



สำนักงานคณะกรรมการ
สิทธิมนุษยชนแห่งชาติ

รายงานประจำปี 2568

ANNUAL REPORT 2025
สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ





สำนักงานคณะกรรมการ
การเลือกตั้ง

รายงานประจำปี 2568

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

เลขาธิการ

นายแพทย์สุเทพ เพชรมาก

รองเลขาธิการ

นายแพทย์อภิชาติ รอดสม

นายสุทธิพงษ์ วสุโสภาน

นายแพทย์วรัญญู สัตยวงศ์ทิพย์

นางสาวทิพิชา โปษยานนท์

บรรณาธิการอำนวยการ

นางสาวทิพิชา โปษยานนท์

บรรณาธิการเล่ม

นางสาวนันทพร เตชะประเสริฐสกุล

กองบรรณาธิการ

นางสาวกชพร นิลปักษ์

นางสาวกนกวรรณ รับพรดี

นายกรฤทธิ ชูมนูรักษ์

นางสาวชนิษฐา แซ่เอี้ยว

นางสาวช่อฉัตร สุนทรพะลิน

นางสาวฐิติมา สุวดี

นายณรงค์ กฤติขจรกรกุล

นางสาวทัศนันทน์ สัตย์ณุชฌม

นางสาวนภินทร ศิริไทย

นางสาวนันทนัฐฎ ฤกษ์ปัญญา

นางนันทิยา ลีวัลักษณ์

นายบัณฑิต มั่นคง

นางสาวปราณีทิพย์ เนตรน้อย

นางสาวปรานอม โอสาร

นางสาวพฤษภา สิ้นลือนาม

นางวรรณวิมล ขวัญยาใจ

นางสาววิไลวรรณ สิริสุทธิ

นางสาวศิริธร อรไชย

นางสาวสิริกร คำภูไทย

นางสาวสิริรัฐ รัฐเลิศกานต์

นางสาวสุวิชา ทวีสุข

ศิลปกรรม

บริษัท เพอร์สเปคทีฟ 9 จำกัด

จัดพิมพ์โดย

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

ชั้น 3 อาคารสุขภาพแห่งชาติ

เลขที่ 88/39 ซอยติวานนท์ 14 ถนนติวานนท์

ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ : 0 2832 9000

โทรสาร : 0 2832 9001-2

www.nationalhealth.or.th

“สข. เป็นหน่วยงานรัฐ
ภายใต้การกำกับของนายกรัฐมนตรี”

ISBN 978-616-569-049-2

จำนวนพิมพ์ 600 เล่ม

ปีที่พิมพ์ 2569

พิมพ์ที่

บริษัท พี.เอส.กรุ๊ป (1954) จำกัด

(สำนักงานใหญ่) 12 ซอยสุกัญญูกิจ

ถนนประชาชื่น แขวงบางซื่อ เขตบางซื่อ

กรุงเทพฯ 10800



สารบัญ

สารจากผู้บริหาร	<ul style="list-style-type: none"> • สารจากประธานกรรมการสุขภาพแห่งชาติ 8 • สารจากประธานกรรมการบริหาร สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ 9 • สารจากเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ 10
บทสรุปผู้บริหาร	11
ส่วนที่ 1 ภาพรวมของ องค์กร	<ul style="list-style-type: none"> • คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) 24 • คณะกรรมการบริหารสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คบ.) 27 • คณะอนุกรรมการตรวจสอบ 30 • สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) 34
ส่วนที่ 2 ผลการดำเนินงาน ขององค์กร	<p>ผลงานเด่น</p> <ul style="list-style-type: none"> • ธรรมนูญสุขภาพ 40 • สมัชชาสุขภาพ 50 • การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ 70 • การส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ 73 • การส่งเสริมและการพัฒนาระบบสุขภาพท้องถิ่น 76 • การยกระดับการมีส่วนร่วมของสังคมในเวทีโลก 80 • การจัดการภัยพิบัติ 82 • กระบวนการนโยบายสาธารณะและองค์ความรู้สู่การพัฒนา 86 • นวัตกรรมสุขภาพ 94 <p>ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดองค์กร 100</p> <p>งานสำคัญของแต่ละแผนงาน</p> <ul style="list-style-type: none"> • แผนงานพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ 106 • แผนงานพัฒนาวิชาการและนวัตกรรม กระบวนการนโยบายสาธารณะ 110 • แผนงานพัฒนาองค์กรและสื่อสารสังคม 114 <p>ผลงานความภาคภูมิใจ 117</p> <p>เสียงจากภาคีเครือข่าย 119</p>

ส่วนที่ 3

รายงานของผู้สอบบัญชี และรายงานการเงิน

125

ภาคผนวก

- รายงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ 135
- รายงานคณะกรรมการบริหารสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ 140
- รายงานคณะอนุกรรมการตรวจสอบ 141
- รายงานผู้บริหารสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ 142





สารจาก นายโสภณ ชาร์มย์ รองนายกรัฐมนตรี ประธานกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

บนเส้นทางกว่า 18 ปี ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ประเทศไทยได้พิสูจน์ให้เวทีโลกได้เห็นถึงความสำเร็จของกระบวนการ “ประชาธิปไตยทางสุขภาพ” ที่เข้มแข็งและเป็นเอกลักษณ์ ในฐานะประธานกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ผมเชื่อมั่นอย่างยิ่งว่าหัวใจสำคัญที่จะทำให้ระบบสุขภาพไทยยั่งยืนและเป็นที่ยอมรับในระดับสากล คือการสร้างสมดุลระหว่างการเติบโตทางเศรษฐกิจและสุขภาวะของประชาชนภายใต้แนวคิด “เศรษฐกิจยุคใหม่ สร้างสุขภาวะไทยยั่งยืน” (New Wealth for Health) ซึ่งถือเป็นหมุดหมายใหม่ในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ชาติที่สอดคล้องกับวาระการพัฒนาที่ยั่งยืนของโลก

วิสัยทัศน์ที่ผมให้ความสำคัญอย่างที่สุด คือการพัฒนาคุณภาพคนผ่านมิติ “กายจิต สังคม และปัญญา” เพราะสุขภาพที่สมบูรณ์ไม่ใช่เพียงการไร้โรค แต่คือการที่คนไทยมีภูมิคุ้มกันที่เข้มแข็งจากภายใน ท่ามกลางกระแสการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีและโลกโซเชี่ยลที่กำลังคุกคามเยาวชนของเรา ไม่ว่าจะเป็นการติดเกมหรือภัยจากบุหรี่ไฟฟ้า เราต้องเร่งใช้กลไก “ธรรมนูญสุขภาพ” เข้าไปสร้างภูมิคุ้มกันทางปัญญาตั้งแต่ระดับสถานศึกษาเพื่อลดปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงและสารเสพติดที่เป็นต้นตอของความเสื่อมถอยทางเศรษฐกิจและสังคม โดยมุ่งหวังให้คนไทยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากการรอพึ่งพารัฐเพียงอย่างเดียว ไปสู่การพึ่งพาตนเองและดูแลสุขภาพอย่างรู้เท่าทันเพื่อลดภาระจากโรคไม่ติดต่อ (NCDs) ซึ่งเป็นปัญหาใหญ่ที่ทั่วโลกกำลังเผชิญ

ในมิติของการปฏิบัติงานเชิงรุก ผมได้ผลักดันนโยบาย “Quick Big Win” เพื่อแก้ไขปัญหายาเสพติดแบบบูรณาการ โดยการประสานพลังจาก 16 หน่วยงานยุทธศาสตร์ เพื่อสร้างระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูที่เห็นผลเป็นรูปธรรม โดยมีต้นแบบจากระดับพื้นที่อย่าง “บุรีรัมย์โมเดล” ที่มุ่งเน้นความสามัคคีและศรัทธาของชุมชนในการคืนคนดีสู่สังคม การดำเนินงานนี้ไม่เพียงแต่แก้ปัญหาในระดับท้องถิ่น แต่คือการสร้างฐานรากที่แข็งแรงให้กับเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) ทั้ง 13 เขตทั่วประเทศ ให้สามารถบริหารจัดการทรัพยากรและแก้ปัญหาได้ตรงตามบริบทเฉพาะของแต่ละพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ

ความมุ่งมั่นทั้งหมดนี้ คือการตอกย้ำบทบาทของไทยในฐานะ “ผู้นำด้านนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม” ในเวทีโลก เราไม่ได้เพียงแคร์รักษาคนไข้ แต่เรากำลังสร้างสังคมที่ทุกคนมีส่วนร่วมในการออกแบบชีวิตที่มีสุขภาวะอย่างเท่าเทียม ผมขอขอบคุณความร่วมมือจากทุกภาคีเครือข่ายที่ร่วมกันขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเหล่านี้ด้วยความมุ่งมั่น และผมพร้อมที่จะผลักดันให้ความสำเร็จของระบบสุขภาพไทยเป็นต้นแบบการเรียนรู้ที่ทั่วโลกให้การยอมรับ เพื่อสร้างอนาคตที่คนไทยทุกคนมีสุขภาพดีและประเทศชาติมีความมั่นคง มั่งคั่ง อย่างยั่งยืนสืบไป

นายโสภณ ชาร์มย์

รองนายกรัฐมนตรี

ประธานกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

สารจาก ศาสตราจารย์บรรเจิด สิงคะเนติ ประธานกรรมการบริหาร สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ยังคงมุ่งมั่นสานพลังภาคีเครือข่ายขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ เพื่อมุ่งสู่เป้าหมายระบบสุขภาพที่เป็นธรรม

คณะกรรมการบริหารสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คบ.) ได้กำกับดูแลการดำเนินงานของ สช. อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้องค์กรบรรลุเป้าหมายตามตัวชี้วัดและงบประมาณได้อย่างครบถ้วน พร้อมทั้งผ่านการประเมินระดับองค์กรในระดับก้าวหน้าและดีมาก ทั้งด้านระบบราชการ 4.0 (PMQA 4.0) ด้านคุณธรรมและความโปร่งใส (ITA) และการประเมินองค์การมหาชน

โดยทิศทางในปีนี้ คบ. มุ่งเน้นให้เกิดการบูรณาการงานในพื้นที่ผ่านเครื่องมือต่าง ๆ ของ สช. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและภาคีเครือข่าย ตลอดจนยกระดับการทำงานด้วยระบบข้อมูลและเทคโนโลยีดิจิทัลที่ตอบสนองประเด็นความท้าทายของสถานการณ์โลกและสังคมไทยเพื่อให้ สช. เป็น “สื่อกลาง” เชื่อมประสานนโยบายสุขภาพทั้งระดับนโยบายและระดับพื้นที่ ให้ตอบสนองต่อพลวัตทางเศรษฐกิจ การเมือง สังคม และสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพของประชาชนได้อย่างทันทุกเวที

กระบวนการทำงานแบบมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่ายในลักษณะที่เกื้อหนุนกัน มีเป้าหมายร่วมกันอย่างชัดเจน และมีอิสระในการกำหนดประเด็นเฉพาะเพื่อการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะด้วยฉันทมติ นับเป็นการสร้างการมีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายสาธารณะที่ช่วยสร้างฐานรากของประชาธิปไตย อันจะนำไปสู่ความมั่นคงและประโยชน์สุขของประชาชนได้อย่างยั่งยืน



ศาสตราจารย์บรรเจิด สิงคะเนติ
ประธานกรรมการบริหาร
สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ



สารจาก นายแพทย์สุเทพ เพชรมาก เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

ปี พ.ศ. 2568 นับเป็นช่วงเวลาแห่งการเปลี่ยนผ่านครั้งสำคัญ ประเทศไทยต้องเผชิญกับความท้าทายเชิงโครงสร้างในหลายมิติ ทั้งการก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัย ความผันผวนทางภูมิรัฐศาสตร์ และภาวะโลกเดือดที่ก่อให้เกิดภัยพิบัติทางธรรมชาติที่ซับซ้อน รุนแรง และถี่ยิ่งขึ้น ตลอดจนภัยคุกคามทางสุขภาพที่สำคัญ อาทิ ปัญหาสารพิษข้ามพรมแดนในแม่น้ำกัก ปัญหากลุ่มโรคไม่ติดต่อซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของประเทศ ปัญหาบุหรี่ไฟฟ้าที่คุกคามสุขภาพของเด็กและเยาวชน เป็นต้น

ท่ามกลางความท้าทายเหล่านี้ สช. ยังคงยึดมั่นภารกิจ “สานพลังสร้างสรรค์นโยบายสาธารณะ” เพื่อมุ่งสู่เป้าหมาย “ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม” โดยคำนึงถึงปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพ เพื่อออกแบบกลไกที่สนับสนุนการฟื้นคืนได้อย่างรวดเร็ว ตอบสนองต่อความผันผวนอย่างเท่าทัน เพื่อเตรียมการก้าวเดินไปข้างหน้าอย่างมั่นคง ผ่านการขับเคลื่อนวาระทางสังคมที่สำคัญจนเกิดผลสัมฤทธิ์เชิงประจักษ์ เช่น การผลักดันนโยบายการจัดการภัยพิบัติโดยชุมชนและท้องถิ่นเป็นศูนย์กลาง จนได้รับการเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรีให้เป็นวาระแห่งชาติ การยกระดับการป้องกันภัยคุกคามสุขภาพ ทั้งการสร้างสภาพแวดล้อมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อ การควบคุมบุหรี่ไฟฟ้า และการใช้กระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (Health Impact Assessment: HIA) เพื่อสร้างทางเลือกในการพัฒนาสุขภาพชุมชนอย่างยั่งยืน

เพื่อตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร สช. ได้บูรณาการนโยบายเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัย พร้อมขยายระบบหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (e-Living will) ให้ครอบคลุมทั่วประเทศ เพื่อคุ้มครองสิทธิและสร้างเสริมสุขภาพในวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี นอกจากนี้ ยังได้ริเริ่มโครงการภาคีอาสา (Area Strengthening Alliance: ASA) บูรณาการ 9 หน่วยงานยุทธศาสตร์ระดับชาติเพื่อสร้างจังหวัดเข้มแข็งโดยใช้พื้นที่เป็นฐานบูรณาการทุกภาคส่วน ตลอดจนยกระดับบทบาทของประเทศไทยในเวทีสากลผ่านการผลักดันการขับเคลื่อนมติสมัชชานานาชาติ ครั้งที่ 77 ว่าด้วยการมีส่วนร่วมของสังคมทั้งในระดับชาติและนานาชาติ

ความสำเร็จที่เกิดขึ้นในปี 2568 เกิดจากการสานพลังของทุกภาคส่วนที่ร่วมเป็น “หุ้นส่วนการพัฒนา” เพื่อกำหนดทิศทางการสุขภาพร่วมกัน ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญที่จะนำพาสังคมไทยก้าวข้ามความท้าทายสู่สังคมสุขภาพอย่างยั่งยืน

นายแพทย์สุเทพ เพชรมาก
เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

บทสรุปผู้บริหาร

รายงานประจำปี 2568 ของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) จัดทำขึ้นเพื่อนำเสนอผลการดำเนินงานของสช. ในรอบปีงบประมาณพ.ศ.2568 ของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) คณะกรรมการบริหารสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คบ.) คณะอนุกรรมการตรวจสอบ และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ดังนี้

คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.)

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 13 กำหนดองค์ประกอบของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ซึ่งมีนายกรัฐมนตรีหรือรองนายกรัฐมนตรีที่นายกรัฐมนตรีมอบหมาย เป็นประธานกรรมการ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นรองประธาน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงที่นายกรัฐมนตรีกำหนดจำนวนไม่เกินห้าคนเป็นกรรมการและกรรมการอื่น ๆ โดยมีเลขาธิการ คสช. เป็นกรรมการและเลขานุการ

ผลการดำเนินงานตามหน้าที่และอำนาจในมาตรา 25 พบว่า มีนโยบายสาธารณะจากการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 17 พ.ศ. 2567 จำนวน 2 มติ และมติสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น จำนวน 2 มติ นอกจากนี้ ยังมี การแต่งตั้งคณะกรรมการชุดต่าง ๆ เพื่อสนับสนุนให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายและจัดทำข้อเสนอต่อ คณะรัฐมนตรีเกี่ยวกับนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ จำนวน 5 คณะ ตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย เช่น คณะกรรมการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตพื้นที่ 1 ถึง 13 คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 19 พ.ศ. 2569 เป็นต้น

คณะกรรมการบริหาร

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คบ.)

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 37 กำหนดให้ คสช. แต่งตั้งคณะกรรมการบริหาร ประกอบด้วย (1) ประธานกรรมการบริหารซึ่งแต่งตั้งจากกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (2) กรรมการบริหารซึ่งแต่งตั้งจาก ผู้แทนกระทรวงสาธารณสุขหนึ่งคน (3) กรรมการบริหารซึ่งแต่งตั้งจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวนไม่เกินห้าคน (4) เลขาธิการ เป็นกรรมการและเลขานุการ

มาตรา 39 กำหนดให้คณะกรรมการบริหารสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คบ.) มีหน้าที่และอำนาจ ในการกำหนดนโยบาย และกำกับการดำเนินงานของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ให้เกิดการจัดการที่ดี มีประสิทธิภาพ และบรรลุวัตถุประสงค์

ภายใต้การกำกับของ คบ. ส่งผลให้ คสช. ดำเนินงานได้บรรลุเป้าหมายตัวชี้วัดของแผนการดำเนินงาน แผนการเงิน และงบประมาณ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 คิดเป็นร้อยละ 100 โดยมีผลการประเมินระดับองค์กร ดังนี้

1. ผลการประเมินสถานะของหน่วยงานภาครัฐในการเป็นระบบราชการ 4.0 (Public Sector Management Quality Award: PMQA 4.0) อยู่ในระดับก้าวหน้า (Advance) มีคะแนนรวม 451.81 คะแนน จากคะแนนเต็ม 500 คะแนน
2. ผลการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment: ITA) มีคะแนน 92.29 คะแนน จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน
3. ผลการประเมินการดำเนินงานของ คสช. ตามแนวทางการประเมินขององค์การมหาชนที่จัดตั้งตามพระราชบัญญัติเฉพาะ อยู่ในระดับดีมาก โดยมีคะแนน 95.97 คะแนน จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน

คณะกรรมการตรวจสอบ

คณะกรรมการตรวจสอบเป็นกลไกการปฏิบัติหน้าที่อย่างอิสระตามที่ได้รับมอบหมายจากคณะกรรมการบริหารสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คป.) มีอำนาจหน้าที่ตามที่ระบุไว้ในกฎบัตรคณะกรรมการตรวจสอบและระเบียบที่เกี่ยวข้อง

ผลการดำเนินงานตามอำนาจหน้าที่ ได้แก่ (1) การสอบทานการประเมินผลการควบคุมภายใน ไม่พบประเด็นหรือข้อบกพร่องที่อาจส่งผลกระทบต่อสำนักงานอย่างมีนัยสำคัญ จึงมีความเชื่อมั่นว่าสำนักงานมีการควบคุมภายในที่เพียงพอ (2) การสอบทานกระบวนการบริหารความเสี่ยง โดยได้ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานของคณะทำงานควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยง สข. อย่างต่อเนื่อง จึงเชื่อมั่นได้ว่าสำนักงานมีการบริหารจัดการความเสี่ยงอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ (3) การสอบทานการปฏิบัติตามกฎหมาย ไม่พบรายการที่สำนักงานกระทำการที่ขัดต่อกฎหมายและกฎระเบียบ ตลอดจนกฎหมายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับภารกิจของสำนักงานตามขอบเขตและภารกิจหลัก (4) การกำกับดูแลงานตรวจสอบภายใน ได้สอบถามแผนการตรวจสอบภายในประจำปีและติดตามการปฏิบัติงานตามแผน รวมทั้งผลการตรวจสอบของงานตรวจสอบภายใน โดยให้ข้อเสนอแนะและติดตามการดำเนินงานในประเด็นที่มีนัยสำคัญเพื่อกำกับดูแลงานตรวจสอบภายในที่ดีและการควบคุมภายในที่เพียงพอ (5) การพิจารณาเสนอแต่งตั้งผู้สอบบัญชีและค่าธรรมเนียมการสอบบัญชีประจำปี ทั้งนี้ มีมติเห็นชอบแต่งตั้งผู้สอบบัญชีฯ สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ 30 กันยายน 2569 โดยที่สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.) มีหนังสือแจ้งความเห็นชอบผู้สอบบัญชีมา ยังสำนักงานเรียบร้อยแล้ว (6) การรักษาคุณภาพของคณะกรรมการตรวจสอบ โดยมีการทบทวนกฎบัตรของคณะกรรมการตรวจสอบเป็นประจำทุกปีอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มั่นใจว่าการปฏิบัติงานของคณะกรรมการตรวจสอบเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและบรรลุผลที่กำหนดไว้

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สข.)

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 26 และ 27 บัญญัติให้จัดตั้งสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สข.) เป็นหน่วยงานของรัฐที่ไม่เป็นส่วนราชการตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบบริหารราชการแผ่นดินและไม่เป็นรัฐวิสาหกิจตามกฎหมายว่าด้วยวิธีการงบประมาณหรือกฎหมายอื่น เป็นหน่วยงานเลขานุการของ คสช. และ คป. รวมทั้งประสานงานกับหน่วยงานด้านนโยบายและยุทธศาสตร์ เพื่อให้เกิดการทำงานร่วมกันในระดับนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนงานด้านสุขภาพ โดยมีเลขาธิการเป็นผู้รับผิดชอบการบริหารของ สข.

สข. ได้ดำเนินงานตามแผนการดำเนินงาน แผนการเงินและงบประมาณ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ที่มีความสอดคล้องกับแผนงานหลักของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2566-2570 และสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน โดยให้ความสำคัญกับการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมบนพื้นฐานทางปัญญา (Participatory Public Policy Process based on Wisdom: 4P-W) เน้นการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ/ราชการ ภาควิชาการ/วิชาชีพ และภาคประชาสังคม/เอกชน ตามยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาผ่านเครื่องมือตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ประกอบด้วย ธรรมนูญสุขภาพ สมัชชาสุขภาพ การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ รวมทั้งกลไกและเครื่องมืออื่น ๆ ที่สอดคล้องกันตามสถานการณ์ในปัจจุบัน เพื่อนำไปสู่เป้าหมายในการสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งสามารถดูแลแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและทั่วถึง

สรุปผลการดำเนินงาน สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

ผลงานเด่น | ธรรมนูญสุขภาพ

1 ธรรมนูญสุขภาพสถานศึกษา: จับมือไว้แล้วไปด้วยกัน สู่เป้าหมาย “เรียนดี มีความสุข คุณภาพชีวิตดี”

สช. ร่วมกับกระทรวงศึกษาธิการ และภาคีเครือข่าย ขับเคลื่อนระบบสุขภาพสถานศึกษาและสุขภาพ 4 มิติ (กาย จิต สังคม ปัญญา) ของผู้เรียนผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมด้วยเครื่องมือ “ธรรมนูญสุขภาพสถานศึกษา” โดยมีผลการดำเนินงานที่สำคัญ ได้แก่ ระดับนโยบาย เกิด MOU ร่วมพัฒนาระบบสุขภาพสถานศึกษาผ่านธรรมนูญสุขภาพสถานศึกษา ระหว่างเขตตรวจราชการที่ 14 สช. เขตสุขภาพที่ 10 สช. และเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตพื้นที่ 10, MOU ขับเคลื่อนสถานศึกษาปลอดปัจจัยเสี่ยงต่อเยาวชนจังหวัดนครศรีธรรมราช, คำสั่งจังหวัดนครสวรรค์ แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพสถานศึกษาจังหวัดนครสวรรค์ เป็นต้น ระดับพื้นที่ ธรรมนูญควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าในสถานศึกษา รร.อนุบาลลำปาง (เขลางค์รัตน์อนุสรณ์) จ.ลำปาง (สร้างสภาพแวดล้อมปลอดบุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 100), ธรรมนูญโรงเรียนบ้านเกาะโมเดล จ.นครศรีธรรมราช (ลดเหล้า/ปัจจัยเสี่ยง, จำนวนเด็ก ป.6 ที่เคยสูบบุหรี่ไฟฟ้า ลดลงมากกว่าร้อยละ 80), ธรรมนูญโรงเรียนสภาราชินี จ.ตรัง (ลดปัจจัยเสี่ยงอบายมุข-สารเสพติดรอบสถานศึกษา, ผู้เกี่ยวข้องกับยาเสพติดลดลงร้อยละ 90)

2 การขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2566: “พระแข็งแรง วัดมั่นคง ชุมชนเป็นสุข”

สช. ได้รับมอบหมายจากฝ่ายสาธารณสุขสงเคราะห์ของมหาเถรสมาคมในการบูรณาการการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายเพื่อขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2566) โดยมีผลการดำเนินงานที่สำคัญ ได้แก่ ระดับนโยบาย การจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ (พ.ศ. 2569-2575) และกลไกบูรณาการเชิงนโยบายเพื่อกำหนดทิศทาง นโยบาย และกรอบแนวทางที่ตอบสนองต่อการดูแลสุขภาพพระสงฆ์และสามเณรในเชิงระบบ ระดับปฏิบัติการ เกิดการพัฒนากระบวนการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพพระสงฆ์ในรูปแบบ dashboard ร่วมกันของ 12 หน่วยงาน ทำให้ได้ฐานข้อมูลสุขภาพพระสงฆ์ที่สำคัญ เช่น ข้อมูลพระสงฆ์อาพาธ พระคิลาณุปัฏฐาก วัดส่งเสริมสุขภาพ ฯลฯ, การจัดทำรายงานสุขภาพพระสงฆ์สามเณรประจำปี เพื่อรายงานต่อมหาเถรสมาคม และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถคาดการณ์แนวโน้มปัญหาสุขภาพพระสงฆ์สามเณร และกำหนดมาตรการ/แนวทางในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์สามเณรในทุกกระดับได้อย่างแบบมุ่งเป้าและมีประสิทธิภาพ, การสื่อสารสังคมเพื่อสร้างความเข้าใจต่อชุมชนและสังคมในการอุปัฏฐากพระสงฆ์ตามหลักพระธรรมวินัย เป็นต้น

3 สานพลังขับเคลื่อนนโยบายรองรับสังคมสูงวัยเพื่อสุขภาพของครุรวม

สช. ตระหนักถึงความสำคัญและร่วมขับเคลื่อนแผนบูรณาการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสังคมสูงวัย พ.ศ. 2566-2570 ร่วมกับกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยมีผลการดำเนินงานที่สำคัญ ได้แก่ ระดับนโยบายเกิดการบูรณาการเชิงนโยบายรองรับสังคมสูงวัยผ่านกลไกสมัชชาสุขภาพผู้สูงอายุ ระดับพื้นที่ พัฒนาพื้นที่นำร่องบูรณาการขับเคลื่อนนโยบายเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัยในทุกมิติในกลุ่มประชากรก่อนวัยสูงอายุ (อายุ 25-59 ปี) ใน 12 จังหวัด (น่าน พะเยา สุโขทัย นครสวรรค์ พิจิตร ชัยนาท กาญจนบุรี ขอนแก่น กระบี่ สงขลา ตรัง นครศรีธรรมราช) การขับเคลื่อนนโยบายเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัยด้วยธรรมนูญสุขภาพใน 82 พื้นที่ทั่วประเทศ และการพัฒนาแกนนำ ระดับชาติ-จังหวัด-ตำบล/เขต 37,362 คน

ผลงานเด่น | สมัชชาสุขภาพ

1 สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

1. สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 17 พ.ศ. 2567 มีมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 2 มติ ได้แก่ มติ 17.1 พลิกโฉมกำลังคนเพื่อสังคมสุขภาวะ และ มติ 17.2 การท่องเที่ยวแนวใหม่ สุขภาวะและเศรษฐกิจไทยยั่งยืน ซึ่งต่อมา คณะรัฐมนตรีได้มีมติเมื่อวันที่ 2 ธันวาคม 2568 รับทราบมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 17 พ.ศ. 2567 และมอบหมายให้หน่วยงานหลักประสานการดำเนินการตามนโยบายและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำมติทั้ง 2 มติ ไปพิจารณาดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

2. การขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ นับตั้งแต่พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มีผลบังคับใช้ ได้มีการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติจำนวน 17 ครั้ง (พ.ศ. 2551-2567) รวมมีมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 98 มติ ซึ่งกว่าร้อยละ 80 ของมติทั้งหมดประสบความสำเร็จและเดินหน้าต่อเนือง ดังนี้ ก.กลุ่มมติที่สำเร็จแล้ว (Achieved) 37 มติ ข.กลุ่มมติที่เดินหน้าต่อเนือง (On-going) 42 มติ ค.กลุ่มมติทบทวนใหม่ (Revisited) 8 มติ ง.กลุ่มมติที่เร่งสร้างกลไกเพื่อปลดล็อกอุปสรรค (Mechanism) 8 มติ และ จ.กลุ่มมติที่ยุติ (End-up) 3 มติ

2 สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น

ปี 2568 สข. ร่วมกับภาคีเครือข่ายขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นที่สำคัญ 2 มติ ได้แก่ ก.สานพลังสร้างสภาวะแวดล้อมทางกายภาพและสังคมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อ โดยมุ่งเน้นผลักดันและขับเคลื่อนงานตามยุทธศาสตร์ NCDs Ecosystem ทั้งในระดับนโยบายและระดับพื้นที่ และ ข.การปกป้องเด็กและเยาวชนจากบุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งเมื่อวันที่ 20 พ.ค. 2568 คณะรัฐมนตรีได้มีมติรับทราบและเห็นชอบมติฯ ดังกล่าว โดยมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปพิจารณาดำเนินการตามภาระหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ซึ่ง สข. และภาคีเครือข่ายมุ่งเน้นการขับเคลื่อน 5 มาตรการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดบุหรี่ไฟฟ้าในประเทศไทย ทั้งในระดับนโยบายและระดับพื้นที่

3 สมัชชาสุขภาพจังหวัด

นำเสนอตัวอย่างการขับเคลื่อนนโยบายกินได้ในระดับพื้นที่ผ่านกระบวนการสมัชชาสุขภาพจังหวัดใน 4 จังหวัด ได้แก่

1. สมัชชาพังงาแห่งความสุข ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพจังหวัดในการขับเคลื่อนรูปธรรมชุมชนจัดการตนเอง แก้ปัญหาที่อยู่อาศัย คุณภาพชีวิตทุกมิติ สอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนา 10 ปี (พ.ศ. 2565 - 2574) ไปสู่จังหวัดจัดการตนเอง

2. สมัชชาพลเมืองสงขลา ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพจังหวัดร่วมกับกระบวนการอื่น ๆ ในการบูรณาการงานปรับสภาพที่อยู่อาศัยสำหรับกลุ่มผู้ป่วยติดเตียงเพื่อเตรียมการรองรับสังคมสูงวัย รวมถึงมีการพัฒนา “ธรรมนูญจังหวัดในการพัฒนาที่อยู่อาศัยและการเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัยจังหวัดสงขลา” เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาที่อยู่อาศัยและการดูแลกลุ่มเปราะบางอย่างยั่งยืน และเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัย

3. สมัชชาสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพจังหวัดในการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประเด็น ปฏิบัติการ “การส่งเสริม ป้องกัน และลดภัย NCDs” เป็นกรอบมาตรการและแนวทางให้หน่วยงานราชการ องค์กรเอกชน และประชาชน เพื่อดำเนินการส่งเสริม ป้องกัน และลดภัย NCDs ร่วมกัน

4. สมัชชาสุขภาพจังหวัดลำปาง ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพจังหวัดในการบูรณาการสานพลังทุกภาคส่วน ขับเคลื่อนการปกป้องคุ้มครองเด็กเยาวชนจากบุหรี่ไฟฟ้าสู่การปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม ผ่านการสร้างภูมิคุ้มกันและสภาพแวดล้อมปลอดบุหรี่ไฟฟ้า ในโรงเรียนและขยายผลไปยังชุมชนรอบโรงเรียน เพื่อลดความเสี่ยงการเกิดนักสูบหน้าใหม่ ส่งผลให้เด็กและเยาวชนมีพฤติกรรมไม่ใช้/ไม่ยุ่งเกี่ยวกับสิ่งเสพติดอย่างต่อเนื่อง

ผลงานเด่น | การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ

สช. มุ่งเน้นการเสริมสร้างศักยภาพของภาคีเครือข่าย/หน่วยงานเป้าหมายในการนำกระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (Health Impact Assessment: HIA) ไปใช้เป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติและเป้าหมายการพัฒนาเมืองน่าอยู่อย่างยั่งยืน (Sustainable Livable City) โดยมีผลการดำเนินงานที่สำคัญ ได้แก่ หน่วยงานเป้าหมายได้นำ HIA ไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานไม่น้อยกว่า 9 กรณี เช่น แนวทางพัฒนาระบบเฝ้าระวังผลกระทบด้านสุขภาพในพื้นที่เขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก (Eastern Economic Corridor: EEC) การนำ HIA ไปใช้ประเมินผลกระทบจากการบริหารจัดการพื้นที่รับน้ำในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ฯลฯ การพัฒนาระบบเฝ้าระวังผลกระทบด้านสุขภาพโดยชุมชนในพื้นที่จังหวัดสงขลา สระบุรี และพื้นที่ระเบียงเศรษฐกิจภาคตะวันออก (Eastern Economic Corridor: EEC) การพัฒนาหลักสูตร “การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพสำหรับนักวิชาการ” ร่วมกับเครือข่ายสถาบันการศึกษาเขตเมือง 7 แห่ง เพื่อเสริมศักยภาพนักวิชาการในการติดตามธรรมาภิบาลสุขภาพในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ทั้งนี้ ในปี 2568 บทความวิชาการด้าน HIA ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิชาการระดับ Scopus กลุ่ม Q1 และ TCI1 ซึ่งสะท้อนถึงการได้รับการยอมรับทางวิชาการในระดับชาติและระดับนานาชาติ

ผลงานเด่น | การส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ

ในปี 2568 สช. ในฐานะกลไกกลางด้านนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ มุ่งเน้นการดำเนินงานเพื่อให้สิทธิด้านสุขภาพของประชาชนเกิดขึ้นจริงในเชิงระบบ ยกตัวอย่าง (1) มาตรา 6 การคุ้มครองสุขภาพของกลุ่มประชากรเฉพาะ มีการจัดทำระบบติดตามการเข้าถึงสิทธิสุขภาพของกลุ่มเปราะบาง และจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายรองรับกลุ่มเสี่ยงเสียชีวิตอย่างโดดเดี่ยว เพื่อเป็นฐานข้อมูลสำคัญในการกำหนดนโยบายของประเทศ (2) มาตรา 7 การคุ้มครองข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล จัดทำ (ร่าง) แนวทางคุ้มครองข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล และนำไปปรับปรุงความเห็นก่อนประกาศใช้เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปอ้างอิงเป็นแนวทางและมาตรฐานการปฏิบัติในยุคดิจิทัลให้สอดคล้องกับหลักสิทธิมนุษยชน (3) มาตรา 12 สิทธิการแสดงเจตนาในวาระสุดท้ายของชีวิต พัฒนาขยายระบบ e-Living will ให้ครอบคลุมหน่วยบริการทั่วประเทศ และอยู่ระหว่างเชื่อมโยงข้อมูล e-Living will เข้ากับแพลตฟอร์มสุขภาพของภาครัฐ (เช่น หมอพร้อม เป้าตังค์) พัฒนาแนวทางนโยบายการดูแลและยุติท้ายแบบชุมชนเป็นฐาน พัฒนาโมเดลต้นแบบการดูแลแบบชุมชนเป็นฐาน และศึกษาเชิงเศรษฐศาสตร์สุขภาพ “ระบบการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน” ในจังหวัดสงขลาและขอนแก่น เพื่อประกอบการพัฒนานโยบายสาธารณะในอนาคต

ผลงานเด่น | การส่งเสริมและพัฒนาระบบสุขภาพท้องถิ่น

1 นโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนและท้องถิ่นในอนาคต

โดยใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นเพื่อจัดทำข้อเสนอแนะนโยบายว่าด้วยระบบสุขภาพชุมชนและท้องถิ่นโดยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน พัฒนาฉันทมติระบบสุขภาพท้องถิ่นที่พึงประสงค์ กรอบทิศทางนโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนและท้องถิ่นในอนาคต และข้อเสนอเชิงนโยบายในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีคุณภาพ สอดรับกับบริบทการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปสู่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.)

2 ภาคีอาสา (Area Strengthening Alliance: ASA)

สร้างจังหวัดเข้มแข็งโดยใช้พื้นที่เป็นฐาน บูรณาการทุกภาคส่วน

ซึ่งเป็นกลไกความร่วมมือระดับประเทศครั้งแรกที่รวมพลังผู้บริหารสูงสุดจาก 9 หน่วยงานยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ สังคม และวิชาการ ได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน) (พอช.) หน่วยบริหารและจัดการทุนด้านการพัฒนาระดับพื้นที่ (บพท.) สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) และสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ เพื่อสร้างจังหวัดเข้มแข็งผ่านแนวคิด “พื้นที่เป็นฐาน” และ “การบูรณาการทุกภาคส่วน” นำร่องดำเนินการในพื้นที่ 5 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเชียงราย จังหวัดนครสวรรค์ จังหวัดขอนแก่น จังหวัดตราด และจังหวัดพัทลุง

ผลงานเด่น | การยกระดับการมีส่วนร่วมของสังคมในเวทีโลก

สช. ได้เป็นเจ้าภาพจัดประชุมจัดทำแผนการปฏิบัติการขับเคลื่อนมติสมัชชาอนามัยโลก ครั้งที่ 77 (WHA77) เรื่อง การมีส่วนร่วมของสังคม และได้มีการประกาศเจตนารมณ์เพื่อขับเคลื่อนมติสมัชชาอนามัยโลกฯ ดังกล่าวในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 17 เมื่อเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2567 ตลอดจนมีการแต่งตั้งคณะกรรมการยุทธศาสตร์การมีส่วนร่วมของสังคมของประเทศไทยเพื่อกำหนดยุทธศาสตร์ระดับชาติด้านการมีส่วนร่วม ส่งเสริมความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภายในประเทศ และสร้างผลงานวิชาการของประเทศไทยเพื่อเชื่อมต่อกับกลไกระดับโลก รวมถึงการยกระดับบทบาทประเทศไทยในเวทีโลกผ่านการขับเคลื่อนมติสมัชชาอนามัยโลก เรื่องการมีส่วนร่วมของสังคมฯ ในการประชุมคู่ขนานในสมัชชาอนามัยโลก ครั้งที่ 78 (WHA78) ณ นครเจนีวา สมาพันธรัฐสวิส และการประชุมคู่ขนานในสมัชชาใหญ่สหประชาชาติ สมัยที่ 80 (UNGA80) ณ สำนักงานใหญ่สหประชาชาติ นครนิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งเป็นการส่งเสริมภาพลักษณ์ประเทศไทยในฐานะ “ประเทศต้นแบบของการมีส่วนร่วมของสังคม” ที่ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพและสุขภาวะอย่างเป็นรูปธรรม

ผลงานเด่น | การจัดการภัยพิบัติ

สช. ตระหนักว่าภัยพิบัติเป็นความเสี่ยงสำคัญซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั้งในด้านความถี่ ความรุนแรง และความซับซ้อน จึงร่วมกับภาคีเครือข่ายในการพัฒนาระบบเตรียมการตอบสนองภัยพิบัติ โดยมีผลการดำเนินงานที่สำคัญ ได้แก่ ระดับนโยบาย จัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อการจัดการภัยพิบัติโดยชุมชน และท้องถิ่นเป็นศูนย์กลางเป็นวาระแห่งชาติ โดยต่อมา คณะรัฐมนตรีได้มีมติเมื่อวันที่ 2 ธันวาคม 2568 เห็นชอบข้อเสนอเชิงนโยบาย ตามที่ คสช. เสนอ และมอบหมายให้ คสช. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปพิจารณาดำเนินการตามภารกิจหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ระดับพื้นที่ มีการตอบสนองต่อสถานการณ์อุทกภัย น้ำป่าไหลหลาก ดินโคลนถล่มในพื้นที่ภาคเหนือ โดยมีการจัดตั้ง “คณะกรรมการประสานงานและสนับสนุนการจัดการภัยพิบัติอุทกภัย (EOC สช.)” เพื่อติดตามสถานการณ์ และประสานงานสนับสนุนการจัดการภัยพิบัติอุทกภัย ทั้งในระยะก่อนเกิดเหตุ ระหว่างเกิดเหตุ และระยะฟื้นฟู รวมถึงสนับสนุนบทบาทสมัชชาสุขภาพจังหวัดให้มีส่วนร่วมในการจัดการภัยพิบัติอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุด

ผลงานเด่น | กระบวนการนโยบายสาธารณะและองค์ความรู้สู่การพัฒนา

1 การออกแบบนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาวะคนข้ามเพศ

สช. ทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายผลักดันการสร้างเสริมสุขภาวะเพื่อคนข้ามเพศ โดยมีผลการดำเนินงานที่สำคัญ ได้แก่ การแลกเปลี่ยนประเด็นยุทธศาสตร์การมีส่วนร่วมเพื่อสุขภาวะคนข้ามเพศ การพัฒนา Policy Canvas เรื่อง ยกระดับสิทธิและบริการด้านสุขภาพคนข้ามเพศเพื่อสังคมสุขภาวะ โดยปัจจุบันอยู่ระหว่างพัฒนา “ธรรมนูญสุขภาวะคนข้ามเพศ” ซึ่งเป็นธรรมนูญสุขภาพสำหรับคนข้ามเพศฉบับแรกของประเทศไทย คาดว่าจะประกาศใช้ในเดือนมีนาคม 2569

2 เเท่าหรือเทียม: เส้นทางความเหลื่อมล้ำ คนจนเมือง

สช. ทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย ThaiPBS, The Active ในการสร้างพื้นที่กลางและผลักดันนโยบายผ่านการจัดเวทีเสวนาสาธารณะ (Policy Dialogue) และนิทรรศการ “เท่าหรือเทียม: เส้นทางความเหลื่อมล้ำ คนจนเมือง” เพื่อรับฟังปัญหาและสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อขับเคลื่อนสู่เป้าหมายเรื่องความเป็นธรรมด้านสุขภาพ โดยอยู่ระหว่างพัฒนารายงานสุขภาพเขตเมืองและตัวชี้วัดระบบสุขภาพเขต เพื่อเสนอต่อองค์กรและกลไกระดับชาติที่เกี่ยวข้องต่อไป

3 จับชีพจรสถานการณ์ระบบสุขภาพชุมชนเมืองของไทย

ระบบสุขภาพชุมชนเมืองเป็นหนึ่งในสิบสองเรื่องสำคัญในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 สช. จึงร่วมกับภาคีเครือข่ายพัฒนา “ชุดตัวชี้วัดระบบสุขภาพชุมชนเมือง” จำนวน 26 ตัวชี้วัด ศึกษาสุขภาพชุมชนเมือง 5 ด้าน ผลการศึกษาพบว่า ระบบสุขภาพชุมชนเมืองมีความซับซ้อน แตกต่างตามมิติสุขภาพและกลุ่มประชากร และความเป็นเมืองไม่ได้หมายถึงคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าเสมอไป พร้อมเสนอการเปลี่ยนแปลงสุขภาพชุมชนเมืองผ่านการปรับโครงสร้างสังคมให้เป็นธรรม สร้างกลไกการเรียนรู้ที่เข้มแข็ง และใช้ตัวชี้วัดเชิงระบบเพื่อติดตามและขับเคลื่อนนโยบายอย่างมีทิศทาง

4 การส่งเสริมสุขภาพช่องปากผ่านการจัดระบบนิเวศการเรียนรู้เพื่อแก้ปัญหาฟันผุของเด็กเล็ก

สช. ร่วมกับภาคีเครือข่ายพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากที่เชื่อมโยงกับการเรียนรู้ของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในพื้นที่ นำร่องใน 3 จังหวัด (จังหวัดบุรีรัมย์ จังหวัดกาฬสินธุ์ จังหวัดขอนแก่น) โดยมีผลการดำเนินงานที่สำคัญ ได้แก่ การพัฒนาศูนย์เด็กเล็กต้นแบบ 9 แห่ง การพัฒนาศัลยกรรมทันตกรรมที่เลี้ยงและแกนนำผู้ปกครอง จำนวน 48 แห่ง

ผลงานเด่น | นวัตกรรมสุขภาพ:

1 ระบบข้อมูลทรัพยากรทางสังคมและสุขภาพเพื่อเสริมศักยภาพพื้นที่ (Social and Health: Area-based Resources Empowerment Project: SHARE)

โดยความร่วมมือระหว่าง สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ร่วมกับ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และสถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน) (พอช.) เชื่อมโยงบูรณาการและใช้ประโยชน์จากระบบข้อมูลเพื่อการทำงานร่วมกันในระดับนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนงานด้านสุขภาพ เกิดเป็นระบบข้อมูลกลางที่เชื่อมโยงข้อมูลจาก 4 หน่วยงานและหน่วยงานภายนอก ซึ่งสามารถนำข้อมูลไปใช้วิเคราะห์ สังเคราะห์ให้เกิดประโยชน์ในด้านต่าง ๆ ในรูปแบบ Business Intelligence Dashboard โดยพบว่าในปี 2568 ผู้ใช้ข้อมูลส่วนใหญ่มาจากภาครัฐ คิดเป็นสัดส่วนมากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ใช้งานทั้งหมด ตามมาด้วยภาคประชาสังคมและองค์กรวิชาชีพ/นักวิชาการในสัดส่วนที่เท่ากัน

2 การพัฒนาต้นแบบระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine) iHealthCare สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัด อบจ.ลำปาง

