



กรมควบคุมโรค
กองโรคไม่ติดต่อ

รายงานผลการศึกษา

โครงการทบทวนสถานการณ์และผลการดำเนินงาน
ป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทย
พ.ศ. 2560 - 2562

โครงการ ทบทวนสถานการณ์และผลการ
ดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
ในประเทศไทย พ.ศ. 2560-2562

เสนอต่อ กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

โครงการทบทวนสถานการณ์และผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในประเทศไทย พ.ศ. 2560-2562

นักวิจัย

- | | |
|------------------------------|--|
| 1. ผศ.ดร.ภัทระ แสสนไชยสุริยา | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 2. ผศ.ดร.บังอร เทพเทียน | สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 3. ดร.ปาริชาติ จันทน์จรัส | กองโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค |
| 4. ดร.นพ.ภูษิต ประคองสาย | สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| 5. นางสาวกুমารี พัทธี | สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข |
| 6. นางสาวปิยฉัตร ตระกูลวงษ์ | มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน |

คำนำ

ปัจจุบัน โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทย ส่งผลต่อทั้งด้านเศรษฐกิจและการพัฒนาประเทศ โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตลำดับต้นๆ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคปอดเรื้อรัง และโรคมะเร็ง โรคในกลุ่มนี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับต้นๆ ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม บ่งชี้ว่ากลุ่มโรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือดสามารถป้องกันได้ และมีหลายมาตรการที่มีประสิทธิผลและคุ้มค่าในทางเศรษฐศาสตร์

สำหรับประเทศไทยมีแผนและมาตรการต่างๆ ที่ได้ดำเนินการอย่างต่อเนื่องในช่วงที่ผ่านมา ผลการประเมินแผนงานควบคุมโรคไม่ติดต่อในประเทศไทยปีพ.ศ. 2553-2557 พบว่า การกำหนดนโยบายจากส่วนกลางมีส่วนชี้นำพื้นที่ส่วนใหญ่ของประเทศ โดยกรอบการดำเนินงานยังคงอยู่ภายใต้นโยบาย 3 อ 2 ส คือ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ไม่สูบบุหรี่ และลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และนำมาใช้เป็นข้อมูลในการจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ 5 ปี (พ.ศ. 2560 - 2564) ซึ่งเป็นแผนระดับประเทศ โดยพัฒนาต่อเนื่องจากแผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554 - 2563 แต่ปรับเป้าหมายและกลยุทธ์การดำเนินงานให้ชัดเจนมากขึ้น และสอดคล้องกับสถานการณ์ของประเทศไทย เพื่อตอบสนองต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคให้บรรลุ 9 เป้าหมายโลก เนื้อหาของแผนฯ เน้นการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน ชุมชน ท้องถิ่น และภาคส่วนต่างๆ ปรับการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นโดยใช้ข้อมูล และการส่งเสริมศักยภาพของประชาชนในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ซึ่งแผนฯ นี้ได้ดำเนินการมาระยะหนึ่งแล้ว รายงานโครงการทบทวนสถานการณ์และผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทย พ.ศ. 2560-2562 นี้ จัดทำขึ้นโดยการสนับสนุนงบประมาณจากกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข มีเป้าหมายหลักเพื่อทบทวนสถานการณ์ นโยบาย แผนงาน การบริหารจัดการ มาตรการ การดำเนินงานและผลการดำเนินงานการป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อในช่วง พ.ศ. 2560 - 2562 ที่ผ่านมา และเพื่อพัฒนาข้อเสนอต่อการปรับปรุงแผนการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อต่อไป

การดำเนินการครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนและความร่วมมือจากหลายฝ่าย ทั้งองค์กรและหน่วยงานในระดับกระทรวง ระดับกรม และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและหน่วยบริการสุขภาพในจังหวัดพื้นที่เป้าหมาย ตลอดจนสำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เป็นอย่างยิ่ง คณะทำงานขอแสดงความขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้ และหากมีข้อเสนอแนะที่จะทำให้รายงานฉบับนี้เกิดประโยชน์มากขึ้น คณะทำงานยินดีและพร้อมที่จะนำมาปรับปรุงแก้ไขในโอกาสต่อไป

คณะผู้จัดทำ

พฤศจิกายน 2562

สารบัญ

บทสรุปผู้บริหาร	i
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 หลักการและเหตุผล	1
1.2 วัตถุประสงค์	2
1.3 ขอบเขตการดำเนินงาน	2
1.3.1 กรอบการดำเนินงาน	2
1.3.2 แผนการดำเนินงาน	3
1.4 ผลที่คาดว่าจะได้รับ	5
บทที่ 2 ผลการศึกษา	6
2.1 นโยบาย แผนงาน/โครงการ การบริหารจัดการ มาตรการ การดำเนินงานและผลการดำเนินการ ป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในช่วง พ.ศ. 2560 – 2562	6
2.1.1 ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี	6
2.1.2 ยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องด้านสุขภาพ	6
2.1.3 แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564)	7
2.1.4 รายงานการปฏิบัติการกิจของคณะทำงานร่วมระหว่างหน่วยงานสหประชาชาติว่าด้วยเรื่อง การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ประเทศไทย: 28-30 สิงหาคม พ.ศ. 2561	9
2.1.5 การขับเคลื่อนแผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564)	10
2.1.6 ยุทธศาสตร์และมาตรการ แผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564)	12
2.2 สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	17
2.2.1 แนวโน้มสถานการณ์ NCDs ระดับโลก	17
2.2.2 สถานการณ์โรค NCDs ของประเทศไทย	22
2.3 ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) ในต่างประเทศ	34
2.3.1 ประเทศสิงคโปร์	34
2.3.2 ประเทศศรีลังกา	37
2.3.3 ประเทศมาเลเซีย	39

2.4	บริบททางสังคมที่มีผลต่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ	43
2.4.1	อาหาร	43
2.4.2	การออกกำลังกาย	55
2.4.3	แอลกอฮอล์	57
2.4.4	บุหรี่	62
บทที่ 3 สรุปและข้อเสนอแนะ		66
ภาคผนวก		68

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	แสดงความเชื่อมโยงระหว่างเป้าหมาย ตัวชี้วัด ยุทธศาสตร์ และมาตรการ	12
ตารางที่ 2	แสดงความเชื่อมโยงระหว่างยุทธศาสตร์ มาตรการ และกิจกรรม จำแนกตามระดับการดำเนินการ	13
ตารางที่ 3	แสดงมาตรการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ กรณีศึกษาจังหวัดชลบุรีและบุรีรัมย์	15
ตารางที่ 4	สถานการณ์ตาม 9 เป้าหมายระดับโลกของประเทศไทย	23
ตารางที่ 5	ความชุก ปัจจัยเสี่ยง และพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ พ.ศ. 2550, 2553, 2558 และ 2561	25
ตารางที่ 6	อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ปีงบประมาณ 2559 - 2561 จากฐาน HDC	26
ตารางที่ 7	อัตราป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง ปีงบประมาณ 2558 - 2561 จากฐาน HDC	28
ตารางที่ 8	อัตราชุกของปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิด NCDs ของประเทศในภูมิภาคอาเซียน และประเทศญี่ปุ่น	39

สารบัญแผนภาพ

แผนภาพที่ 1	ความก้าวหน้าด้านโครงสร้าง นโยบาย และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยง	10
แผนภาพที่ 2	แสดงโครงสร้างการขับเคลื่อนแผนและงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ 5 ปี(พ.ศ. 2560-2564)	11
แผนภาพที่ 3	สาเหตุหลักของการเสียชีวิตของประชากรโลกจำแนกตามกลุ่มประเทศที่มีเศรษฐกิจสูง – ต่ำ	17
แผนภาพที่ 4	การเสียชีวิตของประชากรโลกด้วยโรค NCDs	18
แผนภาพที่ 5	สาเหตุหลักของการเสียชีวิตของประชากรโลก ปี ค.ศ. 1990 และ ค.ศ. 2017	18
แผนภาพที่ 6	สาเหตุหลักของการป่วย/พิการของประชากรโลก ปี ค.ศ. 1990 และ ค.ศ. 2017	19
แผนภาพที่ 7	ปัจจัยเสี่ยงหลักของการเสียชีวิตก่อนกำหนดและพิการของประชากรโลก ปี พ.ศ. 2560 จำแนกเพศ	19
แผนภาพที่ 8	ภาระโรคที่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงการสูบบุหรี่และความดันโลหิตสูงเมื่อเทียบกับภาระที่คาดหวัง กับที่เป็นจริง	20
แผนภาพที่ 9	ปัจจัยเสี่ยงด้านอาหารที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรโลกใน ปี พ.ศ. 2560	21
แผนภาพที่ 10	เป้าหมายการดำเนินงาน 9 ข้อเพื่อลดการเกิดโรคไม่ติดต่อ NCDs ในระดับโลกภายในปี พ.ศ. 2568	22
แผนภาพที่ 11	การเสียชีวิตจากโรค NCDs ของประชากรไทย ในปี พ.ศ. 2559	26
แผนภาพที่ 12	อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ปีงบประมาณ 2559-2562 จำแนกตามกลุ่มอายุ จากฐาน HDC	27
แผนภาพที่ 13	อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน ปีงบประมาณ 2559 -2562 จำแนกตามกลุ่มอายุ จากฐาน HDC	28
แผนภาพที่ 14	อัตราป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ปีงบประมาณ 2559 -2562 จำแนกตามกลุ่มอายุ จากฐาน HDC	29
แผนภาพที่ 15	อัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ปีงบประมาณ 2559 -2562 จำแนกตามกลุ่มอายุ จากฐาน HDC	29

บทสรุปผู้บริหาร

การทบทวนสถานการณ์และผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ปี พ.ศ. 2560-2562 มีวัตถุประสงค์เพื่อรายงานสถานการณ์การดำเนินนโยบาย มาตรการ และผลการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ หลังจากมีการดำเนินงานในช่วงครึ่งแผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564) โดยวิธีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องอย่างรอบด้าน การศึกษายุทธศาสตร์และผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในบางประเทศในทวีปเอเชีย ได้แก่ ประเทศสิงคโปร์ ประเทศศรีลังกา และประเทศมาเลเซีย และวิเคราะห์บริบททางสังคมที่สัมพันธ์กับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ สทนากลุ่ม จากตัวแทนกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ กองโรคไม่ติดต่อ กองโภชนาการ สำนักบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่างๆ เช่น สำนัก 5 สำนักส่งเสริมวิถีชีวิตสุขภาวะ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ตัวแทนหน่วยงานสาธารณสุขและภาคีปฏิบัติงานในพื้นที่สองจังหวัด ได้แก่ จังหวัดบุรีรัมย์ และจังหวัดชลบุรี และทบทวนเอกสาร รายงานจากหน่วยงาน และฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ระหว่างเดือนกันยายน ถึง เดือนตุลาคม พ.ศ. 2562 มีผลการศึกษาดังนี้

- แผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ 5 ปี (พ.ศ.2560-2564) (ตามมติการประชุมคณะรัฐมนตรีเมื่อ 26 กันยายน พ.ศ.2560) มียุทธศาสตร์ในการขับเคลื่อนงาน 6 ยุทธศาสตร์ ประกอบด้วย ยุทธศาสตร์การจัดการด้านปัจจัยแวดล้อม ได้แก่ ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านนโยบายและกฎหมาย ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านการสื่อสารเพื่อการขับเคลื่อนทางสังคม ยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านการพัฒนาศักยภาพชุมชน/ท้องถิ่นและภาคีเครือข่าย ยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านการเฝ้าระวังและการจัดการข้อมูล ยุทธศาสตร์ที่ 5 ด้านการบริการ และยุทธศาสตร์ที่ 6 ด้านระบบสนับสนุนการขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างบูรณาการ โดยมีคณะกรรมการขับเคลื่อนแผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ 5 ปี (แต่งตั้งเมื่อ 3 พฤศจิกายน พ.ศ.2560) ประกอบด้วย 6 กระทรวงหลัก หน่วยงานภายใต้การกำกับตัวแทนภาคประชาสังคม ตัวแทนภาคเอกชน ตัวแทนสถาบันการศึกษา ตลอดจนตัวแทนหน่วยงานระหว่างประเทศ จำนวน 42 คน โดยมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน และอธิบดีกรมควบคุมโรคเป็นเลขานุการ และคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ แผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ (แต่งตั้งเมื่อ 8 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2561) 4 คณะ โดยคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ที่ 1 และ 6 เป็นคณะอนุกรรมการฯ ชุดเดียวกัน และคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ที่ 3 และ 5 เป็นคณะอนุกรรมการฯ ชุดเดียวกัน ใน

- เบื้องต้นการดำเนินงานขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ เป็นการรวบรวมและรายงานการดำเนินงานของหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ในการขับเคลื่อนงานที่มีการดำเนินการก่อนหน้าการจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ ตลอดจนการริเริ่มนโยบายและมาตรการใหม่ๆ ที่มีผลกระทบสูง ซึ่งมีการดำเนินการหลายประการ เช่น การเก็บภาษีในอาหารและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูง นโยบายยกเลิกการใช้ไขมันทรานส์ในการผลิตอาหาร การปรับปรุงแก้ไขพรบ.ยาสูบ พ.ศ. 2560 การสนับสนุนหลากหลายทางเลือกสุขภาพ อสม.นั้กจัดการสุขภาพ “เปลี่ยนก่อนป่วย” โรงพยาบาลเค้มน้อย อร่อยสามดี โรงเรียนลดเค้มนลดโรคอ้วนได้ ระบบแสดงผล comprehensive surveillance for NCD ห้ามติ ระบบเฝ้าระวัง ฐานข้อมูล คัดกรองและส่งต่อเด็กอ้วน Service plan; NCDs cluster (NCDs-DPAC-CVD-CKD) Wellness centre เป็นต้น สำหรับการดำเนินงานระดับพื้นที่ ส่วนหนึ่งเป็นการดำเนินกิจกรรมต่อเนื่องก่อนการมีแผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ โดยเพิ่มความเข้มข้นในการดำเนินงานมากขึ้น และยังคงให้น้ำหนักความสำคัญเฉพาะเรื่องการพัฒนา ระบบฐานข้อมูลเพื่อการกำกับติดตามการดำเนินงาน การคัดกรอง และการจัดกิจกรรมทางกาย แม้มีความพยายามพัฒนาบริการ เช่น การให้คำปรึกษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยเทคนิค MI (motivation interview) การสร้างและพัฒนาชมรมกลุ่มเสี่ยง Pre-DM/HT รพ.สต./รพ. แห่งละ 1 ชมรม การให้คำปรึกษาด้วย Participatory Learning, Know your number-know your risk, แขนงสุขภาพต้นแบบ, การส่งเสริมกิจกรรมวิ่งและการออกกำลังกาย เป็นต้น
- สถานการณ์โรคไม่ติดต่อจากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) พบว่า อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง (อายุ 15 ปีขึ้นไป) ปี พ.ศ.2559-2562 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มจากร้อยละ 13.9 ในปี พ.ศ.2559 เป็นร้อยละ 16.4 ในปี พ.ศ. 2562 คิดเป็นอัตราเพิ่มร้อยละ 18.0 และโรคเบาหวานเพิ่มจากร้อยละ 6.6 เป็นร้อยละ 7.8 คิดเป็นอัตราเพิ่มร้อยละ 18.2 และเป็นการเพิ่มขึ้นในทุกกลุ่มอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ส่วนอัตราป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ปี พ.ศ.2559 -2562 มีแนวโน้มสูงขึ้นเช่นกัน (ร้อยละ 0.47 ปี พ.ศ.2559 เป็นร้อยละ 0.56 ปี พ.ศ.2562) คิดเป็นอัตราเพิ่มร้อยละ 19.1 อัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.53 ในปี พ.ศ.2559 เป็นร้อยละ 0.72 ในปี พ.ศ.2562 คิดเป็นอัตราเพิ่ม ร้อยละ 26.3
 - สถานการณ์ด้านปัจจัยเสี่ยง จากผลการติดตามความก้าวหน้าขององค์การอนามัยโลก (World NCDs Progress Monitor 2017) ประเทศไทยมีผลการดำเนินงานที่มีความก้าวหน้าเป็นอันดับ 3 ของโลก ร่วมกับประเทศฟินแลนด์และนอร์เวย์ และเป็นอันดับ 1 ของอาเซียน อันเนื่องมาจากความชุกของการบริโภคยาสูบในประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มลดลงร้อยละ 10.7 และความชุกของผู้ดื่มหนักในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา มีแนวโน้มลดลงร้อยละ 14.7 หากแต่มีแนวโน้มว่า ความชุกของโรคอ้วน ในประชากร 15 ปีขึ้นไป (obesity) ความชุกของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง/โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus) ในประชากร 15 ปีขึ้นไป (ปรับค่า

สำหรับอายุ 18 ปีขึ้นไป) ความชุกของภาวะความดันโลหิตสูง (raised blood pressure) ในประชากร 15 ปีขึ้นไป (ปรับค่าสำหรับอายุ 18 ปีขึ้นไป) ความชุกของการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ เพิ่มขึ้นร้อยละ 8.1, 29.0, 15.4 และ 3.8 ตามลำดับ (ผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 (NHES 5th))

- การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในประเทศสิงคโปร์ ศรีลังกา และมาเลเซีย ในการขับเคลื่อนงานการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ทั้งสามประเทศมีโครงสร้างการขับเคลื่อนเป็นคณะกรรมการระดับประเทศ โดยประเทศสิงคโปร์มีการบริหารงานแบบเอกชน และกำหนดแนวปฏิบัติในระดับบุคคล 5 แนวทาง คือ exercise regularly, eat healthily, be smoking-free, undergo regular health screening, seek prompt treatment ใช้ยุทธศาสตร์ 3 Ps ประกอบด้วย place, people, price เป็นการจัดการปัจจัยแวดล้อมเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการการส่งเสริมสุขภาพ ในขณะที่ประเทศศรีลังกา วางเป้าหมายหลักไว้ 3 เรื่อง คือ การควบคุมการบริโภคยาสูบ การตรวจคัดกรองและการให้การรักษาพยาบาลในระยะเริ่มต้น สำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ รวมทั้งเทคโนโลยีสุขภาพที่มีความจำเป็นสำหรับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ โดยมีการดำเนินการด้านนโยบายและกฎหมาย การพัฒนาด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง การจัดลำดับความสำคัญ และการเลือกมาตรการด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและคุ้มค่าในบริบทประเทศกำลังพัฒนา การป้องกันโรคไม่ติดต่อในเด็ก ความร่วมมือระหว่างภาคีหน่วยงานต่างๆ ตลอดจนการให้พันธสัญญาของผู้บริหารระดับสูงของประเทศ สำหรับประเทศมาเลเซีย มีการดำเนินงานในลักษณะบูรณาการ มีคณะกรรมการระดับรัฐมนตรี จากกระทรวงต่างๆ 11 กระทรวง และใช้มาตรการระดับชุมชน (โครงการ KOMuniti Sihat Perkasa Negara: KOSPEN) ผ่านอาสาสมัครสาธารณสุขที่ทำหน้าที่เป็น “change agent” โดยมีเป้าหมายระดับบุคคล คือ healthy diet, active living, smoke-free, weight management และ routine community NCDs risk factor screening
- บริบททางสังคมที่มีผลต่อการป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อ **ด้านอาหาร** พบว่า เมื่อมีการเก็บภาษีเครื่องดื่มที่มีความหวานในอัตราก้าวหน้า ผู้ประกอบการมีการนำเสนอเครื่องดื่มใหม่เน้นจุดขายสูตรน้ำตาลน้อย รวมถึงปรับขนาดบรรจุภัณฑ์ให้หลากหลาย “การตลาดไซส์เล็กลง” การใช้สารให้ความหวานทดแทนน้ำตาล ซึ่งมีความหวานมากกว่าน้ำตาล 200 เท่าหรือมากกว่า อาจทำให้ผู้บริโภคติดรสชาติหวาน อาจทำให้บริโภคอาหาร (ที่ไม่ใช้บรรจุภัณฑ์) ที่มีรสหวานได้มากขึ้น เช่น ข้าวแกง กาแฟ ชานม เป็นต้น ในส่วนไขมันทรานส์ การออกประกาศกระทรวงสาธารณสุขห้ามผลิต นำเข้าหรือจำหน่ายไขมันทรานส์ ส่งผลให้ผู้ประกอบการปรับสูตรผลิตภัณฑ์อาหาร ในส่วนของการผลักดันการลดการบริโภคโซเดียมยังเป็นการขอความร่วมมือกับผู้ผลิตอาหาร โดยมุ่งเน้นอาหารกลุ่มสำเร็จรูป ได้แก่ ขนมขบเคี้ยว อาหารกึ่งสำเร็จรูป (บะหมี่ ก๋วยเตี๋ยว และโจ๊ก ข้าวต้ม) อาหารแช่เย็นและแช่แข็ง รวมถึงการติดฉลาก “ทางเลือกสุขภาพ” ด้านพฤติกรรมผู้บริโภค

พบว่า มีความตระหนักในการเลือกบริโภคมากขึ้น โดยคนเมืองยุคใหม่ ร้อยละ 76 เลือก
รับประทานอาหารโปรตีนจากพืช ร้อยละ 89 ต้องการสินค้าสดใหม่มาจากธรรมชาติไม่ปรุงแต่ง ร้อยละ
84 ต้องการอาหารที่ไม่มีสารเคมี อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรไทย “เกิด
น้อย อายุยืน” ส่งผลให้สังคมไทยเปลี่ยนจากครอบครัวขยายขนาดใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว
หลากหลายรูปแบบ รวมถึงสภาพแวดล้อมและวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลง ทำให้ผู้ที่อยู่อาศัยใน
กรุงเทพมหานคร ชอบรับประทานอาหารนอกบ้านร้อยละ 47.8 และร้อยละ 48.8 รับประทานอาหาร
นอกบ้านเป็นประจำ มีเพียงร้อยละ 36.0 ที่ประกอบอาหารรับประทานเอง โดยอาหารที่
นิยมรับประทานนอกบ้าน อันดับแรกคือ บุฟเฟต์ (ร้อยละ 62.8) ในด้านการตลาดอาหารมีจำนวน
และความหลากหลายมากขึ้น ทำให้การเข้าถึงได้มากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นจำนวนร้านสะดวกซื้อที่มี
อาหารสำเร็จรูป เช่น ร้าน 7-11 ปี พ.ศ.2561 มีจำนวน 10,268 สาขา โดยร้อยละ 44 อยู่ใน
กรุงเทพมหานครและปริมณฑล เป็นต้น การมี online food delivery สามารถสั่งอาหารผ่าน
แอปพลิเคชัน **ด้านการออกกำลังกาย** การวิ่งเป็นกระแสการออกกำลังกายที่นิยมของคนไทย ปี
พ.ศ.2560 มีจำนวนนักวิ่งกว่า 15 ล้านคน เพิ่มจากปี พ.ศ.2559 และ 2545 ที่มี 12 ล้านคน และ
4.5 ล้านคนตามลำดับ มีการจัดกิจกรรมวิ่งมาราธอน ฮาล์ฟมาราธอน รวมทั้งเทรล ในปี พ.ศ.2561
รวม 990 รายการ **ด้านการบริโภคแอลกอฮอล์** สังคมไทยยังมีทัศนคติต่อการดื่มแอลกอฮอล์เป็น
เรื่องปกติ และจำเป็นสำหรับการสังสรรค์ เข้าสังคม สร้างและกระชับความสัมพันธ์ และการเฉลิม
ฉลอง จากการสำรวจปี พ.ศ.2560-2561 ร้อยละ 49.6 เห็นว่าการดื่มสุราเป็นเรื่องธรรมดา ร้อยละ
44.8 เป็นสิ่งจำเป็นในการสังสรรค์ แม้ว่าร้อยละ 71.9 เห็นว่าการดื่มสุราเป็นปัญหาสำคัญของ
สังคมไทย นอกจากนี้ กลยุทธ์การสื่อสารของผู้ผลิตที่ใช้ พฤติกรรมการดื่มเป็นกลุ่ม/มิตรภาพใน
การดื่ม รวมถึงปรับเปลี่ยนวิธีการขาย เป็น music marketing, sports marketing, seasonal
marketing ล้วนส่งผลต่อเป้าหมายการลดจำนวนและปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ **ด้าน
การสูบบุหรี่** พบ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ การเพิ่มภาษีบุหรี่ และภาพและคำเตือนของบุหรี่ เป็น
มาตรการหลักในการควบคุมการบริโภค **การใช้อินเทอร์เน็ต** คนไทยใช้อินเทอร์เน็ตเฉลี่ยประมาณ
10 ชั่วโมงต่อวัน โดยในวันหยุดใช้มากกว่าวันทำงานประมาณหนึ่งชั่วโมง และกิจกรรมการซื้อของ
ออนไลน์เป็น 1 ใน 5 ของกิจกรรมการใช้อินเทอร์เน็ต ซึ่งการควบคุมการซื้อขายสินค้าทาง
อินเทอร์เน็ตยังมีข้อจำกัด ซึ่งรวมถึงสินค้าที่มีผลต่อโรคไม่ติดต่อ

สรุป

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การสัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และการลงเก็บข้อมูลในพื้นที่ พบว่า ในภาพรวมของประเทศ กลไกสำหรับการควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ส่วนใหญ่เป็นการดำเนินการเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพมากกว่ามาตรการเพื่อลดหรือกำจัดปัจจัยเสี่ยง หรือการสร้างความรู้ตระหนักให้ประชาชน นอกจากนี้ การดำเนินการในพื้นที่ยังคงให้ความสำคัญกับกิจกรรมการคัดกรองโรค และการให้บริการดูแลเพื่อการรักษาพยาบาล แม้ว่าหน่วยงานในพื้นที่จำนวนหนึ่งจะมีความพยายามในการพัฒนาคุณภาพด้านบริการสุขภาพสำหรับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ข้อค้นพบที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ การดำเนินงานแผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ เป็นลักษณะแยกส่วนตามกลุ่มเป้าหมาย และภารกิจของแต่ละหน่วยงาน ส่งผลให้ขาดความชัดเจนในการออกแบบวิธีการทำงานที่มีการบูรณาการ ทั้งภายในหน่วยงานและระหว่างหน่วยงาน นอกจากนี้ การกำหนดกลยุทธ์ยังขาดความชัดเจนด้านมาตรการที่มีประสิทธิผลต่อเป้าหมายที่สอดคล้องกับบริบทของสังคมไทย รวมถึงการจัดการระบบสนับสนุน

ในประเด็นเรื่องฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ยังขาดความความถูกต้อง และความสมบูรณ์ของข้อมูล รวมทั้งไม่สอดคล้องกันระหว่างฐานข้อมูลแต่ละแหล่ง ทำให้มีข้อจำกัดในการนำข้อมูลมาใช้ นอกจากนี้ ระบบการติดตามและประเมินผลของมาตรการทางกฎหมายและมาตรการทางสังคม ยังไม่มีความชัดเจนในการดำเนินการ

ในพื้นที่ มีข้อจำกัดในการรับรู้ต่อแผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ 5 ปี (พ.ศ.2560-2564) ทั้งในระดับบริหาร และระดับปฏิบัติการ ทำให้การใช้ประโยชน์จากแผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ มีข้อจำกัด รวมถึงการขาดโครงสร้างฯ รองรับมาตรการใหม่ที่ลงมาในพื้นที่ เช่น นโยบายการส่งเสริมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

- ปรับโครงสร้างและกลไกให้คณะกรรมการขับเคลื่อนแผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ 5 ปี (พ.ศ.2560-2564) มีการขับเคลื่อนงานแผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ ที่เข้มแข็งและเกิดการบูรณาการอย่างแท้จริง
- สร้างกลไกในการรับรู้และใช้แผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ ในทุกระดับ เพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่ส่งผลต่อการสร้างการเปลี่ยนแปลงในระดับบุคคลอย่างแท้จริง
- สร้างกลไกในการรวบรวม/พัฒนา/ต่อยอด/เผยแพร่ชุดความรู้ที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมระดับบุคคลอย่างแท้จริง
- เร่งรัดการพัฒนาคุณภาพฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ และจัดระบบข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวังเฉพาะจุด ที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ที่มีการเคลื่อนย้ายประชากร เช่น พื้นที่เขตเมืองขนาดใหญ่ พื้นที่เขตอุตสาหกรรม พื้นที่เขตท่องเที่ยว หรือ พื้นที่เขตชนบท เป็นต้น
- พัฒนา/ปรับปรุงการคัดกรองและวินิจฉัยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มผู้มารับบริการที่หน่วยบริการเพิ่มเติมจากการคัดกรองในชุมชน และปรับโมเดลทัศน์ประชาชนทั่วไป โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย ให้แสวงหาและเข้ารับบริการให้เร็วที่สุด รวมถึงการจัดให้มี public health station ในจุดที่เหมาะสมเพื่อให้ประชาชนสามารถตรวจวัดได้ด้วยตนเอง
- พัฒนากลไกสร้างการรับรู้และความตระหนักต่อภาระโรคไม่ติดต่อให้กับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ (กองทุนสุขภาพตำบล) ซึ่งเป็นโครงสร้างในระดับพื้นที่ในการขับเคลื่อนงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ
- ประเมินผลกระทบด้านสุขภาพของมาตรการทางกฎหมาย และมาตรการทางสังคม เพื่อพัฒนาและกำหนดเป็นเครื่องมือในการขยายผลการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ

บทที่ 1 บทนำ

1.1 หลักการและเหตุผล

ปัจจุบัน โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทย ส่งผลต่อทั้งด้านเศรษฐกิจและการพัฒนาประเทศ โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตลำดับต้นๆ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคปอดเรื้อรัง และโรคมะเร็ง โดยโรคในกลุ่มนี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา หากพิจารณาเฉพาะ 4 กลุ่มโรค คือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจขาดเลือด พบว่าโรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจขาดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับต้นๆ ทั้งในเพศหญิงและเพศชาย ในขณะที่โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมีอัตราความชุกและอุบัติการณ์ที่เพิ่มขึ้น จากผลการสำรวจสุขภาพคนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 พบว่าคนไทยจำนวนมากมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน และหัวใจและหลอดเลือด โดยผู้ชายไทยเกือบ 3 ใน 10 คน และผู้หญิงไทย 4 ใน 10 คน อยู่ในเกณฑ์อ้วน รวมทั้งประมาณครึ่งหนึ่งของคนไทยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป มีระดับไขมันในเลือดสูง และมากกว่าร้อยละ 20 ของคนไทยมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ นอกจากนี้ยังพบว่าคนไทย 1 ใน 4 ยังสูบบุหรี่อยู่

ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศ บ่งชี้ว่ากลุ่มโรคเบาหวาน โรคหัวใจ และหลอดเลือดสามารถป้องกันได้ และมีหลายมาตรการที่มีประสิทธิผลและคุ้มค่าในทางเศรษฐศาสตร์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งมาตรการในระดับประชากร ซึ่งผลลัพธ์คือสามารถรักษาชีวิตและลดภาระโรคได้อย่างมีนัยสำคัญ และมีประสิทธิผล และความคุ้มค่าสูงมากกว่ามาตรการให้บริการสุขภาพส่วนบุคคล สำหรับประเทศไทยมีแผนและมาตรการต่างๆ ที่ได้ดำเนินการอย่างต่อเนื่องในช่วงที่ผ่านมา ผลการประเมินแผนงานควบคุมโรคไม่ติดต่อในประเทศไทยปีพ.ศ. 2553-2557 พบว่าการกำหนดนโยบายจากส่วนกลางมีส่วนชี้นำพื้นที่ส่วนใหญ่ของประเทศ โดยกรอบการดำเนินงานยังคงอยู่ภายใต้กรอบนโยบาย 3 อ 2 ส คือ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ไม่สูบบุหรี่ และลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งถูกส่งผ่านให้เกิดกิจกรรมทั้งด้านส่งเสริม ป้องกันและรักษา ทั้งในระดับบุคคลและประชากร อย่างไรก็ตามการดำเนินงานในแต่ละส่วนยังคงขาดความเชื่อมโยงหนุนเสริมระหว่างกัน อีกทั้งความเข้มข้นในการดำเนินงานยังขาดความต่อเนื่อง ทำให้ผลสัมฤทธิ์ไม่ปรากฏให้เห็นได้ชัดเจน

ผลจากการประเมินดังกล่าวได้นำมาใช้เป็นข้อมูลในการจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ 5 ปี (พ.ศ. 2560 - 2564) ซึ่งเป็นแผนระดับประเทศ ผ่านมติเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรีในวันที่ 26 กันยายน พ.ศ. 2560 โดยพัฒนาต่อเนื่องจากแผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554 - 2563 แต่ปรับเป้าหมายและกลยุทธ์การดำเนินงานให้ชัดเจนมากขึ้น และสอดคล้องกับสถานการณ์ของประเทศไทย เพื่อตอบสนองต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคให้บรรลุ 9 เป้าหมายโลก เนื้อหาของแผนฯ เน้นการสร้างการมีส่วนร่วม

ของประชาชน ชุมชน ท้องถิ่น และภาคส่วนต่างๆ ปรับการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นโดยใช้ข้อมูล และการส่งเสริมศักยภาพของประชาชนในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ซึ่งแผนฯ นี้ได้ดำเนินการระยะหนึ่ง แล้ว จึงจำเป็นต้องมีการทบทวนสถานการณ์ระบบ กลไก และมาตรการและการดำเนินงาน และผลการป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อในประเทศไทย เพื่อเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับนำไปใช้ประกอบการตัดสินใจที่นำไปสู่การ แก้ไขข้อจำกัดและปรับปรุงแผนการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ 5 ปี (พ.ศ. 2560 - 2564) ตลอดจนขยายผล ในส่วนที่มีการดำเนินการให้มีประสิทธิผล และสอดคล้องกับบริบทประเทศเพิ่มมากขึ้น

1.2 วัตถุประสงค์

1. เพื่อทบทวนสถานการณ์ นโยบาย แผนงาน การบริหารจัดการ มาตรการ การดำเนินงานและผล การดำเนินงานการป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อในช่วง พ.ศ. 2560 – 2562
2. เพื่อพัฒนาข้อเสนอต่อการปรับปรุงแผนการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ 5 ปี (พ.ศ. 2560 - 2564) ระยะต่อไป

1.3 ขอบเขตการดำเนินงาน

1.3.1 กรอบการดำเนินงาน

1. ทบทวนสถานการณ์ นโยบาย แผนงาน การบริหารจัดการ มาตรการ การดำเนินงานและผล การดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในช่วง พ.ศ. 2560 – 2562 และบ่งชี้การ เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น
2. ทบทวนประสบการณ์จากต่างประเทศ 3 ประเทศ ได้แก่ สิงคโปร์ ศรีลังกา และมาเลเซีย
3. วิเคราะห์บริบททางสังคมทั้งภายในและต่างประเทศที่มีผลต่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ ติดต่อ
4. วิเคราะห์ช่องว่างของมาตรการที่ควรเร่งรัดในการขับเคลื่อน
5. มีกระบวนการศึกษาแบบมีส่วนร่วมระหว่างคณะผู้ทบทวนและตัวแทนสำนักโรคไม่ติดต่อ
6. เสนอนโยบายที่มีประสิทธิภาพในระยะสั้น 3 ปี ที่ควรขับเคลื่อนต่อไป

1.3.2 แผนการดำเนินงาน แบ่งเป็น 2 ระยะ

ระยะที่ 1 พัฒนาโครงการฉบับสมบูรณ์ โดยกำหนดระเบียบวิธีการศึกษา กลุ่มเป้าหมาย/ผู้ให้ข้อมูลหลัก พื้นที่ศึกษา เกณฑ์ในการเลือกพื้นที่/กลุ่มเป้าหมาย กำหนดแนวทางการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

วิธีการศึกษาทบทวน

ก. รูปแบบการศึกษา ใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ (qualitative approach) ร่วมกับการศึกษาเชิงปริมาณจากการวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data analyses)

ข. พื้นที่ศึกษา

1. ระดับประเทศ จังหวัด และอำเภอ ในระดับประเทศเลือกหน่วยงานและองค์กรที่มีบทบาทและการดำเนินงานเกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรคโดยตรง ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ระดับจังหวัด/อำเภอ เลือกแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์ในการเลือก คือ เป็นจังหวัดที่มีผลการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอยู่ในลำดับต้นๆ ของประเทศ และจังหวัดที่อยู่ในเกณฑ์เฉลี่ย เป็นกรณีศึกษาตัวอย่าง 2 จังหวัด คือ จังหวัดบุรีรัมย์ และจังหวัดชลบุรี
2. ประสบการณ์ต่างประเทศ ใช้เกณฑ์ในการเลือก คือ สามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลได้ทางอินเทอร์เน็ต และมีภาษาอังกฤษ เป็นประเทศที่มีความคล้ายคลึงกับประเทศไทยในด้านประชากรศาสตร์และภูมิสังคม เลือกประเทศที่มีผลการควบคุมป้องกันโรคได้ดี คือ ประเทศสิงคโปร์ (ตัวแทนเขตเมืองใหญ่-ในประเทศไทย) และประเทศศรีลังกา และประเทศที่มีผลการควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังใกล้เคียงกับประเทศไทย คือ มาเลเซีย

ค. กลุ่มเป้าหมาย องค์กรภาครัฐ และองค์กรในกำกับ โดยผู้ให้ข้อมูลหลักได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) หน่วยงานสาธารณสุขทั้งด้านบริหารและบริการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ง. วิธีการเก็บข้อมูล เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ สทนากลุ่มย่อย แบบบันทึก แบบสอบถาม และประชุมเชิงปฏิบัติการ

จ. การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

ระยะที่ 2 ดำเนินการ เก็บรวบรวม วิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูล และจัดเตรียมรายงานผลการศึกษาระดับสมบูรณ์ ตามประเด็นดังต่อไปนี้

- สถานการณ์ นโยบาย แผนงาน/โครงการ การบริหารจัดการ มาตรการ การดำเนินงานและผลการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในช่วง พ.ศ. 2560 – 2562 กรณีโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง และปัจจัยเสี่ยงสำคัญของประเทศไทย ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของมาตรการที่ดำเนินการตอบสนองต่อตัวชี้วัด 9 เป้าหมายโลก (9 global targets) และบ่งชี้การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น
- กลไกการบริหารจัดการของภาครัฐ องค์การปกครองท้องถิ่น ในแต่ละระดับ และความเชื่อมโยงกับแผนยุทธศาสตร์ชาติกับแผนการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564) รวมทั้งนโยบาย แผนและการปฏิบัติในแต่ละระดับที่นำไปสู่การดำเนินงานที่มีคุณภาพ
- สถานการณ์ นโยบาย แผนงาน การบริหารจัดการ มาตรการ การดำเนินงานและผลการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ของประเทศสิงคโปร์ ศรีลังกา และมาเลเซีย
- วิเคราะห์บริบททางสังคมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การบริโภคอาหาร การบริโภคเกลือ/โซเดียม, กิจกรรมทางกาย, การบริโภคยาสูบ และการบริโภคแอลกอฮอล์ ทั้งภายในประเทศและต่างประเทศที่มีผลต่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ
- ประสิทธิภาพและประสิทธิผล นโยบาย แผนงาน เป้าหมาย และการบริหารจัดการเพื่อการควบคุม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งปัจจัยเสี่ยงสำคัญของประเทศไทย
- ช่องว่างของมาตรการที่ควรเร่งรัดในการขับเคลื่อนแผนการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564)
- ข้อเสนอต่อการปรับปรุงแผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ 5 ปี (พ.ศ. 2560 - 2564)

กรอบแนวคิดการติดตามและประเมินงานควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปีพ.ศ. 2560-2562

Monitoring framework for NCD prevention and control



1.4 ผลที่คาดว่าจะได้รับ

มีข้อมูลสำหรับนำไปปรับปรุงแผนการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ 5 ปี (พ.ศ. 2560- 2564) ในระยะต่อไป ในส่วนที่ยังมีข้อจำกัด และขยายผลเพิ่มมากขึ้นในส่วนที่มีการดำเนินการที่มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับบริบทประเทศไทย

บทที่ 2 ผลการศึกษา

2.1 นโยบาย แผนงาน/โครงการ การบริหารจัดการ มาตรการ การดำเนินงานและผลการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในช่วง พ.ศ. 2560 – 2562

2.1.1 ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (ประกาศ ณ วันที่ 8 ตุลาคม พ.ศ. 2561)

วิสัยทัศน์ประเทศไทย 2580 “ประเทศมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง”

เป้าหมายการพัฒนา “ประเทศชาติมั่นคง ประชาชนมีความสุข เศรษฐกิจพัฒนาอย่างต่อเนื่อง สังคมเป็นธรรม ฐานทรัพยากรธรรมชาติยั่งยืน”

ยุทธศาสตร์ 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความมั่นคง ด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขัน ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ ด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม ด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม และด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบการบริหารจัดการภาครัฐ

2.1.2 ยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องด้านสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์

เป้าหมาย 20 ปี (1) คนไทยเป็นคนดี คนเก่ง มีคุณภาพ พร้อมสำหรับวิถีชีวิตในศตวรรษที่ 21 (2) สังคมไทยมีสภาพแวดล้อมที่เอื้อและสนับสนุนต่อการพัฒนาคนตลอดช่วงชีวิต มีตัวชี้วัดเป้าหมาย (1) การพัฒนาคุณภาพชีวิต สุขภาวะ และความเป็นอยู่ที่ดีของคนไทย (2) ผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิต (3) การพัฒนาสังคมและครอบครัวไทย และจากประเด็นยุทธศาสตร์ 7 ประเด็นหลัก มีประเด็นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ พัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต (ประเด็นที่ 2) เสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี (สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาวะ การป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามต่อสุขภาวะ การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะที่ดี การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ทันสมัย สนับสนุนการสร้างสุขภาวะที่ดี และการส่งเสริมให้ชุมชนเป็นฐานในการสร้างสุขภาวะที่ดีในทุกพื้นที่ (ประเด็นที่ 5)) และเสริมสร้างศักยภาพการกีฬาในการสร้างคุณค่าทางสังคม และพัฒนาประเทศ (การส่งเสริมการออกกำลังกาย และกีฬาขั้นพื้นฐานให้กลายเป็นวิถีชีวิต การส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมออกกำลังกาย กีฬา และนันทนาการ การส่งเสริมการกีฬาเพื่อความเป็นเลิศและต่อยอดสู่ระดับอาชีพ และการพัฒนาบุคลากรด้านการกีฬาและนันทนาการเพื่อรองรับการเติบโตของอุตสาหกรรมกีฬา (ประเด็นที่ 7))

