

การสร้างสุขภาวะด้วยธรรมชาติ

(Promoting well-being through Nature)

๑. ความเป็นมา สถานการณ์ แนวโน้ม และความท้าทาย

๑.๑ ที่มาและความสำคัญของประเด็น

8 การสร้างสุขภาวะด้วยธรรมชาติตั้งอยู่บนฐานคิดว่า “มนุษย์เป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติ ทำให้สุขภาวะของ
9 ธรรมชาติมีผลโดยตรงต่อสุขภาวะของมนุษย์” อีกทั้งการสร้างเสริมสุขภาพไม่ควรจำกัดที่การรักษาโรคในสถานพยาบาล
10 แต่จำเป็นต้องขยายไปสู่วิถีชีวิต ชุมชน สังคม และสภาพแวดล้อม ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างคนกับธรรมชาติเป็นหัวใจสำคัญ
11 ที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะทั้งกาย จิต สังคม และปัญญา ทำให้ประเด็นนี้มีความสำคัญเชิงนโยบายจากการเปลี่ยนผ่าน ๖ ด้าน
12 ที่เชื่อมโยงกัน ดังนี้

13 ๑) จากการรักษาโรค สู่การสร้างสุขภาวะก่อนป่วย ใช้ความอุดมสมบูรณ์ของพื้นที่ธรรมชาติเป็นต้นทุนสุขภาวะ
14 เพื่อป้องกันโรค NCDs ความเครียด และปัญหาสุขภาพจิต ตามหลัก “สร้างนำซ่อม” สำหรับประชาชนทุกกลุ่ม รวมถึงกลุ่ม
15 เปราะบาง

16 ๒) จากโรงพยาบาล สู่ชุมชนและธรรมชาติ ประเทศไทยมีกิจกรรมในชุมชนจำนวนมาก แต่ยังขาดกลไกเชื่อมโยง
17 ผู้คนเข้าสู่กิจกรรมเหล่านั้น จึงจำเป็นต้องพัฒนาการแนะนำกิจกรรมทางสังคมฐานธรรมชาติ (Green Social Prescribing)
18 และผู้เชื่อมต่อ (Link Worker)

19 ๓) จาก “ธรรมชาติบำบัดคน” สู่ “คนและธรรมชาติเกื้อกูลกัน” ไม่เพียงถามว่าธรรมชาติให้อะไรแก่สุขภาพ แต่
20 ต้องถามว่าคนจะคืนสุขภาวะให้ธรรมชาติอย่างไร ซึ่งเชื่อมโดยตรงกับการอาศัยกิจกรรมฐานธรรมชาติ (Nature-based
21 Activity) สร้างเสริมสุขภาวะทั้งผู้คนและธรรมชาติควบคู่กัน

22 ๔) จากทรัพยากรธรรมชาติ สู่ “ต้นทุนสุขภาวะ” ทั้งพื้นที่ป่าเขา แม่น้ำ ลำคลอง ทะเล ป่าชุมชน พื้นที่สีเขียว
23 เกษตร อาหาร วัฒนธรรม และภูมิปัญญา เป็นทุนสร้างสุขภาวะได้ โดยไม่ทำลายคุณค่าดั้งเดิมและไม่ใช้เกินขีด
24 ความสามารถในการรองรับ

25 ๕) จากการส่งเสริมสุขภาพ สู่โอกาสทางสังคมและเศรษฐกิจ เพิ่มโอกาสทางเศรษฐกิจด้วยการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ
26 การส่งเสริมอาชีพสีเขียว วิสาหกิจชุมชน และส่งเสริมเศรษฐกิจแห่งความอยู่ดีมีสุข (Well-being Economy) ที่กระจาย
27 ผลประโยชน์อย่างเป็นธรรม

๖) จากบริการสุขภาพราคาแพง สุขภาพสำหรับทุกคน ทำให้ธรรมชาติเป็น “ทรัพยากรสุขภาพสาธารณะ” ที่คนทุกกลุ่มเข้าถึงได้ตามความต้องการ และระดับความจำเป็น โดยเฉพาะผู้สูงอายุ คนพิการ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มเปราะบาง

หัวใจของประเด็นที่ภาคีเห็นพ้องร่วมกัน คือ “การเชื่อมต่อ (Connectivity)” ทั้งแนวราบและแนวดิ่ง และ “การเปลี่ยนผ่านเชิงระบบ (Systemic Transition)” ที่มองธรรมชาติเป็นโครงสร้างพื้นฐานทางสุขภาพ มิใช่เพียงทรัพยากรของอุตสาหกรรมแพทย์หรือการท่องเที่ยว

๑.๒ สถานการณ์ปัจจุบันและข้อมูลเชิงประจักษ์

๑.๒.๑ วิกฤตด้านสุขภาพ

วิถีชีวิตเมืองและโลกดิจิทัลที่ทำให้ผู้คนห่างเหินจากธรรมชาติและชุมชน การขาดสายใยนี้บั่นทอนทั้งสุขภาพกายใจ ความผูกพันต่อกัน และความหมายของชีวิต ทำให้คนไทยเผชิญกับ “วิกฤตสุขภาพ” ในทุกระดับทั้งโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (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 ผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่มองเห็นต้นไม้ฟื้นตัวเร็วขึ้น และสวนบำบัดช่วยลดอาการกระสับกระส่ายในผู้มีภาวะสมองเสื่อม^[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] และพื้นที่สีเขียวในเมืองจำนวนมาก เป็นลานคอนกรีตและ

1 สนามหญ้าที่ขาดความหลากหลายทางชีวภาพ ขณะที่ชนบทมีทุนธรรมชาติอุดมสมบูรณ์แต่ยังขาดกลไกเปลี่ยนเป็น “ทุน
2 เพื่อสุขภาวะ” อย่างเป็นระบบ การเข้าถึงพื้นที่และกิจกรรมธรรมชาติบำบัดจึงกระจุกตัวในกลุ่มที่มีกำลังซื้อ ส่วนผู้ที่
3 ต้องการมากที่สุด ได้แก่ กลุ่มเปราะบาง ผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ที่เผชิญความเครียด และผู้ได้รับผลกระทบจากมลภาวะ
4 สิ่งแวดล้อมและโลกรวน กลับเข้าถึงได้น้อยที่สุด

5 ๑.๓ แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงในอนาคต

6 ในช่วง ๕-๑๐ ปีข้างหน้า การสร้างสุขภาวะด้วยธรรมชาติมีแนวโน้มเปลี่ยนจาก “กิจกรรมทางเลือก” สู่
7 “โครงสร้างหนึ่งของระบบสร้างเสริมสุขภาพและเศรษฐกิจสุขภาวะของประเทศ” โดยมีแนวโน้มสำคัญ ดังนี้

8 ๑) ธรรมชาติเป็นโครงสร้างพื้นฐานด้านสุขภาพ (Health Infrastructure) และความหลากหลายทางชีวภาพ
9 เป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพ ป่าเขา แม่น้ำลำคลอง ทะเล สวนสาธารณะ พื้นที่ชุ่มน้ำ และพื้นที่เกษตร ด้านการ
10 วางผังเมืองและการพัฒนาเมือง โดยไม่พิจารณาเฉพาะปริมาณพื้นที่สีเขียวต่อประชากร แต่ควรคำนึงถึงการ
11 กระจายตัวรัศมีการให้บริการ ความเชื่อมต่อและการเข้าถึงพื้นที่ธรรมชาติในชีวิตประจำวันอย่างเท่าเทียม
12 โดยเฉพาะเด็กและผู้สูงอายุ ผู้พิการและกลุ่มเปราะบาง รวมถึงเชื่อมโยงพื้นที่ธรรมชาติกับที่อยู่อาศัย ระบบ
13 ทางเดินเท้า จักรยาน และระบบขนส่งสาธารณะ เพื่อให้ธรรมชาติได้ทำหน้าที่เป็นโครงสร้างพื้นฐานด้านสุข
14 ภาวะได้อย่างสมบูรณ์ สามารถบรรจุในแผนการส่งเสริมสุขภาพในฐานะโครงสร้างพื้นฐานที่ให้ประโยชน์ต่อ
15 สุขภาพจิต หัวใจ และหลอดเลือด และลดค่าใช้จ่ายของระบบสุขภาพ รวมถึงช่วยรับมือความร้อน น้ำท่วม และ
16 มลพิษ^[๑๑, ๑๓]

17 ๒) การแนะนำกิจกรรมทางสังคมฐานธรรมชาติ (Green Social Prescribing) เป็นกลไกหลักของ “สร้างนำ
18 ช่อม” เชื่อมผู้รับบริการ บุคลากรสุขภาพผู้เชื่อมต่อ ชุมชน และกิจกรรมธรรมชาติ พร้อมการติดตามผล โดย
19 ขยายจากการอาบป่าไปสู่ทุกระบบนิเวศ ทั้งป่า สวนเมือง ชายทะเล แม่น้ำ พื้นที่เกษตร วัฒนธรรม และศาสน
20 สถาน

