บทที่ 12

การขับเคลื่อนงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในประเทศไทย

12.1 บทนำ

ปัญหาโรคไม่ติดต่อกำลังได้รับความสนใจอย่างมากทั้งในระดับโลกและในระดับประเทศไทย ด้วยความประจักษ์ชัดถึงการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อสี่โรคหลัก คือ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และ โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง ทั้งในระดับชาติจากข้อมูลความชุกของการเจ็บป่วยและการตาย ตลอดจนข้อมูลภาระโรค (Burden of Diseases) ที่ยืนยันชัดเจนดังจะได้เห็นรายละเอียดในเนื้อหาส่วนถัดๆ ไปในเอกสารฉบับนี้ และ ความประจักษ์ชัดในประสบการณ์ระดับบุคคลและครัวเรือนที่ล้วนมีประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยตนเองหรือมีญาติพี่น้องคนใดคนหนึ่งเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตจากโรคดังกล่าว ปรากฏการณ์เชิงประจักษ์นี้เป็นเช่นเดียวกันกับภาวะความผิดปกติทางสรีรวิทยาสี่ประการ อันได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และ ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ตลอดจนการพบเห็นพฤติกรรมเสี่ยงทางด้านสุขภาพ อันได้แก่ การบริโภคยาสูบ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ และ การมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอกันทั่วไปในสังคม อีกทั้งพฤติกรรมและภาวะการเจ็บป่วยเหล่านี้เป็นสิ่งที่มนุษย์หลีกเลี่ยงได้ องค์การอนามัยโลกและองค์การสหประชาชนจึงได้เรียกร้องประเทศต่างๆทั่วโลกให้หันมาให้ความสำคัญและแก้ไขปัญหาเรื่องนี้ดังจะได้กล่าวถึงในรายละเอียดต่อไปในเอกสารวิชาการฉบับนี้เช่นกัน

เนื้อหาในเอกสารวิชาการฉบับนี้ประกอบด้วยหัวข้อใหญ่สามหัวข้อ คือ ความจำเป็นที่จะต้องดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ การดำเนินป้องกันและความโรคไม่ติดต่อ และ บทวิเคราะห์และข้อเสนอแนะ ด้วยความมากมายของเนื้อหาเพราะต้องครอบคลุมเรื่องราวของโรคสี่โรค ภาวะทางสรีรวิทยาสี่สภาวะและพฤติกรรมสุขภาพสี่พฤติกรรม และต้องครอบคลุมทั้งข้อมูลระดับโลกและระดับประเทศไทยเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนสมบูรณ์ เอกสารวิชาการฉบับนี้จึงพยายามให้เขียนให้เห็นภาพรวมของการป้องกันและแก้ไขโรคไม่ติดต่อเพื่อให้ผู้อ่านได้เข้าใจภาพใหญ่ๆแล้วสามารถไปค้นคว้าหาข้อมูลในรายละเอียดต่อไปได้มากกว่าที่จะใส่เนื้อหารายละเอียดทั้งหมดไว้

12.2. ความจำเป็นที่จะต้องดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ

ก. สถานการณ์สถานการณ์โรคไม่ติดต่อระดับนานาชาติ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) ได้นำเสนอข้อมูลเพื่อแสดงความสำคัญของปัญหาอันเกิดจากโรคไม่ติดต่อตลอดเกือบยี่สิบปีที่ผ่านมา ตั้งแต่การรับรองแผนยุทธศาสตร์ป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในที่ประชุมสมัชชาองค์การอนามัยโลก (World Health Assembly, WHA) ในปี พ.ศ. 2543

(ค.ศ. 2000)[1] ตลอดจนนำเสนอข้อมูลผ่านเอกสารเป็นทางการอีกหลายฉบับ ทั้งคำประกาศสำคัญๆ (political declaration) มติของสมัชชาองค์การอนามัยโลก (WHA resolution) แผนโลกเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อสองฉบับ (ได้แก่ Global Action Plan on NCDs 2008-2013 และ 2013-2021)[2] และ รายงานสถานการณ์ NCDs โลก (Global report on NCDs 2010[3], 2014)[3] ตลอดจนรายงานการติดตามความก้าวหน้าต่างๆ (NCDs progress monitor 2015[5] และ 2017[6]) บทความทางวิชาการนี้ได้อ้างอิงถึงเอกสารที่มีตัวเลขสถิติที่ละเอียดที่สุดและเป็นทางการล่าสุด ถูกอ้างอิงในเอกสารอื่นๆ ที่ตามมา ข้อมูลสำคัญมีดังต่อไปนี้

กรณีการเสียชีวิตทุกอายุ ในปี พ.ศ. 2555 (ค.ศ. 2012)

1) ประมาณการว่ามีการเสียชีวิตทุกอายุทุกสาเหตุ 56 ล้านคนทั่วโลก ในจำนวนนี้ 38 ล้านคนเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อทุกชนิด (NCDs) คิดเป็นร้อยละ 68.0 ของ 56 ล้านคน[4]

2) โรคไม่ติดต่อ 4 โรคหลักที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตสูงสุดในกลุ่มผู้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อทุกชนิด (38 ล้านคน) 4 โรคหลักนี้ คือ โรคหัวใจและหลอดเลือด (17.5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 46.2 จาก 38 ล้านคน) โรคมะเร็ง (8.2 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 21.7) โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง (4.0 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 10.7) และโรคเบาหวาน (1.5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 4.0) รวมการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อ 4 โรคหลักเป็นร้อยละ 82.0 ของการตายจากโรคไม่ติดต่อทุกชนิด 38 ล้านคน[4]

3) จำนวน 28 ล้านคนที่เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อทุกชนิดเกิดขึ้นในประเทศรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง[4] (คิดเป็นร้อยละ 74.0 ของ 38 ล้านคน)

4) การเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อทุกชนิดเกิดก่อนวัยอันควร คือ ก่อนอายุ 70 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.0 ของการเสียด้วยโรคไม่ติดต่อทุกชนิดทุกอายุ (16 จาก 38 ล้านคน) แต่สัดส่วนของการตายด้วยโรคไม่ติดต่อทุกชนิดก่อนวัยอันควรนี้เกิดขึ้นในประเทศรายได้ต่ำและรายได้ปานกลางมากกว่าประเทศรายได้สูง โดยสัดส่วนนี้คิดเป็นร้อยละ 48.0 ในประเทศรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง (13.5 จาก 28 ล้านคน) และ ร้อยละ 28.0 ในประเทศรายได้สูง (2.8 จาก 10 ล้านคน)[4]

กรณีการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร คือ เสียชีวิตในช่วงอายุ 30-70 ปี ในปี พ.ศ. 2555

5) ผู้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อทุกชนิด (NCDs) ในช่วงอายุ 30-70 ปี คิดเป็นร้อยละ 52.0 ของผู้เสียชีวิตในช่วงอายุ 30-70 ปี ทุกสาเหตุรวมกัน (16 จาก 30.8 ล้านคน) ขณะที่ผู้เสียชีวิตจากโรคติดต่อ โรคที่เกี่ยวเนื่องกับการตั้งครรภ์และการคลอดและภาวะทุโภชนาการรวมกันคิดเป็นร้อยละ 34.0 และผู้เสียชีวิตจากการบาดเจ็บคิดเป็นร้อยละ 14.0

6) โรคไม่ติดต่อ 4 โรคหลัก ยังคงป็นสาเหตุการเสียชีวิตสูงสุดในกลุ่มผู้ที่เสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อทุกชนิดในช่วงอายุ 30-70 ปีนี้ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด (ร้อยละ 37.0) โรคมะเร็ง (ร้อยละ 27.0) โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง (ร้อยละ 8.0) และโรคเบาหวาน (1.5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 4.0) รวมการเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อ 4 โรคหลักเป็นร้อยละ 76.0 ของการตายจากโรคไม่ติดต่อทุกชนิดในช่วงอายุ 30-70 ปี[4]

7) ร้อยละ 82 ของการเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อทุกชนิดก่อนวัยอันควร (ช่วงอายุ 30-70 ปี) เกิดขึ้นในประเทศรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง[4] (หมายเหตุ – ในเอกสาร Global Report on NCDs 2014 อ้างถึงตัวเลข "ร้อยละ 82" ในการอธิบายส่วนนี้ซึ่งตรงกับตัวเลขสัดส่วนของการเสียชีวิตด้วย 4 โรคไม่ติดต่อหลักต่อการเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อทุกสาเหตุทุกอายุที่กล่าวถึงข้างต้น)

8) โรคไม่ติดต่อเป็นสาเหตุการตายมากกว่าโรคอื่นๆรวมกัน และโรคไม่ติดต่อถูกประมาณการว่าจะเพิ่มจาก 38 ล้านคนในปี พ.ศ. 2555 (ค.ศ. 2012) เป็น 52 ล้านคนในปี พ.ศ. 2573 (ค.ศ. 2030)[4]

9) ประมาณการเป็นความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากโรคไม่ติดต่อในช่วงปี พ.ศ. 2554-2568 (ค.ศ. 2011-2025) หากไม่ดำเนินการอะไรที่แตกต่างไปจากเดิมจะอยู่ที่ประมาณ 7 ล้านล้านเหรียญสหรัฐ และทำให้ประชากรทั่วโลกติดอยู่ในความยากจนจำนวนหลายล้านคน ความสูญเสียทางเศรษฐกิจนี้สูงกว่าประมาณการค่าใช้จ่ายที่ต้อง

ใช้ในการดำเนินมาตรการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อที่มีผลกระทบสูงที่ใช้เพียง 11,200 ล้านเหรียญสหรัฐ[4]

10) Dr. Sania Nishtar, Co-chair, WHO High-Level Independent Commission on Noncommunicable Diseases ได้กล่าวไว้ในช่วงพิธีเปิดการประชุมประชาพิจารณ์เพื่อเตรียมการประชุมระดับสูงขององค์การสหประชาชาติครั้งที่สามเกี่ยวกับเรื่องโรคไม่ติดต่อ เมื่อวันที่ 5 กรกฎาคม 2561 ถึงปัญหาโรคไม่ติดต่อไว้ว่า ได้พบกับครอบครัวซึ่งคุณปู่ป่วยด้วยโรคหัวใจล้มเหลว ย่าต้องตัดเท้าและใกล้ตาบอดเพราะไม่ได้รักษาโรคเบาหวาน พ่อซึ่งเป็นหัวหน้าครอบครัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง ภรรยาป่วยด้วยโรคปอดจากการทำอาหารในบ้านหลายสิบปี ร้อยละ 40 ของรายได้ของครอบครัวถูกใช้ไปกับการรักษาโรคซึ่งป้องกันได้ ผลที่ตามมาจากการสูญเสียโอกาสการทำงานนี้เป็นผลให้ลูกๆเกิดภาวะขาดสารอาหารและในที่สุดลูกสาวต้องออกจากโรงเรียน[7] ข้อมูลนี้สะท้อนสถานการณ์ปัญหาโรคไม่ติดต่อในระดับครอบครัวได้ชัดเจนมากทั้งทางด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม

สถานการณ์โรคไม่ติดต่อของประเทศไทย

ปัญหาความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อของประเทศไทยกำลังเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลการเสียชีวิตและภาระโรคที่เกิดขึ้นจากโรคไม่ติดต่อระหว่างปี พ.ศ. 2542-2557 เท่าที่มีการรวบรวม คำนวณ และตีพิมพ์ไว้ในเอกสารวิชาการที่เป็นทางการในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2542, 2547 และ 2552 (ข้อมูลอ้างในรายงานสถานการณ์ NCDs: วิกฤตสุขภาพ วิกฤตสังคม[8]) และได้ข้อมูลล่าสุดปี พ.ศ. 2557 ที่วิเคราะห์แล้วแต่ยังไม่ได้ตีพิมพ์จาก ดร.ทพญ. กนิษฐา บุญธรรมเจริญ พบว่า (รายละเอียดจาก bodthai.net)

