การสร้างสุขภาวะด้วยธรรมชาติ
(Promoting Well-being through Nature)

๑. ความเป็นมา สถานการณ์ แนวโน้ม และความท้าทาย

๑.๑ ที่มาและความสำคัญของประเด็น

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

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

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

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

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

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

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

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

๑.๒ สถานการณ์ปัจจุบันและข้อมูลเชิงประจักษ์

๑.๒.๑ วิกฤตด้านสุขภาพ

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

๑.๒.๒ ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงการดูแลสุขภาพจิต

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

๑.๒.๓ ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงพื้นที่สีเขียว

องค์การอนามัยโลกเสนอพื้นที่สีเขียวขั้นต่ำ ๙ ตารางเมตร/คน และระดับที่พึงประสงค์ ๕๐ ตารางเมตร/คน[๑๑] แต่กรุงเทพมหานครมีเพียงประมาณ ๗.๖ ตารางเมตรต่อคน[๑๒] และพื้นที่สีเขียวในเมืองจำนวนมาก เป็นลานคอนกรีตและ

สนามหญ้าที่ขาดความหลากหลายทางชีวภาพ ขณะที่ชนบทมีทุนธรรมชาติอุดมสมบูรณ์แต่ยังขาดกลไกเปลี่ยนเป็น “ทุนเพื่อสุขภาวะ” อย่างเป็นระบบ การเข้าถึงพื้นที่และกิจกรรมธรรมชาติบำบัดจึงกระจุกตัวในกลุ่มที่มีกำลังซื้อ ส่วนผู้ที่ต้องการมากที่สุด ได้แก่ กลุ่มเปราะบาง ผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ที่เผชิญความเครียด และผู้ได้รับผลกระทบจากมลภาวะสิ่งแวดล้อมและโลกรวน กลับเข้าถึงได้น้อยที่สุด

๑.๓ แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงในอนาคต

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

๑) **ธรรมชาติเป็นโครงสร้างพื้นฐานด้านสุขภาพ (Health Infrastructure)** และความหลากหลายทางชีวภาพเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพ ป่าเขา แม่น้ำลำคลอง ทะเล สวนสาธารณะ พื้นที่ชุ่มน้ำ และพื้นที่เกษตร ด้านการวางผังเมืองและการพัฒนาเมือง โดยไม่พิจารณาเฉพาะปริมาณพื้นที่สีเขียวต่อประชากร แต่ควรคำนึงถึงการกระจายตัวรัศมีการให้บริการ ความเชื่อมต่อและการเข้าถึงพื้นที่ธรรมชาติในชีวิตประจำวันอย่างเท่าเทียม โดยเฉพาะเด็กและผู้สูงอายุ ผู้พิการและกลุ่มเปราะบาง รวมถึงเชื่อมโยงพื้นที่ธรรมชาติกับที่อยู่อาศัย ระบบทางเดินเท้า จักรยาน และระบบขนส่งสาธารณะ เพื่อให้ธรรมชาติได้ทำหน้าที่เป็นโครงสร้างพื้นฐานด้านสุขภาวะได้อย่างสมบูรณ์ สามารถบรรจุในแผนการส่งเสริมสุขภาพในฐานะโครงสร้างพื้นฐานที่ให้ประโยชน์ต่อสุขภาพจิต หัวใจ และหลอดเลือด และลดค่าใช้จ่ายของระบบสุขภาพ รวมถึงช่วยรับมือความร้อน น้ำท่วม และมลพิษ[๑๑, ๑๓]

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

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

๔) **อาชีพใหม่และมาตรฐาน** ความต้องการผู้นำอาบป่า นักสื่อความหมายธรรมชาติ ผู้เชื่อมต่อ และผู้ประกอบการสุขภาวะชุมชน จะนำไปสู่การกำหนดสมรรถนะ หลักสูตร ระบบรับรอง และแนวปฏิบัติการส่งต่อ

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

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

๑.๔ ความท้าทายและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

การผลักดันให้เป็นนโยบายสาธารณะที่ปฏิบัติได้จริงยังเผชิญความท้าทายเชิงโครงสร้าง ดังนี้

๑) **การทำงานแบบแยกส่วน (Silos)** สุขภาพ ป่าไม้และสิ่งแวดล้อม การท่องเที่ยว และท้องถิ่น อยู่ต่างกระทรวง โดยยังไม่มีกลไกเชื่อมอำนาจหน้าที่ เช่น แพทย์อาจแนะนำให้ผู้ป่วยไปเดินป่า แต่กระทรวงสาธารณสุขไม่มีอำนาจดูแลความปลอดภัยในพื้นที่ป่าซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบของกรมป่าไม้หรือกรมอุทยานแห่งชาติ สัตว์ป่าและพันธุ์พืช

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

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

๔) **คุณภาพพื้นที่และสิ่งแวดล้อม** พื้นที่ธรรมชาติที่มีคุณภาพในเมืองมีน้อย ประชาชนเผชิญมลพิษ PM2.5 และกติกาผังเมืองยังไม่ได้นำความรู้ระบบนิเวศมาใช้ในการออกแบบ มีความเสี่ยงจากภัยธรรมชาติ เช่น ดินถล่ม ต้นไม้หักโค่น น้ำหลาก และควันไฟป่า และพื้นที่สาธารณะหลายแห่งยังไม่ปลอดภัย รวมทั้งยังขาดการจัดการขยะและสิ่งปฏิกูลที่เหมาะสม

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

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

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

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

๒. ขอบเขตของประเด็นและนิยามศัพท์

๒.๑ ขอบเขตด้านเนื้อหา ครอบคลุม ๔ แนวทาง ได้แก่

๑) ธรรมชาติสมบูรณ์ ชุมชนมีส่วนร่วม การจัดการพื้นที่ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ การมีส่วนร่วมและอำนาจของชุมชน และการกระจายประโยชน์