เพื่อเสริมสร้างศักยภาพหน่วยบริการปฐมภูมิในมือท้องถิ่น โดยใช้ความเข้มแข็งของท้องถิ่นเป็นฐานราก ทั้งในเชิงโครงสร้าง เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และในเชิงพลังทางสังคม เช่น ประชาชน อาสาสมัคร และกลุ่มชุมชน โดยประยุกต์ใช้ระบบ Telemedicine เข้ามาช่วยในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยติดเตียง หรือกลุ่มที่ไม่สามารถเดินทางไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลได้บ่อยครั้ง ดำเนินงานครอบคลุมพื้นที่นำร่อง 11 รพ.สต. ใน 7 อำเภอของจังหวัดลำปาง โดยพบว่า ช่วยลดช่องว่างด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มประชากร ส่งเสริมการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐต่างสังกัด เพิ่มความต่อเนื่องในการรักษาสำหรับกลุ่มเปราะบางโดยเฉพาะผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดบ้าน และผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อาศัยในพื้นที่ห่างไกลเกินกว่า 10 กิโลเมตรจาก รพ.สต. เกิดพื้นที่กลางสำหรับการแลกเปลี่ยนและร่วมพัฒนาระหว่างภาคส่วนต่างๆ โดยมีการระดมความคิดเห็นร่วมกันเพื่อหาประเด็นความเดือดร้อนและออกแบบบริการร่วมกันอย่างเหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ โดยประชาชนมิใช่เพียงผู้รับบริการ แต่มีบทบาทในฐานะผู้มีส่วนร่วมในการออกแบบและกำหนดทิศทางการให้บริการ ส่งผลให้เทคโนโลยีไม่ใช่เพียงเครื่องมือที่ถูกนำมาวางไว้ในพื้นที่ แต่เป็นช่องทางเข้าถึงสิทธิที่แท้จริงของประชาชน

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดองค์กร

ผลการดำเนินงานตามค่าเป้าหมายและตัวชี้วัดของแผนการดำเนินงาน แผนการเงินและงบประมาณ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 บรรลุตัวชี้วัดและเป้าหมาย ดังนี้

1. หน่วยงานเป้าหมายมีการนำมติ ครม. เกี่ยวกับข้อเสนอนโยบายไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม จำนวน 21 หน่วยงาน จากเป้าหมายไม่น้อยกว่า 13 หน่วยงาน
2. รายงานนโยบายสาธารณะรายปีที่ผลักดันผ่าน คสช. หรือ ครม. หรือกลไกอื่น ๆ จำนวน 1 ฉบับ จากเป้าหมายไม่น้อยกว่า 1 ฉบับ
3. ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 มีการพัฒนาเป็นแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพในระดับเขตหรือจังหวัด จำนวน 24 พื้นที่ จากเป้าหมายไม่น้อยกว่า 15 พื้นที่
4. องค์ความรู้หรือนวัตกรรมกระบวนการ 4P-W มีการนำไปใช้ประโยชน์ จำนวน 7 เรื่อง จากเป้าหมายไม่น้อยกว่า 6 เรื่อง
5. สมัชชาสุขภาพจังหวัดหรือกรุงเทพฯ มีมติหรือนโยบายสาธารณะที่บูรณาการขับเคลื่อนร่วมกับหน่วยงานภาครัฐ ภาควิชาการ เครือข่ายกลไกต่าง ๆ ในพื้นที่ จำนวน 20 พื้นที่ จากเป้าหมายไม่น้อยกว่า 20 พื้นที่
6. พื้นที่นำกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมไปขับเคลื่อนนโยบายเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัย จำนวน 82 แห่ง จากเป้าหมายไม่น้อยกว่า 70 แห่ง
7. ประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่เข้าสู่ระบบการดูแลแบบประคับประคองมีการจัดทำหนังสือแสดงเจตนา (Living will) ร้อยละ 70.93 จากเป้าหมายไม่น้อยกว่าร้อยละ 60
8. นโยบายสาธารณะที่มีการผลักดันผ่านกลไกระดับนานาชาติ จำนวน 1 เรื่อง จากเป้าหมายไม่น้อยกว่า 1 เรื่อง
9. หน่วยงานภาคยุทธศาสตร์ใช้ประโยชน์จากระบบข้อมูลเพื่อสนับสนุนกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะฯ จำนวน 4 หน่วยงาน จากเป้าหมายไม่น้อยกว่า 4 หน่วยงาน
10. นโยบายสาธารณะที่มีการผลักดันผ่านกลไกระดับชาติ จำนวน 19 เรื่อง จากเป้าหมายไม่น้อยกว่า 10 เรื่อง
11. มีคะแนนจากผลการประเมินสถานะการเป็นระบบราชการ 4.0 (PMQA 4.0) เท่ากับ 451.81 คะแนน จากเป้าหมายไม่น้อยกว่า 470 คะแนน

งานสำคัญของแต่ละแผนงาน

1. แผนงานพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ

ผลการดำเนินงาน สช. ร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่ายทั้งระดับนานาชาติ ระดับชาติ และระดับพื้นที่ ขับเคลื่อนประเด็นปัญหาสำคัญของประเทศผ่านกลไกสำคัญตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้แก่ คสช. และ คบ. ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระบบและกลไกเพื่อนำไปสู่การสร้างเสริมสุขภาพและแก้ไขปัญหา ด้านสุขภาพของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและทั่วถึง เช่น เกิดกลไกบูรณาการที่เชื่อมโยงและสนับสนุน การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเรื่องการเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัย การสร้างสภาวะแวดล้อมทางกายและสังคมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อ การปกป้องเด็กและเยาวชนจากบุหรี่ไฟฟ้า การพัฒนาระบบสุขภาพท้องถิ่น ฯลฯ รวมถึงมีความ คืบหน้าในการขับเคลื่อนมติสมัชชาอนามัยโลก ครั้งที่ 77 เรื่องการมีส่วนร่วมของสังคม ในเวทีระดับโลก

อย่างไรก็ตาม สช. ยังคงมุ่งเน้นการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมสู่การปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เพื่อแสดงให้เห็นถึงความสำเร็จและประโยชน์ที่กลุ่มเป้าหมายจะได้รับอย่างชัดเจน รวมทั้งเร่งจัดทำรายงานสถานการณ์ ระบบสุขภาพไทยตามสาระหมวดของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 เพื่อชี้ให้เห็นแนวโน้ม หรือข้อจำกัดของการดำเนินงานด้านสุขภาพไทย สำหรับนำไปใช้ประโยชน์และวางแผนพัฒนาระบบสุขภาพต่อไป

2. แผนงานพัฒนาวิชาการและนวัตกรรมกระบวนการนโยบายสาธารณะ

ผลการดำเนินงาน สช. ร่วมกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนพัฒนาองค์ความรู้และนวัตกรรมเพื่อสนับสนุน การพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม ควบคู่กับการหนุนเสริมให้เกิดการนำองค์ความรู้ไปใช้ประโยชน์อย่างเป็น รูปธรรม รวมทั้งให้ความรู้และพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายในเรื่องกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม ตามเครื่องมือภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ประกอบด้วย ธรรมนูญสุขภาพ สมัชชาสุขภาพ การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ และสิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ เพื่อให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการขับเคลื่อนงาน ตามภารกิจของตนเองได้ โดยมีตัวอย่างการดำเนินงานที่สำคัญ เช่น มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติและมติสมัชชาสุขภาพ เฉพาะประเด็นได้รับการขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติทั้งระดับชาติและระดับพื้นที่ ภาคีเครือข่ายมีความรู้ความเข้าใจเรื่อง เครื่องมือกระบวนการนโยบายสาธารณะและสามารถขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติจากการอบรมหลักสูตรที่เกี่ยวข้อง ประชาชน มีความรู้ความเข้าใจและทัศนคติที่ดีต่อการเตรียมตัวสำหรับวาระสุดท้ายของชีวิตและการจัดทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ทั้งในรูปแบบเอกสารและรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ รวมถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานภาคียุทธศาสตร์นำ การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานจนได้ข้อเสนอเชิงนโยบาย และมีการผลักดันสู่ กระบวนการตัดสินใจเชิงนโยบาย

3. แผนงานพัฒนาองค์กรและสื่อสารสังคม

ผลการดำเนินงาน สช. มุ่งเน้นการพัฒนาแนวทางและนวัตกรรมระบบบริหารจัดการให้สามารถสนับสนุนงาน ตามภารกิจขององค์กรและอำนวยความสะดวกต่อการปฏิบัติงานของผู้บริหาร เพื่อมุ่งสู่การเป็นองค์กรสมรรถนะสูง ควบคู่ กับการพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการทำงานรองรับการเปลี่ยนแปลง และการพัฒนาศักยภาพ นักสื่อสารสุขภาพให้สามารถผลิตข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและเครื่องมือการสื่อสารรูปแบบใหม่ที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย ได้อย่างครอบคลุม โดยมีตัวอย่างผลงานสำคัญ เช่น มีระบบบริการดิจิทัลเพื่อสนับสนุนการบริหารงานภายในองค์กร คือ ระบบบริหารทรัพยากรองค์กร (Enterprise Resource Planning: ERP) ระบบข้อมูลทรัพยากรทางสังคมและสุขภาพ เพื่อเสริมศักยภาพพื้นที่ (Social and Health: Area-based Resources Empowerment Project: SHARE) เป็นต้น





1 ภาพรวม ขององค์กร

คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.)
คณะกรรมการบริหารสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คบ.)
คณะอนุกรรมการตรวจสอบ
สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.)

ความเป็นมา

มาตรา 13 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 กำหนดให้มีคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรียกโดยย่อว่า “คสช.” โดยมีนายกรัฐมนตรีหรือรองนายกรัฐมนตรีที่นายกรัฐมนตรีมอบหมาย เป็นประธานกรรมการ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นรองประธาน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงที่นายกรัฐมนตรีกำหนดจำนวนไม่เกินห้าคน เป็นกรรมการ และกรรมการอื่น ๆ จากผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้แทนองค์กรวิชาชีพด้านสาธารณสุข ผู้แทนคณะกรรมการวิชาชีพการประกอบโรคศิลปะ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านต่าง ๆ และผู้แทนองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร โดยมีเลขาธิการ คสช. เป็นกรรมการและเลขานุการ

ตามมาตรา 25 กำหนดให้ คสช. มีหน้าที่และอำนาจ

1. จัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติเพื่อเสนอคณะรัฐมนตรีพิจารณาให้ความเห็นชอบ
2. เสนอแนะหรือให้คำปรึกษาต่อคณะรัฐมนตรีเกี่ยวกับนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ และติดตามผลการดำเนินงานตามที่ได้เสนอแนะ หรือให้คำปรึกษาดังกล่าวพร้อมทั้งเปิดเผยให้สาธารณชนทราบด้วย
3. จัดให้มีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติและสนับสนุนในการจัดให้มีสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น
4. จัดให้มี หรือส่งเสริมสนับสนุนให้มีกระบวนการในการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย
5. กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการติดตามและประเมินผลเกี่ยวกับระบบสุขภาพแห่งชาติและผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะทั้งระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ
6. เสนอแนะหรือให้คำปรึกษาในการแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัตินี้ หรือการออกกฎกระทรวงตามพระราชบัญญัตินี้
7. กำหนดนโยบาย และกำกับดูแลการดำเนินการของคณะกรรมการบริหารและสำนักงาน
8. แต่งตั้งคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการหรือคณะทำงาน เพื่อให้ปฏิบัติหน้าที่ตามที่ คสช. มอบหมาย
9. วางระเบียบว่าด้วยเบี้ยประชุมที่มีใช้เบี้ยประชุมของ คสช. และระเบียบว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และค่าใช้จ่ายอื่นในการปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้
10. ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัตินี้หรือกฎหมายอื่น หรือตามที่คณะรัฐมนตรีมอบหมาย

การดำเนินงาน

คสช. ชุดปัจจุบันเริ่มปฏิบัติหน้าที่ตั้งแต่วันที่ 7 ธันวาคม 2566 ซึ่งจะครบวาระในวันที่ 6 ธันวาคม 2570 โดยนายกรัฐมนตรีมอบหมายให้รองนายกรัฐมนตรีเป็นประธานกรรมการ ได้แก่ นายประเสริฐ จันทรวงทอง (16 กันยายน 2567 – 23 กันยายน 2568) และ นายโสภณ ซารัมย์ (24 กันยายน 2568 - ปัจจุบัน) โดยมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงศึกษาธิการ เป็นกรรมการ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) เป็นหน่วยงานเลขานุการ โดยมีการประชุม คสช. ตลอดปีงบประมาณ 2568 จำนวน 5 ครั้ง ตามหน้าที่และอำนาจที่กำหนดไว้

ผลการดำเนินงาน

เป้าหมาย

- 1 จัดให้มีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และสนับสนุนในการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น

ผลลัพธ์

- มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 17 พ.ศ. 2567 จำนวน 2 มติ ได้แก่
 - มติ 17.1 พลิกโฉมกำลังคนเพื่อสังคมสุขภาพะ (Transforming Workforce for Healthy Society)
 - มติ 17.2 การท่องเที่ยวแนวใหม่ สู่อุตสาหกรรมและเศรษฐกิจไทยยั่งยืน (New Tourism approach toward Sustainable Economy and Well-being)

โดยที่ประชุมคณะรัฐมนตรี (ครม.) เมื่อวันที่ 2 ธันวาคม 2568 มีมติรับทราบมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และมอบหมายให้หน่วยงานหลักประสานการดำเนินการตามนโยบายและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องของนำมติทั้ง 2 มติไปพิจารณาดำเนินการตามภาระหน้าที่ที่เกี่ยวข้องต่อไป
- ข้อเสนอเชิงนโยบายการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อการจัดการภัยพิบัติโดยชุมชนและท้องถิ่นเป็นศูนย์กลาง

ที่ประชุม ครม. เมื่อวันที่ 2 ธันวาคม 2568 มีมติเห็นชอบข้อเสนอเชิงนโยบายการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อการจัดการภัยพิบัติโดยชุมชนและท้องถิ่นเป็นศูนย์กลางเป็นวาระแห่งชาติ และให้ คสช. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับความเห็นของกระทรวงการคลัง กระทรวงการต่างประเทศ กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงมหาดไทย สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา และสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ไปพิจารณาดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไปด้วย
- มติสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นว่าด้วยการปกป้องเด็กและเยาวชนจากบุหรี่ไฟฟ้า

ที่ประชุม ครม. เมื่อวันที่ 20 พฤษภาคม 2568 มีมติรับทราบมติสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นการปกป้องเด็กและเยาวชนจากบุหรี่ไฟฟ้า และเห็นชอบมาตรการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดบุหรี่ไฟฟ้าในประเทศไทย 5 มาตรการ ตามที่เสนอ พร้อมมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปพิจารณาดำเนินการตามภาระหน้าที่ที่เกี่ยวข้องต่อไป
- มติสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นว่าด้วยการสานพลังสร้างสภาวะแวดล้อมทางกายภาพและสังคมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อ

อยู่ระหว่างกระบวนการบรรจุเป็นระเบียบวาระการประชุมคณะรัฐมนตรี
- ผลการประเมินการดำเนินงานเขตสุขภาพเพื่อประชาชน พ.ศ. 2565-2566

ที่ประชุม ครม. เมื่อ 13 มกราคม 2568 มีมติรับทราบและเห็นชอบผลการประเมินการดำเนินงานเขตสุขภาพเพื่อประชาชน พ.ศ. 2565-2566 และมอบหมายให้หน่วยงานหลักประสานการดำเนินการตามนโยบายและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปพิจารณาดำเนินการตามภาระหน้าที่ที่เกี่ยวข้องต่อไป

เป้าหมาย	ผลลัพธ์
2 กำหนดนโยบายและกำกับดูแลการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหาร และสำนักงาน	รับทราบผลการประเมินการดำเนินงานของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567
3 การแต่งตั้งคณะกรรมการ หรืออนุกรรมการเพื่อให้ปฏิบัติหน้าที่ตามที่ คสช. มอบหมาย	มีการแต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อสนับสนุนการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ จำนวน 5 คณะ ได้แก่ <ol style="list-style-type: none">1) คณะกรรมการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ2) คณะกรรมการประสานและพัฒนาระบบสุขภาพช่องปากสำหรับประเทศไทย3) คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตพื้นที่ 1 ถึง 134) คณะกรรมการสรรหากรรมการสุขภาพแห่งชาติ ทดแทนตำแหน่งที่ว่าง5) คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 19 พ.ศ. 2569

คณะกรรมการบริหาร

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.)

ความเป็นมา

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 37 กำหนดให้ คสช. แต่งตั้งคณะกรรมการบริหาร ประกอบด้วย (1) ประธานกรรมการบริหารซึ่งแต่งตั้งจากกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (2) กรรมการบริหารซึ่งแต่งตั้งจากผู้แทนกระทรวงสาธารณสุขหนึ่งคน (3) กรรมการบริหารซึ่งแต่งตั้งจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวนไม่เกินห้าคน ได้แก่ ด้านนโยบายและยุทธศาสตร์ ด้านบริหาร ด้านสื่อสารมวลชน ด้านสังคมหรือสิ่งแวดล้อม และด้านสุขภาพ (4) เลขานุการ เป็นกรรมการบริหารและเลขานุการ

มาตรา 39 กำหนดให้คณะกรรมการบริหาร มีหน้าที่และอำนาจ ดังต่อไปนี้

1. กำหนดนโยบาย และกำกับดูแลการดำเนินงานของ สช. ให้เกิดการจัดการที่ดี มีประสิทธิภาพและบรรลุวัตถุประสงค์ตามอำนาจหน้าที่
2. กำหนดคุณสมบัติของเลขานุการและรองเลขานุการ และดำเนินการคัดเลือกเลขานุการตามระเบียบที่ คสช. กำหนด
3. อนุมัติแผนงานหลัก แผนการดำเนินงาน แผนการเงินและงบประมาณประจำปีของสำนักงาน
4. ออกข้อบังคับ ระเบียบ หรือประกาศ ตามที่กำหนดในพระราชบัญญัตินี้
5. จัดให้มีการประเมินผลการดำเนินงานของสำนักงานและรายงานต่อ คสช. อย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง
6. จัดให้มีการประเมินผลของเลขานุการ
7. แต่งตั้งคณะอนุกรรมการเพื่อให้ปฏิบัติหน้าที่ตามที่คณะกรรมการบริหารมอบหมาย
8. ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัตินี้หรือตามที่ คสช. มอบหมาย

การดำเนินงาน

คสช. มีบทบาทสำคัญในการกำหนดนโยบายและระเบียบต่าง ๆ สนับสนุนและเพิ่มธรรมาภิบาลในการดำเนินงานของ สช. ทั้งนี้ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 มีการประชุม จำนวน 6 ครั้ง มีการพิจารณาอนุมัติแผนการดำเนินงาน แผนการเงินและงบประมาณประจำปี พ.ศ. 2568 การกำกับติดตามผลการดำเนินงานตามแผนฯ การออกกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการบริหารของ สช. การกำหนดแนวทางการประเมินผลการปฏิบัติงานปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ของเลขานุการ คสช. การกำหนดตัวชี้วัดขององค์กรตามแนวทางการประเมินผลองค์กรมหาชนที่จัดตั้งตามพระราชบัญญัติเฉพาะประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 รวมทั้งมีการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการที่เกี่ยวข้อง

ผลการดำเนินงาน

เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
<p>1 การกำหนดนโยบายและกำกับดูแลการดำเนินงานของสำนักงานให้เกิดการจัดการที่ดี มีประสิทธิภาพและบรรลุวัตถุประสงค์</p>	<ol style="list-style-type: none"> ระบบบริหารจัดการของ สช. ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เอื้อต่อการสนับสนุนกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม และมีธรรมาภิบาล โดยมีผลการประเมินสถานะของหน่วยงานภาครัฐในการเป็นระบบราชการ 4.0 (PMQA 4.0) ในระดับก้าวหน้า โดยได้ 451.81 คะแนน จากคะแนนรวม 500 คะแนน ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของหน่วยงานทั้งหมดที่รับการประเมินผล (412.08 คะแนน) ผลการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) ประจำปี 2568 ของ สช. อยู่ในระดับผ่านดี โดยมีคะแนนอยู่ที่ 92.29 คะแนน ซึ่งสอดคล้องและเป็นไปตามแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติในประเด็นการต่อต้านการทุจริตและประพฤติมิชอบ ที่มีเป้าหมายหลักเพื่อให้หน่วยงานภาครัฐมีความโปร่งใสปลอดการทุจริตและประพฤติมิชอบ ผลการประเมินองค์การมหาชน ปี พ.ศ. 2568 อยู่ในระดับดีมาก โดยได้ 95.97 คะแนน ผลการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการ พบว่ากลุ่มเป้าหมายมีความพึงพอใจต่องานบริการของ สช. ร้อยละ 83.80
<p>2 การอนุมัติแผนงานหลัก แผนการดำเนินงาน แผนการเงินและงบประมาณประจำปีของสำนักงาน</p>	<ol style="list-style-type: none"> มีแผนการดำเนินงาน แผนการเงินและงบประมาณ ของ สช. ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ที่รองรับการดำเนินงานภายใต้แผนงานหลัก สช. ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2566-2570) มีแผนการพัฒนาด้านการควบคุมดูแลกิจการของคณะกรรมการองค์การมหาชน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ประกอบด้วยแผนการควบคุมภายใน แผนการบริหารความเสี่ยง แผนการบริหารงานบุคคล และแผนการตรวจสอบภายใน
<p>3 การประเมินผลการดำเนินงานของสำนักงานและรายงานต่อ คสช. อย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง</p>	<p>มีการกำหนดตัวชี้วัดการประเมินผลการดำเนินงานของสำนักงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ตามแนวทางการประเมินองค์การมหาชนที่จัดตั้งตามพระราชบัญญัติเฉพาะประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 โดย สช. มีคะแนนการประเมินระดับองค์กร 95.97 คะแนน อยู่ในระดับดีมาก และรายงานผลต่อ คสช.</p>
<p>4 การประเมินผลการปฏิบัติงานของเลขาธิการ คสช.</p>	<p>มีการกำหนดแนวทางการประเมินผลการปฏิบัติงานของเลขาธิการ คสช. ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 และดำเนินการประเมินผลการปฏิบัติงานโดยผู้ประเมินภายนอก และรายงานผลต่อ คสช.</p>

เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
5 การแต่งตั้งคณะกรรมการ เพื่อให้ปฏิบัติหน้าที่ตามที่คณะกรรมการบริหารมอบหมาย	มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ ได้แก่ <ol style="list-style-type: none">1. คณะกรรมการตรวจสอบ2. คณะกรรมการประเมินผลการปฏิบัติงานประจำปีของเลขาธิการ คสช.3. คณะกรรมการยุทธศาสตร์ แผน และประเมินผลของ คสช.
6 กำกับดูแลการดำเนินงานของ คสช. ผ่านการทำงานของคณะกรรมการตรวจสอบ	คณะกรรมการตรวจสอบมีการประชุม 9 ครั้ง โดยมีผลการดำเนินงาน ดังรายละเอียดในหัวข้อ “คณะกรรมการตรวจสอบ”

คณะกรรมการตรวจสอบ

ความเป็นมา

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 30 วรรค 2 กำหนดว่า “การบัญชีของสำนักงานให้จัดทำตามหลักสากลตามแบบและหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการบริหารกำหนด และต้องจัดให้มีการตรวจสอบภายในเกี่ยวกับการบัญชีและการพัสดุของสำนักงาน ตลอดจนรายงานผลการตรวจสอบให้คณะกรรมการบริหารทราบอย่างน้อยปีละครั้ง...” ประกอบกับพระราชบัญญัติวินัยทางการเงินการคลังภาครัฐ พ.ศ. 2561 มีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 20 เมษายน 2561 โดยมาตรา 79 บัญญัติให้หน่วยงานของรัฐจัดให้มีการควบคุมภายใน การตรวจสอบภายใน และการบริหารจัดการความเสี่ยง โดยให้ถือปฏิบัติตามมาตรฐานและหลักเกณฑ์ที่กระทรวงการคลังกำหนด ดังนี้

1. หลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์การปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. 2561
2. หลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์การตรวจสอบภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ (ฉบับที่ 1) พ.ศ. 2561 (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2564 และ (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2566 (และที่แก้ไขเพิ่มเติม)
3. หลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการบริหารจัดการความเสี่ยงสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. 2562

ทั้งนี้ คบ. ได้มีคำสั่งคณะกรรมการบริหารสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติที่ 1/2567 เรื่องแต่งตั้งคณะกรรมการตรวจสอบ ณ วันที่ 24 มิถุนายน 2567 โดยมีวาระการดำรงตำแหน่งตามระยะเวลาของ คบ. ซึ่งคณะกรรมการมีประสบการณ์ด้านบริหารสาธารณสุข ด้านบัญชีและการเงิน ด้านการตรวจสอบ และด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ครบถ้วนตามองค์ประกอบที่กำหนดตามหลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์การตรวจสอบภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. 2561 และที่แก้ไขเพิ่มเติม

การดำเนินงาน

ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 มีการประชุมคณะกรรมการตรวจสอบรวมทั้งสิ้น 9 ครั้ง โดยได้ดำเนินงานตามแผนการปฏิบัติงานประจำปีที่กำหนดขึ้นเพื่อเป็นเครื่องมือสำคัญในการควบคุมการปฏิบัติงานตามแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมย่อย ให้สามารถปฏิบัติงานได้สะดวกยิ่งขึ้น ลดภาระในการตัดสินใจ ลดความเสี่ยงในการควบคุมให้เป็นไปตามเป้าหมายของแผนงาน/โครงการเพื่อให้เป็นไปตามบทบาทอำนาจหน้าที่ มีการบริหารจัดการที่ดี สนับสนุนให้มีการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง และองค์ความรู้ต่าง ๆ ที่นำมาแลกเปลี่ยนกันในคณะกรรมการฯ ด้วยกันเอง รวมทั้งให้ความรู้แก่ผู้บริหาร พนักงาน และผู้เกี่ยวข้อง ตลอดจนสนับสนุนให้เกิดผลสัมฤทธิ์ รักษามาตรฐานให้มีความเชื่อมั่น ถูกต้อง และเพิ่มคุณค่าให้องค์กร

เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
<p>1 การสอบทานการประเมินผลการควบคุมภายใน</p>	<p>การสอบทานระบบควบคุมภายในของสำนักงาน ตามหลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์การควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. 2561 และเห็นชอบแผนการควบคุมภายใน สช. ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 รวมถึงรายงานการประเมินผลการควบคุมภายในของ สช. ทั้งในด้านการดำเนินงาน การใช้ทรัพยากร การดูแลทรัพย์สิน การป้องกันและลดความผิดพลาด ความเสียหาย การรั่วไหล การสิ้นเปลือง หรือการทุจริต ความเชื่อถือได้ของรายงานทางการเงิน การปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบข้อบังคับ มติคณะรัฐมนตรี โดยการกำกับดูแลพบว่าการควบคุมภายในแทรกอยู่ในการปฏิบัติงานตามปกติของหน่วยงานอย่างเป็นขั้นตอนและต่อเนื่อง และยังไม่พบประเด็นหรือข้อบกพร่องที่อาจส่งผลกระทบต่อสำนักงานอย่างมีนัยสำคัญ อีกทั้งยังได้มีการติดตามผลการปรับปรุงแก้ไขของสำนักงานเป็นระยะ จึงเชื่อมั่นว่าสำนักงานมีการควบคุมภายในที่เพียงพอ</p>
<p>2 การสอบทานกระบวนการบริหารความเสี่ยง</p>	<p>มีการสอบทานการจัดทำแผนการบริหารความเสี่ยงระดับองค์กร ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 เพื่อป้องกันหรือลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นต่อการดำเนินงานให้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ โดยได้ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานของคณะทำงานควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยง สช. อย่างต่อเนื่องเพื่อทราบถึงปัญหา อุปสรรค และให้ข้อเสนอแนะ เพื่อดำเนินการแก้ไขได้ทันตามสถานการณ์ ทั้งนี้ คณะอนุกรรมการตรวจสอบได้สอบทานและเห็นชอบประสิทธิภาพของการบริหารความเสี่ยงจากรายงานผลการดำเนินงานรายไตรมาสของสำนักงานแล้ว สามารถเชื่อมั่นได้ว่าสำนักงานมีการบริหารจัดการความเสี่ยงอยู่ในระดับที่ยอมรับได้</p>
<p>3 การสอบทานการปฏิบัติตามกฎหมาย</p>	<p>มีการสอบทานการปฏิบัติงาน ติดตามและกำกับดูแลให้สำนักงานดำเนินงานต่าง ๆ อย่างถูกต้องตามกฎหมายของสำนักงาน รวมถึงกฎหมายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องของระบบงานที่กำหนดไว้ สนับสนุนให้สำนักงานดำเนินงานตามหลักค่านิยมขององค์กร สนับสนุนให้พนักงานปฏิบัติตามระเบียบ สช. ว่าด้วยประมวลจริยธรรมของกรรมการ ผู้บริหารและพนักงานของ สช. พ.ศ. 2566 ประกาศ สช. เรื่อง มาตรการดำเนินการกรณีกรรมการ ผู้บริหาร และพนักงานกระทำการฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามประมวลจริยธรรม และธรรมนูญคนสุชนที่ได้ประกาศเป็นข้อตกลงและข้อปฏิบัติของชาวสุชน เพื่อให้เชื่อมั่นว่ามีการดำเนินงานปกติอย่างถูกต้อง สมเหตุผล รวมถึงสอบทานกระบวนการรับเรื่องร้องเรียนและแจ้งเบาะแสการทุจริต ซึ่งคณะอนุกรรมการตรวจสอบไม่พบรายการที่สำนักงานกระทำการที่ขัดต่อกฎหมายและกฎระเบียบ ตลอดจนกฎหมายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของสำนักงานตามขอบเขตและภารกิจหลัก</p>

เป้าหมาย

ผลการดำเนินงาน

4

การกำกับดูแลงานตรวจสอบ
ภายใน

การสอบทานแผนการตรวจสอบภายในประจำปี และติดตามการปฏิบัติงานตามแผนฯ รวมทั้งผลการตรวจสอบของงานตรวจสอบภายใน โดยให้ข้อเสนอแนะและติดตามการดำเนินการแก้ไขในประเด็นที่มีนัยสำคัญ เพื่อให้เกิดการกำกับดูแลงานตรวจสอบภายในที่ดีและมีการควบคุมภายในที่เพียงพอ มีการพิจารณาทบทวนเพื่อปรับปรุงกฎบัตรด้านการตรวจสอบภายในเป็นประจำอย่างต่อเนื่องทุกปี การเห็นชอบงบประมาณประจำปีของงานตรวจสอบภายใน การจัดทำแผนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง การยืนยันความเป็นอิสระ การสอบทานการปฏิบัติงานตามแนวปฏิบัติการประกันและการปรับปรุงคุณภาพงานตรวจสอบภายใน การประกันคุณภาพภายในองค์กรรวมทั้งเสนอแนะให้งานตรวจสอบภายในศึกษาและเตรียมความพร้อมประเมินตนเอง เพื่อเตรียมรับการประเมินตามหลักเกณฑ์การประเมินการประกันและการปรับปรุงคุณภาพงานตรวจสอบภายในภาครัฐจากองค์กรภายนอกในปี พ.ศ. 2569

ทั้งนี้ได้ติดตามกำกับให้งานตรวจสอบภายใน สช. ปฏิบัติงานตามแผนการตรวจสอบประจำปี 2568 ของ สช. รวมทั้งสิ้น 2 ภารกิจ ได้แก่

1. งานตรวจสอบและให้ความเชื่อมั่น (Assurance Service) เป็นการตรวจสอบหลักฐานต่าง ๆ อย่างเที่ยงธรรม เพื่อให้ได้มาซึ่งการประเมินผลอย่างอิสระในกระบวนการกำกับดูแล การบริหารความเสี่ยงและการควบคุมภายในของสำนักงาน ซึ่งประกอบด้วย การตรวจสอบด้านการเงิน (Financial Audit) การตรวจสอบการปฏิบัติตามกฎระเบียบ (Compliance Audit) การตรวจสอบการดำเนินงาน (Performance Audit) และการตรวจสอบอื่น ๆ ได้แก่ การตรวจสอบระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ การตรวจสอบพิเศษ
2. งานให้บริการคำปรึกษา (Consulting Service) เป็นการบริการให้คำแนะนำ ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามกฎ ระเบียบ ข้อบังคับ หลักเกณฑ์ต่าง ๆ ซึ่งลักษณะงานจะเป็นการพูดคุยปรึกษาหารือร่วมกันกับหน่วยรับตรวจ พนักงาน และภาคีเครือข่าย เพื่อให้มีความเข้าใจตรงกัน เป็นการเพิ่มคุณค่าให้กับหน่วยงาน ปรับปรุงพัฒนาระบบงาน การติดตามการใช้จ่ายเงิน มีกระบวนการกำกับดูแลให้ดีขึ้นและรายงานต่อผู้บริหารอย่างสม่ำเสมอ ช่วยเหลือและเสนอทางเลือกในการแก้ไขปัญหาเพื่อจัดการข้อขัดข้องต่าง ๆ

5

การพิจารณาเสนอแต่งตั้งผู้สอบ
บัญชีและค่าธรรมเนียมการสอบ
บัญชีประจำปี

เห็นชอบแต่งตั้งผู้สอบบัญชีและค่าธรรมเนียมการสอบบัญชีประจำปีของสำนักงาน สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ 30 กันยายน 2569 โดยสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.) มีหนังสือแจ้งความเห็นชอบผู้สอบบัญชีมายังสำนักงานเรียบร้อยแล้ว ระหว่างปีมีการประชุมร่วมกับผู้สอบบัญชีเป็นการเฉพาะจำนวนหนึ่งครั้ง เพื่อรับฟังผลการตรวจสอบรายงาน การเงิน การประเมินผล การใช้จ่ายเงินทรัพย์สิน การสอบทานระบบการควบคุมภายใน ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะ มีการปรึกษาหารือเกี่ยวกับแผนและผลการสอบบัญชี ซึ่งมีความเป็นอิสระในการปฏิบัติหน้าที่ โดยไม่มีผู้บริหารเข้าร่วมการประชุม ทั้งนี้ผู้สอบบัญชียื่นข้อเสนอข้อมูลอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเพียงพอ

เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
6 การรักษาคุณภาพของ คณะอนุกรรมการตรวจสอบ	มีการทบทวนกฎบัตรของคณะอนุกรรมการตรวจสอบเป็นประจำทุกปีอย่างต่อเนื่อง ตามหลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการตรวจสอบภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. 2561 และที่แก้ไขเพิ่มเติม รวมทั้งการประเมินผลตนเองเรื่องการเปิดเผยการขัดแย้งทางผลประโยชน์ของคณะอนุกรรมการ และการประเมินผลการปฏิบัติงานของคณะอนุกรรมการตรวจสอบในภาพรวมทั้งคณะและรายบุคคลประจำปี ตามที่กำหนดไว้ เพื่อให้มั่นใจว่าการปฏิบัติงานของคณะอนุกรรมการตรวจสอบเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและบรรลุผลที่กำหนดไว้โดยจัดให้มีการพัฒนาตนเองและปรับปรุงการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง
7 การดำเนินงานตามแผนการ ปฏิบัติงานของคณะอนุกรรมการ ตรวจสอบ	มีรายงานผลการดำเนินงานตามแผนการปฏิบัติงานของคณะอนุกรรมการ ตรวจสอบ สช. ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ที่มีการ เผยแพร่ต่อสาธารณะในรายงานประจำปี 2568 ของ สช. และเว็บไซต์ www.nationalhealth.or.th

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

ความเป็นมา

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 26 ให้จัดตั้งสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติขึ้นเป็นหน่วยงานของรัฐที่ไม่เป็นส่วนราชการตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน และไม่ใช่วิสาหกิจตามกฎหมายว่าด้วยวิธีการงบประมาณหรือกฎหมายอื่น โดยมีหน้าที่และอำนาจตามมาตรา 27 ดังต่อไปนี้

1. รับผิดชอบงานธุรการของ คสช. และคณะกรรมการบริหาร
2. ประสานงานกับหน่วยงานด้านนโยบายและยุทธศาสตร์ของรัฐบาลและหน่วยงานอื่น ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนที่ดำเนินงานเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ และดำเนินการเพื่อให้เกิดการทำงานร่วมกันในระดับนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนงานด้านสุขภาพ
3. สำรวจ ศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลต่าง ๆ รวมทั้งสถานการณ์ของระบบสุขภาพ เพื่อจัดทำเป็นรายงานหรือเพื่อประโยชน์ในการดำเนินการตามพระราชบัญญัตินี้
4. ดำเนินงานเพื่อให้เกิดการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และการสนับสนุนการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นบรรลุผลตามมติของ คสช.
5. ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัตินี้หรือตามกฎหมายอื่น หรือตามที่คณะรัฐมนตรีหรือ คสช. มอบหมาย

การดำเนินงานของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ให้ความสำคัญกับการขับเคลื่อนกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมบนพื้นฐานทางปัญญา (Participatory Public Policy Process based on Wisdom: 4P-W) เน้นการมีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วน ทั้งภาครัฐ/ราชการ วิชาการ/วิชาชีพ และประชาสังคม/เอกชน ตามยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา เพื่อนำไปสู่เป้าหมายในการสร้างเสริมสุขภาพ และสามารถดูแลแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล โดยมีเครื่องมือสำคัญประกอบด้วย ธรรมนูญสุขภาพ สมัชชาสุขภาพ การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ และสิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ ซึ่งมีกลไกสำคัญ ได้แก่ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ทำหน้าที่ในการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ และคณะกรรมการบริหารสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คบ.) ทำหน้าที่ควบคุมกำกับการบริหารงานของสำนักงาน

แผนงานหลักของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 4 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 - 2570 รองรับการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

คบ. เห็นชอบแผนงานหลักของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 4 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 - 2570 เพื่อรองรับการทำงานตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และใช้เป็นกรอบการจัดทำแผนการดำเนินงาน แผนการเงินและงบประมาณประจำปี โดยกำหนดตัวชี้วัดแผนงานหลักๆ ดังนี้

1. หน่วยงานเป้าหมายที่นำมติ ครม. เกี่ยวกับข้อเสนอนโยบายขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม
2. รายงานนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่ผลักดันผ่าน คสช. หรือ ครม. หรือ กลไกอื่น ๆ ที่ตอบเป้าหมายระบบสุขภาพที่ระบุในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565
3. องค์ความรู้ หรือนวัตกรรมกระบวนการ 4P-W มีการนำไปใช้ประโยชน์
4. หน่วยงานเป้าหมายมีการนำกระบวนการนโยบาย 4P-W ไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงาน
5. นโยบายสาธารณะที่ภาคียุทธศาสตร์เข้าเป็นพันธมิตรความร่วมมือ และมีการนำไปขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติจนเกิดเป็นรูปธรรมความสำเร็จ

แผนการดำเนินงาน แผนการเงินและงบประมาณ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

ค.บ. เห็นชอบแผนการดำเนินงาน แผนการเงินและงบประมาณ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ที่มีความสอดคล้องกับแผนงานหลักของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 4 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 – 2570 รองรับการทำงานตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน โดยมีค่าเป้าหมายและตัวชี้วัด ดังนี้

1. เป้าหมายและตัวชี้วัด

1. หน่วยงานเป้าหมายมีการนำมติ ครม. เกี่ยวกับข้อเสนอนโยบายไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม ไม่น้อยกว่า 13 หน่วยงาน
2. รายงานนโยบายสาธารณะรายปีที่ผลักดันผ่าน คสช. หรือ ครม. หรือกลไกอื่น ๆ ไม่น้อยกว่า 1 ฉบับ
3. ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 มีการพัฒนาเป็นแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพในระดับเขตหรือจังหวัด ไม่น้อยกว่า 15 พื้นที่
4. องค์ความรู้หรือนวัตกรรมกระบวนการ 4P-W มีการนำไปใช้ประโยชน์ ไม่น้อยกว่า 6 เรื่อง
5. สมัชชาสุขภาพจังหวัดหรือกรุงเทพฯ มีมติหรือนโยบายสาธารณะที่บูรณาการขับเคลื่อนร่วมกับหน่วยงานภาครัฐ ภาควิชาการ เครือข่ายกลไกต่าง ๆ ในพื้นที่ ไม่น้อยกว่า 20 พื้นที่
6. พื้นที่นำกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมไปขับเคลื่อนนโยบายเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัย ไม่น้อยกว่า 70 แห่ง
7. ประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่เข้าสู่ระบบการดูแลแบบประคับประคองมีการจัดทำหนังสือแสดงเจตนาฯ (Living will) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60
8. นโยบายสาธารณะที่มีการผลักดันผ่านกลไกระดับนานาชาติ ไม่น้อยกว่า 1 เรื่อง
9. หน่วยงานภาคียุทธศาสตร์ใช้ประโยชน์จากระบบข้อมูลเพื่อสนับสนุนกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะฯ ไม่น้อยกว่า 4 หน่วยงาน
10. นโยบายสาธารณะที่มีการผลักดันผ่านกลไกระดับชาติ ไม่น้อยกว่า 10 เรื่อง
11. มีคะแนนจากผลการประเมินสถานะการเป็นระบบราชการ 4.0 (PMQA 4.0) ไม่น้อยกว่า 470 คะแนน

2. แผนการดำเนินงาน ประกอบด้วย 3 แผนงาน

1. แผนงานพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ
2. แผนงานพัฒนาวิชาการและนวัตกรรมกระบวนการนโยบายสาธารณะ
3. แผนงานพัฒนาองค์กรและการสื่อสารสังคม

3. โครงสร้างการบริหารสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

ประกอบด้วย 8 สำนัก และ 1 งานขึ้นตรงต่อเลขาธิการ ดังนี้

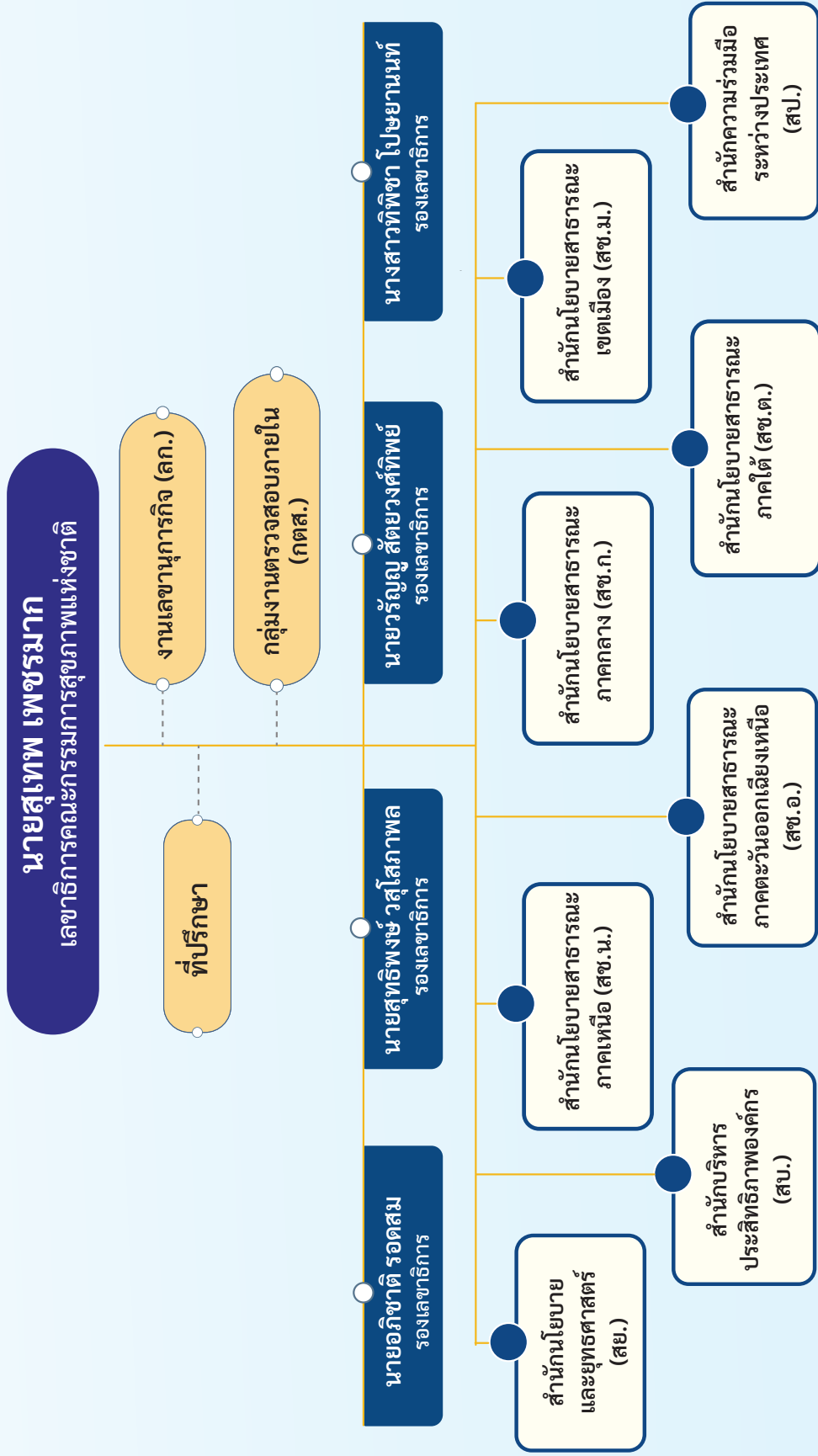
1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (สย.)
2. สำนักบริหารประสิทธิภาพองค์กร (สบ.)
3. สำนักนโยบายสาธารณะภาคเหนือ (สช.น.)
4. สำนักนโยบายสาธารณะภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (สช.อ.)
5. สำนักนโยบายสาธารณะภาคกลาง (สช.ก.)
6. สำนักนโยบายสาธารณะภาคใต้ (สช.ต.)
7. สำนักนโยบายสาธารณะเขตเมือง (สช.ม.)
8. สำนักความร่วมมือระหว่างประเทศ (สป.)
9. งานขึ้นตรงต่อเลขาธิการ
 - 9.1 งานเลขานุการกิจ (ลก.)
 - 9.2 กลุ่มงานตรวจสอบภายใน (กตส.)



