

นพ. ภาณุวัฒน์ ปานเกตุ

แนวทางการใช้ยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย ขับเคลื่อนงานโรคไม่ติดต่อในระดับจังหวัด

Non-communicable disease

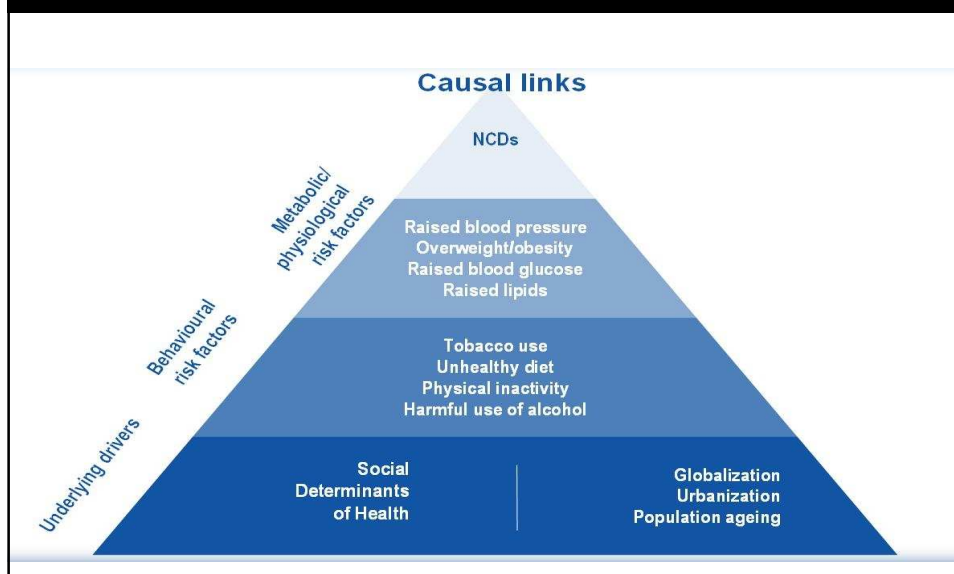
- WHO defines non-communicable disease (NCD) as cardiovascular disease, diabetes, chronic respiratory disease, and certain cancers.
- All of these have in common that they are caused predominantly by smoking, poor diet, physical inactivity, and the harmful use of alcohol.
- Doesn't include mental health and many other chronic conditions

Source: World Health Organization, 2005

What best to call these conditions?

- Non-communicable disease
- NCD
- Chronic disease
- Diseases of civilisation
- **Lifestyle diseases**

Causes of NCDs



Causation Pathway



Noncommunicable Diseases

4 Diseases, 4 Modifiable Shared Risk Factors

	Tobacco Use	Unhealthy diets	Physical Inactivity	Harmful Use of Alcohol
Cardio-vascular				
Diabetes				
Cancer				
Chronic Respiratory				

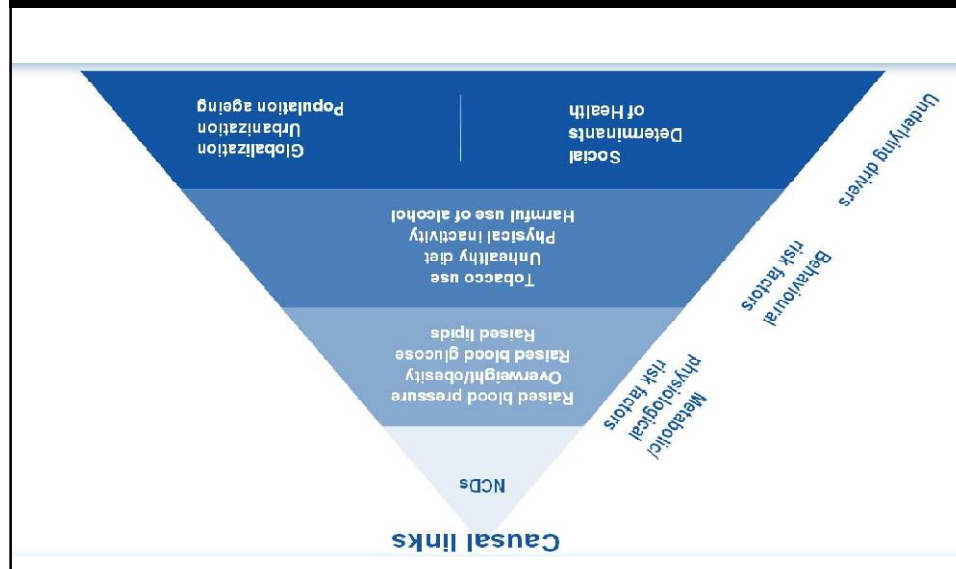


Noncommunicable Diseases
World Health Organization



World Health Organization

Prevention and Control of NCDs



The UN Political Declaration on NCDs commits governments to a series of responses

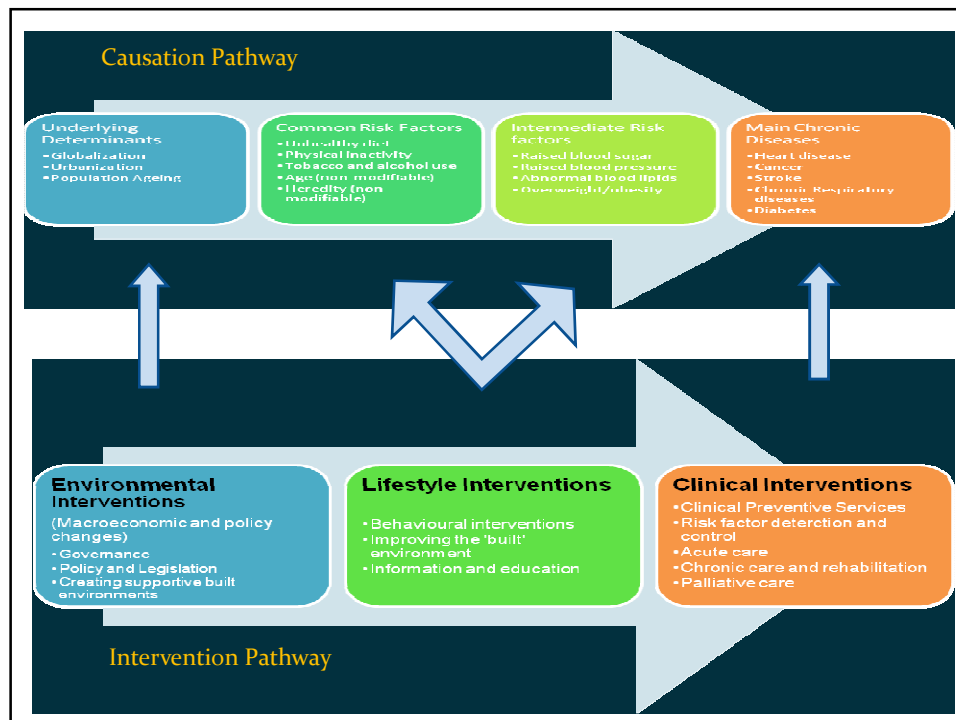
- Recognize the primary role and responsibility of governments in responding to the challenge of NCDs through a whole-of-government and a whole-of-society effort
- Reduce risk factors and create health-promoting environments
- Strengthen national policies and health systems
- Promote international cooperation and collaborative partnerships
- Encourage research and development
- Give greater priority to surveillance and monitor results

