บทที่ 13

การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพในประเทศไทย

13.1 งานส่งเสริมสุขภาพของประเทศไทย

13.1.1 งานส่งเสริมสุขภาพประชากรทุกกลุ่มวัย

1) งานส่งเสริมสุขภาพสตรีและเด็กปฐมวัย (0-5 ปี)

(1) สถานการณ์และผลกระทบต่อสุขภาพสตรีและเด็กปฐมวัย

หลายทศวรรษที่ผ่านมาประเทศไทยยังคงเผชิญกับปัญหาการตายของมารดา การลดลงของจำนวนการเกิดหรืออัตราการเจริญพันธุ์รวมและการเกิดที่ไม่มีคุณภาพ จากการสำรวจอัตราส่วนการตายของมารดาไทยโดยสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย พบว่าตั้งแต่ปี พ.ศ. 2538 ถึง พ.ศ. 2556 อัตราส่วนการตายของมารดามีแนวโน้มลดลงอย่างช้าๆ จาก 44.30 ต่อแสนการเกิดมีชีพ เป็น 31.2 ต่อแสนการเกิดมีชีพ ในปี พ.ศ. 2558 องค์การอนามัยโลกได้ประมาณการอัตราส่วนการตายมารดาของประเทศไทยเท่ากับ 22.4 ต่อแสนการเกิดมีชีพ อย่างไรก็ตาม เป้าหมายนี้ยังไม่บรรลุตามที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดไว้ คือ 15 ปีต่อแสนการเกิดมีชีพและเมื่อเปรียบเทียบอัตราการเจริญพันธุ์รวมในอดีตและปัจจุบัน พบว่า ในอดีตผู้หญิงไทยหนึ่งคนมีบุตรเฉลี่ยตลอดวัยเจริญพันธุ์ 6 คน แต่ในปัจจุบันมีบุตรเพียง 1.6 คน ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าสังคมไทยยังคงเผชิญกับปัญหา “เด็กเกิดน้อยแต่ด้อยคุณภาพ” โดยสาเหตุส่วนใหญ่ของการตายของมารดามาจากปัจจัยการตั้งครรภ์และการคลอด มารดาที่ขาดโภชนาการทั้งก่อนและระหว่างการตั้งครรภ์เป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ในขณะที่มารดาที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์เป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม ขณะเดียวกันผลสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทยในปี พ.ศ. 2557 พบว่าเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการไม่สมวัยร้อยละ 27.2 ซึ่งอาจมาจากหลายปัจจัย เช่น การขาดการกระตุ้นพัฒนาการตามวัยที่เหมาะสม การคลอดก่อนกำหนด ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย การมีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดของทารก พฤติกรรมการเล่านิทานของพ่อ แม่หรือผู้ดูแลเด็ก และการเล่นกับลูกโดยไม่ใช้สื่ออิเลคทรอนิกส์ ทั้งนี้ต้นเหตุนั้นมีหลายสาเหตุ รวมถึงสภาพสังคมที่เปลี่ยนเข้าสู่ยุคอุตสาหกรรมเกิดการเคลื่อนย้ายแรงงานจากเขตชนบทเข้าสู่เมืองใหญ่มากขึ้น ผู้คนในชนบทไม่สามารถเลี้ยงดูลูกด้วยตนเอง ส่วนผู้คนในเมืองใหญ่ก็ต้องทำงานมากขึ้นทำให้ไม่สามารถดูแลเด็กเล็กด้วยตนเองเช่นกัน นำไปสู่การขาดโอกาสกระตุ้นพัฒนาการให้กับเด็กอย่างเหมาะสม นอกจากนี้ ผลสำรวจสถานการณ์สถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย (Multiple Indicators Cluster Survey: MICS) ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2549[(1)] ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2555[(2)] และครั้งที่ 5 พ.ศ. 2558[(3)] พบว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ภาวะโลหิต

จางในหญิงวัยเจริญพันธุ์ลดลง แต่อัตราน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม เพิ่มขึ้นส่วนเด็กปฐมวัยมีภาวะเตี้ย ผอม อ้วน เพิ่มขึ้นในปี 2555 และลดลงในปี 2558 โดยภาวะเตี้ยยังคงมีความชุกสูงที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลกระทบของทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม (low birth weight - LBW) และเด็กเตี้ย (เด็กที่ขาดอาหารสะสมเป็นเวลานานหรือแบบเรื้อรัง) นอกจากโครงสร้างด้านร่างกายแล้วยังเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและเสียชีวิตมีผลต่อการเกิดโรคเรื้อรังเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบไปยังรุ่นลูกรุ่นหลาน หากไม่ได้รับการแก้ไข เด็กจะมีภาวะเตี้ย แคระแกร็นและเกิดปัญหาเช่นนี้ในรุ่นต่อๆ ไป

(2) นโยบายและแผนระดับชาติที่เกี่ยวข้องสตรีและเด็กปฐมวัย

(2.1) ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี 2 (พ.ศ. 2560-2579)[4] ภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ 3: ยุทธศาสตร์การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ ซึ่งการวางรากฐานการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์เป็นปัจจัยสำคัญในการนำพาประเทศไปสู่การเป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว โดยคนไทยในอนาคตต้องเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ มีความพร้อมทั้งกาย ใจ สติปัญญา สามารถเรียนรู้ได้ตลอดชีวิต มีทักษะในศตวรรษที่ 21 ซึ่งการบรรลุเป้าหมายดังกล่าว จำเป็นต้องมีแนวทางการพัฒนาเพื่อรองรับบริบททางเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปโดยต้องมุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต ตั้งแต่ช่วงการตั้งครรภ์/แรกเกิด/ปฐมวัยที่เน้นการเตรียมความพร้อมให้แก่ พ่อแม่ก่อนการตั้งครรภ์ ส่งเสริมอนามัยแม่และเด็กตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ ส่งเสริมการเกิดอย่างมีคุณภาพ สนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การส่งเสริมการให้สารอาหารที่จำเป็นต่อสมองเด็ก และให้มีการลงทุนเพื่อการพัฒนาเด็กปฐมวัยให้มีการพัฒนาที่สมวัยในทุกด้าน

(2.2) ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560-2579)[5] กำหนดวิสัยทัศน์ให้กระทรวงสาธารณสุข “เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพ ที่รวมพลังสังคม เพื่อประชาชนสุขภาพดี” แบ่งการดำเนินงานเป็น 4 ระยะ ทุกๆ 5 ปี คือ ระยะที่ 1 (พ.ศ. 2560-2564) ปฏิรูประบบ ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2565-2569) สร้างความเข้มแข็ง ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2570-2574) สู่ความยั่งยืนและระยะที่ 4 (พ.ศ. 2575-2579) เป็น 1 ใน 3 ของเอเชีย ขับเคลื่อนสู่การบรรลุเป้าหมายเพื่อให้ “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” ภายใต้พันธกิจแห่งการพัฒนาและอภิบาลระบบสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมและยั่งยืน ประกอบด้วย 4 ยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ (4 Excellences) ได้แก่

- ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP & P Excellence)
- บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
- บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)
- บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ภายใต้แผนงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ) กำหนดโครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย ด้วยวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบบริการของสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับให้ได้มาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ มารดาที่ตั้งครรภ์ทุกรายได้รับการดูแลตลอดการคลอดอย่างมีคุณภาพได้มาตรฐาน และส่งเสริมให้เด็กเจริญเติบโตพัฒนาการสมวัยพร้อมเรียนรู้ตามช่วงวัย เพื่อบรรลุเป้าหมายระยะ 20 ปี “ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย เด็กมีพัฒนาการสมวัย”

(2.3) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564)[6] ได้ระบุประเด็นส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยไว้ชัดเจนในยุทธศาสตร์ที่ 1 การเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์ เป้าหมายที่ 2 คือ คนในสังคมไทยทุกช่วงวัยมีทักษะ ความรู้ และความสามารถเพิ่มขึ้น ด้วยการส่งเสริมให้เด็กปฐมวัยมีการพัฒนาทักษะทางสมองและทักษะทางสังคมที่เหมาะสม ได้แก่ ให้ความรู้พ่อแม่หรือผู้ดูแลเด็กในเรื่องการมีโภชนาการที่เหมาะสม วิธีการเลี้ยงดูเด็กที่จะกระตุ้นพัฒนาการเด็กในช่วง 0-3 ปีแรก รวมทั้งสนับสนุนให้แม่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างน้อย 6 เดือน กำหนดมาตรการสร้างความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานให้พ่อแม่สามารถเลี้ยงดูบุตรได้ด้วยตนเองทั้งการจูงใจให้สถานประกอบการจัดให้มีการจ้างงานที่ยืดหยุ่น รณรงค์ให้ผู้ชายตระหนัก

และมีส่วนร่วมในการทำหน้าที่ในบ้านและดูแลบุตรมากขึ้น พัฒนาหลักสูตรการสอนที่อิงผลงานวิจัยทางวิชาการและปรับปรุงสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยให้มีคุณภาพตามมาตรฐานที่เน้นการพัฒนาทักษะสำคัญด้านต่างๆ อาทิ ทักษะทางสมอง ทักษะด้านความคิดความจำ เป็นต้น ควบคู่กับการยกระดับบุคลากรในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยให้มีความพร้อมทั้งทักษะ ความรู้ จริยธรรมและความเป็นมืออาชีพ สนับสนุนการผลิตสื่อสร้างสรรค์ที่มีรูปแบบหลากหลายที่ให้ความรู้ในการเลี้ยงดูและพัฒนาเด็กปฐมวัย ตลอดจนผลักดันให้มีกฎหมายการพัฒนาเด็กปฐมวัยให้ครอบคลุมทั้งการพัฒนาทักษะการเรียนรู้เน้นการเตรียมความพร้อมเข้าสู่ระบบการศึกษา การพัฒนาสุขภาพให้มีการพัฒนาการที่สมวัย และการเตรียมทักษะการอยู่ในสังคมให้มีการพัฒนาการอย่างรอบด้าน

(2.4) นโยบายและและยุทธศาสตร์พัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560-2569)[7] ว่าด้วยส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ ได้กำหนดไว้ในยุทธศาสตร์ที่ 1 และ 2 ว่าด้วยการผลักดันข้อปฏิบัติสำคัญที่เกี่ยวข้องให้เป็นกฎหมาย เช่น หลักเกณฑ์ว่าด้วยการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น และผลักดันให้มีการปรับปรุง แก้ไขสิทธิการรักษาพยาบาลใน 3 ระบบ คือ สิทธิสวัดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ สิทธิประกันสังคม และสิทธิหลักประกันสุขภาพ ให้เอื้อต่อการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ

(3) มาตรการสำคัญในการจัดการปัญหาสตรีและเด็กปฐมวัย

(3.1) พัฒนามาตรฐานโรงพยาบาลบริการอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ

(3.2) พัฒนาระบบข้อมูล ระบบเฝ้าระวังและระบบส่งต่อให้มีคุณภาพ

(3.3) ส่งเสริม และสนับสนุนความเข้มแข็งของสถาบันครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่าย

(3.4) มีกลไกขับเคลื่อนการทำงานในพื้นที่ เช่น Maternal Child Health Board พชอ. เป็นต้น

(3.5) พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านสาธารณสุขและภาคีเครือข่าย

(3.6) พัฒนาองค์ความรู้ นวัตกรรม คู่มือ และเผยแพร่ประชาสัมพันธ์

(3.7) พัฒนาการคลอดมาตรฐาน ไร้รอยต่อ และการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ

(3.8) ผลักดันกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการพัฒนาเด็กปฐมวัย

(3.9) สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาเด็ก

2) งานส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น

(1) สถานการณ์และผลกระทบต่อสุขภาพ

- สถานการณ์และผลกระทบต่อสุขภาพเด็กวัยเรียน

ประเทศไทยกำลังเผชิญกับปัญหาเด็กวัยเรียน (5-14 ปี) มีภาวะเตี้ย ภาวะอ้วน ภาวะผอม และภาวะซีด การขาดอาหารเรื้อรัง ทำให้เด็กเตี้ย แคระแกร็นภูมิต้านทานโรคต่ำ เจ็บป่วยบ่อยและมีสติปัญญาต่ำ แตกต่างจากปัญหาภาวะอ้วนที่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มากเกินความต้องการของร่างกายมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ มีผลนำไปสู่การเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (chronic non-communicable diseases: NCDs) จากการสำรวจปี พ.ศ. 2558[8] พบว่าเด็กมีภาวะเตี้ยร้อยละ 7.5 ภาวะผอมร้อยละ 5.2 และภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 12.5 รวมถึงปัญหาภาวะซีดในเด็กวัยเรียน ปัญหาสุขภาพช่องปากของเด็กวัยเรียน ปัญหาการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสม ซึ่งปัญหาข้างต้นควรแก้ไขให้เด็กมีความสามารถดูแลสุขภาพด้วยตนเองและ มีทักษะสุขภาพจะต้องสร้างความรู้ ความเข้าใจ เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์และสามารถจัดการตนเองได้

- สถานการณ์และผลกระทบต่อสุขภาพวัยรุ่น

ประชากรวัยรุ่น หากเกิดความเจ็บป่วยสูญเสียในกลุ่มประชากรในช่วงอายุนี้ จะเกิดความสูญเสียเป็นอันมากต่อประเทศ สาเหตุหลักของการสูญเสียปีสุขภาวะในเพศชายกลุ่มอายุ 15-29 ปี คือ อุบัติเหตุ ส่วนในเพศหญิงคือ ความผิดปกติทางจิต นอกจากนี้ยังมีโรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ รวมถึงโรคไม่ติดต่ออื่นๆ อาทิเช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง และโรคเบาหวาน เป็นสาเหตุสำคัญของความสูญเสียในกลุ่ม

นี้เช่นกัน นอกจากนั้น สภาพปัญหาของวัยรุ่นเป็นสภาพปัญหาที่มีความจำเพาะสูง ต้องการวิธีการจัดการที่แตกต่างไปจากกลุ่มวัยอื่นๆ เนื่องจากสภาพสังคมในปัจจุบันที่ไม่เอื้อให้พ่อแม่ผู้ปกครองมีเวลาในการดูแลบุตรหลานอย่างเต็มที่ ทำให้เด็กจำนวนมากไม่สามารถรับมือกับความเปลี่ยนแปลงของตนเองเมื่อก้าวเข้าสู่วัยรุ่นและไม่อาจปรับตัวให้เท่าทันสภาพแวดล้อมรอบตัวได้ ส่งผลให้มีพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงมากมาย โดยเฉพาะ 2 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ (1) พฤติกรรมความเสี่ยงทางอนามัยเจริญพันธุ์:[9] พบว่ามีการใช้ถุงยางอนามัยในครั้งแรกของการมีเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้นอย่างช้าๆ แต่พบว่า การใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดค่อยๆ ลดลง (2) การคลอดมีชีพในวัยรุ่น: มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น จาก 31.1 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2543 เป็น 47.9 ใน ปี พ.ศ. 2557 และยังมีการมาคลอดซ้ำในกลุ่มวัยรุ่นในระยะ 10 ปีที่ผ่านมาเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก ร้อยละ 10.2 ในปี พ.ศ. 2547 เป็นร้อยละ 12.4 ในปี พ.ศ. 2557

(2) นโยบายและแผนระดับชาติที่เกี่ยวข้องเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น

(2.1) ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี 2 (พ.ศ.2560-2579) ภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ 3: ยุทธศาสตร์การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ มุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต โดยเฉพาะช่วงวัยเรียน ที่ต้องพัฒนาทักษะความสามารถการเรียนรู้ที่สอดรับกับทักษะในศตวรรษที่ 21 ที่สำคัญ คือ ทักษะด้านการคิด วิเคราะห์ สังเคราะห์ ความสามารถในการแก้ปัญหาที่ซับซ้อน ความคิดสร้างสรรค์ ความสามารถในการทำงานร่วมกับผู้อื่น ความยืดหยุ่นทางความคิด รวมถึงทักษะด้านภาษา ศิลปะ และความสามารถในการใช้เทคโนโลยี สำหรับช่วงวัยรุ่น เน้นการพัฒนาทักษะการเรียนรู้ที่เชื่อมต่อกับโลกการทำงาน รวมถึงทักษะอาชีพที่สอดคล้องกับความต้องการของประเทศ มีทักษะชีวิต สามารถอยู่ร่วมและทำงานกับผู้อื่นได้ภายใต้สังคมที่เป็นพหุวัฒนธรรม

(2.2) ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560-2579) ภายใต้ยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP & P Excellence) แผนงาน การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ) โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น เพื่อส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนแข็งแรง สูงดี สมส่วน และมีระดับ Intelligence Quotient (IQ) และ Emotional Quotient (EQ) อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ควบคุมโรคในช่องปาก และลดการสูญเสียฟันแท้ในเด็กอายุ 12 ปี รวมทั้งป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เพื่อให้เด็กวัยเรียน IQ/EQ ดี สุขภาพแข็งแรง สูงดีสมส่วน ฟันดีไม่มีผุ อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ลดลง

(2.3) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) ได้ระบุการพัฒนาเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นให้มีทักษะการคิดวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ มีความคิดสร้างสรรค์ มีทักษะการทำงานและการใช้ชีวิตที่พร้อมสู่ตลาดงาน ภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ 1 การเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์ เป้าหมายที่ 2 คือ คนในสังคมไทยทุกช่วงวัยมีทักษะ ความรู้ และความสามารถเพิ่มขึ้น และตอบโจทย์เป้าหมายที่ 4 คนไทยมีสุขภาวะที่ดีขึ้น ด้วยการปรับกระบวนการเรียนรู้ที่ส่งเสริมให้เด็กมีการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริงสอดคล้องกับพัฒนาการของสมองแต่ละช่วงวัย เน้นพัฒนาทักษะพื้นฐานด้านวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี ด้านวิศวกรรมศาสตร์ ด้านคณิตศาสตร์ ด้านศิลปะ และด้านภาษาต่างประเทศ มีการสนับสนุนให้เด็กเข้าร่วมกิจกรรมทั้งในและนอกห้องเรียนที่เอื้อต่อการพัฒนาทักษะชีวิตและทักษะการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง อาทิเช่น การอ่าน การบำเพ็ญประโยชน์ทางสังคม การดูแลสุขภาพ การทำงานร่วมกันเป็นกลุ่ม การวางแผนชีวิต พร้อมทั้งสร้างแรงจูงใจให้เด็กเข้าสู่การศึกษาในระบบทวิภาคีและสหกิจศึกษาที่มุ่งการฝึกทักษะอาชีพให้พร้อมเข้าสู่ตลาดงาน

(3) มาตรการสำคัญในการจัดการปัญหาเด็กวัยเรียน และวัยรุ่น

(3.1) ผลักดันให้เกิดความร่วมมือเชิงนโยบายการส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนแบบบูรณาการกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

(3.2) พัฒนาระบบบริการสุขภาพกาย/จิต ให้มีความเป็นมิตรกับวัยรุ่น และมีการเชื่อมต่อกันระหว่างระบบสาธารณสุขกับโรงเรียน

(3.3) ขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม พ.ร.บ. การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559

(3.4) พัฒนาสื่อ คู่มือ เครื่องมือ สภาพแวดล้อมในการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพของเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น

(3.5) สร้างการมีส่วนร่วมระหว่างผู้ปกครอง ท้องถิ่น ชุมชน โรงเรียนให้การดูแลสุขภาพกาย/จิต ให้กับวัยเรียนและวัยรุ่น

(3.6) พัฒนาระบบการดูแลช่วยเหลือเด็กกลุ่มเสี่ยง

(3.7) มีกลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงานทั้งในระดับนโยบาย และระดับพื้นที่

(3.8) ผลักดันกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพของเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น

(3.9) พัฒนาศักยภาพบุคลากรและภาคีเครือข่าย

3) งานส่งเสริมสุขภาพประชาชนวัยทำงาน

(1) สถานการณ์และผลกระทบต่อสุขภาพวัยทำงาน

กลุ่มประชากรในช่วงอายุ 30-59 ปี เป็นประชากรวัยทำงานทั้งหมด และยังถือเป็นช่วงก่อนวัยสูงอายุซึ่งโรคไม่ติดต่อ เป็นสาเหตุสำคัญที่สุดของความสูญเสียในช่วงอายุนี้ โดยสาเหตุอับดับหนึ่ง คือ โรคมะเร็ง รองลงมา คือ โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคเบาหวาน ปัญหาที่สำคัญของกลุ่มวัยทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพเกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและปัจจัยสี่ยงหลักที่ก่อให้เกิดโรค มาจากพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ที่สำคัญ ได้แก่

(1.1) พฤติกรรมการสูบบุหรี่[10,11] จากผลการสำรวจในปี พ.ศ. 2557 ความชุกการสูบบุหรี่ของประเทศไทยในประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป คือ 54.8 ล้านคน เป็นเพศชาย ร้อยละ 40.5 และเพศหญิง ร้อยละ 2.2 โดยอัตราการสูบบุหรี่ของเพศชายมากกว่าเพศหญิงถึง 18.4 เท่า และแนวโน้มอัตราการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นทั้งในเพศชายและเพศหญิง

(1.2) พฤติกรรมการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จากผลการสำรวจในปี พ.ศ. 2557 ประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป เป็นผู้ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คิดเป็นร้อยละ 32.3 โดยกลุ่มวัยทำงานมีอัตราการดื่มสูงที่สุด คือ ร้อยละ 38.2 ในเพศชายมีอัตราการดื่มสุราสูงกว่าเพศหญิง 4 เท่า คือ ร้อยละ 53.0 และร้อยละ 12.9 ตามลำดับ แนวโน้มอัตราการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เฉลี่ยลดลงในประเทศไทยจากร้อยละ 32.7 เป็น 32.3 (จากปี พ.ศ. 2547-2557)

(1.3) การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอจากรายงานการสำรวจกิจกรรมทางกายของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในปี 2557 โดยใช้นิยามการมีกิจกรรมทางกายเพียงพอ คือ การมีกิจกรรมทางกายตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไป วันละ 30 นาทีขึ้นไป สัปดาห์ละอย่างน้อย 5 วัน พบว่า ความชุกของการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอเฉลี่ยร้อยละ 19.2 โดยสามารถแยกเป็นเพศชาย ร้อยละ 18.4 และเพศหญิง ร้อยละ 20.0 ซึ่งเพิ่มขึ้นเล็กน้อยจากค่าเฉลี่ยความชุก ในปี 2552 คือ 18.5 เป็นเพศชาย ร้อยละ 16.8 และเพศหญิง ร้อยละ 20.2 โดยความชุกของการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุ และพบว่าผู้ที่อาศัยในเขตเทศบาลมีความชุกของการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอมากกว่าผู้อยู่นอกเขตเทศบาล

(2) นโยบายและแผนระดับชาติที่เกี่ยวข้องวัยทำงาน

(2.1) ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี 2 (พ.ศ. 2560-2579) ภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ 3: ยุทธศาสตร์การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ สำหรับช่วงวัยแรงงาน ต้องยกระดับศักยภาพ ทักษะ และสมรรถนะแรงงานอย่างต่อเนื่องสอดคล้องกับความต้องการของตลาดแรงงาน มีการทำงานตามหลักการทำงานที่มีคุณค่าเพื่อสร้างผลิตภาพเพิ่มให้กับประเทศ มีวัฒนธรรมการทำงานที่พึงประสงค์ มีความรู้ความเข้าใจทางการเงินเพื่อให้สามารถบริหารจัดการเงินของตนเองและครอบครัว

(2.2) ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560-2579) ภายใต้แผนงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ) มุ่งเน้นการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทย กลุ่มวัยทำงานเพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการของประชาชนวัยทำงานให้มีสุขภาพดี และประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ เพื่อเป้าหมายประชาชนวัยทำงานมีดัชนีมวลกายปกติ กำหนดวิสัยทัศน์ให้กระทรวงสาธารณสุข "เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพ ที่รวมพลังสังคม เพื่อประชาชนสุขภาพดี"

(2.3) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) เน้นประเด็นส่งเสริมแรงงานให้มีความรู้และทักษะในการประกอบอาชีพที่เป็นไปตามความต้องการของตลาดงาน ที่สอดรับกับยุทธศาสตร์ที่ 1 การเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์ เป้าหมายที่ 2 คือ คนในสังคมไทยทุกช่วงวัยมีทักษะ ความรู้ และความสามารถเพิ่มขึ้นและเป้าหมายที่ 4 คนไทยมีสุขภาวะที่ดีขึ้นเช่นกัน ภายใต้การพัฒนาศูนย์ฝึกอบรมสมรรถนะแรงงานที่ได้มาตรฐานตามระบบคุณวุฒิวิชาชีพและมาตรฐานฝีมือแรงงาน จัดทำมาตรฐานอาชีพในอุตสาหกรรมเป้าหมายที่มีศักยภาพและให้มีการประเมินระดับของทักษะแรงงานบนฐานสมรรถนะ เร่งพัฒนาระบบฐานข้อมูลความต้องการและการผลิตกำลังคนที่มีการบูรณาการระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และสามารถนำไปใช้คาดประมาณความต้องการของกำลังคนที่สอดคล้องกับทิศทางตลาดงานในอนาคต ตลอดจนจัดตั้งศูนย์บริการข้อมูลและให้คำปรึกษาในการเป็นผู้ประกอบการรายใหม่และอาชีพอิสระทั้งการจัดหาแหล่งเงินทุนและการตลาดที่เหมาะสม และให้สถาบันการศึกษาจัดทำหลักสูตรระยะสั้น พัฒนาทักษะพื้นฐานและทักษะที่จำเป็นสำหรับแรงงานกลุ่มนี้ รวมทั้งส่งเสริมให้สถาบันการเงินร่วมกับสถานประกอบการกำหนดมาตรการการออมที่จูงใจแก่แรงงานและกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมการออมอย่างต่อเนื่องเพื่อความมั่นคงทางการเงินหลังเกษียณ

(2.4) แผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ. 2561-2573[12] การส่งเสริมกิจกรรมทางกายและการลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง ให้ประโยชน์ต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และสังคม และมีความเกี่ยวพันกับ "วิถีชีวิต" จำเป็นต้องมีการประสานงานการทำงานจากหลากหลายภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง อาทิเช่น ภาคการศึกษา การทำงาน การคมนาคม การบริหารจัดการเมือง การกีฬาและนันทนาการ การท่องเที่ยวและชุมชน ดังนั้น แผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกายฯ ถือได้ว่าเป็นกรอบแนวทางเพื่อช่วยผลักดันและขับเคลื่อนการพัฒนาการส่งเสริมกิจกรรมทางกายและการลดพฤติกรรมเนือยนิ่งสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม โดยมุ่งหวังให้ประชาชนมีกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน อันจะนำไปสู่การลดความเหลื่อมล้ำของสังคม และพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในประเทศ ด้วย ยุทธศาสตร์ที่ 1: การส่งเสริมกิจกรรมทางกายประชาชนทุกกลุ่มวัย โดยมีเป้าประสงค์ คือ ประชาชนทุกกลุ่มวัย ได้แก่ เด็กปฐมวัย วัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน และวัยสูงอายุ (อันหมายรวมคนพิการ สมณเพศ) มีกิจกรรมทางกายที่พอเพียง ด้วยการพัฒนาองค์ความรู้ วิจัย พัฒนาแนวทางปฏิบัติหรือคำแนะนำการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอและเหมาะสม การลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง การใช้พลังงานในชีวิตประจำวันและการนอนหลับในแต่ละกลุ่มวัย กลุ่มพิเศษและอาชีพหลักของประชาชน พัฒนางานวิจัยเกี่ยวกับกิจกรรมทางกายในแต่ละกลุ่มวัยในด้านรูปแบบการมีกิจกรรมทางกาย ปัจจัยที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกายในทุกกลุ่มวัย กลุ่มพิเศษ และกลุ่มอาชีพ พัฒนาศักยภาพบุคลากรในหน่วยงานของพื้นที่ให้มีการส่งเสริมกิจกรรมทางกายต่อประชาชน สื่อสารให้ความรู้เรื่องกิจกรรมทางกายผ่านช่องทางต่างๆ รวมทั้งพัฒนากฎหมายและมาตรฐาน ได้แก่ การพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานการมีกิจกรรม ทางกาย เช่น ปริมาณการใช้พลังงานของกลุ่มวัยและอาชีพ พัฒนากฎหมายที่เอื้อต่อการส่งเสริมการมีกิจกรรม ทางกาย และควบคุมมาตรฐานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการมีกิจกรรมทางกายได้อย่างปลอดภัยและส่งผลดีต่อสุขภาพ เป็นต้น

(3) มาตรการสำคัญในการจัดการปัญหาวัยทำงาน

(3.1) นโยบาย healthy eating/active living/environmental health

(3.2) สนับสนุนงบประมาณในพื้นที่ชุมชน สถานที่บริการสาธารณสุขและสถานประกอบการอย่างต่อเนื่อง

(3.3) มีผู้นำการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในชุมชนและสถานประกอบการ

(3.4) พัฒนาศักยภาพบุคลากร และภาคีเครือข่ายทุกระดับให้มีประสิทธิภาพ

(3.5) สร้างและพัฒนาระบบเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์และค่าดัชนีมวลกายวัยทำงาน

(3.6) สร้าง Intervention ที่เหมาะสมตามบริบทพื้นที่

4) งานส่งเสริมสุขภาพประชาชนวัยผู้สูงอายุ

(1) สถานการณ์และผลกระทบต่อสุขภาพวัยผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในประเทศไทยมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ โดยสัดส่วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 13.2 ของประชากรไทยในปี พ.ศ. 2553 เป็นร้อยละ 16.0 ในปี พ.ศ. 2558 (ราว 10 ล้านคน) และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นถึงร้อยละ 20.0 ในปี พ.ศ. 2564 และอาจจะเกินหนึ่งในสี่ของประชากรไทยภายในปี พ.ศ. 2573 ซึ่งสัดส่วนดังกล่าวถือว่าประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ และจากการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2556 โดยโครงการประเมินเทคโนโลยีการแพทย์ และกรมอนามัย[13,14] พบว่าร้อยละ 95.0 ของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคเรื้อรังไม่โรคใดก็โรคหนึ่ง เช่น โรคเบาหวาน (ร้อยละ 18.0) โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 41.0) ข้อเข่าเสื่อม (ร้อยละ 9.0) ซึมเศร้า (ร้อยละ 1.0) และผู้ป่วยติดเตียง (ร้อยละ 1.0) นอกจากนี้การสำรวจยังพบว่ารายได้ต่อเดือนของผู้สูงอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 6,000 บาท และผู้สูงอายุ 8 ใน 10 คนอาศัยอยู่คนเดียว

(2) นโยบายและแผนระดับชาติที่เกี่ยวข้องกับวัยผู้สูงอายุ

(2.1) ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี 2 (พ.ศ. 2560-2579) ภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ 3: ยุทธศาสตร์การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ ช่วงวัยผู้สูงอายุส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเป็นพลังในการขับเคลื่อนประเทศ ผ่านการเสริมทักษะการดำรงชีวิต ทักษะอาชีพในการหารายได้ มีงานทำที่เหมาะสมกับศักยภาพ มีการสร้างเสริมสุขภาพ ฟื้นฟูสุขภาพ การป้องกันโรคให้แก่ผู้สูงอายุ พร้อมจัดสภาพแวดล้อมให้เป็นมิตรกับผู้สูงอายุและหลักประกันทางสังคมที่สอดคล้องกับความจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิต

(2.2) ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560-2579) กำหนดเป้าหมายระยะ 20 ปี คือ ตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนผ่านเกณฑ์ สัดส่วนของผู้สูงอายุกลุ่มที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ไม่น้อยกว่า 8 เท่าของกลุ่มที่ต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน โรงพยาบาลรัฐมีการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า ร้อยละ 95 ภายใต้การขับเคลื่อนแผนงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ) การพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ดูแล รักษา และฟื้นฟูสภาพที่มีประสิทธิภาพ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่น รวมทั้งผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันได้ตามศักยภาพ และได้รับบริการสุขภาพที่ตรงตามปัญหาอย่างถูกต้องเหมาะสม

(2.3) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) ระบุประเด็นผู้สูงอายุ เป็นประเด็นที่สำคัญอีกประเด็นหนึ่งที่ต้องเร่งดำเนินการภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ 1 เป้าหมายที่สอดรับ 2 เป้าหมาย ได้แก่ เป้าหมายที่ 2 คนในสังคมไทยทุกช่วงวัยมีทักษะ ความรู้ และความสามารถเพิ่มขึ้นและเป้าหมายที่ 4 คนไทยมีสุขภาวะที่ดีขึ้น ตามแนวทางการพัฒนาที่สำคัญ 2 แนวทาง คือ

(2.3.1) พัฒนาศักยภาพของกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้นให้เข้าสู่ตลาดงานเพิ่มขึ้น ด้วยการจัดทำหลักสูตรพัฒนาทักษะในการประกอบอาชีพที่เหมาะสมกับวัย สมรรถนะทางกาย ลักษณะงาน และส่งเสริมทักษะการเรียนรู้ในการทำงานร่วมกันระหว่างรุ่น สนับสนุนมาตรการจูงใจทางการเงินและการคลังให้ผู้ประกอบการมีการจ้างงานที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ และสนับสนุนช่องทางการตลาด แหล่งทุนและบริการข้อมูลเกี่ยวกับโอกาสในการประกอบอาชีพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

(2.3.2) พัฒนาระบบการดูแลและสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับสังคมสูงวัย ผลักดันให้มีกฎหมายการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุครอบคลุมการจัดบริการทั้งภาครัฐ เอกชน ภาคประชาสังคมและระบบการเงิน

การคลัง พัฒนาให้มีระบบการดูแลระยะกลางที่จะรองรับผู้ที่จำเป็นต้องพักฟื้นก่อนกลับบ้านให้เชื่อมโยงกับระบบการดูแลระยะยาว และส่งเสริมธุรกิจบริการดูแลระยะยาวที่ได้มาตรฐานสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในเขตเมือง รวมทั้งศึกษารูปแบบการคลังที่เป็นระบบประกันการดูแลระยะยาว วิจัยและพัฒนานวัตกรรมสิ่งอำนวยความสะดวกในการใช้ชีวิตประจำวันที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์ในการส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ เทคโนโลยี เพื่อป้องกันการบาดเจ็บและติตามการบำบัดรักษา พร้อมทั้งส่งเสริมการพัฒนาเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุทั้งระบบขนส่งสาธารณะ อาคารสถานที่ พื้นที่สาธารณะและที่อยู่อาศัยให้เอื้อต่อการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุและทุกกลุ่มในสังคม

(2.4) แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552[15] กำหนดยุทธศาสตร์ที่ 2 ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาผู้สูงอายุ ภายใต้มาตรการ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการเจ็บป่วย และการดูแลตนเองเบื้องต้น มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย การให้บริการคำปรึกษาทั่วไปเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการเจ็บป่วย การดูแลตนเองเบื้องต้นของผู้สูงอายุ และการออกกำลังกาย เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ด้วยการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี พึ่งตนเองได้ และมีหลักประกันที่มั่นคง

(3) มาตรการสำคัญในการจัดการปัญหาผู้สูงอายุ

(3.1) พัฒนาขับเคลื่อนการดำเนินงาน Active Aging อำเภอต้นแบบเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

(3.2) พัฒนาและขับเคลื่อนกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ

(3.3) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

(3.4) มีกลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงานในส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และในชุมชน

(3.5) สร้างและพัฒนานวัตกรรม คู่มือ ชุดความรู้ และสื่อประชาสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ

(3.6) พัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (CM) และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)

(3.7) พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ระบบคัดกรอง/ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ และระบบฐานข้อมูล

