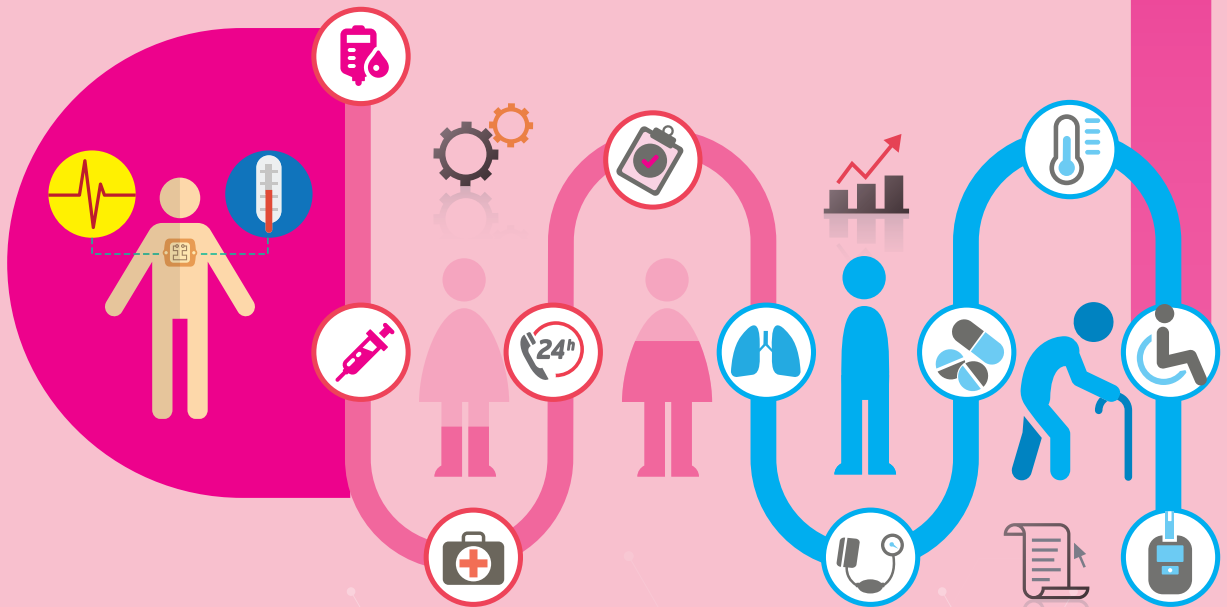




กรมควบคุมโรค  
Department of Disease Control

# ANNUAL REPORT รายงานประจำปี 2566



กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข  
Department of Disease Control  
Ministry of Public Health

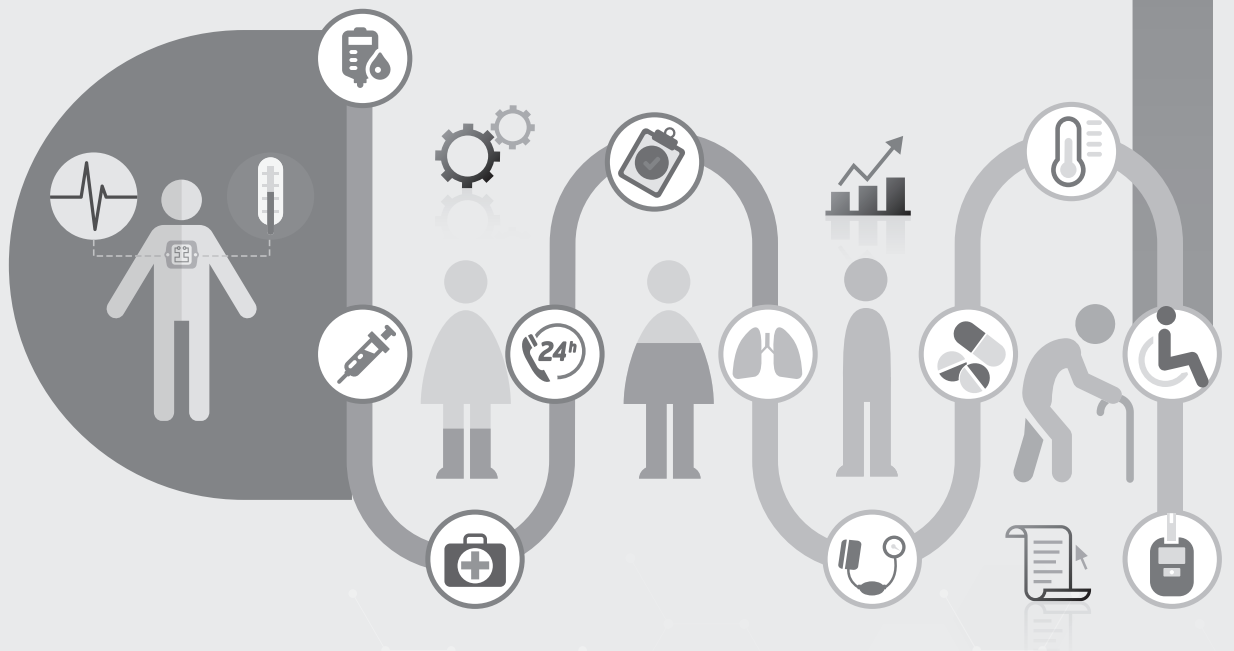






กรมควบคุมโรค  
Department of Disease Control

# ANNUAL REPORT รายงานประจำปี 2566



กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข  
Department of Disease Control  
Ministry of Public Health