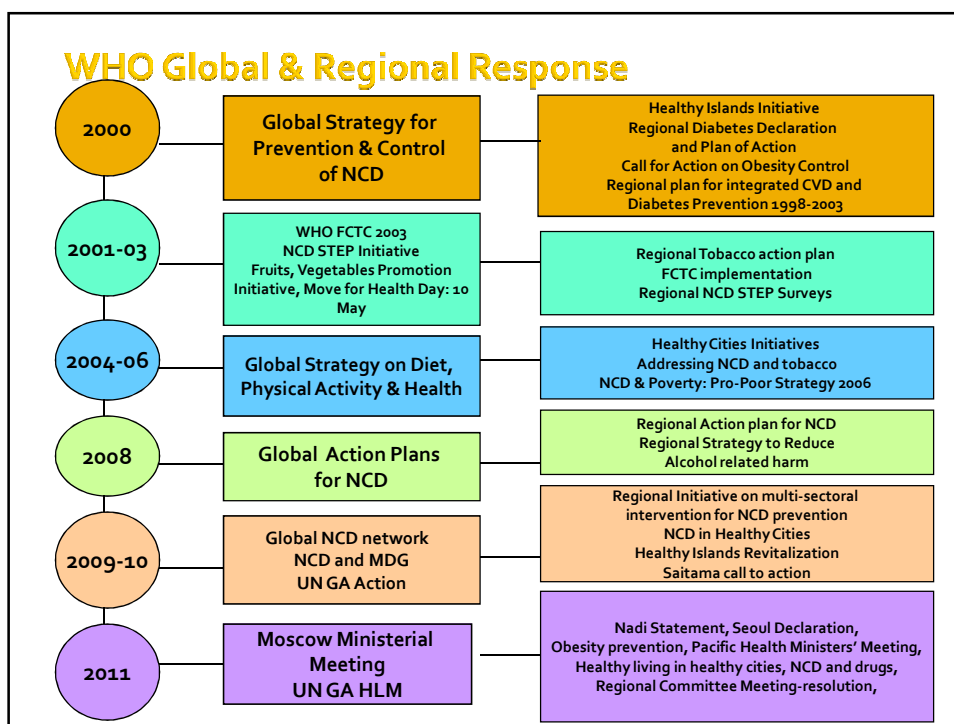
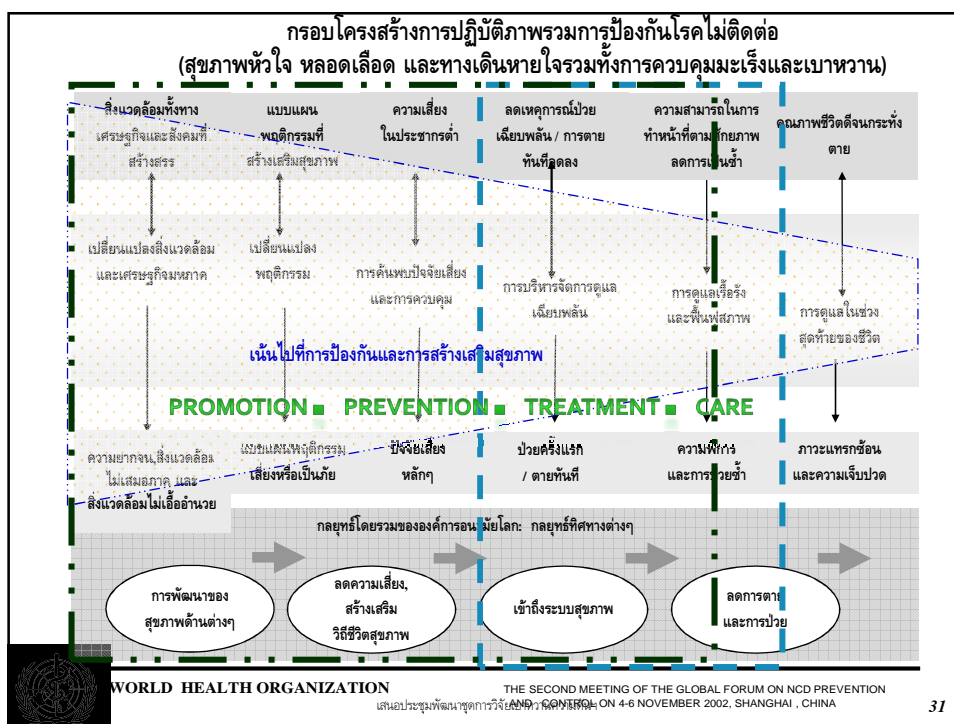
How best to respond?



- “We need a whole of government and a whole of society response”

Margaret Chan, director general, WHO





Indicators and targets for the global monitoring framework for NCDs (2nd WHO Discussion paper)