1) จำนวนผู้เสียชีวิตและอัตราการเสียชีวิตต่อแสนประชากร เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงเวลาสิบห้าปี จากปี พ.ศ. 2542 ถึง พ.ศ. 2557 โดยจำนวนผู้เสียชีวิตจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อทุกชนิดเพิ่มขึ้น (relative increase) ร้อยละ 58 (จาก 233,797 เป็น 368,870 คน) และอัตราการเสียชีวิตต่อแสนประชากรเพิ่มขึ้นร้อยละ 49 (จาก 380 เป็น 568 ต่อแสนประชากร) (ดูตารางที่ 12.1 ประกอบ)

2) จำนวนผู้เสียชีวิตและอัตราการเสียชีวิตต่อแสนประชากรของโรคไม่ติดต่อ 4 โรคหลักเพิ่มขึ้นในช่วงเวลาห้าปีจากปี พ.ศ. 2552 ถึง พ.ศ. 2557 โดยจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และ โรคปอดเรื้อรัง เพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 15.0, 16.0, 12.0 และ 18.0 ตามลำดับ และอัตราการเสียชีวิตต่อแสนประชากรเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 13.0, 13.0, 9.0 และ 15.0 ตามลำดับ (ตารางที่ 12.1)

3) ภาระโรคที่วัดด้วยจำนวนปีสุขภาวะที่สูญเสียไป (DALY) และอัตราของภาระโรคต่อแสนประชากรของกลุ่มโรคไม่ติดต่อทุกชนิดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงเวลาสิบห้าปี จากปี พ.ศ. 2542 ถึง พ.ศ. 2557 โดยจำนวนปีสุขภาวะที่สูญเสียไป (DALY) ของกลุ่มโรคไม่ติดต่อทุกชนิดเพิ่มขึ้นร้อยละ 89.0 (จาก 5.56 เป็น 10.53 ล้าน DALYs) และอัตราของภาระโรคต่อแสนประชากรเพิ่มขึ้นร้อยละ 80.0 (จาก 9,000 เป็น 16,200 DALYs ต่อแสนประชากร) (ตารางที่ 12.1)

4) ภาระโรคที่วัดด้วยจำนวนปีสุขภาวะที่สูญเสียไป (DALY) และอัตราของภาระโรคต่อแสนประชากรของโรคไม่ติดต่อ 4 โรคหลักเพิ่มขึ้นในช่วงเวลาห้าปี จากปี พ.ศ. 2552 ถึง พ.ศ. 2557 โดยภาระโรคจากโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และโรคปอดเรื้อรัง เพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 52, 59, 45 และ 56 ตามลำดับ และ อัตราการเสียชีวิตต่อแสนประชากรเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 50.0, 55.0, 44.0 และ 52.0 ตามลำดับ (ตารางที่ 12.1)

5) เมื่อเปรียบเทียบความเปลี่ยนแปลงของอัตราการเสียชีวิตต่อแสนประชากร และอัตราภาระโรคต่อแสนประชากรของโรคไม่ติดต่อทุกชนิดกับกลุ่มโรคติดเชื้อ และ กลุ่มการบาดเจ็บ ระหว่างปี พ.ศ. 2542 และ 2557 (สิบห้าปี) จะพบว่า อัตราการเสียชีวิตต่อแสนประชากร และอัตราภาระโรคต่อแสนประชากรของโรคไม่ติดต่อทุกชนิด เพิ่มขึ้นร้อยละ 49 และ 80 ตามลำดับ ส่วนของกลุ่มโรคติดเชื้อ ลดลงร้อยละ 41 และ 23 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มการบาดเจ็บนั้นอัตราการเสียชีวิตลดลงร้อยละ 5 แต่อัตราภาระโรคต่อแสนประชากรเพิ่มขึ้นร้อยละ 59 (ซึ่งการเพิ่มขึ้นของกลุ่มการบาดเจ็บนี้ก็ยังน้อยกว่าการเพิ่มขึ้น

ของกลุ่มโรคไม่ติดต่อทุกชนิด) (ตารางที่ 12.1 และ 12.2) ซึ่งหมายถึงว่าโรคไม่ติดต่อไม่ติดต่อทุกชนิดเป็นปัญหาสำคัญต่อการเสียชีวิตและภาระโรคมากขึ้นตามเวลาเมื่อเทียบกับกลุ่มโรคติดเชื้อและกลุ่มการบาดเจ็บ

6) และเมื่อเปรียบเทียบความเปลี่ยนแปลงของอัตราการเสียชีวิตต่อแสนประชากร และอัตราภาระโรคต่อแสนประชากรของโรคไม่ติดต่อ 4 โรคหลักรวมกันและกลุ่มโรคไม่ติดต่อทุกชนิด ระหว่างปี พ.ศ. 2552 และ 2557 (ห้าปี) จะพบว่าอัตราการเสียชีวิตต่อแสนประชากรและอัตราภาระโรคต่อแสนประชากรของโรคไม่ติดต่อ 4 โรคหลักเพิ่มขึ้นร้อยละ 54 และ 49 ตามลำดับ ส่วนของกลุ่มโรคไม่ติดต่อทุกชนิดเพิ่มขึ้นร้อยละ 15 และ 37 ตามลำดับ (ตารางที่ 12.1 และ 12.2) ซึ่งหมายถึงว่าโรคไม่ติดต่อ[4] โรคหลักเป็นปัญหาสำคัญต่อการเสียชีวิตและภาระโรคมากขึ้นตามเวลาเมื่อเทียบกับโรคไม่ติดต่ออื่นๆ

7) ข้อมูลจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคของปัจจัยเสี่ยงทางด้านสรีรวิทยาและพฤติกรรม ขณะนี้ปี พ.ศ. 2561 มีข้อมูลที่ตีพิมพ์แล้วเพียงปี พ.ศ. 2552 ดังนี้ (ตารางที่ 12.1 และ 12.2)

ตารางที่ 12.1 จำนวนผู้เสียชีวิตและอัตราการเสียชีวิตต่อแสนประชากรของโรคไม่ติดต่อ และปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ของปี พ.ศ. 2542, 2547, 2552 และ 2557

ค.ศ.	1999		2004		2009		2014	
พ.ศ.	2542		2547		2552		2557	
จำนวนประชากรกลางปี (คน)	**61,563,960**		**62,526,693**		**63,457,439**		**64,955,313**	
	คน	**คนต่อแสนประชากร**	**คน**	**คนต่อแสนประชากร**	**คน**	**คนต่อแสนประชากร**	**คน**	**คนต่อแสนประชากร**
โรคทุกสาเหตุ (all causes)	388,461	(631)	411,687	(658)	430,652	(679)	486,049	(748)
a. โรคติดเชื้อ	101,303	(165)	88,160	(141)	60,801	(96)	63,141	(97)
b. การบาดเจ็บ	53,362	(87)	54,912	(88)	55,511	(87)	54,038	(83)
c. โรค NCDs ทุกชนิด	233,797	(380)	270,615	(433)	314,340	(495)	368,870	(568)
โรค (disease): รวม 4 โรคหลัก					243,447	(384)	280,797	(432)
1. โรคหัวใจและหลอดเลือด					106,365	(168)	122,578	(189)
2. โรคมะเร็ง					83,832	(132)	96,983	(149)
3. โรคเบาหวาน					27,214	(43)	30,529	(47)
4. โรคปอดเรื้อรัง					26,036	(41)	30,707	(47)
สรีรวิทยา (physiology)								
5. ความดันโลหิตสูง				42,133	(66)			
6. น้ำตาลในเลือดสูง								

ตารางที่ 12.1 จำนวนผู้เสียชีวิตและอัตราการเสียชีวิตต่อแสนประชากรของโรคไม่ติดต่อ และปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ของปี พ.ศ. 2542, 2547, 2552 และ 2557 (ต่อ)

ค.ศ.	1999		2004		2009		2014	
พ.ศ.	2542		2547		2552		2557	
	คน	คนต่อแสนประชากร	คน	คนต่อแสนประชากร	คน	คนต่อแสนประชากร	คน	คนต่อแสนประชากร
7. ไขมันในเลือดสูง				28,795	(45)			
8. น้ำหนักเกินและโรคอ้วน				26,014	(41)			
พฤติกรรม (behavior)								
9. การสูบบุหรี่					50,710	(80)		
10. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์					22,672	(36)		
11. บริโภคผักผลไม้ไม่พอ					22,585	(36)		
12. กิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ					11,129	(18)		

ที่มา: การศึกษาภาระโรคของประเทศไทย

ตารางที่ 12.2 จำนวนปีสุขภาวะที่สูญเสียไป (DALYs) และ อัตราปีสุขภาวะที่สูญเสียไปต่อแสนประชากร ของโรคไม่ติดต่อและปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ของปี พ.ศ. 2542, 2547, 2552 และ 2557

ค.ศ.	1999		2004		2009		2014	
พ.ศ.	2542		2547		2552		2557	
จำนวนประชากรกลางปี (คน)	61,563,960		62,526,693		63,457,439		64,955,313	
	ล้าน DALYs	DALY ต่อแสนประชากร	ล้าน DALYs	DALY ต่อแสนประชากร	ล้าน DALYs	DALY ต่อแสนประชากร	ล้าน DALYs	DALY ต่อแสนประชากร
โรค (diseases)	9.53	(15,500)	9.85	(15,800)	10.21	(16,100)	14.94	(23,000)
a. โรคติดเชื้อ	2.64	(4,300)	2.09	(3,300)	1.39	(2,200)	2.12	(3,300)
b. การบาดเจ็บ	1.33	(2,200)	1.37	(2,200)	1.33	(2,100)	2.29	(3,500)
c. โรค NCDs ทุกชนิด	5.56	(9,000)	6.39	(10,200)	7.49	(11,800)	10.53	(16,200)
โรค (disease): รวม 4 โรคหลัก								
1. โรคหัวใจและหลอดเลือด					1.42	(2,200)	2.16	(3,300)
2. โรคมะเร็ง					1.26	(2,000)	2.00	(3,100)
3. โรคเบาหวาน					0.60	(900)	0.87	(1,300)
4. โรคปอดเรื้อรัง					0.45	(700)	0.70	(1,100)

ตารางที่ 12.2 จำนวนปีสุขภาวะที่สูญเสียไป (DALYs) และ อัตราปีสุขภาวะที่สูญเสียไปต่อแสนประชากร ของโรคไม่ติดต่อและปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ของปี พ.ศ. 2542, 2547, 2552 และ 2557 (ต่อ)

ค.ศ.	1999		2004		2009		2014	
พ.ศ.	2542		2547		2552		2557	
สรีรวิทยา (physiology)								
5. ความดันโลหิตสูง					0.63	(1,000)		
6. น้ำตาลในเลือดสูง								
7. ไขมันในเลือดสูง					0.32	(500)		
8. น้ำหนักเกินและโรคอ้วน					0.51	(800)		
พฤติกรรม (behavior)								
9. การสูบบุหรี่					0.75	(1,200)		
10.การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์					0.99	(1,600)		
11. บริโภคผักผลไม้ไม่พอ					0.25	(400)		
12. กิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ					0.14	(200)		