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

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

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

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



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

๒.๒ ขอบเขตด้านพื้นที่ ระบบ และกลไก

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

๒.๓ นิยามศัพท์สำคัญ

คำศัพท์	ความหมายที่ใช้ในเอกสาร
ก. แนวคิดหลัก	
ธรรมชาติ (Nature)	หมายรวมถึงสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติรอบตัว ทั้งอากาศ น้ำ ดิน อาหาร
บริการนิเวศ (Ecosystem Services)	ประโยชน์ที่มนุษย์ได้รับจากระบบนิเวศ ในเอกสารนี้เน้นประโยชน์ต่อสุขภาวะ กาย จิต สังคม และปัญญา ที่ได้จากพื้นที่และกิจกรรมธรรมชาติ
ผู้รับบริการนิเวศ (Ecosystem Service Users)	ทุกคนที่ได้รับประโยชน์ด้านสุขภาวะจากธรรมชาติ ทั้งที่เข้าถึงด้วยตนเองและผ่านการแนะนำหรือส่งต่อ โดยธรรมชาติเป็นผู้ให้บริการ
ธรรมชาติบำบัด (Nature Therapy)	กิจกรรมหรือกระบวนการที่ออกแบบอย่างเหมาะสมบนฐานธรรมชาติที่มีคุณภาพ เพื่อสร้างเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาวะ โดยคำนึงถึงความปลอดภัย ความเหมาะสมของแต่ละกลุ่ม และการดูแลระบบนิเวศ
การอาบป่า (Forest Bathing)	การอยู่ในบรรยากาศพื้นที่ธรรมชาติ ไม่ใช้เฉพาะกับป่าเท่านั้น โดยเปิดการรับรู้ผ่านประสาทสัมผัสทั้ง ๕ อย่างมีสติ เพื่อฟื้นฟูสุขภาพกายและใจ และไม่ใช่เพียงการออกกำลังกายหรือเดินป่า
สุขภาวะเชิงความสัมพันธ์ (Relational Well-being)	ภาวะที่บุคคลและชุมชนรับรู้ว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของระบบนิเวศ มีความผูกพัน ความเคารพ และความรับผิดชอบต่อสิ่งมีชีวิตและสถานที่ ซึ่งหล่อเลี้ยงทั้งสุขภาวะและความสมบูรณ์ของระบบนิเวศ
บริการตามลำดับขั้นความจำเป็น (Proportionate Universalism)	หลักการที่ทุกคนได้รับการสนับสนุนพื้นฐาน และได้รับการสนับสนุนที่เข้มข้นขึ้นตามความจำเป็นและอุปสรรคที่ผู้คนแต่ละกลุ่มเผชิญ แบ่งเป็น ๔ ขั้น ได้แก่ ถ้วนหน้า (ทุกคน) ลดอุปสรรค (กลุ่มเปราะบาง) เชื่อมต่อและติดตาม (กลุ่มเสี่ยง) และดูแลเข้มข้น (กลุ่มป่วย)[๑๙]
กลุ่มเปราะบาง (Vulnerable Groups)	กลุ่มที่เข้าถึงสิทธิและสวัสดิการได้ยาก และเสี่ยงต่อผลกระทบทางสังคม เศรษฐกิจ หรือสุขภาพมากกว่าคนทั่วไป เช่น ผู้สูงอายุ คนพิการ เด็กและเยาวชน ผู้มีรายได้น้อย ผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ได้รับผลกระทบจากสิ่งแวดล้อม ผู้ประสบผลกระทบจากภาวะเศรษฐกิจ และผู้เผชิญความโดดเดี่ยว

คำศัพท์	ความหมายที่ใช้ในเอกสาร
ข. การเชื่อมต่อ	
การแนะนำกิจกรรมทางสังคมฐานธรรมชาติ (Green Social Prescribing)	กระบวนการเชื่อมคนกับกิจกรรมและพื้นที่ธรรมชาติตามความต้องการของบุคคล โดยไม่ใช้การคัดกรองเป็นจุดตั้งต้น ครอบคลุมทั้งการเชื่อมต่อแนวราบและแนวดิ่ง ครอบคลุมทั้งการสั่งจ่าย และการแนะนำ
การเชื่อมต่อแนวราบ (Horizontal Integration)	การบูรณาการข้ามภาคส่วนในระดับชุมชน ระหว่างชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีนอกระบบบริการสุขภาพ เพื่อส่งเสริมสุขภาวะของประชาชนทุกกลุ่ม โดยชุมชนจัดการได้เอง ไม่ต้องรอการสั่งการจากรัฐหรือการส่งต่อจากแพทย์[๑๗]
การเชื่อมต่อแนวดิ่ง (Vertical Integration)	การบูรณาการการแนะนำกิจกรรมทางสังคมฐานธรรมชาติเข้ากับระบบบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน ผ่านการสั่งจ่ายหรือแนะนำผู้ให้บริการ สำหรับกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยที่ต้องมีการคัดกรองและสั่งจ่ายโดยทีมสหวิชาชีพปฐมภูมิ ผ่านการเชื่อมต่อโดยผู้เชื่อมต่อ (Link Worker) แนะนำกิจกรรมทางสังคมฐานธรรมชาติที่มีมาตรฐาน
การเชื่อมต่อเชิงพื้นที่ (Spatial Connectivity)	การเชื่อมคนกับธรรมชาติผ่านพื้นที่ ทั้งการพาคนไปหาธรรมชาติ (การเดินทาง ค่าใช้จ่าย ความปลอดภัย) และการนำธรรมชาติเข้าสู่พื้นที่ชีวิตประจำวันด้วยโครงสร้างพื้นฐานสีเขียวในที่อยู่อาศัย ที่ทำงาน สถานศึกษา และสถานพยาบาล
แผนการดูแลรายบุคคล (Comprehensive Care Plan)	แผนการดูแลที่มีทั้งมิติสุขภาพและสังคม จัดทำโดยทีมสหวิชาชีพปฐมภูมิร่วมกับผู้รับบริการและผู้ดูแล ใช้เป็นเครื่องมือในการสั่งจ่าย ส่งต่อ และติดตามผลกิจกรรมฐานธรรมชาติสำหรับกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย
ค. บทบาทของคน	
ผู้สื่อสารสุขภาวะด้วยธรรมชาติ/ผู้เชื่อมต่อ (Link Worker)	ผู้ทำหน้าที่แนะนำกิจกรรมฐานธรรมชาติที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่มีความต้องการ ทำหน้าที่เป็นผู้สื่อสารพูดคุยค้นหาความต้องการที่แท้จริงกับบุคคล กิจกรรมกลุ่มบุคคล หรือการรับบริการในชุมชนที่ไม่ใช้ยา ทั้งในแนวราบที่เป็นผู้นำในชุมชุมเช่น ปราชญ์ชาวบ้าน อสม. อสส. นักการศึกษา พระสงฆ์ ผู้นำศาสนา และในแนวดิ่งตามระบบบริการสุขภาพ เป็นต้น

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

1 **๓. บริบทเชิงนโยบายและการดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง**