สำนักงานคณะกรรมการ
สุขภาพแห่งชาติ



โครงสร้างการบริหาร สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ





2

ผลการดำเนินงาน ขององค์กร

ผลงานเด่น
ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดขององค์กร

ธรรมนูญสุขภาพ

ธรรมนูญสุขภาพสถานศึกษา: จับมือไว้แล้วไปด้วยกัน สู่เป้าหมาย “เรียนดี มีความสุข คุณภาพชีวิตดี”

ความเป็นมา

เด็ก เยาวชน สถานศึกษา เป็นเป้าหมายสำคัญของการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคนไทยให้มีความพร้อมทั้งกาย ใจ สติปัญญา และมีสุขภาวะที่ดี ภายใต้สภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวย เพื่อเติบโตเป็นพลเมืองที่ดี มีคุณภาพตามทิศทางการพัฒนาประเทศ

สช. และกระทรวงศึกษาธิการจึงได้จับมือสานพลังขับเคลื่อนระบบสุขภาพสถานศึกษาและสุขภาพ 4 มิติ (กาย จิต สังคม และปัญญา) ของผู้เรียนผ่านกระบวนการมีส่วนร่วม ด้วยเครื่องมือ “ธรรมนูญสุขภาพสถานศึกษา” โดยได้มีการลงนาม “บันทึกความร่วมมือการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพสถานศึกษา” ร่วมกัน เมื่อวันที่ 17 ก.ค. 2566 รวมถึงการบูรณาการความร่วมมือร่วมกับหน่วยงาน และภาคส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง นำไปสู่การขยายผลการขับเคลื่อนงานทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการในปี 2568 ดังนี้



“เรียนดี มีความสุข คุณภาพชีวิตดี”

ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

- มีบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ/ประกาศ/คำสั่งของหน่วยงาน/องค์กร จำนวน 8 แห่ง คือ
 - บันทึกข้อตกลงความร่วมมือขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพสถานศึกษาปลอดภัย ป้องกันปัจจัยเสี่ยง เหล้า บุหรี่ ไฟฟ้า น้ำกระต๋อม สารเสพติด การพนันออนไลน์ อุบัติเหตุ และอนามัยเจริญพันธุ์ ในเด็ก และเยาวชนจังหวัดนครศรีธรรมราช โดย สช. ร่วมกับหน่วยงานในพื้นที่รวม 25 หน่วยงาน/องค์กร (วันที่ 19 พฤศจิกายน 2567)
 - บันทึกข้อตกลงความร่วมมือในการดำเนินงานด้านสุขภาพในสถานศึกษา โรงเรียนอนุบาลลำปาง (เขลางค์รัตน์อนุสรณ์)จ.ลำปาง ร่วมกับหน่วยงานในพื้นที่รวม 15 หน่วยงาน/องค์กร (วันที่ 23 ธันวาคม 2567)
 - ประกาศคณะกรรมการศึกษาธิการจังหวัดอุดรดิตต์ เรื่อง การขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพสถานศึกษา ของจังหวัดอุดรดิตต์ โดยการบูรณาการดูแลระบบสุขภาพของสถานศึกษาผ่านกระบวนการโรงเรียน ส่งเสริมสุขภาพระดับมาตรฐานสากล (GSHPS) จังหวัดอุดรดิตต์ (วันที่ 26 ธันวาคม 2567)
 - ประกาศเทศบาลบ้านเขี้ยวหวาน เรื่อง การขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพโรงเรียนสุขภาวะ 5 อ. สู่มาตรฐานสากล ตำบลเขาพัง อำเภอบ้านตาขุน จังหวัดสุราษฎร์ธานี (วันที่ 30 มกราคม 2568)
 - คำสั่งจังหวัดนครสวรรค์ที่ 1351/2568 เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินโครงการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพสถานศึกษาจังหวัดนครสวรรค์ (วันที่ 21 มีนาคม 2568)
 - บันทึกข้อตกลงความร่วมมือเพื่อร่วมพัฒนาและขับเคลื่อนระบบสุขภาพในสถานศึกษา ด้วยธรรมนูญสุขภาพสถานศึกษา เขตตรวจราชการกระทรวงศึกษาธิการที่ 14 เขตสุขภาพที่ 10 กระทรวงสาธารณสุข และเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตพื้นที่ 10 ภายใต้ความร่วมมือระหว่างกระทรวงศึกษาธิการ กับ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (วันที่ 28 มีนาคม 2568)
 - ประกาศคณะกรรมการศึกษาธิการจังหวัดพิจิตร เรื่อง แนวทางการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพในสถานศึกษาจังหวัดพิจิตร (วันที่ 14 พฤษภาคม 2568)
 - บันทึกความเข้าใจ เรื่อง ความร่วมมือในการพัฒนาระบบสนับสนุนการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงจากโรคติดต่อด้วยธรรมนูญสุขภาพสถานศึกษา พื้นที่จังหวัดนครปฐม ระหว่าง สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม สำนักงานศึกษาธิการจังหวัดนครปฐม สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษานครปฐม สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษานครปฐม เขต 1 และ เขต 2 (วันที่ 13 สิงหาคม 2568)



2. มีธรรมนูญสุขภาพสถานศึกษาในสถานศึกษานำร่อง จำนวนไม่น้อยกว่า 22 แห่ง โดยมีผลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากธรรมนูญสุขภาพสถานศึกษา เช่น

1. ธรรมนูญปัจจัยเสี่ยงด้านอบายมุขและสารเสพติดรอบสถานศึกษา โรงเรียนสภาราชินี จังหวัดตรัง พ.ศ. 2567 โดยหลังจากมีการประกาศใช้ธรรมนูญฯ พบว่า จำนวนนักเรียนที่เข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติดและอบายมุขลดลงอย่างเห็นได้ชัดถึงร้อยละ 90
2. ธรรมนูญว่าด้วยการป้องกันและควบคุมการใช้ผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ไฟฟ้าในสถานศึกษา โรงเรียนอนุบาลลำปาง (เขลางค์รัตน์อนุสรณ์) พ.ศ. 2567 หลังจากที่มีประกาศใช้และดำเนินการตามธรรมนูญฯ พบว่า โรงเรียนสามารถสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดบุหรี่ไฟฟ้าร้อยละ 100 ได้จริง นักเรียนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโทษและพิษภัยของบุหรี่ไฟฟ้าและยาเสพติด และมีพฤติกรรมที่ไม่ใช้และไม่ยุ่งเกี่ยวกับสิ่งเสพติดอย่างต่อเนื่อง
3. ธรรมนูญสุขภาพโรงเรียนสุขภาวะ 5 อ. สู่มาตรฐานสากล ต.เขาพัง อ.บ้านตาขุน จ.สุราษฎร์ธานี จากการดำเนินงานตามธรรมนูญฯ พบว่า นักเรียนได้เรียนรู้เรื่องสุขภาพในเชิงลึกมากขึ้นและนำไปปฏิบัติได้จริง ส่งผลให้นักเรียนมีสุขภาพที่ดีขึ้น ทั้งในเรื่องของการออกกำลังกาย อาหารการกินที่มีโภชนาการและปลอดภัย มีสิ่งแวดล้อมในสถานศึกษาที่เหมาะสม การลดอุบัติเหตุบนท้องถนน
4. ธรรมนูญดเหล้า-ลดปัจจัยเสี่ยง ต.บ้านเกาะ อ.พรหมคีรี จ.นครศรีธรรมราช เป็นจุดเริ่มต้นก่อนยกระดับสู่ “บ้านเกาะโมเดล” โดยผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรม คือ มิติด้านสุขภาพ หลังประกาศใช้ธรรมนูญฯ พบว่าเด็กรับรู้และค่อย ๆ ลดการสูบบุหรี่ลง จำนวนนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ที่เคยใช้บุหรี่ไฟฟาลดลงมากกว่าร้อยละ 80 ร้านค้าเลิกขายบุหรี่ไฟฟ้าให้เด็ก ไม่มีกรณีผู้ประสบภัยจากสุรา และไม่พบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในปีที่ผ่านมา

ทั้งนี้ สถานศึกษาหลายแห่งอยู่ระหว่างการพัฒนา/ปรับปรุงธรรมนูญสุขภาพสถานศึกษา โดยจะมีการประกาศใช้เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติต่อไป

สิ่งที่จะดำเนินการต่อไป

1. พัฒนาศักยภาพแกนนำธรรมนูญสุขภาพสถานศึกษาในระดับพื้นที่ โดยมีศึกษาธิการภาค ศึกษาธิการจังหวัด ผู้อำนวยการเขตพื้นที่การศึกษา และภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่ เช่น คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) สมัชชาสุขภาพจังหวัด รวมถึงภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพในระดับพื้นที่ เป็นผู้สนับสนุนและเฝ้าระวังให้เกิดการพัฒนาและขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพสถานศึกษาในพื้นที่ของตนต่อไป
2. หนุนเสริมกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมด้วยเครื่องมือธรรมนูญสุขภาพสถานศึกษา เพื่อพัฒนาและเสริมพลังให้เกิดการจัดทำและขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพสถานศึกษาโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและองค์กรที่เกี่ยวข้องอย่างยั่งยืน
3. หนุนเสริมวิชาการ/สื่อ/ชุดความรู้ที่เป็นประโยชน์สำหรับการจัดทำและขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพสถานศึกษา เพื่อการเผยแพร่และนำไปประยุกต์ใช้หรือต่อยอดธรรมนูญสุขภาพสถานศึกษาในวงกว้าง
4. ติดตามและรายงานผลสำเร็จของการดำเนินงาน การถอดองค์ความรู้ ต้นแบบ บทเรียน คุณค่าหรือข้อจำกัดเพื่อสังเคราะห์เป็นข้อเสนอเชิงนโยบายรายงานต่อกลไกที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดเป็นนโยบาย/แนวทางการพัฒนา/หนุนเสริมการพัฒนาความเข้มแข็งของสถานศึกษาต่อไป

ธรรมนูญสุขภาพ

การขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2566: “พระแข็งแรง วัดมั่นคง ชุมชนเป็นสุข”

ความเป็นมา

ด้วยสถานการณ์ปัญหาการเพิ่มขึ้นของพระสงฆ์อาพาธอันเนื่องด้วยโรคไม่ติดต่อ (NCDs) นำมาสู่การสานพลังจากฝ่ายสงฆ์และฆราวาส ก่อให้เกิดมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ “พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพ” อันเป็นผลให้เกิดการพัฒนาและขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาด้วย “ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ” ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2560) ซึ่งเป็นกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมในการกำหนดกรอบแนวทางการถวายเป็นบุญกุศลสุขภาพพระสงฆ์ที่ถูกต้องตามหลักพระธรรมวินัย รวมถึงการส่งเสริมบทบาทพระสงฆ์และวัดให้เป็นศูนย์กลางของระบบสุขภาพชุมชนและมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

ต่อมา ในปี 2566 มหาเถรสมาคมซึ่งเป็นองค์กรปกครองสูงสุดของคณะสงฆ์ไทย มีมติรับทราบธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2566) และเห็นชอบแนวทางการขับเคลื่อนธรรมนูญฯ โดยมอบคณะกรรมการฝ่ายต่าง ๆ ของมหาเถรสมาคมให้การอนุเคราะห์สนับสนุนการขับเคลื่อนงาน และมอบให้สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข เลขาธิการเจ้าคณะจังหวัด และสำนักงานพระพุทธศาสนาจังหวัด ในการส่งเสริมและสนับสนุนการขับเคลื่อนธรรมนูญฯ โดย สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ฝ่ายสาธารณสุขสงเคราะห์ของมหาเถรสมาคม กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ร่วมกับหน่วยงาน/องค์กรและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องรวม 18 องค์กร/เครือข่าย ร่วมกันพิจารณาในการสร้างระบบสุขภาพที่มีพระสงฆ์และวัดเป็นศูนย์กลางเพื่อดำเนินงานขับเคลื่อนภารกิจที่เกี่ยวข้องกับธรรมนูญฯ ให้บรรลุเป้าหมายในการสร้างประโยชน์ต่อระบบสุขภาพ โดยมีพระสงฆ์และวัดเป็นศูนย์กลางในการดำเนินงานในทุกกระดับ

ทำความรู้จัก ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ



เป้าหมาย: เพื่อแก้ไขปัญหาความเจ็บป่วยจากการกินอาหารที่ไม่ถูกหลักโภชนาการ และการขาดกิจกรรมทางกายของพระสงฆ์



หมวดที่ 1
ปรัชญาและแนวคิดหลักของธรรมนูญสุขภาพของพระสงฆ์แห่งชาติ

หมวดที่ 2
พระสงฆ์กับการดูแลสุขภาพของตนเองตามหลักพระธรรมวินัย

หมวดที่ 3
ชุมชนและสังคมกับการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่ถูกต้องตามหลักพระธรรมวินัย

หมวดที่ 4
บทบาทพระสงฆ์ในการเป็นผู้นำด้านสุขภาพของชุมชนและสังคม

หมวดที่ 5
การขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติสู่การปฏิบัติ

ประกอบด้วยหลักปฏิบัติ 5 หมวด 37 ข้อ

แนวทางขับเคลื่อน 5 ประเด็นหลัก



1. พัฒนาระบบฐานข้อมูลพระสงฆ์



2. พัฒนาระบบผู้ดูแลพระสงฆ์อาพาธ



3. วัดควรส่งเสริมสุขภาพพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพพระสงฆ์



4. สื่อสารสาธารณะที่ทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจแก่พระสงฆ์และประชาชน



5. ขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ในระดับพื้นที่





ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

สช. ได้รับมอบหมายจากฝ่ายสาธารณสุขสงเคราะห์ของมหาเถรสมาคมในการบูรณาการการทำงานระหว่างภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2566) และได้รับการสนับสนุนจาก สสส. ในการจัดกระบวนการพัฒนาแผนปฏิบัติการเพื่อการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ (พ.ศ. 2569 - 2575) นำมาสู่การพัฒนาคลังเชิงนโยบาย ระบบข้อมูลสุขภาพ และระบบการรายงานสุขภาพ เพื่อกำหนดทิศทาง นโยบาย และกรอบแนวทางที่ตอบสนองต่อการดูแลสุขภาพพระสงฆ์และสามเณรในเชิงระบบอย่างยั่งยืน ดังนี้

1. เกิดกลไกขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ มีองค์ประกอบจากคณะสงฆ์และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนประเด็นงานสำคัญ จำนวน 2 คณะ ได้แก่
 - 1.1 อนุกรรมการยุทธศาสตร์ ติดตาม และประเมินผล โดยมี พระธรรมวชิโรดม,รศ.ดร. (พล อากาศโร ป.ธ.9) เจ้าคณะภาค 6 รองอธิการบดีมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย เป็นประธาน
 - 1.2 อนุกรรมการฐานข้อมูล และรายงานสุขภาพพระสงฆ์สามเณร โดยมีพระราชปัญญาวชิรากร (สมบัติ ญาณวโร) เลขานุการฝ่ายสาธารณสุขสงเคราะห์ของมหาเถรสมาคม เป็นประธาน
2. พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพพระสงฆ์ โดยการประสานการทำงานร่วมกันของ 12 หน่วยงาน นำเสนอในรูปแบบ Dashboard ทำให้ได้ฐานข้อมูลสุขภาพพระสงฆ์ที่สำคัญ อาทิ ข้อมูลพระสงฆ์อาพาธ 4 โรคหลัก ข้อมูลระบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ผ่านวัดส่งเสริมสุขภาพ ภูมิชีวาภิบาล พระคิลานุปัฏฐาก ฯลฯ เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถคาดการณ์แนวโน้มปัญหาสุขภาพพระสงฆ์สามเณร และกำหนดมาตรการ/แนวทางในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์สามเณรในทุกระดับได้อย่างแบบมุ่งเป้าและมีประสิทธิภาพ
3. จัดทำรายงานสุขภาพพระสงฆ์สามเณร เพื่อรายงานต่อมหาเถรสมาคมและการใช้ประโยชน์ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบายในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในภาพรวมอย่างเป็นระบบและยั่งยืน
4. การสื่อสารสังคมเพื่อสร้างความเข้าใจต่อชุมชนและสังคม ในการอุปัฏฐากพระสงฆ์ตามหลักพระธรรมวินัย อาทิ การรณรงค์ “อาหารสุขภาพพระสงฆ์” เพื่อให้ความรู้ประชาชนในการทำบุญที่สอดคล้องกับการดูแลสุขภาพพระสงฆ์, พุทธบริษัท 4 มีสุข เพื่อสื่อสารสังคมให้ญาติโยมมีความเข้าใจ ศรัทธาอย่างประณีตในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ และทำให้ประชาชนได้ความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพตัวเอง

สิ่งที่จะดำเนินการต่อไป

1. การขับเคลื่อนการดำเนินงานและถ่ายระดับการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์จังหวัด และคณะสงฆ์ในระดับต่าง ๆ ในรูปแบบกลไกสานพลังที่มีองค์ประกอบจากทุกภาคส่วน
2. ขับเคลื่อนแผนฯ และประเด็นสุขภาพพระสงฆ์ตามบริบทพื้นที่ รวมถึงการส่งเสริมบทบาทพระสงฆ์และวัดในการเป็นศูนย์กลางด้านสุขภาพของชุมชนและสังคมต่อไป

ธรรมนูญสุขภาพ

สานพลังขับเคลื่อนนโยบายรองรับสังคมสูงวัย เพื่อสุขภาวะองค์รวม

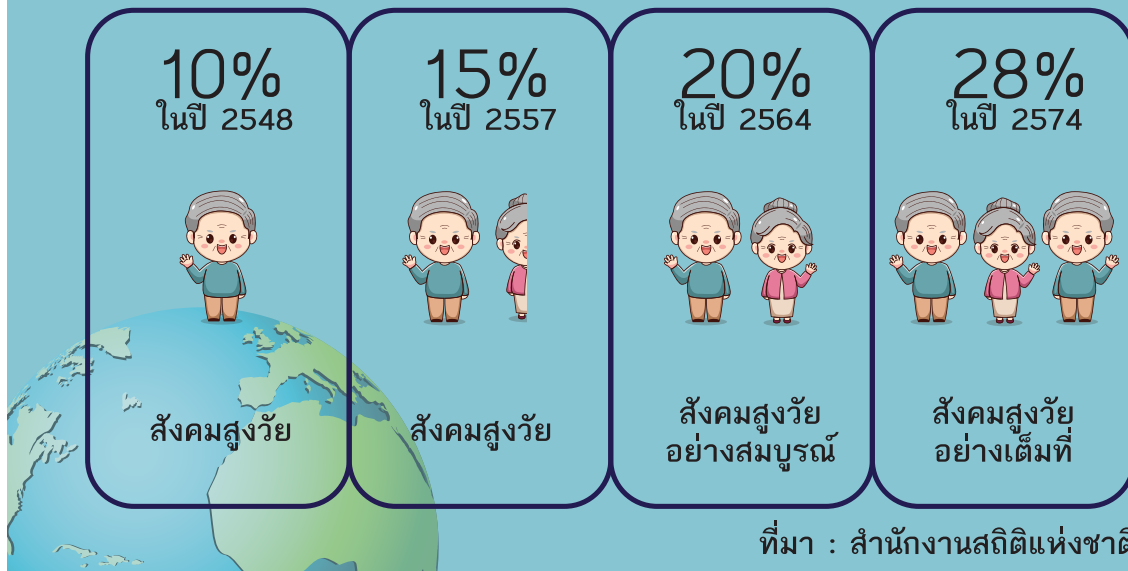
ความเป็นมา

ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ตั้งแต่ พ.ศ. 2564 โดยสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) คาดการณ์ว่าในปี 2573 จำนวนประชากรสูงวัยจะเพิ่มสูงกว่า ร้อยละ 20 หรือ 1 ใน 5 ของประชากรทั้งประเทศ

ความท้าทายสำคัญของการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและอัตราการเกิดลดลง คือ ภาระค่าใช้จ่ายด้านสวัสดิการและสาธารณสุขที่เพิ่มสูงขึ้น คุณภาพแรงงานที่อยู่ในระดับต่ำ และการเข้าสู่สังคมสูงวัยที่เร็วกว่าระดับการพัฒนาของประเทศ

สช. ตระหนักถึงความสำคัญและร่วมขับเคลื่อนแผนบูรณาการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสังคมสูงวัย พ.ศ. 2566 - 2570 ร่วมกับกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยมุ่งเน้นการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมเพื่อเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัยสู่สุขภาวะองค์รวมผ่านกลไกธรรมนูญสุขภาพพระระดับตำบล จำนวน 82 แห่งทั่วประเทศ รวมถึงการพัฒนาพื้นที่บูรณาการระดับจังหวัดผ่านกลไกสมัชชาสุขภาพจังหวัด จำนวน 12 จังหวัด เพื่อให้ประชากรก่อนวัยสูงอายุ (อายุ 25-59 ปี) ได้รับการเตรียมความพร้อมในทุกมิติอย่างเป็นระบบ

แนวโน้มจำนวนผู้สูงอายุต่อประชากรทั้งประเทศ



ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

1. การบูรณาการและกลไกเชิงนโยบายพื้นที่

1.1 พื้นที่บูรณาการ: เตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัยร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ ผ่านกระบวนการสมัชชาสุขภาพในพื้นที่ 12 จังหวัด (จังหวัดน่าน จังหวัดพะเยา จังหวัดสุโขทัย จังหวัดนครสวรรค์ จังหวัดพิจิตร จังหวัดชัยนาท จังหวัดกาญจนบุรี จังหวัดขอนแก่น จังหวัดกระบี่ จังหวัดสงขลา จังหวัดตรัง จังหวัดนครศรีธรรมราช)

1.2 การขับเคลื่อนด้วยธรรมนูญสุขภาพ: มีพื้นที่ที่นำกระบวนการพัฒนาธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ไปขับเคลื่อนนโยบายเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัย 82 แห่งทั่วประเทศ

2. การส่งเสริมการเตรียมความพร้อมประชากรก่อนวัยสูงอายุ (อายุ 25-59 ปี) มีแกนนำกลุ่มประชากรก่อนวัยสูงอายุได้รับการส่งเสริมการเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัย รวม 37,362 คน ประกอบด้วย

2.1 การพัฒนาศักยภาพแกนนำผ่านกระบวนการนโยบายสาธารณะในส่วนกลางและระดับพื้นที่

2.2 แกนนำระดับจังหวัดที่มีการบูรณาการการทำงานร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัย ในพื้นที่บูรณาการ 12 จังหวัด

2.3 แกนนำระดับตำบลและระดับเขต (ในพื้นที่ กทม.) ที่มีการนำกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมไปขับเคลื่อนนโยบายเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัย จำนวน 82 แห่ง

3. การขับเคลื่อนการเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัยระดับพื้นที่ 19 จังหวัด

พื้นที่ที่มีการขับเคลื่อนธรรมนูญเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัย จำนวน 82 แห่ง ได้แก่ (1) จังหวัดนครสวรรค์ 9 แห่ง (2) จังหวัดชัยนาท 4 แห่ง (3) จังหวัดพิจิตร 1 แห่ง (4) จังหวัดสุโขทัย 6 แห่ง (5) จังหวัดกาญจนบุรี 3 แห่ง (6) จังหวัดลพบุรี 5 แห่ง (7) จังหวัดสิงห์บุรี 1 แห่ง (8) จังหวัดระยอง 1 แห่ง (9) จังหวัดตราด 4 แห่ง (10) จังหวัดอุบลราชธานี 5 แห่ง (11) จังหวัดยโสธร 2 แห่ง (12) จังหวัดขอนแก่น 3 แห่ง (13) จังหวัดชัยภูมิ 1 แห่ง (14) จังหวัดนครราชสีมา 1 แห่ง (15) จังหวัดนครศรีธรรมราช 4 แห่ง (16) จังหวัดสุราษฎร์ธานี 2 แห่ง (17) จังหวัดตรัง 4 แห่ง (18) จังหวัดสงขลา 4 แห่ง (19) กทม. 22 แห่ง

แผนที่การสานพลังขับเคลื่อนนโยบายรองรับสังคมสูงวัย ปี 2568



12 จังหวัด

บูรณาการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะรองรับสังคมสูงวัย

- พะเยา
- พิจิตร
- ชัยนาท
- นครสวรรค์
- ฉะเชิงเทรา
- ลพบุรี
- กาญจนบุรี
- ขอนแก่น
- นครพนม
- อุบลราชธานี
- กระบี่
- ตรัง



82 พื้นที่

นำกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมไปขับเคลื่อนนโยบายเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัย

- | | | | |
|-----------------|-------------|-------------------|--------------|
| • จ.นครสวรรค์ | (9 พื้นที่) | • จ.ยโสธร | (2 พื้นที่) |
| • จ.ชัยนาท | (4 พื้นที่) | • จ.ขอนแก่น | (3 พื้นที่) |
| • จ.พิจิตร | (1 พื้นที่) | • จ.ชัยภูมิ | (1 พื้นที่) |
| • จ.สุโขทัย | (6 พื้นที่) | • จ.นครราชสีมา | (1 พื้นที่) |
| • จ.กาญจนบุรี | (3 พื้นที่) | • จ.นครศรีธรรมราช | (4 พื้นที่) |
| • จ.ลพบุรี | (5 พื้นที่) | • จ.สุราษฎร์ธานี | (2 พื้นที่) |
| • จ.สิงห์บุรี | (1 พื้นที่) | • จ.ตรัง | (4 พื้นที่) |
| • จ.ระยอง | (1 พื้นที่) | • จ.สงขลา | (4 พื้นที่) |
| • จ.ตราด | (4 พื้นที่) | • กทม. | (22 พื้นที่) |
| • จ.อุบลราชธานี | (5 พื้นที่) | | |

จังหวัด	รูปธรรมการขับเคลื่อนงาน
1. จังหวัดน่าน	ขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้องกับ NCDs โดย ร่วมกับ สสส. สสจ. จัดทำโครงการสยบยาร่วมใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรค NCDs อ.ท่าวังผา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมความรู้และทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดปัจจัยเสี่ยงของโรค NCDs ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วม ดำเนินการใน 3 กลุ่มเป้าหมาย คือ ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป, กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มผู้ป่วย
2. จังหวัดพะเยา	ขับเคลื่อนนโยบายเตรียมพร้อมรองรับสังคมสูงวัย โดยร่วมกับ เครือข่ายสร้างบ้านแปงเมืองพะเยา, ขบวนการองค์กรชุมชนจังหวัดพะเยา และสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดพะเยา จัดทำแผนการขับเคลื่อน “ระบบรองรับสังคมสูงวัย” ในจังหวัดพะเยา และนำเสนอในเวทีสานพลังรองรับสังคมสูงวัย เมื่อวันที่ 18 ก.พ. 2568 พร้อมทั้งเตรียมขับเคลื่อนธรรมนูญรองรับสังคมสูงวัย ที่ ต.น้ำใส อ.เมือง จ.พะเยา
3. จังหวัดสุโขทัย	ขับเคลื่อนนโยบายรองรับสังคมสูงวัยจังหวัดสุโขทัย โดย (1) ร่วมกับ สปสช. สสจ. สสส. อปท. รพ.สต. พชอ. และท้องถิ่น สนับสนุนการจัดรถรับส่งกลุ่มผู้ป่วย กลุ่มเปราะบาง ให้เข้ารับการรักษาสุขภาพ (2) ขยายโมเดล “เล่นเป็อนยิ้ม” ในพื้นที่ จ.สุโขทัย (3) เชื่อมโครงการเสริมสร้างสมรรถนะผู้สูงวัย “ขยับกายดี กินดี ไม่มีหกล้ม” กับศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก
4. จังหวัดนครสวรรค์	ขับเคลื่อนนโยบาย นครสวรรค์...เตรียมพร้อมรองรับสังคมสูงวัย ผ่านธรรมนูญสังคมสูงวัยอำเภอโกรกพระ (ประกาศเมื่อวันที่ 22 ส.ค. 2566) โดย พชอ. อำเภอโกรกพระ ร่วมกับ 29 หน่วยงาน และท้องถิ่น 9 ตำบล ได้แก่ ต.โกรกพระ ต.เนินแก้ว ต.ศาลาแดง ต.บางมะฝ่อ ต.บางประมุง ต.นากลาง ต.หาดสูง ต.ยางตาล ต.เนินศาลา จัดมหกรรมคนโกรกพระสุขภาพดี วิถีชุมชน คนอายุยืน วันที่ 29 ต.ค. 2567
5. จังหวัดพิจิตร	ขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพจังหวัด ประเด็นสุขภาพพระสงฆ์ พระแข็งแรง วัดมั่นคง ชุมชนเป็นสุข ด้วยธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ และประเด็นการเตรียมความพร้อมสู่ระบบรองรับสังคมสูงวัยด้วยพลังบวร สร้างคน 3 วัย ไม่ทอดทิ้งกัน (มติสมัชชาสุขภาพจังหวัดพิจิตร เมื่อวันที่ 4 ส.ค. 2565) โดย (1) ร่วมกับแกนนำบวร., อสม., ผู้สูงอายุ, รพ.สต., อบต., รพ., กลุ่มพระนักพัฒนาอ.ทับคล้อ อ.วชิรบารมี และอ.วังพูนทราย จัดกิจกรรมการตรวจสุขภาพพระสงฆ์และผู้มีอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในชุมชนเทศบาลทับคล้อ รวมทั้งจัดทำข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อวางแผนปรับพฤติกรรมและสร้างความร่วมมือด้านสุขภาพ (2) จัดเวทีสัญจร โดยชมรมผู้สูงอายุ ต.คลองคูณ ร่วมกับหมออนามัย, อบต. และเทศบาล ปรับสภาพบ้านโดยสร้างราวเกาะในห้องน้ำให้แก่ผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป เพื่อป้องกันการหกล้ม และรณรงค์การลดพฤติกรรมเสี่ยง ไม่สูบบุหรี่ รู้จักกินอาหารที่มีประโยชน์ ลดหวาน มัน เค็ม ตามนโยบายผู้สูงอายุสุขภาพดี ภาครัฐร่วมใจสร้างสังคมไม่ทอดทิ้งกัน

จังหวัด

รูปธรรมการขับเคลื่อนงาน

6. จังหวัดชัยนาท

ขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้องกับ NCDs โดยใช้แนวคิดหลัก “สุขในบ้าน – สุขในโรงเรียน – สุขในชุมชน” และมุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพของบุคคลหรือกลุ่มคนในชุมชนให้เป็น “แกนนำ” ที่สามารถเป็นผู้นำด้านสุขภาพ เพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงในระดับครอบครัว โรงเรียน และชุมชน ส่งผลให้ (1) มีนวัตกรรมลานสร้างสุข (สุขภาพ) เป็นพื้นที่เรียนรู้และกิจกรรมร่วมกันในชุมชน เพื่อสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวม ทั้งทางกายใจ สังคม และปัญญา โดยใช้ “ลาน” ต่าง ๆ เป็นจุดเชื่อมโยงคนในชุมชน (2) นวัตกรรมคนตื่นเค็ม (บ้าน-วัด-ร้านค้า) เพื่อให้ทุกคนในชุมชน ไม่เฉพาะแค่ผู้สูงอายุ ตระหนักและลงมือเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดปัญหาการบริโภคอาหารเค็มจัด เช่น ปลาาร้า น้ำปลา ผงชูรส อาหารแปรรูป ฯลฯ ซึ่งเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักของโรคความดันโลหิตสูงและโรคไตเรื้อรัง

7. จังหวัดกาญจนบุรี

เกิดการขับเคลื่อนนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตของสังคมสูงวัย ส่งผลให้ (1) มีการบรรจุเข้าแผนพัฒนาจังหวัดกาญจนบุรี ประจำปี 2566-2570 ฉบับทบทวนใหม่ รอบปี 2568 ในแผนระดับ 1 พัฒนาศักยภาพทุกช่วงวัย และแผนระดับ 2 ประเด็นที่ 11 การพัฒนาคุณภาพคนตลอดช่วงชีวิต โดยมีเป้าหมาย คือ คนไทยทุกช่วงวัยมีคุณภาพเพิ่มขึ้น ได้รับการพัฒนาอย่างสมดุล ทั้งด้านร่างกาย สติปัญญาและคุณธรรม จริยธรรม เป็นผู้ที่มีความรู้และทักษะในศตวรรษที่ 21 รักการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต (2) ได้รับการสนับสนุนผ่านโครงการเตรียมความพร้อมก่อนวัยสูงอายุในชุมชน และโครงการเสริมพลังคลังปัญญาเพื่อคนทุกวัย โดยสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดกาญจนบุรี

8. จังหวัดขอนแก่น

ขับเคลื่อนนโยบายเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัย โดยมีการดำเนินสำคัญ ดังนี้ (1) ร่วมกับหน่วยจัดการ สสส. จ.ขอนแก่น จัดเวทีวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพจังหวัดขอนแก่น เพื่อสร้างความร่วมมือในการขับเคลื่อนเพื่อเพิ่มอายุคาดเฉลี่ยและลดปัญหาการตายของคนขอนแก่น และเชื่อมโยงภาคีเครือข่ายที่สนใจจะขอโครงการ สสส. ไปดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน (2) จัดเวทีสมัชชาสุขภาพขอนแก่น ปี 2568 “ขอนแก่นเมืองน่าอยู่ สู่การรองรับสังคมสูงวัย” เมื่อวันที่ 28 ส.ค. 2568 โดยพบรูปธรรมการขับเคลื่อนงานในพื้นที่ เช่น บ้านฝางโมเดล, ภูพานารามและโรงเรียนเบ้าหวาน, แพลตฟอร์มดิจิทัลเพื่อการพัฒนาเมืองและสังคมสูงวัย

9. จังหวัดกระบี่

เกิดการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพจังหวัด ประเด็นรองรับสังคมสูงวัยจังหวัดกระบี่ (มติสมัชชาสุขภาพจังหวัดกระบี่ เมื่อวันที่ 17 ส.ค. 2565) โดยร่วมกับเครือข่ายภาคประชาสังคมจังหวัดกระบี่ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดกระบี่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ หน่วยจัดการร่วม สสส. สำนัก 6 จังหวัดกระบี่ สภาการศึกษาจังหวัดกระบี่ ประธานสาขาสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย จังหวัดกระบี่ คณะกรรมการอิสลามประจำจังหวัดกระบี่ โรงเรียน ดร.หนึ่งอินเตอร์แคร์ จังหวัดกระบี่ สาธารณสุขอำเภอเมืองกระบี่ ผู้นำชุมชนท้องถิ่นและแกนนำขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ จัดเวทีทบทวน/พัฒนาธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ประเด็นผู้สูงอายุ ต.เขาทอง ต.พุดเตียว ต.เหนือคลอง ต.ดินแดง และ ต.เกาะกลาง

จังหวัด	รูปธรรมการขับเคลื่อนงาน
10. จังหวัดสงขลา	ขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพจังหวัด ประเด็นรองรับสังคมสูงวัยระดับตำบล : ความสุขเริ่มที่บ้าน จังหวัดสงขลา (เวทีสมัชชาพลเมืองสงขลา วันที่ 30 ส.ค. 2567) โดยร่วมมือกับมูลนิธิชุมชนสงขลา องค์การบริหารส่วนจังหวัดสงขลา กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดสงขลา สปสช.เขต 12 สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสงขลา สภาองค์กรชุมชนตำบลจังหวัดสงขลา คณะสถาปัตยกรรม.สงขลา ส่งเสริมการเข้าถึงสิทธิและสวัสดิการพื้นฐาน 4 มิติ ได้แก่ ด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม สภาพแวดล้อม และใช้เทคโนโลยี/นวัตกรรมสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ/คนพิการติดบ้านติดเตียง ส่งผลให้ (1) มีการกำหนดเป้าหมายการช่วยเหลือการปรับสภาพบ้านผู้สูงอายุ ผู้พิการ จำนวน 300 หลังคาเรือน โดยใช้งบจากงบประมาณกองทุนฟื้นฟู และ พมจ.
11. จังหวัดตรัง	มีการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพจังหวัด ประเด็นเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัย (มติสมัชชาสุขภาพจังหวัดตรัง เมื่อวันที่ 2 มิ.ย. 2565) ภายใต้แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตรองรับสังคมสูงวัย จังหวัดตรัง ปี 2566-2570 โดยมีพื้นที่เป้าหมาย จำนวน 4 แห่ง ได้แก่ เทศบาลนครตรัง, เทศบาลตำบลโคกหล่อ อ.เมืองตรัง, องค์การบริหารส่วนตำบลวังมะปราง อ.วังวิเศษ และองค์การบริหารส่วนตำบลบ้ำหวี อ.หาดสำราญ
12. จังหวัดนครศรีธรรมราช	ขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพจังหวัด จังหวัดนครศรีธรรมราช เมื่อวันที่ 28-29 ส.ค. 2567 ประกอบด้วย (1) ประเด็นความมั่นคงทางสุขภาพและการลดปัจจัยเสี่ยง มีการดำเนินงานดังนี้ (1.1) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สนับสนุนโครงการของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มผู้สูงอายุ เด็กและเยาวชน กลุ่มเปราะบาง เพื่อให้มีการนำภูมิปัญญาผู้สูงอายุมาทายอดสู่ลูกหลานในโรงเรียนและในพื้นที่

สิ่งที่จะดำเนินการต่อไป

1. บูรณาการกลไกการทำงานร่วมกับหน่วยงานระดับนโยบายเพื่อเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัยอย่างน้อย 12 หน่วยงาน เพื่อกำหนดกรอบ ทิศทาง และนโยบายการทำงานร่วมกัน และนำไปสู่การขับเคลื่อนในระดับพื้นที่
2. ขยายผลการบูรณาการการทำงานร่วมกับหน่วยงานและภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ ภาควิชาการ และภาคประชาสังคม เพื่อเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัย อย่างน้อย 15 จังหวัด เพื่อนำไปสู่การกำหนดเป็นแผนงานหรือโครงการระดับจังหวัด
3. สนับสนุนพื้นที่ในการนำกระบวนการธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ไปขับเคลื่อนนโยบายเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัย อย่างน้อย 75 แห่ง (ตำบล) เพื่อเป็นการขยายผลของธรรมนูญรองรับสังคมสูงวัยใน 4 มิติ ได้แก่ มิติเศรษฐกิจ มิติสภาพแวดล้อม มิติสังคม และมิติสุขภาพ โดยเน้นการขยายผลในพื้นที่เดิม และพื้นที่ใหม่ที่มีการประกาศธรรมนูญในระดับพื้นที่ (ตำบล) เพิ่มเติม



สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ความเป็นมา

มาตรา 40 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 กำหนดให้มีการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเป็นประจำทุกปี อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อเป็นกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม โดยดำเนินการควบคู่ไปกับการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นตามหลักเกณฑ์ที่ คสช. กำหนด

1. สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 17 พ.ศ. 2567

ภายใต้แนวคิด “เศรษฐกิจยุคใหม่ สร้างสุขภาวะไทยยั่งยืน” (New Wealth for Health) เชื่อมโยงการพัฒนาเศรษฐกิจและสุขภาวะของประชาชนให้ดำเนินไปพร้อมกัน โดยมุ่งเน้นให้การพัฒนาเศรษฐกิจไม่ทำลายสุขภาพ และคนมีสุขภาพดีเพื่อสร้างเศรษฐกิจที่แข็งแกร่ง โดยในการจัดประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 17 พ.ศ. 2567 ระหว่างวันที่ 27-28 พ.ย. 2567 ผู้เข้าร่วมกว่า 3,000 คน ได้มีฉันทมติในการรับรองระเบียบวาระสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 2 มติ ได้แก่

- มติ “พลิกโฉมกำลังคนเพื่อสังคมสุขภาวะ”: มุ่งเน้นการสร้างศักยภาพประชาชนให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพัฒนาศักยภาพกำลังคนทั้งในวิชาชีพและไม่ใช้วิชาชีพให้เข้ามาเสริมความเข้มแข็งของระบบสุขภาพปฐมภูมิ
- มติ “การท่องเที่ยวแนวใหม่ สู่สุขภาวะและเศรษฐกิจไทยยั่งยืน”: มุ่งขับเคลื่อนให้ประเทศไทยเป็นแหล่งท่องเที่ยวคุณภาพสูงที่คำนึงถึงสุขภาวะของทั้งนักท่องเที่ยวและคนในท้องถิ่น พร้อมทั้งบูรณาการเข้ากับการพัฒนาเศรษฐกิจฐานรากผ่านการท่องเที่ยวโดยชุมชน





Policy Statement

พลิกโฉมกำลังคน เพื่อสังคมสุขภาพะ



กรอบทิศทางนโยบาย (Policy Statement)

การพัฒนากำลังคนเพื่อสุขภาพแนวใหม่โดยใช้ระบบสุขภาพปฐมภูมิเป็นฐานเพื่อการขับเคลื่อนเศรษฐกิจยุคใหม่ มีกับสุขภาพที่มีคุณภาพด้วยเทคโนโลยีและนวัตกรรมควบคู่กับการขยายการบริการด้านสุขภาพอย่างครบวงจรเพื่อสร้างรายได้ให้ประเทศอย่างยั่งยืน และสามารถตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉิน สังคมสูงวัย รวมถึงความท้าทายใหม่ โดยการวางแผนและลงทุนอย่างมีกลยุทธ์ ในการสร้างศักยภาพประชาชนให้มีความรอบรู้และ

ทักษะด้านสุขภาพที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของปัจเจก ครอบครัว และชุมชน เพิ่มประสิทธิภาพในการผลิต พัฒนา และจัดการกำลังคน ทั้งกำลังคนวิชาชีพและไม่ใช้วิชาชีพ ให้มีทัศนคติที่สอดคล้องกับระบบสุขภาพปฐมภูมิที่พึงประสงค์ มีศักยภาพที่เพียงพอและเหมาะสมในการเปลี่ยนผ่านบริการสุขภาพยุคดิจิทัล ตลอดจนแนวโน้มสถานการณ์สุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป โดยมีการจ้างงานที่เป็นธรรม มั่นคงและมีคุณค่า ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจที่ยั่งยืน

ภายใต้ประเด็นหลัก

“เศรษฐกิจยุคใหม่ สร้างสุขภาพะไทยยั่งยืน”

สาระสำคัญประกอบกรอบทิศทางนโยบาย

๑.

พัฒนาศักยภาพประชาชนอย่างจริงจัง

สร้างการรับรู้ใหม่ในสังคมเกี่ยวกับคุณค่าและบทบาทในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในทุกช่วงวัย ให้เกิดความเข้าใจ เกิดความตระหนัก มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความมั่นใจ และมีศักยภาพเพียงพอที่จะสามารถดูแลสุขภาพของตนเอง และคนรอบตัวในเบื้องต้นได้ ลดการพึ่งพาระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนมีความรู้สึกรับผิดชอบต่อการดูแลสุขภาพตนเองและต่อระบบสุขภาพ ให้มีความสำคัญกับกลุ่มประชากรเปราะบางเพื่อเปลี่ยนเป็นต้นทุนและพลังของสังคม

๒.

พลิกโฉมการผลิตและพัฒนากำลังคนเพื่อสุขภาพแนวใหม่

ให้มีความเข้าใจเรื่องสุขภาพะ มีจิตสำนึก มีความเป็นมืออาชีพ สามารถใช้เทคโนโลยีได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ ทำงานเป็นทีมสุขภาพเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (change agent) เพื่อมุ่งสู่ระบบสุขภาพที่เป็นธรรมและยั่งยืน สามารถตอบโจทย์ระบบสุขภาพปฐมภูมิ สังคมสูงวัย และตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินรวมถึงความท้าทายใหม่ได้ด้วยรูปแบบการจัดการศึกษาที่หลากหลาย การบูรณาการระบบการศึกษา การเรียนรู้และการทำงานร่วมกันแบบสหวิชาชีพและสหกิจศึกษา

๓.

ส่งเสริมระบบการทำงานและการจ้างงานกำลังคนเพื่อสุขภาพที่มีอยู่ให้เต็มศักยภาพ

โดยส่งเสริมลักษณะการทำงานให้กำลังคนด้านสุขภาพมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีรูปแบบการทำงานที่หลากหลายและเป็นธรรม มีการทำงานเป็นเครือข่ายเพื่อแก้ไขปัญหาค่าใช้จ่ายตัวของบุคลากรสุขภาพ รวมถึงการจ้างงานกำลังคนนอกภาคการสาธารณสุขที่ส่งผลต่อระบบเศรษฐกิจ เช่น การจ้างดูแลผู้ป่วย ผู้สูงอายุ หรือกลุ่มประชากรเปราะบาง

๔.