ที่มา: การศึกษาภาระโรคของประเทศไทย

ข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่าการเสียชีวิตและภาระโรคที่เกิดขึ้นจากโรคไม่ติดต่อกำลังเพิ่มสูงขึ้นในประเทศไทยเมื่อเทียบกับกลุ่มโรคติดเชื้อและการบาดเจ็บ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคไม่ติดต่อ 4 โรคหลัก คือ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาวานและโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง และเมื่อเปรียบเทียบปัญหาในกลุ่มสภาวะสรีรวิทยาจะพบว่าภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูงและภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ก่อให้เกิดการเสียชีวิตเรียงตามลำดับ ส่วนการก่อให้เกิดภาระโรคมีการสลับลำดับเล็กน้อยจากมากไปน้อย คือ ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน และภาวะไขมันในเลือดสูงตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบปัญหาในกลุ่มพฤติกรรมจะพบว่าพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การทานอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ และการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอก่อให้เกิดการเสียชีวิตและภาระโรคเรียงตามลำดับ

นอกเหนือไปจากผลกระทบต่อชีวิตและภาระโรคแล้ว โรคไม่ติดต่อยังส่งผลกระทบต่อภาวะทางเศรษฐกิจด้วย จากการศึกษาประมาณความสูญเสียทางเศรษฐกิจในปี พ.ศ. 2552 จากโรคเรื้อรัง โรคงการศึกษาภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย[8] พบว่าโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวานและโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง ก่อให้เกิดผลกระทบทางเศรษฐกิจคิดเป็นมูลค่า 78,976, 78,255, 24,489 และ 16,793 ล้านบาท ตามลำดับ ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 39.8, 39.4, 12.3 และ 8.5 ของผลกระทบทางเศรษฐกิจรวมของ 4 โรคนี้ซึ่งเท่ากับ 198,512 ล้านบาท

ข้อมูลข้างต้นทั้งหมดนี้บ่งชี้ว่าประเทศไทยจะต้องเร่งดำเนินการป้องกันแลควบคุมโรคไม่ติดต่ออย่างจริงจังและต่อเนื่อง

ความคุ้มค่าของการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ

ชุดความรู้ล่าสุดของโลกเกี่ยวกับเศรษฐศาสตร์ของโรคไม่ติดต่อ ภายใต้โครงการ The Lancet Task force on NCDs and economics ของวารสาร Lancet[9] เพิ่งถูกตีพิมพ์ในช่วงเดือนเมษายน พ.ศ. 2561 ที่ผ่านมานี้ มีข้อค้นพบสำคัญที่สื่อโดยตรงถึงผู้นำของประเทศต่างๆ ทั่วโลกว่า ถึงเวลาต้องลงมือดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่ออย่างจริงจังและเร่งด่วนแล้ว ข้อค้นพบเหล่านี้ ได้แก่

- โรคไม่ติดต่อมีความสัมพันธ์กับความยากจนและสร้างความไม่เท่าเทียมทั้งภายในและระหว่างประเทศ ทั้งคนยากจนและคนร่ำรวยล้วนพบกับหายนะทางการเงินอันเลวร้ายจากค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาโรคไม่ติดต่อนี้ แม้ในรายที่มีประกันสุขภาพคุ้มครองก็ตาม
- การลงทุนกับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อให้ผลตอบแทนที่สูงมากกับประชากรในทุกระดับรายได้ในประเทศต่างๆ และยังมีส่วนเพิ่มการขยายตัวทางเศรษฐกิจด้วย แม้ว่าทั้งการป้องกันและการควบคุมโรคไม่ติดต่อจะเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญ แต่หากมองในระยะยาวแล้ว การป้องกันการเกิดโรคไมติดต่อจะให้ผลตอบแทนที่สูงกว่าการควบคุมโรคไม่ติดต่อ
- มาตรการทางการเงินและการคลังควรถูกนำมาใช้ส่งเสริมการบริโภคและวิถีชีวิตที่เอื้อต่อสุขภาพ ส่งเสริมการบริโภคและการผลิตที่ยั่งยืน และใช้เพื่อก่อให้เกิดรายได้ไปขยายผลระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (universal health care) โดยที่นโยบายการเงินการคลังนี้สามารถหรือควรที่จะออกแบบให้บรรลุผลกระทบอย่างเสมอภาคด้วย
- มีงานวิจัยถึง 283 การศึกษาทั่วโลกที่พบความสัมพันธ์ระหว่างโรคไม่ติดต่อและการมีรายได้ต่ำ การมีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ และการศึกษาที่ต่ำ โรคไม่ติดต่อทำให้ประชากรเกิดภาวะช็อคทางสุขภาพ สังคมและเศรษฐกิจ แต่ได้ถูกลืมทั่วโลก โปรแกรมต่างๆ ทั้งในระดับนานาชาติและของรัฐบาลประเทศต่างๆ ควรที่จะปกป้องคนยากจนจากการเป็นโรคไม่ติดต่อและความหายนะทางเศรษฐกิจที่จะตามมา นอกจากนั้น โปรแกรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพถ้วนหน้าจึงควรเน้นโรคไม่ติดต่อด้วยและควรมุ่งไปที่กลุ่มที่อ่อนไหวต่อการเป็นโรคไม่ติดต่อ ซึ่งได้แก่ คนวัยกลางคนและผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มที่เสี่ยงที่สุดต่อการเป็นโรคไม่ติดต่อด้วย
- สุขภาพดีนำมาซึ่งความร่ำรวยและสุขภาพดีเป็นกุญแจสำคัญก่อให้เกิดการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนอื่นๆ (SDGs: Sustainable Development Goals) และการบรรลุเป้าหมาย SDGs อีกหลายๆ ตัวก็จะนำมาซึ่งการมีสุขภาพดีเช่นกัน ดังนั้นโปรแกรมต่างๆ ที่เกี่ยวกับการพัฒนาที่ยั่งยืนทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติควรเน้นการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อด้วย[10] และรัฐบาลควรดำเนินการเพื่อบรรลุดัชนีอีก 8 ตัวไปพร้อมกัน อันได้แก่ SDG 1 การลดความยากจน SDG 2 การทำให้ความหิวโหยหมดไป SDG 3 สุขภาพและความเป็นอยู่ดี (health and wellbeing) SDG 4 การศึกษา (education) SDG 5 ความเป็นธรรมทางเพศ (gender equality) SDG 8 การทำงานที่เหมาะสม และ การเติมโตทางเศรษฐกิจ (decent work and economic growth) SDG 10 การลดความเหลื่อมล้ำทางสังคม (reduced inequalities) SDG 11 เมืองและชุมชนที่ยั่งยืน (sustainable cities and communities) SDG 12 การผลิตและการบริโภคที่ยั่งยืน (sustainable production and consumption)[9]
- ความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพจากโรคไม่ติดต่อในระดับประเทศและระหว่างประเทศกำลังเพิ่มมากขึ้น กฎเกณฑ์ระดับนานาชาติและระดับประเทศควรที่จะลดกำแพงเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติการที่ขวางกั้นการเข้าถึงทรัพยากรที่จำเป็นการดำเนินการบริการสุขภาพถ้วนหน้าและการส่งเสริมความเป็นธรรมทางสุขภาพ[10]
- โรคไม่ติดต่อก่อให้เกิดความหายนะของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมากกว่าร้อยละ 60 ของประชากรที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ อันได้แก่ มะเร็ง โรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีความแตกต่างหลากหลายขึ้นกับโรคและบริบทของคนๆนั้น การไม่มีประกันสุขภาพยิ่งทำให้เกิดความหายนะทางการมากยิ่งขึ้น ประเทศต่างๆ ควรจัดให้มีระบบบริการสุขภาพถ้วนหน้าและจัดให้มีบริการสุขภาพที่มีความคุ้มค่า (มี cost-effectiveness) และมุ่งกลุ่มเป้าหมายคนยากจนเป็นสำคัญ จะนำไปสู่

การบรรลุเป้าหมายการลดความยากจนและบรรลุเป้าหมาย SDGs ของสหประชาชาติได้[11]

• งานวิจัยชิ้นหนึ่งที่ใช้วิธีประมาณการแบบโมเดลลิ่งโดยใช้ผลการสำรวจการใช้จ่ายในครัวเรือนมาประมาณการผลกระทบของมาตรการทางภาษีต่อการใช้จ่ายของครัวเรือนที่มีระดับรายได้ต่างๆ พบว่า มาตรการทางภาษีและราคาต่อสินค้าที่อาจส่งผลไม่ดีต่อสุขภาพนั้นจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคและค่าใช้จ่ายของผู้บริโภคทุกคน แต่จะแตกต่างกันตามสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของคนๆนั้น โดยคนมีรายได้สูงจะจ่ายค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น แต่สำหรับคนยากจนนั้นจะไม่เพิ่มรายจ่ายมากนักเพราะคนยากจนจะทยอยเลิกบริโภคสินค้านั้นซึ่งจะก่อให้เกิดผลดีทางสุขภาพต่อไป อย่างไรก็ตามรายจ่ายที่เพิ่มขึ้นแม้เล็กน้อยของคนยากจนก็เป็นสัดส่วนที่มากเมื่อเทียบกับรายได้ ซึ่งผลกระทบของภาษีต่อคนยากจนนี้สามารถที่จะชดเชยได้ด้วยการออกแบบให้เกิดการใช้เงินภาษีเหล่านี้คืนกลับให้แก่คนยากจนในภายหลัง[12]

• งานวิจัยประมาณการทางเศรษฐศาสตร์ชิ้นหนึ่ง ได้ศึกษาข้อมูลของยี่สิบประเทศทั่วโลกที่มีภาระโรคของโรคไม่ติดต่อสูงที่สุดด้วยวงเงิน 120 พันล้านเหรียญสหรัฐในช่วง ค.ศ. 2015–2030 จะสามารถลดการเสียชีวิต 15 ล้านคนและป้องกัน 8 ล้านคนจากโรคหัวใจขาดเลือดและ 13 ล้านคนจากโรคเส้นเลือดในสมองใน 20 ประเทศนี้ ซึ่งคิดเป็นการลงทุนเพียง 1.50 เหรียญสหรัฐต่อคนต่อปีเท่านั้น ซึ่งเมื่อคำนวณผลตอบแทนทางเศรษฐศาสตร์และสังคมเข้าด้วยกันแล้วจะได้ผลตอบแทนการลงทุนถึง 10.9 เท่า (หากคิดเฉพาะผลตอบแทนด้านเศรษฐศาสตร์อย่างเดียวจะได้ผลตอบแทนการลงทุน 5.6 เท่า)[13]

เอกสารองค์การอนามัยโลกล่าสุดที่ชื่อว่า “Saving lives, spending less: A strategic response to noncommunicable diseases”[14] (รักษาชีวิต จ่ายน้อยกว่า: การตอบสนองเชิงยุทธศาสตร์ต่อโรคไม่ติดต่อ) เพิ่งตีพิมพ์ในปี พ.ศ. 2561 (ค.ศ. 2018) นี้ ได้ใช้ข้อมูลการคำนวณค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้ในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในประเทศประเทศรายได้ต่ำและประเทศรายได้ปานกลางค่อนข้างต่ำ (low-income and lower middle-income countries) ซึ่งเป็นการคำนวณลักษณะนี้เป็นครั้งแรกในโลก และให้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและประโยชน์ทางเศรษฐศาสตร์ของมาตรการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อที่มีความคุ้มค่าสูงสุดและมีความเป็นไปในในทางปฏิบัติสำหรับประเทศเหล่านี้ ซึ่งมีข้อมูลที่สำคัญสรุปได้ดังนี้

