

นโยบายการลดบริโภคเกลือและโซเดียม เพื่อลดโรคไม่ติดต่อ (NCDs)

๑. นิยามศัพท์

เกลือ (โซเดียมคลอไรด์: NaCl) เป็นสารปรุงแต่งรสชาติอาหารให้มีความเค็มหรือใช้ในการถนอมอาหาร ซึ่งมีส่วนประกอบที่สำคัญของเกลือ คือ โซเดียม (คิดเป็นประมาณร้อยละ ๔๐ ของน้ำหนัก) โดยเกลือโซเดียมนั้นมีประโยชน์ในการปรับสมดุลของเหลวและเกลือแร่ในร่างกาย พบว่าการบริโภคเกลือปริมาณเพียงเล็กน้อยก็เพียงพอสำหรับการทำงานของระบบร่างกาย

โซเดียม เป็นแร่ธาตุชนิดหนึ่ง ซึ่งเป็นส่วนประกอบสำคัญของเกลือบริโภคหรือโซเดียมคลอไรด์ และโซเดียมยังเป็นส่วนประกอบของสารปรุงแต่งรสชนิดอื่น ๆ เช่น ผงชูรส (โมโนโซเดียมกลูตาเมต) ผงฟู (โซเดียมไบคาร์บอเนต) องค์การอนามัยโลกได้แนะนำให้บริโภคโซเดียมไม่เกิน ๒ กรัมต่อวัน หรือเกลือไม่เกิน ๕ กรัมต่อวัน

โรคไม่ติดต่อ (Noncommunicable diseases, NCDs) หมายถึงกลุ่มโรคที่เกิดจากความผิดปกติหรือการเสื่อมของร่างกาย ซึ่งไม่ติดต่อไปยังบุคคลอื่น โรคกลุ่มนี้เป็นสาเหตุส่วนใหญ่ของการเจ็บป่วยเรื้อรัง ความพิการและการเสียชีวิตของประชาชนไทย

“โรคไม่ติดต่อ” โดยทั่วไปหมายถึง ๔ กลุ่มโรค คือ (๑) โรคหัวใจและหลอดเลือด (เช่น หัวใจขาดเลือด ความดันโลหิตสูง เส้นเลือดตีบหรือแตกในสมอง และโรคต่าง ๆ ที่เป็นผลมาจากเส้นเลือดตีบตันหรือเปราะ) (๒) โรคเบาหวานและโรคอ้วน (๓) โรคมะเร็ง และ (๔) โรคปอดเรื้อรัง สำหรับในเอกสารนี้ คำว่า “โรคไม่ติดต่อ” ครอบคลุมเฉพาะ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง และโรคเบาหวาน

๒. อันตรายต่อสุขภาพจากการบริโภคเกลือและโซเดียมมากกว่าระดับที่ควรบริโภค

มนุษย์ใช้เกลือ (โซเดียมคลอไรด์) เป็นสารปรุงแต่งรสชาติอาหารให้มีความเค็มหรือใช้ในการถนอมอาหารซึ่งส่วนประกอบที่สำคัญของเกลือ คือ โซเดียม โดยโซเดียมนี้มีประโยชน์ในการปรับสมดุลของเหลวและเกลือแร่ในร่างกาย พบว่าการบริโภคเกลือปริมาณเพียงเล็กน้อยก็เพียงพอสำหรับการทำงานของระบบร่างกาย

การได้รับโซเดียมในปริมาณที่สูงเกินความต้องการนั้น มีผลกระทบต่อระบบการทำงานของร่างกายในหลายระบบ โดยเฉพาะระบบการควบคุมสมดุลของเหลวและเกลือแร่ในร่างกาย และข้อมูลทางวิชาการในปัจจุบันแสดงให้เห็นว่า การบริโภคเกลือมากเกินไป การได้รับโซเดียมในปริมาณที่สูงอย่างต่อเนื่อง ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพหลายประการ โดยเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคไม่ติดต่อ (NCDs) ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น^{๑๖} ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตหลักของประชากรโลก และยังก่อให้เกิดความรุนแรงของโรคแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน

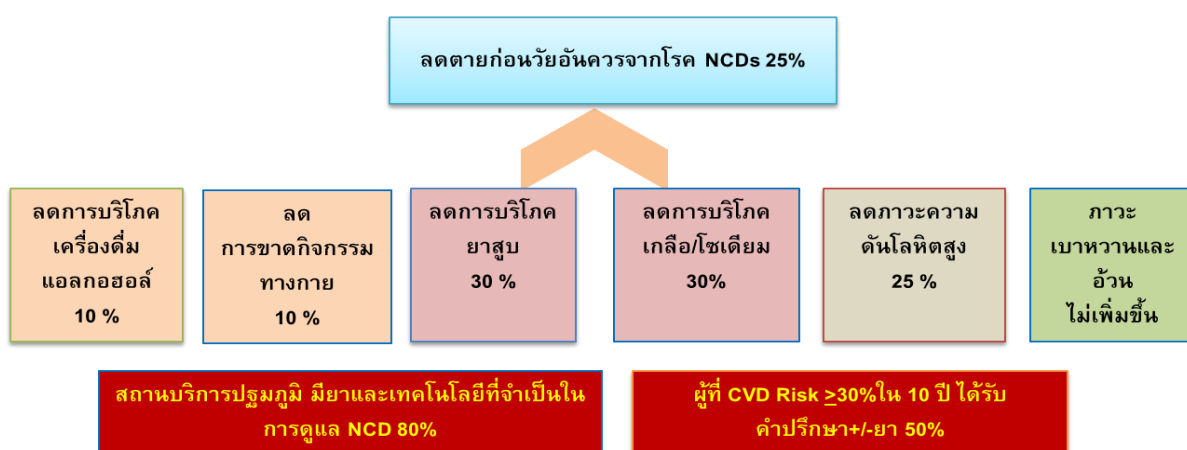
การศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคเกลือโซเดียมกับการเกิดโรคความดันโลหิตสูง เริ่มต้นโดย Louis Dahl และคณะ ใน พ.ศ. ๒๕๐๓ พบว่า การได้รับเกลือโซเดียมมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง

ระหว่างปริมาณเกลือที่ได้รับและความชุกของโรคความดันโลหิตสูง” ซึ่งจะนำไปสู่โรคอื่น ๆ ที่เป็นภาวะแทรกซ้อน ศูนย์ควบคุมโรคของสหรัฐอเมริกาแนะนำปริมาณเกลือโซเดียมที่บริโภคได้โดยไม่เกิดอันตราย คือโซเดียม ๒ กรัมต่อวันหรือเท่ากับเกลือ ๕ กรัมต่อวัน” ในทางปฏิบัติปริมาณข้างต้นจะเทียบเท่าเกลือแกง ๑ ช้อนชา หรือเทียบเท่าน้ำปลา ๓-๔ ช้อนชาต่อวัน นอกจากนี้ผลการสำรวจที่เกี่ยวกับปริมาณการได้รับเกลือโซเดียมแสดงให้เห็นว่า ประชากรทั่วโลกได้รับปริมาณเกลือโซเดียมสูงกว่าแนะนำมากกว่า ๒ เท่า

การที่ร่างกายได้รับโซเดียมในปริมาณที่สูงทำให้มีผลกระทบโดยตรงต่อไตซึ่งเป็นอวัยวะหลักที่ทำหน้าที่กำจัดโซเดียม โดยทำให้โปรตีนรั่วในปัสสาวะและไตเสื่อมเร็วขึ้นจากการทำงานหนัก และความเสื่อมนั้นจะคงอยู่ตลอดไปแม้จะมีการลดปริมาณโซเดียมลงในภายหลัง นอกจากนี้ ภาวะความดันโลหิตสูงก็เป็นอีกปัจจัยสำคัญที่ทำให้ไตเสื่อมด้วย ซึ่งล้วนแต่มีสาเหตุจากการได้รับเกลือและโซเดียมปริมาณสูง ดังนั้น การลดความดันโลหิตและโปรตีนในปัสสาวะจะป้องกันการสูญเสียการทำงานของไต” และภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด” รวมทั้งในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งมีความบกพร่องของการทำงานของอินซูลินนั้น การลดปริมาณการบริโภคเกลือโซเดียมลง มีผลต่อการเพิ่มระดับการทำงานของอินซูลินดีขึ้น ส่งผลให้ความคุมโรคเบาหวานได้ดียิ่งขึ้น

จากสถานการณ์ความรุนแรงของปัญหาการบริโภคเกลือและโซเดียมในระดับนานาชาติ องค์การอนามัยโลกจึงได้กำหนดให้การลดเกลือโซเดียม เป็น ๑ ใน ๙ เป้าหมายระดับโลกในการควบคุมปัญหาโรคไม่ติดต่อ (NCDs) ภายใน พ.ศ. ๒๕๖๘” โดยกำหนดให้ลดการบริโภคเกลือและโซเดียมลงร้อยละ ๓๐ ภายใน พ.ศ. ๒๕๖๘ (ดังแสดงในแผนภาพที่ ๑) ซึ่งประเทศไทยในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๖ พ.ศ. ๒๕๕๖ ได้รับรองทั้ง ๙ เป้าหมายดังกล่าวให้เป็นเป้าหมายในการดำเนินงานของประเทศตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๖ เรื่อง “เป้าหมายในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย” ซึ่งถือเป็นความท้าทายของสังคมไทยในการจัดการปัญหา NCDs อย่างยิ่ง

