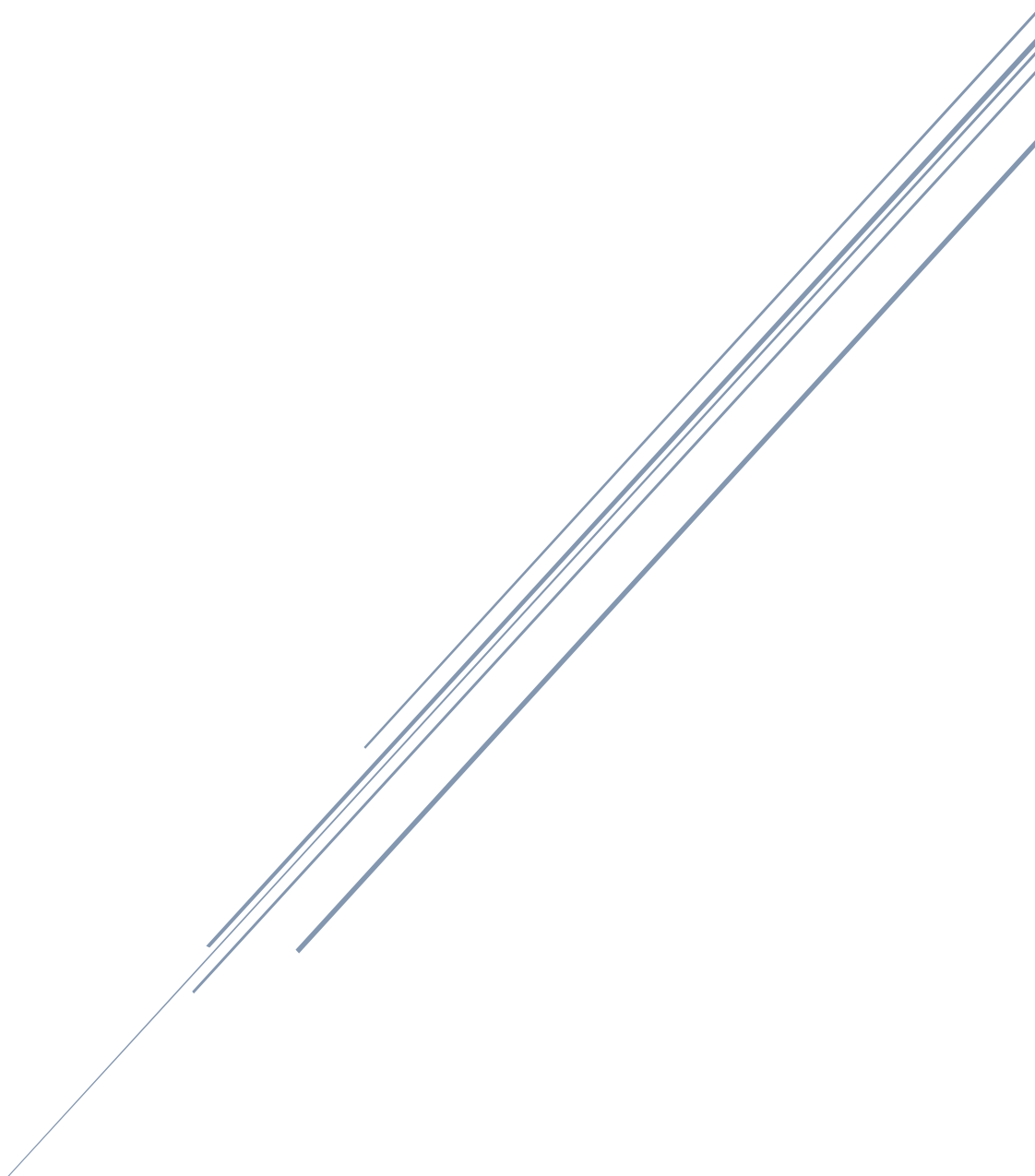


รายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ของไทย

กรณีศึกษา

สาระหมวดการสร้างเสริมสุขภาพ

สาระหมวดการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ



โดย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

รายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ของไทย กรณีศึกษา สาระหมวดการสร้างเสริมสุขภาพและสาระหมวดการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ

Situation report on Thailand's health systems: case studies of Health Constitution on Article of health promotion and Article of disease prevention and control and health threats

คณะผู้จัดทำ

ดร.นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร	ที่ปรึกษาคณะผู้วิจัย
ดร.วัลย์พร พชรนฤมล	ที่ปรึกษาคณะผู้วิจัย
ดร.ภญ.จิตติพร สุแก้ว	หัวหน้าคณะผู้วิจัย
สพญ.อังคณา เลชะกุล	คณะผู้วิจัย
นายกมลพัฒน์ มากแจ้ง	คณะผู้วิจัย
น.ส.ไศภิต นาสืบ	คณะผู้วิจัย
น.ส.มธุตารา ไพয়ারมณ	คณะผู้วิจัย
น.ส.สทพร จุลชู	คณะผู้วิจัย
ภก.จักร เจริญศิลป์ชัย	คณะผู้วิจัย

31 มีนาคม 2564

คำนำ

รายงานนี้จัดทำขึ้นเพื่อรายงานผลการศึกษา “รายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ของไทย” กรณีศึกษา สาระหมวดการสร้างเสริมสุขภาพ และสาระหมวดป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ

ข้อมูลที่ใช้ในการดำเนินงานครั้งนี้ได้มาจากกระบวนการทบทวนวรรณกรรมและรายงานที่เกี่ยวข้องตามประเด็นสาระหมวดที่ทำการศึกษา เพื่อประเมินสถานการณ์ปัจจุบันของสถานการณ์ระบบสุขภาพของประเทศตามสาระหมวดที่ทำการศึกษา โดยใช้ตัวชี้วัดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน นอกจากนี้ทีมผู้วิจัยยังได้ประเมินความพร้อมในการใช้ตัวชี้วัดดังกล่าวในระดับพื้นที่ และความเชื่อมโยงกับตัวชี้วัดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ช่องว่างในการดำเนินงานและประเมินช่องว่างในการดำเนินงานในแต่ละสาระหมวดต่อไป

ผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่า รายงานฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ในการทำให้เห็นถึงความก้าวหน้าในการดำเนินงาน เป็นประโยชน์ในการกำหนดทิศทาง และการวางแผนการดำเนินงานในระยะถัดไป

สุดท้าย คณะผู้วิจัยขอขอบคุณคณะทำงานจากสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ในการกำกับทิศทางของรายงานและช่วยให้คณะผู้วิจัยสามารถประสานความร่วมมือกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้อย่างราบรื่น

คณะผู้วิจัย

คำอธิบายสัญลักษณ์และตัวย่อ

AIDS	acquired immune deficiency syndrome
AMRO	The WHO Regional Office for the Americas
HIA	Health Impact Assessment
HIV	human immunodeficiency virus
EURO	the WHO Regional Office for Europe
IHPP	International Health Policy Program
IHR	International Health Regulations
NCDs	non-communicable diseases
PM2.5	Particulate Matter of a diameter of less than 2.5 micrograms per cubic meter
RTI	Road Traffic Injury
SDG	Sustainable Development Goals
SEARO	The WHO Regional Office for South-East Asia
UHC	Universal Health Coverage
UN	United Nations
UNICEF	United Nations Children's Fund
UNAIDS	The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
WHO	World Health Organization
WPRO	Western Pacific Region (by World Health Organization)
สพฉ.	สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
สช.	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
สสส.	สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
สวรส.	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
อปท.	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

สารบัญ

หน้า

คำนำ.....	ข
คำอธิบายสัญลักษณ์และตัวย่อ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญรูปภาพ.....	ช
สาระหมวดการสร้างเสริมสุขภาพ	1
ตัวชี้วัดที่ 6 จำนวนผู้ติดเชื้อ HIV รายใหม่ต่อประชากรที่ไม่ติดเชื้อ 1,000 คน จำแนกตาม เพศ อายุ และประชากรหลัก	2
สถานการณ์ตัวชี้วัดด้าน HIV/AIDS	2
กรอบนโยบายและมาตรการด้าน HIV/AIDS.....	3
ตัวชี้วัดที่ 7 อัตราการตายของผู้ที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน หรือโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง.....	9
สถานการณ์ตัวชี้วัดด้าน NCDs.....	9
กรอบนโยบายและมาตรการด้าน NCDs.....	13
ตัวชี้วัดที่ 8 อัตราการตายจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนต่อประชากร 100,000 คน.....	18
สถานการณ์ตัวชี้วัดด้าน RTI.....	18
กรอบนโยบายและมาตรการด้าน RTI.....	20
ตัวชี้วัดที่ 9 อัตราการตายที่เกิดจากมลพิษทางอากาศทั้งจากในบ้านเรือนและในบรรยากาศทั่วไป	26
สถานการณ์ตัวชี้วัดด้าน Air pollution	26
กรอบนโยบายและมาตรการด้าน Air pollution.....	27
ช่องว่างการดำเนินงานเพื่อบรรลุตามภาพพึงประสงค์สาระหมวดการสร้างเสริมสุขภาพ	34

สาระหมวดการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ	38
ตัวชี้วัดที่ 10 ชีตความสามารถของการปฏิบัติตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ	38
สถานการณ์ตัวชี้วัดด้าน IHR	39
กรอบนโยบายและมาตรการด้าน IHR.....	42
ช่องว่างการดำเนินงานเพื่อบรรลุตามภาพพึงประสงค์สาระหมวดการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัย ที่คุกคามสุขภาพ	47
รายการอ้างอิง	50

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 สรุปสถานการณ์ตัวชี้วัดสภาวะสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพ.....	1
ตารางที่ 2 นโยบายและมาตรการด้าน HIV/AIDS ของประเทศไทย	6
ตารางที่ 3 สถานการณ์การเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อของประเทศไทยจำแนกรายจังหวัด.....	11
ตารางที่ 4 นโยบายและมาตรการด้าน NCDs ของประเทศไทย.....	15
ตารางที่ 5 นโยบายและมาตรการด้าน RTI ของประเทศไทย.....	23
ตารางที่ 6 นโยบายและมาตรการด้าน Air pollution ของประเทศไทย	29
ตารางที่ 7 ช่องว่างการดำเนินงานเพื่อบรรลุตามภาพพจน์ประสงค์สภาวะสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพ	34
ตารางที่ 8 สรุปสถานการณ์ตัวชี้วัดสภาวะสมรรถนะการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ	38
ตารางที่ 9 ผลการประเมินขีดความสามารถของการปฏิบัติตามกฎอนามัยระหว่างประเทศของประเทศไทยปี 2559-62.....	41
ตารางที่ 10 นโยบายและมาตรการด้าน IHR ของประเทศไทย	44
ตารางที่ 11 ช่องว่างการดำเนินงานเพื่อบรรลุตามภาพพจน์ประสงค์สภาวะสมรรถนะการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ.....	47

สารบัญรูปภาพ

หน้า

รูปที่ 1 อุบัติการณ์การติดเชื้อ HIV รายใหม่ต่อประชากรที่ไม่ติดเชื้อ 1,000 คนในทุกอายุของทั่วโลก	2
รูปที่ 2 อุบัติการณ์ติดเชื้อ HIV รายใหม่ต่อประชากรที่ไม่ติดเชื้อ 1,000 คนในทุกอายุของประเทศไทย	3
รูปที่ 3 กรอบการดำเนินงานด้าน HIV/AIDS ระดับโลก	4
รูปที่ 4 กรอบแนวทางการดำเนินงานเพื่อให้บริการด้าน HIV/AIDS ที่สอดคล้องกับแผนสุขภาพถ้วนหน้า	5
รูปที่ 5 แนวโน้มค่าความน่าจะเป็นของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรค NCDs ทั่วโลก	9
รูปที่ 6 แนวโน้มค่าความน่าจะเป็นของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรค NCDs ของประเทศไทย	10
รูปที่ 7 เป้าหมายระดับโลกในการจัดการและควบคุมโรค NCDs	13
รูปที่ 8 วัตถุประสงค์และทางเลือกนโยบายระดับชาติสำหรับการจัดการและควบคุมโรค NCDs	14
รูปที่ 9 จำนวนและอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนต่อประชากร 100,000 คนของทั่วโลก	18
รูปที่ 10 จำนวนผู้เสียชีวิตและอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนต่อประชากร 100,000 คนของประเทศไทย	19
รูปที่ 11 จำนวนการเสียชีวิตและอัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทย แยกรายจังหวัดปี 2563	20
รูปที่ 12 กรอบการดำเนินงานด้านความปลอดภัยทางถนนของต่างประเทศ	22
รูปที่ 13 อัตราการตายที่เกิดจากมลพิษทางอากาศต่อประชากร 1 แสนคน แยกตามภูมิภาคทั่วโลก	26
รูปที่ 14 อัตราการตายที่เกิดจากมลพิษทางอากาศต่อประชากร 1 แสนประชากรของประเทศไทย ปี 2559	27
รูปที่ 15 แนวโน้มขีดความสามารถของการปฏิบัติตามกฎอนามัยระหว่างประเทศโดยเฉลี่ยของทั่วโลก	39
รูปที่ 17 ขีดความสามารถของการปฏิบัติตามกฎอนามัยระหว่างประเทศจำแนกรายภูมิภาคและสมรรถนะหลัก	39
รูปที่ 18 ขีดความสามารถของการปฏิบัติตามกฎอนามัยระหว่างประเทศโดยเฉลี่ยของประเทศไทยแยกรายสมรรถนะ	40

สาระหมวดการสร้างเสริมสุขภาพ

จากผลการพัฒนาตัวชี้วัดระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ของสาระหมวดการสร้างเสริมสุขภาพตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 โดยใช้สถานะทางสุขภาพเป็นหลักประกอบด้วย 4 ตัวชี้วัด ครอบคลุม 4 ประเด็นผลลัพธ์ทางสุขภาพ ได้แก่ ด้านโรค HIV/AIDS ด้านโรค NCDs (Non-Communicable Diseases) ด้าน RTI (Road Traffic Injury) และด้าน Air Pollution (มลพิษทางอากาศ)

จากการศึกษาสถานการณ์ตัวชี้วัดสาระหมวดการสร้างเสริมสุขภาพดังกล่าวสามารถสรุปได้ดังนี้

ตารางที่ 1 สรุปสถานการณ์ตัวชี้วัดสาระหมวดการสร้างเสริมสุขภาพ

ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สถานการณ์ ทั่วโลก	สถานการณ์ ของไทย	แนวโน้ม ของไทย
6	จำนวนผู้ติดเชื้อ HIV รายใหม่ต่อประชากรที่ไม่ติดเชื้อ 1,000 คน จำแนกตาม เพศ อายุ และ ประชากรหลัก	ไม่มีผู้ติดเชื้อ HIV รายใหม่ในปี 2573	0.22 คนต่อผู้ไม่ติดเชื้อ 1 พันคน (ปี 2562)	0.08 คนต่อผู้ไม่ติดเชื้อ 1 พันคน (ปี 2562)	แนวโน้มลดลง ปี 2553: 0.24 ปี 2558: 0.14 ปี 2562: 0.08
7	อัตราการตายของผู้ที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน หรือโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง (ความน่าจะเป็น (%) ของการเสียชีวิตระหว่างอายุ 30 ถึงอายุ 70 ปีจากโรค NCDs)	ลดการตายก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อลงภายในปี 2573	ร้อยละ 17.8 (ปี 2562)	ร้อยละ 13.4 (ปี 2561)	แนวโน้มลดลง ปี 2558: 13.8 ปี 2559: 14.4 ปี 2560: 13.7 ปี 2561: 13.4
8	การลดอัตราการตายจากการบาดเจ็บทางถนนต่อประชากร 100,000 คนให้เหลือครึ่งหนึ่งภายใน พ.ศ. 2563	ลดอัตราการตายลง 50% ภายในปี 2563 (เป้าหมายไทยคือ 18 ต่อ 1 แสนคน)	18.2 ต่อ 1 แสนคน (ปี 2559)	27.2 ต่อ 1 แสนคน (ปี 2563)	แนวโน้มลดลง ปี 2556: 36.2 ปี 2559: 32.7 ปี 2563: 27.2
9	อัตราการตายที่เกิดจากมลพิษทางอากาศ ทั้งจากในบ้านเรือนและในบรรยากาศทั่วไป	ลดอัตราการตายที่เกิดจากมลพิษทางอากาศอย่างมากในปี 2573	94.8 ต่อ 1 แสนคน (ปี 2559)	61 ต่อ 1 แสนคน (ปี 2559)	N/A

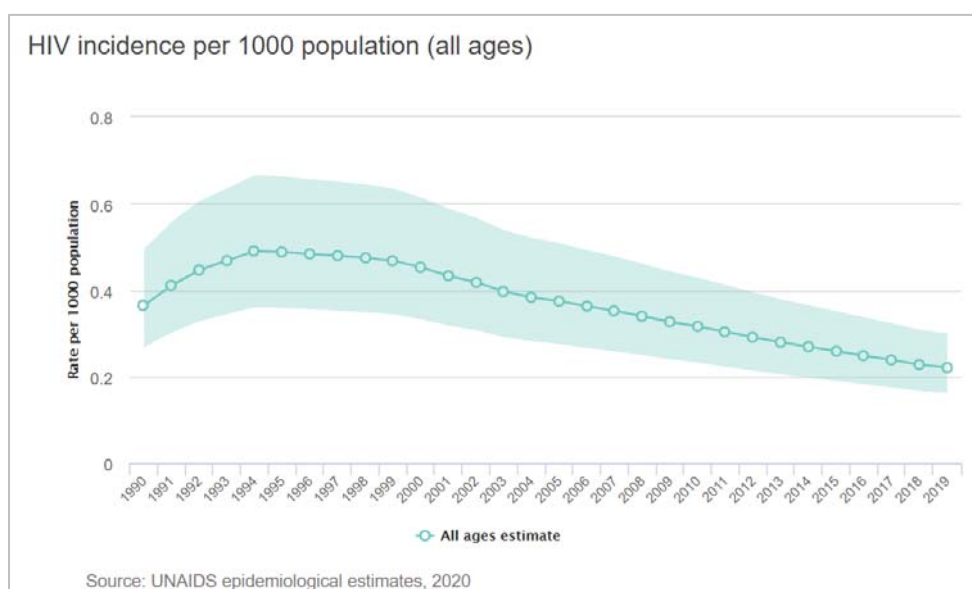
ตัวชี้วัดที่ 6 จำนวนผู้ติดเชื้อ HIV รายใหม่ต่อประชากรที่ไม่ติดเชื้อ 1,000 คน จำแนกตาม เพศ อายุ และ ประชากรหลัก

อ้างอิงตามตัวชี้วัด SDG ที่ 3.3.1 จำนวนผู้ติดเชื้อ HIV รายใหม่ต่อประชากรที่ไม่ติดเชื้อ 1,000 คน จำแนกตาม เพศ อายุ และประชากรหลัก (SDG 3.3.1 Number of new HIV infections per 1,000 uninfected population, by sex, age and key populations) ซึ่ง WHO ได้กำหนดให้มีการรายงาน จำนวนผู้ติดเชื้อ HIV รายใหม่ต่อประชากรที่ไม่มีการติดเชื้อ 1,000 คนในรอบปี

สถานการณ์ตัวชี้วัดด้าน HIV/AIDS

สถานการณ์ตัวชี้วัดด้าน HIV/AIDS ในระดับโลก

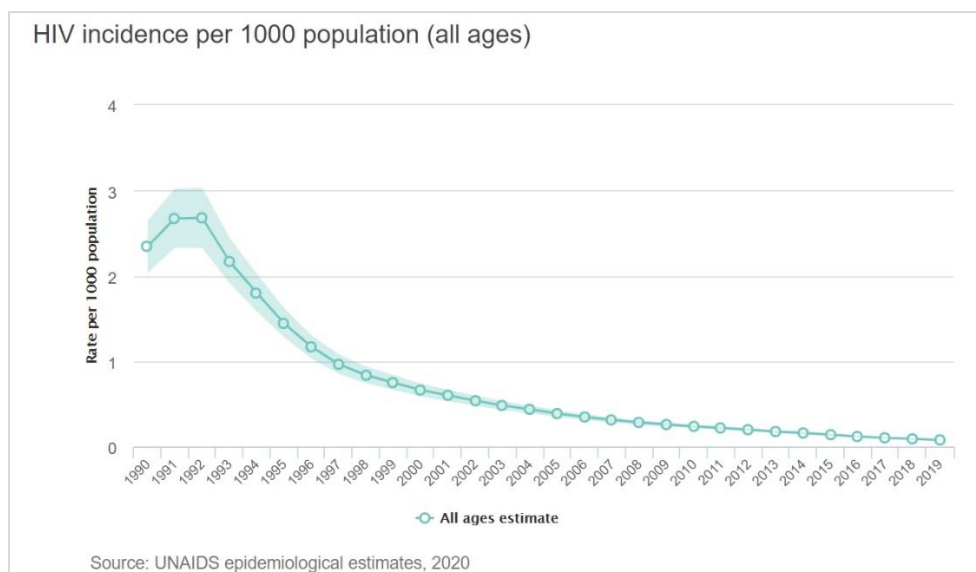
สถานการณ์ตัวชี้วัดด้าน HIV/AIDS ทั่วโลกมีอัตราการติดเชื้อ HIV รายใหม่ต่อประชากรที่ไม่ติดเชื้อ 1,000 คนในทุกอายุอยู่ที่ 0.22 โดยสถานการณ์การติดเชื้อ HIV ของโลกมีการลดลงอย่างต่อเนื่อง จากการ รายงานสถานการณ์ พ.ศ.2562 พบว่าผู้ใหญ่ที่มีการอายุมากกว่า 15 ปีขึ้นมีการติดเชื้อรายใหม่จำนวนประมาณ 1,500,000 ราย โดยเป็นเพศหญิงจำนวนประมาณ 720,000 ราย และเพศชายจำนวนประมาณ 790,000 ราย



รูปที่ 1 อัตราการติดเชื้อ HIV รายใหม่ต่อประชากรที่ไม่ติดเชื้อ 1,000 คนในทุกอายุของทั่วโลก

สถานการณ์ตัวชี้วัดด้าน HIV/AIDS ในระดับประเทศ

สถานการณ์ตัวชี้วัดด้าน HIV/AIDS ของประเทศไทยมีอัตราการติดเชื้อ HIV รายใหม่ต่อประชากรที่ไม่ติดเชื้อ 1,000 คนในทุกอายุอยู่ที่ 0.08 โดยประเทศไทยมีการดำเนินเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหา HIV/AIDS ซึ่งประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี ทำให้สถานการณ์ของผู้ติดเชื้อ HIV มีแนวโน้มที่ดีขึ้น แต่ก็ยังไม่เป็นไปตาม เป้าประสงค์ อัตราความชุกของ HIV ยังคงสูงอยู่ในกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูง ในพ.ศ. 2562 ประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อ HIV รายใหม่ 5,400 คน จากการคาดการณ์การติดเชื้อ HIV ในกลุ่มประชากรหลักพบว่า ประชากรกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) มีจำนวนการติดเชื้อ 159,600 คน รองมาด้วยกลุ่มพนักงาน บริการหญิง (FSW) จำนวน 129,000 คน สาวประเภทสอง (TG) ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID) และ พนักงานบริการชาย (MSW) (62,800, 42,650 และ 15,000 คน ตามลำดับ)⁽¹⁾



รูปที่ 2 อุบัติการณ์ติดเชื้อ HIV รายใหม่ต่อประชากรที่ไม่ติดเชื้อ 1,000 คนในทุกอายุของประเทศไทย