21 ๓) การท่องเที่ยวเปลี่ยนจาก “เที่ยวเพื่อพัก” สู่ “เที่ยวเพื่อเยียวยา” จากแนวคิด “Healing is the New
22 Luxury” ของการท่องเที่ยวแห่งประเทศไทยที่เน้นการรับรู้คุณค่าเชิงประสบการณ์ เปิดโอกาสให้เมืองรองและ
23 ชุมชนชนบทที่มีทุนธรรมชาติและวัฒนธรรม^[๑๔] ยกระดับสู่การท่องเที่ยวเชิงฟื้นฟู (Regenerative Tourism) ที่
24 มองสถานที่ท่องเที่ยวเป็น “ระบบที่มีชีวิต” ที่ผู้คน วัฒนธรรม ธรรมชาติ และเศรษฐกิจต้องเกื้อหนุนและเติบโต
25 ไปพร้อมกัน

26 ๔) อาชีพใหม่และมาตรฐาน ความต้องการผู้นำอาบป่า นักสื่อความหมายธรรมชาติ ผู้เชื่อมต่อ และผู้ประกอบการ
27 สุขภาวะชุมชน จะนำไปสู่การกำหนดสมรรถนะ หลักสูตร ระบบรับรอง และแนวปฏิบัติการส่งต่อ

28 ๕) หลักฐานและเศรษฐศาสตร์สุขภาพ การประเมินความคุ้มค่า ด้วยการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (Health
29 Technology Assessment ; HTA) และผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (SROI) จะเป็นเงื่อนไขก่อนเข้าสู่
30 สิทธิประโยชน์และงบประมาณภาครัฐ

๖) จากการใช้ประโยชน์ธรรมชาติสู่การฟื้นฟูธรรมชาติด้วยสุขภาวะเชิงความสัมพันธ์ กรอบคิดจะขยายสู่สุขภาพหนึ่งเดียวและสุขภาพของโลก (One Health/Planetary Health) ที่กิจกรรมสุขภาพจะต้องคืนประโยชน์ให้ระบบนิเวศ

๑.๔ ความท้าทายและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

การผลักดันให้เป็นนโยบายสาธารณะที่ปฏิบัติได้จริงยังเผชิญความท้าทายเชิงโครงสร้าง ดังนี้

๑) การทำงานแบบแยกส่วน (Silos) สุขภาพ ป่าไม้และสิ่งแวดล้อม การท่องเที่ยว และท้องถิ่น อยู่ต่างกระทรวง โดยยังไม่มีกลไกเชื่อมอำนาจหน้าที่ เช่น แพทย์อาจแนะนำให้ผู้ป่วยไปเดินป่า แต่กระทรวงสาธารณสุขไม่มีอำนาจดูแลความปลอดภัยในพื้นที่ป่าซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบของกรมป่าไม้หรือกรมอุทยานแห่งชาติ สัตว์ป่า และพันธุ์พืช

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

๓) ขาดมาตรฐานและการรับรอง ยังไม่มีเกณฑ์ว่าพื้นที่ กิจกรรม และผู้ให้บริการแบบใดเหมาะกับกลุ่มใด คำว่า “บำบัด” คาบเกี่ยวกับกฎหมายวิชาชีพ และกิจกรรมยังเบี่ยงจากระบบหลักประกันไม่ได้ รวมทั้งยังไม่มีระเบียบรองรับแนวทางการบำบัด

๔) คุณภาพพื้นที่และสิ่งแวดล้อม พื้นที่ธรรมชาติที่มีคุณภาพในเมืองมีน้อย ประชาชนเผชิญมลพิษ PM2.5 และกตีกาฝั่งเมืองยังไม่ได้นำความรู้ระบบนิเวศมาใช้ในการออกแบบ มีความเสี่ยงจากภัยธรรมชาติ เช่น ดินถล่ม ต้นไม้หักโค่น น้ำหลาก และคว้นไฟป่า และพื้นที่สาธารณะหลายแห่งยังไม่ปลอดภัย

๕) ความขัดแย้งระหว่างการอนุรักษ์กับการใช้ประโยชน์ เสี่ยงต่อการท่องเที่ยวที่เกินขีดความสามารถในการรองรับ (Overtourism) และการกระทบสิทธิชุมชนและกลุ่มชาติพันธุ์

๖) ขาดหลักฐานในบริบทไทยและความเสี่ยงที่ธรรมชาติจะกลายเป็นสินค้า งานวิจัยส่วนใหญ่มาจากประเทศเขตนาว และหากเน้นมูลค่าทางเศรษฐกิจมากเกินไป ธรรมชาติและภูมิปัญญาท้องถิ่นอาจถูกใช้อย่างไม่เป็นธรรม โดยประโยชน์จากบริการนิเวศตกอยู่กับผู้ประกอบการภายนอกมากกว่าชุมชน ขณะที่ข้อมูลฐานระบบนิเวศทั้งมิติชีวภาพและสังคมยังไม่เป็นปัจจุบันและไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน

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

กลุ่ม	อุปสรรคสำคัญ	การเชื่อมต่อเพื่อลดอุปสรรค (แนวทางที่ ๓)
คนพิการ (ทางกาย การเห็น การได้ยิน สติปัญญา และ ออทิสติก)	พื้นที่และการเดินทางไม่เป็นไปตามหลักการออกแบบเพื่อทุกคน ข้อมูลไม่อยู่ในรูปแบบที่เข้าถึงได้ สิ่งเร้าทาง	พื้นที่และการเดินทางตามหลัก Universal Design และ Sensory Accessibility แผน

กลุ่ม	อุปสรรคสำคัญ	การเชื่อมต่อเพื่อลดอุปสรรค (แนวทางที่ ๓)
	ประสาทสัมผัส และขาดผู้ช่วยหรือผู้ดูแล	สนับสนุนรายบุคคล ผู้ช่วยคนพิการ/Job Coach และองค์กรคนพิการเป็นจุดเชื่อมต่อ
ผู้สูงอายุ	การเคลื่อนไหวและการเดินทาง ความปลอดภัย และความโดดเดี่ยว	พื้นที่ธรรมชาติใกล้บ้าน ชมรมผู้สูงอายุ อสม. และระบบสวัสดิการ
แรงงานในเมืองและผู้ที่ยึดติดกับตึกงาน (ลางานไม่ได้ ทำงานเป็นกะ แรงงานนอกระบบ)	ขาดเวลา สูญเสียรายได้หากลางาน เดินทางไกล และไม่มีพื้นที่สีเขียวใกล้ที่ทำงานหรือที่พัก	กิจกรรมในเวลางานหรือเป็นสวัสดิการของสถานประกอบการ กิจกรรมนอกเวลางาน และพื้นที่สีเขียวในที่ทำงานและชุมชน
ผู้ป่วยและผู้เจ็บป่วยเรื้อรัง รวมถึงญาติหรือผู้ดูแลที่ต้องใช้ชีวิตในโรงพยาบาล	ถูกจำกัดอยู่ในสถานพยาบาล ภาระการดูแล และสถานพยาบาลขาดพื้นที่ธรรมชาติ	ส่งผ่านแผนการดูแลรายบุคคล และพื้นที่สีเขียว/กิจกรรมเฝ้าระวังในสถานพยาบาลสำหรับผู้ป่วย ญาติ และบุคลากร
วัยรุ่นและเยาวชน (ทั้งในและนอกระบบการศึกษา)	ค่าใช้จ่าย เวลาที่ผูกกับโรงเรียนและมหาวิทยาลัย ความเครียดจากการเรียน และวิถีชีวิตดิจิทัล	กิจกรรมฐานธรรมชาติในหลักสูตรและกิจกรรมนักเรียน นักศึกษา โดยไม่มีค่าใช้จ่าย และสภาเด็กและเยาวชนเป็นจุดเชื่อมต่อ
ผู้มีรายได้น้อย ผู้ได้รับผลกระทบจากมลพิษและภัยพิบัติ ชุมชนท้องถิ่นและกลุ่มชาติพันธุ์	ค่าใช้จ่ายและการเดินทาง สิ่งแวดล้อมเสื่อมโทรม และเสี่ยงถูกกระทบสิทธิจากการท่องเที่ยว	พื้นที่และช่วงเวลาที่ไม่มียาใช้จ่าย การเฝ้าระวังเชิงพื้นที่ และการคุ้มครองสิทธิชุมชน

1 ๒. ขอบเขตของประเด็นและนิยามศัพท์

2 ๒.๑ ขอบเขตด้านเนื้อหา

3 ครอบคลุม ๔ แนวทาง ได้แก่

4 ๑) ธรรมชาติสมบูรณ์ ชุมชนมีส่วนร่วม การจัดการพื้นที่ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ การมีส่วนร่วมและอำนาจ
5 ของชุมชน และการกระจายประโยชน์

6 ๒) คนเชื่อมั่นและมีสิทธิเข้าถึงบริการนิเวศอย่างเท่าเทียมและเป็นธรรม ความตระหนักรู้ ความเชื่อมั่น สิทธิ
7 และการเข้าถึงตามระดับความจำเป็น โดยจัดบริการ ๔ ลำดับขั้น ได้แก่ ถ้วนหน้า (ทุกคน) ลดอุปสรรค (กลุ่ม
8 เปราะบาง) เชื่อมต่อและติดตาม (กลุ่มเสี่ยง) และดูแลเข้มข้น (กลุ่มป่วย)