แผนภาพที่ ๑ แสดง ๙ เป้าหมายการดำเนินงานเพื่อลดการเกิดโรคไม่ติดต่อ NCDs ในระดับโลก



๓. ความรุนแรงและผลกระทบของการลดบริโภคเกลือและโซเดียมต่อระบบสุขภาพ

การบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทยได้ก่อให้เกิดปัญหาและความรุนแรงของกลุ่มโรคไม่ติดต่อ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคไตเรื้อรัง

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรในปัจจุบัน ทั้งของประชากรโลกและประชาชนไทยและยังมีแนวโน้มว่าเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (คือก่อนอายุ ๗๐ ปี) ถึงร้อยละ ๖๓ ของการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก และร้อยละ ๗๓ ของการ

เสียชีวิตก่อนวัยอันควรของประชากรไทย คาดการณ์ว่าการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อของประชากรโลกจะเพิ่มขึ้นจาก ๓๖ ล้านคนใน พ.ศ. ๒๕๕๑ เป็น ๔๔ ล้านคนในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ นอกจากนี้ยังเป็นภาระด้านสุขภาพจากการเจ็บป่วยและทุพพลภาพ

ในประเทศไทย จำนวนผู้ป่วยจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากฐานข้อมูลผู้ป่วยในที่เข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข ในระยะเวลาเพียงสิบสองปีระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๕๑-๒๕๕๒ พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยจากกลุ่มโรคดังกล่าวเพิ่มขึ้น โดยโรคหัวใจขาดเลือดเพิ่ม ๔.๒ เท่า โรคความดันโลหิตสูงเพิ่ม ๗.๑ เท่า โรคหลอดเลือดสมองเพิ่ม ๓.๙ เท่า โรคเบาหวานเพิ่ม ๔.๘ เท่า โรคมะเร็งตับเพิ่ม ๑.๒ เท่า และโรคถุงลมโป่งพอง ๑.๒๓ เท่า^{๑๒}

ข้อมูลจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. ๒๕๕๖ พบว่า มีผู้เสียชีวิตจากสาเหตุความดันโลหิตสูง จำนวน ๕,๑๖๕ คน ซึ่งสูงกว่าข้อมูลการตายปี ๒๕๕๕ ที่มีจำนวนเพียง ๓,๖๘๔ คน และมีแนวโน้มของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกภาค เมื่อเปรียบเทียบ จากปี ๒๕๔๖ และปี ๒๕๕๖ พบว่า อัตราผู้ป่วยในด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มจาก ๓๘๙.๘ ต่อประชากรแสนคน (จำนวน ๒๑๘,๒๑๘ ราย) เป็น ๑,๖๒๑.๗๒ ต่อประชากรแสนคน (จำนวน ๑,๐๔๗,๙๗๙ ราย) หรือเพิ่มขึ้นกว่า ๔ เท่า เช่นเดียวกับโรคเบาหวานที่มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวาน ในปี ๒๕๕๖ จำนวน ๙,๖๔๗ ราย หรือเฉลี่ยวันละ ๒๗ คน คิดเป็นอัตราตายด้วยโรคเบาหวาน ๑๔.๙๓ ต่อแสนประชากร และมีผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานเข้าพักรักษาตัวในสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๖๘๘,๗๒๐ ครั้ง คิดเป็นอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน ๑,๐๘๑.๒๕ ต่อแสนประชากร

สำหรับกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด ในปี ๒๕๕๗ มีผู้เสียชีวิตจากกลุ่มโรคดังกล่าว ๕๘,๖๘๑ คน หรือเฉลี่ยชั่วโมงละ ๗ คน คิดเป็นอัตราตายของโรคหัวใจและหลอดเลือด เท่ากับ ๙๐.๓๔ ต่อแสนประชากร โดยแบ่งเป็นสาเหตุโรครหลัก ดังนี้ สาเหตุจากโรคหัวใจขาดเลือด จำนวน ๑๘,๐๗๙ คน หรือเท่ากับ ๒๗.๘๓ ต่อแสนประชากรและโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน ๒๕,๑๑๔ คน

โรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease หรือ CKD) เป็นโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญโรคหนึ่งซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่กำลังพัฒนา แต่ประเทศเหล่านี้ไม่ให้ความสำคัญกับโรคไตเรื้อรังดังกล่าว โรคไตเรื้อรังมักเป็นโรคแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นโรคที่ค่อนข้างชุกในวิถีชีวิตของคนในเมืองปัจจุบัน โดยพบว่าไตเรื้อรังร้อยละ ๔๐ เกิดจากเบาหวาน และร้อยละ ๒๐ เกิดจากความดันโลหิตสูง สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยได้ดำเนินโครงการคัดกรองและประเมินเบื้องต้นในผู้ป่วยโรคไตในช่วง พ.ศ. ๒๕๕๑ โดยได้ทำการสุ่มตัวอย่างประชากรจาก ๑๐ จังหวัดจากทุกภาคทั่วประเทศ พบความชุกของโรคไตเรื้อรังในทุกระยะในประชากรผู้ใหญ่อยู่ที่ประมาณร้อยละ ๑๗.๕^{๑๓}

จากข้อมูลข้างต้นคาดว่า มีโรคไตเรื้อรังในประชากรไทยที่มีอายุตั้งแต่ ๑๘ ปีขึ้นไปทั่วประเทศจำนวนประมาณ ๗ ล้านคน โดยครึ่งหนึ่งเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะเริ่มต้น และอีกครึ่งหนึ่งเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะปานกลางถึงรุนแรง แต่ที่น่ายกย่องคือความตระหนักของผู้ป่วยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังนั้นมีอยู่น้อยมาก กล่าวคือในบรรดาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๓ ซึ่งมีอยู่ประมาณ ๓ ล้านคนนั้น มีเพียงร้อยละ ๕.๐ เท่านั้นที่รู้ว่าตนเองเป็นโรคไตเรื้อรัง แม้กระทั่งผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๔ มีอยู่เพียงร้อยละ ๒๐.๐ ที่รู้ว่าตนเองเป็น

โรคไตเรื้อรัง ซึ่งจัดว่าเป็นอุปสรรคในการดูแลการชะลอการเสื่อมของไต นอกจากนั้นจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังยังคงเพิ่มขึ้นทุกปี และมีจำนวนผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายทั้งหมด ซึ่งต้องการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ล้างไตทางช่องท้อง หรือปลูกถ่ายไตเพิ่มขึ้นจาก ๔๑๙.๙ ใน พ.ศ. ๒๕๕๐ เป็น ๙๐๕.๙ ต่อประชากร ๑,๐๐๐,๐๐๐ คน ใน พ.ศ. ๒๕๕๕ (ข้อมูลจากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย)

ปัจจุบันค่าใช้จ่ายในการบำบัดทดแทนไตโดยการล้างไตทางช่องท้องหรือการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเฉลี่ยประมาณ ๒๔๐,๐๐๐ บาทต่อคนต่อปี โดยค่าใช้จ่ายนี้ยังไม่รวมถึงค่าใช้จ่ายด้วยยา ค่าใช้จ่ายทางอ้อมอื่น ๆ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต้องใช้งบประมาณในการล้างไตเป็นการเฉพาะแยกจากงบบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว (Capitation) โดยในปีงบประมาณ ๒๕๕๕ สูงถึง ๕,๒๔๗ ล้านบาทและจะเพิ่มสูงขึ้นเป็น ๖,๓๑๘ ล้านบาท ใน พ.ศ. ๒๕๕๙ ซึ่งถ้ารวมงบประมาณ สำหรับบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในสิทธิอื่น ๆ ได้แก่ สิทธิประกันสังคมและสวัสดิการข้าราชการแล้ว รัฐจำเป็นต้องใช้งบสูงกว่า ๑๐,๐๐๐ ล้านบาทต่อปี

สาเหตุหนึ่งของความชุกของโรคไตเรื้อรังของคนไทยมาจากการบริโภคเกลือและโซเดียมในปริมาณสูง ซึ่งก่อให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง ทั้งนี้ภาวะดังกล่าวยังเป็นสาเหตุสำคัญของโรคหัวใจและหลอดเลือด และเพิ่มความรุนแรงของโรคเบาหวานซึ่งจัดเป็นปัญหาโรคไม่ติดต่อที่กำลังก่อให้เกิดผลกระทบทางเศรษฐกิจอย่างมาก เนื่องจากเป็นสาเหตุของการสูญเสียผลิตภาพ (productivity) หลายประเภท ทั้งการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร การขาดงาน การขาดประสิทธิภาพขณะทำงาน เกิดความพิการ การสูญเสียโอกาสในการถูกจ้างงานเนื่องจากการเจ็บป่วย และยังรวมถึงภาระค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาพยาบาลอีกด้วย การบริโภคเกลือและโซเดียมในระดับสูงจึงเป็นปัจจัยเสริมความสูญเสียทางเศรษฐกิจ ซึ่งสูงถึงปีละ ๗๘,๙๗๖ ล้านบาทจากโรคหัวใจและหลอดเลือด และ ๒๔,๔๘๙ ล้านบาทจากโรคเบาหวาน