2 **๓.๑ กฎหมายที่เกี่ยวข้อง**

กฎหมาย	สาระสำคัญ	ความเชื่อมโยง
รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๖๐	สิทธิชุมชน สิทธิด้านสุขภาพ และหน้าที่ของรัฐในการอนุรักษ์และฟื้นฟูสิ่งแวดล้อม	ฐานสิทธิในการเข้าถึงสิ่งแวดล้อมที่ดีและการมีส่วนร่วม [๑๘]
พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ และระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยเขตสุขภาพเพื่อประชาชน พ.ศ. ๒๕๕๙	สิทธิในการดำรงชีวิตในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ สมัชชาสุขภาพ และ กขป. ๑๓ เขต	กลไกนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมและการขับเคลื่อนระดับพื้นที่[๑๙, ๒๐]
พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕	สิทธิประโยชน์และกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น	ช่องทางการเงินแนวราบ (กองทุนท้องถิ่น) และสิทธิประโยชน์แนวดิ่ง[๒๑] หน่วยบริการภาคประชาชน
พ.ร.บ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒	การจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิโดยทีมสหวิชาชีพที่ดูแลประชาชนอย่างต่อเนื่อง	ฐานการแนะนำ สั่งจ่าย และส่งต่อแนวดิ่งผ่านทีมสหวิชาชีพปฐมภูมิ และการจัดพื้นที่ธรรมชาติในสถานพยาบาลตั้งแต่ระดับปฐมภูมิขึ้นไป[๔๗]

กฎหมาย	สาระสำคัญ	ความเชื่อมโยง
พ.ร.บ.กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒	อำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดบริการสาธารณะและการถ่ายโอนภารกิจสู่ท้องถิ่น	ฐานบทบาท อปท. ในการจัดการพื้นที่ธรรมชาติ การเชื่อมต่อแนวราบ และการจัดบริการสุขภาวะในพื้นที่[๔๘]
พ.ร.บ.ส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๓๕	มาตรฐานคุณภาพสิ่งแวดล้อมและกองทุนสิ่งแวดล้อม	ฐานคุณภาพพื้นที่และแหล่งทุนการเงินสีเขียว[๒๒]
พ.ร.บ.อุทยานแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๒ / ป่าสงวนแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๐๗ / สงวนและคุ้มครองสัตว์ป่า พ.ศ. ๒๕๖๒	คุ้มครองและควบคุมการใช้ประโยชน์พื้นที่อนุรักษ์	หน่วยงานเจ้าของพื้นที่กำกับกิจกรรมโดยต้องไม่กระทบระบบนิเวศ[๒๓, ๒๔, ๒๕]
พ.ร.บ.ป่าชุมชน พ.ศ. ๒๕๖๒	ชุมชนร่วมอนุรักษ์ ฟื้นฟู และใช้ประโยชน์ป่าชุมชน	ฐานของชุมชนร่วมกำกับดูแลและกิจกรรมโดยชุมชน[๒๖]
พ.ร.บ.ทรัพยากรน้ำ พ.ศ. ๒๕๖๑ / ทรัพยากรทางทะเลและชายฝั่ง พ.ศ. ๒๕๕๘	การจัดการแหล่งน้ำ ชายฝั่ง และป่าชายเลน	ฐานระบบนิเวศน้ำและชายฝั่ง[๒๗, ๒๘]
พ.ร.บ.การผังเมือง พ.ศ. ๒๕๖๒ / ภาษีที่ดินและสิ่งปลูกสร้าง พ.ศ. ๒๕๖๒ / ควบคุมอาคาร พ.ศ. ๒๕๒๒ / ประมวลกฎหมายที่ดิน	การวางผังการใช้ประโยชน์ที่ดินและการจัดเก็บภาษีที่ดิน การควบคุมการก่อสร้างอาคาร และการใช้ประโยชน์ที่ดิน	นำความรู้ระบบนิเวศเข้าสู่ผังเมือง และมาตรการจูงใจเพิ่มพื้นที่สีเขียว รวมถึงแก้ไขข้อจำกัดเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงพื้นที่ริมแม่น้ำและชายหาดสาธารณะ[๒๙, ๓๐, ๔๙, ๕๐]
พ.ร.บ.คุ้มครองและส่งเสริมวิถีชีวิตกลุ่มชาติพันธุ์ พ.ศ. ๒๕๖๘	คุ้มครองวิถีชีวิตและสิทธิของกลุ่มชาติพันธุ์	กิจกรรมต้องไม่กระทบสิทธิที่ดินทำกินและวิถีวัฒนธรรม[๓๑]

กฎหมาย	สาระสำคัญ	ความเชื่อมโยง
พ.ร.บ.ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ และที่แก้ไขเพิ่มเติม	สิทธิคนพิการในการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากสิ่งอำนวยความสะดวก บริการ สวัสดิการ การฟื้นฟูสมรรถภาพ การศึกษา การประกอบอาชีพ และการมีส่วนร่วมในสังคมอย่างเสมอภาค	ฐานสิทธิในการออกแบบพื้นที่ กิจกรรม และบริการบนฐานธรรมชาติให้คนพิการเข้าถึงได้ พร้อมการสนับสนุนตามความจำเป็นรายบุคคล[๔๖]
พ.ร.บ.สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙	การขึ้นทะเบียนและรับรองมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ	เครื่องมือรับรองมาตรฐานผู้จัดบริการ[๓๒]
พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ / วิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. ๒๕๒๕ / วิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๕๖	ควบคุมสถานพยาบาลและการประกอบวิชาชีพ	ขอบเขตของคำว่า “บำบัด” และการกล่าวอ้างเกินขอบเขตวิชาชีพ[๓๓, ๓๔, ๓๕]
พ.ร.บ.คุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. ๒๕๒๒ / อาหาร พ.ศ. ๒๕๒๒ / ผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. ๒๕๖๒	คุ้มครองความปลอดภัยและป้องกันการโฆษณาเกินจริง	ป้องกันการกล่าวอ้างผลเกินหลักฐานในบริการและผลิตภัณฑ์สุขภาวะ[๓๖, ๓๗, ๓๘]
พ.ร.บ.ส่งเสริมวิสาหกิจชุมชน พ.ศ. ๒๕๔๘	การจดทะเบียนและส่งเสริมวิสาหกิจชุมชน	ช่องทางให้ชุมชนรวมกลุ่มจัดบริการ[๓๙]
พ.ร.บ.คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. ๒๕๖๒	คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ	ข้อมูล Care Plan บนแพลตฟอร์มต้องมีภาครัฐเป็นผู้ควบคุม[๔๐]
กฎหมายที่อยู่ระหว่างพิจารณา (เช่น ด้านอากาศสะอาด การประมง และเศรษฐกิจสร้างสรรค์)	การจัดการคุณภาพอากาศ ทรัพยากรประมง และเศรษฐกิจสร้างสรรค์	ติดตามและเชื่อมเป้าหมายของมติเข้ากับกฎหมายระหว่างยกร่าง และจัดทำตารางเทียบรายมาตรา