• ใช้งบประมาณเพียง 1.27 เหรียญสหรัฐต่อหัวประชากรต่อปี (ประมาณ 45 บาทต่อหัวประชากรต่อปี หากคิดอัตรา 35 บาทต่อเหรียญสหรัฐ) สำหรับประเทศรายได้ต่ำและประเทศรายได้ปานกลางค่อนข้างต่ำในการปฏิบัติการมาตรการ Best Buys ที่องค์การอนามัยโลกแนะนำ โดยจะได้รับผลตอบแทนดังต่อไปนี้ภายในปี พ.ศ. 2573[14]

- ทุกๆ 1 เหรียญสหรัฐที่ลงทุนจะได้รับผลตอบแทน 7 เหรียญ
- ลดอัตราการตายก่อนวัยอันควรลงได้ร้อยละ 15
- ป้องกันไม่ให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่า 17 ล้านคน
- รักษาชีวิตประชากรได้ถึง 8.2 ล้านคน
- สร้างความเจริญทางเศรษฐกิจได้ถึง 350,000 ล้านเหรียญสหรัฐระหว่างปี พ.ศ. 2561-2573

Michael R. Bloomberg, WHO Global Ambassador for Noncommunicable Diseases กล่าวไว้ในเอกสารฉบับนี้ว่าโรคไม่ติดต่อเป็นสาเหตุการตายทั่วโลกถึงเกือบ 41 ล้านคนต่อไป จำนวนมากเสียชีวิตก่อนอายุ 70 ปี ขณะที่การเสียชีวิตนี้เกิดในประเทศรายได้ต่ำและรายได้ปานกลางค่อนข้างต่ำ แต่กองทุนสุขภาพระดับโลกบริจากเงินเพียงร้อยละ 1.0 เพื่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในประเทศยากจนเหล่านี้[14]

12.3 การดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ

การดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในระดับโลก

ที่ประชุมสมัชชาองค์การอนามัยโลก (World Health Assembly) รับรองแผนยุทธศาสตร์โลกว่าด้วยการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเป็นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2543 (ค.ศ. 2000) (Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases) ซึ่งได้ระบุถึงความสำคัญของโรคไม่ติดต่อและการต้องแก้ปัญหาด้วยการควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ[2] ต่อมามีการเสนอแผนปฏิบัติการ (action plan) สองฉบับต่อกันเพื่อรองรับการทำงาน คือ Global Action Plan 2008-2013[(2)] และ Global Action Plan on NCDs 2013-2020[(1)] (ภาพที่ 12.1) ในแผนโรคไม่ติดต่อของโลกนี้[1] ได้กำหนดวัตถุประสงค์ของแผนไว้ 6 ข้อ และเสนอดัชนีชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงาน ทั้งด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง การพัฒนาระบบบริการและผลลัพธ์ด้วยการเจ็บป่วยและการเสียชีวิต รวม 25 ดัชนี พร้อมทั้งเสนอเป้าหมายตามความสมัครใจที่ประเทศสมาชิกจะกำหนดเพื่อบรรลุผลให้ได้ในปี พ.ศ. 2568 รวม 9 เป้าหมาย (ตารางที่ 12.3)

กระบวนการขับเคลื่อนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในระดับโลกนี้มีกิจกรรม “การชี้นำสังคมโลก” (advocacy activities) ดังนี้ (ดูภาพที่ 1) ในปี พ.ศ. 2554 มีการประชุมระดับรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขทั่วโลกในประเด็นวิถีชีวิตสุขภาพและการควบคุมโรคไม่ติดต่อ โดยมีตัวแทนจาก 162 ประเทศเข้าร่วมประชุมซึ่งจัดขึ้นที่กรุง Moscow ประเทศรัสเซีย ในเดือนเมษายน พ.ศ. 2554 และในเดือนกันยายนปีเดียวกันมีการจัดประชุมและมีการประกาศทางการเมือง (Political declaration) ของผู้นำระดับสูงขององค์การสหประชาชาติ ในประเด็นการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อที่เมือง New York ประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งคำประกาศทางการเมืองนี้ก่อให้เกิดกิจกรรมต่างๆ เป็นลูกโซ่ตามมามากมาย ต่อมาในปี พ.ศ. 2558 มีการประชุมผู้นำระดับสูงเพื่อติดตามการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อเป็นครั้งที่สอง และ จะมีการประชุมผู้นำระดับสูงเพื่อติดตามการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อเป็นครั้งที่สามในเดือนกันยายน พ.ศ. 2561 การติดตามของที่ประชุมผู้นำระดับสูงขององค์การสหประชาชาติในประเด็นโรคไม่ติดต่อนี้ก่อให้เกิดความเคลื่อนไหวทั่วโลกมากมาย

เพื่อให้สามารถติดตามความก้าวหน้าการดำเนินการของประเทศสมาชิกได้เป็นระยะ ที่ประชุมสมัชชาองค์การอนามัยโลกจึงกำหนดเป้าหมายเชิงกระบวนการระยะสั้นในปี ค.ศ. 2015 และ 2016 (พ.ศ. 2558 และ 2559) โดยกำหนดเป็นดัชนีเชิงกระบวนการ 10 ตัว[(5,6)] (ตารางที่ 12.3)

ภาพที่ 12.1 แผนภาพแสดงลำดับเวลาของเอกสารสำคัญต่างๆที่แสดงถึงการขับเคลื่อนเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ

	พ.ศ. ค.ศ.	ก่อน 2544 Before 2001	2544 – 2548 2001 – 2005	2549 – 2553 2006 – 2010	2554 – 2558 2011 – 2015	2559 – 2563 2016 – 2020	2564 – 2568 2021 – 2025	2569 - 2573 2026 – 2030
Governance	Targets			4 time-bound targets ** in 2014, 2015			9 voluntary * targets (2025)	SDGs * - NCDs (2030)
(การอภิบาล)	Plan: strategy, action	Global Strategy * on NCDs (2000)		Global Action Plan 2008-2013	Global Action Plan 2013-2020			
	Advocate	-First Ministerial Meeting (Moscow, Apr 2011) * -Political declaration of High-Level Meeting (New York, Sep 2011) *			* 2nd UN High-Level Meeting (2014)	* 3rd UN High-Level Meeting (2018)		
Surveillance	Monitor trends of diseases and their risk factors			* * Global Report on NCDs 2010 and 2014				
	Evaluate progresses of implementation				* * NCDs Progress Monitor 2015 and 2017			
(Whole approach)	Health promotion / NCDs prevention and control	* พรบ.สสส. 2544 (2011)			แผน สสว. 2554-2563 แผนเป้า 10 ปี สสส. 2555-2564	แผนชาติ NCDs 2560-2564		
Risk factors	Tobacco	พรบ.ควบคุมยาสูบ 2 ฉบับ * 2535 (1992)	* FCTC (2003)		แผนชาติยาสูบ #1 2555-2557	แผนชาติยาสบ #2 2559-2562		
	Alcohol			* Global Strategy on Alcohol (2010)	แผนชาติแอลกอฮอล์ 2554-2563			
	Unhealthy diet			Global Recommendation * on PA (2556)		ยุทธศาสตร์เกลือ 2559-2568		
	Physical inactivity					Global Action Plan on PA 2018-2030 แผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย 2561-2573		
Health systems (Universal health coverage – UHC)	Health financing	* พรบ.สปสช. 2545 (2002)			* Plan of Action: Health Financing: the Path to UHC (2012)			
	Primary health care							

ตารางที่ 12.3 ตารางแสดงความสัมพันธ์ระหว่างวัตถุประสงค์และดัชนีต่างๆ ของแผนโลกเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ค.ศ. 2013-2020 (พ.ศ. 2558-2563)

Areas	6 objectives	10 process indicators	Best buysa	25 indicators	9 voluntary targets
ปัจจัยนำ (Lead)					
1. Governance	1. ให้ความสำคัญเรื่องโรคไม่ติดต่อ (Make NCDs a priority) (O-1)	1. กำหนดเป้าหมายโรคไม่ติดต่อระดับชาติ (Setting time-bound national NCD targets) (P-1) [2015]			
		2. กำหนดนโยบาย/ยุทธศาสตร์/แผนโดยความร่วมมือหลายภาคส่วนเพื่อบรรลุเป้าหมาย (Multisectoral NCD policy / strategy / plan) (P-4) [2015]			
	2. พัฒนาศักยภาพและภาวะผู้นำ (Strengthen capacities and leadership) (O-2)				
2. Surveillance	3. ส่งเสริมการวิจัยที่มีคุณภาพ (Promote high-quality research) (O-5)				
	4. ติดตามแนวโน้มโรคและความก้าวหน้าการทำงาน (Monitor trends and evaluate progress) (O-6)	3. จัดให้มีข้อมูลการตายแบบแยกโรค (Cause-specific mortality data) (P-2) [2015]			
		4.จัดให้มีการสำรวจ STEPS (STEPS survey) (P-3) [2015]			

ตารางที่ 12.3 ตารางแสดงความสัมพันธ์ระหว่างวัตถุประสงค์และดัชนีต่างๆ ของแผนโลกเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ค.ศ. 2013-2020 (พ.ศ. 2558-2563) (ต่อ)

Areas	6 objectives	10 process indicators	Best buysa	25 indicators	9 voluntary targets
ปัจจัยตาม (Lag)					
3. Risk factors Behavioral risk factors	5. Reduce modifiable risk factors (O-3)	5. มี 5 มาตรการลดการบริโภคยาสูบ (Implementing five demand-reduction measures of the WHO FCTC (1.taxes/ price, 2. Smoke-free policies, 3.large graphic health warning or plain packaging, 4.comprehensive ban on advertising, promotion, sponsorship, 5.mass media campaigns) (P-5) [2016]	1.ควบคุมการบริโภคยาสูบ a. ภาษี b. ภาพคำเตือนขนาดใหญ่ / ซองไร้สีสัน c. ควบคุมการโฆษณา/ส่งเสริมการขาย/สปอนเซอร์ d. ห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ e. รณรงค์สาธารณะให้ทราบพิษภัยยาสูบ	1. การสูบบุหรี่ในเยาวชน (Tobacco use in adolescents) (I-9) 2. การสูบบุหรี่ในผู้ใหญ่ (Tobacco use in adults) (I-10)	1. ลดความชุกของการบริโภคยาสูบลงร้อยละ 30 แบบสัมพัทธ์ (30% reduction in prevalence of current tobacco use in persons) (T-5) [ใช้ดัชนี I-9 และ I-10 วัด]
		6. มี 3 มาตรการลดการดื่มฯ (Implementing three measures to reduce the harmful use of alcohol) (1.availability control, 2. advertising bans or comprehensive restriction, 3.taxes) (P-6) [2016]	2. ควบคุมการดื่มฯ a. ภาษี b. ควบคุมการโฆษณา c. ควบคุมการเข้าถึงเครื่องดื่มฯ	3. ปริมาณการดื่มฯต่อหัวประชากร (adult per capita consumption (recorded and unrecorded)) (I-3) 4. การดื่มแบบหนักเป็นครั้งคราว (heavy episodic drinking) (I-4) 5. การป่วย/ตายที่สัมพันธ์กับการดื่มฯ (alcohol-related morbidity and mortality) (I-5)	2. ลดการดื่มแบบอันตรายอย่างน้อยร้อยละ 10 (at least 10% relative reduction in harmful use of alcohol) (T-2) [ใช้ดัชนี I-3, I-4 และ I-5 วัด]

ตารางที่ 12.3 ตารางแสดงความสัมพันธ์ระหว่างวัตถุประสงค์และดัชนีต่างๆ ของแผนโลกเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ค.ศ. 2013-2020 (พ.ศ. 2558-2563) (ต่อ)