9 ๓) เกิดการเชื่อมต่อทั้งแนวดิ่งและแนวราบ โดยมุ่งเน้นความเป็นธรรมในการเข้าถึง ได้แก่ แนวราบที่ชุมชน
10 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 มีสามช่องทางคือ แนวทางที่ชุมชนและท้องถิ่นพาคนไปหาธรรมชาติ แนวทางที่ระบบสุขภาพและระบบอื่นแนะนำและส่งต่อ การแนะนำกิจกรรมทางสังคมฐานธรรมชาติ (Green Social Prescribing) และเชิงพื้นที่ที่นำธรรมชาติเข้าสู่ชีวิตประจำวันโดยมีระบบสนับสนุนและความร่วมมือ (แนวทางที่ ๔) เป็นเสาและฐานรากตามองค์ประกอบระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก^[๑๖] ทั้งหมดนี้ก่อให้เกิดวงจรเชิงบวกที่ธรรมชาติได้รับการฟื้นฟู คนมีสุขภาพที่ดี และกลับมาดูแลธรรมชาติ เพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่มเข้าถึงธรรมชาติที่สมบูรณ์อย่างเป็นธรรม ปลอดภัย และยั่งยืน



แผนภาพที่ ๑ กรอบแนวคิดการสร้างสุขภาวะด้วยธรรมชาติ: ความสัมพันธ์ของ ๔ แนวทาง

(เสาสะพาน = องค์ประกอบระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก)

๒.๒ ขอบเขตด้านพื้นที่ ระบบ และกลไก

ครอบคลุมทั่วประเทศในระดับชาติ เขตสุขภาพ จังหวัด อำเภอ ตำบล และชุมชน ทั้งพื้นที่ป่านุรักษ์ ป่าชุมชน แหล่งน้ำ ชายฝั่ง พื้นที่ชุ่มน้ำ พื้นที่สีเขียวในเมือง พื้นที่เกษตร ศาสนสถาน สถานศึกษา สถานพยาบาล สถานประกอบการ

- 1 ที่อยู่อาศัย และพื้นที่เอกชนที่สมัครใจ โดยพิจารณาระบบสุขภาพปฐมภูมิ ระบบสวัสดิการสังคม ระบบการศึกษา ระบบ
- 2 การจ้างงาน ระบบการเงินและสิทธิประโยชน์ ระบบผังเมือง ระบบข้อมูลและดิจิทัล และระบบติดตามประเมินผล
- 3 ๒.๓ นิยามศัพท์สำคัญ

คำศัพท์	ความหมายที่ใช้ในเอกสาร
ก. แนวคิดหลัก	
บริการนิเวศ (Ecosystem Services)	ประโยชน์ที่มนุษย์ได้รับจากระบบนิเวศ ในเอกสารนี้เน้นประโยชน์ต่อสุขภาพกาย จิต สังคม และปัญญา ที่ได้จากพื้นที่และกิจกรรมธรรมชาติ
ผู้รับบริการนิเวศ (Ecosystem Service Users)	ทุกคนที่ได้รับประโยชน์ด้านสุขภาพจากธรรมชาติ ทั้งที่เข้าถึงด้วยตนเองและผ่านการแนะนำหรือส่งต่อ โดยธรรมชาติเป็นผู้ให้บริการ
ธรรมชาติบำบัด (Nature Therapy)	กิจกรรมหรือกระบวนการที่ออกแบบอย่างเหมาะสมบนฐานธรรมชาติที่มีคุณภาพ เพื่อสร้างเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพ โดยคำนึงถึงความปลอดภัย ความเหมาะสมของแต่ละกลุ่ม และการดูแลระบบนิเวศ
การอาบป่า (Forest Bathing)	การอยู่ในบรรยากาศพื้นที่ธรรมชาติ ไม่ใช่เฉพาะกับป่าเท่านั้น โดยเปิดการรับรู้ผ่านประสาทสัมผัสทั้ง ๕ อย่างมีสติ เพื่อฟื้นฟูสุขภาพกายและใจ และไม่ใช่เพียงการออกกำลังกายหรือเดินป่า
สุขภาพเชิงความสัมพันธ์ (Relational Well-being)	ภาวะที่บุคคลและชุมชนรู้ว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของระบบนิเวศ มีความผูกพัน ความเคารพ และความรับผิดชอบต่อสิ่งมีชีวิตและสถานที่ ซึ่งหล่อเลี้ยงทั้งสุขภาพและความสมบูรณ์ของระบบนิเวศ
บริการตามลำดับขั้นความจำเป็น (Proportionate Universalism)	หลักการที่ทุกคนได้รับการสนับสนุนพื้นฐาน และได้รับการสนับสนุนที่เข้มข้นขึ้นตามความจำเป็นและอุปสรรคที่เผชิญ แบ่งเป็น ๔ ชั้น ได้แก่ ถ้วนหน้า (ทุกคน) ลดอุปสรรค (กลุ่มเปราะบาง) เชื่อมต่อและติดตาม (กลุ่มเสี่ยง) และดูแลเข้มข้น (กลุ่มป่วย) ^[๑๙]
กลุ่มเปราะบาง (Vulnerable Groups)	กลุ่มที่เข้าถึงสิทธิและสวัสดิการได้ยาก และเสี่ยงต่อผลกระทบทางสังคม เศรษฐกิจ หรือสุขภาพมากกว่าคนทั่วไป เช่น ผู้สูงอายุ คนพิการ เด็กและเยาวชน ผู้มีรายได้น้อย ผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ได้รับผลกระทบจากสิ่งแวดล้อม และผู้เผชิญความโดดเดี่ยว
ข. การเชื่อมต่อ	
การแนะนำกิจกรรมทางสังคมฐานธรรมชาติ (Green Social Prescribing)	กระบวนการเชื่อมคนกับกิจกรรมและพื้นที่ธรรมชาติตามความต้องการของบุคคล โดยไม่ใช้การคัดกรองเป็นจุดตั้งต้น ครอบคลุมทั้งการเชื่อมต่อแนวราบและแนวดิ่ง ครอบคลุมทั้งการส่งจ่าย และการแนะนำ

คำศัพท์	ความหมายที่ใช้ในเอกสาร
การเชื่อมต่อแนวนอน (Horizontal Integration)	การบูรณาการข้ามภาคส่วนในระดับชุมชน ระหว่างชุมชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีนอกกระบวนการสุขภาพ เพื่อส่งเสริมสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่ม โดยชุมชนจัดการได้เอง ไม่ต้องรอการสั่งการจากรัฐหรือการส่งต่อจากแพทย์ ^[๑๗]
การเชื่อมต่อแนวตั้ง (Vertical Integration)	การบูรณาการการแนะนำกิจกรรมทางสังคมฐานธรรมาภิบาลเข้ากับระบบบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน ผ่านการส่งจ่ายหรือแนะนำผู้ให้บริการ สำหรับกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยที่ต้องมีการคัดกรองและส่งจ่ายโดยทีมสหวิชาชีพปฐมภูมิ ผ่านการเชื่อมต่อโดยผู้เชื่อมต่อ (Link Worker) แนะนำกิจกรรมทางสังคมฐานธรรมาภิบาลที่มีมาตรฐาน
การเชื่อมต่อเชิงพื้นที่ (Spatial Connectivity)	การเชื่อมคนกับธรรมชาติผ่านพื้นที่ ทั้งการพาคนไปหาธรรมชาติ (การเดินทาง ค่าใช้จ่าย ความปลอดภัย) และการนำธรรมชาติเข้าสู่พื้นที่ชีวิตประจำวันด้วยโครงสร้างพื้นฐานสีเขียวในที่อยู่อาศัย ที่ทำงาน สถานศึกษา และสถานพยาบาล
แผนการดูแลรายบุคคล (Comprehensive Care Plan)	แผนการดูแลที่มีทั้งมิติสุขภาพและสังคม จัดทำโดยทีมสหวิชาชีพปฐมภูมิ ร่วมกับผู้รับบริการและผู้ดูแล ใช้เป็นเครื่องมือในการส่งจ่าย ส่งต่อ และติดตามผลกิจกรรมฐานธรรมาภิบาลสำหรับกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย
ค. บทบาทของคน	
ผู้สื่อสารสุขภาวะด้วย ธรรมาภิบาล/ผู้เชื่อมต่อ (Link Worker)	ผู้ทำหน้าที่แนะนำกิจกรรมฐานธรรมาภิบาลที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่มีความต้องการทำหน้าที่เป็นผู้สื่อสารพูดคุยค้นหาความต้องการที่แท้จริงกับบุคคล กิจกรรมกลุ่มบุคคล หรือการรับบริการในชุมชนที่ไม่ใช่ยา ทั้งในแนวนอนที่เป็นผู้นำในชุมชนเช่น ปรมาจารย์ชาวบ้าน อสม. ครู พระสงฆ์ ผู้นำศาสนา และในแนวดิ่งตามระบบบริการสุขภาพ เป็นต้น
กำลังคน ๓ บทบาท	บทบาทของบุคลากรในการเชื่อมคนกับธรรมชาติ ได้แก่ (๑) ผู้คัดกรองหรือผู้ระบุความต้องการ (๒) ผู้เชื่อมต่อ (Link Worker) และ (๓) ผู้จัดกิจกรรมหรือผู้ให้บริการ โดยแยกบทบาทการติดตามผลออกจากผู้ให้บริการ และกำหนดมาตรฐานตามระดับความเข้มข้นของบริการ โดยแต่ละบทบาทมีทั้งอาชีพเดิมที่เพิ่มศักยภาพและอาชีพใหม่
ง. ระบบสนับสนุน	
การเงินสีเขียว (Green Finance)	แหล่งทุนเพื่อการอนุรักษ์และฟื้นฟูสิ่งแวดล้อม ซึ่งเสนอให้เพิ่มเป้าหมายการฟื้นฟูสุขภาวะ

