



กรมควบคุมโรค
กองโรคไม่ติดต่อ

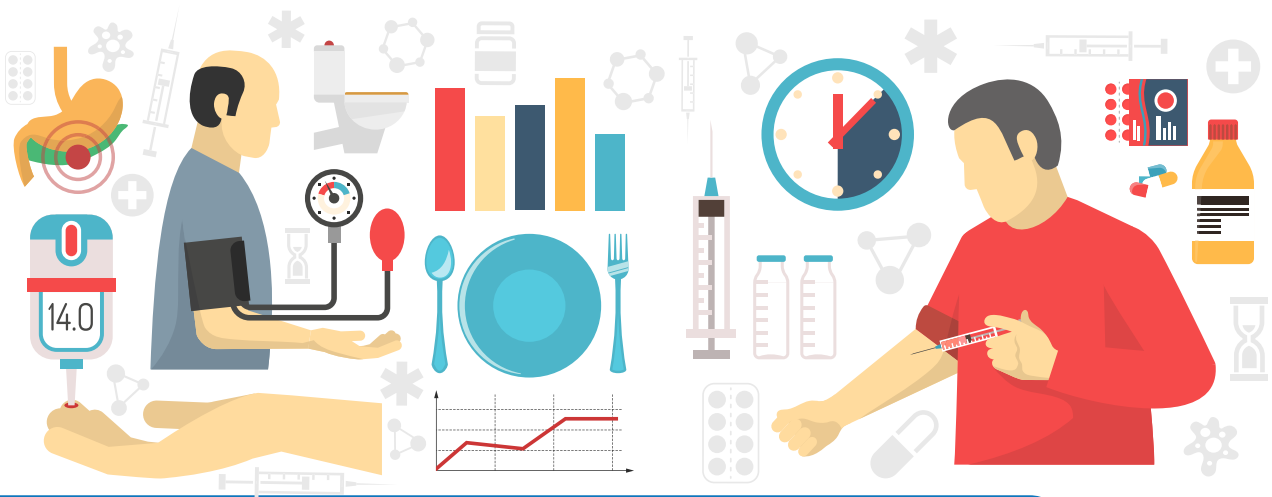
รายงานสถานการณ์โรค

NCDs

พ.ศ. 2562

เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง





รายงานสถานการณ์โรค NCDs

เบหวน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562

ISBN

978-616-11-4313-8

ที่ปรึกษา

แพทย์หญิงสุพัตรา ศรีวณิชชากร

กองบรรณาธิการ

อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์
ภาณุวัฒน์ คำวังสง่า
สุธิดา แก้วทา

คณะผู้เขียน

บทสรุปผู้บริหาร

อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์

บทที่ 1 : สถานการณ์โรคไม่ติดต่อตาม 9 เป้าหมายระดับโลกของประเทศไทย

1.1 สถานการณ์โรคไม่ติดต่อระดับโลกและประเทศไทย

1.2 สถานการณ์โรคไม่ติดต่อตาม 9 เป้าหมายระดับโลกของประเทศไทยจำแนกตามตัวชี้วัด
เบื้องต้น 9 ตัวชี้วัด

ภาณุวัฒน์ คำวังสง่า และอรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์

บทที่ 2 : การเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อตามองค์ประกอบ 5 มิติ

2.1 การเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อ

2.2 สถานการณ์โรคไม่ติดต่อตามกรอบ 5 มิติ (เบหวน, ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง)

สุธิดา แก้วทา, ภาณุวัฒน์ คำวังสง่า และอรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์

พิมพ์ครั้งแรก

200 เล่ม เดือนพฤษภาคม 2563

โรงพิมพ์

สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์

ผู้จัดพิมพ์และเผยแพร่

กลุ่มเทคโนโลยี ระบาดวิทยา และมาตรการชุมชน กองโรคไม่ติดต่อ
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

คำนำ

กลุ่มโรค NCDs (Noncommunicable diseases หรือโรคไม่ติดต่อ) เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม จากการรายงานข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO) พบประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรค NCDs มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 38 ล้านคน (คิดเป็นร้อยละ 68 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก) ในปี พ.ศ. 2555 เป็น 41 ล้านคน (คิดเป็นร้อยละ 71 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก) ในปี พ.ศ. 2559 โดยกลุ่มโรค NCDs ที่พบการเสียชีวิตมากที่สุด ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด (17.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 44) รองลงมาคือโรคมะเร็ง (9.0 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 22) โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง (3.8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 9) และโรคเบาหวาน (1.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 4) ซึ่งในแต่ละปีพบผู้เสียชีวิตจากโรค NCDs ในกลุ่มอายุ 30-69 ปี หรือเรียกว่า “การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร” มากถึง 15 ล้านคน โดยร้อยละ 85 เกิดขึ้นในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและกลุ่มประเทศที่มีรายได้ปานกลาง โดยปัญหาดังกล่าวก่อให้เกิดความสูญเสียสุขภาพและส่งผลกระทบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมอย่างรุนแรง

ในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2556 ที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลก ครั้งที่ 66 มีมติรับรองกรอบการติดตามการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อภายใต้การมีส่วนร่วมของประเทศสมาชิก เพื่อติดตามแนวโน้มและประเมินความก้าวหน้าในการดำเนินงานฯ ซึ่งกรอบดังกล่าวประกอบไปด้วย 9 เป้าหมายระดับโลก และ 25 ตัวชี้วัดระดับโลก ซึ่งครอบคลุมตามปัจจัยหลัก 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) เป้าหมายด้านอัตราการตายและอัตราป่วย 2) เป้าหมายด้านปัจจัยเสี่ยงหลัก ทั้งปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงทางชีววิทยา และ 3) เป้าหมายด้านระบบบริการระดับชาติ โดยวัดความสำเร็จของการดำเนินงานฯ ในปี พ.ศ. 2568 ด้วยการเทียบกับข้อมูลอ้างอิงพื้นฐานในปี พ.ศ. 2553

รายงานสถานการณ์โรค NCDs (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง) พ.ศ. 2562 ฉบับนี้ มีจุดมุ่งเน้นดังนี้ 1. รวบรวมข้อมูลโรคไม่ติดต่อและปัจจัยเสี่ยงจากฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องเพื่อติดตามสถานการณ์ตาม 9 เป้าหมายระดับโลกของประเทศไทย และ 2. เชื่อมโยงข้อมูลโรคไม่ติดต่อและปัจจัยเสี่ยงแบบบูรณาการตามองค์ประกอบ 5 มิติ โดยเน้น 3 มิติหลัก ประกอบด้วย การป่วยและเสียชีวิต, ปัจจัยเสี่ยง และแผนงาน/มาตรการ

รายงานฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี โดยได้รับการมีส่วนร่วมจากผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไม่ติดต่อระดับกรมและระดับกอง รวมถึงหน่วยงานวิชาการภายในกรมและนอกกรมที่เกี่ยวข้องด้านปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ สำหรับการให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงองค์ประกอบของรายงานฯ ให้มีความสมบูรณ์ จึงขอขอบคุณเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้

สารบัญ

หน้า

คำนำ	III
สารบัญ	IV
สารบัญแผนภูมิ	VI
สารบัญตาราง	IX
สารบัญรูปภาพ	XI
บทสรุปผู้บริหาร	XIII
ส่วนที่ 1 : สถานการณ์โรคไม่ติดต่อตาม 9 เป้าหมายระดับโลกของประเทศไทย	1
1.1 สถานการณ์โรคไม่ติดต่อระดับโลกและประเทศไทย	2
1.2 สถานการณ์ตาม 9 เป้าหมายระดับโลกของประเทศไทย จำแนกตามตัวชี้วัดเบื้องต้น 9 ตัวชี้วัด	12
ตัวชี้วัดที่ 1 อัตราตายก่อนวัยอันควรด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง ในประชากรอายุระหว่าง 30-70 ปี ลดลงร้อยละ 25	14
ตัวชี้วัดที่ 2 ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อหัวประชากรต่อปี ในประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ลดลงร้อยละ 10	15
ตัวชี้วัดที่ 3 ความชุกของการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ ในประชากรอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ลดลงร้อยละ 10	16
ตัวชี้วัดที่ 4 ค่าเฉลี่ยปริมาณการบริโภคเกลือและโซเดียม ในประชากรอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ลดลงร้อยละ 30	17
ตัวชี้วัดที่ 5 ความชุกของการสูบบุหรี่ในประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ลดลงร้อยละ 30	18
ตัวชี้วัดที่ 6 ความชุกของโรคความดันโลหิตสูง ลดลงร้อยละ 25	19
ตัวชี้วัดที่ 7 ความชุกของโรคเบาหวานและภาวะอ้วนในประชากรอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ไม่เพิ่มขึ้น	20
ตัวชี้วัดที่ 8 ประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไป ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้รับคำปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและได้รับยาที่เหมาะสม เพื่อป้องกันโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50	22
ตัวชี้วัดที่ 9 การมียาที่จำเป็นและเทคโนโลยีขั้นพื้นฐานสำหรับรักษา/บริการ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญในสถานบริการรัฐและเอกชนร้อยละ 80	23



สารบัญ (ต่อ)

หน้า

ส่วนที่ 2 : การเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อ

25

2.1 การเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อ

26

2.1.1 โรคไม่ติดต่อสำคัญที่อยู่ในระบบเฝ้าระวัง

26

2.1.2 องค์ประกอบการเฝ้าระวัง 5 มิติ

26

2.2 สถานการณ์โรคไม่ติดต่อ ตามกรอบ 5 มิติ

28

(เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง)

2.2.1 สถานการณ์ป่วย/ตาย

28

2.2.2 สถานการณ์ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง

39

ภาคผนวก

77

ภาคผนวก ก

78

ฐานข้อมูลสำหรับการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อ

78

● ข้อมูลการป่วย/เสียชีวิต

78

● ข้อมูลปัจจัยเสี่ยง

80

● ข้อมูลด้านบริการสุขภาพ

82

ภาคผนวก ข

83

ข้อมูลสถานการณ์การเฝ้าระวังการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อ

83

สารบัญแผนภูมิ

หน้า

แผนภูมิที่ 1	อัตราการเสียชีวิตปรับมาตรฐานอายุ (Age-standardized death-rate) ด้วยโรคไม่ติดต่อ ต่อประชากรแสนคน ในกลุ่มประเทศภูมิภาคเอเชียใต้-ตะวันออก (SEARO) ปี พ.ศ. 2559 จำแนกรายประเทศ และเพศ	2
แผนภูมิที่ 2	อัตราการเสียชีวิตอย่างหยาบจากโรคไม่ติดต่อ ที่สำคัญต่อประชากรแสนคน ปี พ.ศ. 2557-2561	3
แผนภูมิที่ 3	อัตราตายก่อนวัยอันควรด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง ในประชากรอายุระหว่าง 30-70 ปี ปี พ.ศ. 2552, 2554 และ 2556	14
แผนภูมิที่ 4	ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ (ลิตร) ต่อหัวประชากรต่อปีในประเทศไทย อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2553 – 2557	15
แผนภูมิที่ 5	ความชุกของการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอในประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2552 และ 2557	16
แผนภูมิที่ 6	ความชุกของการสูบบุหรี่ในประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2554, 2557 และ 2560	18
แผนภูมิที่ 7	ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2552 และ 2557	19
แผนภูมิที่ 8	ความชุกของโรคเบาหวานในประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2552 และ 2557	20
แผนภูมิที่ 9	ความชุกของภาวะอ้วน (BMI ≥ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร) ในประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2552 และ 2557	21
แผนภูมิที่ 10	อัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (30-69 ปี) จากโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง ต่อประชากรแสนคน ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2557-2561	28
แผนภูมิที่ 11	ความชุกของโรคเบาหวานในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป และความชุกผู้ที่ได้รับ การบอกจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานในประชากรอายุ 15-79 ปี ระหว่างปี พ.ศ. 2547 ถึง พ.ศ. 2561	29
แผนภูมิที่ 12	ความชุกของโรคเบาหวานในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศ	29
แผนภูมิที่ 13	ความชุกผู้ที่ได้รับการบอกจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานในประชากร อายุ 15-79 ปี จำแนกตามเพศ	30
แผนภูมิที่ 14	ความชุกของโรคเบาหวานในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามกลุ่มอายุ	30
แผนภูมิที่ 15	ความชุกผู้ที่ได้รับการบอกจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานในประชากร อายุ 15-79 ปี จำแนกตามกลุ่มอายุ	30

สารบัญแผนภูมิ (ต่อ)

หน้า

แผนภูมิที่ 16	ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเบาหวาน และอัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัย ในปีงบประมาณ 2558-2561	31
แผนภูมิที่ 17	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c) 1 ครั้งต่อปี และร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (HbA1c <7%) ในปีงบประมาณ 2558-2561	31
แผนภูมิที่ 18	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c) 1 ครั้งต่อปี และร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (HbA1c <7%) ปี พ.ศ. 2555-2561	32
แผนภูมิที่ 19	ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป และความชุกของผู้ที่ได้รับการบอกจากแพทย์ว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงในประชากร อายุ 15-79 ปี ระหว่างปี พ.ศ. 2547-2561	32
แผนภูมิที่ 20	ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2552 และ 2557 จำแนกตามเพศ	33
แผนภูมิที่ 21	ความชุกของผู้ที่ได้รับการบอกจากแพทย์ว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงในประชากร อายุ 15-79 ปี ปี พ.ศ. 2558 และ 2561 จำแนกตามเพศ	33
แผนภูมิที่ 22	ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2552 และ 2557 จำแนกตามกลุ่มอายุ	34
แผนภูมิที่ 23	ความชุกของผู้ที่ได้รับการบอกจากแพทย์ว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงในประชากร อายุ 15-79 ปี ปี พ.ศ. 2558 และ 2561 จำแนกตามกลุ่มอายุ	34
แผนภูมิที่ 24	ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง และอัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัย ในปีงบประมาณ 2558-2561	35
แผนภูมิที่ 25	ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการตรวจวัดความดันโลหิตที่สถานพยาบาล อย่างน้อย 2 ครั้งต่อปี และร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี (BP <140/90 mmHg) 2 ครั้งสุดท้ายติดต่อกันในปีงบประมาณ 2558-2561	35
แผนภูมิที่ 26	ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี (BP <140/90 mmHg) 2 ครั้งติดต่อกัน ปี พ.ศ. 2555-2561	35
แผนภูมิที่ 27	อัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบัน ปี พ.ศ. 2534-2560 จำแนกตามเพศ	40
แผนภูมิที่ 28	อัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบัน ปี พ.ศ. 2534-2560 จำแนกตามกลุ่มอายุ	40
แผนภูมิที่ 29	อายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรก ปี พ.ศ. 2547-2560	41
แผนภูมิที่ 30	ร้อยละสาเหตุที่เริ่มดื่มสุรา ปี พ.ศ. 2560	47

สารบัญแผนภูมิ (ต่อ)

หน้า

แผนภูมิที่ 31	ประเภทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่นักดื่มปัจจุบันดื่มบ่อยที่สุดใน 12 เดือน ปี พ.ศ. 2560 จำแนกตามเพศ	47
แผนภูมิที่ 32	ประเภทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่นักดื่มปัจจุบันดื่มบ่อยที่สุดใน 12 เดือน จำแนกตามกลุ่มอายุ ปี พ.ศ. 2560	48
แผนภูมิที่ 33	ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อหัวประชากรต่อปี ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2549–2560	48
แผนภูมิที่ 34	ค่าใช้จ่ายสำหรับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อเดือน ปี พ.ศ. 2555–2561	49
แผนภูมิที่ 35	ร้อยละของสถานที่ที่ซื้อสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บ่อยครั้งที่สุดในรอบปีที่แล้ว ปี พ.ศ. 2560	50
แผนภูมิที่ 36	รสชาติของอาหารมื้อหลักที่บริโภคเป็นประจำบ่อยที่สุดของประชาชนไทย ในปี พ.ศ. 2560	55
แผนภูมิที่ 37	ร้อยละของประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไปจำแนกตามการบริโภคอาหารในแต่ละกลุ่มต่อสัปดาห์ ปี พ.ศ. 2560	55
แผนภูมิที่ 38	การบริโภคอาหารประเภทต่างๆ ทุกวัน ของประชาชนไทยอายุ 6-14 ปี ในปี พ.ศ. 2548, 2552, 2556 และ 2560	57
แผนภูมิที่ 39	ร้อยละของการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2552 และ พ.ศ. 2557 จำแนกตามเพศ	65
แผนภูมิที่ 40	ร้อยละของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ปี พ.ศ. 2552 และ พ.ศ. 2557 จำแนกตามเพศ	65
แผนภูมิที่ 41	ร้อยละของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ปี พ.ศ. 2552 และ พ.ศ. 2557 จำแนกตามกลุ่มอายุ	66
แผนภูมิที่ 42	ร้อยละของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ปี พ.ศ. 2552 และ พ.ศ. 2557 จำแนกตามภาค	66
แผนภูมิที่ 43	อัตราของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มีกิจกรรมทางกายในแต่ละกลุ่ม ปี พ.ศ. 2558 จำแนกตามเพศ	67
แผนภูมิที่ 44	อัตราของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มีกิจกรรมทางกายในแต่ละกลุ่ม ปี พ.ศ. 2558 จำแนกตามกลุ่มอายุ	67
แผนภูมิที่ 45	อัตราของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มีกิจกรรมทางกายในแต่ละกลุ่ม ปี พ.ศ. 2558 จำแนกตามภาค	67
แผนภูมิที่ 46	ร้อยละของคนไทยที่มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ ปี พ.ศ. 2555-2559 จำแนกตามกลุ่มวัย	68

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1	10 อันดับการตายจําแนกรายสาเหตุของประชากรไทย พ.ศ. 2557	3
ตารางที่ 2	10 อันดับการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทย พ.ศ. 2557 จําแนกตามเพศ และสาเหตุ	4
ตารางที่ 3	5 พหุกรรมเสี่ยง 4 การเปลี่ยนแปลง และ 5 กลุ่มโรค	5
ตารางที่ 4	รายการ 9 เป้าหมายและตัวชี้วัดระดับโลกในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ภายใน พ.ศ. 2568	5
ตารางที่ 5	รายละเอียดนิยาม แหล่งข้อมูลของ 9 เป้าหมายของการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับโลก และตัวชี้วัดเบื้องต้น 9 ตัวชี้วัด ที่ใช้สำหรับประเทศไทย	9
ตารางที่ 6	สถานการณ์ตาม 9 เป้าหมายระดับโลกของประเทศไทย (Situation of 9 Global Targets in Thailand)	12
ตารางที่ 7	อัตราร้อยละของประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2560 จําแนกตามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ กลุ่มอายุ เพศ เขตการปกครองและภาค	39
ตารางที่ 8	สถิติผลการดำเนินงาน-การตลาด การส่งออกยอดการจำหน่ายบุหรี่โรงงานยาสูบย้อนหลัง 5 ปี ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2557 – 2561	41 42
ตารางที่ 9	สรุปผลการจัดเก็บรายได้ภาษีสรรพสามิตภาษียาสูบในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2557 – 2561	46
ตารางที่ 10	จำนวนและอัตราร้อยละของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2560 จําแนกตามพฤติกรรมการดื่มสุรา	52
ตารางที่ 11	กลุ่มมาตรการใน 5 ยุทธศาสตร์ย่อย แผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ	
ตารางที่ 12	ร้อยละของการบริโภคอาหารเป็นประจําในประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2560 จําแนกตาม เพศ อายุ ภูมิภาค และเขตการปกครอง	56
ตารางที่ 13	สัดส่วนเวลาที่ใช้ตามลักษณะกิจกรรมทางกายในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2552 และ พ.ศ. 2557 จําแนกตามเพศ และกลุ่มอายุ	69
ตารางที่ 14	ระยะเวลาเฉลี่ย (นาที) ของผู้มีกิจกรรมทางกายในแต่ละกลุ่มต่อวันของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2558 จําแนกตามเพศ และกลุ่มอายุ	69

สารบัญตาราง (ต่อ)

หน้า

ตารางที่ 15	อัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ต่อประชากรแสนคน ระหว่างปี พ.ศ. 2557-2561 จำแนกรายเขตสุขภาพ	83
ตารางที่ 16	อัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือด (I20-I25) ต่อประชากรแสนคน ระหว่างปี พ.ศ. 2557-2561 จำแนกรายเขตสุขภาพ	84
ตารางที่ 17	อัตราการเสียชีวิตจากโรคเบาหวาน (E10-E14) ต่อประชากรแสนคน ระหว่างปี พ.ศ. 2557-2561 จำแนกรายเขตสุขภาพ	85
ตารางที่ 18	อัตราการเสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูง (I10-I15) ต่อประชากรแสนคน ระหว่างปี พ.ศ. 2557-2561 จำแนกรายเขตสุขภาพ	86
ตารางที่ 19	อัตราการเสียชีวิตจากโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง (J40-J44) ต่อประชากรแสนคน ระหว่างปี พ.ศ. 2557-2561 จำแนกรายเขตสุขภาพ	87



สารบัญรูปภาพ

หน้า

รูปภาพที่ 1	โครงสร้างราคาบุหรี่	43
รูปภาพที่ 2	ราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หลังจากมีการปรับภาษี	49
รูปภาพที่ 3	เส้นเวลาแสดงการเปลี่ยนแปลงกลยุทธ์และแนวทางการสื่อสาร ของธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หลัง พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ประกาศใช้	50
รูปภาพที่ 4	แผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ (แผน 10 ปี : พ.ศ. 2554-2563)	52
รูปภาพที่ 5	ปริมาณน้ำตาลในขนมไข่มุก	58
รูปภาพที่ 6	ข้อมูลปริมาณการบริโภคโซเดียมเฉลี่ยในแต่ละประเทศของประชากรเพศหญิงและเพศชาย ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2553 : การบริโภคโซเดียมเฉลี่ย เป็นจำนวนกรัม/วัน	59 60
รูปภาพที่ 7	ปริมาณโซเดียมและโซเดียมคลอไรด์ในอาหารบาทวิถี (Street food) ในกรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2560	62
รูปภาพที่ 8	การเก็บภาษี “น้ำตาล”	

คำย่อ

APC	Annual alcohol per capita consumption = ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อหัวประชากรต่อปี
BMI	Body mass index = ดัชนีมวลกาย
BP	Blood Pressure = ความดันโลหิต
BRFSS	Behavioral Risk Factor Surveillance System = การสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ
DALYs	Disability-Adjusted Life Years = ปีสุขภาวะที่สูญเสียไป
FBS	Fasting Blood Sugar = ค่าของน้ำตาลในเลือดหลังจากอดอาหารอย่างน้อย 8 ชม.
HbA1c	Hemoglobin A1c = ค่าของน้ำตาลเฉลี่ยในเลือดที่ผ่านมาเป็นระยะเวลา 3 เดือน
HDC	Health Data Center = ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
IHPP	International Health Policy Program = สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
MedResNet	Medical Research Network = เครือข่ายกลุ่มวิจัยสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย
MPOWER	Monitor Protect Offer Warn Enforce Raise = ยุทธศาสตร์การดำเนินงานควบคุมยาสูบองค์การอนามัยโลก
NCDs	Noncommunicable Diseases = โรคไม่ติดต่อ
NHES	National Health Exam Survey = การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย
Thailand BOD	Thailand Burden of Disease = ภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย
WHO	World Health Organization = องค์การอนามัยโลก
WHO FCTC	World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control = กรอบอนุสัญญาควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก



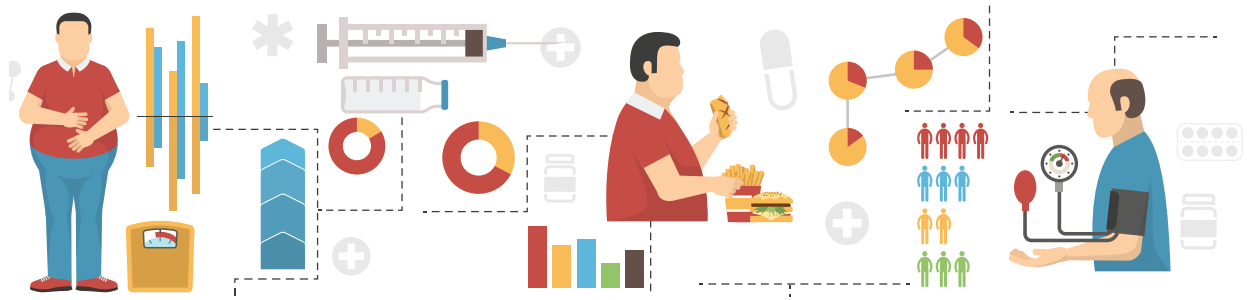
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

กลุ่มโรค NCDs (Noncommunicable diseases หรือโรคไม่ติดต่อ) ยังคงเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลก ทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม โดยประเทศไทย มีอัตราการเสียชีวิตจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อต่ำสุด เมื่อเทียบกับในกลุ่มประเทศภูมิภาคเอเชียใต้-ตะวันออก (SEARO) จากข้อมูลปี พ.ศ.2559

โรคไม่ติดต่อนี้ยังคงเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของประชาชนไทยทั้งในแง่ภาระโรค และอัตราการเสียชีวิต อัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (30-69 ปี) จากโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ ประกอบด้วย โรคหลอดเลือดสมอง, โรคหัวใจขาดเลือด, โรคเบาหวาน, ภาวะความดันโลหิตสูง และโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 ถึงปี พ.ศ. 2559 หลังจากนั้น มีแนวโน้มลดลงเล็กน้อยและคงที่ในปี พ.ศ. 2561 โดยโรคหลอดเลือดสมองมีอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรสูงที่สุดเท่ากับ 44.3 รายต่อประชากรแสนคน และอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรด้วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ชายสูงกว่าเพศหญิง

สถานการณ์โรคไม่ติดต่อ และปัจจัยเสี่ยงตาม 9 เป้าหมายระดับโลก

ตัวชี้วัดสถานการณ์โรคไม่ติดต่อในประเทศไทยที่กำหนดโดยคณะผู้เชี่ยวชาญทางด้านนโยบาย ผู้เชี่ยวชาญในแต่ละประเด็นโรค และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2556 คือ 1) ความน่าจะเป็นของการเสียชีวิต ที่อายุ 30 ปี ถึง 70 ปี จากโรคหัวใจและหลอดเลือด, โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, โรคเบาหวาน และโรคมะเร็ง ลดลงจาก 15.3 % ในปี 2550 เป็น 15.1% และ 14.1 % ในปี 2553, 2557 ตามลำดับ (ที่มา: Thai BOD, IHPP) หากพิจารณาเป็นอัตราตายตามอายุ พบว่า อัตราการตายก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อ ไทยเพิ่มขึ้นจาก 343.06 ต่อแสนคนในปี พ.ศ.2552 เป็น 355.30 ต่อแสนคนในปี พ.ศ.2556 2) ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากรต่อปีในประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้น จาก 6.7 ลิตร/คน/ปี จากปี พ.ศ. 2552 เป็น 6.91 และ 6.95 ลิตร/คน/ปี ในปี พ.ศ. 2557 และ 2558 (กรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง) 3) ความชุกของการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอในประชากรอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 18.5 ในปี พ.ศ.2552 เป็นร้อยละ 19.2 ในปี พ.ศ.2557 (การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย: NHES) 4) การบริโภคเกลือและโซเดียมในประชากรอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ยัง ไม่มีการรายงานผลการสำรวจครั้งใหม่ ในปี พ.ศ. 2557 ยังคงใช้ผลการสำรวจ พ.ศ.2552 ที่ 3,246 มก./วัน (NHES) 5) ความชุกของการสูบบุหรี่ในประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ลดลงเล็กน้อยจากร้อยละ 21.4 ในปี พ.ศ. 2554 เป็นร้อยละ 20.7 ในปี พ.ศ.2557 และร้อยละ 19.1 ในปี พ.ศ. 2560 (การสำรวจพฤติกรรมสุขภาพและดื่มสุรา สำนักงานสถิติแห่งชาติ) 6) ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากร อายุ 18 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.4 ในปี พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 24.7 ในปี พ.ศ. 2557 (NHES) 7) ความชุกของโรคเบาหวานในประชากรอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 6.9 ในปี พ.ศ.2552 เป็นร้อยละ 8.9 ในปี พ.ศ.2557 และความชุกของภาวะอ้วนในประชากรอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 34.7 ในปี พ.ศ.2552 เป็นร้อยละ 37.5 ในปี พ.ศ.2557 (NHES) ส่วนตัวชี้วัดที่ 8 และ 9 ยังไม่มีผลการสำรวจอย่างเป็นทางการ แต่ด้วยระบบการดำเนินงานด้านระบบบริการ สาธารณสุขที่ครอบคลุมรวมถึงระบบหลักประกันสุขภาพที่ดี ประเทศไทยจึงน่าจะบรรลุเป้าหมายทั้งสองข้อนี้ได้



สถานการณ์โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง และปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่สำคัญตามกรอบ 5 มิติ กบถวนจากฐานข้อมูลที่สำคัญหลากหลายฐานในประเทศไทยในอดีตถึงปี พ.ศ.2562

ความชุกของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในปี พ.ศ.2557 เท่ากับร้อยละ 24.7 ซึ่งเพิ่มขึ้นร้อยละ 15 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ.2552 หรือคิดเป็นจำนวนกว่า 1.8 ล้านคน โดยเพศชายมีความชุก และอุบัติการณ์สูงมากกว่าเพศหญิงภายหลังจากปี พ.ศ.2558

ความชุกของโรคเบาหวานในปี พ.ศ. 2557 เท่ากับร้อยละ 8.9 ซึ่งเพิ่มขึ้นร้อยละ 29 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2552 หรือคิดเป็นจำนวนกว่า 8.2 แสนคน โดยเพศหญิงมีความชุก และอุบัติการณ์สูงมากกว่าเพศชาย ภายหลังจากปี พ.ศ. 2558

ในปี พ.ศ.2561 ผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและสถานพยาบาลในพื้นที่กรุงเทพมหานคร สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ร้อยละ 36.5 ซึ่งเป็นแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นเล็กน้อย ผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูง สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ร้อยละ 49.8 ซึ่งเป็นแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นเล็กน้อยเช่นกัน

แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติด้านโรคไม่ติดต่อและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องในช่วง 5 ปีที่ผ่านมาได้แก่ 1) แผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554-2563 2) แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564) 3) แผนยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วน พ.ศ. 2553-2562 4) แผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ พ.ศ.2554-2563 5) แผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ.2559-2562 6) ยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือ และโซเดียมในประเทศไทย พ.ศ. 2559-2568 7) แผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ. 2561-2573

ตั้งแต่ปี พ.ศ.2553 ถึงปี พ.ศ.2558 สถานการณ์ความชุกของปัจจัยเสี่ยงในระดับประชากรที่ลดลงได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการกินผักผลไม้ที่ไม่เพียงพอ ปัจจัยเสี่ยงที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นได้แก่ ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ภาวะอ้วนลงพุง และการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ

ความชุกของภาวะอ้วน (BMI ≥ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร) ในประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 34.7 ในปี พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 37.5 ในปี พ.ศ. 2557 ซึ่งเป็นการเพิ่มขึ้นร้อยละ 8.1 ซึ่งสะท้อนถึงความไม่สมดุลของการบริโภค และการมีกิจกรรมทางกาย นอกจากนั้นการบริโภคอาหารที่มากขึ้นยังสะท้อนว่าประชาชนไม่เพียงจะได้รับน้ำตาล และไขมันในปริมาณที่มากขึ้นแล้ว ยังอาจจะได้รับปริมาณเกลือโซเดียมที่เพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน

ระหว่างปี พ.ศ. 2556-2560 คนไทยบริโภคไขมันเฉลี่ย 45.6 กรัม/คน/วัน เด็กอายุ 6-14 ปี มีแนวโน้มของการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูงลดลงจากร้อยละ 12.0 เป็นร้อยละ 7.9 และภายหลังประกาศกระทรวงสาธารณสุขเมื่อเดือน มกราคม พ.ศ.2562 ปริมาณไขมันทรานส์เฉลี่ยของทุกผลิตภัณฑ์อยู่ในช่วง 0.09-0.31 กรัมต่อหนึ่งหน่วยบริโภค ซึ่งไม่เกินปริมาณที่องค์การอาหาร และการเกษตรแห่งสหประชาชาติ (FAO) และองค์การอนามัยโลก (WHO) แนะนำให้บริโภคต่อวัน นอกจากนั้นปริมาณไขมัน ทรานส์ สูงสุดที่พบในทุกผลิตภัณฑ์มีปริมาณลดลง

ระหว่างปี พ.ศ. 2560-2562 การบริโภคน้ำตาลทรายมีปริมาณใกล้เคียงกันที่ปริมาณ 2.5-2.6 ล้านตันต่อปี และในปี พ.ศ. 2562 คนไทยดื่มเครื่องดื่มที่ผสมน้ำตาลเฉลี่ย 3 แก้ว (519.3 มิลลิลิตร) ต่อวัน โดยผู้ชายดื่มมากกว่าผู้หญิง และพบว่าในกลุ่มเด็กอายุ 6-14 ปี เป็นกลุ่มที่ดื่มเครื่องดื่มที่ผสมน้ำตาลเฉลี่ยต่อสัปดาห์มากที่สุด มาตราการเพิ่มการจัดเก็บภาษีน้ำตาล ทำให้ธุรกิจเครื่องดื่มมีการปรับตัวโดยปรับสูตรเครื่องดื่ม แต่มาตราการภาษี ดังกล่าวนั้นไม่ครอบคลุมธุรกิจเครื่องดื่มรายย่อย ซึ่งยังมีปริมาณน้ำตาลสูง เช่น ชานมไข่มุก ที่ส่วนใหญ่มีปริมาณน้ำตาลต่อแก้วเกิน 6 ช้อนชา และมีการเติบโตนตาลสูงขึ้น โดยคนไทยดื่มชานมไข่มุกเฉลี่ย 6 แก้วต่อเดือน

ปี พ.ศ. 2552 พบว่า ประชากรไทยรับประทานปริมาณเกลือโซเดียมมากถึง 3,246 มิลลิกรัมต่อวันต่อคน สูงกว่าเกณฑ์สากลที่กำหนด (2000 มก/วัน) อย่างไรก็ตามยังไม่มีการสำรวจต่อเนื่องหลังจากปี พ.ศ. 2552 โดยระหว่างปี พ.ศ.2556–2560 การบริโภคขนมกรุบกรอบ หรือขนมทานเล่น และอาหารจานด่วนมีแนวโน้มลดลง ในขณะที่การบริโภคอาหารสำเร็จรูปมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

ปี พ.ศ. 2560 ความชุกของผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบัน และผู้ที่ดื่มเป็นประจำมีอัตราลดลงทั้งในเพศหญิงและชาย ทั้งในวัยผู้ใหญ่ และวัยรุ่น โดยความชุกในวัยผู้ใหญ่เท่ากับร้อยละ 28.4 ซึ่งลดลงจากในปี พ.ศ.2558 ร้อยละ 16.5 ความชุกในวัยรุ่นเท่ากับ ร้อยละ 13.6 ซึ่งลดลงจากในปี พ.ศ.2558 ร้อยละ 29.9 อย่างไรก็ตามปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อหัวประชากรต่อปีกลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่องเป็น 7.3 ลิตร/คน/ปี ในปี พ.ศ.2560

ปี พ.ศ. 2560 ความชุกของผู้สูบบุหรี่ในปัจจุบันเท่ากับร้อยละ 19.1 โดยในกลุ่มวัยรุ่น และเยาวชนที่เคยเป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นในช่วงปี พ.ศ. 2544 ถึง พ.ศ. 2555 ก็กลับมามีแนวโน้มลดลง แต่อายุเฉลี่ยของการเริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกก็ยังคงที่ที่อายุประมาณ 17–18 ปี อย่างไรก็ตาม บุหรี่ในรูปแบบใหม่ เช่น บุหรี่ไฟฟ้า เริ่มเป็นที่นิยมมากขึ้นในหมู่วัยรุ่น และผู้ใหญ่ตอนต้น แต่ยังไม่ได้มีการสำรวจความชุกของการบริโภค

อุบัติการณ์การเกิดโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวานรายใหม่มีแนวโน้มลดลง โดยมีปัจจัยเชิงบวกด้านพฤติกรรมในประชากรที่ดีขึ้นทั้งในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ และวัยรุ่น คือ ความชุกของการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีแนวโน้มลดลง อย่างไรก็ตามปัจจัยเสี่ยงเชิงลบที่คุกคามสุขภาพคือการบริโภคอาหารที่ไม่สมดุล และการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ

อาจกล่าวได้ว่าการลดลงของอุบัติการณ์เบาหวาน และภาวะความดันโลหิตสูง เป็นผลจากมาตรการการควบคุม ป้องกันโรค และปัจจัยเสี่ยงของภาวะความดันโลหิตสูงที่ดำเนินการมาอย่างต่อเนื่อง ถึงแม้ว่าในช่วงเวลาความชุกของ ปัจจัยเสี่ยงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่ทว่ายังคงเป็นการเปลี่ยนแปลงในอัตราที่ไม่มาก นอกจากนั้นอาจสะท้อนว่าควรเพิ่มมาตรการ และความเข้มข้นในการดำเนินมาตรการเพื่อปรับแนวโน้มให้เปลี่ยนแปลงมากขึ้น โดยเฉพาะมาตรการด้านการควบคุมการบริโภคอาหารหวาน มัน และเค็ม นอกจากนั้นควรมีการสำรวจข้อมูลสถานการณ์การบริโภคอาหาร และปริมาณโซเดียมที่บริโภคต่อวันอย่างต่อเนื่อง



บทที่ 1

สถานการณ์โรคไม่ติดต่อตาม 9 เป้าหมาย ระดับโลกของประเทศไทย



1.1

สถานการณ์โรคไม่ติดต่อดังกล่าวในระดับโลกและประเทศไทย

1.2

สถานการณ์โรคไม่ติดต่อดังกล่าว 9 เป้าหมายระดับโลก
ของประเทศไทย จำแนกตามตัวชี้วัดเบื้องต้น 9 ตัวชี้วัด



สถานการณ์โรคไม่ติดต่อระดับโลก และประเทศไทย

กลุ่มโรค NCDs (Noncommunicable diseases หรือโรคไม่ติดต่อ) เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม จากการรายงานข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO) พบประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรค NCDs มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 38 ล้านคน (คิดเป็นร้อยละ 68 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก) ในปี พ.ศ. 2555 เป็น 41 ล้านคน (คิดเป็นร้อยละ 71 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก) ในปี พ.ศ. 2559 โดยกลุ่มโรค NCDs ที่พบการเสียชีวิตมากที่สุด ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด (17.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 44) รองลงมาคือโรคมะเร็ง (9.0 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 22) โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง (3.8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 9) และโรคเบาหวาน (1.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 4) ซึ่งในแต่ละปีพบผู้เสียชีวิตจากโรค NCDs ในกลุ่มอายุ 30-69 ปี หรือเรียกว่า “การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร” มากถึง 15 ล้านคน โดยร้อยละ 85 เกิดขึ้นในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและกลุ่มประเทศที่มีรายได้ปานกลาง โดยปัญหาดังกล่าวก่อให้เกิดความสูญเสียสุขภาพและส่งผลกระทบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมอย่างรุนแรง

สำหรับสถานการณ์โรคไม่ติดต่อในกลุ่มประเทศภูมิภาคเอเชียใต้-ตะวันออก (SEARO) ปี พ.ศ. 2559 พบว่า ประเทศอินโดนีเซีย มีอัตราการเสียชีวิตสูงสุดเท่ากับ 764 ต่อประชากรแสนคน สำหรับประเทศไทย มีอัตราการเสียชีวิตต่ำสุดเท่ากับ 427.4 ต่อประชากรแสนคน หากพิจารณารายละเอียด พบว่าเพศชายมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าเพศหญิงทุกประเทศ ยกเว้นประเทศภูฏานที่พบเพศหญิงมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าเพศชายเล็กน้อย เมื่อเปรียบเทียบรายประเทศกับเพศ จะเห็นได้ว่า ประเทศเกาหลีเหนือ พบอัตราการเสียชีวิตในเพศชายสูงกว่าทุกประเทศเท่ากับ 954.6 ต่อประชากรแสนคน ในขณะที่ประเทศเมียนมาร์ พบอัตราการเสียชีวิตในเพศหญิงสูงกว่าทุกประเทศเท่ากับ 691.6 สำหรับประเทศไทย พบเพศชายมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าเพศหญิงเท่ากับ 521.5 และ 348.2 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ⁽²⁾ (ดังแผนภูมิที่ 1)

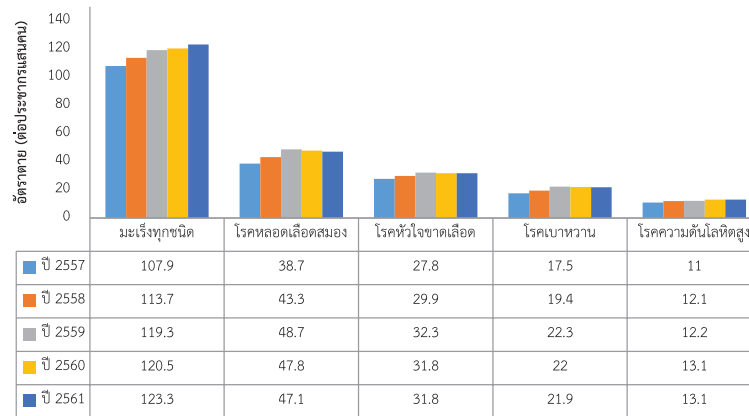


แผนภูมิที่ 1 : อัตราการเสียชีวิตปรับมาตรฐานอายุ (Age-standardized death-rate) ด้วยโรคไม่ติดต่อ ต่อประชากรแสนคน
ในกลุ่มประเทศภูมิภาคเอเชียใต้-ตะวันออก (SEARO) ปี พ.ศ. 2559 จำแนกรายประเทศ และเพศ

ที่มา : World Health Organization. Noncommunicable diseases 2018.

สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทยนั้น กลุ่มโรคไม่ติดตอยังคงเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของประเทศทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิต และภาระโรคโดยรวม ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับสถานการณ์ระดับโลก จากการรายงานข้อมูลของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปี พ.ศ. 2557-2561 พบอัตราการเสียชีวิตอย่างหยาบอันมีสาเหตุมาจาก โรคไม่ติดต่อที่สำคัญ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในประชากรไทย โดยในปี พ.ศ. 2561 โรคไม่ติดต่อที่เป็นสาเหตุการตาย 3 อันดับแรกได้แก่ โรคมะเร็งรวมทุกประเภท รองลงมาคือ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจขาดเลือด คิดเป็นอัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 123.3 47.1 และ 31.8 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ⁽³⁾ (ดังแผนภูมิที่ 2)





แผนภูมิที่ 2 : อัตราการเสียชีวิตอย่างหยาบจากโรคไม่ติดต่อที่สำคัญต่อประชากรแสนคน ปี พ.ศ. 2557-2561

ที่มา : ข้อมูลรณบัตร กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ข้อมูล ณ วันที่ 28 พฤศจิกายน พ.ศ. 2561

เมื่อพิจารณาการตายจำแนกตามรายโรคของประชากรไทยทุกอายุใน พ.ศ. 2557 ใน 10 อันดับแรก พบว่า 5 อันดับแรกส่วนใหญ่มีสาเหตุการตายจากกลุ่ม โรคไม่ติดต่อกว่าคือ เพศชายมีการตายจากโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด ร้อยละ 11.1 ของการตายทั้งหมดในเพศชาย รองลงมาอีก 4 อันดับ คือ โรคหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 7.8 อุบัติเหตุทางถนน ร้อยละ 7.4 โรคมะเร็งตับ ร้อยละ 6.5 และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร้อยละ 6.0 ตามลำดับ ส่วนในเพศหญิงมีการตายจากโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด ร้อยละ 14.6 ของการตายทั้งหมดในเพศหญิง รองลงมาคือ โรคเบาหวาน และโรคหัวใจขาดเลือด มีสัดส่วนเท่ากัน ร้อยละ 8.8 ไตอักเสบและไตพิการ (nephritis and nephrosis) ร้อยละ 4.0 และโรคมะเร็งตับ ร้อยละ 3.7 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบการตายจำแนกรายสาเหตุระหว่างเพศ พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ทั้งในเพศชายและเพศหญิง⁽⁴⁾ (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 : 10 อันดับการตายจำแนกรายสาเหตุของประชากรไทย พ.ศ. 2557

ลำดับ	ชาย			หญิง		
	สาเหตุ	Deaths ('000)	%	%	Deaths ('000)	สาเหตุ
1	โรคหลอดเลือดสมอง	30	11.1	14.6	31	โรคหลอดเลือดสมอง
2	โรคหัวใจขาดเลือด	21	7.8	8.8	19	โรคเบาหวาน
3	อุบัติเหตุทางถนน	20	7.4	8.8	19	โรคหัวใจขาดเลือด
4	โรคมะเร็งตับ	18	6.5	4.0	8	โรคไตอักเสบและไตพิการ
5	โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	17	6.0	3.7	8	โรคมะเร็งตับ
6	โรคเบาหวาน	12	4.3	3.2	7	การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง
7	โรคมะเร็งหลอดลมและปอด	11	4.1	2.8	6	โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
8	ภาวะตับแข็ง	11	4.1	2.7	6	โรคสมองเสื่อม
9	การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์	11	4.0	2.6	5	โรคมะเร็งหลอดลมและปอด
10	การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง	8	2.9	2.5	5	การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

ที่มา : รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากร พ.ศ. 2557

เรียบเรียงโดย: สำนักวิจัยนโยบายสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP)

สำหรับอันดับการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทย พ.ศ. 2557 ใน 10 อันดับแรก พบว่า 3 อันดับแรกของการสูญเสียปีสุขภาวะด้วยโรคไม่ติดต่อนั้น พบสาเหตุการสูญเสียปีสุขภาวะในเพศชาย อันดับแรกคือ อันดับที่ 2 โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 6.6 รองลงมาคือ อันดับที่ 4 โรคหัวใจขาดเลือด และอันดับที่ 6 โรคมะเร็งตับ ส่วนสาเหตุการสูญเสียปีสุขภาวะในเพศหญิงนั้น อันดับแรกคือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 8.4 รองลงมาคือ อันดับที่ 2 โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 7.3 และอันดับที่ 3 โรคหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 4.3⁽⁴⁾ (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 : 10 อันดับการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทย พ.ศ. 2557 จำแนกตามเพศ และสาเหตุ

ลำดับ	ชาย			หญิง		
	สาเหตุ	Deaths ('000)	%	%	Deaths ('000)	สาเหตุ
1	อุบัติเหตุทางถนน	873	10.1	8.4	531	โรคเบาหวาน
2	โรคหลอดเลือดสมอง	574	6.6	7.3	462	โรคหลอดเลือดสมอง
3	การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์	444	5.1	4.3	271	โรคหัวใจขาดเลือด
4	โรคหัวใจขาดเลือด	425	4.9	3.9	244	โรคข้อเสื่อม
5	การเสพติดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	388	4.5	3.6	229	การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
6	โรคมะเร็งตับ	383	4.4	3.6	225	อุบัติเหตุทางถนน
7	โรคเบาหวาน	340	3.9	3.1	197	โรคสมองเสื่อม
8	ภาวะตับแข็ง	312	3.6	2.5	160	โรคมะเร็งตับ
9	โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	290	3.4	2.2	137	โรคไตอักเสบและไตพิการ
10	โรคมะเร็งหลอดลมและปอด	197	2.3	2.0	128	โรคมะเร็งเต้านม

ที่มา : รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากร พ.ศ. 2557

เรียบเรียงโดย: สำนักวิจัยนโยบายสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP)

จากสถานการณ์ข้างต้นจะเห็นได้ว่ากลุ่มโรค ไม่ติดต่อนี้ยังเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของประเทศไทย ที่มีจำนวนผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นและมีแนวโน้มทวีความรุนแรงมากขึ้น ส่งผลให้เกิดความสูญเสียปีสุขภาวะและส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม

สำหรับการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อนี้ได้เริ่มต้นชัดเจนอย่างเป็นทางการในปี พ.ศ. 2543 เมื่อยุทธศาสตร์โลกเพื่อป้องกันและควบคุมโรค ไม่ติดต่อดำเนินการจากที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ 53 ซึ่งมีการกำหนดขอบเขตการจัดการปัญหา โดยเน้นไปที่กลุ่มโรคไม่ติดต่อหลัก 4 โรค 4 การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา และ 4 ปัจจัยเสี่ยงหลัก หรือที่เรียกว่า “4x4x4 model” คือ 4 โรคหลัก ได้แก่ 1) โรคหัวใจและหลอดเลือด 2) โรคเบาหวาน 3) โรคมะเร็ง 4) โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง ซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาสำคัญ 4 ปัจจัยคือ 1) ภาวะไขมันในเลือดสูง 2) ภาวะความดันโลหิตสูง 3) ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง 4) ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนซึ่งการเปลี่ยนแปลงต่างๆ นั้นเกิดจากการมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่ไม่เหมาะสม โดยปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรมร่วมที่สำคัญประกอบด้วย 1) การบริโภคยาสูบ 2) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 3) การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม 4) การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ซึ่งภายหลังในปี พ.ศ. 2560 ประชาคมสุขภาพโลกได้มีความตระหนักในผลกระทบจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพจิต จึงได้เพิ่มขอบเขตการจัดการปัญหาโรคไม่ติดต่อ จากเดิม “4x4” คือ 4 กลุ่มโรค 4 ปัจจัยเสี่ยงหลัก เป็น “5x5” คือ 5 กลุ่มโรค 5 ปัจจัยเสี่ยงหลัก โดยได้เพิ่มประเด็นด้านมลพิษทางอากาศ และปัญหาสุขภาพจิต⁽⁵⁾ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 : 5 พฤติกรรมเสี่ยง 4 การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา และ 5 กลุ่มโรค

5 พฤติกรรมเสี่ยง	4 การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา	5 กลุ่มโรค
1. การบริโภคยาสูบ	1. ไขมันในเลือดสูง	1. หัวใจและหลอดเลือด
2. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	2. ความดันโลหิตสูง	2. เบาหวาน
3. การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม	3. น้ำตาลในเลือดสูง	3. มะเร็ง
4. กิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ	4. น้ำหนักเกินและโรคอ้วน	4. ทางเดินหายใจเรื้อรัง
5. มลพิษทางอากาศ		5. ปัญหาสุขภาพจิต

ต่อมาในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2556 ที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลก ครั้งที่ 66 มีมติรับรองกรอบการติดตาม การดำเนินการ ควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อ หรือ Comprehensive Global Monitoring Framework (GMF) ภายใต้การมีส่วนร่วมของประเทศสมาชิก องค์การภายใต้การสหประชาชาติ องค์การเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศ และองค์การพัฒนาเอกชน เพื่อนำไปใช้ติดตามแนวโน้ม และประเมินความก้าวหน้าในการดำเนินการหลังจากการนำแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุม โรคไม่ติดต่อระดับโลก และแผนปฏิบัติการไปปฏิบัติใช้ ทั้งในระดับประเทศ ระดับภูมิภาค และระดับโลก โดยกรอบดังกล่าวประกอบไปด้วย 9 เป้าหมาย ระดับโลก และ 25 ตัวชี้วัดระดับโลก ซึ่งแบ่งตามปัจจัยหลัก 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) เป้าหมายด้านอัตราตายและอัตราป่วย 2) เป้าหมาย ด้านปัจจัยเสี่ยงหลัก ทั้งปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรม และปัจจัยเสี่ยงทางชีววิทยา และ 3) เป้าหมายด้านระบบบริการระดับชาติ โดยเป้าหมายระดับโลกทั้ง 9 รายการนั้น ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อกระตุ้น สนับสนุน และสร้างแรงจูงใจให้ประเทศสมาชิกใช้เป็นแนวทาง ในการตั้งเป้าหมายในการดำเนินการ โดยวัดความสำเร็จในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในปี พ.ศ. 2568 โดยเทียบกับ ข้อมูลอ้างอิงพื้นฐานในปี พ.ศ. 2553⁽⁵⁾ ดังรายละเอียด ในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 : รายการ 9 เป้าหมายและตัวชี้วัดระดับโลกในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ภายใน พ.ศ. 2568

รายการข้อมูล	รายการข้อมูล	25 ตัวชี้วัด (Indicators)
อัตราตายและอัตราป่วย (Mortality and morbidity)		
การเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจาก โรคไม่ติดต่อ (Premature mortality from NCDs cause)	1. อัตราตายด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน (และ/หรือ) โรคปอดเรื้อรัง ของประชากรอายุ ระหว่าง 30 – 70 ปี ลดลงร้อยละ 25	1. ความน่าจะเป็นในการตายของ ประชากรอายุระหว่าง 30 – 70 ปี จากสาเหตุของโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และโรคปอดเรื้อรัง
ตัวชี้วัดเพิ่มเติม		2. อุบัติการณ์ของโรคมะเร็งแต่ละ ประเภทต่อประชากร 100,000 คน

ตารางที่ 4 : รายการ 9 เป้าหมายและตัวชี้วัดระดับโลกในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ภายใน พ.ศ. 2568 (ต่อ)

รายการข้อมูล	รายการข้อมูล	25 ตัวชี้วัด (Indicators)
ปัจจัยเสี่ยง		
พฤติกรรมเสี่ยง (Behavioural risk factors)		
ปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ (Harmful use of alcohol) (หมายเหตุ: ประเทศเลือกเป้าหมายจากตัวชี้วัดตามความเหมาะสมของบริบทประเทศ)	2. ลดปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ลงร้อยละ 10 หมายเหตุ: ตามยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาแอลกอฮอล์ระดับโลก ได้ให้คำนิยาม ปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ (Harmful use of alcohol) ที่มีความหมายกว้างครอบคลุมถึงการดื่มที่ก่อปัญหาต่อทั้งปัญหาสุขภาพและปัญหาทางสังคม ที่มีต่อผู้ดื่มคนรอบข้าง และสังคมในวงกว้าง รวมทั้งรูปแบบการดื่มต่างๆ ที่สัมพันธ์กับการเพิ่มระดับความเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพ	3. ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ (รวมแอลกอฮอล์ในระบบภาษีและนอกระบบภาษี) ต่อหัวประชากรต่อปีของประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป (หน่วยลิตรของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์)
		4. ความชุกของการดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักในประชากรวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่
		5. อัตราการตายและอัตราการป่วยของประชากรวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์
การมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ	3. ความชุกของการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ* ลดลงร้อยละ 10 (*หมายถึง การมีกิจกรรมทางกายระดับปานกลางน้อยกว่าหรือเท่ากับ 150 นาทีต่อสัปดาห์)	6. ความชุกของการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอในประชากรวัยรุ่น (หมายถึง การมีกิจกรรมทางกายระดับปานกลางถึงระดับมากน้อยกว่า 60 นาทีต่อสัปดาห์)
		7. ความชุกของการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอในประชากรอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
การบริโภคเกลือ/โซเดียม	4. ค่าเฉลี่ยปริมาณการบริโภคเกลือ/โซเดียมในประชากร ลดลงร้อยละ 30* (*ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกคือ น้อยกว่า 5 กรัมของเกลือ หรือ 2 กรัมของโซเดียมต่อวัน)	8. ค่าเฉลี่ยปริมาณการบริโภคเกลือ (โซเดียมคลอไรด์) คิดเป็นกรัมต่อวันของประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
การบริโภคน้ำตาล	5. ความชุกของการบริโภคน้ำตาลในประชากรที่อายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไป ลดลงร้อยละ 30	9. ความชุกของการสูบบุหรี่ของประชากรวัยรุ่น
		10. ความชุกของการสูบบุหรี่ของประชากรอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

ตารางที่ 4 : รายการ 9 เป้าหมายและตัวชี้วัดระดับโลกในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ภายใน พ.ศ. 2568 (ต่อ)

รายการข้อมูล	รายการข้อมูล	25 ตัวชี้วัด (Indicators)
ปัจจัยเสี่ยงทางชีววิทยา (Biological risk factors)		
ความดันโลหิตสูง	6. ความชุกของภาวะความดันโลหิตสูง* ลดลงร้อยละ 25 (*หมายถึง ค่าความดันซิสโตลิก (systolic blood pressure) >140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ค่าความดันไดแอสโตลิก (diastolic blood pressure) >90 มิลลิเมตรปรอท ในประชากรอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป)	11. ความชุกของภาวะความดันโลหิตสูง* ในประชากรอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป (*หมายถึง ความดันซิสโตลิก (systolic blood pressure) >140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ค่าความดันไดแอสโตลิก (diastolic blood pressure) >90 มิลลิเมตรปรอท)
โรคเบาหวานและอ้วน (หมายเหตุ: ประเทศเลือกเป้าหมายจากตัวชี้วัดตามความเหมาะสมของบริบทประเทศ)	7. ความชุกของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง/โรคเบาหวาน*และโรคอ้วน** ในประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไป ไม่เพิ่มขึ้น (*หมายถึง ค่า fasting plasma glucose>7.0 mmol/L (126 mg/dl) หรือได้รับยาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด **หมายถึงภาวะน้ำหนักเกิน คือ มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร และโรคอ้วน คือ มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 30 กิโลกรัม/ตารางเมตร)	12. ความชุกของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง/โรคเบาหวานในประชากร
		13. ความชุกของภาวะน้ำหนักเกิน และโรคอ้วนในประชากรวัยรุ่น (กำหนดเกณฑ์โดย WHO Growth Reference)
		14. ความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในประชากรอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
ตัวชี้วัดเพิ่มเติม		15. ค่าเฉลี่ยของปริมาณพลังงานที่ได้รับจากการบริโภคกรดไขมันอิ่มตัวของประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป (กรดไขมันอิ่มตัว จำแนกตามลักษณะเฉพาะทางชีววิทยาและการส่งผลกระทบต่อสุขภาพตามคำแนะนำด้านโภชนาการ)
		16. ความชุกของการบริโภคผักและผลไม้ในปริมาณน้อยกว่า 1 ใน 5 ส่วน หรือ 400 กรัม/วัน ของประชากรอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
		17. ความชุกของภาวะระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูง และค่าเฉลี่ยของระดับคอเลสเตอรอลรวมในเลือดของประชากรอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป(หมายถึง ค่าคอเลสเตอรอลรวม (total cholesterol) >15.0 mmol/L หรือ 190 mg/dl)

ตารางที่ 4 : รายการ 9 เป้าหมายและตัวชี้วัดระดับโลกในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ภายใน พ.ศ. 2568 (ต่อ)

รายการข้อมูล	รายการข้อมูล	25 ตัวชี้วัด (Indicators)
การจัดระบบบริการระดับชาติ (National response system)		
ยาเพื่อป้องกันโรคหัวใจวายเฉียบพลัน และโรคหลอดเลือดสมอง	8. ประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไป ที่มี ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือด ได้รับคำปรึกษา เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม และรับยาเมื่อมีข้อบ่งชี้เพื่อป้องกันโรค หัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง (รวมถึงยาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 (มีค่าความเสี่ยง ต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ในสิบปี หรือ 10-years cardiovascular risk >30)	18. สัดส่วนของประชากรอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไปที่มีค่าร้อยละความเสี่ยงต่อการ เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดใน 10 ปี มากกว่าหรือเท่ากับ 30 รวมถึงผู้ป่วย โรคหลอดเลือดหัวใจได้รับการรักษาด้วย ยาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และได้รับคำปรึกษาในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมที่เหมาะสมเพื่อป้องกัน การเกิดภาวะหัวใจวายเฉียบพลัน และโรคหลอดเลือดสมอง
ยาที่จำเป็นและเทคโนโลยีขั้นพื้นฐาน สำหรับรักษา/บริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ ที่สำคัญ	9. การมียาที่จำเป็นและเทคโนโลยี ขั้นพื้นฐานสำหรับรักษา/บริการผู้ป่วย โรคไม่ติดต่อที่สำคัญในสถานบริการรัฐ และเอกชนร้อยละ 80	19. ความสามารถในการจัดหา ยาที่จำเป็นสำหรับการรักษาโรคไม่ติดต่อ อย่างมีคุณภาพ มีความปลอดภัย และ เกิดประสิทธิผล รวมถึงมีเทคโนโลยี ขั้นพื้นฐานในสถานพยาบาลของภาครัฐ และเอกชน
ตัวชี้วัดเพิ่มเติม		20. การเข้าถึงวิธีการรักษาเพื่อบรรเทา อาการปวดด้วย morphine-equivalent ในกลุ่มยา strong opioid analgesics (ยกเว้นยา methadone) ของประชากร ที่เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็ง 21. การประกาศใช้นโยบายระดับประเทศ ในการควบคุมปริมาณกรดไขมันอิ่มตัว ในอาหาร และหลีกเลี่ยงการใช้น้ำมัน ประเภท partially hydrogenated vegetable oils (PHVO) ในกระบวนการผลิตอาหาร

ตารางที่ 4 : รายการ 9 เป้าหมายและตัวชี้วัดระดับโลกในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ภายใน พ.ศ. 2568 (ต่อ)

รายการข้อมูล	รายการข้อมูล	25 ตัวชี้วัด (Indicators)
การจัดระบบบริการระดับชาติ (National response system)		
ตัวชี้วัดเพิ่มเติม		22. ความสามารถในการจัดหาวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก (HPV vaccines) ในราคาที่เหมาะสม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ การดำเนินการและนโยบายของประเทศ
		23. การประกาศใช้นโยบายเพื่อลดผลกระทบต่อนักเรียนจากกลยุทธ์ทางการตลาดด้านอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์ ที่มีส่วนผสมของไขมันอิ่มตัว ไขมันทรานส์ สารให้ความหวานแทนน้ำตาล และเกลือในปริมาณสูง
		24. สัดส่วนของประชากรหญิงที่มีอายุระหว่าง 30-49 ปี ซึ่งได้รับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกอย่างน้อยหนึ่งครั้ง รวมถึงการได้รับการตรวจคัดกรองในผู้หญิงที่มีอายุนอกเหนือจากกลุ่มอายุดังกล่าว ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ การดำเนินการและนโยบายของประเทศ
		25. มีการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีอย่างครอบคลุม โดยประเมินจากการได้รับวัคซีนครั้งที่ 3 ของเด็กทารก

ประเทศไทยได้ตอบรับและนำเป้าหมายระดับโลกทั้ง 9 เป้าหมายมากำหนดเป็นเป้าหมายในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับประเทศตามมติที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 6 พ.ศ. 2557 ดังรายละเอียดในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 : รายละเอียดนิยาม แหล่งข้อมูลของ 9 เป้าหมายของการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับโลกและตัวชี้วัดเบื้องต้น 9 ตัวชี้วัด ที่ใช้สำหรับประเทศไทย

รายการข้อมูล	ตัวชี้วัด/เป้าหมาย	แหล่งข้อมูล
การเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อ		
1. การเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อ (Premature mortality from NCDs)	อัตราการตายด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และโรคปอดเรื้อรังในประชากรอายุระหว่าง 30-70 ปี ลดลงร้อยละ 25	แหล่งข้อมูล: ข้อมูลทะเบียนการตาย (Death registration) ของสำนักบริหารการทะเบียน และโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ผู้รับผิดชอบ: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 5 : รายละเอียดนิยาม แหล่งข้อมูลของ 9 เป้าหมายของการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับโลกและตัวชี้วัดเบื้องต้น 9 ตัวชี้วัด ที่ใช้สำหรับประเทศไทย (ต่อ)

รายการข้อมูล	ตัวชี้วัด/เป้าหมาย	แหล่งข้อมูล
ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมสุขภาพ		
2. ปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ (Harmful use of alcohol)	ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากรต่อปี* ในประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ลดลงร้อยละ 10 (*หน่วยเป็นลิตรของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์)	แหล่งข้อมูล: คำนวนจาก (1) ข้อมูลปริมาณจำหน่ายปริมาณผลิตสุราพื้นเมือง และปริมาณนำเข้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (กรมสรรพสามิต) และ (2) ข้อมูลประชากรกลางปี (อายุ 15 ปีขึ้นไป) ของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข
3.การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ (Physical inactivity)	ความชุกของการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอในประชากรอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป * ลดลงร้อยละ 10 (*หมายถึง การมีกิจกรรมทางกายระดับปานกลางน้อยกว่าหรือเท่ากับ 150 นาทีต่อสัปดาห์)	แหล่งข้อมูล: การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย
4.การบริโภคเกลือและโซเดียม (Salt/sodium intake)	การบริโภคเกลือและโซเดียมในประชากรอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ลดลงร้อยละ 30* (*ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก คือ น้อยกว่า 5 กรัมของเกลือ หรือ 2 กรัมของโซเดียมต่อวัน)	แหล่งข้อมูล: การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย
5.การบริโภคยาสูบ (Tobacco use)	ความชุกของการสูบบุหรี่ในประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ลดลงร้อยละ 30	แหล่งข้อมูล: การสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร สำนักงานสถิติแห่งชาติ
ปัจจัยเสี่ยงทางชีววิทยา		
6. ความดันโลหิตสูง (Raise blood pressure)	ความชุกของโรคความดันโลหิตสูง* ในประชากรอายุ 18 ปี ขึ้นไป ลดลงร้อยละ 25 (*หมายถึง ความชุกของภาวะความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 18 ปี ขึ้นไป ที่มีค่าความดันซิสโตลิก (systolic blood pressure) ≥ 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ค่าความดันไดแอสโตลิก (diastolic blood pressure) ≥ 90 มิลลิเมตรปรอท และผู้ป่วยความดันโลหิตสูง)	แหล่งข้อมูล: การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย

ตารางที่ 5 : รายละเอียดนิยาม แหล่งข้อมูลของ 9 เป้าหมายของการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับโลกและตัวชี้วัดเบื้องต้น 9 ตัวชี้วัด ที่ใช้สำหรับประเทศไทย (ต่อ)

รายการข้อมูล	ตัวชี้วัด/เป้าหมาย	แหล่งข้อมูล
7. โรคเบาหวานและภาวะโรคอ้วน (Diabetes and obesity)	ความชุกของโรคเบาหวาน* และโรคอ้วน** ในประชากรอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ไม่เพิ่มขึ้น (*หมายถึง ความชุกของภาวะความ น้ำตาลในเลือดสูงในประชากรอายุ 18 ปี ขึ้นไป ที่มีค่า <i>fasting plasma glucose</i> ≥ 7 mmol/L (126 mg/dl หรือผู้ป่วยเบาหวาน **ภาวะน้ำหนักเกิน คือ มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 25 kg/m^2 และโรคอ้วน คือ มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 30 kg/m^2)	แหล่งข้อมูล: การสำรวจสุขภาพ ประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย
การจัดการระบบบริการสุขภาพ		
8. การได้รับยาเพื่อป้องกัน (โรคหัวใจ/ภาวะหัวใจวายเฉียบพลัน) และโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) (Drug therapy to Prevent heart Attacks and Strokes)	ประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไป ที่มีความเสี่ยง ต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้รับคำปรึกษา เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และได้รับยาที่เหมาะสมเพื่อป้องกัน โรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 (มีค่าความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือด ภายใน 10-year cardiovascular risk มากกว่าหรือ เท่ากับร้อยละ 30)	แหล่งข้อมูล: การสำรวจสุขภาพ ประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย
9. ยาที่จำเป็นสำหรับการรักษาโรค ไม่ติดต่อ รวมถึงมีเทคโนโลยีขั้นพื้นฐาน (Essential NCD medicines and basic technologies to treat major NCDs)	การมียาที่จำเป็นและเทคโนโลยี ขั้นพื้นฐานสำหรับรักษา/บริการผู้ป่วย โรคไม่ติดต่อ ในสถานบริการระดับ ปฐมภูมิทั้งรัฐและเอกชน ร้อยละ 80	แหล่งข้อมูล: การสำรวจโดยองค์การ อนามัยโลก SARA (Service Availability and Readiness Assessment)



สถานการณ์โรคไม่ติดต่อตาม 9 เป้าหมายระดับโลก ของประเทศไทย จำแนกตามตัวชี้วัดเบื้องต้น 9 ตัวชี้วัด

ประเทศไทยได้มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อผ่านแผนปฏิบัติการต่างๆ ดังจะเห็นได้จากการมีแผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย ซึ่งเป็นยุทธศาสตร์ระดับชาติที่มีการดำเนินงานทั้งในภาพรวมของโรคไม่ติดต่อและปัจจัยเสี่ยงเฉพาะร่วมกับการมีแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อด้านระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564) สอดคล้องภายใต้กรอบยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปีด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคน รวมทั้งการปรับสมดุลและพัฒนาระบบการบริหารจัดการภาครัฐ และแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) จากความร่วมมือของภาคีเครือข่าย นอกจากนี้ยังมียุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงเฉพาะอีก ได้แก่ แผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ.2559-2562, แผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ ระดับชาติ พ.ศ.2554-2563, แผนยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วน พ.ศ.2553-2562, ยุทธศาสตร์การลดโซเดียมในประเทศไทย พ.ศ. 2559-2568 และแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ. 2561-2573 นอกจากนี้ยังมีหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องทั้งภายในกระทรวงสาธารณสุขและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกันดำเนินการศึกษาในรูปแบบของการสำรวจข้อมูลด้านสุขภาพของประชากรไทย เพื่อทราบสถานการณ์การป่วย การตาย และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อ ตลอดจนตอบสนองต่อเป้าหมายในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อตาม 9 เป้าหมายระดับโลกของประเทศไทย และเมื่อพิจารณาจากผลการศึกษาระบาดวิทยาและการบาดเจ็บของประชากรไทย (Thai BOD), ผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย (NHES), ผลการศึกษาจากเครือข่ายกลุ่มวิจัยสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (MedResNet), ผลการสำรวจพฤติกรรมสูบบุหรี่และดื่มสุรา สำนักงานสถิติแห่งชาติ และผลการสำรวจการบริโภคเกลือแกงของกรมอนามัย พบความก้าวหน้าตามเป้าหมาย เพื่อบรรลุตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้⁽⁶⁾ ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 : สถานการณ์ตาม 9 เป้าหมายระดับโลกของประเทศไทย (Situation of 9 Global Targets in thailand)

รายการ	ปี	ผลการสำรวจ	ร้อยละการเปลี่ยนแปลง	เป้าหมาย
1. การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร				
1.1 ความน่าจะเป็นของการเสียชีวิตที่อายุ 30 ปีถึง 70 ปี จากโรคหัวใจและหลอดเลือด, โรคปอดเรื้อรัง, โรคเบาหวาน และโรคมะเร็ง ที่มา: Thai BOD, IHPP	2550	15.30%	ลดลง 7.84%	ลดลง 25%
	2553	15.10%		
	2557	14.10%		
1.2 อัตราตายก่อนวัยอันควร (อายุ 30 - 70 ปี) จากโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคปอดเรื้อรัง, โรคเบาหวาน และโรคมะเร็ง ที่มา: Thai BOD, IHPP	2553	343.06 ต่อแสน	เพิ่ม 10%	
	2556	355.30 ต่อแสน		

ตารางที่ 6 : สถานการณ์ตาม 9 เป้าหมายระดับโลกของประเทศไทย (Situation of 9 Global Targets in thailand) (ต่อ)

รายการ	ปี	ผลการสำรวจ	ร้อยละการเปลี่ยนแปลง	เป้าหมาย
2. การบริโภคสุราที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ				
2.1 ความชุกของผู้ดื่มหนักในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา ที่มา: ผลการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพและดื่มสุราสำนักงานสถิติแห่งชาติ	2552	13.95%	ลดลง 14.69%	
	2557	11.90%		
2.2 ปริมาณแอลกอฮอล์บริโภคต่อหัวประชากร ที่มา: กรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง	2554	7.13 ลิตร	ไม่ลดลง	ลดลง 10%
	2557	6.91 ลิตร		
	2558	6.95 ลิตร		
	2559	7.11 ลิตร		
3. ความชุกของการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ที่มา: ผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย (NHES)	2552	18.40%	เพิ่ม 3.8%	ลดลง 10%
	2557	19.20%		
4. ค่าเฉลี่ยปริมาณการบริโภคเกลือและโซเดียมของประชาชนไทย ที่มา: ผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย (NHES)	2552	3,246 มก./วัน	(ไม่มีค่าเปรียบเทียบ)	ลดลง 30%
	2557	ไม่มีรายงาน		
5. ความชุกของการบริโภคยาสูบในประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มา: ผลการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพและดื่มสุราสำนักงานสถิติแห่งชาติ	2554	21.40%	ลดลง 10.7%	ลดลง 30%
	2560	19.10%		
6. ความชุกของภาวะความดันโลหิตสูง (Raised blood pressure) (ในประชากร 15 ปีขึ้นไป (ค่าปรับสำหรับอายุ 18 ปีขึ้นไป)) ที่มา: ผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย (NHES)	2552	21.4% (22.6%)	เพิ่ม 15.4%	ลดลง 25%
	2557	24.7 (26.9%)		
7.1 ความชุกของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง/โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus) (ในประชากร 15 ปีขึ้นไป (ค่าปรับสำหรับอายุ 18 ปีขึ้นไป)) ที่มา: ผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย (NHES)	2552	6.9% (7.3%)	เพิ่ม 29.0%	0%
	2557	8.9% (9.6%)		
7.2 ความชุกของโรคอ้วน ในประชากร 15 ปีขึ้นไป (Obesity) ที่มา: ผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย (NHES)	2552	34.7% (9.1%)	เพิ่ม 29.0%	0%
	2557	37.% (11.3%)		
8. ประชาชนได้รับการยาและการให้คำปรึกษาในการป้องกันโรคหัวใจเฉียบพลัน	2553	ยังไม่มีข้อมูล		50%
9. การมียาและเทคโนโลยีที่เพียงพอและเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยโรค NCDs	2553	ยังไม่มีข้อมูล		80%

ที่มา : สถานการณ์การดำเนินงานด้านการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCDs) กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

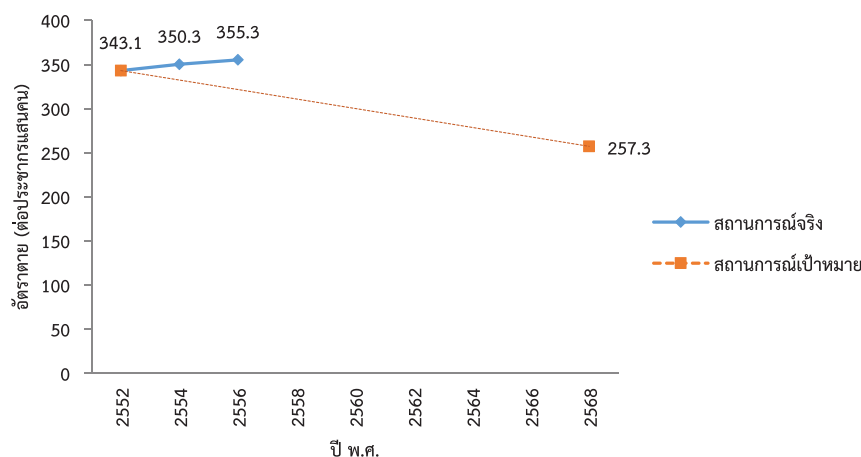
ตัวชี้วัดที่

1

อัตราการตายก่อนวัยอันควรด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง ในประชากรอายุระหว่าง 30-70 ปี ลดลงร้อยละ 25

ตัวชี้วัดที่ 1 เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญในด้านอัตราการตายและอัตราป่วย ซึ่งบ่งบอกถึงความรุนแรงของปัญหาโรคไม่ติดต่อที่เกิดขึ้นโดยเฉพาะในกลุ่มประชากรที่มีอายุระหว่าง 30-70 ปี โดยการลดอัตราการตายก่อนวัยอันควรด้วยโรคไม่ติดต่อ 4 โรคหลัก ประกอบด้วย โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรังในประชากรอายุระหว่าง 30-70 ปี ลดลงร้อยละ 25 นั้น ประเทศไทยใช้ข้อมูลจากโครงการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ในปี พ.ศ. 2552 เป็นปีสถานการณ์อ้างอิงในการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายระดับโลก ในปี พ.ศ. 2568 ซึ่งมีตัวชี้วัด 2 ลักษณะ คือ 1) ความน่าจะเป็นของการเสียชีวิตที่อายุ 30 ปีถึง 70 ปี จากโรคหัวใจและหลอดเลือด, โรคปอดเรื้อรัง, โรคเบาหวาน และโรคมะเร็ง ซึ่งพบว่าลดลง จาก 15.3 % ในปี 2550 เป็น 15.1% และ 14.1 % ในปี 2553, 2557 ตามลำดับ (ที่มา: Thai BOD, IHPP) ลักษณะที่ 2) อัตราตายก่อนวัยอันควรของประชากรไทยด้วยโรคไม่ติดต่อ 4 โรคหลัก ซึ่งพบว่าตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552, 2554 และ 2556 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่องทุกปี (อัตราตายเท่ากับ 343.1 350.3 และ 355.3 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ) เมื่อคิดอัตราการเปลี่ยนแปลงจากปีอ้างอิง (พ.ศ. 2552) ถึงปีล่าสุด (พ.ศ. 2556) พบว่าเพิ่มขึ้นร้อยละ 10⁽⁵⁾ (ดังแผนภูมิที่ 3)

ดังนั้นเป้าหมายในปี พ.ศ. 2568 ที่ต้องการลดอัตราการตายก่อนวัยอันควรด้วยโรคไม่ติดต่อ 4 โรคหลัก ในประชากรอายุ 30-70 ปีลงร้อยละ 25 นั้น ค่าอัตราการตายก่อนวัยอันควรของประชากรไทยด้วยโรคไม่ติดต่อ 4 โรคหลัก ควรต่ำกว่า 257.3 ต่อประชากรแสนคน จึงจะบรรลุตามเป้าหมายระดับโลก⁽⁵⁾



แผนภูมิที่ 3 : อัตราตายก่อนวัยอันควรด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง ในประชากรอายุระหว่าง 30-70 ปี ปี พ.ศ. 2552, 2554 และ 2556 เปรียบเทียบสถานการณ์เป้าหมายในปี พ.ศ. 2568 โดยใช้ ปี พ.ศ. 2552 เป็นปีอ้างอิง

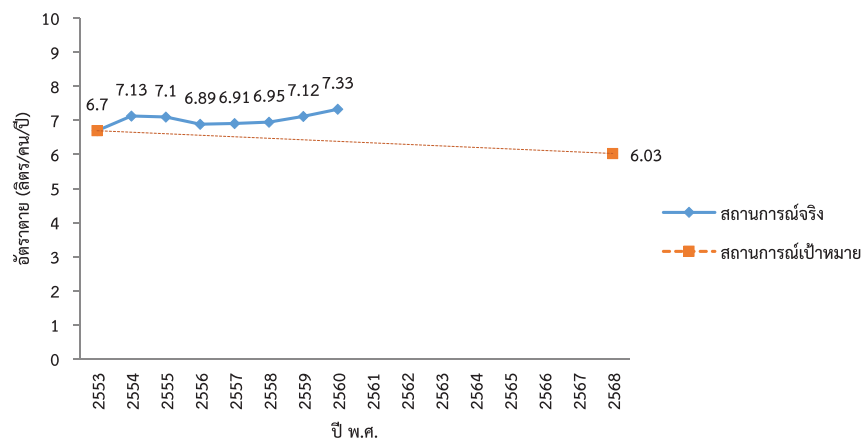
ตัวชี้วัดที่

2

ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อหัวประชากรต่อปีในประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ลดลงร้อยละ 10

ตัวชี้วัดที่ 2 เป็นตัวชี้วัดปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งการวัดปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อหัวประชากรต่อปีในประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป โดยเป้าหมายระดับโลกได้มีการกำหนดเกณฑ์ตัวชี้วัด ในการบรรลุเป้าหมายคือ ลดลงร้อยละ 10 ซึ่งประเทศไทยใช้ข้อมูลจากกรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง และ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2553 เป็นปีสถานการณ์อ้างอิงในการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายระดับโลก ในปี พ.ศ. 2568 โดยสถานการณ์การบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อหัวประชากรต่อปี ตั้งแต่ ปีพ.ศ. 2553 ถึง พ.ศ. 2560 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อย โดยในปี พ.ศ. 2560 พบปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อหัวประชากรไทยเท่ากับ 7.33 ลิตรต่อคนต่อปี ซึ่งในภาพรวมเมื่อคิดอัตราการเปลี่ยนแปลงจากปีอ้างอิง (พ.ศ. 2553) ถึงปีล่าสุด (พ.ศ. 2560) สถานการณ์ดังกล่าวยังไม่ลดลง⁽⁵⁾ (ดังแผนภูมิที่ 4)

ดังนั้นการจะบรรลุตามเป้าหมายระดับโลกในการลดปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อหัวประชากรต่อปีในประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ลดลงร้อยละ 10 ในปี พ.ศ. 2568 นั้น ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อหัวประชากรต่อปีในประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ควรน้อยกว่า 6.03 ลิตรของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อคนต่อปี ในปี พ.ศ. 2568⁽⁵⁾



แผนภูมิที่ 4 : ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ (ลิตร) ต่อหัวประชากรต่อปีในประชากรไทยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2553 – 2560 เปรียบเทียบสถานการณ์เป้าหมายในปี พ.ศ. 2568 โดยใช้ปี พ.ศ. 2553 เป็นปีอ้างอิง

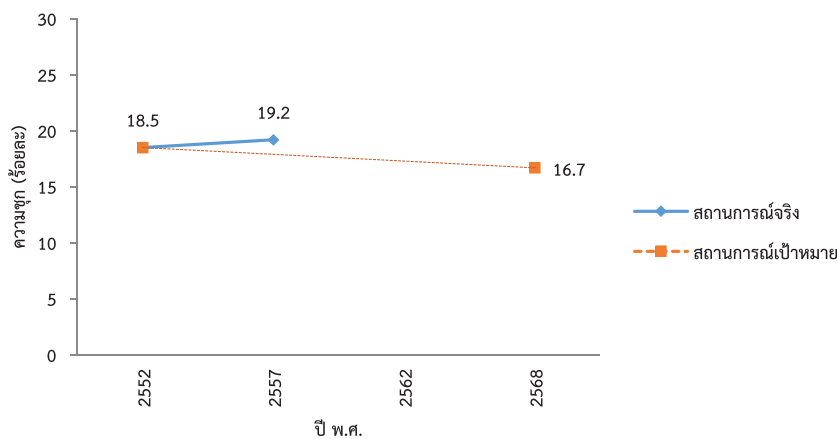
ตัวชี้วัดที่

3

ความชุกของการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอในประชากรอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ลดลงร้อยละ 10

ตัวชี้วัดที่ 3 เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดสำคัญที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรมสุขภาพคือ การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ (หมายถึง การมีกิจกรรมทางกายระดับปานกลางน้อยกว่าหรือเท่ากับ 150 นาทีต่อสัปดาห์) โดยการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อในระดับบุคคลนั้น การมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอถือเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่ประชาชนทั่วไปสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ซึ่งทำได้ง่ายและใช้การลงทุนน้อย โดยเป้าหมายระดับโลกได้มีการกำหนดเกณฑ์ตัวชี้วัดในการบรรลุเป้าหมายคือ ลดลงร้อยละ 10 สำหรับประเทศไทยใช้ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ปี พ.ศ. 2552 เป็นปีสถานการณ์อ้างอิงในการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายระดับโลกในปี พ.ศ. 2568 ซึ่งการสำรวจ ดังกล่าวได้ดำเนินการเก็บข้อมูลในประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป พบว่าสถานการณ์การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 18.5 ในปี พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 19.2 ในปี พ.ศ. 2557 เมื่อคิดอัตราการเปลี่ยนแปลงจากปีอ้างอิง (พ.ศ. 2552) กับปีล่าสุด (พ.ศ. 2557) พบว่าเพิ่มขึ้นร้อยละ 3.8⁽⁵⁾ (ดังแผนภูมิที่ 5) อย่างไรก็ตามข้อมูลการสำรวจ ในปี พ.ศ. 2562 ยังอยู่ระหว่างการดำเนินงาน ซึ่งจะเป็นข้อมูลครั้งล่าสุดที่บ่งบอกถึงสถานการณ์ปัจจุบันที่เปลี่ยนแปลงไปในเชิงบวกหรือเชิงลบ ทั้งนี้ในส่วนของนโยบายหรือมาตรการส่งเสริมกิจกรรมทางกายยังคงต้องขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างเข้มข้นเพื่อกระตุ้นให้ประชาชนใส่ใจดูแลสุขภาพของตนเอง โดยเกิดจากการผลักดันและสนับสนุนจากหน่วยงานหลายภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ และภาคเอกชนเพื่อลดการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอในประเทศไทย

ดังนั้นการจะบรรลุตามเป้าหมายระดับโลกเพื่อลดความชุกของการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอในประชากรอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ลดลงร้อยละ 10 ในปี พ.ศ. 2568 นั้น ควรมีความชุกของการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอไม่เกินร้อยละ 16.7 ในปี พ.ศ. 2568⁽⁵⁾



แผนภูมิที่ 5 : ความชุกของการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอในประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2552 และ 2557
สำรวจโดยสำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยใช้แบบสอบถาม GPAQ ในประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป
เปรียบเทียบสถานการณ์เป้าหมายในปี พ.ศ. 2568 โดยใช้ปี พ.ศ. 2552 เป็นปีอ้างอิง

ตัวชี้วัดที่

4

ค่าเฉลี่ยปริมาณการบริโภคเกลือและโซเดียมในประชากรอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ลดลงร้อยละ 30

ตัวชี้วัดที่ 4 เป็นตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรมสุขภาพคือ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ซึ่งให้ความสำคัญในประเด็นของค่าเฉลี่ยปริมาณการบริโภคเกลือและโซเดียมในประชากรต่อวัน เนื่องจากการบริโภคเกลือและโซเดียมในปริมาณที่เกินกำหนดมาตรฐานต่อวัน เป็นปัจจัยเสี่ยงสะสมที่นำไปสู่การเกิดโรคไม่ติดต่อ โดยเป้าหมายระดับโลกได้มีการกำหนดเกณฑ์ตัวชี้วัดในการบรรลุเป้าหมายคือ ลดลงร้อยละ 30 สำหรับประเทศไทยใช้ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ปี พ.ศ. 2552 เป็นปีสถานการณ์อ้างอิงในการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายระดับโลก ในปี พ.ศ. 2568 ซึ่งการสำรวจฯ ดังกล่าว ใช้ข้อมูลการสำรวจการบริโภคอาหารย้อนหลัง 24 ชั่วโมงเพื่อวิเคราะห์หาปริมาณโซเดียมที่บริโภค พบว่าค่ามัธยฐานปริมาณโซเดียมที่บริโภคเท่ากับ 3,246 มิลลิกรัมต่อวัน (2,961.9 – 3,633.8 มิลลิกรัมต่อวัน) ซึ่งถือว่าเกินเกณฑ์มาตรฐานการบริโภคโซเดียมที่ทางองค์การอนามัยโลกกำหนดคือ ไม่ควรบริโภคเกิน 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน สำหรับข้อมูลการสำรวจฯ ปี พ.ศ. 2557 ไม่พบการเก็บข้อมูลดังกล่าว จึงไม่มีข้อมูลเปรียบเทียบเพื่อดูแนวโน้มของการบริโภคเกลือและโซเดียมของประชากรไทยในปัจจุบัน⁽⁵⁾