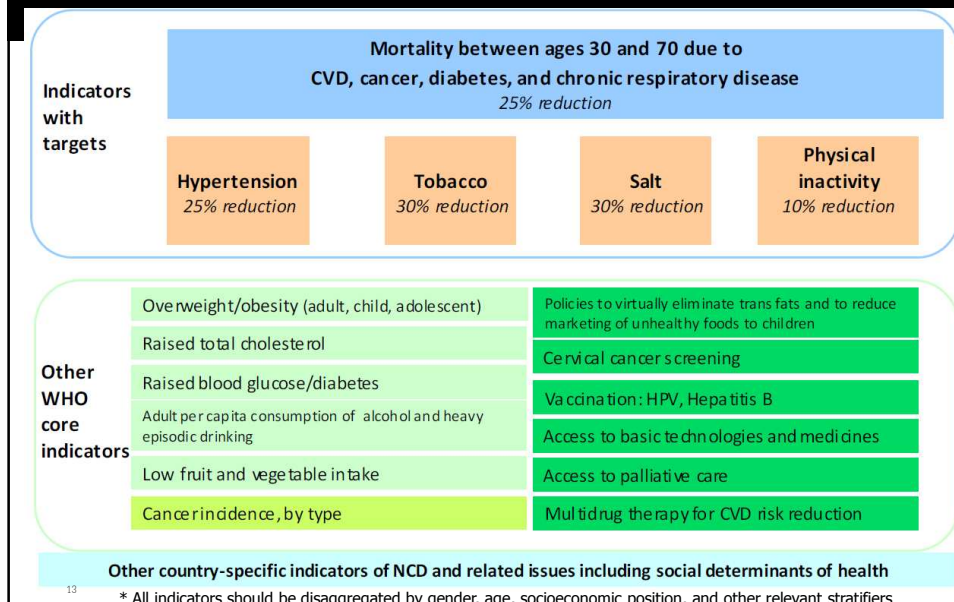


Figure 1: Global monitoring framework for NCDs.

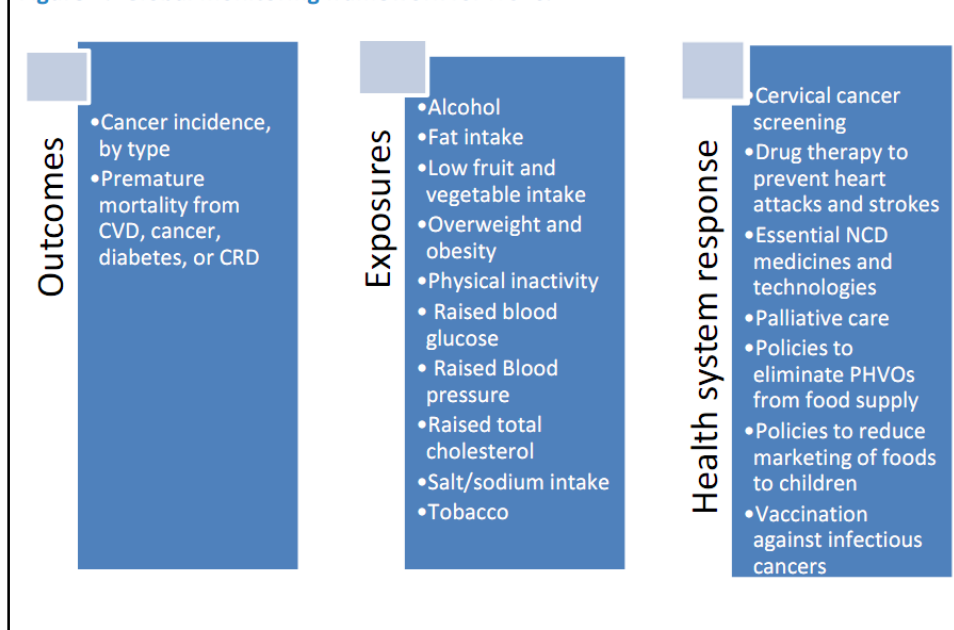


Table 2: Examples of voluntary global targets (with indicators and data sources)

	Outcome targets	Indicator	Data Source(s)
1	Premature mortality from NCDs 25% relative reduction in overall mortality from cardiovascular disease, cancer, diabetes, or chronic respiratory disease	Unconditional probability of dying between ages 30-70 from, cardiovascular disease, cancer, diabetes, or chronic respiratory disease	Civil registration system, with medical certification of cause of death, or survey with verbal autopsy
	Exposure targets	Indicator	Data Source(s)
2	Alcohol 10% relative reduction in overall alcohol consumption (including hazardous and harmful drinking)	Total (recorded and unrecorded) alcohol per capita (15+ years) consumption within a calendar year in litres of pure alcohol	Official statistics and reporting systems for production, import, export, and sales or taxation data
3	Fat intake 15% relative reduction in mean proportion of total energy intake from saturated fatty acids (SFA), with aim of achieving recommended level of less than 10% of total energy intake	Age-standardized mean proportion of total energy intake from saturated fatty acids (SFA) in adults aged 18+ years	National survey

4	Obesity Halt the rise in obesity prevalence	Age-standardized prevalence of obesity among adults aged 18+ years	National survey (with measurement)
5	Physical inactivity 10% relative reduction in prevalence of insufficient physical activity	Age-standardized prevalence of insufficient physical activity in adults aged 18+ years	National survey
6	Raised blood pressure 25% relative reduction in prevalence of raised blood pressure	Age-standardized prevalence of raised blood pressure among adults aged 18+ years	National survey (with measurement)
7	Raised cholesterol 20% relative reduction in prevalence of raised total cholesterol	Age-standardized prevalence of raised total cholesterol among adults aged 18+ years	National survey (with measurement)
8	Salt/sodium intake 30% relative reduction in mean population intake of salt, with aim of achieving recommended level of less than 5 grams per day	Age-standardized mean adult (aged 18+) population intake of salt per day	National survey (with measurement)
9	Tobacco 30% relative reduction in prevalence of current tobacco smoking	Age-standardized prevalence of current tobacco smoking among persons aged 15+ years	National survey

	Health systems response targets	Indicator	Data Source(s)
10	Drug therapy to prevent heart attacks and strokes 50% of eligible people receive drug therapy to prevent heart attacks and strokes, and counselling	Drug therapy to prevent heart attacks and strokes (including glycemic control), and counselling for people aged 40+ years with a 10 year cardiovascular risk \geq 30% (includes those with existing cardiovascular disease)	National Survey
11	Essential NCD medicines and basic technologies to treat major NCDs 80% availability of basic technologies and generic essential medicines required to treat major NCDs in both public and private facilities	Availability of basic technologies and generic essential medicines required to treat major NCDs in public and private sector facilities, including primary care facilities	Facility data

WHO: Priority areas (1)

- Technical support and capacity building for national NCD multisectoral plans with targets and indicators
- Risk reduction
 - Implementation of FCTC and promotion of Tobacco taxation and Health Promotion Foundations
 - Control of marketing of food and non-alcoholic beverages to children
 - Support for salt reduction
 - Use settings based approaches
 - Reduce harmful use of alcohol

WHO: Priority areas (2)

- Health system strengthening for addressing the NCD challenge
 - Introduce WHO Package of Essential NCD interventions (PEN)
- Promote integrated NCD surveillance and monitoring framework
- Develop a sustainable mechanism for partnerships
- Development of a WHO regional action plan with time bound targets and indicators for 2014-2018

