



World Health
Organization
Thailand

ยุทธศาสตร์ความร่วมมือ
ระหว่างรัฐบาลไทยและองค์การอนามัยโลก
พ.ศ. 2560 - 2564



ยุทธศาสตร์ความร่วมมือ
ระหว่างรัฐบาลไทยและองค์การอนามัยโลก
พ.ศ. 2560 - 2564



**World Health
Organization**

Thailand

ยุทธศาสตร์ความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทยและองค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2560-2564

ISBN: 978-974-680-429-5

© World Health Organization 2017

องค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2560

สงวนสิทธิ์ไว้บางส่วน งานชิ้นนี้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ภายใต้ใบอนุญาตให้แลกเปลี่ยนงานที่มีลักษณะเป็นงานสร้างสรรค์ โดยไม่หวังผลในเชิงพาณิชย์ 3.0 IGO [Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO)]; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>

ภายใต้เงื่อนไขของใบอนุญาตนี้ ท่านสามารถนำงานนี้ไปทำสำเนา แจกจ่ายต่อและปรับเปลี่ยนโดยไม่หวังผลในเชิงพาณิชย์ได้ หากมีการอ้างอิงที่มาของงานอย่างเหมาะสมตามตามรูปแบบที่ระบุไว้ล่าง ในการนำงานนี้ไปใช้ทุกกรณี มิให้มีการอ้างว่า องค์การอนามัยโลกให้การสนับสนุนองค์กร ผลิตภัณฑ์หรือบริการใดๆ ไม่อนุญาตให้ใช้ตราสัญลักษณ์ขององค์การอนามัยโลก ถ้าท่านดัดแปลงงานนี้ ท่านจะต้องอนุญาตให้ทำงานที่ปรับเปลี่ยนนั้นไปใช้ได้ตามใบอนุญาตให้แลกเปลี่ยนงานที่มีลักษณะเป็นงานสร้างสรรค์โดยไม่หวังผลในเชิงพาณิชย์อย่างเดียวกันหรือเทียบเคียงได้กับใบอนุญาตของงานชิ้นนี้ ถ้ามีการแปลงงานนี้ ท่านจะต้องใส่ข้อความปฏิเสธความรับผิดชอบ พร้อมการอ้างอิงกำกับไว้ดังต่อไปนี้ “งานแปลชิ้นนี้ มิใช่งานแปลขององค์การอนามัยโลก (WHO) องค์การอนามัยโลกไม่รับผิดชอบต่อเนื้อหาหรือความถูกต้องของงานแปลนี้ ให้ถือว่างานที่ตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษมีข้อผูกพันทางกฎหมายและเป็นฉบับจริง”

ในกรณีที่มีการโต้เถียงประเด็นประนีประนอมข้อพิพาทเกิดขึ้นภายใต้ใบอนุญาตนี้ ให้ดำเนินการตามกฎหมายการไกล่เกลี่ยข้อพิพาทขององค์การทรัพย์สินทางปัญญาโลก

การอ้างอิงที่แนะนำ: ยุทธศาสตร์ความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทยและองค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2560-2564 (นิวเดลี) องค์การอนามัยโลก ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ใบอนุญาต: 2017 CC BY-NC-SA 3.0 IGO

ข้อมูลบรรณานุกรมสิ่งพิมพ์ (CIP) ดูได้ที่ <http://apps.who.int/iris>

การขาย สิทธิ์ และการอนุญาตให้ใช้ประโยชน์ หากต้องการซื้อสิ่งพิมพ์ขององค์การอนามัยโลก ดูได้ที่ <http://apps.who.int/bookorders> หากต้องการยื่นขออนุญาตให้ใช้ประโยชน์ในเชิงพาณิชย์ หรือสอบถามเกี่ยวกับสิทธิ์และการอนุญาตให้ใช้ประโยชน์อนุญาต ดูได้ที่ <http://www.who.int/about/licensing>

เนื้อหาที่เป็นสิทธิ์ของบุคคลที่สาม หากต้องการนำข้อมูลในงานนี้ เช่น ตาราง ตัวเลข และรูปประกอบต่างๆ ซึ่งเป็นสิทธิ์ของบุคคลที่สามไปใช้ในงานอื่น ท่านมีความรับผิดชอบในการตัดสินใจว่าจะต้องขออนุญาตนำผลงานนั้นไปใช้อีกหรือไม่ ความเสี่ยงที่เกิดจากการละเมิดเนื้อหาที่เป็นสิทธิ์ของบุคคลที่สามย่อมตกอยู่กับผู้นำไปใช้นั้นแต่ผู้เดียว

ข้อความปฏิเสธความรับผิดชอบทั่วไป การระบุหัวข้อเรื่องและรูปแบบการนำเสนอเนื้อหาของงานในสิ่งตีพิมพ์ฉบับนี้ไม่ถือว่าเป็นความคิดเห็นขององค์การอนามัยโลกที่มีต่อสถานะทางกฎหมายของประเทศ ดินแดน เมือง พื้นที่ หรือต่อผู้มีอำนาจ หรือต่อการกำหนดเส้นแบ่งเขตหรือเขตแดนของบริเวณดังกล่าวไม่ว่าจะในกรณีใดๆ เส้นประหรือเส้นไขปลาดบนแผนที่ใช้เพื่อระบุถึงเส้นแบ่งเขตแดนโดยประมาณเท่านั้น และอาจไม่ใช่เส้นแบ่งเขตที่มีการตกลงยอมรับที่แน่นอนแล้ว

ในการกล่าวถึงโดยเฉพาะเจาะจงถึงบริษัทใดๆ หรือผู้ผลิตสินค้าใดๆ มิได้หมายความว่าองค์การอนามัยโลกไม่ได้มีนัยสนับสนุนหรือแนะนำให้ใช้บริษัทหรือผลิตภัณฑ์นั้นๆ มากกว่าบริษัทหรือผลิตภัณฑ์อื่นในลักษณะเดียวกันที่ไม่ได้กล่าวถึงในงานชิ้นนี้ ชื่อของผลิตภัณฑ์ที่มีผู้เป็นเจ้าของกรรมสิทธิ์จะถูกเน้นด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ภาษาอังกฤษที่เป็นตัวเอนเสมอ ยกเว้นในกรณีที่เกิดจากความผิดพลาดหรือหลงลืมเท่านั้น

องค์การอนามัยโลกได้ใช้ความพยายามตามสมควรเพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูลที่ปรากฏในเอกสารนี้ อย่างไรก็ตาม องค์การอนามัยโลกได้เผยแพร่เอกสารนี้โดยไม่รับประกันความถูกต้องดังกล่าวแต่อย่างใด ไม่ว่าจะเป็นการรับประกันโดยชัดแจ้งหรือโดยนัย ผู้อ่านจะต้องรับผิดชอบในการตีความและนำข้อมูลในเอกสารนี้ไปใช้ องค์การอนามัยโลกไม่รับผิดชอบต่อความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นจากการนำเนื้อหาในเอกสารนี้ไปใช้ไม่ว่าในกรณีใด

สารบัญ

สารจากผู้อำนวยการประจำภูมิภาค.....	iv
บทนำ.....	v
คำย่อและอักษรย่อ	vii
กิตติกรรมประกาศ.....	ix
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	xi
1. บทนำ พันธกิจและวิสัยทัศน์ขององค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย	1
2. สถานการณ์ด้านสุขภาพและการพัฒนา	3
3. การกำหนดยุทธศาสตร์ความร่วมมือขององค์การอนามัยโลก.....	15
4. การดำเนินการตามยุทธศาสตร์.....	34
5. การติดตามและประเมินผล	36
ภาคผนวก 1. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560-2564.....	38
ภาคผนวก 2. สมาชิกของคณะกรรมการบริหาร CCS พ.ศ. 2560-2564	42
ภาคผนวก 3. หน่วยงานและองค์กรที่เข้าร่วมโดยตรงในการดำเนินงาน CCS พ.ศ. 2560-2564	44
บรรณานุกรม	49

สารจากผู้อำนวยการประจำภูมิภาค



ยุทธศาสตร์ความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทยและองค์การอนามัยโลกฉบับที่ห้า พ.ศ. 2560-2564 (Country Cooperation Strategy (CCS) 2017–2021) นี้ มีได้เป็นเพียงวิสัยทัศน์เชิงยุทธศาสตร์จากองค์การอนามัยโลกในการทำงานขององค์การร่วมกับรัฐบาลไทยตลอดจนผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเท่านั้น แต่ยังเป็นแนวทางการร่วมมือระดับโลกในด้านสาธารณสุขที่ยังลึกลงถึงระดับประเทศอีกด้วย

ในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา ประเทศไทยได้ริเริ่มการดำเนินงานที่โดดเด่นหลายด้าน ส่งผลให้ประชาชนจำนวนมากได้รับความคุ้มครองด้านสุขภาพ ประเทศไทยบรรลุความสำเร็จในด้านหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยมีระดับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่ค่อนข้างดีเมื่อเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายด้านอื่นๆ แม้จะต้องประสบความท้าทายที่สำคัญเนื่องจากค่าใช้จ่ายที่เพิ่มสูงขึ้นและความมุ่งมั่นในการให้ความคุ้มครองด้านสุขภาพแก่กลุ่มแรงงานย้ายถิ่น ตลอดจนแรงงานนอกระบบ

ประเทศไทยมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อสุขภาพของประชาคมโลกเนื่องจากมีความก้าวหน้าเป็นพิเศษในด้านสุขภาพและมีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานด้านสุขภาพโลก

องค์การอนามัยโลกมีความภูมิใจเป็นอย่างยิ่งที่เป็นภาคีในความสำเร็จด้านสุขภาพบางประการของประเทศไทย

ดิฉันขอชื่นชมหน่วยงานภาคีทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคมทั้งเจ็ดสิบห้าหน่วยงานที่ได้บรรลุข้อตกลงร่วมกัน ไม่เพียงแต่ในด้านการจัดลำดับความสำคัญของประเด็นยุทธศาสตร์ เป้าหมาย และรูปแบบการดำเนินงานเท่านั้น แต่ยังรวมถึงด้านการกำหนดโครงสร้างการกำกับดูแลยุทธศาสตร์ฉบับนี้ เพื่อควบคุมการดำเนินงานให้เป็นไปตามยุทธศาสตร์และแผนงานสำคัญทั้งห้าด้านของรัฐบาลไทยและองค์การอนามัยโลกอย่างเหมาะสม

ดิฉันเข้าใจว่าการประเมินผลยุทธศาสตร์ความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทยและองค์การอนามัยโลกฉบับที่สี่ พ.ศ. 2555-2559 ที่จัดทำเมื่อเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2559 นั้น ได้นำมาซึ่งข้อเสนอต่างๆ และดิฉันรู้สึกพอใจเป็นอย่างยิ่งที่ข้อเสนอเหล่านั้นถูกนำไปใช้พร้อมกับการพัฒนายุทธศาสตร์ความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทยและองค์การอนามัยโลกฉบับนี้

ดิฉันเชื่อว่าแผนงานสำคัญทั้งห้าด้านที่ระบุในยุทธศาสตร์ความร่วมมือฉบับนี้สอดคล้องกับการดำเนินงานสำคัญด้านสุขภาพของประเทศไทย และการสนับสนุนทรัพยากรต่างๆจากองค์การอนามัยโลกต่อแผนงานที่สำคัญเหล่านี้ จะอำนวยความสะดวกต่อความก้าวหน้าด้านสุขภาพของประเทศไทย ตลอดจนส่งผลอันมีนัยสำคัญต่อสุขภาพโลก

วิธีการทำงานที่นำมาใช้นี้ยังช่วยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของหลายภาคส่วน และความร่วมมือกันของหลายหน่วยงาน อีกทั้งเสริมสร้างแนวทางการบูรณาการที่สอดคล้องกับความสำคัญของวาระการพัฒนาที่ยั่งยืน พ.ศ. 2573 และตอบสนองต่อประเด็นทางสุขภาพที่มีลักษณะซับซ้อนและเกี่ยวเนื่องกับประเด็นอื่นๆตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ดร. Poonam Khetrpal Singh

ผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกประจำภูมิภาคเอเชียใต้และเอเชียตะวันออกเฉียง

บทนำ

ยุทธศาสตร์ความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทยและองค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2560-2564 (CCS 2017-2021) สำหรับประเทศไทย ฉบับนี้ อธิบายวิสัยทัศน์เชิงยุทธศาสตร์ในระยะกลางที่องค์การอนามัยโลกได้กำหนดทิศทางการทำงานขององค์การในประเทศไทย ที่สำคัญที่สุดคือการอธิบายแผนงานสำคัญทั้งห้าด้านที่กระทรวงสาธารณสุขประเทศไทย หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งหลาย และองค์การอนามัยโลกจะทำงานร่วมกันในเวลา 5 ปีข้างหน้า แผนงานต่างๆ นี้มุ่งดำเนินการในประเด็นสำคัญเกี่ยวกับสุขภาพที่ประเทศไทยกำลังเผชิญภายใต้บริบทของประเทศที่มีรายได้ปานกลางค่อนข้างสูง ที่ได้บุกเบิกริเริ่มนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และมุ่งมั่นเสริมสร้างสุขภาพผ่านการเผยแพร่องค์ความรู้ นโยบายเชิงประจักษ์ รวมถึงการเคลื่อนไหวด้านสังคมและการเมือง

ยุทธศาสตร์ความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทยและองค์การอนามัยโลกยังมีความสำคัญยิ่งไปกว่านั้น กล่าวคือ แสดงให้เห็นถึงความต่อเนื่องของการใช้แนวทางเชิงกลยุทธ์ เชิงนวัตกรรม และมีลักษณะเฉพาะ ได้แก่ แนวทางที่มีผู้เกี่ยวข้องด้านสุขภาพมากกว่า 60 ราย อันได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข ภาควิชาการ ภาคประชาสังคม ภาครัฐ และหน่วยงานอิสระด้านงานสุขภาพอื่นๆ ร่วมมือกันเพื่อจัดทำและดำเนินแผนงานสำคัญที่ชัดเจนและคัดสรรมาเพียงไม่กี่ประการจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ภายใต้แนวทางนี้ องค์การอนามัยโลกจะทำหน้าที่กระตุ้นให้เกิดการขยายความร่วมมือไปยังหน่วยงานต่างๆ ในประเด็นที่ได้จัดลำดับความสำคัญไว้ โดยงานนี้ได้รับการสนับสนุนด้วยการลงทุนจากภายในประเทศและใช้ต้นทุนทางด้านสังคมและองค์ความรู้ขององค์การอนามัยโลกอย่างเต็มที่

องค์ประกอบสำคัญซึ่งเป็นหัวใจของยุทธศาสตร์ฉบับนี้คือการอธิบายยุทธศาสตร์สำคัญห้าด้าน อันได้แก่ การื่อยาต้านจุลชีพ การทูตด้านสุขภาพโลกและการค้าระหว่างประเทศและสุขภาพ สุขภาพประชากรย้ายถิ่น การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ และความปลอดภัยทางถนน แม้ว่างานส่วนใหญ่ขององค์การอนามัยโลกจะมุ่งเน้นให้ความสำคัญต่อประเด็นข้างต้น ทว่าองค์การจะยังคงให้การสนับสนุนการดำเนินงานตามบรรทัดฐานขององค์การและเชิงนโยบายในประเด็นสุขภาพอื่นๆ ที่จำเป็นต่อไป

ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลกประจำภูมิภาคเอเชียใต้และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ให้การสนับสนุนแนวทางในด้านความร่วมมือระหว่างองค์การและรัฐบาลไทยในรูปแบบนี้อย่างเต็มที่

หวังเป็นอย่างยิ่งว่ายุทธศาสตร์ความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทยและองค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2560-2564 (CCS 2017-2021) จะยังประโยชน์ในการเสริมสร้างสุขภาพแก่ประชากรทุกคนที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย โดยความร่วมมือกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงอื่นๆ และผู้เกี่ยวข้องจากหลากหลายภาคส่วน เพื่อหารือเกี่ยวกับประเด็นสำคัญด้านสุขภาพและเพื่อกระตุ้นให้เกิดการดำเนินงานด้านนโยบายที่สร้างคุณค่าสูง การสร้างองค์ความรู้ การสนับสนุนผลิตภัณฑ์และการสร้างศักยภาพในประเด็นต่างๆ เหล่านี้ เราหวังว่าหลักการและกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการจัดทำและดำเนินการตามยุทธศาสตร์ความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทยและองค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2560-2564 ฉบับนี้จะเป็นอย่างดีให้แก่ประเทศอื่นๆ ที่ประสงค์จะนำแนวทางเชิงนวัตกรรมมาใช้



น.พ. โสภณ เมฆธน
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข



น.พ. Daniel Kertesz
ผู้แทนองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย

คำย่อและอักษรย่อ

AMR	Antimicrobial resistance (การดื้อยาต้านจุลชีพ)
ASEAN	Association of Southeast Asian Nations (สมาคมประชาชาติแห่งเอเชียตะวันออกเฉียงใต้)
BAC	Blood alcohol concentration (ปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือด)
CC	Collaborating Centre (ศูนย์ความร่วมมือ)
CCS	Country Cooperation Strategy (ยุทธศาสตร์ความร่วมมือระดับประเทศ)
CDC	United States Centers for Disease Control and Prevention (ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ)
Ex Com	Executive Committee (for management of CCS) คณะกรรมการบริหาร CCS
FAO	Food and Agriculture Organization of the United Nations (องค์การอาหารและการเกษตรแห่งสหประชาชาติ)
GDP	Gross Domestic Product (ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ)
GHD	Global Health Diplomacy (การทูตด้านสุขภาพโลก)
IHPH	International Health Policy Programme (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ)
IHR	International Health Regulations (กฎอนามัยระหว่างประเทศ)
ILO	International Labour Organization (องค์การแรงงานระหว่างประเทศ)
IOM	International Organisation for Migration (องค์การระหว่างประเทศเพื่อการโยกย้ายถิ่นฐาน)
ITH	International Trade and Health (การค้าระหว่างประเทศและสุขภาพ)
MDGs	Millennium Development Goals (เป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ)
MDR-TB	Multidrug-resistant tuberculosis (วัณโรคที่มีการดื้อยา Rifampicin และ isoniazid)
MICS	Multiple Indicator Cluster Survey (การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย)
MoFA	Ministry of Foreign Affairs (กระทรวงการต่างประเทศ)
MoPH	Ministry of Public Health (กระทรวงสาธารณสุข)
NCD	Noncommunicable diseases (โรคไม่ติดต่อ)
NCPO	National Council for Peace and Order (คณะรักษาความสงบแห่งชาติ)
NESDB	National Economic and Social Development Board (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ)
NESDP	National Economic and Social Development Plan (แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ)
NGOs	Non-governmental organizations (องค์กรพัฒนาเอกชน)
NHPSP	National health policies, strategies and plans
RTG	Royal Thai Government (รัฐบาลไทย)
SDGs	Sustainable Development Goals (เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน)
SEARO	WHO South-East Asia Regional Office (องค์การอนามัยโลก สำนักงานภูมิภาคเอเชียใต้และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้)
SSS	Social Security Office (สำนักงานประกันสังคม)
TB	Tuberculosis (โรควัณโรค)
ThaiHealth	Thailand Health Promotion Foundation (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ)
UHC	Universal Health Coverage (หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า)
UNCT	United Nations Country Team (ทีมงานสหประชาชาติในประเทศไทย)

UNEP	United Nations Environment Programme (โครงการสิ่งแวดล้อมแห่งสหประชาชาติ)
UNFPA	United Nations Population Fund (กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ)
UNHCR	UN Refugee Agency (สำนักงานข้าหลวงใหญ่ผู้ลี้ภัยแห่งสหประชาชาติ)
UNICEF	United Nations Children's Emergency Fund (กองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ)
UNPAF	United Nations Partnership Framework (กรอบความร่วมมือหุ้นส่วนระหว่างไทยกับสหประชาชาติ)
WCO	WHO Country Office (สำนักงานองค์การอนามัยโลกประจำประเทศ)
WHO	World Health Organization (องค์การอนามัยโลก)
WR	WHO Country Representative (ผู้แทนองค์การอนามัยโลกประจำประเทศ)

กิตติกรรมประกาศ

ยุทธศาสตร์ความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทยและองค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2560-2564 (CCS 2017–2021) พัฒนาขึ้นโดยองค์การอนามัยโลก รัฐบาลไทย หน่วยงานภาครัฐ และองค์กรพัฒนาเอกชนอีก 75 องค์กร การจัดทำยุทธศาสตร์นี้อาศัยข้อมูลจากกระทรวงต่างๆ หน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข ศูนย์ความเป็นเลิศด้านต่างๆ ในประเทศ ภาคประชาสังคม หน่วยงานทวิภาคีและพหุภาคี หน่วยงานขององค์การสหประชาชาติ ตลอดจนองค์กรภาควิชาการ เอกสาร CCS 2017-2021 ฉบับนี้จัดเตรียมขึ้นโดยการนำของผู้แทนองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย คุณ Daniel Kertesz ข้อมูลทางวิชาการประสานงานโดย คุณ Liviu Vedrasco และ คุณ Nima Asgari-Jirhandeh เจ้าหน้าที่ขององค์การอนามัยโลกที่ช่วยในการพัฒนาโครงการในแผนงานสำคัญ ได้แก่ คุณกฤษสยาม อารยะวงศ์ไชย คุณ Richard Brown คุณ Renu Garg คุณ สุชีรา บรรลือสินธุ์ คุณ Mukta Sharma คุณ Deyer Gopinath และ คุณอารีย์ ม่วงสุขเจริญ รวมถึงที่ปรึกษาสองท่าน คือ คุณ Cristóbal Tuñón และ คุณ William Aldis ซึ่งช่วยในการเรียบเรียงเอกสาร CCS 2017–2021