๔. สถานการณ์ปัญหาการบริโภคเกลือและโซเดียม ในประเทศไทย

จากการสำรวจอาหารและโภชนาการของประเทศไทย พบว่าคนไทยมีการบริโภคเครื่องปรุงรสเพิ่มขึ้นจากคนละ ๗.๐ กรัมต่อวัน ใน พ.ศ. ๒๕๐๓ เป็น ๒๐.๕ กรัมต่อวัน ใน พ.ศ. ๒๕๓๘ และจากการสำรวจการบริโภคโซเดียมของประชากรไทย โดยกองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า พ.ศ. ๒๕๕๐ ประชากรไทยได้รับโซเดียมจากอาหารที่บริโภคสูงถึง ๔.๓๕ กรัมต่อคนต่อวัน^{๔๖} ปริมาณโซเดียมที่สำรวจได้นี้น่าจะมีค่าต่ำกว่าปริมาณที่บริโภคจริงเพราะไม่ได้รวมปริมาณโซเดียมที่มีอยู่ในอาหารอื่น ๆ ที่บริโภค แหล่งของโซเดียมส่วนใหญ่มาจากผลิตภัณฑ์เครื่องปรุงรส ที่ใช้ในครัวเรือน โดยกลุ่มที่มีใช้ปริมาณมากใน ๕ ลำดับแรก ได้แก่ น้ำปลา ๑๑.๕๙ กรัมต่อวัน ซีอิ๊วขาว ๓.๑๕ กรัมต่อวัน เกลือ ๓.๐๕ กรัมต่อวัน กะปิ ๒.๙๑ กรัมต่อวัน และซอสหอยนางรม ๒.๑๗ กรัมต่อวัน นอกจากนี้ประชาชนยังได้รับเกลือโซเดียมจากน้ำจิ้มต่าง ๆ บนโต๊ะอาหาร ชุปก้อน ผงชูรส ผงปรุงรสต่าง ๆ ขนมที่มีส่วนผสมของผงฟู อาหารแปรรูป อาหารหมักดอง ปลาจืด ขนมกรุบกรอบ อาหารกระป๋อง อาหารสำเร็จรูป บะหมี่ และโจ๊กสำเร็จรูป ซึ่งจากผลการสำรวจต่าง ๆ สรุปได้ว่า คนไทยส่วนใหญ่ได้รับปริมาณโซเดียมสูงกว่าค่าที่ควรบริโภค การรณรงค์เพื่อลดการบริโภคเกลือหรือโซเดียม ทั้งในประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อ จึงเป็นเรื่องที่จำเป็นและริบเร่งดำเนินการในประเทศไทย

๕. แนวทางการดำเนินงานลดการบริโภคเกลือและโซเดียม

ข้อมูลปัจจุบัน พบว่าการใช้นโยบายสาธารณะเพื่อลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประชากรนั้น มีประสิทธิภาพและคุ้มค่าต่อการลงทุน การศึกษาในหลายประเทศให้ผลสอดคล้องกันโดยแสดงให้เห็นถึงผลของการลดบริโภคเกลือต่อสุขภาพ รวมทั้งประหยัดค่าใช้จ่ายของระบบบริการสุขภาพ ตัวอย่างเช่น ในประเทศสหรัฐอเมริกา การลดการบริโภคเกลือในประชากรเหลือวันละ ๓ กรัม จะเพิ่มให้ประชากรมีชีวิตอยู่โดยมีคุณภาพชีวิตดี ถึง ๑๙๔,๐๐๐ - ๓๙๒,๐๐๐ ปีแห่งสุขภาพ และประหยัดค่ารักษาพยาบาล ๑๐,๐๐๐ - ๒๔,๐๐๐ ล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปี นั้นหมายถึงการได้รับผลตอบแทน ๖-๑๒ ดอลลาร์ต่อทุกดอลลาร์ที่ใช้ในมาตรการควบคุม^{๑๗} และการลดการบริโภคเกลือมีความคุ้มค่ามากกว่าการใช้จ่ายลดความดันโลหิต ในประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง การลดบริโภคเกลือและโซเดียมในประชากรจะป้องกันการเสียชีวิตและใช้ค่าใช้จ่ายน้อย^{๑๘,๑๙} ตัวอย่างจากการลดบริโภคเกลือในประเทศอินเดียนั้นสามารถลดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้