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม

เป้าหมาย 20 ปี (1) สร้างความเป็นธรรมและลดความเหลื่อมล้ำในทุกมิติ (2) กระจายศูนย์กลางความเจริญทางเศรษฐกิจและสังคม เพิ่มโอกาสให้ทุกภาคส่วนเข้ามาเป็นกำลังของการพัฒนาประเทศในทุกระดับเพื่อความสมานฉันท์ (3) เพิ่มขีดความสามารถของชุมชน ท้องถิ่น ในการพัฒนาการพึ่งตนเอง และการจัดการตนเองเพื่อสร้างสังคมคุณภาพ โดยมีประเด็นยุทธศาสตร์ 4 ประเด็นหลัก ทั้งนี้ประเด็นหลักที่เกี่ยวข้องด้านสุขภาพ ได้แก่ (1) ลดความเหลื่อมล้ำ สร้างความเป็นธรรมในทุกมิติ (สร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข และการศึกษา โดยเฉพาะสำหรับผู้มีรายได้น้อยและกลุ่มผู้ด้อยโอกาส) (3) เสริมสร้างพลังทางสังคม (สนับสนุนความร่วมมือระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน ภาควิชาการ ภาคประชาสังคม และภาคประชาชน) (4) การเพิ่มขีดความสามารถชุมชนท้องถิ่นในการพัฒนาการพึ่งตนเองและการจัดการตนเอง (ส่งเสริมการปรับพฤติกรรมในระดับครัวเรือนให้มีขีดความสามารถในการจัดการวางแผนชีวิต สุขภาพ ครอบครัว การเงินและอาชีพ เสริมสร้างศักยภาพของชุมชนในการพึ่งพาตนเองและการพึ่งพากันเอง)

2.1.3 แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564)

(มติที่ประชุมคณะรัฐมนตรี 26 กันยายน พ.ศ.2560)

วิสัยทัศน์ ประชาชนสุขภาพดี ปลอดภัยจากภาระโรคไม่ติดต่อที่ป้องกันได้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนานโยบายสาธารณะและกฎหมายที่สนับสนุนการป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ (กลยุทธ์ เร่งรัดให้เกิดนโยบายสาธารณะระดับชาติ พัฒนามาตรการทางเศรษฐกิจ ส่งเสริมให้มีนโยบายระดับสถาบัน องค์กร พัฒนากฎหมาย สร้างเสริมการปฏิบัติตามกฎหมาย)

ยุทธศาสตร์ที่ 2 เร่งขับเคลื่อนทางสังคม สื่อสารความเสี่ยงและประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง (กลยุทธ์ พัฒนาการบริหารจัดการสื่อสารสาธารณะ พัฒนาเครือข่ายสื่อสาร/ถ่ายทอด พัฒนาเนื้อหาการสื่อสารและเพิ่มช่องทางเฝ้าระวัง/ตอบโต้ข้อมูลข่าวสาร)

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาศักยภาพชุมชน/ท้องถิ่นและภาคีเครือข่าย (กลยุทธ์ พัฒนากลไกสร้างการมีส่วนร่วม ในการเฝ้าระวัง/ส่งเสริมสุขภาพ พัฒนาศักยภาพแกนนำสุขภาพ)

ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาระบบเฝ้าระวังและการจัดการข้อมูล (กลยุทธ์ พัฒนาการเชื่อมโยงข้อมูล พัฒนาศักยภาพการจัดการข้อมูล พัฒนาระบบเฝ้าระวัง)

ยุทธศาสตร์ที่ 5 ปฏิรูปการจัดบริการเพื่อลดเสี่ยงและควบคุมโรค ให้สอดคล้องกับสถานการณ์โรคและบริบทพื้นที่ (กลยุทธ์ ปฏิรูปการบริการคัดกรองและลดเสี่ยง ปฏิรูปกระบวนการจัดบริการสุขภาพ)

ยุทธศาสตร์ที่ 6 พัฒนาระบบสนับสนุนเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างบูรณาการ (กลยุทธ์ พัฒนากลไกขับเคลื่อนงาน พัฒนาระบบติดตามประเมินผล พัฒนาบุคลากรขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ บูรณาการงานวิจัย การจัดการความรู้และนวัตกรรม) (แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560 - 2564))

ตัวชี้วัดผลลัพธ์ (ภายในปี พ.ศ. 2564)

1. การลดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อลง ร้อยละ 20 (premature mortality from NCDs) เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2553
2. ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากรต่อปีของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ลดลงเหลือไม่เกิน 6.7 ลิตร ต่อคนต่อปี (harmful use of alcohol)
3. ความชุกของการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ ลดลงร้อยละ 8 (physical inactivity) เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2553
4. ค่าเฉลี่ยปริมาณการบริโภคเกลือ/โซเดียมในประชากร ลดลงร้อยละ 24 (salt/sodium intake) เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2553
5. ความชุกของการบริโภคยาสูบในประชากรที่มีอายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไป ลดลงเหลือไม่เกินร้อยละ 15.7 (tobacco use)
6. ความชุกของภาวะความดันโลหิตสูง ลดลงร้อยละ 20 (raised blood pressure)
7. ความชุกของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง/เบาหวานและโรคอ้วนไม่เพิ่มขึ้น (diabetes and obesity) เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2553
8. ประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไปที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้รับคำปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม และรับยาเมื่อมีข้อบ่งชี้เพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง (รวมถึงยาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 (drug therapy to prevent heart attack and stroke)
9. การมียาที่จำเป็นและเทคโนโลยีขั้นพื้นฐานสำหรับรักษา/บริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญในสถานบริการของภาครัฐและเอกชน ร้อยละ 80

2.1.4 รายงานการปฏิบัติการกิจของคณะทำงานร่วมระหว่างหน่วยงานสหประชาชาติว่าด้วยเรื่องการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ประเทศไทย: 28-30 สิงหาคม พ.ศ.2561

ข้อค้นพบสำคัญ

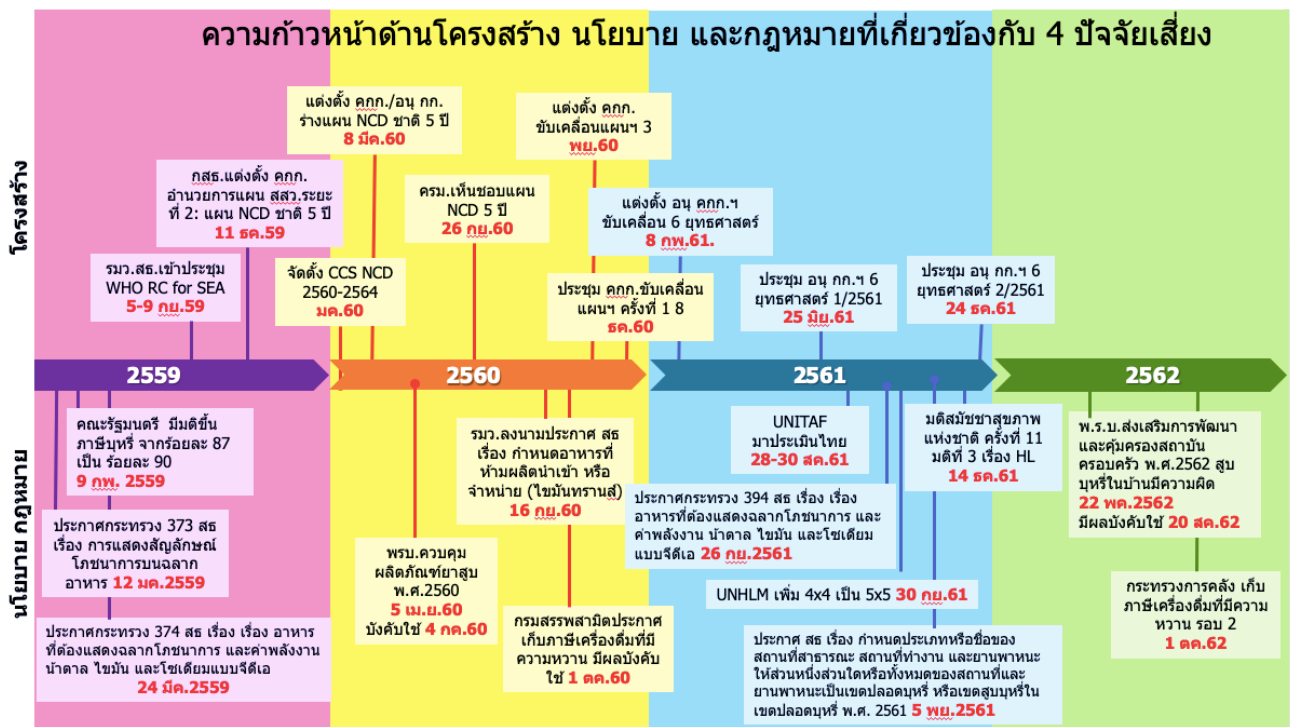
โรคไม่ติดต่อเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่ร้ายแรงและเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาประเทศไทย กล่าวคือ โรคไม่ติดต่อเป็นสาเหตุการเสียชีวิตกว่าร้อยละ 71 ของการเสียชีวิตทั้งหมดในประเทศไทย และคาดการณ์ว่าโอกาสการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และโรคทางเดินหายใจเรื้อรังในประเทศไทยอยู่ที่ร้อยละ 16 โดยมีปัจจัยเสี่ยงหลัก ได้แก่ การใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ การบริโภคแอลกอฮอล์ในระดับที่เป็นอันตราย พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ การขาดกิจกรรมทางกายและมลพิษทางสิ่งแวดล้อม

ที่ผ่านมา ประเทศไทยมีประสบการณ์ที่โดดเด่นในการจัดการกับปัญหาสาธารณสุขในกรณีของการรับมือกับปัญหาเอดส์ ที่มีกลไกระดับชาติประกอบด้วยหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม ภาควิชาการ ภาควิชาการเกษตรและสื่อสารมวลชน ผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงบรรทัดฐานและพฤติกรรมของสังคม อย่างไรก็ตาม แม้ประเทศไทยมีความก้าวหน้าในการพัฒนานโยบายและแผนงานที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อ แต่ยังมีโอกาสสำหรับการพัฒนาให้ดียิ่งขึ้นไปอีก โดยเฉพาะจากการดำเนินงานของหน่วยงานนอกภาคสาธารณสุข ทั้งนี้ปัญหาที่ประเทศไทยประสบในการทำงานเพื่อจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังคือ ขาดการประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ ขาดความรู้ลึกเป็นเจ้าของจากหน่วยงานอื่นที่ไม่ได้ดูแลงานสาธารณสุขโดยตรง และการขยายผลการปฏิบัติงานและการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้อง ยังมีไม่มากพอ

คณะทำงานฯ มีข้อเสนอแนะ 4 ด้าน กล่าวคือ (1) เพิ่มบทบาทและความรับผิดชอบแก่ผู้นำระดับสูง (2) สนับสนุนการดำเนินงานร่วมกันทุกภาคส่วน เพื่อเร่งรัดปฏิบัติตามยุทธศาสตร์และแผนงานโรคไม่ติดต่อ (3) เพิ่มการลงทุนงบประมาณภาครัฐ รวมถึงการจัดเก็บภาษีผลิตภัณฑ์ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ (4) เพิ่มความเข้มงวดและบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อ

2.1.5 การขับเคลื่อนแผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564)

แผนภาพที่ 1 ความก้าวหน้าด้านโครงสร้าง นโยบาย และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยง

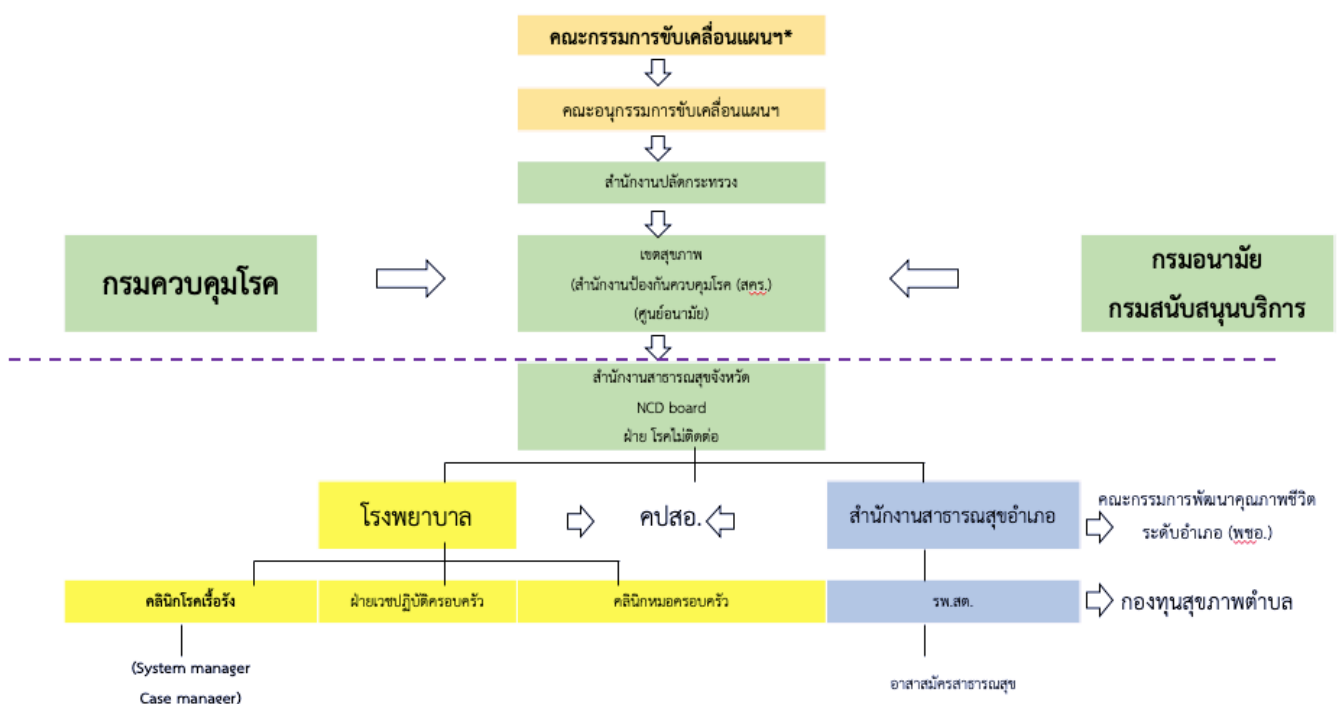


การขับเคลื่อนแผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564) มีคณะกรรมการ (คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนแผนการป้องกันและควบคุมโรค 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564) และ คณะอนุกรรมการอีก 4 คณะ (คำสั่งแต่งตั้งคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนแผนการป้องกันและควบคุมโรค 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564)) โดยมีคณะอนุกรรมการฯ สองคณะที่รับผิดชอบยุทธศาสตร์สองยุทธศาสตร์ คือ คณะอนุกรรมการฯ คณะที่ 1 รับผิดชอบยุทธศาสตร์ที่ 1 และยุทธศาสตร์ที่ 6 และคณะอนุกรรมการฯ คณะที่ 3 รับผิดชอบยุทธศาสตร์ที่ 3 และยุทธศาสตร์ที่ 5 ทั้งนี้ คณะกรรมการฯ และอนุกรรมการฯ ประกอบด้วยภาค ส่วนต่างๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม โดยไม่ได้มีแต่เพียงภาคส่วนสาธารณสุข แต่ยังครอบคลุม ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม การเงินการคลัง และการปกครอง เป็นพื้นที่กลางที่หนุนเสริมการบูรณาการ การ ขับเคลื่อนงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ นอกจากนี้ ในภาคส่วนสาธารณสุขเอง มีหน่วยงานที่เข้าร่วม หลายกรม กอง นอกเหนือจากกรมควบคุมโรคที่มีบทบาทโดยตรง ได้แก่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ในระดับพื้นที่ การขับเคลื่อนงานผ่านสำนักวิชาการระดับเขต ได้แก่ สำนักงานป้องกันควบคุมโรค ศูนย์อนามัยผ่านเขตพื้นที่สุขภาพที่ส่งต่อนโยบายและแผนงานในระดับจังหวัดให้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ที่มีคณะกรรมการโรคไม่ติดต่อ คณะกรรมการ service plan และฝ่ายโรคไม่ ติดต่อ ส่วนในระดับอำเภอ ประกอบด้วย โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ คลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งในแต่ละระดับชั้นมีผู้รับผิดชอบงาน นอกจากนี้ในระดับชุมชนมี อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นแกนหลักในการขับเคลื่อนงาน ซึ่งการมีโครงสร้าง

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กองทุนสุขภาพตำบล) ที่ทำหน้าที่เสมือนเป็นผู้ซื้อบริการ ถือเป็นโอกาสในการขับเคลื่อนงานแบบบูรณาการ โดยเฉพาะงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค

อย่างไรก็ตาม ข้อมูลจากพื้นที่ศึกษา สะท้อนให้เห็นว่า การรับรู้ต่อแผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564) ยังคงอยู่ในวงจำกัด ทั้งในระดับผู้บริหาร และระดับผู้ปฏิบัติการ ยกเว้นผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบด้านแผนและยุทธศาสตร์โดยตรง ทำให้ยังไม่เห็นการใช้ประโยชน์ที่ชัดเจนจากการมีและใช้แผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564)

แผนภาพที่ 2 แสดงโครงสร้างการขับเคลื่อนแผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564)



หมายเหตุ * กระทรวงสาธารณสุข, สำนักราชบัณฑิตย, กระทรวงมหาดไทย, กระทรวงศึกษาธิการ, กระทรวงพาณิชย์, กระทรวงแรงงาน, กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม, สปสช., สสส., สข., สารส., ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย, สมาคมสหประชาชาติแห่งประเทศไทย, หอการค้าไทย, สมาพันธ์เครือข่ายโรคไม่ติดต่อ, สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย, มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค, สมาคมอบจ., สมาคมอบต., ชมรม อสม.

2.1.6 ยุทธศาสตร์และมาตรการ แผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ 5 ปี (ปี 2560-2564)

จากเป้าหมาย ลดเสี่ยง ลดโรค ลดตาย ยุทธศาสตร์ 6 ยุทธศาสตร์ ประกอบด้วย 1) ด้านนโยบายและกฎหมาย 2) ด้านการสื่อสารสร้างความรอบรู้ 3) ด้านพัฒนาศักยภาพภาคีและการมีส่วนร่วม 4) ด้านระบบข้อมูลและการเฝ้าระวัง 5) ด้านบริการ และ 6) ด้านสนับสนุนการขับเคลื่อน จะเห็นได้ว่ามุ่งเน้นการดูแลตนเองของกลุ่มเป้าหมาย โดยการสร้างปัจจัยแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี มีเพียงยุทธศาสตร์เดียวที่มุ่งเน้นด้านการปฏิรูประบบบริการ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงและอัตราการใช้บริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริการด้านสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงาน ในส่วนมาตรการการดำเนินการในส่วนกลาง มีทั้งการพัฒนารูปแบบการบริการในลักษณะโครงการนำร่อง ซึ่งเป็นบทบาทของสำนักวิชาการ และการประสานความร่วมมือกับหน่วยปฏิบัติในพื้นที่ผ่านหน่วยบริหารจัดการ คือ เขตพื้นที่สุขภาพ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ส่วนหน่วยงานภาคส่วนอื่น ใช้มาตรการหนุนเสริมในการสร้างปัจจัยแวดล้อม เช่น มาตรการทางภาษี การบังคับใช้กฎหมาย เป็นต้น ในส่วนพื้นที่มาตรการส่วนใหญ่เป็นการตอบสนองต่อนโยบายตามสายงาน โดยการกำหนดกิจกรรมส่วนหนึ่งเป็นกิจกรรมในงานปกติ เช่น การคัดกรองโรค เป็นต้น อีกส่วนหนึ่งเป็นการพัฒนางาน โดยการเป็นพื้นที่นำร่องของสำนักวิชาการในส่วนกลาง มีเพียงบางส่วนที่มีการพัฒนากิจกรรมที่สอดคล้องกับบริบทและเงื่อนไขพื้นที่ เช่น การร่วมมือกับผู้ประกอบการร้านอาหารในพัฒนารายการอาหารสร้างเสริมสุขภาพ หรือใบเขียวชีสสุขภาพ เป็นต้น

ตารางที่ 1 แสดงความเชื่อมโยงระหว่างเป้าหมาย ตัวชี้วัด ยุทธศาสตร์ และมาตรการ

เป้าหมาย		ตัวชี้วัด	ยุทธศาสตร์	มาตรการ
ลดตาย	การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (อัตรา)	มียาและเทคโนโลยีพื้นฐาน (อัตรา)	ยุทธศาสตร์ที่ 5 ยุทธศาสตร์ที่ 4	การเชื่อมโยงข้อมูลระบบเฝ้าระวัง
ลดโรค	โรคเบาหวานและโรคอ้วน (ความชุก) โรคความดัน (ความชุก)	บริการให้คำปรึกษาและรับยา (อัตรา)	ยุทธศาสตร์ที่ 5 ยุทธศาสตร์ที่ 4	การเชื่อมโยงข้อมูลระบบเฝ้าระวัง
ลดเสี่ยง	การบริโภคแอลกอฮอล์ (ค่าเฉลี่ย) การบริโภคยาสูบ (ความชุก) กิจกรรมทางกาย (ความชุก) การบริโภคเกลือ/โซเดียม (ค่าเฉลี่ย)	บริการให้คำปรึกษา (อัตรา)	ยุทธศาสตร์ที่ 1 ยุทธศาสตร์ที่ 2 ยุทธศาสตร์ที่ 3 ยุทธศาสตร์ที่ 4	นโยบาย และกฎหมาย เนื้อหาและช่องทางสื่อสาร ศักยภาพและมีส่วนร่วม การเฝ้าระวัง ระบบเฝ้าระวัง

ตารางที่ 2 แสดงความเชื่อมโยงระหว่างยุทธศาสตร์ มาตรการ และกิจกรรม จำแนกตามระดับการดำเนินการ

ยุทธศาสตร์	มาตรการ/กิจกรรม/เครื่องมือ
ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนานโยบายสาธารณะ และกฎหมายที่สนับสนุน การป้องกัน ควบคุมโรคไม่ ติดต่อกัน (นโยบายสาธารณะ, กฎหมาย, มาตรการบังคับ ใช้กฎหมาย, การยินยอม ปฏิบัติตามกฎหมาย)	• ฉลากโภชนาการลดโซเดียม • ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องอาหารที่ต้องแสดงฉลากโภชนาการ • รณรงค์การใช้ฉลากทางเลือกสุขภาพ • ภาษีน้ำตาลสูงในอาหาร และเครื่องดื่ม ปีแรก ผลิตภัณฑ์ที่มีปริมาณความหวานเกินร้อยละ 10 ปรับทุก 2 ปี จนปีพ.ศ. 2568 ปริมาณความหวานร้อยละ 6 • พรบ.ควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560 ระบบเฝ้าระวังเชิงรุกและรับ ระบบดำเนินคดีกับผู้กระทำผิด • นโยบายจำกัดไขมันทรานส์ (6 มกราคม พ.ศ. 2562 ห้ามผลิต นำเข้า จำหน่าย ไขมันทรานส์) • พรบ.ยาสูบ พ.ศ.2560 แบน (งด) โฆษณาทุกรูปแบบรวมทั้งสื่ออินเทอร์เน็ต • เพิ่มการประเมินความเสี่ยงในชุดสิทธิประโยชน์ สำนักงานประกันสังคม (สปส.) • ลดอายุการคัดกรองเร็วขึ้น • สนับสนุนการตรวจสุขภาพเชิงรุก ของหน่วยบริการสุขภาพ • โครงสร้างหน่วย Alcohol and tobacco control unit (ATCU) ระดับจังหวัด และเพิ่มอำนาจ สสจ.ในการบังคับใช้กฎหมาย • เก็บภาษียาสูบอัตราเดียว ร้อยละ 40 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2562)
ยุทธศาสตร์ที่ 2 เร่งขับเคลื่อนทางสังคม สื่อสารความเสี่ยงและ ประชาสัมพันธ์อย่าง ต่อเนื่อง (บริหาร, ถ่ายทอด องค์ความรู้, เนื้อหาและ ช่องทางการสื่อสาร, เฝ้า ระวังและตอบโต้ข่าวสารที่ ส่งผลเสีย)	• เครือข่ายถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านการสื่อสารความเสี่ยง • พัฒนาเนื้อหา/ช่องทางสื่อสาร คู่มือ อสม. นักจัดการสุขภาพเอกสาร “เปลี่ยนก่อนป่วย” คลังความรู้ • ปฏิเสธการโฆษณาจากบริษัทผลิตยาสูบ ทุกสถานพยาบาล สถานประกอบการ มหาวิทยาลัย • ขับเคลื่อนความรู้ทางด้านสุขภาพสู่สมาชิกสุขภาพแห่งชาติ มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 11 • ปรับปรุงหลักสูตร สาระสุขศึกษา/พลศึกษา health literacy • ผลิตสื่อ/ส่งเสริมเด็กดีมีส่วน

ยุทธศาสตร์	มาตรการ/กิจกรรม/เครื่องมือ
ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาศักยภาพชุมชน/ท้องถิ่น และภาคีเครือข่าย (กลไกประชาชน อปท./ภาคี, แกนนำสุขภาพ) มีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค	• ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต “ชุมชนสร้างสุข สุขกาย สุขใจ สุขเงิน” • อาสาสมัครสุขภาพครอบครัวเครือข่าย อสม. • Community-Based Intervention • โครงการนักเรียนไทยสุขภาพดี/โครงการเด็กไทยแก้มใส (สสส.)/โครงการอาหารกลางวัน (อปท.)/โครงการโรงเรียนต้นแบบสหกรณ์ • โรงพยาบาลเคม้น้อย อร่อย 3 ดี (ดี 1 : ดีต่อสุขภาพ ดี 2 : ดีลดโรค ดี 3 : อร่อยดี) เครือข่ายลดการบริโภคเค็ม • รณรงค์ลดการใช้เครื่องปรุงรสที่มีโซเดียมสูง • โรงเรียนลดเค็มลดโรคอร่อยได้ (อย.น้อย) • ส่งเสริมกิจกรรมทางกาย/ฉลาดรู้ ต้นแบบ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (ศพด.)/องค์กร ชุมชน เกษตรอินทรีย์
ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาระบบเฝ้าระวังและการจัดการข้อมูล (เชื่อมโยงข้อมูล, ศักยภาพในการจัดการและวิเคราะห์ข้อมูล, ระบบเฝ้าระวังในระดับองค์กรและกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ)	• คุณภาพข้อมูลอัตราการตาย ใช้จาก กองยุทธศาสตร์และแผนงาน (กยผ.) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข เป็นหลัก จากนั้นใช้จากกระทรวงมหาดไทย • เชื่อมโยงข้อมูลจากระดับประเทศ จนถึง ระดับตำบล • สร้าง template ดึงข้อมูลจาก 43 แห่ง • ระบบแสดงผล comprehensive surveillance for NCD ห้ามติ • ประเมินระบบและคุณภาพข้อมูลโรคความดันโลหิตสูงระดับพื้นที่ • พัฒนาศักยภาพการจัดการข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อด้วยแนวคิด 5 มิติ • ศึกษาข้อมูลเพื่อชี้กลุ่มเป้าหมายเฉพาะที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัย • ระบบเฝ้าระวัง ฐานข้อมูล คัดกรองและส่งต่อเด็กอ้วน • พัฒนาเครือข่ายเฝ้าระวัง
ยุทธศาสตร์ที่ 5 ปฏิรูปการจัดบริการเพื่อลดเสี่ยง และควบคุมโรคให้สอดคล้องกับสถานการณ์โรคและบริบทพื้นที่ (รูปแบบบริการคัดกรองและลดความเสี่ยง, การจัดการบริการสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและสนับสนุนการจัดการตนเอง)	• Wellness centre • Health station • Home BP • บูรณาการคลินิก NCD-DPAC-บุหรี-สุรา-แพทย์แผนไทย • Service plan; NCD cluster (NCD-DPAC-CVD-CKD) • CKD clinic • 10 package สถานประกอบการ • การพัฒนา System manager

ยุทธศาสตร์	มาตรการ/กิจกรรม/เครื่องมือ
ยุทธศาสตร์ที่ 6 พัฒนาระบบสนับสนุนเพื่อ ขับเคลื่อนการดำเนินงาน อย่างบูรณาการ (กลไกการ ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์, ระบบติดตามประเมินผล, พัฒนาบุคลากรในการ ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์, บูรณาการงานวิจัย การ จัดการความรู้ และ นวัตกรรม)	คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ-NCD

ตารางที่ 3 แสดงมาตรการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ กรณีศึกษาจังหวัดชลบุรีและบุรีรัมย์

จังหวัด	มาตรการ/เครื่องมือ
จังหวัดชลบุรี	- เฝ้าระวัง ติดตาม คัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมเสี่ยง - การสร้างความตระหนักในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ - เสริมสร้างสิ่งแวดล้อมด้วยการลดความเสี่ยงและจัดการโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในชุมชน - ให้คำปรึกษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ด้วยเทคนิค MI (motivation interview) - พัฒนาคุณภาพบริการและเชื่อมโยงการให้บริการระดับต่างๆและชุมชน - การเสริมสร้างศักยภาพผู้ดำเนินการที่เกี่ยวข้อง - การกำกับติดตามและประเมินผล/พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศให้มีประสิทธิภาพ - โครงการ 100 ลดเสี่ยง เลี่ยงโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง - สมุดประจำตัวกลุ่มเสี่ยง - สร้างและพัฒนาชมรมกลุ่มเสี่ยง Pre-DM/HT รพ.สต./รพ. แห่งละ 1 ชมรม จัดกิจกรรมและระบบติดตามเข้มข้น - ประชาสัมพันธ์รณรงค์ 30 2ส ในชุมชนและสถานประกอบการ พัฒนาสื่อ เช่น ใบเขียนชีสสุขภาพ หรือบัตรรูดคิว เป็นต้น คัดกรองโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป

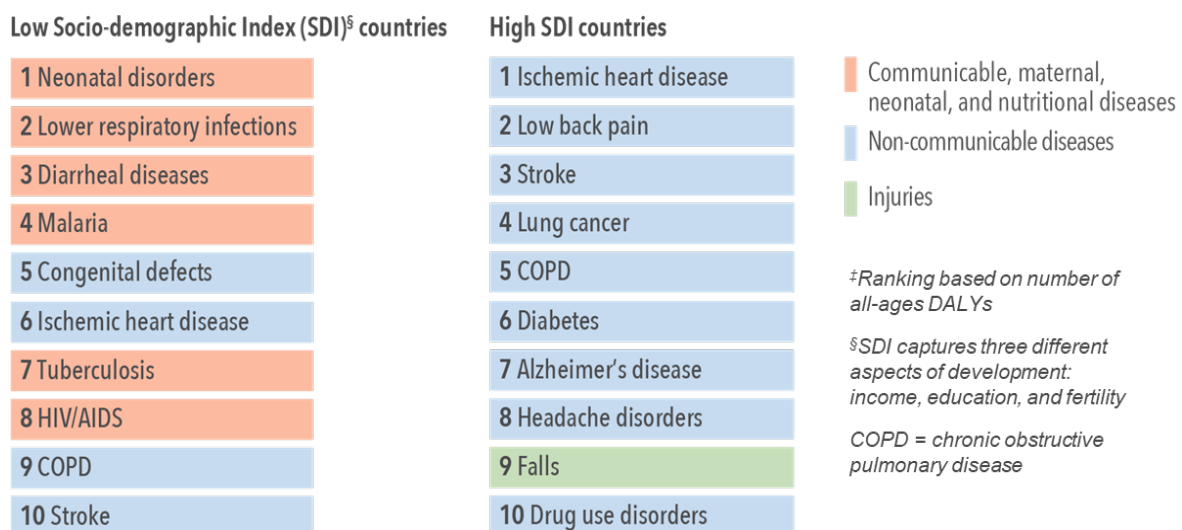
จังหวัด	มาตรการ/เครื่องมือ
จังหวัดบุรีรัมย์	
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	• พัฒนาคูณภาพระบบข้อมูล HDC • System Manager (SM) • Case Manager (CM) • กิจกรรมวิ่ง • รณรงค์ 302ส ในชุมชน • NCD มีสุข • เครือข่ายนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรม • Know your number-know your risk • Health Station (public BP) / Home BP
โรงพยาบาล	• Service plan • NCD clinic plus บูรณาการกับการควบคุมบริโภคยาสูบ/สุรา • ประเมิน CVD risk • Case manager (CM) (mini CM) • ให้คำปรึกษา Participatory Learning • แขนงนำสุขภาพต้นแบบ • ชมรมผู้ป่วย • ชมรมกลุ่มเสี่ยง • กิจกรรมวิ่ง • รพ ลดเค็ม อร่อยสามดี • 240 วัน เปลี่ยนวิถีชีวิต
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	• คัดกรองโรค • ให้คำปรึกษา PL (participatory learning)
กองทุนสุขภาพตำบล	• กิจกรรมทางกาย • ตลาดนัดสีเขียว โรงเรียน (ตลาด โรงอาหาร ไม่มีโฟม) • ร้านอาหาร-เมนูสุขภาพ

2.2 สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

2.2.1 แนวโน้มสถานการณ์ NCDs ระดับโลก

ปัญหาจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ และมีแนวโน้มส่งผลกระทบมากขึ้นในอนาคต ทั้งกลุ่มโรคเรื้อรังที่เป็นสาเหตุของความพิการและเสียชีวิตมากขึ้น รวมทั้งปัจจัยเสี่ยงในเชิงพฤติกรรมสังคมที่แก้ไขได้ยากและใช้เวลานาน ปัจจัยเสี่ยงหลายตัวต้องใช้มาตรการทางกฎหมายเข้าช่วย แต่ยังมีข้อจำกัดในการพัฒนากฎหมายและการบังคับใช้กฎหมายซึ่งทำได้ยาก เนื่องจากมีผลประโยชน์ทางการค้ามาเกี่ยวข้อง ประเทศที่มีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมสูง มีสาเหตุหลักการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นส่วนใหญ่ ในขณะที่ประเทศที่มีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ มีสาเหตุหลักการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรด้วยโรคติดต่อ

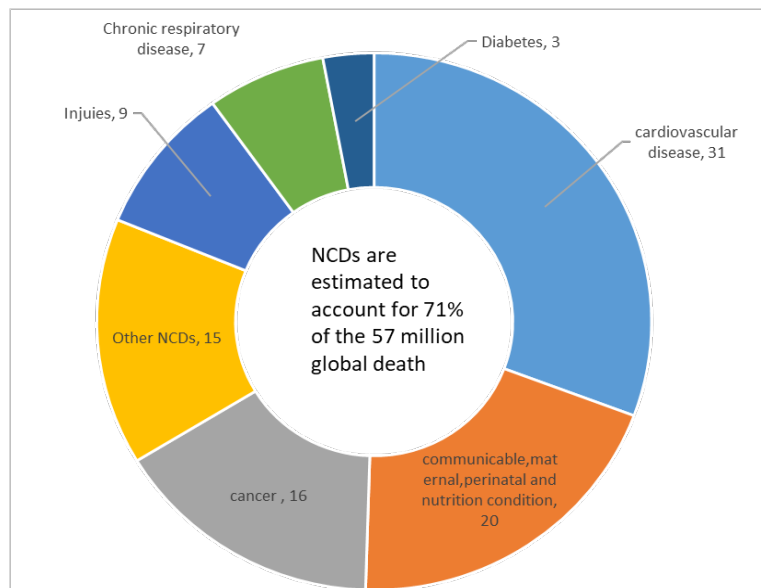
แผนภาพที่ 3 สาเหตุหลักของการเสียชีวิตของประชากรโลกจำแนกตามกลุ่มประเทศที่มีเศรษฐกิจสูง – ต่ำ



ที่มา: Institute for Health Metrics and Evaluation, www.healthdata.org

ภาระของโรค NCDs ทั่วโลกยังคงเพิ่มสูงอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2559 มีผู้เสียชีวิตด้วยโรค NCDs 41 ล้านคนจาก 57 ล้านคนในโลก (ร้อยละ 71) 15 ล้านคนเสียชีวิตก่อนกำหนด (30 ถึง 70 ปี) ผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในประเทศที่มีรายได้น้อยถึงปานกลาง โดยร้อยละ 78 ของการเสียชีวิตจาก NCDs ทั้งหมดและร้อยละ 85 ของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรเกิดขึ้น

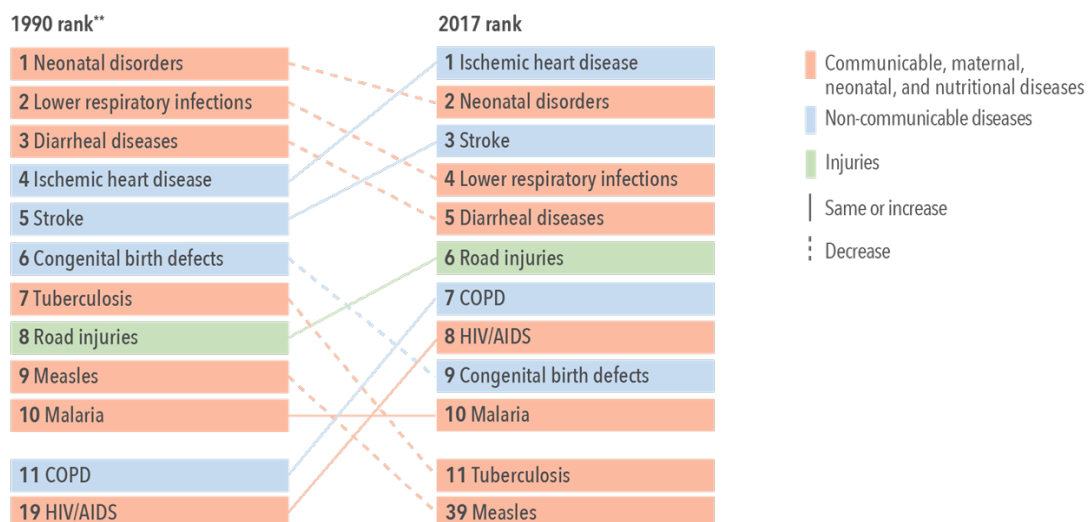
แผนภาพที่ 4 การเสียชีวิตของประชากรโลกด้วยโรค NCDs



ที่มา: Institute for Health Metrics and Evaluation, www.healthdata.org

เมื่อเปรียบเทียบสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของประชากรโลก ปีพ.ศ. 2533 และ 2560 พบว่า 3 อันดับแรกของสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของประชากรโลก ปี พ.ศ. 2533 มาจากโรคติดต่อ ในขณะที่สาเหตุหลักของการเสียชีวิตของประชากรโลก ปี ค.ศ. 2017 มาจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในระหว่างปี พ.ศ. 2533 ถึง พ.ศ. 2560 มีผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้อในลำไส้ การติดเชื้อทางเดินหายใจและวัณโรค และความผิดปกติของมารดาและทารกแรกเกิดลดลงมากที่สุดในประเทศที่พัฒนาน้อยที่สุด

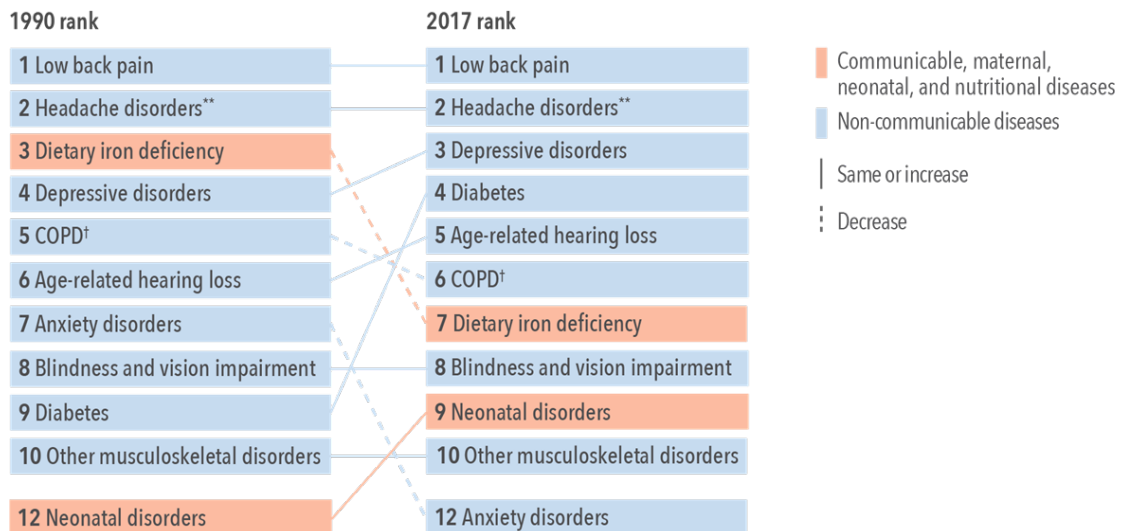
แผนภาพที่ 5 สาเหตุหลักของการเสียชีวิตของประชากรโลก ปี ค.ศ. 1990 และ 2017



ที่มา: Institute for Health Metrics and Evaluation, www.healthdata.org

ในขณะที่โรคเบาหวาน เป็นสาเหตุอันดับที่สี่ของความพิการทั่วโลกในปี พ.ศ. 2560 แต่สาเหตุสำคัญหลายประการของความพิการในปี พ.ศ. 2533 (ค.ศ. 1990) ยังคงเป็นเช่นเดียวกับในปี พ.ศ. 2560 ได้แก่ อาการปวดหลัง ปวดหัว และภาวะซึมเศร้า

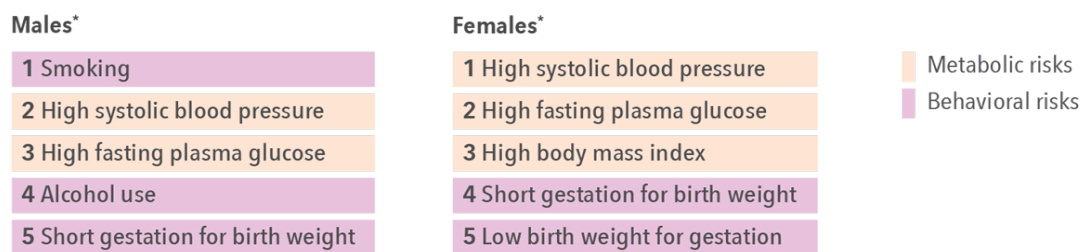
แผนภาพที่ 6 สาเหตุหลักของการป่วย/พิการของประชากรโลก ปี ค.ศ.1990 และ ค.ศ. 2017



ที่มา: Institute for Health Metrics and Evaluation, www.healthdata.org

ปัจจัยเสี่ยงหลักของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรและพิการของประชากรโลก ปี พ.ศ. 2560 พบว่า การสูบบุหรี่และความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรและความพิการของประชากรโลก เพศชายมีพฤติกรรมเสี่ยงหลักในเรื่องการสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา ในขณะที่เพศหญิงมีความเสี่ยงหลักด้านเมตาบอลิซึม เป็นหลัก