นอกจากนี้ยังมีผลการสำรวจปริมาณการบริโภคโซเดียมคลอไรด์ของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2552 ซึ่งดำเนินการโดย สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ร่วมมือกับคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยทำการสำรวจปริมาณการบริโภคโซเดียมคลอไรด์ของประชากรไทยที่ได้รับจากอาหารและผลิตภัณฑ์อาหารที่มีส่วนประกอบของโซเดียมคลอไรด์ พบว่าประชากรไทยได้รับโซเดียมจากการบริโภคอาหารในปริมาณที่มากถึง 4,351.69 มิลลิกรัมต่อคนต่อวัน⁽⁷⁾

จากการสำรวจข้างต้นเป็นไปในทิศทางเดียวกันว่า ประชากรไทยมีการบริโภคเกลือและโซเดียมในปริมาณที่สูง ซึ่งเกินค่ามาตรฐานที่กำหนดกว่า 2 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานการบริโภคโซเดียมที่ทางองค์การอนามัยโลกกำหนดคือ ไม่ควรบริโภคเกิน 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน ดังนั้นการจะบรรลุตามเป้าหมายระดับโลกเพื่อลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประชากรอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ลดลงร้อยละ 30 นั้น ค่ามัธยฐานปริมาณการบริโภคโซเดียมต้องมีค่าไม่เกิน 2,434.5 มิลลิกรัมต่อวัน แม้แต่ค่าเป้าหมายที่กำหนดในปี พ.ศ. 2568 ก็ยังมีค่าเกินมาตรฐานเช่นกัน⁽⁵⁾

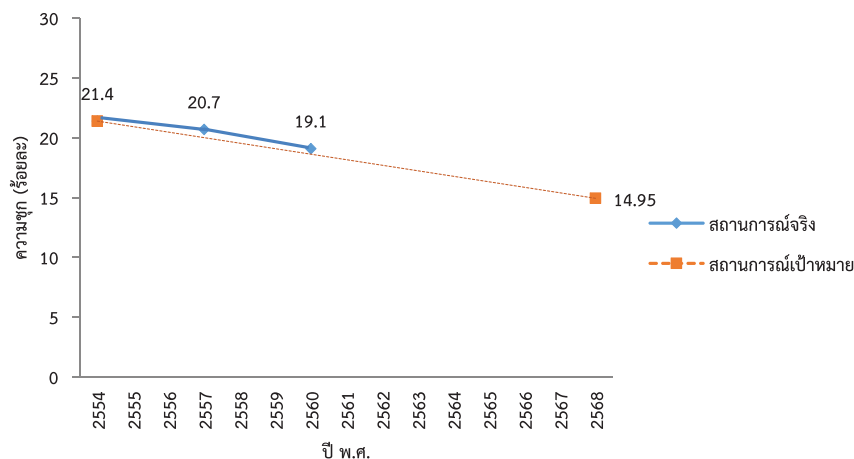
ตัวชี้วัดที่

5

ความชุกของการสูบบุหรี่ในประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ลดลงร้อยละ 30

ตัวชี้วัดที่ 5 เป็นตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรมสุขภาพคือ การสูบบุหรี่ โดยเป้าหมายระดับโลกได้มีการกำหนดเกณฑ์ตัวชี้วัดในการบรรลุเป้าหมายคือ ลดลงร้อยละ 30 สำหรับประเทศไทยใช้ข้อมูลจากการสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2554 เป็นปีสถานการณ์อ้างอิงในการดำเนินงาน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายระดับโลกในปี พ.ศ. 2568 โดยสถานการณ์การสูบบุหรี่ในประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554, 2557 และ 2560 มีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย (ร้อยละ 21.40 20.70 และ 19.10 ตามลำดับ) เมื่อคิดอัตราการเปลี่ยนแปลงจากปีอ้างอิง (พ.ศ. 2554) กับปีล่าสุด (พ.ศ. 2560) พบว่าประชากรไทยมีอัตราการสูบบุหรี่ลดลงร้อยละ 10.7 ซึ่งสะท้อนให้เห็น ถึงการ มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น⁽⁵⁾ (ดังแผนภูมิที่ 6) อย่างไรก็ตาม ข้อมูลการสำรวจฯ ดังกล่าว มีการสำรวจทุก 3 ปี แต่ในปัจจุบัน ยังอยู่ระหว่างการดำเนินงานซึ่งยังไม่มีข้อมูลครั้งล่าสุดมาเปรียบเทียบจึงไม่สามารถคาดการณ์ได้ว่าพฤติกรรม การสูบบุหรี่ ของประชากรไทยจะเปลี่ยนแปลงไปในเชิงบวกหรือเชิงลบ

ดังนั้นการจะบรรลุตามเป้าหมายระดับโลกในการลดความชุกของการสูบบุหรี่ในประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ลดลงร้อยละ 30 ในปี พ.ศ. 2568 นั้น ความชุกของการสูบบุหรี่ไม่ควรเกินร้อยละ 14.95 ในปี พ.ศ. 2568⁽⁵⁾



แผนภูมิที่ 6 : ความชุกของการสูบบุหรี่ในประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2554, 2557 และ 2560 สำรวจโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ เปรียบเทียบสถานการณ์เป้าหมายในปี พ.ศ. 2568 โดยใช้ปี พ.ศ. 2554 เป็นปีอ้างอิง

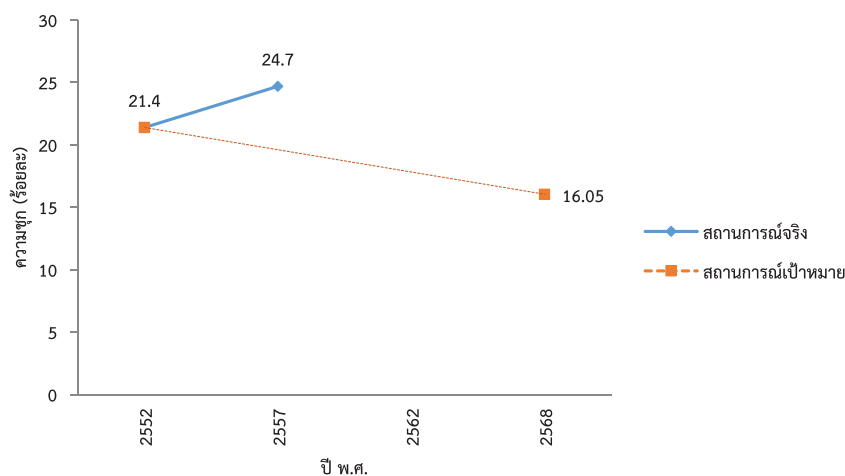
ตัวชี้วัดที่

6

ความชุกของโรคความดันโลหิตสูง ลดลงร้อยละ 25

ตัวชี้วัดที่ 6 เป็นตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงทางชีววิทยาคือ ความดันโลหิตสูง โดยเป้าหมายระดับโลก ได้มีการกำหนดเกณฑ์ตัวชี้วัดในการบรรลุเป้าหมายคือ ลดลงร้อยละ 25 สำหรับประเทศไทยใช้ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายปี พ.ศ. 2552 เป็นปีสถานการณ์อ้างอิงในการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายระดับโลก ในปี พ.ศ. 2568 ซึ่งการสำรวจฯ ดังกล่าวได้ดำเนินการเก็บข้อมูลในประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป พบว่าสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.4 ในปี พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 24.7 ในปี พ.ศ. 2557 เมื่อคิดอัตราการเปลี่ยนแปลงจากปีอ้างอิง (พ.ศ. 2552) กับปีล่าสุด (พ.ศ. 2557) พบว่าเพิ่มขึ้นร้อยละ 15.4⁽⁵⁾ (ดังแผนภูมิที่ 7) อย่างไรก็ตาม ข้อมูลการสำรวจฯ ในปี พ.ศ. 2562 ยังอยู่ระหว่างการดำเนินงาน ซึ่งจะเป็นข้อมูลครั้งล่าสุดที่บ่งบอกถึงสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงที่เปลี่ยนแปลงไปในเชิงบวกหรือเชิงลบ ทั้งนี้ในส่วนของการนโยบายหรือมาตรการป้องกันควบคุมโรคความดันโลหิตสูงยังคงต้องขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างเข้มข้นโดยเกิดความร่วมมือจากหน่วยงานหลายภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย เพื่อลดความชุกโรคความดันโลหิตสูง

ดังนั้นการจะบรรลุเป้าหมายระดับโลกเพื่อลดความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป ลดลงร้อยละ 25 ในปี พ.ศ. 2568 นั้น ควรมีความชุกของโรคความดันโลหิตสูงไม่เกินร้อยละ 16.05 ในปี พ.ศ. 2568⁽⁵⁾



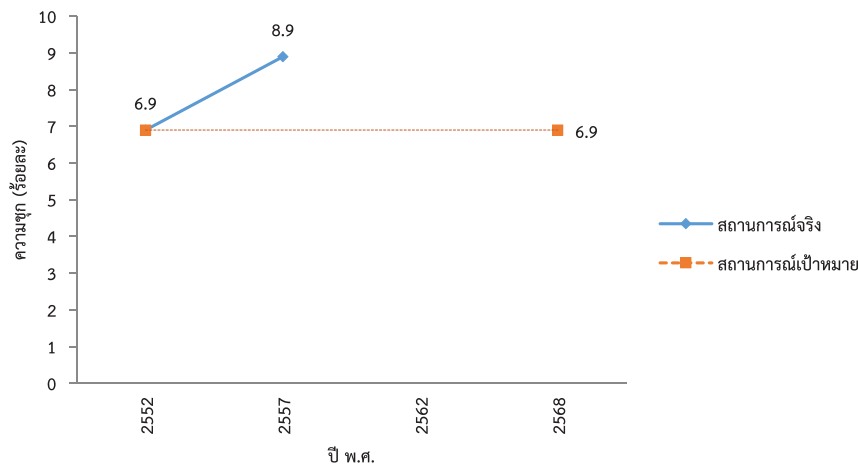
แผนภูมิที่ 7 : ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2552 และ 2557 สำรวจโดยสำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย เปรียบเทียบสถานการณ์เป้าหมายในปี พ.ศ. 2568 โดยใช้ปี พ.ศ. 2552 เป็นปีอ้างอิง

ตัวชี้วัดที่

7

ความชุกของโรคเบาหวานและภาวะอ้วนในประชากรอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ไม่เพิ่มขึ้น

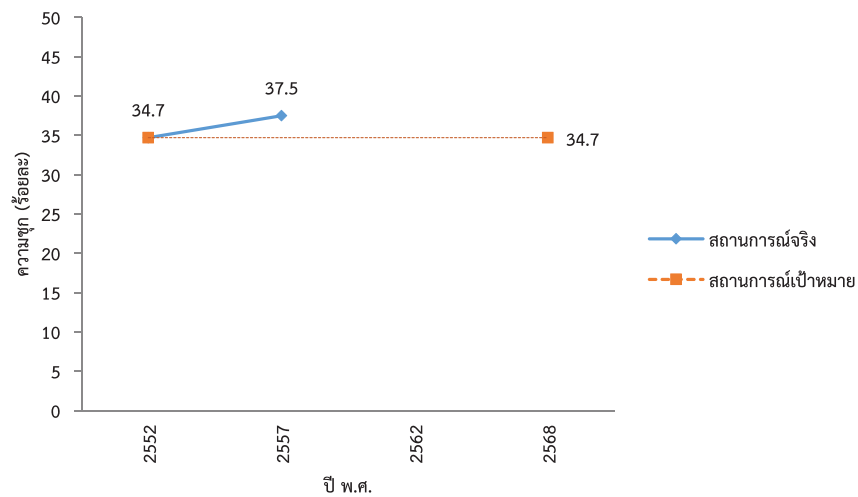
ตัวชี้วัดที่ 7 เป็นตัวชี้วัดที่มีความสัมพันธ์กันในด้านปัจจัยเสี่ยงทางชีววิทยาและอัตราป่วยคือ โรคเบาหวานและภาวะอ้วน โดยเป้าหมายระดับโลกได้มีการกำหนดเกณฑ์ตัวชี้วัดในการบรรลุเป้าหมายคือ ไม่เพิ่มขึ้น สำหรับประเทศไทยใช้ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายปี พ.ศ. 2552 เป็นปีสถานการณ์อ้างอิงในการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายระดับโลกในปี พ.ศ. 2568 ซึ่งการสำรวจฯ ดังกล่าวได้ดำเนินการเก็บข้อมูลในประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป พบว่าสถานการณ์โรคเบาหวาน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.9 ในปี พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 8.9 ในปี พ.ศ. 2557 หากพิจารณาอัตราการเปลี่ยนแปลงจากปีอ้างอิง (พ.ศ. 2552) กับปีล่าสุด (พ.ศ. 2557) พบว่าเพิ่มขึ้นร้อยละ 29.0⁽⁵⁾ (ดังแผนภูมิที่ 8)



แผนภูมิที่ 8 : ความชุกของโรคเบาหวานในประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2552 และ 2557 สำรวจโดยสำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย เปรียบเทียบสถานการณ์เป้าหมายในปี พ.ศ. 2568 โดยใช้ปี พ.ศ. 2552 เป็นปีอ้างอิง

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดจุดตัดค่าดัชนีมวลกาย (BMI ≥ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร) สำหรับประชากรเอเชียให้เป็น ภาวะอ้วน สำหรับสถานการณ์ภาวะอ้วนในประเทศไทยนั้น พบว่าความชุกของภาวะอ้วน (BMI ≥ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร) ในประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 34.7 ในปี พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 37.5 ในปี พ.ศ. 2557 หากพิจารณาอัตราการเปลี่ยนแปลงจากปีอ้างอิง (พ.ศ. 2552) กับปีล่าสุด (พ.ศ. 2557) พบว่าเพิ่มขึ้นร้อยละ 8.1 (ดังแผนภูมิที่ 9) อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาขนาดของปัญหาภาวะอ้วนจะเห็นได้ว่ามากกว่า 1 ใน 3 ของประชากรไทยมีภาวะอ้วน ซึ่งเป็นความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ สำหรับข้อมูลการสำรวจฯ ในปี พ.ศ. 2562 ยังอยู่ระหว่างการดำเนินงาน ซึ่งจะเป็นข้อมูลครั้งล่าสุดที่บ่งบอกถึงสถานการณ์โรคเบาหวานและภาวะอ้วนที่เปลี่ยนแปลงไปในเชิงบวกหรือเชิงลบ ทั้งนี้ในส่วนของนโยบายหรือมาตรการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและการจัดการภาวะอ้วนยังเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องเร่งแก้ไข โดยเกิดความร่วมมือจากหน่วยงานหลายภาคส่วน ที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย เพื่อลดความชุกของภาวะอ้วน

ดังนั้นการจะบรรลุเป้าหมายระดับโลกเพื่อลดความชุกของโรคเบาหวานและภาวะอ้วนในประชากรอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ต้องไม่เพิ่มขึ้น ในปี พ.ศ. 2568⁽⁵⁾



แผนภูมิที่ 9 : ความชุกของภาวะอ้วน (BMI ≥ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร) ในประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2552 และ 2557 สํารวจโดยสํานักงานสํารวจสุขภาพประชาชนไทย เปรียบเทียบสถานการณ์เป้าหมายในปี พ.ศ. 2568 โดยใช้ปี พ.ศ. 2552 เป็นปีอ้างอิง

ตัวชี้วัดที่

8

ประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไป ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้รับคำปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและได้รับยาที่เหมาะสมเพื่อป้องกันโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50

เป้าหมายนี้ให้ความสำคัญกับการป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยได้กำหนดตัวชี้วัดที่สำคัญในการประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในประชากร โดยกำหนดให้สัดส่วนของประชากรอายุ 40 ปี ขึ้นไปที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดใน 10 ปี มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 30 ได้รับคำปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและได้รับยาที่เหมาะสมเพื่อป้องกันโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดอย่างเหมาะสม นอกจากนั้นยังรวมถึงผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ที่ต้องได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมเช่นกัน โดยที่เป้าหมายองค์การอนามัยโลกกำหนดคือ อย่างน้อยร้อยละ 50 ของผู้มีความเสี่ยงต้องได้รับคำแนะนำหรือการรักษาที่เหมาะสม⁽⁵⁾

การติดตามตัวชี้วัดจำเป็นต้องพิจารณาข้อมูล 3 ด้านคือ⁽⁵⁾

1. ความครอบคลุมในการประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดของบริการภาครัฐ: แหล่งข้อมูลจะได้จากหน่วยบริการ แต่ในปัจจุบันระบบรายงานการประเมินความเสี่ยงนี้อยู่ระหว่างการพัฒนา
2. สถานการณ์ความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในประชากร: แหล่งข้อมูลคือ การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ซึ่งใช้เกณฑ์ประเมินขององค์การอนามัยโลก และใช้เกณฑ์ประเมินของโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (Thai CV risk score)
3. สัดส่วนผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ที่ได้รับคำแนะนำและการรักษาที่เหมาะสม: แหล่งข้อมูลหลักคือ การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ซึ่ง ใช้เกณฑ์ประเมินขององค์การอนามัยโลก และใช้เกณฑ์ประเมินของ Thai CV risk score

สถานการณ์ในประเทศไทย ในปัจจุบันยังไม่มีรายงานตัวชี้วัดนี้เป็นทางการ แต่อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยมีระบบบริการเฉพาะโรค โดยเฉพาะคลินิกโรคเรื้อรัง รวมทั้งระบบการคัดกรองผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงอย่างครอบคลุม ดังนั้นการให้คำแนะนำ และการได้รับยาที่เหมาะสมเพื่อป้องกัน โรคหัวใจน่าจะทำได้มากกว่าร้อยละ 50

ตัวชี้วัดที่

9

การมียาที่จำเป็นและเทคโนโลยีขั้นพื้นฐานสำหรับรักษา/บริการ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญในสถานบริการรัฐ และเอกชนร้อยละ 80

การมียาที่จำเป็นและเทคโนโลยีขั้นพื้นฐานสำหรับรักษา/บริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ ในสถานบริการระดับปฐมภูมิ ทั้งรัฐและเอกชนร้อยละ 80 ซึ่งเป้าหมายนี้ถูกกำหนดเพื่อให้ประชาชนในแต่ละประเทศสมาชิกสามารถเข้าถึงยาและเทคโนโลยีที่จำเป็นพื้นฐานได้ โดยยาที่จำเป็นและเทคโนโลยีขั้นพื้นฐานสำหรับโรคไม่ติดต่อนั้น ได้ถูกนิยามในแผนปฏิบัติการระดับโลก ซึ่งเป็นข้อตกลงของประเทศสมาชิกให้เป็นบัญชียาและเทคโนโลยีขั้นต่ำที่ทุกประเทศสมาชิกควรมี อันประกอบไปด้วย⁽⁸⁾

■ **ยา:** แอสไพริน (Aspirin), สแตติน (statin), แองจิโอเทนซิน-คอนเวอร์ติง เอนไซม์ อินฮิบิเตอร์ (angiotensin-converting enzyme inhibitor), ไทอะไซด์ (thiazide diuretic), แคลเซียม แชนแนล บล็อกเกอร์ ที่ออกฤทธิ์นาน (a long-acting calcium channel blocker), เมตฟอร์มิน (metformin), อินซูลิน (insulin), ยาขยายหลอดลม (bronchodilator) และ ยาพ่นสเตียรอยด์ (steroid inhalant)

■ **เทคโนโลยี:** เครื่องวัดความดันโลหิต, เครื่องชั่งน้ำหนัก, อุปกรณ์สำหรับวัดระดับน้ำตาล ระดับคอเลสเตอรอล, และแถบวัดค่าอัลบูมินในปัสสาวะ

สถานการณ์ในประเทศไทยนั้น เนื่องจากประชาชนไทยทุกคนมีหลักประกันสุขภาพตั้งแต่ พ.ศ. 2541 และระบบบริการสาธารณสุขไทยนั้น มีการพัฒนาแนวปฏิบัติสำหรับการดูแลรักษาและการส่งต่อ ตั้งแต่ระดับตำบลถึงระดับประเทศ ซึ่งการดูแลรักษาโรคเรื้อรังในกรณีที่ต้องใช้ยาพื้นฐาน ตามที่องค์การอนามัยโลกกำหนดนั้น ในระดับอำเภอของประเทศไทย มีครบทุกอย่าง ถึงแม้ว่ายาหรือเทคโนโลยีบางชนิดจะยังไม่มีในระดับตำบล แต่ด้วยแนวทางการส่งต่อ และการจัดบริการที่ครอบคลุมประชากรระดับอำเภอ จึงสามารถกล่าวได้ว่าประชาชนไทยสามารถเข้าถึงยาและเทคโนโลยีขั้นพื้นฐานได้อย่างทั่วถึง นอกจากนี้ยังมีกระบวนการอื่นที่ช่วยเพิ่มการเข้าถึงการบริการที่ดีขึ้น คือ นโยบายการกระจายผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อติดตามการรักษาที่หน่วยปฐมภูมิใกล้บ้าน เพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล และเพิ่มคุณภาพการบริการรักษา ประกอบกับนโยบายการตั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมด้านสุขภาพซึ่งทำให้มีการสนับสนุนด้านเทคโนโลยีพื้นฐาน ในระดับปฐมภูมิเพิ่มมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- (1) World Health Organization. Noncommunicable diseases 2018. [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- (2) World Health Organization. Noncommunicable diseases 2018. [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก https://www.who.int/gho/ncd/mortality_morbidity/ncd_total/en/
- (3) กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2561. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2561 เข้าถึงได้จาก http://bps.moph.go.th/new_bps/node/232
- (4) สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2557. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2561
- (5) สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานสถานการณ์โรค NCDs ฉบับที่ 2 “KICK OFF TO THE GOALS”. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2558
- (6) กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์การดำเนินงานด้านการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCDs). นนทบุรี: กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค; 2562
- (7) สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการสำรวจปริมาณการบริโภคโซเดียมคลอไรด์ของประชากรไทย. นนทบุรี: สำนักโภชนาการ กรมอนามัย; 2552
- (8) World Health Organization. Essential medicines and basic health technologies for noncommunicable diseases: towards a set of actions to improve equitable access in Member States: World Health Organization; 2015.

บทที่ 2

การเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อ



2.1

การเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อ

2.1.1 โรคไม่ติดต่อสำคัญที่อยู่ในระบบเฝ้าระวัง

2.1.2 องค์ประกอบการเฝ้าระวัง 5 มิติ

2.2

สถานการณ์โรคไม่ติดต่อ ตามกรอบ 5 มิติ

(เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง)

2.2.1 สถานการณ์ป่วย/ตาย

2.2.2 สถานการณ์ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง ปัจจัยกำหนดสุขภาพ
นโยบายและมาตรการ

2.1.1 โรคไม่ติดต่อที่สำคัญที่อยู่ในระบบเฝ้าระวัง

โรคไม่ติดต่อเป็นโรคที่ไม่สามารถติดต่อจากคนหนึ่งไปอีกคนหนึ่ง ไม่มีสาเหตุจากการติดเชื้อเฉียบพลัน แต่เป็นสาเหตุการเจ็บป่วยหรืออันตรายต่อชีวิตในระยะยาว และทำให้เกิดความต้องการในการดูแลรักษาระยะยาวหรือตลอดชีวิตที่เหลืออยู่ แต่นานาประเทศทั้งประเทศกำลังพัฒนาเห็นสอดคล้องเช่นเดียวกับองค์การอนามัยโลก ให้การเน้นหนักในการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อ 5 โรคสำคัญคือ โรคหัวใจและหลอดเลือด, โรคเบาหวาน, โรคมะเร็ง, โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง และปัญหาสุขภาพจิต ที่เป็นสาเหตุหลัก ซึ่งมีจำนวนการเสียชีวิตรวมกันของ 4 โรค ดังกล่าวแล้วมากกว่าจากโรคที่เหลืออยู่รวมกัน การพิจารณาปัจจัยเสี่ยงพื้นฐานสำคัญที่ร่วมกันทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อสำคัญดังนี้ ด้านพฤติกรรมเสี่ยง 4 พฤติกรรม ประกอบด้วย พฤติกรรมการบริโภคยาสูบ, การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์, การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม, การมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ และปัญหามลพิษทางอากาศ และทางด้านปัจจัยเสี่ยงทางสรีรวิทยา 4 ปัจจัย คือ การมีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน, ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ, ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงกว่าเกณฑ์ และภาวะความดันโลหิตสูง⁽¹⁾

การเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อ มีความซับซ้อนที่เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบทั้งด้านสรีรวิทยา บุคคล สังคม เศรษฐกิจ ในระดับต่างๆ ตั้งแต่บุคคล ชุมชน สังคม นอกจากนี้ยังมีความแตกต่างของการเฝ้าระวังระหว่างโรคไม่ติดต่อต่างๆ (specific disease) คณะกรรมการอำนวยการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง 5 ระบบโรค กรมควบคุมโรค จึงพัฒนารอบแนวคิดรวบรวมการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อ (Overall Non-communicable disease surveillance) ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบคือ ปัจจัยต้นเหตุ หรือปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Determinant), พฤติกรรมเสี่ยงหรือปัจจัยเสี่ยง (Behavioral Risk), การป่วย/การตาย/ความพิการ (Health outcome), เหตุการณ์ผิดปกติ (Abnormal event and outbreak), และการตอบสนองของแผนงานควบคุมโรค (Program response)⁽¹⁾

อย่างไรก็ตามด้วยความซับซ้อนของกลุ่มโรคไม่ติดต่อ ประกอบกับบริบทของประเทศไทยที่ปัญหาโรคไม่ติดต่อในประชากรไทยเกิดจากปัญหาโรคหัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน และความดันโลหิตสูง รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องด้านโรคไม่ติดต่อบนนี้จึงมุ่งเน้นที่การวิเคราะห์ และแปลผลสถานการณ์โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และปัจจัยด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องเป็นหลัก

2.1.2 องค์ประกอบการเฝ้าระวัง 5 มิติ

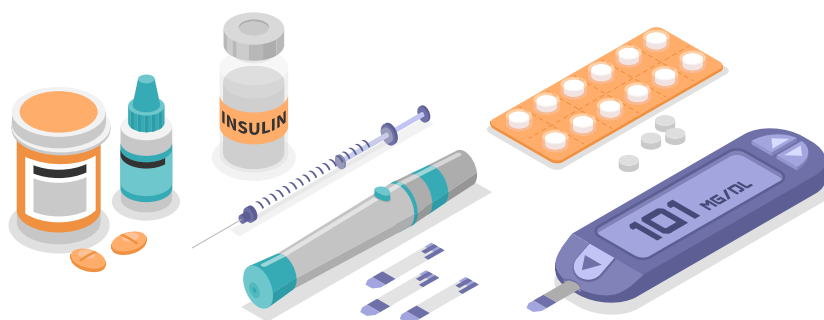
ในทุกกลุ่มโรคหรือภัยสุขภาพจะมีองค์ประกอบที่ต้องเฝ้าระวังอย่างน้อย 5 มิติ ได้แก่ ปัจจัยต้นเหตุ พฤติกรรมเสี่ยง การตอบสนองของแผนงานควบคุมโรค (Program response) การติดเชื้อ/การป่วย/การตาย/ความพิการ และเหตุการณ์ผิดปกติ เช่น การระบาด โดยแต่ละมิติมีความหมายโดยย่อ ดังนี้⁽¹⁾

1. ปัจจัยต้นเหตุ (Determinants) ได้แก่ รากเหง้าของปัญหา ซึ่งหากไม่มีปัจจัยตัวนี้แล้วโรคหรือภัยสุขภาพนั้นไม่สามารถดำเนินวงจรชีวิตของมันได้ อาจแบ่งง่ายๆ เป็น Biological determinants และ Social determinants ตัวอย่างเช่น ในกลุ่มโรคติดต่อต่างๆ เชื้อโรคทั้งโรคเก่าหรือโรคอุบัติใหม่ ล้วนเป็นปัจจัยต้นเหตุทางชีวภาพที่สำคัญที่ต้องเฝ้าระวัง (Biological determinants) แต่ปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง (Social determinants) อาจเป็นตัวที่ทำให้โรคเกิดการระบาดขยายตัวลูกกลม เช่น แรงงานอพยพย้ายถิ่นทำให้โรคที่เคยหายไปกลับมาใหม่ ธุรกิจทางเพศทำให้โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้น การส่งเสริมการขายทำให้มีการติดบุหรี่และสุรา และนำไปสู่ปัญหาอื่นๆ การเพิ่มขึ้นของปริมาณรถมอเตอร์ไซค์ทำให้การบาดเจ็บทางถนนเพิ่มมากขึ้น ฯลฯ

2. พหุกรรมเสี่ยง (Biological risk) มนุษย์เองก็มีพหุกรรมบางอย่างที่ทำให้ตัวเองเสี่ยงและป่วยได้ง่าย เช่น การดื่มเหล้าแล้วขับยานพาหนะต่างๆ การไม่สวมหมวกกันน็อค การไม่ใช้ถุงยางอนามัย การรับประทานอาหารดิบ การไม่ออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ ฯลฯ และในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเมื่อเกิดพหุกรรมเสี่ยงหรือพันธุกรรมแล้วก็จะทำให้ร่างกายสะสมปัจจัยเสี่ยงทางชีวภาพ (Biological risk factor) ขึ้นมาซึ่งเป็นตัวการให้เกิดโรคเบาหวาน หัวใจหลอดเลือด และมะเร็งตามมา เช่น การมีภาวะน้ำหนักเกิน อ้วน น้ำตาลในเลือดสูง ไขมันในเลือดสูง จึงมีความจำเป็นต้องเฝ้าระวัง



3. การตอบสนองของแผนงานควบคุมโรค (Program response) แผนงานควบคุมโรคที่ดีต้องมีการกำหนดกลุ่มมาตรการสำคัญที่จะแก้ไขปัญหาของโรคนั้น การเฝ้าติดตามความครอบคลุมและความเข้มข้นของการดำเนินงานที่สำคัญของแผนงานควบคุมโรค จะทำให้เราทราบว่าเรามีโอกาสประสบความสำเร็จในการควบคุมมากหรือน้อย เช่น ความครอบคลุมของวัคซีนในโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน การลดการรังเกียจเด็กดัดจริตในโรคเอดส์ การเพิ่มภาษีบุหรี่ สุรา ในการควบคุมเครื่องดื่ม การบังคับใช้กฎหมายในเรื่องการบาดเจ็บทางถนน ฯลฯ



4. การติดเชื้อ/การป่วย/การตาย/ความพิการ (Infection/Mortality/Morbidity/Disability) เมื่อมีปัจจัยต้นเหตุ มีพหุกรรมเสี่ยง และไม่ได้รับการแก้ไข มนุษย์ก็จะป่วยและตายหรือพิการด้วยโรคต่างๆ โรคติดต่อที่เรื้อรังบางอย่างอาจเริ่มด้วยการติดเชื้อแต่ยังไม่แสดงอาการ เช่น โรคเอดส์ จึงมีความจำเป็นต้องทำการเฝ้าระวังการติดเชื้อ การป่วย การตาย และความพิการที่เป็นปัญหาสำคัญ พร้อมกันไปหมด

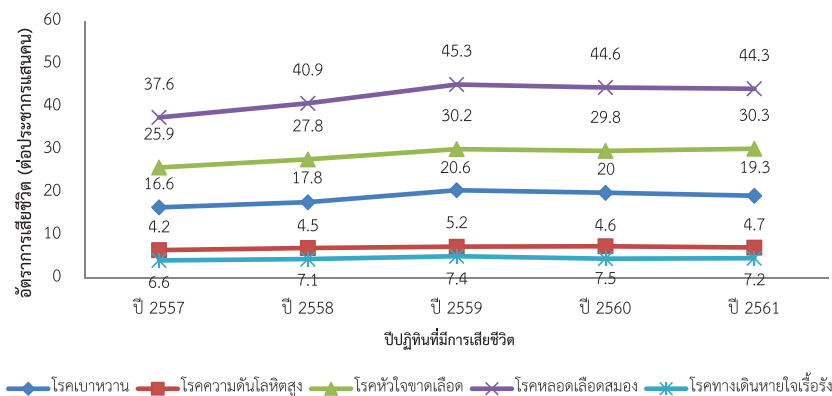
5. เหตุการณ์ผิดปกติและการระบาด (Abnormal event and outbreak) การควบคุมโรคนั้น มีจุดมุ่งหมายสุดท้ายคือ การกำจัดกวาดล้างโรคต่างๆ ให้หมดไป (Elimination and eradication) แต่ส่วนใหญ่แล้วยังไม่สามารถทำได้ เป้าหมายเบื้องต้นคือควบคุมให้อยู่ในระดับที่ไม่ก่อให้เกิดปัญหา หรือผลกระทบรุนแรง จึงมีความจำเป็นต้องเฝ้าระวังเปรียบเทียบจำนวนและแบบแผนการเกิดโรค หากพบว่าการเปลี่ยนแปลงไปหรือเกิดเหตุการณ์ผิดปกติหรือที่ภาษานักระบาดวิทยาเรียกว่าการระบาด ก็มีความจำเป็นต้องออกไปสอบสวนโรคซึ่งจะทำให้เรารู้ว่าความผิดปกตินั้นมีต้นเหตุจากอะไร เช่น Determinants หรือ Risk behavior หรือ Risk factor อื่นๆ หรือเป็นเพราะความอ่อนแอของการนำมาตรการไปสู่การปฏิบัติ

2.2

สถานการณ์โรคไม่ติดต่อ ตามกรอบ 5 มิติ

2.2.1 สถานการณ์ป่วย/ตาย (Morbidity/Mortality)

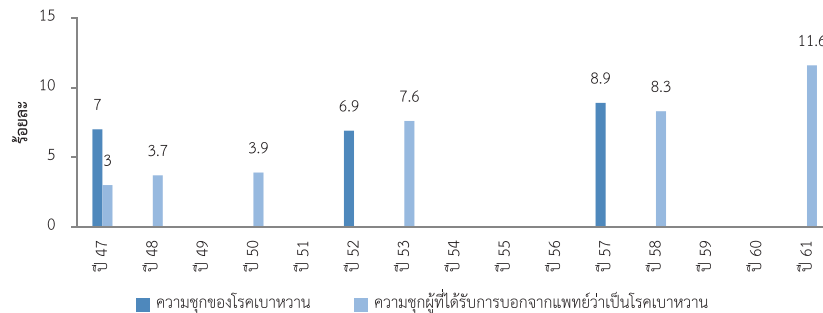
ในช่วงระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2557-2561) สถานการณ์การเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อในประเทศไทย พบอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (30-69 ปี) จากโรค ไม่ติดต่อ (NCDs) ที่สำคัญในประชากรไทย ประกอบด้วย โรคหลอดเลือดสมอง, โรคหัวใจขาดเลือด, โรคเบาหวาน, โรคความดันโลหิตสูง และโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2557 ถึงปี พ.ศ. 2559 หลังจากนั้นแนวโน้มลดลงเล็กน้อยและคงที่ในปี พ.ศ. 2561 (ดังแผนภูมิที่ 10) หากพิจารณาความแตกต่างระหว่างรายโรคร่วมกับปีปฏิทินที่มีการเสียชีวิต ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 ถึง พ.ศ. 2561 พบว่า โรคหลอดเลือดสมองมีอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (30-69 ปี) สูงกว่าทุกโรค ซึ่งพบมากในเขตสุขภาพที่ 3 โดยในปี พ.ศ. 2561 ภาพรวมของประเทศ มีจำนวนผู้เสียชีวิตที่อยู่ในกลุ่มอายุ 30-69 ปี จำนวน 15,874 ราย อัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรเท่ากับ 44.3 ต่อประชากรแสนคน (ดังตารางที่ 1) ส่วนโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง มีอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (30-69 ปี) ต่ำกว่าทุกโรค ซึ่งพบมากในเขตสุขภาพที่ 1 โดยในปี พ.ศ. 2561 ภาพรวมประเทศ มีจำนวนผู้เสียชีวิต ที่อยู่ในกลุ่มอายุ 30-69 ปี จำนวน 1,669 ราย คิดเป็นอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร 4.7 ต่อประชากรแสนคน (ดังภาคผนวก ข)



แผนภูมิที่ 10 : อัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (30-69 ปี) จากโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง ต่อประชากรแสนคน ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2557-2561

ที่มา : ข้อมูลรณบัตร กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ข้อมูล ณ วันที่ 15 ตุลาคม พ.ศ. 2562
วิเคราะห์ : กลุ่มเทคโนโลยี ระบาดวิทยา และมาตรการชุมชน

ความชุกของโรคเบาหวานในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 7 ในปี พ.ศ. 2547 เป็นร้อยละ 8.9 ในปี พ.ศ. 2557 ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับความชุกของผู้ที่ได้รับการบอกจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานในประชากรอายุ 15-79 ปี ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547, 2548, 2550, 2553, 2558 ถึง พ.ศ. 2561 (ดังแผนภูมิที่ 11)



แผนภูมิที่ 11 : ความชุกของโรคเบาหวานในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป และความชุกผู้ที่ได้รับการบอกจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานในประชากรอายุ 15-79 ปี ระหว่างปี พ.ศ. 2547 ถึง พ.ศ. 2561

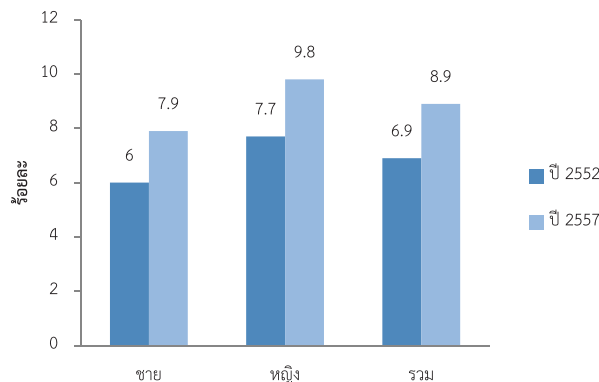
ที่มา : ความชุกของโรคเบาหวาน จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย (NHES) ปี พ.ศ. 2547, 2552 และ 2557 ความชุกผู้ที่ได้รับการบอกจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน จากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ (BRFSS) พ.ศ. 2547 ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป, พ.ศ. 2548, 2550 และ 2553 ประชากรอายุ 15-74 ปี, พ.ศ. 2558 และ 2561 ประชากรอายุ 15-79 ปี

วิเคราะห์ : กลุ่มเทคโนโลยี ระบาดวิทยา และมาตรการชุมชน

เมื่อพิจารณาความชุกของโรคเบาหวานในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศ ระหว่างปี พ.ศ. 2552 และ 2557 พบว่าเพศหญิงมีความชุกสูงกว่าเพศชาย (ดังแผนภูมิที่ 12) ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับความชุก ผู้ที่ได้รับการบอกจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานในประชากรอายุ 15-79 ปี ปี พ.ศ. 2558 และ 2561 พบว่าเพศหญิง มีความชุกสูงกว่าเพศชาย (ดังแผนภูมิที่ 13)

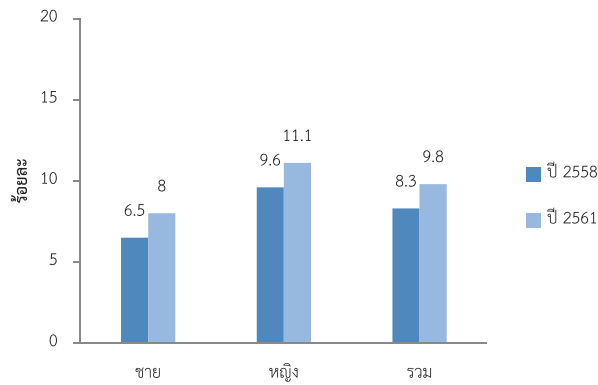
หากพิจารณาความชุกของโรคเบาหวาน ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ตามกลุ่มอายุ ระหว่างปี พ.ศ. 2552 และ 2557 พบความชุกต่ำสุดในกลุ่มอายุ 15-29 ปี จากนั้นเพิ่มขึ้นสูงสุดในกลุ่มอายุ 60-69 ปี และเมื่ออายุ 70 ปีขึ้นไป ความชุกจะลดลง (ดังแผนภูมิที่ 14)

ส่วนความชุกผู้ที่ได้รับการบอกจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานในประชากรอายุ 15-79 ปี ระหว่างปี พ.ศ. 2558 และ 2561 พบว่าความชุกของโรคต่ำสุดในกลุ่มอายุ 15-24 ปี จากนั้นความชุกจะเพิ่มขึ้นในกลุ่มอายุ 45-54 ปี จนสูงสุดในกลุ่มอายุ 65-74 ปี (ดังแผนภูมิที่ 15) จากข้อมูลดังแผนภาพที่ 14 และ 15 จะเห็นได้ว่าเมื่อกลุ่มอายุสูงสุดแนวโน้มของโรคจะสูงขึ้นตามลำดับ



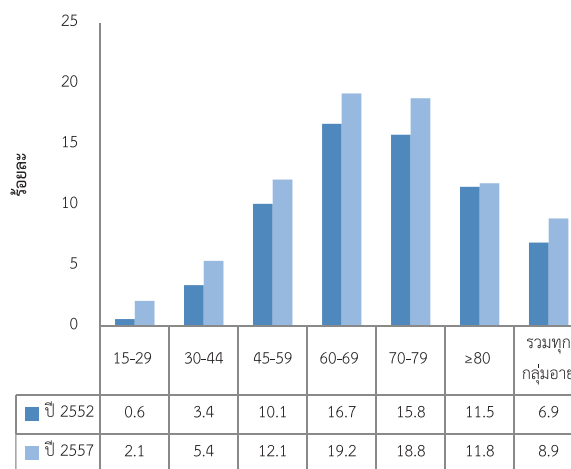
แผนภูมิที่ 12 : ความชุกของโรคเบาหวานในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศ

ที่มา : การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย (NHES) พ.ศ. 2552 และ 2557



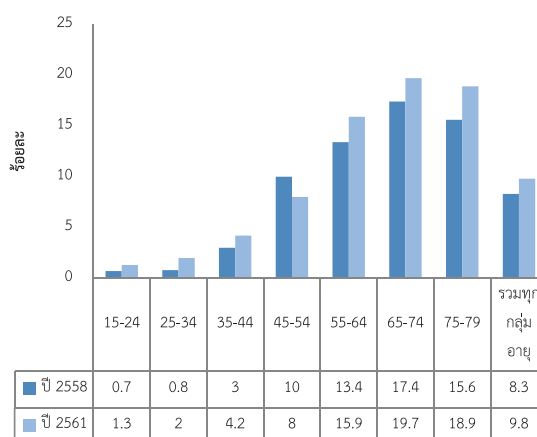
แผนภูมิที่ 13 : ความชุกผู้ที่ได้รับการบอกจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานในประชากรอายุ 15-79 ปี จำแนกตามเพศ

ที่มา : การสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ (BRFSS) พ.ศ. 2558 และ 2561



แผนภูมิที่ 14 : ความชุกของโรคเบาหวานในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามกลุ่มอายุ

ที่มา : การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย (NHES) พ.ศ. 2552 และ 2557

