

(ร่าง)

แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
ของประเทศ ระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐)
ฉบับปรับปรุง พ.ศ. ๒๕๖๔

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	
สารบัญภาพ	๔
สารบัญตาราง	๗
บทที่ ๑ บทนำ	๘
บทที่ ๒ สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพ	๑๑
๑. กลุ่มโรคติดต่อ (Communicable Diseases : CDs)	๑๔
๒. กลุ่มโรคติดต่อเรื้อรัง (Communicable Chronic Diseases : CCDs)	๑๘
๓. กลุ่มโรคไม่ติดต่อและปัจจัยเสี่ยงจากพฤติกรรมสุขภาพ (Non - Communicable Diseases : NCDs)	๒๑
๔. กลุ่มโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม (Occupational and Environmental Diseases : Env-Occ)	๒๘
บทที่ ๓ ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อระบบป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ	๓๔
๑. การวิเคราะห์ปัจจัยภายใน	๓๔
๒. การวิเคราะห์ปัจจัยภายนอก	๔๒
บทที่ ๔ ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๔)	๕๐
บทที่ ๕ แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศ ระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐) ฉบับปรับปรุง พ.ศ. ๒๕๖๔	๕๙
วิสัยทัศน์	๕๙
การจัดลำดับความสำคัญแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐) ฉบับปรับปรุง พ.ศ. ๒๕๖๔	๖๐
ยุทธศาสตร์ตามแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของ ประเทศ ระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐) ฉบับปรับปรุง พ.ศ. ๒๕๖๔	๖๒
เป้าประสงค์สูงสุด (Ultimate goal)	๖๒
ตัวชี้วัดหลัก (Cooperate KPI)	๖๒
เป้าหมายความสำเร็จแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของ ประเทศ ระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐) ฉบับปรับปรุง พ.ศ. ๒๕๖๔	๖๓
ยุทธศาสตร์ที่ ๑ การพัฒนานโยบาย มาตรการ และบริการด้านการป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพ	๖๔
ยุทธศาสตร์ที่ ๒ การเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบจัดการภาวะฉุกเฉินทาง สาธารณสุข	๖๗

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ยุทธศาสตร์ที่ ๓ การยกระดับโครงสร้างพื้นฐานของระบบป้องกันควบคุมโรคและ ภัยสุขภาพ	๗๐
ยุทธศาสตร์ที่ ๔ การปรับปรุงระบบบริหารจัดการและการพัฒนาความร่วมมือ	๗๓
ยุทธศาสตร์ที่ ๕ การพัฒนากำลังคนด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ	๗๖
บทที่ ๖ แนวทางการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ของประเทศ ระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐) ฉบับปรับปรุง พ.ศ. ๒๕๖๔	๗๘
๖.๑ กรอบการติดตามการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพของประเทศ ระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐) ฉบับปรับปรุง พ.ศ. ๒๕๖๔	๗๘
๖.๒ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการนำแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันควบคุมโรคและ ภัยสุขภาพของประเทศ ระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐) ฉบับปรับปรุง พ.ศ. ๒๕๖๔	๗๘
บทที่ ๗ แนวทางการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ของประเทศ ระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐) ฉบับปรับปรุง พ.ศ. ๒๕๖๔	๘๕
ภาคผนวก	๘๗
ภาคผนวกที่ ๑ : การบริหารจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 (COVID - 19) ในต่างประเทศ	๘๗
ภาคผนวกที่ ๒ : การประเมินผลการดำเนินงานตามแผนพัฒนาการป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศ ระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐) ระยะปฏิรูป (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๕) ช่วงปี พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓ (Mid Term Reviewed)	๙๑
ภาคผนวกที่ ๓ : ผลการประเมิน JEE Joint External Evaluation (JEE) ของประเทศไทย ปี พ.ศ. ๒๕๖๐	๙๙
ภาคผนวกที่ ๔ : การประเมินร่วมกันระหว่างผู้ประเมินจากภายนอก (Joint External Evaluation, JEE) และผู้เชี่ยวชาญ ภายในประเทศในด้านต่าง ๆ	๑๐๘
ภาคผนวกที่ ๕ : คำนิยาม	๑๑๑
บรรณานุกรม	๑๑๓

สารบัญภาพ

		หน้า
ภาพที่ ๑ - ๑	วิสัยทัศน์และยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐)	๘
ภาพที่ ๒ - ๑	อัตราป่วยโรคบาดทะยักในทารกแรกเกิดและความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนบาดทะยักครบชุดในหญิงตั้งครรภ์ ประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๒๐ - ๒๕๖๒	๑๔
ภาพที่ ๒ - ๒	อัตราป่วยโรคไอกรนและความครอบคลุมของการได้รับวัคซีน DTP ครบ ๓ ครั้งในเด็กอายุครบ ๑ ปี ประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๒๐ - ๒๕๖๒	๑๔
ภาพที่ ๒ - ๓	อัตราป่วยโรคคอตีบและความครอบคลุมของการได้รับวัคซีน DTP ครบ ๓ ครั้งในเด็กอายุครบ ๑ ปี ประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๒๐ - ๒๕๖๒	๑๕
ภาพที่ ๒ - ๔	อัตราป่วยต่อประชากรแสนคนด้วยโรคคางทูม หัด หัดเยอรมัน ประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๒๖ - ๒๕๕๙	๑๕
ภาพที่ ๒ - ๕	จำนวนผู้เสียชีวิตโรคพิษสุนัขบ้า และร้อยละการตรวจพบโรคในสัตว์ พ.ศ. ๒๕๓๖ - ๒๕๖๐	๑๖
ภาพที่ ๒ - ๖	อัตราป่วยต่อประชากรแสนคนด้วยโรคไข้เลือดออก (รวม) ประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๑ - ๒๕๖๔	๑๖
ภาพที่ ๒ - ๗	จำนวนผู้ป่วยและจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคมาลาเรีย ประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๑ - ๒๕๖๔	๑๗
ภาพที่ ๒ - ๘	ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลักประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๖๓	๑๘
ภาพที่ ๒ - ๙	ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มพนักงานบริการหญิง (Non - Venue) พ.ศ. ๒๕๕๔ - ๒๕๖๒	๑๙
ภาพที่ ๒ - ๑๐	อัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ๕ โรคหลักของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๒ - ๒๕๖๓	๑๙
ภาพที่ ๒ - ๑๑	จำนวนและอัตราการตรวจพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ ประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๖๓	๒๐
ภาพที่ ๒ - ๑๒	ความชุกของโรคเบาหวานในประชากรไทยอายุ ๑๕ ขึ้นไปจากการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย ครั้งที่ ๓ - ๖ ประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๔๗, ๒๕๕๒, ๒๕๕๗ และ ๒๕๖๒	๒๑
ภาพที่ ๒ - ๑๓	ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรไทยอายุ ๑๕ ขึ้นไปจากการสำรวจ สภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยครั้งที่ ๓ - ๖ ประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๔๗, ๒๕๕๒, ๒๕๕๗ และ ๒๕๖๒	๒๑
ภาพที่ ๒ - ๑๔	อัตราตายต่อประชากรแสนคนด้วยโรคหัวใจขาดเลือด ประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๔๓ - ๒๕๖๒	๒๒
ภาพที่ ๒ - ๑๕	อัตราตายต่อประชากรแสนคนด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๔๓ - ๒๕๖๒	๒๒
ภาพที่ ๒ - ๑๖	อัตราตายต่อประชากรแสนคนด้วยอุบัติเหตุทางถนน ประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๔ - ๒๕๖๓	๒๔

สารบัญภาพ (ต่อ)

	หน้า
ภาพที่ ๒ - ๑๗ อัตราตายต่อประชากรเด็กแสนคน จากการตกน้ำ จมน้ำ ของเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี ประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๔๓ - ๒๕๖๓	๒๔
ภาพที่ ๒ - ๑๘ ความชุกของการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ	๒๕
ภาพที่ ๒ - ๑๙ อัตราของผู้ป่วยใน (IPD) จากสาเหตุพลัดตกหกล้ม (W00 - W19) ในกลุ่มอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปต่อประชากรผู้สูงอายุแสนคน พ.ศ. ๒๕๕๘ - ๒๕๖๓	๒๕
ภาพที่ ๒ - ๒๐ อัตราการเสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ กลุ่มอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปต่อประชากรแสนคน พ.ศ. ๒๕๕๙ - ๒๕๖๓	๒๖
ภาพที่ ๒ - ๒๑ ความชุกการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรที่อายุ ๑๕ - ๑๙ ปี และ ๑๕ ปี ขึ้นไปประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๔๔ - ๒๕๖๔	๒๗
ภาพที่ ๒ - ๒๒ ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อหัวประชากร ประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๔๐ - ๒๕๖๓	๒๗
ภาพที่ ๒ - ๒๓ เปรียบเทียบอัตราการสูบบุหรี่ของประชากรอายุตั้งแต่ ๑๕ ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๔๗ - ๒๕๖๐	๒๘
ภาพที่ ๒ - ๒๔ จำนวนผู้ป่วยโรคจากตะกั่วหรือสารประกอบของตะกั่ว ที่เกี่ยวข้องจากการทำงาน ประเทศไทยปี พ.ศ. ๒๕๕๙ - ๒๕๖๔	๒๘
ภาพที่ ๒ - ๒๕ จำนวนผู้ป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคซิลิโคสิส (Silicosis) ประเทศไทย ปี พ.ศ. ๒๕๕๙ - ๒๕๖๔	๒๙
ภาพที่ ๒ - ๒๖ จำนวนผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจที่เกิดจากแอสเบสตอส ประเทศไทย ปี พ.ศ. ๒๕๕๙ - ๒๕๖๔	๓๐
ภาพที่ ๒ - ๒๗ สถานการณ์การบาดเจ็บและเสียชีวิต “โรคจากภาวะอับอากาศ” ย้อนหลัง ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๕๙ - ๒๕๖๓) โดยแบ่งเป็นสถานที่เกิดเหตุการณ์ และความเสี่ยงที่พบ	๓๑
ภาพที่ ๒ - ๒๘ จำนวนผู้ป่วยจากพิษสารกำจัดศัตรูพืช ประเทศไทย ปี พ.ศ. ๒๕๕๙ - ๒๕๖๔	๓๑
ภาพที่ ๒ - ๒๙ สถานการณ์โรคจากตะกั่วหรือสารประกอบของตะกั่วในเด็กอายุ ๐ - ๕ ปี พ.ศ. ๒๕๕๘ - ๒๕๖๒	๓๒
ภาพที่ ๒ - ๓๐ สถานการณ์ผลกระทบสุขภาพ กลุ่มโรค Asthma, COPD, หัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และโรคทางเดินหายใจอื่น ๆ ระหว่างวันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๔ - ๑๑ ธันวาคม ๒๕๖๔	๓๓
ภาพที่ ๒ - ๓๑ สถานการณ์ผลกระทบสุขภาพ กลุ่มโรค Asthma, COPD, หัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และโรคทางเดินหายใจอื่น ๆ ระหว่างวันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๔ - ๑๑ ธันวาคม ๒๕๖๔	๓๓
ภาพที่ ๓ - ๑ ขนาดเศรษฐกิจที่ใหญ่ขึ้นของจีนและเชื่อมโยงกับเศรษฐกิจการเงินของโลก	๔๓
ภาพที่ ๓ - ๒ ค่าดัชนีความผันผวนของตลาดหุ้นในปี พ.ศ. ๒๕๒๘ - ๒๕๖๓	๔๔
ภาพที่ ๓ - ๓ การเปลี่ยนแปลงของค่าใช้จ่ายครัวเรือนในหมวดหมู่อสังหาริมทรัพย์ต่าง ๆ	๔๕

สารบัญภาพ (ต่อ)

	หน้า
ภาพที่ ๓ - ๔	ปิรามิดประชากรไทย ปี พ.ศ. ๒๕๐๓ - ๒๕๘๓
ภาพที่ ๓ - ๕	จำนวนผู้ป่วยโรคซาร์สและจำนวนผู้เสียชีวิต (ในวงเล็บ) รายประเทศ

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ ๒ - ๑	
เปรียบเทียบสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญ จำแนกตามโรค/กลุ่มสาเหตุ	๑๑
ประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๐๕ และ พ.ศ. ๒๕๖๓	
ตารางที่ ๒ - ๒	
จำนวนปีสุขภาวะที่สูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควรของประชากรไทย	๑๓
พ.ศ. ๒๕๕๗ จำแนกตามเพศและสาเหตุ	
ตารางที่ ๒ - ๓	
ผลการเฝ้าระวังโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (MERS-CoV) ประเทศไทย	๑๗
พ.ศ. ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐	

บทที่ ๑ บทนำ

ประเทศไทยภายใต้การนำของนายกรัฐมนตรีพลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา ให้ความสำคัญกับการปฏิรูปประเทศและการทำยุทธศาสตร์การพัฒนาระยะยาวเพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศครั้งใหญ่ในทุกมิติ โดยได้บรรจุประเด็นการปฏิรูปประเทศไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ซึ่งตราไว้ ณ วันที่ ๖ เมษายน พุทธศักราช ๒๕๖๐ โดยได้กำหนดเป้าหมายของการปฏิรูปประเทศไว้ ดังต่อไปนี้

(๑) ประเทศชาติมีความสงบเรียบร้อยมีความสามัคคีปรองดองการพัฒนาอย่างยั่งยืนตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง และมีความสมดุลระหว่างการพัฒนาด้านวัตถุกับการพัฒนาด้านจิตใจ

(๒) สังคมมีความสุข เป็นธรรม และมีโอกาสอันทัดเทียมกันเพื่อขจัดความเหลื่อมล้ำประชาชนมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีส่วนร่วมในการพัฒนาประเทศและการปกครองในระบอบประชาธิปไตยอันมีพระมหากษัตริย์ทรงเป็นประมุข โดยได้จัดทำยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐) ขึ้นได้กำหนดวิสัยทัศน์ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” หรือเป็นคติพจน์ประจำชาติว่า “มั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน” และได้กำหนดกรอบยุทธศาสตร์ชาติที่จะใช้เป็นกรอบแนวทางการพัฒนาประเทศในระยะ ๒๐ ปี ต่อจากนี้ไป ดังนี้

(๑) ยุทธศาสตร์ด้านความมั่นคง

(๒) ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขัน

(๓) ยุทธศาสตร์การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคน

(๔) ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างโอกาสความเสมอภาคและเท่าเทียมกันทางสังคม

(๕) ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม และ

(๖) ยุทธศาสตร์ด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบการบริหารจัดการภาครัฐ

ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี

วิสัยทัศน์และเป้าหมายการพัฒนาประเทศ

วิสัยทัศน์ประเทศไทย 2580

ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน

เป็นประเทศพัฒนาแล้ว

ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง

เป้าหมายการพัฒนาประเทศภาพรวม

“ประเทศไทยมีความมั่นคง ประชาชนมีความสุข เศรษฐกิจพัฒนาอย่างต่อเนื่อง สังคมเป็นธรรม ฐานทรัพยากรธรรมชาติยั่งยืน” โดยยกระดับศักยภาพของประเทศในหลากหลายมิติ พัฒนาคมนในทุกมิติและในทุกช่วงวัยให้เป็นคนดี เก่ง และมีคุณภาพ สร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม สร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม และมีภาครัฐของประชาชนเพื่อประชาชนและประโยชน์ส่วนรวม

1. ด้านความมั่นคง	2. ด้านการสร้างขีดความสามารถในการแข่งขัน	3. ด้านพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคน
เพื่อการบริหารการดูแลรักษาของประเทศไทยมีความมั่นคง ปกติสุข และมีความสงบเรียบร้อยในทุกระดับ และทุกมิติ	เน้นการยกระดับศักยภาพในหลากหลายมิติ ควบคู่กับการขยายโอกาสของประเทศไทยในเวทีโลก	คนไทยในอนาคต มีความพร้อมทั้งกาย ใจ สติปัญญา มีทักษะที่จำเป็นในศตวรรษที่ 21 มีทักษะสื่อสารภาษาทั้งไทยและภาษาที่ 3 และมีคุณธรรม
4. ด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม	5. ด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม	6. ด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบการบริหารจัดการภาครัฐ
สร้างความเป็นธรรม และลดความเหลื่อมล้ำในทุกมิติ การขยายสู่ภาคการเกษตรและชนบทอย่างทั่วถึง เพื่อโอกาสในทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืน	ดำเนินด้วยความยั่งยืนของรูปทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนให้เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม เกิดผลิตภัณฑ์ความยั่งยืน	การเป็นปึกแผ่นทั้ง 3 องค์กร “ภาครัฐของประชาชนเพื่อประชาชนและประโยชน์ส่วนรวม”

มกราคม 2564

nsc.nesdc.go.th

9

ภาพที่ ๑ - ๑ วิสัยทัศน์และยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐)

ที่มา : เอกสารประกอบการบรรยายยุทธศาสตร์ชาติ, สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๔

กรมควบคุมโรคได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของการปฏิรูประบบราชการและการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ การพัฒนายาระยาว จึงได้จัดให้มีกระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี ด้านการป้องกันควบคุมโรค และสุขภาพ (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๗๙) ขึ้น โดยได้มีการประกาศใช้และเผยแพร่แผนดังกล่าวเมื่อเดือนสิงหาคม ๒๕๖๐ และเมื่อวันที่ ๒๘ เมษายน ๒๕๖๔ สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี ได้มีหนังสือด่วนที่สุด ที่ นร ๐๕๐๕/ว ๓๐๔๑ เรื่อง คู่มือแนวทางการจัดทำแผนระดับที่ ๓ และการเสนอแผนระดับที่ ๓ ในส่วนของแผนปฏิบัติการด้าน... ต่อคณะรัฐมนตรี ซึ่งได้กำหนดนิยามของแผนทั้ง ๓ ระดับ ไว้ดังนี้

แผนระดับที่ ๑ คือ ยุทธศาสตร์ชาติ เป็นเป้าหมายการพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืน ตามหลักธรรมาภิบาล เพื่อใช้เป็นกรอบในการจัดทำแผนต่าง ๆ ให้สอดคล้องและบูรณาการกัน เพื่อให้เกิดเป็นพลังผลักดันรวมกันไปสู่ เป้าหมายดังกล่าว ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๖๐ หมวด ๖ แนวนโยบายแห่งรัฐ มาตรา ๖๕

แผนระดับที่ ๒ ประกอบด้วย (๑) แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ คือ แผนแม่บทเพื่อบรรลุ เป้าหมายตามที่กำหนดไว้ในยุทธศาสตร์ชาติ (ตามพระราชบัญญัติการจัดทำยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. ๒๕๖๐ มาตรา ๓) โดยจะเป็นแผนที่กำหนดประเด็นการพัฒนาในลักษณะที่มีการบูรณาการและเชื่อมโยงระหว่าง ยุทธศาสตร์ชาติด้านที่เกี่ยวข้อง และประเด็นการพัฒนาจะไม่มีซ้ำซ้อนกันระหว่างแผนแม่บทฯ เพื่อให้ส่วน ราชการสามารถนำแผนแม่บทฯ ไปใช้ในทางปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพและป้องกันการเกิดความสับสน (๒) แผนการปฏิรูปประเทศ คือ แผนและขั้นตอนการดำเนินการปฏิรูปประเทศ (ตามพระราชบัญญัติแผนและ ขั้นตอนการดำเนินการปฏิรูปประเทศ พ.ศ. ๒๕๖๐) โดยจะเป็นแผนที่มุ่งเน้นการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงหรือ แก้ไขประเด็นปัญหาและอุปสรรคเร่งด่วนเชิงโครงสร้าง วิธีและกระบวนการ หรือกลไกหรือกฎระเบียบ เพื่อให้ รากฐานการพัฒนามีความมั่นคง เหมาะสมและสมควรกับบริบทประเทศและทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมีความพร้อม ร่วมขับเคลื่อนประเทศให้บรรลุเป้าหมายและวิสัยทัศน์ตามยุทธศาสตร์ชาติ (๓) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม แห่งชาติ คือ แผนเพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาประเทศด้านเศรษฐกิจและสังคมอย่างต่อเนื่องในแต่ละช่วง ระยะเวลา ๕ ปี (ตามพระราชบัญญัติสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๑ มาตรา ๑๔) โดยต้องสอดคล้องกับแนวนโยบายแห่งรัฐ ยุทธศาสตร์ชาติ สภาพการณ์ทางเศรษฐกิจและสังคมทั้งของประเทศ และของโลก ทิศทางการพัฒนาประเทศที่เหมาะสม ทั้งนี้ แผนพัฒนาฯ จะเป็นแผนชี้นำ (Indicative Plan) เรื่องของประเด็นยุทธศาสตร์ชาติที่จะต้องให้ความสำคัญในห้วง ๕ ปีนั้น ๆ และ (๔) นโยบายและแผน ระดับชาติว่าด้วยความมั่นคงแห่งชาติ คือ นโยบายและแผนตามกฎหมายว่าด้วยความมั่นคงแห่งชาติ (พระราชบัญญัติสภาพัฒนาการความมั่นคงแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๙ มาตรา ๑๓) เพื่อเป็นแผนหลักของชาติที่เป็นกรอบ ทิศทาง การดำเนินการป้องกัน แจ่งเตือน แก้ไข หรือระงับยับยั้งภัยคุกคามเพื่อธำรงไว้ซึ่งความมั่นคงแห่งชาติ

แผนระดับที่ ๓ คือ แผนที่จัดทำขึ้นโดยหน่วยงานของรัฐ เพื่อถ่ายทอดเป้าหมายและประเด็น การพัฒนาของแผนระดับที่ ๑ และแผนระดับที่ ๒ ไปสู่การปฏิบัติ หรือจัดทำขึ้นตามพันธกรณีหรืออนุสัญญา ระหว่างประเทศ ประกอบด้วย (๑) แผนปฏิบัติการด้าน... เป็นแผนการพัฒนาเชิงประเด็น ที่ไม่ใช่ การดำเนินการที่มีลักษณะเป็นภารกิจปกติ และมีการบูรณาการระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมากกว่า ๑ กระทรวง หรือเทียบเท่า หรือหน่วยงานขึ้นตรงต่อ/ในบังคับบัญชาของนายกรัฐมนตรีขึ้นไป (ไม่นับรวม แผนปฏิบัติการหรือแผนอื่น ๆ ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นแผนสำหรับการดำเนินงานต่าง ๆ ภายในหน่วยงาน) และ (๒) แผนปฏิปัตรราชการราย ๕ ปี และรายปี เป็นแผนของส่วนราชการระดับกระทรวงหรือเทียบเท่า และระดับอื่น ๆ ตามบทบัญญัติพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ.๒๕๔๖ และ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ.๒๕๖๒ ที่กำหนดให้ทุกหน่วยงานของรัฐต้องจัดทำแผนปฏิปัตรราชการระยะ ๕ ปี และแผนรายปี โดยแผนปฏิปัตรราชการจะเป็นแผนระดับที่ ๓ หลักในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ แผนระดับที่ ๒ นโยบายรัฐบาล และแผนระดับที่ ๓ ที่เกี่ยวข้อง ไปสู่การปฏิบัติที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม และ (๓) แผนอื่น ๆ คือ แผนระดับที่ ๓ อื่น ๆ ของหน่วยงานของรัฐที่มีกฎหมายระบุให้ใช้ชื่อนั้น ๆ

จากแนวทางการจัดทำแผนดังกล่าวข้างต้น ประกอบกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) ซึ่งส่งผลกระทบต่อรูปแบบวิถีชีวิตของประชาชน และวิธีการดำเนินงาน กรมควบคุมโรคจึงได้จัดให้มีการทบทวนและปรับปรุงแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี ด้านการป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพ (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๗๙) ขึ้น โดยปรับแก้ไขชื่อเป็น “แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพของประเทศ ระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐)” เพื่อให้สอดคล้องกับแนวทางการจัดทำแผน ระดับที่ ๓ และการเสนอแผนระดับที่ ๓ ในส่วนของแผนปฏิบัติการด้าน... ต่อคณะรัฐมนตรี และกรอบระยะเวลา ดำเนินการของยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี เพื่อเป็นกรอบการดำเนินงานที่สอดคล้องกับสถานการณ์ในปัจจุบันที่เปลี่ยนแปลงไปมากยิ่งขึ้น

ขั้นตอนการจัดทำแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศ ระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐)

ขั้นตอนการจัดทำแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศ ระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐) ประกอบด้วยการดำเนินงานที่สำคัญๆ ดังนี้

๑. การทบทวนข้อมูลทุติยภูมิ ประเภทเอกสาร งานวิจัย บทความทางวิชาการ กฎหมาย และนโยบาย ที่เกี่ยวข้องกับระบบป้องกันควบคุมโรค สถาบันสาธารณสุข (Public Health Institute) สมรรถนะที่สำคัญ ในการป้องกันควบคุมโรค แนวโน้มที่สำคัญของโลก เป้าหมายการพัฒนาตาม Sustainable Development Goal และเป้าหมายโลกอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง โมเดลการพัฒนาประเทศ เพื่อศึกษาสถานการณ์ แนวโน้ม รูปแบบ และการขับเคลื่อนระบบป้องกันควบคุมโรค

๒. การระดมสมองและรับฟังความคิดเห็นจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และผู้เชี่ยวชาญทั้งจากภายใน และภายนอกกระทรวงสาธารณสุข เช่น ภาคเอกชน องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรมหาชน องค์กรระหว่าง ประเทศ มหาวิทยาลัย เป็นต้น เพื่อทบทวนความสำเร็จที่สำคัญในการด้านป้องกันควบคุมโรคในระยะ ๒๐ ปี ที่ผ่านมา ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความสำเร็จดังกล่าว การค้นหาแนวโน้มและความไม่แน่นอนของการดำเนินงาน เพื่อสร้างภาพอนาคตที่ศรัทธา (ความคาดหวังในอนาคตข้างหน้า (๑๐ - ๒๐ ปีข้างหน้า) ที่มีต่อระบบป้องกัน ควบคุมโรคของประเทศไทย และประเด็นที่จำเป็นต้องเร่งพัฒนาและปฏิรูป

๓. การกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดที่สำคัญของแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันควบคุมโรคและ ภัยสุขภาพของประเทศ ระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐) ทั้งผลสัมฤทธิ์ด้านการลดโรคและผลสัมฤทธิ์ ในการพัฒนาระบบป้องกันควบคุมโรค

๔. นำเสนอร่าง แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศ ระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐) ฉบับปรับปรุง พ.ศ. ๒๕๖๔ ต่อผู้บริหารและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอก เพื่อพัฒนาระบบป้องกันควบคุมโรคแห่งชาติ เพื่อขอความเห็นชอบ และรับฟังข้อคิดเห็น

๕. ระบุประเด็นสำคัญที่จะต้องเร่งรัดปฏิรูป/ขับเคลื่อนใน ๕ ปีข้างหน้า เพื่อเป็นกรอบในการจัดทำ แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศ ระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐) ระยะที่ ๒ สร้างความเข้มแข็ง (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐)

๖. นำเสนอแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศ ระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐) ฉบับปรับปรุง พ.ศ. ๒๕๖๔ ต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อขอความเห็นชอบเป็นกรอบใน การขับเคลื่อนงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศ ต่อไป

บทที่ ๒ สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพ

ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงในปัจจุบัน ทั้งการพัฒนาด้านเทคโนโลยี การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและระบบนิเวศ การเปลี่ยนแปลงของปัญหาสาธารณสุข ซึ่งเกิดจากการแพร่ระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ รวมทั้งโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพคนไทย มีดังต่อไปนี้

สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพในประเทศไทยในระยะกว่า ๕๐ ปีที่ผ่านมา ประชากรไทยมีสุขภาพดีขึ้น สามารถมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น โดยในปี พ.ศ. ๒๕๖๕ ประชากรชายไทยมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเท่ากับ ๗๓.๖ ปี และประชากรหญิงมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเท่ากับ ๘๐.๗ ปี (สารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล ปีที่ ๓๑ มกราคม ๒๕๖๕) โดยในปี พ.ศ. ๒๕๖๒ ประชากรชายไทยมีอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health Adjusted Life Expectancy, HALE) เท่ากับ ๖๕.๙ ปี และประชากรหญิงไทยมีอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีเท่ากับ ๗๐.๖ ปี

สาเหตุการเสียชีวิตของประชากรไทยก็มีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างมากเช่นกัน จากเดิม (ปี พ.ศ. ๒๕๐๕) สาเหตุการตายที่สำคัญจะเป็นโรคในกลุ่มเด็กก่อน และกลุ่มโรคติดเชื้อ มาเป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นต้น กล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ โรคติดเชื้อก่อให้เกิดการตายลดลง ในขณะที่โรคไม่ติดต่อเรื้อรังและการบาดเจ็บ (Injury) พบเป็นโรคที่ก่อให้เกิดการตายในคนไทยเพิ่มขึ้น

ตารางที่ ๒ - ๑ เปรียบเทียบสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญ จำแนกตามโรค/กลุ่มสาเหตุ ประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๐๕ และ พ.ศ. ๒๕๖๓

โรค/กลุ่มสาเหตุ	พ.ศ. ๒๕๐๕		โรค/กลุ่มสาเหตุ	พ.ศ. ๒๕๖๓	
	จำนวน	อัตรา		จำนวน	อัตรา
โรคเฉพาะเด็กวัยอ่อนและโรคกำหนดไม่ชัดเจนในเด็กอายุต่ำกว่า ๑ ปี (Certain Disease peculiar to first year of life)	๑๔,๖๑๕	๕๒.๗	มะเร็งและเนื้องอกทุกชนิด (Malignant neoplasms, all forms)	๘๔,๖๙๗	๑๒๙.๕
กระเพาะอาหาร ลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่อักเสบ ไม่เป็นแผล (Gastro enteritis & Colitis)	๙,๕๔๖	๓๔.๐	โรคระบบไหลเวียนโลหิต (Diseases of the circulatory system)	๗๒,๙๒๒	๑๑๑.๕
วัณโรคระบบหายใจ (Tuberculosis Respiratory system)	๘,๗๖๐	๓๑.๖	โรคของระบบทางเดินหายใจ (Diseases of the respiratory system)	๔๓,๗๘๔	๖๖.๙
โรคปอดอักเสบ (Pneumonia)	๘,๐๑๐	๒๘.๙	สาเหตุตายภายนอกของการป่วยและการตาย (External cause of morbidity and mortality other accidents, including late effect)	๓๙,๒๔๗	๖๐.๐

โรค/กลุ่มสาเหตุ	พ.ศ. ๒๕๐๕		โรค/กลุ่มสาเหตุ	พ.ศ. ๒๕๖๓	
	จำนวน	อัตรา		จำนวน	อัตรา
ไข้จับสั่น/ไข้มาลาเรีย (Malaria)	๖,๗๓๙	๒๔.๓	โรคติดเชื้อและปรสิต (Certain infectious and parasitic Diseases)	๓๔,๐๙๐	๕๒.๑
โรคหัวใจ (Disease of the Heart)	๕,๕๖๘	๒๐.๑	โรคระบบประสาท (Diseases of the nervous system)	๒๖,๕๘๓	๔๐.๖
อุบัติเหตุการเป็นพิษและ พลเหตุ (Accidents Poisonings and Violence)	๕,๓๐๗	๑๙.๑	โรคของระบบสืบพันธุ์และ ทางเดินปัสสาวะ (Diseases of the genitourinary system)	๒๕,๑๑๕	๓๘.๔
โรคแทรกการมีครรภ์การคลอด และระยะอยู่ไฟ (Disease of Pregnancy, Childbirth and Puerperium)	๓,๖๔๔	๑๓.๑	โรคระบบย่อยอาหาร (Diseases of the digestive system)	๑๘,๖๓๕	๒๘.๕
โรคบิด (Dysentery)	๑,๔๖๖	๕.๓	โรคของต่อมไร้ท่อ โภชนาการและเมตาบอลิซึม (Endocrine, nutritional and metabolic diseases)	๑,๒๓๙	๑.๙
โรคไขกระดูกน้อยและ ไขกระดูกเทียม (Typhoid & Paratyphoid)	๑,๓๕๔	๔.๙	โรคเลือดและอวัยวะ สร้างเลือดและความผิดปกติ เกี่ยวกับกลไกของภูมิคุ้มกัน (เอ็ดส์) (Diseases of the blood and blood- forming organs and certain disorders involving the immune mechanism)	๕,๔๕๖	๘.๔

ที่มา : สถิติสาธารณสุข ๒๕๐๕, กองสถิติพยากรณ์ชีพ กระทรวงสาธารณสุข

สถิติสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๖๓, กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ ๒ - ๒ จำนวนปีสุขภาวะที่สูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควรของประชากรไทย พ.ศ. ๒๕๕๗ จำแนกตามเพศและสาเหตุ

ลำดับ	ชาย			หญิง		
	สาเหตุ	DALYs	%	สาเหตุ	DALYs	%
๑	อุบัติเหตุทางถนน	๘๒๗	๑๓.๔	โรคหลอดเลือดสมอง	๓๗๖	๙.๕
๒	โรคหลอดเลือดสมอง	๔๘๒	๗.๘	โรคเบาหวาน	๓๑๐	๗.๙
๓	การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์	๔๒๘	๖.๙	โรคหัวใจขาดเลือด	๒๓๙	๖.๑
๔	โรคมะเร็งตับ	๓๗๘	๖.๑	การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์	๒๒๒	๕.๖
๕	โรคหัวใจขาดเลือด	๓๖๙	๖.๐	อุบัติเหตุทางถนน	๒๐๘	๕.๖
๖	ภาวะตับแข็ง	๓๐๓	๔.๙	โรคมะเร็งตับ	๑๕๘	๔.๐
๗	โรคมะเร็งหลอดลมและปอด	๑๙๕	๓.๒	โรคไตอักเสบและไตพิการ	๑๓๐	๓.๓
๘	โรคเบาหวาน	๑๘๘	๓.๐	โรคมะเร็งเต้านม	๑๒๕	๓.๒
๙	โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	๑๗๓	๒.๘	โรคมะเร็งปากมดลูก	๑๒๔	๓.๑
๑๐	การถูกทำร้าย	๑๖๒	๒.๖	โรคมะเร็งหลอดลมและปอด	๑๐๒	๒.๖
๑๑	การทำร้ายตัวเอง	๑๖๐	๒.๖	การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง	๙๕	๒.๔
๑๒	การจมน้ำ	๑๔๓	๒.๓	ภาวะตับแข็ง	๘๓	๒.๑
๑๓	วัณโรค	๑๓๗	๒.๒	โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	๘๒	๒.๑
๑๔	การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง	๑๒๘	๒.๑	โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	๗๐	๑.๘
๑๕	โรคไตอักเสบและไตพิการ	๑๐๑	๑.๖	ทารกขาดอากาศแรกเกิด	๖๕	๑.๖
๑๖	น้ำหนักร่างกายต่ำ	๑๐๑	๑.๖	วัณโรค	๕๖	๑.๔
๑๗	การพลัดตกหรือลื่น	๙๕	๑.๕	โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว	๕๒	๑.๓
๑๘	โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	๙๑	๑.๕	โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด	๔๓	๑.๑
๑๙	โรคมะเร็งปากและลำคอ	๗๗	๑.๓	โรคอูจจาระร่วง	๔๒	๑.๑
๒๐	การเสพติดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	๖๔	๑.๐	การจมน้ำ	๔๒	๑.๑
	รวม ๒๐ อันดับ	๑,๖๐๔	๗๔.๖	รวม ๒๐ อันดับ	๒,๖๒๔	๖๖.๕
	รวมทุกสาเหตุ	๖,๑๗๔	๑๐๐	รวมทุกสาเหตุ	๓,๙๔๔	๑๐๐

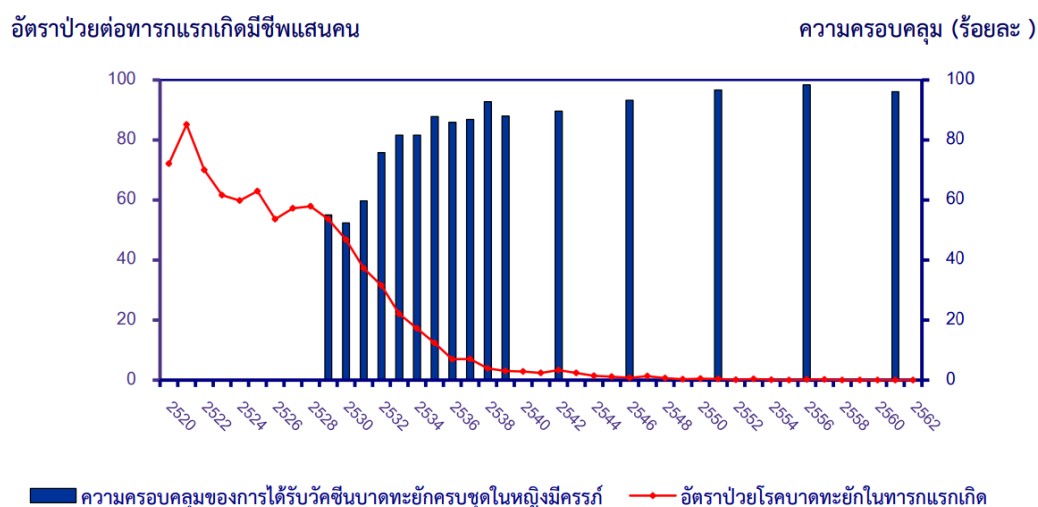
ที่มา : รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ.๒๕๕๗, สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

๑. กลุ่มโรคติดต่อ (Communicable Diseases : CDs)

๑.๑ โรคติดต่อ

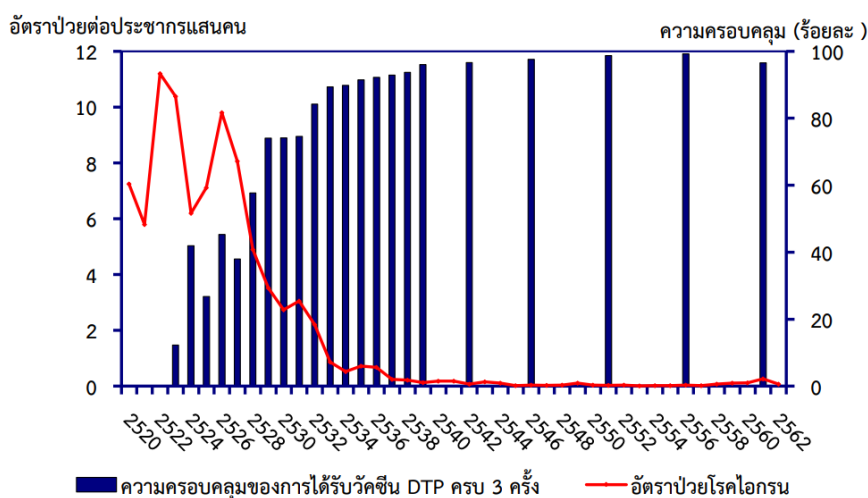
การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อนับเป็นตัวอย่างความสำเร็จที่สำคัญของการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคที่ผ่านมาของประเทศไทย โรคติดต่อหลายโรคมีแนวโน้มการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน เช่น โรคคอตีบ ไอกรน บาดทะยัก โปลิโอ หัด หัดเยอรมันและคางทูม เป็นต้น

การดำเนินงานอย่างเข้มข้นและต่อเนื่องของแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคทำให้ประเทศไทยได้รับการรับรองจากองค์การอนามัยโลกในฐานะประเทศที่สามารถกวาดล้างโรคโปลิโอเป็นผลสำเร็จ เมื่อวันที่ ๒๗ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๗ โรคติดต่ออื่นๆ ที่ประเทศไทยสามารถดำเนินการป้องกันควบคุมโรคได้เป็นอย่างดี เช่น อหิวาตกโรค โรคบิด โรคหนองพยาธิ โรคพิษสุนัขบ้า และโรคไข้เอ็นเทอริค เป็นต้น



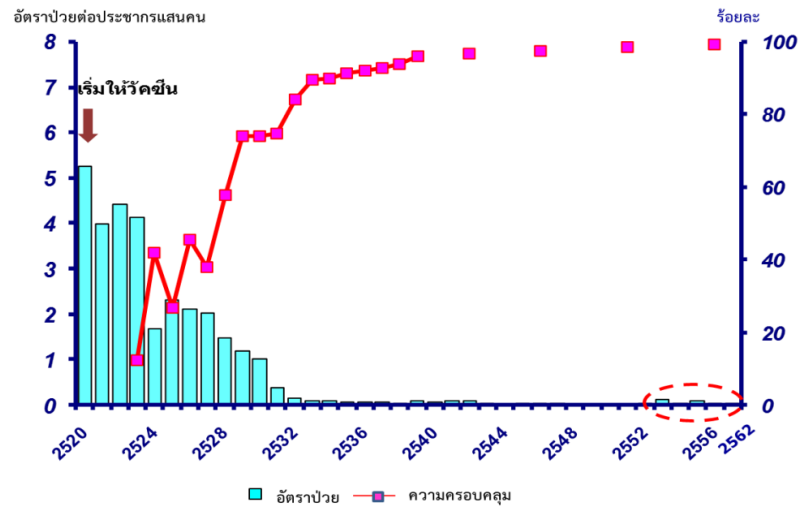
ภาพที่ ๒ - ๑ อัตราป่วยโรคบาดทะยักในทารกแรกเกิดและความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนบาดทะยักครบชุดในหญิงตั้งครรภ์ ประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๒๐ - ๒๕๖๒

ที่มา : รายงานผลการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒ กองโรคป้องกันด้วยวัคซีน กรมควบคุมโรค



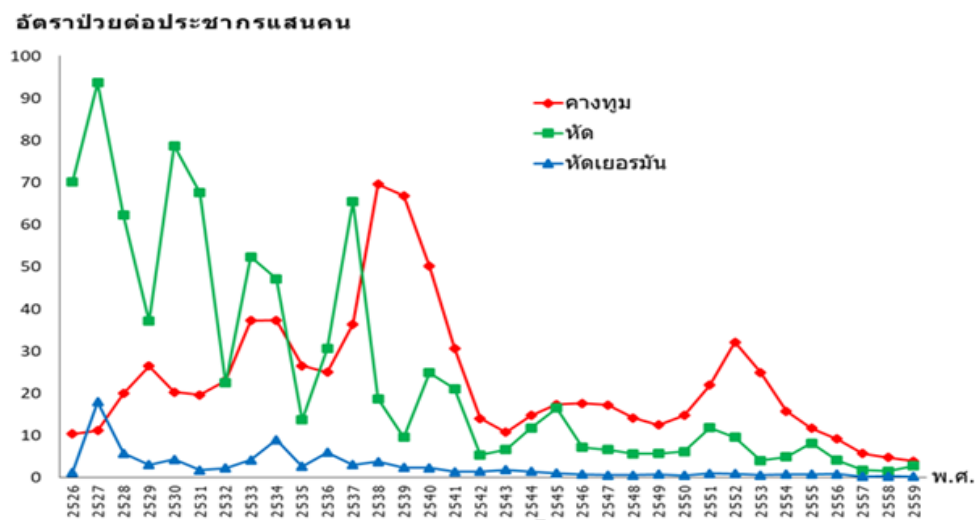
ภาพที่ ๒ - ๒ อัตราป่วยโรคไอกรนและความครอบคลุมของการได้รับวัคซีน DTP ครบ ๓ ครั้ง ในเด็กอายุครบ ๑ ปี ประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๒๐ - ๒๕๖๒

ที่มา : รายงานผลการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒ กองโรคป้องกันด้วยวัคซีน กรมควบคุมโรค



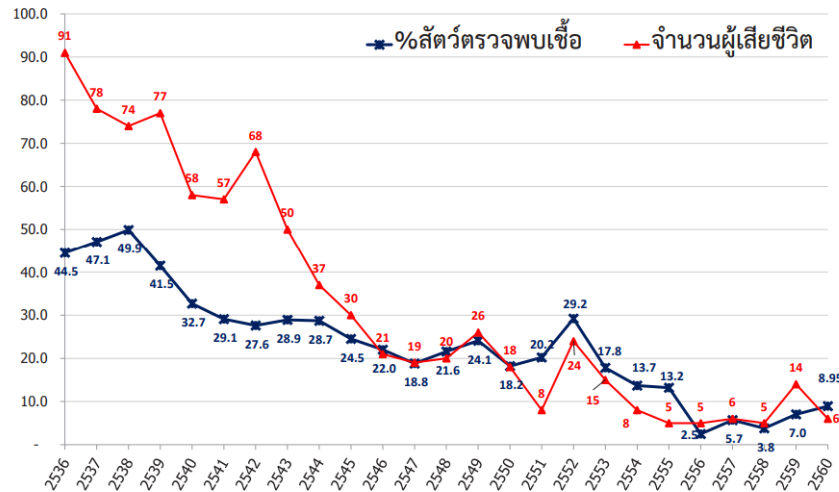
ภาพที่ ๒ - ๓ อัตราป่วยโรคคอตีบและความครอบคลุมของการได้รับวัคซีน DTP ครบ ๓ ครั้ง ในเด็กอายุครบ ๑ ปี ประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๒๐ - ๒๕๖๒

ที่มา : รายงานผลการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒ กองโรคป้องกันด้วยวัคซีน กรมควบคุมโรค



ภาพที่ ๒ - ๔ อัตราป่วยต่อประชากรแสนคนด้วยโรคคางทูม หัด หัดเยอรมัน ประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๒๖ - ๒๕๕๙

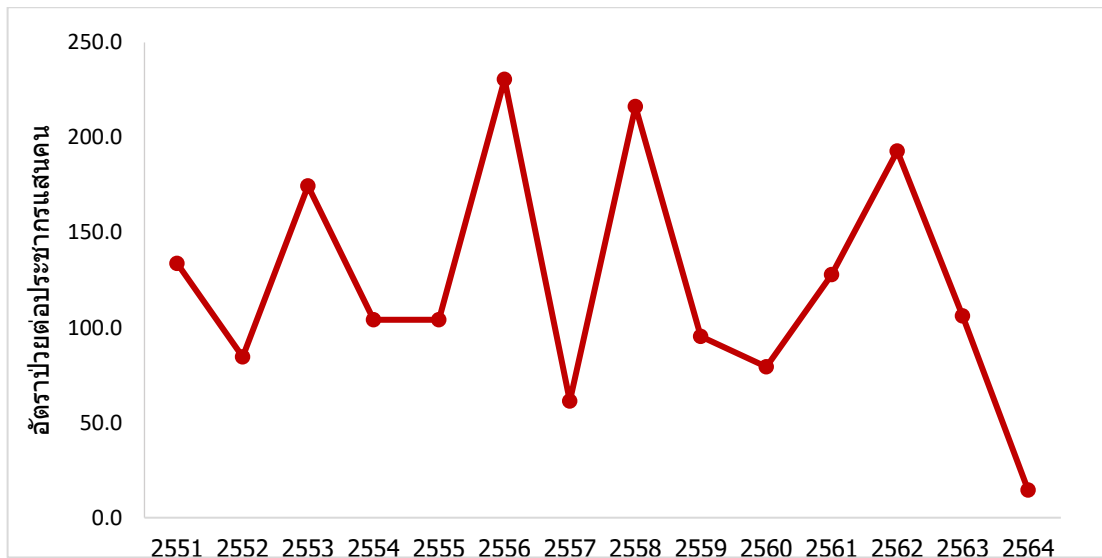
ที่มา : ยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๗๙) กรมควบคุมโรค, สิงหาคม ๒๕๖๐



ภาพที่ ๒ - ๕ จำนวนผู้เสียชีวิตโรคพิษสุนัขบ้า และร้อยละการตรวจพบโรคในสัตว์ พ.ศ. ๒๕๓๖ - ๒๕๖๐

ที่มา : แนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค, ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๐

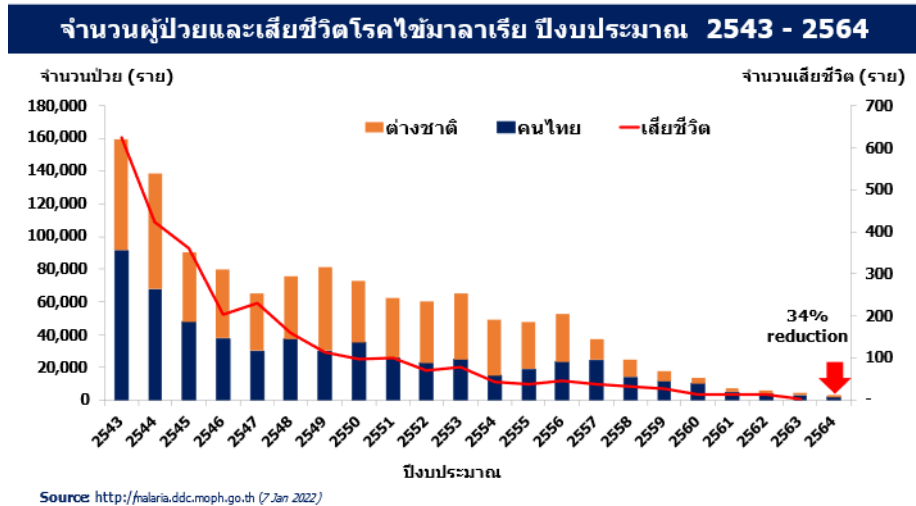
นอกจากนี้ ประเทศไทยได้มีนโยบายเร่งรัดดำเนินงานเพื่อการกำจัดโรคหัด โรคมาลาเรีย โรคเรื้อน โรคเอดส์ โรคพิษสุนัขบ้า และโรคเท้าช้าง ต่อไป



ภาพที่ ๒ - ๖ อัตราป่วยต่อประชากรแสนคนด้วยโรคไข้เลือดออก (รวม) ประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๑ - ๒๕๖๔

ที่มา : กองโรคติดต่อภายในโดยแมลง กรมควบคุมโรค

ปัญหาการติดยาต้านจุลชีพกำลังเป็นปัญหาสำคัญระดับโลก สำหรับประเทศไทย มีผลการศึกษาเบื้องต้นพบว่ามีอุบัติการณ์การติดเชื้อจุลชีพดื้อยาประมาณปีละ ๘๘,๐๐๐ ราย โดยเสียชีวิตประมาณปีละ ๓๘,๐๐๐ - ๔๕,๐๐๐ ราย คิดเป็นการสูญเสียทางเศรษฐกิจโดยรวมสูงถึง ๔.๒ หมื่นล้านบาท โดยเชื่อที่เป็นสาเหตุส่วนใหญ่จะเป็นเชื้อแบคทีเรียแกรมลบ พบได้ทั้งจากการติดเชื้อในโรงพยาบาล การติดเชื้อในชุมชน และการติดเชื้อจากปศุสัตว์และอาหาร การแก้ปัญหาการแพร่ระบาดของเชื้อจุลชีพดื้อยาเป็นปัญหาที่หลายหน่วยงานทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคมต้องร่วมมือกันในการแก้ปัญหา นั่นคือ การลดการใช้ยาต้านจุลชีพที่ไม่เหมาะสมนั่นเองอีกปัญหาที่ยังคงต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด



ภาพที่ ๒ - ๗ จำนวนผู้ป่วยและจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคมาลาเรีย ประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๔๓ - ๒๕๖๔
ที่มา : กองโรคติดต่อภายใน กรมควบคุมโรค

