงเปลี่ยนผ่านสู่การทำงานเป็นหัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิต ครอบคลุมการเตรียมความพร้อมและค้นหาเส้นทางอาชีพ การเข้าสู่งานแรก การปรับตัวและตั้งหลักชีวิต จนถึงการเติบโตในอาชีพ ผู้เตรียมเข้าสู่ตลาดแรงงานและผู้เริ่มต้นทำงานต้องเผชิญความท้าทายที่เชื่อมโยงกัน ทั้งความไม่สอดคล้องระหว่างการศึกษา ทักษะ และงาน คุณภาพและความมั่นคงของการจ้างงาน รายได้ที่ไม่เพียงพอต่อค่าครองชีพ ต้นทุนที่อยู่อาศัยและการเดินทาง ภาระหนี้ สุขภาพกายและจิต และการเข้าถึงหลักประกันทางสังคม โดยผู้มีข้อจำกัดทางเศรษฐกิจและสังคม คนพิการ ผู้ที่อยู่นอกระบบการศึกษา และผู้ขาดโอกาสเข้าถึงทรัพยากรและบริการสนับสนุน อาจเผชิญอุปสรรคซ้ำซ้อนที่ต้องได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมกับเงื่อนไขเฉพาะ

[๑] เอกสารสมัชชาสุขภาพ ๑๙ / หลัก ๒

ความท้าทายเหล่านี้สะท้อนช่องว่างของระบบการศึกษา การพัฒนาทักษะ การจ้างงาน สุขภาพ การเงิน การคุ้มครองทางสังคม และการพัฒนาพื้นที่ ซึ่งยังขาดการเชื่อมโยงเป้าหมาย ข้อมูล ตัวชี้วัด และความรับผิดชอบต่อคุณภาพการเปลี่ยนผ่าน หากไม่มีการสนับสนุนที่เหมาะสม ความเสียเปรียบในระยะเริ่มต้นอาจสะสมเป็นผลกระทบระยะยาว (Scarring Effect) ต่อรายได้ ความก้าวหน้าในอาชีพ ความมั่นคงและสุขภาวะของบุคคล ตลอดจนผลิตภาพและศักยภาพทุนมนุษย์ของประเทศ

๓. ด้านการสานต่อความพยายามและความร่วมมือ

ให้คุณค่าแก่ความร่วมมือของภาครัฐ สถาบันการศึกษาและพัฒนาทักษะ นายจ้าง ท้องถิ่น หน่วยบริการสุขภาพ สถาบันการเงิน ภาคประชาสังคม ครอบครัว ชุมชน และเครือข่ายคนรุ่นใหม่ ในการสนับสนุนผู้เตรียมเข้าสู่ตลาดแรงงานและผู้เริ่มต้นทำงาน ทั้งในระบบและนอกระบบ ผ่านการแนะแนวและจัดหางาน การเรียนรู้จากการทำงานจริง การพัฒนาฝีมือแรงงานและการรับรองคุณวุฒิ การคุ้มครองสิทธิแรงงาน การสร้างเสริมสุขภาวะ ความรอบรู้ทางการเงิน และหลักประกันทางสังคม โดยมุ่งยกระดับกลไกที่มีอยู่ตามแนวคิด “เชื่อมสิ่งที่มี เติมสิ่งที่ขาด และจัดระบบให้ทำงานร่วมกัน” เพื่อลดช่องว่างและความซ้ำซ้อนของการดำเนินงาน

พร้อมสานต่อมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ได้แก่ มติ ๑๕.๑ การขจัดความยากจนตามแนวคิดเศรษฐกิจ BCG: การยกระดับเศรษฐกิจครัวเรือน มติ ๑๕.๓ หลักประกันรายได้เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ มติ ๑๖.๑ ระบบสุขภาวะทางจิตเพื่อสังคมไทยไร้ความรุนแรง มติ ๑๖.๓ การส่งเสริมการพัฒนาประชากรให้เกิดและเติบโตอย่างมีคุณภาพ และมติ ๑๘.๑ การสร้างโอกาสในเศรษฐกิจสูงวัย เพื่อเชื่อมการพัฒนาคน โอกาสทางเศรษฐกิจ สุขภาวะ และความมั่นคงทางสังคมให้หนุนเสริมกันตลอดช่วงชีวิต

๔. ด้านเจตจำนงร่วมและทิศทางการขับเคลื่อน

เห็นพ้องให้การเปลี่ยนผ่านสู่การทำงานเป็น “ความรับผิดชอบร่วมของระบบ” โดยทุกภาคส่วนร่วมสร้างโอกาสและเงื่อนไขสนับสนุนที่ต่อเนื่อง ยึด “เส้นทางการเปลี่ยนผ่านของบุคคลเป็นศูนย์กลาง” ส่งเสริมการมีส่วนร่วมอย่างมีความหมายของผู้เริ่มต้นทำงานในการสะท้อนปัญหา ร่วมออกแบบนโยบาย และติดตามผล และตอบสนองความต้องการที่แตกต่างกันของบุคคลและพื้นที่ ผ่านการกำหนดบทบาทและความรับผิดชอบที่ชัดเจน ใช้ระบบข้อมูลร่วมและการขับเคลื่อนเชิงพื้นที่เป็นฐานเชื่อมโยงบริการ จัดสรรทรัพยากร และติดตามผลอย่างบูรณาการ

ความสำเร็จของการเปลี่ยนผ่านต้องครอบคลุมทั้งการมีงานทำ การพัฒนาศักยภาพ การเข้าถึงงานที่มีคุณค่าและเป็นธรรม การทำงานอย่างมีสุขภาวะ และการตั้งหลักชีวิตโดยมีหลักประกันและความมั่นคงในการดำรงชีวิต จึงมุ่งร่วมกันพัฒนาระบบนิเวศที่เชื่อมการศึกษา การทำงาน และการคุ้มครองทางสังคม เพื่อให้ทุกคนก้าวสู่ชีวิตการทำงานได้อย่างมีคุณภาพ และลดการสะสมความเสียเปรียบตลอดเส้นทางชีวิต

กรอบทิศทางนโยบาย (Policy Statement)

ประเทศไทยมุ่งยกระดับการพัฒนาระบบนิเวศที่สนับสนุนการเปลี่ยนผ่านสู่โลกการทำงานให้เป็นวาระนโยบายระยะยาว เพื่อพัฒนาศักยภาพและเสริมสร้างสุขภาวะของทุกกลุ่มประชากรตลอดช่วงชีวิต โดยบูรณาการการเรียนรู้และพัฒนาทักษะ การเข้าถึงโอกาสทางอาชีพและงานที่มีคุณค่า การส่งเสริมสุขภาวะและคุณภาพชีวิต ตลอดจนการสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจและหลักประกันทางสังคมให้เชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ โดยเน้นมาตรการเชิงรุก การประสานความร่วมมือ และการเพิ่มประสิทธิภาพของกลไกที่มีอยู่ทั้งระดับชาติและระดับพื้นที่ เพื่อให้ผู้เริ่มต้นชีวิตการทำงาน สามารถ “เปลี่ยนผ่านได้ดี ตั้งหลักได้มั่นคง เติบโตได้อย่างมีคุณภาพและเป็นธรรม พร้อมมีความรับผิดชอบต่อสังคม” ควบคู่กับการเสริมสร้างขีดความสามารถของประเทศในการเตรียมความพร้อมรับมือกับการเปลี่ยนแปลง และสร้างโอกาสใหม่ในอนาคต

แนวทางการขับเคลื่อน (Implementation Directions)



ภายใต้กรอบ การพัฒนาทุนมนุษย์ของประเทศตามแนวคิดตลอดช่วงชีวิต (Life-course Approach) การเปลี่ยนผ่านจากการศึกษาเข้าสู่โลกการทำงานและการตั้งหลักชีวิตถือเป็น จุดเปลี่ยนผ่านเชิงยุทธศาสตร์ (Strategic Transition Point) ที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาศักยภาพ สุขภาวะ คุณภาพชีวิต และความมั่นคงของบุคคล ตลอดจนการพัฒนากำลังคนและเศรษฐกิจของประเทศในระยะยาว

การยกระดับ ระบบนิเวศช่วงเปลี่ยนผ่านชีวิตของกลุ่มเริ่มต้นทำงาน (Transition-to-Work Ecosystem for First Jobbers) จึงมิใช่เพียงการส่งเสริมให้บุคคลมีงานทำ แต่เป็นการสร้างเงื่อนไขและระบบสนับสนุนที่เอื้อให้บุคคลสามารถเปลี่ยนผ่านเข้าสู่โลกการทำงานได้อย่างมีคุณภาพ ตั้งหลักชีวิตได้ และพัฒนาศักยภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง

โดยคำนึงถึงความแตกต่างของเงื่อนไขตั้งต้นในชีวิต โอกาสในการเข้าถึงทรัพยากร และบริบททางเศรษฐกิจและสังคมของแต่ละบุคคล

ในระดับบุคคล เส้นทางการเปลี่ยนผ่านชีวิตของกลุ่มเริ่มต้นทำงาน (Life Transition Pathway for First Jobbers) ประกอบด้วย ๕ ช่วงสำคัญที่เชื่อมโยงกัน ได้แก่ (๑) การเตรียมพร้อมและพัฒนาศักยภาพ (๒) การเข้าถึงโอกาสและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการกำหนดเส้นทางชีวิตและอาชีพ (๓) การเข้าสู่งานที่มีคุณค่าและเป็นธรรม (๔) การมีสุขภาวะ ความสัมพันธ์ และสมดุลชีวิตในการทำงาน และ (๕) การมีความมั่นคงทางเศรษฐกิจและหลักประกันชีวิต ทั้งนี้ เส้นทางดังกล่าวมิได้เป็นกระบวนการเชิงเส้นที่ทุกคนต้องผ่านตามลำดับเดียวกัน หากสามารถเกิดขึ้นควบคู่กัน ย้อนกลับหรือปรับเปลี่ยนได้ตามโอกาส สถานการณ์การทำงาน และเงื่อนไขชีวิตของแต่ละบุคคล

เพื่อรองรับเส้นทางการเปลี่ยนผ่านดังกล่าว จำเป็นต้องพัฒนา ระบบนิเวศที่เชื่อมโยงและเกื้อหนุนกันใน ๖ มิติสำคัญ ได้แก่ (๑) การเรียนรู้ ทักษะ และความพร้อมสู่โลกการทำงาน (๒) โอกาสและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการกำหนดเส้นทางชีวิตและอาชีพ (๓) การเข้าถึงงานที่มีคุณค่าและเป็นธรรม (๔) สุขภาวะ ความสัมพันธ์ และสมดุลชีวิตในการทำงาน (๕) ความมั่นคงทางเศรษฐกิจและหลักประกันชีวิต และ (๖) ระบบสนับสนุน ข้อมูลร่วม และกลไกขับเคลื่อนระบบนิเวศเชิงพื้นที่ โดยมิติที่ ๑–๕ เป็นองค์ประกอบที่สนับสนุนคุณภาพการเปลี่ยนผ่านของบุคคลโดยตรง ขณะที่มิติที่ ๖ ทำหน้าที่เป็นกลไกหนุนเสริมร่วม (Cross-cutting Enabler) เชื่อมโยงการดำเนินงานของทุกมิติให้เป็นระบบเดียวกัน

การขับเคลื่อนระบบนิเวศดังกล่าวต้องอาศัย ระบบข้อมูลร่วม การเชื่อมโยงบริการ ความร่วมมือระหว่างภาคส่วน การติดตามและประเมินผล ความรับผิดชอบร่วมต่อผลลัพธ์ (Shared Accountability) และกลไกขับเคลื่อนเชิงพื้นที่ (Place-based Approach) โดยเชื่อมโยงบทบาทของระดับชาติในการกำหนดทิศทาง มาตรฐาน และระบบสนับสนุน กับบทบาทของระดับพื้นที่ในการวิเคราะห์ปัญหา ออกแบบมาตรการ และจัดบริการให้สอดคล้องกับบริบทของประชาชน ทั้งนี้ ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมอย่างมีความหมายของกลุ่มเริ่มต้นทำงานในฐานะผู้ร่วมออกแบบและขับเคลื่อนระบบ

หัวใจสำคัญของกรอบแนวคิดนี้ คือ การเปลี่ยนจากการพัฒนาความพร้อมของบุคคลเพียงฝ่ายเดียว ไปสู่การพัฒนาทั้งคนและระบบให้พร้อมรองรับการเปลี่ยนผ่าน โดยยึดบุคคลและเส้นทางชีวิตเป็นศูนย์กลาง เชื่อมโยงสิทธิ บริการ และการสนับสนุนให้ต่อเนื่องแม้สถานะการเรียนรู้หรือการทำงานเปลี่ยนแปลง เพื่อให้กลุ่มเริ่มต้นทำงานสามารถ “เปลี่ยนผ่านได้ดี ตั้งหลักชีวิตได้ และเติบโตอย่างมีคุณภาพ” อันเป็นรากฐานของการพัฒนาทุนมนุษย์ตลอดช่วงชีวิต และการยกระดับเป็นวาระเชิงนโยบายระยะยาวของประเทศ

ภายใต้กรอบแนวคิดดังกล่าว จึงเสนอ แนวทางการขับเคลื่อน ๖ แนวทาง ที่สอดคล้องกับมิติของระบบนิเวศ โดยมุ่งให้การดำเนินงานทั้งระดับชาติและระดับพื้นที่เชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ ดังต่อไปนี้

แนวทางที่ ๑ การสร้างความพร้อมและพัฒนาศักยภาพเพื่อเข้าสู่โลกการทำงาน

๑.๑ ระดับประเทศ

หน่วยงาน/องค์กร กระทรวงศึกษาธิการ โดยสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน สำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา และสำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม โดยสำนักงานปลัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม และกระทรวงแรงงาน โดยกรมพัฒนาฝีมือแรงงานและกรมการจัดหางาน เป็นหน่วยงานหลัก ร่วมกับสถาบันคุณวุฒิวิชาชีพ (องค์การมหาชน) กรมส่งเสริมการเรียนรู้ ธนาคารแห่งประเทศไทย สภาหอการค้าไทยและสภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย สำนักงานส่งเสริมเศรษฐกิจดิจิทัล สถาบันการศึกษา องค์กรวิชาชีพ และภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

ร่วมกัน พัฒนากรอบสมรรถนะ มาตรฐาน และกลไกเชื่อมโยงระบบการศึกษา การพัฒนาทักษะ การรับรองคุณวุฒิ และสมรรถนะกับความต้องการของโลกการทำงาน โดยให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่การทำงาน ทั้งทักษะวิชาชีพและทักษะที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตและการทำงาน ได้แก่ การปรับตัวเข้าสู่วัฒนธรรมและสภาพแวดล้อมของสถานประกอบการ การจัดการความเครียดและความคาดหวังในการทำงาน การสื่อสาร การทำงานร่วมกับผู้อื่น การคิดวิเคราะห์และแก้ปัญหา ทักษะดิจิทัล และความรอบรู้ทางการเงิน โดยเฉพาะการบริหารรายรับรายจ่าย การออมการลงทุน การจัดการภาษี อย่างเหมาะสม การใช้สินเชื่อและบัตรเครดิตอย่างรับผิดชอบ และการป้องกันปัญหาหนี้สิน ควบคู่กับการพัฒนาระบบแนะแนวการศึกษาและอาชีพ การเรียนรู้ที่ยืดหยุ่น และกลไกการรับรอง สะสม และเทียบโอนผลการเรียนรู้และประสบการณ์จากช่องทางที่หลากหลาย ตลอดจนส่งเสริมมาตรการสนับสนุนสถานประกอบการให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาสมรรถนะและเตรียมความพร้อมของผู้เข้าสู่ตลาดแรงงาน พร้อมทั้งพัฒนากลไกวิเคราะห์และเชื่อมโยงข้อมูลการผลิตกำลังคนของสถาบันการศึกษากับความต้องการกำลังคนและทักษะของตลาดแรงงาน ทั้งในระดับประเทศและระดับพื้นที่ เพื่อสนับสนุนการวางแผนการจัดการศึกษา การพัฒนาหลักสูตร การแนะแนวอาชีพ และการพัฒนาสมรรถนะให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของโลกการทำงาน

เพื่อ ให้ประเทศมีระบบการเตรียมความพร้อมและพัฒนากำลังคนที่เชื่อมโยงการศึกษากับโลกการทำงานอย่างเป็นระบบ ส่งเสริมให้ผู้สำเร็จการศึกษาและผู้เตรียมเข้าสู่ตลาดแรงงานมีสมรรถนะที่สอดคล้องกับความต้องการของสถานประกอบการ มีทักษะชีวิตและความรอบรู้ทางการเงิน สามารถปรับตัวและรับมือกับความท้าทายในช่วงเริ่มต้นทำงาน และพัฒนาตนเองได้อย่างต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิต

๑.๒ ระดับพื้นที่

หน่วยงาน/องค์กร สำนักงานศึกษาธิการจังหวัด สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา สำนักงานอาชีวศึกษาจังหวัด สำนักงานพัฒนาฝีมือแรงงานจังหวัด สำนักงานจัดหางานจังหวัด และสำนักงานส่งเสริมการเรียนรู้ประจำจังหวัด เป็นหน่วยงานหลัก ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถาบันอุดมศึกษา สถานศึกษา สถานประกอบการ สภาอุตสาหกรรมจังหวัด หอการค้าจังหวัด สถาบันการเงินและเครือข่ายส่งเสริมความรู้ทางการเงิน องค์กรวิชาชีพ องค์กรชุมชน ภาคประชาสังคม และภาคีเครือข่ายในพื้นที่

ร่วมกัน ออกแบบและจัดกระบวนการเรียนรู้และพัฒนาทักษะที่สอดคล้องกับศักยภาพ ความสนใจ และความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย ตลอดจนบริบทเศรษฐกิจและโอกาสการทำงานในพื้นที่ โดยส่งเสริมความร่วมมือระหว่างสถานศึกษา สถานประกอบการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผ่านการฝึกประสบการณ์วิชาชีพ การเรียนรู้จากการทำงานระบบพี่เลี้ยง และการเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มงาน ครอบคลุมทักษะการปรับตัวเข้ากับองค์กร การสื่อสารและการทำงานร่วมกับผู้อื่น การแก้ปัญหา การจัดการความเครียดและความคาดหวังในการทำงาน การใช้เทคโนโลยีดิจิทัล และการบริหารจัดการทางการเงินส่วนบุคคล พร้อมทั้งส่งเสริมและสนับสนุนให้สถานประกอบการเปิดโอกาสในการเข้าถึงการฝึกอบรมและพัฒนาทักษะแก่ผู้สำเร็จการศึกษา ผู้ที่อยู่นอกระบบการศึกษา และผู้ที่ต้องการพัฒนาทักษะเพิ่มเติม (Upskill) หรือปรับเปลี่ยนทักษะเพื่อเข้าสู่อาชีพใหม่ (Reskill) โดยมีส่วนร่วมในการออกแบบการเรียนรู้ ถ่ายทอดประสบการณ์ และสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง

เพื่อ ให้กลุ่มผู้เตรียมเข้าสู่ตลาดแรงงานและกลุ่มเริ่มต้นทำงาน รวมถึงผู้ที่ต้องการเปลี่ยนผ่านเส้นทางอาชีพ มีโอกาสเข้าถึงการเรียนรู้และพัฒนาทักษะอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม มีความรู้ ทักษะ และสมรรถนะที่สอดคล้องกับการทำงานจริง สามารถปรับตัวต่อสภาพแวดล้อมและความคาดหวังของสถานประกอบการ ทำงานร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ บริหารจัดการความเครียดและการเงินส่วนบุคคลได้อย่างเหมาะสม ตลอดจนมีความพร้อมในการเริ่มต้นทำงานและพัฒนาเส้นทางอาชีพได้อย่างมั่นคงและต่อเนื่อง

แนวทางที่ ๒ การสร้างโอกาสและสนับสนุนการกำหนดเส้นทางชีวิตและอาชีพ

๒.๑ ระดับประเทศ

หน่วยงาน/องค์กร กระทรวงแรงงาน โดยกรมการจัดหางานและกรมพัฒนาฝีมือแรงงาน กระทรวงศึกษาธิการ โดยสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน สำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา และสำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม โดยสำนักงานปลัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ เป็นหน่วยงานหลัก ร่วมกับกระทรวงมหาดไทย กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น การเคหะแห่งชาติ กรมการขนส่งทางบก สำนักงานนโยบายและแผนการขนส่งและจราจร หน่วยงานและองค์กรผู้ให้ทุนสนับสนุนการศึกษาและพัฒนาทักษะ ได้แก่ กองทุนเงินให้กู้ยืมเพื่อการศึกษา (กยศ.) กองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา (กสศ.) กองทุนภาครัฐ มูลนิธิและองค์กรให้ทุนภาคเอกชน สถาบันการเงิน สถานศึกษา สถานประกอบการ องค์กรนายจ้าง และภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

ร่วมกัน พัฒนาระบบข้อมูล การแนะแนวและให้คำปรึกษาด้านการศึกษา อาชีพ และการวางแผนชีวิตที่เชื่อมโยงและเข้าถึงได้ โดยส่งเสริมการสื่อสารข้อมูลอาชีพที่สะท้อนลักษณะงาน สภาพแวดล้อมการทำงาน ทักษะและสมรรถนะที่จำเป็น ตลอดจนประสบการณ์จากผู้ประกอบอาชีพจริง ผ่านสื่อและรูปแบบการเรียนรู้ที่หลากหลายและเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย ควบคู่กับการพัฒนากลไกและมาตรการสนับสนุนด้านทุนการศึกษา ทุนพัฒนาทักษะ และทรัพยากรที่จำเป็น เพื่อลดอุปสรรคและต้นทุนของการเปลี่ยนผ่าน ทั้งด้านการศึกษา การพัฒนาทักษะ การหางาน ที่อยู่อาศัย การเดินทาง การย้ายถิ่น และค่าครองชีพ โดยให้ความสำคัญกับกลุ่มที่มีข้อจำกัดทางเศรษฐกิจและสังคม รวมถึงคนพิการและผู้ที่อยู่นอกระบบการศึกษา ผ่านมาตรการสนับสนุนที่เหมาะสมกับความต้องการเฉพาะของแต่ละกลุ่ม ทั้งการเข้าถึงข้อมูล การพัฒนาทักษะ การปรับสภาพแวดล้อม และการสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็น เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงโอกาสและบริการสนับสนุนอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม

เพื่อ ให้ประเทศมีระบบข้อมูลและบริการสนับสนุนการตัดสินใจด้านการศึกษาและอาชีพที่เชื่อมโยงและเข้าถึงได้ ประชาชนสามารถเข้าใจโลกการทำงานและโอกาสทางอาชีพอย่างรอบด้าน พร้อมทั้งลดความเหลื่อมล้ำและข้อจำกัดด้านทรัพยากรและต้นทุนในการเข้าถึงโอกาสการเรียนรู้ การพัฒนาทักษะ และการเริ่มต้นทำงาน

๒.๒ ระดับพื้นที่

หน่วยงาน/องค์กร สำนักงานจัดหางานจังหวัด สำนักงานพัฒนาฝีมือแรงงานจังหวัด สำนักงานศึกษาธิการจังหวัด สำนักงานพัฒนา สังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นหน่วยงานหลัก ร่วมกับสำนักงานส่งเสริมการเรียนรู้ประจำจังหวัด สถานศึกษา สถาบันอุดมศึกษา สถานประกอบการ สภาอุตสาหกรรมจังหวัด หอการค้าจังหวัด หน่วยงานด้านการเคหะและการขนส่งในพื้นที่ หน่วยงานและองค์กรผู้ให้ทุนการศึกษาและพัฒนาทักษะ มูลนิธิ กองทุนชุมชน และเครือข่ายผู้สนับสนุนทุนในพื้นที่ สถาบันการเงิน องค์กรชุมชน ภาคประชาสังคม และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

ร่วมกัน จัดระบบข้อมูล การแนะแนวและให้คำปรึกษาด้านการศึกษาและอาชีพที่เข้าถึงได้ โดยเชื่อมโยงสถานศึกษา สถานประกอบการ และผู้ประกอบอาชีพจริงในการถ่ายทอดประสบการณ์และสื่อสารข้อมูลอาชีพผ่านกิจกรรมและสื่อสร้างสรรค์ เช่น สื่อบันทึกชีวิตการทำงานหนึ่งวัน (๑ Day Vlog) การเยี่ยมชมสถานประกอบการ และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ประกอบอาชีพ เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเข้าใจลักษณะงาน สภาพแวดล้อม และทักษะที่จำเป็นในแต่ละอาชีพ ควบคู่กับการวิเคราะห์อุปสรรคและต้นทุนชีวิตที่เกิดขึ้นจริงในพื้นที่ และเชื่อมโยงการเข้าถึงทุนการศึกษา

ทุนพัฒนาทักษะ และบริการสนับสนุนที่เหมาะสม โดยเฉพาะการเดินทาง ที่อยู่อาศัย และค่าใช้จ่ายในช่วงฝึกงานหรือเริ่มต้นทำงาน พร้อมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของกลุ่มเริ่มต้นทำงานในการออกแบบมาตรการตามบริบทพื้นที่

เพื่อ ให้ผู้ที่อยู่ในช่วงเปลี่ยนผ่านสามารถ มองเห็น เข้าใจ เข้าถึง และเลือกใช้โอกาส ทางการศึกษาและอาชีพได้อย่างเหมาะสม มีข้อมูลและประสบการณ์ประกอบการตัดสินใจ สามารถกำหนดเส้นทางชีวิตและอาชีพที่สอดคล้องกับศักยภาพ ความสนใจ และบริบทชีวิตของตน โดยได้รับการสนับสนุนที่ช่วยลดข้อจำกัดด้านต้นทุนชีวิตและเงื่อนไขทางเศรษฐกิจและสังคม

แนวทางที่ ๓ การส่งเสริมการเข้าถึงงานที่มีคุณค่าและเป็นธรรม

๓.๑ ระดับประเทศ

หน่วยงาน/องค์กร กระทรวงแรงงาน โดยกรมการจัดหางาน กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน และกรมพัฒนาฝีมือแรงงาน เป็นหน่วยงานหลัก ร่วมกับสำนักงานปลัดกระทรวงแรงงาน สำนักงานประกันสังคม กระทรวงศึกษาธิการ โดยสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม โดยสำนักงานปลัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม สถาบันคุณวุฒิวิชาชีพ (องค์การมหาชน) สำนักงานส่งเสริมวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม สภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย สภาหอการค้าแห่งประเทศไทย กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ และภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

ร่วมกัน พัฒนาระบบข้อมูลตลาดแรงงานและกลไกเชื่อมโยงคน ทักษะ งาน และโอกาส ส่งเสริมการจับคู่ทักษะกับตำแหน่งงานและมาตรการตลาดแรงงานเชิงรุก พร้อมส่งเสริมให้เกิดอาชีพในภูมิลำเนา ควบคู่กับการพัฒนามาตรฐานและกลไกกำกับดูแลการจ้างงานที่มีคุณค่าและเป็นธรรม ครอบคลุมค่าตอบแทนที่เหมาะสม สภาพการทำงานที่ปลอดภัย การคุ้มครองสิทธิ การไม่เลือกปฏิบัติ การป้องกันและคุ้มครองจากการปฏิบัติที่ไม่เป็นธรรมซึ่งส่งผลกระทบต่อโอกาสและความก้าวหน้าในอาชีพ ตลอดจนการส่งเสริมโอกาสในการพัฒนาและเติบโตในเส้นทางอาชีพอย่างเท่าเทียม โดยคำนึงถึงการจ้างงานในระบบ การประกอบอาชีพอิสระ และรูปแบบการทำงานที่หลากหลาย รวมทั้งพัฒนากลไกให้คำปรึกษา การรับเรื่องร้องเรียน และการช่วยเหลือด้านสิทธิแรงงานที่เข้าถึงได้สะดวก ปลอดภัย และเหมาะสมกับรูปแบบการทำงานที่หลากหลาย

เพื่อ ให้ประเทศมีระบบตลาดแรงงานที่เอื้อต่อการเข้าถึงงานที่มีคุณค่าและเป็นธรรม ลดความไม่สอดคล้องระหว่างทักษะกับความต้องการจ้างงาน และยกระดับคุณภาพการจ้างงานให้ครอบคลุมคนทำงานในรูปแบบที่หลากหลาย โดยเฉพาะกลุ่มเริ่มต้นทำงาน ให้ได้รับการคุ้มครองสิทธิและการปฏิบัติอย่างเป็นธรรมตั้งแต่การเข้าสู่ตลาดแรงงานตลอดจนมีโอกาสพัฒนาและก้าวหน้าในอาชีพอย่างเสมอภาคและปราศจากการเลือกปฏิบัติ

๓.๒ ระดับพื้นที่

หน่วยงาน/องค์กร สำนักงานจัดหางานจังหวัด สำนักงานสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานจังหวัด และสำนักงานพัฒนาฝีมือแรงงานจังหวัด เป็นหน่วยงานหลัก ร่วมกับสำนักงานแรงงานจังหวัด สำนักงานอาชีวศึกษาจังหวัด สถาบันอุดมศึกษา สถานศึกษา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สภาอุตสาหกรรมจังหวัด หอการค้าจังหวัด สถานประกอบการ องค์กรนายจ้าง องค์กรลูกจ้าง และภาคีเครือข่ายในพื้นที่

ร่วมกัน เชื่อมโยงข้อมูลความต้องการแรงงานและทักษะของสถานประกอบการกับศักยภาพและความสนใจของผู้เริ่มต้นทำงาน ผ่านการแนะแนวอาชีพ การพัฒนาทักษะ การฝึกประสบการณ์วิชาชีพ การจับคู่งาน และบริการจัดหางานเชิงรุก พร้อมทั้งส่งเสริมให้สถานประกอบการมีระบบการจ้างงานที่เป็นธรรม การคุ้มครองสิทธิ สภาพแวดล้อมการทำงานที่ปลอดภัย และโอกาสเรียนรู้และพัฒนาความก้าวหน้าในอาชีพ ตลอดจนเชื่อมโยงช่องทางให้คำปรึกษา

รับฟังปัญหา และรับเรื่องร้องเรียนด้านการจ้างงานกับกลไกคุ้มครองแรงงานในพื้นที่ เพื่อให้กลุ่มเริ่มต้นทำงานสามารถเข้าถึงการช่วยเหลือและการแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัย

เพื่อ ให้กลุ่มเริ่มต้นทำงานสามารถเข้าถึงงานที่สอดคล้องกับศักยภาพและบริบทชีวิต ได้รับค่าตอบแทนและการคุ้มครองสิทธิอย่างเหมาะสม มีความมั่นคงและโอกาสเติบโตในอาชีพ โดยยกระดับจากเพียงการมีงานทำไปสู่การมีงานที่มีคุณค่า (Decent Work) และเอื้อต่อคุณภาพชีวิต

แนวทางที่ ๔ การเสริมสร้างสุขภาวะ ความสัมพันธ์ และสมดุลชีวิตในการทำงาน

๔.๑ ระดับประเทศ

หน่วยงาน/องค์กร กระทรวงแรงงาน โดยกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานและสำนักงานประกันสังคม และกระทรวงสาธารณสุข โดยกรมสุขภาพจิต กรมอนามัย และกรมควบคุมโรค เป็นหน่วยงานหลัก ร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สถาบันความปลอดภัยในการทำงาน (องค์การมหาชน) สภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย สภาหอการค้าแห่งประเทศไทย องค์กรนายจ้าง องค์กรลูกจ้าง องค์กรวิชาชีพด้านสุขภาพ และภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

ร่วมกัน พัฒนานโยบาย มาตรฐาน และกลไกส่งเสริมสุขภาวะในการทำงานอย่างเป็นองค์รวม ครอบคลุมสุขภาพกาย สุขภาพจิต สุขภาพสังคม และสุขภาวะทางปัญญา ตลอดจนความปลอดภัย ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ความหลากหลาย การไม่เลือกปฏิบัติ และสมดุลระหว่างงานกับชีวิต โดยให้ความสำคัญกับการคุ้มครองและดูแลสุขภาพจิตที่เป็นผลมาจากการทำงาน การจัดระบบงานและวัฒนธรรมองค์กรที่เป็นธรรม การป้องกันการคุกคามและการเลือกปฏิบัติ รวมทั้งส่งเสริมระบบสนับสนุนสุขภาวะ การมีส่วนร่วมและการรับฟังเสียงของคนทำงาน ตลอดจนการจัดการด้านอาชีวอนามัย ความปลอดภัย และอนามัยสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ที่เหมาะสมกับลักษณะงาน ประเภทกิจการ และขนาดของสถานประกอบการ พร้อมเชื่อมโยงระบบบริการสุขภาพกับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตในการทำงาน

เพื่อ ให้ประเทศมีระบบและมาตรฐานการส่งเสริมสุขภาวะและคุณภาพชีวิตในการทำงานที่ครอบคลุมและเป็นธรรม สามารถป้องกันและลดความเสี่ยงด้านสุขภาพกายและจิตใจ รวมถึงภาวะหมดไฟจากการทำงาน โดยคำนึงถึงความต้องการเฉพาะของกลุ่มเริ่มต้นทำงาน และส่งเสริมให้สุขภาวะเป็นองค์ประกอบสำคัญของการจ้างงานที่มีคุณค่าและการพัฒนากำลังคนอย่างยั่งยืน

๔.๒ ระดับพื้นที่

หน่วยงาน/องค์กร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานจังหวัด สำนักงานแรงงานจังหวัด และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นหน่วยงานหลัก ร่วมกับสำนักงานประกันสังคมจังหวัด ศูนย์สุขภาพจิต โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ สถานประกอบการ สภาอุตสาหกรรมจังหวัด หอการค้าจังหวัด องค์กรนายจ้าง องค์กรลูกจ้าง สถาบันการศึกษา องค์กรชุมชน ภาคประชาสังคม และเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่

ร่วมกัน ส่งเสริมให้สถานประกอบการและชุมชนเป็นพื้นที่สนับสนุนสุขภาวะของกลุ่มเริ่มต้นทำงาน โดยพัฒนาระบบการดูแลสุขภาวะแบบองค์รวม การให้คำปรึกษา ระบบพี่เลี้ยง และเครือข่ายเพื่อนร่วมงานที่เกื้อหนุน ควบคู่กับการพัฒนาทักษะชีวิต รวมทั้งจัดให้มีกลไกป้องกันและจัดการปัญหาการคุกคาม การเลือกปฏิบัติ และความไม่ปลอดภัยในการทำงาน ช่องทางรับฟังความคิดเห็นและสะท้อนปัญหาของคนทำงานอย่างปลอดภัย ตลอดจนส่งเสริมการจัดระบบงานที่เอื้อต่อสมดุลระหว่างงานกับชีวิต และ การจัดการด้านอาชีวอนามัย ความปลอดภัย และอนามัยสิ่งแวดล้อมในการทำงาน โดยปรับรูปแบบการดำเนินงานให้เหมาะสมกับประเภทงานและขนาดของสถานประกอบการ พร้อมทั้งส่งเสริม

การเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เหมาะสมกับวัยทำงาน รวมถึงการประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพ การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย อาหารที่เอื้อต่อสุขภาพ และการเชื่อมโยงบริการสุขภาพกายและสุขภาพจิตกับหน่วยบริการในพื้นที่ โดยคำนึงถึงลักษณะงานและศักยภาพของสถานประกอบการ

เพื่อ ให้กลุ่มเริ่มต้นทำงานมีสุขภาวะที่ดีทั้งทางกาย จิต สังคม และปัญญา สามารถรับมือกับความเครียดและลดความเสี่ยงต่อภาวะหมดไฟจากการทำงาน ได้รับการดูแลและสนับสนุนอย่างเหมาะสม รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร ได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า มีความสัมพันธ์และเครือข่ายสนับสนุนที่เกื้อหนุน สามารถสร้างสมดุลระหว่างงานกับชีวิต และพัฒนาศักยภาพของตนได้อย่างต่อเนื่องในสภาพแวดล้อมการทำงานที่ปลอดภัยและเป็นธรรม

แนวทางที่ ๕ การสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจและหลักประกันชีวิตที่ต่อเนื่อง

๕.๑ ระดับประเทศ

หน่วยงาน/องค์กร กระทรวงแรงงาน โดยสำนักงานประกันสังคมและสำนักงานปลัดกระทรวงแรงงาน กระทรวงการคลัง โดยสำนักงานเศรษฐกิจการคลัง กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ เป็นหน่วยงานหลัก ร่วมกับกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กรมการจัดหางาน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กองทุนการออมแห่งชาติ สถาบันการเงินของรัฐ องค์กรนายจ้าง องค์กรลูกจ้าง ผู้แทนแรงงานนอกระบบ ผู้ประกอบอาชีพอิสระ ผู้ทำงานผ่านแพลตฟอร์ม และภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

ร่วมกัน พัฒนานโยบาย มาตรการ และกลไกเสริมสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจและหลักประกันชีวิตสำหรับกลุ่มเริ่มต้นทำงาน ครอบคลุมการส่งเสริมรายได้ที่เหมาะสม การสร้างความรอบรู้และทักษะทางการเงิน การเตรียมพร้อมรับความเสี่ยงและความเปราะบางในมิติต่าง ๆ ของชีวิต ควบคู่กับการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ประโยชน์จากสิทธิและบริการด้านสุขภาพและสวัสดิการสังคม ตลอดจนพัฒนาระบบหลักประกันทางสังคมที่ครอบคลุม เพียงพอ ต่อเนื่อง และเป็นธรรม โดยกำหนดกลไกและแนวปฏิบัติในการคงสิทธิและเชื่อมต่อสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสังคม หลักประกันสุขภาพ และสิทธิด้านการพัฒนาทักษะเมื่อมีการเปลี่ยนนายจ้าง อาชีพ หรือสถานะการทำงาน ตามแนวคิดการพกพาสิทธิ (Portability) พร้อมทั้งลดช่องว่างของการคุ้มครองและป้องกันการขาดช่วงของสิทธิ โดยเฉพาะผู้เปลี่ยนงานบ่อย ผู้ทำงานตามสัญญาจ้างชั่วคราว แรงงานนอกระบบ ผู้ประกอบอาชีพอิสระ และผู้ทำงานผ่านแพลตฟอร์ม

เพื่อ ให้ประเทศมีระบบส่งเสริมความมั่นคงทางเศรษฐกิจและหลักประกันชีวิตที่ครอบคลุม ต่อเนื่อง และเป็นธรรม รองรับการเปลี่ยนผ่านและเส้นทางอาชีพที่หลากหลาย ลดช่องว่างและความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงสิทธิและความคุ้มครองทางสังคม โดยให้กลุ่มเริ่มต้นทำงานสามารถเข้าถึง ใช้ประโยชน์ และคงสิทธิประโยชน์ที่เหมาะสมได้อย่างต่อเนื่อง แม้มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบหรือสถานการณ์ทำงาน

๕.๒ ระดับพื้นที่

หน่วยงาน/องค์กร สำนักงานประกันสังคมจังหวัด สำนักงานแรงงานจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด สำนักงานคลังจังหวัด และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นหน่วยงานหลัก ร่วมกับสำนักงานจัดหางานจังหวัด สำนักงานสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานจังหวัด หน่วยบริการสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สถาบันการเงินของรัฐในพื้นที่ สถานประกอบการ องค์กรนายจ้าง องค์กรลูกจ้าง องค์กรชุมชน เครือข่ายแรงงานนอกระบบ ผู้ประกอบอาชีพอิสระ ผู้ทำงานผ่านแพลตฟอร์ม และภาคประชาสังคม

ร่วมกัน ส่งเสริมความรอบรู้และทักษะทางการเงินควบคู่กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ที่เหมาะสมกับกลุ่มเริ่มต้นทำงาน ครอบคลุมการบริหารรายได้ การออม การจัดการหนี้ การวางแผนรับมือความเสี่ยงทางเศรษฐกิจ การดูแลสุขภาพ และการเข้าถึงสิทธิและบริการที่จำเป็น โดยส่งเสริมให้สถานประกอบการ สถาบันการเงิน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมพัฒนากลไกสนับสนุนการออมและการวางแผนทางการเงินตั้งแต่เริ่มต้นทำงาน เชื่อมโยงกับระบบการออมและสวัสดิการที่มีอยู่ เพื่อเสริมสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจและความสามารถในการรับมือกับความเสี่ยงในระยะยาว พร้อมทั้งพัฒนากลไกการสื่อสารข้อมูล การให้คำปรึกษา และการประสานเชื่อมต่อสิทธิประโยชน์ด้านประกันสังคม หลักประกันสุขภาพ การพัฒนาทักษะ และสวัสดิการสังคม เพื่ออำนวยความสะดวกในการเข้าถึงและคงสิทธิอย่างต่อเนื่องเมื่อเปลี่ยนงานหรือสถานะการทำงาน ตลอดจนค้นหาและสนับสนุนกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการขาดช่วงของสิทธิหรือเข้าไม่ถึงความคุ้มครอง โดยเฉพาะผู้ทำงานตามสัญญาจ้างชั่วคราว แรงงานนอกระบบ ผู้ประกอบอาชีพอิสระ ผู้ทำงานผ่านแพลตฟอร์ม และผู้ที่มีรายได้หรือสถานะการทำงานไม่แน่นอน โดยอาศัยความร่วมมือของหน่วยงานและเครือข่ายในพื้นที่ในการลดอุปสรรคและช่องว่างของการเข้าถึงสิทธิและบริการ

เพื่อ ให้กลุ่มเริ่มต้นทำงานมีความรอบรู้ด้านการเงินและสุขภาพ สามารถตั้งหลักทางเศรษฐกิจ บริหารจัดการรายได้และภาระทางการเงิน วางแผนอนาคต และเข้าถึงสิทธิ บริการ และหลักประกันชีวิตที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง โดยไม่ขาดความคุ้มครองจากการเปลี่ยนแปลงสถานะการทำงาน ตลอดจนมีความสามารถในการรับมือ ฟื้นตัว และปรับตัวเมื่อเผชิญความเสี่ยงทางเศรษฐกิจ สุขภาพ หรือการเปลี่ยนแปลงในเส้นทางอาชีพ

แนวทางที่ ๖ การพัฒนาระบบสนับสนุน ข้อมูลร่วม และกลไกขับเคลื่อนระบบนิเวศเชิงพื้นที่

๖.๑ ระดับประเทศ

หน่วยงาน/องค์กร สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) เป็นหน่วยงานหลักในการประสานและบูรณาการเชิงนโยบาย ร่วมกับ กระทรวงแรงงาน โดยสำนักงานปลัดกระทรวงแรงงาน กระทรวงศึกษาธิการ โดยสำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม โดยสำนักงานปลัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม กระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยสำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย โดยกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น สำนักงานสถิติแห่งชาติ สถาบันคุณวุฒิวิชาชีพ (องค์การมหาชน) สำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล (องค์การมหาชน) สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัยด้านวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และสถาบันการศึกษาและหน่วยงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งหน่วยงานเจ้าภาพตามแนวทางที่ ๑–๕ และผู้แทนกลุ่มเริ่มต้นทำงาน

ร่วมกัน พัฒนากลไกบูรณาการนโยบายและการดำเนินงานข้ามหน่วยงาน จัดทำระบบข้อมูลและกรอบตัวชี้วัดร่วมเพื่อติดตามเส้นทางการเปลี่ยนผ่านจากการศึกษาสู่การทำงาน ครอบคลุมการพัฒนาทักษะ การเข้าถึงโอกาสการมีงานทำ คุณภาพงาน รายได้ ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ สุขภาวะ และการเข้าถึงสิทธิและหลักประกันทางสังคม โดยส่งเสริมการเชื่อมโยงและใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่มีอยู่ ลดความซ้ำซ้อนของระบบข้อมูล และคำนึงถึงการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พร้อมทั้งพัฒนากลไกการวิจัยและการประเมินผลเชิงนโยบาย เพื่อค้นหาช่องว่างของข้อมูลและองค์ความรู้ที่จำเป็นต่อการตัดสินใจ ศึกษาปัจจัยความสำเร็จ ข้อจำกัด และเงื่อนไขการขยายผลของมาตรการและรูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิผล ตลอดจนพัฒนาตัวชี้วัดและระบบติดตามประเมินผลที่สะท้อนทั้งผลผลิต ผลลัพธ์และความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับกลุ่มเริ่มต้นทำงาน โดยสนับสนุนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปรับปรุงนโยบาย การจัดสรรทรัพยากร และการขยายผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

เพื่อ ให้ประเทศมีระบบข้อมูล องค์ความรู้จากการวิจัย และกลไกติดตามประเมินผลที่สนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบายบนฐานหลักฐานเชิงประจักษ์ สามารถระบุช่องว่างและประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินงาน ตลอดจนสนับสนุนการขยายผลมาตรการที่มีประสิทธิผล โดยเชื่อมโยงการขับเคลื่อนแนวทางที่ ๑–๕ อย่างบูรณาการและสร้างความรับผิดชอบร่วมระหว่างหน่วยงาน

๖.๒ ระดับพื้นที่

หน่วยงาน/องค์กร ผู้ว่าราชการจังหวัด สำนักงานแรงงานจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ศึกษาธิการจังหวัด สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นหน่วยงานหลัก ร่วมกับสำนักงานสถิติจังหวัด สำนักงานจัดหางานจังหวัด สำนักงานพัฒนาฝีมือแรงงานจังหวัด สำนักงานประกันสังคมจังหวัด สำนักงานอาชีวศึกษาจังหวัด สถาบันอุดมศึกษาในพื้นที่ หน่วยงานวิจัย เครือข่ายนักวิจัย และหน่วยงานสนับสนุนทุนวิจัย สถานศึกษา สถานประกอบการ สภาอุตสาหกรรมจังหวัด หอการค้าจังหวัด หน่วยบริการสุขภาพ องค์กรชุมชน ภาคประชาสังคม ผู้แทนกลุ่มเริ่มต้นทำงาน และภาคีเครือข่ายในพื้นที่ โดยใช้กลไกความร่วมมือระดับจังหวัดหรือกลไกอื่นที่มีอยู่ตามความเหมาะสม ทั้งนี้ ให้พิจารณากำหนดหน่วยงานหรือกลไกประสานงานหลักในแต่ละพื้นที่อย่างชัดเจน โดยส่งเสริมบทบาทขององค์การบริหารส่วนจังหวัดและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามอำนาจหน้าที่และศักยภาพในการประสานความร่วมมือ สนับสนุนทรัพยากร และเชื่อมโยงการดำเนินงานระหว่างภาคส่วน

ร่วมกัน พัฒนากลไกความร่วมมือและการใช้ข้อมูลร่วมเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ เส้นทางการเปลี่ยนผ่าน และจุดสะดุดของกลุ่มเริ่มต้นทำงาน ตั้งแต่การศึกษา การพัฒนาทักษะ การเข้าถึงโอกาส การเข้าสู่การทำงาน ไปจนถึงการสร้างความมั่นคงและคุณภาพชีวิต โดยคำนึงถึงความแตกต่างของบริบททางเศรษฐกิจ สังคม และตลาดแรงงานในพื้นที่ ควบคู่กับการส่งเสริมการวิจัยเชิงพื้นที่และการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อค้นหาปัญหาและช่องว่างของระบบสนับสนุน ทดลองและประเมินผลมาตรการที่เหมาะสม ศึกษาปัจจัยความสำเร็จและเงื่อนไขการขยายผล ตลอดจนพัฒนาตัวชี้วัดและระบบติดตามผลที่สะท้อนความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจริงกับกลุ่มเป้าหมาย พร้อมทั้งนำผลการวิจัยและการประเมินผลมาใช้ปรับปรุงบริการ มาตรการ และการจัดสรรทรัพยากรอย่างต่อเนื่อง พร้อมจัดทำแผนปฏิบัติการร่วมที่กำหนดเป้าหมาย หน่วยงานรับผิดชอบ แหล่งทรัพยากร ระยะเวลาดำเนินงาน และตัวชี้วัดผลลัพธ์ที่สามารถติดตามประเมินผลได้ โดยเปิดโอกาสให้กลุ่มเริ่มต้นทำงานมีส่วนร่วมในการออกแบบ ดำเนินงาน และสะท้อนผลลัพธ์

เพื่อ ให้พื้นที่มีระบบนิเวศสนับสนุนการเปลี่ยนผ่านสู่โลกการทำงานที่เชื่อมโยงข้อมูล บริการ หน่วยงาน และทรัพยากร สามารถใช้ผลการวิจัยและการประเมินผลในการแก้ไขปัญหาและพัฒนามาตรการที่ตอบสนองต่อความต้องการของกลุ่มเริ่มต้นทำงาน ลดช่องว่างและความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ และสามารถถอดบทเรียนและขยายผลแนวปฏิบัติที่มีประสิทธิผลไปสู่พื้นที่อื่นได้อย่างเหมาะสม

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

การยกระดับระบบนิเวศช่วงเปลี่ยนผ่านชีวิตของกลุ่มเริ่มต้นทำงาน มุ่งให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งในระดับ บุคคล ระบบบริการ พื้นที่ และนโยบาย โดยเชื่อมโยงการพัฒนาศักยภาพ การเข้าถึงโอกาส งานที่มีคุณค่า สุขภาวะทั้งทางกาย จิตใจ สังคม และปัญญา ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ และหลักประกันชีวิต ให้เป็นระบบสนับสนุนที่เชื่อมโยงและต่อเนื่องตลอดช่วงเปลี่ยนผ่าน พร้อมส่งเสริมการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เหมาะสมกับวัยทำงานและรูปแบบการประกอบอาชีพ เพื่อนำไปสู่การยกระดับเป็น วาระเชิงนโยบายระยะยาวของประเทศ ภายใต้กรอบการพัฒนาทุนมนุษย์ตลอดช่วงชีวิต โดยคาดหวังผลลัพธ์ในแต่ละระยะ ดังนี้

ระยะสั้น — วางระบบและสร้างกลไกขับเคลื่อนร่วม (๐–๑ ปี)

เกิด กรอบเป้าหมาย ตัวชี้วัด ระบบข้อมูล และกลไกการขับเคลื่อนร่วม สำหรับการพัฒนาระบบนิเวศช่วงเปลี่ยนผ่านชีวิตของกลุ่มเริ่มต้นทำงานที่มีทิศทางชัดเจน เชื่อมโยงการดำเนินงานระหว่างหน่วยงานด้านการศึกษา แรงงาน เศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ รวมถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม ชุมชน และกลุ่มเริ่มต้นทำงาน โดยกำหนดบทบาทและความรับผิดชอบของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนมาตรการและช่วงเวลาดำเนินงานที่สามารถติดตามและประเมินผลได้

เกิดพื้นที่นำร่องที่สามารถเชื่อมโยง “คน–ข้อมูล–บริการ–หน่วยงาน–พื้นที่” และทดลองระบบสนับสนุนตามเส้นทางการเปลี่ยนผ่าน ตั้งแต่ การเตรียมความพร้อมและพัฒนาศักยภาพ → การเข้าถึงโอกาสและกำหนดเส้นทางชีวิต → การเข้าสู่งานที่มีคุณค่าและเป็นธรรม → การมีสุขภาวะ ความสัมพันธ์ และสมดุลชีวิต → การมีความมั่นคงทางเศรษฐกิจและหลักประกันชีวิต โดยเชื่อมโยงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับวัยทำงานเข้ากับระบบสนับสนุนดังกล่าว คำนึงถึงความแตกต่างของบุคคลและบริบทพื้นที่ พร้อมจัดทำข้อมูลสถานการณ์ตั้งต้นและระบบติดตามประเมินผลเพื่อสนับสนุนการขยายผลในระยะต่อไป

ระยะกลาง — ยกระดับคุณภาพการเปลี่ยนผ่านและการตั้งหลักชีวิต (๒–๓ ปี)

กลุ่มเริ่มต้นทำงานสามารถ เข้าถึงโอกาสในการเรียนรู้และพัฒนาทักษะ งานที่มีคุณค่าและเป็นธรรม บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ และหลักประกันทางสังคมได้อย่างเชื่อมโยง ต่อเนื่อง และเป็นรูปธรรม สามารถตัดสินใจและกำหนดเส้นทางชีวิตและอาชีพที่เหมาะสมกับศักยภาพและบริบทของตนเอง กลุ่มเริ่มต้นทำงานมี สุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดีขึ้น มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถดูแลสุขภาพตนเอง ป้องกันปัจจัยเสี่ยง และเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งมีความสัมพันธ์ทางสังคมที่เกื้อหนุน มีสมดุลระหว่างงานกับชีวิต และได้รับการสนับสนุนด้านสุขภาวะที่สอดคล้องกับสภาพการทำงานและความต้องการที่แตกต่างกัน

อุปสรรคและต้นทุนที่ไม่จำเป็นของการเปลี่ยนผ่านลดลง ความไม่สอดคล้องระหว่างทักษะกับงาน (Skill Mismatch) ลดลง คุณภาพและความเป็นธรรมในการทำงานดีขึ้น กลุ่มเริ่มต้นทำงานสามารถตั้งหลักทางเศรษฐกิจ ลดความเปราะบางทางการเงิน และได้รับการคุ้มครองทางสังคมที่เหมาะสมกับรูปแบบการทำงานที่หลากหลาย

ขณะเดียวกัน เกิดวงจรข้อมูลย้อนกลับเชิงนโยบาย (Policy Feedback Loop) ที่นำข้อมูล ผลลัพธ์ด้านการเรียนรู้ การจ้างงาน สุขภาวะกายและจิต ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ และบทเรียนจากการดำเนินงานในพื้นที่ กลับไปใช้ปรับปรุงมาตรการ บริการ และนโยบายระดับประเทศอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ ให้ติดตามผลลัพธ์ที่สะท้อนคุณภาพของการเปลี่ยนผ่านสู่การทำงาน ทั้งการเข้าถึงโอกาส การมีงานที่มีคุณค่า สุขภาวะ ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ และความต่อเนื่องของหลักประกันทางสังคม โดยใช้ข้อมูลสถานการณ์ตั้งต้นและตัวชี้วัดร่วมเป็นฐานในการเปรียบเทียบผลการดำเนินงาน

ระยะยาว — ยกระดับสู่ระบบพัฒนาทุนมนุษย์ตลอดช่วงชีวิต (๔–๕ ปี และต่อเนื่อง)

ประเทศไทยมี ระบบนิเวศช่วงเปลี่ยนผ่านชีวิตของกลุ่มเริ่มต้นทำงานที่เชื่อมโยงเป็นส่วนหนึ่งของระบบพัฒนาทุนมนุษย์ตลอดช่วงชีวิต (Life-course Human Capital Development) โดยมองช่วงเปลี่ยนผ่านจากการศึกษาสู่โลกการทำงานและการตั้งหลักชีวิตเป็น จุดเปลี่ยนผ่านเชิงยุทธศาสตร์ (Strategic Transition Point) ที่ควรได้รับการลงทุนและการสนับสนุนอย่างเป็นระบบ

ระบบดังกล่าวเชื่อมโยงการศึกษา การพัฒนาทักษะ การจ้างงาน ระบบบริการสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และหลักประกันทางเศรษฐกิจและสังคม สามารถรองรับความแตกต่างของบุคคล พื้นที่ อาชีพ และรูปแบบการทำงาน ลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงโอกาสและบริการ ยกระดับคุณภาพงานและผลิตภาพของกำลังคน ส่งเสริมสุขภาวะและคุณภาพชีวิตอย่างต่อเนื่อง และลดความเปราะบางทางเศรษฐกิจและสังคม

นำไปสู่การสร้างกำลังคนที่ มีศักยภาพ มีสุขภาวะที่ดี เรียนรู้และปรับตัวได้ ตั้งหลักชีวิตได้ และสามารถกำหนดอนาคตของตนเองได้ ท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม เทคโนโลยี และโครงสร้างประชากร

ผลลัพธ์ปลายทาง — สู่ “วาระเชิงนโยบายระยะยาวของประเทศ”

การพัฒนาระบบนิเวศช่วงเปลี่ยนผ่านชีวิตของกลุ่มเริ่มต้นทำงานได้รับการยกระดับเป็น “วาระเชิงนโยบายระยะยาวของประเทศ (Long-term National Policy Agenda)” ที่สามารถขับเคลื่อนได้อย่างต่อเนื่อง โดยเชื่อมโยงนโยบายด้านการศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิต การพัฒนาทักษะ การจ้างงานและงานที่มีคุณค่า การสร้างเสริมสุขภาวะและป้องกันโรค ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ และหลักประกันทางสังคม ภายใต้กลไกความร่วมมือระหว่างภาครัฐ ท้องถิ่น ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม ชุมชน และกลุ่มเริ่มต้นทำงาน

วาระดังกล่าวมีเป้าหมายร่วมที่สำคัญ คือ ทำให้กลุ่มเริ่มต้นทำงานทุกคนสามารถ “เปลี่ยนผ่านได้ดี ตั้งหลักได้มั่นคง และมีสุขภาวะที่ดี” สามารถเข้าสู่โลกการทำงานและสร้างอนาคตของตนเองได้อย่างมีคุณภาพ ควบคู่กับการพัฒนากำลังคนที่มีศักยภาพและปรับตัวได้ อันเป็นรากฐานสำคัญของการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม และประเทศอย่างยั่งยืน

มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

๑. เห็นชอบกรอบทิศทางนโยบาย “การยกระดับระบบนิเวศช่วงเปลี่ยนผ่านสู่การทำงานของกลุ่มเริ่มต้นชีวิตการทำงาน” ตามที่เสนอมา

๒. เห็นชอบในหลักการ “แนวทางการขับเคลื่อน” และ “ร่างแผนที่ทางเดิน (Road Map)[๒]” ตามที่เสนอมา

๓. ขอให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เสนอคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) เพื่อพิจารณามอบหมาย คณะกรรมการขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คมส.) พิจารณาปรับปรุงและติดตามการขับเคลื่อนตามแนวทางการขับเคลื่อนและร่างแผนที่ทางเดิน (Road Map)

๔. ขอให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ รายงานความก้าวหน้าต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๒๒

---

[๒] สมัชชาสุขภาพ ๑๙. มติ ๒ / ผนวก ๑

แผนที่ทางเดิน (Roadmap) การยกระดับระบบนิเวศช่วงเปลี่ยนผ่านชีวิตของกลุ่มเริ่มต้นทำงาน (Leveraging the Transition-to-Work Ecosystem for First Jobbers)

ระยะที่ ๑ วางระบบ (๐–๑ ปี)

ประเด็นดำเนินการ	เจ้าภาพหลัก	ภาคีร่วม	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
๑. กำหนดกรอบเป้าหมายและตัวชี้วัดร่วม ครอบคลุมการเรียนรู้ โอกาสทางอาชีพ งานที่มีคุณค่า สุขภาวะกายและจิต ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ และหลักประกันทางสังคม พร้อมกำหนดบทบาทและกลไกประสานงาน ภายใน ๖ เดือนแรก	สศช. และ สช.	กระทรวงแรงงาน ศธ. อว. พม. สธ. สสช. และหน่วยงานเจ้าภาพแนวทางที่ ๑–๕	มีกรอบการเปลี่ยนผ่านสู่โลกการทำงานระดับชาติ ตัวชี้วัดร่วม และกลไกขับเคลื่อนที่ชัดเจน
๒. สำรวจช่องว่างของระบบสนับสนุน และกำหนดโจทย์วิจัยเชิงนโยบาย วิเคราะห์ช่องว่างด้านข้อมูล บริการ โอกาส ทุนสนับสนุน สุขภาวะ และการคุ้มครองทางสังคม พร้อมจัดทำแผนวิจัยและประเมินผล ภายในปีที่ ๑	สศช. สช. และ วช.	สกสว. สวรส. สสช. สถาบันอุดมศึกษา หน่วยงานเจ้าของข้อมูล และหน่วยงานเจ้าภาพแนวทางที่ ๑–๕	มีข้อมูลช่องว่างเชิงระบบ (Gap Analysis) โจทย์วิจัยสำคัญ และกรอบการประเมินผล
๓. พัฒนาระบบข้อมูลอาชีพและกลไกเชื่อมโยงทุนสนับสนุน จัดทำแนวทางสื่อสารลักษณะงาน สภาพแวดล้อม ทักษะที่จำเป็น และประสบการณ์ทำงานจริง พร้อมสำรวจทุนการศึกษาและทุนพัฒนาทักษะที่มีอยู่ภายในปีที่ ๑	กรมการจัดหางาน กรมพัฒนาฝีมือแรงงาน และหน่วยงานด้านการศึกษา	กยศ. กสศ. กองทุนภาครัฐ มูลนิธิ สถานศึกษา สถานประกอบการ และองค์กรวิชาชีพ	มีแนวทางสื่อสารข้อมูลอาชีพและฐานข้อมูลทุนสนับสนุนที่พร้อมเชื่อมโยงกับบริการแนะแนว

ประเด็นดำเนินการ	เจ้าภาพหลัก	ภาคีร่วม	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
๔. คัดเลือกพื้นที่นำร่องและจัดทำข้อมูลสถานการณ์ตั้งต้น ครอบคลุมการเรียนรู้ โอกาสการทำงาน ต้นทุนการเปลี่ยนผ่าน สุขภาพกาย สุขภาพจิต และการเข้าถึงหลักประกัน พร้อมกำหนดมาตรการและตัวชี้วัดภายในปีที่ ๑ พร้อมกำหนดกลไกประสานงานหลัก แผนปฏิบัติการร่วม แหล่งทรัพยากร และตัวชี้วัดผลลัพธ์ของพื้นที่นำร่อง โดยเปิดโอกาสให้ผู้แทนกลุ่มเริ่มต้นทำงานมีส่วนร่วมในการออกแบบและติดตามผล	จังหวัดและ อปท. ในพื้นที่นำร่อง	หน่วยงานด้านแรงงาน การศึกษา สาธารณสุข สถาบันวิจัย สถานประกอบการ และผู้แทนกลุ่มเริ่มต้นทำงาน	มีพื้นที่นำร่องที่หลากหลาย ข้อมูลตั้งต้น (Baseline) และแผนปฏิบัติการที่ประเมินผลได้
๕. พัฒนารูปแบบเชื่อมโยงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PP) ครอบคลุมความรอบรู้ด้านสุขภาพ การประเมินความเสี่ยงสุขภาพกายและจิต และการส่งต่อบริการภายในปีที่ ๑	กระทรวงสาธารณสุข สปสช. และสำนักงานประกันสังคมตามภารกิจ	สสส. กระทรวงแรงงาน หน่วยบริการสุขภาพ สถานประกอบการ และ อปท.	มีรูปแบบการเชื่อมโยงบริการสุขภาพกับระบบสนับสนุนกลุ่มเริ่มต้นทำงานที่พร้อมทดลองใช้

ระยะที่ ๒ เชื่อมระบบและดำเนินการ (๒–๓ ปี)

ประเด็นดำเนินการ	เจ้าภาพหลัก	ภาคีร่วม	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
๑. เชื่อมโยงบริการสนับสนุนตลอดเส้นทางการเปลี่ยนผ่าน ตั้งแต่การศึกษา การพัฒนาทักษะ การแนะแนว การเข้าสู่งาน และการพัฒนาช่วงเริ่มต้นทำงาน ดำเนินการตั้งแต่ปีที่ ๒–๓	กระทรวงแรงงาน ศธ. และ อว. ตามภารกิจ	สถานศึกษา สถานประกอบการ อปท. และองค์กรวิชาชีพ	กลุ่มเริ่มต้นทำงานเข้าถึงบริการและการสนับสนุนได้อย่างเชื่อมโยงและต่อเนื่อง
๒. พัฒนาระบบสื่อสารข้อมูลอาชีพและประสบการณ์ทำงานจริง ผ่านสื่อที่เข้าถึงง่าย เช่น ๑ Day Vlog การเยี่ยมชมสถานประกอบการ และการแลกเปลี่ยนกับผู้ประกอบอาชีพ ดำเนินการในปีที่ ๒–๓	กรมการจัดหางาน สำนักงานศึกษาธิการจังหวัด และสถานศึกษา	สถานประกอบการ องค์กรวิชาชีพ ผู้ประกอบอาชีพ และภาคเอกชน	กลุ่มเป้าหมายเข้าใจลักษณะงาน ทักษะที่จำเป็น และมีข้อมูลประกอบการตัดสินใจเลือกอาชีพมากขึ้น

ประเด็นดำเนินการ	เจ้าภาพหลัก	ภาคีร่วม	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
๓. พัฒนามาตรการลดต้นทุนการเปลี่ยนผ่านและสนับสนุนการตั้งหลักชีวิต เชื่อมโยงทุนการศึกษา ทุนพัฒนาทักษะ การเดินทาง ที่อยู่อาศัย และค่าใช้จ่ายช่วงฝึกงานหรือเริ่มต้นทำงาน ในปีที่ ๒–๓	กระทรวงแรงงาน พม. และจังหวัด/อปท. ตามภารกิจ	กยศ. กสศ. กองทุนภาครัฐ มูลนิธิ สถาบันการเงิน สถานศึกษา และสถานประกอบการ	ลดข้อจำกัดทางเศรษฐกิจและสังคมในการเข้าถึงโอกาสและเริ่มต้นทำงาน
๔. เชื่อมโยงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PP) รวมถึงสุขภาพจิต การป้องกันความเสี่ยงจากการทำงาน และการเข้าถึงบริการตามสิทธิ เริ่มปีที่ ๒ และขยายในปีที่ ๓	กระทรวงสาธารณสุข สปสช. และสำนักงานประกันสังคม ตามภารกิจ	สสส. หน่วยบริการสุขภาพ สถานประกอบการ กระทรวงแรงงาน และ อปท.	กลุ่มเริ่มต้นทำงานเข้าถึงบริการสุขภาพ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและมีแนวโน้มสุขภาวะกายและจิตที่ดีขึ้น
๕. ส่งเสริมงานที่มีคุณค่าและสถานที่ทำงานที่เอื้อต่อสุขภาวะ ครอบคลุมค่าตอบแทน ความปลอดภัย การไม่เลือกปฏิบัติ สุขภาวะ ความสัมพันธ์ สมดุลชีวิต และมาตรการสนับสนุนสถานประกอบการ ในปีที่ ๒–๓	กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน และกระทรวงสาธารณสุข	สถานประกอบการ องค์กรนายจ้าง องค์กรลูกจ้าง สสส. และ อปท.	กลุ่มเริ่มต้นทำงานเข้าถึงงานที่มีคุณค่าและสภาพแวดล้อมการทำงานที่ปลอดภัยและเป็นธรรมมากขึ้น
๖. ดำเนินการวิจัยเชิงพื้นที่และติดตามประเมินผลวิเคราะห์ช่องว่าง ทดลองมาตรการ ประเมินผลลัพธ์ด้านการเรียนรู้ งาน สุขภาวะ เศรษฐกิจ และหลักประกัน พร้อมรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อยปีละครั้งในปีที่ ๒–๓	สช. วช. และหน่วยงานวิจัยร่วมกับกลไกพื้นที่	สกสว. สวรส. สถาบันอุดมศึกษา สสช. หน่วยงานเจ้าของข้อมูล และผู้แทนกลุ่มเริ่มต้นทำงาน	มีผลการวิจัยและข้อมูลติดตามผลที่นำไปใช้ปรับปรุงมาตรการและการดำเนินงานได้

ระยะที่ ๓ ยกระดับและขยายผล (๔–๕ ปี)

ประเด็นดำเนินการ	เจ้าภาพหลัก	ภาคีร่วม	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
๑. ประเมินผลและสังเคราะห์บทเรียนจากพื้นที่นำร่องเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านการเรียนรู้ การเข้าถึงโอกาสงานที่มีคุณค่า สุขภาวะ ความมั่นคงและหลักประกัน พร้อมศึกษาปัจจัยความสำเร็จและเงื่อนไขการขยายผลในปีที่ ๔	สศช. สช. และหน่วยงานวิจัยและประเมินผล	วช. สกสว. สวรส. สถาบันอุดมศึกษา จังหวัด อปท. และหน่วยงานเจ้าภาพแนวทางที่ ๑–๕	มีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่ามาตรการใดได้ผล ภายใต้เงื่อนไขและบริบทใด
๒. นำผลการวิจัยไปปรับปรุงนโยบายและมาตรการสนับสนุน ครอบคลุมระบบข้อมูลอาชีพ ทุนสนับสนุน การพัฒนาทักษะ คุณภาพงาน สุขภาวะและความต่อเนื่องของหลักประกันในปีที่ ๔–๕	กระทรวงและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามอำนาจหน้าที่	สศช. สช. หน่วยงานวิจัย จังหวัด อปท.สถานศึกษาและสถานประกอบการ	นโยบายและมาตรการได้รับการปรับปรุงบนฐานหลักฐานเชิงประจักษ์
๓. ขยายผลรูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิผล ทั้งการแนะแนวและสื่อสารข้อมูลอาชีพ การเชื่อมโยงทุนสนับสนุน การสร้างงานที่มีคุณค่า การส่งเสริมสุขภาวะ และบริการ PP โดยให้พื้นที่ประยุกต์ตามบริบทในปีที่ ๔–๕ โดยใช้ผลการประเมินและหลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบการคัดเลือกมาตรการที่จะขยายผล พร้อมพิจารณาความเหมาะสมด้านบริบทพื้นที่ ทรัพยากร ความพร้อมของหน่วยงาน และความยั่งยืนของการดำเนินงาน	กลไกประสานงานระดับชาติร่วมกับจังหวัดและ อปท.	หน่วยงานเจ้าภาพแนวทางที่ ๑–๕ หน่วยงานผู้ให้ทุน สถานประกอบการ หน่วยบริการสุขภาพและภาคประชาสังคม	เกิดการขยายผลมาตรการที่มีประสิทธิผล โดยคำนึงถึงความแตกต่างของบุคคลและพื้นที่
๔. บูรณาการระบบนิเวศการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่กลไกพัฒนาทุนมนุษย์ของประเทศ เชื่อมโยงการศึกษา ทักษะ โอกาส งาน สุขภาวะ การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ความมั่นคงและหลักประกัน พร้อมพัฒนาระบบติดตามผลระยะยาวภายในปีที่ ๕	สศช. และหน่วยงานนโยบายที่เกี่ยวข้อง	กระทรวง หน่วยงานจังหวัด อปท. ภาคธุรกิจ สถานศึกษา หน่วยบริการสุขภาพและภาคประชาสังคม	ประเทศมีระบบสนับสนุนการเปลี่ยนผ่านสู่โลกการทำงานที่เชื่อมโยง เป็นธรรม ยืดหยุ่น และยั่งยืน

การยกระดับระบบนิเวศช่วงเปลี่ยนผ่านชีวิตของกลุ่มเริ่มต้นทำงาน (Leveraging the Transition-to-Work Ecosystem for First Jobbers)

๑. ความเป็นมา สถานการณ์ แนวโน้ม และความท้าทาย

๑.๑ ที่มาและความสำคัญของประเด็น

ประเทศไทยกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างที่สำคัญพร้อมกันหลายด้าน ทั้งการเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ การลดลงของประชากรวัยแรงงาน ความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจและสังคม ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของเทคโนโลยี โครงสร้างเศรษฐกิจ และรูปแบบการทำงาน สถานการณ์ดังกล่าวทำให้ “การพัฒนาทุนมนุษย์” เป็นวาระสำคัญต่อความมั่นคงและขีดความสามารถในการพัฒนาประเทศ โดยมิอาจจำกัดอยู่เพียงการเพิ่มจำนวนผู้สำเร็จการศึกษา หรือการผลิตกำลังคนให้สอดคล้องกับความต้องการของตลาดแรงงานเท่านั้น แต่จำเป็นต้องสร้างเงื่อนไขให้ประชาชนสามารถพัฒนาศักยภาพ เข้าถึงงานที่มีคุณค่า มีหลักประกันในการดำรงชีวิต มีสุขภาวะที่ดี และสามารถมีส่วนร่วมในการพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจได้อย่างเต็มศักยภาพตลอดช่วงชีวิต

ข้อมูลดัชนีทุนมนุษย์ของธนาคารโลกสะท้อนว่า เด็กไทยที่เกิดในปัจจุบันมีแนวโน้มที่จะสามารถใช้ศักยภาพด้านผลิตภาพเมื่อเติบโตเป็นแรงงานได้ประมาณร้อยละ ๖๑ ของศักยภาพที่ควรจะเป็น หากได้รับการศึกษาและมีสุขภาพที่สมบูรณ์ สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนข้อจำกัดของการพัฒนาคนทั้งในด้านคุณภาพการศึกษา สุขภาพ และโอกาสในการพัฒนาทักษะ ขณะเดียวกัน ความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจและสังคมยังส่งผลให้ประชาชนมีโอกาสในการพัฒนาศักยภาพและเข้าสู่โลกการทำงานแตกต่างกันตามฐานะทางเศรษฐกิจ คุณภาพของสถานศึกษา พื้นที่อยู่อาศัย เครือข่ายทางสังคม และการเข้าถึงทรัพยากรและระบบสนับสนุนที่จำเป็นจึงสะท้อนให้เห็นว่า คุณภาพทุนมนุษย์มิได้เป็นผลจากความสามารถหรือความพยายามของบุคคลเพียงลำพัง หากเป็นผลลัพธ์ร่วมจากเงื่อนไขทางเศรษฐกิจ สังคม และระบบสนับสนุนที่บุคคลได้รับตลอดช่วงชีวิต

หนึ่งในช่วงเวลาสำคัญที่มีผลอย่างยิ่งต่อการพัฒนาทุนมนุษย์ คือ **“ช่วงเปลี่ยนผ่านสู่การทำงาน” (Transition to Work)** ซึ่งเป็นรอยต่อระหว่างระบบการศึกษา การพึ่งพาครอบครัว และการก้าวเข้าสู่การพึ่งพาตนเองทางเศรษฐกิจและสังคม ช่วงเวลาดังกล่าวมิได้หมายถึงเพียงการได้งานแรกเท่านั้น แต่ครอบคลุมกระบวนการตั้งแต่การเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่ตลาดแรงงาน การค้นหาและเลือกเส้นทางอาชีพ การพัฒนาทักษะ การฝึกงาน การเข้าสู่งาน การปรับตัวกับสภาพแวดล้อมการทำงาน การสร้างความมั่นคงทางรายได้ ตลอดจนการพัฒนาตนเองเพื่อความก้าวหน้าในอาชีพ

อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนผ่านสู่การทำงานของประชาชนไทยยังเผชิญข้อจำกัดหลายประการ ข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติสะท้อนว่าอัตราการว่างงานของผู้สำเร็จการศึกษาระดับอุดมศึกษามีแนวโน้มสูงกว่าอัตราการว่างงานโดยรวมของประเทศ แม้ข้อมูลดังกล่าวจะเป็นการจำแนกตามระดับการศึกษาของผู้สำเร็จการศึกษาทุกช่วงวัย มิใช่ข้อมูลเฉพาะผู้สำเร็จการศึกษาใหม่ จึงควรใช้เพื่อสะท้อนสัญญาณความท้าทายของตลาดแรงงานมากกว่าการอธิบาย

สถานการณ์ของผู้เริ่มต้นทำงานโดยตรง นอกจากนี้ ยังพบความท้าทายในรูปของการว่างงานระยะยาว การทำงานต่ำกว่าระดับการศึกษา การทำงานไม่สอดคล้องกับทักษะหรือสาขาที่ศึกษา รายได้เริ่มต้นที่ไม่เพียงพอหรือไม่แน่นอน รวมถึงการเข้าสู่รูปแบบการจ้างงานที่มีความมั่นคงและหลักประกันแตกต่างกัน ปรากฏการณ์เหล่านี้สะท้อนความจำเป็นในการพัฒนาฐานข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับ “การเปลี่ยนผ่านสู่การทำงาน” ที่สามารถติดตามเส้นทางตั้งแต่ก่อนสำเร็จการศึกษาไปจนถึงระยะเริ่มต้นของชีวิตการทำงานได้อย่างต่อเนื่อง

ความท้าทายดังกล่าวเกิดขึ้นท่ามกลางตลาดแรงงานที่กำลังเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วจากเทคโนโลยีดิจิทัล ปัญญาประดิษฐ์ ระบบอัตโนมัติ เศรษฐกิจแพลตฟอร์ม และรูปแบบการจ้างงานที่มีความหลากหลายและยืดหยุ่นมากขึ้น ผู้เข้าสู่โลกการทำงานจึงจำเป็นต้องมีมากกว่าความรู้หรือทักษะเฉพาะวิชาชีพ แต่ต้องมีทักษะดิจิทัลและการใช้ปัญญาประดิษฐ์ ทักษะภาษา ทักษะทางสังคมและอารมณ์ ความรู้ทางการเงิน ความเข้าใจสิทธิแรงงาน ตลอดจนความสามารถในการเรียนรู้ ปรับตัว และพัฒนาทักษะใหม่ตลอดชีวิต เพื่อให้สามารถรับมือกับงานและอาชีพที่เปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง

หากระบบการศึกษา ระบบพัฒนาทักษะ ตลาดแรงงาน นายจ้าง ระบบสุขภาพ และระบบคุ้มครองทางสังคมไม่สามารถเชื่อมต่อกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วงเปลี่ยนผ่านสู่การทำงานอาจกลายเป็น **“รอยต่อแห่งความเปราะบาง”** ที่ทำให้ความเสียเปรียบเดิมของบุคคลถูกตอกย้ำหรือสะสมเพิ่มขึ้น ทั้งในรูปของการว่างงาน การทำงานที่ไม่มั่นคง รายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต การก่อหนี้ ความเครียดและปัญหาสุขภาพจิต ตลอดจนการสูญเสียโอกาสในการเรียนรู้และพัฒนาศักยภาพ ซึ่งอาจส่งผลต่อเส้นทางชีวิต รายได้ สุขภาวะ และความมั่นคงในระยะยาว

ด้วยเหตุนี้ การจัดการปัญหาการเปลี่ยนผ่านสู่การทำงานจึงจำเป็นต้องเปลี่ยนจากกระบวนทัศน์ที่มองว่าเป็นเรื่องของ **“ความพร้อมของบุคคล”** หรือความสามารถของผู้สำเร็จการศึกษาในการปรับตัวให้เข้ากับตลาดแรงงาน ไปสู่การมองว่าเป็น **“ความรับผิดชอบร่วมของระบบ”** ที่ต้องอาศัยความเชื่อมโยงระหว่างระบบการศึกษา การพัฒนาทักษะ ตลาดแรงงาน นายจ้าง ระบบสุขภาพ ระบบคุ้มครองทางสังคม ครอบครัว ชุมชน และสภาพแวดล้อมในการดำรงชีวิต เนื่องจากความสามารถของแต่ละบุคคลในการเข้าสู่การทำงาน ตั้งหลัก และเติบโตในอาชีพ มิได้ขึ้นอยู่กับความพยายามส่วนบุคคลเท่านั้น แต่ยังขึ้นอยู่กับโอกาส ทรัพยากร และเงื่อนไขสนับสนุนที่แต่ละคนสามารถเข้าถึงได้