สร้างความสามารถแข่งขันด้านเศรษฐกิจของประเทศ

ด้วยประชากรที่มีสุขภาพและผลิตภาพ ผ่านกำลังคนเพื่อสุขภาพและการบริการที่มีคุณภาพ ตลอดจนมีการวิจัยพัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยีทางสุขภาพ สนับสนุนนวัตกรรมที่ก้าวไกลทางการแพทย์ การมีศูนย์เวลเนส หรือมีหน่วยให้บริการด้านสุขภาพอย่างครบวงจร



Policy Statement

การท่องเที่ยวแนวใหม่ สู่สุขภาวะและเศรษฐกิจไทยยั่งยืน



สำนักงานการท่องเที่ยว
และกีฬาแห่งชาติ

มูลนิธิสุขภาพไทย



กรอบทิศทางนโยบาย (Policy Statement)

ทุกภาคส่วนในสังคมให้ความสำคัญการท่องเที่ยวที่ยั่งยืน โดยร่วมมือกันในการขับเคลื่อนให้ทุกพื้นที่เป็นแหล่งท่องเที่ยวที่มีคุณค่า มุ่งเน้นการสร้างสมดุลใน 5 มิติ “เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม และสุขภาวะ” พร้อมร่วมกันบูรณาการพัฒนาเศรษฐกิจฐานราก ผ่านการขับเคลื่อนการท่องเที่ยวที่ยั่งยืน อันจะนำไปสู่การพัฒนาสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของชุมชนและประชาชน ร่วมกับการสร้างความรับผิดชอบต่อของนักท่องเที่ยวและชุมชน เพื่อพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นจุดหมายปลายทางของการท่องเที่ยวสำหรับคนทุกกลุ่มทั้งในประเทศ และในระดับโลก

ภายใต้ประเด็นหลัก

“เศรษฐกิจยุคใหม่

สร้างสุขภาวะไทยยั่งยืน”

ดำเนินการผ่าน แนวทาง ดังนี้

1

พัฒนา ปรับปรุง
โครงสร้างพื้นฐาน
รองรับการท่องเที่ยว
แบบมีคุณภาพ
และยั่งยืน

2

ยกระดับคุณภาพของ
ผลิตภัณฑ์ บริการ และ
ภูมิปัญญาด้านสุขภาพ
ที่ส่งผลต่อสุขภาวะของ
นักท่องเที่ยวและ
ประชาชนในชุมชน

3

สร้างเสริม
ความตระหนัก
ความรับผิดชอบ
และความรอบรู้
ด้านสุขภาวะ
ของนักท่องเที่ยว
และประชาชนในชุมชน

4

กำหนดให้มีมาตรการ
ให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
มีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อ
การท่องเที่ยวแนวใหม่
ที่เชื่อมโยงทั้ง
ในระดับประเทศ
และระดับชุมชน

5

สนับสนุนให้มีการศึกษา
วิจัยเกี่ยวกับข้อจำกัด
ของกฎหมาย นโยบาย
และแนวทางที่เกี่ยวข้อง
กับการท่องเที่ยวแนวใหม่
และการประเมิน
ผลกระทบที่เกิดจาก
การท่องเที่ยวแนวใหม่



“ โดยต่อมา คณะรัฐมนตรีได้มีมติเมื่อวันที่ 2 ธันวาคม 2568
รับทราบมติสภชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 17 พ.ศ. 2567
และมอบหมายให้หน่วยงานหลักประสานการดำเนินการตามนโยบายและหน่วยงาน
ที่เกี่ยวข้องนำมติทั้ง 2 มติไปพิจารณาดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป ”

2. การขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

นับตั้งแต่พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มีผลบังคับใช้ ได้มีการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 17 ครั้ง (พ.ศ. 2551-2567) รวมมีมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 98 มติ 15 กลุ่มมติ ได้แก่

- กลุ่มมติที่ 1 เกษตร อาหารปลอดภัย และความมั่นคงทางอาหาร
- กลุ่มมติที่ 2 โรคจากการประกอบอาชีพ
- กลุ่มมติที่ 3 ผลกระทบต่อเด็ก เยาวชน และครอบครัว
- กลุ่มมติที่ 4 การจัดการพื้นที่สาธารณะ ที่อยู่อาศัย ชุมชนและเมือง
- กลุ่มมติที่ 5 สุขภาวะทางเพศ
- กลุ่มมติที่ 6 เกี่ยวข้องกับปัจจัยทางเศรษฐกิจที่ส่งผลต่อสุขภาพ
- กลุ่มมติที่ 7 สุขภาวะชุมชนและสังคม
- กลุ่มมติที่ 8 การจัดการด้านสิ่งแวดล้อม
- กลุ่มมติที่ 9 มติที่เกี่ยวข้องกับยา
- กลุ่มมติที่ 10 การส่งเสริม ป้องกัน และควบคุมปัจจัยเสี่ยง
- กลุ่มมติที่ 11 มติที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อ (NCDs)
- กลุ่มมติที่ 12 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
- กลุ่มมติที่ 13 การบริหารจัดการเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค
- กลุ่มมติที่ 14 มติที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ
- กลุ่มมติที่ 15 ด้านสุขภาพจิตและความรุนแรงในสังคม

จากการติดตามการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามมติฯ ข้างต้น พบว่า ร้อยละ 80 ของมติทั้งหมดประสบความสำเร็จและเดินหน้าต่อเนื่อง โดยมีการจำแนกตามสถานะการขับเคลื่อนมติฯ ได้เป็น 5 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 มติที่มีการดำเนินงานบรรลุตามเป้าหมายสำคัญของมติแล้ว (A: Achieved) จำนวน 37 มติ อาทิ มติ 8.3 ระบบสุขภาพเขตเมือง: การพัฒนาระบบบริการสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม

กลุ่มที่ 2 มติที่กำลังดำเนินการอย่างต่อเนื่อง (O: On-going) จำนวน 42 มติ อาทิ มติ 16.3 การส่งเสริมการพัฒนาประชากรให้เกิดและเติบโตอย่างมีคุณภาพ

กลุ่มที่ 3 มติที่เห็นควรที่จะต้องนำมาทบทวนใหม่ (R: To be revisited) จำนวน 8 มติ อาทิ มติ 3.5 นโยบายสนับสนุนพื้นที่จัดการตนเองเพื่อสังคมสุขภาวะ

กลุ่มที่ 4 มติที่เห็นควรให้ยุติ เนื่องจากมีมติใหม่ครอบคลุมมติเดิม และไม่สอดคล้องกับบริบทในปัจจุบัน (E: End-up) จำนวน 3 มติ เช่น มติ 1.9 ผลกระทบสื่อต่อเด็กเยาวชนและครอบครัว

กลุ่มที่ 5 มติที่ยังไม่สามารถขับเคลื่อนและต้องหากกลไกเพื่อขับเคลื่อน (M: To find Key Mechanism) จำนวน 8 มติ อาทิ มติ 14.3 การจัดการสื่อสารอย่างมีส่วนร่วมในวิกฤตสุขภาพ



สิ่งที่จะดำเนินการต่อไป

1. การจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 19 พ.ศ. 2569

- การจัดทำคำสั่งคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 19 พ.ศ. 2569 เพื่อวางแผนดำเนินการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติให้เป็นไปด้วยความเรียบร้อยประสานกับภาคีเครือข่ายระดับต่าง ๆ รวมถึงสนับสนุนการจัดสมัชชาสุขภาพพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นที่เชื่อมโยงกับกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ รวบรวมมติและข้อเสนอจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเสนอต่อ คสช. เพื่อขับเคลื่อนและดำเนินการสู่การปฏิบัติ และประสานงานอย่างใกล้ชิดกับคณะกรรมการขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คมส.)
- การเปิดรับประเด็นเข้าสู่กระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 19 โดยมีช่องทางการเปิดรับประเด็น ประกอบด้วย ประเด็นเดิม คสช./คส.สช. เสนอ เครือข่ายเสนอ สช. ค้นหาประเด็น คมส. เสนอ ทบทวน และการค้นหาประเด็นจากหน่วยงานวิจัย

2. การขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

- การขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเชื่อมกับนโยบายสาธารณะของจังหวัด และบูรณาการกับเครื่องมืออื่น ๆ ของ สช. เช่น ธรรมนูญสุขภาพ การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพสิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ
- มีระบบการรายงานความก้าวหน้ามติสู่สาธารณะบนเว็บไซต์สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ



ดูรายละเอียดเพิ่มเติมที่
ชวนสร้างสุข (ภาวะ)
ปฏิบัติการรวมพลังขับเคลื่อน
มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
สู่ปณธรมความสำเร็จ

สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น

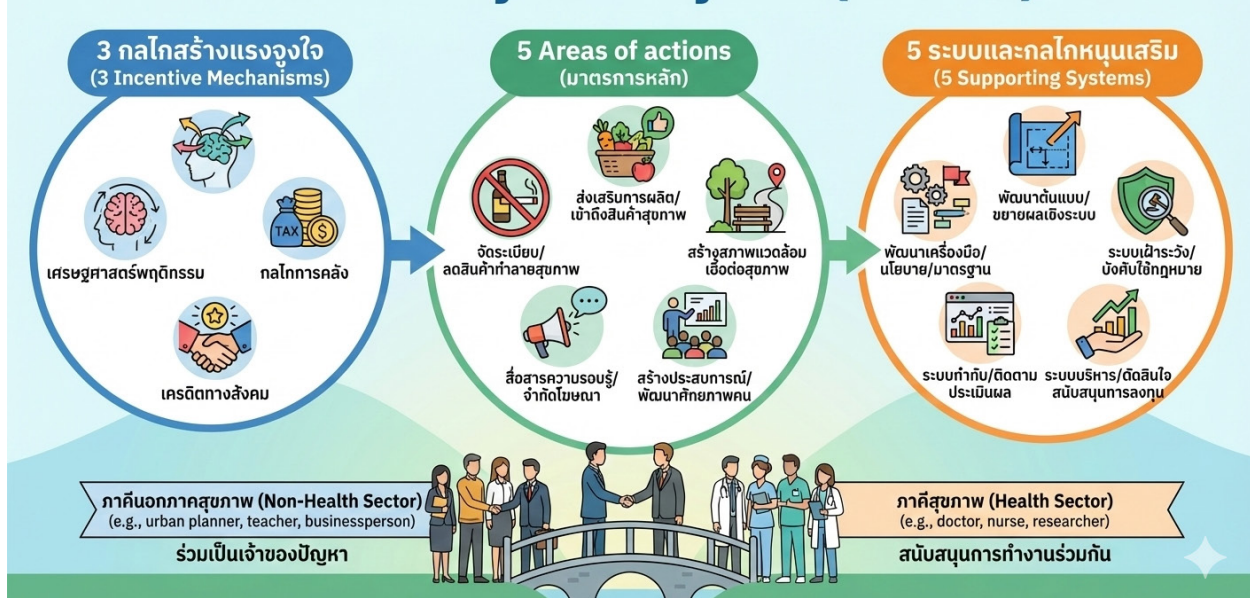
NCDs Ecosystem: การสานพลังสร้างสภาวะแวดล้อมทางกายภาพและสังคมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อ

ความเป็นมา

โรคไม่ติดต่อ (Non-Communicable Diseases : NCDs) เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ ฯลฯ เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของคนไทย โดยคิดเป็นร้อยละ 81 ของการเสียชีวิตทั้งหมด ซึ่งเป็นจำนวนมากกว่า 400,000 รายต่อปี มูลค่าความสูญเสียจากความเจ็บป่วย/เสียชีวิตด้วยกลุ่มโรค NCDs ประมาณ 1.6 ล้านล้านบาทต่อปี คิดเป็นร้อยละ 9.7 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) และจะยิ่งมีความสูญเสียเพิ่มมากขึ้นเนื่องจากพบว่าคนที่เป็นกลุ่มโรคนี้นี้เริ่มเป็นในช่วงอายุที่ต่ำลงเรื่อย ๆ เป็นที่มาของมติสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น NCDs Ecosystem: การสานพลังสร้างสภาวะแวดล้อมทางกายภาพและสังคมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อ เมื่อวันที่ 5 ส.ค. 2567 ซึ่งนำมาสู่การจัดทำ แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย (พ.ศ. 2566 - 2670) และการกำหนด ยุทธศาสตร์ NCDs Ecosystem

ในปี 2568 คณะกรรมการพัฒนานโยบายสาธารณะว่าด้วยการสานพลังสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการลดโรคไม่ติดต่อที่แต่งตั้งโดยคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติดำเนินการขับเคลื่อนนโยบายระดับชาติควบคู่กับมาตรการในพื้นที่ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของภาคีนอกภาคสุขภาพ (Non-Health Sector) เพื่อสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน โดยประยุกต์ใช้มาตรการ “3:5:5” คือ การใช้ 3 หลักการสำคัญ ได้แก่ หลักเศรษฐศาสตร์พฤติกรรม กลไกการคลัง และเครดิตทางสังคม เพื่อสร้างแรงจูงใจ ลดพฤติกรรมเสี่ยง และการดำเนินงานภายใต้กรอบแนวคิด NCDs Ecosystem ในพื้นที่ 8 จังหวัดนำร่อง

NCDs Ecosystem by สุข. (3 : 5 : 5)



ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

1. ระดับนโยบาย

- ผลักดันประเด็นการสานพลังสร้างสภาวะแวดล้อมทางกายภาพและสังคมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อเข้าสู่แผนและกลไกระดับชาติที่เกี่ยวข้อง
- พัฒนานโยบาย/มาตรการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพ อาทิ นโยบายภาษีเกลือและโซเดียม, พ.ร.บ.กำกับการตลาดอาหารเด็กฯ, นโยบายส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายด้วย Health Point ฯลฯ
- พัฒนานโยบาย/แพลตฟอร์มสร้างแรงจูงใจสุขภาพ ได้แก่ Health Point เพื่อใช้สร้างแรงจูงใจให้ประชาชนออกกำลังกายที่เป็นรูปธรรม โดยประสานความร่วมมือหน่วยงานต่าง ๆ อาทิ กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา, สสส., กรมควบคุมโรค, สปสช., กรมอนามัย ฯลฯ
- เชื่อมโยงภาคธุรกิจ-สถานประกอบการเป็น “หุ้นส่วนสุขภาพ” ผ่านแนวคิดการจัดทำตัวชี้วัดด้านสุขภาพในเกณฑ์ความยั่งยืนทางธุรกิจของตลาดหลักทรัพย์ (ESG)

2. ระดับพื้นที่

- เกิดกลไก Ecosystem แบบบูรณาการ ระหว่าง พชอ.-อปท.-ศสมช.-ชุมชน-โรงเรียน-วัด-ศาสนา-เอกชน รวมถึงความร่วมมือจากภาค Non-Health sector ร่วมเป็นเจ้าของและร่วมขับเคลื่อนงานกับจังหวัดมากขึ้น
- เกิด “วัฒนธรรมสร้างสุขภาพ” ในระดับพื้นที่ เช่น งานบุญปลอดเหล้า เมนูทางเลือกสุขภาพในตลาดและโรงเรียน สถานที่ท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ร้านอาหารลดเค็ม ร้านน้ำอ่อนหวาน (ชุมชนร้านกาแฟภาคใต้)
- โรงเรียนและชุมชนร่วมกันพัฒนาเป็นพื้นที่ต้นแบบสุขภาพดี พร้อมขยายผลในอำเภออื่น
- เกิดนวัตกรรมสุขภาพท้องถิ่น (Local Innovation) เช่น “เดินแลกแต้ม 21 วัน” (ตราด), “เมนูสุขภาพวิถีน่าน” (น่าน), “โคเรมอนบัดดีลดน้ำตาล” (กาญจนบุรี)
- เกิดการใช้ข้อมูลสุขภาพระดับตำบล-อำเภอในการวางแผนและประเมินผลการลด NCDs ในจังหวัดน่าน
- เกิดการขยายผลเชิงนโยบายและระบบจากพื้นที่น่านร่องไปสู่การกำหนดนโยบายจังหวัด/ธรรมนูญสุขภาพ/วาระจังหวัดลด NCDs

สิ่งที่จะดำเนินการต่อไป

1. ส่งเคราะห์บทเรียนพื้นที่ต้นแบบเพื่อยกระดับเป็นนโยบายจังหวัด/แผนพัฒนาจังหวัด/เขตสุขภาพเพื่อประชาชน/เขตบริการสุขภาพ รวมถึงการสร้างกลไก Policy Feedback Loop เชื่อมข้อมูลจากพื้นที่สู่หน่วยงานนโยบาย เช่น สธ., สช., สสส., IHPP
2. พัฒนาระบบข้อมูลกลาง (Data Platform) ของ NCDs Ecosystem เชื่อมโยงระบบข้อมูลกับฐานข้อมูลระดับชาติ (HDC/ThaiHealth Watch) เพื่อการวิเคราะห์แนวโน้มสุขภาพเชิงพื้นที่ และกำหนดตัวชี้วัดระดับของ Ecosystem เพื่อใช้วัดผลเชิงระบบ
3. เสริมสร้างกลไกบูรณาการข้ามภาคส่วน ในรูปแบบศูนย์ขับเคลื่อน NCDs Ecosystem จังหวัด หรือ MOU ภาควิชาสุขภาพจังหวัด หรืออื่น ๆ
4. การสร้างแรงจูงใจ/นวัตกรรมสุขภาพเพื่อการเปลี่ยนพฤติกรรม รวมถึงสื่อสารสาธารณะและสร้างวาระร่วมของสังคม
5. ขยายพื้นที่ต้นแบบเป็นศูนย์เรียนรู้ระดับเขต และพัฒนาศักยภาพผู้นำในพื้นที่ (ผู้นำศาสนา, ผู้นำท้องถิ่น, เด็กและเยาวชน) เป็นพลังขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงในชุมชน
6. พัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายระดับชาติ/แผนยุทธศาสตร์/กองทุน ข้ามหน่วยงาน เพื่อการขับเคลื่อน NCDs Ecosystem ในเชิงระบบอย่างยั่งยืน

สมาชิกสุขภาพเฉพาะประเด็น

การปกป้องเด็กและเยาวชนจากบุหรี่ไฟฟ้า

ความเป็นมา

บุหรี่ไฟฟ้าเป็นภัยคุกคามสุขภาพรูปแบบใหม่ที่มีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อเด็กและเยาวชน ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2567 พบคนไทยสูบบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มขึ้น 11.44 เท่า จากเดิม 78,742 คน ในปี 2564 เพิ่มเป็น 900,459 คน ในปี 2567 โดยพบสถิติการเพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดดในกลุ่มเด็กนักเรียน อายุเฉลี่ยผู้เริ่มใช้บุหรี่ไฟฟ้าที่อายุ 13 ปี และอายุผู้เริ่มใช้บุหรี่ไฟฟ้าที่น้อยที่สุด อายุ 6 ปี และในปี 2567 รายงานของกระทรวงสาธารณสุข พบผู้ป่วยเยาวชนที่มีอาการปอดอักเสบรุนแรงจากการใช้บุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มขึ้นกว่า 100 ราย

เป็นที่มาของมติสมาชิกสุขภาพเฉพาะประเด็น “การปกป้องเด็กและเยาวชนจากบุหรี่ไฟฟ้า” เมื่อวันที่ 13 พ.ค. 2567 ซึ่งคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติมีมติเห็นชอบการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนานโยบายสาธารณะประเด็นการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าโดยขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้าในประเทศไทยผ่าน 5 มาตรการหลัก ได้แก่ 1.การพัฒนาและจัดการองค์ความรู้ 2.การสร้างการรับรู้ภัยอันตรายและการเสพติดของบุหรี่ไฟฟ้าแก่เด็ก เยาวชน และสาธารณชน 3.การเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมายควบคุมบุหรี่ไฟฟ้า เช่น กำหนดมาตรการทางกฎหมาย 4.การพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายเพื่อสนับสนุนมาตรการป้องกัน ควบคุมบุหรี่ไฟฟ้า และ 5.การยืนยันนโยบายและมาตรการป้องกัน และปราบปรามการแพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้า



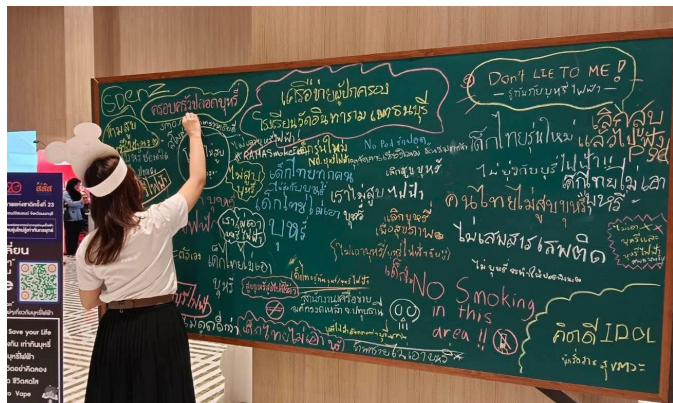
ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

1. กระทรวงมหาดไทย ดำเนินการมาตรการการป้องกันและปราบปรามอุบัติเหตุไฟฟ้าในพื้นที่ 76 จังหวัด โดยกำหนดให้การป้องกันและปราบปรามอุบัติเหตุไฟฟ้า เป็นวาระสำคัญในการประชุมกรรมการจังหวัด และหัวหน้าส่วนราชการจังหวัด
2. กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม มีประกาศกระทรวงฯ เรื่องแนวทางปฏิบัติ เพื่อควบคุมการสูบบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าในสถาบันอุดมศึกษาและสถานศึกษาในสังกัด ประกาศเมื่อวันที่ 22 เมษายน 2567
3. กระทรวงศึกษาธิการ ออกกฎกระทรวงกำหนดความประพฤติของนักเรียนและนักศึกษา (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2568 วันที่ 4 เมษายน 2568 (ประกาศในราชกิจจานุเบกษา) โดยมีสาระสำคัญเพิ่มการห้าม การผลิต ซื้อมา ขาย แจก แลกเปลี่ยน ให้ ส่งมอบ ให้บริการ เสพ บริโภค สูบ ครอบครอง หรือกระทำ อื่นใดกับบุหรี่ไฟฟ้า และจัดทำประกาศ เรื่อง มาตรการควบคุมการแพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้า ณ วันที่ 10 มีนาคม 2568 กำหนดมาตรการควบคุมการแพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้า
4. สำนักงานการศึกษา กรุงเทพมหานคร กำหนดให้โรงเรียนในสังกัด กทม. จัดให้มี Dropbox สำหรับ เก็บบุหรี่ไฟฟ้าส่งให้สำนักงานเขตในพื้นที่ และรายงานสถานการณ์การตรวจพบบุหรี่ไฟฟ้าให้สำนักงาน การศึกษาทราบอย่างต่อเนื่อง โดยไม่มีการดำเนินคดีกับเด็กและเยาวชนในสถานศึกษา
5. กรมประชาสัมพันธ์ ขยายผลประชาสัมพันธ์ในพื้นที่รายการ “ตีฆ้องร้องข้าว” ผ่านหอกระจายข่าว 76 จังหวัด จำนวน 80,000 หมู่บ้าน
6. กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ดำเนินการระงับ/ปิดกั้น โดยคำสั่งศาล ตั้งแต่เดือน มีนาคม 2567-กันยายน 2568 จำนวน 49,220 URL โดยมีสถิติการจับกุมการกระทำผิดเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า ระหว่างวันที่ 26 กุมภาพันธ์ - วันที่ 19 กันยายน 2568 จับกุม 3,312 คดี ยึดอายัด 3,230,856 ชิ้น มูลค่า ของกลาง 654,553,388 บาท
7. สำนักงานป้องกันและปราบปรามการฟอกเงิน สืบเส้นทางการเงิน มีจำนวนเรื่องรับเข้า (กรณีบุหรี่ไฟฟ้า) จำนวน 74 เรื่อง จำนวนคำสั่ง ย. 1 รายคดี นายศุภกร เขียวชาญ กับพวก) มูลค่าทรัพย์สิน 21,414,317.16 บาท ตามคำสั่ง ย. ที่ 170/2568 ลงวันที่ 5 สิงหาคม 2568
8. เมืองพัทยา จัดทำประกาศเมืองพัทยา เรื่อง นโยบายสถานศึกษาและศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัด เมืองพัทยาปลอดบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า
9. กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น มีหนังสือถึงผู้ว่าราชการจังหวัดทุกจังหวัด เรื่อง มาตรการควบคุม การแพร่ระบาดของบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าในสถานศึกษาสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่มท. 0816.3/ ว 2216 ลงวันที่ 21 พฤษภาคม 2568
10. มูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการไม่สูบบุหรี่ ดำเนินการ (1) หนุนเสริมภาคีเครือข่าย/องค์กรที่เกี่ยวข้อง ดำเนินงานตามประกาศนโยบายหรือมาตรการ โดยสนับสนุนชุดสื่อรณรงค์สำหรับเด็ก สังกัด อปท. จำนวน 48 แห่ง เพื่อขับเคลื่อนงานรณรงค์ในพื้นที่เนื่องในวันงดสูบบุหรี่โลก 31 พฤษภาคม 2568 (2) บันทึกข้อตกลงและประกาศนโยบายสร้างการรับรู้อันตรายและการเสพติดของบุหรี่ไฟฟ้าแก่เด็ก เยาวชน ปลุกจิตสำนึก Gen Z สร้างพื้นที่ปลอดภัย (จังหวัดแม่ฮ่องสอน) ให้เยาวชนห่างไกลบุหรี่และ บุหรี่ไฟฟ้า (3) พัฒนาศักยภาพให้กับบุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงานควบคุม การบริโภคยาสูบ โดยร่วมกับเทศบาลตำบลเกร็ดแก้ว จ.ชลบุรี อบรมพัฒนาศักยภาพนักศึกษาของ โรงเรียนชุมพลทหารเรือ จำนวน 800 คน
11. กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ บูรณาการการดำเนินงานผ่านคณะกรรมการควบคุม ผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด เพื่อยกระดับมาตรการควบคุมการแพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้า โดยมุ่งเน้น การสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับโทษและผลกระทบผ่านการพัฒนาชุดองค์ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่และ บุหรี่ไฟฟ้า และการจัดทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) ในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บุหรี่ บุหรี่ไฟฟ้า และลดอุบัติเหตุทางถนน

12. ประชามติการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ มีหนังสือด่วนที่สุด ที่ สม 0701/41 ลงวันที่ 20 สิงหาคม 2568 ถึงนายกรัฐมนตรี แจ้งข้อเท็จจริง สภาพปัญหา ข้อพิจารณา และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าเพื่อคุ้มครองสิทธิด้านสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะเด็กและเยาวชน และจัดทำหนังสือเลขที่ สม 0701/46 ลงวันที่ 16 กันยายน 2568 เรื่องข้อเสนอแนะในการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าของประเทศไทย ไปยังประธานสภาผู้แทนราษฎร และประธานวุฒิสภา
13. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ดำเนินการประสานขอเข้าพบหน่วยงาน ได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตแห่งชาติ (วันที่ 20 มิถุนายน 2568) สำนักงานผู้ตรวจการแผ่นดิน (วันที่ 25 มิถุนายน 2568) และกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ (วันที่ 30 มิถุนายน 2568) เพื่อหารือการป้องกันการทุจริตจากการแทรกแซงนโยบายรัฐของอุตสาหกรรมยาสูบและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง รวมถึงสนับสนุนการขับเคลื่อนการป้องกันปัญหาการแพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้าผ่านกลไกเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) ธรรมนูญสุขภาพและสมัชชาสุขภาพจังหวัด โดยการสนับสนุนจาก สสส. ดำเนินการขับเคลื่อนป้องกันการแพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มเด็กและเยาวชน โดย กขป. ทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางในการประสานงานระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ในระดับพื้นที่เพื่อพัฒนาแผนงานและยุทธศาสตร์ระดับเขต พัฒนาชุดข้อมูลรณรงค์ให้ความรู้/เฝ้าระวังการใช้บุหรี่ไฟฟ้า สนับสนุนการบังคับใช้กฎหมายในท้องถิ่น โดยมีพื้นที่ดำเนินการในระยะแรก ประกอบด้วย เขตสุขภาพเพื่อประชาชน 8 เขตพื้นที่ ได้แก่ เขต 1-4-5-6-7-8-10-11

สิ่งที่จะดำเนินการต่อไป

1. การขับเคลื่อนมาตรา 5.3 ของกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลกในประเด็นว่าด้วยการปกป้องนโยบายด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยาสูบจากผลประโยชน์ทางการค้าและผลประโยชน์อื่น ๆ ของอุตสาหกรรมยาสูบ
2. การประชุมหารือทบทวนข้อเสนอเชิงนโยบาย หลังจากรวบรวมผลการดำเนินงานแต่ละมาตรการเพื่อวางแผนแนวทางการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง





รวมพลังขับเคลื่อน
มาตรการป้องกัน
เด็กและเยาวชนจาก
“บุหรี่ไฟฟ้า”



สมัชชาสุขภาพจังหวัด

สมัชชาพึ่งพาแห่งความสุข

ความเป็นมา

จากปัญหากลุ่มประชากรเปราะบาง กลุ่มชาติพันธุ์ และปัญหาความยากจน มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การครองชีพ มีหนี้สิน และไม่มีการออม ประชาชนไม่มีเอกสารสิทธิในที่ดินทำให้เข้าไม่ถึงสาธารณสุขภาค การซ่อมแซมบ้าน และการพัฒนาชุมชนของตนเองได้

เป็นที่มาของการใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพจังหวัด โดยความร่วมมือของภาครัฐ ภาคราชการ ภาคประชาสังคม ภาคเอกชน และภาควิชาการในจังหวัดพังงา เพื่อขับเคลื่อน “รูปธรรมชุมชนจัดการตนเอง แก้ปัญหาที่อยู่อาศัย คุณภาพชีวิตทุกมิติ” สอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนา 10 ปี (พ.ศ. 2565 - 2574) ไปสู่จังหวัดจัดการตนเอง



ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

1. กระบวนการสมัชชาสุขภาพจังหวัดก่อให้เกิดพื้นที่กลางในการทำงานร่วมของภาคส่วนต่างๆ ในจังหวัด สู่เป้าหมายการพัฒนา “พังงาแห่งความสุข” ทุกมิติ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านความมั่นคง ในที่ทำกินและที่อยู่อาศัย ซึ่งเกิดบ้านพอเพียงในพื้นที่ 5 ตำบล จำนวน 84 ครัวเรือน และขยายพื้นที่ ดำเนินการใน 3 พื้นที่ใหม่ ได้แก่ ตำบลมะรุ่ย ตำบลพรุใน ตำบลกะไหล (คนไร้ดิน ไร้บ้าน)
2. เกิดการพัฒนาการออกแบบเชิงภูมิสถาปัตยกรรม “บ้านกลางน้ำ” สะท้อนวิถีอัตลักษณ์ของชุมชนของพังงา ควบคู่กับการดูแลสุขภาพแวดล้อม การพัฒนาคุณภาพชีวิต เศรษฐกิจชุมชน และกระบวนการ ออกแบบวางผังชุมชน วางแผนการพัฒนาชุมชนที่ครอบคลุมทุกมิติ ทั้งด้านที่อยู่อาศัย สาธารณูปโภค สภาพแวดล้อม สังคมและเศรษฐกิจ แก้ปัญหาความยากจน ลดความเหลื่อมล้ำของประชาชน เพื่อมุ่ง สู่เป้าหมายพังงาแห่งความสุข
3. เกิดภาพความร่วมมือเชิงบวกของหน่วยงาน ภาวศึความร่วมมือในจังหวัดที่ร่วมขับเคลื่อนด้านคุณภาพ ชีวิตและที่อยู่อาศัยมากขึ้น เช่น องค์การบริหารส่วนจังหวัดพังงา เทศบาลกาชาดจังหวัด พัฒนาสังคมและ ความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดพังงา เป็นต้น

สิ่งที่จะดำเนินการต่อไป

1. สนับสนุนให้เกิด “การกระจายอำนาจ” แก่หน่วยงานระดับจังหวัด เพื่อเอื้อให้เกิดความสะดวกสำหรับ ดำเนินกิจกรรมโครงการต่าง ๆ ที่สามารถตอบโจทย์ความต้องการของคนในพื้นที่ได้อย่างรวดเร็ว และถูกต้อง
2. ผลักดันให้เกิดกลไกการขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพจังหวัดพังงาในรูปแบบการใช้ “พื้นที่เป็นตัวตั้ง” โดยมีคณะทำงานกระจายตัวอยู่ในพื้นที่ตำบลและหมู่บ้าน เพื่อทำให้เกิด “พื้นที่แห่งการเรียนรู้” สำหรับการแก้ไขปัญหาที่แท้จริง ดังเช่นปัญหาที่อยู่อาศัยให้กับผู้ยากไร้ในชุมชน ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาเป็น นโยบายต่าง ๆ ทั้งในระดับจังหวัดและระดับภาคต่อไป



สมัชชาสุขภาพจังหวัด

สมัชชาพลเมืองสงขลา: “ความสุขเริ่มที่บ้าน”

ความเป็นมา

จากปัญหาการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร สัดส่วนประชากรวัยเด็กลดลง วัยสูงอายุเพิ่มขึ้น อัตราส่วนการพึ่งพิงและสัดส่วนประชากรกลุ่มเปราะบางและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในพื้นที่สงขลา

เป็นที่มาของการใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพจังหวัด ซึ่งภาคีเครือข่ายสมัชชาสุขภาพจังหวัดสงขลา โดยความร่วมมือจาก พมจ.สงขลา กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัด สมัชชาสุขภาพจังหวัดสงขลา ภาคเอกชน และมูลนิธิต่าง ๆ ร่วมกันดำเนินการ “โครงการรวมพลังชาวสงขลาให้ทุกครัวเรือนมีบ้าน: ความสุขเริ่มที่บ้าน” เพื่อพัฒนาด้านที่อยู่อาศัยให้กับครอบครัวคนพิการ/ผู้ป่วยติดเตียง และสร้างความร่วมมือในการทำงานเชิงพื้นที่เพื่อเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัย โดยมีกลุ่มเป้าหมายคือผู้พิการ/ผู้ป่วยติดเตียงสิทธิบัตรทองและสมาชิกครอบครัว



ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

1. มีการจัดตั้ง “ศูนย์เต็มสุขสงขลา” โดยในปี 2568 ได้มีการดูแลผู้สูงอายุ/ผู้พิการติดเตียง 904 คน และสมาชิกในครอบครัว ดำเนินงานด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านสภาพแวดล้อม พัฒนา “มาตรฐานกลางการปรับสภาพบ้านสำหรับคนพิการติดเตียง” การเชื่อมโยงรถรับส่งผู้ป่วยไปพบแพทย์ ด้านสังคม การเข้าถึงสวัสดิการทางสังคม (เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและคนพิการ) การศึกษา ศาสนา ข้าราชการ การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง เป็นต้น ด้านสุขภาพ ค้นหาและประเมินการเข้าถึงสิทธิและสวัสดิการพื้นฐานของครัวเรือนคนพิการ ประสานส่งผู้ป่วย (รถรับส่ง) การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การใช้ Telemedicine ด้านเศรษฐกิจ สร้างรายได้ เงินกู้ยืม และพัฒนาอาชีพ เป็นต้น
2. พัฒนา “ธรรมนูญจังหวัดในการพัฒนาที่อยู่อาศัยและการเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัยจังหวัดสงขลา” เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาที่อยู่อาศัยและการดูแลกลุ่มเปราะบางอย่างยั่งยืน และเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัย

สิ่งที่จะดำเนินการต่อไป

1. ยกระดับ “ประเด็นคานงัด” ที่เป็นประเด็นร่วมระดับพื้นที่สู่การพัฒนานโยบายระดับจังหวัดและระดับชาติ เพื่อให้เกิดการแก้ไขปัญหาย่างเป็นรูปธรรม
2. สร้างความเข้มแข็งให้กลไก/เครือข่ายสมาชิกสุขภาพจังหวัด และคณะทำงาน 4P-W ระดับจังหวัด ให้เป็น “พื้นที่กลาง” ในการพัฒนานโยบายสาธารณะที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ที่เชื่อมโยงประเด็นตามสถานการณ์ปัจจุบัน ยุทธศาสตร์ชาติ และแผนพัฒนาระดับต่าง ๆ อาทิ สังคมสูงวัย สุขภาวะทางจิต ความมั่นคงทางอาหาร สิ่งแวดล้อม และภัยคุกคามรูปแบบใหม่ เป็นต้น



สมาชิกสุขภาพจังหวัด

สมาชิกสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม: ปฏิบัติการ “ส่งเสริม ป้องกัน และลดภัย NCDs”

ความเป็นมา

เบาหวาน เป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อ (NCDs) ที่เป็นภัยเงียบคร่าชีวิตคนไทย ร้อยละ 10 ประชากรโลกในวัยผู้ใหญ่ป่วยด้วยโรคเบาหวานมากถึง 537 ล้านคน เสียชีวิตมากกว่า 4 ล้านคนต่อปี ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคเบาหวาน 6.5 ล้านคน และจังหวัดมหาสารคาม มีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน สูงเป็นลำดับที่ 13 ของประเทศ และลำดับที่ 1 ของเขตสุขภาพ

เป็นที่มาของการจัดทำ “ธรรมนูญสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม เพื่อการส่งเสริม ป้องกัน และลดภัย NCDs” เป็นกรอบมาตรการและแนวทางให้หน่วยงานราชการ องค์กรเอกชน และประชาชน เพื่อดำเนินการส่งเสริม ป้องกัน และลดภัย NCDs ร่วมกัน



“ลดหวาน มัน เค็ม ห่างไกล NCDs”

ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

1. จัดทำ (ร่าง) ธรรมนูญสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประเด็น “การส่งเสริม ป้องกัน และลดภัย NCDs โดยใช้ “กระบวนการสมัชชาสุขภาพ” เพื่อบูรณาการความร่วมมือจากหน่วยงานภาคีทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการค้นหาประเด็นปัญหา แนวทาง/มาตรการแก้ไข เพื่อแก้ไขปัญหา NCDs ร่วมกัน
2. ประกาศใช้ ธรรมนูญสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประเด็น “การส่งเสริม ป้องกัน และลดภัย NCDs” โดยผู้ว่าราชการจังหวัดมหาสารคาม ได้ลงนามประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพฯ เมื่อวันที่ 28 พฤษภาคม 2568 โดยเชื่อมโยงกับแผนพัฒนาจังหวัดมหาสารคาม ระยะ 20 ปี (2566-2585)
3. จัดทำธรรมนูญสุขภาพ ประเด็น “การส่งเสริม ป้องกัน และลดภัย NCDs” ระดับตำบลนำร่อง ในพื้นที่ 3 ตำบล ได้แก่ ธรรมนูญสุขภาพตำบล อบต.ดอนหว่าน, ธรรมนูญสุขภาพตำบล อบต.บ้านหวาย และธรรมนูญสุขภาพตำบล เทศบาลตำบลนาคูน เพื่อพัฒนาแนวทาง/ปฏิบัติการเพื่อการแก้ไขปัญหา NCDs อย่างเป็นรูปธรรมในระดับพื้นที่

สิ่งที่จะดำเนินการต่อไป

1. การสร้างและพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง โดยจัดหลักสูตรเพื่อพัฒนาศักยภาพและทักษะที่จำเป็นแก่ภาคีเครือข่ายจากหลายภาคส่วน (เช่น ภาครัฐ ภาควิชาการ ภาคประชาสังคม และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) ให้สามารถใช้เครื่องมือตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ในการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม เพื่อการส่งเสริม ป้องกัน และลดภัย NCDs
2. การเชื่อมโยงและบูรณาการนโยบายจากระดับชาติสู่ระดับพื้นที่ โดยสนับสนุนให้นำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 ไปพัฒนาเป็นแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพในระดับพื้นที่
3. ผลักดันมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติผ่านกลไกพื้นที่ โดยใช้มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเป็นฐานในการขับเคลื่อนในระดับจังหวัด โดยนำไปสู่การประกาศเป็นวาระจังหวัด หรือการจัดทำธรรมนูญสุขภาพระดับจังหวัด/ตำบลที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่
4. บรรลุประเด็นการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเข้าเป็นประเด็นและตัวชี้วัดผ่านกลไกการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) รวมถึงแผนพัฒนาท้องถิ่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนในแนวราบ

อาหารดี
รับประทานอาหาร 5 หมู่
หนักเนื่องการรับประทานอาหาร 5 สี
อาหารที่มีรสหวาน มัน เค็ม มากเกินไป

ออกกำลังกายดี
เคลื่อนไหวร่างกายและออกกำลังกาย
เป็นประจำอย่างน้อยวันละ 30 นาที
วันละ 30 นาที

อารมณ์ดี
มีการจัดการกับอารมณ์ นึกสมาธิและผ่อนคลาย
ความเครียด เช่น นั่งสมาธิ ทำสมาธิแบบเบ้าเบ้า

ไม่สูบบุหรี่
ลด ละ เลิก การสูบบุหรี่
เพราะเกิดอันตรายต่อตนเอง และคนรอบข้าง

ไม่ดื่มสุรา
งดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

สิ่งแวดล้อมดี
สถานที่อยู่อาศัยปลอดภัย สภาพภูมิอากาศเหมาะสมสำหรับดำรงชีวิต
จากภาคีภาครัฐฯ นำระจาด และบริหารจัดการรับบริการอย่างยั่งยืน
เนื่องในโอกาสครบ 10 ปี

สังคมอบอุ่น
สังคมที่อบอุ่น มีวินัยในพฤติกรรม
คุณงามความดี มีน้ำใจในชาติที่ดี

มหาสารคาม "จังหวัดสุขภาพดี"
304S
อาหารดี ออกกำลังกาย อารมณ์ดี
ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา สิ่งแวดล้อมดี สังคมอบอุ่น
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

สมาชิกสุขภาพจังหวัด

สมาชิกสุขภาพจังหวัดลำปาง: ปฏิบัติการ “ลดบุหรี่ไฟฟ้า” สร้างภูมิคุ้มกันเยาวชนอย่างยั่งยืน

ความเป็นมา

บุหรี่ไฟฟ้าเป็นผลิตภัณฑ์ที่อันตรายต่อสุขภาพ เนื่องจากมีสารนิโคติน โลหะหนัก และสารก่อมะเร็ง ที่ส่งผลกระทบต่อพัฒนาการทางสมองของเด็ก ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2567 พบคนไทยสูบบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มขึ้น 11.44 เท่า จากเดิม 78,742 คนในปี 2564 เพิ่มขึ้นเป็น 900,459 คนในปี 2567 และ ปี 2567 พบผู้ป่วยเยาวชนที่มีอาการปอดอักเสบรุนแรงจากการใช้บุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มขึ้นกว่า 100 ราย

จังหวัดลำปาง มีการจับกุมผู้กระทำความผิดอย่างต่อเนื่องทั้งผู้ค้าและผู้ครอบครอง โดยเฉพาะในพื้นที่ใกล้สถานศึกษา และมีการตรวจยึดบุหรี่ไฟฟ้าและอุปกรณ์อย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชน สมาชิกสุขภาพจังหวัดลำปาง สสส. กระทรวงศึกษาธิการ อบจ. ลำปาง และภาคียุทธศาสตร์ในจังหวัด 23 หน่วยงาน จึงร่วมกันใช้กระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อขับเคลื่อนประเด็น “การปกป้องคุ้มครองเด็กเยาวชนจากบุหรี่ไฟฟ้า” สู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม โดยบูรณาการทำงาน และสร้างกลไกการทำงานร่วมกัน เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันและลดความเสี่ยงการเกิดนักสูบหน้าใหม่ในกลุ่มเด็กและเยาวชน

“หยุดบุหรี่ไฟฟ้า”



ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

1. พัฒนากลไกการขับเคลื่อนการสร้างองค์ความรู้ทั้งเชิงป้องกันและป้องปราม รวมถึงกฎ กติกา และ ธรรมนูญสถานศึกษาว่าด้วยการป้องกันและควบคุมการใช้ผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ไฟฟ้าใน สถานศึกษา ตัวอย่าง โรงเรียนอนุบาลลำปาง (เขลางค์รัตน์อนุสรณ์) พ.ศ. 2568 สามารถสร้างสภาพ แวดล้อมที่ปลอดบุหรี่ไฟฟ้า 100% ได้จริง นักเรียนมีความรู้เรื่องอันตรายจากบุหรี่ไฟฟ้า/ยาเสพติด และมีพฤติกรรมไม่ใช้/ไม่ยุ่งเกี่ยวกับสิ่งเสพติดอย่างต่อเนื่อง
2. พัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อรณรงค์ลดปัญหาการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในโรงเรียนและชุมชน: อบรมวิทยากร กระบวนการระดับจังหวัด (ครู ก.) จำนวน 30 คน และอบรมวิทยากรกระบวนการแกนนำนักเรียน ครู และผู้นำชุมชน (ครู ข.) รวม 90 คน เพื่อเป็นทีมหลักในการรณรงค์ โดยขยายผลไปยังพื้นที่ 2 เขตการศึกษา จำนวน 28 โรงเรียน และ 6 ชุมชน รอบโรงเรียนมัธยมศึกษา รวม 1,200 คน
3. บูรณาการทำงานระหว่างบ้านพักเด็กและครอบครัวจังหวัดลำปาง สภาดเด็กและเยาวชนจังหวัดลำปาง และ อบจ. ในการจัดกิจกรรมรณรงค์ลดปัญหาการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในสถานศึกษาและพื้นที่ อ.เมืองลำปาง อ.สบปราบ อ.เสริมงาม และ อ.แม่ทะ โดยใช้หลักคิด “ชุมชนนำ” และ “เลี้ยงเด็ก 1 คนใช้คนทั้งหมดบ้าน” พัฒนาทักษะการทำสื่อ และจัดให้มีการประกวดสื่อรณรงค์ (คลิปสั้น, คำขวัญ)ต่อต้านบุหรี่ไฟฟ้า ในระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา

สิ่งที่จะดำเนินการต่อไป

1. สนับสนุนกลไกการทำงานของ กขป. และสมัชชาสุขภาพระดับพื้นที่เพื่อขับเคลื่อนงานปกป้องเด็ก และเยาวชนจากบุหรี่ไฟฟ้า โดยเน้นการบูรณาการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในพื้นที่ (รัฐ, วิชาการ/วิชาชีพ, เอกชน, ประชาสังคม) ผ่านกลไกเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) สมัชชาสุขภาพจังหวัด เพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่กับระดับประเทศอย่างมี ประสิทธิภาพ
2. เสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพเครือข่ายภาคีสุขภาพและชุมชนเข้มแข็ง การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของ สมัชชาสุขภาพจังหวัดหรือเวทีเชิงปฏิบัติการ เพื่อให้เกิดการสานพลังขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะที่ดี สู่การอยู่ดีมีสุขโดยพลังชุมชนเข้มแข็ง และพัฒนาศักยภาพของคนในพื้นที่ให้สามารถร่วมเป็นเจ้าของ และร่วมรับผิดชอบในการพัฒนาระบบสุขภาพของตนเอง
3. พัฒนาระบบข้อมูลและองค์ความรู้เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบาย สนับสนุนการวิจัยและ พัฒนาองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพะภาคเหนือ และจัดทำฐานข้อมูลที่สามารถเข้าถึงได้ เพื่อให้เกิด การใช้พลังปัญญาในการกำหนดทิศทางของระบบสุขภาพให้ตรงกับความเป็นจริงของประชาชนในพื้นที่