๑.๒ โรคติดต่ออุบัติใหม่ อุตุนิคม

ประเทศไทยยังคงมีความเสี่ยงที่จะมีผู้ป่วยโรคติดต่ออันตรายและโรคติดต่ออุบัติใหม่ ที่มาจากการเดินทางเข้า - ออกประเทศ ด้วยประเทศไทยเป็นพื้นที่ยุทธศาสตร์ของการเดินทางของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ที่จะมีนักธุรกิจและนักท่องเที่ยวเดินทางเข้า - ออกประเทศเป็นจำนวนมาก รวมถึงนโยบาย Medical Hub ก็อาจทำให้มีผู้ป่วยโรคติดต่ออันตรายและโรคติดต่ออุบัติใหม่เดินทางเข้ามาได้รับการรักษาในประเทศไทย และโรคติดต่อที่มาจากแรงงานจากประเทศเพื่อนบ้าน ที่มีการย้ายถิ่นฐานบ่อย อาจทำให้โรคบางชนิดที่ประเทศไทยสามารถควบคุมได้ดีแล้วกลับมาระบาดรุนแรงในประเทศได้ เช่น โรคไข้มาลาเรีย โรคเท้าช้าง เป็นต้น ดังนั้นการเตรียมความพร้อมด้านการป้องกัน การป้องกันโรคติดต่อในโรงพยาบาล การตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยให้ได้โดยเร็ว และการสอบสวนควบคุมโรคที่รวดเร็วและมีคุณภาพจึงยังเป็นเรื่องที่จะต้องเตรียมการอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพให้กับประเทศไทย และจะเป็นปัจจัยสร้างความเชื่อมั่นให้กับภาคธุรกิจอีกด้วย

ตารางที่ ๒ - ๓ ผลการเฝ้าระวังโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (MERs - CoV) ประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐

พ.ศ.	จำนวนผู้ป่วยที่ต้องดำเนินการสอบสวนโรค			จำนวนผู้ป่วยยืนยัน
	รวม	คนไทย	ต่างชาติ	
๒๕๕๘	๔๓๑	๓๔๗	๘๔	๑ (ต่างชาติ)
๒๕๕๙	๒๒๔	๘๑	๑๔๓	๒ (ต่างชาติ)
๒๕๖๐	๕๐	๒๗	๒๓	-

ที่มา : ยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๗๙) กรมควบคุมโรค, สิงหาคม ๒๕๖๐

(๑) โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19)

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) เริ่มต้นช่วงปลายเดือนธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๒ ของโรคปอดอักเสบโดยไม่ทราบสาเหตุที่เมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน และพบการระบาดอย่างรวดเร็วกว่าโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำอื่น ซึ่งเกิดจากการติดเชื้อ Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) ต่อมาได้มีการระบาดแพร่หลายในวงกว้าง

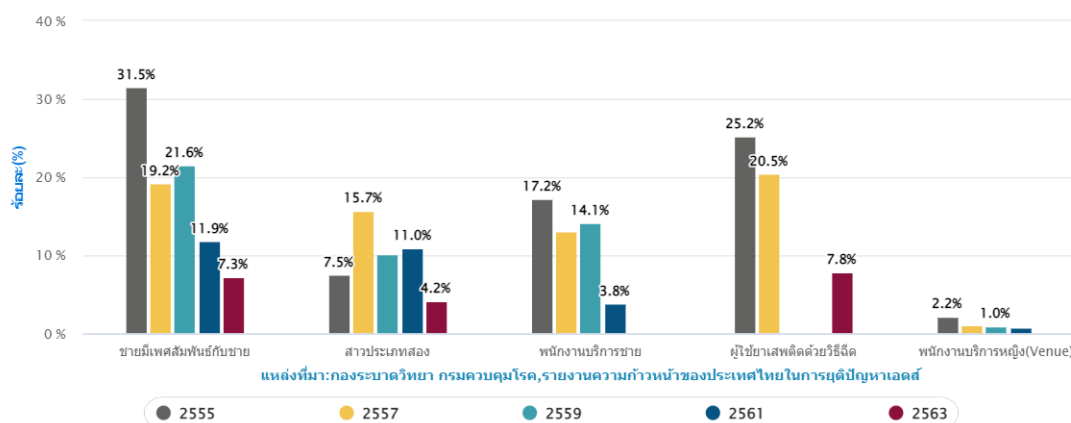
กระจายไปทั่วโลก และส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพของประชาชนที่ร้ายแรง ทั้งนี้ เมื่อวันที่ ๑๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ องค์การอนามัยโลก (WHO) ประกาศตั้งชื่อโรคอย่างเป็นทางการ คือ COVID - 19 (Coronavirus Disease 2019) ชื่อภาษาไทยคือ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19

สำหรับประเทศไทย พบผู้ติดเชื้อรายแรกนอกประเทศจีนและเป็นรายแรกของประเทศไทย วันที่ ๑๓ มกราคม ๒๕๖๓ นับจนถึงธันวาคม ๒๕๖๓ มีการยืนยันผู้ติดเชื้อทั้งสิ้น ๖,๘๘๔ ราย แต่ในปี ๒๕๖๔ การแพร่ระบาดของโควิด - 19 ในประเทศไทยเช่นเดียวกันกับทั่วโลกได้เพิ่มระดับความรุนแรงขึ้นมาก โดยมีผู้ติดเชื้อในประเทศไทยทั้งสิ้นกว่า ๒.๒ ล้านราย รวมถึงมีผู้เสียชีวิตมากกว่า ๒ หมื่นราย ซึ่งถือว่าเป็นปีที่มีการระบาดอย่างหนัก ส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขของประเทศ ระบบเศรษฐกิจ และปัญหาด้านสุขภาพจิต โดยเฉพาะความเครียด ตลอดจนความท้าทายในการดำรงชีวิตภายใต้มาตรการวิถีปกติใหม่ (New Normal) อย่างไรก็ตาม ในปีดังกล่าวก็เป็นปีที่ประชาชนชาวไทยได้รับการฉีดวัคซีน ที่เริ่มนำร่องมาตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ แม้ว่าจะมีอุปสรรคในการฉีดวัคซีนให้ได้ตามเป้าหมาย ทั้งด้านการบริหารจัดการ การขาดแคลนในบางช่วงเวลา และความไว้วางใจของประชาชนต่อความปลอดภัยและประสิทธิผลของวัคซีน เป็นต้นก็ตาม โดยภายในสิ้นปี ๒๕๖๔ มีประชาชนอย่างน้อย ๕๑ ล้านคน ได้รับวัคซีนแล้วอย่างน้อย ๑ เข็ม และอีกเกือบ ๔๖ ล้านคนได้รับวัคซีนแล้วอย่างน้อย ๒ เข็ม ซึ่งได้ช่วยควบคุมและชะลอการแพร่ระบาดลงได้เป็นอย่างมาก อย่างไรก็ตาม ปี ๒๕๖๕ ยังมีแผนการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้น ด้วยวัตถุประสงค์ในการลดความรุนแรงและลดการเสียชีวิต ตลอดจนขยายความครอบคลุมในกลุ่มเป้าหมายอื่น อาทิ เด็กอายุ ๕ - ๑๗ ปี เป็นต้น

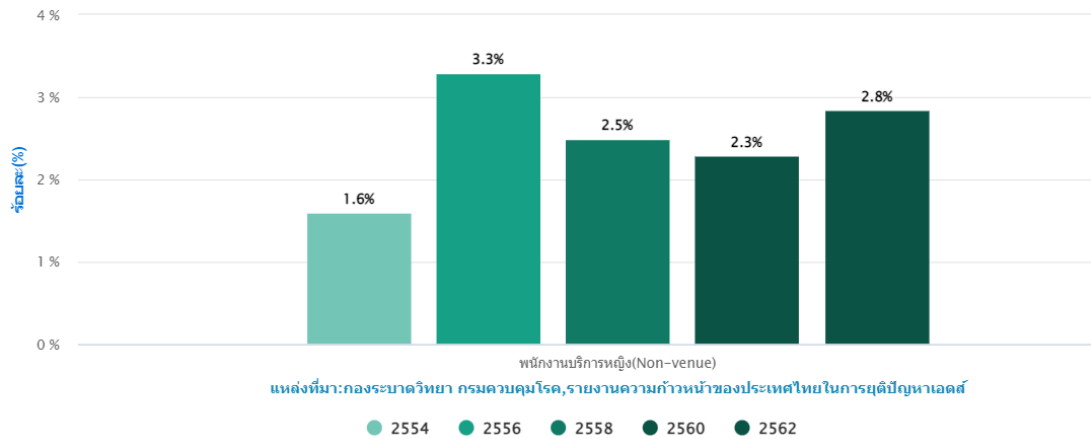
๒. กลุ่มโรคติดต่อเรื้อรัง (Communicable Chronic Diseases : CCDs)

๒.๑ โรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

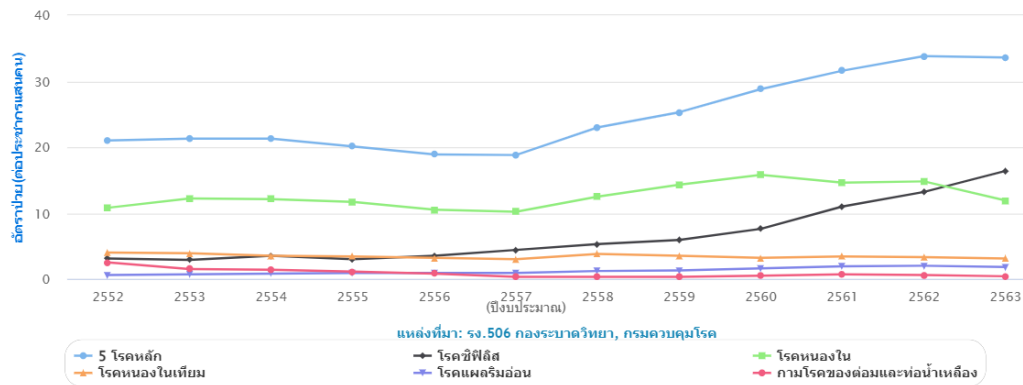
ในภาพรวมการติดเชื้อเอชไอวีมีแนวโน้มลดลงในกลุ่มประชากรทั่วไป แต่ยังเป็นปัญหาสำคัญในกลุ่มประชากรหลักโดยเฉพาะกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายหรือสาวประเภทสอง พนักงานบริการหญิง Non - Venue และการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งพบว่าโรคหนองใน และโรคซิฟิลิส มีแนวโน้มที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนที่มีอายุระหว่าง ๑๕ - ๒๔ ปี



ภาพที่ ๒ - ๘ ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลักประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๖๓
ที่มา : รายงานความก้าวหน้าของประเทศไทยในการยุติปัญหาเอดส์, กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค



ภาพที่ ๒ - ๙ ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มพนักงานบริการหญิง (Non - Venue) พ.ศ. ๒๕๕๔ - ๒๕๖๒
ที่มา : รายงานความก้าวหน้าของประเทศไทยในการยุติปัญหาเอดส์, กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค



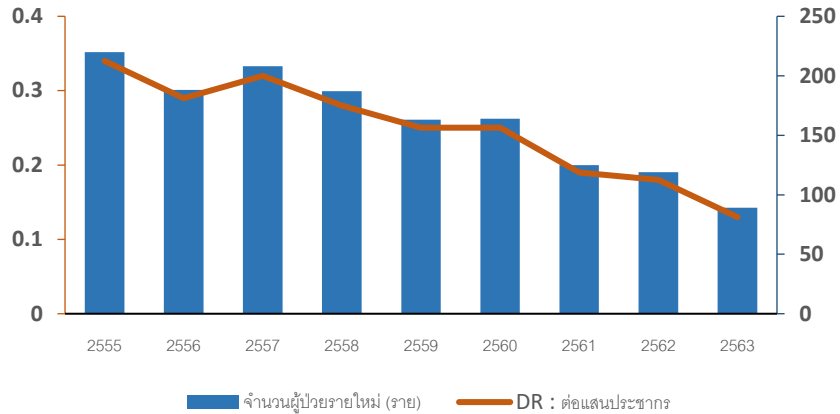
ภาพที่ ๒ - ๑๐ อัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ๕ โรคหลักของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๒ - ๒๕๖๓
ที่มา : รายงาน ๕๐๖ กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

๒.๒ วัณโรค

องค์การอนามัยโลก (WHO) คาดประมาณว่าในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ ประเทศไทยมีอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับมาเป็นซ้ำ ๑๐๕,๐๐๐ ราย หรือคิดเป็น ๑๕๐ ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต ๑๒,๐๐๐ ราย จากรายงานผลการดำเนินงานวัณโรคของประเทศไทยปี พ.ศ. ๒๕๖๓ พบว่ามีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำขึ้นทะเบียนรักษา ๘๕,๘๓๗ ราย (เป็นผู้ป่วยวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ๖,๖๓๑ ราย) ซึ่งคิดเป็นอัตราการค้นพบและขึ้นทะเบียนรักษา (Treatment Coverage) ร้อยละ ๘๒ และผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคในประเทศไทยที่ผ่านมามีแนวโน้มอัตราการรักษาสำเร็จเพิ่มขึ้น การรักษาล้มเหลว การขาดยาและโอนออกลดลง ส่วนอัตราการเสียชีวิตยังคงสูง เนื่องจากผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่สูงอายุและมีโรคร่วม โดยในปี พ.ศ. ๒๕๖๒ มีอัตราผลสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ เท่ากับร้อยละ ๘๕ ส่วนผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาชนิด MDR/RR-TB คาดประมาณในปี พ.ศ. ๒๕๖๒ มีจำนวน ๒,๕๐๐ ราย หรือคิดเป็น ๓.๖ ต่อประชากรแสนคน และใน พ.ศ. ๒๕๖๓ พบว่าผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาชนิด MDR/RR-TB ที่มีผลยืนยันทางห้องปฏิบัติการ ๑,๓๐๒ ราย และได้รับการรักษา ๑,๒๐๔ ราย และวัณโรคดื้อยาชนิด pre-XDR/XDR-TB ที่มีผลยืนยันทางห้องปฏิบัติการ ๖๕ ราย และได้รับการรักษา ๖๒ ราย ส่วนอัตราผลสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาชนิด MDR/RR-TB และผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาชนิด XDR-TB ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในปี ๒๕๖๑ เท่ากับร้อยละ ๖๓ และร้อยละ ๘๑

๒.๓ โรคเรื้อรัง

ในประเทศไทยสามารถกำจัดโรคเรื้อรังจนไม่เป็นปัญหาแล้ว แต่ระยะหลังเริ่มพบว่าแรงงานในประเทศเพื่อนบ้านที่เคลื่อนย้ายเข้ามาทำงานในประเทศไทยเสี่ยงต่อการนำโรคเรื้อรังกลับเข้ามาเกิดการแพร่เชื้อโรคเรื้อรังสู่คนไทย อาจก่อให้เกิดปัญหาในประเทศไทยได้อีก



ภาพที่ ๒ - ๑๑ จำนวนและอัตราการตรวจพบผู้ป่วยโรคเรื้อรังรายใหม่ ประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๖๓
ที่มา : สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค

๒.๔ โรคตับอักเสบจากไวรัส

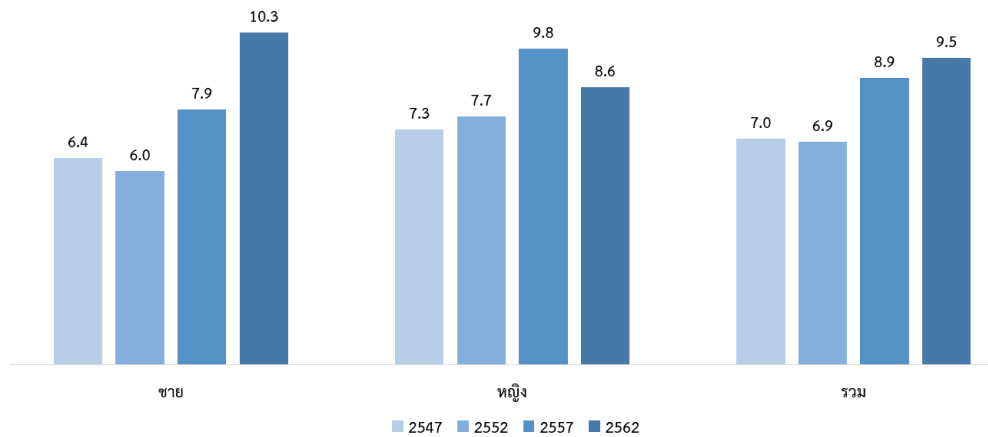
ประเทศไทยพบความชุกของผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง ประมาณร้อยละ ๔ - ๕ ของประชากรที่เกิดก่อนจะเริ่มมีการฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อตับอักเสบบี (พ.ศ. ๒๕๓๕) ส่วนประชากรที่เกิดหลัง ปี พ.ศ. ๒๕๓๕ ซึ่งได้รับวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี ในแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนของประเทศ พบความชุกประมาณร้อยละ ๐.๖ ในภาพรวมคาดว่าจะมีจำนวนผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง ประมาณ ๒ - ๓ ล้านคน ส่วนผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี คาดการณ์ว่ามีความชุกประมาณ ร้อยละ ๑ - ๒ หรือประมาณ ๑ ล้านคน โดยพบความชุกสูงที่จังหวัดในภาคเหนือและตะวันออกเฉียงเหนือ ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังทั้งสองชนิด จะนำไปสู่ภาวะตับแข็งและมะเร็งตับได้ ประเมินการณ์ว่า หากประเทศไทยยังไม่มี การจัดการป้องกันควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพจะพบอุบัติการณ์มะเร็งตับเพิ่มมากขึ้นจากปีละ ๗,๐๐๐ คน (พ.ศ. ๒๕๕๕) เป็น ๑๐,๐๐๐ คน ในอีก ๑๕ ปีต่อไป

ในปัจจุบัน เทคโนโลยีการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบดีก้าวหน้าไปมาก สามารถรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบีให้หายขาดได้ และมียาที่สามารถยับยั้งการเพิ่มจำนวนของไวรัส ทำให้ผู้ป่วยโรคตับอักเสบบีเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ไม่ป่วยด้วยโรคตับแข็งหรือมะเร็งตับได้

๓. กลุ่มโรคไม่ติดต่อและปัจจัยเสี่ยงจากพฤติกรรมสุขภาพ (Non - Communicable Diseases : NCDs)

๓.๑ โรคเบาหวาน

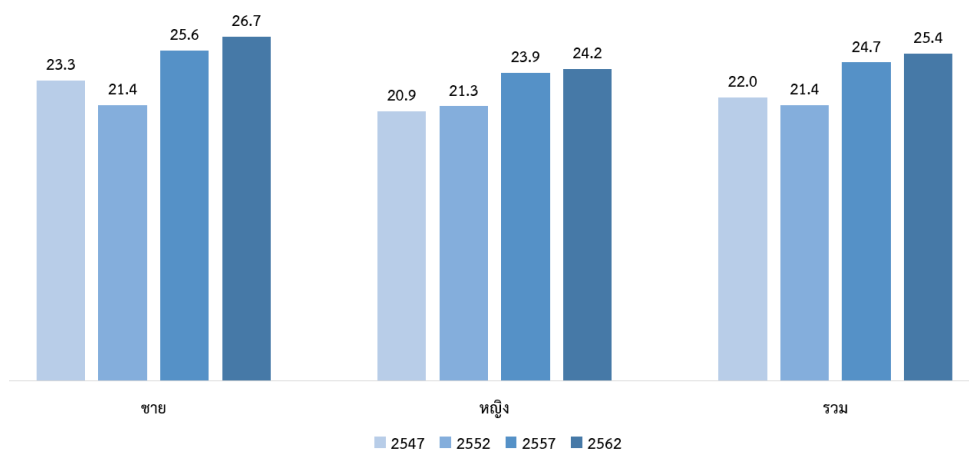
ประเทศไทยมีแนวโน้มความชุกโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจากประมาณร้อยละ ๗ ในปี พ.ศ. ๒๕๔๗ เป็นร้อยละ ๘.๙ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๗ นอกจากนี้ โรคเบาหวานยังเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของคนไทย และหากควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดีจะมีปัญหาของภาวะแทรกซ้อนทั้งเรื่องของ ตา ไต หัวใจ สมอ และเท้า ตามมา เป็นสาเหตุของการพิการที่สำคัญอีกด้วย



ภาพที่ ๒ - ๑๒ ความชุกของโรคเบาหวานในประชากรไทยอายุ ๑๕ ขึ้นไป จากการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย ครั้งที่ ๓ - ๖ ประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๔๗, ๒๕๕๒, ๒๕๕๗ และ ๒๕๖๒
ที่มา : รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ ๓ - ๖

๓.๒ โรคความดันโลหิตสูง

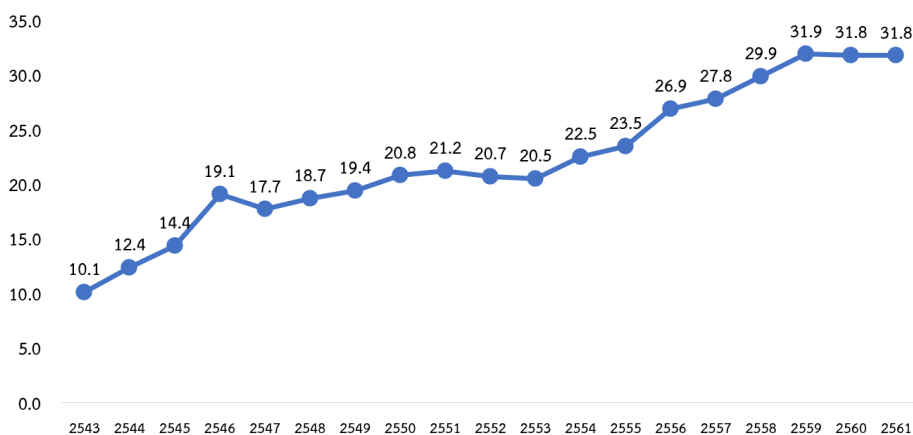
มีแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยและความชุกสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง นับเป็นโรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญโรคหนึ่ง นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๖๐ ในเพศชาย และร้อยละ ๔๐ ในเพศหญิงไม่เคยได้รับการวินิจฉัยมาก่อน และในกลุ่มของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา พบว่ามีผู้ป่วยเพียง ๑ ใน ๔ ที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้



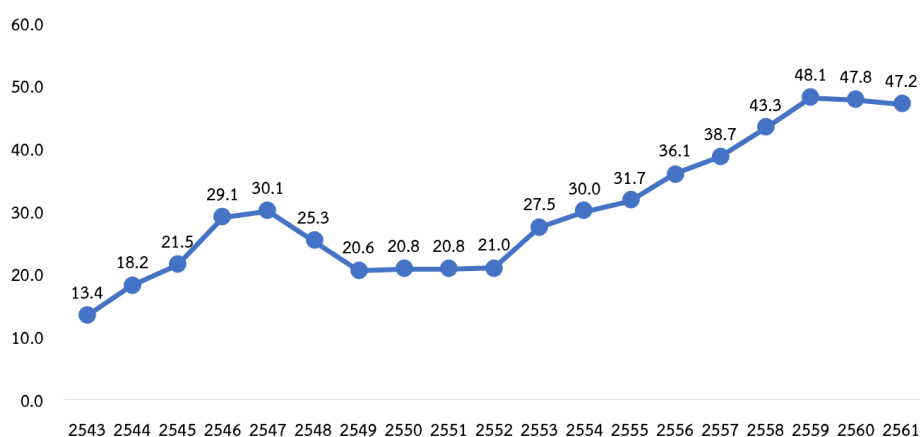
ภาพที่ ๒ - ๑๓ ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรไทยอายุ ๑๕ ขึ้นไปจากการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยครั้งที่ ๓ - ๖ ประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๔๗, ๒๕๕๒, ๒๕๕๗ และ ๒๕๖๒
ที่มา : รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ ๓ - ๖

๓.๓ โรคหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมอง

นับเป็นสาเหตุการเสียชีวิตและเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะที่สำคัญของคนไทย ทั้งเพศชายและเพศหญิง และทั้งโรคหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมองยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง



ภาพที่ ๒ - ๑๔ อัตราตายต่อประชากรแสนคนด้วยโรคหัวใจขาดเลือด ประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๔๓ - ๒๕๖๒
ที่มา : ข้อมูลปี พ.ศ. ๒๕๕๙ - ๒๕๖๒ กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค



ภาพที่ ๒ - ๑๕ อัตราตายต่อประชากรแสนคนด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๔๓ - ๒๕๖๒
ที่มา : ข้อมูลปี พ.ศ. ๒๕๕๙ - ๒๕๖๒ กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

๓.๔ โรคไตเรื้อรัง

จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจน มีผู้ป่วยต้องเข้ารับการบำบัดทดแทนไตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากที่มีผู้ป่วยต้องเข้ารับการบำบัดทดแทนไต ๓๐ คนต่อประชากรหนึ่งล้านคน ในปี พ.ศ. ๒๕๔๐ เป็น ๒๓๔.๔ คนต่อประชากรหนึ่งล้านคนในปี พ.ศ. ๒๕๔๔ และเป็น ๔๑๙.๙ คนต่อประชากรหนึ่งล้านคนในปี พ.ศ. ๒๕๕๐ และยังคงมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โรคไตเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับการป่วยด้วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ดังนั้นหากป้องกันไม่ไห้ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงจะช่วยให้อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตลดลง

๓.๕ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

เป็นโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ พบผู้ป่วยจำนวนมาก เป็นหนึ่งในโรคสำคัญสาเหตุการเสียชีวิต ในปี พ.ศ. ๒๕๕๗ มีรายงานจำนวนผู้ป่วยประมาณ ๑.๕ ล้านคน และก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลถึง ๑๒,๗๓๕ ล้านบาทต่อปี

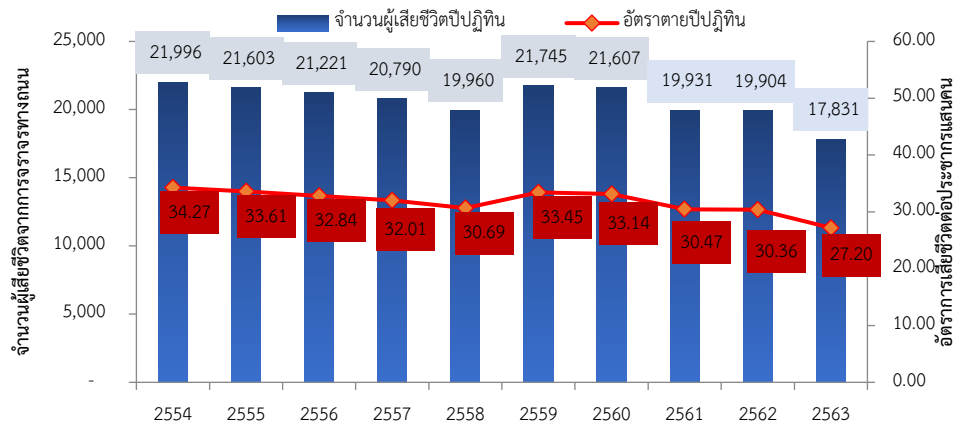
๓.๖ โรคมะเร็ง

เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของประชากรไทย และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดยโรคมะเร็งที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตสูงสุด ๕ อันดับแรกในเพศชาย ได้แก่ มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งช่องปากและคอหอย และมะเร็งเม็ดเลือดขาว ส่วนเพศหญิง ได้แก่ มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งลำไส้ใหญ่ สำหรับอุบัติการณ์โรคมะเร็ง พบว่าโรคมะเร็งที่พบมากที่สุด ๕ อันดับแรกในเพศชาย ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งหลอดลมและปอด มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งต่อมลูกหมาก และมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิด Non - Hodgkin ส่วนโรคมะเร็งที่พบมาก ๕ อันดับแรกในเพศหญิง ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งลำไส้ใหญ่ และมะเร็งหลอดลมและปอด ในปัจจุบันมีหน่วยงานดูแลรับผิดชอบการควบคุมโรคมะเร็งในระดับปฐมภูมิที่ชัดเจนน้อยมาก และการให้บริการเกี่ยวกับโรคมะเร็งจะมุ่งเน้นในการรักษามากกว่าการป้องกัน

๓.๗ การบาดเจ็บ

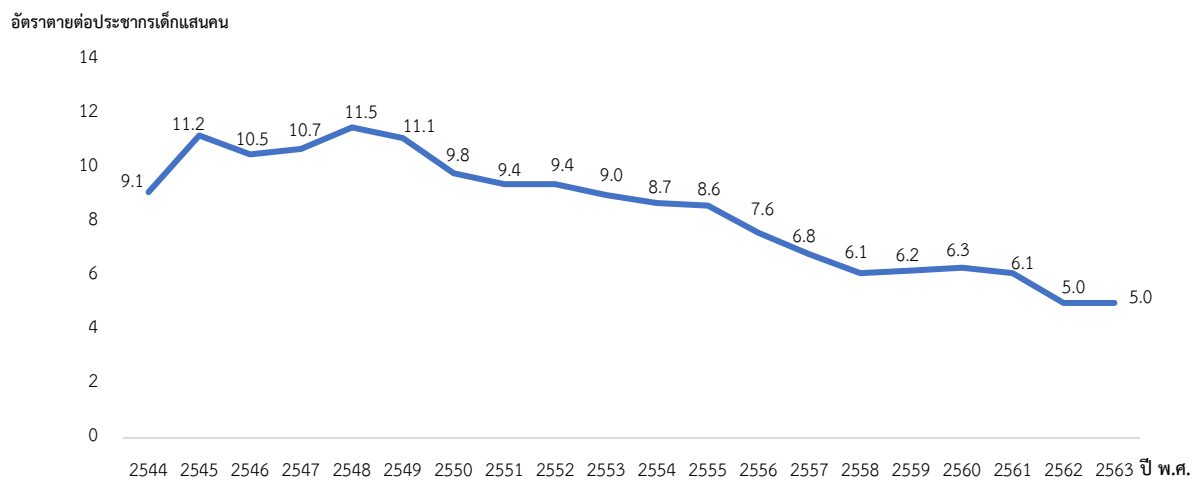
(๑) อุบัติเหตุทางถนน : จากการรายงานสถานการณ์โลกด้านความปลอดภัยทางถนน” (Global Status Report on Road Safety) ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) ทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน สูงถึง ๑ ล้าน ๓ แสนคน โดยประเทศไทยมีอัตราการเสียชีวิตจากปัญหาดังกล่าวสูงที่สุดในอาเซียน (เทียบจากอัตราการเสียชีวิตต่อประชากรแสนคนประเทศไทยอยู่ที่ ๓๒.๗ ซึ่งนำห่างจากประเทศเวียดนามที่ตามมาเป็นอันดับ ๒ ที่ ๒๖.๗ คนต่อแสนประชากร) ประเทศไทยมีอัตราการเสียชีวิตของผู้ใช้รถจักรยานยนต์สูงที่สุดในโลก ๒๔.๓ ต่อประชากรแสนคน

ซึ่งสถานการณ์ในประเทศไทยถือว่ามีความรุนแรงมาก อุบัติเหตุทางถนนเป็นหนึ่งในสาเหตุการเสียชีวิตของคนไทยติดต่อกันมาเป็นเวลาหลายปี จากการวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ๕ ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. ๒๕๕๙ - ๒๕๖๓) พบว่าแนวโน้มของจำนวนผู้เสียชีวิตลดลงเพียงเล็กน้อย ซึ่งจากข้อมูลบูรณาการผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ๓ ฐานมีผู้เสียชีวิตเฉลี่ย ๒๐,๒๐๔ ราย/ปี นอกจากนี้ผู้บาดเจ็บที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลเฉลี่ย ๑.๐๙ ล้านราย/ปี โดยที่ในจำนวนนี้มีผู้ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเฉลี่ย ๒๒๕,๒๘๙ ราย/ปี ซึ่งสามารถประมาณการผู้พิการที่เกิดขึ้นจำนวนมากถึง ๕๑,๘๑๗ ราย เฉลี่ย ๑๐,๓๖๓ ราย/ปี (คิดจาก ๔.๖% ของผู้บาดเจ็บ Admitted (ดารณี สุวพันธ์, ๒๕๕๑)) เมื่อคิดเป็นมูลค่าความสูญเสียทางเศรษฐกิจในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ เพียงหนึ่งปี โดยคำนวณจากจำนวนผู้เสียชีวิต ๑๗,๘๓๑ ราย และผู้บาดเจ็บรุนแรง ๒๓๓,๒๒๔ ราย คิดเป็นมูลค่าความสูญเสีย ๖๙๙,๖๗๒ ล้านบาท หรือร้อยละ ๔.๔๖ ของ GDP ปี พ.ศ. ๒๕๖๓ มูลค่าความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากการเสียชีวิตทางถนน ๑ ราย เท่ากับ ๑๐ ล้านบาท และบาดเจ็บรุนแรง ๓ ล้านบาท (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, ๒๕๖๐) ในขณะที่ GDP ปี ๒๕๖๓ ลดลงจากปี พ.ศ. ๒๕๖๒ ร้อยละ ๖.๙๗ ของ (๑,๑๗๖,๐๐๖ ล้านบาท)



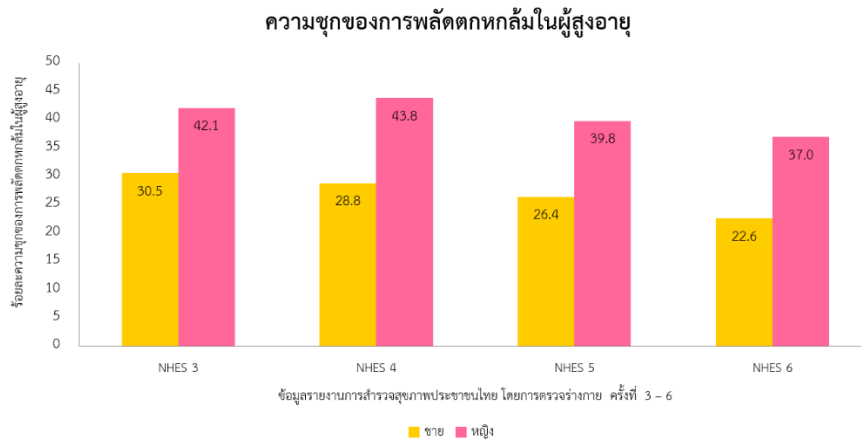
ภาพที่ ๒ - ๑๖ อัตรารายต่อประชากรแสนคนด้วยอุบัติเหตุทางถนน ประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๔ - ๒๕๖๓
ที่มา : ข้อมูลบูรณาการผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน (๓ ล้าน)

(๒) การจมน้ำ : เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี มาอย่างต่อเนื่อง แม้แนวโน้มสถานการณ์จะลดลง แต่ยังคงพบว่ามีอัตราการจมน้ำเสียชีวิตสูงอยู่ โดยมีสาเหตุที่สำคัญ คือ ประชาชนขาดความตระหนักในเรื่องของการจมน้ำ เด็กมีทักษะการว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอดน้อยมาก รวมถึงมีแหล่งน้ำเสี่ยงเพิ่มมากขึ้น จึงจำเป็นต้องอย่างยิ่งที่จะต้องขอความร่วมมือของภาคีเครือข่ายสหสาขาตามยุทธศาสตร์การสร้างทีมผู้ก่อการดี (MERIT MAKER) เพื่อป้องกันการจมน้ำอย่างต่อเนื่อง



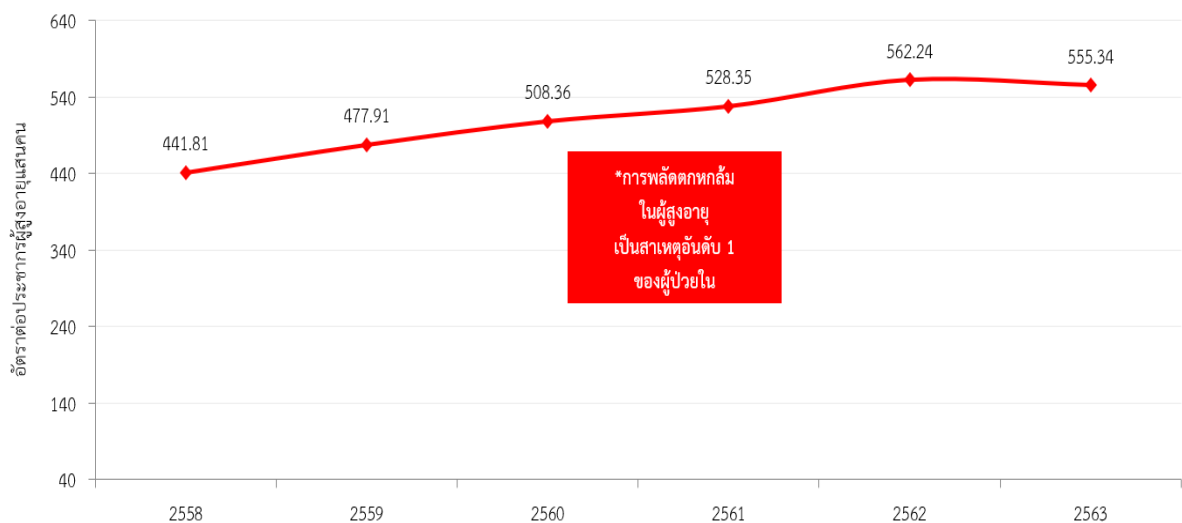
ภาพที่ ๒ - ๑๗ อัตรารายต่อประชากรเด็กแสนคน จากการตกน้ำ จมน้ำ ของเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี ประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๔๓ - ๒๕๖๓
ที่มา : กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค

(๓) การบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ : เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของผู้สูงอายุ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การพลัดตกหกล้มทำให้เกิดการบาดเจ็บที่สำคัญอื่นๆ ตามมาได้ สถานการณ์ ความชุก อัตราผู้ป่วยใน และอัตราการเสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป รายละเอียดดังภาพ



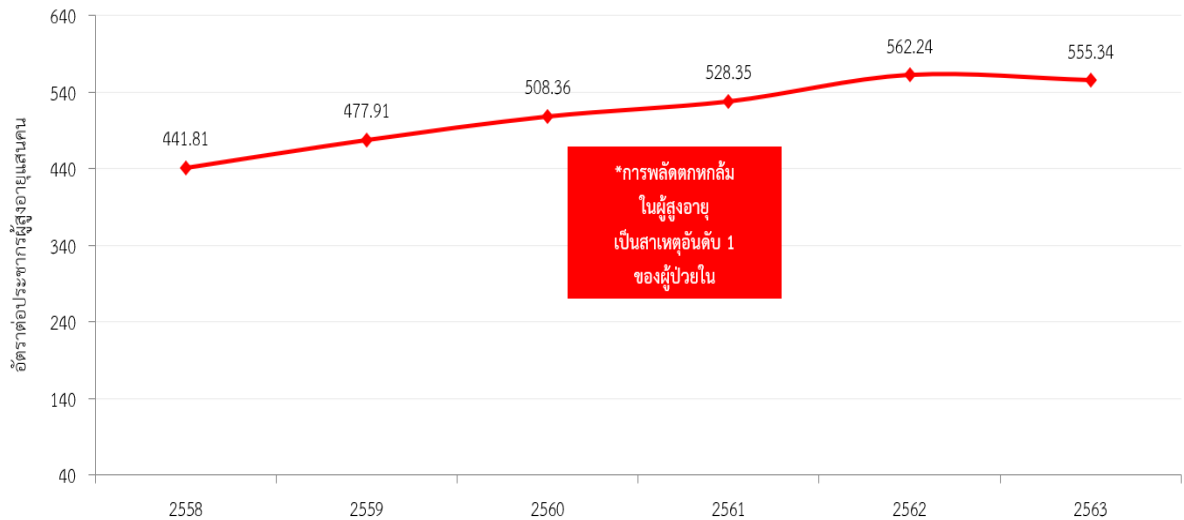
ภาพที่ ๒ - ๑๘ ความชุกของการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

ที่มา : ข้อมูลรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ ๓ - ๖



ภาพที่ ๒ - ๑๙ อัตราของผู้ป่วยใน (IPD) จากสาเหตุพลัดตกหกล้ม (W00 - W19) ในกลุ่มอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ต่อประชากรผู้สูงอายุแสนคน พ.ศ. ๒๕๕๘ - ๒๕๖๓

ที่มา : สรุปรายงานการป่วย พ.ศ. ๒๕๕๘ - ๒๕๖๓ กลุ่มดิจิทัลสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข



ที่มา: สรุปรายงานการป่วย พ.ศ. 2558 – 2563 กลุ่มดิจิทัลสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
*ข้อมูล 12 เขตสุขภาพ ไม่รวมกรุงเทพมหานคร

ภาพที่ ๒ - ๒๐ อัตราการเสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ กลุ่มอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ต่อประชากรแสนคน พ.ศ. ๒๕๕๘ - ๒๕๖๓

ที่มา : สรุปรายงานการป่วย พ.ศ.๒๕๕๘-๒๕๖๓ กลุ่มดิจิทัลสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ : ข้อมูล ๑๒ เขตสุขภาพ ไม่รวมกรุงเทพมหานคร

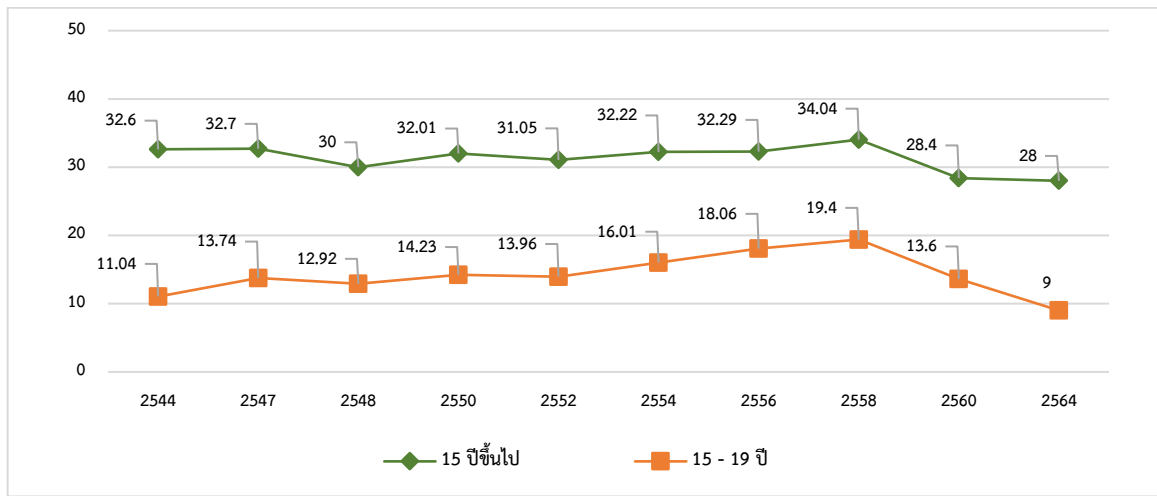
จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชากรไทยพบว่า ผู้สูงอายุ ๑ ใน ๓ หกล้มทุกปี

- ความชุกของการหกล้มในผู้สูงอายุ ๖๐ ขึ้นไป เพศหญิงสูงกว่าเพศชาย ๑.๖ เท่า
- การพลัดตกหกล้มเป็นสาเหตุอันดับ ๑ ของผู้ป่วยใน หรือมากกว่า ๖๔,๐๐๐ ราย/ปี
- เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสองของผู้สูงอายุรองจากอุบัติเหตุทางถนน โดยเสียชีวิตมากกว่า ๑,๔๐๐ คน/ปี

๓.๘ ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ : เป็นปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญอันดับหนึ่งในผู้ชาย อีกทั้งการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แล้วขับชี่ยานพาหนะยังเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดอุบัติเหตุทางถนน และอาชญากรรมอีกมากมาย จากข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรไทย อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป และอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๔ - ๒๕๖๔ ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าอัตราการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของทั้งสองกลุ่มอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อยตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๔๔ โดยสูงสุดในปี พ.ศ.๒๕๕๘ จากนั้นในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔ พบว่ามีแนวโน้มอัตราการบริโภคในกลุ่มประชากรทั้งสองกลุ่มลดลง แต่อย่างไรก็ตามข้อมูลปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อคน/ปี (Alcohol per Capita Consumption; APC) ของประชากรไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ ยังคงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น

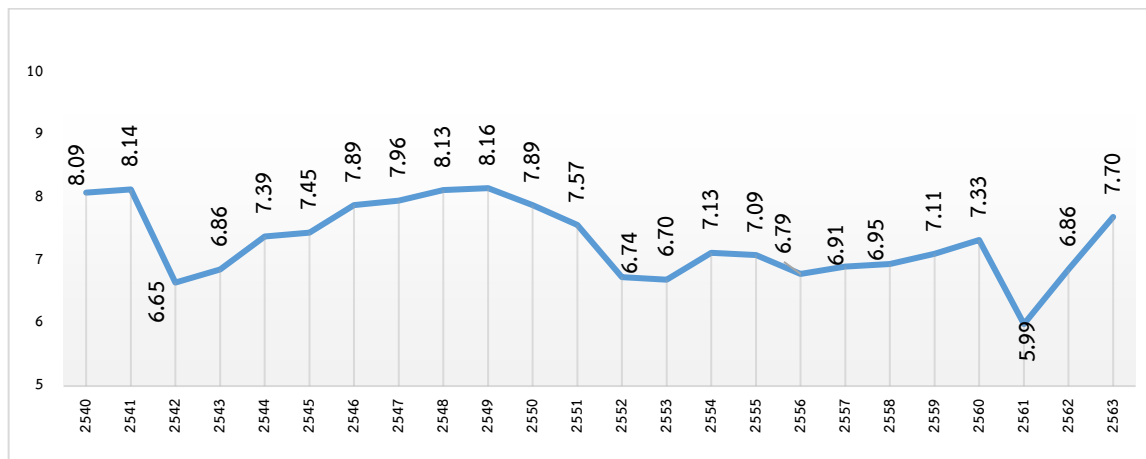
ข้อมูลการบริโภคแอลกอฮอล์โดยคิดปริมาณแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อหัวประชากรต่อปี (อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป) ปี พ.ศ. ๒๕๔๐ - ๒๕๖๓ พบว่า เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๔๒ ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อหัวประชากรต่อปีลดลง ซึ่งอาจเป็นผลกระทบจากวิกฤติเศรษฐกิจ (ต้มยำกุ้ง) ระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๔๐ - ๒๕๔๒ หลังจากปี พ.ศ. ๒๕๔๒ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และเมื่อปี ๒๕๕๑ ได้มีการประกาศใช้ พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. ๒๕๕๑ ทำให้ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อหัวประชากรต่อปีลดลง และกลับมามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นแต่การเปลี่ยนแปลงไม่ชัดเจน โดยเฉพาะตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๔ - ๒๕๖๐ อยู่ในระดับ

ใกล้เคียง ๗ ลิตรแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อคนต่อปี และกลับลดลงอย่างชัดเจนในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๖๑ อาจเป็นผลมาจากการประกาศใช้ พระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ. ๒๕๖๐ (เปลี่ยนฐานภาษีเป็นราคาขายปลีกแนะนำ) และเริ่มกลับมาเพิ่มสูงขึ้นในปี พ.ศ. ๒๕๖๒ - ๒๕๖๓



ภาพที่ ๒ - ๒๑ ความชุกการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรที่อายุ ๑๕ - ๑๙ ปี และ ๑๕ ปี ขึ้นไป ประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๔๔ - ๒๕๖๔

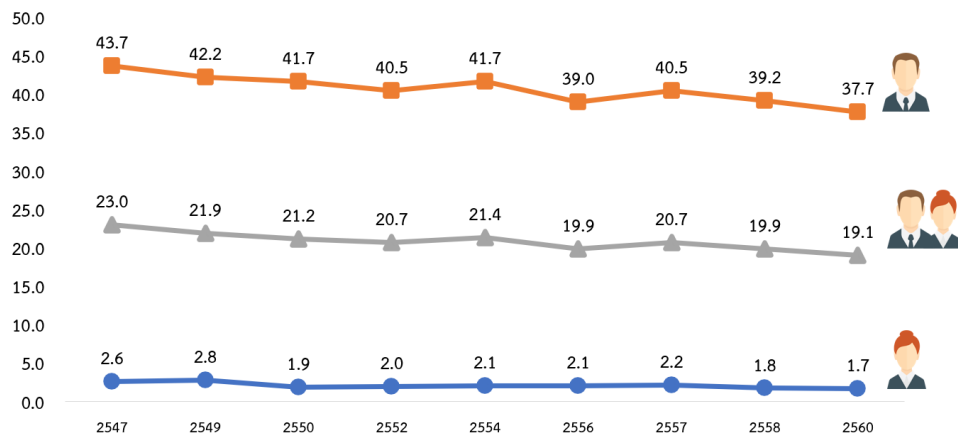
ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค



ภาพที่ ๒ - ๒๒ ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อหัวประชากร ประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๔๐ - ๒๕๖๓

ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค

๓.๙ ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ : อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ในช่วงระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๔๗ - ๒๕๕๗ มีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย ในเพศชายอัตราการสูบบุหรี่ลดลงจาก ประมาณร้อยละ ๔๓ ในปี พ.ศ. ๒๕๔๗ ลดลงเหลือประมาณร้อยละ ๔๐ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๗ และในเพศหญิงอัตราการสูบบุหรี่ลดลงจาก ร้อยละ ๒.๖ เหลือประมาณร้อยละ ๒.๒ อย่างไรก็ตาม อายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อยเช่นกันจาก ๑๘.๔ ปี ในปี พ.ศ. ๒๕๔๗ เป็น ๑๗.๘ ปี ในปี พ.ศ. ๒๕๕๗ บุหรี่นั้นเป็นสาเหตุสำคัญของปัญหาสุขภาพ การดำเนินการควบคุมการบริโภคยาสูบยังคงเป็นกิจกรรมที่จะต้องดำเนินการอย่างเข้มข้นและต่อเนื่องต่อไป



ภาพที่ ๒ - ๒๓ เปรียบเทียบอัตราการสูบบุหรี่ของประชากรอายุตั้งแต่ ๑๕ ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๔๗ - ๒๕๖๐

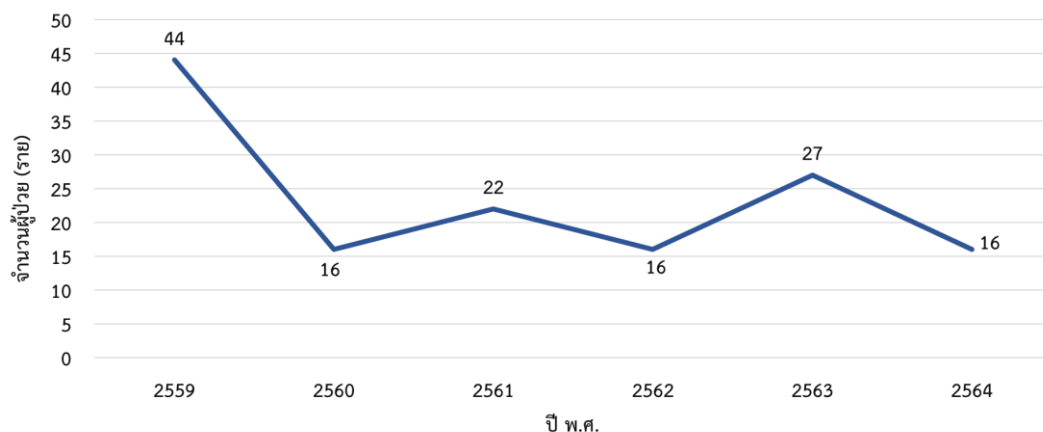
ที่มา : การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ.๒๕๕๔, ๒๕๕๗ และ ๒๕๖๐ สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม

๔. กลุ่มโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม (Occupational and Environmental Diseases : Env - Occ)