การให้ความสำคัญกับกลุ่มผู้เริ่มต้นชีวิตการทำงาน (First Jobber) จึงมิได้หมายถึงการกำหนดนโยบายเฉพาะสำหรับคนรุ่นใหม่ที่แยกออกจากระบบการพัฒนาคนโดยรวม แต่เป็นการให้ความสำคัญกับ **“ช่วงเปลี่ยนผ่านสำคัญของชีวิต”** ซึ่งมีผลต่อเส้นทางรายได้ คุณภาพงาน สุขภาพกายและสุขภาพจิต ความมั่นคงทางการเงิน การก่อหนี้ การเข้าถึงหลักประกันทางสังคม และโอกาสในการเรียนรู้และพัฒนาตนเองในระยะยาว หากบุคคลได้รับการสนับสนุนอย่างเหมาะสมในช่วงเวลาดังกล่าว จะช่วยลดการสะสมของความเสียเปรียบและเพิ่มโอกาสในการใช้ศักยภาพได้อย่างเต็มที่ ในทางกลับกัน หากขาดระบบรองรับ ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในระยะเริ่มต้นอาจสะสมและขยายตัวเป็นความเปราะบางตลอดช่วงชีวิต

ภายใต้แนวคิด **การพัฒนาตลอดช่วงชีวิต (Life-course Approach)** การพัฒนาทุนมนุษย์จึงต้องมองเห็นความต่อเนื่องตั้งแต่ปฐมวัย วัยเรียน วัยรุ่น ช่วงเปลี่ยนผ่านสู่การทำงาน วัยแรงงาน จนถึงวัยสูงอายุ โดยให้ความสำคัญกับการสร้างความเสมอภาคของโอกาสตั้งแต่ต้นทาง และป้องกันไม่ให้ความเสียเปรียบในช่วงหนึ่งของชีวิตส่งผลต่อเนื่องไปยังช่วงถัดไป สำหรับช่วงเปลี่ยนผ่านสู่การทำงาน จำเป็นต้องสร้าง **“ระบบนิเวศเพื่อการเปลี่ยนผ่านสู่การทำงานแบบไร้รอยต่อ” (Seamless Transition-to-Work Ecosystem)** ที่เชื่อมโยงการศึกษา การพัฒนาทักษะ การแนะแนวและจับคู่งาน การมีงานที่มีคุณค่า สุขภาพกายและสุขภาพจิต ที่อยู่อาศัย การเดินทาง ความมั่นคงทางการเงิน สวัสดิการครอบครัว และการคุ้มครองทางสังคมเข้าด้วยกัน

ระบบนิเวศดังกล่าวต้องเปลี่ยนจากการดำเนินนโยบายเชิงรับหรือการเยียวยาภายหลังเกิดปัญหา ไปสู่ **การลงทุนเชิงป้องกัน (Preventive Investment)** และ **นโยบายตลาดแรงงานเชิงรุก (Active Labour Market Policies: ALMPs)** ที่ช่วยให้บุคคลสามารถเข้าถึงการแนะแนวอาชีพ การพัฒนาทักษะและยกระดับทักษะ การรับรองสมรรถนะ การฝึกงานและการเรียนรู้จากการทำงานที่มีคุณภาพ การจับคู่ระหว่างคน ทักษะ และงาน ตลอดจนการสนับสนุนการประกอบอาชีพและการเป็นผู้ประกอบการที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละบุคคล โดยเฉพาะกลุ่มที่เผชิญข้อจำกัดทางเศรษฐกิจ สังคม หรือพื้นที่

ขณะเดียวกัน จำเป็นต้องพัฒนาระบบข้อมูลที่สามารถติดตาม **“คุณภาพของการเปลี่ยนผ่าน”** มากกว่าการพิจารณาเพียงว่าบุคคลมีงานทำหรือไม่ โดยควรครอบคลุมตัวชี้วัดด้านระยะเวลาในการเข้าสู่งาน ความสอดคล้องระหว่างทักษะกับงาน คุณภาพงาน รายได้ ความมั่นคงในการจ้างงาน การเข้าถึงหลักประกันทางสังคม สุขภาวะในการทำงาน และโอกาสในการพัฒนาทักษะและความก้าวหน้าในอาชีพ เพื่อให้สามารถกำหนดนโยบายและติดตามผลบนฐานข้อมูลและหลักฐานเชิงประจักษ์

การคุ้มครองทางสังคม (Social Protection) เป็นอีกหนึ่งองค์ประกอบพื้นฐานของระบบนิเวศเพื่อการเปลี่ยนผ่านสู่การทำงาน มิใช่เพียงมาตรการช่วยเหลือเมื่อบุคคลประสบปัญหา แต่เป็นกลไกที่ช่วยให้ประชาชนสามารถรับมือกับความเสี่ยง ตั้งหลัก และลงทุนในการพัฒนาศักยภาพของตนเองได้ โดยควรครอบคลุมการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ การคุ้มครองสิทธิแรงงาน การคุ้มครองรายได้เมื่อเจ็บป่วย ว่างงาน หรือสูญเสียรายได้ การเข้าถึงบริการสุขภาพจิต การพัฒนาทักษะ การส่งเสริมวินัยและความมั่นคงทางการเงิน การจัดการหนี้ และบริการทางสังคมที่จำเป็น

ทั้งนี้ ระบบคุ้มครองดังกล่าวจำเป็นต้องสอดคล้องกับตลาดแรงงานที่เปลี่ยนแปลงและครอบคลุมคนทำงานในสถานะการจ้างงานที่หลากหลาย ทั้งลูกจ้างในระบบ แรงงานนอกระบบ ผู้ประกอบอาชีพอิสระ แรงงานแพลตฟอร์ม ผู้มีรายได้ไม่แน่นอน ตลอดจนผู้ที่ต้องย้ายถิ่นเพื่อเข้าสู่แหล่งงานหรือพื้นที่เศรษฐกิจสำคัญ โดยควรพัฒนากลไกให้สิทธิและหลักประกันสามารถติดตามบุคคลไปได้แม้มีการเปลี่ยนงาน รูปแบบการจ้างงาน หรือสถานะการทำงาน เพื่อไม่ให้การเปลี่ยนผ่านในตลาดแรงงานนำไปสู่ช่องว่างของการคุ้มครอง

นอกจากนี้ แนวคิด **Geneva Charter for Well-being** ขององค์การอนามัยโลก เสนอให้การสร้างสังคมสุขภาวะตั้งอยู่บนระบบเศรษฐกิจที่รับใช้การพัฒนามนุษย์และความเป็นอยู่ที่ดี มีงานที่มีคุณค่า เคารพสิทธิและศักดิ์ศรีของคนทำงาน และมีระบบคุ้มครองทางสังคมที่ครอบคลุม หลักการดังกล่าวมีความสำคัญต่อการออกแบบระบบการเปลี่ยนผ่านสู่การทำงาน เนื่องจาก **“การมีงานทำ” เพียงอย่างเดียวมิใช่ตัวชี้วัดความสำเร็จที่เพียงพอ** หากงานนั้นมีรายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต ขาดความมั่นคง ไม่เปิดโอกาสให้ใช้และพัฒนาศักยภาพ ไม่ได้รับการคุ้มครองตามสิทธิแรงงาน หรือส่งผลกระทบต่อสุขภาวะของบุคคล

ดังนั้น เป้าหมายของการพัฒนาระบบนิเวศเพื่อการเปลี่ยนผ่านสู่การทำงานจึงไม่ควรหยุดอยู่ที่ **“การทำให้คนมีงานทำ”** แต่ต้องมุ่งสร้างเงื่อนไขให้ประชาชนสามารถ **“เข้าสู่งานได้ ตั้งหลักได้ มีหลักประกัน เติบโตได้ และมีสุขภาวะที่ดี”** โดยถือว่าคุณภาพของงาน ความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคม สุขภาวะ และโอกาสในการเรียนรู้และพัฒนาตนเอง เป็นองค์ประกอบของการพัฒนาทุนมนุษย์ที่มีคุณภาพ

การพัฒนาระบบนิเวศเพื่อการเปลี่ยนผ่านสู่การทำงานจึงเป็น **วาระนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพและการพัฒนาประเทศ** ที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน การลงทุนในช่วงเปลี่ยนผ่านดังกล่าวจะช่วยลดความเหลื่อมล้ำและป้องกันการสะสมของความเปราะบาง ยกระดับคุณภาพงานและผลิตภาพ เสริมสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคม ส่งเสริมสุขภาวะของประชาชน และเพิ่มศักยภาพของกำลังคนในการรองรับการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ เทคโนโลยี และโครงสร้างประชากรของประเทศ

ด้วยเหตุนี้ ประเทศไทยจึงจำเป็นต้องเปลี่ยนกระบวนทัศน์จาก **“การผลิตแรงงานเพื่อป้อนตลาด”** ไปสู่ **“การสร้างระบบนิเวศที่ทำให้คนสามารถเปลี่ยนผ่านสู่การทำงานได้อย่างมีคุณภาพ”** โดยบูรณาการการพัฒนาศักยภาพ งานที่มีคุณค่า สุขภาวะ และหลักประกันทางสังคมเข้าด้วยกัน เพื่อให้ประชาชนสามารถพึ่งพาตนเอง มีศักดิ์ศรี มีความมั่นคง และพัฒนาศักยภาพได้อย่างต่อเนื่อง อันจะนำไปสู่การยกระดับ**คุณภาพทุนมนุษย์ให้เป็นสินทรัพย์เชิงยุทธศาสตร์ของประเทศ** และเป็นฐานสำคัญของการพัฒนาที่เป็นธรรม ยั่งยืน และไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง

๑.๒ สถานการณ์ปัจจุบันและข้อมูลเชิงประจักษ์

ช่องว่างด้านทักษะพื้นฐานเป็นข้อจำกัดเชิงโครงสร้างต่อการเปลี่ยนผ่านสู่การทำงานและการปรับตัวในโลกการทำงานใหม่ การสำรวจทักษะและความพร้อมของเยาวชนและประชากรวัยแรงงานในประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๕ (Adult Skills Assessment in Thailand: ASAT) ซึ่งดำเนินการโดยความร่วมมือระหว่างกองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษาและธนาคารโลก สะท้อนข้อจำกัดด้านทักษะพื้นฐานของประชากรอายุ ๑๕–๖๔ ปี ซึ่งเป็นทักษะสำคัญต่อการเรียนรู้ การทำงาน และการดำรงชีวิตในสังคมร่วมสมัย ผลการสำรวจพบว่า ประชากรวัยแรงงานมีทักษะการรู้หนังสือต่ำกว่าเกณฑ์ร้อยละ ๖๔.๗ มีทักษะดิจิทัลต่ำกว่าเกณฑ์ร้อยละ ๗๔.๑ และมีทักษะทางอารมณ์และสังคมต่ำกว่าเกณฑ์ในด้านการมีส่วนร่วมกับผู้อื่นและการเปิดรับสิ่งใหม่ ด้านละร้อยละ ๓๐.๓ ขณะที่ร้อยละ ๑๘.๗ มีทักษะต่ำกว่าเกณฑ์ทั้งสามด้านพร้อมกัน

ช่องว่างดังกล่าวมิใช่เพียงข้อจำกัดระดับบุคคล แต่เป็นข้อจำกัดเชิงโครงสร้างต่อคุณภาพกำลังคนและศักยภาพของตลาดแรงงานไทย เนื่องจากการเข้าสู่โลกการทำงานในปัจจุบันต้องอาศัยทั้งความสามารถในการอ่าน วิเคราะห์ และตีความข้อมูล การสื่อสาร การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและปัญญาประดิษฐ์อย่างรู้เท่าทัน การทำงานร่วมกับผู้อื่น การจัดการอารมณ์ การแก้ปัญหา ตลอดจนความสามารถในการเรียนรู้และพัฒนาทักษะใหม่อย่างต่อเนื่อง

ผู้ที่เข้าสู่โลกการทำงานโดยมีข้อจำกัดด้านทักษะดังกล่าวย่อมมีความเสี่ยงต่อการเข้าถึงงานที่มีคุณภาพได้น้อยกว่า ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีและลักษณะงานได้ยากกว่า และอาจหลุดออกจากเส้นทางการเรียนรู้และพัฒนาทักษะในระยะยาว ดังนั้น การพัฒนาทักษะพื้นฐาน ทักษะดิจิทัล และทักษะทางสังคมและอารมณ์ จึงควรได้รับการยกระดับให้เป็นฐานร่วมของระบบการพัฒนาคนและการเรียนรู้ตลอดชีวิต มิใช่เป็นภารกิจเฉพาะของสถานศึกษาเท่านั้น (กองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา และธนาคารโลก, ๒๕๖๗)

การมีงานทำไม่เท่ากับการมีงานที่ใช้ศักยภาพอย่างเต็มที่: ความท้าทายด้านคุณภาพงานและความไม่สอดคล้องระหว่างทักษะกับงาน

ความสำเร็จของการเปลี่ยนผ่านจากการศึกษาสู่การทำงานมิอาจพิจารณาเพียงว่าบุคคลสามารถมีงานทำได้หรือไม่ เนื่องจากผู้เข้าสู่ตลาดแรงงานจำนวนหนึ่งอาจต้องทำงานที่ใช้ความรู้และทักษะต่ำกว่าระดับการศึกษา ทำงานไม่สอดคล้องกับสาขาวิชาหรือสมรรถนะที่มี ได้รับค่าตอบแทนที่ไม่สอดคล้องกับค่าครองชีพ หรืออยู่ในรูปแบบการจ้างงานที่ไม่มั่นคงและมีโอกาสพัฒนาตนเองและความก้าวหน้าในอาชีพจำกัด

ปรากฏการณ์ดังกล่าวสะท้อนความไม่เชื่อมโยงระหว่างระบบการศึกษา ระบบพัฒนาทักษะ ระบบข้อมูลตลาดแรงงาน และความต้องการกำลังคนของสถานประกอบการ และอาจนำไปสู่การสูญเสียศักยภาพของบุคคลและประเทศ แม้ในทางสถิติจะถูกนับว่าเป็น “ผู้มีงานทำ” แล้วก็ตาม

นอกจากความแตกต่างด้านฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมแล้ว บุคคลบางกลุ่มยังเผชิญอุปสรรคเฉพาะในการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่โลกการทำงาน เช่น คนพิการ ผู้ที่อยู่นอกระบบการศึกษา และผู้ที่ขาดโอกาสในการเข้าถึงทรัพยากรหรือเครือข่ายสนับสนุน ซึ่งอาจประสบข้อจำกัดด้านการเข้าถึงข้อมูล การพัฒนาทักษะ การเดินทาง การปรับสภาพแวดล้อม

และโอกาสในการจ้างงาน ส่งผลให้จำเป็นต้องมีมาตรการสนับสนุนที่สอดคล้องกับความต้องการและเงื่อนไขชีวิตของแต่ละกลุ่ม

ดังนั้น การประเมินผลลัพธ์ของการเปลี่ยนผ่านสู่การทำงานจึงควรพิจารณา **"คุณภาพของการเปลี่ยนผ่าน" และ "คุณภาพของงาน"** ควบคู่กับอัตราการมีงานทำ โดยครอบคลุมอย่างน้อย ความสอดคล้องระหว่างงานกับทักษะและระดับการศึกษา ความมั่นคงของการจ้างงาน ระดับรายได้ ชั่วโมงการทำงาน การเข้าถึงหลักประกันทางสังคม ความปลอดภัยและสุขภาวะในการทำงาน โอกาสในการพัฒนาทักษะ และความก้าวหน้าในอาชีพ

ประเทศไทยจึงจำเป็นต้องพัฒนาระบบข้อมูลตลาดแรงงานที่สามารถเชื่อมโยงและจำแนกข้อมูลตามอายุ ระดับการศึกษา สาขาวิชา อาชีพ รายได้ พื้นที่ รูปแบบการจ้างงาน และระดับการใช้ทักษะ เพื่อให้สามารถติดตามเส้นทางการเปลี่ยนผ่านและออกแบบมาตรการพัฒนากำลังคนได้ตรงกับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นจริง ช่วงเปลี่ยนผ่านสู่การทำงานยังเป็นช่วงเปราะบาง โดยเฉพาะผู้มีประสบการณ์ทำงานจำกัดและผู้เข้าสู่ตลาดแรงงานเป็นครั้งแรก

ข้อมูลสถิติแรงงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๗ พบว่า อัตราการว่างงานของผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีอยู่ที่ร้อยละ ๑.๘๔ สูงกว่าอัตราการว่างงานโดยรวมของประเทศซึ่งอยู่ที่ร้อยละ ๐.๘๘ หรือสูงกว่าประมาณ ๒.๑ เท่า แม้ข้อมูลดังกล่าวเป็นการจำแนกตามระดับการศึกษาที่สำเร็จและครอบคลุมผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีทุกช่วงอายุ จึงไม่สามารถใช้เป็นตัวแทนสถานการณ์ของบัณฑิตจบใหม่โดยตรง แต่สะท้อนสัญญาณสำคัญว่าการมีคุณวุฒิทางการศึกษาในระดับสูงมิได้รับประกันว่าบุคคลจะสามารถเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ตลาดแรงงานได้อย่างราบรื่น

ช่วงเปลี่ยนผ่านดังกล่าวมีความเปราะบางเป็นพิเศษสำหรับผู้ที่กำลังหางานแรก ผู้ว่างงาน ผู้มีประสบการณ์ทำงานจำกัด ผู้ทำงานไม่เต็มเวลา ผู้ทำงานนอกระบบ ตลอดจนผู้ที่มีข้อจำกัดด้านทุนทรัพย์ เครือข่ายทางสังคม หรือพื้นที่อยู่อาศัย เนื่องจากบุคคลเหล่านี้อาจมีอำนาจต่อรองต่ำ มีข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลตำแหน่งงาน และมีทรัพยากรในการรอคอยหรือเลือกงานที่เหมาะสมแตกต่างกัน

สถานการณ์ดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นของระบบสนับสนุนการเปลี่ยนผ่านสู่การทำงานที่มีความต่อเนื่อง ตั้งแต่การแนะแนวอาชีพ การพัฒนาทักษะที่สอดคล้องกับแนวโน้มความต้องการกำลังคน การฝึกงานและการเรียนรู้จากการทำงานจริง การรับรองสมรรถนะ การจับคู่งาน การให้คำปรึกษารายบุคคล ตลอดจนมาตรการส่งเสริมให้นายจ้างเปิดโอกาสแก่ผู้เข้าสู่ตลาดแรงงานครั้งแรกอย่างเป็นธรรม (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, ๒๕๖๗)

ความเหลื่อมล้ำตั้งแต่ต้นทางส่งผลต่อโอกาสในการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่งานที่มีคุณภาพ

โอกาสในการเข้าสู่โลกการทำงานมิได้เริ่มต้นเมื่อบุคคลสำเร็จการศึกษา แต่เป็นผลสะสมจากโอกาสในการพัฒนาศักยภาพตลอดช่วงชีวิต ความแตกต่างด้านฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนจึงส่งผลต่อการเข้าถึงการศึกษาที่มีคุณภาพ การพัฒนาทักษะ การเข้าถึงเทคโนโลยี การเรียนรู้ภาษา การฝึกประสบการณ์ การสร้างเครือข่ายทางอาชีพ ตลอดจนความสามารถในการเดินทางหรือย้ายถิ่นเพื่อเข้าถึงโอกาสในการทำงาน

ข้อมูลกองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา พ.ศ. ๒๕๖๕ พบว่า เด็กจากครัวเรือนที่มีรายได้ต่ำที่สุดของประเทศ ซึ่งมีรายได้ต่ำกว่า ๓,๐๐๐ บาทต่อคนต่อเดือน มีโอกาสศึกษาต่อระดับอุดมศึกษาเพียงร้อยละ ๕ ขณะที่เยาวชนไทยโดยเฉลี่ยมีโอกาสศึกษาต่อระดับอุดมศึกษาประมาณร้อยละ ๓๐ หรือแตกต่างประมาณ ๖ เท่า

ความเหลื่อมล้ำดังกล่าวสามารถส่งผ่านต่อมายังช่วงเปลี่ยนผ่านสู่การทำงาน ผู้ที่มีข้อจำกัดทางเศรษฐกิจอาจไม่สามารถเลือกฝึกงานที่ไม่มีค่าตอบแทน รอคอยงานที่เหมาะสม ลงทุนพัฒนาทักษะเพิ่มเติม หรือรับภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทางและย้ายถิ่นไปยังพื้นที่ที่มีโอกาสทางเศรษฐกิจมากกว่าได้ ส่งผลให้บางกลุ่มจำเป็นต้องเข้าสู่งานรายได้ต่ำ งานไม่มั่นคง หรืองานที่ขาดหลักประกันเร็วกว่ากลุ่มอื่น

ดังนั้น การพัฒนาระบบนิเวศเพื่อการเปลี่ยนผ่านสู่การทำงานจำเป็นต้องใช้หลักความเป็นธรรมและความเสมอภาคเป็นฐาน โดยออกแบบมาตรการแบบมุ่งเป้าสำหรับกลุ่มที่มีข้อจำกัดแตกต่างกัน เพื่อป้องกันมิให้ความเหลื่อมล้ำด้านโอกาสในวัยเรียนขยายตัวเป็นความเหลื่อมล้ำด้านรายได้ คุณภาพงาน สุขภาวะ และคุณภาพชีวิตตลอดช่วงวัยทำงาน (กองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา, ๒๕๖๕)

รายได้เริ่มต้นและภาระค่าครองชีพเป็นปัจจัยกำหนดความมั่นคงของการตั้งหลักชีวิต

การเข้าสู่การทำงานมิได้หมายถึงเพียงการมีรายได้ แต่เป็นช่วงเวลาที่บุคคลเริ่มรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการดำรงชีวิตมากขึ้น ทั้งค่าเช่าที่อยู่อาศัย ค่าเดินทาง ค่าอาหาร ค่าสาธารณูปโภค ตลอดจนภาระหนี้เพื่อการศึกษาและหนี้เพื่อการบริโภค ขณะที่รายได้ในระยะเริ่มต้นของการทำงานอาจอยู่ในระดับต่ำ ไม่แน่นอน หรือไม่สอดคล้องกับค่าครองชีพ โดยเฉพาะผู้ที่ต้องย้ายถิ่นเข้าสู่เมืองหรือพื้นที่เศรษฐกิจสำคัญ

ความไม่สมดุลระหว่างรายได้กับต้นทุนการดำรงชีวิตอาจทำให้บุคคลขาดเงินออมฉุกเฉิน ต้องพึ่งพาสินเชื่อหรือหนี้เพื่อการบริโภค และมีความสามารถจำกัดในการลงทุนเพื่อพัฒนาทักษะของตนเอง ตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทยได้ชี้ถึงความเสี่ยงของคนรุ่นใหม่ต่อการใช้จ่ายเกินกำลังและการเข้าสู่วงจรหนี้ ขณะที่ข้อมูลด้านการให้ความช่วยเหลือลูกหนี้ของธนาคารแห่งประเทศไทยสะท้อนความจำเป็นของมาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาหนี้อย่างเป็นระบบ

อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันยังขาดฐานข้อมูลปฐมภูมิระดับประเทศที่สามารถระบุสถานการณ์หนี้ของผู้ที่อยู่ในช่วงเริ่มต้นทำงานได้อย่างชัดเจน ทั้งในด้านนิยามของกลุ่มเป้าหมาย ประเภทของหนี้ ระยะเวลาหลังเข้าสู่การทำงาน และความสัมพันธ์ระหว่างหนี้ รายได้ และค่าครองชีพ ดังนั้น การใช้ข้อมูลหนี้เฉลี่ยของประชากรกลุ่มอื่นมาอธิบายสถานการณ์ของผู้เริ่มต้นทำงานจึงควรกระทำด้วยความระมัดระวัง

การลดต้นทุนของการเปลี่ยนผ่านจึงควรครอบคลุมทั้งการสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการศึกษาและพัฒนาทักษะ ค่าเดินทาง ที่อยู่อาศัย และค่าใช้จ่ายจำเป็นในช่วงฝึกงานหรือเริ่มต้นทำงาน โดยเชื่อมโยงบทบาทของหน่วยงานผู้ให้ทุน กองทุนภาครัฐ กองทุนเงินให้กู้ยืมเพื่อการศึกษา กองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา มูลนิธิ และกลไกสนับสนุนอื่นที่มีอยู่ เพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงการเรียนรู้และงานที่เหมาะสม โดยเฉพาะผู้ที่มีข้อจำกัดทางเศรษฐกิจและสังคม

ประเด็นเชิงนโยบายจึงมิได้อยู่เพียงที่การแก้ไขหนี้ภายหลังเกิดปัญหา แต่ควรมุ่งสร้าง **“ความสามารถในการตั้งหลักทางการเงิน” (Financial Resilience)** ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของชีวิตการทำงาน ผ่านการส่งเสริมความรู้และทักษะทางการเงิน การวางแผนรายรับรายจ่าย การสร้างเงินออมฉุกเฉิน การให้คำปรึกษาด้านหนี้ การปรับโครงสร้างหนี้เมื่อจำเป็น การเข้าถึงสิทธิและหลักประกันทางสังคม รวมถึงโอกาสในการพัฒนาทักษะและเพิ่มรายได้ เพื่อไม่ให้ความเปราะบางทางการเงินในระยะเริ่มต้นส่งผลต่อสุขภาพจิต คุณภาพชีวิต และศักยภาพในการพัฒนาตนเองในระยะยาว (ตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย, ๒๕๖๕; ธนาคารแห่งประเทศไทย, ม.ป.ป.)

สุขภาพจิตเป็นองค์ประกอบพื้นฐานของคุณภาพการเปลี่ยนผ่านและการมีงานที่มีคุณค่า

สุขภาพจิตเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่กำหนดความสามารถของบุคคลในการเข้าสู่โลกการทำงาน ปรับตัวกับองค์กร สร้างความสัมพันธ์ รักษางาน และพัฒนาศักยภาพของตนเอง สถานการณ์สุขภาพจิตของคนไทยในช่วง พ.ศ. ๒๕๖๓–๒๕๖๗ สะท้อนว่า ประชาชนมากกว่าร้อยละ ๘ มีความเครียดระดับสูง เกือบร้อยละ ๑๐ มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า และมากกว่าร้อยละ ๕ มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยความเสี่ยงบางด้านปรากฏในระดับสูงในกลุ่มเยาวชน แม้ข้อมูลดังกล่าวมิใช่ข้อมูลเฉพาะผู้ที่อยู่ในช่วงเริ่มต้นทำงาน แต่สะท้อนความจำเป็นของการให้ความสำคัญกับสุขภาพจิตในช่วงเปลี่ยนผ่านสำคัญของชีวิต (WHO, ๒๐๒๕)

ผู้ที่เปลี่ยนผ่านเข้าสู่โลกการทำงานต้องเผชิญกับแรงกดดันหลายด้านพร้อมกัน ทั้งการหางาน ความไม่แน่นอนของรายได้ การแข่งขัน ความคาดหวังของครอบครัว การปรับตัวเข้าสู่วัฒนธรรมองค์กร การประเมินผลการทำงาน การย้ายถิ่น การอยู่ห่างจากเครือข่ายสนับสนุนเดิม ตลอดจนความกังวลเกี่ยวกับภาระหนี้และอนาคตทางอาชีพ หากขาดระบบป้องกัน ดูแล และช่วยเหลือที่เหมาะสม ปัจจัยดังกล่าวอาจส่งผลต่อความสามารถในการทำงาน ความสัมพันธ์ในสถานที่ทำงาน การคงอยู่ในงาน และคุณภาพชีวิตโดยรวม

สุขภาพจิตจึงไม่ควรถูกมองว่าเป็นเพียงปัญหาส่วนบุคคล หรือเป็นภารกิจของระบบบริการสุขภาพเท่านั้น แต่ควรได้รับการบูรณาการเป็นองค์ประกอบหนึ่งของ**ระบบนิเวศเพื่อการเปลี่ยนผ่านสู่การทำงาน** ตั้งแต่สถานศึกษา ระบบแนะแนวอาชีพและการฝึกงาน สถานประกอบการ ระบบบริการสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ครอบครัว ชุมชน และภาคประชาสังคม โดยควรมีช่องทางให้คำปรึกษาและช่วยเหลือที่เข้าถึงง่าย ปลอดภัย รักษาความลับ ลดการตีตรา และสามารถเชื่อมต่อการดูแลได้อย่างต่อเนื่อง

ขณะเดียวกัน การส่งเสริมสุขภาวะในช่วงเริ่มต้นทำงานจำเป็นต้องครอบคลุมสุขภาพกายควบคู่กับสุขภาพจิต โดยให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับวัยทำงาน การประเมินและจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และการเชื่อมโยงสถานประกอบการกับหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ เพื่อให้การดูแลสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่โลกการทำงานอย่างต่อเนื่อง

สถานการณ์โดยรวมสะท้อน “ช่องว่างของระบบการเปลี่ยนผ่าน” มากกว่าปัญหาของบุคคล

เมื่อพิจารณาข้อมูลเชิงประจักษ์ร่วมกัน จะเห็นได้ว่า ความท้าทายของผู้เข้าสู่โลกการทำงานมิได้เกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่ง หากเกิดจากความเชื่อมโยงของ**ช่องว่างด้านทักษะ ความไม่สอดคล้องระหว่างการศึกษากับงาน คุณภาพของการจ้างงาน ความเหลื่อมล้ำด้านโอกาส ความเปราะบางทางการเงิน และสุขภาวะ** ซึ่งสามารถส่งผลกระทบและเสริมแรงซึ่งกันและกัน

บุคคลที่มีต้นทุนทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำอาจมีโอกาสพัฒนาทักษะน้อยกว่า เข้าถึงข้อมูลและเครือข่ายอาชีพได้น้อยกว่า ต้องรีบเข้าสู่งานที่มีคุณภาพต่ำกว่า มีรายได้และหลักประกันน้อยกว่า และมีความเสี่ยงต่อภาระหนี้และปัญหาสุขภาพจิตมากกว่า ความเสียเปรียบในช่วงเริ่มต้นดังกล่าวอาจส่งผลต่อเส้นทางรายได้ การเรียนรู้ การเติบโตในอาชีพ และสุขภาวะตลอดช่วงชีวิต

ดังนั้น การพัฒนาคุณภาพทุนมนุษย์ของประเทศจึงจำเป็นต้องก้าวพ้นจากการดำเนินมาตรการแบบแยกส่วนไปสู่การสร้าง**ระบบนิเวศเพื่อการเปลี่ยนผ่านสู่การทำงานที่เชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ** ตั้งแต่การเตรียมความพร้อมและพัฒนาทักษะ การเข้าถึงข้อมูลและโอกาสการทำงาน การสร้างงานที่มีคุณค่า การลดต้นทุนในการตั้งหลัก การสร้างความมั่นคงทางการเงินและหลักประกันทางสังคม การดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิต ตลอดจนการสร้างโอกาสในการเรียนรู้และเติบโตในอาชีพอย่างต่อเนื่อง

เป้าหมายของระบบดังกล่าวจึงมิใช่เพียงการทำให้ประชาชน **“มีงานทำ”** แต่ต้องทำให้สามารถ **“เปลี่ยนผ่านเข้าสู่งานได้อย่างมีคุณภาพ ตั้งหลักได้ มีหลักประกัน ใช้และพัฒนาศักยภาพได้ และมีสุขภาวะที่ดี”** ซึ่งเป็นเงื่อนไขสำคัญของการยกระดับคุณภาพทุนมนุษย์และความสามารถในการพัฒนาประเทศในระยะยาว

๑.๓ แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงในอนาคต

แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของเศรษฐกิจ เทคโนโลยี โครงสร้างประชากร และรูปแบบการจ้างงาน จะทำให้การเปลี่ยนผ่านเข้าสู่โลกการทำงานมีความซับซ้อนมากขึ้นในอนาคต ความสำเร็จของการพัฒนาทุนมนุษย์จึงมิอาจพิจารณาเพียงความสามารถในการนำคนเข้าสู่ตลาดแรงงาน แต่ต้องคำนึงถึงความสามารถของบุคคลในการปรับตัว

เรียนรู้ พัฒนาทักษะ เปลี่ยนบทบาทการทำงาน และรักษาความมั่นคงและสุขภาวะตลอดเส้นทางอาชีพ โดยมีแนวโน้มสำคัญ ดังนี้

๑) ความไม่สมดุลระหว่างทักษะกับงานจะเป็นความท้าทายระยะยาว และตลาดแรงงานจะให้ความสำคัญกับ "สมรรถนะที่พิสูจน์ได้" มากขึ้น ตลาดแรงงานมีแนวโน้มลดการพึ่งพาคุณวุฒิทางการศึกษาเพียงอย่างเดียว และให้ความสำคัญมากขึ้นกับทักษะและสมรรถนะที่บุคคลสามารถแสดงให้เห็นและนำไปใช้ในการทำงานจริง การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะทำให้ระบบการศึกษาและระบบพัฒนาทักษะจำเป็นต้องปรับจากการรับรอง "สิ่งที่บุคคลเคยเรียน" ไปสู่การรับรอง "สิ่งที่บุคคลสามารถทำได้" โดยเชื่อมโยงคุณวุฒิ สมรรถนะ ประสบการณ์ทำงาน และการเรียนรู้ในรูปแบบต่าง ๆ เข้าด้วยกัน

ในขณะที่ประเทศไทยยังเผชิญความไม่สอดคล้องระหว่างทักษะของกำลังคนกับความต้องการของภาคเศรษฐกิจ การพัฒนาระบบทักษะในอนาคตจึงต้องมีความยืดหยุ่น สามารถตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของอุตสาหกรรมและอาชีพได้รวดเร็ว และเปิดโอกาสให้บุคคลสามารถพัฒนาทักษะใหม่ ยกระดับทักษะ และเปลี่ยนเส้นทางอาชีพได้ตลอดช่วงชีวิต (OECD, ๒๐๒๕)

๒) ปัญญาประดิษฐ์จะเปลี่ยนลักษณะและสัดส่วนของภารกิจงาน มากกว่าการแทนที่แรงงานทั้งหมด การขยายตัวของปัญญาประดิษฐ์ ระบบอัตโนมัติ และเทคโนโลยีดิจิทัลจะเปลี่ยนองค์ประกอบของงานในเกือบทุกสาขาอาชีพ โดยภารกิจบางประเภทอาจถูกแทนที่ด้วยเทคโนโลยี ขณะที่งานอีกจำนวนมากจะเปลี่ยนไปสู่รูปแบบที่มนุษย์ทำงานร่วมกับเทคโนโลยีมากขึ้น ดังนั้น ความสามารถในการใช้ AI และเครื่องมือดิจิทัลอย่างเหมาะสมจะกลายเป็นทักษะพื้นฐานของโลกการทำงานในอนาคต

อย่างไรก็ตาม ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีมิได้ลดความสำคัญของทักษะมนุษย์ แต่กลับทำให้ทักษะบางด้านมีคุณค่ามากขึ้น โดยเฉพาะการคิดวิเคราะห์และคิดเชิงวิพากษ์ การแก้ปัญหาที่ซับซ้อน ความคิดสร้างสรรค์ การสื่อสาร การทำงานร่วมกับผู้อื่น ความเข้าใจบริบททางสังคม การจัดการอารมณ์ และความสามารถในการตัดสินใจภายใต้ความไม่แน่นอน ระบบการศึกษาและระบบพัฒนาทักษะจึงต้องเตรียมคนให้สามารถ "ทำงานร่วมกับเทคโนโลยี" มากกว่ามุ่งเพียงการเรียนรู้การใช้เทคโนโลยีเป็นเครื่องมือ (OECD, ๒๐๒๔)

๓) การเรียนรู้ตลอดชีวิตจะเปลี่ยนจาก "ทางเลือก" เป็นโครงสร้างพื้นฐานของความมั่นคงทางอาชีพ ความผันผวนของเศรษฐกิจ เทคโนโลยี และอาชีพ ทำให้ความรู้หรือคุณวุฒิที่ได้รับในช่วงต้นของชีวิตไม่เพียงพอสำหรับการประกอบอาชีพตลอดช่วงวัยทำงาน บุคคลมีแนวโน้มต้องเรียนรู้เพิ่มเติม เปลี่ยนทักษะ เปลี่ยนบทบาท หรือเปลี่ยนอาชีพหลายครั้งตลอดชีวิต

ระบบสนับสนุนในอนาคตจึงจำเป็นต้องเปลี่ยนจากรูปแบบ "เรียนให้จบก่อนแล้วจึงทำงาน" ไปสู่ระบบที่การเรียนรู้และการทำงานเชื่อมโยงกันอย่างต่อเนื่อง โดยพัฒนากลไก เช่น ระบบคลังหน่วยกิต (Credit Bank) การรับรองผลการเรียนรู้เดิมและประสบการณ์ทำงาน ระบบคุณวุฒิและการรับรองสมรรถนะระยะสั้น ตลอดจนรูปแบบการเรียนรู้ที่ยืดหยุ่นและเข้าถึงได้สำหรับคนทำงาน

ระบบดังกล่าวควรทำให้บุคคลสามารถสะสมและนำผลการเรียนรู้จากสถานศึกษา สถานประกอบการ การฝึกอบรม และประสบการณ์จริงมาใช้ต่อยอดได้โดยไม่ต้องเริ่มต้นใหม่ทุกครั้ง อันจะช่วยเพิ่มความสามารถในการเคลื่อนย้ายทางอาชีพและลดความเสี่ยงจากการถูกทิ้งไว้ข้างหลังเมื่อโครงสร้างงานเปลี่ยนแปลง รูปแบบการจ้างงานจะมีความหลากหลายมากขึ้น และเส้นแบ่งระหว่าง "แรงงานในระบบ" กับ "แรงงานนอกระบบ" จะลดความชัดเจนลง

๔) ตลาดแรงงานในอนาคตมีแนวโน้มประกอบด้วยรูปแบบการทำงานที่หลากหลายมากขึ้น ทั้งการจ้างงานประจำ การจ้างงานแบบโครงการ การทำงานอิสระ การทำงานผ่านแพลตฟอร์ม การทำงานหลายอาชีพพร้อมกัน และการประกอบอาชีพที่ผสมผสานระหว่างการเป็นลูกจ้างและผู้ประกอบอาชีพอิสระ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้ระบบคุ้มครองทางสังคมที่ผูกสิทธิไว้กับสถานะการจ้างงานรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งอาจไม่สามารถรองรับเส้นทางชีวิตการทำงานในอนาคตได้อย่างเพียงพอ จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาระบบที่ทำให้สิทธิและหลักประกันสามารถติดตามบุคคลได้ แม้มีการเปลี่ยนนายจ้าง รูปแบบการจ้างงาน หรือสถานะการทำงาน เพื่อให้การเปลี่ยนแปลงของตลาดแรงงานไม่กลายเป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อความมั่นคงและสุขภาวะของประชาชน

๕) ความรับผิดชอบต่อผลลัพธ์ของการเปลี่ยนผ่านจะเปลี่ยนจากความรับผิดชอบของบุคคลไปสู่ความรับผิดชอบร่วมของระบบ แนวโน้มการบริหารจัดการระบบการศึกษาและตลาดแรงงานในอนาคตจะให้ความสำคัญกับผลลัพธ์ของการพัฒนาคนมากขึ้น มิใช่เพียงผลผลิต เช่น จำนวนผู้สำเร็จการศึกษา จำนวนหลักสูตร หรือจำนวนตำแหน่งงาน แต่รวมถึงคุณภาพของการมีงานทำ การใช้ทักษะ ความก้าวหน้าในอาชีพ และสุขภาวะของคนทำงาน สถานศึกษาและสถาบันอุดมศึกษาจึงจำเป็นต้องขยายบทบาทจากผู้จัดการศึกษาไปสู่การเป็น**ผู้สนับสนุนการเปลี่ยนผ่าน (Transition Support)** ทั้งด้านการแนะแนวอาชีพ การสร้างประสบการณ์ทำงาน การเชื่อมโยงกับนายจ้าง และการสนับสนุนการเรียนรู้หลังสำเร็จการศึกษา ขณะที่สถานประกอบการต้องมีบทบาทมากขึ้นในการพัฒนาคนผ่านการเรียนรู้จากการทำงานจริง (Work-based Learning) ระบบพี่เลี้ยง และการพัฒนาทักษะในสถานที่ทำงาน ภาครัฐในฐานะผู้กำหนดกติกาและสร้างสภาพแวดล้อมเอื้ออำนวย จำเป็นต้องพัฒนาระบบข้อมูล มาตรฐาน กลไกจูงใจ และระบบคุ้มครองที่ทำให้ภาคส่วนต่าง ๆ สามารถร่วมรับผิดชอบต่อ “คุณภาพของการเปลี่ยนผ่าน” ได้อย่างเป็นรูปธรรม

กล่าวโดยสรุป โลกการทำงานในอนาคตจะมีลักษณะสำคัญ คือ **งานเปลี่ยนเร็ว ทักษะมีอายุสั้น รูปแบบการจ้างงานหลากหลาย และเส้นทางอาชีพไม่เป็นเส้นตรง** การพัฒนาระบบนิเวศเพื่อการเปลี่ยนผ่านสู่การทำงานจึงต้องออกแบบให้บุคคลสามารถ**เข้า–ออก–กลับเข้าสู่การเรียนรู้และตลาดแรงงานได้อย่างยืดหยุ่น** พร้อมมีหลักประกันรองรับความเสี่ยงตลอดเส้นทาง มิใช่ออกแบบระบบโดยตั้งอยู่บนสมมติฐานว่าบุคคลจะเรียนครั้งเดียว ทำงานในรูปแบบเดียว และมีอาชีพเดียวตลอดชีวิต

๑.๔ ความท้าทายและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

จากสถานการณ์ปัจจุบันและแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงในอนาคต ความท้าทายของการเปลี่ยนผ่านสู่การทำงานมิได้เกิดจากการขาดความพร้อมของบุคคลเพียงด้านใดด้านหนึ่ง หากเป็นผลจากปัจจัยเชิงโครงสร้างหลายมิติที่เชื่อมโยงและเสริมแรงซึ่งกันและกัน โดยสามารถจำแนกความท้าทายสำคัญได้อย่างน้อย **๖ ประการ** ดังนี้

๑) ความไม่สอดคล้องระหว่างทักษะกับความต้องการของตลาดแรงงาน และข้อจำกัดของระบบพัฒนาทักษะ ผู้เข้าสู่โลกการทำงานจำนวนหนึ่งยังเผชิญข้อจำกัดทั้งด้านทักษะพื้นฐาน ทักษะวิชาชีพ ทักษะดิจิทัล ทักษะภาษา ทักษะการสื่อสารและการทำงานร่วมกับผู้อื่น รวมถึงประสบการณ์จากการทำงานจริง ส่งผลต่อโอกาสในการเข้าถึงงานที่สอดคล้องกับศักยภาพและมีเส้นทางความก้าวหน้าในอาชีพ ปัญหาดังกล่าวมิใช่เพียง Skill Gap ของบุคคล แต่สะท้อนความท้าทายของระบบที่ยังไม่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลความต้องการทักษะ การออกแบบหลักสูตร การแนะแนวอาชีพ การฝึกประสบการณ์ และการพัฒนาทักษะหลังเข้าสู่ตลาดแรงงานได้อย่างต่อเนื่อง (UNICEF Thailand, ๒๐๒๐)

๒) ช่องว่างระหว่างการศึกษากับการทำงาน และการขาดกลไกสนับสนุนการเปลี่ยนผ่านอย่างเป็นระบบ ช่วงระหว่างการศึกษาและการเข้าสู่งานยังมีลักษณะเป็น “รอยต่อ” ที่หน่วยงานต่าง ๆ รับผิดชอบแยกส่วนกัน ผู้เรียนอาจได้รับการศึกษาแต่ขาดข้อมูลเกี่ยวกับโลกของงาน ขาดโอกาสทดลองอาชีพ ขาดประสบการณ์การทำงานจริง

หรือไม่สามารถเชื่อมโยงทักษะที่มีเข้ากับตำแหน่งงานที่เหมาะสมได้. ความท้าทายสำคัญจึงอยู่ที่การสร้างระบบ Transition Support ที่เชื่อมสถานศึกษา หน่วยงานพัฒนาทักษะ บริการจัดหางาน นายจ้าง และระบบสนับสนุนทางสังคมเข้าด้วยกัน โดยเริ่มตั้งแต่ก่อนสำเร็จการศึกษาและติดตามต่อเนื่องในช่วงเริ่มต้นทำงาน

๓) ความไม่มั่นคงและความแตกต่างด้านคุณภาพของงาน รูปแบบการจ้างงานชั่วคราว งานตามโครงการ งานอิสระ และงานผ่านแพลตฟอร์มมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้เข้าสู่ตลาดแรงงานมีเส้นทางการทำงานที่หลากหลายมากขึ้น อย่างไรก็ตาม งานบางรูปแบบอาจมีความไม่แน่นอนด้านรายได้ ชั่วโมงการทำงาน สิทธิแรงงาน การเข้าถึงสวัสดิการ และโอกาสในการพัฒนาอาชีพ โดยเฉพาะสำหรับผู้ที่มีข้อจำกัดทางเศรษฐกิจและสังคมและมีอำนาจต่อรองต่ำ (ILO, ๒๐๒๕) ดังนั้น ความท้าทายของระบบมิใช่เพียงการเพิ่มจำนวนตำแหน่งงาน แต่ต้องสร้าง**งานที่มีคุณค่า (Decent Work)** และทำให้การคุ้มครองทางสังคมสามารถครอบคลุมรูปแบบการทำงานที่หลากหลายมากขึ้น

๔) รายได้เริ่มต้น ต้นทุนการดำรงชีวิต และความสามารถในการตั้งหลัก ผู้ที่เริ่มเข้าสู่โลกการทำงาน โดยเฉพาะผู้ที่ต้องย้ายถิ่นเข้าสู่เมืองหรือพื้นที่เศรษฐกิจสำคัญ อาจเผชิญภาวะที่รายได้ไม่สอดคล้องกับต้นทุนการดำรงชีวิต ทั้งค่าเช่าที่อยู่อาศัย ค่าเดินทาง ค่าอาหาร และค่าใช้จ่ายจำเป็นอื่น ๆ ต้นทุนดังกล่าวส่งผลต่อความสามารถในการเลือกงาน การรอคอยงานที่เหมาะสม การลงทุนพัฒนาทักษะ การสร้างเงินออม และการดำรงชีวิตอย่างเป็นอิสระจากครอบครัว จึงควรมอง “ต้นทุนการตั้งหลักชีวิต” เป็นองค์ประกอบหนึ่งของระบบการเปลี่ยนผ่าน มิใช่มองปัญหาเฉพาะด้านค่าจ้างเพียงอย่างเดียว

๕) ความเปราะบางทางการเงิน ภาระหนี้ และความเสี่ยงจากรูปแบบสินเชื่อใหม่ รายได้ที่ไม่แน่นอนเมื่อประกอบกับการเข้าถึงสินเชื่อดิจิทัล สินเชื่อเพื่อการบริโภค และบริการ “ซื้อก่อนจ่ายทีหลัง” สามารถเพิ่มความเสี่ยงต่อการก่อหนี้เกินความสามารถในการชำระ โดยเฉพาะในช่วงที่บุคคลยังไม่มีเงินออมฉุกเฉินและประสบการณ์ในการบริหารจัดการทางการเงินเพียงพอ (ตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย, ๒๕๖๕) ความมั่นคงทางการเงินในช่วงเริ่มทำงานจึงควรถูกพิจารณาในฐานะองค์ประกอบของสุขภาวะและความสามารถในการพัฒนาทุนมนุษย์ ไม่ใช่เป็นเพียงเรื่องวินัยทางการเงินของบุคคล โดยจำเป็นต้องมีทั้งการเสริมทักษะทางการเงิน ระบบให้คำปรึกษา การป้องกันสินเชื่อที่ไม่เป็นธรรม และกลไกช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาหนี้

๖) สุขภาวะและหลักประกันทางสังคมยังไม่ถูกบูรณาการกับระบบการเปลี่ยนผ่านอย่างเพียงพอ ช่วงเริ่มต้นทำงานเป็นช่วงที่บุคคลต้องปรับตัวต่อหลายมิติพร้อมกัน ทั้งบทบาทใหม่ ความคาดหวังในการทำงาน รายได้ ความสัมพันธ์ การย้ายถิ่น และความรับผิดชอบทางการเงิน ความไม่แน่นอนเหล่านี้สามารถเพิ่มความเครียดและส่งผลต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตได้ ขณะเดียวกัน ผู้เข้าสู่โลกการทำงานในรูปแบบที่หลากหลายอาจมีระดับการเข้าถึงหลักประกันและการคุ้มครองทางสังคมแตกต่างกัน การสร้างระบบนิเวศเพื่อการเปลี่ยนผ่านจึงต้องเชื่อมการสร้างเสริมสุขภาพ การดูแลสุขภาพจิต สิทธิแรงงาน การประกันรายได้ และระบบคุ้มครองทางสังคมเข้าเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการตั้งแต่ต้น มิใช่รอให้เกิดปัญหาแล้วจึงเข้าสู่ระบบช่วยเหลือ ความท้าทายสำคัญมิใช่ “ปัญหาของคนเริ่มทำงาน” แต่คือ “ช่องว่างของระบบ”

ความท้าทายทั้งหกประการมิได้เกิดขึ้นอย่างแยกส่วน หากแต่เชื่อมโยงและเสริมแรงซึ่งกันและกันเป็นวงจร ตัวอย่างเช่น ข้อจำกัดด้านทักษะ ข้อมูล และเครือข่าย อาจทำให้บุคคลเข้าถึงงานที่มีคุณค่าและโอกาสก้าวหน้าได้จำกัด ขณะที่งานที่ไม่มั่นคงอาจนำไปสู่รายได้ที่ไม่แน่นอนและเพิ่มความเปราะบางทางการเงิน ซึ่งสามารถส่งผลต่อสุขภาวะโดยเฉพาะสุขภาพจิต และลดโอกาสในการลงทุนเพื่อเรียนรู้หรือพัฒนาทักษะเพิ่มเติม หากระบบสนับสนุนยังคงดำเนินงานแบบแยกส่วน ภาระในการค้นหา เข้าถึง และเชื่อมต่อบริการระหว่างระบบการศึกษาและการเรียนรู้ ระบบพัฒนาทักษะ ตลาดแรงงาน ระบบสุขภาพ และระบบคุ้มครองทางสังคมจะตกอยู่กับบุคคลเป็นสำคัญ ซึ่งอาจยิ่งซ้ำเติมความเสียเปรียบ

ของผู้ที่มีทรัพยากร ทุนทางสังคม หรือความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลและโอกาสน้อยกว่า และทำให้ความเหลื่อมล้ำในช่วงเริ่มต้นของชีวิตการทำงานสะสมต่อเนื่องไปในระยะยาว

ดังนั้น การรับมือกับความท้าทายในช่วงเปลี่ยนผ่านสู่การทำงานจึงจำเป็นต้องเปลี่ยนจาก “การแก้ปัญหาเป็นรายประเด็น” ไปสู่ “การจัดการเส้นทางการเปลี่ยนผ่านทั้งระบบ” (Managing the Transition Pathway) ผ่านการพัฒนา ระบบนิเวศช่วงเปลี่ยนผ่านสู่การทำงาน (Transition-to-Work Ecosystem) ที่เชื่อมโยงการเรียนรู้และการพัฒนาทักษะ การแนะแนวและการเข้าถึงโอกาส การเข้าสู่งานที่มีคุณค่า การตั้งหลักทางเศรษฐกิจและสังคม สุขภาวะ ความเป็นธรรมในการทำงาน หลักประกันทางสังคม และการเรียนรู้ตลอดชีวิตเข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง โดยไม่มุ่งสร้างระบบใหม่ขึ้นมาแยกต่างหาก แต่เป็นการ เชื่อมสิ่งที่มี เติมช่องว่างที่จำเป็น และปรับระบบให้ทำงานร่วมกันตามเส้นทางของบุคคล

ภายใต้กรอบดังกล่าว การเปลี่ยนผ่านสู่การทำงาน (Transition to Work) จึงไม่ควรถูกมองเพียงว่าเป็นการเคลื่อนย้ายจาก “สถานศึกษา” ไปสู่ “งานแรก” แต่เป็นกระบวนการต่อเนื่องตั้งแต่ “เตรียมพร้อมและพัฒนาศักยภาพ → เข้าถึงโอกาสและกำหนดเส้นทางชีวิต → เข้าสู่งานที่มีคุณค่าและเป็นธรรม → มีสุขภาวะ ความสัมพันธ์ และสมดุลชีวิตในการทำงาน → มีความมั่นคงทางเศรษฐกิจและหลักประกันชีวิต” ดังนั้นคุณภาพของการเปลี่ยนผ่านในช่วงเปลี่ยนผ่านนี้จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดโอกาส เส้นทางอาชีพ รายได้ สุขภาวะ และความมั่นคงของบุคคลในระยะยาว และเป็น “จุดเปลี่ยนผ่านเชิงยุทธศาสตร์ (Strategic Transition Point)” ที่มีนัยสำคัญต่อผลิตภาพ คุณภาพทุนมนุษย์ และศักยภาพการพัฒนาประเทศในระยะยาว

๒. ขอบเขตของประเด็นและนิยามศัพท์

๒.๑ ขอบเขตด้านเนื้อหา

ประเด็นนี้มุ่งพัฒนา “ระบบนิเวศช่วงเปลี่ยนผ่านชีวิตของกลุ่มเริ่มต้นทำงาน (Transition-to-Work Ecosystem for First Jobbers)” ให้เป็นระบบสนับสนุนที่เชื่อมโยงและต่อเนื่อง ตั้งแต่การเตรียมความพร้อม การเข้าถึงโอกาส การเข้าสู่งาน การปรับตัวและตั้งหลักชีวิต ตลอดจนการมีสุขภาวะ ความมั่นคง และการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บุคคลสามารถเปลี่ยนผ่านเข้าสู่โลกการทำงานได้อย่างมีคุณภาพ เข้าถึงงานที่มีคุณค่า มีความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคม มีสุขภาวะที่ดี และสามารถเรียนรู้และปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของโลกการทำงานได้ตลอดช่วงชีวิต

การดำเนินงานมิได้มุ่งเพียง “การพัฒนาความพร้อมของบุคคล” แต่ให้ความสำคัญกับ “การพัฒนาระบบและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเปลี่ยนผ่าน” ควบคู่กัน โดยเชื่อมโยงระบบการศึกษาและการเรียนรู้ การพัฒนาทักษะ ตลาดแรงงานและสถานประกอบการ ระบบสุขภาพและสุขภาวะ ระบบเศรษฐกิจและการเงิน ระบบคุ้มครองทางสังคม ที่อยู่อาศัย การเดินทาง ตลอดจนระบบข้อมูลและกลไกเชิงพื้นที่ เพื่อลดช่องว่าง ความเหลื่อมล้ำ และจุดสะดุดของการเปลี่ยนผ่าน ที่อาจจำกัดโอกาสในการเข้าสู่โลกการทำงานและการตั้งหลักชีวิต

ขอบเขตด้านเนื้อหาประกอบด้วย ๖ มิติสำคัญที่เชื่อมโยงและเกื้อหนุนกันตลอดเส้นทางการเปลี่ยนผ่าน ดังนี้

๑) มิติการสร้างความพร้อมและพัฒนาศักยภาพเพื่อเข้าสู่โลกการทำงาน

ครอบคลุมการพัฒนาความรู้ ทักษะ และสมรรถนะที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตและการทำงาน ทั้งทักษะพื้นฐาน ทักษะวิชาชีพ ทักษะดิจิทัลและปัญญาประดิษฐ์ ทักษะภาษา ทักษะทางสังคมและอารมณ์ ความรู้ทางการเงินและความรู้เกี่ยวกับสิทธิในการทำงาน รวมถึงการแนะแนวอาชีพ การฝึกประสบการณ์ การเรียนรู้จากการทำงานและการรับรอง สะสม และต่อยอดสมรรถนะจากการเรียนรู้ในรูปแบบที่หลากหลาย เพื่อให้บุคคล รู้จักศักยภาพของตน มีความพร้อม และสามารถเรียนรู้และพัฒนาตนเองได้อย่างต่อเนื่อง

๒) มิติการเข้าถึงโอกาสและการกำหนดเส้นทางชีวิตและอาชีพ

ครอบคลุมการเข้าถึงข้อมูล คำปรึกษา โอกาส ทรัพยากร และบริการสนับสนุน ที่จำเป็นต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับการศึกษา การพัฒนาทักษะ การทำงาน และการกำหนดเส้นทางชีวิตและอาชีพ รวมทั้งการลดอุปสรรคและต้นทุนของการเปลี่ยนผ่าน เช่น ที่อยู่อาศัย การเดินทาง การย้ายถิ่น ค่าครองชีพ และค่าใช้จ่ายในช่วงฝึกงานหรือเริ่มต้นทำงาน โดยคำนึงถึงความแตกต่างด้านฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมและบริบทพื้นที่ เพื่อให้บุคคลสามารถมองเห็น เข้าถึง และเลือกใช้โอกาสที่เหมาะสมกับศักยภาพและบริบทชีวิตของตน

๓) มิติการเข้าถึงงานที่มีคุณค่าและเป็นธรรม

ครอบคลุมระบบข้อมูลและบริการด้านการมีงานทำ การจับคู่ระหว่าง “คน–ทักษะ–งาน–โอกาส” การเชื่อมต่อจากการศึกษาและการพัฒนาทักษะเข้าสู่ตลาดแรงงาน การส่งเสริมโอกาสสำหรับผู้เข้าสู่โลกการทำงานตลอดจนการพัฒนารูปแบบการฝึกงานและการจ้างงานเริ่มต้นที่เหมาะสมและเป็นธรรม

มิตินี้ให้ความสำคัญกับการเข้าถึง งานที่มีคุณค่า (Decent Work) ซึ่งมีค่าตอบแทนและเงื่อนไขการทำงานที่เหมาะสม มีความปลอดภัยและความมั่นคง ได้รับการคุ้มครองสิทธิ และเปิดโอกาสให้บุคคลได้ใช้ศักยภาพ เรียนรู้ พัฒนาทักษะ และเติบโตในสายอาชีพ โดยมุ่งยกระดับผลลัพธ์จากเพียง “การมีงานทำ” ไปสู่ “การมีงานที่มีคุณค่าและเอื้อต่อคุณภาพชีวิต”

๔) มิติสุขภาวะ ความสัมพันธ์ และสมดุลชีวิตในการทำงาน

ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาวะอย่างเป็นองค์รวม ทั้งสุขภาพกาย สุขภาพจิต สุขภาพสังคม และสุขภาวะทางปัญญา รวมถึงการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การจัดการความเสี่ยงด้านสุขภาพจากการทำงานและการเชื่อมโยงบริการสุขภาพกับสถานประกอบการและชุมชน ความปลอดภัยและศักดิ์ศรีในการทำงาน ความหลากหลายและการไม่เลือกปฏิบัติ ตลอดจนการสร้างสมดุลระหว่างงานกับชีวิต รวมถึงการสร้างความสัมพันธ์และระบบสนับสนุนทางสังคมในสถานที่ทำงาน เช่น ระบบพี่เลี้ยง การให้คำปรึกษา เครือข่ายเพื่อนร่วมงาน และพื้นที่ให้คนทำงานมีส่วนร่วมและสะท้อนเสียง ตลอดจนการสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่ให้คุณค่าและการยอมรับ เพื่อให้บุคคลสามารถทำงาน มีความสัมพันธ์ที่เกื้อหนุน เติบโต และมีคุณภาพชีวิตที่ดีไปพร้อมกัน

๕) มิติความมั่นคงทางเศรษฐกิจและหลักประกันชีวิต

ครอบคลุมความมั่นคงด้านรายได้ ความรู้และทักษะทางการเงิน การบริหารรายรับ–รายจ่าย การออม การจัดการหนี้ และการวางแผนทางการเงิน ตลอดจนการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ หลักประกันทางสังคม และการคุ้มครองเมื่อเผชิญความเสี่ยง เช่น การเจ็บป่วย การว่างงาน หรือการสูญเสียรายได้

รวมถึงการพัฒนาระบบคุ้มครองทางสังคมให้ครอบคลุม เพียงพอ ต่อเนื่อง และรองรับรูปแบบการทำงานที่หลากหลาย โดยให้ความสำคัญกับความสามารถในการพกพาสิทธิ (Portability) เมื่อมีการเปลี่ยนนายจ้าง อาชีพ หรือรูปแบบการทำงาน เพื่อให้บุคคลสามารถตั้งหลักทางเศรษฐกิจ รับมือกับความเสี่ยง และสร้างความมั่นคงในระยะยาว

๖) มิติระบบสนับสนุน ข้อมูลร่วม และกลไกขับเคลื่อนระบบนิเวศเชิงพื้นที่

เป็นกลไกหนุนเสริมร่วม (Cross-cutting Enabler) ที่ทำให้มิติที่ ๑–๕ สามารถเชื่อมโยงและทำงานร่วมกันได้อย่างเป็นระบบ ครอบคลุมการพัฒนาระบบข้อมูลและตัวชี้วัดร่วม การเชื่อมโยงบริการ การประสานการทำงานระหว่างหน่วยงาน การติดตามและประเมินผล ตลอดจนการสร้างกลไก ความรับผิดชอบร่วม (Shared Accountability) ระหว่างภาครัฐ สถานศึกษา สถานประกอบการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาสังคม ชุมชน และกลุ่มเริ่มต้นทำงาน

ให้ความสำคัญกับการเชื่อมโยงการดำเนินงานระหว่างระดับชาติและระดับพื้นที่ โดยใช้ข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ “เส้นทางและจุดสะดุดของการเปลี่ยนผ่าน” กำหนดเป้าหมายร่วม ออกแบบบริการและมาตรการให้สอดคล้องกับความแตกต่างของบุคคล โครงสร้างเศรษฐกิจ ตลาดแรงงาน และต้นทุนชีวิตในแต่ละพื้นที่ รวมทั้งนำผลลัพธ์และบทเรียนจากพื้นที่กลับไปใช้ในการพัฒนานโยบายอย่างต่อเนื่อง

๒.๒ ขอบเขตด้านกลุ่มเป้าหมายและประชากร

กลุ่มเป้าหมายหลักของประเด็นนี้ คือ **ประชากรที่อยู่ในช่วงเปลี่ยนผ่านเข้าสู่โลกการทำงานและระยะเริ่มต้นของชีวิตการทำงาน** โดยมิได้จำกัดเฉพาะผู้สำเร็จการศึกษาใหม่หรือผู้มีงานแรก แต่ครอบคลุมตั้งแต่ผู้ที่กำลังเตรียมเข้าสู่โลกการทำงาน ผู้ที่กำลังค้นหาและเข้าสู่งาน ตลอดจนผู้ที่อยู่ในช่วงปรับตัวและตั้งหลักในระยะแรกของชีวิตการทำงาน

กลุ่มเป้าหมายหลัก ประกอบด้วย

๑. **นักเรียน นักศึกษา และผู้เรียนในช่วงปลายของการศึกษา** ที่กำลังเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่โลกการทำงาน

๒. **ผู้สำเร็จการศึกษาใหม่และผู้ที่กำลังเข้าสู่ตลาดแรงงานเป็นครั้งแรก** รวมถึงผู้ที่อยู่ระหว่างการค้นหางาน

๓. **ผู้เริ่มต้นทำงาน** ทั้งการจ้างงานในระบบ นอกระบบ การทำงานอิสระ งานแพลตฟอร์ม และรูปแบบการทำงานอื่น

๔. **ผู้ที่ประสบภาวะสะดุดในช่วงเริ่มต้นของชีวิตการทำงาน** เช่น ว่างงาน ทำงานไม่เต็มเวลา ทำงานต่ำกว่าระดับทักษะหรือการศึกษา หรือยังไม่สามารถเข้าถึงงานที่มีคุณค่า

๕. **ผู้ที่ต้องการการสนับสนุนเพิ่มเติมในการเปลี่ยนผ่านสู่การพึ่งพาตนเองผ่านการทำงาน** โดยเฉพาะผู้ที่มีข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจและสังคม คนพิการ ผู้ที่อยู่นอกระบบการศึกษา ผู้ที่มีข้อจำกัดด้านสุขภาวะ ที่อยู่อาศัย การเดินทาง หรือการเข้าถึงโอกาส ทั้งนี้ โดยคำนึงถึงสถานะการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่โลกการทำงานของแต่ละบุคคลเป็นสำคัญ

อย่างไรก็ตาม เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาฐานข้อมูล การกำหนดตัวชี้วัด และการติดตามผล ควรกำหนด **“ช่วงเวลาของการเปลี่ยนผ่าน (Transition Window)”** ที่สามารถติดตามได้ เช่น ตั้งแต่ช่วงก่อนสำเร็จการศึกษาหรือก่อนเข้าสู่โลกการทำงาน จนถึงระยะ **๓–๕ ปีแรกของชีวิตการทำงาน** ทั้งนี้ โดยไม่ใช้กรอบเวลาดังกล่าวเป็นเงื่อนไขตายตัวในการจำกัดสิทธิหรือการเข้าถึงบริการ

นอกจากกลุ่มเป้าหมายหลักแล้ว ยังให้ความสำคัญกับ **“ผู้มีบทบาทร่วมในการกำหนดคุณภาพของการเปลี่ยนผ่าน”** ได้แก่ ครอบครัว สถานศึกษาและสถาบันพัฒนาทักษะ นายจ้างและสถานประกอบการ หน่วยงานด้านแรงงานและการจัดหางาน หน่วยบริการสุขภาพ หน่วยงานด้านการคุ้มครองทางสังคม สถาบันการเงิน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน และภาคประชาสังคม ซึ่งถือเป็น**องค์ประกอบของระบบนิเวศและมีความรับผิดชอบร่วมต่อผลลัพธ์ของการเปลี่ยนผ่าน**

๒.๓ ขอบเขตด้านพื้นที่ ระบบ และกลไก

การพัฒนาระบบนิเวศช่วงเปลี่ยนผ่านชีวิตของกลุ่มเริ่มต้นทำงานครอบคลุมทั้ง **ระดับชาติและระดับพื้นที่** โดยมุ่งเชื่อมโยงนโยบาย ระบบบริการ ทรัพยากร และกลไกสนับสนุนที่มีอยู่ ให้สามารถทำงานต่อเนื่องตามเส้นทางการเปลี่ยนผ่านของบุคคล ตั้งแต่การเตรียมความพร้อม การเข้าถึงโอกาส การเข้าสู่งาน การปรับตัวและตั้งหลัก ตลอดจนการมีสุขภาวะ ความมั่นคง และการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง

ขอบเขตการดำเนินงานจำแนกเป็น **๓ ส่วน ได้แก่ พื้นที่ ระบบ และกลไก** ดังนี้

๑) ขอบเขตด้านพื้นที่

ครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศ โดยคำนึงถึงความแตกต่างของ **โครงสร้างเศรษฐกิจ ตลาดแรงงาน โอกาสในการจ้างงาน ค่าครองชีพ ที่อยู่อาศัย การเดินทาง การเข้าถึงบริการ และต้นทุนของการเปลี่ยนผ่าน** ในแต่ละพื้นที่ ทั้งกรุงเทพมหานครและปริมณฑล เมืองใหญ่และเมืองรอง พื้นที่อุตสาหกรรมและเขตเศรษฐกิจสำคัญ ตลอดจนพื้นที่ชนบทและพื้นที่ที่มีข้อจำกัดด้านโอกาสทางเศรษฐกิจและการจ้างงาน

ให้ความสำคัญกับพื้นที่ที่มีการเคลื่อนย้ายประชากรเข้าสู่แหล่งงานสูง พื้นที่ที่มีค่าครองชีพและต้นทุนที่อยู่อาศัยหรือการเดินทางสูง พื้นที่ที่มีความต้องการกำลังคนเฉพาะด้าน ตลอดจนพื้นที่ที่ประชาชนมีข้อจำกัดในการเข้าถึงการศึกษา การพัฒนาทักษะ งานที่มีคุณค่า และหลักประกันทางสังคม

การดำเนินงานใช้แนวทาง **การพัฒนาที่คำนึงถึงบริบทพื้นที่** (Place-based Approach) โดยมีกรอบเป้าหมายและทิศทางร่วมในระดับประเทศ ขณะเดียวกันเปิดพื้นที่ให้กลไกระดับพื้นที่สามารถ **ใช้ข้อมูล วิเคราะห์ปัญหา กำหนดเป้าหมาย และออกแบบมาตรการ** ให้สอดคล้องกับศักยภาพ ทรัพยากร โครงสร้างเศรษฐกิจ ตลาดแรงงาน และเงื่อนไขชีวิตของประชาชนในแต่ละพื้นที่

๒) ขอบเขตด้านระบบ

ครอบคลุมระบบสำคัญที่มีผลต่อคุณภาพของการเปลี่ยนผ่าน โดยมุ่ง **เชื่อมระบบที่มีอยู่ให้ทำงานต่อเนื่องตามเส้นทางชีวิตของบุคคล** ประกอบด้วยอย่างน้อย ๗ ระบบ ได้แก่

๑. **ระบบการศึกษา การเรียนรู้ และการพัฒนาทักษะ** เพื่อสร้างความพร้อม พัฒนาสมรรถนะ และสนับสนุนการเรียนรู้ตลอดชีวิต

๒. **ระบบแนะแนวอาชีพ การจัดหางาน และข้อมูลตลาดแรงงาน** เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจการกำหนดเส้นทางชีวิตและอาชีพ และเชื่อมโยงคน ทักษะ งาน และโอกาส

๓. **ระบบตลาดแรงงานและสถานประกอบการ** เพื่อสนับสนุนการเข้าสู่งานที่มีคุณค่าและเป็นธรรม การเรียนรู้จากการทำงาน การพัฒนาทักษะ และความก้าวหน้าในอาชีพ

๔. **ระบบสุขภาพและสุขภาวะ** เพื่อส่งเสริมสุขภาพกาย สุขภาพจิต และสุขภาพสังคม รวมทั้งสร้างสภาพแวดล้อมการทำงานที่ปลอดภัย เป็นธรรม และเอื้อต่อคุณภาพชีวิต

๕. **ระบบคุ้มครองทางสังคมและสิทธิในการทำงาน** เพื่อสร้างหลักประกันด้านสุขภาพ รายได้ และการดำรงชีวิต รวมถึงการคุ้มครองเมื่อเจ็บป่วย ว่างงาน สูญเสียรายได้ หรือเปลี่ยนสถานการณ์ทำงาน

๖. **ระบบสนับสนุนการตั้งหลักและความมั่นคงทางเศรษฐกิจ** ครอบคลุมการบริหารการเงิน การออมและหนี้สิน ที่อยู่อาศัย การเดินทาง และต้นทุนจำเป็นต่อการดำรงชีวิต โดยเฉพาะผู้ที่ต้องเคลื่อนย้ายเข้าสู่แหล่งงาน

๗. **ระบบข้อมูลและการติดตามผล** เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลด้านการศึกษา ทักษะ โอกาสในการทำงาน คุณภาพงาน รายได้ สุขภาวะ และหลักประกันทางสังคม สำหรับการวางแผน กำหนดนโยบาย ติดตามผล และพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง โดยคำนึงถึงสิทธิและการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล

ระบบทั้ง ๗ มิใช่ระบบที่แยกขาดจากกัน แต่ต้องสามารถ **เชื่อมต่อและส่งต่อการสนับสนุนตามเส้นทางของบุคคล** เพื่อลดช่องว่างระหว่างระบบและป้องกันมิให้บุคคลหลุดออกจากการสนับสนุนในช่วงที่มีการเปลี่ยนสถานะของชีวิตและการทำงาน

๓) ขอบเขตด้านกลไก

มุ่ง **ใช้ พัฒนา และเชื่อมโยงกลไกที่มีอยู่** ให้สามารถตอบสนองต่อช่วงเปลี่ยนผ่านได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยหลีกเลี่ยงการสร้างโครงสร้างใหม่ที่ซ้ำซ้อน และให้ความสำคัญกับกลไกสำคัญ ได้แก่

๑. **กลไกการเตรียมความพร้อมและเชื่อมต่อสู่โลกการทำงาน** เช่น การแนะแนวอาชีพ การฝึกงานที่มีคุณภาพ การเรียนรู้จากการทำงานจริง (Work-based Learning) การประเมินและรับรองสมรรถนะ และการจับคู่ระหว่างคน ทักษะ งาน และโอกาส

๒. **กลไกนโยบายตลาดแรงงานเชิงรุก (Active Labour Market Policies: ALMPs)** เช่น บริการจัดหางาน การพัฒนาทักษะ การให้คำปรึกษา การส่งเสริมการจ้างงาน และการสนับสนุนการประกอบอาชีพ เพื่อช่วยให้บุคคลเข้าสู่หรือกลับเข้าสู่การทำงานและลดความเสี่ยงของการว่างงานระยะยาว

๓. **กลไกการเรียนรู้ตลอดชีวิตและการรับรองสมรรถนะ** เช่น ระบบคลังหน่วยกิต การสะสมและเทียบโอนผลการเรียนรู้ การรับรองประสบการณ์และสมรรถนะ ตลอดจนการพัฒนาทักษะใหม่ (Reskill) และการยกระดับทักษะ (Upskill)

๔. **กลไกการคุ้มครองทางสังคมและความมั่นคงในการดำรงชีวิต** โดยเชื่อมโยงหลักประกันสุขภาพ การประกันสังคม การคุ้มครองสิทธิและรายได้ ความมั่นคงทางการเงิน รวมถึงมาตรการด้านที่อยู่อาศัยและการเดินทาง ให้รองรับรูปแบบการทำงานและเส้นทางอาชีพที่หลากหลาย

๕. **กลไกบูรณาการข้อมูล ความร่วมมือ และความรับผิดชอบร่วม** เพื่อเชื่อมโยงข้อมูล บริการ และการดำเนินงานของภาครัฐ สถานศึกษา สถานประกอบการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาสังคม ชุมชน และกลุ่มเริ่มต้นทำงาน ภายใต้หลัก **ความรับผิดชอบร่วมต่อผลลัพธ์ (Shared Accountability)**

ในระดับพื้นที่ ควรใช้ **กลไกที่มีอยู่เป็นฐานของการบูรณาการ** โดยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานด้านแรงงาน สถานศึกษา สถานประกอบการ หน่วยบริการสุขภาพ ภาคประชาสังคม และภาคีที่เกี่ยวข้องร่วมกันใช้ข้อมูล วิเคราะห์ **“เส้นทางและจุดสะดุดของการเปลี่ยนผ่าน”** กำหนดเป้าหมายร่วม และเชื่อมโยงบริการให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ขณะที่ระดับชาติมีบทบาทในการกำหนดทิศทาง มาตรฐาน ระบบข้อมูล ทรัพยากร และเงื่อนไขเชิงนโยบายที่เอื้อต่อการดำเนินงานของพื้นที่ โดยพิจารณาบทบาทขององค์การบริหารส่วนจังหวัดและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการประสานความร่วมมือและสนับสนุนการดำเนินงานตามอำนาจหน้าที่และศักยภาพของแต่ละพื้นที่ พร้อมกำหนดกลไกประสานงานหลัก แผนปฏิบัติการร่วม แหล่งทรัพยากร และระบบติดตามประเมินผลที่ชัดเจน เพื่อให้การขับเคลื่อนสามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่องและไม่ซ้ำซ้อนกับกลไกที่มีอยู่

หลักการสำคัญ

หัวใจของข้อเสนอนี้ **มิใช่การสร้าง “ระบบใหม่” สำหรับกลุ่มเริ่มต้นทำงาน** แต่คือการทำให้ **“ระบบที่มีอยู่ทำงานเชื่อมโยงกันจากมุมมองของชีวิตคน”** และสามารถรองรับการเปลี่ยนสถานะจากผู้เรียนสู่ผู้ทำงาน จากการหางาน

สู่การมีงาน จากงานหนึ่งสู่อีกงานหนึ่ง หรือจากรูปแบบการทำงานหนึ่งสู่อีกรูปแบบหนึ่งได้อย่าง **ต่อเนื่องและไร้รอยต่อ (Seamless Transition)**

สิทธิ บริการ และการสนับสนุนจึงควร **"ตามคน ไม่ขาดตอนเมื่อสถานะเปลี่ยน"** เพื่อให้คนรุ่นใหม่ไม่หลุดจากระบบในช่วงเปลี่ยนผ่าน ลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงโอกาส และทำให้การเข้าสู่โลกการทำงานนำไปสู่ **การตั้งหลักชีวิต การมีงานที่มีคุณค่า สุขภาวะ และความมั่นคงในระยะยาว**

๒.๔ นิยามศัพท์สำคัญ

คำศัพท์	นิยามเชิงปฏิบัติการ
ระบบนิเวศช่วงเปลี่ยนผ่านชีวิตของกลุ่มเริ่มต้นทำงาน	ระบบและสภาพแวดล้อมที่เชื่อมโยงการศึกษา การพัฒนาทักษะ โอกาสในการประกอบอาชีพ การมีงานที่มีคุณค่า สุขภาวะ ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ และหลักประกันทางสังคม ผ่านความร่วมมือของภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อสนับสนุนให้บุคคลสามารถเปลี่ยนผ่านเข้าสู่โลกการทำงาน ตั้งหลักชีวิต และเติบโตได้อย่างมีคุณภาพและเป็นธรรม
การเปลี่ยนผ่านสู่การทำงาน (Transition to Work)	กระบวนการเปลี่ยนผ่านจากการเรียนรู้หรือการเตรียมความพร้อมเข้าสู่โลกการทำงาน ครอบคลุมการค้นหาโอกาส การเลือกเส้นทางอาชีพ การเข้าสู่งาน การปรับตัว และการสร้างความมั่นคงในระยะเริ่มต้นของชีวิตการทำงาน
ผู้เริ่มต้นชีวิตการทำงาน (First Jobber)	บุคคลที่อยู่ในช่วงเริ่มต้นของการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่โลกการทำงาน ครอบคลุมผู้ที่กำลังเตรียมเข้าสู่ตลาดแรงงาน ผู้กำลังหางานแรก และผู้ที่เริ่มทำงานหรือประกอบอาชีพเป็นครั้งแรกในรูปแบบต่าง ๆ ทั้งการเป็นลูกจ้าง ผู้ประกอบอาชีพอิสระ แรงงานแพลตฟอร์ม และผู้ประกอบการ โดยไม่จำกัดเฉพาะผู้สำเร็จการศึกษาในระบบหรือผู้ที่เข้าสู่การจ้างงานในระบบ
ผู้เริ่มงานครั้งแรกภายใน ๑๒ เดือน	นิยามเชิงปฏิบัติการสำหรับการติดตามและประเมินผล หมายถึง บุคคลที่เริ่มทำงานหรือประกอบอาชีพเป็นครั้งแรกภายในระยะเวลาไม่เกิน ๑๒ เดือน โดยอาจติดตามผลต่อเนื่องในระยะ ๓–๕ ปี เพื่อประเมินคุณภาพของการเปลี่ยนผ่าน การตั้งหลักชีวิต และความก้าวหน้าในอาชีพ
คุณภาพของการเปลี่ยนผ่าน (Quality of Transition)	ผลลัพธ์ของการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่โลกการทำงานที่พิจารณามากกว่าการมีงานทำ โดยครอบคลุมความเหมาะสมของงานกับศักยภาพและทักษะ คุณภาพงาน รายได้ ความมั่นคง สุขภาวะ การเข้าถึงสิทธิและหลักประกัน ตลอดจนโอกาสในการเรียนรู้และเติบโตในอาชีพ
งานที่มีคุณค่าและเป็นธรรม	งานที่มีค่าตอบแทนเหมาะสมและเป็นธรรม มีสภาพการทำงานที่ปลอดภัย เคารพสิทธิและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ไม่เลือกปฏิบัติ มีกระบวนการสรรหาและจ้างงานที่โปร่งใส เป็นธรรม ยึดหลักความรู้ ความสามารถ และสมรรถนะของบุคคล โดยไม่อิงระบบอุปถัมภ์หรือความสัมพันธ์ส่วนบุคคล มีหลักประกันทางสังคม และเอื้อต่อการเรียนรู้ การพัฒนาศักยภาพ และความก้าวหน้าในอาชีพ
การคุ้มครองทางสังคม (Social Protection)	นโยบาย มาตรการ และกลไกที่มุ่งป้องกัน ลด และบรรเทาความเสี่ยงทางเศรษฐกิจและสังคม เพื่อให้บุคคลสามารถเข้าถึงหลักประกันรายได้ สุขภาพ สิทธิแรงงาน และบริการสนับสนุนที่จำเป็นได้อย่างครอบคลุม เป็นธรรม และต่อเนื่อง