เอกสาร CCS 2017-2021 ฉบับนี้เรียบเรียงภาษาไทยโดย คุณฉันทนาภรณ์ ว่องสันตติวานิช คุณวรรัตน์ เขม้งกรณ์ คุณเพียงใจ บุญสุข คุณอารีย์ ม่วงสุขเจริญ คุณสุชีรา บรรลือสินธุ์ และ คุณรัตนภรณ์ ตังธนเศรษฐ์ และ ประสานการออกแบบและจัดหน้าโดย คุณกรรกริรมย์ วิบูลย์พานิช

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

ปัจจุบันประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศรายได้ระดับปานกลางถึงค่อนข้างสูง ซึ่งปรากฏพัฒนาการอย่างเด่นชัดในด้านสุขภาพของประชากร ประเทศไทยประสบความสำเร็จในเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษในระดับชาติ มีการสาธารณสุขมูลฐานที่โดดเด่น พัฒนาระบบสาธารณสุขด้วยนวัตกรรม อีกทั้งมีโครงการส่งเสริมสุขภาพที่ทันสมัย หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage - UHC) สำหรับผู้มีสัญชาติไทย ซึ่งได้เริ่มนำมาใช้ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2545 โดยให้บริการครอบคลุมแก่ประชาชนกว่า 18 ล้านคนซึ่งไม่มีประกันสุขภาพ รวมถึงประชาชนอีกกว่า 29 ล้านคนที่แผนประกันเดิมไม่ได้คุ้มครองมากเท่ากับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งตั้งแต่มีการนำหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาใช้ ทำให้ค่าใช้จ่ายที่ผู้ประกันตนต้องแบกรับเองได้ลดลงอย่างชัดเจน

ด้วยศักยภาพในการวิเคราะห์นโยบายและการมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งในเวทีประชุมสุขภาพระดับโลก ทั้งการประชุมสมัชชาอนามัยโลก การประชุมระดับพหุภาคี องค์การระดับภูมิภาคและระดับโลก ประเทศไทยจะมีบทบาทสำคัญในการกำหนดนโยบายสุขภาพโลกและโครงการต่างๆ รวมทั้งการเจรจาด้านสุขภาพและการค้า ซึ่งประเทศไทยได้ระดับกลางและต่ำไม่มีโอกาสในการเป็นตัวแทนมากนัก

แม้ประเทศไทยจะประสบความสำเร็จดังที่กล่าวไปข้างต้น แต่ความท้าทายด้านสุขภาพของประชากรยังคงมีอยู่ อัตราของโรคไม่ติดต่อกำลังเพิ่มเพิ่มขึ้น การติดยาต้านจุลชีพส่อเค้าวสร้างปัญหาให้กับการรักษาโรคติดเชื้อต่างๆ ในขณะที่ประเทศไทยมีความก้าวหน้าอย่างมีนัยสำคัญในด้านการจัดสรรงบประมาณและการจัดหาการรักษาพยาบาลให้แก่ประชาชนไทยส่วนใหญ่ของประเทศ แต่ประชากรย้ายถิ่นยังคงไม่ได้รับโอกาสเท่าที่ควร นอกจากนี้ อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนยังสร้างความสูญเสียอย่างต่อเนื่องและมากขึ้นเรื่อยๆ

ยุทธศาสตร์ความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทยและองค์การอนามัยโลก (Country Cooperation Strategy - CCS) พ.ศ. 2560-2564 เป็นวิสัยทัศน์เชิงยุทธศาสตร์สำหรับการทำงานขององค์การอนามัยโลกร่วมกับรัฐบาลไทยและผู้มีส่วนร่วม ซึ่งช่วยพัฒนาระบบที่จำเป็นต่อการนำนโยบายสาธารณสุขของชาติไปปฏิบัติ ตลอดจนพัฒนายุทธศาสตร์และแผนงาน เพื่อที่จะบรรลุเป้าหมายระดับชาติภายใต้เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ยุทธศาสตร์ความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทยและองค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2560-2564 ได้ก่อร่างขึ้นจากการวิเคราะห์บริบทด้านสุขภาพในประเทศไทยและบทเรียนที่ได้จากการนำยุทธศาสตร์ความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทยและองค์การอนามัยโลกฉบับก่อน (พ.ศ. 2555-2559) มาใช้ ซึ่งสอดคล้องกับการจัดลำดับแผนงานสำคัญที่กำหนดขึ้นในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 และแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปีสำหรับประเทศไทย รวมไปถึงการรอบความร่วมมือหุ้นส่วนระหว่างไทยกับสหประชาชาติ การประชุมสมัชชาขององค์การอนามัยโลก และมติการประชุมคณะกรรมการองค์การอนามัยโลกประจำภูมิภาค แผนงานสำคัญของผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกประจำภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs)

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากหลายภาคส่วนและผู้มีอำนาจในการตัดสินใจในระดับสูงล้วนเห็นด้วยกับการจัดอันดับความสำคัญ เป้าหมายและวิธีปฏิบัติที่นำไปใช้ได้จริงหลังการหารืออย่างเข้มข้นในช่วงเวลาหลายเดือนที่ผ่านมา กระบวนการนี้เสริมสร้างความสัมพันธ์ในการร่วมมือกันและนำไปสู่การมีส่วนร่วมหลายระดับของ CCS เพื่อมุ่งเน้นพัฒนาตรงจุด มีความเชื่อมโยงกัน และใช้ต้นทุนอย่างมีประสิทธิภาพ องค์กร 75 แห่ง ทั้งหน่วยงานรัฐและองค์กรพัฒนาเอกชนจะมีบทบาทในการสร้างแผนงานและการปฏิบัติตาม CCS องค์กรเหล่านี้พร้อมทั้งรัฐบาลไทยและองค์การอนามัยโลกได้รวมตัวกันเป็นโครงสร้างไตรภาคีเพื่อเป็นทั้งผู้นำและผู้ปฏิบัติภายใต้กรอบ CCS

ยุทธศาสตร์สำคัญห้าประการที่องค์การอนามัยโลกและรัฐบาลไทยจะดำเนินการร่วมกันในอีก 5 ปีข้างหน้า เรียงลำดับตามตัวอักษรภาษาอังกฤษได้ดังนี้

- การดื้อยาต้านจุลชีพ (Antimicrobial Resistance)
- การทูตด้านสุขภาพโลก (Global Health Diplomacy) รวมทั้งการค้าระหว่างประเทศและสุขภาพ (International Trade and Health)
- สุขภาพประชากรย้ายถิ่น (Migrant Health)
- โรคนิติดต่อ (Noncommunicable Diseases)
- ความปลอดภัยทางถนน (Road Safety)

บทนำ พันธกิจและวิสัยทัศน์ของ องค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย

เอกสารฉบับนี้กล่าวถึงประเด็นด้านสุขภาพที่มีการจัดลำดับความสำคัญและจะดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุข (สธ.) ประเทศไทย ภาคส่วนต่างๆ ที่ให้ความร่วมมือ และองค์การอนามัยโลก ในช่วงปี พ.ศ. 2560-2564 ในเอกสารนี้ได้มีการทบทวนบริบทของการสาธารณสุขและเหตุผลอันควร วิธีการที่จะบ่งชี้ลำดับความสำคัญ แผนงานสำคัญ โครงสร้างการกำกับดูแลของ CCS และการประสานงานของโครงการให้เข้ากับนโยบายระดับชาติและระดับโลก

องค์การอนามัยโลกกำหนดกิจกรรมในประเทศไทยที่สอดคล้องกับแนวทางต่างๆ ได้แก่ เป้าหมายในการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) มติสมัชชาอนามัยโลกและมติคณะกรรมการองค์การอนามัยโลกประจำภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ แผนงานทั่วไปฉบับที่ 12 ขององค์การอนามัยโลก กรอบความร่วมมือหุ้นส่วนระหว่างไทยกับสหประชาชาติ (UNPAF) และที่สำคัญที่สุดคือนโยบายสุขภาพของประเทศไทย ยุทธศาสตร์ และแผนงานที่วางไว้อย่างชัดเจนโดยกระทรวงสาธารณสุขแห่งรัฐบาลไทย (ดูภาคผนวก 1) หน่วยงานทั้งหมด 75 หน่วยงาน ทั้งหน่วยงานภาครัฐและองค์กรพัฒนาเอกชน ได้กำหนดบทบาทต่างๆ ไว้ในแผนงานและการปฏิบัติตาม CCS 2017–2021 ภาคส่วนทั้งหลายเหล่านี้พร้อมกับรัฐบาลไทยและองค์การอนามัยโลก ได้ร่วมกันเป็นโครงสร้างไตรภาคีเพื่อเป็นทั้งผู้นำและผู้ปฏิบัติภายใต้กรอบ CCS

หน้าที่หลักขององค์การอนามัยโลกตามที่ระบุชัดเจนในแผนงานทั่วไปฉบับที่ 12 (General Programme of Work - GPW)¹ คือรากฐานอันมั่นคงที่เป็นเครื่องกำหนดการสนับสนุนขององค์การอนามัยโลกต่างๆ ได้แก่

- (1) เป็นผู้นำเมื่อมีเหตุวิกฤติเกี่ยวกับสุขภาพและร่วมในแผนปฏิบัติการเมื่อจำเป็น
- (2) กำหนดกรอบการวิจัยตลอดจน กระตุ้นให้เกิดการดำเนินงานวิจัยไปใช้ และเผยแพร่ความรู้ที่เป็นประโยชน์
- (3) กำหนดบรรทัดฐานและมาตรฐาน ส่งเสริมและ กำกับ ติดตามการปฏิบัติงาน
- (4) ดำรงจริยธรรมอันชัดเจนและกำหนดนโยบายทางเลือกจากหลักฐานเชิงประจักษ์
- (5) ให้การสนับสนุนทางวิชาการ ผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลง และเสริมสร้างศักยภาพองค์กรอย่างยั่งยืน และ

1 World Health Organization. Not merely the absence of disease: 12th General Programme of Work 2014-2019. Geneva, 2014. http://www.who.int/about/resources_planning/twelfth-gpw/en/ - accessed 12 May 2017.

(6) กำกับ ติดตาม สถานการณ์และประเมินแนวโน้มด้านสุขภาพ

พันธกิจหลักเหล่านี้ทำให้งานขององค์การอนามัยโลกมีเอกลักษณ์แตกต่างจากหน่วยงานพัฒนาอื่นๆ ซึ่งเห็นได้จากแผนโครงการต่างๆ ของ CCS 2017–2021

สำนักงานองค์การอนามัยโลกประจำประเทศ (WCO) เชื่อมโยงเป้าหมายระดับโลกและการริเริ่มขององค์การอนามัยโลกตลอดจนนโยบายและแผนงานแห่งกระทรวงสาธารณสุขของรัฐบาลไทยเข้าด้วยกัน ความรับผิดชอบประการหลักคือการประสานแผนงานสำคัญในส่วนของภูมิภาคและระดับโลกให้กลมกลืนกับของประเทศไทย ถ้อยแถลงพันธกิจของ WCO มีดังนี้:

“เราสนับสนุนและเพิ่มเสริมคุณค่าแก่รัฐบาลไทยรวมทั้งผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการสร้างเสริมสุขภาพให้แก่ประชากรในประเทศไทย และส่งเสริมทักษะความชำนาญของไทยไปทั่วโลก”

สถานการณ์ด้านสุขภาพและการพัฒนา

2.1 บริบททางการเมือง สังคม และเศรษฐกิจมหภาค

ประเทศไทยประสบปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ สังคมและการเมืองในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ได้แก่การปฏิวัติรัฐประหารในปี พ.ศ. 2549 และ 2557 การเกิดอุทกภัยครั้งประวัติศาสตร์เมื่อ พ.ศ. 2554 และวิกฤตการณ์ทางการเงินโลก พ.ศ. 2551 แม้กระนั้น ประเทศไทยยังคงก้าวหน้าอย่างต่อเนื่องเสมอมาและมีดัชนีชี้วัดการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ในระดับสูง (0.726 ในปี พ.ศ. 2558) นอกจากนี้ ประเทศไทยยังบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษของโลก (Millennium Development Goals - MDGs) หลายข้อ แต่ก็ยังมีความเปราะบางในอีกหลายด้าน

แม้ว่าปัจจุบันประเทศไทยจัดเป็นประเทศรายได้ระดับปานกลางถึงค่อนข้างสูง แต่ยังคงมีความท้าทายเกี่ยวกับปัญหาพื้นฐานต่างๆ ได้แก่ คุณภาพการศึกษา การขาดแคลนงานวิจัยและการพัฒนา ความได้เปรียบเชิงผลิตภาพในระดับต่ำ การพึ่งพิงการส่งออก และความเสื่อมโทรมของทรัพยากรธรรมชาติ นอกจากนี้ ความไม่เสมอภาคยังคงปรากฏชัดในหลายมิติอย่างต่อเนื่องทั้งทางเศรษฐกิจและสังคม บุคคลกลุ่มต่างๆ ในสังคม ได้แก่ เด็ก ผู้สูงอายุ คนพิการ ประชากรย้ายถิ่น ชนกลุ่มน้อย และกลุ่มที่มีความหลากหลายทางเพศสภาวะและเพศสภาพ รวมถึงบุคคลพลัดถิ่นยังเป็นผู้ที่ถูกละทิ้งไว้เบื้องหลังท่ามกลางการพัฒนาของประเทศ²

ปัจจุบันประเทศไทยอยู่ภายใต้การปกครองของคณะรักษาความสงบแห่งชาติ (คสช.) โดยใช้รัฐธรรมนูญฉบับที่ 20 ซึ่งมีใช้มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2475 และผ่านการทำประชามติเมื่อวันที่ 7 สิงหาคม พ.ศ. 2559 มีการอ้างอิงถึงมาตราที่ 47 48 255 และ 258 ซึ่งกล่าวถึงเรื่องสุขภาพ สิทธิของผู้ยากไร้ที่ต้องได้รับบริการตามกฎหมายโดยไม่เสียค่าบริการ และการเข้าถึงการบริการ การฝากครรภ์และผดุงครรภ์ตามที่กฎหมายกำหนด การจัดให้มีการส่งเสริมสุขภาพและส่งเสริมการแพทย์แผนไทย การควบคุมและป้องกันโรค การจัดการขยะของเสีย การให้หลักประกันต่อสิทธิในการรับการรักษาพยาบาล และการจัดให้มีสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิตามความหนาแน่นของประชากรในชุมชน สำหรับการพัฒนาด้านที่ก้าวหน้าอีกประการหนึ่งตามที่ ฯพณฯ นายกรัฐมนตรีได้กล่าวเน้นคือ การที่รัฐบาลจะดำเนินตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ซึ่งจะเริ่มต้นตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 โดยหน่วยงานของรัฐบาลจะกำหนดยุทธศาสตร์ให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติตามที่กล่าวมานี้³

2 United Nations Country Team in Thailand. Thailand common country assessment. Bangkok: United Nations, 2015.

3 Government Public Relations Department, Thailand. National reform steering assembly is starting its tasks. Bangkok, 2015. http://thailand.prd.go.th/1700/ewt/thailand/ewt_news.php?nid=2281 - accessed 12 May 2017

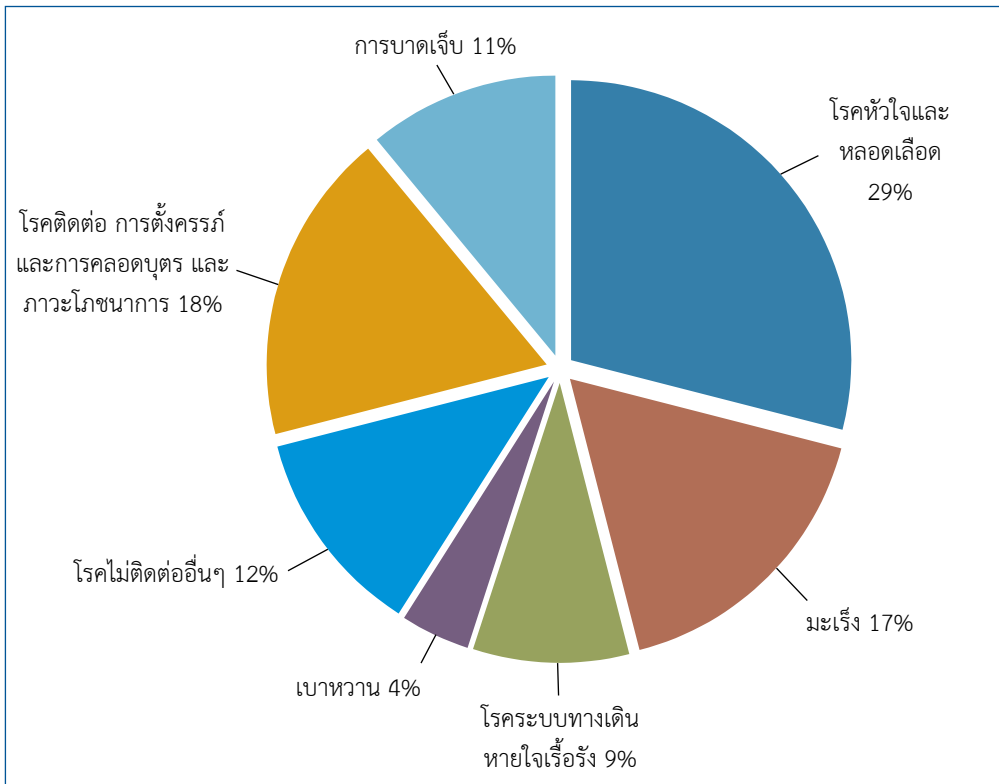
ปัจจุบันระบบเศรษฐกิจของประเทศไทยเป็นระบบที่ขับเคลื่อนโดยอุตสาหกรรมบริการ ในปีพ.ศ. 2555 ภาคบริการมีส่วนคิดเป็นร้อยละ 53.6 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ ภาคอุตสาหกรรมคิดเป็นร้อยละ 38.1 และภาคเกษตรกรรมคิดเป็นเพียงร้อยละ 8.3 เท่านั้น อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาจากจำนวนแรงงานกว่า 38.9 ล้านคนในปี พ.ศ. 2556 แรงงานกว่าร้อยละ 38.7 อยู่ในภาคเกษตรกรรม (15.1 ล้านคน) เหลือแรงงานจำนวนร้อยละ 61.3 ที่อยู่ในภาคอุตสาหกรรมและภาคบริการ ภายหลังจากการเติบโตอย่างต่อเนื่องหลายปี เศรษฐกิจไทยในช่วงที่ผ่านมาไม่กี่ปีนี้ก็กลับอยู่ในสภาวะยากลำบาก เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศเพื่อนบ้านในกลุ่มประเทศประชาคมอาเซียน (ASEAN) อัตราการเติบโตเฉลี่ยของไทยในช่วงปี พ.ศ. 2555 – 2557 อยู่ที่ร้อยละ 3.68 ต่อปี แต่ทว่าอัตราการเติบโตได้ชะลอลงอย่างมาก จากร้อยละ 2.81 ในปีพ.ศ. 2556 เหลือเพียงร้อยละ 0.9 ในปีพ.ศ. 2557⁴ อัตราการเติบโตเฉลี่ยของไทยในปี พ.ศ. 2558 คือร้อยละ 2.8 การส่งออกที่ซบเซาของไทยในช่วงระยะเวลาสองปีที่ผ่านมาได้ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจอย่างมาก ยิ่งไปกว่านั้น หนี้ครัวเรือนได้พุ่งสูงขึ้นจนถึงจุดสูงสุดในรอบ 10 ปี โดยเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 13 จากปีที่ผ่านมามีเพียงปีเดียว

2.2 สถานการณ์ด้านสุขภาพ

ประเทศไทยได้แสดงให้เห็นถึงความก้าวหน้าอย่างมีนัยสำคัญตามตัวชี้วัดด้านสุขภาพของประชากรโดยทั่วไป แต่ยังมีความท้าทายเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งล้วนแต่เป็นเรื่องที่มีการรับรู้โดยทั่วไปแต่ยังไม่สามารถควบคุมดูแลได้ทั้งหมด เช่น โรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน นอกจากนี้ แม้ว่าจะมีความตระหนักรู้ในเรื่องสำคัญอีกหลายเรื่อง แต่ประเทศไทยยังไม่ได้จัดหัวข้อเหล่านั้นไว้ในวาระสุขภาพแห่งชาติ เช่น ปัญหาสุขภาพประชากรย้ายถิ่น หรือกระทั่งปัญหาอื่นๆ ที่เพิ่งจะได้รับความสนใจในระดับโลกและระดับประเทศ เช่น การดื้อยาต้านจุลชีพ นอกจากนี้ปัญหาสาธารณสุขเหล่านี้ ยังมีประเด็นอื่นที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องด้วย เช่น วัณโรค มาลาเรีย การติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ ผลกระทบต่อสุขภาพที่เกิดจากภาวะการเปลี่ยนแปลงของสภาพภูมิอากาศ และสุขภาวะของวัยรุ่น

4 National Economic and Development Board. Progress report of the 11th national economic and social development plan (Bangkok: NESDB, 2014).