สถานการณ์ตัวชี้วัดด้าน HIV/AIDS ในระดับจังหวัด

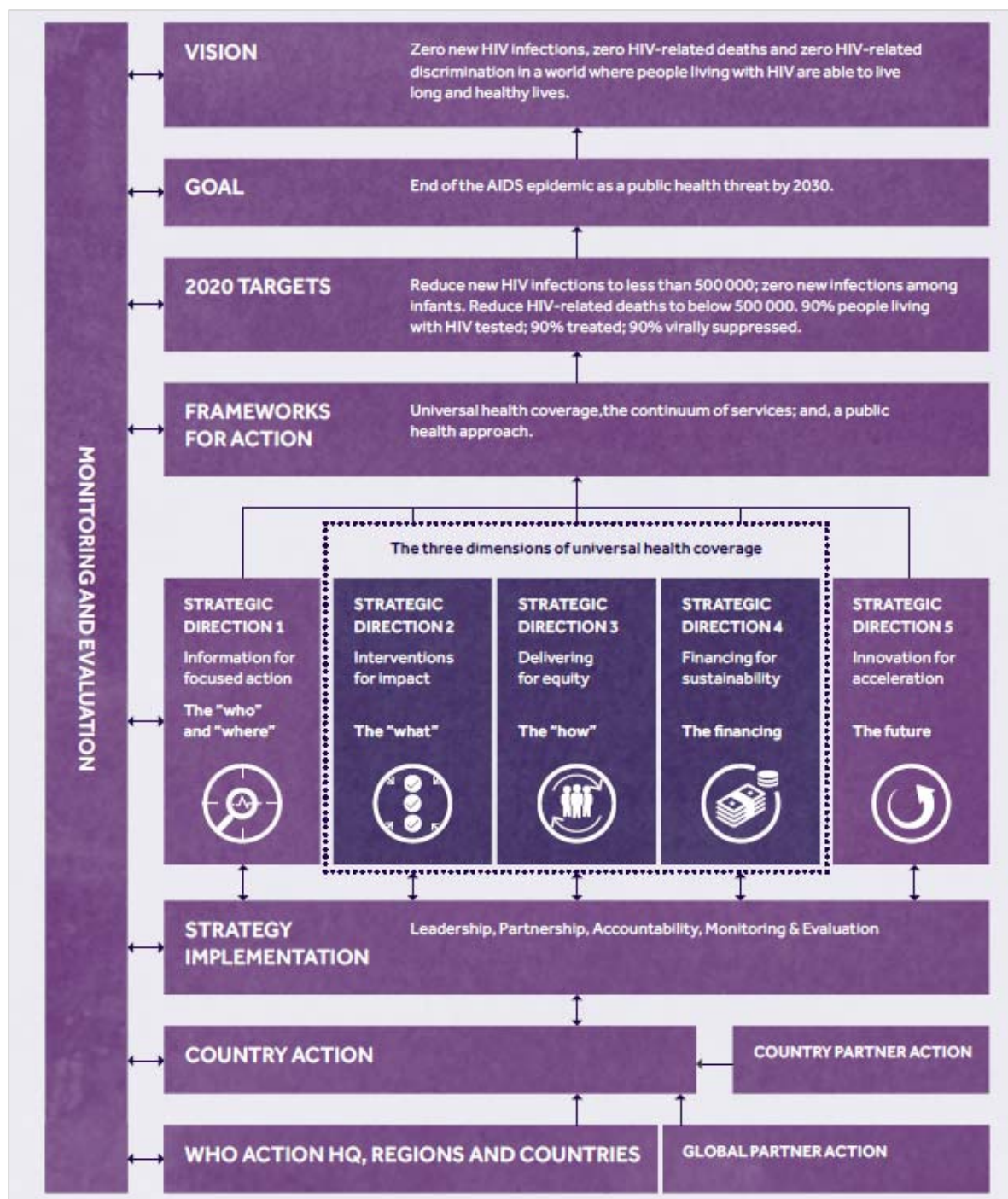
ปัจจุบันมีการรายงานสถานการณ์การติดเชื้อรายใหม่รายจังหวัดโดยการคาดประมาณ โดยกองระบาดวิทยา กลุ่มพัฒนาระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา โรคเอดส์ วัณโรค ไวรัสตับอักเสบ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข⁽²⁾ อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการรายงานจำนวนของการติดเชื้อรายใหม่จริงในระดับจังหวัด

กรอบนโยบายและมาตรการด้าน HIV/AIDS

กรอบการดำเนินงานด้าน HIV/AIDS จากต่างประเทศ

WHO ได้ออก “HIV/AIDS GLOBAL HEALTH SECTOR STRATEGY ON HIV 2016–2021 TOWARDS ENDING AIDS”⁽³⁾ เพื่อเป็นแนวทางและกรอบในการดำเนินงานด้าน HIV/AIDS เพื่อให้บรรลุเป้าประสงค์ โดยมีการกำหนดกลยุทธ์ทั้งหมด 5 กลยุทธ์ ได้แก่

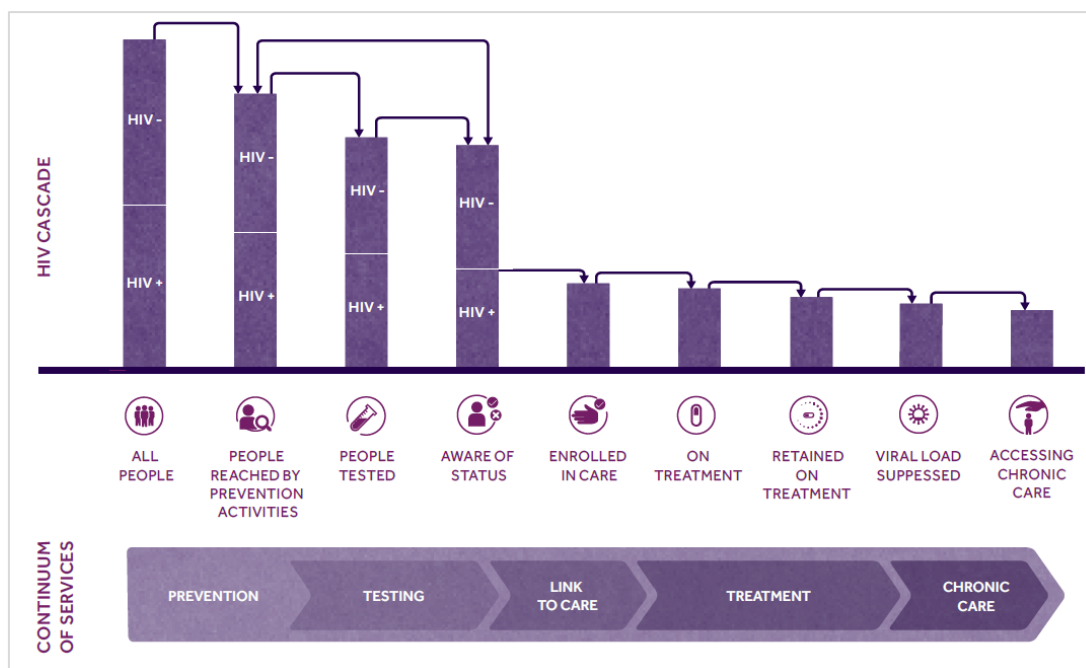
- กลยุทธ์ที่ 1: การมีข้อมูลเพื่อออกแบบการดำเนินงาน (ทราบทั้งการระบาดและการตอบสนอง)
- กลยุทธ์ที่ 2: Interventions เพื่อให้เกิดผลกระทบ (ครอบคลุมถึงบริการที่จำเป็น)
- กลยุทธ์ที่ 3: การให้บริการที่เท่าเทียมกัน (ครอบคลุมถึงทุกประชากรที่ต้องการบริการ)
- กลยุทธ์ที่ 4: การจัดการการเงินการคลัง เพื่อความยั่งยืน (รวมถึงงบประมาณสำหรับการให้บริการ)
- กลยุทธ์ที่ 5: นวัตกรรมเพื่อให้บรรลุผลได้ในอนาคต (รูปที่ 3)



ที่มา: GLOBAL HEALTH SECTOR STRATEGY ON HIV 2016–2021 TOWARDS ENDING AIDS⁽⁴⁾

รูปที่ 3 กรอบการดำเนินงานด้าน HIV/AIDS ระดับโลก

นอกจากนี้ แผนงานข้างต้นยังมีกรอบแนวทางการดำเนินงานด้านบริการ เพื่อให้บริการด้าน HIV/AIDS ที่สอดคล้องกับแผนสุขภาพถ้วนหน้าดังภาพที่ 4



ที่มา: GLOBAL HEALTH SECTOR STRATEGY ON HIV 2016–2021 TOWARDS ENDING AIDS⁽⁴⁾

รูปที่ 4 กรอบแนวทางการดำเนินงานเพื่อให้บริการด้าน HIV/AIDS ที่สอดคล้องกับแผนสุขภาพถ้วนหน้า

นโยบายและมาตรการด้าน HIV/AIDS ของประเทศไทย

ตารางที่ 2 นโยบายและมาตรการด้าน HIV/AIDS ของประเทศไทย

นโยบาย	ความรู้	การนำนโยบายไปปฏิบัติ	การติดตามประเมินผล
1) ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560-2573 ยุทธศาสตร์ที่ 1 มุ่งเน้นและเร่งรัดจัดชุดบริการที่มีประสิทธิภาพสูงและรอบด้าน ให้ครอบคลุมพื้นที่และประชากรที่อยู่ในภาวะเสี่ยงและมีโอกาสรับและถ่ายทอดเชื้อ HIV สูง ยุทธศาสตร์ที่ 2 ยกระดับคุณภาพและบูรณาการการดำเนินงานป้องกันที่มีประสิทธิภาพเดิมให้เข้มข้นและยั่งยืนในระบบ ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาและเร่งรัดการรักษา ดูแล และช่วยเหลือทางสังคมให้มีคุณภาพ รอบด้าน และยั่งยืน ยุทธศาสตร์ที่ 4 ปรับภาพลักษณ์ ความเข้าใจ เสริมสร้างความเข้มแข็งระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน รวมทั้งกลไกการคุ้มครองสิทธิ เพื่อลดความการรังเกียจกีดกัน การเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีและเพศภาวะ	ปัจจุบันประเทศไทยมีการจัดการและพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคเอดส์ไวรัสโรคเพศสัมพันธ์ ภายใต้การดำเนินงานของกลุ่มสื่อสารและสนับสนุนวิชาการ และกลุ่มพัฒนาความร่วมมือและถ่ายทอดองค์ความรู้ระหว่างประเทศ ของสำนักโรคเอดส์ไวรัสโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข¹	ประเทศไทยได้ตั้งเป้าหมายที่จะยุติปัญหาเอดส์ให้ได้ภายในปี 2573 โดยมีการดำเนินงาน ในการจัดชุดบริการแก่ประชากรที่อยู่ในภาวะเสี่ยงสูง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการลดการติดเชื้อผู้ติดเชื้อรายใหม่ให้น้อยกว่า 1,000 คน/ปี โดยอาศัยกลยุทธ์ RRTR (Reach-Recruit-Test-Treat-Retain) ผ่านความร่วมมือกันระหว่างภาครัฐและภาคประชาสังคม ปัจจุบันประเทศไทยมีอุบัติการณ์ของการติดเชื้อเอชไอวีลดลง และอัตราความชุกของเอชไอวียังคงสูงในกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูง ผลสัมฤทธิ์การดำเนินงาน 90-90-90 ปีงบประมาณ 2562 เป้าหมายที่ 1 ผู้ติดเชื้อที่ยังมีชีวิตรู้สถานะการติดเชื้อของ	Global Indicators 1) SDG 3.3 ยุติการแพร่กระจายของเอดส์ วัณโรค มาลาเรีย และโรคเขตร้อนที่ถูกละเลยและต่อสู้กับโรคตับอักเสบ โรคติดต่อทางน้ำ และโรคติดต่ออื่นๆ ภายในปี 2573 SDG 3.3.1 จำนวนผู้ติดเชื้อ HIV รายใหม่ต่อประชากรที่ไม่มีการติดเชื้อ 1,000 คน (จำแนกตาม เพศ อายุ และกลุ่มประชากรหลัก) 2) การติดตามการดำเนินงานในระดับโลก (GAM: Global AIDS Monitoring) 1. ผู้ติดเชื้อ HIV 30 ล้านคนได้เข้าถึงการรักษาและบรรลุเป้าหมาย 90-90-90 2. ขจัดการติดเชื้อ HIV รายใหม่ในเด็กภายในปี 2563 และทำให้เด็กอยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี 1.6 ล้านคน เข้าถึงการรักษาภายในปี 2561 3. มากกว่า 90% ของกลุ่มประชากรหลักได้เข้าถึงบริการป้องกันแบบผสมผสานภายในปี 2563 4. ขจัดความไม่เสมอภาค ยุติความรุนแรง การเลือกปฏิบัติ ภายในปี 2563 5. เยาวชนมีทักษะในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและเข้าถึงอนามัยเจริญพันธุ์ ครอบคลุม 90% ในปี 2563 6. ผู้ติดเชื้อและผู้ได้รับผลกระทบได้รับการปกป้องคุ้มครองทางสังคม ครอบคลุม 75% ภายในปี 2563 7. การจัดบริการด้านเอชไอวีโดยชุมชนไม่น้อยกว่า 30% ภายในปี 2563 8. เพิ่มค่าใช้จ่ายในการลงทุนด้านเอชไอวี เป็น ¼ เป็นด้านป้องกัน

¹ สำนักโรคเอดส์ไวรัสโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการดำเนินงานสำนักโรคเอดส์ไวรัสโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2560. นนทบุรี: สำนักโรคเอดส์ไวรัสโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 2560.

นโยบาย	ความรู้	การนำนโยบายไปปฏิบัติ	การติดตามประเมินผล
ยุทธศาสตร์ที่ 5 เพิ่มความร่วมมือรับผิดชอบการลงทุน และประสิทธิผลการจัดการในทุกภาคส่วน ทั้งระดับนานาชาติ ระดับประเทศ ระดับจังหวัด และระดับพื้นที่ ยุทธศาสตร์ที่ 6 ส่งเสริมและพัฒนาการเข้าถึง และการใช้ประโยชน์ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์และการวิจัยที่รอบด้านและมีประสิทธิภาพ		ตนเองบรรลุเป้าหมาย อยู่ที่ร้อยละ 99.8 เป้าหมายที่ 2 ผู้ติดเชื้อที่รู้สถานะและได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ยังต่ำกว่าเป้าหมาย โดยอยู่ที่ร้อยละ 79.9 เป้าหมายที่ 3 ผู้ติดเชื้อที่ได้รับยาต้านฯ กดไวรัสสำเร็จ บรรลุเป้าหมาย อยู่ที่ร้อยละ 97.3²	9.เพิ่มศักยภาพผู้ติดเชื้อและผู้ได้รับผลกระทบในเรื่องสิทธิและการถูกละเมิดสิทธิ 10.การจัดระบบบริการและโรคร่วมอื่นๆ (TB, Hep B., Hep C., CA. Cervix) National Indicators 1. ตั้งเป้าหมายเพื่อที่จะยุติปัญหาเอดส์ให้ได้ภายในปี 2573 ตามยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ.2560-2573 3 ประการ ได้แก่ 1) ลดการติดเชื้อ HIV รายใหม่ให้เหลือปีละไม่เกิน 1,000 คน 2) ลดการเสียชีวิตจากผู้ติดเชื้อ HIV เหลือปีละไม่เกิน 1,000 คน และ 3) ลดการเลือกปฏิบัติจากการติดเชื้อ HIV ลงร้อยละ 90 2.ใช้กรอบการติดตามและประเมินผลเช่นเดียวกันกับ Global AIDS Monitoring โดยการดำเนินงานของกลุ่มงานติดตามประเมินผลระดับชาติ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

² HIV INFO HUB. ผลสัมฤทธิ์การดำเนินงาน 90-90-90 ปีงบประมาณ 2562 2563 [cited 2563 17 ธันวาคม]. Available from: <https://hivhub.ddc.moph.go.th/response.php>.

ช่องว่างนโยบายและมาตรการด้าน HIV/AIDS ของประเทศไทย

- 1) องค์ความรู้ส่วนใหญ่อยู่ในด้านความรู้ทางด้านแพทย์ แต่ยังขาดความรู้ในมิติสังคม วัฒนธรรมที่เป็นบริบทของพื้นที่ ซึ่งจะสามารถส่งเสริมให้การสร้างเสริมสุขภาพมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น
- 2) ระบบและคุณภาพข้อมูลที่ไม่ชัดเจนและข้อมูลจากการคาดประมาณต่ำกว่าความเป็นจริง โดยข้อมูลหลักจากระบบบริการคือ NAP ซึ่งเป็นข้อมูลนำเข้าของจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับยาในปัจจุบัน แต่ยังไม่สามารถตัดคนเสียชีวิตและ loss follow up ออกจากระบบฐานข้อมูล NAP ได้จึงเป็นเหตุผลที่ข้อมูลจากการคาดประมาณยังต่ำกว่าความเป็นจริง และมีการปรับการคาดประมาณขนาดของประชากรใหม่ ในปี 2563 โดยใช้ข้อมูล RRTTR การเข้าถึงกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูงเป็นไปได้ยาก
- 3) การดำเนินงานต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคม แต่มีช่องว่างปัญหาด้านงบประมาณที่ไม่เอื้ออำนวย ดังที่เป็นปัญหาอยู่ที่ สปสช. แม้จะสนับสนุนไปที่หน่วยบริการหรือหน่วยงานสาธารณสุขของรัฐ มีปัญหาการจ่ายหรือการจ้างเหมา
- 4) ภาคประชาสังคม หรือ NGOs ที่ทำงานเรื่องนี้มีจำกัด และต้องการสนับสนุนในลักษณะของการทำงานเพื่อยังชีพ เพราะในประเทศไทยการขอสนับสนุนทุนจากภาคเอกชน ภาคธุรกิจและประชาชนทั่วไปได้น้อยมาก ทำให้ต้องพึ่งพางบประมาณจากรัฐเป็นหลัก รวมถึง สสส.
- 5) ขนาดของกลุ่มประชากรหลักที่มีการเปลี่ยนรูปแบบ ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงได้ทั้งจากภาครัฐและภาคประชาสังคม เช่น กลุ่มพนักงานบริการทางเพศหญิงที่ให้บริการแบบอิสระทางอินเทอร์เน็ตไม่เป็นลักษณะเครือข่าย ทำให้ข้อมูลการเข้าถึงประชากรเหล่านี้นี้ลดลง
- 6) เนื่องจากการดำเนินงานในปัจจุบัน มุ่งเน้นไปที่ประชากรกลุ่มเสี่ยง ผู้ติดเชื้อเป็นส่วนใหญ่ ทำให้การป้องกันในกลุ่มประชากรทั่วไปจึงมีการดำเนินการที่ไม่ชัดเจนเหมือนในอดีต
- 7) วัยรุ่นยังเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพทางเพศและมีอุปสรรคในการเข้าถึงบริการทางเพศภาครัฐ
- 8) การบูรณาการประเด็นเพศภาวะและสิทธิมนุษยชนในแผนงานต่าง ๆ ไม่มีความชัดเจน
- 9) การบริการเอชไอวีโดยชุมชนยังครอบคลุมไม่เพียงพอ โดยภาครัฐไม่มีนโยบายที่ชัดเจน
- 10) ระบบข้อมูลยังไม่ครอบคลุม เช่น ข้อมูลการคาดประมาณจำนวนประชากร
- 11) ไม่สามารถเชื่อมต่อให้เห็นภาพรวมทั้งหมดของการได้รับบริการ RRTTR

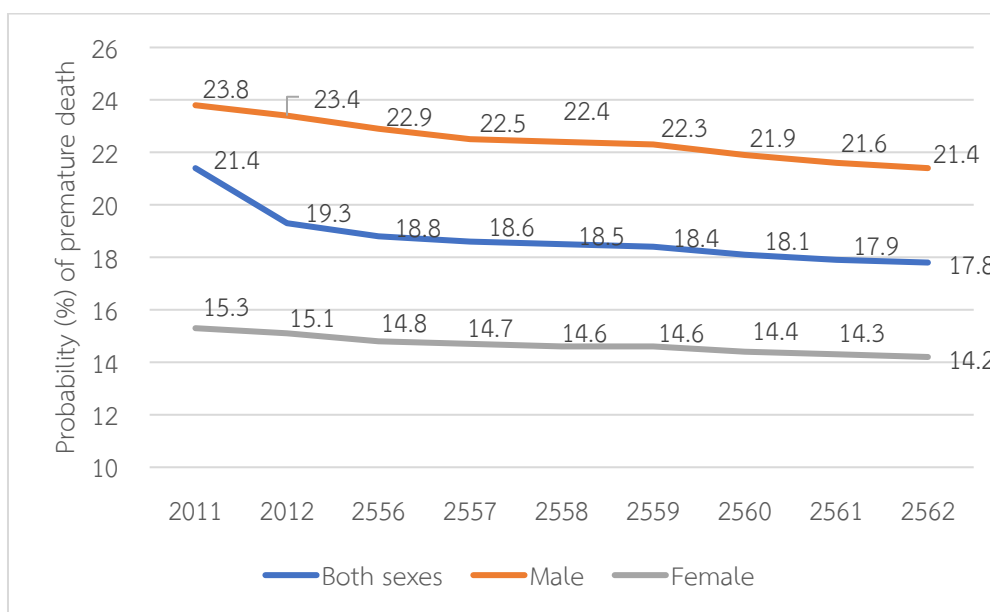
ตัวชี้วัดที่ 7 อัตราการตายของผู้ที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน หรือโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง

อ้างอิงจากตัวชี้วัด SDG ที่ 3.4.1 อัตราการตายของผู้ที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน หรือโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง (SDG 3.4.1 Mortality rate attributed to cardiovascular disease, cancer, diabetes or chronic respiratory disease) โดยใช้ความน่าจะเป็น (%) ของการเสียชีวิตระหว่างอายุ 30 ถึงอายุ 70 ปีจากโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง (Probability (%) of dying between age 30 and exact age 70 from any of cardiovascular disease, cancer, diabetes, or chronic respiratory disease) ในการรายงานผล โดยมีเป้าหมายที่จะต้องลดการตายก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อลง ตลอดจนการป้องกันและการรักษาและการส่งเสริมสุขภาพภาวะทางจิตและความเป็นอยู่ที่ดีภายในปี 2573⁽⁵⁾

สถานการณ์ตัวชี้วัดด้าน NCDs

สถานการณ์ตัวชี้วัดด้าน NCDs ในระดับโลก

สถานการณ์การเสียชีวิตจากโรค NCDs ทั่วโลกมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 21.4 (ปีค.ศ. 2011) เป็น ร้อยละ 17.8 (ค.ศ.2019) โดยเพศชายมีโอกาการเสียชีวิตจากโรค NCDs สูงกว่าเพศหญิง

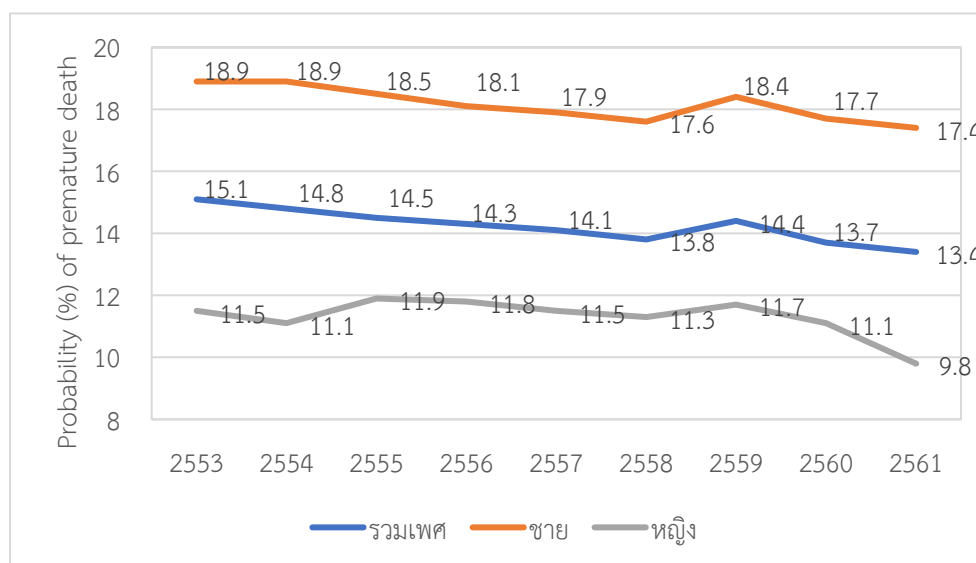


ที่มา: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/probability\(-\)-of-dying-between-age-30-and-exact-age-70-from-any-of-cardiovascular-disease-cancer-diabetes-or-chronic-respiratory-disease](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/probability(-)-of-dying-between-age-30-and-exact-age-70-from-any-of-cardiovascular-disease-cancer-diabetes-or-chronic-respiratory-disease)

รูปที่ 5 แนวโน้มค่าความน่าจะเป็นของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรค NCDs ทั่วโลก

สถานการณ์ตัวชี้วัดด้าน NCDs ในระดับประเทศ

สถานการณ์การเสียชีวิตจากโรค NCDs ทั่วโลกมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 21.4 (ปีค.ศ. 2011) เป็นร้อยละ 17.8 (ค.ศ.2019) โดยเพศชายมีโอกาการเสียชีวิตจากโรค NCDs สูงกว่าเพศหญิง



ที่มา: Burden of Disease Research Program Thailand (2563)⁽⁶⁾

รูปที่ 6 แนวโน้มค่าความน่าจะเป็นของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรค NCDs ของประเทศไทย