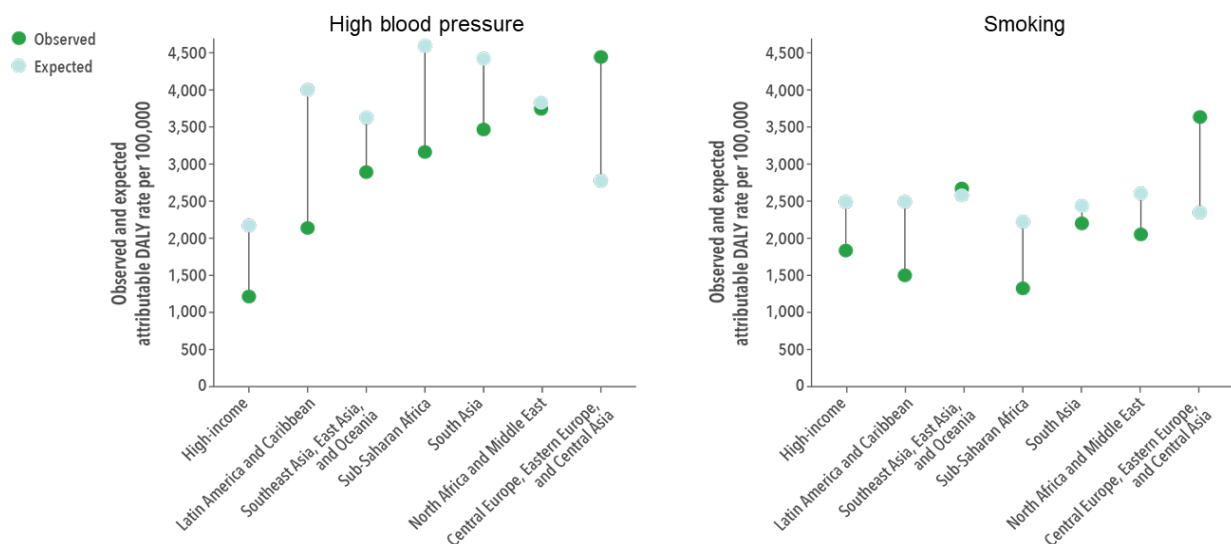
แผนภาพที่ 7 ปัจจัยเสี่ยงหลักของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรและพิการของประชากรโลก ปี พ.ศ. 2560 จำแนกตามเพศ



ที่มา: Institute for Health Metrics and Evaluation, www.healthdata.org

ภาระโรคที่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงการสูบบุหรี่และความดันโลหิตสูง เมื่อเทียบกับภาระที่คาดหวังตามระดับของการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมที่แตกต่างกันมากในภูมิภาค พบว่า จำนวนปีที่สูญเสียไปจากการตายในวัยอันควรและปีสุขภาวะ (DALYs) จากปัจจัยเสี่ยงการสูบบุหรี่และความดันโลหิตสูงยังคงมีสูง

แผนภาพที่ 8 ภาระโรคที่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงการสูบบุหรี่และความดันโลหิตสูงเมื่อเทียบกับภาระที่คาดหวังกับที่เป็นจริง



ที่มา: institute for health metrics and evaluation, www.healthdata.org

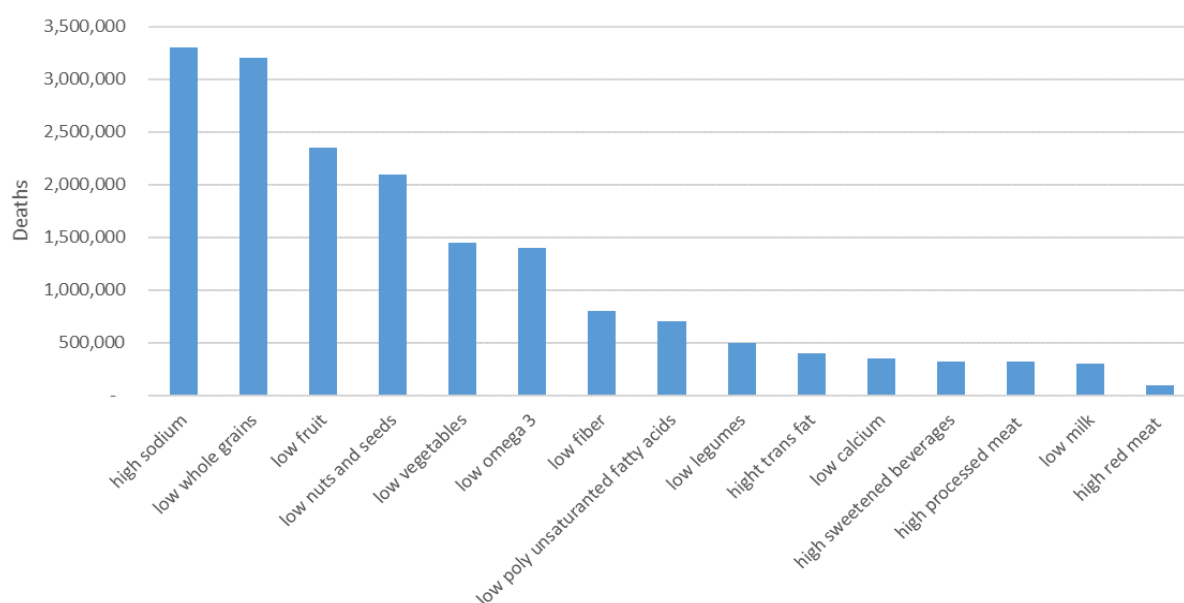
ความเสี่ยงของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากหนึ่งในสี่ของ NCD หลักลดลงเหลือร้อยละ 18 ในปี พ.ศ. 2559 ลดลงเล็กน้อย (ร้อยละ 6) จากปี พ.ศ. 2553 (ค.ศ.2010) ด้วยการดำเนินการตาม "all best buy" ขององค์การอนามัยโลก (WHO : non communicable diseases country profiles 2018) โดยความพยายามมุ่งเน้นไปที่การลดความชุกของปัจจัยเสี่ยง ในขณะที่ ปัจจัยเสี่ยงบางอย่าง มีความชุกลดลงในระดับภูมิภาค แต่แนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงยังคงขึ้นๆลงๆ หากเป็นเช่นนั้น มีแนวโน้มที่จะไม่สามารถบรรลุเป้าหมายระดับโลกได้

ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพสำคัญของสาเหตุการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมที่สำคัญซึ่งรวมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เป็นอันตราย การบริโภคยาสูบ พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการไม่ออกกำลังกาย พบว่า ระดับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั่วโลกในปี พ.ศ. 2559 อยู่ที่ประมาณ 6.4 ลิตรของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อคนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ความชุกของการไม่ออกกำลังกายในประเทศที่มีรายได้สูงนั้นมากกว่าประเทศที่มีรายได้ต่ำเป็นสองเท่า ผู้หญิงทั่วโลกมีกิจกรรมทางกายน้อยกว่าผู้ชาย ทั่วโลกระดับการไม่ออกกำลังกายทางกายภาพไม่ลดลงในช่วง 15 ปีที่ผ่านมา และในปัจจุบันโลกยังไม่พร้อมที่จะบรรลุเป้าหมายระดับโลกในปี ค.ศ. 2025 เพื่อลดการไม่ออกกำลังกาย ข้อมูลประชากรเกี่ยวกับการบริโภคโซเดียม (เกลือ) ยังคงหายาก ดังนั้นจึงไม่มีการประมาณการที่ใกล้เคียง มี

การประมาณการจากปี ค.ศ. 2010 แสดงให้เห็นว่าคนส่วนใหญ่บริโภคเกลือเฉลี่ย 9 ถึง 12 กรัมในแต่ละวัน เพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าของปริมาณที่แนะนำต่อวัน ความชุกของการสูบบุหรี่ทั่วโลกลดลงจากร้อยละ 27 ในปี ค.ศ. 2000 เป็นร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2559 ในขณะที่การสูบบุหรี่ในกลุ่มผู้หญิงยังคงต่ำกว่าร้อยละ 10 ปัจจุบันผู้ชายหนึ่งในสามคนสูบบุหรี่ และอัตราการสูบบุหรี่ของผู้ชายลดลงเพียง ร้อยละ 10 ในรอบ 16 ปี โดยเฉลี่ยแล้วประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลางจะเห็นการลดลงต่ำกว่าประเทศที่มีรายได้สูง (WHO : non communicable diseases country profiles 2018)

แผนภาพที่ 9 ปัจจัยเสี่ยงด้านอาหารที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรโลกใน ปี พ.ศ. 2560



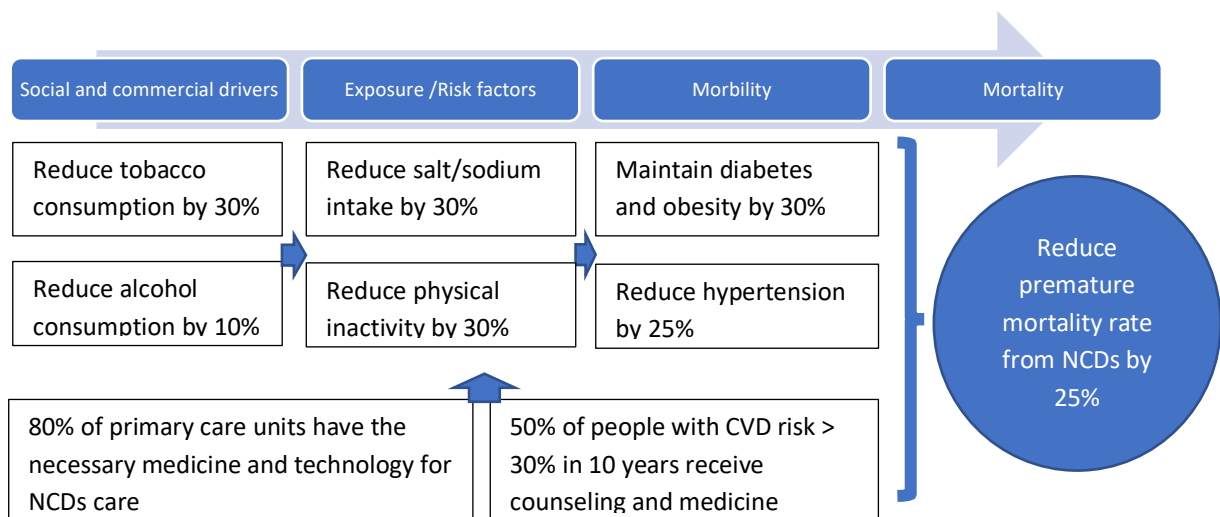
ที่มา: Afshin A, Sur PJ, Fay KA, Cornaby L, Ferrara G, Salama JS, Mullany EC, Abate KH, Abbafati C, Abebe Z, Afarideh M. Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. The Lancet. 2019 May 11;393(10184):1958-72.

2.2.2 สถานการณ์โรค NCDs ของประเทศไทย

เป้าหมายการดำเนินงาน 9 ข้อเพื่อลดการเกิดโรคไม่ติดต่อ NCDs ในระดับโลกภายในปี พ.ศ. 2568

องค์การอนามัยโลกได้กำหนด 9 เป้าหมายการดำเนินงานเพื่อควบคุมสถานการณ์ปัญหาโรคไม่ติดต่อ (NCDs) ในระดับโลก โดยกำหนดระยะเวลาที่ต้องบรรลุตามเป้าหมายไว้ ภายในปี พ.ศ.2568 กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการทบทวน 9 เป้าหมายระดับโลก ด้วยการกำหนดนิยาม และแหล่งข้อมูล ที่นำมาใช้ในการติดตามผลลัพธ์ในประเทศไทยโดยคณะผู้เชี่ยวชาญทางด้านนโยบาย

แผนภาพที่ 10 เป้าหมายการดำเนินงาน 9 ข้อเพื่อลดการเกิดโรคไม่ติดต่อ NCDs ในระดับโลกภายในปี พ.ศ. 2568



ถึงแม้ว่าผลการติดตามความก้าวหน้าขององค์การอนามัยโลก (World NCD Progress Monitor 2017) ประเทศไทยมีผลการดำเนินงานที่มีความก้าวหน้าเป็นอันดับ 3 ของโลก ร่วมกับประเทศฟินแลนด์และนอร์เวย์ และเป็นอันดับ 1 ของอาเซียน เนื่องจากความชุกของการบริโภคยาสูบในประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปมีแนวโน้มลดลง ร้อยละ 10.7 และความชุกของผู้ที่ดื่มหนักในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา มีแนวโน้มลดลง ร้อยละ 14.7 แต่มีแนวโน้มว่าความชุกของโรคอ้วน ในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป (Obesity) ความชุกของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง/โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus) (ใน ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป (ค่าปรับสำหรับอายุ 18 ปีขึ้นไป)) ความชุกของภาวะความดันโลหิตสูง (Raised blood pressure) (ใน ประชากร 15 ปีขึ้นไป (ค่าปรับสำหรับอายุ 18 ปีขึ้นไป)) ความชุกของการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ เพิ่มขึ้นร้อยละ 8.1 ร้อยละ 29.0 ร้อยละ 15.4 และร้อยละ 3.8 ตามลำดับ (ผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย (NHES))

ตารางที่ 4 สถานการณ์ตาม 9 เป้าหมายระดับโลกของประเทศไทย (Situation of 9 Global Targets in Thailand)

ตัวชี้วัดความเสี่ยงทางกายภาพ	แหล่งข้อมูล / ปี				
	NHES	nana	2547	2552	2557
	BRFSS	2550	2553	2558	2561
1. การบริโภคยาสูบ					
ความชุกการสูบบุหรี่ในปัจจุบัน ในประชากรวัยรุ่นอายุ 15 - 29 ปี	NHES	na			8.3
ความชุกการสูบบุหรี่ในปัจจุบัน ในประชากรวัยรุ่นอายุ 15 - 24 ปี	BRFSS				13.0
ความชุกการสูบบุหรี่ปัจจุบันในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป	NHES	na			13.4
ความชุกการสูบบุหรี่ปัจจุบันในประชากรอายุ 15 - 79 ปี	BRFSS	21.5	18.7	21.3	16.8
2. การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์					
ความชุกการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ภายใน 30 วัน ที่ผ่านมา ในประชากรวัยรุ่นอายุ 15 - 29 ปี	NHES	na			27.8
ความชุกการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ภายใน 30 วัน ที่ผ่านมา ในประชากรวัยรุ่นอายุ 15-24 ปี	BRFSS				17.9
ความชุกการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ภายใน 1 ปีที่ผ่านมา ในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป	NHES	na			38.9
ความชุกการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ภายใน 1 ปีที่ผ่านมา ในประชากรอายุ 15-79 ปี	BRFSS	36.1	29.5	36.2	22.3
ความชุกการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบ Bing Drink (ดื่มครั้งละ 5 แก้วมาตรฐาน) ภายใน 30 วันที่ผ่านมาในประชากรอายุ 15-29 ปี	NHES	na			13.9
ความชุกการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบ Bing Drink (ดื่มครั้งละ 5 แก้วมาตรฐาน) ภายใน 30 วันที่ผ่านมาในประชากรอายุ 15-24 ปี	BRFSS				8.3
ความชุกการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบ Bing Drink (ดื่มครั้งละ 5 แก้วมาตรฐาน) ภายใน 30 วันที่ผ่านมาในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป	NHES	na			10.9
ความชุกการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบ Bing Drink (ดื่มครั้งละ 5 แก้วมาตรฐาน) ภายใน 30 วันที่ผ่านมาในประชากรอายุ 15-79 ปี	BRFSS	13.7	9.2	13.6	9.6
ความชุกการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบ Harmful and dependence ภายใน 30 วันที่ผ่านมาในประชากร อายุ 15-29 ปี)	NHES	na			5.1
ความชุกการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบ Heavy drink ภายใน 30 วันที่ผ่านมา ในประชากร อายุ 15-24 ปี	BRFSS				4.1
ความชุกการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบ Harmful and dependence ภายใน 30 วันที่ผ่านมาในประชากร อายุ 15 ปีขึ้นไป	NHES				1.1
ความชุกการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบ Heavy drink ภายใน 30 วันที่ผ่านมาในประชากร อายุ 15-79 ปี	BRFSS	3.6	4.3	7.3	5.9
3. การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ					

ตัวชี้วัดความเสี่ยงทางกายภาพ	แหล่งข้อมูล /ปี				
	NHES	nana	2547	2552	2557
	BRFSS	2550	2553	2558	2561
ความชุกการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอในประชากรอายุ 15-29 ปี	NHES				20.8
ความชุกการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอในประชากรอายุ 15-24 ปี	BRFSS				8.0
ความชุกการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป	NHES				19.2
ความชุกการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอในประชากรอายุ 15-79 ปี	BRFSS				7.4
4. การรับประทานผักและผลไม้เพียงพอ					
ความชุกการรับประทานผักและผลไม้เฉลี่ยต่อวัน ≥ 5 หน่วยมาตรฐาน ในประชากรอายุ 15 - 29 ปี (เพียงพอ)	NHES				21.6
ความชุกการรับประทานผักและผลไม้เฉลี่ยต่อวัน มากกว่า 5 หน่วยมาตรฐาน ภายใน 7 วันที่ ผ่านมาในประชากรอายุ 15 -24 ปี (ไม่เพียงพอ)	BRFSS				28.8
ความชุกการรับประทานผักและผลไม้เฉลี่ยต่อวัน ≥ 5 หน่วยมาตรฐาน ในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป (เพียงพอ)	NHES				25.9
ความชุกการรับประทานผักและผลไม้เฉลี่ยต่อวันมากกว่า 5 หน่วยมาตรฐาน ภายใน 7 วันที่ ผ่านมาในประชากรอายุ 15-79 ปี	BRFSS	22.3	21.5	24.1	33.0
5. ภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วน					
ความชุกการมีภาวะน้ำหนักเกิน ($BMI \geq 25kg/m^2$) ในประชากรอายุ 15-29 ปี	NHES				25.6
ความชุกการมีภาวะน้ำหนักเกิน (overweight) ในประชากรอายุ 15-24 ปี	BRFSS				10.5
ความชุกการมีภาวะน้ำหนักเกิน ($BMI \geq 25kg/m^2$) ในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป	NHES				37.5
ความชุกการมีภาวะน้ำหนักเกิน (overweight) ในประชากรอายุ 15-79 ปี	BRFSS	19.1	21.3	30.5	22.7
ความชุกการมีภาวะอ้วน (obesity)ในประชากรอายุ 15-24 ปี	BRFSS				5.3
ความชุกการมีภาวะอ้วน (obesity)ในประชากรอายุ 15-79 ปี	BRFSS	3.7	4.4	7.5	7.8

หมายเหตุ: na = not available

ตารางที่ 5 ความชุกของปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อพ.ศ. 2550, 2553, 2558 และ 2561

ความชุก	2550	2553	2558	2561
ประชากรเป้าหมายการสำรวจฯ	15-74	15-74	15-79	15-79
จำนวนตัวอย่าง (คน)	65,542	130,849	22,502	44,171
การสูบบุหรี่ในปัจจุบัน	21.5	18.7	21.3	16.8
การดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบัน	36.1	29.5	36.2	22.3
การดื่มแอลกอฮอล์ Heavy Drink ในรอบ 30 วันที่ผ่านมา (ดื่มในปริมาณเฉลี่ยต่อวันมากกว่า 2 แก้วมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง)	13.7	9.2	13.6	9.6
การดื่มแอลกอฮอล์ Brink Drink ในรอบ 30 วันที่ผ่านมา (เคยดื่มครั้งละมากกว่า 5 แก้วมาตรฐานสำหรับเพศชาย และเพศหญิง ครั้งละมากกว่า 4 แก้วมาตรฐาน)	3.6	4.3	7.3	5.9
การรับประทานผักและผลไม้เฉลี่ยมากกว่า 5 หน่วยมาตรฐานต่อวัน ภายใน 7 วันที่ผ่านมา	22.3	21.5	24.1	33.3
การมีกิจกรรมทางกายอย่างเพียงพอ				7.4
น้ำหนักเกิน ($BMI \geq 25.0 \text{ kg/m}^2$)	19.1	21.3	30.5	22.7
ภาวะอ้วน ($BMI \geq 30.0 \text{ kg/m}^2$)	3.7	4.4	7.5	7.8

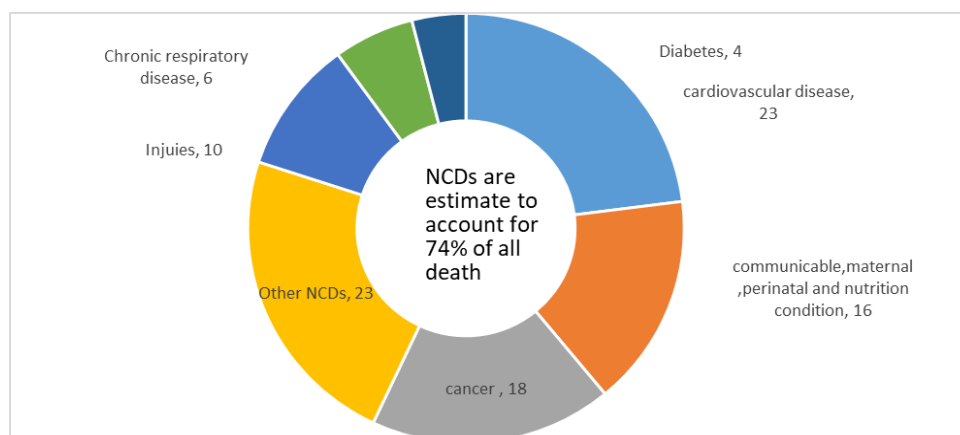
ที่มา: จากรายงานการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ: BRFSS

ปี 2558 ไม่รวมกรุงเทพมหานคร ปี 2550, 2553, 2561 รวมกรุงเทพมหานคร

การเสียชีวิตจากโรค NCDs ของประชากรไทย

กลุ่มโรค NCDs ยังคงเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของประชากรไทย โดยคิดเป็นร้อยละ 73 ของการเสียชีวิตของประชากรไทย ในปีพ.ศ. 2552 และเพิ่มเป็นร้อยละ 74 ของการเสียชีวิตของประชากรไทย ในปี พ.ศ. 2559

แผนภาพที่ 11 การเสียชีวิตจากโรค NCDs ของประชากรไทย ในปี พ.ศ. 2559



ที่มา: World Health Organization – Noncommunicable disease (NCD) country profiles, 2018

อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง

อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ปีงบประมาณ 2559 -2561 ร้อยละ 14 -16 โดยมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน ปีงบประมาณ 2559 -2561 ร้อยละ 6 -7 โดยมีแนวโน้มสูงขึ้นเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

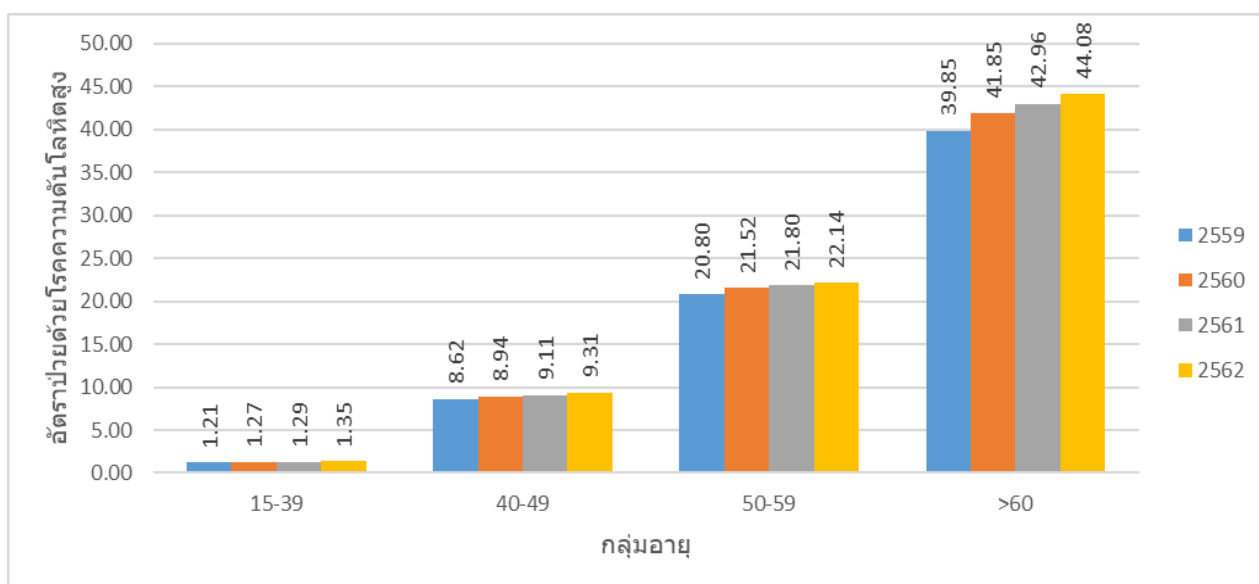
ตารางที่ 6 อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ปีงบประมาณ 2559 -2561 จากฐาน HDC

ปีงบประมาณ	อัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูง			อัตราป่วยโรคเบาหวาน		
	อายุ 15 ปีขึ้นไป			อายุ 15 ปีขึ้นไป		
	B	A1	%	B	A2	%
2559	37,611,041	5,236,502	13.92	37,072,613	2,459,848	6.64
2560	37,460,915	5,588,841	14.92	37,435,699	2,652,291	7.08
2561	37,439,838	5,842,630	15.61	37,450,935	2,771,674	7.40
2562	36,991,587	6,078,509	16.43	37,000,832	2,893,681	7.82

หมายเหตุ: A1 หมายถึง จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด ตามกลุ่มอายุ
A2 หมายถึง จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานทั้งหมด ตามกลุ่มอายุ
B หมายถึง จำนวนประชากร ตามกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป

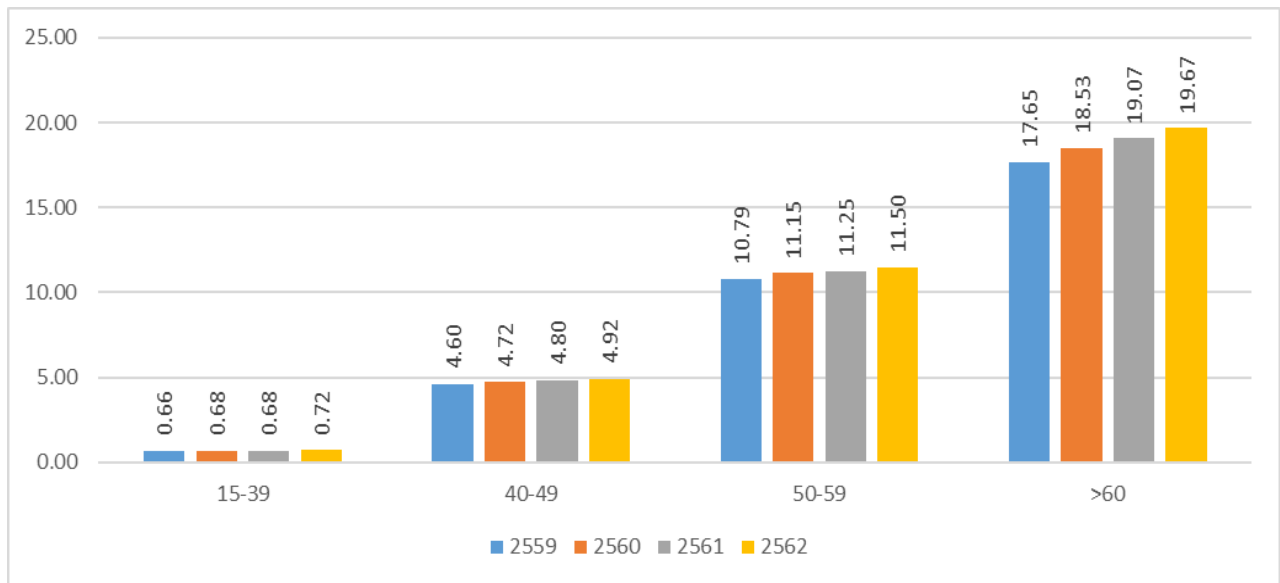
อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ปีงบประมาณ 2559-2562 จำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่า กลุ่มคนที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป มีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 40-44 กลุ่มอายุ 50 -59 ปี มีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 21 -22 กลุ่มอายุ 40 -49 ปี มีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 8-9 และ กลุ่มอายุ 15-39 มีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพียงร้อยละ 1 เท่านั้น โดยในปีล่าสุดมีแนวโน้มสูงขึ้นเมื่อเทียบกับปีก่อนหน้านี้

แผนภาพที่ 12 อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ปีงบประมาณ 2559-2562 จำแนกตามกลุ่มอายุ จากฐาน HDC



อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานปีงบประมาณ 2559-2562 จำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่า กลุ่มคนที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป มีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานร้อยละ 18-20 กลุ่มอายุ 50 -59 ปี มีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานร้อยละ 11 - 12 กลุ่มอายุ 40 -49 ปี มีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานร้อยละ 4-5 และ กลุ่มอายุ 15-39 ปี มีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานเพียงร้อยละ 1 เท่านั้น โดยในปีล่าสุดมีแนวโน้มสูงขึ้นเมื่อเทียบกับปีก่อนหน้านี้

แผนภาพที่ 13 อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน ปีงบประมาณ 2559 -2562 จำแนกตามกลุ่มอายุ จากฐาน HDC



อัตราป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ปีงบประมาณ 2559 - 2561 ร้อยละ 0.5 โดยมีแนวโน้มสูงขึ้นเพียงเล็กน้อยเท่านั้น ส่วนอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ปีงบประมาณ 2559 -2561 ร้อยละ 0.5 - 1 โดยมีแนวโน้มสูงขึ้นในทุกปี

ตารางที่ 7 อัตราป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง ปีงบประมาณ 2558 -2561 จากฐาน HDC

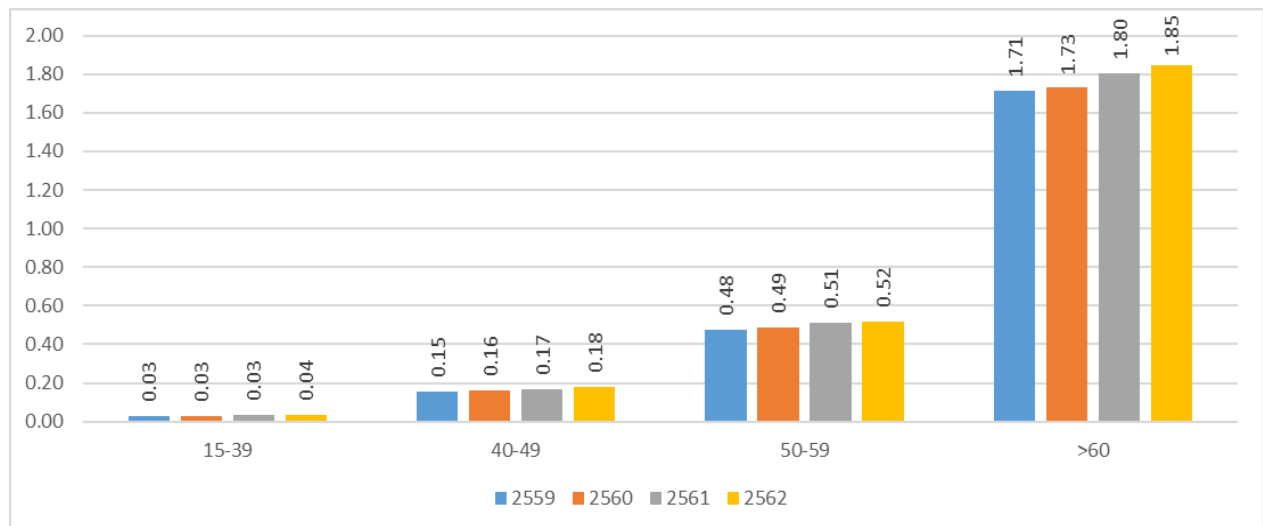
	อัตราป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด			อัตราป่วยโรคหลอดเลือดสมอง		
ปีงบประมาณ	อายุ 15 ปีขึ้นไป			อายุ 15 ปีขึ้นไป		
	B	A1	%	B	A2	%
2559	37,115,398	174,992	0.47	37,626,766	200,953	0.53
2560	37,471,699	185,434	0.49	37,471,679	215,200	0.57
2561	37,450,935	199,740	0.53	37,451,719	247,371	0.66
2562	37,000,832	209,021	0.56	37,000,881	267,942	0.72

หมายเหตุ: A1 หมายถึง จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดทั้งหมด ตามกลุ่มอายุ
A2 หมายถึง จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด ตามกลุ่มอายุ
B หมายถึง จำนวนประชากร ตามกลุ่มอายุ

อัตราป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ปีงบประมาณ 2559-2562 จำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่า กลุ่มคนที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป มีอัตราป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 1.85 กลุ่มอายุ 50 -59 ปี มีอัตราป่วยด้วยหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ -0.52 กลุ่มอายุ 40-49 มีอัตราป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด

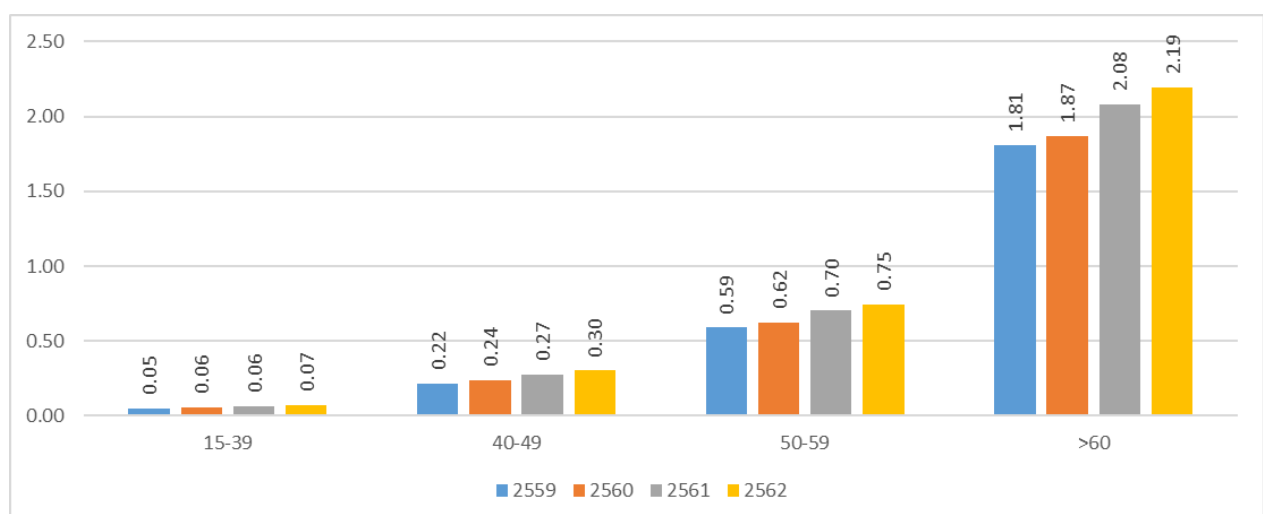
ร้อยละ 0.18 และกลุ่มอายุ 15-39 ปี มีอัตราป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด เพียงร้อยละ 0.04 เท่านั้น โดยในปีล่าสุดมีแนวโน้มสูงขึ้นเพียงเล็กน้อยเท่านั้นเมื่อเทียบกับปีก่อนหน้านี้

แผนภาพที่ 14 อัตราป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ปีงบประมาณ 2559 -2562 จำแนกตามกลุ่มอายุ จากฐาน HDC



อัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ปีงบประมาณ 2559-2562 จำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่า กลุ่มคนที่มียุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป มีอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 2.19 กลุ่มอายุ 50 -59 ปี มีอัตราป่วยด้วยหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 0.75 กลุ่มอายุ 40 -49 ปี มีอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 0.30 และกลุ่มอายุ 15-39 ปี มีอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เพียงร้อยละ 0.07 เท่านั้น โดยในปีล่าสุดมีแนวโน้มสูงขึ้นเพียงเล็กน้อยเช่นกันเมื่อเทียบกับปีก่อนหน้านี้

แผนภาพที่ 15 อัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ปีงบประมาณ 2559 -2562 จำแนกตามกลุ่มอายุ จากฐาน HDC



การเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อ

ประเทศไทยมีการดำเนินกิจกรรมการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อ จากหลายหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุข อย่างไรก็ตาม กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคยังคงเป็นผู้รับผิดชอบหลัก โดยมีคณะที่ปรึกษากำกับทิศทางที่มีการประชุมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งแหล่งงบประมาณของกิจกรรมเหล่านี้มาจากกระทรวงสาธารณสุข และได้รับเพิ่มเติมจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) นอกจากนี้ ยังมีงบประมาณเพิ่มเติมเล็กน้อยจากกลไกความร่วมมือระหว่างรัฐบาล ไทยกับองค์การอนามัยโลก (CCS) กิจกรรมการเฝ้าระวังเกือบทั้งหมดได้ถูกจัดเข้าสู่ระบบโครงสร้างอย่างเป็นทางการ

แหล่งข้อมูลด้านการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อ:

1. **ข้อมูลการตาย** จากระบบทะเบียนราษฎร และสถิติชีพ ที่เก็บรวบรวมโดยกระทรวงมหาดไทยและกระทรวงสาธารณสุข

2. การสำรวจปัจจัยเสี่ยง

- **บุหรี่ยาสูบ:** สำนักงานสถิติแห่งชาติ ดำเนินการโครงการสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่และดื่มสุรา (ทุก 2 ปี) และโครงการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ (ทุก 3 ปี), การสำรวจระดับโลกด้านการสูบบุหรี่ในผู้ใหญ่, สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบและมหาวิทยาลัยมหิดล ดำเนินการสำรวจระดับโลกด้านการสูบบุหรี่
- **เครื่องดื่มแอลกอฮอล์:** สำนักงานสถิติแห่งชาติ ดำเนินการโครงการสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่และดื่มสุรา (ทุก 2 ปี) และโครงการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ (ทุก 3 ปี)
- **กิจกรรมทางกาย:** สำนักงานสถิติแห่งชาติ ดำเนินการสำรวจในผู้ใหญ่ ทุก 4 ปี
- **ปริมาณโซเดียม:** มีการสำรวจความถี่ในการบริโภคอาหาร และการสำรวจโซเดียมในปัสสาวะ ดำเนินการเป็นครั้งคราว ส่วนการสำรวจปริมาณไขมันทรานส์ในอาหาร ดำเนินการโดยมหาวิทยาลัยมหิดล ใน ปี 2550 และ 2560 ส่วนการสำรวจไขมันทรานส์ในเลือด และการสำรวจปริมาณ การบริโภคโซเดียม โดยการติดตามในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง เริ่มดำเนินการในปี 2561
- **การสำรวจที่บูรณาการหลายปัจจัยเสี่ยง:** การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ซึ่งดำเนินการในทุก 5 ปี มีประเด็นทางสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งในเรื่อง พฤติกรรมสุขภาพ ภาวะโรคที่สามารถตรวจวัดพื้นฐาน ได้แก่ การวัดสัดส่วนร่างกาย ความดันโลหิต และการตรวจวัดน้ำตาลในเลือด เป็นต้น โดยครอบคลุมทั้งในวัยทำงาน และวัยผู้สูงอายุ ดำเนินการมาอย่างต่อเนื่อง สำรวจครั้งแรกในปี พ.ศ. 2535 (ปี 2540 ปี 2547 ปี 2552) จนล่าสุดในปี พ.ศ. 2557 ดำเนินการโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประชากรไทย โดยกองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และภาควิชาโภชนวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ในปี พ.ศ. 2503, 2518, 2529, 2538 2546 และ 2552 ตามลำดับ สำหรับการสำรวจด้านพฤติกรรม

การบริโภคอาหารในปี พ.ศ. 2552 เป็นส่วนหนึ่งของการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 ปี พ.ศ. 2552 ซึ่งดำเนินการโดย สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย (สสท) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส) และนับเป็นครั้งแรกของการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายที่มีการสำรวจด้านโภชนาการรวมอยู่ด้วย โดยการสำรวจครอบคลุมพฤติกรรมกรรมการกินอาหาร ความถี่ในการบริโภคอาหารชนิดต่างๆ และอาหารที่บริโภคย้อนหลัง 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา

- **โครงการการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ** ดำเนินการมาอย่างต่อเนื่อง สำรวจครั้งแรกในปี พ.ศ. 2546 (ปี 2548 ปี 2550 ปี 2553) จนล่าสุดในปี พ.ศ. 2558 เป็นข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพพื้นฐานของประชาชนไทย ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ และการใช้บริการป้องกันควบคุมโรคจากระบบบริการสุขภาพในระดับประชากร สามารถแสดงข้อมูลที่เป็นตัวแทนระดับเขต

3. ข้อมูลการบริการสุขภาพ: ข้อมูลทะเบียนผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง อยู่ในศูนย์ข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ข้อมูลจากฐาน Health Data Center: HDC ที่เป็นข้อมูลในฐานบริการ ซึ่งมีข้อจำกัดที่แสดงถึงเฉพาะประชากรที่มาใช้บริการในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุข แต่เนื่องจากเป็นฐานข้อมูลใหญ่ที่เก็บข้อมูลการใช้บริการทั่วประเทศ และมีการติดตามตลอดเป็นระยะทุกเดือน ทุกไตรมาส และต่อเนื่องหลายปี จึงถูกนำมาใช้เพื่อชี้สถานการณ์หลักๆ ของโรคไม่ติดต่อในประเทศไทย เนื่องจากประชาชนประมาณร้อยละ 60-80 ใช้บริการในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และเครือข่ายวิจัยกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (MedResNet) ซึ่งมีการดำเนินการสำรวจทุก 1 ปี

จุดแข็งที่สำคัญ	ความท้าทายหลัก
● มีความพยายามและให้ความสำคัญต่อการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อในลำดับที่สูง ● กิจกรรมการสำรวจเฝ้าระวังส่วนใหญ่ถูกนำเข้าสู่ระบบโครงสร้างอย่างเป็นทางการแล้ว ● แหล่งทุนในการดำเนินกิจกรรมเฝ้าระวังมาจากภายในประเทศ ● องค์กรภายในประเทศมีศักยภาพในการดำเนินการกิจกรรมการสำรวจเฝ้าระวัง	● มีความล่าช้าของเวลาระหว่างการสำรวจ การออกรายงาน การเผยแพร่ และการใช้ประโยชน์ (รายงานปี 2562 ยังต้องใช้ข้อมูล national exam survey: NSES ของปี 2557) ● ยังใช้ข้อมูลข่าวสารไม่เต็มที่ ในการผลักดันและกำกับทิศนโยบาย – การรายงานสาเหตุการตายยังไม่สมบูรณ์และคุณภาพยังไม่น่าเชื่อถือ ข้อมูล HDC เป็นเพียงการรายงานผู้ที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเสียชีวิตเท่านั้น ● การใช้ข้อมูลการบริการสุขภาพจาก HDC ยังไม่เต็มที่ เพราะปัญหาด้านคุณภาพที่ยังไม่น่าเชื่อถือและความครบถ้วนของข้อมูล ● การป้อนกลับข้อมูลและข่าวสารไปสู่หน่วยที่จัดเก็บข้อมูลตั้งต้นเพื่อการใช้ประโยชน์ระดับพื้นที่ ยังมีจำกัด ● มีข้อมูลค่อนข้างจำกัดจากภาคเอกชน สถานพยาบาลนอกกระทรวงสาธารณสุข และข้อมูลในกรุงเทพมหานคร ● การเฝ้าระวังปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ และปัจจัยเชิงรั้วการบริโภค (Surveillance of social determinants and drivers) มีจำกัด ● การพัฒนาศักยภาพคนทำงานด้าน IT และการเปลี่ยนคนทำงาน