รูปภาพ 1: สาเหตุการเสียชีวิตของไทย พ.ศ. 2557



2.2.1. โรคไม่ติดต่อ (NCDs)

กลุ่มโรคไม่ติดต่อ นับเป็นปัญหาสำคัญของการสาธารณสุขไทย (รูปภาพที่ 1) การเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อ คิดเป็นร้อยละ 71 ของการเสียชีวิตของประชากรไทยกว่า 501,000 รายในปี พ.ศ. 2557 และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นสูงอย่างต่อเนื่องและรวดเร็ว⁵ ตัวเลขประมาณการการสูญเสียทางเศรษฐกิจจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อ ในสังคมไทยอยู่สูงถึง 2.8 แสนล้านบาทในปี พ.ศ. 2556 การเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดเพียงอย่างเดียว คิดเป็นร้อยละ 29 ในขณะที่การเสียชีวิตจากโรคติดต่อ การตั้งครรภ์และการคลอดบุตรและภาวะทุพโภชนาการรวมกันคิดเป็นร้อยละ 18 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด ภาวะโรคที่หนักที่สุดจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อในประเทศไทย ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคทางระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง และโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปและแนวคิดเรื่องการบริโภคนิยมนับเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักของโรคดังกล่าว⁶ สำหรับสาเหตุซึ่งเป็นปัจจัยด้านลบอื่นๆ ได้แก่ การขาดการควบคุมและป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพ หรือการใช้ชีวิตในสิ่งแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัยและเป็นอันตรายต่อสุขภาพ (เช่น ขวานาใช้สารเคมีฆ่าแมลง เป็นต้น) ปัจจัยด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตสมัยใหม่และการใช้ชีวิตในเมืองใหญ่ เช่น การรับประทานอาหารแปรรูป อาหารที่มีน้ำตาลและไขมันสูง การสูบบุหรี่ การบริโภคแอลกอฮอล์ในปริมาณสูง การรับประทานผักและผลไม้ไม่เพียงพอ ขาดการเคลื่อนไหวและกิจกรรมทางกาย ทั้งหมดนี้ล้วนส่งผลให้ความชุกของกลุ่มโรคไม่ติดต่อเพิ่มสูงขึ้น พฤติกรรมเหล่านี้ส่งผลให้เกิดโรคอ้วนลงพุง ความดันโลหิตสูง คอเลสเตอรอลในเลือดสูง น้ำตาลในเลือดสูง ภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ซึ่งล้วนแล้วแต่นำไปสู่โรคไม่ติดต่อทั้งสิ้น

5 World Health Organization. Noncommunicable diseases country profiles. Geneva, 2014. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128038/1/9789241507509_eng.pdf?ua=1 - accessed 12 May 2017.

6 Ministry of Public Health, Thailand. Thailand healthy lifestyle strategic plan B.E. 2554-2563 (2011–2020). Nonthaburi, 2011.

2.2.2 การดื้อยาต้านจุลชีพ

การดื้อยาต้านจุลชีพ (Antimicrobial resistance - AMR) เพิ่มสัดส่วนมากขึ้นจนถึงจุดวิกฤติทั่วโลก สำหรับประเทศไทย การประมาณการเบื้องต้น ในปี พ.ศ. 2553 พบว่าจำนวนวันที่รักษาตัวในโรงพยาบาล 3.24 ล้านวัน และมีผู้เสียชีวิตจากการดื้อยา 38,481 รายต่อปี นับเป็นค่าใช้จ่ายร้อยละ 0.6 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ⁷ แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติ พ.ศ. 2560-2564 มีเป้าหมายมุ่งลดอัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิต รวมถึงผลกระทบต่อสุขภาพ เศรษฐกิจที่เกิดจากเชื้อดื้อยา แผนยุทธศาสตร์นี้ได้รับการรับรองจากคณะรัฐมนตรีในช่วงปลายปี พ.ศ. 2559 โดยมีเป้าประสงค์ ดังนี้ การเจ็บป่วยจากเชื้อดื้อยาลดลงร้อยละ 50 การใช้ยาต้านจุลชีพสำหรับมนุษย์และสัตว์ลดลงร้อยละ 20 และ 30 ตามลำดับ ประชาชนมีความรู้เรื่องเชื้อดื้อยาและตระหนักในการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมเพิ่มขึ้นร้อยละ 20

2.2.3 สุขภาพประชากรย้ายถิ่น

มีการประมาณการว่าในประเทศไทยมีประชากรย้ายถิ่นอาศัยอยู่กว่า 4 ล้านคน⁸ แต่ไม่ปรากฏฐานข้อมูลที่ใช้ประชากรเป็นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของประชากรย้ายถิ่นที่นำเชื้อถือ มีประชากรย้ายถิ่นเพียง 499,000 คนเท่านั้นที่ลงทะเบียนในระบบเมื่อปลายปี พ.ศ. 2558 ซึ่งคนเหล่านี้ได้รับสิทธิดูแลรักษาภายใต้โครงการประกันสังคมของรัฐบาลและหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีประชากรย้ายถิ่นอีกกว่า 1.3 ล้านคนสมัครเข้าโครงการประกันสุขภาพ อย่างไรก็ตามความแตกต่างทางด้านภาษาและวัฒนธรรมยังเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของประชากรย้ายถิ่นโดยการศึกษาฉบับหนึ่งระบุว่า ประชากรย้ายถิ่นกว่าร้อยละ 60 ที่มีประกันสุขภาพไม่ได้เข้ารับบริการจากเครือข่ายสถานบริการสาธารณสุขของรัฐบาลเมื่อเจ็บป่วย

หากประชากรย้ายถิ่นไม่สามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลได้ ก็จะมีโอกาสเป็นรังโรคของวัณโรคดื้อยา โรคมาลาเรีย และการติดเชื้อเอชไอวี/และโรคเอดส์

2.2.4 ความปลอดภัยทางถนน

ปัญหาความปลอดภัยทางถนนยังนับว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญอย่างยิ่งของประเทศไทย แม้จะมีความพยายามโดยรัฐบาลไทย องค์กรอนามัยโลก และภาคีผู้เกี่ยวข้อง จากรายงานสถานการณ์โลกด้านความปลอดภัยทางถนนขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2558 ประเทศไทยมีอัตราการเสียชีวิตจากการชนบนถนนสูงเป็นอันดับสองของโลก โดยมีอัตราการเสียชีวิตอยู่ที่ 36.2 รายต่อประชากร 100,000 รายต่อปี ซึ่งคำนวณเป็นความสูญเสียร้อยละ 3 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ การเสียชีวิตที่กระจุกอยู่ในหมู่ผู้ใช้ถนนที่มีความเสี่ยง (ผู้ขับขี่จักรยานยนต์ 2 หรือ 3 ล้อ คนเดินถนน และผู้ใช้จักรยาน) เป็นเรื่องที่น่าตกใจยิ่ง เพราะสาเหตุดังกล่าวนับเป็นร้อยละ 83 ของการเสียชีวิตจากการชนบนถนนทั้งหมด เทียบกับสถิติของโลกซึ่งอยู่ที่ร้อยละ 49

เนื่องจากมีความตระหนักถึงปัญหานี้ในระดับโลก ความปลอดภัยทางถนนจึงรวมอยู่ในเป้าหมายที่ 3.6 ของ SDGs (ที่มุ่งลดจำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนถนนลงให้ได้ครึ่งหนึ่งภายในปี พ.ศ. 2563)

7 Pumart P, Phodha T, Thamlikitkul V, Riewpaiboon A, Prakongsai P, Limwattananon S. Health and economic impacts of antimicrobial resistant infections in Thailand: a preliminary study. J Health Syst Res. 2012; 6:352–60.

8 National Health Commission of Thailand. The number of migrant workers in Thailand reaches 4 Million. Bangkok: National Health Commission of Thailand, Royal Thai Government, 2012.

2.2.5 โรคมalariaเรื้อรัง

อุบัติการณ์โรคมalariaเรื้อรังของประเทศไทย ลดลงจาก 5.2 ต่อประชากร 1,000 คน ในปี พ.ศ. 2533 เหลือ 1.36 ในปี พ.ศ. 2543 และ 0.17 ในปี พ.ศ. 2555 ในปี 2558 มีจำนวนผู้ป่วยโรคมalariaเรื้อรังเพียง 24,850 คน หรือลดลงประมาณร้อยละ 85 และมีอัตราการเจ็บป่วยอยู่ที่ 0.38 ต่อประชากร 1,000 คนทั้งนี้ ประชากรที่มีความเสี่ยงในประเทศไทยมีประมาณ 17 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 21 ของประชากรทั้งหมด⁹ มีความพยายามเพิ่มมากขึ้นเพื่อยับยั้งการดื้อยามalariaเรื้อรังหลายชนิดรวมทั้งการดื้อยาในกลุ่มอาร์ติมิซินิน (artemisinin) โดยจัดทำยุทธศาสตร์การกำจัดโรคมalariaเรื้อรังประเทศไทย พ.ศ. 2560–2569 เพื่อใช้ร่วมกับแผนปฏิบัติการระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564) ซึ่งเพิ่งได้รับการรับรอง พร้อมความมุ่งมั่นจากทางฝั่งการเมืองที่จะจัดการกับปัญหานี้อย่างจริงจัง

2.2.6 วัณโรค

ประเทศไทยเป็นหนึ่งใน 30 ประเทศทั่วโลกที่ยังคงมีผู้ป่วยวัณโรคอยู่ในประเทศจำนวนมาก แต่สถานการณ์ได้ลดความรุนแรงลงอย่างช้าๆ ประมาณการว่ามีผู้ป่วยรายใหม่กว่า 176,000 รายต่อปี (ค่ากลางอยู่ที่ประมาณ 117,000)¹⁰ ห้องปฏิบัติการอ้างอิงด้านวัณโรคของประเทศไทย ได้รายงานว่ามีผู้ป่วย 510 รายในปี พ.ศ. 2555 มีภาวะเชื้อวัณโรคดื้อยา INH และ rifampicin (MDR-TB) อย่างไรก็ตาม องค์การอนามัยโลกประมาณการว่ามีผู้ป่วยดื้อยาในประเทศไทยจำนวน 2,190 คนต่อปี นอกจากนี้ ความเกี่ยวโยงระหว่างการระบาดของการติดเชื้อเอชไอวีและสถานการณ์วัณโรคยังคงเป็นประเด็นที่ถูกหยิบยกขึ้นมา ทั้งนี้ มีการตรวจพบวัณโรคในผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ประมาณร้อยละ 13 ซึ่งการจัดการการติดเชื้อร่วมดังกล่าว (HIV-TB co-infection) นับเป็นปัญหาใหญ่ที่ต้องแก้ไข

2.2.7 เอชไอวีและเอดส์

ในปี พ.ศ. 2558 มีการประมาณการว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวีกว่า 440,000 คนอาศัยอยู่ในประเทศไทย ซึ่งในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยเด็ก 4,100 คน ในผู้ใหญ่ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี อยู่ที่ประมาณร้อยละ 1.1¹¹ โดยมีผู้ติดเชื้อรายใหม่ประมาณ 7,816 คนในปี พ.ศ. 2557 หนึ่งในสี่ของผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อ (1,944 ราย) เป็นผู้หญิง ซึ่ง 221 คนเป็นผู้หญิงบริการ และจำนวนที่เหลือนับเป็นผู้หญิงในกลุ่มอื่นๆ โดยเฉพาะผู้หญิงที่ผลเลือดต่างจากคู่สมรสคู่นอนที่อยู่ในประชากรกลุ่มเสี่ยง การเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องเอดส์ลดลงอย่างต่อเนื่องนับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 และลดลงอย่างเด่นชัดในปี พ.ศ. 2549 จากการขยายการรักษาด้วยยาต้านไวรัสให้กว้างขวางขึ้น ในปี พ.ศ. 2558 มีประชากรเสียชีวิตจากโรคเอดส์จำนวน 14,000 ราย และในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2559 ประเทศไทยได้รับการรับรองการยุติการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสจากมารดาสู่ทารกจากองค์การอนามัยโลก นับเป็นประเทศที่สองในโลกที่ได้รับการรับรองดังกล่าว¹²

2.2.8 อนามัยการเจริญพันธุ์ อนามัยมารดา ทารกแรกเกิด เด็ก และวัยรุ่น

เป็นที่ยอมรับว่าความสมบูรณ์ของรายงานในแต่ละภูมิภาคนั้นแตกต่างกัน ทว่าก็เป็นเรื่องที่น่ายินดีที่มีรายงานจาก Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group ที่ประมาณการว่าระหว่างปี พ.ศ. 2533 ถึง 2558 อัตราตายมารดาในประเทศไทยลดลงกว่าครึ่งหนึ่งจาก 40 รายเหลือ 20 ราย ต่อการเกิดมีชีวิต 100,000 ราย¹³

9 World Health Organization. World malaria report 2016. Geneva, 2016.

10 World Health Organization. Global tuberculosis report 2016. Geneva, 2016.

11 National AIDS Committee. Thailand AIDS response progress report 2015. 2015.

12 Global Association of Risk Professionals. Asian epidemic model. London, 2015.

13 World Health Organization. Maternal Mortality in 1990 – 2015. http://www.who.int/gho/maternal_health/countries.tha.pdf - accessed 12 Mar 2017.

ประเทศไทยยังประสบความสำเร็จอย่างต่อเนื่องในการดำเนินงานตามแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (EPI) และถือเป็นพันธกิจที่สำคัญยิ่งยวดที่จะต้องกำจัดโรคโปลิโอให้หมดไปภายในปี พ.ศ. 2560 และโรคหัดในปี พ.ศ. 2563 อย่างไรก็ตามยังคงมีความท้าทายของโรคที่ยังหลงเหลือในชายแดนภาคใต้และในกลุ่มประชากรย้ายถิ่น

อัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นไทยยังคงมีจำนวนสูงที่สุดในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ปัจจุบันในจำนวนเด็กหญิง 1,000 รายที่มีอายุระหว่าง 15 ถึง 19 มีมากกว่า 50 รายที่ได้ให้กำเนิดทารกในแต่ละปี มารดาวัยรุ่นกว่าร้อยละ 80 รายงานว่าตนเองตั้งครรภ์โดยไม่ได้ตั้งใจและเกือบหนึ่งในสามอาศัยการทำแท้ง¹⁴

ในการนี้ สภานิติบัญญัติแห่งชาติได้ออกพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 โดยภายใต้ 23 มาตรา นั้น ได้บรรจุเรื่องการจัดการเรียนการสอนเพศวิถีศึกษาในโรงเรียนและการเข้าถึงการจัดการบริการที่มีคุณภาพไว้ด้วย¹⁵

2.2.9 การเข้าถึงน้ำดื่มและสุขอนามัยขั้นพื้นฐาน

เป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษที่มุ่งให้ประชาชนได้เข้าถึงน้ำดื่มและสุขอนามัยขั้นพื้นฐานนับว่าประสบความสำเร็จ อย่างไรก็ตาม หน่วยงานที่มีอำนาจยอมรับว่าประเทศไทยจะยังไม่สามารถบรรลุเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพน้ำดื่ม ซึ่งมีความเหลื่อมล้ำอย่างชัดเจนระหว่างเขตเมืองและเขตชนบท¹⁶

นอกจากนี้ ยังมีประเด็นด้านสาธารณสุขที่ประเทศไทยยังคงทำผลงานได้ไม่ดีนักเมื่อเทียบกับประเทศอื่นๆ ที่มีการพัฒนาทางสังคมและเศรษฐกิจระดับเดียวกัน ประเด็นเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งของวาระสาธารณสุขที่จะต้องดำเนินการต่อไป ได้แก่ การป้องกันการขาดไอโอดีนโดยมาตรการเกลือเสริมไอโอดีนถ้วนหน้า รวมถึงการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย

2.3 การตอบสนองด้านระบบสาธารณสุข

ประเทศไทยได้แสดงให้เห็นความสำเร็จที่น่าประทับใจในภาคสาธารณสุข โดยได้สะท้อนให้เห็นถึงการปรับปรุงอย่างมากในตัวชี้วัดสุขภาพขั้นพื้นฐานในช่วง 25 ปีที่ผ่านมา ประเทศไทยมีการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานที่เข้มแข็ง มีการพัฒนาระบบสุขภาพที่เป็นนวัตกรรมและโครงการส่งเสริมสุขภาพที่ก้าวหน้า ซึ่งใช้ประโยชน์จากภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบเพื่อสนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ¹⁷

ทั้งนี้ รายละเอียดต่างๆ สามารถอ่านได้จากรายงานระบบสาธารณสุขไทย¹⁸

14 Management of Thailand's Family Planning Service System Research Project, The Department of Health, Ministry of Public Health, 2013.

15 The Asian Forum of Parliamentarians on Population and Development. Thailand's national legislative assembly approves prevention and remedial measures for adolescent pregnancy bill. Bangkok: The Asian Forum of Parliamentarians on Population and Development, 2016.

16 Ministry of Public Health, Thailand. 3rd Millennium Development Goals Report on Health 2015. Bangkok, 2015. 17 Idem.

17 กระทรวงสาธารณสุขประเทศไทย เป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษด้านสุขภาพ ฉบับที่ 3 ปี พ.ศ. 2558

18 Asia Pacific Observatory on Health Systems. The Kingdom of Thailand health system review; Health Systems in Transition, Vol. 5 No. 5. Manila, 2015.

ตารางที่ 1 ตั้งอย่างดัชนีชี้วัดด้านประชากรและสุขภาพ

ดัชนีชี้วัด	2533	2543	สถิติที่มีอยู่ล่าสุด
จำนวนประชากรทั้งหมด (x 1000)	54548	62056	67959 (2015)
ประชากร <15 ปี (%)			17.7 (2016)
ประชากร > 60 ปี (%)	7.4	9.2	16.5 (2016)
ประชากรในเขตเมือง (%)	19	35	48 (2016)
อายุขัยเฉลี่ยหญิง	68.8	75	78.6 (2016)
อายุขัยเฉลี่ยชาย	63.5	70	71.8 (2016)
อัตราการเจริญพันธุ์ (จำนวนบุตรต่อผู้หญิง)	2.14	1.82	1.6 (2016)
อัตราคุมกำเนิดด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง (%)			79.3 (2012)
อัตราตายทารก/การเกิดมีชีพ 1,000 ราย	35	25	6.4 (2013)
อัตราตายมารดา/การเกิดมีชีพ 100,000 ราย		44.5 (2003)	31.8 (2010)
การทำคลอดโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (%)	90.8		99.6 (2012)
ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด (THE) ตามสัดส่วนของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ	3.5% (1994)	3.4%	6.5% (2014)
ค่าใช้จ่ายของรัฐคิดเป็นสัดส่วนของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด	45% (1994)	56%	86% (2014)
ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด ต่อหัว (USD)	86 (1994)	67	256 (2012)

ที่มา: ธนาคารโลก ข้อมูลธนาคาร 2016; ยุทธศาสตร์ความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทยและองค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2555-2559; Global Health Observatory: สถิติประเทศและการประมาณการด้านสุขภาพทั่วโลกโดย WHO และภาคีของสหประชาชาติ มกราคม 2558 สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล สำนักงานสถิติแห่งชาติ การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทยปี 2555 (MICS); สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข; สถิติสุขภาพ ข้อมูลการลงทะเบียน (2556); สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข

โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage - UHC) สำหรับคนไทยซึ่งนำมาใช้ในปี พ.ศ. 2545 ขยายขอบเขตครอบคลุมไปถึง 18 ล้านคนที่ไม่มีประกันสุขภาพและอีก 29 ล้านคนที่เคยได้รับการคุ้มครองโดยประกันสุขภาพที่ครอบคลุมน้อยกว่า

นอกจากนี้ ยังได้เพิ่มโครงการประกันสุขภาพของแรงงานย้ายถิ่น ตั้งแต่เริ่มโครงการ UHC ค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขทยอยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 56 ในปี พ.ศ. 2543 เป็นร้อยละ 86 ในปี พ.ศ. 2554 ขณะที่ค่าใช้จ่ายที่ผู้ประกันตนต้องแบกรับจริงลดลงจากร้อยละ 27.2 เป็นร้อยละ 12.4 ของค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขทั้งหมด¹⁹

อย่างไรก็ตาม ความท้าทายที่สำคัญยังคงมีอยู่ ทั้งความท้าทายด้านการเงินการคลัง และการลดความเหลื่อมล้ำระหว่างระบบประกันทั้ง 3 แบบภายใต้ UHC (โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า โครงการสวัสดิการสำหรับข้าราชการพลเรือน และโครงการประกันสุขภาพของประกันสังคม)²⁰

19 คณะทำงานด้านบัญชีสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 19

20 Asia Pacific Observatory on Health Systems. The Kingdom of Thailand health system review; Health Systems in Transition, Vol. 5 No. 5. Manila, 2015.