๔.๑ โรคจากการประกอบอาชีพ ได้แก่

(๑) โรคจากตะกั่วหรือสารประกอบของตะกั่ว

จากระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข พบผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากสถานพยาบาลว่าเจ็บป่วยด้วยโรคตามรหัส ICD - 10TM เป็น T56.0 (Toxic effect : Lead and its compounds) โดยตลอด ๕ ปีที่ผ่านมา (ปี พ.ศ. ๒๕๕๙ - ๒๕๖๓) พบผู้ป่วยสูงสุด ในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ จำนวน ๔๔ ราย (อัตราป่วย ๐.๐๗ ต่อประชากรแสนคน) ในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ มีรายงานผู้ป่วยโรคจากตะกั่วหรือสารประกอบของตะกั่ว จำนวน ๑๖ ราย คิดเป็นอัตราป่วย ๐.๐๒ ต่อประชากรแสนคน สัดส่วนชายต่อหญิง ๑ : ๑ กลุ่มอายุที่มีรายงานอัตราป่วยสูงสุดคือ กลุ่มอายุ ๒๐ - ๔๐ ปี

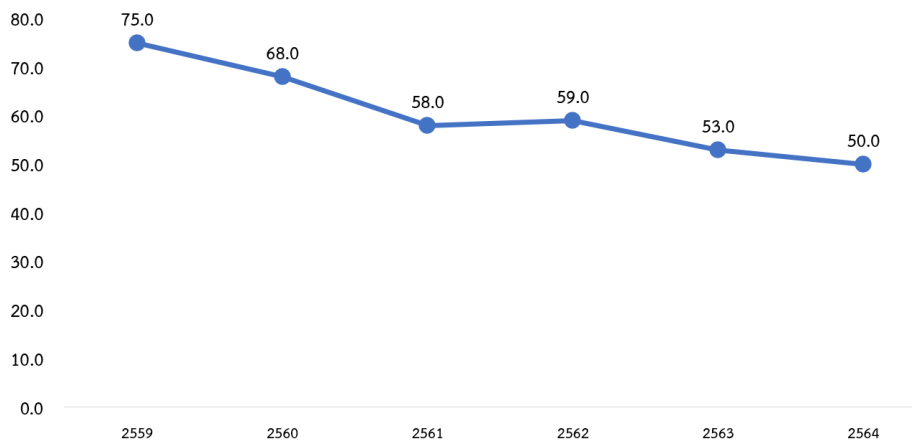


ภาพที่ ๒ - ๒๔ จำนวนผู้ป่วยโรคจากตะกั่วหรือสารประกอบของตะกั่ว ที่เกี่ยวข้องจากการทำงาน ประเทศไทย ปี พ.ศ. ๒๕๕๙ - ๒๕๖๔

ที่มา : ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข

(๒) โรคจากฝุ่นซิลิกา

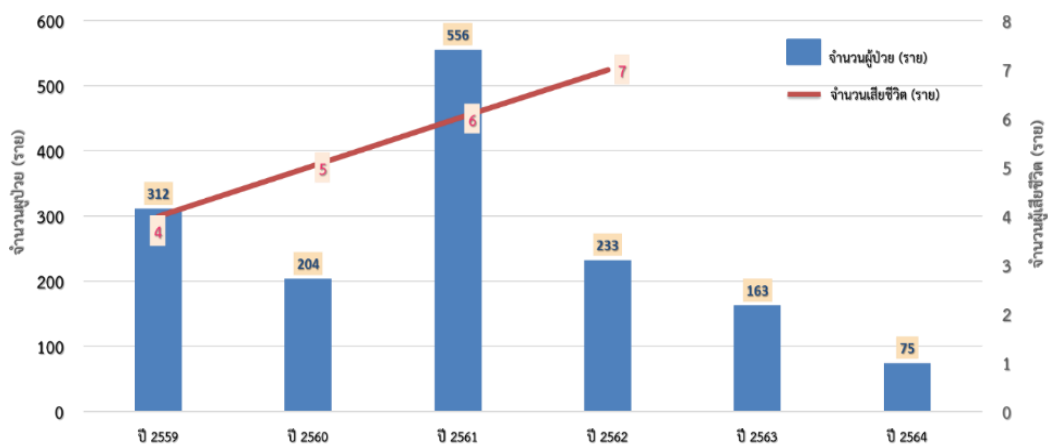
โรคจากฝุ่นซิลิกา โดยเฉพาะโรคซิลิโคซิส นับเป็นอีกโรคที่มีความสำคัญ จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พบผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากสถานพยาบาลว่าเจ็บป่วยด้วยโรคตามรหัส ICD - 10TM เป็น J62.8 (Pneumoconiosis due to other dust containing silica) ในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ มีรายงานผู้ป่วยโรคซิลิโคซิส จำนวน ๗๕ ราย คิดเป็นอัตราป่วย ๐.๑๑ ต่อประชากรแสนคน โดยตลอด ๕ ปีที่ผ่านมา (ปี พ.ศ. ๒๕๕๙ - ๒๕๖๓) พบผู้ป่วยสูงสุด ในปี พ.ศ. ๒๕๖๑ จำนวน ๕๕๖ ราย (อัตราป่วย ๐.๘๕ ต่อประชากรแสนคน) และพบผู้ป่วยน้อยที่สุดในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ จำนวน ๑๖๓ ราย (อัตราป่วย ๐.๒๕ ต่อประชากรแสนคน) สัดส่วนชายต่อหญิง ๒.๗ : ๑ กลุ่มอายุที่มีรายงานอัตราป่วยสูงสุดคือ กลุ่มอายุ ๕๐ - ๕๙ ปี ผู้ป่วยมีแนวโน้มลดลงตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๖๒ แต่พบแนวโน้มผู้เสียชีวิตสูงขึ้น โดยพบผู้เสียชีวิตสูงสุด ปี พ.ศ. ๒๕๖๒ จำนวน ๗ ราย อย่างไรก็ตาม จากการสำรวจเชิงรุก พบว่า มีแนวโน้มกลุ่มเสี่ยงที่เป็นแรงงานนอกระบบ ซึ่งทำอาชีพแกะสลักหิน ตัดหิน มีจำนวนผู้สัมผัสและมีแนวโน้มจะเป็นโรครดังกล่าวมากขึ้น ทั้งนี้ โรคดังกล่าวเป็นโรคที่ป้องกันได้ แต่หากเป็นแล้วไม่สามารถรักษาให้หายได้ เช่นเดียวกับโรคจากแอสเบสตอส ที่เป็นกลุ่มโรคปอดจากการประกอบอาชีพ



ภาพที่ ๒ - ๒๕ จำนวนผู้ป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคซิลิโคซิส (Silicosis) ประเทศไทย ปี พ.ศ. ๒๕๕๙ - ๒๕๖๔ ที่มา : ๑) จำนวนผู้ป่วย, ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ ๗ มกราคม ๒๕๖๕

๒) จำนวนผู้เสียชีวิต, กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

(๓) โรคจากแอสเบสตอส (ใยหิน) หรือโรคมะเร็งที่เกิดจากแอสเบสตอส (ใยหิน)



ภาพที่ ๒ - ๒๖ จำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งทางเดินหายใจที่เกิดจากแอสเบสตอส ประเทศไทย ปี พ.ศ. ๒๕๕๙ - ๒๕๖๔ ที่มา : ๑) จำนวนผู้ป่วย, ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ ๗ มกราคม ๒๕๖๕

๒) จำนวนผู้เสียชีวิต, กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

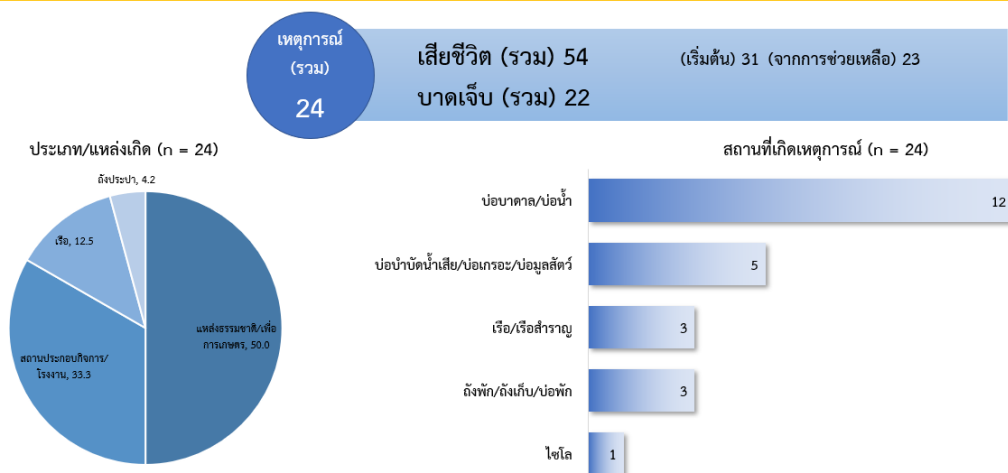
(๔) โรคจากภาวะอับอากาศ

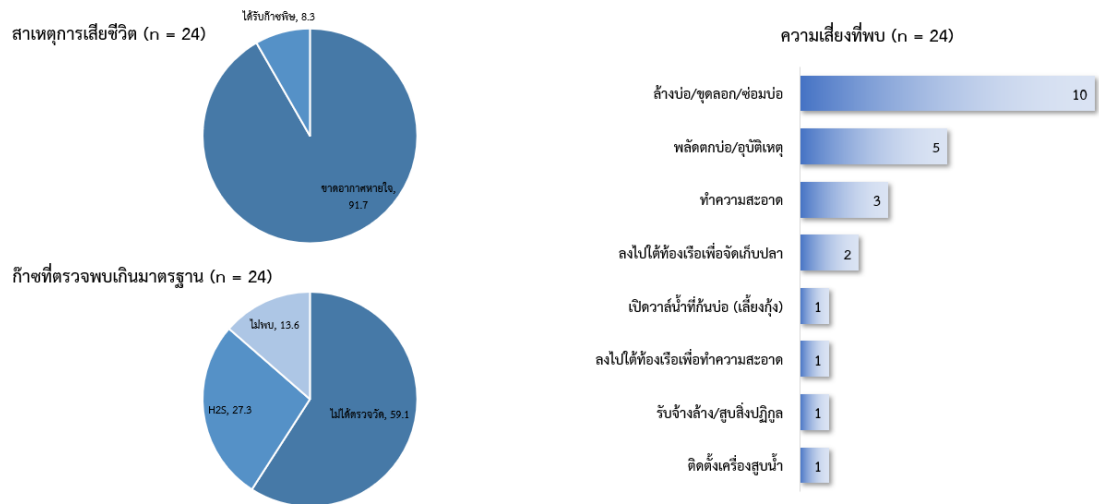
ผลการประเมินความเสี่ยงการบาดเจ็บและเสียชีวิตในพื้นที่อับอากาศ ทุกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมีค่าความเสี่ยงอยู่ในระดับรุนแรง ผู้ประสบเหตุส่วนใหญ่เสียชีวิตที่เกิดเหตุหรือได้รับบาดเจ็บรุนแรงก่อนถูกส่งต่อไปยังโรงพยาบาลและเสียชีวิตในที่สุด กลุ่มเสี่ยงที่ได้รับผลกระทบมากอยู่ในกลุ่มแรงงานนอกระบบที่ไม่ได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายมาตรฐานในการบริหาร จัดการ และดำเนินการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงานเกี่ยวกับที่อับอากาศ พ.ศ. ๒๕๖๒ จึงส่งผลให้ขาดการควบคุม และกำหนดมาตรฐานการทำงานที่ปลอดภัยในที่อับอากาศ

สถานการณ์การบาดเจ็บและเสียชีวิต “โรคจากภาวะอับอากาศ”

(ตาม พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ.2562)

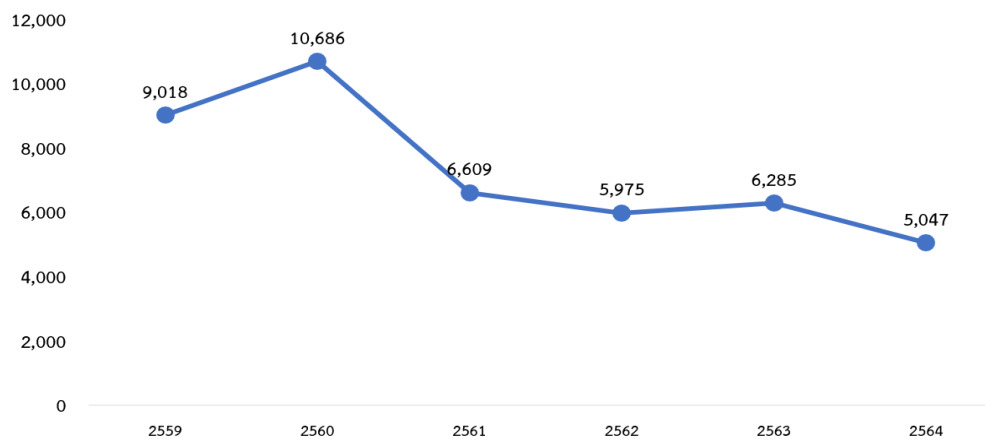
สถานการณ์ย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ.2559 - 2563)





ภาพที่ ๒ - ๒๗ สถานการณ์การบาดเจ็บและเสียชีวิต “โรคจากภาวะอับอากาศ” ย้อนหลัง ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๕๙ - ๒๕๖๓)
 โดยแบ่งเป็นสถานที่เกิดเหตุการณ์ และความเสี่ยงที่พบ
 ที่มา : กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค

(๕) โรคหรืออาการสำคัญของพิษจากสารกำจัดศัตรูพืช

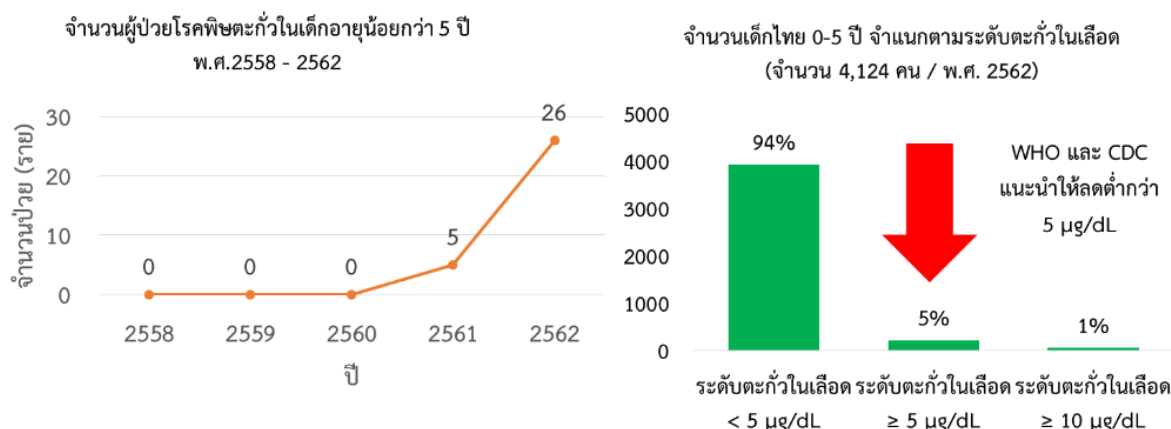


ภาพที่ ๒ - ๒๘ จำนวนผู้ป่วยจากพิษสารกำจัดศัตรูพืช ประเทศไทย ปี พ.ศ. ๒๕๕๙ - ๒๕๖๔
 ที่มา : กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค

๔.๒ โรคจากสิ่งแวดล้อม

(๑) โรคจากตะกั่วหรือสารประกอบของตะกั่ว

จากการจัดทำข้อมูลสถานการณ์การสัมผัสสารตะกั่วในเด็กไทยกลุ่มอายุ ๐ - ๕ ปี ที่เข้ามารับบริการด้านสุขภาพที่หน่วยบริการสาธารณสุข ๑๓๙ แห่ง ใน ๔๘ จังหวัด จำนวน ๔,๑๒๔ คน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ พบว่า เด็กส่วนใหญ่มีระดับตะกั่วในเลือด น้อยกว่า ๕ ไมโครกรัม/เดซิลิตร ($\mu\text{g}/\text{dL}$) (ค่าอ้างอิง CDC, ๒๐๑๒) คิดเป็นร้อยละ ๙๔ ในส่วนเด็กที่มีระดับตะกั่วในเลือด มากกว่า ๕ ไมโครกรัม/เดซิลิตร มีจำนวน ๒๐๗ คน มี ๔๘ คน ที่มีระดับตะกั่วในเลือด มากกว่า ๑๐ ไมโครกรัม/เดซิลิตร ซึ่งเป็นเด็กที่มีความเสี่ยงรับสัมผัสสารตะกั่ว ได้แก่ บ้านอยู่ใกล้แหล่งอุตสาหกรรม หรือ กิจการ/ร้านค้าที่เกี่ยวข้องกับตะกั่ว (ระยะไม่เกิน ๓๐ เมตร) และบ่อยครั้งที่เด็กอยู่บริเวณที่ทำงานเกี่ยวกับตะกั่ว รวมถึงพฤติกรรมเด็กที่ชอบเอาสิ่งแปลกปลอม/ของเล่นเข้าปาก และการที่ผู้ปกครองที่ประกอบอาชีพเกี่ยวกับตะกั่วและเก็บชุดที่ใส่ทำงานไว้ในบ้าน จากข้อมูลดังกล่าว เด็กที่มีระดับตะกั่วในเลือด มากกว่า ๕ ไมโครกรัมต่อเดซิลิตร มีจำนวน ๒๐๗ คน (อัตราเป็น ๕๐ คนต่อประชากรเด็ก ๑,๐๐๐ คน) เมื่อเทียบกับข้อมูลประชากรเด็ก (๐ - ๕ ปี) ในปี พ.ศ. ๒๕๖๒ ประมาณการเด็กไทยมีความเสี่ยงที่จะตรวจพบ มีระดับตะกั่วในเลือด มากกว่า ๕ ไมโครกรัมต่อเดซิลิตร หรือประมาณ ๑๕๙,๒๘๗ คน หรือประมาณ ๑๘๘,๐๔๘ คน ของประชากรเด็ก (๐ - ๕ ปี) ในปี ๒๕๖๓ (ข้อมูลประชากรเด็กจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ)

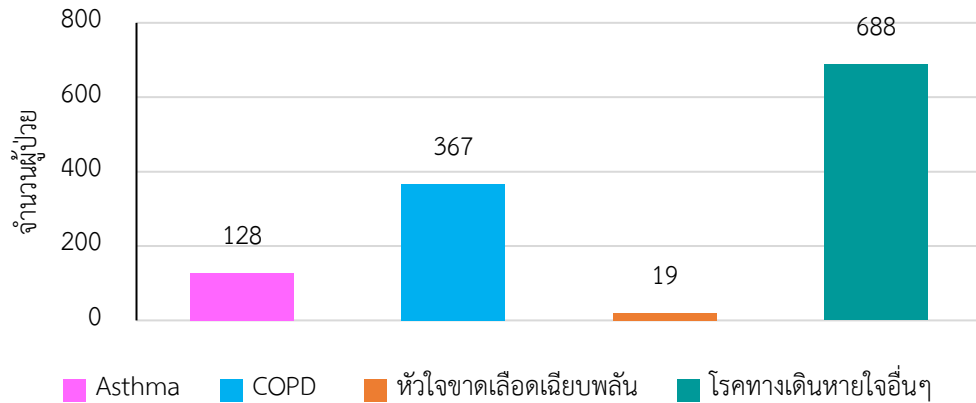


ภาพที่ ๒ - ๒๙ สถานการณ์โรคจากตะกั่วหรือสารประกอบของตะกั่วในเด็กอายุ ๐ - ๕ ปี พ.ศ. ๒๕๕๘ - ๒๕๖๒ ที่มา : ๑) ระบบ HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ ๑๘ มีนาคม ๒๕๖๓

๒) กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม พ.ศ. ๒๕๖๒

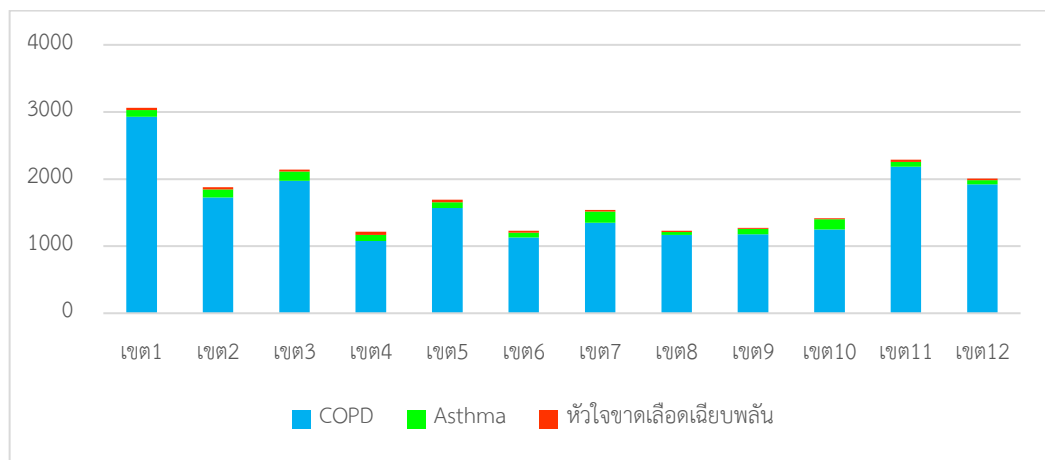
(๒) โรคหรืออาการที่เกิดจากการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน ๒.๕ ไมครอน ($\text{PM}_{2.5}$)

จากการเฝ้าระวังผลกระทบสุขภาพจากการสัมผัสฝุ่นละออง $\text{PM}_{2.5}$ โดยกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ซึ่งได้ทำการเฝ้าระวังจากโรงพยาบาลเครือข่าย (๒๒ โรงพยาบาล) ใน ๔ กลุ่มโรค ได้แก่ โรคหอบหืด (Asthma) โรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และโรคทางเดินหายใจอื่น ๆ ตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม - ๑๑ ธันวาคม ๒๕๖๔ พบว่า ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร และปริมณฑล มีจำนวนผู้ป่วยสะสม จำนวน ๑,๒๐๒ ราย จำแนกเป็นผู้ป่วยนอก (OPD) จำนวน ๖๒๖ ราย (ร้อยละ ๕๒.๐๘) แผนกฉุกเฉิน (ER) จำนวน ๕๗๖ ราย (ร้อยละ ๔๗.๙๒) จำแนกรายโรค ได้แก่ โรคหอบหืด (Asthma) จำนวน ๑๒๘ ราย โรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน ๓๖๗ ราย โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน ๑๙ ราย และโรคทางเดินหายใจอื่น ๆ จำนวน ๖๘๘ ราย



ภาพที่ ๒ - ๓๐ สถานการณ์ผลกระทบสุขภาพ กลุ่มโรค Asthma, COPD, หัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และโรคทางเดินหายใจอื่น ๆ ระหว่างวันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๔ - ๑๑ ธันวาคม ๒๕๖๔
ที่มา : กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค วันที่ประมวลผล ๑๑ ธันวาคม ๒๕๖๔

จากข้อมูลจากคลังข้อมูลสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข พบว่าเมื่อปี พ.ศ. ๒๕๖๔ มีอัตราป่วยต่อแสนประชากรด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับมลพิษทางอากาศ ได้แก่ โรคหอบหืด (Asthma) โรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และโรคทางเดินหายใจอื่น ๆ สูงที่สุด ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๑ (๓,๐๖๐.๐๔ ต่อแสนประชากร) รองลงมา ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๑๑ (๒,๒๙๐.๓๕ ต่อแสนประชากร) และเขตสุขภาพที่ ๓ (๒,๑๓๙.๒๔ ต่อแสนประชากร) ตามลำดับ



ภาพที่ ๒ - ๓๑ สถานการณ์ผลกระทบสุขภาพ กลุ่มโรค Asthma, COPD, หัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และโรคทางเดินหายใจอื่น ๆ ระหว่างวันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๔ - ๑๑ ธันวาคม ๒๕๖๔
ที่มา : HDC กระทรวงสาธารณสุข วันที่ประมวลผล ๑๑ ธันวาคม ๒๕๖๔

บทที่ ๓ ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อระบบป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

การศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อระบบป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ได้ใช้เครื่องมือในการวิเคราะห์ปัจจัยภายใน 7S ประกอบด้วย ๑) ปัจจัยด้านระบบ (System) ๒) ปัจจัยด้านโครงสร้าง (Structure) ๓) ปัจจัยด้านกลยุทธ์ (Strategy) ๔) ปัจจัยด้านบุคลากร (Staff) ๕) ปัจจัยด้านทักษะ (Skill) ๖) ปัจจัยด้านค่านิยมร่วม (Shared Value) และ ๗) ปัจจัยด้านรูปแบบ (Style) และปัจจัยภายนอก PEST-HE ประกอบด้วย ๑) ปัจจัยด้านการเมือง (Political) ๒) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ (Economics) ๓) ปัจจัยด้านสังคม (Social) ๔) ปัจจัยเกี่ยวกับเทคโนโลยี (Technology) ๕) ปัจจัยด้านสุขภาพ (Health) และ ๖) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) ดังนี้

๑. การวิเคราะห์ปัจจัยภายใน

7s Model	จุดแข็ง (Strengths)	จุดอ่อน (Weaknesses)
ปัจจัยด้านระบบ (System)	๑. มีระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และภัยสุขภาพในการรายงาน ติดตาม และ เฝ้าระวังโรค เช่น ระบบรายงาน ๕๐๖, NTIP (National Tuberculosis Information Program), AIDS-EIIS (AIDS Epidemic Intelligence Information System) เป็นต้น ๒. มีระบบการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขอย่างครบวงจร เช่น ศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (Emergency Operation Center : EOC) ระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) และ ทีมสอบสวนโรค (JIT) เป็นต้น ๓. มีระบบการคัดกรองที่ช่องทางเข้าออก ระหว่างประเทศและสถานกักกันโรค เพื่อเตรียมรับการเดินทางระหว่างประเทศ และการเคลื่อนย้ายระหว่างชายแดน ๔. มีเครือข่ายห้องปฏิบัติการทางด้านสาธารณสุข (Public Health Laboratory) รองรับสถานการณ์ปกติและภาวะฉุกเฉิน	๑.ระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคจาก การประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมอยู่ในระหว่างดำเนินการพัฒนาให้สอดคล้องกับพระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม พ.ศ. ๒๕๖๒ ๒.ระบบฐานข้อมูลของกรมควบคุมโรค ยังเชื่อมโยงและบูรณาการกับหน่วยงานภายนอกได้ยาก ๓. หน่วยงานภายนอกขาดความเข้าใจในแนวคิดปฏิบัติการของ EOC และ ICS ทำให้การบูรณาการทำได้ยาก ๔. ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ มีบุคลากรไม่เพียงพอในการคัดกรอง ในสถานการณ์ฉุกเฉินทำให้เกิดความล่าช้า และไม่สะดวก ๕. ต้องมีการพัฒนาห้องปฏิบัติการเพื่อให้มีระบบความปลอดภัยทางห้องปฏิบัติการ ชีวนิรภัยระดับ ๓ (Bio safety level 3) เพียงพอรองรับโรคติดต่ออันตราย และ จัดให้มีระบบข้อมูลห้องปฏิบัติการ ระดับประเทศ

7s Model	จุดแข็ง (Strengths)	จุดอ่อน (Weaknesses)
ปัจจัยด้านโครงสร้าง (Structure)	ภาวะปกติ ๑. มีแบ่งโครงสร้างการทำงานอย่างชัดเจน เชื่อมโยงสอดคล้องกัน ทั้งหน่วยงานสนับสนุน หน่วยงานวิชาการ และมีหน่วยงานที่ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค ได้แก่ สำนักงานป้องกันควบคุมโรค ๑๒ เขต สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลง และด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ ซึ่งหน่วยงานที่ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค และรักษาสุขภาพในพื้นที่ ๒. มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ/เขต (พขอ./พขช.) ทำหน้าที่ขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตและดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและรักษาสุขภาพในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพและบูรณาการ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนอย่างครอบคลุม ภาวะฉุกเฉิน ๑. มีประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินตามพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๘ เพื่อ ๒. มีศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด 19 (ศบค.) เพื่อเป็นการจัดโครงสร้างขององค์กรให้เหมาะสมแก่การปฏิบัติหน้าที่และเพื่อให้การดำเนินการแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินเป็นไปอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ซึ่งประกอบด้วยระดับนโยบาย ระดับอำนวยการ และระดับพื้นที่/ปฏิบัติการ ดังนี้ ๑) ระดับนโยบาย : มีศูนย์บูรณาการแก้ไขสถานการณ์โควิด 19 ในพื้นที่ กทม. และปริมณฑล และคณะกรรมการเฉพาะกิจเพื่อการบูรณาการด้านการแพทย์และสาธารณสุข	๑. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือหน่วยงานระดับพื้นที่ มีโครงสร้างองค์กรไม่ครอบคลุมงานด้านการป้องกันควบคุมโรคและรักษาสุขภาพ เช่น การป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) เป็นต้น ๒. โครงสร้างองค์กรแบบลำดับขั้นบังคับบัญชาและระเบียบปฏิบัติราชการที่มีมาก ทำให้การดำเนินงานล่าช้า ต้องใช้เอกสารในขั้นตอนต่าง ๆ และยังไม่มีการใช้ลายเซ็นอิเล็กทรอนิกส์มาใช้ ซึ่งไม่สอดคล้องกับระบบเทคโนโลยีสมัยใหม่ ๓. โครงสร้างของหน่วยงานระดับภูมิภาค/เขต มีการบังคับบัญชา หลายชั้น หลายระดับ ทั้งในแนวดิ่งและแนวระนาบ ทำให้เกิดความสับสน ความซ้ำซ้อน และความล่าช้าในการปฏิบัติงาน เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานบังคับใช้กฎหมายตาม พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. ๒๕๕๑ และ พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๖๐ ในระดับจังหวัดมีจำนวนน้อย ทำให้การปฏิบัติงานไม่สามารถเป็นไปได้อย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง

7s Model	จุดแข็ง (Strengths)	จุดอ่อน (Weaknesses)
	๒) ระดับอำนาจการ : มีศปก.ศบค., ศบค.มหาดไทย., ศปก.แก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินด้านความมั่นคง หรือ ศปม., ศปก.มาตรการเดินทางเข้าออกประเทศและการดูแลคนไทยในต่างประเทศ, ศปก.ด้านนวัตกรรมทางการแพทย์และวิจัยและพัฒนา, ศปก.ฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขกรณีโรคติดต่อโควิด 19, ศปก.ด้านแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินเกี่ยวกับการสื่อสารในอินเทอร์เน็ต, ศปก.ด้านแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินในสถานประกอบการและโรงงานอุตสาหกรรม, ศปก.ด้านระบบข้อมูลสารสนเทศและแอปพลิเคชัน และ ศปก.ด้านการท่องเที่ยวและกีฬา ๓) ระดับพื้นที่/ปฏิบัติการ : มี ศปก.จังหวัด/กทม. อำเภอ/เขต ๓. มีทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง และทีมสอบสวนควบคุมโรค (JIT) ที่สามารถตอบโต้ภาวะฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดำเนินการควบคุมโรคร่วมกับพื้นที่ได้ ๔. มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉินตามยุทธศาสตร์ระดับชาติ ดังนี้ ๑) แผนแม่บทเฉพาะกิจภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติอันเป็นผลมาจากสถานการณ์โควิด 19 พ.ศ. ๒๕๖๔ - ๒๕๖๕ ๒) มีแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขและดำเนินงานตามแผนขับเคลื่อนกิจกรรมปฏิรูปฯ ภายใต้กิจกรรมปฏิรูปประเทศที่จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อประชาชนอย่างมีนัยสำคัญ (Big Rock) คือ การปฏิรูปการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข รวมถึงโรคระบาดระดับชาติและโรคอุบัติใหม่ เพื่อความมั่นคงแห่งชาติด้านสุขภาพ	

7s Model	จุดแข็ง (Strengths)	จุดอ่อน (Weaknesses)
ปัจจัยด้านกลยุทธ์ (Strategy)	๑. มีการจัดทำแผนพัฒนาด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ของประเทศ ระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐) เพื่อใช้เป็นกรอบแนวทางดำเนินงาน และการพัฒนางานด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศ ๒. มีการจัดทำแผน และยุทธศาสตร์ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศ เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อม และรองรับ และแก้ไขปัญหาสถานการณ์การระบาดของโรคและภัยสุขภาพ เช่น - แผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อมป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔ - แผนยกระดับความมั่นคงและความเป็นเลิศด้านการควบคุมโรคของประเทศ ฉบับปรับปรุง พ.ศ. ๒๕๖๓ - ๒๕๖๕ - ยุทธศาสตร์การกำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๙ - ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๗๓ - แผนงานด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ระยะ ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๕) ๓. มีการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจที่ชัดเจน ๔. มีแนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ สำหรับพื้นที่ประจำปีงบประมาณ ... เพื่อใช้เป็นแนวทางการดำเนินงานของหน่วยงานทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ๕. มีกลไกคณะทำงานขับเคลื่อนการดำเนินงานเชิงยุทธศาสตร์ด้านการป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญ กรมควบคุมโรค ๖. มีการสื่อสาร และถ่ายทอดแผนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้บริหาร และบุคลากรทุกระดับ	๑. การรับฟังความต้องการ/ความคาดหวัง และความคิดเห็นต่อการปรับปรุงแผนฯ ด้านการป้องกันและควบคุมโรคจากผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียยังไม่ครบถ้วน ไม่ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย ๒. การมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนฯ จากบุคลากรทุกระดับ โดยเฉพาะบุคลากรระดับปฏิบัติการ ยังไม่ครอบคลุม ๓. การกำหนดเป้าหมาย และตัวชี้วัด ควรรับฟังความคิดเห็นของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่ เพื่อให้มีความสอดคล้องกับบริบทในพื้นที่

7s Model	จุดแข็ง (Strengths)	จุดอ่อน (Weaknesses)
	๗. มีกฎหมายที่ผู้ปฏิบัติงานสามารถใช้เป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ดังนี้ ๑) พ.ร.บ. โรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘ ๒) พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. ๒๕๕๑ ๓) พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๖๐ ๔) พ.ร.บ.การสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ๕) พ.ร.บ.โรคจากการประกอบอาชีพ และโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. ๒๕๖๒ ๖) พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ๗) พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ๘) พ.ร.บ.ระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ๙) กฎอนามัยระหว่างประเทศ (IHR 2005) ๑๐) พ.ร.บ.โรคจากการประกอบอาชีพ และโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. ๒๕๖๒ ๘. มีคณะกรรมการฯ ร่วมขับเคลื่อนการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ดังนี้ ๑) คณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ ๒) คณะกรรมการด้านวิชาการหรือคณะอนุกรรมการ ๓) คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด/กทม. ๔) คณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัด ๕) คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด	

7s Model	จุดแข็ง (Strengths)	จุดอ่อน (Weaknesses)
	๙. มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพตามแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ ดังนี้ ๑) แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ แผนแม่บทที่ ๑๓ การเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาพที่ดี แผนย่อยที่ ๑๓.๕ การพัฒนาและสร้างระบบรับมือปรับตัวต่อโรคอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศ ๒) แผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขและดำเนินงานตามแผนขับเคลื่อนกิจกรรมปฏิรูปฯ ภายใต้กิจกรรมปฏิรูปประเทศที่จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อประชาชนอย่างมีนัยสำคัญ (Big Rock) คือ การปฏิรูปเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการสร้างเสริมสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การป้องกันและดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อสำหรับประชาชนและผู้ป่วย	
ปัจจัยด้านบุคลากร (Staff)	๑. มีบุคลากร ที่มีประสบการณ์และความรู้ในการทำงาน ๒. มีแผนการเรียนรู้และพัฒนาที่เสริมสมรรถนะที่สอดคล้องกับสถานการณ์และเท่าทันการเปลี่ยนแปลง ๓. มีระบบการจัดการทรัพยากรบุคคลที่มีประสิทธิภาพ ๔. มีระบบเทคโนโลยีสารสนเทศด้านบุคลากรที่มีประสิทธิภาพ ทันสมัย เพียงพอ เช่น ระบบ e - Learning ๕. มีการพัฒนาศักยภาพกำลังคน มีหลักสูตรด้านระบาดวิทยาภาคสนาม (FETP / FETH / FEMT ฯลฯ) โดยสัดส่วนของนักระบาดวิทยา ระดับเชี่ยวชาญ ๑ คนต่อประชากร ๒๐๐,๐๐๐ คน และสัดส่วนของนักระบาดวิทยา ระดับกลาง ๑ คนต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน (สามารถพัฒนา	๑. การเข้ามาของเทคโนโลยีสมัยใหม่ทำให้เกิด GAP ระหว่าง Generation ๒. การทำผังทรัพยากรบุคคลเพื่อช่วยให้อัดสรรทรัพยากรได้ตรงกับความต้องการและรับมือกับปัญหาด้านการขาดแคลนบุคลากร ๓. ระบบการพัฒนาบุคลากรไม่เอื้อต่อการพัฒนาสมรรถนะบุคลากร ขาดการวางแผนการพัฒนาบุคลากรเป็นรายบุคคลที่ทั่วถึง ๔. ขาดการบูรณาการในการทำงานเป็นทีม การประสานงานเชื่อมโยง ๕. บทบาทหน้าที่ Job description ไม่ชัดเจน ๖. ไม่ทำตามแผน Training need และการอบรมตามแผนไม่ครอบคลุม ๗. ขาดแคลนบุคลากร จำนวนบุคลากรน้อยกว่ากรอบอัตรากำลังทำให้ไม่เพียงพอและไม่สอดคล้องกับโครงสร้างที่กำหนดไว้

7s Model	จุดแข็ง (Strengths)	จุดอ่อน (Weaknesses)
	นักระบาดวิทยา ระดับกลาง ไม่น้อยกว่า ๒๕ คน/ปี) ๖. มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการป้องกันควบคุมโรค (หลักสูตร EDC / MDC / LDC) ๗. มีการสำรวจ Training need	
ปัจจัยด้านทักษะ (Skill)	๑. บุคลากรมีความรู้และความเชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยา ๒. การอบรมพัฒนาการเรียนรู้หลักสูตร E-learning ให้แก่บุคลากร เช่น ๑) พื้นฐานทางระบาดวิทยา ๒) การเรียนรู้ด้านเอชไอวี/เอดส์ สำหรับเจ้าหน้าที่ภาคสนามและแกนนำเพื่อเข้าถึงกลุ่ม MSM/TG ๓) การจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ระบบบัญชาการเหตุการณ์และศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ๓. การจัดโครงการอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพและสมรรถนะของบุคลากร เช่น ๑) โครงการพัฒนานักวิชาการสาธารณสุขด้านระบาดวิทยาภาคสนาม ๒) โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการหลักสูตรระบาดวิทยา และการบริหารจัดการทีม สำหรับแพทย์หัวหน้าทีมและผู้สอบสวนหลัก ๔. การพัฒนาฐานข้อมูลที่สำคัญทั้งด้านภารกิจหลักข้อมูลสนับสนุนและข้อมูลผู้รับบริการพร้อมทั้งได้พัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศ เช่น การพัฒนาระบบบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์ (ESM) และระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ (Event based surveillance system) ๕. มีการบริหารทรัพยากรบุคคลโดยการจัดโครงสร้างและระบบงานให้เอื้อต่อการปฏิบัติงานให้คล่องตัวและวางแผนพัฒนาบุคลากรในทักษะที่จำเป็น (Core Competency) ร่วมกับสมรรถนะเฉพาะ (Technical Competency) และสมรรถนะที่จำเป็นตามภารกิจกรม (Functional Competency) ให้แก่บุคลากรเพื่อเตรียม	๑. บุคลากรยังขาดความรู้และทักษะด้านการเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมการแพร่ระบาดของโรค ๒. บุคลากรยังขาดความรู้และทักษะด้านดิจิทัลในการนำไปใช้ปฏิบัติงาน ๓. ทักษะด้านดิจิทัลของบุคลากร ไม่ครอบคลุมถึงทักษะเฉพาะทางสำหรับวิชาชีพ (Professional Skills) ประกอบด้วย ๔ องค์ประกอบ ดังนี้ ๑) ความสามารถ ๒) ความรู้ ๓) ประสบการณ์ ๔) คุณลักษณะ ๔. ขาดแคลนแพทย์ประจำบ้านเฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน (แขนงระบาดวิทยา) และนักวิชาการด้านระบาดวิทยาที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวนมาก ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงานตามบทบาทภารกิจในระยะยาว ๕. ควรพัฒนานักวิชาการ สาธารณสุขให้มีความเชี่ยวชาญงานด้านระบาดวิทยาอย่างมืออาชีพ สามารถใช้ความรู้อย่างมีหลักวิชา ผ่านกระบวนการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริง และแก้ปัญหาการปฏิบัติงานด้วยระบบที่เชื่อมโยงร่วมกับ การพัฒนาความรู้ใหม่โดยใช้วิธีการทางระบาดวิทยาให้สามารถเฝ้าระวัง สอบสวน ป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออันตราย รวมถึงโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน เพื่อให้ ประเทศไทยมีความพร้อมรับมือกับภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ

7s Model	จุดแข็ง (Strengths)	จุดอ่อน (Weaknesses)
	ความพร้อมในการปฏิบัติงาน ที่ท้าทายให้มีประสิทธิภาพและสามารถเป็นพี่เลี้ยงให้กับเครือข่ายและประชาชนได้ ๖. มีการพัฒนาบุคลากรให้สามารถใช้สื่อเทคโนโลยีสารสนเทศสมัยใหม่มาใช้ประโยชน์ มีประสิทธิภาพและการมีเครือข่ายที่เข้มแข็ง เช่น การพัฒนาโปรแกรมสำนักกระบาดวิทยา Application ท้นระบาด การพัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์ระบบการตรวจสุขภาพलयานพาหนะ (V-SAN) เป็นระบบงานที่สามารถลดภาระงานได้จริง สะดวกรวดเร็วในการตรวจสุขภาพलयานพาหนะ และจัดเก็บข้อมูลเป็นฐานข้อมูลได้อย่างสมบูรณ์ ๗. บุคลากรจากทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) มีความรู้ความสามารถเป็นผู้ให้คำปรึกษาแก่เจ้าหน้าที่ภาคสนาม ได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว ซึ่งส่งผลต่อการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคได้อย่างทันเวลา	
ปัจจัยด้าน ค่านิยมร่วม (Shared Value)	๑. มีค่านิยมที่ชัดเจนตามหลัก MOPH ๒. บุคลากรมีส่วนร่วมและปฏิบัติตามหลักค่านิยม	
ปัจจัย ด้านรูปแบบ (Style)	๑. ผู้บริหารสายวิชาชีพแพทย์ มีความรู้ความเชี่ยวชาญในด้านการแพทย์และสาธารณสุขโดยตรง ๒. ผู้บริหารมีทักษะและภาวะผู้นำ สามารถบริหารจัดการงานในภาวะฉุกเฉิน ๓. ผู้บริหารให้ความสำคัญและติดตามงานอย่างสม่ำเสมอ ๔. มีการจัดการประชุมผู้บริหารระดับสูงทุกสัปดาห์ทำให้มีการพูดคุยกันระหว่างผู้บริหารอย่างสม่ำเสมอ ๕. มีการปรับตัวให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบันโดยเฉพาะรูปแบบการสื่อสาร ๖. บุคลากรมีความเชี่ยวชาญและมีฐานข้อมูลสำคัญในแต่ละกลุ่มโรค	๑. ความสำคัญและแนวทางของแผนงานเป็นไปตามจุดเน้นของผู้บริหาร เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงอาจขาดความต่อเนื่องในการดำเนินการในบางส่วน ๒. มีข้อจำกัดในการบูรณาการงานร่วมกับหน่วยงานภายนอก

๒. การวิเคราะห์ปัจจัยภายนอก

๒.๑ ปัจจัยด้านการเมือง (Political) : นโยบายและทิศทางของรัฐบาล

ประเทศไทยภายใต้การนำของนายกรัฐมนตรี พลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา ให้ความสำคัญกับวาระการปฏิรูปประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปฏิรูประบบราชการ เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศครั้งใหญ่ในทุกมิติ โดยได้บรรจุประเด็นการปฏิรูปประเทศไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ซึ่งตราไว้ ณ วันที่ ๖ เมษายน พุทธศักราช ๒๕๖๐ โดยได้กำหนดเป้าหมายของการปฏิรูปประเทศไว้ ดังต่อไปนี้

๑) ประเทศชาติมีความสงบเรียบร้อย มีความสามัคคีปรองดอง มีการพัฒนาอย่างยั่งยืนตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง และมีความสมดุลระหว่างการพัฒนาด้านวัตถุกับการพัฒนาด้านจิตใจ

๒) สังคมมีความสงบสุข เป็นธรรม และมีโอกาสอันทัดเทียมกันเพื่อขจัดความเหลื่อมล้ำ

๓) ประชาชนมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีส่วนร่วมในการพัฒนาประเทศและการปกครองในระบอบประชาธิปไตยอันมีพระมหากษัตริย์ทรงเป็นประมุข นอกจากนี้ รัฐบาลยังได้มีนโยบายมุ่งเน้นให้ภาคราชการปรับตัวโดยนำเทคโนโลยีและนวัตกรรมมาใช้ ตามโมเดล Thailand ๔.๐ ซึ่งมีเป้าหมายที่จะพัฒนาให้ประเทศไทยมีความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ประชาชนมีความอยู่ดีมีสุขทางสังคม ยกระดับคุณภาพมนุษย์ และรักษาสันติภาพในส่วนของการป้องกันควบคุมโรค รัฐบาล พลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี ได้เน้นให้ความสำคัญกับงานป้องกันควบคุมโรค ดังที่นโยบายรัฐบาลข้อ ๕.๒ ที่ได้แถลงต่อสภานิติบัญญัติแห่งชาติในวันศุกร์ที่ ๑๒ กันยายน ๒๕๕๗ ในข้อ

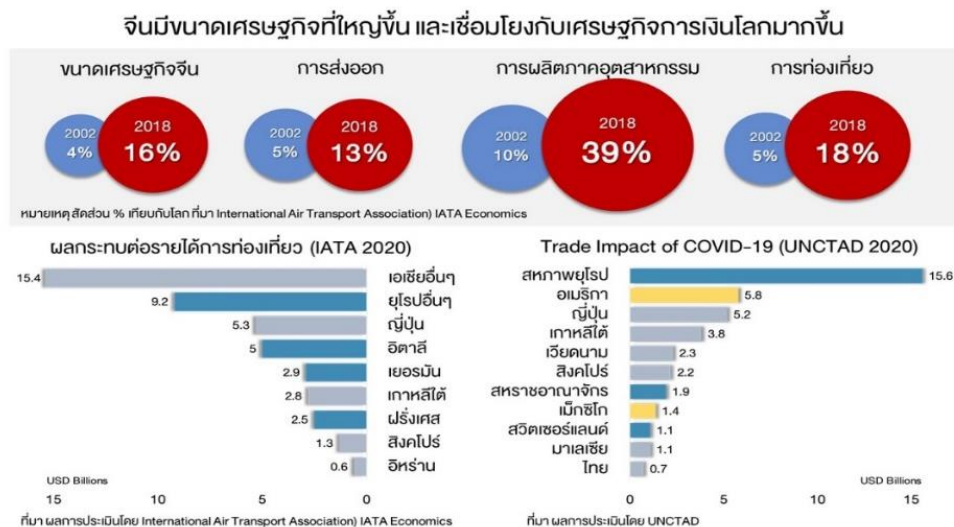
“๕.๒ พัฒนาระบบบริหารสุขภาพ โดยเน้นการป้องกันโรคมกกว่ารอให้ป่วยแล้วจึงมารักษา สร้างกลไกจัดการสุขภาพในระดับเขตแทนการกระจุกตัวอยู่ที่ส่วนกลาง ปรับระบบการจ้างงาน การกระจายบุคลากรและทรัพยากรสาธารณสุขให้เหมาะสมกับท้องถิ่น”

๒.๒ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ (Economic) :

๒.๒.๑ หนี้สาธารณะ (Public debt) หนี้สาธารณะเป็นการก่อหนี้ของภาครัฐบาลที่เกิดขึ้นเมื่อรายได้ของรัฐบาลน้อยกว่ารายจ่าย โดยรายได้หลักของรัฐบาล คือ ภาษี ซึ่งการก่อหนี้มีทั้งข้อดีและข้อเสียต่อภาวะเศรษฐกิจ ข้อดีของการก่อหนี้รัฐบาล เช่น การนำเงินที่ก่อหนี้มาใช้จ่ายในการก่อสร้างสิ่งสาธารณูปโภคต่าง ๆ ตลอดจนนำมาแก้ปัญหาเศรษฐกิจตกต่ำของประเทศ เป็นต้น แต่ในขณะเดียวกันการก่อหนี้สาธารณะก็มีผลกระทบทางลบต่อภาวะเศรษฐกิจและระบบสุขภาพได้เช่นเดียวกัน อย่างเช่น ความจำเป็นที่จะต้องจำกัดรายจ่ายภาครัฐ ทำให้งบประมาณในการดำเนินงานของภาครัฐเติบโตในอัตราที่จำกัด หรือก่อให้เกิดปัญหาเศรษฐกิจตกต่ำ ประชาชนมีรายได้น้อย และต่งาน (เป็น Social Determinant of Health ที่สำคัญ) เป็นต้นอนาคตสังคมโลกจะมีการเพิ่มขึ้นของหนี้สาธารณะ และการเปลี่ยนแปลงจะทำให้เกิดช่องว่างและการตอบสนองทั้งทางสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะทำให้รัฐบาลอาจต้องมีความระมัดระวังในการจัดทำงบประมาณเพิ่มมากขึ้น โอกาสที่งบประมาณภาครัฐจะเติบโตในอัตราที่สูงอย่างต่อเนื่องเหมือนเช่นที่เคยเกิดขึ้นในอดีตน่าจะต่ำ หน่วยงานภาครัฐจึงจำเป็นต้องบริหารจัดการงบประมาณที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุด (Value for money)

๒.๒.๒ ปัญหาทางเศรษฐกิจ หลายสถาบันคาดว่าโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) จะสร้างมูลค่าความเสียหายทางเศรษฐกิจสูงกว่ากรณีของโรคซาร์สที่มีจุดกำเนิดที่จีนเช่นกัน โดยครั้งนั้นมีการประเมินว่าทำให้ GDP โลกลดลง ๕๔,๐๐๐ ล้านดอลลาร์สหรัฐอเมริกา หรือคิดเป็น ๐.๑๔ % สำหรับผลกระทบครั้งนี้ ในด้านการค้าโลก รายงานสถานการณ์และแนวโน้มเศรษฐกิจโลกของการประชุมสหประชาชาติว่าด้วยการค้าและการพัฒนา (United Nations Conference on Trade and Development, UNCTAD (2020)) ชี้ว่าดัชนีภาคการผลิต (PMI) ของจีนเดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ ลดลงต่ำสุดตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๗ และประเมินว่า

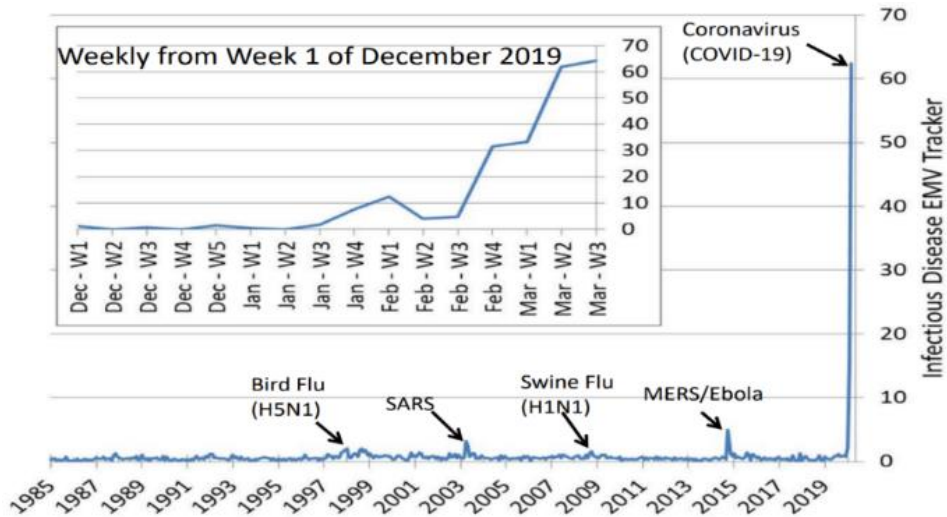
จะสร้างความเสียหายต่อการส่งออกในห่วงโซ่อุปทาน ๕๐,๐๐๐ ล้านดอลลาร์สหรัฐอเมริกา โดยมีผลกระทบมากที่สุดใน EU (๑๕,๖๐๐ ล้านดอลลาร์สหรัฐอเมริกา) รองลงมาคือ ประเทศสหรัฐฯ (๕,๘๐๐ ล้านดอลลาร์สหรัฐอเมริกา) ประเทศญี่ปุ่น (๕,๒๐๐ ล้านดอลลาร์สหรัฐอเมริกา) ประเทศเกาหลี (๓,๘๐๐ ล้านดอลลาร์สหรัฐอเมริกา) ประเทศเวียดนาม (๒,๓๐๐ ล้านดอลลาร์สหรัฐอเมริกา) ขณะที่ประเทศไทยติดอยู่ที่อันดับ ๑๑ ด้วยมูลค่าความเสียหาย ๗๐๐ ล้านดอลลาร์สหรัฐอเมริกา โดยอุตสาหกรรมผลิตยางและพลาสติก เครื่องมือเครื่องจักร เคมีภัณฑ์ อุปกรณ์สื่อสาร ยานยนต์ ในไทยเป็นสาขาที่จะได้รับผลกระทบมากที่สุด ด้านการท่องเที่ยว สมาคมขนส่งทางอากาศระหว่างประเทศ (IATA) ประเมินว่าการณ์ที่มีการแพร่ระบาดอยู่ในวงจำกัด รายรับการท่องเที่ยวโลกจะลดลง ๖๓,๐๐๐ ล้านดอลลาร์สหรัฐอเมริกา โดยเอเชียจะได้รับผลกระทบสูงสุด รองลงมาคือ ยุโรปอื่น ญี่ปุ่น อิตาลี และเยอรมนี ซึ่งล้วนเป็นแหล่งท่องเที่ยวสำคัญของนักท่องเที่ยวจีนขณะที่สภาอุตสาหกรรมท่องเที่ยวแห่งประเทศไทยประเมินว่า จะส่งผลกระทบต่อการท่องเที่ยวไทยไม่ต่ำกว่า ๖ เดือน และสูญเสียรายได้กว่า ๒.๕ แสนล้านบาท เหตุผลสำคัญที่ทำให้ผลกระทบครั้งนี้คาดว่าจะมากกว่าในกรณีของการระบาด ๓ ครั้งใหญ่ ได้แก่ โรคซาร์ส ไข้หวัดใหญ่ ๒๐๐๙ และโรคเมอร์ส เนื่องจากเศรษฐกิจจีนมีขนาดใหญ่กว่าเดิม รวมทั้งมีความเชื่อมโยงทั้งการค้า การลงทุน การขนส่งกับโลกมากขึ้น ในปี พ.ศ. ๒๕๖๑ เศรษฐกิจจีนมีขนาด ๑๖% ของเศรษฐกิจโลก ใหญ่กว่าช่วงการระบาดของซาร์ส ๔ เท่า และมีขนาดคิดเป็น ๑๓ % ของมูลค่าการส่งออกโลก ๓๙ % ของการผลิตอุตสาหกรรมโลก และคิดเป็น ๑๘ % ของมูลค่าการท่องเที่ยวโลก รวมทั้งปัจจุบันที่มีระดับโลกาภิวัตน์ขั้นสูงที่ประชากรของโลกถูกล้อมรวมกันทั้งด้านเศรษฐกิจ เทคโนโลยีและสังคมวัฒนธรรมมากขึ้นกว่าในอดีต



ภาพที่ ๓ - ๑ ขนาดเศรษฐกิจที่ใหญ่ขึ้นของจีนและเชื่อมโยงกับเศรษฐกิจการเงินของโลก

ที่มา : ผลกระทบวิกฤต COVID - 19 กับเศรษฐกิจโลก “This Time is Different”, ข่าวการเงิน - หุ่น Post Today ๑๘ มีนาคม ๒๕๖๓.