Five priority interventions proposed by the Lancet

Interventions		Cost per person per year (US\$)		
		China	India	Russia
1. Tobacco use	Accelerated implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control ¹	0.14	0.16	0.49
2. Dietary salt	Mass-media campaigns and voluntary action by food industry to reduce consumption ⁹	0.05	0.06	0.16
3. Obesity, unhealthy diet, and physical inactivity	Mass-media campaigns, food taxes, subsidies, labelling, and marketing restrictions ¹⁶	0.43	0.35	1.18
4. Harmful alcohol intake	Tax increases, advertising bans, and restricted access ¹¹	0.07	0.05	0.52
5. Cardiovascular risk reduction	Combination of drugs for individuals at high risk of NCDs ¹⁰	1.02	0.90	1.73
Total cost per person*	..	1.72	1.52	4.08

A set of best buys to prevent and control NCDs

Risk factor / disease	Interventions
Tobacco use	<ul style="list-style-type: none"> • Protect people from tobacco smoke • Warn about the dangers of tobacco • Enforce bans on tobacco advertising • Raise taxes on tobacco
Harmful use of alcohol	<ul style="list-style-type: none"> • Enforce bans on alcohol advertising • Restrict access to retailed alcohol • Raise taxes on alcohol
Unhealthy diet	<ul style="list-style-type: none"> • Reduce salt intake in food • Replace trans fat with polyunsaturated fat
Cardiovascular disease (CVD) and diabetes	<ul style="list-style-type: none"> • Provide counselling and multi-drug therapy (including glycaemic control for diabetes mellitus) for people with 10-year CVD risk > 30% • Treat acute myocardial infarction (with aspirin)
Cancer	<ul style="list-style-type: none"> • Hepatitis B vaccination to prevent liver cancer • Detection and treatment of precancerous lesions of the cervix and early-stage cervical cancer

Further “best buys” from WHO (health system examples)

- Counselling and multidrug therapy, including glycaemic control for diabetes for people over 30 with a 10 year risk of 20% of a cardiovascular event
- Aspirin therapy for acute myocardial infarction
- Screening for cervical cancer once at age 40 with removal of any cancerous lesions
- Biennial mammography for women 50-70
- Early detection of colorectal and oral cancer
- Treatment of persistent asthma with inhaled corticosteroids and beta-2 agonists

Proposed objectives of the 2013 to 2020 Action Plan

- To create political and public awareness of NCDs as a health and development issue
- To place NCDs in the post MDG development agenda
- To establish and monitor multisectoral action for prevention and control of NCDs
- To strengthen international cooperation and results oriented partnerships to raise revenue and strengthen national capacity
- To reduce risk factors and create health-promoting environments
- To reorient health systems to address NCDs and provide universal coverage
- To implement the prioritized NCD research agenda
- To establish NCD surveillance systems and monitor the NCD epidemic
- To accelerate progress of country action
- To create interconnections with all relevant health and development issues and jointly mitigate risks and repercussions

Major Challenges in Prevention and Control of NCDs

- Lack of strong national partnerships for multisectoral actions
- Weak surveillance systems
- Limited access to prevention, care, and treatment services for NCDs
- Limited human resources for NCDs
- Insufficient allocation of funds
- Difficulties in engaging the industry and private sector
- Lack of social mobilization

Pervasive myths that have prevented action

- Global economic development will improve all health conditions
- Chronic disease results from freely adopted risk
- Chronic diseases are diseases of the elderly
- Chronic diseases are diseases of the rich
- Benefits of countering chronic disease accrue only to the individual
- We can fix chronic disease as we are fixing infectious disease
- We should wait until we've controlled infectious disease
- Screening and treating patients is the the most cost effective way to go

Difficult questions

- What is the best level at which to intervene? Social determinants? Behavioural risk factors? Biological risk factors? Treatment? Or rather how much to intervene at each level?
- What are the best buys?
- What should be the priorities?
- What MUST be done?
- What is the best system of governance?
- What to do if very few (even no) resources are available?
- What to do in this particular country?
- How to think about these difficult questions at the same time?

What is the best level at which to intervene? Or rather how much to intervene at each level?

- Social determinants?
 - Acting at this level may bring benefits beyond NCDs—for example, on poverty, trade, agriculture, education
 - Some cannot be controlled—ageing of the population, globalisation
- Behavioural risk factors?
 - We have strong evidence on how to act on some of these—for example, raising taxes on tobacco and alcohol, banning smoking in public places
 - Can be very cost effective
 - Interventions on diet and physical activity are more complicated, but there are some relatively simple ones—like banning trans fats, reducing salt in food

What is the best level at which to intervene? Or rather how much to intervene at each level?

- Biological risk factors?
 - Later in the disease process than acting on behavioural risk factors, less cost effective
 - How much can the health system achieve alone?
 - Strengthening the health system helps patients with other problems, counteracting to some extent the criticism aimed at “vertical systems”
 - Strong evidence on the benefits of treating cardiovascular risk, but depends on some sort of health system and tends to work poorly even where there are well functioning health systems (rule of halves)
 - Poor effectiveness on obesity
 - Good evidence on prediabetes and prehypertension (doesn't depend on doctors and nurses)

What is the best level at which to intervene? Or rather how much to intervene at each level?

- Treatment?
 - The major cost of developed world systems (over 90%)
 - Least cost effective
 - Hard to change once you have it, huge vested interest
 - Hard even to reshape existing systems—stronger primary care, less dependency on doctors, fewer hospitals, closer links with social services, more disease management, stronger palliative care, etc
 - But people expect “the sick to be treated”
 - Health systems are traditionally concerned with the sick not the “healthy” Could it be different?