13.1.2 งานส่งเสริมสุขภาพครอบครัว

(1) สถานการณ์ครอบครัวไทยและสุขภาพครอบครัว/พฤติกรรมสุขภาพครอบครัว

ครอบครัวเป็นสถาบันหลักและเป็นพื้นฐานแรกในการพัฒนาคุณภาพคน ถือได้ว่าเป็นหน่วยย่อยที่เล็กที่สุดของสังคม แต่มีความสำคัญที่สุด เนื่องจากครอบครัวเป็นเบ้าหลอมคุณค่าชีวิตและบ่มเพาะคุณลักษณะที่งดงามของความเป็นมนุษย์ให้กับสังคม องค์การสหประชาชาติได้กำหนดให้ “ปี พ.ศ. 2537 เป็นปีครอบครัวสากล (1994 International Year of the Families)” ซึ่งได้กระตุ้นให้ทั่วโลกเห็นความสำคัญของครอบครัว รวมทั้งในการประชุมระหว่างภูมิภาคขององค์การสหประชาชาติด้านครอบครัวที่กรุงบราทิสลาวา ประเทศสโลวาเกีย เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ 2538 ได้กำหนดให้มีการดำเนินการต่อไปเกี่ยวกับการพัฒนา ครอบครัว โดยกำหนดให้ วันที่ 15 พฤษภาคมของทุกปี เป็นวันครอบครัวสากล เพื่อเป็นการสังเกตการณ์ เฝ้าระวังและติดตามสถานการณ์ครอบครัวทั่วโลก ส่วนในประเทศไทยได้มีการตระหนักและให้ความสำคัญต่อ สถาบันครอบครัว โดยคณะรัฐมนตรีได้มีมติเมื่อวันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2533 และให้ความสำคัญต่อการพัฒนาครอบครัว โดยได้บรรจุมาตรการ บางส่วนไว้ชัดเจนมากขึ้นในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540–2544)[16] ต่อมาคณะอนุกรรมการพัฒนาครอบครัวและแก้ไขความรุนแรงต่อเด็กและสตรีในคณะกรรมการส่งเสริม และประสานงานสตรีแห่งชาติ (กสส.) สำนักนายกรัฐมนตรี ได้จัดทำนโยบายและแผนงานในการพัฒนา สถาบันครอบครัว ด้วยความร่วมมือจากหน่วยงานราชการ ภาคเอกชน ภาคธุรกิจเอกชน และบุคคล จากหลายฝ่าย โดยคณะรัฐมนตรีได้มีมติให้ความเห็นชอบ เมื่อวันที่ 26 สิงหาคม 2540 และขับเคลื่อนการดำเนินงานตลอดมา

- สรุปสถานการณ์และปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อครอบครัว ดังนี้

(1.1) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร ทั้งการลดลงของประชากรเด็กและวัยแรงงาน และการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุจะส่งผลกระทบต่อโครงสร้างของครอบครัวและสังคม รูปแบบของการพึ่งพิงกันระหว่างกลุ่มประชากรในช่วงอายุต่างๆ จะเปลี่ยนไป ในแต่ละครอบครัวจะมีสมาชิกวัยแรงงาน ที่ทำหน้าที่ในการเลี้ยงดูเด็กและดูแลผู้สูงอายุน้อยลง ซึ่งจะเข้าสู่รูปแบบโครงสร้างประชากรไทยที่วัยแรงงานต้องแบกรับทั้งผู้สูงอายุและเด็ก นั้นคือสัดส่วนประชากรวัยแรงงาน 2 คน ต้องดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว 1 คน และดูแลเด็กเล็กอายุ ต่ำกว่า 4 ปี อีก 1 คน ด้านสังคมมีแนวโน้มที่จะประสบกับปัญหา การเปลี่ยนแปลงทางด้านอาชีพและขาดแคลนแรงงาน รัฐต้องมีการปรับนโยบายในการบริหารประเทศ ทางด้านเศรษฐกิจและสังคม การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุอาจจะทำให้รัฐมีภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น เช่น การประกันสังคม การบริการด้านสุขภาพอนามัย และสวัสดิการของผู้สูงอายุต่างๆ เป็นต้น ดังนั้นเพื่อเตรียมความพร้อมในการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ครอบครัวจึงต้องมีการเตรียมรับมือต่อการเปลี่ยนแปลงนี้ โดยการสร้างเสริมความเข้มแข็งของครอบครัวและชุมชน เตรียมความพร้อมของสมาชิกในครอบครัว ให้มีการวางแผนการใช้ชีวิตในทุกๆ ด้าน ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และความเป็นอยู่ต่างๆ เพื่อให้ครอบครัวและชุมชนสามารถดูแลปัญหาผู้สูงอายุได้ด้วยตัวเองให้มากที่สุด

(1.2) การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ การเปลี่ยนแปลงของระบบเศรษฐกิจโลกและการรวมกลุ่มทางเศรษฐกิจในภูมิภาค โดยเฉพาะการรวมกลุ่มในภูมิภาคเอเชียภายใต้กรอบการค้าเสรีของอาเซียนกับจีน ญี่ปุ่น และอินเดีย และการเป็น ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (ASEAN Economic Community - AEC) ในปี 2558 และในปี พ.ศ. 2557[17] ประเทศไทยมีแรงงานต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงานทั่วราชอาณาจักร เพิ่มขึ้นร้อยละ 24.02 ทำให้ประเทศไทยต้องมีการปรับตัวและเตรียมความพร้อมในหลาย ด้าน เช่น การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ การศึกษา ทักษะด้านภาษา และทักษะฝีมือแรงงาน การเปิดประเทศสู่ประชาคมอาเซียน และการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจดังกล่าวส่งผลกระทบ โดยตรงต่อรูปแบบ องค์ประกอบและสัมพันธภาพของครอบครัว ครอบครัวมีภาระในการเลี้ยงดูและการจัดการศึกษาให้แก่สมาชิกในครอบครัวเพื่อให้สามารถปรับตัวและแข่งขันได้ นอกจากนั้นการเปิดประเทศสู่ประชาคมอาเซียน อาจจะส่งผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางอาชีพ และการเคลื่อนย้ายแรงงานของครอบครัว ทำให้สมาชิก ครอบครัวต้นทาง โดยเฉพาะเด็กและคนชราถูกทอดทิ้งให้อยู่กันตามลำพังมากขึ้น

(1.3) การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรม

สังคมไทยในปัจจุบันมีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงเป็นสังคมแบบปัจเจกชนและแยกส่วนมากขึ้น ทำให้คนเห็นแก่ตัวมากขึ้นและมีอัตตาสูง เชื่อมั่นในตัวเอง ดำรงชีวิตแบบโดดเดี่ยว แปลกแยก ใช้ชีวิตตามวิถีสุขนิยม คือ มุ่งการบริโภคเพื่อความสุขของตนเท่านั้น สังคมไทยต้องเผชิญกับความเสื่อมถอยด้านคุณธรรมจริยธรรม เห็นได้จากการที่คนในสังคมมีการใช้ความรุนแรงในการแก้ไขปัญหามากขึ้น ทั้งการใช้ความรุนแรงในครอบครัวและสังคม ขณะเดียวกันการดำรงชีวิตแบบสังคมอุตสาหกรรมหรือสังคมเมืองส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตแบบดั้งเดิม ของสังคมไทยจากสังคมเกษตรกรรมที่มีวิถีชีวิตการอยู่ร่วมกันแบบพึ่งพิง ถ้อยทีถ้อยอาศัยกัน กลายเป็นสังคมที่มีความเป็นบริโภคนิยมและวัตถุนิยมมากขึ้น เป็นสังคมแห่งการแข่งขันเพื่อให้ได้มาซึ่งสถานะความมั่งคั่ง สถาบันอนาคตศึกษาเพื่อการพัฒนา (IFD)[18] ได้คาดการณ์ไว้ว่าสัดส่วนจำนวนประชากรเมืองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2553 ประเทศไทยมีประชากรเมือง ร้อยละ 33.7 คาดว่าในปี พ.ศ. 2563 จะเพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ 38.0 และในปี พ.ศ. 2573 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 43.7 ซึ่งแสดงว่าสังคมไทยในอนาคตจะมีประชากร เกือบครึ่งของประชากรทั้งหมดอาศัยในเขตเมือง ซึ่งการขยายตัวของเมืองดังกล่าวจะก่อให้เกิดปัญหาการกระจุกตัวของความยากจนในเขตเมือง การขาดแคลนที่อยู่อาศัย การบริการของรัฐทั้งด้านการศึกษาและสวัสดิการอื่นๆ ไม่ทั่วถึง การกระจุกตัวของเมืองทำให้เกิดปัญหาต่อสภาพแวดล้อม ความมั่นคงและ

ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน สุขภาพร่างกายและจิตใจ และการเพิ่มขึ้นของอาชญากรรม

(1.4) อิทธิพลของสื่อ เทคโนโลยี และสารสนเทศ สื่อเทคโนโลยี ข้อมูล ข่าวสาร และความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีมีบทบาทสำคัญต่อการดำรงชีวิต ของประชาชนมากขึ้น และมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนในสังคม กลุ่มที่ได้รับผลกระทบจากสื่อมากที่สุด คือ กลุ่มเด็กและเยาวชนเพราะ กลุ่มเด็กยังไม่มีประสบการณ์ ยังไม่รู้จักการแยกแยะ โดยเฉพาะเด็กที่ชอบดูโทรทัศน์หรือวิดีโอจนติด มักจะมีพฤติกรรมไม่สนใจรับประทานอาหารหรือรับประทานขนมที่มีคุณค่าทางโภชนาการต่ำ ติดนิสัยรับประทานจุบจิบ จึงทำให้อ้วนแต่ไม่แข็งแรงและมีปัญหาฟันผุ พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงจากการเลียนแบบสื่อ สื่อทำให้เด็ก ขาดพัฒนาการทางสังคม ขาดทักษะในการอยู่ร่วมกันและการปรับตัวในสังคมเพราะหมกมุ่นกับการดูโทรทัศน์หรือเล่นเกม อิทธิพล ของการโฆษณาสินค้าในสื่อทำให้เกิดการใช้จ่ายแบบบริโภคนิยม เด็กอ่านหนังสือน้อยลงเพราะให้ความสนใจกับสื่ออื่นมากกว่า ส่งผลกระทบให้เด็กขาดการพัฒนาในเรื่องภาษา และอิทธิพลของสื่อและโฆษณาจะส่งผลให้เด็กๆ รับเอาวัฒนธรรมโดยไม่รู้จักเลือก เช่น การแต่งกาย พฤติกรรมการบริโภค และกลุ่มเยาวชนเป็นกลุ่มที่ กำลังมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งวัยรุ่นจะมีจิตใจที่ยังไม่มั่นคงแน่นอน เป็นวัยที่อยากรู้อยากลอง นอกจากนั้นเทคโนโลยีการสื่อสารที่ทันสมัยได้สร้างสังคมเสมือนจริง Social Online ซึ่งทำให้คนมีพฤติกรรมที่แปลกแยกจากชีวิตจริงและหมกมุ่นอยู่ในโลกออนไลน์ ซึ่งทำให้สมาชิกในครอบครัวสื่อสารกันน้อยลง ทำให้สัมพันธภาพในครอบครัวลดลง เกิดช่องว่างในครอบครัวมากขึ้น ทั้งที่เป็นช่องว่างระหว่างวัย และช่องว่างที่เกิดจากความสามารถในการใช้และการปรับตัวให้เข้ากับเทคโนโลยีสมัยใหม่ อย่างไรก็ตามอีกด้านหนึ่งเทคโนโลยีและการสื่อสารสมัยใหม่ เป็นช่องทางแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายใน ครอบครัวและระหว่างครอบครัวกับสังคมภายนอก และนำมาซึ่งการพัฒนาศักยภาพการเรียนรู้ด้วยตนเอง และเป็นประโยชน์ในการสร้างเครือข่ายความร่วมมือเพื่อประโยชน์ทางสังคม นอกจากนั้นยังมีความสำคัญต่อการส่งเสริมความเข้มแข็งของครอบครัว เช่น การให้ความรู้เรื่องสิทธิของครอบครัว การส่งเสริม ความรู้เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ การอยู่ร่วมกัน ค่านิยม ทัศนคติ ความเป็นตัวตนของครอบครัวต่อสังคมที่เหมาะสม และทักษะในการแก้ไขปัญหาครอบครัว ดังนั้นสังคมจำเป็นต้องสร้าง “ภูมิคุ้มกันข่าวสาร” (Mass Vaccine) โดยผ่านกลไกของสังคมไม่ว่าจะเป็นนโยบายภาครัฐ การให้ การศึกษาในสถาบันการศึกษา การอบรมเลี้ยงดูจากสถาบันครอบครัว การขัดเกลาจากสถาบันศาสนา การห่วงใยกันจากสถาบันสังคมอื่นๆ

(1.5) การเปลี่ยนแปลงทางสิ่งแวดล้อม ปัจจุบันภาวะโลกร้อนหรือการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศส่งผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของคนและกำลังจะกลายเป็นมหันตภัยร้ายแรงในอนาคตอันใกล้ หากประชากรโลกไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน ผลกระทบเชิงสังคมจากการเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศต่อการดำเนินชีวิตของ ปัจเจกบุคคล ชุมชน หรือสังคม เช่น การสูญเสียผลผลิตทางการเกษตรจากการเกิดภัยแล้งยาวนานในขณะที่บางพื้นที่เกิดน้ำท่วมซ้ำซากไม่สามารถเพาะปลูกหรืออยู่อาศัยได้ ประชาชนประสบความยากลำบากด้านที่อยู่อาศัย ที่ดินทำกิน ต้นทุนการผลิต โดยเฉพาะครอบครัวเกษตรกรจะมีความเสี่ยง ต่อภาวะความยากจนมากขึ้น การสูญเสียชีวิต และทรัพย์สิน แนวโน้มการแพร่ระบาดของโรครุนแรงขึ้น ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตโดยเฉพาะกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ เด็กทารก และประชากรที่มีความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจและหลอดเลือดหัวใจ ปัญหาสุขภาพอนามัย คุณภาพชีวิตของประชากรต่ำต้องเผชิญกับโรคภัยต่างๆ ที่มาพร้อมกับการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม เช่น โรคที่มา กับน้ำท่วม เช่น โรคน้ำกัดเท้า โรคฉี่หนู โรคตาแดง โรคอุจจาระร่วง ถูกสัตว์มีพิษกัดต่อย โรคที่มากับความ แห้งแล้ง เช่น โรคระบบทางเดินหายใจ โรคขาดสารอาหาร เป็นต้น สถาบันอนาคตศึกษาเพื่อการพัฒนา (IFD) ได้คาดการณ์อนาคตของประเทศไทยในอีก 15 ปี ข้างหน้า ในปี พ.ศ. 2575 ว่าประเทศไทยมีแนวโน้มขาดแคลนขณะที่ความต้องการเพิ่มขึ้น ได้แก่ พลังงาน ทรัพยากรพลังงาน พลังงานทดแทนและพลังงานหมุนเวียน ทรัพยากรน้ำ ในขณะที่พื้นที่การปลูกพืชอาหารลดลง ราคาอาหารเพิ่มขึ้นเนื่องจาก

ราคาพลังงานและการเกิดภัยพิบัติที่เพิ่มขึ้น ความหลากหลาย ทางชีวภาพมีแนวโน้มลดลงจากการใช้ทรัพยากรและสิ่งแวดล้อมที่ขาดการบริหารจัดการที่ดี รวมถึงปัญหามลพิษที่จะเพิ่มขึ้นในอนาคตจากกิจกรรมทางเศรษฐกิจที่จะมีเพิ่มขึ้น ทั้งนี้การเปลี่ยนแปลงทางสิ่งแวดล้อมดังกล่าวจะส่งผลกระทบโดยตรงต่อทุกครอบครัว โดยเฉพาะครอบครัวที่ยากจน ที่จะเผชิญปัญหาและอยู่ในภาวะยากลำบากมากกว่ากลุ่มอื่น การเปลี่ยนแปลงทางสิ่งแวดล้อมทำให้ประชาชนส่วนหนึ่งต้องสูญเสียชีวิตและทรัพย์สิน บางครอบครัวอาจจะต้องอพยพไปทำงานต่างพื้นที่ เพื่อหารายได้มาเลี้ยงครอบครัว ทำให้เกิดการแยกกันอยู่ของคนในครอบครัว ซึ่งอาจก่อให้เกิดปัญหาครอบครัว การดูแลบุตรหลานไม่ใกล้ชิด ทำให้เกิดปัญหาสังคมตามมา และในกรณีที่หากมีการสูญเสีย หัวหน้าครอบครัวที่เป็นตัวหลักในการหารายได้แล้ว นอกจากจะส่งผลต่อการกระทบกระเทือนทางจิตใจแล้ว ยังก่อให้เกิดปัญหาทางเศรษฐกิจและความสามารถในการหารายได้ของครอบครัวตามมา ส่งผลถึงชีวิตความ เป็นอยู่ และก่อให้เกิดหนี้สินตามมา ครอบครัวและสมาชิกของครอบครัวจึงต้องมีการเตรียมความพร้อมทั้ง ความรู้และทักษะในการรับมือการเปลี่ยนแปลงทางสิ่งแวดล้อมดังกล่าว เพื่อให้สามารถที่จะช่วยเหลือตัวเอง และดำรงความเป็นครอบครัวได้ในภาวะวิกฤต

(1.6) สถานการณ์ครอบครัวและแนวโน้มการเปลี่ยนแปลง

ขนาดครอบครัว ข้อมูลสำมะโนประชากรและเคหะ ปี พ.ศ. 2553 ณ วันที่ 1 กันยายน 2553 ประเทศไทย มีจำนวนครัวเรือนทั้งสิ้น 20.52 ล้านครัวเรือน ขนาดครัวเรือนเฉลี่ย 3.1 คน มีขนาดเล็กลงเมื่อเทียบกับสำมะโนประชากรและเคหะปี พ.ศ. 2543[19] ที่มีขนาดครัวเรือนเฉลี่ย 3.8 คน โดยภาคที่มีขนาดครัวเรือนใหญ่ที่สุด คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 3.5 คน รองลงมาคือ ภาคใต้ 3.4 คน ภาคเหนือ 3.0 คน ภาคกลาง 2.9 คน และกรุงเทพมหานครมีขนาดครัวเรือนเล็กที่สุด 2.7 คน

รูปแบบครอบครัว รูปแบบครอบครัวจากข้อมูลการสำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2523–2543 และข้อมูลจากการสำรวจภาวะการทำงานของประชากร พ.ศ. 2553 พบว่าโครงสร้างของครัวเรือนในประเทศไทย ส่วนใหญ่เป็นครัวเรือนประเภทครอบครัวเดี่ยว แต่มีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 70.6 ในปี 2523 เหลือร้อยละ 60.3 ในปี 2543 และเหลือเพียงร้อยละ 52.3 ในปี 2553 สำหรับครัวเรือนประเภทครอบครัวขยายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 25.2 ในปี 2523 เป็นร้อยละ 29.6 ในปี 2543 และเพิ่มขึ้นถึง ร้อยละ 34.5 ในปี 2553 เช่นเดียวกับครัวเรือนที่ไม่มีครอบครัวและญาติอาศัยอยู่นั้นก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดจาก ร้อยละ 4.2 ในปี 2523 เป็นร้อยละ 10.1 ในปี 2543 และในปี 2553 เพิ่มสูงขึ้น ถึงร้อยละ 13.2

สถานภาพครอบครัว การแต่งงาน สถานภาพการแต่งงานของครอบครัว เพศชายและเพศหญิงมีการแต่งงานช้าลงและพบว่ามีการจดทะเบียนสมรสลดลง แนวโน้มการครองโสดเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะผู้หญิง การหย่าร้างมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ผู้หญิงเป็นหัวหน้าครัวเรือนมากขึ้น ซึ่งแสดงให้เห็นถึงภาระความรับผิดชอบที่เพิ่มมากขึ้นและการที่สังคมให้การยอมรับบทบาทความเป็นผู้นำของผู้หญิงมากขึ้น

ผลการสำรวจความเข้มแข็งของครอบครัวตามมาตรฐานครอบครัวเข้มแข็ง ในปี พ.ศ. 2558[20] พบว่าค่าความเข้มแข็งของครอบครัวในทุกมิติมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2554 แต่ยังต่ำกว่าค่าเกณฑ์มาตรฐานในด้านสัมพันธภาพ ด้านบทบาทหน้าที่ของครอบครัว ยกเว้นมิติด้านการพึ่งพาตนเอง มิติด้านทุนทางสังคม และมิติด้านการหลีกเลี่ยงภาวะเสี่ยงและการปรับตัวได้ในภาวะยากลำบากที่มีค่าความเข้มแข็งสูงกว่า ค่าเกณฑ์มาตรฐาน (เกณฑ์มาตรฐานเท่ากับร้อยละ 74.0)

ดัชนีชี้วัดความอบอุ่นของครอบครัว การเปลี่ยนแปลงของครอบครัวทั้งด้านโครงสร้างครอบครัวและพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตที่ยึดติดค่านิยมทางวัตถุ ส่งผลให้ครอบครัวไม่สามารถทำบทบาทหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์และสัมพันธภาพในครอบครัวเสื่อมถอยลง ทำให้บรรยากาศในครอบครัวขาดความอบอุ่น ซึ่งเมื่อพิจารณาจากดัชนีครอบครัว อบอุ่น[23] พบว่า ดัชนีครอบครัวอบอุ่นลดลงจากร้อยละ 68.31 ในปี พ.ศ. 2555 เป็นร้อยละ 65.34 ในปี พ.ศ. 2558 โดยดัชนีบทบาทหน้าที่ของครอบครัวลดลงจากร้อยละ 73.85 เป็นร้อยละ 64.92 ในช่วงเวลา เดียวกัน

และเมื่อพิจารณาดัชนีสัมพันธภาพในครอบครัว พบว่าลดลงจากร้อยละ 57.88 ในปี พ.ศ. 2555 เป็นร้อยละ 56.86 ในปี พ.ศ. 2558 ขณะที่ดัชนีการพึ่งพิงตนเองของครอบครัวเพิ่มขึ้นเล็กน้อยจากร้อยละ 73.21 ในปี พ.ศ. 2555 เป็นร้อยละ 74.23 ในปี พ.ศ. 2558 อย่างไรก็ตาม การลดลงของดัชนีบทบาทหน้าที่ของครอบครัวยังคงอยู่ในระดับที่ต้องปรับปรุง ส่วนดัชนีด้านสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับที่ต้องเร่งแก้ไขมาโดยตลอด

(1.7) แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของสถาบันครอบครัว

(1.7.1) ครอบครัวไทยมีบุตรน้อยลงเนื่องจากทั้งหญิงและชายมีอัตราการครองโสด หรือไม่แต่งงานสูงขึ้น ในขณะที่กลุ่มที่แต่งงาน พบว่าทั้งหญิงและชายมีอายุแรกสมรสสูงขึ้น ความต้องการมีบุตรของคู่สมรสน้อยลงหรือไม่ต้องการมีบุตรเลย โดยใช้การวางแผนครอบครัวในการควบคุมจำนวนบุตรและการเว้นระยะการมีบุตรตามความต้องการ ทั้งนี้อาจเป็นผลจากการที่ผู้หญิงมีโอกาสในการทำงานนอกบ้าน และมีศักยภาพในการพึ่งพาตนเองสูงขึ้น ความนิยมในรูปแบบการใช้ชีวิตแบบอิสระไม่มีพันธะผูกพัน ประกอบกับภาวะความจำเป็นด้านเศรษฐกิจ ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้ครอบครัวมีขนาดเล็กลงอย่างต่อเนื่อง

(1.7.2) การเปลี่ยนแปลงรูปแบบครอบครัว พบว่ารูปแบบครอบครัวมีความหลากหลายและซับซ้อนมากขึ้นเป็นครอบครัวลักษณะเฉพาะที่มีรูปแบบ ลักษณะเฉพาะตัว มีสภาพปัญหาและความต้องการ ความช่วยเหลือแตกต่างกัน

(1.7.3) การที่ผู้หญิงออกมาทำงานนอกบ้านมากขึ้นและยังต้องเป็นฝ่ายที่รับภาระในการทำงานบ้านเป็นส่วนใหญ่ ทำให้เหน็ดเหนื่อยและเกิดภาวะเครียด นำไปสู่ปัญหาความสัมพันธ์ที่ตึงเครียดในครอบครัว[21]

(1.7.4) การแต่งงานและการจดทะเบียนมีแนวโน้มลดลง การอยู่กินกันฉันท์สามีภรรยาโดยไม่แต่งงานเพิ่มขึ้น สะท้อนให้เห็นถึงพฤติกรรมความเป็นครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไป หญิงชายมีการอยู่ร่วมกันโดยไม่จดทะเบียนสูงขึ้น สาเหตุเกิดจากค่านิยม รูปแบบการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ประชากรมีการศึกษาสูงขึ้นและหญิงชายหลายคู่ที่ไม่เห็นความสำคัญของการจดทะเบียนสมรส ทำให้การจดทะเบียนสมรสน้อยกว่าจำนวนที่หญิงชายที่อยู่กินกันฉันท์สามีภรรยา

(1.7.5) การครองโสดสูงขึ้น สัดส่วนการอยู่เป็นโสดของชายและหญิงในช่วงปี พ.ศ. 2513–2553 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกกลุ่มอายุ

(1.7.6) ค่านิยมใหม่ๆ ในการใช้ชีวิตครอบครัว เช่น ค่านิยมในครอบครัวที่แต่งงานกันแต่ไม่ต้องการ มีบุตรเป็นค่านิยมที่เน้นประโยชน์อันสามีภรรยาจะพึงได้รับจากการไม่มีลูก นั่นคือ ความมีอิสระจากภาระ การที่ต้องเลี้ยงลูก เพื่อที่ทั้งคู่จะมีเวลาให้แก่กันและกันมากขึ้น และเพื่อทุ่มเทการบรรลุจุดหมายในชีวิตและการงานส่วนตัวของแต่ละคน โดยเฉพาะในกลุ่มคนชั้นกลางและชนชั้นสูงของสังคม ในขณะที่บางครอบครัว มีความพร้อมทุกด้าน แต่ไม่สามารถที่จะมีบุตรได้

(1.7.7) ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว และระหว่างเครือญาติลดน้อยลง การพึ่งพาช่วยเหลือกันระหว่างเครือญาติลดน้อยลง มีสภาพต่างคนต่างอยู่เพิ่มมากขึ้น

(1.7.8) การทำบทบาทหน้าที่ของผู้เป็นพ่อ ปัจจุบันแต่ละครอบครัวต้องเผชิญกับสถานการณ์ทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลา อาจทำให้บทบาทของพ่อซึ่งเป็นผู้นำในครอบครัวหรือผู้ที่รับผิดชอบเป็นหลักใน ด้านเศรษฐกิจให้กับครอบครัวดูลดน้อยลงไปกว่าบทบาทผู้หญิงหรือบทบาทแม่ การส่งเสริมให้บทบาทพ่อ มีส่วนร่วมในการดูแลครอบครัวหรือมีบทบาทในการเลี้ยงดูบุตรมากขึ้น ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการสร้างกระบวนการเรียนรู้และเป็นส่วนหนึ่งในการช่วยกันดูแลครอบครัวได้มากขึ้นกว่าอดีตจะลดภาระให้กับสตรีหรือบทบาท

(1.7.9) การขาดความตระหนักในความสำคัญของบทบาทครอบครัว ในขณะเดียวกันบทบาทของครอบครัวและรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูสมาชิกในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป การทำหน้าที่ในการอบรมเลี้ยงดูสมาชิกในครอบครัวลดน้อยลง มีสถาบันอื่นเข้ามาทำหน้าที่เหล่านี้แทน เช่น สถานรับเลี้ยงเด็ก โรงเรียน เป็นต้น รวมถึงการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารเพื่อประโยชน์ในการอบรมเลี้ยงดูสมาชิกในครอบครัว ครอบครัวสมัยใหม่ ส่วนหนึ่งมีค่านิยมของพ่อแม่ในการเลี้ยงลูกให้เป็นเลิศ มักจะมีรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูที่เข้มงวด และ มีโปรแกรมสำหรับพัฒนาการเด็กมากมาย ซึ่งบางครั้งขัดกับธรรมชาติ

ของเด็กหรือตามพัฒนาการของวัย ซึ่งอาจทำให้เด็กเกิดความตึงเครียดได้ รวมทั้งบทบาทของครอบครัวในการอบรมสั่งสอนและถ่ายทอด หลักคุณธรรมจริยธรรมอันดีในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่า

(1.8) ปัญหาครอบครัว มีรูปแบบที่แตกต่างกันไปและหลากหลายขึ้นอยู่กับสภาพ ของแต่ละครอบครัว ดังนี้

ความยากจนและการมีหนี้สิน มีสาเหตุจากปัจจัยภายใน ได้แก่ การขาดความรู้ ความสามารถ ในการประกอบอาชีพ การขาดโอกาสในการเข้าถึงทรัพยากรและการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ปัญหาสุขภาพ ภาระในการเลี้ยงดูครอบครัว การไม่มีทรัพย์สินและที่ดินทำกินและปัจจัยภายนอกที่เกิดจากสังคมบริโภคนิยม การแข่งขันทางเศรษฐกิจ ทำให้การจัดสรรทรัพยากรไม่ทั่วถึง เกิดความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งระบบการบริหารและจัดการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีประสิทธิภาพไม่เพียงพอ

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ในช่วงปี พ.ศ. 2551–2555 การตั้งครรภ์ของวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี และอายุต่ำกว่า 15 ปี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สถานการณ์การตั้งครรภ์ของวัยรุ่นพบประเทศไทยมีร้อยละของหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี ที่ตั้งครรภ์สูงขึ้น

ความรุนแรงในครอบครัว ในปี พ.ศ. 2548 องค์การอนามัยโลกได้ให้ประเทศไทยเป็นเจ้าภาพในการจัดการประชุมส่งเสริมสุขภาพโลก ครั้งที่ 6 ซึ่งที่ประชุมได้รับรองกฎบัตรกรุงเทพเพื่อการส่งเสริมสุขภาพโลก (Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World) ซึ่งระบุถึงวาระสำคัญในงานสร้างเสริมสุขภาพของโลก กล่าวคือ ความรุนแรงต่อสตรีในครอบครัวและชีวิตคู่ เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญยิ่ง อันเกิดจากเงื่อนไขของความไม่เสมอภาคระหว่างเพศ

สัมพันธภาพและการสื่อสารในครอบครัว ครอบครัวขาดทักษะการสื่อสารที่ดีระหว่างสมาชิกในครอบครัว

การอบรมเลี้ยงดูบุตร ปัจจุบันครอบครัวหรือพ่อแม่ขาดความรู้และทักษะในการอบรมเลี้ยงดูบุตรที่ได้มาตรฐาน ตามมาตรฐานขั้นต่ำในการเลี้ยงดูเด็ก

เด็กและผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง สถานการณ์ที่เด็กและผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง และปล่อยปละละเลยให้อยู่ตามลำพัง สะท้อนถึง การทำบทบาทหน้าที่ของครอบครัวในปัจจุบันเห็นได้ชัดจากปรากฏการณ์ผู้สูงอายุในชนบทจำนวนมากถูกทอดทิ้งให้รับภาระเลี้ยงดูหลาน โดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคเหนือ

ปัญหาอบายมุข การพนัน บุหรี่ เหล้า สารเสพติด ในครอบครัว ล้วนส่งผลกระทบต่อความมั่นคง และเข้มแข็งของครอบครัว นำไปสู่ปัญหาครอบครัวต่างๆ ตามมา เช่น การหย่าร้าง การใช้ความรุนแรง การจัดการความสัมพันธ์ในครอบครัว รวมไปจนถึงก่อให้เกิดปัญหาทางเศรษฐกิจและหนี้สิน

(2) นโยบายและแผนระดับชาติที่เกี่ยวข้อง

(2.1) ร่างกรอบยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560–2579) ยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคน เน้นการพัฒนาศักยภาพคนตลอด จนช่วงชีวิตให้สนับสนุนการเจริญเติบโตของประเทศ โดยเริ่มตั้งแต่ในครรภ์และต่อเนื่องไปตลอดชีวิต ยกระดับคุณภาพการศึกษาและการเรียนรู้ให้มีคุณภาพ เท่าเทียมและทั่วถึง สร้างเสริมให้คนมีสุขภาวะที่ดี สร้างความอยู่ดีมี สุขของครอบครัวไทยให้เอื้อต่อการพัฒนาคน ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างโอกาสความเสมอภาค และเท่าเทียมกันทางสังคม มุ่งลดความเหลื่อมล้ำ ทางเศรษฐกิจและสังคม พัฒนาระบบบริการและบริหารจัดการสุขภาพ สร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสังคมสูงวัย สร้างความเข้มแข็งสถาบันทางสังคมและทุนทางวัฒนธรรม และความเข้มแข็งของชุมชน

(2.2) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560–2564 ยุทธศาสตร์การเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์ ซึ่งให้ความสำคัญกับการวางรากฐาน การพัฒนาคนให้มีความสมบูรณ์ เริ่มตั้งแต่กลุ่มเด็กปฐมวัยที่ต้องพัฒนาให้มีสุขภาพกายและใจที่ดี มีทักษะทาง สมอง ทักษะการเรียนรู้และทักษะชีวิต เพื่อให้เติบโตอย่างมีคุณภาพ ควบคู่กับการพัฒนาคนไทยในทุกช่วงวัยให้เป็นคนดี มีสุขภาวะที่ดี มีคุณธรรมจริยธรรม มีระเบียบวินัย มีจิตสำนึกที่ดีต่อสังคมส่วนรวม มีทักษะความรู้ และความสามารถปรับตัวเท่าทันกับการเปลี่ยนแปลงรอบตัวที่รวดเร็ว บนพื้นฐานของการ มีสถาบันทางสังคมที่เข้ม แข็ง ทั้งสถาบันครอบครัว สถาบันการศึกษา สถาบันศาสนา สถาบันชุมชน และภาคเอกชนที่ร่วมกันพัฒนาทุน มนุษย์

ให้มีคุณภาพสูง อีกทั้ง ยังเป็นทุนทางสังคมที่สำคัญในการขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศ ยุทธศาสตร์การสร้างความเป็นธรรมและลดความเหลื่อมล้ำในสังคม เพื่อดำเนินการยกระดับ คุณภาพบริการทางสังคมให้ทั่วถึงโดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการศึกษาและสาธารณสุข รวมทั้งการปิดช่องว่าง การคุ้มครองทางสังคมอื่นๆ มุ่งเน้นมากขึ้นในเรื่องการเพิ่มทักษะแรงงาน

(2.3) นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาเด็กปฐมวัย (0 – 5 ปี) ระยะยาว พ.ศ. 2550–2559[22] ยุทธศาสตร์การส่งเสริมพ่อแม่และผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนาเด็กปฐมวัยมีแนวคิดสำคัญ คือ พ่อแม่ ผู้เลี้ยงดูเด็ก สมาชิก ในครอบครัว คู่สมรสใหม่ ผู้เตรียมตัวเป็นพ่อแม่ หญิงตั้งครรภ์ ครู บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และผู้นำชุมชน ผู้นำท้องถิ่น ต้องได้รับการพัฒนา ให้มีความรู้ ความเข้าใจและมีทักษะในการอบรมเลี้ยงดู การจัดประสบการณ์และสร้างสิ่งแวดล้อม เพื่อส่งเสริมพัฒนาการของเด็กปฐมวัยอย่างถูกต้องเหมาะสม รวมทั้งได้คุ้มครองป้องกันอุบัติเหตุและภัยอันตรายต่างๆ อันจะเกิดขึ้นได้

(2.4) แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545–2564) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552 พัฒนาระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ด้านครอบครัว ผู้ดูแลและการคุ้มครอง โดยการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้อยู่กับครอบครัวให้นานที่สุด โดยการส่งเสริมค่านิยมในการอยู่ร่วมกับผู้สูงอายุ ส่งเสริม สมาชิกในครอบครัวและผู้ดูแลให้มีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ โดยการให้ความรู้ และข้อมูลแก่สมาชิก ในครอบครัวและผู้ดูแลเกี่ยวกับการบริการต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนการส่งเสริมการสร้างทัศนคติ เชิงบวกของคนในครอบครัวให้เห็นความสำคัญของผู้สูงอายุ และยังคงเป็นพลังของครอบครัวและสังคมได้

(2.5) นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560 – 2569) ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ เพื่อรักษาระดับอัตราการเจริญพันธุ์รวมไม่ต่ำกว่า 1.6 และให้การเกิดทุกรายมีการวางแผน มีการเตรียมความพร้อมตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์และได้รับ ความช่วยเหลือในการมีบุตร ตลอดจนส่งเสริมให้ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย ได้รับการดูแลหลังคลอดที่ดี เด็กได้รับการเลี้ยงดูใน สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย พร้อมที่จะเรียนรู้ในช่วงวัยต่อไปอย่างมั่นคง

(3) มาตรการสำคัญในการงานส่งเสริมสุขภาพครอบครัว

(3.1) ส่งเสริมให้ครอบครัวมีกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน มีสัมพันธภาพที่ดี และทำบทบาทหน้าที่ ได้อย่างเหมาะสม

(3.2) ส่งเสริมให้ครอบครัวดำเนินชีวิตโดยยึดมั่นในหลักคุณธรรมและจริยธรรม

(3.3) การส่งเสริมให้มีการจัดสวัสดิการครอบครัวขั้นพื้นฐานที่เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของครอบครัวทุกลักษณะ

(3.4) การส่งเสริมความมั่นคงด้านเศรษฐกิจของครอบครัวตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง

(3.5) การส่งเสริมวินัยการออมในครอบครัว

(3.6) การสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม มีบรรยากาศการเรียนรู้ และความปลอดภัยสำหรับครอบครัว