คำศัพท์	ความหมายที่ใช้ในเอกสาร
เศรษฐกิจแห่งความอยู่ดีมีสุข (Well-being Economy)	ระบบเศรษฐกิจที่มุ่งสุขภาวะของคนและระบบนิเวศ และกระจายรายได้และ ประโยชน์สู่ชุมชนอย่างเป็นธรรม

1 ๓. บริบทเชิงนโยบายและการดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง

2 ๓.๑ กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

กฎหมาย	สาระสำคัญ	ความเชื่อมโยง
รัฐธรรมนูญแห่ง ราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๖๐	สิทธิชุมชน สิทธิด้านสุขภาพ และ หน้าที่ของรัฐในการอนุรักษ์และฟื้นฟู สิ่งแวดล้อม	ฐานสิทธิในการเข้าถึงสิ่งแวดล้อมที่ดีและ การมีส่วนร่วม ^[๑๘]
พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ และระเบียบ สำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วย เขตสุขภาพเพื่อประชาชน พ.ศ. ๒๕๕๙	สิทธิในการดำรงชีวิตในสิ่งแวดล้อมที่ เอื้อต่อสุขภาพ สมัชชาสุขภาพ และ กขป. ๑๓ เขต	กลไกนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม และการขับเคลื่อนระดับพื้นที่ ^[๑๙, ๒๐]
พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕	สิทธิประโยชน์และกองทุนหลักประกัน สุขภาพระดับท้องถิ่น	ช่องทางการเงินแนวราบ (กองทุนท้องถิ่น) และสิทธิประโยชน์แนวดิ่ง ^[๒๑] หน่วยบริการภาคประชาชน
พ.ร.บ.ส่งเสริมและรักษา คุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๓๕	มาตรฐานคุณภาพสิ่งแวดล้อมและ กองทุนสิ่งแวดล้อม	ฐานคุณภาพพื้นที่และแหล่งทุนการเงินสี เขียว ^[๒๒]
พ.ร.บ.อุทยานแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๒ / ป่าสงวน แห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๐๗ / สงวนและคุ้มครองสัตว์ป่า พ.ศ. ๒๕๖๒	คุ้มครองและควบคุมการใช้ประโยชน์ พื้นที่อนุรักษ์	หน่วยงานเจ้าของพื้นที่กำกับกิจกรรม โดยต้องไม่กระทบระบบนิเวศ ^[๒๓, ๒๔, ๒๕]
พ.ร.บ.ป่าชุมชน พ.ศ. ๒๕๖๒	ชุมชนร่วมอนุรักษ์ ฟื้นฟู และใช้ ประโยชน์ป่าชุมชน	ฐานของชุมชนร่วมกำกับดูแลและ กิจกรรมโดยชุมชน ^[๒๖]
พ.ร.บ.ทรัพยากรน้ำ พ.ศ. ๒๕๖๑ / ทรัพยากรทาง ทะเลและชายฝั่ง พ.ศ. ๒๕๕๘	การจัดการแหล่งน้ำ ชายฝั่ง และป่า ชายเลน	ฐานระบบนิเวศน้ำและชายฝั่ง ^[๒๗, ๒๘]

กฎหมาย	สาระสำคัญ	ความเชื่อมโยง
พ.ร.บ.การผังเมือง พ.ศ. ๒๕๖๒ / ภาษีที่ดินและ สิ่งปลูกสร้าง พ.ศ. ๒๕๖๒	การวางผังการใช้ประโยชน์ที่ดินและ การจัดเก็บภาษีที่ดิน	นำความรู้ระบบนิเวศเข้าสู่ผังเมือง และ มาตรการจูงใจเพิ่มพื้นที่สีเขียว ^[๒๙, ๓๐]
พ.ร.บ.คุ้มครองและส่งเสริม วิถีชีวิตกลุ่มชาติพันธุ์ พ.ศ. ๒๕๖๘	คุ้มครองวิถีชีวิตและสิทธิของกลุ่ม ชาติพันธุ์	กิจกรรมต้องไม่กระทบสิทธิที่ดินทำกิน และวิถีวัฒนธรรม ^[๓๑]
พ.ร.บ.ส่งเสริมและพัฒนา คุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ และที่แก้ไข เพิ่มเติม	สิทธิคนพิการในการเข้าถึงและใช้ ประโยชน์จากสิ่งอำนวยความสะดวก บริการ สวัสดิการ การฟื้นฟู สมรรถภาพ การศึกษา การประกอบ อาชีพ และการมีส่วนร่วมในสังคม อย่างเสมอภาค	ฐานสิทธิในการออกแบบพื้นที่ กิจกรรม และบริการบนฐานธรรมชาติให้คนพิการ เข้าถึงได้ พร้อมการสนับสนุนตามความ จำเป็นรายบุคคล ^[๔๖]
พ.ร.บ.สถานประกอบการเพื่อ สุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙	การขึ้นทะเบียนและรับรองมาตรฐาน สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ	เครื่องมือรับรองมาตรฐานผู้ให้บริการ ^[๓๒]
พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ / วิชาชีพเวช กรรม พ.ศ. ๒๕๒๕ / วิชาชีพ การแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๕๖	ควบคุมสถานพยาบาลและการ ประกอบวิชาชีพ	ขอบเขตของคำว่า “บำบัด” และการ กล่าวอ้างเกินขอบเขตวิชาชีพ ^[๓๓, ๓๔, ๓๕]
พ.ร.บ.คุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. ๒๕๒๒ / อาหาร พ.ศ. ๒๕๒๒ / ผลิตภัณฑ์ สมุนไพร พ.ศ. ๒๕๖๒	คุ้มครองความปลอดภัยและป้องกัน การโฆษณาเกินจริง	ป้องกันการกล่าวอ้างผลเกินหลักฐานใน บริการและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ^[๓๖, ๓๗, ๓๘]
พ.ร.บ.ส่งเสริมวิสาหกิจชุมชน พ.ศ. ๒๕๔๘	การจดทะเบียนและส่งเสริมวิสาหกิจ ชุมชน	ช่องทางให้ชุมชนรวมกลุ่มจัดการบริการ ^[๓๙]
พ.ร.บ.คุ้มครองข้อมูลส่วน บุคคล พ.ศ. ๒๕๖๒	คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูล สุขภาพ	ข้อมูล Care Plan บนแพลตฟอร์มต้องมี ภาครัฐเป็นผู้ควบคุม ^[๔๐]

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

1 ๓.๒ นโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนที่เกี่ยวข้อง

นโยบาย/ยุทธศาสตร์/แผน	ประเด็นที่เกี่ยวข้อง
ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. ๒๕๖๑–๒๕๘๐	ยุทธศาสตร์ที่ ๓ การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ และยุทธศาสตร์ที่ ๕ การสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม ^[๔๑]
แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๓	หมวดหมู่ที่ ๒ การท่องเที่ยวที่เน้นคุณภาพและความยั่งยืน หมวดหมู่ที่ ๔ ศูนย์กลางทางการแพทย์และสุขภาพมูลค่าสูง และหมวดหมู่ที่ 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 การใช้ประโยชน์เพื่อนันทนาการและสันทนาการ และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและเชิงนิเวศที่กระจายรายได้สู่ชุมชน
พันธกรณีระหว่างประเทศ	เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDG3, 11, 15) ^[๔๔] กฎบัตรเจนีวาเพื่อสภาวะ (Geneva Charter for Well-being) และกรอบงานคุนหมิง-มอนทรีออลว่าด้วยความหลากหลายทางชีวภาพ (Kunming–Montreal GBF)

2 ๓.๓ กลไกหรือมาตรการที่มีอยู่

หน่วยงาน	กลไก/มาตรการที่มีอยู่
กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	รวบรวมองค์ความรู้ธรรมชาติบำบัดและการอาบป่าเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกัน NCDs
กรมสุขภาพจิต และโรงพยาบาลจิตเวช	การสร้างความเข้มแข็งทางใจ (Resilience) โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ สวนปรุง และศรีธัญญา ใช้ระบบนิเวศและพื้นที่สีเขียวบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วย