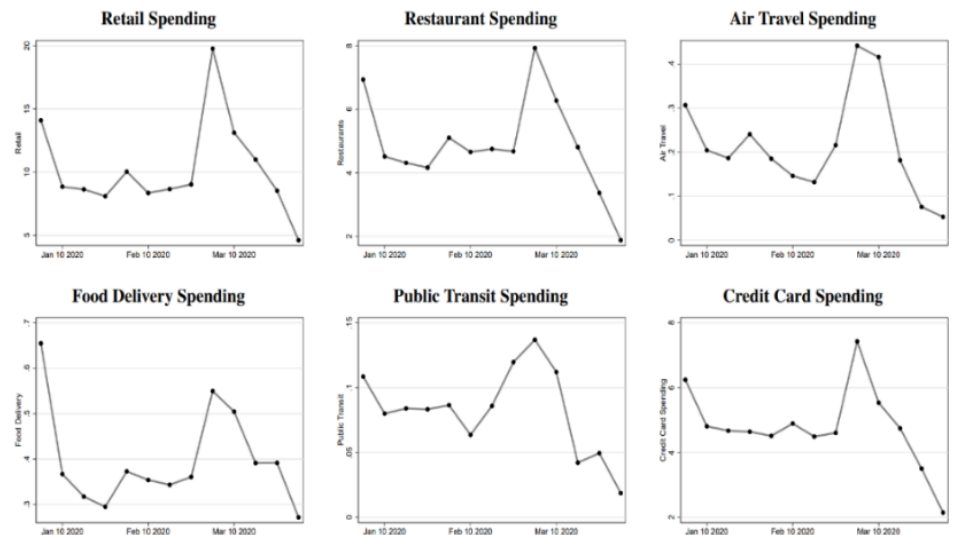
การแพร่กระจายของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รวมถึงมาตรการปิดเมืองเพื่อหยุดการแพร่เชื้อต่างส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจในหลายแง่มุม ในส่วนของผลกระทบต่อตลาดหุ้น Yilmazkuday พบว่า ดัชนีตลาดหุ้น S&P ๕๐๐ ลดลงร้อยละ ๐.๐๒ ต่อวันเมื่อมีจำนวนผู้เสียชีวิตในโลกเพิ่มขึ้น ๑ คน ทางด้าน Baker, Bloom, Davis, Kost, Sammon, and Viratyosin ใช้เทคนิคการวิเคราะห์คำในหนังสือพิมพ์เพื่อสร้างดัชนีความผันผวนของตลาดหุ้นในอดีต และพบว่าว่าการแพร่กระจายของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สร้างความผันผวนในตลาดหุ้นมากกว่าการแพร่กระจายของเชื้อไข้หวัดต่าง ๆ ในอดีต ดังแสดงในภาพที่ ๓ - ๒



ภาพที่ ๓ - ๒ ค่าดัชนีความผันผวนของตลาดหุ้นในปี พ.ศ. ๒๕๒๘ - ๒๕๖๓

ที่มา : COVID - 19 จากมุมมองของนักเศรษฐศาสตร์ ตอนที่ ๑, สถาบันวิจัยเศรษฐกิจป๋วย อึ๊งภากรณ์ ๙ เมษายน ๒๕๖๓

ในส่วนของผลกระทบต่อครัวเรือนต่าง ๆ งานวิจัยของ Alon, Doepke, Olmstead-Rumsey, and Tertilt พบว่า ผู้หญิงได้รับผลกระทบมากกว่าผู้ชาย จากเหตุผลด้านรูปแบบอาชีพและความคาดหวังทางสังคม เหตุผลแรกเป็นเพราะแรงงานผู้ชายร้อยละ ๒๘ อยู่ในธุรกิจที่สามารถปรับเปลี่ยนรูปแบบงานให้ทำงานจากที่บ้านได้ แต่แรงงานผู้หญิงเพียงร้อยละ ๒๒ อยู่ในธุรกิจดังกล่าว เหตุผลที่สองเกิดจากว่า สังคมคาดหวังให้ผู้หญิงมีบทบาทในการดูแลลูกมากกว่าผู้ชาย ดังนั้น เมื่อโรงเรียนในสหรัฐฯ ปิดการเรียนการสอนชั่วคราว ผู้หญิงจึงมีภาระที่บ้านเพิ่มขึ้นมากกว่าผู้ชาย Baker, Farrokhnia, Meyer, Pagel, and Yannelis ศึกษาข้อมูลรายธุรกรรมจากบริษัทเทคโนโลยีทางการเงิน (FinTech) และพบว่าค่าใช้จ่ายของครัวเรือนในกลุ่มสินค้าปลีก อาหาร และการใช้บัตรเครดิต เพิ่มขึ้นก่อนจะลดลงอย่างชัดเจน ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวสอดคล้องกับพฤติกรรมกักตุนสินค้าในช่วงที่ไวรัสเริ่มแพร่ระบาด พฤติกรรมกักตุนพบได้ชัดในกลุ่มผู้สูงอายุมากกว่ากลุ่มที่อายุน้อยกว่า ซึ่งหมายถึงว่ากลุ่มผู้สูงอายุปฏิบัติตามคำสั่งให้กักตัวอย่างเคร่งครัดมากกว่า



ภาพที่ ๓ - ๓ การเปลี่ยนแปลงของค่าใช้จ่ายครัวเรือนในหมวดหมู่สินค้าต่าง ๆ

ที่มา : COVID - 19 จากมุมมองของนักเศรษฐศาสตร์ ตอนที่ ๑, สถาบันวิจัยเศรษฐกิจป๋วย อึ๊งภากรณ์ ๙ เมษายน ๒๕๖๓

จากการวิเคราะห์อนาคตเศรษฐกิจไทย ๒๕๖๕-๒๕๗๐ โดย ดร.โสภณ พรโชคชัย พบว่า กองทุนการเงินระหว่างประเทศ (International Monetary Fund : IMF) ได้วิเคราะห์อัตราการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศไทย ในปี ๒๕๖๕ อยู่ที่ร้อยละ ๓.๓ ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยในอาเซียน เพราะตกลงมาอยู่ อันดับที่ ๘ โดยมีอัตราการเติบโตสูงกว่าลาวและเมียนมา นอกจากนี้ ยังคาดการณ์ว่าเศรษฐกิจในปี ๒๕๖๖ จะเติบโตสูงขึ้นเป็นร้อยละ ๔.๓ เป็นอันดับที่ ๖ ทั้งนี้ เศรษฐกิจไทยน่าจะหดตัวลงโดยเติบโตเหลือร้อยละ ๓.๘ ในปี ๒๕๖๗ และเป็นร้อยละ ๓.๓ ๓.๒ และ ๓.๑ ในช่วงปี ๒๕๖๘-๒๕๗๐ ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าประเทศไทยยังไม่ประสบความสำเร็จในการพัฒนาเศรษฐกิจเท่าที่ควร โดยเฉพาะเมื่อเทียบกับมหาอำนาจทางเศรษฐกิจ พบว่า ในปี ๒๕๖๕ เศรษฐกิจของจีนเติบโตถึงร้อยละ ๔.๔ รวมทั้งอินเดีย ร้อยละ ๘.๒ หรือสหรัฐอเมริกา ร้อยละ ๓.๗

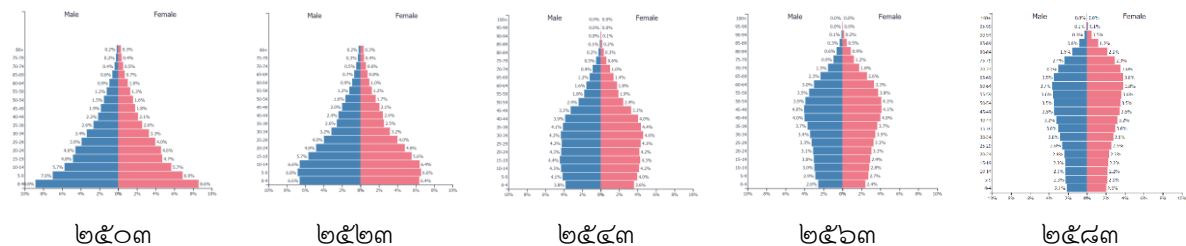
๒.๓ ปัจจัยด้านสังคม (Social) :

๒.๓.๑ การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากร ปัจจุบันประชากรโลกได้เปลี่ยนผ่านสู่ประชากรสูงวัยแล้ว ในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ โลกมีประชากรอายุ ๖๕ ปีขึ้นไป ประมาณ ร้อยละ ๘ ของประชากรโลก ทั้งหมด ๗,๐๐๐ ล้านคน (ประเทศที่มีประชากรอายุ ๖๕ ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ ๗ ของประชากรทั้งหมด จะนับว่าประเทศนั้นเข้าสู่ “สังคมสูงวัย” แล้ว) สาเหตุที่ทำให้ประเทศต่าง ๆ เป็นสังคมสูงวัยเป็นผลมาจากการเปลี่ยนผ่านทางประชากร จากประเทศที่มีอัตราการเกิดและตายสูงเปลี่ยนผ่านมาเป็นมีอัตราการเกิดและตายต่ำ ประชากรมีชีวิตยืนยาวขึ้นอันเป็นผลมาจากการพัฒนาระบบสาธารณสุขและเทคโนโลยีทางการแพทย์ ทำให้ผู้คนมีสุขภาพดีอายุยืนยาวขึ้น รวมถึงหนุ่มสาวส่วนใหญ่ มีแนวโน้มที่จะแต่งงานช้าลง และมีค่านิยมในการมีลูกน้อย

จากการฉายภาพโครงสร้างประชากรของประเทศไทย จะเห็นได้ว่า จำนวนประชากรเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี ในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๔๘ - ๒๕๗๘ จะมีจำนวนลดลงจาก ๑๔ ล้าน (ร้อยละ ๒๓ ของประชากรทั้งหมด) เหลือ ๙ ล้านคนเศษ (ร้อยละ ๑๔) และประชากรผู้สูงอายุ (อายุ ๖๐ ปีขึ้นไป) มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด ในปี พ.ศ. ๒๕๔๘ มีประชากรสูงอายุอยู่ ๖ ล้านคนเศษ (ร้อยละ ๑๐) เมื่อถึงปี พ.ศ. ๒๕๗๘ จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็น ๑๖ ล้านคน (ร้อยละ ๒๕) หรือเพิ่มขึ้นเกือบ ๓ เท่าตัวในเวลาประมาณ ๓๐ ปี ปัจจัยที่ส่งผลให้ประเทศไทยมีสัดส่วนประชากรสูงวัยเพิ่มขึ้น คือ ภาวะเจริญพันธุ์ที่ลดลง และการมีอายุยืนยาวขึ้น ประเทศไทยมีช่วงเวลาของการเปลี่ยนผ่านภาวะเจริญพันธุ์ที่สั้น ดังเห็นได้จากในปี พ.ศ. ๒๕๑๓ มีอัตราเจริญพันธุ์รวมอยู่ที่ ๖.๐ แต่ในปี พ.ศ. ๒๕๕๖ มีอัตราเจริญพันธุ์รวมต่ำกว่าระดับทดแทนแล้ว คือ อยู่ที่ ๑.๖ ในอนาคตอีก ๒๐ ปี

ข้างหน้า คือ พ.ศ. ๒๕๘๓ คาดประมาณว่า อัตราเจริญพันธุ์ของคนไทยจะลดต่ำไปจนถึง ๑.๓ การมีอายุยืนยาวขึ้นเป็นปัจจัยส่งเสริมสำคัญที่ทำให้ประชากรสูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้น ดัชนีสำคัญสำหรับวัดความยืนยาวของชีวิตคือ อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด โดยเมื่อ ๕๐ ปีที่แล้ว (พ.ศ. ๒๕๐๘ - ๒๕๑๓) ประเทศไทยมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของประชากร ๕๘.๗ ปี ในช่วง ๑๐ ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. ๒๕๔๘ - ๒๕๕๓) มีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด ๗๓.๖ ปี ในปี พ.ศ. ๒๕๕๗ อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดในประชากรชาย เท่ากับ ๗๑.๓ ปี ประชากรหญิง เท่ากับ ๗๘.๒ ปี

ปัจจุบันประเทศไทยมีสัดส่วนผู้สูงอายุร้อยละ ๑๑ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ หรืออีก ๓ ปีข้างหน้า ประเทศไทยจะมีประชากรอายุ ๖๕ ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ ๑๔ และจากการคาดประมาณของสหประชาชาติ ในปี พ.ศ. ๒๕๗๓ ประเทศไทยจะมีประชากรอายุ ๖๕ ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ ๒๐ โรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคอัลไซเมอร์ จะพบได้มากขึ้น และต้องการบริการสุขภาพเฉพาะด้าน และผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงการดูแลระยะยาวเป็นสิ่งที่จำเป็นต้องให้ความสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสังคมเมือง ที่ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุต้องใช้ชีวิตโดยลำพัง หรือบางรายอาศัยอยู่คนเดียว หรืออาศัยอยู่ในบ้านพักคนชรา ซึ่งผู้ดูแลต้องมีความรู้และทักษะเกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพ รวมถึงสภาพจิตใจของผู้สูงอายุด้วย ที่จะนำมาซึ่งค่าใช้จ่ายเพื่อการดูแลสุขภาพที่เพิ่มขึ้นในอนาคต รัฐบาลและระบบสุขภาพจำเป็นต้องปรับตัวเพื่อรับมือกับภาวะการเปลี่ยนแปลงนี้ นอกจากประเด็นเรื่องโรคหรือสุขภาพของผู้สูงอายุ ประเด็นเรื่องสังคมและเศรษฐกิจซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาวะก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สังคมและระบบป้องกันควบคุมโรคจำเป็นต้องให้ความสนใจการมีงานทำ การมีรายได้อได้อย่างเพียงพอเหมาะสมเป็นปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาวะ

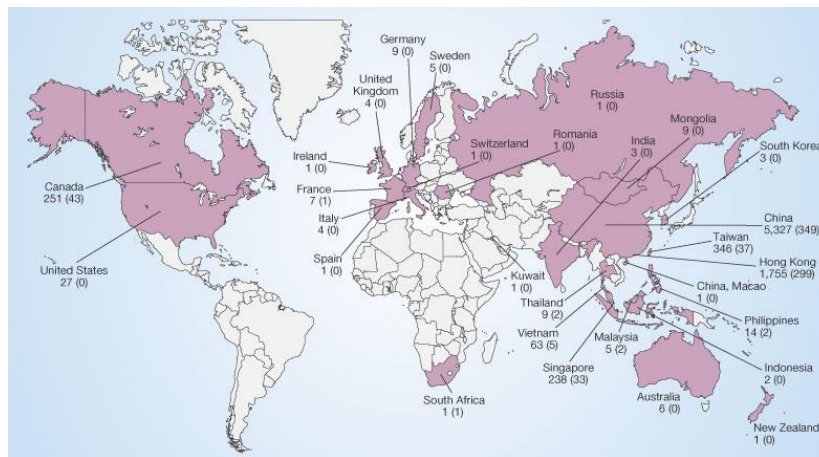


ภาพที่ ๓ - ๔ ปิรามิดประชากรไทย ปี พ.ศ. ๒๕๐๓ - ๒๕๘๓

ที่มา : PopulationPyramid.net (<https://www.populationpyramid.net/thailand/1960/>)

๒.๓.๒ ความเป็นสังคมเมือง (Urbanization) โลกผ่านการขยายตัวของความเป็นเมืองตลอดศตวรรษที่ ๒๐ คาดการณ์ว่าในอีก ๓๕ ปีข้างหน้า ในปี พ.ศ. ๒๕๙๓ โลกจะมีประชากรคนเมืองเพิ่มขึ้นมากถึง ๒.๔ พันล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๖๖ ของประชากรโลก ประเทศไทยมีการขยายตัวของความเป็นเมืองมาตั้งแต่ทศวรรษ ๑๙๖๐ คนไทยกำลังอยู่ในวิถีของสังคมเมือง ความเป็นเมืองเร่งการเปลี่ยนผ่านทางสังคมและเศรษฐกิจ มีการย้ายแรงงานเกษตรกรรมในชนบทสู่อุตสาหกรรมและบริการในเมือง การสร้างงานใหม่ ค่าตอบแทนที่สูงกว่า การบริโภคที่เพิ่มมากขึ้น มีการเชื่อมต่อการค้าการลงทุนระหว่างประเทศ รวมถึงการจัดการปัญหามลภาวะและสิ่งแวดล้อม สะท้อนให้เห็นถึงความท้าทายและโอกาสใหม่ ๆ ทั้งทางธุรกิจ อาชีพ และผลกระทบทางสุขภาพที่มาพร้อมกับการขยายตัวของความเป็นเมืองทั้งสิ้น นอกจากนี้ จากการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคที่ผ่านมา ยังสะท้อนให้เห็นถึงความแตกต่างด้านรูปแบบการป้องกันควบคุมโรค การดำเนินการป้องกันโรคในรูปแบบเดิม ๆ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขกับการกำจัดลูกน้ำยุงลาย เป็นต้น ไม่สามารถเข้าถึงประชากรในสังคมเมืองได้ดีเท่ากับสังคมชนบท จึงเป็นความท้าทายของระบบป้องกันควบคุมโรคที่จะต้องพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคทั้งสำหรับโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อให้เหมาะสมกับสังคมเมือง

๒.๓.๓ ความรวดเร็วของการเดินทาง ในปัจจุบัน ผู้คนสามารถเดินทางจากจุดหนึ่งไปยังอีกจุดหนึ่งบนโลกได้อย่างรวดเร็ว บวกกับปริมาณของนักเดินทางที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้โรคติดต่อสามารถแพร่จากจุดที่เริ่มมีการแพร่ระบาดไปทั่วโลกได้อย่างรวดเร็ว ก่อให้เกิดการเจ็บป่วย และความเสียหายทางเศรษฐกิจอย่างกว้างขวาง การระบาดของโรคซาร์ส นับเป็นตัวอย่างที่ดี โรคซาร์สเริ่มระบาดในช่วงปลายปี พ.ศ. ๒๕๔๕ ในมณฑลกว่างตุงของประเทศจีน โดยเริ่มพบผู้ป่วยปอดบวมไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งไม่ตอบสนองต่อยาปฏิชีวนะ โดยที่ทางการจีนไม่สามารถตรวจจับการเกิดโรคปอดบวมที่ผิดปกตินี้ได้ ต่อมาโรคได้แพร่ระบาดไปยังประเทศเวียดนาม ฮองกง สิงคโปร์ แคนาดา และประเทศอื่น ๆ รวม ๒๙ ประเทศ จนถึงวันที่ ๓๑ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๔๖ พบผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรงรวม ๘,๐๙๖ คน และเสียชีวิต ๗๗๔ คน ซึ่งก่อให้เกิดความเสียหายทางเศรษฐกิจถึง ๓๐,๐๐๐ ล้านดอลลาร์สหรัฐ หรือประมาณ ๑ ล้านล้านบาท



ภาพที่ ๓ - ๕ จำนวนผู้ป่วยโรคซาร์สและจำนวนผู้เสียชีวิต (ในวงเล็บ) รายประเทศ

ที่มา : The Challenge of emerging and re-emerging infectious disease, David M. Morens, Gregory K. Folkers, research pad

๒.๓.๔ การเพิ่มขึ้นของความเป็นปัจเจกบุคคล (Rise of the Individualism) โครงสร้างของสังคมไทยในปัจจุบันได้เปลี่ยนแปลงไปจากโครงสร้างสังคมแบบดั้งเดิม ปัจจุบันสังคมไทยอยู่ในภาวะทันสมัย (Modernity) ที่ถูกสร้างผ่านกระแสโลกาภิวัตน์ (Globalization) การพัฒนาการติดต่อสื่อสาร การคมนาคมขนส่ง เทคโนโลยีสารสนเทศ ก่อให้เกิดการผสมผสานทางวัฒนธรรมครั้งใหญ่ และส่งผลต่อการใช้ชีวิตของผู้คนในสังคมเป็นอย่างมาก สร้างสถานะที่มีลักษณะสะท้อนย้อนแย้ง (Reflexive Modernization) บุคคลสามารถปลดปล่อยตนเองจากการควบคุมอย่างเคร่งครัดของโครงสร้างสังคมแบบดั้งเดิม ทำให้สามารถเลือกรูปแบบการใช้ชีวิตหรืออัตลักษณ์ของตนได้ ในขณะเดียวกันก็เป็นการสร้างความขัดแย้งรูปแบบใหม่ๆ ตลอดจนความเสี่ยงในการใช้ชีวิตในด้านต่าง ๆ หลากหลายรูปแบบ

รูปแบบการใช้ชีวิตของประชาชนภายใต้โครงสร้างสังคมไทยยุคทันสมัยในปัจจุบัน ความเป็นปัจเจกบุคคลของคนในสังคมให้สูงขึ้น สามารถคิด ตัดสินใจในการเลือกใช้ชีวิตได้อย่างอิสระ มีพื้นที่ให้แสดงออกถึงความเป็นตัวตนได้มาก ต้องการความโปร่งใส ความเสมอภาค ความเท่าเทียมกัน และการมีส่วนร่วมในการบริหารประเทศ สร้างมุมมองใหม่ของประชาชนต่อระบบสุขภาพ สุขภาพถูกมองในฐานะสิทธิมนุษยชน เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ภาครัฐมีหน้าที่ต้องดำเนินการสร้างสุขภาพให้แก่ประชาชน คุณภาพของระบบสุขภาพถูกเชื่อมโยงกับมาตรฐานจริยธรรม การตอบสนองความต้องการ อันนำไปสู่ความพึงพอใจ โดยการใช้ความรู้เป็นฐานมากขึ้น

๒.๔ ปัจจัยเกี่ยวกับเทคโนโลยี (Technology) : การเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยี

เทคโนโลยีในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว และการดำเนินมาตรการป้องกันและควบคุมโรค มีความเกี่ยวข้องกับ “เทคโนโลยี” อย่างใกล้ชิด การเกิดขึ้นของเทคโนโลยีใหม่ๆ เหล่านี้สามารถก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อมาตรการป้องกันควบคุมโรคได้อย่างรวดเร็ว จึงมีความจำเป็นจะต้องประเมินสถานการณ์ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับเทคโนโลยีให้ได้เท่าทันกับเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงไป เทคโนโลยีที่ใช้ในการป้องกันและควบคุมโรค ได้แก่ ยา วัคซีน อุปกรณ์และเครื่องมือต่าง ๆ เทคโนโลยีด้านสังคม เช่น การสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ การให้คำปรึกษา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นต้น

เทคโนโลยีบางอย่างแม้จะไม่มีผลในการป้องกันควบคุมโรคโดยตรง (เช่น เทคโนโลยีสารสนเทศ เทคโนโลยีด้านการสื่อสาร หรือเทคโนโลยีด้านการจัดการ เป็นต้น) แต่เป็นเทคโนโลยีที่ช่วยให้การดำเนินงานด้านการป้องกันควบคุมโรคสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวดเร็ว และแม่นยำมากขึ้น ก็เป็นเทคโนโลยีที่นักป้องกันควบคุมโรคจำเป็นต้องติดตามการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิดเช่นกัน

นอกจากนี้ข้อมูลจะเป็นเครื่องมือสำคัญในการปฏิวัติอุตสาหกรรมครั้งที่ ๔ ทั้ง Big data และ Data analytics จากรายงาน Data Age 2025 คาดว่าปริมาณข้อมูลจะเติบโตอย่างมาก จาก ๓๓ เซตตะไบต์ ใน พ.ศ. ๒๕๕๙ เพิ่มขึ้นเป็น ๑๓๕ เซตตะไบต์ ใน พ.ศ. ๒๕๖๘ ด้วยอัตราการเติบโตร้อยละ ๖๑ ต่อปี ตลอดช่วงการคาดการณ์สำหรับประเทศไทยจะมีปริมาณการรับส่งข้อมูลเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกับประเทศอื่น ๆ ทั่วโลก ใน พ.ศ. ๒๕๖๐ จำนวนการให้บริการข้อมูลในประเทศไทยคิดเป็น ๖ เท่า ของ พ.ศ. ๒๕๕๗ ปริมาณข้อมูลต่อผู้ใช้งาน ๑ รายเฉลี่ยอยู่ที่ ๔.๑๑ กิกะไบต์ต่อเดือน การให้บริการ 3G และ 4G ในตลาดโทรคมนาคมของประเทศไทย รวมถึงอัตราการใช้โทรศัพท์มือถือ ส่งเสริมให้ประชาชนใช้บริการข้อมูลและทำธุรกรรมต่าง ๆ ผ่านระบบออนไลน์ เช่น บริการธนาคารทางโทรศัพท์มือถือ พร้อมเพย์ e - Commerce เป็นต้น ทั้งนี้เมื่อบริการ 5G เข้ามาในประเทศไทย การรับส่งข้อมูลจะเพิ่มขึ้นเป็นทวีคูณ โดยเฉพาะจากอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ต่าง ๆ (Internet of Things : IoT) ใน พ.ศ. ๒๕๖๒ มูลค่าทั้งหมดของ Big Data ในประเทศไทย คาดว่าจะเติบโตขึ้นไปถึง ๑.๕๖ หมื่นล้านบาท แบ่งเป็น ๙.๒ พันล้านบาทใช้จ่ายในการบริการไอทีและธุรกิจ ๔.๗ พันล้านบาทใช้จ่ายสำหรับซอฟต์แวร์และ ๑.๗ พันล้านบาท สำหรับฮาร์ดแวร์

๒.๕ ปัจจัยด้านสุขภาพ (Health) : ทิศทางสุขภาพคนไทยในปี ๒๕๖๕

จากการศึกษาสถานการณ์สุขภาพคนไทย กระแสความสนใจที่มีการพูดถึงในสังคมผ่านสื่อสังคมออนไลน์ และข้อเสนอแนะทั้งในระดับปัจเจกบุคคลและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อสังคม สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ จึงได้จัดทำหนังสือ “Thaihealth Watch 2022 จับตาทิศทางสุขภาพคนไทยในปี พ.ศ. ๒๕๖๕ ภายใต้แนวคิด Adaptive Living : ปรับการใช้ชีวิต พร้อมก้าวไปในยุคโควิด 19 เจาะลึกเทรนด์สุขภาพคนไทยในปี พ.ศ. ๒๕๖๕ กับ ๑๐ ประเด็นทิศทางสุขภาพสำคัญที่น่าจับตามอง” ดังนี้

๑) คนไทย “หนีไม่พ้น” อยู่กับ COVID - 19 ทั้งวันนี้และวันหน้า สิ่งสำคัญคือ การดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง พร้อมเรียนรู้และปรับตัว

๒) ดูแลทุกอย่างไว้ในช่วงโควิด เมื่อสุขภาพจิตแย่ การเรียนรู้ถดถอย ส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยจิตวิทยาเชิงบวก เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง โรงเรียน ชุมชน และสังคม

๓) ๒ ขั้ว ปัญหา โภชนาการคนไทยช่วงโควิด มีทั้ง “ขาดแคลน” และ “บริโภคเกิน” เนื่องจากพบกลุ่มคนด้อยโอกาส คนไร้บ้าน เข้าไม่ถึงแหล่งอาหาร ขณะเดียวกัน กลุ่มเด็กที่เรียนออนไลน์รับประทานอาหารเดลิเวอรี่ที่ให้พลังงานเกินความจำเป็น

๔) รู้เท่าทันสื่อ พันภัยจากก๊าดัก “ข่าวลวง” พบข่าวลวงในสื่อออนไลน์เกี่ยวกับวัคซีนโควิด 19 สมุนไพรป้องกันโรค ถึง ๑๗,๑๓๐ ข้อความ การสร้างทักษะ “รู้เท่าทันสื่อ” คือการสร้างภูมิคุ้มกันที่มีประสิทธิภาพ

๕) เมื่อ “ขยะติดเชื้อ” และ “ขยะพลาสติก” ล้นเมือง ควรคำนึงตั้งแต่วิธีการทิ้งขยะ โดยการคัดแยก รวมถึงการฆ่าเชื้อแล้วนำไปขุดหลุมฝังกลบ

๖) ดูแลสุขภาพใกล้ - ไกล ห่วงใยทุกกลุ่มประชากร ส่งเสริมโอกาสคนในชุมชนดูแลกันเอง ช่วยลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ ลดภาระของระบบสาธารณสุข

๗) เมื่อบ้านไม่ใช่พื้นที่ปลอดภัย : COVID - 19 กับความรุนแรงในครอบครัว ปัญหาความรุนแรงในครอบครัวไม่ใช่เพียงเรื่องส่วนตัว แต่เป็นเรื่องที่ชุมชนและสังคมต้องร่วมกันเฝ้าระวัง

๘) “พินออนไลน์” พุงในหมู่เยาวชน ปัญหาใหญ่ที่มาในยุคโควิด 19 พบเด็กไทยร้อยละ ๓๗.๖ ถูกหลอกให้เล่นพินออนไลน์ โดยในจำนวนนี้ ร้อยละ ๓๐ ใช้เงินเล่นพินกว่า ๑,๐๐๐ บาทต่อครั้ง การสร้างค่านิยม จิตวิทยาเชิงบวก และกลไกเฝ้าระวังทางสังคมจึงเป็นมาตรการสำคัญ

๙) วัยรุ่นไทยใส่ถุงยางเพิ่ม แต่โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ยังพุง เนื่องจากขาดการใช้ถุงยางอย่างสม่ำเสมอ เพราะเข้าไม่ถึงถุงยาง และค่านิยมของคู่นอน

๑๐) “อากาศสะอาด” สิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ พบการค้นหาข้อมูลในสื่อออนไลน์เกี่ยวกับฝุ่น PM 2.5 ถึง ๙๒,๖๔๗ ข้อความ สะท้อนได้ว่าประชาชนตระหนักถึงปัญหามลพิษทางอากาศ การมีส่วนร่วมป้องกันและแก้ไขจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นเร่งด่วน

๒.๖ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) : การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (Climate Change)

การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (Climate Change) เป็นภาวะที่ส่งผลกระทบอย่างมากต่อทุกประเทศในโลก การเพิ่มขึ้นของก๊าซเรือนกระจก ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงทางภูมิอากาศ นักวิทยาศาสตร์คาดว่าโลกอาจจะร้อนขึ้นประมาณ ๒-๔ องศาเซลเซียส ซึ่งจะส่งผลให้เกิดภัยพิบัติด้านภูมิอากาศ ในช่วง ๒-๓ ทศวรรษที่ผ่านมาประเทศต่าง ๆ ได้ประสบกับภัยพิบัติด้านภูมิอากาศ เช่น สภาวะน้ำท่วม ความแห้งแล้ง พายุคลื่นความร้อน และไฟป่าเพิ่มขึ้น เหตุการณ์เหล่านี้โดยมากเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ ที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงระบบนิเวศของโลกอย่างไม่อาจกลับคืนได้ การขาดแคลนอาหาร อาจก่อให้เกิดการอพยพย้ายถิ่นที่อยู่อาศัย และการเปลี่ยนแปลงทางชีววิทยาอื่น ๆ การทำความเข้าใจถึงสาเหตุ ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศที่จะเกิดขึ้น เพื่อนำไปสู่การพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมอย่างยั่งยืน เพื่อให้เกิดความเข้าใจและความตระหนักในผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน

นอกจากนั้นผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศที่ส่งผลให้เกิดภัยพิบัติธรรมชาติที่มีความถี่และความรุนแรงเพิ่มขึ้น และยังส่งผลกระทบต่อธรรมชาตินิเวศวิทยาของสัตว์น้ำโรคและสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้เกิดการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ ซึ่งกำลังเป็นปัญหาทั่วโลก เนื่องจากทุก ๆ ปี จะมีโรคติดต่ออุบัติใหม่เกิดการระบาดขึ้น ปัจจัยเสี่ยงต่อการระบาดมีความซับซ้อน และส่งผลกระทบต่อการพัฒนาทางสังคมและเศรษฐกิจอย่างรุนแรง ทั้งนี้พบว่าในช่วง ๓ ทศวรรษที่ผ่านมา มีโรคติดเชื้อเกิดขึ้นใหม่จำนวนมาก โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่สำคัญในปัจจุบัน ได้แก่ โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง โรคไข้หวัดนก โรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา โรคติดเชื้อไวรัสซิกา โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นต้น

บทที่ ๔ ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา ระยะปฏิรูประบบ (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๕)

จากการกำหนดหมุดหมายสำคัญ (Milestone) ของการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐) ในช่วงระยะที่ ๑ ระยะปฏิรูประบบ (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๕) ได้กำหนดประเด็นสำคัญในการขับเคลื่อนไว้ ๕ ประเด็น ดังนี้

๑. Competent Workforce
๒. Management reform
๓. SMART surveillance
๔. IC, SAT & Operations
๕. WHO's JEE

โดยมีรายละเอียดผลการดำเนินงานที่ผ่านมาในแต่ละประเด็น ดังนี้

๑. Competent Workforce

กรมควบคุมโรคในฐานะที่เป็นองค์กรที่มีภารกิจหลักในการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ของประเทศ จำเป็นต้องมี “บุคลากรที่มีสมรรถนะที่พร้อมรับมือกับโรคและภัยคุกคามสุขภาพที่อาจเกิดขึ้น” จึงได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนากำลังคนด้านป้องกันควบคุมโรคอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถปฏิบัติการกิจด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาโดยสังเขป ดังนี้

๑.๑ การจัดทำยุทธศาสตร์ด้านทรัพยากรบุคคล กรมควบคุมโรค พ.ศ. ๒๕๖๓ - ๒๕๖๗ และ แผนปฏิบัติการด้านทรัพยากรบุคคล กรมควบคุมโรค พ.ศ. ๒๕๖๓ - ๒๕๖๗ เพื่อกำหนดทิศทางด้านทรัพยากรบุคคล กรมควบคุมโรค สู่การบรรลุวิสัยทัศน์ “ประชาชนได้รับการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ระดับมาตรฐานสากลภายในปี ๒๕๘๐” ให้สอดคล้องเชื่อมโยงกับนโยบายและทิศทางการขับเคลื่อนงานป้องกันควบคุมโรคในทุกระดับ ที่เน้นการพัฒนาระบบบริหารทรัพยากรบุคคลให้มีคุณภาพและพร้อมตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะในประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๒ การพัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะสู่การป้องกันควบคุมโรคอย่างมืออาชีพ ที่มี ๓ เป้าประสงค์หลัก ได้แก่ ๑) บุคลากรมีขีดความสามารถ (สมรรถนะ) ในการดำเนินงานเพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคได้ตามมาตรฐานสากล ๒) มีแผนการเรียนรู้และพัฒนา (Learning & Development) ที่เสริมสมรรถนะด้านการป้องกันควบคุมโรคที่สอดคล้องกับสถานการณ์และเท่าทันการเปลี่ยนแปลง และ ๓) บุคลากรมีทักษะด้านดิจิทัลตามระยะพัฒนาที่กรมควบคุมโรคกำหนด

๑.๒ การวางระบบการพัฒนาศักยภาพ โดยเฉพาะสาขาจำเป็นที่ยังมีความขาดแคลนอยู่ ได้แก่ ด้านระบาดวิทยาภาคสนาม ด้านการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ โรคติดต่อ ด้านการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ด้านสารสนเทศและการวิเคราะห์ระดับสูงเพื่อการควบคุมโรค ฯลฯ ยังจำกัดอยู่ที่มีเพียงการคัดเลือกบุคลากร แต่ยังไม่มีการกำหนดหรือจัดทำเป็นรูปแบบมาตรฐานของระบบการพัฒนาศักยภาพในสาขาที่จำเป็นและขาดแคลนอย่างชัดเจน

๑.๓ การพัฒนาระบบประเมินผลการปฏิบัติงานผ่านระบบออนไลน์ เพื่อติดตามกำกับและพัฒนาตัวชี้วัดระดับบุคคลให้สอดคล้องและเชื่อมโยงกับตัวชี้วัดระดับกรมและหน่วยงาน

๑.๔ การพัฒนามาตรฐานสมรรถนะกำลังคนกรมควบคุมโรค (Competency mapping) โดยมีการวิเคราะห์ ทบทวน และกำหนดต้นแบบสมรรถนะ (Competency Model) ของกำลังคนกรมควบคุมโรค ประกอบด้วย สมรรถนะหลัก สมรรถนะทางการบริหาร และสมรรถนะตามลักษณะงานที่ปฏิบัติของแต่ละสายงาน

อย่างไรก็ตาม ได้มีการสร้างและผลิตบุคลากร แต่ยังไม่เป็นไปตามที่ต้องการและเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด เช่น การพัฒนาระบาดวิทยาและการบริหารจัดการทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (Field Epidemiology Training Program : FEMT) สำหรับแพทย์หัวหน้าทีมและผู้สอบสวนหลัก การพัฒนาระบาดวิทยาและชีวสถิติเบื้องต้น (นานาชาติ) สำหรับแพทย์และผู้เชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยาภาคสนาม การพัฒนาทางระบาดวิทยาพื้นฐาน การอบรมด้านการจัดการภาวะฉุกเฉินให้บุคลากรในทุกระดับ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่ปฏิบัติงานในการกิจด้านโรคและภัยสุขภาพ การพัฒนากำลังคนให้มีสมรรถนะด้านป้องกันควบคุมโรค ตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ (Joint external evaluation : JEE) การผลิตแพทย์ผู้มีความรู้ความชำนาญด้านเวชศาสตร์ป้องกันแขนงต่าง ๆ รวมถึงการพัฒนาศักยภาพด้านเวชศาสตร์ป้องกันและควบคุมโรค การให้ทุนศึกษาต่อต่างประเทศ ในระดับปริญญาเอก ระดับปริญญาโท และการฝึกอบรมหลักสูตรระยะสั้น เพื่อพัฒนาศักยภาพที่จำเป็นในการดำเนินงานตามภารกิจของหน่วยงานและสนับสนุนการดำเนินงานตามบทบาทภารกิจของกรมควบคุมโรค การพัฒนาทีมสอบสวนโรคติดต่ออันตราย (Communicable Disease Control Unit : CDCU) ซึ่งจากผลการดำเนินงานที่ผ่านมา สามารถดำเนินการได้ครบ ๗๗ จังหวัด จำนวน ๗๘ ทีม มีผู้ผ่านการอบรมจำนวน ๕๖๘ คน

การพัฒนาผู้เชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยาภาคสนาม (แพทย์ประจำบ้าน FETP หรือสัตวแพทย์ FETPV) โดยปัจจุบันประเทศไทยมีนักระบาดวิทยาภาคสนาม จำนวนทั้งสิ้น ๑๗๘ คน พบว่า ความครอบคลุมพื้นที่ของนักระบาดวิทยาภาคสนามต่ำกว่าอัตราส่วนที่เหมาะสม และหลายจังหวัดมีอัตราความครอบคลุมต่ำกว่าเป้าหมายของประเทศไทยมาก เนื่องจากมีนักระบาดวิทยาภาคสนามที่ผ่านการอบรมแล้วค่อนข้างน้อย ซึ่งเมื่อเทียบจากเป้าหมายที่กำหนดไว้ จำเป็นต้องผลิตนักระบาดวิทยาภาคสนามระดับเชี่ยวชาญอีกไม่น้อยกว่า ๒๕๐ คน และนักระบาดวิทยาในระดับกลางและระดับพื้นฐานอีกเป็นจำนวนมาก

ปัญหาอุปสรรคที่สำคัญ ได้แก่ ๑) หน่วยงานได้รับการสนับสนุนงบประมาณอย่างจำกัด หรือไม่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกรมฯ ทำให้กระทบกับเป้าหมายการดำเนินงาน ๒) การถ่ายทอดแผนปฏิบัติการด้านทรัพยากรบุคคล กรมควบคุมโรค พ.ศ. ๒๕๖๓ - ๒๕๖๗สู่การปฏิบัติ เพื่อสนับสนุนการติดตามและปรับปรุง ให้สามารถสอดคล้องกับสถานการณ์โรคและภัยคุกคามสุขภาพในภาพรวมของประเทศหรือตรงกับความต้องการขอหน่วยงานที่ให้บริการด้านป้องกันควบคุมโรค ที่เป็นรูปธรรม ชัดเจน รวมถึงการจัดทำแผนการลงทุนด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน (Megaproject) เพื่อประกันการได้รับงบประมาณสนับสนุนอย่างเพียงพอ และต่อเนื่อง

๒. Management reform

การปรับปรุงระบบบริหารจัดการและพัฒนาความร่วมมือ เพื่อเตรียมความพร้อมและวางแผนรับมือกรณีฉุกเฉิน ดำเนินงานเฝ้าระวัง ตรวจจับเหตุการณ์ผิดปกติ สอบสวน และประสานการป้องกันควบคุมการแพร่ระบาดของโรคและภัยสุขภาพมิให้ขยายไปในวงกว้าง จนเกิดภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข โดยกรมควบคุมโรคได้มีการปรับโครงสร้างภายในองค์กร เพื่อสนับสนุนให้เกิดกลไกการบริหารจัดการ ระบบประสานงาน และเสริมสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายและทีมงานต่าง ๆ ทั้งส่วนกลาง ระดับเขต และจังหวัด ดังนี้

๒.๑ จัดตั้งกองด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ เพื่อเฝ้าระวังโรคติดต่อระหว่างประเทศและภัยสุขภาพ ตามข้อกำหนดของกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. ๒๕๔๘ (ค.ศ. ๒๐๐๕) และพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘ และสนับสนุนด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ ทำอาภาศยาน/ท่าเรือ/พรมแดน ตลอดจนจัดทำแผนการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์และคัดกรองผู้ป่วยตามมาตรฐานสากล

๒.๒ จัดตั้งกองป้องกันการบาดเจ็บ เพื่อพัฒนาองค์ความรู้และนวัตกรรมด้านการเฝ้าระวังและการป้องกันการบาดเจ็บจากการจราจร การจมน้ำ การพลัดตกหกล้ม และความรุนแรงที่ไม่ได้เป็นผลจากสุขภาพจิตและยาเสพติด ตลอดจนสาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้านพฤติกรรมทางสังคมและสภาพแวดล้อม

๒.๓ ยุบรวมกองโรคป้องกันด้วยวัคซีน ร่วมกับ กองโรคติดต่อทั่วไป เพื่อความคล่องตัวในการบริหารจัดการ

๒.๔ ปรับสถาบันการป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ให้เป็นหน่วยงานที่ถูกต้องตามกฎหมาย

๒.๕ ยุบรวมศูนย์พัฒนาและประเมินคุณภาพการให้บริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ร่วมกับสถาบันราชประชาสมาสัย เพื่อให้การบริหารจัดการด้านการพัฒนาและประเมินคุณภาพการให้บริการของหน่วยบริการอาชีวเวชกรรมและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ตลอดจนการดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องเป็นไปอย่างต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพ เพื่อให้สอดคล้องกับพระราชบัญญัติโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. ๒๕๖๒

๒.๖ จัดตั้งกองดิจิทัลเพื่อการควบคุมโรค เพื่อให้การดำเนินงานด้านเทคโนโลยีดิจิทัลของกรมควบคุมโรคเป็นไปด้วยความสะดวก รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ อีกทั้งให้มีความสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคตที่มีการขับเคลื่อนโดยนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการสนับสนุนการปฏิบัติงานด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพ

อย่างไรก็ตาม ยังขาดการประเมินประสิทธิผล ประสิทธิภาพและข้อจำกัดของหน่วยงานและกลไกการประสานการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ภายหลังจากที่ได้ปรับโครงสร้างและกลไกดังกล่าว

๓. SMART Surveillance

การพัฒนาาระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ และระบบตรวจจับเหตุการณ์ผิดปกติด้านสาธารณสุขเป็นส่วนหนึ่งภายใต้การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ที่ ๓ การยกระดับโครงสร้างพื้นฐาน ของระบบป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ โดยการนำเทคโนโลยีดิจิทัลที่ทันสมัยมาใช้ ตามหลักธรรมาภิบาลข้อมูล (Data Governance) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการเฝ้าระวังสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพ รวมถึงการเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการที่มีการเชื่อมโยงของข้อมูลที่มีความถูกต้อง ต่อเนื่องแม่นยำ เป็นปัจจุบัน และเชื่อถือได้ สามารถแปลผลตรวจจับสถานการณ์ แจ้งเตือนอย่างรวดเร็ว และควบคุมโรคได้ทันเวลา รวมถึง นำไปพยากรณ์หรือคาดการณ์แนวโน้มของโรคและภัยสุขภาพได้อย่างไม่คลาดเคลื่อนมากนัก โดยคำนึงถึงความมั่นคงปลอดภัยด้านไซเบอร์ โดยระบบ Smart Surveillance เป็นการนำเสนอข้อมูล ๕ กลุ่มโรค ๕ มิติ ที่เชื่อมโยงกับฐานข้อมูลสถานพยาบาลและระบบ Smart City ที่มีการรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องตามอำนาจหน้าที่ความรับผิดชอบของแต่ละหน่วยงานทำให้เกิดการแบ่งปันข้อมูลขนาดใหญ่ (Big Data) เพื่อนำมาวิเคราะห์ ประมวลการใช้ประโยชน์ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ เช่น ระบบข้อมูลผู้เดินทางและยานพาหนะที่ผ่านพรมแดนระหว่างประเทศ ทั้งพรมแดนทางบก ท่าเรือ และท่าอากาศยาน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการคัดกรอง ลดกระบวนการที่ต้องกระทำโดยมนุษย์ และลดความซ้ำซ้อนในกระบวนการคัดกรอง รวมทั้งนำสารสนเทศมาประยุกต์ใช้ในการประเมินสถานการณ์ กำหนดทางเลือกในการควบคุมโรค ตอบโต้ และปรับเปลี่ยนมาตรการให้สอดคล้องสถานการณ์ตามความจำเป็น เป็นต้น

เป้าหมายของ SMART Surveillance

๑. มีระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ SMART Surveillance เพื่อเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ตรวจจับเหตุการณ์ผิดปกติด้านสาธารณสุข รวมถึงการแจ้งเตือนเหตุการณ์แก่ประชาชนได้อย่างเป็นระบบ

๒. มีการบูรณาการระบบข้อมูลเพื่อติดตามการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพแบบบูรณาการ ๕ กลุ่มโรค ๕ มิติ และระบบการตรวจจับเหตุการณ์ผิดปกติด้านสาธารณสุข ภายใต้ระบบ Smart Surveillance

๓. มีระบบความมั่นคงปลอดภัยของข้อมูล

ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาโดยสังเขป ดังนี้

เป้าหมายที่ ๑ : มีระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ SMART Surveillance เพื่อเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ตรวจจับเหตุการณ์ผิดปกติด้านสาธารณสุข ได้แก่