เวทีสมัชชาสุขภาพ จ.ลำปาง

การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (Health Impact Assessment: HIA)

ความเป็นมา

การพัฒนาประเทศที่มุ่งเน้นการเติบโตทางเศรษฐกิจผ่านนโยบายและโครงการขนาดใหญ่มีแนวโน้มก่อให้เกิดผลกระทบที่หลากหลายต่อสิ่งแวดล้อม สังคม สุขภาพ และคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริเวณที่มีการพัฒนาอุตสาหกรรมขนาดใหญ่ การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (HIA) จึงได้รับการพัฒนาขึ้นในฐานะเครื่องมือทางวิชาการและกระบวนการมีส่วนร่วมที่สำคัญ ซึ่งช่วยให้ทุกภาคส่วนสามารถเข้ามาร่วมกันค้นหาและบริหารจัดการความเสี่ยงด้านสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นล่วงหน้า (Proactive) หรือติดตามประเมินผลกระทบที่เกิดขึ้นแล้ว (Reactive) เพื่อให้มั่นใจว่าการพัฒนาจะดำเนินไปควบคู่กับการธำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน

โดยในปี 2568 สช. มุ่งเน้นการเสริมสร้างศักยภาพของภาคีเครือข่าย/หน่วยงานเป้าหมายในการนำกระบวนการ HIA ไปใช้เป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมโดยสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติและเป้าหมายการพัฒนาเมืองน่าอยู่อย่างยั่งยืน (Sustainable Livable City) ทั้งในด้านการองค์ความรู้ การสร้างเครือข่าย และการประยุกต์ใช้เครื่องมือ HIA เพื่อให้เกิดผลลัพธ์เชิงนโยบายและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างเป็นรูปธรรม



ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

1. การพัฒนาระบบเฝ้าระวังผลกระทบต่อด้านสุขภาพโดยชุมชน (Community Health Impact Assessment: CHIA) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เครือข่ายวิชาการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กรณีศึกษาโครงการโรงแยกก๊าซและท่อส่งก๊าซธรรมชาติไทย-มาเลเซีย อ.จะนะ จ.สงขลา โครงการเหมืองแร่หินปูนและหินดินดานเพื่ออุตสาหกรรมปูนซีเมนต์ อ.มวกเหล็ก จ.สระบุรี และการพัฒนาระบบเฝ้าระวังผลกระทบต่อด้านสุขภาพในพื้นที่ระเบียงเศรษฐกิจภาคตะวันออก (EEC)
2. เสริมสร้างศักยภาพเครือข่ายวิชาการและบุคลากร
 - 2.1 ขยายความร่วมมือกับสถาบันการศึกษาในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล รวม 6 แห่ง
 - 2.2 สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือผ่านการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการด้าน HIA ในประเด็นฝุ่น PM 2.5
3. การพัฒนาและเผยแพร่องค์ความรู้การประเมินผลกระทบต่อด้านสุขภาพ
 - 3.1 พัฒนาหลักสูตร “การประเมินผลกระทบต่อด้านสุขภาพสำหรับนักวิชาการ” ร่วมกับเครือข่ายสถาบันการศึกษาเขตเมือง 7 แห่ง เพื่อเสริมศักยภาพนักวิชาการในการติดตามธรรมนูญสุขภาพในพื้นที่กรุงเทพมหานคร
 - 3.2 การเผยแพร่บทความวิชาการ
 - “Participatory Health Impact Assessment for Health and Well-being Policy at Local Level in Thailand” ในวารสารวิชาการ Health Promotion Journal of Australia (Scopus กลุ่ม Q1)
 - “การประเมินความปลอดภัยทางถนนด้วยแบบสำรวจความปลอดภัยทางถนนสำหรับทางหลวงท้องถิ่น” ในวารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4 (TC11)
4. หน่วยงานเป้าหมายได้นำ HIA ไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานไม่น้อยกว่า 9 กรณี อาทิ
 - 4.1 การประสานความร่วมมือกับมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์เพื่อพัฒนาหลักสูตร HIA สำหรับการประเมินธรรมนูญสุขภาพ
 - 4.2 การหารือแนวทางพัฒนาระบบเฝ้าระวังผลกระทบต่อด้านสุขภาพในพื้นที่เขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก (EEC) ร่วมกับกรมควบคุมโรคและกรมอนามัย
 - 4.3 การนำ HIA ไปใช้ในการประเมินผลกระทบจากการบริหารจัดการพื้นที่รับน้ำในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา เป็นต้น

สิ่งที่ดำเนินการต่อไป

1. การดำเนินการวิจัยเชิงสำรวจเพื่อวิเคราะห์ศักยภาพและความจำเป็นพื้นฐานที่บุคลากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ต้องมีในการดำเนินการ HIA/CHIA ได้อย่างมีประสิทธิภาพ พร้อมทั้งพัฒนาระบบแรงจูงใจและกลไกสนับสนุนที่เหมาะสม เพื่อส่งเสริมให้ อปท. นำ HIA ไปใช้ในการดูแลสุขภาวะของประชาชนในพื้นที่อย่างกว้างขวาง ซึ่งจะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของคนในชุมชน
2. การขยายผล CHIA ในพื้นที่ระเบียงเศรษฐกิจภาคตะวันออก (EEC) โดยนำบทเรียนจากการดำเนินงานวิจัยที่ผ่านมา และการปรึกษาหารือร่วมกับกรมควบคุมโรคและกรมอนามัย ไปพัฒนาเป็นแผนการดำเนินงานร่วมกัน เพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวังผลกระทบต่อด้านสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและท้องถิ่นในพื้นที่เศรษฐกิจพิเศษ
3. พัฒนาเว็บไซต์ www.ThaiHIA.in.th และสื่อเรียนรู้ (Video/Infographic) ให้เป็นศูนย์กลางการเรียนรู้และช่องทางหลักที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาควิชาการ และประชาชนทั่วไป สามารถเข้าถึงองค์ความรู้ด้าน HIA และขอรับคำปรึกษาจากเครือข่ายวิชาการได้อย่างสะดวก เพื่อให้เกิดการประยุกต์ใช้ HIA ในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะอย่างต่อเนื่อง

“

บุคคลและชุมชนมีสิทธิ
ในการดำรงชีวิต
อยู่ภายใต้สิ่งแวดล้อม
และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ
และได้รับการป้องกันและควบคุมโรค
และปัจจัยที่คุกคามสุขภาพอย่างเป็นธรรม
โดยถือเป็นที่ และความรับผิดชอบร่วมกัน
ของภาคีทุกภาคส่วน
ที่จะร่วมกันสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ
ตอบสนองต่อความจำเป็นของกลุ่มประชากรทุกช่วงวัย

โดยไม่มีความเหลื่อมล้ำ
และไม่เลือกปฏิบัติ...

”



การส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ

ความเป็นมา

สิทธิด้านสุขภาพเป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานที่องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญ และได้รับการรับรองไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 รวมถึงพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ซึ่งกำหนดสิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพไว้ 8 มาตรา เพื่อสร้างหลักประกันว่าประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและเป็นธรรม อาทิ

- มาตรา 6 มุ่งสร้างเสริมและคุ้มครองสุขภาพของกลุ่มประชากรเฉพาะ เช่น เด็ก คนพิการ ผู้สูงอายุ คนด้อยโอกาส ฯลฯ ให้เข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียม

- มาตรา 7 ว่าด้วยการส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิในข้อมูลส่วนบุคคลด้านสุขภาพ

- มาตรา 12 เปิดโอกาสให้บุคคลแสดงเจตนาไม่ประสงค์รับบริการที่ยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต เพื่อให้จากไปอย่างสงบและมีศักดิ์ศรี ผ่านการจัดทำหนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต

สช. ในฐานะกลไกกลางด้านนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ได้ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามมาตราเหล่านี้ เพื่อให้สิทธิด้านสุขภาพของประชาชนเกิดขึ้นจริงในเชิงระบบ ทั้งในระดับบุคคล ชุมชน และหน่วยบริการ โดยมุ่งสร้างความเข้าใจ สร้างกลไกคุ้มครองสิทธิ และพัฒนาระบบเทคโนโลยีที่เอื้อต่อการใช้สิทธิตามกฎหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ



การพัฒนานโยบายรองรับประชากรกลุ่มเสี่ยง
ที่จะเสียชีวิตอย่างโดดเดี่ยว :

กรณีศึกษาผู้สูงอายุในประเทศไทย

ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

1. มาตรา 6 การคุ้มครองสุขภาพของกลุ่มประชากรเฉพาะ

- 1.1 ดำเนินการจัดทำระบบติดตามการเข้าถึงสิทธิสุขภาพของกลุ่มเปราะบาง เช่น เด็ก คนพิการ ผู้สูงอายุ และผู้ด้อยโอกาส
- 1.2 จัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายรองรับกลุ่มเสี่ยงเสียชีวิตอย่างโดดเดี่ยว เพื่อเป็นฐานข้อมูลสำคัญในการกำหนดนโยบายของประเทศ

2. มาตรา 7 การคุ้มครองข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล

- 2.1 จัดทำ(ร่าง) แนวทางคุ้มครองข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล และนำไปปรับปรุงความเห็นก่อนประกาศใช้เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปอ้างอิงเป็นแนวทางและมาตรฐานการปฏิบัติในยุคดิจิทัลให้สอดคล้องกับหลักสิทธิมนุษยชน

3. มาตรา 12 สิทธิการแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต

- 3.1 สำรองข้อมูลผู้ป่วยในระบบการดูแลแบบประคับประคองทั่วประเทศทั้ง 13 เขตสุขภาพ เพื่อการจัดทำหนังสือแสดงเจตนาฯ (Living will)
- 3.2 การพัฒนาขยายระบบหนังสือแสดงเจตนาฯ แบบอิเล็กทรอนิกส์ (e-Living will) ให้ครอบคลุมหน่วยบริการทั่วประเทศ โดยมีการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการแก่บุคลากรสาธารณสุขและเครือข่ายภาคประชาชน
- 3.3 พัฒนาแนวทางนโยบายการดูแลระยะสุดท้ายแบบชุมชนเป็นฐาน รวมถึงประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายระดับพื้นที่ พัฒนาโมเดลต้นแบบการดูแลแบบชุมชนเป็นฐานและศึกษาเชิงเศรษฐศาสตร์สุขภาพ “ระบบการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน” ในจังหวัดสงขลา และขอนแก่น เพื่อใช้ประกอบการพัฒนานโยบายสาธารณะในอนาคต
- 3.4 เปิดตัวชุดหนังสือ “สิทธิสุดท้ายของชีวิต” เพื่อสร้างความเข้าใจในหลักการของมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ว่าเป็นสิทธิที่ประชาชนสามารถเลือกออกแบบและวางแผนในช่วงบั้นปลายชีวิตได้ เพื่อสร้างสุขที่ปลายทางของตน
- 3.5 อยู่ระหว่างเชื่อมโยงข้อมูล e-Living will เข้ากับแพลตฟอร์มสุขภาพของภาครัฐ เช่น หมอพร้อม เป้าตังค์ เป็นต้น



สิ่งที่จะดำเนินการต่อไป

1. ขยายการใช้งานระบบ e-Living Will ให้ครอบคลุมสถานบริการสุขภาพ และเชื่อมโยงกับแอปพลิเคชันสุขภาพหลักของประเทศ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงของประชาชน
2. พัฒนาและขยายโครงการต้นแบบ “ระบบการดูแลระยะสุดท้ายแบบชุมชนเป็นฐาน” จากพื้นที่สงขลาและขอนแก่นสู่พื้นที่อื่นทั่วประเทศ
3. ศึกษาวิจัยผลกระทบเชิงเศรษฐศาสตร์และสังคมของการใช้สิทธิตามมาตรา 12 เพื่อประกอบการพัฒนานโยบายระดับชาติ
4. พัฒนาระบบติดตามและตัวชี้วัดการเข้าถึงสิทธิสุขภาพของกลุ่มประชากรเฉพาะภายใต้มาตรา 6
5. จัดทำและเผยแพร่แนวทางคุ้มครองข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลตามมาตรา 7 เพื่อสร้างมาตรฐานเดียวกันในระบบสุขภาพไทย



หนังสือแสดงเจตนา แบบอิเล็กทรอนิกส์
ความต้องการครั้งสุดท้ายของชีวิต
(e-Living Will)

ช่วยให้ท่านเตรียมความพร้อมในการตัดสินใจเกี่ยวกับรักษาพยาบาล
ในระยะสุดท้ายของชีวิตในกรณีที่ท่านไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตัวเอง

e-Living Will คืออะไร?

คือ หนังสือแสดงเจตนาฯ ตามมาตรา 12 ของ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 แบบอิเล็กทรอนิกส์เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการ และเข้าถึงสิทธิได้ตามที่ตนเองได้แสดงเจตนาไว้

ทำไมต้องทำ e-Living Will ?

เพื่อใช้สื่อสารกับครอบครัว ผู้ตัดสินใจแทน และบุคลากรสาธารณสุข ถึงความต้องการ ในการรับบริการทางการแพทย์ในระยะสุดท้ายของชีวิต โดยสถานพยาบาล ผู้จัดทำและผู้ตัดสินใจแทน สามารถเข้าถึงได้ง่าย สดวก และปลอดภัย

ระบบ e-Living Will คืออะไร?

คือ ระบบที่พัฒนาขึ้นเพื่อให้ประชาชนสามารถ จัดทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ ได้ด้วยตนเอง ระบบจะเชื่อมโยงหนังสือแสดงเจตนาฯ ของประชาชนกับระบบบริการสุขภาพของสถานพยาบาล และภาคีเครือข่ายที่ขึ้นทะเบียนเข้าใช้ระบบ ทำให้สามารถ สืบค้น จัดเก็บข้อมูลเพื่อการรักษาพยาบาลผู้ป่วย ตามที่ได้แสดงเจตนาไว้

ระบบมีความปลอดภัยแค่ไหน?

พัฒนาโดย สช. (หน่วยงานภาครัฐที่มีการกึ่งส่งเสริม การทำ Living Will) ใช้ระบบคลาวด์กลางภาครัฐ (GDCC) โดยการยืนยันตัวตนผ่าน ของกรมการปกครองและเชื่อมโยงข้อมูล กับสถานพยาบาล และภาคีเครือข่าย ที่ขึ้นทะเบียนใช้ระบบ

ศึกษารายละเอียดเรื่อง Living Will เพิ่มเติมได้ที่
<https://www.nationalhealth.or.th/eLivingWill>

หรือสแกน QR Code นี้ >>>



สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)
☎ 02 832 9055
📍 สุนปายาทง

LineOpenChat: Living Will





หนังสือแสดงเจตนา แบบอิเล็กทรอนิกส์
ความต้องการครั้งสุดท้ายของชีวิต
(e-Living Will)

ทำที่ไหนได้บ้าง? : ทำได้ทุกที่ ทุกเวลา บนอินเทอร์เน็ต

ระบบ e-Living Will เกี่ยวข้องกับใครบ้าง?

ประชาชน

ประชาชนที่มีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลักที่ต้องการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ญาติพี่น้อง ผู้ตัดสินใจแทนที่ของสถานพยาบาล

สถานพยาบาล

สถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนกับระบบ e-Living Will

ภาคีเครือข่ายภาคประชาชนคน

ภาคีเครือข่าย (ภาคประชาสังคม/เอกชน เช่น เข็มยืนนิสิตฯ) เพื่อสนับสนุน ชีวมาตร สุขชนกรรณฯ วัฒนาใน สสจฯ 4สจฯ)

** สถานพยาบาลและภาคีเครือข่ายที่ขึ้นทะเบียนใช้ระบบ สามารถค้นหา เรียงดู e-Living Will ของผู้จัดทำและให้การรักษาทานที่ผู้จัดทำได้แสดงเจตนาไว้

ทำอย่างไร? ขั้นตอนการทำ e-Living Will

1. เข้าระบบที่เว็บไซต์ <https://e-livingwill.nationalhealth.or.th> หรือ สแกน QR code นี้ >>>>>>>>>
2. สมัครเป็นผู้ใช้ระบบ โดยการสร้างบัญชีการใช้งานด้วยการใช้บัตรประชาชน 13 หลัก
3. จัดทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ที่ต้องการ โดยท่านที่มีหนังสือฉบับอยู่แล้วสามารถเลือกทำในรูปแบบแบบไฟล์ หรือ “ทำใหม่” ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์
4. หนังสือแสดงเจตนาฯ จะถูกจัดเก็บในระบบ ท่านสามารถเรียกดูพิมพ์ส่งต่อ ให้ผู้ตัดสินใจแทนปรับปรุงให้เป็นปัจจุบัน และยกเลิกหนังสือได้ด้วยตนเอง
5. สถานพยาบาลและภาคีเครือข่ายที่ขึ้นทะเบียนใช้ระบบสามารถค้นหา เรียงดู และเพื่อให้การรักษาทานที่ผู้จัดทำได้แสดงเจตนาฯ ไว้

ศึกษารายละเอียดเรื่อง Living Will เพิ่มเติมได้ที่
<https://www.nationalhealth.or.th/eLivingWill>

หรือสแกน QR Code นี้ >>>



สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)
☎ 02 832 9055
📍 สุนปายาทง

LineOpenChat: Living Will



การส่งเสริมและการพัฒนาระบบสุขภาพท้องถิ่น

นโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนและท้องถิ่นในอนาคต

ความเป็นมา

ระบบสุขภาพในประเทศไทยกำลังเผชิญกับความท้าทายสำคัญหลายประการ ทั้งการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ การเพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อ (NCDs) การเปลี่ยนแปลงภูมิรัฐศาสตร์โลก ความผันผวนของสภาพแวดล้อมอันนำมาซึ่งภัยพิบัติที่ทวีความซับซ้อนและรุนแรงจากในอดีต ฯลฯ

เพื่อก้าวให้ทันการเปลี่ยนแปลงจึงจำเป็นต้องมีการปรับกระบวนการพัฒนาระบบสุขภาพไทยจากการ “ซ่อมสุขภาพ” ที่มุ่งเน้นการพึ่งพาและโรงพยาบาลเป็นหลัก ไปสู่การ “สร้างสุขภาพ” แบบองค์รวม ทั้งในระดับชาติ ระดับท้องถิ่น ระดับชุมชน และระดับบุคคล และ “การกระจายอำนาจการจัดการสุขภาพให้ท้องถิ่น” เพื่อการตอบสนองความต้องการที่แตกต่างกันตามบริบทของพื้นที่ได้ตรงจุด ภายใต้ความมีธรรมาภิบาล ลดความซ้ำซ้อนในการทำงาน รวมถึงสร้างความเป็นเจ้าของและการมีส่วนร่วมของชุมชนและท้องถิ่นในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพ

เป็นที่มาของการพัฒนา “นโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนและท้องถิ่นในอนาคต” โดยใช้กระบวนการสมัชชาเฉพาะประเด็น มีเป้าหมายเพื่อการสร้างระบบสุขภาพที่มีความสมดุลภายในปี พ.ศ. 2575 ตามหลักการ “สร้างนำซ่อม” โดยมุ่งเน้นให้ครัวเรือนและชุมชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและร่วมรับผิดชอบจัดการสุขภาพของตนเอง ลดการพึ่งพาและสถานพยาบาล ควบคู่กับการพัฒนาเมืองสุขภาวะและสร้างระบบอภิบาลสุขภาพแบบหุ้นส่วน โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เป็นแกนกลางขับเคลื่อน และสอดคล้องกับนโยบายการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปสู่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.)

ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

1. เกิด “ฉาบทิศนระบบสุขภาพท้องถิ่นที่พึงประสงค์” โดยใช้กระบวนการประชุมสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นว่าด้วยระบบสุขภาพชุมชนและท้องถิ่น
2. เกิด “กรอบทิศทางนโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนและท้องถิ่นในอนาคต” โดยกำหนดเป้าหมายให้ระบบสุขภาพชุมชนและท้องถิ่นที่พึงประสงค์ในปี พ.ศ. 2575 เป็นระบบสุขภาพชุมชนที่เน้นการดูแลสุขภาพของประชาชน โดยมี 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ ก.การส่งเสริมให้ประชาชน ครัวเรือน และชุมชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ร่วมรับผิดชอบสุขภาพตนเองและเอื้ออาทรกันให้มากขึ้น ข.การส่งเสริมเมืองสุขภาวะ ค.การสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานสุขภาพในพื้นที่ด้วยระบบอภิบาลแบบหุ้นส่วน และ ง.การมีนโยบาย กลไก และยุทธศาสตร์ที่สนับสนุนการสร้างสุขภาพชุมชนและท้องถิ่น โดยมี อปท. ในพื้นที่เป็นแกนกลาง
3. เกิดข้อเสนอเชิงนโยบายในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีคุณภาพ สอดรับกับการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ไปสู่ อบจ.

สิ่งที่ จะดำเนินการต่อไป

1. การเสนอมติสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นว่าด้วยระบบสุขภาพชุมชนและท้องถิ่นฯ ต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบและสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติ และประสานหน่วยงานภาคียุทธศาสตร์ในการนำกรอบทิศทางนโยบายไปปรับใช้
2. การสร้างความเข้มแข็งกลไกนโยบายเพื่ออภิบาลระบบสุขภาพในระดับท้องถิ่น ผ่านการยกระดับขีดความสามารถในการบริหารระบบสุขภาพ การปรับปรุงกฎหมาย/ระเบียบเพื่อสนับสนุนการบริหารจัดการระบบสุขภาพท้องถิ่น ผลักดันให้เกิดแผนและกลไกการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพของท้องถิ่นอย่างเป็นระบบ
3. การพัฒนาบริการสุขภาพท้องถิ่นและการคุ้มครองสิทธิด้านสุขภาพของประชาชน ผ่านการวางระบบและแนวทางในการจัดบริการสุขภาพโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
4. การพัฒนาต้นแบบระบบสุขภาพชุมชนและท้องถิ่นในพื้นที่นำร่อง และถอดบทเรียนเพื่อขยายผลไปยังพื้นที่อื่น
5. การติดตามและประเมินผล ผ่านเวทีสมัชชาสุขภาพจังหวัดและสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ



ระบบสุขภาพท้องถิ่น

'ใกล้บ้าน-ใกล้ใจ'

'ภาพฝัน-อำนาจ-ประชาชน'



การส่งเสริมและการพัฒนาระบบสุขภาพท้องถิ่น

“ภาคีอาสา (Area Strengthening Alliance: ASA)” สร้างจังหวัดเข้มแข็งโดยใช้พื้นที่เป็นฐาน บูรณาการทุกภาคส่วน

ความเป็นมา

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ได้ริเริ่มและขับเคลื่อน “โครงการภาคีอาสา” (Area Strengthening Alliance - ASA) และคณะกรรมการภาคีสานพลังพื้นที่เข้มแข็ง (กลพ.) ซึ่งเป็นกลไกความร่วมมือระดับประเทศครั้งแรก ที่รวมพลังผู้บริหารสูงสุดจาก 9 หน่วยงานยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ สังคม และวิชาการ ได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน) (พอช.) หน่วยบริหารและจัดการทุนด้านการพัฒนาระดับพื้นที่ (บพท.) สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) และสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ เพื่อสร้างจังหวัดเข้มแข็งผ่านแนวคิด “พื้นที่เป็นฐาน” และ “การบูรณาการทุกภาคส่วน” นำร่องดำเนินการในพื้นที่ 5 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเชียงราย จังหวัดนครสวรรค์ จังหวัดขอนแก่น จังหวัดตราด และจังหวัดพัทลุง



ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

1. เกิด คณะกรรมการภาคีสานพลังพื้นที่เข้มแข็ง (ภสพ.) ซึ่งเป็น “กลไกความร่วมมือระดับประเทศ” บูรณาการระดับนโยบายร่วมระหว่าง 9 หน่วยงานยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพในการกำหนดทิศทางและแบ่งปันทรัพยากรอย่างเป็นระบบ เกิดการเชื่อมโยงกองทุนต่าง ๆ ได้แก่ กองทุนสุขภาพะจังหวัด กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ กองทุนสวัสดิการชุมชน และกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ที่มีการประชุมอย่างสม่ำเสมอทุกเดือน
2. เกิด “ภาคีอาสา” (Area Strengthening Alliance - ASA) หรือเครือข่ายภาคีสานพลังพื้นที่เข้มแข็ง โดยมีการดำเนินงานนำร่องในพื้นที่ 5 จังหวัด ครอบคลุม 5 เขตสุขภาพ เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และกำหนดประเด็นขับเคลื่อนที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ เช่น จังหวัดเชียงราย มุ่งเน้นแก้ปัญหา PM 2.5 และการสร้างความเข้าใจร่วมระหว่างภาคส่วน จังหวัดขอนแก่น มุ่งเน้นนโยบาย “คนขอนแก่นไม่ทอดทิ้งกัน” และการพัฒนาศักยภาพ อสม. จังหวัดนครสวรรค์ มุ่งเน้นการสร้าง “นครสวรรค์ฟอรัม” และการจัดการอุบัติเหตุทางถนน จังหวัดตราด มุ่งเน้นแก้ปัญหาเด็กติดมือถือ บุหรี่ไฟฟ้า และการบูรณาการกับการท่องเที่ยว และจังหวัดพัทลุง มุ่งเน้นการขับเคลื่อน “พัทลุงมหานครแห่งความสุข” และการจัดการน้ำ
3. พัฒนา “ดัชนีความอยู่ดีมีสุขของประชากร Thailand Well-being Index (TWBI)” ที่เชื่อมโยงข้อมูลจากหลายภาคส่วน รวมถึงเชื่อมโยงกับระบบข้อมูลทรัพยากรทางสังคมและสุขภาพเพื่อเสริมศักยภาพพื้นที่ (SHARE) เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบายในระดับพื้นที่

สิ่งที่ จะดำเนินการต่อไป

ระยะสั้น ขับเคลื่อนประเด็นร่วมและสร้างพื้นที่รูปธรรมใน 5 จังหวัดนำร่อง พัฒนาระบบข้อมูล SHARE ให้สมบูรณ์และใช้ประโยชน์ได้จริงในระดับพื้นที่ จัดเวทีพัฒนาศักยภาพเครือข่ายและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้ามจังหวัด

ระยะกลาง ขยายผลสู่ 8 จังหวัดเพิ่มเติมให้ครอบคลุมทุกเขตสุขภาพ ถอดบทเรียนและสังเคราะห์องค์ความรู้ เพื่อจัดทำคู่มือการบูรณาการ จัดสมัชชาใหญ่ภาคีอาสาเพื่อสรุปผลและจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย และสื่อสารสาธารณะ เพื่อสร้างกระแสสังคมและขยายผลกระทบ



การยกระดับการมีส่วนร่วมของสังคมในเวทีโลก

ความเป็นมา

จากการขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมของสังคมผ่านกระบวนการนโยบายสาธารณะตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ (สมัชชาสุขภาพ, ธรรมนูญสุขภาพ, การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ) อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ สช. ได้รับการยอมรับในด้านการเป็น “ต้นแบบ” การจัดทำกระบวนการนโยบายสาธารณะโดยการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนที่หลากหลาย จากองค์การอนามัยโลก (WHO) โดยเป็นหนึ่งในประเทศต้นแบบที่ WHO ถอดบทเรียน ซึ่งเป็นโอกาสให้ สช. ได้เผยแพร่การทำงานไปสู่ประเทศต่าง ๆ

ในปี 2566-2567 สช. ในฐานะคณะทำงานจากประเทศไทย ร่วมกับประเทศบราซิล ฝรั่งเศส นอร์เวย์ สโลวีเนีย และตูนิเซีย ผลักดันประเด็นการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคมในกระบวนการพัฒนานโยบาย ให้เป็นมติสมัชชาอนามัยโลก เรื่อง การมีส่วนร่วมของสังคมเพื่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สุขภาพ และคุณภาพชีวิต (Social Participation for UHC, Health and Well-being) ในการประชุมสมัชชาอนามัยโลก ครั้งที่ 77 พ.ศ. 2567 เพื่อให้ 194 ประเทศสมาชิกนำไปปฏิบัติ

เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนมติสมัชชาอนามัยโลกฯ อย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรม ในเดือนพฤศจิกายน 2567 สช. เป็นเจ้าภาพจัดประชุม The First Meeting of Core Group on Social Participation เพื่อจัดทำแผนการปฏิบัติการขับเคลื่อนมติสมัชชาอนามัยโลกดังกล่าว ร่วมกับเครือข่ายที่ประกอบด้วยประเทศสมาชิก รวมถึง WHO, WHO Civil Society Commission, WHO Youth Council, UHC2030 และ Civil Society Engagement Mechanism และประกาศเจตนารมณ์เพื่อขับเคลื่อนมติสมัชชาอนามัยโลกในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 17 รวมถึงมีการตั้ง “คณะกรรมการยุทธศาสตร์การมีส่วนร่วมของสังคมของประเทศไทย” เพื่อกำหนดยุทธศาสตร์ระดับชาติด้านการมีส่วนร่วม ส่งเสริมความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภายในประเทศ และสร้างผลงานวิชาการของประเทศไทยเพื่อเชื่อมต่อกับกลไกระดับโลก

ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

1. **ยกระดับบทบาทประเทศไทยในเวทีโลก:** ผ่านการขับเคลื่อนมติสมัชชาอนามัยโลก เรื่อง การมีส่วนร่วมของสังคมเพื่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สุขภาพ และคุณภาพชีวิต (Social Participation for UHC, Health and Well-being) อาทิ
 - 1.1 การประชุมคู่ขนานในสมัชชาอนามัยโลก ครั้งที่ 78 (WHA78): ประเทศไทยโดย สช. เป็นเจ้าภาพร่วมจัดประชุมระดับรัฐมนตรี ร่วมกับเครือข่ายการมีส่วนร่วมของสังคม (Core Group on Social Participation) ณ นครเจนีวา สมาพันธรัฐสวิส เพื่อยืนยันเจตนารมณ์ในการขับเคลื่อนมติสมัชชาอนามัยโลก ว่าด้วยการมีส่วนร่วมของสังคม มีผู้แทนจากกว่า 15 ประเทศเข้าร่วม
 - 1.2 การประชุมคู่ขนานในสมัชชาใหญ่สหประชาชาติ สมัยที่ 80 (UNGA80): สช. ในนามประเทศไทย ร่วมกับเครือข่ายการมีส่วนร่วมของสังคม จัดประชุมระดับผู้นำประเทศ ณ สำนักงานใหญ่สหประชาชาติ นครนิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา เพื่อย้ำบทบาทการมีส่วนร่วมของสังคมต่อการสร้างระบบสุขภาพที่เท่าเทียมและยั่งยืน

- ส่งเสริมภาพลักษณ์ประเทศไทยในฐานะ “ประเทศต้นแบบของการมีส่วนร่วมของสังคม”: การปรากฏบทบาทของ สช. ในเวทีระดับโลก ไม่ว่าจะเป็นที่ประชุมองค์การอนามัยโลก ณ นครเจนีวา หรือที่ประชุมสมัชชาใหญ่สหประชาชาติ ณ นครนิวยอร์ก ได้ตอกย้ำภาพลักษณ์ของประเทศไทยว่าเป็นประเทศที่ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพและสุขภาวะอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจัดเป็น “Soft Power ทางสุขภาพ” ช่วยยกระดับการทำงานของประเทศไทยให้มีอิทธิพลต่อการกำหนดนโยบายระดับโลก และเสริมสร้างความเชื่อมั่นแก่นานาประเทศในระบบสุขภาพของประเทศไทยที่ประชาชนมีส่วนร่วมออกแบบและเป็นเจ้าของ

สิ่งที่จะดำเนินการต่อไป

- การดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการระดับโลก (Global Action Plan) อย่างต่อเนื่องเพื่อเผยแพร่ความรู้และแนวปฏิบัติที่ดี โดยมุ่งเน้นให้ประเทศสมาชิกและภาคีเครือข่ายสามารถนำแนวคิดการมีส่วนร่วมไปปรับใช้ในบริบทของตน
- ขยายความร่วมมือกับประเทศสมาชิกในเครือข่ายการมีส่วนร่วมของสังคม และองค์กรระหว่างประเทศ ตลอดจนการสนับสนุนการดำเนินงานของคณะกรรมการยุทธศาสตร์การมีส่วนร่วมของสังคมของประเทศไทย เพื่อการสร้างงานวิชาการร่วมกัน สร้างพื้นที่เรียนรู้ระหว่างประเทศ เพื่อเสริมพลังให้ประเทศไทยมีบทบาทนำในด้านองค์ความรู้เรื่องการมีส่วนร่วมของสังคมในระดับโลก



การจัดการภัยพิบัติ

ความเป็นมา

ภัยพิบัติได้ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมในระดับโลก โดยในปี พ.ศ. 2565 มีภัยพิบัติธรรมชาติเกิดขึ้นจำนวน 399 ครั้ง มีผู้เสียชีวิต 86,473 ราย ส่งผลกระทบต่อผู้คน 93.1 ล้านราย และเกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจสูงถึง 2.02 ล้านล้านดอลลาร์สหรัฐ ขณะที่ข้อมูลจาก Global Risk Report 2025 คาดการณ์ว่าการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภัยพิบัติ มีแนวโน้มจะเป็นหนึ่งในห้าความเสี่ยงสูงสุดในระดับโลก ในอีก 3 ปีข้างหน้า ในส่วนประเทศไทย ตลอดระยะเวลา 20 ปี ที่ผ่านมา ได้รับความสูญเสียจากภัยพิบัติธรรมชาติ และมีความเสียหายทางเศรษฐกิจสูงถึง 2.2 ล้านล้านบาท

การจัดการภัยพิบัติธรรมชาติโดยชุมชนท้องถิ่นเป็นศูนย์กลาง เป็นมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2554 ซึ่งมีมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 29 พ.ค. 2555 มีมติรับทราบและให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปพิจารณาดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีการขับเคลื่อนมาอย่างต่อเนื่อง

จากแนวโน้มการเกิดภัยพิบัติทั้งปัญหาดินโคลนถล่ม น้ำป่าไหลหลาก ปรากฏการณ์ฝนตกแฉะ ระเบิดฝุน และมหาอุทกภัยในหลายพื้นที่ของประเทศ ซึ่งมีความถี่ ความซับซ้อน และความรุนแรงมากขึ้น สร้างความเสียหายทั้งมิติเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม สุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของคน ในปี 2568 สช. จึงร่วมกับภาคีเครือข่ายผลักดันข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อสานพลังทุกภาคส่วนร่วมในการจัดการรับมือภัยพิบัติ



ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

1. การตอบสนองต่อสถานการณ์อุทกภัย น้ำป่าไหลหลาก ดินโคลนถล่มในพื้นที่ภาคเหนือ: มีการจัดตั้ง “คณะกรรมการประสานงานและสนับสนุนการจัดการภัยพิบัติอุทกภัย (EOC สข.)” เพื่อติดตามสถานการณ์และประสานงานสนับสนุนการจัดการภัยพิบัติอุทกภัย ทั้งในระยะก่อนเกิดเหตุ ระหว่างเกิดเหตุ และระยะฟื้นฟู สนับสนุนบทบาทสมัชชาสุขภาพจังหวัดให้มีส่วนร่วมในการจัดการภัยพิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์สูงสุด รวมถึงจัดตั้ง “ศูนย์พัฒนาขับเคลื่อนนโยบายและรองรับภัยพิบัติชุมชน” เพื่อจัดการองค์ความรู้ พัฒนาระบบปฏิบัติการ/แผนปฏิบัติการรองรับภัยพิบัติที่สอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่ สร้างระบบแจ้งเตือนภัยที่เชื่อมโยงกับชุมชน เป็นสถานฝึกอบรมชุมชน และสนับสนุนการสื่อสารสังคม โดยบูรณาการภาคีเครือข่ายหลายภาคส่วนเข้ามาสานพลังการทำงานร่วมกัน อาทิ หน่วยงานด้านสาธารณสุข อาสาสมัครป้องกันภัยพิบัติ หน่วยงานท้องถิ่น และนักวิชาการ
2. การสานพลังฟื้นฟูแม่น้ำกก ร่วมสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพที่ดีของประชาชนทุกคน: โดยอยู่ระหว่างเตรียมการใช้เครื่องมือ “การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (HIA)” เพื่อรวบรวมข้อมูลผลกระทบของชุมชนริมฝั่งแม่น้ำกกตั้งแต่ต้นน้ำถึงปลายน้ำอย่างเป็นระบบ เพื่อให้เห็นภาพรวมของปัญหาและนำไปสู่การออกมาตรการที่ตรงจุด เตรียมการพัฒนา “ธรรมนูญแม่น้ำกก” ให้เป็นกติกาและข้อตกลงร่วมกันของชุมชนในการเฝ้าระวัง แจ้งเตือน และบริหารจัดการผลกระทบด้วยตนเอง ตลอดจนเตรียมการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายในประเด็นการจัดการผลกระทบสุขภาพจากสารพิษปนเปื้อนแม่น้ำกกต่อไป
3. การจัดทำรายงานผลการขับเคลื่อนและจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายการจัดการภัยพิบัติ ประกอบด้วย
 - 3.1 การพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อการจัดการภัยพิบัติโดยชุมชน และท้องถิ่นเป็นศูนย์กลาง มุ่งเน้นการกระจายอำนาจในการจัดการภัยพิบัติให้กับชุมชนและท้องถิ่น ส่งเสริมการมีส่วนร่วม สร้างความเข้มแข็งในการจัดการภัยพิบัติของทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคท้องถิ่น ภาคประชาสังคม และภาคีเครือข่าย เสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นจัดการตนเองเพื่อการจัดการภัยพิบัติ สนับสนุนให้เกิดกองทุนท้องถิ่นในการจัดการภัยพิบัติ มีการบูรณาการข้อมูล จัดทำและบูรณาการแผนการดำเนินงานที่ครอบคลุมตลอดห่วงโซ่กิจกรรม ทั้งระยะการป้องกัน เพื่อเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติ การเผชิญเหตุและตอบโต้ขณะเกิดภัย และการฟื้นฟูเพื่อลดความเสี่ยงและสร้างความปลอดภัยของชุมชนอย่างยั่งยืน
 - 3.2 การจัดทำรายงานนโยบายสาธารณะเรื่องการจัดการความเสี่ยงภัยพิบัติจากธรรมชาติต่อระบบสุขภาพไทย มุ่งเน้นการจัดการความเสี่ยงเพื่อลดผลกระทบจากภัยพิบัติธรรมชาติ โดยบูรณาการสร้างเสริม และสนับสนุนการจัดการภัยพิบัติเชิงระบบเป็นองค์รวม ร่วมกับหน่วยงานภาคีที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนเพื่อสร้างระบบบริการสุขภาพที่ยืดหยุ่น การเตรียมความพร้อมก่อนเกิดภัยเพื่อให้มีการตอบสนองอย่างทันท่วงทีขณะเกิดภัย พัฒนาศักยภาพบุคลากรที่มีสมรรถนะในการดูแลสุขภาพของประชาชน การใช้ข้อมูลและเทคโนโลยีการสื่อสารที่มีคุณภาพเพื่อเตือนภัยล่วงหน้า และการปกป้องคุ้มครองกลุ่มเปราะบาง เพื่อให้ระบบสุขภาพไทยสามารถลดความสูญเสียและยืนหยัดต่อวิกฤติได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นธรรม

การจัดทำรายงานผลการขับเคลื่อนและจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายการจัดการภัยพิบัติข้างต้น ได้ผ่านมติการประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และเป็นข้อมูลประกอบการพัฒนาระเบียบวาระ “ระบบบริหารจัดการเพื่อสุขภาพะในวิกฤตซ้อนวิกฤต” ในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 18 พ.ศ. 2568



“

โดยต่อมา คณะรัฐมนตรีได้มีมติเมื่อวันที่ 2 ธันวาคม 2568 ได้เห็นชอบข้อเสนอเชิงนโยบายการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ เพื่อการจัดการภัยพิบัติโดยชุมชนและท้องถิ่นเป็นศูนย์กลางเป็นวาระแห่งชาติ ตามที่คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเสนอ และมอบหมายให้ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปพิจารณา ดำเนินการตามภาระหน้าที่ที่เกี่ยวข้องต่อไป

”

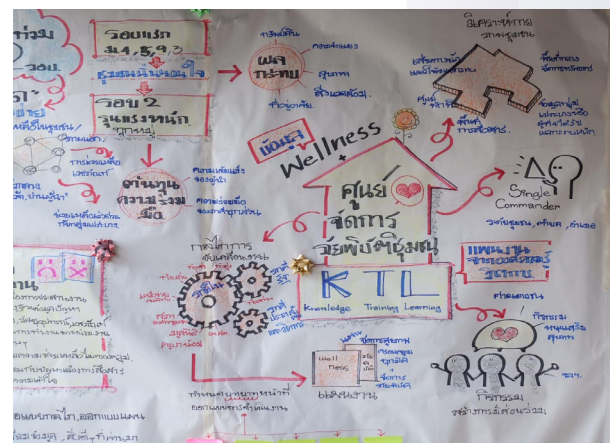
สิ่งที่ จะดำเนินการต่อไป

1. สช. จะร่วมกับคณะกรรมการภาคีสานพลังพื้นที่เข้มแข็ง (ภสพ.) และภาคีอาสา 9 องค์กร ในการพัฒนา และขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะด้านภัยพิบัติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569-2571 ตอบสนองต่อ มติ ครม. เรื่อง ข้อเสนอเชิงนโยบายการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อการจัดการภัยพิบัติโดยชุมชนและท้องถิ่นเป็น ศูนย์กลาง เพื่อยกระดับการจัดการภัยพิบัติของประเทศไทยสู่ความยั่งยืน ผ่านการบูรณาการเชิงยุทธศาสตร์ และเสริม ขีดความสามารถของชุมชนและท้องถิ่นในการจัดการภัยพิบัติอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

2. เพื่อตอบโจทยปัญหาที่ซับซ้อนและเชื่อมโยงหลายมิติ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ร่วมกับองค์การบริหารส่วนจังหวัดเชียงราย ภาควิชาการ และภาคประชาสังคม ได้ผลักดัน “แผนประเมินผลกระทบ ด้านสุขภาพ กรณีสารพิษปนเปื้อนแม่น้ำกกและโขง” โดยใช้กระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมเป็นกลไก หลักในการขับเคลื่อน ประกอบด้วย 2 กระบวนการสำคัญ ได้แก่

2.1 การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (HIA) รวบรวมและสังเคราะห์ข้อมูลเชิงวิชาการควบคู่กับข้อมูล จากชุมชน เพื่อระบุกลุ่มประชากรเสี่ยง ช่องทางการรับสัมผัส และออกแบบมาตรการลดผลกระทบ เช่น การคัดกรองสุขภาพเชิงรุก เทคโนโลยีกรองน้ำ และระบบเฝ้าระวังคุณภาพน้ำในพื้นที่

2.1 การพัฒนาธรรมนูญสุขภาพระดับตำบล ในพื้นที่เป้าหมาย 20 ตำบล เพื่อสร้างข้อตกลงร่วมของชุมชน ในการจัดการสุขภาพและสิ่งแวดล้อมของตนเอง และบูรณาการเข้าสู่แผนพัฒนาท้องถิ่นและงบประมาณ ในระดับพื้นที่



กระบวนการนโยบายสาธารณะและองค์ความรู้สู่การพัฒนา

การออกแบบนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาวะคนข้ามเพศ

ความเป็นมา

แม้สังคมไทยจะเปิดกว้างมากขึ้นในเรื่องความหลากหลายทางเพศ แต่ “คนข้ามเพศ” ยังคงเผชิญอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เหมาะสม ถูกเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ สาเหตุหลักมาจากบุคลากรทางการแพทย์ขาดความเข้าใจ การเข้าถึงข้อมูล-องค์ความรู้เฉพาะทาง รวมถึงระบบประกันสุขภาพยังไม่ครอบคลุมค่ารักษาที่จำเป็น

เพื่อส่งเสริมสิทธิด้านสุขภาพและสุขภาวะของคนข้ามเพศ สช. ร่วมกับภาคีเครือข่ายผลักดันการสร้างสุขภาวะเพื่อคนข้ามเพศผ่านการดำเนินงานต่าง ๆ อาทิ การแลกเปลี่ยนประเด็นยุทธศาสตร์การมีส่วนร่วมเพื่อสุขภาวะคนข้ามเพศ การแลกเปลี่ยนมุมมองและความเป็นไปได้ในการพัฒนาข้อเสนอแนะนโยบายเพื่อสุขภาวะคนข้ามเพศ ผ่านงาน “ข้ามเพศมีสุข” (Prides Health Assembly) ครั้งที่ 1 รวมถึงการเสริมศักยภาพแนวทางการสื่อสารเพื่อบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับคนข้ามเพศและเพศหลากหลาย



ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

1. การพัฒนา Policy Canvas เรื่อง ยกระดับสิทธิและบริการด้านสุขภาพคนข้ามเพศเพื่อสังคมสุขภาวะ โดย สช. สนับสนุนเครื่องมือในการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม และออกแบบกระบวนการ (Design Thinking) เพื่อสะท้อนปัญหา ภาพฝัน รั้วฟัง และแลกเปลี่ยน บนพื้นที่ปลอดภัย ไร้ขีดจำกัด นอกกรอบและกฎเกณฑ์บนโลก ภายใต้โจทย์ “กินอ่อม นอนหลับ ผันดี”
2. ปัจจุบันอยู่ระหว่างพัฒนา “ธรรมนูญสุขภาพคนข้ามเพศ” ซึ่งเป็นธรรมนูญสุขภาพสำหรับคนข้ามเพศ ฉบับแรกของประเทศไทย คาดว่าจะประกาศใช้ในเดือนมีนาคม 2569

สิ่งที่จะดำเนินการต่อไป

1. ระยะเร่งด่วน (ก่อนการประกาศใช้ธรรมนูญฯ): การสร้างฉันทมติและการยอมรับผ่านการจัดเวทีรับฟังความคิดเห็นหรือการทำประชาพิจารณ์ และการพัฒนาพื้นที่นำร่อง (Pilot Project) ในโรงพยาบาลนำร่อง ในพื้นที่ กทม. หรือจังหวัดที่มีความพร้อม
2. ระยะยาว (หลังการประกาศใช้ธรรมนูญฯ): การขับเคลื่อนธรรมนูญฯ ให้มีผลทางปฏิบัติ ทั้งในด้านระบบบริการสุขภาพ เช่น การจัดทำคู่มือแนวทางปฏิบัติสำหรับการดูแลคนข้ามเพศ การจัดตั้งคลินิกสุขภาพเพศ หลากหลายในโรงพยาบาลรัฐฯลฯ ด้านการเงินและการคลัง เช่น การผลักดันเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ สปสช. ด้านบุคลากรและการศึกษา บรรจุในหลักสูตรแพทยศาสตรศึกษา หรือจัดอบรมระยะสั้น (Short course) ให้บุคลากรหน้างานปัจจุบัน เพื่อลดอคติและการเลือกปฏิบัติ เป็นต้น



กระบวนการนโยบายสาธารณะและองค์ความรู้สู่การพัฒนา

เท่าหรือเทียม: เส้นทางความเหลื่อมล้ำคนจนเมือง

ความเป็นมา

การเข้าถึงบริการสุขภาพพื้นฐานของคนจนเมืองและกลุ่มเปราะบางในเขตเมือง เช่น แรงงานย้ายถิ่น และคนไร้บ้าน เนื่องจากปัญหาเชิงระบบ ได้แก่ ปัญหาทะเบียนราษฎร คนจนเมืองที่ย้ายถิ่นฐานมาทำงานในเมือง มักมีทะเบียนบ้านอยู่ต่างจังหวัด เป็นเหตุให้ตกหล่นจากการสำรวจและการเข้าถึงสิทธิบริการสุขภาพ เช่น การได้รับวัคซีน การคัดกรองโรคเรื้อรัง ผู้ที่ไม่มีบัตรประชาชนไม่สามารถเข้าสู่ระบบการรักษาได้ตามปกติ เนื่องจากระบบสุขภาพไม่ได้ ออกแบบมาเพื่อรองรับทุกคน

สถานการณ์เหล่านี้ขัดแย้งกับเป้าหมายตามรัฐธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 ที่เน้นเรื่องความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพ และการมีระบบบริการที่ตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะของประชาชนในเขตเมือง สช. จึงร่วมกับภาคีเครือข่ายในการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายสาธารณะเพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นและคงอยู่มาเนิ่นนานในสังคมเมือง



ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

1. การสร้างพื้นที่กลางและผลักดันนโยบายร่วมกับภาคีเครือข่าย ThaiPBS, The Active จัดเวทีเสวนาสาธารณะ (Policy Dialogue) และนิทรรศการ “เท่าหรือเทียม: เส้นทางความเหลื่อมล้ำ คนจนเมือง” เพื่อรับฟังปัญหาและสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายสู่การปฏิบัติเพื่อขับเคลื่อนสู่เป้าหมายเรื่องความเป็นธรรมด้านสุขภาพ โดยอ้างอิงกรอบแนวทางการติดตามปัจจัยด้านสังคมที่ส่งผลต่อความเป็นธรรมด้านสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (WHO)
2. อยู่ระหว่างการจัดทำ “รายงานสุขภาพเขตเมือง” เพื่อศึกษาและกำหนดตัวชี้วัดเกี่ยวกับระบบสุขภาพเขตเมือง โดยมีเป้าหมายเพื่อนำไปสู่ข้อเสนอแนะทางนโยบายเพื่อการแก้ไขปัญหา ขยายความร่วมมือแบบบูรณาการ “สานพลัง” เพื่อให้เกิดการแก้ไขปัญหาเชิงระบบอย่างแท้จริง
3. ผลการดำเนินงานที่มีผลกระทบต่อประชาชน (เชิงรูปธรรม) ความสำเร็จของ สข. ไม่ได้วัดแค่ตัวเลขทางสุขภาพเท่านั้น แต่รวมถึงความสำเร็จในการ “สร้างความยุติธรรม” และ “สร้างกลไก” ที่ทำให้คนจนเมืองมีเสียงและได้รับการแก้ไขปัญหาเชิงโครงสร้างต่อไป

สิ่งที่จะดำเนินการต่อไป

1. จัดทำและเผยแพร่ “รายงานสุขภาพเขตเมือง” เพื่อศึกษาและกำหนดตัวชี้วัดเกี่ยวกับระบบสุขภาพเขตเมือง เพื่อพัฒนาฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สำคัญในการยืนยันปัญหาความเหลื่อมล้ำและข้อเสนอแนะต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
2. ผลักดันข้อเสนอเชิงนโยบายจากเวทีเสวนา (Policy Dialogue) และงานวิชาการเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับนโยบายของรัฐบาล/หน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง
3. ขยายความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย เพื่อให้เกิดการทำงานที่บูรณาการเพื่อแก้ไขปัญหาคนจนเมือง
4. ติดตามและประเมินผลการแก้ไขปัญหาความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพของคนจนเมืองตามเป้าหมายของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565

19
ก.ค.
2568

POLICY DIALOGUE

มาตรวัดความเป็นธรรมของคนจนเมือง

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ

เป็นกรอบทิศทางกำหนดนโยบาย

3 มาตราสารสำคัญในระบบสุขภาพที่เป็นธรรม

- ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วม
- สร้างเสริมสุขภาพ
- จัดการระบบสุขภาพ

การกำหนดตัวชี้วัด ต้องคำนึงถึง...