Areas	6 objectives	10 process indicators	Best buysa	25 indicators	9 voluntary targets
		7. มี 4 มาตรการลดการบริโภคอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ (Implementing four measures to reduce unhealthy diet: 1.salt/sodium policies 2. saturated fatty acids, trans-fats	3. ลดการบริโภคอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ (ลดเกลือ) a. ลดการบริโภคเกลือด้วยการปรับสูตรอาหาร b. ลดการบริโภคเกลือด้วยการปรับสภาพแวดล้อมให้บริการอาหารเกลือน้อย เช่น โรงพยาบาล โรงเรียน ที่ทำงาน ฯลฯ c. รณรงค์พฤติกรรมทานเกลือน้อย d. มาตรการป้ายคำเตือนบนซองบรรจุภัณฑ์ด้านหน้า	6. พฤติกรรมการบริโภคเกลือ (salt intake) (I-8)	1. ลดค่าเฉลี่ยการบริโภคเกลือของประชากรลงร้อยละ 30 (30% relative reduction in mean population intake of salt/sodium) (T-4) [ใช้ดัชนี I-8 วัด]
		8. รณรงค์สาธารณะเรื่องกิจกรรมทางกาย (Public education and awareness campaign on physical activity) (P-8) [2016]	4.ลดกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ a.รณรงค์สาธารณะและในชุมชนเพื่อเพิ่มความตระหนักของการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ	7. การขาดกิจกรรมทางกายที่เพียงพอในเยาวชน (Physical inactivity in adolescents) (I-6) 8. การขาดกิจกรรมทางกายที่เพียงพอในผู้ใหญ่ (Physical inactivity in adults) (I-7)	4. ลดความชุกของการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอลงร้อยละ 10 แบบสัมพัทธ์ (10% relative reduction in prevalence of insufficient physical activity) (T-3) [ใช้ดัชนี I-6 และ I-7 วัด]

ตารางที่ 12.3 ตารางแสดงความสัมพันธ์ระหว่างวัตถุประสงค์และดัชนีต่างๆ ของแผนโลกเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ค.ศ. 2013-2020 (พ.ศ. 2558-2563) (ต่อ)

Areas	6 objectives	10 process indicators	Best buysa	25 indicators	9 voluntary targets
Biological risk factors				9. ความดัน: ความดันสูงและค่าเฉลี่ยความดัน (blood pressure: raised blood pressure (I-11a), mean blood pressure (I-11b)) 10. น้ำตาลในเลือดสูงและเบาหวาน (raised blood glucose / diabetes) (I-12) 11. ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในเยาวชน (overweight and obesity in adolescents) (I-13) 12. ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในผู้ใหญ่ (overweight and obesity in adults) (I-14)	5. ลดความชุกของภาวะความดันโลหิตสูงลงร้อยละ 25 แบบสัมพัทธ์ (25% relative reduction in the prevalence of raised blood pressure) (T-6) [ใช้ดัชนี I-11 วัด] 6. ไม่เพิ่มโรคเบาหวานและโรคอ้วน (Halt the rise in diabetes and obesity) (T-7) [ใช้ดัชนี I-12, I-13 และ I-14 วัด]
				13. รบริโภคไขมันอิ่มตัว (saturated fat) (I-15) 14. การบริโภคผัก/ผลไม้ต่ำ (low fruit and vegetables consumption) (I-16) 15. ไขมันในเลือด: ไขมันในเลือดสูง และค่าเฉลี่ยไขมันในเลือด (total cholesterol: raised (I-17a) and mean (I-17b))	

ตารางที่ 12.3 ตารางแสดงความสัมพันธ์ระหว่างวัตถุประสงค์และดัชนีต่างๆ ของแผนโลกเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ค.ศ. 2013-2020 (พ.ศ. 2558-2563) (ต่อ)

Areas	6 objectives	10 process indicators	Best buysa	25 indicators	9 voluntary targets
4. National systems response	6. สร้างความเข้มแข็งระบบบริการสุขภาพ (Strengthen health systems)	9. จัดให้มีแนวปฏิบัติโรคไม่ติดต่อ 4 โรคหลักในระบบบริการปฐมภูมิ (Guidelines for management of 4 major NCDs through a primary care approach) (P-9) [2016]	16. สัดส่วนของผู้ป่วยที่เสี่ยงได้รับยาและการให้คำปรึกษา (รวมการควบคุมน้ำตาลด้วย) เพื่อป้องกันการเกิดอาการโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง (dug therapy and counselling to prevent heart attacks and strokes) (I-18)		7. มีการบริการให้ผู้ป่วยที่เสี่ยงได้รับยาและการให้คำปรึกษา (รวมการควบคุมน้ำตาลด้วย) เพื่อป้องกันการเกิดอาการโรคหัวใจแลหลอดเลือดสมองในสัดส่วนอย่างน้อยร้อยละ 50 (> 50% of eligible people receive drug therapy and counselling (including glycemic control) to prevent heart attacks and strokes) (T-8) [ใช้ดัชนี I-18 วัด]
		10. จัดให้มียารักษาและการให้คำปรึกษาเพื่อป้องกันอาการโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง (Drug therapy / counselling to prevent heart attacks and strokes) (P-10) [2016]	5. จัดให้มียารักษาและการให้คำปรึกษาเพื่อป้องกันอาการโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง	17. การมีเทคโนโลยีพื้นฐานและยาที่จำเป็นสำหรับการรักษาโรคไม่ติดต่อ 4 โรคหลัก ในสถานบริการสุขภาพ (Availability and affordability of quality, safe and efficacious essential NCD medicines, including generics, and basic technologies in both public and private facilities) (I-19)	8. มีเทคโนโลยีพื้นฐานและยาที่จำเป็นสำหรับการรักษาโรคไม่ติดต่อ 4 โรคหลัก ร้อยละ 80 ของสถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชน (80% availability of the affordable basic technologies and essential medicines, including generics, required to treat major NCDs in both public and private facilities) (T-9) [ใช้ดัชนี I-19 วัด]

ตารางที่ 12.3 ตารางแสดงความสัมพันธ์ระหว่างวัตถุประสงค์และดัชนีต่างๆ ของแผนโลกเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ค.ศ. 2013-2020 (พ.ศ. 2558-2563) (ต่อ)

Areas	6 objectives	10 process indicators	Best buysa	25 indicators	9 voluntary targets
			6. ป้องกันและจัดการโรคมะเร็ง a. จัดให้มีวัคซีนป้องกัน papillomavirus สำหรับเด็กหญิงอายุ 9-13 ปี b. จัดให้มีการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสำหรับผู้หญิงอายุ 30-49 ปี พร้อมการรักษาที่ทันท่วงทีกรณีตรวจพบ	18. การเข้าถึงบริการช่วงสุดท้ายของชีวิต (palliative care) (I-20) 19. มีนโยบายขจัดทรานส์แฟต (elimination of trans-fats) (I-21) 20. การมีวัคซีนป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก (Vaccination of human papillomavirus (HPV)) (I-22) 21. มีนโยบายลดผลกระทบการตลาดอาหารและเครื่องดื่มต่อเด็ก (Marketing to children) 22. ความครอบคลุมของการให้วัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีแก่เด็กทารก (vaccination for hepatitis B) (I-24) 23. สัดส่วนของผู้หญิงที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (cervical cancer screening) (I-25)	

ตารางที่ 12.3 ตารางแสดงความสัมพันธ์ระหว่างวัตถุประสงค์และดัชนีต่างๆ ของแผนโลกเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ค.ศ. 2013-2020 (พ.ศ. 2558-2563) (ต่อ)

Areas	6 objectives	10 process indicators	Best buysa	25 indicators	9 voluntary targets
ผลที่เกิดขึ้น (Results)					
ผลลัพธ์ (Outcome)				24. ความน่าจะเป็นของการเสียชีวิต (probability of dying between ages 30-70 years) (I-1)	9. ลดการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อ (4 โรคหลัก) ลงร้อยละ 25 (probability of dying between ages 30-70 years) (T-1)
				25. อุบัติการของมะเร็งชนิดต่างๆ ต่อแสนประชากร (cancer incidence) (I-2)	

จาก Saving live, spending less ผู้ใหญ่ หมายถึง ประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไป

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของวัตถุประสงค์ 6 ข้อ ดัชนีผลลัพธ์ 25 ตัวชี้วัด เป้าหมาย 9 เป้าหมายและดัชนีติดตามความก้าวหน้าเชิงกระบวนการ 10 ตัวชี้วัด (ดูตารางที่ 3 ประกอบ) จะพบว่า วัตถุประสงค์ทั้ง 6 ข้อ จะครอบคลุมกรอบการดำเนินงานตามแผนโรคไม่ติดต่อของโลก (Global Action Plan) ทั้งสี่กิจกรรมหลักตามที่เสนอโดยองค์การอนามัยโลก อันได้แก่ การอภิบาล (Governance) การลดปัจจัยเสี่ยง (Risk factors) การพัฒนาระบบบริการ (Health systems) และ การเฝ้าระวัง (Surveillance)[16] ส่วน 25 ดัชนีผลลัพธ์ และ 9 เป้าหมาย (การวัด 9 เป้าหมาย ถูกเสนอให้ใช้ดัชนีวัดผลลัพธ์ 15 ตัวจาก 25 ตัว[1]) นั้นจะครอบคลุมการลดปัจจัยเสี่ยง การพัฒนาระบบบริการและการเฝ้าระวัง (ซึ่งนับได้ว่าเป็นกิจกรรมค่อนไปทางปลายน้ำ) ขณะที่ 10 ตัวชี้วัดการติดตามเชิงกระบวนการ จะครอบคลุมการอภิบาล และการลดปัจจัยเสี่ยงและการพัฒนาระบบบริการในระยะเริ่มต้น (ซึ่งนับได้ว่าเป็นกิจกรรมค่อนไปทางต้นน้ำ) ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อควรที่จะเข้าใจความสัมพันธ์เหล่านี้เพื่อที่จะดำเนินการกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างสอดคล้องอันจะส่งผลให้สามารถบรรลุผลลัพธ์ระยะสั้นและระยะยาวได้อย่างเหมาะสม (หมายเหตุ – ในเนื้อหาไม่ลงรายละเอียดของดัชนีต่างๆ สามารถอ่านรายละเอียดของคำอธิบายเกี่ยวกับดัชนีต่างๆ ได้ในรายงานสถานการณ์ NCDs: วิกฤตสุขภาพ วิกฤตสังคม[8] และอ่านรายละเอียดเกี่ยวกับการติดตามความคืบหน้าของการดำเนินงานตามเป้าหมาย 9 เป้าหมายได้ในรายงานสถานการณ์โรค NCDs: kick off to the goals[15])

ต่อมาประเด็นโรคไม่ติดต่อได้รับความสำคัญในเวทีผู้นำสูงสุดของประเทศในที่ประชุม United Nations Summit on Sustainable Development ซึ่งจัดขึ้นในวันที่ 25-27 กันยายน ค.ศ. 2015 (พ.ศ. 2558) ได้ผู้นำประเทศต่างๆทั่วโลกรับรู้ว่าโรคไม่ติดต่อเป็นความท้าทายใหญ่ต่อการพัฒนาที่ยั่งยืนและตัดสินใจร่วมกันที่จะตั้งเป้าหมายที่ท้าทายที่จะบรรลุให้ได้ในปี ค.ศ. 2030 (พ.ศ. 2573) ในประเด็นที่เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อหลายประเด็น (เช่น ลดการตายก่อนวัยอันควรด้วยโรคไม่ติดต่อลงร้อยละ 30 ภายในปี ค.ศ. 2030)[16]