Best system for responding to NCDs in LMIC

- High level task force that is whole of government and whole of society
- Emphasis on public health and prevention with an emphasis on structural changes
- Patients TRULY in charge
- Extensive use of community health workers
- Extensive standardisation and use of protocols
- Emphasis on primary care
- Few hospitals and specialists—to avoid capture of resources

Conclusion of NCD prevention and control

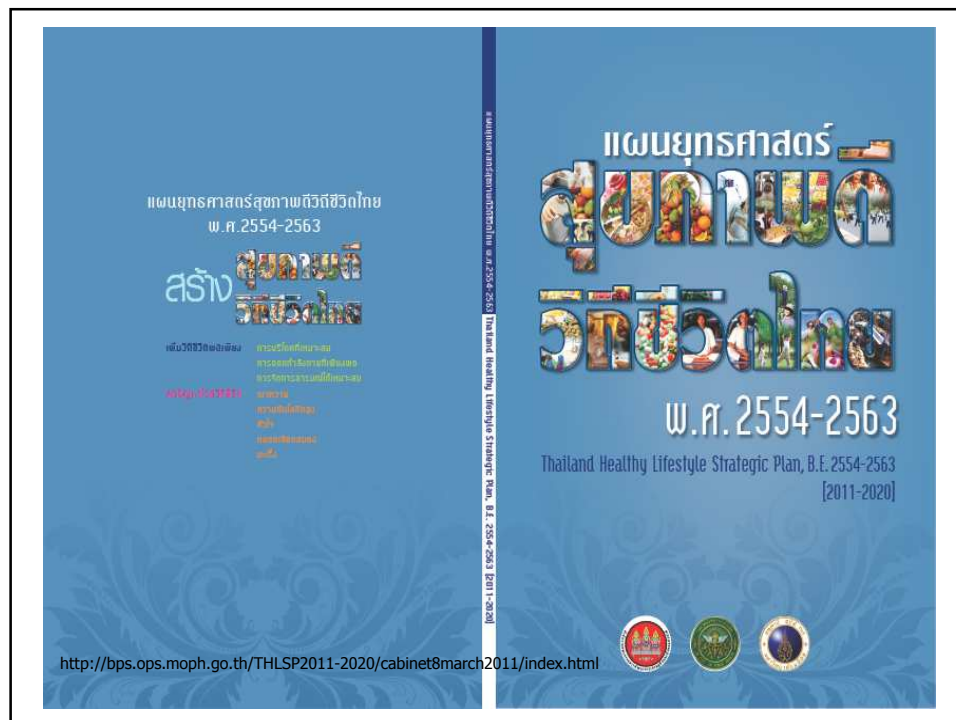
1. National multi-sectoral policy and plan within the national health and development plan
2. Population based, multi-sectoral actions for risk reduction
3. Health system strengthening for NCD prevention and management
4. Surveillance, monitoring and reporting
5. Sustainable partnerships and advocacy

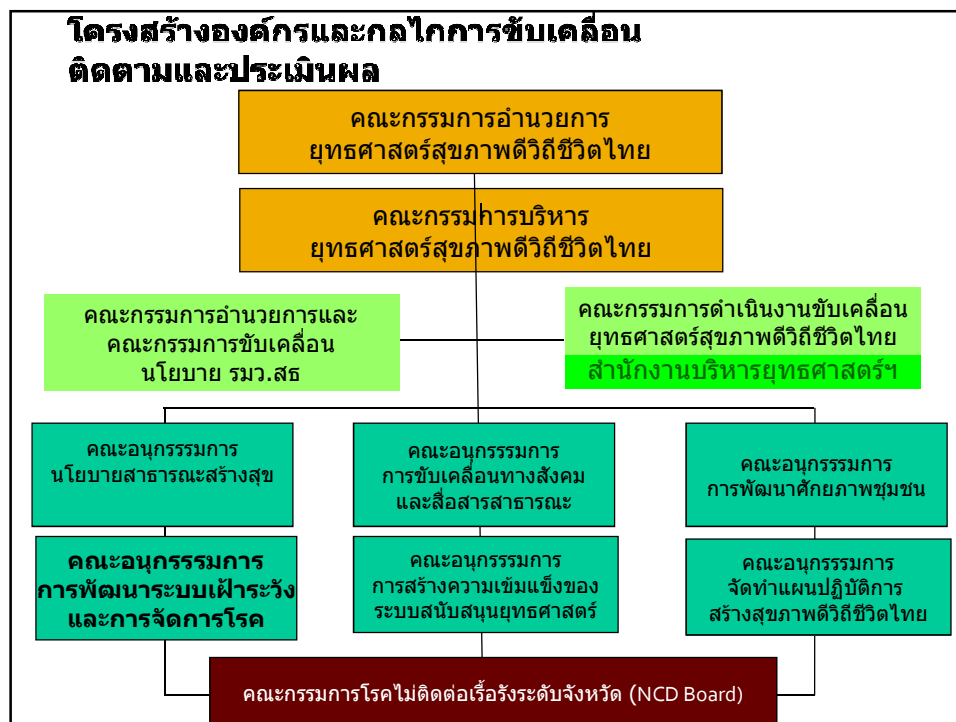
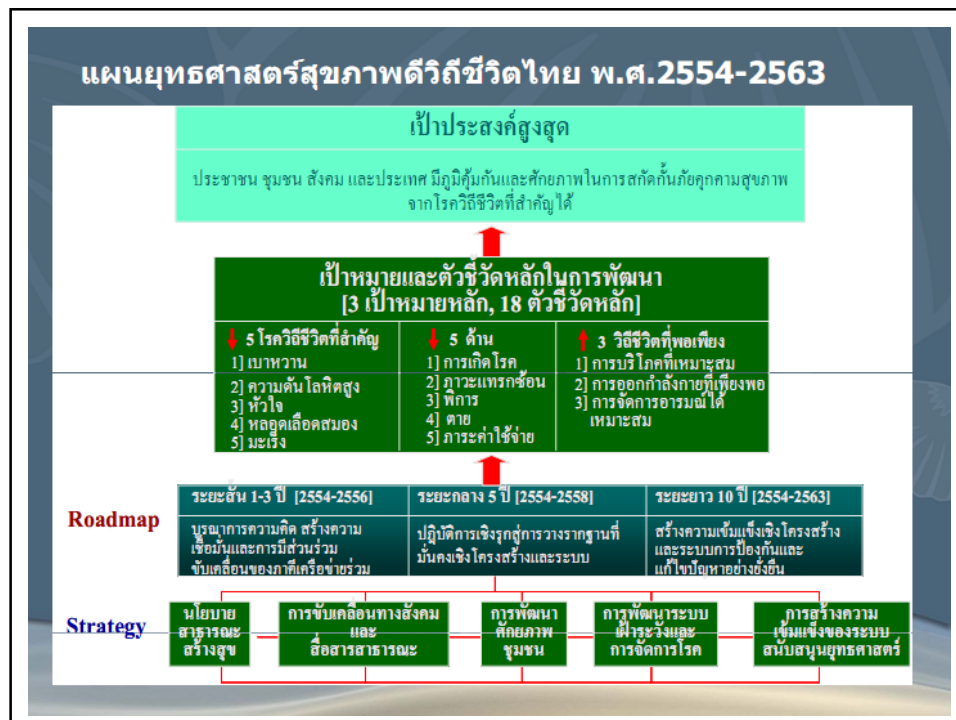
Specific strategies and Interventions for NCD Prevention and Control

- Surveillance and research
- Health promotion and primary prevention to reduce risk factors for NCDs using multisectoral approach
- Health system strengthening for early detection and management of NCDs

Recent and Current Evidence showed that....