สถานการณ์ตัวชี้วัดด้าน NCDs ในระดับจังหวัด

สถานการณ์การเสียชีวิตจากโรค NCDs รายจังหวัดโดยวิเคราะห์จากอัตราการตายจากโรค NCDs พบว่า จังหวัดแพร่มีอัตราการตายจากโรค NCDs สูงที่สุด (773 คนต่อประชากรแสนคน) รองลงมา คือ จังหวัด ชัยนาท (739 คนต่อประชากรแสนคน) อุตรดิตถ์ (727 คนต่อประชากรแสนคน) ทั้งนี้ จังหวัดที่มีอัตราการตาย จากโรค NCDs ต่ำที่สุด คือ จังหวัดภูเก็ต (417 คนต่อประชากรแสนคน)

อย่างไรก็ตาม เมื่อวิเคราะห์โอกาสในการตายก่อนวัยอันควรพบว่าจังหวัดยโสธรมีโอกาในการตายก่อน วัยอันควรสูงที่สุด (ร้อยละ 28.1) รองลงมา คือ จังหวัดกาฬสินธุ์ (ร้อยละ 27.9) จังหวัดนราธิวาส (ร้อยละ 27.7) ทั้งนี้ กรุงเทพมหานคร และนนทบุรีมีโอกาในการตายก่อนวัยอันควรน้อยที่สุด (ร้อยละ 18.5 และ 18.6 ตามลำดับ)

ตารางที่ 3 สถานการณ์การเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อของประเทศไทยจำแนกรายจังหวัด

ลำดับ	จังหวัด	การเสียชีวิตจากโรค NCDs ของประชากรอายุ 30-69 ปี					
		การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (%)			อัตราการตาย (ต่อประชากรแสนคน)		
		รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง
	ทั่วประเทศ	23.8	31.2	16.5	589	803	390
1	กระบี่	21.6	27.7	15.5	466	622	315
2	กรุงเทพมหานคร	18.5	25.3	12.6	454	634	303
3	กาญจนบุรี	23.9	30.0	17.9	584	751	424
4	กาฬสินธุ์	27.9	36.2	19.2	684	943	430
5	กำแพงเพชร	25.9	32.9	18.8	673	893	461
6	ขอนแก่น	25.8	34.2	17.2	659	923	408
7	จันทบุรี	23.9	31.6	16.3	609	839	393
8	ฉะเชิงเทรา	25.0	32.4	17.8	615	818	423
9	ชลบุรี	23.3	31.0	16.4	522	709	354
10	ชัยนาท	26.5	35.5	17.8	739	1030	474
11	ชัยภูมิ	25.9	33.5	17.9	668	911	432
12	ชุมพร	21.4	28.3	14.5	515	702	334
13	เชียงราย	23.8	31.0	16.6	629	861	413
14	เชียงใหม่	24.5	32.8	16.5	660	930	420
15	ตรัง	20.7	27.6	14.1	482	659	317
16	ตราด	24.6	32.9	16.1	626	869	392
17	ตาก	25.0	31.7	17.9	609	811	409
18	นครนายก	27.3	35.8	18.8	721	985	473
19	นครปฐม	22.3	29.8	15.4	545	753	362
20	นครพนม	27.6	33.6	21.4	653	825	481
21	นครราชสีมา	24.0	31.5	16.4	598	824	385
22	นครศรีธรรมราช	20.8	28.3	13.4	496	686	311
23	นครสวรรค์	25.9	33.4	18.5	700	932	484
24	นนทบุรี	18.6	25.4	13.0	444	616	303
25	นราธิวาส	27.7	35.0	20.6	623	808	450
26	น่าน	22.2	28.2	15.7	573	772	373
27	บึงกาฬ	25.3	32.4	17.6	573	773	371
28	บุรีรัมย์	23.3	30.4	15.8	569	782	360
29	ประจวบคีรีขันธ์	22.7	29.4	16.2	556	748	380
30	ประทุมธานี	22.0	28.5	16.0	492	673	336
31	ปราจีนบุรี	25.9	34.1	17.6	656	907	420
32	ปัตตานี	27.3	34.8	20.1	627	816	450
33	พะเยา	26.1	32.5	19.6	713	929	513
34	พังงา	22.2	26.9	17.5	533	666	402
35	พัทลุง	18.8	25.9	12.1	455	641	281
36	พิจิตร	26.5	34.5	18.6	716	967	481
37	พิษณุโลก	24.5	32.5	16.6	636	879	409
38	เพชรบุรี	22.9	29.2	17.0	580	758	420
39	เพชรบูรณ์	27.5	36.6	18.0	721	1016	439
40	แพร่	27.5	36.2	18.8	773	1059	509
41	ภูเก็ต	20.5	27.0	14.6	417	593	270

ลำดับ	จังหวัด	การเสียชีวิตจากโรค NCDs ของประชากรอายุ 30-69 ปี					
		การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (%)			อัตราตาย (ต่อประชากรแสนคน)		
		รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง
42	มหาสารคาม	26.3	34.1	18.2	663	906	428
43	มุกดาหาร	25.0	32.1	17.4	585	787	382
44	แม่ฮ่องสอน	22.9	29.2	16.0	537	710	358
45	ยโสธร	28.1	36.2	19.5	704	954	457
46	ยะลา	25.0	31.2	18.9	569	735	413
47	ร้อยเอ็ด	25.5	33.4	17.1	634	877	397
48	ระนอง	19.3	24.9	13.4	458	610	304
49	ระยอง	24.2	32.5	16.1	538	742	346
50	ราชบุรี	24.1	31.9	16.7	615	836	413
51	ลพบุรี	26.3	33.7	19.0	697	925	482
52	ลำปาง	25.0	32.4	17.5	690	935	461
53	ลำพูน	25.8	34.0	17.8	724	997	477
54	เลย	25.2	31.7	18.3	632	834	428
55	ศรีสะเกษ	24.5	31.4	17.3	595	797	394
56	สกลนคร	26.6	34.2	18.8	623	836	415
57	สงขลา	20.8	28.4	13.6	488	689	305
58	สตูล	21.9	27.5	16.4	481	616	351
59	สมุทรปราการ	21.0	28.1	14.6	487	674	323
60	สมุทรสงคราม	22.3	29.5	15.5	589	791	405
61	สมุทรสาคร	21.3	28.6	14.5	504	700	329
62	สระแก้ว	27.5	35.7	18.8	688	938	440
63	สระบุรี	27.4	36.1	18.8	709	969	466
64	สิงห์บุรี	26.0	35.1	17.6	716	991	474
65	สุโขทัย	24.7	32.2	17.3	653	879	444
66	สุพรรณบุรี	25.3	32.6	18.4	660	872	466
67	สุราษฎร์ธานี	20.3	26.7	14.0	461	622	305
68	สุรินทร์	24.3	30.8	17.5	597	786	411
69	หนองคาย	25.8	31.6	19.9	621	797	448
70	หนองบัวลำภู	25.3	32.0	18.3	605	796	415
71	อยุธยา	24.5	31.9	17.5	611	822	421
72	อ่างทอง	26.5	37.3	15.8	718	1063	405
73	อำนาจเจริญ	25.9	33.4	17.9	636	861	414
74	อุดรธานี	25.7	33.3	17.9	622	850	400
75	อุดรดิตถ์	26.8	34.8	18.5	727	989	480
76	อุทัยธานี	25.5	34.0	16.9	681	948	430
77	อุบลราชธานี	23.4	29.6	16.9	554	729	379

ที่มา: Burden of Disease Research Program Thailand (2563)⁽⁶⁾

กรอบนโยบายและมาตรการด้าน NCDs

กรอบการดำเนินงานด้าน NCDs จากต่างประเทศ

WHO และองค์กรต่างๆ ภายใต้อำนาจอธิปไตยได้สนับสนุนการดำเนินงานระดับชาติด้วยการให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการขับเคลื่อนนโยบายขาขึ้นกับความช่วยเหลือทางเทคนิคที่มีความซับซ้อนในการจัดการและควบคุมปัญหาโรค NCDs อย่างครอบคลุม โดยในพ.ศ. 2556 WHO ได้ประกาศแผนปฏิบัติการเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับโลก พ.ศ. 2556-2563 ซึ่งวางเป้าหมายโดยสมัครใจในระดับชาติ 9 เป้าหมาย เพื่อบรรลุใน พ.ศ. 2568 อันประกอบด้วยเป้าหมายเชิงผลลัพธ์ทางสุขภาพ เป้าหมายเชิงพฤติกรรม และเป้าหมายเกี่ยวกับประสิทธิภาพและการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ดังรูปที่ 7

	ลดการเสียชีวิตโดยรวมจากโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง หรือโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง ร้อยละ 25
	ลดปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 10
	ลดความชุกของการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ ร้อยละ 10
	ลดปริมาณการบริโภคเกลือ/โซเดียมโดยเฉลี่ยของประชากร ร้อยละ 30
	ลดความชุกการบริโภคยาสูบในประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 30
	ลดความชุกของภาวะความดันโลหิตสูง ร้อยละ 25
	หยุดการเพิ่มขึ้นของโรคอ้วนและโรคเบาหวาน
	ร้อยละ 50 ของประชากรทั่วไปได้รับยาและคำปรึกษา (รวมประเด็นการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด) เพื่อป้องกันโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง
	ร้อยละ 80 ของสถานพยาบาลรัฐและเอกชนมีเทคโนโลยีพื้นฐานและยาสำคัญที่ประชาชนสามารถเข้าถึง ได้ซึ่งรวมถึงยาที่สำคัญในบัญชียาหลักเพื่อรักษาโรคไม่ติดต่อ

ที่มา: องค์การอนามัยโลก (2559)⁽⁷⁾

รูปที่ 7 เป้าหมายระดับโลกในการจัดการและควบคุมโรค NCDs

ภายใต้อำนาจอธิปไตยได้แผนปฏิบัติการเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับโลก พ.ศ. 2556-2563 ได้วางหลักการสำคัญ 9 ประการ ในการจัดการและควบคุมปัญหาโรค NCDs ดังนี้ 1) การสร้างเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัย (Life-course approach) 2) เสริมพลังให้ผู้คนและชุมชน 3) ยุทธศาสตร์ที่พัฒนาขึ้นจากข้อมูลวิชาการ 4) หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 5) การจัดการกับผลประโยชน์ทับซ้อนที่เกิดขึ้นหรืออาจเกิดขึ้นในอนาคต 6) แนวคิดสิทธิมนุษยชน 7) แนวคิดเรื่องความเท่าเทียม 8) การดำเนินงานในระดับชาติกับความร่วมมือในระดับนานาชาติและความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน (Solidarity) และ 9) การดำเนินงานร่วมกันจากหลายภาคส่วน

แผนปฏิบัติการเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับโลก พ.ศ. 2556-2563 ได้เสนอแนะทางเลือกนโยบายในการจัดการและควบคุมโรค NCDs ภายใต้วัตถุประสงค์ 6 ประการอย่างครอบคลุม ดังนี้



หมายเหตุ: ข้อมูลจากแผนปฏิบัติการเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับโลก พ.ศ. 2556-2563

รูปที่ 8 วัตถุประสงค์และทางเลือกนโยบายระดับชาติสำหรับการจัดการและควบคุมโรค NCDs

นอกจากนี้ ยังมีกรอบการดำเนินงานระหว่างประเทศอีกหลายฉบับที่เป็นกรอบในการจัดการและควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงโรค NCDs ได้แก่ Global strategy to reduce the harmful use of alcohol, Framework Convention on Tobacco Control (FCTC) หรือ Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health ซึ่งเป็นกรอบในการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อโรค NCDs ทั้งเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ยาสูบ การลดอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพและการมีกิจกรรมทางกาย

นโยบายและมาตรการด้าน NCDs ของประเทศไทย

ตารางที่ 4 นโยบายและมาตรการด้าน NCDs ของประเทศไทย

นโยบาย	ความรู้	การนำนโยบายไปปฏิบัติ	การติดตามประเมินผล
ภาพรวม NCDs 1) แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564) ซึ่งมี 6 ยุทธศาสตร์หลัก ยุทธศาสตร์ที่ 1 : พัฒนานโยบายสาธารณะและกฎหมาย ยุทธศาสตร์ที่ 2 : เร่งขับเคลื่อนทางสังคม สื่อสารความเสี่ยงและประชาสัมพันธ์ ยุทธศาสตร์ที่ 3 : การพัฒนาศักยภาพชุมชน/ท้องถิ่น และภาคีเครือข่าย ยุทธศาสตร์ที่ 4 : พัฒนาระบบเฝ้าระวังและการจัดการข้อมูล ยุทธศาสตร์ที่ 5 : ปฏิรูปการจัดบริการให้สอดคล้องกับสถานการณ์โรคและบริบทพื้นที่	1) พัฒน่องค์ความรู้ด้านการควบคุมยาสูบ โดย ศจย. 2) พัฒน่องค์ความรู้ด้านสุราโดย ศวส. 3) พัฒน่องค์ความรู้ด้านอาหารโดย กรมอนามัย IHPP มหาวิทยาลัยมหิดล และ มสช. 4) พัฒนาความรู้ด้าน PA โดย IHPP และกรมอนามัย	ภาพรวม NCDs 1) ภายใต้แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564) มีการแต่งตั้งอนุกรรมการเพื่อรับผิดชอบตามยุทธศาสตร์ต่าง ๆ และมีการดำเนินงาน ดังนี้ คณะอนุกรรมการที่ 1 เน้นการจัดการสิ่งแวดล้อม เพื่อให้เกิดการดูแลป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อในโรงเรียน สถานประกอบการ การตลาด การโฆษณาและการพัฒนาระบบเฝ้าระวังตามกฎหมาย คณะอนุกรรมการที่ 2 เน้นให้มีการเสริมสร้าง Health literacy ในระดับชุมชน องค์กร และมีแผนการติดตาม กำกับ ประเมินผล และผลักดันเข้าสู่สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ คณะอนุกรรมการที่ 3 เน้นในเรื่องนโยบายห่วงใยสุขภาพ ทั้งในสถานที่ทำงาน สถานประกอบการ โดยเฉพาะในระดับชุมชน อำเภอ บูรณาการกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) คณะอนุกรรมการที่ 4 การเชื่อมโยงข้อมูลระดับอำเภอ จังหวัด เขต ประเทศ เพิ่มการเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มประชากรเฉพาะ ทั้งในโรงเรียนและสถานประกอบการ³ 2) โครงการการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ภายใต้ยุทธศาสตร์ความร่วมมือของประเทศระหว่างรัฐบาลไทยกับองค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2555-2559 และ 2560-2564 (CCS NCDs) 3) พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544 โดย สสส. ทำหน้าที่สร้างความตระหนักและรณรงค์ประชาชนในการสร้างเสริมสุขภาพ และลดปัจจัยเสี่ยงสุขภาพ	Global Indicators 1) SDG - 3.4.1 อัตราการตายของผู้ที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน หรือโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง - 3.5.2 การดื่มแอลกอฮอล์ในระดับอันตราย นิยามตามบริบทของประเทศ คิดเป็นปริมาณแอลกอฮอล์ต่อผู้บริโภค (อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป) ในจำนวนลิตรของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ ภายในปีปฏิทิน - 3.a.1 ความชุกของการปรับมาตรฐานอายุของผู้ที่สูบบุหรี่ในปัจจุบันในกลุ่มผู้สูบบุหรี่ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป 2) NCDs global targets - ลดการเสียชีวิตโดยรวมจากโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง หรือโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง ร้อยละ 25 - ลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตรายอย่างน้อย ร้อยละ 10 - ลดความชุกของการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ร้อยละ 10 - ลดปริมาณการบริโภคเกลือ/โซเดียมโดยเฉลี่ยของประชากร ร้อยละ 30

³ รายงานการประชุมคณะกรรมการขับเคลื่อนแผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ 5 ปี (พ.ศ. 2560 - 2564) วันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2562

นโยบาย	ความรู้	การนำนโยบายไปปฏิบัติ	การติดตามประเมินผล
ยุทธศาสตร์ที่ 6 : พัฒนาระบบสนับสนุน ปัจจัยเสี่ยงโรค มีแนวนโยบายแยกตามปัจจัยเสี่ยงโรค NCDs ทั้งการควบคุมยาสูบ สุรา อาหารที่มีดีต่อสุขภาพ และเพิ่มการมีกิจกรรมทางกาย		4) การจัดสรรงบประมาณเพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงสุขภาพ โดยการจัดเก็บภาษีจากสุราและยาสูบ และงบประมาณตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การควบคุมปัจจัยเสี่ยง 1) การควบคุมยาสูบ มีพระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560 ควบคุมการเข้าถึง ปกป้องผู้ไม่สูบ และ total ban marketing 2) การควบคุมสุรา มีพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ควบคุมการเข้าถึง จำกัดการตลาด และบำบัดรักษาโรคติดสุรา 3) การควบคุมอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพและส่งเสริมการกินอาหารเพื่อสุขภาพ - รณรงค์การบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพ ลดโซเดียม และความหวาน โดย สสส. - กำหนดมาตรฐานไอโอดีนในอาหาร - ควบคุมไขมันทรานส์ในอาหาร - ส่งเสริมการให้นมแม่ และควบคุมการตลาดอาหารสำหรับทารก - ส่งเสริมอาหารและโภชนาการในโรงเรียน 4) การมีกิจกรรมทางกาย - ส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอและลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง โดย สสส. - โครงการ National step challenge โดยกรมอนามัย	- ลดความชุกการบริโภคยาสูบในบุคคลที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 30 - ลดความชุกของภาวะความดันโลหิตสูง ร้อยละ 25 - หยุดการเพิ่มขึ้นของโรคอ้วนและโรคเบาหวาน National Indicators 1) การกำหนดตัวชี้วัดปัจจัยกำหนดสุขภาพและโรคไม่ติดต่อ - ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขด้านการเสียชีวิตจากโรค NCD - ตัวชี้วัด สสส. พฤติกรรมปัจจัยเสี่ยงโรค NCDs (อัตราการสูบบุหรี่ ปริมาณการบริโภคสุรา การบริโภคผักและผลไม้อย่างเพียงพอ ความชุกของภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วน) 2) ระบบการติดตามเฝ้าระวังปัจจัยกำหนดสุขภาพและโรคไม่ติดต่อ - ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม (การป่วย การตาย) - การสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร - การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ * จะมีการรวมการสำรวจพฤติกรรมรวมทั้ง 4 ปัจจัยเสี่ยงและการเจ็บป่วยจากโรค NCDs เป็นการสำรวจเดียวกันในพ.ศ. 2564

ช่องว่างนโยบายและมาตรการด้าน NCDs ของประเทศไทย

- 1) การบูรณาการประเด็นด้าน NCDs เข้าเป็นส่วนหนึ่งในนโยบายของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง นอกเหนือจากหน่วยงานด้านสาธารณสุข เช่น หน่วยงานด้านเศรษฐกิจ หน่วยงานด้านปกครอง เป็นต้น
- 2) กลไกดำเนินการในปัจจุบันของแผนปฏิบัติการของรัฐเป็นประเด็นในด้านบริการสุขภาพมากกว่าด้าน ปัจจัยเสี่ยงและการสร้างความตื่นตัวของประชาชน⁴
- 3) กลไกดำเนินการระหว่างบริการสุขภาพและการควบคุมปัจจัยเสี่ยงแยกส่วนกัน (ขาดเป้าหมาย ร่วม) ส่งผลให้ต่างคนต่างทำงานไม่เกิด collective impact
- 4) มีบทเรียนการดำเนินงานมากมาย (การพัฒนา model ต่าง ๆ ของ สสส.) เช่น โครงการ ไกล่บ้าน สมานใจ (ลด ละ เลิกสุรา)...โปรแกรมการเลิกหรือหยุดบุหรี่ 5A/5R แต่ขาดการดำเนินงานให้เกิดการขยายผล ให้เกิดความครอบคลุมในพื้นที่ต่าง ๆ⁵
- 5) การจัดสรรงบประมาณสนับสนุนส่วนใหญ่ส่งไปที่หน่วยบริการสาธารณสุข ซึ่งดำเนินงานด้านบริการ สุขภาพที่เน้นการคัดกรอง บำบัดรักษา และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเดิม ๆ ซึ่งต้องการพัฒนานวัตกรรม การสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสม และสร้างการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนอื่น ๆ ในพื้นที่
- 6) ขาดการวิเคราะห์ความสอดคล้องของนโยบายและการดำเนินงานรายกระทรวง ต่อการตายก่อนวัย อันควรจากโรค NCDs
- 7) ขาดโครงสร้างกลไกหลักที่ทำหน้าที่พัฒนาศักยภาพบุคคลและชุมชนอย่างต่อเนื่องในการสร้างเสริม สุขภาพลดปัจจัยเสี่ยง NCDs
- 8) ขาดการสนับสนุนการพัฒนานวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับพื้นที่ และสร้างการมี ส่วนร่วมจากภาคส่วนอื่น ๆ ในพื้นที่
- 9) องค์ความรู้ที่มีอยู่ยังเป็นความรู้ในเชิงการแพทย์และการสาธารณสุข ซึ่งยังขาดองค์ความรู้ในเชิง วัฒนธรรม สังคมของประชาชน รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ ทั้งในระดับหน่วย บริการ ชุมชน และสถานประกอบการ
- 10) องค์ความรู้ด้านผลกระทบของ NCDs ต่อประเด็นเป้าหมายที่เกี่ยวข้องของหน่วยงานอื่น อาทิ ผลกระทบต่อเศรษฐกิจ ผลกระทบต่อสังคม ผลกระทบต่อการเกิดอาชญากรรม หรือผลกระทบต่อความมั่นคง ของมนุษย์ เป็นต้น
- 11) มีองค์ความรู้และบทเรียนการดำเนินงานเชิงพื้นที่ แต่ขาดการนำไปใช้ผลักดันเข้าสู่โครงสร้างกลไก หลักและขยายผลให้ครอบคลุมทั่วประเทศ เช่น ชุมชนสุขภาวะต้นแบบ กลไกการพัฒนา
- 12) ฐานข้อมูล 43 แห่ง ยังมีข้อจำกัดด้านความครบถ้วน ความถูกต้อง และความทันเวลา
- 13) ขาดการติดตามผลลัพธ์ทางสุขภาพ โดยเฉพาะด้านโรค NCDs ในระดับพื้นที่และท้องถิ่น
- 14) ขาดการบรรจุแผน/มาตรการเพื่อป้องกันหรือลดการตายจากมลพิษทางอากาศเข้าสู่เป้าหมายการ เฝ้าระวังของกรมควบคุมโรค ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการตายก่อนวัยอันควรจากโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง และเป็น 1 ใน 5 ปัจจัยเสี่ยงหลักที่ควรได้รับการควบคุมเพื่อลดการตายก่อนวัยอันควรจากโรค NCDs

⁴ แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564)

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

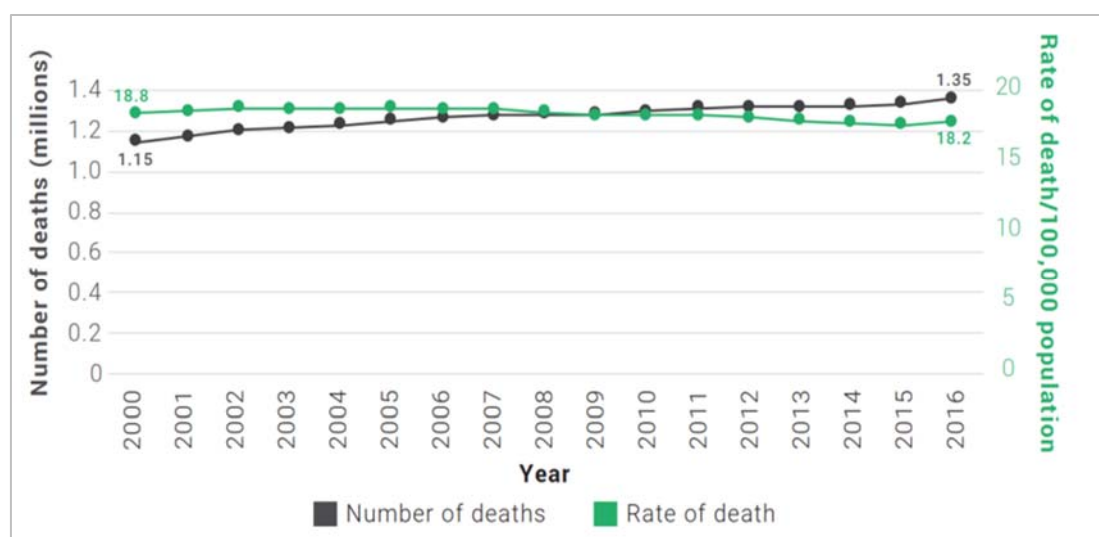
ตัวชี้วัดที่ 8 อัตราการตายจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนต่อประชากร 100,000 คน