1 **๓.๒ นโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนที่เกี่ยวข้อง**

นโยบาย/ยุทธศาสตร์/แผน	ประเด็นที่เกี่ยวข้อง
ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. ๒๕๖๑–๒๕๘๐	ยุทธศาสตร์ที่ ๓ การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ และยุทธศาสตร์ที่ ๕ การสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม [๔๑]

นโยบาย/ยุทธศาสตร์/แผน	ประเด็นที่เกี่ยวข้อง
แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๓	หมุดหมายที่ ๒ การท่องเที่ยวที่เน้นคุณภาพและความยั่งยืน หมุดหมายที่ ๔ ศูนย์กลางทางการแพทย์และสุขภาพมูลค่าสูง และหมุดหมายที่ ๑๐ เศรษฐกิจหมุนเวียนและสังคมคาร์บอนต่ำ[๔๒]
ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๕	หมวดสุขภาพกับสิ่งแวดล้อม:สิทธิในการดำรงชีวิตในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ[๔๓]
แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี ด้านสาธารณสุข	การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P) และระบบบริการที่เชื่อมกับชุมชนเพื่อรับมือ NCDs และปัญหาสุขภาพจิต
แผนแม่บทพัฒนาการป่าไม้ และแผนพัฒนาการท่องเที่ยวแห่งชาติ	การจัดการป่าชุมชน การเพิ่มพื้นที่สีเขียว การใช้ประโยชน์เพื่อนันทนาการและสุขภาวะ และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและเชิงนิเวศที่กระจายรายได้สู่ชุมชน
พันธกรณีระหว่างประเทศ	เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDG3, 11, 15)[๔๔] กฎบัตรเจนีวาเพื่อสุขภาวะ (Geneva Charter for Well-being) และกรอบงานคุนหมิง–มอนทรีออลว่าด้วยความหลากหลายทางชีวภาพ (Kunming–Montreal GBF)

1 **๓.๓ กลไกหรือมาตรการที่มีอยู่**

หน่วยงาน	กลไก/มาตรการที่มีอยู่
กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	รวบรวมองค์ความรู้ธรรมชาติบำบัดและการอาบป่าเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกัน NCDs
กรมสุขภาพจิต และโรงพยาบาลจิตเวช	การสร้างความเข้มแข็งทางใจ (Resilience) โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ สวนปรุง และศรีธัญญา ใช้ระบบนิเวศและพื้นที่สีเขียวบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วย
กรมอนามัย	การพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล (GREEN & CLEAN Hospital) และการขับเคลื่อนเมืองสุขภาพดี (Healthy City) ในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับเทศบาลและอบต.เพื่อเพิ่มพื้นที่สีเขียว
สสส.	สนับสนุนพื้นที่สีเขียวเพื่อสุขภาวะและกิจกรรมการเข้าหาธรรมชาติในชุมชน
กรมอุทยานฯ กรมป่าไม้ กรมทรัพยากรทางทะเลและชายฝั่ง	เส้นทางศึกษาธรรมชาติเพื่อการบำบัด ป่าชุมชนบำบัด และเส้นทางอาบป่าชายเลน (Mangrove Boardwalk)
กรมการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและสิ่งแวดล้อม	การขับเคลื่อน NbS (Nature-based Solutions หรือการแก้ปัญหาโดยใช้ธรรมชาติเป็นฐาน) เมืองสิ่งแวดล้อมยั่งยืน (Green City) และศูนย์เรียนรู้ด้านสิ่งแวดล้อม

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

มาตรการเหล่านี้ยังเป็น “จิ๊กซอว์ที่ยังไม่ได้ต่อเข้าด้วยกัน” แต่ละหน่วยงานมีนโยบายของตนเอง แต่ยังขาดกลไกเชื่อมคน พื้นที่ และระบบสนับสนุนเข้าด้วยกัน

๓.๔ ความก้าวหน้าของการดำเนินงาน

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

มิติ	ความก้าวหน้าในปัจจุบัน	ระดับ
๖. หลักฐานเชิงประจักษ์	ยังขาดงานวิจัยในบริบทไทยที่เพียงพอต่อการประเมินความคุ้มค่าและ SROI	ช่องว่างสำคัญ

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

๓.๕ ช่องว่างของนโยบายและการดำเนินงาน

เมื่อจัดตาม ๔ แนวทางของ (ร่าง) เอกสารมติ พบช่องว่างเชิงระบบ ดังนี้

๑) ช่องว่างด้านพื้นที่และชุมชน (แนวทางที่ ๑) ยังไม่ชัดเจนว่าหน่วยงานใดกำกับพื้นที่และหน่วยงานใดส่งเสริมกิจกรรม ความรู้ระบบนิเวศยังไม่อยู่ในกติกาผังเมือง และชุมชนยังขาดทักษะรองรับการขยายตัวของบริการและอำนาจในการกำกับดูแล

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

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

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

๕) **ช่องว่างด้านกระบวนทัศน์และความสัมพันธ์** นโยบายยังมองธรรมชาติเป็นทรัพยากรหรือพื้นที่บริการมากกว่ามองความสัมพันธ์ระหว่างคนกับธรรมชาติเป็นองค์ประกอบของสุขภาวะ

๔. ประเด็นสำคัญและเหตุผลเชิงนโยบาย

จากการสังเคราะห์ข้อมูลจากเวทีถกแถลงนโยบาย การทบทวนเอกสาร และการประชุมคณะทำงานวิชาการ สามารถสรุปประเด็นเชิงนโยบายได้ ดังนี้