รายได้ ครอบครัวยุคใหม่ สุขภาพ สุขภาวะ

สภาวะของคนงาน

คนไร้บ้าน ขนมากจนแฉะเมือง

ยังจัดชีวิตไม่ลงตัว มีรายได้นานา มีคนไร้บ้าน

2 สาเหตุหลักของการทำงานคือ รายได้ ครอบครัวยุคใหม่ สุขภาพ สุขภาวะ

คนไร้บ้านต้องการโอกาส

เมืองที่มีคนไร้บ้านคือ เมืองที่ยังไม่โอบรับทุกคน

มาตรวัดที่ดี มาตรการจากชีวิตจริง

จากประสบการณ์จริงของคนจนเมือง

คนจนเมืองพูดเองได้

เราต้องรับฟัง

เพิ่มช่องทางหาเงินคนจนเข้าถึง

สร้างความมั่นใจให้กล้าพูด

ต้องมีระบบจัดการข้อมูล

เพิ่มโอกาสให้คนจนเมือง เพิ่มการพัฒนาเศรษฐกิจ

เพิ่มการเข้าถึงงาน

เพิ่มการสำรวจครัวเรือน

เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ

เพิ่มช่องทางหาเงินคนจนเข้าถึง

สร้างความมั่นใจให้กล้าพูด

ต้องมีระบบจัดการข้อมูล

เพิ่มโอกาสให้คนจนเมือง เพิ่มการพัฒนาเศรษฐกิจ

เพิ่มการเข้าถึงงาน

เพิ่มการสำรวจครัวเรือน

เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ

ภวน ดร.พิชชา

ดร. นุชฉัตร

นพ. อานนท์

นพ. นุชฉัตร

ดร. นุชฉัตร

ดร. นุชฉัตร

ดร. นุชฉัตร

ดร. นุชฉัตร

กระบวนการนโยบายสาธารณะและองค์ความรู้สู่การพัฒนา

จับชีพจรสถานการณ์ระบบสุขภาพชุมชนเมืองของไทย

ความเป็นมา

ระบบสุขภาพชุมชนเมืองเป็นประเด็นสำคัญในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 ที่มุ่งเน้น “ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม” เป็นที่มาของการพัฒนา “ชุดตัวชี้วัดระบบสุขภาพชุมชนเมือง” เพื่อบ่งชี้สถานการณ์ความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพในเขตเมือง และกระตุ้นความตระหนักให้ทั้งหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และชุมชนเข้ามามีบทบาทในการประเมิน วางแผน และแก้ปัญหาอย่างเหมาะสม โดยมีการพัฒนาแนวทางการวิเคราะห์แบบคู่ขนานที่พิจารณาจากรูปแบบการปกครองพิเศษที่สะท้อนลักษณะความเป็นเมืองสูงในระดับจังหวัด และใช้ความหนาแน่นของประชากรเป็นเกณฑ์วิเคราะห์ในระดับอำเภอ

การพัฒนา “ชุดตัวชี้วัดระบบสุขภาพชุมชนเมือง” ใช้กรอบแนวคิดสามแนวทางและเลือกใช้แนวทางการวิเคราะห์สมรรถนะของระบบบริการสุขภาพและความครอบคลุมที่มีคุณภาพ มุ่งเน้นการตรวจสอบช่องว่างระหว่างความต้องการด้านสุขภาพที่ยังไม่ได้รับการตอบสนอง (Unmet Health Needs) จากระบบบริการสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบัน เพื่อระบุประเด็นที่ต้องได้รับการพัฒนาที่แม่นยำและมีรายละเอียดเพียงพอ ซึ่งจะช่วยให้ผู้กำหนดนโยบายเข้าใจความแตกต่างและความต้องการเฉพาะของแต่ละพื้นที่ได้อย่างถ่องแท้ โดยเป็นการวิเคราะห์ในระดับจังหวัด 26 จังหวัด แบ่งเป็นพื้นที่ที่เป็นเมืองสูงและพื้นที่กำลังพัฒนาเป็นเมือง ส่วนในระดับอำเภอใช้ความหนาแน่นของประชากรเป็นเกณฑ์ในการแยกพื้นที่ความเป็นเมืองสูงและพื้นที่กำลังพัฒนาสู่ความเป็นเมือง

ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

การจับชีพจรสถานการณ์ระบบสุขภาพชุมชนเมืองของไทย ใช้ตัวชี้วัดจำนวน 26 ตัว ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่ใช้สำหรับการติดตามสถานการณ์ระบบสุขภาพชุมชนเมือง 5 ด้าน ดังนี้

1. ด้านอนามัยแม่และเด็กและอนามัยการเจริญพันธุ์ จำนวน 12 ตัวชี้วัด ได้แก่ การเข้าถึงบริการฝากครรภ์ในพื้นที่เมือง การตั้งครรภ์วัยรุ่นและโอกาสทางการศึกษา ช่องว่างการได้รับวัคซีนในเด็กเมือง เป็นต้น
2. ด้านความรุนแรง จำนวน 2 ตัวชี้วัด ได้แก่ จำนวนผู้ป่วยเด็กและเยาวชนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากการถูกรังแก และอัตราการเสียชีวิตจากความรุนแรงในเด็กและเยาวชนต่อแสนประชากร
3. ด้านโรคติดต่อ จำนวน 3 ตัวชี้วัด ได้แก่ อัตราการป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อัตราการป่วยไข้เลือดออก อัตราการป่วยวัณโรค
4. ด้านโรคไม่ติดต่อ จำนวน 5 ตัวชี้วัด ได้แก่ สัดส่วนการคัดกรองเบาหวานที่ไม่ได้รับการตอบสนองในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป อัตราป่วยรายใหม่โรคเบาหวานต่อแสนประชากร อัตราป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น
5. ด้านสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคม จำนวน 4 ตัวชี้วัด ได้แก่ จำนวนคนจนเป้าหมายตามดัชนีความยากจนหลายมิติ ค่าฝุ่นละออง PM2.5 เฉลี่ย 24 ชั่วโมง คะแนนคุณภาพการศึกษา ระดับจังหวัด เป็นต้น

จากข้อมูลสถานการณ์ทั้ง 5 ด้านข้างต้น ชี้ให้เห็นว่า ความเป็นเมืองในบริบทของประเทศไทยไม่ได้ส่งผลต่อสุขภาพของประชาชนในรูปแบบที่ชัดเจนว่า “ดีกว่า” หรือ “แย่กว่า” อย่างเป็นเอกฉันท์ แต่พบความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนและแตกต่างกันไปในแต่ละด้าน สะท้อนถึงอุปสรรคเชิงระบบที่ซับซ้อนในบริบทเมือง เช่น ความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึง ความยากลำบากในการดูแลกลุ่มเปราะบางและประชากรเคลื่อนย้าย ความเหลื่อมล้ำด้านเศรษฐกิจและสังคม โอกาสในการเข้าถึงการศึกษาที่มีคุณภาพยังคงกระจุกตัวอยู่ในพื้นที่เมืองศูนย์กลาง ฯลฯ ซึ่งเป็นความท้าทายในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนเมืองที่เป็นธรรมและไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง จึงมีข้อเสนอแนะสู่การเตรียมความพร้อมและมุ่งสู่การเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพชุมชนเมืองของประเทศไทยให้ดีขึ้น ดังนี้

1. ยกเครื่อง “พิมพ์เขียว” สังคม โดยสร้างกติกาและโครงสร้างที่เป็นธรรม เน้นการพัฒนาสู่แนวทางที่สมดุล เช่น ปฏิรูปภาษีและการคลังเพื่อสร้างความเป็นธรรมและความรับผิดชอบต่อสังคมและสิ่งแวดล้อม และลงทุนในโครงสร้างพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับทุกคน
2. อัปเดต “ห้องเครื่อง” โดยสร้างกลไกการเรียนรู้และปรับตัวที่แข็งแกร่ง โดยทำให้ข้อมูลภาครัฐโปร่งใสเปิดเผยเชื่อมโยงถึงกัน รับฟังเสียงประชาชนอย่างแท้จริงผ่านช่องทางดิจิทัลและงบประมาณแบบมีส่วนร่วม กระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น และส่งเสริมทักษะการคิดเชิงระบบ
3. ใช้ “เข็มทิศใหม่” 14 ตัว ในการจับชีพจรและชี้ทาง โดยเป็นตัวชี้วัดเชิงระบบและโครงสร้างเพื่อเป็นเครื่องมือติดตามความก้าวหน้า ตรวจสอบ และผลักดันการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายและปฏิบัติการเพื่อ “ยกเครื่อง” สังคม และสะท้อนระบบสุขภาพ

สิ่งที่จะดำเนินการต่อไป

1. พัฒนา/กำหนดตัวชี้วัดเชิงระบบที่เหมาะสม และพัฒนาแพลตฟอร์มกลางในการจัดเก็บข้อมูลที่เชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานองค์กรต่าง ๆ ทั้งในระดับชาติและพื้นที่ ส่งเสริมการวิเคราะห์ข้อมูลความเหลื่อมล้ำและช่องว่างในระบบสุขภาพสำหรับติดตามความเปลี่ยนแปลง สื่อสารข้อเสนอต่อสาธารณะและหน่วยงานองค์กรที่เกี่ยวข้องในทุกกระดับในรูปแบบที่เข้าใจง่าย ผ่านหลากหลายช่องทางเพื่อนำสู่การสร้างการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลง
2. นำเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ (AI) มาใช้ในการรวบรวมข้อมูลตามตัวชี้วัด ประมวลผล เพื่อให้การติดตามและจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทยทั้ง 12 หมวด สามารถทำได้รวดเร็วขึ้น สามารถนำเสนอข้อมูลได้อย่างต่อเนื่องรวดเร็ว
3. พัฒนาข้อเสนอเชิงรูปธรรมสำหรับการกำหนดนโยบายที่นำไปสู่การปฏิบัติได้ โดยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนทุกระดับ เพื่อมุ่งลดความเหลื่อมล้ำอย่างเป็นระบบ โดยให้ความสำคัญกับพื้นที่และกลุ่มประชากรที่มีความเหลื่อมล้ำสูง รวมถึงสนับสนุนการศึกษาวิจัยเชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อปัจจัยเหล่านี้ และพัฒนาแนวทางการแก้ไขปัญหาที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย เพื่อนำไปสู่ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม ตอบสนอง และไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลังอย่างแท้จริง




กระบวนการนโยบายสาธารณะและองค์ความรู้สู่การพัฒนา

การส่งเสริมสุขภาพช่องปากกับการจัดระบบนิเวศการเรียนรู้ เพื่อแก้ปัญหาฟันผุของเด็กเล็ก

ความเป็นมา

เด็กปฐมวัยเป็นช่วงวัยสำคัญที่เป็นรากฐานของการเจริญเติบโตและการพัฒนาการในทุกมิติ ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา โดยเฉพาะด้านสุขภาพช่องปาก ซึ่งมีความสัมพันธ์โดยตรงกับสุขภาวะ การเรียนรู้ และคุณภาพชีวิตของเด็กในระยะยาว อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบันพบว่า เด็กปฐมวัยจำนวนมากยังประสบปัญหาฟันผุและการดูแลสุขภาพช่องปากที่ไม่เหมาะสม ซึ่งเกิดจากปัจจัยหลายด้าน เช่น พฤติกรรมการบริโภค การขาดความรู้ความเข้าใจของผู้ปกครอง และการขาดระบบสนับสนุนจากหน่วยงานด้านสาธารณสุขและการศึกษาในพื้นที่

ในช่วงระยะเปลี่ยนผ่านของการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ระบบการจัดบริการสุขภาพช่องปากในระดับปฐมภูมียังอยู่ในขั้นตอนของการปรับตัว จำเป็นต้องมีการศึกษาเพื่อค้นหาแนวทางใหม่ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากที่เชื่อมโยงกับการเรียนรู้ของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในพื้นที่อย่างเป็นระบบเพื่อนำสู่การปฏิบัติจริง



“ระบบนิเวศการเรียนรู้
เพื่อแก้ปัญหาฟันผุของเด็กเล็ก”

ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

1. ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 48 แห่ง ในพื้นที่ 3 จังหวัด ได้แก่ จ.บุรีรัมย์ กาฬสินธุ์ ขอนแก่น ได้รับการพัฒนา ศักยภาพครูพี่เลี้ยงและแกนนำผู้ปกครองให้สามารถออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้อย่างเป็นองค์รวม โดยบูรณาการเนื้อหา กับกิจวัตรประจำวัน
2. การเปลี่ยนแปลงเชิงกายภาพและกระบวนการเรียนรู้ในศูนย์ฯ เช่น การสร้างสนามเด็กเล่น มุมบ้านจำลองใน ห้องเรียน และพื้นที่แปร่งพื้นที่เหมาะสม เด็กจึงได้เรียนรู้ผ่านการลงมือทำจริงและสร้างสุขนิสัยที่ดีในชีวิตประจำวัน
3. พัฒนาระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center: HDC) เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลด้านสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมการดูแล และระดับความเสี่ยงของเด็กในพื้นที่จำนวน 37 รพ.สต. ทำให้สามารถติดตามและจัดบริการส่งเสริม ป้องกันตามระดับความเสี่ยงได้อย่างต่อเนื่อง โดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต.ได้ดำเนินการตรวจประเมินและเยี่ยมบ้านเด็กกลุ่ม เสี่ยงสูงอย่างสม่ำเสมอ
4. เกิดศูนย์พัฒนาเด็กเล็กต้นแบบ จำนวน 9 แห่ง ในพื้นที่ 3 จังหวัด
 - 4.1 จังหวัดบุรีรัมย์ : ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อบต. หายโศกแห่งที่ 1, 2 และศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดพรมรัตนาราม โดดเด่นในการประสานงานระหว่างหน่วยงานและพื้นที่การดำเนินงาน หน่วยงานท้องถิ่นตระหนักถึง บทบาทสำคัญของศูนย์ฯ ในการเตรียมความพร้อมเด็กเล็กก่อนเข้าสู่ระบบประถมศึกษาให้ความสำคัญ กับการพัฒนาศักยภาพของครูเพื่อสร้างผลลัพธ์เชิงคุณภาพแก่เด็ก มีการบูรณาการการทำงานระหว่าง ภาควิชาการศึกษาศาสนาและสาธารณสุขอย่างชัดเจน และส่งเสริมการเรียนรู้ผ่านสื่ออย่างหนังสือนิทานซึ่งช่วย พัฒนาเด็กด้านภาษาสื่อสารได้อย่างเหมาะสม
 - 4.2 จังหวัดกาฬสินธุ์ : ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อบต.เหล่าอ้อย, ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านนางาม และ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหนองแวงดง โดดเด่นด้านการมีส่วนร่วมของผู้อำนวยการกองการศึกษาและครู ผู้ดูแลเด็กที่ริเริ่มกิจกรรมอย่างสร้างสรรค์ การจัดสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ ส่งเสริมพัฒนาการเด็กผ่าน นิทาน เพลง และกลอน มีการพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะเด็กอย่างมีระบบและมีความชัดเจน ตลอดจนการสนับสนุนจากทันตบุคลากรที่ร่วมออกแบบการจัดกิจกรรม และแผนการเรียนรู้ร่วมกับครู
 - 4.3 จังหวัดขอนแก่น : ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลโนนฆ้องแห่งที่ 1, 2 และ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก บ้านผือ โดดเด่นด้านการจัดการเรียนรู้ที่ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลางและจัดกิจกรรมบูรณาการได้อย่าง สอดคล้องกับหลักสูตรการศึกษาปฐมวัย เช่น หน่วยเรียนรู้ “ม้าก้านกล้วย” ทันตบุคลากรในพื้นที่ ได้ทำงานร่วมกับครูในการพัฒนาทั้งด้านสุขภาพช่องปากและการเรียนรู้ของเด็กอย่างเป็นระบบ มีการเยี่ยมบ้านเพื่อแก้ไขปัญหาเฉพาะราย และการมีส่วนร่วมจากผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก บ้านผือซึ่งช่วยส่งเสริมการพัฒนาพื้นที่เรียนรู้ให้สอดคล้องกับความต้องการของเด็กในทุกมิติ

สิ่งที่จะดำเนินการต่อไป

1. การพัฒนาและใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลสุขภาพ (HDC) เป็นฐานข้อมูลกลางติดตามสุขภาพช่องปากและ พฤติกรรมสุขภาพของเด็กปฐมวัยอย่างต่อเนื่อง โดยเชื่อมโยงฐานข้อมูลกับระบบสารสนเทศของ อปท. เพื่อประกอบการจัดสรรงบประมาณและนโยบายด้านสุขภาพเด็ก
2. การขยายผล/ต่อยอดรูปแบบศูนย์พัฒนาเด็กเล็กต้นแบบทั้ง 9 แห่งไปยังศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอื่น ๆ และ จัดทำแนวทางมาตรฐาน (Model Guideline) สำหรับการพัฒนาระบบนิเวศการเรียนรู้ในศูนย์เด็กเล็กที่เน้น การเสริมสร้างสุขนิสัยผ่านกิจวัตรประจำวัน
3. ส่งเสริมให้เกิดการบูรณาการงานระหว่างภาคส่วนในพื้นที่ในรูปแบบกลไกกลางในการวางแผน ติดตาม และ สนับสนุนงบประมาณร่วมกัน โดยใช้กรอบ OKRs เป็นเครื่องมือบริหารจัดการและติดตามความก้าวหน้า เพื่อให้ทุกภาคส่วนเห็นผลลัพธ์ร่วมและความเชื่อมโยงของงาน
4. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและการพัฒนาแผนการเรียนรู้เชิงสุขภาพ โดยผสมผสานองค์ความรู้ด้านสุขภาพ และการศึกษาปฐมวัยเข้าด้วยกัน
5. ผลักดันให้กระทรวงศึกษาธิการและกระทรวงสาธารณสุขนำโมเดล “สุขภาพดีรอบด้านผ่านกิจวัตร ประจำวันของเด็ก” ไปบรรจุในแนวทางการพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับชาติ

นวัตกรรมสุขภาพ

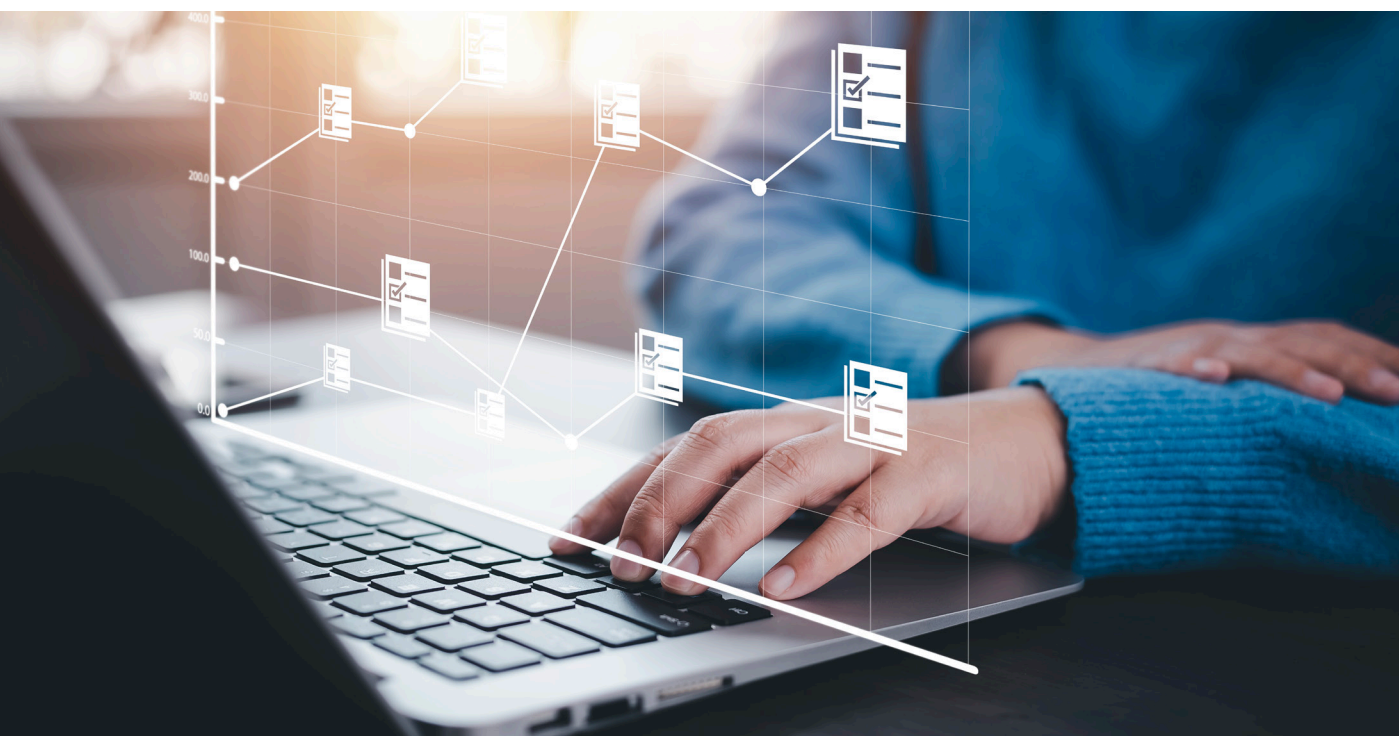
ระบบข้อมูลทรัพยากรทางสังคมและสุขภาพเพื่อเสริมศักยภาพพื้นที่ (Social and Health: Area-based Resources Empowerment Project: SHARE)

ความเป็นมา

ในยุคที่ข้อมูลมีบทบาทสำคัญต่อการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ การบูรณาการข้อมูลทรัพยากรทางสังคมและสุขภาพผ่านระบบ Dashboard ได้พิสูจน์ให้เห็นถึงความสามารถในการเปลี่ยนเป็นการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรม และสร้างผลกระทบเชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนจากข้อมูลสู่การปฏิบัติ การพัฒนาระบบบูรณาการข้อมูลสุขภาพจึงไม่ได้เป็นเพียงเครื่องมือทางเทคโนโลยี แต่เป็นการเชื่อมระหว่างข้อมูลไปสู่การตัดสินใจเชิงนโยบาย

สช. มีบทบาทสำคัญในการสานพลังกับหน่วยงานภาคีเครือข่าย เพื่อให้เกิดการทำงานร่วมกันในระดับนโยบาย ยุทธศาสตร์และแผนงานด้านสุขภาพ ในการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม เพื่อสร้างความเข้มแข็งของชุมชนอย่างยั่งยืน และภาคียุทธศาสตร์ ได้แก่ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และ สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน) (พอช.) ซึ่งดำเนินงานตามภารกิจของหน่วยงาน ได้มีการหนุนเสริมการทำงานซึ่งกันและกันในหลายรูปแบบ เช่น การประสานการดำเนินงาน การสนับสนุนงบประมาณแก่ภาคีเครือข่าย การกำหนดและขับเคลื่อนประเด็นร่วมสำหรับกลุ่มประชากรเป้าหมาย หรือพื้นที่การทำงาน

การมีระบบข้อมูลที่เชื่อมโยง บูรณาการ และใช้ประโยชน์ร่วมกัน จะทำให้เกิดการทำงานแบบมีส่วนร่วม สามารถวิเคราะห์ปัญหาด้านสุขภาพ และแก้ไขได้อย่างทันสถานการณ์ ดังนั้น สช. สสส. สปสช. และ พอช. จึงเห็นควรให้มีการเชื่อมโยงบูรณาการและใช้ประโยชน์จากระบบข้อมูลร่วมกัน เพื่อลดความซ้ำซ้อนและเสริมประโยชน์ร่วมกัน เต็มเต็มประเด็นสำคัญที่ยังขาดไป เพื่อนำไปสู่การสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชนอย่างยั่งยืน

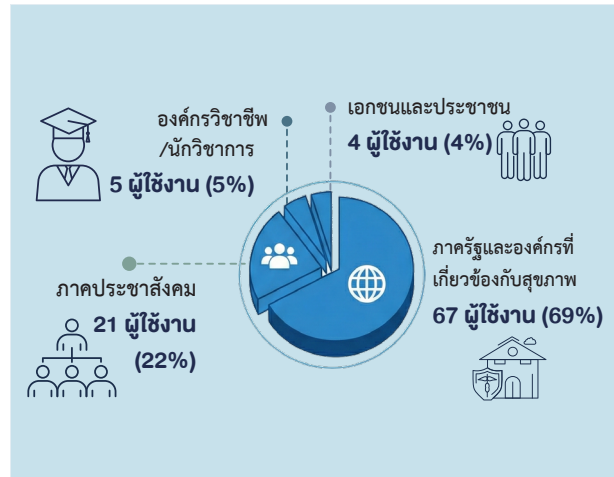


ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

1. มีระบบข้อมูลกลางที่เชื่อมโยงข้อมูลจาก 4 หน่วยงาน ประกอบด้วย สช. สสส. สปสช. และ พอช. และหน่วยงานภายนอกซึ่งสามารถนำข้อมูลไปใช้วิเคราะห์ สังเคราะห์ให้เกิดประโยชน์ในด้านต่าง ๆ
2. มีโครงสร้างพื้นฐานสำหรับการประมวลผลข้อมูลที่รวดเร็วและปลอดภัย (Data Lake, Data Warehouse, Data Pipeline)
3. มีระบบวิเคราะห์ข้อมูล (Business Intelligence Dashboard) ที่ตอบโจทย์ ดังนี้
 - 3.1 การขับเคลื่อนประเด็นสุขภาพรายภาคี โดยแสดงข้อมูลภาพรวมภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพ และการดำเนินงานของภาคีรายพื้นที่
 - 3.2 การดำเนินการขับเคลื่อนประเด็นสุขภาพรายพื้นที่ โดยแสดงข้อมูลเชิงลึกและการกระจายตัวของโครงการในรูปแบบแผนที่ แผนภูมิ และตาราง
 - 3.3 ข้อมูลพื้นฐานระดับจังหวัด ได้แก่ ข้อมูลประชากร ข้อมูลด้านสุขภาพและอายุคาดเฉลี่ยตลอดจน ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ
4. ผลการใช้ประโยชน์ของข้อมูลทรัพยากรทางสังคมและสุขภาพเพื่อเสริมศักยภาพพื้นที่ จากการจำแนกตามภาคส่วน (Breakdown by Sector) ผู้ใช้ข้อมูลส่วนใหญ่มาจากภาครัฐ คิดเป็นสัดส่วนมากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ใช้งานทั้งหมด ตามมาด้วยภาคประชาสังคมและองค์กรวิชาชีพ/นักวิชาการในสัดส่วนที่เท่ากัน

จากการจำแนกตามภาคส่วน (Breakdown by Sector) ผู้ใช้ข้อมูลส่วนใหญ่มาจากภาครัฐ คิดเป็นสัดส่วนมากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ใช้งานทั้งหมด ตามมาด้วยภาคประชาสังคมและองค์กรวิชาชีพ/นักวิชาการในสัดส่วนที่เท่ากัน

- ภาครัฐและองค์กรที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ 67 ผู้ใช้งาน (User) (69%)
- ภาคประชาสังคม : 21 ผู้ใช้งาน (User) (22%)
- องค์กรวิชาชีพ/นักวิชาการ : 5 ผู้ใช้งาน (User) (5%)
- เอกชนและประชาชน : 4 ผู้ใช้งาน (User) (4%)



สิ่งที่จะดำเนินการต่อไป

1. ขยายฐานข้อมูล เพื่อให้ครอบคลุมข้อมูลที่หลากหลายมากขึ้น ได้แก่
 - 1.1 สร้างเครือข่ายความร่วมมือ และขยายเครือข่ายความร่วมมือกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ Google กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงการคลัง เป็นต้น
 - 1.2 เพิ่มการเชื่อมโยงข้อมูลตัวชี้วัดเกี่ยวกับปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health) จากฐานข้อมูลอื่น เช่น ข้อมูลประชากร ข้อมูลสถิติชีพด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม เป็นต้น
 - 1.3 เพิ่มการใช้ข้อมูลเปิดด้านการให้บริการทางการแพทย์จากกองทุนประกันสุขภาพ
2. ยกระดับการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึก โดยใช้เทคโนโลยี AI เพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน เช่น ช่วยวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพ การเปลี่ยนแปลงนโยบายหรือพฤติกรรมสุขภาพ การแจ้งเตือนอัตโนมัติเมื่อพบความผิดปกติ
3. เพิ่มช่องทางการเข้าถึงข้อมูล เช่น ผ่านเว็บไซต์คลังสารสนเทศนโยบายสาธารณะ และแพลตฟอร์มข้อมูลเปิดภาครัฐ

นวัตกรรมสุขภาพะ

การพัฒนาต้นแบบระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine): iHealthCare สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัด อบจ.ลำปาง

ความเป็นมา

จังหวัดลำปางกำลังเผชิญกับความท้าทายหลากหลายมิติที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประชาชน อาทิ

- สัดส่วนผู้สูงอายุที่สูงเป็นอันดับสองของประเทศ คนหนุ่มสาวส่วนใหญ่ออกไปแสวงหาโอกาสทางเศรษฐกิจนอกพื้นที่ ทำให้ผู้ป่วยและผู้สูงอายุจำนวนมากจำเป็นต้องใช้ชีวิตในบ้านเพียงลำพังขาดผู้ดูแล และขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง
- ประชากรกว่าหนึ่งในสามอาศัยในพื้นที่ห่างไกล มีอุปสรรคในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข อันเกิดจาก 1) ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย (300-3,290 บาท/ครั้ง) สำหรับค่าอาหารและค่าเดินทาง 2) ระยะเวลาการเดินทาง ผู้ป่วยบางรายต้องใช้เวลาเดินทางมากกว่า 10 ชั่วโมง อันนำไปสู่การตัดสินใจยุติการรักษาของผู้ป่วย

จากปัญหาข้างต้น สข. โดยความร่วมมือกับอบจ.ลำปาง จึงริเริ่มโครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการ “การปรับใช้นวัตกรรมผสมผสานระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine) สู่อสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ” ภายใต้การสนับสนุนจากหน่วยบริหารและจัดการทุนด้านการพัฒนาระดับพื้นที่ (บพท.) โดยมีเป้าหมายหลักในการพัฒนาระบบต้นแบบโทรเวชกรรม “iHealthCare” เพื่อเสริมสร้างศักยภาพหน่วยบริการปฐมภูมิในมือท้องถิ่น และขจัดอุปสรรคด้านการเดินทางที่กีดกันประชาชนกลุ่มเปราะบางจากการเข้าถึงบริการสุขภาพ การดำเนินงานครอบคลุมพื้นที่นาร่อง 11 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใน 7 อำเภอของจังหวัดลำปาง



ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

1. เกิดการสร้างพื้นที่กลางสำหรับการแลกเปลี่ยนและร่วมพัฒนาระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งหน่วยงานด้านสาธารณสุขระดับจังหวัด โรงพยาบาลประจำอำเภอ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และภาคประชาชน โดยมีการระดมความคิดเห็นร่วมกันเพื่อหาประเด็นความเดือดร้อนและออกแบบบริการร่วมกันอย่างเหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่
2. เกิดการใช้ประโยชน์จากจุดแข็งขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งมีทรัพยากรงบประมาณ หน่วยบริการภายใต้สังกัด และมีหน้าที่โดยตรงในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่
3. เกิดการสร้างความไว้วางใจระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ซึ่งถือเป็นรากฐานของการสร้างการมีส่วนร่วมที่แท้จริง ด้วยการตั้งต้นจากความเชื่อมั่นว่าทุกฝ่ายล้วนมีความปรารถนาดี แม้ว่าวิถีคิดหรือมุมมองอาจแตกต่างกัน แต่หากตั้งต้นจากความเชื่อใจในเจตนาที่ดีของกันและกัน ก็สามารถร่วมกันพัฒนาแนวทางการทำงานที่หลากหลายและหาฉันทมติร่วมกันได้
4. เกิดกระบวนการทำงานที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่อย่างแท้จริง โดยประชาชนมิใช่เพียงผู้รับบริการแต่มีบทบาทในฐานะผู้มีส่วนร่วมในการออกแบบและกำหนดทิศทางการให้บริการดำเนินงานเช่นนี้ทำให้ เทคโนโลยีไม่ใช่เพียงเครื่องมือที่ถูกนำมาวางไว้ในพื้นที่ แต่กลายเป็นช่องทางเข้าถึงสิทธิที่แท้จริงของประชาชน
5. เกิดการสร้างต้นแบบการทำงานที่สามารถขยายผลได้จริง จากพื้นที่นำร่อง 10 แห่ง สู่การพัฒนาทั้งระบบในอนาคต โดยใช้ความเข้มแข็งของท้องถิ่นเป็นฐานราก ทั้งในเชิงโครงสร้าง เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และในเชิงพลังทางสังคม เช่น ประชาชน อาสาสมัคร และกลุ่มชุมชน โดยประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริการสุขภาพ โดยเฉพาะการนำระบบ Telemedicine เข้ามาช่วยในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยติดเตียง หรือกลุ่มที่ไม่สามารถเดินทางไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลได้บ่อยครั้ง โดยมีผลการดำเนินงานที่สำคัญ ดังนี้
 - 5.1 กลุ่มผู้รับบริการครอบคลุมประชากรเปราะบางหลากหลายกลุ่ม ประกอบด้วย ผู้สูงอายุ 235 ราย ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 337 ราย ผู้ป่วยติดบ้าน 36 ราย และผู้พิการ 40 ราย
 - 5.2 ผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจ :
 - ด้านค่าใช้จ่าย ได้รับความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ร้อยละ 99.6 (ลดต้นทุนค่าเดินทาง ค่าอาหาร และค่าเสียโอกาสของผู้ป่วยและญาติ)
 - ด้านระยะเวลา ได้รับความพึงพอใจในระดับมากที่สุดเช่นกัน ร้อยละ 98.4 (ลดระยะเวลา/ระยะทางในการเข้ารับบริการ และลดเวลารอพบแพทย์)
 - ด้านการเข้าถึงบริการ ได้รับความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ร้อยละ 92 (ช่วยให้ผู้ป่วยที่เคยขาดความต่อเนื่องในการรักษาเข้าถึงบริการได้มากขึ้น)
 - 5.3 ผลลัพธ์ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน: เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเอง และสมาชิกครอบครัวเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะด้านการดูแลผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว และด้านการแบ่งปันผลประโยชน์จากการใช้บริการสุขภาพ
 - 5.4 ผลกระทบเชิงบวกต่อระบบสุขภาพ: ลดช่องว่างด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มประชากร ส่งเสริมการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐต่างสังกัด เพิ่มความต่อเนื่องในการรักษาสำหรับกลุ่มเปราะบางโดยเฉพาะผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดบ้าน และผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อาศัยในพื้นที่ห่างไกลเกินกว่า 10 กิโลเมตรจาก รพ.สต.