คลังข้อมูลสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข

ปัจจุบันมีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการเก็บรวบรวมข้อมูลสุขภาพ ทุกหน่วยบริการมีการบันทึกข้อมูลการให้บริการประจำวันในโปรแกรมระบบสารสนเทศของหน่วยบริการ (Hospital Information System – HIS) ซึ่งมีหลากหลายโปรแกรม และใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่บันทึกไว้จัดทำเป็นสารสนเทศเพื่อใช้พัฒนาการบริการของหน่วยบริการ ปัจจุบันการพัฒนาคลังข้อมูลสุขภาพอาจแบ่ง ได้เป็น 2 ลักษณะคือ

1. คลังข้อมูลสุขภาพที่เป็นทางการของกระทรวงสาธารณสุข พัฒนาโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ร่วมกับสำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เรียกว่า Health Data Center หรือ HDC เป็นระบบที่หน่วยบริการทุกแห่งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขต้องดำเนินการในทุกจังหวัด

ข้อมูลที่นำเข้าสู่ระบบ ใช้เพิ่มข้อมูลตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 43 แฟ้มมาตรฐานระยะเวลาในการส่งข้อมูล แบ่งได้เป็น 2 กรณี คือ

- ข้อมูลผู้ป่วยนอกรายบุคคลของหน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน ส่งภายในวันที่ 15 ของเดือนถัดไป
- ข้อมูลผู้ป่วยในของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน ส่งภายในวันสิ้นเดือนของเดือนถัดไป

แหล่งรับข้อมูล มี 2 แหล่งคือ HDC ที่ Cloud ของกระทรวงสาธารณสุข และ HDC ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กำหนดให้ทุกหน่วยบริการส่งข้อมูลไปที่ HDC ที่กระทรวงสาธารณสุขก่อนที่ระบบจะส่งต่อข้อมูล (Sync) มาที่ HDC ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

2. คลังข้อมูลสุขภาพที่พัฒนาขึ้นโดยหน่วยงานสาธารณสุขในระดับจังหวัด (แบบที่ 2) เป็นระบบที่พัฒนาโดยบุคลากรของบางจังหวัด เช่น SData พัฒนาโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ ข้อมูลที่นำเข้าระบบ ไม่จำกัดเฉพาะ 43 แฟ้มมาตรฐานเพราะไม่เพียงพอต่อการใช้งาน แต่จะพัฒนาโปรแกรมไปติดตั้งที่หน่วยบริการเพื่อดึงชุดข้อมูลที่ต้องการจากฐานข้อมูล HIS ของหน่วยบริการ แล้วส่งข้อมูลไปที่คลังข้อมูลสุขภาพที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ระยะเวลาในการส่งข้อมูล สามารถส่งได้ทุกวัน ตามต้องการขึ้นอยู่กับข้อกำหนดค่าในโปรแกรมเป็นระบบอัตโนมัติ แหล่งรับข้อมูล คือ ฐานข้อมูลคลังข้อมูลสุขภาพที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

คลังข้อมูลสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขนี้เป็นระบบที่ทุกหน่วยบริการต้องถือปฏิบัติ แต่พบว่าเป็นระบบที่ขาดความถูกต้องของข้อมูลค่อนข้างมาก ข้อมูลต่างๆจากรายงานต่ำกว่าที่ควรจะเป็นและข้อมูลจำนวนหนึ่งไม่สามารถปรับแก้ไขได้

1. ความครบถ้วนของข้อมูล เนื่องจากข้อมูลใน HDC เป็นข้อมูลจาก 43 แฟ้มมาตรฐาน ยังไม่ตอบโจทย์ ในทุกยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข การพัฒนาระบบสารสนเทศและรายงานต่างๆ จึงทำได้ไม่ครบถ้วน ทำให้หน่วยงานระดับกรมวิชาการที่ต้องการข้อมูลจึงผลิตโปรแกรมเฉพาะงาน (Vertical Program) ขึ้นมาเป็นจำนวนมากเป็นการซ้ำเติมภาระการบันทึกข้อมูลที่เพิ่มมากขึ้น

2. ความทันเวลาของข้อมูล เนื่องจากมีกำหนดเวลาในการส่งข้อมูลเดือนถัดไป และขึ้นอยู่กับผู้ปฏิบัติงานส่งออกด้วยตัวเองจากโปรแกรม HIS ของหน่วยบริการ กว่าจะได้ข้อมูลครบถ้วนทุกหน่วยบริการจึงต้องใช้เวลาไม่น้อยกว่า 2 เดือน ไม่ทันต่อการใช้งาน

3. นโยบายการใช้ข้อมูลมาแลกเงิน ทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีพฤติกรรมให้ความสำคัญของข้อมูลที่ได้เงินมากกว่าข้อมูลที่ไม่ได้เงินเป็นผลให้ข้อมูลเบี่ยงเบนมาทางข้อมูลที่ได้เงินมากกว่า

4. ความปลอดภัยของข้อมูล ผู้ปฏิบัติงานยังขาดความตระหนักในเรื่องความปลอดภัยของข้อมูล ผู้ป่วยมีการส่งข้อมูลผู้ป่วยในเครือข่ายสังคมสาธารณะ เช่น LINE, Facebook เป็นต้น อย่างแพร่หลาย แต่ขาดมาตรการรักษาความปลอดภัยที่เพียงพอ

5. คุณภาพของข้อมูล จากการตรวจสอบเบื้องต้นของจังหวัดชลบุรี พบว่า มีปัญหาความไม่ถูกต้องของข้อมูลจำนวนมากส่งผลให้เมื่อประมวลผลข้อมูลจาก HDC เป็นรายงานจึงดูต่ำมากจนไม่น่าเชื่อถือ จึงไม่สามารถนำมาติดตามผลการดำเนินงานได้

2.3 ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) ในต่างประเทศ

2.3.1 ประเทศสิงคโปร์

เป็นหนึ่งในประเทศสมาชิกของประชาคมอาเซียนที่มีดัชนีการพัฒนามนุษย์ (Human Development Index - HDI) เท่ากับ 0.932 ในปี ค.ศ. 2018 ซึ่งเป็นอันดับ 9 ของโลก และเป็นอันดับหนึ่งของกลุ่มประเทศอาเซียน และมีรายได้ต่อหัวประชากร (GDP per capita) สูงมากที่สุดในกลุ่มประเทศสมาชิกอาเซียน คือ 85,535 (2011 PPP \$) ในปี ค.ศ. 2018 ในขณะที่ประเทศไทยมีค่า HDI เท่ากับ 0.755 และมี GDP per capita ในปี ค.ศ. 2018 เท่ากับ 16,278 (2011 PPP \$)¹

ประเทศสิงคโปร์มีคณะกรรมการระดับชาติที่เรียกว่า National Health Promotion Board (NHPB) ซึ่งทำหน้าที่สนับสนุนและขับเคลื่อนกิจกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันการเกิดโรคและลดการตายก่อนวัยอันควรของชาวสิงคโปร์จากโรค NCDs โดย NHPB ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากทางรัฐบาลสิงคโปร์ แต่ใช้รูปแบบการบริหารงานแบบภาคเอกชน โดยมีการคัดเลือกและ contract CEO เข้ามาบริหารงานในองค์กรให้สามารถบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

ในปี ค.ศ. 2012 ประเทศสิงคโปร์ได้มีการจัดตั้งคณะทำงานเพื่อจัดทำแผน Healthy Living Master Plan² เพื่อให้ประชาชนชาวสิงคโปร์มี healthy living สามารถเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพได้ง่าย เป็นธรรมชาติ โดยปราศจากอุปสรรคในด้านต่างๆ ทั้งนี้ประเด็นในเรื่องระบบบริการสุขภาพเป็นประเด็นที่ประชาชนชาวสิงคโปร์ให้ความสำคัญเป็นลำดับต้นๆ และส่วนใหญ่มีความเห็นว่าการสร้างเสริมสุขภาพและการสนับสนุนให้ประชาชนชาวสิงคโปร์มี healthy lifestyle เป็นแนวทางสำคัญที่จะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีสุขภาพที่แข็งแรง และลดภาระค่าใช้จ่ายในด้านการรักษาพยาบาลของประเทศและของประชาชน

ซึ่งจากการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ (risk factors) ที่เกี่ยวข้องกับภาระโรค (burden of disease) ของประชาชนชาวสิงคโปร์ จากข้อมูลปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ พบว่าภาวะน้ำหนักเกินและความอ้วน การสูบบุหรี่ ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง และการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ เป็นปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญ 5 อันดับแรกของประชาชนชาวสิงคโปร์ ทั้งนี้จากการสำรวจพบว่า ประชาชนอายุระหว่าง 18-69 ปี ประมาณร้อยละ 26 มีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ ดังนั้นแผนยุทธศาสตร์เพื่อให้ประชาชนชาวสิงคโปร์มีสุขภาพที่ดี และลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพจึงประกอบด้วยแนวทางการปฏิบัติในระดับบุคคล 5 แนวทางสำคัญ คือ

¹ UNDP. Human Development Reports 2018. <http://hdr.undp.org/en/countries>

² <https://www.moh.gov.sg/resources-statistics/reports/the-healthy-living-master-plan>

1. exercise regularly
2. eat healthily
3. be smoke-free
4. undergo regular health screening
5. seek prompt treatment

และจากการทำประชาพิจารณ์เพื่อรับฟังความคิดเห็นจากสาธารณชน พบว่าประชาชนชาวสิงคโปร์ ต้องการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพในสิงคโปร์มีการกระจายตัวอย่างทั่วถึงในทุกพื้นที่ และประชาชนที่ประกอบอาชีพต่างๆ สามารถเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพได้โดยง่าย เป็นธรรมชาติ ปราศจากอุปสรรค และอยู่ในชีวิตประจำวัน ทั้งนี้เพื่อให้ประชาชนมีอายุยืนยาวและมีสุขภาพที่ดี โดยเป้าหมายที่สำคัญคือ ในปี ค.ศ. 2020 ประชาชนชาวสิงคโปร์ทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพได้ตั้งแต่บริเวณหน้าบ้าน ที่ทำงาน และทุกสถานศึกษา โดยการที่จะบรรลุเป้าหมายดังกล่าวจะต้องใช้ยุทธศาสตร์ 3Ps คือ

1. **Place** - a conducive environment for healthy living คือ การจัดให้มีระบบบริการสร้างเสริมสุขภาพในสิงคโปร์ ที่มีการกระจายตัวอย่างทั่วถึงในทุกพื้นที่ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงได้โดยง่าย
2. **People** - a socially inclusive community for healthy living คือ ประชาชนที่ประกอบอาชีพต่างๆ ในทุกกลุ่มวัยและทุกกลุ่มอายุ สามารถเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพได้โดยง่าย เป็นธรรมชาติ ปราศจากอุปสรรค และอยู่ในชีวิตประจำวัน ทั้งนี้การได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวและบุคคลรอบข้าง เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ
3. **Price** - affordable options for healthy living คือ ราคาของบริการสร้างเสริมสุขภาพ จะต้องมีความเหมาะสมและประชาชนสามารถจ่ายได้ และไม่ควรมีราคาแพงจนกลายเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพนั้นๆ

โดยประเทศสิงคโปร์ได้เสนอวิธีการในการบรรลุเป้าหมายของ Healthy Living Master Plan ไว้ดังนี้

- ก) บูรณาการและร่วมพัฒนาสภาพแวดล้อมทางกายภาพและสังคมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนเข้าไปในชุมชนทุกแห่งในทุกๆ ระดับ (Integrating physical and social environments in the community),
- ข) สร้างความตื่นตัวในการมี healthy living ในกลุ่มเด็ก เยาวชนและคนหนุ่มสาว (creating greater awareness for healthy living among the young),
- ค) สร้างสถานที่ทำงานที่มีสุขภาพและเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม (building a healthy workplace ecosystem)

HEALTHY LIVING EVERY DAY: MAKING THE CONNECTIONS



2.3.2 ประเทศศรีลังกา

ศรีลังกาเป็นประเทศกำลังพัฒนาที่เป็นสมาชิกในกลุ่มประเทศ WHO South-east Asia Region ซึ่ง NCDs เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตร้อยละ 83 ของการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรชาวศรีลังกา โดยโรค NCDs ที่เป็นสาเหตุการตายลำดับต้นๆ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด (ร้อยละ 34) โรคมะเร็ง (ร้อยละ 14) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 9) โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง (ร้อยละ 8) และ โรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆ (ร้อยละ 18)³

ในประเทศศรีลังกา ระบบบริการสุขภาพภาครัฐให้บริการโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย (ฟรี) ในด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และบริการประเภผู้ป่วยใน (เกือบทั้งหมด) และน้อยกว่าร้อยละ 50 ของการให้บริการแบบผู้ป่วยนอก ทั้งนี้การเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญของการเจ็บป่วยจาก NCDs ทำให้ประชาชนต้องมีการร่วมจ่ายมากขึ้น เนื่องจากความไม่เพียงพอของยาและเวชภัณฑ์ รวมทั้งเครื่องมือในการวินิจฉัยของระบบบริการภาครัฐ ทำให้ประชาชนชาวศรีลังกาส่วนหนึ่งต้องไปใช้บริการจากภาคเอกชน และต้องแบกรับภาระในเรื่องค่าใช้จ่ายในการวินิจฉัยและการรักษาพยาบาลโรค NCDs ด้วยตนเอง ซึ่งส่งผลให้ครัวเรือนที่มีเศรษฐกิจยากจนหรือเป็นประชากรกลุ่มชายขอบไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพของ NCDs ที่มีราคาค่อนข้างแพงได้

อย่างไรก็ตาม ประเทศศรีลังกาได้วางเป้าหมายสำคัญในการต่อสู้กับภาระโรคที่เกิดจาก NCDs ใน 3 เป้าหมายคือ

1. การควบคุมการบริโภคยาสูบ
2. การตรวจคัดกรองและให้การรักษายาบาลในระยะเริ่มต้น สำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด
3. การเปิดโอกาสให้ประชาชนสามารถเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ รวมทั้งเทคโนโลยีสุขภาพที่มีความจำเป็นสำหรับการควบคุมป้องกันโรค NCDs

นอกจากนี้รัฐบาล ศรีลังกายังคงดำเนินการอย่างต่อเนื่องในการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

สนับสนุนให้ประชาชนออกกำลังกายและมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม รวมทั้งลดการบริโภคเกลือเพื่อลดความชุกของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และการลดภาวะน้ำหนักเกิน/โรคอ้วน ในประชากร

ประเทศศรีลังกาได้สรุปบทเรียนของการประสบความสำเร็จในการควบคุมและป้องกันโรค NCDs ไว้ 8 ประการคือ

1. ประเทศสามารถสร้างความเข้มแข็งและประสิทธิผลของแผนยุทธศาสตร์ชาติในการควบคุมและป้องกันโรค NCDs ผ่านการพัฒนากฎหมายและข้อบังคับในประเทศและกฎหมาย/ข้อบังคับระหว่างประเทศ รวมทั้งการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ในระดับโลกเพื่อการควบคุมและป้องกันปัญหาโรค NCDs

³ https://www.who.int/nmh/countries/2018/lka_en.pdf?ua=1

2. การพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ในการแก้ไขปัญหาอื่นๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับโรค NCDs เป็นเรื่องที่มีความสำคัญ และจะส่งผลต่อการประสบความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาโรค NCDs ของแต่ละประเทศ เช่น การปรับปรุง living standards ของประชาชน การเข้าถึงการศึกษาขั้นพื้นฐานอย่างถ้วนหน้าและการมีความเสมอภาคทางเพศ (gender equity) เป็นต้น
3. การจัดลำดับความสำคัญ (priority setting) ในการควบคุมและป้องกันโรค NCDs เป็นกระบวนการที่สำคัญในการต่อสู้กับปัญหาเรื่อง NCDs ภายใต้บริบทของการมีทรัพยากรอย่างจำกัด
4. การตัดสินใจเลือกมาตรการด้านสุขภาพที่มีประสิทธิผล (efficacy) และมีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ (cost-effectiveness) และเหมาะสมในบริบทของประเทศกำลังพัฒนา จะทำให้สามารถขยายการเข้าถึงมาตรการที่มีประสิทธิผลดังกล่าวอย่างถ้วนหน้า และเป็นไปอย่างยั่งยืน
5. ความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชน (public-private partnership) ในการแก้ไขปัญหาโรค NCDs จะมีประสิทธิผลและประสบความสำเร็จ หากรัฐบาลมีนโยบายและมีการออกกฎหมาย/กฎระเบียบ ที่คำนึงถึงสุขภาพของประชาชนและประโยชน์ของประชาชนโดยรวม
6. การดำเนินการตามมาตรการที่มีประสิทธิผลเพื่อการป้องกันโรค NCDs ในเด็ก สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพภายในโรงเรียน
7. ความร่วมมือกันระหว่างภาคสุขภาพ (health sector) กับภาคส่วนอื่นๆ สามารถเร่งรัดและก่อให้เกิดความก้าวหน้าได้ โดยต้องมีหน่วยงานเจ้าภาพอย่างน้อยหนึ่งหน่วยงาน ทำหน้าที่ติดตามเร่งรัดการดำเนินงานและแก้ไขปัญหาอุปสรรคต่างๆ ที่เกิดขึ้น
8. ความมุ่งมั่นและการให้พันธะสัญญาของผู้บริหารระดับสูงของประเทศ เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อความสำเร็จในการควบคุมและป้องกันโรค NCDs

2.3.3 ประเทศมาเลเซีย

มาเลเซียเป็นประเทศกำลังพัฒนาที่เป็นสมาชิกในกลุ่มประเทศ ASEAN ซึ่ง NCDs เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตร้อยละ 74 ของการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรชาวมาเลเซีย โดยโรค NCDs ที่เป็นสาเหตุการตายลำดับต้นๆ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด (ร้อยละ 35) โรคมะเร็ง (ร้อยละ 16) โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง (ร้อยละ 4) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 3) และโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆ (ร้อยละ 16) ตามลำดับ⁴ ทั้งนี้ข้อมูลอัตราชุกของปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิด NCDs ในประเทศมาเลเซียที่สูงกว่าประเทศอื่นๆ ในภูมิภาคอาเซียนและประเทศญี่ปุ่น คือ ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน (obesity) และการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ (physical inactivity) นอกจากนี้ ประเทศมาเลเซียยังมีอัตราชุกที่ค่อนข้างสูงในการสูบบุหรี่ ภาวะความดันโลหิตสูง และมีไขมันในเลือดสูง ตามลำดับ

ตารางที่ 8 อัตราชุกของปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิด NCDs ของประเทศในภูมิภาคอาเซียน และประเทศญี่ปุ่น

	High Blood Sugar (2014)	Raised Blood Pressure (2014)	Raised Total Cholesterol (2008)	Obesity (2014)	Smoking (2011)	Physical Inactivity (2010)
MALAYSIA	9.9	22.1	15.4	13.3	21.9	52.3
Singapore	8.5	14.1	17.4	6.2	-	33.1
Thailand	9.7	21.3	16.7	8.5	23.5	14.8
Indonesia	8.7	23.3	7.7	5.7	34.9	23.7
Philippines	7.5	22.1	10.5	5.1	26.5	15.8
Viet Nam	6.5	22.2	8.2	3.6	23.1	23.9
Myanmar	7.1	23.7	6.4	2.9	22.0	9.9
Cambodia	8.2	24.4	5.8	3.2	21.8	10.3
Laos	8.6	24.1	6.7	3.5	25.7	10.3
Brunei	11.6	19.3	16.7	18.1	18.1	-
Japan	5.7	16.9	15.8	3.3	21.8	33.8

Note: The data displayed were percentage of age-adjusted prevalence rate (%)

ประเทศมาเลเซียได้มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติเพื่อแก้ไขปัญหา NCDs (National Strategic Plan for NCDs) ค.ศ. 2016-2025 ซึ่งเป็นการดำเนินการต่อเนื่องจากแผนยุทธศาสตร์ชาติฉบับก่อนหน้านี้นี้ (ค.ศ. 2010-2014) โดยมีเป้าหมายในการควบคุมและป้องกันโรค NCDs 3 กลุ่มโรคที่มีความสำคัญ ได้แก่

⁴ https://www.who.int/nmh/countries/2018/mys_en.pdf?ua=1

โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน และโรคมะเร็ง รวมทั้งการให้ความสำคัญกับ 4 ปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การบริโภคยาสูบ (tobacco use) การบริโภคอาหารที่มีผลเสียต่อสุขภาพ (unhealthy diet) การมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ (physical inactivity) และการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (harmful use of alcohol) ทั้งนี้แผนยุทธศาสตร์ชาติฯ ของมาเลเซีย มีวัตถุประสงค์ที่สำคัญ 5 ประการ ได้แก่

1. เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งและศักยภาพของประเทศในการควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในด้านภาวะการนำ (leadership) การอภิบาลระบบ (governance) การกำหนดนโยบายและการประสานงานระหว่างภาคส่วนต่างๆ (multi-sectoral action) ที่เกี่ยวข้อง
2. เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค NCDs และปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (social determinants of health) โดยการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ
3. เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบสุขภาพของประเทศมาเลเซียในการควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (social determinants of health) ผ่านระบบสาธารณสุขมูลฐานที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง (people-centered primary health care) และระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (universal health coverage)
4. สนับสนุนและพัฒนาศักยภาพของประเทศในการทำงานวิจัยที่มีคุณภาพและการมีมาตรการที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
5. เพื่อประเมินแนวโน้มและปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมทั้งความก้าวหน้าในการควบคุมและป้องกันโรค NCDs ของประเทศมาเลเซีย

การดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรค NCDs มีลักษณะแบบบูรณาการ ซึ่งจะทำให้การดำเนินการเพื่อควบคุมและป้องกันโรค NCDs มีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังนั้น การดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ชาติฯ ของมาเลเซียจะสอดคล้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกับแผนยุทธศาสตร์ชาติอื่นๆ ได้แก่

1. National Plan of Action for Nutrition of Malaysia (NPANM) III 2016-2025
2. National Strategic Plan for Tobacco Control 2015-2020
3. Policy Options to Combat Obesity in Malaysia 2016-2025
4. Salt Reduction Strategy to Prevent and Control NCD For Malaysia 2015-2020
5. National Strategic Plan for Active Living 2016-2025
6. Malaysia Alcohol Control Action Plan 2013-2020
7. National Strategic Plan for Cancer Control Program 2016-2020
8. Strengthening Chronic Disease Management At Primary Care Level through the Enhanced Primary Health Care (EnPHC) initiative
9. KOmuniti Sihat PERkasa Negara (KOSPEN) initiative

ทั้งนี้ประเทศมาเลเซียได้ตระหนักถึงความสำคัญในการสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐและกระทรวงต่างๆ นอกเหนือจากกระทรวงสาธารณสุข ในการควบคุมและป้องกันโรค NCDs ดังนั้น ประเทศมาเลเซียจึงได้จัดตั้งคณะกรรมการในระดับรัฐมนตรีที่เรียกว่า “Cabinet Committee for A Health Promoting Environment” (Jawatankuasa Kabinet bagi Persekitaran Hidup yang Sihat or JKPHS) ซึ่งมีรองนายกรัฐมนตรีเป็นประธานของคณะกรรมการดังกล่าว คณะกรรมการประกอบด้วยรัฐมนตรีจากกระทรวงต่างๆ 11 กระทรวง ได้แก่

1. Minister of Health
2. Minister of Education
3. Minister of Higher Education
4. Minister of Information, Communications, Arts & Culture
5. Minister of Rural & Regional Development
6. Minister of Agriculture and Agro-based Industry
7. Minister of Youth & Sports
8. Minister of Human Resources
9. Minister of Domestic Trade, Co-operatives and Consumerism
10. Minister of Housing and Local Governments
11. Minister of Women, Family and Social Affairs

ประเทศมาเลเซียได้ริเริ่มการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคและปัจจัยเสี่ยงของ NCDs โดยใช้มาตรการระดับชุมชน (community-based intervention) เพื่อให้ประชาชนชาวมาเลเซียมีศักยภาพ มีส่วนร่วมและรับผิดชอบกับสุขภาพของแต่ละบุคคลผ่านโครงการที่มีชื่อว่า “KOMuniti Sihat Perkasa Negara” or **KOSPEN** ซึ่งจะมีนាំมาตรการควบคุมและป้องกัน NCDs ในระดับชุมชนมาใช้ในการทำงานกับประชาชนผ่านอาสาสมัครสาธารณสุข (health volunteers) ซึ่งได้รับการฝึกอบรมมาเป็นอย่างดี ในการทำหน้าที่เป็น “change agents” ในระดับชุมชน เพื่อให้ในระดับบุคคลมี healthy lifestyles และสามารถมีส่วนร่วมผ่านเป้าหมายในระดับบุคคล 5 เรื่อง คือ

1. healthy diet,
2. active living,
3. smoke-free,
4. weight management, และ
5. routine community NCD risk factor screening

ซึ่งสถานะของการดำเนินงานของ KOSPEN ณ เดือนธันวาคม พ.ศ. 2559 พบว่ามีการจัดตั้ง KOSPEN localities จำนวน 5,900 แห่งและมีอาสาสมัครจำนวน 36,000 คนได้รับการฝึกอบรม และได้ดำเนินการคัดกรองประชากรจากภาวะเสี่ยงของ NCDs จำนวนเกือบ 400,000 ราย ทั้งนี้ร้อยละ 75 ของประชาชนที่ถูกคัดกรองถูกส่งต่อไปรับการตรวจวินิจฉัยเพื่อยืนยันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และร้อยละ 35 มีภาวะความดันโลหิตสูง รวมทั้งมีภาวะอ้วนระดับ 2 ($BMI \geq 35 \text{ kg/m}^2$) และในช่วงปัจจุบัน อาสาสมัคร KOSPEN มากกว่า 200 แห่ง ได้ดำเนินงานอย่างประสบความสำเร็จ ในเรื่องของ weight management program

	สิงคโปร์	ศรีลังกา	มาเลเซีย
โครงสร้าง	National Health Promotion Board		“Cabinet Committee for A Health Promoting Environment” NCDs (National Strategic Plan for NCDs) ค.ศ. 2016-2025
เป้าหมาย	1) exercise regularly 2) eat healthily 3) be smoke-free 4) undergo regular health screening 5) seek prompt treatment	ควบคุมการบริโภคยาสูบ การตรวจคัดกรองและให้การรักษาพยาบาล ในระยะเริ่มต้นผู้ที่เสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ประชาชนสามารถเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ รวมทั้งเทคโนโลยีสุขภาพที่จำเป็นสำหรับการควบคุมป้องกันโรค NCDs	1) healthy diet, 2) active living, 3) smoke-free, 4) weight management, และ 5) routine community NCD risk factor screening
มาตรการ	3Ps: Place, People, Price สภาพแวดล้อม ความตื่นตัวในเด็กและเยาวชน สถานที่ทำงาน	การพัฒนาด้านนโยบายกฎหมาย และแก้ไข ปัญหาอื่น จัดลำดับความสำคัญ การเลือก มาตรการ กลุ่มเป้าหมายเด็ก multi-sectors PPP Leadership	community-based intervention “KOMuniti Sihat Perkasa Negara” or KOSPEN

2.4 บริบททางสังคมที่มีผลต่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ

สำหรับบริบททางสังคมที่เกี่ยวข้องเนื่องกับปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง ในรายงานนี้ประกอบด้วย 4 เรื่อง ได้แก่

1. อาหาร
2. การออกกำลังกาย
3. แอลกอฮอล์
4. บุหรี่

2.4.1 อาหาร

มาตรการทางกฎหมายและภาษีเพื่อ “ลดหวาน มัน เค็ม”

“ลดหวาน”

การเก็บภาษีความหวาน เป็นหนึ่งในกลุ่มสินค้าที่ถูกปรับภาษีตาม พ.ร.บ. ภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560 ซึ่งมีผลบังคับใช้ในวันที่ 16 กันยายน พ.ศ. 2560 แต่ให้เวลาผู้ประกอบการปรับตัว 2 ปี เพื่อให้ผู้ประกอบการลดปริมาณน้ำตาลในสินค้าของตัวเองลง และตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2562 หากผู้ประกอบการไม่ปรับสูตรน้ำตาลให้ต่ำลง จะเสียภาษีในอัตราก้าวหน้า 6 ระดับ โดย

1. เครื่องดื่มที่มีปริมาณน้ำตาลไม่เกิน 6 กรัมต่อ 100 มิลลิลิตร เว้นการเก็บภาษี
2. ที่มีปริมาณน้ำตาลเกิน 6 กรัม แต่ไม่เกิน 8 กรัม ต่อ 100 มิลลิลิตร เสียภาษี 0.10 บาทต่อลิตร
3. ที่มีปริมาณน้ำตาลเกิน 8 กรัมแต่ไม่เกิน 10 กรัม ต่อ 100 มิลลิลิตร เสียภาษี 0.30 บาทต่อลิตร
4. ที่มีปริมาณน้ำตาลเกิน 10 กรัม แต่ไม่เกิน 14 กรัม ต่อ 100 มิลลิลิตร เสียภาษี 0.50 บาทต่อลิตร
- และ 5. ที่มีปริมาณน้ำตาลเกิน 14 กรัมต่อ 100 มิลลิลิตร เสียภาษี 1 บาทต่อลิตร

หลังจากนั้น ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2562 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2564 เครื่องดื่มที่มีปริมาณน้ำตาลเกิน 14 กรัม แต่ไม่เกิน 18 กรัม ต่อ 100 มิลลิลิตร เสียภาษี 3 บาทต่อลิตร และ ที่มีปริมาณน้ำตาลเกิน 18 กรัมต่อ 100 มิลลิลิตร เสียภาษี 5 บาทต่อลิตร

ในช่วงตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2564 จนถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2566 เครื่องดื่มที่มีปริมาณน้ำตาลไม่เกิน 8 กรัม แต่ไม่เกิน 10 กรัม ต่อ 100 มิลลิลิตร เสียภาษี 1 บาทต่อลิตร เครื่องดื่มที่มีปริมาณน้ำตาลเกิน 10 กรัมแต่ไม่เกิน 14 กรัม ต่อ 100 มิลลิลิตร เสียภาษี 3 บาทต่อลิตร และ ที่มีปริมาณน้ำตาลเกิน 14 กรัม ต่อ 100 มิลลิลิตร เสียภาษี 5 บาทต่อลิตร

ขณะที่ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2566 เป็นต้นไป เครื่องดื่มที่มีปริมาณน้ำตาลเกิน 6 กรัม แต่ไม่เกิน 8 กรัม ต่อ 100 มิลลิลิตร เสียภาษี 1 บาทต่อลิตร เครื่องดื่มที่มีปริมาณน้ำตาลเกิน 8 กรัม แต่ไม่เกิน 10 กรัม

ต่อ 100 มิลลิลิตร เสียภาษี 3 บาทต่อลิตร และเครื่องดื่มที่มีปริมาณน้ำตาลเกิน 10 กรัมต่อลิตร เสียภาษี 5 บาทต่อลิตร

จากการปรับภาษีสรรพสามิต ทำให้มีการปรับราคาเครื่องดื่มสูงขึ้น จากการสำรวจตลาดในเบื้องต้น ราคามีการปรับขึ้นมาตั้งแต่ 1-3 บาทต่อกระป๋องหรือขวด ซึ่งดูแล้วอาจไม่มาก แต่ถ้าพิจารณาเป็นค่าร้อยละที่เพิ่มขึ้นจะค่อนข้างมาก เพราะเครื่องดื่มน้ำตาลมกระป๋องบางยี่ห้อปรับราคาเพิ่มขึ้นจาก 10 บาทเป็น 11 บาท หรือเพิ่มขึ้น ร้อยละ 10 การขึ้นภาษี

เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่กดดันให้ผู้ประกอบการเครื่องดื่มต้องปรับตัว เพื่อกระตุ้นการตัดสินใจซื้อและเพิ่มยอดขายให้มากขึ้น โดยออกกลยุทธ์ไปในทิศทางเดียวกัน คือ **นำเสนอเครื่องดื่มใหม่ๆ เพิ่มเติม** โดยเน้นจุดขาย **สูตรน้ำตาลน้อย** และยังคงตอบสนองกระแสรักสุขภาพ หรือเลือกแนวทาง **ปรับสูตรเครื่องดื่มที่มีอยู่เดิมด้วยการลดปริมาณน้ำตาล** กระแสการใส่ใจต่อสุขภาพที่มากขึ้นของผู้บริโภค รวมทั้งการ **ปรับขนาดบรรจุภัณฑ์ให้หลากหลายมากขึ้น**

โดยใช้กลยุทธ์ที่เรียกว่า "การตลาดไซส์เล็กลง" คือ การออกผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มขวดและกระป๋องขนาดเล็กลงในราคาที่แพงขึ้น ซึ่งช่วยให้สัดส่วนกำไรของบริษัทสูงขึ้น เพราะธุรกิจน้ำตาลกำลังถูกกดดันอย่างหนักให้คำนึงถึงสุขภาพของผู้บริโภคมากขึ้น เช่น โค้กกระป๋องขนาด 12 ออนซ์ถูกแทนที่ด้วยขนาด 7 ออนซ์ แม้ขายได้จำนวนน้อยกว่าเดิมร้อยละ 30 แต่ทำรายได้มากขึ้น ซึ่งการขยับตัวของโค้กเกิดขึ้นจากแนวคิดที่เชื่อว่าเครื่องดื่มขนาดเล็กลงจะเพิ่มยอดขายได้เพราะ "หลายคนมีความสุขกับการดื่มโค้กมากขึ้น บ่อยขึ้น ในราคาที่ลดลงจากเดิมเล็กน้อย" Coca-Cola has an internal strategy called 'marketing in smaller sizes' to make people buy its soda more often for more money, Business Insider (ที่มา : <https://www.businessinsider.com/coca-cola-has-a-marketing-in-smaller-sizes-strategy-2015-11>) หรือกรณีของเป๊ปซี่ที่มีการปรับโฉมแพ็คเกจจิ้งแบบกระป๋อง ด้วยการปรับให้เป็นสลิม หรือสลิมแคนโหมด โดยไซส์สลิมแคนขนาดเล็กลงนั้น สามารถตอบโจทย์กลุ่มคนดื่มที่เป็นสาวออฟฟิศที่อยากดื่มน้ำอัดลมในบางเวลาด้วยปริมาณไม่มากนัก (ที่มา: เป๊ปซี่ เปิด 4 กลยุทธ์โค้ก – เป๊ปซี่ ทำอย่างไรให้ผู้บริโภครักดื่มเครื่องดื่มอย่างต่อเนื่อง, Brand Age Online, <http://www.brandage.com/article/4880/coke-pepsi>)



ด้านผู้บริโภค แม้ต้องการความอร่อยเหมือนเดิม แต่ไม่อยากได้แคลอรีเพิ่ม จึงมักเลือกเครื่องดื่มที่ผสมสารให้ความหวานแทนน้ำตาล ซึ่งสารแทนความหวานของน้ำตาลที่ผู้ผลิตเครื่องดื่มมักใช้กัน คือ แอสปาร์แตมที่ให้ความหวานมากกว่าน้ำตาล 200 เท่าในปริมาณที่เท่ากัน และซูคราโลสที่ให้ความหวานมากกว่าน้ำตาล 600 เท่าในปริมาณที่เท่ากัน ซึ่งสารทั้งสองตัวนี้มาจากการสังเคราะห์ด้วยกระบวนการทางเคมี มีราคาปานกลาง จากการวิจัยพบว่าแอสปาร์แตมมีผลข้างเคียงบ้าง และความเป็นสารเคมีที่เมื่อบริโภคไปนานๆ อาจส่งผลเสียต่อสุขภาพในระยะยาวได้ ส่วนซูคราโลสเป็นสารให้ความหวานที่ปลอดภัย ถึงแม้เป็นสารเคมี แต่ไม่สะสมในร่างกายเนื่องจากกระบวนการผลิต องค์การอนามัยโลกยอมรับอย่างเป็นทางการแล้วว่ามีความปลอดภัยเทียบเท่าน้ำตาลจากธรรมชาติ ขณะที่สารให้ความหวานอีกตัว คือ สตีเวีย หรือหญ้าหวาน มีความหวานกว่าน้ำตาล 300 เท่าในปริมาณที่เท่ากัน สามารถใช้ปรุงอาหารที่มีความร้อนสูงได้ ไม่มีรายงานว่าเกิดผลกระทบท่อสุขภาพ แต่ที่สำคัญ คือ มีราคาสูง

เนื่องจากเครื่องดื่มหลายๆ ตัวในตลาดมีแคลอรีที่ 0 จากการใส่สารให้ความหวานแทนน้ำตาล ผู้บริโภคจะดื่มเครื่องดื่มเหล่านี้อย่างไม่ต้องกังวลมาก และอาจทำให้ผู้บริโภคติดหวาน ทำให้กินอาหารอื่น ๆ ที่มีรสหวานมากขึ้นได้ ซึ่งนอกจากเครื่องดื่มแบบบรรจุขวดที่ขายตามร้านสะดวกซื้อแล้ว เครื่องดื่มและอาหารในตลาดส่วนใหญ่ใช้น้ำตาลทรายขาวปกติ ไม่ได้ใช้สารแทนความหวาน ไม่ว่าชาสมุนไพร กาแฟโบราณตามร้าน ไอศกรีม ขนมหวานทั้งไทยและเทศ หรือแม้แต่ข้าวแกง ถ้าสังเกตดีๆ รู้สึกรสชาติกับข้าวมักติดหวานมาพอสมควร ดังนั้น การปรับขึ้นภาษีสรรพสามิตความหวานจากน้ำตาลเป็นมาตรการอ้อมที่ช่วยให้คนไทยบริโภคน้ำตาลได้น้อยลงเล็กน้อยเท่านั้น แต่ยังมีอาหารอีกมากที่มีน้ำตาลสูงและไม่โดนควบคุม (ที่มา: เช็กสุขภาพธุรกิจเครื่องดื่มและสุขภาพของคนไทย หลังสรรพสามิตปรับขึ้นภาษีความหวาน <https://thestandard.co/sugary-drink-tax/>)

การติดน้ำตาลหรือติดรสหวานนั้น มาจากนิสัยการกินตั้งแต่วัยเด็ก พบว่าเด็กที่ถูกพ่อแม่เลี้ยงด้วยนมรสหวาน ดื่มน้ำหวาน และกินขนมหวานปริมาณมากโดยที่ไม่มีการควบคุม จะคุ้นเคยกับรสชาติหวาน และมีแนวโน้มกินน้ำตาลหรือขนมหวานเพิ่มมากขึ้นเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ ลักษณะของคนติดหวานจะมีความอยากกินขนมหวานอยู่เสมอ ช่วงที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือไม่ได้รับน้ำตาล อาจเกิดอาการซึมเศร้า อารมณ์ฉุนเฉียวง่าย และขาดสมาธิ

“ลดมัน”

การบริโภคไขมันทรานส์เสี่ยงเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด น้ำหนักและไขมันส่วนเกิน เพิ่มความเสี่ยงเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไขมันอุดตัน ในเส้นเลือดอีกด้วย อาหารที่มีส่วนผสมของไขมันทรานส์ ได้แก่ เนยเทียมหรือมาการีน เนยขาว ครีมเทียมหรือ คอฟฟี่เมต นมข้นหวาน นมข้นจืด วิปป์ครีม ขนมที่ผลิต ปริมาณมาก ๆ จากโรงงาน ของทอดต่าง ๆ รวมถึงเบเกอรี่ ที่ใช้เนยเทียมในการอบ รวมถึงอาหารสำเร็จรูป เช่น ขนมปังกรอบ แครกเกอร์ อาหารจากโรงงาน ขนมถุง และ ฟาสต์ฟู้ด เป็นต้น ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายลดการใช้ไขมันทรานส์ โดยออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เลขที่ 388 พ.ศ.2561 เรื่อง กำหนดอาหารที่ห้ามผลิตนำเข้า หรือจำหน่าย มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 9 มกราคม 2562

เป็นต้นไป โดยห้ามผลิต นำเข้า หรือจำหน่ายน้ำมันที่ผ่านกระบวนการเติมไฮโดรเจนบางส่วนและอาหารที่มีน้ำมันที่ผ่านกระบวนการเติมไฮโดรเจนบางส่วนเป็นส่วนประกอบ โดยผู้ฝ่าฝืนจะมีโทษ ตามมาตรา 50 แห่งพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 ต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่ 6 เดือนถึง 2 ปี และปรับตั้งแต่ 5,000 บาท ถึง 20,000 บาท การออกประกาศฉบับดังกล่าว ทำให้ไทยเป็นประเทศแรกในอาเซียนที่สั่งห้าม ไขมันทรานส์ อนึ่ง ประกาศฉบับนี้ มีขอบเขตการบังคับใช้กับน้ำมันและไขมันที่ผ่านกระบวนการเติมไฮโดรเจนบางส่วน (Partially hydrogenation) และอาหารที่มีน้ำมันและไขมันที่ผ่านกระบวนการเติมไฮโดรเจนบางส่วนเป็นส่วนประกอบเท่านั้น ไม่ได้หมายรวมถึงน้ำมันและไขมันที่ผ่านกระบวนการเติมไฮโดรเจนแบบสมบูรณ์ (Fully hydrogenation) ซึ่งเป็นกระบวนการที่ไม่ทำให้เกิดไขมันทรานส์

ปัจจุบัน ผู้ประกอบการน้ำมันและไขมันส่วนใหญ่ได้ปรับใช้กระบวนการอื่นแทนกระบวนการเติมไฮโดรเจนบางส่วน และมีการปรับสูตรผลิตภัณฑ์อาหารโดยไม่ใช้น้ำมันที่ผ่านการเติมไฮโดรเจนบางส่วนแล้ว และบริษัท/สินค้าบางหลายชนิดเริ่มประกาศหรือระบุว่าเป็นสินค้าที่ไม่มีไขมันทรานส์ (ที่มา: พลอดภัย แนนอน!! 11 แบรินด์ดังประกาศแล้ว ไร้ไขมันทรานส์ 100%, <http://www.gangbeauty.com/topic/117762> และ 'พาสต์ฟูด-เบเกอรี่' ขานรับมาตรการไร้ไขมันทรานส์, <https://www.nationtv.tv/main/content/378641466/>) อีกทั้งมีสื่อสังคม (Social media) ที่เล่นเรื่องอาหารที่มีไขมันทรานส์และผลกระทบจากการบริโภคไขมันทรานส์มากขึ้น

“ลดเค็ม”

โซเดียม คือแร่ธาตุชนิดหนึ่งที่มีความจำเป็นต่อร่างกาย ช่วยรักษาความสมดุลของน้ำในร่างกาย แต่หากได้รับเกินความจำเป็นอาจส่งผลต่อสุขภาพได้ จากรายงานการสำรวจการบริโภคอาหารของคนไทย การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ.2551-2552 ในกลุ่มตัวอย่างทั่วประเทศ 2,696 คน อายุตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป พบว่า คนไทยบริโภคโซเดียมจากอาหารเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยเฉพาะในช่วงอายุ 19-59 ปี บริโภคโซเดียมสูงถึง 2,961.9 – 3,366.8 มิลลิกรัม/วัน หรือประมาณ 1.5-1.8 เท่า ของปริมาณโซเดียมที่ควรได้รับต่อวัน คือ ไม่เกิน 2,000 มิลลิกรัม/วัน การได้รับโซเดียมที่มากกว่าปริมาณที่แนะนำจะทำให้เกิดปัญหาทางสุขภาพตามมา โดยเฉพาะป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคไต โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งถือเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด และเป็นสาเหตุการตายเกือบร้อยละ 30 ของการเสียชีวิตทั้งหมดในประเทศไทย