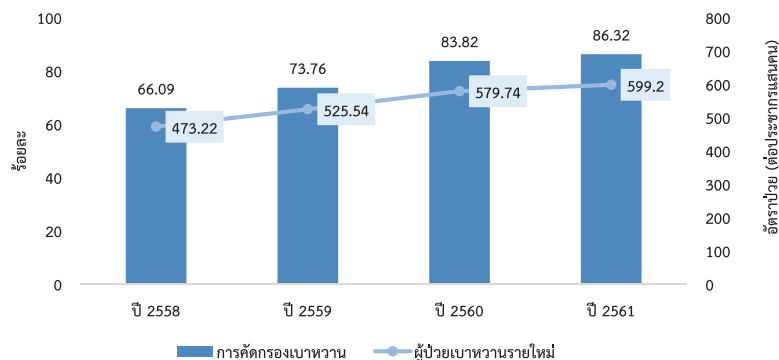


แผนภูมิที่ 15 : ความชุกผู้ที่ได้รับการบอกจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานในประชากรอายุ 15-79 ปี จำแนกตามกลุ่มอายุ

ที่มา : การสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ (BRFSS) พ.ศ. 2558 และ 2561

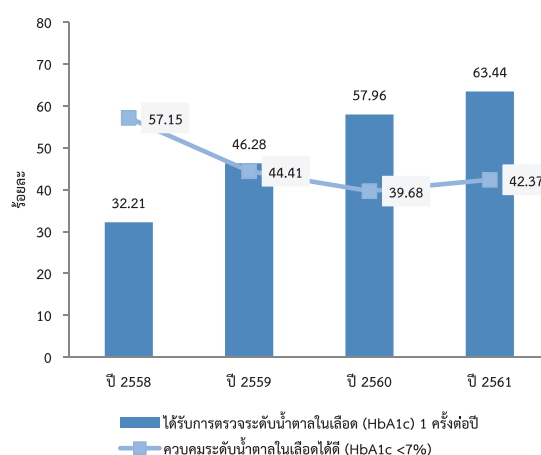
เมื่อพิจารณาเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวานรายใหม่ จากข้อมูลระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC) กระทรวงสาธารณสุข พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยรายใหม่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในปี พ.ศ.2558 ถึงปี พ.ศ.2561 ในอัตราเพิ่มขึ้นที่ลดลง ขณะที่ความครอบคลุมการคัดกรองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2561 มีความครอบคลุมการคัดกรองเท่ากับร้อยละ 86.32 (ดังแผนภูมิที่ 16)

นอกจากนี้ยังพบว่า มีผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c) 1 ครั้งต่อปีเพิ่มมากขึ้นจากร้อยละ 32.21 ในปี พ.ศ.2558 เป็นร้อยละ 63.44 ในปี พ.ศ. 2561 โดยในกลุ่มนี้มีผู้ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (HbA1c <7%) มีแนวโน้มลดลงในช่วงปี พ.ศ.2558 ถึง พ.ศ. 2560 จากร้อยละ 57.15 เป็นร้อยละ 39.68 โดยหลังจากปี พ.ศ. 2560 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อยเป็นร้อยละ 42.37 ในปี พ.ศ.2561 (ตามแผนภูมิที่ 17) สำหรับรายงานผลการดำเนินงานการประเมินผลการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและสถานพยาบาลในพื้นที่กรุงเทพมหานคร จากเครือข่ายวิจัยกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (MedResNet) พบว่า ความครอบคลุมการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c) 1 ครั้งต่อปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 ถึงปี พ.ศ. 2561 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในกลุ่มนี้มีผู้ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (HbA1c <7%) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 ถึงปี พ.ศ. 2561 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (ตามแผนภูมิที่ 18) ซึ่งแนวโน้มดังกล่าวสอดคล้องกับผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย (NHES) ปี พ.ศ. 2557 ที่แสดงร้อยละของผู้ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดจากการตรวจน้ำตาลในเลือดหลังจากอดอาหาร 8 ชั่วโมง (fasting blood sugar: FBS) เท่ากับร้อยละ 43.44 ในปี พ.ศ. 2557



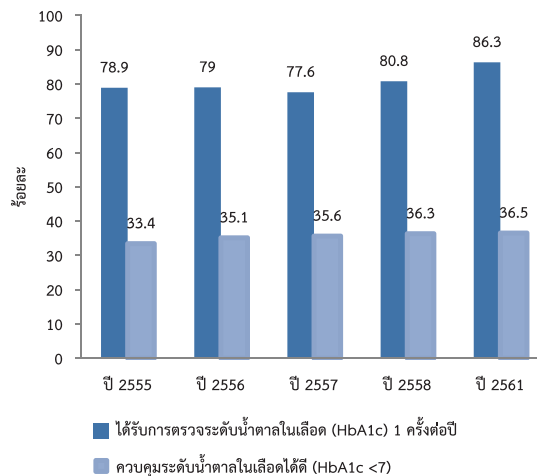
แผนภูมิที่ 16 : ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเบาหวาน และอัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัย ในปีงบประมาณ 2558-2561

ที่มา : ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ข้อมูล ณ วันที่ 2 พฤศจิกายน พ.ศ. 2562



แผนภูมิที่ 17 : ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c) 1 ครั้งต่อปี และร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (HbA1c <7%) ในปีงบประมาณ 2558-2561

ที่มา : ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ข้อมูล ณ วันที่ 2 พฤศจิกายน พ.ศ. 2562

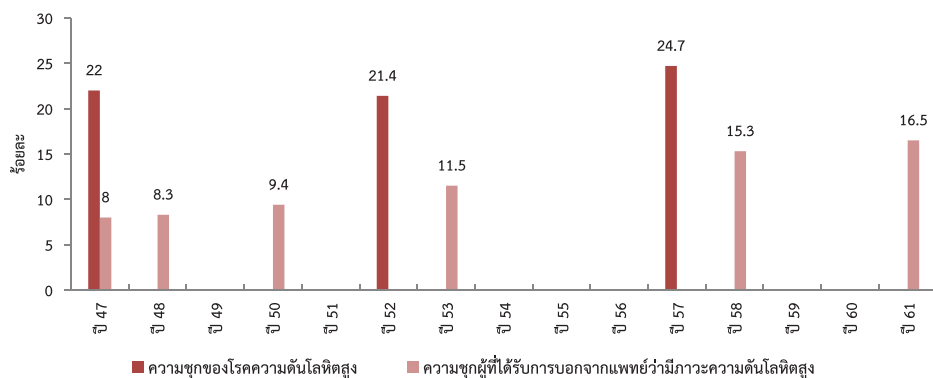


แผนภูมิที่ 18 : ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c) 1 ครั้งต่อปี และร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (HbA1c < 7%) ปี พ.ศ. 2555-2561

ที่มา : รายงานผลการดำเนินงานการประเมินผลการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูง ของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและสถานพยาบาลในพื้นที่กรุงเทพมหานคร จากเครือข่ายวิจัยกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (MedResNet) พ.ศ. 2555, 2556, 2557, 2558 และ 2561

2 สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง

ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.4 ในปี พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 24.7 ในปี พ.ศ. 2557 ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับความชุกของผู้ที่ได้รับการบอกจากแพทย์ว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 15-79 ปี ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547, 2548, 2550, 2553, 2558 ถึง พ.ศ. 2561 (ดังแผนภูมิที่ 19)

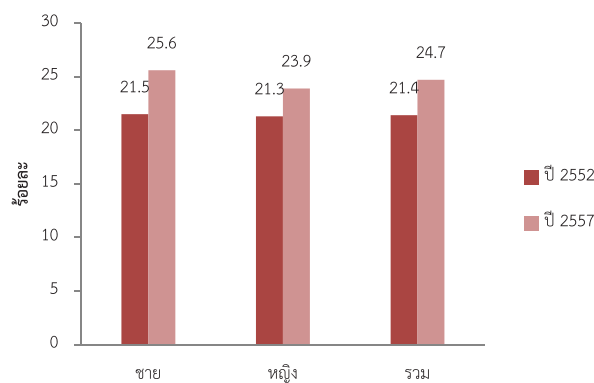


แผนภูมิที่ 19 : ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป และความชุกที่ได้รับการบอกจากแพทย์ว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงในประชากร อายุ 15-79 ปี ระหว่างปี พ.ศ. 2547-2561

ที่มา : ความชุกของโรคความดันโลหิตสูง จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย (NHES) พ.ศ. 2547, 2552 และ 2557 ความชุกที่ได้รับการบอกจากแพทย์ว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง จากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ (BRFSS) พ.ศ. 2547 ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป, พ.ศ. 2548, 2550 และ 2553 ประชากรอายุ 15-74 ปี, พ.ศ. 2558 และ 2561 ประชากรอายุ 15-79 ปี

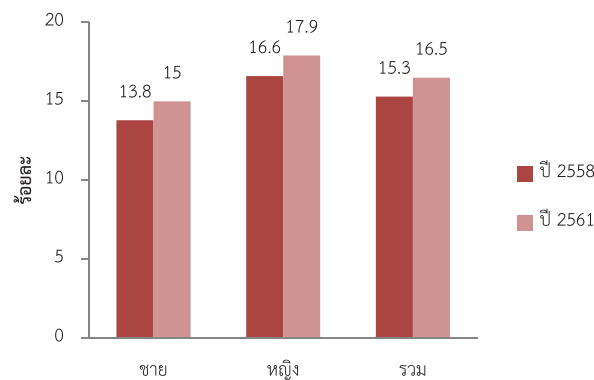
เมื่อพิจารณาความชุกของโรคความดันโลหิตสูง ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศ ระหว่างปี พ.ศ. 2552 และ 2557 พบว่าเพศชายมีความชุกสูงกว่าเพศหญิง (ดังแผนภูมิที่ 20) ส่วนความชุกผู้ที่ได้รับการบอกจากแพทย์ว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงในประชากร อายุ 15-79 ปี ปี พ.ศ. 2558 และ 2561 พบว่าเพศหญิงมีความชุกสูงกว่า เพศชาย (ดังแผนภูมิที่ 21)

หากพิจารณาความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ตามกลุ่มอายุ ระหว่างปี พ.ศ. 2552 และ 2557 พบความชุกต่ำสุดในกลุ่มอายุ 15-24 ปี จากนั้นเพิ่มขึ้นตามกลุ่มอายุและสูงสุดในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป (ดังแผนภูมิที่ 22) ส่วนความชุกผู้ที่ได้รับการบอกจากแพทย์ว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 15-79 ปี พบว่าความชุกต่ำสุดในกลุ่มอายุ 15-24 ปี จากนั้นความชุกจะเพิ่มขึ้นในกลุ่มอายุ 45-54 ปี จนสูงสุดในกลุ่มอายุ 75-79 ปี (ดังแผนภูมิที่ 23) จากข้อมูล ดังแผนภูมิที่ 14 และ 15 จะเห็นได้ว่าเมื่อกลุ่มอายุสูงสุดแนวโน้มของโรคจะสูงขึ้นตามลำดับ



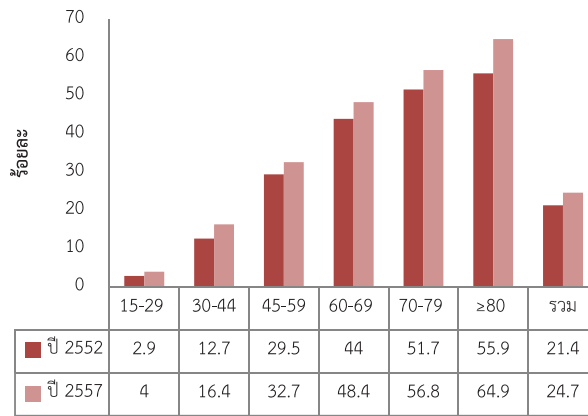
แผนภูมิที่ 20 : ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2552 และ 2557 จำแนกตามเพศ

ที่มา : การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย (NHES) พ.ศ. 2552 และ 2557



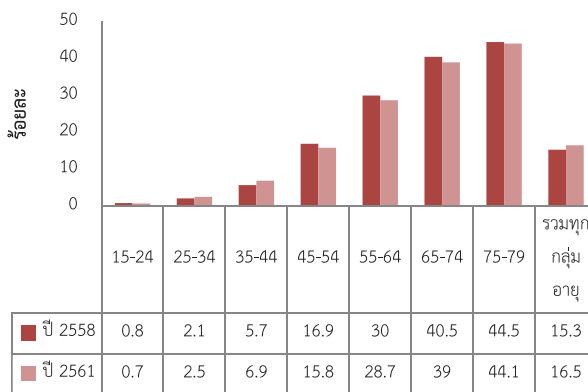
แผนภูมิที่ 21 : ความชุกผู้ที่ได้รับการบอกจากแพทย์ว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 15-79 ปี ปี พ.ศ. 2558 และ 2561 จำแนกตามเพศ

ที่มา : การสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ (BRFSS) พ.ศ. 2558 และ 2561



แผนภูมิที่ 22 : ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2552 และ 2557 จำแนกตามกลุ่มอายุ

ที่มา : การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย (NHES) พ.ศ. 2552 และ 2557

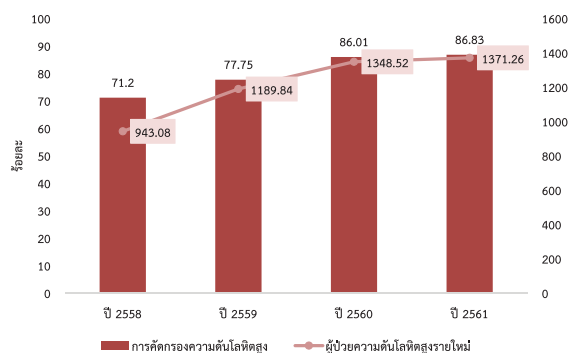


แผนภูมิที่ 23 : ความชุกผู้ที่ได้รับการบอกจากแพทย์ว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงในประชากร อายุ 15-79 ปี ปี พ.ศ. 2558 และ 2561 จำแนกตามกลุ่มอายุ

ที่มา : การสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ (BRFSS) พ.ศ. 2558 และ 2561

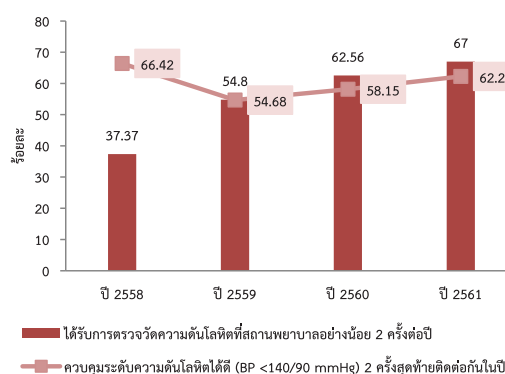
เมื่อพิจารณาเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ จากข้อมูลระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center: HDC) ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยรายใหม่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในปี พ.ศ.2558 ถึงปี พ.ศ.2561 ในอัตราเพิ่มขึ้นที่ลดลง ขณะที่ความครอบคลุมการคัดกรอง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2561 มีความครอบคลุมการคัดกรองเท่ากับร้อยละ 86.31 (ดังแผนภูมิที่ 24)

นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมาติดตามการรักษาต่อเนื่องอย่างน้อย 2 ครั้งต่อปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 ถึงปี พ.ศ. 2561 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในกลุ่มนี้มีผู้ที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 ถึงปี พ.ศ. 2561 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน (ดังแผนภูมิที่ 25) สำหรับรายงานผลการดำเนินงานการประเมินผลการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูง ของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและสถานพยาบาลในพื้นที่กรุงเทพมหานคร จากเครือข่ายวิจัยกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (MedResNet) พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 ถึงปี พ.ศ. 2561 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (ดังแผนภูมิที่ 26) ซึ่งแนวโน้มดังกล่าวสอดคล้องกับผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย (NHES) แต่ข้อมูลการสำรวจในระดับประชากรซึ่งครอบคลุมสถานพยาบาลทุกสังกัดโดยการสำรวจปีล่าสุดคือ ปี พ.ศ. 2557 มีผู้ป่วยที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ณ วันที่สำรวจเท่ากับร้อยละ 60.37 ในขณะที่ข้อมูลจากระบบ HDC เป็นร้อยละ 37.37 ในปี พ.ศ. 2558 ซึ่งแสดงถึงผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาหรือได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่องอาจมีแนวโน้มเป็นผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตได้ไม่ดี



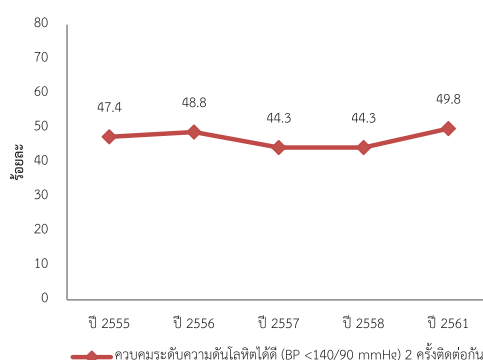
แผนภูมิที่ 24 : ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง และอัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัย ในปีงบประมาณ 2558-2561

ที่มา : ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ข้อมูล ณ วันที่ 2 พฤศจิกายน พ.ศ. 2562



แผนภูมิที่ 25 : ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการตรวจวัดความดันโลหิตที่สถานพยาบาลอย่างน้อย 2 ครั้งต่อปี และร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี (BP <140/90 mmHg) 2 ครั้งสุดท้ายติดต่อกัน ในปีงบประมาณ 2558-2561

ที่มา : ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ข้อมูล ณ วันที่ 2 พฤศจิกายน พ.ศ. 2562



แผนภูมิที่ 26 : ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี (BP <140/90 mmHg) 2 ครั้งติดต่อกัน ปี พ.ศ. 2555-2561

ที่มา : รายงานผลการดำเนินงานการประเมินผลการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูง ของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและสถานพยาบาลในพื้นที่กรุงเทพมหานคร จากเครือข่ายวิจัยกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (MedResNet) พ.ศ. 2555, 2556, 2557, 2558 และ 2561 ข้อมูล ณ วันที่ 2 พฤศจิกายน พ.ศ. 2562

การขับเคลื่อนนโยบายและมาตรการที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

ประเทศไทยมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ผ่านนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติด้านโรคไม่ติดต่อ ซึ่งครอบคลุมประเด็นการจัดการปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง รวมถึงมีมาตรการและกิจกรรมต่างๆ ตั้งแต่ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การคัดกรอง ตลอดจนการรักษา โดยเกิดการมีส่วนร่วมจากหน่วยงานหลัก ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงศึกษาธิการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงหน่วยงานภาคีวิชาการและภาคประชาสังคมเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค และพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพโดยมุ่งสู่เป้าหมายลดอัตราป่วย อัตราตายจากโรคไม่ติดต่อ โดยสามารถสรุปรายละเอียดได้ดังต่อไปนี้

นโยบายรัฐบาล (12 กันยายน 2557)

นโยบายหลักด้านที่ 5 ยุทธศาสตร์คุณภาพบริการด้านสาธารณสุข และสุขภาพของประชาชน : ข้อ 5.1 วางรากฐานให้ระบบหลักประกันสุขภาพครอบคลุมประชากร ในทุกภาคส่วนอย่างมีคุณภาพโดยไม่มีความเหลื่อมล้ำของคุณภาพบริการในแต่ละระบบ และบูรณาการข้อมูลระหว่างทุกระบบหลักประกันสุขภาพเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ

มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2551



มติ 1.6 : ยุทธศาสตร์ในการจัดการปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2552



มติ 2.5: ยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ
มติ 2.8: การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน

มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2553



มติ 3.6 : มาตรการในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบ

มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2555



มติ 5.1 : การจัดระบบและโครงสร้างเพื่อส่งเสริมการเดินและการใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน

มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2556



มติ 8.4 : นโยบายการลดบริโภคเกลือและโซเดียมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อ (NCDs)

มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
ครั้งที่ 8 พ.ศ. 2558



มติ 6.2 : เป้าหมายในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย
มติ 6.6 : การกำกับดูแลสื่อและการสื่อสารการตลาดของผลิตภัณฑ์ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติด้านโรคไม่ติดต่อและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง

แผนยุทธศาสตร์
การป้องกันและควบคุมโรค
ไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี
(พ.ศ. 2560-2564)



1. เพื่อลดภาระการป่วยการตายและความพิการที่ป้องกันได้อันมีผลสืบเนื่องจากโรคไม่ติดต่อด้วยวิธีการร่วมมือระหว่างภาคีภาคส่วนหลากหลายสาขาและการประสานงานในระดับชาติ ภูมิภาค และระดับโลก
2. เพื่อให้ประชาชนมีภาวะสุขภาพที่ดีและสร้างให้เกิดผลผลิตตามมาตรฐานสูงสุดในทุกกลุ่มอายุ และโรคต่างๆ เหล่านี้ไม่เป็นอุปสรรคต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี และการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจภายในปี พ.ศ. 2564

แผนยุทธศาสตร์
สุขภาพวิถีชีวิตไทย
พ.ศ. 2554-2563



เพื่อลดปัญหาโรควิถีชีวิตที่สำคัญ 5 โรค (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจ หลอดเลือดสมอง และมะเร็ง) ใน 5 ด้าน (การเกิดโรค ภาวะแทรกซ้อน การพิการ การตาย ภาระค่าใช้จ่าย) ด้วยการเพิ่มวิถีชีวิตพอเพียงใน 3 ด้าน (การบริโภคที่เหมาะสม การออกกำลังกายที่เพียงพอ การจัดการอารมณ์ได้เหมาะสม)

แผนยุทธศาสตร์
การจัดการปัญหาภาวะ
น้ำหนักเกินและภาวะอ้วน
พ.ศ. 2553-2562



มีกระบวนการและกลไกการจัดการกับปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนอย่างมีส่วนร่วม โปร่งใส ตั้งอยู่บนฐานความรู้ และเป็นไปเพื่อผลประโยชน์สาธารณะ

แผนยุทธศาสตร์
นโยบายแอลกอฮอล์
ระดับชาติ
พ.ศ. 2554-2563



ควบคุมขนาดและความรุนแรงของปัญหาจากการบริโภค

แผนยุทธศาสตร์
การควบคุมยาสูบแห่งชาติ
ฉบับที่ 2
พ.ศ. 2559-2562



1. ลดความชุกการเสพยาสูบของประชากรไทย
2. คุ้มครองสุขภาพของประชาชนจากอันตรายของควันบุหรี่

ยุทธศาสตร์
การลดโซเดียม
ในประเทศไทย
พ.ศ. 2559-2568



ประชาชนบริโภคเกลือและโซเดียมลดลงร้อยละ 30 ภายในปี 2568

แผนส่งเสริม
กิจกรรมทางกาย
พ.ศ. 2561-2573



1. ประชาชนมีกิจกรรมทางกายเพียงพอ
2. ประเทศไทยมีการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกาย

มาตรการ/กิจกรรม
การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

กลุ่มเป้าหมาย	กิจกรรม/มาตรการ	
	โรคเบาหวาน	โรคความดันโลหิตสูง
ประชาชนทั่วไป 	1. การบริการคัดกรอง คัดกรองความเบาหวานในประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป	1. การบริการคัดกรอง - คัดกรองความดันโลหิตสูงในประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป - โครงการเพิ่มการเข้าถึงเครื่องวัดความดันโลหิตในที่สาธารณะ (Public BP) สำหรับประชากรทั่วไป
	2. การเสริมสร้างความรู้และตระหนักถึงภัยสุขภาพ - การรณรงค์ สื่อสารประชาสัมพันธ์ วิธีการป้องกันควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในรูปแบบ Infographic ผ่าน Social media ต่างๆ เช่น Facebook, เว็บไซต์กองวิชาการฯ - การรณรงค์สื่อสารความรู้ด้านการจัดการพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง	
ผู้ป่วย 	1. การให้บริการกลุ่มผู้ป่วยในคลินิก NCD คุณภาพ (NCD Clinic Plus) - เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 เพื่อพัฒนาคุณภาพของระบบบริการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อของสถานบริการสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง และสนับสนุนให้เกิดการดำเนินงานป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อและภาวะแทรกซ้อน 2. การดำเนินงานโรคไตเรื้อรัง “คลินิกชะลอไตเสื่อม” - เริ่มดำเนินงานตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการลดและชะลอความเสื่อมของไต (อัตราการลดลงของ eGFR น้อยกว่า 4 mL/min/1.73 m²/ปี) เป้าหมาย ≥ 65% ในปี 2562 มุ่งเน้นการจัดการผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีไตเสื่อมระยะที่ 3-4 ในโรงพยาบาลระดับ F2, F1 และ M2	

สถานการณ์การบริโภคยาสูบของประชากรไทย

จากผลการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา พ.ศ. 2560 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปทั้งสิ้น 55.9 ล้านคน เป็นผู้สูบบุหรี่ปัจจุบัน 10.7 ล้านคน (ร้อยละ 19.1) แยกเป็นผู้ที่สูบเป็นประจำ 9.4 ล้านคน (ร้อยละ 16.8) และเป็นผู้ที่สูบนานๆ ครั้ง 1.3 ล้านคน (ร้อยละ 2.2) กลุ่มอายุ 25-44 ปีมีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุด (ร้อยละ 21.9) กลุ่มอายุ 45-59 ปี (ร้อยละ 19.1) และ 20-24 ปี (ร้อยละ 20.7) สำหรับกลุ่มผู้สู้ง่าย (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 14.4 กลุ่มเยาวชน (อายุ 15-19 ปี) มีอัตราการสูบบุหรี่ต่ำสุด (ร้อยละ 9.7) ผู้ชายสูบบุหรี่มากกว่าผู้หญิง 22 เท่า (ร้อยละ 37.7 และ 1.7 ตามลำดับ) อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลสูงกว่าในเขตเทศบาล (ร้อยละ 20.9 และ 17.0 ตามลำดับ) อัตราการสูบบุหรี่สูงสุดในภาคใต้ (ร้อยละ 24.5) รองลงมาได้แก่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 21.1) ภาคกลางและภาคเหนือมีอัตราการสูบบุหรี่ใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 17.6 และร้อยละ 17.1 ตามลำดับ) กรุงเทพมหานคร มีอัตราการสูบบุหรี่ต่ำสุด (ร้อยละ 15.4)⁽²⁾ (ดังตารางที่ 7)

ตารางที่ 7: อัตราร้อยละของประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2560 จำแนกตามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ กลุ่มอายุ เพศ เขตการปกครองและภาค

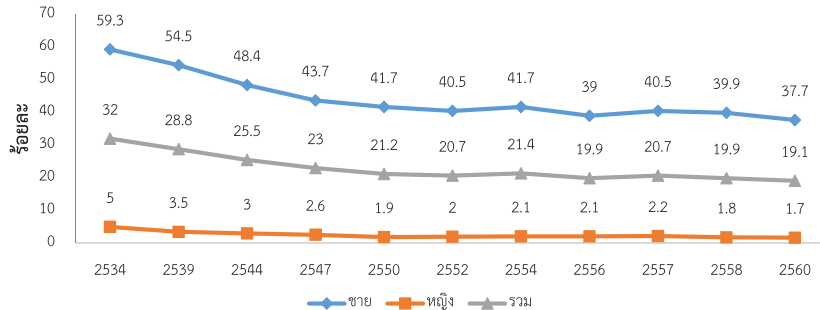
กลุ่มอายุ เพศ เขตการปกครอง และภาค	พฤติกรรมการสูบบุหรี่						
	รวม	ปัจจุบันและ อดีตไม่สูบ	เคยสูบ	ปกติสูบ			อัตราการสูบ
				รวม	เป็นประจำ	นานๆ ครั้ง	
กลุ่มอายุ (ปี)	100	72.4	8.5	19.1	16.9	2.2	19.1
15-19 ปี	100	89.1	1.1	9.7	7.2	2.6	9.7
20-24	100	77.3	2.0	20.7	17	3.7	20.7
25-44	100	72.9	5.2	21.9	19.6	2.4	21.9
45-59	100	68.5	10.4	21.1	19.1	2.0	21.1
60 ปีขึ้นไป	100	67.9	17.7	14.4	12.9	1.5	14.4
เพศ							
ชาย	100	45.8	16.5	37.7	33.4	4.3	37.7
หญิง	100	97.3	1.0	1.7	1.4	0.3	1.7
เขตการปกครอง							
ในเทศบาล	100	74.9	8.2	17.0	14.9	2.0	17.0
นอกเทศบาล	100	70.3	8.8	20.9	18.4	2.4	20.9
ภาค							
กรุงเทพมหานคร	100	77.5	7.1	15.4	13.7	1.7	15.4
กลาง(ไม่รวม กทม.)	100	74.8	7.5	17.6	15.5	2.1	17.6
เหนือ	100	71.0	11.8	17.1	14.9	2.3	17.1
ตะวันออกเฉียงเหนือ	100	70	8.8	21.1	18.6	2.5	21.1
ใต้	100	68.3	7.2	24.5	21.9	2.6	24.5

ที่มา : การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุรา พ.ศ. 2560 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

1.1 พฤติกรรมการบริโภคยาสูบของประชากรไทย

อัตราการสูบบุหรี่ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

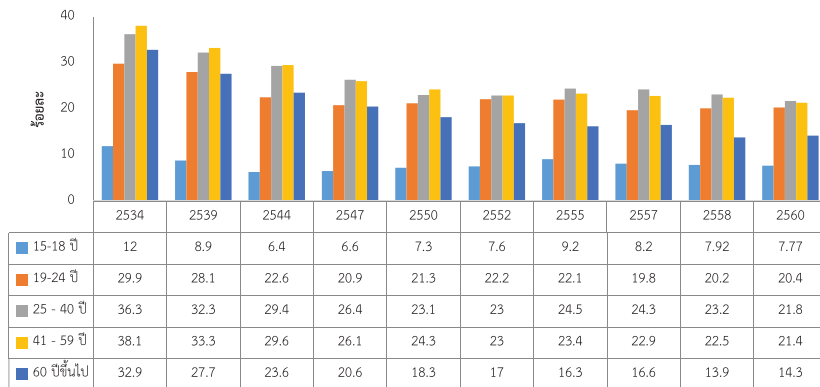
เมื่อพิจารณาตามเพศ พบว่าในช่วงปี พ.ศ. 2534 – 2560 มีอัตราการบริโภคยาสูบของประชากรเพศชาย มีอัตราการเปลี่ยนแปลงที่ลดลงน้อยกว่าเพศหญิงคือ ร้อยละ 36.42 และร้อยละ 66 ตามลำดับ อย่างไรก็ตามหากเปรียบเทียบระหว่างเพศในปีเดียวกัน พบว่าเพศชายมีอัตราการบริโภคยาสูบสูงกว่าเพศหญิงทุกปี⁽²⁾ (ดังแผนภูมิที่ 27)



แผนภูมิที่ 27 : อัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบัน ปี พ.ศ. 2534-2560 จำแนกตามเพศ

ที่มา : การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2534, 2539, 2552, 2554, 2556 และ 2558 และการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และดื่มสุรา พ.ศ.2544, 2547, 2550, 2554, 2557 และ 2560 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

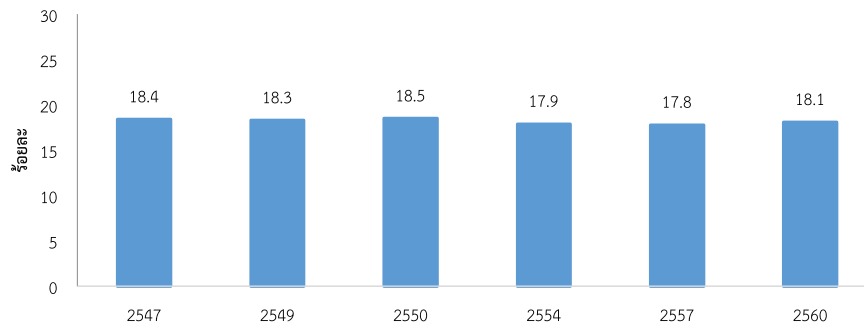
เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุ พบว่าในช่วงปี พ.ศ. 2534-2560 อัตราผู้สูบบุหรี่มีแนวโน้มลดลงในทุกกลุ่มอายุ โดยในกลุ่มอายุ 25-40 ปี และกลุ่มอายุ 41-59 ปี มีอัตราการสูบบุหรี่ที่ใกล้เคียงกัน ซึ่งสูงกว่าทุกกลุ่มอายุ และกลุ่มที่น่าเป็นห่วงที่สุดคือในกลุ่มนักสูบบุหรี่อายุน้อย (อายุ 15-24 ปี) ที่มีอัตราการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและลดลงเล็กน้อยใน ปี พ.ศ.2560⁽²⁾ (ดังแผนภูมิที่ 28)



แผนภูมิที่ 28 : อัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบัน ปี พ.ศ. 2534-2560 จำแนกตามกลุ่มอายุ

ที่มา : การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2534, 2539, 2552, 2554, 2556 และ 2558 และการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุรา พ.ศ.2544, 2547, 2550, 2554, 2557, และ 2560 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

อายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกในภาพรวมของทั้งประเทศปี พ.ศ. 2560 คือ 18.1 ปี เพศชายมีอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกต่ำกว่าเพศหญิง (17.9 ปี และ 22.0 ปี ตามลำดับ) ประชากรที่อยู่ในภาคเหนือและภาค ตะวันออกเฉียงเหนือมีอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกใกล้เคียงกันคือ 17 ปี กรุงเทพมหานครภาคกลาง และภาคใต้ มีอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกใกล้เคียงกันคือ 18 ปี⁽²⁾ (ดังแผนภูมิที่ 29)



แผนภูมิที่ 29 : อายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรก ปี พ.ศ. 2547-2560

ที่มา : การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2549 และการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุรา พ.ศ. 2547, 2550, 2554, 2557 และ 2560 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

1.2 สถานการณ์ที่สะท้อนถึงการบริโภคยาสูบในระดับประชากร

ยอดจำหน่ายของอุตสาหกรรมยาสูบ

โรงงานยาสูบกระทรวงการคลัง เป็นผู้ผลิตซิกาแรต (บุหรี่ยี่ห้อและบุหรี่ยี่ห้อ) รายเดียวในประเทศไทย โดยผลการดำเนินงานในปี พ.ศ. 2561 ด้านรายได้โรงงานยาสูบ และการยาสูบแห่งประเทศไทยมีรายได้ 31,271 ล้านบาท และ 20,294 ล้านบาทตามลำดับ คิดเป็นรายได้รวม 51,565 ล้านบาทลดลงจาก ปี 2560 จำนวน 16,610 ล้านบาท หรือคิดเป็นร้อยละ 24.52 เป็นรายได้หลักจากการจำหน่ายบุหรี่ยี่ห้อ 51,064 ล้านบาท จากการขายผลิตภัณฑ์อื่น 91 ล้านบาท และรายได้ที่ไม่เกี่ยวกับ การดำเนินงาน 410 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 99.03, 0.18 และ 0.80 ของรายได้รวมตามลำดับ และด้านการจำหน่ายการยาสูบแห่งประเทศไทย จำหน่ายบุหรี่ยี่ห้อทั้งสิ้นจำนวน 17 ยี่ห้อ โดยตั้งแต่ปี พ.ศ.2557 ยอดจำหน่ายภายในประเทศมีแนวโน้มลดลงจาก 30,320 ล้าน เป็น 18,508 ล้านมวน ในปี พ.ศ. 2561⁽³⁾ (ดังตารางที่ 8) และนอกนั้นเป็นส่วน การแบ่งการตลาดของ บริษัทข้ามชาติ ซึ่งมีอยู่หลายบริษัท เช่น บริษัท ฟิลลิป มอริส (ไทยแลนด์) จำกัดและบริษัทบริติชอเมริกัน โทแบคโค (ประเทศไทย) จำกัด เป็นต้น อย่างไรก็ตามบริษัทต่างๆ ได้มีการปรับตัวโดย “ยุติการผลิตและจำหน่ายบุหรี่ยี่ห้อ” และหันมาผลิต “ผลิตภัณฑ์ยาสูบไร้ควัน” (Smoke-free Product) หรือที่รู้จักกันในรูปแบบ บุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งถูกคิดค้นขึ้นมา ในปี พ.ศ. 2546 มาแทนที่ให้เร็วที่สุด อันเป็นการสร้างกลยุทธ์ใหม่เพื่อ Disrupt ธุรกิจตัวเองและต้องการสร้าง “สังคมไร้ควันบุหรี่ยี่ห้อ” ทางเลือกสำหรับนักสูบที่ตัดสินใจว่าจะยังคงสูบบุหรี่ยี่ห้อต่อไป⁽⁴⁾

ตารางที่ 8: สถิติผลการดำเนินงาน-การตลาด การส่งออกยอดการจำหน่ายบุหรี่ยี่ห้อโรงงานยาสุบย้อนหลัง 5 ปี ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2557 – 2561

ปีงบประมาณ	จำหน่ายในประเทศ (ล้านมวน)	ส่งออก (ล้านมวน)
2557	30,319.79	28.84
2558	30,836.45	69.14
2559	28,221.49	75.79
2560	28,807.87	70.56
2561	18,508.15	55.48

ที่มา : รายงานประจำปี 2561 (Annual Report 2018) โรงงานยาสูบกระทรวงการคลัง

การจัดเก็บรายได้ภาษียาสูบในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2557 – 2561

ผลการจัดเก็บรายได้ภาษีสรรพสามิตยาสูบ โดยพบว่า ในปี พ.ศ. 2559 จัดเก็บภาษีรายได้ 65,438.27 ล้านบาท สูงกว่าปี พ.ศ. 2558 จำนวน 2,704.36 ล้านบาท เพิ่มขึ้น 4.31% และสูงกว่าประมาณการตามเอกสารงบประมาณ 638.27 ล้านบาท หรือ 0.98% สาเหตุที่จัดเก็บภาษีได้สูงกว่าปีพ.ศ. 2558 และประมาณการเนื่องจากการปรับเพิ่มอัตราภาษีบุหรี่ซีกาเรตตามมูลค่าจากร้อยละ 87 เพิ่มเป็นร้อยละ 90 และตามปริมาณจาก 1.0 บาท ต่อกรัมเป็น 1.10 บาทต่อกรัม ซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 10 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559 ทำให้การชำระภาษีสูงกว่าปีก่อนและประมาณการอย่างไรก็ตามผลจากการขึ้นภาษีดังกล่าวส่งผลให้ผู้บริโภคหันมาบริโภคบุหรี่ราคาถูกแทนราคาแพงในสัดส่วนที่มากขึ้น ทำให้ภาษีบุหรี่เพิ่มขึ้นเพียง 4.31% และในปี พ.ศ. 2560 การจัดเก็บภาษีได้ 68,603.09 ล้านบาทสูงกว่าปีพ.ศ. 2559 3,164.82 ล้านบาท หรือ 4.84% แต่ต่ำกว่าประมาณการ ตามเอกสารงบประมาณ (78,800 ล้านบาท) จากจำนวน 10,196.91 ล้านบาท หรือ 12.94% สาเหตุที่จัดเก็บภาษียาสูบได้ต่ำกว่าประมาณการ เนื่องจากคาดว่าหลังจากการปรับอัตราภาษีแล้วจะทำให้รายได้เพิ่มขึ้นประมาณ 15,000 ล้านบาทต่อปีหรือ 1,250 ล้านบาท ต่อเดือน แต่หลังจากปรับอัตราทำให้ราคาขายปลีกสูงขึ้น (33%) ซึ่งทำให้ผู้บริโภคหันมาบริโภคบุหรี่ราคาถูกแทนบุหรี่ราคาแพงในสัดส่วนที่สูงขึ้น ประกอบกับมีการลดปริมาณการบริโภค ทำให้จัดเก็บภาษียาสูบต่ำกว่าประมาณการ อย่างไรก็ตามในช่วง 2 เดือนก่อนที่ พ.ร.บ. ภาษีสรรพสามิต 2560 มีผลบังคับใช้วันที่ 16 กันยายน พ.ศ. 2560 ผู้ประกอบการเร่งชำระภาษีสูงกว่าปกติ จึงเป็นผลให้ภาพรวมการชำระภาษียาสูบปีงบประมาณ 2560 สูงกว่าปีพ.ศ. 2559 และในปี พ.ศ. 2561 ภาษียาสูบจัดเก็บได้ 68,548.17 ล้านบาท ซึ่งต่ำกว่าปี พ.ศ. 2560 54.93 ล้านบาท หรือ 0.08% แต่สูงกว่าประมาณการตามเอกสารงบประมาณ 448.16 ล้านบาท หรือ 0.66% (ดังตารางที่ 9) สาเหตุที่จัดเก็บภาษียาสูบได้ต่ำ เนื่องจากในปี 2560 ผู้ประกอบการมีการกักตุนสินค้าก่อน พ.ร.บ. ภาษีสรรพสามิต 2560 จะมีผลบังคับใช้ สาเหตุที่จัดเก็บได้สูงกว่าประมาณการเนื่องจากผู้ประกอบการ นำเข้ามีการนำเข้าสินค้าเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้บริโภคมากขึ้น ในขณะที่การยาสูบแห่งประเทศไทยก็สามารถปรับกลยุทธ์ทางการตลาดเพื่อให้สามารถรักษาสัดส่วนแบ่งทางการตลาดไว้

ตารางที่ 9: สรุปผลการจัดเก็บรายได้ภาษีสรรพสามิตยาสูบในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2557 – 2561

ปี	ประเภทรายได้	เก็บได้จริง	เก็บได้ปีที่แล้ว	เปรียบเทียบ กับปีที่แล้ว		ประมาณการ ตามเอกสาร	เปรียบเทียบ กับประมาณการทาง เอกสาร	
				จำนวน	ร้อยละ		จำนวน	ร้อยละ
2557	ภาษียาสูบ	64,654.25	52,670.73	11,983.52	22.75	62,700.00	1,954.25	3.12
2558	ภาษียาสูบ	62,733.91	61,000.56	1,733.35	2.84	63,000.00	-266.09	-0.42
2559*	ภาษียาสูบ	65,438.27	62,733.91	2,704.36	4.31	64,800.00	638.27	0.98
2560*	ภาษียาสูบ	68,603.09	65,438.27	3,164.82	4.84	78,800.00	-10,196.91	-12.94
2561	ภาษียาสูบ	68,548.17	68,603.09	-54.93	-0.08	68,100.00	448.16	0.66

2559 มีการปรับเพิ่มอัตราภาษีบุหรี่ซีกาเรตตามมูลค่าจากร้อยละ 87 เพิ่มเป็นร้อยละ 90 และตามปริมาณจาก 1.0 บาท ต่อกรัมเป็น 1.10 บาทต่อกรัมมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 10 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559 2560 พ.ร.บ. ภาษีสรรพสามิต 2560 ครั้งที่ 2 มีผลบังคับใช้วันที่ 16 กันยายน พ.ศ. 2560

ที่มา : รายงานประจำปี กรมสรรพสามิต พ.ศ. 2557 - 2561

โครงสร้างราคาบุหรี่ในปัจจุบัน

กรมสรรพสามิต ใช้ราคาขายปลีกแนะนำที่ซองละ 60 บาท เป็นเกณฑ์ในการคำนวณภาษีตามมูลค่างวดที่กล่าวมาข้างต้น ทำให้ตลาดบุหรี่ในปัจจุบันแบ่งออกเป็น 2 ส่วนตามโครงสร้างภาษี กล่าวคือ

1. กลุ่มตลาดบน ตั้งราคาขายปลีกอยู่ที่ซองละ 90 บาท เป็นบุหรี่ยี่ห้อวันเดอร์ แพงที่สุดซองละ 165 บาท มี 2 ยี่ห้อ ได้แก่ มาร์ลโบโร แคมป์เบล กับเมเวียส แคมป์เบล