อ้างอิงตัวชี้วัด SDG ที่ 3.6.1 อัตราการตายจากการบาดเจ็บทางถนนต่อประชากร 100,000 คน (Death rate due to road traffic injuries (per 100,000 population)) ซึ่งมีเป้าหมาย คือ การลดอัตราการตายจากการบาดเจ็บทางถนนต่อประชากร 100,000 คนให้เหลือครึ่งหนึ่งภายในปีพ.ศ. 2563

สถานการณ์ตัวชี้วัดด้าน RTI

สถานการณ์ตัวชี้วัดด้าน RTI ในระดับโลก

ปัจจุบัน (ค.ศ.2016) มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนทั่วโลกจำนวนทั้งสิ้น 1.35 ล้านคน มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจาก 1.15 ล้านคนใน ค.ศ. 2000 อย่างไรก็ตาม อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนทั่วโลกกลับมีแนวโน้มลดลง โดยใน ค.ศ. 2016 มีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนอยู่ที่ 18.2 คนต่อประชากร 100,000 คน ลดลงจาก ค.ศ 2000 ซึ่งอยู่ที่ 18.8 คนต่อประชากร 100,000 คน⁽⁸⁾ (รูปที่ 9)

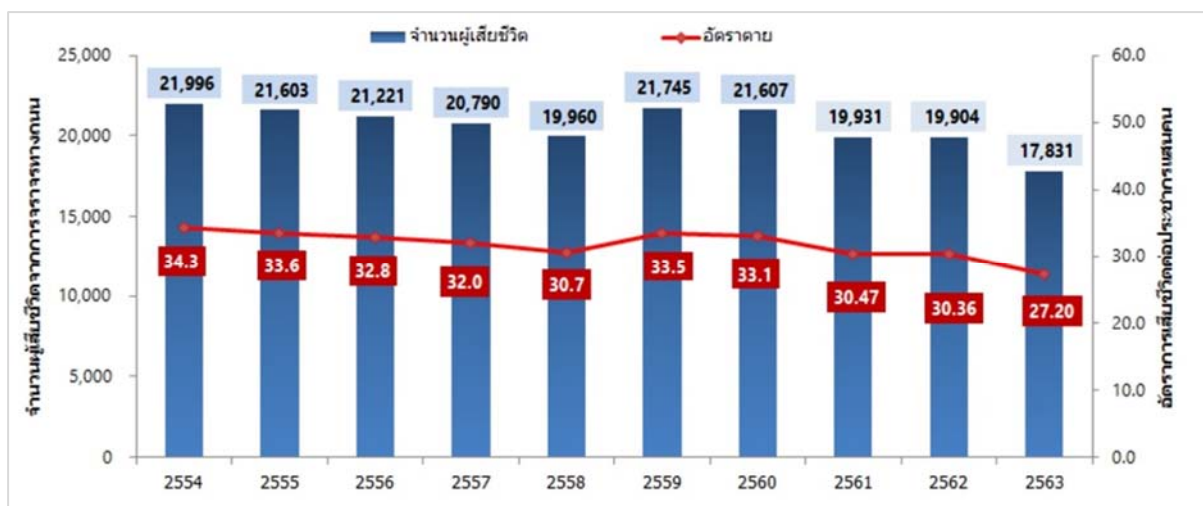


ที่มา: Global Status Report on Road Safety (2018)

รูปที่ 9 จำนวนและอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนต่อประชากร 100,000 คนของทั่วโลก

สถานการณ์ตัวชี้วัดด้าน RTI ในระดับประเทศ

โดยจำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทยมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องจากจำนวน 21,996 คน ในปีพ.ศ. 2554 เป็น 17,831 คน ใน พ.ศ. 2563 โดยอัตราผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทยมีแนวโน้มลดลงเช่นกันโดยลดลงจาก 34.27 คนต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2543 เป็น 27.2 คนต่อประชากร 100,000 คนใน พ.ศ. 2563 (รูปที่ 10)



ที่มา: กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค (2564), <https://bit.ly/3ua7LG5>

รูปที่ 10 จำนวนผู้เสียชีวิตและอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนต่อประชากร 100,000 คนของประเทศไทย

สถานการณ์ตัวชี้วัดด้าน RTI ในระดับจังหวัด

สำหรับสถานการณ์ระดับจังหวัดจากอัตราการเสียชีวิตทางถนนต่อแสนประชากร จากข้อมูลกรมควบคุมโรค พบว่า ในช่วงปี 2563 จังหวัดที่มีจำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนมากที่สุด 10 อันดับแรก ได้แก่ ระยอง นครนายก จันทบุรี ชลบุรี ชัยนาท ปราจีนบุรี สระบุรี ประจวบคีรีขันธ์ ลำพูน สุพรรณบุรี ตามลำดับ

ลำดับ	จังหวัด	อัตรา	ลำดับ	จังหวัด	อัตรา
1	ระยอง	52.50	40	สุราษฎร์ธานี	27.02
2	นครนายก	47.85	41	สุโขทัย	26.70
3	จันทบุรี	42.90	42	สุรินทร์	26.07
4	ชลบุรี	41.33	43	กระบี่	25.78
5	ชัยนาท	40.66	44	นครพนม	25.51
6	ปราจีนบุรี	40.22	45	พะเยา	25.46
7	สระบุรี	39.90	46	สมุทรสาคร	25.43
8	ประจวบคีรีขันธ์	39.49	47	มหาสารคาม	25.25
9	ลำพูน	39.48	48	ดรง	25.24
10	สุพรรณบุรี	38.82	49	พัทลุง	25.16
11	เชียงราย	38.01	50	สงขลา	25.14
12	ตราด	37.67	51	แพร่	24.84
13	พิษณุโลก	37.25	52	ร้อยเอ็ด	24.83
14	ลพบุรี	36.78	53	หนองคาย	24.74
15	พระนครศรีอยุธยา	36.49	54	ขอนแก่น	24.65
16	ฉะเชิงเทรา	36.43	55	ตาก	24.35
17	สระแก้ว	35.80	56	ชัยภูมิ	24.01
18	เชียงใหม่	33.60	57	สกลนคร	23.70
19	ชุมพร	33.15	58	ศรีสะเกษ	23.37
20	ภูเก็ต	32.83	59	กาฬสินธุ์	23.28
21	กาญจนบุรี	32.82	60	บ้าน	22.86
22	อุดรดิตถ์	32.66	61	บุรีรัมย์	22.66
23	เพชรบุรี	32.25	62	พังงา	22.31
24	เลย	31.93	63	นครศรีธรรมราช	20.73
25	พิจิตร	31.64	64	สมุทรปราการ	20.58
26	สิงห์บุรี	31.64	65	ยโสธร	20.27
27	ราชบุรี	30.91	66	ระนอง	20.25
28	นครปฐม	30.48	67	หนองบัวลำภู	19.92
29	นครราชสีมา	30.19	68	อุดรธานี	19.18
30	เพชรบูรณ์	30.15	69	นนทบุรี	19.18
31	อุบลราชธานี	29.97	70	สมุทรสงคราม	18.77
32	อุทัยธานี	29.83	71	แม่ฮ่องสอน	18.32
33	กำแพงเพชร	29.51	72	นราธิวาส	18.04
34	ปทุมธานี	29.07	73	ปัตตานี	16.53
35	อ่างทอง	28.95	74	สตูล	15.21
36	ลำปาง	28.86	75	กรุงเทพมหานคร	14.88
37	นครสวรรค์	28.78	76	ยะลา	13.70
38	มุกดาหาร	27.99	77	อำนาจเจริญ	12.71
39	บึงกาฬ	27.87		ภาพรวมทั่วประเทศ	25.62

ที่มา: กรมควบคุมโรค

รูปที่ 11 จำนวนการเสียชีวิตและอัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทย แยกรายจังหวัดปี 2563

กรอบนโยบายและมาตรการด้าน RTI

กรอบการดำเนินงานด้าน RTI จากต่างประเทศ

มาตรการและนโยบายด้านอุบัติเหตุทั้งในระดับนานาชาติ ได้ให้ความสำคัญกับปัญหาด้านความปลอดภัยบนท้องถนนเป็นอย่างมาก ซึ่งมีความพยายามในการผลักดันเรื่องความปลอดภัยบนท้องถนน โดยกำหนดเป้าหมายลดอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนลงร้อยละ 50 โดยได้ตกลงร่วมกันโดยประกาศให้สร้างความปลอดภัยทางถนน ซึ่งเป้าหมายดังกล่าวเป็นเป้าหมายที่กำหนดตามกรอบปฏิญญามอสโกที่กำหนดให้ปี พ.ศ.2554-2563 “เป็นวาระแห่งชาติ” เพื่อนำประเทศเข้าสู่ “ทศวรรษแห่งการสร้างความปลอดภัยทางถนน” (Decade of Action for Road Safety) และเป็นไปตามเป้าหมายของการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals หรือ SDGs)

การประชุมระดับสูงด้านความปลอดภัยทางถนน ครั้งที่ 2 (The Second Global High – Level Conference on Road Safety : Time for Result) เมื่อวันที่ 18 - 19 พฤศจิกายน 2558 ที่ประชุมได้มีประกาศปฏิญญาบราซิลด้านความปลอดภัยทางถนน (Brasilia Declaration on Road Safety) ประกาศ ณ กรุงบราซิลโดยสหพันธ์สาธารณรัฐบราซิล โดยกำหนดยุทธศาสตร์ในการสร้างความปลอดภัยทางถนนของสหประชาชาติ หรือ UN คือใช้ 5 เสาหลัก (5 pillars decade of action) เสาหลัก ที่ 1 การบริหารจัดการ เสาหลัก ที่ 2 ถนนปลอดภัย เสาหลัก ที่ 3 รถปลอดภัย เสาหลัก ที่ 4 พฤติกรรมปลอดภัย และเสาหลัก ที่ 5 การดูแลหลังเกิดเหตุ

ต่อมาเดือนพฤศจิกายน 2560 ในการประชุมสมัชชาสหประชาชาติ ประเทศสมาชิกมีมติเห็นชอบ 12 เป้าหมายโลก ซึ่งได้เป็นกรอบสำคัญในการดำเนินการด้านความปลอดภัยทางถนนของประเทศสมาชิกควบคู่ไปกับ 5 เสาหลัก และการประชุมระดับสูงด้านความปลอดภัยทางถนน ครั้งที่ 3 (The Third Global Ministerial Conference on Road Safety : Achieving Global Goals 2030) เมื่อวันที่ 19 - 20 กุมภาพันธ์ 2563 ณ กรุงสต็อกโฮล์ม ราชอาณาจักรสวีเดน ได้กำหนดวาระด้านความปลอดภัยทางถนนสำหรับทศวรรษถัดไป โดยประกาศรับรองปฏิญญาสต็อกโฮล์ม (Stockholm Declaration) มุ่งผลักดันให้บรรลุ Global Goals ในปี ค.ศ. 2030 มีมติและความรับผิดชอบร่วมกัน มีสาระสำคัญ ดังนี้

1) คำมั่นสัญญาที่จะนำ 2030 Agenda ผสมผสานกับนโยบายขององค์การสหประชาชาติเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน SDG ไปดำเนินการอย่างเต็มกำลัง

2) เรียกร้องให้ประเทศสมาชิกดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ตามกรอบ SDG ข้อ 3.6 เพื่อลดการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนลงให้ได้ครึ่งหนึ่งภายใน ค.ศ. 2030 นับจาก ค.ศ. 2020

3) การดำเนินการตามกรอบแผนงาน Safe System

4) การผนวกเรื่องความปลอดภัยทางถนน และการจัดการอย่างเป็นระบบเข้าในการวางแผนการจัดการผังเมือง การออกแบบถนน การออกแบบการขนส่ง การขนส่งสาธารณะ การออกกฎหมาย การบังคับใช้กฎหมาย ให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ใช้รถใช้ถนนโดยเฉพาะอย่างยิ่งกับกลุ่มเปราะบางทางถนน

5) เร่งรัดให้มีการพัฒนาระบบการเดินทางที่ประหยัดพลังงาน ลดมลภาวะ โดยส่งเสริมการเดิน การใช้จักรยาน และการขนส่งมวลชน

6) ส่งเสริมให้นำเทคโนโลยีมาผนวกเข้ากับการพัฒนาทุกระยะของการดำเนินงานเพื่อความปลอดภัยทางถนน ตั้งแต่การป้องกัน จนถึง การดูแลหลังเกิดเหตุ

7) มุ่งเน้นการจัดการกับความเร็ว การบังคับใช้กฎหมาย รวมถึงการจำกัดความเร็วไม่เกิน 30 กม./ชม. ในเขตชุมชน

8) สร้างความมั่นใจว่า ภายใน ค.ศ. 2030 รถทุกคันจะต้องติดตั้งอุปกรณ์ความปลอดภัยตามมาตรฐาน

9) ผนวกมาตรฐานด้านความปลอดภัยในการสร้างและบำรุงรักษาถนน

10) ให้ความสำคัญในการกำกับติดตามและรายงานผลความก้าวหน้าในการดำเนินงานโดยยึดกรอบ 12 เป้าหมายโลกและตัวชี้วัดเป็นแนวทางการดำเนินงาน (รูปที่ 12)

Area Pillar	L egislation	E nforcement	E ducation	T echnology	I nternational R egulatory S upport
Road safety management					
Safe user	Traffic rules drivers cyclists pedestrians	Lawful behavior ensured by police and inspectors	Awareness raising, training and examination	Supportive technology and equipment, rules reminders	UN RS legal instruments and resolu- tions, WP.1, SC.1, WP.15
Safe vehicle	Rules and standards for admission of vehicles to traffic	Certification and inspections by qualified inspectors	Awareness raising for users, training for inspectors	Supportive technology and equipment, compliance reminders	UN RS legal instruments and resolu- tions, WP.1, WP.29
Safe road	Standards for design, construction, maintenance and signage	Audit, assessment and inspection by qualified teams	Awareness raising for road managers, users, and for inspectors	Forgiving and self-explaining road design, intelligent road systems	UN RS legal in- struments and resolutions, int. standards WP.1, SC.1
Effective post-crash response	Standards for data collection post-crash response and investigation	Oversight of rescue services, investigators investigating crashes	First aid and rescue service training, investigators training	Supportive technology and equipment	Consolidated resolution, int. standards, WP.1, SC.1

ที่มา: Global Framework Plan of Action for Road Safety (2018)

รูปที่ 12 กรอบการดำเนินงานด้านความปลอดภัยทางถนนของต่างประเทศ

นโยบายและมาตรการด้าน RTI ของประเทศไทย

ตารางที่ 5 นโยบายและมาตรการด้าน RTI ของประเทศไทย

นโยบาย	ความรู้	การนำนโยบายไปปฏิบัติ	การติดตามประเมินผล
สำหรับประเทศไทยได้มีมาตรการและนโยบายด้านอุบัติเหตุและความปลอดภัยบนท้องถนน โดยได้ถูกกำหนดให้เป็นวาระแห่งชาติ ซึ่งมีความเชื่อมโยงในแผนยุทธศาสตร์ระดับประเทศ ทั้งในยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561 - 2580) และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 ซึ่งนอกจากจะมีความเชื่อมโยงกับแผนระดับชาติแล้ว การดำเนินมาตรการหรือนโยบายยังมีหน่วยงานหลักเข้ามาร่วมกันรับผิดชอบ สามารถแบ่งเป็นหน่วยงานหลัก ได้แก่ 1) กระทรวงสาธารณสุข⁶ กำหนดเป้าหมายในการดำเนินงานอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน และกำหนดแนวทางในการดำเนินงาน 4 มาตรการ 1) มาตรการการบริหารจัดการ 2) มาตรการจัดการข้อมูลและการประเมินผล 3) มาตรการป้องกันและการขับเคลื่อนนโยบาย 4) มาตรการรักษาพยาบาล 2) กระทรวงคมนาคม จัดทำแผนยุทธศาสตร์กระทรวงคมนาคม พ.ศ. 2560 – 2564 โดยมีเป้าหมายลดอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนให้ต่ำกว่า 10 คนต่อประชากรแสนคนใน พ.ศ. 2563 โดยอยู่ในยุทธศาสตร์ที่ 2 การยกระดับความปลอดภัยและความมั่นคงของระบบขนส่ง⁷ และยังจัดทำแผนแม่บทการลดอุบัติเหตุทางถนนของกระทรวงคมนาคม พ.ศ. 2561-2570 (10 ปี) และแผนปฏิบัติการลดอุบัติเหตุทางถนนของกระทรวงคมนาคม พ.ศ.2561-2563 สอดคล้องกับ 5 เสาหลัก และแผนในระดับกรม เช่น กรมการขนส่งทางบกได้	หน่วยงานสำคัญที่ผลิตองค์ความรู้และเผยแพร่ประชาสัมพันธ์/รณรงค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน (ศวปถ.)¹⁰ เพื่อขับเคลื่อนให้เกิด “องค์ความรู้” ทั้งโครงการวิจัยและโครงการพัฒนา เพื่อการจัดการความปลอดภัยทางถนนในประเทศไทย ร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ เอกชน และประชาสังคมในระดับส่วนกลางและระดับพื้นที่ โดยศวปถ. มีส่วนในการผลักดันองค์ความรู้ลดอุบัติเหตุ¹¹ โดยมีเป้าหมายเพื่อรณรงค์สื่อสารประชาสัมพันธ์ ขับเคลื่อนให้เกิดนโยบายสาธารณะในเรื่องการจัดการความเร็วของพาหนะที่เหมาะสม โดยเฉพาะในกลุ่มรถจักรยานยนต์และกลุ่มอื่นๆ โดยมุ่งเน้นทำงานกับ	การดำเนินการเป็นไปตามแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน และตามแผนปฏิบัติการของหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบ โดยเฉพาะกระทรวงมหาดไทย กระทรวงคมนาคม กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งโครงสร้างในการดำเนินงานตามแผนแม่บทฯ นั้นแบ่งเป็น 3 ระดับ 1) ระดับนโยบาย ให้อยู่ในความรับผิดชอบของคณะกรรมการนโยบายการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนแห่งชาติ	- เป้าหมายหลัก: ลดอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนลงร้อยละ 50 หรือเป้าหมายลดอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนต่ำกว่า 10 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคน ภายในปี 2563 - ตัวชี้วัด ตามแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน และแผนยุทธศาสตร์ของหน่วยงานที่รับผิดชอบหลัก - ระบบบันทึกข้อมูลอุบัติเหตุและการเสียชีวิต 1) ระบบ E-Claim เป็นระบบบันทึกข้อมูลของบริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด 2) ระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (Injury Surveillance - IS) 3) Trauma registry เป็นระบบบันทึกข้อมูลผู้บาดเจ็บ ในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยที่เป็น Trauma center

⁶ แผนงานป้องกันการบาดเจ็บจากการจราจรทางถนน ปี 2560 – 2564 http://plan.ddc.moph.go.th/meeting30_1augsep/meeting30_1/Documents/7.%20NATI/4.แผนป้องกันการบาดเจ็บจากการจราจร.pdf

⁷ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงคมนาคม. แผนยุทธศาสตร์กระทรวงคมนาคม พ.ศ. 2560 – 2564. กรุงเทพฯ: กระทรวงคมนาคม, 2559.

¹⁰ <http://www.roadsafetythai.org>

¹¹ <http://www.accident.or.th/>

นโยบาย	ความรู้	การนำนโยบายไปปฏิบัติ	การติดตามประเมินผล
จัดทำแผนยุทธศาสตร์กรมขนส่งทางบก พ.ศ. 2559-2564 โดยมี 4 ยุทธศาสตร์หลัก ได้แก่ 1) พัฒนาและส่งเสริมระบบการขนส่งทางถนน ให้มีประสิทธิภาพและแข่งขันได้ 2) พัฒนาและส่งเสริมระบบการขนส่งทางถนน ให้มีความปลอดภัย เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม 3) พัฒนาการให้บริการ รูปแบบอัจฉริยะ และ 4) เสริมสร้างองค์กรให้มี สมรรถนะสูงและบริหารจัดการ ตามหลักธรรมาภิบาล 3) กระทรวงมหาดไทยได้ดำเนินการจัดทำแผนยุทธศาสตร์กระทรวงมหาดไทย พ.ศ. 2560 – 2564 การจัดการปัญหาอุบัติเหตุทางถนนนั้นอยู่ในยุทธศาสตร์ที่ 2 การเพิ่มศักยภาพการพัฒนาสภาพแวดล้อมสู่อนาคต มีเป้าหมายเพื่อให้ชุมชนมีความปลอดภัย และเป้าประสงค์ให้ประชาชนมีศักยภาพรับมือภัยพิบัติ ส่งผลให้ ความสูญเสียในชีวิตและทรัพย์สินลดลง โดยให้การตายจากอุบัติเหตุทางถนนต่ำกว่า 18 คนต่อประชากรแสนคน⁸ นอกจากนี้ ยังได้จัดทำแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. 2561 – 2564 เป็นการประยุกต์กรอบแนวคิดจากนโยบายที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยทางถนนทั้งระดับสากลและระดับประเทศที่สำคัญเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม ประกอบด้วย 4 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ ยุทธศาสตร์ที่ 1 การปฏิรูประบบการจัดการด้านความปลอดภัยทางถนน ยุทธศาสตร์ที่ 2 การเสริมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยทางถนนอย่างยั่งยืน ยุทธศาสตร์ที่ 3 ประเทศไทยขนส่งทางถนนปลอดภัย 4.0 และยุทธศาสตร์ที่ 4 ประชากรรัฐเพื่อถนนปลอดภัย⁹	เครือข่ายสื่อมวลชน เครือข่าย สสส. และเครือข่ายเชิงยุทธศาสตร์ มูลนิธิไทยโรดส์ (ThaiRoads foundation)¹² โดยส่งเสริมและสนับสนุนงานวิจัยทางด้านความปลอดภัยทางถนนในประเทศไทย แสวงหานวัตกรรมใหม่ รวมทั้งทางออกในการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนที่สามารถปฏิบัติได้จริง และเผยแพร่ความรู้ด้านความปลอดภัยทางถนนที่ได้รับจากงานวิจัย รวมถึงส่งเสริมและสนับสนุนการใช้ประโยชน์จากข้อมูลและองค์ความรู้ในการวางแผนพัฒนายุทธศาสตร์และการดำเนินมาตรการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุจราจร รวมไปถึงการติดตามและประเมินผลสำเร็จของมาตรการทั้งในระดับประเทศ ระดับภูมิภาค และระดับประเทศอย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นรูปธรรม	2) ระดับอำนาจการ ให้อยู่ในความรับผิดชอบของ ศูนย์อำนาจการความปลอดภัยทางถนน ศูนย์อำนาจการความปลอดภัยทางถนนจังหวัด และศูนย์อำนาจการความปลอดภัยทางถนนกรุงเทพมหานคร 3) ระดับปฏิบัติการ ให้อยู่ในความรับผิดชอบของ ศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอ ศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ ศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนเขต	4) ระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ 19 สาเหตุ 5) ระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (Information Technology for Emergency Medical System - ITEMS) 6) ระบบ Emergency Claim Online (EMCO) 7) ระบบข้อมูลการให้บริการสุขภาพ และสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค รายบุคคล (43 แฟ้ม) 8) ข้อมูลใบมรณบัตร 9) E-Report กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย

⁸ สำนักนโยบายและแผน สำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทย แผนยุทธศาสตร์กระทรวงมหาดไทย พ.ศ. 2560-2564. กรุงเทพฯ: กระทรวงมหาดไทย, 2559”

⁹ ศูนย์อำนาจการความปลอดภัยบนท้องถนน. แผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. 2561 – 2564. กรุงเทพฯ: ศูนย์อำนาจการความปลอดภัยบนท้องถนน, 2562

¹² <http://www.thairoads.org/>

ช่องว่างนโยบายและมาตรการด้าน RTI ของประเทศไทย

1) คณะกรรมการนโยบายการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนแห่งชาติยังคงไม่มีความเข้มแข็งพอในการขับเคลื่อนการดำเนินนโยบาย