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ร่วมกับเครือข่ายลดการบริโภคเกลือ สสส. และองค์การอนามัยโลก จึงร่วมกันผลักดันการลดการบริโภคเกลือหรือโซเดียม ตามกรอบยุทธศาสตร์นโยบายลดเกลือและโซเดียมของประเทศไทย ปี พ.ศ.2559-2568 โดยมาตรการแรก คือ **ขอความร่วมมือกับผู้ผลิตอาหารในการลดปริมาณเกลือหรือโซเดียมลง** เพื่อให้ปลอดภัยต่อสุขภาพของคนไทย มุ่งเน้นอาหารกลุ่มเสี่ยง 4 ชนิด ได้แก่ ขนมขบเคี้ยว อาหารกึ่งสำเร็จรูป เครื่องปรุงรส อาหารแช่เย็นและแช่แข็ง โดยเฉพาะอาหารกลุ่มสำเร็จรูป

บะหมี่และก๋วยเตี๋ยวสำเร็จรูป รวมทั้งกลุ่มผลิตภัณฑ์โจ๊กข้าวต้มสำเร็จรูป อาหารสำเร็จรูปยอดนิยมของคนไทย ซึ่งมีโซเดียมอยู่ในปริมาณที่สูงมากเมื่อเทียบกับหนึ่งหน่วยบริโภค

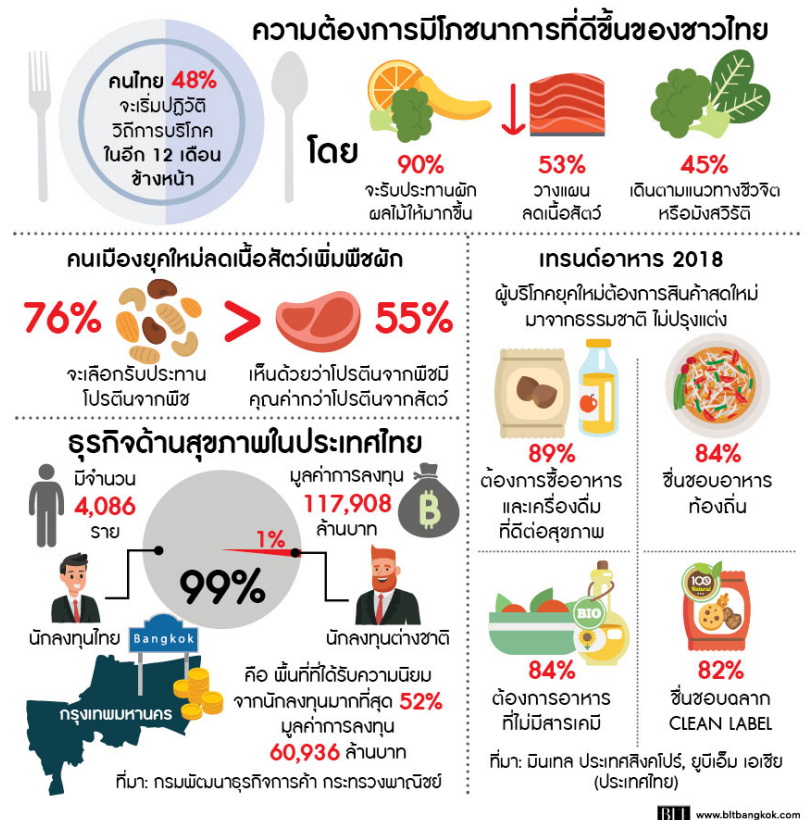
ส่วนมาตรการทางด้านฉลากอาหาร ทาง อย. ได้สนับสนุนให้ผู้ประกอบการอาหารที่สามารถลดหวาน มัน เค็ม ติดฉลาก "ทางเลือกสุขภาพ" บนบรรจุภัณฑ์ เพื่อให้ผู้บริโภคทราบว่า อาหารดังกล่าวมีโซเดียมในเกณฑ์ไม่เป็นอันตรายและเหมาะสมกับสุขภาพ ซึ่งปัจจุบันมีผลิตภัณฑ์ที่ผ่านการรับรองจำนวน 633 ผลิตภัณฑ์

นอกจากนี้ ที่ประชุมคณะกรรมการนโยบายการลดบริโภคเกลือและโซเดียมแห่งชาติ**เลือกมาตรการด้านภาษีกับภาคอุตสาหกรรม** เพราะความเค็มส่วนหนึ่งมาจากการผลิตที่ปรุงมาเรียบร้อยแล้ว อย่างไรก็ตาม ในส่วนภาคอุตสาหกรรมยังไม่เห็นด้วยกับนโยบายการขึ้นภาษี ทำให้การประชุมครั้งนี้ไม่สามารถก้าวผ่านไปถึงการร่วมกันกำหนดกำแพงภาษีเพื่อจัดเก็บได้ พร้อมกับมีการเรียกร้องให้ตั้งคณะกรรมการจากทั้งภาคส่วนของรัฐและภาคอุตสาหกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งหมดเพื่อทำงานร่วมกันนำข้อมูลต่าง ๆ มาแลกเปลี่ยนกันและร่วมกันหาทางออกในเรื่องนี้ โดยมติที่ประชุมก็เห็นด้วยจึงได้ให้แต่ละฝ่ายส่งรายชื่อเพื่อตั้งคณะกรรมการการทำงานร่วมกันขึ้นมา และกำหนดกรอบการทำงานของคณะกรรมการดังกล่าวไว้ 3 เดือน (ที่มา: ก้าวแรก"ภาษีเกลือ"-ตั้งกก.ร่วมศึกษาวันที่ 14 สิงหาคม 2562, <https://www.komchadluek.net/news/scoop/383515>)

อาหารสุขภาพ: ความต้องการชีวิตที่ดีของคนเมือง และไลฟ์สไตล์คนรุ่นใหม่

จากรายได้ที่เพิ่มขึ้น และการขยายตัวของเมือง ทำให้ผู้บริโภคเริ่มหันมาใส่ใจสุขภาพของตนเองมากขึ้น ผลสำรวจจาก มินเทล บริษัทวิจัยการตลาดระดับโลก ประเทศสิงคโปร์ ระบุว่า ผู้บริโภคทั่วโลกร้อยละ 79 ต้องการมีโภชนาการที่ดีขึ้น ในขณะที่ร้อยละ 76 ระบุว่า อยากมีชีวิตสมดุล และร้อยละ 73 จะหันมาออกกำลังกายให้มากขึ้น ด้านผลสำรวจเฉพาะผู้บริโภคชาวไทย พบว่า คนไทยร้อยละ 48 กำลังจะเริ่มปฏิบัติวิถีการบริโภคในอีก 12 เดือนข้างหน้าเพื่อสุขภาพที่ดี และในกลุ่มผู้บริโภคเหล่านี้ประมาณร้อยละ 90 ระบุว่า จะรับประทานผลไม้รวมถึงผักต่างๆ ให้มากขึ้น ในขณะที่อีกร้อยละ 53 วางแผนที่จะลดการบริโภคเนื้อสัตว์ และร้อยละ 45 เผยว่า พวกเขาจะเดินตามแนวทางชีวิตจิต หรือมังสวิรัต

จากกระแสที่กระทรวงสาธารณสุขออกประกาศเรื่องการกำหนดอาหารที่ห้ามผลิต นำเข้าหรือจำหน่ายไขมันทรานส์นั้น ทำให้ผู้บริโภคชาวไทยตระหนักในการเลือกบริโภคมากยิ่งขึ้น ผลสำรวจพบว่า คนเมืองยุคใหม่ค่อยๆ ปรับความชอบของตัวเองไปบริโภคพืชผักมากขึ้น และลดการบริโภคเนื้อสัตว์ลง โดยร้อยละ 76 จะเลือกรับประทานโปรตีนจากพืช เช่น ผักใบเขียวและถั่ว เป็นต้น ในขณะที่ร้อยละ 55 เห็นด้วยว่าโปรตีนจากพืชนั้นมีคุณค่ากว่าโปรตีนจากสัตว์ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจากบริษัท ยูบีเอ็ม เอเชีย (ประเทศไทย) จำกัด ผู้ประกอบกิจการประเภหการจัดการแสดงทางธุรกิจและการแสดงสินค้า ซึ่งได้เปิดเผยแนวโน้มอาหาร 2018 พบว่า ผู้บริโภคยุคใหม่ต้องการสินค้าที่สดใหม่ มาจากธรรมชาติที่ไม่ปรุงแต่ง โดยร้อยละ 89 ต้องการซื้ออาหารและเครื่องดื่มที่ดีต่อสุขภาพ, ร้อยละ 84 ชื่นชอบอาหารที่หาซื้อได้ในท้องถิ่น, ร้อยละ 84 ต้องการอาหารที่ไม่มีสารเคมี และร้อยละ 82 ชื่นชอบฉลาก Clean label เพราะปัจจุบันผู้บริโภคไม่กลัวที่ต้องจ่ายเงินให้กับผลิตภัณฑ์คุณภาพดี ๆ อีกต่อไป โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ที่มีรายได้ระดับกลางพิจารณาซื้อสินค้าจากคุณภาพมากกว่าราคา และตัดสินใจซื้ออาหารที่มีกระบวนการผลิตอย่างยั่งยืน ทำให้ในอนาคตผลิตภัณฑ์อาหารและเครื่องดื่มที่จะออกมาใหม่นั้น มุ่งไปยังการนำส่วนผสมจากพืชพรรณธรรมชาติมาใช้ (ที่มา: เทรนด์สุขภาพมาแรง คนเมืองยุคใหม่ตั้งเป้าชีวิตดีมีสุข, หนังสือพิมพ์โลฟส์ไตร์รายสัปดาห์ วันที่ 17 สิงหาคม 2561, <https://www.bltbangkok.com>)



จากข้อมูลการสำรวจภาวะสุขภาพของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่า สถานการณ์การบริโภคผักและผลไม้ในประเทศไทย คนไทยมีแนวโน้มการบริโภคผักและผลไม้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีอัตราการบริโภคผักและผลไม้ที่เพียงพอตามข้อเสนอแนะเพิ่มมากขึ้น โดยมีอัตราการบริโภครวมใน พ.ศ.2552 อยู่ที่ร้อยละ 17.7 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 25.9 ในปี พ.ศ.2557 นอกจากนี้ยังพบว่าใน พ.ศ.2557 เพศหญิงมีอัตราการบริโภคผักและผลไม้ในปริมาณที่มากกว่าเพศชายเล็กน้อย คือ เพศหญิง ร้อยละ 27.6 และเพศชาย ร้อยละ 24.1 โดยประชากรไทยบริโภคผักและผลไม้รวมในปริมาณเฉลี่ย 3.7 ส่วนต่อวัน ซึ่งต่ำกว่าข้อเสนอแนะมาตรฐานที่ให้บริโภค 5 ส่วนต่อวัน โดยเกือบ 1 ใน 2 ของประชากรไทยบริโภคผักน้อยกว่า 2 ส่วนมาตรฐานต่อวัน และ

บริโภคผลไม้ไม่น้อยกว่า 1 ส่วนมาตรฐานต่อวัน และมีแนวโน้มการบริโภคผักและผลไม้ลดลงเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไปบริโภคผักและผลไม้เพียงพอ มีเพียงร้อยละ 29.7

การเปลี่ยนแปลงสภาพครอบครัวและวิธีการรับประทานอาหารนอกบ้าน

รายงานสถานการณ์ประชากรไทย พ.ศ. 2558 ‘โฉมหน้าครอบครัวไทย ยุคเกิดน้อย อายุยืน’ ที่จัดทำโดยกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทยร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เขียนถึงภาพรวมของการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรไทย ไว้ว่า “สังคมเปลี่ยนไปจากที่เคยเป็นครอบครัวขนาดใหญ่กลายเป็นครอบครัวที่มีขนาดเล็กลงและมีความหลากหลายมากขึ้น มีครอบครัว ‘เดี่ยวหลากหลายรูปแบบ’ เกิดขึ้น เช่น พ่อหรือแม่เลี้ยงเดี่ยว ครอบครัวของคนที่อยู่คนเดียว ครอบครัวข้ามรุ่นหรือครอบครัวแห่งกลางที่ผู้สูงอายุอยู่กับหลานโดยไม่มีคนวัยทำงานอยู่ด้วย หรือครอบครัวเดี่ยวที่คู่สามีภรรยาอาศัยอยู่ด้วยกันโดยไม่มีบุตร หรือกลุ่ม DINK เป็นต้น (double income, no kids) ฯลฯ (ที่มา: ครอบครัวไทยในยุค ‘เกิดน้อย - อายุยืน’: ทางเลือกและข้อท้าทาย, <https://www.the101.world/thai-family-report/>)

จากการเปลี่ยนแปลงสภาพครอบครัว บวกกับสภาพแวดล้อมและวิถีชีวิตการทำงานที่เปลี่ยนไป ทำให้วิถีชีวิตในการรับประทานอาหารของครอบครัวและสมาชิกเปลี่ยนไป จากเดิมที่เคยปรุงอาหารรับประทานที่บ้าน เปลี่ยนเป็นการรับประทานอาหารนอกบ้านเพิ่มมากขึ้นแม้ว่ายังคงชอบรับประทานอาหารที่บ้านก็ตาม รวมทั้งลักษณะของอาหารที่รับประทานนอกบ้านเปลี่ยนแปลงไปตามวิถีความเป็นเมืองมากขึ้น (ที่มา: พฤติกรรมการรับประทานอาหารของคนกรุงเทพฯ, หนังสือพิมพ์ไลฟ์สไตล์รายสัปดาห์ วันที่ 23 สิงหาคม 2560, <https://www.bltbangkok.com>) สถาบันวิจัยและบริการวิชาการ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ (เอยูโพล) รายงานผลวิจัยเชิงสำรวจเรื่องการดูแลสุขภาพของคนกรุงเทพฯ กรณีศึกษาตัวอย่างคนทำงานที่มีอายุ 20-55 ปี จำนวนทั้งสิ้น 1,225 ตัวอย่าง ดำเนินโครงการระหว่างวันที่ 5-23 มิถุนายน 2560 ที่ผ่านมา พบว่า คนกรุงเทพฯ ครึ่ง คือ ร้อยละ 52.27 ระบุชอบรับประทานอาหารที่บ้านมากกว่า และอีกร้อยละ 47.8 ระบุชอบรับประทานอาหารนอกบ้านมากกว่า โดยบุคคลที่มักจะรับประทานอาหารด้วยเป็นประจำ ได้แก่ ครอบครัว (ร้อยละ 46.1) แฟน/คนรัก (ร้อยละ 14.7) คนเดียว (ร้อยละ 13.9) เพื่อน (ร้อยละ 13.6) และเพื่อนร่วมงาน (ร้อยละ 11.7) เป็นต้น

สำหรับอาหารที่รับประทานเป็นประจำ พบว่า ร้อยละ 36.0 ระบุทำรับประทานเอง, ร้อยละ 15.1 ระบุซื้อแบบสำเร็จรูปมารับประทาน และร้อยละ 48.9 ระบุรับประทานอาหารนอกบ้าน

โดยอาหารที่นิยมรับประทานเมื่ออยู่นอกบ้านใน 5 อันดับแรก ได้แก่ 1) บุฟเฟต์ (ร้อยละ 62.8) 2) อาหารตามสั่ง (ร้อยละ 48.5) 3) ฟาส์ฟู้ด (ร้อยละ 45.3) 4) ก๋วยเตี๋ยว (ร้อยละ 26.2) และ 5) ข้าวราดแกง (ร้อยละ 22.8)

ส่วนเครื่องดื่มที่มักดื่มคู่กับอาหารที่รับประทานใน 5 อันดับแรก ได้แก่ 1) น้ำเปล่า (ร้อยละ 94.2) 2) น้ำอัดลม (ร้อยละ 33.4) 3) ชา-กาแฟสด (ร้อยละ 16.9) 4) น้ำผลไม้ (ร้อยละ 15.7) และ 5) เครื่องดื่มจำพวก ชาเขียวสำเร็จรูป (ร้อยละ 9.7) เป็นต้น



นอกจากนี้ จากผลการวิจัยของบริษัท นิลเส้น ที่มีชื่อว่า "FoodTrips" ซึ่งได้เก็บข้อมูลพฤติกรรมและความต้องการของผู้บริโภคต่อการรับประทานอาหารนอกบ้าน ประกอบด้วย ความถี่ ลักษณะของการทานอาหาร และการใช้จ่ายในแต่ละมื้อ รวมถึงช่องทางการซื้ออาหาร เหตุผลในการเลือก และแนวโน้มของตลาดพบว่า แนวโน้มการรับประทานอาหารนอกบ้านที่สำคัญมี 4 เทรนด์ด้วยกัน คือ 1) ร้านสะดวกซื้อกลายมาเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวันในการรับประทานอาหารนอกบ้าน 2) ผู้บริโภคคนไทยเน้นรับประทานอาหารมื้อหลักมากขึ้น 3) การเติบโตและมนตร์เสน่ห์ของร้านคาเฟ่ (ชาและกาแฟ) และ 4) อาหารพร้อมรับประทานจับใจผู้บริโภคต่างจังหวัด

รวมทั้งยังพบว่าผู้บริโภค คนไทยหันมา
รับประทานอาหารมือหลักมากขึ้น เห็นได้จาก
ปัจจุบันผู้บริโภครับประทานอาหารประมาณ 7
มื้อ/วันด้วยกัน ประกอบด้วย มื้อเช้า อาหารว่าง
ก่อนมื้อเที่ยง มื้อเที่ยง อาหารว่างช่วงบ่ายหลังมื
เที่ยง อาหารว่างช่วงบ่ายแก่ๆ มื้อเย็น และอาหาร
ว่างรอบดึก อย่างไรก็ตาม รายงาน FoodTrips
เผยว่า ผู้บริโภคมีพฤติกรรมการรับประทาน
อาหารว่างน้อยลง ในขณะที่เพิ่มการรับประทาน

อาหารมือหลักอย่างมื้อเช้า กลางวัน เย็น มากขึ้นเมื่อเทียบระหว่างปี 2560 และ 2559 โดยมืเย็นนั้น มี
อัตราการเติบโตสูงสุดที่ร้อยละ 5 เมื่อเทียบกับมื้ออื่นๆ อีกหนึ่งปัจจัยสำคัญที่ทำให้คนไทยหันมารับประทาน
อาหารนอกบ้านมากขึ้น คือ อาหารพร้อมรับประทาน หรือ Ready to Eat ซึ่งปัจจุบันผู้บริโภคชาวไทยให้
ความนิยมมากขึ้นเรื่อย ๆ โดยเฉพาะคนต่างจังหวัด เนื่องจากมีความสะดวก ไม่ต้องการทำอาหารเอง ไม่ต้อง
เสียเวลาในการเตรียมวัตถุดิบต่าง ๆ และไม่ต้องทำความสะอาดหลังทำอาหาร (ที่มา:แยม 4 ปัจจัย คนไทยกิน
ข้าวนอกบ้าน, ข่าวเศรษฐกิจ ธุรกิจ, โพสต์ทูเดย์ วันที่ 12 ตุลาคม 2560,

<https://www.posttoday.com/economy/news/519682>)

รูปแบบของตลาดอาหารที่หลากหลายเพิ่มขึ้น

ปัจจุบันตลาดอาหารมีความหลากหลายมากขึ้นและขยายเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ประชาชนเข้าถึงสินค้า
อาหารที่หลากหลายชนิด หลากหลายคุณภาพ และหลากหลายราคา ขายทั้งในรูปแบบตลาดเก่า ตลาดนัด รถ
ขายอาหาร ตลาดออนไลน์ ซึ่งช่องทางการเข้าถึงอาหารที่หลากหลายเป็นไปตามวิถีชีวิตของคนแต่ละกลุ่ม แต่
ละวัย และแต่ละพื้นที่

4 เทรนด์กระแสนิยมคนไทยกินข้าวนอกบ้าน



ร้านสะดวกซื้อ
กลายเป็น
ส่วนหนึ่งของ
ชีวิตประจำวัน
ในการทานข้าว
นอกบ้าน



ผู้บริโภคคนไทย
เน้นทานอาหาร
มือหลักมากขึ้น



การเติบโตและ
มนตร์เสน่ห์ของ
ร้านคาเฟ่
(ชาและกาแฟ)



อาหาร
พร้อมทาน
จับใจผู้บริโภค
ต่างจังหวัด

ที่มา : บริษัท นิลเส้น (ประเทศไทย)

บางกอกโพสต์ กราฟฟิก

ร้านสะดวกซื้อกับอาหารสำเร็จรูป

ร้านสะดวกซื้อครองใจผู้บริโภคที่มีสินค้าสดใหม่ที่หลากหลาย อาหารพร้อมรับประทาน เครื่องดื่มมากมาย ซึ่งปัจจุบันในยุคดิจิทัลออนไลน์ที่ผู้บริโภคสั่งซื้อสินค้าและบริการออนไลน์เพิ่มมากขึ้นแล้ว เริ่มหันไปซื้อสินค้าตามร้านค้าหรือในห้างน้อยลงเพิ่มขึ้น แต่ร้านสะดวกซื้อ เช่น ร้าน 7-ELEVEN เป็นต้น ยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นร้านสะดวกซื้อที่มีสาขาครอบคลุมทุกพื้นที่ทั่วประเทศ โดยในปี 2561 มีร้าน 7-ELEVEN ทั่วประเทศรวม 10,268 สาขา แบ่งเป็นร้านในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล 4,556 สาขา (คิดเป็นร้อยละ 44) ร้านในต่างจังหวัด 5,712 สาขา (คิดเป็นร้อยละ 56) และยังมีแผนขยายสาขาในปี 2019 เพิ่มขึ้นอีก 700 สาขา ด้วยงบประมาณ 4,000 ล้านบาท ซึ่งจะทำให้สิ้นปี 2019 ร้าน 7-ELEVEN จะมีสาขามากถึง 11,688 สาขา พร้อมตั้งเป้าไปอีก 2 ปี จะมีถึง 13,000 สาขา โดยสาขาของ 7-ELEVEN จะอยู่ใกล้ทั้งที่บ้านและที่ทำงานของผู้บริโภค การจะกดสั่งซื้อสินค้าและอาหารอาจไม่มีความจำเป็นเลย เพราะแค่เดินไปไม่ก็ก้าวก็ซื้อได้ในทันที และจะซื้อเมื่อไรก็ได้เพราะเปิด 24 ชั่วโมง เหมือนอย่างสโลแกน “หิวเมื่อไรก็แวะมา 7-ELEVEN” ซึ่งในช่วง 2-3 ปีที่ผ่านมา ยอดขายกว่าร้อยละ 70 ของ 7-ELEVEN ยังเป็นสินค้าอาหารและเครื่องดื่ม อย่างไรก็ตาม 7-ELEVEN ในช่วงที่ผ่านมา ก็พยายามที่จะลดต้นทุนในการทำ



ธุรกิจ และแนวคิดนี้ก็ยังถูกส่งต่อมาถึงปี 2019 เช่นกันเพื่อให้ตัวเองมีกำไรที่มากขึ้นกว่าเดิม โดยเฉพาะสินค้าในกลุ่มอาหารที่ตัวเองและบริษัทในเครือเป็นผู้ผลิต (1 ปีผ่านไป 7-ELEVEN ไปไกลแค่ไหน? ปี 2019 จะไปได้ไกลกว่า, <https://marketeeronline.co/archives/98068>)

Online food delivery

การใช้บริการแอปพลิเคชันสั่งอาหาร (Food Delivery Application) เป็นหนึ่งในการเปลี่ยนแปลงทางด้านเทคโนโลยี หรือ Digital Disruption ที่เข้ามา ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเป็นอย่างมากต่อธุรกิจร้านอาหารในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา ซึ่งเข้ามาเปลี่ยนห่วงโซ่ธุรกิจร้านอาหาร ไปจนถึงพฤติกรรมของผู้บริโภค ซึ่งสะท้อนจากการขยายตัวของธุรกิจ Food Delivery ตั้งแต่ปี 2557 – 2561 ที่มีการขยายตัวเฉลี่ยร้อยละ 11 ต่อปี และในปีพ.ศ. 2562 คาดว่าจะมีมูลค่าสูงถึง 3.3 – 3.5 หมื่นล้านบาท และคาดว่าธุรกิจ Food Delivery จะยังคงสามารถขยายตัวต่อเนื่องได้อีก 2-3 ปี (ที่มา: Food Delivery โตสุดไม่อยู่ปีนี้มีมูลค่า 3.5 หมื่นล้านบาท,

โพสต์ทูเดย์ ข่าวเศรษฐกิจ - ธุรกิจ , วันที่ 4 มิถุนายน 2562,
<https://www.posttoday.com/economy/news/591096>

ธุรกิจส่งอาหาร (Food Delivery) ในไทย ยังคงเป็นธุรกิจที่มีการเติบโตอย่างต่อเนื่อง โดยมีปัจจัยบวกมาจากพฤติกรรมผู้บริโภค ที่ต้องการความสะดวก รวดเร็ว และมีวิถีชีวิตเร่งรีบ ประกอบกับเกิดผู้ให้บริการแพลตฟอร์ม Food Delivery ในรูปแบบแอปพลิเคชันเป็นจำนวนมาก สอดคล้องกับการใช้ชีวิตของคนยุคนี้ ที่ดำเนินการทุกอย่างผ่านสมาร์ทโฟน ตั้งแต่ทำธุรกรรมธนาคาร ไปจนถึงสั่งอาหาร โดยบางแห่งสามารถส่งได้ตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้ผู้บริโภค สะดวก และเข้าถึงอาหารจากร้านดังต่าง ๆ ได้ง่ายและรวดเร็ว เช่น

foodpanda ประเทศไทย (foodpanda.co.th) เป็นบริการส่งอาหาร delivery ออนไลน์ 24 ชั่วโมง จากร้านอาหารมากกว่า 1,000 ร้านจากจังหวัดต่างๆ ในประเทศไทย เช่น กรุงเทพมหานคร, พัทยา, หัวหิน, ภูเก็ต, หาดใหญ่, นครศรีธรรมราช, เชียงใหม่, เชียงราย, ลำพูน, โคราซ, ขอนแก่น, อุดรธานี เป็นต้น และในอีกหลาย ๆ จังหวัดทั่วประเทศไทย โดยให้บริการส่งอาหารผ่านทางเว็บไซต์และแอปพลิเคชัน

GrabFood ฟู้ดดีลิฟเวอรี่อีกแห่งที่มีสโลแกนว่า “ทนหิวไปทำไม... สั่งอาหารจานโปรด จากร้านอาหารเด็ดส่งตรงถึงมือคุณ ง่ายๆ แค่ไม่กี่คลิก” GrabFood ถือเป็นแอปพลิเคชันใหม่ล่าสุดที่เพิ่งเปิดตัวเมื่อวันที่ 21 พฤษภาคม 2561 นี้ โดยมีร้านอาหารในแพลตฟอร์มเกือบ 4,000 ร้าน ผู้ใช้สามารถเลือกสั่งอาหารจากร้านที่อยู่ในรัศมี 5 กิโลเมตรจากจุดอยู่ เพื่อความสะดวกและรวดเร็วในการจัดส่ง มีระบบติดตามแบบเรียลไทม์ และก่อนสั่งยังมีการคำนวณเวลาค่ำว่า จะใช้เวลาเท่าไร เบื้องต้นผู้ใช้ต้องชำระเงินสดปลายทาง GrabFood คิดค่าจัดส่งแบบเหมาจ่ายราคา 60 บาทสำหรับการใช้บริการ

NOW เป็นแอปพลิเคชันที่มีร้านอาหารที่เป็นพาร์ทเนอร์ในกรุงเทพฯ กว่า 10,000 ร้าน จุดเด่นของ NOW อยู่กับการแบ่งหมวดหมู่อาหารแต่ละประเภทได้อย่างลงตัว ทั้งการแบ่งตามเขตในกรุงเทพฯ แบ่งตามประเภทอาหาร อาหารที่เหมาะกับมือเที่ยง อาหารมื้อประหยัด และอาหารสุขภาพ รวมถึงเลือกช่องทางการชำระเงินได้หลายแบบเช่น เงินสด, AirPay e-Wallet และ Now Credits เป็นต้น ค่าบริการจัดส่งเริ่มต้น 10 บาท และบวกเพิ่ม 9 บาทต่อกิโลเมตร

HAPPY FRESH เป็นแอปพลิเคชันสำหรับคนเมืองที่มีไลฟ์สไตล์แบบเช้าทำงานเย็นกลับบ้าน หาเวลาแวะตลาดไม่ได้ เพราะแอปพลิเคชันนี้รวมสินค้าจากซูเปอร์มาร์เก็ตต่างๆ ไว้มากมาย รวมถึงอาหารแบบแกะกล่องอุ่นไมโครเวฟ พร้อมรับประทานทั้งจาก เทสโก้ โลตัส, บิ๊กซี, Sweet & Green, Gourmet Market และ Wine Connection โดยสามารถติดตามการจัดส่งได้แบบเรียลไทม์ คิดค่าบริการสำหรับชั่วโมงปกติที่ 60 บาท (0-10 กม.แรก) กม.ถัดไป กิโลเมตรละ 12 บาท ส่วนชั่วโมงเร่งด่วนอยู่ที่ 80 บาท (0-10 กม.แรก) สามารถใช้งานผ่านทางเว็บไซต์หรือใช้ แอปพลิเคชันก็ได้

ครัวคุณต๋อย เมื่อช่วงต้นเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2561 ที่ผ่านมามีการจัดแถลงข่าวความเป็นพันธมิตรกันระหว่าง Lalamove กับครัวคุณต๋อย รายการโทรทัศน์ชื่อดัง ในการเปิดตัวแอปพลิเคชันชื่อว่า “ครัวคุณต๋อย” ที่รวมเอาร้านอร่อยที่เคยออกอากาศมารวมไว้ให้ลูกค้าที่กำลังมองหาของอร่อยได้ส่งไปทานกัน



กฎหมายและการเก็บภาษี

อาหารหวาน มัน เค็ม

การรณรงค์ลดหวาน มัน เค็ม

กระแสรักสุขภาพ ส่งผลให้คน
ใส่ใจกับอาหารที่บริโภคมาก
ขึ้น แต่จำกัดเฉพาะคนรุ่นใหม่
เขตเมือง มีกำลังซื้อสูง

อาหาร



บริบท

ความเป็นเมือง ประเทศไทยมีพื้นที่ที่
เป็นเขตเทศบาลเกินกว่าร้อยละ 50 ของ
พื้นที่ทั้งหมด

ขนาดครอบครัวเล็ก ทำงานนอกบ้าน ไม่มี
เวลาทำอาหารมากขึ้น

รูปแบบการตลาดที่หลากหลายขึ้น เข้าถึง
ง่าย มีหลากหลายตามกำลังผู้บริโภค
บริโภคปริมาณมาก โดยเฉพาะมือเย็นที่
เป็นมือสังสรรค์ของครอบครัวและเพื่อน

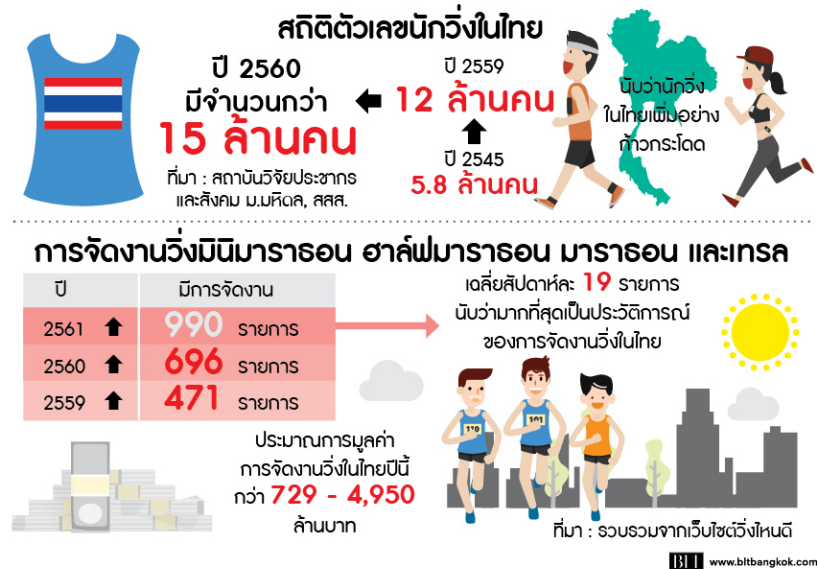
วัฒนธรรมการกินอาหารเค็ม หวาน
ในแต่ละท้องถิ่น

2.4.2 การออกกำลังกาย

วิ่ง : กระแสการออกกำลังกายที่กำลังมาแรง

ปัจจุบันกระแสการออกกำลังกายด้วยการวิ่งเป็นที่นิยมของคนไทยมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง สถิติตัวเลขนักวิ่งในไทยจากสถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า ในปี พ.ศ. 2560 มีจำนวนกว่า 15 ล้านคนเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2559

ที่มีอยู่ 12 ล้านคน และหากเปรียบเทียบกับปีพ.ศ. 2545 ปีแรกๆ ที่ทางสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) รมรงค์ให้มีการวิ่งออกกำลังกายซึ่งพบว่ามีนักวิ่งประมาณ 5.8 ล้านคน ตัวเลขนี้สะท้อนว่านักวิ่งในไทยเพิ่มอย่างก้าวกระโดด ขณะเดียวกัน การจัดกิจกรรมวิ่งมาราธอนมีจำนวนเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน จาก



การรวบรวมข้อมูลรายการวิ่งทั่วประเทศที่ประกาศผ่านทางเว็บไซต์วิ่งในไทยทั้งมินิมาราธอนฮาล์ฟมาราธอนมาราธอนรวมทั้งเทรล พบว่า ในปี พ.ศ. 2561 มีการจัดงานวิ่งทั้งหมด 990 รายการเฉลี่ยสัปดาห์ละ 19 รายการ นับว่ามากที่สุดเป็นประวัติการณ์ของการจัดงานวิ่งในไทยทุกสถิติในปี พ.ศ. 2560 ที่มีการจัดแข่ง 696 รายการหรือเพิ่มขึ้นมากถึง 294 รายการ

ย้อนหลังไป 10 ปีก่อน คนยังไม่ให้ความสนใจกีฬาวิ่งมากนัก การวิ่งไม่ได้รับความสนใจเท่ากับชวนเพื่อนไปเตะบอล ทุกคนมองข้ามกีฬาวิ่งเพราะคิดว่าเป็นกีฬาวิ่งไม่เท่ เป็นกีฬาของคนแก่ ที่ไม่มีแรงจะไปเตะบอล ภาพลักษณ์ของวงการวิ่งจึงเป็นกีฬาชายขอบในมุมของวัยรุ่น แต่วันนี้ทุกอย่างเปลี่ยนไป **กระแสการวิ่งเกิดจากอะไร?** เป็นประเด็นที่ถูกถามในสื่อสังคมออนไลน์ โดยหลังจากปี พ.ศ. 2555 เริ่มมีคนหนุ่มสาวออกมาวิ่งมากขึ้น บางคนกล่าวว่าเป็นเพราะจากการฉายภาพยนตร์เรื่องรัก 7 ปี ดี 7 หน ปรากฏการณ์ที่ **พี่ตูน บอดี้สแลมวิ่งระดมทุนโครงการก้าวคนละก้าว** ทั้ง 2 ครั้งจากกรุงเทพฯ-บางสะพานและเบตง-แม่สาย (ที่มา: คนไทยแห่วิ่ง 15 ล้านคน ดันงานวิ่งพุ่งนับพัน - เงินสะพัด 5 พันล้านบาท, หนังสือพิมพ์โลกโพสต์ไอร์แลนด์รายสัปดาห์ วันที่ 30 ตุลาคม 2561, <https://www.bltbangkok.com>) นอกจากนี้ **เทรนด์รักสุขภาพ** ทำให้การวิ่งคึกคัก ดังนั้นการออกกำลังกายจึงกลายเป็นวิถีที่คนรุ่นใหม่นอกจากฟิตเนสแล้ว ระยะ 5 ปีหลังมานี้เราเห็นเทรนด์การออกกำลังกายหลายอย่าง อาทิ ฟิตเนส T25 ปั่นจักรยาน จนมาถึงการวิ่ง ซึ่งการวิ่งกลายเป็นกีฬาสายหลักเมื่อ

ราว 2 ปีที่ผ่านมา ส่วนสาเหตุที่วิ่งกลายเป็นกีฬายอดนิยมแข่งจักรยาน อาจด้วยเพราะ 5 สาเหตุคือ ต้นทุนไม่แพง อุปกรณ์ไม่เยอะเหมือนจักรยาน เริ่มต้นได้ง่าย ความเท่าระดับเดียวกับการปั่นจักรยาน สามารถเป็นสัญลักษณ์ของคนรักสุขภาพได้ หากบอกว่าวิ่ง คือ กีฬาประจำตัว

สิ่งที่กระตุ้นให้กระแสวิ่งเติบโตอีกเรื่อง คือ **โลกออนไลน์** ในวงการวิ่งโลกออนไลน์คือช่องทางที่ช่วยกระจายข่าวสาร และสร้างให้วงการเติบโตเป็นกลุ่มก้อน หากเป็นในอดีตการประชาสัมพันธ์งานวิ่งสักงานคงหนีไม่พ้นการโฆษณาเป็นกลุ่มในวงจำกัด แต่เมื่อมีเฟสบุ๊คการกระจายข่าว การสร้างเพจเพื่อรวมกลุ่มกันอย่างอิสระทำได้ง่ายมากขึ้น รวมไปถึงในระดับปัจเจกชน ช่องทางออนไลน์กลายเป็นพื้นที่อวดกิจกรรม หรือสถิติการวิ่งของตัวเองให้โลกรู้ได้ด้วย ซึ่งก็กลายเป็นแรงบันดาลใจ หรือเป็นแรงกระตุ้นให้เพื่อนในเฟสบุ๊คของเราออกวิ่งอย่างไม่รู้ตัว

อีเวนต์หรือการแข่งขัน คือ สิ่งที่กระตุ้นให้วงการเติบโต ซึ่งเป็นโมเดลที่เหมือนกันหมดทุกวงการถ้าอยากให้วงการเติบโตก็ต้องมีกิจกรรมรองรับ และปัจจุบันงานวิ่งจัดขึ้นอย่างถี่ ซึ่งถ้าเอาตารางงานวิ่งมาเทียบกันจะเห็นได้ชัดเจนว่างานวิ่งมีทุกสัปดาห์ ขึ้นอยู่กับว่าเป็นงานเล็กระดับองค์กรการบริหารส่วนตำบล (อบต.) จัดเอง หรืองานใหญ่ระดับประเทศที่มีแบรนด์ใหญ่เป็นผู้สนับสนุน และในแง่ของการตลาด งานวิ่งกลายเป็นหนึ่งในวิธีประชาสัมพันธ์แบรนด์ หลายภาคธุรกิจที่ไม่เกี่ยวกับวงการวิ่งมาก่อนเลยก็เลือกที่จะจัดงานวิ่งเพื่อให้แบรนด์ได้ใกล้ชิดลูกค้าหรือว่าที่ลูกค้ามากยิ่งขึ้น อาทิ Together Run ของเครือ The Mall Group, Samsung Galaxy 10K หรือ a day Human Run รวมไปถึงการจัดวิ่งเพื่อระดมทุนเข้าองค์กรขององค์กรการกุศลต่าง ๆ (ที่มา: เจาะเทรนด์ ‘วิ่ง’ 6 เหตุผลทำไมถึงกลายเป็นกีฬายอดนิยมของคนในปัจจุบัน, เว็บไซต์ Mango Zero, <https://www.mangozero.com/7-reasons-why-run-is-mainstream/>)

Social syndrome & Office syndrome

มีผลการวิจัยทั้งในและต่างประเทศที่กล่าวถึง การเสพติดสื่อสังคมออนไลน์หรือ โซเชียลซินโดรม (Social syndrome) ที่มีผลต่อสุขภาพทางกายในลักษณะที่ไม่แตกต่างจากออฟฟิศซินโดรม (Office syndrome) ซึ่งเป็นอาการที่เกิดจากการนั่งทำงานหน้าคอมพิวเตอร์เป็นเวลานาน ๆ ทั้งนี้ เพราะการเสพติดการใช้สื่อสังคมออนไลน์ทำให้ ผู้ใช้ลดการเคลื่อนไหวทางกาย เกิดพฤติกรรมเนือยนิ่ง



A cartoon illustration of a young boy with brown hair, wearing a blue and white striped shirt and blue pants. He is in a dynamic, athletic pose, leaning forward with one leg extended back and his arms raised, suggesting movement or dance. The background is a solid pink color with some grey and white abstract shapes.