หน่วยงาน	กลไก/มาตรการที่มีอยู่
กรมอนามัย	การพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล (GREEN & CLEAN Hospital) และการขับเคลื่อนเมืองสุขภาพดี (Healthy City) ในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับเทศบาลและอบต. เพื่อเพิ่มพื้นที่สีเขียว
สสส.	สนับสนุนพื้นที่สีเขียวเพื่อสุขภาพและกิจกรรมการเข้าหาธรรมชาติในชุมชน
กรมอุทยานฯ กรมป่าไม้ กรมทรัพยากรทางทะเลและชายฝั่ง	เส้นทางศึกษาธรรมชาติเพื่อการบำบัด ป่าชุมชนบำบัด และเส้นทางอาบป่าชายเลน (Mangrove Boardwalk)
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 และงานวิจัยพิษภัยบำบัด
กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ (ส.ป.ก. กรมส่งเสริมการเกษตร)	ฟาร์มสเตย์ วนเกษตรเพื่อสุขภาพ และการจดทะเบียนวิสาหกิจชุมชน
สปสช. และ อปท.	กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น (กปท.) ที่ชุมชนใช้สนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่
ภาคเอกชน (เช่น สถาบันลูกโลกสีเขียว)	รางวัลและเครือข่ายป่าชุมชนทั่วประเทศ การเพิ่มพื้นที่สีเขียวเมือง และโครงการ CSR/ESG
สถานพยาบาล (เช่น รพ.สกลนคร และ รพ.อุดรธานี)	ออกแบบอาคารให้ผู้ป่วยและบุคลากรเห็นทัศนียภาพธรรมชาติเพื่อการเยียวยา

- 1
- 2 มาตรการเหล่านี้ยังเป็น “จิ๊กซอว์ที่ยังไม่ได้ต่อเข้าด้วยกัน” แต่ละหน่วยงานมีนโยบายของตนเอง แต่ยังขาดกลไก
- 3 เชื่อมคน พื้นที่ และระบบสนับสนุนเข้าด้วยกัน
- 4 ๓.๔ ความก้าวหน้าของการดำเนินงาน

มิติ	ความก้าวหน้าในปัจจุบัน	ระดับ
๑. กฎหมายรองรับ	มีกฎหมายสุขภาพ สิ่งแวดล้อม ป่า อุทยาน และป่าชุมชนรองรับบางส่วน แต่ยังไม่เชื่อมโยงกันเพื่อเป้าหมายด้านสุขภาพ	มีฐานแต่กระจัดกระจาย

มิติ	ความก้าวหน้าในปัจจุบัน	ระดับ
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 แต่ยังไม่มีการรับรอง	ช่องว่างสำคัญ
๖. หลักฐานเชิงประจักษ์	ยังขาดงานวิจัยในบริบทไทยที่เพียงพอต่อการประเมินความคุ้มค่าและ SROI	ช่องว่างสำคัญ

1 สัญญาณเชิงบวกคือการพัฒนา “NCDs Ecosystem” ของหน่วยงานด้านสุขภาพ ซึ่งพยายามเปลี่ยนจากโครงการ
2 แยกส่วนไปสู่ระบบความร่วมมือและการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ^[๔๕] นับเป็นหน้าต่างแห่งโอกาส (Policy
3 Window) ให้การสร้างสุขภาวะด้วยธรรมชาติเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของการป้องกันโรคและสร้างเสริมสุขภาพ

4 ๓.๕ ช่องว่างของนโยบายและการดำเนินงาน

5 เมื่อจัดตาม ๔ แนวทางของ (ร่าง) เอกสารมติ พบช่องว่างเชิงระบบ ดังนี้

6 ๑) ช่องว่างด้านพื้นที่และชุมชน (แนวทางที่ ๑) ยังไม่ชัดเจนว่าหน่วยงานใดกำกับพื้นที่และหน่วยงานใดส่งเสริม
7 กิจกรรม ความรู้ระบบนิเวศยังไม่อยู่ในกติกาผังเมือง และชุมชนยังขาดทักษะรองรับการขยายตัวของบริการ
8 และอำนาจในการกำกับดูแล

9 ๒) ช่องว่างด้านคน (แนวทางที่ ๒) ประชาชนยังขาดความตระหนักรู้และความเชื่อมั่นต่อประโยชน์และความ
10 ปลอดภัย และการเข้าถึงยังติดอุปสรรคค่าใช้จ่าย เวลา และการเดินทาง โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบาง และยังไม่ได้
11 รับรองการเข้าถึงธรรมชาติเป็นสิทธิอย่างเท่าเทียม

12 ๓) ช่องว่างด้านการเชื่อมต่อ (แนวทางที่ ๓) ยังไม่มีนิยามและเส้นทางการเชื่อมต่อแนวราบ/แนวดิ่ง/เชิงพื้นที่
13 การเชื่อมต่อยังจำกัดอยู่ในระบบสุขภาพ ไม่ครอบคลุมระบบสวัสดิการ การศึกษา และการจ้างงาน ระบบ
14 สุขภาพยังไม่ยอมรับการส่งจ่ายทางสังคมเพื่อส่งเสริมและป้องกัน และระบบสวัสดิการยังไม่สนับสนุนผู้ได้รับ
15 ผลกระทบจากสิ่งแวดล้อมเป็นกลุ่มเปราะบาง

16 ๔) ช่องว่างด้านระบบสนับสนุน (แนวทางที่ ๔) ขาดกำลังคน ๓ บทบาทและมาตรฐานผู้ให้บริการ ขาดช่องทาง
17 การเงินที่ระบียบรองรับ ขาดข้อมูลและหลักฐานในบริบทไทย ขาดแพลตฟอร์มข้อมูลที่ประชาชนใช้ได้ และ
18 ขาดกลไกบูรณาการข้ามกระทรวงที่ชุมชนร่วมกำกับดูแลและมีตัวชี้วัดร่วม

- 1 ๕) ช่องว่างด้านกระบวนการทัศนและความสัมพันธ์ นโยบายยังมองธรรมชาติเป็นทรัพยากรหรือพื้นที่บริการ
2 มากกว่ามองความสัมพันธ์ระหว่างคนกับธรรมชาติเป็นองค์ประกอบของสุขภาวะ

3 ๔. ประเด็นสำคัญและเหตุผลเชิงนโยบาย

- 4 จากการสังเคราะห์ข้อมูลจากเวทีถกแถลงนโยบาย การทบทวนเอกสาร และการประชุมคณะทำงานวิชาการ
5 สามารถสรุปประเด็นเชิงนโยบายได้ ดังนี้

๔.๑ ประเด็นที่ค้นพบ	๔.๒ เหตุผลเชิงนโยบาย	๔.๓ ผลกระทบหากไม่ดำเนินการ	๔.๔ โอกาสในการขับเคลื่อน
๑. สุขภาพจิต ความเครียด Burnout NCDs และความโดด เดี่ยวเพิ่มขึ้น	ต้องเพิ่มการป้องกันและสร้าง เสริมสุขภาพก่อนเกิดโรค	ภาระโรคและค่าใช้จ่ายเพิ่ม คุณภาพชีวิตลดลง	กิจกรรมฐานธรรมชาติเป็น มาตรการเสริมควบคู่ไปกับ การรักษา
๒. การเข้าถึงธรรมชาติ กระจุกในกลุ่มที่มีกำลัง ซื้อ	สุขภาวะจากธรรมชาติควรเป็น สิทธิของทุกคนอย่างเท่าเทียม	เกิดบริการเชิงสุขภาพราคา สูงทำให้กลุ่มเปราะบางเข้า ไม่ถึง	จัดบริการตามลำดับขั้นความ จำเป็นผ่านพื้นที่สาธารณะ หน่วยบริการปฐมภูมิ และ อปท.
๓. ระบบสุขภาพเชื่อม กับทรัพยากรชุมชนไม่ พอ	มีพื้นที่และกิจกรรม แต่ขาดผู้ เชื่อมโยงและเส้นทางธรรมชาติ ที่ส่งผลต่อสุขภาวะ	มีพื้นที่ธรรมชาติและ กิจกรรมแต่ผู้ที่ต้องการเข้าไม่ ถึง เพราะขาดขนส่ง สาธารณะและภาวะทาง เศรษฐกิจ	Green Social Prescribing ทั้งในแนวราบและแนวตั้ง รวมถึงการมีผู้เชื่อมต่อที่เข้าใจ ความต้องการและ ข้อจำกัดของผู้ใช้บริการอย่าง แท้จริง
๔. ระบบสุขภาพและ สวัสดิการยังเน้นรักษา และสงเคราะห์	การยอมรับเป็นเงื่อนไขแรก ของการเปลี่ยนผ่าน	ยังไม่มีดำเนินการส่งจ่าย ทางสังคม แม้มีกิจกรรม พร้อมอยู่แล้ว	สร. สปสช. และ พม. ปรับ มุมมองและนโยบาย ขยาย นิยามความเปราะบาง
๕. ขาดมาตรฐานและ การรับรอง	คำว่า “บำบัด” เกี่ยวกับ ขอบเขตวิชาชีพและความ ปลอดภัย	ผู้ใช้บริการขาดความมั่นใจ เนื่องจากผู้ให้บริการไม่มี มาตรฐานรองรับ	ใช้มาตรฐาน ๒ ระดับกำกับ ตามความเข้มข้นของ กิจกรรมเชิงบำบัดโดยไม่กีด กันการดำเนินการของชุมชน