๔.๑ ประเด็นที่ค้นพบ	๔.๒ เหตุผลเชิงนโยบาย	๔.๓ ผลกระทบหากไม่ดำเนินการ	๔.๔ โอกาสในการขับเคลื่อน
๑. สุขภาพจิต ความเครียด Burnout NCDs และความโดดเดี่ยวเพิ่มขึ้น	ต้องเพิ่มการป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพก่อนเกิดโรค	ภาระโรคและค่าใช้จ่ายเพิ่ม คุณภาพชีวิตลดลง	กิจกรรมฐานธรรมชาติเป็นมาตรการเสริมควบคู่ไปกับการรักษา
๒. การเข้าถึงธรรมชาติกระจุกในกลุ่มที่มีกำลังซื้อ	สุขภาวะจากธรรมชาติควรเป็นสิทธิของทุกคนอย่างเท่าเทียม	เกิดบริการเชิงสุขภาพราคาสูงทำให้กลุ่มเปราะบางเข้าไม่ถึง	จัดบริการตามลำดับขั้นความจำเป็นผ่านพื้นที่สาธารณะ หน่วยบริการปฐมภูมิ และ อปท.
๓. ระบบสุขภาพเชื่อมกับทรัพยากรชุมชนไม่พอ	มีพื้นที่และกิจกรรม แต่ขาดผู้เชื่อมโยงและเส้นทางธรรมชาติที่ส่งผลต่อสุขภาวะ	มีพื้นที่ธรรมชาติและกิจกรรมแต่ผู้ที่ต้องการเข้าไม่ถึง เพราะขาดขนส่งสาธารณะและภาวะทางเศรษฐกิจ	Green Social Prescribing ทั้งในแนวราบและแนวดิ่ง รวมถึงการมีผู้เชื่อมต่อที่เข้าใจความต้องการและข้อจำกัดของผู้ใช้บริการอย่างแท้จริง
๔. ระบบสุขภาพและสวัสดิการยังเน้นรักษาและสงเคราะห์	การยอมรับเป็นเงื่อนไขแรกของการเปลี่ยนผ่าน	ยังไม่มีการดำเนินการสั่งจ่ายทางสังคม แม้มีกิจกรรมพร้อมอยู่แล้ว	สธ. สปสช. และ พม. ปรับมุมมองและนโยบาย ขยายนิยามความเปราะบาง
๕. ขาดมาตรฐานและการรับรอง	คำว่า “บำบัด” เกี่ยวกับขอบเขตวิชาชีพและความปลอดภัย	ผู้ใช้บริการขาดความมั่นใจเนื่องจากผู้ให้บริการไม่มีมาตรฐานรองรับ	ใช้มาตรฐาน ๒ ระดับกำกับตามความเข้มข้นของกิจกรรมเชิงบำบัดโดยไม่กีดกันการดำเนินการของชุมชน
๖. พื้นที่ธรรมชาติขาดทั้งปริมาณและคุณภาพและเผชิญแรงกดดัน	สุขภาพคนพึ่งพาระบบนิเวศที่สมบูรณ์	การใช้ประโยชน์จากทรัพยากรเกินขีดจำกัด ทำให้เกิดความเสื่อมโทรม และกระทบสิทธิชุมชนท้องถิ่น	การออกแบบผังเมืองเชิงนิเวศที่คำนึงถึงและกระทบต่อธรรมชาติและชุมชนท้องถิ่นโดยให้ชุมชนร่วมกำกับดูแล

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

เหตุผลเชิงนโยบายที่สำคัญที่สุด

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

๒) **สิ่งแวดล้อม** การอนุรักษ์ไม่ควรแยกจากคุณภาพชีวิต ระบบนิเวศที่สมบูรณ์มีคุณค่าโดยตรงต่อสุขภาพของประชาชน

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

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

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

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

๕. ประเด็นเพื่อการพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

กรอบทิศทางนโยบาย ด้วยมนุษย์เป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติและปฏิสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างคนกับธรรมชาติมีส่วนสำคัญในการสร้างสุขภาวะ ประเทศไทยจึงมุ่งสร้างความเกื้อกูลระหว่างสุขภาวะของผู้คนกับความสมบูรณ์ของระบบนิเวศ และการใช้ประโยชน์อย่างยั่งยืนจากฐานทรัพยากรธรรมชาติ สังคม และวัฒนธรรม โดยผ่านการส่งเสริมการใช้ชีวิต

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

เสนอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณา (ร่าง) เอกสารมติ ซึ่งกำหนด ๔ แนวทาง ดังนี้

แนวทาง	สาระสำคัญ	หน่วยงานหลัก
๑. ธรรมชาติสมบูรณ์ ชุมชนมีส่วนร่วม	แยกผู้กำกับพื้นที่กับผู้ส่งเสริมกิจกรรม; นำความรู้ระบบนิเวศและวัฒนธรรมเข้าสู่ผังเมือง; ประเมินขีดความสามารถในการรองรับและความยินยอมของชุมชน; พื้นที่ปลอดภัยตามหลักการออกแบบเพื่อทุกคน; มาตรฐานพื้นที่แบบสมัครใจ; เสริมทักษะชุมชนและให้ชุมชนร่วมกำกับดูแล; วิสาหกิจชุมชน อาชีพสีเขียว และการกระจายประโยชน์อย่างเป็นธรรม; ชุมชนมีส่วนร่วมพิจารณาโครงการพัฒนาและการดำเนินการที่กระทบทรัพยากรธรรมชาติในพื้นที่; การจัดการขยะและสิ่งปฏิกูล ความปลอดภัยด้านอาหาร และเปิดโอกาสให้เด็กและเยาวชนเป็นอาสาสมัครร่วมพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาวะ **ตัวชี้วัดร่วม** (๑) พื้นที่ธรรมชาติเพื่อสุขภาวะที่เข้าถึงได้และความหลากหลายทางชีวภาพ [ทส. อปท.] (๒) ร้อยละพื้นที่นำร่องที่ชุมชนร่วมกำกับดูแลและผ่านการประเมินขีดความสามารถในการรองรับ [ทส. อปท. ชุมชน] (๓) สัดส่วนประโยชน์	**หลัก** ทส. (กรมอุทยานฯ กรมป่าไม้ กรมทรัพยากรทางทะเลฯ กรมการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศฯ สผ.) และ มท. (ยผ. สถ.) สำนักงานพัฒนาเศรษฐกิจจากฐานชีวภาพ (องค์การมหาชน) และสภาคุ้มครองและส่งเสริมวิถีชีวิตกลุ่มชาติพันธุ์แห่งประเทศไทย **พื้นที่** อปท. และชุมชน/องค์กรชุมชนเจ้าของพื้นที่ **ภาคีร่วม** กษ. อว. ศธ. วธ. พน. พม. (พอช.) กก. (ททท. อพท.) คค. สำนักงานสภาเกษตรกรแห่งชาติ และองค์กรศาสนา **เอกชน** ภาคธุรกิจ เจ้าของที่ดิน ผู้ประกอบการท่องเที่ยว และสถาบันลูกโลกสีเขียว **ภาคีจากคณะทำงาน** – **กรมอุทยานแห่งชาติ สัตว์ป่า และพันธุ์พืช** (ผู้กำกับดูแลพื้นที่อุทยานและเขตอนุรักษ์ ประเมินขีดความสามารถในการรองรับ) – **กรมป่าไม้** (ผู้กำกับดูแลพื้นที่ป่าไม้และป่าชุมชน) – **กรมการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและสิ่งแวดล้อม** (เชื่อมโยงการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและตัวชี้วัด