# รายงานประจำปี 2566

## กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

Department of disease control, Ministry of Public Health

### บรรณาธิการ

แพทย์หญิงชุติกร ธนิตติก

ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน

### กองบรรณาธิการ

นางนันทน์ภัส วงษ์พิรา

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน

นางสาวธิตมา หงคำเมือง

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน

นายชาญคุณินทร์ ธีระสุตร์

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน

นางสาวนิตยา ประสิทธิ์อัน

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน

นางสาวสุกฤษฎา ขุนไทร

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน

### ISBN

978-616-11-5229-1

### จัดทำโดย

กลุ่มติดตามและประเมินผล กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

### จัดพิมพ์โดย

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

### พิมพ์ที่

สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์ กรุงเทพฯ

### จำนวนพิมพ์

130 เล่ม

### ปีที่พิมพ์

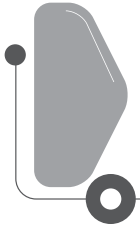
กุมภาพันธ์ 2567

# คำนำ

กรมควบคุมโรคเป็นองค์กรหลักด้านการเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศ มีภารกิจหลัก คือ มุ่งเน้นให้ “ประชาชนได้รับการป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพระดับมาตรฐานสากล ภายในปี 2579” ดำเนินการภายใต้แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศ ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561 - 2580) ซึ่งเชื่อมโยงกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 แผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข วาระการพัฒนาที่ยั่งยืน ปี 2030 (SDGs) และกฎอนามัยระหว่างประเทศ ปี 2548 (IHR 2005) เป็นต้น ซึ่งในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 กรมควบคุมโรค มีผลงาน ด้านการเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและเป็นที่ยอมรับ ทั้งในระดับประเทศและสากลอย่างต่อเนื่อง

รายงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขฉบับนี้จัดทำขึ้น เพื่อใช้เผยแพร่ผลการดำเนินงานในปีที่ผ่านมาของกรมควบคุมโรคแก่หน่วยงานภาครัฐ องค์กรส่วนท้องถิ่น ภาคีเครือข่าย และประชาชนเนื้อหาของรายงาน ฯ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด พระราชบัญญัติ งบประมาณรายจ่าย ผลการดำเนินงานตามเป้าหมาย SDG : Sustainable Development Goals: SDGs ผลการดำเนินงานในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข โครงการสำคัญของกระทรวงสาธารณสุขในส่วนของกรมควบคุมโรค และผลงานเด่นของกรมควบคุมโรค รวมถึงรายงานด้านการเงิน ทั้งนี้ภาพรวมการดำเนินงานให้ความสำคัญกับการดำเนินงานโครงการตามแนวพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ โครงการในพระปณิธาน การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหาสำคัญระดับประเทศ ขับเคลื่อนนโยบาย กฎหมาย มาตรการ และแนวทางปฏิบัติต่าง ๆ ที่ส่งผลให้ประชาชนได้รับการดูแล ลดป่วย ลดตาย ลดเสี่ยง และลดการตีตรา รวมถึงการพัฒนาาระบบเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพตามมาตรฐานสากล ที่ครอบคลุมและบูรณาการความร่วมมือของจากผู้เชี่ยวชาญ และภาคีเครือข่ายทั้งภายในและต่างประเทศ

กรมควบคุมโรคหวังเป็นอย่างยิ่งว่ารายงานประจำปีฉบับนี้จะเป็นภาพสะท้อนของการดำเนินงานด้วยความมุ่งมั่น เสียสละแรงกายแรงใจในการปฏิบัติงานด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ทั้งในส่วนของการควบคุมโรคและเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ขอขอบคุณบุคลากรทุกระดับและเครือข่ายทุกภาคส่วน ที่มุ่งมั่นปฏิบัติงาน จนประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ และยังคงมุ่งมั่นดำเนินงานต่อเนื่อง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายแผนพัฒนาด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561 - 2580) และส่งผลต่อเป้าหมายสุขภาพดีของประชาชนต่อไป



# สารบัญ

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

9

- |     |  |    |
|-----|--|----|
| 1.1 | กฎกระทรวง แบ่งส่วนราชการกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2562                            | 11 |
| 1.2 | วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม ยุทธศาสตร์กรมควบคุมโรค  | 18 |
| 1.3 | นโยบายการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของกรมควบคุมโรค<br>ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 | 20 |
| 1.4 | โครงสร้าง และคณะผู้บริหาร กรมควบคุมโรค   | 22 |
| 1.5 | กรอบอัตรากำลังกรมควบคุมโรค   | 32 |

## ส่วนที่ 2 ผลการดำเนินงานที่สำคัญ กรมควบคุมโรค

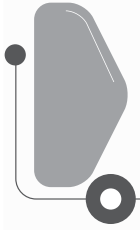
33

- |         |   |    |
|---------|---|----|
| 2.1     | ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขในส่วนของกรมควบคุมโรค<br>ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566   | 35 |
| 2.1.1   | ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน   | 35 |
| 2.1.2   | ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง   | 35 |
| 2.1.3   | ร้อยละของจังหวัดต้นแบบการดำเนินงานตาม พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพ<br>และโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562  | 36 |
| 2.1.4   | อัตรความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่   | 38 |
| 2.1.5   | อัตรากวอดคุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ   | 39 |
| 2.2     | ผลการดำเนินงานโครงการสำคัญของกรมควบคุมโรค ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566   | 41 |
| 2.2.1   | โครงการเร่งรัดกำจัดวัณโรค   | 41 |
| 2.2.2   | โครงการเร่งรัดการยุติปัญหาเอดส์   | 44 |
| 2.2.3   | โครงการสนับสนุนการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคภายใต้โครงการราชทัณฑ์ปันสุข<br>ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์  | 46 |
| 2.2.4   | โครงการพัฒนาการดำเนินงานการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพในพื้นที่เขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก  | 48 |
| 2.2.5   | โครงการยกระดับทักษะบุคลากรภาครัฐเพื่อตอบโจทย์ความต้องการของประเทศ   | 51 |
| 2.2.6   | โครงการพัฒนาระบบบริการเพื่อเชื่อมโยงแพลตฟอร์มดิจิทัลของรัฐ  | 54 |
| 2.3     | โครงการประเมินผลแผนระดับความมั่นคงและความเป็นเลิศด้านควบคุมโรคของประเทศ<br>ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2563 - 2565 กรมควบคุมโรค   | 56 |
| 2.4     | โครงการประเมินผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ<br>ของประเทศ ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561 - 2580) ระยะปฏิรูประบบ (พ.ศ. 2561 - 2565) กรมควบคุมโรค | 57 |
| 2.5     | ผลการดำเนินงานตามแนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ<br>ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566  | 59 |
| 2.5.1   | กลุ่มโรคติดต่อ (Communicable Diseases: CDs)   | 59 |
| 2.5.1.1 | แผนงานการเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดี (OVCCA)  | 59 |
| 2.5.1.2 | แผนงานควบคุมโรคหนองพยาธิในนักเรียนและเยาวชน ตามโครงการพ.ร.บ.ราชดำริฯ  | 62 |