๑.๑ ร้อยละของจังหวัดมีระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ ๕ กลุ่มโรค ๕ มิติ (ค่าเป้าหมาย : ร้อยละ ๑๐๐) พบว่ามีผลการดำเนินงานเฉลี่ย ๒ ปี ปังบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ - ๒๕๖๓ ร้อยละ ๑๐๐ และผลการประเมินคือ ประสบความสำเร็จ

๑.๒ ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ ๕ กลุ่มโรค ๕ มิติสำหรับการป้องกันควบคุมโรค (ค่าเป้าหมาย : ระดับ ๕) พบว่า มีผลการดำเนินงาน ปังบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ ระดับ ๔.๙๕ และผลการประเมินคือ มีแนวโน้มประสบความสำเร็จ

๑.๓ ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานห้องปฏิบัติการทางสาธารณสุขด้านการป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ (Public Health Laboratory) (ค่าเป้าหมาย : ระดับ ๕) พบว่า มีผลการดำเนินงาน เฉลี่ย ๒ ปี ปังบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ - ๒๕๖๓ ระดับ ๔.๙๐ และผลการประเมินคือ มีแนวโน้มประสบความสำเร็จ และในปังบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ - ๒๕๖๕ มีการเพิ่มประสิทธิภาพห้องปฏิบัติการสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมืองให้สามารถตรวจหาสารพันธุกรรมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) การตรวจหาระดับภูมิคุ้มกันต่อโรค และการตรวจหาลำดับนิวคลีโอไทด์หรือลำดับเบสของดีเอ็นเอ เพื่อศึกษาความผันแปรทางพันธุกรรมเชื้อก่อโรค (Next Gen Sequencing)

๑.๔ ร้อยละของเหตุการณ์ผิดปกติทางสาธารณสุขได้รับการควบคุมภายใน ๓ ระยะพักตัว (ค่าเป้าหมาย : ปังบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ ร้อยละ ๗๐ และ ๒๕๖๒ - ๒๕๖๔ ร้อยละ ๗๕) โดยมีผลการดำเนินงาน ร้อยละ ๘๕.๒๙ ๙๓.๕๕ ๑๐๐ และ ๑๐๐ ตามลำดับ ทั้งนี้ ในปังบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ ใช้ตัวชี้วัดทดแทนเพื่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน ได้แก่ “ร้อยละของจังหวัดที่สามารถควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) ให้สงบได้ ภายใน ๒๑ - ๒๘ วัน”

๑.๕ ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง “Smart Surveillance” ที่สามารถใช้ร่วมกับระบบเฝ้าระวังโรคอิเล็กทรอนิกส์แบบบูรณาการ (EIDSS) (ค่าเป้าหมาย : ๑ ระบบ) โดยมีผลงานสะท้อนผลสำเร็จ ได้แก่ มีการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อประเมินผลการนำร่องระบบ Smart Surveillance จากข้อมูลจากโรงพยาบาลนำร่อง นำร่องเพื่อทดสอบและประเมินระบบ และทำการติดตั้งระบบ Smart Surveillance ทำการติดตั้งระบบ Smart Surveillance จำนวน ๒ จังหวัด ได้แก่ โรงพยาบาลราชบุรี โรงพยาบาลสมุทรสาคร โดยการคัดเลือกโรงพยาบาลที่ใช้ HosXP และมีความพร้อมด้านบุคลากร

๑.๖ จำนวนระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ ๕ กลุ่มโรค ๕ มิติ ที่สามารถนำเทคโนโลยีมาใช้ในการเพิ่มประสิทธิภาพได้ (ค่าเป้าหมาย : ๕ ระบบ) และ ๑.๗ จำนวนกระบวนการหรือขั้นตอนการทำงานของระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคที่สามารถปรับเปลี่ยนเป็นดิจิทัล (๕ กระบวนการ) โดยมีผลการดำเนินงาน ๕ ระบบ และ ๕ กระบวนการ ตามลำดับ ในทุกปังบประมาณ ตั้งแต่ปังบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๕ ได้แก่ ๑) ระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ ๕ กลุ่มโรคเปลี่ยนข้อมูลเป็นดิจิทัล และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ Dashboard ในรูปแบบ Descriptive analytics, Diagnostic analytics และ Predictive analytics ๒) กระบวนการหรือขั้นตอนการทำงานของระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคที่สามารถปรับเปลี่ยนเป็นดิจิทัล เช่น ทำให้ระยะเวลาในการคัดกรองลดลง ลดภาระงาน รวมถึงมีการรายงานข้อมูลแบบ Real time สามารถนำข้อมูลมาจัดทำประเมินความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพ นอกจากนี้ ในปังบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ มีการพัฒนาและใช้งานโปรแกรม Q-Alert และโปรแกรม Vehicle Sanitary (V-SAN) ซึ่ง V-SAN เป็นระบบที่ใช้ตรวจสุขภาพยานพาหนะของด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการตรวจยานพาหนะ

ให้เร็วขึ้นกว่าในระบบปกติถึง ๓ เท่า รองรับรถเข้าด้านมากกว่า ๑.๖ พันคันต่อวัน จำนวน ๑๔ ด้าน ในเขตบริการสุขภาพที่ ๑๒ และในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ มีการพัฒนาระบบคัดกรองแบบ Real-time ด้วยโปรแกรม PoE Screening เน้นท่าอากาศยานและพรมแดนประเทศ โดยดำเนินการในท่าอากาศยานจำนวน ๑๐ ด้าน และพรมแดน จำนวน ๒ แห่ง

ทั้งนี้ ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อ โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม และโรคติดต่อนำโดยแมลง มีผลการดำเนินงาน ได้แก่

๑) การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพจากการทำงานและมลพิษสิ่งแวดล้อม โดยมีการพัฒนาและใช้งานระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพจากการทำงานและมลพิษสิ่งแวดล้อมที่มีประสิทธิภาพ ในพื้นที่โครงการพัฒนาระเบียงเศรษฐกิจพิเศษตะวันออก (Eastern Economic Corridor : EEC) จำนวน ๓ จังหวัด ดังนี้ (๑) จังหวัดระยอง ดำเนินการในประเด็นร้องเรียนจากประชาชน ในเรื่องปัญหามลพิษที่เกิดจากกิจการโรงงาน โดยมีการวางแผนเฝ้าระวังร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เพื่อหาแนวทางในการดูแลสุขภาพประชาชน (๒) จังหวัดชลบุรี ดำเนินการในประเด็นเหมืองหินและโรงโม่หิน โดยมีการเฝ้าระวังสุขภาพผู้ประกอบการอาชีพและประชาชนและสื่อสารความเสี่ยง เพื่อป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพ พร้อมทั้งจัดทำมาตรการในการแก้ไขปัญหา รวมไปถึงการจัดทำแนวทางเฝ้าระวังสุขภาพโรคปอดฝุ่นหิน (โรคซิลิโคสิส) และ (๓) จังหวัดฉะเชิงเทรา ดำเนินการในประเด็นปัญหาการลักลอบทิ้งกากของเสียอุตสาหกรรมในอ่างเก็บน้ำเขื่อน ซึ่งมีการเฝ้าระวังสุขภาพประชาชนในพื้นที่ โดยการตรวจคัดกรองสุขภาพและตรวจหาระดับสารตะกั่วในเลือดของประชาชน และมีการจัดทำจดหมายข่าวสถานการณ์ด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ EEC (E-Newsletter) เผยแพร่บนเว็บไซต์และเฟสบุ๊ก ของกองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม

๒) การสำรวจออนไลน์คัดกรองสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ แสดงผลรายบุคคล โดยมีระบบแบบคัดกรองสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ ใน Application Smart อสม. และ

๓) การลดอัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก โดยมีการสนับสนุนการสำรวจลูกน้ำยุงลาย และรายงานผ่าน Application อสม. ออนไลน์ และสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่นำข้อมูลการสำรวจลูกน้ำยุงลายจาก Application ท้นระดับมาใช้ในการป้องกันควบคุมโรค โดยผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ บรรลุเป้าหมายแล้ว ซึ่งลดอัตราป่วยตายลงเหลือร้อยละ ๐.๐๘ (ค่าเป้าหมาย : ไม่เกินร้อยละ ๐.๑๐)

เป้าหมายที่ ๒ : มีการบูรณาการระบบข้อมูลเพื่อติดตามการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพแบบบูรณาการ ๕ กลุ่มโรค ๕ มิติ และระบบการตรวจจับเหตุการณ์ผิดปกติด้านสาธารณสุข ภายใต้ระบบ Smart Surveillance โดยมีผลการดำเนินงาน ดังนี้

ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบบูรณาการฐานข้อมูล ๕ กลุ่มโรค ๕ มิติ (ค่าเป้าหมาย : ๑ ระบบ) โดยมีผลงานสะท้อนผลสำเร็จ ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๒ ได้แก่

๒.๑ พัฒนาห้องคลังข้อมูล Data Center และเชื่อมโยงเครือข่ายฐานข้อมูล ๕ กลุ่มโรค ๕ มิติและระบบเฝ้าระวังโรคอิเล็กทรอนิกส์แบบบูรณาการ (EIDSS) ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อ และโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม มีผลการดำเนินงานสะท้อนผลสำเร็จ ได้แก่ **๑) การจัดทำฐานข้อมูลอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม (Occupational and Environmental Health Profile : OEHP) ด้านเกษตรกรรม** โดยตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๒ ได้มีการพัฒนาระบบเฝ้าระวังสุขภาพและสิ่งแวดล้อมในพื้นที่เขตสุขภาพพิเศษเชิงอุตสาหกรรม (Occupational and Environmental Health Profile : OEHP) โดยมีจำนวนจังหวัดที่ดำเนินการ ดังนี้ (๑) จังหวัดในพื้นที่เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ (Special Economic Zone : SEZ) จำนวน ๑๐ จังหวัด (๒) จังหวัดในพื้นที่เขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก (Eastern Economic Corridor : EEC) จำนวน ๓ จังหวัด และ (๓) จังหวัดในพื้นที่เขตเมืองอุตสาหกรรมเชิงนิเวศ (Eco Industrial Town : Eco - town) จำนวน ๑๑ จังหวัด และในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ ทุกจังหวัดมีการจัดทำฐานข้อมูลอาชีวอนามัยและ

สิ่งแวดล้อม (Occupational and Environmental Health Profile : OEHP) ด้านเกษตรกรรม โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีการวิเคราะห์ความเชื่อมโยงระหว่างพื้นที่เพาะปลูกทางการเกษตรและผลกระทบต่อสุขภาพ จัดทำเป็นข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมด้านเกษตรกรรม (แบบรายงาน OEHP เกษตรกรรมฉบับสมบูรณ์) **๒) การลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย** โดยมีข้อมูลเฝ้าระวังการบริโภคเกลือและโซเดียมระดับจังหวัดและนำไปใช้วางแผนการดำเนินงาน ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ จำนวน ๑๒ จังหวัด และ **๓) การสำรวจออนไลน์คัดกรองสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ แสดงผลรายบุคคล** โดยมีฐานข้อมูลและรูปแบบรายงาน ส่วนแสดงผล (Dashboard) และระบบการเชื่อมโยงข้อมูลและชุดข้อมูล สำหรับรองรับข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และระบบคลังข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

๒.๒ ระบบข้อมูลและสารสนเทศของด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ โดยการพัฒนาและใช้งานโปรแกรม CBDC (Cross Border Disease Control) ระบบฐานข้อมูลเฝ้าระวังโรคในผู้ป่วยผ่านแดน จำนวน ๖ ด้าน **ซึ่งปรับจากการใช้กระดาษปรับเป็นดิจิทัล** และบูรณาการข้อมูลร่วมกันหลายหน่วยงานระหว่างกรมควบคุมโรค ตำรวจคนเข้าเมือง โรงพยาบาล ในพื้นที่ AoT Airport ซึ่งในปัจจุบันมีการใช้ระบบนี้ ในการคัดกรองคนเข้าเมืองเข้าประเทศไทย ในกรณีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) และในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ มีการพัฒนาระบบเก็บข้อมูล ต.๘ แบบคีย์ย้อนหลังของด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ จำนวน ๒๗ ด้าน

ซึ่งในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ กรมควบคุมโรค มีแผนในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ และฐานข้อมูลให้สามารถครอบคลุมการคัดกรองผู้เดินทางยานพาหนะ และห้องกักตัวต่าง ๆ ทำให้สามารถเฝ้าระวังได้อย่างครอบคลุมมากขึ้น โดยมีแผนพัฒนาในครบทั้ง ๖๙ ด้าน และ ๒๐ ห้องกักทั่วประเทศ

เป้าหมายที่ ๓ : มีระบบความมั่นคงปลอดภัยของข้อมูล ดำเนินการตามประกาศกรมควบคุมโรค เรื่อง นโยบายและแนวทางปฏิบัติในการรักษาความมั่นคงปลอดภัยด้านสารสนเทศ ประกาศ ณ วันที่ ๒๔ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ เพื่อให้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารของกรมควบคุมโรคเป็นไปอย่างเหมาะสมมีประสิทธิภาพ มีความมั่นคงปลอดภัยและสามารถดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้งานระบบสารสนเทศและการสื่อสารลักษณะที่ไม่ถูกต้องและการคุกคามจากภัยต่าง ๆ ซึ่งอาจก่อให้เกิดความเสียหายแก่กรมควบคุมโรค และเป็นความผิดตามพระราชบัญญัติว่าด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พ.ศ. ๒๕๕๐ และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

๓.๑ การควบคุมการเข้าถึงและการใช้งานระบบสารสนเทศ ทั้งการเข้าถึงระบบสารสนเทศ ไม่ว่าจะเป็นข้อมูลและอุปกรณ์การประมวลผล การบริหารจัดการการเข้าถึงของผู้ใช้งาน การควบคุมการเข้าถึงเครือข่าย การควบคุมการเข้าถึงระบบปฏิบัติการ และการควบคุมการเข้าถึงโปรแกรมประยุกต์และแอปพลิเคชัน

๓.๒ ระบบสำรองข้อมูล เพื่อให้ระบบสารสนเทศของหน่วยงานสามารถให้บริการได้อย่างต่อเนื่องมีประสิทธิภาพ โดยมีการจัดทำระบบสารสนเทศและระบบสำรองข้อมูลที่เหมาะสม ให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน กำหนดหน้าที่และความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่อย่างชัดเจน พร้อมจัดทำแผนเตรียมความพร้อมกรณีฉุกเฉิน ในกรณีที่ไม่สามารถดำเนินการด้วยวิธีอิเล็กทรอนิกส์อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง และ

๓.๓ การตรวจสอบและประเมินความเสี่ยงด้านสารสนเทศ โดยผู้ตรวจสอบภายในของหน่วยงานและผู้ตรวจสอบอิสระด้านความมั่นคงปลอดภัยจากภายนอก อย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง เพื่อให้รับทราบถึงความเสี่ยงและระดับความมั่นคงปลอดภัยของสารสนเทศ

๔. IC, SAT & Operations

กรมควบคุมโรค ได้พัฒนาระบบจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขของประเทศให้ได้ตามมาตรฐานสากล สามารถตรวจจับเหตุการณ์ผิดปกติได้อย่างรวดเร็วและตอบสนองได้ทันทีอย่างมีประสิทธิภาพ ภายใต้ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินกรมควบคุมโรค (DDC's EOC) ประกอบด้วย

๔.๑ ระบบบัญชาการเหตุการณ์ (Incident Command System : ICS) ที่สอดคล้องและสามารถประสานแผนและประสานการปฏิบัติกับแผนป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ (แผน บก.ป.ก.ชาติ ปี พ.ศ. ๒๕๕๘) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๔.๒ ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (Situation Awareness Team : SAT) และทีมสอบสวนควบคุมโรค (Joint Investigation Team : JIT) ร่วมกันปฏิบัติงาน เพื่อให้ได้ข้อมูลด้านการระบาดของโรคและภัยสุขภาพแบบ Real Time รวมถึงมีการพัฒนาสมรรถนะชุมชน ท้องถิ่นและหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบเฝ้าระวังโรคและภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพตรวจจับเหตุการณ์ผิดปกติ ตรวจสอบข่าวการระบาดของโรคและภัยสุขภาพ ตามระดับความรุนแรงที่เกิดขึ้นในพื้นที่ต่าง ๆ

๔.๓ ระบบการปฏิบัติการภาคสนาม เพื่อการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (PHEM) ผ่านระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) ที่มีบุคลากรจากหลายหน่วยงานร่วมกันปฏิบัติงาน ๑ โครงสร้างของระบบบัญชาการเหตุการณ์มี ประกอบด้วย ๑๑ กลุ่มภารกิจ ได้แก่ ๑) กลุ่มภารกิจด้านการประเมินสถานการณ์ (Situation awareness Team) ๒) กลุ่มภารกิจด้านยุทธศาสตร์ ๓) กลุ่มภารกิจด้านการปฏิบัติการ (Operations) ๔) กลุ่มภารกิจด้านการสื่อสารความเสี่ยง ๕) กลุ่มภารกิจด้านการดูแลรักษาผู้ป่วย (Case management) ๖) กลุ่มภารกิจด้านด่านควบคุมโรคระหว่างประเทศ (Point of Entry) ๗) กลุ่มภารกิจด้านการสำรองเวชภัณฑ์และส่งกำลังบำรุง (Logistics and Stockpiling) ๘) กลุ่มภารกิจสนับสนุนกำลังคน ๙) กลุ่มภารกิจด้านกฎหมาย ๑๐) กลุ่มภารกิจด้านการเงินและงบประมาณ และ ๑๑) กลุ่มภารกิจด้านการประสานงานและเลขานุการ (Liaison) ๒ โดยมีผู้บัญชาการเหตุการณ์ (Incident Commander : IC) เป็นผู้มีบทบาทเป็นหัวหน้าศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉิน มีหน้าที่ในการกำหนดวัตถุประสงค์ เป้าหมาย และทิศทางการทำงานของศูนย์ปฏิบัติการ

ผลการดำเนินงานตามเป้าหมาย ของแผนปฏิบัติการฯ ระยะปฏิรูป พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๕

ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) สามารถปฏิบัติงานได้จริง และ ๒) การสื่อสารความเสี่ยงด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉินของประเทศไทยได้มาตรฐานตามคู่มือ EOC Assessment tool และ JEE/IHR 2005 (ระดับ ๕) ในทุกด้าน* ซึ่งสะท้อนได้จากตัวชี้วัดความสำเร็จ คือ

๑) จำนวนจังหวัดที่มีทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) สามารถปฏิบัติงานได้จริง ซึ่งผลการดำเนินงานในปี พ.ศ. ๒๕๖๒ - ๒๕๖๔ คือ จำนวนจังหวัดที่มีทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) สามารถปฏิบัติงานได้จริงทั้งสิ้น ๗๖ จังหวัด และ

๒) ร้อยละของหน่วยงานที่มีความสำเร็จในการดำเนินงานพัฒนาระบบสื่อสารความเสี่ยงด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพตามเกณฑ์ JEE/IHR 2005 (สคร. ๑๒ เขต และ สปคม.) ผลการดำเนินงานคือ ปี พ.ศ. ๒๕๖๑ ร้อยละ ๑๐๐ (๓ ด้าน - ระดับ ๔) ปี พ.ศ. ๒๕๖๒ ร้อยละ ๑๐๐ (๓ ด้าน - ระดับ ๕) ปี พ.ศ. ๒๕๖๓ ร้อยละ ๑๐๐ (๔ ด้าน - ระดับ ๕) และปี พ.ศ. ๒๕๖๔ (๕ ด้าน - ระดับ ๕) ระดับความสำเร็จในการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง

มาตรการดำเนินการที่สำคัญ ปี พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๕

๑. พัฒนาบุคลากร หลักสูตรการจัดการทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) โดยกองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน และสนับสนุนทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) จากสำนักงานป้องกันควบคุมโรค (สคร.) เข้าร่วมฝึกปฏิบัติงานห้องทีมตระหนักรู้สถานการณ์ กรมควบคุมโรค และจัดเวรทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ปฏิบัติงานประจำสัปดาห์ รวม ๕๒ สัปดาห์ รวมถึงจัดเวรทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ในภาวะฉุกเฉินในเหตุการณ์ (๑) พายุโซนร้อน “ปาบึก” (PABUK) (๒) ฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน ๒.๕ ไมครอน (PM 2.5) (๓) การระบาดของโรคหัด และ (๔) อุทกภัยจากพายุโซนร้อน “โพดุล และคาจิกิ” (๕) โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยบริหารจัดการการปฏิบัติงานตามความเหมาะสมของสถานการณ์ และสนับสนุนทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ระดับเขต มาฝึกปฏิบัติงานที่ห้องทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) กรมควบคุมโรค

๒. ติดตามเฝ้าระวัง วิเคราะห์ สรุปรายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งภายในประเทศ และต่างประเทศ ติดตามรายงานสอบสวนโรคและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการกับหน่วยงานพื้นที่ รับแจ้งและตรวจสอบเหตุการณ์ รวมทั้งจัดทำข้อเสนอแนะนโยบายเพื่อพิจารณาตัดสินใจยกระดับศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน แก่ผู้บังคับบัญชาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน และร่วมลงพื้นที่ในการปฏิบัติงานตามภารกิจตระหนักรู้สถานการณ์สาธารณสุข (Situation Awareness Team) ณ จังหวัดสมุทรสาคร

๓. สร้างความเข้มแข็งของทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) อย่างต่อเนื่อง โดยกำหนดเป็นตัวชี้วัดสำคัญในการพัฒนาทีมตระหนักรู้สถานการณ์ให้สามารถออกผลผลิตของทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ได้ตามที่กำหนด รวมทั้งพัฒนาศักยภาพของทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ทั้งในระดับเขตและจังหวัด ผ่านการฝึกปฏิบัติงานจริงที่กรมควบคุมโรค เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้จริง

๔. จัดระบบการสื่อสารความเสี่ยงหน่วยงานระดับเขตด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (Public Health Emergency) ภายใต้ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ที่ได้มาตรฐานตามคู่มือ EOC Assessment tool และ JEE/IHR 2005 (๕ ด้าน - ๕ ระดับ) จำนวน ๑๒ สำนักงาน ป้องกันควบคุมโรค (สคร.) และสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง (สปคม.) โดยหน่วยงานในพื้นที่ได้มีการดำเนินการ ดังนี้ ๑) การจัดระบบกลไกการขับเคลื่อนด้านการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อเตรียมความพร้อมรับผลกระทบและภัยสุขภาพร่วมกับภาคีเครือข่ายระดับเขต จังหวัด ๒) พัฒนารูปแบบ/ช่องทางการสื่อสารความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพโดยใช้เทคโนโลยี นวัตกรรม สร้างความรอบรู้แบบมีส่วนร่วมในระดับเขต/พื้นที่ ๓) พัฒนาระบบฐานข้อมูลการสื่อสารความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพในระดับเขต/พื้นที่ และ ๔) ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานด้านการสื่อสารความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพในพื้นที่

๕. WHO's JEE

การประเมินการปฏิบัติตามกฏอนามัยระหว่างประเทศโดยผู้เชี่ยวชาญภายนอกประเทศร่วมกัน (Joint External Evaluation : JEE) หลักการที่สำคัญของ JEE เป็นความสมัครใจของประเทศสมาชิกเพื่อประเมินสมรรถนะตามกฏอนามัยระหว่างประเทศ โดยความร่วมมือหลายภาคส่วนของทั้งทีมผู้ประเมินจากภายนอก และภายในประเทศ ซึ่งเป็นไปด้วยความโปร่งใสและเปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณะ โดยวัตถุประสงค์ของ JEE ในประเทศไทยไม่ได้เป็นการประเมินว่าผ่านหรือไม่ผ่าน แต่เป็นการประเมินเพื่อให้การปฏิบัติตามกฏอนามัยระหว่างประเทศของประเทศไทยมีความเหมาะสม มากยิ่งขึ้น โดย WHO's JEE สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ที่ ๒ การเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข

องค์การอนามัยโลกได้จัดทำเครื่องมือรายงานผลการประเมินตนเองประจำปี (State Party Self - Assessment Annual Report : SPAR) ตามกลุ่มสมรรถนะ ๑๓ กลุ่ม และตัวชี้วัดในแต่ละกลุ่ม ซึ่งเริ่มใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๓ จนถึงปี พ.ศ. ๒๕๖๐ และมีการปรับปรุงในปี พ.ศ. ๒๕๖๑ โดยเปลี่ยนแปลงรูปแบบของเครื่องมือประเมินตนเองประจำปีเป็น SPAR ซึ่งเป็นการให้คะแนนสมรรถนะตามตัวชี้วัดต่าง ๆ ๑๓ กลุ่ม ตั้งแต่ระดับคะแนน ๑ - ๕ พร้อมทั้งได้ปรับปรุงวิธีการส่งรายงานฯ ให้เป็นการส่งรายงานผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์เรียกว่า e-SPAR ในปี พ.ศ. ๒๕๖๒ เป็นต้นมา สำหรับการรายงานประจำปีของปี พ.ศ. ๒๕๖๔ องค์การอนามัยโลกได้ปรับปรุงเครื่องมือ e-SPAR เป็นเครื่องมือ SPAR Tool Second Edition และเผยแพร่เมื่อปลายเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๔ เพื่อให้รัฐภาคีดำเนินการประเมินและรายงานประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๔ การปรับปรุงเครื่องมือนี้เป็นผลสืบเนื่องมาจากประสบการณ์จากเตรียมความพร้อมและรับมือกับการระบาดใหญ่ของโควิด 19 ทั่วโลก เมื่อเปรียบเทียบกับเครื่องมือ SPAR ที่ใช้ในปี พ.ศ. ๒๕๖๒ - ๒๕๖๓ เครื่องมือ SPAR ฉบับปรับปรุงครั้งที่ ๒ มีกลุ่มสมรรถนะและตัวชี้วัดเพิ่มเติมจากเดิม ๑๓ กลุ่ม ๒๔ ตัวชี้วัด เปลี่ยนเป็น ๑๕ กลุ่ม ๓๕ ตัวชี้วัด รายละเอียดตามตารางในภาคผนวก

เครื่องมือ JEE ประกอบด้วยตัวชี้วัดที่แบ่งเป็น ๔ กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มการป้องกัน (Prevent) กลุ่มตรวจจับ (Detect) กลุ่มตอบโต้ (Response) และกลุ่มช่องทางเข้าออกประเทศ และภัยสุขภาพ ที่สัมพันธ์กับกฎอนามัยระหว่างประเทศ (Others IHR related hazards and point of entry) ได้แก่ เคมี และกัมมันตรังสี ภายใต้แต่ละกลุ่มประกอบด้วยประเด็นทางเทคนิค (Technical area) ต่าง ๆ รวมทั้งสิ้น ๑๙ ประเด็น โดยแยกเป็นตัวชี้วัดรวมทั้งสิ้น ๔๘ ตัวชี้วัด โดยในแต่ละตัวชี้วัดมีการแบ่งระดับการพัฒนาเป็น ๕ ระดับ คือ ระดับที่ ๑ หมายถึง ไม่มีความสามารถระดับที่ ๒ มีความสามารถจำกัด ระดับที่ ๓ อยู่ระหว่างการพัฒนา ระดับที่ ๔ มีความสามารถชัดเจน และระดับที่ ๕ มีแนวโน้มความยั่งยืน เป็นลักษณะการประเมินเพื่อพัฒนา ไม่มีผลด้านการกีดกันทางการค้าหรืออื่น ๆ แต่เป็นผลทางอ้อมในแง่ความน่าเชื่อถือของประเทศ และผู้ประเมินจากภายนอกอาจมาประเมินทุก ๕ ปี โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) ซึ่งประเทศไทยได้รับการประเมิน JEE เมื่อวันที่ ๒๖ - ๓๐ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๐

ผลการประเมินสมรรถนะพบว่า ประเทศไทยผ่านการประเมินสมรรถนะตามข้อกำหนด จากคะแนนเต็ม ๕ ประเทศไทยไทยมีสมรรถนะที่ยั่งยืน (ระดับคะแนน ๕) ๔ ตัวชี้วัด จากตัวชี้วัดทั้งหมด ๔๘ ตัวชี้วัด มีสมรรถนะที่แสดงให้เห็นจริง (ระดับคะแนน ๔) ๓๐ ตัวชี้วัด และมีสมรรถนะที่พัฒนา (ระดับคะแนน ๓) ๑๒ ตัวชี้วัด ทั้งนี้สมรรถนะที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการตามกฎอนามัยระหว่างประเทศในการป้องกันควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่คือ โรคติดต่อจากสัตว์สู่คนความปลอดภัยทางชีวภาพ และการป้องกันภัยทางชีวภาพ โดยได้ให้ข้อคิดเห็นระดับความสามารถของประเทศไทย และข้อเสนอแนะสำหรับมาตรการที่มีความสำคัญสูง จุดแข็ง/วิธีการวิธีการที่ดีที่สุด ข้อควรปรับปรุง รายละเอียดแสดงในภาคผนวก

ปัญหาอุปสรรคที่สำคัญคือ การทำงานร่วมกันในหลายหน่วยงาน มีความซับซ้อนและจำกัดด้วยอำนาจหน้าที่ที่รับผิดชอบ และองค์ความรู้พื้นฐานที่จำเป็นสำหรับการป้องกันควบคุมโรคในแต่ละระดับ และแต่ละพื้นที่ โดยเฉพาะภาคเอกชน ภาคประชาชนและชุมชน

บทที่ ๕ แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศ ระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐) ฉบับปรับปรุง พ.ศ. ๒๕๖๔

วิสัยทัศน์

ประชาชนได้รับการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพระดับมาตรฐานสากล

คำอธิบายความหมายวิสัยทัศน์

๑. ประชาชน หมายถึง ประชาชนทุกคนที่อาศัยอยู่บนผืนแผ่นดินไทย
๒. ประชาชนได้รับการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ หมายถึง ประชาชนมีสุขภาพดี โดยมีความเสี่ยงต่อโรคและภัยสุขภาพลดลง ลดการป่วย ลดความพิการ และลดการตายจากโรคและภัยที่ป้องกันได้ ประชาชนมีความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy) สามารถจัดการตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้ รวมทั้งสามารถเข้าถึงและเผยแพร่ข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้อง
๓. การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพระดับมาตรฐานสากล หมายถึง ระบบการป้องกันควบคุมโรคที่มีสมรรถนะได้ตามตัวชี้วัดมาตรฐานสากลที่องค์กรระดับนานาชาติเป็นผู้กำหนด หรือสามารถปฏิบัติงานได้ตามเป้าหมายที่องค์กรระดับนานาชาติกำหนด เช่น เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals, SDGs) และกฎอนามัยระหว่างประเทศ (International Health Regulation, IHR) รวมทั้งการมีระบบฐานข้อมูลที่เชื่อมโยงเป็น Single command เพื่อการจัดการโรค พยากรณ์โรคที่แม่นยำ
- ๓.๑ เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals, SDGs) ประกอบด้วย (๑) เป้าหมายที่ ๓ สร้างหลักประกันการมีสุขภาพที่ดี และส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกคนในทุกช่วงวัย (๒) เป้าหมายที่ ๖ สร้างหลักประกันเรื่องน้ำและการสุขาภิบาล ให้มีการจัดการอย่างยั่งยืนและมีสภาพพร้อมใช้สำหรับทุกคน และ (๓) เป้าหมายที่ ๑๓ ปฏิบัติการอย่างเร่งด่วนเพื่อต่อสู้กับการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและผลกระทบที่เกิดขึ้น
- ๓.๒ กฎอนามัยระหว่างประเทศ (International Health Regulation, IHR) โดยการประเมินร่วมกันระหว่างผู้ประเมินจากภายนอก (Joint External Evaluation, JEE) และผู้เชี่ยวชาญภายในประเทศในด้านต่าง ๆ ประกอบด้วย ๑๙ ด้าน ๕๖ ตัวชี้วัด

ภาพอนาคตที่พึงประสงค์

๑. ฉากทัศน์ที่คาดหวัง (Preferred Scenario) คือ คนไทยมีอายุยืนขึ้น อย่างสุขภาพดีทั้งกายและใจ มีความรู้ทางสุขภาพที่ดี ความเหลื่อมล้ำลดลง การทำงานภาครัฐมีการบูรณาการ มีความยืดหยุ่น มีการกระจายอำนาจในการดำเนินงาน มีบุคลากรทางสาธารณสุขเพียงพอรวมถึงมีทักษะที่เหมาะสม
๒. ฉากทัศน์ที่เลวร้ายที่สุด (Worst Case Scenario) คือ โรคอุบัติใหม่เกิดขึ้นบ่อยครั้งและรุนแรงมากขึ้น มีภาวะดื้อยา เกิดภาวะขาดสารอาหาร เกิดภัยสุขภาพจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ ระบบสาธารณสุขไม่สามารถรองรับสังคมผู้สูงอายุได้ เศรษฐกิจชะลอตัว การบริหารงานภาครัฐล้มเหลว ขาดงบประมาณ ขาดกำลังคน ข้อมูลข่าวสารเต็มไปด้วยข้อมูลเท็จ และเกิดการโจมตีทางไซเบอร์ (Cyber Attack) เป็นจำนวนมาก
๓. ฉากทัศน์ตามปกติ (Business as usual) คือ ประชาชนมีความตระหนักเรื่องสุขภาพมากขึ้น ความรู้ด้านสุขภาพอาจเป็นความรู้พื้นฐานของประชาชน มีการวิจัยด้านสุขภาพและวัคซีนมากขึ้น แต่จำนวนบุคลากรมีน้อย ไม่พร้อมรับสังคมสูงอายุ รวมถึงขาดทักษะยุคใหม่ เวชภัณฑ์ ยา และการเข้าถึงบริการสาธารณสุขจะยากมากขึ้น เรื่องของข้อมูลจะเกิดและแลกเปลี่ยนได้รวดเร็วมากขึ้น แต่อาจไม่ใช่ข้อมูลที่ถูกต้องทั้งหมด ประชาชนมี Digital Literacy สูง แต่การเมืองไม่มั่นคง ระบบราชการที่ล้าหลัง แบ่งงานแยกขาดจากกัน ไม่บูรณาการทำให้ขับเคลื่อนงานยาก และมีการทำงานซ้ำซ้อน

เพื่อให้ผลการขับเคลื่อนภารกิจของกรมควบคุมโรคเป็นไปตามฉาบทศน์ที่คาดหวังในปี พ.ศ. ๒๕๘๐ จึงได้จัดลำดับความสำคัญในการทำงานและการจัดสรรทรัพยากร แบ่งได้เป็น ๔ ระยะ คือ ช่วงที่ ๑ ระยะปฏิรูประบบ (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๕) ระยะที่ ๒ ระยะสร้างความเข้มแข็ง (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐) ระยะที่ ๓ ระยะสู่ความยั่งยืน (พ.ศ. ๒๕๗๑ - ๒๕๗๕) และระยะที่ ๔ ระยะดีที่สุดในอนาคต (พ.ศ. ๒๕๗๖ - ๒๕๘๐) ดังนี้

การจัดลำดับความสำคัญแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐) ฉบับปรับปรุง พ.ศ. ๒๕๖๔

ช่วงเวลา	จุดเน้นหลัก	รายละเอียด
พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๕	ปฏิรูประบบ	การปรับเปลี่ยนระบบบริหารจัดการที่ยังเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาการวางพื้นฐานระบบการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ให้สามารถบริหารจัดการโรคและภัยสุขภาพ ที่สอดคล้องกับการขับเคลื่อนประเทศ การขับเคลื่อนเศรษฐกิจ เพื่อให้ประชาชนแข็งแรง เศรษฐกิจประเทศแข็งแรง และยั่งยืน
พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐	สร้างความเข้มแข็ง	๑. ปรับบทบาท โครงสร้างพื้นฐานกรมควบคุมโรคให้มีเอกภาพ ประสิทธิภาพ ๒. กระจายอำนาจและมีระบบบริหารจัดการที่ยืดหยุ่น ๓. เชื่อมผสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อยกระดับความสามารถของระบบบริการปฐมภูมิ ทั้งด้านโครงสร้างพื้นฐาน กำลังคน ระบบการบริหารจัดการระบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ๔. พัฒนาศักยภาพบุคลากรให้สามารถรองรับการทำงานในทุกมิติ ๕. ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน ๖. เสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่าย การบูรณาการฐานข้อมูลระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อการใช้ประโยชน์ข้อมูล
พ.ศ. ๒๕๗๑ - ๒๕๗๕	สู่ความยั่งยืน	๑. สร้างความยั่งยืนทางด้านสุขภาพ โดยการให้ประชาชนสามารถเข้าถึง เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัคซีน และอุปกรณ์ในการป้องกันควบคุมโรคที่จำเป็นได้สะดวก รวดเร็ว ในราคาที่เหมาะสม ลดการพึ่งพาต่างประเทศ ๒. สร้างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง ประชาชนมีความรู้และให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพ สามารถแยกแยะข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง ๓. มีระบบในการควบคุม/ตอบโต้ข้อมูลข่าวสารทั้งด้านสุขภาพในระบบออนไลน์ ระบบฐานข้อมูลด้านสาธารณสุขที่มีความปลอดภัยและน่าเชื่อถือ

ช่วงเวลา	จุดเน้นหลัก	รายละเอียด
พ.ศ. ๒๕๓๖ - ๒๕๔๐	ดีที่สุดในเอเชีย	๑. ระบบการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคจะต้องเป็นระบบที่ทันสมัย มีประสิทธิภาพ คุณภาพ บูรณาการ และเชื่อมโยงข้อมูล กับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถใช้ข้อมูลร่วมกันได้ ๒. ประชาชนมีความรู้ ความตระหนักเรื่องสุขภาพ มากยิ่งขึ้นรวมทั้งสามารถตรวจสอบและเข้าถึงข้อมูลที่จำเป็นได้ ๓. สามารถแข่งขันหรือเทียบเคียงกับนานาชาติได้ โดยตั้งเป้าว่าจะต้องเป็นที่ ๑ ของเอเชีย ภายในปี ๒๕๔๐

ยุทธศาสตร์ตามแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศ ระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐) ฉบับปรับปรุง พ.ศ. ๒๕๖๔ ได้แบ่งออกเป็น ๕ ยุทธศาสตร์ ดังนี้



เป้าประสงค์สูงสุด (Ultimate goal)

๑. อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life Expectancy : LE) ไม่น้อยกว่า ๘๕ ปี
๒. อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health Adjusted Life Expectancy: HALE) ไม่น้อยกว่า ๗๕ ปี

ตัวชี้วัดหลัก (Cooperate KPI)

๑. อัตราการตายของประชากรจากโรคภัยสุขภาพที่สำคัญ ประกอบด้วย
 - ๑.๑ อัตราตายจากการจมน้ำ (เด็กอายุน้อยกว่า ๑๕ ปี)
 - ๑.๒ อัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนน
๒. อัตราการป่วยของประชากรจากโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญ ประกอบด้วย
 - ๒.๑ อัตราป่วยจากกลุ่มโรคติดต่อ (Communicable Diseases : CDs) ได้แก่ โรคมาลาเรีย โรคพิษสุนัขบ้า โรคหัด โรคหัดเยอรมัน โรคโปลิโอ โรคไข้เลือดออก โรคหนองพยาธิ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID - 19)
 - ๒.๒ อัตราป่วยจากกลุ่มโรคติดต่อเรื้อรัง (Communicable Chronic Diseases : CCDs) ได้แก่ วัณโรค โรคเอดส์ โรคเรื้อน โรคซิฟิลิส โรคไวรัสตับอักเสบบี
 - ๒.๓ อัตราป่วยจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อและปัจจัยเสี่ยงจากพฤติกรรมสุขภาพ (Non - Communicable Diseases : NCDs) ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง การบริโภคเกลือ/โซเดียม การบริโภคแอลกอฮอล์ การบริโภคยาสูบ
 - ๒.๔ อัตราป่วยจากกลุ่มโรคการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม (Occupational and Environmental Diseases : Env - Occ) ได้แก่ สารเคมีอันตราย เช่น สารตะกั่ว / มลพิษและการปนเปื้อนทางอากาศ น้ำและดิน
๓. ร้อยละของผลการดำเนินงานที่บรรลุเป้าหมายตามเกณฑ์การพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ในส่วนที่ กรมควบคุมโรคเป็นหน่วยงานรับผิดชอบ รวมทั้งหมด ๑๑ ตัวชี้วัด ประกอบด้วย
 - (๑) จำนวนผู้ติดเชื้อ HIV รายใหม่ต่อประชากรที่ไม่มีการติดเชื้อ ๑,๐๐๐ คน (จำแนกตาม เพศ อายุ และกลุ่มประชากรหลัก)
 - (๒) อัตราการเกิดโรควัณโรคต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน
 - (๓) อัตราการเกิดโรคมาลาเรียต่อประชากร ๑,๐๐๐ คน ต่อปี
 - (๔) จำนวนของผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน

(๕) จำนวนผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือในการดูแลรักษาโรคเขตร้อนที่ถูกละเลย (Neglected tropical diseases)

(๖) อัตราการตายของผู้ที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน หรือโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง

(๗) ความครอบคลุมของการรักษา (การรักษาโดยใช้ยา ทางจิตสังคมและการฟื้นฟูสมรรถภาพ และบริการการติดตามผลการรักษา) สำหรับผู้ที่ใช้สารเสพติด

(๘) การดื่มแอลกอฮอล์ในระดับอันตราย นิยามตามบริบทของประเทศ คิดเป็นปริมาณแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากร (อายุตั้งแต่ ๑๕ ปีขึ้นไป) ในจำนวนประชากรของแอลกอฮอล์บริสุทธ์ ภายในปีปฏิทิน

(๙) อัตราผู้เสียชีวิตจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน

(๑๐) อัตราการตายที่เกิดจากน้ำ และการสุขาภิบาลที่ไม่ปลอดภัย และขาดสุขลักษณะ (เผชิญกับบริการด้านน้ำ สุขาภิบาลและสุขอนามัยที่ไม่ปลอดภัย)

(๑๑) อัตราการตายที่เกิดจากการได้รับสารพิษโดยไม่ตั้งใจ

๔. ร้อยละของผลการดำเนินงานที่ผ่านการประเมินตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ (IHR) ได้ ๔ คะแนนทุกตัวชี้วัด โดยการประเมินร่วมกันระหว่างผู้ประเมินจากภายนอก (Joint External Evaluation, JEE) และผู้เชี่ยวชาญภายในประเทศในด้านต่าง ๆ

เป้าหมายความสำเร็จแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศ ระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐) ฉบับปรับปรุง พ.ศ. ๒๕๖๔

IHR Compliance (Milestone ระยะที่ 1)	Strengthening DCS (Milestone ระยะที่ 2)	Sustainable DCS (Milestone ระยะที่ 3)	Top of Asia (world leading dc) (Milestone ระยะที่ 4)
• Competent Workforce • Management reform • SMART surveillance • IC, SAT & Operations • WHO's JEE	• Strong DC Program • Smart EOC • Health Literacy & Risk Communication • Strategic Information & Technology • Innovation & Research System • Public Health Laboratory • Sustainable Global Health (Country Level)	• Strong network • Quality System • Strategic Information • SMART EOC • Sustainable JEE (Regional Level) • SMART DC Program	• Happy Workforce • High performance WF • Regional present • Learning organization • Agile infrastructure • Excellent PHEM • Sustainable JEE (Provincial Level) • Excellent DC Program
ปฏิรูประบบ (พ.ศ. 2561 - 2565)	สร้างความเข้มแข็ง (พ.ศ. 2566 - 2570)	สู่ความยั่งยืน (พ.ศ. 2571 - 2575)	ดีที่สุดในเอเชีย (พ.ศ. 2576 - 2580)

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ การพัฒนานโยบาย มาตรการ และบริการด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

เป้าหมายหลัก

ความชุกและอุบัติการณ์ของการเจ็บป่วย และการเสียชีวิตจากโรคและภัยสุขภาพที่สามารถป้องกัน ควบคุมได้ลดลง

เป้าหมายย่อย

๑. ประชาชนมีความรอบรู้ มีส่วนร่วม และเชื่อมั่นต่อนโยบาย มาตรการ บริการด้านการป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ (Health Literacy)
๒. กลไกการจัดการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่เข้มแข็ง ตอบสนองต่อสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของโรค และภัยสุขภาพ
๓. กฎหมายภายใต้ความรับผิดชอบของกรมควบคุมโรคได้รับการพัฒนา/ปรับปรุงให้สอดคล้องกับ สถานการณ์ปัจจุบัน

ตัวชี้วัด

๑. จำนวนผู้ป่วยโรคโปลิโอ
๒. จำนวนผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้อเอชไอวี
๓. อุบัติการณ์วัณโรค
๔. อัตราการตายของผู้ที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน หรือโรคระบบทางเดิน หายใจเรื้อรัง
๕. ความชุกของผู้สูบบุหรี่ในประชากรไทย อายุ ๑๕ ปี
๖. ประสิทธิภาพการบริโภคแอลกอฮอล์ต่อประชากรอายุ ๑๕ ปี ขึ้น
๗. อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า ๑๕ ปี
๘. อัตราป่วยโรคพิษโหลหะหนัก ในประชากรอายุ ๐ - ๑๔ ปี ในพื้นที่เสี่ยงสูง
๙. ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินด้านการควบคุมโรคของกรมฯ (รพ.สต.ติดดาว)
๑๐. อัตราการติดเชื้อติดในโรงพยาบาล
๑๑. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วย Primary MDR-TB
๑๒. ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี
๑๓. ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี
๑๔. สัดส่วนประชาชนที่มีความรู้สุขภาพเรื่องโรคอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลง ภูมิอากาศ
๑๕. ระดับความสำเร็จของการพัฒนา/ปรับปรุงกฎหมายด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
๑๖. อัตราป่วยตายของผู้ป่วยโรคติดต่ออันตราย (กองโรคติดต่อทั่วไป)

มาตรการสำคัญ

๑.๑	วิเคราะห์ และลำดับความสำคัญของปัญหาสาธารณสุขอย่างสม่ำเสมอ เพื่อช่วยกำหนดทิศทางการทำงานด้านการป้องกันควบคุมโรคของประเทศ
๑.๒	พัฒนาและปรับปรุงนโยบายด้านการป้องกันควบคุมโรค ตลอดจนสนับสนุนให้นโยบายของภาคส่วนอื่น ๆ คำนึงถึงการส่งเสริมงานด้านการป้องกันควบคุมโรค (Health in all Policies)
๑.๓	พัฒนามาตรการด้านกฎหมาย ทั้งการพัฒนา ปรับปรุง และการบังคับใช้กฎหมายเพื่อส่งเสริมการป้องกันควบคุมโรคในทุกระดับ
๑.๔	พัฒนามาตรการทางสังคมที่สนับสนุนการป้องกันควบคุมโรค
๑.๕	จัดระบบการขยายผลการพัฒนานวัตกรรม การวิจัย และการพัฒนามาตรการสู่การพัฒนาแผนงานปฏิบัติการที่บูรณาการด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ สำหรับโรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหาสำคัญของประเทศ เช่น
	แผนงานกวาดล้างโรคโปลิโอ
	แผนงานกำจัดโรคหัด
	แผนงานกำจัดโรคพิษสุนัขบ้า
	แผนงานยุติปัญหาเอดส์
	แผนงานกำจัดโรคเรื้อน
	แผนงานกำจัดโรคมาลาเรีย
	แผนงานกำจัดโรคเท้าช้าง
	แผนงานยุติปัญหาวัณโรค
	แผนงานป้องกันควบคุมโรคที่เกิดจากจุลชีพดื้อยา
	แผนงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อในโรงพยาบาล
	แผนงานป้องกันควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่
	แผนงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก โรคติดต่อไวรัสซิกา โรคไข้ปวดข้อยูงลาย และโรคติดต่อ นำโดยยูงลายอื่น ๆ
	แผนงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อจากสัตว์สู่คน
	แผนงานป้องกันควบคุมโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน
	แผนงานด้านความมั่นคงด้านวัคซีน
	แผนงานป้องกันควบคุมไข้หวัดใหญ่
	แผนงานป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปาก
	แผนงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางอาหารและน้ำ
	แผนงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
	แผนงานป้องกันควบคุมโรคหนองพยาธิ
	แผนงานป้องกันควบคุมโรคตับอักเสบจากไวรัส
	แผนงานป้องกันควบคุมพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี
	แผนงานป้องกันควบคุมอุบัติเหตุจราจร
	แผนงานป้องกันควบคุมโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง
	แผนงานป้องกันควบคุมโรคมะเร็ง
	แผนงานป้องกันควบคุมโรคความดันโลหิตสูง

		แผนงานป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน
		แผนงานควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
		แผนงานควบคุมการบริโภคยาสูบ
		แผนงานป้องกันควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพ
		แผนงานป้องกันควบคุมโรคจากสิ่งแวดล้อม
		แผนงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพในเมืองใหญ่
		แผนงานป้องกันควบคุมโรคในกลุ่มแรงงานต่างด้าว
๑.๖	ขับเคลื่อนแผนงานป้องกันควบคุมโรคสู่การปฏิบัติ โดยการพัฒนากระบวนการดำเนินงาน กลไกการบูรณาการ และศักยภาพของหน่วยงานในระดับพื้นที่ให้สามารถแสดงบทบาทได้อย่างมีประสิทธิภาพ	
๑.๗	พัฒนาและปรับปรุงระบบบริการด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญและจำเป็น	
		บริการด้านวัคซีน
		บริการให้คำปรึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
		บริการตรวจสุขภาพและคัดกรองโรค
		บริการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพสำหรับกลุ่มประชากรเฉพาะ เช่น แรงงานต่างด้าว นักเดินทาง/นักท่องเที่ยว ผู้เดินทางแสวงบุญ ผู้ต้องขัง ประชากรสูงอายุ หญิงบริการทางเพศ แรงงานที่มีความเสี่ยงสูง เป็นต้น
๑.๘	พัฒนาระบบงานสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ให้มีประสิทธิภาพ โดยคำนึงถึงประเด็นความรู้ เทคโนโลยี และพฤติกรรมการใช้สื่อของประชาชนและสังคมในปัจจุบัน	

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ การเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข

เป้าหมายหลัก

ประเทศไทยมีระบบจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขและศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่สามารถตอบโต้ทุกภัยอย่างรวดเร็ว เป็นระบบ มีความเป็นเอกภาพ แบบบูรณาการมีประสิทธิภาพ และปลอดภัย

เป้าหมายย่อย

๑. บุคลากรมีสมรรถนะด้านป้องกันควบคุมโรค รองรับภาวะฉุกเฉิน (Staff)
๒. ทรัพยากรเพียงพอที่สนับสนุนระบบการเตรียมความพร้อม ที่สามารถตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉิน (Stuff & Logistics) ได้ทันการณ์
๓. ระบบบริหารจัดการและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินที่มีความพร้อมและทำงาน (function) ได้อย่างมีประสิทธิภาพในทุกระดับ (System)

ตัวชี้วัด

๑. ระยะเวลาที่ใช้ในการ Activate EOC
๒. จำนวนผู้ป่วยโรคติดต่ออันตรายเกิดขึ้นใน Generation ที่ ๒
๓. จำนวนหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคที่สามารถสอบสวนควบคุมโรคติดต่ออันตรายและภัยตามกฎหมายระหว่างประเทศได้
๔. ทุกจังหวัดมีศักยภาพทางการแพทย์และสาธารณสุขในการจัดการภาวะฉุกเฉินอย่างเพียงพอและทันการณ์