แนวทาง	สาระสำคัญ	หน่วยงานหลัก
	ที่คืนสู่ชุมชนและธรรมชาติ [อปท. พอช. ชุมชน]	สิ่งแวดล้อม) – **คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย** (องค์ความรู้ภูมิสถาปัตยกรรมและเกณฑ์ผังเมืองเชิงนิเวศ) – **สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน)** (เสริมพลังองค์กรชุมชนในการร่วมกำกับดูแลพื้นที่) – **สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา** (เสริมทักษะชุมชนด้านการจัดการและการเงิน) – **สมาคมการท่องเที่ยวโดยชุมชนจังหวัดกระบี่ เครือข่ายการท่องเที่ยวโดยชุมชน จังหวัดแม่ฮ่องสอน และสมาคมการท่องเที่ยวสระบุรี** (พื้นที่นำร่องการแบ่งปันผลประโยชน์และอาชีพสีเขียว)
๒. คนมีความรอบรู้ เข้าใจ เชื่อมั่นและมีสิทธิเข้าถึงบริการนิเวศอย่างเท่าเทียมและเป็นธรรม	รับรองสิทธิการเข้าถึงอย่างเท่าเทียม; สร้างความตระหนักรู้และความเชื่อมั่นผ่านการศึกษา การท่องเที่ยว และข้อมูลที่เข้าใจง่าย; จัดบริการตามลำดับขั้นความจำเป็น; มาตรการเข้าถึงสำหรับกลุ่มเปราะบาง (ผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ป่วยเรื้อรังและญาติ เด็กและเยาวชน แรงงาน) และผู้ได้รับผลกระทบจากสิ่งแวดล้อม โดยไม่มีค่าใช้จ่ายและตามหลักการออกแบบเพื่อทุกคน **ตัวชี้วัดร่วม** (๑) ร้อยละประชาชนที่ใช้พื้นที่/กิจกรรมธรรมชาติอย่างน้อยสัปดาห์ละ ๑ ครั้ง จำแนกตามกลุ่ม [สธ. สช. อปท.] (๒) ร้อยละพื้นที่ธรรมชาติสาธารณะที่ไม่มีค่าใช้จ่ายและเข้าถึงได้ตามหลักการออกแบบเพื่อทุกคน [อปท.	**หลัก** สธ. พม. มท. (สถ.) สช. และ สสส. ร่วมกับ ศธ. อว. ทส. และ กก. สำนักงานพัฒนาเศรษฐกิจจากฐานชีวภาพ (องค์การมหาชน) และสภาคุ้มครองและส่งเสริมวิถีชีวิตกลุ่มชาติพันธุ์แห่งประเทศไทย **พื้นที่** อปท. หน่วยบริการปฐมภูมิ และชุมชน **ภาคีร่วม** สปสช. กษ. กรมอนามัย กรมสุขภาพจิต สำนักงานลูกเสือแห่งชาติ สถานศึกษา สภาองค์กรชุมชน องค์กรคนพิการ สภาเด็กและเยาวชน และหน่วยพัฒนาครู **เอกชน** ผู้ประกอบการท่องเที่ยว ที่พัก และสถานประกอบการ **ภาคีจากคณะทำงาน** – **กรมอนามัย** (มาตรการอนามัยสิ่งแวดล้อมและการเยียวยาชุมชนที่ได้รับผลกระทบ

แนวทาง	สาระสำคัญ	หน่วยงานหลัก
	ทส. พม.] (๓) ร้อยละสถานศึกษาที่มีการเรียนรู้จากธรรมชาติเป็นกิจกรรมปกติ [ศธ.]	มลพิษ) – **สถาบันวิชาการเพื่อความยั่งยืนทางสุขภาพจิต** (ข้อมูลและหลักฐานด้านสุขภาพจิตเพื่อการสื่อสารสาธารณะ) – **มูลนิธิโลกสีเขียว** (สื่อและกิจกรรมเรียนรู้ธรรมชาติสำหรับเด็กและเยาวชน)
๓. เกิดการเชื่อมต่อทั้งแนวดิ่งและแนวราบ โดยมุ่งเน้นความเป็นธรรมในการเข้าถึง	แนวราบ แผนที่ทุนชุมชนและข้อมูลดิจิทัล เครือข่ายวัด โรงเรียน องค์กรชุมชน ชมรมผู้สูงอายุ องค์กรคนพิการ สภาเด็กและเยาวชน สภาเกษตรกร อาสาสมัครพิทักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม อสม. และ อสส. สำหรับกลุ่มทั่วไปและกลุ่มเปราะบาง; **แนวดิ่ง** (ก) ระบบสุขภาพ: สั่งจ่ายและส่งต่อผ่านทีมสหวิชาชีพปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ผู้เชื่อมต่อ และผู้จัดกิจกรรมติดตามผลผ่านแผนการดูแลรายบุคคล และพื้นที่ธรรมชาติในสถานพยาบาลตั้งแต่ระดับปฐมภูมิขึ้นไปสำหรับผู้ป่วยและญาติ (ข) ระบบอื่น: สวัสดิการสังคม (ผู้สูงอายุ คนพิการ) สถานศึกษา (เด็กและเยาวชน) และสถานประกอบการ (แรงงาน) รวมถึงกิจกรรมที่สมาชิกในครอบครัวทำร่วมกัน; **เชิงพื้นที่** (๑) พาคนไปหาธรรมชาติด้วยการเดินทางที่ไร้รอยต่อตามหลักการออกแบบเพื่อทุกคนและการเข้าพื้นที่โดยไม่มีค่าใช้จ่าย (๒) นำธรรมชาติเข้าสู่พื้นที่ชีวิตประจำวันด้วยโครงสร้างพื้นฐานสีเขียว; ทั้งนี้ การ	**แนวดิ่ง** สธ. สปสช. และ พชอ. (ระบบสุขภาพ) พม. ศธ. อว. และกระทรวงแรงงาน/สปส. (ระบบอื่น) **แนวราบและเชิงพื้นที่** มท. (สถ. ยผ.) ทส. อปท. อบจ. คค. ททท. กขป. และ สสส. **เอกชน** สถานประกอบการ ผู้ประกอบการท่องเที่ยวและที่พัก และผู้พัฒนาแพลตฟอร์ม **ภาคีจากคณะทำงาน** – **เครือข่ายอาบป่าประเทศไทย** (ผู้จัดกิจกรรมและไกด์อาบป่า ร่วมจัดทำบัญชีกิจกรรม) – **สมาคมไทยท่องเที่ยวเชิงอนุรักษ์และผจญภัย** (กิจกรรมธรรมชาติและแนวปฏิบัติด้านความปลอดภัย) – **สมาคมไทยท่องเที่ยวอย่างรับผิดชอบ** (แนวปฏิบัติการท่องเที่ยวอย่างรับผิดชอบ ป้องกันการท่องเที่ยวล้นเกิน) – **กรมสุขภาพจิต** (การสั่งจ่ายและติดตามผลในเครือข่ายบริการสุขภาพจิตและโรงพยาบาลจิตเวช) – **กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ** (มาตรฐานบริการ และบทบาท อสม. ในการเชื่อมต่อ) – **โรงพยาบาลสวนสราญรมย์** (ต้นแบบการบำบัดฟื้นฟูบนฐานธรรมชาติ และพื้นที่นำร่องการสั่งจ่าย)