# สารบัญ (ต่อ)



2.5.1.3	แผนงานกำจัดควาดล้างโรคและป้องกันควบคุมโรคด้วยวัคซีน	64
2.5.1.4	แผนงานจัดการโรคติดต่อทางน้ำโดยแมลง	66
2.5.1.5	แผนงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อในโรงพยาบาล (IPC)	68
2.5.1.6	แผนงานโรคพิษสุนัขบ้า	71
2.5.1.7	แผนงานขับเคลื่อนการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558	74
2.5.1.8	แผนงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ	78
2.5.1.9	แผนงานพัฒนาการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ อุตุนิษัฏกายใต้แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียวในชุมชน	80
2.5.1.10	แผนงานโรคติดต่อทางอาหารและน้ำ	83
2.5.1.11	แผนงานโรคติดต่อในเด็ก	86
2.5.1.12	แผนงานโรคเมลิออยด์	88
2.5.1.13	แผนงานโรคเลปโตสไปโรสิส	90
2.5.2	กลุ่มโรคติดต่อเรื้อรัง (Communicable Chronic Diseases: CCDs)	92
2.5.2.1	แผนงานป้องกันควบคุมโรคเรื้อรัง เรงร็ดค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อรังรายใหม่	92
2.5.2.2	แผนงานป้องกันควบคุมวัณโรค	94
2.5.2.3	แผนงานป้องกันและควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี	95
2.5.2.4	แผนงานยุติปัญหาเอดส์	98
2.5.2.5	แผนงานเรงร็ดป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	100
2.5.2.6	แผนงานเพิ่มความครอบคลุมการรักษาวินโรค ระยะแฝงในผู้ติดเชื้อ HIV	103
2.5.2.7	แผนงานเพิ่มความครอบคลุมการเข้าถึงบริการตรวจและดูแลรักษาซีพีวีเอสในเยาวชน	105
2.5.3	กลุ่มโรคไม่ติดต่อและปัจจัยเสี่ยงจากพฤติกรรมสุขภาพ (Non-Communicable Diseases: NCDs)	107
2.5.3.1	แผนงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	107
2.5.3.2	แผนงานป้องกันการจมน้ำ	109
2.5.3.3	แผนงานการป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน	111
2.5.3.4	แผนงานป้องกันการบาดเจ็บพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ	113
2.5.3.5	แผนงานควบคุมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ	116
2.5.3.6	แผนงานโรคไม่ติดต่อ (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เมตาบอลิกซินโดรม และการบริโภคโซเดียม)	118
2.5.4	กลุ่มโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม (Occupational and Environmental Diseases: Env-Occ)	121
2.5.4.1	แผนงานการขับเคลื่อนมาตรการทางกฎหมาย และกลไกการเฝ้าระวัง การป้องกัน และการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม ปี 2566	121
2.5.4.2	แผนงานพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพ	125
2.5.4.3	แผนงานพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคจากสิ่งแวดล้อม	127
2.5.5	การพัฒนาและขับเคลื่อนงานเชิงระบบและบูรณาการ (System Development)	131
2.5.5.1	แผนงานการพัฒนากลไกความร่วมมือเครือข่ายทั้งระดับชาติและนานาชาติ เพื่อยกระดับระบบเฝ้าระวัง สอบสวน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ	131



# สารบัญ (ต่อ)

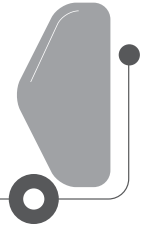
2.5.5.2	แผนงานการพัฒนาศักยภาพและกลไกการดำเนินงานความร่วมมือด้านการเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพตามวาระความร่วมมือระหว่างประเทศเพื่อความมั่นคงทางสุขภาพโลก (GHSA) ในการสนับสนุนให้เกิดศูนย์อาเซียนด้านภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขสูงและโรคติดต่ออุบัติใหม่ (ASEAN Center for Public Health Emergency and Emerging Disease: ACPHEED) ด้านการตอบโต้ (Response) ที่เข้มแข็ง	133
2.5.5.3	แผนงานการสื่อสารความเสี่ยงและสร้างความรอบรู้สุขภาพ ด้านการป้องกันควบคุมโรค	135
2.5.5.4	แผนงานการขับเคลื่อนการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ (พชอ./ พชง.) และระบบสุขภาพปฐมภูมิ	138
2.5.5.5	แผนงานบูรณาการข้อมูลขนาดใหญ่ Big Data เพื่อการสนับสนุนการดำเนินงานโรคและภัยสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ	141
2.5.5.6	แผนงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคในแรงงานข้ามชาติ	142
2.5.5.7	การเสริมสร้างความเข้มแข็งของห้องปฏิบัติการสาธารณสุขสูง ปี 2566 แผนงานพัฒนาเครือข่ายห้องปฏิบัติการสาธารณสุขสูงด้านการป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพ	144
2.5.5.8	แผนงานพัฒนาระบบการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขอย่างครบวงจรและบูรณาการ	145
2.5.5.9	แผนงานการเสริมสร้างความเข้มแข็งการพัฒนาสมรรถนะช่องทางเข้าออกประเทศ และกักกันโรคตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 (IHR 2005) และ พ.ร.บ. โรคติดต่อ พ.ศ. 2558"	148
2.5.5.10	แผนงานสร้างความเข้มแข็งของระบบนวัตกรรมและวิจัย ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ	151
2.5.5.11	แผนงานสุขภาพผู้เดินทาง	154
2.5.5.12	แผนงานพัฒนากำลังคนด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ	156