2. **กลุ่มตลาดล่าง** ตั้งราคาขายปลีกไม่เกินซองละ 60 บาท ได้แก่ บุหรี่ยี่ห้อ LINE 7.1 เดิมเคยขายซองละ 40 บาท เพิ่มเป็น 60 บาท, LINE มวนใหญ่ เดิมขายซองละ 43 บาท เพิ่มเป็น 60 บาท, GOAL เดิมขายซองละ 45 บาท เพิ่มเป็น 60 บาท, SMS เดิมขายซองละ 51 บาท เพิ่มเป็น 60 บาท จะเห็นได้ว่าบุหรี่ของโรงงานยาสูบทุกยี่ห้อ (ปัจจุบันเปลี่ยนชื่อเป็น “การยาสูบแห่งประเทศไทย”) ปรับราคาขึ้นยกแผงประมาณ 50% ขณะเดียวกันมีบุหรี่ต่างประเทศบางยี่ห้อ ปรับลดราคาลงมาแข่งในตลาดล่าง 3 ยี่ห้อ เช่น วินสตัน คอมแพค เดิมขายซองละ 70 บาท หลังปรับภาชีขายซองละ 60 บาท, L&M 7.1 เดิมขายซองละ 72 บาท ลดราคาเหลือ 60 บาท และคาเมลเดิมขายซองละ 98 บาท ลดราคาเหลือ 60 บาท และยังมีบุหรืนอกบางยี่ห้อตั้งราคาขายต่ำกว่า 60 บาทอีก 2 ยี่ห้อ คือ บุหรี่ยี่ห้อเพลย์ออฟ ตั้งราคาขายปลีกที่ซองละ 58 บาท และ ไอสเกอร์ คิงไซซ์ ซองละ 58 บาท เป็นต้น ส่วนบุหรืยี่ห้อกรองทิพย์, สายฝน, กรุงทอง, สามิต ราคาซองละ 95 บาท ถูกผลักดันแข่งในตลาดบน โดยมี L&M, ไอสเกอร์ แม็กซ์ ขาย ซองละ 99 บาท และ ไอสเกอร์ 5.0 ซองละ 100 บาท เป็นคู่แข่งที่สำคัญ การปรับโครงสร้างภาชีครั้งนี้ นอกจากจะทำให้ส่วนแบ่งทางการตลาดของโรงงานยาสูบลดลง จากเดิมเคยครอบครองตลาด 80% ปัจจุบันลดลงเหลือ 60% คาดว่าผู้บริโภคส่วนหนึ่งหันไปสูบบุหรี่ต่างประเทศที่มีราคาใกล้เคียงหรือถูกกว่า และอีกส่วนหันไปสูบบุหรี่ทางเลือกใหม่แทน เช่น บุหรี่ไฟฟ้า, บุหรี่มวนเอง และบุหรืเถื่อน เป็นต้น⁽⁵⁾ (ดังรูปภาพที่ 1)



รูปภาพที่ 1 โครงสร้างราคาบุหรื

ที่มา : กรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง

1.3 การขับเคลื่อนมาตรการและนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคยาสูบ

ถึงแม้ว่าประเทศไทยจะมีมาตรการต่างๆ และมีความพยายามในการควบคุมยาสูบตลอดที่ผ่านมา แต่กลับพบว่า อัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันของประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป ในช่วง พ.ศ. 2534-2550 มีอัตราการสูบบุหรี่ลดลงเพียง 34% และ ช่วง พ.ศ. 2550-2560 อัตราการสูบบุหรี่ลดลงเพียง 9% ซึ่งแสดงให้เห็นว่าในช่วง 10 ปีหลังอัตราการลดลงของการสูบบุหรี่ เริ่มน้อยลงอย่างเห็นได้ชัดเนื่องจากมีแรงต้านเกิดขึ้น มาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย เป็นมาตรการที่มีการดำเนินการขับเคลื่อนสอดคล้องกับหลักการ MPOWER (นโยบายที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมยาสูบ) และการดำเนินกิจกรรมตามที่กรอบอนุสัญญาควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control: WHO FCTC) แนะนำมีดังนี้

- มาตรการที่ 1** ห้ามโฆษณาบุหรี่
- มาตรการที่ 2** ภาษีศุลกากรและการค้าหรือแกตต์ หรือ GATT 301
- มาตรการที่ 3** การออก พ.ร.บ. 2 ฉบับ ได้แก่ พ.ร.บ.ควบคุมยาสูบมีผลห้ามโฆษณาและส่งเสริมการขายบุหรี่และ พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่
- มาตรการที่ 4** มีการดำเนินการจัดตั้งสถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย
- มาตรการที่ 5** การบังคับใช้เรื่องการห้ามมีฉลากบุหรี่ทาง TV
- มาตรการที่ 6** การดำเนินการจัดตั้ง สสส.จากเงินภาษี 2% (sin taxes)
- มาตรการที่ 7** ขยายพื้นที่สาธารณะปลอดบุหรี่
- มาตรการที่ 8** มีภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ 6 แบบ
- มาตรการที่ 9** ห้ามให้มีการแสดงบุหรี่ ณ จุดขาย และดำเนินการตั้งศูนย์วิจัยยาสูบ (ศจย.)
- มาตรการที่ 10** การแสดงสารพิษ สารก่อมะเร็ง ปรับปรุงภาพคำเตือน 9 แบบ และออกประกาศขยายพื้นที่ปลอดบุหรี่
- มาตรการที่ 11** ดำเนินการเรื่องภาพคำเตือนบนบุหรี่ซิกาแรต บุหรี่มวนเอง และขยายพื้นที่สาธารณะปลอดบุหรี่ ฝั บ บาร์ ตลาด
- มาตรการที่ 12** การกำหนดชื่อ ประเภทสถานที่สาธารณะปลอดบุหรี่
- มาตรการที่ 13** การกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขการแสดงคำ หรือข้อความ 51 NC
- มาตรการที่ 14** กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขการแสดงคำ หรือข้อความเกี่ยวกับสารพิษ และสารก่อมะเร็ง
- มาตรการที่ 15** คณะรัฐมนตรีเห็นชอบมติสมัชชาสุขภาพ เรื่อง มาตรการควบคุมปัจจัยเสี่ยงด้านยาสูบ
- มาตรการที่ 16** กระทรวงสาธารณสุขออกประกาศกระทรวงฯ เพิ่มขนาดคำเตือนสุขภาพบนซองบุหรี่ จากร้อยละ 55 เป็นร้อยละ 85 ใน พ.ศ. 2556 มาตรการที่ 17 กฎหมายของบุหรี่แบบเรียบ (ณ เดือน มิถุนายน พ.ศ.2559 กฎหมายผ่านการพิจารณาของคณะรัฐมนตรี (ครม.) แล้ว เหลือการพิจารณาของสภานิติบัญญัติแห่งชาติ (สนช.)
- มาตรการที่ 17** คณะรัฐมนตรีมีมติขึ้นภาษีบุหรี่จากร้อยละ 87 เป็นร้อยละ 90
- มาตรการที่ 18** กระทรวงสาธารณสุขออกประกาศกระทรวงฯ เรื่อง การกำหนดประเภทหรือชื่อของสถานที่สาธารณะ สถานที่ทำงาน และยานพาหนะ ให้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของ สถานที่และยานพาหนะเป็นเขตปลอดบุหรี่ หรือเขตสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่ พ.ศ. 2561
- มาตรการที่ 19** กระทรวงสาธารณสุขออกประกาศกระทรวงฯ เรื่องหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขเกี่ยวกับหีบห่อผลิตภัณฑ์ยาสูบ และผลิตภัณฑ์ยาสูบประเภทบุหรี่ซิการ์เรต พ.ศ. 2561

มาตรการและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการขึ้นภาษีบุหรี่

ในปี พ.ศ. 2560 – 2562 กระทรวงการคลังได้ขึ้นภาษียาสูบและยาเส้นเป็นระลอกโดยเริ่มขึ้นภาษี ครั้งที่ 1 มีผลบังคับใช้ 16 กันยายน พ.ศ. 2560 โดยจัดเก็บภาษีตามมูลค่าใน 2 อัตราที่แตกต่างกัน ระหว่างบุหรี่ที่มีราคาขายปลีกไม่เกิน 60 บาท ต่อซอง และเกิน 60 บาทต่อซอง เป็นเวลา 2 ปี ทำให้บุหรี่ทุกยี่ห้อต้องเสียภาษีตามปริมาณมวนละ 1.20 บาท หรือ ซองละ 24 บาท จากนั้นนำมารวมค่าภาษี ซึ่งคิดตามมูลค่า โดยใช้ราคาขายปลีกที่ซองละ 60 บาท เป็นราคารามาตรฐาน หากผู้ประกอบการรายใดตั้งราคาขายปลีกไม่เกินซองละ 60 บาท ต้องเสียภาษีเพิ่มอีก 20% ของราคาขายปลีกไปจนถึงวันที่ 1 ตุลาคม 2562 จากนั้นให้เก็บภาษีใน อัตรา 40% ส่วนบุหรี่ที่ตั้งราคาขายปลีกเกิน 60 บาท ต้องเสียภาษี 40% ทันทีที่กฎหมายมีผลบังคับใช้

การปรับขึ้นภาษีสรรพสามิตยาเส้น มีผลบังคับใช้วันที่ 8 พฤษภาคม พ.ศ. 2562 ส่งผลให้ราคาขายปลีกยาเส้น มีการปรับขึ้นทันที โดยยาเส้นขนาดบรรจุ 20-30 กรัม ต่อซอง เพิ่มขึ้นจาก 10 บาทเป็น 13 บาท โดยยาเส้นซองเล็กขนาดบรรจุ 5 บาท ขนาดไม่ถึง 10 กรัม เพิ่มขึ้น 2 บาท เป็น 7 บาท ซึ่งเดิมกรมเก็บภาษีที่ขนาด 10 กรัม เดิมเสีย 5 สตางค์ เพิ่มเป็น 1 บาท การขึ้นภาษียาเส้นอีกทำให้ร้านค้าได้รับผลกระทบ และทำให้ปัญหาการค้าขายยอบุหรี่ที่ถูก กฎหมายและยาเส้นลดลง ซึ่งสอดคล้องกับผลสำรวจของนิต้าโพล ซึ่งชี้ให้เห็นว่าสถานการณ์โดยทั่วไปค่อนข้างแย่โดย 68% กิจการโดยภาพรวมขายของ ได้น้อยลง 73% บอกว่าขายยาเส้นได้น้อยลงตั้งแต่ขึ้นภาษียาเส้น ครั้งที่ 2 ที่มีผลบังคับใช้ไปวันที่ 8 พฤษภาคม พ.ศ. 2562⁽⁶⁾

ภาพและคำเตือนบนซองบุหรี่

การบังคับให้บริษัทบุหรี่พิมพ์คำเตือนถึงพิษภัยของการสูบบุหรี่ เป็นมาตรการควบคุมการสูบบุหรี่ มาตรการแรกที่ประเทศต่างๆ นำมาใช้ เพื่อหวังที่จะให้คนไม่สูบบุหรี่หรือเลิกสูบบุหรี่ แต่วิวัฒนาการการออกกฎหมายคำเตือนเป็นไปด้วยความยากลำบาก ทั้งเพราะการคัดค้านของบริษัทบุหรี่ และการที่ฝ่ายรณรงค์ไม่สูบบุหรี่ใช้เวลาในการเรียนรู้เรื่องการได้มาซึ่ง คำเตือนที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงธรรมชาติที่บุหรี่เป็นยาเสพติดที่อำนาจการเสพติดรุนแรง ทำให้ผู้ที่ติดบุหรี่อยู่แล้ว แม้จะรู้ถึง คำเตือนบนซองบุหรี่ แต่ส่วนใหญ่ก็เลิกสูบไม่สำเร็จจนถึง พ.ศ. 2543 คำเตือนของประเทศไทย อยู่ในรูปแบบของข้อความ ตัวอักษร ซึ่งจุดอ่อนคือ ผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ได้รับการศึกษาน้อย ไม่เข้าใจความหมายของข้อความคำเตือน โดยผลการวิจัยพบว่า คำเตือนที่เป็นรูปภาพมีประสิทธิภาพมากกว่าคำเตือนที่เป็นข้อความตัวหนังสือมาก ทั้งการทำให้เข้าใจถึงความหมายของคำเตือน ทำให้สูบน้อยลง⁽⁷⁾

สรุป

จากสถานการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่พบว่า แนวโน้มลดลงค่อนข้างมากในช่วงก่อนปี พ.ศ.2544 โดยหลังจากนั้นมีแนวโน้มลดลงต่อเนื่องเพียงเล็กน้อย โดยในปี พ.ศ.2560 ความชุกของผู้สูบบุหรี่ในปัจจุบันเท่ากับร้อยละ 19.1 โดยใน กลุ่มวัยรุ่น และเยาวชนที่เคยเป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นในช่วงปี พ.ศ.2544 ถึง 2555 ก็กลับมามีแนวโน้มลดลงเช่นกัน อย่างไรก็ตามอายุเฉลี่ยของการเริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกก็ยังคงอยู่ที่อายุประมาณ 17-18 ปี อย่างไรก็ตามบุหรี่ในรูปแบบใหม่ เช่น บุหรี่ไฟฟ้า เริ่มเป็นที่นิยมมากขึ้นในหมู่วัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้น แต่ยังไม่ได้มีการสำรวจความชุกของการบริโภค

จากสถานการณ์ที่สะท้อนถึงการบริโภคยาสูบในระดับประชากร ยอดจำหน่ายของอุตสาหกรรมยาสูบ โรงงานยาสูบ มีรายได้ลดลง และยอดจำหน่ายภายในประเทศมีแนวโน้มลดลงเช่นกัน สำหรับการปรับอัตราภาษีสรรพสามิตทั้ง 2 ครั้งคือ มีการเปลี่ยนแปลงราคาภาษียาสูบจากร้อยละ 87 เป็น 90 อย่างไรก็ตามบริษัทต่างๆ ได้มีการปรับตัวโดย “ยุติการผลิต และจำหน่ายบุหรี่” และหันมาผลิต “ผลิตภัณฑ์ยาสูบไร้ควัน” (Smoke-free Product) หรือที่รู้จักกันในรูปแบบบุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งถูกคิดค้นขึ้นมาในปี พ.ศ. 2546 มาแทนที่ให้เร็วที่สุดอันเป็นการสร้างกลยุทธ์ใหม่เพื่อ Disrupt ธุรกิจตัวเองและต้องการสร้าง “สังคมไร้ควันบุหรี่” ทางเลือกสำหรับนักสูบที่ตัดสินใจว่าจะยังคงสูบบุหรี่ต่อไป

2

สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรไทย

จากผลการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร ปี พ.ศ. 2560 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประมาณ 23.9 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 42.8 ของประชากรวัยนี้ที่มีทั้งหมด 55.9 ล้านคน โดยมีอายุเฉลี่ยที่เริ่มดื่มครั้งแรกของประเทศคือ 20.3 ปี อายุเฉลี่ยที่เริ่มดื่มครั้งแรกของเพศชาย น้อยกว่าหญิง (19.3 ปี และ 23.7 ปี ตามลำดับ) ภาพรวมความชุกของนักดื่มมีความแตกต่างกันอย่างชัดเจนคือ ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ชายดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน 12 เดือนที่ผ่านมาในขณะที่ผู้หญิง ดื่มประมาณร้อยละ 10.6 ซึ่งเปรียบเทียบได้ว่า ความชุกของ การดื่มสุราในเพศชายสูงกว่าเพศหญิงประมาณ 4 เท่า เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุ พบว่ากลุ่มอายุ 25-44 ปี มีอัตราการดื่มสุรา สูงสุด ร้อยละ 36.0 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 20-24 ปี และ 45-59 ปี (ร้อยละ 33.5 และ 31.1 ตามลำดับ) โดยประชากรที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลมีอัตราการดื่มสุรา สูงกว่า ประชากรที่อยู่ในเขตเทศบาล (ร้อยละ 29.2 และร้อยละ 27.4 ตามลำดับ) เมื่อจำแนกรายภาคพบว่า ภาคเหนือ มีความชุกการดื่มสูงที่สุดร้อยละ 35.4 รองลงมา คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 32.8 และภาคกลางที่มีความชุกของการดื่มร้อยละ 27.3 สำหรับภูมิภาคอื่นที่มีความชุกการดื่มน้อยกว่าภาพรวมของประเทศ ร้อยละ 27.3 ได้แก่ กรุงเทพมหานครร้อยละ 25.3 และภาคใต้ร้อยละ 16.1⁽²⁾ (ดังตารางที่ 10)

ตารางที่ 10: จำนวนและอัตราร้อยละของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปจำแนกตามพฤติกรรมการดื่มสุรา ปี พ.ศ. 2560

กลุ่มอายุ เพศ เขตการปกครอง และภาค	รวม	ไม่เคยดื่ม	เคยดื่ม แต่ไม่ดื่ม ใน 12 เดือนที่แล้ว	ดื่มใน 12 เดือนที่แล้ว		
				รวม	สม่ำเสมอ ^{1/}	นานๆ ครั้ง ^{2/}
ทั่วราชอาณาจักร	55,948,226 (100.0)	31,989,073 (57.2)	8,061,891 (14.4)	15,897,262 (28.4)	6,984,785 (12.5)	8,912,477 (15.9)
กลุ่มอายุ (ปี)						
15 - 19	4,587,014 (100.0)	3,834,823 (83.6)	128,418 (2.8)	623,773 (13.6)	152,294 (3.3)	471,479 (10.3)
20 - 24	4,958,471 (100.0)	2,978,459 (60.1)	321,263 (6.5)	1,658,749 (33.5)	532,304 (10.7)	1,126,445 (22.7)
25 - 44	19,921,131 (100.0)	10,579,631 (53.1)	2,170,604 (10.9)	7,170,896 (36.0)	3,226,640 (16.2)	3,944,256 (19.8)
45 - 59	15,207,135 (100.0)	7,906,053 (52.0)	4,726,995 (31.1)	2,574,087 (16.9)	2,232,384 (14.7)	2,494,611 (16.4)
60 ขึ้นไป	11,274,475 (100.0)	6,690,107 (59.3)	2,867,519 (25.4)	1,716,849 (15.2)	841,163 (7.5)	875,686 (7.8)
เพศ						
ชาย	27,024,419 (100.0)	8,546,223 (31.6)	5,652,777 (20.9)	12,825,419 (47.5)	6,392,966 (23.7)	6,432,453 (23.8)
หญิง	28,923,810 (100.0)	3,442,850 (81.1)	2,409,114 (8.3)	3,071,846 (10.6)	591,820 (2.0)	2,480,026 (8.6)
เขตการปกครอง						
ในเขตเทศบาล	25,442,390 (100.0)	14,678,740 (57.7)	3,783,084 (14.9)	6,980,566 (27.4)	3,022,331 (11.9)	3,958,235 (15.6)
นอกเขตเทศบาล	30,505,840 (100.0)	17,310,333 (56.7)	4,278,807 (14.0)	8,916,700 (29.2)	3,962,455 (13.0)	4,954,245 (16.2)
ภาค						
กรุงเทพมหานคร	7,565,649 (100.0)	4,514,479 (59.7)	1,137,431 (15.0)	1,913,739 (25.3)	795,089 (10.5)	1,118,650 (14.8)
กลาง (ไม่รวม กทม.)	16,623,128 (100.0)	9,965,088 (59.9)	2,115,648 (12.7)	4,542,392 (27.3)	2,275,211 (13.7)	2,267,181 (13.6)
เหนือ	9,492,814 (100.0)	4,375,832 (46.1)	1,756,780 (18.5)	3,360,202 (35.4)	1,516,518 (16.0)	1,843,684 (19.4)
ตะวันออกเฉียง เหนือ	14,944,135 (100.0)	7,676,292 (51.4)	2,362,783 (15.8)	4,905,060 (32.8)	1,849,954 (12.4)	3,055,106 (20.4)
ใต้	7,322,503 (100.0)	5,457,382 (74.5)	689,248 (9.4)	1,175,873 (16.1)	548,015 (7.5)	627,858 (8.6)

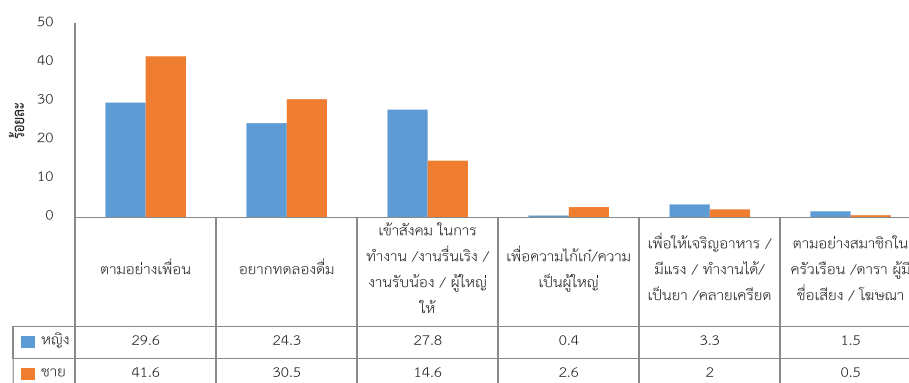
* หมายเหตุ: 1/ ได้แก่ ดื่มทุกวัน (7 วัน/สัปดาห์) หรือ ดื่มเกือบทุกวัน (5-6 วัน/สัปดาห์) หรือ ดื่มวันเว้นวัน (3-4 วัน/สัปดาห์) หรือดื่มทุกสัปดาห์ (1-2 วัน/สัปดาห์) 2/ ได้แก่ ดื่มทุกเดือน (1-3 วัน/เดือน) หรือ ดื่ม 8-11 วัน/ปี หรือ ดื่ม 4-7 วัน/ปี หรือ ดื่ม 1-3 วัน/ปี

ที่มา : การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุรา พ.ศ. 2560 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

2.1 พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรไทย

สาเหตุของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ส่วนใหญ่ทั้งนักดื่มเพศชายและนักดื่มเพศหญิง เริ่มดื่มสุราเพราะตามอย่างเพื่อน/เพื่อนชวน ร้อยละ 41.6 และร้อยละ 29.6 ตามลำดับ รองลงมาของนักดื่มชายที่เริ่มดื่มสุราเพราะอยากลองดื่ม ร้อยละ 30.5 ในขณะที่นักดื่มหญิงที่เริ่มดื่มสุราเพราะเข้าสังคมในงานรื่นเริง/งานประเพณีต่างๆ เช่น งานแต่งงาน งานทำบุญขึ้นบ้านใหม่ ร้อยละ 27.8 โดยอายุเฉลี่ยที่เริ่มดื่มในเพศชายคือ 19 ปีและผู้หญิงเริ่มดื่มเมื่ออายุ 24 ปี⁽²⁾ (ดังแผนภูมิที่ 30)

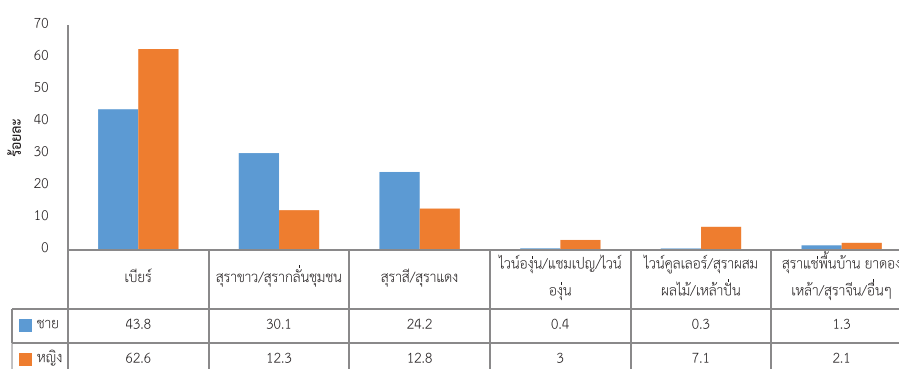


แผนภูมิที่ 30 : สาเหตุที่เริ่มดื่มสุรา ปี พ.ศ. 2560

ที่มา : การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุรา พ.ศ. 2560 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

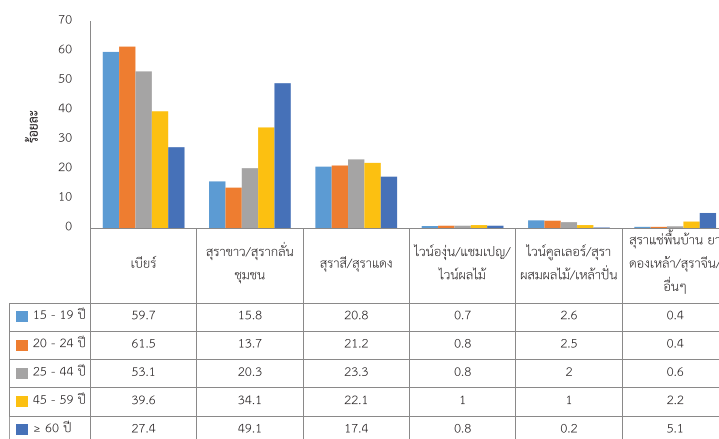
ประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่นิยมดื่ม

ประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่นักดื่มปัจจุบันดื่มบ่อยที่สุดใน 12 เดือนที่ผ่านมา ได้แก่ เบียร์ ร้อยละ 47.4 สุราขาว/สุรากลั่นชุมชน ร้อยละ 26.6 และสุราสี/สุราแดง ร้อยละ 22.0 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาตามเพศ พบว่า นักดื่มเพศชายและนักดื่มเพศหญิงนิยม ดื่มเบียร์มากที่สุด ร้อยละ 43.8 และ 62.6 ตามลำดับ (ดังแผนภูมิที่ 31) โดยกลุ่มเยาวชนอายุ 15 -19 ปี ดื่มเบียร์บ่อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 59.7 เช่นเดียวกับกลุ่มวัยทำงาน ในขณะที่นักดื่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ดื่มสุราขาว/สุรากลั่นชุมชนบ่อยที่สุด⁽²⁾ (ดังแผนภูมิที่ 32)



แผนภูมิที่ 31 : ประเภทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่นักดื่มปัจจุบันดื่มบ่อยที่สุดใน 12 เดือน ปี พ.ศ. 2560 จำแนกตามเพศ

ที่มา : การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุรา พ.ศ. 2560 สำนักงานสถิติแห่งชาติ



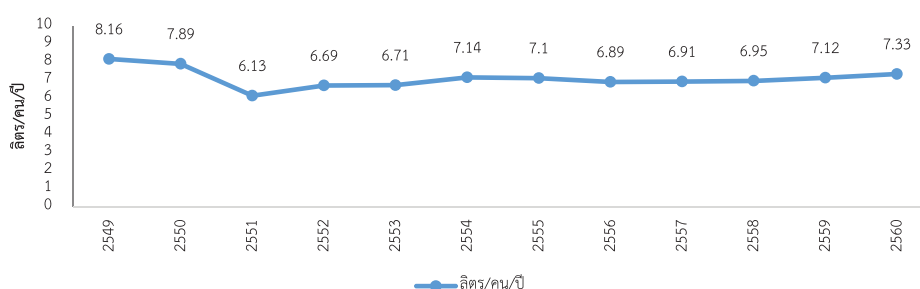
แผนภูมิที่ 32 : ประเภทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่นักดื่มปัจจุบันดื่มบ่อยที่สุดใน 12 เดือน ปี พ.ศ. 2560 จำแนกตามกลุ่มอายุ

ที่มา : การสำรวจพฤติกรรมกรรมการสุบุนุห์และดื่มสุรา พ.ศ. 2560 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อหัวประชากรต่อปี

ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อหัวประชากรต่อปี (Annual alcohol per capita consumption: APC) คือ ปริมาณเฉลี่ยของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ที่ประชากรได้รับบริโภคในหนึ่งปี มีหน่วยเป็นลิตรของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์/คน/ปี ถือเป็น ตัวชี้วัดสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ที่สำคัญ เนื่องจากปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาจากการ ดื่มแอลกอฮอล์ อย่างชัดเจน APC จึงถูกกำหนดไว้เป็นหนึ่งในสี่ของดัชนีชี้วัดเป้าหมายหลักของยุทธศาสตร์ นโยบาย แอลกอฮอล์ระดับชาติควบคู่กับอีก 3 เป้าหมาย คือ ความสุขของนักดื่มปัจจุบันในประชากรผู้ใหญ่ ความสุขของนักดื่มปัจจุบันในประชากร 15-19 ปี และสัดส่วนของนักดื่มประจำต่อนักดื่มปัจจุบันทั้งหมด โดยที่ค่าเป้าหมายของปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อหัวประชากรต่อปีที่ถูกกำหนดไว้เพื่อบรรลุในปี พ.ศ. 2563 คือ 7.32 ลิตร/คน/ปีหรือต่ำกว่า

จากแผนภูมิที่ 33 เห็นได้ว่าปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อหัวประชากรต่อปี มีค่าต่ำที่สุดในปี พ.ศ. 2551 ซึ่งเป็นปีที่มีการบังคับใช้พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 (พ.ร.บ. ควบคุมฯ) หลังจากนั้น มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมาเรื่อยๆ แต่ยังคงต่ำกว่า 7 ลิตร/คน/ปี ในปี พ.ศ. 2556-2558 จนถึงปีพ.ศ. 2560 ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อหัวประชากรต่อปี เท่ากับ 7.33 ลิตร/ คน/ปีซึ่งสูงกว่าค่าที่ถูกกำหนดไว้ในยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ เพื่อจะบรรลุผล ในปีพ.ศ. 2563 (7.32 ลิตร/คน/ปี)



แผนภูมิที่ 33 : ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อหัวประชากรต่อปีของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ปีพ.ศ. 2549 – 2560

ที่มา : 1) ข้อมูลปริมาณจำหน่าย ปริมาณผลิตสุราพื้นเมือง และปริมาณนำเข้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากกรมสรรพสามิต

2) ข้อมูลจำนวนประชากรกลางปี (อายุ 15 ปีขึ้นไป) จากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข

วิเคราะห์โดย : ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา ใช้วิธีคำนวณจากข้อมูลการขาย การผลิต และการนำเข้าในแต่ละปี จากกรมสรรพสามิต โดยระเบียบวิธีเดียวกับองค์การอนามัยโลก และองค์การอาหารและการเกษตรแห่งสหประชาชาติ ซึ่งยังมีข้อจำกัดสำคัญ ได้แก่ การไม่ได้นับรวมถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบภาษี ไม่ได้รวมการบริโภคของชาวต่างชาติและนักท่องเที่ยวในประเทศไทยและของนักดื่มไทยที่ไปบริโภคในต่างประเทศ

2.2 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

สาเหตุของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยด้านบุคคล และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมโดยในส่วนี้กล่าวถึงปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมของสังคม ได้แก่ ราคาและค่าใช้จ่ายสำหรับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์การเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์, กลยุทธ์ทางการตลาดและการโฆษณา โดยมีรายละเอียดดังนี้

ราคาและค่าใช้จ่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรไทย

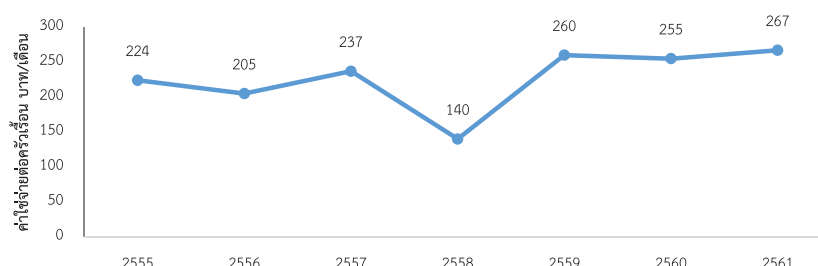
จากที่มีการประกาศ พระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560 ฉบับใหม่ที่มีผลบังคับใช้ในวันที่ 16 ก.ย. 2560 ที่มีผลให้กลุ่มสินค้าบางกลุ่มปรับเปลี่ยนราคาจากเดิม การปรับภาษีตามมูลค่าสินค้า ในส่วนของไวน์นำเข้าหากมีราคาเกิน 1,000 บาท จะมีราคาเพิ่มขึ้นอย่างน้อย 110 ต่อขวด ส่วนไวน์ที่มีราคาต่ำกว่า 1,000 บาท จะมีราคาลดลง 25 บาทต่อขวด ขณะที่ราคาสุรา หากเป็นสุราขาวจะปรับขึ้น 80 สตางค์ ถึง 3.50 บาทต่อขวด ตามขนาดดีกรี แต่หากเป็นสุรากลั่นในประเทศขนาดขวด 700 มิลลิลิตร 28 ดีกรีจะปรับขึ้น 8-30 บาทต่อขวด สุรากลั่นในประเทศ 40 ดีกรี ปรับขึ้น 30 บาทต่อขวด สุรานำเข้าที่มีราคาสูง ราคาจะปรับลดลง 2-20 บาทต่อขวด ส่วนเบียร์กระป๋อง จะปรับเพิ่มขึ้น 50 สตางค์ ต่อกระป๋อง และแบบขวดจะปรับขึ้น 2 บาทต่อขวด การปรับภาษีตามปริมาณมีการปรับเพิ่มภาษีสุรา เช่น สุรากลั่น จากเดิมมีอัตราภาษีตามปริมาณ 400 บาท ปรับเป็น 1,000 บาทต่อลิตรแห่งแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ หรือเพิ่ม 1.5 เท่าสุราแช่ ได้แก่ เบียร์ ไวน์ จากเดิมเก็บ 300 และ 2,000 บาท ตามลำดับ ปรับเป็น 3,000 บาทต่อลิตรแห่งแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ หรือเพิ่ม 0.5 เท่า⁽⁶⁾ (ดังรูปภาพที่ 2)



รูปภาพที่ 2: ราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หลังจากมีการปรับภาษี

ที่มา : กรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง

จากผลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 ถึง พ.ศ.2561 ของ สำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าค่าใช้จ่ายของครัวเรือนที่ใช้ในการซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีการปรับตัวสลับขึ้นลงและคงที่โดยลดลงจาก 224 บาทต่อเดือนในปีพ.ศ. 2555 มาเป็น 140 บาทต่อเดือนในปี พ.ศ.2558 และเพิ่มขึ้นมาเป็น 267 บาทในปี พ.ศ 2561⁽⁸⁾ (ดังแผนภูมิที่ 34)

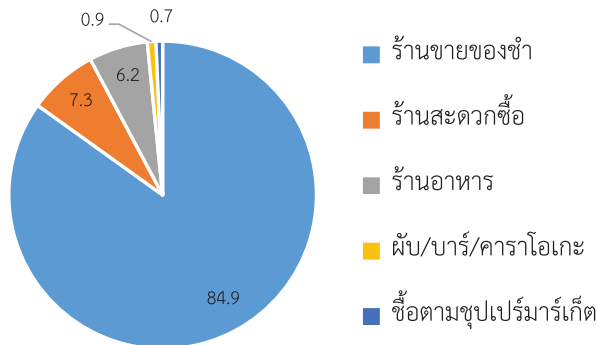


แผนภูมิที่ 34 : ค่าใช้จ่ายสำหรับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อเดือน ปี พ.ศ. 2555 – 2561

ที่มา : การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนปี 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560 และ 2561, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

สถานที่ที่ซื้อสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บ่อยครั้งที่สุดในรอบปีที่ผ่านมา

สถานที่ที่ซื้อสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บ่อยครั้งที่สุดของนักดื่ม ซึ่งส่วนใหญ่พบว่า ร้อยละ 84.9 ซื้อสุราจากร้านขายของชำทั่วไป ร้อยละ 7.3 ซื้อที่ร้านสะดวกซื้อ เช่น เซเว่นฯ หรือแฟมิลีมาร์ท ร้อยละ 6.2 ซื้อที่ร้านอาหารร้อยละ 0.9 ซื้อตามผับ/บาร์/คาราโอเกะ ที่เหลือร้อยละ 0.7 ซื้อตามซูเปอร์มาร์เก็ต ห้างสรรพสินค้า หรือห้างค้าส่ง เช่น โลตัส บิ๊กซี ที่ออปซูเปอร์มาร์เก็ต⁽²⁾ (ดังแผนภูมิที่ 35)



แผนภูมิที่ 35 : ร้อยละของสถานที่ที่ซื้อสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บ่อยครั้งที่สุดในรอบปีที่ผ่านมา

ที่มา : การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุรา พ.ศ. 2560 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

กลยุทธ์ทางการตลาดและการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นธุรกิจอีกประเภทหนึ่ง ที่ได้ชื่อว่าเป็นธุรกิจ ประเภท Quick response คือ ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของผู้บริโภคและปัจจัยทางสังคมอย่างรวดเร็วถึงแม้ตัวผลิตภัณฑ์จะเปลี่ยนน้อยก็ตามแต่เปลี่ยนวิธีการขาย เปลี่ยนวิธีการสื่อสาร เปลี่ยนวิธีการนำเสนอสินค้าให้เข้าถึงผู้ซื้อมากขึ้น เปลี่ยนวิธีการนำเสนอสินค้าเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตของผู้บริโภคและเปลี่ยนวิธีการ หากกลุ่มลูกค้ากลุ่มใหม่ๆ อยู่ตลอดเวลา พบว่าสัดส่วนการตลาดของธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้นเติบโตขึ้นเรื่อยๆ ธุรกิจเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ยี่ห้อหนึ่ง รายงานว่าใน ปี 2560 มีกำไร 2.6 หมื่นล้านบาทโดยการเติบโตดังกล่าวเป็นผลมาจากกลยุทธ์การตลาดใหม่ๆ ทั้งสิ้นไม่ว่าจะเป็นการปรับภาพลักษณ์สินค้าให้ดูทันสมัยการออกผลิตภัณฑ์ใหม่เพื่อจับกลุ่มวัยรุ่นการทำตลาดออนไลน์และการตลาดดนตรี การปรับกลยุทธ์ของธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พบว่า เริ่มเข้มข้นขึ้นตั้งแต่หลังปี 2551 เป็นต้นมาเนื่องจากต้องพบกับมาตรการควบคุมการตลาดและการโฆษณาโดยมีเส้นเวลาการเปลี่ยนแปลงกลยุทธ์และแนวทางการสื่อสารของธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หลัง พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 (ดังรูปภาพที่ 3)



รูปภาพที่ 3 : เส้นเวลาแสดงการเปลี่ยนแปลงกลยุทธ์และแนวทางการสื่อสารของธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หลัง พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ประกาศใช้

ที่มา : ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส)

จากเส้นเวลาแสดงการเปลี่ยนแปลงกลยุทธ์และแนวทางการสื่อสารของธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จะเห็นได้ว่า หลังออกประกาศบังคับใช้ พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีการปรับเปลี่ยนกลยุทธ์การตลาด และ วิธีการสื่อสารตลอดมา เมื่อถูกห้ามการโฆษณาผลิตภัณฑ์ (product advertising) แต่ใน พ.ร.บ. อนุญาตให้โฆษณา แนวรับผิชอบสังคมทำให้การสื่อสารในยุคแรกหลังประกาศใช้ พ.ร.บ. มีแนวทางเป็นโฆษณา CSR ทุกแบรนด์ และแตกยอด การสื่อสารแนว CSR มาเป็น goodwill advertising คือ โฆษณาที่นำเสนอในเรื่องดีๆ คนดี สังคมดี สังคมมีน้ำใจ สุภาพบุรุษรัก สิ่งแวดล้อม เป็นความพยายามสะท้อนถึงตัวผู้บริโภคมากขึ้นสร้างภาพลักษณ์แบรนด์สร้างบุคลิกให้แบรนด์ (brand personality) และภาพลักษณ์ผู้บริโภคของแบรนด์นั้นๆ รวมทั้งยังเป็นการสื่อสารภาพลักษณ์บวกให้แก่ผู้ดื่ม ดังนั้นจะพบว่ากลยุทธ์การสื่อสาร พัฒนาเป็นการใช้พฤติกรรมผู้บริโภคเป็น กลุ่ม/ความเชื่อ เรื่องมิตรภาพมาจากวงดื่มของนักดื่มไทย เป็นเนื้อหาหลักหรือเนื้อหาหลัก ในการสื่อสาร เช่น ความสำเร็จได้มาจากเพื่อนมิตรภาพอยู่เบื้องหลังทุกความสำเร็จ

ในเวลาต่อมาพบว่ามีการกลยุทธ์การตลาดและการสื่อสารแบบใหม่ๆ คือ adventure marketing หรือการตลาด แนวผจญภัย ซึ่งมาพร้อมกับการชิงโชคลุ้นรางวัลได้เดินทางผจญภัยไปกับแบรนด์ รวมทั้งการตลาดแนว sexy marketing ที่ต่อยอดมาจากการประกวดสาวเซ็กซี่มาเป็นของที่ระลึกในรูปแบบการแจกปฏิทิน และถูกผูกไปกับกิจกรรมต่าง ๆ แต่พบว่า มีแรงต่อต้านจากสังคมสูงมากในการใช้ผู้หญิงนุ่งน้อยห่มน้อยเป็นแรงจูงใจแต่พบว่ากลยุทธ์ที่ประสบความสำเร็จจนธุรกิจ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใช้เป็นกลยุทธ์หลักจนถึงปัจจุบัน คือ music marketing หรือการตลาดดนตรีที่แฝงมาในรูปแบบต่าง ๆ เช่น คอนเสิร์ต เปียร์ปาร์ตี้ มินิคอนเสิร์ตในร้านเหล้ารอบสถานศึกษาสถานเปียร์ดนตรี และงานเฟสติวัลดนตรีกลางแจ้งรวมไปถึง กลยุทธ์ sports marketing หรือการตลาดกีฬา ที่ถูกใช้มาตลอดและได้ผลดีมากกับนักดื่มและเยาวชนไทย

โฆษณาธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เนื่องมาจากเนื้อหาหลักในมาตรา 32 พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ ปี พ.ศ. 2551 ความโดยรวมนำ ห้ามการโฆษณาทุกประเภท ยกเว้นเนื้อหาส่งเสริมสังคมโดยการโฆษณาผลิตภัณฑ์นั้น ถูกห้าม โดยสิ้นเชิงรวมถึงการห้ามใช้ตราสัญลักษณ์ใดๆ ที่ปรากฏบนผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในการโฆษณาและ สื่อสารการตลาดแต่การตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่วนหนึ่ง อยู่ได้และขับเคลื่อนได้สร้างแรงจูงใจได้ เพราะโฆษณาและ สื่อสารการตลาด เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จึงจำเป็นที่จะต้องหาผลิตภัณฑ์ทดแทนและการตลาดทดแทน (surrogate marketing) ที่จะใช้ในการสื่อสาร และโฆษณาแทนผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ถูกห้ามผลิตภัณฑ์ทดแทนเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จึงมีหน้าที่หลัก ในการสื่อสารแบบเชื่อมโยงไปถึงผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์⁽⁹⁾

2.3 การขับเคลื่อนมาตรการและนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

นโยบายและมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

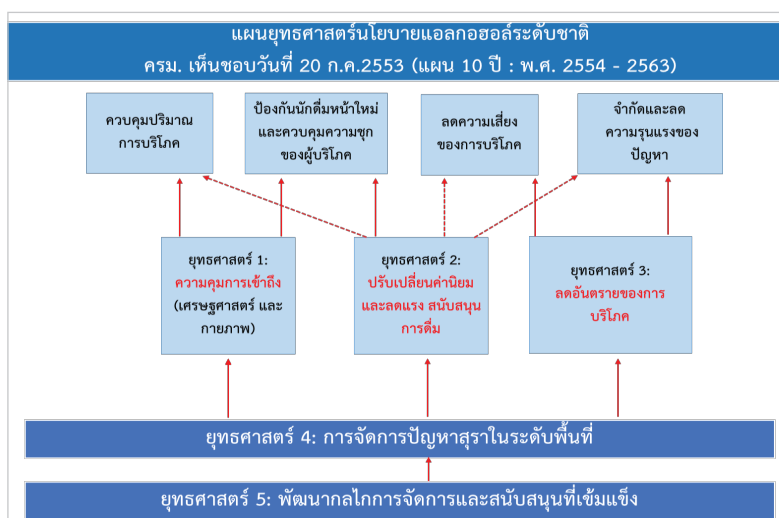
มาตรการนโยบายแอลกอฮอล์ที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการควบคุมปัญหาจาก เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประกอบไป ด้วยหลายมาตรการ ทั้งการจำกัดอายุผู้ซื้อ การที่รัฐเป็นเจ้าของ ร้านขายสุราปลีก การจำกัดเวลาในการขาย การจำกัดความหนาแน่นของจุดขาย ระบบภาษีสุรา การสุ่มตรวจระดับ แอลกอฮอล์ในลมหายใจของผู้ขับขี่ การคัดกรองผู้มีความเสี่ยง เบื้องต้น ฯลฯ ซึ่งแต่ละมาตรการจะมีประสิทธิผลตั้งแต่ระยะสั้นไปจนถึงระยะยาวแตกต่างกัน รวมถึงควบคุม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในมิติที่แตกต่างกัน สำหรับประเทศไทยมาตรการที่มีประสิทธิภาพและ ประสิทธิภาพมากที่สุดได้แก่ มาตรการทางภาษีและราคา การจำกัดการเข้าถึงเครื่องดื่ม การควบคุม หรือห้ามการโฆษณา และการควบคุมพฤติกรรมซ้ำซึ่งขณะมีเมาอย่างจริงจัง

แผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ ประกอบด้วย 5 ยุทธศาสตร์ย่อย โดยแต่ละยุทธศาสตร์ประกอบด้วย มาตรการย่อยหลากหลาย ซึ่งมีเป้าประสงค์ต่างกัน แต่มีจุดมุ่งหมายที่สนับสนุนกันและกันเพื่อบรรลุเป้าหมายเชิงกลไกทั้ง 4⁽¹⁰⁾ ซึ่งมีรายละเอียดดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11: กลุ่มมาตรการใน 5 ยุทธศาสตร์ย่อย แผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ

ยุทธศาสตร์	มาตรการ
1. การควบคุมการเข้าถึงเศรษฐศาสตร์และทางกายภาพ (Price and Availability)	1. มาตรการทางการภาษีและราคา 2. มาตรการควบคุมสถานที่และวันเวลาขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 3. มาตรการควบคุมการเข้าถึงสุราของเยาวชน
2. การปรับเปลี่ยน ค่านิยมและแรงสนับสนุนในการดื่ม (Attitude)	1. มาตรการควบคุมการตลาดและโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 2. มาตรการการให้ความรู้ ปรับทัศนคติ เพื่อเพิ่มโอกาสในการไม่ดื่มสุรา
3. การลดอันตรายจากการบริโภค (Risk reduction)	1. มาตรการการควบคุมการบริโภคในเงื่อนไขและสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสูง 2. มาตรการการควบคุมพฤติกรรม การขับขี่ยานพาหนะขณะมีเมเมา 3. มาตรการการคัดกรองและบำบัด
4. การจัดการปัญหาแอลกอฮอล์ระดับพื้นที่ (Alcohol policy at every Settings)	1. มาตรการนโยบายแอลกอฮอล์ระดับชุมชน 2. มาตรการนโยบายแอลกอฮอล์ของหน่วยงานและสถานประกอบการ
5. การพัฒนากลไกการจัดการและสนับสนุนที่เข้มแข็ง (Support)	1. มาตรการสร้างความมุ่งมั่นและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนทุกระดับ 2. มาตรการส่งเสริมความโปร่งใสในกระบวนการ 3. มาตรการส่งเสริมให้เป็นกระบวนการที่มีรากฐานจากองค์ความรู้ และการเรียนรู้ร่วมกัน 4. มาตรการปกป้องความเข้มแข็งของนโยบายแอลกอฮอล์จากผลกระทบของข้อตกลงการค้าระหว่างประเทศ 5. มาตรการรณรงค์สาธารณะเพื่อสนับสนุนนโยบายแอลกอฮอล์ 6. มาตรการพัฒนาศักยภาพของระบบการจัดการปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ที่มา : ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส), 2553



รูปภาพที่ 4: แผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ (แผน 10 ปี : พ.ศ. 2554 - 2563)

ที่มา : ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส), 2553

มาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศไทย

มาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศไทย มีรายละเอียดดังนี้⁽¹¹⁾

1. **มาตรการด้านภาษีและราคา** ประเทศไทยเน้นการบังคับใช้มาตรการทางภาษีเป็นหลัก โดยการ จัดเก็บภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มี 3 ส่วนหลัก คือ ภาษีนำเข้า ภาษีสรรพสามิต และภาษีอื่นๆ

2. **มาตรการควบคุมการเข้าถึงทางกายภาพ** มาตรการในการจำกัดการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีหลายมาตรการ ทั้งการจำกัดอายุ ผู้ซื้อ วัน เวลา และสถานที่ขาย โดยสามารถจำแนกมาตรการออกเป็น 2 ส่วนหลัก คือ การควบคุมการขาย และการควบคุมการผลิตและนำเข้า

3. มาตรการควบคุมการตลาด แบ่งเป็น 3 ส่วนหลักดังนี้

3.1 การควบคุมฉลาก ยกตัวอย่างเช่น

- ฉลากผลิตภัณฑ์ต้องระบุรายละเอียดเกี่ยวกับสินค้า คำเตือนแก่ผู้บริโภค
- ฉลากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต้องระบุค่าเตือนตามที่กฎหมายกำหนด

“...(สุรา/ เบียร์/ ไวน์)...เป็นเหตุก่อมะเร็งได้”
“...(สุรา/ เบียร์/ ไวน์)...เป็นเหตุให้สมองเสื่อมได้”
“...(สุรา/ เบียร์/ ไวน์)...เป็นเหตุให้พิการได้”

3.2 การควบคุมการโฆษณา ยกตัวอย่างเช่น

■ การโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในโรงภาพยนตร์และป้ายโฆษณาต้องไม่มีลักษณะเชิญชวนให้บริโภค หรืออวดอ้างสรรพคุณ คุณประโยชน์หรือคุณภาพของเครื่องดื่ม ทั้งทางตรงหรือทางอ้อม ทั้งนี้ การโฆษณาในลักษณะการเสนอภาพลักษณ์ของบริษัทหรือกิจการต้องแสดงคำเตือนดังนี้

“การดื่มสุราแล้วขับซึ่รจะเป็นอันตรายและผิดกฎหมาย”
“การจำหน่ายสุราแก่บุคคลอายุต่ำกว่า 18 ปี ผิดกฎหมาย”
“การดื่มสุราเป็นอันตรายต่อสุขภาพและบั่นทอนสติสัมปชัญญะ”

4. **มาตรการให้ความรู้และปรับทัศนคติ** มาตรการการให้ความรู้เป็นมาตรการรองที่กำหนดขึ้นเพื่อป้องกันนักดื่มหน้าใหม่ สำหรับ กิจกรรมที่ได้ดำเนินการอยู่ในประเทศไทย ณ ปัจจุบันนั้นมีอยู่ 3 ประเภท ดังนี้

4.1 School based intervention เช่น หลักสูตรการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น โครงการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกัน ลดละเลิกการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มวัยรุ่น เป็นต้น

4.2 Public campaign via mass media เช่น 6 วิธีฟันฟุดับ

4.3 มาตรการการสร้างความตระหนักเรื่องการดื่ม ผ่านสื่อสารมวลชน เช่น ลด ละ เลิก จดเหล้า เข้าพรรษา พักดับให้เหล้าเท่ากับแข่ง เป็นต้น

5. มาตรการป้องกันการดื่มแล้วขับ กฎหมายป้องกันการดื่มแล้วขับสามารถจำแนกตามระดับ แอลกอฮอล์ในเลือดได้ 3 ระดับดังนี้

5.1 กลุ่มผู้ขับขี่ที่ห้ามมีแอลกอฮอล์ในเลือด ได้แก่ ผู้ขับขี่รถโดยสารสาธารณะทุกประเภททั้งรถโดยสารขนาดใหญ่ รถยนต์และรถจักรยานยนต์

5.2 กลุ่มผู้ขับขี่ที่ห้ามมีแอลกอฮอล์ในเลือดเกิน 20 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ได้แก่ผู้ขับขี่ที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี ผู้ขับขี่ที่ได้รับใบอนุญาตขับรถชั่วคราวผู้ขับขี่ที่มีใบอนุญาตขับขี่สำหรับรถประเภทอื่นที่ใช้แทนกันไม่ได้และผู้ขับขี่ที่ไม่มีใบอนุญาตขับขี่หรืออยู่ระหว่างถูกพักใช้หรือเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่

5.3 กลุ่มผู้ขับขี่ที่ห้ามมีแอลกอฮอล์ในเลือดเกิน 50 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ได้แก่ผู้ขับขี่ทั่วไป

6. มาตรการบำบัดและคัดกรอง สำหรับบำบัดและการคัดกรองในประเทศไทยกฎหมายได้ระบุว่า ประชาชนที่มีอายุ 15-59 ปี มีสิทธิได้รับการตรวจคัดกรองความเสี่ยงจากการดื่มแอลกอฮอล์และผู้ต้องการบำบัด อาการติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สามารถขอการสนับสนุนการบำบัดฟื้นฟูได้จากสำนักงานคณะกรรมการควบคุม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยระบบการคัดกรองของไทยมี 3 แบบ ดังนี้

6.1 การคัดกรองโดยใช้แบบสอบถาม เช่น แบบประเมิน AUDIT

6.2 การคัดกรองโดยใช้ระดับแอลกอฮอล์

6.3 การบำบัดรักษาผู้ติดแอลกอฮอล์เช่น การบำบัดผู้ที่ดื่มแบบเสี่ยงสูงแต่ยังไม่ติดสุรา การรักษาตามมาตรฐานสำหรับผู้ที่มีปัญหาและผู้ติดสุราและมาตรการให้ความช่วยเหลือกันเองการรักษาด้วยยา เป็นต้น

7. มาตรการระดับชุมชนและองค์กร

7.1 มาตรการระดับชุมชน สามารถมีบทบาททั้งทางพัฒนานโยบาย การพัฒนาความเข้มแข็งของการนำนโยบายไปปฏิบัติ เช่น การเฝ้าระวังในชุมชน หมู่บ้าน ด้วยออกเป็นกฎข้อตกลงของชุมชนหรือธรรมนูญหมู่บ้าน เป็นต้น หรือการออกกฎระเบียบ เช่น การออกเทศบัญญัติเพื่อควบคุมพื้นที่ ในการห้ามจำหน่ายสุรา ตาม พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551

7.2 มาตรการระดับองค์กรหรือหน่วยงาน ได้มีมาตรการให้สถานประกอบการทั้งภาครัฐและภาคเอกชน มีศักยภาพในการจัดการปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น การกำหนดสถานที่ห้ามดื่มห้ามขายในบริเวณพื้นที่ในสถานประกอบการ รัฐวิสาหกิจของรัฐ หรือหน่วยงานรัฐอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น

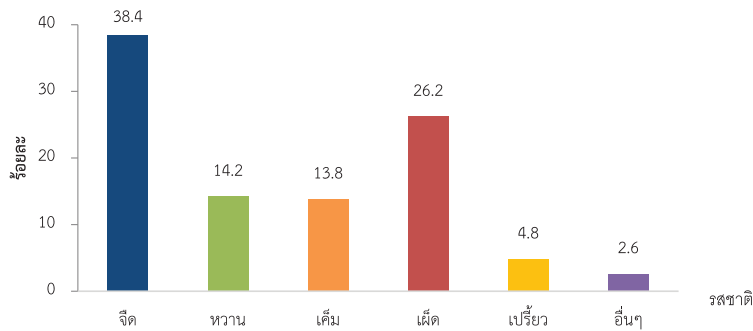
สรุป

จากสถานการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า ประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่นักดื่มปัจจุบันดื่มบ่อยที่สุดคือ เบียร์ ความชุกของนักดื่มปัจจุบันของประชากรไทยลดลงแต่สัดส่วนของนักดื่มประจำกลับเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งหมายความว่า นักดื่มที่ยังคงดื่มอยู่หรือนักดื่มหน้าใหม่กลับมีพฤติกรรมการดื่มสุราบ่อยมากยิ่งขึ้น ซึ่งลักษณะการดื่มเช่นนี้จะส่งผลต่อการเกิดอันตรายในระยะสั้นในปี พ.ศ. 2560 ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อหัวประชากรต่อปี (annual alcohol per capita consumption: APC) เท่ากับ 7.33 ลิตร/คน/ปี ซึ่งสูงกว่าค่าที่ถูกกำหนดไว้ในยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ เพื่อจะบรรลุผลในปี พ.ศ. 2563 (7.32 ลิตร/คน/ปี) โดยร้านขายของชำจะเป็นจุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่นิยมที่สุด โดยเฉพาะในกลุ่มนักดื่มประจำ และนักดื่มหนัก รองลงมาคือ ร้านสะดวกซื้อและร้านอาหารจากการสำรวจในปี พ.ศ. 2561

สำหรับการปรับอัตราภาษีสรรพสามิตที่กระทำภายหลัง พ.ร.บ. สรรพสามิต พ.ศ. 2560 มีผลบังคับใช้ คือ มีการเปลี่ยนแปลงราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยพบว่าสุราราคาแพงมีราคาลดลง และสุราราคาถูกมีราคาเพิ่มขึ้น จะเห็นว่าประเทศไทยมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เป็นไปตามข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลกอยู่หลายฉบับ หากพนักงานเจ้าหน้าที่บังคับใช้กฎหมายเหล่านี้อย่างเข้มงวด และประชาชนรวมทั้งเจ้าของกิจการธุรกิจสุราปฏิบัติตามกฎหมายอย่างเคร่งครัดย่อมเกิดผลดีในด้านสาธารณสุขทั้งในด้านสุขภาพของผู้ดื่มสุราและลดผลกระทบต่อบุคคลรอบข้างการทำงานหน่วยงานภาครัฐโดยปัญหาสุราสร้างให้เกิดความตระหนักและมีเจตนาารมณ์ที่มุ่งลดผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ปกป้องเด็กและเยาวชนมิให้เข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้อย่างง่ายประชาชนเกิดสุขภาวะที่ดี

3.1 พฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชากรไทย

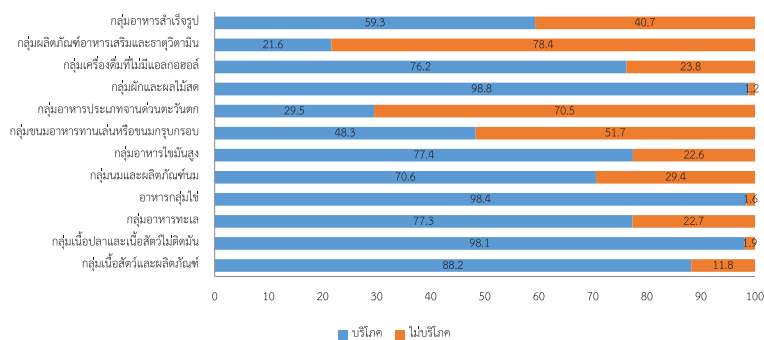
จากผลการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชาชนในปี พ.ศ. 2560 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า ประชาชนไทยส่วนใหญ่บริโภคอาหารรสจัดเป็นประจำมากที่สุด ร้อยละ 38.4 รองลงมาคือ รสเผ็ด หวาน และเค็ม ร้อยละ 26.2 ร้อยละ 14.2 และร้อยละ 13.8 ตามลำดับ⁽¹¹⁾ อย่างไรก็ตาม การสำรวจนี้ไม่ได้มีการวัดปริมาณสารอาหารที่แท้จริงที่ได้รับผลการศึกษาที่ได้จึงเป็นเพียงข้อมูลที่ตอบจากความรู้สึกของผู้ตอบแบบสอบถาม (ดังแผนภูมิที่ 36)



แผนภูมิที่ 36 : รสชาติของอาหารมื้อหลักที่บริโภคเป็นประจำบ่อยที่สุดของประชาชนไทยใน ปี พ.ศ. 2560

ที่มา : การสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชากร พ.ศ. 2560 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ภาพรวมของพฤติกรรมการบริโภคอาหารกลุ่มต่างๆ ต่อสัปดาห์ พบว่าใน 12 กลุ่มบริโภคมี 4 กลุ่ม ที่มีสัดส่วนของการบริโภคเกินกว่าร้อยละ 80 คือ กลุ่มผักและผลไม้สด (ร้อยละ 98.8) อาหารกลุ่มไข่ (ร้อยละ 98.4) กลุ่มเนื้อปลาและเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน (ร้อยละ 98.1) กลุ่มเนื้อสัตว์และผลิตภัณฑ์ (ร้อยละ 88.2) ส่วนกลุ่มอาหารอื่นๆ อีก 4 กลุ่มที่มีสัดส่วนของการบริโภค รองลงมา ตั้งแต่ร้อยละ 70 ขึ้นไป แต่ไม่ถึงร้อยละ 80 คือ กลุ่มอาหารที่มีไขมันสูง กลุ่มอาหารทะเล (ร้อยละ 77.3) กลุ่มเครื่องดื่มไม่มีแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 76.2) กลุ่มนมและผลิตภัณฑ์จากนม (ร้อยละ 70.6) อาหารที่เหลืออีก 4 กลุ่มนั้น มีสัดส่วนของการกินน้อยกว่าร้อยละ 60 คือ กลุ่มอาหารสำเร็จรูป (ร้อยละ 59.3) กลุ่มขนมสำหรับทานเล่นหรือขนมกรุบกรอบ (ร้อยละ 48.3) กลุ่มอาหารประเภทจานด่วนตะวันตก (ร้อยละ 29.5) และน้อยที่สุดคือกลุ่มผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและกลุ่มแร่ธาตุวิตามิน (ร้อยละ 21.6) แม้ว่าข้อมูลดังกล่าวจะเป็นเพียงร้อยละของการบริโภคเป็นประจำ แต่ก็มีส่วนแสดงให้เห็นว่า ถึงแม้ว่าประชาชนไทยส่วนใหญ่จะบริโภคผักและผลไม้ แต่ส่วนใหญ่ก็ยังมีการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่มีพลังงานสูงเป็นประจำ และการที่อาหารและเครื่องดื่มในกลุ่มดังกล่าวมีปริมาณไขมันและน้ำตาลสูง จึงเป็นอีกปัจจัยที่ส่งเสริมวิกฤตภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในสังคมไทย⁽¹²⁾ (ดังแผนภูมิที่ 37)



แผนภูมิที่ 37 : ร้อยละของประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไป จำแนกตามการบริโภคอาหารในแต่ละกลุ่มต่อสัปดาห์ ปี พ.ศ. 2560

ที่มา : การสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชากร พ.ศ. 2560 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

เมื่อพิจารณาการบริโภคอาหารจำแนกตามเพศ พบว่า เพศหญิงบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง, ขนมทานเล่นหรือขนมกรุบกรอบ, ผักและผลไม้ และอาหารสำเร็จรูปใกล้เคียงกับเพศชาย เมื่อพิจารณาการบริโภคอาหารจำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่า กลุ่มเด็กและเยาวชนมีการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง ขนมทานเล่นหรือขนมกรุบกรอบ มากกว่ากลุ่มวัยทำงานและวัยสูงอายุ แต่บริโภคผักและผลไม้ น้อยกว่า⁽¹²⁾ (ดังตารางที่ 12)

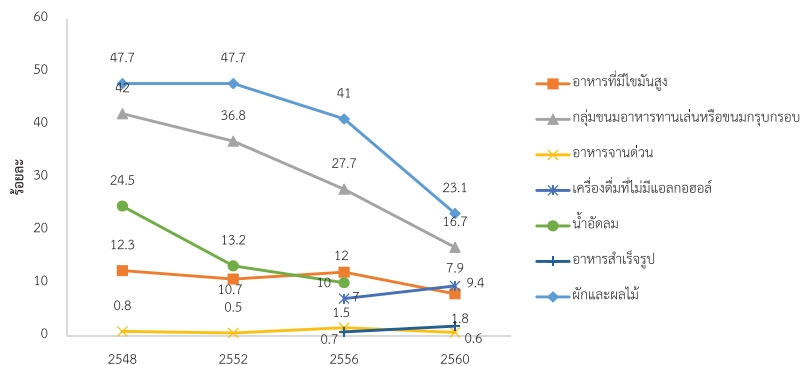
การบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์กับที่อยู่อาศัยและพื้นที่ความเป็นเมืองหรือชนบท เมื่อจำแนกตามภูมิภาคและเขตการปกครอง พบว่า ประชาชนที่อาศัยอยู่ในภาคกลาง มีการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง ขนมทานเล่นหรือขนมกรุบกรอบ อาหารจานด่วน เครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์ และอาหารสำเร็จรูป มากกว่าประชาชนที่อาศัยอยู่ในภาคอื่น หากจำแนกตามเขตการปกครอง พบว่า ประชาชนที่พักอาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลมีการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง ขนมทานเล่นหรือขนมกรุบกรอบ เครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์ อาหารสำเร็จรูป ผักและผลไม้ มากกว่าประชาชนที่พักอาศัยอยู่ในเขตเทศบาล ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการเข้าถึงของการซื้อผลิตภัณฑ์การบริโภคเพิ่มมากขึ้น และการทำการตลาดมีแข่งขันทางการตลาดอย่างรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ เพื่อมุ่งหวังผลกำไร ส่วนแบ่งการตลาด ซึ่งสังเกตได้ว่ามีร้านค้าสะดวกซื้อที่เปิด 24 ชั่วโมงเปิดให้บริการแทบทุกพื้นที่ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงอาหารได้มากขึ้น ดังนั้น ประชาชนจึงบริโภคอาหารได้มากขึ้นตามไปด้วย⁽¹²⁾ (ดังตารางที่ 12)

ตารางที่ 12: ร้อยละของการบริโภคอาหารเป็นประจำในประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2560 จำแนกตาม เพศ อายุ ภูมิภาค และเขตการปกครอง

ข้อมูลทั่วไป	ร้อยละของการบริโภคอาหารเป็นประจำ					
	อาหารที่มีไขมันสูง	กลุ่มขนมอาหารทานเล่นหรือขนมกรุบกรอบ	อาหารจานด่วน	เครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์	อาหารสำเร็จรูป	ผักและผลไม้
รวม	76.9	48.3	29.5	76.2	59.3	98.8
เพศ						
ชาย	48.1	47.3	47.4	51.6	49.6	48.4
หญิง	51.9	52.7	52.6	48.4	50.4	51.6
อายุ						
6 - 14 ปี	90.4	89.6	46.8	71.3	71.6	97.1
15 - 24 ปี	86.6	76.6	48.7	83.7	74.1	98.9
25 - 59 ปี	77.5	42	27.4	82	59.1	99.1
60 ปีขึ้นไป	60.8	17.4	8.7	55.1	39.3	98.9
ภูมิภาค						
กรุงเทพฯ	13.5	14.6	19.9	13.8	12.7	13
ภาคกลาง	30.5	31	32.5	30.1	31	28.8
ภาคเหนือ	17	15.4	11.4	15.9	16.9	17.1
ภาคอีสาน	24.8	25.4	21.1	26.4	28.2	27.7
ภาคใต้	14.2	13.6	15.1	13.8	11.2	13.4
เขตการปกครอง						
ในเขตเทศบาล	45.9	48.9	55.1	46.1	45.7	44.8
นอกเขตเทศบาล	54.1	51.1	44.9	53.9	54.3	55.2

ที่มา : การสำรวจพฤติกรรมบริโภคอาหารของประชากร พ.ศ. 2560 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

เมื่อเปรียบเทียบการบริโภคอาหารประเภทต่างๆ ระหว่างปี พ.ศ. 2548–2560 พบว่า ในระยะเวลาที่ผ่านมาเด็กที่มีอายุ 6-14 ปี มีแนวโน้มของการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูงลดลงจากร้อยละ 12.0 เป็นร้อยละ 7.9 และการบริโภคอาหารจานด่วนจากร้อยละ 1.5 ลดลงเป็นร้อยละ 0.6 และจากการสำรวจระหว่างปี พ.ศ. 2556–2560 พบว่าเครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 7.0 เป็นร้อยละ 9.4 ร้อยละและอาหารสำเร็จรูปมีการบริโภคเพิ่มมากขึ้นจากร้อยละ 0.7 เป็นร้อยละ 1.8⁽¹²⁾ (ผังแผนภูมิที่ 38)



แผนภูมิที่ 38 : การบริโภคอาหารประเภทต่างๆ ทุกวัน ของประชาชนไทยอายุ 6-14 ปี ใน พ.ศ. 2548, 2552, 2556 และ 2560

ที่มา : การสำรวจพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร พ.ศ. 2548, 2552, 2556 และ 2560 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

จากข้อมูลข้างต้น กล่าวโดยรวมได้ว่าในช่วงที่ผ่านมา คนไทยมีการเปลี่ยนแปลงการบริโภค โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชน (6–25 ปี) มีการบริโภคอาหารที่มีพลังงานสูง กลุ่มขนมอาหารทานเล่นหรือขนมกรุบกรอบ อาหารจานด่วน และเครื่องดื่มไม่มีแอลกอฮอล์ แต่กลับบริโภคผักและผลไม้ลดลง ในขณะที่กลุ่มวัยทำงานและกลุ่มวัยสูงอายุบริโภคผักและผลไม้เพิ่มมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการบริโภคดังกล่าวของคนไทยมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยพฤติกรรมเหล่านี้ส่งผลทำให้คนไทยทั้งเด็กและเยาวชนมีแนวโน้มมีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐานและอ้วนเพิ่มมากขึ้นซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพในระยะยาว เพราะภาวะอ้วนนี้เป็นปัจจัยของการเกิดโรคเรื้อรังต่างๆ หลายโรค เช่น โรคเบาหวาน ภาวะความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด

สถานการณ์การบริโภคน้ำตาลในประเทศไทย

การบริโภคน้ำตาลทรายในประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 มีปริมาณ 2.6 ล้านตัน ปี พ.ศ. 2561 มีปริมาณ 2.5 ล้านตัน และปี พ.ศ. 2562 จนถึงปัจจุบัน มีการบริโภคน้ำตาลทรายตั้งแต่เดือนมกราคม-กรกฎาคม 1.46 ล้านตัน และคาดว่าจะมีปริมาณการบริโภคปีนี้ประมาณ 2.6 ล้านตัน จะเห็นได้ว่าการบริโภคน้ำตาลทราย 3 ปีที่ผ่านมาปริมาณใกล้เคียงกัน ซึ่งการบริโภคน้ำตาลทรายภายในประเทศจะแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ ผู้บริโภคโดยตรงและผู้บริโภคโดยอ้อม โดยปริมาณการจำหน่ายน้ำตาลให้กับผู้บริโภคโดยอ้อมเมื่อเทียบกับช่วงเวลาเดียวกันปี พ.ศ. 2561 มีปริมาณการจำหน่ายอยู่ที่ 580,000 ตัน และปี 2562 อยู่ที่ 570,000 ตัน⁽¹³⁾ จะเห็นได้ว่ามีปริมาณใกล้เคียงกัน โดยลดลงประมาณ 10,000 ตัน ในขณะที่การศึกษาผลของการดำเนินมาตรการภาษีเครื่องดื่มรสหวานต่อพฤติกรรมการบริโภคของประชาชน โดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ปี พ.ศ. 2562 พบว่า โดยเฉลี่ยในแต่ละวันคนไทยดื่มเครื่องดื่มที่ผสมน้ำตาลเฉลี่ยกว่า 3 แก้ว (519.3 มิลลิลิตร) โดยผู้ชายดื่มมากกว่าผู้หญิง และพบว่าในกลุ่มเด็กอายุ 6-14 ปี เป็นกลุ่มที่ดื่มเครื่องดื่มที่ผสมน้ำตาลเฉลี่ยต่อสัปดาห์มากที่สุด เครื่องดื่มที่ผสมน้ำตาลที่วางจำหน่ายในไทย พบมีปริมาณน้ำตาลสูงมากเฉลี่ย 9-19 กรัมต่อ 100 มิลลิลิตร ในขณะที่ปริมาณที่เหมาะสมคือ ไม่ควรมีน้ำตาลมากกว่า 6 กรัมต่อ 100 มล. เพราะจะเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วนและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ในระยะยาว⁽¹⁴⁾

หากเมื่อพิจารณาเทรนด์เครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูง จากมาตรการเพิ่มการจัดเก็บภาษีน้ำตาลทำให้ธุรกิจเครื่องดื่ม มีการปรับตัวโดยปรับสูตรเครื่องดื่ม เช่น บริษัท เป๊ปซี่-โคล่า ได้เปิดตัวเครื่องดื่มชาด้วยสูตรน้ำตาลน้อยกว่า 6 กรัมต่อ 100 มล. และบริษัท ไทยน้ำทิพย์ได้ออกผลิตภัณฑ์ โค้กซีโร่ ไม่มีน้ำตาล อย่างไรก็ตาม มาตรการภาษี ดังกล่าวนั้นไม่ครอบคลุมธุรกิจเครื่องดื่มรายย่อยซึ่งยังมีปริมาณน้ำตาลสูง เช่น ชานมไข่มุก โดยมีการประเมินว่าปัจจุบันตลาดชานมไข่มุกทั่วโลก มีมูลค่าอยู่ที่ 62,500 ล้านบาท

และมีการคาดการณ์ว่า ภายในปี 2023 มูลค่าตลาดจะเติบโตไปอยู่ที่ 103,000 ล้านบาท หากมองเฉพาะตลาด ชานมไข่มุก ในประเทศไทย จะพบว่าปีที่ผ่านมามีมูลค่าถึง 2,500-3,000 ล้านบาท โตไม่ต่ำกว่า 40% ประเด็นนี้มีข้อมูลจาก Grab Food ยืนยันว่า การสั่งซื้อเมนูดังกล่าวในปี 2561 เติบโตถึง 3,000% จากแบรนด์ทั้งหมด 1,500 แบรนด์ ที่มีหน้าร้านรวมกว่า 4,000 สาขา ซึ่งสัดส่วนตลาดชานมไข่มุกแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ Premium 10% Medium 60% Mass 30% โดยคนไทยดื่มชานมไข่มุกเฉลี่ย 6 แก้วต่อเดือน⁽¹⁵⁾

จากการสำรวจปริมาณน้ำตาลในชานมไข่มุก 25 ยี่ห้อ ปี พ.ศ. 2562 พบว่า ชานมไข่มุกทุกยี่ห้อ มีน้ำตาลเกินกว่า ที่องค์การอนามัยโลกแนะนำให้บริโภคไม่เกิน 24 กรัม (6 ช้อนชา) ต่อวันเฉลี่ย 10.4 ช้อนชา สูงสุด 18.5 ช้อนชา และจากการวิเคราะห์น้ำตาลต่อ 100 กรัม ของชานมไข่มุก 25 ตัวอย่าง พบว่า มีน้ำตาลสูงสุดจำนวน 2 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 8 ปริมาณน้ำตาลระหว่าง (7.31-9.30 กรัม) หรือประมาณ 1.8-2.3 ช้อนชา⁽¹⁶⁾ (ดังรูปภาพที่ 5)

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการผลักดันภาชน้ำตาลทำให้บริษัทผู้ผลิตเครื่องดื่มต่างๆ มีการปรับตัวเพื่อกระตุ้นการตัดสินใจในการซื้อและเพิ่มยอดขายให้มากขึ้น โดยออกกลยุทธ์เน้นจุดขายสูตรน้ำตาลน้อย ตอบรับกระแสรักสุขภาพ หรือเลือกแนวทางปรับสูตรเครื่องดื่มที่มีอยู่เดิมด้วยการลดปริมาณ น้ำตาล แต่หากพิจารณาในอีกมุมที่ยังไม่มีการแก้ปัญหาน้ำตาลเกินมาตรฐานสำหรับธุรกิจเครื่องดื่มรายย่อยทำให้ผู้บริโภคได้รับน้ำตาลเกินต่อหน่วยบริโภคต่อวัน



รูปภาพที่ 5: ปริมาณน้ำตาลในชานมไข่มุก

ที่มา : ศูนย์ทดสอบฉลาดซื้อ มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค โดยโครงการเฝ้าระวังสินค้าและบริการเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

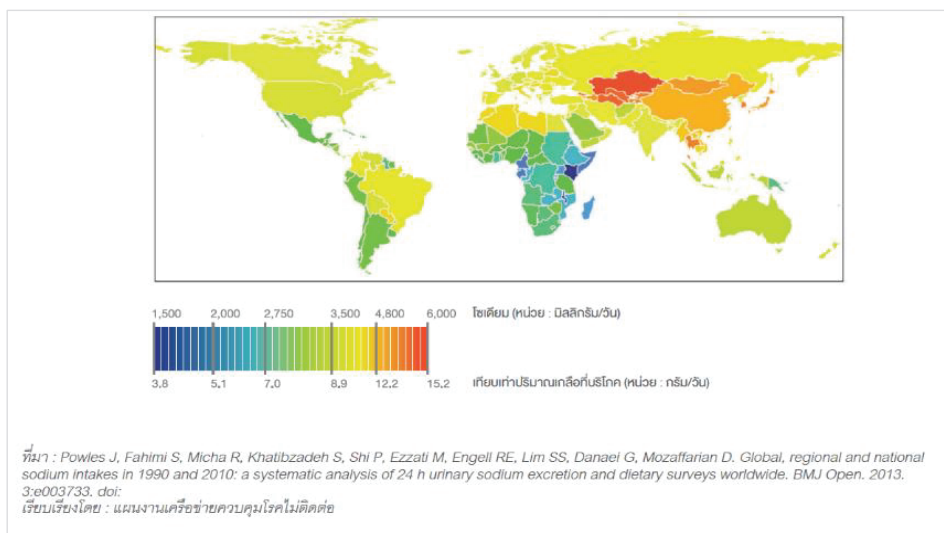
สถานการณ์การบริโภคไขมันในประเทศไทย

สำหรับประเทศไทย พบว่า ประชากรไทยมีการบริโภคไขมันเฉลี่ย 45.6 กรัมต่อคนต่อวัน หรือกล่าวได้ว่า คนไทยได้พลังงานจากไขมันถึง 409.4 กิโลแคลอรี ซึ่งปริมาณที่แนะนำให้บริโภคควรมีสัดส่วนไม่เกินร้อยละ 30 ของพลังงานทั้งหมด จากผลการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชาชนในปี พ.ศ. 2560 พบว่า ร้อยละ 77.4 บริโภคอาหารที่มีไขมันสูง เช่น เบคอน แหนม กุนเชียง ไส้กรอกอีสาน ไส้อั่ว เป็นต้น โดยอาหารเหล่านี้มีทั้งไขมันอิ่มตัวและไขมันคอเลสเตอรอล การสำรวจไขมันทรานส์ในอาหารจากการสำรวจของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค และ สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้ติดตามตรวจสอบ และเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์อาหารกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสใช้น้ำมันที่ผ่านกระบวนการเติมไฮโดรเจนบางส่วน ได้แก่ โดนัททอด พาย พัฟ เพสทรี ครีวซงค์ และบัตเตอร์เค้ก ภายหลังประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดอาหารที่ห้ามผลิต นำเข้า หรือจำหน่าย โดยห้ามผลิต นำเข้า หรือจำหน่าย น้ำมันที่ผ่านกระบวนการเติมไฮโดรเจนบางส่วนและอาหารที่มีน้ำมันที่ผ่านกระบวนการเติมไฮโดรเจนบางส่วนเป็นส่วนประกอบ ให้มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 9 ม.ค. 2562 ผลการสุ่มตัวอย่างจำนวน 45 ตัวอย่าง พบว่า ปริมาณไขมันทรานส์เฉลี่ยของทุกผลิตภัณฑ์อยู่ในช่วง 0.09-0.31 กรัมต่อหนึ่งหน่วยบริโภค ซึ่งไม่เกินปริมาณที่องค์การอาหารและการเกษตรแห่งสหประชาชาติ (FAO) และองค์การอนามัยโลก (WHO) แนะนำให้บริโภคต่อวัน คือ 0.5 กรัมต่อหนึ่งหน่วยบริโภค นอกจากนี้ปริมาณไขมันทรานส์สูงสุดที่พบในทุกผลิตภัณฑ์ที่มีปริมาณลดลง

เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจผลิตภัณฑ์ก่อนประกาศฯ มีผลใช้บังคับ ทั้งนี้มีเพียงบางผลิตภัณฑ์ที่มีปริมาณไขมันทรานส์ต่อหนึ่งหน่วยบริโภคเกินจากปริมาณที่ องค์การอาหารและการเกษตรแห่งสหประชาชาติ (FAO) และองค์การอนามัยโลก (WHO) แนะนำ เนื่องจากมีการใช้วัตถุดิบที่มีไขมันทรานส์ตามธรรมชาติเป็นส่วนประกอบในปริมาณสูง เช่น เนย นม ชีส⁽¹⁷⁾

สถานการณ์การบริโภคโซเดียมในประเทศไทย

นอกจากการบริโภคอาหารที่มีรสหวาน และความมันมากขึ้นแล้ว การบริโภคเกลือ/โซเดียมในประเทศไทยที่สูงขึ้น ยังเป็นปัจจัยสำคัญของพฤติกรรมบริโภคอาหารที่เหมาะสมอีกปัจจัยหนึ่งที่ก่อโรคไม่ติดต่อ โดยสถานการณ์การบริโภคเกลือในประเทศไทย จากข้อมูลการสำรวจปริมาณการบริโภคเกลือแกงของประเทศไทย โดยกองโภชนาการ กรมอนามัย ปี พ.ศ. 2552 พบว่า ประชากรไทยได้รับเกลือเฉลี่ยจากการรับประทานอาหาร 10.8 กรัมต่อวันต่อคนคิดเป็นปริมาณเกลือโซเดียมที่ได้มากถึง 4,351.69 มิลลิกรัมต่อวันต่อคน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าคนไทยได้รับเกลือในปริมาณที่มากกว่าปริมาณที่แนะนำต่อวันเกือบ 2 เท่า โดย 8 กรัม (ร้อยละ 74) ของปริมาณการบริโภคเกลือ/โซเดียม มาจากเครื่องปรุงรส 2 กรัม (ร้อยละ 18.5) มาจากธรรมชาติของอาหาร (2 กรัม) และ 0.8 กรัม (ร้อยละ 7.4) มาจากอาหารพร้อมรับประทาน/ข้างทาง/หาบเร่/อาหารกินเล่น⁽¹⁸⁾ เมื่อเปรียบเทียบกับนานาชาติ ประชากรไทยบริโภคเกลือสูงกว่าค่าเฉลี่ยของโลกเล็กน้อยโดยในปี พ.ศ. 2553 ประชากรผู้ใหญ่ทั่วโลกบริโภคโซเดียมเฉลี่ย 3,950 มิลลิกรัมต่อวัน หรือคิดเป็นเกลือเฉลี่ย 10.06 กรัมต่อวัน⁽¹⁹⁾ โดยในแต่ละภูมิภาคจะมีความแตกต่างกันออกไป (ดังรูปภาพที่ 6)



รูปภาพที่ 6: ข้อมูลปริมาณการบริโภคโซเดียมโดยเฉลี่ยในแต่ละประเทศของประชากรเพศหญิงและเพศชายที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไปใน พ.ศ. 2553 : การบริโภคโซเดียมเฉลี่ย เป็นจำนวนกรัม/วัน

การสำรวจ “โซเดียม” ในเมนูอาหารต่างๆ จากการศึกษาปริมาณโซเดียมและโซเดียมคลอไรด์ในอาหารบพท วิถี Street Foods ซึ่งเก็บข้อมูลทั้งหาบเร่แผงลอยริมบาทวิถี และในตลาด รวมถึงศูนย์อาหารจากเขตต่างๆ ของ กทม. ปี พ.ศ. 2560 แบ่งเป็นกับข้าว 27 ชนิด อาหารจานเดียว 29 ชนิด และอาหารว่างและ ขนม 20 ชนิด พบว่า อาหารสตรีทที่ผู้มีส่วนใหญ่มีปริมาณโซเดียมต่อน้ำหนักหน่วยขาย (ถุงหรือกล่อง) ในระดับเสี่ยงต่อสุขภาพ โดยอาหารประเภทกับข้าวเช่น (แกงไตปลา ต้มยำ แกงเขียวหวาน น้ำพริกกะปิ ฯลฯ) มีปริมาณโซเดียมมากกว่า 2,000 มิลลิกรัม/ถุง ในระดับเสี่ยงสูงมาก ประเภทอาหารจานเดียว เช่น (ก๋วยเตี๋ยวหมูตุ๋น ต้มเลือดหมู สุกี้ ส้มตำปูปลาร้า ฯลฯ) มีปริมาณโซเดียมมากกว่า 2,000 มิลลิกรัมต่อถุง ในระดับเสี่ยงสูงมาก ประเภทอาหารว่าง เช่น (คอหมูย่าง ลูกชิ้นปิ้ง ปอเปี๊ยะทอด ฯลฯ) มีปริมาณมากกว่า 1,000 มิลลิกรัม/ถุง ในระดับเสี่ยงสูง ดังนั้นจากการที่ผู้บริโภคมีการซื้ออาหาร Street foods มารับประทาน ทำให้ผู้บริโภคมีโอกาสได้รับปริมาณโซเดียมเกินมาตรฐานต่อวัน⁽²⁰⁾ (ดังรูปภาพที่ 7)



รูปภาพที่ 7: ปริมาณโซเดียมและโซเดียมคลอไรด์ในอาหารบาทวิถี (Street food) ในกรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2560

ที่มา : การศึกษาปริมาณโซเดียมและโซเดียมคลอไรด์ในอาหารบาทวิถี (Street food) ในกรุงเทพมหานคร ปี 2560

สถานการณ์การบริโภคผักและผลไม้

ประชากรไทยมีการบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ จากการสำรวจสุขภาพประชากรไทย ใน พ.ศ. 2557 พบว่าคนไทยมีพฤติกรรมการบริโภคผักเฉลี่ยวันละ 1.7 ส่วน ซึ่งต่ำกว่าข้อแนะนำมาตรฐานที่ให้บริโภควันละ 3 ส่วน และบริโภคผลไม้เฉลี่ยวันละ 1.5 ส่วน ซึ่งต่ำกว่าข้อแนะนำมาตรฐานที่ให้บริโภควันละ 2 ส่วน ในภาพรวมคนไทยมีการบริโภคผักและผลไม้เฉลี่ยวันละ 3 ส่วน ซึ่งต่ำกว่าข้อแนะนำมาตรฐานที่ให้บริโภค 5 ส่วนต่อวัน⁽²¹⁾ เมื่อเปรียบเทียบกับพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ในปี พ.ศ. 2552 การบริโภคผักและผลไม้ของผู้ชายและผู้หญิงเท่ากับร้อยละ 16.9 และร้อยละ 18.5 ตามลำดับ⁽²²⁾ พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมเป็นผลลัพธ์จากหลากหลายปัจจัย โดยส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการปรุงอาหารและรับประทานอาหาร โดยเฉพาะการรับประทานอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ เช่น การบริโภคอาหารสำเร็จรูป การบริโภคอาหารไม่ครบ 5 หมู่ การบริโภคอาหารมากเกินไป