ข. การดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย

1) ประวัติศาสตร์ตามเวลาโดยย่อขององค์กร แผนนโยบาย และกฎหมายต่างๆ

ประเทศไทยมีประวัติศาสตร์การดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อที่มีนัยสำคัญมาอย่างต่อเนื่องทั้งก่อนและหลังจุดเวลาประวัติศาสตร์ของการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของโลก ดังนี้ (ภาพที่ 12.1)

ในระดับโลก องค์การอนามัยโลก (WHO – World Health Organization) ประกาศแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพ Ottawa Charter ขึ้นในปี ค.ศ. 1986 (พ.ศ. 2529)[17] กำหนดแผนยุทธศาสตร์โลก Global Strategy on NCDs ในปี ค.ศ. 2000 (พ.ศ. 2543)[2] กำหนดแผนปฏิบัติการโลก Global Action Plan on NCDs 2008-2013 ขึ้นในปี ค.ศ. 2008 (พ.ศ. 2551)[2] และ Global Action Plan on NCDs 2013-2020 ขึ้นในปี ค.ศ. 2013 (พ.ศ. 2556)[1]

ในเชิงองค์กร ประเทศไทยสถาปนากรมการสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย ขึ้นเป็นกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2485 จัดตั้งกรมอนามัยเป็นระดับกรมในปี พ.ศ. 2495 ปรับจากกรมควบคุมโรคติดต่อซึ่งกำเนิดขึ้นในปี พ.ศ. 2517 เป็นกรมควบคุมโรคในปี พ.ศ. 2545 โดยมีการจัดตั้งสำนักโรคไม่ติดต่อขึ้นภายใต้กรมควบคุมโรคด้วยในปี พ.ศ. 2545 นี้ (ข้อมูลจากเว็บไซต์ของกระทรวงและกรมต่างๆ)

นอกจากพัฒนาการในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขแล้ว ประเทศไทยยังให้กำเนิดสี่องค์กรที่สำคัญมากในการสร้างเสริมและดูแลสุขภาพของประชาชน นั่นคือ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) กำเนิดขึ้นในปี พ.ศ. 2535 ภายใต้พระราชบัญญัติสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ทำหน้าที่วิจัยเชิงระบบเพื่อพัฒนาระบบสาธารณสุขไทย[18] สำนักงานกองทุนสนับสนุน

การสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) กำเนิดขึ้นในปี พ.ศ. 2544 ภายใต้พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544 ทำหน้าที่หลักคือการบริหารเงินกองทุนที่ได้จากภาษีสรรพสามิตของสินค้ายาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในการสนับสนุนให้เกิดการทำงานสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน ซึ่งรวมถึงการลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพและเพิ่มปัจจัยเสริมต่อสุขภาพด้วย[19] สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กำเนิดขึ้นในปี พ.ศ. 2545 ภายใต้ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ทำหน้าที่บริหารเงินงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจากรัฐบาลในการซื้อบริการด้านสุขภาพแทนประชาชนเพื่อมุ่งหวังให้เกิดระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage) ให้กับคนไทยทุกคน[20] และการกำเนิดขึ้นของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ หรือ สช. ภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 โดยทำหน้าที่ด้านกระบวนการนโยบาย โดยทำการสานพลังความรู้ พลังสังคมและพลังนโยบาย เพื่อนำไปสู่การมีนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมบนพื้นฐานทางปัญญา[21]

ในส่วนขององค์กรหรือเครือข่ายที่ไม่ใช่หน่วยงานภาครัฐ มีทั้งส่วนที่เป็นเครือข่ายรณรงค์และเครือข่ายวิชาการ ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจาก สสส. เครือข่ายรณรงค์ ได้แก่ มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ ก่อนตั้งขึ้นในปี พ.ศ. 2528 ต่อมามีการจัดตั้งองค์กรและเครือข่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดเพิ่มขึ้นส่วนใหญ่ภายใต้การสนับสนุนของ สสส. ได้แก่ สำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้า จัดตั้งขึ้นในปี พ.ศ. 2546 เครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน ตั้งขึ้นในปี พ.ศ. 2545 เครือข่ายคนไทยไร้พุง กำเนิดขึ้นในปี พ.ศ. 2549 เครือข่ายลดบริโภคเค็ม ตั้งขึ้นในปี พ.ศ. 2555 กลุ่มเครือข่ายเดิน-วิ่งประเทศไทย ถือกำเนิดในประเทศไทยมานานและมีมากมายหลากหลายกระจายทั่วประเทศ (เช่น ชมรมวิ่งเพื่อสุขภาพแห่งประเทศไทย ชมรมวิ่งของจังหวัดต่างๆ สมาพันธ์ชมรมวิ่งแห่งประเทศไทย เป็นต้น) และเครือข่าย NCD Alliance ประเทศไทย ถือกำเนิดขึ้นในปี พ.ศ. 2559 เครือข่ายวิชาการ ได้แก่ ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา ตั้งขึ้น พ.ศ. 2547 ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อควบคุมยาสูบ กำเนิดในปี พ.ศ. 2548 แผนงานวิจัยนโยบายอาหารและโภชนาการเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพคนไทย กำเนิดขึ้นในปี พ.ศ. 2555 และศูนย์วิจัยกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพเริ่มดำเนินงานในปี พ.ศ. 2557

ในส่วนของภาพรวมการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อและการสร้างเสริมสุขภาพโดยรวม ประเทศไทยจัดให้มีแผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554-2563 ในปี พ.ศ. 2554[22] แผนเป้า 10 ปี สสส. พ.ศ. 2555-2564 ในปี พ.ศ. 2555[23] แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564) ในปี พ.ศ. 2560[24]

ในการทำงานเชิงประเด็นเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อนั้น ประเทศไทยมีการดำเนินการประเด็นบุหรี่มาอย่างยาวนาน โดยมีการออกกฎหมายพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ[25] และพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่[26] มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 ต่อมามีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่หนึ่ง พ.ศ. 2555-2557 และแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559-2562[27] อีกทั้งยังได้พัฒนากฎหมายให้มีมาตรการที่เข้มแข็งมากขึ้นโดยรวมกฎหมายเดิมสองฉบับแล้วออกเป็นกฎหมายใหม่ฉบับเดียว คือ พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 ขึ้น[28]

ส่วนการทำงานประเด็นย่อยอื่นๆ ได้แก่ การทำงานเชิงแอลกอฮอล์ ประเทศไทยออกกฎหมาย พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551[29] และจัดให้มียุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ พ.ศ. 2554-2563 ขึ้นในปี พ.ศ. 2554[30] การทำงานประเด็นอาหารและกิจกรรมทางกาย ประเทศไทยจัดให้มีกรอบยุทธศาสตร์การจัดการด้านอาหารของประเทศไทยขึ้นในปี พ.ศ. 2556[31] ยุทธศาสตร์ลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2559-2568[32] พระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560[33] ประกาศกระทรวงสาธารณสุขกำหนดห้ามผลิต นำเข้าหรือจำหน่ายน้ำมันทรานส์และอาหารที่มีน้ำมันทรานส์เป็นส่วนประกอบ

(น้ำมันทรานส์ คือน้ำมันที่ผ่านกระบวนการเติมไฮโดรเจนบางส่วน) (ประกาศในราชกิจจานุเบกษาวันที่ 13 มิถุนายน พ.ศ. 2561 และจะมีผลบังคับใช้เมื่อพ้น 180 วัน)[34] และแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ. 2561-2673[35] ขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานประเด็นย่อยต่างๆ

ในประเด็นมาตรการทางภาษี ประเทศไทยมีภาษีสรรพสามิตสุรา มาตั้งแต่ พ.ศ. 2493 ซึ่งมีการกำหนดให้มีการจัดเก็บภาษีสรรพสามิตสินค้าบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มาตลอด ล่าสุดกรมสรรพสามิตพัฒนาต่อมาเป็นพระราชบัญญัติสรรพสามิต พ.ศ. 2560[36] ซึ่งยังคงมีการจัดเก็บภาษีสินค้าบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เช่นเดิม แต่มีการเพิ่มการเก็บภาษีสรรพสามิตตามปริมาณความหวานของเครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์ในประเทศไทยขึ้นเป็นครั้งแรก รวมถึงเก็บภาษีตามความหวานของเครื่องดื่มผงและเครื่องดื่มเข้มข้นด้วย เพื่อให้ประชาชนได้ตระหนักถึงผลกระทบต่อสุขภาพหากบริโภคผลิตภัณฑ์เหล่านี้

2) การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในปัจจุบัน

ในด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ และการสร้างเสริมสุขภาพโดยรวม มีแผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554-2563 แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564) และกลไกกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) มีนโยบายที่มีส่วนเหมือนกันเป็นส่วนใหญ่และมีส่วนต่างกันเล็กน้อย สามารถสรุปย่อได้ดังนี้ มีการกำหนดเป้าหมายผลลัพธ์ในปี พ.ศ. 2564 (ค.ศ. 2021) ไว้ 9 ผลลัพธ์ สอดคล้องกับข้อเสนอแนะ Global Action Plan 2013-2020 ขององค์การอนามัยโลก อันได้แก่ (1) ลดอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (2) ลดปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (3) ลดความชุกของการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ (4) ลดปริมาณค่าเฉลี่ยของการบริโภคเกลือ/โซเดียม (5) ลดความชุกของการบริโภคยาสูบ (6) ลดความชุกของภาวะความดันโลหิตสูง (7) ควบคุมความชุกของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง/โรคเบาหวานและโรคอ้วนไม่ให้เพิ่มขึ้น (8) เพิ่มการเข้าถึงการรักษาของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดอาการโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองที่รุนแรง และ (9) เพิ่มความพร้อมของการมียาและเทคโนโลยีพื้นฐานสำหรับการรักษาผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อในสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน[24] ยุทธศาสตร์นโยบายสาธารณะเพื่อการป้องกันและความคุมโรคและเพื่อการสร้างความสุข ยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนทางสังคมและสื่อสารสาธารณะ ยุทธศาสตร์พัฒนาศักยภาพชุมชน ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและการจัดการข้อมูล ยุทธศาสตร์ปฏิรูปการจัดบริการสุขภาพและยุทธศาสตร์การสร้างความเข้มแข็งของระบบสนับสนุน[22,24]

ในด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบ พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560[28] แผนยุทธศาสตร์เพื่อการควบคุมยาสูบระดับชาติ พ.ศ. 2559-2562[27] และพระราชบัญญัติสรรพสามิต พ.ศ. 2560[36] ทำให้ประเทศไทยมีมาตรการภาษี มาตรการจำกัดการเข้าถึง (มีการห้ามจำหน่ายแก่เยาวชนอายุต่ำกว่ายี่สิบปี มีการห้ามการแบ่งมวนขาย) มาตรการห้ามโฆษณาและสปอนเซอร์ทั้งในสื่อดั้งเดิมและสื่อใหม่ๆ ทางอินเตอร์เน็ต มาตรการบุหรี่ซองเรียบที่สามารถกำหนดเพิ่มเติมได้ในภายหลัง มาตรการให้ผู้ผลิตหรือนำเข้าแจ้งส่วนประกอบของผลิตภัฑณ์ยาสูบ มาตรการคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ ตลอดจนการจัดตั้งคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบแห่งชาติและคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบระดับจังหวัดและกรุงเทพมาหนคร