สิ่งที่ จะดำเนินการต่อไป

1. ส่งเสริมการพัฒนานวัตกรรมโทรเวชกรรมแบบมีส่วนร่วมเพื่อส่งเสริมให้ประชาชนกลุ่มเปราะบาง/ประชาชนในพื้นที่ห่างไกลเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่เชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานได้อย่างไร้รอยต่อ ภายใต้กรอบกฎหมาย มาตรฐาน และแนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง
2. ขยายขอบเขตการใช้ประโยชน์จากระบบโทรเวชกรรมให้ครอบคลุมการให้บริการจากสหสาขาวิชาชีพภายใต้มาตรฐานวิชาชีพ รวมถึงนวัตกรรมบริการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ห่างไกลและทุรกันดาร
3. พัฒนามาตรฐานข้อมูลและการเชื่อมโยงระบบสารสนเทศกลางด้านสุขภาพระดับประเทศและจังหวัดระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ภายใต้ระบบความปลอดภัยที่เชื่อถือได้ เพื่อลดความซ้ำซ้อนและเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ
4. ขยายโครงข่ายอินเทอร์เน็ตสู่พื้นที่ห่างไกลให้ครอบคลุมอย่างทั่วถึง เพื่อสร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการส่งเสริมคุณภาพชีวิต และรองรับการให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนผ่านระบบโทรเวชกรรมอย่างมีประสิทธิภาพ



“ต้นแบบระบบโทรเวชกรรม
(Telemedicine) *iHealthCare*





**ไม่ต้องเดินทางไกล
ดูแลสุขภาพได้ใกล้บ้าน
ด้วย iHealthCare**

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดองค์กร

ความเป็นมา

ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 เป็นปีที่ 3 ของการดำเนินงานตามแผนงานหลักของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 4 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566–2570 เพื่อรองรับการทำงานตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 สช. จึงได้จัดทำแผนการดำเนินงาน แผนการเงินและงบประมาณ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ประกอบด้วย 11 ตัวชี้วัด ได้แก่ (1) จำนวนหน่วยงานระดับชาติมีการนำมติ ครม. เกี่ยวกับข้อเสนอนโยบายไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม (2) จำนวนองค์ความรู้หรือนวัตกรรมกระบวนการ 4P-W มีการนำไปใช้ประโยชน์ (3) จำนวนพื้นที่ที่นำธรรมนูญฉบับที่ 3 ไปเป็นแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพในระดับเขตหรือจังหวัดหรือพื้นที่ (4) จำนวนสมัชชาสุขภาพจังหวัดหรือกรุงเทพฯ ที่นำมติหรือนโยบายสาธารณะบูรณาการขับเคลื่อนร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่ายกลไกต่าง ๆ ในพื้นที่ (5) จำนวนพื้นที่ที่มีการขับเคลื่อนธรรมนูญเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัย (6) ร้อยละจำนวนประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่เข้าสู่ระบบการดูแลแบบประคับประคองมีการจัดทำหนังสือแสดงเจตนาฯ (Living will) (7) หน่วยงานภาคียุทธศาสตร์นำแผนขับเคลื่อนมติเรื่อง Social participation ไปปฏิบัติ (8) จำนวนหน่วยงานภาคียุทธศาสตร์ใช้ประโยชน์จากระบบข้อมูลเพื่อสนับสนุนกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะฯ (9) วัฒนธรรมองค์กรและภาพลักษณ์ของ สช. ได้รับการพัฒนาเป็นหน่วยงานของรัฐแบบใหม่ที่มีสมรรถนะสูงและมีธรรมาภิบาลสูง (10) จำนวนนโยบายสาธารณะที่มีการผลักดันผ่านกลไกระดับชาติ (11) รายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพแห่งชาติ ที่ผลักดันผ่าน คสช. หรือ ครม. หรือกลไกอื่น ๆ



ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

สช. ได้ดำเนินงานตามแผนการดำเนินงาน แผนการเงินและงบประมาณ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 โดยมีผลการดำเนินงานสำคัญ ดังนี้

ตัวชี้วัดและเป้าหมาย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

1 หน่วยงานระดับชาติมีการนำมติ ครม. เกี่ยวกับข้อเสนอนโยบายไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม ไม่น้อยกว่า 13 หน่วยงาน

หน่วยงานเป้าหมายนำมติ ครม. เกี่ยวกับข้อเสนอนโยบายไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม จำนวน 21 หน่วยงาน ได้แก่ (1) สำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (2) สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (3) ศูนย์ความเป็นเลิศด้านชีววิทยา (องค์การมหาชน) (4) สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (5) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (6) กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย (7) สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคมแห่งชาติ (8) สำนักงานทรัพยากรน้ำแห่งชาติ (9) สถาบันสารสนเทศทรัพยากรน้ำ (องค์การมหาชน) (10) กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค (11) กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (12) สำนักโภชนาการ กรมอนามัย (13) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (14) สภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย (15) สภาเกษตรกรแห่งชาติ (16) สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน) (17) กรมศุลกากร (18) สำนักงานตำรวจแห่งชาติ (19) กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (20) กระทรวงศึกษาธิการ (21) สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค

2 องค์ความรู้หรือนวัตกรรมกระบวนการ 4P-W มีการนำไปใช้ประโยชน์ ไม่น้อยกว่า 6 เรื่อง

องค์ความรู้กระบวนการ 4P-W มีการนำไปใช้ประโยชน์ จำนวน 7 เรื่อง ได้แก่ (1) คู่มือขับเคลื่อนแผนรองรับสังคมสูงวัยขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (2) รายงานเรื่องการประเมินความปลอดภัยทางถนนด้วยแบบสำรวจความปลอดภัยทางถนนสำหรับทางหลวงท้องถิ่น กรณีศึกษาพื้นที่ตำบลโพประจักษ์ อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดลพบุรี (3) คู่มือแนวทางการประเมินผลธรรมาภิบาลสุขภาพพื้นที่ด้วยแนวคิดการประเมินผลเพื่อพัฒนา (4) รายงานเรื่องการสังเคราะห์รูปแบบการนำนโยบายสาธารณะสู่การปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (5) รายงานเรื่องการพัฒนาแนวทางการติดตามและประเมินผลโดยชุมชนในการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ กรณีศึกษาโครงการโรงแยกก๊าซธรรมชาติ ไทย-มาเลเซีย (6) รายงานเรื่องการขับเคลื่อนข้อเสนอจากการทำ HIA เพื่อลดผลกระทบจากการพัฒนาพลังงานชีวมวลในพื้นที่ภาคอีสาน (7) รายงานเรื่องการพัฒนาแบบการดำเนินงานในการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพเพื่อพัฒนานโยบายสาธารณะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

ตัวชี้วัดและเป้าหมาย

ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

ผลการดำเนินงาน

ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

3 ธรรมนูญฉบับที่ 3 นำไปพัฒนาเป็นแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพในระดับเขตหรือจังหวัดหรือพื้นที่ไม่น้อยกว่า 15 พื้นที่

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 ได้นำไปพัฒนาเป็นแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพในระดับเขตหรือจังหวัด จำนวน 24 พื้นที่ ได้แก่ (1) ระดับเขต ได้แก่ เขตสุขภาพเพื่อประชาชน จำนวน 8 เขตพื้นที่ ประกอบด้วยเขตพื้นที่ 1 4 5 6 7 8 10 11 (2) เขตพื้นที่การศึกษาลำปาง เขต 1 (3) ระดับจังหวัด ได้แก่ จังหวัดอุดรธานี จังหวัดนครศรีธรรมราช จังหวัดนครสวรรค์ จังหวัดพิจิตร จังหวัดนครปฐม (4) เขตพื้นที่ กทม. จำนวน 10 เขต ได้แก่ เขตบางซื่อ เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย เขตภาษีเจริญ เขตบางนา เขตบางแค เขตราชเทวี เขตดินแดง เขตบางกะปิ เขตบางพลัด เขตบางเขน

4 สมัชชาสุขภาพจังหวัดหรือกรุงเทพมหานคร นามติหรือนโยบายสาธารณะบูรณาการขับเคลื่อนร่วมกับหน่วยงานภาคี เครือข่าย กลไกต่าง ๆ ในพื้นที่ไม่น้อยกว่า 20 จังหวัด

สมัชชาสุขภาพจังหวัดหรือกรุงเทพมหานคร มีมติหรือนโยบายสาธารณะที่บูรณาการขับเคลื่อนร่วมกับหน่วยงานภาครัฐ ภาควิชาการ เครือข่ายกลไกต่าง ๆ ในพื้นที่ จำนวน 20 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดพะเยา จังหวัดตาก จังหวัดน่าน จังหวัดสุโขทัย จังหวัดอุดรธานี จังหวัดชัยนาท จังหวัดสระบุรี จังหวัดกาญจนบุรี จังหวัดสมุทรสงคราม จังหวัดหนองบัวลำภู จังหวัดขอนแก่น จังหวัดอำนาจเจริญ จังหวัดกระบี่ จังหวัดสงขลา จังหวัดยะลา จังหวัดตรัง จังหวัดพัทลุง จังหวัดสุราษฎร์ธานี จังหวัดพังงา จังหวัดนครศรีธรรมราช

5 พื้นที่ที่มีการขับเคลื่อนธรรมนูญเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัยไม่น้อยกว่า 70 แห่ง

พื้นที่ที่มีการขับเคลื่อนธรรมนูญเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัย จำนวน 82 แห่ง ได้แก่ (1) จังหวัดนครสวรรค์ 9 แห่ง (2) จังหวัดชัยนาท 4 แห่ง (3) จังหวัดพิจิตร 1 แห่ง (4) จังหวัดสุโขทัย 6 แห่ง (5) จังหวัดกาญจนบุรี 3 แห่ง (6) จังหวัดลพบุรี 5 แห่ง (7) จังหวัดสิงห์บุรี 1 แห่ง (8) จังหวัดระยอง 1 แห่ง (9) จังหวัดตราด 4 แห่ง (10) จังหวัดอุบลราชธานี 5 แห่ง (11) จังหวัดยโสธร 2 แห่ง (12) จังหวัดขอนแก่น 3 แห่ง (13) จังหวัดชัยภูมิ 1 แห่ง (14) จังหวัดนครราชสีมา 1 แห่ง (15) จังหวัดนครศรีธรรมราช 4 แห่ง (16) จังหวัดสุราษฎร์ธานี 2 แห่ง (17) จังหวัดตรัง 4 แห่ง (18) จังหวัดสงขลา 4 แห่ง (19) กทม. 22 แห่ง

6 ประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่เข้าสู่ระบบการดูแลแบบประคับประคองมีการจัดทำหนังสือแสดงเจตนาฯ (Living will) ร้อยละ 60

ประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่เข้าสู่ระบบการดูแลแบบประคับประคองมีการจัดทำหนังสือแสดงเจตนาฯ (Living will) จำนวน 116,331 คน จากจำนวนทั้งสิ้น 164,012 คน คิดเป็นร้อยละ 70.93

ตัวชี้วัดและเป้าหมาย

ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

ผลการดำเนินงาน

ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

7 หน่วยงานภาคียุทธศาสตร์นำแผนขับเคลื่อนมติเรื่อง Social participation ไปปฏิบัติ ไม่น้อยกว่า 1 กิจกรรม

มีแผนปฏิบัติการของ Core Group on Social Participation ในการขับเคลื่อนมติสมัชชานานาชาติ ในระดับนานาชาติ ระยะ 2 ปี (พ.ศ. 2568-2569) และมีการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ โดยจัด Ministerial Meeting ในการประชุม WHA78 ร่วมกับ ประเทศสโลวีเนีย, บราซิล, ฝรั่งเศส, นอร์เวย์, ตุนิเซีย, เครือข่ายภาคประชาสังคมระดับนานาชาติ ได้แก่ Civil Society Engagement Mechanism (CSEM) และ UHC2030 รวมทั้งมหาวิทยาลัย London School of Economics and Political Science (LSE) เพื่อสร้างแรงผลักดันระดับโลกเรื่อง Social Participation ผ่านกลไกระดับรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 20 พ.ศ. 2568 ณ นครเจนีวา ประเทศสวิตเซอร์แลนด์

8 หน่วยงานภาคียุทธศาสตร์ใช้ประโยชน์จากระบบข้อมูลเพื่อสนับสนุนกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะฯ ไม่น้อยกว่า 4 หน่วยงาน

หน่วยงานภาคียุทธศาสตร์ใช้ประโยชน์จากระบบข้อมูลเพื่อสนับสนุนกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะฯ จำนวน 4 หน่วยงาน ได้แก่ สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และองค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน

9 วัฒนธรรมองค์กรและภาพลักษณ์ของ สช. ได้รับการพัฒนาเป็นหน่วยงานของรัฐแบบใหม่ที่มีสมรรถนะสูงและมีธรรมาภิบาลสูง (คะแนน PMQA 4.0 ไม่น้อยกว่า 470 คะแนน)

ระบบบริหารจัดการของ สช. ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เอื้อต่อการสนับสนุนกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม และมีธรรมาภิบาล โดยมีคะแนน PMQA เท่ากับ 451.81 คะแนน



ตัวชี้วัดและเป้าหมาย

ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

ผลการดำเนินงาน

ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

10 นโยบายสาธารณะที่มีการผลักดันผ่านกลไกระดับชาติ ไม่น้อยกว่า 10 เรื่อง

นโยบายสาธารณะที่มีการผลักดันผ่านกลไกระดับชาติ จำนวน 19 เรื่อง ได้แก่ (1) มติ 4.3 การจัดการภัยพิบัติธรรมชาติโดยชุมชนท้องถิ่นเป็นศูนย์กลาง (2) มติ 7.3 การกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชน (3) มติ 8.2 การจัดการปัญหาหมอกควันที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ (4) มติ 15.3 หลักประกันรายได้เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ (5) มติ 16.1 การส่งเสริมความเข้มแข็งกลไกการบริหารจัดการน้ำเชิงพื้นที่ (6) มติที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อ (NCDs) จำนวน 6 มติ ได้แก่ มติ 2.8 การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน, มติ 3.3 การควบคุมกลยุทธ์การตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก, มติ 6.2 เป้าหมายในการป้องกันและควบคุม NCDs, มติ 8.4 นโยบายการลดบริโภคเกลือและโซเดียมเพื่อลด NCDs, มติ 10.1 การส่งเสริมให้คนไทยทุกช่วงวัยมีกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้น, มติ 11.3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหา NCDs (7) กลุ่มมติเกษตร อาหารปลอดภัยและความมั่นคงทางอาหาร จำนวน 7 มติ ได้แก่ มติ 1.5 เกษตรและอาหารในยุควิกฤต, มติ 5.5 ความปลอดภัยทางอาหาร : การแก้ไขปัญหาจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช, มติ 5.8 การพัฒนากลไกและกระบวนการที่สามารถรับมือผลกระทบด้านสุขภาพจากการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน โดยเฉพาะอาหารและสินค้าเกษตรที่เป็นอาหาร, มติ 6.5 ระบบการจัดการอาหารในโรงเรียน, มติ 8.1 สุขภาวะชาวนา : การสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายองค์กรชาวนา, มติ 9.1 น้ำดื่มที่ปลอดภัยสำหรับประชาชน, มติ 13.1 ความมั่นคงทางอาหารในภาวะวิกฤต (8) มติสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นการปกป้องเด็กและเยาวชนจากบุหรี่ไฟฟ้า

11 รายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพแห่งชาติ ที่ผลักดันผ่าน คสช. หรือ ครม. หรือ กลไกอื่น ๆ จำนวน 1 ฉบับ

รายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมดการเงินการคลังด้านสุขภาพ เสนอต่อที่ประชุมคณะอนุกรรมการด้านการคลัง ในคณะกรรมการธิการการเศรษฐกิจ การเงิน และการคลัง วุฒิสภา เมื่อวันที่ 27 มิ.ย. 2568

สิ่งที่จะดำเนินการต่อไป

1. มุ่งเน้นการสร้างความเป็นเจ้าของร่วมกัน (Collective Ownership) ในการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมในประเด็นปัญหาสำคัญของประเทศที่มีผลกระทบสูง เช่น การจัดการภัยพิบัติ การกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชน การป้องกันโรคไม่ติดต่อ (NCDs) การปกป้องเด็กและเยาวชนจากบุหรี่ไฟฟ้า
2. เน้นการทำงานแบบมุ่งเป้าเพื่อสร้างผลลัพธ์และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม รวมทั้งการเผยแพร่รูปธรรมความสำเร็จดังกล่าวต่อสาธารณะ เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจต่อการทำงานของ สช. ตลอดจนการเล็งเห็นถึงคุณค่าของกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม
3. ให้ความสำคัญกับการบริหารภาคีเครือข่ายและการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายใหม่ให้มีทักษะที่จำเป็นต่อการขับเคลื่อนกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมตามเครื่องมือภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เพื่อให้เกิดเครือข่ายความร่วมมือทางสังคม และเป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม เพื่อการพัฒนาประเทศไทยอย่างยั่งยืน
4. เชื่อมโยงข้อมูลการขับเคลื่อนงานทั้งภาครัฐ ภาควิชาการ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคมที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพโดยเฉพาะระดับพื้นที่ เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในการติดตามและเฝ้าระวังสถานการณ์ระบบสุขภาพ รวมถึงปรับปรุงระบบสารสนเทศเพื่อสนับสนุนกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม โดยใช้เครื่องมือการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยปัญญาประดิษฐ์เพื่อสังเคราะห์ข้อมูลและคาดการณ์ทิศทาง การขับเคลื่อนระบบสุขภาพที่ส่งผลต่อความเหลื่อมล้ำและความเป็นธรรมด้านสุขภาพ



งานสำคัญของแต่ละแผนงาน

ความเป็นมา

แผนงานพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ มุ่งเน้นการพัฒนาาระบบกลไกและเครือข่ายความร่วมมือของทุกภาคส่วน ในการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม สะท้อนแนวคิดทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ มุ่งสู่เป้าหมายระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ตามเจตนารมณ์ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 ตลอดจนติดตามความก้าวหน้าการนำธรรมนูญฯ ฉบับที่ 3 ไปใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพในทุกระดับ เพื่อให้เกิดการทบทวน และปรับปรุงกระบวนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการประเมินผลระบบสุขภาพไทย รูปธรรมความสำเร็จ ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม ที่จะนำไปสู่เป้าหมายระบบสุขภาพที่เป็นธรรมต่อไป

หน่วยงานรับผิดชอบหลัก ประกอบด้วย สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (สย.) สำนักความร่วมมือระหว่างประเทศ (สป.) สำนักนโยบายสาธารณะภาคเหนือ (สช.น.) สำนักนโยบายสาธารณะภาคใต้ (สช.ต.) สำนักนโยบายสาธารณะเขตเมือง (สช.ม.) โดยขับเคลื่อนงานผ่าน 8 โครงการ ได้แก่ (1) โครงการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะผ่านกลไก คสช. และภาคียุทธศาสตร์ (2) โครงการสนับสนุนการขับเคลื่อนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ (3) โครงการพัฒนาความร่วมมือเครือข่ายนานาชาติในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม (4) โครงการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พ.ศ. 2566 (5) โครงการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อ (NCDs) (6) โครงการแผนพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (7) โครงการสนับสนุนการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่ กทม. และเมืองพัทยา (8) โครงการพัฒนาและขับเคลื่อนระบบสุขภาพท้องถิ่น



ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

เป้าหมาย	ผลการดำเนินงานสำคัญ
<p>1 ข้อเสนอแนะหรือคำปรึกษาต่อ กรม. ในประเด็นที่เป็นปัญหาสำคัญของ ประเทศ ไม่น้อยกว่า 1 ประเด็น</p>	<p>มีข้อเสนอเชิงนโยบายในประเด็นที่เป็นปัญหาสำคัญของประเทศ เสนอต่อ กรม. จำนวน 3 เรื่อง ได้แก่ (1) มติสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นว่าด้วยการสานพลังสร้างสภาวะแวดล้อมทางกายภาพและสังคมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อ (2) มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 17 พ.ศ. 2567 (3) ข้อเสนอเชิงนโยบายการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อการจัดการภัยพิบัติโดยชุมชนและท้องถิ่นเป็นศูนย์กลาง ทั้งนี้ ที่ประชุม กรม. ได้มีมติ เมื่อวันที่ 2 ธันวาคม 2568 เห็นชอบมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 17 พ.ศ. 2567 และข้อเสนอเชิงนโยบายการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อการจัดการภัยพิบัติโดยชุมชนและท้องถิ่นเป็นศูนย์กลาง โดยมอบหมาย คสช. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปพิจารณาดำเนินการตามภารกิจหน้าที่ที่เกี่ยวข้องต่อไป</p>
<p>2 องค์ความรู้หรือนวัตกรรมกระบวนการ 4P-W มีการนำไปใช้ประโยชน์ ไม่น้อยกว่า 1 เรื่อง</p>	<p>องค์ความรู้กระบวนการ 4P-W มีการนำไปใช้ประโยชน์ จำนวน 1 เรื่อง คือ คู่มือขับเคลื่อนแผนรองรับสังคมสูงวัยขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น นำไปขับเคลื่อนระบบรองรับสังคมสูงวัยของท้องถิ่นในพื้นที่ดำเนินการ จำนวน 40 แห่ง ใน 10 จังหวัด และมีหนังสือที่ มท.0810.6/ว314 ลงวันที่ 22 ม.ค. 2568 เรื่อง ขอประชาสัมพันธ์คู่มือขับเคลื่อนแผนรองรับสังคมสูงวัยขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ถึงผู้ว่าราชการจังหวัดทุกจังหวัด เพื่อประชาสัมพันธ์ให้ทุกจังหวัดทราบและดำเนินการขับเคลื่อนระบบรองรับสังคมสูงวัยขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในส่วนที่เกี่ยวข้อง</p>
<p>3 หน่วยงานภาคียุทธศาสตร์ใช้ประโยชน์จากระบบข้อมูลเพื่อสนับสนุนกระบวนการพัฒนา นโยบายสาธารณะไม่น้อยกว่า 4 แห่ง</p>	<p>หน่วยงานภาคียุทธศาสตร์ใช้ประโยชน์จากระบบข้อมูลเพื่อสนับสนุนกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะ จำนวน 4 แห่ง ได้แก่ สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และองค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน</p>
<p>4 เกิดเครือข่ายระดับโลกขับเคลื่อนมติสมัชชาอนามัยโลก เรื่อง Social Participation for UHC, Health and Well-being ร่วมกัน ไม่น้อยกว่า 1 เครือข่าย</p>	<p>มีเครือข่ายระดับโลกขับเคลื่อนมติสมัชชาอนามัยโลก เรื่อง Social Participation for UHC, Health and Well-being ร่วมกัน จำนวน 1 เครือข่าย คือ Global Network for Social Participation</p>

เป้าหมาย

ผลการดำเนินงานสำคัญ

5

หน่วยงานองค์กรภาคีเครือข่ายเป้าหมายร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงานตามเป้าหมายธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พ.ศ. 2566 ไม่น้อยกว่า 4 หน่วยงาน

หน่วยงานองค์กรภาคีเครือข่ายเป้าหมายร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงานตามเป้าหมายธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พ.ศ. 2566 จำนวน 4 หน่วยงาน ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

6

หน่วยงานระดับชาตินำมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้องกับ NCDs ไปขับเคลื่อน จำนวน 5 หน่วยงาน

หน่วยงานระดับชาตินำมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้องกับ NCDs ไปขับเคลื่อน จำนวน 5 หน่วยงาน ได้แก่ สภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย กรมควบคุมโรค กรมอนามัย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

7

มติสมัชชาสุขภาพในระดับพื้นที่กรุงเทพมหานครและเมืองพัทยาได้รับการขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม ไม่น้อยกว่า 4 ประเด็น/มติ

มติสมัชชาสุขภาพในระดับพื้นที่กรุงเทพมหานครได้รับการขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติ จำนวน 4 มติ ได้แก่ (1) ธรรมนูญสุขภาพกรุงเทพมหานคร (2) การพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในกรุงเทพมหานครเพื่อรองรับภาวะวิกฤตและสุขภาพดีทุกช่วงวัยด้วยระบบบริการสุขภาพเขตเมืองที่เน้นคุณค่า (3) การสานพลังพัฒนาพื้นที่สาธารณะเพื่อสุขภาวะของชุมชน (4) การจัดการหาแร่แฝงลอยและพื้นที่เศรษฐกิจปลอดภัยภายใต้ความหลากหลาย โดยมีการบรรจุในยุทธศาสตร์การพัฒนากทม. กรุงเทพมหานคร



สิ่งที่จะดำเนินการต่อไป

1. มีการทำงานร่วมกับภาคียุทธศาสตร์และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทุกระดับในการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมในประเด็นที่เป็นปัญหาสำคัญและมีผลกระทบสูง ควบคู่กับการสื่อสารเชิงรุกให้เกิดความเข้าใจกับแนวคิดของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 เพื่อมุ่งสู่เป้าหมายการมีระบบสุขภาพที่เป็นธรรม
2. จัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพให้ครบทุกหมวดตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ควบคู่กับการสนับสนุนการนำรายงานสถานการณ์ฯ ไปใช้ประโยชน์ในทางนโยบาย เพื่อติดตามสถานการณ์ระบบสุขภาพได้อย่างต่อเนื่องเป็นระบบ
3. ขับเคลื่อนมติสมัชชาอนามัยโลก ครั้งที่ 77 เรื่อง Social Participation for UHC, Health and Well-being ทั้งในระดับนานาชาติและระดับประเทศ เพื่อบรรลุเจตนารมณ์ของมติฯ ที่มุ่งให้เกิดการอภิบาลระบบสุขภาพแบบมีส่วนร่วม และให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเชิงนโยบายด้านสุขภาพในทุกระดับ ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนานโยบายสาธารณะที่ตอบสนองความต้องการของสังคม
4. สนับสนุนการขับเคลื่อนกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมในประเด็นสำคัญตามบริบทของพื้นที่ ทั้งระดับเขต จังหวัด ตำบล เช่น การเตรียมความพร้อมรองรับสถานการณ์ภัยพิบัติอย่างมีส่วนร่วม การจัดการปัญหาโรคไม่ติดต่อ (NCDs) การเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัย การป้องกันเด็กและเยาวชนจากบุหรี่ไฟฟ้า
5. มุ่งเน้นการพัฒนาระบบสุขภาพท้องถิ่น โดยทำงานร่วมกับภาคียุทธศาสตร์ องค์กรและภาคีเครือข่ายในพื้นที่ โดยเฉพาะภารกิจการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด เพื่อให้เกิดการพัฒนาโยบายสาธารณะที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่อย่างแท้จริง
6. มุ่งเน้นการพัฒนารูปแบบของกระบวนการนโยบายสาธารณะที่หลากหลาย ยืดหยุ่น ทันสถานการณ์ และสามารถใช้งานได้จริง เพื่อให้หน่วยงานภาคีเครือข่ายสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม และสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่



แผนงานพัฒนาวิชาการ และนวัตกรรมกระบวนการนโยบายสาธารณะ

ความเป็นมา

แผนงานพัฒนาวิชาการและนวัตกรรมกระบวนการนโยบายสาธารณะ มุ่งเน้นการพัฒนาาระบบสนับสนุนทางวิชาการ การผลิตชุดความรู้เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจด้านกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมสำหรับเผยแพร่ต่อสาธารณะ รวมทั้งการพัฒนาวัตกรรมการกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมที่มีความหลากหลายและเหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา โดยมุ่งหวังให้เกิดการยอมรับและนำเครื่องมือกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาโยบายสาธารณะกระแสหลัก อีกทั้งแสวงหากาติเครือข่ายใหม่ในการขับเคลื่อนกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม

หน่วยงานรับผิดชอบหลัก ประกอบด้วย สำนักนโยบายสาธารณะภาคเหนือ (สช.น.) สำนักนโยบายสาธารณะภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (สช.อ.) สำนักนโยบายสาธารณะภาคกลาง (สช.ก.) สำนักนโยบายสาธารณะภาคใต้ (สช.ต.) สำนักนโยบายสาธารณะเขตเมือง (สช.ม.) รับผิดชอบการขับเคลื่อนงานผ่าน 5 โครงการ ได้แก่ (1) โครงการพัฒนาวิชาการและศักยภาพภาคเครือข่ายเพื่อขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม (2) โครงการสนับสนุนการพัฒนาและขับเคลื่อนสิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ (3) โครงการสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมภาคเหนือ (4) โครงการสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (5) โครงการสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมภาคกลาง (6) โครงการสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมภาคใต้ (7) โครงการสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมเขตเมือง



ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

เป้าหมาย

- 1 นโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมที่มีการผลักดันผ่านกลไก/หน่วยงานระดับชาติ ไม่น้อยกว่า 13 เรื่อง

ผลการดำเนินงานสำคัญ

นโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมที่มีการผลักดันผ่านกลไก/หน่วยงานระดับชาติ จำนวน 21 เรื่อง ได้แก่ (1) มติ 5.7 พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพ (2) มติ 15.3 หลักประกันรายได้เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ (3) มติ 4.3 การจัดการภัยพิบัติธรรมชาติโดยชุมชนท้องถิ่นเป็นศูนย์กลาง (4) มติ 7.3 การกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชน (5) กลุ่มมติเกษตร อาหารปลอดภัย และความมั่นคงทางอาหาร จำนวน 7 มติ ได้แก่ มติ 1.5 เกษตรและอาหารในยุควิกฤต, มติ 5.5 ความปลอดภัยทางอาหาร : การแก้ไขปัญหามาจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช, มติ 5.8 การพัฒนากลไกและกระบวนการที่สามารถรับมือผลกระทบด้านสุขภาพจากการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน โดยเฉพาะอาหารและสินค้าเกษตรที่เป็นอาหาร, มติ 6.5 ระบบการจัดการอาหารในโรงเรียน, มติ 8.1 สุขภาวะชวาวนา : การสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายองค์กรชวาวนา, มติ 9.1 น้ำดื่มที่ปลอดภัยสำหรับประชาชน, มติ 13.1 ความมั่นคงทางอาหารในภาวะวิกฤต (6) มติ 8.2 การจัดการปัญหาหมอกควันที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ (7) มติ 16.1 การส่งเสริมความเข้มแข็งกลไกการบริหารจัดการน้ำเชิงพื้นที่ (8) มติสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น “การปกป้องเด็กและเยาวชนจากบุหรี่ไฟฟ้า” (9) มติที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อ (NCDs) จำนวน 6 มติ ประกอบด้วย มติ 2.8 การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน, มติ 3.3 การควบคุมกลยุทธ์การตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก, มติ 6.2 เป้าหมายในการป้องกันและควบคุม NCDs, มติ 8.4 นโยบายการลดบริโภคเกลือและโซเดียมเพื่อลด NCDs, มติ 10.1 การส่งเสริมให้คนไทยทุกช่วงวัยมีกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้น, มติ 11.3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหา NCDs มติ 11.4 การคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการทันตกรรม มติ 17.2 การท่องเที่ยวแนวใหม่สู่สุขภาพและเศรษฐกิจไทยยั่งยืน



เป้าหมาย

ผลการดำเนินงานสำคัญ

2 การแก้ปัญหาสุขภาพในเขตพื้นที่มีการดำเนินการด้วยการบูรณาการภารกิจอำนาจหน้าที่ของหน่วยงานภาคีที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ไม่น้อยกว่า 5 ประเด็น

การแก้ปัญหาสุขภาพในเขตพื้นที่ที่มีการดำเนินการด้วยการบูรณาการภารกิจอำนาจหน้าที่ของหน่วยงานภาคีที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน จำนวน 16 ประเด็น ดังนี้ (1) เขตพื้นที่ 1 ได้แก่ ประเด็นการบริหารจัดการฝุ่นควันไฟป่าล้านนา และประเด็นการรองรับสุขภาพะสูงวัยล้านนา (2) เขตพื้นที่ 2 ได้แก่ ประเด็นเด็กและเยาวชน และประเด็นภัยคุกคามต่อสุขภาพ (3) พื้นที่เขต 7 ได้แก่ ประเด็นการป้องกันพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี (4) พื้นที่เขต 8 ได้แก่ ประเด็นสุขภาพะเด็กและเยาวชน (บุหรี่ไฟฟ้า) (5) พื้นที่เขต 9 ได้แก่ ประเด็นการพัฒนาระบบปฐมภูมิภาคชุมชน (6) พื้นที่เขต 4 ได้แก่ ประเด็นผู้สูงอายุ ผู้พิการ และกลุ่มเปราะบาง (7) พื้นที่เขต 5 ได้แก่ ประเด็นบุหรี่ไฟฟ้า (8) พื้นที่เขต 6 ได้แก่ ประเด็นเด็กและเยาวชน (9) พื้นที่เขต 11 ได้แก่ ประเด็นลดปัจจัยเสี่ยงและบุหรี่ไฟฟ้า, ประเด็นสุขภาพะ Active aging และประเด็นเด็กและเยาวชน (10) พื้นที่เขต 12 ได้แก่ ประเด็นบุหรี่และปัจจัยเสี่ยง, ประเด็นสุขภาพะแม่และเด็ก และประเด็นสุขภาพะกลุ่มเปราะบางทางสังคม

3 ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 ได้นำไปพัฒนาเป็นแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพในระดับเขตหรือจังหวัดหรือพื้นที่ ไม่น้อยกว่า 15 พื้นที่

ธรรมนูญ ฉบับที่ 3 นำไปพัฒนาเป็นแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพในระดับเขต จำนวน 24 พื้นที่ ได้แก่ เขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตพื้นที่ 1 4 5 6 7 8 10 11 เขตพื้นที่การศึกษาลำปาง เขต 1 จังหวัดอุดรดิถี จังหวัดนครศรีธรรมราช จังหวัดนครสวรรค์ จังหวัดพิจิตร จังหวัดนครปฐม และเขตในกรุงเทพมหานคร ได้แก่ เขตบางซื่อ เขตบางเขน เขตภาษีเจริญ เขตบางนา เขตบางแค เขตราชเทวี เขตดินแดง เขตบางกะปิ เขตบางพลัด และเขตป้อมปราบศัตรูพ่าย

4 ข้อเสนอเชิงนโยบายสาธารณะสิทธิด้านสุขภาพของกลุ่มประชากรที่มีความจำเพาะด้านสุขภาพ จำนวน 1 เรื่อง

มีข้อเสนอเชิงนโยบายสาธารณะสิทธิด้านสุขภาพของกลุ่มประชากรที่มีความจำเพาะด้านสุขภาพ จำนวน 1 เรื่อง ได้แก่ รายงานข้อเสนอเชิงนโยบายรองรับประชากรกลุ่มเสี่ยงที่จะเสียชีวิตอย่างโดดเดี่ยว ฉบับสมบูรณ์ รวมถึงมีการจัดเวทีระดมความคิดเห็นและสร้างการมีส่วนร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อนำข้อเสนอฯ ไปสู่การขับเคลื่อนร่วมกัน

5 ประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่เข้าสู่ระบบการดูแลแบบประคับประคองมีการจัดทำหนังสือแสดงเจตนาฯ (Living will) ร้อยละ 60

ผลการสำรวจข้อมูลกลุ่มเป้าหมายที่เข้าสู่ระบบการดูแลแบบประคับประคองมีการจัดทำหนังสือแสดงเจตนาฯ (Living will) ในระดับเขตสุขภาพ จำนวน 13 เขตสุขภาพ โดยมีข้อมูลตอบกลับมา จำนวน 11 เขตสุขภาพ (ข้อมูลเดือน ต.ค. 2567 – พ.ค. 2568) พบว่า มีผู้ป่วยที่เข้าสู่ระบบการดูแลแบบประคับประคอง จำนวนทั้งสิ้น 164,012 คน และได้จัดทำ Living will จำนวน 116,331 คน คิดเป็นร้อยละ 70.93

เป้าหมาย

ผลการดำเนินงานสำคัญ

6 หน่วยงานเป้าหมายนำกระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (HIA) ไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานไม่น้อยกว่า 10 หน่วยงาน

หน่วยงานเป้าหมายนำกระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (HIA) ไปพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย จำนวน 11 หน่วยงาน ได้แก่ (1) ศูนย์ดูแลผู้พิการตำบลขมภู (2) มูลนิธิบูรณะนิเวศ (3) สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ (4) กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย (5) กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค (6) มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม (7) มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร (8) มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา (9) มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี (10) มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา (11) มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

สิ่งที่จะดำเนินการต่อไป

1. พัฒนาระบบการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมและช่องทางการสื่อสารเพื่อขยายการมีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายสาธารณะไปสู่ประชาชน โดยเฉพาะเยาวชนและคนรุ่นใหม่ เช่น การพัฒนาแพลตฟอร์มการรับฟังความเห็นที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้กว้างขวางยิ่งขึ้น การสนับสนุนให้เครือข่ายเยาวชนและนักศึกษาจัดกระบวนการรับฟังความเห็นต่อประเด็นที่จะพัฒนาเป็นมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
2. สนับสนุนให้เกิดการนำองค์ความรู้ด้านกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมที่พัฒนาขึ้นไปใช้ประโยชน์ในทุกกระดับ ทบทวนแนวทางการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายนักสานพลังสร้างสุขภาวะในพื้นที่ (คนส.) ให้สอดคล้องกับสถานการณ์และสามารถต่อยอดการพัฒนาระบบการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. ปรับปรุงระบบฐานข้อมูลหนังสือแสดงเจตนาด้านสุขภาพแบบอิเล็กทรอนิกส์ (e-Living will) ให้เป็นระบบที่เชื่อมโยงถึงกันทั้งระบบสุขภาพ
4. สนับสนุนให้หน่วยงานเป้าหมายมีความรู้ความเข้าใจ และสามารถนำการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (HIA) ไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงานได้ โดยการรวบรวมและเผยแพร่ความรู้ผ่านสื่อการเรียนรู้ในรูปแบบต่าง ๆ รวมถึงปรับปรุงระบบกลไกการให้คำปรึกษาด้านการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพผ่านเว็บไซต์ www.THIA.in.th



แผนงานพัฒนาองค์กรและสื่อสารสังคม

ความเป็นมา

แผนงานพัฒนาศักยภาพองค์กรและการสื่อสารสังคม มุ่งพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนกระบวนการงานหลักให้สามารถขับเคลื่อนงานตามภารกิจขององค์กรได้อย่างมีประสิทธิภาพ คุ่มค่า โปร่งใสและตรวจสอบได้ รวมทั้งการสื่อสารเชิงรุกเพื่อสร้างการรับรู้และเข้าใจต่อกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมผ่านการนำเสนอธุรกรรมการขับเคลื่อนงานของ สช. ตลอดจนการพัฒนาบุคลากรให้มีขีดความสามารถในการทำงานรองรับภารกิจ และการส่งเสริมวัฒนธรรมองค์กรให้แก่บุคลากร เพื่อมุ่งสู่องค์กรที่มีความพร้อมในการเป็นหน่วยงานของรัฐแบบใหม่ที่มีสมรรถนะสูงและมีธรรมาภิบาลสูง

หน่วยงานรับผิดชอบหลัก ประกอบด้วย สำนักบริหารประสิทธิภาพองค์กร (สบ.) สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (สย.) กลุ่มงานตรวจสอบภายใน (กตส.) รับผิดชอบการขับเคลื่อนงานผ่าน 5 โครงการหลัก ได้แก่ (1) โครงการพัฒนานวัตกรรมเพื่อรองรับระบบสนับสนุนการบริหารจัดการสมัยใหม่ (2) โครงการสนับสนุนการพัฒนาระบบตรวจสอบภายใน ประจำปี พ.ศ. 2568 (3) โครงการพัฒนาและสนับสนุนการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้เพื่อรองรับภารกิจองค์กร (4) โครงการพัฒนาระบบสื่อสารภายในและสื่อสารสังคมเชิงรุก (5) โครงการพัฒนาระบบบริหารบุคลากร พัฒนาศักยภาพและส่งเสริมวัฒนธรรมองค์กร

ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

เป้าหมาย

ผลการดำเนินงานสำคัญ

- | | |
|--|--|
| <p>1 มีระบบบริการดิจิทัลที่สนับสนุนการบริหารงานภายใน หรือสนับสนุนการพัฒนานโยบายสาธารณะร่วมกับองค์กรภาคียุทธศาสตร์และเครือข่ายอย่างน้อย 1 ระบบ</p> | <p>มีระบบบริการดิจิทัลสนับสนุนการบริหารงานภายใน/สนับสนุนการพัฒนา นโยบายสาธารณะร่วมกับองค์กรภาคียุทธศาสตร์และเครือข่าย จำนวน 1 ระบบ คือ ระบบ Digital Signature โดยได้นำระบบบริหารจัดการลายมือชื่ออิเล็กทรอนิกส์ (ระบบ Digital Signature) ติดตั้งที่ Test Zone และ Production Zone เรียบร้อยแล้ว และได้เริ่มให้บริการดังกล่าวในระบบ ERP แล้ว</p> |
| <p>2 มีระบบบริหารจัดการทรัพยากรองค์กร (Enterprise Resource Planning : ERP) ของ สช. จำนวน 5 ระบบ</p> | <p>มีระบบ ERP มีการออกแบบกระบวนการทำงานของระบบโดยใช้ BPMN และพัฒนาโดยใช้ระบบ Odoo ที่รวมชุดแอปพลิเคชันที่มีความเชื่อมโยงกัน จำนวน 5 ระบบ ได้แก่ (1) ระบบบริหารงบประมาณ (2) ระบบบริหารการเงินบัญชี (3) ระบบจัดซื้อจัดจ้าง (4) ระบบบริหารพัสดุคงคลังและครุภัณฑ์ (5) ระบบบริหารโครงการข้อตกลง</p> |
| <p>3 ได้กระบวนการลดต้นทุนและเพิ่มประสิทธิภาพแก่การปฏิบัติราชการของภาครัฐให้ครอบคลุมตลอดทั้งระบบนิเวศ (Ecosystem) ตาม พ.ร.บ. การปฏิบัติราชการทางอิเล็กทรอนิกส์ พ.ศ. 2565 จำนวนไม่น้อยกว่า 1 ระบบ</p> | <p>ได้กระบวนการลดต้นทุนและเพิ่มประสิทธิภาพแก่การปฏิบัติราชการของภาครัฐให้ครอบคลุมตลอดทั้งระบบนิเวศ (Ecosystem) ตาม พ.ร.บ. การปฏิบัติราชการทางอิเล็กทรอนิกส์ พ.ศ. 2565 ได้แก่ ระบบ e-Saraban จำนวน 3 ระบบ ได้แก่ (1) ระบบสารบรรณอิเล็กทรอนิกส์ (2) ระบบร่าง-ทาน-ตรวจ เป็นระบบที่ทำงานในรูปแบบดิจิทัล (3) ระบบลงนามอนุมัติออนไลน์</p> |

เป้าหมาย	ผลการดำเนินงานสำคัญ
<p>4 รายงานผลการตรวจสอบมีข้อเสนอแนะเชิงป้องกันและลดความผิดพลาดการปฏิบัติงาน ไม่น้อยกว่า 3 เรื่อง</p>	<p>มีหน่วยรับตรวจนำข้อเสนอแนะที่ระบุในรายงานผลการสอบทานของผู้ตรวจสอบภายในไปปฏิบัติและปรับปรุง จำนวน 24 เรื่อง</p>
<p>5 ข้อมูลข่าวสารการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม และประเด็นเน้นหนักของ สช. ไม่น้อยกว่า 300 ชิ้น</p>	<p>ผลิตเนื้อหา/ข่าวสารเกี่ยวกับการขับเคลื่อนกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม จำนวน 997 ชิ้นงาน ในรูปแบบของคลิปวิดีโอ ข่าวแจก (Press Release) และอินโฟกราฟิก</p>
<p>6 เครื่องช่ายนักสื่อสารสุขภาพเป้าหมายได้รับการพัฒนาศักยภาพให้สามารถสื่อสารข่าวสารสุขภาพได้อย่างมีคุณภาพ จำนวนไม่น้อยกว่า 22 เครื่องช่าย/องค์กร</p>	<p>มีการพัฒนาศักยภาพเครื่องช่ายนักสื่อสารสุขภาพให้สามารถสื่อสารข่าวสารสุขภาพได้อย่างมีคุณภาพ จำนวน 32 เครื่องช่าย แบ่งเป็นเครื่องช่ายเดิมจำนวน 13 เครื่องช่าย ได้แก่ เครื่องช่ายสื่อสุขภาพะเดิม คือ กขป. ทั้ง 13 เขตพื้นที่ จำนวน 13 เครื่องช่าย และเครื่องช่ายสื่อสุขภาพะใหม่ จำนวน 19 เครื่องช่าย แบ่งเป็น (1) เครื่องช่ายระดับจังหวัด จำนวน 6 เครื่องช่าย ได้แก่ (1.1) เครื่องช่ายสื่อจังหวัดเพชรบูรณ์ (1.2) เครื่องช่ายสื่อจังหวัดขอนแก่น (1.3) เครื่องช่ายสื่อจังหวัดกาญจนบุรี (1.4) เครื่องช่ายสื่อจังหวัดอุดรธานี (1.5) เครื่องช่ายสื่อจังหวัดปัตตานี (1.6) เครื่องช่ายสื่อจังหวัดอุบลราชธานี (2) เครื่องช่ายสื่อสุขภาพะในสถาบันการศึกษา จำนวน 7 เครื่องช่าย ได้แก่ (2.1) มหาวิทยาลัยขอนแก่น (2.2) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม (2.3) มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี (2.4) มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม (2.5) มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย (2.6) มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร (2.7) มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ (3) เครื่องช่ายระดับมัธยมศึกษา จำนวน 6 เครื่องช่าย (3.1) โรงเรียนกาฬสินธุ์พิทยาสรรพ์ (3.2) โรงเรียนขอนแก่นวิทยายน (3.3) โรงเรียนสารคามพิทยาคม (3.4) โรงเรียนร้อยเอ็ดวิทยาลัย (3.5) โรงเรียนอุดรพิทยานุกูล (3.6) โรงเรียนอำนาจเจริญ</p>
<p>7 ระดับความสำเร็จในการพัฒนาระบบงานบุคคลรองรับการเป็นองค์กรสมรรถนะสูง ผ่านเกณฑ์มาตรฐานบรรลุในระดับก้าวหน้า (Advance) จำนวน 450 คะแนน</p>	<p>ผลการดำเนินงานตามเกณฑ์ประเมินสถานะของหน่วยงานภาครัฐสู่ระบบราชการ 4.0 ประจำปี 2568 ของ สช. ในหมวด 5 การมุ่งเน้นบุคลากร มีผลคะแนนเท่ากับ 466.67 คะแนน (จากคะแนนรวม 500 คะแนน)</p>

สิ่งที่จะดำเนินการต่อไป

1. ดำเนินงานอย่างต่อเนื่องในการปรับปรุงควบคู่กับการใช้งานระบบบริหารจัดการทรัพยากรองค์กร (Enterprise Resource Planning: ERP) ของ สช. และระบบ e-Saraban เพื่อมุ่งสู่การเป็นองค์กรสมรรถนะสูงด้วยการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาสนับสนุนและอำนวยความสะดวกต่อการปฏิบัติงานตามภารกิจของผู้บริหารและองค์กรอย่างคุ้มค่าและเหมาะสม
2. มุ่งเน้นให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในระดับพนักงานให้มีความพร้อมในการทำงานเชิงรุกและมุ่งเน้นผลงานที่มีประสิทธิภาพ ระดับหัวหน้างานในการบริหารทีมงาน บริหารองค์กรให้มีความเท่าทันพลวัตที่เปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งพัฒนากลุ่มพนักงานที่เป็นผู้สืบทอดตำแหน่งที่สำคัญภายในองค์กรให้มีความพร้อมและสามารถสร้างงานได้อย่างไร้รอยต่อ ควบคู่กับการปรับโครงสร้างการทำงานและจัดสรรอัตรากำลังให้มีความเหมาะสมรองรับการขับเคลื่อนงานตามแผนงานหลักฉบับที่ 4 ของ สช.
3. มุ่งเน้นพัฒนานักสื่อสารสุภาพะทั้งระดับภูมิภาคและระดับประเทศ เพื่อให้สามารถสื่อสารและประชาสัมพันธ์ข่าวสารเกี่ยวกับการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมไปยังกลุ่มเป้าหมายที่เหมาะสม รวมทั้งการสร้างการรับรู้โดยการสื่อสารและประชาสัมพันธ์เชิงรุกในประเด็นหลักของ สช. เพื่อขับเคลื่อนให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี
4. ดำเนินการอย่างต่อเนื่องในการพัฒนาองค์กรสู่การเป็นองค์กรสมรรถนะสูงผ่านการใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีดิจิทัลและข้อมูล โดยให้ความสำคัญกับการพัฒนาต่อระบบบริหารจัดการทรัพยากรองค์กร (Enterprise Resource Planning: ERP) ให้รองรับการทำงานด้านอื่น ๆ มากขึ้น ควบคู่กับการพัฒนาระบบมาตรฐานการปฏิบัติงานด้านธรรมาภิบาล ข้อมูลและการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์



ผลงาน ความภาคภูมิใจ

ระดับองค์กร

รางวัลเชิดชูเกียรติ
พลังขับเคลื่อน RDU ประเทศไทย

สช. ได้รับรางวัล “เชิดชูเกียรติพลังขับเคลื่อนการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use : RDU) ประเทศไทย” ประเภทหน่วยงาน/เครือข่าย ในการประชุมสัมมนาในระดับชาติด้านการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ครั้งที่ 1 เมื่อวันที่ 9 กรกฎาคม 2568 ณ โรงแรมเซ็นทารา ไทป์ ศูนย์ราชการและคอนเวนชันเซ็นเตอร์ แจ้งวัฒนะ กรุงเทพฯ



ระดับบุคคล

รางวัลผู้ปกป้องเด็กไทย
จากบุหรี่ไฟฟ้า The Hero

นายแพทย์สุเทพ เพชรมาก เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ได้รับรางวัล “The Hero ผู้ปกป้องเด็กไทยจากบุหรี่ไฟฟ้า”

จากบทบาทในการสนับสนุนและขับเคลื่อนนโยบายปกป้องเด็กและเยาวชนจากบุหรี่ไฟฟ้า ในงานประชุมบุหรีกับสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 23 เนื่องในโอกาสครบรอบ 20 ปี ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) เรื่อง กระชากหน้ากากธุรกิจบุหรีไฟฟ้า: คนรุ่นใหม่รู้เท่าทันกลยุทธ์ ระหว่างวันที่ 4-5 สิงหาคม 2568 ณ โรงแรมแกรนด์ริชมอนด์ จังหวัดนนทบุรี