มาตรการสำคัญ

๒.๑	การบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างภาคีเครือข่ายเพื่อการเตรียมความพร้อมและการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขทุกประเภท
๒.๒	การเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข
๒.๒.๑	จัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยงทางสาธารณสุข (ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข) และจัดให้มีกลไกการทบทวนลำดับความสำคัญอย่างสม่ำเสมอ
๒.๒.๒	จัดทำแผนที่ทรัพยากรทางสาธารณสุข (Resource Mapping) ที่สำคัญสำหรับการรับมือภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่ได้กำหนดไว้จากการลำดับความสำคัญความเสี่ยงทางสาธารณสุข
	จัดทำและปรับปรุงแผนยุทธศาสตร์การจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระดับชาติเป็นระยะ ๆ ตามความเหมาะสม
๒.๒.๓	ทบทวนและปรับปรุงกรอบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (National Public Health Emergency Response Framework)
๒.๒.๔	จัดทำแผนเตรียมความพร้อมและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขสำหรับทุกโรคและภัยสุขภาพ (All Hazards Plan) ทั้งในระดับประเทศ ระดับเขต ระดับจังหวัด ระดับท้องถิ่น และช่องทางเข้าออกประเทศ พร้อมทั้งจัดกระบวนการให้มีการทบทวนแผนเป็นประจำ
๒.๒.๕	บูรณาการแผนและกลไกการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขสำหรับทุกโรคและภัยสุขภาพ
๒.๒.๖	ถ่ายทอดแผนเตรียมความพร้อมและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขและจัดให้มีการฝึกซ้อมอย่างสม่ำเสมอ ทั้งในระดับประเทศ ระดับเขต ระดับจังหวัด ระดับท้องถิ่น และช่องทางเข้าออกประเทศ
๒.๒.๗	สร้างและพัฒนา เชื่อมโยงฐานข้อมูลโรค และภัยสุขภาพ รวมทั้งบุคลากร องค์ความรู้ วัสดุอุปกรณ์ ครุภัณฑ์ และเวชภัณฑ์ เพื่อการสนับสนุนการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข

	๒.๒.๘	จัดทำและปรับปรุงแผนบริหารจัดการการระดมสรรพกำลัง (Surge Capacity Plan) เพื่อตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข และแผน Business Continuity Management เพื่อการปฏิบัติงานในภาวะฉุกเฉิน
๒.๓	บริหารจัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในระดับประเทศ ระดับเขต ระดับจังหวัด ระดับท้องถิ่น	
	๒.๓.๑	พัฒนาศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขและระบบบัญชาการเหตุการณ์
	๒.๓.๒	พัฒนาระบบงาน (Protocol) และมาตรฐานการปฏิบัติงาน (Standard Operating Procedure, SOP) ให้เหมาะสมกับโรคและภัยสุขภาพต่าง ๆ
	๒.๓.๓	ปรับปรุงระบบข้อมูลและระบบงานตระหนักรู้สถานการณ์เพื่อให้สามารถตัดสินใจจัดการเหตุการณ์ได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว และเหมาะสมกับสถานการณ์
	๒.๓.๔	จัดให้มีการวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยง ทั้งในระดับประเทศ ระดับเขต และระดับจังหวัด
	๒.๓.๕	ส่งเสริมการใช้มาตรการทางการแพทย์และการสาธารณสุขเพื่อตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข
	๒.๓.๖	พัฒนาศักยภาพบุคลากรที่จะปฏิบัติงานตามระบบงานของศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินอย่างเพียงพอในการตอบสนองสถานการณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
	๒.๓.๗	สร้างและพัฒนาภาวศึเครือข่าย (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.), อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร.), ประชาสัมพันธ์, ประชากรรัฐ, อาสาปศุสัตว์, สื่อมวลชน และอื่น ๆ) ในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข
	๒.๓.๘	จัดให้มีระบบการทบทวน ประเมิน และสรุปบทเรียนการดำเนินงานตอบโต้ภาวะฉุกเฉินเพื่อนำมาปรับปรุงแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขสำหรับทุกโรคและภัยสุขภาพ และการนำไปใช้และทบทวนแผนปฏิบัติการรวมทั้งการใช้แผนเผชิญเหตุ (IAP)
๒.๔	การจัดระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน	
	๒.๔.๑	กำหนดโรงพยาบาลที่มีหน้าที่ในการรับดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์ฉุกเฉิน สำหรับทุกภัย
	๒.๔.๒	ปรับปรุงระบบงาน มาตรฐานการปฏิบัติงาน และโครงสร้างพื้นฐานของโรงพยาบาลให้มีศักยภาพเพียงพอที่จะรับผู้ป่วยในสถานการณ์ฉุกเฉิน
	๒.๔.๓	จัดทำแผนการจัดหาบุคลากรในสาขาสำคัญที่จำเป็นให้เพียงพอสำหรับการรับผู้ป่วยในสถานการณ์ฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ
	๒.๔.๔	จัดทำ All hazards plan สำหรับโรงพยาบาลที่ได้รับการกำหนดให้เป็นโรงพยาบาลสำหรับรับผู้ป่วยในสถานการณ์ฉุกเฉิน
	๒.๔.๕	จัดทำแผนเผชิญเหตุสำหรับการเผชิญเหตุการณ์ในรูปแบบต่าง ๆ พร้อมทั้งจัดให้มีการซ้อมแผนเป็นระยะ ตลอดจนการปรับปรุงแผนเผชิญเหตุให้มีความเหมาะสมกับสถานการณ์อยู่เสมอ
๒.๕	พัฒนาระบบการสื่อสารความเสี่ยงด้านการป้องกัน ควบคุมโรค และภัยสุขภาพที่มีประสิทธิภาพในระดับประเทศ ระดับเขต ระดับจังหวัด ระดับท้องถิ่น	
	๒.๕.๑	พัฒนากลไกการเฝ้าระวัง บริหารจัดการความเสี่ยงและการตอบโต้ข้อมูลข่าวสารด้านโรคและภัยสุขภาพ
	๒.๕.๒	สื่อสารความเสี่ยงและประชาสัมพันธ์เชิงรุกเพื่อการป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน
	๒.๕.๓	พัฒนากลไกการบริหารจัดการด้านการสื่อสารความเสี่ยง
๒.๖	พัฒนาศักยภาพช่องทางเข้าออกประเทศที่สำคัญตามข้อกำหนดของกฎอนามัยระหว่างประเทศ (เฉพาะสถานการณ์ฉุกเฉิน)	

๒.๖.๑	ปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐานด้านกำลังคน อุปกรณ์ และสถานที่ทำงาน เพื่อให้ช่องทางเข้าออกประเทศสามารถดำเนินการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคได้ตามข้อกำหนดของกฎอนามัยระหว่างประเทศ
๒.๖.๒	จัดให้มีพื้นที่ที่เหมาะสมเป็นสัดส่วนแยกจากผู้เดินทางอื่น สำหรับใช้เป็นพื้นที่คัดกรองผู้เดินทางที่มาจากพื้นที่เขตติดโรค
๒.๖.๓	ปรับปรุงมาตรฐานการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพระหว่างประเทศของช่องทางเข้าออกประเทศ ทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งประสานและเผยแพร่มาตรฐานการปฏิบัติงาน แผนฉุกเฉิน ดังกล่าวให้กับหน่วยงานรับผิดชอบช่องทางเข้าออกประเทศอย่างทั่วถึง
๒.๖.๔	พัฒนาระบบทางการแพทย์เพื่อการตรวจ วินิจฉัย รักษา และส่งต่อผู้ป่วย รวมทั้งผู้เดินทางที่สงสัยจะป่วย บริเวณช่องทางเข้าออกประเทศ
๒.๖.๕	พัฒนาระบบการจัดการ การคัดกรอง การตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการในการนำเข้า นำผ่าน อาหาร พืช สัตว์ สัตว์ป่า สารเคมี วัสดุภัณฑ์อันตราย วัสดุนิวเคลียร์ และสารชีวภาพ ที่ช่องทางเข้าออกประเทศ
๒.๖.๖	สนับสนุนเครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล ให้เพียงพอในการดำเนินงาน และฝึกอบรมบุคลากร ณ ช่องทางเข้าออกประเทศ ในการคัดกรองอาหาร พืช สัตว์ สัตว์ป่า สารเคมี วัสดุภัณฑ์อันตราย วัสดุนิวเคลียร์ และสารชีวภาพ และผู้เดินทางระหว่างประเทศ
๒.๖.๗	จัดระบบการติดต่อสื่อสารและการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อการตรวจจับเหตุการณ์ผิดปกติในช่องทางและรายงานข้อมูลที่เป็นไปเพื่อดำเนินมาตรการสาธารณสุขในช่องทางเข้าออกประเทศ
๒.๖.๘	จัดให้มีพื้นที่หรือช่องทางในการเข้าถึงความรู้เกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพที่อาจก่อให้เกิดภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ
๒.๖.๙	พัฒนาโปรแกรมการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย สำหรับผู้เดินทางที่มาใช้สิ่งอำนวยความสะดวกที่ช่องทางเข้าออกประเทศ และโปรแกรมการจัดการพาหะนำโรค แหล่งรังโรค และภัยสุขภาพ ภายในบริเวณช่องทางเข้าออกประเทศและพื้นที่โดยรอบ

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ การยกระดับโครงสร้างพื้นฐานของระบบป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

เป้าหมายหลัก

๑. มีข่าวสารและองค์ความรู้ที่สำคัญจำเป็นสำหรับการทำงานของระบบป้องกันควบคุมโรคอย่างรวดเร็ว ครบถ้วน เที่ยงตรง บูรณาการ และมีประสิทธิภาพ
๒. มีเครือข่ายห้องปฏิบัติการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน ใกล้กับจุดให้บริการผู้ป่วย สามารถตรวจวินิจฉัยโรคติดต่ออันตรายและโรคสำคัญอื่น ๆ ได้

เป้าหมายย่อย

๑. การพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ระบบฐานข้อมูลและการประมวลผลข้อมูล เพื่อการพยากรณ์ และการเฝ้าระวังป้องกันโรคและภัยสุขภาพ รวมทั้งการเข้าถึงข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในทุกระดับ
๒. การพัฒนาระบบวิจัย นวัตกรรมและการจัดการความรู้
๓. การพัฒนาและการสร้างเครือข่ายห้องปฏิบัติการทางสาธารณสุขให้ผ่านการรับรองมาตรฐานระดับสากล
๔. การยกระดับโครงสร้างพื้นฐานเพื่อการบริหารจัดการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศอย่างมีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัด

๑. ร้อยละห้องปฏิบัติการด้านการควบคุมโรคผ่านการรับรองมาตรฐานระดับสากล
๒. จำนวนผู้ปฏิบัติงานที่ได้รับอันตรายจากภัย (เคมี กัมมันตรังสีและนิวเคลียร์) หรือติดเชื้อโรคติดต่ออันตรายจากการปฏิบัติงาน
๓. จำนวนผลงานนวัตกรรม วิจัยหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอดด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนได้เป็นรูปธรรม
๔. การบูรณาการฐานข้อมูลร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
๕. จำนวนศูนย์วิจัย (Research Center) หรือศูนย์กักกันโรค (Quarantine Center) ระดับเขต/จังหวัด

มาตรการสำคัญ

๓.๑	ยกระดับศักยภาพฐานข้อมูลและเครือข่าย เพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคเชิงยุทธศาสตร์ ที่ครอบคลุมโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญ ด้านการป้องกันควบคุมโรคให้ครอบคลุมทุกโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญ
๓.๑.๑	จัดให้มีการทบทวนโรคและภัยสุขภาพที่จำเป็นจะต้องเฝ้าระวังหรือมีข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ อย่างสม่ำเสมอ
๓.๑.๒	กำหนดข้อมูลที่จำเป็น (Minimal Dataset) สำหรับการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา อย่างรอบด้าน ในทุกมิติของการเกิดโรคและภัยสุขภาพ (ตั้งแต่ความเสี่ยงของการเกิดโรค ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการตามมาตรการเพื่อการป้องกันควบคุมโรค และข้อมูลการเกิดโรค เช่น การป่วย การตาย และการเกิดโรคเป็นกลุ่มก้อน เป็นต้น) สำหรับโรคและภัยสุขภาพที่ต้องดำเนินการเฝ้าระวังและจัดให้มีข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์เพื่อการป้องกันควบคุมโรค
๓.๑.๓	กำหนดให้มีหน่วยงานหลักรับผิดชอบในการจัดเก็บ รวบรวมข้อมูลที่เป็นต่าง ๆ ในแต่ละด้าน ตามบทบาทหน้าที่ของหน่วยงาน และให้มีการบูรณาการการจัดเก็บข้อมูลอย่างเหมาะสม เพื่อลดความซ้ำซ้อน

๓.๑.๔	ปรับปรุงมาตรฐานการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพให้ทันสมัย มีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพ
๓.๑.๕	พัฒนาความพร้อมของหน่วยงานภาคีเครือข่ายในการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ
๓.๑.๖	สนับสนุนให้หน่วยงานระดับจังหวัดมีการพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อการป้องกันควบคุมโรคที่ครบถ้วน พร้อมทั้งสนับสนุนให้จังหวัดสามารถดูแลและบริหารจัดการฐานข้อมูลได้ด้วยตัวเองอย่างมีประสิทธิภาพ
๓.๑.๗	พัฒนาระบบฐานข้อมูลเพื่อการจัดเก็บข้อมูลจากการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ และข้อมูลสารสนเทศด้านสาธารณสุขอื่น ๆ ที่สำคัญ
๓.๑.๘	จัดระบบการแลกเปลี่ยน และการเข้าถึงข้อมูลระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องตามความเหมาะสม รวมทั้งการจัดให้มีระบบการรักษาความปลอดภัยของข้อมูลที่ดี
๓.๑.๙	พัฒนาระบบการจัดการข้อมูลอัตโนมัติ รวมถึงการนำเสนอข่าวสารสำคัญจำเป็นโดยอาศัยกราฟฟิกทางสถิติที่ถูกต้อง เหมาะสม และเข้าใจง่าย
๓.๑.๑๐	ปรับปรุงระบบการเผยแพร่ข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพไปยังบุคคล และหน่วยงานที่จำเป็นต้องรับทราบข่าวสาร ด้วยวิธีการที่เหมาะสม รวดเร็ว และเหมาะสมกับระดับความรุนแรงของปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น
๓.๑.๑๑	พัฒนากลไกเพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถรายงานการเกิดเหตุการณ์ผิดปกติต่อองค์การอนามัยโลกได้อย่างรวดเร็ว
๓.๑.๑๒	จัดให้มีการทบทวนและประเมินระบบข้อมูลและระบบเฝ้าระวังอยู่เสมอ
๓.๒	พัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศอย่างเหมาะสม
๓.๒.๑	ปรับปรุงเทคโนโลยี (Hardware & Software) เพื่อการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ และการจัดการข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ด้านการป้องกันควบคุมโรคให้มีประสิทธิภาพอยู่เสมอ
๓.๒.๒	พัฒนาโครงสร้างพื้นฐานห้อง Data center เพื่อการป้องกันควบคุมโรค
๓.๒.๓	พัฒนาระบบคลังข้อมูลโรคเพื่อการวิเคราะห์และเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินการควบคุมและป้องกันโรค
๓.๓	ปฏิรูประบบวิจัยและการพัฒนานวัตกรรมเพื่อการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
๓.๓.๑	พัฒนากลไกเพื่อการทบทวน Research need อย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ และจัดให้มีระบบการกลั่นกรองแผนงานโครงการวิจัยที่เหมาะสม
๓.๓.๒	พัฒนาศักยภาพหน่วยงานที่รับผิดชอบในการบริหารจัดการงานวิจัย
๓.๓.๓	สนับสนุนให้ผู้ที่มีศักยภาพในการทำงานวิจัยสามารถทำงานวิจัยได้อย่างสม่ำเสมอ
๓.๓.๔	พัฒนาระบบบริหารจัดการคุณภาพงานวิจัย
๓.๓.๕	ออกแบบระบบงาน งบประมาณ ผลตอบแทน และการบริหารจัดการภายในกรมควบคุมโรค ให้เอื้อต่อการดำเนินงานวิจัยโดยบุคลากรของกรมควบคุมโรค เพื่อคงความเชี่ยวชาญให้มีอยู่ภายในกรมควบคุมโรค และสามารถสร้างนักวิจัยรุ่นใหม่ขึ้นได้
๓.๓.๖	ออกแบบระบบการพัฒนานักวิจัยหน้าใหม่ และระบบเพื่อสนับสนุนให้นักวิจัยหน้าใหม่เข้าสู่ระบบและร่วมดำเนินงานวิจัยด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพเพิ่มมากขึ้น
๓.๓.๗	พัฒนาระบบฐานข้อมูลการวิจัยด้านการป้องกันควบคุมโรค
๓.๓.๘	สร้างเครือข่ายความร่วมมือกับหน่วยงานภายนอก ทั้งระดับประเทศ และนานาชาติ

๓.๔	ปฏิรูประบบจัดการความรู้ เพื่อให้การมีการปรับปรุงการดำเนินงานด้านการป้องกันควบคุมโรคให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น	
	๓.๔.๑	บูรณาการการจัดการความรู้เข้าสู่ระบบการงานปกติของหน่วยงาน เพื่อให้เกิดกระบวนการปรับปรุงแนวทางการดำเนินงาน
	๓.๔.๒	สร้างระบบ/กลไกเพื่อการสังเคราะห์ความรู้ และการนำความรู้ไปสู่การปฏิบัติ
	๓.๔.๓	พัฒนาเครือข่ายการจัดการความรู้ เพื่อส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างสร้างสรรค์
๓.๕	พัฒนาศักยภาพ ระบบ เครือข่ายทางห้องปฏิบัติการทางสาธารณสุข	
	๓.๕.๑	พัฒนาห้องปฏิบัติการและเครือข่ายห้องปฏิบัติการทางสาธารณสุขให้ครอบคลุมโรคและภัยสุขภาพอย่างบูรณาการ เพื่อดำเนินงานการเฝ้าระวังและการสอบสวนควบคุมโรค
	๓.๕.๒	ปรับระบบงบประมาณสำหรับห้องปฏิบัติการทางสาธารณสุข เพื่อให้สามารถสนับสนุนกิจกรรมการเฝ้าระวังและการสอบสวนควบคุมโรคได้อย่างแท้จริง
	๓.๕.๓	พัฒนาเครือข่ายเพื่อการถ่ายทอดเทคโนโลยีห้องปฏิบัติการทางสาธารณสุข
	๓.๕.๔	พัฒนาห้องปฏิบัติการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานให้อยู่ใกล้กับจุดให้บริการผู้ป่วยให้มากที่สุด
	๓.๕.๕	บูรณาการส่งเสริมระบบชีววินิจฉัยและระบบความมั่นคงทางชีวภาพ
	๓.๕.๖	พัฒนาระบบการส่งต่อตัวอย่างทางห้องปฏิบัติการภาคีเครือข่าย และจัดทำมาตรฐานในระดับประเทศเพื่อการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ การปรับปรุงระบบบริหารจัดการและการพัฒนาความร่วมมือ

เป้าหมายหลัก

ประเทศไทยมีโครงสร้าง ระบบ และกลไกการบริหารจัดการระบบป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่เข้มแข็งตอบสนองต่อการป้องกันโรคและภัยสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เป้าหมายย่อย

๑. ระบบบริหารจัดการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
๒. กลไกความร่วมมือเครือข่ายภายในประเทศ
๓. กลไกความร่วมมือเครือข่ายระหว่างประเทศ

ตัวชี้วัด

๑. ระดับสมรรถนะของระบบป้องกันควบคุมโรคตามเกณฑ์ของกฎอนามัยระหว่างประเทศ
๒. การจัดตั้งศูนย์บริหารจัดการโรคติดต่ออุบัติใหม่ระดับตำบล
๓. ร้อยละของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ จำนวน

เป้าหมาย ๖,๕๐๐ หน่วย

๔. ร้อยละความสำเร็จการมีกลไก รูปแบบ รวมถึงมีกิจกรรมมีส่วนร่วมของเครือข่ายภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ในระดับพื้นที่ ในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค

๕. ระดับความสำเร็จของการขับเคลื่อนในการจัดตั้งศูนย์อาเซียนด้านการรับมือกับภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขและโรคอุบัติใหม่ (ASEAN Centre for Public Health Emergencies and Emerging Diseases : ACPHEED)

มาตรการสำคัญ

๔.๑	พัฒนาและประสานความร่วมมือด้านการป้องกันควบคุมโรคกับภาคีเครือข่ายที่สำคัญ
๔.๑.๑	วิเคราะห์ ทบทวน จัดระบบ กำหนดหน้าที่ บทบาท ตลอดจนโครงสร้างองค์กรของหน่วยงานในระบบป้องกันควบคุมโรคเพื่อสามารถทำงานด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพร่วมกันอย่างบูรณาการ มีประสิทธิภาพ และเป็นไปตามข้อกำหนดของกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
๔.๑.๒	ออกแบบระดับศักยภาพของหน่วยงาน ภายใต้ระบบป้องกันควบคุมโรค (Capacity Mapping) ให้มีความครอบคลุมในทุกบทบาทการทำงาน (Function) ของงานด้านป้องกันควบคุมโรค
๔.๑.๓	ส่งเสริมให้หน่วยงานภาคีเครือข่ายพัฒนาศักยภาพของหน่วยงานตาม Capacity Mapping ที่ได้ร่วมกันกำหนดขึ้น
๔.๑.๔	กำหนดให้มีการประเมินศักยภาพการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคของหน่วยงานเป็นระยะ
๔.๑.๕	พัฒนากลไกการประสานงานระหว่างภาคส่วนและภาคีเครือข่ายเพื่อให้การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคดำเนินไปได้อย่างบูรณาการ มีเอกภาพและมีประสิทธิภาพ
๔.๑.๖	สร้างกลไกเพื่อการสื่อสารเชิงกลยุทธ์แบบพหุภาคีเพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกันของหน่วยงานในระบบป้องกันควบคุมโรคของประเทศ
๔.๑.๗	สนับสนุนให้เกิดการพัฒนาระบบการทำงานให้เป็นไปตามภารกิจและบทบาทหน้าที่อย่างเหมาะสม
๔.๑.๘	ออกแบบระบบด้านการเงินและงบประมาณให้มีความเหมาะสมกับการดำเนินงานด้านการป้องกันควบคุมโรค โดยมีกลไกให้หน่วยงานสนับสนุนด้านการเงิน หน่วยงานด้านนโยบาย และหน่วยงานปฏิบัติการได้ทำความเข้าใจร่วมกันทั้งในด้านการระบุปัญหาที่มีความสำคัญ เป้าหมายการดำเนินงาน กลยุทธ์ และการปฏิบัติการที่จำเป็น

๔.๒	พัฒนาความร่วมมือระหว่างประเทศเพื่อการสร้างเสริมสมรรถนะด้านการป้องกันควบคุมโรค	
	๔.๒.๑	พัฒนาศักยภาพด้านการป้องกันควบคุมโรคให้กับประเทศเพื่อนบ้าน โดยเฉพาะในด้านการพัฒนาสมรรถนะด้านช่องทางเข้าออกระหว่างประเทศ ทึ่มสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็ว การฝึกอบรมนักระบาดวิทยา และการเตรียมความพร้อมและการรับมือโรคติดต่ออันตราย
	๔.๒.๒	ขับเคลื่อนงานพัฒนาสมรรถนะด้านเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ในภูมิภาคโดยอาศัยกลไกสมาคมประชาชาติแห่งเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (ASEAN)
	๔.๒.๓	ผลักดันบทบาทประเทศไทยที่สร้างสรรค์และรับผิดชอบในเวทีระดับโลก เช่น การประชุมสมัชชาอนามัยโลก (World Health Assembly, WHA) เป็นต้น
	๔.๒.๔	เพิ่มพูนการใช้ประโยชน์จากกรอบความตกลงที่ประเทศไทยมีกับประเทศต่าง ๆ โดยเฉพาะด้านความร่วมมือและใช้ประโยชน์จากองค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและนวัตกรรม
	๔.๒.๕	เสริมสร้างสถานะความสัมพันธ์กับประเทศยุทธศาสตร์
	๔.๒.๖	พัฒนาขีดความสามารถขององค์กรที่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านความร่วมมือระหว่างประเทศเพื่อการสร้างเสริมสมรรถนะด้านการป้องกันควบคุมโรค
๔.๓	ออกแบบจัดระบบติดตามและประเมินผลที่มีการอย่างบูรณาการการดำเนินการ ที่หน่วยงานต่าง ๆ ในระบบป้องกันควบคุมโรคยอมรับร่วมกัน	
	๔.๓.๑	พัฒนาระบบการวางแผน การติดตาม และประเมินผล อย่างสม่ำเสมอ
	๔.๓.๒	จัดให้มีหน่วยงานกลางระดับชาติ (National Clearinghouse) ขึ้นมาหน่วยงานหนึ่ง เพื่อรับผิดชอบในการประสานข้อมูลจากภาคส่วนต่าง ๆ
	๔.๓.๓	พัฒนากลไกการติดตาม ประเมินผล ตามแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
	๔.๓.๔	พัฒนากลไกในการนำผลการประเมินมาใช้ในการแก้ปัญหา และการปรับปรุงระบบการทำงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
๔.๔	ส่งเสริมความร่วมมือกับภาคส่วนต่าง ๆ ในการจัดการและลงทุนด้านการป้องกันควบคุมโรค	
๔.๕	พัฒนาศักยภาพช่องทางเข้าออกประเทศที่สำคัญตามข้อกำหนดของกฎอนามัยระหว่างประเทศ	
	๔.๕.๑	ปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐานด้านกำลังคน อุปกรณ์ และสถานที่ทำงาน เพื่อให้ช่องทางเข้าออกประเทศสามารถดำเนินการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคได้ตามข้อกำหนดของกฎอนามัยระหว่างประเทศ
	๔.๕.๒	จัดให้มีพื้นที่ที่เหมาะสมเป็นสัดส่วนแยกจากผู้เดินทางอื่น สำหรับใช้เป็นพื้นที่คัดกรองผู้เดินทางที่มาจากพื้นที่เขตติดโรค
	๔.๕.๓	ปรับปรุงมาตรฐานการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพระหว่างประเทศของช่องทางเข้าออกประเทศ ทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งประสานและเผยแพร่มาตรฐานการปฏิบัติงาน แผนฉุกเฉิน ดังกล่าวให้กับหน่วยงานรับผิดชอบช่องทางเข้าออกประเทศอย่างทั่วถึง
	๔.๕.๔	พัฒนาระบบทางการแพทย์เพื่อการตรวจ วินิจฉัย รักษา และส่งต่อผู้ป่วย รวมทั้งผู้เดินทางที่สงสัยจะป่วย บริเวณช่องทางเข้าออกประเทศ
	๔.๕.๕	พัฒนาระบบการจัดการ การคัดกรอง การตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการในการนำเข้า นำผ่าน อาหาร พืช สัตว์ สัตว์ป่า สารเคมี วัสดุภัณฑ์อันตราย วัสดุนิวเคลียร์ และสารชีวภาพ ที่ช่องทางเข้าออกประเทศ

๔.๕.๖	สนับสนุนเครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล ให้เพียงพอในการดำเนินงาน และฝึกอบรมบุคลากร ณ ช่องทางเข้าออกประเทศ ในการคัดกรองอาหาร พืช สัตว์ สัตว์ป่า สารเคมี วัสดุแก๊สมันตรังสี วัสดุนิวเคลียร์ และสารชีวภาพ และผู้เดินทางระหว่างประเทศ
๔.๕.๗	จัดระบบการติดต่อสื่อสารและการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อการตรวจจับ เหตุการณ์ผิดปกติในช่องทางและรายงานข้อมูลที่เป็นไปเพื่อดำเนินมาตรการสาธารณสุข ในช่องทางเข้าออกประเทศ
๔.๕.๘	จัดให้มีพื้นที่หรือช่องทางในการเข้าถึงความรู้เกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพที่อาจก่อให้เกิด ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ
๔.๕.๙	พัฒนาโปรแกรมการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย สำหรับผู้เดินทางที่มาใช้สิ่งอำนวยความสะดวกที่ช่องทางเข้าออกประเทศ และโปรแกรมการจัดการพาหะนำโรค แหล่งรังโรค และภัยสุขภาพ ภายในบริเวณช่องทางเข้าออกประเทศและพื้นที่โดยรอบ

ยุทธศาสตร์ที่ ๕ การพัฒนากำลังคนด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

เป้าหมายหลัก

มีบุคลากรด้านการป้องกันควบคุมโรคที่มีศักยภาพปฏิบัติงานในระบบป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพในทุกกระดับ และมีผู้เชี่ยวชาญด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่จะเป็นหลักในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคอย่างเพียงพอ

เป้าหมายย่อย

๑. กลไกการบริหารจัดการบุคลากรให้เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน (Recruit & Retain)
๒. บุคลากรมีศักยภาพที่สอดคล้องกับสมรรถนะที่จำเป็นและความพร้อมต่อการปฏิบัติงาน (Develop)

ตัวชี้วัด

๑. อัตราส่วนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยาภาคสนามที่ผ่านการฝึกอบรมต่อจำนวนประชากร
๒. ร้อยละของบุคลากรและหน่วยงานเครือข่ายที่ผ่านการพัฒนาความรู้และสมรรถนะความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันควบคุมโรค
๓. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบฐานข้อมูลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานด้านการป้องกันควบคุมโรค (Health Workforce Registry)

มาตรการสำคัญ

๕.๑	กำหนดทิศทางการดำเนินนโยบาย เป้าหมาย และแผนยุทธศาสตร์ด้านทรัพยากรมนุษย์ เพื่อรองรับระบบการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศ และมาตรฐานตามข้อกำหนดของกฎอนามัยระหว่างประเทศ ที่มุ่งเน้นการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ที่หลากหลายวิชาชีพ และให้ความสำคัญกับสาขาสำคัญและจำเป็นที่ประเทศยังมีความขาดแคลน เช่น แพทย์และสัตวแพทย์ ด้านระบาดวิทยา นักวิจัย นักสร้างตัวแบบเชิงคณิตศาสตร์ (Mathematical Modeling) นักเศรษฐศาสตร์ สาธารณสุข เป็นต้น	
๕.๒	กำหนดมาตรฐานการปฏิบัติงานและสมรรถนะที่จำเป็น (Competency Mapping) สำหรับ การปฏิบัติงานด้านการป้องกันควบคุมโรคของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในทุกกระดับ	
๕.๓	พัฒนาระบบ/กลไกการคัดเลือกบุคลากรเพื่อเข้าสู่ระบบการพัฒนาความเชี่ยวชาญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสาขาจำเป็นที่ยังมีความขาดแคลนอยู่มาก	
๕.๔	สนับสนุนและส่งเสริมการพัฒนากำลังคนด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ	
	๕.๔.๑	สร้างกลไกการประสานงานระหว่างหน่วยงานแผน หน่วยงานผลิต และผู้ใช้กำลังคน ด้านสุขภาพในพื้นที่
	๕.๔.๒	ส่งเสริมและสนับสนุนการผลิตบุคลากรด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ให้ตรงกับความต้องการของหน่วยงานที่ให้บริการด้านป้องกันควบคุมโรค
๕.๕	ออกแบบระบบการฝึกอบรมเพื่อเสริมสมรรถนะด้านการป้องกันควบคุมโรค	
	๕.๕.๑	ออกแบบจัดหลักสูตรเสริมสมรรถนะด้านการป้องกันควบคุมโรคให้กับบุคลากร ด้านสาธารณสุข (Short Course, Non-degree Program) ในสมรรถนะที่มีหน่วยงานอื่น จัดหลักสูตรยังไม่เพียงพอ
	๕.๕.๒	นำระบบ Computer Assisted Instruction มาใช้อย่างเหมาะสม
	๕.๕.๓	ยกระดับมาตรฐานการฝึกอบรมทางระบาดวิทยาสำหรับแพทย์และนักวิชาการสาธารณสุข อย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มปริมาณและคุณภาพการผลิตนักระบาดวิทยา

	๕.๕.๔	สร้างเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญและวิทยากรที่จะมาเป็นผู้ถ่ายทอดความเชี่ยวชาญ
	๕.๕.๕	เสริมสร้างสมรรถนะอาจารย์ผู้ฝึกสอนอย่างต่อเนื่อง
๕.๖		จัดระบบการจัดการทรัพยากรมนุษย์อย่างเหมาะสม เพื่อพัฒนาหรือคงความเชี่ยวชาญของกำลังคนด้านการป้องกันควบคุมโรคอย่างต่อเนื่อง
	๕.๖.๑	วิเคราะห์ภาระงาน และวิเคราะห์การกระจายทรัพยากรมนุษย์จำแนกตามรายสาขา
	๕.๖.๒	ออกแบบระบบการคัดเลือกบุคลากรเข้าสู่ตำแหน่งงาน
	๕.๖.๓	สร้างระบบ/กลไกเพื่อให้มีการพัฒนาบุคลากรด้านการป้องกันควบคุมโรคและ ภัยสุขภาพที่ปฏิบัติงานอยู่อย่างต่อเนื่อง โดยอาศัยเทคโนโลยีและกระบวนการใหม่ ๆ ที่เหมาะสม
	๕.๖.๔	การจัดเส้นทางความก้าวหน้าสำหรับแต่ละสายอาชีพให้เหมาะสม
	๕.๖.๕	สร้างกลไกเพื่อให้บุคลากรที่มีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญยังคงสามารถปฏิบัติงาน ที่ตนมีความเชี่ยวชาญได้อย่างต่อเนื่อง
	๕.๖.๖	สร้างกลไกและมาตรการทางการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมการพัฒนา และการคงไว้ซึ่งสมรรถนะของกำลังคนด้านการป้องกันควบคุมโรค
	๕.๖.๗	ออกแบบระบบค่าตอบแทน ค่าเสี่ยงภัย และแรงจูงใจที่มีความเหมาะสม

บทที่ ๖ แนวทางการติดตามประเมินผล

๖.๑ กรอบการติดตามการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศไทย ระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐)

Input	- นโยบาย/ยุทธศาสตร์/แผนระดับชาติ/พันธะสัญญา - ระเบียบ/กฎหมาย - งบประมาณ - ฯลฯ
Process	- นโยบายรัฐบาล -> ยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี -> แผนแม่บทฯ -> แผนพัฒนาฯ จ.๑๓ -> แผนความมั่นคงแห่งชาติ - แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศไทย ระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ.๒๕๖๑-๒๕๘๐)
Outputs	Cooperate KPIs  การใช้จ่ายงบประมาณ  การติดตาม KPI รายยุทธศาสตร์ Milestone
Outcomes	๑. อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life Expectancy : LE) ไม่น้อยกว่า ๘๕ ปี ๒. อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health Adjusted Life Expectancy: HALE) ไม่น้อยกว่า ๗๕ ปี
Impact	ประชาชนได้รับการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพระดับมาตรฐานสากล  ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน

๖.๒ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการนำแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศไทย ระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐)

หน่วยงานที่รับผิดชอบ แบ่งตามรายยุทธศาสตร์ของแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศไทย ระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ.๒๕๖๑-๒๕๘๐) ตามตารางปรากฏข้างล่างนี้

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ การพัฒนานโยบาย มาตรการ และบริการด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

เป้าหมายหลัก

ความชุกและอุบัติการณ์ของการเจ็บป่วย และการเสียชีวิตจากโรคและภัยสุขภาพที่สามารถป้องกันควบคุมได้ลดลง

เป้าหมายย่อย

๑. ประชาชนมีความรอบรู้ มีส่วนร่วม และเชื่อมั่นต่อนโยบาย มาตรการ บริการด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ (Health Literacy)

๒. กลไกการจัดการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่เข้มแข็ง ตอบสนองต่อสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของโรคและภัยสุขภาพ

๓. กฎหมายภายใต้ความรับผิดชอบของกรมควบคุมโรคได้รับการพัฒนา/ปรับปรุงให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน

ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด	หน่วยงานรับผิดชอบหลัก	หน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง
จำนวนผู้ป่วยโรคโปลิโอ	กองโรคติดต่อทั่วไป	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข/ กรมการแพทย์/สำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร/โรงพยาบาลเอกชน และ อื่น ๆ
จำนวนผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้อเอชไอวี	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข/ กรมการแพทย์/สำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร/โรงพยาบาลเอกชน และ อื่น ๆ
อุบัติการณ์วัณโรค	กองวัณโรค	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข/ กรมการแพทย์/สำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร/โรงพยาบาลเอกชน และ อื่น ๆ
อัตราการตายของผู้ที่เป็นโรคหัวใจและ หลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน หรือ โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง	กองโรคไม่ติดต่อ	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข/ กรมการแพทย์/สำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร/โรงพยาบาลเอกชน และ อื่น ๆ
ความชุกของผู้สูบบุหรี่ในประชากรไทย อายุ ๑๕ ปี	กองงานคณะกรรมการควบคุม ผลิตภัณฑ์ยาสูบ	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข/ กรมการแพทย์/สำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร/สำนักงานกองทุน สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ/ โรงพยาบาลเอกชน และอื่น ๆ
ประมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ต่อ ประชากรอายุ ๑๕ ปี ขึ้นไป	สำนักงานคณะกรรมการ ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข/ กรมการแพทย์/สำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร/สำนักงานกองทุน สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ/ โรงพยาบาลเอกชน และอื่น ๆ
อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุ น้อยกว่า ๑๕ ปี	กองป้องกันการบาดเจ็บ	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข/ กรมการแพทย์/สำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร/โรงพยาบาลเอกชน และ อื่น ๆ
อัตราป่วยโรคพิษโลหะหนัก ในประชากรอายุ ๐ - ๑๔ ปี ในพื้นที่เสี่ยงสูง	กองโรคจากการประกอบ อาชีพและสิ่งแวดล้อม	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข/ กรมการแพทย์/สำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร/กระทรวงอุตสาหกรรม/ โรงพยาบาลเอกชน และอื่น ๆ
ร้อยละของรพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินด้าน การควบคุมโรคของกรมฯ (รพ.สต.ติดดาว)	สำนักงานคณะกรรมการ ผู้ทรงคุณวุฒิ	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
อัตราการติดเชื้อติดในโรงพยาบาล	สถาบันบำราศนราดูร	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข/ กรมการแพทย์/สำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร/โรงพยาบาลเอกชน และ อื่น ๆ

ตัวชี้วัด	หน่วยงานรับผิดชอบหลัก	หน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง
อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วย Primary MDR-TB	กองวินโรค	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข/ กรมการแพทย์/สำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร/โรงพยาบาลเอกชน และ อื่น ๆ
ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	กองโรคไม่ติดต่อ	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข/ กรมการแพทย์/สำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร/โรงพยาบาลเอกชน และ อื่น ๆ
ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	กองโรคไม่ติดต่อ	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข/ กรมการแพทย์/สำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร/โรงพยาบาลเอกชน และ อื่น ๆ
สัดส่วนประชาชนที่มีความรู้สุขภาพ เรื่องโรคอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำที่เกิดจาก การเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศ	สำนักสื่อสารความเสี่ยงและ พัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ	กระทรวงสาธารณสุข
ระดับความสำเร็จของการพัฒนา/ปรับปรุง กฎหมายด้านการป้องกันควบคุมโรคและ ภัยสุขภาพ	กองกฎหมาย	ทุกหน่วยงานในสังกัดกรมควบคุมโรค

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ การเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข

เป้าหมายหลัก

ประเทศไทยมีระบบจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขและศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่สามารถตอบโต้ทุกภัยอย่างรวดเร็ว เป็นระบบ มีความเป็นเอกภาพ แบบบูรณาการมีประสิทธิภาพ และปลอดภัย

เป้าหมายย่อย

๑. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรรองรับภาวะฉุกเฉิน (Staff)
๒. การเพิ่มศักยภาพและการพัฒนาระบบการเตรียมความพร้อมของทรัพยากรเพื่อรองรับภาวะฉุกเฉิน (Stuff)
๓. การเพิ่มศักยภาพของระบบบริหารจัดการและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพในทุกระดับ (System)

ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด	หน่วยงานรับผิดชอบหลัก	หน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง
ระยะเวลาที่ใช้ในการ Activate EOC	กองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน	กระทรวงสาธารณสุข/กระทรวงมหาดไทย
จำนวนผู้ป่วยโรคติดต่ออันตรายเกิดขึ้นใน Generation ที่ ๒	กองระบาดวิทยา	กระทรวงสาธารณสุข
จำนวนหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคที่สามารถสอบสวนควบคุมโรคติดต่ออันตรายและภัยตามกฎหมายระหว่างประเทศได้	กองระบาดวิทยา	กระทรวงสาธารณสุข/กรุงเทพมหานคร
ทุกจังหวัดมีศักยภาพทางการแพทย์และสาธารณสุขในการจัดการภาวะฉุกเฉินอย่างเพียงพอและทันการณ์	กองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน	กระทรวงสาธารณสุข/กรุงเทพมหานคร

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ การยกระดับโครงสร้างพื้นฐานของระบบป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

เป้าหมายหลัก

๑. มีข่าวสารและองค์ความรู้ที่สำคัญจำเป็นสำหรับการทำงานของระบบป้องกันควบคุมโรคอย่างรวดเร็ว ครบถ้วน เที่ยงตรง บูรณาการ และมีประสิทธิภาพ
๒. มีเครือข่ายห้องปฏิบัติการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน ใกล้กับจุดให้บริการผู้ป่วย สามารถตรวจวินิจฉัยโรคติดต่ออันตรายและโรคสำคัญอื่น ๆ ได้

เป้าหมายย่อย

๑. การพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ระบบฐานข้อมูลและการประมวลผลข้อมูล เพื่อการพยากรณ์ และการเฝ้าระวังป้องกันโรคและภัยสุขภาพ รวมทั้งการเข้าถึงข้อมูลที่สำคัญเพื่อใช้ประโยชน์ในทุกระดับ
๒. การพัฒนาระบบวิจัย นวัตกรรมและการจัดการความรู้
๓. การพัฒนาและการสร้างเครือข่ายห้องปฏิบัติการทางสาธารณสุขให้ผ่านการรับรองมาตรฐานระดับสากล
๔. การยกระดับโครงสร้างพื้นฐานเพื่อการบริหารจัดการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศอย่างมีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด	หน่วยงานรับผิดชอบหลัก	หน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง
ร้อยละห้องปฏิบัติการด้านการควบคุมโรค ผ่านการรับรองมาตรฐานระดับสากล	สถาบันบำราศนราดูร/ สำนักงานคณะกรรมการ ผู้ทรงคุณวุฒิ	ทุกหน่วยงานในสังกัดกรมควบคุมโรค/ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์/ ห้องแล็บเอกชน
จำนวนผู้ปฏิบัติงานที่ได้รับอันตราย จากภัย (เคมี กัมมันตรังสีและนิวเคลียร์) หรือติดเชื้อโรคติดต่ออันตรายจาก การปฏิบัติงาน	กองโรคจากการประกอบ อาชีพและสิ่งแวดล้อม	กระทรวงสาธารณสุข/กระทรวง อุตสาหกรรม
จำนวนผลงานนวัตกรรม วิจัยหรือเทคโนโลยี สุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอด ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการยกระดับ คุณภาพชีวิตของประชาชนได้เป็นรูปธรรม	กองนวัตกรรมและวิจัย	ทุกหน่วยงานในสังกัดกรมควบคุมโรค
การบูรณาการฐานข้อมูลร่วมกับหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง	กองดิจิทัลเพื่อการควบคุมโรค	กระทรวงสาธารณสุข/กระทรวงดิจิทัลเพื่อ เศรษฐกิจและสังคม
จำนวนศูนย์วิจัย (Research Center) หรือ ศูนย์กักกันโรค (Quarantine Center) ระดับเขต/จังหวัด		

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ การปรับปรุงระบบบริหารจัดการและการพัฒนาความร่วมมือ

เป้าหมายหลัก

ประเทศไทยมีโครงสร้าง ระบบ และกลไกการบริหารจัดการระบบป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่เข้มแข็ง สนับสนุนการดำเนินงานด้านการป้องกันโรคและภัยสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เป้าหมายย่อย

๑. ระบบบริหารจัดการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
๒. กลไกความร่วมมือเครือข่ายภายในประเทศ
๓. กลไกความร่วมมือเครือข่ายระหว่างประเทศ

ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด	หน่วยงานรับผิดชอบหลัก	หน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง
ระดับสมรรถนะของระบบป้องกัน ควบคุมโรคตามเกณฑ์ของกฎอนามัย ระหว่างประเทศ	กองระบาดวิทยา	กระทรวงสาธารณสุข/กระทรวงการคลัง/ กระทรวงการต่างประเทศ/กระทรวง เกษตรและสหกรณ์
การจัดตั้งศูนย์บริหารจัดการโรคติดต่อ อุบัติใหม่ระดับตำบล	สำนักงานป้องกันควบคุมโรค ที่ ๑ - ๑๒	กระทรวงสาธารณสุข/กระทรวงมหาดไทย
ร้อยละของหน่วยบริการปฐมภูมิและ เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่เปิด ดำเนินการในพื้นที่ จำนวนเป้าหมาย ๖,๕๐๐ หน่วย	สำนักงานคณะกรรมการ ผู้ทรงคุณวุฒิ	กระทรวงสาธารณสุข
ร้อยละความสำเร็จการมีกลไก รูปแบบ รวมถึงมีกิจกรรมมีส่วนร่วมของเครือข่าย ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ในระดับพื้นที่ ในการเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรค		
ระดับความสำเร็จของการขับเคลื่อนใน การจัดตั้งศูนย์อาเซียนด้านการรับมือกับ ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขและโรคอุบัติใหม่ (ASEAN Centre for Public Health Emergencies and Emerging Diseases : ACPHEED)	สำนักงานความร่วมมือ ระหว่างประเทศ	กระทรวงสาธารณสุข

ยุทธศาสตร์ที่ ๕ การพัฒนากำลังคนด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

เป้าหมายหลัก

มีบุคลากรด้านการป้องกันควบคุมโรคที่มีศักยภาพปฏิบัติงานในระบบป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพในทุกกระดับ และมีผู้เชี่ยวชาญด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่จะเป็นหลักในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคอย่างเพียงพอ

เป้าหมายย่อย

๑. กลไกการบริหารจัดการบุคลากรให้เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน (Recruit & Retain)
๒. บุคลากรมีศักยภาพที่สอดคล้องกับสมรรถนะที่จำเป็นและความพร้อมต่อการปฏิบัติงาน (Develop)

ตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย

ตัวชี้วัด	หน่วยงานรับผิดชอบหลัก	หน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง
อัตราส่วนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยาภาคสนามที่ผ่านการฝึกอบรมต่อจำนวนประชากร	กองระบาดวิทยา/กองบริหารทรัพยากรบุคคล	
ร้อยละของบุคลากรและหน่วยงานเครือข่ายที่ผ่านการพัฒนาความรู้และสมรรถนะความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันควบคุมโรค		
ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบฐานข้อมูลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานด้านการป้องกันควบคุมโรค (Health Workforce Registry)		

บทที่ ๗ แนวทางการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของ ประเทศ ระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐) ฉบับปรับปรุง พ.ศ. ๒๕๖๔

การขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศไทย ระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐) ฉบับปรับปรุง พ.ศ. ๒๕๖๔ ให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ มีแนวทางการขับเคลื่อน ดังนี้

ด้านการเตรียมการและการวางแผน

๑. แต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อทำหน้าที่ผลักดัน ขับเคลื่อน กำกับ ติดตาม และประเมินผล การดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศไทย ระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐) ฉบับปรับปรุง พ.ศ. ๒๕๖๔ ซึ่งคณะกรรมการฯ ชุดนี้ อาจใช้อำนาจในการแต่งตั้ง คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนงานตามยุทธศาสตร์ย่อยเพิ่มเติมได้

๒. ดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติการระยะ ๕ ปี ภายใต้กรอบแนวทางแผนปฏิบัติการด้านการป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศไทย ระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐) ฉบับปรับปรุง พ.ศ. ๒๕๖๔ โดยพิจารณาให้ความสำคัญประเด็นความสอดคล้องเชื่อมโยงและบูรณาการการดำเนินงานด้านต่าง ๆ ตลอดจน ในการจัดทำแผนที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ เช่น แผนยุทธศาสตร์ตามรายโรค แผนปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติ โรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘ เป็นต้นด้วย

๓. ให้นำหน่วยงานหรือองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องมอบหมายผู้ประสานงานด้านการป้องกันควบคุมโรค ของหน่วยงาน/องค์กร โดยแจ้งรายชื่อให้กรมควบคุมโรค (ในฐานะผู้ประสานงานหลัก) และปรับปรุงรายชื่อ ให้ทันสมัยอยู่เสมอ

การดำเนินการตามแผน

๑. สื่อสาร ประชาสัมพันธ์ สร้างความรู้ความเข้าใจในสาระสำคัญของแผนปฏิบัติการด้านการป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศไทย ระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐) ฉบับปรับปรุง พ.ศ. ๒๕๖๔ ผ่านช่องทาง และโอกาสต่าง ๆ ตามความเหมาะสม

- จัดเวทีสื่อสาร
- เผยแพร่แผนปฏิบัติการฯ ให้กับภาคีเครือข่ายได้ทราบอย่างทั่วถึง
- จัดเวทีเพื่อสร้างความเข้าใจในการจัดลำดับความสำคัญของขั้นตอน กระบวนการที่เกี่ยวข้อง
- ประสานกับสถาบันการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเพื่อให้มีสาระเนื้อหาที่สอดคล้องกับ

แผนปฏิบัติการฯ

• สื่อสารและถ่ายทอดให้เกิดความเข้าใจในทิศทาง เป้าหมาย สาระสำคัญและมาตรการ การดำเนินงานในส่วนที่เกี่ยวข้อง

๒. หน่วยงานต่าง ๆ ที่รับผิดชอบดำเนินกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการที่กำหนด

๓. จัดให้มีการประชุมคณะกรรมการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการฯ อย่างสม่ำเสมอ

๔. ขอความร่วมมือให้หน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องสำคัญ (Major Stakeholder) ดำเนินงานและ ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์แต่ละยุทธศาสตร์ร่วมกันอย่างบูรณาการ

การติดตามและการประเมินผล

๑. กำหนดให้มีคณะกรรมการหรือคณะทำงานขึ้นมาชุดหนึ่ง มีหน้าที่ในการติดตามความก้าวหน้า ประเมินผลสัมฤทธิ์ของการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศ ระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐) ฉบับปรับปรุง พ.ศ. ๒๕๖๔ และสรุปรายงานความก้าวหน้าและผลการดำเนินงานให้คณะกรรมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการทราบต่อไป

๒. จัดให้มีการทบทวนผลการดำเนินงาน การสรุปบทเรียน และประเมินผลการดำเนินงานเป็นระยะ เพื่อทราบปัญหาอุปสรรคที่สำคัญในการดำเนินงาน พร้อมทั้งแก้ไขปรับปรุงปัญหานั้น ๆ ได้

๓. คณะกรรมการหรือคณะทำงานติดตามประเมินผล ทำหน้าที่รวบรวมรายงานความก้าวหน้าและผลการดำเนินงาน และทำการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ เพื่อนำเสนอภาพรวมผลการดำเนินงานให้คณะกรรมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการทราบ

การปรับปรุงแก้ไข

๑. คณะกรรมการซึ่งทำหน้าที่ผลักดัน ขับเคลื่อน กำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศ ระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐) ฉบับปรับปรุง พ.ศ. ๒๕๖๔ ควรมีวาระในการทบทวนความเหมาะสมของแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศ ระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐) เป็นระยะ ๆ เช่น การทบทวนสถานการณ์ก่อนการจัดทำแผนปฏิบัติการระยะ ๕ ปี ในครั้งต่อไป