คำศัพท์	นิยามเชิงปฏิบัติการ
ระบบคุ้มครองทางสังคมที่ตอบสนองต่อช่วงเปลี่ยนผ่าน (Transition-responsive Social Protection)	ระบบคุ้มครองทางสังคมที่รองรับความเสี่ยงและความต้องการในช่วงเปลี่ยนผ่านเข้าสู่โลกการทำงาน โดยเชื่อมโยงสิทธิและบริการที่จำเป็นให้ต่อเนื่องเมื่อบุคคลเปลี่ยนสถานะการศึกษา การจ้างงาน อาชีพ หรือรูปแบบการทำงาน
นโยบายตลาดแรงงานเชิงรุก (Active Labour Market Policies: ALMPs)	นโยบายและมาตรการที่สนับสนุนให้บุคคลเข้าถึงโอกาสในการมีงานทำและพัฒนาศักยภาพในการประกอบอาชีพ ผ่านการแนะแนว การพัฒนาทักษะ การจัดหางาน การส่งเสริมการจ้างงาน และมาตรการช่วยเหลือกลุ่มที่เผชิญอุปสรรคในการเข้าสู่ตลาดแรงงาน
การเรียนรู้ตลอดชีวิต (Lifelong Learning)	กระบวนการเรียนรู้และพัฒนาความรู้ ทักษะ และสมรรถนะอย่างต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิต ทั้งในระบบ นอกระบบ และตามอัธยาศัย รวมถึงการเรียนรู้จากประสบการณ์และการทำงาน โดยสามารถสะสม เทียบโอน และรับรองผลการเรียนรู้เพื่อพัฒนาตนเองและอาชีพ
กรอบการพัฒนาตลอดช่วงชีวิต (Life-course Approach)	แนวคิดที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพ สุขภาวะ และโอกาสของบุคคลอย่างต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิต โดยตระหนักถึงความแตกต่างของเงื่อนไขตั้งต้นในชีวิตและโอกาสในการเข้าถึงทรัพยากรของแต่ละบุคคล รวมถึงผลกระทบสะสมจากประสบการณ์และเงื่อนไขในแต่ละช่วงวัย
ความสามารถในการรับมือความเสี่ยงทางการเงิน (Financial Resilience)	ความสามารถของบุคคลในการบริหารรายได้ รายจ่าย การออม และภาระหนี้ ตลอดจนเตรียมความพร้อมและรับมือกับความผันผวนหรือเหตุการณ์ที่กระทบต่อความมั่นคงทางการเงิน โดยสามารถดำรงชีวิตและพัฒนาตนเองได้อย่างต่อเนื่อง
ระบบสนับสนุนความมั่นคงทางการเงิน	ระบบและกลไกที่เชื่อมโยงการสร้างความรอบรู้ทางการเงิน การออม การจัดการหนี้ การเข้าถึงบริการทางการเงินที่เป็นธรรม และหลักประกันทางสังคม เพื่อเสริมสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจและความสามารถในการตั้งหลักชีวิต
ความรับผิดชอบร่วมต่อผลลัพธ์ (Shared Accountability for Outcomes)	หลักการที่กำหนดให้ภาคส่วนที่เกี่ยวข้องร่วมกันรับผิดชอบต่อคุณภาพของการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่โลกการทำงาน ผ่านการกำหนดเป้าหมาย บทบาท กลไกประสานงาน ตัวชี้วัด และการติดตามประเมินผลร่วมกัน
การพัฒนาทุนมนุษย์ (Human Capital Development)	กระบวนการพัฒนาความรู้ ทักษะ สมรรถนะ สุขภาวะ และศักยภาพของบุคคลอย่างต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิต ตั้งแต่ปฐมวัย การศึกษาขั้นพื้นฐานทั้งในระบบและนอกระบบ การอาชีวศึกษา การอุดมศึกษา ตลอดจนการเรียนรู้และพัฒนาทักษะในโลกการทำงาน เพื่อให้บุคคลสามารถดำรงชีวิต ประกอบอาชีพ ปรับตัว และมีส่วนร่วมในการพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจได้อย่างมีคุณภาพ
สุขภาวะ (Well-being)	ภาวะที่บุคคลมีความสมบูรณ์และสมดุลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา สามารถดำรงชีวิตและทำงานได้อย่างมีคุณภาพ มีความสัมพันธ์ที่เกื้อหนุน ตระหนักรู้ถึงคุณค่าและความหมายของชีวิต และสามารถรับมือกับการเปลี่ยนแปลงได้อย่างเหมาะสม

คำศัพท์	นิยามเชิงปฏิบัติการ
หลักประกันและสิทธิที่ต่อเนื่องและพกพาได้ (Portability of Benefits and Entitlements)	หลักการจัดระบบสิทธิและหลักประกันที่เอื้อให้บุคคลสามารถรักษาความต่อเนื่องในการเข้าถึงความคุ้มครองและบริการที่จำเป็นเมื่อเปลี่ยนนายจ้าง อาชีพ หรือสถานะการทำงาน โดยลดช่องว่างของสิทธิและอุปสรรคในการเชื่อมต่อระหว่างระบบ ภายใต้เงื่อนไขของกฎหมายและระบบสิทธิที่เกี่ยวข้อง

๓. บริบทเชิงนโยบายและการดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง

๓.๑ นโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนที่เกี่ยวข้อง

ประเทศไทยมีนโยบาย ยุทธศาสตร์ แผน และกลไกหลายระดับที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาทุนมนุษย์ การพัฒนาทักษะ การเรียนรู้ตลอดชีวิต การมีงานทำ และการคุ้มครองทางสังคม ซึ่งสามารถเป็นฐานสำคัญในการพัฒนาระบบนิเวศเพื่อการเปลี่ยนผ่านสู่การทำงาน โดยมีกรอบสำคัญ ดังนี้

(๑) ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. ๒๕๖๑–๒๕๘๐

ยุทธศาสตร์ชาติด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ กำหนดเป้าหมายให้คนไทยเป็นคนดี คนเก่ง มีคุณภาพ และมีความพร้อมสำหรับวิถีชีวิตในศตวรรษที่ ๒๑ โดยให้ความสำคัญกับการพัฒนาคนตลอดช่วงชีวิต การปฏิรูปกระบวนการเรียนรู้ การพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงวัย และการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาคน

ความเชื่อมโยงกับประเด็น: เป็นกรอบระดับชาติที่รองรับการมอง “การเปลี่ยนผ่านสู่การทำงาน” เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการพัฒนาคนตลอดช่วงชีวิต มิใช่เพียงประเด็นการจัดหางานภายหลังสำเร็จการศึกษา โดยเฉพาะการเชื่อมโยงการศึกษา การพัฒนาทักษะ การทำงาน สุขภาวะ และการพัฒนาศักยภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่อง

(๒) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๓ พ.ศ. ๒๕๖๖–๒๕๗๐ และทิศทางการจัดทำแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๔

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๓ กำหนด**หมุดหมายที่ ๑๒ “ไทยมีกำลังคนสมรรถนะสูง มุ่งเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ตอบโจทย์การพัฒนาแห่งอนาคต”** โดยให้ความสำคัญกับการพัฒนาคนทุกช่วงวัย การพัฒนากำลังคนให้มีสมรรถนะสูง การเรียนรู้ตลอดชีวิต และการสร้างระบบพัฒนาทักษะที่สามารถตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของเศรษฐกิจและตลาดแรงงาน

ขณะเดียวกัน ทิศทางการจัดทำแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๔ ให้ความสำคัญกับการ**ยกระดับทุนมนุษย์ (Upgrade Human Capital)** ในฐานะฐานสำคัญของการเพิ่มผลิตภาพ การขยายตัวทางเศรษฐกิจ และการสร้างการเติบโตอย่างทั่วถึง โดยครอบคลุมการปรับรูปแบบการจัดการศึกษา การพัฒนาทักษะแรงงานที่มุ่งผลสัมฤทธิ์ การเตรียมกำลังคนให้สอดคล้องกับโครงสร้างเศรษฐกิจในอนาคต และการวางรากฐานระบบสวัสดิการและหลักประกันที่มั่นคง

ความเชื่อมโยงกับประเด็น: การพัฒนาระบบนิเวศเพื่อการเปลี่ยนผ่านสู่การทำงานเป็นกลไกสำคัญที่จะเชื่อมเป้าหมายด้าน “ทุนมนุษย์” เข้ากับผลลัพธ์จริงของประชาชน ตั้งแต่การมีทักษะที่เหมาะสม การเข้าสู่งาน การใช้ศักยภาพในการทำงาน การมีความมั่นคง และการเรียนรู้และพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง

(๓) กรอบข้อเสนอ OECD Skills Strategy Thailand

OECD Skills Strategy Thailand ให้ความสำคัญกับการยกระดับระบบทักษะของประเทศไทย โดยชี้ให้เห็นความท้าทายด้านความไม่สอดคล้องระหว่างทักษะที่ประชาชนมีกับทักษะที่ตลาดแรงงานต้องการ ตลอดจนความจำเป็นในการยกระดับทักษะของเยาวชนและประชากรวัยแรงงาน ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ตลอดชีวิต และพัฒนาธรรมาภิบาลของระบบทักษะให้หน่วยงานและภาคส่วนต่าง ๆ สามารถทำงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ความเชื่อมโยงกับประเด็น: กรอบดังกล่าวสนับสนุนการเปลี่ยนจากการมอง "การขาดทักษะ" เป็นปัญหาระดับบุคคล ไปสู่การพัฒนาระบบทักษะที่เชื่อมโยงสถานศึกษา ผู้ให้บริการฝึกอบรม นายจ้าง ตลาดแรงงาน และระบบข้อมูล รวมถึงให้ความสำคัญกับการพัฒนาทักษะอย่างต่อเนื่องตลอดเส้นทางอาชีพ (OECD, ๒๐๒๕)

(๔) กรอบคุณวุฒิแห่งชาติ (National Qualifications Framework: NQF)

กรอบคุณวุฒิแห่งชาติเป็นกลไกสำคัญในการเชื่อมโยงระดับคุณวุฒิทางการศึกษากับระดับสมรรถนะในการปฏิบัติงาน โดยมุ่งทำให้ระบบการศึกษา การพัฒนาทักษะ มาตรฐานอาชีพ และความต้องการกำลังคนสามารถเชื่อมโยงและเทียบเคียงกันได้ กรอบดังกล่าวมีความสำคัญมากขึ้นในบริบทที่ตลาดแรงงานให้ความสำคัญกับ **"สมรรถนะที่พิสูจน์ได้" (Demonstrable Competencies)** มากกว่าการพิจารณาคุณวุฒิทางการศึกษาเพียงอย่างเดียว และสามารถสนับสนุนการรับรองทักษะที่บุคคลได้รับจากการศึกษา การฝึกอบรม และประสบการณ์ทำงาน

ความเชื่อมโยงกับประเด็น: เป็นกลไกสำคัญในการลดช่องว่างระหว่าง "คุณวุฒิ–ทักษะ–งาน" และช่วยให้บุคคลสามารถนำสมรรถนะที่มีไปใช้ในการเข้าสู่งาน พัฒนาตนเอง และเคลื่อนย้ายทางอาชีพได้

(๕) ระบบธนาคารหน่วยกิตและการสะสมผลการเรียนรู้

การพัฒนาระบบธนาคารหน่วยกิต (Credit Bank) มีเป้าหมายเพื่อเปิดโอกาสให้ประชาชนสามารถสะสม เทียบโอน และนำผลการเรียนรู้ที่เกิดจากการศึกษา การฝึกอบรม การเรียนรู้ระยะสั้น และประสบการณ์มาใช้ต่อยอดการศึกษาและการพัฒนาสมรรถนะได้ กลไกดังกล่าวมีความสำคัญต่อการเปลี่ยนระบบการพัฒนาคนจากรูปแบบ **"เรียนครั้งเดียวก่อนเข้าสู่การทำงาน"** ไปสู่ **"การเรียนรู้ควบคู่กับการทำงานตลอดช่วงชีวิต"** และสนับสนุนการพัฒนาทักษะใหม่ (Reskill) และการยกระดับทักษะ (Upskill) เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีและตลาดแรงงาน

ความเชื่อมโยงกับประเด็น: ช่วยให้การเปลี่ยนผ่านสู่การทำงานไม่เป็นจุดสิ้นสุดของกระบวนการศึกษา แต่เป็นจุดเชื่อมระหว่างการเรียนรู้กับการทำงาน และทำให้บุคคลสามารถกลับเข้าสู่ระบบการเรียนรู้เพื่อปรับตัวหรือเปลี่ยนเส้นทางอาชีพได้อย่างต่อเนื่อง

(๖) นโยบายและกลไกด้านการพัฒนาฝีมือแรงงานและนโยบายตลาดแรงงานเชิงรุก

ประเทศไทยมีกลไกด้านการจัดหางาน การแนะแนวอาชีพ การพัฒนาฝีมือแรงงาน การทดสอบมาตรฐานฝีมือแรงงาน การฝึกอบรม และการส่งเสริมการประกอบอาชีพ ซึ่งเป็นฐานสำคัญของ**นโยบายตลาดแรงงานเชิงรุก (Active Labour Market Policies: ALMPs)**

ในบริบทของการเปลี่ยนผ่านสู่การทำงาน กลไกดังกล่าวควรได้รับการเชื่อมโยงตั้งแต่ช่วงก่อนบุคคลเข้าสู่ตลาดแรงงาน โดยเฉพาะการให้ข้อมูลและแนะแนวอาชีพ การประเมินทักษะ การพัฒนาทักษะที่ขาด การจับคู่ระหว่างทักษะกับงาน การสนับสนุนผู้หางาน และการสร้างโอกาสให้ผู้ไม่มีประสบการณ์สามารถเข้าสู่งานได้

ความเชื่อมโยงกับประเด็น: เป็นกลไกสำคัญในการเปลี่ยนจากการช่วยเหลือเมื่อเกิดการว่างงานไปสู่การป้องกันความเสี่ยงของการว่างงานระยะยาว การทำงานต่ำกว่าศักยภาพ และการหลุดออกจากตลาดแรงงาน

(๗) นโยบายและระบบการคุ้มครองทางสังคมสำหรับประชากรวัยแรงงาน

ประเทศไทยมีระบบหลักประกันสุขภาพ ระบบประกันสังคม และกลไกการคุ้มครองทางสังคมหลายรูปแบบสำหรับประชากรวัยแรงงาน ทั้งลูกจ้างในระบบและผู้ประกอบอาชีพอิสระ รวมถึงการประกันสังคมตามมาตรา ๔๐ ซึ่งเป็นกลไกหนึ่งในการเปิดโอกาสให้ผู้ประกอบอาชีพอิสระสามารถเข้าถึงหลักประกันทางสังคมได้

อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงของรูปแบบการทำงาน เช่น งานอิสระ งานแพลตฟอร์ม การทำงานหลายอาชีพ และการเปลี่ยนสถานะระหว่างการเป็นลูกจ้างกับผู้ประกอบอาชีพอิสระ ทำให้เกิดโจทย์สำคัญเกี่ยวกับความต่อเนื่องและความครอบคลุมของสิทธิและหลักประกัน

ความเชื่อมโยงกับประเด็น: ระบบนิเวศเพื่อการเปลี่ยนผ่านสู่การทำงานจำเป็นต้องทำให้บุคคลสามารถเข้าถึงหลักประกันและการคุ้มครองอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในช่วงที่มีการเปลี่ยนสถานะจากผู้เรียนเป็นผู้ทำงาน การเปลี่ยนงาน หรือการเปลี่ยนรูปแบบการจ้างงาน

(๘) นโยบายด้านสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาวะในสถานที่ทำงาน

ระบบสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพมีบทบาทสำคัญต่อคุณภาพทุนมนุษย์ เนื่องจากสุขภาพกายและสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการเรียนรู้ การทำงาน ผลิตภาพ และการคงอยู่ในตลาดแรงงาน โดยเฉพาะในช่วงเริ่มต้นทำงานที่บุคคลต้องเผชิญกับการปรับตัว ความคาดหวังใหม่ ความไม่แน่นอนด้านรายได้ และการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมทางสังคม

ความเชื่อมโยงกับประเด็น: การสร้างเสริมสุขภาวะจึงควรถูกบูรณาการเข้าเป็นส่วนหนึ่งของระบบการเปลี่ยนผ่านสู่การทำงาน ตั้งแต่การเตรียมความพร้อมก่อนทำงาน การฝึกงาน ไปจนถึงสถานประกอบการและระบบบริการสุขภาพ มิใช่ดำเนินการแยกจากนโยบายด้านการศึกษาและแรงงาน

(๙) นโยบายและกลไกการพัฒนาระดับพื้นที่

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและกลไกพัฒนาพื้นที่มีบทบาทสำคัญต่อการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเปลี่ยนผ่านสู่การทำงาน เนื่องจากโอกาสในการมีงานทำ ค่าครองชีพ ที่อยู่อาศัย ระบบขนส่ง การเข้าถึงบริการสุขภาพ และโครงสร้างเศรษฐกิจมีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่

ความเชื่อมโยงกับประเด็น: การดำเนินนโยบายระดับประเทศจึงจำเป็นต้องเชื่อมกับแนวทางการพัฒนาเชิงพื้นที่ (Place-based Approach) เพื่อให้พื้นที่สามารถบูรณาการทรัพยากรและออกแบบมาตรการที่ตอบสนองต่อโครงสร้างตลาดแรงงานและต้นทุนการเปลี่ยนผ่านที่แตกต่างกัน

ภาพรวมของบริบทเชิงนโยบาย

เมื่อพิจารณานโยบาย ยุทธศาสตร์ แผน และกลไกที่มีอยู่ พบว่าประเทศไทย**มิได้ขาดนโยบายหรือเครื่องมือในการพัฒนาทุนมนุษย์** หากแต่เครื่องมือเหล่านี้ยังกระจายอยู่ในหลายระบบและหลายหน่วยงาน ตั้งแต่การศึกษา การพัฒนาทักษะ การจัดหางาน ตลาดแรงงาน สุขภาพ การคุ้มครองทางสังคม และการพัฒนาพื้นที่ความท้าทายสำคัญจึงอยู่ที่ **“ช่องว่างระหว่างนโยบาย” และ “ช่องว่างของการเชื่อมต่อ” (Policy and Coordination Gaps)** โดยเฉพาะในช่วงที่บุคคลเปลี่ยนสถานะจากผู้เรียนไปสู่ผู้ทำงาน ซึ่งยังขาดกลไกที่ทำหน้าที่เชื่อมโยงและติดตามเส้นทางของบุคคลอย่างต่อเนื่อง

ดังนั้น การพัฒนาระบบนิเวศเพื่อการเปลี่ยนผ่านสู่การทำงานจึงมิได้มุ่งสร้างนโยบายใหม่เพื่อทดแทนนโยบายที่มีอยู่ แต่เป็นการ **“เชื่อม–เติม–ปรับ”** ระบบเดิม ได้แก่

เชื่อม (Connect) ระบบการศึกษา ทักษะ งาน สุขภาพ และหลักประกันให้ทำงานต่อเนื่องกัน

เติม (Fill the Gaps) ช่องว่างของบริการและการคุ้มครองที่เกิดขึ้นในช่วงเปลี่ยนสถานะ

และ **ปรับ (Transform)** กลไกเดิมให้ตอบสนองต่อรูปแบบการเรียนรู้ การทำงาน และความเสี่ยงของโลกอนาคต เพื่อให้การพัฒนาทุนมนุษย์มิได้สิ้นสุดที่การสำเร็จการศึกษา แต่สามารถนำไปสู่**การมีงานที่มีคุณค่า การตั้งหลักอย่างมั่นคง การมีสุขภาวะ และการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต**

๓.๒ กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

การพัฒนาระบบนิเวศเพื่อการเปลี่ยนผ่านสู่การทำงานเกี่ยวข้องกับกฎหมายหลายด้าน ทั้งการคุ้มครองแรงงาน หลักประกันทางสังคม การพัฒนาทักษะ การรับรองสมรรถนะ สุขภาพ และการใช้ข้อมูล โดยกฎหมายสำคัญที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

(๑) พระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ. ๒๕๔๑ และที่แก้ไขเพิ่มเติม เป็นกฎหมายพื้นฐานในการกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำด้านการจ้างงาน เช่น ค่าจ้าง เวลาทำงาน วันหยุด การลา ค่าชดเชย และการคุ้มครองลูกจ้างจากการปฏิบัติที่ไม่เป็นธรรม ซึ่งมีความสำคัญโดยตรงต่อผู้เริ่มต้นทำงานใหม่ที่อาจมีประสบการณ์และอำนาจต่อรองในตลาดแรงงานจำกัด

ความเชื่อมโยงกับประเด็น: เป็นฐานของการส่งเสริม “งานที่มีคุณค่า (Decent Work)” และการป้องกันมิให้การเข้าสู่งานครั้งแรกเกิดขึ้นภายใต้เงื่อนไขการจ้างงานที่ไม่เป็นธรรม รวมถึงเป็นฐานสำหรับการพัฒนาความรู้ด้านสิทธิแรงงานแก่ผู้เข้าสู่โลกการทำงาน

(๒) พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ และที่แก้ไขเพิ่มเติม กำหนดระบบหลักประกันทางสังคมสำหรับผู้ประกันตน โดยครอบคลุมทั้งผู้ประกันตนภาคบังคับและผู้ประกันตนภาคสมัครใจ สำหรับผู้ประกอบอาชีพอิสระหรือผู้ที่มิได้อยู่ในระบบการจ้างงานตามเงื่อนไขของผู้ประกันตนภาคบังคับ สามารถเข้าสู่ระบบประกันสังคมตามมาตรา ๔๐ ตามหลักเกณฑ์และทางเลือกความคุ้มครองที่กำหนด

ความเชื่อมโยงกับประเด็น: เป็นกลไกสำคัญในการสร้างหลักประกันแก่ผู้เข้าสู่โลกการทำงานในรูปแบบที่หลากหลาย โดยเฉพาะผู้ประกอบอาชีพอิสระและแรงงานบางกลุ่มที่ไม่ได้อยู่ภายใต้การประกันสังคมภาคบังคับ อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการจ้างงานทำให้ต้องให้ความสำคัญกับความครอบคลุม ความเพียงพอ และความต่อเนื่องของสิทธิเมื่อบุคคลเปลี่ยนสถานการณ์ทำงาน

(๓) พระราชบัญญัติส่งเสริมการพัฒนาฝีมือแรงงาน พ.ศ. ๒๕๔๕ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ส่งเสริมและพัฒนาทักษะฝีมือแรงงานให้สอดคล้องกับความต้องการของตลาดแรงงาน ผ่านกลไกการฝึกอบรม การยกระดับฝีมือแรงงาน และการส่งเสริมให้สถานประกอบการมีส่วนร่วมในการพัฒนากำลังคน ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการเปลี่ยนผ่านจากระบบการศึกษาสู่โลกการทำงาน โดยช่วยให้กลุ่มเริ่มต้นทำงานสามารถพัฒนาทักษะที่จำเป็นต่อการประกอบอาชีพ ปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมการทำงาน และเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขัน ตลอดจนส่งเสริมโอกาสในการมีงานทำที่มีคุณค่าและความมั่นคงทางอาชีพในระยะยาว

(๔) พระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสถาบันคุณวุฒิวิชาชีพ (องค์การมหาชน) และกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับระบบคุณวุฒิวิชาชีพ เป็นฐานของการพัฒนามาตรฐานอาชีพและระบบรับรองสมรรถนะบุคคลตามมาตรฐานอาชีพ โดยมุ่งให้ความรู้ ทักษะ ความสามารถ และประสบการณ์ของบุคคลสามารถได้รับการประเมินและรับรองในรูปของคุณวุฒิวิชาชีพหรือหนังสือรับรองสมรรถนะ ระบบดังกล่าวสามารถเชื่อมโยงกับสถานศึกษา สถาบันฝึกอบรม และสถานประกอบการ และใช้สนับสนุนความก้าวหน้าในสายอาชีพได้

ความเชื่อมโยงกับประเด็น: เป็นฐานสำคัญของการเปลี่ยนจากระบบที่ให้ความสำคัญกับวุฒิการศึกษาเพียงอย่างเดียว ไปสู่การให้คุณค่ากับ “สมรรถนะที่พิสูจน์ได้” และสามารถใช้เป็นกลไกเชื่อมการเรียนรู้ การฝึกอบรม ประสบการณ์ทำงาน และความต้องการของตลาดแรงงาน

(๕) พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๒ และกฎหมายด้านการศึกษาที่เกี่ยวข้อง กำหนดหลักการสำคัญเกี่ยวกับสิทธิในการศึกษา การพัฒนาผู้เรียน และการเรียนรู้ตลอดชีวิต รวมถึงเป็นฐานของการพัฒนาระบบการศึกษาที่เชื่อมโยงการเรียนรู้ในรูปแบบต่าง ๆ

ความเชื่อมโยงกับประเด็น: สนับสนุนการเปลี่ยนจากระบบ “เรียนก่อน–ทำงานภายหลัง” ไปสู่ระบบที่การเรียนรู้และการทำงานสามารถเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต และเป็นฐานในการเชื่อมการศึกษา การพัฒนาทักษะ และการเตรียมความพร้อมเข้าสู่โลกการทำงาน

(๖) พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ กำหนดกรอบที่มองสุขภาพในความหมายกว้าง ครอบคลุมมิติทางกาย จิต ปัญญา และสังคม และให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ ในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ **ความเชื่อมโยงกับประเด็น:** เป็นฐานสำคัญในการกำหนดให้การเปลี่ยนผ่านสู่การทำงานมิใช่เพียงประเด็นเศรษฐกิจหรือแรงงาน แต่เป็น “ประเด็นสุขภาวะ” เนื่องจากคุณภาพงาน รายได้ ความมั่นคง สุขภาพจิต สภาพแวดล้อมในการทำงาน และหลักประกันทางสังคมล้วนเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพ

(๗) พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. ๒๕๖๒ กำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงการคุ้มครองสิทธิของเจ้าของข้อมูลและหน้าที่ของผู้ควบคุมข้อมูลและผู้ประมวลผลข้อมูล

ความเชื่อมโยงกับประเด็น: การพัฒนาระบบข้อมูลที่เชื่อมโยงการศึกษา ทักษะ การมีงานทำ รายได้ หลักประกันทางสังคม และสุขภาวะ จำเป็นต้องดำเนินการภายใต้ฐานกฎหมายและวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน ใช้ข้อมูลเท่าที่จำเป็น มีมาตรการรักษาความมั่นคงปลอดภัย และมีกลไกกำกับดูแลที่เหมาะสม โดยเฉพาะเมื่อข้อมูลถูกนำมาใช้เพื่อระบุกลุ่มที่ต้องการการสนับสนุนหรือออกแบบมาตรการเฉพาะกลุ่ม

โดยภาพรวม กฎหมายที่มีอยู่ได้วางฐานสำหรับการศึกษา การพัฒนาทักษะ การทำงาน การคุ้มครองแรงงาน หลักประกันทางสังคม สุขภาวะ และการบริหารจัดการข้อมูลไว้แล้ว แต่กฎหมายและระบบเหล่านี้ยังอยู่ภายใต้ภารกิจของหลายหน่วยงาน ดังนั้น ประเด็นสำคัญของการพัฒนาระบบนิเวศเพื่อการเปลี่ยนผ่านสู่การทำงานจึงมิใช่เพียงการมีกฎหมายเพิ่มเติม แต่รวมถึงการทำให้ **สิทธิ บริการ และกลไกภายใต้กฎหมายที่มีอยู่สามารถเชื่อมต่อกันได้อย่างต่อเนื่องในช่วงที่บุคคลเปลี่ยนสถานะจากผู้เรียนสู่ผู้ทำงาน**

(๘) พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ และที่แก้ไขเพิ่มเติม มุ่งส่งเสริมสิทธิและโอกาสของคนพิการในการเข้าถึงการจ้างงานและการประกอบอาชีพอย่างเท่าเทียม โดยกำหนดกลไกการจ้างงานคนพิการในหน่วยงานภาครัฐและสถานประกอบการ ตลอดจนมาตรการสนับสนุนการประกอบอาชีพในรูปแบบต่าง ๆ ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการลดอุปสรรคและความเหลื่อมล้ำในการเข้าสู่ตลาดแรงงาน โดยเฉพาะคนพิการที่อยู่ในช่วงเริ่มต้นทำงาน เพื่อให้สามารถเข้าถึงโอกาสทางอาชีพ พัฒนาศักยภาพ และสร้างความมั่นคงในการดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรี

(๙) พระราชบัญญัติกองทุนการออมแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๔ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ส่งเสริมการออมระยะยาวและสร้างหลักประกันทางการเงินในวัยสูงอายุ โดยเฉพาะประชาชนที่ไม่มีหลักประกันบำนาญจากระบบอื่นตามเงื่อนไขที่กำหนด ผ่านกลไกการออมสะสมและเงินสมทบจากภาครัฐ ซึ่งมีความสำคัญต่อการสร้างวินัยทางการเงินและความมั่นคงทางเศรษฐกิจของประชากรวัยเริ่มต้นทำงาน โดยเฉพาะแรงงานนอกระบบ ผู้ประกอบอาชีพอิสระ และแรงงาน

แพลตฟอร์มที่เข้าเกณฑ์การเป็นสมาชิก เพื่อส่งเสริมการวางแผนทางการเงินและการเตรียมความพร้อมสำหรับความมั่นคงในระยะยาวตั้งแต่ช่วงเริ่มต้นชีวิตการทำงาน

(๑๐) พระราชบัญญัติการอุดมศึกษา พ.ศ. ๒๕๖๒ และที่แก้ไขเพิ่มเติม กำหนดหลักการและแนวทางการจัดการอุดมศึกษาเพื่อพัฒนากำลังคนให้มีความรู้ ทักษะ และสมรรถนะที่สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม โดยให้ความสำคัญกับการเรียนรู้ตลอดชีวิต การพัฒนาทักษะทางวิชาชีพ และความร่วมมือระหว่างสถาบันอุดมศึกษากับภาคส่วนต่าง ๆ ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการเตรียมความพร้อมของผู้เรียนก่อนเข้าสู่โลกการทำงาน ลดช่องว่างระหว่างระบบการศึกษากับความต้องการของตลาดแรงงาน และสนับสนุนการพัฒนาทักษะอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ประชากรวัยเริ่มต้นทำงานสามารถปรับตัวและเติบโตในเส้นทางอาชีพได้อย่างมีคุณภาพ

๓.๓ กลไกหรือมาตรการที่มีอยู่

ประเทศไทยมีกลไกและมาตรการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาทุนมนุษย์และการเปลี่ยนผ่านสู่การทำงานอยู่ในหลายระบบ อย่างไรก็ตาม กลไกส่วนใหญ่ได้รับการพัฒนาตามภารกิจของแต่ละหน่วยงาน จึงมีความท้าทายในการเชื่อมโยงให้เกิดผลลัพธ์ร่วมตลอดเส้นทางการเปลี่ยนผ่าน โดยกลไกสำคัญ ได้แก่

(๑) กลไกบูรณาการการพัฒนาทุนมนุษย์ระดับประเทศ มีความพยายามในการพัฒนากลไกระดับนโยบายเพื่อบูรณาการการพัฒนาทุนมนุษย์ระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยมุ่งเชื่อมโยงการศึกษา การพัฒนาทักษะ กำลังแรงงาน และความต้องการของภาคเศรษฐกิจ เพื่อลดความซ้ำซ้อนและเพิ่มประสิทธิภาพในการพัฒนากำลังคนของประเทศ

ความเชื่อมโยงกับประเด็น: สามารถเป็นกลไกระดับนโยบายสำหรับกำหนดเป้าหมายร่วมด้านคุณภาพของการเปลี่ยนผ่านสู่การทำงาน และสร้างความรับผิดชอบร่วมระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แทนการดำเนินงานแยกตามภารกิจของแต่ละกระทรวง

(๒) ระบบแนะแนวอาชีพ จัดหางาน และจับคู่งาน กรมการจัดหางานและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีบริการด้านข้อมูลตำแหน่งงาน การจัดหางาน การแนะแนวอาชีพ และการจับคู่ระหว่างผู้หางานกับนายจ้าง ซึ่งเป็นโครงสร้างพื้นฐานสำคัญในการเชื่อมบุคคลเข้าสู่ตลาดแรงงาน

ความเชื่อมโยงกับประเด็น: ควรพัฒนาจาก “ระบบหางาน” ไปสู่ **“ระบบสนับสนุนการเปลี่ยนผ่าน”** ที่สามารถเชื่อมการประเมินทักษะ การแนะแนว การพัฒนาทักษะ การจับคู่งาน และการติดตามผลหลังเข้าสู่งานเข้าด้วยกัน

(๓) ระบบพัฒนาฝีมือแรงงานและการเรียนรู้จากการทำงาน มีกลไกการฝึกอบรม การพัฒนาฝีมือแรงงาน การทดสอบมาตรฐานฝีมือแรงงาน การพัฒนาทักษะใหม่ และการยกระดับทักษะ รวมถึงการสนับสนุนให้สถานประกอบการมีบทบาทในการพัฒนากำลังคน

ความเชื่อมโยงกับประเด็น: เป็นฐานสำคัญสำหรับการพัฒนา Active Labour Market Policies โดยเฉพาะการเตรียมทักษะก่อนเข้าสู่งานและการพัฒนาทักษะต่อเนื่องหลังเข้าสู่ตลาดแรงงาน

(๔) ระบบคุณวุฒิวิชาชีพและมาตรฐานอาชีพ สถาบันคุณวุฒิวิชาชีพ (องค์การมหาชน) มีระบบมาตรฐานอาชีพ การประเมินและรับรองสมรรถนะ รวมถึงการเชื่อมโยงกับสถานศึกษา สถาบันฝึกอบรม และสถานประกอบการ โดยระบบคุณวุฒิวิชาชีพมีวัตถุประสงค์ในการรับรองความรู้ ทักษะ และความสามารถของบุคคลตามมาตรฐานอาชีพ และสามารถใช้เป็นเครื่องมือสนับสนุนความก้าวหน้าในสายอาชีพได้ นอกจากนี้ ยังมีการพัฒนาการรับรองหลักสูตรของสถานศึกษาที่สอดคล้องกับมาตรฐานอาชีพ ทำให้การเรียนรู้สามารถเชื่อมไปสู่การรับรองสมรรถนะหรือคุณวุฒิวิชาชีพได้โดยตรงมากขึ้น

ความเชื่อมโยงกับประเด็น: สามารถใช้เป็นกลไกสำคัญในการเชื่อม “การเรียนรู้–สมรรถนะ–งาน” และลดข้อจำกัดของการใช้วุฒิการศึกษาเป็นตัวแทนความสามารถเพียงอย่างเดียว

(๕) ระบบธนาคารหน่วยกิตและกลไกการเรียนรู้ตลอดชีวิต มีการพัฒนาระบบธนาคารหน่วยกิตเพื่อรองรับการสะสมและเทียบโอนผลการเรียนรู้จากการศึกษา การฝึกอบรม และการเรียนรู้ในรูปแบบต่าง ๆ

ความเชื่อมโยงกับประเด็น: สามารถสนับสนุนให้ผู้เข้าสู่โลกการทำงานพัฒนาทักษะอย่างต่อเนื่อง และสามารถนำผลการเรียนรู้และสมรรถนะที่ได้รับจากหลายแหล่งมาใช้ต่อยอดการศึกษาและความก้าวหน้าในอาชีพ

(๖) ระบบประกันสังคมและการคุ้มครองแรงงานหลากหลายสถานะ ระบบประกันสังคมเป็นกลไกหลักในการสร้างหลักประกันแก่ประชากรวัยแรงงาน ขณะที่มาตรา ๔๐ เป็นช่องทางหนึ่งสำหรับบุคคลที่ประกอบอาชีพอิสระในการเข้าสู่ระบบหลักประกันทางสังคม

ความเชื่อมโยงกับประเด็น: ความท้าทายสำคัญมิใช่เพียงการเพิ่มจำนวนผู้เข้าสู่ระบบ แต่รวมถึงการทำให้การคุ้มครองมีความต่อเนื่องและเหมาะสมกับเส้นทางการทำงานที่บุคคลอาจเปลี่ยนสถานะระหว่างลูกจ้าง ผู้ประกอบอาชีพอิสระ งานแพลตฟอร์ม หรือการว่างงานในช่วงต่าง ๆ

(๗) กลไกส่งเสริมความรู้ทางการเงิน การให้คำปรึกษา และการแก้ไขปัญหาหนี้ ธนาคารแห่งประเทศไทยและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีมาตรการด้านความรู้ทางการเงิน การให้คำปรึกษา การช่วยเหลือลูกหนี้ และการปรับโครงสร้างหนี้ เพื่อช่วยประชาชนรับมือกับความเสี่ยงทางการเงิน

ความเชื่อมโยงกับประเด็น: สามารถพัฒนาให้เชื่อมกับช่วงเริ่มต้นทำงานมากขึ้น โดยเฉพาะการป้องกันปัญหาหนี้ก่อนเกิดภาวะวิกฤต การสร้างเงินออมฉุกเฉิน การบริหารรายได้ที่ไม่แน่นอน และการเข้าถึงคำปรึกษาตั้งแต่ระยะแรก

(๘) ระบบบริการสุขภาพและสุขภาพจิต ประเทศไทยมีระบบบริการสุขภาพและกลไกด้านการส่งเสริมสุขภาพและสุขภาพจิตในระดับต่าง ๆ ทั้งบริการในระบบสุขภาพ สถานศึกษา สถานประกอบการ และชุมชน

ความเชื่อมโยงกับประเด็น: ควรเชื่อมบริการสุขภาพจิตกับระบบแนะแนว การฝึกงาน การเริ่มต้นทำงาน และสถานประกอบการ เพื่อให้สามารถส่งเสริม ป้องกัน คัดกรอง และส่งต่อการช่วยเหลือได้อย่างต่อเนื่อง โดยลดการตีตราและอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ

(๙) กลไกการดำเนินงานระดับพื้นที่

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานศึกษา หน่วยงานด้านแรงงาน หน่วยบริการสุขภาพ สถานประกอบการ และภาคประชาสังคมในแต่ละพื้นที่มีทรัพยากรและบริการที่สามารถนำมาเชื่อมโยงเพื่อสนับสนุนผู้เข้าสู่โลกการทำงาน

ความเชื่อมโยงกับประเด็น: ควรพัฒนาแนวทาง Place-based Transition Support ที่ทำให้แต่ละพื้นที่สามารถวิเคราะห์ความต้องการกำลังคน ต้นทุนการตั้งหลัก ปัญหาสุขภาวะ และช่องว่างของบริการ แล้วออกแบบมาตรการให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

เมื่อพิจารณากลไกและมาตรการข้างต้น พบว่า ประเทศไทยมี “ชิ้นส่วน” สำคัญของระบบนิเวศเพื่อการเปลี่ยนผ่านสู่การทำงานอยู่แล้ว ตั้งแต่การพัฒนาทักษะ การรับรองสมรรถนะ การจัดหางาน การเรียนรู้ตลอดชีวิต การคุ้มครองทางสังคม การดูแลสุขภาพ และการสนับสนุนทางการเงิน อย่างไรก็ตาม กลไกเหล่านี้ยังมีลักษณะ **“มีบริการ แต่ยังไม่เป็นระบบการเปลี่ยนผ่าน”** กล่าวคือ บุคคลยังต้องเป็นผู้ค้นหาและเชื่อมต่อบริการจากหลายหน่วยงานด้วยตนเอง ขณะที่หน่วยงานต่าง ๆ มีเป้าหมาย ฐานข้อมูล เกณฑ์การเข้าถึง และตัวชี้วัดผลสำเร็จที่แตกต่างกัน ดังนั้น

ประเด็นเชิงนโยบายสำคัญจึงมิใช่การสร้างกลไกใหม่ทั้งหมด แต่เป็นการ **“จัดระบบชิ้นส่วนที่มีอยู่ให้ทำงานร่วมกัน”** โดยเปลี่ยนจากระบบที่ยึดหน่วยงานและภารกิจเป็นศูนย์กลาง (Institution-centred) ไปสู่ระบบที่ยึด **“เส้นทางการเปลี่ยนผ่านของบุคคล” (Person-centred Transition Pathway)** เป็นศูนย์กลาง เพื่อให้บุคคลสามารถเข้าถึงการสนับสนุนตั้งแต่การ “เตรียมพร้อมและพัฒนาศักยภาพ → เข้าถึงโอกาสและกำหนดเส้นทางชีวิต → เข้าสู่งานที่มีคุณค่าและเป็นธรรม → มีสุขภาวะ ความสัมพันธ์ และสมดุลชีวิตในการทำงาน → มีความมั่นคงทางเศรษฐกิจและหลักประกันชีวิต” ตลอดช่วงเปลี่ยนผ่านและระยะเริ่มต้นของชีวิตการทำงาน

๓.๔ ความก้าวหน้าของการดำเนินงาน

ในช่วงที่ผ่านมา ประเทศไทยมีความก้าวหน้าในการพัฒนากลไกที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาทุนมนุษย์ การเรียนรู้ตลอดชีวิต การพัฒนาทักษะ การมีงานทำ การรับรองสมรรถนะ การคุ้มครองทางสังคม และการส่งเสริมสุขภาวะของประชากรวัยทำงานในหลายด้าน แม้การดำเนินงานส่วนใหญ่ยังอยู่ภายใต้ภารกิจของแต่ละหน่วยงาน แต่ถือเป็นฐานสำคัญที่สามารถนำมาเชื่อมโยงเพื่อพัฒนาระบบนิเวศเพื่อการเปลี่ยนผ่านสู่การทำงานได้ ดังนี้

(๑) การพัฒนาระบบธนาคารหน่วยกิตและกลไกการเรียนรู้ที่ยืดหยุ่นมีความก้าวหน้ามากขึ้น

ประเทศไทยได้มีการพัฒนากรอบและแนวทางการดำเนินงานระบบธนาคารหน่วยกิต เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้เรียนสามารถสะสม เทียบโอน และนำผลการเรียนรู้จากการศึกษา การฝึกอบรม และประสบการณ์ในรูปแบบต่าง ๆ มาใช้ต่อยอดได้ โดยมีการจัดทำคู่มือการดำเนินงาน ระบบฐานข้อมูล และการขับเคลื่อนในระดับพื้นที่ รวมถึงมีการนำร่องเชื่อมโยงระบบธนาคารหน่วยกิตกับสถานศึกษาและกรอบคุณวุฒิแห่งชาติในบางพื้นที่

ความก้าวหน้าดังกล่าวสะท้อนการเปลี่ยนจากระบบการศึกษาที่เน้นคุณวุฒิแบบครั้งเดียว ไปสู่ระบบการเรียนรู้ที่ยืดหยุ่นและต่อเนื่องมากขึ้น และสามารถเป็นฐานสำคัญในการสนับสนุนการ Reskill และ Upskill ของประชาชนหลังเข้าสู่โลกการทำงาน

(๒) ระบบกรอบคุณวุฒิแห่งชาติและระบบคุณวุฒิวิชาชีพมีบทบาทในการเชื่อม “การเรียนรู้–สมรรถนะ–งาน” มากขึ้น กรอบคุณวุฒิแห่งชาติ (National Qualifications Framework: NQF) ได้รับการพัฒนาให้เป็นกลไกเชื่อมโยงระบบคุณวุฒิของประเทศในทุกระดับและประเภท โดยยึดโยงคุณวุฒิกับ ระดับความสามารถของบุคคลที่เป็นผลลัพธ์จากการเรียนรู้ การศึกษา การฝึกอบรม และประสบการณ์ เพื่อให้การรับรองความรู้ ทักษะ และสมรรถนะมิได้จำกัดอยู่เฉพาะคุณวุฒิที่ได้รับจากระบบการศึกษาเท่านั้น แต่สามารถสะท้อนความสามารถที่บุคคลพัฒนาขึ้นจากเส้นทางการเรียนรู้และประสบการณ์ที่หลากหลาย

กรอบคุณวุฒิแห่งชาติกำหนดระดับคุณวุฒิไว้ ๘ ระดับ เพื่อเป็นกรอบอ้างอิงในการเชื่อมโยงผลลัพธ์การเรียนรู้กับระดับสมรรถนะและความต้องการกำลังคนของประเทศ รวมทั้งสนับสนุนการผลิตและพัฒนากำลังคนให้สอดคล้องกับอุตสาหกรรมและสาขาอาชีพที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาประเทศ ขณะเดียวกัน การเชื่อมโยงกับกรอบคุณวุฒิอ้างอิงอาเซียน (ASEAN Qualifications Reference Framework: AQRF) ยังช่วยสนับสนุนการเทียบเคียงระดับคุณวุฒิ และเพิ่มความคล่องตัวในการรับรองและเคลื่อนย้ายการเรียนรู้ ทักษะ และกำลังแรงงานไทยในบริบทภูมิภาค

ในส่วนของระบบคุณวุฒิวิชาชีพ ได้มีการพัฒนามาตรฐานอาชีพ ระบบบริการข้อมูล การประเมินและการรับรองสมรรถนะในหลากหลายสาขา รวมถึงทักษะด้านดิจิทัล ตลอดจนมีการปรับปรุงหลักเกณฑ์การให้ประกาศนียบัตรคุณวุฒิวิชาชีพและหนังสือรับรองสมรรถนะอย่างต่อเนื่อง ทำให้บุคคลสามารถนำความรู้ ทักษะ และประสบการณ์จากการทำงานมาเข้าสู่กระบวนการประเมินและรับรองสมรรถนะได้มากขึ้น

ความก้าวหน้าดังกล่าวเป็นฐานสำคัญของการเปลี่ยนจากระบบที่ใช้ “วุฒิการศึกษา” เป็นตัวแทนความสามารถ ไปสู่ระบบที่ให้ความสำคัญกับ “สมรรถนะที่สามารถพิสูจน์ เทียบเคียง และรับรองได้” และช่วยสร้างความเชื่อมโยงระหว่าง “การเรียนรู้–สมรรถนะ–คุณวุฒิ–งาน” ให้มีความต่อเนื่องมากขึ้น

(๓) ระบบบริการจัดหางานและจับคู่งานได้พัฒนาเข้าสู่รูปแบบดิจิทัลมากขึ้น

กรมการจัดหางานได้พัฒนาแพลตฟอร์ม “ไทยมีงานทำ” เพื่อสนับสนุนการค้นหางาน การจับคู่ระหว่างผู้หางานกับตำแหน่งงาน และการเชื่อมโยงข้อมูลด้านทักษะ รวมถึงมีช่องทางสำหรับงานอิสระและการจ้างงานในรูปแบบที่หลากหลาย

กลไกดังกล่าวสะท้อนความก้าวหน้าจากบริการจัดหางานแบบดั้งเดิมไปสู่ระบบข้อมูลและบริการดิจิทัลมากขึ้น และมีศักยภาพที่จะพัฒนาต่อไปเป็นระบบสนับสนุนการเปลี่ยนผ่านที่เชื่อมการประเมินทักษะ การพัฒนาทักษะ และการติดตามผลหลังเข้าสู่งานได้

(๔) ระบบการคุ้มครองทางสังคมมีช่องทางรองรับคนทำงานในรูปแบบที่หลากหลายมากขึ้น

ระบบประกันสังคมได้เปิดช่องทางให้ผู้ประกอบอาชีพอิสระสามารถสมัครเข้าสู่ระบบตามมาตรา ๔๐ ขณะที่ระบบหลักประกันสุขภาพและการคุ้มครองทางสังคมอื่น ๆ เป็นฐานสำคัญในการรองรับความเสี่ยงของประชาชนวัยทำงาน

ความก้าวหน้าดังกล่าวทำให้ผู้ทำงานนอกระบบบางส่วนสามารถเข้าถึงหลักประกันได้มากขึ้น อย่างไรก็ตาม แนวโน้มการทำงานหลายสถานะ การทำงานอิสระ และงานแพลตฟอร์มทำให้โจทย์ในระยะต่อไปมิใช่เพียง “การเข้าสู่ระบบ” แต่รวมถึงความเพียงพอ ความต่อเนื่อง และความสามารถในการพกพาสิทธิเมื่อบุคคลเปลี่ยนรูปแบบการทำงาน

(๕) มีกลไกด้านการส่งเสริมความรู้ทางการเงินและการแก้ไขปัญหาหนี้ที่มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

ธนาคารแห่งประเทศไทยและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้พัฒนาช่องทางให้คำปรึกษาและช่วยเหลือลูกหนี้ เช่น ทางด่วนแก้หนี้และโครงการคลินิกแก้หนี้ โดยในปี ๒๕๖๘ มีการให้ความช่วยเหลือลูกหนี้ผ่านกลไกดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง กลไกเหล่านี้เป็นฐานสำคัญสำหรับการพัฒนาระบบสนับสนุนความมั่นคงทางการเงิน อย่างไรก็ตาม การเชื่อมมาตรการดังกล่าวเข้ากับช่วงเริ่มต้นทำงานในเชิงป้องกัน เช่น การสร้างเงินออมฉุกเฉิน การวางแผนรายได้ และการป้องกันหนี้ก่อนเกิดปัญหา ยังสามารถพัฒนาได้เพิ่มเติม

(๖) การส่งเสริมสุขภาพจิตวัยทำงานและสุขภาวะในสถานประกอบการมีการขับเคลื่อนมากขึ้น

กรมสุขภาพจิตและหน่วยงานในพื้นที่มีการดำเนินงานด้านการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในวัยทำงาน รวมถึงการส่งเสริมสถานประกอบการที่เอื้อต่อสุขภาวะทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และมีระบบติดตามผลการดำเนินงานสุขภาพจิตวัยทำงานในระดับพื้นที่

ความก้าวหน้าดังกล่าวเป็นฐานสำคัญในการบูรณาการสุขภาพจิตเข้ากับการพัฒนาคุณภาพงานและสถานประกอบการ อย่างไรก็ตาม การออกแบบบริการที่เจาะจงต่อความต้องการในช่วงเปลี่ยนผ่านเข้าสู่การทำงานยังควรได้รับการพัฒนาต่อไป

โดยภาพรวม ความก้าวหน้าที่เกิดขึ้นสะท้อนว่า ประเทศไทยมี**องค์ประกอบพื้นฐานของระบบนิเวศเพื่อการเปลี่ยนผ่านสู่การทำงานอยู่แล้วหลายส่วน** ทั้งระบบทักษะ ระบบรับรองสมรรถนะ การเรียนรู้ตลอดชีวิต การจัดหางาน การคุ้มครองทางสังคม ระบบช่วยเหลือทางการเงิน และระบบส่งเสริมสุขภาวะ

อย่างไรก็ตาม ความก้าวหน้าส่วนใหญ่ยังเกิดขึ้นในลักษณะ **“พัฒนาระบบเฉพาะด้าน”** มากกว่าการพัฒนา **“เส้นทางการเปลี่ยนผ่านของบุคคลแบบครบวงจร”** จึงยังมีช่องว่างสำคัญที่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไข เพื่อให้ระบบต่าง ๆ สามารถทำงานเชื่อมโยงกันได้อย่างไร้รอยต่อ

๓.๕ ช่องว่างของนโยบายและการดำเนินงาน

แม้ประเทศไทยจะมีนโยบาย กฎหมาย และกลไกจำนวนมากที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาทุนมนุษย์และการเข้าสู่ตลาดแรงงาน แต่เมื่อพิจารณาจากมุมมองของ “การเปลี่ยนผ่านสู่การทำงาน” ยังพบช่องว่างเชิงระบบที่สำคัญ ดังนี้

(๑) ช่องว่างด้านธรรมาภิบาลและความรับผิดชอบร่วมของระบบ (Governance and Accountability Gap) การพัฒนาทักษะ การศึกษา การจัดหางาน การคุ้มครองทางสังคม สุขภาพ และการช่วยเหลือทางการเงินอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของหลายหน่วยงาน และแต่ละหน่วยงานมีเป้าหมาย ตัวชี้วัด ฐานข้อมูล และกลไกงบประมาณของตนเอง จึงยังขาดกลไกที่ทำหน้าที่รับผิดชอบต่อ **“ผลลัพธ์ของการเปลี่ยนผ่าน”** โดยรวม เช่น บุคคลเข้าสู่งานได้เร็วเพียงใด ได้งานที่ตรงกับทักษะหรือไม่ มีรายได้และหลักประกันเพียงพอหรือไม่ มีสุขภาวะอย่างไร และสามารถเติบโตในอาชีพได้หรือไม่ ช่องว่างนี้ทำให้เมื่อเกิดปัญหา บุคคลต้องเป็นผู้ค้นหาและเชื่อมโยงบริการจากหลายระบบด้วยตนเอง

(๒) ช่องว่างด้านข้อมูลและการติดตามเส้นทางการเปลี่ยนผ่าน (Transition Data Gap) ประเทศไทยยังไม่มีฐานข้อมูลระดับประเทศที่สามารถติดตามเส้นทางตั้งแต่ก่อนเข้าสู่ตลาดแรงงานไปจนถึงช่วงเริ่มต้นทำงานได้อย่างครบถ้วน โดยเชื่อมข้อมูลด้านการศึกษา ทักษะ การมีงานทำ คุณภาพงาน รายได้ รูปแบบการจ้างงาน หลักประกันทางสังคม สุขภาวะ และความมั่นคงทางการเงินเข้าด้วยกัน โดยเฉพาะยังขาดข้อมูลปฐมภูมิระดับประเทศเกี่ยวกับภาระหนี้สินของผู้ที่อยู่ในช่วงเริ่มต้นทำงาน ซึ่งมีนิยามกลุ่มตัวอย่าง ประเภทหนี้ ช่วงเวลาหลังเข้าสู่งาน และวิธีการสำรวจที่ชัดเจน ทำให้ไม่ควรนำตัวเลขหนี้เฉลี่ยจากกลุ่มประชากรอื่นมาใช้เป็นข้อสรุปเฉพาะสำหรับ First Jobber

นอกจากนี้ การเชื่อมโยงข้อมูลเพื่อระบุกลุ่มที่ต้องการการสนับสนุนยังต้องดำเนินการภายใต้หลักการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล การใช้ข้อมูลเท่าที่จำเป็น และระบบกำกับดูแลที่ชัดเจน

(๓) ช่องว่างของบริการสนับสนุนการเปลี่ยนผ่าน (Transition Support Gap) ระบบแนะแนว การพัฒนาทักษะ การฝึกงาน บริการจัดหางาน การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต การเงิน และหลักประกันทางสังคม มีอยู่ในหลายหน่วยงาน แต่ยังขาดการออกแบบให้เป็นบริการต่อเนื่องตามเส้นทางของบุคคลตั้งแต่ก่อนสำเร็จการศึกษาไปจนถึงช่วงตั้งหลักหลังเข้าสู่งาน โดยเฉพาะยังขาดระบบที่สามารถประเมินความต้องการรายบุคคลและเชื่อมบุคคลไปยังบริการที่เหมาะสม เช่น ผู้ที่ขาดทักษะควรได้รับการพัฒนาทักษะ ผู้ที่มีปัญหาทางการเงินควรเข้าถึงคำปรึกษา และผู้ที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพจิตควรสามารถเข้าสู่ระบบดูแลได้โดยไม่ต้องเริ่มต้นค้นหาบริการใหม่ด้วยตนเอง

(๔) ช่องว่างด้านคุณภาพการฝึกงานและประสบการณ์ทำงานครั้งแรก (Work-based Learning Gap) การฝึกงานและการฝึกประสบการณ์วิชาชีพเป็นกลไกสำคัญในการเชื่อมการศึกษากับโลกการทำงาน แต่รูปแบบและคุณภาพยังมีความแตกต่างกันระหว่างสาขา สถานศึกษา และสถานประกอบการ

ประเทศไทยยังขาดมาตรฐานร่วมระดับประเทศที่ครอบคลุมประเด็นสำคัญ เช่น คุณภาพการเรียนรู้ การกำกับดูแลและพี่เลี้ยง ความปลอดภัย ชั่วโมงการฝึก ค่าตอบแทนหรือการสนับสนุนค่าใช้จ่าย และกลไกร้องเรียนที่เหมาะสมส่งผลให้โอกาสในการเข้าถึงการฝึกงานที่มีคุณภาพอาจแตกต่างกันตามฐานะทางเศรษฐกิจและเครือข่ายของผู้เรียน และอาจกลายเป็นอีกหนึ่งกลไกที่ผลิตซ้ำความเหลื่อมล้ำ

(๕) ช่องว่างด้านการรับรองสมรรถนะและการพกพาหลักฐานการเรียนรู้ (Credential and Portability Gap) แม้ประเทศไทยมีกรอบคุณวุฒิแห่งชาติ ระบบคุณวุฒิวิชาชีพ ระบบธนาคารหน่วยกิต และระบบรับรองสมรรถนะหลายรูปแบบ แต่ระบบเหล่านี้ยังต้องพัฒนาให้สามารถเชื่อมโยงและใช้งานร่วมกันได้มากขึ้น ระบบธนาคารหน่วยกิตยังอยู่ระหว่างการขยายผลและพัฒนาความเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานและพื้นที่จึงยังมีความจำเป็นในการพัฒนาโครงสร้างสำหรับ **Digital Credential หรือ Digital Skills/Competency Portfolio** ที่บุคคลสามารถสะสมและแสดงหลักฐานทักษะ คุณวุฒิ ประสบการณ์ และสมรรถนะจากหลายแหล่งได้ และสามารถได้รับการยอมรับจากสถานศึกษา สถานประกอบการ และหน่วยงานรับรองมาตรฐานอย่างกว้างขวาง

(๖) ช่องว่างด้านคุณภาพงานและการคุ้มครองในรูปแบบการทำงานใหม่ (Decent Work and Social Protection Gap) ระบบคุ้มครองแรงงานและระบบประกันสังคมของไทยมีโครงสร้างรองรับแรงงานหลายสถานะอยู่แล้ว แต่รูปแบบการทำงานที่หลากหลายมากขึ้น เช่น งานอิสระ งานแพลตฟอร์ม งานแบบโครงการ และการทำงานหลายอาชีพพร้อมกัน ทำให้เกิดความท้าทายด้านความต่อเนื่องและความเพียงพอของการคุ้มครอง

ประเด็นสำคัญจึงไม่จำเป็นต้องนำไปสู่การจัดตั้ง “กองทุน First Jobber” ใหม่โดยเฉพาะ แต่ควรพิจารณาว่าจะทำอย่างไรให้**หลักประกันและสิทธิที่มีอยู่สามารถครอบคลุมและติดตามบุคคลได้ตลอดการเปลี่ยนสถานะการทำงาน** และลดช่วงเวลาที่บุคคลไม่มีหลักประกัน

(๗) ช่องว่างด้านความสามารถในการตั้งหลักและต้นทุนการเปลี่ยนผ่าน (Transition Cost Gap) นโยบายด้านแรงงานโดยทั่วไปมักให้ความสำคัญกับการหางานและค่าจ้าง แต่ผู้เข้าสู่โลกการทำงานยังต้องรับภาระต้นทุนอื่นพร้อมกัน เช่น ค่าเช่าที่อยู่อาศัย ค่าเดินทาง ค่าใช้จ่ายในการย้ายถิ่น อุปกรณ์ในการทำงาน การพัฒนาทักษะ ตลอดจนภาระหนี้ โดยเฉพาะผู้ที่มาจากครัวเรือนรายได้น้อยอาจไม่มีทรัพยากรเพียงพอสำหรับการ “รอ” งานที่เหมาะสมหรือย้ายไปยังพื้นที่ที่มีโอกาสทางอาชีพ ส่งผลให้ต้องเลือกงานที่มีคุณภาพต่ำกว่าเร็วกว่ากลุ่มที่มีต้นทุนทางเศรษฐกิจและสังคมสูงกว่า ปัจจุบันยังขาดกรอบนโยบายที่มอง **“ต้นทุนการตั้งหลัก”** เป็นองค์ประกอบหนึ่งของการเปลี่ยนผ่านสู่การทำงานอย่างเป็นระบบ

(๘) ช่องว่างด้านสุขภาวะในช่วงเปลี่ยนผ่าน (Well-being Gap) แม้ประเทศไทยมีระบบบริการสุขภาพจิตและการส่งเสริมสุขภาวะวัยทำงาน แต่ระบบดังกล่าวยังมิได้ถูกเชื่อมโยงกับการแนะแนวอาชีพ การฝึกงาน การเข้าสู่งานและการตั้งหลักในฐานะกระบวนการเดียวกันอย่างชัดเจน สุขภาพจิตจึงยังมีแนวโน้มถูกจัดการเมื่อเกิดปัญหาแล้ว มากกว่าการสร้างระบบป้องกันและส่งเสริมตั้งแต่ช่วงเปลี่ยนผ่าน ทั้งที่ช่วงดังกล่าวมีความเครียดและความไม่แน่นอนสูงจากการหางาน การปรับตัวในองค์กร รายได้ หนี้ และความคาดหวังของครอบครัว

(๙) ช่องว่างด้านการดำเนินงานเชิงพื้นที่ (Place-based Implementation Gap) โอกาสทางการศึกษา ตลาดแรงงาน ค่าครองชีพ ที่อยู่อาศัย ระบบขนส่ง และบริการสนับสนุนแตกต่างกันอย่างมากระหว่างพื้นที่ แต่หลายมาตรการยังถูกออกแบบในระดับส่วนกลางและใช้รูปแบบเดียวกัน จึงยังขาดกลไกระดับพื้นที่ที่สามารถนำข้อมูลด้านกำลังคน การศึกษา นายจ้าง ต้นทุนการดำรงชีวิต สุขภาวะ และบริการสังคมมาวิเคราะห์ร่วมกัน และออกแบบมาตรการให้เหมาะกับบริบท เช่น พื้นที่มหานคร เขตอุตสาหกรรม เมืองรอง หรือพื้นที่ชนบท

ช่องว่างหลักของระบบ: “มีองค์ประกอบ แต่ยังขาดการเชื่อมต่อเป็นระบบ”

จากการสังเคราะห์ช่องว่างที่กล่าวมา พบว่า ปัญหาสำคัญของประเทศไทยมิใช่การขาดนโยบาย มาตรการหรือกลไกสนับสนุน หากแต่อยู่ที่ **“ความไม่ต่อเนื่องและการขาดการเชื่อมโยงระหว่างระบบ”** กล่าวคือ ประเทศไทยมีระบบการศึกษา แต่การเชื่อมโยงจากการเรียนรู้สู่โลกการทำงานยังไม่สมบูรณ์ มีระบบพัฒนาทักษะ แต่ยังไม่เชื่อมโยง

กับเส้นทางอาชีพอย่างต่อเนื่อง มีบริการจัดหางาน แต่ยังขาดการเชื่อมโยงกับการดูแลสุขภาวะและการสร้างความมั่นคงทางการเงิน มีระบบคุ้มครองทางสังคม แต่การเข้าถึงสิทธิและหลักประกันยังแตกต่างกันตามสถานะการทำงาน และมีฐานข้อมูลจากหลายหน่วยงาน แต่ยังขาดการเชื่อมโยงที่สามารถสะท้อนเส้นทางและคุณภาพของการเปลี่ยนผ่านสู่การทำงานของบุคคลได้อย่างครบถ้วน

ช่องว่างเชิงระบบที่สำคัญจึงอยู่ที่การขาด **"กลไกเชื่อมประสานที่ยึดเส้นทางการเปลี่ยนผ่านของบุคคลเป็นศูนย์กลาง"** เพื่อทำให้การสนับสนุนจากภาคส่วนต่าง ๆ เชื่อมต่อกันอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ "เตรียมพร้อมและพัฒนาศักยภาพ → เข้าถึงโอกาสและกำหนดเส้นทางชีวิต → เข้าสู่งานที่มีคุณค่าและเป็นธรรม → มีสุขภาวะ ความสัมพันธ์และสมดุลชีวิตในการทำงาน → มีความมั่นคงทางเศรษฐกิจและหลักประกันชีวิต" ตลอดช่วงเปลี่ยนผ่านและระยะเริ่มต้นของชีวิตการทำงาน

ดังนั้น การพัฒนา **"ระบบนิเวศเพื่อการเปลี่ยนผ่านสู่การทำงาน"** จึงควรมุ่ง **"เชื่อมสิ่งที่มี เติมเต็มช่องว่างและปรับระบบให้ทำงานร่วมกันภายใต้บริบทโลกการทำงานที่เปลี่ยนแปลง"** มากกว่าการสร้างโครงการหรือกลไกใหม่ที่แยกส่วน เพื่อให้บุคคลสามารถเปลี่ยนผ่านสู่การทำงานได้อย่างมีคุณภาพ มีสุขภาวะและความมั่นคง และนำไปสู่การยกระดับคุณภาพทุนมนุษย์ของประเทศอย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืน

๔. ประเด็นสำคัญและเหตุผลเชิงนโยบาย

๔.๑ ประเด็นสำคัญที่ค้นพบ

(๑) ช่วงเปลี่ยนผ่านสู่การทำงานเป็นช่วงเปลี่ยนผ่านเชิงยุทธศาสตร์ของชีวิต มิใช่เพียงปัญหาความพร้อมของบุคคล การเปลี่ยนผ่านจากการศึกษา การฝึกอบรม หรือภาวะไม่มีงานทำ ไปสู่การมีงานและการพึ่งพาตนเองทางเศรษฐกิจ เป็นช่วงสำคัญที่สามารถกำหนดเส้นทางรายได้ คุณภาพงาน สุขภาวะ ความมั่นคงทางการเงิน การเข้าถึงหลักประกันทางสังคม และโอกาสในการเติบโตทางอาชีพในระยะยาว

อย่างไรก็ตาม ระบบสนับสนุนที่เกี่ยวข้องในประเทศไทยยังมีลักษณะแยกส่วนระหว่างระบบการศึกษา การพัฒนาทักษะ การจัดหางาน ตลาดแรงงาน ระบบสุขภาพ และระบบคุ้มครองทางสังคม ส่งผลให้บุคคลและครัวเรือนต้องรับภาระในการเชื่อมต่อระหว่างระบบด้วยตนเอง โดยเฉพาะในช่วงก่อนสำเร็จการศึกษา การหางาน การเริ่มต้นทำงาน และการตั้งหลักในระยะต้น

ดังนั้น ประเด็นสำคัญมิใช่เพียงการทำให้บุคคล "พร้อมทำงาน" แต่คือการทำให้ **"ระบบพร้อมรองรับการเปลี่ยนผ่านของบุคคล"** อย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพ

(๒) ความเหลื่อมล้ำที่เกิดขึ้นก่อนเข้าสู่ตลาดแรงงานสามารถถูกส่งต่อและขยายตัวในช่วงเริ่มต้นชีวิตการทำงาน เยาวชนและประชาชนมิได้เข้าสู่โลกการทำงานจากจุดเริ่มต้นเดียวกัน ความแตกต่างด้านฐานะทางเศรษฐกิจ คุณภาพการศึกษา การเข้าถึงเทคโนโลยี การพัฒนาทักษะ ประสบการณ์จากการฝึกงาน เครือข่ายทางสังคม และพื้นที่อยู่อาศัย ล้วนส่งผลต่อโอกาสในการเข้าถึงงานที่มีคุณภาพ

ข้อมูลกองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา พ.ศ. ๒๕๖๕ สะท้อนว่า เยาวชนจากครัวเรือนรายได้ต่ำที่สุดมีโอกาสศึกษาต่อระดับอุดมศึกษาประมาณร้อยละ ๕ ขณะที่ค่าเฉลี่ยของประเทศอยู่ที่ประมาณร้อยละ ๓๐ ความแตกต่างดังกล่าวมิได้สิ้นสุดเมื่อออกจากระบบการศึกษา แต่สามารถส่งผลต่อความสามารถในการเข้าถึงการฝึกงาน การพัฒนาทักษะ การย้ายถิ่นเพื่อทำงาน การรอคอยงานที่เหมาะสม และการสร้างเครือข่ายทางอาชีพ การออกแบบนโยบายจึงต้องให้ความสำคัญกับ **"ความเสมอภาคของการเปลี่ยนผ่าน" (Equity in Transition)** โดยสนับสนุน

มากขึ้นแก่ผู้ที่มีต้นทุนการเปลี่ยนผ่านสูง เพื่อป้องกันมิให้ความเหลื่อมล้ำในวัยเรียนพัฒนาเป็นความเหลื่อมล้ำด้านงาน รายได้ สุขภาวะ และคุณภาพชีวิตตลอดช่วงวัยทำงาน

(๓) ช่องว่างด้านทักษะเป็นทั้งปัญหาของบุคคลและปัญหาของระบบการพัฒนาทุนมนุษย์ ข้อมูลการสำรวจ ASAT พ.ศ. ๒๕๖๕ สะท้อนข้อจำกัดด้านทักษะพื้นฐานของประชากรวัยแรงงานไทย ทั้งด้านการรู้หนังสือ ทักษะดิจิทัล และทักษะทางสังคมและอารมณ์ ซึ่งเป็นฐานสำคัญของการเรียนรู้ การใช้เทคโนโลยี การทำงานร่วมกับผู้อื่น และการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของงาน ในบริบทที่เทคโนโลยีดิจิทัลและปัญญาประดิษฐ์กำลังเปลี่ยนแปลงลักษณะของงาน ความต้องการของตลาดแรงงานจะเปลี่ยนจากการพิจารณาคุณวุฒิเพียงอย่างเดียวไปสู่ความสามารถและสมรรถนะที่สามารถนำไปใช้ได้จริงมากขึ้น ขณะเดียวกัน ทักษะมีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงเร็วและมีอายุการใช้งานสั้นลง

ดังนั้น การแก้ปัญหาทักษะจึงไม่ควรจำกัดอยู่ที่การปรับหลักสูตรก่อนสำเร็จการศึกษา แต่ต้องพัฒนาเป็น **ระบบการเรียนรู้ตลอดชีวิต** ที่เชื่อมการศึกษา การฝึกอบรม การทำงาน การรับรองสมรรถนะ การ Reskill และ Upskill เข้าด้วยกัน และทำให้บุคคลสามารถกลับเข้าสู่การเรียนรู้ได้ตลอดเส้นทางอาชีพ

(๔) การมีงานทำเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอ หากงานไม่สามารถเปลี่ยนศักยภาพของบุคคลให้เป็นผลิตภาพและความมั่นคงได้ ตัวชี้วัดการมีงานทำหรืออัตราการว่างงานเพียงอย่างเดียวไม่สามารถสะท้อนความสำเร็จของการเปลี่ยนผ่านสู่การทำงานได้อย่างเพียงพอ เนื่องจากบุคคลอาจมีงานทำแต่ทำงานต่ำกว่าระดับทักษะหรือการศึกษา ทำงานไม่สอดคล้องกับสมรรถนะที่มี มีรายได้ไม่เพียงพอ อยู่ในรูปแบบการจ้างงานที่ไม่มั่นคง หรือไม่มีโอกาสในการเรียนรู้และเติบโต ความไม่สอดคล้องระหว่างทักษะกับงาน (Skill Mismatch) จึงมิได้ส่งผลเฉพาะต่อบุคคล แต่ยังทำให้ประเทศไม่สามารถใช้ประโยชน์จากการลงทุนด้านการศึกษาและการพัฒนาทักษะได้อย่างเต็มที่ และกระทบต่อผลิตภาพของกำลังแรงงานในระยะยาว

นโยบายจึงจำเป็นต้องเปลี่ยนจากการวัดเพียง **“ได้งานหรือไม่”** ไปสู่การวัด **“คุณภาพของการเปลี่ยนผ่าน” (Quality of Transition)** ซึ่งควรครอบคลุมความสอดคล้องระหว่างทักษะกับงาน คุณภาพและความมั่นคงของงาน รายได้ การเข้าถึงสิทธิและหลักประกัน สุขภาวะ ตลอดจนโอกาสในการพัฒนาทักษะและความก้าวหน้าในอาชีพ

(๕) รูปแบบการทำงานใหม่ทำให้ระบบคุ้มครองที่ผูกกับสถานการณ์จ้างงานเพียงรูปแบบเดียวไม่เพียงพอ เส้นทางการทำงานของประชาชนมีแนวโน้มหลากหลายและไม่เป็นเส้นตรงมากขึ้น บุคคลอาจสลับระหว่างการเป็นลูกจ้าง ผู้ประกอบอาชีพอิสระ แรงงานแพลตฟอร์ม ผู้ประกอบการ หรือผู้ว่างงาน รวมถึงอาจทำงานหลายรูปแบบพร้อมกัน การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้การคุ้มครองทางสังคมที่ขึ้นอยู่กับสถานะการจ้างงานมีความเสี่ยงที่จะเกิดช่องว่างในช่วงเปลี่ยนสถานะ นโยบายจึงควรมุ่งสร้าง**ความต่อเนื่องและความสามารถในการพกพาสิทธิและหลักประกัน (Portability and Continuity of Protection)** เพื่อให้บุคคลยังสามารถเข้าถึงการคุ้มครองที่จำเป็นเมื่อเปลี่ยนงาน นายจ้าง หรือรูปแบบการประกอบอาชีพ การคุ้มครองทางสังคมจึงไม่ควรถูกมองเพียงเป็นมาตรการเยียวยาหลังเกิดปัญหา แต่เป็นโครงสร้างพื้นฐานที่ช่วยให้บุคคลสามารถรับความเสี่ยง ลงทุนในการพัฒนาตนเอง และเปลี่ยนผ่านในตลาดแรงงานได้อย่างมั่นคง

(๖) สุขภาวะและความมั่นคงทางการเงินเป็นเงื่อนไขของการใช้ศักยภาพ มิใช่ผลลัพธ์ที่แยกจากนโยบายแรงงานช่วงเปลี่ยนผ่านสู่การทำงานเป็นช่วงที่บุคคลต้องเผชิญแรงกดดันหลายด้านพร้อมกัน ทั้งการหางาน ความไม่แน่นอนของรายได้ การปรับตัวในองค์กร ภาระค่าครองชีพ ที่อยู่อาศัย การเดินทาง หนี้สิน การย้ายถิ่น และความคาดหวังจากครอบครัว ปัจจัยดังกล่าวสามารถส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพจิต ความสามารถในการทำงาน การรักษางาน และการพัฒนาทักษะ ความมั่นคงทางการเงินและสุขภาวะจึงมิใช่ประเด็นปลายทางหลังจากบุคคลมีงานทำแล้ว แต่เป็น

เงื่อนไขพื้นฐานที่ทำให้บุคคลสามารถตั้งหลักและใช้ศักยภาพของตนเองได้อย่างเต็มที่ นโยบายการเปลี่ยนผ่านสู่การทำงานจึงต้องเชื่อมเรื่องงาน รายได้ ต้นทุนการดำรงชีวิต หนี้ สุขภาพกาย สุขภาพจิต และการคุ้มครองทางสังคมเข้าด้วยกัน โดยมุ่งสร้างความสามารถในการรับมือกับความเสี่ยงมากกว่าการรอให้เกิดปัญหาแล้วจึงเยียวยา

(๗) ปัญหาสำคัญของประเทศไทยมิใช่การขาดนโยบาย แต่คือการขาด "ระบบเชื่อมต่อ" ระหว่างนโยบายประเทศไทยมีนโยบายและกลไกด้านการศึกษา การพัฒนาทักษะ การรับรองสมรรถนะ การจัดหางาน การประกันสังคม สุขภาพ การช่วยเหลือทางการเงิน และการเรียนรู้ตลอดชีวิตอยู่แล้วหลายส่วน แต่ระบบเหล่านี้ยังดำเนินงานตามภารกิจของแต่ละหน่วยงานเป็นหลัก ผลที่เกิดขึ้นคือประชาชนอาจพบว่า **"มีบริการ แต่เข้าถึงเป็นชิ้นส่วน"** และต้องเป็นผู้เชื่อมต่อระบบด้วยตนเอง ขณะที่รัฐยังขาดตัวชี้วัดและเจ้าภาพที่รับผิดชอบต่อผลลัพธ์ของการเปลี่ยนผ่านโดยรวม ดังนั้น โจทย์เชิงนโยบายสำคัญจึงมิใช่การสร้างโครงการใหม่สำหรับ First Jobber เพิ่มขึ้นอีกหนึ่งโครงการ แต่เป็นการเปลี่ยนจาก **"ระบบที่ยึดหน่วยงานเป็นศูนย์กลาง"** ไปสู่ **"ระบบที่ยึดเส้นทางการเปลี่ยนผ่านของบุคคลเป็นศูนย์กลาง"** และสร้างความรับผิดชอบร่วมของหน่วยงานและภาคส่วนที่เกี่ยวข้องต่อผลลัพธ์เดียวกัน

ข้อสังเคราะห์สำคัญ

จากข้อค้นพบทั้งหมด สามารถสังเคราะห์ได้ว่า **การเปลี่ยนผ่านสู่การทำงานเป็นจุดเชื่อมสำคัญระหว่างการลงทุนด้านการศึกษาและการพัฒนาคน กับผลลัพธ์ด้านเศรษฐกิจ สุขภาวะ และคุณภาพชีวิตของประชาชน** หากกระบวนการเปลี่ยนผ่านดังกล่าวขาดคุณภาพ การลงทุนด้านการศึกษาและการพัฒนาทักษะอาจไม่สามารถนำไปสู่การมีงานที่มีคุณค่า การเพิ่มผลิตภาพ รายได้ และความมั่นคงในชีวิตได้อย่างเต็มศักยภาพ อีกทั้งความเสียเปรียบที่เกิดขึ้นในระยะเริ่มต้นอาจสะสมและส่งผลต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิต

ในทางกลับกัน หากประเทศไทยสามารถพัฒนา **"ระบบนิเวศเพื่อการเปลี่ยนผ่านสู่การทำงานที่ไร้รอยต่อ"** ที่เชื่อมโยงการพัฒนาทักษะ โอกาสในการทำงาน งานที่มีคุณค่า สุขภาวะ ความมั่นคงทางการเงิน และการคุ้มครองทางสังคมเข้าด้วยกัน จะช่วยให้ประชาชนได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องตลอดเส้นทาง ตั้งแต่ "เตรียมพร้อมและพัฒนาศักยภาพ → เข้าถึงโอกาสและกำหนดเส้นทางชีวิต → เข้าสู่งานที่มีคุณค่าและเป็นธรรม → มีสุขภาวะ ความสัมพันธ์ และสมดุลชีวิตในการทำงาน → มีความมั่นคงทางเศรษฐกิจและหลักประกันชีวิต" ตลอดช่วงเปลี่ยนผ่านและระยะเริ่มต้นของชีวิตการทำงาน

ดังนั้น การพัฒนาระบบนิเวศเพื่อการเปลี่ยนผ่านสู่การทำงานจึงมิใช่เพียงนโยบายสำหรับผู้เริ่มต้นทำงานใหม่ หากแต่เป็น**ยุทธศาสตร์สำคัญในการยกระดับคุณภาพทุนมนุษย์ของประเทศ** ที่เชื่อมโยงการพัฒนาคน การพัฒนาเศรษฐกิจ และการสร้างสังคมสุขภาวะเข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบ เพื่อให้การลงทุนในการพัฒนาคนสามารถนำไปสู่คุณภาพชีวิต ผลิตภาพ

๔.๒ เหตุผลเชิงนโยบาย

การพัฒนาระบบนิเวศเพื่อการเปลี่ยนผ่านสู่การทำงานมีความจำเป็นในเชิงนโยบาย เนื่องจากผลลัพธ์ของการเข้าสู่โลกการทำงานมิได้ขึ้นอยู่กับความสามารถหรือความพร้อมของบุคคลเพียงฝ่ายเดียว หากเป็นผลร่วมจากคุณภาพและประสิทธิผลของระบบการศึกษา ระบบพัฒนาทักษะ ตลาดแรงงาน นายจ้าง ระบบสุขภาพ ระบบคุ้มครองทางสังคม ตลอดจนเงื่อนไขทางเศรษฐกิจและสังคมที่บุคคลสามารถเข้าถึงได้ ดังนั้น จึงจำเป็นต้องปรับกระบวนทัศน์จากการมองผู้เข้าสู่โลกการทำงานในฐานะผู้รับผิดชอบต่อการเพิ่มขีดความสามารถของตนเองเป็นหลัก (Individual Capability) ไปสู่การพิจารณา **ประสิทธิผลและความเป็นธรรมของระบบ (System Effectiveness and Equity)** โดยให้ทุกภาคส่วนมีความรับผิดชอบร่วมต่อคุณภาพของการเปลี่ยนผ่าน

กรอบการพัฒนาตลอดช่วงชีวิต (Life-course Approach) ชี้ให้เห็นว่า สุขภาวะ ศักยภาพ และโอกาสในชีวิตเป็นผลสะสมจากทั้งปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยคุ้มครองในแต่ละช่วงชีวิต โดยช่วงเปลี่ยนผ่านสำคัญสามารถส่งผลต่อเส้นทางชีวิตในระยะยาวได้ การเปลี่ยนผ่านสู่การทำงานจึงเป็นช่วงที่ควรได้รับการลงทุนและการสนับสนุนเชิงป้องกัน เพื่อไม่ให้ความเสียเปรียบที่มีอยู่เดิมถูกส่งต่อหรือขยายตัวเมื่อบุคคลเข้าสู่ตลาดแรงงาน (WHO, ๒๐๒๕)

ในเชิงนโยบาย บทบาทของรัฐจึงควรขยับจากการให้ความช่วยเหลือภายหลังเกิดการว่างงาน ปัญหาหนี้ หรือปัญหาสุขภาวะ ไปสู่**การป้องกันความเสี่ยงและสร้างโอกาสตั้งแต่ต้นทาง** ผ่านนโยบายตลาดแรงงานเชิงรุก (Active Labour Market Policies: ALMPs) เช่น การแนะแนวอาชีพ การพัฒนาทักษะ การจับคู่งาน การฝึกงานและการเรียนรู้จากการทำงาน การให้คำปรึกษาเฉพาะราย และการสนับสนุนการประกอบอาชีพ ควบคู่กับระบบคุ้มครองทางสังคมที่เข้าถึงได้และสอดคล้องกับรูปแบบการทำงานที่หลากหลาย (ILO, ๒๐๒๕) การคุ้มครองทางสังคมจึงมิใช่เพียงกลไกสำหรับการเยียวยาเมื่อเกิดปัญหา แต่เป็น**โครงสร้างพื้นฐานของการพัฒนาทุนมนุษย์** เพราะหลักประกันด้านสุขภาพ รายได้ สิทธิแรงงาน และการดำรงชีวิตช่วยให้บุคคลสามารถรับมือกับความเสี่ยง ลงทุนในการพัฒนาทักษะ แสวงหางานที่เหมาะสม และตัดสินใจทางอาชีพโดยไม่ถูกบีบให้ยอมรับงานที่ไม่มีคุณภาพเพียงเพราะข้อจำกัดทางเศรษฐกิจ แนวคิดดังกล่าวสอดคล้องกับ The Geneva Charter for Well-being ซึ่งให้ความสำคัญกับการสร้างเศรษฐกิจที่รับใช้ความเป็นอยู่ที่ดีของมนุษย์ การมีงานที่มีคุณค่า การลดการเลือกปฏิบัติและความเหลื่อมล้ำเชิงโครงสร้าง ตลอดจนการสร้างระบบคุ้มครองทางสังคมที่ครอบคลุม โดยเฉพาะสำหรับประชากรที่มีความเสี่ยงต่อการถูกทิ้งไว้ข้างหลัง ในบริบทของการเปลี่ยนผ่านสู่การทำงาน **การมีงานทำเพียงอย่างเดียวจึงไม่เพียงพอ** หากงานนั้นมีรายได้ไม่เหมาะสม ขาดความมั่นคง ไม่ได้รับการคุ้มครองสิทธิ ไม่มีโอกาสพัฒนาทักษะ หรือส่งผลเสียต่อสุขภาวะ การกำหนดนโยบายจึงควรให้ความสำคัญกับ “คุณภาพของการเปลี่ยนผ่าน” และ “คุณภาพของงาน” ควบคู่ไปกับการเพิ่มโอกาสการมีงานทำ

นอกจากนี้ โลกการทำงานที่มีรูปแบบการจ้างงานหลากหลายมากขึ้นทำให้ระบบคุ้มครองทางสังคมจำเป็นต้องปรับจากระบบที่ผูกสิทธิไว้กับสถานะการจ้างงานเพียงรูปแบบเดียว ไปสู่ระบบที่มี**ความต่อเนื่องและสามารถพกพาสิทธิได้ (Portability and Continuity)** เมื่อบุคคลเปลี่ยนนายจ้าง เปลี่ยนอาชีพ หรือเปลี่ยนสถานะระหว่างการเป็นลูกจ้าง ผู้ประกอบอาชีพอิสระ และแรงงานแพลตฟอร์ม

ในอีกด้านหนึ่ง การลงทุนในช่วงเปลี่ยนผ่านสู่การทำงานสามารถสร้างผลตอบแทนในหลายมิติพร้อมกัน ทั้งการลดระยะเวลาว่างงาน ลดความไม่สอดคล้องระหว่างทักษะกับงาน เพิ่มผลิตภาพ ลดความเปราะบางทางการเงิน ส่งเสริมสุขภาพจิต และเพิ่มความสามารถในการเรียนรู้และพัฒนาตนเองในระยะยาว จึงเป็นการลงทุนเชิงป้องกันที่เชื่อมโยงทั้งนโยบายด้านเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพ และการพัฒนาทุนมนุษย์เข้าด้วยกัน

ด้วยเหตุนี้ **การพัฒนาระบบนิเวศเพื่อการเปลี่ยนผ่านสู่การทำงานจึงมีเหตุผลเชิงนโยบายสำคัญ ๔ ประการ** ได้แก่

ประการแรก เพื่อเพิ่มประสิทธิผลของการลงทุนด้านการศึกษาและการพัฒนาทักษะ โดยทำให้ความรู้และสมรรถนะสามารถเชื่อมต่อไปสู่การใช้ประโยชน์ในการทำงานจริง

ประการที่สอง เพื่อสร้างความเสมอภาคของโอกาส โดยลดผลกระทบจากความแตกต่างด้านฐานะทางเศรษฐกิจ สังคม พื้นที่ และเครือข่ายที่มีต่อคุณภาพของการเข้าสู่โลกการทำงาน

ประการที่สาม เพื่อสร้างความมั่นคงและสุขภาวะของประชาชน ด้วยการเชื่อมงานที่มีคุณค่า ความมั่นคงทางการเงิน สุขภาพกายและสุขภาพจิต และการคุ้มครองทางสังคมเข้าด้วยกัน

และ **ประการที่สี่** เพื่อเพิ่มผลิตภาพและความสามารถในการปรับตัวของกำลังคนในระยะยาว ภายใต้สังคมสูงวัย การเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยี และรูปแบบการทำงานที่มีความผันผวนมากขึ้น

ดังนั้น การผลักดันประเด็นนี้เป็นนโยบายสาธารณะจึงมิใช่การสร้างมาตรการช่วยเหลือเฉพาะกลุ่ม First Jobber แต่เป็นการ**ปรับโครงสร้างการเชื่อมต่อระหว่างการพัฒนาคนกับโลกการทำงาน** เพื่อให้การลงทุนในทุนมนุษย์ของประเทศสามารถนำไปสู่การมีงานที่มีคุณค่า ผลิตภาพ ความมั่นคง และสุขภาวะได้อย่างเป็นรูปธรรม

การยกระดับระบบนิเวศช่วงเปลี่ยนผ่านสู่การทำงานจึงควรมุ่งพัฒนามาตรการเชิงรุกที่เชื่อมโยงการเตรียมความพร้อม การเข้าถึงโอกาส การมีงานที่มีคุณค่า การส่งเสริมสุขภาวะ และการสร้างหลักประกันชีวิตเข้าด้วยกัน โดยให้ความสำคัญกับการลงทุนเชิงป้องกัน การลดความเหลื่อมล้ำ และการพัฒนากลไกความรับผิดชอบร่วมของทุกภาคส่วน ทั้งในระดับชาติและระดับพื้นที่ พร้อมใช้ข้อมูล การวิจัย และการติดตามประเมินผลเป็นฐานในการปรับปรุงมาตรการอย่างต่อเนื่อง

๔.๓ ผลกระทบหากไม่ดำเนินการ

หากประเทศไทยยังไม่มีการพัฒนาระบบรองรับการเปลี่ยนผ่านสู่การทำงานที่เชื่อมโยงและมีประสิทธิผล ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในช่วงเริ่มต้นชีวิตการทำงานอาจสะสมและส่งผลกระทบต่อบุคคล ครัวเรือน ระบบเศรษฐกิจ และสังคมในระยะยาว โดยมีผลกระทบสำคัญ ดังนี้

(๑) การสูญเสียศักยภาพของทุนมนุษย์และผลิตภาพของประเทศ หากผู้เข้าสู่โลกการทำงานมีข้อจำกัดด้านทักษะ หรือไม่สามารถเข้าถึงงานที่สอดคล้องกับความรู้และสมรรถนะ การลงทุนด้านการศึกษาและการพัฒนาทักษะที่เกิดขึ้นก่อนหน้านั้นจะไม่สามารถแปรเปลี่ยนเป็นผลิตภาพได้อย่างเต็มที่ การทำงานต่ำกว่าศักยภาพ การทำงานไม่ตรงกับทักษะ และการขาดโอกาสพัฒนาความสามารถอย่างต่อเนื่อง อาจนำไปสู่การสูญเสียศักยภาพทั้งในระดับบุคคลและระดับประเทศ โดยเฉพาะในบริบทที่เทคโนโลยีและปัญญาประดิษฐ์กำลังทำให้ทักษะที่ตลาดแรงงานต้องการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ผลกระทบดังกล่าวมิได้จำกัดอยู่ที่รายได้ของบุคคล แต่ยังส่งผลต่อผลิตภาพแรงงาน ความสามารถในการแข่งขัน และผลตอบแทนจากการลงทุนด้านการศึกษาและการพัฒนาคนของประเทศ

(๒) ความเสียเปรียบในระยะเริ่มต้นอาจสะสมและส่งผลต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิต (Scarring Effect) การว่างงานเป็นระยะเวลานาน การเข้าสู่งานที่ไม่มีคุณภาพ การได้รับค่าตอบแทนต่ำกว่าศักยภาพ หรือการขาดโอกาสในการพัฒนาทักษะในช่วงต้นของชีวิตการทำงาน อาจส่งผลต่อเส้นทางรายได้ ความก้าวหน้าในอาชีพ และโอกาสในการเข้าสู่งานที่มีคุณภาพในอนาคต ความเสียเปรียบดังกล่าวอาจเกิดขึ้นพร้อมกับภาระหนี้ ความไม่มั่นคงทางการเงิน และปัญหาสุขภาพจิต ทำให้บุคคลมีทรัพยากรน้อยลงสำหรับการลงทุนในทักษะหรือการเปลี่ยนงานเพื่อแสวงหาโอกาสที่ดีกว่า หากไม่มีมาตรการสนับสนุนที่เหมาะสม ความเสี่ยงในช่วงเปลี่ยนผ่านจึงอาจกลายเป็น**ความเสียเปรียบสะสมตลอดเส้นทางชีวิต** แทนที่จะเป็นปัญหาชั่วคราวในช่วงเริ่มต้นทำงาน

(๓) ความเหลื่อมล้ำทางการศึกษาอาจถูกส่งต่อเป็นความเหลื่อมล้ำด้านงาน รายได้ และสุขภาวะ บุคคลที่มาจากครัวเรือนซึ่งมีทรัพยากรจำกัดมีโอกาสน้อยกว่าในการเข้าถึงการศึกษาที่มีคุณภาพ การฝึกงาน เครือข่ายอาชีพ การพัฒนาทักษะ และทรัพยากรสำหรับการรอคอยงานที่เหมาะสมหากไม่มีมาตรการที่คำนึงถึงความแตกต่างของต้นทุนและโอกาสในการเปลี่ยนผ่าน คนที่เริ่มต้นจากความเสียเปรียบอาจต้องเข้าสู่งานที่มีคุณภาพต่ำกว่า มีรายได้น้อยกว่า และได้รับหลักประกันน้อยกว่า ซึ่งจะทำให้ความเหลื่อมล้ำจากระบบการศึกษาถูกส่งผ่านต่อไปยังตลาดแรงงานและคุณภาพชีวิต ในระยะยาว อาจนำไปสู่การลดความสามารถในการเคลื่อนย้ายทางเศรษฐกิจและสังคมระหว่างรุ่น และทำให้ความเหลื่อมล้ำมีลักษณะฝังรากลึกมากขึ้น

(๔) ความเปราะบางทางการเงินและปัญหาสุขภาพจิตอาจเพิ่มขึ้น หากรายได้เริ่มต้นไม่สอดคล้องกับค่าครองชีพ ขณะที่บุคคลต้องรับภาระด้านที่อยู่อาศัย การเดินทาง หนี้ และค่าใช้จ่ายจำเป็น การเริ่มต้นทำงานอาจกลายเป็นช่วงของความเปราะบางทางการเงินแทนที่จะเป็นช่วงของการสร้างความมั่นคง ความเครียดจากรายได้ หนี้ ความไม่แน่นอนของการทำงาน และการปรับตัวในสถานที่ทำงานสามารถส่งผลต่อสุขภาพจิต ประสิทธิภาพในการทำงาน การขาดงาน และการตัดสินใจลาออกหรือออกจากตลาดแรงงาน หากระบบยังเน้นการแก้ไขหลังเกิดปัญหา มากกว่าการป้องกันตั้งแต่ช่วงเปลี่ยนผ่าน ต้นทุนดังกล่าวอาจถูกส่งต่อไปยังครอบครัว นายจ้าง ระบบสุขภาพ และระบบสวัสดิการสังคมในระยะยาว

(๕) ระบบคุ้มครองทางสังคมอาจไม่สามารถรองรับรูปแบบการทำงานที่เปลี่ยนแปลงได้อย่างเพียงพอ หากระบบสิทธิและหลักประกันยังยึดติดกับสถานะการจ้างงานแบบเดิม ขณะที่ประชาชนทำงานในรูปแบบอิสระ งานแพลตฟอร์ม งานตามโครงการ หรือสลับสถานะการทำงานบ่อยขึ้น อาจเกิดช่วงเวลาที่บุคคลไม่มีความคุ้มครองหรือได้รับความคุ้มครองไม่เพียงพอ ช่องว่างดังกล่าวสามารถเพิ่มความเสี่ยงเมื่อเกิดการเจ็บป่วย การว่างงาน การสูญเสียรายได้ หรือเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิด และอาจทำให้ผู้ที่อยู่ในรูปแบบการทำงานใหม่ต้องพึ่งพาครอบครัวหรือการช่วยเหลือภายหลังมากขึ้น หากไม่ปรับระบบให้มีความต่อเนื่องและรองรับการเคลื่อนย้ายระหว่างสถานะการทำงาน ความหลากหลายของตลาดแรงงานในอนาคตอาจกลายเป็นแหล่งผลิตความเปราะบางใหม่

(๖) ประเทศอาจสูญเสียโอกาสในการใช้กำลังคนอย่างเต็มศักยภาพภายใต้โครงสร้างประชากรสูงวัย ในบริบทที่จำนวนประชากรวัยแรงงานมีแนวโน้มลดลง คุณภาพและผลิตภาพของกำลังคนแต่ละคนจะมีความสำคัญมากขึ้นต่อศักยภาพในการพัฒนาประเทศ หากคนรุ่นใหม่ใช้เวลานานในการเข้าสู่งาน ทำงานต่ำกว่าศักยภาพ หรือไม่สามารถพัฒนาทักษะให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลง ประเทศจะสูญเสียโอกาสในการใช้ทรัพยากรมนุษย์ที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุด ในทางกลับกัน การสร้างระบบที่ช่วยให้บุคคลเข้าสู่งานได้เร็วขึ้น ได้งานที่เหมาะสม และสามารถพัฒนาทักษะอย่างต่อเนื่อง จะช่วยเพิ่มความสามารถของกำลังแรงงานในการรองรับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร

(๗) ประเทศอาจสูญเสียโอกาสในการถ่ายทอดความรู้และทักษะระหว่างรุ่น การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรทำให้แรงงานสูงวัยและแรงงานรุ่นใหม่จะต้องทำงานร่วมกันมากขึ้น หากขาดกลไกการเรียนรู้จากการทำงาน ระบบพี่เลี้ยง และการถ่ายทอดความรู้ระหว่างรุ่น องค์ความรู้และประสบการณ์ที่สะสมอยู่ในแรงงานรุ่นก่อนอาจสูญหายเมื่อออกจากตลาดแรงงาน ขณะเดียวกัน คนรุ่นใหม่อาจต้องเริ่มต้นเรียนรู้จากศูนย์ในหลายสาขา ทั้งที่สามารถใช้กลไกการถ่ายทอดความรู้เพื่อเพิ่มความเร็วในการพัฒนาสมรรถนะได้ การพัฒนาระบบนิเวศเพื่อการเปลี่ยนผ่านจึงสามารถทำหน้าที่เป็นสะพานเชื่อมระหว่างรุ่น ผ่าน Work-based Learning ระบบพี่เลี้ยง การถ่ายทอดทักษะ และการทำงานร่วมกันระหว่างคนต่างวัย

ข้อสรุปเชิงนโยบาย

หากไม่มีการดำเนินการอย่างเป็นระบบ ปัญหาในช่วงเปลี่ยนผ่านสู่การทำงานจะมิได้จำกัดอยู่เพียงการที่ “คนรุ่นใหม่หางานยาก” หรือการว่างงานในระยะสั้น หากแต่อาจก่อให้เกิดผลกระทบสะสมและต่อเนื่องตลอดเส้นทางชีวิต ตั้งแต่ ทักษะและสมรรถนะไม่สอดคล้องกับความต้องการของโลกการทำงาน → การเข้าถึงงานที่มีคุณค่าและโอกาสก้าวหน้าอย่างจำกัด → รายได้และหลักประกันที่ไม่มั่นคง → ความเปราะบางทางเศรษฐกิจ การเงินและสุขภาวะ → โอกาสในการเรียนรู้และพัฒนาศักยภาพลดลง → ผลิตภาพ รายได้ และความมั่นคงในระยะยาวลดลง ผลกระทบดังกล่าวมิได้หยุดอยู่เพียงระดับบุคคล แต่สามารถสะสมและส่งต่อไปยังครัวเรือน สังคม ตลาดแรงงาน และระบบเศรษฐกิจ ทำให้ความเหลื่อมล้ำด้านโอกาสเพิ่มขึ้น ศักยภาพของกำลังคนไม่ได้รับการพัฒนาหรือใช้ประโยชน์

อย่างเต็มที่ และลดทอนความสามารถของประเทศในการพัฒนาทุนมนุษย์และปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม และเทคโนโลยี ดังนั้น ต้นทุนของการไม่ดำเนินการ (Cost of Inaction) จึงมิใช่เพียงต้นทุนจากการว่างงาน หรือการเข้าสู่งานล่าช้าในปัจจุบัน แต่รวมถึงต้นทุนจากศักยภาพที่สูญเสีย ความเหลื่อมล้ำและความเปราะบางที่สะสม ตลอดจนโอกาสในการพัฒนาทุนมนุษย์ที่สูญเสียไปตลอดช่วงชีวิต

ด้วยเหตุนี้ ช่วงเปลี่ยนผ่านสู่การทำงานจึงควรได้รับการยกระดับให้เป็น “จุดเปลี่ยนผ่านเชิงยุทธศาสตร์ (Strategic Transition Point)” ของการพัฒนาทุนมนุษย์ของประเทศ โดยมุ่งพัฒนา ระบบนิเวศช่วงเปลี่ยนผ่านสู่การทำงาน (Transition-to-Work Ecosystem) ที่เชื่อมโยงการเรียนรู้และการพัฒนาทักษะ การตั้งหลักทางเศรษฐกิจและสังคม การเข้าสู่งานที่มีคุณค่า สุขภาวะ ความเป็นธรรมในการทำงาน และหลักประกันทางสังคมอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง พร้อมเชื่อมโยงการขับเคลื่อนระหว่างระดับชาติและระดับพื้นที่บนฐานข้อมูลและความร่วมมือของทุกภาคส่วน ทั้งนี้ การขับเคลื่อนมิได้มุ่งสร้าง “โครงการ First Jobber” หรือระบบใหม่ขึ้นมาแยกต่างหาก หากแต่เป็นการ “เชื่อมสิ่งที่มี เติมช่องว่างที่จำเป็น และปรับระบบให้ทำงานร่วมกัน” ตามเส้นทางการเปลี่ยนผ่านของบุคคล โดยระดับชาติกำหนดทิศทางและกลไกสนับสนุน ขณะที่ระดับพื้นที่สามารถออกแบบและประยุกต์การดำเนินงานให้เหมาะสมกับความแตกต่างของบุคคล โครงสร้างเศรษฐกิจ ตลาดแรงงาน และต้นทุนชีวิตในแต่ละบริบท พร้อมนำข้อมูลและบทเรียนจากพื้นที่กลับไปใช้พัฒนานโยบายอย่างต่อเนื่อง

๔.๔ โอกาสในการขับเคลื่อน

การพัฒนาระบบนิเวศช่วงเปลี่ยนผ่านสู่การทำงานมีโอกาสขับเคลื่อนให้เกิดผลในทางปฏิบัติได้ เนื่องจากประเทศไทยมีทั้งทิศทางนโยบายระดับชาติ กลไกและโครงสร้างพื้นฐานที่เกี่ยวข้อง ฐานนโยบายจากมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่ผ่านมา ตลอดจนแรงผลักดันจากการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้าง ซึ่งสามารถนำมาเชื่อมโยงและต่อยอดได้โดยไม่จำเป็นต้องสร้างระบบใหม่ทั้งหมด ทั้งนี้ สามารถสรุปโอกาสสำคัญในการขับเคลื่อนได้ ๗ ประการ ดังนี้

(๑) การยกระดับทุนมนุษย์เป็นวาระสำคัญของการพัฒนาประเทศในระยะต่อไป แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๓ ได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนากำลังคนสมรรถนะสูงและการเรียนรู้ตลอดชีวิต ขณะที่ทิศทางการจัดทำแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๔ ให้ความสำคัญกับการยกระดับทุนมนุษย์ (Upgrade Human Capital) ในฐานะฐานสำคัญของการเพิ่มผลิตภาพและการเติบโตอย่างทั่วถึง จึงเป็นโอกาสสำคัญในการผลักดัน **“คุณภาพของการเปลี่ยนผ่านสู่การทำงาน”** ให้เป็นองค์ประกอบหนึ่งของการพัฒนาทุนมนุษย์ของประเทศ โดยเชื่อมเป้าหมายด้านการศึกษาและการพัฒนาทักษะกับผลลัพธ์ด้านการมีงานที่มีคุณค่า สุขภาวะ ความมั่นคง และผลิตภาพของกำลังคน

(๒) ประเทศไทยมีกลไกบูรณาการด้านการพัฒนาทุนมนุษย์ที่สามารถนำมาใช้เป็นฐานการประสานนโยบาย ในช่วงที่ผ่านมา มีความพยายามพัฒนากลไกระดับนโยบายเพื่อเชื่อมโยงหน่วยงานด้านการศึกษา การพัฒนาทักษะ แรงงาน และการพัฒนาเศรษฐกิจเข้าด้วยกัน ซึ่งสามารถนำมาต่อยอดในการกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดร่วมด้านการเปลี่ยนผ่านสู่การทำงาน โอกาสสำคัญจึงมิได้อยู่ที่การจัดตั้งคณะกรรมการหรือโครงสร้างใหม่เพิ่มเติม แต่คือการทำให้กลไกบูรณาการที่มีอยู่สามารถ**รับผิดชอบต่อผลลัพธ์ของการเปลี่ยนผ่าน (Accountability for Transition Outcomes)** โดยเชื่อมโยงหน่วยงานด้านการศึกษา แรงงาน สุขภาพ การคุ้มครองทางสังคม และการพัฒนาพื้นที่เข้าด้วยกัน

(๓) โครงสร้างพื้นฐานด้านการเรียนรู้ตลอดชีวิตและการรับรองสมรรถนะมีความพร้อมมากขึ้น ประเทศไทยมีการพัฒนาระบบธนาคารหน่วยกิต กรอบคุณวุฒิแห่งชาติ ระบบคุณวุฒิวิชาชีพ และมาตรฐานอาชีพ ซึ่งเป็นฐานสำคัญสำหรับการเชื่อมโยงการศึกษา การฝึกอบรม การเรียนรู้จากการทำงาน และประสบการณ์จริงโครงสร้าง

ดังกล่าวเปิดโอกาสให้พัฒนาระบบที่บุคคลสามารถ**สะสม–รับรอง–แสดง–และนำสมรรถนะไปใช้ต่อยอด** ทั้งเพื่อเข้าสู่งาน การ Reskill/Upskill การศึกษาต่อ และการเคลื่อนย้ายทางอาชีพ โดยไม่จำเป็นต้องยึดติดกับคุณวุฒิที่ได้รับจากการศึกษาในช่วงต้นของชีวิตเพียงอย่างเดียว หากสามารถเชื่อมระบบธนาคารหน่วยกิต ระบบคุณวุฒิวิชาชีพ มาตรฐานอาชีพ และการยอมรับของนายจ้างได้มากขึ้น จะเป็นโครงสร้างพื้นฐานสำคัญของระบบนิเวศการเรียนรู้และการทำงานตลอดชีวิต

(๔) กลไกตลาดแรงงานและระบบคุ้มครองทางสังคมที่มีอยู่สามารถปรับให้ตอบสนองต่อช่วงเปลี่ยนผ่านได้มากขึ้น ประเทศไทยมีบริการจัดหางาน การแนะแนวอาชีพ การพัฒนาฝีมือแรงงาน ระบบประกันสังคม ตลอดจนช่องทางสำหรับผู้ประกอบอาชีพอิสระ เช่น การประกันสังคมตามมาตรา ๔๐ ซึ่งเป็นกลไกที่สามารถนำมาต่อยอดเพื่อรองรับรูปแบบการทำงานที่หลากหลายมากขึ้น โอกาสเชิงนโยบายจึงอยู่ที่การปรับจากการดำเนินงานแบบแยกส่วนไปสู่การเชื่อมบริการเหล่านี้เป็น**เส้นทางการสนับสนุนการเปลี่ยนผ่าน (Transition Support Pathway)** ตั้งแต่การแนะแนว การพัฒนาทักษะ การเข้าสู่งาน ไปจนถึงการเข้าถึงสิทธิและหลักประกันหลังเริ่มทำงาน ในด้านการคุ้มครองทางสังคม ควรใช้โอกาสจากระบบที่มีอยู่ในการพัฒนาความต่อเนื่องและความสามารถในการพกพาสิทธิเมื่อบุคคลเปลี่ยนรูปแบบการจ้างงาน แทนการสร้างระบบคุ้มครองเฉพาะกลุ่มขึ้นใหม่โดยไม่จำเป็น

(๕) ข้อเสนอเชิงนโยบายและองค์ความรู้ระหว่างประเทศสนับสนุนทิศทางการปฏิรูประบบทักษะและตลาดแรงงาน กรอบ OECD Skills Strategy และข้อเสนอขององค์การระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้อง ชี้ไปในทิศทางเดียวกันว่า การรับมือกับความไม่สมดุลของทักษะและความเปลี่ยนแปลงของตลาดแรงงานจำเป็นต้องเชื่อมการศึกษา การพัฒนาทักษะ การเรียนรู้ตลอดชีวิต นายจ้าง และระบบตลาดแรงงานให้ทำงานร่วมกันมากขึ้น องค์ความรู้ดังกล่าวสามารถใช้เป็นฐานสำหรับการออกแบบนโยบายของประเทศไทย โดยเฉพาะการพัฒนาระบบทักษะที่ยืดหยุ่น การเรียนรู้จากการทำงาน การรับรองสมรรถนะ การพัฒนานโยบายตลาดแรงงานเชิงรุก และการสร้างธรรมาภิบาลที่ทำให้หน่วยงานต่าง ๆ มีความรับผิดชอบร่วมต่อผลลัพธ์

(๖) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรและเทคโนโลยีสร้างแรงผลักดันร่วมให้ทุกภาคส่วนต้องลงทุนกับคุณภาพของกำลังคน การเข้าสู่สังคมสูงวัย การลดลงของประชากรวัยแรงงาน และการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วจากปัญญาประดิษฐ์และเทคโนโลยีดิจิทัล ทำให้ประเทศไทยไม่สามารถพึ่งพาการเพิ่มจำนวนแรงงานเพื่อสร้างการเติบโตได้เช่นในอดีต แต่จำเป็นต้องให้ความสำคัญกับ**คุณภาพ ผลิตภาพ และความสามารถในการปรับตัวของกำลังคนแต่ละคนมากขึ้น** สถานการณ์ดังกล่าวสร้างแรงจูงใจร่วมให้ภาครัฐ สถานศึกษา นายจ้าง และภาคส่วนอื่น ๆ เห็นความสำคัญของการลดระยะเวลาการเปลี่ยนผ่านที่สูญเปล่า ลด Skill Mismatch ทำให้คนเข้าสู่งานที่เหมาะสมเร็วขึ้น และสร้างระบบที่ช่วยให้คนสามารถพัฒนาศักยภาพได้ต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิต

(๗) มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่ผ่านมาเป็นฐานเชิงนโยบายที่สามารถเชื่อมต่อและยกระดับสู่การพัฒนาทุนมนุษย์ตลอดช่วงชีวิต จากการทบทวนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่ผ่านมา ครั้งที่ ๑–๑๘ รวม ๑๐๓ มติ พบว่ามีมติอย่างน้อย ๕ มติ ที่มีสาระเชื่อมโยงโดยตรงหรือสามารถนำมาต่อยอดกับประเด็นการยกระดับคุณภาพทุนมนุษย์และระบบนิเวศช่วงเปลี่ยนผ่านสู่การทำงาน ได้แก่ มติ ๑๕.๑ การขจัดความยากจนตามแนวคิดเศรษฐกิจ BCG: การยกระดับเศรษฐกิจครัวเรือน มติ ๑๕.๓ หลักประกันรายได้เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ มติ ๑๖.๑ ระบบสุขภาวะทางจิตเพื่อสังคมไทยไร้ความรุนแรง มติ ๑๖.๓ การส่งเสริมการพัฒนาประชากรให้เกิดและเติบโตอย่างมีคุณภาพ และมติ ๑๘.๑ การสร้างโอกาสในเศรษฐกิจสูงวัย ซึ่งสะท้อนว่าสมัชชาสุขภาพแห่งชาติได้วางฐานนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคนไว้แล้วในหลายช่วงวัยและหลายมิติ ทั้งด้านเศรษฐกิจครัวเรือน ความมั่นคงทางรายได้ สุขภาวะทางจิต การพัฒนาประชากร และการรองรับสังคมสูงวัย

อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณามติทั้ง ๕ ในมุมของ เส้นทางชีวิต (Life-course Approach) จะเห็นโอกาสสำคัญในการเชื่อมโยงวาระเหล่านี้ให้ครอบคลุม “ช่วงเปลี่ยนผ่านจากการเรียนรู้สู่โลกการทำงาน” ซึ่งเป็นช่วงสำคัญต่อการกำหนดเส้นทางรายได้ สุขภาวะ ความมั่นคง การพัฒนาทักษะ และการเข้าถึงหลักประกันในระยะต่อไปของชีวิต การผลักดันประเด็น ระบบนิเวศช่วงเปลี่ยนผ่านสู่การทำงาน (Transition-to-Work Ecosystem) ในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๑๙ จึงมิใช่การสร้างวาระที่แยกขาดจากมติเดิม แต่เป็นโอกาสในการเชื่อมต่อและต่อยอดฐานนโยบายที่สมัชชาสุขภาพแห่งชาติได้พัฒนาไว้แล้ว ให้เห็นความต่อเนื่องของการพัฒนาคนตั้งแต่การเติบโตอย่างมีคุณภาพ การเข้าสู่โลกการทำงาน การสร้างความมั่นคงและสุขภาวะระหว่างวัยทำงาน ไปจนถึงการมีหลักประกันและคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

ในเชิงยุทธศาสตร์ มติทั้ง ๕ จึงสามารถทำหน้าที่เป็น “ฐานนโยบายเดิม” สำหรับการขับเคลื่อนประเด็นใหม่ โดยมติ ๑๖.๓ เชื่อมโยงกับการพัฒนาศักยภาพคนก่อนเข้าสู่ตลาดแรงงาน มติ ๑๕.๑ เชื่อมโยงกับความมั่นคงทางเศรษฐกิจและการตั้งหลักชีวิต มติ ๑๖.๑ เชื่อมโยงกับสุขภาวะและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตและการทำงาน ขณะที่มติ ๑๕.๓ และ ๑๘.๑ ช่วยเชื่อมมิติของการทำงานและความมั่นคงไปสู่ช่วงปลายของชีวิตการทำงานและสังคมสูงวัย ดังนั้น ประเด็นสำหรับสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๙ จึงมีโอกาสทำหน้าที่เป็น “สะพานเชื่อมช่วงชีวิต” ที่ทำให้มิติด้านการพัฒนาคน สุขภาวะ เศรษฐกิจ และหลักประกันทางสังคมที่ผ่านมา สามารถเชื่อมโยงเข้าสู่กรอบการพัฒนาทุนมนุษย์ตลอดช่วงชีวิตได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

โอกาสเชิงยุทธศาสตร์: จาก “นโยบายหลายส่วน” สู่ “ระบบการเปลี่ยนผ่านหนึ่งเดียว”

เมื่อพิจารณาองค์ประกอบโดยรวม พบว่า ประเทศไทยกำลังมี **“หน้าต่างแห่งโอกาสเชิงนโยบาย” (Policy Window)** ที่สำคัญ จากการบรรจบกันของ **แรงผลักดันเชิงโครงสร้าง** ทั้งการเข้าสู่สังคมสูงวัย ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี และการเปลี่ยนแปลงของตลาดแรงงาน กับ **ทิศทางนโยบายระดับชาติ** ที่ให้ความสำคัญกับการยกระดับคุณภาพทุนมนุษย์ ตลอดจน **กลไกและโครงสร้างพื้นฐานที่มีอยู่** ทั้งด้านการพัฒนาทักษะ การรับรองสมรรถนะ การเรียนรู้ตลอดชีวิต การจัดหางาน การคุ้มครองทางสังคม และการส่งเสริมสุขภาวะ ซึ่งสามารถนำมาเชื่อมโยงและต่อยอดให้ทำงานร่วมกันได้อย่างเป็นระบบ

ดังนั้น โอกาสสำคัญในระยะต่อไปจึงมิใช่การสร้าง “โครงการ First Jobber” หรือกลไกใหม่ที่แยกออกจากระบบเดิม หากแต่เป็นการ **เชื่อมโยงและจัดวางระบบที่มีอยู่ให้ทำงานตามเส้นทางการเปลี่ยนผ่านของบุคคล**ให้ สามารถ “เตรียมพร้อมและพัฒนาศักยภาพ → เข้าถึงโอกาสและกำหนดเส้นทางชีวิต → เข้าสู่งานที่มีคุณค่าและเป็นธรรม → มีสุขภาวะ ความสัมพันธ์ และสมดุลชีวิตในการทำงาน → มีความมั่นคงทางเศรษฐกิจและหลักประกันชีวิต” ตลอดช่วงเปลี่ยนผ่านและระยะเริ่มต้นของชีวิตการทำงาน โดยกำหนดเป้าหมาย ตัวชี้วัด และความรับผิดชอบร่วมระหว่างภาคส่วนอย่างชัดเจน

การผลักดัน **“ระบบนิเวศเพื่อการเปลี่ยนผ่านสู่การทำงาน”** จึงมีฐานและความเป็นไปได้ในการขับเคลื่อน มิใช่การเริ่มต้นสร้างระบบขึ้นใหม่ทั้งหมด แต่เป็นการ **“เชื่อมสิ่งที่มี เติมเต็มช่องว่าง และปรับระบบให้ทำงานร่วมกัน”** เพื่อเปลี่ยนจากชุดนโยบายและกลไกที่กระจัดกระจาย ไปสู่ระบบสนับสนุนการเปลี่ยนผ่านที่ต่อเนื่อง ยึดเส้นทางของบุคคลเป็นศูนย์กลาง และสามารถนำไปสู่ผลลัพธ์ด้านงาน สุขภาวะ ผลิตภาพ ความมั่นคง และคุณภาพชีวิตได้อย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืน

๕. ประเด็นเพื่อการพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

จากสถานการณ์ แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของโลกการทำงาน และช่องว่างของระบบสนับสนุน พบว่า **การเข้าสู่โลกการทำงานมิใช่เหตุการณ์ ณ จุดใดจุดหนึ่ง และมิได้สิ้นสุดเมื่อบุคคล "มีงานทำ"** แต่เป็นกระบวนการต่อเนื่องตั้งแต่การเตรียมความพร้อม การเข้าถึงโอกาส การเข้าสู่งาน การปรับตัวและตั้งหลัก ตลอดจนการพัฒนาศักยภาพและการเปลี่ยนผ่านระหว่างงานหรือรูปแบบการทำงานตลอดช่วงชีวิต

คุณภาพของการเปลี่ยนผ่านจึงมิได้ขึ้นอยู่กับความพร้อมหรือความสามารถของบุคคลเพียงฝ่ายเดียว แต่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่าง **บุคคลกับระบบและสภาพแวดล้อม** ทั้งการศึกษา ตลาดแรงงาน เศรษฐกิจ สุขภาพ การคุ้มครองทางสังคม สถานประกอบการ ครอบครัว ชุมชน และบริบทพื้นที่ การขับเคลื่อนจึงต้องเปลี่ยนจากการมุ่ง **"ทำให้คนพร้อมเข้าสู่ระบบ"** ไปสู่การ **"ทำให้คนพร้อมและระบบพร้อมรองรับการเปลี่ยนผ่าน"** ภายใต้ความรับผิดชอบร่วมของทุกภาคส่วน

ด้วยเหตุนี้ จึงเสนอ **๖ ประเด็นสำคัญเพื่อการขับเคลื่อน** ดังต่อไปนี้

๕.๑ การสร้างความพร้อมและพัฒนาศักยภาพเพื่อเข้าสู่โลกการทำงาน

มุ่งสร้างความพร้อมทั้งด้านความรู้ ทักษะ สมรรถนะ และความสามารถในการเรียนรู้ตลอดชีวิต โดยให้ความสำคัญกับทักษะพื้นฐาน ทักษะวิชาชีพ ดิจิทัลและปัญญาประดิษฐ์ ภาษา ทักษะทางสังคมและอารมณ์ ความรู้ทางการเงิน ตลอดจนความสามารถในการคิด วิเคราะห์ แก้ปัญหา และปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง

ควรเชื่อมโยง **การศึกษา–การพัฒนาทักษะ–ประสบการณ์จากโลกการทำงาน–การรับรองสมรรถนะ** ให้เป็นระบบเดียวกัน ผ่านการฝึกประสบการณ์ที่มีคุณภาพ การเรียนรู้จากการทำงานจริง (Work-based Learning) ระบบพี่เลี้ยง และการเรียนรู้จากโจทย์จริง พร้อมทั้งเชื่อมโยงระบบคลังหน่วยกิต กรอบคุณวุฒิ ระบบคุณวุฒิวิชาชีพ และการรับรองสมรรถนะ เพื่อให้ผลการเรียนรู้สามารถ **สะสม เทียบโอน รับรอง และต่อยอดได้ตลอดช่วงชีวิต**

๕.๒ การสร้างโอกาสและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการกำหนดเส้นทางชีวิตและอาชีพ

มุ่งให้บุคคลสามารถ **มองเห็น เข้าถึง และใช้โอกาส** ในการเรียนรู้ พัฒนาทักษะ และทำงานได้อย่างเหมาะสมกับศักยภาพ ความสนใจ และบริบทชีวิตของตน โดยพัฒนาระบบข้อมูล การแนะแนวและให้คำปรึกษา การประเมินทักษะและความพร้อม ข้อมูลตลาดแรงงาน และการวางแผนเส้นทางชีวิตและอาชีพให้เชื่อมโยงและเข้าถึงได้

ควบคู่กับการลด **อุปสรรคและต้นทุนของการเข้าถึงโอกาส** ทั้งค่าใช้จ่ายในการเรียนรู้และพัฒนาทักษะ ที่อยู่อาศัย การเดินทาง การย้ายถิ่น ค่าครองชีพ และค่าใช้จ่ายในช่วงฝึกงานหรือเริ่มต้นทำงาน โดยเฉพาะสำหรับผู้ที่มีข้อจำกัดทางเศรษฐกิจและสังคมหรืออยู่ในพื้นที่ที่มีโอกาสจำกัด เพื่อไม่ให้ **"ต้นทุนของการเปลี่ยนผ่าน" กลายเป็นตัวกำหนดโอกาสชีวิต**

๕.๓ การส่งเสริมการเข้าถึงงานที่มีคุณค่าและเป็นธรรม

มุ่งพัฒนาระบบที่เชื่อมโยง **"คน–ทักษะ–งาน–โอกาส"** ตั้งแต่บริการจัดหางาน การจับคู่ทักษะกับงาน การพัฒนาทักษะ การฝึกประสบการณ์ ไปจนถึงนโยบายตลาดแรงงานเชิงรุก (Active Labour Market Policies: ALMPs) เพื่อช่วยให้บุคคลสามารถเข้าสู่หรือกลับเข้าสู่การทำงานได้อย่างเหมาะสม และลดความเสี่ยงของการว่างงานระยะยาวหรือการหลุดออกจากตลาดแรงงาน ควรสร้างเงื่อนไขของ **"งานแรกที่มีคุณค่า"** รวมถึงการฝึกงานและการจ้างงานเริ่มต้นที่เป็นธรรม โดยคำนึงถึงค่าตอบแทน ความปลอดภัย สิทธิในการทำงาน การเรียนรู้ ระบบพี่เลี้ยง และโอกาสเติบโต

ในอาชีพ พร้อมยกระดับการติดตามผลจากคำถามว่า **“มีงานทำหรือไม่”** ไปสู่ **“เปลี่ยนผ่านเข้าสู่งานที่มีคุณภาพเพียงใด”** โดยพิจารณาทั้งความสอดคล้องระหว่างทักษะกับงาน รายได้ ความมั่นคง คุณภาพงาน สิทธิ สุขภาวะ และโอกาสก้าวหน้า

๕.๔ การเสริมสร้างสุขภาวะ ความสัมพันธ์ และสมดุลชีวิตในการทำงาน

มุ่งสร้างเงื่อนไขให้บุคคลสามารถ **“ทำงานได้ดีและมีชีวิตที่ดีไปพร้อมกัน”** โดยครอบคลุมสุขภาพกาย สุขภาพจิต และสุขภาพสังคม ความปลอดภัย ศักดิ์ศรี ความหลากหลายและการไม่เลือกปฏิบัติ ตลอดจนสมดุลระหว่างงานกับชีวิต

สถานประกอบการควรได้รับการส่งเสริมให้เป็น **พื้นที่พัฒนาคนและสร้างสุขภาวะ** ผ่านระบบพี่เลี้ยง การบริหารงานที่เป็นธรรม การป้องกันการคุกคามและเลือกปฏิบัติ ระบบดูแลและส่งต่อด้านสุขภาพ ตลอดจนการสร้างความสัมพันธ์และเครือข่ายสนับสนุนระหว่างคนทำงาน ขณะเดียวกันควรเปิดพื้นที่ให้คนทำงานมีเสียงและมีส่วนร่วมในการกำหนดสภาพแวดล้อมการทำงานที่เกี่ยวข้องกับตนเอง

๕.๕ การสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจและหลักประกันชีวิตที่ต่อเนื่อง

มุ่งให้บุคคลสามารถ **ตั้งหลักทางเศรษฐกิจ รับมือกับความเสี่ยง และมีหลักประกันที่ต่อเนื่องตลอดเส้นทางการทำงาน** โดยครอบคลุมความมั่นคงด้านรายได้ การวางแผนทางการเงิน การออม การจัดการหนี้ ตลอดจนการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ หลักประกันทางสังคม และการคุ้มครองเมื่อเจ็บป่วย ว่างงาน หรือสูญเสียรายได้ ระบบคุ้มครองควรรองรับความหลากหลายของรูปแบบการทำงาน ทั้งลูกจ้าง ผู้ประกอบอาชีพอิสระ แรงงานนอกระบบ แรงงานแพลตฟอร์ม และผู้ทำงานหลายอาชีพ โดยยึดหลัก **ความครอบคลุม ความเพียงพอ ความต่อเนื่อง ความเป็นธรรม และการพกพาสิทธิ** (Portability) เพื่อให้สิทธิและหลักประกันสามารถติดตามบุคคลได้เมื่อเปลี่ยนนายจ้าง อาชีพ หรือสถานะการทำงาน และเชื่อมโยงกับการพัฒนาทักษะ การจัดหางาน สุขภาพ และบริการทางสังคม เพื่อช่วยให้บุคคลสามารถรับมือ ฟื้นตัว และกลับเข้าสู่การเรียนรู้หรือการทำงานได้

๕.๖ การพัฒนาระบบข้อมูลร่วมและกลไกขับเคลื่อนระบบนิเวศเชิงพื้นที่

มิตินี้ทำหน้าที่เป็น **กลไกหนุนเสริมร่วม** (Cross-cutting Enabler) ของประเด็น ๕.๑–๕.๕ โดยมุ่งพัฒนากรอบข้อมูลและตัวชี้วัดร่วมที่สามารถติดตาม **“เส้นทางและคุณภาพของการเปลี่ยนผ่าน”** ตั้งแต่ความพร้อมและทักษะ การเข้าถึงโอกาส การเข้าสู่งาน คุณภาพและความมั่นคงของงาน รายได้ สุขภาวะ การเข้าถึงสิทธิและหลักประกัน ไปจนถึงการเรียนรู้และความก้าวหน้าในอาชีพ

ควบคู่กับการพัฒนา **กลไกขับเคลื่อนเชิงพื้นที่** (Place-based Approach) ที่เปิดให้ท้องถิ่น หน่วยงานด้านแรงงาน สถานศึกษา สถานประกอบการ หน่วยบริการสุขภาพ ภาคประชาสังคม ชุมชน และกลุ่มเริ่มต้นทำงานร่วมกันใช้ข้อมูล วิเคราะห์ปัญหาและ **“จุดสะดุดของการเปลี่ยนผ่าน”** กำหนดเป้าหมาย ออกแบบมาตรการ และติดตามผลร่วมกัน พร้อมสร้างระบบสังเคราะห์บทเรียนจากพื้นที่กลับไปสู่การปรับปรุงนโยบายและการจัดสรรทรัพยากรระดับประเทศ

โดยให้ความสำคัญกับการกำหนดกลไกประสานงานหลักในระดับพื้นที่ การจัดทำแผนปฏิบัติการร่วม การบูรณาการทรัพยากรและงบประมาณ การพัฒนาตัวชี้วัดผลลัพธ์ และการวิจัยติดตามประเมินผล เพื่อค้นหาช่องว่างในการดำเนินงาน ศึกษาเงื่อนไขความสำเร็จและการขยายผล และนำผลการเรียนรู้กลับไปใช้ปรับปรุงนโยบายและบริการอย่างต่อเนื่อง

กรอบหลักการร่วมสำหรับการขับเคลื่อนทั้ง ๖ ประเด็น

การขับเคลื่อนระบบนิเวศช่วงเปลี่ยนผ่านชีวิตของกลุ่มเริ่มต้นทำงานทั้ง ๖ ประเด็น ควรยึด บุคคลและเส้นทางชีวิตเป็นศูนย์กลาง (Person- and Life-course-centered) บนหลักความเป็นธรรมและการลดความเหลื่อมล้ำ (Equity) งานที่มีคุณค่า (Decent Work) สุขภาวะ (Well-being) การไม่เลือกปฏิบัติ (Non-discrimination) การมีส่วนร่วมอย่างมีความหมาย (Meaningful Participation) และความรับผิดชอบร่วม (Shared Responsibility) เพื่อให้ทุกคนสามารถเข้าถึงโอกาส สิทธิ บริการ และการสนับสนุนที่จำเป็นต่อการเปลี่ยนผ่านอย่างต่อเนื่อง โดยไม่ถูกจำกัดด้วยฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม พื้นที่ รูปแบบการทำงาน หรือเงื่อนไขชีวิตที่แตกต่างกัน

การดำเนินงานต้อง มองการเปลี่ยนผ่านจากมุมมองของชีวิตคน มากกว่าจากขอบเขตของหน่วยงาน เชื่อมโยงนโยบาย ข้อมูล บริการ และทรัพยากรระหว่างภาคส่วนให้ทำงานต่อเนื่องตามเส้นทางของบุคคล และสร้าง ความรับผิดชอบร่วมต่อผลลัพธ์ (Shared Accountability) ระหว่างภาครัฐ ท้องถิ่น สถานศึกษา สถานประกอบการ ภาคประชาสังคม ชุมชน ครอบครัว และกลุ่มเริ่มต้นทำงาน

โดยเฉพาะกลุ่มเริ่มต้นทำงาน ต้องได้รับการยอมรับในฐานะ “ผู้ร่วมออกแบบและร่วมขับเคลื่อนระบบ” (Co-creator) มิใช่เพียงผู้รับบริการหรือกลุ่มเป้าหมายของมาตรการ โดยเปิดพื้นที่ให้มีส่วนร่วมตั้งแต่ การกำหนดปัญหา ออกแบบมาตรการ ดำเนินงาน ไปจนถึงการติดตามและประเมินผล เพื่อให้ระบบนิเวศสะท้อนประสบการณ์จริง ตอบสนองต่อความหลากหลายของเส้นทางชีวิต และสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของโลกการทำงานได้อย่างต่อเนื่อง

๖. เอกสารอ้างอิง

เอกสารภาษาไทย

กรมการจัดหางาน. (๒๕๖๓, ๒๗ กันยายน). *โครงการจ้างงานเด็กจบใหม่ (Co-payment): รัฐช่วยเสริม เอกชนช่วยสร้าง*. กระทรวงแรงงาน. https://www.doe.go.th/prd/chiangmai/news/param/site/111/cat/7/sub/0/pull/detail/view/detail/object_id/39283

กรมการจัดหางาน. (๒๕๖๖). *นโยบายกรมการจัดหางาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗*. กระทรวงแรงงาน. https://www.doe.go.th/prd/download/download_by_pool_file/111359

กองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา. (๒๕๖๕, ๖ มีนาคม). *ความเหลื่อมล้ำทางรายได้ ปิดโอกาสเด็กเรียนต่อมหาวิทยาลัย*. https://www.eef.or.th/article-unequal-access-to-higher-education-070322/

ตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย. (๒๕๖๕, ๘ กันยายน). *หลุมพรางสู่การเป็นหนี้ที่คน Gen Z ควรระวัง*. https://www.set.or.th/th/education-research/education/happymoney/knowledge/article/104-tsi-beware-of-debt-trap-for-gen-z

ธนาคารแห่งประเทศไทย. (ม.ป.ป.). *สถิติความช่วยเหลือลูกหนี้*. สืบค้นเมื่อ ๑๒ กรกฎาคม ๒๕๖๙, จาก https://www.bot.or.th/th/statistics/debt-statistic.html

สำนักงานปลัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม. (๒๕๖๔). *โครงการจัดทำแพลตฟอร์มการพัฒนาระบบคลังหน่วยกิตกลางระดับชาติ*. https://ops.go.th/images/2564/TOR_National_Credit_Bank.pdf

สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. (ม.ป.ป.). *คู่มือการดำเนินงานระบบธนาคารหน่วยกิตแห่งชาติ*. Thailand National Qualifications Framework. https://thailandnqf.onec.go.th/nqfc_cms/public/file_upload/research_papers/7f59e88bb20ea5cc.pdf

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (๒๕๖๗). *ตาราง ๒.๖ อัตราการว่างงาน จำแนกตามระดับการศึกษาที่สำเร็จ*. ใน สถิติแรงงาน. https://www.nso.go.th/public/e-book/Statistical-Yearbook/SYB-2024_webPage/File%20SYB/2024/2/T%202.6%202024.pdf

เอกสารภาษาอังกฤษ

Standing, G. (2011). *The Precariat: The New Dangerous Class*. London: Bloomsbury Academic. https://doi.org/10.5040/9781849664554

International Labour Organization. (2024, April 22). *Young people in Thailand's Songkhla and Yala provinces struggling to enter the labour market*. https://www.ilo.org/resource/news/young-people-thailand%E2%80%99s-songkhla-and-yala-provinces-struggling-enter-labour

International Labour Organization. (2024). *Global employment trends for youth 2024: Decent work, brighter futures*. https://www.ilo.org/sites/default/files/2024-11/GET_2024_EN_web4.pdf

International Labour Organization. (2025, March 19). *What works? Active labour market policies as pathways to decent work*. https://www.ilo.org/what-works-active-labour-market-policies-and-their-joint-provision

Ministry of Labour. (2024, June 13). *Labour Minister aiming to cover 20 million independent workers under Social Security Section 40 to take care of quality of life in the long term*. https://www.mol.go.th/en/news/labour-minister-aiming-to-cover-20-million-independent-workers-under-social-security-section-40-to

Organisation for Economic Co-operation and Development. (2024). *Artificial intelligence and the changing demand for skills in the labour market*. OECD Publishing. https://www.oecd.org/en/publications/artificial-intelligence-and-the-changing-demand-for-skills-in-the-labour-market_88684e36-en.html

Organisation for Economic Co-operation and Development. (2025). *OECD skills strategy Thailand: Assessment and recommendations*. OECD Publishing. https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2025/07/oecd-skills-strategy-thailand_9a4427e8/153a1fe6-en.pdf

UNESCO-UNEVOC. (n.d.). *Active labour-market policy (ALMP)*. TVETipedia. https://unevoc.unesco.org/bilt/tvetipedia+glossary/lang=en/show=term/lang=en/term=Active+labour-market+policy

UNICEF Thailand. (2020). *Youth employability scoping study*. https://www.unicef.org/thailand/reports/youth-employability-scoping-study

World Bank. (2020). *The Human Capital Index 2020 update: Human capital in the time of COVID-19*. https://documents1.worldbank.org/curated/en/456901600111156873/pdf/The-Human-Capital-Index-2020-Update-Human-Capital-in-the-Time-of-COVID-19.pdf

World Bank. (2020). *Human Capital Project: Thailand*. https://databankfiles.worldbank.org/public/ddpext_download/hci/HCI_2pager_THA.pdf

World Bank. (2026). *What is Thailand's HCI+ and what does it mean?* https://thedocs.worldbank.org/en/doc/3d49a9aac955873b349446c4061f97c9-0140012026/original/Thailand.pdf

World Health Organization. (2021). *Investing in our future: A comprehensive agenda for the health and well-being of children and adolescents*. https://www.who.int/publications/i/item/9789240037793

World Health Organization. (2025). *Framework to implement a life course approach in practice*. https://www.who.int/publications/i/item/9789240112575

World Health Organization. (2025, July 14). *Mental health and social connection in Thailand*. https://www.who.int/thailand/news/feature-stories/detail/mental-health-and-social-connection-in-thailand

World Health Organization. (2021). *The Geneva Charter for Well-being*. Geneva: World Health Organization. https://www.who.int/publications/m/item/the-geneva-charter-for-well-being

การแสดงถ้อยแถลงต่อมติการยกระดับระบบนิเวศช่วงเปลี่ยนผ่านชีวิตของกลุ่มเริ่มต้นทำงาน

เครือข่ายรัฐสวัสดิการเพื่อความเท่าเทียมและเป็นธรรม (We Fair)



นิติรัตน์ ทรัพย์สมบูรณ์
ผู้อำนวยการเครือข่ายรัฐสวัสดิการเพื่อความเท่าเทียมและเป็นธรรม (We Fair)
วันที่ ๒๙ ตุลาคม ๒๕๖๙

บทบาทภารกิจของหน่วยงานองค์กรเครือข่าย

เครือข่ายรัฐสวัสดิการเพื่อความเท่าเทียมและเป็นธรรม (We Fair) เป็นเครือข่ายภาคประชาสังคมที่ขับเคลื่อนรัฐสวัสดิการถ้วนหน้า บนหลักสิทธิ ความเสมอภาค และความเป็นธรรมทางสังคม โดยเชื่อมโยงนโยบายด้านการศึกษา การจ้างงาน รายได้ สุขภาพ และหลักประกันทางสังคม เพื่อให้ประชาชนทุกคนดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรี

We Fair เห็นว่า ความท้าทายของกลุ่มเริ่มต้นทำงานไม่ได้มีเพียงการพัฒนาทักษะและการเข้าสู่ตลาดแรงงาน แต่ยังครอบคลุมถึงหนี้การศึกษา ค่าครองชีพรายได้ที่ไม่เพียงพอ และการจ้างงานที่ไม่มั่นคง ซึ่งสะท้อนความเหลื่อมล้ำเชิงโครงสร้างและความไม่เท่าเทียมของโอกาสในการเริ่มต้นชีวิตการทำงาน อีกทั้งยังเชื่อมโยงกับความท้าทายด้านสังคมสูงวัยและอัตราการเกิดที่ลดลงซึ่งต้องอาศัยระบบสวัสดิการและนโยบายระยะยาว

การเริ่มต้นชีวิตการทำงานอย่างมั่นคงจึงไม่ควรขึ้นอยู่กับฐานะครอบครัว แต่ต้องเป็นสิทธิและหลักประกันที่ทุกคนเข้าถึงได้อย่างเสมอหน้า

เจตนารมณ์และแนวทางสนับสนุนการขับเคลื่อนมติ

We Fair สนับสนุนหลักการที่ว่า การเปลี่ยนผ่านเข้าสู่โลกการทำงานเป็นความรับผิดชอบร่วมกันของรัฐและสังคม ไม่ใช่ภาระของปัจเจกบุคคล โดยรัฐสวัสดิการต้องเป็นหลักประกันสิทธิของประชาชนทุกคนอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม

We Fair พร้อมสนับสนุนการขับเคลื่อนมติใน ๓ ด้าน ได้แก่

ด้านที่ ๑ ผลักดันการสร้างงานที่มีคุณค่า ค่าตอบแทนที่เป็นธรรม และหลักประกันทางสังคมที่ต่อเนื่อง โดยไม่แบ่งแยกสิทธิตามรูปแบบการจ้างงาน

ด้านที่ ๒ เชื่อมโยงเครือข่ายแรงงาน นิสิตนักศึกษา ภาคประชาสังคม และภาควิชาการ เพื่อร่วมพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย และเปิดโอกาสให้คนเริ่มต้นทำงานมีส่วนร่วมกำหนดนโยบายอย่างแท้จริง

ด้านที่ ๓ ผลักดันให้รัฐบาลยกระดับประเด็นนี้เป็นวาระแห่งชาติ โดยประสาน ๕ กระทรวงหลัก ได้แก่ กระทรวงแรงงาน กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการอุดมศึกษาฯ กระทรวงการพัฒนาสังคมฯ และกระทรวงสาธารณสุข ให้มีกลไกรับผิดชอบร่วมและกำหนดตัวชี้วัดภายใน ๖ เดือน พร้อมทบทวนกฎหมายและขยายผลการดำเนินงานสู่ระดับพื้นที่

การติดตามผลการขับเคลื่อนมติต้องมุ่งวัดการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจริง โดยพิจารณาจากภาระค่าใช้จ่ายที่ลดลง การเข้าถึงงานที่มั่นคงและเป็นธรรม และการได้รับหลักประกันทางสังคมอย่างทั่วถึง ไม่ใช่เพียงจำนวนกิจกรรมที่ดำเนินการ

การยกระดับระบบนิเวศช่วงเปลี่ยนผ่านชีวิตของกลุ่มเริ่มต้นทำงานจึงไม่ใช่เพียงการพัฒนากำลังแรงงาน แต่เป็นการสร้างหลักประกันชีวิต ลดความเหลื่อมล้ำ และสร้างอนาคตที่เป็นธรรมสำหรับทุกคน ทั้งนี้ การเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างจะเกิดขึ้นได้ต้องเปิดโอกาสให้ประชาชน โดยเฉพาะคนเริ่มต้นทำงาน มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและอนาคตของตนเองอย่างแท้จริง เพราะนโยบายที่เป็นธรรมต้องดำเนินควบคู่กับประชาธิปไตยที่ประชาชนมีอำนาจกำหนดทิศทางสังคม

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

นางสาวภัทรพร เล้าวงค์
ผู้เชี่ยวชาญด้านการลงทุนพัฒนาสังคม
รักษาการผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์
การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และสังคม
วันที่ ๒๙ ตุลาคม ๒๕๖๙



บทบาทภารกิจของหน่วยงานองค์กรเครือข่าย

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ หรือที่ทุกท่านรู้จักกันในนาม **“สภาพัฒน์” มีภารกิจหลักในการจัดทำแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ รวมทั้งศึกษา วิเคราะห์ และติดตามสถานการณ์เศรษฐกิจและสังคม เพื่อเสนอแนะทิศทางและมาตรการการพัฒนาประเทศให้สอดคล้องกับบริบท การเปลี่ยนแปลงทั้งในประเทศและโลก ซึ่งปัจจุบันสภาพัฒน์อยู่ระหว่างการยกร่างแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๔ (พ.ศ. ๒๕๗๑–๒๕๗๕)** ซึ่งมุ่งเสริมสร้างขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศ ผ่าน ๕ เสาการพัฒนา ได้แก่ ๑) Transform เศรษฐกิจ ๒) Reform ภาครัฐ ๓) Upgrade ทุนมนุษย์ ๔) Sustain ทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม และ ๕) Transfer เทคโนโลยีและนวัตกรรม ทั้งนี้ ด้วยบทบาทของสภาพัฒน์ในการวางแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศและบูรณาการนโยบายในภาพรวม สภาพัฒน์จึงให้ความสำคัญกับ การเชื่อมโยงนโยบายด้านต่าง ๆ ให้สอดประสานกัน เพื่อสนับสนุนการพัฒนาประเทศอย่างเป็นระบบและบรรลุเป้าหมายร่วมกัน

เจตนารมณ์และแนวทางสนับสนุนการขับเคลื่อนมติ

สภาพัฒน์เห็นความสำคัญของมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ประเด็นการยกระดับระบบนิเวศช่วงเปลี่ยนผ่านชีวิตของกลุ่มเริ่มต้นทำงาน ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาทุนมนุษย์ของประเทศ โดยเฉพาะภายใต้บริบทที่ไทยจะเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอดในอีกไม่ถึงสิบปีข้างหน้า เพื่อนำไปสู่การเพิ่มผลิตภาพแรงงาน และเสริมสร้างขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศ

ในการนี้ **สภาพัฒน์สามารถมีส่วนสนับสนุนการขับเคลื่อนมติ ซึ่งมีทิศทางสอดคล้องกับร่างแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๔ ในหลายประเด็น โดยเชื่อมโยงข้อเสนอเข้ากับทิศทางการพัฒนาประเทศและสนับสนุนการบูรณาการนโยบายและการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การพัฒนาระบบนิเวศช่วงเปลี่ยนผ่านจากวัยเรียนสู่ตลาดแรงงานมีความต่อเนื่องและสอดคล้องกันในทุกมิติ** ตั้งแต่ (๑) การพัฒนาสมรรถนะพื้นฐานและทักษะแห่งอนาคต ให้สอดคล้องกับแต่ละช่วงวัย (๒) การเชื่อมโยงการศึกษากับตลาดแรงงาน ผ่านระบบแนะแนวอาชีพและการปรับหลักสูตรให้ตอบโจทย์ความต้องการกำลังคน (๓) การส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต ที่ยืดหยุ่นและเข้าถึงได้ (๔) การบูรณาการระบบพัฒนาทักษะและจัดหางาน รวมถึงการสะสมและเทียบโอนสมรรถนะ ไปจนถึง (๕) การพัฒนาระบบสวัสดิการและหลักประกันทางสังคม ให้รองรับรูปแบบการทำงานที่หลากหลาย เพื่อให้ประชาชนสามารถพัฒนาศักยภาพ เข้าสู่ตลาดแรงงาน และปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงได้อย่างต่อเนื่อง อันจะนำไปสู่การเพิ่มผลิตภาพแรงงานและขีดความสามารถ ในการแข่งขันของประเทศ

มติที่
๑๙.๓

ฮีลใจคนรุ่นใหม่: เสริมพลังคนรุ่นใหม่ผ่านระบบนิเวศสุขภาวะทางจิตเชิงรุกและมีส่วนร่วม

(New Gen, Find Your Zen: Empowering Young People through a Proactive and Participatory Mental Well-being System)



NHA POLICY BRIEF

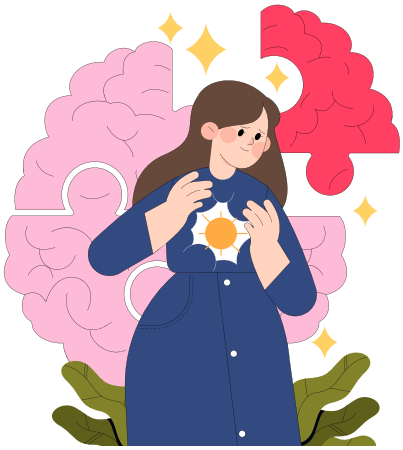
ฮีลใจคนรุ่นใหม่: เสริมพลังคนรุ่นใหม่ผ่านระบบนิเวศสุขภาวะทางจิตเชิงรุกและมีส่วนร่วม (New Gen, Find Your Zen: Empowering Young People through a Proactive and Participatory Mental Well-being System)

ร่วมสร้างระบบสุขภาวะทางจิตเชิงรุกที่ปลอดภัย เข้าถึงได้ และเปิดพื้นที่ให้คนรุ่นใหม่มีส่วนร่วมเพื่อให้ทุกคนเติบโตอย่างมีพลัง และไม่ถูกทิ้งไว้ข้างหลัง

เอกสารประกอบการพิจารณาของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และการจัดทำข้อเสนอแนะต่อคณะรัฐมนตรี

เป้าหมาย

คณะรัฐมนตรีสนับสนุนการยกระดับระบบสุขภาวะทางจิตของคนรุ่นใหม่ โดยมุ่งส่งเสริมและป้องกันปัญหาเชิงรุกอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม สร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย พัฒนาระบบบริการและการดูแลต่อเนื่องที่เข้าถึงได้ เชื่อมโยงกลไกและความร่วมมือจากทุกภาคส่วน พร้อมเสริมพลังให้คนรุ่นใหม่มีส่วนร่วมอย่างมีความหมายในการกำหนดทิศทาง ออกแบบ และขับเคลื่อนระบบสุขภาวะทางจิตที่ตอบโจทย์ชีวิตของตนเอง



กรอบทิศทางนโยบาย (Policy Statement)

ประเทศไทยมุ่งยกระดับระบบสุขภาวะทางจิตของคนรุ่นใหม่ โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาเชิงรุก บนหลักความเป็นธรรมและทั่วถึง ความรับผิดชอบร่วมของภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง และการมีส่วนร่วมอย่างมีความหมายของคนรุ่นใหม่ เพื่อบรรลุเป้าหมายเชิงนโยบายสำคัญ ๕ ประการ ได้แก่ (๑) คนรุ่นใหม่เติบโตในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและเอื้อต่อสุขภาวะทางจิต ทั้งในครอบครัว สถานศึกษา ชุมชน และพื้นที่ดิจิทัล (๒) คนรุ่นใหม่ทุกกลุ่มโดยเฉพาะกลุ่มที่เสี่ยงถูกทิ้งไว้ข้างหลัง เข้าถึงบริการและพื้นที่รับฟังใกล้ตัวที่ได้มาตรฐานปราศจากการตีตรา และสอดคล้องกับบริบททางพื้นที่และวัฒนธรรม (๓) ผู้มีความเสี่ยงหรือปัญหาสุขภาพจิตได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและเชื่อมโยงตั้งแต่ชุมชนถึงบริการเฉพาะทาง ครอบคลุมระยะหลังวิกฤตและช่วงเปลี่ยนผ่านจากวัยเด็กสู่วัยผู้ใหญ่ (๔) คนรุ่นใหม่ทุกกลุ่มได้รับการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและดูแลสุขภาวะทางจิตผ่านระบบที่มีเจ้าภาพและภารกิจชัดเจน พร้อมมาตรฐาน กำลังคน งบประมาณ ข้อตกลงความร่วมมือ และระบบข้อมูลที่เชื่อมโยงและรองรับการทำงานร่วมกันของหลายภาคส่วนและหลายระดับ โดยตอบสนองต่อความต้องการและบริบทชีวิตของคนรุ่นใหม่ และ (๕) คนรุ่นใหม่มีบทบาทที่ได้รับการรับรองในการร่วมกำหนดทิศทาง ออกแบบ ดำเนินงาน และประเมินผลระบบที่เกี่ยวข้องกับชีวิตของตน พร้อมได้รับการสนับสนุนให้สามารถใช้บทบาทดังกล่าวได้จริงอย่างมีความหมาย

ประเด็นที่เสนอเพื่อการตัดสินใจ

- **เห็นชอบกรอบทิศทางนโยบาย (Policy Statement) “ฮีลใจคนรุ่นใหม่”** ให้เป็นแนวทางยกระดับระบบสุขภาวะทางจิตของเด็ก เยาวชน และคนรุ่นใหม่ จากระบบที่เน้นการตั้งรับเมื่อเกิดปัญหา ไปสู่ระบบที่ให้ความสำคัญกับการส่งเสริม ป้องกัน และช่วยเหลือเชิงรุก ควบคู่กับการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่ชุมชน สถานศึกษา และครอบครัว ไปจนถึงบริการเฉพาะทาง
- **เห็นชอบให้พัฒนากลไกบูรณาการระดับชาติและระดับพื้นที่** ที่กำหนดเจ้าภาพ ภารกิจ และความรับผิดชอบของภาคสุขภาพ การศึกษา สวัสดิการสังคม กระบวนการยุติธรรม และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างชัดเจน พร้อมระบบกำลังคน งบประมาณ มาตรฐาน ข้อมูล และตัวชี้วัดร่วม
- **เห็นชอบให้เร่งพัฒนาพื้นที่นำร่อง** ที่เชื่อม “พื้นที่ปลอดภัย–ผู้รับฟัง–การคัดกรอง–การส่งต่อ–การติดตาม” ให้เป็นระบบเดียวกัน โดยเฉพาะแนวคิด “๑ ชุมชน ๑ พื้นที่สุขใจ” การพัฒนาผู้รับฟังใกล้ตัว และเส้นทางดูแลต่อเนื่องสำหรับกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มที่มีความต้องการเฉพาะ
- **เห็นชอบให้รับรองการมีส่วนร่วมอย่างมีความหมายของคนรุ่นใหม่** ในการร่วมกำหนดนโยบาย ออกแบบบริการ ทดลองมาตรการ ติดตามผล และประเมินผลกระทบของนโยบายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะและคุณภาพชีวิตของตนเอง
- **เห็นชอบให้สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติร่วมกับกรมสุขภาพจิตและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง** ร่วมกันกำหนดกลไกและความรับผิดชอบร่วมในการขับเคลื่อนสุขภาวะทางจิตของคนรุ่นใหม่ รวมถึงพิจารณากลไกทางกฎหมายหรือระเบียบที่ทำให้การบูรณาการข้ามหน่วยงานมีความต่อเนื่องและมีผลในทางปฏิบัติ

เหตุผลและความจำเป็นในการผลักดันนโยบาย

สถานการณ์สุขภาพจิตของคนรุ่นใหม่เป็นประเด็นเร่งด่วนที่ต้องได้รับการจัดการในระดับประเทศ โดยข้อมูลปี ๒๕๖๖ พบว่า กลุ่มอายุ ๑๘–๒๔ ปีมีความชุกของปัญหาสุขภาพจิตสูงที่สุดถึงร้อยละ ๑๓.๗ ขณะที่วัยรุ่นอายุ ๑๕–๑๙ ปี มีอัตราการพยายามฆ่าตัวตายสูงถึง ๑๑๖.๘๑ ต่อประชากรแสนคน และผู้มีปัญหาสุขภาพจิตในรอบ ๑๒ เดือนเข้าถึงบริการได้เพียงร้อยละ ๘.๒ สะท้อนทั้งความรุนแรงของปัญหาและข้อจำกัดของระบบดูแลช่วยเหลือ

จึงจำเป็นต้องยกระดับการดำเนินงานจากการดูแลรักษาเมื่อเกิดปัญหา ไปสู่การส่งเสริมและป้องกันเชิงรุก โดยสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย พัฒนาระบบผู้รับฟังและการส่งต่อที่ต่อเนื่อง เชื่อมโยงการทำงานระหว่างภาคสุขภาพ การศึกษา สวัสดิการสังคม และกระบวนการยุติธรรม พร้อมกำหนดเจ้าภาพและทรัพยากรสนับสนุนที่ชัดเจนและเปิดโอกาสให้คนรุ่นใหม่มีส่วนร่วมในการกำหนดและขับเคลื่อนนโยบาย เพื่อให้คนรุ่นใหม่ทุกกลุ่มเข้าถึงการดูแลสุขภาวะทางจิตอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม



แนวทางการดำเนินงาน

๑. เปลี่ยนจากระบบตั้งรับ เป็นระบบส่งเสริมและป้องกันเชิงรุกใกล้ตัวคนรุ่นใหม่

ควรสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาวะทางจิตในครอบครัว สถานศึกษา ชุมชน และพื้นที่ดิจิทัล พร้อมทำให้คนรุ่นใหม่สามารถเข้าถึงพื้นที่รับฟังและการช่วยเหลือได้ตั้งแต่ก่อนปัญหาจะรุนแรง โดยปราศจากการตีตรา และสอดคล้องกับความแตกต่างด้านพื้นที่ วัฒนธรรม และวิถีชีวิต

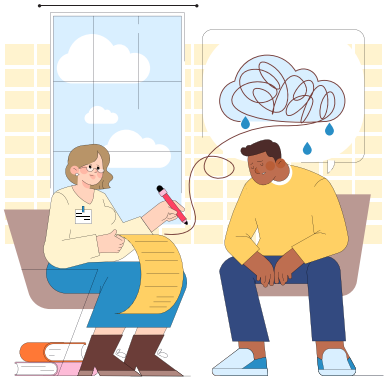
แนวทางสำคัญคือ “๑ ชุมชน ๑ พื้นที่สุขใจ” ที่ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมกับสถานศึกษา ชุมชน อสม. และเครือข่ายคนรุ่นใหม่พัฒนาพื้นที่กายภาพและดิจิทัลที่ปลอดภัย พร้อมพัฒนาเยาวชนและผู้ปฏิบัติงานในชุมชนให้สามารถรับฟัง คัดกรอง และเชื่อมต่อความช่วยเหลือโดยไม่ตีตรา โดยออกแบบบริการร่วมกับคนรุ่นใหม่และเปิดกว้างต่อเด็กและเยาวชนทั้งในและนอกระบบการศึกษา

๒. สร้าง “ผู้รับฟังใกล้ตัว” ที่มีมาตรฐานและมีระบบสนับสนุน

ระบบไม่ควรพึ่งบุคลากรวิชาชีพเพียงกลุ่มเดียว แต่ควรพัฒนากำลังคนเป็นหลายระดับ ตั้งแต่บุคลากรวิชาชีพ บุคลากรสนับสนุนด้านสุขภาพจิต ไปจนถึงผู้รับฟังในระดับชุมชน พร้อมสร้างระบบรับรอง การกำกับคุณภาพ และการให้คำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ

ผู้รับฟังควรครอบคลุมเพื่อนวัยเดียวกัน ครอบครัว ผู้ปกครอง ครู อสม. ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา และผู้ใหญ่ที่อยู่ใกล้ตัว โดยมีกรอบ Care–Assessment–Protect ที่ช่วยให้รับฟัง ประเมินสถานการณ์ และคุ้มครองคนรุ่นใหม่โดยไม่ตีตรา รวมถึงเชื่อมเข้าสู่ระบบส่งต่อเมื่อจำเป็น

การขยายบทบาทผู้รับฟังต้องไม่กลายเป็นการผลักภาระของระบบไปยังครู เยาวชน หรืออาสาสมัคร แต่ต้องมีการฝึกอบรม พี่เลี้ยง ระบบปรึกษา และทรัพยากรรองรับอย่างเพียงพอ