(3.7) การพัฒนาศักยภาพกลไกและบุคลากรที่ทำงานด้านครอบครัว

(3.8) การพัฒนากฎหมาย กฎ ระเบียบและข้อบังคับเกี่ยวกับครอบครัวให้มีความทันสมัย และเหมาะสมกับสถานการณ์

(3.9) การพัฒนาการบริหารจัดการการทำงานด้านครอบครัวอย่างเป็นระบบ

(3.10) การส่งเสริมและพัฒนางานวิชาการด้านครอบครัว

(3.11) การสร้างและผลักดันเครือข่ายทางสังคมทุกรูปแบบ ทุกระดับ ให้มีศักยภาพในการ ขับเคลื่อนการพัฒนาครอบครัวอย่างต่อเนื่องและสร้างการมีส่วนร่วมอย่างเป็นรูปธรรม

(3.12) การส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดระบบเครือข่ายครอบครัวในรูปแบบต่างๆ

(3.13) การส่งเสริมการผลิตสื่อและช่องทางสื่อการเรียนรู้เพื่อการพัฒนาครอบครัวเข้มแข็ง

(3.14) การพัฒนากระบวนการใช้สื่อเป็นเครื่องมือ

ในการเรียนรู้ร่วมกันของครอบครัว

(3.15) การพัฒนากลไกและส่งเสริมการบังคับใช้กฎหมายด้านสื่อให้มีประสิทธิภาพ

13.1.3 การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)

1) สถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ปัจจุบันสังคมเปลี่ยนแปลงสู่ยุคสังคมโลกาภิวัฒน์ เป็นสังคมแห่งการสื่อสารไร้พรมแดน ประชาชนมีรูปแบบการสื่อสารด้วยเทคโนโลยีได้เองทั้งในวงสังคมเครือข่ายใกล้ชิด และในโลกสังคมโดยรวม ยุทธศาสตร์การพัฒนาเศรษฐกิจด้วยการผนึกกำลังในภูมิภาค เช่น การเปิดประชาคมอาเซียน มีผลกระทบทั้งทางในทางบวกและทางลบกับประชาชนคนไทยในด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพและสิ่งแวดล้อมของประชาชน ดังนั้น การพัฒนาการสื่อสารด้านสุขภาพ ทั้งจากภาครัฐในการให้ข้อมูลด้านสุขภาพ ภาคประชาชนในการเป็นทั้งผู้รับสาร และส่งสารในเครือข่ายของตนเอง รวมถึงการสร้าง การพัฒนาและเผยแพร่เนื้อหาของข่าวสาร เช่น ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ภูมิปัญญาและศักยภาพในการจัดการสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนและเครือข่ายมีทักษะด้านสุขภาพที่ดี มีความสามารถในการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพ และการเข้าถึงบริการสุขภาพเมื่อจำเป็นจนสามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้อย่างมีคุณภาพและเหมาะสมกับวิถีชีวิตของตนเอง ครอบครัวและสังคม จะเป็นการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทย ให้เป็นระบบการสร้างสุขภาพที่ดี ลดการรักษาที่ต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูง

ปัจจุบันพบว่าปัจจัยที่สำคัญที่ส่งผลให้ประชาชนเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างยั่งยืน คือ “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ” (Health Literacy) ซึ่งหมายถึงกระบวนการทางปัญญา และทักษะทางสังคมที่ก่อเกิดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจที่เหมาะสม นำไปสู่สุขภาวะ และมีการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทย กลุ่มอายุ 7-18 ปี ในสถานศึกษาที่เป็นพื้นที่เป้าหมายการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพตามแนวทางสุขบัญญัติแห่งชาติ เมื่อปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 โดยการสุ่มจาก 24 จังหวัด 96 โรงเรียน รวม 4,800 คน พบว่าส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 86.48 และมีเพียงร้อยละ 5.25 ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดีมาก ซึ่งเป็นระดับที่มีผลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและยั่งยืน ในกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป

ในปี พ.ศ. 2557 มีการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง 3อ.2ส. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา) ในกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไปในพื้นที่ 77 จังหวัด รวม 31,200 คน[23] พบว่า ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับไม่ดีพอ คิดเป็นร้อยละ 59.4 รองลงมาคือ ระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 39.0 และระดับดีมากเพียงร้อยละ 1.6 นอกจากนั้น สถานการณ์ด้านพฤติกรรมสุขภาพของคนไทย ที่เปลี่ยนแปลงไปจากสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของโลก ด้านเศรษฐกิจ สังคม เทคโนโลยี การสื่อสาร สิ่งแวดล้อมส่งผลให้วิถีชีวิตของคนไทยเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย ประชาชนมีความ เร่งรีบและเคร่งเครียดในการใช้ชีวิต ส่งผลให้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคมากขึ้น พบว่าคนไทยมีพฤติกรรมกิน อาหารหวาน ไขมันสูง เพิ่มขึ้นมาก โดยใน พ.ศ. 2554 คนไทยบริโภคน้ำตาลทรายเพิ่มมากขึ้นถึง 3 เท่า จาก พ.ศ. 2526 ซึ่งมีปริมาณ 12.7 กิโลกรัม/คน/ปีเป็น 36.6 กิโลกรัม/คน/ปี ใน พ.ศ. 2554 และใน พ.ศ. 2551 พบว่าร้อยละ 96.2 ของคนไทยอายุ 35 ปีขึ้นไป บริโภคอาหารประเภททอด โดยส่วนใหญ่บริโภคเฉลี่ย 5 วันต่อสัปดาห์ รองลงมา คือ อาหารที่ปรุงด้วยกะทิบริโภคโดยเฉลี่ย 3 วันต่อสัปดาห์ พบว่าคนไทยออกกำลังกายอย่างเพียงพอมีจำนวนน้อย คิดเป็นร้อยละ 29.7 ในปี พ.ศ. 2550 และร้อยละ 26.1 ในปี พ.ศ. 2554 พบว่าใน พ.ศ. 2554 ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 31.5 สูบบุหรี่ ร้อยละ 18.4 และมีแนวโน้มการสูบมากขึ้นในเพศหญิง ซึ่งพฤติกรรมเสี่ยงเหล่านี้ล้วนส่งผลให้มีปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ขณะเดียวกันค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทย มีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี และเริ่มสูงกว่าสัดส่วนรายจ่ายสุขภาพต่อ GDP ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 และจากการศึกษาในสหรัฐอเมริกา (Healthy People 2001)

ระบุว่าการไม่มีความรู้ด้าน สุขภาพนำไปสู่พฤติกรรมเสี่ยงที่เพิ่มมากขึ้นและพฤติกรรมป้องกันโรคที่น้อยลง รวมทั้งการเข้ารับการรักษาบ่อยครั้งขึ้น ไม่เข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องตามที่แพทย์แนะนำ ทั้งหมดนี้ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นด้วย

2) นโยบายและแผนระดับชาติที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ

2.1) แผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข[24]

เนื่องจากประชาชนที่มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองมีจำนวนน้อย ในขณะที่ข่าวสารด้านสุขภาพมีเป็นจำนวนมาก แต่ขาดระบบการคัดกรอง และการยืนยันความถูกต้องของข้อมูล ทำให้ประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง จึงมีข้อเสนอสำหรับการดำเนินงานเรื่องนี้ คือ (1) ปฏิรูปยุทธศาสตร์และกลไกในการขับเคลื่อนด้านความรอบรู้และการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ (2) ปฏิรูประบบการประเมินผลโดยเน้นผลลัพธ์ที่ประชาชนมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองและมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในทุกกลุ่มวัย (3) จัดตั้งคณะกรรมการสร้างเสริมความรอบรู้และการสื่อสารสุขภาพแห่งชาติ และ (4) กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการและกระทรวงมหาดไทย ควรร่วมมือกันเพื่อสนับสนุนให้เกิดโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate School) โรงพยาบาลรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Hospital) และชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Communication) ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในยุทธศาสตร์ 20 ปีของกระทรวง และอยู่ในวาระปฏิรูปเร่งด่วน (quick win) ของกระทรวง และได้จัดตั้งศูนย์การเรียนรู้ด้านสุขภาพ ณ โรงพยาบาลอำเภอหลายแห่ง

ขณะเดียวกันกรมอนามัยได้วางแผนการขับเคลื่อนความรอบรู้ด้านสุขภาพไว้ 10 ปี (พ.ศ. 2560–2569) โดยมีเป้าหมายให้สังคมไทยเป็นสังคมแห่งความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literate societies) โดยใช้ 4 กลไกในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน คือ กลไกการสื่อสาร (communication) การพัฒนาศักยภาพบุคลากร (capacity building) การสร้างความผูกพัน (engagement) และการเรียนรู้แบบเสริมพลัง (empowerment) ควบคู่กับการกำกับ ติดตามอย่างเข้มข้น (intensive M&E) และได้กำหนดแผนการดำเนินงานที่สำคัญ ประกอบด้วย พัฒนาและเผยแพร่สื่อและองค์ความรู้หลากหลายรูปแบบและช่องทางเพื่อสร้างการรับรู้และความเข้าใจแก่เจ้าหน้าที่ในระบบสาธารณสุข การศึกษาและสังคมวัฒนธรรม จัดประชุมวิชาการการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพไทย จัดเวที job matching ระหว่างแหล่งทุนและผู้ที่เกี่ยวข้อง สำรวจสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับ เขตสุขภาพและชาติ พัฒนามาตรฐาน ประเมินรับรองมาตรฐาน องค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ (องค์กรด้านสาธารณสุข การศึกษาและวัฒนธรรม)

3) มาตรการสำคัญในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ

3.1) พัฒนาระบบการสื่อสารสุขภาพด้วยระบบการคุ้มครองด้านการสื่อสารโดยมีหน่วยงานกลางคัดกรองข้อมูลด้านสุขภาพ ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น ถูกต้อง ทันการณ์และมีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตรวจจับข้อมูลเท็จ ตอบโต้ข้อมูลสุขภาพที่ไม่ถูกต้องอย่างทันท่วงทีต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ และเพิ่มช่องทางสื่อสารมวลชนสาธารณะทางสุขภาพและแนวทางเขียนสื่อสุขภาพ

3.2) พัฒนา 3 ระบบใหญ่ ได้แก่ (1) การพัฒนาระบบการสาธารณสุข (2) การพัฒนาระบบการศึกษาที่จะช่วยยกระดับการรู้หนังสือและทักษะสุขภาพนำไปสู่การปรับวิธีการสอนและหลักสูตรด้วยกระบวนการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วย V-shape ตั้งแต่เด็กปฐมวัยในศูนย์เด็กเล็กและยกระดับปฏิสัมพันธ์ และคิดวิเคราะห์ของนักเรียนในระดับมัธยมศึกษาและ (3) พัฒนาระบบวัฒนธรรมและความเชื่อ

3.3) การศึกษาวิจัยเชิงประเมินผล ประกอบด้วย

(1) สำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยทุก 3 ปี 5 ปี 10 ปี

(2) การวิจัยการทำงาน ด้วยฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ในการทำงาน

(3) จัดทำต้นทุน (Unit Cost) สำหรับการสนับสนุนด้านการเงินตามชุดสิทธิประโยชน์ที่ปรับจาก

การให้สุขศึกษาและปรับพฤติกรรมสุขภาพ เป็นการใช้กระบวนการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ V-shape ในระบบบริการสุขภาพทุกมิติ

(4) Center of Health Literacy excellence

3.4) พัฒนากำลังคนด้านการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีการพัฒนาชุดสมรรถนะหลัก รูปแบบ หลักสูตรการฝึกอบรมสำหรับบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ และพัฒนาหลักสูตรและผลิตนักศึกษาด้านส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพิ่มการทำงานเชิงการขับเคลื่อนมากกว่าการให้บริการและให้ความรู้หรือการสอน ตลอดจนพัฒนาต่อยอดนำเสนอผลงานวิจัยด้านการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยความร่วมมือกับสถาบันทั้งในและต่างประเท

3.5) พัฒนากลไกการขับเคลื่อนความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้วยประกาศการปฏิรูปความรอบรู้ของประชาชนเป็นวาระแห่งชาติ (national agenda) มีคณะกรรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและสื่อสารสุขภาพแห่งชาติตามคำสั่งสำนักนายกรัฐมนตรี จัดทำข้อเสนอและร่างระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการรอบรู้ด้านสุขภาพและมีกลไกทางการเงินงบประมาณจากแหล่งทุน เช่น สำนักงานสลากกินแบ่งรัฐบาลหรือระบบภาษี รวมทั้งองค์กรกลางที่มีความเป็นอิสระ มืออาชีพในการทำหน้าที่ประสานความร่วมมือ/บริหาร ภาคีเครือข่ายแบบ synergic ทั้งภาครัฐ เอกชนและประชาสังคมในและนอกประเทศ

13.2 งานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในประเทศไทยและระบบการจัดการโรคติดต่อในประเทศไทย

13.2.1 การป้องกันควบคุมโรคติดต่อที่สำคัญ

1) โรคไข้มาลาเรีย

ไข้มาลาเรียเกิดจากเชื้อโปรโตซัว พลาสโมเดียม (plasmodium) นำโดยยุงก้นปล่อง (anopheles) เกิดในพื้นที่ป่า เขา และเขตชนบท โดยเฉพาะในพื้นที่ชายแดนไทย-เมียนมาร์ และไทย-กัมพูชา มีผู้ป่วยมากในฤดูฝน ระหว่างเดือนเมษายนถึงสิงหาคม

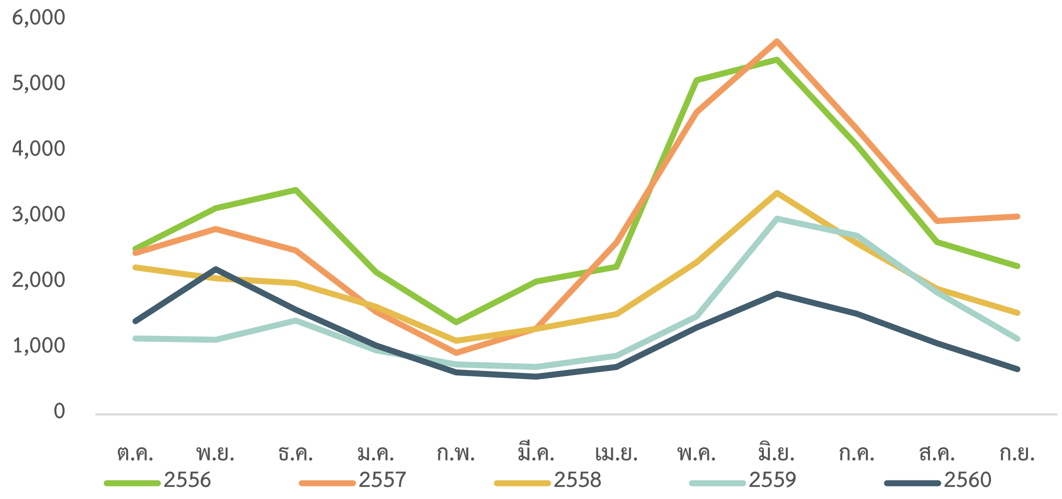
สถานการณ์โรค[25]

รายงานจำนวนผู้ป่วยมาลาเรียลดลงอย่างต่อเนื่องจาก 36,408 ราย ในปีงบประมาณ 2556 เหลือ 14,689 ราย ในปีงบประมาณ 2560 (ภาพที่ 13.1) โดยลดลงร้อยละ 60 อัตราป่วย ลดลงจาก 0.82 ต่อประชากรพันคน ในปี 2556 เป็น 0.22 ต่อประชากรพันคน ในปี 2560 และอัตราตาย ลดลงจาก 0.07 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2556 เป็น 0.02 ต่อประชากรแสนคนต่อประชากรแสนคน ในปี 2560 เกือบครึ่งหนึ่งของผู้ป่วย เป็นชาวต่างชาติ จากประเทศเพื่อนบ้าน เช่น กัมพูชา เมียนมาร์และลาว

การติดเชื้อมาลาเรียชนิดไวแวกซ์ (Plasmodium vivax) มีสัดส่วนสูงกว่าชนิดฟัลซิปารัม (Plasmodium falciparum) ผู้ป่วยเพศชายมีมากกว่าเพศหญิง ผู้ป่วยส่วนมากเป็นผู้ใหญ่ (อายุมากกว่า 15 ปี) ผู้ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อมาลาเรีย ได้แก่ ผู้มีอาชีพที่ต้องเข้าป่าหรือทำสวนทำไร่ ใกล้ป่า

จังหวัดที่มีผู้ป่วยมากที่สุด 7 อันดับแรก ได้แก่ จังหวัดตาก ยะลา อุบลราชธานี กาญจนบุรี แม่ฮ่องสอน สงขลา และศรีสะเกษ ซึ่งมีผู้ป่วยรวมกันคิดเป็นร้อยละ 87 ของผู้ป่วยทั้งประเทศ

ภาพที่ 13.1 จำนวนผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียรายเดือน ปีงบประมาณ 2556-2560



ที่มา: มาลาเรียออนไลน์ (http://malaria.ddc.moph.go.th/malariar10)

การป้องกันและควบคุมมาลาเรีย

ยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมมาลาเรีย ประกอบด้วยมาตรการสำคัญ ได้แก่

- การตรวจค้นหาผู้ป่วย และให้การบำบัดรักษา โดยใช้ยาต้านมาลาเรีย
- การป่องกันยุงกัด โดยวิธีต่างๆ เช่น การใช้ยาทากันยุง การนอนในมุ้ง เป็นต้น
- การกำจัดยุงพาหะ ในพื้นที่โรคชุก โดยใช้สารเคมีพ่นติดฝาบ้าน

ในขณะนี้ ประเทศไทยได้ยกระดับยุทธศาสตร์ จาก "การควบคุมโรคไข้มาลาเรีย" เป็น"การกำจัดโรคไข้มาลาเรีย" ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมควบคุมโรคร่วมกับหน่วยงานเครือข่าย ได้จัดทำยุทธศาสตร์การกำจัดโรคไข้มาลาเรีย พ.ศ. 2560-2569 และแผนปฏิบัติการ พ.ศ. 2560-2564 ซึ่งมีวิสัยทัศน์ว่า ประเทศไทยจะกำจัดโรคไข้มาลาเรีย (Malaria elimination) ภายในปี พ.ศ. 2567 ประกอบด้วย 4 ยุทธศาสตร์ ได้แก่

1. เร่งรัดกำจัดการแพร่เชื้อมาลาเรียในประเทศไทย
2. พัฒนาเทคโนโลยี นวัตกรรม มาตรการและรูปแบบที่เหมาะสมในการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย
3. สร้างความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่าย ระดับประเทศและระดับนานาชาติ เพื่อขับเคลื่อนงานกำจัดโรคไข้มาลาเรีย
4. ให้ประชาชนมีศักยภาพในการดูแลตนเองจากโรคไข้มาลาเรีย

ยุทธศาสตร์กำจัดโรคไข้มาลาเรีย (ระยะ 10 ปี) และแผนปฏิบัติการ (ระยะ 5 ปี) ได้ผ่านการเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 26 เมษายน 2559[26,27] และได้เริ่มดำเนินการในปี 2560 มีกลไกการขับเคลื่อนด้านนโยบาย คือคณะกรรมการอำนวยการกำจัดมาลาเรียแห่งชาติ (รองนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน) และคณะกรรมการบริหารกำจัดมาลาเรียแห่งชาติ (ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน) และขับเคลื่อนด้านปฏิบัติการโดยคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด ตามพรบ.โรคติดต่อ 2558

การดำเนินงานที่สำคัญ

ในระยะทศวรรษที่ผ่านมา ประเทศไทยได้เร่งรัดการควบคุมป้องกันโรคไข้มาลาเรีย โดยมาตรการดังกล่าวข้างต้น ให้ครอบคลุมทุกกลุ่มประชากรและพื้นที่เสี่ยงทั่วประเทศ และได้เริ่มเร่งรัดการดำเนินงานภายใต้ยุทธศาสตร์กำจัดโรคไข้มาลาเรีย โดยหน่วยงานในเครือข่ายสาธารณสุข ด้วยความร่วมมือของอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน องค์กรสาธารณประโยชน์และชุมชน

การบำบัดรักษาผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนงบประมาณภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สำหรับการค้นหาและบำบัดผู้ติดเชื้อในพื้นที่ชายแดนและกลุ่มผู้ด้อยโอกาสได้รับการสนับสนุนงบประมาณของกองทุนโลก (Global Fund) ส่งผลให้อุบัติการณ์โรคไข้มาลาเรียลดลงอย่างต่อเนื่อง

สำหรับการเฝ้าระวังโรค กรมควบคุมโรคได้ร่วมมือกับมหาวิทยาลัยมหิดล พัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคไข้มาลาเรียโดยใช้เทคโลโลยีสารสนเทศ เพื่อการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย” หรือ “มาลาเรียออนไลน์” ซึ่งเป็นระบบเฝ้าระวังโรคแบบ case-based surveillance โดยประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ สามารถแสดงสถานการณ์ทางระบาดวิทยาของโรคได้ถึงระดับหมู่บ้าน แสดงการระบาด แสดงแผนที่แหล่งแพร่เชื้อในระดับกลุ่มบ้าน และแสดงข้อมูลผลการดำเนินงานตามมาตรการที่สำคัญ เช่น มาตรการ 1-3-7 (แจ้งเตือนใน 1 วัน สอบสวนภายใน 3 วันและตอบโต้ภายใน 7 วัน) มาตรการค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติมและมาตรการควบคุมยุงพาหะ ข้อมูลเหล่านี้จะเป็นประโยชน์สำหรับการวางแผนและการตัดสินใน ตั้งแต่ระดับนโยบาย ถึงระดับปฏิบัติการ รูปแบบ “มาลาเรียออนไลน์” ดังกล่าวนี้ ได้รับรางวัลบริการภาครัฐแห่งชาติในสาขาภาพรวมมาตรฐานการบริการ ระดับดีเด่นจากสำนักงาน ก.พ.ร. ในปี 2560

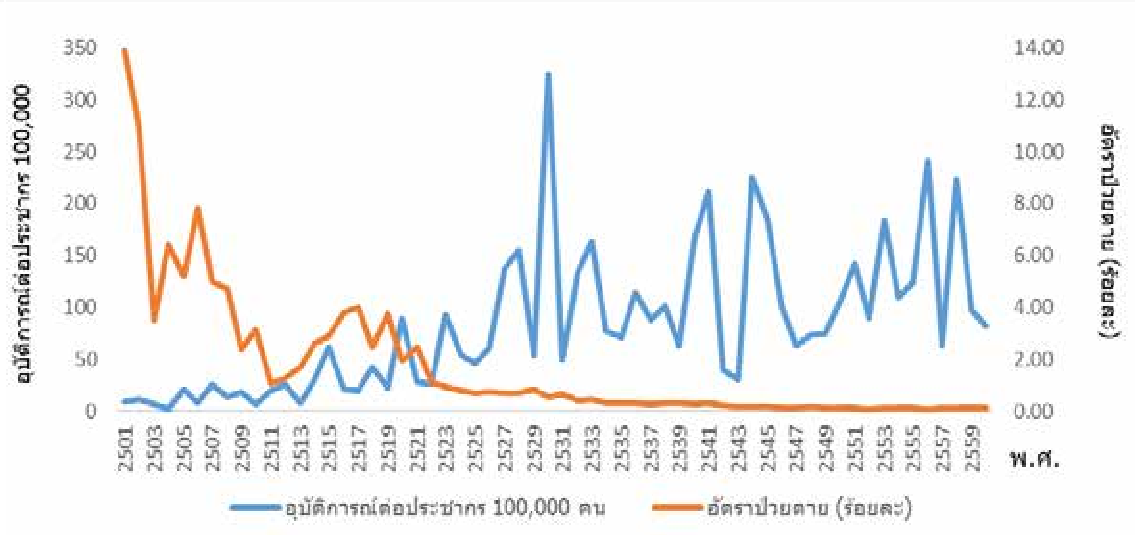
2) ไข้เลือดออก[28]

โรคไข้เลือดออกเกิดจากเชื้อไวรัส (Dengue virus) นำโดยยุงลาย (Aedes mosquito) ซึ่งอาศัยในบริเวณบ้านเรือนและกัดในเวลากลางวัน โรคนี้เกิดมากในช่วงฤดูฝน ระหว่างเดือนพฤษภาคม - สิงหาคม โรคนี้เดิมเกิดมากในเด็ก แต่ปัจจุบันมีแนวโน้มเกิดโรคในผู้ใหญ่มากขึ้นอย่างต่อเนื่อง

สถานการณ์โรค

โรคไข้เลือดออกเริ่มพบในประเทศไทยเมื่อต้นทศวรรษ 2500 ในกรุงเทพฯและเขตปริมณฑล ต่อมาแพร่กระจายไปทั่วประเทศ ทั้งในชุมชนเขตเมืองและชนบท ในระยะทศวรรษแรกๆ มีการระบาดมากทุก 2-3 ปี แต่ในระยะหลังมีรูปแบบการระบาดไม่แน่นอน ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา มีการระบาดใหญ่ในปี 2556 (อุบัติการณ์ 241 ต่อประชากรแสนคน) และปี 2558 (อุบัติการณ์ 222 ต่อประชากรแสนคน) แม้อัตราป่วยจะยังคงสูง แต่อัตราป่วยตายลดลงจากร้อยละ 0.30 ในปี 2538 เหลือเพียงร้อยละ 0.13 ในปี 2560 สะท้อนประสิทธิภาพของการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีแนวโน้มดีขึ้น (ดูภาพที่ 13.2)

ภาพที่ 13.2 อุบัติการณ์และอัตราป่วยตาย โรคไข้เลือดออก ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2501-2560



ที่มา: สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค

ยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมไข้เลือดออก

ยุทธศาสตร์หลักในการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออก คือ การควบคุมยุงพาหะและการป้องกันยุงกัด โดยความร่วมมือของทุกภาคส่วน โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและประชาชน

มาตรการควบคุมยุงพาหะนำโรคไข้เลือดออก คือ ยุงลาย เน้นการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาน ได้แก่ ภาชนะและแหล่งขังน้ำในบริเวณบ้านเรือน ที่อยู่อาศัย ส่วนการพ่นสารเคมีกำจัดยุงตัวเต็มไว เป็นมาตรการเสริม

มาตรการป้องกันยุงกัด เน้นการใช้ยาทากันยุงสำหรับเด็กเล็กให้นอนในมุ้งหรือมุ้งลวดในเวลากลางวัน

การดำเนินงานที่สำคัญ[29]

1. เร่งรัดการป้องกันควบคุมการแพร่เชื้อโรคไข้เลือดออก โดยการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย และป้องกันยุงกัดในเวลากลางวัน รวมทั้งการพ่นสารเคมีกำจัดยุงเป็นมาตรการเสริม ภายใต้แนวทางการควบคุมยุงพาหะแบบผสมผสาน (Integrated vector management) โดยอาศัยความร่วมมืออย่างเข้มแข็งของชุมชนเป็นสำคัญ ในปี พ.ศ. 2558 กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาเครือข่ายความร่วมมือการป้องกันควบคุมไข้เลือดออกกับหน่วยงานต่างๆ เช่น กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงท่องเที่ยวและการกีฬา กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงวัฒนธรรมและกรุงเทพมหานคร

2. เพิ่มความเข้มแข็งของระบบเฝ้าระวังโรค กรมควบคุมโรคได้พัฒนาชุดซอฟต์แวร์ “ทันระบาด” เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการป้องกันควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออก โดยเจ้าหน้าที่สามารถบันทึกข้อมูลการสำรวจลูกน้ำ ระบุพิกัดสถานที่ที่สำรวจและรายงานค่าดัชนีทางกีฏวิทยาได้ทันที รวมทั้งสามารถติดตามแบบบูรณาการระหว่าสถานการณ์โรคและข้อมูลทางกีฏวิทยา มีการจัดตั้งระบบการเฝ้าระวังเชื้อไวรัสเดงกีในยุง ด้วยเทคนิคทางชีวโมเลกุล เพื่อนำข้อมูลด้านการแพร่กระจายเชื้อไวรัสเดงกี มาใช้วางแผนในการป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออกและคงการเฝ้าระวังทางกีฏวิทยา เพื่อชี้พื้นที่เสี่ยงและประเมินผลการควบคุมโรค

3. เพิ่มความเข้มแข็งของการดูแลรักษาผู้ป่วย กรมการแพทย์ร่วมกับกรมควบคุมโรค จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออก ทั้งในเด็กและในผู้ใหญ่ และปรับปรุงให้ทันสมัยเป็นระยะ และจัดอบรมเผยแพร่ความรู้แก่แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ พร้อมทั้งจัดผู้เชี่ยวชาญให้คำปรึกษาแก่แพทย์ที่ดูแลบำบัดผู้ป่วยไข้เลือดออก

4. กรมควบคุมโรคได้ จัดทำแนวทางปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558 สำหรับผู้ปฏิบัติงานระดับเขตและหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อระดับอำเภอ

5. ในอนาคตวัคซีนอาจใช้เป็นเครื่องมือสำคัญในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ในปัจจุบันกำลังมีการวิจัยพัฒนา เพื่อผลิตวัคซีนไข้เลือดออกอยู่ในหลายประเทศ ในขณะนี้เริ่มมีวัคซีนไข้เลือดออกที่ได้รับการขึ้นทะเบียนแล้ว แต่กระทรวงสาธารณสุขยังไม่ได้นำมาใช้ป้องกันโรค เนื่องจากยังมีข้อจำกัดในด้านคุณภาพและความปลอดภัย และยังมีราคาสูง คาดหวังว่าในอนาคตอันใกล้จะมีวัคซีนไข้เลือดออกที่มีคุณภาพสูง และมีความปลอดภัยมากขึ้น ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขจะสามารถนำมาใช้ป้องกันโรคแก่ประชาชนในวงกว้างได้

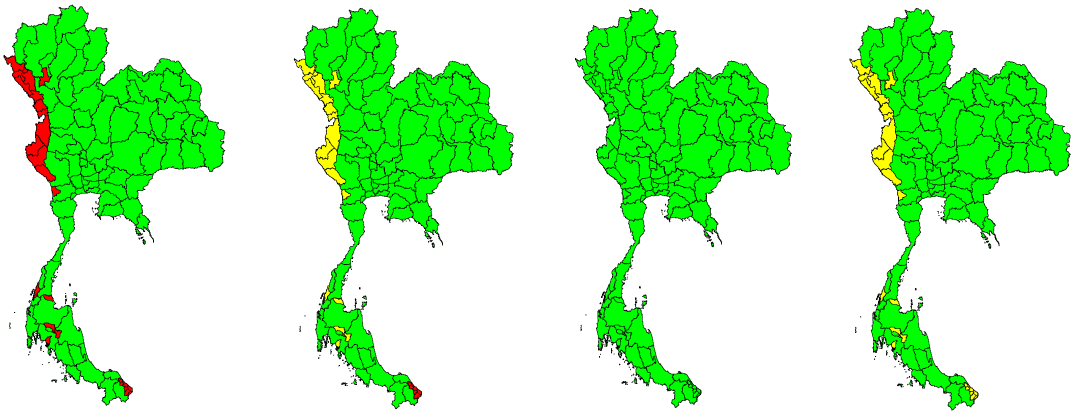
3) โรคเท้าช้าง

โรคเท้าช้างเกิดจากพยาธิตัวกลมขนาดเล็ก เรียกว่าพยาธิฟิลาเรีย นำโดยยุง เชื้อฟิลาเรียโรคเท้าช้างที่พบบ่อยในประเทศไทย 2 ชนิดคือ Wuchereria bancrofti พบมากที่ชายแดนติดกับประเทศเมียนมาร์ และชนิด Brugia malayi มักพบในภาคใต้ตามแถบชายฝั่งทะเลตะวันออก ยุงนำโรคได้แก่ยุงลายเสือ (Mansonia) และยุงรำญ (Culex) เชื้อพยาธิจากยุงเข้าสู่ร่างกายโดยยุงกัดแล้วเข้าไปเจริญเติบโตเป็นตัวแก่อยู่ในระบบน้ำเหลือง ทำให้อุดตัน มีน้ำเหลืองคั่งในอวัยวะ เช่น ขา แขน และอวัยวะเพศ ทั้งชายและหญิง

สถานการณ์โรค[28]

ในปัจจุบันโรคเท้าช้างลดลงมาก พื้นที่ที่มีโรคเหลืออยู่เฉพาะในบางจังหวัดบริเวณชายแดนไทย-เมียนมาร์ และบางจังหวัดในภาคใต้ (ดูภาพที่ 13.3)

ภาพที่ 13.3 พื้นที่การแพร่โรคเท้าช้าง ปี พ.ศ. 2545 – 2560



พ.ศ. 2545 พ.ศ. 2549 พ.ศ. 2555 พ.ศ. 2560

พื้นทีแพร่โรคเท้าช้าง

พื้นทีแพร่โรคเท้าช้างหลังหยุดการจ่ายยากลุ่ม

พื้นทีไม่แพร่โรคเท้าช้าง

ที่มา: สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค

ยุทธศาสตร์การควบคุมและกำจัดโรคเท้าช้าง

ประกอบด้วยมาตรการสำคัญ ได้แก่

1. การตรวจค้นหาผู้ป่วยและจ่ายยาฆ่าพยาธิ เพื่อรักษาโรคเท้าช้าง

2. การป้องกันยุงกัด โดยใช้ยาทากันยุง และนอนในมุ้ง

3. การเฝ้าระวังโรค โดยการตรวจเลือดหาการติดเชื้อพยาธิโรคเท้าช้างในคน และในยุง

4. การบำบัดรักษา แก้ไขความพิการ ผู้ป่วยที่มีอวัยวะบวมโต

การดำเนินงานที่สำคัญ[30]

ในปัจจุบัน การควบคุมโรคเท้าช้างเข้าสู่ระยะเฝ้าระวังหลังหยุดการจ่ายยา ซึ่งเป็นมาตรการหลักของการกำจัดโรค ที่ประเทศไทยได้ดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545

ในปีงบประมาณ 2560 กรมควบคุมโรคได้ประเมินภาวะการแพร่โรค โดยตรวจหาการติดเชื้อพยาธิโรคเท้าช้างในเด็กช่วงอายุ 6-7 ปี ในพื้นที่แพร่โรค 357 กลุ่มบ้านใน 11จังหวัด ได้แก่ แม่ฮ่องสอน เชียงใหม่ ลำพูน ตาก ราชบุรี กาญจนบุรี ระนอง สุราษฎร์ธานี นครศรีธรรมราช กระบี่ และนราธิวาส ปรากฏว่าพบโรคเท้าช้างเพียงบางพื้นที่ในจังหวัดนราธิวาส แต่มีจำนวนผู้ป่วยที่ไม่เกินเกณฑ์การกำจัดโรค ประเทศไทยจึงได้รับการประกาศจากองค์การอนามัยโลก ว่าสามารถกำจัดโรคเท้าช้างได้แล้วเมื่อกันยายน 2560[31]

ผู้ป่วยโรคเท้าช้างที่มีความพิการขาโต พบว่ามีเหลืออยู่ 111 รายในพื้นที่ 6 จังหวัด ได้แก่ ชุมพร สุราษฎร์ธานี นครศรีธรรมราช พัทลุง ปัตตานี และนราธิวาส ได้รับการบำบัดรักษาเพื่อลดภาวะแทรกซ้อน และมีการอบรมฟื้นฟูแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบในระดับเขต จังหวัด อำเภอ และรพ.สต. เพื่อเพิ่มคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย และสอนให้ผู้ป่วยและญาติดูแลตนเองได้

มีการจ่ายยาฆ่าเชื้อพยาธิโรคเท้าช้าง ในแรงงานชาวเมียนมาร์ทุกคนที่ผ่านกระบวนการคัดกรอง ตรวจสุขภาพแรงงานต่างด้าว

มีการเฝ้าระวังโรค โดยตรวจหาการติดเชื้อพยาธิโรคเท้าช้างในคน และในยุง ในพื้นที่ที่มีแรงงานชาวเมียนมาร์อาศัยอยู่เป็นจำนวนมาก ผลปรากฏว่า พบการติดเชื้อโรคเท้าช้างในชาวเมียนมาร์ร้อยละ 0.87 ในปีพ.ศ. 2559 และร้อยละ 0.19 ในปีพ.ศ. 2560 ไม่พบการติดเชื้อในคนไทยซึ่งอาศัยในพื้นที่เดียวกัน และไม่พบพยาธิโรคเท้าช้างในยุงในพื้นที่เหล่านั้น

4) โรคพิษสุนัขบ้า

โรคพิษสุนัขบ้า เกิดจากเชื้อไวรัส ที่มีอยู่ในสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม โดยเฉพาะสัตว์เลี้ยง เช่น สุนัข แมว และสัตว์ป่า เช่น ค้างคาว ลิง เป็นต้น คนติดเชื้อโดยถูกสัตว์กัดข่วน หรือเลียผิวหนังที่มีบาดแผล ผู้ป่วยโรคพิษสุนัขบ้าเสียชีวิตทุกราย