๔.๑ ประเด็นที่ค้นพบ	๔.๒ เหตุผลเชิงนโยบาย	๔.๓ ผลกระทบหากไม่ดำเนินการ	๔.๔ โอกาสในการขับเคลื่อน
๖. พื้นที่ธรรมชาติขาดทั้งปริมาณและคุณภาพและเผชิญแรงกดดัน	สุขภาพคนพึ่งพาระบบนิเวศที่สมบูรณ์	การใช้ประโยชน์จากทรัพยากรเกินขีดจำกัด ทำให้เกิดความเสื่อมโทรม และกระทบสิทธิชุมชนท้องถิ่น	การออกแบบผังเมืองเชิงนิเวศที่คำนึงถึงและกระทบต่อธรรมชาติและชุมชนท้องถิ่นโดยให้ชุมชนร่วมกำกับดูแล
๗. ชุมชนมีทุนธรรมชาติและวัฒนธรรมสูง	เป็นฐานของสุขภาวะและเศรษฐกิจฐานราก	ความไม่เป็นธรรมในการแบ่งปันผลประโยชน์ (ประโยชน์ตกอยู่กับผู้ประกอบการภายนอก)	เสริมทักษะชุมชน วิสาหกิจชุมชน อาชีพสีเขียว และการมีส่วนร่วมในการออกแบบกลไกการแบ่งปันผลประโยชน์อย่างเป็นธรรม
๘. ขาดหลักฐาน ข้อมูลการเงิน และกลไกบูรณาการ	การเข้าสู่สิทธิประโยชน์ต้องพิสูจน์ผลลัพธ์และความคุ้มค่า	ของบประมาณยาก ทำงานแยกส่วน	ระบบข้อมูล ๓ ระดับ (รายบุคคล พื้นที่ ธรรมชาติ) HTA/SROI ช่องทางการเงินตามกลุ่มเป้าหมาย และกลไกบูรณาการ

1 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 และเศรษฐกิจชุมชน ที่มุ่งเน้นการปกป้อง ค้ำครอง และฟื้นฟูทรัพยากรธรรมชาติซึ่งเป็นต้นทุนสุขภาวะที่สำคัญ
- ๕) การบริหารประเทศ ปัญหาสุขภาพ สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ และสังคมเชื่อมโยงกัน จึงต้องเปลี่ยนจากนโยบายรายภาคส่วนสู่นโยบายสาธารณะแบบบูรณาการ
- ๖) ความสัมพันธ์ ที่จำเป็นต้องฟื้นฟูทั้งความสัมพันธ์ระหว่างผู้คน ชุมชน สังคม ธรรมชาติ และความสัมพันธ์ระหว่างกัน ให้ประชาชนกลับมาเชื่อมโยงและอยู่ร่วมกับระบบนิเวศอย่างเคารพและเกื้อกูล

๕. ประเด็นเพื่อการพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

กรอบทิศทางนโยบาย ประเทศไทยยึดหลักว่ามนุษย์เป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติ และมุ่งสร้างความเกื้อกูลระหว่างสุขภาพของผู้คนกับความสมบูรณ์ของระบบนิเวศ โดยต่อยอดทรัพยากรจากฐานธรรมชาติ สังคม และวัฒนธรรมของประเทศไทย ส่งเสริมการใช้ชีวิต การเรียนรู้ และกิจกรรมบนฐานธรรมชาติ เพื่อสร้างเสริมและฟื้นฟูสุขภาพองค์รวมทั้งกาย จิต ปัญญา และสังคม รวมถึงป้องกันปัญหาสุขภาพ ควบคู่กับการมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชนในการคุ้มครองและฟื้นฟูพื้นที่ธรรมชาติ ทั้งด้านปริมาณ คุณภาพ และความหลากหลายทางชีวภาพ ทั้งนี้ ผ่านการพัฒนาระบบเชื่อมต่อและสนับสนุนการเข้าถึงธรรมชาติ โดยประสานการทำงานทั้งแนวดิ่งและแนวราบ ยกกระตือรือร้นขีดความสามารถและมาตรฐาน และส่งเสริมความร่วมมือข้ามภาคส่วน เพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่มมีสิทธิและสามารถเข้าถึงธรรมชาติอย่างเป็นธรรม ปลอดภัย ยั่งยืน และสอดคล้องกับวิถีวัฒนธรรมและอัตลักษณ์ท้องถิ่น ด้วยการสนับสนุนพื้นฐานอย่างทั่วถึงและเพิ่มความเข้มข้นตามความจำเป็นและอุปสรรคที่เผชิญ พร้อมกำหนดให้ผู้ใช้ประโยชน์จากระบบนิเวศร่วมรับผิดชอบงบประมาณฟื้นฟูธรรมชาติตามความจำเป็นของพื้นที่ และกระจายประโยชน์สู่ชุมชนอย่างเป็นธรรม

เสนอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณา (ร่าง) เอกสารมติ ซึ่งกำหนด ๔ แนวทาง ดังนี้

แนวทาง	สาระสำคัญ	หน่วยงานหลัก
๑. ธรรมชาติสมบูรณ์ ชุมชนมีส่วนร่วม	แยกผู้กำกับพื้นที่กับผู้ส่งเสริมกิจกรรม; นำความรู้ระบบนิเวศและวัฒนธรรมเข้าสู่ผังเมือง; ประเมินขีดความสามารถในการรองรับและความยินยอมของชุมชน; พื้นที่ปลอดภัยตามหลักการออกแบบเพื่อทุกคน; มาตรฐานพื้นที่แบบสมัครใจ; เสริมทักษะชุมชนและให้ชุมชนร่วมกำกับดูแล; วิสาหกิจชุมชนอาชีพสีเขียว และการกระจายประโยชน์อย่างเป็นธรรม ตัวชี้วัดร่วม (๑) พื้นที่ธรรมชาติเพื่อสุขภาพที่เข้าถึงได้และความหลากหลายทางชีวภาพ [ทส. อปท.] (๒) ร้อยละพื้นที่นาร่องที่ชุมชนร่วมกำกับดูแลและผ่านการประเมิน	หลัก ทส. (กรมอุทยานฯ กรมป่าไม้ กรมทรัพยากรทางทะเลฯ กรมการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศฯ สผ.) และ มท. (ยผ. สส.) สำนักงานพัฒนาเศรษฐกิจจากฐานชีวภาพ (องค์การมหาชน) และสภาคุ้มครองและส่งเสริมวิถีชีวิตกลุ่มชาติพันธุ์แห่งประเทศไทย พื้นที่ อปท. และชุมชน/องค์กรชุมชนเจ้าของพื้นที่ ภาคีร่วม กษ. อว. ศธ. วธ. พน. พม. (พอช.) กก. (ททท. อพท.) และสำนักงานสภาคะตรกรแห่งชาติ เอกชน ภาคธุรกิจ เจ้าของที่ดิน ผู้ประกอบการท่องเที่ยวและสถาบันลูกโลกสีเขียว ภาคีจากคณะทำงาน – กรมอุทยานแห่งชาติ สัตว์ป่า และพันธุ์พืช (ผู้กำกับดูแลพื้นที่อุทยานและเขตอนุรักษ์ ประเมินขีดความสามารถในการรองรับ) – กรมป่าไม้ (ผู้กำกับดูแลพื้นที่ป่าไม้และป่าชุมชน) – กรมการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและสิ่งแวดล้อม (เชื่อมโยงการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและตัวชี้วัดสิ่งแวดล้อม)

แนวทาง	สาระสำคัญ	หน่วยงานหลัก
	ชี้ความสามารถในการรองรับ [ทส. อปท. ชุมชน] (๓) สัดส่วนประโยชน์ที่คืนสู่ชุมชนและธรรมชาติ [อปท. พอช. ชุมชน]	- คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (องค์ความรู้ภูมิสถาปัตยกรรมและเกณฑ์ผังเมืองเชิงนิเวศ) - สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน) (เสริมพลังองค์กรชุมชนในการร่วมกำกับดูแลพื้นที่) - สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา (เสริมทักษะชุมชนด้านการจัดการและการเงิน) - สมาคมการท่องเที่ยวโดยชุมชนจังหวัดกระบี่ เครือข่ายการท่องเที่ยวโดยชุมชน จังหวัดแม่ฮ่องสอน และสมาคมการท่องเที่ยวสระบุรี (พื้นที่นำร่องการแบ่งปันผลประโยชน์และอาชีพสีเขียว)
๒. คนเชื่อมั่นและมีสิทธิเข้าถึงบริการนิเวศอย่างเท่าเทียมและเป็นธรรม	รับรองสิทธิการเข้าถึงอย่างเท่าเทียม; สร้างความตระหนักรู้และความเชื่อมั่นผ่านการศึกษาการท่องเที่ยว และข้อมูลที่เข้าใจง่าย; จัดบริการตามลำดับขั้นความจำเป็น; มาตรการเข้าถึงสำหรับกลุ่มเปราะบาง (ผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ป่วยเรื้อรังและญาติ เด็กและเยาวชน แรงงาน) และผู้ได้รับผลกระทบจากสิ่งแวดล้อม โดยไม่มีค่าใช้จ่ายและตามหลักการออกแบบเพื่อทุกคน ตัวชี้วัดร่วม (๑) ร้อยละประชาชนที่ใช้พื้นที่/กิจกรรมธรรมชาติอย่างน้อยสัปดาห์ละ ๑ ครั้ง จำแนกตามกลุ่ม [สธ. สข. อปท.] (๒) ร้อยละพื้นที่ธรรมชาติสาธารณะที่ไม่มี	หลัก สธ. พม. มท. (สธ.) สข. และ สสส. ร่วมกับ ศธ. อว. ทส. และ กก. สำนักงานพัฒนาเศรษฐกิจจากฐานชีวภาพ (องค์การมหาชน) และสมาคมคุ้มครองและส่งเสริมวิถีชีวิตกลุ่มชาติพันธุ์แห่งประเทศไทย พื้นที่ อปท. หน่วยบริการปฐมภูมิ และชุมชน ภาคีร่วม สปสช. กษ. กรมอนามัย กรมสุขภาพจิต สำนักงานลูกเสือแห่งชาติ สถานศึกษา องค์กรคนพิการ สภาเด็กและเยาวชน และหน่วยพัฒนาครู เอกชน ผู้ประกอบการท่องเที่ยว ที่พัก และสถานประกอบการ ภาคีจากคณะทำงาน - กรมอนามัย (มาตรการอนามัยสิ่งแวดล้อม และการเฝ้าระวังชุมชนที่ได้รับผลกระทบมลพิษ) - สถาบันวิชาการเพื่อความยั่งยืนทางสุขภาพจิต (ข้อมูลและหลักฐานด้านสุขภาพจิตเพื่อการสื่อสารสาธารณะ) - มูลนิธิโลกสีเขียว (สื่อและกิจกรรมเรียนรู้ธรรมชาติสำหรับเด็กและเยาวชน)