๓. ทำให้การคัดกรองนำไปสู่ "การช่วยเหลือจริง" และไม่มีใครหลุดระหว่างทาง

ควรมีเกณฑ์คัดกรองและเส้นทางส่งต่อร่วมที่เริ่มจากชุมชนหรือสถานศึกษา โดยผู้พบปัญหาจุดแรกต้องรู้ว่าจะเชื่อมต่อความช่วยเหลืออย่างไร มีช่องทางปรึกษาที่ปลอดภัยและไม่จำเป็นต้องเปิดเผยตัวตน มีระบบติดตามตลอดเส้นทาง รวมถึงผู้ที่หลุดจากการรักษาหรือจำเป็นต้องได้รับการดูแลระยะยาว

จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องปิดช่องว่างในช่วงเปลี่ยนผ่านอายุ ๑๘–๒๔ ปี โดยเชื่อมบริการสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นกับสถาบันอุดมศึกษา ระบบสุขภาพปฐมภูมิ และบริการสุขภาพจิตผู้ใหญ่ เพื่อไม่ให้สิ้นสุดการดูแลเพียงเพราะผู้รับบริการเปลี่ยนอายุหรือสถานะทางการศึกษา

๔. กำหนดเจ้าภาพและความรับผิดชอบร่วมให้ชัดเจน

การมีแผนและโครงการจำนวนมากไม่เพียงพอ หากไม่มีเจ้าภาพและความรับผิดชอบที่ชัดเจนในระดับพื้นที่ มติจึงเสนอให้พิจารณากลไกที่ทำให้งานสุขภาวะทางจิตของคนรุ่นใหม่เป็นภารกิจร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานศึกษา และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยมีสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติและกรมสุขภาพจิตเป็นกลไกเชื่อมประสานระดับนโยบาย

ควรกำหนดตัวชี้วัดร่วมที่ทำให้หน่วยงานซึ่งใช้งบประมาณจากหลายแหล่งสามารถประเมินผลภายใต้เป้าหมายเดียวกัน และเชื่อมการใช้ทรัพยากรจากงบประมาณส่วนกลาง ท้องถิ่น กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น และแหล่งทุนอื่นเข้าด้วยกัน

๕. เชื่อมข้อมูลเพื่อ "ช่วยเหลือ" ไม่ใช่เพียงเพื่อรายงาน

ควรเชื่อมระบบข้อมูลที่มีอยู่แล้ว เช่น HERO, OBEC Care, HDC, CPIS, iSEE และ Mental Health Check-in แทนการสร้างฐานข้อมูลใหม่ที่แยกออกจากกัน พร้อมพัฒนา dashboard และสัญญาณเตือนร่วม (Joint Triggers) เพื่อให้ข้อมูลนำไปสู่การช่วยเหลือในระดับพื้นที่อย่างรวดเร็ว

การเชื่อมข้อมูลต้องอยู่ภายใต้หลักคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลอย่างเคร่งครัด หลีกเลี่ยงการระบุตัวตนเกินความจำเป็น และให้ความสำคัญกับประโยชน์ต่อผู้รับบริการมากกว่าการพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อวัตถุประสงค์ในตัวเอง

๖. เปลี่ยนคนรุ่นใหม่จาก "ผู้รับบริการ" เป็น "ผู้ร่วมกำหนดระบบ"

การมีส่วนร่วมต้องมากกว่าการเชิญมาแสดงความคิดเห็น แต่ควรรับรองบทบาทของคนรุ่นใหม่ในการร่วมกำหนดนโยบาย ออกแบบ ทดลอง ดำเนินงาน และติดตามผล โดยสามารถใช้กลไก เช่น Youth Policy Lab การมีผู้แทนคนรุ่นใหม่ในคณะกรรมการระดับชาติ จังหวัด และพื้นที่ และการทำให้สมัชชาสุขภาพคนรุ่นใหม่เป็นกลไกที่ดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

ควรนำ Child and Youth Impact Assessment (CYIA) มาใช้ประเมินผลกระทบของนโยบายสำคัญต่อเด็กและเยาวชนก่อนดำเนินการ และกำหนดให้หน่วยงานที่ได้รับข้อเสนอจากคนรุ่นใหม่เปิดเผยผลการพิจารณา เหตุผล และความก้าวหน้าของการดำเนินงาน เพื่อสร้างความรับผิดชอบต่อการมีส่วนร่วม

ผลลัพธ์ที่มุ่งหวัง

ในระยะต้น ควรเกิดพื้นที่นำร่องที่มีระบบ “พื้นที่ปลอดภัย–ผู้รับฟัง–คัดกรอง–ส่งต่อ–ติดตาม” เชื่อมโยงกันจริง มีเจ้าภาพระดับพื้นที่ชัดเจน และมีระบบสนับสนุนผู้ปฏิบัติงานที่ไม่ผลักภาระให้ครู เยาวชน หรืออาสาสมัครโดยลำพัง

ในระยะต่อมา ควรมุ่งให้คนรุ่นใหม่ทุกกลุ่ม โดยเฉพาะผู้ที่เสี่ยงถูกทิ้งไว้ข้างหลัง สามารถเข้าถึงการส่งเสริม ป้องกัน และดูแลสุขภาวะทางจิตอย่างต่อเนื่อง ปราศจากการตีตรา และไม่หลุดออกจากระบบในช่วงเปลี่ยนผ่านของชีวิต

ความสำเร็จของนโยบายจึงควรวัดจากการเข้าถึงที่เป็นธรรม ความต่อเนื่องของการช่วยเหลือ คุณภาพ และความปลอดภัยของบริการ สุขภาวะที่ดีขึ้น และการนำเสียงของคนรุ่นใหม่ไปใช้ในนโยบาย แผนงาน และงบประมาณ มากกว่าการนับจำนวนกิจกรรมหรือผู้เข้าร่วมเพียงอย่างเดียว

กลไกการขับเคลื่อนและบทบาทหน่วยงาน

หน่วยงาน/กลไก	บทบาท
ระดับชาติ: กลไกอำนวยการและบูรณาการ	กำหนดทิศทาง เป้าหมาย แผนร่วม เจ้าภาพ ตัวชี้วัด การประสานทรัพยากร และการติดตามผล
สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)	ประสานภาคี ผลักดันนโยบายสาธารณะ สนับสนุนกระบวนการมีส่วนร่วม และติดตามการนำข้อเสนอไปปฏิบัติ
กรมสุขภาพจิต	สนับสนุนองค์ความรู้ มาตรฐานวิชาการ ระบบบริการ การพัฒนากำลังคน และระบบปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ
หน่วยงานด้านการศึกษา	ขับเคลื่อนการส่งเสริมและป้องกันในสถานศึกษา เชื่อมระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียน/นักศึกษาและการส่งต่อ
กระทรวงมหาดไทย และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	สนับสนุนกลไกพื้นที่ การพัฒนาพื้นที่สุขใจ การประสานชุมชน และการพิจารณาทรัพยากรระดับท้องถิ่น
หน่วยงานด้านสวัสดิการสังคมและกระบวนการยุติธรรม	สนับสนุนการคุ้มครอง ช่วยเหลือ และดูแลกลุ่มเปราะบาง หรือผู้ที่มีความต้องการเฉพาะ
คนรุ่นใหม่ ภาคประชาสังคม และชุมชน	ร่วมออกแบบ ดำเนินงาน สะท้อนปัญหา ติดตามผล และตรวจสอบว่าระบบตอบสนองต่อความต้องการจริง



ฮีลใจคนรุ่นใหม่: เสริมพลังคนรุ่นใหม่ ผ่านระบบสุขภาวะทางจิตเชิงรุกและมีส่วนร่วม (New Gen, Find Your Zen: Empowering Young People through a Proactive and Participatory Mental Well-being System)

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่สิบเก้า ได้พิจารณาเอกสารรายงาน เรื่อง ฮีลใจคนรุ่นใหม่: เสริมพลังคนรุ่นใหม่ผ่านระบบสุขภาวะทางจิตเชิงรุกและมีส่วนร่วมแล้ว

เจตนารมณ์

๑. ด้านหลักการและกรอบนโยบาย

ยึดมั่นในสิทธิด้านสุขภาพตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ และสิทธิเด็กในการมีชีวิตรอด การพัฒนา การได้รับความคุ้มครอง และการมีส่วนร่วมในเรื่องที่กระทบตนเองตามอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก (Convention on the Rights of the Child: CRC) โดยมุ่งให้คนรุ่นใหม่ได้รับการส่งเสริมและดูแลสุขภาวะทางจิตอย่างทั่วถึง เป็นธรรม และต่อเนื่อง สอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน เป้าหมายย่อย ๓.๔ ด้านสุขภาพจิตและสุขภาวะ และแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ ๑ (พ.ศ. ๒๕๖๑–๒๕๘๐) ที่มุ่งให้ประชาชนทุกช่วงวัยมีสุขภาพจิตดี

๒. ด้านสถานการณ์ ปัญหา และช่องว่างเชิงระบบ

ตระหนักถึงความเร่งด่วนของปัญหาสุขภาพจิตในคนรุ่นใหม่ ท่ามกลางข้อจำกัดของบุคลากรเฉพาะทางด้านเด็กและวัยรุ่นที่มีจำนวนไม่เพียงพอและกระจุกตัว ระบบบริการที่ยังเน้นการตั้งรับ และช่องว่างการดูแลในช่วงเปลี่ยนผ่านสู่วัยผู้ใหญ่ ขณะที่กลไกส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชนยังไม่เข้มแข็ง ครูและแกนนำเยาวชนต้องรับภาระการดูแลโดยขาดการรองรับที่เพียงพอ รวมถึงช่องว่างด้านมาตรฐานการปฏิบัติงาน การพัฒนาศักยภาพ และระบบสนับสนุนผู้ปฏิบัติงานนอกวิชาชีพ

ปัญหาดังกล่าวเชื่อมโยงกับความไม่ชัดเจนของเจ้าภาพ ภารกิจ และความรับผิดชอบในระดับพื้นที่ ตลอดจนการประสานงานข้ามหน่วยงานที่ขาดข้อตกลงผูกพันในการดำเนินงาน อีกทั้งคนรุ่นใหม่ยังมีบทบาทจำกัดในการกำหนดทิศทาง ออกแบบ และร่วมดำเนินงานของระบบที่เกี่ยวข้องกับชีวิตตนเอง จึงจำเป็นต้องแก้ไขช่องว่างเชิงระบบควบคู่กับการพัฒนาบริการ

๓. ด้านการสานต่อความพยายามและความร่วมมือ

ให้คุณค่าแก่ความร่วมมือของหน่วยงานภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์การยูนิเซฟ ภาควิชาการ ภาคประชาสังคม ห้องปฏิบัติการนโยบายแห่งประเทศไทยและเครือข่ายคนรุ่นใหม่ ในการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการพัฒนาระบบและบริการสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนอย่างบูรณาการ (พ.ศ. ๒๕๖๖–๒๕๗๐) ซึ่งเป็นฐานสำคัญของการเชื่อมโยงการส่งเสริม ป้องกัน และดูแลสุขภาพจิตระหว่างภาคส่วน ตลอดจนการพัฒนาเครื่องมือคัดกรอง ช่องทางปรึกษา ทีมช่วยเหลือเยียวยาในภาวะวิกฤต และพื้นที่ปลอดภัยที่คนรุ่นใหม่ริเริ่มในแต่ละภูมิภาค

พร้อมสานต่อมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ๑๖.๑ ระบบสุขภาวะทางจิตเพื่อสังคมไทยไร้ความรุนแรง และมติ ๑๖.๓ การส่งเสริมการพัฒนาประชากรให้เกิดและเติบโตอย่างมีคุณภาพ รวมทั้งข้อเสนอจากกระบวนการจัดสมัชชาสุขภาพคนรุ่นใหม่ครั้งแรก ซึ่งเปิดให้คนรุ่นใหม่ร่วมริเริ่มประเด็นและพัฒนาข้อเสนอ โดยผู้เข้าร่วมจากทุกภูมิภาคระบุร่วมกันว่าสุขภาพจิตเป็นประเด็นเร่งด่วน เพื่อเชื่อมโยงความพยายามที่มีอยู่กับความต้องการและประสบการณ์ของคนรุ่นใหม่

๔. ด้านเจตจำนงร่วมและทิศทางการขับเคลื่อน

เห็นพ้องให้ยกระดับระบบสุขภาวะทางจิตของคนรุ่นใหม่ โดยให้การส่งเสริมและป้องกันเชิงรุกเป็นฐาน ควบคู่กับการดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่วัยเด็กสู่วัยผู้ใหญ่ ผ่านการบูรณาการภาคสุขภาพ การศึกษา สวัสดิการสังคม และการยุติธรรม กำหนดเจ้าภาพ ภารกิจ และความรับผิดชอบในระดับพื้นที่ให้ชัดเจน เสริมความเข้มแข็งของชุมชน และพัฒนากลไกประสานงานกับระบบสนับสนุนผู้ปฏิบัติงาน เพื่อให้แผนและบริการที่มีอยู่เกิดผลในทางปฏิบัติ ภายใต้ความรับผิดชอบร่วมของทุกภาคส่วน โดยให้คนรุ่นใหม่มีส่วนร่วมอย่างมีความหมายในการกำหนดทิศทาง ออกแบบ และขับเคลื่อนงาน พร้อมได้รับการสนับสนุนที่เหมาะสม อันจะนำไปสู่ระบบที่ตอบสนองความต้องการและบริบทชีวิตได้อย่างทั่วถึง เป็นธรรม และยั่งยืน

กรอบทิศทางนโยบาย (Policy Statement)

ประเทศไทยมุ่งยกระดับระบบสุขภาวะทางจิตของคนรุ่นใหม่ โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาเชิงรุก บนหลักความเป็นธรรมและทั่วถึง ความรับผิดชอบร่วมของภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง และการมีส่วนร่วมอย่างมีความหมายของคนรุ่นใหม่ เพื่อบรรลุเป้าหมายเชิงนโยบายสำคัญ ๕ ประการ ได้แก่ (๑) คนรุ่นใหม่เติบโตในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและเอื้อต่อสุขภาวะทางจิต ทั้งในครอบครัว สถานศึกษา ชุมชน และพื้นที่ดิจิทัล (๒) คนรุ่นใหม่ทุกกลุ่ม โดยเฉพาะกลุ่มที่เสี่ยงถูกทิ้งไว้ข้างหลัง เข้าถึงบริการและพื้นที่รับฟังใกล้ตัวที่ได้มาตรฐาน ปราศจากการตีตรา และสอดคล้องกับบริบททางพื้นที่และวัฒนธรรม (๓) ผู้มีความเสี่ยงหรือปัญหาสุขภาพจิตได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและเชื่อมโยงตั้งแต่ชุมชนถึงบริการเฉพาะทาง ครอบคลุมระยะหลังวิกฤตและช่วงเปลี่ยนผ่านจากวัยเด็กสู่วัยผู้ใหญ่ (๔) คนรุ่นใหม่ทุกกลุ่มได้รับการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและดูแลสุขภาวะทางจิตผ่านระบบที่มีเจ้าภาพและภารกิจชัดเจน พร้อมมาตรฐาน กำลังคน งบประมาณ ข้อตกลงความร่วมมือ และระบบข้อมูลที่เชื่อมโยงและรองรับการทำงานร่วมกันของหลายภาคส่วนและหลายระดับ โดยตอบสนองต่อความต้องการและบริบทชีวิตของคนรุ่นใหม่ และ (๕) คนรุ่นใหม่มีบทบาทที่ได้รับการรับรองในการร่วมกำหนดทิศทาง ออกแบบ ดำเนินงาน และประเมินผลระบบที่เกี่ยวข้องกับชีวิตของตน พร้อมได้รับการสนับสนุนให้สามารถใช้บทบาทดังกล่าวได้จริงอย่างมีความหมาย

แนวทางการขับเคลื่อน (Implementation Directions)

การขับเคลื่อนยึดกรอบการพัฒนาระบบและบริการสุขภาพจิตเด็กและเยาวชน (ภาพที่ ๑) ซึ่งสอดคล้องกับแผนปฏิบัติการพัฒนาระบบและบริการสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนอย่างบูรณาการ (พ.ศ. ๒๕๖๖–๒๕๗๐) โดยเชื่อมโยงการดำเนินงาน ๓ ระดับ ได้แก่ การส่งเสริม การป้องกัน และการตอบสนอง ผ่านความร่วมมือของ ๔ ภาคส่วน ได้แก่ สุขภาพ การศึกษา สวัสดิการสังคม และกระบวนการยุติธรรม การดำเนินงานอาศัยปัจจัยเอื้อ ๘ ด้าน ได้แก่ กฎหมายและนโยบาย ความเป็นผู้นำและการกำกับดูแลระบบ การให้บริการ มาตรฐานและการกำกับคุณภาพ กำลังคน งบประมาณและทรัพยากรทางการเงิน การมีส่วนร่วม ตลอดจนข้อมูลสารสนเทศและการวิจัย โดยกำหนดแนวทางขับเคลื่อน ๗ แนวทาง ครอบคลุมการพัฒนาบริการและการเสริมสร้างกลไกสนับสนุน



ภาพที่ ๑ การพัฒนาระบบและบริการสุขภาพจิตเด็กและเยาวชน

แนวทางที่ ๑ การพัฒนาระบบนิเวศที่ปลอดภัยและเอื้อต่อสุขภาวะทางจิต

กระทรวงมหาดไทยโดยกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และกรุงเทพมหานคร ร่วมกับกระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กรมสุขภาพจิต สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (สำนักงาน กสทช.) สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ (ETDA) กองบัญชาการตำรวจสืบสวนสอบสวน อาชญากรรมทางเทคโนโลยี (บช.สอท.) กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม องค์กรศาสนา และภาคีเครือข่ายและ/หรือกลุ่มอาสาสมัครที่เป็นตัวแทนของคนรุ่นใหม่เยาวชน ภาคประชาสังคม และผู้ให้บริการแพลตฟอร์มออนไลน์ และ/หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง พัฒนาพื้นที่ปลอดภัยในชุมชนตามแนวคิด “๑ ชุมชน ๑ พื้นที่สุขใจ” ซึ่งเป็นข้อเสนอให้แก้ปัญหาสุขภาพจิตในระดับพื้นที่ โดยสร้างพื้นที่กายภาพและดิจิทัลที่ปลอดภัย พัฒนาเยาวชนร่วมกับ อปท., อสม., ครู ชุมชนและภาคีที่เกี่ยวข้องในแต่ละพื้นที่ ให้เป็นนักจัดกระบวนการ (Community Facilitator) เพื่อคัดกรองและรับฟังเยาวชนโดยไม่ตีตรา ให้เป็นบริการสาธารณะประจำของท้องถิ่นสำหรับทุกกลุ่มทุกวัย ที่ออกแบบร่วมกับคนรุ่นใหม่ให้เหมาะกับวัฒนธรรมและชาติพันธุ์ พร้อมทั้งบรรจุความรอบรู้ด้านสุขภาวะทางจิตไว้ในการเรียนรู้ของสถานศึกษา โดยให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องออกแบบรูปแบบการเรียนรู้ที่เหมาะสมและพัฒนาบุคลากรให้สอดรับกัน เสริมสมรรถนะผู้ปกครองและผู้ดูแลด้านสุขภาวะทางจิต และมีระบบการประเมินสุขภาพจิตที่เข้าถึงได้ด้วยตนเอง และส่งเสริมความปลอดภัยในพื้นที่ดิจิทัล โดยมีสภาพแวดล้อมดิจิทัลจำเป็นต้องมีธรรมาภิบาล การกำกับดูแลที่มีประสิทธิภาพ และการออกแบบที่เหมาะสมกับช่วงวัย (Age-appropriate design) เพื่อป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพจิต และพัฒนาการของเด็ก จากการถูกกระทำ หรือการเสพเนื้อหาที่ไม่เหมาะสม โดยเริ่มในพื้นที่นำร่องภายใน ๒ ปีและขยายผลตามความพร้อมของพื้นที่ เพื่อลดปัจจัยที่ก่อความทุกข์ทางใจตั้งแต่ต้นทางและลดจำนวนผู้ที่ต้องเข้าสู่ระบบการรักษา โดยเน้นให้เกิดการทำงานอย่างต่อเนื่อง

แนวทางที่ ๒ การพัฒนาและบูรณาการทรัพยากรภาครัฐและชุมชนให้เกิดความยั่งยืน

กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงบประมาณ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และสภาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันวางโครงสร้างกำลังคนด้านสุขภาพจิต ๓ ระดับ ได้แก่ บุคลากรวิชาชีพ บุคลากรสนับสนุนด้านสุขภาพจิตที่ได้รับการรับรอง และผู้รับฟังในระดับชุมชน โดยกำหนดบทบาท ขอบเขตหน้าที่ และมาตรฐานการรับรองที่ชัดเจน พร้อมทั้งทบทวนข้อจำกัดทางกฎหมายและระเบียบหลักเกณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานและใบประกอบวิชาชีพของนักจิตวิทยาสาขาต่างๆ ตลอดจนสนับสนุนตั้งแต่กระบวนการผลิต และสร้างระบบแรงจูงใจ สวัสดิการ และการบริหารชั่วโมงการทำงาน เพื่อรักษาบุคลากรให้อยู่ปฏิบัติงานในพื้นที่ ควบคู่กับการใช้เทคโนโลยีและบริการปรึกษาทางไกล (Tele-mental Health) เพื่อขยายการเข้าถึงบริการ นอกจากนี้ ให้จัดตั้งเครือข่ายนักจิตวิทยาระดับเขต อำเภอ ตำบล จากทุกสังกัดเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้และเกื้อหนุนการทำงานระหว่างกัน พร้อมออกแนวปฏิบัติที่ชัดเจนสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดสรรงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นเพื่อสนับสนุนกิจกรรมสุขภาวะทางจิตเชิงป้องกัน รวมถึงจัดให้มีกลไกงบประมาณอุดหนุนสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขนาดเล็กเพื่อลดความเหลื่อมล้ำ ตลอดจนเปิดช่องทางให้สามารถระดมงบประมาณจากหลากหลายแหล่ง ทั้งงบประมาณของกระทรวงต่าง ๆ กองทุนท้องถิ่นและแหล่งทุนอื่นที่มีระบบการตรวจสอบอย่างโปร่งใส ภายใต้เงื่อนไขการใช้ตัวชี้วัดร่วมตามแนวทางที่ ๔ ทั้งนี้ ให้ดำเนินการให้บรรลุผลภายในระยะเวลา ๓ ปี เพื่อเพิ่มจำนวนกำลังคนที่สามารถเข้าถึงคนรุ่นใหม่ได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยมีระบบดูแลสุขภาพจิตของผู้ปฏิบัติงาน (Care for Carers) และไม่สร้างภาระเพิ่มเติมแก่ครูและแกนนำเยาวชน

แนวทางที่ ๓ การสนับสนุนผู้รับฟังให้มีระบบและเพียงพอสำหรับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ

กรมสุขภาพจิตร่วมกับกระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงยุติธรรมโดยกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน สถาบันการศึกษา และภาคประชาสังคม พัฒนาหลักสูตร มาตรฐาน ระบบรับรอง และระบบให้คำปรึกษาและติดตามจากผู้เชี่ยวชาญ สำหรับ “ผู้รับฟัง” ซึ่งครอบคลุมเพื่อนวัยเดียวกัน ครอบครัว ผู้ปกครอง ผู้ดูแล บุคลากรสนับสนุนในสถานศึกษา (โดยไม่เพิ่มภาระงานสอนของครู) อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา และผู้ใหญ่รอบตัวคนรุ่นใหม่ โดยใช้กรอบการดูแล การประเมิน และการคุ้มครอง (Care / Assessment / Protect) ที่ไม่ตีตรา มีมาตรฐานการส่งต่อที่ชัดเจนโดยไม่ปฏิบัติหน้าที่บำบัดรักษาทดแทนบุคลากรวิชาชีพ พร้อมทั้งจัดให้มีระบบดูแลและเยียวยาสุขภาพจิตของผู้รับฟัง (Care for Carers) และเชื่อมผู้รับฟังทุกคนเข้ากับเส้นทางส่งต่อในแนวทางที่ ๔ ภายใน ๑ ปี พร้อมจัดมาตรการป้องกันและเยียวยาเฉพาะสำหรับคนรุ่นใหม่ กลุ่มเปราะบาง ในพื้นที่ความขัดแย้งและความไม่สงบ คนพิการ ผู้ย้ายถิ่นและคนข้ามชาติ กลุ่มชาติพันธุ์ เด็กนอกระบบการศึกษา พ่อแม่วัยรุ่น แรงงานคนรุ่นใหม่ ผู้มีความหลากหลายทางเพศ และเด็กและเยาวชนในกระบวนการยุติธรรม ตลอดจนผู้ผ่านวิกฤตทางจิตใจ โดยยึดโยงกับเครือข่ายที่ได้รับความไว้วางใจในพื้นที่ เพื่อให้คนรุ่นใหม่ทุกกลุ่มมีคนรับฟังที่ไว้ใจได้ใกล้ตัว และได้รับการช่วยเหลือก่อนปัญหาลุกลาม

แนวทางที่ ๔ การพัฒนาเส้นทางดูแลต่อเนื่องที่เริ่มจากชุมชน

กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมสุขภาพจิตและหน่วยบริการปฐมภูมิ ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงยุติธรรม และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำหนดเกณฑ์คัดกรองกลางและเส้นทางส่งต่อที่ เริ่มจากชุมชน ซึ่งผู้อยู่จุดแรกของการพบปัญหาทุกคนรู้ว่าจะส่งต่ออย่างไร มีช่องทางปรึกษาและแจ้งเหตุที่ไม่เปิดเผยตัวตน มีจุดบริการปรึกษาในสถานศึกษา มีระบบติดตามจนครบเส้นทาง รวมถึงผู้ที่หลุดจากการรักษา จัดการบริการที่ทับซ้อน และมีกลไกติดตามดูแลระยะยาวในพื้นที่ความขัดแย้งและภัยพิบัติที่ไม่ผูกกับงบประมาณช่วงฉุกเฉิน โดยวางเส้นทางในจังหวัดนำร่องภายใน ๒ ปี และให้ครอบคลุม

ช่วงเปลี่ยนผ่านอายุ ๑๘–๒๔ ปี โดยเชื่อมกับสถาบันอุดมศึกษาและบริการสุขภาพจิตผู้ใหญ่ เพื่อให้การคัดกรองนำไปสู่การช่วยเหลือจริง และไม่มีใครหลุดออกจากระบบระหว่างทาง

แนวทางที่ ๕ การกำหนดเจ้าภาพที่มีความเป็นผู้นำ นโยบาย และแผนร่วม ในประเด็นสุขภาวะทางจิตคนรุ่นใหม่

ให้คณะรัฐมนตรีมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องศึกษาแนวทางเพื่อออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีในการพัฒนาและขับเคลื่อนการดำเนินงานสุขภาพจิตโดยคนรุ่นใหม่ โดยให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ทำหน้าที่เลขานุการร่วมกับกรมสุขภาพจิต เพื่อทำงานร่วมกับกระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงยุติธรรม กระทรวงแรงงาน และกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ตลอดจนผลักดันและส่งเสริมให้กลไกขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพจิตในระดับชาติและภูมิภาคมีการกำหนดแผนงาน เป้าหมาย และงบประมาณเพื่อส่งเสริม งานสุขภาพจิตคนรุ่นใหม่ ให้เป็นภารกิจที่ชัดเจนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานศึกษาในระดับพื้นที่ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องระดับพื้นที่อื่นๆ พร้อมทั้งพัฒนามาตรฐานขั้นต่ำและตัวชี้วัดร่วมระดับชาติเพื่อให้ทุกภาคส่วนที่ใช้งบประมาณจากหลากหลายแหล่งสามารถทำงานแบบบูรณาการและประเมินผลร่วมกันได้อย่างเป็นรูปธรรม รวมถึงเชื่อมโยงนโยบายและทรัพยากรกับกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น (กปท.)

แนวทางที่ ๖ การเชื่อมโยงข้อมูลการเฝ้าระวังและช่วยเหลือเชิงรุกที่ใช้งานได้จริง

กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาสังคม พัฒนาระบบเฝ้าระวังและการช่วยเหลือเชิงรุก โดยมุ่งเน้นการเชื่อมโยงและประยุกต์ใช้เครื่องมือและฐานข้อมูลที่มีอยู่เดิมแทนการสร้างระบบใหม่ ได้แก่ HERO OBEC Care, HDC, CPIS, iSEE, Mental Health Check-in และแพลตฟอร์มของภาคประชาสังคมและเอกชน ผ่านการขับเคลื่อนด้วยนโยบายที่มีผลผูกพันทางกฎหมายแทนการพึ่งพาเพียงบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) เพื่อบูรณาการการปฏิบัติการข้ามสายงานในระดับพื้นที่อย่างไร้รอยต่อ ควบคู่กับการรวบรวมข้อมูลจากระดับชุมชนเพื่อจัดทำระบบแสดงผลภาพรวม (Dashboard) ที่สะท้อนแนวโน้มการคัดกรอง การวินิจฉัย การบำบัดรักษา ตลอดจนการจัดสรรงบประมาณทั้งในมิติการป้องกันและการดูแลรักษา นอกจากนี้ ให้กำหนดสัญญาณการเฝ้าระวังและดูแลร่วมกัน (Joint Triggers) เพื่อส่งต่อข้อมูลไปยังผู้ดูแลในระดับพื้นที่อย่างรวดเร็วและปลอดภัย หลีกเลี่ยงการระบุตัวตนเกินความจำเป็น ทั้งนี้ ให้ดำเนินการให้บรรลุผลภายในระยะเวลา ๓ ปี เพื่อให้การบริหารจัดการข้อมูลนำไปสู่การช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที โดยยึดประชาชนและผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางมากกว่าการมุ่งเน้นตัวเทคโนโลยีเพียงอย่างเดียว

แนวทางที่ ๗ การเสริมสร้างกลไกการมีส่วนร่วมของคนรุ่นใหม่

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ กรมกิจการเด็กและเยาวชน กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมกับหน่วยงานด้านการศึกษา สถาบันวิชาการ ภาคประชาสังคม และเครือข่ายคนรุ่นใหม่ เช่น สภาเด็กและเยาวชน และสมัชชาสุขภาพคนรุ่นใหม่ ร่วมกันพัฒนากลไกการมีส่วนร่วมที่เปิดโอกาสให้คนรุ่นใหม่เป็นผู้ร่วมกำหนดนโยบายและแก้ไขปัญหาสาธารณะอย่างมีความหมาย โดยเฉพาะประเด็นที่ส่งผลต่อสุขภาวะและคุณภาพชีวิตของตนเอง ผ่านมาตรการสำคัญ ได้แก่

๗.๑ การร่วมออกแบบและทดลองนโยบายในพื้นที่ โดยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมกับเครือข่ายคนรุ่นใหม่จัดกระบวนการให้เยาวชนร่วมระบุปัญหา ออกแบบ และทดลองแนวทางแก้ไขในพื้นที่จริง โดยเฉพาะประเด็นสุขภาวะและคุณภาพชีวิต ตัวอย่างเช่น การจัดทำห้องปฏิบัติการนโยบายโดยคนรุ่นใหม่ (Youth Policy Lab) การขับเคลื่อน

ธรรมนูญสุขภาพในสถานศึกษาและชุมชนโดยคนรุ่นใหม่ เพื่อพัฒนาข้อเสนอและต้นแบบนโยบายที่สามารถนำไปใช้หรือขยายผลได้

๗.๒ การรับรองบทบาทในกลไกตัดสินใจ โดยสนับสนุนให้มีผู้แทนคนรุ่นใหม่ที่มีบทบาทในการตัดสินใจในคณะกรรมการหรือคณะทำงานด้านสุขภาวะและคุณภาพชีวิตทั้งระดับชาติ จังหวัด และพื้นที่ โดยกำหนดหลักประกัน สัดส่วน บทบาท และสิทธิในการเสนอวาระและร่วมตัดสินใจ รวมถึงการร่วมพิจารณาจัดสรรงบประมาณ (เช่น กองทุนสุขภาพท้องถิ่น อบจ. และเทศบาล) อย่างแท้จริง ผ่านกระบวนการคัดเลือกที่โปร่งใสและคำนึงถึงความหลากหลาย พร้อมส่งเสริมบทบาทในการร่วมพิจารณานโยบาย แผนงาน และงบประมาณอย่างชัดเจน รวมถึงกำหนดให้สมัชชาสุขภาพคนรุ่นใหม่เป็นกลไกประจำที่ดำเนินกิจกรรมครอบคลุมทุกภูมิภาค เพื่อเชื่อมโยงข้อเสนอของคนรุ่นใหม่เข้าสู่กระบวนการตัดสินใจของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๗.๓ การใช้ข้อมูลและการประเมินผลกระทบประกอบการตัดสินใจ โดยสนับสนุนการสำรวจสถานการณ์ ความคิดเห็น และความต้องการของคนรุ่นใหม่อย่างสม่ำเสมอ โดยเปิดเผยข้อมูลที่ไม่ระบุตัวบุคคลเพื่อใช้ประกอบการกำหนดนโยบาย พร้อมพัฒนาและนำเครื่องมือประเมินผลกระทบของนโยบายต่อเด็กและเยาวชน (Child and Youth Impact Assessment: CYIA) มาใช้คาดการณ์ผลกระทบของนโยบายและมาตรการสำคัญก่อนดำเนินการ โดยให้คนรุ่นใหม่ร่วมสะท้อนผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น

๗.๔ การสนับสนุนทรัพยากรและพัฒนาศักยภาพอย่างทั่วถึง โดยให้หน่วยงานภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานศึกษา และภาคประชาสังคมสนับสนุนพื้นที่ เงินทุน ผู้เชี่ยวชาญ และพี่เลี้ยงแก่โครงการที่คนรุ่นใหม่ริเริ่ม ตลอดจนเสริมศักยภาพและจัดสรรเครื่องมือแก่กลไกเยาวชน พร้อมพัฒนาทักษะการคิดเชิงระบบ การใช้ข้อมูล และการสื่อสารผ่านการปฏิบัติจริง ตลอดจนลดอุปสรรคด้านค่าใช้จ่าย การเดินทาง และการเข้าถึงกิจกรรม โดยเฉพาะสำหรับเยาวชนนอกระบบการศึกษา เยาวชนจากครอบครัวรายได้น้อย คนพิการ และกลุ่มที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงโอกาส

๗.๕ การติดตามผลและความรับผิดชอบต่อข้อเสนอ โดยกำหนดให้หน่วยงานที่ได้รับข้อเสนอเปิดเผยผลการพิจารณา เหตุผลในการรับหรือไม่รับข้อเสนอ และความก้าวหน้าของการดำเนินงาน พร้อมเปิดโอกาสให้คนรุ่นใหม่ร่วมติดตามผล โดยประเมินความสำเร็จจากการนำข้อเสนอไปใช้ในนโยบาย แผนงาน และงบประมาณ ตลอดจนผลลัพธ์ต่อสุขภาวะและคุณภาพชีวิต มากกว่าจำนวนกิจกรรมหรือผู้เข้าร่วมเพียงอย่างเดียว

ทั้งนี้ การมีส่วนร่วมของคนรุ่นใหม่ในทุกแนวทางต้องได้รับทรัพยากรและการสนับสนุนที่เพียงพอ สอดคล้องกับพัฒนาการและภาระหน้าที่ตามช่วงวัย โดยไม่ทดแทนงานของบุคลากรวิชาชีพหรือความรับผิดชอบของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

๑. เห็นชอบกรอบทิศทางนโยบาย “ฮีลใจคนรุ่นใหม่: เสริมพลังคนรุ่นใหม่ผ่านระบบสุขภาวะทางจิตเชิงรุกและมีส่วนร่วม” ตามที่เสนอมา

๒. เห็นชอบในหลักการ “แนวทางการขับเคลื่อน” ตามที่เสนอมา

๓. ขอให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติร่วมกับภาคีหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สนับสนุนแนวทางการขับเคลื่อนตามที่เสนอมา

๔. ขอให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สนับสนุนกระบวนการสมัชชาสุขภาพคนรุ่นใหม่อย่างต่อเนื่องและรายงานความก้าวหน้าต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๒๑

แผนที่ทางเดิน (Roadmap) ฮีลใจคนรุ่นใหม่: เสริมพลังคนรุ่นใหม่ผ่านระบบนิเวศสุขภาวะทางจิตเชิงรุกและมีส่วนร่วม (New Gen, Find Your Zen: Empowering Young People through a Proactive and Participatory Mental Well-being System)

แผนที่ทางเดินเชื่อมแนวทางการขับเคลื่อนทั้ง ๗ ข้อกับระยะเวลา หน่วยงาน และผลลัพธ์ โดยกำหนดเวลาภายใน ๑–๓ ปีตามที่ระบุในร่างมติ ส่วนการเริ่มงานที่ร่างมติมิได้กำหนดเวลา การขยายผลในปีที่ ๔–๕ และการทบทวนรายปีเป็นข้อเสนอสำหรับหารือร่วมกัน

ประมวลแผนการขับเคลื่อนข้อเสนอเชิงนโยบายตามระยะเวลา พร้อมเจ้าภาพหลัก ภาคีร่วม และผลลัพธ์ที่คาดหวัง

ระยะเวลา	ประเด็นดำเนินการ	เจ้าภาพหลัก	ภาคีร่วม	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
ระยะสั้น (๑ ปี)	ศึกษาแนวทางออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีเพื่อขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตโดยคนรุ่นใหม่ กำหนดภารกิจของท้องถิ่น สถานศึกษา และหน่วยงานในพื้นที่ พร้อมมาตรฐานขั้นต่ำและตัวชี้วัดร่วมระดับชาติ (แนวทางที่ ๕)	คณะรัฐมนตรีมอบหมายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยมีเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติและกรมสุขภาพจิตเป็นเลขานุการร่วม	มท. ศธ. สธ. พม. ยธ. กระทรวงแรงงาน และ อว.	กลไกระดับชาติและภูมิภาคมีเจ้าภาพ แผน เป้าหมาย และงบประมาณที่ประเมินผลร่วมกันได้
ระยะสั้น (๑ ปี)	หารือการบรรจุข้อเสนอของสมัชชาสุขภาพคนรุ่นใหม่ในแผนรอบถัดไป ครอบคลุมวัยเปลี่ยนผ่าน ๑๘–๒๔ ปี และพิจารณากลุ่มอายุ ๒๕–๓๕ ปีเพิ่มเติมตามข้อเสนอในแผนที่ทางเดินเดิม	กรมสุขภาพจิต	สช. อว. องค์การยูนิเซฟ ผู้แทนคนรุ่นใหม่ และภาคีเดิม ได้แก่ ห้องปฏิบัติการนโยบายแห่งประเทศไทย	ข้อเสนอแผนรอบถัดไประบุความต้องการและช่องว่างของบริการตามช่วงวัย

ระยะเวลา	ประเด็นดำเนินการ	เจ้าภาพหลัก	ภาคีร่วม	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
ระยะสั้น (๑ ปี)	พัฒนาหลักสูตร มาตรฐาน และระบบรับรองผู้รับฟัง ใช้กรอบดูแล ประเมิน และคุ้มครอง ให้ผู้เชี่ยวชาญให้คำปรึกษาและติดตาม จัดระบบดูแลใจผู้รับฟัง และเชื่อมผู้รับฟังทุกคนกับเส้นทางส่งต่อ ภายใน ๑ ปี (แนวทางที่ ๓ เชื่อมข้อ ๔)	กรมสุขภาพจิต	กระทรวงศึกษาธิการ (ศธ.) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) อปท. กระทรวงยุติธรรม (ยธ.) กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน สถาบันการศึกษา และภาคประชาสังคม	คนรอบข้าง เพื่อน ครอบครัว ผู้ดูแล บุคลากรสถานศึกษา อาสาสมัคร ผู้นำชุมชนและศาสนา รับฟังโดยไม่ตีตราและส่งต่อได้ตามขอบเขตหน้าที่
ระยะสั้น (๑ ปี)	จัดทำแนวปฏิบัติใช้กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น (กปท.) ในงานป้องกัน วางกลไกอุดหนุน อปท. ขนาดเล็ก และเชื่อมงบกระทรวง กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (แนวทางที่ ๒ และ ๕)	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น (สถ.)	สำนักงบประมาณ สสส. อปท. สมาคมอบจ. และสันนิบาตเทศบาล	ท้องถิ่นมีแนวปฏิบัติด้านงบประมาณและเข้าถึงแหล่งทุนที่ตรวจสอบได้ โดยติดตามผลภายใน ๓ ปี
เริ่มปีที่ ๑ ต่อเนื่องทุกปี	ให้คนรุ่นใหม่ร่วมระบุปัญหา ทดลองแนวทางผ่าน Youth Policy Lab หรือธรรมนูญสุขภาพในสถานศึกษาและชุมชน รับรองสัดส่วนผู้แทน สิทธิเสนอวาระและร่วมพิจารณางบประมาณ คัดเลือกอย่างโปร่งใสและหลากหลาย (แนวทางที่ ๗.๑–๗.๒)	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) กรมกิจการเด็กและเยาวชน (ดย.) สถ. และ อปท.	สภาเด็กและเยาวชน สมัชชาสุขภาพคนรุ่นใหม่ หน่วยงานด้านการศึกษา สถาบันวิชาการ และภาคประชาสังคม	มีต้นแบบจากพื้นที่ ผู้แทนร่วมตัดสินใจในระดับชาติ จังหวัด และพื้นที่ รวมถึงกองทุนสุขภาพท้องถิ่น อบจ. และเทศบาล
ระยะกลาง (๒–๓ ปี)	เริ่ม “๑ ชุมชน ๑ พื้นที่สุขใจ” ภายใน ๒ ปี ให้คนรุ่นใหม่ร่วมออกแบบพื้นที่ตามวัย วัฒนธรรม และชาติพันธุ์ ฝึกเยาวชน อสม. ครู และชุมชนเป็นนักจัดกระบวนการเพื่อคัดกรองและรับฟัง พัฒนาความรอบรู้ในสถานศึกษา ทักษะผู้ปกครองและผู้ดูแล และช่องทางประเมินตนเอง (แนวทางที่ ๑)	กระทรวงมหาดไทย (มท.) โดย สถ. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และกรุงเทพมหานคร	ศธ. พม. กรมสุขภาพจิต สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) องค์กรศาสนา ภาคประชาสังคม เครือข่าย และกลุ่มอาสาสมัคร คนรุ่นใหม่	พื้นที่นำร่องมีบริการใกล้ตัวที่คนทุกกลุ่มทุกวัยใช้ได้ และคนรุ่นใหม่มีส่วนกำหนดรูปแบบบริการ

ระยะเวลา	ประเด็นดำเนินการ	เจ้าภาพหลัก	ภาคีร่วม	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
ระยะกลาง (๒–๓ ปี)	ดำเนินงานด้านความปลอดภัยดิจิทัลควบคู่กับพื้นที่กายภาพ กำกับดูแลแพลตฟอร์มและออกแบบบริการให้เหมาะกับวัย ลดความเสี่ยงจากการถูกกระทำและการเข้าถึงเนื้อหาไม่เหมาะสม (แนวทางที่ ๑)	กระทรวงมหาดไทย (มท.) โดย สถ. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และกรุงเทพมหานคร	กสทช. สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ (ETDA) กองบัญชาการตำรวจสืบสวนสอบสวนอาชญากรรมทางเทคโนโลยี (บช.สอท.) กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมผู้ให้บริการแพลตฟอร์มออนไลน์และเครือข่ายคนรุ่นใหม่	พื้นที่สุขใจทั้งทางกายภาพและดิจิทัลมีมาตรการคุ้มครองที่เหมาะกับวัย
ระยะกลาง (๒–๓ ปี)	วางเส้นทางดูแลในจังหวัดนำร่องภายใน ๒ ปี กำหนดเกณฑ์คัดกรองกลาง ช่องทางปรึกษาและแจ้งเหตุแบบไม่เปิดเผยตัวตน จุดปรึกษาในสถานศึกษา และการติดตามผู้หลุดจากการรักษา เชื่อมสถาบันอุดมศึกษากับบริการสุขภาพจิตผู้ใหญ่สำหรับช่วงอายุ ๑๘–๒๔ ปี (แนวทางที่ ๔)	กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) โดยกรมสุขภาพจิตและหน่วยบริการปฐมภูมิ	สปสช. ศธ. พม. ยธ. อปท. สถาบันอุดมศึกษา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา	ผู้พบปัญหา รู้จุดส่งต่อ ผู้รับบริการให้ได้รับการติดตามจนถึงปลายทาง ลดบริการซ้ำซ้อน และได้รับการดูแลต่อเนื่องหลังภาวะวิกฤต
ระยะกลาง (๒–๓ ปี)	จัดมาตรการป้องกันและเยียวยาผ่านเครือข่ายที่คนรุ่นใหม่ไว้วางใจ ครอบคลุมพื้นที่ขัดแย้งและไม่สงบ คนพิการ ผู้ย้ายถิ่นและคนข้ามชาติ กลุ่มชาติพันธุ์ เด็กนอกระบบ พ่อแม่วัยรุ่น แรงงานคนรุ่นใหม่ ผู้มีความหลากหลายทางเพศ เด็กและเยาวชนในกระบวนการยุติธรรม และผู้ผ่านวิกฤตทางจิตใจ (แนวทางที่ ๓–๔)	กรมสุขภาพจิตและหน่วยบริการในพื้นที่	พม. ศธ. กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน อปท. ภาคประชาสังคมและเครือข่ายชุมชน	กลุ่มที่เข้าถึงบริการได้ยาก มีผู้รับฟังที่ไว้ใจได้ พื้นที่ขัดแย้งและภัยพิบัติมีกลไกดูแลระยะยาวหลังสิ้นสุดงบฉุกเฉิน
ระยะกลาง (๒–๓ ปี)	วางโครงสร้างกำลังคนสามระดับ ได้แก่ บุคลากรวิชาชีพ บุคลากรสนับสนุนที่ได้รับการรับรอง และผู้รับฟังชุมชน กำหนดขอบเขตงานและมาตรฐาน ทบทวนกฎหมายและใบประกอบวิชาชีพนักจิตวิทยา พัฒนาการผลิตกำลังคน แรงจูงใจ สวัสดิการ ชั่วโมงทำงาน และระบบดูแลผู้ปฏิบัติงาน (แนวทางที่ ๒)	สธ. ศธ. อว. สปสช. สำนักงบประมาณ สถ. และสภาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องร่วมกันดำเนินการ	เครือข่ายนักจิตวิทยาทุกสังกัดระดับเขต อำเภอ และตำบล หน่วยบริการและชุมชน	ภายใน ๓ ปี มีกำลังคนที่ปฏิบัติงานได้ตามบทบาท มีบริการปรึกษาทางไกลและมีระบบเกื้อหนุนครูและแกนนำเยาวชน

ระยะเวลา	ประเด็นดำเนินการ	เจ้าภาพหลัก	ภาคีร่วม	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
ระยะกลาง (๒–๓ ปี)	เชื่อม HERO OBEC Care, HDC, CPIS, iSEE, Mental Health Check-in และแพลตฟอร์มภาคประชาสังคมและเอกชน ด้วยนโยบายที่มีผลผูกพันทางกฎหมาย กำหนดสัญญาณเฝ้าระวังร่วมและการส่งข้อมูลให้ผู้ดูแล โดยเปิดเผยตัวบุคคลเท่าที่จำเป็น (แนวทางที่ ๖)	สธ. ศธ. มท. และ พม. ร่วมกันดำเนินการ	อปท. และภาคประชาสังคม	ภายใน ๓ ปี ผู้ดูแลสามารถรับสัญญาณและช่วยเหลือได้ทันเวลา มี Dashboard แสดงแนวโน้มคัดกรอง วินิจฉัย รักษา และงบป้องกันและรักษา
ต่อเนื่องทุกปี	สำรวจความต้องการ เปิดเผยข้อมูลที่ไม่ระบุตัวบุคคล และให้คนรุ่นใหม่ร่วมประเมินผลกระทบก่อนตัดสินใจ สนับสนุนทุนพื้นที่ เครื่องมือ ผู้เชี่ยวชาญและพี่เลี้ยง ฝึกคิดเชิงระบบ ใช้ข้อมูลและสื่อสาร ลดอุปสรรคด้านค่าใช้จ่ายและการเดินทาง (แนวทางที่ ๗.๓–๗.๔)	สช. ดย. สถ. และ อปท.	สถานศึกษา ภาคประชาสังคม ภาครัฐ สถาบันวิชาการ และเครือข่ายคนรุ่นใหม่	เยาวชนนอกระบบ เยาวชนครอบครัวรายได้น้อย คนพิการ และกลุ่มที่เข้าถึงโอกาสจำกัดร่วมออกแบบนโยบายได้ตามวัย โดยมีบุคลากรวิชาชีพรับผิดชอบงานตามหน้าที่
ระยะยาว (๔–๕ ปี)	ขยายพื้นที่สุขใจและบริการชุมชนตามความพร้อม บรรจุในแผนหรือข้อบัญญัติท้องถิ่น และใช้ผลนำร่องทบทวนมาตรฐาน กฎหมาย และระเบียบกำลังคน (ข้อเสนอระยะขยายผลของแผนที่ทางเดิน)	อปท. และหน่วยงานเจ้าภาพด้านกำลังคนตามแนวทางที่ ๒	มท. สปสช. สภาวิชาชีพ และรัฐสภาในกรณีที่ต้องแก้ไขกฎหมาย	ท้องถิ่นจัดบริการประจำได้ต่อเนื่อง และมีข้อเสนอปรับกติกาด้านกำลังคนจากการใช้งานจริง
ทบทวนทุกปี และรายงานต่อสมัชชาฯ ครั้งที่ ๒๑	ให้สมัชชาสุขภาพคนรุ่นใหม่เป็นกลไกประจำครอบคลุมทุกภูมิภาค หน่วยงานผู้รับข้อเสนอเปิดเผยผลและเหตุผลที่รับหรือไม่รับ คนรุ่นใหม่ร่วมติดตามการนำข้อเสนอไปใช้และผลต่อคุณภาพชีวิต (แนวทางที่ ๗.๕ และร่างมติข้อ ๓–๔)	เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	สมัชชาสุขภาพคนรุ่นใหม่ หน่วยงานผู้รับข้อเสนอ และภาคีทุกภาคส่วน	ภาคีใช้ผลทบทวนปรับนโยบาย แผน และงบประมาณ เลขาธิการฯ รายงานความก้าวหน้าต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๒๑

ฮีลใจคนรุ่นใหม่: เสริมพลังคนรุ่นใหม่ ผ่านระบบสุขภาวะทางจิตเชิงรุกและมีส่วนร่วม (New Gen, Find Your Zen: Empowering Young People through a Proactive and Participatory Mental Well-being System)

๑. ความเป็นมาและขอบเขตของประเด็น (Background and Scope)

๑.๑ ที่มาและความสำคัญของประเด็น

สมัชชาสุขภาพคนรุ่นใหม่ (Youth Health Assembly) เป็นกระบวนการภายใต้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐[๑] ซึ่งเปิดพื้นที่ให้คนรุ่นใหม่อายุ ๑๕–๓๕ ปี ได้ร่วมระบุปัญหา วิเคราะห์สาเหตุ และพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายด้วยตนเอง เพื่อนำเข้าสู่การพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๑๙[๒] โดยกระบวนการนี้เป็นการพัฒนาต่อยอดจากเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติภาคคนรุ่นใหม่ (Youth National Health Assembly ๒๐๒๕) ซึ่งจัดขึ้นโดยสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เมื่อวันที่ ๘ พฤศจิกายน ๒๕๖๘ โดยมีคนรุ่นใหม่กว่า ๒๐๐ คน เข้าร่วมให้ความคิดเห็นต่อประเด็นของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๑๘[๓]

ในปีนี้ ซึ่งเป็นครั้งแรกที่คนรุ่นใหม่ได้ขยายบทบาทจากการเป็นผู้ให้ความเห็นต่อประเด็นที่กำหนดไว้แล้ว ไปสู่การเป็นผู้ริเริ่มข้อเสนอประเด็นและพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายจากประสบการณ์ของตนเอง ผ่านกระบวนการเวทีระดับภูมิภาค ซึ่งขับเคลื่อนโดยสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ร่วมกับองค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย Thailand Policy Lab มูลนิธิวายไอวาย มูลนิธินวัตกรรมสร้างสรรค์สังคม และภาคีเครือข่ายคนรุ่นใหม่[๒]

กระบวนการพัฒนาข้อเสนอประกอบด้วยสามช่วง:

ช่วงแรก คือเวทีสมัชชาสุขภาพคนรุ่นใหม่ระดับภูมิภาค ๔ ครั้ง ครอบคลุม ๕ พื้นที่[๒] ได้แก่

๑ ภาคเหนือ ณ จังหวัดเชียงใหม่ วันที่ ๘–๙ สิงหาคม ๒๕๖๙ (ผู้เข้าร่วม ๘๓ คน)

๒. ภาคใต้ ณ จังหวัดสงขลา วันที่ ๘–๙ สิงหาคม ๒๕๖๙ (๗๓ คน)

๓. ภาคกลางร่วมกับกรุงเทพมหานคร ณ กรุงเทพมหานคร วันที่ ๑๕–๑๖ สิงหาคม ๒๕๖๙ (๑๓๙ คน)

๔. ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ณ จังหวัดขอนแก่น วันที่ ๒๙–๓๐ สิงหาคม (๗๒ คน) รวมผู้เข้าร่วม ๓๖๗ คน

ช่วงที่สอง คือการสังเคราะห์รายงานภูมิภาคทั้งสี่ฉบับ[๔–๗] เป็นข้อเสนอเชิงปฏิบัติเบื้องต้น ๗ ประการ (๗ Initiatives) โดย Thailand Policy Lab [๒]

ช่วงที่สาม คือการประชุมหารือร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (Stakeholder Consultation) เมื่อวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๙ ณ องค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย โดยมีผู้แทนหน่วยงานภาครัฐ ภาคประชาสังคม ภาควิชาการ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมกับตัวแทนคนรุ่นใหม่จาก ๕ ภูมิภาค[๘] (ผู้เข้าร่วม (๖๗ คน)

ข้อเสนอเชิงนโยบายฉบับนี้พัฒนาขึ้นจากผลของทั้งสามช่วง โดยนำข้อคิดเห็นจากการประชุมดังกล่าว[๙] มาประกอบการวิเคราะห์ร่วมกับเอกสารนโยบายที่เกี่ยวข้อง

แม้ว่าแต่ละภูมิภาคจะเลือกพิจารณาประเด็นสุขภาวะที่แตกต่างกันออกไป ตั้งแต่สารเสพติด บุหรี่ไฟฟ้า โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ฝุ่น PM ๒.๕ ไปจนถึงความมั่นคงทางอาหาร แต่ประเด็นด้านสุขภาพจิตกลับเป็นเรื่องที่ทุกภูมิภาคเห็นตรงกันโดยมิได้นัดหมาย[๒] ด้วยเหตุนี้ เอกสารฉบับนี้จึงมุ่งเน้นไปที่ประเด็นสุขภาพจิตเป็นการเฉพาะ โดยมีเหตุผลสำคัญ ๓ ประการ ดังนี้

ประการที่หนึ่ง ภาระปัญหาสุขภาพจิตมีความรุนแรงและกระจุกตัวอยู่ในกลุ่มวัยรุ่นและคนรุ่นใหม่ โดยองค์การอนามัยโลกประเมินว่า วัยรุ่นอายุ ๑๐–๑๙ ปี จำนวน ๑ ใน ๗ คน เผชิญความผิดปกติทางจิต ซึ่งคิดเป็นร้อยละ ๑๕ ของภาระโรคในกลุ่มอายุนี้ อีกทั้งการฆ่าตัวตายยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสามของผู้มีอายุ ๑๕–๒๙ ปี[๑๐] สำหรับประเทศไทย กลุ่มอายุ ๑๘–๒๔ ปี มีความชุกของปัญหาสุขภาพจิตสูงที่สุดในทุกช่วงวัย[๑๑] ขณะที่กลุ่มวัยรุ่นอายุ ๑๕–๑๙ ปี มีอัตราการพยายามฆ่าตัวตายสูงที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับทุกกลุ่มอายุ[๑๒]

ประการที่สอง ปัญหาสุขภาพจิตในวัยนี้ส่งผลกระทบต่อเนื่องไปตลอดช่วงชีวิต โดยปัญหาที่ขาดการดูแลรักษาอย่างเหมาะสมในวัยรุ่นจะส่งผลเสียต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตในวัยผู้ใหญ่ พร้อมทั้งจำกัดโอกาสในชีวิต[๑๐] ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อการพัฒนาทุนมนุษย์ของประเทศ

ประการที่สาม เป็นห้วงเวลาเชิงนโยบายที่เหมาะสม เนื่องจากแผนปฏิบัติการพัฒนาระบบและบริการสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนอย่างบูรณาการ (พ.ศ. ๒๕๖๖–๒๕๗๐) กำลังจะสิ้นสุดลงในปี ๒๕๗๐[๑๓] ข้อเสนอของคนรุ่นใหม่จึงสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลนำเข้าสำหรับการจัดทำแผนปฏิบัติการในรอบถัดไปได้ตั้งแต่เริ่มต้นกระบวนการ

๑.๒ ขอบเขตของประเด็น

การกำหนดกลุ่มเป้าหมายมุ่งเน้นไปที่กลุ่มคนรุ่นใหม่อายุ ๑๕–๓๕ ปี ตามกรอบของสมัชชาสุขภาพคนรุ่นใหม่[๒] โดยให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับช่วงวัยเปลี่ยนผ่านอายุ ๑๘–๒๔ ปี ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่เผชิญความชุกของปัญหาสุขภาพจิตสูงที่สุด ทว่ากลับอยู่นอกเหนือขอบเขตนิยาม “เด็กและเยาวชน” ตามแผนปฏิบัติการพัฒนาระบบและบริการสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนอย่างบูรณาการ (พ.ศ. ๒๕๖๖–๒๕๗๐) ซึ่งกำหนดไว้เฉพาะบุคคลที่มีอายุยังไม่ถึง ๑๘ ปีบริบูรณ์[๑๓] (ดูข้อ ๔.๑ ประเด็นที่ ๔)

ขอบเขตเชิงระบบ ครอบคลุมบริการสุขภาพจิตทั้ง ๓ ระดับ ได้แก่ ๑) การส่งเสริมสุขภาพจิต ๒) การป้องกัน และ ๓) การตอบสนอง ตาม “แผนภาพโมเดลการพัฒนาระบบและบริการสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนแบบบูรณาการ” จากแผนปฏิบัติการพัฒนาระบบและบริการสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนอย่างบูรณาการ (พ.ศ. ๒๕๖๖–๒๕๗๐)[๑๓,๑๔] โดยดำเนินการขับเคลื่อนร่วมกันผ่าน ๔ ภาคส่วนหลัก ได้แก่ ด้านสุขภาพ การศึกษา สวัสดิการสังคม และกระบวนการยุติธรรม พร้อมทั้งได้รับการสนับสนุนจากปัจจัยเอื้อ ๘ ด้าน ได้แก่ กฎหมายและนโยบาย ความเป็นผู้นำและการกำกับดูแล การให้บริการ มาตรฐานและการกำกับดูแล กำลังคน งบประมาณและทรัพยากรทางการเงิน การมีส่วนร่วม ตลอดจนระบบข้อมูลสารสนเทศและการวิจัย

หน่วยของการออกแบบ ครอบคลุมระบบนิเวศรอบตัวคนรุ่นใหม่ ทั้งครอบครัว สถานศึกษา ชุมชน พื้นที่ทางศาสนาและวัฒนธรรม และพื้นที่ดิจิทัล โดยพิจารณาช่วงเวลาทั้งในและนอกสถานศึกษา ไม่จำกัดเพียงสถานศึกษาแต่เพียงอย่างเดียว เนื่องจากสุขภาวะทางจิตของคนรุ่นใหม่ไม่อาจแยกออกจากสภาพแวดล้อมรอบตัว ทั้งพ่อแม่ โรงเรียน และชุมชน[๙]

นอกขอบเขต ประเด็นสุขภาวะอื่นที่เวทีภูมิภาคยกขึ้น จะได้รับการพิจารณาเฉพาะในส่วนที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจิต

๑.๓ นิยามศัพท์ที่สำคัญ

ตาราง ๑ ประมวลนิยามศัพท์และกรอบแนวคิดสำคัญที่ใช้ในเอกสารนี้

คำศัพท์	ความหมายในเอกสารนี้
คนรุ่นใหม่	บุคคลอายุ ๑๕–๓๕ ปี ตามกรอบสมัชชาสุขภาพคนรุ่นใหม่[๒] ซึ่งสอดคล้องกับช่วงอายุเยาวชนที่ใช้ในดัชนีการพัฒนาเยาวชนอาเซียน (ASEAN Youth Development Index: ASEAN YDI) ดัชนีนี้อาเซียนเริ่มจัดทำในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ (ค.ศ. ๒๐๑๖) เพื่อเป็นฐานข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับการกำหนดนโยบายและแผนงานด้านการพัฒนาเยาวชน ทั้งในระดับอาเซียนและระดับประเทศสมาชิก[๑๕]
เด็กและเยาวชน	บุคคลที่อายุยังไม่ถึง ๑๘ ปีบริบูรณ์ ตามนิยามของแผนปฏิบัติการพัฒนาระบบและบริการสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนอย่างบูรณาการ (พ.ศ. ๒๕๖๖–๒๕๗๐)[๑๓]
ช่วงเปลี่ยนผ่าน (transition-age youth)	คนรุ่นใหม่อายุ ๑๘–๒๔ ปี ที่กำลังเปลี่ยนจากระบบบริการเด็กไปสู่ระบบบริการผู้ใหญ่
สุขภาวะทางจิต / MHPSS	การสนับสนุนทางจิตใจและจิตสังคม (Mental Health and Psychosocial Support) ครอบคลุมการส่งเสริม ป้องกัน ดูแลรักษา และฟื้นฟู[๑๔]
บริการพหุระดับ	บริการที่จัดเป็นชั้นตามระดับความต้องการ ได้แก่ การสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและเอื้ออำนวย การป้องกันทั่วไป การป้องกันโดยมีกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ การดูแลรักษาเบื้องต้น และการดูแลรักษาขั้นวิกฤต[๑๓]
ปัจจัยเอื้อ (enablers)	องค์ประกอบที่ทำให้ระบบทำงานได้ ๘ ด้าน ได้แก่ กฎหมายและนโยบาย ความเป็นผู้นำและการกำกับดูแล การให้บริการ มาตรฐานและการกำกับดูแล แรงงาน งบประมาณและทรัพยากรทางการเงิน การมีส่วนร่วม และข้อมูลสารสนเทศและการวิจัย[๑๓]
ผู้รับฟัง	บุคคลที่ผ่านการเตรียมความพร้อมให้รับฟังและให้การช่วยเหลือเบื้องต้นทางจิตใจ ครอบคลุมทั้งเพื่อนวัยเดียวกันและผู้ใหญ่รอบตัวคนรุ่นใหม่ เช่น ตัวแทนเพื่อน อาสาสมัคร ผู้นำชุมชน เพื่อนบ้าน ญาติ ผู้นำศาสนา และอาสาสมัครสาธารณสุข[๙]
บุคลากรสนับสนุนด้านสุขภาพจิต	ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตที่ไม่ใช่วิชาชีพเฉพาะทางแต่ผ่านการฝึกอบรมตามมาตรฐาน ได้รับการรับรองและได้รับการให้คำปรึกษาและติดตามจากผู้เชี่ยวชาญ (clinical supervision) เช่น ผู้รับฟังที่ได้รับการรับรอง ผู้ปฏิบัติงาน ภาคประชาสังคม และครูที่ผ่านการฝึกปฐมพยาบาลทางใจ
ระบบเฝ้าระวังและช่วยเหลือเชิงรุก	ระบบเชื่อมโยงข้อมูลข้ามหน่วยงานเพื่อค้นหาคนรุ่นใหม่ที่ต้องการความช่วยเหลือและส่งต่อไปยังผู้ดูแลได้ทันท่วงที โดยมุ่งที่การช่วยเหลือมากกว่าการแจ้งเตือนภัย

๒. สถานการณ์ แนวโน้ม และความท้าทาย (Situation, Trends and Challenges)

๒.๑ สถานการณ์ปัจจุบัน

รายงานสุขภาพคนไทย พ.ศ. ๒๕๖๘ สะท้อนวิกฤตสุขภาพจิตในภาพรวมของประเทศ โดยระบุว่าประชากรไทยประมาณ ๑๓.๔ ล้านคน หรือคิดเป็นราวร้อยละ ๒๐ เคยประสบปัญหาสุขภาพจิตหรือโรคจิตเวชอย่างน้อยหนึ่งครั้งในชีวิต และมีประชากรราว ๔.๔ ล้านคนที่มีอาการในช่วง ๑๒ เดือนก่อนการสำรวจ[๑๖] ยิ่งไปกว่านั้น สถิติผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับบริการในระบบสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นอย่างก้าวกระโดด จาก ๑.๓ ล้านคนในปีงบประมาณ ๒๕๕๘ เป็น ๒.๙ ล้านคน

ในปีงบประมาณ ๒๕๖๖[๑๗] สอดคล้องกับอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จที่เพิ่มขึ้นจาก ๗.๒๖ ต่อประชากรแสนคนในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ เป็น ๗.๙๔ ต่อประชากรแสนคนในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ โดยมีจำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายสูงถึง ๒๕,๕๗๘ คนในปี ๒๕๖๖[๑๒]

ในกลุ่มคนรุ่นใหม่และเยาวชน ผลการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตระดับชาติ พ.ศ. ๒๕๖๖ พบว่า ประชากรกลุ่มอายุ ๑๘–๒๔ ปี มีสัดส่วนผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและโรคจิตเวชสูงที่สุด คือร้อยละ ๑๓.๗ ซึ่งสูงกว่ากลุ่มอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปที่มีเพียงร้อยละ ๕.๓ อย่างมีนัยสำคัญ[๑๑] ขณะเดียวกัน กลุ่มวัยรุ่นช่วงอายุ ๑๕–๑๙ ปี เป็นกลุ่มที่มีอัตราการพยายามฆ่าตัวตายสูงที่สุด โดยอยู่ที่ ๑๑๖.๘๑ ต่อประชากรแสนคนในปี ๒๕๖๖[๑๒] นอกจากนี้ การสำรวจสุขภาพนักเรียน (Global School-based Student Health Survey) พ.ศ. ๒๕๖๔ ยังระบุว่า นักเรียนอายุ ๑๓–๑๗ ปี ถึงร้อยละ ๑๗.๖ เคยมีความคิดฆ่าตัวตายอย่างจริงจังก่อนการสำรวจ[๑๘] โดยมีปัจจัยกดดันสำคัญมาจากแรงกดดันทางการศึกษา การปรับตัวในช่วงเปลี่ยนผ่านชีวิต ความไม่แน่นอนทางเศรษฐกิจ ตลอดจนภัยคุกคามในโลกดิจิทัล โดยเฉพาะการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ที่เด็กและเยาวชนถึงร้อยละ ๕๕.๓ เคยประสบ[๑๙]

ในมิติเชิงโครงสร้างและระบบบริการ ประเทศไทยกำลังเผชิญข้อจำกัดรุนแรงด้านกำลังคนและการจัดสรรงบประมาณ โดยปัจจุบันมีจิตแพทย์เฉลี่ยเพียงประมาณ ๑.๓ คนต่อประชากรแสนคน[๒๐] และมีจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นที่ปฏิบัติงานในระบบบริการไม่ถึง ๒๐๐ คน เพื่อดูแลกลุ่มเด็กและเยาวชนที่มีจำนวนมากกว่า ๑๔ ล้านคน[๒] ประกอบกับการกระจุกตัวของบุคลากรในกรุงเทพมหานครและโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ส่งผลให้ผู้ป่วยในต่างจังหวัดต้องเผชิญระยะเวลารอคิวยาวนาน[๒] จากภาพรวมดังกล่าว รายงานสุขภาพคนไทย พ.ศ. ๒๕๖๘ ระบุว่าผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตในรอบ ๑๒ เดือนสามารถเข้าถึงบริการได้เพียงร้อยละ ๘.๒ เท่านั้น[๒๐] ขณะที่งบประมาณด้านสุขภาพจิตได้รับการจัดสรรเพียงร้อยละ ๑.๘ ของงบประมาณกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด[๒๐] ยิ่งไปกว่านั้น งบประมาณของกรมสุขภาพจิตในปีงบประมาณ ๒๕๖๙ ที่ได้รับจัดสรรจำนวน ๒,๙๘๕.๘๒ ล้านบาท ยังปรับลดลงจากปีงบประมาณ ๒๕๖๘ (๓,๐๑๑.๓๙ ล้านบาท) ถึง ๒๕.๕๗ ล้านบาท หรือลดลงประมาณร้อยละ ๐.๘๕[๒๑]

๒.๒ แนวโน้มการเปลี่ยนแปลง

แผนปฏิบัติการพัฒนาระบบและบริการสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนอย่างบูรณาการ (พ.ศ. ๒๕๖๖–๒๕๗๐) ได้วิเคราะห์ปัจจัยเชิงแนวโน้มที่ส่งผลให้ความต้องการด้านบริการสุขภาพจิตของประชากรรุ่น Generation Z และ Generation Alpha ปรับตัวสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ[๑๓] โดยทั่วไป Generation Z หมายถึงกลุ่มผู้เกิดระหว่าง ค.ศ. ๑๙๙๗–๒๐๑๒ (พ.ศ. ๒๕๔๐–๒๕๕๕) ซึ่งในปี ๒๕๖๙ มีอายุประมาณ ๑๔–๒๙ ปี[๒๒] ขณะที่ Generation Alpha หมายถึงผู้ที่เกิดตั้งแต่ ค.ศ. ๒๐๑๐ (พ.ศ. ๒๕๕๓) เป็นต้นไป ซึ่งปัจจุบันอยู่ในช่วงวัยเด็กและวัยรุ่นตอนต้น[๒๓] (ทั้งนี้ช่วงปีเกิดอาจมีความแตกต่างกันเล็กน้อยตามบริบทของแต่ละแหล่งอ้างอิง)

ปัจจัยแนวโน้มสำคัญที่ระบุในแผนปฏิบัติการฯ ประกอบด้วย การเติบโตในยุคดิจิทัลและสื่อสังคมออนไลน์ ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเปรียบเทียบทางสังคมและการกลั่นแกล้ง แรงกดดันทางวิชาการ สภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจที่ไม่แน่นอน วิกฤตการณ์ระดับโลกอย่างการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัว[๑๓] ในขณะเดียวกัน คนรุ่นใหม่มีความตระหนักและเปิดกว้างในการพูดคุยเรื่องสุขภาพจิตมากขึ้น ซึ่งเป็นทั้งโอกาสสำคัญในการลดการตีตราทางสังคม และเป็นแรงกดดันรูปแบบใหม่ในเวลาเดียวกัน[๑๓]

นอกจากนี้ ผลกระทบจากสถานการณ์ความรุนแรงในระดับพื้นที่ยังเป็นปัจจัยเสี่ยงที่เพิ่มสูงขึ้น โดยในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ เด็กและเยาวชนที่ต้องเติบโตท่ามกลางเหตุความไม่สงบมีความเสี่ยงต่อภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ความวิตกกังวล และภาวะการเรียนที่หยุดชะงัก[๑๓] เช่นเดียวกับในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งคนรุ่นใหม่

ที่เคยต้องอพยพจากเหตุความขัดแย้งบริเวณชายแดนไทย–กัมพูชา ยังคงได้รับผลกระทบทางจิตใจอย่างต่อเนื่อง แม้เหตุการณ์จะคลี่คลายลงแล้วก็ตาม[๒,๔]

๒.๓ ความท้าทายและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ปัจจัยเชิงโครงสร้าง: ภารกิจที่ไม่ชัดเจนและข้อจำกัดทางกฎหมาย

ในมิติเชิงนโยบายและการจัดสรรทรัพยากร แผนปฏิบัติการพัฒนาระบบและบริการสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนอย่างบูรณาการ (พ.ศ. ๒๕๖๖–๒๕๗๐) ประเมินว่า ตัวชี้วัดด้านสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนยังไม่ได้รับการบรรจุเป็นเป้าหมายหลักในระดับประเทศและระดับกระทรวง ส่งผลให้การบูรณาการงบประมาณและทรัพยากรเป็นไปอย่างจำกัดและไม่เพียงพอ[๑๓] แม้ว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะมีกลไกสนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคผ่านกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นอยู่แล้ว[๒๔] แต่ผู้แทนท้องถิ่นและผู้ปฏิบัติงานจากการรับฟังความคิดเห็นสะท้อนว่า งานด้านสุขภาพจิตยังคงถูกมองเป็นภารกิจฝากฝังเพิ่มเติม มากกว่าจะได้รับการขับเคลื่อนเป็นภารกิจหลักอย่างแท้จริง[๙]

ในเชิงกฎหมายและการรับรองวิชาชีพ มีเพียงสาขาจิตวิทยาคลินิกเท่านั้นที่ได้รับการรับรองเป็นสาขาการประกอบโรคศิลปะตามพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. ๒๕๔๒[๒๕] ในขณะที่นักจิตวิทยาการปรึกษาและนักจิตวิทยาโรงเรียนยังขาดกฎหมายรองรับวิชาชีพ[๒๖] ส่งผลให้บุคลากรกลุ่มนี้ยังไม่มีสถานะทางกฎหมายและมาตรฐานวิชาชีพที่ชัดเจนในระบบบริการสุขภาพจิต นอกจากนี้ พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ มาตรา ๒๑ กำหนดให้การรับการบำบัดรักษาของผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า ๑๘ ปีบริบูรณ์ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง[๒๗] ซึ่งกลายเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเข้าถึงการรักษา หากปัญหาสุขภาพจิตนั้นมีสาเหตุมาจากความรุนแรงหรือความขัดแย้งภายในครอบครัว[๒]

ปัจจัยเชิงระบบ: การส่งต่อนโยบายหลายทอดและการเชื่อมโยงที่ไม่มีผลบังคับ

การขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพจิตในสถานศึกษามีลักษณะเป็นโครงสร้างหลายชั้น โดยต้องส่งผ่านตั้งแต่กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ หน่วยงานระดับเขตและท้องถิ่น ไปจนถึงสถานศึกษา ซึ่งผลจากการรับฟังความคิดเห็นสะท้อนว่า กระบวนการส่งต่อหลายทอดนี้ก่อให้เกิดความล่าช้า และทำให้สาระสำคัญเกิดความคลาดเคลื่อนก่อนถึงกลุ่มเป้าหมาย[๙] ในมิติเชิงข้อมูล ระบบสารสนเทศที่เกี่ยวข้องกับเด็กคนเดียวกันยังคงจัดเก็บอย่างแยกส่วนตามกระทรวง ได้แก่ ระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียน (HERO OBEC CARE) ของสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center: HDC) ของกระทรวงสาธารณสุข และ (Child Protection Information System: CPIS) ของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์[๙] ซึ่งการประสานข้อมูลในปัจจุบันพึ่งพาเพียงบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) ระหว่างหน่วยงาน โดยยังขาดกลไกหรือข้อกำหนดที่บังคับให้ต้องบันทึกข้อมูลร่วมกันอย่างจริงจัง[๙]

ข้อจำกัดดังกล่าวยังสอดคล้องกับแผนปฏิบัติการพัฒนาระบบและบริการสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนอย่างบูรณาการ (พ.ศ. ๒๕๖๖–๒๕๗๐) ที่ประเมินว่า ฐานข้อมูลด้านสุขภาพจิตเด็กยังไม่ได้รับการพัฒนาเป็นระบบฐานข้อมูลแห่งชาติที่มีการเชื่อมโยงกันอย่างเป็นเอกภาพ[๑๓] ส่งผลให้เกิดรอยต่อและขาดความต่อเนื่องในการบูรณาการบริการเชิงนโยบาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงผู้บริหาร[๑๓]

ปัจจัยด้านกำลังคน

กำลังคนด้านสุขภาพจิตในภาครัฐประสบข้อจำกัดวิกฤตทั้งในด้านจำนวนและการกระจายตัวเชิงพื้นที่ โดยปัจจุบันประเทศไทยมีจิตแพทย์เพียงประมาณ ๑.๓ คนต่อประชากรแสนคน[๒๐] ซึ่งสะท้อนผ่านแผนปฏิบัติการพัฒนา

ระบบและบริการสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนอย่างบูรณาการ (พ.ศ. ๒๕๖๖–๒๕๗๐) ว่า ความไม่สมดุลระหว่างสัดส่วนบุคลากรและผู้ป่วยส่งผลกระทบโดยตรงทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับบริการดูแลรักษาอย่างเป็นองค์รวมและต่อเนื่อง[๑๓]

แม้ในระบบจะมีทุนกำลังคนนอกภาคบริการสุขภาพอยู่แล้ว เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และอาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (อพม.)[๑๓] รวมถึงภาคประชาสังคมและกลุ่มคนรุ่นใหม่จำนวนมากที่มีความพร้อมในการทำงานด้านนี้[๙] แต่เนื่องจากยังขาดมาตรฐานการรับรองและสถานะที่ชัดเจนในการเชื่อมต่อกำลังคนเหล่านี้เข้ากับระบบบริการสุขภาพจิตอย่างเป็นทางการ ภาระงานหลักจึงยังคงตกอยู่กับครูและทีมสหวิชาชีพในพื้นที่ที่มีจำนวนจำกัด[๙]

ปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรม และเทคโนโลยี

การตีตราทางสังคมนับเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการตัดสินใจเข้าถึงบริการช่วยเหลือ แผนปฏิบัติการพัฒนาระบบและบริการสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนอย่างบูรณาการ (พ.ศ. ๒๕๖๖–๒๕๗๐) สะท้อนว่า สังคมยังขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องด้านสุขภาพจิต ตลอดจนมีทัศนคติเชิงลบต่อภาวะเจ็บป่วยทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยจำนวนมากหลุดออกจากระบบการรักษา[๑๓] ซึ่งปัญหานี้ครอบคลุมถึงบริบทสถานศึกษาด้วย จึงมีข้อเสนอจากการรับฟังความคิดเห็นให้เร่งเสริมสร้างความรู้แก่ครูเพื่อป้องกันการตีตรานักเรียน[๙]