57

ทัศนคติและพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา: เรื่องปกติ เพื่อการสังสรรค์

แม้ว่ารัฐและหน่วยงานภาคีเครือข่ายต่าง ๆ พยายามหามาตรการทั้งในเชิงกฎหมายในการจำกัดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการรณรงค์ให้ลด ละ เลิกในช่วงเทศกาลสำคัญ แต่การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก็ยังคงอยู่ ทั้งนี้เพราะแอลกอฮอล์อยู่ในวิถีชีวิตของทุกคนในสังคม **สังคมมีทัศนคติต่อการดื่มแอลกอฮอล์ว่าเป็นเรื่องปกติและเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการสังสรรค์ การเข้าสังคม การสร้างและกระชับความสัมพันธ์ และการเฉลิมฉลอง** โดยแม้จะเห็นด้วยว่าปัญหาการดื่มสุราเป็นปัญหาสังคมไทย ดังจะเห็นจากผลการสำรวจความคิดเห็นและทัศนคติของประชาชนไทยต่อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.2560-2561 พบว่า

ร้อยละ 49.6 เห็นด้วยว่า การดื่มสุราเป็นเรื่องปกติธรรมดา

ร้อยละ 44.8 เห็นด้วยว่า การดื่มสุราเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการสังสรรค์

ร้อยละ 71.9 เห็นด้วยว่า ปัญหาการดื่มสุราเป็นปัญหาสำคัญของสังคมไทย

นอกจากนี้ รายงานการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของครอบครัวไทย เพื่อสำรวจการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของครอบครัว และหากกลยุทธ์การช่วยลดการบริโภค เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของครอบครัวของยุพา จีวพัฒน์กุล และธนัชฐา สมัย (2557) พบว่า **สมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ (ร้อยละ 44.5) นิยมบริโภคเบียร์มากกว่า สุรา ไวน์ หรือสเปย์** โดยผู้ที่บริโภคสุรามักนิยมบริโภคสุราไทย (ร้อยละ 21.5) มากกว่าสุราฝรั่ง (ร้อยละ 11) ซึ่งส่วนใหญ่บริโภค เบียร์ 1 - 2 กระป๋อง หรือบริโภคสุรา 1 ขวดแบน (ร้อยละ 70.7) ส่วนผู้ที่บริโภคเบียร์เป็นปริมาณมากมีถึง 81 คน (ร้อยละ 42.4) นอกจากนั้น **ส่วนใหญ่เคยคิดว่าตนเอง ควรลดปริมาณการบริโภคลง เพราะต้องเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมาก (ร้อยละ 52.9)**

ปัจจุบัน ประมาณครึ่งหนึ่งบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นาน ๆ ครั้งเมื่อมีโอกาสพิเศษ (ร้อยละ 50.8) ส่วนผู้ที่บริโภคทุกวันมีเพียงร้อยละ 20.9 โดยเหตุจูงใจอันดับแรกที่ทำให้ยังคงบริโภคเนื่องจากรู้สึกอยาก (ร้อยละ 25.7) ส่วนเหตุจูงใจรองลงมา คือ ต้องเข้าสังคม (ร้อยละ 23.6) ซึ่งนิยมบริโภคที่บ้านตนเองมากที่สุด (ร้อยละ 42.4) รองลงมา ได้แก่ บ้านเพื่อน (ร้อยละ 27.7) และที่ร้านอาหาร ร้านคาราโอเกะ และไนต์คลับ (ร้อยละ 25.2)

ภายหลังบริโภคเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์จะรู้สึกกระปรี้กระเปร่า (ร้อยละ 33.5) และพูดมาก หงุดหงิด เอะอะ โวยวาย (ร้อยละ 20.4) แต่หลายรายง่วนนอน (ร้อยละ 31.9) และไม่พูด (ร้อยละ 12.6) ส่วนอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ปวดกระเพาะมักเกิดขึ้นหลังดื่ม (ร้อยละ 50.8) แต่**ส่วนใหญ่คิดว่าการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่ส่งผลกระทบ ต่อการทำงาน และครอบครัว (ร้อยละ 85.9)** นอกจากนั้น 132 คน **คิดว่าตนไม่สามารถเลิกดื่มได้ในอนาคต (ร้อยละ 69.1)** เนื่องจากต้องเข้าสังคม และมักมีโอกาพิเศษที่จำเป็นต้องเข้าร่วม (ร้อยละ 28.8) ส่วนผู้ที่คาดว่าจะไม่บริโภคเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ในอนาคต ส่วนใหญ่เนื่องจากมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 57.1) และต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 14.1)

ค่านิยมอย่างหนึ่งของสังคมไทย คือ “ฉลองต้องดื่ม” การฉลองเกือบทุกอย่างต้องฉลองด้วยการดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร่วมกันหรือมีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประกอบอาหาร หากขาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะรู้สึกว่าการฉลองนั้นมันไม่สุด หรือยังไม่ครบ ซึ่งค่านิยมนี้สัมพันธ์กับเทศกาลและวาระการดื่มในโอกาสต่างๆ เช่น สงกรานต์ ซึ่งถูกมองว่าเป็นวันกลับบ้านเพื่อไปอยู่กับครอบครัว และเมื่อพบเจอเพื่อนเจอญาติพี่น้องที่เดินทางกลับบ้านเหมือนกัน ต้องมีการเลี้ยงฉลองกัน และเครื่องดื่มที่ครอบครัวไทยต้องมีประจำการเลี้ยงฉลอง คือ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และเป็นการดื่มที่ไม่ต้องกังวลเรื่องดื่มจนไปทำงานไม่ได้ เพราะมีวันหยุดเพิ่มเติมรองรับแล้ว ทำให้กลายเป็นพฤติกรรมการดื่มที่ยาวนาน ข้ามวันข้ามคืน องค์ประกอบในการดื่มจึงครบ คือ มีวันหยุดยาวไม่ต้องกังวล มีกลุ่มเพื่อน มีกลุ่มครอบครัว มีความสนุกสนานในกลุ่มเพื่อนและครอบครัว

การสื่อสารผ่านเนื้อหาและการวางกลยุทธ์ด้านวิถีชีวิต

ทางด้านกลยุทธ์การตลาดและการสื่อสารของธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีการปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ด้านเนื้อหาการโฆษณาประชาสัมพันธ์นับแต่มีการห้ามการโฆษณาผลิตภัณฑ์ (product advertising) ซึ่งกล่าวได้ว่าแนวคิดกลยุทธ์การโฆษณาเหล่านี้ ก็จับความคิด ค่านิยม และวิถีชีวิต (Lifestyle) ของสังคม มาผลิตซ้ำและตอกย้ำให้สังคมยังคงมองการดื่มแอลกอฮอล์เป็นเรื่องปกติ ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อความสำเร็จของมาตรการณรงค์ให้ลด ละ เลิกการดื่มแอลกอฮอล์

แนวคิดการสื่อสาร ที่สำคัญ ได้แก่

- แนวคิดเรื่อง Responsible drinking หรือการดื่มอย่างรับผิดชอบ ก็เป็นกลยุทธ์การสื่อสารอีกกลยุทธ์หนึ่งที่ถูกนำมาใช้ในรูปแบบของกิจกรรมการสื่อสารของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งแนวคิดนี้ได้รับการตอบรับเชิงบวกจากสังคมไทย เพราะแนวคิดนี้เสริมกับทัศนคติเดิมที่มีอยู่แล้วในสังคมไทย ว่า **ดื่มได้แต่ต้องรับผิดชอบต่อตัวเอง และ ถ้าดื่มพอประมาณก็ไม่เป็นไร และ คนดื่มคุมการดื่มของตนเองได้** ยิ่งสร้างภาพลักษณ์บวกให้แก่เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสามารถกลบล้างความพยายามในการรณรงค์งดดื่ม เพราะดื่มได้พอประมาณ ไม่เป็นไร

- กลยุทธ์การสื่อสารอีกแนวคิดที่สำคัญในปัจจุบัน คือ **การใช้พฤติกรรมการดื่มเป็นกลุ่ม/ความเชื่อเรื่องมิตรภาพในดื่ม**เป็นเนื้อหาหลักหรือ content หลักในการสื่อสาร เช่น ความสำเร็จได้มาจากเพื่อน มิตรภาพอยู่เบื้องหลังทุกความสำเร็จ หรือให้ใจเพื่อนให้เต็มที่ เพราะเพื่อนอยู่กับเราตลอดเวลา เป็นต้น รวมทั้งยังตอกย้ำทัศนคติเดิมที่อยู่คู่สังคมไทยและคนไทย คือ **ดื่มเพื่อผูกมิตร ดื่มเพิ่มมิตร ดื่มไปคุยไป จะได้เพื่อนกลับมา และความสนิทสนมเกิดในวงดื่ม** (ที่มา: ศรีรัช ลอยสมุทร, เหลียวหน้า แลหลัง เกาะกระแส ดีแต่ทุกประเด็น: เจาะลึกกลยุทธ์ธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา, 2561) แนวทางการโฆษณานี้จึงยังเป็นตอกย้ำและผลิตซ้ำภาพลักษณ์และค่านิยมการดื่มแอลกอฮอล์กับการสร้างและกระชับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและกลุ่มคนมากขึ้น

กลยุทธ์การตลาดและการขาย

นอกจากปรับเปลี่ยนวิธีการสื่อสารแล้ว ยังมีการปรับเปลี่ยนวิธีการขาย เปลี่ยนวิธีการนำเสนอสินค้าให้เข้าถึงผู้ซื้อมากขึ้น เปลี่ยนวิธีการนำเสนอสินค้าเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตของผู้บริโภค และเปลี่ยนวิธีการหา กลุ่มลูกค้ากลุ่มใหม่ๆ อยู่ตลอดเวลา ซึ่งกลยุทธ์การตลาดและการขายนี้ รองรับและเชื่อมโยงค่านิยมสังคมที่การดื่มแอลกอฮอล์เป็นการสังสรรค์ สนุกสนาน การสร้างและกระชับความสัมพันธ์ของบุคคล กลุ่มเพื่อนฝูง ญาติมิตร

- **Music Marketing** กลยุทธ์ที่ประสบความสำเร็จจนธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใช้เป็นกลยุทธ์หลักจนถึงปัจจุบัน คือ music marketing หรือการตลาดดนตรี ที่แฝงมาในรูปแบบต่างๆ เช่น คอนเสิร์ต เบียร์บาร์ดี มินิคอนเสิร์ตในร้านเหล้ารอบสถานศึกษา ลานเบียร์+ดนตรี และงานเฟสติวัลดนตรีกลางแจ้ง เป็นต้น

- **Sports marketing** หรือการตลาดที่นำด้วยกีฬา รูปแบบการสื่อสารคือนำนักกีฬาชื่อดังต่างประเทศมาแสดงในโฆษณา และแตกแขนงต่อยอดออกไปเป็น sports sponsorship ในรูปแบบต่างๆ อีกมากมาย การเป็นสปอนเซอร์หรือ co-sponsor ทีมกีฬา/การแข่งขัน การแสดงชื่อสินค้าและตราสัญลักษณ์บนเสื้อนักกีฬา เป็นต้น

- **Seasonal marketing** โดยกลยุทธ์การตลาดตามเทศกาลของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อาทิ วันสำคัญ เทศกาลสำคัญต่างๆ

ปัจจุบันการสื่อสารใน mass media แบบยุคก่อน ลดลงอย่างเห็นได้ชัด โดยเปลี่ยนมาเป็น social media network สื่อใหม่ที่ทวีความสำคัญมากขึ้น แต่กระนั้น ด้วยข้อจำกัดของกฎหมายควบคุมการโฆษณา ทำให้เนื้อหาการสื่อสารส่วนใหญ่เป็นแบบแฝง ผ่านแนวคิดด้านวิถีชีวิตและการสร้างคุณค่าของแบรนด์ต่อสังคมหรือคุณประโยชน์ต่อสังคมเป็นหลัก โดยพบว่า เครื่องดื่มแอลกอฮอล์แต่ละแบรนด์ต่างมีช่องทางการสื่อสารใน social media หลายช่องทาง หลายชื่อ หลายวัตถุประสงค์ โดยแต่ละช่องทางจะมีเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ เช่น ในสื่อ Facebook พบว่า เครื่องดื่มแอลกอฮอล์แต่ละแบรนด์ จะเปิด Fanpage หลายแฟนเพจ แต่ละแฟนเพจมีเนื้อหาและวัตถุประสงค์ที่แตกต่างกัน เช่น แฟนเพจสำหรับสื่อสารเรื่องดนตรี แฟนเพจสื่อสารเรื่อง lifestyle แฟนเพจสื่อสารเรื่องกิจกรรมจิตอาสาของแบรนด์ เป็นต้น

การขายแบบดีลิเวอรี่

ปัจจุบันคนไทยใช้งานอินเทอร์เน็ตมากขึ้น เรียกได้ว่าสูงเป็นอันดับต้นๆ ของโลก โดยสำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ (องค์การมหาชน) (สพธอ.) หรือ ETDA ได้จัดทำ รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในประเทศไทย ปี 2561 (Thailand Internet User Profile 2018) ซึ่งมีผู้เข้าร่วมตอบแบบสำรวจผ่านทางเว็บไซต์จำนวน 10,730 คน พบว่า ในปี 2018

- คนไทยใช้อินเทอร์เน็ตเฉลี่ยต่อวัน 10 ชั่วโมง 5 นาที
- วันทำงาน/เรียน 9 ชั่วโมง 48 นาที ต่อวัน
- วันหยุด 10 ชั่วโมง 54 นาที ต่อวัน
- ช่วงอายุที่ใช้อินเทอร์เน็ตต่อวันสูงที่สุดคือ Gen Z และ Gen Y ตามด้วย Gen X และ Baby Boomer

นอกจากนี้ ยังพบว่า การซื้อสินค้าหรือบริการออนไลน์หรือการทำ e-Commerce ยังคงติดอันดับ 1 ใน 5 ของกิจกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตของคนไทย จากปีที่ผ่านมาที่มีผู้ซื้อสินค้าและบริการทางออนไลน์ร้อยละ 50.8 ในปี 2561 นี้ ตัวเลขนี้ขยับเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 51.3

ส่งผลให้ธุรกิจอีคอมเมิร์ซในไทยเติบโตอย่างรวดเร็ว ขณะเดียวกันธุรกิจออฟไลน์ต่างก็ปรับตัวเข้าสู่ยุคดิจิทัล ดิสรัปชัน (Digital Disruption) เพื่อเข้าถึงลูกค้ายุคใหม่มากขึ้น นอกจากนี้ข้อมูลยังแสดงให้เห็นว่า ผู้หญิงไทยนิยมซื้อสินค้าและบริการออนไลน์มากกว่าผู้ชาย คิดเป็นร้อยละ 59 และร้อยละ 41 ตามลำดับ ส่วนคนรุ่นใหม่ คือกลุ่มที่ชื่นชอบการซื้อสินค้าและบริการออนไลน์มากที่สุด มีมากกว่าครึ่งหนึ่งของนักช้อปปิ้งออนไลน์ทั้งหมดถึงร้อยละ 51 คือช่วงอายุระหว่าง 25 - 34 ปี และตามมาด้วยกลุ่มคนอายุ 35 - 44 ปี (ร้อยละ 21) และ 18 - 24 ปี (ร้อยละ 16) ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 12 เป็นผู้บริโภคมที่มีอายุมากกว่า 45 ปี

แบบแผนการจำหน่ายและซื้อสินค้าของประชาชนเริ่มเปลี่ยนแปลง จากการขายตรงผ่านร้านค้า ร้านสะดวกซื้อแล้ว “การขายแบบดีลิเวอรี่ส่วนใหญ่เป็นลักษณะทางออนไลน์หรือโทรศัพท์สั่งซื้อ ทำให้สามารถซื้อขายเวลาใดก็ได้ และไม่สามารถตรวจสอบอายุผู้ซื้อได้ ซึ่งมีความเสี่ยงในการกระทำผิดตาม พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 คือ การขายนอกเวลากำหนดที่ให้ขายได้คือ 11.00-14.00 น. และ 17.00-24.00 น. การขายให้เด็กอายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์ และการโฆษณา ส่งเสริมการตลาด เนื่องจากการขายผ่านออนไลน์มักจะมีการโฆษณาเชิญชวนและจัดโปรโมชั่นลดแลกแจกแถม ทั้งนี้ เข้าใจได้ว่าสินค้าทุกอย่างเริ่มมีการขายทางออนไลน์มากขึ้น โดยเฉพาะเด็กและเยาวชนที่ส่วนใหญ่ก็อยู่บนโลกออนไลน์ ทำให้ไม่สามารถคัดกรองผู้ซื้อได้ การสั่งซื้อขายได้ตลอดเวลา และมีการโฆษณาลดแลกแจกแถม”



2.4.4 บุหรี่

มาตรการทางกฎหมายและการเพิ่มภาษี

บุหรี่ถือเป็นสินค้าเสพติด ซึ่งนำไปสู่ปัญหาทางสุขภาพของประชาชน จากสถิติพบว่าคนไทยเสียชีวิตด้วยโรคอันเนื่องจากการสูบบุหรี่ถึงปีละไม่ต่ำกว่า 40,000 คน ประเทศไทยได้ดำเนินการหลายมาตรการเพื่อให้ประชาชนลดการสูบบุหรี่ลง โดยมาตรการด้านภาษีเป็นมาตรการหนึ่งที่น่าสนใจเพื่อลดการสูบบุหรี่ มาตรการด้านการให้การศึกษา ความรู้ และความเข้าใจ ถึงผลเสียของการสูบบุหรี่ รวมถึงการออกพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ และพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ ซึ่งมีใจความสำคัญ คือ ห้ามการโฆษณาบุหรี่ และส่งเสริมการขายทุกชนิด

การเพิ่มภาษีบุหรี่ ประเทศไทยน่านโยบายด้านภาษีบุหรี่มาใช้ ซึ่งมีผลทำให้ราคาบุหรี่สูงขึ้น เพื่อกระตุ้นให้ผู้สูบบุหรี่ที่มีรายได้น้อยสูบบุหรี่น้อยลง หรือทำให้หลายคนตัดสินใจเลิกสูบบุหรี่ รวมถึงการทำให้เด็กและเยาวชน ริเริ่มสูบบุหรี่น้อยลง โดยภาษีบุหรี่ของประเทศไทยสูงติดอันดับต้นๆ ของโลก จากทั้งหมด 195 ประเทศซึ่งเป็นผลจากการปฏิรูประบบภาษีสรรพสามิตเมื่อเดือน กันยายน พ.ศ.2560 ทำให้ระบบโครงสร้างภาษียาสูบใกล้เคียงแนวปฏิบัติสากลมากขึ้น และมีผลให้อัตราภาษีบุหรี่ต่อราคาขายปลีกสูงติดอันดับโลกด้วย อีกทั้งกรมสรรพสามิตยังได้ตัดสินใจขึ้นภาษียาเส้นไปถึง 19 เท่า

ภาพและคำเตือนบนซองบุหรี่ การบังคับให้บริษัทบุหรี่พิมพ์คำเตือนถึงพิษภัยของการสูบบุหรี่ เป็นมาตรการควบคุมการสูบบุหรี่ มาตรการแรกที่ประเทศต่างๆ นำมาใช้ เพื่อหวังที่จะให้คนไม่สูบบุหรี่หรือเลิกสูบบุหรี่ อย่างไรก็ตาม การออกกฎหมายคำเตือนเป็นไปด้วยความยากลำบาก ทั้งเพราะการคัดค้านของบริษัทบุหรี่ และการที่ฝ่ายรณรงค์ไม่สูบบุหรี่ใช้เวลาในการเรียนรู้เรื่องการได้มาซึ่งคำเตือนที่มีประสิทธิภาพ รวมถึง

ธรรมชาติที่บุหรี่เป็นยาเสพติดที่อำนาจการเสพติดรุนแรง ทำให้ผู้ที่ติดบุหรี่อยู่แล้ว แม้จะรู้ถึงคำเตือนบนซอง บุหรี่ แต่ส่วนใหญ่ก็เลิกสูบไม่สำเร็จ

สำหรับประเทศไทย ตั้งแต่เดิมจนถึง พ.ศ. 2543 คำเตือนของประเทศไทย อยู่ในรูปแบบของข้อความ ตัวอักษร ซึ่งจุดอ่อนคือ ผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ได้รับการศึกษาน้อย ไม่เข้าใจความหมายของข้อความคำเตือน ผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่รู้ว่าบุหรี่ไม่ดี ซึ่งพบว่า ในผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับอันตรายต่อสุขภาพที่เกิดจากการสูบบุหรี่น้อยจะมีอัตราการสูบบุหรี่สูง **ยิ่งรู้ (อันตรายของบุหรี่) น้อย ยิ่งสูบบุหรี่มาก** ในผู้ที่ติดบุหรี่แล้วการที่มีความรู้ถึงพิษภัยของการสูบบุหรี่มากขึ้น จะทำให้เลิกสูบบุหรี่ได้ง่ายขึ้น ดังนั้น การทำให้คนสูบบุหรี่น้อยลง มาตรการที่สำคัญที่สุดมาตรการหนึ่ง คือ การทำให้ประชาชนทั้งที่ไม่สูบบุหรี่ และที่สูบบุหรี่รู้ถึงพิษภัยของการสูบบุหรี่และการได้รับควันบุหรี่มือสอง ซึ่งการพิมพ์คำเตือนบนซองบุหรี่มีจุดแข็งตรงที่สามารถเข้าถึงผู้สูบบุหรี่ทุกคนโดยตรง ซึ่งโดยปกติแล้วผู้สูบบุหรี่จะพยายามหลีกเลี่ยงที่จะรับข่าวสารพิษภัยของการสูบบุหรี่จากแหล่งความรู้จากสื่อต่างๆ

ปัจจุบันนี้ประเทศต่างๆ ได้ออกกฎหมายกำหนดให้ผู้ผลิตบุหรี่ต้องพิมพ์คำเตือนเป็นรูปภาพแล้วมากกว่ายี่สิบประเทศ และกฎหมายจะมีผลบังคับใช้ภายในหนึ่งถึงสองปีอีกสิบกว่าประเทศ ส่วนใหญ่คำเตือนที่เป็นรูปภาพมีขนาดครึ่งหนึ่งของพื้นที่ด้านหน้าและด้านหลังของซอง เพื่อให้ความรู้และเตือนผู้สูบบุหรี่ ถึงพิษภัยของการสูบบุหรี่ และการได้รับควันบุหรี่มือสอง และเชิญชวนให้เลิกสูบบุหรี่

การสำรวจความคิดเห็นของคนไทยในอดีตที่ผ่านมา ว่าได้รับความรู้เรื่องพิษภัยของการสูบบุหรี่จากแหล่งใด พบเรียงลำดับความถี่ว่า ได้รับความรู้จากโทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ สื่อธรรมาภิบาลอื่นๆ และการบอกกล่าวของบุคลากรทางสาธารณสุข แต่หลังจากที่ประเทศไทยมีภาพคำเตือนบนซองบุหรี่เป็นรูปภาพ การสำรวจของเอแบคโพลล์ เมื่อเดือนมีนาคม 2551 ในประชาชน 658 คน ที่มาใช้บริการที่สถาบันเด็กแห่งชาติมหาราชินี พบว่า ได้รับความรู้เรื่องพิษภัยของการสูบบุหรี่จาก โทรทัศน์ ภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ วิทยุ หนังสือพิมพ์ การบอกเล่าของบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งแสดงถึงความสำคัญของการมีภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ในการเป็นแหล่งความรู้พิษภัยของการสูบบุหรี่สำหรับประชาชนทั่วไป



สรุป

ประเด็น	นโยบาย กฎ ระเบียบ	กระแสสังคม วัฒนธรรม	เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม	ลักษณะทาง ประชากร	เทคโนโลยี
อาหาร	มาตรการ กฎหมายและภาษี สินค้าหวาน : น้ำตาลในอาหารและเครื่องดื่ม มัน : ไขมันทรานส์ เค็ม : โซเดียม	- กระแสรักสุขภาพ - วัฒนธรรมการบริโภคหวาน/เค็มของแต่ละภาค	- ร้านกาแฟ ร้านขนม ไข่มุก - การเพิ่มขึ้นของร้านสะดวกซื้อในชุมชน - สโลแกน “ทิวเมื่อไหร่ก็แวะมา” ส่งผลให้คนกินต่อเนื่องตลอดเวลา?	ขนาดครอบครัวเล็ก ทำงานนอกบ้าน ไม่มีเวลาทำอาหาร (คนเมือง)	- การเพิ่มขึ้นของร้านค้าออนไลน์ - ข้อมูลสุขภาพมาก ค้นหาง่าย ภาวะข้อมูลท่วมท้น

ประเด็น	นโยบาย กฎ ระเบียบ	กระแสวิง วัฒนธรรม	เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม	ลักษณะทาง ประชากร	เทคโนโลยี
ออกกำลัง กาย		- กระแสวิง ช่วง 7 ปีที่ผ่านมา : หนึ่ง คนดัง แปรนต์ รองเท้า แฟชั่น เป็น กีฬาที่ง่าย คน เดียว ไม่มี อุปกรณ์มาก ที่ ไหนก็ได้ - กระแสรัก สุขภาพ	สถานที่ออกกำลังกาย ฟิต เนส สวน สุขภาพ เพิ่ม/ลด?	เดิมนั้น 40+ หลัๆ เริ่มอายุน้อย	- Social media (FB, IG, twitter อื่น ๆ) บอกต่อ ประชาสัมพันธ์ - แอปพลิเคชัน สุขภาพ
แอลกอฮอล์	- กฎหมาย ควบคุมการ จำหน่ายตาม เวลาและ สถานที่ห้าม จำหน่าย อายุ ขั้นต่ำที่กำหนด - การจัดเก็บภาษี	วัฒนธรรมการดื่ม: เป็นเรื่องปกติ เป็น สิ่งจำเป็นสำหรับการสังสรรค์	การเพิ่มขึ้นของ ร้านสะดวกซื้อใน ชุมชน ตลาดนัด	ชนบท / เมือง อายุ เพศ	การเพิ่มขึ้นของ ร้านค้าออนไลน์ โดยไม่สามารถใช้ กฎหมายที่มี ควบคุมได้
บุหรี่	- กฎหมาย ควบคุมสถานที่ สูบบุหรี่ - การจัดเก็บภาษี		การเพิ่มขึ้นของ ร้านสะดวกซื้อใน ชุมชน	อายุ เพศ	การเพิ่มขึ้นของ ร้านค้าออนไลน์ โดยไม่สามารถใช้ กฎหมายที่มี ควบคุมได้

บทที่ 3 บทสรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การสัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และการลงเก็บข้อมูลในพื้นที่ พบว่า ในภาพรวมของประเทศ กลไกสำหรับการควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ส่วนใหญ่เป็นการดำเนินการเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพมากกว่ามาตรการเพื่อลดหรือกำจัดปัจจัยเสี่ยง หรือการสร้างความตระหนักให้ประชาชน นอกจากนี้ การดำเนินการในพื้นที่ที่ยังคงให้ความสำคัญกับกิจกรรมการคัดกรองโรค และการให้บริการดูแลเพื่อการรักษาพยาบาล แม้ว่าหน่วยงานในพื้นที่จำนวนหนึ่งจะมีความพยายามในการพัฒนาคุณภาพด้านบริการสุขภาพสำหรับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ข้อค้นพบที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ การดำเนินงานแผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ เป็นลักษณะแยกส่วนตามกลุ่มเป้าหมาย และภารกิจของแต่ละหน่วยงาน ส่งผลให้ขาดความชัดเจนในการออกแบบวิธีการทำงานที่มีการบูรณาการ ทั้งภายในหน่วยงานและระหว่างหน่วยงาน นอกจากนี้ การกำหนดกลยุทธ์ยังขาดความชัดเจนด้านมาตรการที่มีประสิทธิภาพต่อเป้าหมายที่สอดคล้องกับบริบทของสังคมไทย รวมถึงการจัดการระบบสนับสนุน

ในประเด็นเรื่องฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ยังขาดความถูกต้อง และความสมบูรณ์ของข้อมูล รวมทั้งไม่สอดคล้องกันระหว่างฐานข้อมูลแต่ละแหล่ง ทำให้มีข้อจำกัดในการนำข้อมูลมาใช้ นอกจากนี้ ระบบการติดตามและประเมินผลของมาตรการทางกฎหมายและมาตรการทางสังคม ยังไม่มีความชัดเจนในการดำเนินการ

ในพื้นที่ มีข้อจำกัดในการรับรู้ต่อแผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ 5 ปี (พ.ศ.2560-2564) ทั้งในระดับบริหาร และระดับปฏิบัติการ ทำให้การใช้ประโยชน์จากแผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ มีข้อจำกัด รวมถึงการขาดโครงสร้างฯ รองรับมาตรการใหม่ที่ลงมาในพื้นที่ เช่น นโยบายการส่งเสริมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

- ปรับโครงสร้างและกลไกให้คณะกรรมการขับเคลื่อนแผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ 5 ปี (พ.ศ.2560-2564) มีการขับเคลื่อนงานแผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ ที่เข้มแข็งและเกิดการบูรณาการอย่างแท้จริง
- สร้างกลไกในการรับรู้และใช้แผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ ในทุกระดับ เพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่ส่งผลต่อการสร้างการเปลี่ยนแปลงในระดับบุคคลอย่างแท้จริง
- สร้างกลไกในการรวบรวม/พัฒนา/ต่อยอด/เผยแพร่ชุดความรู้ที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมระดับบุคคลอย่างแท้จริง
- เร่งรัดการพัฒนาคุณภาพฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ และจัดระบบข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวังเฉพาะจุด ที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ที่มีการเคลื่อนย้ายประชากร เช่น พื้นที่เขตเมืองขนาดใหญ่ พื้นที่เขตอุตสาหกรรม พื้นที่เขตท่องเที่ยว หรือ พื้นที่เขตชนบท เป็นต้น
- พัฒนา/ปรับปรุงการคัดกรองและวินิจฉัยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มผู้มารับบริการที่หน่วยบริการเพิ่มเติมจากการคัดกรองในชุมชน และปรับโมทัศน์ประชาชนทั่วไป โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย ให้แสวงหาและเข้ารับบริการให้เร็วที่สุด รวมถึงการจัดให้มี public health station ในจุดที่เหมาะสมเพื่อให้ประชาชนสามารถตรวจวัดได้ด้วยตนเอง
- พัฒนากลไกสร้างการรับรู้และความตระหนักต่อภาระโรคไม่ติดต่อให้กับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ (กองทุนสุขภาพตำบล) ซึ่งเป็นโครงสร้างในระดับพื้นที่ในการขับเคลื่อนงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ
- ประเมินผลกระทบด้านสุขภาพของมาตรการทางกฎหมาย และมาตรการทางสังคม เพื่อพัฒนาและกำหนดเป็นเครื่องมือในการขยายผลการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ผู้อำนวยการสำนักสร้างเสริมวิถีชีวิตสุขภาวะ สสส.

วันที่ 7 ตุลาคม 2562 ณ ห้องประชุมชั้น 5 สสส.

ตามโครงสร้างการทำงานของ สสส. งาน NCDs อยู่ภายใต้การดำเนินงานของ สำนัก 1 สำนัก สนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลัก และสำนัก 5 สำนักสร้างเสริมวิถีชีวิตสุขภาวะ ดูแลเกี่ยวกับเรื่องอาหาร ซึ่งมีการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายจากทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาควิชาการ ภาคประชาสังคม และภาคเอกชน เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อาทิ ลดการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการเพิ่มปัจจัยเสริม เช่น ส่งเสริมอาหารเพื่อสุขภาพและการเพิ่มกิจกรรมทางกาย โดยงานเพื่อควบคุมและป้องกันโรค NCDs ของ สสส. มีความสอดคล้องกับหลักการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ตามกฎบัตรอตตาวา ซึ่งผลจากการผลักดันงานร่วมกับภาคีเครือข่ายสุขภาวะที่ผ่านมา ช่วยให้ประเทศไทยประสบความสำเร็จระดับหนึ่งในการป้องกันและควบคุมปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยมีการดำเนินการทั้งเชิงนโยบาย องค์ความรู้ การรณรงค์สร้างความตระหนัก และการจัดการสิ่งแวดล้อม ผลการติดตามความก้าวหน้าขององค์การอนามัยโลก ในปีพ.ศ. 2560 (World NCD Progress Monitor 2017) พบว่า ประเทศไทยมีผลการดำเนินงานเป็นอันดับหนึ่งในอาเซียนและเป็นอันดับ 3 ของโลกร่วมกับประเทศฟินแลนด์และนอร์เวย์

สสส. ได้ประยุกต์ใช้ยุทธศาสตร์ “ไตรพลัง” ในการเชื่อมโยงภาคีทุกภาคส่วนมาร่วมกันทำงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค NCDs คือ

- การใช้พลังปัญญา ผ่านการพัฒนาองค์ความรู้ที่จำเป็นในการวิเคราะห์และแก้ไขปัจจัยเสี่ยงของโรค NCDs
- ใช้พลังสังคม ด้วยการสื่อสารรณรงค์เพื่อปรับเปลี่ยนค่านิยมวัฒนธรรม ขยายแนวคิดความรอบรู้ เรื่องการป้องกันโรค NCDs ให้เหมาะสมตามกลุ่มวัย
- การใช้พลังนโยบาย ผ่านการประสานผลักดันนโยบายและกฎหมายที่เอื้อต่อการลดความเสี่ยงของโรค อาทิ พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 เป็นต้น

งานของสำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลัก (สำนัก 1) จะเน้นทำเรื่อง risk factor เป็นส่วนใหญ่ ซึ่งงานด้านการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพจะไม่ใช่งานหลักของสสส. แต่เป็นงานในส่วนของ สปสช. และกระทรวงสาธารณสุข

1. การรับรู้ และความเข้าใจเกี่ยวกับแผนยุทธศาสตร์ฯ 5 ปี

สสส.ร่วมเป็นกรรมการจัดทำยุทธศาสตร์ฯ 1 กับ 6 ของแผนยุทธศาสตร์ดังกล่าวที่เป็นการขับเคลื่อนนโยบายและการติดตามประเมินผล ในช่วงที่นพ.บัณฑิต ศรีไพศาล เป็นผู้อำนวยการสำนัก 1 และสมัยนั้นงาน NCDs อยู่ในภารกิจรับผิดชอบของรองผู้จัดการ

- “ในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา รู้สึกเฉยๆกับแผนยุทธศาสตร์ดังกล่าว และงาน NCDs เพราะลักษณะงานที่ทำของ สสส. ไม่ได้มีการอ้างอิงถึงแผนฯ ยุทธศาสตร์ นี้เลย”จะทำงานกันตามแผนหลักของสสส.เอง
- สสส.มีแผนการดำเนินงานในระยะ 1 ปี 3 ปี และ 5 ปี ซึ่งมีบทบาทที่สำคัญ คือการผลักดันให้เกิดนโยบายชาติ เพื่อให้กลไกหลักทำงาน แผนยุทธศาสตร์ฯที่ส่งมา แม้จะรู้ว่าไม่ effective ยกเว้นงานที่อยู่ในมือของ สสส. เช่น บุหรี่ เหล้า แต่เป็นเหมือน platform ที่เข้ามาเกี่ยวข้อง คือ ยังเป็นทิศทางในการทำงานของ สสส.อยู่บ้าง แต่การทำงานจริงของสสส.จะมียุทธศาสตร์การทำงานของตัวเอง
 - สสส. มองว่า อยากให้แผนยุทธศาสตร์ ที่ effective มีการดำเนินงานที่เกิดมรรคผลอย่างแท้จริง
 - ทำงานเพื่อต่อยอดเป้าหมายของประเทศ และเพื่อพัฒนายุทธศาสตร์ของ สสส.

2. บางกิจกรรมอาจไม่ใช่กิจกรรมหลักของ สสส. แต่ต้องทำ จะบริหารจัดการอย่างไร?

นอกจากการดำเนินงานในเรื่องเหล้าและบุหรี่ที่ดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพแล้ว งานที่ทำได้ดีและเด่น เพราะอยู่ในแผนของ สสส. คือ อาหาร และการออกกำลังกาย ในการดำเนินงานจะยึดตามแผนเหล้า บุหรี่ โดยเริ่มจากการผลักดันให้เกิดนโยบาย ทำให้ช่วงนี้กระแสของการออกกำลังกายเพิ่มมากขึ้น โดยมีทีมวิจัยจากสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (IPSR) ทำงานวิจัยเพื่อจัดทำข้อมูลด้านกิจกรรมทางกายของประชาชน

งานบางอย่างอาจจำเป็นต้องใช้องค์ความรู้ในการฟื้นขึ้นมา เช่น เรื่องการควบคุมการบริโภคเกลือ หรือ nutrition เพราะเป็นเรื่องที่คนทำยังไม่ชัดเจน

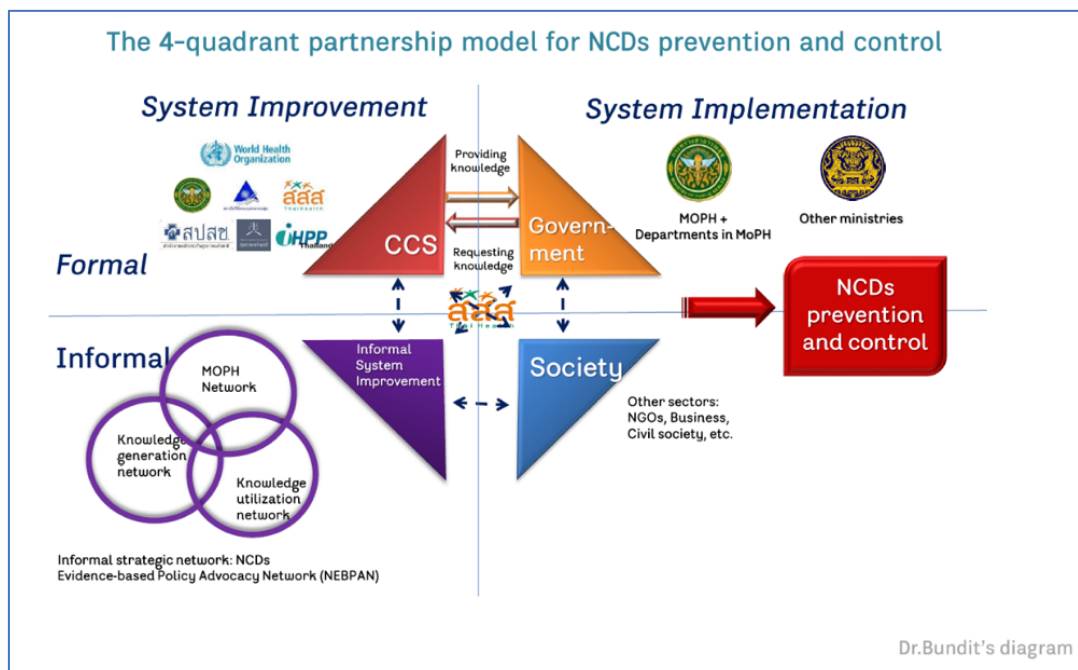
เรื่องที่ สสส.ผลักดันได้ เช่น ไขมันทรานส์ ซึ่งสสส.เป็นผู้จัดทำข้อมูลสนับสนุนการตัดสินใจของฝ่ายการเมือง แต่อยู่ในแผนของ อย.

3. บางเรื่องทำสำเร็จ บางเรื่องไม่สำเร็จ ให้ความสำคัญอย่างไร

- ประเด็นใดถ้ามาจากคณะกรรมการบริหารแผนฯ จะสำเร็จ โดยผู้ใหญ่ติดตามดูแล
- สสส. เป็นกลไกประสานงานกลางที่ใช้ในการขับเคลื่อน เปรียบเหมือนตัวชักโยด้านหลัง

4. ความสัมพันธ์กับ CCS

จากแผนภาพที่พัฒนาโดย นพ.บัณฑิต ศรไพศาล จะเห็นว่า กลไก CCS จะทำหน้าที่ในการเชื่อมประสานระหว่าง formal and informal sectors และระดมความร่วมมือทั้งในด้านแหล่งทุนเพื่อสนับสนุนการทำงาน รวมทั้ง social assets ของแต่ละองค์กร



- งานของ CCS จะทำในหลายบทบาททั้งวิชาการ การขับเคลื่อน และการประสานงาน ซึ่งในการทำงานของ RTI จะไม่เน้นการทำวิจัย เน้นเรื่องการขับเคลื่อนหรือ ITH ที่เน้นเรื่องการขับเคลื่อนเช่นเดียวกันจึงมองว่ายังมีการทำงานที่ทับซ้อนกันอยู่
- กลุ่ม Informal จะมีผู้บริการเข้ามาร่วมประชุมกัน มีการตั้งวาระของการพูดคุยเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนที่แท้จริง และมีการสร้างคน
- การร่วมลงทุนการทำงานของ CCS มองว่าทุกคนล้วนมีแผนงานของตัวเอง ที่ agenda แล้ว ทำให้เกิดความลำเอียง (bias) เพราะกลุ่มที่สนใจเรื่องใด แผนการดำเนินงานจะถูกผลักดันไปในทิศทางนั้นๆ
- งาน physical activity (PA) CCS NCDs จะไม่สนใจ เพราะคิดว่าเป็นงานที่ สสส.และภาคอื่นๆ ทำได้ดีอยู่แล้ว จะเน้นประเด็นที่เป็น gap มากกว่า คือเน้นการ fill the gap
- บางครั้งไม่รู้ว่าจะเล่นบทบาทไหน เช่น งานวิจัย สร้างความรู้ หรือ การขับเคลื่อนนโยบาย ซึ่งในการขับเคลื่อนนโยบาย สสส.อยากได้ทีมวิจัยมาช่วย แต่พบว่ามี bias ของนักวิจัยอยู่บ้าง
- ในการขับเคลื่อนจะต้องมี criteria ในการดำเนินการ มีการ set priority

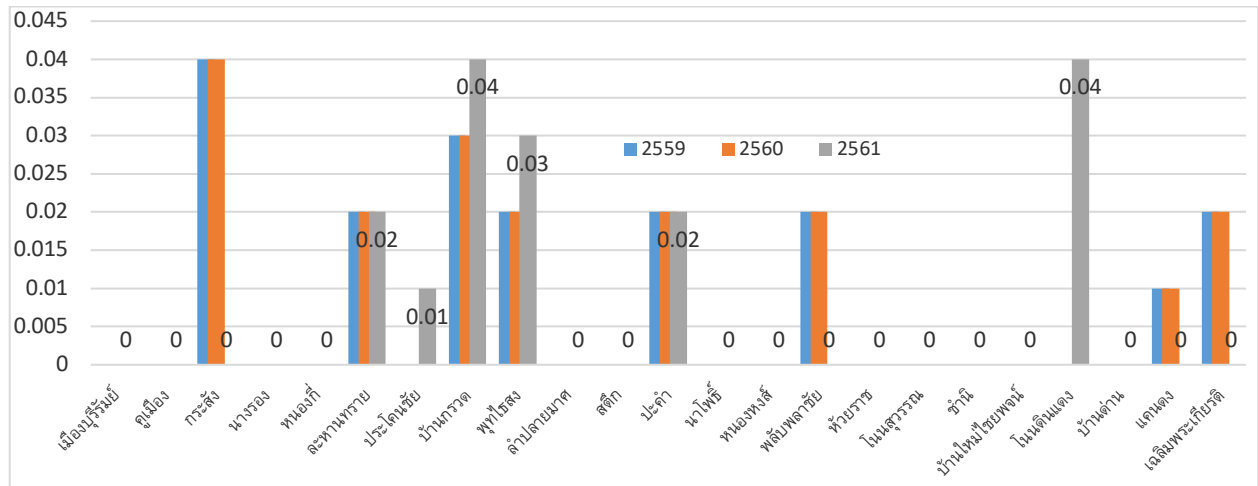
5. เป้าหมายในการขับเคลื่อนงาน NCDs

- การขับเคลื่อนเชิงประเด็น ใน 5 ปีจจัยเสี่ยง 5 โรค แต่เรื่อง mental health ที่ยังไม่เข้าใจ งาน 4*4 ค่อนข้างดี แต่งาน 5*5 ยังมีปัญหา
- สสส.ยัง keep การมีส่วนร่วมและแสดงบทบาททุกยุทธศาสตร์

สถานะทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อ ของจังหวัดบุรีรัมย์

อัตราป่วยรายใหม่

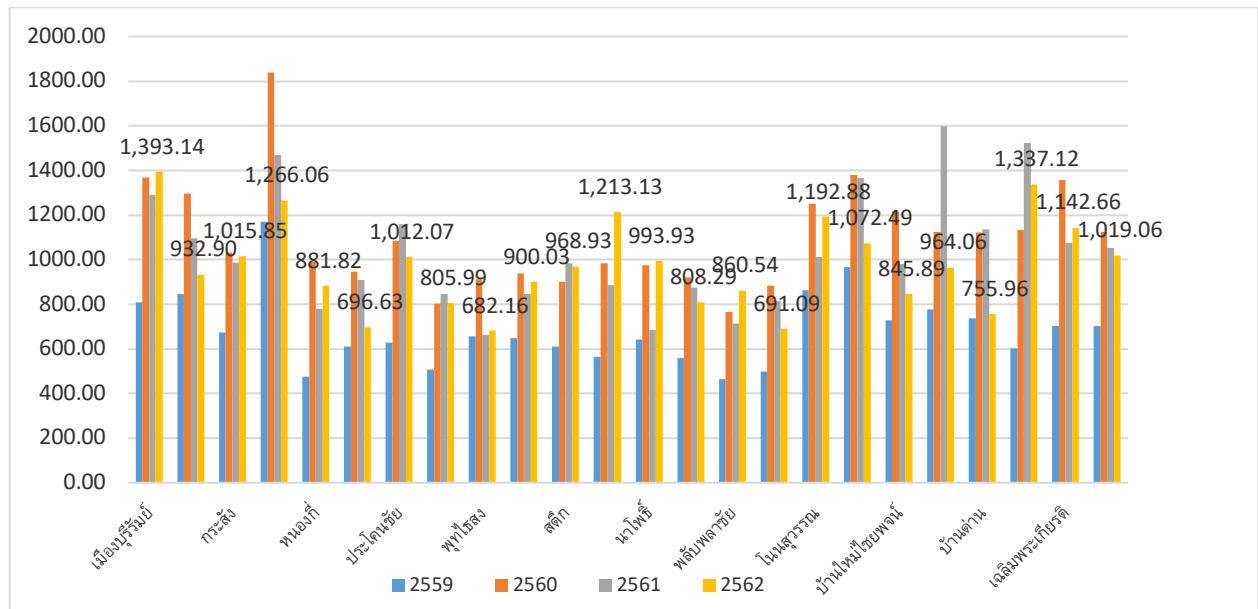
แผนภาพ อัตราป่วยรายใหม่ของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease) จังหวัดบุรีรัมย์ ปี 2559 - 2562