ที่ผ่านมา ประเทศไทยมุ่งมั่นที่จะบรรลุเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (MDGs) ซึ่งส่วนใหญ่บรรลุเป้าหมายในระดับชาติ แต่ยังคงมีความไม่เท่าเทียมกันภายในประเทศ ปัจจุบัน ประเทศไทยให้ความสำคัญอย่างมากต่อเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ซึ่งเป็นวาระโลกในการเพื่อยุติความยากจน ปกป้องโลก และทำให้ทุกคนมีความเจริญและมีความสุข SDGs มีความกว้างและซับซ้อน ประกอบด้วย 17 เป้าหมาย และ 169 ตัวชี้วัด โดยตัวชี้วัดด้านสุขภาพหลายประการอยู่ในเป้าหมายที่ 3 การมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี อย่างไรก็ตาม เป้าหมายของ SDG ทั้งหมดล้วนมีตัวชี้วัดอย่างน้อยหนึ่งรายการที่มีผลกระทบทางตรงหรือทางอ้อมต่อสุขภาพ การพัฒนา นโยบายและแผนปฏิบัติการที่สอดคล้องกับ SDGs เป็นความท้าทายสำหรับรัฐบาลไทย และยุทธศาสตร์ของ WHO จำเป็นยิ่งที่จะต้องสนับสนุนรัฐบาล กระทรวงสาธารณสุขและภาคี (ดูตารางที่ 3) ทั้งนี้ WHO จะมุ่งเน้นไปยังประเด็นที่ประเทศไทยเผชิญกับความท้าทายที่ยิ่งใหญ่ที่สุด รวมทั้งประเด็นที่ WHO มีข้อได้เปรียบในการปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมายของ SDGs

2.4 ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับหลายเรื่อง

2.4.1 ความยากจนและความไม่เท่าเทียม

การเติบโตทางเศรษฐกิจอย่างรวดเร็วของเศรษฐกิจไทยมีส่วนทำให้ความยากจนลดลงในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา อย่างไรก็ตาม ประมาณร้อยละ 11 ของประชากร (7.3 ล้านคน) ยังอยู่ภายใต้เส้นความยากจน (2,527 บาทหรือ 70 เหรียญสหรัฐต่อคนต่อเดือน)²¹

ความไม่เท่าเทียมกันที่วัดได้จากค่าสัมประสิทธิ์ Gini ลดลงจาก 0.536 ในปี พ.ศ. 2535 เป็น 0.465 ในปี พ.ศ. 2556 แต่ประชากรที่ร่ำรวยที่สุด (ร้อยละ 10) มีรายได้เป็นสัดส่วนถึงร้อยละ 36 ของรายได้รวมในปี พ.ศ. 2556 ในขณะที่ประชากรที่ยากจนที่สุด (ร้อยละ 10) มีรายได้คิดเป็นร้อยละ 1 ของรายได้รวม และบางกลุ่มมีความเปราะบางโดยเฉพาะกลุ่มชาติพันธุ์ชนกลุ่มน้อย ประชากรย้ายถิ่น ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี คนพิการ คนกลุ่มน้อยทางเพศสภาพและเพศวิถี ผู้สูงอายุ สตรีและเด็กที่ด้อยโอกาส ข้อมูลเกี่ยวกับบุคคลกลุ่มต่างๆ เหล่านี้ได้รับการรวบรวมเป็นครั้งคราวเท่านั้น²²

2.4.2 ความเท่าเทียมทางเพศ

ประเทศไทยมีความก้าวหน้าอย่างมากด้านความเท่าเทียมทางเพศ²³ ในช่วงปี พ.ศ. 2555 ถึง พ.ศ. 2558 รัฐบาลได้จัดสรรงบประมาณจำนวน 10 ล้านเหรียญสหรัฐต่อปีเพื่อส่งเสริมความเท่าเทียมทางเพศรวมทั้งเพื่อการพัฒนาอาชีพ การสร้างงาน และสร้างรายได้

ผู้หญิงมีบทบาทน้อยมากในการตัดสินใจในเวทีสาธารณะ แม้ว่าแผนพัฒนาสตรีแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2559 มีเป้าหมายที่จะแก้ปัญหาเหล่านี้ก็ตาม สัดส่วนของผู้หญิงในรัฐสภาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6 เป็นร้อยละ 15 ระหว่าง พ.ศ. 2538-2557 แต่ได้ลดลงถึงร้อยละ 6 ภายใต้อำนาจรัฐบาลปัจจุบัน²⁴

21 World Bank. Thailand Overview. September 2016. www.worldbank.org/en/country/thailand/overview - accessed 12 May 2017.

22 United Nations Country Team in Thailand.

23 CEDAW/C/THA/Q/6-7, Committee on the Elimination of Discrimination against Women, Consideration of reports submitted by States parties under article 18 of the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women, 25 November 2016.

24 World Bank. Proportion of seats held by women in national parliaments. <http://data.worldbank.org/indicator/SG.GEN.PARL.ZS?locations=TH> - accessed 12 May 2017.

2.4.3 ความรุนแรงต่อสตรีและความรุนแรงทางเพศ

มีการรายงานความรุนแรงต่อผู้หญิงน้อยกว่าความเป็นจริง แม้ว่าประเทศไทยได้ผ่านกฎหมายหลายฉบับเพื่อปกป้องผู้หญิงจากความรุนแรงในครอบครัว แต่ผู้หญิงที่ได้รับผลกระทบจำนวนมากไม่ทราบถึงสิทธิของตนเองหรือช่องทางที่สามารถดำเนินคดีได้²⁵

กฎหมายไทยไม่ถือว่าการรักร่วมเพศเป็นสิ่งผิดกฎหมายแต่ก็ไม่ได้ประกาศห้ามการแบ่งแยกเรื่องของเพศวิถีและอัตลักษณ์ทางเพศอย่างชัดเจน หญิงรักหญิง ชายรักชาย คนรักสองเพศ คนข้ามเพศ และบุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศ (LGBTI) ได้รับการคุ้มครองภายใต้กฎหมายและกฎระเบียบที่แตกต่างกัน ตัวอย่างเช่นพระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ. 2550 ได้กำหนดว่า “การข่มขืน” เป็นการกระทำที่กระทำต่อผู้คนที่ทุกเพศทุกวัย อย่างไรก็ตาม มีช่องว่างในการใช้และบังคับใช้กฎหมายในเรื่องนี้เนื่องจากความลำเอียงทางเพศและการขาดความเข้าใจเรื่องเพศ สิทธิของสตรี และตัวบทกฎหมาย²⁶

องค์การแรงงานระหว่างประเทศ (ILO) มีผลการศึกษาว่าประชาชนกลุ่ม LGBTI ยังไม่ได้รับการยอมรับอย่างเต็มที่ในสังคมไทย เนื่องจากอคติที่มีมาอย่างยาวนานและการขาดความเข้าใจเกี่ยวกับเพศวิถีและอัตลักษณ์ทางเพศ²⁷ นอกจากนี้ ยังพบการล่วงละเมิดทางเพศหลากหลายรูปแบบ ตั้งแต่การล้อเลียนเล็กน้อยไปจนถึงความรุนแรงทางเพศ อันรวมถึงการทำร้ายร่างกายและการข่มขืน²⁸

2.4.4 สิทธิมนุษยชน

ประเทศไทยมีพันธกรณีอันยาวนานในการส่งเสริมและปกป้องสิทธิมนุษยชน โดยในปี พ.ศ. 2491 ไทยเป็นประเทศแรกในภูมิภาคเอเชียที่ได้ลงนามรับรองปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ประเทศไทยเข้าร่วมเป็นภาคีของสนธิสัญญาด้านสิทธิมนุษยชนจำนวน 7 ฉบับ จากจำนวนสนธิสัญญาด้านสิทธิมนุษยชนหลัก 9 ฉบับ และพิธีสารเลือกรับจำนวน 4 ฉบับ ประเทศไทยยังได้ให้สัตยาบันอนุสัญญาแรงงานระหว่างประเทศ 15 ฉบับด้วยกัน²⁹ อย่างไรก็ตาม มีความกังวลว่าไทยยังไม่ได้ปฏิบัติตามทุกพันธกรณีสากลอย่างครบถ้วนสมบูรณ์³⁰

2.5 การพัฒนาสภาพแวดล้อมของหุ้นส่วน

2.5.1 หุ้นส่วนและความร่วมมือด้านการพัฒนา

ประเทศไทยเป็นศูนย์รวมขององค์กรด้านการพัฒนาต่างๆ ในภูมิภาค รวมถึงทีมสหประชาชาติประจำประเทศ (UNCT) ที่ประกอบไปด้วยหน่วยงานสามสิบหน่วยงาน และธนาคารเพื่อการพัฒนาสองธนาคาร ในภาคสุขภาพ สมาชิกหลักของ UNCT

25 Thai Womens CSO Statement. Summary Report of Thai Women’s Csos on Beijing +20 Review. Bangkok: United Nations Economic and Social Commission, 2015.

26 CEDAW/C/THA/Q/6-7, Committee on the Elimination of Discrimination against Women, Consideration of reports submitted by States parties under article 18 of the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women, 25 November 2016.

27 Suriyasarn B. Gender identity and sexual orientation in Thailand: promoting rights, diversity and equality in the World of Work Project. Bangkok: International Labour Organization, 2014.

28 กรมกิจการสตรีและอนุกรรมการพัฒนาครอบครัว รายงานเกี่ยวกับสถานะของผู้หญิง พ.ศ. 2558 กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ พ.ศ. 2558

29 International Labour Organization. Ratifications for Thailand. http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NOR_MLEXPUB:11200:0::NO::P11200_COUNTRY_ID:102843 - accessed 12 May 2017..

30 United Nations Country Team in Thailand.

ประกอบด้วย WHO UNICEF UNAIDS และ UNFPA การทำงานของหน่วยงานอื่นๆ สามารถสร้างความเปลี่ยนแปลงในด้านสุขภาพด้วยเช่นกัน อย่างไรก็ตาม เนื่องจากประเทศไทยสามารถพึ่งพาตนเองได้ดี หลายหน่วยงานข้างต้นจึงมีบทบาทในประเทศอื่นๆ ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มากกว่า

องค์การอนามัยโลกมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันในการจัดทำกรอบความร่วมมือหุ้นส่วนระหว่างไทยกับสหประชาชาติ 2017–2021 (UNPAF) ซึ่งนอกจาก UNPAF จะสะท้อนความเป็นหุ้นส่วนกันระหว่าง UNCT กับรัฐบาลไทย ยังเป็นกรอบยุทธศาสตร์ที่ช่วยให้มั่นใจว่าประเด็นที่เปราะบางของประเทศจะได้รับการแก้ไขและได้รับการพัฒนาไปสู่เส้นทางการพัฒนาที่ยั่งยืนได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้ UNPAF มีความสอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของชาติฉบับที่สิบสอง (NESDP) พ.ศ. 2060 - 2064 ที่มีผลกีดกันประเทศไทยให้บรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ภายในปีพ.ศ. 2573 ตลอดจนพันธสัญญาต่างๆ ที่มีกับนานาประเทศ เป้าหมายหลักของ UNPAF คือ “ภายในปี พ.ศ. 2564 จะเกิดระบบ โครงสร้างและกระบวนการที่เน้นการมีส่วนร่วม เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง และเพื่อการพัฒนาที่เสมอภาคสำหรับทุกคนในประเทศไทย”

2.5.2 ความร่วมมือกับหน่วยงานของสหประชาชาติในระดับประเทศ

ในบรรดาหน่วยงานที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพนั้น UNICEF ให้ความสำคัญต่อการปกป้องและโภชนาการของเด็ก และได้ร่วมมือกับ WHO ในเรื่องการสร้างระบบภูมิคุ้มกันและควบคุมการขาดสารไอโอดีน ทาง IOM และ UNHCR มีโครงการช่วยผู้ย้ายถิ่นตามเขตชายแดนโดยใช้แนวนโยบายของ WHO ส่วน ILO นั้นมีการเคลื่อนไหวและดำเนินงานด้านสิทธิของแรงงานและเงื่อนไขการทำงานโดยมุ่งเน้นที่กฎหมายและกรอบการบังคับใช้ FAO ก็ร่วมมือกับ WHO ในการควบคุมจัดการการตั้งยาด้านจุลชีพทั้งในประเทศไทยและในภูมิภาค UNEP ร่วมงานกับรัฐบาลไทยในการดูแลสุขภาพ และการจัดการกับมลพิษและของเสียอันตราย

ผู้ให้ทุนที่ทำงานในประเทศไทยได้แก่ กองทุนโลกเพื่อเอชไอวี วัณโรค และมาลาเรีย มูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ มูลนิธิเกทส์ โครงการบลูมเบิร์กอินิซิเอทีฟ และธนาคารพัฒนาเอเชีย

ภาคประชาสังคมก็นับเป็นพลังที่เข้มแข็งของประเทศไทย หลายองค์กรภาคประชาสังคมทั้งในประเทศและระหว่างประเทศต่างมีส่วนร่วมในการลงมือจัดการปัญหาด้านสาธารณสุขอย่างแข็งขัน

2.5.3 การสนับสนุนของประเทศไทยต่อภาวะสุขภาพโลก

ประเทศไทยมีประวัติยาวนานในฐานะผู้นำด้านสุขภาพในระดับสากล ในด้านนโยบายสุขภาพโลก สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (International Health and Policy Program) เป็นที่รู้จักกว้างขวางในนานาประเทศ เห็นได้จากการอ้างอิงโครงการดังกล่าวในงานตีพิมพ์ทางวิชาการหลายร้อยรายการ ไม่นานมานี้ สธ. ได้ร่วมมือกับกระทรวงการต่างประเทศ (กต.) ในการกำหนดกรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย พ.ศ. 2559 – 2563 (Global Health Strategy – GHS) ซึ่งได้รับการอนุมัติจากคณะรัฐมนตรีและสมาชิกสุขภาพแห่งชาติไปเมื่อเร็วๆ นี้ ยุทธศาสตร์ห้าประการของ GHS มีดังต่อไปนี้:

- (1) การส่งเสริมความมั่นคงด้านสุขภาพ
- (2) การส่งเสริมบทบาทและความรับผิดชอบของไทยในประชาคมโลก
- (3) การเสริมสร้างความสอดคล้องระหว่างนโยบายสุขภาพภายในประเทศและระหว่างประเทศ

- (4) การเสริมสร้างระบบสุขภาพของประเทศไทยให้เป็นธรรมและเท่าเทียม
- (5) การเสริมสร้างขีดความสามารถขององค์กรรวมไปถึงบุคลากร และปรับปรุงคุณภาพข้อมูลเพื่อการพัฒนางานสุขภาพโลก

2.6 การประเมินกรอบยุทธศาสตร์ความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทยและองค์การอนามัยโลกที่ผ่านมา

ในการเตรียมจัดทำ CCS 2017-2021 การประเมินผลการดำเนินงานของ CCS 2012-2016 เป็นสิ่งที่ต้องนำมาศึกษาเพราะเป็นยุทธศาสตร์ฉบับแรกที่มีการจัดลำดับคัดเลือก และลงทุนในแผนงานที่สำคัญเพียงไม่กี่แผนงาน นับเป็นการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญจากอดีตที่มีโครงการขนาดเล็กกระจายจัดกระจายจำนวนมาก โดยหลายโครงการก็ปราศจากแผนงานชัดเจน

ข้อค้นพบหลายประการในการประเมินผลขั้นสุดท้าย³¹ ของ CCS 2012-2016 มีนัยสำคัญยิ่ง ตามที่ระบุไว้ในตารางที่ 2 ด้านล่าง ซึ่งได้แสดงให้เห็นถึงการนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงและประยุกต์ใช้ใน CCS 2017-2021

ตารางที่ 2: ผลการประเมินผลขั้นสุดท้ายของ CCS 2012-2016 และการประยุกต์ใช้กับ CCS 2017-2021

ผลการประเมินผลขั้นสุดท้ายของ CCS 2012-2016	การประยุกต์ใช้กับ CCS: 2017-2021
<p>“การทำงานร่วมกันของหลายภาคส่วนและหลายหน่วยงานผ่านกลไกคณะกรรมการคณะต่างๆ เป็นจุดแข็งของ CCS ในหลายโครงการ จึงควรจะได้รับสานต่อและส่งเสริม ...”</p> <p>“ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องจำต้องตระหนักว่าการสร้างภาคีเครือข่ายภายนอกกระทรวงสาธารณสุขและภาคสาธารณสุขโดยรวม ก็เป็นสิ่งจำเป็นเพื่อแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพที่สำคัญและซับซ้อนขึ้น...”</p> <p>“ปัญหาสุขภาพเกิดจากปัจจัยหลายประการที่อยู่นอกภาคสาธารณสุข การทำงานร่วมกับหลายภาคส่วนจึงนับว่าคุ้มค่าและเป็นประโยชน์ยิ่ง”</p>	<p>รัฐบาลเข้าใจและเห็นด้วยกับข้อเสนอแนะดังกล่าวอย่างเต็มที่ ความหลากหลายของการมีส่วนร่วมจากองค์กรพัฒนาเอกชนและหน่วยงานนอกภาคสาธารณสุข ทั้งในด้านการกำหนดนโยบาย การออกแบบแผนงาน การดำเนินงาน และการติดตามประเมินผลถือเป็นลักษณะเด่นของ CCS 2017-2021 ในคณะกรรมการบริหาร คณะกรรมการกำกับทิศ และคณะกรรมการกำกับทิศแผนงาน มีหน่วยงานที่เป็นองค์ประกอบถึง 75 หน่วยงาน ในจำนวนนี้ครึ่งหนึ่งหากไม่เป็นหน่วยงานนอกกระทรวงสาธารณสุข ก็เป็นหน่วยงานนอกภาคสาธารณสุข หรืออาจไม่ได้เข้าข่ายทั้งสองข้อ (ดูภาคผนวก 3 “หน่วยงานและองค์กรที่เข้าร่วมโดยตรงในการดำเนินการตาม CCS”)</p>

31 Sawat Ramaboot et al., “Final Evaluation of WHO Country Cooperation Strategy Thailand 2012–2016” (Bangkok: World Health Organization, 2016)

ผลการประเมินผลขั้นสุดท้ายของ CCS 2012-2016	การประยุกต์ใช้กับ CCS: 2017-2021
<p>“ควรกำหนดกระบวนการพัฒนาที่ชัดเจนสำหรับการคัดเลือกแผนงานสำคัญของ CCS ฉบับต่อไป และควรเผยแพร่ให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องรับทราบ ...”</p> <p>“การเลือกหน่วยงานผู้รับผิดชอบหลักมีความสำคัญอย่างยิ่ง ...”</p> <p>“กระบวนการบริหาร CCS ควรมีความคล่องตัวมากขึ้น ...”</p>	<p>ตามที่อธิบายไว้ในบทที่ 3 ส่วน 3.1 แผนงานสำคัญและหน่วยงานรับผิดชอบหลักสำหรับ CCS 2017-2021 ได้ถูกคัดเลือกจากเกณฑ์มาตรฐานที่เข้มงวด โดยมีกระบวนการที่เปิดกว้างและเน้นการมีส่วนร่วม</p> <p>โครงสร้างการกำกับดูแลของ CCS 2017-2021 มีความคล่องตัวเท่าที่จะสามารถอนุมัติได้ โดยได้คำนึงถึงความซับซ้อนของประเด็นต่างๆ ที่จะต้องดำเนินการด้วย เช่นเดียวกับความหลากหลายของภาคีที่ในแผนงาน</p>
<p>“วิธีการใหม่ในการทำงานของ WHO CCS โดยใช้คณะกรรมการและหน่วยงานรับผิดชอบหลัก ถือได้ว่าได้ก่อให้เกิดความสำเร็จบางส่วน ...”</p>	<p>คุณลักษณะที่สำคัญของรูปแบบการบริหารจัดการคือ การกำหนดหน้าที่ ความรับผิดชอบ และกระบวนการรายงานที่ชัดเจนในแต่ละระดับการบริหาร ตั้งแต่คณะกรรมการบริหารถึงคณะกรรมการกำกับทิศแผนงาน ดูปทที่ 4</p>

คณะผู้ประเมินได้ข้อสรุปว่า ยุทธศาสตร์ความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทยและองค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2555-2559 สอดคล้องกับประเด็นสำคัญด้านสุขภาพของประเทศ และประสบความสำเร็จในการกำหนดทิศทางการจัดสรรทรัพยากรขององค์การอนามัยโลกต่อแผนงานสำคัญต่างๆ

การกำหนดยุทธศาสตร์ความร่วมมือ ขององค์การอนามัยโลก

หลักการสำคัญในการทำงานขององค์การอนามัยโลกในประเทศสมาชิก และหลักพิจารณาของยุทธศาสตร์ความร่วมมือระดับประเทศกับองค์การอนามัยโลก (Country Cooperation Strategy: CCS) มีดังนี้

- ความเป็นเจ้าของ (ownership) ในกระบวนการพัฒนาของประเทศ
- ความสอดคล้อง (alignment) กับประเด็นที่ประเทศให้ความสำคัญ และเสริมสร้างระบบของประเทศเพื่อสนับสนุนยุทธศาสตร์/แผนงานด้านสุขภาพ
- ความเป็นหนึ่งเดียวกัน (harmonization) กับหน่วยงานของสหประชาชาติที่เกี่ยวข้องและภาคีอื่นๆ ในประเทศ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการให้ความช่วยเหลือ
- ความร่วมมือเป็นกระบวนการสองทิศทาง (cooperation as a two-way process) เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประเทศสมาชิกในวาระสุขภาพโลก
- เป็นที่ยอมรับว่าการดำเนินงานขององค์การอนามัยโลกภายใต้ยุทธศาสตร์ความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทยและองค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2560-2564 จะเป็นการกระตุ้นการทำงานของประเทศในแผนงานสำคัญที่กำหนดใน CCS ให้กว้างขวางมากขึ้น แต่ไม่ใช่ “กำลังขับเคลื่อนหลัก”³²

ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลก รัฐบาลไทย และองค์กรพัฒนาเอกชน รวมตัวกันเป็นโครงสร้างแบบไตรภาคีเพื่อนำ CCS ไปสู่การปฏิบัติ CCS นี้จะช่วยให้กระทรวงสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายสามารถมีส่วนร่วมในเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ได้อย่างเต็มที่ ผ่านแผนงานสำคัญที่จะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนตามที่คัดเลือกไว้ แผนงานสำคัญของ CCS 2017-2021 จะส่งเสริมเจตนารมณ์ของ SDGs ที่ว่าจะไม่มีใครถูกทิ้งไว้เบื้องหลัง อีกทั้งจะนำไปสู่เป้าหมายของการลดความเหลื่อมล้ำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผ่านโครงการการทูตด้านสุขภาพโลก (Global Health Diplomacy) สุขภาพประชากรย้ายถิ่น (Migrant Health) และการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ (Noncommunicable Diseases)

3.1 วิธีการจัดลำดับความสำคัญของ CCS

ยุทธศาสตร์ความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทยและองค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2560-2564 พัฒนาขึ้นด้วยความร่วมมือระหว่าง

32 Global Health Diplomacy Sub-committee, “The Country Cooperation Strategy Global Health Diplomacy Program Subcommittee Meeting and Stakeholders’ Consultation” Bangkok: Ministry of Public Health, 2016.