นอกจากนี้ ปัจจัยด้านวัฒนธรรม ภาษา และชาติพันธุ์ มีอิทธิพลอย่างยิ่งต่อความสามารถในการเข้าถึงบริการ[๑๓] การดำเนินงานจึงจำเป็นต้องออกแบบ “พื้นที่ปลอดภัย” ที่สอดคล้องกับบริบทเฉพาะของแต่ละพื้นที่ แทนการบังคับใช้รูปแบบเดียวทั่วประเทศ[๙] ในส่วนของเทคโนโลยีดิจิทัล พบว่ามีบทบาทเป็นทั้งปัจจัยเสี่ยง—โดยเฉพาะปัญหาการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ที่เด็กและเยาวชนสูงถึงร้อยละ ๕๕.๓ เคยประสบ[๑๙]—และเป็นช่องทางการดูแลที่มีศักยภาพสูง[๑๓] อย่างไรก็ดี ควรวางตำแหน่งเทคโนโลยีเป็นเพียงเครื่องมือเสริม และไม่นำมาใช้ทดแทนความสัมพันธ์หรือการรับฟังระหว่างมนุษย์[๙]

๒.๔ ข้อมูลเชิงประจักษ์

ตาราง ๒: ประมวลหลักฐานเชิงประจักษ์ด้านสถานการณ์สุขภาพจิตของเด็กและเยาวชนไทย ทรัพยากรของระบบบริการ และค่าเป้าหมายระดับชาติ

ประเด็น	ข้อมูล / สถิติ (ปี)	แหล่งอ้างอิง
ผู้เคยมีปัญหาสุขภาพจิตอย่างน้อยหนึ่งครั้งในชีวิต	๑๓.๔ ล้านคน หรือราวร้อยละ ๒๐ ของประชากร (รายงานปี ๒๕๖๘)	รายงานสุขภาพคนไทย พ.ศ. ๒๕๖๘ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล[๑๖]
ผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการ	๒.๙ ล้านคน (ปีงบประมาณ ๒๕๖๖) เพิ่มจาก ๑.๓ ล้านคน (ปีงบประมาณ ๒๕๕๘)	กรมสุขภาพจิต อ้างในอินโฟเควสท์[๑๗]
อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	๗.๙๔ ต่อประชากรแสนคน (ปีงบประมาณ ๒๕๖๖) เพิ่มจาก ๗.๒๖ (ปีงบประมาณ ๒๕๖๒)	กรมสุขภาพจิต อ้างใน The Bangkok Insight (๑๖ มกราคม ๒๕๖๗)[๑๒]
ผู้พยายามฆ่าตัวตาย	๒๕,๕๗๘ คน (ปี ๒๕๖๖) กลุ่มอายุ ๑๕–๑๙ ปี มีอัตราสูงสุด ๑๑๖.๘๑ ต่อประชากรแสนคน	กรมสุขภาพจิต อ้างใน The Bangkok Insight (๑๖ มกราคม ๒๕๖๗)[๑๒]
ความชุกของปัญหาสุขภาพจิตกลุ่มอายุ ๑๘–๒๔ ปี	ร้อยละ ๑๓.๗ สูงสุดทุกช่วงวัย เทียบกับร้อยละ ๕.๓ ในกลุ่มอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป (การสำรวจปี ๒๕๖๖)	การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตระดับชาติ พ.ศ. ๒๕๖๖ กรมสุขภาพจิต อ้างในอมรินทร์ทีวี[๑๑]

ประเด็น	ข้อมูล / สถิติ (ปี)	แหล่งอ้างอิง
นักเรียนที่เคยคิดฆ่าตัวตายอย่างจริงจัง	ร้อยละ ๑๗.๖ ของนักเรียนอายุ ๑๓–๑๗ ปี (การสำรวจปี ๒๕๖๔)	Global School-based Student Health Survey ๒๐๒๑ อ้างใน Kim (๒๐๒๒)[๑๘]
การกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์	ร้อยละ ๕๕.๓ ของเด็กและเยาวชนที่ตอบแบบสำรวจ (๒๕๖๘)	Online Safety Manual for Children and Young People ๒๐๒๕ องค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย[๑๙]
จิตแพทย์	ประมาณ ๑.๓ คนต่อประชากรแสนคน (รายงานปี ๒๕๖๘)	รายงานสุขภาพคนไทย พ.ศ. ๒๕๖๘ อ้างในกรุงเทพธุรกิจ[๒๐]
จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น	น้อยกว่า ๒๐๐ คน สำหรับเด็กและเยาวชนกว่า ๑๔ ล้านคน (๒๕๖๖)	กรมสุขภาพจิต (๒๕๖๖) อ้างในร่างข้อเสนอของ Thailand Policy Lab[๒]
งบประมาณกรมสุขภาพจิต	๒,๙๘๕.๘๒ ล้านบาท (ปีงบประมาณ ๒๕๖๙) ลดลงร้อยละ ๐.๘๕ จาก ๓,๐๑๑.๓๙ ล้านบาท (ปีงบประมาณ ๒๕๖๘)	เอกสารงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ สำนักงบประมาณ[๒๑]
ค่าเป้าหมายอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในเด็กและเยาวชน	ไม่เกิน ๕.๖ ต่อประชากรแสนคน (เป้าหมายปี ๒๕๗๐)	แผนปฏิบัติการพัฒนาระบบและบริการสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนอย่างบูรณาการ (พ.ศ. ๒๕๖๖–๒๕๗๐) หน้า จ[๑๓]
ค่าเป้าหมายครอบครัวที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต	ร้อยละ ๗๐ (เป้าหมายปี ๒๕๗๐)	แผนปฏิบัติการพัฒนาระบบและบริการสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนอย่างบูรณาการ (พ.ศ. ๒๕๖๖–๒๕๗๐) หน้า จ[๑๓]

๓. บริบทเชิงนโยบายและการดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง (Policy and Implementation Context)

๓.๑ กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

ตาราง ๓: ประมวลสาระกฎหมายและพันธกรณีระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของคนรุ่นใหม่

กฎหมาย	สาระสำคัญ	ความเชื่อมโยงกับประเด็น
พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐[๑]	รับรองสิทธิด้านสุขภาพและกำหนดกระบวนการสมัชชาสุขภาพ	เป็นฐานทางกฎหมายของสมัชชาสุขภาพคนรุ่นใหม่และมติที่จะเกิดขึ้น
พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๒[๒๗]	คุ้มครองสิทธิผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและกำหนดกลไกคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ	แผนปฏิบัติการพัฒนาระบบและบริการสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนอย่างบูรณาการ (พ.ศ. ๒๕๖๖–๒๕๗๐) ระบุว่าการบังคับใช้ที่มีประสิทธิภาพเพิ่มการเข้าถึงบริการของเด็กและเยาวชน[๑๓] และคณะทำงานด้านสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนตั้งขึ้นภายใต้กลไกนี้[๑๓]
พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕[๒๘]	สิทธิประโยชน์และกองทุนหลักประกันสุขภาพ รวมถึงกองทุนระดับท้องถิ่น	ช่องทางการเงินสำหรับบริการปรึกษาและกิจกรรมเชิงป้องกันในพื้นที่[๒,๙]

กฎหมาย	สาระสำคัญ	ความเชื่อมโยงกับประเด็น
ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑[๒๔]	กำหนดหลักเกณฑ์การใช้เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น รวมถึงการสนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน	ฐานการเงินที่มีอยู่แล้วสำหรับกิจกรรมสุขภาพจิตเชิงป้องกันในชุมชน ซึ่งต้องการแนวปฏิบัติที่ชัดเจนเพื่อให้ ท้องถิ่นใช้ได้อย่างมั่นใจ
พระราชบัญญัติส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐[๒๙]	รับรองภาคีเครือข่ายและ/หรือกลุ่มอาสาสมัครที่เป็นตัวแทนของคนรุ่นใหม่ทุกระดับ	ฐานทางกฎหมายของบทบาทคนรุ่นใหม่ในกลไกนโยบาย
พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. ๒๕๖๒[๓๐]	หลักการเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล	กำหนดขอบเขตการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพจิตข้ามหน่วยงาน
อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก[๓๑]	สิทธิในการมีชีวิตรอด พัฒนา ได้รับการคุ้มครองและมีส่วนร่วม (ข้อ ๑๒)	ฐานความชอบธรรมของการให้เด็กและเยาวชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเรื่องที่กระทบตน
พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. ๒๕๔๒ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๔๗[๒๕]	กำหนดสาขาการประกอบโรคศิลปะที่ต้องมีใบอนุญาต ซึ่งรวมถึงสาขาจิตวิทยาคลินิก ส่วนจิตวิทยาการปรึกษา จิตวิทยาโรงเรียน และการบำบัดรูปแบบอื่นยังไม่มีกฎหมายวิชาชีพรองรับ[๒๖]	นักจิตวิทยาการปรึกษาและนักจิตวิทยาโรงเรียน ซึ่งเป็นกำลังคนสำคัญในสถานศึกษาและชุมชน ยังไม่มีมาตรฐานและการรับรองตามกฎหมาย ส่งผลต่อการกำหนดบทบาทในระบบบริการ

๓.๒ นโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนที่เกี่ยวข้อง

แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ ๑ (พ.ศ. ๒๕๖๑–๒๕๘๐)[๓๒] ถือเป็นกรอบยุทธศาสตร์ระยะยาว ซึ่งแผนปฏิบัติการพัฒนาระบบและบริการสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนอย่างบูรณาการ (พ.ศ. ๒๕๖๖–๒๕๗๐) ฉบับปัจจุบันจัดอยู่ในช่วงการดำเนินงานระยะที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๖๖–๒๕๗๐)[๑๓]

แผนปฏิบัติการพัฒนาระบบและบริการสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนอย่างบูรณาการ (พ.ศ. ๒๕๖๖–๒๕๗๐)[๑๓] ซึ่งจัดทำโดยกรมสุขภาพจิตร่วมกับองค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย ได้กำหนดวิสัยทัศน์ “เด็กและเยาวชนมีสุขภาพจิตดี ครอบครัว ชุมชน สังคม รอบรู้เท่าทันปัญหาและภัยคุกคามทางสุขภาพจิต ระบบบริการสุขภาพจิตมีคุณภาพ ภาคีเครือข่ายเข้มแข็ง”[๑๓] พร้อมทั้งกำหนดประเด็นยุทธศาสตร์ขับเคลื่อน ๔ ประการ ได้แก่ (๑) การส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตแก่เด็กและเยาวชน ครอบครัว ชุมชน สังคม (๒) การพัฒนาระบบและบริการสุขภาพจิตแบบบูรณาการในทุกระดับ (๓) การพัฒนากลไกและภาคีเครือข่ายในระดับชาติและพื้นที่ และ (๔) การบริหารและพัฒนาบุคลากร นวัตกรรม เทคโนโลยีดิจิทัล และสารสนเทศ[๑๓]

นอกจากนี้ แผนปฏิบัติดังกล่าวยังนำแผนภาพโมเดลบริการพหุระดับ ซึ่งพัฒนาจากรายงานขององค์การยูนิเซฟ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม และสถาบันเบอร์เน็ต[๑๔] มาใช้เป็นเข็มมุ่งในการดำเนินงาน ซึ่งเอกสารฉบับนี้ได้นำมาใช้เป็นกรอบหลักในการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย

มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๖ มติ ๑๖.๑ ระบบสุขภาวะทางจิตเพื่อสังคมไทยไร้ความรุนแรง[๓๓] เป็นมติที่เกี่ยวข้องโดยตรง ข้อเสนอฉบับนี้ควรต่อยอดและไม่ซ้ำซ้อนกับมติดังกล่าว

ประเด็นที่อยู่ระหว่างการผลักดัน ได้แก่ การอนุญาตให้เยาวชนที่มีอายุตั้งแต่ ๑๕ ปีขึ้นไป สามารถเข้าถึงบริการคัดกรองและรับการปรึกษาเบื้องต้นได้โดยไม่ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองในกรณีที่มีความจำเป็น การจัดตั้งระบบและช่องทางส่งต่อด่วนระหว่างสถานศึกษากับโรงพยาบาลสำหรับเยาวชนที่มีความเสี่ยงสูงต่อการทำร้ายตนเอง ตลอดจนการพัฒนาศักยภาพผ่านการฝึกอบรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและพยาบาลวิชาชีพ ให้มีความพร้อมในการดูแลและจัดการเคสเบื้องต้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ[๒]

๓.๓ กลไกหรือมาตรการที่มีอยู่ และช่องว่าง

กลไกและเครื่องมือที่มีอยู่ เมื่อจัดเรียงตามระดับบริการของแผนภาพโมเดล มีดังนี้

ตาราง ๔: ประมวลกลไก เครื่องมือ และหน่วยงานหลักที่มีอยู่ในระบบสุขภาพจิตของคนรุ่นใหม่ จำแนกตามระดับบริการและปัจจัยเอื้อ

ระดับบริการ[๑๓]	กลไก / เครื่องมือที่มีอยู่	หน่วยงานหลัก
การส่งเสริม (สภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย)	สื่อสารเชิงรุกในสื่อสังคมออนไลน์ ความรู้เรื่อง cyberbullying[๒]; ต้นแบบพื้นที่ในชุมชน เช่น “พื้นที่สุขใจ” และ “ลานสร้างฝัน” ที่เวทีภูมิภาคเสนอ[๒]	กระทรวงศึกษาธิการ กรมสุขภาพจิต สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
การป้องกันทั่วไปและเฉพาะกลุ่ม	ระบบกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน นักจิตวิทยาในโรงเรียน[๑๓]; อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและอาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์[๑๓]; School Health HERO[๒]	กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
การตอบสนอง (คัดกรอง เฝ้าระวัง ส่งต่อ ดูแลต่อเนื่อง)	DMIND, Mental Health Check In, SDQ[๒]; สายด่วน ๑๓๒๓ และแชตออนไลน์; คลินิกวัยรุ่น; ศูนย์สุขภาพจิต ๑๓ เขต; ทีม MCATT[๒]; ระบบเฝ้าระวัง คัดกรอง ส่งต่อของกรมกิจการเด็กและเยาวชนร่วมกับกรมสุขภาพจิต[๑๓]	กระทรวงสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
ข้อมูล (ปัจจัยเอื้อ)	HERO OBEC Care (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน), HDC (กระทรวงสาธารณสุข), CPIS (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์)[๙]; iSEE[๒]	กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
งบประมาณ (ปัจจัยเอื้อ)	กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น / กองทุนสุขภาพตำบล[๒]	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ระดับบริการ[๑๓]	กลไก / เครื่องมือที่มีอยู่	หน่วยงานหลัก
การมีส่วนร่วม (ปัจจัยเอื้อ)	ภาคีเครือข่ายและ/หรือกลุ่มอาสาสมัครที่เป็นตัวแทนของคนรุ่นใหม่ ระดับตำบล อำเภอ จังหวัด และประเทศ[๒,๒๙]; มาตรการบูรณาการความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายและ/หรือกลุ่มอาสาสมัครที่เป็นตัวแทนของคนรุ่นใหม่ในการส่งเสริมสุขภาพจิต[๑๓]	กรมกิจการเด็กและเยาวชน กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
การกำกับดูแล (ปัจจัยเอื้อ)	คณะทำงานพัฒนาและขับเคลื่อนการดำเนินงานสุขภาพจิตเด็กและเยาวชน ภายใต้คณะอนุกรรมการพัฒนาและขับเคลื่อนการดำเนินงานตามกฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิต[๑๓]	กรมสุขภาพจิต

๓.๔ ความก้าวหน้าของการดำเนินงาน

แผนปฏิบัติการพัฒนาระบบและบริการสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนอย่างบูรณาการ (พ.ศ. ๒๕๖๖–๒๕๗๐) ได้วางกรอบบริการพหุระดับ กำหนดเป้าประสงค์ และตัวชี้วัดระดับชาติไว้อย่างเป็นระบบ พร้อมทั้งตั้งคณะทำงานด้านสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนทำหน้าที่เป็นกลไกประสานงานหลัก[๑๓] ในส่วนระดับพื้นที่ เวทีภูมิภาคได้นำเสนอโมเดลต้นแบบที่คนรุ่นใหม่ร่วมกันริเริ่มและออกแบบ เช่น “๑ ชุมชน ๑ พื้นที่สุขใจ” ของภาคเหนือ “PEACE OF MIND” ของพื้นที่ชายแดนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ “SAFE SPACE ชายแดนใต้” และยะลาโมเดลใน ๓ โรงเรียนนำร่อง ตลอดจนข้อเสนอการจัดตั้งศูนย์สุขภาพในโรงเรียนและการเปิดบูธให้คำปรึกษาโดยสภานักเรียนของกรุงเทพมหานครและภาคกลาง[๒]

ประเด็นสำคัญที่ส่งผลต่อจังหวะเวลาในการขับเคลื่อน คือการที่แผนปฏิบัติการพัฒนาระบบและบริการสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนอย่างบูรณาการ (พ.ศ. ๒๕๖๖–๒๕๗๐) ฉบับปัจจุบัน กำลังจะสิ้นสุดลงในปี ๒๕๗๐[๑๓] ส่งผลให้มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๑๙ เกิดขึ้นในช่วงเวลาที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกำลังเตรียมพร้อมจัดทำแผนในรอบถัดไป

๓.๕ ช่องว่างของนโยบายและการดำเนินงาน

ช่องว่างทางนโยบายที่สะท้อนผ่านกระบวนการรับฟังความคิดเห็น มีความสอดคล้องอย่างยิ่งกับจุดอ่อนที่แผนปฏิบัติการพัฒนาระบบและบริการสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนอย่างบูรณาการ (พ.ศ. ๒๕๖๖–๒๕๗๐) ได้ประเมินไว้ในหลายมิติ ดังนี้

ตาราง ๕: ประมวลช่องว่างของระบบสุขภาพจิตเด็กและเยาวชน เปรียบเทียบการประเมินในแผนปฏิบัติการฯ กับข้อสังเกตจากการรับฟังความคิดเห็น

ช่องว่าง	การประเมินในแผนปฏิบัติการพัฒนาระบบและบริการสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนอย่างบูรณาการ (พ.ศ. ๒๕๖๖–๒๕๗๐)[๑๓]	ข้อสังเกตจากการรับฟังความคิดเห็น ๑ ตุลาคม ๒๕๖๙[๙]
ข้อมูลไม่เชื่อมโยงเป็นระบบเดียว	ฐานข้อมูลยังไม่ถูกจัดเป็นระบบฐานข้อมูลแห่งชาติ	ยังขาดแพลตฟอร์มกลางที่เชื่อมข้อมูลของทุกภาคส่วน
เครื่องมือคัดกรองมากเกินและใช้ยาก	“เครื่องมือการคัดกรองมีความหลากหลายและยากต่อการใช้งานในเชิงพื้นที่”	มีเครื่องมือจำนวนมากอยู่แล้ว ควรสนับสนุนให้ใช้เครื่องมือที่มีและเชื่อมเข้ากับการบูรณาการข้อมูล
ไม่มีตัวชี้วัดร่วมระดับชาติ จึงไม่มีแรงดึงงบและทรัพยากร	ตัวชี้วัดยังไม่ได้กำหนดเป็นเป้าหมายระดับประเทศและกระทรวง ทำให้การบูรณาการงบประมาณไม่เพียงพอ	กลไกงบประมาณมีอยู่ แต่ยังขาดข้อมูล การสร้างความตระหนัก และการสื่อสารเพื่อนำไปปฏิบัติ
งบประมาณกระจัดกระจาย	“งบประมาณมุ่งเป้าในกลุ่มเด็กและเยาวชนถูกจัดสรรไปหลายกระทรวง ทำให้ขับเคลื่อนงานได้น้อยและล่าช้า”	เสนอให้ขยายงบประมาณด้านสุขภาพจิตไปยังหลายกระทรวงเพื่อตอบโจทย์แต่ละด้าน (ดูข้อ ๔.๑ ประเด็นที่ ๒)
การบูรณาการไม่ต่อเนื่อง	ไม่ต่อเนื่องเชิงนโยบายเมื่อเปลี่ยนผู้บริหาร	ขั้นตอนมาก และการส่งต่อนโยบายหลายทอดทำให้ล่าช้าและไม่ตรงกลุ่มเป้าหมาย
การส่งต่อกรณีรุนแรงล่าช้า	การส่งต่อยังไม่ครอบคลุม ล่าช้า และข้อมูลจิตเวชเด็กไม่เชื่อมโยง	ผู้ที่อยู่จุดแรกของการพบปัญหายังไม่ทราบช่องทางการส่งต่อ
การดูแลต่อเนื่องในพื้นที่ความไม่สงบ	การดูแลในจังหวัดชายแดนภาคใต้ยังไม่ทั่วถึงต่อเนื่อง โดยเฉพาะการฟื้นฟูถึงบ้านและชุมชน	การดูแลของทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต (MCATT) ยังผูกกับงบประมาณช่วงฉุกเฉิน
การเปลี่ยนผ่านจากบริการเด็กสู่ผู้ใหญ่	“มักจะมีช่องว่างในการให้บริการในระหว่างช่วงวัย”	ควรให้ทุกช่วงวัยเข้าถึงการประเมินสุขภาพจิตด้วยตนเอง
กลุ่มที่ยังไม่ถูกนับรวม	อาการอาจปรากฏต่างกันในกลุ่มเด็กที่มีความพิการหรือกลุ่มเปราะบาง	ยังไม่ครอบคลุมเด็กพิการ ผู้พิการ ผู้ย้ายถิ่นข้ามชาติ และกลุ่มชาติพันธุ์

๔. ประเด็นสำคัญและเหตุผลเชิงนโยบาย (Key Issues and Policy Rationale)

แผนปฏิบัติการพัฒนาระบบและบริการสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนอย่างบูรณาการ (พ.ศ. ๒๕๖๖–๒๕๗๐) ซึ่งจัดทำโดยกรมสุขภาพจิตร่วมกับองค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย ได้นำ “แผนภาพโมเดลการพัฒนาระบบและบริการสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนแบบบูรณาการ” มาใช้เป็นกรอบแนวคิดหลักในการพัฒนาระบบ[๑๓] โดยแผนภาพดังกล่าวพัฒนาขึ้นจากรายงานการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ระบบและบริการสนับสนุนทางจิตใจและจิตสังคมสำหรับเด็กและวัยรุ่น ซึ่งจัดทำโดยองค์การยูนิเซฟ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม และสถาบันเบอร์เน็ต[๑๔] มีลักษณะเป็นพีระมิดการให้บริการพหุระดับ

ฐานที่กว้างที่สุดของพีระมิดบริการคือการส่งเสริมสุขภาพจิตผ่าน “การสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและเอื้ออำนวย” เพื่อให้ครอบคลุมเด็กและเยาวชนทุกคน ชั้นถัดขึ้นมาคือการป้องกัน ซึ่งแบ่งออกเป็นการป้องกันทั่วไปและการป้องกันโดยมีกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ ส่วนยอดพีระมิดคือการตอบสนอง ซึ่งแบ่งเป็นการดูแลรักษาเบื้องต้นและการดูแลรักษาขั้นวิกฤต อันเป็นบริการเฉพาะรายที่มีความเร่งด่วนสูงสุดแต่รองรับประชากรได้น้อยที่สุด ทั้งนี้ การดำเนินงานในทุกระดับจะขับเคลื่อนอย่างบูรณาการผ่าน ๔ ภาคส่วน ได้แก่ สุขภาพ การศึกษา สวัสดิการสังคม และกระบวนการยุติธรรม โดยรองรับด้วยปัจจัยเอื้อ ๘ ด้าน ได้แก่ กฎหมายและนโยบาย ความเป็นผู้นำและการกำกับดูแล การให้บริการ มาตรฐานและการกำกับดูแล กำลังคน งบประมาณและทรัพยากรทางการเงิน การมีส่วนร่วม ตลอดจนข้อมูลสารสนเทศและการวิจัย



เอกสารฉบับนี้ใช้แผนภาพโมเดลดังกล่าวเป็นกรอบในการวิเคราะห์

เหตุผลประการแรก กรอบแนวคิดนี้เป็นกรอบที่หน่วยงานหลักของประเทศให้การรับรองและใช้อยู่แล้วในแผนปฏิบัติการพัฒนาระบบและบริการสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนอย่างบูรณาการ (พ.ศ. ๒๕๖๖–๒๕๗๐) ส่งผลให้ข้อเสนอของสมัชชาสุขภาพคนรุ่นใหม่สามารถสื่อสารกับหน่วยงานด้วยภาษาเดียวกัน และขับเคลื่อนต่อยอดจากแผนเดิมได้แทนที่จะเป็นการทำงานที่แข่งขันกัน

เหตุผลประการสำคัญยิ่งกว่าคือ กรอบแนวคิดนี้ช่วยสะท้อนให้เห็นภาพรวมของระบบได้อย่างครอบคลุม โดยเมื่อนำข้อเสนอจากเวทีภูมิภาค[๒] และข้อคิดเห็นจากการรับฟังความคิดเห็น[๙] มาจัดวางบนพีระมิดบริการ ร่วมกับ ๔ ภาคส่วน และปัจจัยเอื้อทั้ง ๘ ด้าน จะช่วยให้เห็นทั้งมิติที่มีข้อเสนอมารองรับแล้วและมิติที่ยังคงต้องเติมเต็มให้สมบูรณ์ ซึ่งภาพรวมดังกล่าวนำไปสู่ประเด็นสำคัญที่ค้นพบดังต่อไปนี้

๔.๑ ประเด็นสำคัญที่ค้นพบ

ประเด็นสำคัญในส่วนนี้เป็นผลจากการวิเคราะห์ข้อเสนอจากเวทีภูมิภาค[๒] ร่วมกับข้อคิดเห็นที่ได้จากการรับฟังความคิดเห็น[๙] โดยประยุกต์บนแผนภาพโมเดลของแผนปฏิบัติการพัฒนาระบบและบริการสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนอย่างบูรณาการ (พ.ศ. ๒๕๖๖–๒๕๗๐)[๑๓]

ประเด็นที่ ๑ การส่งเสริมสุขภาพจิตต้องเริ่มจากฐานของพีระมิด คือการสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและเอื้ออำนวย

ข้อเสนอจากเวทีภูมิภาคให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับการตอบสนองและการป้องกันเฉพาะกลุ่ม ซึ่งสะท้อนถึงความต้องการเร่งด่วนที่คนรุ่นใหม่กำลังเผชิญ ได้แก่ การเข้าถึงผู้ให้คำปรึกษา การคัดกรอง และระบบการส่งต่อ[๒] ขณะเดียวกัน ผลการรับฟังความคิดเห็นชี้เพิ่มเติมว่า การลดจำนวนผู้ที่ต้องเข้าสู่กระบวนการรักษาในระยะยาวจำเป็นต้องขับเคลื่อนงานลงไปถึงระดับฐานของพีระมิด

นั่นคือการสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและเอื้ออำนวยทั้งในครอบครัว สถานศึกษา ชุมชน และพื้นที่ดิจิทัล โดยเฉพาะพื้นที่ที่คนรุ่นใหม่ใช้ผ่อนคลาย เรียนรู้ และพบปะกัน ซึ่งเป็นประเด็นที่ได้รับการกล่าวถึงซ้ำหลายครั้งในการรับฟังความคิดเห็น[๙] นอกจากนี้ ภาคการยุติธรรมซึ่งเป็นหนึ่งในสี่ภาคส่วนหลักของแผนภาพโมเดล และเป็นส่วนที่แผนปฏิบัติการพัฒนาระบบและบริการสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนอย่างบูรณาการ (พ.ศ. ๒๕๖๖–๒๕๗๐) ได้ระบุปัญหาสุขภาพจิตของเด็กและเยาวชนในกระบวนการยุติธรรมไว้อย่างชัดเจน[๑๓] ควรได้รับการนำมารวมไว้ในการขับเคลื่อน

ประเด็นที่ ๒ คอขวดอยู่ที่ภารกิจและมาตรฐาน มากกว่าการขาดบริการ

บริการหลากหลายประเภทที่คนรุ่นใหม่มีความต้องการนั้น มีการบรรจุอยู่ในระดับองค์ประกอบของแผนปฏิบัติการพัฒนาระบบและบริการสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนอย่างบูรณาการ (พ.ศ. ๒๕๖๖–๒๕๗๐) อยู่แล้ว อาทิ ระบบกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนและนักจิตวิทยาในสถานศึกษา[๑๓] ตลอดจนการบูรณาการความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายและ/หรือกลุ่มอาสาสมัครที่เป็นตัวแทนของคนรุ่นใหม่[๑๓] อย่างไรก็ตาม ผลการรับฟังความคิดเห็นสะท้อนชัดเจนว่าบริการเหล่านี้ยังไม่สามารถขับเคลื่อนได้เต็มศักยภาพ เนื่องจากงานสุขภาพจิตยังไม่ถูกกำหนดให้เป็นภารกิจหลักของหน่วยงานในระดับพื้นที่ การเชื่อมโยงการทำงานข้ามหน่วยงานยังพึ่งพาเพียงบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) เป็นหลัก และกระบวนการส่งผ่านนโยบายต้องผ่านหลายลำดับขั้น นอกจากนี้ ผู้เข้าร่วมยังตั้งข้อสังเกตเกี่ยวกับเกณฑ์มาตรฐานและหน่วยงานเจ้าภาพรับผิดชอบในหลายมิติ เช่น เกณฑ์มาตรฐานที่ใช้ในการคัดกรอง[๙] ทั้งนี้ ปัจจัยเอื้อเชิงระบบที่สอดคล้องกับการแก้ไขปัญหานี้ ได้แก่ ด้านความเป็นผู้นำและการกำกับดูแล ตลอดจนด้านมาตรฐานและการกำกับดูแล ซึ่งข้อเสนอฉบับนี้ได้กำหนดไว้เป็นแนวทางเฉพาะในแนวทางที่ ๔

ข้อค้นพบดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงคุณค่าสำคัญของกระบวนการสมัชชาสุขภาพคนรุ่นใหม่ โดยการที่ข้อเสนอเชิงบริการจากเวทีระดับภูมิภาคมีความใกล้เคียงหรือซ้ำซ้อนกับบริการที่มีอยู่เดิมนั้น มีสาเหตุสำคัญมาจากบริการเหล่านั้นยังไม่ถูกนำไปปฏิบัติให้เกิดขึ้นจริงในชีวิตประจำวันของคนรุ่นใหม่ ดังนั้น คุณค่าที่แท้จริงของกระบวนการจึงอยู่ที่การสะท้อนข้อมูลจากประสบการณ์ตรงเพื่อระบุจุดติดขัดเชิงระบบได้อย่างแม่นยำ ซึ่งถือเป็นเงื่อนไขสำคัญที่ต้องทำความเข้าใจก่อนการพัฒนาหรือเพิ่มบริการใหม่ ทั้งนี้ หากมีการเพิ่มบริการใหม่โดยยังไม่แก้ปัญหาข้อติดขัดเชิงโครงสร้างเดิม บริการใหม่ที่จัดทำขึ้นก็มีแนวโน้มที่จะเผชิญกับอุปสรรคและปัญหาในลักษณะเดียวกันกับบริการที่มีอยู่เดิม

ในด้านงบประมาณ แม้ผู้เข้าร่วมการรับฟังความคิดเห็นจะเสนอให้ขยายงบประมาณด้านสุขภาพจิตไปอยู่ในหลายกระทรวง[๙] ขณะที่แผนปฏิบัติการพัฒนาระบบและบริการสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนอย่างบูรณาการ (พ.ศ. ๒๕๖๖–๒๕๗๐) ประเมินว่างบประมาณที่กระจายไปหลายกระทรวงทำให้ขับเคลื่อนงานได้น้อยและล่าช้า[๑๓] แต่ทั้งสองข้อสังเกตนี้ไม่ได้ขัดแย้งกัน หากงบประมาณจากหลายแหล่งดำเนินงานภายใต้เจ้าภาพร่วมและตัวชี้วัดร่วมชุดเดียว ซึ่งจะตอบจุดอ่อนเรื่องการไม่มีตัวชี้วัดระดับชาติของแผนดังกล่าวโดยตรง[๑๓] ข้อเสนอฉบับนี้จึงกำหนดให้การพัฒนาตัวชี้วัดร่วมเพื่อการทำงานแบบบูรณาการเป็นส่วนหนึ่งของแนวทางที่ ๔ และ ๕

ประเด็นที่ ๓ กำลังคนภาครัฐมีจำกัด จึงต้องดึงศักยภาพของเครือข่ายในระบบนิเวศรอบตัวคนรุ่นใหม่

ทรัพยากรกำลังคนด้านสุขภาพจิตในภาครัฐอยู่ในสภาวะตึงตัวอย่างมาก โดยประเทศไทยมีอัตราส่วนจิตแพทย์เพียงประมาณ ๑.๓ คนต่อประชากรแสนคน[๒๐] ซึ่งการผลิตบุคลากรวิชาชีพเพิ่มเติมต้องใช้เวลาหลายปี ในขณะที่ความต้องการบริการยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง[๑๗] อย่างไรก็ตาม ยังมีศักยภาพที่ยังไม่ได้นำมาใช้ประโยชน์ (Untapped potential) อีกมากในเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต ทั้งภาคประชาสังคม อาสาสมัครในชุมชน และผู้คนที่อยู่ในระบบนิเวศรอบตัวคนรุ่นใหม่ เช่น ครอบครัว เพื่อน ครู ผู้นำชุมชน และผู้นำศาสนา ทั้งนี้ ผลจากการรับฟังความคิดเห็นชี้ว่า มีผู้ที่มีความพร้อมในการปฏิบัติงานด้านนี้เป็นจำนวนมาก พร้อมเสนอให้จัดสร้างหลักสูตร ระบบใบรับรอง และการประกันคุณภาพสำหรับผู้รับฟัง[๙] ข้อเสนอดังกล่าวจึงมุ่งเน้นไปที่การพัฒนากำลังคนระดับ “บุคลากรสนับสนุนด้านสุขภาพจิต” ซึ่งมีตำแหน่งทางยุทธศาสตร์อยู่ระหว่างอาสาสมัครกับบุคลากรวิชาชีพเฉพาะทาง โดยต้องมีการจัดทำเกณฑ์มาตรฐาน การรับรองการปฏิบัติงาน ระบบการให้คำปรึกษาและติดตามโดยผู้เชี่ยวชาญ (Clinical supervision) ตลอดจนมาตรการสร้างแรงจูงใจที่เหมาะสม การพัฒนากำลังคนกลุ่มนี้ใช้เวลาและต้นทุนน้อยกว่าการผลิตจิตแพทย์เพิ่ม ทั้งยังสอดคล้องกับปัจจัยเอื้อด้านแรงงานตามแผนภาพโมเดลที่กำหนดให้มีบทบาท สมรรถนะ การฝึกอบรม และการกำกับดูแลบุคลากรจากหลากหลายภาคส่วนอย่างเป็นระบบ[๑๓]

อย่างไรก็ตาม บทบาทของคนรุ่นใหม่และบุคลากรสนับสนุนต้องเป็นไปในลักษณะการเสริมเติมเต็มระบบ โดยไม่เป็นการเข้าทดแทนภารกิจของบุคลากรวิชาชีพเฉพาะทาง ตลอดจนต้องดำเนินงานภายใต้เงื่อนไขที่ไม่เป็นการเพิ่มภาระงานให้แก่ครู และไม่ส่งผลกระทบต่อภาระหน้าที่หลักตามพัฒนาการช่วงวัยของคนรุ่นใหม่[๒,๙]

ประเด็นที่ ๔ กลุ่มที่เสี่ยงที่สุดอยู่ในช่องว่างระหว่างระบบ

แผนปฏิบัติการพัฒนาระบบและบริการสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนอย่างบูรณาการ (พ.ศ. ๒๕๖๖–๒๕๗๐) นิยามเด็กและเยาวชนว่าอายุยังไม่ถึง ๑๘ ปีบริบูรณ์[๑๓] ขณะที่ความชุกของปัญหาสุขภาพจิตสูงสุดอยู่ในกลุ่มอายุ ๑๘–๒๔ ปี[๑๑] แผนดังกล่าวระบุเองว่าการเปลี่ยนจากบริการเด็กเป็นบริการผู้ใหญ่มักมีช่องว่างในการให้บริการระหว่างช่วงวัย[๑๓] และครอบครัวคาดหวังการวางแผนเปลี่ยนผ่านที่ไร้รอยต่อจากวัยเยาวชนสู่วัยผู้ใหญ่[๑๓] แต่ขอบเขตและตัวชี้วัดของแผนไม่ครอบคลุมช่วงอายุนี้ ในระดับภาพรวม แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ ๑ (พ.ศ. ๒๕๖๑–๒๕๘๐) เป็นกรอบระยะยาวของประเทศ[๓๒] แต่จากการทบทวนเอกสารที่เปิดเผยต่อสาธารณะ ยังไม่พบแผนหรือมาตรการระดับชาติที่ออกแบบเฉพาะสำหรับการเปลี่ยนผ่านของคนรุ่นใหม่อายุ ๑๘–๒๔ ปี สมัชชาสุขภาพคนรุ่นใหม่ซึ่งครอบคลุมอายุ ๑๕–๓๕ ปี จึงอยู่ในตำแหน่งที่จะชี้ช่องว่างนี้ได้ชัดเจน

ประเด็นที่ ๕ การออกแบบต้องครอบคลุมทั้งระบบนิเวศ (comprehensive) และนับรวมกลุ่มที่ถูกทิ้งไว้ข้างหลัง (inclusive)

ประเด็นนี้ครอบคลุม ๒ มิติสำคัญ มิติแรกคือการขยายความครอบคลุมไปยังระบบนิเวศรอบตัวคนรุ่นใหม่ ซึ่งผลการรับฟังความคิดเห็นเสนอให้เปิดรับผู้รับฟังที่เป็นผู้ใหญ่รอบตัว อาทิ ผู้นำชุมชน เพื่อนบ้าน และญาติ พร้อมทั้ง

ให้ระบบข้อมูลฝังตัวอยู่ในระดับชุมชน และกำหนดให้เส้นทางการส่งต่อการช่วยเหลือเริ่มต้นตั้งแต่ระดับชุมชน[๙] ส่งผลให้การออกแบบระบบต้องขยายขอบเขตจากสถานศึกษาไปสู่ครอบครัวและชุมชน มิติที่สองคือการนับรวมกลุ่มที่มักถูกทิ้งไว้ข้างหลังตามหลักการไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง (Leave No One Behind) ได้แก่ เด็กนอกระบบการศึกษา เด็กพิการและผู้พิการ ผู้ย้ายถิ่นข้ามชาติ กลุ่มชาติพันธุ์ ผู้ที่หลุดจากระบบการรักษา[๙] ตลอดจนผู้มีความหลากหลายทางเพศ[๒] ซึ่งแม้แผนปฏิบัติการพัฒนาระบบและบริการสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนอย่างบูรณาการ (พ.ศ. ๒๕๖๖–๒๕๗๐) จะระบุความท้าทายด้านความหลากหลายทางวัฒนธรรม ภาษา[๑๓] และสถานการณ์ของผู้มีความหลากหลายทางเพศไว้แล้ว[๑๓] ข้อเสนอเชิงปฏิบัติฉบับนี้จึงได้ระบุชื่อกลุ่มเป้าหมายเหล่านี้ไว้อย่างชัดเจน

ประเด็นที่ ๖ คนรุ่นใหม่ในพื้นที่อาจเป็นข้อต่อที่อ่อนที่สุดของระบบ แต่เป็นผู้ที่เข้าใจ และแก้ไขปัญหา ได้ตรงจุดที่สุด

ข้อเสนอจากเวทีระดับภูมิภาคกำหนดให้การวางกลไกตัวแทนคนรุ่นใหม่ในระดับตำบล อำเภอ และจังหวัด ทำหน้าที่เป็นฐานรากสำคัญของเครือข่ายการดำเนินงาน[๒] ทั้งนี้ ผลการรับฟังความคิดเห็นสะท้อนชัดเจนว่า แม้กลไกในระดับตำบลจะยังคงเป็นระดับที่มีความเข้มแข็งน้อยที่สุด แต่กลับเป็นระดับที่เข้าใจและสามารถแก้ปัญหาในพื้นที่ได้ตรงจุดที่สุด[๙] ด้วยเหตุนี้ ภาคีเครือข่ายและกลุ่มอาสาสมัครที่เป็นตัวแทนของคนรุ่นใหม่ในแต่ละพื้นที่จึงควรได้รับการเสริมสร้างบทบาทและความเข้มแข็งผ่านการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง โดยผู้เข้าร่วมการรับฟังความคิดเห็นเห็นว่าภาคีเครือข่าย กลุ่มอาสาสมัครเหล่านี้ ตลอดจนองค์กรพัฒนาเอกชน สามารถเข้ามามีบทบาทที่สำคัญมากกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน เช่น การร่วมจัดทำหลักสูตร การร่วมเป็นกรรมการในกลไกด้านสุขภาพจิต การร่วมกำหนดนโยบายกับหน่วยงานภาครัฐ และการสร้างเครือข่ายความร่วมมือในระดับพื้นที่ โดยต้องจัดให้มีเครื่องมือและกลไกสนับสนุนการทำงานของแกนนำอย่างเป็นระบบ[๙] นอกจากนี้ แกนนำคนรุ่นใหม่ในสถานศึกษาที่ผ่านการอบรมแล้ว ยังต้องการความชัดเจนเกี่ยวกับช่องทางและระบบการส่งต่อเมื่อพบผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือ[๙]

๔.๒ เหตุผลเชิงนโยบาย

เหตุผลเชิงหลักการ สุขภาวะทางจิตเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิด้านสุขภาพที่รับรองโดยพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ[๑] และการมีส่วนร่วมของเด็กและเยาวชนในเรื่องที่กระทบตนเป็นสิทธิตามอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก[๓๑] แผนปฏิบัติการพัฒนาระบบและบริการสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนอย่างบูรณาการ (พ.ศ. ๒๕๖๖–๒๕๗๐) กำหนดหลัก “โดยไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง” ไว้ในกลยุทธ์ด้านนโยบาย[๑๓] และกำหนดให้การมีส่วนร่วมของวัยรุ่น ครอบครัว และชุมชน “ในการวางแผน การออกแบบ การส่งต่อ และการประเมิน” เป็นปัจจัยเอื้อของระบบ[๑๓]

เหตุผลเชิงระบบ การเพิ่มบริการใหม่โดยไม่แก้เรื่องเจ้าภาพ ภารกิจ และมาตรฐาน จะซ้ำรอยปัญหาเดิมที่แผนปฏิบัติการพัฒนาระบบและบริการสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนอย่างบูรณาการ (พ.ศ. ๒๕๖๖–๒๕๗๐) ประเมินไว้เอง การวางน้ำหนักที่ปัจจัยเอื้อด้านการกำกับดูแลจึงเป็นเงื่อนไขให้บริการที่มีอยู่ทำงานได้

เหตุผลเชิงประสิทธิภาพ การลงทุนที่ฐานพีระมิดและในบุคลากรสนับสนุนด้านสุขภาพจิต ช่วยลดจำนวนผู้ที่ต้องเข้าสู่ชั้นวิกฤต ซึ่งเป็นชั้นที่บุคลากรเฉพาะทางขาดแคลนที่สุดและเพิ่มได้ช้าที่สุด

เหตุผลเชิงประชากร กลุ่มอายุที่มีความชุกสูงสุดอยู่นอกขอบเขตของแผนเด็กและเยาวชน การไม่ปิดช่องว่างนี้หมายถึงการไม่ดูแลกลุ่มที่เสี่ยงที่สุด

๔.๓ ผลกระทบหากไม่ดำเนินการ

หากไม่ดำเนินการ ภาระของชั้นวิกฤตจะเพิ่มต่อเนื่องขณะที่บุคลากรเฉพาะทางเพิ่มได้ไม่ทัน ระยะรอคิวที่ยาวอยู่แล้วจะยาวขึ้น เครือข่ายอาสาสมัครและภาคประชาสังคมที่ทำงานอยู่จะสลายไปเพราะไม่มีสถานะและงบประมาณต่อเนื่อง ผลกระทบทางจิตใจในพื้นที่ความขัดแย้งจะสะสมต่อหลังพ้นช่วงฉุกเฉิน เพราะกลไกดูแลผูกกับ

งบฉุกเฉิน[๒,๙] คนรุ่นใหม่อายุ ๑๘–๒๔ ปีจะยังหลุดอยู่ระหว่างระบบบริการเด็กและผู้ใหญ่ และความเชื่อมั่นของคนรุ่นใหม่ต่อกระบวนการมีส่วนร่วมจะลดลง หากข้อเสนอจากสมัชชาสุขภาพคนรุ่นใหม่ครั้งแรกไม่ถูกนำไปใช้จริง

๔.๔ โอกาสในการขับเคลื่อน

จังหวะเวลา: การที่แผนปฏิบัติการพัฒนาระบบและบริการสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนอย่างบูรณาการ (พ.ศ. ๒๕๖๖–๒๕๗๐) กำลังจะสิ้นสุดลงในปี ๒๕๗๐[๑๓] ส่งผลให้มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในครั้งนี้ถือเป็นโอกาสสำคัญในการขับเคลื่อนข้อเสนอเข้าสู่กระบวนการจัดทำแผนปฏิบัติการในรอบถัดไปตั้งแต่เริ่มต้น แทนที่จะเป็นเพียงการเสนอชุดโครงการใหม่ที่ทำงานซ้ำซ้อนหรือแข่งขันกับแผนงานเดิม

กลไกที่มีอยู่แล้ว: คณะทำงานพัฒนาและขับเคลื่อนการดำเนินงานสุขภาพจิตเด็กและเยาวชน[๑๓] สามารถทำหน้าที่เป็นเจ้าภาพร่วมในการติดตามผลการดำเนินงานตามมตินี้ได้โดยไม่จำเป็นต้องจัดตั้งกลไกใหม่ขึ้นมาเพิ่มเติม ซึ่งตอบคำถามที่ยกขึ้นในการรับฟังความคิดเห็นว่าควรปรับใช้กลไกที่มีอยู่หรือจัดตั้งกลไกใหม่[๙]

ภาคีที่พร้อม: ในการประชุมเมื่อวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๙ ได้มีผู้แทนจากกรมสุขภาพจิต กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทย สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย และภาควิชาการ เข้าร่วม[๘] ซึ่งนับเป็นกลุ่มหน่วยงานที่มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งต่อการแก้ไขปัญหาและการขับเคลื่อนภารกิจในระดับท้องถิ่น โดยมีองค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย ร่วมทำหน้าที่ในฐานะผู้พัฒนากรอบแผนภาพโมเดล[๑๓,๑๔]

สำหรับนวัตกรรมและต้นแบบในระดับพื้นที่ แนวคิด “๑ ชุมชน ๑ พื้นที่สุขใจ” ของภาคเหนือ ได้รับความสนใจอย่างกว้างขวางข้ามภูมิภาค โดยผู้แทนจากภาคใต้แสดงความสนใจที่จะนำแนวคิดดังกล่าวไปปรับใช้ในพื้นที่[๙] อีกทั้งยังมีต้นแบบอื่นๆ จากเวทีภูมิภาคที่มีความพร้อมในการขยายผลอย่างเป็นรูปธรรม[๒] นอกจากนี้ กรมสุขภาพจิตได้เสนอรูปแบบการดำเนินงานที่มีฐานงบประมาณรองรับอย่างยั่งยืน ผ่านการให้บริการปรึกษาและแนะแนวในโรงเรียนมัธยมศึกษาประจำจังหวัดที่สามารถเบิกจ่ายค่าบริการจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ เพื่อทำหน้าที่เป็นแกนหลักในการขับเคลื่อนและขยายผลไปยังโรงเรียนอื่นต่อไป[๙]

๕. ประเด็นเพื่อการพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (Issues for Consideration)

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติควรพิจารณากำหนดกรอบทิศทางนโยบายและแนวทางการขับเคลื่อนในประเด็นต่อไปนี้

ประเด็นที่ ๑ การสร้างฐานของพีระมิด มุ่งเน้นการพัฒนาครอบครัว สถานศึกษา ชุมชน และพื้นที่ดิจิทัล ให้เป็นสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและเอื้ออำนวยต่อสุขภาวะทางจิต โดยเสนอให้กำหนดการจัดตั้งและบริหารจัดการพื้นที่ปลอดภัยในชุมชนเป็นภารกิจหลักขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พร้อมทั้งบูรณาการความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตให้เป็นส่วนหนึ่งของระบบและหลักสูตรการศึกษาอย่างเป็นรูปธรรม

ประเด็นที่ ๒ การพัฒนาระบบนิเวศผู้รับฟังและการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยเริ่มจากระดับชุมชน มุ่งเน้นการจัดให้มีผู้รับฟังใกล้ตัวที่มีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน ควบคู่กับการสร้างเส้นทางการดูแลรักษาแบบไร้รอยต่อที่เชื่อมโยงตั้งแต่ระดับชุมชนไปจนถึงบริการเฉพาะทาง เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลโดยไม่ขาดตอนเมื่อผู้รับบริการพ้นภาวะวิกฤตหรือก้าวผ่านช่วงวัยเด็ก ตลอดจนขยายขอบเขตการให้บริการให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายที่มักถูกมองข้ามอย่างทั่วถึง

ประเด็นที่ ๓ การกำหนดเจ้าภาพ ภารกิจ และมาตรฐานของระบบ มุ่งเน้นการยกระดับงานสุขภาพจิตคนรุ่นใหม่ให้เป็นภารกิจหลักที่มีหน่วยงานเจ้าภาพรับผิดชอบอย่างชัดเจน พร้อมทั้งจัดให้มีตัวชี้วัด กำลังคน งบประมาณ และฐานข้อมูลร่วมกันในทั้ง ๔ ภาคส่วน โดยบูรณาการงบประมาณจากหลากหลายแหล่งทุน ภายใต้กรอบตัวชี้วัดร่วมเพียงชุดเดียว เพื่อขับเคลื่อนให้เกิดการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานได้อย่างเป็นรูปธรรมและมีเอกภาพ

ประเด็นที่ ๔ การรับรองบทบาทของคนรุ่นใหม่ มุ่งเน้นการยกระดับให้คนรุ่นใหม่เข้ามามีส่วนร่วมในฐานะผู้ร่วมกำหนดแนวทาง ร่วมออกแบบ ดำเนินงาน และร่วมประเมินผลระบบสุขภาพจิตอย่างครบวงจร โดยให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งของโครงสร้างและกลไกในระดับฐานรากให้มีความพร้อม ก่อนการมอบหมายบทบาทและภารกิจอย่างเป็นรูปธรรม

๖. เอกสารอ้างอิง (References)

๑. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐. (๒๕๕๐). *ราชกิจจานุเบกษา*.

๒. Thailand Policy Lab. (๒๕๖๙). *(ร่าง) ข้อเสนอเชิงนโยบายสมัชชาสุขภาพคนรุ่นใหม่ พ.ศ. ๒๕๖๙ "การยกระดับระบบสุขภาวะทางจิตของคนรุ่นใหม่: จากการตั้งรับสู่การส่งเสริมและป้องกันเชิงรุกอย่างมีส่วนร่วม"* (ฉบับวันที่ ๘ ตุลาคม ๒๕๖๙). เอกสารไม่ตีพิมพ์.

๓. National Health Commission Office. (2025). Youth National Health Assembly 2025: Empowering youth voices for health and sustainability. https://en.nationalhealth.or.th/youth-national-health-assembly-2025-empowering-youth-voices-for-health-and-sustainability/

๔. *Regional insights from Area Northeast Thai Youth on public health policies: รายงานข้อเสนอและเจตนารมณ์ของคนรุ่นใหม่: ข้อมูลเชิงลึกจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย เพื่อออกแบบนโยบายสุขภาพที่ทัชใจ*. (๒๕๖๙). รายงานสมัชชาสุขภาพคนรุ่นใหม่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.

๕. *Regional insights from Area South Thai Youth on public health policies: รายงานข้อเสนอและเจตนารมณ์ของคนรุ่นใหม่: ข้อมูลเชิงลึกจากภาคใต้ของประเทศไทย เพื่อออกแบบนโยบายสุขภาพที่ทัชใจ*. (๒๕๖๙). รายงานสมัชชาสุขภาพคนรุ่นใหม่ ภาคใต้.

๖. *Regional insights from Bangkok Metropolitan Region Area: Thai Youth on public health policies: รายงานข้อเสนอและเจตนารมณ์ของคนรุ่นใหม่: ข้อมูลเชิงลึกจากภาคกลางและพื้นที่กรุงเทพมหานครของประเทศไทย เพื่อออกแบบนโยบายสุขภาพที่ทัชใจ*. (๒๕๖๙). รายงานสมัชชาสุขภาพคนรุ่นใหม่ กรุงเทพฯ ปริมณฑล และภาคกลาง.

๗. *Regional insights from Northern Thailand to inform national action: รายงานเยาวชนประเด็น PM 2.5 สุขภาพจิตและความเหลื่อมล้ำทางการศึกษาในระดับภูมิภาค: ข้อมูลเชิงลึกจากภาคเหนือของประเทศไทย เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานระดับชาติ*. (๒๕๖๙). รายงานสมัชชาสุขภาพคนรุ่นใหม่ ภาคเหนือ.

๘. สมัชชาสุขภาพคนรุ่นใหม่. (๒๕๖๙). *ร่างกำหนดการประชุมหารือข้อเสนอเชิงนโยบายร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (Stakeholder Consultation) วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๙*. เอกสารไม่ตีพิมพ์.

๙. สมัชชาสุขภาพคนรุ่นใหม่. (๒๕๖๙). บันทึกข้อคิดเห็นจากการประชุมหารือข้อเสนอ เชิงนโยบายร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (Stakeholder Consultation) วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๙ ณ องค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย. เอกสารไม่ตีพิมพ์.

๑๐. World Health Organization. (2025, September 1). Mental health of adolescents [Fact sheet]. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health

๑๑. กรมสุขภาพจิต. (๒๕๖๖). การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตระดับชาติ พ.ศ. ๒๕๖๖. อ้างในอมรินทร์ทีวี. https://www.amarintv.com/lifestyle/beauty/524814

๑๒. The Bangkok Insight. (๒๕๖๗, ๑๖ มกราคม). รายงานข่าวสถิติการฆ่าตัวตายและการพยายาม ฆ่าตัวตาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๒–๒๕๖๖ ของกรมสุขภาพจิต. https://www.thebangkokinsight.com/news/politics-general/general/1255261/

๑๓. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และองค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย. (๒๕๖๖). *แผนปฏิบัติการพัฒนาระบบและบริการสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนอย่างบูรณาการ (พ.ศ. ๒๕๖๖–๒๕๗๐)*. กรุงเทพมหานคร: กรมสุขภาพจิต.

๑๔. องค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, และสถาบันเบอร์เน็ต. (๒๕๖๕). *การเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ระบบและบริการสนับสนุนทางจิตใจและจิตสังคมสำหรับเด็กและวัยรุ่นในเอเชียตะวันออกและแปซิฟิก: ประเทศไทย*. กรุงเทพมหานคร: องค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย.

๑๕. ASEAN Secretariat. (2017). First ASEAN Youth Development Index: An Overall Framework and YDI 2016 Selected Domains and Indicators of ASEAN Member States. Jakarta: ASEAN Secretariat.
๑๖. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริม สุขภาพ. (๒๕๖๘). สุขภาพคนไทย ๒๕๖๘. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. https://www.thaihealthreport.com
๑๗. อินโฟเควสท์. (ม.ป.ป.). ไทยป่วยจิตเวชเพิ่ม สภาพเศรษฐกิจ-สังคมกดดัน พบฆ่าตัวตายสูง (อ้างข้อมูลกรมสุขภาพจิต). https://www.infoquest.co.th/?p=401638
๑๘. Kim, K. (2022, August 30). Poor youth mental health is costing Thailand. Bangkok Post. เผยแพร่ซ้ำโดย สหประชาชาติ ประเทศไทย. https://thailand.un.org/en/node/197448
๑๙. UNICEF Thailand. (2025). Online Safety Manual for Children and Young People 2025. https://www.unicef.org/thailand/reports/online-safety-manual-children-and-young-people-2025
๒๐. กรุงเทพธุรกิจ. (๒๕๖๙). รายงานข่าวผลรายงานสุขภาพคนไทย ๒๕๖๘ ด้านสุขภาพจิต. https://www.bangkokbiznews.com/health/well-being/1216746
๒๑. สำนักงบประมาณ. (๒๕๖๘). เอกสารงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ ฉบับปรับปรุงตามพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่าย. https://infocenter.oic.go.th/upload/cms/1762832907_8298.pdf
๒๒. Dimock, M. (2019, January 17). Defining generations: Where Millennials end and Generation Z begins. Pew Research Center. https://www.pewresearch.org/short-reads/2019/01/17/where-millennials-end-and-generation-z-begins/
๒๓. McCrindle, M., & Fell, A. (2020). Understanding Generation Alpha. McCrindle Research.
๒๔. ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑. (๒๕๖๑). ราชกิจจานุเบกษา.
๒๕. พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. ๒๕๔๒ และพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๔๗. ราชกิจจานุเบกษา.
๒๖. THE STANDARD. (๒๕๖๘, ๒๙ กรกฎาคม). บทความว่าด้วยช่องว่างการกำกับดูแลวิชาชีพจิตวิทยา การปรึกษาในประเทศไทย. https://thestandard.co/?p=1101292
๒๗. พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ และพระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๒. *ราชกิจจานุเบกษา*.
๒๘. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕. (๒๕๔๕). *ราชกิจจานุเบกษา*.
๒๙. พระราชบัญญัติส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ และที่แก้ไขเพิ่มเติม. *ราชกิจจานุเบกษา*.
๓๐. พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. ๒๕๖๒. (๒๕๖๒). *ราชกิจจานุเบกษา*.
๓๑. United Nations. (1989). *Convention on the Rights of the Child*. General Assembly resolution 44/25.
๓๒. คณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ. แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ ๑ (พ.ศ. ๒๕๖๑–๒๕๘๐). อ้างในเอกสารอ้างอิงลำดับที่ ๑๓.
๓๓. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (๒๕๖๖). *มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๖ พ.ศ. ๒๕๖๖: มติ ๑๖.๑ ระบบสุขภาวะทางจิตเพื่อสังคมไทยไร้ความรุนแรง (Mental well-being system for non-violent Thai society)*. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
๓๔. ศูนย์ความรู้นโยบายเด็กและครอบครัว (คิด for คิดส์). (๒๕๖๙, ๑๓ ตุลาคม). ๕ ปี คิด for คิดส์ กับภารกิจออกแบบนโยบายเด็กและครอบครัวแห่งอนาคต. https://kidforkids.org/5-years-kid-for-kids/

ภาคผนวก

รายงานสมัชชาสุขภาพคนรุ่นใหม่ ระดับภูมิภาค
(ภาคเหนือ ใต้ ตะวันออกเฉียงเหนือ กลาง กรุงเทพมหานครและปริมณฑล)



การแสดงถ้อยแถลงต่อมติ ฮีลใจคนรุ่นใหม่: เสริมพลังคนรุ่นใหม่ผ่านระบบสุขภาวะทางจิตเชิงรุกและมีส่วนร่วม

องค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย

Ms.Ilaria Favero
Chief Adolescent Development and Participation
วันที่ ๒๙ ตุลาคม ๒๕๖๙



Good afternoon and thank you for the opportunity to speak on behalf of UNICEF.

Many children and young people are dealing with stress, anxiety and depression, often without knowing where to turn. That has to change.

For UNICEF, mental health and psychosocial support is a priority. It is central to our current country programme, and it will remain a priority in our next country programme.

I would like to highlight three areas where we will focus our support.

First, we will support young people's engagement in policies and empower youth organisations. Young people understand their own experiences better than anyone, and their voices must be heard when decisions are made about mental health. Youth-led groups are often the first place young people go for help, reaching peers that formal systems sometimes miss. UNICEF will continue to create space for young people to shape policies, and will strengthen youth organisations so they can reach even more young people.

Second, we will invest in building the capacity of service providers. Health workers, teachers, social workers and counsellors are often the first people a young person reaches out to. They need the skills and confidence to recognise when someone is struggling, respond with care, and refer them to the right support.

Third, we will help make sure everybody has access to support through digital health services. No one should be left without help because of where they live, what they can afford, or the stigma they fear. We will work with partners to make these services safe, reliable and available to all, including the most vulnerable children and families.

UNICEF will continue to work with government partners and civil society to make this happen, so every child and young person can get the support they need.

สวัสดีค่ะ ขอขอบคุณที่ให้โอกาสดิฉันได้กล่าวสุนทรพจน์ในนามของยูนิเซฟ เด็กและเยาวชนจำนวนมากกำลังเผชิญกับภาวะความเครียด ความวิตกกังวล และโรคซึมเศร้า โดยบ่อยครั้งพวกเขาไม่รู้เลยว่าจะหันไปพึ่งพาใคร สถานการณ์นี้จำเป็นต้องได้รับการเปลี่ยนแปลง

สำหรับยูนิเซฟแล้ว สุขภาพจิตและการสนับสนุนด้านจิตสังคมถือเป็นสิ่งสำคัญเร่งด่วน เรื่องนี้เป็นหัวใจสำคัญในแผนงานระดับประเทศฉบับปัจจุบันของเรา และจะยังคงเป็นลำดับความสำคัญในแผนงานฉบับต่อไปของเราเช่นกัน ดิฉันขอเน้นย้ำถึง ๓ ด้านหลักที่เราจะมุ่งเน้นการสนับสนุน ดังนี้

ประการแรก เราจะสนับสนุนการมีส่วนร่วมของเยาวชนในระดับนโยบายและเสริมพลังเครือข่ายเยาวชน เยาวชนคือผู้ที่เข้าใจประสบการณ์ของตนเองดีที่สุด เสียงของพวกเขาจึงต้องได้รับการรับฟังเมื่อมีการตัดสินใจเรื่องสุขภาพจิต กลุ่มเยาวชนมักจะเป็นที่พึ่งแรกที่เด็กและเยาวชนหันไปหาเพื่อขอความช่วยเหลือซึ่งสามารถเข้าถึงกลุ่มเพื่อนในจุดที่ระบบทางการอาจเข้าไม่ถึง ยูนิเซฟจะยังคงสร้างพื้นที่ให้เยาวชนได้ร่วมกำหนดนโยบาย พร้อมทั้งเสริมความเข้มแข็งให้องค์กรเยาวชนเพื่อให้พวกเขาสามารถเข้าถึงเด็กและเยาวชนได้มากยิ่งขึ้น

ประการที่สอง เราจะลงทุนในการพัฒนาศักยภาพของผู้ให้บริการและทำงานระดับชุมชนเพื่อส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตบุคลากรด้านสาธารณสุข ครู นักสังคมสงเคราะห์ และนักให้คำปรึกษามักจะเป็นบุคคลแรก ๆ ที่เด็กและเยาวชนเข้าหา พวกเขาจึงจำเป็นต้องมีทักษะและความมั่นใจในการสังเกตสัญญาณความยากลำบากตอบสนองด้วยความใส่ใจ และส่งต่อผู้รับบริการไปยังระบบสนับสนุนที่เหมาะสม นอกจากนี้การทำงานร่วมกับชุมชนยังช่วยให้เราสามารถส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดีและป้องกันปัญหาก่อนที่จะทวีความรุนแรงขึ้นได้

ประการที่สาม เราจะช่วยสร้างความมั่นใจว่าทุกคนสามารถเข้าถึงความช่วยเหลือผ่านบริการสุขภาพดิจิทัล ต้องไม่มีเด็กคนใดถูกทอดทิ้งให้อยู่ลำพังเพียงเพราะข้อจำกัดเรื่องที่อยู่อาศัยฐานะทางการเงินหรือความหวาดกลัวต่อการตีตราสังคม เราจะทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายเพื่อให้มั่นใจว่าบริการเหล่านี้มีความปลอดภัย เชื่อถือได้ และเข้าถึงได้สำหรับทุกคนรวมถึงเด็กและครอบครัวกลุ่มเปราะบางที่สุด

ยูนิเซฟจะยังคงทำงานร่วมกับภาคีภาครัฐและประชาสังคมเพื่อขับเคลื่อนสิ่งเหล่านี้ให้เกิดขึ้นจริงเพื่อให้เด็กและเยาวชนทุกคนได้รับความช่วยเหลือที่พวกเขาต้องการ

สมัชชาสุขภาพ จังหวัดนครปฐม



อาจารย์ประเชิญ คนเทศน์
วันที่ ๒๙ ตุลาคม ๒๕๖๙

ในวัย ๖๙ ย่าง ๗๐ รู้สึกมีความหวังกับสังคม ขอชื่นชมกับระเบียบวาระนี้ เพราะว่ามันคือทางรอดและทางความมั่นคงของประเทศ ตนอยู่คลุกคลีกับเด็กและเยาวชนมายาวนาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งโดยประสบการณ์แล้วเป็นคนที่ค้นพบตัวเองตั้งแต่ปี ๒๕๑๖ บนเส้นทางสาธารณะก็คือเป็นเยาวชนอาสาสมัคร จังหวัดสุพรรณบุรี โดยมีพี่ ๆ จากมหาวิทยาลัย มาฟังเสียงหัวใจของเรา

ชื่นชมมากที่กระบวนการนี้นำไปสู่การฟังเสียงหัวใจของเด็ก เพราะในสังคมไทยเรา เด็กมักต้องฟังหัวใจของผู้ใหญ่มากเกินไป ไม่ใช่ความคิดของผู้ใหญ่ไม่ดี แต่โลกมันเปลี่ยนไปแล้ว

การฟังเสียงหัวใจของเด็กกับพื้นที่กลางที่เด็กมีความมั่นคงปลอดภัยเป็นสิ่งสำคัญ จากประสบการณ์ในชีวิตของตนซึ่งเป็นครู พบเด็กคิดฆ่าตัวตายหลายครั้งมาก ๆ แต่หากมีพื้นที่กลางกับบุคคลที่เขาไว้วางใจ และทำให้เขาเห็นคุณค่าจองตัวเอง เด็กจะไม่ฆ่าตัวตายครับ

ดังนั้น กระบวนการนี้ที่ยูนิเซฟช่วยสนับสนุนนี้ คือช่องทางที่สำคัญที่สุด หากเราช่วยกันขยายและส่งเสริมพื้นที่กลางแห่งความปลอดภัยในชุมชนได้ ประเทศเรารอดครับ ขอบคุณมากครับ



รายงานความก้าวหน้าของการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่ผ่านมา

สืบเนื่องจากการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในครั้งที่ผ่านมา ที่ประชุมได้กำหนดให้คณะกรรมการขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คมส.) รายงานความก้าวหน้าการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติต่อที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๙ ซึ่งคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คจ.สช.) ได้บรรจุการรายงานความก้าวหน้าการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติไว้เป็นระเบียบวาระที่ ๔ ของการประชุมในวันที่ วันที่ ๒๙ ตุลาคม ๒๕๖๙ ณ ห้องประชุมใหญ่ ช่วงเวลา ๐๙.๐๐ – ๑๐.๐๐ น.

ศาสตราจารย์คลินิก นายแพทย์สุพรรณ ศรีธรรมมา รองประธาน คมส. ทำหน้าที่ดำเนินการประชุม โดยกล่าวต้อนรับผู้เข้าร่วมประชุม และแสดงความยินดีกับองค์กรที่ได้รับรางวัลเชิดชูเกียรติด้านการสนับสนุนการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ประจำปี ๒๕๖๙ และได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่า นับตั้งแต่มีการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑-๑๘ (พ.ศ. ๒๕๕๑–๒๕๖๙) มีมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ รวม ๑๐๓ มติ ภาพรวมการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ มีมติที่ยังอยู่ในระหว่างการขับเคลื่อนอยู่ ๕๕ มติ ในปี ๒๕๖๙ นี้ มีภาคีเครือข่ายนำมติไปขับเคลื่อนจนเกิดผลสำเร็จเป็นรูปธรรมอย่างน่าชื่นชมถึง **๒๒ มติ**

นายแพทย์ศุภกิจ ศิริลักษณ์ ประธานอนุกรรมการขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานตามมติฯ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข รายงานความก้าวหน้ามติให้ที่ประชุมทราบว่า ในจำนวน ๒๒ มติ เป็นการขับเคลื่อนมติที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์และสาธารณสุข จำนวน ๑๐ มติ พร้อมทั้งยกตัวอย่างความก้าวหน้าที่สำคัญ ดังนี้





- มีการขับเคลื่อนนโยบาย RDU Province อย่างต่อเนื่อง และมีการบรรจุยาเข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติรวมกว่า ๔๐ รายการ พร้อมผลักดันยานวัตกรรมที่วิจัยในประเทศอีก ๓๐ รายการ เพื่อความมั่นคงทางยา
- การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพได้ถูกหยิบยกไปเป็น ๑ ในเสาหลักของการพัฒนาทุนมนุษย์ในประเด็นการปรับระบบบริการสุขภาพไปสู่ Value-based Healthcare และระบบสุขภาพเชิงป้องกันของร่างแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๑๔ ไปสู่ Value-based Healthcare
- การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสุขภาวะในวิกฤตซ้อนวิกฤต มีการพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลรองรับสาธารณภัย (Disaster Base Hospital - DBH) ระดับเขตสุขภาพ เพื่อเตรียมรับมือกับภัยพิบัติต่าง ๆ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภก.พงศ์เทพ สุธีรวุฒิ ประธานอนุกรรมการขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานตามมติฯ ด้านสุขภาพสังคมและสุขภาวะ รายงานความก้าวหน้ามติให้ที่ประชุมทราบว่า ในจำนวน ๒๒ มติ เป็นการขับเคลื่อนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพสังคมและสุขภาวะ จำนวน ๑๒ มติ พร้อมทั้งยกตัวอย่างความก้าวหน้าที่สำคัญดังนี้

- มีการผลักดันข้อเสนอเชิงนโยบายการจัดการภัยพิบัติโดยชุมชนเป็นศูนย์กลางให้เป็น **วาระแห่งชาติ** และปลดล็อคงบเร่งด่วนของกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น
- มีการประกาศ “ธรรมนูญสุขภาวะคนข้ามเพศ” เพื่อเชื่อมโยงสิทธิสุขภาพ สวัสดิการ และการขับเคลื่อนสู่ World Pride Destination
- มีการพัฒนาระบบบริหารจัดการน้ำเชิงพื้นที่และการจดทะเบียน “องค์กรผู้ใช้น้ำ” ให้มีความยืดหยุ่น เพื่อให้ชุมชนรับมือภัยแล้งและอุทกภัยได้เร็วขึ้น

นายแพทย์สุเทพ เพชรมาก เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ รายงานความก้าวหน้าการขับเคลื่อนมติใน**ระดับพื้นที่** ผ่านกลไกสมัชชาสุขภาพจังหวัดและคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) เช่น ประเด็นพระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาวะ, การป้องกันยาเสพติดโดยชุมชน, เศรษฐกิจสูงวัย (ปฏิญญาจังหวัดพะเยา), การป้องกันบุหรี่ไฟฟ้าในเด็กและเยาวชน, การลดโรคไม่ติดต่อ (NCDs Ecosystem) และการแก้ปัญหาฝุ่น PM 2.5

นายแพทย์วรัญญู สัตยวงศ์ทิพย์ รองเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สรุปความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในที่ประชุม พร้อมทั้งสรุปทิศทางความร่วมมือแบบ **๓ พลัง** ได้แก่ **พลังปัญญา พลังสังคม พลังรัฐ** เพื่อนำมติไปปฏิบัติจริงอย่างยั่งยืน

สรุปความก้าวหน้าการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่ถูกกำหนดให้ต้องรายงานความก้าวหน้าในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๙ มี ๓ ประเด็น ได้แก่ มติ ๑๖.๑ ระบบสุขภาวะทางจิตเพื่อสังคมไทยไร้ความรุนแรง มติ ๑๗.๑ พลิกโฉมกำลังคนเพื่อสังคมสุขภาวะ และ มติ ๑๗.๒ การท่องเที่ยวแนวใหม่ สู่สุขภาวะและเศรษฐกิจไทย

พบว่า หน่วยงานภาครัฐ ภาควิชาการ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ได้ร่วมกันขับเคลื่อนข้อเสนอเชิงนโยบายผ่านกลไกและแผนงานที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง ทั้งในระดับชาติและระดับพื้นที่ โดยมีความก้าวหน้าสำคัญ ดังนี้

มติ ๑๖.๑ ระบบสุขภาวะทางจิตเพื่อสังคมไทยไร้ความรุนแรง (Mental Well-being System for Non-violent Thai Society)

การขับเคลื่อนมีความก้าวหน้าในหลายระดับ ตั้งแต่ครอบครัว ชุมชน สถานศึกษา สถานประกอบการ ไปจนถึงระดับนโยบายและระบบบริการสุขภาพจิต โดยมีการพัฒนากลไกส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน เช่น การใช้โมเดลฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐานใน ๑๔๐ ชุมชน การพัฒนานักส่งเสริมสุขภาพจิต ๘๐๐ คน ใน ๑๑ จังหวัด การสร้างอาสาสมัครเพื่อนรับฟัง และการส่งเสริมการปฐมพยาบาลทางใจ รวมถึงการพัฒนาเครื่องมือและนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิตในองค์กรและสถานศึกษา

ด้านนโยบายและระบบบริการ มีความเคลื่อนไหวในการปรับปรุงกฎหมายและมาตรฐานวิชาชีพจิตวิทยา การเสนอแนวทางเพิ่มงบประมาณด้านสุขภาพจิตและจัดตั้งกองทุนสุขภาพจิตแห่งชาติ ตลอดจนการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบครบวงจรระดับจังหวัด และการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ อย่างไรก็ตาม ยังมีความท้าทายสำคัญในการเชื่อมโยงกลไกที่กระจายอยู่หลายหน่วยงานให้เป็นระบบเดียวกัน การพัฒนาฐานข้อมูลร่วม การเพิ่มกำลังคนด้านสุขภาพจิต และการปรับสมดุลจากการรักษาไปสู่การส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูในชุมชน โดยให้ประชาชนและผู้มีประสบการณ์ตรงมีส่วนร่วมในการออกแบบระบบ

มติ ๑๗.๑ พลิกโฉมกำลังคนเพื่อสังคมสุขภาวะ (Transforming Workforce for Healthy Society)

มีความก้าวหน้าสำคัญในการจัดตั้งคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติและคณะอนุกรรมการเพื่อเป็นกลไกระดับนโยบายในการกำหนดทิศทางการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพของประเทศ ปัจจุบันอยู่ระหว่างจัดทำร่างแผนยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ระยะ ๑๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๗๑–๒๕๘๐) ครอบคลุม ๔ ยุทธศาสตร์ ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพประชาชนและกำลังคนภาคประชาชน การยกระดับการผลิตและพัฒนากำลังคนบนฐานสมรรถนะและระบบสุขภาพปฐมภูมิ การปฏิรูประบบการทำงานและการจ้างงาน และการเชื่อมโยงสุขภาวะกับโอกาสทางเศรษฐกิจอย่างสมดุล โดยมีแผนรับฟังความคิดเห็นจากหน่วยงานและภาคีเครือข่ายในเดือนธันวาคม ๒๕๖๙

ขณะเดียวกัน มีการพัฒนาต้นแบบในพื้นที่ ๓ จังหวัด ได้แก่ สงขลา เชียงใหม่ และสุรินทร์ เพื่อเสริมศักยภาพประชาชนและกลุ่มเปราะบาง ตลอดจนการพัฒนารูปแบบการผลิตบุคลากรสุขภาพที่เชื่อมโยงกับชุมชน เช่น โครงการ

แทนคุณบ้านเกิด และการนำเทคโนโลยี AI มาสนับสนุนการพัฒนาบุคลากร นอกจากนี้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวง อว. กระทรวง พม. และองค์กรวิชาชีพ ต่างมีแผนงานและโครงการสนับสนุนการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ ทั้งด้านการผลิต การพัฒนา และการกระจายบุคลากรให้สอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่

มติ ๑๗.๒ การท่องเที่ยวแนวใหม่ สู่สุขภาวะและเศรษฐกิจไทยยั่งยืน (New Tourism Approach toward Sustainable Economy and Well-Being)

มีความก้าวหน้าในการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและยกระดับมาตรฐานการท่องเที่ยว โดยกรมการท่องเที่ยวปรับปรุงห้องน้ำในแหล่งท่องเที่ยว ๖๓ แห่ง และติดตั้งป้ายบอกทาง ๔๕๐ แห่ง ขณะที่กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกพัฒนาเส้นทางท่องเที่ยวเมืองสมุนไพรและมาตรฐาน Wellness Center กว่า ๒,๐๐๐ แห่ง ส่วน อพท. สนับสนุนการท่องเที่ยวโดยชุมชนในพื้นที่พิเศษ ๙ แห่ง และการพัฒนาการท่องเที่ยวคาร์บอนต่ำ

ด้านการยกระดับเศรษฐกิจและคุณภาพบริการ มีการจัดทำร่างแผนยุทธศาสตร์การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ การพัฒนาต้นแบบชุมชนท่องเที่ยวที่นำภูมิปัญญาและอัตลักษณ์ท้องถิ่นมาสร้างมูลค่าเพิ่ม การพัฒนามาตรฐานความยั่งยืนตามกรอบ SDGs รวมถึงการส่งเสริมผู้ประกอบการและบุคลากรเข้าสู่ตลาด Wellness ซึ่งมีความต้องการแรงงานด้านการนวดไทยและบริการสุขภาพจำนวนมาก

สำหรับการขับเคลื่อนระดับพื้นที่ ได้มีการลงศึกษาพื้นที่ต้นแบบจังหวัดกระบี่ เพื่อเชื่อมโยงหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และเครือข่ายชุมชน โดยพบว่าแม้จะมีต้นแบบและการสนับสนุนจากภาครัฐ แต่ยังมีช่องว่างระหว่างนโยบายระดับชาติกับการปฏิบัติในพื้นที่ จึงมีข้อเสนอให้จัดตั้งกลไกความร่วมมือระดับจังหวัด และพัฒนายุทธศาสตร์เมืองท่องเที่ยวสุขภาวะมูลค่าสูง ครอบคลุมการใช้ข้อมูลดิจิทัล การพัฒนานวัตกรรมบนฐานวิทยาศาสตร์ การบริหารจัดการที่คำนึงถึงความสุขของชุมชน และการสร้างกลไกความร่วมมือพหุภาคี

ภาพรวมความก้าวหน้าและประเด็นที่ควรเร่งขับเคลื่อน

ทั้ง ๓ มติสะท้อนให้เห็นว่า การขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเริ่มเกิดผลเป็นรูปธรรมผ่านการจัดตั้งกลไกระดับนโยบาย การบูรณาการแผนงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และการพัฒนาต้นแบบการดำเนินงานในพื้นที่ อย่างไรก็ตาม ยังมีโจทย์ร่วมที่ต้องเร่งดำเนินการ ได้แก่

๑) การเชื่อมโยงกลไกและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้มีเป้าหมายและตัวชี้วัดร่วมกัน

๒) การแปลงข้อเสนอเชิงนโยบายไปสู่แผนปฏิบัติการ โครงการ และผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน

๓) การสนับสนุนทรัพยากร งบประมาณ และกำลังคนอย่างเหมาะสม

๔) การพัฒนาระบบติดตามและประเมินผลที่สะท้อนผลลัพธ์และผลกระทบต่อสุขภาวะของประชาชนอย่างแท้จริง เพื่อให้มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติสามารถยกระดับจากข้อเสนอเชิงนโยบายไปสู่การเปลี่ยนแปลงในระดับระบบและพื้นที่ได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน


สำนักงานคณะกรรมการ
สุขภาพแห่งชาติ
คน
อยู่
ดี
มี
พลัง
NHA 19


มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 12 มติที่ 4 การจัดการเชิงระบบสู่ประเทศใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง
RDU
มีความก้าวหน้าที่สำคัญคือ
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ขับเคลื่อนนโยบาย RDU Province อย่างต่อเนื่อง
ที่ประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ แต่งตั้งคณะอนุกรรมการฯ ขับเคลื่อนพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2566 - 2570 เพื่อบูรณาการการทำงานร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน
มีการบรรจุยาเข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติ รวมกว่า 40 รายการ
ผลักดันการใช้นวัตกรรมที่วิจัยและพัฒนาในประเทศ เพิ่มขึ้นอีก 30 รายการ เพื่อสร้างศักยภาพและเสริมสร้างความมั่นคงทางยาในระยะยาว
สังคมดี มีพลัง
สุขภาพแห่งชาติ 19



เสวนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับประเด็นที่สังคมให้ความสนใจ

เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างภาคส่วน เพื่อ "การพัฒนาที่ยั่งยืน" ของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๙ Thailand Sustainable Development Forum 2026 (TSD2026)



ความเป็นมาและวัตถุประสงค์

เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) เป็นเป้าหมายร่วมของประเทศสมาชิกสหประชาชาติ ๑๙๓ ประเทศ เพื่อส่งเสริมการพัฒนาที่สมดุลทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ปัจจุบันประเทศไทยเข้าสู่ช่วง ๕ ปีสุดท้ายก่อนถึงปี พ.ศ. ๒๕๗๓ ซึ่งเป็นปีเป้าหมายของวาระการพัฒนาที่ยั่งยืน เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างภาคส่วนเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนของประเทศไทย (TSDF) จึงจัดขึ้นอย่างต่อเนื่องเพื่อเป็นพื้นที่กลางในการเชื่อมโยงองค์ความรู้และประสบการณ์จากภาคส่วนต่าง ๆ สู่กระบวนการเชิงนโยบาย โดยในปี พ.ศ. ๒๕๖๙ นี้ มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP Foundation) ร่วมกับภาคีเครือข่าย ได้จัดเวที TSDF2026 เพื่อเป็นพื้นที่ในการทบทวนสถานการณ์และความก้าวหน้าของประเทศไทย แลกเปลี่ยนบทเรียน วิเคราะห์ช่องว่างและอุปสรรค พร้อมทั้งร่วมกันพิจารณาประเด็นเร่งด่วนและแนวทางความร่วมมือในการขับเคลื่อน SDGs ในช่วงเวลาที่เหลือก่อนปี พ.ศ. ๒๕๗๓ และระยะต่อไป

กิจกรรมภายในงาน

TSDF๒๐๒๖ เริ่มต้นด้วยพิธีเปิด โดย ศาสตราจารย์นายแพทย์วิจารณ์ พานิช ประธานกรรมการมูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ จากนั้นเป็นการแสดงปาฐกถาพิเศษ ๒ เรื่อง ได้แก่ **"From SDGs to Transformation: Accelerating Transformation Towards a Post-๒๐๓๐ World"** โดย Ms. Irina Goryunova รองผู้แทนโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย (UNDP Thailand) และ **"พระพุทธศาสนาเพื่อเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Buddhism for SDGs)"** โดย พระมหานภันต์ สนฺติภทฺโท ประธานกรรมการมูลนิธิสถาบันการจัดการวิถีพุทธเพื่อสุขและสันติ (สกพ.) และผู้ช่วยเจ้าอาวาสวัดสระเกศราชวรมหาวิหาร

ภายหลังการแสดงปาฐกถาพิเศษ เป็นการจัดเวทีเสวนา ๓ ช่วง เพื่อร่วมแลกเปลี่ยนสถานการณ์ บทเรียนและแนวทางการขับเคลื่อน SDGs ของประเทศไทย โดยมีวิทยากรและผู้ดำเนินเสวนาจากหลากหลายภาคส่วน ทั้งหน่วยงานภาครัฐ ภาควิชาการ ภาคประชาสังคม ภาคเอกชน และองค์กรระหว่างประเทศ

๑. **เสวนา ๑ "๑ ทศวรรษที่ผ่านมา ประเทศไทยอยู่ตรงไหนเมื่อเทียบกับเป้าหมาย ๒๕๗๓"** มุ่งทบทวนสถานการณ์และความก้าวหน้าของประเทศไทย พร้อมวิเคราะห์ช่องว่างและความท้าทายในการขับเคลื่อน SDGs

๒. **เสวนา ๒ "จากการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง"** นำเสนอบทเรียนจากการดำเนินงานในระดับพื้นที่ การเชื่อมโยงองค์ความรู้สู่การเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบาย และการขับเคลื่อนจากภาคเอกชนและภาคส่วนอื่น ๆ



๓. **เสวนา ๓ "เหลือเวลาอีก ๕ ปี ประเทศไทยควรเปลี่ยนอะไรและร่วมมือกันอย่างไร"** ร่วมแลกเปลี่ยนประเด็นการเปลี่ยนแปลงที่จำเป็นและแนวทางความร่วมมือในช่วง ๕ ปีสุดท้าย รวมถึงมุมมองต่อทิศทางการขับเคลื่อน SDGs หลังปี พ.ศ. ๒๕๗๓

ในช่วงท้ายของเวที รองศาสตราจารย์ ดร.ปัทมาวดี โพชนุกูล ประธานกรรมการวิชาการเพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนการพัฒนาที่ยั่งยืนระดับพื้นที่ ได้กล่าวปิดการประชุม พร้อมสรุปทิศทางเชิงยุทธศาสตร์ในการขับเคลื่อน SDGs ในอนาคต

นอกจากนี้ ภายในงานยังมีการจัดบูธนิทรรศการเพื่อเผยแพร่ผลลัพธ์จากการขับเคลื่อน SDGs ที่เป็นรูปธรรม จากหน่วยงานเจ้าภาพร่วม พื้นที่เรียนรู้ SDGs และพื้นที่วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมงานได้เรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ผ่านตัวอย่างการดำเนินงานจริงทั้งในระดับหน่วยงาน ชุมชน และการศึกษาวิจัย









ผลลัพธ์และบทเรียนที่ได้รับ

TSDF2026 มีผู้เข้าร่วมเวทีกว่า ๒๐๐ คน ประกอบด้วย ผู้แทนจากหน่วยงานภาครัฐ ภาควิชาการ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม ผู้ทรงคุณวุฒิ เครือข่ายเยาวชน และตัวแทนจากพื้นที่เรียนรู้ SDGs รวมถึงประชาชนที่สนใจการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยผู้เข้าร่วมได้ร่วมรับฟังและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในเวทีเสวนาทั้ง ๓ ช่วง พร้อมทั้งเยี่ยมชมบูธนิทรรศการที่สะท้อนประสบการณ์และตัวอย่างการดำเนินงานด้านการพัฒนาที่ยั่งยืนในบริบทชุมชนที่หลากหลาย

ทั้งนี้ การแลกเปลี่ยนดังกล่าวได้เปิดโอกาสให้หน่วยงานและภาคีเครือข่ายได้เรียนรู้จากประสบการณ์ที่หลากหลาย มองเห็นข้อจำกัดและประเด็นที่ต้องเร่งดำเนินการร่วมกัน ตลอดจนใช้ข้อมูลและข้อคิดเห็นที่ได้รับเป็นส่วนประกอบในการพิจารณาแนวทางเร่งรัดการขับเคลื่อน SDGs ของประเทศไทยในช่วงเวลาที่เหลือก่อนปี พ.ศ. ๒๕๗๓ รวมถึงการเตรียมความพร้อมสำหรับระยะหลังปี พ.ศ. ๒๕๗๓ ต่อไป



หน่วยงานผู้จัด

- มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP Foundation)

หน่วยงานเจ้าภาพร่วม

- สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.)
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

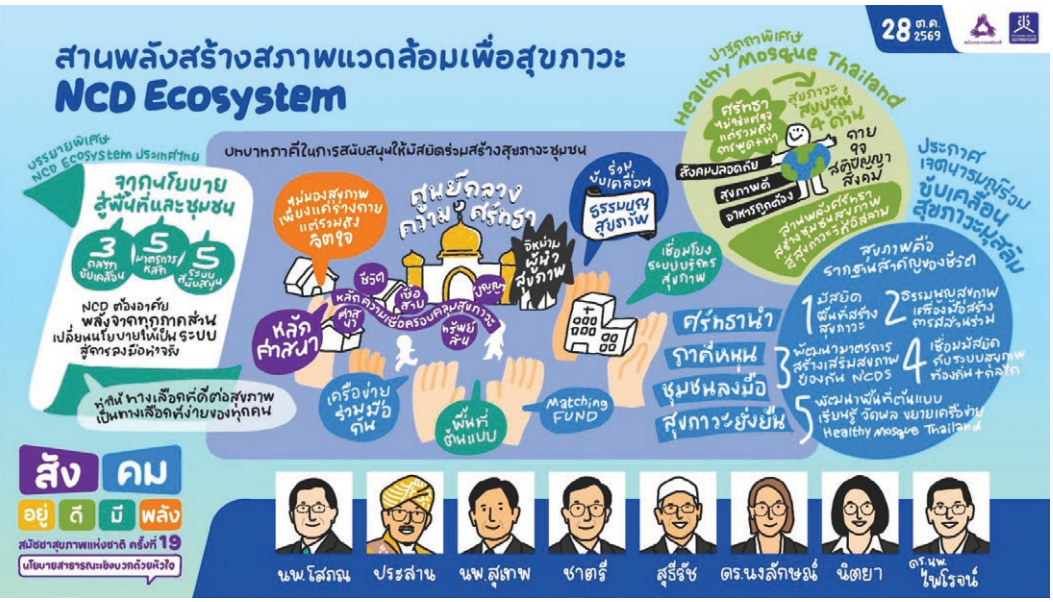
หน่วยงานร่วมจัด

- มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
- จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- มหาวิทยาลัยมหิดล
- วิทยาลัยพัฒนศาสตร์ป๋วย อึ๊งภากรณ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- ศูนย์วิจัยและสนับสนุนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.)
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
- สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.)
- อาศรมวงศ์สนิท

การสานพลังสร้างสภาพแวดล้อมเพื่อสุขภาวะ (NCD Ecosystem) และประกาศเจตนารมณ์ร่วมขับเคลื่อนสุขภาวะมุสลิม







๑. สาระสำคัญและเป้าหมาย

ยกระดับนโยบาย NCD Ecosystem จากมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ ๑๘ สิงหาคม ๒๕๖๙ สู่การปฏิบัติจริงในชุมชน ผ่านกรอบ ๓:๕:๕ โดยเปลี่ยนจากการมุ่งปรับพฤติกรรมรายบุคคลสู่การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ เชื่อมภาคสุขภาพกับองค์กรศาสนา ท้องถิ่น และภาคประชาชน ใช้ “พลังศรัทธาและทุนทางสังคม” ยกระดับมัสยิดเป็นศูนย์กลางสุขภาวะชุมชน ภายใต้แนวคิด “ศรัทธานำสุขภาพ ชุมชนสร้างการเปลี่ยนแปลง”

๒. ผลสำคัญจากเวที

- สร้างความเข้าใจและความร่วมมือ ๖ ภาคีหลัก ได้แก่ องค์กรศาสนา สช. สสส. สปสช. กรมควบคุมโรค และสมาคม อบจ. ร่วมขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติ ผ่านธรรมนูญสุขภาพมัสยิด ระบบบริการสุขภาพ และกลไกงบประมาณท้องถิ่น
- ประกาศเจตนารมณ์ร่วม Healthy Mosque Thailand ภายใต้แนวคิด “สานพลังศรัทธา สร้างชุมชนสุขภาพ สู่สุขภาวะวิถีมุสลิม” มุ่งใช้หลักศาสนาส่งเสริมสุขภาพ พัฒนามัสยิดเป็นศูนย์กลางสุขภาวะ ลดปัจจัยเสี่ยง NCDs บูรณาการทรัพยากร และสร้างเครือข่ายมัสยิดต้นแบบทั่วประเทศ
- มีต้นทุนพื้นที่พร้อมขยายผล จังหวัดสตูลนำร่องธรรมนูญสุขภาพมัสยิด ๕๐ แห่ง ขณะที่กรมควบคุมโรครายงานมัสยิดส่งเสริมสุขภาพ ๕๔๙ แห่ง และอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำมัสยิด ๑๖๙ คน

๓. ข้อสรุปและทิศทางขับเคลื่อน ปี ๒๕๗๐

มุ่งขยายผล Healthy Mosque Thailand ผ่านกลไก ๓ ประสาน “มัสยิด–หน่วยบริการสุขภาพ–อปท.” โดยส่งเสริมธรรมนูญสุขภาพมัสยิดและมาตรการลดปัจจัยเสี่ยง NCDs เชื่อมแผนพัฒนาท้องถิ่นและกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น (กปท.) พร้อมพัฒนาแผนปฏิบัติการร่วมระดับชาติ กำหนดพื้นที่ต้นแบบ ตัวชี้วัด และระบบติดตามผล เพื่อขยายเครือข่ายอย่างยั่งยืน

๔. ข้อเสนอสำหรับผู้บริหาร

สนับสนุนให้ สช. ประสานภาคีจัดทำแผนปฏิบัติการร่วม Healthy Mosque Thailand ปี ๒๕๗๐ เชื่อมธรรมนูญสุขภาพมัสยิดกับระบบสุขภาพปฐมภูมิ แผนท้องถิ่น และกองทุน กปท. เพื่อให้เกิดการดำเนินงานจริงและขยายผลระดับประเทศ

.....

“ศรัทธานำสุขภาพ ชุมชนสร้างการเปลี่ยนแปลง”

.....

เสริมพลังท้องถิ่นด้วยการขับเคลื่อน มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ







๑. สาระสำคัญและเป้าหมาย

เวทีมุ่งยกระดับการขับเคลื่อน มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ๔๙ มติที่เกี่ยวข้องกับท้องถิ่น สู่การปฏิบัติจริง โดยเสริมบทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ให้เป็นเจ้าภาพหลักในการเชื่อมนโยบาย ทรัพยากร และการมีส่วนร่วมของประชาชน เพื่อสร้างสุขภาวะที่สอดคล้องกับปัญหาและบริบทของแต่ละพื้นที่

๒. ผลสำคัญจากเวที

- ชุมชนเป็นศูนย์กลางแก้ปัญหายาเสพติด: ใช้พลังผู้นำชุมชนและศาสนา เชื่อมการป้องกัน บำบัดฟื้นฟู และคืนคนสู่สังคม ผ่านกระบวนการ CBTx โดยภาครัฐและ สปสช. สนับสนุนบริกา รและทรัพยากร
- สุขภาวะเด็กปฐมวัย: ส่งเสริมการดูแลแม่และเด็กในช่วง ๒,๕๐๐ วันแรก ผ่านทีมเด็กและครอบครัว (CFT) และกลไกท้องถิ่น เชื่อมระบบเฝ้าระวังโภชนาการ นมแม่ และพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง
- ที่อยู่อาศัยและเมืองสุขภาวะ: ส่งเสริมให้ชุมชนร่วมจัดการที่อยู่อาศัย สภาพแวดล้อม และระบบอาหารชุมชน โดยใช้ข้อมูลและกลไกท้องถิ่นสนับสนุนการตัดสินใจและการจัดสรรทรัพยากร

๓. ข้อสรุปและทิศทางการดำเนินงาน

มุ่งเปลี่ยนจาก “การขับเคลื่อนมติจากส่วนกลาง” สู่ “การสร้างนโยบายและลงมือทำโดยท้องถิ่นและชุมชน” ผ่าน ๔ แนวทาง ได้แก่ (๑) สร้างการมีส่วนร่วมและความเป็นเจ้าของนโยบายของประชาชน (๒) ให้ อปท. เป็นเจ้าภาพเชื่อมภาคีและทรัพยากร (๓) ออกแบบมาตรการให้เหมาะกับบริบทพื้นที่ และ (๔) พัฒนาช่องทางเชื่อมข้อเสนอจากพื้นที่สู่นโยบายระดับชาติอย่างเข้าถึงง่ายและหลากหลาย

……

“เปลี่ยนมติสมัชชาสุขภาพให้เป็นพลังท้องถิ่น เชื่อมการมีส่วนร่วม ทรัพยากร และการตัดสินใจ สู่การสร้างสุขภาวะที่ประชาชนร่วมกำหนดและลงมือทำได้จริง”

……

การพัฒนาระบบคุ้มครองกลุ่มเสี่ยงผู้สูงอายุที่จะเสียชีวิตอย่างโดดเดี่ยวของประเทศไทย







๑. สาระสำคัญและเป้าหมาย

ประเทศไทยเผชิญความเสี่ยงที่ผู้สูงอายุใช้ชีวิตอยู่และเสียชีวิตอย่างโดดเดี่ยวเพิ่มขึ้น จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร ครอบครัว และสังคม จึงจำเป็นต้องพัฒนาระบบคุ้มครองผู้สูงอายุเชิงรุกแบบบูรณาการครอบคลุมทั้งการป้องกัน การคุ้มครอง และการดูแลระยะท้าย โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ท้องถิ่นเป็นกลไกหลัก เชื่อมความร่วมมือทุกภาคส่วน เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่ถูกทอดทิ้ง และจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี

๒. ประเด็นสำคัญจากเวที

- บทเรียนพื้นที่: เทศบาลเมืองบึงยี่โถใช้แนวทาง “๓ ค: ค้นหา คุ้มครอง เคียงข้าง” เชื่อมฐานข้อมูลระบบสุขภาพ กู้ภัย และกิจกรรมทางสังคม ขณะที่เครือข่ายกู้ชีพบัวเพชรเน้นบทบาทชุมชน เพื่อนบ้าน และ อสม. ในการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง
- ช่องว่างสำคัญ: ฐานข้อมูลและระบบส่งต่อระหว่างหน่วยงานยังแยกส่วน ขาดการประสานงานและทรัพยากรสนับสนุนที่เพียงพอ
- ข้อเสนอเชิงนโยบาย: พัฒนาฐานข้อมูลกลาง ระบบค้นหาและเฝ้าระวังเชิงรุก ช่องทางแจ้งเหตุและส่งต่อความช่วยเหลือ สนับสนุนงบประมาณ บุคลากรผู้ดูแล และมาตรการด้านกฎหมาย

๓. ข้อสรุปและทิศทางการดำเนินงาน

มุ่งพัฒนาระบบคุ้มครองผู้สูงอายุ ๓ ด้าน ได้แก่ (๑) Prevention ค้นหา คัดกรอง เฝ้าระวัง (๒) Protection คุ้มครอง ดูแลและส่งต่อ และ (๓) End-of-Life Care ดูแลระยะท้ายอย่างมีศักดิ์ศรี โดยบูรณาการภาคสุขภาพ พม. อปท. และภาคประชาชน เพื่อเปลี่ยนจากการทำงานแยกส่วนสู่ระบบดูแลร่วมกันอย่างต่อเนื่องและทั่วถึง

.....

“เปลี่ยนจากการช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุ สู่ระบบป้องกันเชิงรุกที่เชื่อมโยงทุกภาคส่วน เพื่อไม่ให้ผู้สูงอายุคนใดถูกทอดทิ้งหรือตกหล่นจากระบบการดูแล”

.....

การเตรียมความพร้อมระบบการจัดการภัยพิบัติ







๑. สาระสำคัญและเป้าหมาย

เวทีมุ่งเปลี่ยนแนวคิดการจัดการภัยพิบัติจาก “ตั้งรับและเยียวยา (Reactive)” สู่ “การป้องกันและจัดการความเสี่ยงเชิงรุก (Proactive)” โดยใช้บทเรียนภัยพิบัติที่ผ่านมาเพื่อพัฒนาระบบเตือนภัย การเตรียมพร้อมรับมือและการฟื้นฟู พร้อมเสริมศักยภาพท้องถิ่นและชุมชนให้สามารถจัดการความเสี่ยงได้ด้วยตนเองอย่างยั่งยืน

๒. ผลสำคัญจากเวที

- ชุมชนเป็นฐานจัดการภัยพิบัติ (CBDRM): ส่งเสริมแผนรับมือภัยพิบัติระดับชุมชน ทีมปฏิบัติการ ระบบเตือนภัย และการเตรียมอุปกรณ์ฉุกเฉิน โดยใช้กลไกกฎหมายและท้องถิ่นสนับสนุน
- ระบบสาธารณสุขพร้อมรับวิกฤต: ใช้กรอบ ๒P๒R (ป้องกัน–เตรียมพร้อม–ตอบโต้–ฟื้นฟู) พัฒนาโรงพยาบาลรองรับภัยพิบัติ (DBH) และแผนบริการต่อเนื่อง โดยเน้นวัดผลจากการลดความสูญเสียและการรักษาชีวิตประชาชน
- บทเรียนอุทกภัย ๖ พื้นที่: พบช่องว่างด้านการเตือนภัย ฐานข้อมูล การประสานงาน กฎหมาย และงบประมาณ เสนอ ๓ แนวทางหลัก ได้แก่ ข้อมูลเชื่อมโยงอัจฉริยะ ชุมชนจัดการตนเอง และการฟื้นฟูให้ดีกว่าเดิม (Build Back Better)

๓. ข้อสรุปและทิศทางการดำเนินงาน

มุ่งพัฒนาระบบจัดการภัยพิบัติที่ “ชุมชนเป็นแกนหลัก ท้องถิ่นเป็นเจ้าภาพ และทุกภาคส่วนร่วมสนับสนุน” โดยเชื่อมข้อมูล แผนงาน ระบบเตือนภัย และทรัพยากรร่วมกัน พร้อมผลักดันการปรับปรุงกฎหมายและกลไกงบประมาณที่เอื้อต่อการป้องกันและลดความเสี่ยงล่วงหน้า รวมถึงพัฒนาระบบติดตามผลที่สะท้อนการลดความสูญเสียของประชาชนอย่างเป็นรูปธรรม

.....

“ชุมชนต้องพร้อมรับมือ ท้องถิ่นต้องพร้อมจัดการ ระบบสุขภาพต้องพร้อมดูแล”

.....

“สานพลังท้องถิ่น สร้างเด็กไทยคุณภาพ” จากสุขภาพช่องปากสู่สุขภาวะเด็กปฐมวัย







๑. สาระสำคัญและเป้าหมาย

เวทีมุ่งยกระดับการพัฒนาเด็กปฐมวัยจาก “การดูแลสุขภาพช่องปาก” สู่ “การสร้างสุขภาวะเด็กแบบองค์รวม” ครอบคลุมสุขภาพ พัฒนาการ การเรียนรู้ และความปลอดภัย โดยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เป็นเจ้าภาพหลัก เชื่อมความร่วมมือระหว่างครู ผู้ปกครอง หน่วยบริการสุขภาพ และชุมชน เพื่อพัฒนาระบบดูแลเด็กที่มีคุณภาพและต่อเนื่อง

๒. ผลสำคัญจากเวที

- สถานการณ์เด็กปฐมวัย: ผลสำรวจเบื้องต้นในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ๓๖ แห่ง จาก ๕ จังหวัด พบปัญหาฟันผุ ๖๙.๔% พัฒนาการล่าช้า ๕๘.๓% และการใช้หน้าจอมากเกินไป ๔๑.๗% สะท้อนความจำเป็นในการพัฒนาระบบดูแลเด็กแบบบูรณาการ
- การเรียนรู้แบบองค์รวม (๓H): ใช้ Head–Hands–Heart พัฒนาเด็กผ่านกิจวัตรและการลงมือปฏิบัติจริง เพื่อสร้างพฤติกรรมสุขภาพ ทักษะชีวิต และสมรรถนะในการดูแลตนเอง
- บทเรียนท้องถิ่นต้นแบบ: อบต.หนองงูเหลือม จ.นครปฐม ส่งเสริมการแปรงฟันเป็นกิจวัตรผ่านความร่วมมือระหว่างครูและผู้ปกครอง ขณะที่เทศบาลตำบลโกสุมพิสัย จ.มหาสารคาม บูรณาการงบประมาณและภาคีเพื่อดูแลเด็กทั้งด้านสุขภาพ โภชนาการ การเรียนรู้ และความปลอดภัย

๓. ข้อสรุปและทิศทางการดำเนินงาน

เวทีเสนอแนวทางขับเคลื่อนปี ๒๕๗๐ และแผนสานพลังปี ๒๕๗๐–๒๕๗๑ ใน ๓ ประเด็นสำคัญ ได้แก่

- เจ้าภาพและเป้าหมายร่วม: ยกระดับ อปท. จากผู้ดูแลศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสู่ผู้จัดการระบบสุขภาวะเด็กในพื้นที่ เชื่อมเป้าหมายกับแผนพัฒนาท้องถิ่น
- ข้อมูลและทรัพยากรร่วม: พัฒนาระบบ One Data/One Child One Record เชื่อมข้อมูลสุขภาพ พัฒนาการ และการศึกษา บูรณาการแผนงานและงบประมาณ
- ติดตามผลลัพธ์ที่เกิดกับเด็กจริง: เปลี่ยนจากการนับกิจกรรมสู่การวัดพฤติกรรมสุขภาพ พัฒนาการ และสมรรถนะการดูแลตนเองของเด็กอย่างต่อเนื่อง

……..

“ท้องถิ่นเป็นเจ้าภาพ ทุกภาคส่วนร่วมสร้างเด็กไทยเติบโตอย่างมีคุณภาพ”

……..

Connecting Power: เชื่อมคน เชื่อมงาน เชื่อมนโยบายสุขภาวะไทย







๑. สาระสำคัญและเป้าหมาย

เวทีมุ่งเชื่อมโยงเครือข่ายนักสานพลัง คนส. นนส. และ คศน. รวมถึงภาคีหลากหลายภาคส่วน เพื่อแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ ประสบการณ์ และทรัพยากร ต่อยอดสู่ความร่วมมือขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาวะ ภายใต้แนวคิด “สานพลัง (Synergy) เปลี่ยนความหลากหลายเป็นพลังสร้างการเปลี่ยนแปลง” โดยมี สช. เป็นพื้นที่กลางเชื่อมประสานเครือข่าย

๒. ผลสำคัญจากเวที

- เพิ่มทุนทางสังคมและศักยภาพเครือข่าย เชื่อมโยงคนทำงานข้ามหน่วยงาน วิชาชีพ พื้นที่ และรุ่น ในการสร้างโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้และพัฒนาความร่วมมือ
- ใช้เทคโนโลยีผ่านแอปพลิเคชัน คนส. Connects เชื่อมคนสู่การลงมือทำ มีผู้ใช้งาน ๑๘๐ คน เกิดการเชื่อมโยง ๒๑๓ คู่ พัฒนา ๓ ไอเดีย และนัดหมายร่วมดำเนินงาน ๔๕ ครั้ง
- ความท้าทายสำคัญ คือการเปลี่ยนจากการสร้างความสัมพันธ์และรู้จักกัน ไปสู่การร่วมคิด ร่วมทำ และขับเคลื่อนงานให้เกิดผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง

๓. ข้อสรุปและทิศทางการดำเนินงาน

ยกระดับ คนส. Connects เป็นกลไกเชื่อมเครือข่ายสู่ความร่วมมือเชิงปฏิบัติ ส่งเสริมการจับคู่ภาคีและพัฒนาแผนงานร่วมกัน สร้างพื้นที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้ามรุ่นและภูมิภาค ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและ AI สนับสนุนการจัดการความรู้ พร้อมเชื่อมข้อเสนอของเครือข่ายสู่การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาวะในระดับพื้นที่และประเทศ

……..

“จาก “เครือข่ายความสัมพันธ์” สู่ “เครือข่ายลงมือทำ” โดยใช้พลังคน ความรู้ เทคโนโลยีและทุนทางสังคม ขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาวะอย่างยั่งยืน”

……..

“The Secret Sauce of Social Participation: From Local Success to Global Impact” สูตรลับแห่งการมีส่วนร่วม: ปรุงพลังจากพื้นที่ สู่การเปลี่ยนแปลงระดับโลก







๑. สาระสำคัญและเป้าหมาย

เวทีมุ่งแลกเปลี่ยนบทเรียนการมีส่วนร่วมทางสังคมจากประเทศไทย ประเทศอินเดีย และธรรมนูญสุขภาวะคนข้ามเพศ เพื่อค้นหาปัจจัยความสำเร็จและแนวทางขยายผลสู่ระดับนานาชาติ สนับสนุนมติสมัชชาอนามัยโลก WHA77.2 ว่าด้วยการมีส่วนร่วมทางสังคมเพื่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สุขภาพ และสุขภาวะ โดยเน้นเปลี่ยนจาก “การรับฟังความคิดเห็น” สู่ “การให้ประชาชนมีอำนาจร่วมกำหนด ตัดสินใจ และขับเคลื่อนนโยบาย”

๒. ผลสำคัญจากเวที

- บทเรียน ๓ พื้นที่ต้นแบบ: จังหวัดกระบี่ใช้ทุนทางสังคมเชื่อมข้อเสนอพื้นที่สู่นโยบายชาติ รัฐทมิฬนาฑู ประเทศอินเดีย ใช้สมัชชาสุขภาพระดับเขตพัฒนาบริการตามความต้องการประชาชน และธรรมนูญสุขภาวะคนข้ามเพศของไทยเปิดพื้นที่ให้ผู้ได้รับผลกระทบมีบทบาทนำในการกำหนดนโยบาย
- ปัจจัยความสำเร็จ: ต้องมีความไว้วางใจ เครือข่ายชุมชน กลไกเชิงสถาบัน กฎหมาย งบประมาณ และการมีส่วนร่วมที่เป็นธรรม โดยเฉพาะการเปิดโอกาสให้กลุ่มเปราะบางมีอำนาจร่วมตัดสินใจ
- การขยายผล ๓ มิติ: Scaling Up ยกระดับสู่นโยบายชาติ, Scaling Out ขยายสู่พื้นที่อื่น และ Scaling Deep เปลี่ยนค่านิยมและความสัมพันธ์เชิงอำนาจ โดยปรับให้เหมาะกับบริบท ไม่ใช่คัดลอกต้นแบบ

๓. ข้อสรุปและทิศทางการดำเนินงาน

มุ่งพัฒนาการมีส่วนร่วมทางสังคมให้เป็น “กลไกถาวรตลอดวงจรนโยบาย” ตั้งแต่กำหนดปัญหา ร่วมตัดสินใจ จัดสรรทรัพยากร ดำเนินงาน และติดตามผล พร้อมสร้างหลักประกันด้านกฎหมายและงบประมาณ ลดอุปสรรคการมีส่วนร่วมของกลุ่มเปราะบาง และเชื่อมความร่วมมือระดับนานาชาติ โดย สช. อยู่ระหว่างประสานองค์การอนามัยโลกเพื่อจัดตั้ง WHO Collaborating Centre on Social Participation ในประเทศไทย

.....

“จากเสียงประชาชนในพื้นที่
สู่พลังเปลี่ยนแปลงนโยบายระดับโลก”

.....

เวทีร่วมออกแบบประเทศไทย: Blueprint ระบบนโยบายที่ประชาชนมีส่วนร่วม







๑. สาระสำคัญและเป้าหมาย

เวทีมุ่งยกระดับบทบาท ภาคประชาสังคมจาก “ผู้รับการสนับสนุน” สู่ “หุ้นส่วนการพัฒนาที่เท่าเทียม” โดยแลกเปลี่ยนประสบการณ์จริง วิเคราะห์ข้อจำกัดเชิงโครงสร้าง และร่วมออกแบบระบบนโยบายสาธารณะที่เปิดโอกาสให้ประชาชนและภาคประชาสังคมมีอำนาจร่วมกำหนดทิศทาง ตัดสินใจ และขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืน

๒. ผลสำคัญจากเวที

เวทีสังเคราะห์ปัจจัยสำคัญในการสร้างระบบความร่วมมือ ๕ ด้าน ได้แก่

- หุ้นส่วนที่เท่าเทียม (Equal Partnership): ร่วมคิด ออกแบบ ตัดสินใจ และรับผิดชอบต่อผลลัพธ์ตั้งแต่ต้น
- ความไว้วางใจและเป้าหมายร่วม (Trust & Shared Goals): สร้างความเชื่อมั่น เคารพความแตกต่าง และทำงานอย่างโปร่งใส
- ปลดล็อกกฎระเบียบ: ปรับกฎหมาย ระบบงบประมาณ และขั้นตอนรายงานให้ยืดหยุ่นและเอื้อต่อการทำงานจริง
- เงินทุนยั่งยืนและร่วมรับความเสี่ยง: พัฒนากลไกทุนระยะยาว ลดภาระบริหาร และแบ่งปันความเสี่ยงระหว่างภาคี
- การพัฒนาที่นำโดยท้องถิ่น (Locally-Led Development): กระจายอำนาจและทรัพยากรให้ชุมชนเป็นเจ้าของและจัดการการพัฒนาด้วยตนเอง

๓. ข้อสรุปและทิศทางการดำเนินงาน

มุ่งเปลี่ยนความสัมพันธ์จาก “ผู้ให้ทุน–ผู้รับทุน” สู่ “หุ้นส่วนร่วมพัฒนา” โดยปรับโครงสร้างอำนาจ กติกา และกลไกสนับสนุนให้ภาคประชาสังคมมีบทบาทตลอดกระบวนการนโยบาย ตั้งแต่กำหนดปัญหา ออกแบบแนวทาง จัดสรรทรัพยากร ดำเนินงาน และติดตามผล พร้อมส่งเสริมการกระจายอำนาจและสร้างระบบทุนที่ยืดหยุ่น เพื่อให้การพัฒนาตอบโจทย์พื้นที่และเกิดความยั่งยืน

.....

“ภาคประชาสังคมไม่ใช่เพียงผู้รับทุน
แต่คือหุ้นส่วนร่วมกำหนดอนาคตประเทศ”

.....

Youth Voice, Network Power, Policy Change
เสียงเยาวชน พลังเครือข่ายสู่การเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบาย







๑. สาระสำคัญและเป้าหมาย

เวทีรวมพลังเยาวชน ๙๔ คน จาก ๑๙ องค์กรเครือข่าย ร่วมกับภาคีด้านสุขภาวะ เพื่อสะท้อนปัญหา แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และร่วมออกแบบข้อเสนอเชิงนโยบาย โดยมุ่งยกระดับบทบาทเยาวชนจาก "ผู้รับผลกระทบ" สู่ "ผู้ร่วมกำหนดนโยบาย" ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมและการสร้างเครือข่ายความร่วมมือ

๒. ผลสำคัญจากเวที

- พลังเยาวชนสร้างสรรค์สื่อ: นำเสนอนวัตกรรมรณรงค์ปลอดนิโคตินและบุหรี่ไฟฟ้า ๖ ทีม พร้อมสะท้อนกลยุทธ์การตลาดที่เข้าถึงเด็กและเยาวชน
- ธรรมนูญสุขภาพสถานศึกษา: ส่งเสริมการเปลี่ยนจากข้อสั่งการสู่การสร้างกติกาสุขภาวะร่วมกันระหว่างเยาวชน ครู และสถานศึกษา
- สุขภาวะดิจิทัล: เชื่อมเครือข่าย T-DiWELL เพื่อส่งเสริมการรู้เท่าทันสื่อและ AI รวมถึงการคุ้มครองเด็กในโลกออนไลน์
- ร่วมออกแบบ ๔ วาระนโยบาย: ได้แก่ (๑) สังคมปลอดนิโคตินและบุหรี่ไฟฟ้า (๒) สถานศึกษาสร้างสุขภาวะและป้องกัน NCDs (๓) ธรรมนูญสุขภาพสถานศึกษาและชุมชน และ (๔) สุขภาวะดิจิทัลที่ปลอดภัย

๓. ข้อสรุปและทิศทางการดำเนินงาน

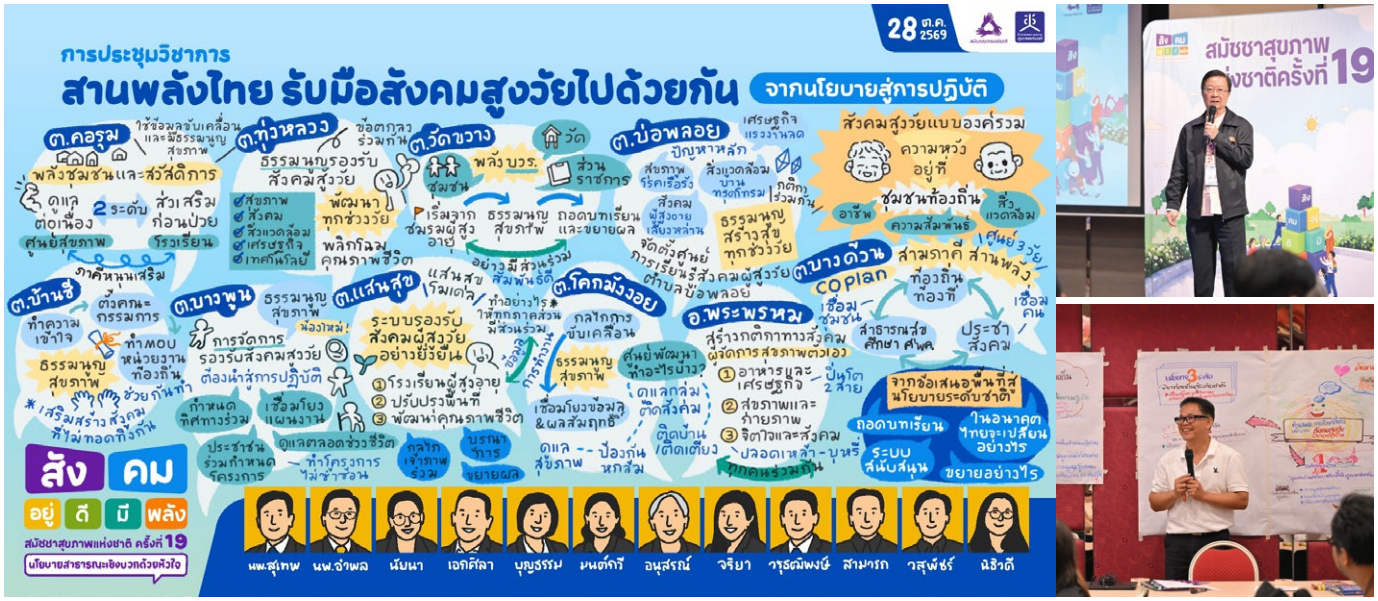
ผลจากเวทีนำไปสู่การจัดทำ จดหมายเปิดผนึกและแถลงการณ์ข้อเสนอเยาวชน ๔ ประเด็น เพื่อสื่อสารต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๙ และผลักดันสู่การพัฒนานโยบาย โดยเชื่อมเครือข่ายเยาวชน สถานศึกษา หน่วยงานภาครัฐ และภาคีสุขภาวะ ให้เยาวชนมีส่วนร่วมตั้งแต่การกำหนดปัญหา ออกแบบมาตรการ จนถึงการขับเคลื่อนและติดตามผลในพื้นที่

.....

"เยาวชนไม่ใช่เพียงผู้รับผลกระทบ
แต่เป็นพลังร่วมกำหนดอนาคตสุขภาวะไทย"

.....

สานพลังไทย รับมือสังคมสูงวัยไปด้วยกัน จากนโยบายสู่การปฏิบัติ



๑. สรุปเนื้อหาสำคัญ

วิกฤตโครงสร้างประชากร ทำให้สังคมไทยเปลี่ยนผ่านสู่สภาวะ “เกิดน้อย อายุยืน” รวมถึงปัญหาขาดแคลนแรงงานและระบบโครงสร้างประเทศที่พัฒนาตามไม่ทัน การเตรียมรับมือสังคมสูงวัยต้องมองภาพใหญ่เชิงระบบองค์รวม ครอบคลุมทั้งมิติเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพ สิ่งแวดล้อม และการพัฒนาคนทุกช่วงวัย ซึ่งระบบชุมชนท้องถิ่นและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) คือฐานความหวังและจุดแข็งสำคัญในการขับเคลื่อนระบบรองรับสังคมสูงวัยให้เกิดผลสัมฤทธิ์จริง

“๑๐ พื้นที่รูปธรรม สู่นโยบายระดับชาติ” ประกอบด้วย ๔ ยุทธศาสตร์สำคัญ ได้แก่ (๑) การใช้ข้อมูลและเทคโนโลยีขับเคลื่อน (๒) กติกาสังคมและธรรมนูญสุขภาพ (๓) การพัฒนาทุนมนุษย์ตลอดช่วงชีวิต และ (๔) ระบบสุขภาพเชิงรุกและการดูแลระยะยาว

๒. ข้อเสนอเชิงนโยบายระดับชาติ

- **ยกระดับ อปท. เป็นเจ้าภาพเชิงระบบ** โดยเป็นแกนกลางเชื่อมประสานระบบสุขภาพ สังคม และพลังชุมชนร่วมกับภาครัฐและเอกชน
- **บูรณาการงบประมาณ ข้อมูล และบุคลากร** ปรับเปลี่ยนระบบงบประมาณจากการแยกตามภารกิจมาเป็นการงบประมาณร่วม (Joint Budgeting) และพัฒนาระบบข้อมูลเชื่อมโยงเพื่อลดความซ้ำซ้อน
- **ขยายผลธรรมนูญสุขภาพและนวัตกรรม** สนับสนุนการถอดบทเรียนพื้นที่ต้นแบบเพื่อขยายผลเชิงนโยบายระดับชาติ พร้อมจัดสรรงบประมาณยืดหยุ่นในการปรับสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัยให้ปลอดภัยแก่ผู้สูงอายุ

.....

“ความสำเร็จของการรับมือสังคมสูงวัย ต้องอาศัยการสานพลังของทุกภาคส่วน โดยมีระบบชุมชนท้องถิ่นเป็นฐานรากสำคัญในการผ่องถ่ายภาระงบประมาณและสร้างระบบสุขภาวะที่ยั่งยืนสำหรับคนทุกช่วงวัย”

.....

การสร้างฉากทัศน์และพัฒนาข้อเสนอนโยบายรองรับสังคมสูงวัยระดับสุดยอดของประเทศไทย







๑. สาระสำคัญและเป้าหมาย

เวทีมุ่งเตรียมประเทศไทยรับมือ “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด” ในช่วงปี ๒๐๓๕ โดยใช้กระบวนการคาดการณ์อนาคตเชิงยุทธศาสตร์ (Strategic Foresight) เพื่อสร้างฉากทัศน์อนาคตและพัฒนาข้อเสนอนโยบายรองรับการเปลี่ยนผ่านโครงสร้างประชากรอย่างเป็นระบบ ผ่านความร่วมมือของ สวรส. สอวช. และ สช. โดยคาดว่าจะจัดทำข้อเสนอแล้วเสร็จต้นปี ๒๕๗๐

๒. ผลสำคัญจากเวที

- ความท้าทายเชิงโครงสร้าง: ประชากรลดลงและสูงวัยเพิ่มขึ้น ส่งผลต่อกำลังแรงงาน เศรษฐกิจ ความมั่นคง ระบบประกันสังคม และความต้องการผู้ดูแล
- เปลี่ยนวิกฤตเป็นโอกาส: ยกระดับทักษะแรงงานทุกวัย ใช้เทคโนโลยี AI และระบบอัตโนมัติ เพิ่มผลิตภาพ พร้อมลงทุนด้านการป้องกันโรค ระบบดูแลใกล้บ้าน และเศรษฐกิจที่รองรับสังคมสูงวัย
- พัฒนาสภาพแวดล้อมรองรับทุกวัย: ออกแบบเมืองที่อยู่อาศัย การเดินทาง และระบบดิจิทัลให้เข้าถึงได้อย่างเท่าเทียม พร้อมส่งเสริมเครือข่ายเมืองหลายศูนย์กลาง
- ท้องถิ่นเป็นกลไกขับเคลื่อน: ใช้ “จตุพลัง” ได้แก่ ท้องถิ่น ท้องที่ ราชการ และชุมชน เชื่อมการดำเนินงานตั้งแต่ตำบลถึงจังหวัด โดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง

๓. ข้อสรุปและทิศทางการดำเนินงาน

มุ่งเปลี่ยนจาก “การตั้งรับสังคมสูงวัย” สู่ “การออกแบบอนาคตประเทศไทยสำหรับคนทุกวัย” โดยนำฉากทัศน์อนาคตมาพัฒนานโยบายระดับชาติที่เชื่อมสู่การปฏิบัติในพื้นที่ พร้อมสนับสนุนงบประมาณท้องถิ่น ปรับกฎระเบียบที่เป็นอุปสรรค พัฒนาระบบข้อมูล ทีมพี่เลี้ยง และเครือข่ายเรียนรู้ เพื่อสร้างระบบเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพที่รองรับการเปลี่ยนแปลงประชากรอย่างยั่งยืน

.....

“เปลี่ยนโครงสร้างประชากรที่ท้าทาย ให้เป็นโอกาสในการออกแบบเศรษฐกิจและสังคมใหม่”

.....

Geopolitics, International Trade and Health Conference 2026 (GITH Conference 2026)
ภูมิรัฐศาสตร์ การค้าระหว่างประเทศ และสุขภาพ ประจำปี ๒๕๖๙







๑. สาระสำคัญและเป้าหมาย

การเปลี่ยนผ่านสู่ระเบียบโลกหลายขั้ว (Multipolar World) และการแข่งขันระหว่างมหาอำนาจ ส่งผลให้ “สุขภาพกลายเป็นสินทรัพย์เชิงยุทธศาสตร์ทางภูมิรัฐศาสตร์” กระทบต่อความมั่นคงทางสุขภาพ การค้า การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ รวมถึงระบบสุขภาพชายแดน ประเทศไทยจึงต้องปรับยุทธศาสตร์จากการตั้งรับสู่การใช้โอกาสในระเบียบโลกใหม่ โดยผสานพลังเศรษฐกิจ การทูต เทคโนโลยี และจุดแข็งด้านสุขภาพ เพื่อสร้างความมั่นคงและเพิ่มอำนาจต่อรองในเวทีโลก

๒. ประเด็นสำคัญจากเวที

- ความเสี่ยงภูมิรัฐศาสตร์: การแข่งขันทางการค้าและสิทธิบัตรยา ความเปราะบางของห่วงโซ่อุปทานการขาดแคลนยาและเวชภัณฑ์ ตลอดจนความขัดแย้งชายแดนและการเคลื่อนย้ายประชากร ส่งผลต่อระบบบริการสุขภาพไทย
- บทบาทประเทศไทย: ใช้ยุทธศาสตร์ Smart Power และบทบาทประเทศอำนาจขนาดกลาง (Middle Power) สร้างพันธมิตรอาเซียนและ Global South โดยใช้จุดแข็งด้านหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UHC) นวัตกรรม และทุนวัฒนธรรม เพิ่มอำนาจต่อรองและบทบาทกำหนดวาระสุขภาพโลก
- ข้อเสนอเชิงนโยบาย: บูรณาการการทูตสุขภาพข้ามกระทรวง (Health Diplomacy in All Policies) ส่งเสริมการผลิตยาและนวัตกรรมในประเทศ ปรับระบบจัดซื้อจัดจ้างและการลงทุนภาครัฐ พัฒนาความมั่นคงสุขภาพชายแดนควบคู่หลักมนุษยธรรม (Control & Care) และใช้กลไก GITHS วิเคราะห์ความเสี่ยงและเสนอเชิงรุก

๓. ข้อสรุปและทิศทางการดำเนินงาน

ประเทศไทยควรเปลี่ยนจาก “การรับมือความเสี่ยง” สู่ “การสร้างโอกาสเชิงยุทธศาสตร์” โดยบูรณาการนโยบายสุขภาพ การต่างประเทศ เศรษฐกิจ และความมั่นคง เสริมศักยภาพการพึ่งพาตนเองด้านยาและเวชภัณฑ์ สร้างพันธมิตรระหว่างประเทศ และพัฒนากลไกติดตามสถานการณ์ภูมิรัฐศาสตร์ เพื่อให้ระบบสุขภาพไทยมีความยืดหยุ่น มั่นคง และสามารถรับมือความผันผวนของโลกได้อย่างยั่งยืน

……..

“หัวใจสำคัญ: สุขภาพไม่ใช่เพียงประเด็นสาธารณสุข’ แต่เป็นเครื่องมือเชิงยุทธศาสตร์ที่เชื่อมโยงความมั่นคง เศรษฐกิจ การค้า และการทูตของประเทศ”

……..

สานพลังขับเคลื่อนนโยบายเขตสุขภาพเพื่อประชาชน







๑. สาระสำคัญและเป้าหมาย

เวทีมุ่งยกระดับ คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) ทั้ง ๑๓ เขต ให้เป็นกลไกบูรณาการความร่วมมือระหว่าง ๕ องค์กรหลัก ได้แก่ สช. สธ. สสส. สปสช. และกรุงเทพมหานคร เพื่อเชื่อมโยงนโยบาย ทรัพยากร และภาคีเครือข่ายในการแก้ไขปัญหาสุขภาวะตามบริบทพื้นที่ โดยมุ่งเปลี่ยนจาก “การกำหนดวาระสุขภาพ” สู่ “การลงมือปฏิบัติที่เกิดผลจริงต่อประชาชน”

๒. ผลสำคัญจากเวที

- ผลประเมิน กขป. ปี ๒๕๖๗–๒๕๖๘: พบจุดแข็งในการเป็นพื้นที่กลางเชื่อมภาคีและกำหนดวาระสุขภาพ โดยร้อยละ ๔๙.๖ ของผู้ให้ข้อมูลระบุว่าเกิดความร่วมมือต่อเนื่อง และร้อยละ ๓๘.๔ ระบุว่ามีข้อตกลงหรือแผนปฏิบัติการร่วมที่นำไปดำเนินการได้จริง
- พลังความร่วมมือ ๕ องค์กร: สช. สนับสนุนข้อมูลและเชื่อมวาระพื้นที่สู่นโยบายชาติ สธ. เชื่อมระบบบริการปฐมภูมิ สปสช. สนับสนุนงบประมาณและกลไกท้องถิ่น สสส. หนุนชุมชนและภาคประชาสังคม ส่วนกรุงเทพมหานครเชื่อมการดำเนินงานผ่านกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร
- ความท้าทายสำคัญ: การแปลงมติและข้อเสนอเชิงนโยบายสู่แผนปฏิบัติการ การกำหนดเจ้าภาพ การบูรณาการทรัพยากร และการติดตามผลลัพธ์ที่เกิดกับประชาชนอย่างเป็นรูปธรรม

๓. ข้อสรุปและทิศทางการดำเนินงาน

มุ่งยกระดับ กขป. จาก “เวทีประสานความร่วมมือ” สู่ “กลไกขับเคลื่อนนโยบายเชิงปฏิบัติ” โดยจัดลำดับวาระสุขภาพสำคัญของพื้นที่ กำหนดหน่วยงานเจ้าภาพและแผนงานร่วม เสริมศักยภาพทีมเลขานุการ เชื่อมระบบข้อมูล งบประมาณ และตัวชี้วัดร่วม พร้อมขยายการมีส่วนร่วมของประชาชน เพื่อสร้างผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ลดความเหลื่อมล้ำ และยกระดับคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืน

……..

จากวาระสุขภาพ สู่การลงมือทำ เชื่อมพลัง ๑๓ เขต สร้างผลลัพธ์สุขภาวะที่ประชาชนสัมผัสได้

……..

เปิดตัวธรรมนูญสุขภาวะคนข้ามเพศ ฉบับภาษาอังกฤษ
Official Launch of the English Version of the Transgender Well-being Charter 2026







สรุปเนื้อหาสำคัญ

เวทีเปิดตัวธรรมนูญสุขภาวะคนข้ามเพศ ฉบับภาษาอังกฤษ จัดเมื่อวันที่ ๒๘ ตุลาคม ๒๕๖๙ ในงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๙ เพื่อต่อยอดฉบับภาษาไทยที่ประกาศใช้เมื่อ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๙ ตรงกับวันการมองเห็นคนข้ามเพศสากล” (International Transgender Day of Visibility: TDOV) และขยายการเผยแพร่สู่ต่างประเทศ ธรรมนูญจึงได้ริเริ่มจากหลักคิดให้ผู้ได้รับผลกระทบร่วมออกแบบนโยบายของตนเอง สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เปิดพื้นที่ให้คนข้ามเพศและผู้เกี่ยวข้องสะท้อนปัญหา ร่วมกำหนดความหมายของสุขภาวะและแปลงเป็นข้อตกลงร่วม เนื้อหาหลักคือการยืนยันสิทธิตามหลักสิทธิมนุษยชน พร้อมทิศทางขับเคลื่อนระยะ ๕ ปีใน ๕ ด้าน ได้แก่ การรับรองอัตลักษณ์ทางเพศ ทางกฎหมาย การศึกษา การเข้าถึงบริการสุขภาพ เศรษฐกิจและการจ้างงานที่เป็นธรรม และสวัสดิการรัฐ โดยมีแนวคิดติดตามผลการดำเนินงานฉบับภาษาไทยถูกนำไปต่อยอดภายในประเทศ ส่วนฉบับภาษาอังกฤษช่วยให้ภาคีต่างประเทศ นักวิชาการ และคนข้ามเพศในพื้นที่อื่นได้เรียนรู้กระบวนการพัฒนานโยบายแบบมีส่วนร่วมและแลกเปลี่ยนบทเรียน รวมถึงเชื่อมโยงความร่วมมือระหว่างประเทศ ผู้แปลได้ชี้ถึงความท้าทายของการถ่ายทอดศัพท์ด้านกฎหมายและอัตลักษณ์ทางเพศให้ตรงกับต้นฉบับ

ความสำเร็จสำคัญอยู่ที่การทำให้คนข้ามเพศได้ส่งเสียงถึงสิทธิและความต้องการ และได้รับการรับฟังจากหน่วยงานภาครัฐ จนประเด็นของคนข้ามเพศถูกมองเห็นมากขึ้น ระบบสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการหลากหลายจะช่วยสร้างความเชื่อมั่นให้คนทุกกลุ่ม ทั้งยังเป็นฐานขับเคลื่อนนโยบายต่อไป

……

“การทำนโยบายสาธารณะควรเปิดโอกาสให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้เข้ามามีส่วนร่วมในการออกแบบนโยบายของตนเอง”

……

สายน้ำป่วย ระบบสุขภาพเปลี่ยน: วิกฤตมลพิษข้ามพรมแดน และอนาคตลุ่มน้ำไทย







มุมมองด้านวิชาการและผลกระทบต่อระบบนิเวศ (โดย ผศ.วรางคณา นาคเสน)

วิกฤตการปนเปื้อนข้ามพรมแดน ในแม่น้ำกก สาย รวก โขง และสาละวิน ที่กำลังถูกคุกคามอย่างหนักจากการปนเปื้อนของสารหนูและสารโลหะหนักที่เกินค่ามาตรฐาน ซึ่งเกิดจากต้นทางที่เป็นกิจการเหมืองแร่ข้ามพรมแดน

ก่อให้เกิดความเสี่ยงจาก “การสะสมสารพิษในห่วงโซ่อาหาร” สารพิษเหล่านี้ไม่ได้ไหลตามน้ำแล้วหายไป แต่ถูกดูดซับซึมลงสู่นาข้าว พืชผัก และสะสมอยู่ในสัตว์น้ำ เมื่อชาวบ้านใช้น้ำหรือบริโภคอาหารจากแหล่งนี้ สารโลหะหนักจะเข้าสู่ร่างกายมนุษย์โดยตรง การสะสมในห่วงโซ่อาหารเช่นนี้กำลังทำลายสุขภาวะของคนริมน้ำอย่างเงียบ ๆ และเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังในระยะยาว ในสถาบันการศึกษาได้ร่วมมือกันสนับสนุนการแก้ไขปัญหาตั้งแต่การเสริมศักยภาพชุมชน การทำวิจัยเพื่อให้เห็นผลกระทบที่เกิดขึ้นในทุกมิติของประชาชนที่ได้รับผลกระทบดังกล่าว

มุมมองด้านนโยบาย การเยียวยา และกลไกวุฒิสภา (โดย สว.มณีรัฐ เขมะวงค์)

รัฐต้องเข้ามามีบทบาทในการสร้างหลักประกันทางสุขภาพให้ประชาชนทันทีด้วยการสร้าง “ระบบหลักประกันและชดเชยเยียวยา” ที่ชัดเจน ประชาชนที่เผชิญภัยคุกคามสุขภาพโดยที่ไม่ได้เป็นผู้ก่อ ต้องมีสิทธิได้รับการเฝ้าระวังตรวจสุขภาพ และรักษาอย่างทั่วถึง รวมถึงต้องมีกลไกเยียวยาความเสียหายทางเศรษฐกิจ เรื่องนี้เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างประเทศซึ่งต้องอาศัยการเจรจาระดับรัฐบาล แต่ในฐานะวุฒิสภา เราสามารถใช้กลไกสภาเพื่อเป็นกระบอกเสียงนำข้อเท็จจริงและเสียงสะท้อนจากชุมชนมาตั้งกระทู้ถาม ตรวจสอบ และสร้างแรงกดดันให้ฝ่ายบริหารต้องยกระดับการแก้ปัญหานี้ให้เป็นวาระสำคัญ และนำไปสู่การเจรจาหรือออกมาตรการที่เป็นรูปธรรม

ทางออกและข้อเสนอเพื่ออนาคตลุ่มน้ำไทย

- ยกระดับเป็น “วาระแห่งชาติ” เพื่อให้เกิดการจัดการอย่างเป็นระบบ
- การสร้างภูมิคุ้มกันที่ยั่งยืนที่สุดคือการให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง ตรวจวัด และปกป้องลุ่มน้ำของตนเอง

.....

“ประชาชนริมน้ำกำลังแบกรับความเดือดร้อนอย่างหนัก เพราะสายน้ำคือแหล่งน้ำดื่ม น้ำใช้ และพื้นที่เกษตรกรรม หากเราไม่แก้ปัญหาที่ต้นทาง ระบบสุขภาพของชุมชนจะพังทลาย เกิดโรคภัยไข้เจ็บที่สร้างภาระค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลมหาศาล ทั้งต่อตัวชาวบ้านเองและต่องบประมาณสาธารณสุขของประเทศในอนาคต”

.....

ใครกำหนดสุขภาพเรา? เมื่อธุรกิจเป็นพลังสร้างสุขภาวะ







นายสมเกียรติ พิทักษ์กมลพร ผู้ดำเนินรายการจากสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) เปิดเวทีด้วยคำถามว่า “ใครกำหนดสุขภาพเรา” และนำเสนอมติสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น “ระบบนิเวศวิสาหกิจสร้างเสริมสุขภาวะ” ที่ได้รับฉันทมติเมื่อวันที่ ๗ ตุลาคม ๒๕๖๙ ซึ่งมุ่งให้ภาครัฐและภาคธุรกิจร่วมกันปรับระบบเชิงพาณิชย์ให้เอื้อต่อสุขภาวะของประชาชน

ดร.สัมพันธ์ ศิลปนาฎ ประธานคณะกรรมการพัฒนานโยบายสาธารณะประเด็นการจัดการปัจจัยเชิงพาณิชย์เพื่อสุขภาวะประชาชน ชี้ว่าคนไทยเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อราว ๔๐๐,๐๐๐ คนต่อปี การรณรงค์ให้แต่ละคนปรับพฤติกรรมจึงไม่เพียงพอ เพราะระบบรอบตัวกำหนดสุขภาพของเรา ทางออกคือมองธุรกิจเป็นพันธมิตร ไม่ใช่ศัตรู และเปลี่ยนสิ่งที่ระบบให้รางวัล โดยชวนธุรกิจถามตัวเองว่า อีก ๑๐ ปี ลูกค้า คู่ค้า และพนักงานจะมีสุขภาพดีขึ้นหรือไม่

นายกันตภาส กังสุวรรณ จากมูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) อธิบายว่า ธุรกิจสร้างสุขภาวะได้ ๓ ด้าน คือ สินค้าและบริการ การดูแลพนักงาน และชุมชนกับห่วงโซ่คุณค่า ประเทศไทยมีกลไกส่งเสริมอยู่แล้ว เช่น ภาษีเครื่องดื่มตามปริมาณน้ำตาล สัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพ และ SET ESG Ratings แต่ยังแยกส่วนกัน มตินี้จึงเชื่อมกลไกเหล่านี้เป็นวงจรเดียว โดยสมัครใจและไม่สร้างภาระกำกับดูแลใหม่ ระยะนำร่องเน้นการยกย่อง ช่องทางเข้าถึงตลาด และการจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐ ส่วนสิทธิประโยชน์ทางภาษีและสินเชื่ออยู่ระหว่างการศึกษา มติยังให้ศึกษากลไกประเมินผลอิสระตั้งแต่ปีแรก เพราะ “ความตั้งใจดีไม่เท่ากับผลลัพธ์ที่ดี” ตามที่ Dr Monika Kosinska องค์การอนามัยโลกกล่าวไว้ในเวที NCDH2026

นายสมเกียรติ สรุปว่ามติจะเสนอต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติและคณะรัฐมนตรี ปี ๒๕๗๐ ออกแบบการนำร่อง ปี ๒๕๗๑ ถึง ๒๕๗๒ ดำเนินการนำร่องและศึกษาการประเมินผลอิสระ และรายงานผลในปี ๒๕๗๒ พร้อมเชิญชวนผู้เข้าร่วมสแกน QR code เพื่อติดตามมติ เสนอความคิดเห็น และแบ่งปันตัวอย่างธุรกิจที่ทำดีต่อสุขภาพในพื้นที่ รวมทั้งเชิญชวนหน่วยงาน องค์กร และเครือข่ายสมัชชาสุขภาพจังหวัด ร่วมเป็นภาคีและพื้นที่นำร่องของการขับเคลื่อนมติ

.....

“ธุรกิจที่ดีต่อสุขภาพต้องพิสูจน์ได้ด้วยผลลัพธ์ ไม่ใช่เพียงความตั้งใจ เราจึงต้องมีกลไกประเมินผลที่เป็นอิสระ เพื่อให้ธุรกิจที่สร้างผลดีจริงได้รับความเชื่อมั่นและเติบโตอย่างยั่งยืน”

.....

First Jobbers กับความคาดหวังของตนเองและสังคม





ความคาดหวังต่อการเริ่มต้นทำงาน

ผู้ร่วมเสวนาสะท้อนว่า ผู้ที่เพิ่งสำเร็จการศึกษาต้องตัดสินใจเลือกงานภายใต้เงื่อนไขที่แตกต่างกัน แม้มีเป้าหมายอาชีพชัดเจน แต่ในพื้นที่ที่อาศัยอยู่อาจไม่มีตำแหน่งงานที่ตรงกับความสนใจ ขณะเดียวกันการเห็นความก้าวหน้าของเพื่อนผ่านสื่อสังคมออนไลน์อาจทำให้รู้สึกกดดัน ผู้ร่วมเสวนาจึงชวนให้คนวัยเริ่มทำงานพิจารณาว่างานที่ทำสอดคล้องกับความถนัดและความต้องการของตนเพียงใด รวมถึงทบทวนเหตุผลของการอยู่ต่อหรือเปลี่ยนงาน

การปรับตัวและการเข้าถึงข้อมูลสิทธิ

ประสบการณ์ที่นำมาแลกเปลี่ยนชี้ให้เห็นว่า การก้าวจากสถานศึกษาสู่ที่ทำงานต้องอาศัยการเรียนรู้ทั้งบทบาทหน้าที่และความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน ซึ่งอาจแตกต่างจากความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนในชั้นเรียน อีกเรื่องหนึ่งที่ต้องเรียนรู้ควบคู่กันคือสิทธิ สวัสดิการ และหน้าที่ทางภาษี เช่น การเป็นผู้ประกันตน กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ และการยื่นภาษีเงินได้ กรณีการเปลี่ยนจากงานประจำไปประกอบอาชีพอิสระยังสะท้อนว่าผู้ที่ออกจากงานอาจไม่ทราบว่าควรตรวจสอบสิทธิและเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนว่างงานอย่างไร

ข้อเสนอจากเวทีต่อสถานประกอบการ

ผู้ร่วมเสวนาระบุสิ่งที่คนวัยเริ่มทำงานให้ความสำคัญ ๔ ประการ ได้แก่ (๑) หัวหน้างานและเพื่อนร่วมงานที่เกื้อกูลกัน (๒) งานที่ทำให้เห็นคุณค่าของตนเองและประโยชน์ที่เกิดแก่ผู้อื่น (๓) โอกาสเรียนรู้และพัฒนาทักษะจากการทำงาน และ (๔) ค่าตอบแทนที่เหมาะสมกับความทุ่มเท ทั้งนี้ ผู้ร่วมเสวนาชวนให้ผู้ที่มีประสบการณ์ทำงานย้อนนึกถึงวันแรกของตนเอง เพื่อเข้าใจและให้เวลาผู้เริ่มงานใหม่ในการปรับตัว

……

“เราอยากทำงานกับคนที่ช่วยกัน ได้เรียนรู้ ได้เห็นว่างานของเรามีประโยชน์กับใคร และได้รับค่าตอบแทนที่เหมาะกับแรงที่ลงไป”

……

ยา ๘ ขนาน สังหาร NCDs







สรุปเนื้อหาสำคัญ

เวทีนำเสนอบทเรียนจากอำเภอปักธงชัย จังหวัดนครราชสีมา โดยตั้งคำถามว่า ระหว่างวันนัดพบแพทย์ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงจะดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างไร มหาวิทยาลัย โรงพยาบาล และชุมชนจึงร่วมกันพัฒนา “ปักธงชัยโมเดล” โดยยึดหลักความพอเพียงและการพึ่งตนเอง เชื่อมการวิจัยกับการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ “ยา ๘ ขนาน” เป็นชื่อที่ใช้สื่อสารข้อปฏิบัติในชีวิตประจำวัน ได้แก่ ๑) การจัดการอารมณ์ ๒) การเลือกรับประทานอาหาร ๓) การออกกำลังกาย ๔) การดื่มน้ำ ๕) การนวดมือและเท้า ๖) การกัวซา ๗) การแช่มือและเท้า ๘) การใช้สมุนไพร ในการเสวนาแพทย์ได้ยกตัวอย่างการลดข้าว แป้ง และน้ำตาล พร้อมชี้ว่าการดื่มน้ำต้องคำนึงถึงข้อจำกัดของผู้ป่วยแต่ละราย

จากการปฏิบัติที่บ้านสู่การดูแลร่วมกันในชุมชน

ทีมงานพัฒนากระบวนการ ๑๒ ขั้นตอนเพื่อให้ชุมชนจัดการโรคได้ต่อเนื่องหลังการอบรม โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นแกนนำติดตามและประสานกับทีมรักษา ผู้ป่วยฝึกปรับพฤติกรรมและติดตามค่าสุขภาพ เช่น ความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือด ส่วนแพทย์ใช้ผลติดตามประกอบการพิจารณาปรับยาเป็นรายบุคคล พยาบาลจากโรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี เล่าถึงการนำรูปแบบนี้ไปใช้ในพื้นที่ว่าชุมชนสามารถจัดกิจกรรมต่อเนื่องได้เองทุกสัปดาห์ และพบผู้ป่วยบางรายที่มีระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตดีขึ้น

ข้อเสนอจากเวทีต่อสถานประกอบการ

ผู้ร่วมเสวนาเสนอให้เชื่อมการทำงาน ๓ ระดับ ได้แก่ ระดับระบบ ใช้ปักธงชัยโมเดลเป็นแนวปฏิบัติร่วมของหน่วยบริการและชุมชน ระดับปฏิบัติการ ใช้กระบวนการ ๑๒ ขั้นตอนพัฒนาแกนนำและติดตามผู้ป่วย และระดับกิจกรรม สนับสนุนให้ผู้ป่วยเลือกสิ่งที่ทำได้จริงในแต่ละวัน เวทียังเสนอให้พิจารณาแรงจูงใจสำหรับผู้ที่ดูแลตนเองได้ต่อเนื่องจนโรคสงบ

……

“ระหว่างวันนัด คนที่อยู่กับโรคทุกวันคือผู้ป่วย การดูแลจึงต้องไปถึงบ้าน โดยมีชุมชนช่วยติดตาม และมีทีมรักษาคอยให้คำปรึกษา”

……

“เสียงของชีวิต พลังของชุมชน” เชื่อม Living Will กับการดูแลชุมชน



สรุปเนื้อหาสำคัญ

รับฟังเสียงของเจ้าของชีวิตก่อนถึงวันที่สื่อสารไม่ได้ สาระสำคัญของการดูแลวาระท้าย คือการเปิดโอกาสให้แต่ละคนบอกความต้องการและสิ่งที่มีคุณค่าในชีวิต ขณะที่ยังสามารถสื่อสารและตัดสินใจได้ ครอบครัวและทีมสุขภาพควรร่วมรับรู้ เพื่อเตรียมการดูแลให้สอดคล้องกับความประสงค์ ลดความสับสนและความกดดันเมื่อเกิดภาวะวิกฤต การชวนคุยเรื่องนี้จึงเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลชีวิตและการเตรียมความพร้อมร่วมกัน

เริ่มจากบทสนทนาที่เข้าใจและเคารพความพร้อม อุปสรรคสำคัญคือความเชื่อว่าการพูดถึงความตายเป็นเรื่องอวมงคล และความกังวลของลูกหลานว่าจะถูกมองว่าไม่กตัญญู หนังสือเสนอให้ใช้ภาษาง่าย เริ่มจากเรื่องใกล้ตัว ความห่วงใย และสิ่งที่ผู้ป่วยอยากได้รับ รับฟังโดยไม่ตัดสิน ไม่เร่งรัดให้ทำเอกสาร และค่อยๆ พูดคุยซ้ำตามความพร้อม การเคารพความต้องการของคนที่รักช่วยให้ครอบครัวความหมายของการดูแลและคลายความรู้สึกผิดได้

พลังชุมชนทำให้ความต้องการได้รับการดูแลจริง ครอบครัวเป็นผู้รับฟังและอยู่เคียงข้าง อสม.ช่วยเปิดบทสนทนา สังเกตความต้องการ เยี่ยมบ้านและประสานทีมสุขภาพ ผู้นำชุมชนช่วยสร้างความเข้าใจและเชื่อมภาคีพระสงฆ์และผู้นำทางจิตวิญญาณช่วยประคองใจตามความเชื่อของผู้ป่วย ส่วนผู้สื่อสารและ Influencer ช่วยลดความเข้าใจผิด การทำงานควรยึดความสมัครใจและความต้องการของเจ้าของชีวิตเป็นหลัก โดยผู้ช่วยเหลือในชุมชนประสานการดูแลร่วมกับบุคลากรสุขภาพ

แนวทางนำบทเรียนไปขับเคลื่อนและขยายผล จากบทเรียน เสนอให้พื้นที่เริ่มด้วยวงคุยขนาดเล็กในครอบครัว ชมรมผู้สูงอายุ หรือกิจกรรมชุมชน พัฒนาทักษะการฟังและการสื่อสารของ อสม. และแกนนำจัดผู้ประสานงานเชื่อม รพ.สต.โรงพยาบาล และท้องถิ่น พร้อมสนับสนุนการเยี่ยมบ้าน อุปกรณ์ และช่องทางขอคำปรึกษา สามารถเชื่อมเรื่องนี้กับธรรมนูญสุขภาพและแผนงานพื้นที่ รวมถึงติดตามว่าครอบครัวรับรู้ความต้องการหรือไม่ ข้อมูลส่งต่อถึงทีมดูแลหรือไม่ และผู้ป่วยได้รับการดูแลสอดคล้องกับความประสงค์เพียงใด ควบคู่กับจำนวนผู้จัดทำเอกสาร

.....

“วันที่เราพูดแทนตัวเองไม่ได้
ขอให้ความตั้งใจของเรา ยังมีคนรับฟัง”

.....

พินัยกรรมชีวิต วิถีพุทธ (Buddhist Living Will) อยู่ดี ตายดี เกิดดี ไม่เกิดไม่ตายดีที่สุด







สรุปเนื้อหาสำคัญ

เวทีชวนให้เริ่มพูดคุยเรื่องวาระสุดท้ายตั้งแต่วันที่ยังสื่อสารและตัดสินใจได้ โดยเชื่อมความรู้ ๓ ด้าน ได้แก่ พุทธธรรมที่ช่วยเตรียมใจ การแพทย์ที่ช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมาน และกฎหมายที่รับรองสิทธิของบุคคล จุดเริ่มต้นคือการฟังว่าเจ้าของชีวิตให้คุณค่ากับอะไร แล้วทำให้ครอบครัวและทีมรักษาเข้าใจความประสงค์นั้นตรงกัน

๑. เตรียมใจตั้งแต่วันนี้ และเห็นคุณค่าของชีวิตที่ยังมีอยู่ พระอาจารย์แสนปราชญ์อธิบายว่า การระลึกถึงความตายช่วยให้กลับมาพิจารณาว่าจะใช้ชีวิตที่เหลืออย่างไร การฝึกสติ ทำความดี และค่อย ๆ วางความยึดติด เป็นสิ่งที่ฝึกได้ขณะยังแข็งแรง คำว่า “เกิดดี” และ “ไม่เกิดไม่ตาย” ในชื่อเวทีสื่อถึงความเชื่อเรื่องการเกิดใหม่และจุดหมายแห่งการพ้นทุกข์ในทางพุทธ กรณีผู้สูงอายุที่มาทำงานจิตอาสาในวัดสะท้อนว่า การได้ทำประโยชน์ให้ผู้อื่นช่วยให้คนที่เคยรู้สึกโดดเดี่ยวกลับมาเห็นคุณค่าของตน

๒. ให้ผู้ป่วยมีเสียงในการตัดสินใจ และได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องทีมรักษาควรอธิบายภาวะโรคและทางเลือกให้ผู้ป่วยเข้าใจ เปิดโอกาสให้บอกว่าต้องการหรือไม่ต้องการการดูแลแบบใด อยากพบใคร หรือมีเรื่องใดที่ยังค้างใจ หนังสือแสดงเจตนาตามมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ช่วยบันทึกความประสงค์เกี่ยวกับบริการที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้าย การพูดคุยล่วงหน้าช่วยลดภาระที่ญาติต้องคาดเดาแทน ขณะที่ทีมรักษายังคงดูแลความปวด ความไม่สุขสบาย และความต้องการทางใจ

๓. เชื่อมวัด บ้าน และหน่วยบริการให้ดูแลตามความประสงค์ได้จริง วัดป่าโนนสะอาด จังหวัดนครราชสีมาเป็นตัวอย่างสถานชีวาภิบาลที่ประสานการส่งต่อกับโรงพยาบาล วัดและจิตอาสาช่วยดูแลด้านจิตใจ ขณะที่ทีมสุขภาพให้คำปรึกษาด้านอาการและการรักษา วิทยาลัยพยาบาลนำกรณีจริงมาใช้ในการเรียนการสอนและร่วมพัฒนาหลักสูตรพุทธบริบาล ส่วนเครือข่ายผู้ดูแลยังแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันทุกสัปดาห์ผ่านช่องทางออนไลน์

ข้อเสนอจากเวทีต่อสถานประกอบการ ให้ท้องถิ่น หน่วยบริการ และเครือข่ายชุมชนร่วมกันจัดระบบให้ทีมที่รับดูแลต่อทราบเจตนาของผู้ป่วย ฝึกบุคลากรและ อสม. ให้พูดคุยเรื่องวาระสุดท้ายกับครอบครัวได้ และขยายโอกาสให้ประชาชนเรียนรู้สิทธิและวางแผนการดูแลก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต

……..

“วันที่เรายังบอกได้ว่าอยากให้ดูแลอย่างไร
คือวันที่ควรชวนคนที่เรารักมาคุยกัน
เพื่อวันข้างหน้าเขาจะได้ดูแลเราตามที่เราตั้งใจ”

……..

HIV New Wave: โจทย์ใหม่ที่สังคมต้องมองให้ทัน



เมื่อวันที่ ๒๙ ตุลาคม ๒๕๖๙ สมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน (PDA) เข้าร่วมเวทีเปิดมุมมอง “HIV New Wave: โจทย์ใหม่ที่สังคมต้องมองให้ทัน” ในงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๙ เพื่อนำบทเรียนการทำงานกว่า ๕ ทศวรรษ ร่วมแลกเปลี่ยนแนวทางพัฒนาระบบบริการและนโยบายสาธารณะที่ตอบสนองกลุ่มเยาวชนและแรงงานข้ามชาติอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม โดยครอบคลุม ๔ ประเด็นสำคัญ ดังนี้

ถอดรหัสสถานการณ์การระบาด: วิเคราะห์สาเหตุที่ HIV และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STIs) กลับมาระบาดในกลุ่มเยาวชนและแรงงานข้ามชาติ นำข้อมูลพฤติกรรมอุปสรรคจริงมาใช้กำหนดมาตรการป้องกันให้ตรงจุด

เสียงสะท้อนจากคนรุ่นใหม่: ชี้อุปสรรคการไม่ใช้ถุงยางอนามัย เช่น ความกังวลเรื่องความเป็นส่วนตัว การโดนตีตรา ค่าใช้จ่าย และความเข้าใจคลาดเคลื่อน จึงเสนอปรับความรู้ ทักษะชีวิต และสร้างบริการสุขภาพที่เป็นมิตร เคารพสิทธิ

นวัตกรรมการสื่อสารและเชิงรุก: ใช้สื่อออนไลน์สื่อสารเรื่องเพศอย่างตรงไปตรงมา เข้าใจง่าย พร้อมดึงเยาวชนร่วมสร้างเนื้อหา ควบคู่การทำงานเชิงรุกในพื้นที่เพื่อเชื่อมโยงสู่บริการสุขภาพ

ก้าวต่อไปของนโยบายสาธารณะ: ผลักดันชุดตรวจ HIV ด้วยตนเอง (HIVST), ยา PrEP, ยา PEP และบริการที่เป็นมิตรเข้าสู่นโยบายสุขภาพ โดยลดอุปสรรคด้านค่าใช้จ่าย ภาษา และขั้นตอนบริการ

การยุติปัญหาเอดส์ต้องอาศัยทั้งนวัตกรรม การลดอุปสรรคด้านระบบบริการ การขจัดการตีตรา และการขับเคลื่อนนโยบายที่เคารพสิทธิ PDA ยังมุ่งมั่นส่งเสริมความรู้และสิทธิการเข้าถึงบริการสุขภาพโดยปราศจากอคติ

.....

เพราะ “การรับมือกับ HIV เป็นความรับผิดชอบร่วมกันของทุกภาคส่วน” เพื่อผลักดันประเทศไทยสู่เป้าหมายการยุติปัญหาเอดส์ภายในปี ๒๕๗๓ อย่างเป็นรูปธรรม

.....