2) ขาดหน่วยงานหลักหรือหน่วยงานกลางเฉพาะด้านอุบัติเหตุและความปลอดภัยทางถนน (แม้ว่า ศวป.และ สสส. เคยผลักดันให้เกิดช่วงปี 2557-2558 แต่ไม่ประสบความสำเร็จ) ในการบูรณาการที่เกี่ยวข้องทั้งหมด เช่น กระทรวงคมนาคม กระทรวงมหาดไทย ตำรวจ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น บริษัทกลาง ทำให้ต่างคนต่างทำ ไม่ต้องรับผิดชอบในเป้าหมายสุดท้าย คือ จำนวนคนเจ็บตาย อีกทั้งมีความเข้าใจในปัญหาเรื่องความปลอดภัยทางถนนที่ไม่ตรงกัน ส่งผลต่อแผนการดำเนินงานของแต่ละหน่วยงานไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน และขาดการกำหนดเป้าหมายและแผนการดำเนินงานระหว่างหน่วยงานร่วมกัน ซึ่งส่งผลต่อการใช้งบประมาณประจำของแต่ละส่วนราชการในการดำเนินงาน โดยแต่ละหน่วยงานมักจะอ้างว่าไม่ใช่ภารกิจหลัก จึงถูกตัดงบประมาณไป

3) ลักษณะการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนมีโครงสร้างและการดำเนินงานรองรับจนถึงระดับตำบล แต่การขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหายังคงดำเนินการในรูปแบบการแก้ไขปัญหาที่ไม่เร่งด่วน หรือเร่งด่วนไม่เพียงพอ แม้จะมีความถี่ของการประชุม และดำเนินการมากขึ้น แต่การเร่งรัดและติดตามจากระดับนโยบายยังคงไม่เพียงพอ ทำให้ภาคปฏิบัติขับเคลื่อนงานน้อยกว่าที่ควรจะเป็น นอกจากนี้ ยังขาดการจัดการปัญหาอย่างเป็นวงจร PDCA (plan do check act) เช่น นโยบาย “หมวก 100%” ขาดการนำไปการดำเนินการติดตามกำกับประเมินผลและนำมาทบทวนปรับแผน ทั้งในส่วนกลไกหลัก ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน (ศปถ.) และหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการดำเนินในระดับพื้นที่ยังขาดการนำข้อมูลในเชิงปฏิบัติการไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนแก้ไขปัญหา

4) ขาดการสื่อสารโดยประชาสัมพันธ์หรือโฆษกกลาง ที่เป็นผู้เชี่ยวชาญที่สามารถสื่อสารให้ประชาชนเข้าใจง่าย และมองว่าเป็นเรื่องที่ต้องป้องกันได้ถ้ามีความร่วมมือของประชาชนในภาพรวม

5) การดำเนินการทั้งในส่วนกลางและพื้นที่ ขาดกลไกสนับสนุน supportive mechanism เช่น เครื่องมือ-คู่มือ-ระบบฝึกอบรม-ให้คำปรึกษา ฯลฯ รวมทั้งงบประมาณเพื่อการดำเนินงาน อีกทั้งในระดับปฏิบัติการบุคลากรไม่เพียงพอและขาดความรู้และทักษะในการปฏิบัติงาน

6) ขาดการลงทุนในด้านของการวิจัย พัฒนา และติดตามประเมินผล

7) ขาดระบบข้อมูลที่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้อย่างสมบูรณ์เพียงพอ ซึ่งทำให้ไม่สามารถกระจายตัวชี้วัดไปในระดับต่างๆ ที่เกี่ยวข้องได้ทั้งในระดับหน่วยงาน และระดับพื้นที่ และขาดการกำหนดเป้าหมายตัวชี้วัดที่สามารถวัดได้อย่างถูกต้องและครอบคลุมทำให้ไม่สามารถประเมินการทำงานที่ดำเนินการอยู่ได้อย่างถูกต้อง

8) การกำหนดตัวชี้วัดและกระจายความรับผิดชอบในส่วนกลาง โดยเฉพาะหน่วยงานหลัก เช่น กระทรวงมหาดไทย กระทรวงคมนาคม กระทรวงสาธารณสุข ตำรวจ ยังไม่ได้กำหนดเป็นตัวชี้วัดหน่วยงานในพื้นที่ ระดับจังหวัด/อำเภอ/ท้องถิ่น ยังขาดการกำหนดและวัดผลในระดับพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

9) ขาดการกำหนดเป้าหมาย KPI ในระดับ Intermediate Outcome ที่มีปรากฏอยู่ในแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนนปี 2561 -2565 โดยพบว่า KPI ดังกล่าว ยังไม่มีหน่วยงานรับผิดชอบรับไปดำเนินการอย่างจริงจัง ทำให้ไม่มีการติดตามกำกับการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังไม่มีหน่วยงานใดรับทำหน้าที่ในการติดตาม กำกับการทำงานของแต่ละหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และในภาพรวมของประเทศ

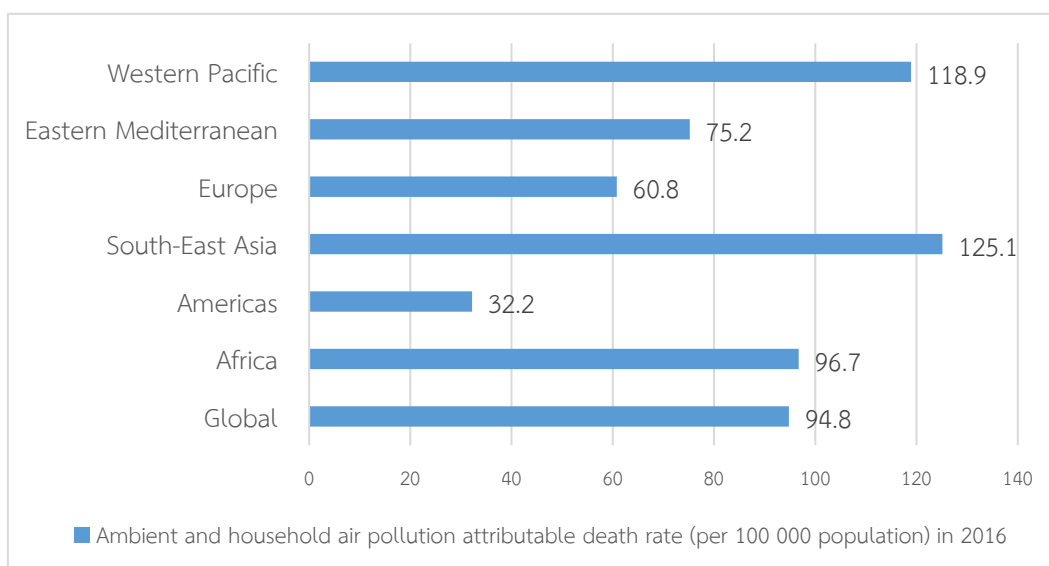
ตัวชี้วัดที่ 9 อัตราการตายที่เกิดจากมลพิษทางอากาศทั้งจากในบ้านเรือนและในบรรยากาศทั่วไป

อ้างอิงตาม SDG 3.9.1 อัตราการตายที่เกิดจากมลพิษทางอากาศ ทั้งจากในบ้านเรือนและในบรรยากาศทั่วไป (Mortality rate attributed to household and ambient air pollution) ซึ่งมีการรายงานผลใน World Health Statistics Report โดยคำนวณจากอัตราการตายมาตรฐานของโลก (Age-standardized mortality rate) ที่เกิดจากมลพิษทางอากาศ ทั้งจากในบ้านเรือนและในบรรยากาศทั่วไปต่อประชากร 1 แสนคน โดยมีเป้าหมายต้องลดอัตราการตายที่เกิดจากมลพิษทางอากาศอย่างมากในปี 2573

สถานการณ์ตัวชี้วัดด้าน Air pollution

สถานการณ์ตัวชี้วัดด้าน Air pollution ในระดับโลก

สถานการณ์ตัวชี้วัดอัตราการตายที่เกิดจากมลพิษทางอากาศทั่วโลกต่อประชากร 1 แสนคนอยู่ที่ 94.8 ต่อประชากร 1 แสนคน (ปี 2559) เมื่อแยกตามภูมิภาคทั่วโลกจะพบว่าภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีอัตราการตายสูงที่สุด (125.1 ต่อประชากร 1 แสนคน) รองลงมาคือภูมิภาคแปซิฟิกตะวันตก (118.9 ต่อประชากร 1 แสนคน) ทั้งนี้ภูมิภาคอเมริกามีอัตราการตายน้อยที่สุด 32.2 ต่อประชากร 1 แสนคน (รูปที่ 13)

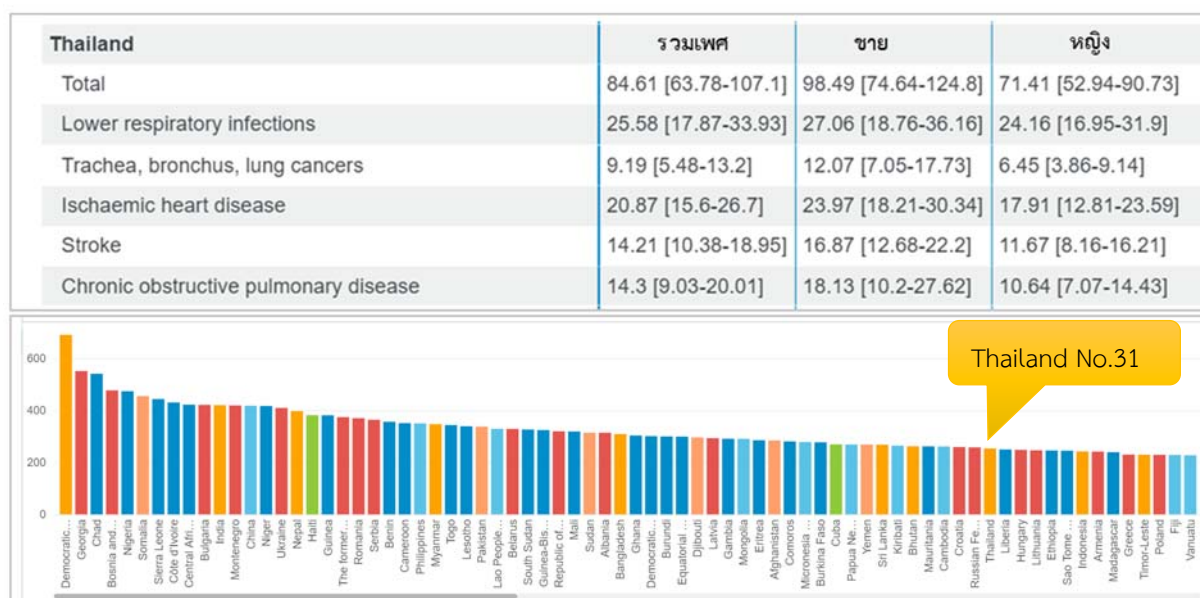


ที่มา: <https://apps.who.int/gho/data/view.sdg.3-9-data-reg?lang=en>

รูปที่ 13 อัตราการตายที่เกิดจากมลพิษทางอากาศต่อประชากร 1 แสนคน แยกตามภูมิภาคทั่วโลก

สถานการณ์ตัวชี้วัดด้าน Air pollution ในระดับประเทศ

ข้อมูลอัตราตายที่เกิดจากมลพิษทางอากาศต่อประชากร 1 แสนคนของประเทศไทยอยู่ที่ 84.61 ต่อประชากร 1 แสนคน (ปีพ.ศ. 2559) สูงเป็นอันดับที่ 31 ของโลก โดยเพศชายมีอัตราตายสูงกว่าเพศหญิง (98.49 ต่อ 71.41 ต่อประชากร 1 แสนคน) เมื่อพิจารณาโรคพบว่าการตายจากการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างสูงที่สุด (25.58 ต่อประชากร 1 แสนคน) รองลงมาคือโรคหัวใจขาดเลือด (20.87 ต่อประชากร 1 แสนคน)



ที่มา: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/joint-effects-of-air-pollution>

รูปที่ 14 อัตราตายที่เกิดจากมลพิษทางอากาศต่อประชากร 1 แสนประชากรของประเทศไทย ปี 2559

กรอบนโยบายและมาตรการด้าน Air pollution

กรอบการดำเนินงานด้าน Air pollution จากต่างประเทศ

ตัวชี้วัด 3.9.1 อัตราการตายที่เกิดจากมลพิษทางอากาศ ทั้งจากในบ้านเรือนและในบรรยากาศทั่วไป⁽⁹⁾ ได้แก่ ปัญหามลพิษทางอากาศเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อสุขภาพประชากรที่ส่งผลให้เกิดการเสียชีวิตของประชากรประมาณ 7 ล้านรายต่อปี เนื่องจากปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับมลพิษทางอากาศมีความคาบเกี่ยวกับการเกิดปัญหาการเปลี่ยนแปลงสภาพอากาศ (climate change) เช่น ระบบปัญหามลพิษที่เกิดจากระบบพลังงานและการคมนาคม การมีนโยบายที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมปัจจัยดังกล่าวจึงเป็นประโยชน์ต่อการปกป้องคุ้มครองสภาพอากาศในระดับโลก และมีประโยชน์ต่อการคุ้มครองสุขภาพประชากร ในปัจจุบันยังไม่มีกรอบการดำเนินงานในระดับโลกที่เป็นกรอบการดำเนินงานกลางที่เป็นข้อตกลงระหว่างประเทศเช่นเดียวกับปัจจัยเสี่ยงอื่น แนวทางการศึกษาที่เป็นข้อมูลนำเข้าในการศึกษานี้ได้จากแนวทางการดำเนินงานที่ประสบความสำเร็จในต่างประเทศร่วมกับการพิจารณามาตรการรายงานมาตรการเพื่อแก้ปัญหามลพิษทางอากาศที่ได้มีการพิจารณาแล้วว่ามีประสิทธิภาพในพื้นที่เอเชียแปซิฟิก¹³ ดังต่อไปนี้

- 1) A Geneva Action Agenda to Combat Air Pollution¹⁴

¹³ มาตรการที่ได้รับการแนะนำว่าสามารถช่วยให้ร้อยละ 22 ของประชากรที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ Asia and the Pacific หรือประมาณ 1 พันล้านคน จะอยู่ภายใต้อากาศสะอาดตามมาตรฐานการแนะนำของ WHO ภายในปี 2030 ซึ่งสัดส่วนดังกล่าวเพิ่มขึ้นมาจากร้อยละ 8 ในปี 2015 นอกจากนี้ จะสามารถลดการตายก่อนวัยอันควรที่เกิดจากมลพิษทางอากาศภายนอกอาคารจะลดลงเหลือเพียง 1 ใน 3 และยังสามารถลดการตายก่อนวัยอันควรจากมลพิษทางอากาศภายในอาคารอีก 2 ล้านราย (ref: <https://www.ccacoalition.org/en/content/air-pollution-measures-asia-and-pacific>)

¹⁴ <https://www.who.int/phe/news/clean-air-for-health/en/>

2) UN Economic Commission for Europe (UNECE) Convention on Long range Transboundary Air Pollution (CLRTAP) หรือ Air Convention¹⁵¹⁶

3) Air Pollution in Asia and the Pacific: Science-based solutions¹⁷

4) Air pollution measures for Asia and the Pacific, 25 science-based solutions to bring clean, safe air for 1 billion people¹⁸

จากการสังเคราะห์ข้อมูลกรอบการดำเนินงานด้านการลดมลพิษทางอากาศในระดับโลก สามารถสรุปแนวทางการดำเนินงานด้านมลพิษทางอากาศซึ่งส่งผลต่อการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนในการลดการตายที่เกิดจากมลพิษทางอากาศทั้งภายในและนอกอาคาร โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญ 6 ด้าน ได้แก่

1) การพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีที่เป็นรากฐานในการกำกับติดตามผลกระทบจากมลพิษทางอากาศ เช่น การพัฒนาระบบเฝ้าระวังระดับมลพิษทางอากาศและการกระจายตัวของมลพิษ การพัฒนาระบบกลไกในการประเมินระดับมลพิษทางอากาศและผลกระทบที่เกิดขึ้นในพื้นที่ การพัฒนาเครื่องมือเพื่อเชื่อมระบบเฝ้าระวัง (Integrated assessment tools)

2) การใช้กลไกที่เกี่ยวข้องกับนโยบายและการออกกฎหมาย การออกกฎหมายเพื่อถ่ายทอดเป็นนโยบายที่สนับสนุนการดำเนินงานด้านการจัดการมลพิษทางอากาศ เช่น กฎหมายเฝ้าระวังที่แหล่งกำเนิด (The Pollution Prevention Act (P2 Act, US EPA) กฎหมายเพื่อสนับสนุนพลังงานสะอาด (Energy Policy Act, US EPA) Executive Order 13045: Protection of Children from Environmental Health Risks and Safety Risks และ กฎหมายเพื่อสนับสนุนการถ่ายทอดเทคโนโลยี The National Technology Transfer and Advancement Act

3) การมีกระบวนการประเมินการบังคับใช้กฎหมาย/นโยบาย

4) การส่งเสริมศักยภาพ การเพิ่มความตระหนักต่อการตั้งรับต่อปัญหา และการปฏิบัติตามระเบียบแนวทางการดำเนินงาน เพื่อการแก้ไขปัญหามลพิษทางอากาศของหน่วยงานทั้งทางด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ

5) การสื่อสารต่อประชาชน และการสร้างความร่วมมือระหว่างองค์กรเพื่อสนับสนุนการสื่อสารความเสี่ยงที่เกิดจากมลพิษทางอากาศให้แก่ประชาชน

6) การสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน ซึ่งรวมถึงการสร้างความร่วมมือระหว่างประเทศ เช่น การสร้างศักยภาพเพื่อการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพที่เกิดจากมลพิษทางอากาศ ทั้งในระดับภูมิภาค ระดับประเทศ และในระดับพื้นที่ การ downscaling ข้อมูลมลพิษทางสิ่งแวดล้อมที่มีการจัดทำในระดับภูมิภาคเพื่อใช้ในระดับประเทศหรือระดับพื้นที่ การสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน ในการพัฒนาองค์ความรู้เพื่อการกำกับติดตามและแก้ไขปัญหามลพิษทางอากาศ – การเชื่อมการดำเนินงานระหว่างโครงการ

¹⁵ แนวทางการดำเนินงานที่แตกออกมาจาก CLRTAP ได้แก่ Protocol on Long-Term Financing of the Cooperative Programme for Monitoring and Evaluation of the Long-range Transmission of Air Pollutants in Europe (EMEP) (1984), 1985 Helsinki Protocol on the Reduction of Sulphur Emissions, Nitrogen Oxide Protocol (1988), Volatile Organic Compounds Protocol (1991), 1994 Oslo Protocol on Further Reduction of Sulphur Emissions, Protocol on Heavy Metals (1998), Aarhus Protocol on Persistent Organic Pollutants (1998), และ 1999 Gothenburg Protocol to Abate Acidification, Eutrophication and Ground-level Ozone (1999)

¹⁶ <https://www.unece.org/environmental-policy/conventions/envlirtapwelcome/cross-sectoral-linkages/air-pollution-and-health.html>

¹⁷ UN Environment, Asia Pacific Clean Air Partnership, Climate & Clean Air Coalition

¹⁸ <https://www.ccacoalition.org/en/content/air-pollution-measures-asia-and-pacific>

นโยบายและมาตรการด้าน Air pollution ของประเทศไทย

ตารางที่ 6 นโยบายและมาตรการด้าน Air pollution ของประเทศไทย

นโยบาย	ความรู้	การดำเนินงาน	การติดตามประเมินผล
- ประเทศไทยมีการออกกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมมลพิษ ตามบทบัญญัติที่เกี่ยวข้องในพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. 2535เป็นหลัก¹⁹ โดยมีการกำหนดมาตรฐานควบคุมมลพิษทางอากาศ และกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่จำเป็นในการจัดการมลพิษ และมีการกำหนดให้มีการประเมินผลกระทบทางสุขภาพและสิ่งแวดล้อม ก่อนอนุมัติโครงการหรือกิจกรรมที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อชุมชนอย่างรุนแรง²⁰ - สำหรับการจัดการกับปัญหามลพิษทางอากาศในช่วงวิกฤติ ประเทศ	- หัวใจหลักของการดำเนินงานคือการการพัฒนาศักยภาพและเทคโนโลยี (Scientific activities) ที่เป็นรากฐานในการกำกับติดตามผลกระทบจากมลพิษทางอากาศ ในปัจจุบันประเทศไทยพยายามพัฒนาองค์ความรู้ในหัวข้อดังกล่าว โดยเฉพาะการพัฒนาาระบบเฝ้าระวังระดับมลพิษทางอากาศและการกระจายตัวของมลพิษ - การเฝ้าระวังมลพิษที่แหล่งกำเนิดและการพัฒนาตัวแบบเพื่อทำนายการกระจายตัวของมลพิษทางอากาศ - การพัฒนาเครื่องมือเพื่อเชื่อมระบบเฝ้าระวัง (Integrated assessment tools) รวมถึงการเชื่อมโยงระบบเฝ้าระวังระดับชาติเข้าสู่พื้นที่ โดยองค์ความรู้ดังกล่าวมีการจัดทำในระดับประเทศ และพื้นที่เสี่ยงมลพิษทางอากาศ	- มีการกำหนดให้มีการกำกับติดตามผลกระทบที่เกิดจากการดำเนินงานโครงการที่ผ่าน EHIA อย่างไรก็ดี ตามกระบวนการดังกล่าวจะให้น้ำหนักกับการประเมินผลกระทบเพื่อใช้เป็นหลักฐานก่อนอนุมัติโครงการ มากกว่าการกำกับติดตามผลกระทบหลังจากอนุมัติให้ดำเนินการไปแล้ว²⁴ - คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ได้กำหนดมาตรฐานคุณภาพอากาศในบรรยากาศทั่วไป²⁵ ทั้งในระยะยาวและเฉียบพลัน ซึ่งในปัจจุบันระดับมลพิษทางอากาศยังเกินระดับมาตรฐาน และยังไม่มีบรรลุ SDGs ทั้งจากการประเมินสถานการณ์โดยสถานการณ์โลกและพื้นที่ใกล้เคียง - มีการระบุพื้นที่เสี่ยงสิ่งแวดล้อม การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการเชิงพื้นที่ (พื้นที่ที่มีปัญหา/พื้นที่เสี่ยงต่อปัญหาฝุ่นละอองในช่วงวิกฤติ)	- มีการกำหนดตัวชี้วัดในรูปแบบจำนวนวันที่มีระดับมลพิษสูงเกินกว่าที่กำหนด และรายงานผลดังกล่าวในรายงานประจำปี - การดำเนินการเพื่อติดตามผลกระทบด้านสุขภาพจะเน้นการประเมินผลกระทบทางการเจ็บป่วย ยังไม่มีหน่วยงานใดทำการศึกษาและรายงานระดับการเจ็บป่วยและตายที่เป็นผลจากระดับมลพิษทางอากาศ (Attributable Burden) ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน - มีความริเริ่มในการประเมิน - มีการริเริ่มโครงการ Strategic Environmental Assessment, SEA^{29, 30} ที่เกี่ยวข้องกับแหล่งกำเนิด

¹⁹ พระราชบัญญัติและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมมลพิษ https://pcd.go.th/info_serv/reg_relatedlaw.html

²⁰ กองพัฒนาระบบการวิเคราะห์ผลกระทบจากสิ่งแวดล้อม, <https://bit.ly/3f6JOve>

²⁴ <http://eiadoc.onep.go.th/web/SEA.pdf>

²⁵ ประกาศคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ.2538) เรื่อง กำหนดมาตรฐานคุณภาพ อากาศในบรรยากาศโดยทั่วไป ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยประกาศคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 24 (พ.ศ. 2547), ประกาศคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 28 (พ.ศ. 2550), ประกาศคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 33 (พ.ศ. 2552) และ ประกาศคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 36 (พ.ศ. 2553)

²⁹ การประเมินสิ่งแวดล้อมเชิงยุทธศาสตร์ ซึ่งมีขอบเขตการวิเคราะห์หรือประเมินผลกระทบทางสิ่งแวดล้อมในระดับของนโยบาย แผน และโปรแกรม โดยเป็นกระบวนการที่ส่งเสริมให้เกิดการกำหนดแนวทางการพัฒนาที่เหมาะสมก่อนนำไปสู่การตัดสินใจเชิงนโยบาย โดยกระบวนการมีการกำหนดให้ประชาชนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจได้