ระดับบุคคล

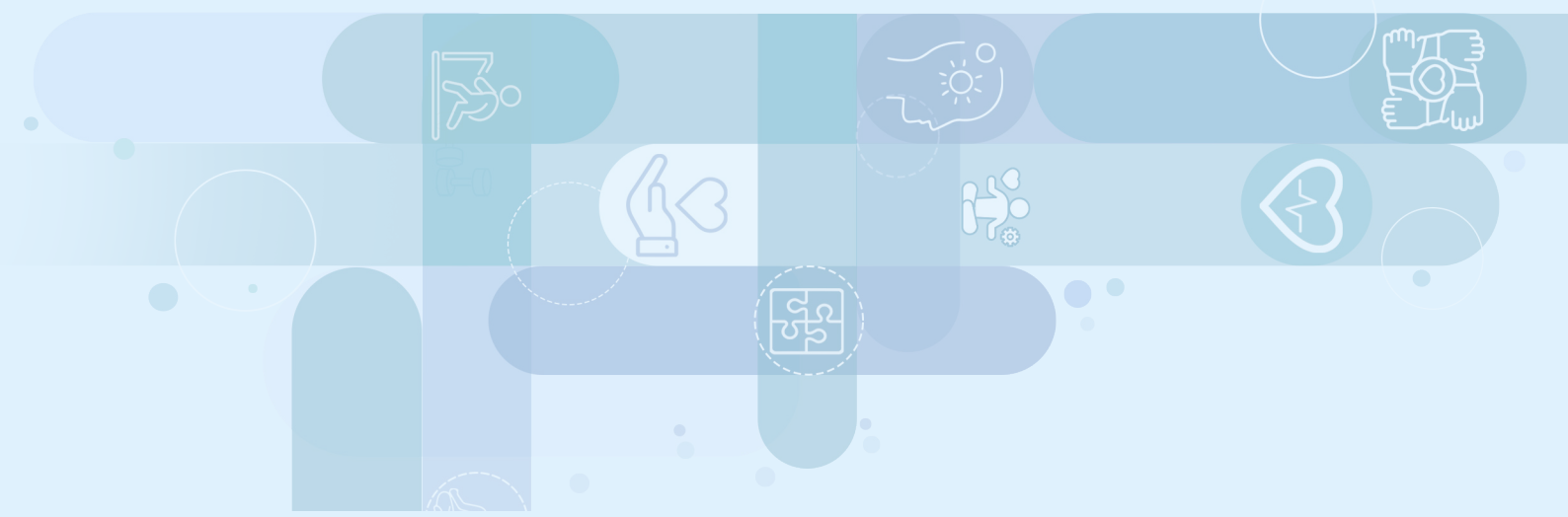
รางวัลเกียรติคุณผู้มีคุณูปการ
ต่อการวิจัยเพื่อพัฒนาท้องถิ่นไทย

นายแพทย์ปรีดา แต่อารักษ์ ที่ปรึกษาศูนย์วิชาการนโยบายระบบสุขภาพท้องถิ่น สช. และหัวหน้าโครงการการปรับใช้นวัตกรรมผสมผสานระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine) สู่อสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ สำหรับ รพ.สต. สังกัด อบจ. ลำปาง ได้รับรางวัล “นวัตกรรม” ในฐานะผู้มีคุณูปการต่อการวิจัยเพื่อพัฒนาท้องถิ่นไทย ในงานยกย่องเกียรติคุณผู้มีคุณูปการต่อการวิจัยเพื่อการพัฒนาท้องถิ่นไทย จัดโดยหน่วยบริหารและจัดการทุนด้านพัฒนาระดับพื้นที่ (บพท.) เมื่อวันที่ 14 สิงหาคม 2568 ณ โรงแรมอัสวิน แกรนด์คอนเวนชัน กรุงเทพฯ





เสียงจาก ภาคีเครือข่าย



เสียงจากภาคีเครือข่าย

ขอขอบคุณความร่วมมืออันใกล้ชิดของ สช. กับ องค์การอนามัยโลก ในหลาย ๆ ด้าน โดยเฉพาะการผลักดันประเด็น **“การมีส่วนร่วมของสังคม”** ซึ่งเป็นแนวคิดใหม่ในการยกระดับระบบสุขภาพและการขับเคลื่อนสุขภาพโลก



พญ.อายหลัน ทลี
ผู้แทนองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย



สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ คือกระบวนการที่คิดหาญโยบายสาธารณะ ร่วมกันเพื่อสุขภาพที่ดี เพราะคำว่านโยบายสาธารณะ คือเราทุกคนเป็นส่วนหนึ่งของสาธารณะ

นพ.สมชาย พิระปกรณ์
ที่ปรึกษาคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
ครั้งที่ 17 และ 18 พ.ศ. 2567-2568

HIA ไม่ใช่แค่สิ่งที่ใช้สำหรับการประเมินผลกระทบกับสิ่งที่ทำไปแล้ว แต่คือการทำเพื่อเตรียมความพร้อมได้ด้วยเพราะจะช่วยให้เห็นถึงผลกระทบที่มีโอกาสจะเกิดขึ้น



รศ. ดร.พัชณา ใจดี
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ธรรมนูญสุขภาพสถานศึกษา เราไม่อยากให้มันเป็นสูตรที่ต้องลอกกันมา ก๊อปปี้กันมา เราอยากจะทำให้แต่ละพื้นที่ แต่ละแห่ง เขียนออกมาตามความต้องการของโรงเรียนและชุมชนจริง ๆ และในอนาคตหากมีการเปลี่ยนผู้บริหาร หรือมีสถานการณ์ใหม่ จะดำเนินการทบทวนปรับปรุงก็ทำได้

นายสิริพงษ์ อังคะสกุลเกียรติ
สมาชิกสภาผู้แทนราษฎรจังหวัดศรีสะเกษ
อดีตผู้ช่วยรัฐมนตรีประจำกระทรวงศึกษาธิการ



สรพ. จะเข้ามาหนุนเสริมภารกิจของ**ภาคีอาสา**
คือ การเป็นกลไกในการบริหารและพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการสุขภาพ
ในทุกระดับไม่ว่าจะเป็นมาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ ที่สามารถปรับใช้ได้
ในทุก ๆ สังกัด เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการบริหารงานและบริหารคน

พญ.ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ
ผู้อำนวยการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.)

e - Living will มีประโยชน์มากในการที่จะทำให้ข้อมูลได้รับการส่งต่อ
และได้รับการปกป้องด้านความปลอดภัย จึงขอเชิญชวนสถานบริการ
โรงพยาบาลทุกแห่ง ลงทะเบียนเชื่อมโยงกับระบบ e-Living will
ทำให้ข้อมูลของประชาชนได้สื่อสารเชื่อมโยงกับสถานบริการทุกแห่ง
ไม่ว่าประชาชนจะไปรับบริการที่ใด

พญ.เดือนเพ็ญ ท่อรัตนารเรือง
ประธานคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาชีวภิบาล
กระทรวงสาธารณสุข



รพ.สต. เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิซึ่งมีหัวใจสำคัญในการดูแลคุณภาพชีวิต
ของประชาชน และเป็นกลไกแรกที่น่าจะนำ**สิทธิการตายดี**
เข้าสู่การรับรู้ของประชาชน



นายอดิศักดิ์ วรวิสวัสดิ์ชระ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยงู
ต.ห้วยงู อ.หันคา จ.ชัยนาท

ธรรมนูญสุขภาพสามารถนำไปใช้เป็นเครื่องมือในการยกระดับคะแนน
การประเมินผลการปฏิบัติงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (LPA) ได้จริง
การขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพแสดงให้เห็นถึงการมีส่วนร่วมของประชาชน
การตอบสนองต่อปัญหาในพื้นที่อย่างตรงจุด และการสร้างนวัตกรรม
ที่ส่งเสริมธรรมาภิบาลในการบริหารจัดการท้องถิ่น



นายเทียมทัน ปัญญา
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลเวียงท่ากาน
อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่

จากการถอดบทเรียนการทำ**ธรรมนูญสุขภาพสถานศึกษา** มากกว่า 1 ปี พบว่า
เด็กนักเรียน ครู และบุคลากรในโรงเรียนมีความตระหนักรู้เรื่องบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มขึ้น
อย่างมาก และทำให้ทางโรงเรียนกลายเป็นพื้นที่ปลอดบุหรี่ไฟฟ้าแบบ 100%



นางปรัชญาพร ต้อยเต็มวงศ์
รองผู้อำนวยการโรงเรียนอนุบาลลำปาง (เขลางค์รัตน์อนุสรณ์)
อ.เมืองลำปาง จ.ลำปาง

การจัดการโรค NCDs ในระดับบุคคลอาจไม่สำเร็จได้ เพราะสภาพแวดล้อมของชุมชนสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อโรค NCDs ทั้งด้านเศรษฐกิจ รายได้ การศึกษา การคมนาคมขนส่ง จึงจำเป็นต้องมีการจัดการหรือออกแบบเพื่อ **ลดความเสี่ยงของโรค NCDs** ให้เหมาะสมกับพื้นที่ของตนเองได้



ดร.เพ็ญ สุขมาก
ผู้อำนวยการสถาบันนโยบายสาธารณะ
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



ธรรมนูญสุขภาพ ไม่ใช่เพียงแค่เอกสารสวยหรูแต่คือ **“กระบวนการทำ”** ที่เริ่มต้นจากการระดมความคิดเห็นวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์สุขภาพของชุมชนและการลงมือทำร่วมกัน ทำให้เกิดการเรียนรู้ การออกแบกิจกรรม และกำหนดเป้าหมายที่สอดคล้องกับบริบทในพื้นที่อย่างแท้จริง

พ่อหลวงอนันต์ แสงบุญ
อดีตผู้ใหญ่บ้าน ม.4 ตำบลชมภู ศูนย์บริการคนพิการตำบลชมภู

ไม่มีทางเลือกอื่นที่ดีกว่า **“การกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นและชุมชน”** มีส่วนร่วมในการจัดการภัยพิบัติ และเสริมศักยภาพชุมชนให้พร้อมเผชิญเหตุภัยพิบัติได้ด้วยตนเอง



นายมนตรี จงไกรจักร
ประธานมูลนิธิชุมชนไท และกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
สัดส่วนผู้แทนองค์กรเอกชน



3

รายงานของผู้สอบบัญชี และรายงานการเงิน



ที่ ศผ ๐๐๑๖/๑๕๐๖

สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน
ถนนพระรามที่ ๖ กทม. ๑๐๕๐๐

๕ มีนาคม ๒๕๖๙

เรื่อง แจ้งผลการตรวจสอบ

เรียน เลขาธิการคณะกรรมการสุภาพแห่งชาติ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. รายงานของผู้สอบบัญชีและรายงานการเงิน สำหรับปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ ของสำนักงานคณะกรรมการสุภาพแห่งชาติ จำนวน ๑ ชุด
- ๒. รายงานข้อสังเกตและข้อเสนอแนะถึงผู้บริหาร (Management Letter) จำนวน ๑ ชุด
- ๓. รายงานการติดตามการดำเนินการตามข้อสังเกตและข้อเสนอแนะถึงผู้บริหาร (Management Letter) ของการตรวจสอบครั้งก่อน จำนวน ๑ ชุด

สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินขอแจ้งผลการตรวจสอบของสำนักงานคณะกรรมการสุภาพแห่งชาติ สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๘ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

ทั้งนี้ สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินมีข้อสังเกตเกี่ยวกับข้อมูลในรายงานการเงินที่ตรวจสอบแล้ว ซึ่งผู้บริหารของสำนักงานคณะกรรมการสุภาพแห่งชาติ มีหน้าที่รับผิดชอบในการจัดทำและนำเสนอรายงานการเงินนี้ ยังคงมีข้อผิดพลาดเคลื่อนที่มีถึงผลกระทบต่อการแสดงความเห็นในรายงานผลการตรวจสอบรายงานการเงิน กล่าวคือ สำนักงานคณะกรรมการสุภาพแห่งชาติได้นำรายงานการเงินของโครงการต่าง ๆ ตามที่ได้เปิดเผยข้อมูลไว้ในหมายเหตุประกอบงบการเงินข้อ ๔.๔ โดยแสดงรวมไว้เป็นส่วนหนึ่งของรายการเดียวกันในรายงานการเงินของสำนักงานคณะกรรมการสุภาพแห่งชาติด้วย โดยมีการตัดรายการระหว่างกัน ในขณะที่หมายเหตุประกอบงบการเงินได้เปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับฐานะการเงินและผลการดำเนินงานทางการเงินของสำนักงานคณะกรรมการสุภาพแห่งชาติ และโครงการต่าง ๆ แยกออกจากกัน โดยไม่ได้แสดงภาพรวมของแต่ละรายการ ซึ่งการจัดทำรายงานการเงินไม่สอดคล้องกับหลักการและนโยบายการบัญชีภาครัฐ ย่อหน้าที่ ๘ ของมาตรฐานการบัญชีภาครัฐและนโยบายการบัญชีภาครัฐ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๔ ที่ให้หน่วยงานของรัฐต้องแสดงภาพรวมของหน่วยงานเพื่อแสดงรายการที่ครอบคลุมทรัพยากรทั้งหมดที่หน่วยงานใช้ไป และมาตรฐานการบัญชีภาครัฐ ฉบับที่ ๑ เรื่อง การนำเสนอรายงานการเงิน ย่อหน้าที่ ๗๙ ที่ให้หน่วยงานต้องเปิดเผยประเภทรายการย่อยของรายการแต่ละบรรทัดในงบแสดงฐานะการเงินหรือในหมายเหตุประกอบงบการเงิน โดยจัดประเภทให้เหมาะสมกับการดำเนินงานของหน่วยงาน และรูปแบบการนำเสนอรายงานการเงินของหน่วยงานของรัฐ (ฉบับแก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. ๒๕๖๖)

จึงเรียนมา...



- ๒ -

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายอลงกรณ์ กลิ่นหอม)

ผู้อำนวยการสำนักควบคุมและประกันคุณภาพการตรวจเงินแผ่นดิน

ปฏิบัติราชการแทน ผู้ว่าการตรวจเงินแผ่นดิน

๕ มี.ค.๖๙ ๑๖๖๕๒๐ (Trusted TSA) Personal and Central PG
Signature Code : J8GY-CBa5-uRTG-dUMz

สำนักควบคุมและประกันคุณภาพการตรวจเงินแผ่นดิน
โทร. ๐ ๒๒๗๑ ๘๐๐ ต่อ ๒๕๐๓
โทรสาร ๐ ๒๒๑๘ ๕๖๕๘
ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ sqao@oag.go.th



THIRTY-FOUR AUDIT OFFICE CO.,LTD.

48 Thana Place, 2nd Floor, Room No. 211, Soi Charansanitwong 34,
Charansanitwong Rd., Arun Amarin,
Bangkok Noi, Bangkok 10700.
Tel.0-2434-9999 Fax.0-2434-9998 E-mail: thana_34@thanacorp.com

**THIRTY-FOUR AUDIT****บริษัท สำนักงานสามสิบสี่ ออดิต จำกัด**

48 อาคารธนาเพลส ชั้น 2 ห้อง 211 ซอยจรัญสนิทวงศ์ 34
ถนนจรัญสนิทวงศ์ แขวงอรุณอมรินทร์
เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร 10700
โทร. 0-2434-9999 แฟกซ์ 0-2434-9998

รายงานของผู้สอบบัญชีรับอนุญาต

เสนอ คณะกรรมการบริหาร

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

ความเห็น

ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบรายงานการเงินของ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งประกอบด้วยงบแสดงฐานะการเงิน ณ วันที่ 30 กันยายน 2568 งบแสดงผลการดำเนินงานทางการเงิน และงบแสดงการเปลี่ยนแปลงสินทรัพย์สุทธิ/ส่วนทุน สำหรับปีสิ้นสุดวันเดียวกัน และหมายเหตุประกอบงบการเงิน รวมถึงสรุปนโยบายการบัญชีที่สำคัญ

ข้าพเจ้าเห็นว่า รายงานการเงินข้างต้นนี้แสดงฐานะการเงินของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ณ วันที่ 30 กันยายน 2568 และผลการดำเนินงานสำหรับปีสิ้นสุดวันเดียวกัน โดยถูกต้องตามที่ควรในสาระสำคัญ ตามมาตรฐานการบัญชีภาครัฐและนโยบายการบัญชีภาครัฐที่กระทรวงการคลังประกาศใช้

เกณฑ์ในการแสดงความเห็น

ข้าพเจ้าได้ปฏิบัติงานตรวจสอบตามหลักเกณฑ์มาตรฐานเกี่ยวกับการตรวจเงินแผ่นดินและมาตรฐานการสอบบัญชี ความรับผิดชอบของข้าพเจ้า ได้กล่าวไว้ในวรรคความรับผิดชอบของผู้สอบบัญชีต่อการตรวจสอบรายงานการเงิน ในรายงานของข้าพเจ้า ข้าพเจ้ามีความเป็นอิสระจากหน่วยงาน ตามหลักเกณฑ์มาตรฐานเกี่ยวกับการตรวจเงินแผ่นดินที่กำหนดโดยคณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดินและประมวลจรรยาบรรณของผู้ประกอบวิชาชีพบัญชีรวมถึงมาตรฐานเรื่องความเป็นอิสระที่กำหนดโดยสภาวิชาชีพบัญชี (ประมวลจรรยาบรรณของผู้ประกอบวิชาชีพบัญชี) ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการตรวจสอบรายงานการเงิน และข้าพเจ้าได้ปฏิบัติตามความรับผิดชอบด้านจรรยาบรรณอื่น ๆ ซึ่งเป็นไปตามหลักเกณฑ์มาตรฐานเกี่ยวกับการตรวจเงินแผ่นดินและประมวลจรรยาบรรณของผู้ประกอบวิชาชีพบัญชี ข้าพเจ้าเชื่อว่าหลักฐานการสอบบัญชีที่ข้าพเจ้าได้รับเพียงพอและเหมาะสม เพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการแสดงความเห็นของข้าพเจ้า

เรื่องอื่น

รายงานการเงินของ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สำหรับปีสิ้นสุด วันที่ 30 กันยายน 2567 ที่แสดงเป็นข้อมูลเปรียบเทียบตรวจสอบ โดยผู้สอบบัญชีอื่นในสำนักงานเดียวกับข้าพเจ้า ซึ่งแสดงความเห็นอย่างไม่มีเงื่อนไขตามรายงานลงวันที่ 2 เมษายน 2568

ข้อมูลอื่น

ผู้บริหารเป็นผู้รับผิดชอบต่อข้อมูลอื่น ข้อมูลอื่นประกอบด้วย ข้อมูลซึ่งรวมอยู่ในรายงานประจำปี แต่ไม่รวมถึงรายงานการเงินและรายงานของผู้สอบบัญชีที่อยู่ในรายงานประจำปีนั้น ซึ่งผู้บริหารจะจัดเตรียมรายงานประจำปีให้ข้าพเจ้าภายหลังวันที่ในรายงานของผู้สอบบัญชีนี้

ความเห็นของข้าพเจ้าต่อรายงานการเงินไม่ครอบคลุมถึงข้อมูลอื่นและข้าพเจ้าไม่ได้ให้ความเชื่อมั่นต่อข้อมูลอื่น ความรับผิดชอบของข้าพเจ้าที่เกี่ยวข้องกับการตรวจสอบรายงานการเงิน คือการอ่านและพิจารณาว่าข้อมูลอื่นมีความขัดแย้งที่มีสาระสำคัญกับรายงานการเงินหรือกับความรู้ที่ได้รับจากการตรวจสอบของข้าพเจ้าหรือปรากฏว่าข้อมูลอื่นมีการแสดงข้อมูลที่ขัดต่อข้อเท็จจริงอันเป็นสาระสำคัญหรือไม่

THIRTY-FOUR AUDIT OFFICE CO.,LTD.

48 Thana Place, 2nd Floor, Room No. 211, Soi Charansanitwong 34,
Charansanitwong Rd., Arun Amarin,
Bangkok Noi, Bangkok 10700.
Tel.0-2434-9999 Fax.0-2434-9998 E-mail: thana_34@thanacorp.com



บริษัท สำนักงานสามสิบสี่ ออดิต จำกัด
48 อาคารนาเพลส ชั้น 2 ห้อง 211 ซอยจรัญสนิทวงศ์ 34
ถนนจรัญสนิทวงศ์ แขวงอรุณอมรินทร์
เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร 10700
โทร. 0-2434-9999 แฟกซ์ 0-2434-9998

เมื่อข้าพเจ้าได้อ่านรายงานประจำปี หากข้าพเจ้าสรุปได้ว่าการแสดงข้อมูลที่ขัดต่อข้อเท็จจริงอันเป็นสาระสำคัญ
ข้าพเจ้าต้องสื่อสารเรื่องดังกล่าวกับผู้มีหน้าที่ในการกำกับดูแล

ความรับผิดชอบของผู้บริหารและผู้มีหน้าที่ในการกำกับดูแลต่อรายงานการเงิน

ผู้บริหารมีหน้าที่เป็นผู้รับผิดชอบในการจัดทำและการนำเสนอรายงานการเงินเหล่านี้ โดยถูกต้องตามที่ควรตาม
มาตรฐานการบัญชีภาครัฐและนโยบายการบัญชีภาครัฐที่กระทรวงการคลังประกาศใช้ และรับผิดชอบเกี่ยวกับการ
ควบคุมภายในที่ผู้บริหารพิจารณาว่าจำเป็น เพื่อให้สามารถจัดทำรายงานการเงินที่ปราศจากการแสดงข้อมูลที่ขัดต่อ
ข้อเท็จจริงอันเป็นสาระสำคัญไม่ว่าจะเกิดจากการทุจริตหรือข้อผิดพลาด

ในการจัดทำรายงานการเงิน ผู้บริหารรับผิดชอบในการประเมินความสามารถของหน่วยงานในการดำเนินงานต่อเนื่อง
เปิดเผยเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานต่อเนื่อง ตามความเหมาะสม และการใช้เกณฑ์การบัญชีสำหรับการดำเนินงาน
ต่อเนื่อง เว้นแต่มีข้อกำหนดในกฎหมายหรือเป็นนโยบายรัฐบาลที่จะเลิกหน่วยงานหรือหยุดดำเนินงานหรือไม่
สามารถดำเนินงานต่อเนื่องต่อไปได้

ผู้มีหน้าที่ในการกำกับดูแลมีหน้าที่ในการกำกับดูแลกระบวนการในการจัดทำรายงานการเงินของหน่วยงาน

ความรับผิดชอบของผู้สอบบัญชีต่อการตรวจสอบรายงานการเงิน

การตรวจสอบของข้าพเจ้ามีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ได้ความเชื่อมั่นอย่างสมเหตุสมผลว่ารายงานการเงินโดยรวม
ปราศจากการแสดงข้อมูลที่ขัดต่อข้อเท็จจริงอันเป็นสาระสำคัญหรือไม่ ไม่ว่าจะเกิดจากการทุจริตหรือข้อผิดพลาด
และเสนอรายงานของผู้สอบบัญชีซึ่งรวมความเห็นของข้าพเจ้าอยู่ด้วย ความเชื่อมั่นอย่างสมเหตุสมผลคือความเชื่อมั่น
ในระดับสูงแต่ไม่ได้เป็นการรับประกันว่าการปฏิบัติงานตรวจสอบตามหลักเกณฑ์มาตรฐานเกี่ยวกับการตรวจเงินแผ่นดิน
และมาตรฐานการสอบบัญชีจะสามารถตรวจพบข้อมูลที่ขัดต่อข้อเท็จจริงอันเป็นสาระสำคัญที่มีอยู่ได้เสมอไป ข้อมูล
ที่ขัดต่อข้อเท็จจริงอาจเกิดจากการทุจริตหรือข้อผิดพลาด และถือว่ามีสาระสำคัญเมื่อคาดการณ์ได้อย่างสมเหตุสมผล
ว่ารายการที่ขัดต่อข้อเท็จจริงแต่ละรายการหรือทุกรายการรวมกันจะมีผลต่อการตัดสินใจทางเศรษฐกิจของผู้ใช้
รายงานการเงินจากการใช้รายงานการเงินเหล่านี้

ในการตรวจสอบของข้าพเจ้าตามหลักเกณฑ์มาตรฐานเกี่ยวกับการตรวจเงินแผ่นดินและมาตรฐานการสอบบัญชี
ข้าพเจ้าได้ใช้ดุลยพินิจและการสังเกตและสงสัยเยี่ยงผู้ประกอบวิชาชีพตลอดการตรวจสอบการปฏิบัติงานของข้าพเจ้า
รวมถึง

- ระบุและประเมินความเสี่ยงจากการแสดงข้อมูลที่ขัดต่อข้อเท็จจริงอันเป็นสาระสำคัญในรายงานการเงิน
ไม่ว่าจะเกิดจากการทุจริตหรือข้อผิดพลาด ออกแบบและปฏิบัติงานตามวิธีการตรวจสอบเพื่อตอบสนอง
ต่อความเสี่ยงเหล่านั้น และได้หลักฐานการสอบบัญชีที่เพียงพอและเหมาะสมเพื่อเป็นเกณฑ์ในการแสดง
ความเห็นของข้าพเจ้า ความเสี่ยงที่ไม่พบข้อมูลที่ขัดต่อข้อเท็จจริงอันเป็นสาระสำคัญ ซึ่งเป็นผลมาจาก
การทุจริตจะสูงกว่าความเสี่ยงที่เกิดจากข้อผิดพลาด เนื่องจากการทุจริตอาจเกี่ยวกับการสมรู้ร่วมคิด
การปลอมแปลงเอกสารหลักฐาน การตั้งใจละเว้นการแสดงผล การแสดงผลที่ไม่ตรงตามข้อเท็จจริง
หรือการแทรกแซงการควบคุมภายใน

THIRTY-FOUR AUDIT OFFICE CO.,LTD.

48 Thana Place, 2nd Floor, Room No. 211, Soi Charansanitwong 34,
Charansanitwong Rd., Arun Amarin,
Bangkok Noi, Bangkok 10700.
Tel.0-2434-9999 Fax.0-2434-9998 E-mail: thana_34@thanacorp.com



บริษัท สำนักงานสามสิบสี่ ออดิต จำกัด
48 อาคารนาเพลส ชั้น 2 ห้อง 211 ซอยจรัญสนิทวงศ์ 34
ถนนจรัญสนิทวงศ์ แขวงอรุณอมรินทร์
เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร 10700
โทร. 0-2434-9999 แฟกซ์ 0-2434-9998

- ทำความเข้าใจในระบบการควบคุมภายในที่เกี่ยวข้องกับการตรวจสอบ เพื่อออกแบบวิธีการตรวจสอบที่เหมาะสมกับสถานการณ์ แต่ไม่ใช่เพื่อวัตถุประสงค์ในการแสดงความเห็นต่อความมีประสิทธิภาพของการควบคุมภายในของหน่วยงาน
- ประเมินความเหมาะสมของนโยบายการบัญชีที่ผู้บริหารใช้และความสมเหตุสมผลของประมาณการทางบัญชีและการเปิดเผยข้อมูลที่เกี่ยวข้องซึ่งจัดทำขึ้นโดยผู้บริหาร
- สรุปรูปเกี่ยวกับความเหมาะสมของการใช้เกณฑ์การบัญชีสำหรับการดำเนินงานต่อเนื่องของผู้บริหารและจากหลักฐานการสอบบัญชีที่ได้รับ สรุปว่ามีความไม่แน่นอนที่มีสาระสำคัญเกี่ยวกับเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่อาจเป็นเหตุให้เกิดข้อสงสัยอย่างมีนัยสำคัญต่อความสามารถของหน่วยงานในการดำเนินงานต่อเนื่องหรือไม่ ถ้าข้าพเจ้าได้ข้อสรุปว่ามีความไม่แน่นอนที่มีสาระสำคัญ ข้าพเจ้าต้องกล่าวไว้ในรายงานของผู้สอบบัญชีของข้าพเจ้าโดยให้ข้อสังเกตถึงการเปิดเผยข้อมูลในรายงานการเงินที่เกี่ยวข้อง หรือถ้าการเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวไม่เพียงพอ ความเห็นของข้าพเจ้าจะเปลี่ยนแปลงไป ข้อสรุปของข้าพเจ้าขึ้นอยู่กับหลักฐานการสอบบัญชีที่ได้รับจนถึงวันที่ในรายงานของผู้สอบบัญชีของข้าพเจ้า อย่างไรก็ตาม เหตุการณ์หรือสถานการณ์ในอนาคตอาจเป็นเหตุให้หน่วยงานต้องหยุดการดำเนินงานต่อเนื่อง
- ประเมินการนำเสนอ โครงสร้างและเนื้อหาของรายงานการเงินโดยรวม รวมถึงการเปิดเผยข้อมูลว่ารายงานการเงินแสดงรายการและเหตุการณ์ในรูปแบบที่ทำให้มีการนำเสนอข้อมูลโดยถูกต้องตามที่ควรหรือไม่

ข้าพเจ้าได้สื่อสารกับผู้บริหารและผู้มีหน้าที่ในการกำกับดูแลในเรื่องต่าง ๆ ที่สำคัญ ซึ่งรวมถึงขอบเขตและช่วงเวลาของการตรวจสอบตามที่ได้วางแผนไว้ ประเด็นที่มีนัยสำคัญที่พบจากการตรวจสอบ รวมถึงข้อบกพร่องที่มีนัยสำคัญในระบบการควบคุมภายใน หากข้าพเจ้าได้พบในระหว่างการตรวจสอบของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าเป็นผู้รับผิดชอบงานสอบบัญชีและการนำเสนอรายงานฉบับนี้

(นายสุรรัตน์ สงวนพงษ์)

ผู้สอบบัญชีรับอนุญาต ทะเบียนเลขที่ 9985

48 ซอยจรัญสนิทวงศ์ 34 ถนนจรัญสนิทวงศ์

แขวงอรุณอมรินทร์ เขตบางกอกน้อย

กรุงเทพมหานคร 10700

วันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2569

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
งบแสดงฐานะการเงิน
ณ วันที่ 30 กันยายน 2568

สินทรัพย์	หมายเหตุ	(หน่วย : บาท)	
		2568	2567
สินทรัพย์หมุนเวียน			
เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด	5	94,387,480.07	72,732,375.28
ลูกหนี้อื่นระยะสั้น	6	6,815,123.43	5,327,952.54
วัสดุคงเหลือ	7	2,186,123.47	2,039,024.70
สินทรัพย์หมุนเวียนอื่น	8	100,874.38	592,263.06
รวมสินทรัพย์หมุนเวียน		103,489,601.35	80,691,615.58
สินทรัพย์ไม่หมุนเวียน			
ที่ดิน อาคาร และอุปกรณ์ - สุทธิ	9	2,411,125.09	3,145,876.63
สินทรัพย์ไม่มีตัวตน - สุทธิ	10	15,894,904.93	14,996,435.83
รวมสินทรัพย์ไม่หมุนเวียน		18,306,030.02	18,142,312.46
รวมสินทรัพย์		121,795,631.37	98,833,928.04

หมายเหตุประกอบงบการเงินเป็นส่วนหนึ่งของรายงานการเงินนี้



(นางนิรชา อัครวิธากุล)

ผู้อำนวยการสำนักบริหารประสิทธิภาพองค์กร
สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ



(นายสุเทพ เพชรமாக)

เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

งบแสดงฐานะการเงิน (ต่อ)

ณ วันที่ 30 กันยายน 2568

หมายเหตุ	(หน่วย : บาท)		
	2568	2567	
หนี้สินและสินทรัพย์สุทธิ/ส่วนทุน			
หนี้สิน			
หนี้สินหมุนเวียน			
เจ้าหนี้การค้า	11	16,959.50	247,705.00
เจ้าหนี้อื่นระยะสั้น	12	15,300,796.97	7,010,930.16
เงินรับฝากกระยะสั้น	13	1,648,600.29	1,432,573.89
รวมหนี้สินหมุนเวียน		16,966,356.76	8,691,209.05
หนี้สินไม่หมุนเวียน			
เจ้าหนี้เงินโอนและรายการอุดหนุนระยะยาว	14	21,619,957.83	16,830,565.39
เงินรับฝากระยะยาว	15	767,296.72	483,360.43
รวมหนี้สินไม่หมุนเวียน		22,387,254.55	17,313,925.82
รวมหนี้สิน		39,353,611.31	26,005,134.87
สินทรัพย์สุทธิ/ส่วนทุน			
ทุน	18	43,893,938.05	43,893,938.05
รายได้สูง/ (ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายสะสม	19	38,548,082.01	28,934,855.12
รวมสินทรัพย์สุทธิ / ส่วนทุน		82,442,020.06	72,828,793.17
รวมหนี้สินและสินทรัพย์สุทธิ / ส่วนทุน		121,795,631.37	98,833,928.04

หมายเหตุประกอบงบการเงินเป็นส่วนหนึ่งของรายงานการการเงินนี้


(นางนิรชา อัครธีรากุล)

ผู้อำนวยการสำนักบริหารประสิทธิภาพองค์กร
สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ


(นายสุเทพ เพชรமாக)

เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
 งบแสดงผลการดำเนินงานทางการเงิน
 สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ 30 กันยายน 2568

	หมายเหตุ	(หน่วย : บาท)	
		2568	2567
รายได้			
รายได้จากงบประมาณ	20	198,617,900.00	167,680,800.00
รายได้จากการอุดหนุนจากหน่วยงานภาครัฐ	21	32,210,186.63	46,255,405.25
รายได้จากการอุดหนุนอื่นและบริจาค	22	0.00	1,754,000.55
รายได้อื่น	23	3,163,704.76	2,876,669.29
รวมรายได้		233,991,791.39	218,566,875.09
ค่าใช้จ่าย			
ค่าใช้จ่ายบุคลากร	24	83,166,940.85	76,274,258.82
ค่าบำเหน็จบำนาญ	25	0.00	279,999.00
ค่าตอบแทน	26	13,313,500.00	17,253,921.01
ค่าใช้จ่ายสอย	27	84,800,733.36	85,666,734.02
ค่าวัสดุ	28	5,531,460.24	6,706,938.81
ค่าสาธารณูปโภค	29	2,186,918.90	2,233,307.52
ค่าเสื่อมราคาและค่าตัดจำหน่าย	30	4,447,963.94	3,650,192.95
ค่าใช้จ่ายเงินอุดหนุนโครงการ	31	30,589,045.92	21,820,200.97
ค่าใช้จ่ายจากการอุดหนุนอื่นและบริจาค	32	341,961.29	127,820.77
ค่าใช้จ่ายอื่น	33	40.00	36.00
รวมค่าใช้จ่าย		224,378,564.50	214,013,409.87
รายได้สูง (ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ		9,613,226.89	4,553,465.22

หมายเหตุประกอบงบการเงินเป็นส่วนหนึ่งของรายงานการเงินนี้


(นางนิรชา อัคริรากุล)

ผู้อำนวยการสำนักบริหารประสิทธิภาพองค์กร
 สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ


(นายสุเทพ เพชรมาก)

เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
 สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
 งบแสดงการเปลี่ยนแปลงสินทรัพย์สุทธิ/ส่วนทุน
 สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ 30 กันยายน 2568

	(หน่วย : บาท)		
	ทุน	รายได้สูง (ต่ำ) กว่า ค่าใช้จ่ายสะสม	รวมสินทรัพย์สุทธิ/ ส่วนทุน
ยอดคงเหลือ ณ วันที่ 30 กันยายน 2566	43,893,938.05	24,381,389.90	68,275,327.95
การเปลี่ยนแปลงในสินทรัพย์สุทธิ/ส่วนทุน สำหรับปี 2567			
รายได้สูง (ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายสำหรับงวด	0.00	4,553,465.22	4,553,465.22
ยอดคงเหลือ ณ วันที่ 30 กันยายน 2567	43,893,938.05	28,934,855.12	72,828,793.17
การเปลี่ยนแปลงในสินทรัพย์สุทธิ/ส่วนทุน สำหรับปี 2568			
รายได้สูง (ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายสำหรับงวด	0.00	9,613,226.89	9,613,226.89
ยอดคงเหลือ ณ วันที่ 30 กันยายน 2568	43,893,938.05	38,548,082.01	82,442,020.06

หมายเหตุประกอบงบการเงินเป็นส่วนหนึ่งของรายงานการเงินนี้



(นางนिरชา อัครธีรากุล)

ผู้อำนวยการสำนักบริหารประสิทธิภาพองค์กร
 สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ



(นายสุเทพ เพชรமாக)

เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
 สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

ภาคผนวก

รายนามคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

รายนามคณะกรรมการบริหารสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

รายนามคณะอนุกรรมการตรวจสอบ

รายนามผู้บริหารสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

รายนามคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.)



1. นายประเสริฐ จันทรรวงทอง

รองนายกรัฐมนตรี

ประธานกรรมการ

(16 ก.ย. 2567 - 23 ก.ย. 2568)

2. นายโสภณ ชาร์มย์

รองนายกรัฐมนตรี

ประธานกรรมการ

(24 ก.ย. 2568 - ปัจจุบัน)

3. นายสมศักดิ์ เทพสุทิน

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

รองประธานกรรมการ

4. นายวราวุธ ศิลปอาชา

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

กรรมการ

5. ศาสตราจารย์นฤมล ภิญโญสินวัฒน์

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงเกษตรและสหกรณ์

กรรมการ

6. นายเฉลิมชัย ศรีอ่อน

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

กรรมการ

7. นายอนุทิน ชาญวีรกูล

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย

กรรมการ

8. พลตำรวจเอกเพิ่มพูน ชิดชอบ

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงศึกษาธิการ

กรรมการ

รายนามคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.)



9. นายชัชชาติ สิทธิพันธุ์

ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร

กรรมการ

(ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น)

10. นายพงษ์ศักดิ์ ยิ่งชนม์เจริญ

นายกเทศมนตรีนครยะลา

กรรมการ

(ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น)

11. นางสาวดวงรัตน์ โล่ห์สุนทร

นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดลำปาง

กรรมการ

(ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น)

12. นายแหลม ศรีบุญ

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลอนมะนาว

กรรมการ

(ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น)

13. รศ.ดร. พงศ์วิบูลย์

กรรมการแพทยสภา

กรรมการ

(ผู้แทนแพทยสภา)

14. นายสุวิทย์ ธีรกุลขณ

อุปนายกสภาเภสัชกรรม คนที่ 1

กรรมการ

(ผู้แทนสภาเภสัชกรรม)

15. รศ.ดร.สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ

นายกสภาการพยาบาล

กรรมการ

(ผู้แทนสภาการพยาบาล)

16. นายสมชัย เจ็ดเสริมอนันต์

นายกสภาเทคนิคการแพทย์

กรรมการ

(ผู้แทนสภาเทคนิคการแพทย์)

17. นายวิเศษ แสงกาญจน์วนิช

นายกสภาการแพทย์แผนไทย

กรรมการ

(ผู้แทนสภาการแพทย์แผนไทย)

18. นายธงชัย วชิรโรจน์ไพศาล

อุปนายกทันตแพทยสภา คนที่ 1

กรรมการ

(ผู้แทนทันตแพทยสภา)

รายนามคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.)



19. ศาสตราจารย์ประวิตร เจนวรณะกุล
นายกสภากายภาพบำบัด

กรรมการ
(ผู้แทนสภากายภาพบำบัด)

20. รองศาสตราจารย์ยวรวงศ์ พรหมสัถยพรต
นายกสภาการสาธารณสุขชุมชน

กรรมการ
(ผู้แทนสภาการสาธารณสุขชุมชน)

21. นายภาณุวัฒน์ ปานเกตุ
ประธานกรรมการวิชาชีพสาขาฉุกเฉินการแพทย์
อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

กรรมการ
(ผู้แทนคณะกรรมการวิชาชีพที่จัดตั้งขึ้นตาม
กฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ)

22. ศาสตราจารย์บรรเจิด สิงคะเนติ
ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการบริหารนโยบายสาธารณะ
รัฐศาสตร์ นิติศาสตร์

กรรมการ
(ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการบริหารนโยบายสาธารณะ
รัฐศาสตร์ นิติศาสตร์)

23. นายสัมพันธ์ ศิลปนาฎ
ผู้ทรงคุณวุฒิด้านธุรกิจ บริหารธุรกิจ เศรษฐศาสตร์

กรรมการ
(ผู้ทรงคุณวุฒิด้านธุรกิจ บริหารธุรกิจ เศรษฐศาสตร์)

24. นายสมพันธ์ เตชะอริก
ผู้ทรงคุณวุฒิทางการศึกษา การจัดการความรู้

กรรมการ
(ผู้ทรงคุณวุฒิทางการศึกษา การจัดการความรู้)

25. นางธีรารัตน์ วงศ์ระเนนค
ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการสื่อสารมวลชน
เทคโนโลยีสารสนเทศ

กรรมการ
(ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการสื่อสารมวลชน
เทคโนโลยีสารสนเทศ)

26. นายรัชชัย พักอังกฤษ
ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพัฒนาประชาชน
กลุ่มเป้าหมายเฉพาะ

กรรมการ
(ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพัฒนาประชาชน
กลุ่มเป้าหมายเฉพาะ)

27. นายเจษฎา มิ่งสมร
ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพัฒนาสังคมและชุมชนท้องถิ่น

กรรมการ
(ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพัฒนาสังคมและชุมชนท้องถิ่น)

28. นายสำรวย ผิดผล
ผู้แทนองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร เขต 1

กรรมการ
(ผู้แทนองค์กรภาคเอกชน เขต 1)

รายนามคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.)

29



30



31



32



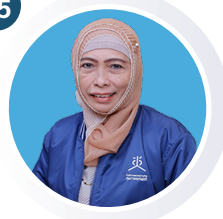
33



34



35



36



29. ร้อยตำรวจตรีสุขสันต์ ภิชัย

ผู้แทนองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร เขต 2

กรรมการ

(ผู้แทนองค์กรภาคเอกชน เขต 2)

30. นายวิสุทธิ บุญญะโสภิต

ผู้แทนองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร เขต 3

กรรมการ

(ผู้แทนองค์กรภาคเอกชน เขต 3)

31. รองศาสตราจารย์ภาสกร เต๊ะขันหมาก

ผู้แทนองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร เขต 4

กรรมการ

(ผู้แทนองค์กรภาคเอกชน เขต 4)

32. รองศาสตราจารย์เกศินี ประทุมสุวรรณ

ผู้แทนองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร เขต 5

กรรมการ

(ผู้แทนองค์กรภาคเอกชน เขต 5)

33. ผู้ช่วยศาสตราจารย์พรฤดี นิธิรัตน์

ผู้แทนองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร เขต 6

กรรมการ

(ผู้แทนองค์กรภาคเอกชน เขต 6)

34. นายสุทธินันท์ บุญมี

ผู้แทนองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร เขต 7

กรรมการ

(ผู้แทนองค์กรภาคเอกชน เขต 7)

35. นางนิสิต ตัญยพันธ์

ผู้แทนองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร เขต 8

กรรมการ

(ผู้แทนองค์กรภาคเอกชน เขต 8)

36. ศาสตราจารย์พิเศษสำเริง แหยมกระโถก

ผู้แทนองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร เขต 9

กรรมการ

(ผู้แทนองค์กรภาคเอกชน เขต 9)

รายนามคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.)



37. นายชลธิช จันทรสิงห์ ผู้แทนองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร เขต 10	กรรมการ (ผู้แทนองค์กรภาคเอกชน เขต 10)
38. นายไมตรี จงไกรจักร์ ผู้แทนองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร เขต 11	กรรมการ (ผู้แทนองค์กรภาคเอกชน เขต 11)
39. นางกัลยทรรศน์ ตังหวัง ผู้แทนองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร เขต 12	กรรมการ (ผู้แทนองค์กรภาคเอกชน เขต 12)
40. นายวิชัย โชควิวัฒน์ ผู้แทนองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร เขต 13	กรรมการ (ผู้แทนองค์กรภาคเอกชน เขต 13)
41. นายสุเทพ เพชรมาก เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	กรรมการและเลขานุการ



รายนามคณะกรรมการบริหาร สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คป.)



1. ศาสตราจารย์บรรเจิด สิงคะเนติ

ประธานกรรมการบริหาร

2. นายยงยศ ธรรมวุฒิ

กรรมการบริหาร
ที่มาจากกระทรวงสาธารณสุข

3. นายศุภกิจ ศิริลักษณ์

กรรมการบริหาร
ที่มาจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านนโยบายและยุทธศาสตร์

4. ศาสตราจารย์ (วุฒิคุณ) พรเทพ ศิริวนารังสรรค์

กรรมการบริหาร
ที่มาจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านบริหาร

5. นายวิสุทธิ์ คมวัชรพงษ์

กรรมการบริหาร
ที่มาจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านสื่อสารมวลชน

6. ผู้ช่วยศาสตราจารย์พงศ์เทพ สุธีรวุฒิ

กรรมการบริหาร
ที่มาจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม

7. นายประทีป รนกิจเจริญ

กรรมการบริหาร
ที่มาจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพ

8. นายสุเทพ เพชรมาก

กรรมการและเลขานุการ

รายนามคณะกรรมการตรวจสอบ



1. ศาสตราจารย์ (วุฒิคุณ) พรเทพ ศิริวนารังสรรค์	ประธานอนุกรรมการ
2. นายยงยศ ธรรมวุฒิ	อนุกรรมการ
3. นางสุกัญญา สุวัฒนวงศ์	อนุกรรมการ
4. นายปนิศร์ วณิชชานนท์	อนุกรรมการ
5. นางละเอียต เอี่ยมสุวรรณ	อนุกรรมการ
6. นางสาวปณิตดา ขาวสะอาด	เลขานุการ



รายนามผู้บริหาร สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ



1. นายสุเทพ เพชรมาก

เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

2. นายอภิชาติ รอดสม

รองเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

3. นายสุทธิพงษ์ วสุโสภภาพ

รองเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

4. นายวรัญญู สัตยวงศ์ทิพย์

รองเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

5. นางสาวกัญญา โปษยานนท์

รองเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ



สำนักงานคณะกรรมการ
สุขภาพแห่งชาติ

สานพลังสร้างสรรค์นโยบายสาธารณะ

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

อาคารสุขภาพแห่งชาติ ชั้น 3 เลขที่ 88/39 หมู่ 4 ซอยติวานนท์ 14
ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000



02 832 9013

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)
www.nationalhealth.or.th

สช. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
facebook.com/NHCO.thai

สช. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
vm.tiktok.com/ZM6dM5XpP

@nhcothai

Health Station
<https://main.healthstation.in.th>

Health Station
facebook.com/healthStation

Healthstation.official