ในปี พ.ศ. ๒๕๔๙ องค์การอนามัยโลกเชิญผู้เชี่ยวชาญประชุมที่เมืองปารีสประเทศฝรั่งเศส กำหนดทิศทางในการดำเนินการเพื่อบรรลุเป้าหมายของการลดการบริโภคเกลือและโซเดียม^{๒๐} ซึ่งมีการให้ความสำคัญกับ ๓ เรื่องหลักที่น่าจะเป็นกุญแจนำไปสู่ความสำเร็จในการลดปริมาณการบริโภคโซเดียมในประชากร คือ (๑) การปรับเปลี่ยนและพัฒนาผลิตภัณฑ์ให้มีปริมาณเกลือโซเดียมลดลง (๒) การให้ความรู้และทำให้ผู้บริโภคตระหนักรู้และ (๓) การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเลือกอาหารที่มีผลดีต่อสุขภาพ

การลดบริโภคเกลือและโซเดียมจะไม่ส่งผลต่อโรคขาดสารไอโอดีน ซึ่งมีมาตรการหลักสำคัญในการส่งเสริมให้บริโภคเกลือเสริมไอโอดีนนั้น ในประชาชนอาจทำให้เกิดความสับสนในเรื่องการสื่อสารที่ขัดแย้งกันกับการลดโรคไม่ติดต่อ ซึ่งสนับสนุนให้ลดการบริโภคเกลือ อย่างไรก็ตามองค์การอนามัยโลกได้แนะนำให้มีการดำเนินการร่วมกันของการลดโรคไม่ติดต่อ และการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีน โดยการสื่อสารให้ชัดเจนว่าประชากรควรบริโภคเกลือน้อยกว่า ๕ กรัมต่อวัน และเกลือที่บริโภคนั้นต้องเป็นเกลือเสริมไอโอดีนโดยไม่กระทบต่อโครงการเสริมไอโอดีนเพื่อป้องกันภาวะขาดไอโอดีน^{๒๑} และยังแนะนำว่าการลดบริโภคเกลือและโซเดียมลงร้อยละ ๓๐ ของปริมาณที่เคยบริโภค จะไม่กระทบต่อโครงการเสริมไอโอดีนเพื่อป้องกันภาวะขาดไอโอดีน ในกรณีที่ประชาชนมีการบริโภคเกลือและเครื่องปรุงรสเสริมไอโอดีนอย่างแพร่หลายเป็นประจำอยู่แล้ว

จากการวิเคราะห์กลไกและกระบวนการจัดการลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย พบข้อจำกัดและความท้าทายในแทบทุกด้าน ตั้งแต่การขาดกลไกการยกระดับการแก้ปัญหาการลดบริโภคเกลือและโซเดียม ไม่มียุทธศาสตร์การดำเนินงานที่ชัดเจน ขาดความเป็นเจ้าของและการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ ในการจัดการปัญหา รวมถึงกลไกการประสานงานและการบูรณาการผู้เกี่ยวข้องในหน้าที่ดำเนินงานอยู่ในปัจจุบัน เป็นการดำเนินงานตามภารกิจและหน้าที่ของหน่วยงานที่รับผิดชอบ ซึ่งขาดความเชื่อมโยงในการทำงานร่วมกัน บางส่วนที่ทับซ้อนกัน อีกทั้งยังมีข้อจำกัดด้านงบประมาณ ด้านทรัพยากรบุคคลและข้อจำกัดด้านองค์ความรู้ระบบข้อมูลการทำการวิจัย และการนำความรู้ไปใช้ไม่นำไปสู่การกำหนดยุทธศาสตร์และนโยบายไปปฏิบัติการ รวมถึงการติดตามประเมินผล

๖. ความสอดคล้องของการลดบริโภคเกลือและโซเดียมกับธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒

นโยบายการลดบริโภคเกลือเพื่อลดโรคไม่ติดต่อ สอดคล้องกับธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ ในด้านของปรัชญาและแนวคิดหลักของระบบสุขภาพ (หมวด ๑) ข้อ ๙ ระบบสุขภาพจะต้องให้ความสำคัญสูงกับการสร้างเสริมสุขภาพอันนำไปสู่สุขภาพะที่ยั่งยืนและการพึ่งตนเองได้ของประชาชน และสอดคล้องกับหมวดที่ ๔ การสร้างเสริมสุขภาพเนื่องจากสามารถก่อให้เกิดสุขภาพะอย่างป็นองค์รวมทั่วทั้งสังคมนอกจากนี้ยังมีความสัมพันธ์สอดคล้องกับหมวดอื่น ๆ อาทิ หมวด ๕ การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ หมวด ๘ การคุ้มครองผู้บริโภคหมวด ๙ การสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ และหมวด ๑๐ การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