ในด้านการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551[29] แผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ พ.ศ. 2554-2563[30] และพระราชบัญญัติสรรพสามิต พ.ศ. 2560[36] ทำให้ประเทศไทยมีมาตรการภาษี มาตรการจำกัดการเข้าถึง (มีการห้ามจำหน่ายและห้ามดื่มในสถานที่สาธารณะจำนวนหนึ่ง มีการห้ามจำหน่ายแก่เด็กอายุต่ำกว่ายี่สิบปี มีการห้ามจำหน่ายบางเวลา) มาตรการควบคุมโฆษณาและการส่งเสริมการขาย (ห้ามโฆษณาในลักษณะอวดอ้างสรรพคุณหรือชักชวนจูงใจให้ดื่ม ห้ามใช้ภาพผลิตภัณฑ์และบรรจุภัฑณ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน

การโฆษณาและห้ามการส่งเสริมการขายโดยสิ้นเชิง (ห้ามลด-แลก-แจก-แถม-ชิงโชค-ฯลฯ) มาตรการลดอันตรายจากการดื่ม (เช่น การแก้ไขปัญหาดื่ม/เมาแล้วขับ มาตรการบำบัดผู้เสพ/ผู้ติดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์) มาตรการแก้ไขปัญหาการดื่มฯ ในระดับชุมชนและมาตรการพัฒนาระบบสนับสนุนการทำงานให้เข้มแข็ง ตลอดจนมีการจัดตั้งกลไกคณะกรรมการนโยบายและคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ และคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับจังหวัดและกรุงเทพมหานครขึ้น

ในด้านการควบคุมการทานอาหารที่ไม่ปลอดภัยและการส่งเสริมการทานผัก/ผลไม้ ครอบคลุม (1) แผนยุทธศาสตร์ลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย (พ.ศ. 2559-2568)[32] เน้นการดำเนินงาน 5 ยุทธศาสตร์ SALTS อันได้แก่ Stakeholder network (สร้างความร่วมมือเครือข่าย) Awareness (สร้างความตระหนักกลุ่มต่างๆ ตั้งแต่ประชาชน ไปจนถึงกลุ่มธุรกิจและผู้กำหนดนโยบาย) Legislation and environment reform (ใช้มาตรการทางกฎหมายและมาตรการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม) Technology and innovation (พัฒนางานวิจัยและสร้างนวัตกรรม) และ Surveillance, monitoring and evaluation (พัฒนาระบบเฝ้าระวัง ติดตามและประเมินผล) (2) กรอบยุทธศาสตร์การจัดการด้านอาหารของประเทศไทย[31] ครอบคลุม 4 ยุทธศาสตร์ตั้งแต่ต้นน้ำถึงปลายน้ำของห่วงโซ่อาหาร ดังนี้คือ ยุทธศาสตร์ด้านความมั่นคงอาหาร ยุทธศาสตร์ด้านคุณภาพและความปลอดภัยอาหาร ยุทธศาสตร์ด้านอาหารศึกษาและยุทธศาสตร์ด้านการบริหารจัดการ (3) พ.ร.บ. สรรพสามิตเก็บภาษีตามความหวานของเครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์[36] (4) พระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560[33] (5) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ห้ามผลิต นำเข้าหรือจำหน่ายไขมันทรานส์และอาหารที่มีไขมันทรานส์เป็นส่วนประกอบ พ.ศ. 2561[34] และ (6) ภาครัฐและภาคเอกชนกำลังร่วมกันผลักดันจัดทำเป้าหมายเชิงสมัครใจในการลดปริมาณโซเดียมในอาหารสำเร็จรูปใน 4 ผลิตภัณฑ์หลัก ได้แก่ อาหารกึ่งสำเร็จรูป อาหารเช่เย็นแช่แข็ง ผลิตภัณฑ์เครื่องปรุงรสและขนมขบเคี้ยว[37] จะทำให้ประเทศไทยมีมาตรการควบคุมการทานอาหารหวาน มัน เค็มและการตลาดของอาหารที่จะมาทดแทนนมแม่ที่มีความก้าวหน้ามากทีเดียว

ในด้านการควบคุมการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอและการส่งเสริมการออกกำลังกาย รัฐบาลมีมติคณะรัฐมนตรีกำหนดให้ข้าราชการทำเนียบรัฐบาลและส่วนราชการต่างๆ ออกกำลังกาย เวลา 15.00–16.30 น.ของทุกวันพุธ ตั้งแต่วันพุธที่ 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2559[38] ซึ่งต่อมาในวันที่ 17 มิถุนายน พ.ศ. 2560 กระทรวงมหาดไทยได้แจ้งให้จังหวัดทุกจังหวัดและอำเภอทุกแห่งดำเนินการจัดกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกาย โดยพิจารณาใช้สถานที่และช่วงเวลาที่เหมาะสมของจังหวัดและอำเภอ[39] และประเทศไทยมีแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ. 2561-2573[35] เน้นการดำเนิน 3 ยุทธสาสตร์ คือ ยุทธศาสตร์การส่งเสริมกิจกรรมทางกายประชาชนทุกกลุ่มวัย (ผ่านการสื่อสารให้ความรู้เรื่องกิจกรรมทางกายผ่านช่องทางต่างๆและการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในหน่วยงานของพท้นที่ให้มีการส่งเสริมกิจกรรมทางกายต่อประชาชน) ยุทธศาสตร์การส่งเสริมสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกาย (ผ่านสถานศึกษา สถานประกอบการ สถานบริการสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่ง) และยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสนับสนุนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย (ครอบคลุมการวิจัยและจัดการความรู้ การเฝ้าระวัง การสื่อสารข้อมูลต่างๆ การสนับสนุนการผลักดันนโยบาย)

วิธีทำงานข้ามภาคส่วน (Multisectoral approach) เป็นหัวใจสำคัญหนึ่งในการทำงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ด้วยว่าการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อนั้นจะต้องทำการลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ พร้อมทั้งแก้ปัญหาปัจจัยกำหนดทางสังคม (Social determinants of health) เช่น การศึกษา ความยากจน เป็นต้น ซึ่งมาตรการหลายประการไม่ได้อยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข จึงมีความจำเป็นที่จะต้องสร้างรูปแบบเวทีการทำงานข้ามภาคส่วน (Multisectoral working platform) ได้สำเร็จให้ได้ ในความเป็นจริงแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ

ดีวิถีชีวิตไทยได้ตั้งใจออกแบบกลไกในลักษณะนี้ไว้แล้ว ด้วยการแต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทยขึ้น ประกอบด้วยนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน และกรรมการและเลขานุการรวม 52 คน และคณะกรรมการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทยประกอบด้วยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน และกรรมการและเลขานุการรวม 70 คน[22] แต่ไม่มีการเรียกประชุมคณะกรรมการอำนวยการเลยตั้งแต่มีแผนนี้ในปี พ.ศ. 2554 จนถึงปัจจุบัน พ.ศ. 2561

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 เกิดรูปแบบการทำงานร่วมระหว่างองค์กรต่างๆ กว้างขวางขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย และ องค์กรแหล่งทุนต่างๆ เช่น สสส., สปสช., สวรส., สช. เป็นต้น ภายใต้ความร่วมมือ WHO-RTG Country Cooperation Strategy (CCS) [RTG ย่อจาก Royal Thai Government] กลไก CCS นี้ มีการระดมทุนจากหลายหน่วยงานเข้ามาร่วมแก้ไขปัญหาสุขภาพของประเทศไทย จึงเป็นเวทีที่แหล่งทุน (Funder) และองค์การอนามัยโลกเข้ามามีบทบาทในการกำหนดทิศทางและหนุนเสริมการทำงานมากขึ้น กลไก CCS นี้มีแผนการทำงานมาแล้วสองช่วง คือ ช่วงที่หนึ่ง พ.ศ. 2555-2559 และช่วงที่สอง พ.ศ. 2560-2564 (ช่วงปัจจุบัน) โดยมีสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค เป็นเลขากลไก CCS ปัจจุบัน (พ.ศ. 2561) ผลจากการดำเนินงานของ CCS ทำให้มีการหารือและเห็นพ้องต้องกันว่าควรเชิญ Joint Mission of the United Nations Interagency Task Force on the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases (UNIATF) มาเยี่ยมติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในประเทศไทยระหว่างวันที่ 28-30 สิงหาคม พ.ศ. 2561 ก่อนที่จะมีการประชุม 3rd UN High-Level Meeting เพื่อติดตามความก้าวหน้าระดับโลกในเดือนกันยายน พ.ศ. 2561 ที่รัฐ New York ประเทศสหรัฐอเมริกา

ผลจากการตรวจเยี่ยมคณะทำงาน UNIATF ชื่นชมความสำเร็จของประเทศไทยหลายประการ อันได้แก่ การจัดเก็บภาษีสรรพสามิตบุหรี่/เหล้า/เครื่องดื่มที่ผสมน้ำตาล การมีกฎหมายความคุมผลิตภัณฑ์บุหรี่และแอลกอฮอล์ การประกาศห้ามผลิต/นำเข้า/จำหน่ายไขมันทรานส์และอาหารที่มีส่วนผสมไขมันส์ทรานส์ การที่รัฐบาลกำลังมีความร่วมมือกับภาคธุรกิจในการลดโซเดียมในอาหารบางประเภท การมีกฎหมายควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก การที่รัฐบาลพยายามแสดงบทบาทนำในการชวนประชาชนออกกำลังกาย ตลอดจนการมีการจัดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นต้น อย่างไรก็ตามภายใต้จุดเด่นก็ยังมีโอกาสพัฒนา อาทิเช่น การที่กระทรวงต่างๆ นอกกระทรวงสาธารณสุขยังไม่รู้สึกเป็นเจ้าของและยังไม่เข้ามาร่วมดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเท่าที่ควรและยังขาดการปฏิบัติการตามแผนและการบังคับใช้กฎหมายต่างๆที่เกี่ยวข้อง จึงสรุปข้อเสนอแนะต่อรัฐบาลไทยและภาคีเครือข่ายทั้งภาคประชาสังคม ภาควิชาการ และภาคเอกชน ดังนี้ (1) ขยายภาวะผู้นำและความรับผิดชอบของผู้นำระดับสูง (Scale-up high level leadership and accountability) (2) ส่งเสริมการทำงานข้ามภาคส่วน ทั้งรัฐบาลและทั้งสังคม เพื่อเพิ่มการปฏิบัติการตามแผนป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ (Promote greater whole-of-government and whole-of-society action in order to accelerate implementation of the multi-sectoral NCD strategy and action plan) (3) เพิ่มความเข้มแข็งให้กับนโยบายทางการเงินเพื่อสร้างเสริมสุขภาพประชาชน เช่น การใช้มาตรการทางภาษีกับผลิตภัณฑ์ต่างๆที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ (Strength fiscal policies including taxation on health harming products as a way of improving public health) และ (4) เพิ่มความเข้มข้นของมาตรการและการบังคับใช้มาตรการควบคุมต่างๆ ที่มีผลต่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ (Intensify NCD-related regulations and their enforcement)[40] ข้อเสนอแนะเหล่านี้สอดคล้องกับปรากฏการณ์หนึ่งของการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในประเทศไทย คือ ประเทศไทยบรรลุดัชนีชี้วัดเชิงกระบวนการติดอันดับโลก (อันดับที่สาม)[5,6] และไม่สามารถบรรลุดัชนีเชิงผลลัพธ์ของ 9 เป้าหมายเลยสักตัว[15]