- Preventing and controlling major risk factors in an integrated manner and employing health promotion across the life course at the level of family and community is thus most cost-effective





Matrix ร่างกรอบแผนปฏิบัติการสร้างสุขภาพวิถีชีวิตไทย พ.ศ.2556-2558

อาหาร	ออกกำลังกาย	อารมณ์	บุพรี	สุรา	NCD
-เพิ่มการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ -เพิ่มการบริโภคผักและผลไม้ และอาหารปลอดภัย (ประชาชนบริโภคอาหารปลอดภัย) -ลดการบริโภคหวาน มัน เกล็ม	-เพิ่มกิจกรรมทางกาย/ออกกำลังกาย (ประชาชนได้มีกิจกรรมทางกายอย่างเหมาะสมกับช่วงอายุ กลุ่มโรค และอาชีพ)	-เพิ่มความสุข ลดปัญหาสุขภาพจิต (ประชาชนมีสุขภาพจิตที่ดี)	-ลดการบริโภคยาสูบ	-ลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	-ลดภาวะน้ำหนักตัวเกินและอ้วน -ลดกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย และกลุ่มป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง -ลดอัตราการตายจากโรคหัวใจ หลอดเลือดสมอง และมะเร็ง
ยุทธศาสตร์ที่ 1 นโยบายสาธารณะสร้างสุข (Healthy Public Policy)	1.1 มีนโยบายสาธารณะในการควบคุมการบริโภคอาหาร เครื่องดื่ม ยา และผลิตภัณฑ์ที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ				

การจัดทำแผนปฏิบัติการ ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาศักยภาพชุมชน

เป้าหมายระยะสั้น (2554-2556)

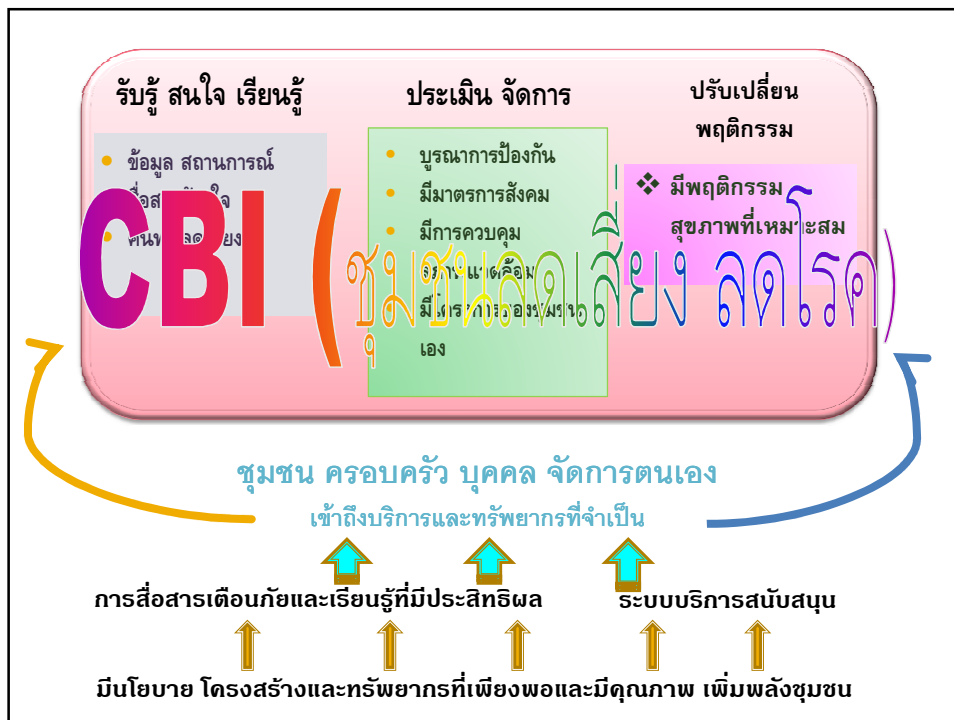
บุคลากร ผู้นำภาครัฐ เอกชน ชุมชน และประชาชน
ปรับเปลี่ยนทัศนคติและกระบวนทัศน์ใหม่

“กระบวนทัศน์ใหม่ของชุมชนร่วมกับสถานบริการ
ด้านหน้า และบริการระดับปฐมภูมิ สู่การดูแลและ
จัดการสุขภาพด้วยตนเอง”

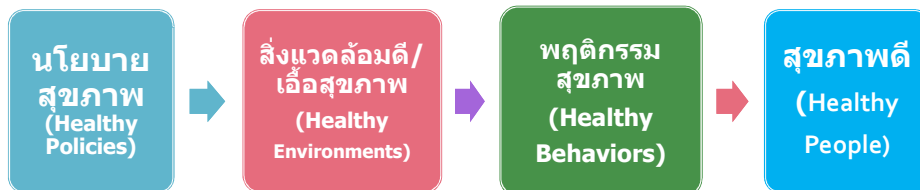
เป้าหมายระยะกลาง (2554-2558)

ชุมชน ท้องถิ่นและองค์กร มีศักยภาพในการจัดการลด
เสี่ยงลดโรคได้ด้วยตนเอง โดยใช้คนเป็นศูนย์กลางพัฒนา
ยึดชุมชนเป็นฐาน และบูรณาการร่วมของชุมชน ท้องถิ่น
ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และภาคประชาชน

“ชุมชนเข้มแข็ง จัดการได้ด้วยตนเองในวงกว้างมากขึ้น”