³⁰ <http://eiadoc.onep.go.th/web/SEA.pdf>

นโยบาย	ความรู้	การดำเนินงาน	การติดตามประเมินผล
ไทยมีการยกระดับปัญหามลภาวะทางอากาศเป็นวาระแห่งชาติ โดยมีกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องร่วมกันทำแผนปฏิบัติการ เพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการแก้ไขปัญหาฝุ่นละอองในพื้นที่²¹ -มีการจัดทำแผนเฉพาะกิจเพื่อการแก้ไขปัญหามลพิษด้านฝุ่นละออง (เฉพาะกิจ)²² แผนการดำเนินงานในประเทศไทยมาจากหน่วยงานที่รับผิดชอบ 2 หน่วยงานคือ หน่วยงานด้านสิ่งแวดล้อม และสุขภาพ โดยสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข²³	-การรายงานข้อมูลผู้ป่วยในช่วงเกิดปัญหามลพิษทางอากาศ ยังเป็นการรายงานจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาพยาบาลด้วยโรคที่เกี่ยวข้องเท่านั้น ยังไม่มีการรายงานข้อมูลในรูปแบบความเจ็บป่วยที่เกิดจากมลพิษทางอากาศ (Attributable Burden) อย่างแท้จริง - ยังไม่มีการศึกษาด้าน cost-effectiveness ของมาตรการเพื่อใช้ในการควบคุมมลพิษทางอากาศ ซึ่งข้อมูลดังกล่าวเป็นข้อมูลที่ทางต่างประเทศให้ความสำคัญเป็นอย่างมาก - มีนโยบายการให้ความรู้ และพัฒนาศักยภาพบุคลากรในพื้นที่ เช่น อาสาสมัครหมู่บ้าน (อสม) และหน่วยงานด้านสิ่งแวดล้อม รวมถึงองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อเตรียมความพร้อมในช่วงวิกฤติ -มีการเผยแพร่ข้อมูลจาก Application Air4Thai ให้แก่ประชาชน เพื่อประโยชน์ในการป้องกันตนเองตามสถานการณ์ระดับมลพิษทางอากาศในแต่ละวัน	-มีความพยายามพัฒนาศักยภาพและระบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านมลพิษทางอากาศในระดับจังหวัด เช่น จากแผนยุทธศาสตร์กรมควบคุมโรคที่ระบุให้จังหวัดมีระบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพอย่างบูรณาการ มีประสิทธิภาพ และยั่งยืน และในประเด็นที่ 6 สนับสนุนระบบการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม 76 จังหวัด²⁶ - มีการดำเนินงานตามมาตรการที่ได้รับการแนะนำบางส่วน โดยเฉพาะด้านมาตรการควบคุมการปล่อยมลพิษแบบพื้นฐาน แต่ยังไม่มีการดำเนินการตามมาตรการที่จำเป็นอื่น เช่น การประเมินระดับมลพิษจากแหล่งกำเนิดอุตสาหกรรม - มีหน่วยงานภาคประชาชนและสสส.ที่ทำหน้าที่สื่อสารปัญหามลพิษทางอากาศให้แก่ประชาชน รวมถึงมีความพยายามจัดทำพ.ร.บ.อากาศสะอาด โดยเครือข่ายอากาศสะอาด ประเทศไทย²⁷	มลพิษทางอากาศได้แก่ การจัดการขยะในประเทศไทย - มีนโยบายการเผยแพร่ข้อมูลการรายงานการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อมและการรายงานผลการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดไว้ในรายงานการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อม³¹ สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ได้ดำเนินการเผยแพร่ข้อมูลรายงานการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อม และรายงานผลการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดไว้ในรายงานการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อม ตามพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. ๒๕๔๐ และพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล

²¹ มีมติเห็นชอบวันที่ 15 สิงหาคม 2562

²² ประกาศวันที่ 23 พฤศจิกายน 2563

²³ ตัวอย่างแผนการดำเนินงานในประเทศไทยที่ใช้ในการแผนงานควบคุมโรคและภัยสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม ปี 2560-2564 แผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติงาน กรมควบคุมมลพิษ แผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติราชการ 4 ปี กรมควบคุมมลพิษ พ.ศ. 2559-2562 แผนปฏิบัติราชการระยะ 3 ปี (พ.ศ. 2563-2565) ของกรมควบคุมมลพิษ แผนปฏิบัติการภายใต้ แผนยุทธศาสตร์อนามัยสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560-2564 เสนอโดยกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพแห่งชาติ ภายใต้แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560-2564 (ฉบับแนะนำ) คู่มือการดำเนินงานด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณี ฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5) ปี 2563

²⁶ มีการจัดชุดกิจกรรมในระดับประเทศ/เขต, และในระดับจังหวัด

²⁷ เครือข่ายอากาศสะอาด ประเทศไทย <https://thailandcan.org/>

³¹ <http://eia.onep.go.th/index.php>

นโยบาย	ความรู้	การดำเนินงาน	การติดตามประเมินผล
	- มียุทธศาสตร์ในการสร้างและแบ่งปันความรู้เพื่อระบุนความเสี่ยงต่อสุขภาพ สร้างหลักฐานที่เกี่ยวข้องกับต้นทุนที่เกิดขึ้นกับสังคมและ และคิดค้นทางเลือกที่มีประสิทธิภาพและคุ้มค่า - มีหน่วยงานด้านประชาสังคมเช่น เครือข่ายอากาศสะอาด และสสส. ที่มีส่วนร่วมในการให้ความรู้แก่ประชาชน	- มีความร่วมมือด้านการกำหนดหมอกควันข้ามพรมแดนในภูมิภาคอาเซียน²⁸ - หน่วยงานภาคประชาสังคมและสสส. ทำหน้าที่เป็นองค์กรที่ช่วยสนับสนุนนวัตกรรมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงผลกระทบจากมลพิษทางอากาศ	บุคคล พ.ศ. 2562 สำหรับให้ประชาชนเข้าตรวจดูได้ ผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์

²⁸ มีผลกระทบจากสถานการณ์ COVID-19

ช่องว่างนโยบายและมาตรการด้าน Air pollution ของประเทศไทย

1) การขาดหน่วยงานกลางที่มีอำนาจในการออกกฎหมายและกำกับติดตามการบังคับใช้กฎหมายที่เชื่อมโยงทั้งทางด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ เช่น United States Environmental Protection Agency (US EPA) ทำให้การดำเนินการตามกฎหมาย/นโยบายที่เกี่ยวข้องกับการจัดการปัจจัยเสี่ยงมลพิษทางอากาศมีการกระจัดกระจาย และขาดประสิทธิภาพ³²

2) มาตรการสร้างแรงจูงใจ ทั้งทางด้านการใช้มาตรการชดเชยด้านภาษี มาตรการด้านการเงิน หรือการสร้างความร่วมมือกับภาคเอกชนเป็นมาตรการที่ส่งผลต่อความสำเร็จในต่างประเทศซึ่งยังไม่มีดำเนินการในประเทศไทยมากนัก

3) ช่องว่างทางนโยบายที่สำคัญในการจัดการท่าแหล่งมลพิษทางอากาศที่สำคัญ โดยเฉพาะในด้านมลพิษทางอากาศจากแหล่งอุตสาหกรรม ได้แก่ การขาดการประเมินสิ่งแวดล้อมด้านยุทธศาสตร์ (Strategic Environmental Assessment: SEA) เพื่อประเมินศักยภาพและข้อจำกัดของสิ่งแวดล้อมในระดับพื้นที่ ตามหลักการขีดความสามารถของพื้นที่ในการรองรับมลพิษ (Assimilative Capacity)

4) สำหรับในประเทศไทยยังมีการลงทุนวิจัยทางด้านองค์ความรู้พื้นฐานอย่างจำกัด ในปัจจุบันข้อมูลที่ใช้ประกอบการดำเนินนโยบายเป็นนโยบายเป็นข้อมูลผลกระทบทางสุขภาพจากต่างประเทศ

5) การพัฒนาองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบระยะยาวที่เกิดจากมลพิษทางอากาศ รวมถึงภาระโรคที่เกิดจากมลภาวะทางอากาศ (Attributable burden of disease) ยังมีอยู่อย่างจำกัด

6) มีองค์ความรู้เกี่ยวกับมาตรการที่มีประสิทธิภาพในต่างประเทศซึ่งกระตุ้นการพัฒนาองค์ความรู้ที่เฉพาะเจาะจงกับบริบทของประเทศไทยเป็นประเด็นที่ต้องให้ความสำคัญมากยิ่งขึ้น

7) ยังมีช่องว่างด้านองค์ความรู้เพื่อใช้ในการดำเนินงาน ทั้งทางด้านการติดตามมลพิษทางอากาศในระดับพื้นที่ การศึกษา Cost-effectiveness ของมาตรการที่ใช้ในการจัดการกับมลพิษทางอากาศ ที่ตรงกับบริบทของประเทศไทย

8) การขาดองค์ความรู้เกี่ยวกับมาตรการลดการสัมผัสที่เหมาะสมกับแต่ละบริบทของพื้นที่ส่งผลต่อการดำเนินงานตามตัวชี้วัดธรรมนูญ

9) ปัจจุบันสถานการณ์มลพิษทางอากาศในประเทศไทยยังขาดความร่วมมือในการดำเนินงานระหว่างหน่วยงาน ซึ่งการจัดการกับปัญหา air pollution จำเป็นต้องมีการประสานการดำเนินงานข้ามหน่วยงาน (ประเด็นเดียวกับการขาด EPA)

10) มีช่องว่างในการดำเนินการตามกฎหมายหลากหลายด้าน ทั้งที่เกิดจากการขาดกำลังคนในการดำเนินงาน เช่นการเฝ้าระวังการห้ามเผาตามนโยบายการห้ามเผาอย่างเข้มงวดในช่วงหมอกควันภาคเหนือ รวมถึงการยกเว้นการใช้กิจกรรมทางกฎหมายกับแหล่งกำเนิดมลพิษทางอากาศบางประเภท เช่น การออกกฎหมายยกเว้นให้โรงไฟฟ้าขยะทุกขนาดไม่ต้องจัดทำรายงาน EIA โดยให้ปฏิบัติตาม (Code of Practice, CoP) เท่านั้น

11) ขาดกำลังคนในการบังคับใช้กฎหมายทั้งทางด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ

12) การวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ การลงทุนด้านวิจัยและนวัตกรรม ซึ่งองค์ประกอบด้านงานวิจัยและนวัตกรรมเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของ Clean Air Act (title 1) ของสหรัฐอเมริกา เนื่องจากการต้องการองค์

32 เครือข่ายอากาศสะอาด <https://thailandcan.org/>

ความรู้ด้านการประเมินผลกระทบทางสุขภาพที่เกิดจากมลพิษทางอากาศและความรู้ด้านเทคโนโลยีที่ใช้ในการกำกับควบคุมมลพิษ รวมถึงการประเมินความคุ้มค่าของมาตรการที่ใช้ในการควบคุมมลพิษ เนื่องจากเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญที่ใช้ในการกำหนดมาตรฐานคุณภาพอากาศ

13) การขาดการบูรณาการระหว่างหน่วยงานในการดำเนินงานในช่วงเกิดวิกฤตมลพิษทางอากาศ

14) การรายงานผลการดำเนินการในรูปแบบจำนวนวันที่ระดับมลพิษทางอากาศสูงเกินมาตรฐาน หรือจำนวนผู้ป่วยเฉพาะในช่วงเกิดวิกฤตมลพิษทางอากาศ มีแนวโน้มต่อการพัฒนาฐานข้อมูลเพื่อใช้ในการประเมินผลกระทบทางสุขภาพในระยะยาว

15) ขาดผลการประเมินประสิทธิภาพของมาตรการเพื่อใช้ในการจัดการกับมลพิษทางอากาศ

ช่องว่างการดำเนินงานเพื่อบรรลุตามภาพพึงประสงค์สาระหมวดการสร้างเสริมสุขภาพ

ตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 ได้กำหนดหลักการและภาพพึงประสงค์ของสาระหมวดการสร้างเสริมสุขภาพไว้ 6 ประการ ที่มีลักษณะเป็นเป้าหมายเชิงกระบวนการของการสร้างเสริมสุขภาพที่พึงประสงค์ อาทิ การเสริมสร้างความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วมของชุมชน และหน่วยงานในพื้นที่ การส่งเสริมวัฒนธรรมเพื่อสุขภาพ และการส่งเสริมทฤษฎีนโยบายห่วงใยสุขภาพ เป็นต้น

จากการศึกษาช่องว่างการดำเนินงานเพื่อบรรลุตามภาพพึงประสงค์สาระหมวดการสร้างเสริมสุขภาพ โดยวิธีการวิเคราะห์และสังเคราะห์จากช่องว่างนโยบายและมาตรการตามประเด็นตัวชี้วัดทั้ง 4 ตัว มีดังนี้

ตารางที่ 7 ช่องว่างการดำเนินงานเพื่อบรรลุตามภาพพึงประสงค์สาระหมวดการสร้างเสริมสุขภาพ

ภาพพึงประสงค์	ช่องว่างการดำเนินงานเพื่อบรรลุตามภาพพึงประสงค์ สาระหมวดการสร้างเสริมสุขภาพ
ภาพพึงประสงค์ที่ 1 “บุคคลได้รับการสร้างเสริมสุขภาพ และการพัฒนาทักษะสุขภาพส่วนบุคคลและชุมชนอย่างเหมาะสมกับ สภาวะความจำเป็นทางสุขภาพและ มีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพ ผ่านการสร้างและส่งเสริมให้ทุกคนมี ความรู้เท่าทันด้านสุขภาพและมี พฤติกรรมด้านสุขภาพที่เหมาะสม”	จากการทบทวนการดำเนินงานตามภาพพึงประสงค์ พบว่า ตัวชี้วัดทั้ง 4 ประเด็นมีองค์ความรู้ เพื่อก่อให้เกิดความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ (health literacy) การสร้างเสริมสุขภาพในระดับบุคคล อย่างไรก็ตาม ยังขาดหลักฐานเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐาน เมื่อพิจารณาถึงการพัฒนากิจกรรมด้าน health literacy ในระดับชุมชน ทั้งผ่านทางระดับประชากร และระดับบุคคล (สำหรับผู้มีความเสี่ยงสูง) ดังนั้นในปัจจุบันจึงยังมีช่องว่างด้านการ implementation เพื่อพัฒนากิจกรรมส่วนบุคคล การกรองข้อมูลที่ถูกต้อง สำหรับการสร้าง health literacy ส่วนของนโยบายของสี่ประเด็นมีนโยบายทั้งจากยุทธศาสตร์ชาติ แผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข และแผนแม่บทเพื่อดำเนินการให้เกิดมาตรการในการสร้าง health literacy ด้านการสร้างเสริมสุขภาพในระดับบุคคล ในการดำเนินงาน ทั้งสี่ประเด็นมีการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์หรือแผนงานของแต่ละประเด็น ถึงแม้จะมีการสร้าง health literacy แต่ยังคงขาดด้าน social risk หรือการให้ความรู้ด้านความเสี่ยงทางสังคมควบคู่ไปด้วย เช่น ในกรณีของการให้ความรู้การสวมหมวกนิรภัยเพื่อความปลอดภัยในกลุ่มวัยรุ่น แต่เมื่อถูกการล้อเลียนในกลุ่มเพื่อนที่ไม่สวมหมวก ก็ส่งผลต่อการตัดสินใจไม่ใส่หมวกในบางครั้งเช่นกันแม้จะรับทราบถึงอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นได้ เป็นต้น รวมถึงยังขาดแนวทางในการสื่อสารเพื่อสร้าง health literacy อย่างต่อเนื่อง ซึ่งสังเกตได้ชัดเจนจากประเด็นของ air pollution เนื่องจากประเด็นดังกล่าวจะมีการดำเนินงานเฉพาะในช่วงวิกฤติมลพิษทางอากาศเท่านั้น และในส่วนของการติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน พบว่ามีการติดตามผลตามแผนงาน โดยบางประเด็นมีการเพิ่มคำถามในแบบสอบถามสำรวจสุขภาพประชาชนระดับชาติ อย่างไรก็ตาม ในเรื่องของ air pollution ยังไม่มีการกำหนดตัวชี้วัดการดำเนินงาน
ภาพพึงประสงค์ที่ 2 “ชุมชนมีศักยภาพในการเรียนรู้และ จัดการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสม กับบริบทของชุมชนได้ด้วยตนเอง ผ่านการมีส่วนร่วมใน กระบวนการพัฒนานโยบาย สาธารณะเพื่อสุขภาพทั้งในระดับ พื้นที่และระดับประเทศโดยมีชุมชน เป็นฐานภายใต้การสนับสนุนจาก	ช่องว่างที่สำคัญของการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับบรรลุภาพ พึงประสงค์ที่ 2 (รวมถึงภาพพึงประสงค์อื่นที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานโดยชุมชน) ได้แก่ การกำหนดนิยามของชุมชน เนื่องจากนิยามของคำว่าชุมชนมีความแตกต่าง เป็นอย่างมากโดยเฉพาะในกรุงเทพมหานคร และเมืองใหญ่ในต่างจังหวัด เมื่อ เปรียบเทียบกับชุมชนชนบท และพบประเด็นสำคัญที่ควรพิจารณาได้แก่ อำนาจใน การดำเนินงานที่แท้จริงขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งมีสถานะเป็นนิติบุคคลแต่ การเข้าถึงอำนาจที่แท้จริงจะมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบริบทของพื้นที่ ประเด็น ด้านชุมชนยังรวมถึงการรวมกลุ่มของผู้ป่วย หรือวิชาชีพ ซึ่งไม่ใช่การกำหนด ขอบเขตของชุมชนด้วยมิติเชิงพื้นที่เท่านั้น เนื่องจากนิยามของชุมชนในธรรมนูญ สุขภาพได้รวมถึงชุมชนที่มีวัตถุประสงค์เฉพาะประเด็น เช่น กลุ่มเครือข่ายผู้ป่วย

ภาพพึงประสงค์	ช่องว่างการดำเนินงานเพื่อบรรลุตามภาพพึงประสงค์ สาระหมวดการสร้างเสริมสุขภาพ
ภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน ภาคประชาชนและภาคส่วนอื่น ๆ และมีนโยบายระดับประเทศที่สนับสนุนการสร้าง ความเข้มแข็งและการจัดการตนเองอย่างยั่งยืน”	เอตส์ กลุ่มลดเค็ม เครือข่ายลดอุบัติเหตุ สำหรับมิติพื้นที่ที่จะมีการทำงานของ คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชนและสมัชชาสุขภาพจังหวัดในภาคเหนือที่ จัดการกับปัญหาหมอกควัน จากนิยามที่ไม่ชัดเจนดังกล่าวจะส่งผลต่อการติดตามผล ในการดำเนินงานในเชิงปริมาณ ดังนั้นการประเมินการดำเนินงานของชุมชนจึงต้องม ีการระบุหน่วยนับให้ชัดเจนว่าเป็นการเจ้านับจำนวน “ชุมชน” หรือเป็นการเจ้านับ จำนวน “อปท.” จากการวิเคราะห์ช่องว่างของมาตรการพบว่าในเชิงนโยบายค่อนข้างมีความ ครอบคลุมในการพัฒนาศักยภาพและสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริม สุขภาพในพื้นที่ของตนเอง ตัวอย่างเช่น นโยบายด้านการพัฒนาศักยภาพชุมชน/ ท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายให้สามารถบริหารจัดการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน และ ควบคุมโรคไม่ติดต่อ หรือนโยบายด้านความปลอดภัยทางถนนที่กำหนดให้เป็น หน้าที่และความรับผิดชอบของประชาชนทุกคน อย่างไรก็ตาม การขาดกลไกการ วิเคราะห์ช่องว่างและการสะท้อนกลับของข้อมูลเพื่อทราบสถานการณ์ปัญหาและ การดำเนินงานในระดับพื้นที่อย่างเป็นระบบ ส่งผลต่อการวางแผนหรือการจัด road map ในการแก้ไขปัญหาทางสุขภาพที่มีความซับซ้อน รวมถึงการจัดการ เรียนรู้ที่เฉพาะเจาะจงกับบริบทของพื้นที่ นอกจากนี้ ในการปฏิบัติยังมีข้อจำกัดที่สำคัญโดยเฉพาะการบูรณาการ การทำงานร่วมกันของภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในระดับชุมชนและการกระจายอำนาจด้าน สุขภาพสู่ชุมชน นอกจากนี้ ในด้านของพัฒนางานความรู้ทางวิชาการและการ ติดตามประเมินผลยังคงแยกส่วนกันตามปัจจัยของสุขภาพ
ภาพพึงประสงค์ที่ 3 “สิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมของ ชุมชนทุกรูปแบบได้รับการพัฒนาให้ เอื้อต่อการมีสุขภาพดี โดยการ ดำเนินงานของชุมชนได้รับการ สนับสนุนจากภาครัฐองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน ภาค ประชาชน และภาคส่วนอื่น ๆ”	ประเด็นตัวชี้วัดส่วนใหญ่มีนโยบายการให้ความสำคัญของบริบทของพื้นที่ในการ สร้างเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะประเด็นด้านปัญหามลพิษทางอากาศ ซึ่งลักษณะ ปัญหามีแนวโน้มจะมีการกระจายตัวรายพื้นที่ เนื่องจากมีการกระจายตัวของ แหล่งกำเนิดมลพิษทางอากาศที่มีลักษณะเฉพาะตัว ซึ่งนโยบายที่เกี่ยวข้องกับปัญหา ดังกล่าวจะให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในพื้นที่ รวมถึงการ สร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย เช่นเดียวกับการตัวชี้วัดด้าน NCDs ซึ่งมีการวาง ยุทธศาสตร์การดำเนินงานเพื่อพัฒนาศักยภาพชุมชน/ท้องถิ่น และภาคีเครือข่าย อย่างไรก็ตาม ถึงแม้จะมีการวางแผนการดำเนินงานร่วมกันระหว่างหน่วยงาน ในการวิเคราะห์ช่องว่างของมาตรการในหลายตัวชี้วัดจะพบข้อจำกัดในการ กำหนดนิยามของสิ่งแวดล้อมที่ชัดเจน เช่น ตัวชี้วัดด้าน HIV/AIDS ตัวชี้วัดด้าน RTI นอกจากนี้ ยังพบช่องว่างที่สำคัญในการพัฒนาสิ่งแวดล้อมโดยชุมชนเองจากการขาด ระบบการจัดการข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงและสุขภาพในระดับชุมชน ซึ่ง การขาดองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับบริบทในพื้นที่ได้ส่งผลกระทบต่อเนื่องต่อการ วางแผนนโยบายและมาตรการเพื่อพัฒนาสิ่งแวดล้อมโดยตัวชุมชนเอง การพิจารณาหลักฐานการดำเนินการโดยชุมชน การขาดหลักฐานเกี่ยวกับ รูปแบบการทำงานของชุมชนทั้งในรูปแบบเชิงปริมาณและในรูปแบบการดำเนินการ ซึ่งอปท. อาจมีบทบาทที่หลากหลายมากขึ้น เช่น การดำเนินการตามสิทธิในการ เสนอ ตรวจสอบ กัดดัน การพัฒนาและดำเนินการ นอกจากนี้ ยังขาดหลักฐานด้านข้อมูลผลการกำกับติดตามการดำเนินงานโดย ชุมชนยังรวมถึงผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ในการดำเนินงาน สำหรับทั้ง 4