แนวทาง	สาระสำคัญ	หน่วยงานหลัก
	ค่าใช้จ่ายและเข้าถึงได้ตาม หลักการออกแบบเพื่อทุกคน [อปท. ทส. พม.] (๓) ร้อยละ สถานศึกษาที่มีการเรียนรู้จาก ธรรมชาติเป็นกิจกรรมปกติ [ศธ.]	
๓. เกิดการเชื่อมต่อทั้ง แนวดิ่งและแนวราบ โดย มุ่งเน้นความเป็นธรรมใน การเข้าถึง	แนวราบ แผนที่ชุมชนและ ข้อมูลดิจิทัล เครือข่ายวัด โรงเรียน องค์กรชุมชน ชมรม ผู้สูงอายุ องค์กรคนพิการ และ สภาเด็กและเยาวชน สำหรับ กลุ่มทั่วไปและกลุ่มเปราะบาง; แนวดิ่ง (ก) ระบบสุขภาพ: สั่ งจ่ายและส่งต่อผ่านทีมสห วิชาชีพปทุมภูมิ ผู้เชื่อมต่อ และ ผู้จัดการกิจกรรม ติดตามผลผ่าน แผนการดูแลรายบุคคล และ พื้นที่ธรรมชาติใน สถานพยาบาลสำหรับผู้ป่วย และญาติ (ข) ระบบอื่น: สวัสดิการสังคม (ผู้สูงอายุ คน พิการ) สถานศึกษา (เด็กและ เยาวชน) และสถาน ประกอบการ (แรงงาน); เชิง พื้นที่ (๑) พาคนไปหา ธรรมชาติด้วยการเดินทางตาม หลักการออกแบบเพื่อทุกคน และการเข้าพื้นที่โดยไม่มี ค่าใช้จ่าย (๒) นำธรรมชาติเข้า	แนวดิ่ง ศธ. สปสช. และ พชอ. (ระบบสุขภาพ) พม. ศธ. อว. และกระทรวงแรงงาน/สปส. (ระบบอื่น) แนวราบและเชิงพื้นที่ มท. (สถ. ยผ.) ทส. อปท. อบจ. คค. ททท. และ สสส. เอกชน สถานประกอบการ ผู้ประกอบการท่องเที่ยวและที่ พัก และผู้พัฒนาแพลตฟอร์ม ภาคีจากคณะทำงาน – เครือข่ายอาบป่าประเทศไทย (ผู้จัดการกิจกรรมและไกด์ อาบป่า ร่วมจัดทำบัญชีกิจกรรม) – สมาคมไทยท่องเที่ยวเชิงอนุรักษ์และผจญภัย (กิจกรรมธรรมชาติและแนวปฏิบัติด้านความปลอดภัย) – สมาคมไทยท่องเที่ยวอย่างรับผิดชอบ (แนวปฏิบัติการ ท่องเที่ยวอย่างรับผิดชอบ ป้องกันการท่องเที่ยวล้นเกิน) – กรมสุขภาพจิต (การส่งจ่ายและติดตามผลในเครือข่าย บริการสุขภาพจิตและโรงพยาบาลจิตเวช) – กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (มาตรฐานบริการ และ บทบาท อสม. ในการเชื่อมต่อ) – โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ (ต้นแบบการบำบัดฟื้นฟู บนฐานธรรมชาติ และพื้นที่นำร่องการส่งจ่าย)

แนวทาง	สาระสำคัญ	หน่วยงานหลัก
	สู่พื้นที่ชีวิตประจำวันด้วย โครงสร้างพื้นฐานสีเขียว ตัวชี้วัดร่วม (๑) ร้อยละผู้ได้รับการส่งต่อที่เข้าร่วมกิจกรรมจริง และได้รับการติดตามผล [สธ. สปสช.] (๒) ร้อยละกลุ่มเปราะบางในพื้นที่นำร่องที่เข้าถึงกิจกรรมผ่านกลไกเชื่อมต่อ [พม. อปท.] (๓) ร้อยละประชากรที่มีพื้นที่ธรรมชาติสาธารณะในระยะเดิน ๑๕ นาที [มท. อปท. ทส.]	
๔. มีระบบสนับสนุนและความร่วมมือของรัฐท้องถิ่น ชุมชน เอกชน ประชาสังคม และวิชาการ	ตามกรอบ AAAQ และองค์ประกอบระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก: กลไกอภิบาลระบบ (กลไกบูรณาการที่ชุมชนร่วมกำกับดูแล และการทบทวนกฎหมาย); กำลังคน ๓ บทบาท (อาชีพเดิม เพิ่มศักยภาพและอาชีพใหม่) และมาตรฐานตามระดับความเข้มข้นของบริการ; การเงินตามกลุ่มเป้าหมาย พัฒนากลไกการเงินและความร่วมมือจากภาคเอกชนเพื่อทำงานเชิงรุก โดยเริ่มจากกองทุนเดิมในพื้นที่ เช่น กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด ภาคเอกชน และมาตรการจูงใจ	กลไกอภิบาลระบบ สช. มท. ทส. และผู้แทนชุมชน 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 เอกชน ภาคธุรกิจ นักลงทุนเพื่อสังคม และผู้ดำเนินโครงการคาร์บอนเครดิต ภาคีจากคณะทำงาน – สำนักงานองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย (WHO Thailand) (สนับสนุนวิชาการ กรอบนโยบาย สาขาสถาบันเชิงประจักษ์ และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ต่างประเทศ) – กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (หลักสูตรและมาตรฐานผู้ให้บริการธรรมชาติบำบัดและอาบป่า)

แนวทาง	สาระสำคัญ	หน่วยงานหลัก
	ทางภาษี) และ Green Finance; ระบบข้อมูล ๓ ระดับ; ผลิตภัณฑ์ เทคโนโลยี และหลักฐาน (แพลตฟอร์ม ดิจิทัล บัญชีกิจกรรม HTA/SROI); ส่วนระบบบริการ เป็นไปตามแนวทางที่ ๓ ภาควิชาการ ประสานเครือข่าย นักจิตวิทยาทั่วประเทศในการ ใช้แนวทางการอาบป่าควบคู่ กับการบำบัดทางจิตวิทยาอย่าง ปลอดภัย / ประสานหลักสูตร จิตวิทยาในมหาวิทยาลัยต่างๆ เพิ่มรายวิชาเกี่ยวกับธรรมชาติ /พัฒนานักจิตวิทยาให้สามารถ เป็นนักธรรมชาติบำบัด ตัวชี้วัดรวม (๑) กลไกบูรณา การที่มีผู้แทนชุมชนร่วมและ รายงานต่อสมัชชาสุขภาพ แห่งชาติทุกปี [สช. มท. ทส.] (๒) จำนวนผู้เชื่อมต่อและผู้จัด กิจกรรมที่ผ่านการพัฒนาตาม กรอบสมรรถนะ [สคช. สธ.] (๓) งบประมาณที่จัดสรรให้ กิจกรรมฐานธรรมชาติในพื้นที่ [สปสช. อปท. สสส.]	– มหาวิทยาลัยมหิดล (พัฒนาหลักสูตรกำลังคนและผู้ เชื่อมต่อ) – บริษัท ไรซ์ อิมแพค จำกัด (การลงทุนเพื่อสังคม (Impact Investment) และการจับคู่ภาคเอกชนกับ ชุมชน) – เครือข่ายคาร์บอนนิวทรัลประเทศไทย (เชื่อมการเงินสี เขียวและการลงทุนด้านคาร์บอนกับการฟื้นฟูพื้นที่ ธรรมชาติ) – มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (ระบบข้อมูลและตัวชี้วัดในพื้นที่ นำร่อง) – มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (วิจัยและประเมินผลลัพธ์ และความคุ้มค่า) – เครือข่ายมหาวิทยาลัยสุขภาพหนึ่งเดียวแห่งประเทศไทย (วิจัยข้ามศาสตร์ตามแนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว)