3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

พฤติกรรมการบริโภคของประชาชนได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม โดยเฉพาะปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางอาหาร (Food environment) เนื่องจากวัฒนธรรมตะวันตกที่แพร่ขยายเข้ามาในประเทศไทยการมีร้านอาหารจานด่วน และร้านสะดวกซื้อจำนวนมากเปิดจำหน่ายทั่วประเทศ นอกจากนั้นอาหารปรุงสุกที่สามารถรับประทานได้ทันที หรือเพียงนำไปอุ่น อบ นึ่ง หรือเข้าเตาไมโครเวฟเพียงไม่กี่นาที เป็นที่ยอมรับของจากผู้บริโภคมากกว่าแต่ก่อน เนื่องจากความกังวลต่อการรับประทานอาหารบรรจุกล่องที่ต้องใช้ไมโครเวฟอุ่นให้ร้อนลดลง ประกอบกับการดำเนินชีวิตของคนรุ่นใหม่โดยเฉพาะในสังคมเมืองซึ่งมีข้อจำกัดด้านเวลาจึงต้องการความรวดเร็วและสะดวกสบายเป็นหลัก กลุ่มคนรุ่นใหม่ นิยมอาศัยอยู่ในคอนโดมิเนียมย่านกลางเมืองหรือหอพักใกล้กับที่ทำงาน ซึ่งที่พักอาศัยประเภทนี้ไม่เหมาะสมกับการปรุงอาหาร หรือแม้แต่กลุ่มผู้บริโภคที่อาศัยอยู่คนเดียวหรือเป็นครอบครัวขนาดเล็ก ก็ไม่ค่อยจะปรุงอาหารรับประทานเองที่บ้านมากนัก ปัจจัยเหล่านี้จึงส่งผลให้อาหารพร้อมรับประทานเป็นที่นิยมมากขึ้นและมีการเจริญเติบโตอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูล

ของ Euro monitor International 2559 แสดงให้เห็นถึงการเพิ่มขึ้นของมูลค่าอาหารพร้อมรับประทานในประเทศไทย ที่เพิ่มขึ้นจาก 4.09 พันล้านบาท ในปี พ.ศ.2554 เป็น 6.73 พันล้านบาทในปี พ.ศ.2558⁽²³⁾ อย่างไรก็ตามมูลค่าตลาดอาหารสำเร็จรูปเพื่อสุขภาพ (ลดไขมัน หรือลดน้ำตาล) ก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน โดยเพิ่มขึ้นจาก 4.52 พันล้านบาทในปี พ.ศ.2555 เป็น 6.3 พันล้านบาทในปี พ.ศ.2559 ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางอาหารจึงเป็นปัจจัยการกำหนดพฤติกรรมผู้บริโภค อาหารและภาวะสุขภาพที่สำคัญจากปัจจัยกำหนดภาวะโภชนาการดังกล่าวข้างต้น ราคาเป็นหนึ่งในปัจจัยแวดล้อมที่กำหนดภาวะโภชนาการ เนื่องจากข้อมูลเชิงวิชาการยืนยันได้เป็นอย่างดีว่า ราคาของอาหารและเครื่องดื่มมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกการซื้อและการบริโภคของกลุ่มวัยรุ่นและผู้ใหญ่⁽²⁴⁾

ราคาและกำลังซื้ออาหาร และเครื่องดื่ม

ค่าใช้จ่ายรายเดือนของครัวเรือนไทยระหว่างปี พ.ศ. 2550-2560 พบว่า เมื่อพิจารณาครัวเรือนไทย มีค่าใช้จ่ายในด้านอาหารประมาณ 1 ใน 3 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด โดยมีค่าใช้จ่ายสำหรับซื้ออาหารปรุงสำเร็จมากที่สุด รองลงมา ได้แก่ อาหารประเภทข้าว แป้ง อาหารที่ทำจากแป้ง และเนื้อสัตว์ตามลำดับ ในขณะที่ค่าใช้จ่ายของเครื่องปรุงรส น้ำมัน และไขมันมีสัดส่วนน้อย จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นแนวโน้มว่า คน ไทยบริโภคอาหารที่ไม่ได้ปรุงด้วยตนเองในครัวเรือนมากขึ้น ซึ่งอาจจะทำให้ ไม่สามารถควบคุมคุณค่าทางโภชนาการและ ความสะอาดของอาหารได้ อย่างไรก็ตาม การพิจารณาข้อมูลค่าใช้จ่ายเพียงอย่างเดียว อาจสามารถสะท้อน พฤติกรรมการบริโภคอาหารได้เพียงส่วนหนึ่งเท่านั้นเนื่องจากค่าใช้จ่ายเป็นผลจากปริมาณการบริโภคและราคาสินค้าและการเพิ่มขึ้นหรือลดลงของค่าใช้จ่ายอาจเป็นผลจากราคาสินค้าที่เปลี่ยนแปลงไป⁽²⁵⁾

แนวโน้มธุรกิจร้านอาหาร

แนวโน้มของธุรกิจร้านอาหารยังคงมีโอกาสดีโตและทำกำไรได้สูง โดยมูลค่าตลาดธุรกิจร้านอาหารในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560-2561 มีมูลค่าสูงกว่า 4 แสนล้านบาท และมีแนวโน้มเติบโตสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ผสมกับความสามารถในการทำกำไรของธุรกิจที่เพิ่มขึ้นทุกปี ล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่ดึงดูดให้ผู้ประกอบการรายใหม่ เข้าสู่ตลาดธุรกิจร้านอาหารอย่างต่อเนื่อง โดยพฤติกรรมผู้บริโภคกับกระแสธุรกิจที่เปลี่ยนแปลงจากการเติบโตของเมืองและการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยี ผู้บริโภคต้องใช้ชีวิตประจำวันที่เร่งรีบและ มีการเชื่อมโยงผ่านเทคโนโลยีที่มากขึ้น ทำให้พฤติกรรมการอุปโภคบริโภคของคนในสังคมเปลี่ยนแปลงไป เช่น การใช้บริการ Food delivery เช่น Line Man, Food Panda, Uber Eats และ Grab Food สำหรับลูกค้าที่ต้องการความสะดวกสบายและความรวดเร็ว โดยไม่ต้องรอคิวที่ยาวนาน การใช้แอปพลิเคชันเพื่ออำนวยความสะดวก เช่น การจองโต๊ะล่วงหน้าผ่าน Eatigo การสร้าง Platform ในการค้นหาร้านอาหาร เช่น Wongnai และ Tripadvisor การบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ (Healthy Food) อาหารกึ่งสุขภาพ และอาหารอินทรีย์ (Organic PlantBased Food) โดยการปรับปรุงรสชาติและส่วนผสมให้ตรงกับความต้องการและรสนิยมของผู้บริโภคให้มากขึ้น นอกจากนี้แต่ละรายยังใส่โปรโมชั่นเพื่อเชื้อเชิญให้ผู้บริโภค มาใช้บริการของตนเอง ที่ดูเหมือนจะเป็น ธรรมเนียมปฏิบัติก็คือการกรอกรหัสโค้ดโปรโมชั่นต่างๆ เพื่อรับส่วนลดค่าอาหาร, แลกรับสิทธิ์จัดส่งฟรี หรือ โปรโมชั่นซื้อ 1 แถม 1 เป็นต้น ดังนั้นจะเห็นได้ว่าธุรกิจร้านอาหารเติบโตผู้ประกอบการมีการปรับตัวและ หา ช่องทางและรูปแบบใหม่ๆ เพื่อสร้างกำไรให้ธุรกิจเพิ่มขึ้น และการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการทำธุรกิจทำให้ ผู้บริโภค มีความสะดวกสบาย ประหยัดเวลา ทำให้พฤติกรรมผู้บริโภคเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เช่น มีการสั่งอาหารมาทานที่บ้านเพิ่มมากขึ้นโดยข้อมูลจากผลสำรวจโดยยูโรโมเนเตอร์ อินเทอร์เน็ต ชั้นแนล ปี พ.ศ. 2560 ระบุว่า ธุรกิจเดลิเวอรี่/เทคอะเวย์อาหารในประเทศไทยมีมูลค่าสูงถึง 26,000 ล้านบาท⁽²⁶⁾

จากข้อมูลศูนย์วิจัยกสิกรไทยคาดว่ามูลค่าการบริโภคอาหาร และเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพในปี พ.ศ.2562 จะมีมูลค่าประมาณ 88,731 ล้านบาท หรือมีอัตราการขยายตัว 2.4% เมื่อเทียบกับปี พ.ศ.2561 โดยกลุ่มโปรตีนจากพืชและนมพืช จะมีมูลค่าประมาณ 6,725 ล้านบาท และมีแนวโน้มขยายตัว 6.4% ตามความนิยมบริโภคอาหารโปรตีนสูงเพื่อสร้างสมดุลทางโภชนาการทดแทนเนื้อสัตว์ การเสริมสร้างกล้ามเนื้อ รวมถึงการรักษาสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงของโรคที่เกิดจากการบริโภคอาหารประเภทเนื้อสัตว์⁽²⁷⁾

3.3 การขับเคลื่อนมาตรการและนโยบายที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมบริโภคอาหาร

มาตรการภาษีเพื่อขับเคลื่อนการ “ลดหวาน”

การเก็บภาษีความหวาน เป็นหนึ่งในกลุ่มสินค้าที่ถูกปรับภาษีตาม พ.ร.บ. ภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560 ซึ่งมีผลบังคับใช้ในวันที่ 16 กันยายน พ.ศ. 2560 แต่ให้เวลาผู้ประกอบการปรับตัว 2 ปี เพื่อให้ผู้ประกอบการลดปริมาณน้ำตาลให้ต่ำกว่า และเสียภาษีในอัตราก้าวหน้า 6 ระดับ

หลังจากนั้น ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2562 ถึง 30 กันยายน 2564 เครื่องดื่มที่มีปริมาณน้ำตาลเกิน 14 กรัม แต่ไม่เกิน 18 กรัมต่อ 100 มิลลิลิตร เสียภาษี 3 บาทต่อลิตร และที่มีปริมาณน้ำตาลเกิน 18 กรัมต่อ 100 มิลลิลิตร เสียภาษี 5 บาทต่อลิตร ในช่วงตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2564 จนถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2566 เครื่องดื่มที่มีปริมาณน้ำตาลไม่เกิน 8 กรัม แต่ไม่ถึง 10 กรัมต่อ 100 มิลลิลิตร เสียภาษี 1 บาทต่อลิตร เครื่องดื่มที่มีปริมาณน้ำตาลเกิน 100 กรัมแต่ไม่เกิน 14 กรัมต่อ 100 มิลลิกรัม เสียภาษี 3 บาทต่อลิตรและที่มีปริมาณเกิน 14 กรัมต่อ 100 มิลลิลิตร เสียภาษี 5 บาทต่อลิตร

ขณะที่ตั้งแต่ 1 ต.ค. 2566 เป็นต้นไป เครื่องดื่มที่มีปริมาณน้ำตาลไม่เกิน 6 กรัมแต่ไม่ถึง 8 กรัมต่อ 100 มิลลิลิตร เสียภาษี 1 บาทต่อลิตร เครื่องดื่มที่มีปริมาณน้ำตาลไม่เกิน 8 กรัมแต่ไม่ถึง 10 กรัมต่อ 100 มิลลิลิตร เสียภาษี 3 บาทต่อลิตร และที่มีปริมาณเกิน 10 กรัมต่อ 100 มิลลิลิตรเสียภาษี 5 บาทต่อลิตร⁽²⁸⁾



รูปภาพที่ 8: การเก็บภาษี “น้ำตาล”

ที่มา : กรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง

มาตรการภาษีเพื่อขับเคลื่อนการ “ลดเค็ม”

การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ลดเกลือและโซเดียม ตั้งเป้าคนไทยลดบริโภคเค็มลง 30% ภายในปี พ.ศ. 2568 คณะกรรมการนโยบายการลดบริโภคเกลือและโซเดียมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อระดับชาติ ประกาศเจตนารมณ์เพื่อการลดบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2559-2568 ตั้งเป้าหมายให้คนไทยลดการบริโภคโซเดียมลงร้อยละ 30 ภายในปี พ.ศ. 2568 จากความร่วมมือเครือข่ายภาครัฐ เอกชน ภาคอุตสาหกรรม และประชาสังคม เมื่อวันที่ 6 มีนาคม 2562 ได้มีการแถลงข่าว การประกาศเจตนารมณ์เพื่อร่วมลดการบริโภคเกลือและ โซเดียมในประเทศไทย เนื่องใน “สัปดาห์ลดการบริโภคเค็มโลก” (World Salt Awareness Week) ระหว่างวันที่ 11-17 มีนาคม 2562⁽²⁹⁾

มาตรการภาษีเพื่อขับเคลื่อนการ “ลดไขมันทรานส์”

แนวทางการดำเนินการของ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา พ.ศ. 2550 อย. ได้ร่วมกับสถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล สํารวจสถานการณ์ปริมาณไขมันทรานส์ที่พบในผลิตภัณฑ์อาหารในประเทศไทย ผลการสำรวจสรุปได้ว่า โดนัททอด และพายัพฟ์ มีสาเหตุมาจากการใช้วัตถุดิบที่มีปริมาณไขมันทรานส์สูง โดยเฉพาะมาการีน และเนยขาว ส่วนอาหารกลุ่มอื่น พบปริมาณไขมันทรานส์ในระดับที่ไม่สูงจนทำให้เกิดปัญหา ปี พ.ศ. 2559 อย. ได้ร่วมกับสถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยการสนับสนุนงบประมาณของสำนักงานพัฒนาการวิจัยการเกษตร (องค์การมหาชน) ดำเนินโครงการ “ประเทศไทยปลอดไขมันทรานส์” การสำรวจข้อมูลปริมาณไขมันทรานส์ในผลิตภัณฑ์น้ำมันและไขมัน และผลิตภัณฑ์อาหาร และจัดประชุมหารือร่วมกับผู้ประกอบการไขมันและน้ำมัน และผู้ประกอบการผลิตภัณฑ์อาหาร เพื่อหาแนวทางในการลดหรือพัฒนาสูตรผลิตภัณฑ์ ซึ่งไม่ใช้น้ำมันที่ผ่านกระบวนการเติมไฮโดรเจนบางส่วน ผู้ผลิตน้ำมันและไขมันยืนยันถึงความเป็นไปได้ในการปรับสูตรและกระบวนการผลิตน้ำมันและไขมัน โดยใช้กระบวนการผสมน้ำมัน (Oil blending) หรือกระบวนการอื่นแทน โดยผู้ผลิตผลิตภัณฑ์อาหารบางส่วนได้พัฒนาและปรับปรุงสูตรส่วนประกอบของผลิตภัณฑ์อาหารโดยไม่ใช้น้ำมันที่ผ่านกระบวนการเติมไฮโดรเจนบางส่วนแล้ว และบางส่วนขอระยะเวลาในการปรับตัว⁽¹⁷⁾

สรุป

จากสถานการณ์การบริโภคอาหาร หวาน มัน เค็ม ผัก และผลไม้ ของคนไทย พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชาชนไทยมีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่เป็นความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพมากขึ้น เรื่องอาหารที่บริโภคเข้าไปทำให้ผู้บริโภคจึงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคตามสภาพปัจจุบัน เช่น เด็กและเยาวชน เมื่อมีอายุที่สูงขึ้นจะหันมาดูแลสุขภาพมากขึ้นโดยเน้นเรื่องการบริโภคอาหาร โดยอาหารที่รับประทานเข้าไปนั้นจะต้องมีคุณภาพและไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ และยังต้องมีคุณค่าทางอาหารที่ครบถ้วนสมบูรณ์ พร้อมทั้งยังต้องมีให้เลือกบริโภคที่หลากหลายและเพียงพอต่อความต้องการของผู้บริโภคปัจจุบัน

สถานการณ์การบริโภคโซเดียม พบว่า ประชากรไทยได้รับเกลือเฉลี่ยจากการรับประทานอาหาร 10.8 กรัมต่อวันต่อคนคิดเป็นปริมาณเกลือโซเดียมที่ได้มากถึง 4,351.69 มิลลิกรัมต่อวันต่อคน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าประชากรไทยได้รับเกลือในปริมาณที่มากกว่าปริมาณที่แนะนำต่อวันเกือบ 2 เท่า โดย 8 กรัม โดยมีการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ลดเกลือและโซเดียมโดยตั้งเป้าหมายลดบริโภคเค็มลง 30% ภายในปี พ.ศ. 2568

สถานการณ์การบริโภคน้ำตาล พบว่าโดยเฉลี่ยในแต่ละวันประชากรไทยดื่มเครื่องดื่มที่ผสมน้ำตาลเฉลี่ยกว่า 3 แก้ว (519.3 มิลลิลิตร) โดยผู้ชายดื่มมากกว่าผู้หญิง และพบว่าในกลุ่มเด็กอายุ 6-14 ปี เป็นกลุ่มที่ดื่มเครื่องดื่มที่ผสมน้ำตาลเฉลี่ยต่อสัปดาห์มากที่สุด เครื่องดื่มที่ผสมน้ำตาลที่วางจำหน่ายในไทย พบมีปริมาณน้ำตาลสูงมากเฉลี่ย 9-19 กรัม/100 มิลลิลิตร ในขณะที่ปริมาณที่เหมาะสมคือ ไม่ควรมีน้ำตาลมากกว่า 6 กรัม/100 มล. โดยทำให้มีมาตรการภาษีเพื่อขับเคลื่อนการ “ลดหวาน” ทำให้การเก็บภาษีความหวานเป็นหนึ่งในกลุ่มสินค้าที่ถูกปรับภาษีตาม พ.ร.บ. ภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560

สถานการณ์การบริโภคไขมัน พบว่า ประชากรไทยมีการบริโภคไขมันเฉลี่ย 45.6 กรัมต่อคนต่อวัน หรือกล่าวได้ว่า ประชากรไทยได้พลังงานจากไขมันถึง 409.4 กิโลแคลอรี ซึ่งปริมาณที่แนะนำให้บริโภคควรมีสัดส่วนไม่เกินร้อยละ 30 ของพลังงานทั้งหมดและได้มีการกำหนดมาตรการควบคุม และกำกับดูแลไขมันทรานส์ในผลิตภัณฑ์อาหาร โดยประกาศกระทรวงสาธารณสุขเลขที่ 388 พ.ศ.2561 เรื่อง กำหนดอาหารที่ห้ามผลิตนำเข้าหรือ จำหน่ายมีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 9 มกราคม พ.ศ. 2562 เป็นต้นไป

สถานการณ์การบริโภคผัก และผลไม้ พบว่าคนไทยมีการบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ โดยประชากรไทยมีพฤติกรรมการบริโภคผักเฉลี่ยวันละ 1.7 ส่วน ซึ่งต่ำกว่าข้อเสนอแนะมาตรฐานที่ให้บริโภควันละ 3 ส่วน และบริโภคผลไม้เฉลี่ยวันละ 1.5 ส่วน ซึ่งต่ำกว่าข้อเสนอแนะมาตรฐานที่ให้บริโภควันละ 2 ส่วน ในภาพรวมประชากรไทยมีการบริโภคผักและผลไม้เฉลี่ยวันละ 3 ส่วน ซึ่งต่ำกว่าข้อเสนอแนะมาตรฐานที่ให้บริโภค 5 ส่วนต่อวัน

การส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกาย ให้ประโยชน์ทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อสุขภาพประชาชน รวมถึงการศึกษา เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และสังคม ซึ่งนำไปสู่การเจริญเติบโตและการพัฒนาทางสังคมที่ดีของเด็ก รวมถึงการเรียนรู้และสมาธิ อีกทั้งยังช่วยลดความเสี่ยงจากโรคเรื้อรังและพัฒนาสุขภาพจิตของผู้ใหญ่ ช่วยให้นอนหลับได้ดีขึ้น และเป็นหนึ่งในประเด็นสำคัญสำหรับการบรรลุเป้าหมายการควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อระดับโลก

การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (NonCommunicable Diseases: NCDs) ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด และกลุ่มโรคมะเร็ง โดยพบว่าการขาดกิจกรรมทางกาย ส่งผลให้เกิดการเสียชีวิต 3.2 ล้านคนต่อปี⁽³⁰⁾ ของทั้งโลก ทั้งที่สามารถป้องกันได้ และมีส่วนต่อการเพิ่มอัตราโรคอ้วนทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ สำหรับประเทศไทยนั้น พบว่าคนไทยมีอัตราการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อ ถึงร้อยละ 71 ของการเสียชีวิตทั้งหมด โดยการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิต 11,129 ราย สูญเสียการมีชีวิตที่มีคุณภาพ 788,500 ปี สุขภาวะ (ช่วงปีที่มีชีวิตอย่างปราศจากความพิการหรือเจ็บป่วย) และเด็กไทยมีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนที่ร้อยละ 12.58⁽³¹⁾

ความหมายของกิจกรรมทางกาย

กิจกรรมทางกาย หมายถึง การขยับเคลื่อนไหวร่างกายทั้งหมด ในชีวิตประจำวัน ในอิริยาบถต่างๆ ซึ่งก่อให้เกิดการใช้ และเผาผลาญพลังงานโดยกล้ามเนื้อ ทั้งในการทำงาน (Activity at Work) เช่น การทำงานที่เป็นอาชีพทั้งที่ก่อให้เกิดหรือไม่เกิดรายได้ การทำงาน การทำงานบ้าน การเรียนหนังสือ เป็นต้น การเดินทาง (Travel To and From Places) โดยการเดินหรือ การขี่รถจักรยาน เพื่อไปทำงาน ไปจ่ายตลาด ไปวัด หรือไปทำธุระต่างๆ รวมถึงการเดินทางที่ใช้แรงกายเพื่อไปใช้ระบบขนส่งสาธารณะ และกิจกรรมนันทนาการ (Recreational Activities) ที่ทำในยามว่าง หลังจากเสร็จสิ้นจากภาระกิจงานประจำ เช่น การเล่น/แข่งกีฬา (Competitive sports) การออกกำลังกาย หรือการฝึกฝนร่างกาย (Exercise/Exercise training) เป็นต้น⁽²⁸⁾

ระดับความหนักเบาของกิจกรรมทางกาย แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1. กิจกรรมทางกายระดับเบา (Light Intensity) ได้แก่ การยืน การเดินระยะทางสั้นๆ การทำงานบ้าน
2. กิจกรรมทางกายระดับปานกลาง (Moderate-intensity) คือ กิจกรรมที่ทำให้รู้สึกเหนื่อยปานกลาง โดยระหว่างที่ทำกิจกรรมยังสามารถพูดเป็นประโยคได้ อัตราการเต้นหัวใจอยู่ระหว่าง 120-150 ครั้ง เช่น การเดิน การปั่นจักรยาน เป็นต้น
3. กิจกรรมทางกายระดับหนัก (Vigorous-intensity) หมายถึง การเคลื่อนไหว ร่างกายที่ทำให้รู้สึกเหนื่อยมาก โดยระหว่างที่ทำกิจกรรมไม่สามารถพูดเป็นประโยคได้ อัตราการเต้นหัวใจอยู่ที่ 150 ครั้งขึ้นไป เช่น การวิ่ง การว่ายน้ำเร็ว การเล่นกีฬา การออกกำลังกาย

นอกจากกิจกรรมทางกายทั้ง 3 ระดับแล้ว ยังมีกิจกรรมที่ถือว่าใช้พลังงานต่ำ หรืออาจเรียกว่า “พฤติกรรมเนือยนิ่ง (Sedentary Behavior)” เช่น การนั่งเล่นโทรศัพท์มือถือ การใช้คอมพิวเตอร์ การนั่งคุยกับเพื่อนการนอนดูโทรทัศน์ ที่ไม่รวมการหลับนอน สำหรับระดับการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ นั้น องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้แนะนำระดับการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอสำหรับประชากรวัยผู้ใหญ่ (อายุ 18-64 ปี) อย่างน้อย 75 นาทีต่อสัปดาห์ สำหรับกิจกรรมทางกายระดับหนัก และ หรือ อย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ สำหรับกิจกรรมทางกายระดับปานกลาง⁽³²⁾

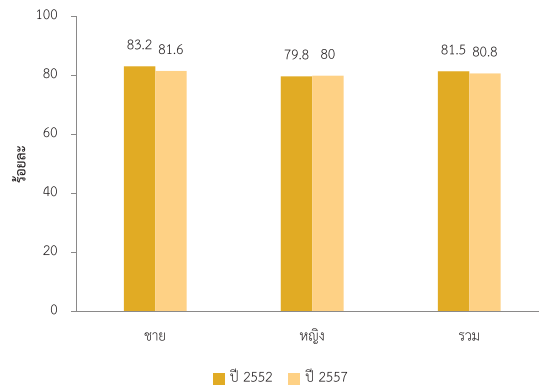
ดังนั้นเป้าหมายในการลดโรคไม่ติดต่อ จึงมีเรื่องการส่งเสริมกิจกรรมทางกายบรรจุอยู่ 1 ใน 9 ประเด็น ที่องค์การอนามัยโลก ได้กำหนดเป็นเป้าหมายในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับโลก เพื่อลดการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอลงร้อยละ 10 ภายใน ปี พ.ศ. 2568

4.1 พฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกายของประชากรไทย

สำหรับประเทศไทย ได้ทำการสำรวจการมีกิจกรรมทางกายในประชากรไทยซึ่งจัดทำโดยหลายหน่วยงาน อาทิเช่น การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย (NHES) สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทยด้วยการตรวจร่างกาย, การสำรวจกิจกรรมทางกายของประชากร สำนักงานสถิติแห่งชาติ, การสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ (BRFSS) กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค และรายงานการสำรวจการมีกิจกรรมทางกายของคนไทย สถาบันวิจัยประชากร และสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อติดตามสถานการณ์การมีกิจกรรมทางกายของประชากรไทย

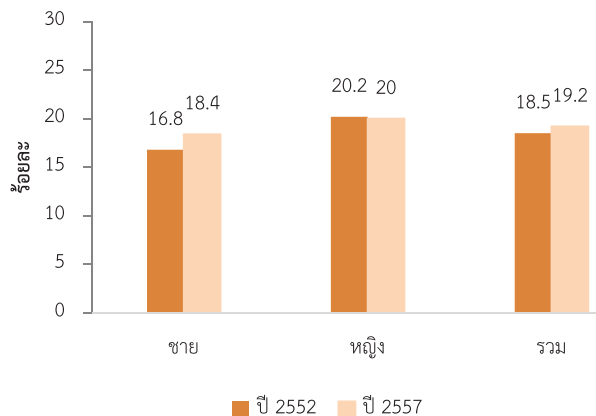
จากผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ปี พ.ศ. 2552 และ พ.ศ. 2557 พบความชุกของการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอตามคำแนะนำในภาพรวม มีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย เมื่อเปรียบเทียบระหว่างเพศ พบว่าเพศชายมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอสูงกว่าเพศหญิงเล็กน้อย (ดังแผนภูมิที่ 39)

หากพิจารณาความชุกของการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่าการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอในภาพรวม มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อย เมื่อเปรียบเทียบระหว่างเพศ พบว่าเพศหญิงมีความชุกสูงกว่าเพศชาย (ดังแผนภูมิที่ 40) ซึ่งสัดส่วนการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอจะพบต่ำสุดในกลุ่มอายุระหว่าง 30-59 ปี และเพิ่มสูงขึ้นในกลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไป (ดังแผนภูมิที่ 41) หากพิจารณารายภาคพบว่า ภาคเหนือ, ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และกรุงเทพมหานครมีสัดส่วนการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอเพิ่มขึ้น ส่วนภาคกลาง และภาคใต้ มีสัดส่วนการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอลดลง (ดังแผนภูมิที่ 42)



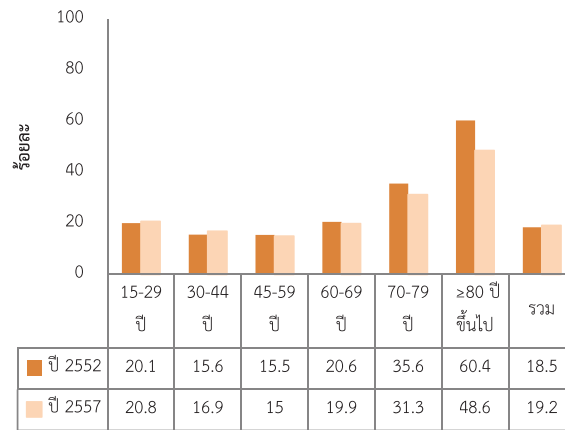
แผนภูมิที่ 39 : ร้อยละของการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2552 และ พ.ศ. 2557 จำแนกตามเพศ

ที่มา : การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย (NHES)



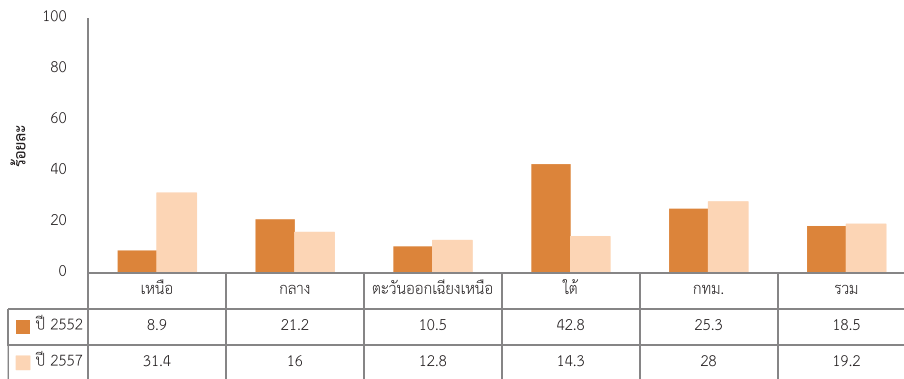
แผนภูมิที่ 40 : ร้อยละของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ปี พ.ศ. 2552 และ พ.ศ. 2557 จำแนกตามเพศ

ที่มา : การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย (NHES)



แผนภูมิที่ 41 : ร้อยละของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ปี พ.ศ. 2552 และ พ.ศ. 2557 จำแนกตามกลุ่มอายุ

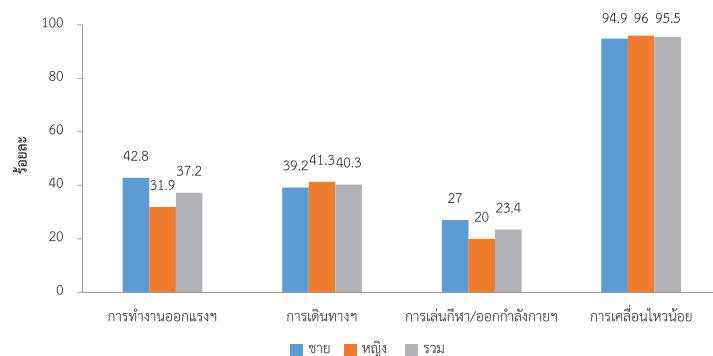
ที่มา : การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย (NHES)



แผนภูมิที่ 42 : ร้อยละของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ปี พ.ศ. 2552 และ พ.ศ. 2557 จำแนกตามภาค

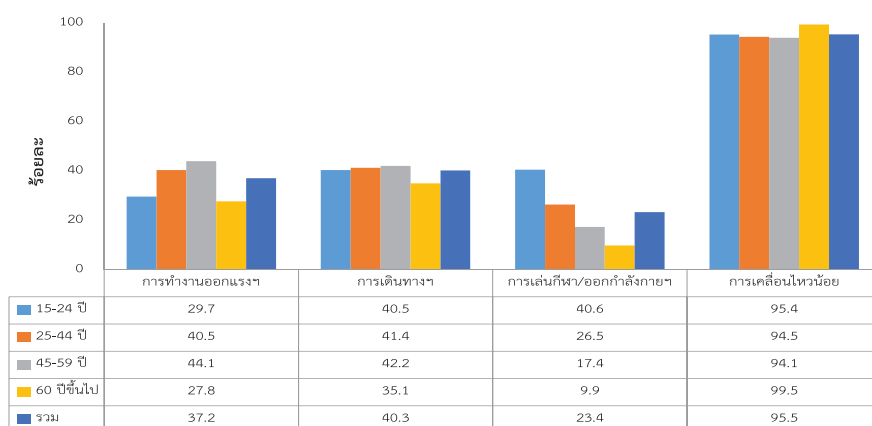
ที่มา : การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย (NHES)

สำหรับผลการสำรวจกิจกรรมทางกายของประชากร พ.ศ. 2558 สำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มีกิจกรรมทางกายในแต่ละกลุ่ม โดยภาพรวมมีอัตราการเคลื่อนไหวน้อยที่สุด ร้อยละ 95.5 รองลงมาคือ อัตราการเดินทางโดยการเดินหรือขี่จักรยาน ร้อยละ 40.3 อัตราการทำงานออกแรงระดับหนักหรือปานกลาง ร้อยละ 37.2 และมีอัตราการเล่นกีฬา/ออกกำลังกาย หรือทำกิจกรรมนันทนาการระดับหนักหรือปานกลาง ร้อยละ 23.4 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างเพศ พบว่า เพศชายมีอัตราการการทำงานออกแรงระดับหนักหรือปานกลาง และอัตราการเล่นกีฬา/ออกกำลังกาย หรือทำกิจกรรมนันทนาการระดับหนักหรือปานกลางมากกว่าเพศหญิง ส่วนเพศหญิงมีอัตราการเดินทางโดยการเดินหรือขี่จักรยานและอัตราการเคลื่อนไหวน้อยมากกว่า เพศชาย (ดังแผนภูมิที่ 43) เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุ พบว่า การทำงานออกแรงฯ และการเดินทางฯ พบสูงสุดในกลุ่มอายุ 45-59 ปี ร้อยละ 44.1 และ 42.2 ตามลำดับ ส่วนการเล่นกีฬา/ออกกำลังกาย พบสูงสุดในกลุ่มอายุ 15-24 ปี ร้อยละ 40.6 และการเคลื่อนไหวน้อย พบสูงสุดในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป (ดังแผนภูมิที่ 44) หากพิจารณารายภาค พบว่า การทำงานออกแรงฯ พบในภาคตะวันออกเฉียงเหนือสูงสุดร้อยละ 40.9 สำหรับการเดินทางฯ การเล่นกีฬา/ออกกำลังกาย และการเคลื่อนไหวน้อย พบในกรุงเทพมหานครสูงสุด ร้อยละ 48.1, 29.9 และ 96.6 ตามลำดับ (ดังแผนภูมิที่ 45)



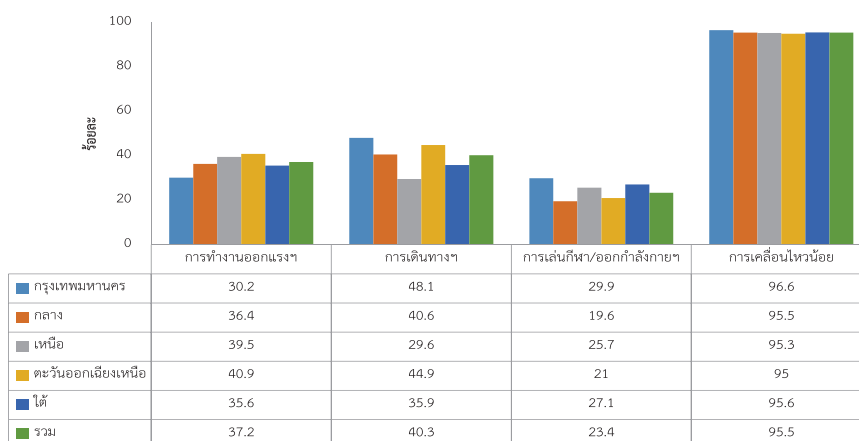
แผนภูมิที่ 43 : อัตราของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มีกิจกรรมทางกายในแต่ละกลุ่ม ปี พ.ศ. 2558 จำแนกตามเพศ

ที่มา : การสำรวจกิจกรรมทางกายของประชากร พ.ศ. 2558 สำนักงานสถิติแห่งชาติ



แผนภูมิที่ 44 : อัตราของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มีกิจกรรมทางกายในแต่ละกลุ่ม ปี พ.ศ. 2558 จำแนกตามกลุ่มอายุ

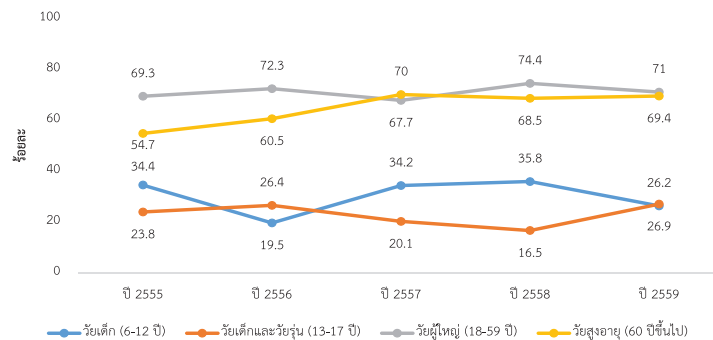
ที่มา : การสำรวจกิจกรรมทางกายของประชากร พ.ศ. 2558 สำนักงานสถิติแห่งชาติ



แผนภูมิที่ 45 : อัตราของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มีกิจกรรมทางกายในแต่ละกลุ่ม ปี พ.ศ. 2558 จำแนกตามภาค

ที่มา : การสำรวจกิจกรรมทางกายของประชากร พ.ศ. 2558 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

จากผลสำรวจการมีกิจกรรมทางกายของคนไทย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ระหว่างปี พ.ศ. 2555 ถึงปี พ.ศ. 2558 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มวัยในปี พ.ศ. เดียวกัน พบว่า วัยผู้ใหญ่ (18-59 ปี) มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอมากกว่าทุกกลุ่มวัย ส่วนวัยเด็กและวัยรุ่น (13-17 ปี) มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอน้อยกว่าทุกกลุ่มวัย (ดังแผนภูมิที่ 46) สำหรับเด็กปฐมวัย (0 – 5 ปี) ยังไม่มีข้อมูลสถานการณ์กิจกรรมทางกาย เนื่องจากการสำรวจยังไม่ครอบคลุม แต่จากรายงานพัฒนาการของกล้ามเนื้อหลัก (Gross Motor) ซึ่งเป็นผลจากการเคลื่อนไหวของเด็กในการสำรวจการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของกระทรวงสาธารณสุข (DSPM) ปี พ.ศ. 2557-2560 พบว่า เด็กปฐมวัย ร้อยละ 5.8 มีปัญหาพัฒนาการของกล้ามเนื้อหลัก



แผนภูมิที่ 46 : ร้อยละของคนไทยที่มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ ปี พ.ศ. 2555-2559 จำแนกตามกลุ่มวัย

ที่มา : การสำรวจกิจกรรมการมีกิจกรรมทางกายของคนไทย พ.ศ. 2559 สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

สำหรับระยะเวลาการมีพฤติกรรมเนือยนิ่งในแต่ละวันของประชาชนไทย ในช่วงระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา พบว่าสูงถึงเกือบ 14 ชั่วโมง และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าประชาชนไทยส่วนใหญ่สูญเสียระยะเวลาให้กับการมีพฤติกรรมเนือยนิ่งในแต่ละวันมากกว่าการมีกิจกรรมทางกาย ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องผลักดันนโยบาย และดำเนินการส่งเสริมกิจกรรม ทางกายจากหน่วยงานหลายภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเพื่อลดการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอในประชาชนไทย

สัดส่วนเวลาที่ใช้ตามประเภทกิจกรรมทางกาย

เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนเวลาที่ใช้ตามลักษณะกิจกรรมทางกายในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จากผลการสำรวจ ปี พ.ศ. 2552 และปี พ.ศ. 2557 พบว่า ประชากรส่วนใหญ่ใช้สัดส่วนของเวลาในการทำงาน และกิจกรรมว่างเพิ่มขึ้น ส่วนการใช้เวลาในการเดินทางมีสัดส่วนลดลง โดยเพศหญิงใช้สัดส่วนของเวลาในการทำงานมากกว่าเพศชาย ในขณะที่เพศชายใช้สัดส่วนของเวลาในการทำกิจกรรมยามว่างมากกว่าเพศหญิง สำหรับสัดส่วนของเวลาที่ใช้ในการเดินทางทั้งเพศหญิงและเพศชายใกล้เคียงกัน หากพิจารณาตามกลุ่มอายุ พบว่ากลุ่มอายุ 30-59 ปี ใช้สัดส่วนของเวลาในการทำงานสูงสุด และลดลงจนถึงต่ำสุดในกลุ่มอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งในขณะเดียวกันกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ใช้สัดส่วนของเวลาในการเดินทางและทำกิจกรรมยามว่างสูงสุด และลดลงตามกลุ่มอายุที่น้อยกว่า 60 ปี (ดังตารางที่ 13)

ตารางที่ 13: สัดส่วนเวลาที่ใช้ตามลักษณะกิจกรรมทางกายในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2552 และ พ.ศ. 2557
จำแนกตามเพศ และกลุ่มอายุ

เพศ	สัดส่วน (ร้อยละ) เวลาที่ใช้ตามลักษณะกิจกรรมทางกาย					
	ปี พ.ศ. 2552			ปี พ.ศ. 2557		
	การทำงาน	การเดินทาง	กิจกรรมยามว่าง	การทำงาน	การเดินทาง	กิจกรรมยามว่าง
ชาย	60.5	21.2	18.3	63.8	16.9	19.3
หญิง	66.1	20.6	13.2	68.8	18.2	13.0
กลุ่มอายุ						
15-29 ปี	53.3	18.3	28.4	57.3	14.6	28.2
30-44 ปี	69.2	19.1	11.7	73.4	15.9	10.7
45-59 ปี	66.9	21	12.1	71.6	17.6	10.8
60-69 ปี	59.6	26.6	13.8	64.2	21.8	14.0
70-79 ปี	53.1	30.7	16.2	56.7	27.9	15.4
80 ปีขึ้นไป	47.3	35.5	17.1	52.4	32.0	15.6
รวมทั้งประเทศ	63.4	20.9	15.7	66.4	17.6	16.1

ที่มา : การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย (NHES)

นอกจากนี้ผลการสำรวจกิจกรรมทางกายของประชากร พ.ศ. 2558 สำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยภาพรวมใช้ระยะเวลาเฉลี่ย (นาทิจ) ในการทำกิจกรรมทางกายเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวน้อยมากที่สุด 115.33 นาทีต่อวัน รองลงมาคือ การทำงานออกแรง 88.16 นาทีต่อวัน การเล่นเกม/ออกกำลังกาย 35.23 นาทีต่อวัน และการเดินทาง 26.68 นาทีต่อวัน เมื่อเปรียบเทียบระหว่างเพศ พบว่า เพศชายใช้ระยะเวลาเฉลี่ย (นาทิจ) ในการทำกิจกรรมทางกายเกี่ยวกับการทำงานออกแรง การเดินทาง และการเล่นเกม/ออกกำลังกาย มากกว่าเพศหญิง ส่วนเพศหญิงมีการเคลื่อนไหวน้อยมากกว่าเพศชาย หากพิจารณาตามกลุ่มอายุ พบว่าการทำงานออกแรง พบสูงสุดในกลุ่มอายุ 25-44 ปี ร้อยละ 95.09 ส่วนการเดินทาง การเล่นเกม/ออกกำลังกาย และการเคลื่อนไหวน้อย พบสูงสุดในกลุ่มอายุ 15-24 ปี ร้อยละ 27.75 40.06 และ 130.41 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 14)

ตารางที่ 14: ระยะเวลาเฉลี่ย (นาทิจ) ของผู้มีกิจกรรมทางกายในแต่ละกลุ่มต่อวันของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2558
จำแนกตามเพศ และกลุ่มอายุ

เพศและกลุ่มอายุ		ระยะเวลาเฉลี่ยของผู้มีกิจกรรมทางกาย			
		การทำงานออกแรง	การเดินทาง	การเล่นเกม/ออกกำลังกาย	การเคลื่อนไหวน้อย
รวม		88.16	26.68	35.23	115.33
เพศ	ชาย	97.46	27.94	39.36	110.11
	หญิง	76.46	25.58	28.96	120.09
กลุ่มอายุ	15-24 ปี	79.94	27.75	40.06	130.41
	25-44 ปี	95.09	27.50	33.97	112.99
	45-59 ปี	93.87	26.94	32.12	108.64
	60 ปีขึ้นไป	63.80	23.27	30.65	115.58

ที่มา : การสำรวจกิจกรรมทางกายของประชากร พ.ศ. 2558 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

4.2 การขับเคลื่อนมาตรการและนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย

สำหรับประเทศไทย มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมกิจกรรมทางกายหลายภาคส่วน โดยมีการขับเคลื่อนนโยบายและการดำเนินงานที่หลากหลาย เพื่อมุ่งสู่เป้าหมายส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายและลดพฤติกรรมเนือยนิ่งในระดับประชาชน โดยสามารถสรุปรายละเอียดได้ดังต่อไปนี้

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560

มาตรา 55



“รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค”

มาตรา 71 วรรคแรก



“รัฐพึงเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวอันเป็นองค์ประกอบ พื้นฐานที่สำคัญของสังคม จัดให้ประชาชนมีที่อยู่อาศัยอย่างเหมาะสม ส่งเสริมและพัฒนาการ สร้างเสริมสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่แข็งแรงและมีจิตใจเข้มแข็ง รวมตลอดทั้งส่งเสริมและพัฒนาการกีฬาให้ไปสู่ความเป็นเลิศและเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน”

แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติด้านโรคไม่ติดต่อและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง

ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี
(พ.ศ. 2560 – 2579)



- ยุทธศาสตร์การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพ ทรัพยากรมนุษย์มุ่งเน้นในการพัฒนาเพื่อให้ประชาชนทุกช่วงวัยมีคุณภาพชีวิตที่ดี และได้รับการบริการทางสังคมที่มีคุณภาพ

นโยบายของหัวหน้า
คณะรักษาความสงบ
แห่งชาติ (คสช.)