ภาพพึงประสงค์	ช่องว่างการดำเนินงานเพื่อบรรลุตามภาพพึงประสงค์ สาระหมวดการสร้างเสริมสุขภาพ
	ตัวชี้วัด โดยการมีส่วนร่วมของหลายภาคส่วน เนื่องจากข้อมูลดังกล่าวส่งผลต่อความสำเร็จในการพัฒนาสิ่งแวดล้อมเพื่อเอื้อต่อการมีสุขภาพดี
ภาพพึงประสงค์ที่ 4 “องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกระดับดำเนินการกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่ครอบคลุมถึงการพัฒนาล้างแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพการดำรงไว้ซึ่งฐานทรัพยากร ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การสร้างความเข้มแข็งของชุมชนการพัฒนาศักยภาพด้านสุขภาพให้กับบุคคล ครอบครัว ชุมชนและประชาชนกลุ่มต่าง ๆ รวมถึงการดูแลเอาใจใส่ต่อนโยบายสาธารณะที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ และการปรับปรุงระบบบริการสาธารณสุขที่เอื้อต่องานสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีคุณภาพ”	ช่องว่างสำคัญ คือ การขาดระบบและกลไกการจัดการข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพในระดับชุมชน ในส่วนของนโยบายทั้งสี่ประเด็นมีนโยบายจากแผนยุทธศาสตร์ชาติ และกองทุนตำบล เพื่อให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพในระดับท้องถิ่น/พื้นที่ อย่างไรก็ตาม บริบทของการดูแลสุขภาพในหลายการดำเนินงานของ อบต. จะมีความหลากหลาย ตั้งแต่การป้องกันโรคและระงับโรคติดต่อซึ่งเป็นการดูแลด้านสุขภาพโดยตรง จนถึงการพัฒนาสตรี เด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุ และคนพิการซึ่งจัดเป็นการดำเนินงานที่ครอบคลุมด้านสุขภาพเช่นเดียวกัน ในการดำเนินการ มีการดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์ชาติและกองทุนสุขภาพตำบล เนื่องจากหลักเกณฑ์ที่กำหนดให้ อบต.มีส่วนร่วมในเรื่องของการสมทบกองทุน เช่น นำรายได้ตามขนาด อบต.มาเป็นเกณฑ์กำหนดอัตราสมทบ และการดำเนินงานให้การสนับสนุนให้กลุ่มหรือองค์กรประชาชน หรือหน่วยงานอื่น ในพื้นที่เป็นผู้ดำเนินกิจกรรมตามแผน ซึ่งทาง อบต.อาจจะมิบุคลากรไม่เพียงพอ และขาดความรู้และทักษะในการปฏิบัติงาน นอกจากนี้ ท้องถิ่นเองมีข้อจำกัดทั้งกฎระเบียบและการทับซ้อนของหน่วยงานทำให้ไม่สามารถดำเนินการได้หรือมีความล่าช้า เช่น ของการจัดการเรื่องอุบัติเหตุทางถนน เป็นต้น และในส่วนของ การติดตามและประเมินผลการดำเนินงานพบว่า ในบางประเด็น ทาง อบต.ไม่มีตัวชี้วัดในการประเมินผลเฉพาะประเด็น ยกเว้นในเรื่อง Air pollution ส่วนในการดำเนินงานของกองทุนตำบลนั้น เป็นเพียงการประเมินผลในภาพรวมของกองทุนและเป็นประเมินตามรายโครงการ
ภาพพึงประสงค์ที่ 5 “นวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่และมีหลักฐานสนับสนุนถึงความเชื่อถือได้นั้น ได้รับการส่งเสริมให้เกิดขึ้น โดยสามารถตอบสนองต่อการจัดการกับปัญหาสุขภาพใหม่ ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพและความต้องการของภาคส่วนต่าง ๆ ที่เปลี่ยนแปลงไปตามพัฒนาการของสังคมรวมถึงตอบสนองต่อความต้องการของทุกกลุ่มวัยตลอดจนกลุ่มคนที่มีความจำเพาะทางสุขภาพ”	ช่องว่างสำคัญคือฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนานวัตกรรมในระดับพื้นที่ ตั้งแต่สถานการณ์ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดทั้ง 4 ในระดับพื้นที่ ไปจนถึงฐานข้อมูลนวัตกรรมที่เคยมีการทดลองใช้ในระดับพื้นที่ นอกจากนี้ยังขาดการประเมิน feedback loop ของการทดลองใช้มาตรการในระดับพื้นที่ ปัจจุบันมีการรวบรวม/ประมวลผลการดำเนินการด้านนวัตกรรมเหล่านี้หรือไม่ นอกจากนี้ ในเชิงนโยบายแม้ว่าจะมีความครอบคลุมในการพัฒนานวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ แต่ในทางปฏิบัติยังมีข้อจำกัดในด้านของความครอบคลุมในการดำเนินงาน อาทิ ความครอบคลุมของประชากรเฉพาะของมาตรการควบคุมโรคเอดส์ หรือการดำเนินงานด้าน NCDs ที่ยังลงไปไม่ถึงระดับชุมชน ซึ่งการดำเนินงานส่วนใหญ่เป็นไปในลักษณะของต้นแบบการดำเนินงาน นอกจากนี้ การส่งเสริมการสร้างองค์ความรู้และการติดตามประเมินผลในระดับพื้นที่หรือชุมชนยังคงเป็นช่องว่างสำคัญ
ภาพพึงประสงค์ที่ 6 “กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะทุกระดับนำแนวทาง “ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ” ไปบูรณาการสู่การปฏิบัติให้บังเกิดผลอย่าง	แนวทาง “ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ” มีการกำหนดนโยบายที่สอดคล้องกันอยู่ตามแผนยุทธศาสตร์ เช่น แผนยุทธศาสตร์ 20 ปี ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพมนุษย์ โดยผลักดันการเสริมสุขภาพไว้ในทุกนโยบายที่ให้หน่วยงานทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบต่อสุขภาพของประชาชนเพื่อลดภัยคุกคามที่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาสุขภาพของคนไทย แต่ยังมีข้อจำกัดในด้านของแนวทางการปฏิบัติและระบบการติดตามประเมินผลที่เป็นรูปธรรมชัดเจน

ภาพพึงประสงค์	ช่องว่างการดำเนินงานเพื่อบรรลุตามภาพพึงประสงค์ สารหมวดการสร้างเสริมสุขภาพ
เป็นรูปธรรม โดยทุกภาคส่วนมีความ เข้าใจเรื่อง “สุขภาพ” ในมิติที่กว้าง ขึ้นและตระหนักถึงความรับผิดชอบ ร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับ ผลกระทบทางสุขภาพจากนโยบาย สาธารณะ”	

สาระหมวดการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ

จากผลการพัฒนาตัวชี้วัดระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ของสาระหมวดการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 โดยใช้ศักยภาพในการจัดการปัจจัยคุกคามและส่งเสริมความมั่นคงทางสุขภาพของคนไทยเป็นหลักประกอบด้วย 1 ตัวชี้วัด คือ ชีตความสามารถของการปฏิบัติตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ (International Health Regulations: IHR)

จากการศึกษาสถานการณ์ตัวชี้วัดสาระหมวดการสร้างเสริมสุขภาพดังกล่าวสามารถสรุปได้ดังนี้

ตารางที่ 8 สรุปสถานการณ์ตัวชี้วัดสาระหมวดการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ

ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สถานการณ์ ทั่วโลก	สถานการณ์ ของไทย	แนวโน้ม ของไทย
10	ขีดความสามารถของการปฏิบัติตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ (IHR) และการเตรียมความพร้อมและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพ (ดัชนี)ระหว่างประเทศ (International Health Regulations: IHR)	เสริมสร้างขีดความสามารถของทุกประเทศโดยเฉพาะประเทศกำลังพัฒนาในการเตือนภัยล่วงหน้าการลดความเสี่ยงและการจัดการความเสี่ยงด้านสุขภาพในระดับชาติและระดับโลก	- คะแนน IHR ทั่วโลก ร้อยละ 64 (ปี 2562) - คะแนน IHR SEARO ร้อยละ 61 (ปี 2562)	คะแนน IHR ร้อยละ 85 (ปี 2562)	ปี 2560: 97 ปี 2561: 79 ปี 2562: 85

ตัวชี้วัดที่ 10 ขีดความสามารถของการปฏิบัติตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ

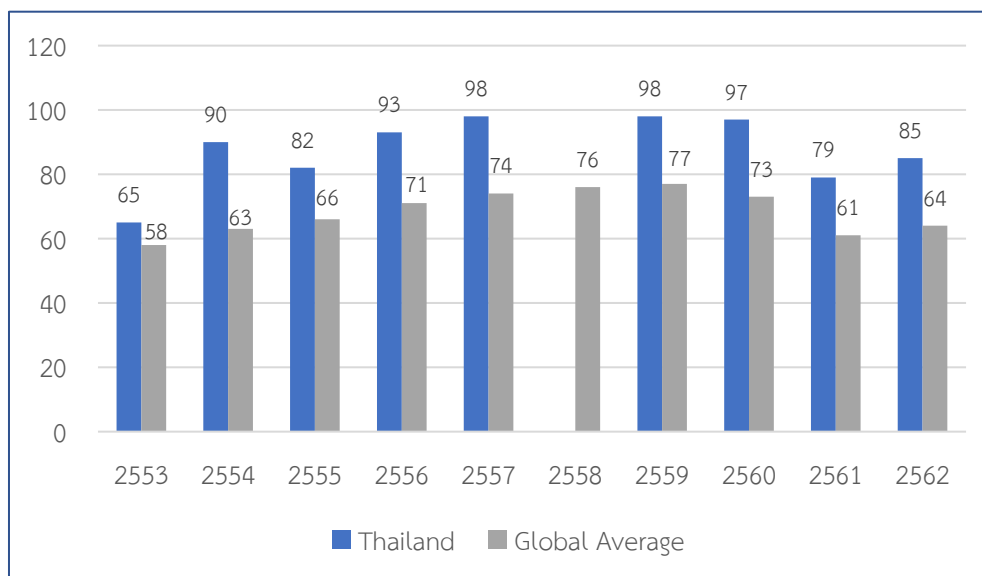
อ้างอิงตามตัวชี้วัด SDG 3.d.1 ขีดความสามารถของการปฏิบัติตามกฎอนามัยระหว่างประเทศและการเตรียมความพร้อมฉุกเฉินด้านสุขภาพ (International Health Regulations (IHR) capacity and health emergency preparedness) ตามเป้าประสงค์ที่ 3.d เสริมขีดความสามารถในเรื่องการแจ้งเตือนล่วงหน้าการลดความเสี่ยง และการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านสุขภาพในระดับประเทศและระดับโลกสำหรับทุกประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศกำลังพัฒนา

ในการวัดขีดความสามารถของการปฏิบัติตามกฎอนามัยระหว่างประเทศประกอบด้วย 13 สมรรถนะหลักที่ประเทศสามารถบรรลุได้ตามกรอบเวลาที่กำหนด ได้แก่ (1) กฎหมาย นโยบายระดับชาติ และการเงิน (2) การประสานงานและการสื่อสารกับจุดประสานงานกฎอนามัยฯ (3) การเฝ้าระวัง (4) การตอบโต้ (5) การเตรียมความพร้อม (6) การสื่อสารความเสี่ยง (7) การพัฒนาความสามารถของบุคลากร (8) ห้องปฏิบัติการ (9) ด้านตรวจการเข้าเมือง (10) โรคติดต่อจากสัตว์สู่คน (11) อาหารปลอดภัย (12) เหตุการณ์ที่เกิดจากสารเคมี และ (13) เหตุฉุกเฉินจากรังสีนิวเคลียร์

สถานการณ์ตัวชี้วัดด้าน IHR

สถานการณ์ตัวชี้วัดด้าน IHR ในระดับโลก

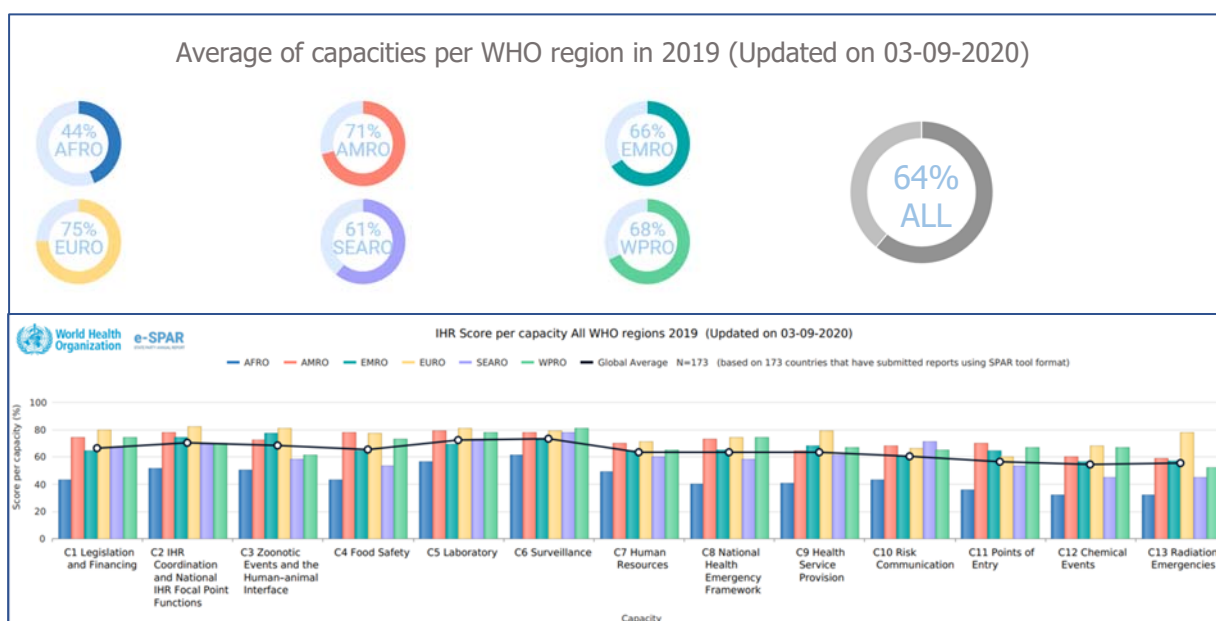
สถานการณ์ตัวชี้วัดด้าน IHR ในระดับโลกมีแนวโน้มดีขึ้นในช่วง 10 ปี ที่ผ่านมา โดยในปี พ.ศ. 2562 ชีตความสามารถของการปฏิบัติตาม IHR ทั่วโลกอยู่ที่ร้อยละ 64 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 60 ในปีพ.ศ. 2553 (รูปที่ 15)



หมายเหตุ: ข้อมูลจาก <https://extranet.who.int/e-spar/#submission-details>

รูปที่ 15 แนวโน้มขีดความสามารถของการปฏิบัติตามกฎอนามัยระหว่างประเทศโดยเฉลี่ยของโลก

เมื่อพิจารณาเป็นรายภูมิภาคจะพบว่าภูมิภาค EURO มีขีดความสามารถของการปฏิบัติตาม IHR สูงที่สุด (ร้อยละ 75) รองลงมาคือภูมิภาค AMRO (ร้อยละ 71) โดยภูมิภาค SEARO อยู่ในระดับต่ำที่สุด (ร้อยละ 61) (รูปที่ 16)



หมายเหตุ: ข้อมูลจาก <https://extranet.who.int/e-spar/#submission-details>

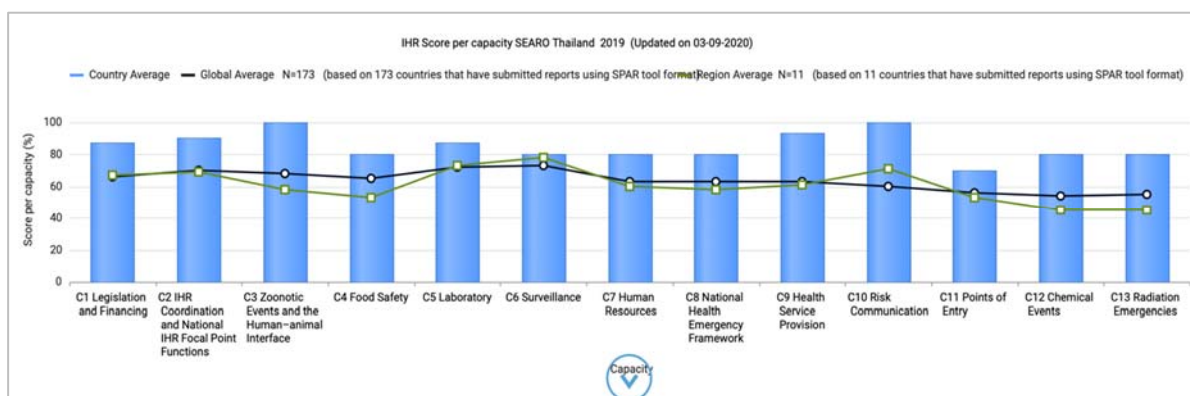
รูปที่ 16 ขีดความสามารถของการปฏิบัติตามกฎอนามัยระหว่างประเทศจำแนกรายภูมิภาคและสมรรถนะหลัก

สถานการณ์ตัวชี้วัดด้าน IHR ในระดับประเทศ

ตามข้อกำหนดของ IHR (2005) มาตรา 54 รัฐภาคีต่าง ๆ และผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลก จะต้องรายงานให้สมัชชาอนามัยโลกทราบถึงการปฏิบัติตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ ในการนี้ องค์การอนามัยโลกได้จัดทำแบบรายงานประจำปีในรูปแบบ IHR Questionnaire ที่ให้รัฐภาคีตอบตั้งแต่ พ.ศ. 2553 (2010) และประเทศไทยเริ่มตอบใน พ.ศ. 2554 เรื่อยมาจนถึง พ.ศ. 2558 องค์การอนามัยโลกได้ปรับปรุงการรายงานประจำปีโดยใช้เครื่องมือ State Party Self-assessment Annual Reporting Tool ตั้งแต่ พ.ศ. 2561 และเริ่มให้รัฐภาคีส่งรายงานทางออนไลน์ตั้งแต่ พ.ศ. 2562 สำหรับรายงานประจำ พ.ศ. 2563 ปี กรมควบคุมโรค โดยกองระบาดวิทยา ในฐานะจุดประสานงานกฎอนามัยระหว่างประเทศ (IHR National Focal Point) ได้จัดทำโดยรวบรวมข้อมูลความคิดเห็นจากเครือข่ายซึ่งเป็นหน่วยงานภาครัฐ ในส่วนกลาง ยกเว้นในส่วนของการช่องทางเข้าออกประเทศ ได้มีการให้ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศที่ถูกกำหนดให้ต้องพัฒนาสมรรถนะหลักตามข้อกำหนดของ IHR (2005) 18 แห่งเป็นผู้ประเมินตนเอง

รายงานประจำปีในปัจจุบันมีตัวชี้วัดทั้งหมด 24 ตัวแบ่งเป็นหมวดหมู่ตามสมรรถนะหลัก (core capacities) 13 กลุ่ม ซึ่งสอดคล้องกับเจตนารมณ์ของ IHR (2005) ที่กำหนดให้รัฐภาคีต้องพัฒนาสมรรถนะหลักของประเทศในการป้องกัน ตรวจจับ และตอบโต้เหตุการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern หรือ PHEIC) ที่เกิดจากโรคติดเชื้อ โรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน อาหาร สารเคมี และกัมมันตรังสีและนิวเคลียร์

ค่าเฉลี่ยการดำเนินการตาม IHR ของประเทศไทยใน พ.ศ. 2562 มีค่าเฉลี่ยร้อยละ 85 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับภูมิภาค SEARO (ร้อยละ 61) และระดับโลก (ร้อยละ 64) โดยทั้ง 13 ประเด็นสมรรถนะมีระดับสูงกว่าร้อยละ 80 ยกเว้นประเด็นช่องทางเข้าออกประเทศที่มีค่าเฉลี่ยร้อยละ 70



ที่มา: <https://extranet.who.int/e-spar/#submission-details>

รูปที่ 17 ชีตความสามารถของการปฏิบัติตามกฎอนามัยระหว่างประเทศโดยเฉลี่ยของประเทศไทยแยกรายสมรรถนะ

ตารางที่ 9 ผลการประเมินขีดความสามารถของการปฏิบัติตามกฎอนามัยระหว่างประเทศของประเทศไทยปี 2559-62

Capacity	Indicators	2559*	2560*	2561	2562
C1 Legislation and Financing	Legislation, laws, regulations, policy, administrative requirements or other government instruments ⁴ to implement the IHR	100	100	53	87
	Financing for the implementation of IHR capacities	NA	NA	53	87
	Financing mechanism and funds for timely response to public health emergencies	NA	NA	53	87
C2 IHR Coordination and National IHR Focal Point Functions	National IHR Focal Point functions under IHR	80	90	90	90
	Multisectoral IHR coordination mechanisms	NA	NA	90	90
C3 Zoonotic Events and the Human-animal Interface	Collaborative effort on activities to address zoonoses	100	100	100	100
C4 Food Safety	Multisectoral collaboration mechanism for food safety events	100	100	80	80
C5 Laboratory	Specimen referral and transport system	100	100	73	87
	Implementation of a laboratory biosafety and biosecurity regime	NA	NA	73	87
	Access to laboratory testing capacity ⁴⁴ for priority diseases	NA	NA	73	87
C6 Surveillance	Early warning function: indicator-and event-based surveillance	100	100	80	80
	Mechanism for event management (verification, risk assessment, analysis investigation)	NA	NA	80	80
C7 Human Resources	Human resources for the implementation of IHR capacities	100	100	80	80
C8 National Health Emergency Framework	Planning for emergency preparedness and response mechanism	100	100	60	80
	Management of health emergency response operations	NA	NA	60	80
	Emergency resource mobilization	NA	NA	60	80
C9 Health Service Provision	Case management capacity for IHR relevant hazards	100	100	87	93
	Capacity for infection prevention and control and chemical and radiation decontamination	NA	NA	87	93
	Access to essential health services	NA	NA	87	93
C10 Risk Communication	Capacity for emergency risk communications	100	100	100	100
C11 Points of Entry	Core capacity requirements at all times for designated airports, ports and ground crossings	85	85	70	70
	Effective public health response at points of entry	NA	NA	70	70
C12 Chemical Events	Resources for detection and alert	100	100	80	80
C13 Radiation Emergencies	Capacity and resources	97	97	80	80

กรอบนโยบายและมาตรการด้าน IHR

กรอบการดำเนินงานด้าน IHR จากต่างประเทศ

กฎอนามัยระหว่างประเทศ (International Health Regulations: IHR) ประกาศใช้ครั้งแรกใน พ.ศ. 2512 เป็นข้อตกลงและพันธสัญญาระหว่างประเทศที่ประเทศสมาชิกขององค์การอนามัยโลกทุกประเทศต้องปฏิบัติตาม เพื่อป้องกัน ควบคุมโรค และภัยสุขภาพที่ก่อให้เกิดหรืออาจก่อให้เกิดภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern: PHEIC) โดยจำกัดการเดินทางหรือการขนส่งที่ไม่จำเป็น แต่ให้มีผลกระทบต่อการค้าขายระหว่างประเทศให้น้อยที่สุด ประเทศไทยได้ปฏิบัติตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ ตั้งแต่ประกาศใช้เป็นครั้งแรกใน พ.ศ. 2512 ต่อมาองค์การอนามัยโลกและประเทศสมาชิกได้ทบทวนปรับปรุงแก้ไข เนื่องจากมีโรคติดต่อที่แพร่ระบาดข้ามประเทศเกิดขึ้น เช่น โรคซาร์ส โรคไข้หวัดนก เป็นต้น ซึ่งกฎอนามัยระหว่างประเทศ ฉบับเดิมไม่ครอบคลุม โดยการทบทวนแก้ไขได้รับความเห็นชอบจากนานาประเทศสมาชิกในที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลกเมื่อเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2548 และเรียกชื่อย่อว่า IHR (ค.ศ. 2005) ซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 15 มิถุนายน พ.ศ. 2550 (ค.ศ. 2007) เป็นต้นมา

IHR มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของโรคและการควบคุมโรคที่อาจเกิดจากภัยสุขภาพและการเดินทางข้ามประเทศ (ตามกฎอนามัยระหว่างประเทศหมายถึงนี้) โรคหรือภัยสุขภาพที่เกิดจากผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นต่อสุขภาพของมนุษย์และชีวภาพ (พืช สัตว์ แบคทีเรีย สารเคมี หรือรังสี) โดยไม่ให้มีผลกระทบต่อการขนส่งและการค้าระหว่างประเทศ (International traffic and trade) ซึ่งต้องไม่ละเมิดสิทธิมนุษยชนและอำนาจอธิปไตยของแต่ละประเทศ โดยมีกรอบการดำเนินงานของประเทศสมาชิก ดังนี้

1) ผู้ดำเนินการ ประเทศสมาชิกจะดำเนินการผ่านจุดประสานงานกฎอนามัยระดับชาติ (National IHR Focal Point) ซึ่งสำหรับประเทศไทยได้มีการมอบหมายให้สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ทำหน้าที่เป็นจุดประสานงานกฎอนามัยระดับชาติ

2) โรคและภัยสุขภาพที่เข้าเกณฑ์ตามแนวทางที่กำหนด

- โรคที่ประเทศภาคีต้องแจ้งต่อองค์การอนามัยโลก แม้จะมีผู้ป่วยเพียงรายเดียวภายใน 24 ชั่วโมง และต้องรีบดำเนินการควบคุมป้องกันโรคทันทีที่ทราบว่ามีระบาด ได้แก่ โรคฝีดาษ (Smallpox) โปлиоซาร์ส และไข้หวัดใหญ่ (ในคน) ที่เป็นเชื้อไวรัสสายพันธุ์ใหม่ (Human influenza caused by a new subtype)

- โรคที่ต้องแจ้งองค์การอนามัยโลก เมื่อมีความรุนแรงหรือเกิดการระบาดที่จะกระทบประเทศอื่น ได้แก่ อหิวาตกโรค (Cholera, Pneumonic plague) ไข้เหลือง (Yellow fever), Viral hemorrhagic fevers (Ebola, Lassa, Marburg), West Nile Fever และโรคอื่น ๆ ที่ประชาคมโลกห่วงกังวล เช่น Dengue fever, rift valley fever และ Meningococcal disease