- 1 กรอบกำลังคนเพื่อการสร้างสุขภาวะด้วยธรรมชาติ (ขยายความแนวทางที่ ๔) แบ่งตาม ๓ บทบาท โดยแยก
- 2 อาชีพเดิมที่เพิ่มศักยภาพกับอาชีพใหม่ ทั้งผู้ปฏิบัติแบบทางการ (Formal) และไม่เป็นทางการ (Informal) และแยก
- 3 บทบาทการติดตามผลออกจากผู้ให้บริการ ดังนี้

บทบาท	อาชีพเดิมเพิ่มศักยภาพ	อาชีพใหม่	มาตรฐานและการพัฒนา
ผู้คัดกรอง/ผู้ระบุความต้องการ	ทางการ: แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยา และบุคลากรการแพทย์ แผนไทยที่มีทักษะด้านธรรมชาติ ไม่เป็นทางการ: อสม. ครู และผู้ดูแล (สังเกตและแนะนำเบื้องต้น)	ผู้ประเมินความต้องการทางสังคมในหน่วยบริการปฐมภูมิ	หลักสูตรทีมสหวิชาชีพ ปฐมภูมิ; ใช้ความต้องการของบุคคลเป็นจุดตั้งต้น ไม่ใช้การคัดกรองเป็นเงื่อนไขการเข้าถึง
ผู้เชื่อมต่อ (Link Worker)	ทางการ: นักสังคมสงเคราะห์ นักพัฒนาชุมชน เจ้าหน้าที่ อปท. ครูแนะแนว ผู้ช่วยคนพิการ Job Coach และฝ่ายบุคคลของสถานประกอบการ ไม่เป็นทางการ: อสม. อพม. พระสงฆ์ และผู้นำศาสนา ผู้นำชุมชน แกนนำชมรมผู้สูงอายุ องค์กรคนพิการ สภาเด็กและเยาวชน และผู้ดูแลในครอบครัว	ผู้เชื่อมต่อทางสังคม ประจำหน่วยบริการ อปท. หรือสถานศึกษา และผู้ประสานแพลตฟอร์มดิจิทัล	หลักสูตรการสื่อสาร การค้นหาความต้องการ และการทำงานกับคนพิการ (Visual Support การสนับสนุนประสาทสัมผัส) ระบบคุณวุฒิวิชาชีพ
ผู้จัดกิจกรรม/ผู้ให้บริการ	ทางการ: โค้ชอาบป่า นักสื่อความหมาย ธรรมชาติ มัคคุเทศก์ท้องถิ่น เจ้าหน้าที่อุทยานและป่าไม้ นักกายภาพบำบัด และนักจิตวิทยา ไม่เป็นทางการ: หมอพื้นบ้าน ปราชญ์ชาวบ้าน เกษตรกร และผู้นำกิจกรรมในชุมชน	ผู้นำกิจกรรมธรรมชาติบำบัดที่ผ่านการรับรอง ทีมพี่เลี้ยง/ทีมเชื่อมศาสตร์ ผู้ดูแลพื้นที่และความปลอดภัย และผู้ประกอบการสีเขียวทุกวัย	มาตรฐานตามระดับความเข้มข้นและความเสี่ยง : กิจกรรมทั่วไปใช้มาตรฐานสมัครใจ ไม่กีดกันภูมิปัญญาท้องถิ่น; กิจกรรมเพื่อบำบัด/ฟื้นฟูอยู่ภายใต้วิชาชีพที่เกี่ยวข้อง : ผู้ปฏิบัติมีประสบการณ์ตรงกับธรรมชาติ

- 1
- 2 **แผนที่ทางเดิน (Roadmap)** แบ่งเป็น ๓ ระยะ ได้แก่ ระยะสั้น (ปีที่ ๑) วางฐาน: กลไกบูรณาการ นิยามการ
- 3 เชื่อมต่อ กรอบกำลังคน ๓ บทบาท พื้นที่นำร่อง และข้อมูลฐาน; ระยะกลาง (ปีที่ ๒-๓) ทดลองการเชื่อมต่อแนวราบและ
- 4 แนวตั้งในพื้นที่นำร่อง สร้างหลักฐานความคุ้มค่า และปรับมาตรฐาน; และระยะยาว (ปีที่ ๔-๕) ขยายผล เชื่อมงบประมาณ
- 5 และสิทธิประโยชน์ และปรับกฎหมาย พร้อมตัวชี้วัดร่วมและผู้รับผิดชอบ โดยมีรายละเอียดตาม (ร่าง) เอกสารมติ
- 6
- 7 **๖. เอกสารอ้างอิง**

- [๑] Antonelli, M., Barbieri, G., & Donelli, D. (๒๐๑๙). 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. (๒๐๒๓). The effects of forest bathing on psychological well-being: A systematic review and meta-analysis.
- [๓] Ohly, H., et al. (๒๐๑๖). Attention Restoration Theory: A systematic review of the attention restoration potential of exposure to natural environments.
- [๔] Ideno, Y., et al. (๒๐๑๗). Blood pressure-lowering effect of Shinrin-yoku (Forest bathing): A systematic review and meta-analysis.
- [๕] de la Fuente, F., et al. (๒๐๒๑). Green space exposure association with type ๒ diabetes mellitus, physical activity, and obesity: A systematic review.
- [๖] Li, Q. (๒๐๒๒). 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. (๒๐๒๒). Exposure to urban greenspace and pathways to respiratory health: An exploratory systematic review.
- [๘] Ulrich, R. S. (๑๙๘๔). View through a window may influence recovery from surgery.
- [๙] Murrioni, V., et al. (๒๐๒๑). Effectiveness of therapeutic gardens for people with dementia: A systematic review.
- [๑๐] กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๗). รายงานสถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพจิต.
- [๑๑] WHO Regional Office for Europe. (๒๐๑๖). Urban green spaces and health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- [๑๒] The Urbanis. ข้อมูลพื้นที่สีเขียวต่อประชากรกรุงเทพมหานคร. <https://theurbanis.com/>
- [๑๓] WHO Regional Office for Europe. (๒๐๒๕). Nature-based solutions and health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- [๑๔] การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย. (๒๕๖๙). ทิศทางและแผนการตลาดการท่องเที่ยว ปี ๒๕๖๙.
- [๑๕] World Health Organization. (๒๐๐๗). Everybody's business: Strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action. Geneva: WHO.
- [๑๖] WHO Regional Office for Europe. (๒๐๑๖). Integrated care models: an overview. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- [๑๗] Marmot, M., et al. (๒๐๑๐). 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.

- 1 [๒๕] พระราชบัญญัติสงวนและคุ้มครองสัตว์ป่า พ.ศ. ๒๕๖๒.
- 2 [๒๖] พระราชบัญญัติป่าชุมชน พ.ศ. ๒๕๖๒.
- 3 [๒๗] พระราชบัญญัติทรัพยากรน้ำ พ.ศ. ๒๕๖๑.
- 4 [๒๘] พระราชบัญญัติส่งเสริมการบริหารจัดการทรัพยากรทางทะเลและชายฝั่ง พ.ศ. ๒๕๕๘.
- 5 [๒๙] พระราชบัญญัติการผังเมือง พ.ศ. ๒๕๖๒.
- 6 [๓๐] พระราชบัญญัติภาษีที่ดินและสิ่งปลูกสร้าง พ.ศ. ๒๕๖๒.
- 7 [๓๑] พระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมวิถีชีวิตกลุ่มชาติพันธุ์ พ.ศ. ๒๕๖๘.
- 8 [๓๒] พระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙.
- 9 [๓๓] พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ (และที่แก้ไขเพิ่มเติม).
- 10 [๓๔] พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. ๒๕๒๕.
- 11 [๓๕] พระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๕๖.
- 12 [๓๖] พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. ๒๕๒๒.
- 13 [๓๗] พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. ๒๕๒๒.
- 14 [๓๘] พระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. ๒๕๖๒.
- 15 [๓๙] พระราชบัญญัติส่งเสริมวิสาหกิจชุมชน พ.ศ. ๒๕๔๘.
- 16 [๔๐] พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. ๒๕๖๒.
- 17 [๔๑] ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. ๒๕๖๑-๒๕๘๐.
- 18 [๔๒] แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๓ (พ.ศ. ๒๕๖๖-๒๕๗๐).
- 19 [๔๓] ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๕.
- 20 [๔๔] United Nations. (๒๐๑๕). Transforming our world: the ๒๐๓๐ Agenda for Sustainable Development (SDGs).
- 21 [๔๕] สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (๒๕๖๘-๒๕๖๙). เอกสารประกอบการพัฒนาประเด็นและเวทีรับฟังความคิดเห็น.
- 22 [๔๖] พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ (และที่แก้ไขเพิ่มเติม).