หมายเหตุ: วันที่ประมวลผล : 12 ตุลาคม 2562

- ใช้ประชากรทะเบียนราษฎร์
- ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด รหัส ICD10 3 หลักแรก เป็น I00-I09 หรือ I20-I28 หรือ I30-I52

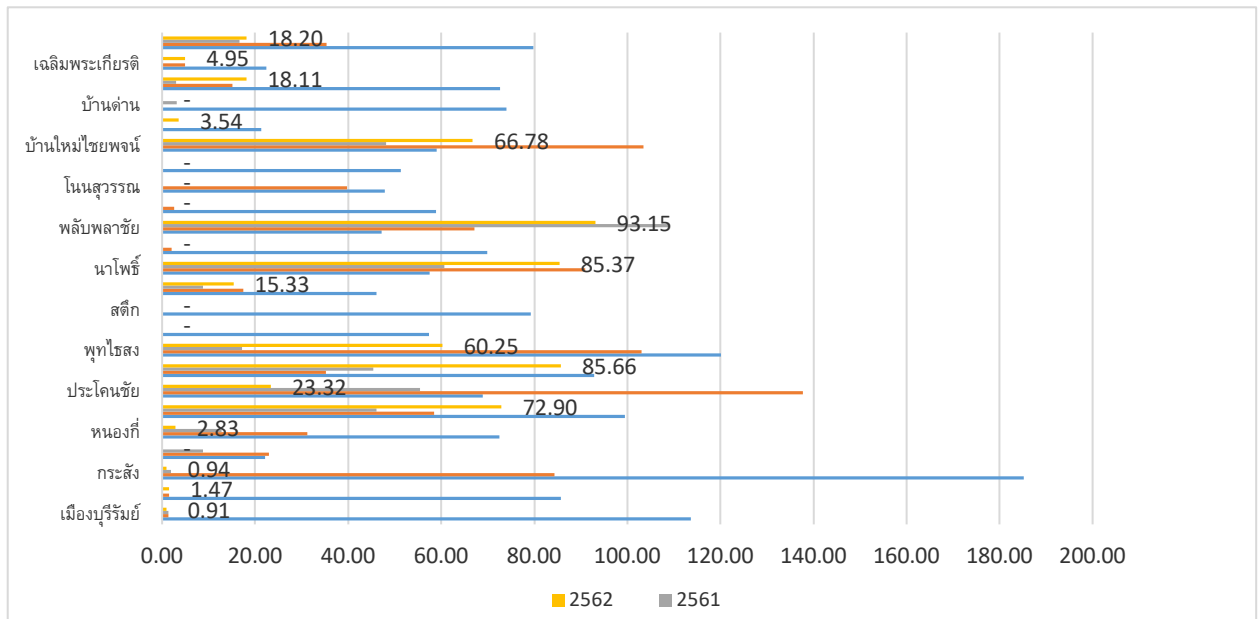
แผนภาพ อัตราป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากร จังหวัดบุรีรัมย์ ปีงบประมาณ 2559-2562



หมายเหตุ: วันที่ประมวลผล : 12 ตุลาคม 2562

- ใช้ประชากรทะเบียนราษฎร์
- ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง รหัส ICD10 3 หลักแรก เป็น I10-I15

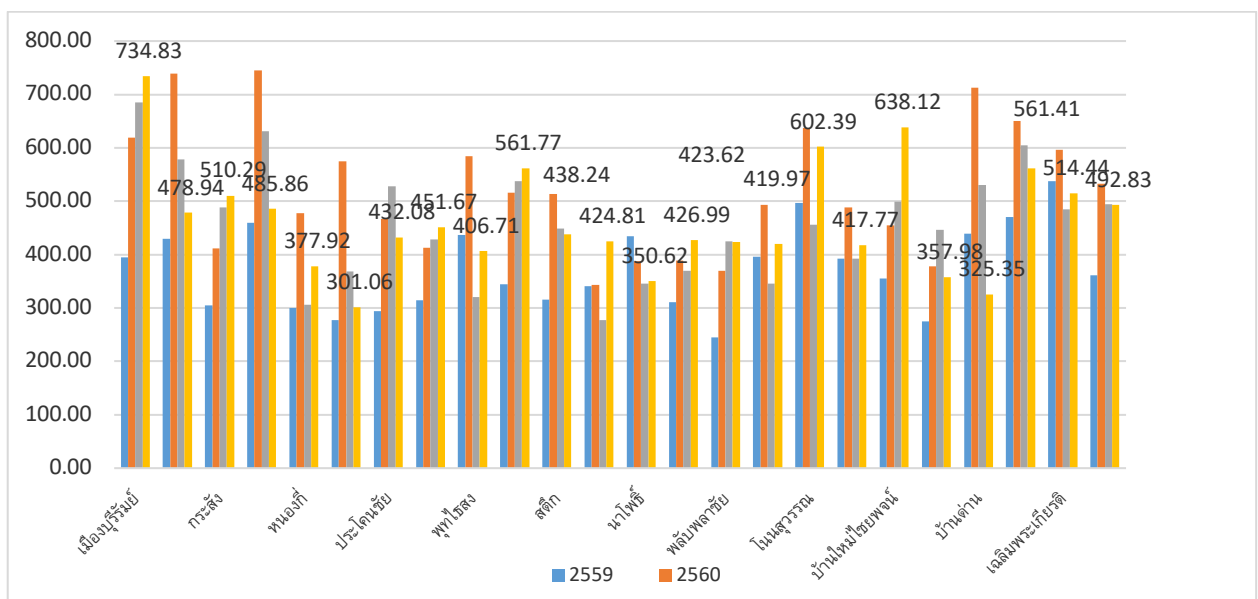
แผนภาพ อัตราอุบัติใหม่ของโรคหลอดเลือดสมอง เขตสุขภาพที่ 9 จังหวัดบุรีรัมย์ ปี 2559-2562



หมายเหตุ: วันที่ประมวลผล : 12 ตุลาคม 2562

- ใช้ประชากรทะเบียนราษฎร์
- ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รหัส ICD10 3 หลักแรก เป็น I60-I69

แผนภาพ อัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานต่อประชากร จังหวัดบุรีรัมย์ ปีงบประมาณ 2559 -2562

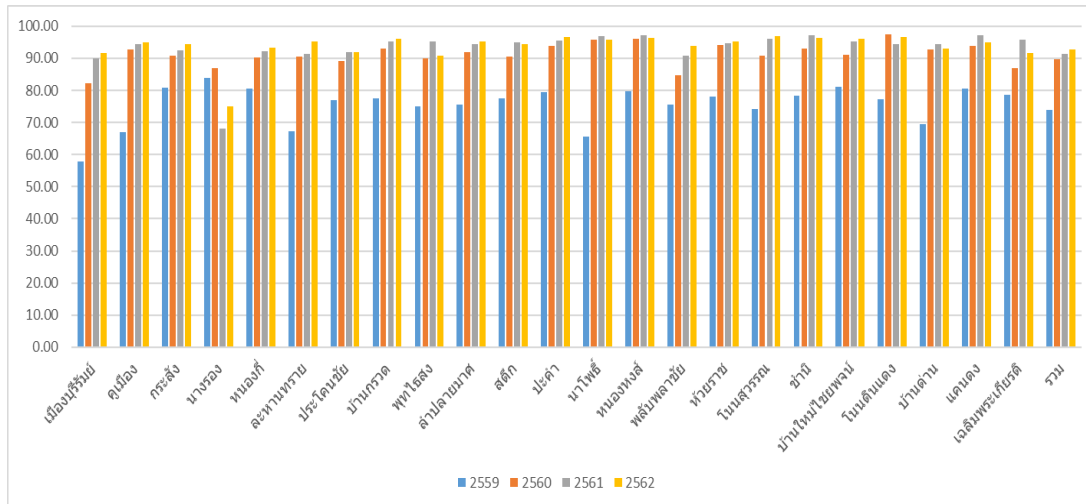


หมายเหตุ: วันที่ประมวลผล : 12 ตุลาคม 2562

- ใช้ประชากรทะเบียนราษฎร์
- ผู้ป่วยโรคเบาหวาน รหัส ICD10 3 หลักแรก เป็น E10-E14

ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ (NCDs DM, HT, CVD)

แผนภาพ ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเบาหวาน จังหวัดบุรีรัมย์ ปีงบประมาณ 2559-2562



หมายเหตุ: B หมายถึง จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบทั้งหมด
A หมายถึง จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ได้รับการคัดกรองเบาหวาน

ตาราง ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี จังหวัดบุรีรัมย์ ปีงบประมาณ 2559-2562

อำเภอ	2559		2560		2561		2562	
	ในเขต รับผิดชอบ	ที่มารับ บริการ	ในเขต รับผิดชอบ	ที่มารับ บริการ	ในเขต รับผิดชอบ	ที่มารับ บริการ	ในเขต รับผิดชอบ	ที่มารับ บริการ
เมืองบุรีรัมย์	25.89	20.53	33.78	27.67	42.11	30.27	34.23	25.85
คูเมือง	19.58	15.08	27.03	20.12	28.93	20.65	37.79	24.91
กระสัง	34.09	28.73	55.07	45.36	38.99	31.83	72.96	34.34
นางรอง	31.73	25.43	42.04	41.76	40.03	32.66	34.17	27.90
หนองกี่	26.27	20.38	47.36	31.74	57.44	33.04	45.65	30.28
ละหานทราย	25.48	22.50	43.85	33.35	45.98	34.56	45.75	37.43
ประโคนชัย	26.27	20.19	29.08	18.52	33.48	21.37	36.47	24.83
บ้านกรวด	32.58	24.69	26.76	18.76	18.64	11.85	19.10	12.34
พุทไธสง	39.34	30.78	40.04	33.45	31.00	21.01	27.76	18.93
ลำปลายมาศ	39.64	23.15	47.37	41.28	45.81	24.69	40.04	25.13
สตึก	13.86	12.17	22.65	15.79	22.82	17.22	27.22	22.70
ปะคำ	32.79	20.96	36.65	24.45	28.48	19.06	38.57	24.18
นาโพธิ์	1.94	1.51	45.33	36.68	26.82	17.96	26.91	24.04
หนองหงส์	16.17	13.9	34.62	28.14	40.3	30.92	37.85	23.83
พลับพลาชัย	22.16	20.12	15.7	12.28	17.77	16.01	14.5	11.86
ห้วยราช	20.93	17.39	17.22	14.43	13.85	11.3	16.28	13.67
โนนสุวรรณ	33.69	25.44	30.43	19.12	38.82	24.77	26.2	17.57
ชำนิ	42.18	31.9	45.54	33.83	24.33	14.61	15.64	6.95
บ้านใหม่ไชยพจน์	32.47	24.09	21.85	17.52	25.54	14.88	32.94	20.8
โนนดินแดง	6.44	4.72	20.35	20.85	21.89	18.44	20.71	17.6
บ้านด่าน	49.67	48.01	53.5	45.87	44.65	38.45	40.32	27.99
แคนดง	33.43	23.09	54.52	47.77	49.39	32.42	37.73	24.25
เฉลิมพระเกียรติ	16.43	9.71	47.37	40.88	19.93	12.57	21.92	12.62
รวม	27.5	21.03	37.12	29.46	35.36	24.47	33.56	24.11

หมายเหตุ: วันที่ประมวลผล : 13 ตุลาคม 2562

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ สสจ.บุรีรัมย์

วันที่ 8 ตุลาคม 2562 ณ ห้องประชุม สสจ.บุรีรัมย์

สถานการณ์และภาพรวมงาน NCDs

ยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ 5 ปี จังหวัดบุรีรัมย์

Vision : ร่วมสร้างบุรีรัมย์สู่สังคมแห่งสุขภาพที่ยั่งยืน ด้วยระบบสุขภาพของประชาชน และระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพมาตรฐาน

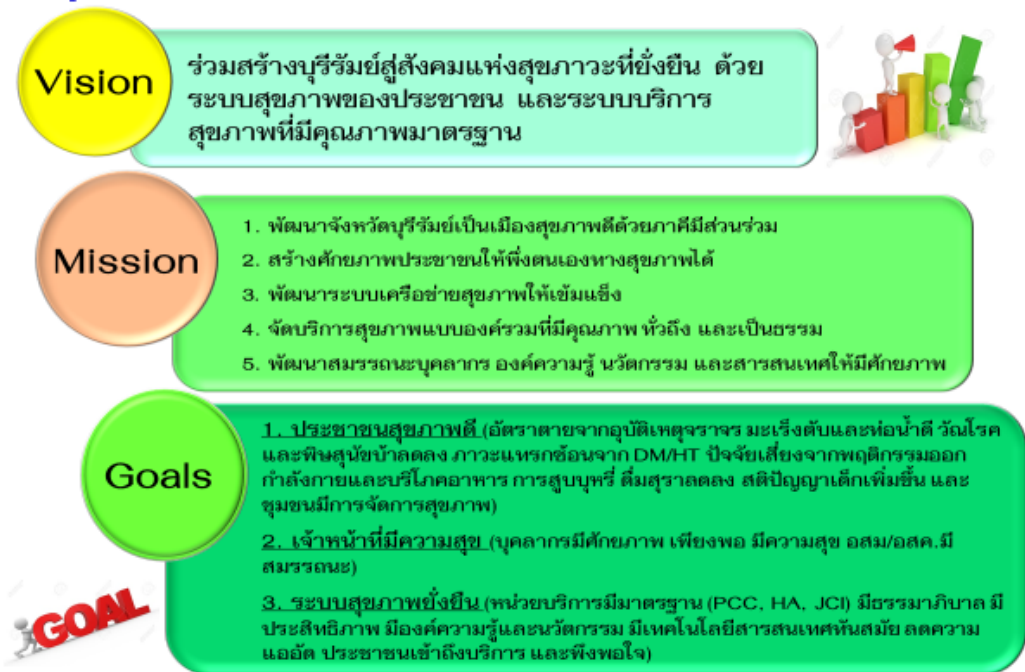
Mission :

1. พัฒนาจังหวัดบุรีรัมย์เป็นเมืองสุขภาพดีด้วยภาคีมีส่วนร่วม
2. สร้างศักยภาพประชาชนให้พึ่งตนเองทางสุขภาพได้
3. พัฒนาระบบเครือข่ายสุขภาพให้เข้มแข็ง
4. จัดบริการสุขภาพแบบองค์รวมที่มีคุณภาพ ทั้งถึง และเป็นธรรม
5. พัฒนาสมรรถนะบุคลากร องค์กรความรู้ นวัตกรรม และสารสนเทศให้มีศักยภาพ

Goals ;

1. ประชาชนสุขภาพดี (อัตราการตายจากอุบัติเหตุจราจร มะเร็งตับและท่อน้ำดี วัณโรค พิษสุนัขบ้า ลดลง ภาวะแทรกซ้อนจาก DM/HT ปังจัยเสี่ยงจากพฤติกรรมออกกำลังกายและบริโภคอาหาร การสูบบุหรี่ ดื่มสุราลดลง สถิติปัญญาเด็กเพิ่มขึ้น และชุมชนมีการจัดการสุขภาพ)
2. เจ้าหน้าที่มีความสุข (บุคลากรมีศักยภาพ เพียงพอ มีความสุข อสม/อสค.มีสมรรถนะ)
3. ระบบสุขภาพยั่งยืน (หน่วยบริการมีมาตรฐาน (PCC, HA, JCI) มีธรรมาภิบาล มีประสิทธิภาพ มีองค์ความรู้และนวัตกรรม มีเทคโนโลยีสารสนเทศทันสมัย ลดความแออัด ประชาชนเข้าถึงบริการ และพึงพอใจ)

ยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ 5 ปี จังหวัดบุรีรัมย์



แผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ 5 ปี จังหวัดบุรีรัมย์ 16 ผลลัพธ์ 13 กลยุทธ์



เป้าหมายการมีสุขภาพดีของประชาชนบุรีรัมย์

ลดการตายจากอุบัติเหตุบนท้องถนน, ลดการตายจาก stroke / STEMI , ลดการตายจาก OV/CCA, ลดความแออัดในการรับบริการ และอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด 80 ปี

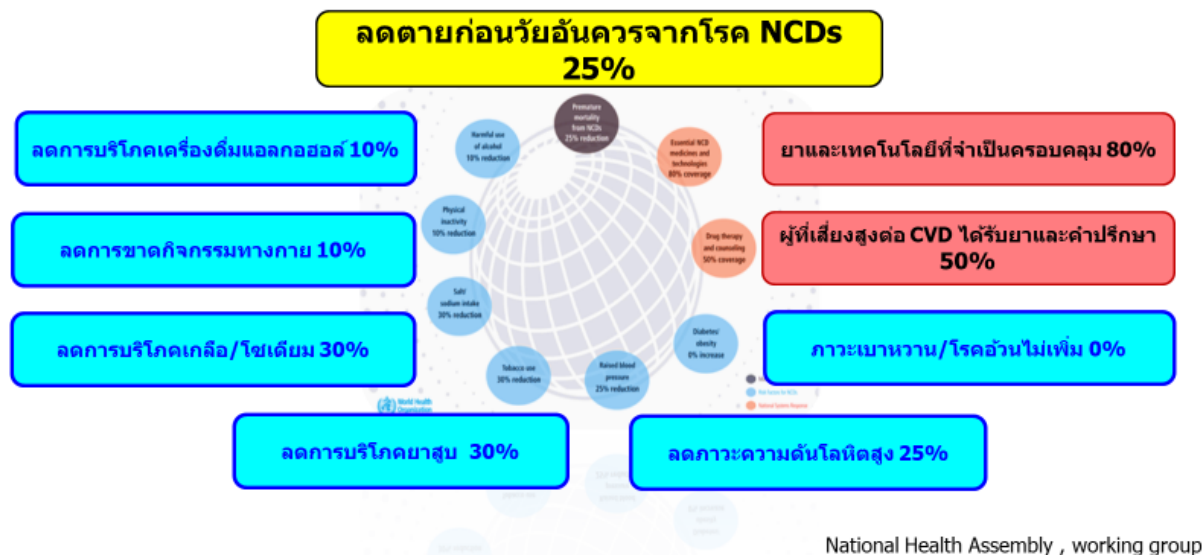
นโยบายที่ส่งลงมาในพื้นที่ มีการบริหารจัดการอย่างไร?

- แผนงาน โครงการในการดำเนินงานของจังหวัดจะมองทิศทางของประเทศก่อน ทิศทางของประเทศมาอย่างไร จะถ่ายทอดงานตามแบบนั้น

- Set of 9 voluntary country NCD targets for 2025,Thailand ประกอบด้วย

- ลดการตายจากวัยอันควรจากโรค NCDs ร้อยละ 25
- ลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 10
- ลดการขาดกิจกรรมทางกาย ร้อยละ 10
- ลดการบริโภคเกลือ/โซเดียม ร้อยละ 30
- ลดการบริโภคยาสูบ ร้อยละ 30
- ลดภาวะความดันโลหิตสูง ร้อยละ 25
- ภาวะเบาหวาน/โรคอ้วนไม่เพิ่ม ร้อยละ 0
- ผู้ที่เสี่ยงสูงต่อ CVD ได้รับยาและค่าปรึกษา ร้อยละ 50
- ยาและเทคโนโลยีที่จำเป็นครอบคลุม ร้อยละ 80

Set of 9 voluntary country NCD targets for 2025,Thailand



- ขอบเขตการดำเนินงาน คือ ลด 4 ปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรม และ 4 การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ต่อ 4 กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือ โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคปอดเรื้อรัง



3

● เป้าหมายและมาตรการการดำเนินงาน NCDs คือ ประชาชนมีสุขภาพดี ปลอดภัยจากภาระโรคไม่ติดต่อที่ป้องกันได้ โดยผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จาก Pre-DM ลดลง และผู้ป่วยความดันโลหิตสูง รายใหม่จาก Pre-HT ลดลง

● มาตรการ 2P2S คือ 1) การขับเคลื่อนนโยบายและสร้างพันธมิตรความร่วมมือ (Policy & Advocacy) 2) ส่งเสริมสุขภาพ และลดความเสี่ยง (Promotion and Risk Reduction) 3) เสริมสมรรถนะของระบบบริการสุขภาพ (Strengthen Health System) และ 4) การเฝ้าระวัง และติดตาม, ประเมินผล (Surveillance and M&E) โดยแต่ละมาตรการจะมีชุดกิจกรรมในการดำเนินงาน

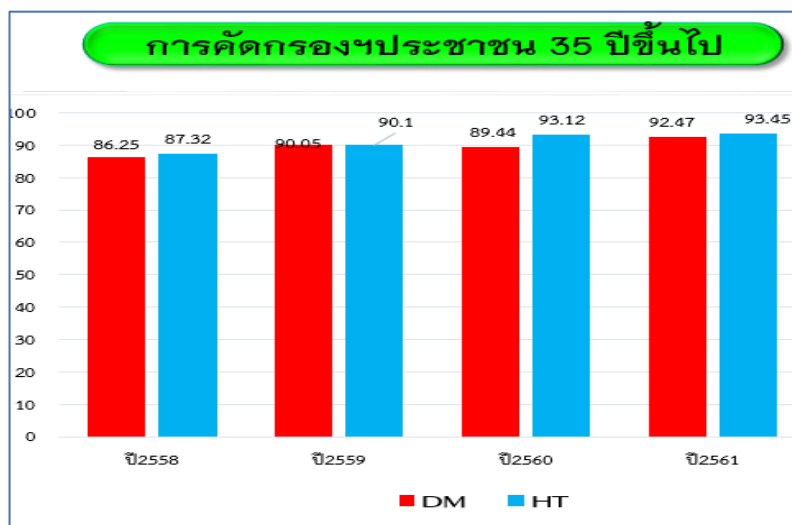
● ความชัดเจนของข้อมูล จำเป็นและสำคัญมากในการตอบทิศทางของแผน หรือยุทธศาสตร์เพื่อใช้ควบคู่กับการวิเคราะห์ในสิ่งที่ต้องทำ

● งาน NCDs จะทำงานคู่กันโดยงาน Intervention จะควบคู่กับงานข้อมูล เช่น การคัดกรอง ต้องรู้ว่าจะต้องใช้ 43 แฟ้มอะไรบ้าง

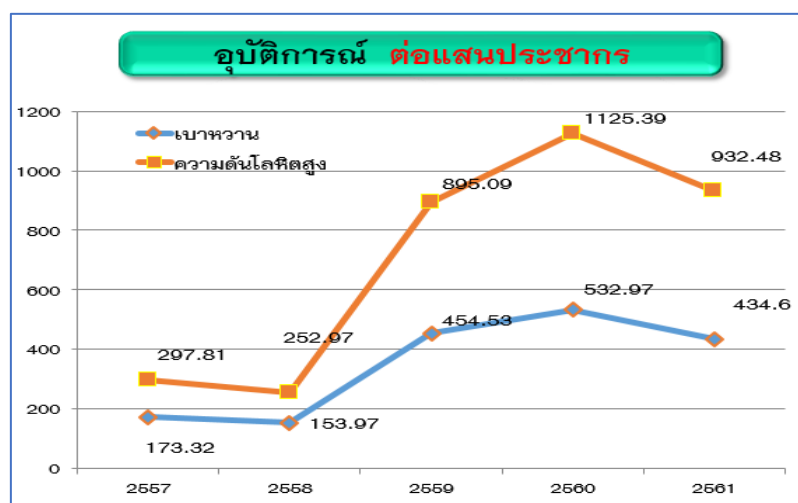
● บุรุษมีแตกต่างจากพื้นที่อื่น คือ โรคจาก service plan งาน NCDs จะรับมาดูแล ทำให้เวลาพูดคุยกันจะเห็นภาพรวมทั้งหมด

การคัดกรองโรค

- บุรีรัมย์มี 2-3 แบบเพื่อดูว่าแต่ละแบบได้อะไรบ้าง ในช่วงสองปีที่ผ่านมา จึงสรุปว่าระหว่างเดือนตุลาคม ถึง ธันวาคม เป็นช่วงของการตรวจคัดกรอง โดยไม่ต้องรอนงบประมาณ หรือแผนงานโครงการ เพราะเป็นสิ่งที่ต้องทำในแต่ละปี
- การคัดกรองโรคของผู้ป่วยเรื้อรัง อย่างน้อยผู้ป่วย 1 รายจะต้องได้พบแพทย์ 1 ครั้ง โดยแพทย์จะมาก่อตรวจที่ รพสต. ส่วนคนที่มีอาการผิดปกติแพทย์จะส่งต่อให้มารักษาที่โรงพยาบาล ส่วนผู้ป่วยติดเตียงโรงพยาบาลจะลงไปเจาะเลือด แต่ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะได้พบแพทย์
- การคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ซึ่งแนวโน้ม การคัดกรองเบาหวาน/ความดันโลหิต เพิ่มขึ้น



ส่วนปฏิบัติการของผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตต่อแสนประชากรนั้น ผู้ป่วยรายใหม่ ของโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงขึ้นทุกปี



งาน NCDs เป็นงานที่ทำในระยะยาว ซึ่งผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ทำอย่างไรจะได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ หรือมีการติดตามแบบต่อเนื่อง

- จังหวัดจะมองข้อมูล 2 ส่วน คือ ไม่มองภาพรายคน เพราะจะไม่เห็นภาพอะไร แต่จะเริ่มมองในระดับอำเภอเพื่อเห็นภาพสูง ต่ำ ถ้าอำเภอไหนตัวเล็กลง ลงเยอะมาก จะลงพื้นที่เป็นตำบล หมู่บ้าน เพื่อวางแผนหรือสะท้อนข้อมูล และเป็นการย่อยข้อมูลด้วย
- ในแต่ละพื้นที่จะมีข้อมูลที่ดูได้ในระดับบุคคล (ระดับบุคคล รพสต.จะดูแล) จึงเป็นที่มาของการปรับปรุงแบบบริการ โดยจะเน้นที่การลงมือปฏิบัติมากกว่า และมีการ feed back กันตลอดเวลา โดยการแลกเปลี่ยนข้อมูลกันในพื้นที่

เกี่ยวกับ PL มีรายละเอียดหรือไม่ว่าอย่างไร เนื่องจากมีหลายมาตรการ

- ปี 2561 เริ่มมีโครงการ
- ปี 2562 มีกระบวนการนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยเริ่มนำโปรแกรมมาใช้ ผลการดำเนินงานจะอยู่ในปี 2563
- ในบางพื้นที่ ดำเนินการในรูปแบบ self health group
- เมื่อก่อนมองว่าการทำ PL ต้องใช้เวลา แต่เมื่อไปจัดการรักษาผู้ป่วยในหมู่บ้าน พบว่าใช้เวลา PL จริงลดลง จึงได้มีโอกาสในการแลกเปลี่ยนแบบกลุ่ม ก่อนให้คนไข้รับยากลับบ้าน ซึ่งจากการดำเนินงานนี้ทำให้รู้ว่าวันนี้ใครบ้างไปรักษาที่โรงพยาบาล แต่ข้อเสียของการจ่ายยาที่หมู่บ้าน คือ การฝากคนข้างบ้านมารับแทน
- มี application คนหุนดี โดยให้ทุกคนใช้และเพื่อวิเคราะห์ข้อมูล
- รพ.สต.บุลาว เป็นรพ.สต.เขตเมืองที่มีแพทย์ออกตรวจทุกเดือน โดยในแต่ละวันจะมีผู้ป่วยไม่เกิน 50 รายที่ได้พบแพทย์
- ที่รพ.บุรีรัมย์ มีศูนย์สุขภาพดีวัยทำงาน
- เทศบาลบุรีรัมย์ มีการเข้ากลุ่มเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีการสร้างเครือข่ายในการเข้ามาช่วย มีโครงการสุขภาพดีวิถีพอเพียง และ wellness center มีการทำลู่วิ่งที่สวนสาธารณะ เพื่อให้คนเข้ามาวิ่งออกกำลังกายมากขึ้น สนับสนุนเครื่องออกกำลังกายทุกชุมชน และมีตลาดเขาสระกวด ที่ไม่มีแอลกอฮอล์ ไม่มีน้ำอัดลม และไม่มีการใช้โฟม
- เทศบาล ตำบลประโคนชัย มีการสกัดคนไข้ไม่ให้เข้ามาที่รพ.มากขึ้น โดยใช้กองทุนของสปสช.ในการดำเนินโครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปัญหา คือการไม่มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือกองสาธารณสุข ทำให้ไม่ทราบสถานการณ์ หรือนโยบายของโรค NCDs นี้ ส่วนกิจกรรมก็จะคล้ายกับที่อื่นๆ แต่สิ่งที่จะต้องดำเนินการ คือปัจจัยหรือสาเหตุของการเกิดโรค NCDs โดยการเข้าไปตรวจในสถานประกอบการ เพื่อส่งเสริมไม่ให้มีการเพิ่มการเจ็บป่วยมากขึ้น มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของการลดเค็ม

- สิ่งที่ได้ คือ ให้ประชาชนเลือกด้วยตัวเอง ดีกว่าเพิ่มมาตรการให้เกิดความยุ่งยาก เพราะวิถีชีวิตเปลี่ยนแปลงไป เราควรชวนคิดชวนคุยจะดีกว่า

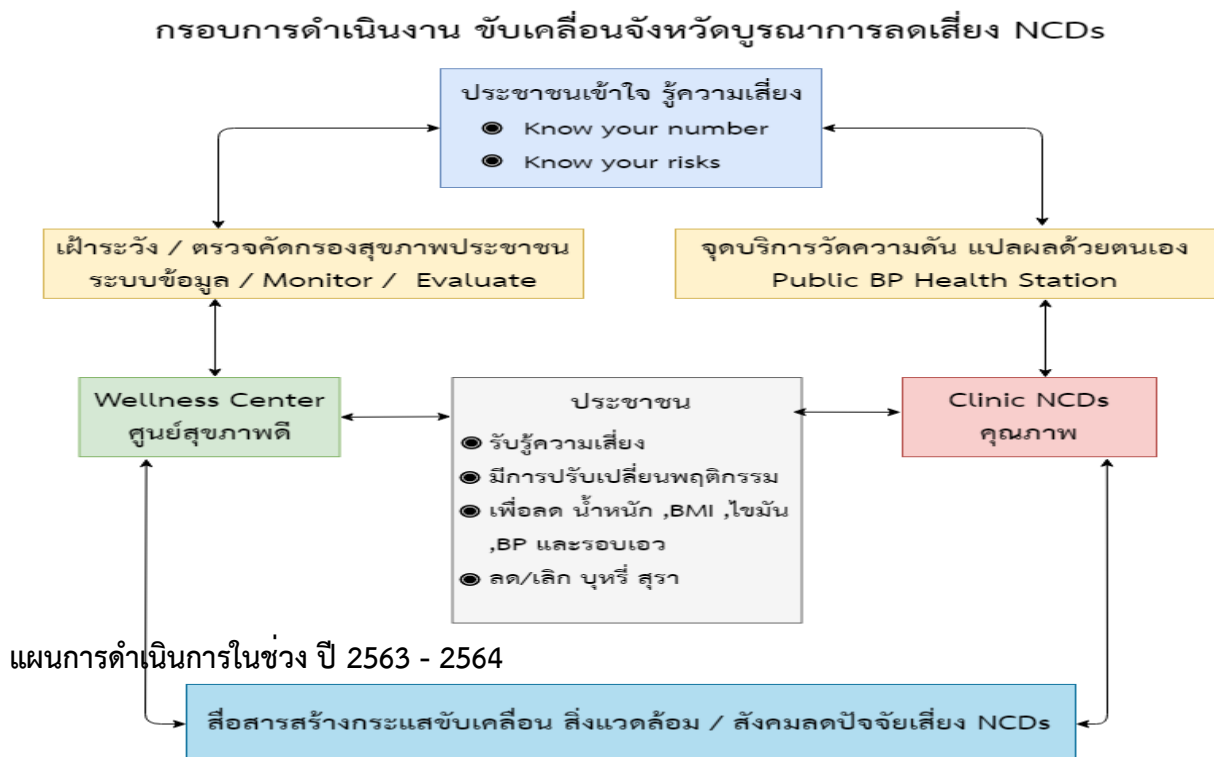
เรื่องของสุรา บุหรี่

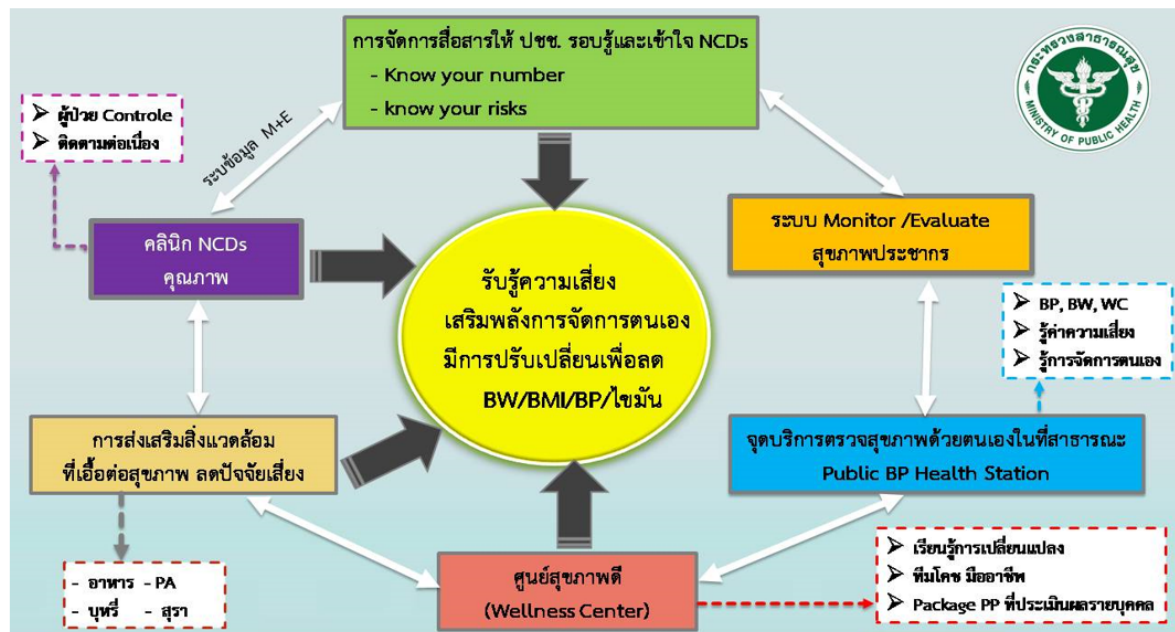
- บุรีรัมย์ยังมีตัวเลขการบริโภคสุราที่สูง แต่ไม่มีข้อมูลการนำเข้า หรือการขายออกจากร้านค้า
- เช่น seven (ไม่มีการเปิดเผยข้อมูล) แต่ข้อมูลที่พาณิชย์จังหวัดก็ไม่มีข้อมูลในส่วนนี้เผยแพร่

ข้อเสนอแนะอื่น ในมุมมองของผู้ปฏิบัติงาน

- ต้องใช้หลายศาสตร์รวมกัน ใช้เรื่องของการบริหารจัดการเยอะ ทั้งวิธีคิด และการสนับสนุน หรือแม้กระทั่งการผลักดันนโยบาย ต้องเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์
 - ต้องเข้าใจวิธีคิด มีทักษะในเชิงบวก
 - ทีมที่มีส่วนร่วม
- จุดเน้นที่จะดำเนินการในปี 2563

การดำเนินงานสุขภาพวิถีไทยระหว่างเดือนก.ย. – พ.ย.2562





แผนการดำเนินการในช่วง ปี 2563 – 2564 แผนงาน/โครงการงบประมาณ PPA เขตสุขภาพที่ 9 NCD (Health Literacy) เน้น Life Style (วัยทำงานและผู้สูงวัย)

- มี Health Model ประจำหมู่บ้าน/องค์กร (Health Leader) ใช้กิจกรรม DPAC เพื่อพัฒนาให้เกิด “บุคคลต้นแบบด้านสุขภาพ”
- โครงการ 240 วันปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต “Health Model”

หน่วยงานหลัก : สสจ.บุรีรัมย์				
หน่วยงานร่วม : รพศ./รพท./รพช./รพ.สต.				
ประเด็น NCD มีสุข				
เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	เพื่อลดอัตราการตายจาก STROKE/STEMI			
สถานการณ์ /ข้อมูล พื้นฐาน	จังหวัดบุรีรัมย์มีอัตราเสียชีวิตจากStroke/STEMI ร้อยละ 3.14 /22.24 ต่อแสนปชก. อัตราความชุกของผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง 481.28/988.42 ต่อแสนปชก.อัตราการควบคุมเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยที่สามารถควบคุมได้ ร้อยละ 33/49.5 อัตราการลดความแออัด สัตว์ส่วน รพ./รพ.สต.ผู้ป่วยแต่ละวันที่มารักษานในคลินิก ≥60 คน/วัน อัตราผู้ป่วยของDM ร้อยละ 66.42			
มาตรการ /Value chain	มาตรการที่1 การส่งเสริมป้องกันโรค และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง	มาตรการที่2 พัฒนาระบบการดูแลสุขภาพ(NCD Clinic) มีสุข	มาตรการที่3 ส่งเสริมการพัฒนาระบบการจัดการข้อมูล	
กิจกรรม หลัก	1.เพิ่มการเข้าถึงการคัดกรองที่มีคุณภาพ 2.ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับชุมชน เน้นกิจกรรมทางกาย 3.สร้าง Health Station เพื่อสนับสนุน self-screening 4.เพิ่มอัตรา Home BP ในกลุ่มเสี่ยงสูงและกลุ่มป่วย DM/HT 5.เพิ่มนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทุก รพ.สต. (Health coach)	1. ขยายบริการ NCD Clinic สู่หน่วยบริการปฐมภูมิและชุมชน และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย 2. โรงเรียน NCD 3. เชื่อมประสานคลินิกDPAC บุรีรัมย์และสุรา แพทย์แผนไทย	1.ปรับปรุงฐานข้อมูลให้ครบถ้วน ถูกต้อง มีคุณภาพ 2.สร้างระบบติดตามกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มี CVD risk 3.พัฒนาระบบกำกับติดตามผลการคัดกรองแบบต่อเนื่อง	
ผู้รับ ผิดชอบ	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ/ส่งเสริมฯ/พัฒนาคุณภาพฯ	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ/ส่งเสริมฯ/คสส./สวส.	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ/พนย./ส่งเสริม	
ระดับ ความสำเร็จ	ไตรมาส 1 (3 เดือน)	ไตรมาส 2 (6 เดือน)	ไตรมาส 3 (9 เดือน)	ไตรมาส 4 (12 เดือน)
	1.ร้อยละ 80 ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงคุณภาพ	1. กลุ่มเสี่ยงสูงและกลุ่มป่วย DM/HT ได้รับ Home BP ร้อยละ 80 2.อัตราผู้ป่วย DM/ HT รายใหม่ไม่เพิ่มขึ้น	1.อัตราการควบคุม DM/ HT ได้ดี 2.อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยDM/HT ลดลงร้อยละ 5	1.ลดแออัด/ลดระยะเวลารอคอย 2.เกิดบริการใหม่โดยชุมชน ร้ายยา มีส่วนร่วม 3.จนพ. ผู้ป่วยมีความสุข ความพึงพอใจ

หน่วยงานหลัก : สสจ.บุรีรัมย์				
หน่วยงานร่วม : รพศ./รพท./รพช./รพ.สต.				
ประเด็น PA Stroke /STEMI				
เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	Fast Track ระยะเวลาเข้าถึงบริการ Stroke/ STEMI ได้ทันเวลาเร็วขึ้น			
สถานการณ์/ ข้อมูล พื้นฐาน	จังหวัดบุรีรัมย์มีอัตราเสียชีวิตจากStroke/STEMI ร้อยละ 3.14 /22.24 ต่อแสนปชก. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน ร้อยละ 1.57 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ร้อยละ 12.57 ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 94.88 ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (Door to needle time) ร้อยละ 83.04			
มาตรการ /value chain	Prevention Promotion	Service	Monitor/Evaluation	
กิจกรรมหลัก	1. สื่อสารปชส. Stroke& STEMI Alert Awareness / โทร.1669 2. กลุ่ม CVD risk สูง ผู้ป่วย& ญาติ มี HL ในการดูแล เฝ้าระวังและขอความช่วยเหลือ 3. พัฒนาศักยภาพ FR/ อสม./ผู้นำ ในการดูแลภาวะวิกฤต	1. HBPM ใน Pt HT ที่ขาดยาและควบคุมไม่ได้ 2. NCD Cluster (Clinic NCD /DPAC/CVD /CKD) 3. พัฒนาระบบเฝ้าระวังและบริการดูแลฉุกเฉิน โดยเชื่อมโยงชุมชน FR และหน่วยบริการ (Mapping CVD Risk เสี่ยงสูง) 4.ดูแลต่อเนื่อง ลดการขาดยา	1. พัฒนาระบบข้อมูล HDC 2. พัฒนาระบบจัดข้อมูลเชิงระบบ 3. สุ่มStroke& STEMI Alert Awareness ในชุมชน	
ผู้รับผิดชอบ	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ/ควบคุมโรค/พัฒนาคุณภาพบริการ	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ/ส่งเสริม/พนย.	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ/ควบคุมโรค/พนย.	
ระดับ ความสำเร็จ	ไตรมาส 1 (3 เดือน)	ไตรมาส 2 (6 เดือน)	ไตรมาส 3 (9 เดือน)	ไตรมาส 4 (12 เดือน)
	1. Mapping CVD Risk : วิเคราะห์สถานการณ์ ขนาดและความรุนแรงของปัญหา กลุ่มเสี่ยง/กลุ่มเป้าหมาย พื้นที่ เป้าหมายช่องว่างและปัญหาอุปสรรค 2. วางแผนกำกับติดตาม	ร้อยละ 80 ของกลุ่มเสี่ยง CVD risk สูง รับรู้ อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ	อัตราการเข้าถึง Stroke Fast Track ร้อยละ 80	1.อัตราตาย STROKE/STEMI ไม่เกินร้อยละ 7 2.อัตราตายโรคหลอดเลือดหัวใจ ไม่เกิน 25 ต่อแสนปชก.