## ส่วนที่ 3 ผลงานเด่น กรมควบคุมโรค

165

<b>3.1</b>	<b>โรคติดต่อทั่วไป</b>	<b>167</b>
3.1.1	รางวัลเสฐียรฐประจำปี 2566 ประเภทรางวัลสัมฤทธิ์ผลประชาชนมีส่วนร่วม ระดับดี +	167
3.1.2	การพัฒนากรมเสริมทักษะการป้องกันโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน และโรคเมลิออยด์	171
3.1.3	การพัฒนาระบบและโปรแกรมเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อในสถานศึกษา (Children Health Profile)	173
3.1.4	การสร้างระบบเฝ้าระวังโรคมาลาเรียในพื้นที่ชายแดนไทย - เมียนมา	175
<b>3.2</b>	<b>โรคไม่ติดต่อ</b>	<b>177</b>
3.2.1	โรงเรียนต้นแบบความปลอดภัยทางถนน	177
<b>3.3</b>	<b>โรคติดต่อเรื้อรัง</b>	<b>179</b>
3.3.1	ผลักดันนโยบายการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ให้เข้าสู่สิทธิประโยชน์	179
3.3.2	ขับเคลื่อนกลไกสนับสนุนการบริการเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชน รางวัลการบริหารราชการแบบมีส่วนร่วม ประจำปี 2566	181
3.3.3	การพัฒนาห้องปฏิบัติการก้องวันโรคและเครือข่ายเป็นศูนย์ตรวจวินิจฉัยโรคระยะแฝงด้วยเทคนิค Interferon-Gamma Release Assays (IGRAs Center)	185

# สารบัญ (ต่อ)



3.3.4	การวิเคราะห์ลำดับเบสทั้งจีโนม (Whole Genome Sequencing) เพื่อควบคุมการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาในประเทศไทย	188
3.3.5	การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรอง วินิจฉัยรักษาไวรัสตับอักเสบบี ซี 1 ในศตวรรษที่ 2	190
<b>3.4</b>	<b>เชิงระบบ</b>	<b>193</b>
3.4.1	โครงการพัฒนาระบบเฝ้าระวังด้านควบคุมโรคฯ ท่าอากาศยาน รองรับการเดินทาง “การพัฒนาวัฒนธรรมบริการแบบดิจิทัลครอบคลุมการคัดกรอง เฝ้าระวังและติดตามผู้เดินทางระหว่างประเทศ”	193
3.4.2	การพัฒนาแพลตฟอร์มรายงานเฝ้าระวังโรคในรูปแบบดิจิทัล (D506) พัฒนาระบบฐานข้อมูลด้านระบาดวิทยาเพื่อยกระดับระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ	196
3.4.3	รางวัลเลิศรัฐ สาขาบริการภาครัฐ ระดับ “ดี” ประเภทบริการตอบใจตรงใจ เรื่อง “Phuket Tourism Sandbox” สร้างสมดุลสุขภาพ และเศรษฐกิจสังคมของประเทศไทย	199
3.4.4	นวัตกรรมไลน์บอก DHF-Fondue สำหรับบริหารจัดการและแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออก	202
3.4.5	การพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศตรวจคัดกรองผู้เดินทางกลับจากการประกอบพิธีฮัจญ์ (Hajj Q-alert)	207
3.4.6	ผลการพัฒนางานด้วยแนวคิดเชิงออกแบบและการสร้างสรรค์ เพื่อการนำไปใช้ประโยชน์ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ สนับสนุนการทำงานในองค์กรและเครือข่าย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566	210
3.4.7	โครงการประยุกต์การจัดเก็บอัตลักษณ์บุคคลด้วยเทคโนโลยีสแกนลายม่านตา และเทคโนโลยีการจดจำใบหน้า ในงานป้องกันควบคุมโรค ในกลุ่มบุคคลที่ไม่มีเอกสารประจำตัวในประเทศไทย “Use of Iris and Facial Recognition for Biometric Recognition in Undocumented population for Disease Prevention and Control in Thailand”	212

## ส่วนที่ 4 รายงานด้านการเงิน 215

4.1	การใช้จ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายภาพรวมประจำปี 2566	217
-----	---	-----

## ภาคผนวก 245

ก.	รายงานผลสัมฤทธิ์การดำเนินงานป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566	247
ข.	ผลงานเด่นอื่น ๆ	247







ส่วนที่

1

# ข้อมูลทั่วไป



# ข้อมูลทั่วไป

## 1.1 กฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2562

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 8 ฉ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2534 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2543 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขออกกฎกระทรวงไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ 1 ให้ยกเลิกกฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2552

ข้อ 2 ให้กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข มีภารกิจเกี่ยวกับการพัฒนาวิชาการ เพื่อการควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพ โดยมีการศึกษา วิจัย พัฒนา และถ่ายทอดองค์ความรู้ และเทคโนโลยีในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม วินิจฉัย และรักษาโรค และภัยที่คุกคามสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีจากการป้องกันและควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพ โดยมีหน้าที่และอำนาจดังต่อไปนี้