แนวทาง	สาระสำคัญ	หน่วยงานหลัก
	เชื่อมต่อทุกระดับต้องให้ความสำคัญกับบทบาทการจัดการของชุมชน และความสัมพันธ์เกื้อกูลระหว่างคน ชุมชน และธรรมชาติ **ตัวชี้วัดร่วม** (๑) ร้อยละผู้ได้รับการส่งต่อที่เข้าร่วมกิจกรรมจริงและได้รับการติดตามผล [สธ. สปสช.] (๒) ร้อยละกลุ่มเปราะบางในพื้นที่นำร่องที่เข้าถึงกิจกรรมผ่านกลไกเชื่อมต่อ [พม. อปท.] (๓) ร้อยละประชากรที่มีพื้นที่ธรรมชาติสาธารณะในระยะเดิน ๑๕ นาที [มท. อปท. ทส.]	
๔. มีระบบสนับสนุนและความร่วมมือของรัฐ ท้องถิ่น ชุมชน เอกชน ประชาสังคม และวิชาการ	ตามกรอบ AAAQ และองค์ประกอบระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก: กลไกอภิบาลระบบ (กลไกบูรณาการที่มีหน่วยงานเจ้าภาพชัดเจน และที่ชุมชนร่วมกำกับดูแล และการทบทวนกฎหมาย รวมถึงจัดทำกฎหมายหรือระเบียบที่ชัดเจนรองรับการใช้ธรรมชาติเพื่อสุขภาวะ); กำลังคน ๓ บทบาท (อาชีพเดิมเพิ่มศักยภาพและอาชีพใหม่) และมาตรฐานตามระดับความเข้มข้นของบริการ; การเงินตามกลุ่มเป้าหมาย พัฒนากลไกการเงินและความร่วมมือจากภาคเอกชนเพื่อทำงานเชิงรุก โดยเริ่มจากกองทุนเดิมในพื้นที่ เช่น กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับจังหวัด ภาคเอกชน (โดยจ่ายค่าตอบแทนระบบนิเวศในพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบจากการดำเนินกิจการของตนเอง) และมาตรการ	**กลไกอภิบาลระบบ** สช. มท. ทส. ผู้แทนชุมชน กขป. และ กสพ. **กำลังคน** สคช. กรมพัฒนาฝีมือแรงงาน สภาวิชาชีพ และ สธ. **การเงิน** สปสช. พม. อปท. สสส. สปส. และ กค. (กรมบัญชีกลาง กรมธนารักษ์ กรมสรรพากร) **ข้อมูลและหลักฐาน** สธ. ทส. (สผ.) อปท. อว. วช. บพท. และ สวรส. (สนับสนุนกรอบวิจัยและสังเคราะห์หลักฐาน) **วิชาการ** สมาคมจิตวิทยาแห่งประเทศไทย ภาคีร่วม กระทรวงอุตสาหกรรม (อก.) และสมาคมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (สมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทย สมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย และสมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย) **เอกชน** ภาคธุรกิจ นักลงทุนเพื่อสังคม และผู้ดำเนินโครงการคาร์บอนเครดิต