Young Care ยังดูแลผู้สูงวัย







การเสวนามีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอนวัตกรรมสังคมในการรับมือกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร ผ่านการดึงศักยภาพของเยาวชนเข้ามาเป็นกำลังสำคัญในระบบการดูแลสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชน โดยถ่ายทอดการทำงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และเยาวชนต้นแบบ ได้แก่

คุณปัญญา สุริย์แสง ปลัด อบต.พังตรุ อ.พนมทวน จ.กาญจนบุรี กล่าวว่า อบต.พังตรุ ให้ความสำคัญกับการขับเคลื่อนเรื่องสังคมสูงวัย โดยได้เริ่มจากการเฟ้นหาเยาวชนเพื่อเข้าร่วมอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพในหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ ผ่านการบูรณาการภาคีเครือข่ายสร้างระบบทำงานร่วมกันระหว่าง อบต., รพ.สต., โรงเรียน, ผู้ใหญ่บ้าน, Caregiver (CG)/อสม., สำนักปลัด/นักพัฒนาชุมชน และวัด/ผู้นำศาสนา (เจ้าอาวาส) ซึ่งได้สนับสนุนเยาวชนอย่างใกล้ชิด ในการลงพื้นที่เยี่ยมบ้านเพื่อดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

น.ส.ธวัลลักษณ์ จึงศิริวัฒน์ หรือ น้องออม ในฐานะเยาวชน Yong Care ทต.คลองแงะ จ.สงขลา ได้มีโอกาสดูแล “คุณตาคำ” ผู้สูงอายุติดเตียงวัยเกือบ ๙๐ ปี ที่ซึมเศร้าและไม่พูดคุย เมื่อรู้ว่าเคยเป็นนักลิเกและชอบเพลงไทยเดิม จึงชวนเล่นระนาดเก่าในบ้าน จนคุณตาลุกนั่งยิ้มแย้ม แต่งกายเรียบร้อย และออกมาทานอาหารนอกห้อง ซึ่งต่อมา น้องออมได้ตัดสินใจศึกษาต่อที่วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก เพื่อต่อยอดในที่สุด

นายชัยนิน รอดขำ ในฐานะเยาวชน Young Care อบต.พังตรุ จ.กาญจนบุรี เน้นว่าต้องดูแลหัวใจไปพร้อมกับร่างกาย เพราะผู้สูงอายุที่ใจเป็นสุขจะมีแรงใจกินอาหารและออกกำลังกาย โดยออกแบบวัตกรรม “ลูกประคบไร้พิมเสน” เหมาะสำหรับผู้ที่แพ้พิมเสนและการบูร และพบว่าผู้สูงอายุหลายคนมีอาการแพ้เช่นกัน จึงคิดสูตรจากสมุนไพรท้องถิ่น (ไพล ขมิ้นอ้อย ใบมะขาม เกลือ และใบเตยเพื่อความสดชื่น) ที่ปลอดภัยทั้งผู้ดูแลและผู้รับการดูแล

……

“การดูแลผู้สูงอายุไม่ใช่ดูแลแค่ภายนอก หรือเพียงแค่ร่างกาย แต่รวมไปถึงสภาวะทางจิตใจด้วย เพราะว่าถ้าเขาเป็นภาวะซึมเศร้า เขาจะมีแรงจูงใจในการกินการออกกำลังกายได้อย่างไร อย่างแรกก็ต้องเริ่มจากหัวใจของเขาที่เราต้องดูแล”

……

อาบป่า...เมื่อธรรมชาติเยียวยาเราทุกคน







ภาวะความเครียดในสังคมยุคปัจจุบันที่เต็มไปด้วยความเร่งรีบและการแข่งขัน ส่งผลกระทบต่อสุขภาวะทางกายและจิตใจของผู้คนอย่างเลี่ยงไม่ได้ โดยสถิติชี้ว่าการพบแพทย์มากกว่าร้อยละ ๗๕ มีสาเหตุสืบเนื่องมาจากภาวะความเครียดเรื้อรัง ซึ่งกระตุ้นให้ร่างกายหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอล และอะดรีนาลิน ออกมาอย่างต่อเนื่อง จนสร้างความสึกหรอแก่ระบบอวัยวะสำคัญทั่วร่างกาย ด้วยเหตุนี้ กรมป่าไม้ โดยสำนักเศรษฐกิจการป่าไม้ ร่วมกับคุณดาริกา ศรัณย์เกตุ ผู้เชี่ยวชาญด้านสุคนธบำบัด จึงได้จัดตั้งโครงการ “Forest Re-mind by RFD: ให้ป่าดูแลใจ” ขึ้น เพื่อฟื้นฟูสุขภาพแบบบูรณาการผ่านแนวคิด Recharge, Reset, and Recover โดยประยุกต์ใช้ศาสตร์ “ชินริน-โยกุ” หรือการอาบป่าจากประเทศญี่ปุ่น มาช่วยบำบัดความเหนื่อยล้าทางสมองจากภาวะ Digital Overload ในทางประสาทวิทยา การสูดไอระเหยของน้ำมันหอมระเหยจากป่าจะส่งอณูสารระเหยเข้าสู่โพรงจมูกเพื่อจับกับเซลล์รับกลิ่นแล้วส่งสัญญาณตรงเข้าสู่สมองส่วน Limbic System โดยเฉพาะ อะมิกดาลา โดยไม่ต้องผ่านการคัดกรองจากทาลามัส ส่งผลให้สมองเปลี่ยนจากสภาวะตื่นตระหนกหรืออารมณ์รุนแรง ไปสู่สภาวะผ่อนคลาย สงบ และมีสมาธิทันที หัวใจสำคัญของกระบวนการนี้มาจากสารพฤกษเคมีกลุ่มเทอร์พีน (Terpenes) ในพรรณไม้ ๗ ชนิด ได้แก่ ประดู่ (มีสาร Loliolide 85% ช่วยสร้างสภาวะปรับสมดุลจิตใจ Grounding และยืดระยะเวลาหลับลึก), เทพทาโร (มี Linalool75 90% ลดความวิตกกังวลและช่วยให้นอนหลับ), สนสองใบ (มี β-Caryo phyllene 44% จับกับตัวรับ CB2 บรรเทาอาการปวดและความตึงเครียดทางกาย), สนสามใบ (มี β-Pinene 38% ช่วยขับเสมหะ ขยายหลอดลม และคืนความผ่อนคลายอย่างตื่นตัว), จันทร์หอม (มี Mansonone C 60% ลดการหลั่งอะดรีนาลินฉับพลันและส่งเสริมการทำสมาธิ), จามจุรี (มี 1,8-Cineole 15% เพิ่มการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองและยกระดับความจำ) และ ยูคาลิปตัส (มี 1,8-Cineole 85% ละลายเสมหะ กระตุ้นความสดชื่น ตื่นตัว) ทั้งนี้การอาบป่าอย่างสมบูรณ์ไม่ใช่เพียงการรับกลิ่น แต่เป็นการเยียวยาแบบพหุประสาทสัมผัส ที่ผสานทั้งการฟังเสียงธรรมชาติ การมองเห็นพื้นที่สีเขียว การสัมผัสพื้นป่าและต้นไม้ ร่วมกับการเจริญสมาธิเพื่ออยู่กับปัจจุบัน การอาบป่าจึงถือเป็นเวชศาสตร์ป้องกันเชิงธรรมชาติที่คืนสมดุลและความสุขให้แก่ชีวิตมนุษย์ได้อย่างยั่งยืน

First Jobbers ถ้ารอดจากมหาลัยได้ ทำอย่างไรจึงสนุกในออฟฟิศและสังคม







นำเสนอประสบการณ์ที่เข้าสู่ช่วงรอยต่อจากมหาวิทยาลัยสู่โลกการทำงาน คือการเปลี่ยนผ่านจาก “พื้นที่ปลอดภัยที่มีโจทย์และคำตอบชัดเจน” สู่ “โลกแห่งความเป็นจริงที่เต็มไปด้วยความไม่แน่นอน” กลุ่ม First Jobber มักต้องเผชิญกับภาวะ Reality Shock เมื่อพบว่าทฤษฎีในห้องเรียนอาจไม่สามารถนำมาแก้ปัญหาหน้างานได้ทั้งหมด การปรับตัวที่สำคัญที่สุดคือการเปลี่ยนวิธีคิด (Mindset) จากการเป็นนักศึกษาที่รอรับโจทย์ ไปสู่การเป็นผู้ริเริ่มแก้ปัญหา คนรุ่นใหม่จำเป็นต้องเรียนรู้การบริหารจัดการเวลา การรับมือกับความผิดพลาดโดยไม่สูญเสียความมั่นใจ

นอกจากนี้ ยังให้มุมมองต่อการทำงานที่ตอบความต้องการของตนเอง และสร้างคุณค่าแก่สังคม วิทยากรคนรุ่นใหม่ทั้ง ๒ ท่าน มองว่าไม่ได้มองหาเพียงความมั่นคงทางการเงิน แต่ให้ความสำคัญกับ “ความหมายของงาน” การทำงานที่จะสร้างความสุขได้คือการหาจุดตัดระหว่างสิ่งที่ตนเองทำได้ดี หรือการใช้ทักษะวิชาชีพเพื่อช่วยเหลือผู้อื่นในสังคมรอบตัว เมื่อผู้ทำงานสัมผัสได้ว่างานที่ทำมีคุณค่าและส่งผลกระทบเชิงบวก จะช่วยลดภาวะหมดไฟ (Burnout) และสร้างแรงจูงใจในการตื่นไปทำงานในทุกๆ วัน

ข้อเสนอในการอยู่ในสังคมและเพื่อนในออฟฟิศ การทำงานร่วมกับผู้อื่นต้องอาศัย “ความเห็นอกเห็นใจ (Empathy)” และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เปิดใจรับฟังและเรียนรู้ข้ามวัย เรียนรู้ประสบการณ์จากคนรุ่นก่อนโดยไม่ด่วนตัดสิน ในขณะเดียวกันก็กล้าที่จะนำเสนอไอเดียใหม่ๆ อย่างสร้างสรรค์และให้เกียรติ

……..

“ในชีวิตการทำงานจริง วิชาแรกที่เราต้องผ่านให้ได้คือวิชารักษาใจตัวเอง ความกดดันและความคาดหวังเป็นเรื่องหลีกเลี่ยงไม่ได้ การอนุญาตให้ตัวเองอ่อนแอบ้างและเรียนรู้จากความผิดพลาด คือภูมิคุ้มกันชั้นดีที่ทำให้เราเติบโตและมีแรงไปช่วยเหลือสังคมต่อได้”

……..

อัศวินโต๊ะกลมแห่งอนาคตประเทศไทย (Knights of Thailand's Future)







การหารือมุ่งเน้นการลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงสิทธิ ข้อมูล และบริการด้านสุขภาวะทางเพศ และอนามัยการเจริญพันธุ์ (SRHR) โดยพัฒนานโยบายที่ตอบสนองต่อความต้องการและนำไปปฏิบัติได้จริงในประชากร ๖ กลุ่มเป้าหมาย ดังนี้

๑. ผู้มีความหลากหลายทางเพศ (LGBTQIA+) มุ่งเน้นการรับรองอัตลักษณ์ทางเพศ การกระจายบริการรับฮอร์โมนในพื้นที่ห่างไกล โดยเสนอปรับปรุงกฎหมายนโยบาย โดยให้กลุ่มเป้าหมายมีส่วนร่วมกำหนดแนวทาง

๒. เยาวชนและวัยรุ่น เผชิญอุปสรรคความกังวลเรื่องการตีตรา ตลอดจนปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ในวัยเด็ก จึงเสนอปรับปรุงหลักสูตรเพศศึกษา และส่งเสริมการมีส่วนร่วมทางนโยบาย

๓. ประชากรเคลื่อนย้าย แรงงานข้ามชาติ ผู้ย้ายถิ่นและผู้พลัดถิ่น ติดข้อจำกัดด้านภาษา สถานะทางกฎหมาย ค่าใช้จ่าย จึงเสนอให้กำหนดแนวทางปฏิบัติที่สอดคล้องกันระหว่างกระทรวง

๔. การเกิดต่ำ ปัญหาการมีบุตรผูกติดกับความไม่มั่นคงทางการเงิน ที่อยู่อาศัย สภาพการทำงาน ความพร้อมทางอารมณ์ และภาระการเลี้ยงดู จึงเสนอมาตรการสนับสนุนองค์รวม ทั้งสวัสดิการเด็ก สิทธิการลาของพ่อแม่ ศูนย์ดูแลเด็กเล็ก ฯลฯ โดยเคารพสิทธิในการเลือกของแต่ละบุคคล

๕. ประชากรสูงวัย ระบบคัดกรอง และการเบิกจ่ายอุปกรณ์ช่วยเหลือ จึงเสนอให้เพิ่มคำถามด้านสุขภาวะทางเพศในแบบคัดกรองผู้สูงอายุ บรรจุเนื้อหาในหลักสูตรผู้ดูแล

๖. ผู้พิการ อุปสรรคเกิดจากอคติทางสังคม บุคลากรขาดความรู้เฉพาะด้าน ข้อจำกัดการสื่อสาร และเสี่ยงต่อการถูกละเมิดซ้ำ จึงเสนอให้ปรับทัศนคติอบรมบุคลากรตามประเภทความพิการ

ข้อสรุปและประเด็นเร่งด่วน

หัวใจสำคัญคือการขับเคลื่อนนโยบายไปสู่การปฏิบัติได้จริงผ่าน ๔ ประเด็นร่วม ได้แก่ (๑) ขจัดอุปสรรคทางกฎหมายและระบบบริการ (๒) พัฒนาบุคลากรและระบบข้อมูลให้ครอบคลุม (๓) สร้างบริการที่ปลอดภัย เป็นมิตร คุ้มครองความลับ และเท่าเทียม และ (๔) เปิดโอกาสให้ประชากรกลุ่มเป้าหมายมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงในการออกแบบ ติดตาม และประเมินผล โดยยึดหลักสิทธิและการตัดสินใจเหนือกายและชีวิตของบุคคลเป็นสำคัญ



หน่วยงานภาคี ร่วมจัดนิทรรศการ

Connecting Power: เชื่อมคน เชื่อมงาน เชื่อมนโยบายสุขภาวะไทย

โดย เครือข่ายนักสานพลังสร้างสุขภาวะ (คนส.)







เครือข่ายนักสานพลังสร้างสุขภาวะ (คนส.) ร่วมกับ นักสานพลังขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมและ การพัฒนาสังคมสุขภาวะ (นนส.) และเครือข่ายพัฒนาศักยภาพผู้นำการสร้างสุขภาวะ (คศน.) เป็นกลุ่มคนทำงานที่ผ่านกระบวนการพัฒนาศักยภาพร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) และองค์กรภาคีที่ทำงานเกี่ยวกับระบบสุขภาพ ซึ่งกระจายตัวทำงานอยู่ในภูมิภาคต่าง ๆ ของประเทศ แต่ละคนมีทุนความรู้ ประสบการณ์ ความเชี่ยวชาญ และเครือข่ายความสัมพันธ์ที่สามารถนำมาสนับสนุนการขับเคลื่อนงานสุขภาวะได้ อย่างไรก็ตามความท้าทายสำคัญคือการทำให้คนที่มีศักยภาพสามารถค้นพบกัน เข้าถึงกัน และร่วมมือกันได้ตรงกับความต้องการของแต่ละประเด็นและพื้นที่

เครื่องมือที่ช่วยสานพลังความร่วมมือ เชื่อมโยงกลุ่มคนขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะให้เข้าถึงกัน คือแอปพลิเคชัน “คนส. Connects” ช่วยให้สมาชิกเครือข่ายค้นหาและทำความรู้จักกันผ่านข้อมูลว่า “ใคร ทำอะไร อยู่ที่ไหน และช่วยเหลือกันได้อย่างไร” โดยรวบรวมข้อมูลสมาชิก ประเด็นสุขภาวะที่สนใจ พื้นที่ทำงาน และความเชี่ยวชาญ เพื่อให้ผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือสามารถค้นหาภาคีที่เหมาะสมได้สะดวกขึ้น รวมถึงเป็นช่องทางแบ่งปันความรู้ เครื่องมือและประสบการณ์ ตลอดจนจับคู่ความร่วมมือและกำหนดขั้นตอนการทำงานต่อไป (Next Step)

ประโยชน์และคุณค่าที่เกิดขึ้นนั้นพบว่าการใช้แอปพลิเคชันควบคู่กับการพูดคุยและให้คำปรึกษาภายในบูธ ช่วยเปิดโอกาสให้คนทำงานจากต่างหน่วยงาน วิชาชีพ และพื้นที่เข้าถึงกันได้ง่ายขึ้น ลดข้อจำกัดในการค้นหาภาคีและเพิ่มโอกาสในการแลกเปลี่ยนทรัพยากรและเติมเต็มความเชี่ยวชาญระหว่างกัน สมาชิกยังได้เห็นคุณค่าของศักยภาพตนเองและสามารถนำความรู้ที่มีไปสนับสนุนผู้อื่นได้ ที่สำคัญ การเชื่อมโยงไม่ได้หยุดเพียงการรู้จักกัน แต่สามารถต่อยอดไปสู่การประสานงาน การลงมือทำร่วมกัน และการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของประชาชน

บทสรุปของ “จุดเชื่อม ชวนคุย : คนทำงาน สุขภาวะ” มุ่งเปลี่ยนทุนความรู้และความสัมพันธ์ของเครือข่ายให้เป็นพลังความร่วมมือ โดยมี คนส. Connects เป็นเครื่องมือช่วยค้นหา เชื่อมต่อ และสานต่อการทำงาน ขณะที่กระบวนการพูดคุยช่วยสร้างความเข้าใจและความไว้วางใจ อันเป็นพื้นฐานสำคัญของการสานพลังเครือข่าย เพื่อร่วมกันขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ และสร้างสังคมสุขภาวะอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

องค์กรสุขภาวะ (Happy Workplace)

โดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักสนับสนุนสุขภาวะองค์กร (สำนัก ๘)

นำเสนอความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดองค์กรสุขภาวะ (Happy Workplace) และความสุข ๘ ประการ (Happy 8) ส่งเสริมให้บุคลากรและองค์กรเห็นความสำคัญของการสร้างสภาพแวดล้อมการทำงานที่เอื้อต่อสุขภาวะทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา ตลอดจนเปิดพื้นที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้และเผยแพร่เครื่องมือที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาองค์กรสุขภาวะอย่างยั่งยืน

กิจกรรมออกแบบภายใต้แนวคิด การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Interactive Learning) โดยมีองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ ๑) การสื่อสารแนวคิด Happy Workplace และ Happy 8 ผ่านนิทรรศการและสื่อความรู้ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมเข้าใจการสร้างสุขภาวะในสถานที่ทำงานอย่างรอบด้าน ๒) กิจกรรมเกมจับคู่ Happy 8 เพื่อกระตุ้นการเรียนรู้และสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับความสุข ๘ ประการ ผ่านกิจกรรมที่เข้าถึงง่ายและสนุกสนาน ๓) การประเมินความรู้และความพึงพอใจ ผ่านแบบสอบถาม ๕ ข้อ เพื่อรวบรวมข้อมูลสำหรับพัฒนากิจกรรม ๔) การเชื่อมต่อเครือข่ายและช่องทางการเรียนรู้ ผ่านการประชาสัมพันธ์เฟสบุ๊กเพจ Happy 8 Workplace เพื่อให้ผู้สนใจสามารถติดตามองค์ความรู้และนำไปใช้ต่อเนื่อง

กิจกรรมมุ่งให้ผู้เข้าร่วมเข้าใจว่าการสร้างองค์กรสุขภาวะไม่จำกัดเพียงการดูแลสุขภาพกาย แต่ครอบคลุมคุณภาพชีวิต ความสัมพันธ์ การเรียนรู้ และสภาพแวดล้อมการทำงาน สร้างการมีส่วนร่วมโดยใช้เกมและกิจกรรมเชิงปฏิสัมพันธ์เป็นเครื่องมือสร้างการเรียนรู้ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมสามารถเชื่อมโยงแนวคิด Happy 8 กับชีวิตประจำวันและการทำงานได้

Happy Workplace เป็นเครื่องมือเชื่อมการสร้างสุขภาวะระดับบุคคลสู่การเปลี่ยนแปลงระดับองค์กร โดยใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเป็นจุดเริ่มต้นและต่อยอดสู่การสร้างสภาพแวดล้อมการทำงานที่เอื้อต่อสุขภาพอย่างเป็นระบบและยั่งยืน







สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

โดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)







สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) เป็นองค์กรของรัฐที่มิใช่ส่วนราชการ จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ ด้วยโครงสร้างและการบริหารที่คล่องตัว สวรส. มุ่งจัดการองค์ความรู้และสนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ

สวรส. ศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อกำหนดเป้าหมาย นโยบาย และแผนพัฒนาระบบสาธารณสุข พร้อมประสานความร่วมมือกับหน่วยงานภาครัฐและเอกชน เพื่อส่งเสริมงานวิจัยและผลักดันผลการศึกษาไปสู่การใช้ประโยชน์จริง รวมถึงสนับสนุนการถ่ายทอดเทคโนโลยีที่เหมาะสม และเผยแพร่ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพแก่หน่วยงานและประชาชน

ผลงานที่นำมาจัดแสดงในครั้งนี้ คือผลงานวิจัยและนวัตกรรมที่ได้รับทุนสนับสนุนจาก สวรส. ซึ่งเกิดจากการศึกษาวิจัยของนักวิจัยและต่อยอดเป็นผลงานที่เป็นรูปธรรม ใช้ประโยชน์ได้จริง รวมถึงงานวิจัยที่มุ่งผลักดันเข้าสู่สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพของคนไทย

ผู้สนใจสามารถค้นคว้าความรู้เพิ่มเติมได้ที่ **คลังข้อมูลและความรู้ระบบสุขภาพ (Knowledge Bank)** ซึ่งรวบรวมงานวิจัย บทความวิชาการ เอกสารเผยแพร่ และองค์ความรู้ด้านระบบสุขภาพที่ได้รับการสนับสนุนจาก สวรส. โดยสมัครสมาชิกเพื่อดาวน์โหลดเอกสารฉบับเต็มได้โดยไม่มีค่าใช้จ่าย และเพิ่มเพื่อน Line OA เพื่อติดตามข่าวสารและงานวิจัยที่น่าสนใจได้อีกช่องทางหนึ่ง

ระบบสุขภาวะทางจิต เพื่อสังคมไทยไร้ความรุนแรง

โดย กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต







กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต ได้ดำเนินการจัดบูธนิทรรศการเพื่อประชาสัมพันธ์นวัตกรรม องค์ความรู้ และบริการด้านสุขภาพจิตให้แก่ประชาชนและผู้เข้าร่วมงาน โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental Health Literacy) การสร้างความตระหนักในการดูแลสุขภาพจิตตนเองและบุคคลรอบข้าง ตลอดจนส่งเสริมให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตได้อย่างสะดวกและเหมาะสม ผ่านกิจกรรมและสื่อประชาสัมพันธ์ดังนี้

๑. การประชาสัมพันธ์และส่งเสริมการเข้าถึงเครื่องมือประเมินสุขภาพจิต Mental Health Check-In

นำเสนอเครื่องมือประเมินสุขภาพจิตเบื้องต้นผ่านระบบ QR Code โดยให้ประชาชนสแกนเพื่อประเมินตนเองผ่านโทรศัพท์มือถือ พร้อมจัดเตรียม Notebook อำนวยความสะดวก ณ บูธนิทรรศการ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมงานได้สำรวจสภาวะอารมณ์ ความรู้สึก ตระหนักรู้สภาวะสุขภาพจิตของตนเอง และรับทราบแนวทางการดูแลตนเองที่เหมาะสม

๒. การประชาสัมพันธ์บริการสายด่วนสุขภาพจิต ๑๓๒๓

ประชาสัมพันธ์ช่องทางการขอรับคำปรึกษาและความช่วยเหลือผ่านสายด่วนสุขภาพจิต ๑๓๒๓ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการเมื่อเผชิญกับความเครียด ความวิตกกังวล หรือปัญหาสุขภาพจิตอื่น ๆ มุ่งสร้างความเข้าใจว่าทุกคนสามารถเข้าถึงการพูดคุย ระบายความรู้สึก และขอคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญได้เมื่อมีความต้องการ

๓. การเผยแพร่สื่อความรู้และสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ๖ ประเด็นสำคัญ

จัดแสดงและแจกจ่ายแผ่นพับองค์ความรู้เพื่อการดูแลสุขภาพจิตตนเอง ครอบครัว และสังคม ครอบคลุม ๖ เรื่อง ได้แก่ การกลั่นแกล้งไม่ใช่เรื่องล้อเล่น (Stop Bullying): สร้างความเข้าใจถึงผลกระทบของการกลั่นแกล้งทั้งทางร่างกายและจิตใจ ส่งเสริมการเคารพความแตกต่างและการอยู่ร่วมกันอย่างปลอดภัย รู้เท่าทัน Hate Speech สร้างภูมิคุ้มกันทางใจ: ส่งเสริมความเข้าใจเรื่องการใช้ถ้อยคำสร้างความเกลียดชัง การสื่อสารอย่างสร้างสรรค์ และการรับมือผลกระทบทางจิตใจบนสังคมออนไลน์ Mental Health First Aid (การปฐมพยาบาลด้านสุขภาพจิต) เผยแพร่แนวทางการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ที่กำลังเผชิญปัญหาสุขภาพจิตหรือภาวะวิกฤตทางอารมณ์

การขับเคลื่อนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนของประเทศไทย: ความรู้ x นโยบาย x สังคม เพื่อความยั่งยืน

โดย มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP Foundation)





บูธเผยแพร่ข้อมูลและองค์ความรู้เกี่ยวกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustain-able Development Goals: SDGs) ทั้ง ๑๗ เป้าหมาย สื่อสารบทบาทของ IHPP ในการสนับสนุนการพัฒนานโยบายสาธารณะ และเปิดพื้นที่แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการขับเคลื่อนการพัฒนาที่ยั่งยืนของประเทศไทย ภายใต้แนวคิด**การบูรณาการพลังความรู้ นโยบาย และสังคม**

กิจกรรมประกอบด้วยการจัดแสดงข้อมูลสถานการณ์ ความก้าวหน้าและรายงานการพัฒนาที่ยั่งยืนของประเทศไทย การประชาสัมพันธ์เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างภาคส่วนเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนของประเทศไทย ปี ๒๕๖๙ (Thailand Sustainable Development Forum 2026: TSDF2026) ตลอดจนกิจกรรมเชิงปฏิสัมพันธ์ ได้แก่ การแสดงความคิดเห็นต่อเป้าหมาย SDGs ที่ประเทศไทยควรให้ความสำคัญและแนวทางการขับเคลื่อนให้บรรลุผล รวมถึงกิจกรรมตอบคำถามเพื่อเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับ SDGs ทั้ง ๑๗ เป้าหมาย

ตลอดระยะเวลา ๒ วัน มีผู้เข้าชมบูธอย่างต่อเนื่องจากหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม ภาควิชาการ และสื่อมวลชน โดยผลการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นพบว่า SDG3 สุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี (Good Health and Well-being) เป็นเป้าหมายที่ผู้เข้าร่วมให้ความสำคัญมากที่สุด โดยเสนอให้ส่งเสริมการดูแลสุขภาพกายและจิตใจตั้งแต่ช่วงต้นของชีวิต และการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียม ครอบคลุมมิติสุขภาพกาย จิตใจ ปัญญา และสังคม นอกจากนี้ ยังมีข้อเสนอให้เร่งขับเคลื่อนเป้าหมายด้านการลดความเหลื่อมล้ำและความเท่าเทียมทางเพศ (SDG 10 และ 5) การศึกษาที่มีคุณภาพ (SDG 4) ความมั่นคงทางอาหาร (SDG 2) พลังงานสะอาด (SDG 7) สังคมสงบสุขและความยุติธรรม (SDG 16) การขจัดความยากจนและปัญหาหนี้สิน (SDG 1) การส่งเสริมงานที่มีคุณค่าและการเติบโตทางเศรษฐกิจ (SDG 8) และการอนุรักษ์ทรัพยากรทางทะเลและชายฝั่ง (SDG 14)

สำหรับแนวทางการขับเคลื่อน SDGs ให้บรรลุผล ผู้เข้าร่วมเสนอให้กำหนดนโยบายที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ส่งเสริมความรับผิดชอบร่วมกันของทุกภาคส่วน เปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมกำหนดเป้าหมายและใช้สิทธิในการผลักดันการเปลี่ยนแปลงทางสังคม รวมถึงสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานและภาคีเครือข่าย

บทเรียนสำคัญจากการจัดนิทรรศการครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การสื่อสารองค์ความรู้ควบคู่กับกระบวนการมีส่วนร่วมช่วยสร้างความเข้าใจ กระตุ้นการเรียนรู้ และเปิดพื้นที่รับฟังความคิดเห็นของประชาชนอย่างมีความหมาย อีกทั้งเป็นโอกาสในการสร้างการรับรู้เกี่ยวกับบทบาทของ IHPP และเวที TSDF2026 โดยข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่ได้รับสามารถนำไปใช้ประกอบการพัฒนาการสื่อสารและสนับสนุนการดำเนินงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานและภาคีเครือข่าย เพื่อขับเคลื่อนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนของประเทศไทยให้เกิดผลอย่างเป็นรูปธรรม ภายใต้หลักการพัฒนาที่สมดุล เป็นธรรม และไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง

ระบบนิเวศวิสาหกิจสร้างเสริมสุขภาวะ “มติสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น การจัดการปัจจัยเชิงพาณิชย์เพื่อสุขภาวะประชาชน”

โดย มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP Foundation)





เมื่อวันที่ ๗ ตุลาคม ๒๕๖๙ สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นได้มีมติเห็นชอบแนวทางการขับเคลื่อน “ระบบนิเวศวิสาหกิจสร้างเสริมสุขภาวะ” เพื่อส่งเสริมให้ภาคธุรกิจบูรณาการมิติสุขภาวะเข้าสู่การดำเนินธุรกิจ ครอบคลุมผลิตภัณฑ์และบริการ พนักงาน ชุมชน และห่วงโซ่คุณค่า ควบคู่กับการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมอย่างยั่งยืน โดยมุ่งเปลี่ยนจากการกำกับควบคุมเพียงอย่างเดียว สู่การสร้างแรงจูงใจเชิงบวกให้วิสาหกิจเข้าร่วมโดยสมัครใจ

แนวทางขับเคลื่อนสำคัญ ประกอบด้วย

๑. บูรณาการกลไกเดิม ใช้มาตรฐานการรับรองและระบบทวนสอบที่มีอยู่แล้วเป็นฐาน ลดความซ้ำซ้อนและภาระของวิสาหกิจ โดยออกแบบให้เหมาะสมกับธุรกิจขนาดใหญ่ SMEs วิสาหกิจรายย่อย และวิสาหกิจชุมชน

๒ เชื่อมโยงสิทธิประโยชน์ ๔ ด้าน ได้แก่ ภาษีและการลงทุน การเงินและแหล่งทุน การเข้าถึงตลาดและการจัดซื้อจัดจ้าง และการยกย่องสร้างชื่อเสียง เพื่อจูงใจให้ธุรกิจคำนึงถึงสุขภาวะ

๓. นำร่องใน ๕ กลุ่มธุรกิจ ได้แก่ อาหาร การท่องเที่ยว การประชุมและนิทรรศการ การสื่อสารการตลาด และธุรกิจสุขภาพและเวลเนส

๔. พัฒนาระบบข้อมูลและการประเมินผล โดยคำนึงถึงธรรมาภิบาลข้อมูล การคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล และศึกษากลไกประเมินผลที่เป็นอิสระ โปร่งใส ตรวจสอบได้

๕. สานพลังความร่วมมือหลายภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคธุรกิจ หน่วยรับรองมาตรฐาน ภาควิชาการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาสังคม โดยใช้กลไกและทรัพยากรที่มีอยู่เดิม ไม่เพิ่มภาระกำกับดูแลหรือจัดตั้งกลไกถาวรใหม่

สาระสำคัญเชิงนโยบาย: การขับเคลื่อนมตินี้เป็นการวางรากฐานให้ภาคธุรกิจเปลี่ยนจากการเป็นเพียงผู้ประกอบกิจการทางเศรษฐกิจ สู่การเป็น “หุ้นส่วนสร้างสุขภาวะของสังคม” ผ่านมาตรฐาน แรงจูงใจ และความร่วมมือที่เหมาะสม โดยไม่เพิ่มภาระเกินความจำเป็น

คณะกรรมการศึกษาแนวทางการส่งเสริมความปลอดภัย ป้องกัน และลดอุบัติเหตุบนท้องถนนอย่างยั่งยืน (คศป.) ศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม “บ้านพักใจ”

โดย มูลนิธิกู้ภัยร่มไทร





๑. การฟื้นฟูสภาพทางสังคมและการคืนคนดีสู่สังคม (“บ้านพักใจ”)

“บ้านพักใจ” ได้รับอนุญาตจากกรุงเทพมหานครให้ดำเนินงานเป็นศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมเพื่อช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติด โดยมีแนวทางการดำเนินงานและทักษะการฝึกอาชีพ

- เป้าหมายหลัก: ให้ความอบอุ่น ฟื้นฟูสภาพจิตใจ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ฝึกระเบียบวินัยการอยู่ร่วมกัน และส่งเสริมจิตอาสาเพื่อเตรียมความพร้อมในการกลับคืนสู่ครอบครัวและชุมชนอย่างมั่นคง
- การประกันคุณภาพและมาตรฐาน: ได้รับการตรวจเยี่ยมจากผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร, เลขาธิการ ปปส. และหัวหน้าผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี เพื่อยกระดับมาตรฐานการฟื้นฟู
- สถิติผู้เข้ารับการฟื้นฟู: ปี ๒๕๖๘ ดำเนินการ ๒ รุ่น รวมจำนวน ๑๘๘ ราย และปี ๒๕๖๙ ถึงปัจจุบัน ดำเนินการ ๔ รุ่น รวมจำนวน ๒๑๙ ราย

๒. การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยและการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนอย่างยั่งยืน

คณะกรรมการศึกษาแนวทางการส่งเสริมความปลอดภัย ป้องกัน และลดอุบัติเหตุบนท้องถนนอย่างยั่งยืน นำโดยนายวิชาญ มีนชัยนันท์ ได้จัดทำข้อเสนอแนะต่อนายกรัฐมนตรี (เมื่อวันที่ ๒ เมษายน ๒๕๖๘) เพื่อขับเคลื่อนนโยบายความปลอดภัยทางถนน รายละเอียดได้ดังนี้

๒.๑ บังคับใช้กฎหมายอย่างเคร่งครัด พร้อมกำหนดมาตรฐานการออกแบบ ก่อสร้าง และซ่อมแซมถนน

๒.๒ กำหนดแนวทางการฟื้นฟูเยียวยาผู้ประสบอุบัติเหตุทางจราจรทางถนนอย่างเป็นระบบ

๒.๓ จัดตั้งองค์กรระดับภูมิภาคและท้องถิ่น รวมถึงศูนย์ควบคุมความปลอดภัยในพื้นที่ด้วยเทคโนโลยีระบบสารสนเทศทันสมัยและระบบ AI ในการเฝ้าระวังอุบัติเหตุ

๒.๔ บังคับใช้มาตรการความปลอดภัยเคร่งครัดกับรถโดยสารขนาดใหญ่ รถรับส่งนักเรียน และรถโดยสารทุกประเภท

๒.๕ การศึกษาและสร้างตระหนักรู้ จัดทำหลักสูตรความปลอดภัยทางถนนครอบคลุมตั้งแต่ระดับอนุบาลจนถึงอุดมศึกษา

๒.๖ สร้างความร่วมมือกับหน่วยงานบังคับใช้กฎหมายผ่านโครงการประกวดนวัตกรรมความปลอดภัย ภาค ๙ บก.น. และยกระดับผู้ขับขี่อาชีพสู่มาตรฐานความปลอดภัย

ชาวเพชรบุรีสุขภาพดี ด้วยวิถีสุขภาวัฒน์

โดย โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี





นพ.วิชัย ศรีอุทารวงศ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี นำคณะเจ้าหน้าที่ร่วมจัดนิทรรศการ “ชาวเพชรบุรีสุขภาพดี ด้วยวิถีสุขภาวัฒน์” ในงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๙ ณ งานตลาดนัดนโยบาย เพื่อนำเสนอโมเดลการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมที่ผสาน “สุขภาวะ” เข้ากับ “วัฒนธรรม ภูมิปัญญา และอัตลักษณ์ท้องถิ่นเมืองเพชรบุรี” มุ่งสร้างแรงบันดาลใจในการพัฒนานโยบายสาธารณะเชิงบวกระดับพื้นที่อย่างยั่งยืน

นิยามและความเป็นมาของ “สุขภาวัฒน์” (Cultural Health Ecology)

“สุขภาวัฒน์” เป็นศัพท์ที่โรงพยาบาลพระจอมเกล้าบัญญัติขึ้นเป็นแห่งแรก หมายถึง การนำเอาอัตลักษณ์ทางวัฒนธรรมและวิถีชีวิตท้องถิ่นมาผสมผสานกับการดูแลสุขภาพอย่างยั่งยืน โดยถอดรหัสวัฒนธรรมศิลปะการตัดกระดาษประเพณีไทย-มอญอย่าง “พวงมโหตร” ให้เป็นสัญลักษณ์แห่งพลังการรักษาและการส่งต่อสุขภาพดีสู่ชุมชน เปลี่ยนโรงพยาบาลให้เป็นพื้นที่เรียนรู้องค์รวม ควบคู่กับการพัฒนาสูตรอโรมาบำบัดกลิ่นซิกเนเจอร์จาก ๓ วัตถุดิบเด่น ได้แก่ มะนาวแป้นเมืองเพชร เกลือทะเล ๓ น้ำ (ปรับสมดุลธาตุ) และ ผืนป่าแก่งกระจาน (ผ่อนคลายระดับลึก)

กระบวนการกิจกรรมบำบัด (Therapeutic Processes)

กลุ่มเยาวชนส่งเสริมสุขภาพเชิงป้องกันผ่านทฤษฎีสี กลิ่น และเวชศาสตร์วิถีชีวิต พร้อมฝึกทำพวงมโหตรหอมเพื่อพัฒนาสมาธิและการประสานงานของตาและมือจิตปัญญาบำบัด (Spiritual Care) ใช้รูปทรง สัมผัส และกลิ่นอโรมาในตึกผู้ป่วยระยะสุดท้าย ช่วยเปลี่ยนความวิตกกังวลให้เป็นความสงบและการยอมรับ

ประโยชน์ ๓ มิติหลักของการขับเคลื่อน

ด้านการบำบัดและฟื้นฟูสุขภาพ ฝึกกล้ามเนื้อมัดเล็กและสหสัมพันธ์มือ-ตาในผู้ป่วยพักฟื้น ผู้สูงอายุ หรือผู้มีปัญหาการเคลื่อนไหว กระตุ้นสมองส่วนหน้า (Frontal Lobe) ช่วยชะลอภาวะสมองเสื่อม สูดกลิ่นสุขภาวัฒน์กระตุ้นระบบลิมบิก ลดอัตราการเต้นของหัวใจ บรรเทาความเครียดและอาการเวียนศีรษะ **ด้านจิตปัญญาและการดูแลประคับประคอง (Palliative Care)** สร้างสมาธิ (Mindfulness) ให้อยู่กับปัจจุบัน เยียวยาจิตใจและสร้างความผูกพันในครอบครัว (Family Bonding) เปลี่ยนความโศกเศร้าเป็นความทรงจำอันงดงามร่วมกันก่อนจากลาอย่างสงบ; ลดบรรยากาศหดหู่ เปลี่ยนโรงพยาบาลให้ อบอุ่นและมีชีวิตชีวา **ด้านเศรษฐกิจสร้างสรรค์และการท่องเที่ยว** ยกระดับสู่เวิร์กชอป ณ ศูนย์เรียนรู้เขาพนมขวด ชูการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (Health Tourism) เพิ่มมูลค่าให้วัฒนธรรมชุมชนต่อยอดเป็นของที่ระลึกสร้างอาชีพ สืบสานภูมิปัญญาไทย-มอญให้คนรุ่นใหม่ตระหนักถึงคุณค่าศิลปะพื้นบ้านเพชรบุรีอย่างยั่งยืน

ฉลากจริงใจกับเด็กไทยรู้ทันโฆษณาและการตลาดอาหาร

โดย มูลนิธิสานสุข







ในงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๙ บูธ มูลนิธิสานสุข มุ่งมั่นสร้างการเปลี่ยนแปลงเพื่อสุขภาวะที่ดีของเด็กไทย ด้วยการจุดประกายความรอบรู้เท่าทันสื่อและโฆษณาอาหาร พร้อมยกระดับพลังสังคมด้วยการเนรมิตพื้นที่เป็น Policy Lab (พื้นที่ทดลองนโยบายขนาดย่อม) ที่ชวนทุกคนมาร่วมค้นหาทางออกและสร้างสรรค์นโยบายสาธารณะเชิงบวกเพื่ออนาคตของเด็กไทยร่วมกัน บรรยากาศในบูธพาผู้เข้าชมไป เปิดโลก “ฉลากจริงใจ” ผ่านการสัมผัสขนมและเครื่องดื่มจริงจากประเทศเม็กซิโก ที่ใช้กฎหมายติด “ฉลากเตือนสีดำ” (หวาน-มัน-เค็มสูง) ไว้ชัดเจนด้านหน้าซอง เปิดโอกาสให้ทุกคนได้ทดลองอ่านเปรียบเทียบกับฉลากของไทย และร่วมโหวตเชิงสัญลักษณ์ว่าไทยควรมีฉลากเตือนแบบนี้หรือไม่ ควบคู่ไปกับการติดอาวุธทางปัญญา ผ่านสื่อสร้างสรรค์สนุกๆ เช่น นิทานการ์ตูน “แมวตื่นรู้ หนูดูออก”, แอนิเมชัน “นักสืบโฆษณา”, เพลงและท่าเต้น “หนูรู้หนูดูออก” รวมถึงเกมโหวต ๑๒ เทคนิคการตลาดที่เด็ก ๆ เจอบ่อยที่สุด บูธจึงไม่ใช่แค่สอนให้เลือกกินเป็นเท่านั้น แต่คือการดึงภาคีเครือข่ายมาร่วมสร้าง “สภาพแวดล้อมทางอาหารและสื่อ” ที่ปลอดภัย ยกระดับข้อเสนอเชิงนโยบายเรื่องฉลากเตือนหน้าบรรจุภัณฑ์ และเปลี่ยนเสียงสะท้อนของภาคีเครือข่ายให้กลายเป็นพลังขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพเด็กไทยอย่างยั่งยืน

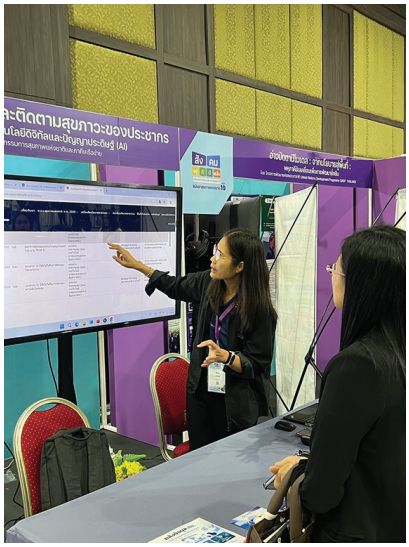
ระบบข้อมูลเฝ้าระวังและติดตามสุขภาวะของประชากรและสังคมโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและปัญญาประดิษฐ์ (AI)

โดย สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) และภาคีเครือข่าย

สช. ร่วมกับหน่วยงานภาคี ได้**พัฒนาระบบข้อมูลเฝ้าระวังและติดตามสุขภาวะของประชากรและสังคม เพื่อจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย (Composite Health Index Monitoring System: CHIMS)** โดยใช้**เทคโนโลยีดิจิทัลและปัญญาประดิษฐ์ (AI) มาเสริมประสิทธิภาพการออกแบบนโยบายสาธารณะ (Augmented Policy Design with AI) ในการติดตามประเมิน และวิเคราะห์สถานการณ์ระบบสุขภาพของประเทศ** เพื่อสร้างระบบข้อมูลสุขภาวะที่เชื่อมโยงข้อมูลหน่วยงานระดับนโยบายและยุทธศาสตร์ของรัฐบาล หน่วยงานภาคียุทธศาสตร์ และหน่วยงานอื่น ๆ สาธิตการใช้ปัญญาประดิษฐ์ (AI) ในการเฝ้าระวังสถานการณ์สุขภาพ สังเคราะห์ข้อมูล คาดการณ์แนวโน้มสถานการณ์ระบบสุขภาพ สร้างทางเลือกทางนโยบายสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบายบนฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ ให้มีความแม่นยำ ตรงจุด และมีประสิทธิภาพมากขึ้น มุ่งสู่การลดความเหลื่อมล้ำและส่งเสริมความเป็นธรรมด้านสุขภาพ

จึงได้นำเสนอการทำงานของระบบข้อมูล ตั้งแต่การออกแบบโครงสร้างระบบข้อมูล (System Architecture Design) การใช้ AI ในการรวบรวมข้อมูล การเชื่อมโยงฐานข้อมูลการดึงข้อมูล (Data Extraction, Data Retrieval) วิเคราะห์ข้อมูล จนถึงการแสดงผลผ่าน Dashboard ใน ๔ มิติ หรือเรียกว่า 4A ได้แก่ A1 = Agenda (สถานการณ์เป็นอย่างไร) A2 = Area (ปัญหาอยู่ที่ไหน) A3 = Analytics (ทำไมถึงเกิด/จะเกิดอะไร) A4 = Action (ต้องทำอย่างไร) ทั้ง ๔ มิตินี้จะช่วยเปลี่ยนข้อมูลให้เป็นข้อมูลเชิงลึกที่นำไปใช้ประโยชน์ได้จริง ทันต่อสถานการณ์ สนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบายอย่างรอบด้าน เกิดการขับเคลื่อนระบบสุขภาพไปสู่ความเป็นธรรมด้านสุขภาพอย่างยั่งยืน

ผู้เข้าชมบูธ **“ระบบข้อมูลเฝ้าระวังและติดตามสุขภาวะของประชากรและสังคม โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและปัญญาประดิษฐ์ (AI)”** สามารถทดลองใช้งานระบบข้อมูล แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และให้คำแนะนำได้โดยตรง เพื่อให้การพัฒนาระบบข้อมูลตอบโจทย์การใช้งานได้ทั้งในระดับประเทศและระดับพื้นที่







“อ่าวปัตตานีโมเดล” จากนโยบายสู่พื้นที่: พหุภาคีการขับเคลื่อนเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน

โดย โครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ United Nations Development Programme (UNDP Thailand)







การนำเสนอนี้สืบเนื่องมาจากมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๘ (มติ ๑๘.๕) ว่าด้วยกลไกขับเคลื่อนการพัฒนาที่ยั่งยืนระดับพื้นที่ภายใต้แนวคิด “สุขภาพในทุกนโยบาย” ซึ่งเกิดจากความร่วมมือระหว่างโครงการ Climate Finance Network (CFN) ของ UNDP, จังหวัดปัตตานี, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) และมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ในการสนับสนุนการจัดทำ “ธรรมนูญตำบลแหลมโพธิ์ พ.ศ. ๒๕๖๙” เพื่อเป็นต้นแบบชุมชนในการรับมือกับการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ โดยมีสาระสำคัญครอบคลุม ๔ ด้านหลัก ได้แก่ ๑) การจัดการทรัพยากรธรรมชาติและประมง เช่น การกำหนดเขต “โซนลาโจะ” และโครงสร้างชะลอคลื่น ๒) การจัดการสิ่งแวดล้อมและการรับมือสภาพภูมิอากาศ เช่น การจัดการขยะและเครือข่ายเฝ้าระวังทางทะเล ๓) การท่องเที่ยวและเศรษฐกิจชุมชน เช่น การท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์และการจัดตั้งกองทุนสังคมแหลมโพธิ์ และ ๔) สังคมสุขภาพ และคุณภาพชีวิต เช่น การดูแลกลุ่มเปราะบาง ความมั่นคงทางอาหาร และการลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)

วัตถุประสงค์หลักของการนำเสนอคือ เพื่อแสดงรูปธรรมความสำเร็จและบทเรียนการขับเคลื่อนเชิงพื้นที่ผ่านกรณีศึกษาธรรมนูญตำบลแหลมโพธิ์, สะท้อนความเชื่อมโยงของมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่, แสดงพลังความร่วมมือของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน และเปิดพื้นที่ลานสานพลังเจรจานโยบายเพื่อขยายผลโมเดลดังกล่าวสู่ วงกว้าง โดยมีรูปแบบการนำเสนอผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมและการแจกจ่ายสรุปสาระสำคัญเชิงนโยบาย (Policy Brief) ดำเนินรายการโดย นายอับดุลรอมัน ยีอาแซ และนายนิรุสลี นิแว จากคณะทำงานธรรมนูญตำบลแหลมโพธิ์

HIA เครื่องมือจัดการภัยพิบัติ และเฝ้าระวังผลกระทบสุขภาพสำหรับชุมชน

โดย สมัชชาจังหวัดพระนครศรีอยุธยา และคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์



สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) โดยสำนักนโยบายสาธารณะภาคกลาง ร่วมกับศูนย์วิชาการด้านการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ (HIA) ทั้ง ๔ ภูมิภาค เผยแพร่บทบาทของการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (Health Impact Assessment: HIA) ในการจัดการภัยพิบัติและเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพประชาชน ผ่านกรณีศึกษา “๔ ภาค ๔ ภัย” ซึ่งสะท้อนการนำข้อมูลวิชาการและความรู้ของชุมชนมาใช้พัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายอย่างมีส่วนร่วม โดยกรณีศึกษาสำคัญ ได้แก่ **การบริหารจัดการพื้นที่รับน้ำจังหวัดพระนครศรีอยุธยา** ซึ่งประชาชนได้รับผลกระทบจากน้ำท่วมขังเฉลี่ย ๑๑๐ วัน ผลสำรวจ ๓๖๐ ครัวเรือนพบว่า ร้อยละ ๕๙ มีความเครียดสูง ร้อยละ ๗๒ ไม่เคยได้รับการดูแลสุขภาพจิตจากภาครัฐ มีความเสียหายเฉลี่ย ๓๗,๖๗๗ บาทต่อครัวเรือน และร้อยละ ๙๔ เห็นว่าการจัดการน้ำไม่เป็นธรรม จึงนำกระบวนการ HIA มาพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย ๖ ประการ ครอบคลุมการชดเชยและเยียวยาตามผลกระทบจริง การบูรณาการมิติสุขภาพในแผนอุทกภัย ความโปร่งใสของข้อมูล การติดตามความเป็นธรรม และการแบ่งปันภาระการจัดการน้ำทั้งลุ่มน้ำ ขณะที่**ภาคเหนือใช้ HIA แบบเร่งด่วนเพื่อรับมือปัญหาสารโลหะหนักปนเปื้อนในแม่น้ำกก สาย รวก และโขง** พร้อมเสนอให้ยกระดับเป็นวาระแห่งชาติและส่งเสริมชุมชนเฝ้าระวัง **ภาคตะวันออกเฉียงเหนือใช้กระบวนการมีส่วนร่วมพัฒนามาตรการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีผ่านธรรมนูญ “งานบุญปลอดดิบ”** และ**ภาคใต้ใช้ HIA สนับสนุนการวางแผนรับมือและฟื้นฟูสุขภาพชุมชนจากอุทกภัย**

ทั้งนี้ กิจกรรมได้รับความสนใจจากผู้เข้าร่วมงาน โดยผลการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นพบว่า ผู้เข้าร่วมให้ความสำคัญกับผลกระทบด้านสุขภาพจิตมากที่สุด รองลงมาคือสุขภาพกาย และปัญหารายได้และหนี้สิน พร้อมเสนอให้เร่งดำเนินการชดเชยประชาชนในพื้นที่รับน้ำอย่างเหมาะสม เชื่อมโยงข้อมูลและแผนรับมือภัยพิบัติตั้งแต่ระดับหมู่บ้านจนถึงระดับลุ่มน้ำ ตลอดจนจัดระบบเยียวยากลุ่มเปราะบางและติดตามความเป็นธรรมในการจัดการภัยพิบัติ บทเรียนสำคัญสะท้อนให้เห็นว่า HIA เป็นเครื่องมือที่ช่วยแปลงข้อมูลเสียงสะท้อนของประชาชนให้เป็นข้อเสนอเชิงนโยบายที่เป็นรูปธรรม โดยเฉพาะผลกระทบด้านสุขภาพจิตและความไม่เป็นธรรมที่มักถูกมองข้าม จึงควรผลักดันให้มีการบูรณาการมิติสุขภาพในแผนจัดการภัยพิบัติทุกระดับ และส่งเสริมการใช้ HIA เป็นเครื่องมือขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคีเครือข่าย และสมัชชาสุขภาพจังหวัด เพื่อเสริมสร้างศักยภาพชุมชนในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และจัดการผลกระทบสุขภาพตลอดจนขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม เป็นธรรม และยั่งยืน

โครงการภาคีอาสา เพื่อพัฒนาจังหวัดเข้มแข็ง

โดย ศูนย์นวัตกรรมนโยบายสุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)







ศูนย์นวัตกรรมนโยบายสุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) จัดบูธนำเสนอภาพรวมการขับเคลื่อนโครงการภาคีอาสา เพื่อพัฒนาจังหวัดเข้มแข็ง โดยมุ่งสร้างระบบนิเวศความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาคียุทธศาสตร์และภาคีเครือข่าย เพื่อหนุนเสริมพื้นที่ปฏิบัติการทั้งในระยะที่ ๑ และระยะที่ ๒ ให้สามารถพัฒนาวาระเป้าหมายร่วม (Target Agenda) ที่สอดคล้องกับบริบทสถานการณ์และปัญหาของแต่ละจังหวัด ตลอดจนสนับสนุนการระดมทรัพยากรและการร่วมลงทุน (Co-investment) จากภาคีเครือข่าย เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนงานในพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม

การนำเสนอให้ความสำคัญกับการใช้ข้อมูลเป็นฐานในการขับเคลื่อนงาน (Data-driven) ผ่าน Dashboard เครื่องมือวัดความอยู่ดีมีสุขของประชากรและสังคมระดับจังหวัด (TWBI) ซึ่งครอบคลุม ๕ มิติสำคัญ ได้แก่ สุขภาพ, สังคมและเศรษฐกิจ, สิ่งแวดล้อมและโครงสร้างพื้นฐาน, การศึกษา และการมีส่วนร่วม รวม ๒๒ ตัวชี้วัด โดยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าชมบูธได้ร่วมสำรวจข้อมูลสถานการณ์ความอยู่ดีมีสุขของจังหวัดต่าง ๆ พร้อมทั้งร่วมสะท้อนความคิดเห็น ตั้งคำถาม และแลกเปลี่ยนข้อสังเกตต่อข้อมูลเชิงประจักษ์ ซึ่งได้รับความสนใจจากผู้เข้าร่วมงานเป็นจำนวนมาก

ทั้งนี้ Dashboard TWBI ไม่ได้ทำหน้าที่เพียงแค่แสดงผลข้อมูลเท่านั้น แต่เป็นจุดตั้งต้นของกระบวนการเรียนรู้และสร้างบทสนทนาเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาในระดับพื้นที่ ช่วยให้มองเห็นภาพรวมของจังหวัด นำไปสู่การตั้งข้อสังเกตต่อประเด็นที่ควรให้ความสำคัญ และสืบค้นข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อทำความเข้าใจสาเหตุและเงื่อนไขของปัญหาได้อย่างชัดเจนยิ่งขึ้น ก่อนจะนำไปสู่การเปิดพื้นที่ให้ภาคีเครือข่ายและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในจังหวัดได้ร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น วิเคราะห์สถานการณ์ กำหนดวาระเป้าหมายร่วม และออกแบบแผนงานเพื่อขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงในพื้นที่ร่วมกัน

การจัดบูธครั้งนี้จึงเป็นส่วนหนึ่งของการสื่อสารแนวทางการทำงานของโครงการภาคีอาสา ที่เชื่อมโยงพลังข้อมูล การเรียนรู้ร่วมกัน และการผสานความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายเข้าไว้ด้วยกัน โดยมุ่งหวังให้ข้อมูลเป็นตัวนำทางสู่การตั้งคำถาม การกำหนดวาระร่วม และการลงมือปฏิบัติจริง เพื่อร่วมกันพัฒนาคุณภาพชีวิตและความอยู่ดีมีสุขของประชาชนในระดับจังหวัดอย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืน

การรับบริจาคดวงตาและอวัยวะ

โดย ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย

บูธรับแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ คือ การแสดงเจตจำนงว่าต้องการบริจาคอวัยวะ ได้แก่ หัวใจ ตับ ไต ปอด และอวัยวะทุกส่วนที่สามารถใช้เป็นประโยชน์ได้ รวมถึงดวงตา ซึ่งเมื่อแสดงความจำนงแล้ว สภากาชาดไทยจะออกบัตรประจำตัวผู้มีความจำนงบริจาคอวัยวะ-ดวงตา เพื่อให้พกติดตัวไว้ โดยจะมีเบอร์โทรติดต่อของศูนย์รับบริจาคอวัยวะ และศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทย หากเกิดกรณีฉุกเฉินญาติสามารถติดต่อตามเบอร์ด้านหลังบัตรได้ทันที

ในบูธจะมีเจ้าหน้าที่จากศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย และอาสาสมัครสภากาชาดไทยร่วมให้ข้อมูลและรับแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ และมีมาสคอตร่วมเชิญชวนการบริจาคอวัยวะ มาร่วมเป็นหนึ่งในผู้ส่งต่อความหวัง มาร่วมสร้างปาฏิหาริย์ให้เพื่อนมนุษย์ เพราะเมื่อเราจากไป... สิ่งที่ยังคงอยู่และมีความหมายที่สุด คือความดีที่เราได้มอบไว้ ‘กุศลผู้ให้... ชีวิตใหม่ผู้รับ’ ทั้งนี้ภายในงานมีผู้ร่วมแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ ๒๘-๒๙ ตุลาคม ๒๕๖๙ จำนวน ๖๗ ราย







Last Photo: ภาพถ่ายและบทสนทนา เพื่อชวนคุยเรื่องความตาย

โดย คุณธำรงรัตน์ บุญประยูร







กิจกรรม Last Photo : ภาพถ่ายและบทสนทนาเพื่อชวนคุยเรื่องความตาย เป็นพื้นที่แห่งการเรียนรู้และการทบทวนชีวิต ผ่านการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ มุมมอง และความรู้สึกเกี่ยวกับการใช้ชีวิต คุณค่าของสิ่งต่าง ๆ และการเตรียมความพร้อมสำหรับวาระสุดท้ายของชีวิต โดยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมได้สื่อสารมุมมองต่อความตายของตนเองอย่างอิสระและไม่ถูกตัดสิน กิจกรรมดำเนินไปในรูปแบบกลุ่มที่ผู้เข้าร่วมบางคนไม่เคยรู้จักกันมาก่อน แต่บทสนทนาที่เปิดพื้นที่ให้รับฟังกันอย่างจริงใจ ค่อย ๆ สร้างความเชื่อมโยงระหว่างผู้คน และนำไปสู่การถ่ายภาพขาวดำโดยช่างภาพมืออาชีพ ซึ่งช่วยเปิดมุมมองใหม่ในการมองตนเอง ผ่านภาพที่เรียบง่ายแต่สะท้อนความรู้สึกและความหมายที่ลึกซึ้ง ภายหลังการถ่ายภาพ ผู้เข้าร่วมได้เขียนข้อความสะท้อนความรู้สึกและสิ่งที่ได้เรียนรู้จากกิจกรรม บางคนค้นพบมุมมองหรือความรู้สึกที่ไม่เคยตระหนักมาก่อน บางคนเกิดความสบายใจ ขณะที่บางคนได้กลับมาทบทวนตัวเอง ความสัมพันธ์ และสิ่งที่มีความหมายต่อชีวิตอีกครั้ง

คุณค่าที่สำคัญของกิจกรรมไม่ได้อยู่เพียงการพูดถึงความตาย แต่อยู่ที่การทำให้เราเข้าใจชีวิตของกันและกันมากขึ้น ผ่านการเรียนรู้ที่จะยอมรับความแตกต่าง รับฟังด้วยหัวใจ และเคารพความรู้สึกของผู้อื่นโดยปราศจากการตัดสิน กิจกรรมนี้จึงเป็นจุดเริ่มต้นของการเปิดใจพูดคุยเรื่องความตายในชีวิตประจำวัน ช่วยให้การเตรียมความพร้อมสำหรับวาระสุดท้ายของชีวิตไม่ใช่เรื่องไกลตัวหรือเป็นเรื่องที่ต้องรอจนถึงวันที่เจ็บป่วย แต่เป็นส่วนหนึ่งของการใช้ชีวิตอย่างมีความหมาย การสื่อสารความต้องการของตนเอง และการเตรียมพร้อมเพื่อให้สามารถจากไปอย่างสงบและสอดคล้องกับคุณค่าของชีวิตที่แต่ละคนเลือกไว้

สมัชชาหน้าไมค์

โดย สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) และภาคีเครือข่าย



“สมัชชาหน้าไมค์” เป็นเวทีสื่อสารสั้น ๆ ที่เปิดพื้นที่ให้ผู้ขับเคลื่อนนโยบายจากจังหวัด หน่วยงาน และภาคีเครือข่าย ได้บอกเล่าประสบการณ์ถ่ายทอดบทเรียน และประกาศเจตนารมณ์ในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะจากพื้นที่ ผ่านการบันทึกเทปวิดีโอคนละไม่เกิน ๓ นาที เพื่อส่งต่อแนวคิดและนโยบายสำคัญให้สังคมได้รับรู้ พร้อมเชื่อมโยงพลังความร่วมมือของเครือข่ายให้เกิดการขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่อง ภายใต้เป้าหมายการสร้างสังคมที่ทุกคน “อยู่ดี มีพลัง”

ตลอด ๒ วัน มีผู้ร่วมแลกเปลี่ยนและให้สัมภาษณ์รวม ๖๖ คน แบ่งเป็นผู้เข้าร่วมกิจกรรมวันที่ ๒๘ ตุลาคม จำนวน ๓๗ คน และวันที่ ๒๙ ตุลาคม จำนวน ๑๙ คน รวมถึงผู้ได้รับโล่เชิดชูเกียรติด้านการสนับสนุนและขับเคลื่อนสิทธิสุขภาพเรื่องการแสดงเจตนาล่วงหน้า (Living Will) อีก ๙ คน และจุฬาราชมนตรี ๑ คน ทั้งนี้ ก่อนวันงานมีผู้ลงทะเบียนล่วงหน้า ๑๘ คน โดยมีผู้เข้าร่วมสัมภาษณ์ตามนัด ๑๒ คน ส่วนที่เหลือเป็นผู้ที่เดินเข้ามาร่วมแลกเปลี่ยนภายในงาน

ประเด็นที่ได้รับการถ่ายทอดครอบคลุมการขับเคลื่อนนโยบายจาก ๔ กลุ่มสำคัญ ได้แก่

๑. **ประเภทจังหวัดขนาดใหญ่: การขับเคลื่อนระดับพื้นที่และระบบข้อมูล** เน้นสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับ Living Will ว่าเป็นการแสดงเจตนารมณ์เพื่อให้ได้รับการดูแลตามความประสงค์ ไม่ใช่การปฏิเสธการรักษา พร้อมเสนอให้ขยายต้นแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เชื่อมโยงฐานข้อมูลดิจิทัลระหว่างหน่วยงาน และเสริมบทบาท อสม. และผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

๒. **ประเภทโรงพยาบาล: การสื่อสารสาธารณะและการดูแลสุขภาพในทางปฏิบัติ** ให้ความสำคัญกับการสื่อสารเรื่องสิทธิการดูแลระยะท้ายและ Living Will ให้ประชาชนเข้าใจง่าย ลดความกังวลและความเข้าใจผิด ควบคู่กับการนำแนวทางไปใช้จริงในสถานพยาบาลและชุมชน รวมถึงส่งเสริมการป้องกันโรคและสร้างขวัญกำลังใจให้บุคลากรผู้ขับเคลื่อนงาน

๓. **ประเภทภาคประชาสังคมและเอกชน: มิติทางสังคม เศรษฐกิจ และศาสนา** สะท้อนความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอย่างมีศักดิ์ศรี ลดความทุกข์ทรมานที่ไม่จำเป็น และสร้างความเข้าใจเรื่องการเตรียมตัวก่อนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต โดยเชื่อมโยงหลักศาสนา การแพทย์ และกฎหมาย เพื่อให้ครอบครัวและสังคมร่วมดูแลกันได้อย่างเข้าใจ

๔. **ประเภทบุคคลผู้ขับเคลื่อนนโยบาย: สิทธิตามกฎหมายและการเข้าถึงบริการ** มุ่งส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) อย่างทั่วถึง รับรู้สิทธิตามมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ และสามารถวางแผนการดูแลช่วงท้ายของชีวิตผ่าน Living Will ได้อย่างเหมาะสม

กิจกรรมครั้งนี้ทำให้เรื่องราวจากการทำงานจริงในแต่ละพื้นที่ได้รับการถ่ายทอดสู่สังคม ทั้งยังเปิดโอกาสให้ผู้ขับเคลื่อนนโยบายได้ส่งเสียงและประกาศความมุ่งมั่นร่วมกัน เพื่อเชื่อมโยงบทเรียนจากพื้นที่ให้กลายเป็นพลังความร่วมมือในการสร้างสังคมที่ทุกคนมีคุณภาพชีวิตที่ดี “อยู่ดี มีพลัง” อย่างเป็นรูปธรรม



พิธีปิดการประชุม สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๙ พ.ศ. ๒๕๖๙

—

โดย แพทย์หญิงพรรณพิมล วิปุลากร
ประธานกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๙ พ.ศ. ๒๕๖๙

ตลอดระยะเวลา ๒ วันของการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๙ ได้แสดงให้เห็นอย่างเด่นชัดว่า การสร้างระบบสุขภาพที่มั่นคงและยั่งยืนมิใช่งานของหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง แต่ต้องอาศัยการบูรณาการ ความร่วมมือ ความเข้าใจ และความรับผิดชอบร่วมกันจากทุกภาคส่วนของสังคม ในโอกาสนี้ ที่ประชุมได้ร่วมกันรับรองฉันทมติใน ๓ วาระเชิงนโยบายสำคัญ พร้อมทั้งแถลงเจตนารมณ์เพื่อขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติการจริง ได้แก่

๑. มติการสร้างสุขภาวะด้วยธรรมชาติ มุ่งเน้นการปรับกระบวนทัศน์ให้ตระหนักว่า ธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม และสุขภาวะของมนุษย์ล้วนเกื้อกูลและไม่อาจแยกขาดจากกันได้ การวางโครงสร้างพื้นฐานด้านสุขภาพจึงต้องเชื่อมโยงกับการดูแลระบบนิเวศ เพื่อให้ธรรมชาติทำหน้าที่เป็นรากฐานในการฟื้นฟูสุขภาพของประชาชน

๒. มติการยกระดับระบบนิเวศช่วงเปลี่ยนผ่านชีวิตของกลุ่มเริ่มต้นทำงาน มุ่งสร้างกลไกสนับสนุนเชิงโครงสร้างเพื่อส่งเสริมให้คนรุ่นใหม่และผู้ก้าวเข้าสู่วัยทำงาน (First Jobbers) สามารถเริ่มต้นชีวิตการทำงานได้อย่างมั่นคง มีสุขภาวะองค์รวมที่สมดุล และพร้อมที่จะเติบโตเป็นพลังสำคัญของสังคม

●●
คุณค่าที่แท้จริงของมติสมัชชาสุขภาพ มิใช่อยู่เพียงการรับรองมติเท่านั้น แต่คือการนำมติเหล่านี้ไปขับเคลื่อนไปเปลี่ยนแปลงชีวิตของผู้คนที่อยู่โดยรอบของพวกเรา
●●

๓. มติข้อเสนอนโยบายจากสมัชชาสุขภาพคนรุ่นใหม่ ในประเด็น “ฮีลใจคนรุ่นใหม่” เน้นการสร้างสภาพแวดล้อมทางสังคมและการทำงานที่เอื้อต่อสุขภาวะทางจิตที่ดีของเยาวชนและคนรุ่นใหม่ อันเป็นการสะท้อนว่าเสียงและประสบการณ์ตรงของคนรุ่นใหม่คือหัวใจสำคัญที่นโยบายสาธารณะต้องรับฟังและร่วมกันแก้ไขปัญหาอย่างจริงจัง

ฉันทมติทั้ง ๓ ประเด็นนี้ มิได้เกิดขึ้นเพียงในห้องประชุม แต่เป็นผลลัพธ์จากการทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่ายตลอดทั้งปีที่ผ่านมา ที่พวกเราทุกคนจะร่วมกันนำไปแปรเปลี่ยนเป็นรูปธรรมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนต่อไป

นอกจากการรับรองมติใหม่แล้ว ที่ประชุมยังได้ติดตามความก้าวหน้าของมติเดิม เช่น การพัฒนาระบบสุขภาวะทางจิตเพื่อสังคมไทยไร้ความรุนแรง การพลิกโฉมกำลังคนเพื่อสังคมสุขภาวะ และการท่องเที่ยวแนวใหม่สู่สุขภาวะและเศรษฐกิจไทย ซึ่งปัจจัยความสำเร็จยังคงอยู่ที่การมีเจ้าภาพหลักที่ชัดเจนและการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการร่วม

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติได้พิสูจน์แล้วว่า คือ “พื้นที่กลางทางสังคม” ที่เปิดกว้างให้ทุกภาคส่วนได้แลกเปลี่ยนมุมมองที่หลากหลายและหลอมรวมเจตจำนงเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพร่วมกัน ขอให้ทุกท่านนำความมุ่งมั่นและความอิ่มเอมใจในวันนี้ กลับไปเป็นพลังขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเชิงบวกด้วยหัวใจ เพื่อสร้างสังคมไทยให้อยู่ดีและมีพลังต่อไป



การแสดงวิจิตรศิลป์แผ่นดินสยาม

—

โดย
บ้านรักษ์ไทย บางใหญ่

นาฏศิลป์ไทยเป็นผลผลิตทางวัฒนธรรมที่เป็นรูปธรรม นับเป็นมรดกทางวัฒนธรรมที่บรรพบุรุษของเราได้สร้างและสั่งสมภูมิปัญญามาแต่โบราณ เป็นสิ่งที่แสดงถึงเอกลักษณ์ของชาติ แสดงให้เห็นถึงความเป็นอารยประเทศของชาติไทยที่มีคุณค่าควรแก่การอนุรักษ์และสืบทอด



การแสดงประกอบด้วย ๒ ชุดการแสดง จากบ้านรักษ์ไทย บางใหญ่ ประกอบด้วย

“รำสี่ภาค” เป็นการแสดงในแนวนาฏศิลป์สร้างสรรค์ที่นำเอกลักษณ์การร่ายรำ ที่แสดงถึงวิถีชีวิตของผู้คนจากสี่ภูมิภาคของไทยมาร้อยเรียงและผสมผสานเข้าไว้ด้วยกันในการแสดงชุดเดียว เพื่อสะท้อนภาพรวมของศิลปวัฒนธรรมที่หลากหลายและอัตลักษณ์ของท้องถิ่นไทย

“หนุมานจับนางเบญกาย” เป็นส่วนหนึ่งของโขนเรื่องรามเกียรติ์ ตอนนางลอย เป็นชุดการแสดงที่เน้นกระบวนท่ารำที่สวยงามและรวดเร็ว แสดงถึงการปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวละครฝ่ายพระเอกซึ่งเป็นวานร และฝ่ายนางซึ่งเป็นยักษ์ ที่เกี้ยวพาราสีกันบนท้องฟ้า



แสดงโดย

ด.ญ.วิสาขา ปิ่นทอง	ด.ช.ปัณณธร รอดพันดุง
ด.ญ.ชิชาฎา งามศิลปเสถียร	ด.ญ.พิมย์พิศา ธีรนุลักษณ์
ด.ญ.สาริสา นาคเจริญ	ด.ญ.ปุณณดา บุษยาวิภาธร
ด.ญ.ธนิดา ธีรนุลักษณ์	น.ส.ปริณดา รอดพันดุง
น.ส.ศรินทร์ลักษณ์ ผิวคราม	น.ส.สุพรรษา ส่งประสิน





สรุปภาพรวมการประชุม สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๙ พ.ศ. ๒๕๖๙



การประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๙
ระหว่างวันที่ ๒๘ - ๒๙ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๙
ณ อาคารอิมแพ็ค ฟอรั่ม เมืองทองธานี
จังหวัดนนทบุรี

มีผู้เข้าร่วมประชุมทั้งสิ้น จำนวน ๒,๙๕๑ คน

เป็นผู้เข้าร่วม ณ สถานที่จัดประชุม
จำนวน ๒,๒๘๕ คน

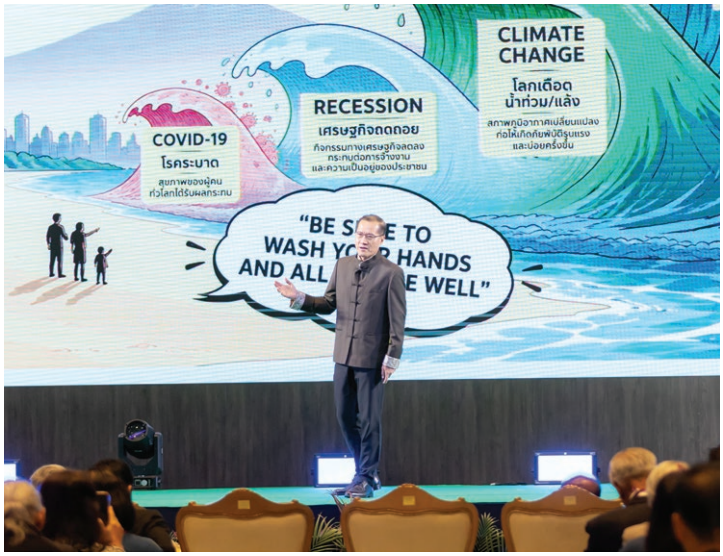
เข้าร่วมประชุมออนไลน์
จำนวน ๖๖๖ คน

ผู้รับชมกิจกรรมในงานผ่าน Facebook Live
และช่องทางออนไลน์ต่าง ๆ รวมจำนวน
๒๓๒,๑๙๘ บัญชีผู้ใช้

และมีผู้เข้าร่วมพัฒนาประเด็น
ทั้ง ๓ ประเด็น
จำนวนกว่า ๕,๓๐๐ คน


สัง
คม
อยู่
ดี
มี
พลัง
นโยบายสาธารณะเชิงบวกด้วยหัวใจ
สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 19




COVID-19
โรคระบาด
RECESSION
เศรษฐกิจถดถอย
CLIMATE CHANGE
โลกเดือด
น้ำท่วม/แล้ง


สัง
คม
อยู่
ดี
มี
นโยบายสาธารณะเชิงบวกด้วยหัวใจ
สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 19




สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ


Moderator






พลัง
ยหัวใจ
ชาติ
สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ


ระเบียบวาระการพิจารณา
ระเบียบวาระที่ 1
การสร้างสุขภาวะด้วยธรรมชาติ
(Promoting well-being through Nature)
ระเบียบวาระที่ 2
การยกระดับระบบนิเวศช่วงเปลี่ยนผ่านชีวิตของกลุ่มเริ่มต้นทำงาน
(Leveraging the Transition-to-Work Ecosystem for First Jobbers)
ระเบียบวาระที่ 3
ฮีลใจคนรุ่นใหม่: เสริมพลังคนรุ่นใหม่ผ่านระบบสุขภาวะทางจิตเชิงรุกและมีส่วนร่วม
(New Gen, Find Your Zen: Empowering Young People through a Proactive and Participatory Mental Well-being System)
ระเบียบวาระที่ 4
รายงานความก้าวหน้าของการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่ผ่านมา
ระเบียบวาระที่ 5
รับรองมติและแสดงถ้อยแถลงร่วมขับเคลื่อนมติ


10 พื้นที่สุขภาวะ
4 มิติสุขภาวะ


สมัชชาสุขภาพ
"เปิดพื้นที่กลางให้คนรุ่นใหม่
สามารถพัฒนานโยบายสาธารณะ
สู่วาระชาติ สู่มติ ครม."


SUSTAINABLE
DEVELOPMENT
GOALS




15 รางวัลเชิดชูเกียรติ
400,000 รายต่อปี
ลดลง 16%
354 → 4,042
104 → 537
Health Station
420,000 บาท
50 แห่ง


สมัชชาสุขภาพ
แห่งชาติครั้งที่ 19


รางวัลรองชนะเลิศอันดับ 2
10,000 บาท
รางวัลเทคนิคยอดเยี่ยม
5,000 บาท
สังคม


จุดลงทะเบียน


02 กรอบ 3:5:5 : เครื่องมือเปลี่ยนระบบนิเวศสุขภาพ
3 กลไกขับเคลื่อน
5 มาตรการหลัก
5 ระบบสนับสนุน


สังคม




พิจารณาระเบียบวาระที่ 1
: "การสร้างสุขภาวะด้วยธรรมชาติ (Promoting well-being through Natu
โดย ผู้แทนคณะอนุกรรมการสนับสนุน และคณะทำงาน



ภาคผนวก



- คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๙ พ.ศ. ๒๕๖๙
- คำสั่งแต่งตั้งคณะอนุกรรมการสนับสนุนกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
- คำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาประเด็นการสร้างเสริมสุขภาวะบนพื้นฐานสิ่งแวดล้อม
- คำแต่งตั้งคณะทำงานการพัฒนาระบบนิเวศที่ส่งเสริมสุขภาวะของกลุ่มเริ่มต้นทำงานใหม่
- คำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานสนับสนุนการจัดสมัชชาสุขภาพคนรุ่นใหม่



รายงานผลการจัดงานและมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๙ พ.ศ. ๒๕๖๙


สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ


สำนักงานคณะกรรมการ
สุขภาพแห่งชาติ

สังคมอยู่ดีมีพลัง

นโยบายสาธารณะเชิงบวกด้วยหัวใจ

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)
ชั้น ๓ อาคารสุขภาพแห่งชาติ เลขที่ ๘๘/๓๙
หมู่ ๔ ซ.ติวานนท์ ๑๔ ถ.ติวานนท์
ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐
โทรศัพท์ ๐ ๒๘๓๒ ๙๐๐๑
ไปรษณีย์อิเล็คทรอนิกส์ nhco@saraban.mail.go.th
เว็บไซต์
www.nationalhealth.or.th
www.samatcha.org

สื่อสังคมออนไลน์