**สถานที่ที่คน อยู่อาศัย ทำงาน และ เล่น
(Live, Work, and Play) มีผลต่อสุขภาพ**

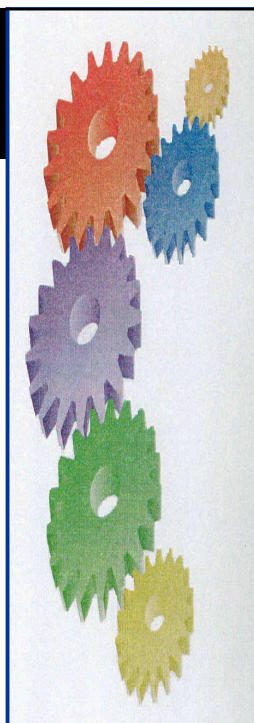


ลดปัจจัยเสี่ยงหลัก



**การขับเคลื่อน และ
การมีส่วนร่วม ของ
ชุมชน.**

WHO ,1985

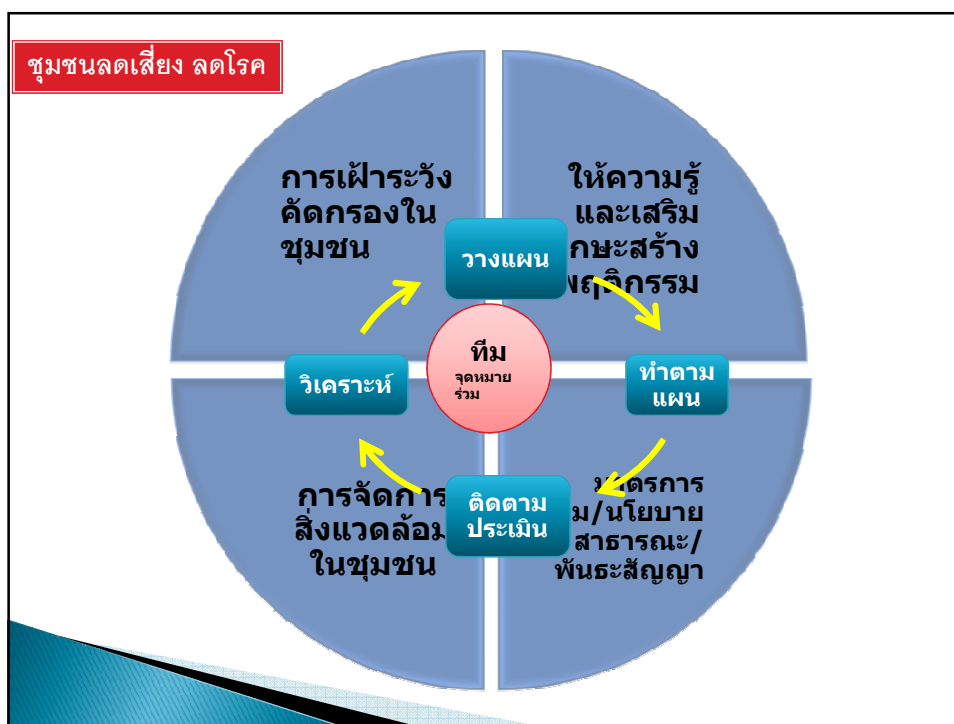
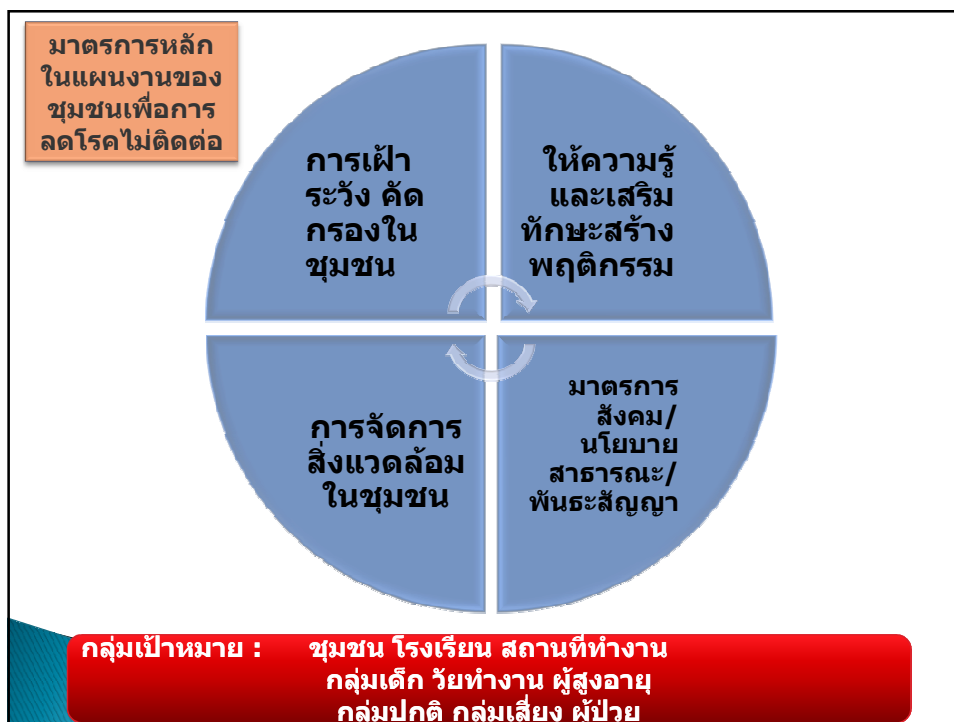


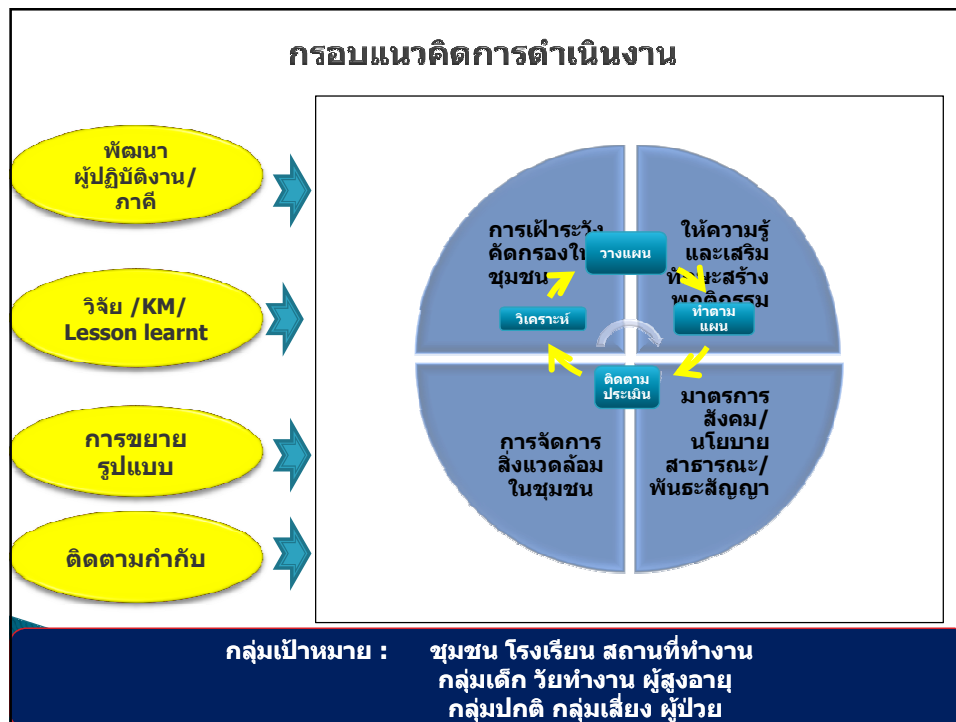
**การบูรณาการในการดำเนินการเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง
ร่วมกับการขับเคลื่อนและมีส่วนร่วมของชุมชน
(องค์การอนามัยโลก : 1985)**