- (1) ดำเนินการตามกฎหมาย กฎ อนุสัญญาหรือกฎข้อบังคับระหว่างประเทศ และระเบียบ รวมทั้งกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง
- (2) ศึกษา วิเคราะห์ วิจัย พัฒนา และสร้างองค์ความรู้และเทคโนโลยีในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพของประชาชน
- (3) เป็นศูนย์กลางในการส่งเสริม สนับสนุน และประสานงานทางด้านวิชาการ เวชภัณฑ์ และวัสดุอุปกรณ์ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม วินิจฉัย และรักษาโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพ
- (4) กำหนดและพัฒนานโยบาย กฎหมาย มาตรการ และคุณภาพมาตรฐานการดำเนินงานในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพของประชาชน
- (5) ถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพ เพื่อจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ให้แก่ หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และประชาชน
- (6) จัด ประสาน และพัฒนาระบบ กลไก และเครือข่ายในการเฝ้าระวัง สอบสวน ป้องกัน และควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพ รวมทั้งสื่อสัญญาณเตือนภัยการระบาดของโรคแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและสาธารณสุข
- (7) จัดให้มีบริการเพื่อรองรับการส่งต่อผู้ป่วยโรคติดต่อเฉพาะโรคติดต่อสำคัญ และโรคติดต่อร้ายแรงในระดับตติยภูมิ และกักกันผู้ป่วยโรคติดต่ออันตรายตามข้อตกลงระหว่างประเทศ
- (8) จัดให้มีบริการเพื่อป้องกัน ควบคุม รักษา และฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยจากโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพ ตลอดจนแหล่งแพร่โรค เพื่อให้ได้องค์ความรู้ในการพัฒนาวิชาการตามภารกิจของกรม
- (9) ดำเนินการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพ กรณีที่เป็นปัญหาทางกว้าง เกิดโรคระบาดรุนแรง หรือมีแนวโน้มที่จะขยายตัวเป็นปัญหารุนแรง

(10) ดำเนินการร่วมกับนานาชาติประเทศหรือองค์การระหว่างประเทศในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และปัญหาสุขภาพระหว่างประเทศ

(11) พัฒนาระบบและกลไกเพื่อให้มีการดำเนินการบังคับใช้กฎหมายที่อยู่ในความรับผิดชอบ

(12) ปฏิบัติการอื่นใดตามที่กฎหมายกำหนดให้เป็นหน้าที่และอำนาจของกรม หรือตามที่รัฐมนตรีหรือคณะรัฐมนตรีมอบหมาย

ข้อ 3 ให้แบ่งส่วนราชการกรมควบคุมโรค ดังต่อไปนี้

- (1) สำนักงานเลขานุการกรม
- (2) กองกฎหมาย
- (3) กองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน
- (4) กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ
- (5) กองบริหารการคลัง
- (6) กองบริหารทรัพยากรบุคคล
- (7) กองยุทธศาสตร์และแผนงาน
- (8) กองระบาดวิทยา
- (9) กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม
- (10) กองโรคติดต่อทั่วไป
- (11) กองโรคติดต่อทางแมลง
- (12) กองโรคไม่ติดต่อ
- (13) กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- (14) กองวัณโรค
- (15) สถาบันบำราศนราดูร
- (16) สถาบันราชประชาสมาสัย
- (17) สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- (18) - (29) สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 - 12

ข้อ 4 ในกรมควบคุมโรค ให้มีกลุ่มตรวจสอบภายใน เพื่อทำหน้าที่หลักในการตรวจสอบการดำเนินงานภายในกรม และสนับสนุนการปฏิบัติงานของกรรับผิดชอบงานขึ้นตรงต่ออธิบดี โดยมีหน้าที่และอำนาจดังต่อไปนี้

- (1) ดำเนินการเกี่ยวกับการตรวจสอบด้านการบริหาร การเงิน และการบัญชีของกรม
- (2) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ 5 ในกรมควบคุมโรค ให้มีกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร เพื่อทำหน้าที่หลักในการพัฒนาการบริหารของกรมให้เกิดผลสัมฤทธิ์ มีประสิทธิภาพ และคุ้มค่า รับผิดชอบงานขึ้นตรงต่ออธิบดี โดยมีหน้าที่และอำนาจดังต่อไปนี้

- (1) เสนอแนะและให้คำปรึกษาแก่อธิบดีเกี่ยวกับยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบราชการภายในกรม
- (2) ติดตาม ประเมินผล และจัดทำรายงานเกี่ยวกับการพัฒนาระบบราชการภายในกรม
- (3) ประสานและดำเนินการเกี่ยวกับการพัฒนาระบบราชการร่วมกับหน่วยงานกลางต่าง ๆ และหน่วยงานภายในกรม
- (4) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือได้รับมอบหมาย

ข้อ 6 สำนักงานเลขานุการกรม มีหน้าที่และอำนาจดังต่อไปนี้

- (1) ปฏิบัติงานสารบรรณของกรม
- (2) ดำเนินการเกี่ยวกับงานช่วยอำนวยความสะดวกและงานเลขานุการของกรม
- (3) ประชาสัมพันธ์การปฏิบัติงานของกรม เผยแพร่กิจกรรมความรู้ ความก้าวหน้าและผลงานของกรม
- (4) ดำเนินการเกี่ยวกับอาคารสถานที่และยานพาหนะของกรม

- (5) ดำเนินการอื่นใดที่มีได้กำหนดให้เป็นหน้าที่และอำนาจของส่วนราชการใดของกรม
- (6) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ 7 กองกฎหมาย มีหน้าที่และอำนาจ ดังต่อไปนี้

- (1) ดำเนินการเกี่ยวกับกฎหมายที่อยู่ในความรับผิดชอบของกรม
- (2) ศึกษา วิเคราะห์ และพัฒนาองค์ความรู้ เพื่อการปรับปรุงและพัฒนากฎหมาย ตลอดจน ให้คำปรึกษาแนะนำ ด้านกฎหมายแก่เจ้าหน้าที่ของกรม ส่วนราชการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- (3) รับฟังความคิดเห็นของผู้เกี่ยวข้องและวิเคราะห์ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากกฎหมาย รวมทั้งประเมินผลสัมฤทธิ์ของกฎหมายบรรดาที่อยู่ในหน้าที่และอำนาจของกรม
- (4) ดำเนินการเกี่ยวกับงานนิติกรรมและสัญญา งานเกี่ยวกับความรับผิดชอบทางแพ่งและทางอาญา งานคดีปกครอง และงานคดีอื่นที่อยู่ในหน้าที่และอำนาจของกรม
- (5) ดำเนินการเกี่ยวกับการบังคับใช้กฎหมาย มาตรการทางปกครอง การระงับข้อพิพาท และงานอื่นที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายที่อยู่ในหน้าที่และอำนาจของกรม
- (6) เป็นศูนย์ข้อมูลกลางด้านกฎหมายของกรม
- (7) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ 8 กองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน มีหน้าที่และอำนาจดังต่อไปนี้