สถานการณ์โรค[28]

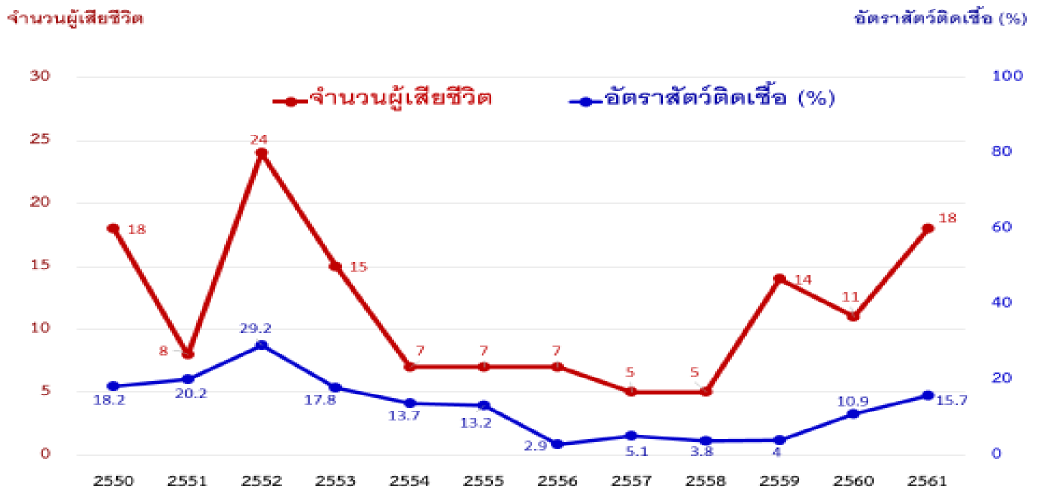
ในปี พ.ศ. 2523 มีรายงานจำนวนผู้เสียชีวิตโรคพิษสุนัขสูงสุด 370 ราย หลังจากนั้น จำนวนผู้เสียชีวิตลดลงต่อเนื่อง เหลือ 5 ราย ในปี 2558 แต่ในช่วงปี พ.ศ. 2559-2561 มีจำนวนผู้เสียชีวิตกลับเพิ่มขึ้น เป็น 14, 11 และ 18 ตามลำดับ (ภาพที่ 13.4) ผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่ติดเชื้อจากสุนัข ผู้เสียชีวิตมีอยู่ต่ำสุด 2 ปี และสูงสุด 61 ปี ประมาณการว่าในแต่ละปี มีผู้ถูกสัตว์กัดและไปรับการฉีดวัคซีนประมาณ 500,000 คน แต่ได้รับวัคซีนไม่ครบชุดประมาณร้อยละ 10

จากการสอบสวนโรคพบว่า ผู้เสียชีวิตร้อยละ 91 ไม่ได้รับการฉีดวัคซีนหลังถูกสัตว์กัด การสำรวจความรู้ประชาชนในปี 2561 พบว่า ประชาชนร้อยละ 60 คิดว่าโรคพิษสุนัขบ้ารักษาหายได้และประชาชนเพียง 1 ใน 3 ที่รู้วิธีปฏิบัติที่ถูกต้องเมื่อถูกสัตว์กัด

ด้านสถานการณ์โรคในสัตว์ ในปี พ.ศ. 2560 พบการเกิดโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ใน 42 จังหวัด จังหวัดที่พบมากสุด 10 อันดับ ได้แก่ ร้อยเอ็ด สงขลา ชลบุรี บุรีรัมย์ กรุงเทพมหานคร อุบลราชธานี ยโสธร ศรีสะเกษ ฉะเชิงเทรา และมุกดาหาร (ดูภาพที่ 13.5) สัตว์ที่ติดเชื้อเป็นสุนัขหรือแมวที่มีเจ้าของร้อยละ 49.02 ไม่มีเจ้าของร้อยละ 37.42

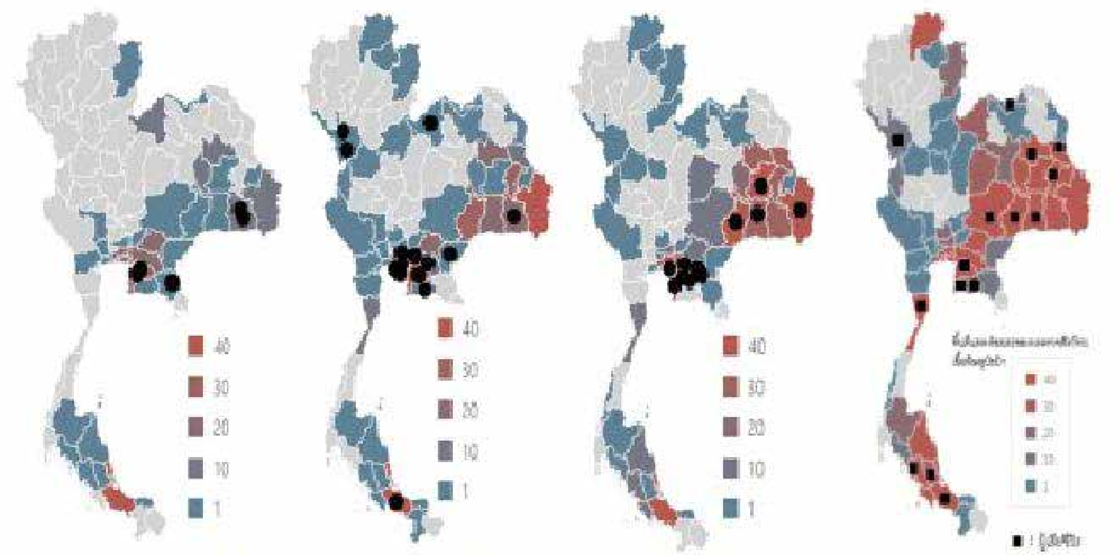
การตรวจหัวสัตว์พบอัตราสูงขึ้น เป็นร้อยละ 10.9 ในปี พ.ศ. 2560 ร้อยละ 15.7 ในปี พ.ศ. 2561 ซึ่งเป็นแนวโน้มสอดคล้องกับจำนวนผู้เสียชีวิตที่เพิ่มขึ้นในช่วงเวลาเดียวกัน (ดูภาพที่ 13.4)

ภาพที่ 13.4 จำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า เปรียบเทียบกับอัตราตรวจพบการติดเชื้อโรคพิษสุนัขบ้าในหัวสัตว์ที่ส่งตรวจ (ร้อยละ) พ.ศ. 2550–2561



ที่มา: กรมปศุสัตว์ และกรมควบคุมโรค

ภาพที่ 13.5 การกระจายของโรคพิษสุนัขบ้าในคนและสัตว์ พ.ศ. 2558–2561



พ.ศ. 2558 พ.ศ. 2559 พ.ศ. 2560 พ.ศ. 2561

หมายเหตุ: พื้นที่ระบายสี คือ จังหวัดที่พบโรคในสัตว์ จุดสีดำ คือ ผู้เสียชีวิต
ที่มา: กรมปศุสัตว์ และกรมควบคุมโรค

ยุทธศาสตร์การควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า

การควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าต้องดำเนินการทั้งในคนและสัตว์ ด้วยความร่วมมือของทุกภาคส่วน และชุมชน

การควบคุมโรคในคนประกอบด้วยมาตรการสำคัญ ได้แก่

- การให้ความรู้และคำแนะนำแก่ประชาชน เพื่อการป้องกันโรค
- การดูแลหลังสัมผัสโรค (ถูกสัตว์กัด หรือข่วน) โดยการดูแลทำความสะอาดแผล และให้วัคซีนโรคพิษสุนัขบ้า (และอิมมูโนโกลบุลิน) ตามข้อกำหนด
- ส่วนการควบคุมโรคในสัตว์ประกอบมาตรการสำคัญ ได้แก่
- การให้วัคซีนแก่สัตว์เลี้ยง เช่น สุนัขและแมว
- การควบคุมประชากรสุนัข เช่น การทำหมัน
- การเฝ้าระวังโรคในสัตว์ โดยติดตามการตรวจการติดเชื้อในสัตว์
- การให้ความรู้และคำแนะนำประชาชน เพื่อการป้องกันโรคในสัตว์เลี้ยง

แผนงานการควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในทศวรรษที่ผ่านมา ใช้ยุทธศาสตร์หลักคือการสร้างพื้นที่ปลอดโรค โดยดำเนินมาตรการป้องกันควบคุมโรคในคนร่วมกับการป้องกันควบคุมโรคในสัตว์ในพื้นที่เป้าหมาย และค่อยๆขยายพื้นที่เป้าหมายการปลอดโรค ให้ครอบคลุมทั่วประเทศ

นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 การแพร่เชื้อโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้ามากขึ้น ศาสตราจารย์ ดร.สมเด็จพระเจ้าลูกเธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี ทรงมีพระประสงค์ที่จะให้เร่งรัดกำจัดโรคพิษสุนัขบ้าหมดไปจากประเทศไทย และเพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายร่วมระหว่างประเทศ โดยการสนับสนุนขององค์การอนามัยโลก (WHO) และองค์การควบคุมโรคระบาดสัตว์ระหว่างประเทศไทย (OIE) ที่จะกำจัดโรคพิษสุนัขบ้าทั่วโลก (Rabies elimination) ภายในปี ค.ศ. 2020 (พ.ศ. 2563) รัฐบาลจึงสนับสนุนโครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้าตาม

พระปณิธานศาสตราจารย์ ดร.สมเด็จพระเจ้าฟ้าลูกเธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณ์วลัยลักษณ์อัครราชกุมารี ให้ดำเนินการร่วมและเสริมกับแผนงานควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในคนและในสัตว์ที่ดำเนินการต่อเนื่องมา

โครงการตามพระปณิธานฯ[32] นี้ประกอบด้วยยุทธศาสตร์ (1) การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ (2) การจัดการระบบศูนย์พักพิงสัตว์ (3) การเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมและดูแลรักษาโรคพิษสุนัขบ้าในคน (4) การขับเคลื่อนการดำเนินงานโรคพิษสุนัขบ้าในท้องถิ่น (5) การประชาสัมพันธ์ (6) การบูรณาการและการบริหารจัดการข้อมูลโรคพิษสุนัขบ้า (7) การติดตามและประเมินผล และ (8) การพัฒนานวัตกรรมและถ่ายทอดเทคโนโลยี

การดำเนินงานที่สำคัญ[33]

ในช่วงปี 2559-2560 กระทรวงสาธารณสุข บูรณาการโครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้าตามพระปณิธานฯ เข้ากับแผนงานควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า โดยเฉพาะการดำเนินยุทธศาสตร์ที่ 3 คือ การเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุม โรคพิษสุนัขบ้าในคน โดยเน้นมาตรการเชิงรุก มีกลยุทธสำคัญ ดังนี้

- การป้องกันโรค (Prevention) ให้จัดทำแผนการควบคุมโรคให้ชัดเจน โดยเฉพาะในอำเภอเสี่ยง ให้ครอบคลุมมาตรการสำคัญ ได้แก่ระบบการเฝ้าระวังโรค การประสานงานกับฝ่ายปศุสัตว์ การจัดหาเวชภัณฑ์และวัสดุให้พร้อม โดยเฉพาะวัคซีนและอิมมูโนโกลบุลิน การฝึกอบรมพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้และตื่นตัว เป็นต้น
- การตรวจจับค้นหาความผิดปกติ (Detection) ดูแลการเฝ้าระวังโรคในคน (การวินิฉัยและรายงานผู้ป่วย) ประสานงานกับฝ่ายปศุสัตว์ซึ่งเฝ้าระวังโรคในสัตว์ (ติดตามตรวจหัวสัตว์หาการติดเชื้อ) ตรวจสอบและแลกเปลี่ยน รายงานการเฝ้าระวังโรค ระหว่างฝ่ายสาธารณสุขและฝ่ายปศุสัตว์อย่างสม่ำเสมอ และพัฒนาระบบข้อมูลโดยเทคโนโลยีสารสนเทศให้สะดวก รวดเร็ว
- การตอบโต้ภาวะฉุกเฉินอย่างรวดเร็ว (Response) เมื่อพบผู้ป่วย หรือพบการติดเชื้อในสัตว์ (ตรวจหัวสัตว์พบการติดเชื้อ) ให้เร่งสอบสวนโรค ค้นหาผู้สัมผัสโรค ติดตามให้ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง โดยเฉพาะให้ได้รับวัคซีนและอิมมูโนโกลบุลินโดยเร็ว และให้จัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operation Center) ระดับจังหวัดและอำเภอ ขึ้นประสานสั่งการการควบคุมโรคทั้งในคนและในสัตว์ ให้มีประสิทธิภาพและรวดเร็ว

นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุข สนับสนุนการดำเนินงานในเชิงระบบ โดย

- จัดการประชุมสั่งการผ่านระบบ Video conference ระหว่างส่วนกลางกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด เป็นระยะ
- เสนอของบกลางรัฐบาล เพื่อจัดซื้อจัดหาวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าเพิ่มเติมและบริหารจัดการวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าสำหรับประชาชนให้กระจายทั่วถึงเพียงพอในทุกพื้นที่
- ทบทวน จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติโรคพิษสุนัขบ้า (CPG) ให้ทันสมัย และจัดการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ สาธารณสุข เสริมแก่เขตบริการสาธารณสุขทั่วประเทศ
- จัดการสื่อสาร เผยแพร่ความรู้และคำแนะนำส่งเสริมการป้องกันควบคุมโรคผ่านสื่อสารมวลชนในภาพรวม

5) กลุ่มโรคอุจจาระร่วง

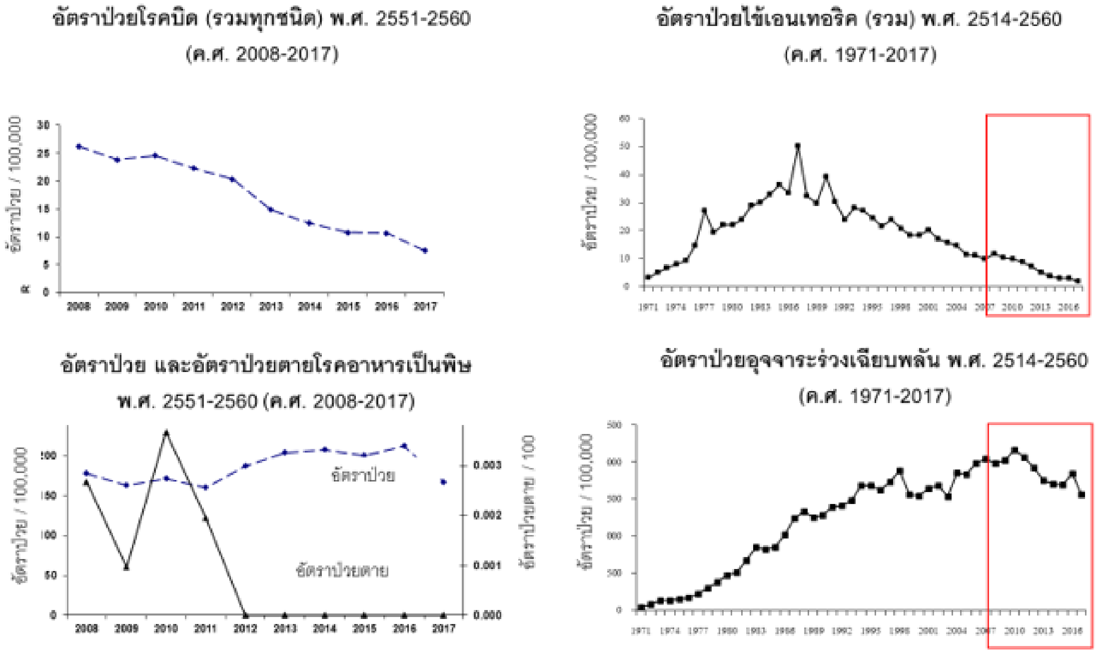
กลุ่มโรคอุจจาระร่วง เกิดจากการติดเชื้อทางเดินอาหารจากเชื้อชนิดต่างๆ รวมทั้งการได้รับสารพิษในอาหารและน้ำ ทำให้มีอาการอุจจาระร่วงที่มีความรุนแรงมากหรือน้อย แตกต่างกัน กลุ่มโรคอุจจาระร่วงในระบบการเฝ้าระวังโรคปัจจุบัน ครอบคลุมโรคสำคัญบางโรค ได้แก่ โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน โรคอาหารเป็นพิษ โรคบิด (จากเชื้ออะมีบาและจากเชื้อชิเกลล่ารวมกัน) และอหิวาตกโรค

สถานการณ์โรค[28]

ในภาพรวม โรคในกลุ่มโรคอุจจาระร่วงมีแนวโน้มลดลงทั้งหมดอย่างต่อเนื่องมาโดยตลอด เป็นผลจากการปรับปรุงสภาพความเป็นอยู่และสุขาภิบาลน้ำและอาหารโดยทั่วไป โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันและโรคอาหารเป็นพิษมีรายงานจำนวนผู้ป่วยมากกว่าอุจจาระร่วงจากสาเหตุอื่น ส่วนอหิวาตกโรคในระยะหลังพบน้อยมาก และจำนวนผู้เสียชีวิตจากกลุ่มโรคนี้ ก็เหลือน้อยมาก เป็นผลจากการบำบัดรักษาที่ดีขึ้น ทั้งในสถานพยาบาล และในการดูแลรักษาตนเองของประชาชน โดยเฉพาะการรักษาเบื้องต้นด้วยสารละลายน้ำตาลเกลือแร่

ในปี พ.ศ. 2560 มีรายงานผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (จากเชื้อหลากหลายชนิด) จำนวน 1,038,349 ราย เสียชีวิต 2 ราย โรคอาหารเป็นพิษ (จากพิษของเชื้อโรค และสารเคมี) จำนวน 110,396 ราย เสียชีวิต 3 ราย โรคอาหารเป็นพิษจากเห็ดจำนวน 1,248 ราย เสียชีวิต 8 ราย โรคบิดจำนวน 4,973 ราย ไม่มีผู้เสียชีวิต ไข้เอนเทอริคจำนวน 1,347 ราย ไม่มีผู้เสียชีวิตและอหิวาตกโรคจำนวน 8 ราย ไม่มีผู้เสียชีวิต ดูแนวโน้มสถานการณ์ของโรคที่แสดงโดยจำนวนผู้ป่วย ในภาพที่ 13.6 จำนวนผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันและโรคอาหารเป็นพิษในรายงานการเฝ้าระวังโรค อาจมีการเหลื่อมกัน เนื่องจากข้อจำกัดในการวินิจฉัยโรคในสถานพยาบาล กลุ่มโรคอุจจาระร่วงเกิดในคนทุกกลุ่มอายุ แต่ผู้ป่วยมีมากในเด็กเล็กและผู้สูงอายุ

ภาพที่ 13.6 แนวโน้มอัตราป่วย ของโรคบิดและโรคอาหารเป็นพิษ ช่วงปี พ.ศ. 2551-2560 และของไข้เอนเทอริคกับโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ช่วงปี พ.ศ. 2514-2560



ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

ยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคอุจจาระร่วง

ยุทธศาสตร์หลักในการป้องกันและควบคุมโรค ในกลุ่มโรคอุจจาระร่วง ได้แก่

• การสร้างความปลอดภัยของอาหาร (Food safety) และน้ำบริโภค (Safe water supply)

• การปรับปรุงสุขาภิบาลการกำจัดของเสียและสิ่งปฏิกูล

• การสร้างเสริมพฤติกรรมอนามัย ในด้านการรับประทานอาหาร และการถ่ายอุจจาระ

• การเฝ้าระวังโรคและสอบสวนควบคุมโรค เมื่อเกิดการระบาด

• การบำบัดรักษาผู้ป่วย เพื่อป้องกันความรุนแรงและการเสียชีวิต และเพื่อกำจัดแหล่งโรค

การดำเนินงานที่สำคัญ

ในปัจจุบัน การจัดการด้านความปลอดภัยของอาหาร น้ำ และการสุขาภิบาล ได้รับการบูรณาการเข้าในระบบก่อสร้างการสาธารณูปโภคและการปกครองท้องถิ่นตามปกติ ทั้งในเขตเมืองและในชนบทและประชาชนโดยทั่วไปสามารถดูแล ปรับปรุงการกินอยู่ด้วยมาตรฐานที่ดีขึ้น ทำให้สภาพปัญหาและปัจจัยเกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงลดลงอย่างต่อเนื่อง

การจัดการด้านความปลอดภัยของอาหาร มีกลไกที่เกี่ยวข้องหลายระดับ ในระดับชาติมี คณะกรรมการอาหารแห่งชาติ กำกับการดำเนินงานตามกรอบยุทธศาสตร์การจัดการด้านอาหารของประเทศ ซึ่งมีสาระสำคัญครอบคลุมด้านความปลอดภัยของอาหารด้วย

ในแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข 20 ปี (พ.ศ. 2560-2579) มีโครงการส่งเสริมและพัฒนาความปลอดภัยด้านอาหาร[34] และโครงการบริหารจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม ในระยะที่ผ่านมาการดำเนินงานด้านความปลอดภัยของอาหารในทุกจังหวัดภายใต้โครงการย่อยต่างๆ เช่น โครงการอาหารสะอาด รสชาติอร่อย (Clean food, good taste) โครงการร้านอาหารไทยปลอดภัยสุขภาพดี เป็นต้น โดยการส่งเสริมและกำกับของกรมอนามัย

กรมควบคุมโรคเร่งรัดการเฝ้าระวังโรค การสอบสวนและการควบคุมโรคอย่างรวดเร็ว โดยทีม เฝ้าระวังและควบคุมโรค (SRRT) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สำหรับโรคอาหารเป็นพิษ เน้นสร้างความปลอดภัยของอาหารในนักเรียน

6) โรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน

โรคที่จัดเข้าในกลุ่มของโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน (vaccine preventable diseases) อาจเพิ่มจำนวนขึ้นตามการพัฒนาวัคซีน ในปัจจุบันแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข ได้นำวัคซีนมาให้บริการแก่ประชาชนจำนวน 12 ชนิด เพื่อป้องกันโรคจำนวน 12 โรค แก่กลุ่มเป้าหมายต่างๆ (ดูตารางที่ C) ในที่นี้จะกล่าวถึงเฉพาะโรคที่ป้องกันด้วยวัคซีน ในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

สถานการณ์โรค[28]

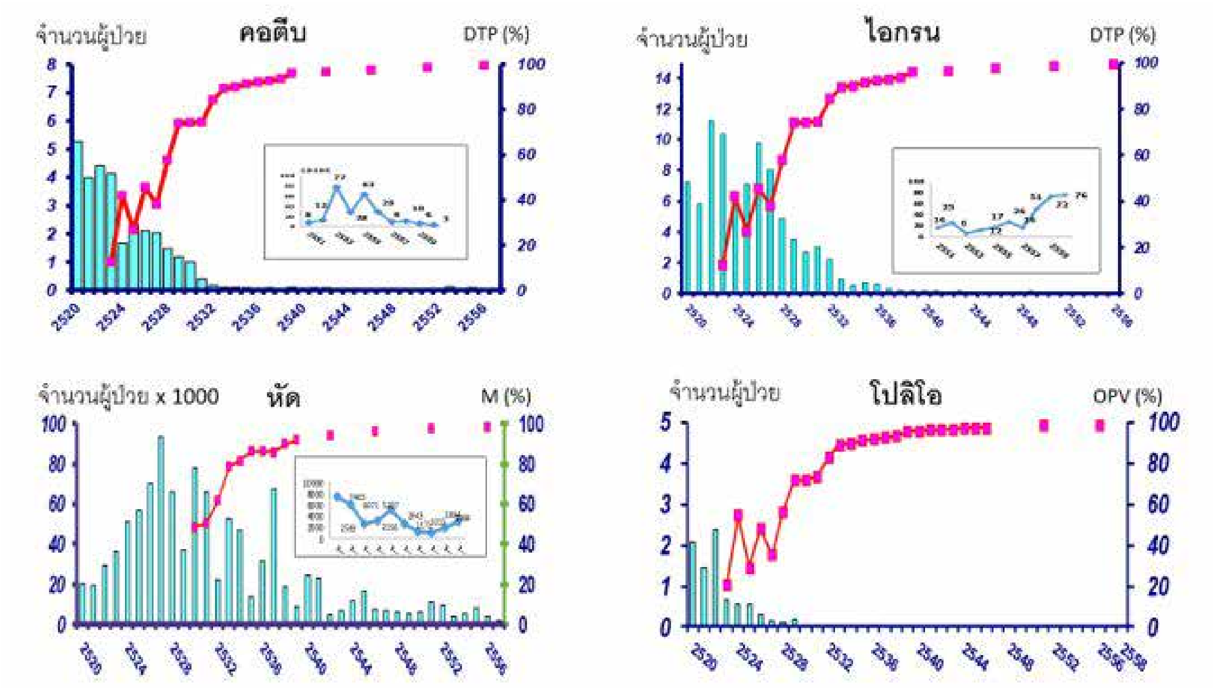
การให้วัคซีนในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในระยะที่ผ่านมา โดยหน่วยบริการสาธารณสุขทั่วประเทศได้ความครอบคลุมสูง ทำให้ป้องกันการแพร่โรคได้ดี อุบัติการณ์ของโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนทุกโรคลดลงอย่างรวดเร็ว (ดูภาพที่ 13.7) จำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจากโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน ที่สำคัญ ในปี พ.ศ. 2559 และ 2560 แสดงไว้ในตารางที่ 13.1

อย่างไรก็ตาม ในช่วงปีหลังๆ โรคคอตีบและโรคหัดกลับมาระบาดในหลายพื้นที่ ทำให้จำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ดังที่แสดงในกราฟและตาราง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โรคหัดเกิดระบาดในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ในช่วงปี 2559-2560 ซึ่งเป็นผลจากการให้วัคซีนในพื้นที่ดังกล่าวในระยะหลายปีก่อน ได้ความครอบคลุมต่ำอย่างต่อเนื่อง ให้ภูมิคุ้มกันโรคของเด็กในพื้นที่ดังกล่าวมีระดับต่ำกว่าที่จะป้องกันการระบาดได้

ยุทธศาสตร์การดำเนินงานควบคุมโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน

วัคซีนอาจนำมาใช้เป็นเครื่องมือป้องกัน ควบคุมจนถึงการกำจัดและกวาดล้างโรค ขึ้นอยู่กับธรรมชาติของโรค และคุณลักษณะของวัคซีน ยุทธศาสตร์สำคัญที่

ภาพที่ 13.7 แนวโน้มของจำนวนผู้ป่วยโรคคอตีบ ไอกรน หัด และโปลิโอ เปรียบเทียบกับอัตราความครอบคลุมของวัคซีนสำหรับโรคนั้นๆ ช่วงเวลาเดียวกัน พ.ศ. 2520-2560



หมายเหตุ: รูปกราฟในกรอบเล็ก ขยายแสดงจำนวนผู้ป่วยในช่วงปี พ.ศ. 2551-2560

ที่มา: สำนักระบาดวิทยา และกองวัคซีน กรมควบคุมโรค

ตารางที่ 13.1 ผู้ป่วยและผู้เสียชีวิต จากโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนที่สำคัญ พ.ศ. 2559-2560

โรค	พ.ศ. 2559		พ.ศ. 2560	
	ป่วย	เสียชีวิต	ป่วย	เสียชีวิต
ตับอักเสบบี	6,625	0	7,439	1
หัด	1,887	0	3,237	2
คางทูม	2,623	0	2,343	0
หัดเยอรมัน	168	0	258	0
ไอกรน	74	0	77	2
บาดทะยัด	61	2	71	5
ไข้สมองอักเสบเจอี	14	0	14	1
คอตีบ	11	5	4	1
บาดทะยักในเด็กแรกเกิด	0	0	0	0
โปลิโอ	0	0	0	0

ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

ใช้ในการดำเนินงานควบคุมโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนในปัจจุบัน ได้แก่

• การขยายและคงระดับความครอบคลุมของวัคซีนพื้นฐาน

• การเพิ่มวัคซีนใหม่ ในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค เพื่อเพิ่มการควบคุมโรค

• การกำจัด (โรคหัด บาดทะยักในเด็กแรกเกิด) และกวาดล้างโรค (โปลิโอ)

• การเฝ้าระวังโรค รวมถึงการเฝ้าระวังรูปแบบพิเศษ เช่น การเฝ้าระวังความผิดปกติหลังได้รับวัคซีน (Adverse effects following immunization: AEFI) และการเฝ้าระวังอาการอัมพาตกล้ามเนื้ออ่อนปวกเปียกเฉียบพลัน (Acute flaccid paralysis : AFP)

การดำเนินงานที่สำคัญ

ภารกิจพื้นฐาน คือ การการขยายและคงระดับความครอบคลุมของวัคซีนพื้นฐานที่ให้บริการแก่ประชาชนในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคตามกำหนด (ดูตารางที่ 13.2) ในปัจจุบันความครอบคลุมโดยเฉลี่ยของวัคซีนพื้นฐานทุกชนิด มีอัตราสูงกว่า 90%[35] แต่ในประชากรบางกลุ่มและบางพื้นที่ อัตราความครอบคลุมยังต่ำกว่าเกณฑ์ เช่น กลุ่มประชาชนที่ย้ายถิ่น ประชากรในพื้นที่ห่างไกล และพื้นที่ชายแดน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง หลายพื้นที่ในจังหวัดชายแดนภาคใต้ เช่น ยะลา นราธิวาส ปัตตานี จึงมีการระบาดของโรคคอตีบ และโรคหัด ในหลายพื้นที่ดังกล่าว[36] ซึ่งต้องเข้าทำการควบคุมการระบาดให้สงบในที่สุด

ในช่วงปี 2559-2560 มีการดำเนินโครงการนำร่องนำวัคซีนใหม่มาใช้ในบางจังหวัด ได้แก่ วัคซีนโรต้าไวรัส และวัคซีนเอชพีวี เพื่อเตรียมการนำวัคซีนดังกล่าวมาให้บริการในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคทั้งประเทศในระยะต่อไป

การกำจัดโรคบาดทะยักในเด็กแรกเกิด โดยการให้วัคซีน dT ในหญิงมีครรภ์ ดำเนินงานได้ตามเป้าหมาย ได้ความครอบคลุมของวัคซีนสูงกว่า 90% และมีรายงานผู้ป่วยเพียง 1 ราย ในปี พ.ศ. 2559 และไม่พบผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2560

การกำจัดโรคหัด ตามพันธสัญญานานาชาติอยู่ในระหว่างดำเนินการทั่วประเทศ มีเป้าหมายกำจัดโรคหัดภายในปี พ.ศ. 2563 โดยมาตรการสร้างความครอบคลุมของวัคซีนหัดในระดับสูงทั่วประเทศ เร่งรัดการเฝ้าระวังโรคและสอบสวนผู้ป่วยไข้ออกผื่น ให้วัคซีนเสริมในกลุ่มเสี่ยง และให้วัคซีนควบคุมการระบาด

การกวาดล้างโปลิโอในประเทศไทย ประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย พบผู้ป่วยรายสุดท้ายในปี พ.ศ. 2540 ที่จังหวัดเลย องค์การอนามัยโลกได้ประกาศว่าภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ปลอดจากโปลิโอ ในปี พ.ศ. 2557[37]

ตารางที่ 13.2 กำหนดการให้วัคซีนในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค พ.ศ. 2560[38]

อายุ	Vaccine วัคซีนที่ให้
แรกเกิด	วัคซีนวัณโรค (BCG)
	วัคซีนไวรัสตับอักเสบบี (HB) ครั้งที่ 1
1 เดือน	วัคซีน HB ครั้งที่ 2 (เฉพาะทารกที่มารดาเป็นพาหะ)
2 เดือน	วัคซีนรวมคอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรน-ไวรัสตับอักเสบบี (DTP-HB) ครั้งที่ 1
	วัคซีนโปลิโอชนิดรับประทาน (OPV) ครั้งที่ 1
4 เดือน	วัคซีนรวม DTP-HB ครั้งที่ 2
	วัคซีน OPV ครั้งที่ 2
	วัคซีนโปลิโอชนิดฉีด (IPV) ครั้งที่ 1

ตารางที่ 13.2 กำหนดการให้วัคซีนในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค พ.ศ. 2560 (ต่อ)

อายุ	Vaccine วัคซีนที่ให้
6 เดือน	วัคซีนรวม DTP-HB ครั้งที่ 3
	วัคซีน OPV ครั้งที่ 3
9 เดือน	วัคซีนรวมหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน (MMR) ครั้งที่ 1
1 ปี	วัคซีนไข้สมองอักเสบเจอี (LAJE) ครั้งที่ 1
1 ปี 6 เดือน	วัคซีนรวมคอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรน (DTP) ครั้งที่ 4
	วัคซีน OPV ครั้งที่ 4
2 ปี 6 เดือน	วัคซีนไข้สมองอักเสบเจอี (LAJE)ครั้งที่ 2
	วัคซีน MMR ครั้งที่ 2
4 ปี	วัคซีน DTP นับเป็นครั้งที่ 5
	วัคซีน OPV ครั้งที่ 5
นักเรียนหญิง ป.	วัคซีนเอชพีวี (ป้องกันมะเร็งปากมดลูก)
หญิงมีครรภ์	วัคซีนรวมคอตีบ-บาดทะยัก (dT)
กลุ่มเสี่ยงเฉพาะ	วัคซีนไข้หวัดใหญ่

หมายเหตุ: กำหนดการให้วัคซีนในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค หลังจากปี พ.ศ. 2560 มีการเปลี่ยนแปลง เช่น ใช้วัคซีนรวม DTP-HB-Hib แทนวัคซีน DTP-HB ในปี พ.ศ. 2562

7) โรคเอดส์

โรคเอดส์ (AIDS) เกิดจากการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี (HIV) โรคนี้เคยเป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ พบผู้ป่วยเอดส์รายแรกในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2527 หลังจากนั้นมีการติดต่อและแพร่กระจายสู่ประชาชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น ผู้ให้และใช้บริการทางเพศ ชายรักร่วมเพศ ผู้ใช้ยาเสพติดฉีดเข้าเส้น และเข้าสู่คนในครอบครัวและประชาชนทั่วไปอย่างกว้างขวาง กลายเป็นโรคประจำถิ่นในที่สุด

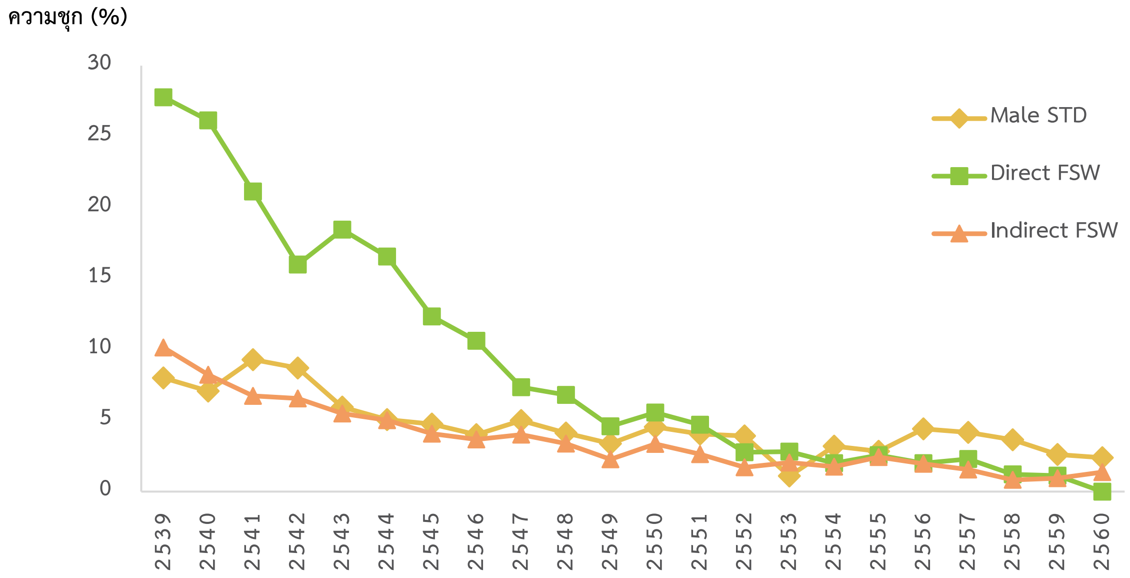
ความร่วมมือของทุกภาคส่วนและชุมชนอย่างกว้างขวางและจริงจัง ในประเทศไทยในช่วง 3 ทศวรรษที่ผ่านมา ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน บำบัดรักษา และสงเคราะห์ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ช่วยให้สถานการณ์การแพร่เชื้อ การติดเชื้อ การป่วย และผลกระทบทางสังคมลดลงอย่างต่อเนื่อง