องค์การอนามัยโลกกับรัฐบาลไทย โดยเริ่มขึ้นในช่วงต้นปี พ.ศ. 2559 ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลายกลุ่ม (ดูภาคผนวก 3) และหลายสาขา ได้ร่วมกันพิจารณาในการจัดลำดับความสำคัญของแผนงานโดยพิจารณาจาก

- แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 และแผนยุทธศาสตร์ 20 ปีของประเทศไทย
- ยุทธศาสตร์ความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทยและองค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2555-2559
- กรอบความร่วมมือหุ้นส่วนระหว่างไทยกับสหประชาชาติ (the United Nations Partnership Framework - UNPAF)
- การประชุมปรึกษาหารือกับภาคีเครือข่าย
- เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs)
- แผนงานทั่วไปฉบับที่ 12 ขององค์การอนามัยโลก (WHO 12th General Programme of Work)
- มติการประชุมสมัชชาอนามัยโลกและมติคณะกรรมการระดับภูมิภาค
- แผนงานสำคัญของผู้อำนวยการสำนักงานภาคพื้นเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ องค์การอนามัยโลก (SEARO)

มีการพัฒนาเกณฑ์สำหรับการจัดลำดับความสำคัญของแผนงาน ซึ่งประกอบด้วย

- ความสอดคล้องกับงานสำคัญของประเทศและนโยบายระดับชาติ
- ความสอดคล้องกับวาระการพัฒนาของโลกและนโยบายสุขภาพโลก
- ผลกระทบต่อสุขภาพและประชากรของประเทศ
- ความเป็นไปได้ของแผนงาน (การจัดการโครงการที่ดี การบริหารความเสี่ยง โครงสร้างพื้นฐาน ผู้จัดการความยั่งยืนในระยะยาว)
- แผนงานสำคัญของ CCS ที่ยังไม่แล้วเสร็จ
- การเพิ่มคุณค่าและคุณค่าได้เปรียบเชิงเปรียบเทียบขององค์การอนามัยโลกและภาคี
- ความสนใจของภาคีที่ให้การสนับสนุนส่วนใหญ่

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุขได้ประชุมคณะทำงานร่วมกันเพื่อจัดเตรียมและส่งเอกสารแนวคิดโครงการต่างๆ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน รวมทั้งเป็นบริบทและเหตุผลสำหรับแผนงานสำคัญ โดยไม่มีหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งมีอำนาจสิทธิ์ขาดในกระบวนการ ท้ายที่สุด มีเอกสารแนวคิดโครงการที่ได้รับการพิจารณาทั้งหมด 38 ชุด

มีการกำหนดเกณฑ์สำหรับการเลือกหน่วยงานรับผิดชอบหลักสำหรับแผนงานสำคัญ หน่วยงานรับผิดชอบหลักในแผนงานสำคัญจำเป็นต้องมีทุนทางสังคมและทางปัญญาสูง (มีสมรรถนะ) เป็นหน่วยงานด้านสุขภาพของประเทศในสาขาที่มีความสำคัญและประสบความสำเร็จในอดีตในสาขานั้นๆ และได้รับการยอมรับทั้งในและต่างประเทศ รวมถึงมีผู้จัดการที่มีความรู้ความสามารถ

การจัดลำดับความสำคัญของแผนงานและหน่วยงานรับผิดชอบหลักมาจากการคัดเลือกตามขั้นตอนที่กำหนดไว้ตามหลักการข้างต้น แผนงานที่ได้รับการจัดลำดับความสำคัญจำนวน 5 แผนงานได้รับการคัดเลือกจากแนวคิดโครงการที่จัดทำไว้จำนวน 38 แนวคิด โดยในแต่ละแผนงานที่ได้รับการจัดลำดับความสำคัญจะมีภาระปฏิบัติงานที่มุ่งเน้น 3 งาน กระบวนการนี้ดำเนินการโดยคณะกรรมการที่มีองค์ประกอบจากหลายภาคส่วนสำหรับแต่ละแผนงานสำคัญ

3.2 แผนงานสำคัญ

แผนงานจำนวน 5 แผนงานที่ได้รับการจัดลำดับความสำคัญไว้ในยุทธศาสตร์ความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทยและองค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2560-2564 ได้แก่

- การดื้อยาต้านจุลชีพ
- การทูตด้านสุขภาพโลก
- สุขภาพของประชากรย้ายถิ่น
- โรคไม่ติดต่อ
- ความปลอดภัยทางถนน

3.2.1 การดื้อยาต้านจุลชีพ (Antimicrobial resistance: AMR)

การประเมินสถานการณ์

ในปี พ.ศ. 2553 ประเทศไทยประมาณการเบื้องต้นคาดว่าผู้เสียชีวิตจากเชื้อดื้อยา 38,481 รายต่อปี จำนวนวันที่ต้องอยู่รักษาตัวในโรงพยาบาลสืบเนื่องจากการติดเชื้อดื้อยา 3.24 ล้านวัน คิดเป็นค่าใช้จ่าย 0.6% ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย (พ.ศ. 2560-2564) ผ่านความเห็นชอบโดยคณะรัฐมนตรีเมื่อปลายปี พ.ศ. 2559 โดยแผนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อลดการเจ็บป่วย การเสียชีวิต และผลกระทบทางเศรษฐกิจของการดื้อยาต้านจุลชีพ แผนดังกล่าวกำหนดเป้าหมายสำหรับการลดการเจ็บป่วยจากการดื้อยาต้านจุลชีพลงร้อยละ 50 ลดการเข้ายาปฏิชีวนะในคนลงร้อยละ 20 และในสัตว์ร้อยละ 30 ตามลำดับ และ ประชาชนมีความรู้เรื่องเชื้อดื้อยาและตระหนักในการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 โครงการ CCS มีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติตามแผน รวมถึงการเตรียมการในการ กำกับติดตาม ประเมินผล และเสริมสร้างการดำเนินการโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

การดื้อยาต้านจุลชีพ	
ประเด็นสำคัญ	<ol style="list-style-type: none"> (1) บูรณาการด้านสุขภาพภายใต้หลัก One Health รวมถึงการประสานงานภาคสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับคน การเกษตรและสิ่งแวดล้อม (2) เสริมสร้างความเข้มแข็ง พร้อมบูรณาการระบบเฝ้าระวังและติดตาม การดื้อยาต้านจุลชีพ (3) สร้างความมั่นใจว่ามีการปฏิบัติตามนโยบายการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสมทั้งในและนอกบริบทของงานด้านสุขภาพ (4) ค้นหาว่ามีองค์ความรู้ด้านใดที่ต้องพัฒนาและหาทางแก้ไขเพื่อเป็นแนวทางจัดทำนโยบายและโครงการ AMR (5) แก้ไขเรื่องทรัพยากรบุคคลที่มีจำกัด
งานที่มุ่งเน้น	<ol style="list-style-type: none"> (1) เสริมสร้างขีดความสามารถของบุคคลและสถาบัน (รวมถึงความสามารถในการศึกษาวิจัย) เพื่อการปฏิบัติตามแผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ (NSP-AMR) ที่มีประสิทธิภาพ (2) ค้นหาและเผยแพร่หลักฐานเชิงประจักษ์ให้กับหน่วยงานที่ดำเนินการ NSP-AMR ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพ (3) เสริมสร้างแนวทางการติดตามและประเมินผล ที่มีอยู่และพัฒนากรอบการดำเนินงานที่จำเป็นอื่นๆ ตามสมควร

สิ่งส่งมอบจาก CCS	(1) ห้องปฏิบัติการ ได้รับการรับรองคุณภาพและมีการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาสำหรับเชื้อดื้อยา ซึ่งผลทางห้องปฏิบัติการและการเฝ้าระวังมีการเผยแพร่ให้แก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของ AMR อย่างสม่ำเสมอ (2) การปรับปรุงระบบการตรวจสอบการใช้ยาปฏิชีวนะในคนและสัตว์ โดยเผยแพร่ข้อมูลให้กับหน่วยงานที่ทำงานเกี่ยวกับทั้งคนและสัตว์อย่างมีประสิทธิภาพ (3) การเพิ่มขีดความสามารถในการศึกษาวิจัยเพื่อหาหลักฐานเชิงประจักษ์มาประกอบในการกำหนดนโยบายเกี่ยวกับ AMR (4) มีกรอบการติดตามและประเมินผลของการดำเนินแผนงาน AMR อย่างยั่งยืน (5) รายงานระยะเริ่มแรก ระยะกลาง และขั้นสุดท้ายที่จัดทำขึ้นตามตัวแปรเสริมที่กำหนดในเครื่องมือ Joint External Evaluation ตามกฎอนามัยระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลก (WHO / IHR) ในส่วนของ AMR
ผลกระทบ	ประเทศไทยสามารถลดอัตราการป่วยและตายที่เกิดจากการดื้อยาต้านจุลชีพตามเป้าหมายระดับประเทศ
หน่วยงานรับผิดชอบหลัก	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

องค์การอนามัยโลกจะมีส่วนร่วมและเพิ่มเสริมคุณค่าโดย:

- ให้การสนับสนุนทั้งด้านการเงินและด้านวิชาการสำหรับการดำเนินแผนงาน ประกอบด้วย การสนับสนุนทั่วไป ให้คำปรึกษาด้านวิชาการ และการจัดทำหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อประกอบการกำหนดนโยบาย
- สนับสนุนการกำกับดูแลแผนงาน AMR
- สนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจาก AMR ประกอบด้วย องค์การอาหารและการเกษตรแห่งสหประชาชาติ (FAO) หน่วยงานสหประชาชาติ และองค์กรพัฒนาเอกชนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง
- สนับสนุนงานด้าน AMR ของไทย ให้ประเทศอื่นได้รับทราบ รวมถึงการสนับสนุนบทบาทของศูนย์ความร่วมมือขององค์การอนามัยโลกด้าน AMR ในประเทศไทย

3.2.2 การทูตด้านสุขภาพโลก (GHD)

การประเมินสถานการณ์

การจัดการปัญหาที่สำคัญด้านสุขภาพโลกอย่างมีประสิทธิภาพจำเป็นต้องมีขีดความสามารถในระดับประเทศ ทั้งในด้านการบริการของระบบสาธารณสุขและการทูตด้านสุขภาพโลก (GHD) ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงการต่างประเทศ จึงได้กำหนดกรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย พ.ศ. 2559-2563 ขึ้น กรอบยุทธศาสตร์นี้ได้ผ่านการเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรีเมื่อปี พ.ศ. 2559 ยุทธศาสตร์นี้มุ่งมั่นที่จะสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพสำหรับคนไทย และเพื่อรักษาและเสริมสร้างขีดความสามารถด้านสุขภาพโลกในประเทศไทยให้ยั่งยืน แผนงานการทูตด้านสุขภาพโลก (GHD) จะช่วยสร้างหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินการตามกรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทยอย่างมีประสิทธิภาพ

การทูตด้านสุขภาพโลก (GHD)	
ประเด็นสำคัญ	(1) ขาดระบบการติดตามและประเมินผลกรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย นโยบายด้านสุขภาพโลกที่สำคัญ และข้อตกลงระหว่างประเทศ (2) ขาดแผนพัฒนาขีดความสามารถด้านสุขภาพโลกที่มีความรอบด้าน
งานที่มุ่งเน้น	(1) การพัฒนาระบบติดตามและประเมินผลสำหรับนโยบายด้านสุขภาพโลกที่สำคัญและข้อตกลงระหว่างประเทศ (2) การจัดทำหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับการเจรจาด้านนโยบายการค้าและสุขภาพที่สอดคล้องกัน (3) การจัดทำแผนพัฒนาขีดความสามารถด้านสุขภาพโลก
สิ่งส่งมอบจาก CCS	(1) การวิเคราะห์สถานการณ์เกี่ยวกับการอภิบาลระบบสุขภาพโลกในประเทศไทย (2) กลไกและโครงสร้างใหม่ในการอภิบาลระบบสุขภาพโลก (3) ระบบการติดตามและประเมินผลนโยบายสุขภาพโลกและข้อตกลงระหว่างประเทศที่สำคัญ (4) เครื่องมือและแนวทางด้านสุขภาพโลก มาตรฐานขั้นตอนการปฏิบัติงานเพื่อการมีส่วนร่วมในกลไกสุขภาพโลก
ผลกระทบ	นโยบายการค้าและสุขภาพที่สอดคล้องกันและนำไปสู่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีขึ้น
หน่วยงานรับผิดชอบหลัก	สำนักงานสาธารณสุขระหว่างประเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

องค์การอนามัยโลกจะมีส่วนร่วมและเพิ่มเสริมคุณค่าโดย:

- ให้การสนับสนุนทั้งด้านการเงินและด้านวิชาการในการดำเนินแผนงาน ประกอบด้วย การสนับสนุนการดำเนินงานตามบรรทัดฐานขององค์กร การให้คำปรึกษาด้านวิชาการ และผู้เชี่ยวชาญ
- อำนวยความสะดวกในการทำงานร่วมกับองค์การอนามัยโลก องค์กรระหว่างประเทศ และผู้มีบทบาทสำคัญด้านสุขภาพโลกอื่นๆ

การค้าระหว่างประเทศและสุขภาพ (แผนงานย่อยของ GHD)

การประเมินสถานการณ์

สืบเนื่องจากการเติบโตของการค้าในระดับภูมิภาคและระดับทวีปาคี ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทิศทางของข้อตกลงและนโยบายทางการค้า นำไปสู่ความกังวลที่เพิ่มขึ้นเกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาพ การให้ความสำคัญเรื่องการค้าระหว่างประเทศได้เปลี่ยนไปสู่ประเด็นการค้าใหม่ๆ เช่น ทรัพย์สินทางปัญญา การจัดซื้อของรัฐบาล กฎหมายการแข่งขันทางการค้า แรงงาน สิ่งแวดล้อม และรัฐวิสาหกิจ ขอบเขตของการค้าไม่ได้จำกัดเฉพาะการส่งออกและนำเข้าสินค้าและบริการ แต่ได้ขยายครอบคลุมระบบหรือสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการค้า เช่น การเข้าถึงเทคโนโลยี/ยา และระบบกำหนดราคา ยา การสร้างสมดุลระหว่างการค้าระหว่างประเทศและสุขภาพกำลังได้รับความสนใจมากขึ้นในระดับนโยบายระดับโลกและระดับประเทศ เช่น เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ข้อ 3.b มุ่งเน้นความยืดหยุ่นของข้อตกลงทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวข้องกับการค้า (TRIPS) เพื่อให้สามารถเข้าถึงยาที่สำคัญได้ และในระดับประเทศ ยุทธศาสตร์สุขภาพโลกแห่งชาติของประเทศไทย ได้นำนโยบายการค้าระหว่างประเทศ ที่จะสร้างความสมดุลระหว่างการค้าและประโยชน์ด้านสุขภาพ มาเป็นประเด็นที่สำคัญข้อหนึ่งในยุทธศาสตร์นี้ นอกเหนือจากการเป็นสมาชิกของสนธิสัญญาการค้าพหุภาคีขององค์การการค้าโลก (WTO) ประเทศไทยได้ลงนามข้อตกลงการค้าเสรีระหว่างภูมิภาคและทวีปาคี 12 ฉบับ และกำลังอยู่ในระหว่างการเจรจาสัญญาอีก 5 ฉบับอีกทั้ง

มีความสนใจที่จะเข้าร่วมในความตกลงหุ้นส่วนยุทธศาสตร์ทางเศรษฐกิจภาคพื้นแปซิฟิก (TPP) อีกด้วย ชื่อนำกังวลคือจะทำอย่างไรให้ได้ผลประโยชน์สูงสุดจากข้อตกลงทางการค้าเหล่านี้โดยส่งผลกระทบต่อสุขภาพให้น้อยที่สุดหรือให้อะไรประโยชน์ต่อทางด้านสุขภาพถ้าเป็นไปได้

การค้ำระหว่างประเทศและสุขภาพ	
ประเด็นสำคัญ	<ol style="list-style-type: none"> (1) สร้างความมั่นใจว่าจะมีการทำงานร่วมกันอย่างเต็มที่และเข้มแข็งขึ้นในขั้นตอนการพัฒนาโยบายทางการค้า เพื่อให้เกิดนโยบายที่สมดุลกับผลด้านสุขภาพ ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีการเชื่อมโยงนโยบายทั้งสองด้านเข้าด้วยกัน (2) จัดทำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทันสมัยและเป็นรูปธรรม เพื่อสนับสนุนการกำหนดนโยบายการค้า โดยคำนึงถึงประเด็นและข้อกังวลด้านสุขภาพ (3) สนับสนุนบทบาทของหน่วยงานต่างๆ เช่น กระทรวงสาธารณสุข ในคณะกรรมการนโยบายเศรษฐกิจระหว่างประเทศ คณะกรรมการพัฒนาการค้าระหว่างประเทศ และเพื่อให้ความรู้กับสาธารณชน
สิ่งส่งมอบจาก CCS	<ol style="list-style-type: none"> (1) หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นรูปธรรมและทันสมัย เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจและการเตรียมความพร้อมด้านนโยบายการค้าระหว่างประเทศ (2) หน่วยงานกลางด้านข้อมูลการค้าระหว่างประเทศและข้อมูลด้านสุขภาพที่เครือข่ายและประชาชนทั่วไปสามารถเข้าถึงได้ (3) การพัฒนาสมรรถนะสำหรับการสร้างองค์ความรู้และการสนับสนุนด้านนโยบาย (4) เครือข่ายที่แข็งแกร่งและความร่วมมือกับภาคีและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อให้เกิดกระบวนการสร้างองค์ความรู้ที่ดีขึ้น รวมถึงให้มีกระบวนการเจรจาต่อรองทางการค้าเมื่อเกิดข้อกังวลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยให้หลายฝ่ายมีส่วนร่วม
ผลกระทบ	มีการตัดสินใจเชิงนโยบายแบบมีส่วนร่วมและยืนยันด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ รวมถึงมีกระบวนการเจรจาต่อรองทางการค้าต่อนโยบายด้านการค้าและสุขภาพที่สอดคล้องกัน เพื่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดี
หน่วยงานรับผิดชอบหลัก	สำนักงานพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

องค์การอนามัยโลกจะมีส่วนร่วมและเพิ่มเสริมคุณค่าโดย:

- ให้การสนับสนุนทั้งด้านการเงินและด้านวิชาการในการดำเนินแผนงาน ประกอบด้วย การสนับสนุนการดำเนินงานตามบรรทัดฐานขององค์กร การให้คำปรึกษาด้านวิชาการ และการจัดทำหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อเสนอแนะนโยบาย
- อำนาจความสะดวกในการแบ่งปันประสบการณ์จากประเทศและสถาบันต่างๆ
- สนับสนุนโครงสร้างการอภิบาลของแผนงานการค้าระหว่างประเทศและสุขภาพ (ITH)
- อำนาจความสะดวกในด้านเครือข่ายระหว่างประเทศเพื่อสนับสนุนการทำงานของ ITH

3.2.3 สุขภาพประชากรย้ายถิ่น (Migrant Health)

การประเมินสถานการณ์

ประเทศไทยมีประชากรย้ายถิ่นประมาณ 3-4 ล้านคน ซึ่งเชื่อว่ามีส่วนร่วมในการสร้างผลิตภัณฑ์มวลรวมใน (GDP) มากกว่าร้อยละ 6 ในประเทศไทย การให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชากรย้ายถิ่นสามารถมองได้ว่าเป็นการสร้างความสำเร็จในการให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนชาวไทย พลังขับเคลื่อนที่สำคัญสำหรับการดำเนินงานนี้ ได้แก่ สิทธิมนุษยชน และข้อกังวลด้านความมั่นคงสุขภาพ ตลอดจนความต้องการที่จะรักษาแรงงานให้มีสุขภาพดี

สุขภาพของประชากรย้ายถิ่น	
ประเด็นสำคัญ	<ol style="list-style-type: none"> (1) การเชื่อมโยงสิทธิในประกันสุขภาพเข้ากับการจดทะเบียนประชากรย้ายถิ่นมีขั้นตอนการบริหารจัดการที่ยุ่งยาก จึงทำให้การเข้าถึงการประกันสุขภาพยังไม่ครอบคลุมแรงงานทั้งหมดและส่งผลกระทบต่อความสมบูรณ์ของข้อมูลในการจัดทำนโยบายสาธารณสุข (2) มีผู้เกี่ยวข้องที่มีส่วนได้ส่วนเสียมาก มาจากหลากหลายองค์กรจึงมีความต้องการด้านการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ (3) อุปสรรคด้านสังคมและวัฒนธรรม ประกอบกับข้อจำกัดของข้อมูลด้านพฤติกรรมกรรมกรแสวงหาบริการด้านสุขภาพของประชากรย้ายถิ่น (4) ทรัพยากรบุคคลที่จำกัดสำหรับการจัดการสุขภาพของประชากรย้ายถิ่น
งานที่มุ่งเน้น	<ol style="list-style-type: none"> (1) จัดทำชุดข้อมูลเชิงกลยุทธ์เกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพของประชากรชายแดนและประชากรย้ายถิ่นเพื่อสนับสนุนการจัดทำนโยบายบนหลักฐานเชิงประจักษ์ (2) เสริมสร้างขีดความสามารถของปัจเจกบุคคลและสถาบัน ตลอดจนความเป็นหุ้นส่วนในระดับประเทศและระหว่างประเทศเพื่องานสุขภาพชายแดนและสุขภาพของประชากรย้ายถิ่น (3) กำหนดและขยาย/ปรับปรุงการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชากรกลุ่มเปราะบางในพื้นที่เขตชายแดนและประชากรย้ายถิ่น
สิ่งส่งมอบจาก CCS	<ol style="list-style-type: none"> (1) ชุดข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ที่เป็นปัจจุบันเพื่อเป็นแนวทางในการตัดสินใจเชิงนโยบายเรื่องความมั่นคงด้านสุขภาพของประชากรในพื้นที่เขตชายแดนและประชากรย้ายถิ่น (2) โครงสร้างการบริหารที่ชัดเจนเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชากรในพื้นที่ชายแดนและประชากรย้ายถิ่นในระดับประเทศและระดับภูมิภาค (3) ประกันสุขภาพที่ครอบคลุมเพิ่มขึ้นในหมู่ประชากรย้ายถิ่นและกลุ่มเปราะบาง (4) ส่งเสริมการให้บริการด้านสุขภาพที่เป็นมิตรกับประชากรย้ายถิ่น
ผลกระทบ	การบริการสุขภาพและสถานะสุขภาพของประชากรย้ายถิ่นในประเทศไทยที่ดีขึ้น
หน่วยงานรับผิดชอบหลัก	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข / สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

องค์การอนามัยโลกจะมีส่วนร่วมและเพิ่มเสริมคุณค่าโดย:

- สนับสนุนเงินทุนและความช่วยเหลือด้านวิชาการในการดำเนินแผนงาน ประกอบด้วย การสนับสนุนการดำเนินงานทั่วไป การให้คำปรึกษาด้านวิชาการ และการจัดทำหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อเป็นข้อเสนอเชิงนโยบาย
- สนับสนุนการกำกับดูแลแผนงานสุขภาพของประชากรย้ายถิ่น
- สนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในสุขภาพประชากรย้ายถิ่น รวมถึง องค์การระหว่างประเทศเพื่อการโยกย้ายถิ่นฐาน (IOM) หน่วยงานสหประชาชาติที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ภาคีด้านการพัฒนา องค์กรพัฒนาเอกชน และองค์กรภาคประชาสังคม
- ส่งเสริมและอำนวยความสะดวกในการเจรจาระหว่างประเทศเกี่ยวกับการอพยพย้ายถิ่นและสุขภาพ รวมไปถึงการเจรจากับทางช่องทางที่มีอยู่แล้ว เช่น กลุ่มผู้แทนองค์การอนามัยโลกของประเทศในกลุ่มแม่โขง และประชาคมอาเซียน

3.2.4 การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCDs)

การประเมินสถานการณ์

กลุ่มโรคไม่ติดต่อ (NCDs) เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และโรคปอดเรื้อรัง เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่สำคัญในประเทศไทย โรคไม่ติดต่อนี้เกิดจากปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรมต่างๆ เช่น การสูบบุหรี่ การมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ การดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณที่เป็นอันตราย และพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ (รับประทานเกลือ น้ำตาล และไขมันอิ่มตัวมากเกินไป) รวมถึงปัจจัยเสี่ยงด้านเมตาบอลิก ได้แก่ ความดันโลหิตสูง น้ำหนักเกิน/โรคอ้วน ระดับโคเลสเตอรอลและน้ำตาลในเลือดสูง ปัจจัยเสี่ยงของโรคกลุ่มโรคไม่ติดต่อนั้นพบได้บ่อยในคนไทย โดยหนึ่งในสี่ของคนไทยมีความดันโลหิตสูง หนึ่งในสิบมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ร้อยละ 40 ของผู้ใหญ่เพศชายสูบบุหรี่ การบริโภคเกลือและน้ำตาลในคนไทยซึ่งเกินปริมาณที่ควรบริโภคต่อวัน และอัตราการเป็นโรคอ้วนในผู้ใหญ่และเด็กเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในทศวรรษที่ผ่านมา ในการจัดการกับกลุ่มโรคไม่ติดต่อ และปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ประเทศไทยได้กำหนดเป้าหมายระดับชาติไว้ 9 เป้าหมายซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายระดับโลกเรื่องโรคไม่ติดต่อ

การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ	
ประเด็นสำคัญ	<ol style="list-style-type: none">(1) การประสานงานที่ขาดประสิทธิภาพระหว่างหน่วยงานด้านสาธารณสุข และความร่วมมือที่มีอยู่อย่างจำกัดจากหน่วยงานนอกภาคสาธารณสุข(2) ช่องว่างของความรู้สำหรับการกำหนดแนวนโยบายและการดำเนินการ(3) ขีดจำกัดของบุคลากรในการแก้ไขปัญหา NCDs(4) ระบบเฝ้าระวังและติดตามที่แยกส่วนกัน(5) การบังคับใช้นโยบายที่มีอยู่ยังไม่ดีพอ(6) การพลาดโอกาสในการจัดการกับโรคไม่ติดต่ออย่างมีประสิทธิภาพภายใต้ระบบบริการสุขภาพ
งานที่มุ่งเน้น	<ol style="list-style-type: none">(1) การควบคุมการบริโภคยาสูบ(2) การค้นหาผู้ป่วยในระยะแรก ป้องกัน และควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือด (ความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน)(3) การลดโรคอ้วนในเด็ก

ผลลัพธ์จาก CCS	(1) กลไกการประสานงานเรื่องโรคไม่ติดต่อเข้มแข็งและมีการบูรณาการ (2) มีการสร้างองค์ความรู้ใหม่ เผยแพร่ และนำไปใช้ในการพัฒนานโยบายและการปรับปรุงแผนงาน (3) มีหลักฐานเชิงประจักษ์ และนโยบายทางเลือกสำหรับระบบเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อที่เหมาะสม และเป็นองค์รวม
ผลกระทบ	ประเทศไทยดำเนินสู่การบรรลุเป้าหมายโรคไม่ติดต่อระดับประเทศและระดับนานาชาติ ทั้ง 9 เป้าหมาย
หน่วยงานรับผิดชอบหลัก	สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ / กรมควบคุมโรค

องค์การอนามัยโลกจะมีส่วนร่วมและเพิ่มเสริมคุณค่าโดย:

- ให้การสนับสนุนทั้งด้านการเงินและด้านวิชาการสำหรับการดำเนินงานตามแผนงาน
- ให้การสนับสนุนทางวิชาการในการดำเนินงานเพื่อบรรลุเป้าหมายระดับโลกด้านโรคไม่ติดต่อทั้ง 9 เป้าหมาย
- สนับสนุนการประสานงานระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วน และเสริมสร้างกลไกการกำกับดูแลร่วมกับภาคีของสหประชาชาติ
- จัดให้มีการหารือทางวิชาการเพื่อการพัฒนา นโยบาย และสนับสนุนแนวทาง “ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ” (Health in All Policies)
- สนับสนุนการจัดทำและเผยแพร่ข้อมูล เพื่อส่งเสริมการพัฒนา นโยบายโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์
- การส่งเสริมผู้เชี่ยวชาญไทยให้มีบทบาทในการเคลื่อนไหวเรื่องโรคไม่ติดต่อในระดับโลก

3.2.5 ความปลอดภัยทางถนน

การประเมินสถานการณ์

จากรายงานสถานการณ์โลกด้านความปลอดภัยทางถนนฉบับที่สาม (Third Global Report on Road Safety) ประเทศไทยมีอัตราการเสียชีวิตจากการชนบนถนนสูงเป็นอันดับสองของโลก ผู้ใช้ถนนที่มีความเสี่ยง ได้แก่ ผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ คนเดินถนน และผู้ใช้จักรยาน ซึ่งรวมเป็นร้อยละ 83 ของผู้เสียชีวิต ในขณะที่ประเทศไทยเป็นผู้ลงนามในทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน (Decade of Action for Road Safety) และมีแผนงานระดับประเทศ กระนั้น อัตราการเสียชีวิตจากการชนบนถนนลดลงเพียงเล็กน้อย จาก 38.1 ราย ต่อ 100,000 ราย ในรายงานสถานการณ์โลกด้านความปลอดภัยทางถนนฉบับที่สอง (พ.ศ. 2556) เป็น 36.2 ราย ในรายงานฉบับที่สาม (พ.ศ. 2558)

ความปลอดภัยทางถนน	
ประเด็นสำคัญ	<ol style="list-style-type: none"> (1) ความรับผิดชอบในการส่งเสริมความปลอดภัยทางถนนขึ้นอยู่กับหลายหน่วยงาน ทำให้เกิดการบริหารจัดการที่กระจัดกระจายและการประสานงานที่ยังขาดประสิทธิภาพ คณะอนุกรรมการบางคณะที่ตั้งขึ้นตามห้าปัจจัยความเสี่ยงมีการประชุมอย่างไม่สม่ำเสมอ (2) ระบบข้อมูลการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทยมีความกระจัดกระจาย มีแหล่งข้อมูลมากเกินไปซึ่งมีวัตถุประสงค์และการนำไปใช้ต่างกัน ส่งผลกระทบต่อความน่าเชื่อถือของรายงานของประเทศไทย (3) รายงานสถานการณ์โลกด้านความปลอดภัยทางถนนฉบับที่สาม ระบุถึงช่องว่างในการออกกฎหมายและการบังคับใช้ เช่น อัตราความเร็วของการขับขึ้นในเขตเมืองที่ 80 กม./ชม. นั้นสูงเกินไป และไม่มีกฎหมายบังคับให้คาดเข็มขัดนิรภัยสำหรับผู้โดยสารในรถยนต์เบาะหลัง (4) การบังคับใช้กฎหมายในภาพรวมยังไม่เคร่งครัดเพียงพอ
งานที่มุ่งเน้น	<ol style="list-style-type: none"> (1) เสริมสร้างการจัดการความปลอดภัยทางถนนและการประสานงานของหน่วยงานต่างๆ (2) ปรับปรุงระบบข้อมูลอุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทย (3) ปรับปรุงกฎหมายและการบังคับใช้
สิ่งส่งมอบจาก CCS	<ol style="list-style-type: none"> (1) การประสานงานและการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ โดยการปรับโครงสร้างศูนย์อำนวยความสะดวกความปลอดภัยทางถนน (Road Safety Directing Centre) ให้เป็นหน่วยงานของรัฐที่มีความสามารถในการดำเนินการด้านความปลอดภัยทางถนนในประเทศไทยเพื่อไปสู่วิสัยทัศน์ศูนย์ความเป็นศูนย์ (Vision Zero) (2) ความเป็นเลิศด้านการบูรณาการข้อมูลความปลอดภัยทางถนนโดยการวิเคราะห์ที่ทันสมัยทั่วทั้งที่ เพื่อเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการสนับสนุนให้เกิดการลงทุนในกิจกรรมด้านความปลอดภัยทางถนน คุณภาพของข้อมูลจะดีขึ้นในระดับที่องค์การอนามัยโลกไม่จำเป็นต้องประมาณการอัตราการเสียชีวิตสำหรับรายงานสถานการณ์โลกด้านความปลอดภัยทางถนนฉบับถัดไปในปีพ.ศ. 2562 โดยสามารถใช้ข้อมูลที่ได้รับมาจากประเทศไทยได้ (3) กฎหมายด้านความปลอดภัยทางถนนเป็นไปตามหลักปฏิบัติสากลที่ดีที่สุดสำหรับปัจจัยเสี่ยงทุกด้าน และปรับปรุงการบังคับใช้ เพื่อนำไปสู่พฤติกรรมการใช้ถนนที่ปลอดภัยยิ่งขึ้น ลดการชนบนถนนและอัตราการเสียชีวิต
ผลกระทบ	ลดการบาดเจ็บและอัตราการเสียชีวิตจากการชนบนถนน
หน่วยงานรับผิดชอบหลัก	สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ / โรงพยาบาลขอนแก่น

องค์การอนามัยโลกจะมีส่วนร่วมและเพิ่มเสริมคุณค่าโดย:

- องค์การอนามัยโลกจะทำงานร่วมกับศูนย์อำนวยความสะดวกความปลอดภัยทางถนน เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการประสานความร่วมมือด้านความปลอดภัยทางถนนในระดับชาติ นอกเหนือจากการกระตุ้นการทำงานร่วมกันระหว่างผู้ปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยทางถนนจากองค์กรพัฒนาเอกชน เพื่อการผนึกกำลังในการดำเนินงาน
- องค์การอนามัยโลกจะสนับสนุนสำนักโรคไม่ติดต่อ เพื่อพัฒนาระบบข้อมูลที่ครบวงจรของประเทศที่ได้ดำเนินการพัฒนาในโครงการที่ผ่านมาของ CCS ต่อไป โดยการปรับปรุงคู่มือการรวมข้อมูลและการฝึกอบรมพนักงานที่รับผิดชอบในการรายงานข้อมูลการจราจร เพื่อให้มั่นใจในการดำเนินงานทั้งในระดับประเทศและระดับจังหวัด
- องค์การอนามัยโลกจะส่งเสริมต่อยอดงานที่ได้รับการสนับสนุนโครงการบลูมเบิร์กเพื่อความปลอดภัยทางถนนโลก ในการพัฒนากฎหมายด้านความปลอดภัยทางถนน โดยผ่านคณะทำงานเพื่อทบทวนกฎหมายด้านความปลอดภัยทางถนน (Working Group to Review Road Safety Legislation) และโครงการพัฒนากฎหมาย (Legal Development Programme) ซึ่งจะทำความคุ้นเคยกับงานด้านเครือข่ายสื่อมวลชนด้านความปลอดภัยทางถนน (Road Safety Journalism Fellowship Program)

ทั้งนี้ ได้มีการตรวจสอบยืนยันความเหมาะสมสอดคล้องของงานที่มุ่งเน้น กับประเด็นสำคัญของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ (NHPSP) ผลลัพธ์ของแผนงานทั่วไปขององค์การอนามัยโลก (GPW) เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ของประเทศ ผลการดำเนินงานของกรอบความร่วมมือหุ้นส่วนระหว่างไทยกับสหประชาชาติ (UNPAF) และแผนงานสำคัญของผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลก สำนักงานภูมิภาคเอเชียใต้และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (SEARO) ตามที่ได้แสดงไว้ในตารางที่ 3

ตารางที่ 3: ตารางการตรวจสอบยืนยันความเหมาะสมของงานที่มุ่งเน้นใน CCS 2017-2021
แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ (NHPSP) แผนงานทั่วไป (GPW) เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs)
กรอบความร่วมมือหุ้นส่วนระหว่างไทยกับสหประชาชาติ (UNPAF) และแผนงานหลักของผู้อำนวยความสะดวกอาเซียนใต้
องค์การอนามัยโลก (SEARO) (RD's Flagship Areas)

กลยุทธ์ของ CCS (แผนงานสำคัญ)	งานที่ CCS มุ่งเน้น	ประเด็นสำคัญในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ (NHPSP) ³³	เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ของประเทศ	ผลลัพธ์ของแผนงานทั่วไป (GPW)	ผลการดำเนินงานของส่วนระหว่างไทยกับสหประชาชาติ (UNPAF)	แผนงานหลักของผู้อำนวยความสะดวก SEARO (RD's Flagship Areas)
1. การต่อต้านจุลชีพ	1.1 เสริมสร้างขีดความสามารถของบุคคลและสถาบัน (รวมถึงความสามารถในการศึกษาวิจัย) เพื่อการปฏิบัติตามแผนยุทธศาสตร์การจัดการต่อต้านจุลชีพ (NSP-AMR) ที่มีประสิทธิภาพ	2. สร้างความมั่นใจว่าระบบสุขภาพเชิงรุกสามารถสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้คนทุกกลุ่มอายุ อีกทั้งนำไปสู่การป้องกันโรคและความเสียหายมีประสิทธิภาพ	-	-	1. ร่วมมือกันในระดับชาติ และระดับท้องถิ่น เพื่อให้มีระบบ โครงสร้าง และกระบวนการสำหรับการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ กว้างขวาง และเท่าเทียม	5. แก้ปัญหาการต่อต้านจุลชีพ
	1.2 ค้นหาและเผยแพร่หลักฐานเชิงประจักษ์ให้กับหน่วยงานที่ดำเนินการ NSP-AMR ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพ	2. สร้างความมั่นใจว่าระบบสุขภาพเชิงรุกสามารถสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้คนทุกกลุ่มอายุ อีกทั้งนำไปสู่การป้องกันโรคและความเสียหายมีประสิทธิภาพ	-	เพิ่มการเข้าถึงและการใช้ยาและเทคโนโลยีด้านสุขภาพที่มีคุณภาพปลอดภัย มีประสิทธิภาพ	1. ร่วมมือกันในระดับชาติ และระดับท้องถิ่น เพื่อให้มีระบบ โครงสร้าง และกระบวนการสำหรับการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ กว้างขวาง และเท่าเทียม	5. แก้ปัญหาการต่อต้านจุลชีพ

33 สำหรับนโยบายยุทธศาสตร์ชาติและแผนระดับชาติ การตรวจสอบยืนยันความเหมาะสมอ้างอิงจากแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติที่ 12 พ.ศ. 2560 – 2064 (ภาคผนวก 1) และกรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทยของกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงการต่างประเทศ

กลยุทธ์ของ CCS (แผนงานนำสำคัญ)	งานที่ CCS มุ่งเน้น	ประเด็นสำคัญในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ (NHPSP) ³³	เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ของประเทศ	ผลลัพธ์ของแผนงานทั่วไป (GPW)	ผลการดำเนินงานของส่วนระหว่างไทยกับสหประชาชาติ (UNPAF)	แผนงานหลักของผู้อำนวยการ SEARO (RD's Flagship Areas)
	1-3 เสริมสร้างแนวทางการติดตามและประเมินผล ที่มีอยู่และพัฒนากรอบการดำเนินงานที่จำเป็นอื่น ๆ ตามสมควร	2. สร้างความมั่นใจว่าระบบสุขภาพเชิงรุกสามารถสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้คนทุกกลุ่มอายุ อีกทั้งนำไปสู่การป้องกันโรคและความเสียหายอย่างมีประสิทธิภาพ	-	-	1. ร่วมมือกันในระดับชาติและระดับท้องถิ่น เพื่อให้มีระบบ โครงสร้าง และกระบวนการสำหรับพัฒนา นโยบายและการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ กว้างขวาง และเท่าเทียม	5. แก้ปัญหาการต่อต้านจุลชีพ
2. การทูตด้านสุขภาพโลก	2.1 จัดการความท้าทายที่สำคัญด้านสุขภาพโลกที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชากรอย่างมีประสิทธิภาพ	6. ส่งเสริมการเป็นผู้นำของประเทศไทยให้มีบทบาทในประเด็นสุขภาพโลก (GH) และความรับผิดชอบต่อร่วมกันกับประชาคมโลก (จากการรอบยูทอศาสตร์สุขภาพโลก)	-	การเชื่อมโยงกันมากขึ้นด้านสุขภาพโลกที่มี WHO เป็นผู้นำในการทำให้ผู้ดำเนินการที่โลกหลายส่วนร่วมมือกันเพิ่มขึ้น และมีประสิทธิภาพในการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน	4. ร่วมมือกันในระดับประเทศและระดับจังหวัด เพื่อให้มีระบบ โครงสร้าง และกระบวนการต่าง ๆ เพื่อขยายการแลกเปลี่ยน ความเชี่ยวชาญและ เทคโนโลยีที่มีอยู่ในระดับภูมิภาค/โลก เพื่อสนับสนุนพัฒนาการทางสังคม การเมือง และเศรษฐกิจ	-

กลยุทธ์ของ CCS (แผนงานสำคัญ)	งานที่ CCS มุ่งเน้น	ประเด็นสำคัญในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ (NHPSP) ³³	เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ของประเทศ	ผลลัพธ์ของแผนงานทั่วไป (GPW)	ผลการดำเนินงานของกรอบความร่วมมือหุ้นส่วนระหว่างไทยกับสหประชาชาติ (UNPAF)	แผนงานหลักของผู้บริหาร SEARO (RD's Flagship Areas)
	<p>2.2 พัฒนาระบบการเจรจาที่อ้างอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อความสอดคล้องของนโยบายการค้าและนโยบายสุขภาพ นำไปสู่ผลลัพธ์เชิงบวกต่อสุขภาพ</p>	-	<p>สนับสนุนการวิจัยและการพัฒนาวัคซีนและยาสำหรับโรคติดต่อและไม่ติดต่อที่ส่งผลกระทบต่อประเทศกำลังพัฒนาให้มีการเข้าถึงยาและวัคซีนจำเป็นในราคาที่สามารถซื้อหาได้ ตามปฏิญญาโดฮา ความตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาเกี่ยวกับการค้าและการสาธารณสุข (Doha Declaration on the TRIPS Agreement) ซึ่งเน้นย้ำสิทธิสำหรับประเทศกำลังพัฒนาที่จะใช้ทบทบัญญัติในความตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวข้องกับการค้าอย่างเต็มที่ในเรื่องการยอมรับที่จะปกป้องสุขภาพสาธารณะ โดยเฉพาะการเข้าถึงยาโดยถ้วนหน้า</p>	<p>การเชื่อมโยงกันมากขึ้น ด้านสุขภาพโลกที่มี WHO เป็นผู้นำในการทำให้ผู้ดำเนินการที่หลากหลายและมีประสิทธิภาพในการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน</p>	-	-

กลยุทธ์ของ CCS (แผนงานสำคัญ)	งานที่ CCS มุ่งเน้น	ประเด็นสำคัญในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ (NHPSP) ³³	เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ของประเทศ	ผลลัพธ์ของแผนงานทั่วไป (GPW)	ผลการดำเนินงานของส่วนระหว่างไทยกับสหประชาชาติ (UNPAF)	แผนงานหลักของผู้อำนวยการ SEARO (RD's Flagship Areas)
3. สุขภาพของประชากรย้ายถิ่น	<p>3.1 ระบุ และ/หรือ สร้าง ข้อมูลเชิงกลยุทธ์เกี่ยวกับ ข้อมูลสุขภาพของ ประชากรในพื้นที่เขต ชายแดนและประชากร ย้ายถิ่นเพื่อสนับสนุนการ จัดทำนโยบายที่อ้างอิง หลักฐานเชิงประจักษ์</p> <p>3.2 เสริมสร้างขีดความสามารถของปัจเจกและสถาบัน ตลอดจนความ เป็นหุ้นส่วนในระดับ ประเทศและระหว่าง ประเทศเพื่องานสุขภาพ บริเวณชายแดนและ สุขภาพของประชากรย้าย ถิ่น</p>	-	1.6.9 ให้สถานะตัวตนตาม กฎหมายสำหรับทุกคน รวมถึงการลงทะเบียนเกิด	ทุกประเทศมีระบบการลงทะเบียนราษฎรและสถิติที่สำคัญอย่างเหมาะสม	<p>1. ร่วมมือกันในระดับชาติ และระดับท้องถิ่น เพื่อให้มี ระบบ โครงสร้าง และ กระบวนการสำหรับพัฒนา นโยบายและการดำเนินงาน ที่มีประสิทธิภาพ กว้าง ขวาง และเท่าเทียม</p>	-
	<p>3.2 เสริมสร้างขีดความสามารถของปัจเจกและสถาบัน ตลอดจนความ เป็นหุ้นส่วนในระดับ ประเทศและระหว่าง ประเทศเพื่องานสุขภาพ บริเวณชายแดนและ สุขภาพของประชากรย้าย ถิ่น</p>	3. เพิ่มขีดความสามารถในการให้บริการในทุกระดับ เพื่อให้การเข้าถึงสะดวก และเหมาะสม	-	-	<p>3. ร่วมมือกันในระดับชาติ และระดับท้องถิ่น เพื่อให้มี ระบบ โครงสร้าง และ กระบวนการสำหรับพัฒนา นโยบายและการดำเนินงาน ที่มีประสิทธิภาพ กว้าง ขวาง และเท่าเทียม</p>	-