ค่านิยมของคนบุรีรัมย์

- กระแสคนบุรีรัมย์ออกกำลังกายเยอะขึ้น
- เรื่องอาหาร ที่เน้น healthy food ลดเค็ม ลดหวาน

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ แต่ละกลุ่มงาน

งบประมาณที่ได้รับสำหรับการบริหารจัดการงาน NCDs

1. กองทุนสุขภาพตำบล
 - a. จำนวน 45 บาทต่อหัวประชากร และเทศบาลสมทบอีกร้อยละ 30 40 และ 50 (ตามขนาดของเทศบาล) ของเงินที่รับมา
 - b. จังหวัดจะใช้งบนี้เป็นหลัก โดยเฉพาะรพ.สต. ที่นำไปใช้ในเรื่องของงานคัดกรอง และงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
2. งบกองทุน PPA จังหวัดเป็นผู้จัดสรร
3. งบกองทุนโรคเรื้อรัง

ทุกอำเภอที่จัดสรรกองทุนสุขภาพตำบลสำหรับการดำเนินงานด้าน NCDs จะต้องโอนงบประมาณของกองทุนสุขภาพตำบลเข้า รพ.สต. ในรูปแบบเงินบำรุงของ รพ.สต. หลังจากนั้น ทาง รพ.สต. ต้องทำโครงการขออนุมัติดำเนินการจากทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งจะค่อนข้างใช้ระยะเวลาในการดำเนินการ ส่วนภาคประชาชนสามารถทำโครงการเบิกจากท้องถิ่นโดยตรง

ปัญหาและอุปสรรค

- หน่วยบริการขอแผน จะมีการอนุมัติบ้างไม่อนุมัติบ้าง ทำแผนล่าช้า
- ระบบไม่เอื้อ

งานออกกกำลังกาย

- บุรีรัมย์มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อ ปี 2561 ได้รับเลือกเป็น sport city และเป็นที่มาของงาน event ระดับประเทศ ระดับโลก ทำให้คนในจังหวัดได้สัมผัสเรื่องการออกกำลังกาย
- ปี 2562 มีนโยบายและกิจกรรมให้ระดับอำเภอมีการจัดกิจกรรมออกกำลังกาย เช่น การวิ่ง โดยจัดให้มีทั้งปี ทำให้เกิดนักออกกำลังกายหน้าใหม่
- การประเมินผลหลังจากมีกิจกรรมทางกายเพิ่มมากขึ้น
 - มีการสำรวจโดยศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา โดยใช้ application สำรวจทั้งเรื่องการออกกำลังกายและเรื่องอาหาร
 - วิเคราะห์ภาพประเทศ ส่วนภาพจังหวัดวิเคราะห์เป็นค่ากลางก่อน โดยจังหวัดเก็บข้อมูล 2016 กลุ่มตัวอย่าง

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

- เริ่มปี 2561 โดยการปรับเปลี่ยน mindset ของเจ้าหน้าที่ในปีแรก รู้ว่าต้องทำแบบไหนแต่ยังไม่สามารถออกแบบกิจกรรมได้ ในปี 2562 มีการนำรูปแบบขององค์กรสร้างสุขมาปรับใช้และออกแบบกิจกรรม

- ออกแบบกิจกรรมโดยนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยเอากลุ่มที่ปรับเปลี่ยน mindset ในปี 2561 มา แต่คนกลุ่ม 1 ไม่มาจึงต้องเป็นคนกลุ่มใหม่ประมาณร้อยละ 50 โดยให้คนกลุ่มใหม่ที่อำเภอคัดมา มาอยู่รวมกันและเลือกออกแบบกิจกรรมตามความเหมาะสม มีทีมกระบวนการมาช่วยออกแบบกิจกรรมและติดตามทุก 3 เดือน

- ใช้งบประมาณของ สป หมวด 300 โดยใช้งบประมาณเสนอว่าบาทในจำนวนเจ้าหน้าที่ 115 คน และมีระยะเวลาในการอบรม 3 วัน

- มี NCDs cluster, NCDs board ร่วมหารือกัน และหมุนเวียนกิจกรรมกันไป

- มี 23 โครงการใช้งบประมาณเรื่องอื่น

- อ.หนองหงส์ กิจกรรมรู้แล้วเปลี่ยน ฐานการเรียนรู้ 8 ฐานตามแบบประเมินความเสี่ยง

- อ.หนองกี่ บูรณาการร่วมกับการลดการแออัด

- ตลาดเซาะกราว เป็นตลาดที่ปลอดเหล้า บุหรี่ น้ำอัดลม และโฟม ดำเนินการมาแล้ว 3 ปี โดยเปิดทุกวันเสาร์ อาทิตย์ เวลา 16.00-20.00 น.

- งานสุขาภิบาลในร้านอาหาร โรงอาหาร ครั้วโรงแรม ตลาด มีเมนูสุขภาพ โดยจะทำได้ในครัวของโรงพยาบาล ซึ่งโรงพยาบาลในจังหวัดต้องมีหนึ่งวันที่มี green market 1 วันต่อสัปดาห์

- มีเครือข่าย young smart farm ที่ปลูกผักปลอดสารพิษทุกอำเภอ

- ฟาร์ม ไร่เพื่อคุณ ที่อ.ประโคนชัย ที่ปลูกผักปลอดสารพิษและทำห้อง lab ในการคัดเลือกผักปลอดสารพิษจากชาวบ้านแต่ไม่เพียงพอ สสจ.ได้ทำการสุ่มตรวจผัก

ประเด็นเพิ่มเติม

- ข้อมูลและการประเมินผลกระทบ

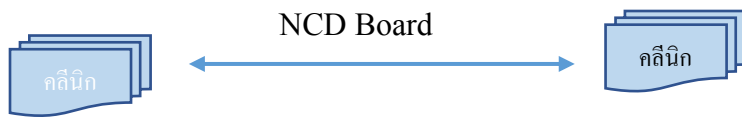
- ทำอย่างไรให้เห็นภาพชัด

- ต้องหางบประมาณมาลงทุน

- ด้านการพัฒนาระบบ มีการจัดตั้งฝ่าย/งาน NCDs ขึ้นเป็นหน่วยงานใหม่ และรับผิดชอบงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ To be Number One และงานยาเสพติด ทำให้การทำงาน NCDs มีบุคลากรที่รับผิดชอบในการดำเนินงานที่ชัดเจนมากขึ้น

- ด้านบุคลากร มีการบริหารจัดการได้ดี มีการประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ และท้องถิ่น เช่น เทศบาล ในการดำเนินการควบคุมป้องกันโรค NCDs

- ภาคประชาชน ต้องเพิ่มเครือข่ายที่มีความเข้มแข็ง



คลินิกอายุรกรรมทั่วไป

- เบาหวาน
- ความดันโลหิตสูง
- โรคไต
- โรคหัวใจ

- CUP เมือง 3 แห่ง (ในเขตเทศบาลเมือง)
2 แห่งของ รพ 1 แห่งของเทศบาล
- มี 5 CUP (นอกเขตเทศบาล)

คลินิกบริการอาครักษ์ใจ

- คลินิกฟ้าใส (อดบุหรี) อังคาร, พฤหัส
- คลินิกสีขาว (อดสุรา) จันทร์

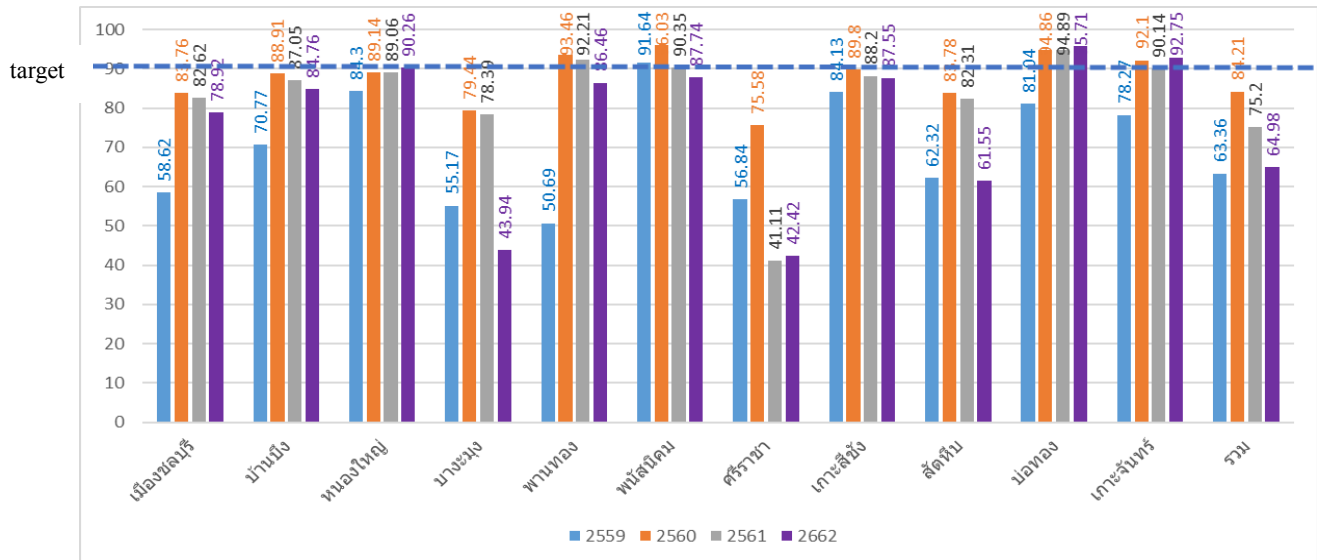
* คลินิกเวชศาสตร์ฟื้นฟู

- คลินิกใน รพ. ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยนอกเขตและใช้สิทธิ์ข้าราชการและประกันสังคม หากเป็นผู้ป่วยบัตรประกันสุขภาพจะให้บริการที่ CUP 3 แห่งนอก รพ. โดยความสมัครใจของผู้ป่วย
- คลินิกเวชศาสตร์ฟื้นฟู (DPAC, wellness center) ใน รพ. มี แพทย์ 1 พยาบาล 2 นวก. 1 รับส่งต่อผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง, ผู้ป่วยที่ควบคุมน้ำตาล/ความดันฯ ไม่ได้/อ้วน ให้บริการความรู้ ให้บริการคำปรึกษา มีผู้รับบริการ 10 -20 คนต่อวัน ให้บริการ จันทร์ พุธ ศุกร์ รวมทั้งให้บริการตรวจเท้าให้กับผู้ป่วยในคลินิกเบาหวาน
- คลินิก นอก รพ. มี 3 แห่งเป็นของ รพ. 2 แห่งและเทศบาล 1 แห่ง มีแพทย์ 11 คน ประจำ CUP เมือง 6 และ CUP นอกเมือง 5 คน ในแต่ละ CUP นอกเมือง แพทย์จะไปให้บริการตรวจรักษาในทุก รพ.สต. อาทิตย์ละ 1 วัน สำหรับ CUP เมือง ที่ได้สัมภาษณ์ พยาบาล มีแพทย์ 4 เกสซ์ 2 พยาบาล 6 นวก. 5 ทันตแพทย์ 1 ผู้ช่วยทันตแพทย์ 4 นักกายภาพบำบัด 1 ให้บริการผู้ป่วยวันละ 160 ราย ให้บริการอย่างครบวงจร ยกเว้นเรื่องการตรวจเลือดที่มีบริการศูนย์ LAP นอกจากนี้ให้บริการอดบุหรี/เหล้าด้วยการให้ยา และคำปรึกษา บริการเยี่ยมบ้านและออกหน่วยในชุมชนในการคัดกรองและให้บริการในกลุ่มที่ไม่สามารถมารับบริการได้ งบประมาณในการดำเนินการมาจากการบริจาคและกองทุนสุขภาพตำบล
- NCD Board คณะกรรมการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับอำเภอเมือง มีกรรมการอำนวยการ 4 กรรมการ 40 คน เป็นโครงสร้างที่เชื่อมโยง รพ. กับชุมชนในเชิงการบริหาร ประชุม 3 ครั้งต่อปี
- จุดเน้น เรื่องการลดความอ้วน กระแสการออกกำลังกาย, Healthy Model, PL, นักปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
- ข้อมูลผู้ป่วยที่ควบคุมน้ำตาลและความดันโลหิตได้ดี จะเป็นผลงานของ รพ.สต. มากกว่า รพ.
-

สถานะทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อ ของจังหวัดชลบุรี

โรคเบาหวาน(DM)

แผนภาพร้อยละของประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเบาหวาน จังหวัดชลบุรี ปีงบประมาณ 2559-2562



หมายเหตุ: วันที่ประมวลผล : 16 ตุลาคม 2562

ตาราง ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี จังหวัดชลบุรี ปีงบประมาณ 2559-2562

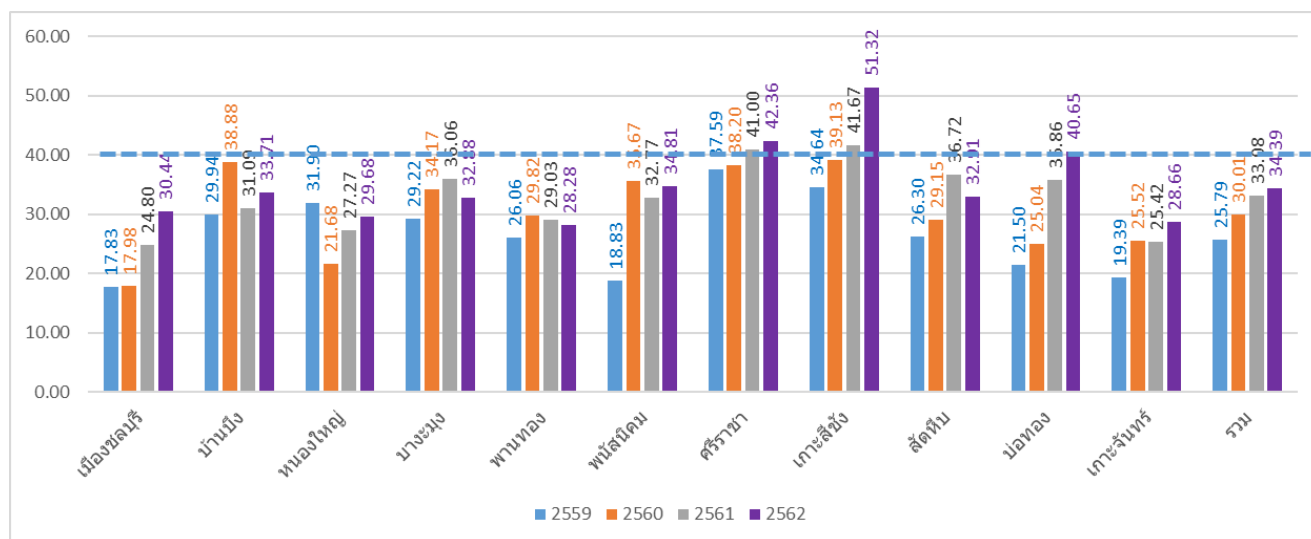
อำเภอ	2559		2560		2561		2562	
	ในเขต รับผิดชอบ	ที่มารับ บริการ	ในเขต รับผิดชอบ	ที่มารับ บริการ	ในเขต รับผิดชอบ	ที่มารับ บริการ	ในเขต รับผิดชอบ	ที่มารับ บริการ
เมืองชลบุรี	17.83	29.47	17.98	15.57	24.80	25.89	30.44	32.76
บ้านบึง	29.94	35.77	38.88	36.06	31.09	26.85	33.71	31.69
หนองใหญ่	31.90	31.11	21.68	21.09	27.27	28.32	29.68	33.01
บางละมุง	29.22	36.15	34.17	36.72	36.06	40.77	32.88	35.19
พานทอง	26.06	31.05	29.82	29.80	29.03	29.80	28.28	27.72
พนัสนิคม	18.83	15.19	35.67	24.20	32.77	24.46	34.81	28.20
ศรีราชา	37.59	40.53	38.20	37.83	41.00	40.62	42.36	40.52
เกาะสีชัง	34.64	36.21	39.13	41.04	41.67	48.72	51.32	60.42
สัตหีบ	26.30	24.12	29.15	26.49	36.72	34.59	32.91	26.15
บ่อทอง	21.50	18.21	25.04	22.45	35.86	33.99	40.65	35.50
เกาะจันทร์	19.39	22.74	25.52	22.06	25.42	22.64	28.66	26.63
รวม	25.79	30.23	30.01	28.14	33.08	32.77	34.39	33.82

หมายเหตุ: วันที่ประมวลผล :: 16 ตุลาคม 2562

B หมายถึง จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน

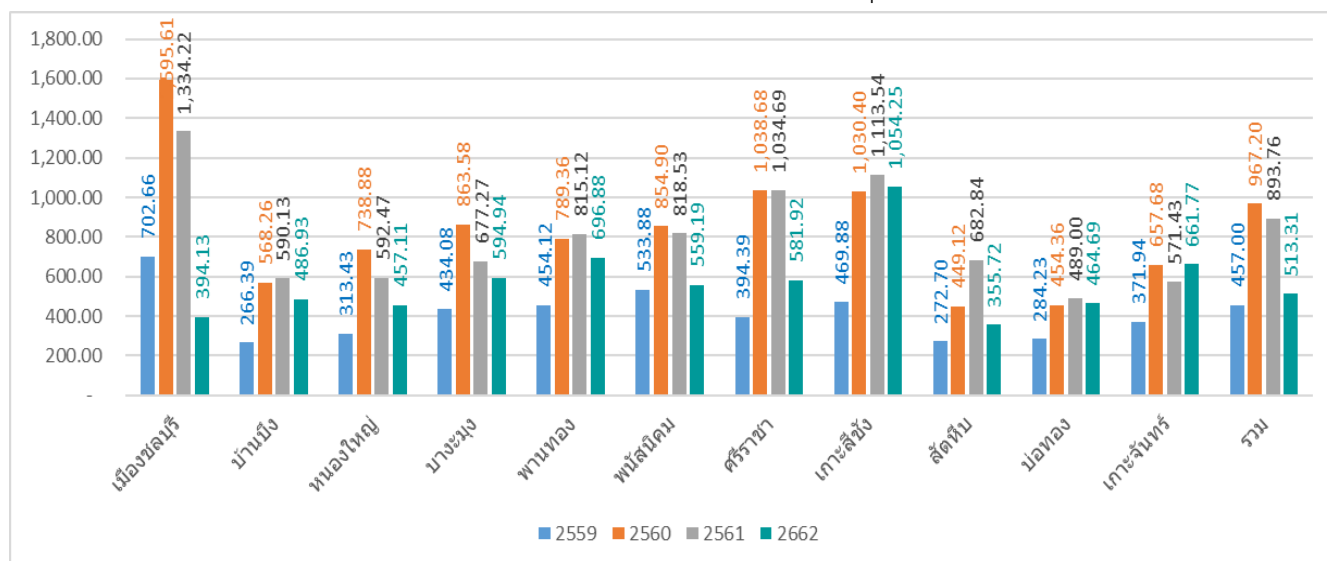
A หมายถึง จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี

แผนภาพ ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี จังหวัดชลบุรี ปีงบประมาณ 2559-2562 ในเขต
รับผิดชอบ



หมายเหตุ: วันที่ประมวลผล : 16 ตุลาคม 2562

แผนภาพ อัตราป่วยรายใหม่ต่อแสนของโรคเบาหวานต่อประชากร จังหวัดชลบุรี ปีงบประมาณ 2559-2562

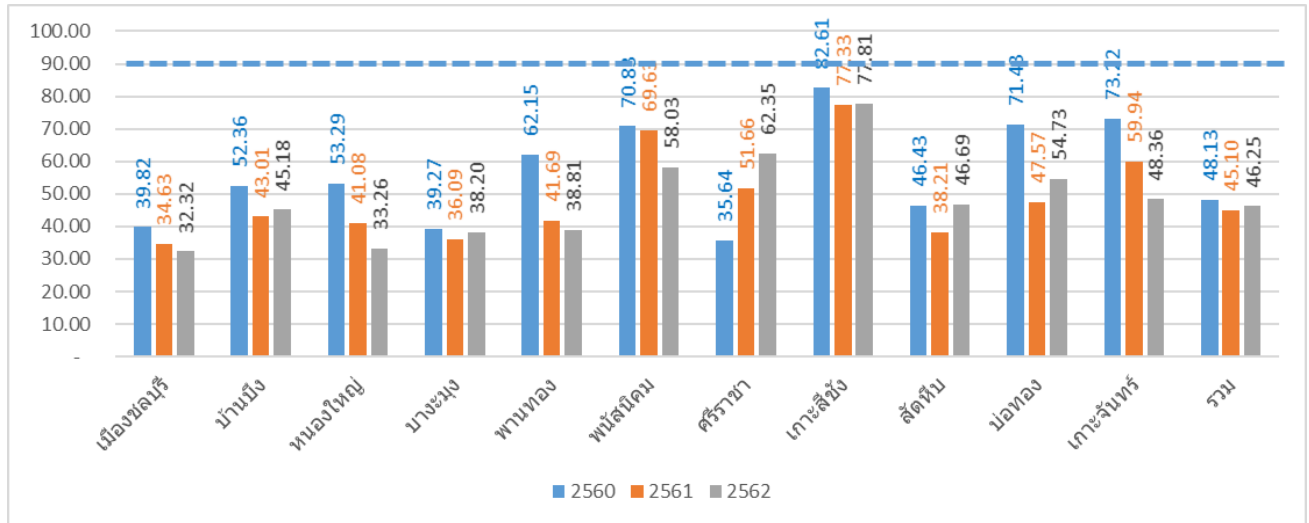


หมายเหตุ: วันที่ประมวลผล : 16 ตุลาคม 2562

B หมายถึง จำนวนประชากรทะเบียนราษฎรทั้งหมดทุกกลุ่มอายุ

A หมายถึง จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน รายใหม่ในปีงบประมาณ

แผนภาพ อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียน และมารับการรักษาในเขตพื้นที่รับผิดชอบ จังหวัดชลบุรี ปีงบประมาณ 2559-2562



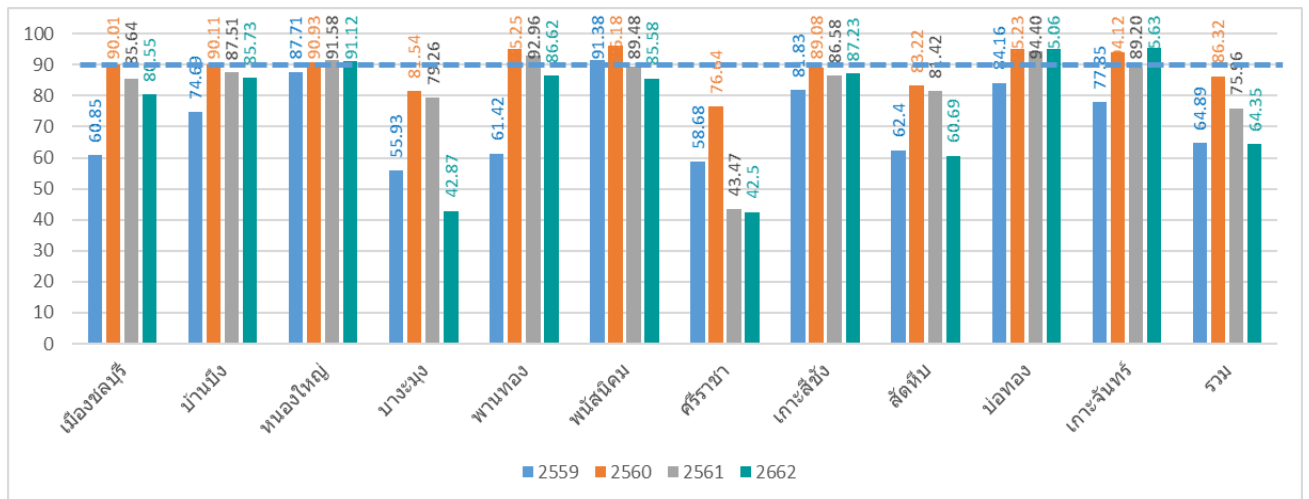
หมายเหตุ: วันที่ประมวลผล :: 16 ตุลาคม 2562

B หมายถึง จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด

A หมายถึง จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตพื้นที่รับผิดชอบและมารับการรักษา

โรคความดันโลหิตสูง (HT)

แผนภาพ ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง จังหวัดชลบุรี ปีงบประมาณ 2559-2562



หมายเหตุ: B หมายถึง จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบทั้งหมด

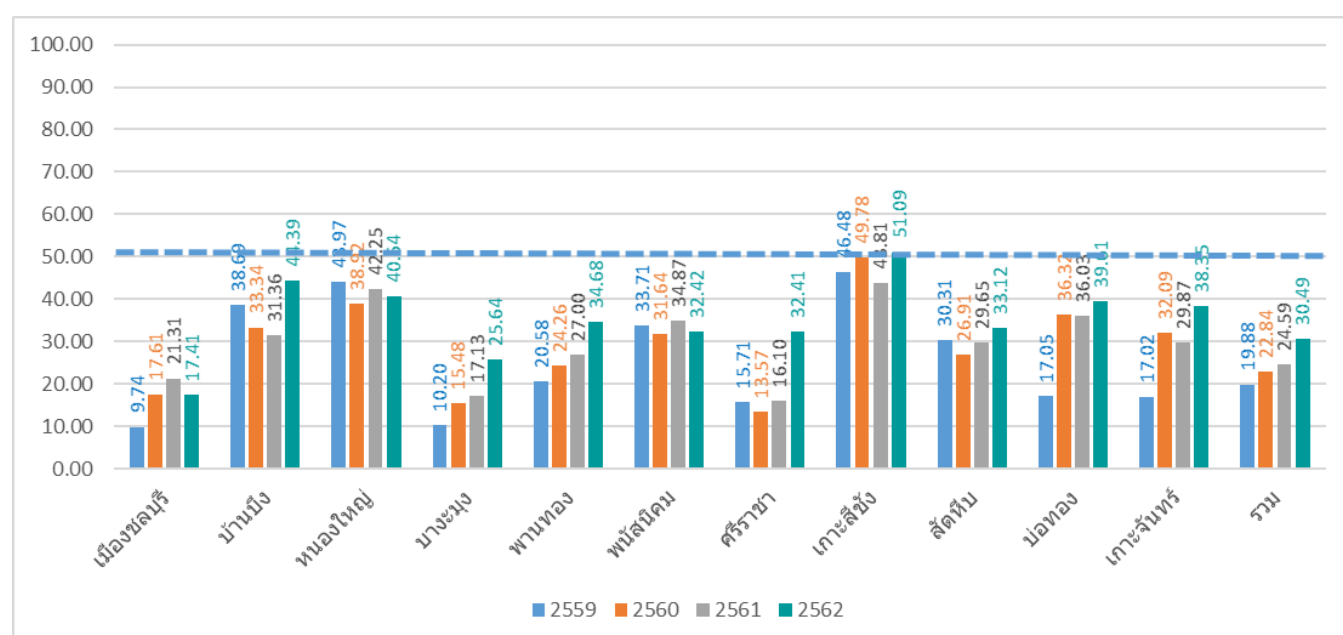
A หมายถึง จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง

ตาราง ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี จังหวัดชลบุรี ปีงบประมาณ 2559-2562

อำเภอ	2559		2560		2561		2562	
	ในเขต รับผิดชอบ	ที่มารับ บริการ	ในเขต รับผิดชอบ	ที่มารับ บริการ	ในเขต รับผิดชอบ	ที่มารับ บริการ	ในเขต รับผิดชอบ	ที่มารับ บริการ
เมืองชลบุรี	9.74	36.33	17.61	28.72	21.31	31.77	17.41	26.25
บ้านบึง	38.69	42.59	33.34	33.73	31.36	45.43	44.39	46.18
หนองใหญ่	43.97	57.48	38.92	46.32	42.25	54.78	40.64	59.15
บางละมุง	10.20	25.89	15.48	29.99	17.13	30.59	25.64	37.43
พานทอง	20.58	36.93	24.26	33.87	27.00	41.16	34.68	49.58
พนัสนิคม	33.71	45.43	31.64	37.91	34.87	38.95	32.42	34.49
ศรีราชา	15.71	38.71	13.57	31.92	16.10	20.65	32.41	31.74
เกาะสีชัง	46.48	60.57	49.78	62.32	43.81	54.68	51.09	61.80
สัตหีบ	30.31	39.98	26.91	37.40	29.65	38.60	33.12	37.68
บ่อทอง	17.05	19.89	36.32	35.00	36.03	34.83	39.61	40.06
เกาะจันทร์	17.02	36.58	32.09	41.74	29.87	33.17	38.35	46.89
รวม	19.88	38.25	22.84	33.78	24.59	33.13	30.49	36.05

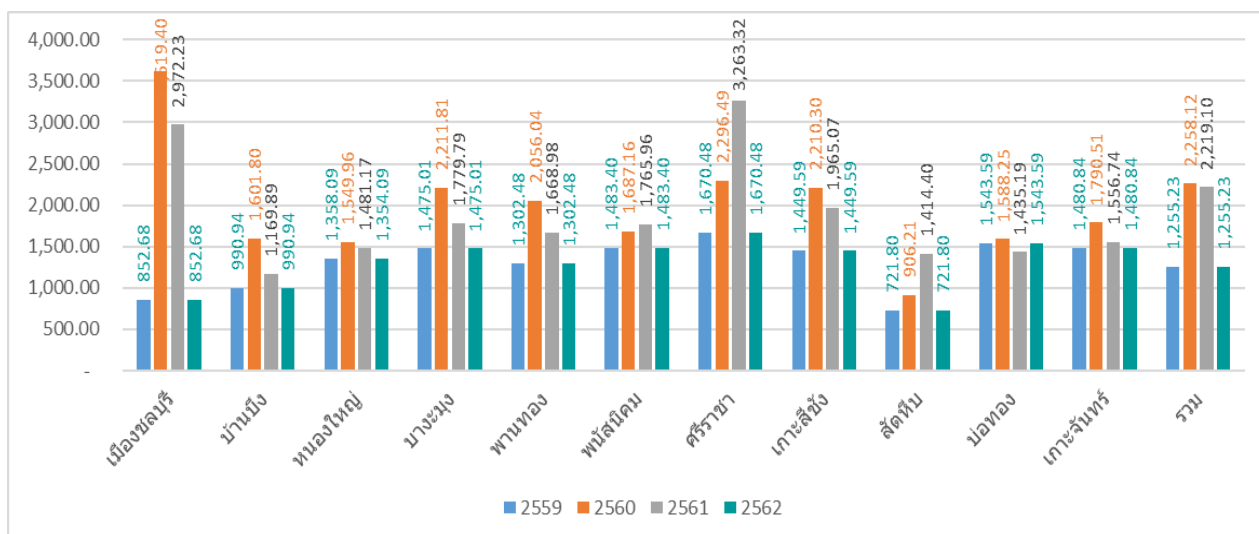
หมายเหตุ: วันที่ประมวลผล :: 16 ตุลาคม 2562

แผนภาพ ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี จังหวัดชลบุรี ปีงบประมาณ 2559-2562 ในเขต
รับผิดชอบ



แผนภาพ อัตราผู้ป่วยรายใหม่ต่อแสนของโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากร จังหวัดชลบุรี ปีงบประมาณ 2559

-2562

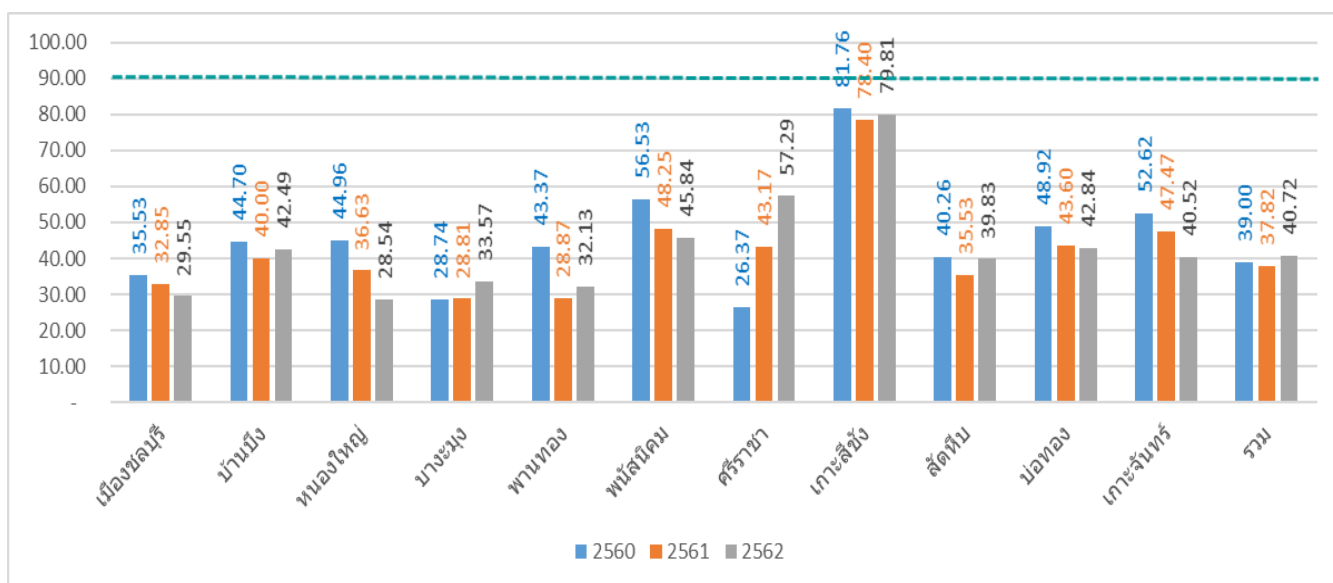


หมายเหตุ: B หมายถึง จำนวนประชากรทะเบียนราษฎรทั้งหมดทุกกลุ่มอายุ

A หมายถึง จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง รายใหม่ในปีงบประมาณ

แผนภาพ อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน และมารับการรักษาในเขตพื้นที่รับผิดชอบ จังหวัดชลบุรี ปีงบประมาณ

2562

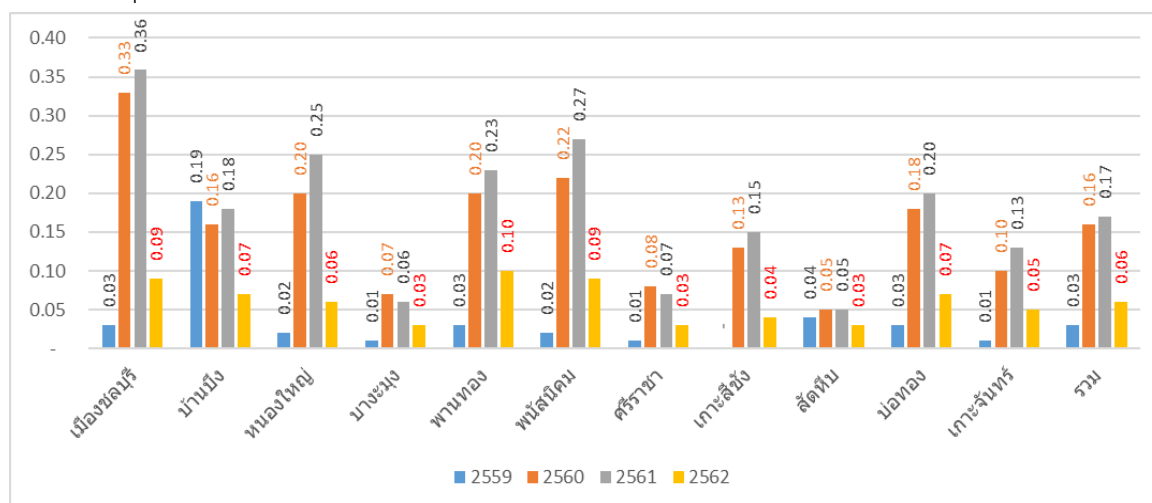


หมายเหตุ: B หมายถึง จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด

A หมายถึง จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตพื้นที่รับผิดชอบที่มาใช้บริการรักษา

โรคระบบหัวใจหลอดเลือด (CVD)

แผนภาพ อัตราป่วยรายใหม่ (ต่อ 100) ของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease) จังหวัดชลบุรี ปี 2559-2562



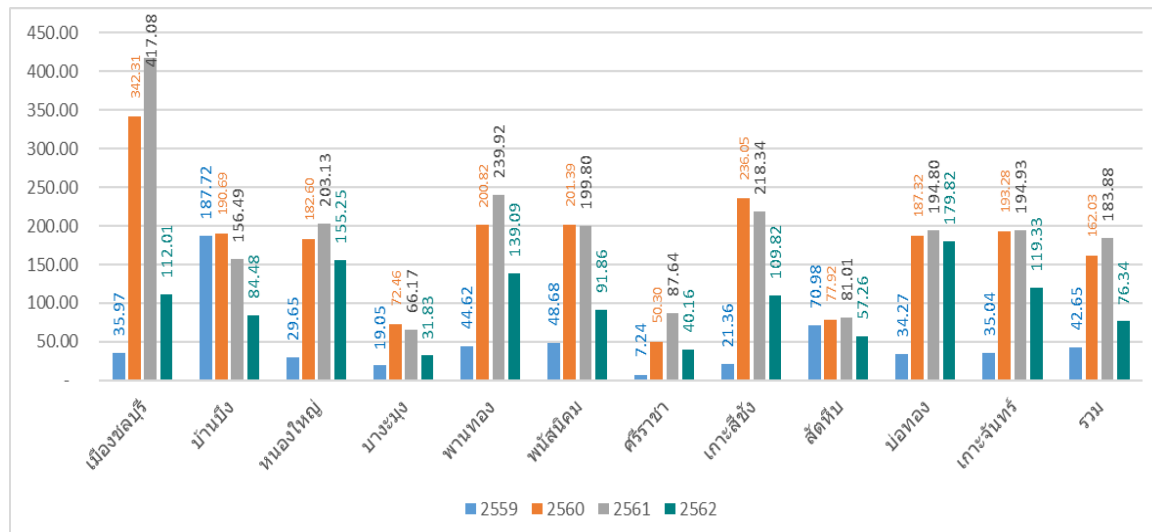
หมายเหตุ : วันที่ประมวลผล :: 16 ตุลาคม 2562

- ใช้ประชากรทะเบียนราษฎร์

- ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด รหัส ICD10 3 หลักแรก เป็น I00-I09 หรือ I20-I28 หรือ I30-I52

โรคหลอดเลือดสมอง

แผนภาพ อัตราอุบัติใหม่ต่อแสนของโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดชลบุรี ปี 2559 -2562



หมายเหตุ : วันที่ประมวลผล :: 16 ตุลาคม 2562

- ใช้ประชากรทะเบียนราษฎร์

- ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รหัส ICD10 3 หลักแรก เป็น I60-I69

A หมายถึง จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รายใหม่ในปี

B หมายถึง จำนวนประชากรทะเบียนราษฎร์

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ รพ.บ้านบึง จังหวัดชลบุรี

วันที่ 17 ตุลาคม 2562 ณ ห้องประชุม รพ.บ้านบึง จ.ชลบุรี

โรงพยาบาลบ้านบึง พิจารณาเห็นว่าแนวทางการดูแลรักษาเบาหวานด้วยอินซูลินในปัจจุบันจะยิ่งเพิ่มระดับอินซูลินในร่างกายผู้ป่วยมากขึ้น สุดท้ายเกิดความล้มเหลวในการรักษาเบาหวาน ผลกระทบของภาวะดื้อยาอินซูลิน ได้แก่ น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น เบาหวาน ไขมันไตรกลีเซอไรด์สูง ความดันโลหิตสูง ไตเสื่อม จึงได้พัฒนาแนวทางการรักษาเบาหวานในรูปแบบที่ลดภาวะดื้อยาต่ออินซูลิน (ลดการให้อินซูลิน) คือ

1. จำกัดปริมาณคาร์โบไฮเดรตต่อวันให้ต่ำกว่า 20 กรัม (5% ของพลังงานที่ได้รับในแต่ละวัน)
2. เพิ่มปริมาณผักใบให้มากกว่า 200 กรัม/มื้อ
3. เพิ่มปริมาณอาหารประเภทไขมันและโปรตีนจนกระทั่งอิ่ม โดยไม่ต้องคำนวณแคลอรี
4. ดื่มน้ำทุกชนิด ยกเว้นน้ำเปล่าเท่านั้น
5. เน้นให้ทานเฉพาะวันละ 3 มื้อ หรือน้อยกว่า ไม่มี snack หรือผลไม้เบรก
6. ไม่เน้นกิจกรรมออกกำลังกายแบบรุนแรง

ผลการศึกษาโดยสรุปพบว่า เมื่อเราแก้ไขที่ภาวะดื้อต่ออินซูลิน จะพบว่ามีความโน้มต่อการหายจากโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดปกติ และน้ำหนักตัวลดลงอย่างมีนัยสำคัญ

อัตราการเกิดเบาหวานความดัน → ใช้ community based

คุณภาพบริการ การคุมเบาหวานความดันได้ → ใช้ hospital based

มีปัญหานับว่าคนไข้จะเป็นของโรงพยาบาล/พื้นที่ไหน หากคนไข้ได้รับการ diagnosis บางที่ แต่ไปรับบริการที่อื่น → ปัญหาถกเถียงกันเรื่องการนับคนไข้ว่าควรเป็นคนไข้ของโรงพยาบาลในฐานข้อมูลเนื่องจากตัวชี้วัดเป้าหมายของส่วนกลางที่กำหนดไว้ ทำให้ระดับพื้นที่กังวลว่าจะตกตัวชี้วัด เพราะผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีต่ำกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ (เป้าหมาย $\geq 40\%$ แต่บ้านบึงทำได้ประมาณ 30%) แต่ไม่สามารถทำอะไรได้ เพราะว่าจำนวนผู้ป่วยที่อยู่ในมือจริงน้อยกว่าจำนวนที่เป็นตัวหารใน HDC ซึ่งนับแบบ community based

ด้วยสถานการณ์แบบนี้ ทำให้คนทำงานในพื้นที่รู้สึกว่ “ทำยังไง ทำเต็มที่ ทำให้ตาย ก็ยังไม่ได้ตามเป้าหมาย”

ผลจากการตกเป้าหมายตลอด พื้นที่รู้สึกว่ “ต้องทำใจ แต่ยังรู้สึก (ไม่ดีหลายอย่าง)” แต่ไม่ได้คู้ขึ้น เพราะถ้าคู้ขึ้นจะไม่สนใจไม่รู้สึกอะไรกับผลที่ตกเป้าหมาย

ตัวชี้วัดตามเป้าหมาย จังหวัดมักใช้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลใหญ่มักจะตก ตัวชี้วัดเหล่านี้ ผูกกับการจัดสรรเงินเดือน พิจารณาความดีความชอบ

รพ.บ้านบึง มีไปออกคลินิก NCDs ทุก รพ.สต.

เจ้าหน้าที่คลินิก NCDs ไม่ทราบแผนยุทธศาสตร์ ไม่เคยเห็นเล่ม แต่ใช้ฟังว่า สสจ. ผอ.จะให้เราเล่นอะไร

Area กับ Agenda

ปัจจัยเรื่องสิ่งแวดล้อม (เช่น ร้านอาหารบริเวณรอบโรงเรียน มีอาหารที่เสี่ยงเยอะ) เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้คนยังมีพฤติกรรมเสี่ยง ซึ่งอยากให้ส่วนกลางพิจารณาเรื่องนี้ เพราะทำให้การปรับพฤติกรรมในระดับพื้นที่ทำได้ยาก ทำให้ตาย ก็ไม่ได้ช่วยแก้ปัญหาอะไรได้



กรมควบคุมโรค
กองโรคไม่ติดต่อ