๗. บทบาทขององค์กร/หน่วยงาน/เครือข่าย/ผู้ที่มีส่วนได้เสียในประเด็นนั้น ๆ และความสัมพัทธ์เกี่ยวข้อง

ปัจจุบัน กรมควบคุมโรค เครือข่ายควบคุมโรคไม่ติดต่อ และสำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับเครือข่ายลดการบริโภคเค็ม สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และหน่วยงานสนับสนุนกว่า ๒๐ องค์กรกำลังจัดทำร่างยุทธศาสตร์ลดบริโภคเกลือ (โซเดียม) ในประเทศไทย ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนากลไกการดำเนินงาน การรณรงค์สื่อสารเชิงนโยบาย ทั้งในภาครัฐและภาคเอกชน/อุตสาหกรรม และสนับสนุนการจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อควบคุมการบริโภคเกลือและโซเดียมในระดับต่าง ๆ ในด้านการรณรงค์สร้างการตระหนักรู้ในหมู่ประชาชน แม้เครือข่ายลดบริโภคเค็มและ สสส.ได้เผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ในการลดการบริโภคเกลือแต่ก็ยังไม่เพียงพอ ประชาชนทุกช่วงวัยยังไม่มีความรู้และความเข้าใจที่ดีพอในการนำไปใช้ปฏิบัติ ซึ่งความร่วมมือจากสื่อสารมวลชน สถานศึกษาทุกระดับและประชาชนในท้องถิ่นในการกระจายความรู้และรณรงค์สร้างค่านิยมลดการบริโภคเกลือในท้องถิ่นเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นมีความสำคัญ ผู้ผลิตอาหารทั้งธุรกิจอุตสาหกรรมอาหารและร้านค้าในชุมชนยังไม่มี การปรับเปลี่ยนสูตรอาหารให้ลดปริมาณเกลือทำให้ผู้บริโภคไม่มีทางเลือกอาหารที่ดีต่อสุขภาพะ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและส่วนกลางควรเข้ามามีบทบาทมากขึ้นในการควบคุมปริมาณเกลือในอาหารสำเร็จรูปและอาหารที่ปรุงขึ้นตามร้านค้าภัตตาคารเพื่อให้มีอาหารที่มีเกลือและโซเดียมต่ำ รวมทั้งควรพัฒนาฉลากและสัญลักษณ์โภชนาการหน้าผลิตภัณฑ์ให้มีความชัดเจนในปริมาณเกลือและโซเดียมที่ควรได้รับตามมาตรฐานและง่ายต่อการเข้าใจของผู้บริโภค นอกจากนี้ควรส่งเสริมและสนับสนุนสถาบันการศึกษาในการสร้างและพัฒนาเครื่องมือเพื่อการติดตามประเมินการบริโภคเกลือ รวมทั้งวิจัยและพัฒนานวัตกรรมในการใช้สารทดแทนเกลือ ภาครัฐร่วมกับภาคีที่เกี่ยวข้องต้องดำเนินการเฝ้าระวัง กำกับและประเมินผลภาวะโรค พฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการบริโภคเกลือและโซเดียมในประชาชน

๘. ข้อเสนอ

การลดบริโภคเกลือและโซเดียมเป็นเป้าหมายระดับโลกที่องค์การอนามัยโลกตั้งเป้าว่าจะลดลงร้อยละ ๓๐ ใน ๑๐ ปี (ภายใน พ.ศ. ๒๕๖๘) การจัดทำมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเพื่อการลดการบริโภคเกลือและโซเดียมจึงเป็นเรื่องที่จำเป็นและเหมาะสมยิ่ง เพราะนอกจากเป็นมาตรการที่ให้ความคุ้มครองในการลดโรคเรื้อรังที่สำคัญ อันได้แก่โรคความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด และความรุนแรงของ

โรคเบาหวานแล้ว ยังเป็นการแสดงให้เห็นถึงการเอาจริงเอาจังของประเทศในการดำเนินการให้ถึงเป้าหมาย ตัวชี้วัดโรคไม่ติดต่อ ที่ยอมรับกันในระดับชาติและนานาชาติ

๙. ประเด็นเพื่อพิจารณาสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาเอกสารสมัชชาสุขภาพ ๘ / ร่างมติ ๔ นโยบายการลดบริโภคเกลือและโซเดียมเพื่อลดโรคไม่เรื้อรัง (NCDs)