1. บูรณาการการป้องกันควบคุมที่**กลุ่มปัจจัยเสี่ยงร่วม**
2. บูรณาการ**ใช้ทรัพยากรชุมชนและการบริการสุขภาพ**ไปร่วมกัน
3. เชื่อมและสร้างความสมดุลของความพยายามเพื่อการ**ป้องกันโรค**และ**การสร้างเสริมสุขภาพ**ทั่วไปเพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ในการตัดสินใจ กำหนดสุขภาพของตนเอง
4. สร้าง**ข้อตกลงกลยุทธ์ร่วมกัน**ระหว่าง**หุ้นส่วนต่างๆ**ของทั้งรัฐและเอกชนในความพยายามเพื่อเพิ่มความ**ร่วมมือและตอบสนองต่อความจำเป็น**ของประชากร

กระบวนการ/ขั้นตอนการดำเนินงานชุมชนลดเสี่ยงลดโรค







การประชุมคณะทำงาน ด้านเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงและโรควิถีชีวิต

27 สิงหาคม 2555

โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ กรุงเทพฯ

เป้าหมาย

มีระบบเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพที่เกิดจากการมีส่วนร่วมจากทุกภาคี และครอบคลุมทุกมิติทั้งการเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงและโรควิถีชีวิต รวมทั้งการใช้ประโยชน์เพื่อการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงและโรควิถีชีวิต ในทุกระดับ

การดำเนินงาน

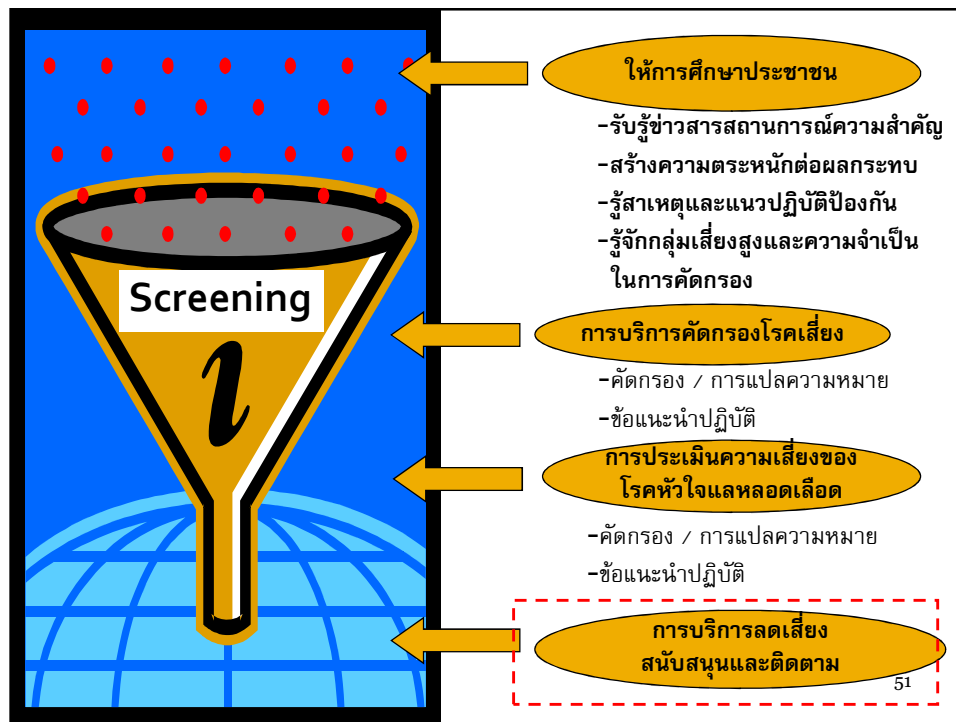
- สร้างภาคีเครือข่ายการเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงและโรควิถีชีวิต
- จัดตั้งศูนย์ประสานระบบเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงและโรควิถีชีวิต
- พัฒนาศักยภาพที่มีศักยภาพในเรื่องของการเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงและโรควิถีชีวิต
- พัฒนาระบบการเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงและโรควิถีชีวิต
- พัฒนางองค์ความรู้และเทคโนโลยี

ความเชื่อมโยงของนโยบาย

๑. โครงการสนองน้ำพระราชหฤทัยในหลวง ทรงห่วงใยสุขภาพประชาชนฯ ตั้งแต่ ๖.ค. ๕๒ – ปัจจุบัน (เบาหวาน-ความดันโลหิตสูง)

๒. ยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย พ.ศ.๒๕๕๔-๒๕๖๓ (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจ หลอดเลือดสมอง มะเร็ง)

๓. นโยบาย รมด.สาธารณสุข ข้อ ๑ และ ข้อ ๓ พ.ศ.๒๕๕๔



Conclusion

- NCDs present a major challenge to health, particularly in the developing world
- Problem will get rapidly worse without action
- So far very few resources devoted to NCDs
- There is now high level commitment, but public consciousness of the problem needs raising
- The response must be "all of government and all of society"
- It is possible to prevent most premature deaths from NCDs
- There are many cost effective interventions, most of them outside the health system
- We need a global plan (with targets) and national plans

ร้อยละ 80 ของโรคเรื้อรังกลุ่มเบาหวานและโรคหัวใจ และหลอดเลือดป้องกันได้
ร้อยละ 40 ของกลุ่มมะเร็งป้องกันได้

PREVENTION

HEART DISEASE & STROKE CANCER PREVENTION DIABETES CHRONIC RESPIRATORY DISEASES

40% of cancer is preventable
80% of heart disease, stroke and type 2 diabetes is preventable
100% action is needed now

November 2008 : International Seminar on Nutrition in Primary Health Care, Brazil.

World Health Organization