กลยุทธ์ของ CCS (แผนงานสำคัญ)	งานที่ CCS มุ่งเน้น	ประเด็นสำคัญในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ (NHPSP) ³³	เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ของประเทศ	ผลลัพธ์ของแผนงานทั่วไป (GPW)	ผลการดำเนินงานของส่วนระหว่างไทยกับสหประชาชาติ (UNPAF)	แผนงานหลักของผู้อำนวยการ SEARO (RD's Flagship Areas)
	3.3 กักหนัดและขยาย/ปรับปรุงการเข้าถึงบริการสาธารณสุขสำหรับชายแดนและประชากรย้ายถิ่น	3. เพิ่มขีดความสามารถในการให้บริการในทุกระดับ เพื่อให้การเข้าถึงสะดวกและเหมาะสม	3.8 บรรลุการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	ทุกประเทศมีนโยบายยุทธศาสตร์ และแผนงานด้านสุขภาพที่เน้นการมุ่งสู่การมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	-	4. หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
4. การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCDs)	4.1 การควบคุมการบริโภคยาสูบ	1.5 ลดอัตราการเสียชีวิตจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (ลด ร้อยละ 25 จากปี พ.ศ. 2559)	3.a: เสริมการดำเนินงานของการอนุสัญญาขององค์การอนามัยโลกด้วยการควบคุมยาสูบในทุกประเทศตามความเหมาะสม	เพิ่มการเข้าถึงมาตรการการป้องกัน และการจัดการกับโรคไม่ติดต่อ และปัจจัยเสี่ยงต่างๆ	-	2. ควบคุมโรคไม่ติดต่อได้สำเร็จ
	4.2 การค้นหาผู้ป่วยในระยะแรก การป้องกัน และควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือด (ความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน)	1.5 ลดอัตราการเสียชีวิตจากโรค NCDs (ลด ร้อยละ 25 จากปี พ.ศ. 2559)	3.4: ลดการตายก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อให้ลดลงหนึ่งในสาม ผ่านทางการป้องกันและการรักษาโรค และสนับสนุนสุขภาพจิตและความเป็นอยู่ที่ดี ภายในปี 2573	เพิ่มการเข้าถึงมาตรการการป้องกัน และการจัดการกับโรคไม่ติดต่อ และปัจจัยเสี่ยงต่างๆ	-	2. ควบคุมโรคไม่ติดต่อได้สำเร็จ

กลยุทธ์ของ CCS (แผนงานสำคัญ)	งานที่ CCS มุ่งเน้น	ประเด็นสำคัญในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ (NHPSP) ³³	เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ของประเทศ	ผลลัพธ์ของแผนงานทั่วไป (GPW)	ผลการดำเนินงานของส่วนระหว่างไทยกับสหประชาชาติ (UNPAF)	แผนงานหลักของผู้อำนวยความสะดวก SEARO (RD's Flagship Areas)
	4.3 การลดโรคอ้วนในเด็ก	1.5 ลดอัตราการเสียชีวิตจากโรค NCDs (ลดลงร้อยละ 25 จากปี พ.ศ. 2559)	3.4: ลดการตายก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อให้ลดลงหนึ่งในสาม ผ่านทางการป้องกันและการรักษาโรค และสนับสนุนสุขภาพจิตและความเป็นอยู่ที่ดี ภายในปี 2573	เพิ่มการเข้าถึงมาตรการการป้องกัน และการจัดการกับโรคไม่ติดต่อ และปัจจัยเสี่ยงต่างๆ	-	2. ควบคุมโรคไม่ติดต่อได้สำเร็จ
5. ความปลอดภัยทางถนน	5.1 เสริมสร้างการจัดการความปลอดภัยทางถนน และการประสานงานของหน่วยงานต่างๆ	1.4 การเสียชีวิตจากการชนบนถนน (<16 คน / ประชากร 100,000 คน)	3.6 ลดจำนวนการเสียชีวิตและบาดเจ็บทางถนนทั่วโลกครึ่งหนึ่ง ภายในปี 2563	ลดปัจจัยเสี่ยงด้านความปลอดภัยและการบาดเจ็บ โดยการเน้นเรื่องความปลอดภัยทางถนน การบาดเจ็บของเด็ก รวมทั้งความรุนแรงต่อเด็ก สตรี และเยาวชน	1.1. ร่วมมือกันในระดับประเทศและระดับจังหวัด เพื่อให้มีระบบ โครงสร้าง และกระบวนการสำหรับพัฒนานโยบายและการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ กว้างขวาง และเท่าเทียม	-

กลยุทธ์ของ CCS (แผนงานสำคัญ)	งานที่ CCS มุ่งเน้น	ประเด็นสำคัญในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ (NHPSP) ³³	เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ของประเทศ	ผลลัพธ์ของแผนงานทั่วไป (GPW)	ผลการดำเนินงานของส่วนระหว่างไทยกับสหประชาชาติ (UNPAF)	แผนงานหลักของผู้อำนวยการ SEARO (RD's Flagship Areas)
	5.2 ปรับปรุงระบบข้อมูลการตรวจของประเทศไทย	4.2 ปรับปรุงระบบสนับสนุนการให้บริการสุขภาพ ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ ระบบการเงินและระบบยาและเทคโนโลยีเพื่อสุขภาพ	3.6 ลดจำนวนการเสียชีวิตและบาดเจ็บทางถนนทั่วโลกครึ่งหนึ่ง ภายในปี 2563	ลดปัจจัยเสี่ยงด้านความรุนแรงและการบาดเจ็บ โดยการเน้นเรื่องความปลอดภัยของถนน การบาดเจ็บของเด็ก รวมทั้งความรู้แรงต่อเด็ก สตรี และเยาวชน	1.1. ร่วมมือกันในระดับประเทศและระดับจังหวัด เพื่อให้มีระบบ โครงสร้าง และกระบวนกรสำหรับพัฒนานโยบายและการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ กว้างขวาง และเท่าเทียม	-
	5.3 ปรับปรุงกฎหมายและการบังคับใช้	1.4 การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน (<16 คน / ประชากร 100,000 คน)	3.6 ลดจำนวนการเสียชีวิตและบาดเจ็บทางถนนทั่วโลกครึ่งหนึ่ง ภายในปี 2563	ลดปัจจัยเสี่ยงด้านความรุนแรงและการบาดเจ็บ โดยการเน้นเรื่องความปลอดภัยของถนน การบาดเจ็บของเด็ก รวมทั้งความรู้แรงต่อเด็ก สตรี และเยาวชน	1.1. ร่วมมือกันในระดับประเทศและระดับจังหวัด เพื่อให้มีระบบ โครงสร้าง และกระบวนกรสำหรับพัฒนานโยบายและการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ กว้างขวาง และเท่าเทียม	-

นอกจากแผนงานที่สำคัญข้างต้น องค์การอนามัยโลกก็ยังคงดำเนินการรับมือกับความท้าทายด้านสาธารณสุขอื่นๆ ซึ่งรวมถึงปัญหาใหม่ๆ ตลอดจนปัญหาที่ต้องการการจัดการอย่างต่อเนื่อง ได้แก่

- การปฏิบัติตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ (IHR)
- ผลกระทบด้านสุขภาพจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ
- อนามัยสิ่งแวดล้อม (คุณภาพอากาศ คุณภาพน้ำ ความปลอดภัยทางเคมี ได้แก่ แร่ใยหิน ตะกั่ว สารปรอท และสารกำจัดศัตรูพืช)
- การควบคุมวัณโรค
- การกำจัดโรคไข้มาลาเรีย
- การป้องกันและดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี (รวมถึงการลดอันตราย)
- การลดการตั้งครกในวัยรุ่น
- การป้องกันการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย

องค์การอนามัยโลกจะยังคงมุ่งมั่นในการทำหน้าที่ยังเป็นบรรทัดฐานขององค์กร ไม่เพียงแต่การเผยแพร่มาตรฐานและแนวปฏิบัติ แต่ยังสนับสนุนการนำไปประยุกต์ใช้ของรัฐบาลและภาคีหลักด้วย ซึ่งจำเป็นต้องมีการสร้างและรักษาสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการแบ่งปันและการใช้องค์ความรู้อย่างมีประสิทธิภาพ

ประเทศไทยมีบทบาทสำคัญในการเจรจानโยบายสุขภาพโลก และมีส่วนร่วมในการเป็นผู้เชี่ยวชาญและแบ่งปันองค์ความรู้จากประสบการณ์ในการพัฒนาระบบสุขภาพไปยังนานาประเทศและหน่วยงานระหว่างประเทศอื่นๆ ประเทศไทยพัฒนาขีดความสามารถอย่างมากในประเด็นด้านสุขภาพที่มีความสำคัญระดับนานาชาติ นอกจากนี้ ยังมีบทบาทในการประชุมคณะกรรมการบริหารขององค์การอนามัยโลกและเป็นในเวทีด้านสุขภาพโลกอีกมากมาย ซึ่งองค์การอนามัยโลกจะมุ่งมั่นสนับสนุนและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประเทศไทยในกิจกรรมด้านสุขภาพในเวทีระหว่างประเทศต่อไป

การดำเนินการตามยุทธศาสตร์

ยุทธศาสตร์ความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทยและองค์การอนามัยโลก (Country Cooperation Strategy: CCS) ปี พ.ศ. 2560-2564 พัฒนามาจากนวัตกรรมที่ริเริ่มใน CCS 2012-2016 มีการคัดเลือกและพัฒนาแผนงานสำคัญจำนวนหนึ่ง ผ่านกระบวนการปรึกษาหารืออย่างถี่ถ้วนกับภาคีของรัฐบาล การมุ่งเน้นไปที่ประเด็นสำคัญเพียงไม่กี่ประการที่องค์การอนามัยโลกมีข้อได้เปรียบเชิงเปรียบเทียบทำให้ CCS 2012-2016 ประสบความสำเร็จในการเสริมสร้างความเชื่อมโยง ประสิทธิภาพ และผลกระทบ อีกทั้งช่วยให้การดำเนินการ การติดตามและประเมินผล ทำได้ง่ายขึ้น

รายชื่อภาคีที่เกี่ยวข้องในการจัดทำ CCS 2017-2021 แสดงไว้ในภาคผนวก 3

เมื่อวันที่ 3 พฤศจิกายน พ.ศ. 2560 กระทรวงสาธารณสุขได้มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการบริหาร CCS พร้อมทั้งกรรมการ³⁴ โดยมีประธานร่วมคือปลัดกระทรวงสาธารณสุขและผู้แทนองค์การอนามัยโลกในประเทศไทย กรรมการอื่นๆ ได้แก่ อธิบดีจากแปดกรมในกระทรวงสาธารณสุข และเลขาธิการหรือกรรมการของสถาบันและองค์กรอื่นๆ อีก 16 แห่ง ที่เป็นพันธมิตรหรือร่วมงานกับกระทรวงสาธารณสุข (ดูภาคผนวก 2 และ 3) การมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวางในระดับนโยบายนี้จะช่วยให้นโยบายของแผนงานสำคัญใน CCS มีความสอดคล้องและยั่งยืน

อนึ่ง ความรับผิดชอบของคณะกรรมการบริหาร กำหนดไว้ดังนี้

- (1) กำหนดนโยบายและทิศทางในการดำเนินงานความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทยกับองค์การอนามัยโลกให้สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและความต้องการของประเทศ
- (2) พิจารณานุมัติแผนและงบประมาณ และกำกับดูแลการดำเนินงานภายใต้แผนงานต่างๆ
- (3) พิจารณาคัดเลือกประเด็นหรือปัญหาทางด้านสุขภาพอื่นๆ ที่สำคัญและสอดคล้องกับความต้องการของประเทศเพื่อกำหนดเป็นแผนงานเพิ่มเติม
- (4) จัดให้มีการประเมินแผนงานที่ได้มีการดำเนินงานไปแล้วโดยให้เป็นการประเมินแบบอิสระ (independent evaluation)
- (5) รายงานผลการประชุมคณะกรรมการชุดนี้ต่อคณะกรรมการนโยบายทางด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ โดยมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน
- (6) แต่งตั้งคณะอนุกรรมการตามความเหมาะสม
- (7) ดำเนินการอื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

34 กระทรวงสาธารณสุข “แต่งตั้งคณะกรรมการบริหารของความร่วมมือ WHO-Rtg - คำสั่งของกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 1926/2559 [คำแปลอย่างไม่เป็นทางการ]” (กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข รัฐบาลไทย 2559)

คณะกรรมการบริหารจะรับรองและลงนามใน CCS 2017-2021 โดยมีคณะกรรมการกำกับทิศภายใต้คณะกรรมการบริหาร เป็นผู้ให้คำแนะนำด้านการติดตามและประเมินผลตามแผนงานทั้งหมด รวมทั้งให้ความช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหา ประชาน คณะอนุกรรมการแผนงานต่างๆ จะเป็นสมาชิกของคณะกรรมการกำกับทิศนี้

สำหรับแต่ละแผนงานในจำนวนแผนงานสำคัญทั้งหมด 5 โครงการ (และโครงการย่อยด้านการค้าระหว่างประเทศและสุขภาพ (ITH)) จะมีการจัดตั้งคณะอนุกรรมการกำกับทิศขึ้นเพื่อกำกับดูแลผู้จัดการแผนงานและการดำเนินการของแผนงาน คณะอนุกรรมการเหล่านี้มีสมาชิก 19-27 คน ที่มาจากองค์กรภาคีรัฐหลายแห่งและเป็นผู้เชี่ยวชาญในการทำงานของแผนงาน เหล่านั้น ทั้งนี้ ความรับผิดชอบของคณะอนุกรรมการกำกับทิศแผนงาน มีดังนี้

- (1) กำกับดูแลและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดำเนินงานภายใต้แผนงาน
- (2) ติดตามความก้าวหน้าและผลสัมฤทธิ์ของแผนงาน
- (3) ให้คำแนะนำในการปรับปรุงการดำเนินงานและเพิ่มผลสัมฤทธิ์ของแผนงาน
- (4) ดำเนินการอื่นๆ ตามที่คณะกรรมการบริหารความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทยกับองค์การอนามัยโลกมอบหมาย

การติดตามและประเมินผล

5.1 การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลยุทธศาสตร์ความร่วมมือระหว่างรัฐบาลกับองค์การอนามัยโลก (Country Cooperation Strategy: CCS) พ.ศ. 2560-2564

โครงสร้างการกำกับดูแล CCS ของไทยช่วยให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่มมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องในการติดตามและประเมินผล

5.2 กำหนดเวลา

การดำเนินการติดตามภายในเป็นกระบวนการต่อเนื่อง ดังคำอธิบายในส่วนที่ 5.3

การประเมินผลอย่างเป็นทางการจะดำเนินการเมื่อแผนงานดำเนินไปได้ครึ่งทาง (mid-point) และเมื่อสิ้นสุดแผนงาน

5.3 วิธีการประเมินผล^{35, 36}

5.3.1 การติดตามอย่างต่อเนื่อง

การติดตามอย่างต่อเนื่องเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการกำกับดูแล CCS 2017-2021 (ดูบทที่ 4) ซึ่งเป็นการติดตามการดำเนินแผนงานในขณะที่ปฏิบัติงานจริงโดยคณะกรรมการทั้งห้าคณะ ซึ่งมีองค์การอนามัยโลกร่วมเป็นอนุกรรมการในทุกคณะกรรมการติดตามและแก้ไขปัญหาเพิ่มเติมทำโดยคณะกรรมการกำกับทิศ และเนื่องจากประธานคณะกรรมการทุกคนเป็นสมาชิกของคณะกรรมการกำกับทิศ จึงสามารถระบุและประเมินปัญหาเชิงระบบ/ปัญหาที่คาบเกี่ยวระหว่างแผนงานได้ ทั้งนี้ คณะกรรมการกำกับทิศจะรายงานต่อคณะกรรมการบริหารซึ่งมีองค์การอนามัยโลกร่วมเป็นประธาน (ดูภาคผนวก 2) โดยการปรับแผนงานเชิงนโยบายจะทำได้ในระดับนี้

35 World Health Organization. WHO evaluation practice handbook. Geneva, 2013. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/96311/1/9789241548687_eng.pdf - accessed 12 May 2017.

36 Multilateral Organisation Performance Assessment Network MOPAN 3.0. <http://www.mopanonline.org/genericpages/mopan30methodologydigestmanual.htm> - - accessed 12 May 2017.

การติดตามอย่างต่อเนื่องโดยสำนักงานองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย (WCO) จะเป็นผู้ดูแลให้แผนงานสำคัญของ CCS และประเด็นยุทธศาสตร์หลักถูกสะท้อนอยู่ในแผนการทำงานระยะสองปีขององค์การอนามัยโลก รวมถึงแนวทางในการดำเนินงานตามแผนงานสำคัญและยุทธศาสตร์ดังกล่าว รวมทั้งจัดการให้บุคลากรหลักของ WCO มีสมรรถนะหลักที่เหมาะสมในการส่งมอบผลงานในประเด็นยุทธศาสตร์หลักเหล่านี้ การติดตามอย่างต่อเนื่องเป็นระบบเดือนล่วงหน้าที่จะชี้ประเด็นให้ผู้แทนองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย (WR) พิจารณาปรับแผนการทำงานระยะสองปี ปรับการจัดสรรทรัพยากรบุคคลของ WCO ตามสมควร หรือแสวงหาการสนับสนุนด้านวิชาการเพิ่มเติมผ่านกลไกการว่าจ้างตามสัญญา จากสำนักงานภูมิภาค หรือสำนักงานใหญ่

5.3.2 การประเมินผลในระยะกลาง

การประเมินผลในระยะกลางจะเน้นที่ความคืบหน้าและอุปสรรคในระดับการดำเนินงานตามประเด็นหลัก ผลการประเมินจะช่วยให้สามารถปรับปรุงแก้ไขแผนงานในช่วงกลางการดำเนินงานได้หากจำเป็น นอกจากนี้ ในกรณีที่มีเหตุฉุกเฉินหรือเหตุการณ์สำคัญอื่นๆ ในประเทศ ก็อาจทำให้ต้องมีการทบทวน CCS 2017-2021 ได้

5.3.3 การประเมินผลขั้นสุดท้าย

การประเมินขั้นสุดท้ายจะทำเพื่อประเมินความเหมาะสม ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และผลลัพธ์ของแผนงาน โดยใช้เกณฑ์มาตรฐานการประเมินผลมาอ้างอิง นอกจากนี้ ยังจะประเมินผลสำเร็จของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ตลอดจนเป้าประสงค์และเป้าหมายอื่นๆ ที่เชื่อมโยงกับ CCS (ดูตารางที่ 3) ในขั้นนี้ด้วย โดยความสำเร็จและอุปสรรคสำคัญจะถูกระบุและจัดทำเป็นคำแนะนำสำหรับ CCS รอบต่อไป

การประเมินขั้นสุดท้ายจะวัดด้วยว่างานในแผนงานสำคัญของ CCS 2017-2021 ถูกนำไปใช้หรือมีส่วนช่วยกำหนดแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ (NHPS) ครอบคลุมความช่วยเหลือด้านการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ ตลอดจนการทำงานในประเทศของภาคีด้านการพัฒนาอื่นๆ ให้สามารถบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ได้มากน้อยเพียงใด

ภาคผนวก 1

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560-2564

คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12 กระทรวงสาธารณสุข

บทสรุปผู้บริหาร

หลักการและเหตุผล

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560-2564 อยู่ภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 เป็นแผนงานระยะ 5 ปี และเป็นกลไกเชื่อมต่อเป้าหมายยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 ด้านสุขภาพ

วิสัยทัศน์

ระบบสุขภาพไทยเข้มแข็ง เป็นเอกภาพ เพื่อคนไทยสุขภาพดี สร้างประเทศให้มั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน

พันธกิจ

เสริมสร้าง สนับสนุน และประสานให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน นักวิชาการ และภาคประชาสังคม ในการอภิบาลและพัฒนาระบบสุขภาพไทยให้เข้มแข็ง รองรับกับบริบทและการเปลี่ยนแปลงในอนาคต

เป้าประสงค์

1. ประชาชน ชุมชน ท้องถิ่น และภาคีเครือข่าย มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น ส่งผลให้การเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากโรคที่ป้องกันได้ลดลง
2. คนไทยทุกกลุ่มวัยมีสุขภาพที่ดี ลดการตายก่อนวัยอันควร
3. เพิ่มขีดความสามารถของระบบบริการสุขภาพทุกระดับ ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวกและเหมาะสม
4. มีบุคลากรด้านสุขภาพที่ดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม
5. มีกลไกในการอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล

เป้าหมายและตัวชี้วัดภาพรวม

1. อัตราการตายจากโรคที่สำคัญ (มะเร็งตับ หลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง) ลดลงร้อยละ 5 จากค่าเฉลี่ยของปี 2557 2558 และ 2559
2. ความพึงพอใจของผู้รับบริการสุขภาพ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90)
3. ความพึงพอใจของผู้ให้บริการสุขภาพ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90)
4. รายจ่ายด้านสุขภาพต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (ไม่เกินร้อยละ 5)
5. มีกลไกที่สามารถสร้างความเป็นเอกภาพด้านสุขภาพอย่างยั่งยืน