สถานการณ์โรค[28]

การเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มเสี่ยงพบว่าความชุกของการติดเชื้อในกลุ่มเสี่ยงภายใต้การเฝ้าระวังทุกกลุ่มมีแนวโน้มลดลง ในปี พ.ศ. 2560 อัตราการติดเชื้อในพนักงานบริการเพศตรง (Direct sex workers) เป็น 0 ในกลุ่มพนักงานบริการเพศแฝง (Indirect sex workers) เหลือร้อยละ 1.35 และในกลุ่มชายที่มาตรวจกามโรค (Male STD) เหลือร้อยละ 2.37 (ภาพที่ 13.8)

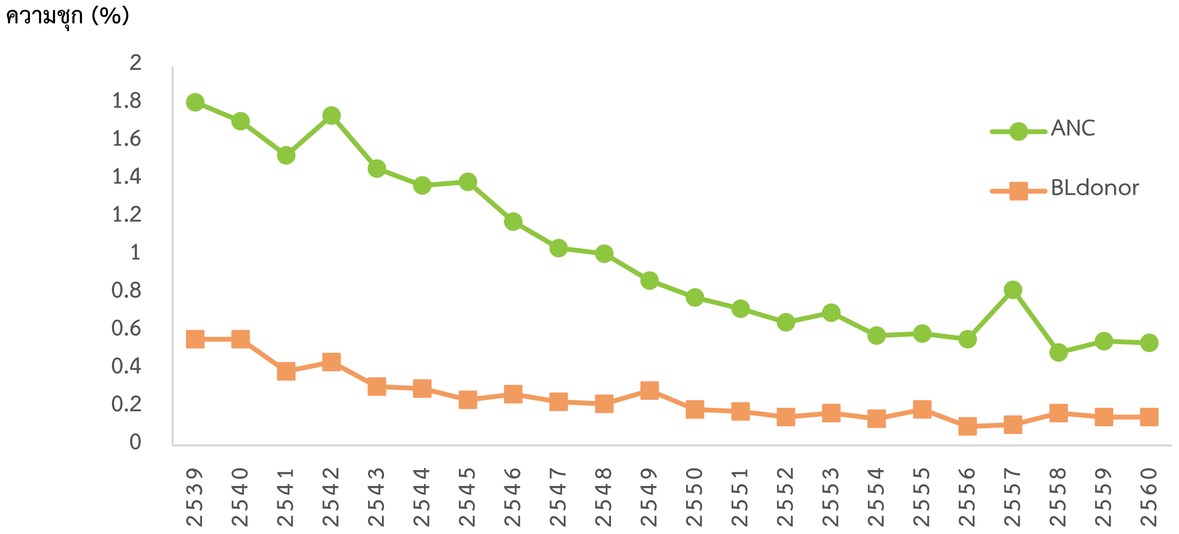
ความชุกของการติดเชื้อในประชาชนทั่วไป ซึ่งใช้หญิงที่มาฝากครรภ์และผู้บริจาคเลือดเป็นตัวแทนในการเฝ้าระวัง ก็มีแนวโน้มลดลง โดยในปี พ.ศ. 2560 อัตราการติดเชื้อในหญิงที่มาฝากครรภ์เหลือร้อยละ 0.54 และในกลุ่มผู้บริจาคโลหิตบริจาคเหลือร้อยละ 0.15% (ภาพที่ 13.9)

ภาพที่ 13.8 อัตราความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มพนักงานบริการเพศตรง (driect sex workers) พนักงานบริการเพศแฝง (indirect sex workers) และชายที่ไปตรวจกามโรค (Male STD) ช่วงปี พ.ศ. 2539-2560



ที่มา: สำนักระบาดวิทยา และสำนักโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค

ภาพที่ 13.9 อัตราความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงที่มาฝากครรภ์ (ANC) และผู้บริจาคเลือด (blood donors) ช่วงปี พ.ศ. 2539-2560

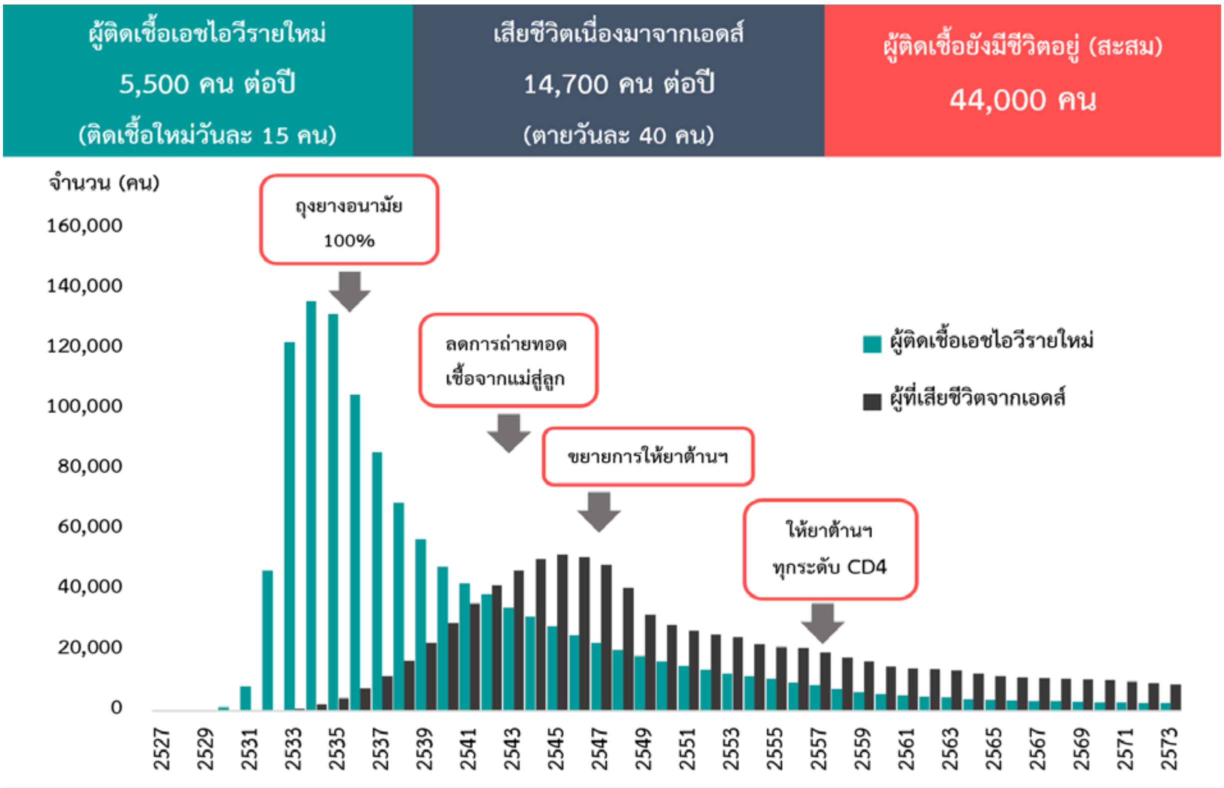


ที่มา: สำนักระบาดวิทยา และสำนักโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค

การคาดประมาณโดยใช้แบบจำลองทางคณิตศาสตร์ คาดว่า เมื่อถึงสิ้นปี พ.ศ. 2560 มีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีชีวิตอยู่ทั้งหมด 439,610 คน ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ 5,529 คน เฉลี่ยวันละ 15 คน และผู้เสียชีวิตจากเอดส์ 14,731 คน เฉลี่ยวันละ 40 คน (ภาพที่ 13.10)

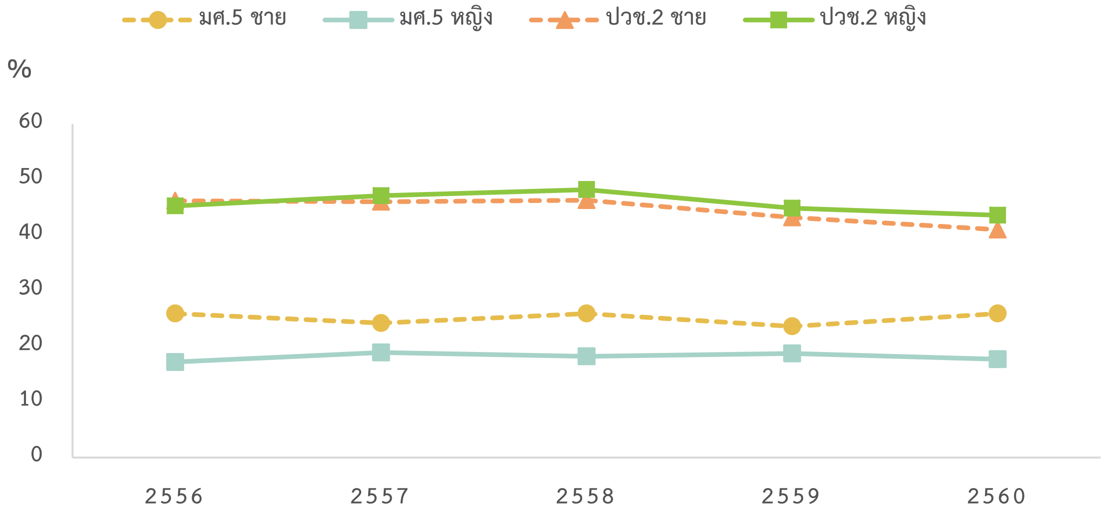
การเฝ้าระวังพฤติกรรมเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์[39] พบแนวโน้มค่อนข้างคงที่ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา โดยการสำรวจในกลุ่มนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 (มศ.5) และชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นปีที่ 2 (ปวช. 2) ใน 42 จังหวัด พบว่านักเรียนระดับชั้น มศ.5 เพศชายเคยมีเพศสัมพันธ์แล้วร้อยละ 25.90 อายุเฉลี่ยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก 15.20 ปี อัตราการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกร้อยละ 74.10 ส่วนนักเรียนหญิงเคยมีเพศสัมพันธ์แล้วร้อยละ 17.70 อายุเฉลี่ยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก 15.20 ปี อัตราการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกร้อยละ 76.90 สำหรับนักเรียนระดับชั้น ปวช. 2 อัตราการเคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว มีมากประมาณ 2 เท่าของนักเรียนชั้น มศ.5 ไม่แตกต่างระหว่างชายและหญิง ส่วนอัตราการใช้ถุงยางอนามัยไม่แตกต่างกับนักเรียนชั้นมศ.5 (ภาพที่ 13.11)

ภาพที่ 13.10 คาดประมาณ สถานการณ์เอชไอวี เอดส์ประเทศไทย ปี 2560 – 2561



ที่มา: Thailand Spectrum-AEM, Project on March, 2018

ภาพที่ 13.11 ผลสำรวจอัตราการเคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 และในนักศึกษาประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นปีที่ 2 เพศชายและหญิง ช่วงปี พ.ศ. 2556-2560 (ค.ศ. 2013-2017)



ที่มา: สำนักระบาดวิทยา และสำนักโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค

ยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์

ยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์มีวิวัฒนาการอย่างต่อเนื่อง ในระยะกว่า 3 ทศวรรษที่ผ่านมา ยุทธศาสตร์ล่าสุดคือ "ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560-2573"[40] ประกอบด้วย 3 เป้าหมายหลัก ได้แก่

1) ลดการติดเชื้อรายใหม่ให้เหลือ ปีละไม่เกิน 1,000 ราย

2) ลดการเสียชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวีเหลือ ปีละไม่เกิน 4,000 ราย

3) ลดการเลือกปฏิบัติอันเกี่ยวเนื่องจากเอชไอวี และเพศภาวะลง ร้อยละ 90

ซึ่งมุ่งจะให้บรรลุผลโดยการดำเนิน 6 ยุทธศาสตร์ดังนี้

1) มุ่งเน้นและเร่งรัดจัดชุดบริการที่มีประสิทธิผลสูงให้ครอบคลุมพื้นที่และประชากรที่อยู่ในภาวะเสี่ยงสูง

2) ยกระดับคุณภาพและบูรณาการงานป้องกันที่มีประสิทธิผลให้เข้มข้นและยั่งยืน

3) พัฒนาและเร่งรัดการรักษาดูแลและช่วยเหลือทางสังคมให้มีคุณภาพและยั่งยืน

4) ปรับภาพลักษณ์ ความเข้าใจ เสริมสร้างความเข้มแข็งระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน รวมทั้งกลไกการคุ้มครองสิทธิ

5) เพิ่มความร่วมรับผิดชอบ การลงทุนและประสิทธิภาพการจัดการในทุกภาคส่วนและทุกระดับ

6) ส่งเสริมและพัฒนาการเข้าถึงและการใช้ประโยชน์ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์และการวิจัยที่รอบด้านและมีประสิทธิภาพ

การดำเนินงานที่สำคัญ[41]

1. โครงการเข้าถึงบริการรักษา 90-90-90 เพื่อพัฒนาระบบบริการให้เป็นมิตร มีคุณภาพตามมาตรฐาน และครอบคลุมทั่วถึง การประเมินจากระบบข้อมูล NAP ในปี 2560 ได้ผลดังนี้

o ผู้ติดเชื้อได้รับการวินิจฉัยและรู้สถานะการติดเชื้อตนเอง ร้อยละ98.3 (สูงกว่าเป้าหมาย)

o ผู้ติดเชื้อที่รู้ว่าติดเชื้อแล้วได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ร้อยละ74.9 (ต่ำกว่าเป้าหมาย)

o ผู้ติดเชื้อที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านฯสามารถกดปริมาณไวรัสในกระแสเลือดได้ ร้อยละ 84.3 (ยังต่ำกว่าเป้าหมาย)

2. การให้ยาต้านไวรัสเพื่อการป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี pre-exposure prophylaxis: PrEP ได้รับการพิสูจน์ว่ามีประสิทธิผลในการป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยง และผู้ที่ไม่สามารถป้องกันด้วยถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ จึงนำใช้เสริมชุดบริการเริ่มใช้กับกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) ผู้หญิงข้ามเพศ (transgender women) คู่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีผลเลือดลบและไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ ชายหรือหญิงที่ทำงานบริการ ผู้ที่มีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา และผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด ในปี 2560 ที่ผ่านมา มีผู้รับยาแบบ PrEP อยู่ 1,865 คน ในปัจจุบันกรมควบคุมโรค โดยสำนักโรคเอดส์ร่วมกับภาคีเครือข่ายจะขยายบริการ ในอีก 25 จังหวัด

3. การลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติ เพื่อมุ่งสู่การยุติปัญหาเอดส์ กรมควบคุมโรค โดยสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้พัฒนาแผนงานการลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติเพื่อสนับสนุนเป้าหมายการยุติปัญหาเอดส์ร่วมกับหน่วยงานทั้งในประเทศและต่างประเทศ รวมทั้งภาคประชาสังคม เริ่มดำเนินการในสถานบริการสุขภาพในพื้นที่นำร่อง แผนงานนี้ประกอบด้วยหลักสูตรการอบรมแก่บุคลากร มีโรงพยาบาลที่เข้าร่วมแล้ว 50 แห่ง ในพื้นที่ 16 จังหวัด ประเทศไทยนับเป็นผู้บุกเบิกในภูมิภาคเอเชียในการพัฒนาแผนงานเพื่อส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและการเลือกปฏิบัติ ได้มีการนำเสนอแผนงานนี้ ในงานประชุมนานาชาติเรื่องโรคเอดส์ เมื่อวันที่ 23 กรกฎาคม 2561 ณ กรุงอัมสเตอร์ดัม ประเทศเนเธอร์แลนด์

8) วัณโรค[42]

วัณโรคยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทย องค์การอนามัยโลกจัดให้ประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศที่มีปัญหาวัณโรครุนแรงระดับโลก ทั้งวัณโรคทั่วไป วัณโรคและโรคเอดส์ วัณโรคดื้อยาหลายขนาน (Multi-Drug Resistant-TB : MDR-TB)

สถานการณ์

จากการคาดประมาณขององค์การอนามัยโลก ปี 2559 ประเทศไทยมีอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับมาเป็นซ้ำ 119,000 ราย ซึ่งในจำนวนดังกล่าวมีผู้ป่วยเสียชีวิต 12,000 ราย ผู้ป่วยวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี 10,000 ราย และผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา 4,700 ราย (ภาพที่ 13.12)

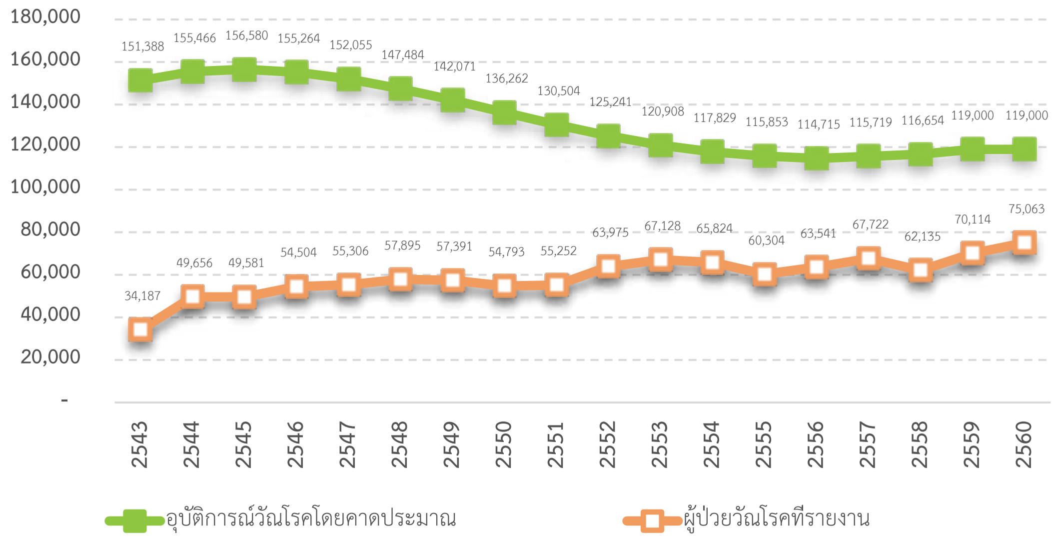
ผู้ติดเชื้อเอชวีเสี่ยงต่อการป่วยด้วยการติดเชื้อวัณโรคมากกว่าคนปกติ 20 – 37 เท่า และวัณโรคเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในปี 2559-2560 มีผู้ป่วยวัณโรคที่ตรวจพบการติดเชื้อเอชไอวี คิดเป็นร้อยละ 10 และร้อยละ 10.25

ในปี 2559 - 2560 มีการส่งตรวจตัวอย่างเสมหะจากผู้ป่วยที่วินิจฉัยว่ามีเชื้อดื้อยาจำนวน 10,253 และ 7,550 ราย พบ MDR-TB ร้อยละ 10.17 และ 10.46 ตามลำดับ และพบวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก (XDR-TB) ในสองปีรวมกัน 13 ราย

ผู้ต้องขังเรือนจำเป็นกลุ่มเสี่ยงวัณโรคที่สำคัญ โดยเฉลี่ยจะมีอุบัติการณ์ของโรคสูงกว่าประชากรทั่วไป 7-10 เท่า ในการคัดกรองผู้ต้องขังในเรือนจำและทัณฑสถาน ในปี พ.ศ. 2560 พบภาพรังสีทรวงอกผิดปกติเข้าได้กับวัณโรค ร้อยละ 6.18 และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรค ร้อยละ 1.40 โดยในกลุ่มหลังนี้ พบเป็นวัณโรคดื้อยา ร้อยละ 2.12

ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ระหว่างปี 2553-2558 พบว่าผู้ขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปี 2560 มีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษา 3,207 ราย จังหวัดที่ขึ้นทะเบียนสูงสุด ได้แก่ กรุงเทพมหานคร สมุทรสาคร ตาก เชียงใหม่ และเชียงราย อัตราความสำเร็จการรักษาในกลุ่มนี้มีเพียงร้อยละ 70.8 เนื่องจากไม่มารับยาตามนัดซึ่งมีถึงร้อยละ 11.2

ภาพที่ 13.12 คาดประมาณเทียบกับจำนวนการรายงานผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ช่วงปี พ.ศ. 2543-2560



ที่มา: สำนักวัณโรค ,World Health Organization (Global tuberculosis report 2017)

ยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมวัณโรค[43]

กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ เพื่อการป้องกัน ดูแล และควบคุมวัณโรค พ.ศ. 2560–2564 ขึ้น[44] ให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาของประเทศและแผนยุติวัณโรคขององค์การอนามัยโลก (The End TB Strategy) มุ่งเน้นการป้องกันดูแลรักษาที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ส่งเสริมบทบาทประชาสังคมในการทำงานร่วมกับรัฐ ประกอบด้วย 5 ยุทธศาสตร์ ได้แก่

1) เร่งรัดค้นหาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยวัณโรคให้ครอบคลุมโดยการคัดกรองในกลุ่มเป้าหมาย

2) ลดการเสียชีวิตในผู้ป่วย ด้วยการรักษาอย่างสม่ำเสมอด้วยยาที่มีคุณภาพ

3) พัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อการป้องกัน ดูแลรักษาและควบคุมวัณโรค

4) สร้างกลการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์อย่างยั่งยืน

5) ส่งเสริมการวิจัยและพัฒนานวัตกรรมป้องกัน ดูแลรักษา และควบคุมวัณโรค

การดำเนินงานที่สำคัญ

แม้ในระยะที่ผ่านมาจะมีการดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรคอย่างต่อเนื่อง แต่จากผลการดำเนินงานวัณโรคของประเทศไทย ปี 2559-2560 ยังไม่บรรลุเกณฑ์เป้าหมาย มีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค (ผู้ป่วยรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ) ในปี พ.ศ. 2559 จำนวน 70,114 ราย และในปี พ.ศ. 2560 จำนวน 75,063 ราย โดยมีผลสำเร็จของการรักษาร้อยละ 82.9 และ 77.8 ตามลำดับ (ภาพที่ 13.13) จำเป็นต้องเร่งรัดการดำเนินงานต่อไปให้ได้ตามเกณฑ์เป้าหมายร้อยละ 90 รวมทั้งพัฒนาคุณภาพการป้องกัน การรักษา ระบบส่งต่อ และการติดตามผลการรักษา เพื่อลดอัตราการขาดยา และการเสียชีวิต

ในปี พ.ศ.2560 กรมควบคุมโรค ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินโครงการเร่งรัดคัดกรองวัณโรคในผู้ต้องขัง ได้ตรวจคัดกรองในเรือนจำและทัณฑสถาน 143 แห่ง ทั่วประเทศ มีผู้ต้องขังจำนวน 278,174 ราย ได้รับการถ่ายภาพรังสีทรวงอกทุกราย พบภาพรังสีทรวงอกผิดปกติเข้าได้กับวัณโรค 17,205 ราย และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคจำนวน 3,905 ราย

ภาพที่ 13.13 ผลการรักษาวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำในประเทศไทย ปีงบประมาณ 2545–2560

ที่มา: สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค

9) โรคเรื้อน

โรคเรื้อนเกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย Mycobacterium leprae มักเกิดในกลุ่มผู้มีสภาพความเป็นอยู่ยากจน และมีภูมิคุ้มกันโรคต่ำ เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศในอดีต

การควบคุมโรคเรื้อนในประเทศไทย ได้รับพระมหากรุณาธิคุณจากพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดช เป็นอย่างสูง(45 ทรงพระราชทานพระราชทรัพย์จากทุนอานันทมหิดล เพื่อเป็นทุนในการก่อสร้างอาคารวิจัยและฝึกอบรมวิชาการ ตั้งเป็นสถาบันราชประชาสมาสัย ขึ้นที่โรงพยาบาลพระประแดง (เดิม) เมื่อปี พ.ศ.2503 ทรงรับงานด้านการรักษาป้องกันโรคเรื้อนให้เป็นโครงการในพระราชดำริ ให้กระทรวงสาธารณสุขเร่งรัดงานปราบโรคเรื้อน โดยมุ่งค้นหาและรักษาผู้ป่วยตามบ้านที่กระจายอยู่ทั่วประเทศ เพื่อลดผลกระทบทางครอบครัวของผู้ป่วย นอกจากนี้ทรงให้การสงเคราะห์ดูแลลูกหลานของผู้ป่วยโรคเรื้อน ด้วยการให้จัดตั้งสถานเลี้ยงดูเด็ก และโรงเรียนราชประชาสมาสัย เพื่อให้เติบโตและอยู่ร่วมในสังคมได้ พระมหากรุณาธิคุณของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวเป็นจุดตั้งต้นของการควบคุมโรคเรื้อนยุคใหม่ ซึ่งได้ดำเนินงานด้วยความก้าวหน้าต่อมา จนบรรลุเป้าหมายการกำจัดโรคเรื้อนขององค์การอนามัยโลก ในปี พ.ศ. 2537

สถานการณ์โรค[46]

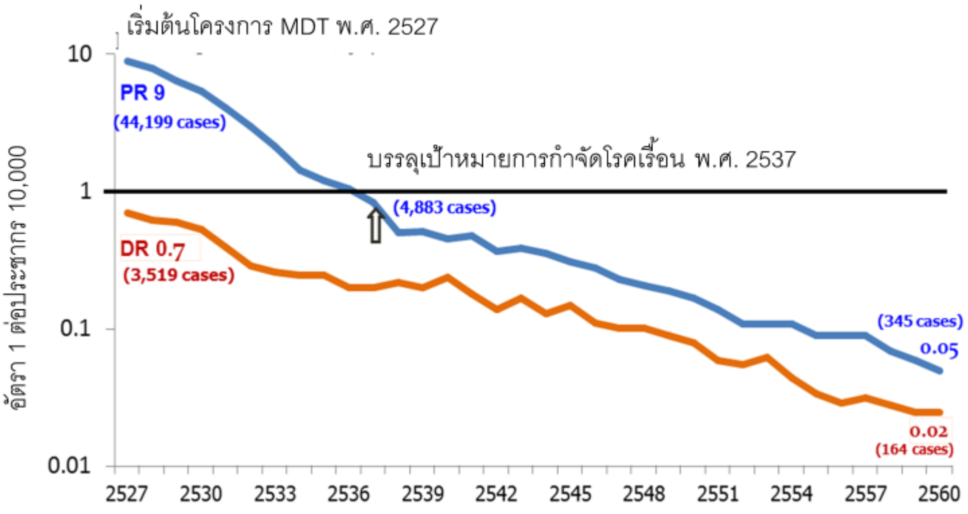
ในปี พ.ศ. 2560 อัตราความชุก (prevalence rate: PR) ของโรคเรื้อนในประเทศไทยเหลือเพียง 0.05 ราย ต่อประชากรหนึ่งหมื่นคน และอัตราการตรวจพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ (Detection rate: DR) เหลือ 0.25 ราย ต่อประชากรหนึ่งแสนคน (ภาพที่ 13.14) ในขณะที่สัดส่วนความพิการระดับ 2 (มองเห็นได้) ในผู้ป่วยใหม่ยังสูง เฉลี่ยร้อยละ 10-16 เนื่องจากค้นพบผู้ป่วยล่าช้า ส่วนผู้ป่วยใหม่ที่เป็นชาวต่างชาติยังค้นพบทุกปี (ตารางที่ 13.3)

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดเป้าหมายลดอัตราความพิการระดับ 2 ในผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ให้น้อยกว่า 1 รายต่อประชากรหนึ่งล้านคนภายในปี 2563 ซึ่งประเทศไทยได้ตั้งเป้าหมายลดอัตราความพิการไว้ที่ 0.3 ราย ต่อประชากรหนึ่งล้านคน (20 คน) ภายในปี 2563

ตารางที่ 13.3 สถานการณ์ของโรคเรื้อนในชาวไทยและชาวต่างชาติ ปี พ.ศ. 2556-2560

พ.ศ.	ผู้ป่วยโรคเรื้อนชาวไทย			ผู้ป่วยชาวต่างชาติ
	จำนวนผู้ป่วยในทะเบียนรักษา (PR/10,000)	จำนวนผู้ป่วยใหม่ (DR/100,000)	จำนวนผู้ป่วยรายใหม่พิการระดับ2 (ร้อยละ)	จำนวนผู้ป่วยใหม่ต่างชาติ
2556	560 (0.09)	188 (0.29)	18 (9.6%)	22
2557	570 (0.09)	208 (0.32)	31 (14.9%)	47
2558	467 (0.07)	187 (0.28)	27 (14.4%)	44
2559	422 (0.06)	163 (0.25)	24 (14.7%)	40
2560	345 (0.05)	164 (0.25)	26 (15.8%)	28

ภาพที่ 13.14 อัตราความชุก (PR) และอัตราการตรวจพบผู้ป่วยใหม่ (DR) ของโรคเรื้อน ต่อประชากร 10,000 คน ปี พ.ศ. 2527-2560



ที่มา: สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค

ยุทธศาสตร์การควบคุมโรคเรื้อน

มาตรการหลักในการควบคมโรคเรื้อน ประกอบด้วยการค้นหาผู้ป่วย ขึ้นทะเบียน และให้การบำบัดรักษาด้วยยาผสม (Multi-drug therapy: MDT) รวมถึงการรักษาแก้ไขความพิการเฉพาะรายและการสงเคราะห์ผู้ป่วยซึ่งมีความพิการ ไม่สามารถช่วยตัวเองและประกอบอาชีพได้

การดำเนินงานที่สำคัญ

การดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อนของประเทศไทยโดยใช้มาตรการ MDT ร่วมกับมาตรการอื่น สามารถบรรลุผลถึงระดับการกำจัดโรคเรื้อน(Leprosy elimination) ให้ไม่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ คืออัตราความชุก (Prevalence rate) ในระดับประเทศ ต่ำกว่า 1 ราย ต่อประชากรหนึ่งหมื่นคน มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2537

อย่างไรก็ตาม ยังต้องเร่งรัดการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ ให้สามารถพบผู้ป่วยตั้งแต่ระยะแรกของการป่วย เพื่อเริ่มต้นให้การรักษาได้รวดเร็ว และปรับปรุงด้านการติดตามให้ยารักษาให้ครบตามกำหนด เพื่อลดอัตราเกิดความพิการให้ลดลงต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมาย

13.2.2 การป้องกันควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่

โรคติดต่ออุบัติใหม่ คือ โรคติดต่อหรือโรคติดเชื้อที่พบว่าเกิดขึ้นใหม่ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา หรือเป็นโรคที่เคยหมดไปแล้วในอดีตแต่พบว่าเกิดขึ้นใหม่ ซึ่งรวมเชื้อโรคที่ดื้อต่อยาต้านจุลชีพและการใช้เชื้อโรคเป็นอาวุธชีวภาพ

โรคติดต่ออุบัติใหม่อาจเกิดขึ้นและแพร่กระจายไปด้วยสาเหตุและปัจจัยต่างๆ เช่น การเปลี่ยนแปลงทางพันธุกรรมของเชื้อตามธรรมชาติ การใช้ยาต้านจุลชีพอย่างกว้างขวางในทางการแพทย์และการเลี้ยงสัตว์ ช่วยเร่งการคัดเลือกสายพันธุ์ของเชื้อที่ดื้อต่อยา การเข้าไปทำงานหรือท่องเที่ยวในป่า เปิดโอกาสให้คนติดเชื้อจากสัตว์ป่า การเดินทางท่องเที่ยวและส่งสินค้าระหว่างประเทศ ช่วยแพร่เชื้อระหว่างประเทศอย่างรวดเร็ว เป็นต้น

ในระยะสองทศวรรษที่ผ่านมา มีโรคติดต่ออุบัติใหม่หลายโรคที่แพร่มาถึงประเทศไทยหรือเป็นภัยคุกคามต่อประเทศไทย เช่น โรคซาร์สในปี พ.ศ. 2546 โรคไข้หวัดนก H5N1 ในปี พ.ศ. 2547 โรคไข้หวัดใหญ่ H1N1 2009 ในปี พ.ศ. 2552 และโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลางหรือเมอร์ส ในปี พ.ศ. 2558-2559 (ตารางที่ 13.4)

ตารางที่ 13.4 โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่สำคัญในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา

โรค	ปีที่เริ่มเกิดและแหล่งกำเนิด	ผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับประเทศไทย
กาฬโรค (Plague)	พ.ศ. 2537 ประเทศอินเดีย	ประเทศไทยมีการติดต่อใกล้ชิดกับอินเดีย จึงเร่งรัดการเฝ้าระวังโรค ไม่เกิดการระบาดในประเทศไทย
โรคติดเชื้อไวรัสนิปาห์ (Nipah virus disease)	พ.ศ. 2541 ประเทศมาเลเซีย	ประเทศมาเลเซียมีชายแดนติดต่อกับประเทศไทย ประเทศไทยจึงเร่งรัดการเฝ้าระวังโรค ทั้งในคนและในปศุสัตว์ ไม่มีการระบาดในประเทศไทย
โรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง หรือ โรคซาร์ส (SARS)	พ.ศ. 2546 ประเทศฮ่องกง	พ.ศ. 2546 ประเทศไทยพบผู้ป่วยสงสัยโรคซาร์สจำนวนหนึ่ง ในผู้ที่เดินทางมาจากประเทศที่มีการระบาด ผู้ป่วยเหล่านี้ได้รับการดูแลในโรงพยาบาล โดยมีการป้องกันการติดเชื้ออย่างเคร่งครัด ไม่มีการระบาดในประเทศ
ไข้หวัดนก H5N1 (Avian influenza H5N1)	พ.ศ. 2539 ประเทศจีน ตอนใต้	พ.ศ. 2547 มีการระบาดในสัตว์ปีกในประเทศไทยในช่วงปี พ.ศ. 2547-2549 มีการทำลายสัตว์ปีกหลายล้านตัว เพื่อควบคุมโรค ในช่วงเวลาดังกล่าว พบผู้ป่วย 22 ราย ตาย 15 ราย
ไข้หวัดใหญ่ H1N1 2009 (Influenza H1N1 2009)	พ.ศ. 2552 ประเทศเม็กซิโก	ช่วงพ.ศ. 2552 – 2553 โรคแพร่ไปทั่วโลก เกิดการระบาดในประเทศไทย 3 ระลอก หลังจากนั้นการระบาดของเชื้อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์นี้ ลดความรุนแรงลง กลายเป็นส่วนหนึ่งของไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล
โรคไวรัสอีโบลา (Ebola virus disease)	พ.ศ. 2557-2558 เกิดการระบาดใหญ่ในทวีปอาฟริกาด้านตะวันตก	ตั้งแต่ พ.ศ. 2557 ประเทศไทยเร่งรัดการเฝ้าระวังโรคในผู้เดินทางจากทวีปอาฟริกา ไม่มีการระบาดในประเทศ
โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง หรือโรคเมอร์ส (MERS)	พ.ศ. 2555 พบผู้ป่วยเป็นครั้งแรกที่ประเทศซาอุดิอาระเบีย	พ.ศ. 2558-2559 พบโรคนี้ในผู้ป่วยชาวตะวันออกกลางที่เดินทางมารับการดูแลสุขภาพในประเทศไทย จำนวน 3 ราย ได้รับการรักษาหายทั้งหมด ไม่มีการระบาดในประเทศไทย

โรคติดต่ออุบัติใหม่ มักจะก่อความตื่นตระหนกในหมู่ประชาชน ทั้งในประเทศและในระดับนานาชาติ เพราะเป็นความเสี่ยงสูงต่อทุกประเทศ แม้จำนวนผู้ป่วยจากโรคติดต่ออุบัติใหม่บางโรคอาจมีไม่มากนัก แต่การเกิดโรคอาจส่งผลกระทบอย่างมหาศาลในทางเศรษฐกิจและสังคม การเดินทางท่องเที่ยวและการค้าขายระหว่างประเทศ จะลดลงอย่างมากในระหว่างเกิดการระบาด รัฐบาลจะต้องรับภาระเข้าควบคุมโรค ลดความตระหนก แก้ไขปัญหาและผลกระทบด้านต่างๆ ซึ่งอาจส่งผลต่อเสถียรภาพของรัฐบาล

ในหลายประเทศที่เกิดโรค ในกรณีการระบาดของโรคอีโบลาในทวีปอาฟริกาด้านตะวันตก ในหลายประเทศ เช่น ประเทศ กินี เซียร์ราเลโอน และไลบีเรีย ระหว่างปี พ.ศ. 2556-2559 มีผู้ป่วยประมาณ 30,000 ราย และเสียชีวิต กว่า 11,000 ราย การระบาดยังส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อความเป็นอยู่และคุณภาพชีวิตประชาชนในประเทศเหล่านี้ ซึ่งเป็นประเทศที่ยากจนอยู่แล้ว จะเกิดความถดถอยในการพัฒนาประเทศทุกด้าน ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

ยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่

โรคติดต่ออุบัติใหม่ไม่มีพรมแดน สามารถแพร่ได้ทั่วโลก โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่เกิดขึ้นในระยะสองทศวรรษที่ผ่านมา ส่งผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคม กว้างขวางและรุนแรงกว่าผลต่อสุขภาพ ดังนั้นการเตรียมความพร้อมรับมือและตอบโต้ ต้องดำเนินการด้วยความร่วมมีระหว่างประเทศ ส่วนภายในประเทศ จะต้องเตรียมความพร้อมในทุกด้าน ทั้งด้านสาธารณสุข เศรษฐกิจ การเดินทางท่องเที่ยว การคมนาคม การศึกษา แรงงาน อุตสาหกรรม การค้า การธนาคาร การสาธารณูปโภค พลังงาน การรักษาความสงบ ความมั่นคง ฯลฯ จึงต้องดำเนินการโดยทุกภาคส่วนรวมทั้งชุมชน

ดังนั้น หลักการพื้นฐานที่สำคัญของการเตรียมความพร้อมและตอบโต้โรคติดต่ออุบัติใหม่ ได้แก่

1) ความร่วมมือพหุภาคีและความร่วมมือระหว่างประเทศ

2) สุขภาพหนึ่งเดียว (สุขภาพของคน สัตว์ และสิ่งแวดล้อม) หรือ One Health

3) ระบบการตอบโต้ด้วยความร่วมมือทั้งสังคม และด้วยบูรณาการสำหรับภัยสาธารณะทุกรูปแบบ (Whole-of-society, and all-hazards response)

แผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อม ป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ (พ.ศ. 2560-2564) ประกอบด้วย 6 ยุทธศาสตร์[47] ดังนี้

1) การพัฒนาระบบเตรียมความพร้อมสำหรับภัยพิบัติฉุกเฉินด้านสาธารณสุข

2) การพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน รักษาและควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ภายใต้แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว

3) การพัฒนาระบบการสื่อสารความเสี่ยงและประชาสัมพันธ์โรคติดต่ออุบัติใหม่

4) การเสริมสร้างความเข้มแข็งด้านความร่วมมือระหว่างประเทศ

5) การเสริมสร้างการมีส่วนร่วมจากภาคประชาสังคมและภาคเอกชน ในการป้องกัน ควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่

6) การส่งเสริมการจัดการความรู้ การวิจัยและพัฒนา

การดำเนินงานที่สำคัญ

1) การจัดทำแผนยุทธศาสตร์

หลังการระบาดของไข้หวัดนกทั่วประเทศ ในปี พ.ศ. 2547 ซึ่งส่งผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างหนัก รัฐบาลในสมัยนั้นตระหนักถึงความจำเป็นที่จะต้องแก้ไขปัญหาอย่างเร่งด่วน และเตรียมการสำหรับเพื่อตอบโต้การระบาดที่อาจเกิดขึ้นอีกในอนาคต จึงมีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์แก้ไขปัญหาโรคไข้หวัดนกและแผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการระบาดใหญ่ของไข้หวัดใหญ่ ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2548-2550 ภายใต้การกำกับของคณะกรรมการอำนวยการป้องกัน ควบคุม แก้ไขสถานการณ์โรคไข้หวัดนกและการเตรียมพร้อมสำหรับการระบาดใหญ่ของไข้หวัดใหญ่ ซึ่งมีรองนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน ต่อมาได้

ปรับปรุงเป็นแผนยุทธศาสตร์ป้องกัน แก้ไข และเตรียมพร้อมรับปัญหาโรคไข้หวัดนก และการระบาดใหญ่ของโรคไข้หวัดใหญ่ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2551-2553

ในระยะต่อมาแผนยุทธศาสตร์นี้ได้รับการขยายขอบเขตให้รองรับความเสี่ยงจากโรคติดต่ออุบัติใหม่โดยรวม โดยพัฒนาขึ้นเป็นแผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ (พ.ศ. 2556-2559) โดยมติของคณะกรรมการอำนวยการเตรียมความพร้อม ป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ และก่อนสิ้นสุดระยะของแผนดังกล่าว คณะกรรมการอำนวยการเตรียมความพร้อมฯ ให้จัดทำแผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ (พ.ศ.2560-2564) เพื่อใช้เป็นกรอบการดำเนินงาน ต่อเนื่องจากแผนยุทธศาสตร์ฉบับเดิม

แผนยุทธศาสตร์ทั้ง 4 ฉบับดังกล่าว ได้ใช้เป็นฐานและกรอบในการประสานการดำเนินงานระหว่างหน่วยงานภาคส่วนต่างๆ และในการประสานความร่วมมือระหว่างประเทศ รวมทั้งในการของบประมาณสนับสนุนจากรัฐบาล

2) การประสานและขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์

ในระยะที่ผ่านมา ในการประสานงานและขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ ในระดับชาติมีกลไกสำคัญ คือ คณะกรรมการอำนวยการเตรียมความพร้อม ป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ ซึ่งรองนายกรัฐมนตรี เป็นประธาน รวมทั้งคณะอนุกรรมการต่างๆ เพื่อประสานขับเคลื่อนงานแต่ละยุทธศาสตร์

หน่วยงานต่างๆในภาครัฐดำเนินงานในส่วนที่ตนเกี่ยวข้องและรับผิดชอบ ตามแผนยุทธศาสตร์ ซึ่งได้รับความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี โดยจัดทำแผนปฏิบัติงาน จัดหางบประมาณ และปฏิบัติการ สอดคล้องรองรับกันจากส่วนกลางถึงส่วนภูมิภาคและส่วนท้องถิ่น เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายตามแผน ซึ่งมุ่งการพัฒนาศักยภาพและความพร้อมในการรับมือตอบโต้ปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 หลังจากพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ได้รับการประกาศใช้ มีการตั้งคณะกรรมการโรคติดต่อระดับประเทศและระดับจังหวัดขึ้น คณะกรรมการโรคติดต่อดังกล่าวเป็นกลไกร่วมในการประสานขับเคลื่อนการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ ในส่วนที่เกี่ยวข้องด้วย โดยเฉพาะในการดูแลกำกับให้มีการจัดทำแผนปฏิบัติงานของหน่วยงานรองรับอย่างเหมาะสมในแต่ระดับ

ในขั้นการปฏิบัติ มีการดำเนินงานด้วยความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่างๆในภาครัฐ และระหว่างภาคส่วนต่างๆ โดยการประสานงานระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานของหน่วยงาน องค์กรและกับชุมชนในพื้นที่ ในทุกโอกาสต่างๆ

การประสานงานระหว่างประเทศ ส่วนใหญ่ดำเนินงานในส่วนกลางโดยกระทรวงที่เกี่ยวข้อง ผ่านความร่วมมือทวิภาคีกับประเทศเพื่อนบ้าน เวทีอาเซียน และเวทีนานาชาติต่างๆ เช่น กระทรวงสาธารณสุขประสานความร่วมมือกับ ASEAN Expert Group on Communicable Disease กรมปศุสัตว์ประสานความร่วมมือกับ ASEAN Sectoral Working Group on Livestock เป็นต้น

3) การรับมือตอบโต้โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (Middle East Respiratory Syndrome หรือ MERS)

ในช่วงปี พ.ศ. 2558-2559 ประเทศไทยประสบปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่สำคัญ คือ โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลางหรือโรค MERS โดยพบผู้ป่วยรวม 3 ราย ดังนี้

o รายแรก ในเดือนมิถุนายน 2558 ผู้ป่วยเป็นชายชาวโอมาน อายุ 75 ปี เดินทางเข้ามารับบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพฯ เมื่อแพทย์สงสัยว่าเป็นโรค MERS จึงส่งต่อไปที่ สถาบันบำราศนราดูรและได้รับชันสูตรยืนยันการวินิฉัย และรับการรักษาที่นั่น โดยมีการควบคุมการติดเชื้ออย่างเคร่งครัด ผู้ป่วยหายเป็นปกติและได้เดินทางกลับประเทศ

o รายที่ 2 ในเดือนมกราคม 2559 ผู้ป่วยเป็นชายชาวตะวันออกกลาง อายุ 71 ปี ได้รับการส่งต่อเข้ารักษาที่สถาบันบำราศนราดูร จนหายเป็นปกติและได้เดินทางกลับประเทศ

o รายที่ 3 ในเดือนกรกฎาคม 2559 ผู้ป่วยเป็นชายชาวคูเวต อายุ 18 ปี ได้รับการส่งต่อเข้ารักษาที่สถาบันบำราศนราดูร จนหายเป็นปกติและเดินทางกลับประเทศเช่นเดียวกัน

ในช่วงเวลาดังกล่าว หน่วยงานสาธารณสุขทั้งหน่วยงานในส่วนกลาง และหน่วยงานในส่วนภูมิภาคได้ดำเนินมาตรการที่จำเป็น บนพื้นฐานของศักยภาพที่สร้างขึ้นในระยะที่ผ่านมา ภายใต้แผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติงานเตรียมความพร้อมฯ มาตรการที่สำคัญ ได้แก่

o การเฝ้าระวังโรค และสอบสวนผู้สงสัยว่าติดเชื้อโรค MERS โดยทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) รวมทั้งการติดตามผู้สัมผัส และการกักกันเพื่อสังเกตอาการตามแนวทางปฏิบัติ

o การสื่อสารสาธารณสุข ให้ประชาชนเข้าใจสถานการณ์ มีความรู้เกี่ยวกับโรคที่ถูกต้อง ผ่านช่องทางสื่อต่างๆ รวมถึงสายด่วนกรมควบคุมโรค เบอร์โทรศัพท์ 1422 ตลอด 24 ชั่วโมง

o พัฒนาการชันสูตรทางห้องปฏิบัติการ สามารถตรวจหาการติดเชื้อ MERS ในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคทั่วประเทศ

o การจัดระบบสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ เวชภัณฑ์ แก่หน่วยงานสาธารณสุขทั่วประเทศ

o การออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข ให้โรค MERS เป็นโรคติดต่ออันตราย ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 เพื่อให้อำนาจและอำนวยความสะดวกแก่บุคลากรสาธารณสุข ในการเฝ้าระวัง และควบคุมโรค

4)การเตรียมความพร้อมรับการระบาดใหญ่ของไข้หวัดใหญ่

การระบาดของไข้หวัดนกในปี พ.ศ. 2547 ในประเทศแถบเอเชีย และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้รวมถึงประเทศไทย เป็นเหตุให้ประเทศต่างตระหนักถึงความสี่ยงที่จะเกิดการระบาดใหญ่ของไข้หวัดใหญ่ จากเชื้อไข้หวัดใหญ่ชนิดใหม่ ประเทศไทยก็ได้มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการระบาดใหญ่ของไข้หวัดใหญ่ ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2548-2550 ซึ่งได้พัฒนาต่อมาเป็นแผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อมป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ (พ.ศ.2560-2564) ในปัจจุบัน

ระหว่างปี พ.ศ. 2548-2552 หน่วยงานในภาคส่วนต่างๆ ได้ดำเนินการพัฒนาศักยภาพเพื่อเตรียมความพร้อมรับการระบาดใหญ่ของไข้หวัดใหญ่ขึ้นในหลายด้าน โดยความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน และการสนับสนุนงบประมาณของรัฐบาล ภายใต้แผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อมฯ ศักยภาพที่สำคัญที่ได้รับการพัฒนาขึ้น ได้แก่

o ระบบการเฝ้าระวังโรค ให้สามารถค้นหา สอบสวน และรายงานผู้ป่วยที่สงสัย และผู้ป่วยที่ยืนยันว่าเป็นไข้หวัดใหญ่ และสามารถชันสูตรยืนยันทางห้องปฏิบัติการ รวมทั้งการตรวจรหัสพันธุกรมของเชื้อ และการดื้อยาต้านไวรัส

o การจัดหาและสำรองอุปกรณ์ป้องกันตัวจากการสัมผัสเชื้อระหว่างปฏิบัติงาน (PPE) ให้มีพร้อมเพียงพอ และพร้อมใช้ สำหรับบุคลากรที่ต้องดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อรุนแรง ในสถาพยาบาลทั่วประเทศ

o ระบบการจัดการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อรุนแรงในโรงพยาบาล โดยมีการสร้างห้องแยกผู้ป่วย และระบบป้องกันควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลครบถ้วนในทุกโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธาณสุข

o การผลิตยาต้านไวรัสโอเซลทามิเวียร์ โดยองค์การเภสัชกรรมสำหรับรักษาผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่ และจัดระบบสำรองยาต้านไวรัส ให้มีพร้อมใช้ในสถานพยาบาลในภาครัฐทั่วประเทศ

o การพัฒนาการผลิตวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่โดยองค์การเภสัชกรรม มีการสร้างโรงงานผลิตวัคซีนไข้หวัดใหญ่ เพื่อผลิตวัคซีนไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล (Seasonal influenza vaccine) ซึ่งจะปรับไปผลิตวัคซีนสำหรับการระบาดใหญ่ (Pandemic influenza vaccine) ได้เมื่อเกิดการระบาดใหญ่ ช่วยให้ประเทศพึ่งตนเองได้ และมีความมั่นคงในภาวะฉุกเฉิน การเตรียมความพร้อมรับมือ

การระบาดใหญ่ไข้หวัดใหญ่ นับเป็นส่วนหนึ่งของการเตรียมการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย ภายใต้พระราชบัญญัติป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย และแผนป้องกันภัยฝ่ายพลเรือนแห่งชาติในความรับผิดชอบกระทรวงมหาดไทยอีกด้วย

o ระบบการสื่อสารความเสี่ยงและประชาสัมพันธ์ ให้ข้อมูล ความรู้ และคำแนะนำแก่ประชาชน โดยความร่วมมือของสื่อมวลชน ในเครือข่ายการสื่อสารภาครัฐและความร่วมมือของสื่อภาคเอกชน

o ระบบประสานสั่งการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ในส่วนกลางเชื่อมโยงกับส่วนภูมิภาค ซึ่งพัฒนาต่อมาเป็นระบบศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (EOC) ในปัจจุบัน

ศักยภาพที่ได้สร้างขึ้น จากการเตรียมความพร้อมนี้ ได้ช่วยให้ประเทศไทยสามารถการรับมือกับการระบาดใหญ่ของไข้หวัดใหญ่ H1N1 2009 ในปี พ.ศ. 2552 ด้วยความร่วมมืออย่างเข้มแข็งระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ภายในประเทศ และระหว่างประเทศ โดยลดผลกระทบด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม ได้อย่างสำคัญ

ศักยภาพดังกล่าวเป็นพื้นฐานสำหรับการรับมือโรคติดต่ออุบัติใหม่ต่างๆ รวมทั้งภัยฉุกเฉินทางสาธารณสุขอื่นๆ ในอนาคต ในช่วงปี พ.ศ. 2559-2560 หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ก็ได้พยายามดำเนินงานต่อเนื่อง เพื่อคงระดับและยกระดับศักยภาพการเตรียมความพร้อม แม้มีปัญหาอุปสรรคต่างๆ ที่จะต้องแก้ไขเป็นระยะไป

13.2.3 การดื้อยาต้านจุลชีพ

ยาต้านจุลชีพ (Antimicrobial medicines) มีฤทธิ์ฆ่าเชื้อจุลินทรีย์ หรือยับยั้งการเจริญเติบโตของจุลินทรีย์ เช่น แบคทีเรีย ไวรัส และเชื้อรา ยาต้านจุลชีพผลิตจากสิ่งมีชีวิต หรือจากการสังเคราะห์ ยาต้านจุลชีพ มีความสำคัญอย่างยิ่งทางการแพทย์และการสาธารณสุข เนื่องจากใช้เพื่อป้องกันและรักษาโรคที่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย นอกจากนี้ ยาต้านจุลชีพ ยังจำเป็นในการรักษาโรคทางสัตวแพทย์และการเกษตร เช่น การปศุสัตว์ การประมง และการเพาะปลูก จึงมีความสำคัญต่อสุขภาพของคน สัตว์ พืช ห่วงโซ่การผลิตอาหาร และมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจในภาพรวมของประเทศ

เอกสารนี้ จะกล่าวถึงเฉพาะยาต้านจุลชีพที่มีฤทธิ์ฆ่าเชื้อแบคทีเรีย รวมทั้งมีฤทธิ์ในการทำลายและยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อแบคทีเรียเป็นหลัก

สถานการณ์ปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพ[48]

ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา การดื้อยาต้านจุลชีพ (Antimicrobial resistance) ของเชื้อแบคทีเรียได้ทวีความรุนแรงมากขึ้น อย่างต่อเนื่องทำให้ยาต้านจุลชีพที่เคยใช้ในอดีตได้ผล กลับไม่ได้ผลในปัจจุบัน ขณะเดียวกันอุตสาหกรรมยาทั่วโลกมีความก้าวหน้าน้อยในการวิจัยและพัฒนาคิดค้นยาต้านจุลชีพชนิดใหม่เพื่อต่อสู้กับเชื้อแบคทีเรียดื้อยา จึงมีความเสี่ยงที่การติดเชื้อแบคทีเรียเพียงเล็กน้อยอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้

ทั่วโลกมีการเสียชีวิตจากเชื้อดื้อยาประมาณปีละ 700,000 คน และหากไม่เร่งแก้ปัญหา คาดว่าในปี พ.ศ. 2593 การเสียชีวิตจากเชื้อดื้อยาจะสูงถึง 10 ล้านคน ประเทศในทวีปเอเชียจะมีคนเสียชีวิตมากที่สุด คือ 4.7 ล้านคน ส่งผลกระทบทางเศรษฐกิจสูงถึง 3.5 พันล้านล้านบาท สำหรับประเทศไทย การศึกษาเบื้องต้น พบว่ามีการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาประมาณปีละ 88,000 ราย โดยเสียชีวิตประมาณปีละ 38,000 ราย คิดเป็นการสูญเสียทางเศรษฐกิจโดยรวมสูงถึง 4.2 หมื่นล้านบาท

ปัญหาการดื้อยาที่สำคัญในประเทศไทย คือ การดื้อยาของเชื้อแบคทีเรียแกรมลบในโรงพยาบาล เช่น Acinetobacter spp. และ Pseudomonas spp. ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในโรงพยาบาล ส่วนในชุมชนเชื้อแบคทีเรียที่เป็นปัญหาได้แก่ Escherichia coli, Klebsiella spp. และ Neisseria gonorrhoeae และเชื้อแบคทีเรียที่เป็นปัญหาในการเลี้ยงสัตว์และมีการปนเปื้อนในอาหารที่มาจากสัตว์ ได้แก่ Escherichia coli, Campylobacter spp. และ Salmonella spp. เป็นต้น การที่เชื้อแบคทีเรียดื้อยาทำให้ทางเลือกในการรักษามีจำกัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากเชื้อดื้อต่อยาปฏิชีวนะกลุ่ม carbapenem และ colistin ซึ่งในปัจจุบันเป็นยาด่านสุดท้ายที่ใช้รักษาการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยา

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดเชื้อดื้อยา[49]

ปัจจัยสำคัญของการเกิดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ได้แก่

1) การใช้ยาต้านจุลชีพอย่างไม่เหมาะสมในคน สัตว์ และการเกษตร โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้ยาต้านจุลชีพโดยไม่จำเป็น การใช้ยาต้านจุลชีพในขนาดน้อยเกินไปและการใช้ยาต้านจุลชีพในระยะเวลาสั้นเกินไป หรือนานเกินไป ปัญหาการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างไม่สมเหตุผลพบได้ในสถานพยาบาลทุกระดับของประเทศ ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยพบการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างไม่สมเหตุผลสูงถึงร้อยละ 25 – 91

2) การเฝ้าระวังและการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อแบคทีเรียและการแพร่กระจายของแบคทีเรียยังด้อยประสิทธิภาพ

3) การขาดความตระหนักถึงขนาด ความสำคัญ ความเร่งด่วน และความรุนแรงของปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพของบุคลากรสาธารณสุข ผู้ป่วย ประชาชน สังคม และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

4) การเดินทางระหว่างประเทศที่สะดวกรวดเร็ว การค้าระหว่างประเทศ การพัฒนาประเทศเพื่อเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ การเติบโตทางธุรกิจท่องเที่ยว

นอกจากนี้ การแพร่กระจายเชื้อดื้อยายังพบในภาคการเกษตรด้วยเช่นกัน เช่น มีรายงานการพบเชื้อแบคทีเรียแกรมลบที่ดื้อต่อยา colistin ด้วยกลไกการดื้อยาแบบใหม่ ที่สามารถส่งต่อยีนดื้อยาข้ามสายพันธุ์ได้ง่ายขึ้นและเร็วขึ้น (plasmid-mediated colistin resistance: MCR-1) ในประเทศจีน ในระยะต่อมาก็การพบเชื้อที่มียีนดื้อยา MCR-1 ในคนและเนื้อสัตว์ในประเทศอังกฤษ ในปัจจุบันปรากฏว่า มีการพบเชื้อแบคทีเรียที่มียีนดื้อยา MCR-1 แพร่กระจายไปในหลายประเทศรวมทั้งประเทศไทย

กลไกระดับนานาชาติในการแก้ไขปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพ

ปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพเป็นข้อกังวลอย่างสูงในระดับนานาชาติ ในระยะสองทศวรรษที่ผ่านมา มีความพยายามสร้างความร่วมมือและกลไกในระดับนานาชาติเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาไม่ให้ลุกลามขยายตัวสร้างความเสียหายแก่โลก

ในปี พ.ศ. 2548 ประเทศสมาชิกองค์การอนามัยโลกให้การรับรองกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 (International Health Regulations 2005: IHR 2005) ในการประชุมสมัชชาองค์การอนามัยโลก IHR 2005 เป็นกฎหมายระหว่างประเทศ ที่ประเทศสมาชิกให้การรับรองปฏิบัติตาม เพื่อความร่วมมือในจัดการภัยสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ เช่นการระบาดของโรคร้ายแรงระหว่างประเทศ ภัยสุขภาพเหล่านี้นับรวมถึงเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพด้วย IHR 2005 มีสาระสำคัญเน้นการสร้างศักยภาพของประเทศ ซึ่งรวมถึงศักยภาพในการจัดการปัญหาเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพด้วย

ในระยะต่อมา องค์การระหว่างประเทศที่มีความรับผิดชอบเกี่ยวข้องกับปัญหาเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ได้แก่ องค์การอนามัยโลก (WHO) องค์การอาหารและการเกษตรแห่งสหประชาชาติ (FAO) และองค์การโรคระบาดสัตว์ระหว่างประเทศ (OIE) ได้ร่วมมือกันพัฒนาแผนดำเนินการระดับโลกเรื่องการดื้อยาต้านจุลชีพ (Global Action Plan on Antimicrobial Resistance: GAP-AMR) ซึ่งผ่านการรับรองในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2558 แผนนี้มีวัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ 5 ด้าน ได้แก่

1) เสริมสร้างความตระหนักรู้และความเข้าใจเรื่องการดื้อยาต้านจุลชีพโดยการให้ความรู้ การฝึกอบรม และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

2) สร้างความเข้มแข็งทางวิชาการและหลักฐานเชิงประจักษ์โดยการเฝ้าระวังและการวิจัย

3) ลดการติดเชื้อโดยเสริมสร้างสุขอนามัย การรักษาความสะอาด และการป้องกันโรค

4) ส่งเสริมการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมทั้งในมนุษย์และสัตว์

5) พัฒนาระบบการลงทุนที่ยั่งยืนที่ตอบสนองความจำเป็นของทุกประเทศรวมทั้งเพิ่มการลงทุนในการวิจัยและพัฒนายาใหม่ เครื่องมือวินิจฉัยโรค วัคซีน และเครื่องมืออื่นๆ

ทั้งนี้ แผนดำเนินการดังกล่าวมีหลักการพื้นฐาน 5 ประการ ได้แก่

1) การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน (Whole society engagement)

2) การเน้นการป้องกันการติดเชื้อเป็นความสำคัญลำดับแรก (prevention first)

3) การเข้าถึงยาและการรักษา

4) ความยั่งยืนของการดำเนินการเพื่อจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ

5) การตั้งเป้าหมายเพื่อการดำเนินงานอย่างเป็นขั้นตอนต่อเนื่อง (Incremental target for implementation)โดยให้สอดคล้องกับบริบทของประเทศ

ในการประชุมสมัชชาใหญ่แห่งสหประชาชาติ ในปี พ.ศ. 2559 มีการประกาศเจตนารมณ์ทางการเมืองร่วมกัน เพื่อจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ (Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on Antimicrobial Resistance) โดยประเด็นการดื้อยาต้านจุลชีพได้รับการสนับสนุนจากมติของการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ 68 (พ.ศ. 2558) กลุ่มประเทศอุตสาหกรรมชั้นนำ 7 ประเทศ (G-7) กลุ่มประเทศกำลังพัฒนา (G-77 ซึ่งประเทศไทยเป็นประธานกลุ่ม) กลุ่ม Alliance of Champions against AMR (ซึ่งประกอบด้วยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขจาก 14 ประเทศ รวมทั้งประเทศไทย) และกลุ่มประเทศผู้นำของ AMR action package ภายใต้กรอบวาระความมั่นคงทางสุขภาพของโลก (Global Health Security Health Security Agenda: GHSA)

วาระความมั่นคงทางสุขภาพของโลก (Global Health Security Health Security Agenda: GHSA) ซึ่งเป็นเวทีความร่วมมือของประเทศต่างๆเพื่อประกันความมั่นคงทางสุขภาพระหว่างประเทศ ที่เกิดการวมตัวกันขึ้นในช่วงปี พ.ศ. 2557 มีวาระงาน 11 ด้าน รวมถึงวาระการป้องกันและแก้ไขปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพเป็นหนึ่งในนั้น โดยประเทศไทยได้เข้าร่วมเป็นประเทศผู้สนับสนุน (contributing country) วาระงานดังกล่าวด้วย

มาตรฐานอาหาร Codex Alimentarius โดยคณะกรรมาธิการโครงการมาตรฐานอาหาร (Codex Alimentarius Commission: CAC) เป็นเครื่องมือสำคัญมีการกำหนดมาตรฐานแนวทางการลดและจำกัดการดื้อยาต้านจุลชีพ และแนวทางการวิเคราะห์ความเสี่ยงการดื้อยาต้านจุลชีพ ของเชื้อก่อโรคอาหารเป็นพิษ เพื่อจัดการปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพในอาหารที่เชื่อมโยงกับการใช้ยาต้านจุลชีพในภาคการเกษตร ปัจจุบันกำลังมีการทบทวนมาตรฐานดังกล่าว และจะมีการแต่งตั้งคณะทำงานเฉพาะกิจเพื่อดำเนินงานในเรื่องเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ

ในระดับภูมิภาค ในปี พ.ศ. 2554 องค์การอนามัยโลกภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (WHO SEARO) ได้จัดประชุมรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขของประเทศสมาชิก และมีการประกาศเจตนารมณ์ร่วมกันในการแก้ปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพ (Jaipur Declaration on Antimicrobial Resistance) ต่อมาในปี พ.ศ. 2557 WHO SEARO กำหนดให้ประเด็นการดื้อยาต้านจุลชีพเป็นประเด็นสุขภาพสำคัญของการดำเนินงานในภูมิภาค นอกจากนี้ กรอบความร่วมมืออาเซียน (ASEAN) ในด้านสุขภาพ มีประเด็นการดื้อยาต้านจุลชีพ อยู่ในแผนความร่วมมือด้านการตอบโต้ภาวะคุกคามทางสาธารณสุขและความเสี่ยงต่อโรคอุบัติใหม่

การดำเนินงานที่สำคัญในประเทศไทย

ในช่วงกว่าหนึ่งทศวรรษที่ผ่านมา กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการดำเนินงานหลายประการเพื่อแก้ไขปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพ

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ได้จัดทำยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2559 ภายใต้นโยบายแห่งชาติด้านยา พ.ศ. 2554 ยุทธศาสตร์ดังกล่าวนี้ มียุทธศาสตร์การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ซึ่งครอบคลุมเรื่องการใช้และการกระจายยาต้านจุลชีพทั้งที่ใช้สำหรับมนุษย์และสัตว์ด้วย

ต่อมากรมควบคุมโรค ได้ประสานงานจัดทำแผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ พ.ศ. 2556-2559 ภายใต้กำกับของคณะกรรมการอำนวยการเตรียมความพร้อม ป้องกัน

และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ แผนยุทธศาสตร์นี้กำหนดให้โรคที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรียดื้อยาหรือการดื้อยาต้านจุลชีพ เป็นปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่อย่างหนึ่ง ซึ่งเป็นปัญหาต่อสุขภาพของมนุษย์ สัตว์ และสิ่งแวดล้อม และต้องจัดการด้วยความร่วมมือภายใต้แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว (One Health)

ในปี พ.ศ. 2557 กระทรวงสาธารณสุขได้จัดประชุมกับหน่วยงานภาคส่วนต่างๆ เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ พบว่าประเทศไทยมีต้นทุนเชิงระบบที่ดีในการจัดการปัญหานี้ แต่ขาดความเป็นเอกภาพและทิศทางในการทำงานที่ชัดเจน เนื่องจากไม่มีนโยบายระดับประเทศสำหรับเรื่องนี้ ต่อมาในปี พ.ศ. 2558 กระทรวงสาธารณสุขจึงตั้งคณะกรรมการประสานและบูรณาการงานด้านการดื้อยาต้านจุลชีพ ประกอบไปด้วยผู้แทนหน่วยงานจากกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ ภาคการศึกษา สมาคมวิชาชีพ และภาคประชาสังคม มีหน้าที่พัฒนาแผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย

แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560-2564[50] ประกอบด้วย 6 ยุทธศาสตร์ ได้แก่

1) การเฝ้าระวังการดื้อยาต้านจุลชีพภายใต้แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว

2) การควบคุมการกระจายยาต้านจุลชีพในภาพรวมของประเทศ

3) การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในสถานพยาบาลและควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างสมเหตุผล

4) การป้องกันและควบคุมเชื้อดื้อยาและควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมในภาคการเกษตรและสัตว์เลี้ยง

5) การส่งเสริมความรู้ด้านเชื้อดื้อยาและความตระหนักด้านการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมแก่ประชาชน

6) การบริหารและพัฒนากลไกระดับนโยบายเพื่อขับเคลื่อนงานด้านการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างยั่งยืน (ดูรายละเอียดในหัวข้อ 13.2.4 แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคติดต่อ)

ในช่วงปลายปี พ.ศ. 2558 มีการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 8 มีวาระ “วิกฤติการณ์เชื้อแบคทีเรียดื้อยาและการจัดการ” สมัชชาฯมีมติให้แก้ปัญหาแบคทีเรียดื้อยาแบบบูรณาการ เน้นการสร้างร่วมมือของทุกภาคส่วน และให้ผลักดันประเด็นการดื้อยาต้านแบคทีเรียเป็นวาระแห่งชาติ

ในปี พ.ศ. 2560 กระทรวงสาธารณสุขเสนอต่อคณะรัฐมนตรี ให้ตั้งคณะกรรมการนโยบายการดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติ มีนายกรัฐมนตรีหรือรองนายกรัฐมนตรีที่ได้รับมอบหมายเป็นประธาน เลขาธิการอย.เป็นกรรมการและเลขานุการ คณะกรรมการประกอบด้วยผู้แทนระดับนโยบายจากกระทรวง หน่วยงาน และสถาบันที่เกี่ยวข้อง มีอำนาจหน้าที่กำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ กำกับการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ อำนวยการประสานงานระหว่างหน่วยงานภาคส่วนต่างๆ เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพในระยะยาว

คณะกรรมการนี้ มีการประชุมครั้งแรกในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2561 มีมติให้สร้างระบบการเฝ้าระวังการบริโภคยาต้านจุลชีพ เป็นเครื่องมือในการติดตามข้อมูลการบริโภคยาต้านจุลชีพของประเทศไทย ให้จัดทำนโยบายเสริมสร้างความตระหนักรู้ด้านเชื้อดื้อยาและยาต้านจุลชีพแก่ประชาชน ให้ สสส. นำประเด็นเรื่องการดื้อยาต้านจุลชีพ เป็นนโยบายส่งเสริมสุขภาพที่สำคัญในแผนการดำเนินงานของสำนักงาน ให้นำร่องระบบการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการในโรงพยาบาลรัฐและโรงพยาบาลเอกชน รวม 50 แห่ง ให้กรมวิชาการเกษตรและกรมส่งเสริมการเกษตร ร่วมกันเร่งทำความเข้าใจกับเกษตรกร เพื่อลดการใช้ยาต้านจุลชีพในการรักษาโรคกรีนนิ่งในส้ม ให้จัดทำแนวทางการแก้ปัญหาการใช้ยาต้านจุลชีพในส้ม และให้ อย.ควบคุมการกระจายยาต้านจุลชีพทั้งที่เป็นเคมีภัณฑ์และยาสำเร็จรูป

หน่วยงานระดับปฏิบัติ มีการดำเนินงานโครงการต่างๆ ภายใต้นโยบายและแผนยุทธศาสตร์ เช่น กองควบคุมยาของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากำลังดำเนินโครงการต้นแบบการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล โครงการลดอิทธิพลการส่งเสริมการขายยาที่ไม่เหมาะสม และโครงการพัฒนาฉลากและเอกสารกำกับยามาตรฐาน เพื่อส่งเสริมให้เกิดมาตรฐานของการแสดงข้อมูลยาในฉลากและเอกสารกำกับยาของประเทศ และเป็นแหล่งข้อมูลสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และประชาชน

สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค จัดทำโครงการพัฒนาระบบเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดเชื้อดื้อยา ตามกรอบวาระสุขภาพแห่งชาติขึ้น เพื่อเตรียมความพร้อมแก่บุคลากรทางด้านสาธารณสุข ในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล และได้ขยายการฝึกอบรมไปยังจังหวัดเขตพื้นที่เศรษฐกิจพิเศษและจังหวัดชายแดน โดยร่วมมือกับสำนักงานป้องกันและควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาลในพื้นที่ดังกล่าว เพื่อสร้างความปลอดภัยแก่บุคลากรและผู้ป่วย และป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยา

13.2.4 แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคติดต่อ

การป้องกันควบคุมโรคเป็นงานที่มีความครอบคลุมวงกว้าง มีความซับซ้อน และต้องดำเนินการด้วยความร่วมมือกว้างขวางและต่อเนื่อง ต้องใช้แผนที่ชัดเจนเป็นเครื่องมือในการบริหารจัดการ ทุกระดับ แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติใช้เป็นฐานและกรอบหลักในการประสานความร่วมมือ ระหว่างภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ให้ดำเนินไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ และใช้เป็นกรอบเพื่อการจัดหางบประมาณและทรัพยากรสนับสนุนให้เพียงพอ

แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ เป็นกรอบสำหรับการจัดทำแผนปฏิบัติงาน สำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในทุกภาคส่วน ทุกระดับภายในประเทศ ทั้งเป็นกรอบสำหรับประสานความร่วมมือระหว่างประเทศเพื่อการควบคุมโรคอีกด้วย

ในปัจจุบันมีแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ ที่เกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคติดต่ออยู่หลายแผน สำหรับแผนที่มีความสำคัญได้แก่

1) แผนยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560 -2573

2) แผนยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติ พ.ศ. 2560 - 2564

3) แผนยุทธศาสตร์การกำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย พ.ศ. 2560-2569

4) แผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ พ.ศ.2560-2564

5) แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ.2560-2564

สาระสำคัญของแผนยุทธศาสตร์ดังกล่าวสรุปย่อไว้ในตารางที่ 13.5

ตารางที่ 13.5 แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติที่สำคัญเกี่ยวกับการควบคุมโรคติดต่อ