เอกสารอ้างอิง

๑. INTERSALT Cooperative Group. INTERSALT: an international study of electrolyte excretion and blood pressure. Results for 24 hour urinary sodium and potassium excretion. Br Med J 1988; 297:319–328.
๒. He J et al . Dietary sodium intake and subsequent risk of cardiovascular disease in overweight adults. JAMA 1999; 282:2027–2034.
๓. Nagata C et al. Sodium intake and risk of death from stroke in Japanese men and women. Stroke 2004; 35:1543–1547. Epub 2004.
๔. Tuomilehto J et al. Urinary sodium excretion and cardiovascular mortality in Finland: a prospective study. Lancet 2001; 17;357:848–851.
๕. Cohen HW et al. Sodium intake and mortality in the NHANES II follow-up study. Am J Med 2006; 119:275.e7–e14.
๖. Smyth A, O'Donnell MJ, Yusuf S, et al. Sodium intake and renal outcomes: a systematic review. Am J Hypertens 2014;27:1277–1284.
๗. Dahl LK. Possible role of salt intake in the development of essential hypertension. In: P Cottier, D Bock, editors. Essential Hypertension - An International Symposium. Berlin: Springer-Verlag; 1960.
๘. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sodium Reduction Toolkit: A Global Opportunity to Reduce Population-Level Sodium Intake [Internet]. 2012 [cited 2013 Jul 20]. Available from: http://www.cdc.gov/salt/sodium_toolkit.htm.
๙. Vogt L, Waanders F, Boomsma F, de Zeeuw D, Navis G. Effects of dietary sodium and hydrochlorothiazide on the antiproteinuric efficacy of losartan. Journal of the American Society of Nephrology : JASN 2008;19:999-1007.
๑๐. Aburto NJ, Ziolkovska A, Hooper L, Elliott P, Cappuccio FP, Meerpohl JJ. Effect of lower sodium intake on health: systematic review and meta-analyses. BMJ 2013;346:f1.
๑๑. World Health Organisation (WHO). Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020 [Internet]. [cited 2013 May 22]. Available from: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/en/>

๑๒. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. Cited from <http://bps.ops.moph.go.th/III/ป่วย52/ผู้ป่วยในปี2552.xls>
๑๓. Ingsathit A, Thakkinthian A, Chaiprasert A, Sangthawan P, Gojaseni P, Kiattisunthorn K, et al. Prevalence and risk factors of chronic kidney disease in the Thai adult population: Thai SEEK study. *Nephrol Dial Transplant* 2010;25:1567-1575.
๑๔. กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการสำรวจปริมาณการบริโภคโซเดียมคลอไรด์ของประชากรไทย. กรุงเทพมหานคร: ๒๕๕๒.
๑๕. ประไพศรี ศรีจักษรวาล และคณะ. อาหารลดเค็มช่วยลดความดันโลหิต[อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ ๒๒ พ.ค. ๒๕๕๕]. แหล่งข้อมูล: <http://www.freewebs.com/1stopservice/salt.pdf>
๑๖. ลือชัย ศรีเงินยวง และคณะ. สถานการณ์การบริโภคเกลือโซเดียมในประเทศไทย: การศึกษาเชิงปริมาณ [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ ๒๒ พ.ค. ๒๕๕๕]. แหล่งข้อมูล: <http://thaincd.com/document/file/download/paper-manual/download1no167.pdf>
๑๗. Bibbins-Domingo K, Chertow GM, Coxson PG, et al. Projected effect of dietary salt reductions on future cardiovascular disease. *N Engl J Med* 2010;362:590–9.
๑๘. Rubinstein A, Garcia MS, Souto A, et al. Generalized cost-effectiveness analysis of a package of interventions to reduce cardiovascular disease in Buenos Aires, Argentina. *Cost Effectiveness Resource Allocation* 2009;7:10.
๑๙. Asaria P, Chisholm D, Mathers C, et al. Chronic disease prevention: health effects and financial costs of strategies to reduce salt intake and control tobacco use. *Lancet* 2007;370:2044–53.
๒๐. World Health Organization. Reducing salt intake in populations: report of a WHO forum and technical meeting. WHO forum on reducing salt in populations; 2006 Oct 5-7; Paris, France. Geneva: World Health Organization: 2007.
๒๑. WHO. Salt reduction and iodine fortification strategies in public health. Report of a joint technical meeting convened by WHO and The George Institute for Global Health in collaboration with the International Council for the Control of Iodine Deficiency Disorders Global Network, Australia, March 2013. 2014