3) การรายงาน หากเกิดการระบาดของโรค ประเทศสมาชิกต้องรายงานองค์การอนามัยโลกภายใน 24 ชั่วโมง และองค์การอนามัยโลกสามารถใช้ข้อมูลการเกิดโรคจากแหล่งข้อมูลอื่นที่ไม่ใช่ของประเทศนั้น ตรวจสอบกับประเทศสมาชิกเพื่อยืนยัน และประเทศสมาชิกต้องจัดการควบคุมป้องกันโรค และองค์การอนามัยโลกจะส่งทีมผู้เชี่ยวชาญเข้าไปช่วยเหลือ เมื่อมีการร้องขอจากประเทศนั้น ๆ

4) การพัฒนาปรับปรุงระบบและการเฝ้าระวังควบคุมโรค ให้สามารถตรวจจับประเมินรายงานและควบคุมโรคภัยสุขภาพ ตั้งแต่ระดับหมู่บ้านจนถึงระดับประเทศ พัฒนามาตรการการป้องกันและควบคุมโรค ณ

ช่องทางเข้าออกระหว่างประเทศ โดยให้มีความพร้อมภายในกำหนดระยะเวลาไม่เกิน 5 ปี หลังจากรับรองกฎอนามัยระหว่างประเทศ

5) **จัดคณะทำงาน** ต้องจัดให้มีคณะผู้เชี่ยวชาญ 2 คณะ คือ Review Committee มีหน้าที่ทบทวนร่างกฎอนามัยระหว่างประเทศ และ Emergency Committee มีหน้าที่พิจารณาภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข และให้ข้อเสนอแนะต่อองค์การอนามัยโลก

6) **ด้านมาตรฐานสาธารณสุขที่ด้านเข้าออกระหว่างประเทศ** ให้มีการพัฒนามาตรฐานงานควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ ณ ช่องทางการเข้าออกระหว่างประเทศ⁽¹⁰⁾

ปัจจุบันกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 ได้แบ่งสมรรถนะหลักเป็น 13 ด้าน ได้แก่ (1) กฎหมายนโยบายระดับชาติ และการเงิน (2) การประสานงานและการสื่อสารกับจุดประสานงานกฎอนามัยฯ (3) การเฝ้าระวัง (4) การตอบโต้ (5) การเตรียมความพร้อม (6) การสื่อสารความเสี่ยง (7) การพัฒนาความสามารถของบุคลากร (8) ห้องปฏิบัติการ (9) ด้านตรวจการเข้าเมือง (10) โรคติดต่อจากสัตว์สู่คน (11) อาหารปลอดภัย (12) เหตุการณ์ที่เกิดจากสารเคมี และ (13) เหตุฉุกเฉินจากรังสีนิวเคลียร์ และใช้เป็นองค์ประกอบในการประเมินขีดความสามารถด้าน IHR ของประเทศสมาชิก

นโยบายและมาตรการด้าน IHR ของประเทศไทย

ตารางที่ 10 นโยบายและมาตรการด้าน IHR ของประเทศไทย

นโยบาย	ความรู้	การนำนโยบายไปปฏิบัติ	การติดตามประเมินผล
- ประเทศไทยมีการแต่งตั้งคณะกรรมการกฏอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 (2005) เมื่อพ.ศ. 2556 โดยมีปลัดกระทรวงที่เกี่ยวข้อง และอธิบดีกรมควบคุมโรค กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์ ออย. กยผ. กรมปศุสัตว์ สำนักงานปรมาณู เพื่อสันติ เป็นคณะกรรมการ - ประเทศไทยได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่ (พ.ศ. 2560-2564) ที่ใช้กรอบการดำเนินงานตามกฏอนามัยระหว่างประเทศมาใช้เพื่อบริหารจัดการโรคติดต่ออุบัติใหม่แบบบูรณาการ จัดทำขึ้นตามมติของคณะกรรมการอำนวยการเตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ โดยมีรองนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน โดยประกอบด้วย 6 ยุทธศาสตร์สำคัญ ดังนี้ 1) การพัฒนาระบบเตรียมความพร้อมสำหรับภัยพิบัติฉุกเฉินด้านสาธารณสุข	- มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภัยคุกคามทางสุขภาพ และโรคติดต่ออุบัติใหม่ เช่น การเปลี่ยนแปลงของไวรัส การเปลี่ยนแปลงทางระบาดวิทยา การใช้แบบจำลองในการทำนายสถานการณ์ของโรคระบาด ซึ่งรวมถึงงานวิจัยด้านวัคซีนและยารักษาโรคที่จะส่งผลกระทบต่อควบคุมการระบาดของโรค - จากการระบาดของโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) พบว่ามีการรวบรวมความรู้ในการจัดการโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จัดทำโดยศูนย์ปฏิบัติการรวมพลังพลเมืองต้นรู้ ช่วยชาติสู้ภัยโควิด 19 ชื่อ (เรื่องเล่าพลังชุมชน สู้ภัยโควิด – 1933	- ภายใต้การดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์โรคติดต่ออุบัติใหม่ฯ หน่วยงานราชการมีการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายเพื่อทำแผนงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค ดำเนินงานร่วมกับเทศบาล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ปศุสัตว์จังหวัด ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย ฯลฯ เพื่อป้องกันโรคติดต่ออุบัติใหม่ - ตั้งแต่ พ.ศ. 2560 กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขเริ่มมีการกำหนดการจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (Emergency Operation Center; EOC) ในส่วนกลาง และทุกจังหวัด โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นผู้อำนวยการศูนย์ฯ โดยมีการทำงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล โรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพประจำตำบล และอาสาสมัครประจำตำบล - จากการระบาดของโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่าในช่วงแรก กรมควบคุมโรคได้มีการเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินเพื่อรับมือการระบาดตั้งแต่วันที่ 4	- ทุกปี ประเทศไทยต้องจัดทำรายงานประจำปีตามกฏอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 (State Party Self-Assessment Annual Reporting Tool) มี 13 องค์ประกอบ (Technical areas) และ 24 ตัวชี้วัด - ค่าเฉลี่ยการดำเนินการตามกฏอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 ของประเทศไทย ใน พ.ศ. 2562 มีค่าเฉลี่ย ร้อยละ 85 ซึ่งประเด็นที่มีค่าต่ำกว่าร้อยละ 80 มีเพียงประเด็นช่องทางเข้าออกประเทศที่มีค่าเฉลี่ย ร้อยละ 70 ทั้งนี้ ทุกตัวชี้วัดของประเทศไทยมีค่าสูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับภูมิภาค (เอเชียตะวันออกเฉียงใต้) และระดับโลก

³³ ศูนย์ปฏิบัติการรวมพลังพลเมืองต้นรู้ ช่วยชาติสู้ภัยโควิด 19 เรื่องเล่าพลังชุมชน สู้ภัยโควิด – 19 <https://infocenter.nationalhealth.or.th/Ebook/AStoryOfApril/book.html>

นโยบาย	ความรู้	การนำนโยบายไปปฏิบัติ	การติดตามประเมินผล
2) การพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกันรักษา และควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ภายใต้แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว 3) การพัฒนาระบบการสื่อสารความเสี่ยงและประชาสัมพันธ์โรคติดต่ออุบัติใหม่ 4) การเสริมสร้างความเข้มแข็งด้านความร่วมมือระหว่างประเทศ 5) การเสริมสร้างการมีส่วนร่วมจากภาคประชาสังคมและภาคเอกชน ในการป้องกันควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ 6) การส่งเสริมการจัดการความรู้การวิจัยและพัฒนา - มีการจัดทำแผนปฏิบัติการแม่บทระดับจังหวัดภายใต้แผนยุทธศาสตร์ โดยกระบวนการเหล่านี้เกิดขึ้นมีส่วนร่วมจากชุมชน		มกราคม 2563 เพื่อเป็นศูนย์บริหารสั่งการในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข³⁴ - ต่อมารัฐบาลได้ยกระดับมาตรการป้องกันการระบาด "ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด 19" (ศบค.) ขึ้นในสำนักเลขาธิการนายกรัฐมนตรีตั้งอยู่ในทำเนียบรัฐบาลหรือสถานที่อื่นตามที่นายกรัฐมนตรีกำหนด และขึ้นตรงต่อนายกรัฐมนตรี และแต่งตั้ง "คณะกรรมการบริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 " โดยมี นายกรัฐมนตรี เป็นประธานกรรมการ รัฐมนตรีประจำสำนักนายกรัฐมนตรี รัฐมนตรีว่าการกระทรวงต่างๆ ผู้บริหารสำนักนายกรัฐมนตรี เลขาธิการสภาความมั่นคงแห่งชาติ ผู้บัญชาการตำรวจแห่งชาติ เป็นกรรมการ ทั้งนี้ ศบค. มีการจัดโครงสร้างภายในแบ่งเป็น 10 ศูนย์เพื่อรับผิดชอบงานที่เกี่ยวข้องซึ่งรวมถึงศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์ และสาธารณสุข (EOC) โดยมีปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้อำนวยการศูนย์³⁵ และแต่ละจังหวัดได้ดำเนินการป้องกัน ควบคุม และรับมือโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้เป็นอย่างดี โดยได้มีการสร้างกลไกอย่างมีส่วนร่วมกลางในระดับจังหวัด ^{36, 37}	

³⁴ ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 10 มกราคม 2563 [<https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/situation/situation-no7-100163.pdf>]

³⁵ คำสั่งนายกรัฐมนตรี ที่ 76/2563 เรื่อง จัดตั้งศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-2019). 12 มีนาคม 2563. [https://media.thaigov.go.th/uploads/document/66/2020/03/pdf/Doc_20200314193011000000.pdf]

³⁶ ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา <https://www.skho.moph.go.th/eoc/>

³⁷ ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา <https://ww2.ayutthaya.go.th/news/detail/7639>

ช่องว่างนโยบายและมาตรการด้าน IHR ของประเทศไทย

- 1) ขาดระบบและกลไกในการกำกับติดตามข้อมูลวิจัยในประเทศ ขาดความเชื่อมโยงของข้อมูลระหว่างนักวิจัยและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ไม่มีระบบฐานข้อมูลกลางที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการเพื่อป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ซึ่งอาจส่งผลต่อการขีดความสามารถในการใช้ประโยชน์ข้อมูล รวมทั้งไม่สามารถระบุหาประเทศยังขาดงานวิจัยด้านใด เพื่อนำไปกำหนดทิศทางในการดำเนินงานวิจัยในอนาคต
- 2) ขาดข้อมูลเพื่อติดตามสถานการณ์และการดำเนินงานแบบบูรณาการที่มีหลายองค์กร และภาคส่วนทั้งในภาพรวมของประเทศ และในระดับพื้นที่
- 3) ข้อมูลรายงานประจำปี ผลการประเมินตนเองของรัฐภาคี ตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 เป็นการประเมินการทำงานในระดับประเทศ ทำให้ขาดรายละเอียดการดำเนินงานเชิงพื้นที่ หรือในระดับภาค

ช่องว่างการดำเนินงานเพื่อบรรลุตามภาพพึงประสงค์สาระหมวดการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ

ตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 ได้กำหนดหลักการและภาพพึงประสงค์ของสาระหมวดการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพไว้ 7 ประการ ที่สะท้อนระบบและกลไกต่าง ๆ ในการรองรับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ อาทิ การมีกลไกระดับชาติที่ทำหน้าที่บูรณาการทุกภาคส่วน การมีกลไกบริหารจัดการในการป้องกันและควบคุมโรค การมีระบบข้อมูลข่าวสารและศูนย์เฝ้าระวัง หรือการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นต้น

จากการศึกษาช่องว่างการดำเนินงานเพื่อบรรลุตามภาพพึงประสงค์สาระหมวดการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพจะนำเสนอเฉพาะภาพพึงประสงค์ที่ 1, 5-7 เท่านั้น เนื่องจากภาพพึงประสงค์ที่ 2-4 อยู่นอกเหนือการดำเนินงานด้าน IHR

ตารางที่ 11 ช่องว่างการดำเนินงานเพื่อบรรลุตามภาพพึงประสงค์สาระหมวดการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ

ภาพพึงประสงค์	ช่องว่างการดำเนินงานเพื่อบรรลุตามภาพพึงประสงค์ สาระหมวดการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ
ภาพพึงประสงค์ที่ 1 “ประชาชน ชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีความรู้ ความเข้าใจ จิตสำนึก ความเข้มแข็ง และมีส่วนร่วมในการป้องกัน และควบคุมโรค ปักจายเสี่ยงด้านสุขภาพ และปัจจัยที่คุกคามสุขภาพในระดับพื้นที่ ผ่านการมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ”	ที่ผ่านมาได้มีการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการจัดการปัจจัยคุกคามสุขภาพ ผ่านกลไกที่ระบุในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้แก่ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ เพื่อจัดการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ รวมทั้งหันตภัย ภัยพิบัติฉุกเฉิน และผลกระทบจากการเจรจาความตกลงของประเทศไทย เช่น มาตรการทำให้สังคมไทยไร้รอยเหิน การปฏิรูประบบการวิเคราะห์ผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ โรคติดต่ออุบัติใหม่ โดยในการจัดการโรคติดต่ออุบัติใหม่มีความเชื่อมโยงกับแผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ (2560-64) ที่มีการนำกลไกนามีระหว่างประเทศมาใช้ และได้จัดทำขึ้นผ่านการมีส่วนร่วมจากหลากหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งในและนอกเหนือกระทรวงสาธารณสุข และได้มีการจัดทำแผนปฏิบัติการแม่บทภายใต้แผนยุทธศาสตร์ในระดับจังหวัด โดยกระบวนการมีส่วนร่วมจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในระดับชุมชน เช่น เทศบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาครัฐจังหวัด ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย ฯลฯ เพื่อป้องกัน และควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ แผนปฏิบัติการแม่บทภายใต้แผนยุทธศาสตร์ฯ มีการกำหนดตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องเป็นตัวกำกับติดตาม เช่น ร้อยละของจังหวัดที่มีระบบการเตรียมความพร้อมสำหรับภัยพิบัติฉุกเฉินด้านสาธารณสุข ร้อยละของจังหวัดที่มีการฝึกซ้อมเตรียมความพร้อมสำหรับภัยพิบัติฉุกเฉินด้านสาธารณสุข แต่อย่างไรก็ตามระบบติดตามอาจอยู่ในระดับจังหวัดและไม่ได้มีการรวบรวมข้อมูลในระดับประเทศ ในขณะที่ การประเมินตนเองของรัฐบาลีตามกลไกนามีระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 เป็นการประเมินการทำงานในระดับประเทศ ทำให้ขาดรายละเอียดการดำเนินงานเชิงพื้นที่ หรือในระดับภาค ทั้งนี้ ประเทศไทยยังขาดแหล่งรวบรวมข้อมูลนโยบายสาธารณะในการป้องกันและควบคุมโรค และการจัดการปัจจัยคุกคามสุขภาพ และขาดข้อมูลที่แสดงให้เห็นว่าปัจจุบันผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพมาก น้อยเพียงใด จึงทำให้เป็นช่องว่างในการติดตามนโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้อง

ภาพพึงประสงค์	ช่องว่างการดำเนินงานเพื่อบรรลุตามภาพพึงประสงค์ สาระหมวดการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ
ภาพพึงประสงค์ที่ 5 “มีกลไกบริหารจัดการในการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพที่มีองค์ประกอบจากทุกภาคส่วน ทำหน้าที่สร้างการมีส่วนร่วมและบูรณาการการทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และกลไกจัดการระบบสุขภาพในระดับเขต จังหวัด อำเภอ และตำบล”	ประเทศไทยมีกลไกบริหารจัดการที่มีองค์ประกอบจากทุกภาคส่วน ทำหน้าที่สร้างการมีส่วนร่วมและบูรณาการการทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และกลไกจัดการระบบสุขภาพในระดับเขต จังหวัด อำเภอ และตำบล ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ แต่ยังไม่ชัดเจนในส่วนปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ ใน พ.ศ. 2560 กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขเริ่มมีการกำหนดการจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (Emergency Operation Center; EOC) ในส่วนกลาง และทุกจังหวัด โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นผู้อำนวยการศูนย์ฯ โดยมีการทำงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และอาสาสมัครประจำตำบล กรณีตัวอย่างจากการป้องกัน ควบคุม และรับมือโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แต่ละจังหวัดได้ดำเนินการได้เป็นอย่างดี โดยได้มีการสร้างกลไกอย่างมีส่วนร่วมในระดับจังหวัด^{38, 39} และได้มีการรวบรวมความรู้ในการจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จัดทำโดยศูนย์ปฏิบัติการรวมพลังเมืองต้นรู้ช่วยชาติสู้ภัยโควิด 19 อย่างไรก็ตาม ยังขาดข้อมูลการติดตามประเมินผลการทำงานผ่านกลไกบริหารจัดการในแต่ละระดับ ตั้งแต่ระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล เนื่องจากมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหลากหลาย ทั้งนี้ ยังขาดแหล่งข้อมูลที่รวบรวมรายละเอียดเกี่ยวกับกลไกบริหารจัดการในการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ รวมทั้งการเก็บรวบรวมข้อมูลและจัดทำฐานข้อมูลพร้อมใช้ (digitalization) ในระดับพื้นที่ โดยใช้เทคโนโลยีสนับสนุน (การวางระบบฐานข้อมูลที่พร้อมใช้ในระดับชุมชนโดยใช้เทคโนโลยีขับเคลื่อน)
ภาพพึงประสงค์ที่ 6 “มีระบบข้อมูลข่าวสารและศูนย์เฝ้าระวังเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยคุกคามสุขภาพ และมีทีมเฝ้าระวังเคลื่อนที่เร็วที่มีสมรรถนะและทำงานเกื้อหนุนเชื่อมโยงกันตั้งแต่ระดับตำบล อำเภอ จังหวัด และประเทศ สอดคล้องกับกฎอนามัยระหว่างประเทศ”	มีการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารและศูนย์เฝ้าระวังเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ (กรณีตัวอย่าง โรคโควิด-19) ภายใต้การดำเนินการผ่านศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (ดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น) ในระดับจังหวัดได้มีการแบ่งมีทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ออกเป็นทีมตระหนักรู้อาการการณ์ (SAT) และทีมปฏิบัติการสอบสวนควบคุมโรค (JIT) และมีการทำงานในระดับอำเภอและตำบล ทั้งนี้ ในการทำงานยังขาดการประเมินสมรรถนะของ SRRT ในระดับพื้นที่วิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน เพื่อนำไปพัฒนาการทำงานในอนาคต หรือถอดบทเรียนที่ก่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างพื้นที่ รวมทั้งการวิเคราะห์เชิงระบบ เช่น จำนวนและความเพียงพอของ SSRT การกระจายตัว และการกำหนดสมรรถนะพื้นฐานเพื่อประเมินและพัฒนาต่อไป กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับโรคระบาดในคนและสัตว์ ไปจนถึงระบบการแลกเปลี่ยนข้อมูลโรคระบาดอย่างบูรณาการตั้งแต่หน่วยงานให้บริการทางสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชน มหาวิทยาลัย และห้องปฏิบัติการระบบข้อมูลปัจจัยคุกคามสุขภาพระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ที่เหนือนอกจากโรคติดต่ออุบัติใหม่ เช่น น้ำ อากาศ หมอกควัน ฝุ่น มลพิษ

38 ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา <https://www.skho.moph.go.th/eoc/>

39 ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา <https://www2.ayutthaya.go.th/news/detail/7639>

ภาพพึงประสงค์	ช่องว่างการดำเนินงานเพื่อบรรลุตามภาพพึงประสงค์ สาระหมวดการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ
ภาพพึงประสงค์ที่ 7 “มีกลไกระดับชาติที่ทำหน้าที่บูรณาการทุกภาคส่วนในการจัดการและพัฒนาาระบบการป้องกัน และควบคุมโรค ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ และปัจจัยที่คุกคามสุขภาพต่าง ๆ รวมถึงปัจจัยคุกคามที่เกิดจากการเจรจาความตกลงของประเทศไทย”	ในการจัดการโรคติดต่ออุบัติใหม่ มีการทำงานภายใต้คณะกรรมการอำนวยการเตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ ที่มีรองนายกรัฐมนตรีเป็นประธานกรรมการ จากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในช่วงแรกกรมควบคุมโรคได้มีการเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินเพื่อรับมือการระบาดตั้งแต่วันที่ 4 มกราคม 2563 เพื่อเป็นศูนย์บริหารสั่งการในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ต่อมารัฐบาลได้ยกระดับมาตรการป้องกันการระบาด "ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด 19" (ศบค.) ขึ้น และแต่งตั้ง "คณะกรรมการบริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 " โดยมีนายกรัฐมนตรี เป็นประธานกรรมการ รัฐมนตรีประจำสำนักนายกรัฐมนตรี รัฐมนตรีว่าการกระทรวงต่างๆ ผู้บริหารสำนักนายกรัฐมนตรี เลขาธิการสภาความมั่นคงแห่งชาติ ผู้บัญชาการตำรวจแห่งชาติ เป็นกรรมการ ขาดการวิเคราะห์ในส่วนของความร่วมมือระหว่างประเทศ ที่สามารถช่วยเติมเต็มส่วนขาดของการดำเนินงานในประเทศไทย ที่สามารถนำไปแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับต่างประเทศ เนื่องจากเป็นโรคอุบัติใหม่ที่ยังมีความรู้ความเข้าใจโรคไม่มากนัก รวมทั้งบทบาทของประเทศไทยในเวทีระดับโลก และระดับภูมิภาค รวมทั้งขาดข้อมูลการติดตาม และวัดความสำเร็จในการดำเนินงาน ในส่วนของปัจจัยคุกคามสุขภาพด้านอื่นๆ รวมทั้งมหันตภัย ภัยพิบัติฉุกเฉิน และผลกระทบจากการเจรจาความตกลงของประเทศไทย ยังไม่มีกลไกระดับชาติในการบูรณาการที่มีความชัดเจนทั้งในด้านนโยบายและการดำเนินงาน

รายการอ้างอิง

1. Purshouse RC, Meier PS, Brennan PA, Taylor PKB, Rafia R. Estimated effect of alcohol pricing policies on health and health economic outcomes in England: an epidemiological model. The Lancet. 2010;375(9723):1355-64.
2. AIDS Surveillance System. คาดประมาณผู้ติดเชื้อเอชไอวี. Nonthaburi. AIDS Surveillance System, ministry of Public Health; 2020 [Available from: http://aidsboe.moph.go.th/aids_system/index.php?link=estimated.
3. World Health Organization. GLOBAL HEALTH SECTOR STRATEGY ON HIV, 2016–2021. Geneva, Switzerland: WHO Document Production Services; 2016. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246178/WHO-HIV-2016.05-eng.pdf;jsessionid=B7CD7BA3896567A3FF3709A95134C214?sequence=1>.
4. World Health Organization. GLOBAL HEALTH SECTOR STRATEGY ON HIV 2016–2021 TOWARDS ENDING AIDS. Geneva, Switzerland 2016.
5. Global SDG Indicator Platform. 3.4.1 Mortality Rate Attributed to Cardiovascular Disease, Cancer, Diabetes or Chronic Respiratory Disease (Probability). 2018 [Available from: <https://sdg.tracking-progress.org/indicator/3-4-1-mortality-rate-attributed-to-cardiovascular-disease-cancer-diabetes-or-chronic-respiratory-disease-probability/>.
6. Burden of Disease Research Program Thailand (BOD Thailand). THAILAND การเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อ 4 กลุ่มโรค ช่วงอายุ 30-70 ปี. In: กรมควบคุมโรค, editor. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ 2563.
7. องค์การอนามัยโลก. แผนปฏิบัติการเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับโลก พ.ศ. 2556-2563. In: แผนงานเครือข่ายควบคุมโรคไม่ติดต่อ มูลนิธิเพื่อการพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศ, editor.: แปลโดย วิชชุกร สุริยวงศ์ไพศาล วรณสุตา งานอรุณ และธนพันธ์ สุขสอาด,; 2559.
8. World Health Organization. Global Status Report on Road Safety (2018) France 2018 [Available from: https://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2018/en/.
9. Canadian Institute for Health Information. Health indicators. [cited 2020 20 September]. Available from: <https://www.cihi.ca/en/health-indicators>.
10. สำนักระบาดวิทยา. กฎอนามัยระหว่างประเทศ ค.ศ. 2005 (International Health Regulations 2005: IHR). In: กรมควบคุมโรค, editor.