ตารางที่ 4 : ยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพ 4 ประการ

วัตถุประสงค์	เป้าหมายและตัวชี้วัด	มาตรการและแนวทางพัฒนา
ยุทธศาสตร์ที่ 1: เร่งส่งเสริมสุขภาพคนไทยเชิงรุก (3P การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และความเป็นเลิศด้านการคุ้มครองผู้บริโภคและสิ่งแวดล้อม)		
<p>1) เพื่อสร้างความเข้มแข็งของบุคคล ชุมชน ประชาชนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคีเครือข่ายภาคประชาชน และภาคประชาสังคมด้านสุขภาพ ให้มีศักยภาพ มีความรู้และทัศนคติที่ถูกต้องด้านสุขภาพ มีการเรียนรู้ มีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพลดลง สามารถช่วยเหลือดูแลตนเองและชุมชน ตลอดจนมีส่วนร่วมในการสร้างและจัดการระบบสุขภาพ</p> <p>2) เพื่อสร้างระบบสุขภาพเชิงรุกที่มุ่งสร้างเสริมให้คนไทยทุกช่วงวัยมีสุขภาพดี มีระบบการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ</p> <p>3) เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่เกิดจากความร่วมมือของครอบครัว ชุมชน และสถานพยาบาล ให้มีความเพียงพอและเหมาะสมต่อการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ</p>	<p>1. ระดับพัฒนาการเด็กไทย (สมวัย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85)</p> <p>2. IQ เฉลี่ยเด็กไทยไม่ต่ำกว่า 100</p> <p>3. EQ เด็กไทยสูงกว่ามาตรฐาน (ร้อยละ 70)</p> <p>4. อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน (ไม่เกิน 16 ราย ต่อประชากร 100,000 ราย)</p> <p>5. อัตราการเสียชีวิตก่อนวัยจากโรค NCD (โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคปอดเรื้อรัง (ลดลงจากปี 2559 ร้อยละ 25)</p> <p>6. อัตราของผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (Healthy Aging) เพิ่มขึ้น (ADL มากกว่า 12 คะแนน)</p> <p>7. อัตราการเจ็บป่วยจากผลิตภัณฑ์สุขภาพและสิ่งแวดล้อม (ลดลงร้อยละ 5 เมื่อเปรียบเทียบกับปี 2559)</p> <p>8. ระดับความรู้เรื่องสุขภาพของคนไทยเพิ่มขึ้น (เพิ่มขึ้นร้อยละ 5)</p> <p>9. พฤติกรรมสุขภาพของคนไทย (เปรียบเทียบกับข้อมูลการสำรวจสุขภาพคนไทยครั้งที่ 5)</p> <p>9.1. อัตราการออกกำลังกาย (เพิ่มขึ้นร้อยละ 5)</p> <p>9.2. อัตราการบริโภคผักและผลไม้ (เพิ่มขึ้นร้อยละ 5)</p> <p>9.3. ความชุกของการสูบบุหรี่และบริโภคแอลกอฮอล์ (ลดลงร้อยละ 5)</p>	<p>1) เสริมสร้างเครือข่ายและภาคี</p> <p>2) พัฒนาระบบการกำหนดนโยบายและออกกฎหมายตามหลัก “ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ” (Health in All Policies)</p> <p>3) สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ</p> <p>4) พัฒนาระบบเพื่อจัดการกับปัจจัยที่กำหนดสุขภาพ</p> <p>5) สร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพอำเภอ</p> <p>6) เสริมสร้างความรู้ความเข้าใจของระบบการคุ้มครองผู้บริโภค</p> <p>7) พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน</p>

วัตถุประสงค์	เป้าหมายและตัวชี้วัด	มาตรการและแนวทางการพัฒนา
ยุทธศาสตร์ที่ 2: สร้างความเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำในระบบบริการสุขภาพ (Services Excellent)		
<p>1. เพื่อสร้างและพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวประจำได้ครบทุกแห่ง</p> <p>2. เพื่อยกระดับขีดความสามารถของหน่วยบริการทุกระดับ</p> <p>3. เพื่อสร้างความเข้มแข็งและความสามารถในการแข่งขันให้กับระบบสุขภาพของประเทศ</p> <p>4. เพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการได้รับบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข</p>	<p>1. ความครอบคลุมของหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCC) ที่มีทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (ร้อยละ 100)</p> <p>2. จำนวนศูนย์แพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะทาง (4 สาขาหลัก โรคมะเร็ง โรคหัวใจ อุบัติเหตุ กุมาร เวชศาสตร์) ใน 12 เขตสุขภาพ (มีครบทั้ง 4 สาขาในทุกเขตสุขภาพ)</p> <p>3. อัตราส่วนเตียง (ในระบบประกันสุขภาพภาครัฐ) ต่อประชากรภาพรวมทั้งประเทศ (ไม่น้อยกว่า 2 : 1,000) และการกระจายระหว่างพื้นที่ (แตกต่างกันไม่เกินร้อยละ 10)</p> <p>4. ระยะเวลารอคอยในการรับการรักษาพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอก (ลดลงร้อยละ 30 จากค่าเฉลี่ยของปีพ.ศ. 2557 2558 และ 2559)</p> <p>5. อัตราการส่งต่อออกนอกเขตสุขภาพ (ลดลงร้อยละ 50)</p>	<p>1. จัดกลุ่มหน่วยบริการปฐมภูมิ</p> <p>2. เพิ่มขีดความสามารถของหน่วยบริการทุกระดับ</p> <p>3. พัฒนาความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายและพันธมิตร</p> <p>4. สร้างระบบคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย</p> <p>5. พัฒนาระบบการประเมินเพื่อการตัดสินใจใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ (HTA)</p> <p>6. ส่งเสริมและสนับสนุนงานวิจัย</p>
ยุทธศาสตร์ที่ 3: พัฒนาและสร้างกลไกเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ (People Excellence)		
<p>1. เพื่อวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับการออกแบบระบบสุขภาพและความจำเป็นด้านสุขภาพในแต่ละพื้นที่และทิศทางการพัฒนาสุขภาพของประเทศ</p> <p>2. เพื่อบูรณาการระบบการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศให้ตั้งอยู่บนฐานของความร่วมมือระหว่างผู้ผลิตกำลังคนและผู้ใช้กำลังคน</p> <p>3. เพื่อสร้างกลไกและระบบการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ รวมถึงระบบการติดตามและประเมินผลการบริหารกำลังคนด้านสุขภาพในทุกระดับ</p> <p>4. เพื่อสร้างเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ ที่ประกอบด้วยภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชน</p>	<p>1. อัตราส่วนกำลังคนด้านสุขภาพต่อประชากร แพทย์ 1 : 1,800 ทันตแพทย์ 1 : 6,500 พยาบาลวิชาชีพ 1 : 400</p> <p>2. สัดส่วนแพทย์ต่อประชากรระหว่างพื้นที่ (แตกต่างกันไม่เกินร้อยละ 20)</p> <p>3. ขีดความสามารถของบุคลากรด้านสุขภาพ (อยู่ในระดับ 1 ใน 5 ของเอเชีย)</p> <p>4. ระดับของความสุขในการปฏิบัติงานของบุคลากรด้านสุขภาพ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80)</p>	<p>1. พัฒนาระบบและกลไกในการขับเคลื่อนการบริหารจัดการและการบูรณาการ</p> <p>2. เร่งผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ</p> <p>3. สร้างกลไกในการสื่อสารและภาคีเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ</p>

วัตถุประสงค์	เป้าหมายและตัวชี้วัด	มาตรการและแนวทางพัฒนา
ยุทธศาสตร์ที่ 4: พัฒนาและสร้างความเข้มแข็งในการอภิบาลระบบสุขภาพ (Governance Excellence)		
<p>1. เพื่ออภิบาลระบบสุขภาพอย่างมีธรรมาภิบาล เป็นเอกภาพ อันจะส่งผลให้ระบบสุขภาพมั่นคงและยั่งยืน</p> <p>2. เพื่อพัฒนาระบบสนับสนุนการบริการสุขภาพ ระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ การเงินการคลังด้านสุขภาพ รวมถึงยาและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ</p>	<p>1. ความครอบคลุมของหน่วยงานด้านสุขภาพที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA (Integrity and Transparency Assessment) มากกว่าร้อยละ 80</p> <p>2. อัตราการใช้ประโยชน์ของระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ (สำหรับนโยบายและการปฏิบัติ)</p> <p>3. จำนวนผลงานวิจัย นวัตกรรมด้านสุขภาพที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ (เพิ่มขึ้นร้อยละ 5)</p> <p>4. สัดส่วนการนำเข้ายาและการนำเข้าเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (ไม่เพิ่มขึ้น)</p>	<p>1. สร้างระบบธรรมาภิบาลและการจัดการความรู้</p> <p>2. ส่งเสริมระบบการวิจัยและการสร้างนวัตกรรมด้านสุขภาพ</p> <p>3. พัฒนาระบบยา เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ของประเทศ</p> <p>4. เสริมสร้างกลไกและกระบวนการสำหรับการบริหารจัดการข้อมูล</p> <p>5. ปรับปรุงและพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า</p> <p>6. สร้างและพัฒนากลไกในการดูแลด้านการเงินการคลังของประเทศ</p>

ภาคผนวก 2

สมาชิกของคณะกรรมการบริหาร CCS พ.ศ. 2560-2564

1	ปลัดกระทรวงสาธารณสุข	ประธานกรรมการ
2	ผู้แทนองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย	ประธานกรรมการร่วม
3	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ด้านกิจการระหว่างประเทศ) กระทรวงสาธารณสุข	รองประธาน
4	นายสุวิทย์ วิบุลย์ผลประเสริฐ ที่ปรึกษาอาวุโส สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข	กรรมการ
5	นายวีโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร ที่ปรึกษาอาวุโส สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข	กรรมการ
6	อธิบดีกรมควบคุมโรคหรือผู้แทน	กรรมการ
7	อธิบดีกรมการแพทย์หรือผู้แทน	กรรมการ
8	อธิบดีกรมอนามัยหรือผู้แทน	กรรมการ
9	อธิบดีกรมสุขภาพจิตหรือผู้แทน	กรรมการ
10	อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือผู้แทน	กรรมการ
11	อธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกหรือผู้แทน	กรรมการ
12	อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพหรือผู้แทน	กรรมการ
13	เลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาหรือผู้แทน	กรรมการ
14	ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ 2	กรรมการ

15	นายแพทย์ปฐม สวรรค์ปัญญาเลิศ แพทย์ที่ปรึกษา สำนักวิชาการ สาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
16	เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือผู้แทน	กรรมการ
17	เลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติหรือผู้แทน	กรรมการ
18	เลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติหรือผู้แทน	กรรมการ
19	ผู้จัดการสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพหรือผู้แทน	กรรมการ
20	ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขหรือผู้แทน	กรรมการ
21	ผู้อำนวยการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลหรือผู้แทน	กรรมการ
22	ผู้อำนวยการสำนักวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทยหรือผู้แทน	กรรมการ
23	เลขาธิการกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทยหรือผู้แทน	กรรมการ
24	ผู้อำนวยการสถาบันพระบรมราชชนก	กรรมการ
25	ผู้อำนวยการสำนักบริหารสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
26	ผู้อำนวยการสำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข	กรรมการ
27	ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข	คณะกรรมการและเลขานุการ
28	ผู้อำนวยการสำนักการสาธารณสุขระหว่างประเทศ สำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุข	คณะกรรมการและเลขานุการร่วม
29	ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข	คณะกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
30	ผู้อำนวยการโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	คณะกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ ร่วม

ภาคผนวก 3

หน่วยงานและองค์กรที่เข้าร่วมโดยตรงในการดำเนินงาน CCS พ.ศ. 2560-2564³⁷

	คณะกรรมการบริหาร	โรคไม่ติดต่อ	การค้าระหว่างประเทศ และสุขภาพ	การทูตด้านสุขภาพโลก	ความปลอดภัยทางถนน	สุขภาพประชากรวัยเกิน	การต่อต้านทุจริต
มูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน		X					
สำนักงานสาธารณสุขระหว่างประเทศ				XX			
สำนักองค์การระหว่างประเทศ กระทรวงการต่างประเทศ				X			
ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา		X					
สมาคมเภสัชกรรมชุมชน							X
กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย	X						
กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สธ.	X						
กรมควบคุมโรค สธ.	X						

37 'XX' หมายถึงหน่วยงานหลัก

	คณะกรรมการบริหาร	โรคไม่ติดต่อ	การค้าระหว่างประเทศและสุขภาพ	การทูตด้านสุขภาพโลก	ความปลอดภัยทางถนน	สุขภาพประชากรวัยอื่น	การต่อต้านทุจริต
กรมอนามัย สธ.	X	X					
กรมส่งเสริมบริการสุขภาพ สธ.	X						
กรมปลัดสัตว์ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์							X
กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สธ.	X						X
กรมการแพทย์ สธ.	X				X		X
กรมสุขภาพจิต สธ.		X					
ศูนย์วิชาการเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย			X				
คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย			X				
คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล							X
คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล							X
องค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติ							X
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สธ.	X	X	X				XX
กลุ่มศึกษาข้อตกลงเขตการค้าเสรีภาคประชาชน FTA Watch			X				

	คณะกรรมการบริหาร	โรคไม่ติดต่อ	การค้าระหว่างประเทศ และสุขภาพ	การทูตด้านสุขภาพโลก	ความปลอดภัยทางถนน	สุขภาพประชากรย้ายถิ่น	การต่อต้านจุลชีพ
สำนักบริหารกองทุนโลก กรมควบคุมโรค				X			
สำนักวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย	X						
โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ	X						
ศูนย์นโยบายและการจัดการสุขภาพ โรงพยาบาล รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล		X		X	X		
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	X					X	X
สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล	X						X
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล			X	X			
สถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์		X					
สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ	X	X	XX	XX			XX
โรงพยาบาลแม่ระมาด จังหวัดตาก						X	
กระทรวงพาณิชย์			X				
กระทรวงการต่างประเทศ			X				

	คณะกรรมการบริหาร	โรคไม่ติดต่อ	การค้าระหว่างประเทศและสุขภาพ	การทูตด้านสุขภาพโลก	ความปลอดภัยทางถนน	สุขภาพประชากรวัยอื่น	การต่อต้านจุลชีพ
กระทรวงมหาดไทย						X	
กระทรวงแรงงาน						X	
กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์						X	
กระทรวงคมนาคม					X		
คณะกรรมการศึกษาและติดตามการเจรจาการค้าระหว่างประเทศที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและนโยบายสุขภาพ			X				
สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	X	X	X	X	X	X	
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	X	X		X		X	
สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ	X				X		
สำนักงานสถิติแห่งชาติ							X
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	X	X	X	X	X	X	X
สถาบันพระบรมราชชนก	X						
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก						X	
ศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน					X		
แผนงานสนับสนุนการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนระดับจังหวัด					X		

	คณะกรรมการบริหาร	โรคไม่ติดต่อ	การค้าระหว่างประเทศและสุขภาพ	การทูตด้านสุขภาพโลก	ความปลอดภัยทางถนน	สุขภาพประชากรย้ายถิ่น	การต่อต้านจุลชีพ
สำนักงานประกันสังคม						X	
เครือข่ายองค์กรงดเหล้า					X		
แผนยุทธศาสตร์การจัดการแรงงานย้ายถิ่นและการค้ามนุษย์						X	
หอการค้าไทย			X				
สมาคมประกันวินาศภัยไทย					X		
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ	X	XX		X	XX	X	X
สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย		X					
เครือข่ายลดบริโภคเค็ม		X					
มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ		X					
สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย			X				
ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐฯ ด้านสาธารณสุข				X			
ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ		X					
ศูนย์อุบัติเหตุและวิกฤตบำบัด โรงพยาบาลขอนแก่น					XX		

บรรณานุกรม

- Bureau of Policy and Strategy. Health statistics 2011. Bangkok: Ministry of Public Health, 2011.
- Department of Women's Affairs and Family Development. Report on the status of women B.E. 2558. Bangkok: Ministry of Social Development and Human Security, 2015.
- Global Association of Risk Professionals. Asian epidemic model. London: Global Association of Risk Professionals, 2015.
- Global Health Diplomacy Sub-committee. The country cooperation strategy global health diplomacy program subcommittee meeting and stakeholders' consultation. Bangkok: Ministry of Public Health, 2016.
- Government Public Relations Department. National reform steering assembly is starting its tasks. Bangkok, 2015. http://thailand.prd.go.th/1700/ewt/thailand/ewt_news.php?nid=2281- accessed 12 May 2017.
- International Labour Organization. Ratifications for Thailand. http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:11200:0::NO::P11200_COUNTRY_ID:102843.
- Ministry of Public Health. 3rd millennium development goals report on health 2015. Bangkok: Ministry of Public Health, 2015.
- Appointment of the Executive Committee of the WHO-Rtg Collaboration - Order of the Ministry of Public Health No. 1926/2559 [Unofficial Translation]. Bangkok: Ministry of Public Health Royal Thai Government, 2016.
- National Malaria Elimination Strategy Thailand B.E. 2560-2569 (2017–2026). Bangkok: Ministry of Public Health, 2016.
- Thailand Healthy Lifestyle Strategic Plan B.E. 2554-2563 (2011–2020). Nonthaburi, Thailand: Ministry of Public Health, 2011.
- Multilateral organisation performance assessment network MOPAN 3.0. <http://www.mopanonline.org/genericpages/mopan30methodologydigestmanual.htm> - accessed 12 May 2017.
- National Economic and Development Board. Progress report of the 11th National economic and social development plan. Bangkok: NESDB, 2014.
- National Health Commission of Thailand. The number of migrant workers in Thailand reaches 4 million. Bangkok: National Health Commission of Thailand, Royal Thai Government, 2012.
- Ramaboot S, Kumnuan U, Stephane R, Dean S. Final Evaluation of WHO Country Cooperation Strategy Thailand 2012–2016. Bangkok: World Health Organization, Country Office for Thailand, 2016.
- Suriyasarn B. Gender identity and sexual orientation in Thailand: promoting rights, diversity and equality in the world of work project. Bangkok: International Labour Organization, 2014.

Thai Womens CSO Statement. Summary report of Thai Women's Csos on Beijing +20 Review. Bangkok: United Nations Economic and Social Commission, 2015.

The Asian Forum of Parliamentarians on Population and Development. Thailand's National Legislative Assembly Approves Prevention and Remedial Measures for Adolescent Pregnancy Bill. Bangkok: The Asian Forum of Parliamentarians on Population and Development, 2016.

United Nations Country Team in Thailand. Thailand Common Country Assessment. Bangkok: United Nations, 2015.

WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group, and United Nations Population Division Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. Maternal Mortality in 1990-2015. Bangkok: World Health Organization, 2015.

World Bank. Proportion of seats held by women in national parliaments. World Bank. [http:// data.worldbank.org/indicator/SG.GEN.PARL.ZS?locations=TH](http://data.worldbank.org/indicator/SG.GEN.PARL.ZS?locations=TH) - accessed 15 Ma 2017.

World Health Organization. Noncommunicable diseases country profiles 2014. Geneva, 2014. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128038/1/9789241507509_eng.pdf?ua=1 - accessed 15 May 2017.

World Health Organization. WHO evaluation practice handbook. Geneva, 2013. [http:// apps.who.int/iris/bitstream/10665/96311/1/9789241548687_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/96311/1/9789241548687_eng.pdf) - accessed 15 May 2017.

ยุทธศาสตร์ความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทยกับองค์การอนามัยโลก (Country Cooperation Strategy - CCS) พ.ศ. 2560-2564 เป็นวิสัยทัศน์เชิงยุทธศาสตร์สำหรับการทำงานขององค์การอนามัยโลกร่วมกับรัฐบาลไทยและผู้มีส่วนร่วม โดย CCS ในประเทศไทยเป็นมิติใหม่ของการร่วมมือเชิงยุทธศาสตร์ที่ไม่เหมือนใคร กล่าวคือ เป็นความร่วมมือระหว่างผู้เกี่ยวข้องด้านสุขภาพมากกว่า 60 ราย ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข ภาควิชาการ ภาครักษาสังคม ภาครัฐ และหน่วยงานอิสระด้านงานสุขภาพอื่นๆ เพื่อจัดทำและดำเนินแผนงานสำคัญที่ชัดเจนและคัดสรรมาเพียงไม่กี่ประการจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ภายใต้แนวทางนี้ องค์การอนามัยโลกจะทำหน้าที่กระตุ้นให้เกิดการขยายความร่วมมือไปยังภาคส่วนต่างๆ โดยอาศัยต้นทุนทางด้านสังคมและองค์ความรู้ขององค์การอนามัยโลกอย่างเต็มที่

CCS ฉบับนี้ประกอบด้วยแผนงานสำคัญ 5 แผนงาน ดังนี้

1. การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ (Antimicrobial Resistance)
2. การทูตด้านสุขภาพระดับโลก (Global Health Diplomacy) และการค้าระหว่างประเทศและสุขภาพ (International Trade and Health)
3. สุขภาพประชากรย้ายถิ่น (Migrant Health)
4. โรคไม่ติดต่อ (Noncommunicable Diseases)
5. ความปลอดภัยทางถนน (Road Safety)

ภายใต้ CCS ฉบับนี้ สำนักงานองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทยมุ่งทำงานเพื่อส่งเสริมพัฒนาสุขภาพของทุกคนที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยด้วยการสนับสนุนให้กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงอื่นๆ และภาคีจากหลากหลายสาขา มาร่วมหารือเกี่ยวกับการจัดการกับประเด็นสุขภาพที่สำคัญ รวมทั้งกระตุ้นการดำเนินงานในระดับนโยบาย การสร้างองค์ความรู้ การสนับสนุนและผลักดันการทำงาน ตลอดจนการสร้างเสริมศักยภาพขององค์กรและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง



**World Health
Organization**

Thailand

4th FL., Permanent Secretary Building 3

Ministry of Public Health

Tiwanon Road - Nonthaburi 11000, Thailand