แผนยุทธศาสตร์	วิสัยทัศน์ วัตถุประสงค์	ยุทธศาสตร์	กลไกขับเคลื่อน
แผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อม ป้องกันและแก้ปัญหา โรคติดต่ออุบัติใหม่ (EID) แห่งชาติ พ.ศ. 2556 – 2559	วิสัยทัศน์: ประเทศไทยป้องกันควบคุม EID มีประสิทธิภาพ เป็นที่ยอมรับของนานาชาติ วัตถุประสงค์: ลดป่วย ตาย และลดผลกระทบเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมจาก EID	1 พัฒนาระบบเตรียมรับภัยฉุกเฉิน 2 พัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน รักษา และควบคุมโรค 3 พัฒนาการสื่อสารความเสี่ยง 4 สร้างความร่วมมือระหว่างประเทศ 5 สร้างส่วนร่วมภาคประชาสังคม 6 จัดการความรู้ วิจัย และพัฒนา	- คณะกก.โรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ - คณะกก.โรคติดต่อแห่งชาติ - คณะกก.โรคติดต่อจังหวัด
แผนยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560 -2573	วิสัยทัศน์: ยุติปัญหาเอดส์ภายในพ.ศ.2573 โดยคำนึงสิทธิมนุษยชน วัตถุประสงค์: 1. ลดติดเชื้อใหม่เหลือ< 1,000/ปี 2. ลดตายเหลือ<4,000/ปี 3. ลดการเลือกปฏิบัติ 90%	1. เร่งรัดจัดบริการที่มีประสิทธิผลสูง 2. ยกระดับคุณภาพงานป้องกันโรค 3. พัฒนาการรักษา ช่วยเหลือ ผป. 4. ลดการรังเกียจ 5. เพิ่มความร่วมมือและการลงทุน 6. พัฒนาการใช้ประโยชน์ข้อมูล	คณะกก.แห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอด์ คณะอนุกก.การยุติปัญหาเอดส์ระดับจังหวัด
แผนยุทธศาสตร์ วัณโรคระดับชาติ พ.ศ. 2560 - 2564	วิสัยทัศน์: ประเทศไทยปลอดวัณโรค วัตถุประสงค์: ลดอุบัติการณ์วัณโรค12.5% ต่อปี (เหลือ 88 ต่อแสนใน พ.ศ. 2564)	1.เร่งรัดค้นหาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโดยการคัดกรองในกลุ่มเป้าหมาย 2. ลดการเสียชีวิตในผู้ป่วย 3. พัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อป้องกันควบคุม ดูแล รักษาวัณโรค 4. สร้างกลไกการจัดการอย่างยั่งยืน 5. ส่งเสริมวิจัยพัฒนานวัตกรรม	คณะกก.ป้องกันและควบคุมวัณโรคแห่งชาติ

ตารางที่ 13.5 แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติที่สำคัญเกี่ยวกับการควบคุมโรคติดต่อ (ต่อ)

แผนยุทธศาสตร์	วิสัยทัศน์ วัตถุประสงค์	ยุทธศาสตร์	กลไกขับเคลื่อน
ยุทธศาสตร์การกำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย พ.ศ. 2560-2569	ประเทศไทยไม่มีผู้ป่วยติดเชื้อมาลาเรียในพื้นที่ ภายในปี 2564 และปลอดจากการแพร่เชื้อมาลาเรียภายในปี 2567	1. เร่งรัดการกำจัดการแพร่เชื้อ 2. พัฒนาเทคโนโลยี นวัตกรรม มาตรการ และรูปแบบการกำจัดโรค 3. สร้างความร่วมมือในประเทศและระดับนานาชาติ 4. ส่งเสริมประชาชนดูแลตนเอง	คณะกก.อำนวยการกำจัดมาลาเรียแห่งชาติ คณะกก.บริหารกำจัดมาลาเรียแห่งชาติ คณะกก.โรคติดต่อจว.
แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ.2560-2564	วิสัยทัศน์: การป่วย การตาย และผลกระทบทางเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นจากเชื้อดื้อยาลดลง	1. เฝ้าระวังการดื้อยาต้านจุลชีพ 2. ควบคุมการกระจายยาต้านจุลชีพ 3. ควบคุมการติดเชื้อในรพ. 4. ควบคุมการใช้ยาภาคการเกษตร 5. การส่งเสริมความรู้แก่ประชาชน 6. บริหารและพัฒนากลไกนโยบาย	คณะกรรมการประสานและบูรณาการงานด้านการดื้อยาต้านจุลชีพ

ส่วนสาระสำคัญโดยสังเขปของแผนยุทธศาสตร์ทั้ง 5 มีดังต่อไปนี้

1) แผนยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560-2573[40]

ประเทศไทยพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ชาติเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ มาตั้งแต่ พ.ศ. 2532 นับเป็นเวลา 6 ปี หลังจากพบผู้ป่วยเอดส์ครั้งแรกในประเทศไทย เริ่มต้นจากแผนยุทธศาสตร์ 5 ปี เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ฉบับที่ 1–6 ในปัจจุบันได้พัฒนาเป็นแผนยุทธศาสตร์ฯ ฉบับที่ 7 ใช้ชื่อว่า “ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560-2573” ซึ่งคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ นำเสนอต่อคณะรัฐมนตรี และได้รับความเห็นชอบเมื่อวันที่ 17 มกราคม 2560

แผนยุทธศาสตร์ฯ ฉบับนี้ กำหนดวิสัยทัศน์ คือ การยุติปัญหาเอดส์ภายในปี พ.ศ. 2573 ที่คำนึงถึงหลักการสิทธิมนุษยชนและความเสมอภาคระหว่างเพศ และมีเป้าหมายสำคัญ 3 ประการ คือ

(1) ลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ให้เหลือ ปีละไม่เกิน 1,000 ราย

(2) ลดการเสียชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวีเหลือ ปีละไม่เกิน 4,000 ราย

(3) ลดการเลือกปฏิบัติอันเกี่ยวเนื่องจากเอชไอวีและเพศภาวะลงร้อยละ 90 โดยสอดคล้องกับเป้าหมายโลก

แผนนี้ประกอบด้วย 6 ยุทธศาสตร์ คือ

ยุทธศาสตร์ที่ 1 มุ่งเน้นการพัฒนาและการเข้าถึงระบบบริการ โดยจัดให้มีชุดบริการที่มีประสิทธิผลสูง ครอบคลุมพื้นที่และประชากรกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสได้รับเชื้อเอชไอวีสูง

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ยกระดับคุณภาพการป้องกันโรคที่มีประสิทธิผลให้ยั่งยืน และบูรณาการเข้าสู่ระบบ เพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่มรู้เท่าทันและมีพฤติกรรมที่ปลอดภัยจากการติดเชื้อ ยุติการติดเชื้อในเด็กแรกเกิด

ยุทธศาสตร์ที่ 3 เร่งรัดการรักษา เพื่อให้ผู้ติดเชื้อได้รับการตรวจวินิจฉัยและยาต้านไวรัส ตลอดจนการรักษาโรคแทรกซ้อน และได้รับการดูแลและให้ความช่วยเหลือทางสังคม ป้องกันผลกระทบจากการรับบริการและได้รับการคุ้มครองทางสังคมอย่างเหมาะสม

ยุทธศาสตร์ที่ 4 มุ่งการลดอคติและการเลือกปฏิบัติในสังคม ผ่านการสื่อสารระดับต่างๆ เพื่อปรับภาพลักษณ์และสร้างความเข้าใจเรื่องเอชไอวีและความหลากหลายทางเพศ สนับสนุนการสร้างความเข้มแข็งระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน รวมทั้งการจัดกลไกการคุ้มครองสิทธิเพื่อลดการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวเนื่องจากเอชไอวีและเพศภาวะ

ยุทธศาสตร์ที่ 5 สร้างความรับผิดชอบร่วม การลงทุนและประสิทธิภาพการจัดการในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับพื้นที่ จังหวัด และประเทศ

ยุทธศาสตร์ที่ 6 ส่งเสริมและสนับสนุนการสร้างความรู้โดยการวิจัย การเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากข้อมูลและความรู้จากการวิจัย เพื่อการวางแผนเชิงนโยบายและนำไปสู่การยุติปัญหาเอดส์ในอนาคต

ทั้งนี้ มุ่งเน้นการดำเนินงานในกลุ่มประชากรหลัก ได้แก่ กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย พนักงานบริการทางเพศและผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด รวมถึงคู่ของกลุ่มประชากรหลัก และกลุ่มผู้ต้องขัง จัดลำดับพื้นที่เป้าหมายที่ต้องเร่งรัด 30 จังหวัด และกำหนดมาตรการหลัก คือ Reach, Recruit, Test, Treat, Retain (RRTTR) ร่วมกับการพัฒนาระบบข้อมูล การติดตามและประเมินผลการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ การแก้ไขมาตรการกฎหมายที่เป็นอุปสรรคในการดำเนินงาน

กลไกสำคัญในการขับเคลื่อนงานในระดับชาติ มีคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ (คช.ปอ.) ในระดับพื้นที่ มีคณะอนุกรรมการยุติปัญหาเอดส์จังหวัด และกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีบทบาทในการวางแผนการขับเคลื่อนงานและกำกับทิศทาง ร่วมกับภาคส่วนต่างๆ เพื่อให้บรรลุตามตามเป้าหมายภายในปี 2573

2) แผนยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติ พ.ศ. 2560-2564[44]

กระทรวงสาธารณสุขจัดทำแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติฉบับนี้ ให้สอดคล้องกับการแก้ไขสภาพปัญหาของประเทศ และแผนยุติวัณโรคขององค์การอนามัยโลก (The End TB Strategy) มีวัตถุประสงค์ที่จะยุติการระบาดของโรค ลดการป่วยโดยเฉพาะในผู้ป่วยรายใหม่ และสร้างความมั่นใจว่าจะไม่มีครอบครัวใดได้รับความเดือดร้อนทางเศรษฐกิจจากการป่วยด้วยวัณโรค

โดยกำหนดยุทธศาสตร์ 5 ด้าน ที่เน้นการป้องกัน ดูแลรักษาที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ส่งเสริมบทบาทประชาสังคมในการทำงานร่วมกับรัฐ และการมีนโยบายที่เข้มแข็ง มีสาระโดยสรุปดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 เร่งรัดค้นหาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยวัณโรคให้ครอบคลุมโดยการคัดกรองในกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้กลุ่มเป้าหมาย/กลุ่มเสี่ยงทุกคนทั้งประชาชนไทยและต่างด้าวได้รับการตรวจวินิจฉัยและนำสู่การรักษาอย่างรวดเร็ว ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ รวมถึงการสนับสนุนหน่วยงานภาคเอกชนและภาคประชาสังคมมีส่วนร่วมในการดูแลและส่งต่อผู้ป่วย

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ลดการเสียชีวิตในผู้ป่วย โดยการรักษาอย่างสม่ำเสมอด้วยยาที่มีคุณภาพ สำหรับผู้ป่วยวัณโรคร่วมกับเอดส์ต้องผสมผสานการวางแผนการรักษาและมียาป้องกันวัณโรคสำหรับกลุ่มนี้ เพื่อใช้ร่วมกับยาอื่นอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงพัฒนาการบริหารจัดการวัณโรคดื้อยาให้ครอบคลุมทั่วประเทศ

ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อการป้องกัน ดูแล รักษาและควบคุมวัณโรค โดยการพัฒนาและใช้ประโยชน์จากระบบข้อมูลข่าวสาร เพื่อการติดตามการให้บริการและการบริหารนโยบายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 4 สร้างกลการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์อย่างยั่งยืน เป็นการสร้างการสนับสนุนทางนโยบาย (Political Commitment) ในการระดมทรัพยากรสำหรับการดำเนินงาน โดยกำหนดเชิงโครงสร้างให้มีคณะกรรมการระดับชาติ สร้างกองทุนพิเศษเพื่อดำเนินงานร่วมกับโรคเอดส์และมาลาเรียภายหลังที่การสนับสนุนของกองทุนโลกหมดลง

ยุทธศาสตร์ที่ 5 ส่งเสริมการวิจัยและพัฒนานวัตกรรมป้องกัน ดูแลรักษา และควบคุมวัณโรค เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานทั้งในระดับชาติและในพื้นที่

คาดว่าการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ดังกล่าวจะช่วยลดจำนวนผู้ป่วยวัณโรคลงได้ โดยกลุ่มผู้ป่วยแรงงานข้ามชาติ ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาและผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี จะได้รับการวินิจฉัยและการรักษาเพิ่มขึ้น

3) แผนยุทธศาสตร์การกำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย พ.ศ. 2560-2569[26]

ยุทธศาสตร์การกำจัดโรคไข้มาลาเรียนประเทศไทยเริ่มดำเนินการตั้งแต่ ปี 2558 ตามคำสั่งสำนักนายกรัฐมนตรี ที่ 93/2558 หลังจากที่ประเทศไทยได้ให้การรับรองเป้าหมายการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย ตามมติที่ประชุมสมัชชาองค์การอนามัยโลกครั้งที่ 66 ปี พ.ศ. 2556 และแผนยุทธศาสตร์ฯ ได้รับความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 26 เมษายน 2559

แผนยุทธศาสตร์ฉบับนี้ กำหนดวิสัยทัศน์ให้ประเทศไทยปลอดจากโรคมาลาเรียในปี 2567 ประกอบด้วย 4 ยุทธศาสตร์ ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 เร่งรัดการกำจัดการแพร่เชื้อมาลาเรียในประเทศไทย เพื่อไม่ให้มีผู้ป่วยติดเชื้อในพื้นที่ โดยเร่งรัดการดำเนินงานการเฝ้าระวังโรคที่มีมาตรฐานตอบโต้สถานการณ์ได้อย่างรวดเร็วมีประสิทธิภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาเทคโนโลยี นวัตกรรมมาตรการและรูปแบบที่เหมาะสมในการกำจัดโรคมาลาเรีย โดยเน้นการสนับสนุนการวิจัย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ให้เกิดรูปแบบสำหรับการกำจัดโรคตามบริบทของพื้นที่

ยุทธศาสตร์ที่ 3 สร้างความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่าย ระดับประเทศและระดับนานาชาติเพื่อขับเคลื่อนงานกำจัดโรคไข้มาลาเรีย โดยเน้นการแลกเปลี่ยนข้อมูลและการสร้างแผนงาน/โครงการ/แนวปฏิบัติ และการติดตามผลการดำเนินงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพในการดูแลตนเองจากโรคไข้มาลาเรีย ผ่านการสื่อสารที่มีความหลากหลายทั้งเครื่องมือ ช่องทางและสาร เพื่อสร้างความรู้และปรับพฤติกรรมและความสามารถในการดูแลตนเองและครอบครัวให้ปลอดจากมาลาเรีย

เพื่อให้บรรลุตามแผนยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุขได้จัดแบ่งพื้นที่เป็นระดับตามการระบาดของโรค การดื้อยาของเชื้อและกลุ่มประชากรในพื้นที่ เพื่อกำหนดมาตรการในการกำจัดโรคไข้มาลาเรียได้อย่างเหมาะสมตามบริบทของแต่ละพื้นที่

4) แผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อมป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ พ.ศ. 2560-2564[47]

แผนยุทธศาสตร์นี้ กำหนดวิสัยทัศน์ว่า “ประเทศไทยสามารถป้องกัน ควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่อย่างเป็นระบบ มีประสิทธิภาพ ทันการณ์ เป็นที่ยอมรับของนานาชาติ โดยการบริหารจัดการแบบบูรณาการการจัดการความรู้และการมีส่วนร่วม จากทุกภาคส่วน” และมีสาระสำคัญประกอบด้วย ๖ ยุทธศาสตร์ ดังต่อไปนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนาระบบเตรียมความพร้อมสำหรับภัยพิบัติฉุกเฉินด้านสาธารณสุข

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกันรักษาและควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ภายใต้แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาระบบการสื่อสารความเสี่ยงและประชาสัมพันธ์โรคติดต่ออุบัติใหม่

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การเสริมสร้างความเข้มแข็งด้านความร่วมมือระหว่างประเทศ

ยุทธศาสตร์ที่ 5 การเสริมสร้างการมีส่วนร่วมจากภาคประชาสังคมและภาคเอกชน ในการป้องกัน ควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่

ยุทธศาสตร์ที่ 6 การส่งเสริมการจัดการความรู้ การวิจัยและพัฒนา

แต่ละยุทธศาสตร์ ได้กำหนดเป้าประสงค์ ตัวชี้วัด กลยุทธ์ มาตรการ และแนวทางการดำเนินงานไว้อย่างชัดเจน และมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ

ในยุทธศาสตร์ที่ 6 มีกลยุทธ์ส่งเสริมและสนับสนุนการวิจัยและพัฒนา ซึ่งรวมถึงการพัฒนาวัคซีนสำหรับป้องกันโรคติดต่ออุบัติใหม่ เพื่อตอบสนองต่อการระบาดในกรณีฉุกเฉิน ในระยะที่ผ่านมา มีการพัฒนาและเตรียมการผลิตวัคซีนไข้หวัดใหญ่ โดยองค์การเภสัชกรรม และมีการริเริ่มการพัฒนาวัคซีนซิก้า โดยร่วมมือกับสถาบันวิจัยต่างประเทศด้วย

5) แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560-2564[50]

แผนยุทธศาสตร์นี้ กำหนดวิสัยทัศน์ คือ การป่วย การตาย และผลกระทบทางเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นจากเชื้อดื้อยาลดลง และกำหนดเป้าประสงค์ที่ต้องการบรรลุภายในปี 2564 ไว้ 5 ประการ ได้แก่

1. การป่วยจากเชื้อดื้อยาลดลง ร้อยละ 50
2. การใช้ยาต้านจุลชีพสำหรับมนุษย์ลดลง ร้อยละ 20
3. การใช้ยาต้านจุลชีพสำหรับสัตว์ลดลง ร้อยละ 30
4. ประชาชนมีความรู้เรื่องเชื้อดื้อยาและตระหนักในการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมเพิ่มขึ้น ร้อยละ 20
5. ประเทศไทยมีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพที่มีสมรรถนะตามเกณฑ์สากล

แผนนี้ประกอบด้วย 6 ยุทธศาสตร์ ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การเฝ้าระวังการดื้อยาต้านจุลชีพภายใต้แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การควบคุมการกระจายยาต้านจุลชีพในภาพรวมของประเทศ

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในสถานพยาบาลและควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างสมเหตุผล

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การป้องกันและควบคุมเชื้อดื้อยาและควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมในภาคการเกษตรและสัตว์เลี้ยง

ยุทธศาสตร์ที่ 5 การส่งเสริมความรู้ด้านเชื้อดื้อยาและความตระหนักด้านการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมแก่ประชาชน

ยุทธศาสตร์ที่ 6 การบริหารและพัฒนากลไกระดับนโยบายเพื่อขับเคลื่อนงานด้านการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างยั่งยืน

13.3 การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

กระทรวงสาธารณสุขโดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ทั่วประเทศ ได้ร่วมกันดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ เพื่อให้ผู้บริโภคมีความปลอดภัย สนับสนุนส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ในการเลือกบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม ตลอดจนการเฝ้าระวัง ตรวจสอบ คุณภาพและความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์สุขภาพในท้องตลาด เพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้บริโภค และสร้างความเชื่อมั่นในการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพให้แก่คนไทยทุกคน

13.3.1 กรอบยุทธศาสตร์การพัฒนาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ประจำปี 2562-2566

การพัฒนาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในยุค Thailand 4.0 นั้น จะมุ่งเน้นการนำนวัตกรรมใหม่ๆ และระบบอิเล็กทรอนิกส์มาพัฒนาระบบราชการเพื่อพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศและคุณภาพชีวิตของประชาชนในการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ

เป้าหมาย: ผู้บริโภคปลอดภัย ผู้ประกอบการก้าวไกล ระบบคุ้มครองสุขภาพไทยยั่งยืน

วิสัยทัศน์: คุ้มครองผู้บริโภคและส่งเสริมผู้ประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ เพื่อประชาชนสุขภาพดี

พันธกิจ:

1) พัฒนาผู้บริโภคให้มีศักยภาพในการดูแลตนเองเพื่อการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ปลอดภัย ถูกต้อง และเหมาะสม

2) ส่งเสริมและพัฒนาการประกอบการให้มีศักยภาพแข่งขันได้ในระดับสากล เพื่อเพิ่มมูลค่าทางเศรษฐกิจของประเทศ

3) ควบคุม กำกับดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพให้มีคุณภาพปลอดภัย และมีประสิทธิผล

4) ส่งเสริมความมั่นคงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ เพื่อให้คนไทยสามารถเข้าถึงได้ในยามปกติและภาวะฉุกเฉิน

ยุทธศาสตร์การพัฒนา 5 S:

1) พัฒนาระบบและกลไกการควบคุม กำกับดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพเชิงรุกและเป็นมาตรฐานสากล (Smart Regulation)

2) พัฒนาศักยภาพและองค์ความรู้ให้ผู้บริโภครู้เท่าทันเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ (Smart Consumer)

3) พัฒนางานบริการสู่ความเป็นเลิศและให้ผู้ประกอบการมีความสามารถในการแข่งขัน (Smart Service)

4) พัฒนาและยกระดับองค์กรให้มีสมรรถนะสูง (Smart Organization)

5) พัฒนาสารสนเทศและองค์ความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ทันสมัย (Smart Information)

การพัฒนาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในยุค Thailand 4.0 นั้น จะมั่งเน้นการนำนวัตกรรมใหม่ๆ และระบบอิเล็กทรอนิกส์มาพัฒนาระบบราชการเพื่อพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศและคุณภาพชีวิตของประชาชนในการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ

เป้าหมาย: ผู้บริโภคปลอดภัย ผู้ประกอบการก้าวไกล ระบบคุ้มครองสุขภาพไทยยั่งยืน

วิสัยทัศน์: คุ้มครองผู้บริโภคและส่งเสริมผู้ประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ เพื่อประชาชนสุขภาพดี

พันธกิจ:

1) พัฒนาผู้บริโภคให้มีศักยภาพในการดูแลตนเองเพื่อการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ปลอดภัย ถูกต้องและเหมาะสม

2) ส่งเสริมและพัฒนาการประกอบการให้มีศักยภาพแข่งขันได้ในระดับสากล เพื่อเพิ่มมูลค่าทางเศรษฐกิจของประเทศ

3) ควบคุม กำกับดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพให้มีคุณภาพปลอดภัย และมีประสิทธิผล

4) ส่งเสริมความมั่นคงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ เพื่อให้คนไทยสามารถเข้าถึงได้ในยามปกติและภาวะฉุกเฉิน

13.3.2 การคุ้มครองผู้บริโภคด้านความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์สุขภาพ

การคุ้มครองผู้บริโภคด้านของผลิตภัณฑ์สุขภาพเป็นหน้าที่ที่พึงดำเนินการตามแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ อีกทั้งเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของพลเมืองที่ต้องได้รับความคุ้มครองจากรัฐให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างคุณภาพ การคุ้มครองผู้บริโภคจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน ซึ่งผลการดำเนินการดังนี้

1) การจัดการผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีความเสี่ยง

สถานการณ์ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในยุคที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากของประเทศไทย ทั้งในด้านเทคโนโลยี สังคม วัฒนธรรมและเศรษฐกิจ ส่งผลกระทบให้เกิดปัญหาปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมายและความเสี่ยงที่จะเกิดผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัยมากขึ้น ดังนั้นการจัดการกับผลิตภัณฑ์กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อสุภาพภายใต้มาตรการต่างๆ ทั้งด้านการประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยงและการสื่อสารความเสี่ยงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ จึงเป็นหัวใจหลักในการแก้ไขและป้องกันปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคตสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ได้ดำเนินการจัดการผลิตภัณฑ์ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงที่สำคัญได้แก่ ยา วัตถุเสพติดที่ใช้ในการแพทย์เครื่องมือแพทย์ อาหาร เครื่องสำอางและวัตถุอันตรายที่ใช้ในบ้านเรือนพบว่า ผลวิเคราะห์กลุ่มเสี่ยงเหล่านี้ผ่านมาตรฐานกว่าร้อยละ 90 ดังรายละเอียดตามตารางที่ 13.6

ตารางที่ 13.6 ผลวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงปี 2560

ผลิตภัณฑ์	รายการ	จำนวน (ตัวอย่าง)	ผ่านมาตรฐาน (ตัวอย่าง)	ร้อยละที่ผ่านมาตรฐาน
อาหาร	ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารไ	5	5	100
	ผลิตภัณฑ์จากแป้ง	23	21	91.30
ยา	Aspirin	22	22	100
วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท	Clonazepam	8	8	100
	Diazepam	25	25	100
เครื่องมือแพทย์	กลุ่มเครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อ	37	35	94.59
	กระบอกฉีดยา	13	13	100
	ถุงมือสำหรับตรวจโรค	17	17	100
เครื่องสำอาง	เครื่องสำอางผสมสาร whitening	95	95	100
	เครื่องสำอางกลุ่ม color make up	17	17	100
	ผลิตภัณฑ์ย้อมผม/เปลี่ยนสีผม	36	36	100
	ผลิตภัณฑ์แชมพูสระผม	50	47	94.00
	ผลิตภัณฑ์ยาสีฟัน น้ำยาบ้วนปาก	51	49	96.07
	ผลิตภัณฑ์แป้งฝุ่น แป้งโรยตัว	25	24	96.00
วัตถุอันตรายที่ใช้ในบ้านเรือน	ผลิตภัณฑ์กำจัดลูกน้ำยุง	30	30	100

ที่มา: กองแผนงานและวิชาการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข

2) ความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์สุขภาพและสถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ

(1) ความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์สุขภาพ

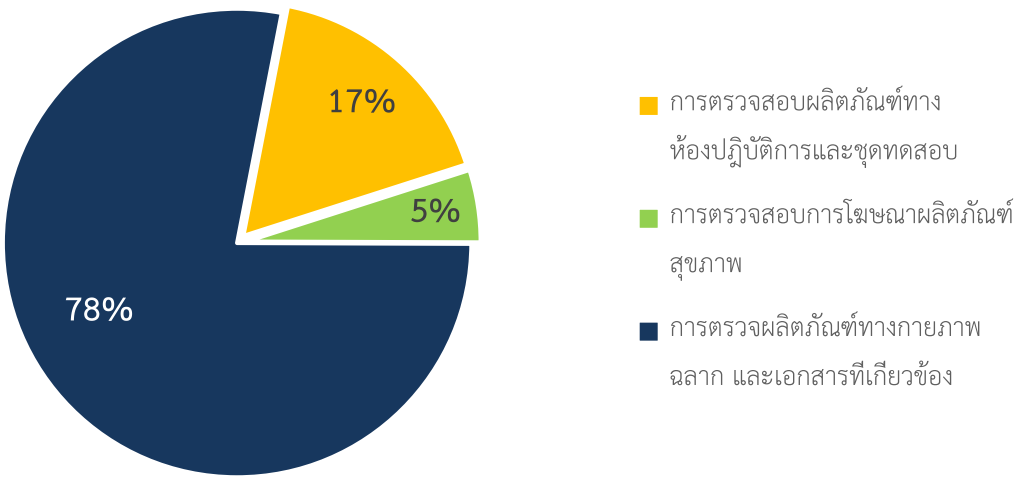
การเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพเป็นหนึ่งในภารกิจที่สำคัญของการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในปี พ.ศ. 2560 มีการตรวจสอบเพื่อเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพที่สำคัญ คือ

1) การตรวจสอบผลิตภัณฑ์ทางห้องปฏิบัติการและชุดทดสอบจำนวน 82,757 รายการ

2) การตรวจสอบโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ จำนวน 25,847 รายการ

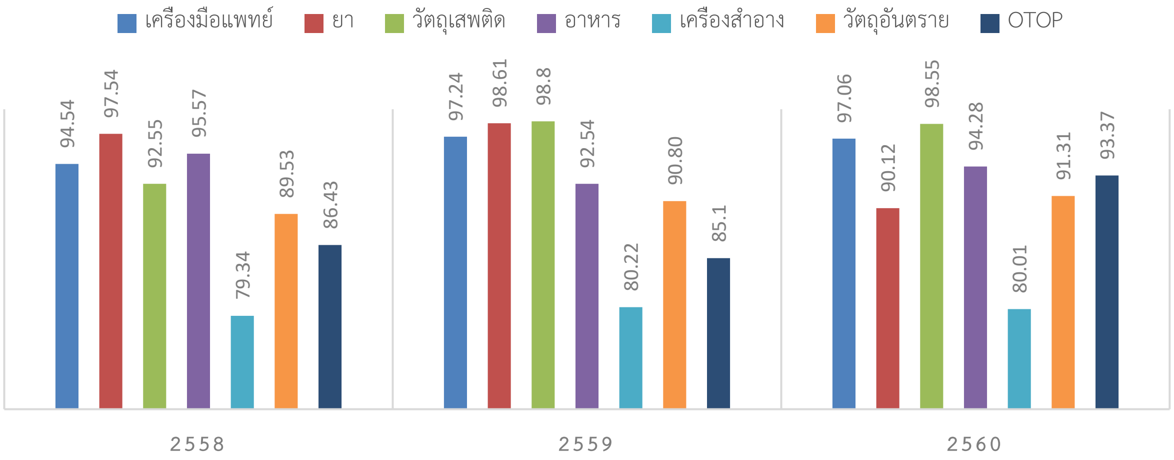
3) การตรวจสอบผลิตภัณฑ์ทางกายภาพ ฉลากและเอกสารที่เกี่ยวข้อง จำนวน 390,566 รายการ ซึ่งมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 78 ของการตรวจสอบทั้งหมด (ภาพที่ 13.15 และ 13.16)

ภาพที่ 13.15 การตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพปี พ.ศ. 2560



ที่มา:กองแผนงานและวิชาการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข

ภาพที่ 13.16 ร้อยละของการผ่านมาตรฐานการตรวจสอบความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์สุขภาพปี 2556-2560

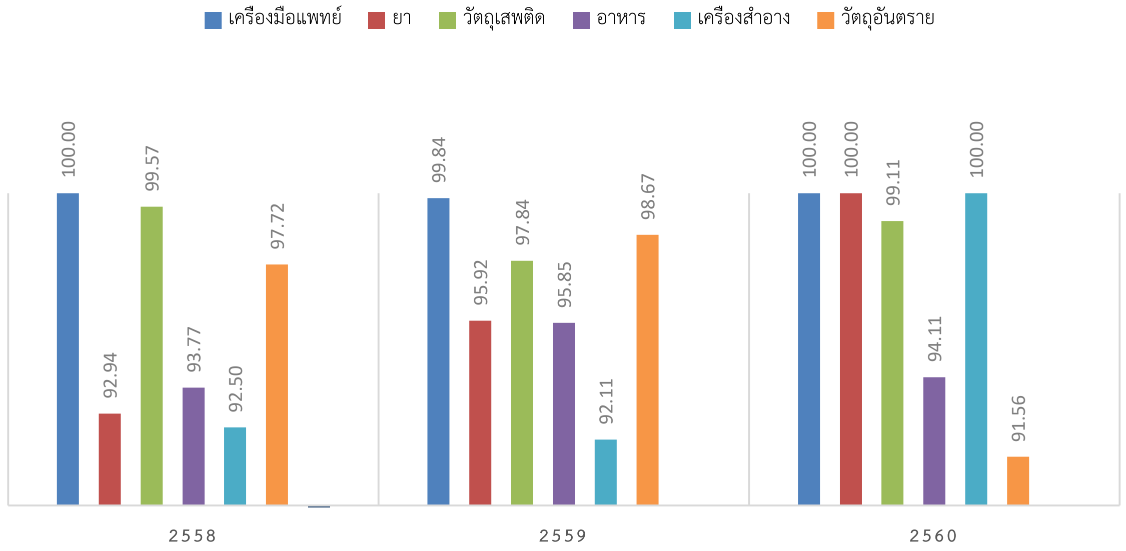


ที่มา: กองแผนงานและวิชาการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข

(2) มาตรฐานสถานประกอบการผลิตภัณฑ์สุขภาพ

ในปี 2560 มีการตรวจสอบสถานที่ผลิต – นำเข้า – และจำหน่ายอาหาร สถานที่ผลิตยาแผนปัจจุบัน-ยาแผนโบราณ นำสั่งยา-ร้านขายยาแผนปัจจุบัน-ร้านขายยาเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่มิใช่ยาอันตราย-ร้านขายยาเฉพาะยาบรรจุเสร็จสำหรับสัตว์และร้านขายยาแผนโบราณ สถานที่ผลิต – นำเข้า - และขายเครื่องมือแพทย์ สถานที่ผลิต – นำสั่ง - และจำหน่ายเครื่องสำอาง สถานที่ผลิต – นำสั่ง - และครอบครองวัตถุอันตรายเพื่อใช้รับจ้างและสถานประกอบการวัตถุเสพติด มีสถานประกอบการผ่านมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กฎหมายกำหนดจำนวน 6,017 แห่ง จากทั้งหมด 6,146 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 97.90 และจากข้อมูลในปี 2558-2560 พบว่า ร้อยละของสถานประกอบการที่ผ่านการตรวจสอบและเข้ามาตรฐานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (ภาพที่ 13.17) โดยเมื่อพิจารณาแล้ว จะเห็นว่าเครื่องมือแพทย์สามารถรักษามาตรฐานสถานประกอบการไว้ได้มากที่สุด สำหรับยา และเครื่องสำอาง ได้พัฒนามาตรฐานให้สูงขึ้นจนสามารถผ่านมาตรฐานทั้งหมดที่เข้าตรวจสอบ แต่สำหรับวัตถุอันตรายมีการผ่านมาตรฐานที่ลดลง

ภาพที่ 13.17 ร้อยละของการสถานประกอบการที่ผ่านการตรวจสอบมาตรฐานปี 2558-2560



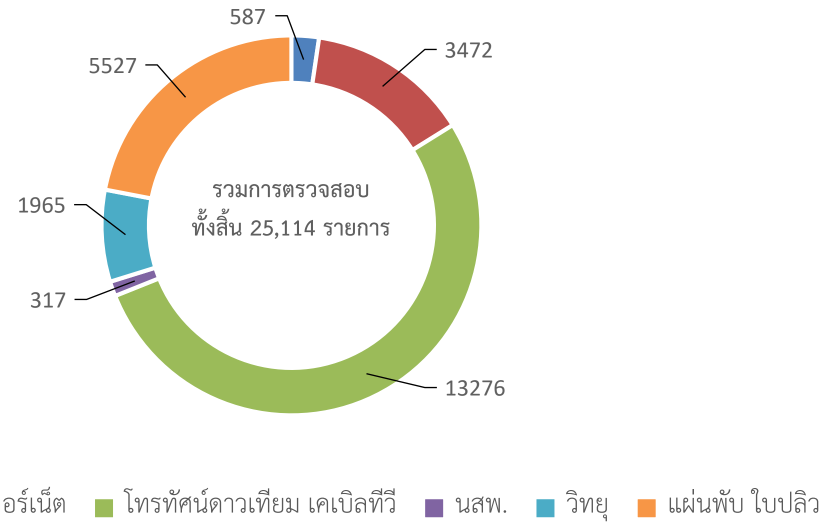
ที่มา: กองแผนงานและวิชาการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข

สำหรับการพัฒนาสถานประกอบการให้ได้มาตรฐานสากล โดยเครื่องมือแพทย์ต้องได้มาตรฐาน ISO13485 ยาแผนโบราณ ต้องได้มาตรฐาน GMP PICS เครื่องสำอางต้องได้มาตรฐาน ASEAN GMP และวัตถุอันตรายต้องได้มาตรฐาน GMP สมัครใจ โดยจะเห็นว่าสถานประกอบการผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางได้มาตรฐานสากลที่สุด

3) การจัดการปัญหาโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ

การโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมายนับวันมีความซับซ้อน มีการเผยแพร่ในวงกว้างขึ้น โดยเฉพาะทางอินเตอร์เน็ตทำให้ประชาชนหลงเชื่อและรับผลกระทบที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพและสูญเสียเงิน ในการจัดการปัญหาต้องดำเนินการทั้งการจัดการในเชิงรุก เชิงรับ และเชิงส่งเสริม โดยมีการตรวจสอบและตรวจจับโฆษณาที่ผิดกฎหมาย มีการบูรณาการกับหน่วยงานให้บริการทางอินเตอร์เน็ต มีเครือข่ายเฝ้าระวัง รวมถึงประชาสัมพันธ์และสื่อสารความเสี่ยง จนถึงการยกเลิกเลขสารบบในกรณีที่พบโฆษณาหลอกลวง สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และภาคส่วนที่เกี่ยวข้องได้ดำเนินการเฝ้าระวังและจัดการปัญหาโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยในปี 2560 มีการเฝ้าระวังโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพในสื่อต่างๆ รวม 25,144 รายการ (ภาพที่ 13.18) พบการฝ่าฝืนกฎหมายการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ ร้อยละ 6.11 (1,536 รายการ) คิดเป็นร้อยละ 6.11 ดำเนินการระงับโฆษณาและดำเนินคดีทุกราย จำนวน 457 เรื่อง

ภาพที่ 13.18 การเฝ้าระวังโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพในสื่อต่าง ๆ พ.ศ. 2560



ที่มา: ศูนย์จัดการเรื่องร้องเรียนและปราบปรามการกระทำผิดกฎหมายเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ (ศรป.) สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข

เมื่อพบการฝ่าฝืนกฎหมายการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ ได้ดำเนินการตามมาตรการหลักๆดังนี้

(1) มาตรการทางอาญา

- ระงับการโฆษณาเจ้าของสื่อ
- ระงับการโฆษณาเจ้าของผลิตภัณฑ์
- ระงับการโฆษณาผู้ดำเนินรายการ
- ดำเนินการเปรียบเทียบปรับตามกฎหมาย