แนวทาง	สาระสำคัญ	หน่วยงานหลัก
	จูงใจทางภาษี สำหรับการเปิดพื้นที่สีเขียวหรือปรับพื้นที่รกร้างเป็นพื้นที่สีเขียวหรือพื้นที่รับน้ำ) และ Green Finance และระบบสิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุมทุกระบบหลักประกันสุขภาพทั้งรัฐและเอกชน; ระบบข้อมูล ๓ ระดับ (จำแนกตามประเภทพื้นที่ รวมถึงดัชนีคุณภาพอากาศและคุณภาพน้ำ และการจำแนกพื้นที่สีเขียวที่มีคุณภาพทางนิเวศออกจากพื้นที่รกร้าง); ผลิตภัณฑ์ เทคโนโลยี และหลักฐาน (แพลตฟอร์มดิจิทัล บัญชีกิจกรรม HTA/SROI); ส่วนระบบบริการเป็นไปตามแนวทางที่ ๓ ภาควิชาการ ประสานเครือข่ายนักจิตวิทยาทั่วประเทศในการใช้แนวทางการอาบป่าควบคู่กับการบำบัดทางจิตวิทยาอย่างปลอดภัย / ประสานหลักสูตรจิตวิทยาในมหาวิทยาลัยต่างๆ เพิ่มรายวิชาเกี่ยวกับธรรมชาติ /พัฒนานักจิตวิทยาให้สามารถเป็นนักธรรมชาติบำบัด **ตัวชี้วัดร่วม** (๑) กลไกบูรณาการที่มีผู้แทนชุมชนร่วมและรายงานต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติทุกปี [สช. มท. ทส.] (๒) จำนวนผู้เชื่อมต่อและผู้จัดกิจกรรมที่ผ่านการพัฒนาตามกรอบสมรรถนะ [สคช. สธ.] (๓) งบประมาณที่จัดสรรให้กิจกรรมฐานธรรมชาติในพื้นที่ [สปสช. อปท. สสส.]	**ภาคีจากคณะทำงาน** – **สำนักงานองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย (WHO Thailand)** (สนับสนุนวิชาการ กรอบนโยบายสากล หลักฐานเชิงประจักษ์ และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ต่างประเทศ) – **กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก** (หลักสูตรและมาตรฐานผู้ให้บริการธรรมชาติบำบัดและอาบป่า) – **มหาวิทยาลัยมหิดล** (พัฒนาหลักสูตรกำลังคนและผู้เชื่อมต่อ) – **บริษัท ไรซ์ อิมแพค จำกัด** (การลงทุนเพื่อสังคม (Impact Investment) และการจับคู่ภาคเอกชนกับชุมชน) – **เครือข่ายคาร์บอนนิวทรัลประเทศไทย** (เชื่อมการเงินสีเขียวและการลงทุนด้านคาร์บอนกับการฟื้นฟูพื้นที่ธรรมชาติ) – **มหาวิทยาลัยเชียงใหม่** (ระบบข้อมูลและตัวชี้วัดในพื้นที่นำร่อง) – **มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์** (วิจัยและประเมินผลลัพธ์และความคุ้มค่า) – **เครือข่ายมหาวิทยาลัยสุขภาพหนึ่งเดียวแห่งประเทศไทย** (วิจัยข้ามศาสตร์ตามแนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว)

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

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

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

๖. เอกสารอ้างอิง

[๑] Antonelli, M., Barbieri, G., & Donelli, D. (๒๐๑๙). Effects of forest bathing (shinrin-yoku) on levels of cortisol as a stress biomarker: A systematic review and meta-analysis.

[๒] Kotera, Y., et al. (๒๐๒๓). The effects of forest bathing on psychological well-being: A systematic review and meta-analysis.

[๓] Ohly, H., et al. (๒๐๑๖). Attention Restoration Theory: A systematic review of the attention restoration potential of exposure to natural environments.

[๔] Ideno, Y., et al. (๒๐๑๗). Blood pressure-lowering effect of Shinrin-yoku (Forest bathing): A systematic review and meta-analysis.

[๕] de la Fuente, F., et al. (๒๐๒๑). Green space exposure association with type ๒ diabetes mellitus, physical activity, and obesity: A systematic review.

[๖] Li, Q. (๒๐๒๒). Effects of forest environment (Shinrin-yoku/Forest bathing) on health promotion and disease prevention: the establishment of "Forest Medicine".

[๗] Mueller, W., Milner, J., Loh, M., Vardoulakis, S., & Wilkinson, P. (๒๐๒๒). Exposure to urban greenspace and pathways to respiratory health: An exploratory systematic review.

[๘] Ulrich, R. S. (๑๙๘๔). View through a window may influence recovery from surgery.

[๙] Murroni, V., et al. (๒๐๒๑). Effectiveness of therapeutic gardens for people with dementia: A systematic review.

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

[๑๑] WHO Regional Office for Europe. (๒๐๑๖). Urban green spaces and health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

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

[๑๓] WHO Regional Office for Europe. (๒๐๒๕). Nature-based solutions and health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

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

[๑๕] World Health Organization. (๒๐๐๗). Everybody's business: Strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action. Geneva: WHO.

[๑๖] WHO Regional Office for Europe. (๒๐๑๖). Integrated care models: an overview. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

[๑๗] Marmot, M., et al. (๒๐๑๐). Fair Society, Healthy Lives: The Marmot Review. London: Institute of Health Equity.

[๑๘] รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐.

[๑๙] พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐.
[๒๐] ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน พ.ศ. ๒๕๕๙.
[๒๑] พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕.
[๒๒] พระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๓๕.
[๒๓] พระราชบัญญัติอุทยานแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๒.
[๒๔ พระราชบัญญัติป่าสงวนแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๐๗.
[๒๕] พระราชบัญญัติสงวนและคุ้มครองสัตว์ป่า พ.ศ. ๒๕๖๒.
[๒๖] พระราชบัญญัติป่าชุมชน พ.ศ. ๒๕๖๒.
[๒๗] พระราชบัญญัติทรัพยากรน้ำ พ.ศ. ๒๕๖๑.
[๒๘] พระราชบัญญัติส่งเสริมการบริหารจัดการทรัพยากรทางทะเลและชายฝั่ง พ.ศ. ๒๕๕๘.
[๒๙] พระราชบัญญัติการผังเมือง พ.ศ. ๒๕๖๒.
[๓๐] พระราชบัญญัติภาษีที่ดินและสิ่งปลูกสร้าง พ.ศ. ๒๕๖๒.
[๓๑] พระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมวิถีชีวิตกลุ่มชาติพันธุ์ พ.ศ. ๒๕๖๘.
[๓๒] พระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙.
[๓๓] พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ (และที่แก้ไขเพิ่มเติม).
[๓๔] พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. ๒๕๒๕.
[๓๕] พระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๕๖.
[๓๖] พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. ๒๕๒๒.
[๓๗] พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. ๒๕๒๒.
[๓๘] พระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. ๒๕๖๒.
[๓๙] พระราชบัญญัติส่งเสริมวิสาหกิจชุมชน พ.ศ. ๒๕๔๘.
[๔๐] พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. ๒๕๖๒.
[๔๑] ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. ๒๕๖๑–๒๕๘๐.
[๔๒] แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๓ (พ.ศ. ๒๕๖๖–๒๕๗๐).
[๔๓] ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๕.
[๔๔] United Nations. (๒๐๑๕). Transforming our world: the ๒๐๓๐ Agenda for Sustainable Development (SDGs).
[๔๕] สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (๒๕๖๘–๒๕๖๙). เอกสารประกอบการพัฒนาประเด็นและเวทีรับฟังความคิดเห็น.
[๔๖] พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ (และที่แก้ไขเพิ่มเติม).
[๔๗] พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒.
[๔๘] พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒.
[๔๙] พระราชบัญญัติควบคุมอาคาร พ.ศ. ๒๕๒๒.
[๕๐] พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายที่ดิน พ.ศ. ๒๔๙๗.