- เน้นการป้องกันโรคมามากกว่ารอให้ป่วยแล้วรักษา และมีกลไกกองทุนท้องถิ่นในการสร้างเสริมสุขภาพ จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- กำหนดนโยบายให้บุคลากรในหน่วยงานราชการออกกำลังกายทุกวันพุธ เพื่อให้มีการตื่นตัวในการทำงาน การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค

นโยบายของหน่วยงานหลัก

หน่วยงาน	แผนยุทธศาสตร์	แผนการดำเนินงาน
กระทรวงสาธารณสุข	แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560 – 2579)	เน้นการมีชีวิตที่กระฉับกระเฉง (Active Living) ของประชาชนทุกกลุ่มวัยอาชีพ และสถานที่ที่มีหน่วยงานหลักในการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ได้แก่ กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย
สำนักงานกองทุน สนับสนุน การสร้างเสริม สุขภาพ (สสส.)	พระราชบัญญัติ กองทุนสนับสนุน การสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544	เน้นการส่งเสริมกิจกรรมทางกายของประชาชนตามกลุ่มวัย รวมถึงพัฒนา องค์ความรู้กิจกรรมทางกายที่เหมาะสมกับช่วงวัย การสร้างนวัตกรรมความรู้ และต้นแบบ การรณรงค์ส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายเพื่อป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน และโรคอ้วน

หน่วยงาน	แผนยุทธศาสตร์	แผนการดำเนินงาน
กระทรวง การท่องเที่ยว และกีฬา	ยุทธศาสตร์การท่องเที่ยว และกีฬา โดยกรมพลศึกษา	ส่งเสริมและพัฒนากีฬาเพื่อมวลชน นันทนาการ และวิทยาศาสตร์การกีฬา เพื่อให้เยาวชน และประชาชนมีสุขภาพและพละานามัยที่แข็งแรง
สถาบันการพลศึกษา	พระราชบัญญัติสถาบันการพลศึกษา และยุทธศาสตร์ สถาบันการพลศึกษา พ.ศ. 2556-2561	ผลิตและพัฒนาคณาการทางพลศึกษา การกีฬา วิทยาศาสตร์การกีฬา วิทยาศาสตร์สุขภาพ นันทนาการ และบุคลากรใน ด้านที่เกี่ยวข้อง
กระทรวงมหาดไทย	ยุทธศาสตร์การส่งเสริม การปกครองส่วนท้องถิ่น ผ่านกรมส่งเสริม การปกครองท้องถิ่น	ส่งเสริมและพัฒนากีฬาสาธารณะของท้องถิ่น ที่มีคุณภาพเพื่อคุณภาพชีวิตของประชาชน
กระทรวงศึกษาธิการ	แผนพัฒนาการศึกษา ของสำนักงาน ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560 - 2564) ร่วมกับกรมพลศึกษา กระทรวงการท่องเที่ยว และกีฬา และกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข	- จัดหลักสูตรพลศึกษา และการเรียน นอกหลักสูตร เช่น ลูกเสือ เนตรนารี - พัฒนาโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ที่มีการส่งเสริม การออกกำลังกายในโรงเรียน - นโยบายลดเวลาเรียน เพิ่มเวลารู้ ด้วยการลด เวลาการนั่งเรียนในห้อง ไปเรียนรู้นอกห้องเรียน
กระทรวงแรงงาน	ยุทธศาสตร์การพัฒนาแรงงาน	ดำเนินการส่งเสริมและพัฒนาระบบ ความปลอดภัยอาชีวอนามัย และ สภาพแวดล้อมในการทำงาน รวมถึงส่งเสริม และดำเนินการให้มีการจัดสวัสดิการแรงงาน
กระทรวงการพัฒนา สังคมและความมั่นคง ของมนุษย์	พระราชบัญญัติส่งเสริม การพัฒนาเด็ก และเยาวชนแห่งชาติ พ.ศ. 2550 พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 พระราชบัญญัติส่งเสริม การจัดสวัสดิการสังคม พ.ศ. 2546	- พัฒนาคุณภาพชีวิตและศักยภาพของเด็ก และเยาวชน - พัฒนาคุณภาพชีวิตและศักยภาพผู้สูงอายุ - ระบบการจัดบริการทางสังคม เพื่อตอบสนอง ความจำเป็นขั้นพื้นฐานของประชาชน ให้มี คุณภาพชีวิตที่ดีและพึ่งตนเองได้อย่างทั่วถึง ทั้งด้านการศึกษา สุขภาพอนามัย ที่อยู่อาศัย การทำงาน และการมีรายได้ นันทนาการ กระบวนการยุติธรรม และบริการทาง สังคมทั่วไป

นอกจากนี้ยังพบว่า การดำเนินการส่งเสริมกิจกรรมทางกายของหน่วยงานในประเทศไทยข้างต้นสามารถสรุปการดำเนินการที่สำคัญ ตามกรอบแนวคิด กลุ่มวัย สถานที่ และระบบสนับสนุน 5 ประเด็น ดังนี้

กลุ่มวัย	การดำเนินงานส่งเสริมกิจกรรมทางกาย
1. เด็กปฐมวัย วัยเรียนและวัยรุ่น ในสถานศึกษา	- การดำเนินงานส่งเสริมกิจกรรมทางกายผ่านการกำหนดหลักสูตรการเรียนการสอน ที่เน้นการเคลื่อนไหวร่างกายของเด็กในสถานศึกษา - โครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาเด็กและเยาวชนทางด้านสุขภาพ โดยมีเรื่องการออกกำลังกาย กีฬาและนันทนาการเป็นหนึ่งในเกณฑ์ (แต่ไม่บังคับ) และยังไม่มีความชัดเจนว่าโรงเรียนใดเลือกเกณฑ์การออกกำลังกาย จากโรงเรียน ที่เข้าร่วมโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ทั้งหมด 33,491 แห่ง
2. วัยทำงานใน สถานประกอบการ	มีการดำเนินงานโดย กระทรวงแรงงาน กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานสนับสนุน การสร้างเสริมสุขภาพ พบว่าผ่านโครงการสถานที่ทำงานมีความสุข (Happy Workplace) สถานที่ทำงานน่าอยู่ น่าทำงาน (Healthy Workplace) สถานที่ทำงานส่งเสริมสุขภาพ (CSR in Health) สถานที่ทำงานปลอดโรค ปลอดภัย ใจเป็นสุข และการเตรียมพร้อมก่อนเกษียณ เป็นต้น เพื่อกระตุ้นให้วัยทำงานได้มีกิจกรรมทางกายในสถานที่ทำงาน
3. ประชาชน ทุกกลุ่มวัย โดย เฉพาะผู้สูงวัย ในชุมชน กีฬามวลชน การคมนาคม และการผังเมือง	- องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีการจัดหาสถานที่ออกกำลังกายหลากหลายให้ประชาชน มีทางเลือกในการใช้เวลาว่างผ่านการออกกำลังกายด้วยตนเองหรือชมรม - การสนับสนุนงบประมาณผ่านโครงการต่างๆ เช่น โครงการกีฬามวลชน โครงการกีฬาและนันทนาการของกลุ่มนักเรียน เยาวชน โดยการดำเนินการจากภาครัฐ โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และ กองทุนสร้างเสริมสุขภาพตำบล จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) รวมถึงจากเครือข่ายกีฬา เพื่อสุขภาพพหุภาคี เช่น สมาพันธ์เดินวิ่งเพื่อสุขภาพแห่งประเทศไทย เครือข่ายจักรยาน เครือข่ายสมาคมกีฬา ชมรมออกกำลังกายต่างๆ ชมรมผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ กลุ่มอาชีพ กลุ่มภูมิปัญญา ท้องถิ่น เป็นต้น ซึ่งพบว่า มีประชาชนให้ความสนใจกับกิจกรรมเดิน วิ่ง ปั่นจักรยาน เพื่อสุขภาพมากขึ้น เห็นได้จากจำนวนงานเดิน วิ่ง ปั่น ที่เพิ่มมากขึ้นและครอบคลุมหลายพื้นที่ในประเทศ - ผลักดันเรื่องการเดินและปั่นจักรยาน ในชีวิตประจำวัน สู่นโยบายสาธารณะของประเทศไทย ผ่านทางสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ โดยมีชมรมจักรยาน เพื่อสุขภาพแห่งประเทศไทย เป็นองค์กรที่สนับสนุนให้เกิดการขับเคลื่อน
4. ประชาชน ทุกกลุ่มวัย ในระบบบริการ สาธารณสุข	กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินคลินิกไร้พุง (Diet and Physical Activity Clinic : DPAC) และคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในสถานพยาบาลรัฐทั่วประเทศ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้ที่ป่วยเป็นโรค ไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือผู้ที่เป็นโรคอ้วน ด้วยหลักการ 3 อ. ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ โดยมีการดำเนินการในระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 782 แห่ง จาก 838 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 98 และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 7,224 แห่ง จาก 9,785 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 75
5. การพัฒนาระบบ สนับสนุนการ ส่งเสริมกิจกรรม ทางกาย	การสร้างองค์ความรู้และวิจัยกิจกรรมทางกาย เน้นไปทางการออกกำลังกาย หรือการกีฬาเพื่อความเป็นเลิศ ในขณะที่องค์ความรู้ ด้านกิจกรรมทางกายต้องได้รับการสนับสนุนและพัฒนาให้มีหลักฐานทางวิชาการ ชัดเจนเพิ่มขึ้น อาทิ องค์ความรู้ด้านการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในกลุ่มวัย หรือ ในอาชีพต่างๆ รวมถึงการวิเคราะห์เชิงเศรษฐศาสตร์ในแง่ความคุ้มค่าในการลงทุน การประเมินผลนโยบาย เทคโนโลยีการติดตามกิจกรรมทางกาย

5. การพัฒนาระบบสนับสนุนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย

ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรร่วมกันสร้างระบบการวิจัย และการสร้างองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายในมิติที่ยังขาด

การพัฒนาระบบเฝ้าระวังการมีกิจกรรมทางกาย

- มีหลายหน่วยงานที่สำรวจระดับกิจกรรมทางกายในประเทศไทย โดยอ้างอิงแบบสอบถามขององค์การอนามัยโลก (WHO Global Physical Activity Questionnaire : GPAQ) และ International Physical Activity Questionnaire : IPAQ อาทิ สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย, กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย, กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และสำนักงานสถิติแห่งชาติ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม กลุ่มประชากรที่ได้รับการสำรวจยังไม่ครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่มวัย โดยเฉพาะแรกเกิด - 5 ปี และผลการสำรวจของแต่ละหน่วยงานยังไม่สอดคล้องกัน ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรร่วมกันสร้างและพัฒนาระบบการเฝ้าระวังการมีกิจกรรมทางกายของคนไทยต่อไป

การพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย

- การจะนำองค์ความรู้การส่งเสริมกิจกรรมทางกายถ่ายทอดไปสู่ประชาชน บุคลากรในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมกิจกรรมทางกายจำเป็นต้องมีการทำงานร่วมกันในการพัฒนาองค์ความรู้ รูปแบบ และวิธีการถ่ายทอดการส่งเสริมกิจกรรมทางกายให้มีความชัดเจน เป็นระบบ รวมถึงบุคลากรในหน่วยงานส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค สถาบันการศึกษาไปจนถึงท้องถิ่น ต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพ ด้านการส่งเสริมกิจกรรมทางกายเพื่อไปถึงประชาชนต่อไป

การสื่อสารรณรงค์สู่ประชาชน

- ดำเนินการโดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กรุงเทพมหานคร และหน่วยงานภาคีเครือข่าย โดยการพัฒนาข้อความสื่อสาร อาทิ เช่น “เมืองปั่นได้ปั่นดี” “ขยับเท่ากับเริ่มออกกำลังกาย” “ก้าวเดินประเทศไทย 9,999 ก้าว” “ฉลาดกรคือเก๋าอี” “ออกมาเล่น 60 นาที ทุกวัน” “ท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรม เก๋ไก๋สไตล์ลิเกซิ่ง” เป็นต้น

นโยบายการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย

- ประชาชนทุกกลุ่มเข้าถึงได้ยังมีไม่มาก หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จำเป็นต้องมีการวางแผนการดำเนินการส่งเสริมกิจกรรมทางกายร่วมกัน โดยผ่านกระบวนการจัดทำแผนแม่บทการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย คณะกรรมการพัฒนาร่างแผนแม่บทการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย การขับเคลื่อน แผนแม่บทฯ และจัดทำแผนปฏิบัติการ เพื่อให้นโยบายส่งเสริมกิจกรรมทางกายมีความชัดเจนตรงเป้าหมายมีส่วนร่วมและไปถึงประชาชนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- (1) กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ระบบเฝ้าระวัง 5 กลุ่มโรค 5 มิติ. นนทบุรี: กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค; 2559
- (2) สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ.2560. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2560 เข้าถึงได้จาก <http://www.nso.go.th/sites/2014/Pages/สำรวจ/ด้านสังคม/สาขาสุขาภพ.aspx>
- (3) การยาสูบแห่งประเทศไทย. รายงานประจำปี 2557–2561 (Annual Report). [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaitobacco.or.th>
- (4) โลกกำลังจะไร้ควัน? เมื่อผู้ผลิตรายใหญ่ของโลก “ฟิลลิป มอร์ริส” ตัดสินใจ Disrupt ตัวเอง. [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.brandbuffet.in.th/2019/07/philip-morris-disrupt-to-smoke-free-product/>
- (5) แกะซองราคาบุหรี่ตลาดบน ตลาดล่าง หลังปรับราคาโครงสร้างภาษีทั้งระบบรายได้หายกำไรหด-บุหรี่1 ซองเงินภาษีไปไหนบ้าง? [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก: <https://thaipublica.org/2018/09/tobacco-tax-restructuring-24-9-2561/>
- (6) กรมสรรพสามิต.พระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ.2560. [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.excise.go.th/cs/groups/public/documents/document/dwnt/mzu1/~edisp/uatucm355005.pdf>
- (7) ศ.นพ.ประกิต วาทีสาธกกิจ. ภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ (ปรับปรุงครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการไม่สูบบุหรี่; 2552
- (8) สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2562. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2562 เข้าถึงได้จาก: <http://www.nso.go.th/sites/2014/Pages/สำรวจ/ด้านสังคม/สาขารายได้และรายจ่ายของครัวเรือน.aspx>
- (9) พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551. 13 กุมภาพันธ์ 2551, ราชกิจจานุเบกษา: สำนักพิมพ์คณะรัฐมนตรีและราชกิจจานุเบกษา.
- (10) ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. ยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ. 2553, นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ.
- (11) สุรศักดิ์ ไชยสงค์ และคณะ. การพัฒนาคู่มือการประเมินการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับจังหวัด. 2561, นนทบุรี: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.).
- (12) สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชากร พ.ศ. 2560. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2561 เข้าถึงได้จาก: <http://www.nso.go.th/sites/2014/Pages/สำรวจ/ด้านสังคม/สาขาสุขาภพ.aspx>
- (13) สำนักข่าว กรมประชาสัมพันธ์.สำนักงานอัยการและน้ำตาลทราย ติดตามสถานการณ์ผลกระทบจากการขึ้นภาษีความหวาน [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก: <http://thainews.prd.go.th/th/news/detail/TCATG190804124447948>
- (14) กรุงเทพธุรกิจ. ห่วงเด็กไทยติดหวาน พบชดเชยเครื่องดื่มที่ผสมน้ำตาลสูง. [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.bangkokbiznews.com/news/detail/856046>
- (15) MARKEETINGOOPS.ยอดขายเดือนละ 100,000 แก้ว! ยังไม่ใช้คำตอบ “The Alley” ขอเป็นมากกว่าชานมไข่มุก กับเป้าหมาย “Lifestyle Brand”. [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.marketingoops.com/news/the-alley-thailand/>

- (16) ฉลาดซื้อ นิตยสารออนไลน์.2560.ฉบับที่ 220 ผลทดสอบปริมาณพลังงาน น้ำตาล และข้อมูลโภชนาการอื่นๆ ในเครื่องดื่ม “ชานมไข่มุก”. [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.chaladsue.com/article/3171?fbclid=IwAR2EzZXfEI-UcxDUV4IQ1Kkiwfg46ns8SRQxZdpg1y4qSS-s59pYJ6U-jlVc>. (15 ตุลาคม 2562)
- (17) สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เลขที่ 388 พ.ศ.2561 เรื่อง กำหนดอาหารที่ห้ามผลิต นำเข้า หรือจำหน่าย. [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก: http://www.fda.moph.go.th/sites/food/FileNews/388_description.pdf
- (18) กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.รายงานการสำรวจปริมาณการบริโภคโซเดียมคลอไรด์ของ ประชากรไทย. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2552.
- (19) Powles J, Fahimi S, Micha R, Khatibzadeh S, Shi P, Ezzati M, Engell RE, Lim SS, Danaei G, Mozaffarian D. Global, regional and national sodium intakes in 1990 and 2010: a systematic analysis of 24 h urinary sodium excretion and dietary surveys worldwide [Internet]. BMJ Open. 2013. 3:e003733. doi:10.1136/bmjopen-2013-003733 (20) เนตรนภิส วัฒนสุชาติ.การศึกษาปริมาณโซเดียมและโซเดียมคลอไรด์ในอาหารบาทวิถี (Street foods) ที่จำหน่ายในเขตกรุงเทพมหานคร ประจำปี 2560. [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก: [http://lowsaltthai.com/upload/uploads/6234/file/Research/โครงการการพัฒนาปริมาณโซเดียมและคลอไรด์ ในอาหารบาทวิถี%20\(Street%20foods\).pdf](http://lowsaltthai.com/upload/uploads/6234/file/Research/โครงการการพัฒนาปริมาณโซเดียมและคลอไรด์ ในอาหารบาทวิถี%20(Street%20foods).pdf). (15 ตุลาคม 2562)
- (21) วิชัย เอกพลากร และคณะ. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2559
- (22) วิชัย เอกพลากร และคณะ. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2552. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2552
- (23) ศูนย์วิจัยเพื่ออุตสาหกรรมอาหาร. ตลาดอาหารพร้อมรับประทานในประเทศไทย. [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก: <http://fic.nfi.or.th/MarketOverviewDomesticDetail.php?id=124>
- (24) ศูนย์วิจัยเพื่ออุตสาหกรรมอาหาร. ตลาดอาหารสำเร็จรูปเพื่อสุขภาพ. [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก: <http://fic.nfi.or.th/MarketOverviewDomesticDetail.php?id=163>
- (25) สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2560. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2560 เข้าถึงได้จาก: <http://www.nso.go.th/sites/2014/Pages/สำรวจ/ด้านสังคม/สาขารายได้และรายจ่ายของครัวเรือน.aspx>
- (26) ข่าวและกิจกรรม : Industry movements. ธุรกิจออนไลน์รุกตลาดอาหารรับยุค 4.0. [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก: https://www.jasmine.com/news_event/detail_inside/2/2/535549
- (27) เดลินิวส์ ปี 62. อาหารเพื่อสุขภาพมูลค่ากว่า 8 หมื่นล้านบาท. [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dailynews.co.th/economic/728953> (21 ตุลาคม 2562)
- (28) คลังรีดภาษีเครื่องดื่ม! น้ำอัดลม-ชาเขียว ราคาพุ่ง. [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก: <https://www2.tnnthailand.com/content/13728>
- (29) ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ลดเกลือและโซเดียม ตั้งเป้าคนไทยลดบริโภคเค็มลง 30% ภายในปี 2568. [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hfocus.org/content/2019/03/16920>
- (30) องค์การอนามัยโลก. Global action plan for the prevention and control of NCD 2013-2020. 2556.
- (31) ยูนิเซฟ (UNICEF). การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ.2558-2559.
- (32) กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ. 2561-2573. กรุงเทพมหานคร: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2560



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

ฐานข้อมูลสำหรับการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อ

- ข้อมูลการป่วย/เสียชีวิต
- ข้อมูลปัจจัยเสี่ยง
- ข้อมูลด้านบริการสุขภาพ



ภาคผนวก ข

ข้อมูลสถานการณ์การเฝ้าระวังการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อ

ภาคผนวก ก

ฐานข้อมูลเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อ

ฐานข้อมูลเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อ

มิติข้อมูล	รายการข้อมูล	ปีที่ทำการสำรวจ												การสำรวจ/ฐานข้อมูล	ผู้จัดทำข้อมูล	แหล่งข้อมูล								
		2540	2541	2542	2543	2544	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551				2552	2553	2554	2555	2556	2557	2558	2559
1.2 ข้อมูลการป่วย	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนน้ำตาลในเลือดได้ปี (HbA1c) 1 ครั้งต่อปี													✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (HbA1c <7%)													✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
	ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศ และกลุ่มอายุ								✓				✓											
	ความชุกของผู้ที่ได้รับการตรวจพบเบาหวาน อายุ 15-79 ปี จำแนกตามเพศ และกลุ่มอายุ								✓	✓		✓												
	อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง																							
	ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี (BP <140/90 mmHg) ในการวัดความดันโลหิต 2 ครั้งติดต่อกัน																							
	ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี (BP <140/90 mmHg) 2 ครั้งติดต่อกัน																							
	ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี (BP <140/90 mmHg) 2 ครั้งติดต่อกัน																							

80

มิติข้อมูล	รายการข้อมูล	ปีทำการสำรวจ																ผู้จัดทำข้อมูล	แหล่งข้อมูล			
		2540	2541	2542	2543	2544	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552	2553	2554	2555			2556	2557	2558

2. ข้อมูลปัจจัยเสี่ยง	2.2.1 การบริโภคยาสูบ	อัตราร้อยละของประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ กลุ่มอายุ เพศ เขตการปกครอง และภาค																	✓							การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2542, 2544, 2547, 2550, 2554, 2557 และ 2560 การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2549, 2552, 2554, 2556 และ 2558	สำนักงานสถิติแห่งชาติ http://www.nso.go.th/sites/2014/Pages/สำรวจสุขภาพ.aspx	
		อัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบัน จำแนกตามเพศ และกลุ่มอายุ										✓								✓								
		อายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรก																		✓								
		สถิติผลการดำเนินงาน-การตลาด การส่งออกยอดการจำหน่ายบุหรี่โรงงานยาสูบย้อนหลัง 5 ปี																		✓							รายงานประจำปี (Annual Report 2018)	การยาลูแก่แห่งประเทศไทย https://www.tbatobacco.or.th/th/2019/06/0020232.htm
		สรุปผลการจัดเก็บรายได้ภาษีสรรพสามิตภาษียาสูบไปะประเทศไทย																		✓							รายงานประจำปี พ.ศ. 2557 - 2561 กรมสรรพสามิต https://www.excise.go.th/webcontent/2017/ABOUT_US/YEARLY_REPORT/index.htm	
	2.2 การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์		จำนวนและอัตราร้อยละของประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไปจำแนกตามพฤติกรรมการดื่มสุรา									✓								✓							การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2544, 2547, 2550, 2554, 2557, 2560 การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2544, 2546, 2549, 2552 และ 2558	สำนักงานสถิติแห่งชาติ http://www.nso.go.th/sites/2014/Pages/สำรวจสุขภาพ.aspx
			สถานที่ที่เริ่มดื่มสุรา										✓							✓								
			ประเภทเครื่องสิ่งแอลกอฮอล์ที่บริโภคเป็นประจำใน 12 เดือน จำแนกตามเพศ และกลุ่มอายุ										✓							✓								
			ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รายสัปดาห์ต่อหัวประชากรต่อปีของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป																								คำนวณจาก (1) ข้อมูลปริมาณจำหน่ายปริมาณผลิตสุร่าพื้นเมือง และปริมาณนำเข้าเครื่องสิ่งแอลกอฮอล์ (กรมสรรพสามิต) และ (2) ข้อมูลประมาณกลางปี (อายุ 15 ปีขึ้นไป) ของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข https://www.nurs.chula.ac.th/th/content_page/download/275/299/15.html	ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา

ฐานข้อมูลเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อ

มีข้อมูล	รวมหาข้อมูล	ปีที่ทำการสำรวจ														ผู้จัดทำข้อมูล	แหล่งข้อมูล								
		2540	2541	2542	2543	2544	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552	2553			2554	2555	2556	2557	2558	2559	2560	2561
2.ข้อมูลปัจจัยเสี่ยง																									
2.4 กิจกรรมทางกาย	ร้อยละของคนไทยที่มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ จำนวนตามกลุ่มวัย																								http://dopah.anamai.moph.go.th/wp-content/uploads/2018/09/Action-Plan_002-reduced.pdf
																									สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
																									การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย
	สัดส่วนเวลาที่ใช้ตามลักษณะกิจกรรมทางกายในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวนตามเพศ และกลุ่มอายุ																								สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
	ระยะเวลาเฉลี่ย (นาที) ของผู้ที่มีกิจกรรมทางกายในแต่ละกลุ่มด้วยของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวนตามเพศ และกลุ่มอายุ																								https://www.hsri.or.th/researcher/research/new-release
3.ข้อมูลด้านบริบทสุขภาพ																									
3.1 การจัดการสุขภาพ	ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเบาหวาน																								http://www.rso.go.th/sites/2014/Pages/สำรวจด้านสังคม/สุขภาพ.aspx
																									สำนักงานสถิติแห่งชาติ
	ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง																								https://hdc.service.moph.go.th/hdc/reports/pages.php?cat_id=62b59e64c4e6c92d4b1ec16a5994882b

ข้อมูลสถานการณ์การเฝ้าระวังการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อ

ตารางที่ 15 : อัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง (60-69) ต่อประชากรแสนคน ระหว่างปี พ.ศ. 2557-2561 จำแนกรายเขตสุขภาพ

หมวดหมู่โรคหลอดเลือดสมอง 60-69	2557 (B.C.)					2558 (B.C.)					2559 (B.C.)					2560 (B.C.)					2561 (B.C.)				
	number of death	Cause specific Mortality rate	Premature mortality rate (30-69 years)	Proportion of aged 30-69 year deaths (%)	number of death	Cause specific Mortality rate	Premature mortality rate (30-69 years)	Proportion of aged 30-69 year deaths (%)	number of death	Cause specific Mortality rate	Premature mortality rate (30-69 years)	Proportion of aged 30-69 year deaths (%)	number of death	Cause specific Mortality rate	Premature mortality rate (30-69 years)	Proportion of aged 30-69 year deaths (%)	number of death	Cause specific Mortality rate	Premature mortality rate (30-69 years)	Proportion of aged 30-69 year deaths (%)					
ประเทศ	25,114	38.7	37.6	52.0	28,145	43.3	40.9	50.8	31,685	48.7	45.3	50.4	31,172	47.8	44.6	50.9	30,837	47.1	44.3	51.5					
กรุงเทพมหานคร	2,704	47.5	44.8	53.3	2,752	48.7	46.0	53.6	3,175	56.7	51.3	51.5	3,022	54.1	51.1	53.9	2,969	53.3	49.0	52.6					
รวมเขต 1	2,255	39.5	36.4	51.6	2,847	50.6	44.0	49.2	2,848	51.3	45.7	50.9	2,839	51.0	44.1	49.6	2,921	52.6	45.4	49.6					
รวมเขต 2	1,464	42.4	43.4	55.3	1,583	45.9	44.5	52.7	1,798	52.2	48.3	50.6	1,847	53.6	47.7	48.9	1,909	55.4	51.5	51.2					
รวมเขต 3	1,831	60.8	50.5	45.4	1,886	62.7	52.2	45.9	1,966	65.5	55.6	47.2	1,749	58.4	49.9	47.6	1,742	58.3	53.5	51.3					
รวมเขต 4	2,446	47.3	46.9	54.9	2,592	49.8	50.2	56.2	3,216	61.4	56.6	51.6	2,853	54.1	53.5	55.6	2,856	53.7	52.2	54.7					
รวมเขต 5	2,076	40.3	40.6	53.9	2,231	43.4	42.2	52.4	2,724	53.2	48.8	49.8	2,590	50.4	46.0	49.8	2,500	48.4	46.4	52.5					
รวมเขต 6	2,622	45.2	47.2	55.8	2,840	48.5	48.4	53.7	3,343	56.6	55.4	53.0	3,301	55.4	55.6	54.6	3,096	51.4	53.5	56.9					
รวมเขต 7	1,681	33.4	31.7	52.2	1,939	38.4	36.8	53.1	2,009	39.8	37.7	52.8	2,026	40.1	37.0	51.7	2,069	40.9	37.3	51.2					
รวมเขต 8	1,331	24.2	25.9	57.3	1,917	34.8	35.2	54.8	1,832	33.2	35.1	57.8	1,916	34.7	33.4	52.9	1,850	33.4	32.7	54.0					
รวมเขต 9	2,285	34.0	33.8	52.6	2,868	42.6	39.2	49.2	2,934	43.5	41.6	51.6	3,073	45.5	41.7	49.7	3,262	48.2	42.3	47.6					
รวมเขต 10	1,246	27.3	25.7	49.4	1,491	32.6	29.9	48.6	1,604	35.0	32.3	49.4	1,653	36.0	33.6	50.3	1,713	37.2	34.7	50.6					
รวมเขต 11	1,598	36.8	31.9	43.6	1,732	39.7	31.6	40.4	2,001	45.7	37.0	41.5	2,019	45.9	38.2	42.9	1,817	41.1	34.9	44.1					
รวมเขต 12	1,575	32.6	32.6	46.0	2,026	41.7	39.3	43.9	2,235	45.7	43.4	44.7	2,284	46.5	48.4	49.4	2,123	42.9	45.2	50.3					

ข้อมูลสถานการณ์การเฝ้าระวังการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อ

ตารางที่ 16 : อัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือด (I20-I25) ต่อประชากรแสนคน ระหว่างปี พ.ศ. 2557-2561 จำแนกรายเขตสุขภาพ

โรคหัวใจขาดเลือด I20-I25	2557 (B.C.)					2558 (B.C.)					2559 (B.C.)					2560 (B.C.)					2561 (B.C.)				
	number of death	Cause specific Mortality rate	Premature mortality rate (30-69 years)	Proportion of aged 30- 69 year deaths (%)	number of death	Cause specific Mortality rate	Premature mortality rate (30-69 years)	Proportion of aged 30- 69 year deaths (%)	number of death	Cause specific Mortality rate	Premature mortality rate (30-69 years)	Proportion of aged 30- 69 year deaths (%)	number of death	Cause specific Mortality rate	Premature mortality rate (30-69 years)	Proportion of aged 30- 69 year deaths (%)	number of death	Cause specific Mortality rate	Premature mortality rate (30-69 years)	Proportion of aged 30- 69 year deaths (%)	number of death	Cause specific Mortality rate	Premature mortality rate (30-69 years)	Proportion of aged 30- 69 year deaths (%)	
ประเทศ	18,079	27.8	25.9	49.6	19,417	29.9	27.8	50.1	21,008	32.3	30.2	50.8	20,745	31.8	29.8	51.1	20,786	31.8	30.3	52.1	20,786	31.8	30.3	52.1	
กรุงเทพมหานคร	2,214	38.9	34.3	49.8	2,327	41.2	37.2	51.2	2,738	48.9	44.2	51.5	2,591	46.4	43.4	53.5	2,608	46.8	43.9	53.7	2,608	46.8	43.9	53.7	
รวมเขต 1	1,527	26.8	23.7	49.6	1,742	30.9	29.7	54.3	1,927	34.7	29.1	47.9	1,824	32.8	27.8	48.7	1,866	33.5	29.8	51.2	1,866	33.5	29.8	51.2	
รวมเขต 2	934	27.1	23.4	46.6	1,053	30.5	27.8	49.6	1,062	30.9	26.8	47.5	1,013	29.4	25.2	47.1	1,125	32.6	28.5	48.2	1,125	32.6	28.5	48.2	
รวมเขต 3	1,089	36.1	26.5	40.1	1,081	35.9	28.2	43.2	1,134	37.8	32.8	48.2	999	33.4	28.2	47.1	926	31.0	26.5	47.7	926	31.0	26.5	47.7	
รวมเขต 4	2,197	42.5	40.5	52.8	2,236	42.9	39.3	51.0	2,419	46.2	43.1	52.2	2,271	43.0	40.7	53.1	2,268	42.7	42.2	55.7	2,268	42.7	42.2	55.7	
รวมเขต 5	1,625	31.6	29.0	49.0	1,754	34.1	31.2	49.3	1,892	37.0	35.1	51.5	1,935	37.7	34.4	49.9	1,939	37.6	35.9	52.4	1,939	37.6	35.9	52.4	
รวมเขต 6	1,684	29.0	28.6	52.7	1,845	31.5	30.6	52.4	1,967	33.3	32.6	52.9	2,022	33.9	34.0	54.6	2,076	34.5	34.3	54.5	2,076	34.5	34.3	54.5	
รวมเขต 7	916	18.2	17.5	53.1	1,015	20.1	19.3	53.2	1,078	21.3	20.7	54.0	1,121	22.2	22.0	55.5	1,021	20.2	18.8	52.2	1,021	20.2	18.8	52.2	
รวมเขต 8	833	15.5	15.4	53.3	700	12.7	12.7	54.3	1,073	19.5	19.0	53.4	1,088	19.7	18.4	51.4	1,093	19.7	18.5	51.7	1,093	19.7	18.5	51.7	
รวมเขต 9	1,255	18.7	17.1	48.4	1,427	21.2	18.6	47.0	1,386	20.6	18.5	48.4	1,493	22.1	19.6	48.0	1,554	23.0	20.3	47.9	1,554	23.0	20.3	47.9	
รวมเขต 10	985	21.6	18.6	45.3	967	21.1	18.6	46.7	1,014	22.1	20.7	50.2	1,072	23.3	20.7	47.8	1,053	22.9	21.1	50.0	1,053	22.9	21.1	50.0	
รวมเขต 11	1,493	34.4	33.3	48.7	1,056	24.2	22.4	47.0	1,728	39.5	37.2	48.3	1,663	37.8	36.7	50.1	1,581	35.8	35.5	51.7	1,581	35.8	35.5	51.7	
รวมเขต 12	1,307	27.1	30.6	52.0	1,498	30.8	35.1	53.0	1,590	32.5	36.1	52.2	1,633	33.6	36.8	51.8	1,676	33.9	38.1	53.7	1,676	33.9	38.1	53.7	

ข้อมูลสถานการณ์การเฝ้าระวังการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อ

ตารางที่ 17 : อัตราการเสียชีวิตจากโรคเบาหวาน (E10-E14) ต่อประชากรแสนคน ระหว่างปี พ.ศ. 2557-2561 จำแนกรายเขตสุขภาพ

โรคเบาหวาน E10-E14	2557 (B.C.)						2558 (B.C.)						2559 (B.C.)						2560 (B.C.)						2561 (B.C.)					
	number of death	Cause specific Mortality rate	Premature mortality rate (30-69 years)	Proportion of aged 30- 69 year deaths (%)	number of death	Cause specific Mortality rate	Premature mortality rate (30-69 years)	Proportion of aged 30- 69 year deaths (%)	number of death	Cause specific Mortality rate	Premature mortality rate (30-69 years)	Proportion of aged 30- 69 year deaths (%)	number of death	Cause specific Mortality rate	Premature mortality rate (30-69 years)	Proportion of aged 30- 69 year deaths (%)	number of death	Cause specific Mortality rate	Premature mortality rate (30-69 years)	Proportion of aged 30- 69 year deaths (%)	number of death	Cause specific Mortality rate	Premature mortality rate (30-69 years)	Proportion of aged 30- 69 year deaths (%)	number of death	Cause specific Mortality rate	Premature mortality rate (30-69 years)	Proportion of aged 30- 69 year deaths (%)		
ประเทศ	11,389	17.5	16.6	50.5	12,620	19.4	17.8	49.4	14,487	22.3	20.6	50.3	14,322	22.0	20.0	49.7	14,305	21.9	19.3	48.4										
กรุงเทพมหานคร	625	11.0	9.1	46.9	565	10.0	7.6	43.4	919	16.4	11.7	40.5	796	14.2	10.9	43.8	747	13.4	9.5	40.4										
รวมเขต 1	869	15.2	14.2	52.1	1,006	17.9	15.0	47.4	1,095	19.7	16.6	48.1	1,032	18.6	15.4	47.5	1,087	19.5	16.8	49.7										
รวมเขต 2	469	13.6	11.9	47.3	424	12.3	11.4	50.5	619	18.0	14.5	44.1	550	16.0	12.6	43.5	668	19.4	16.1	45.8										
รวมเขต 3	328	10.9	7.9	39.6	436	14.5	12.1	45.9	563	18.8	16.7	49.6	576	19.2	17.1	49.7	527	17.6	14.8	46.9										
รวมเขต 4	674	13.0	11.8	50.0	724	13.9	11.7	47.0	1,046	20.0	16.5	46.3	866	16.4	13.3	45.6	933	17.6	15.0	48.0										
รวมเขต 5	662	12.9	10.7	44.6	848	16.5	14.0	45.8	1,056	20.6	17.8	46.9	999	19.4	17.0	47.6	1,076	20.8	17.6	46.3										
รวมเขต 6	724	12.5	10.1	43.4	819	14.0	12.1	46.8	1,111	18.8	17.1	49.3	1,152	19.3	16.3	45.8	1,229	20.4	17.1	45.8										
รวมเขต 7	2,062	40.9	38.4	51.7	2,047	40.6	37.3	50.9	1,973	39.0	35.9	51.2	2,060	40.7	38.6	53.0	2,060	40.7	33.9	46.7										
รวมเขต 8	1,674	30.5	32.4	57.0	1,107	20.1	20.8	56.1	1,761	32.0	33.9	58.0	1,712	31.0	31.1	55.1	1,625	29.4	28.3	53.2										
รวมเขต 9	1,123	16.7	15.9	50.2	1,250	18.6	16.7	48.1	1,246	18.5	18.3	53.5	1,436	21.3	19.2	49.0	1,460	21.6	19.1	48.1										
รวมเขต 10	961	21.1	20.6	51.4	1,217	26.6	25.1	50.1	1,210	26.4	25.3	51.2	1,314	28.6	26.5	49.9	1,139	24.8	23.4	51.4										
รวมเขต 11	471	10.8	9.9	46.1	541	12.4	9.3	38.3	689	15.7	14.4	46.7	661	15.0	13.3	45.8	600	13.6	12.0	46.2										
รวมเขต 12	747	15.5	18.8	55.8	1,003	20.6	23.6	53.2	1,199	24.5	28.8	55.3	1,168	23.8	27.9	55.7	1,154	23.3	26.8	54.9										

ข้อมูลสถานการณ์การเฝ้าระวังการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อ

ตารางที่ 19: อัตราการเสียชีวิตจากโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (J40-J44) ต่อประชากรแสนคน ระหว่างปี พ.ศ. 2557-2561 จำแนกรายเขตสุขภาพ

โรคทางเดินหายใจ เฉียบพลันรุนแรง J40-J44	2557 (B.C.)					2558 (B.C.)					2559 (B.C.)					2560 (B.C.)					2561 (B.C.)				
	number of death	Cause specific Mortality rate	Premature mortality rate (30-69 years)	Proportion of aged 30- 69 year deaths (%)	number of death	Cause specific Mortality rate	Premature mortality rate (30-69 years)	Proportion of aged 30- 69 year deaths (%)	number of death	Cause specific Mortality rate	Premature mortality rate (30-69 years)	Proportion of aged 30- 69 year deaths (%)	number of death	Cause specific Mortality rate	Premature mortality rate (30-69 years)	Proportion of aged 30- 69 year deaths (%)	number of death	Cause specific Mortality rate	Premature mortality rate (30-69 years)	Proportion of aged 30- 69 year deaths (%)	number of death	Cause specific Mortality rate	Premature mortality rate (30-69 years)	Proportion of aged 30- 69 year deaths (%)	
ประเทศ	5,830	9.0	4.2	25.0	6,394	9.8	4.5	24.2	7,421	11.4	5.2	24.6	6,762	10.4	4.6	24.0	6,728	10.3	4.7	24.8					
กรุงเทพมหานคร	302	5.3	2.6	27.8	346	6.1	2.1	19.1	440	7.9	3.2	23.2	317	5.7	2.6	25.9	367	6.6	2.6	22.9					
รวมเขต 1	1,850	32.4	13.1	22.6	1,780	31.6	12.7	22.7	1,930	34.7	12.9	21.1	1,701	30.6	11.1	20.8	1,601	28.7	10.6	21.2					
รวมเขต 2	359	10.4	5.3	27.6	370	10.7	4.2	21.1	448	13.0	6.6	27.9	425	12.3	5.0	22.4	410	11.9	4.9	22.7					
รวมเขต 3	375	12.4	5.3	23.2	355	11.8	5.4	25.4	471	15.7	7.2	25.5	353	11.8	5.3	24.9	383	12.8	4.9	21.4					
รวมเขต 4	357	6.9	3.1	24.6	456	8.8	3.9	25.0	577	11.0	4.9	25.1	471	8.9	4.5	28.2	484	9.1	4.3	26.7					
รวมเขต 5	395	7.7	3.6	25.3	482	9.4	3.9	22.4	599	11.7	5.3	24.4	537	10.4	4.5	23.5	556	10.8	5.2	26.6					
รวมเขต 6	484	8.3	3.7	23.6	560	9.6	4.5	25.4	672	11.4	5.3	25.0	635	10.6	4.3	21.7	593	9.8	4.8	26.6					
รวมเขต 7	284	5.6	2.8	27.5	289	5.7	2.5	24.6	313	6.2	3.2	28.4	295	5.8	2.8	26.8	297	5.9	3.2	30.3					
รวมเขต 8	197	3.6	2.2	32.5	164	3.0	1.3	24.4	258	4.7	2.9	34.1	301	5.4	3.0	30.6	321	5.8	3.2	30.8					
รวมเขต 9	334	5.0	2.6	27.8	454	6.7	3.8	30.2	498	7.4	3.3	24.3	473	7.0	3.7	28.3	503	7.4	3.4	24.7					
รวมเขต 10	230	5.0	2.5	25.7	312	6.8	3.2	25.0	292	6.4	3.4	28.8	295	6.4	2.9	24.7	273	5.9	3.0	27.1					
รวมเขต 11	415	9.6	4.5	23.6	395	9.0	4.4	24.6	476	10.9	4.9	23.1	429	9.7	4.0	21.0	440	9.9	4.5	23.4					
รวมเขต 12	248	5.1	3.4	30.2	350	7.2	4.6	29.7	447	9.1	5.2	26.8	530	10.8	6.1	26.8	500	10.1	6.1	29.0					