12.4 บทวิเคราะห์และข้อเสนอแนะ

มีหลักฐานเชิงประจักษ์ชัดเจนทั่วโลกและในประเทศไทยถึงความสำคัญของปัญหาโรคไม่ติดต่อและพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ตลอดจนปัจจัยกำหนดทางสังคม (Social Determinants of Health) ที่ส่งผลให้เกิดโรคไม่ติดต่อ[4,41] ทั่วโลกกำลังให้ความสำคัญกับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเป็นอย่างมาก และในปีนี้ พ.ศ. 2561 ปัญหาสุขภาพจิต (Mental Disorders) จะถูกให้ความสำคัญเพิ่มเข้ามา[41] อย่างไรก็ตาม แม้ว่าในปีพ.ศ. 2561 นี้จะเดินทางมาถึงครึ่งทางของเป้าหมายการควบคุมโรคไม่ติดต่อของโลกที่กำหนดไว้ในปี พ.ศ. 2568 แต่ความก้าวหน้าเชิงกระบวนการของประเทศต่างๆในระดับโลกยังคงเป็นไปอย่างเชื่องช้า ขณะที่ประเทศไทยมีความก้าวหน้าในเชิงกระบวนการของการดำเนินงานในระดับโลก โดยได้คะแนนประเมินเป็นอันดับสามของโลก[6] แต่ความก้าวหน้าเชิงผลลัพธ์ยังคงห่างไกลเป้าหมายเป้า NCD โลก 9 ประการ (9 Voluntary NCD Targets) อยู่มาก[15]

ซึ่งหากวิเคราะห์ถึงความเป็นไปได้ของการเกิดสภาพปัญหาการทำงานดังกล่าวข้างต้น อาจเป็นไปได้ว่าประเทศไทยมีความโดดเด่นในดำเนินงานในกลุ่มกิจกรรมต้นน้ำแต่มีปัญหาในการดำเนินกิจกรรมในกลุ่มกิจกรรมปลายน้ำ ดังนี้ ประเทศไทยมีการจัดทำแผนต่างๆ อย่างครอบคลุม ทั้งประเด็นส่งเสริมวิถีชีวิตสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในภาพรวม การควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ทั้งการบริโภคบุหรี่ เหล้า อาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ และกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ แต่จะมีจุดอ่อนหรือโอกาสพัฒนาในกิจกรรมปลายน้ำหลายๆ ด้าน อาทิเช่น การปฏิบัติการตามแผนที่กำหนดไว้แล้ว (ซึ่งรวมถึงการปฏิบัติการให้เกิดความครอบคลุม (Coverage) เพื่อให้ประชาชนเข้าถึง (Reach)) การบังคับใช้กฎหมาย การพัฒนาระบบสนับสนุนต่างๆ เช่น การอภิบาลระบบการทำงานต่างๆ การพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวัง การติดตามและประเมินผล การวิจัยและจัดการความรู้ การสร้างการมีส่วนร่วมและการบูรณาการการทำงานของภาคส่วนต่างๆ (Multisectoral Action) และการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรและระบบต่างๆ ตลอดจนการประยุกต์ใช้แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวทาง Ottawa Charter เพื่อบูรณาการการทำงานประเด็นต่างๆให้เกิดการเสริมพลัง (Synergy) อย่างเป็นระบบมากขึ้น

จากบทวิเคราะห์ดังกล่าวข้างต้น ผู้เขียนจึงขอเสนอแนะสิ่งที่ควรดำเนินการสำหรับประเทศไทย ตามแนวทางข้อเสนอแนะที่องค์การอนามัยโลกระบุไว้ในเอกสารที่กำลังเตรียมนำเสนอที่ประชุมระดับสูงขององค์การสหประชาชาติเพื่อการติดตามความคืบหน้าการดำเนินงานเรื่องโรคไม่ติดต่อเป็นครั้งที่สามที่มีชื่อเอกสารว่า Time to Deliver[41] ซึ่งสอดคล้องกับหลักการใหญ่ที่คณะ UNIATF มาเยี่ยมประเทศไทยช่วงปลายเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2561 ที่ผ่านมา คือข้อแนะนำให้ประเทศไทยเร่งดำเนินการเน้นกลุ่มกิจกรรมปลายน้ำให้ครอบคลุมกิจกรรม Implementation โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) หากต้องการความสำเร็จที่แท้จริง ต้องเริ่มต้นจากระดับสูงสุดของทุกบริบท จึงจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างแท้จริงในบริบทนั้นๆ เช่น การเริ่มต้นจากนายกรัฐมนตรีจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับประเทศ การเริ่มต้นจากรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในกระทรวงสาธารณสุข การเริ่มต้นของผู้ว่าราชการจังหวัดจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระดับจังหวัด การเริ่มต้นจากนายอำเภอจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระดับอำเภอ การเริ่มต้นจากนายกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระดับตำบล การเริ่มต้นระดับหัวหน้าองค์กร/หน่วยงาน/บริษัทก็จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับนั้นๆ เป็นต้น

2) รัฐบาลควรดำเนินการตามแผนต่างๆ เพื่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อที่มีอยู่แล้วทั้งหมดอย่างจริงจัง อันได้แก่ การกำหนดนโยบายและกฎหมายเพื่อควบคุมการสูบบุหรี่/การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์/ การบริโภคอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ (เกลือ/น้ำตาล/ไขมันอิ่มตัว/ไขมันทรานส์)/การมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ ให้เข้มข้นครบถ้วนตามข้อเสนอแนะ Best Buys ขององค์การอนามัยโลก ซึ่งรวมถึงการบังคับใช้กฎหมายด้วย ตลอดจนการสนับสนุนชุมชนและองค์กรต่างๆ ให้เข้มแข็งในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของบุคคลในชุมชนหรือองค์กรนั้นๆ และการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยการรณรงค์ที่มีประสิทธิภาพ

3) ปรับวิธีคิดและขยายประเด็นโรคไม่ติดต่อและการสร้างเสริมสุขภาพเข้าไปในระบบสุขภาพและหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เช่น การจัดชุดสิทธิประโยชน์ให้สอดคล้อง การสร้างความเข้มแข็งให้กับการบริการปฐมภูมิ

4) รัฐบาลควรเป็นผู้นำในการทำงานร่วมกับภาคส่วนต่างๆ (Multisectoral Action) และใช้มาตรการควบคุมกำกับอย่างเพียงพอบนหลักการ "สุขภาพต้องมาก่อน" อันได้แก่ การร่วมมือกับภาคธุรกิจอย่างสร้างสรรค์โดยใช้การจัดการเชิงผลประโยชน์เพื่อนำไปสู่การร่วมมือกันลดปัญหาโรคไม่ติดต่อ การร่วมมือกับภาควิชาการ/ภาคประชาสังคม/กลุ่มผู้ป่วยต่างๆ ตลอดจนการพัฒนาศักยภาพให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ ทั้งนี้ผู้เขียนเสนอว่าหากจัดระบบให้หน่วยงานหลักๆ ได้รับมอบหมายหน้าที่เป็นผู้ดูแลภาพรวมใหญ่ๆ และมาพบกันทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการอย่างสม่ำเสมอจะทำให้เกิดการทำงานข้ามภาคส่วนได้ดีขึ้น เนื่องด้วยการทำงานข้ามภาคส่วนนี้ต้องการเวลาในการทำความเข้าใจเนื้อหาแนวคิดและวิธีปฏิบัติต่างๆ ตลอดจนต้องสร้างสัมพันธภาพให้ดีขึ้นระหว่างหน่วยงานและคนทำงานหลักด้วยจึงจะเกิดการบูรณาการได้อย่างแท้จริง โดยสามารถที่จะแบ่งหน้าที่ใหญ่ๆตามแนวทางขององค์การอนามัยโลกที่แบ่งหมวดงานใหญ่ๆเป็น 4 หมวด คือ Governance (การอภิบาลระบบ) Risk Factors (ปัจจัยเสี่ยง) Health Systems (ระบบบริการ) และ Surveillance (เฝ้าระวัง) ได้ดังนี้

4.1) Governance:

1) การทำหน้าที่ผลักดันการทำงาน Total Government ควรมีสองหน่วยงาน คือ สำนักนายกรัฐมนตรีเป็นเลขาหลัก ด้วยว่านายกรัฐมนตรีต้องเป็นผู้นำหลัก (Champion) เท่านั้นเรื่องป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อจึงจะสำเร็จในระดับประเทศ และกระทรวงสาธารณสุขโดยสำนักงานยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทยเป็นเลขารอง ด้วยว่ากระทรวงสาธารณสุขจะเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับปัญหาโรคไม่ติดต่อที่สุด

2) การทำหน้าที่ผลักดันการทำงาน Total MoPH [Ministry of Public Health] ทั้งในส่วนของการกำหนดนโยบายสุขภาพ (Health Policy Developments) และการปฏิบัติการ (Health Policy Implementation) ควรเป็นหน้าที่ของรัฐมนตรีและปลัดกระทรวง

3) มอบหมายให้สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ร่วมดูแลในส่วนของกระบวนการผลักดันนโยบายสาธารณะ(ของประเทศและของกระทรวงอื่นๆ) แบบมีส่วนร่วม (Healthy Public Policies, Health in All Policies)

4) มอบหมายให้สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ร่วมดูแลในส่วนของการทำงานทั้งสังคม (Total Society) (โดยเน้นการประสานเครือข่ายนอกภาพรัฐ)

5) มอบหมายให้แหล่งทุนต่างๆและองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย (WHO) ร่วมดูแลในส่วนของการพัฒนาระบบการตรวจสอบความรับผิดชอบ

4.2) Health Systems: ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ร่วมดูแลในส่วนของการพัฒนาระบบบริการ

4.3) Risk Factors: ให้สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ร่วมดูแลในส่วนของการป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆ

4.4) Surveillance: ให้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ร่วมดูแลในส่วนของการพัฒนาระบบเฝ้าระวังติดตาม ประเมินผล ตลอดจนการวิจัยและจัดการความรู้ต่างๆ ในส่วนนี้ควรร่วมทำงานกับสถาบันวิชาการต่างๆ ทั่วประเทศ

4.5) รัฐบาลควรใช้มาตรการทางการเงินการคลังมาหนุนเสริมการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่ออย่างจริงจัง อันได้แก่ การจัดสรรงบประมาณให้เพียงพอ การขึ้นภาษีผลิตภัณฑ์ที่ไม่ดีต่อสุขภาพทั้งหลาย ตลอดจนควรจัดให้มีการประเมินผลทางเศรษฐศาสตร์ของโรคไม่ติดต่อและการดำเนินงานเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อด้วย เพื่อการกำหนดนโยบายและการวางแผนที่ชัดเจนยิ่งขึ้นต่อๆไป

4.6) รัฐบาลควรเพิ่มกลไกการตรวจสอบความรับผิดชอบ (Accountability) ของการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในระดับชาติที่เข้มแข็ง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการดำเนินงานยิ่งๆ ขึ้นไปในอนาคต

หากประเทศไทยสามารถดำเนินการตามข้อแนะนำต่างๆ ได้อย่างเข้มข้น การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทยคงจะสามารถบรรลุเป้าหมายตามที่คาดหวังในแผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554-2563 ในปี พ.ศ. 2554 แผนเป้า 10 ปี สสส. พ.ศ. 2555-2564 ในปี พ.ศ. 2555 แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564) ในปี พ.ศ. 2560 ตลอดจนการบรรลุเป้าหมายโรคไม่ติดต่อของโลก 9 Volunrary Global Targets ในปี ค.ศ. 2025 (พ.ศ. 2568) และเป้าหมาย Sustainable Development Goals ในปี ค.ศ. 2030 (พ.ศ. 2573) ได้ในที่สุด