(2) มาตรการทางปกครอง

- เพิกถอนผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่มีลักษณะการโฆษณาดังนี้ ผลิตภัณฑ์ที่ไม่ปลอดภัย
- ผิดศีลธรรมอันดีของประชาชน เกิดผลกระทบต่อสังคมในวงกว้าง ทำให้เสียโอกาสทางการรักษา มีการโฆษณารักษาโรคร้ายแรง โอ้อวด หลอกลวง ไม่เป็นธรรมกับผู้บริโภค หรือพบเป็นการกระทำผิดที่ซ้ำซาก

(3) มาตรการบูรณาการบังคับใช้กฎหมายกับหน่วยงานอื่น

- แจ้งการระงับโฆษณา (เจ้าของสื่อวิทยุ โทรทัศน์ ให้สำนักงาน กสทช.ทราบ
- ส่งเรื่องให้กรมสอบสวนคดีพิเศษ ดำเนินการทางคดีพิเศษ
- ส่งเรื่องให้กรมสรรพากร ดำเนินมาตรการทางภาษี

4) การปราบปรามการกระทำผิดกฎหมายผลิตภัณฑ์สุขภาพ

จากการสืบสวน ประมวลหลักฐาน เพื่อดำเนินการทางกฎหมายเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ รวมถึงการดำเนินการตรวจสอบสถานประกอบการยึดอายัดในการกระทำผิดเกี่ยวกับการลักลอบนำเข้า

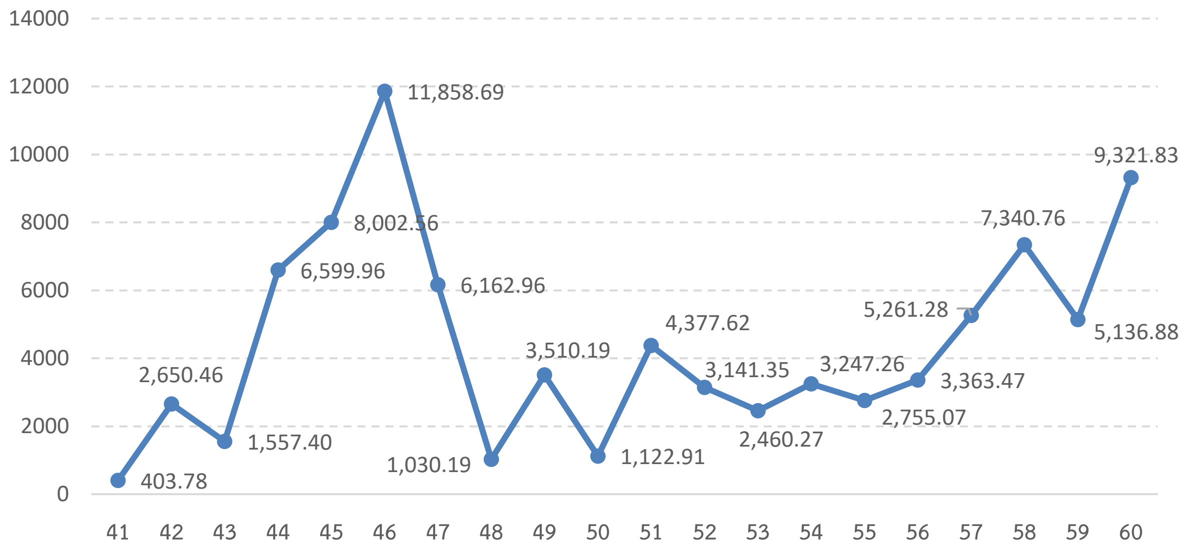
การจำหน่ายและการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมาย ในปี 2560 ได้ของกลางจำนวน 703 รายการ มูลค่ารวม 11.649 ล้านบาท ซึ่งหนึ่งในนั้นมีการจับกุมดำเนินคดีที่มูลค่าความเสียหายหลายล้านบาทหลายรายการ สำหรับการดำเนินการในระยะต่อไปนั้นจะเน้นมาตรการเชิงรุกเพิ่มขึ้น เช่น จัดการปัญหาโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ฝ่าฝืนกฎหมายในสื่ออินเตอร์เน็ต การประสานให้ผู้บริการอินเทอร์เน็ตในการระงับหรือปิดกั้นโฆษณาที่ไม่ถูกต้อง การรายงานการกระทำผิดกฎหมายผ่านสื่อสังคมออนไลน์ จะการบูรณาการบังคับใช้กฎหมายให้เข้มข้นขึ้น โดยเพิ่มมาตรการจากหน่วยงานอื่นๆ เช่น มาตรการ คดีพิเศษ มาตรการภาษี จะพัฒนาระบบบริการ

เรื่องร้องเรียนสายด่วน อย. 1556 (Call Center) ให้เชื่อมโยงข้อมูลการจัดการระหว่างส่วนกลางและส่วนภูมิภาค และพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ทั้งในด้านการทักษะการสื่อสารและทักษะความรู้ด้านการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

5) การเผาทำลายยาเสพติดให้โทษของกลาง

อีกภารกิจที่สำคัญประการหนึ่งของการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ คือ การเก็บรักษาและทำลายยาเสพติดให้โทษของกลางที่คดีสิ้นสุดแล้ว โดยจะดำเนินการเผาทำลายในวันต่อต้านยาเสพติดโลก วันที่ 26 มิถุนายน ของทุกปี ณ ศูนย์บริหารสาธารณูปโภคและสิ่งแวดล้อม นิคมอุตสาหกรรม บางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ด้วยการเผาทำลายในเตาเผาความร้อนสูง ระบบ Pyrolytic incineration ซึ่งเป็นกระบวนเผาทำลายที่ไม่ทำลายสิ่งแวดล้อม ปี 2560 มีการเผาทำลายยาเสพติดให้โทษของกลางที่คดีสิ้นสุดแล้ว จำนวน 9,321 กิโลกรัม (ภาพที่ 13.19) จาก 6,546 คดี รวมมูลค่า 20,719 ล้านบาท และมีของกลางกัญชาและพืชกระท่อมอีก 6,853 กิโลกรัม มูลค่า 54 ล้านบาท ยาเสพติดที่พบมากที่สุดคือ เมทแอมเฟตามีน แอมเฟตามีน ปริมาณ 9,071.81 กิโลกรัม เพิ่มขึ้นร้อยละ 48.60 เมื่อเทียบกับปี 2559 และยังพบว่ายาเสพติดกลุ่มเฮโรอีนและเอ็กซ์ตาซี่ มีแนวโน้มลดลง กว่า 40 ปี ที่กระทรวงสาธารณสุขโดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ได้ดำเนินการเก็บรักษาและทำลายยาเสพติดให้โทษของกลาง รวมกว่า 122,453.68 กิโลกรัม มูลค่าประมาณ 183,645 ล้านบาท โดยเป็นยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีน แอมเฟตามีน ปริมาณ 68,707.59 กิโลกรัม คิดเป็นร้อยละ 56.11 ของยาเสพติดที่เผาทำลายทั้งหมด โดยเป้าหมายสูงสุดคือทำให้กระบวนการทำลายยาเสพติดให้โทษของกลางครบถ้วน ถูกต้องตามขั้นตอนทางกฎหมาย มีการดำเนินการที่รัดกุม รวมถึงควบคุม กำกับ ดูแล ไม่ให้รั่วไหลออกมาทำร้ายประชาชนได้

ภาพที่ 13.19 น้ำหนักยาเสพติดของกลางรวม (กิโลกรัม) จำแนกรายปี พ.ศ. 2541-2560

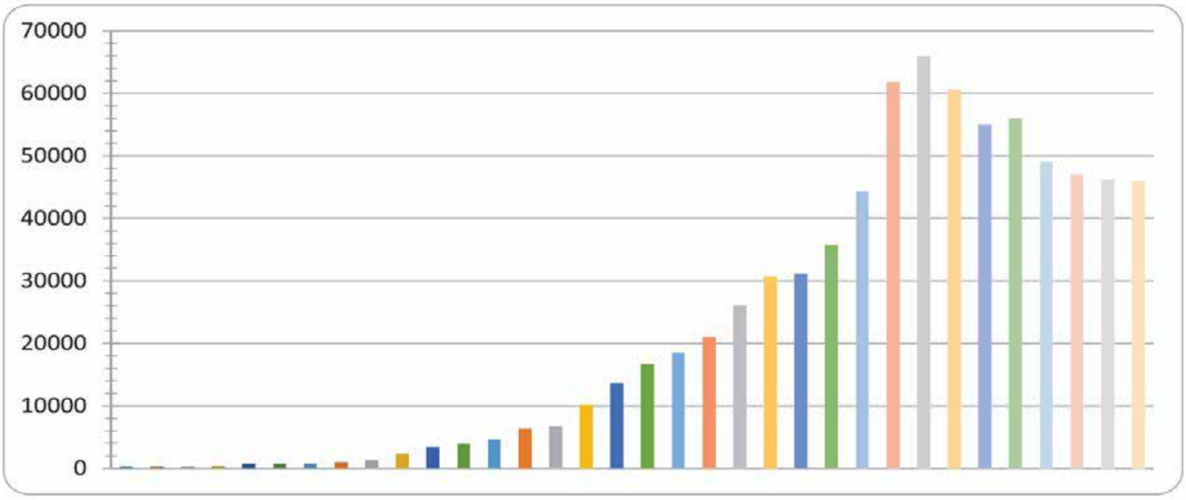


ที่มา:กองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข

6) รายงานสถานการณ์อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ

ระบบการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยา เป็นระบบสากลขององค์การอนามัยโลก (WHO) ภายใต้โครงการ WHO Programme for International Drug Monitoring ซึ่งมีสมาชิกกว่า 120 ประเทศ และสมาชิกสมทบอีกประมาณ 20 ประเทศ เข้าร่วมโครงการดังกล่าว โดยร่วมกันจัดทำระบบเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาในระดับสากลขึ้น โดยมี Uppsala Monitoring Center (UMC) ซึ่งตั้งอยู่ในประเทศสวีเดน เป็นผู้บริหารจัดการฐานข้อมูลอาการอันไม่พึงประสงค์ระดับนานาชาติ (WHO International Database: WHO VigiBase) โดยประเทศไทยเป็นสมาชิกลำดับที่ 26 ของโครงการเมื่อปี พ.ศ. 2527 เพื่อดำเนินการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (adverse drug reaction: ADR) ของประเทศไทย โดยได้มีการจัดทำรายงานต่อ WHO อย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันประเทศไทยได้รับการจัดอันดับคุณภาพของการรายงานที่คะแนน 0.75 จากคะแนนเต็ม 1 จากข้อมูลของศูนย์เฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข ได้รับรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ จากสมาชิกเครือข่ายทั่วประเทศ ทั้งส่วนของสถานพยาบาลของรัฐ ร้านยา ผู้ประกอบการเครื่องมือแพทย์ และได้มีการตรวจจับและประเมินสัญญาณความเสี่ยง(signal detection and assessment) เพื่อประเมินเชิงเหตุผลระหว่างยาที่สงสัยกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่พบจากการจัดการความเสี่ยงด้านยา และประสานความร่วมมือ โดยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 ถึง 2560 มีรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่มีข้อมูลครบถ้วนสามารถนำมาวิเคราะห์ได้ จำนวน 748,588 รายงาน โดยในปี 2560 มีจำนวนรายงานทั้งสิ้น 45,954 รายงาน ส่วนใหญ่เป็นการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์ยา (ภาพที่ 13.20)

ภาพที่ 13.20 จำนวนรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา พ.ศ. 2527-2560



ที่มา:กองแผนงานและวิชาการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข

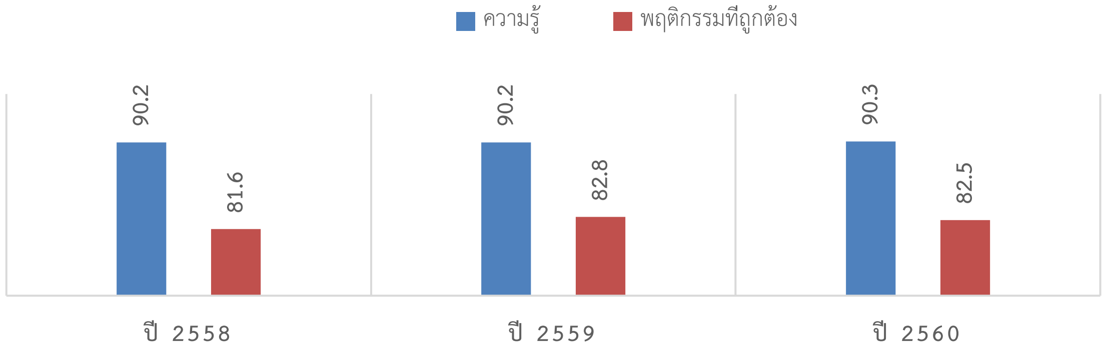
13.3.3 การส่งเสริมสุขภาพด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ

1) ความรู้และพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ

เป้าหมายสำคัญของการลดปัจจัยเสี่ยงจากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ คือการให้ประชาชนมีสุขภาพดี

ลดภาวะเสี่ยงการเกิดโรค โดยการรณรงค์และเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารสู่ประชาชน ให้ประชาชนมีความรู้ และมีพฤติกรรมการบริโภคที่ถูกต้อง ผ่านสื่อมวลชน โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ Facebook,Twitter Line, Youtube ผ่านเว็บไซต์ ORYOR.COM, FDA.MOPH.GO.TH และผ่าน Oryor smart Application ซึ่งเป็นหนึ่งในกลไกในการให้ความรู้และส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างถูกต้อง เหมาะสม โดยในช่วงปี 2558-2560 ที่ผ่านมา ผลการสำรวจความรู้และพฤติกรรมการบริโภคในผู้บริโภควงกว้าง(จำนวนประมาณ 3,000 คน) พบว่าแนวโน้มความรู้และพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม เพิ่มขึ้นตามลำดับ (ภาพที่ 13.21)

ภาพที่ 13.21 ร้อยละของประชาชนที่มีความรู้และพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง พ.ศ. 2558-2560



ที่มา:กองพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข

2) การลดปัจจัยเสี่ยงจากการบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารที่ไม่เหมาะสม

ปัจจุบันสถานการณ์ภาวะโภชนาการเกินและการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases: NCDs) มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ส่วนหนึ่งมาจากการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสมต่อสุขภาพ ดังนั้นการพัฒนาปรับปรุงรูปแบบการแสดงฉลากอาหารให้เป็นเครื่องมืออย่างง่ายในการเลือกซื้อ เลือกบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารให้เหมาะสมกับสุขภาวะ หรือเลือกผลิตภัณฑ์ที่มีคุณค่าทางโภชนาการที่ดีกว่า โดยได้กำหนดให้ผู้ผลิตผลิตภัณฑ์อาหาร 13 กลุ่มผลิตภัณฑ์ รวม 5,503 ผลิตภัณฑ์ต้องแสดงฉลากหวาน มัน เค็ม หรือฉลาก GDA (guideline daily amount) ซึ่งจะแสดงค่าพลังงาน น้ำตาล ไขมัน และโซเดียม ในหนึ่งหน่วยบรรจุภัณฑ์ เช่น ซอง ถุง กล่องของผลิตภัณฑ์อาหารนั้น โดยฉลากหวาน มัน เค็ม จะแสดงอยู่ด้านหน้าบรรจุภัณฑ์ และร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องพัฒนาสัญลักษณ์โภชนาการทางเลือกสุขภาพ (Healthier Choice Logo) โดยมีผู้ผลิตผลิตภัณฑ์อาหาร จำนวน 441 ผลิตภัณฑ์ ได้รับตราสัญลักษณ์ดังกล่าว

3) การลดปัจจัยเสี่ยงจากการใช้ผลิตภัณฑ์ยา (rational drug use – antimicrobial resistance: RDU-AMR)

ประชากรทั่วโลกที่เสียชีวิตจากการติดเชื้อดื้อยา ปีละประมาณ 700,000 คน หากไม่มีการกำหนดมาตรการเพื่อแก้ไขปัญหาอย่างจริงจัง คาดว่าจะมีผู้เสียชีวิตสูงถึง 10 ล้านคนต่อปี ในปี พ.ศ. 2593 เกิดผลกระทบต่อเศรษฐกิจถึง 3,500 ล้านล้านบาท สำหรับประเทศไทยคาดการณ์ว่ามีผู้ติดเชื้อดื้อยาประมาณ 80,000 คน เสียชีวิตจากเชื้อดื้อยาประมาณ 38,000 คน และมีมูลค่ายาที่ใช้รักษาประมาณ 2,500-6,000 ล้านบาท

กระทรวงสาธารณสุขได้มีการบูรณาการการจัดการปัญหา AMR ดังนี้

(1) การดำเนินการของภาคส่วนโรงพยาบาล ได้มีนโยบายส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุในโรงพยาบาลทุกแห่ง จำนวน 10,608 โรงพยาบาล (โรงพยาบาล 842 แห่ง รพ.สต.9,766 แห่ง) จากข้อมูลปี 2560 พบว่ามีการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อทางเดินอาหารส่วนบน และอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ลดลงเหลือประมาณร้อยละ 17.69 เท่านั้น

(2) การดำเนินงานของภาคส่วนเอกชน ร้านยา ได้มีร้านยาที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการจำนวน 2,231 แห่งทั่วประเทศ ในการให้ความรู้และดูแล ส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่มาร้านยาใช้ยาอย่างสมเหตุ

(3) การดำเนินงานของภาคส่วนของชุมชน โดยมุ่งเน้นแก้ไขปัญหาการใช้ยา Steroid และ Antibiotic โดยมีการเยี่ยมบ้านประมาณ 20,000 ครัวเรือน มีการปรับพฤติกรรมการใช้ยาและควบคุมแหล่งกระจายยา 700 ตำบล

ผลจากการประเมินระบบการจัดการเชื้อดื้อยาของประเทศไทยภายใต้กรอบการประเมินร่วมตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 (International Health Regulation 2005) ของ WHO ซึ่งกำหนดให้ประเทศสมาชิกพัฒนาศักยภาพของประเทศในการตรวจจับ สอบสวน ประเมิน และรายงานข้อมูลสถานการณ์โรคภัยสุขภาพ และภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข จากการประเมินของผู้เชี่ยวชาญของ WHO เมื่อปี 2560 ใน 4 ประเด็นหลัก คะแนนเต็มประเด็นละ 5 คะแนน ผลการประเมินของประเทศไทยได้ดังตารางที่ 13.7

ตารางที่ 13.7 ผลจากการประเมินระบบการจัดการเชื้อดื้อยาของประเทศไทย

ลำดับ	ประเด็นการประเมิน	ค่าคะแนน (คะแนนเต็ม 5)
1	การเฝ้าระวังและตรวจจับเชื้อดื้อยาทางห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยา	4 คะแนน
2	การเฝ้าระวังการติดเชื้อที่เกิดจากเชื้อดื้อยา	3 คะแนน
3	การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในสถานพยาบาล	3 คะแนน
4	การควบคุม กำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพ	2 คะแนน

ทั้งนี้ประเด็นเร่งด่วนที่ประเทศไทยต้องพัฒนาการแก้ไขปัญหาเชื้อดื้อยา คือ

1) จัดทำแผนปฏิบัติการระดับประเทศอย่างละเอียดในการกำกับ ดูแล ควบคุม การใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสม ภายใต้แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว ที่ครอบคลุมการใช้ในคน ในปศุสัตว์ ในการประมงและสัตว์น้ำ ในสัตว์เลี้ยง การเพาะปลูก และสิ่งแวดล้อม

2) พัฒนาและสร้างความเข้มแข็งของระบบเฝ้าระวังแบบบูรณาการ ในการแลกเปลี่ยนและแบ่งปันข้อมูลการดื้อยาต้านจุลชีพในคนและสัตว์

3) พัฒนาระบบการเฝ้าระวังและตอบโต้ระดับประเทศ โดยติดตามและรายงานผลการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล และการติดซื้อจากชุมชนที่บ่งชี้การติดเชื้อที่เกิดจากเชื้อดื้อยา

13.3.4 การพัฒนาผู้ประกอบการและส่งเสริมนวัตกรรมด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ

1) ความมุ่งมั่นในการพิจารณาอนุญาต

กระทรวงสาธารณสุขได้ขับเคลื่อนนโยบายของรัฐบาลที่ให้ความสำคัญกับกลุ่มผลิตภัณฑ์สุขภาพ ซึ่งมีมูลค่าการผลิตและการส่งออกสูงมากต่อปี โดยได้ปรับปรุงกระบวนการออกใบอนุญาตผลิตภัณฑ์สุขภาพให้รวดเร็วยิ่งขึ้น เพื่อสนับสนุนการผลิตในประเทศให้มีความคล่องตัวมากขึ้น เช่น การปรับลดระยะเวลาการผลิตในประเทศให้มีความคล่องตัวมากขึ้น เช่น การปรับลดระยะเวลาการพิจารณาอนุญาต ปรับปรุงกฎระเบียบ มอบอำนาจให้ส่วนภูมิภาคดำเนินการการใช้อำนาจตามมาตรา 44 และนำระบบ e-submission มาเพิ่มประสิทธิภาพการออกใบอนุญาต

(1) ปรับปรุงแก้ไขระเบียบกฎหมาย ปี 2560

ได้ปรับปรุงแก้ไขและพัฒนากฎระเบียบสำคัญเพื่อลดอุปสรรคของไทยในการพัฒนาอุตสาหกรรมการประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ จำนวน 31 ฉบับ จำแนกเป็นด้านอาหารจำนวน 6 ฉบับ ด้านยาและวัตถุเสพติด จำนวน 6 ฉบับ ด้านเครื่องมือแพทย์ จำนวน 2 ฉบับ ด้านเครื่องสำอาง จำนวน 3 ฉบับ ด้านการนำเข้าผลิตภัณฑ์สุขภาพ จำนวน 1 ฉบับ และกฎระเบียบเกี่ยวกับการรับและจ่ายเงิน จำนวน 13 ฉบับ

(2) พัฒนาระบบบริการ e–Submission

รัฐบาลไทยกำหนดนโยบายในการผลักดันประเทศไทยให้พัฒนาไปสู่ระบบสังคมและเศรษฐกิจดิจิทัลเพื่อรองรับการพัฒนาประเทศไทยไปสู่ Thailand 4.0 เศรษฐกิจและสังคมดิจิทัล (Digital Society and Economy) ซึ่งเป้าหมายในการให้บริการระบบทางอิเล็กทรอนิกส์ หรือ e-submission ให้มากขึ้น ซึ่งเป็นการปรับกระบวนการทำงานและลดค่าใช้จ่ายของผู้ประกอบการในการเดินทางมาติดต่อราชการรวมทั้งเพิ่ม

ความรวดเร็วและความถูกต้องในการพิจารณาคำขอลดอุปสรรคทางเศรษฐกิจและการค้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งบางระบบบริการให้รับการพัฒนาให้เป็นระบบที่ไม่ต้องมีเจ้าหน้าที่พิจารณาคำขอ (Human-free e-Services หรือ Automated Services) ซึ่งเป็นนวัตกรรมที่จะอำนวยความสะดวกและรวดเร็วแก่ผู้รับบริการเพื่อรองรับให้การพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจดิจิทัลให้สัมฤทธิ์ผลได้อย่างแท้จริง

(3) ทบทวนทะเบียนตำรับยา

เนื่องจากทะเบียนตำรับยามีอายุใช้ได้ตลอดไป ส่งผลให้มียาจำนวนหนึ่งที่อาจมีสมดุลของประโยชน์กับความเสี่ยงแตกต่างจากเดิม เพื่อเป็นการคุ้มครองผู้บริโภคจึงจำเป็นต้องมีการทบทวนทะเบียน

ตำรับยาทั้งระบบ โดยมีการจัดลำดับความสำคัญตามระดับความเสี่ยงของยา และให้เป็นไปตามวิธีการขึ้นทะเบียนตามแต่ประเภทของยาที่แยกกันระหว่างยาชีววัตถุและยาเคมี สำหรับระบบการขึ้นทะเบียนตำรับยาในอนาคต จำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบการขึ้นทะเบียน และทบทวนทะเบียนตำรับยาให้เชื่อมโยงเป็นระบบเดียว ด้วยระบบการจัดการความเสี่ยง เพื่อให้การประเมินประโยชน์กับความเสี่ยงของยาได้อย่างต่อเนื่อง ตลอดวงจรชีวิตของผลิตภัณฑ์ยา โดยดำเนินการทบทวนทะเบียนตำรับยาและได้พัฒนาระบบต้นแบบการขึ้นทะเบียนตำรับยาระหว่างการวิจัยที่เน้นการพัฒนาใน 3 องค์ประกอบ คือ ระบบการจัดประเภทผลิตภัณฑ์ ระบบการขึ้นทะเบียนตำรับยาและการพิจารณายาระหว่างการวิจัยแบบขั้นบันได และระบบให้คำแนะนำรองรับการวิจัยยา

2) ความมุ่งมั่นในการส่งเสริมผู้ประกอบการ

(1) สนับสนุนภาคอุตสาหกรรมการผลิตยาและเครื่องมือแพทย์ภายในประเทศ

ทำการยกระดับมาตรฐานอุตสาหกรรมยา PIC/S หลังจากที่ประเทศไทย ได้รับการรับรองให้ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เป็นหน่วยตรวจประเมิน GMP จากประเทศสมาชิก PIC/S (Pharmaceutical Inspection Co-operation Scheme Good Manufacturing Practice) ในลำดับที่ 49 เมื่อวันที่ 1 สิงหาคม 2559

ปัจจุบันมีโรงงานผลิตยาในประเทศไทยได้การยกระดับจาก GMP เป็น PIC/S GMP และได้รับการรับรองมาตรฐาน PIC/S GMP แล้ว 173 แห่ง เป็นยาแผนปัจจุบัน 150 แห่ง จาก 173 แห่ง (ร้อยละ 86.7) และแผนโบราณ

23 แห่ง จาก 54 แห่ง (ร้อยละ 42.6) PIC/S GMP นอกจากจะเป็นเครื่องประกันว่า ยาที่ผลิตมีคุณภาพ ประสิทธิภาพและความปลอดภัยในทุกรุ่นที่ผลิตและทัดเทียมยาต่างประเทศแล้ว ผู้ประกอบการไทยยังสามารถเปิดตลาดในต่างประเทศได้กว้างขึ้น โดยเฉพาะประเทศสมาชิก PIS/C ซึ่งเป็นประเทศที่มีมาตรฐานสูงด้านสุขอนามัย เช่น ออสเตรเลีย ออสเตรีย เบลเยียม คานาดา เดนมาร์ค ฟินแลนด์ เยอรมัน กรีซ ฮังการี รวมถึงประเทศสมาชิกอาเซียน ที่จะขยายตลาดจากผู้บริโภคกว่า 600 ล้านคนในตลาดอาเซียน

(2) สนับสนุนการผลิตยาไบโอฟาร์มา

นับเป็นก้าวที่สำคัญของไทย ในการพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่สามารถผลิตยาไบโอฟาร์หรือยาชีววัตถุมาใช้เองในประเทศ ทำให้ผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังสามารถเข้าถึงยาได้มากขึ้น โดยไม่ต้องจ่ายค่ายาในราคาแพง ยาไบโอฟาร์มา คือ สารที่เลียนแบบโปรตีนที่มีหน้าที่ควบคุมระบบต่างๆ ของร่างกาย จึงเป็นที่ต้องการของตลาดยาที่รักษาโรคร้ายแรง เช่น โรคมะเร็ง โรคภูมิแพ้ตัวเอง เบาหวาน โรคไต เป็นต้น ซึ่งมีมูลค่าตลาดโลกสูงถึง 8 ล้านล้านบาทต่อปี และยังมีอัตราการเติบโตสูงกว่าร้อยละ 10 โดยในช่วง 15 ปี ที่ผ่านมา ประเทศไทยใช้ยาดังกล่าวมากกว่า 1.6 หมื่นล้านบาท นำเข้าจากต่างประเทศทั้งหมดและมีราคาสูง ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงยานี้ได้เพียงร้อยละ 2 หรือประมาณ 1 แสนรายจาก 5 ล้านราย ปัจจุบันมีบริษัท สยามไบโอไซแอน์ ได้รับการขึ้นทะเบียนตำรับยาไบโอฟาร์มา ซึ่งสามารถผลิตยาได้เองและวางจำหน่ายในตลาดแล้ว

2 รายการ คือ ยาบำบัดภาวะเลือดจากในผู้ป่วยโรคไตและยาลำบัดภาวะเสี่ยงการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็ง ส่งผลให้ยานำเข้าใน 2 รายการนี้มีราคาลดลงกว่าร้อยละ 50 สามารถประหยัดงบประมาณได้กว่า 3,000 ล้านบาท รวมทั้งยังช่วยเพิ่มจำนวนผู้ป่วยที่เข้าถึงยาได้กว่าเท่าตัว

(3) ผลิต/นำเข้าทดแทนยาต้นแบบเพื่อความมั่นคงเสริมสร้างเศรษฐกิจ

ปัจจุบัน ยาเป็นค่าใช้จ่ายสำคัญของระบบประกันสุขภาพโดย ในปี 2558 มีมูลค่ายารวม 162,914 ล้านบาท ในขณะที่ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ปี 2557 มีมูลค่า 409,313 ล้านบาท โดยมูลการนำเข้ามีสัดส่วนสูงกว่าการผลิต 2:1 และร้อยละ 37.0 ของรายการยาในบัญชีหลักแห่งชาติ ยังไม่สามารถผลิตได้ในประเทศ ขณะที่ศักยภาพอุตสาหกรรมการผลิตยาแผนปัจจุบันอยู่ในระดับต่ำสุดเมื่อเทียบกับอุตสาหกรรมสุขภาพอื่น ประเทศไทยจึงต้องเร่งบูรณาการมาตรการเพื่อการเข้าถึงยา ควบคุมค่าใช้จ่ายและสร้างเศรษฐกิจ โดยกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงการต่างประเทศ สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติและผู้ผลิตยาภาคเอกชน ร่วมกันจัดทำแผนการพัฒนายาตามบัญชียามุ่งเป้า ซึ่งเป็นยาราคาแพงที่มีการใช้มาก ยาที่มีศักยภาพส่งออกสร้างรายได้ และยาสมุนไพรที่วิจัยพัฒนาในประเทศ โดยมีมาตรการเร่งด่วน ได้แก่ การจัดทำข้อมูลสถานะสิทธิบัตรยา

การกำหนดช่องทางเร่งด่วนขึ้นทะเบียนตำรับยาและการส่งเสริมการผลิตและวิจัยพัฒนายาในประเทศ รวมถึงการจัดทำรายการยาตามบัญชียามุ่งเป้า จำนวน 144 รายการ

(4) ผลิตภัณฑ์สุขภาพนวัตกรรม

จากการที่รัฐบาลมีนโยบายให้ความสำคัญต่อการวิจัย การพัฒนาต่อยอดผลการวิจัย และการสร้างนวัตกรรมภายในประเทศ เพื่อนำไปสู่การผลิตผลิตภัณฑ์และบริการที่ทันสมัย สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้สนองนโยบายรัฐบาลโดยผลักดันส่งเสริมผลงานนวัตกรรมด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพให้ผู้วิจัยและผู้ปะกอบการสร้างนวัตกรรมด้วยการให้ความรู้และคำปรึกษาแก่ผู้วิจัย รวมทั้งสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อผลักดันให้เกิดนวัตกรรมยาและเครื่องมือแพทย์ที่มีคุณภาพ มาตรฐานและความปลอดภัย เช่น สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.) สำนักงานคณะกรรมการนโยบายวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและนวัตกรรมแห่งชาติ (สวทน.) ศูนย์ความเป็นเลิศด้านชีววิทยาศาสตร์ (องค์การมหาชน) (TCEL) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) เป็นต้น นอกจากนี้ ยังได้ลงพื้นที่ให้ความรู้และคำปรึกษาแก่นักวิจัยในส่วนภูมิภาคเพื่อสนับสนุนนวัตกรรมเครื่องมือแพทย์โดยเฉพาะอย่างยิ่ง นวัตกรรมที่ใช้ยางพาราเป็นวัตถุดิบ รวมทั้งการ

จัดประชุมระหว่างผู้ผลิตและนักประดิษฐ์นวัตกรรมหรือนักวิจัยด้านเครื่องมือแพทย์เพื่อต่อยอดเชิงพาณิชย์ ตลอดจนการจัดทำโครงการสำรวจและพัฒนาห้องปฏิบัติการทดสอบด้านเครื่องมือแพทย์เพื่อสนับสนุนและรองรับการพัฒนานวัตกรรมและอุตสาหกรรมด้านเครื่องมือแพทย์ของไทย อีกทั้ง ได้ลงนามข้อตกลงร่วมมือกับ สวทช. ด้านการวิจัยพัฒนา การประเมินสมรรถนะการทำงานความปลอดภัย และการตรวจสอบหรือตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์เครื่องมือแพทย์ ซึ่ง สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.) มีศูนย์ทดสอบผลิตภัณฑ์ไฟฟ้า และอิเล็กทรอนิกส์ (PTEC) เป็นห้องปฏิบัติการทดสอบผลิตภัณฑ์เครื่องมือแพทย์ประเภทไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์

ปัจจุบันมีเครื่องมือแพทย์ที่เป็นนวัตกรรมสุขภาพที่อนุมัติแล้ว 8 รายการ และยาจากสมุนไพร 4 รายการ คือ ยา สเปรย์กระดูกไก่ดำ ยาแคปซูลสารสกัดขมิ้นชัน ยาอมหญ้าดอกขาว ยาครีมพริกชนิดให้วันละหนึ่งครั้ง ยาเคมีทดแทนการนำเข้า 3 รายการคือ ยาโรคสมองเสื่อม ยาโรคลมชัก ยารักษาโรคมะเร็งเม็ดโลหิตขาวชนิดมัยอีโลมา และยังมียาใหม่ ยาชีววัตถุใหม่ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนตำรับยาแล้วกว่า 51 รายการ

(5) ส่งเสริมอุตสาหกรรมการผลิตผลิตภัณฑ์อาหาร

ประเทศไทยเป็นประเทศที่อุดมสมบูรณ์และศักยภาพการผลิตสู่การเป็นครัวของโลก รัฐบาลจึงได้กำหนดนโยบายครัวไทยสู่ครัวโลก ดังนั้น เพื่อสร้างความเชื่อมั่นต่อผลิตภัณฑ์อาหารที่ผลิตในประเทศไทยให้แก่ผู้บริโภคทั้งในประเทศและต่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้นำหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหารสากล หรือ GMP (Good Manufacturing Practice) มาเป็นเกณฑ์ตั้งแต่ปี 2543 บังคับใช้กับกลุ่มอาหารประเภทอาหารที่มีความเสี่ยงสูง และอาหารที่มีความพร้อมซึ่งตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาได้เพิ่มความเข้มงวดของเกณฑ์การประเมินและเพิ่มการบังคับใช้ให้เพิ่มความครอบคลุมทุกประเภทของอาหารยิ่งขึ้น ปัจจุบันมีอาหารที่ต้องปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ดังกล่าว 57 ประเภท เพื่อให้ไทยมีภาพลักษณ์ที่ดี เป็นที่ยอมรับ สามารถลดข้อโต้แย้งจากการกีดกันทางการค้าด้วยมาตรฐาน เพื่อเป็นการคุ้มครองผู้บริโภคและยกระดับมาตรฐานการบริโภคของผู้บริโภคให้สามารถบริโภคอาหารที่ปลอดภัยและมีคุณภาพมาตรฐาน ป้องกันการตีตลาดสินค้าอาหารจากข้อตกลงการรวมกลุ่มประชาคมอาเซียน เมื่อปี 2559 ที่ครอบคลุมยิ่งขึ้น กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 342) พ.ศ. 2555 เรื่อง วิธีการผลิตเครื่องมือใช้ในการผลิต การเก็บรักษาอาหารแปรรูปพร้อมจำหน่ายหรือ “Primary GMP” ให้เป็นหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตขึ้นต้นสำหรับกลุ่มอาหารพร้อมปรุง อาหารสำเร็จรูปพร้อมบริโภคทันที และกลุ่มอาหารส่วนใหญ่ได้แก่ อาหารทั่วไปที่เป็นของฝาก อาหารพื้นเมืองวิสาหกิจชุมชนและสิงค้าอาหารหนึ่งตำบลหนึ่งผลิตภัณฑ์ (OTOP) ไม่รวมกลุ่มอาหารที่จำหน่ายโดยตรงต่อผู้บริโภค และที่เป็นวัตถุดิบให้กับโรงงานแปรรูปอาหาร ภัตตาคาร ร้านอาหาร มีผลบังคับใช้กับผู้ประกอบการรายใหม่และรายเก่า ตั้งแต่ 7 พฤศจิกายน 2558 เป็นต้นไป