๒. ควรเน้นให้มีการปรับปรุงแผนปฏิบัติการระยะ ๕ ปี ให้เหมาะสมกับสถานการณ์และผลการดำเนินงานในช่วงระยะที่ผ่านมา เพื่อให้การดำเนินงานตามยุทธศาสตร์บรรลุเป้าหมายได้ภายในเวลาที่กำหนด

ภาคผนวก

ภาคผนวกที่ ๑ : การบริหารจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) ในต่างประเทศ

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) ทั่วโลกในปัจจุบัน ส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพและสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพของประชากรเป็นอย่างมาก จึงได้มีการศึกษา ค้นคว้าถึงการบริหารจัดการโรคในภาวะวิกฤตของประเทศต่าง ๆ เพื่อเป็นองค์ประกอบในการพิจารณาจัดทำ แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศ ระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐) ฉบับปรับปรุง พ.ศ. ๒๕๖๔ ดังนี้

ประเทศสิงคโปร์

สิงคโปร์เป็นประเทศแรก ๆ ในโลกที่ประกาศว่า โควิดอาจจะไม่หายไปจากสังคม แต่สังคมจะต้องปรับตัวอยู่กับโควิด 19 ให้ได้ ซึ่งแต่ละประเทศจำเป็นต้องเลือกกระหน่ำการควบคุมจำนวนผู้ติดเชื้อโควิด 19 ให้อยู่ในระดับต่ำหรือการยอมรับความเสี่ยงของการแพร่ระบาดของโรคจากการเปิดเศรษฐกิจของประเทศ ในรูปแบบ New Normal ประเทศที่สามารถเปิดรับและบริหารจัดการความเสี่ยงได้เป็นอย่างดี จะเกิดความได้เปรียบและมีความสามารถในการแข่งขันทางเศรษฐกิจที่สูงกว่าประเทศอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศที่มีการพึ่งพาทางเศรษฐกิจกับต่างประเทศสูงทั้งในด้านการค้าและการท่องเที่ยว และเป็นประเทศที่มีขนาดทางเศรษฐกิจเล็ก ยิ่งจำเป็นต้องบริหารจัดการความเสี่ยงจากทางเลืกดังกล่าวให้ดี ซึ่งรวมถึงประเทศไทยที่พึ่งพา การท่องเที่ยวสูงกว่าประเทศสิงคโปร์ โดยประเทศสิงคโปร์ได้ประกาศวิสัยทัศน์ ๗ ด้าน ในการอยู่ร่วมกับโควิด 19 หากโรคนี้จะไม่หายไปในอนาคต ดังนี้

๑. การสื่อสาร ประเทศสิงคโปร์จะไม่รายงานผลจำนวนผู้ติดเชื้อรายวันแต่จะรายงานเฉพาะจำนวน ผู้ป่วยที่มีอาการหนักและผู้เสียชีวิต เนื่องจากคาดว่าในอนาคตโควิดจะอยู่กับโลกนี้ต่อไปคล้ายกับโรคไข้หวัดใหญ่ รวมถึงการปิด/เปิดเมือง จะไม่ประกาศเปลี่ยนแปลงบ่อยครั้งดังเช่นในปัจจุบัน

๒. การตรวจสอบโรค (Testing) ยังคงปริมาณการตรวจสอบจำนวนมากต่อไปแต่จะปรับเปลี่ยน บทบาท โดยในระยะสั้นจะเป็นการตรวจสอบเพื่อแยกตัวผู้ติดเชื้อและควบคุมโรค ดังที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน แต่ในระยะต่อไป การตรวจสอบโรคจะต้องทำได้สะดวก รวดเร็ว และราคาไม่แพง สามารถตรวจสอบได้ด้วย ตนเองเช่นเดียวกับการตรวจสอบการตั้งครรภ์และการวัดปริมาณระดับแอลกอฮอล์ในเลือด ซึ่งไม่จำเป็นต้องตรวจสอบตลอดเวลา แต่จะเจาะจงในกลุ่มคนที่ต้องสัมผัสกับคนจำนวนมาก อาทิ คนขับรถแท็กซี่ หรือก่อน การจัดประชุม/สัมมนาขนาดใหญ่

๓. BioTech หากโควิด 19 ยังคงอยู่ต่อไป วัคซีนจำเป็นต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและมีการฉีด วัคซีนเพิ่มเพื่อกระตุ้นภูมิคุ้มกัน (Booster) ทำให้ต้องมีแผนจัดซื้อวัคซีนประจำปี รวมถึงการลงทุนด้านการวิจัย และพัฒนาวัคซีน จึงคาดว่าอุตสาหกรรมไบโอเทคของประเทศสิงคโปร์จะเติบโตอย่างมาก ซึ่งปัจจุบัน BioNTech บริษัทที่ผลิตวัคซีน mRNA มีแผนการลงทุนในประเทศสิงคโปร์ นอกจากนี้ ประเทศสิงคโปร์ยังคาดว่าจะ มีความเสี่ยงในเรื่องสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดโรคระบาดอื่นได้อีกในอนาคต ซึ่งคาดว่า mRNA จะเป็นเทคโนโลยี ที่สามารถควบคุมการระบาดของโรคอื่น ๆ ต่อไป

๔. การเดินทางระหว่างประเทศ จะมีการอนุญาตให้เดินทางในระหว่างประเทศที่มีมาตรฐานเดียวกัน มีวัคซีนพาสปอร์ตที่เป็นที่ยอมรับระหว่างกัน และมีการเจรจาทำความตกลงระหว่างประเทศในเรื่องการเดินทาง ซึ่งเชื่อมโยงกับภาคการท่องเที่ยว โดยเฉพาะการเดินทางท่องเที่ยวเชิงธุรกิจ (MICE) ที่กรมควบคุมโรค และ

กระทรวงสาธารณสุข จะมีบทบาทเพิ่มมากขึ้นในการทำระบบการตรวจสอบโรคของผู้เดินทางเข้าประเทศ เพื่อร่วมงานประชุม/กิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกับกระทรวงการต่างประเทศ กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา และกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม

๕. ธุรกิจใหม่ ๆ พฤติกรรมของคนที่ปรับตัวเข้าสู่โลกดิจิทัล (Digital) ทำให้เกิดรูปแบบธุรกิจใหม่ ๆ ที่ใช้เทคโนโลยีมากขึ้น แบ่งออกเป็น 2H ได้แก่ (๑) Health คนใช้บริการ Telemedicine เพิ่มขึ้น ทำให้การใช้ข้อมูลและ AI ในการตรวจวินิจฉัยและการติดตามการเบิกจ่ายประกันสุขภาพมีความสำคัญมากขึ้น รวมถึงมีการทำ Early warning เพื่อแจ้งเตือนการระบาดของโรค และ (๒) Home ที่คนทำกิจกรรมต่าง ๆ จากที่บ้านมากขึ้น

๖. Data Infrastructure and Governance เป็นหัวใจสำคัญของการขับเคลื่อนธุรกิจรูปแบบใหม่ ในอนาคตที่ประเทศสิงคโปร์ต้องการเป็นผู้นำในด้านนี้ โดยได้มีกฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความสมดุลระหว่างการปกป้องผู้บริโภคและการสนับสนุนธุรกิจให้สร้างสรรค์นวัตกรรมได้ มีระบบบัตรประชาชนดิจิทัลที่มีข้อมูลด้านสาธารณสุขของประชาชน (My Info) ที่บุคคลสามารถให้ความยินยอมแก่โรงพยาบาลในการเข้าถึงข้อมูลส่วนตัวด้านสุขภาพ รวมถึงการเข้าถึงบริการทางการเงินและบริการของภาครัฐ

๗. ทักษะ ทุกคนต้องมี Digital and Data Literacy ซึ่งแบ่งเป็น ๒ ระดับ คือ ระดับทั่วไปที่สามารถเข้าใจและใช้ประโยชน์ในชีวิตประจำวันได้ และระดับสูง คือ Data Scientist/Engineer ที่สิงคโปร์พยายามสร้างคนในประเทศ และดึงดูดคนเก่งให้เข้ามาทำงานในประเทศให้มากขึ้น

อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันประเทศสิงคโปร์ยังไม่สามารถไปถึงวิสัยทัศน์ดังกล่าว จึงมี ๓ ประเด็นสำคัญที่ต้องดำเนินการ ได้แก่

๑. Safetiness คือ การเข้าใจความเชื่อมโยงอย่างลึกลับระหว่างนโยบายควบคุมโรคกับนโยบายเศรษฐกิจ อาทิ มาตรการปิด/เปิดเมืองเพื่อควบคุมโรคส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจอย่างมากกว่านโยบายกระตุ้นเศรษฐกิจต่าง ๆ ของภาครัฐ มาตรการเฝ้าระวังที่ไม่เพียงพอจะส่งผลให้คนไม่กักตัวและออกมาทำงาน ทำให้เกิดการแพร่ระบาดของโรค

๒. Data คือ การใช้ข้อมูลอย่างเข้มข้น ตัวอย่างของประเทศสิงคโปร์ที่มีการฉีดวัคซีนครบ ๒ เข็ม คิดเป็นสัดส่วนประมาณ ๖๐% แต่ยังคงปิดเมืองทั้งที่มีจำนวนผู้ติดเชื้อประจำวันประมาณ ๑๐๐ คน เนื่องจากพบข้อมูลของผู้สูงอายุที่ยังไม่ได้รับการฉีดวัคซีนประมาณ ๒ แสนคน ซึ่งหากมีการติดเชื้อ ๑๐% จะมีอัตราการเข้ารักษาเป็นผู้ป่วยหนัก (ICU) ประมาณ ๒ พันคน และเมื่อพิจารณาความสามารถในการรักษา (Capacity) กรณี ICU อาจไม่สามารถรองรับได้ นอกจากนี้ จากการติดตามข้อมูลการแพร่ระบาดพบว่าส่วนใหญ่ระบาดในพื้นที่ที่ผู้สูงอายุนิยมรวมตัวกัน เช่น โรงอาหาร จึงเป็นสาเหตุให้ประกาศปิดเมืองและสามารถควบคุมโรคได้อย่างรวดเร็ว

๓. Communicate คือ การสื่อสารเป็นเรื่องที่สำคัญและจำเป็นมาก ประชาชนจำเป็นต้องฟังผู้เชี่ยวชาญในเรื่องข้อมูลเชิงเทคนิค ขณะเดียวกันผู้เชี่ยวชาญจำเป็นต้องฟังความเห็นของประชาชนเช่นกัน และการสื่อสารของผู้เชี่ยวชาญที่มี Empathy จะทำให้ความรู้สึกของประชาชนที่ต้องรับผลกระทบจากการปิดเมืองดีขึ้นได้ ซึ่งประเทศสิงคโปร์ตั้งแต่ระดับผู้นำสามารถสื่อสารได้เป็นอย่างดี

ประเทศอังกฤษ

ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) ทั่วโลก รัฐบาลอังกฤษได้มีนโยบายที่สวนทางกับประเทศเพื่อนบ้านและองค์การอนามัยโลก (WHO) โดยมีแนวทางสำคัญคือ การสร้างภูมิคุ้มกันหมู่ (Herd Immunity) ด้วยการถ่วงเวลาให้เกิดการระบาดอย่างค่อยเป็นค่อยไป เมื่อประชากรในประเทศที่มีร่างกายแข็งแรงเกิดการติดเชื้อและได้รับการรักษาจนหายก็จะเกิดภูมิคุ้มกันหมู่ในประชากร

รัฐบาลอังกฤษได้มีการประกาศแผนปฏิบัติงาน Coronavirus : action plan ในเดือนมีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๓ เพื่อเป็นแนวทางการดำเนินการจัดการสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) ซึ่งในขณะนั้นเป็นสถานการณ์ฉุกเฉินเร่งด่วนจึงมีการพัฒนามาจากแนวทางการจัดการของโรคไข้หวัดใหญ่ เนื่องจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) มีลักษณะเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ (Respiratory infections) คล้ายคลึงกับโรคไข้หวัดใหญ่ โดยแผนปฏิบัติงาน Coronavirus : action plan ได้จัดแบ่งระดับขั้นของการระบาดและการแก้ปัญหาออกเป็น ๔ ระดับ ได้แก่

ระยะที่ ๑ Contain phase ตรวจหาผู้ป่วยและติดตามผู้สัมผัสใกล้ชิด เพื่อป้องกันและจำกัดการระบาดของโรคภายในประเทศ

ระยะที่ ๒ Delay phase ชะลอการระบาดภายในประเทศ ถ่วงเวลาการระบาดในระยะยาวโดยรักษาระดับการดำเนินงานให้ช่วงที่การระบาดรุนแรงที่สุดต้องไม่เกินขีดความสามารถในการให้บริการรักษา

ระยะที่ ๓ Research phase มุ่งเน้นการศึกษาและวิจัยเพื่อทำความเข้าใจการแพร่ระบาดของไวรัส ค้นหาวิธีการตอบโต้ทั้งด้านยาและการผลิตวัคซีน

ระยะที่ ๔ Mitigate phase จัดเตรียมระบบการรักษาที่มีคุณภาพสำหรับผู้ป่วย ให้การสนับสนุนบริการสาธารณสุขเพื่อคงไว้ซึ่งบริการที่สำคัญ รวมทั้งการแก้ไขปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคม

อย่างไรก็ตาม สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) มีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ ทั้งการกลายพันธุ์ของเชื้อไวรัส พฤติกรรมของประชากร การรับวัคซีน ผลกระทบจากสภาพอากาศ รวมถึงผลการวิจัยต่าง ๆ ที่ค้นพบข้อมูลใหม่ ๆ ดังนั้นการเตรียมพร้อมการรับมือจึงจำเป็นที่จะต้องพัฒนาและเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์อย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งมีการคาดการณ์สถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๔ ประเทศอังกฤษจึงได้มีการประกาศคำแนะนำ COVID - 19 Response : Autumn and Winter Plan 2021 เพื่อรองรับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) ในฤดูหนาวซึ่งสภาพอากาศที่หนาวมักจะมีผลกระทบในการดำเนินงานทางสาธารณสุขและอาจมีผลกระทบต่อการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) เช่นเดียวกัน โดยมีมาตรการหลัก ดังนี้

๑. การสร้างระบบป้องกันด้วยนโยบายทางเภสัชกรรม โดยการใช้วัคซีน ยาต้านไวรัส และการบำบัดรักษาโรค

๒. จำกัดการระบาดด้วยการตรวจ ติดตาม และกักกันโรค (Test, Trace and Isolate)

๓. สนับสนุนสำนักงานบริการสุขภาพแห่งชาติ (NHS) และการดูแลทางสังคม

๔. ให้คำแนะนำแก่ประชาชนในการป้องกันตัวเองด้วยคู่มือและการสื่อสารที่ชัดเจน

๕. ดำเนินการตามแนวทางสากล สนับสนุนการฉีดวัคซีนในทุก ๆ ประเทศ เพื่อการจัดการความเสี่ยงบริเวณชายแดนและการสร้างภูมิคุ้มกันหมู่

และจากการเผชิญสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) ตั้งแต่ช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๒ ได้แสดงให้เห็นว่าลักษณะและรูปแบบของการระบาดนั้น สามารถเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาและยังคงยากต่อการพยากรณ์ ดังนั้น นอกจากมาตรการหลักข้างต้นซึ่งเรียกว่าเป็น Plan A ของรัฐบาลอังกฤษแล้วนั้น ยังมีการเตรียม Plan B ซึ่งเป็นแผนสำรองสำหรับรองรับในกรณีที่ข้อมูลบ่งชี้ว่าสถานการณ์การระบาดอยู่ภายใต้แรงกดดันที่ควบคุมได้ยาก โดยรัฐบาลดำเนินการจัดลำดับความสำคัญของมาตรการที่สามารถช่วยควบคุมการแพร่กระจายของไวรัสพร้อมทั้งพยายามลดผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคม โดยมีมาตรการสำคัญ ดังนี้

๑. การสื่อสารที่ชัดเจนและเร่งด่วนต่อประชาชนในการชี้แจงการเพิ่มระดับความรุนแรงของสถานการณ์ เพื่อให้ประชาชนมีพฤติกรรมที่ระมัดระวัง

๒. ออกคำสั่งให้ผู้เข้าใช้บริการในบางสถานที่ต้องมีหนังสือรับรองการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) เช่น สถานที่ปิดที่รองรับคน ๕๐๐ คนขึ้นไปและสถานที่เปิดที่รองรับคน ๔,๐๐๐ คนขึ้นไป เป็นต้น

๓. การบังคับใช้กฎหมายควบคุมการสวมหน้ากากอนามัยในบางสถานที่ เช่น การใช้บริการขนส่งสาธารณะ

รวมทั้งอาจมีการขอความร่วมมือในการทำงานที่บ้าน (Work from home) ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง แต่รัฐบาลอังกฤษตระหนักดีว่ามาตรการ Work from home จะส่งผลกระทบทำให้เกิดการหยุดชะงักมากขึ้น และมีค่าใช้จ่ายในทันทีต่อระบบเศรษฐกิจและการดำเนินธุรกิจบางประเภท ดังนั้นมาตรการในการประกาศใช้จริงจึงต้องอ้างอิงจากสถานการณ์ ณ เวลานั้น ซึ่งประเทศอังกฤษก็ได้มีการประกาศใช้ Plan B ในช่วงต้นเดือนธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ เพื่อรองรับสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสสายพันธุ์โอมิครอน เนื่องจากประเทศอังกฤษมีผู้ติดเชื้อเป็นจำนวนมากและมีอัตราการติดเชื้อที่รวดเร็ว พร้อมทั้งยังคงมีการหารือเตรียมรับมือกับสถานการณ์การระบาดอย่างต่อเนื่องเพื่อหลีกเลี่ยงการใช้มาตรการล็อกดาวน์ที่จะเกิดผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างมาก

**ภาคผนวกที่ ๒ : การประเมินผลการดำเนินงานตามแผนพัฒนาด้านการป้องกันควบคุมโรคและ
ภัยสุขภาพของประเทศ ระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐) ระยะปฏิรูป (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๕) ช่วงปี
พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓ (Mid Term Reviewed)**

นับตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๖๑ กรมควบคุมโรคใช้แผนพัฒนาด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
ของประเทศ ระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐) ระยะปฏิรูป (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๕) เป็นแนวทางใน
การดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของหน่วยงานทุกหน่วยงานของกรมควบคุมโรค
โดยในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ ถือว่ามีการประกาศใช้แผนพัฒนาฯ จบจนระยะครึ่งแผนแล้ว การประเมินผล
การดำเนินงานตามแผนพัฒนาด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศ ระยะ ๒๐ ปี
(พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐) ระยะปฏิรูป (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๕) ช่วงปี พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓ (Mid Term Reviewed)
จะช่วยให้ทราบถึงสถานการณ์จากการนำนโยบายไปปฏิบัติ ผลการดำเนินงาน และนำไปสู่การปรับปรุงเพื่อให้
สามารถบรรลุเป้าหมายตามที่กำหนดไว้ของแผนพัฒนาฯ โดยในการศึกษานี้จะเป็นการประเมินเพื่อทราบ
ความสำเร็จของการดำเนินงานตามแผนพัฒนาฯ รวมถึงปัญหา อุปสรรค ของการดำเนินงาน เพื่อนำไปปรับปรุง
และพัฒนาการขับเคลื่อนแผนพัฒนาด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศ ระยะ ๒๐ ปี
(พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐) ระยะปฏิรูป (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๕) ให้มีความสมบูรณ์ และสามารถนำไปปรับใช้ใน
สถานการณ์ปกติรวมถึงในสถานการณ์ที่ฉุกเฉิน เพื่อให้ประชาชนในประเทศไทยมีสุขภาพดีได้รับการป้องกัน
ควบคุมโรค และภัยสุขภาพระดับมาตรฐานสากล

โดยเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ดัชนีชี้วัดผลการดำเนินงาน (KPIs) และมีการประยุกต์ใช้ PCDA
Model มาเป็นกรอบในแนวทางการประเมินผล ซึ่งจะสามารถสะท้อนให้เห็นถึงพัฒนาการและความสำเร็จ
ในการดำเนินงานขับเคลื่อนแผนพัฒนาด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศระยะ ๒๐ ปี
ตามแต่ละยุทธศาสตร์ ตลอดจนได้ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานในระยะต่อไปสำหรับการรวบรวมข้อมูล
เกี่ยวกับตัวชี้วัดที่ปรึกษาฯ จะดำเนินการรวบรวมข้อมูลทั้งในรูปแบบข้อมูลปฐมภูมิและข้อมูลทุติยภูมิ
รายละเอียดดังนี้

๑) ข้อมูลทุติยภูมิ

เป็นการรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิ เกี่ยวกับผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของกรมควบคุมโรค
โดยข้อมูลที่น่ามาใช้ในการวิเคราะห์จะขึ้นอยู่กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องซึ่งได้มีการประเมินผลการดำเนินงาน
โดยที่ปรึกษาจะดำเนินการรวบรวมข้อมูลผลการดำเนินงานรายตัวชี้วัด ตามยุทธศาสตร์ของแผนพัฒนา
ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศ ระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐) ระยะปฏิรูป
(พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๕) และกระบวนการจัดทำแผน กระบวนการถ่ายทอดแผน และกระบวนการติดตาม
และประเมินผลแผน จากเอกสารที่เกี่ยวข้อง อาทิ เอกสารการดำเนินงานของหน่วยงานในกรมควบคุมโรค
รายงานประจำปีของกรมควบคุมโรค ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ หรือ Health Data Center (HDC)
ของกระทรวงสาธารณสุข และยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี ด้านการป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
(พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๘๐) เป็นต้น โดยการประยุกต์ใช้ดัชนีชี้วัดผลงานหลัก (Key Performance Indicators : KPIs)
กับตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ เพื่อวัดระดับความสำเร็จของตัวชี้วัดในแต่ละเป้าหมายที่มีการตั้งค่าเป้าหมายขึ้น

๒) ข้อมูลปฐมภูมิ

ประกอบด้วย ๒ กิจกรรม ได้แก่ การสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อรวบรวมประเด็นที่มีลักษณะจำเพาะ
เจาะจง (Specific issues) ซึ่งจำเป็นต้องค้นพบรากของปัญหา สาเหตุ หรือผลกระทบจากการดำเนินงาน
ในระยะเวลาที่ผ่านมาเฉพาะรายประเด็น และ การประชุมกลุ่มย่อย เพื่อรวบรวมประเด็นที่มีลักษณะร่วมกัน
(Common issues) รายละเอียดดังนี้

(๑) การสัมภาษณ์เชิงลึก ที่ปรึกษาฯ จะดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกหน่วยงานที่เป็นผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด ที่ไม่สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลผลการดำเนินงานในการนำมาประเมินผลการดำเนินงานตามแผนฯ ได้ เพื่อสอบถามถึงผลการดำเนินงาน รวมถึงปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ของการดำเนินงานของตัวชี้วัดดังกล่าว เพื่อนำมาเป็นข้อมูลและข้อเสนอแนะในการประเมินแผน ฯ ต่อไป

(๒) การจัดประชุมกลุ่มย่อย เพื่อรับรู้ถึงข้อมูลในระดับปฏิบัติการ ปัญหาและอุปสรรค ปัจจัยแห่งความสำเร็จและล้มเหลวในการดำเนินงาน และกระบวนการจัดทำแผน เพื่อถ่ายทอดแผน เป็นต้น โดยใช้การจัดประชุมกลุ่มย่อย (Focus Group) หรือการสัมภาษณ์กลุ่ม (Group Interview) กับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อรับรู้ถึงข้อมูลในระดับปฏิบัติการ ซึ่งจะช่วยให้สามารถรวบรวมข้อมูลจากผู้ที่เกี่ยวข้องหลักในแต่ละด้านของตัวชี้วัดได้อย่างครบถ้วน โดยที่ปรึกษาฯ จะจัดกิจกรรมดังกล่าว จำนวน ๒ ครั้ง ดังนี้

- ประชุมกลุ่มย่อยครั้งที่ ๑ การรวบรวมปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินงานตามแผนพัฒนา ด้านการป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพของประเทศ โดยจะเป็นการประชุมกลุ่มย่อยร่วมกับผู้แทนหน่วยงานผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดในยุทธศาสตร์ต่าง ๆ

- ประชุมกลุ่มย่อยครั้งที่ ๒ การรวบรวมปัญหาและข้อเสนอแนะในกระบวนการจัดทำแผนฯ กระบวนการถ่ายทอดแผน ฯ และกระบวนการติดตามและประเมินผลแผน ฯ จากผู้ที่เกี่ยวข้อง อาทิ คณะทำงานจัดทำแผนยุทธศาสตร์ ๒๐ ปี เพื่อพัฒนาระบบป้องกันและควบคุมโรคแห่งชาติ กองยุทธศาสตร์ และแผนงาน เป็นต้น

การวิเคราะห์ สังเคราะห์ และประเมินผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐) ในการศึกษาี้ แบ่งออกเป็น ๓ ส่วน ประกอบด้วย

๑) การประเมินระดับความสำคัญของตัวชี้วัด

เป็นการประเมินโดยใช้ข้อมูลจากแบบสอบถามจากผู้ตอบทั้งสิ้น ๑๐๖ คน เพื่อประเมินความสำคัญของตัวชี้วัดในแต่ละยุทธศาสตร์ และนำมาใช้เป็นค่าถ่วงน้ำหนักคะแนนตัวชี้วัดในแต่ละยุทธศาสตร์ ซึ่งคุณลักษณะของผู้ตอบแบบสอบถามครอบคลุมถึงตำแหน่ง และส่วนราชการของบุคลากรในกรมควบคุมโรคทุกระดับ ตลอดจนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับแผนยุทธศาสตร์ฯ ในทุกกระบวนการ โดยผู้ตอบแบบสอบถามในครั้งนี้นั้นส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับแผนยุทธศาสตร์ฯ ซึ่งเป็นข้าราชการระดับปฏิบัติการในสำนักงานป้องกันควบคุมโรค

สำหรับเกณฑ์การประเมินมี ๓ ระดับ ซึ่งพิจารณาจากผลคูณของค่าความเป็นไปได้และค่าผลกระทบของแต่ละตัวชี้วัดที่ถูกประเมินในแบบสอบถาม ระดับที่ ๑ ความสำคัญต่ำ (คะแนนอยู่ระหว่าง ๑ - ๘) หมายถึง ควรมีการพัฒนา/ปรับปรุง เพื่อให้สามารถบรรลุเป้าหมายของยุทธศาสตร์ ระดับที่ ๒ ความสำคัญปานกลาง (คะแนนอยู่ระหว่าง ๙ - ๑๕) หมายถึง ส่งผลต่อการดำเนินงานของยุทธศาสตร์ และระดับที่ ๓ ความสำคัญสูง (มากกว่า ๑๕ ขึ้นไป) หมายถึง มีความจำเป็นอย่างมากต่อการดำเนินงานให้บรรลุตามเป้าหมายของยุทธศาสตร์

ผลการประเมินระดับความสำคัญของตัวชี้วัด แบ่งออกเป็น ๒ ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ ๑ คำนวณน้ำหนักทั่วไป หมายถึง คำนวณน้ำหนักความสำคัญของตัวชี้วัดที่คำนวณจากผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด ๑๐๖ คน และส่วนที่ ๒ คำนวณน้ำหนักผู้บริหารและนายแพทย์ทรงคุณวุฒิ หมายถึง คำนวณน้ำหนักความสำคัญของตัวชี้วัดที่คำนวณจากผู้บริหารกรมควบคุมโรค นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ และผู้อำนวยการ/รองผู้อำนวยการ กอง สำนัก หน่วยสนับสนุน และสำนักงานป้องกันควบคุมโรค จำนวน ๒๑ คน

ผลการประเมินพบว่า

๑) ตัวชี้วัดทุกตัวในแต่ละยุทธศาสตร์เป็นตัวชี้วัดที่มีระดับความสำคัญ “ปานกลาง” กล่าวคือเป็นตัวชี้วัดที่จำเป็นต้องให้ความสำคัญเนื่องจากส่งผลต่อการดำเนินงาน ดังนั้น ในการปฏิบัติงานเพื่อให้เป็นไปตามแผนฯ จำเป็นต้องให้ความสำคัญกับทุกตัวชี้วัดที่กำหนดไว้อย่างเท่าเทียมกัน สะท้อนให้เห็นถึงความคาดหวังต่อการจัดสรรงบประมาณ บุคลากร และแผนการดำเนินงานที่จำเป็นต้องดำเนินการอย่างเท่าเทียมกัน เพื่อให้สามารถบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้

๒) ในขณะที่มีมุมมองของผู้บริหาร (ค่าน้ำหนักผู้บริหาร และนายแพทย์ทรงคุณวุฒิ) มีความแตกต่างออกไป โดยเห็นว่าบางตัวชี้วัดในแต่ละยุทธศาสตร์มีความสำคัญในระดับ “สูง” กล่าวคือ เป็นตัวชี้วัดที่จำเป็นต้องให้ความสำคัญเป็นอย่างมากในการกำกับดูแลให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ เนื่องจากมีผลต่อความสำเร็จของการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายค่อนข้างมาก สะท้อนให้เห็นถึง การจัดลำดับความสำคัญของผู้บริหารต่อตัวชี้วัดแตกต่างจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องรายอื่น ๆ ซึ่งอาจส่งผลต่อการจัดสรรทรัพยากรเพื่อใช้ในการดำเนินงานทั้งในปัจจุบันและในอนาคต

๒) การประเมินผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย

เป็นการวัดผลในภาพรวม โดยเกณฑ์การวัดผล แบ่งเป็น ๖ ระดับซึ่งพิจารณาจากค่าเป้าหมายของตัวชี้วัด ระดับที่ ๐ หมายถึง ไม่ประสบความสำเร็จ ระดับที่ ๑ หมายถึง สะท้อนผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ซึ่งควรจะมีผลการดำเนินการไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๒๐ ของค่าเป้าหมาย ดังนั้น หากตัวชี้วัดมีผลการดำเนินงานต่ำกว่าระดับ ๓ หรือ น้อยกว่าร้อยละ ๖๐ ของค่าเป้าหมาย สะท้อนให้เห็นว่าตัวชี้วัดดังกล่าวมีความเสี่ยงที่จะไม่บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ โดยใช้ข้อมูลตัวชี้วัดจากการรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิ เกี่ยวกับผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของกรมควบคุมโรค โดยข้อมูลที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์จะขึ้นอยู่กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องซึ่งได้มีการประเมินผลการดำเนินงาน โดยที่ปรึกษาจะดำเนินการรวบรวมข้อมูลผลการดำเนินงานรายตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย ตามยุทธศาสตร์ของแผนพัฒนาด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศ ระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐) ระยะปฏิรูป (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๕)

ผลการประเมินพบว่า

๑) ตัวชี้วัดในทุกยุทธศาสตร์มีตัวชี้วัดที่มีระดับคะแนน ๓ - ๕ จำนวน ๒๙ ตัว จากทั้งหมด ๓๕ ตัว คิดเป็นร้อยละ ๘๒.๘๖ ถือว่า ผลการดำเนินงานเป็นไปตามแผนฯ โดยไม่มีความเสี่ยงที่จะล้มเหลวหากยังสามารถรักษาระดับการดำเนินงานไว้ได้

๒) หากพิจารณาในแต่ละยุทธศาสตร์ โดยเรียงลำดับค่าเฉลี่ยผลการดำเนินงานทุกตัวชี้วัด ในแต่ละยุทธศาสตร์ พบว่า ยุทธศาสตร์ที่ ๓ มีค่าเฉลี่ยผลการดำเนินงานสูงที่สุด ร้อยละ ๙๙.๐๐ รองลงมาคือ ยุทธศาสตร์ที่ ๕ ร้อยละ ๙๖.๓๒ ยุทธศาสตร์ที่ ๔ ร้อยละ ๙๕.๓๘ และยุทธศาสตร์ที่ ๒ ร้อยละ ๙๕.๐๔ ตามลำดับ จะเห็นได้ว่า ผลการดำเนินงานในยุทธศาสตร์ที่ ๒ - ๕ จัดอยู่ในเกณฑ์ที่มีแนวโน้มที่จะประสบความสำเร็จ เมื่อสิ้นสุดระยะปฏิรูป หากยังสามารถรักษาระดับการดำเนินงานไว้ได้ ยกเว้น ยุทธศาสตร์ที่ ๑ มีค่าเฉลี่ยผลการดำเนินงานต่ำที่สุด ร้อยละ ๗๔.๓๙ แต่ยังอยู่ในเกณฑ์ที่มีความก้าวหน้าตามปกติ หากสามารถรักษาระดับการดำเนินงานไว้ได้

๓) ตัวชี้วัดจำนวนผู้ติดเชื้อ HIV รายใหม่ต่อประชากรที่ไม่มีการติดเชื้อ เป็นตัวชี้วัดที่มีผลการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ ทั้งนี้ อาจมาจากปัจจัยภายนอกและเป็นปัจจัยที่อยู่เหนือการควบคุมของหน่วยงานผู้รับผิดชอบ ควรมีการระดมกำลังคน ทรัพยากร และงบประมาณ ในการสนับสนุนการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันควบคุมโรคที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อ HIV เพื่อให้ผลการดำเนินงานบรรลุเป้าหมายตามแผนที่กำหนดไว้

๔) ตัวชี้วัดที่มีความเสี่ยงที่อาจไม่ประสบผลสำเร็จ ๒ ตัว ได้แก่ ตัวชี้วัดอัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปีต่อประชากรเด็กแสนคน (มีความเสี่ยงสูงที่จะไม่ประสบความสำเร็จ) และตัวชี้วัดอุบัติการณ์ของวัณโรค (มีความเสี่ยงที่จะไม่ประสบความสำเร็จ) ในยุทธศาสตร์ที่ ๑ เป็นตัวชี้วัดที่จำเป็นต้องเพิ่มความพยายามและสนับสนุนทรัพยากรให้เพียงพอ เพื่อให้สามารถดำเนินการได้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ในระยะปฏิรูป

๕) ตัวชี้วัดจำนวน ๒ ตัว ได้แก่ ตัวชี้วัดอัตราป่วยตายของผู้ป่วยโรคติดต่ออันตราย ในยุทธศาสตร์ที่ ๑ และตัวชี้วัดจำนวนผู้ปฏิบัติงานที่ได้รับอันตรายจากภัย (เคมีภัณฑ์อันตรายและนิวเคลียร์) หรือติดเชื้อโรคติดต่ออันตรายจากการปฏิบัติงาน ในยุทธศาสตร์ที่ ๒ เป็นตัวชี้วัดที่ยังไม่มีการจัดเก็บข้อมูลและไม่มีตัวชี้วัดทดแทน (proxy) ที่เหมาะสมในการนำมาประเมินผลการดำเนินงาน ดังนั้น ควรมีการจัดเก็บข้อมูลหรือจัดทำตัวชี้วัดทดแทนที่เหมาะสม เพื่อใช้ประเมินผลการดำเนินงาน และสะท้อนผลการปฏิบัติงานตามเป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์ฯ ตามที่ได้กำหนดไว้

๓) การประเมินการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ฯ ตามกรอบ PDCA

PDCA Model ประกอบด้วย (๑) กระบวนการจัดทำแผน (๒) กระบวนการดำเนินงาน (๓) กระบวนการติดตามและประเมินผล และ (๔) กระบวนการปรับปรุงแก้ไข โดยพิจารณาจาก ๒ องค์ประกอบ ได้แก่ กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการจัดทำแผน (Work task) และการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานในกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง (Workforce) โดยเกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผล แบ่งเป็น ๖ ระดับซึ่งพิจารณาจากการดำเนินกิจกรรมในแต่ละกระบวนการ ได้แก่ ระดับที่ ๐ หมายถึง ผลการขับเคลื่อนฯ ไม่ประสบความสำเร็จ เนื่องจากไม่มีการดำเนินกิจกรรมที่จำเป็นในกระบวนการนั้น ๆ ระดับที่ ๑ ดำเนินการได้ไม่เกินร้อยละ ๒๐ ของกิจกรรมทั้งหมด หมายถึง ผลการขับเคลื่อนฯ มีความเสี่ยงสูงที่จะไม่ประสบความสำเร็จ ระดับที่ ๒ ดำเนินการได้มากกว่าร้อยละ ๒๐ แต่ไม่เกินร้อยละ ๔๐ ของกิจกรรมทั้งหมด หมายถึง ผลการขับเคลื่อนฯ มีความเสี่ยงที่จะไม่ประสบความสำเร็จ ระดับที่ ๓ ดำเนินการได้มากกว่าร้อยละ ๔๐ แต่ไม่เกินร้อยละ ๖๐ ของกิจกรรมทั้งหมด หมายถึง ผลการขับเคลื่อนฯ มีความก้าวหน้าตามปกติ ระดับที่ ๔ ดำเนินการได้มากกว่าร้อยละ ๖๐ แต่ไม่เกินร้อยละ ๘๐ ของกิจกรรมทั้งหมด หมายถึง ผลการขับเคลื่อนฯ มีแนวโน้มจะประสบผลสำเร็จ และระดับที่ ๕ ดำเนินการได้มากกว่าร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป ของกิจกรรมทั้งหมด หมายถึง ผลการขับเคลื่อนฯ ที่ดำเนินการอยู่มีความครบถ้วน อย่างไรก็ตาม ในที่นี้มิได้สรุปว่ากระบวนการดำเนินงานดังกล่าวกล่าวไม่ประสบผลสำเร็จ เนื่องจากแม้ยังไม่ได้มีการดำเนินการ แต่อาจกำลังเตรียมการเพื่อดำเนินกิจกรรมดังกล่าว ในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ - ๒๕๖๕

จากการประเมินของผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน ๑๐๖ คน ซึ่งเป็นข้าราชการในตำแหน่งระดับปฏิบัติการและระดับผู้บริหารองค์กร ทำให้ได้รับมุมมองที่แตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัด โดยปฏิบัติงานในระดับพื้นที่เป็นส่วนใหญ่ซึ่งจะสามารถสะท้อนภาพในเชิงปฏิบัติได้อย่างแท้จริง และเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการนำแผนไปปฏิบัติโดยตรงทั้งในส่วนของกระบวนการดำเนินงาน (Do) และกระบวนการติดตามและประเมินผล (Check) ทำให้ข้อมูลที่ได้รับมีความน่าเชื่อถือและสามารถนำไปใช้ในการอ้างอิงสำหรับจัดทำข้อเสนอได้อย่างเหมาะสม

ในส่วนของขั้นตอนและวิธีการในการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามแผนฯ ซึ่งครอบคลุม การมีส่วนร่วม การคัดเลือกตัวชี้วัด การถ่ายทอดแผน และการติดตามประเมินผล โดยใช้ PDCA Model ในการประเมิน แบ่งออกเป็น ๔ กระบวนการ ได้แก่ ด้านการวางแผน ด้านการดำเนินงาน ด้านการติดตามและประเมินผล และด้านการปรับปรุงแก้ไข ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

๑) ด้านการวางแผน พบว่า

(๑) ในส่วนของการประเมินผลการดำเนินงานเป็นการพิจารณาจาก ๒ องค์ประกอบ ได้แก่ กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการจัดทำแผน (Work task) และการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานในกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง (Workforce) โดยผลการประเมิน พบว่า คะแนนการประเมินด้านกระบวนการจัดทำแผน เท่ากับ ๘๘.๕๗ หมายถึง ผลการขับเคลื่อนฯ ด้านการวางแผนประสบความสำเร็จ เนื่องจากการดำเนินกิจกรรมที่จำเป็นสำหรับกระบวนการจัดทำแผน มากกว่า ร้อยละ ๘๐.๐๐ ของกิจกรรมทั้งหมด

(๒) ผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน ๑๐๖ คน มีจำนวน ๒๓ คน ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการวางแผน โดยภาพรวมของการมีส่วนร่วมในกิจกรรมด้านการวางแผนของผู้ตอบแบบสอบถาม คิดเป็น ร้อยละ ๗๗.๕๐ อาทิ การจัดทำฐานข้อมูลการรวบรวมข้อมูล/ปัญหาสำคัญ การวิเคราะห์สถานการณ์ของแผนฯ (SWOT Analysis) และการมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดในการดำเนินงาน อย่างไรก็ตาม เจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการส่วนมากจะไม่ทราบถึงการรับฟังความต้องการ/ความคาดหวังด้านการป้องกันและควบคุมโรคของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างครบถ้วน และกระบวนการรับฟังความคิดเห็นและปรับปรุงแผนฯ เนื่องจากการรวบรวมข้อคิดเห็นต่าง ๆ จากผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียไม่ครบถ้วน หรือมีการดำเนินการแต่ไม่ครอบคลุมทุกเป้าหมาย และไม่ได้รับความร่วมมือจากบางกลุ่ม

(๓) มีการจัดตั้งคณะกรรมการ และคณะทำงาน จัดทำแผนยุทธศาสตร์ฯ เพื่อพัฒนาระบบป้องกันควบคุมโรคแห่งชาติตามแนวทางการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี ด้านการป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพ และมีกระบวนการคัดเลือกตัวชี้วัด โดยให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องซึ่งเป็นผู้แทนของส่วนงานต่าง ๆ เข้าร่วมหารือในการคัดเลือกตัวชี้วัด ดังนั้นตัวชี้วัดที่ได้รับการคัดเลือกมาอาจจะยังขาดความคิดเห็นของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงกับตัวชี้วัดบางตัว และอาจทำให้ไม่ตรงกับบริบทของการปฏิบัติงานตามแผนฯ

(๔) แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐) ยังไม่มีการกำหนดส่วนงานที่รับผิดชอบตัวชี้วัดในการถ่ายทอดนำไปปฏิบัติที่ชัดเจน รวมถึงการประสานงานเพื่อรวบรวมข้อมูลกับหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้องเพื่อประกอบการประเมินความก้าวหน้าในการขับเคลื่อนแผนฯ

๒) ด้านการดำเนินงาน พบว่า

(๑) คะแนนการประเมินด้านกระบวนการดำเนินงาน เท่ากับ ร้อยละ ๑๐๐.๐๐ หมายถึง ผลการขับเคลื่อนฯ ด้านการดำเนินงานประสบผลสำเร็จ เนื่องจากการดำเนินกิจกรรมที่จำเป็นสำหรับกระบวนการดำเนินงาน มากกว่า ร้อยละ ๘๐.๐๐ ของกิจกรรมทั้งหมด สะท้อนให้เห็นถึงการให้ความสำคัญกับการถ่ายทอดแผนไปสู่การปฏิบัติจริง เนื่องจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเข้าร่วมมากกว่า ร้อยละ ๘๐.๐๐ ในทุกกิจกรรมที่จำเป็นต่อการขับเคลื่อนแผนพัฒนาฯ ให้สำเร็จลุล่วง

(๒) มีจำนวน ๙๖ คน ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน โดยภาพรวมของการมีส่วนร่วมในกิจกรรมด้านกระบวนการดำเนินงานของผู้ตอบแบบสอบถาม คิดเป็น ร้อยละ ๘๙.๖๖ อย่างไรก็ตาม การสื่อสารรายละเอียดเกี่ยวกับแผนยุทธศาสตร์ไปยังผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดความเข้าใจและสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง เป็นการแจ้งให้ทราบและนำไปปฏิบัติ ไม่ได้วัดว่าสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้องหรือไม่ อาจทำให้เกิดความผิดพลาดในการนำไปใช้ให้เกิดผลประโยชน์สูงสุด จึงเห็นว่าควรมีการวัดผล การดำเนินงานเป็นระยะ เช่น ทุก ๖ เดือน เพื่อนำผลที่ได้มาวิเคราะห์และแก้ไข

(๓) กิจกรรมขับเคลื่อนของบางส่วน เช่น การสร้างความเข้าใจในการจัดลำดับความสำคัญ เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจในแผนพัฒนาฯ มีความซ้ำซ้อนกับส่วนงานอื่น ขาดการบูรณาการระหว่างส่วนงาน และหน่วยงานอื่น จึงทำให้เกิดความเข้าใจที่ไม่ตรงกันในการดำเนินตามตัวชี้วัดที่ได้รับมอบหมายในการดำเนินการ

(๔) จากการรวบรวมข้อมูล พบว่า ในการดำเนินการร่วมมือกับหน่วยงานภายนอกบางครั้ง เครือข่ายที่ทำการร่วมดำเนินการมีภาระงานเยอะจนไม่สามารถให้ความร่วมมือได้ ส่งผลให้ไม่สามารถดำเนินงานได้ตามเป้าหมายของแผนฯ

(๕) จากการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง พบว่า การดำเนินการโครงการในแต่ละปี บางโครงการได้รับงบประมาณไม่เพียงพอ หรือลดลง ส่งผลให้ไม่สามารถดำเนินตามกิจกรรมของตัวชี้วัด ให้สามารถบรรลุเป้าหมายที่มีการกำหนดไว้

(๖) จากการรวบรวมข้อมูลด้านการดำเนินการของกรมควบคุมโรค พบว่า เกิดความซับซ้อน ในการปรับเปลี่ยนตัวชี้วัดให้เหมาะสมกับสถานการณ์ เนื่องจากการสร้างตัวชี้วัดที่เจาะจงมากเกินไปส่งผลให้เกิดความซับซ้อนในการปรับเปลี่ยนตัวชี้วัดให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น การเกิดขึ้นของ โรคอุบัติใหม่ เป็นต้น

๓) ด้านการติดตามและประเมินผล พบว่า

(๑) คะแนนการประเมินด้านกระบวนการติดตามและประเมินผล เท่ากับ ร้อยละ ๙๕.๐๐ หมายถึง ผลการขับเคลื่อนฯ ด้านการติดตามและประเมินผลประสบผลสำเร็จ เนื่องจากการดำเนินกิจกรรม ที่จำเป็นสำหรับกระบวนการติดตามและประเมินผล มากกว่า ร้อยละ ๘๐.๐๐ ของกิจกรรมทั้งหมด

(๒) มีจำนวน ๓๘ คนที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการติดตามและประเมินผลตาม โดยมีผู้ตอบ แบบสอบถามเฉลี่ย ร้อยละ ๘๓.๑๔ ทราบเกี่ยวกับกิจกรรมในกระบวนการด้านการติดตามและประเมินผล เช่น การจัดตั้งคณะทำงานติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน มีการตรวจสอบ ติดตาม ประเมินผล การดำเนินงานโดยคณะกรรมการติดตามประเมินผลเป็นรายเดือนและรายไตรมาส เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ในด้านการติดตามและประเมินผล แม้ว่าจะมีการกำหนดแนวทาง และวิธีการในการติดตามและประเมินผล แต่ยังเป็นการติดตามและประเมินในเชิงปริมาณเท่านั้น ยังขาดการประเมินเชิงคุณภาพ รวมถึงการถ่ายทอด ความรู้เรื่องการสร้างเครื่องมือเพื่อใช้ในการประเมินผล เพื่อให้ผู้นำไปปฏิบัติสามารถนำไปใช้ในการประเมินฯ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

(๓) จากการรวบรวมข้อมูลทฤษฎีภูมิและการสัมภาษณ์เชิงลึกกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พบว่า ในปัจจุบันยังไม่มี การจัดตั้งคณะกรรมการ ในการติดตามความก้าวหน้า และประเมินผลสัมฤทธิ์ของ การขับเคลื่อนแผนฯ ซึ่งในปัจจุบันมีเฉพาะในระดับกองเท่านั้น

(๔) ไม่มีการรวบรวมและรายงานข้อมูลตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายตามแผนฯ จึงส่งผลกระทบต่อ การติดตามผลการดำเนินงานในภาพรวม เนื่องจากในแต่ละกองฯ มีการจัดทำฐานข้อมูลที่แยกออกจากกัน ส่งผลให้เกิดความซับซ้อนในการรวบรวมข้อมูลเพื่อนำมาประเมินผลในภาพรวม

(๕) ตัวชี้วัดตามแผนฯ ส่วนใหญ่เป็นตัวชี้วัดระดับผลกระทบ (Impact) และผลลัพธ์ (Outcome) ในกรณีที่ตัวชี้วัดที่ไม่ประสบความสำเร็จหรือมีความเสี่ยงที่จะไม่ประสบความสำเร็จ จะทำให้ ไม่สามารถให้ข้อเสนอแนะในการปรับการดำเนินงานเพื่อให้ตัวชี้วัดเหล่านั้นบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ได้ อย่างตรงประเด็น

๔) ด้านการปรับปรุงแก้ไข พบว่า

(๑) คะแนนการประเมินด้านกระบวนการปรับปรุงแก้ไข เท่ากับ ร้อยละ ๘๖.๘๗ หมายถึง ผลการขับเคลื่อนฯ ด้านการปรับปรุงแก้ไขประสบผลสำเร็จ เนื่องจากการดำเนินกิจกรรมที่จำเป็นสำหรับ กระบวนการปรับปรุงแก้ไข มากกว่า ร้อยละ ๘๐.๐๐ ของกิจกรรมทั้งหมด สะท้อนให้เห็นถึงการให้ความสำคัญ กับการปรับปรุงการดำเนินงานให้สอดคล้องกับบริบทที่เปลี่ยนแปลงไป

(๒) มีจำนวน ๑๖ คนที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการปรับปรุงและแก้ไข โดยภาพรวมด้านการปรับปรุงแก้ไขผู้ตอบแบบสอบถามเฉลี่ย ร้อยละ ๗๗.๓๖ ทราบถึงกระบวนการด้านการปรับปรุงแก้ไข เช่น มีคณะทำงานประเมินผลการดำเนินงานและสะท้อนเพื่อปรับปรุงการดำเนินงาน มีการทบทวนแผนประจำปี และหารูปแบบการดำเนินงานแนวใหม่ทุกปี และมีคณะกรรมการประเมินผลรายกลุ่มโรคมีการนำผลการประเมินไปปรับปรุงแผนการดำเนินงานให้เหมาะสมสอดคล้องกับพื้นที่ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม เจ้าหน้าที่ปฏิบัติการ อาจจะยังไม่ทราบถึงกระบวนการการปรับปรุงแก้ไข จึงทำให้อาจจะไม่รู้ถึง จุดแข็งและจุดอ่อนของการทำงานทำให้ไม่สามารถนำสิ่งเหล่านี้ไปปรับปรุงและพัฒนาการทำงานให้เกิดประสิทธิภาพ และในปัจจุบันยังไม่มีกลไกในการปรับปรุงแก้ไขอย่างเป็นทางการ จึงควรมีการจัดตั้งคณะทำงาน ด้านการปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้สามารถนำผลการประเมินมาปรับปรุงแก้ไขให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

(๓) ยังไม่มีกลไกที่เป็นทางการ เพื่อทบทวนความเหมาะสมของยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ เป็นระยะ ๆ รวมทั้งการทบทวนสถานการณ์ก่อนการจัดทำแผนปฏิบัติการระยะ ๕ ปี ในครั้งต่อไป และปรับปรุงเครื่องมือในการติดตามและประเมินผลให้เหมาะสมกับบริบทในแต่ละช่วงเวลา

กล่าวโดยสรุป ผลจากการรวบรวมข้อมูลเพื่อการประเมินการขับเคลื่อนการดำเนินงานทั้งกระบวนการประสบผลสำเร็จตามแผนพัฒนาฯ ภายใต้กรอบ PDCA พบว่า ในแต่ละกระบวนการมีการดำเนินกิจกรรมและการมีส่วนร่วม คิดเป็นคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ ร้อยละ ๙๒.๕๖ แสดงให้เห็นว่า ผลการขับเคลื่อนฯ ในทุกกระบวนการที่ดำเนินการอยู่ประสบผลสำเร็จ เนื่องจากมีการดำเนินกิจกรรมในแต่ละกระบวนการอย่างครบถ้วน โดยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมากกว่า ร้อยละ ๘๐.๐๐ ในแต่ละกระบวนการ ทั้งนี้ หากพิจารณาเปรียบเทียบกับผลการดำเนินงานในเชิงปริมาณ จะเห็นได้ว่า แม้จะผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจะมีส่วนร่วมในแต่ละกิจกรรม อีกทั้งยังมีการดำเนินกิจกรรมในแต่ละกระบวนการค่อนข้างครบถ้วน แต่ผลการดำเนินงานในเชิงปริมาณในบางยุทธศาสตร์ยังคงมีความเสี่ยงที่จะไม่ประสบผลสำเร็จ ซึ่งอาจเกิดจากปัจจัยภายนอกและค่าเป้าหมายของตัวชี้วัด ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีการปรับปรุงกระบวนการดำเนินการอย่างใกล้ชิด

ทั้งนี้ จากผลการศึกษาข้อมูลจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิรวมถึงข้อมูลจากผู้ตอบแบบสอบถาม สามารถสรุปข้อเสนอแนะในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี ด้านการป้องกันควบคุมโรคไปสู่การปฏิบัติ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ในระยะต่อ ๆ ไป และพัฒนาระบบการป้องกันควบคุมโรคให้มีความเข้มแข็งมากขึ้น โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

๑) ข้อเสนอแนะด้านการวางแผน

- ในการจัดทำแผนฯ ในระยะถัดไป หลังจากที่มีการคัดเลือกตัวชี้วัดควรมีการรับฟังความคิดเห็นกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดทั้งหมด เพื่อให้ได้ตัวชี้วัดที่เหมาะสมกับบริบท รวมถึงสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ฯ
- ควรมีการกำหนดส่วนงานที่รับผิดชอบตัวชี้วัดให้ชัดเจนเพื่อให้การถ่ายทอดนำไปปฏิบัติสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งการรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องเพื่อประกอบการประเมินความก้าวหน้าในการขับเคลื่อนแผนฯ ได้อย่างเหมาะสม
- ในกรณีที่ต้องใช้ข้อมูลที่ทำโดยหน่วยงานภายนอกเพื่อจัดทำตัวชี้วัดตามแผนฯ ควรมีการประสานกับหน่วยงานภายนอกในการรวบรวมข้อมูล

๒) ข้อเสนอแนะด้านการดำเนินการ

- ควรหาวิธีสร้างความร่วมมือกันระหว่างหน่วยงานที่รับผิดชอบ ที่มีภารกิจเกี่ยวข้องกัน เช่น การจัดประชุมระดมความคิดเห็น เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันในการจัดลำดับความสำคัญของตัวชี้วัดที่ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการ
- ควรมีการทำข้อตกลงกันระหว่างหน่วยงานที่มีส่วนรับผิดชอบ เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามแผนฯ เพื่อลดข้อผิดพลาดในการดำเนินงานให้แล้วเสร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้
- จากความจำกัดของทรัพยากรในการดำเนินงาน ในการสนับสนุนการดำเนินงานอาจพิจารณาให้ความสำคัญของกิจกรรมที่ไม่ประสบความสำเร็จเป็นอันดับต้น ๆ เพื่อให้สามารถบรรลุเป้าหมายที่มีการกำหนดไว้
- ควรมีการกำหนดให้สามารถปรับเปลี่ยนตัวชี้วัดให้มีความเหมาะสมกับสถานการณ์ เพื่อให้สามารถวัดผลของการดำเนินงานตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และติดตามความก้าวหน้าของเป้าหมายที่ตั้งไว้

๓) ข้อเสนอแนะด้านการติดตามและประเมินผล

- ควรมีการจัดตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงานขึ้นมา เพื่อให้สรุปรายงานความก้าวหน้าและผลการดำเนินงานในการขับเคลื่อนตามแผนฯ
- ควรมีการจัดทำฐานข้อมูลเพื่อรวบรวมและรายงานข้อมูลผลการดำเนินงานของตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายตามแผนฯ โดยคณะกรรมการติดตามและประเมินผลสัมฤทธิ์ ในการขับเคลื่อนแผนฯ เพื่อให้ทราบถึงภาพรวมการดำเนินงานและง่ายต่อการติดตาม (Monitoring) ของผู้บริหารและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง
- ควรเพิ่มตัวชี้วัดในเชิงคุณภาพ ซึ่งจะช่วยเติมเต็มในส่วนที่ตัวชี้วัดเชิงปริมาณไม่ได้สามารถอธิบายได้
- ควรมีการพิจารณาตัวชี้วัดระดับผลลัพธ์ (Outcome) เพื่อสะท้อนความก้าวหน้าในการดำเนินงานของแต่ละแผนงาน

๔) ข้อเสนอแนะด้านการปรับปรุงแก้ไข

- ควรมีการจัดตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงาน ทำหน้าที่ผลักดัน ขับเคลื่อน กำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ เพื่อทำหน้าที่ทบทวนความเหมาะสมยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ เป็นระยะ ๆ
- ควรดำเนินการประเมินบริบทที่เปลี่ยนแปลงไปเป็นระยะเพื่อเป็นข้อมูลป้อนกลับในการทบทวนและปรับปรุงแผนฯ
- ควรมีการปรับปรุงค่าเป้าหมาย หรือตัวชี้วัด ให้สอดคล้องและเหมาะสมกับสถานการณ์ด้านการป้องกันและควบคุมโรคที่เปลี่ยนแปลงไป อาทิ การเกิดขึ้นของโรคอุบัติใหม่

ภาคผนวกที่ ๓ : ผลการประเมิน JEE Joint External Evaluation (JEE) ของประเทศไทย
ปี พ.ศ. ๒๕๖๐

ประเด็นเชิงเทคนิค (Technical areas)	ตัวชี้วัด (Indicators)	คะแนน (Score)
ด้านการป้องกัน (Prevent)		
กฎหมาย นโยบาย ระดับชาติ และ งบประมาณ	๑.๑ กฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ ข้อกำหนดด้านการบริหาร นโยบาย หรือมาตรการอื่น ๆ ของรัฐบาล เพียงพอที่สำหรับ การดำเนินการตามกฎหมายระหว่างประเทศ พ.ศ. ๒๕๔๘	๕
	๑.๒ ประเทศสามารถแสดงให้เห็นว่าได้ปรับปรุงแก้ไขกฎหมาย นโยบาย ระเบียบ และข้อกำหนดด้านการบริหาร ให้สอดคล้องกัน กับข้อกำหนดตามกฎหมายระหว่างประเทศ พ.ศ. ๒๕๔๘	๔
การประสานงาน สื่อสาร และชี้แนะ สาธารณะ	๒.๑ การจัดตั้งกลไกการปฏิบัติงานสำหรับการประสานงาน และ บูรณาการงานร่วมกันระหว่างภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการ ตามกฎหมายระหว่างประเทศ	๔
การต่อต้าน จุลชีพ	๓.๑ การตรวจจับการต่อต้านจุลชีพ (AMR)	๔
	๓.๒ การเฝ้าระวังการติดเชื้อที่เกิดจากเชื้อต่อต้านจุลชีพ	๓
	๓.๓ แผนการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในสถานพยาบาล (HCAI)	๓
	๓.๔ การใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสม	๒
โรคติดต่อระหว่าง สัตว์และคน	๔.๑ ระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน / จุลชีพก่อโรคที่มี ความสำคัญสูง	๔
	๔.๒ บุคลากรสัตวแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สุขภาพสัตว์	๔
	๔.๓ มีการจัดทำกลไกการตอบโต้โรคติดเชื้อและโรคติดต่อระหว่าง สัตว์และคนที่อาจจะเกิดขึ้นและมีการดำเนินงานอยู่	๔
อาหารปลอดภัย	๕.๑ การจัดตั้งกลไกเพื่อการตรวจจับ และตอบโต้โรคที่เกิดจาก อาหารเป็นสื่อและการปนเปื้อนในอาหาร	๓
ชีวนิรภัยและความ ปลอดภัยทางชีวภาพ	๖.๑ มีระบบชีวนิรภัยและความปลอดภัยทางชีวภาพของ ห้องปฏิบัติการในหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องทุกระดับสำหรับ ห้องปฏิบัติการสุขภาพคน ห้องปฏิบัติการสุขภาพสัตว์ และ ห้องปฏิบัติการเกษตร	๔
	๖.๒ การฝึกอบรมและวิธีปฏิบัติงานด้านชีวนิรภัยและความปลอดภัย ทางชีวภาพของห้องปฏิบัติการ	๔
การสร้างเสริม ภูมิคุ้มกัน	๗.๑ ความครอบคลุมของการได้รับวัคซีน (โรคหัด) เป็นส่วนหนึ่งของแผนแห่งชาติ	๕
	๗.๒ การเข้าถึงและการจัดส่งวัคซีนระดับประเทศ	๕
ด้านการตรวจจับ (Detect)		
ระบบห้องปฏิบัติการ แห่งชาติ	๑.๑ การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อตรวจหาโรคที่มีความสำคัญสูง	๔
	๑.๒ ระบบส่งต่อและขนส่งตัวอย่างส่งตรวจ	๔

ประเด็นเชิงเทคนิค (Technical areas)	ตัวชี้วัด (Indicators)	คะแนน (Score)
	๑.๓ การตรวจวินิจฉัย ณ จุดบริการดูแลผู้ป่วยและห้องปฏิบัติการที่ทันสมัยและมีประสิทธิภาพ	๔
	๑.๔ ระบบคุณภาพของห้องปฏิบัติการ	๓
ระบบเฝ้าระวังให้ ทันเวลา	๒.๑ ระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาในผู้ป่วยเป็นรายบุคคล (Indicator-based Surveillance) และการเฝ้าระวังเหตุการณ์ทางระบาดวิทยาของโรคหรือภัยสุขภาพ (Event-based Surveillance)	๔
	๒.๒ ระบบการรายงานที่เชื่อมโยงถึงกันและสนับสนุนการปฏิบัติงานซึ่งกันและกันแบบเรียลไทม์ผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์	๔
	๒.๓ การบูรณาการและการวิเคราะห์ข้อมูลเฝ้าระวังโรค	๔
	๒.๔ ระบบเฝ้าระวังกลุ่มอาการ (syndromic surveillance)	๔
การรายงาน	๓.๑ ระบบการรายงานที่มีประสิทธิภาพต่อองค์การอนามัยโลก องค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติ และองค์การโรคระบาดสัตว์ระหว่างประเทศ	๓
	๓.๒ เครือข่าย และระเบียบการรายงานในประเทศ	๓
การพัฒนาบุคลากร	๔.๑ ทรัพยากรมนุษย์มีพร้อมสำหรับการดำเนินงานตามข้อกำหนดสมรรถนะหลักของระหว่างประเทศ	๔
	๔.๒ โครงการอบรมระบาดวิทยาภาคสนาม (FETP) และโครงการอบรมระบาดวิทยาประยุกต์หลักสูตรอื่น ๆ	๕
	๔.๓ ยุทธศาสตร์การพัฒนาบุคลากร	๓
ด้านการตอบโต้ (Response)		
การเตรียมความพร้อม	๑.๑ จัดทำและดำเนินการตามแผนการเตรียมพร้อมและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระดับชาติสำหรับภัยหลายประเภท	๔
	๑.๒ มีการเตรียมพร้อมด้านทรัพยากรและใช้เป็นประโยชน์เพื่อรับมือความเสี่ยงทางสาธารณสุขที่มีความสำคัญสูง ทรัพยากร	๒
ศูนย์ตอบโต้ภาวะ ฉุกเฉินทาง สาธารณสุข	๒.๑ ความสามารถในการเปิดใช้งานปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน	๓
	๒.๒ ขั้นตอนและแผนปฏิบัติงานของศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน	๓
	๒.๓ แผนปฏิบัติงานภาวะฉุกเฉิน	๓
	๒.๔ ขั้นตอนการจัดการดูแลผู้ป่วยแต่ละกรณีสำหรับภัยที่เกี่ยวข้องกับกฎอนามัยระหว่างประเทศ	๓
การเชื่อมโยงงาน ด้านสาธารณสุขกับ หน่วยงานความมั่นคง	๓.๑ หน่วยงานด้านสาธารณสุข และหน่วยงานความมั่นคง (เช่น การบังคับใช้กฎหมาย การควบคุมชายแดน ศุลกากร) มีการเชื่อมโยงกันในระหว่างเหตุการณ์ทางชีวภาพที่ต้องสงสัยหรือได้รับการยืนยัน	๔
เวชภัณฑ์เพื่อช่วยเหลือ ผู้ประสบภัยและ การจัดส่งบุคลากร ไปปฏิบัติงาน	๔.๑ ระบบการส่งและรับเวชภัณฑ์ช่วยเหลือผู้ประสบภัยในระหว่างเกิดภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข	๔
	๔.๒ ระบบที่ใช้ในการส่งและรับบุคลากรสาธารณสุขในระหว่างเกิดภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข	๔

ประเด็นเชิงเทคนิค (Technical areas)	ตัวชี้วัด (Indicators)	คะแนน (Score)
การสื่อสารความเสี่ยง	๕.๑ ระบบการสื่อสารความเสี่ยงแผนงาน กลไก ฯลฯ	๔
	๕.๒ การสื่อสารและการประสานงานภายในและกับองค์กรภาคี	๔
	๕.๓ การสื่อสารกับประชาชน	๔
	๕.๔ การติดต่อสื่อสารกับชุมชนที่ได้รับผลกระทบ	๔
	๕.๕ การสับดับรับฟังข่าวสารต่าง ๆ และการจัดการกับข่าวลือ	๔
ด้านอื่น ๆ (Other IHR related hazards and point of entry)		
ช่องทางเข้าออก ระหว่างประเทศ	๑. ช่องทางเข้าออกประเทศมีสมรรถนะในภาวะปกติ	๔
	๒. การตอบโต้ทางสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพที่ช่อง ทางเข้าออกประเทศ	๓
เหตุการณ์ ด้านสารเคมี	๑. การจัดทำกลไก และดำเนินการตรวจจับ และตอบโต้เหตุการณ์ หรือภาวะฉุกเฉินที่เกิดจากสารเคมี	๔
	๒. การจัดให้มีการจัดการเหตุการณ์ด้านสารเคมี	๔
เหตุฉุกเฉินทางรังสี	๑. การจัดตั้งกลไกการปฏิบัติงานสำหรับตรวจจับและตอบโต้ต่อ ภาวะฉุกเฉินทางรังสีและนิวเคลียร์	๔
	๒. การจัดให้มีสภาพแวดล้อมสำหรับการจัดการภาวะฉุกเฉินทางรังสี	๔

**รายงานประจำปี (State Party Self-Assessment Annual Reporting Tool : SPAR) ฉบับปรับปรุง
ครั้งที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๖๔**

สำหรับการรายงานประจำปีของปี พ.ศ. ๒๕๖๔ องค์การอนามัยโลก ได้ปรับปรุงเครื่องมือ e-SPAR เป็นเครื่องมือ SPAR Tool Second Edition และเผยแพร่เมื่อปลายเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๔ เพื่อให้รัฐภาคีดำเนินการประเมินและรายงานประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๔ การปรับปรุงเครื่องมือนี้ เป็นผลสืบเนื่องมาจากประสบการณ์จากเตรียมความพร้อมและรับมือกับการระบาดใหญ่ของโควิด ๑๙ ทั่วโลก เมื่อเปรียบเทียบกับเครื่องมือ SPAR ที่ใช้ในปี พ.ศ. ๒๕๖๒ - ๒๕๖๓ เครื่องมือ SPAR ฉบับปรับปรุงครั้งที่ ๒ มีกลุ่มสมรรถนะและตัวชี้วัดเพิ่มเติมจากเดิม ๑๓ กลุ่ม ๒๔ ตัวชี้วัด เปลี่ยนเป็น ๑๕ กลุ่ม ๓๕ ตัวชี้วัด

Summary of changes between version one and two of the SPAR		
New capacities	SPAR 1st ed. 2018 - 2020	SPAR 2nd ed. 2021
Splitting capacity, with name change and creating new capacity (Financing)	C1. Legislation and financing	Two separate capacities, renamed to C1. - Policy, Legislation and normative instruments to implement the IHR and new capacity as C3. - Financing

Summary of changes between version one and two of the SPAR		
Creating new capacity from previous indicator (IPC)	C9. – Health service provision, indicator C9.2. – Capacity for IPC and chemical and radiation decontamination	Previous indicator C9.2. deleted from capacity C9. – Health service provision and became a new capacity C9. – Infection prevention and control (IPC)
List of changes in capacities and indicators	SPAR 1st ed. 2018 - 2020	SPAR 2nd ed. 2021
Name change of capacities and new indicator	C1. – Legislation and financing	C1. – Policy, Legislation and normative instruments to implement the IHR
Name change of indicator	C1.1. Legislation, laws, regulations, policy, administrative requirements or other government instruments to implement the IHR	C1.1. Policy, legislation and normative instruments
New indicator	C1.2. Financing for the implementation of IHR capacities (See new C3.)	C1.2. Gender equality in health emergencies New indicator
Old indicator had moved for new capacity	C1.3. Financing mechanism and funds for timely response to public health emergencies (See new C3.)	-----

Summary of changes between version one and two of the SPAR		
No change	C2. IHR Coordination and National IHR Focal Point functions	C2. IHR coordination, National IHR Focal Point functions and advocacy
No change	C2.1. National IHR Focal Point functions under IHR	C2.1. National IHR Focal Point functions under IHR
No change	C2.2. Multisectoral IHR coordination mechanisms	C2.2. Multisectoral coordination mechanisms
New indicator C2.3.	-----	C2.3. Advocacy for IHR Implementation New indicator
Change of name for capacity, with new capacity in place	C3. Zoonotic events and the human–animal interface (See new C12.)	C3. Financing
Change of name of Indicator, with new capacity in place	C3.1. One Health collaborative efforts across sectors on activities to address zoonoses	C3.1. Financing for IHR implementation
New indicator	-----	C3.2. Financing for public health emergency response
Change of place for Laboratory with new indicators	C4. Food Safety (See new C13)	C4. Laboratory
Change of place for indicator	C4.1. Multisectoral collaboration mechanism for food safety events	C4.1. Specimen referral and transport system
Change of place for indicator	-----	C4.2. Implementation of a laboratory biosafety and biosecurity regime
New indicator	-----	C4.3. Laboratory quality system New indicator
Change of name and	-----	C4.4. Laboratory testing

Summary of changes between version one and two of the SPAR		
place for indicator		capacity modalities
New indicator	-----	C4.5. Effective national diagnostic network New indicator
Change of place for Surveillance	C5. Laboratory	C5. Surveillance
Change of place for indicator	C5.1. Specimen referral and transport systems	C5.1. Early warning surveillance function
Change of place for indicator	C5.2. Implementation of a laboratory biosafety and biosecurity regime	C5.2. Event management
Change of place for indicator	C5.3 Access to laboratory testing capacity for priority diseases	-----
Change of place for Human Resources with new indicators	C6. Surveillance	C6. Human resources
Change of place for indicator	C6.1. Early warning Surveillance function	C6.1. Human resources for implementation of IHR
New indicator	C6.2. Event management	C6.2. Workforce surge during a public health event New indicator
Change of place and name for Health emergency management with new names for indicators	C7. Human resources	C7. Health emergency management
Change of place and name for indicator	C7.1 Human resources for the implementation of IHR capacities	C7.1. Planning for health emergencies
Change of place and name for indicator	-----	C7.2. Management of health emergency response

Summary of changes between version one and two of the SPAR		
Change of place and name for indicator	-----	C7.3. Emergency logistic and supply chain management
Change of place with new names for indicators	C8. National Health Emergency Framework (see new C7.)	C8. Health services provision
Change of place and name for indicator	C8.1. Planning for emergency preparedness and response mechanism	C8.1. Case management
Change of place and name for indicator	C8.2. Management of health emergency response operations	C8.2. Utilization of health services
Change of place and name for indicator	C8.3. Emergency resource mobilization	C8.3. Continuity of essential health services (EHS)
New capacity	C9. Health service provision	C9. Infection prevention and control (IPC)
New indicator	C9.1. Case management capacity for IHR relevant hazards	C9.1. IPC programmes New indicator
New indicator	C9.2. Capacity for IPC and chemical and radiation decontamination	C9.2. Health care associated infections (HCAI) surveillance New indicator
New indicator	C9.3. Access to essential health services (EHS)	C9.3. Safe environment in health facilities New indicator
New name for capacity with new indicators	C10. Risk Communication	C10. RCCE
Change of name for indicator	C10.1 Capacity for emergency risk communications	C10.1. RCCE system for emergencies
New indicator	-----	C10.2. Risk communication New indicator

Summary of changes between version one and two of the SPAR		
New indicator	-----	C10.3. Community engagement New indicator
New name for capacity with new indicator	C11. Points of entry (PoEs)	C11. Points of entry (PoEs) and border health
Small change, adding field for ICAO, IATA and ports and ground crossings codes for geo-information systems to use it and produce maps	Section 1. Information by type of points of entry	Section 1. Information by type of PoEs
No change	Section 2. Overall national profile of the implementation of core capacities at points of entry	Section 2. Implementation of core capacities at PoEs and travel-related measures
No change	C11.1 Core capacity requirements at all times for designated airports, ports and ground crossings	C11.1. Core capacity requirements at all times for PoEs
No change	C11.2 Effective public health response at PoEs	C11.2. Public health response at PoEs
New indicator	-----	C11.3. Risk-based approach to international travel-related measures New indicator
Change of place	C12. Chemical events	C12. Zoonotic diseases
Change of place	C12.1 Resources for detection and alert	C12.1. One Health collaborative efforts across sectors on activities to address zoonoses

Summary of changes between version one and two of the SPAR		
Change of place	C13. Radiation emergencies	C13. Food safety
Change of place	C13.1. Capacity and resources	C13.1 Multisectoral collaboration mechanism for food safety events
Change of place	-----	C14. Chemical events
Change of place	-----	C14.1. Resources for detection and alert
Change of place	-----	C15. Radiation emergencies
Change of place	-----	C15.1. Capacity and resources
Total capacities and indicators	13 capacities 24 indicators	15 capacities 35 indicators

ภาคผนวกที่ ๔ : การประเมินร่วมกันระหว่างผู้ประเมินจากภายนอก (Joint External Evaluation, JEE) และผู้เชี่ยวชาญภายในประเทศในด้านต่าง ๆ ประกอบด้วย ๑๙ ด้าน ๕๖ ตัวชี้วัด ดังนี้

ประเด็นเชิงเทคนิค (Technical areas)	ตัวชี้วัด (Indicators)
Prevent	
P.1 Legal Instruments	P.1.1. Legal instruments P.1.2. Gender Equality in health emergencies
P.2 Financing	P.2.1. Financial resources for IHR implementation P.2.2. Financial resources for public health emergency response
P.3 IHR Coordination, National IHR Focal Point Functions and Advocacy	P.3.1. National IHR Focal Point functions P.3.2. Multisectoral coordination mechanisms P.3.3. Strategic planning for IHR, preparedness, or health security
P.4. ANTIMICROBIAL RESISTANCE (AMR)	P.4.1. Multisectoral coordination on AMR P.4.2. Surveillance of AMR P.4.3. Prevention of Multi-Drug Resistant Organism (MDRO) P.4.4. Optimal use of antimicrobial medicines in human health P.4.5. Optimal use of antimicrobial medicines in animal health and agriculture
P.5. ZOONOTIC DISEASE	P.5.1. Surveillance of zoonotic diseases P.5.2. Response to zoonotic diseases P.5.3. Sanitary animal production practices
P.6. FOOD SAFETY	P.6.1. Surveillance of foodborne diseases and contamination P.6.2. Response and management of food safety emergencies
P.7. BIOSAFETY AND BIOSECURITY	P.7.1. Whole-of-Government biosafety and biosecurity system is in place for human, animal, and agriculture facilities P.7.2. Biosafety and biosecurity training and practices in all relevant sectors (including human, animal and agriculture)
P.8. IMMUNIZATION	P.8.1. Vaccine's coverage (measles) as part of national programme P.8.2. National vaccine access and delivery

ประเด็นเชิงเทคนิค (Technical areas)	ตัวชี้วัด (Indicators)
	P.8.3. Mass vaccination for epidemics of VPDs
Detect	
D.1. NATIONAL LABORATORY SYSTEM	D.1.1. Specimen referral and transport system D.1.2. Laboratory quality system D.1.3. Laboratory testing capacity modalities D.1.4. Effective national diagnostic network
D.2. SURVEILLANCE	D.2.1. Early warning surveillance function D.2.2. Event verification and investigation D.2.3. Analysis and information sharing
D.3. HUMAN RESOURCES	D.3.1. Multisectoral workforce strategy D.3.2. Human resources for implementation of IHR D.3.3. Workforce training D.3.4. Workforce surge during a public health event
Respond	
R.1. Health emergency management	R.1.1. Emergency risk assessment ² and readiness R.1.2. Public Health Emergency Operations Centre (PHEOC) R.1.3. Management of health emergency response R.1.4. Activation and coordination of health personnel and teams in a public health emergency R.1.5. Emergency logistic and supply chain management R.1.6. Research, development and innovation
R.2. LINKING PUBLIC HEALTH AND SECURITY AUTHORITIES	R.2.1. Public Health and Security Authorities, (e.g. Law Enforcement, Border Control, Customs) are involved during a suspect or confirmed biological event
R.3. Health services provision	R.3.1. Case management R.3.2. Utilization of health services R.3.3. Continuity of essential health services (EHS)
R.4. Infection Prevention and Control	R.4.1. IPC programmes R.4.2. HCAI surveillance R.4.3. Safe environment in health facilities

ประเด็นเชิงเทคนิค (Technical areas)	ตัวชี้วัด (Indicators)
R.5. RISK COMMUNICATION AND COMMUNITY ENGAGEMENT	R.5.1. Risk Communication and Community Engagement (CCE) system for emergencies R.5.2. Risk communication (RC) R.5.3. Community engagement
IHR RELATED HAZARDS AND POINTS OF ENTRY	
PoE: POINTS OF ENTRY (PoEs) AND BORDER HEALTH	PoE.1 Core capacity requirements at all times for PoEs (airports, ports and ground crossings) PoE.2 Public health response at points of entry PoE.3 Risk-based approach to international travel-related measures
CE. CHEMICAL EVENTS (CE)	CE.1 Mechanisms established and functioning for detecting and responding to chemical events or emergencies CE.2 Enabling environment in place for management of chemical events
RE. RADIATION EMERGENCIES (RE)	RE.1 Mechanisms established and functioning for detecting and responding to radiological and nuclear emergencies RE.2 Enabling environment in place for management of radiological and nuclear emergencies

ภาคผนวกที่ ๕ : คำนิยาม

๑. ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (Situation Awareness Team : SAT) หมายถึง ทีมปฏิบัติการที่มีความสามารถในการรวบรวมข้อมูล เพื่อติดตาม ตรวจสอบ วิเคราะห์และประเมินสถานการณ์ พร้อมทั้งแจ้งเตือนแก่ผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อพิจารณาตอบสนองต่อสถานการณ์นั้น ๆ มีบทบาทหน้าที่ในการติดตาม รวบรวม และสรุปสถานการณ์การเกิดโรคและภัยสุขภาพที่เป็นสาธารณสุขทั้งในประเทศและต่างประเทศ เพื่อพิจารณาเตรียมความพร้อมในพื้นที่เสี่ยงภัยและอาจประสบภัย โดยในภาวะปกติ มีหน้าที่หลัก ๆ ในการติดตาม เฝ้าระวัง ประเมินสถานการณ์และประเมินความเสี่ยงของเหตุการณ์สำคัญต่าง ๆ ด้านสาธารณสุขที่เกิดขึ้นทั้งในประเทศและต่างประเทศ จัดทำสรุปรายงานเหตุการณ์สำคัญและรายงานเหตุการณ์เร่งด่วนตาม DCIR (Director Critical Information Requirement) ให้ผู้บริหารทราบภายในเวลาที่กำหนด กรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) มีหน้าที่หลัก ๆ ในการรวบรวมจัดทำฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ฉุกเฉินทั้งหมด เช่น ฐานข้อมูลผู้เดินทาง ผู้สัมผัส ให้รวดเร็วและทันต่อเหตุการณ์ (Real Time) ติดตามเฝ้าระวัง วิเคราะห์ข้อมูล ประเมินสถานการณ์และประเมินความเสี่ยงของเหตุการณ์ที่ประกาศเป็นภาวะฉุกเฉินอย่างใกล้ชิด ประสานเชื่อมโยงข้อมูลกับทีมปฏิบัติการภาคสนาม เพื่อให้ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขมีข้อมูลที่รวดเร็วทันต่อเหตุการณ์ และเสนอข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์เพื่อกำหนดทางเลือกในการตอบสนองสถานการณ์ร่วมกับทีมยุทธศาสตร์เพื่อส่งต่อให้ผู้บัญชาการเหตุการณ์ตัดสินใจ

๒. ทีมสอบสวนโรค (Joint Investigation Team ; JIT) หมายถึง ทีมปฏิบัติการที่มีความสามารถในการเฝ้าระวัง สอบสวน ควบคุมโรคหรือภัยสุขภาพ โดยสามารถอธิบายการกระจายการเกิดโรคตามบุคคล เวลา สถานที่ สามารถค้นหาสาเหตุ และแหล่งรังโรค เพื่อนำไปสู่การควบคุมและป้องกัน พร้อมทั้งส่งต่อข้อมูลที่ได้จากการปฏิบัติการกลับไปยังผู้บริหาร และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ได้อย่างทันท่วงที

๓. การสื่อสารความเสี่ยงด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉินของประเทศไทยได้มาตรฐานตามคู่มือ EOC Assessment tool และ JEE/IHR 2005 (ระดับ ๕) ในทุกด้าน ได้แก่

- ๓.๑ พัฒนาระบบการสื่อสารความเสี่ยง สำหรับเหตุการณ์ผิดปกติ/เหตุการณ์ไม่คาดคิด และภาวะฉุกเฉิน
- ๓.๒ การสื่อสารภายใน ภายนอกองค์กร เพื่อการประสานงานเครือข่ายในภาวะฉุกเฉิน
- ๓.๓ การสื่อสารสาธารณะในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน
- ๓.๔ การสื่อสาร เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมกับชุมชนที่ได้รับผลกระทบ
- ๓.๕ การประเมินการรับรู้ พฤติกรรมเสี่ยง และข้อเข้าใจผิด

๔. โรคและภัยสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่

๔.๑ โรคตามกลุ่มพันธะสัญญานานาชาติ ประกอบด้วย โรคหัด/หัดเยอรมัน, โรคโปลิโอ, โรคไม่ติดต่อตาม ๙ Global Targets ประกอบด้วย ๑) การเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจาก โรคไม่ติดต่อ (Premature mortality) ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน (และ/หรือ) โรคปอดเรื้อรัง ๒) ปัญหาจากการดื่ม แอลกอฮอล์ ๓) การมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ ๔) การบริโภคเกลือ/โซเดียม ๕) การบริโภคยาสูบ ๖) โรคความดันโลหิตสูง ๗) โรคเบาหวานและอ้วน ๘) ยาเพื่อป้องกันโรคหัวใจวายเฉียบพลันและโรคหลอดเลือดสมอง และ ๙) ยาที่จำเป็นและเทคโนโลยีขั้นพื้นฐานสำหรับรักษา/บริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ

๔.๒ SDGs ประกอบด้วย โรคเอดส์ วัณโรค มาลาเรีย โรคเขตร้อนที่ถูกละเลย (โรคไข้เลือดออก มาลาเรีย วัณโรค โรคพยาธิตาบอด โรคเรื้อน โรคเท้าช้าง โรคพยาธิกินีเนีย โรคพิษสุนัขบ้า และโรคพยาธิตัวกลมในลำไส้) โรคตับอักเสบ โรคติดต่อทางน้ำ โรคไม่ติดต่อ (โรคหลอดเลือดสมอง, โรคเบาหวาน, โรคความดันโลหิตสูง, โรคหัวใจขาดเลือด, โรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง, อุบัติเหตุทางถนน), การเข้าถึงยาและวัคซีน

ที่ปลอดภัย, สารเคมีอันตราย, มลพิษและการปนเปื้อนทางอากาศ น้ำและดิน, การควบคุมยาสูบ, วัคซีน
ขั้นพื้นฐานในเด็ก อายุ ๑ ปี

๔.๓ โรคที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ ประกอบด้วย โรคตามโครงการพระราชดำริฯ (โรคพิษสุนัขบ้า,
โรคหนองพยาธิ, โรคมะเร็งท่อน้ำดี) และโรคในเรือนจำ (โรคเอดส์ โรคซิฟิลิส โรคไวรัสตับอักเสบบี วัณโรค
โรคไม่ติดต่อ และโรคโควิด ๑๙)

ที่มา : ๑. สำนักกระบวนวิธียา กรมควบคุมโรค. มาตรฐานและแนวทางปฏิบัติงานที่มตรหน้ารู้สถานการณ์
(SAT) และทีมปฏิบัติการสอบสวนควบคุมโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี

๒. สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และโครงการที่
เกี่ยวเนื่องกับพระบรมวงศานุวงศ์ กรมควบคุมโรค

๓. <https://www.sdgmovement.com/2021/05/22/sdg-vocab-non-communicable-diseases/>

บรรณานุกรม

- ๑.กรมควบคุมโรค. บทที่ 3 ผลการประเมินการปฏิบัติตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ ค.ศ. 2005 และ ความมั่นคงด้านสุขภาพโลก (Joint External Evaluation) ของประเทศไทย. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 13 มีนาคม 2565]. แหล่งข้อมูล http://www.dsdw2016.dsdw.go.th/doc_pr/ndc_2560-2561/PDF/8609s/5.%E0%B8%9A%E0%B8%97%E0%B8%97%E0%B8%B5%E0%B9%88%203.pdf
- ๒.กรมควบคุมโรค. ผลการประเมิน JEE (Joint External Evaluation) ของประเทศไทย ระหว่างวันที่ ๒๖ - ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๐. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ ๑๓ มีนาคม ๒๕๖๕]. แหล่งข้อมูล <https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2//%E0%B8%A3%E0%B8%B9%E0%B8%9B%E0%B9%80%E0%B8%A5%E0%B9%88%E0%B8%A1JEEofIHR.pdf>
- ๓.กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ กรมควบคุมโรค ปี พ.ศ. ๒๕๕๔ - ๒๕๕๘. นนทบุรี : กรมควบคุมโรค, ๒๕๕๔.
- ๔.กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยกระทรวงมหาดไทย. แผนยุทธศาสตร์กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย พ.ศ.๒๕๕๕ - ๒๕๕๙. กรุงเทพฯ : กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย, ๒๕๕๔.
- ๕.กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. แผนพัฒนาดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. กรุงเทพมหานคร : กระทรวงเทคโนโลยีและการสื่อสาร, ๒๕๕๙.
- ๖.กองบริหารทรัพยากรบุคคล กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แบบฟอร์มผลการดำเนินงานตาม เป้าหมาย ระยะปฏิรูป พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๕ ของแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันควบคุมโรคและ ภัยสุขภาพของประเทศ ระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐). ๑๗ มีนาคม ๒๕๖๕.
- ๗.กองบริหารทรัพยากรบุคคล กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์ด้านทรัพยากรบุคคล กรมควบคุมโรค พ.ศ. ๒๕๖๓ - ๒๕๖๗ และแผนปฏิบัติการด้านทรัพยากรบุคคลกรมควบคุมโรค พ.ศ. ๒๕๖๓ - ๒๕๖๗. มิถุนายน ๒๕๖๓.
- ๘.กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แผนงานด้านการป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพ ระยะ ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๕) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕. [อินเทอร์เน็ต]. กันยายน ๒๕๖๔. [สืบค้นเมื่อ ๑๕ มีนาคม ๒๕๖๕]. แหล่งข้อมูล<https://fliphtml5.com/bookcase/gkbsx>
- ๙.คณะกรรมการจัดทำยุทธศาสตร์ชาติ. ร่างกรอบยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๗๙) : สรุปย่อ. กรุงเทพมหานคร: สำนักนายกรัฐมนตรี, ๒๕๕๙.
- ๑๐.คณะกรรมการประสานและบูรณาการงานด้านการดื้อยาต้านจุลชีพ. แผนยุทธศาสตร์การจัดการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔. นนทบุรี : สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, ๒๕๖๐.
- ๑๑.คณะกรรมการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ. แผนการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๓ - ๒๕๕๗. กรุงเทพฯ : กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย, ๒๕๕๒.
- ๑๒.คณะกรรมการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ. แผนการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๘. กรุงเทพฯ : กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย, ๒๕๕๘.
- ๑๓.จจจิตต์ ฤทธิรงค์, ศุทธิดา ชนวนวัน, ปราโมทย์ ประสาทกุล. การสูงวัยของประชากรในประชาคมอาเซียน. ใน : สุชาดา ทวีสิทธิ์, มาลี สันภูวรรณ, ศุทธิดา ชนวนวัน, บรรณาธิการ. ประชากรและสังคมในอาเซียน : ความท้าทายและโอกาส. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๕๖.

- ๑๔.ธนรัชช์ ผลิตพันธ์, พรพิทักษ์ พันธุ์หล้า, ชำนาญ ม่วงแดง. **กรอบแนวการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน และระบบบัญชาการเหตุการณ์ในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค พ.ศ. ๒๕๕๙ - ๒๕๖๔.**
นนทบุรี : สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค, ๒๕๕๘.
- ๑๕.ธนรัชช์ ผลิตพันธ์, บรรณาธิการ. **คู่มือพัฒนาการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ระบบบัญชาการ เหตุการณ์ และศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค.** นนทบุรี : สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค, ๒๕๕๘.
- ๑๖.บุญเลิศ ศักดิ์ชัยนันทน์, ศักดิ์ชัย ไชยมหาพฤกษ์, ศราวุธ อุตตมาภคพงศ์, สุรศักดิ์ เกษมศิริ, จริยา แสงสัจจา, ปานฤดี มโนมัยพิบูลย์ และคณะ. **การเตรียมความพร้อมและการรับมือกับภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข.**
นนทบุรี : สำนักจัดการความรู้ กรมควบคุมโรค, ๒๕๕๐.
- ๑๗.ประกาศกรมควบคุมโรค เรื่อง นโยบายและแนวทางปฏิบัติในการรักษาความมั่นคงปลอดภัยด้านสารสนเทศ
ประกาศ ณ วันที่ ๒๔ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๔
- ๑๘.ปานบดี เอกะจัมปะกะ, สุทธิสารณ์ วัฒนมะโน, รุจิรา ทวีรัตน์. **การปรับบทบาทภารกิจและโครงสร้าง ของกระทรวงสาธารณสุข.** นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวง, ๒๕๕๕.
- ๑๙.ผลการดำเนินงานตามเป้าหมาย ระยะปฏิรูป พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๕ ของแผนปฏิบัติการด้านการป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศ ระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐) โดยขอความอนุเคราะห์ข้อมูล จาก กองดิจิทัลเพื่อการควบคุมโรค กองด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศและกักกันโรค กองระบาด วิทยา กองโรคไม่ติดต่อ กองโรคติดต่อภายในโดยแมลง กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม และ สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง (สธ ๐๔๐๗.๒/ว ๒๗๔ ลว. ๑๕ มีนาคม ๒๕๖๕)
- ๒๐.ผลการดำเนินงานตามแผนพัฒนาด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ของประเทศ ระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐) ระยะปฏิรูป (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๕) ช่วงปี พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓ (Mid Term Reviewed)
- ๒๑.แผนยกระดับความมั่นคงและความเป็นเลิศ ด้านควบคุมโรคของประเทศ ฉบับปรับปรุง พ.ศ. ๒๕๖๓ - ๒๕๖๕ (Mega Project)
- ๒๒.พงศธร ศิริสาคร. **ระบบบัญชาการเหตุการณ์กับการจัดการภาวะฉุกเฉินของประเทศไทย.**
กรุงเทพมหานคร : กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย, ๒๕๕๙.
- ๒๓.รายงานการประชุมคณะกรรมการกฏอนามัยระหว่างประเทศ ครั้งที่ ๑/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๒๕ มกราคม ๒๕๖๕ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
- ๒๔.สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. **สารประชากร.** ปีที่ ๓๑ มกราคม ๒๕๖๕.
- ๒๕.สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. **ทิศทางของแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒.** กรุงเทพมหานคร : สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ, ๒๕๕๘.
- ๒๖.สำนักคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. **ผลการคาดประมาณประชากรไทย พ.ศ. ๒๕๕๓ - ๒๕๘๓.** กรุงเทพมหานคร : สำนักคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ, ๒๕๕๕
- ๒๗.สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ กรมควบคุมโรค. **แผนปฏิบัติการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อหรือโรคระบาด พ.ศ. ๒๕๕๙ - ๒๕๖๑ ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘.**
นนทบุรี : กรมควบคุมโรค, ๒๕๕๙.
- ๒๘.สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง. **วิกฤตหนี้สาธารณะของยุโรป : ประเทศไทยรอดหรือไม่?** สำนักงานเศรษฐกิจ การคลัง, ๒๕๕๓

- ๒๙.สำนักงานสถิติแห่งชาติ. **สรุปผลที่สำคัญการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา ของประชากร พ.ศ. ๒๕๕๗.** กรุงเทพมหานคร : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, ๒๕๕๘.
- ๓๐.สำนักงานจัดการความรู้ กรมควบคุมโรค. **๔๐ ปี ครบรอบวันสถาปนากรมควบคุมโรค.** นนทบุรี : สำนักงานจัดการความรู้ กรมควบคุมโรค, ๒๕๕๗.
- ๓๑.สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. **จุดยืน วิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมาย ค่านิยม ยุทธศาสตร์ ของกระทรวงสาธารณสุข.** นนทบุรี : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๙.
๓๒. สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. ๒๕๕๘. **กรอบแนวทางการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินและระบบบัญชาการเหตุการณ์ในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค พ.ศ. ๒๕๕๙ - ๒๕๖๔.** กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี.
- ๓๓.สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. **สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค ประจำปี ๒๕๕๘.** นนทบุรี : สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, ๒๕๕๙.
- ๓๔.สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. **แผนยุทธศาสตร์การพัฒนางานด้านกฎหมายระหว่างประเทศ พ.ศ. ๒๕๕๘ สำหรับช่วงปี พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔.** นนทบุรี : สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, ๒๕๕๙.
- ๓๕.สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. **กฎหมายระหว่างประเทศ พ.ศ. ๒๕๕๘.** นนทบุรี : สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, ๒๕๕๖.
- ๓๖.สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค. **แนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า.** กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์, ๒๕๖๐.
- ๓๗.สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี. **หนังสือสำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี ด่วนที่สุด ที่ นร ๐๕๐๕/ว๓๐๔๑ ลงวันที่ ๒๘ เมษายน ๒๕๖๔ เรื่อง คู่มือแนวทางการจัดทำแผนระดับที่ ๓ และการเสนอแผนระดับที่ ๓ ในส่วนของแผนปฏิบัติการด้าน... ต่อคณะรัฐมนตรี.**
ที่มา : https://resolution.soc.go.th/PDF_UPLOAD/2564/P_403606_1.pdf
- ๓๘.โสภณ พรโชคชัย. **อนาคตเศรษฐกิจไทยน่าเป็นห่วง ๒๕๖๕-๒๕๗๐.** กรุงเทพธุรกิจ [อินเทอร์เน็ต]. ๒ พฤษภาคม ๒๕๖๕ [สืบค้นเมื่อ ๘ มิถุนายน ๒๕๖๕]. แหล่งข้อมูล <https://www.bangkokbiznews.com/columnist/1002097>
- ๓๙.องค์การอนามัยโลก. **การประเมินผลสมรรถนะหลักในการปฏิบัติตามกฎหมายระหว่างประเทศของประเทศไทย รายงานผลการประเมิน ๒๖ - ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๐.** [อินเทอร์เน็ต]. ๒๕๖๑ [สืบค้นเมื่อ....]. แหล่งข้อมูล <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272493/WHO-WHE-CPI-REP-2017.38-tha.pdf?sequence=5&isAllowed=y>
- ๔๐.อังคณา บริสุทธิ, สุทธิณีย์ มโนสุนทร, กฤษฎาบัณ ปานโท, ญัฐนรี สถิตไพบูลย์, กษมน รัตนพันธ์, เกษราภรณ์ เวรรณะ. **พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘.** นนทบุรี : ศูนย์กฎหมาย กรมควบคุมโรค, ๒๕๕๙.
- ๔๑.อำนวย กาจันะ, บรรณาธิการ. **แผนยกระดับความมั่นคงและความเป็นเลิศด้านควบคุมโรค ของประเทศ พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔ (ฉบับปรับปรุงตามมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ ๑๒ มกราคม ๒๕๕๙).** นนทบุรี : กรมควบคุมโรค, ๒๕๕๙.
- ๔๒.โอภาส การย์กวินพงศ์, กิตติ พุฒิกานนท์, วิทยา หลิวเสรี, วันชัย อาจเขียน, เพชรวรรณ พึ่งรัศมี, ھرรษา รักษาคม และคณะ. **การเตรียมความพร้อมและการรับมือกับภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข.** นนทบุรี : สำนักงานจัดการความรู้ กรมควบคุมโรค, ๒๕๕๑.

๔๓. The ASEAN Secretariat. ASEAN 2025 : Forging ahead together. Jakarta : The ASEAN Secretariat, 2016.
๔๔. Bloland P, Simone P, Burkholder B, Slutsker L, De Cock KM. The Role of Public Health Institutions in Global Health System Strengthening Efforts: The US CDC's Perspective. PLoS Med 9(4) : e1001199. doi:10.1371/journal.pmed.1001199.
๔๕. Brookmeyer R, Stroup DF, editors. Monitoring the health of the populations : Statistical principles & methods for public health surveillance. New York : Oxford University Press, 2004.
๔๖. Brownson RC, Baker EA, Leet TL, Gillespie KN, editors. Evidence-based public health. New York : Oxford University Press, 2003.
๔๗. Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control. Proceeding of the GHSA meeting on "Step towards regional strategic collaboration in Asia-Pacific on workforce development, national laboratory system strengthening and antimicrobial resistance prevention to respond to global challenges". Nonthaburi: Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, 2015.
๔๘. Centers for Disease Control and Prevention. All-hazards preparedness guide. Atlanta : Centers for Disease Control and Prevention, 2013.
๔๙. Centers for Disease Control and Prevention. CDC health information for international travel. New York : Oxford University Press, 2014.
๕๐. Centers for Disease Control and Prevention. Framework for program evaluation in public health. MMWR 1999; 48(RR-5) : 1-40.
๕๑. Centers for Disease Control and Prevention. Public Health Preparedness Capacities : National standards for state and local planning. Atlanta : Centers for Disease Control and Prevention, 2011.
๕๒. Centers for Disease Control and Prevention. The power of prevention : Chronic disease - the public health challenge of the 21st century. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, 2009.
๕๓. Easterlin RA. Growth triumphant : The twenty - first century in historical perspective. Ann Arbor : The University of Michigan Press, 1998.
๕๔. Federal Emergency Management Agency. Introduction to the Incident Command System (ICS). Washington, DC : Federal Emergency Management Agency, 2013.
๕๕. Frieden TR. A Framework for Public Health Action : The health impact pyramid. AJPH 2010 ; 100 : 590 - 5.
๕๖. Frost & Sullivan. การคาดการณ์อนาคตเทคโนโลยีดิจิทัลประเทศไทย 2035. [online] n.d. [cited 1 Oct 2020] Available from <https://www.depa.or.th/storage/app/media/file/Second%20Deliverable%20RevVer%20TH%20V12%20140819%20FIN.pdf>
๕๗. Gidden, A. The Contours of High Modernity. Modernity and Self - Identity : Self and Society in the Late Modern Age. Stanford : Stanford University Press, 1991.
๕๘. Government of the United Kingdom, Coronavirus: action plan A guide to what you can expect across the UK, London : Department of Health and social care, 2020

୫୯. Government of the United Kingdom, COVID - 19 Response: Autumn and Winter Plan 2021, London : Department of Health and social care, 2021
୬୦. Government of the United Kingdom (2021, December 8). Prime Minister confirms move to Plan B in England. Retrieved from GOV.UK : <https://www.gov.uk/government/news/prime-minister-confirms-move-to-plan-b-in-england>
୬୧. Gubhaju, BB. Demographic transition in Southern Asia: challenges and opportunities. Asia - Pacific Population Journal 2011; 26 (4), 3 - 28.
୬୨. Haddix AC, Teutsch SM, Corso PS, editors. Prevention Effectiveness : A guide to decision analysis and economic evaluation. New York: Oxford University Press, 2003.
୬୩. Heymann DL, editor. Control of communicable diseases manual. Washington : American Public Health Association Press, 2015.
୬୪. Jamison DT, Creese A, Prentice T, Gakidou E, Inoue M, Beusenberg M. The World Health Report 1999. Geneva : World Health Organization, 1999.
୬୫. Jamison DT, Bobadilla JL, Hecht R, Hill K, Musgrove P, Saxenian H, Tan JP, Berkley S, Murray CJL. World Development Report 1993 : Investing in health. New York : Oxford University Press, 1993.
୬୬. Kluge J, Stein W, Licht T. Knowledge unplugged : The McKinsey & Company global survey on knowledge management. Hampshire : Palgrave, 2001.
୬୭. Lee LM, Teutsch SM, Thacker SB, St. Louise ME, editors. Principles and practice of public health surveillance. New York : Oxford University Press, 2010.
୬୮. Leidel L, Groseclose SL, Burney B, Navin P, Wooster M. CDC's Emergency Management Program Activities - Worldwide, 2003–2012. Morbidity Mortality Weekly Report (2013); 62(35) : 709-713.
୬୯. Lin V, Gibson B, editors. Evidence-based health policy : Problems & possibilities. Victoria : Oxford University Press, 2003.
୭୦. Ministry of Public Health. Thailand national core capacity development plan in compliance with International Health Regulations (2005), 2008-2012. Nonthaburi : Ministry of Public Health, 2008.
୭୧. Papagiotas SS, Frank M, Bruce S, Posid JM. From SARS to 2009 H1N1 Influenza : The Evolution of a Public Health Incident Management System at CDC. Public Health Reports 2012; 267-274.
୭୨. Rose G. Reflections on the changing times. Br Med J 1990; 301 : 683-7.
୭୩. Rose G. The strategy of preventive medicine. New York, Oxford University Press, 1992.
୭୪. Rothman KJ, Greenland S, Lash TL, editors. Modern epidemiology. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins, 2008.
୭୫. Tufte E. Beautiful evidence. Cheshire, Connecticut : Graphics Press LLC, 2006.
୭୬. UNAIDS. AIDS in Africa : Three scenarios to 2025. Geneva : UNAIDS, 2005.
୭୭. United Nations. Sendai framework for disaster risk reduction 2015 - 2030. Geneva : United Nations Office for Disaster risk reduction, 2015.

୩୫. United Nations. Sustainable Development Goals. New York : United Nations Development Programme, 2015.
୩୬. United Nations. Transforming our world : the 2030 Agenda for Sustainable Development. Geneva : United Nations, 2015.
୫୦. World Health Organization. A systematic review of public health emergency operation centres (EOC). Geneva : World Health Organization, 2013.
୫୧. World Health Organization. Emergency response framework (ERF). Geneva : World Health Organization, 2013.
୫୨. World Health Organization. Everybody business : strengthening health systems to improve health outcomes : WHO's framework for action. Geneva : World Health Organization, 2007.
୫୩. World Health Organization. Framework for a public health emergency operations centre. Geneva : World Health Organization, 2015.
୫୫. World Health Organization. World report on violence and health : summary. Geneva : World Health Organization, 2002.