- (1) ศึกษา วิเคราะห์ วิจัย และพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยี ตลอดจนจัดทำระบบ ฐานข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในขอบข่ายความรับผิดชอบของกรม
- (2) เป็นศูนย์กลางในการส่งเสริม สนับสนุน และประสานงานทางด้านวิชาการ เวชภัณฑ์ และวัสดุอุปกรณ์ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน เตรียมความพร้อม และควบคุมภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ในขอบข่ายความรับผิดชอบของกรม
- (3) เสนอแนะและพัฒนานโยบาย ยุทธศาสตร์ กฎหมาย มาตรการ และคุณภาพมาตรฐาน การจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข
- (4) ถ่ายทอดองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรมการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ให้แก่ หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และประชาชน
- (5) จัด ประสาน และพัฒนาระบบ กลไก และเครือข่ายในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข รวมทั้งสื่อสัญญาณเตือนภัยการระบาดของโรคแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและสาธารณสุข
- (6) ดำเนินการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข
- (7) เตรียมความพร้อมรับมือภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในขอบข่ายความรับผิดชอบของกรม
- (8) จัดระบบงานตระหนักรู้สถานการณ์และระบบการรายงานข่าวกรองเพื่อเตือนภัยและให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายแก่ผู้บริหาร
- (9) บริหารจัดการศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินของกรมทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน
- (10) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ 9 กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ มีหน้าที่และอำนาจดังต่อไปนี้

- (1) ดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ ในส่วนที่เป็นหน้าที่และอำนาจของกรม รวมทั้งการดำเนินการตามพันธกรณีระหว่างประเทศเพื่อให้เป็นไปตามกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก และอนุสัญญาอื่นที่เกี่ยวข้อง
- (2) ศึกษา วิเคราะห์ วิจัย กำหนด และพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยี มาตรฐาน หลักเกณฑ์ รูปแบบการดำเนินงาน ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ
- (3) ถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ รวมถึงผลกระทบอันเนื่องมาจากการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ ให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและประชาชน

(4) ปฏิบัติหน้าที่สำนักงานเลขาธิการและรับผิดชอบงานธุรการของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบแห่งชาติ และคณะกรรมการซึ่งแต่งตั้งโดยคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบแห่งชาติ

(5) เป็นศูนย์ข้อมูลการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ รวมถึงผลกระทบอันเนื่องมาจากการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ

(6) พัฒนานโยบาย แผนยุทธศาสตร์ มาตรการ การดำเนินงานในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบของประเทศ ตลอดจนติดตามและประเมินผล รวมทั้งให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา และประสานงานส่วนราชการ หน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ และองค์กรเอกชน คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบกรุงเทพมหานคร และคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ในการดำเนินการเกี่ยวกับการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ

(7) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ 10 กองบริหารการคลัง มีหน้าที่และอำนาจดังต่อไปนี้

(1) ดำเนินการเกี่ยวกับการเงิน การบัญชี การงบประมาณ และการพัสดุของกรม

(2) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ 11 กองบริหารทรัพยากรบุคคล มีหน้าที่และอำนาจดังต่อไปนี้

(1) จัดระบบงานและบริหารงานบุคคลของกรม

(2) เสริมสร้างและพัฒนาด้านวินัย คุณธรรม และจริยธรรมแก่บุคลากรของกรม

(3) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ 12 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน มีหน้าที่และอำนาจดังต่อไปนี้

(1) จัดทำและประสานแผนงานและแผนปฏิบัติการของกรมให้เกิดผลสัมฤทธิ์ เป็นไปตามเป้าหมาย แนวทาง และแผนปฏิบัติราชการของกระทรวง รวมทั้งเร่งรัด ติดตาม และประเมินผล การปฏิบัติงานของหน่วยงานในสังกัดกรม

(2) ติดต่อและประสานงานกับองค์กรหรือหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ เกี่ยวกับความร่วมมือ และความช่วยเหลือ ด้านการควบคุมโรค

(3) ส่งเสริมและสนับสนุนการศึกษา วิเคราะห์ วิจัย และพัฒนาองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการบริหาร วิชาการ และเทคโนโลยีการป้องกันและควบคุมโรค

(4) เป็นศูนย์ข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศของกรม

(5) จัดทำและเสนอนโยบาย ยุทธศาสตร์ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพระดับประเทศ และระหว่างประเทศ

(6) วิเคราะห์ จัดทำค่าของงบประมาณ และจัดสรรงบประมาณของกรม

(7) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ 13 กองระบาดวิทยา มีหน้าที่และอำนาจดังต่อไปนี้

(1) ศึกษา วิเคราะห์ วิจัย และพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านระบาดวิทยา

(2) กำหนดและพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานและสมรรถนะของบุคลากรด้านระบาดวิทยาทุกระดับ

(3) จัดให้มีและพัฒนาระบบ เครือข่ายในการเฝ้าระวัง ระบบกลไกเฝ้าระวังโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพ และการสอบสวนโรค และภัยที่คุกคามสุขภาพ รวมทั้งการดำเนินงานของเครือข่าย ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการเฝ้าระวังและติดตามสถานการณ์ของโรคทั้งภายในและภายนอกประเทศ

(4) เผยแพร่ข้อมูลและเตือนภัยการระบาดของโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพ รวมทั้งการสอบสวนโรคในกรณีรุนแรง และสำคัญ

(5) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ 14 กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม มีหน้าที่และอำนาจดังต่อไปนี้

(1) ศึกษา วิเคราะห์ วิจัย และพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม

(2) กำหนดและพัฒนามาตรฐานเกี่ยวกับหลักเกณฑ์และรูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรค และภัยที่คุกคามสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ตลอดจนการดำเนินการตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

(3) ถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ให้แก่หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และประชาชน

(4) ประสานและสนับสนุนการพัฒนาระบบ กลไก และเครือข่ายในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม

(5) ประสานการพัฒนางานองค์ความรู้ด้านการตรวจ วินิจฉัย และการรักษาโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม

(6) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ 15 กองโรคติดต่อทั่วไป มีหน้าที่และอำนาจดังต่อไปนี้

(1) ศึกษา วิเคราะห์ วิจัย และพัฒนางานองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อที่อุบัติใหม่ และอุบัติซ้ำ โรคติดต่อระหว่างประเทศ โรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน โรคติดต่อทางอาหารและน้ำ โรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน และโรคติดต่อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก

(2) กำหนดและพัฒนามาตรฐานเกี่ยวกับหลักเกณฑ์และรูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อที่อุบัติใหม่ และอุบัติซ้ำ โรคติดต่อระหว่างประเทศ โรคติดต่อที่ป้องกันได้ ด้วยวัคซีน โรคติดต่อทางอาหารและน้ำ โรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน และโรคติดต่อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก

(3) ถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อที่อุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ โรคติดต่อระหว่างประเทศ โรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน โรคติดต่อทางอาหารและน้ำ โรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน หรือโรคติดต่อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กให้แก่หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และประชาชน

(4) ปฏิบัติหน้าที่สำนักงานเลขานุการและรับผิดชอบงานธุรการของคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติและคณะกรรมการซึ่งแต่งตั้งโดยคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ

(5) ประสานและสนับสนุนการพัฒนาระบบ กลไก และเครือข่ายการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อที่อุบัติใหม่ และอุบัติซ้ำ โรคติดต่อระหว่างประเทศ โรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน โรคติดต่อทางอาหารและน้ำ โรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน หรือโรคติดต่อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก

(6) ประสานการพัฒนางานองค์ความรู้ด้านการตรวจ วินิจฉัย และรักษาโรคติดต่อที่อุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ โรคติดต่อระหว่างประเทศ โรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน โรคติดต่อทางอาหารและน้ำโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน หรือโรคติดต่อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก

(7) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ 16 กองโรคติดต่อหน้าโดยแมลง มีหน้าที่และอำนาจดังต่อไปนี้

(1) ศึกษา วิเคราะห์ วิจัย และพัฒนางานองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อหน้าโดยแมลง

(2) กำหนดและพัฒนามาตรฐานเกี่ยวกับหลักเกณฑ์และรูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อหน้าโดยแมลง

(3) ถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อหน้าโดยแมลง ให้แก่ หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และประชาชน

(4) ประสานและสนับสนุนการพัฒนาระบบ กลไก และเครือข่ายการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อหน้าโดยแมลง

(5) ประสานการพัฒนางานองค์ความรู้ด้านการตรวจ วินิจฉัย และการรักษาโรคติดต่อหน้าโดยแมลง

(6) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ 17 กองโรคไม่ติดต่อ มีหน้าที่และอำนาจดังต่อไปนี้

(1) ศึกษา วิเคราะห์ วิจัย และพัฒนางานองค์ความรู้ และเทคโนโลยีด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อที่มีสาเหตุหรือปัจจัยกำหนดที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการบาดเจ็บ พหุกรรมและสังคม พันธุกรรม และระบบบริการที่ไม่เหมาะสม



(2) กำหนดและพัฒนามาตรฐานเกี่ยวกับหลักเกณฑ์และรูปแบบการดำเนินงานในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อ ที่มีสาเหตุหรือปัจจัยกำหนดที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บ พหุติกรรม และสังคม พันธุกรรม และระบบบริการที่ไม่เหมาะสม

(3) ถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อที่มีสาเหตุหรือปัจจัยกำหนดที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บ พหุติกรรมและสังคม พันธุกรรม และระบบบริการที่ไม่เหมาะสม

(4) ประสานและสนับสนุนการพัฒนาระบบ กลไก และเครือข่ายการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อ ที่มีสาเหตุหรือปัจจัยกำหนดที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บ พหุติกรรมและสังคม พันธุกรรม และระบบบริการที่ไม่เหมาะสม

(5) เป็นศูนย์ข้อมูลและประสานงานการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อที่มีสาเหตุหรือปัจจัยกำหนดที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บ พหุติกรรมและสังคม พันธุกรรม และระบบบริการที่ไม่เหมาะสม

(6) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ 18 กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีหน้าที่และอำนาจดังต่อไปนี้

(1) ศึกษา วิเคราะห์ วิจัย และพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

(2) กำหนดและพัฒนามาตรฐานเกี่ยวกับหลักเกณฑ์และรูปแบบการดำเนินงานในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

(3) ถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ให้แก่หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและประชาชน

(4) ประสานและสนับสนุนการพัฒนาระบบ กลไก และเครือข่ายการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

(5) ประสานและพัฒนาองค์ความรู้ด้านการตรวจ วินิจฉัย และการรักษาโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

(6) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ 19 กองวัณโรค มีหน้าที่และอำนาจดังต่อไปนี้

(1) ศึกษา วิเคราะห์ วิจัย และพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรค

(2) กำหนดและพัฒนามาตรฐานเกี่ยวกับหลักเกณฑ์และรูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรค

(3) ถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคให้แก่หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และประชาชน

(4) ประสานและสนับสนุนการพัฒนาระบบ กลไก และเครือข่ายในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมวัณโรค รวมถึงเครือข่ายความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน องค์กร และสถาบันทั้งในประเทศ และต่างประเทศ

(5) ให้บริการและพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการตรวจ วินิจฉัย และการรักษาวัณโรค

(6) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ 20 สถาบันบำราศนราดูร มีหน้าที่และอำนาจดังต่อไปนี้

(1) ศึกษา วิเคราะห์ วิจัย และพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม ตรวจ วินิจฉัย รักษา และฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคเอดส์ ผู้ป่วยโรคติดเชื้อ และโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ

(2) กำหนดและพัฒนามาตรฐานการตรวจ วินิจฉัย รักษา และฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคเอดส์ ผู้ป่วยโรคติดเชื้อ และโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ

(3) ให้บริการและพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการตรวจ วินิจฉัย รักษา และฟื้นฟู สภาพผู้ป่วยโรคเอดส์ ผู้ป่วยโรคติดเชื้อ และโรคที่เป็นปัญหาสำคัญในระดับตติยภูมิ

(4) ถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการตรวจ วินิจฉัย รักษา และฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่เป็นปัญหาสำคัญ โดยเฉพาะทักษะการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์ ผู้ป่วยโรคติดเชื้อ และผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์และโรคติดเชื้อ ให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ



- (5) ประสานและสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านสาธารณสุขในสาขาที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ
- (6) กักกันผู้ป่วยโรคติดต่ออันตรายตามข้อตกลงระหว่างประเทศ
- (7) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ 21 สถาบันราชประชาสมาสัย มีหน้าที่และอำนาจดังต่อไปนี้

- (1) ศึกษา วิเคราะห์ วิจัย และพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม ตรวจ วินิจฉัย รักษา และฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังและโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม
- (2) ถ่ายทอดองค์ความรู้ มาตรฐาน นโยบาย และเทคโนโลยีด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม ตรวจ วินิจฉัย รักษา และฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังและโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม ให้แก่หน่วยงานเครือข่ายทั้งในประเทศและต่างประเทศ
- (3) ประสานและสนับสนุนเครือข่าย เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ มาตรฐาน และนโยบายด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม และฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังและโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม
- (4) ให้บริการและพัฒนาองค์ความรู้ มาตรฐาน และนโยบายด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม และฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังในระดับตติยภูมิและโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม
- (5) ประเมินผลการดำเนินงานด้านโรคเรื้อรังและโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- (6) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ 22 สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีหน้าที่และอำนาจดังต่อไปนี้

- (1) ดำเนินการตามหน้าที่และอำนาจที่ระบุไว้ในกฎหมายว่าด้วยการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง
- (2) ศึกษา วิเคราะห์ วิจัย และพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยี ตลอดจนกำหนดและพัฒนามาตรฐาน หลักเกณฑ์ และรูปแบบการดำเนินงานด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค และภัยที่คุกคามสุขภาพ และผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- (3) ถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยี รวมทั้งประสานและสนับสนุนการพัฒนาระบบ กลไก และเครือข่ายด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพ และผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ให้แก่ หน่วยงานภาครัฐ เอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและประชาชน
- (4) เป็นศูนย์ข้อมูลและประสานงานการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพ และผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- (5) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ 23 - 34 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 - 12 มีหน้าที่และอำนาจดังต่อไปนี้

- (1) ศึกษา วิเคราะห์ วิจัย และพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพ ให้เหมาะสมกับสภาพพื้นที่ที่รับผิดชอบ
- (2) สนับสนุนการพัฒนามาตรฐานเกี่ยวกับหลักเกณฑ์และรูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค และภัยที่คุกคามสุขภาพในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบ
- (3) ถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพ ให้แก่หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และประชาชนในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบ
- (4) ประสานและสนับสนุนการปฏิบัติงานร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบ
- (5) สนับสนุนการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพบริเวณชายแดน เพื่อการป้องกันโรคระหว่างประเทศ
- (6) เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบ
- (7) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือที่ได้รับมอบหมาย

## วิทยาลัยนั

ประชาชนได้รับการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพระดับมาตรฐานสากล ภายในปี 2580

### พันธกิจ

ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 136 ตอนที่ 78 ก. ลงวันที่ 20 มิถุนายน 2562 กฎกระทรวง แบ่งส่วนราชการกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2562 ได้กำหนดให้กรมควบคุมโรคมีภารกิจเกี่ยวกับ การพัฒนาวิชาการ เพื่อการควบคุมโรค และภัยที่คุกคามสุขภาพ โดยมีการศึกษา วิจัย พัฒนา และถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม วินิจฉัย และรักษาโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีจากการป้องกันและควบคุมโรค และภัยที่คุกคามสุขภาพ โดยมีหน้าที่และอำนาจ ดังต่อไปนี้

- 1) ดำเนินการตามกฎหมาย กฎ อนุสัญญาหรือกฎข้อบังคับระหว่างประเทศ และระเบียบรวมทั้งกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง
- 2) ศึกษา วิเคราะห์ วิจัย พัฒนา และสร้างองค์ความรู้และเทคโนโลยีในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค และภัยที่คุกคามสุขภาพของประชาชน
- 3) เป็นศูนย์กลางในการส่งเสริม สนับสนุน และประสานงานทางด้านวิชาการ เวชภัณฑ์และวัสดุอุปกรณ์ ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม วินิจฉัย และรักษาโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพ
- 4) กำหนดและพัฒนานโยบาย กฎหมาย มาตรการ และคุณภาพมาตรฐานการดำเนินงาน ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพของประชาชน
- 5) ถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพ เพื่อจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ให้แก่หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และประชาชน
- 6) จัด ประสาน และพัฒนาระบบ กลไก และเครือข่ายในการเฝ้าระวัง สอบสวน ป้องกันและควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพ รวมทั้งสื่อสัญญาณเตือนภัยการระบาดของโรคแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและสาธารณสุข
- 7) จัดให้มีบริการเพื่อรองรับการส่งต่อผู้ป่วยโรคติดต่อเฉพาะโรคติดต่อสำคัญ และโรคติดต่อร้ายแรงในระดับ ตติยภูมิ และกักกันผู้ป่วยโรคติดต่ออันตรายตามข้อตกลงระหว่างประเทศ
- 8) จัดให้มีบริการเพื่อป้องกัน ควบคุม รักษา และฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยจากโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพ ตลอดจน แหล่งแพร่โรค เพื่อให้ได้องค์ความรู้ในการพัฒนาวิชาการตามภารกิจของกรม
- 9) ดำเนินการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค และภัยที่คุกคามสุขภาพ กรณีที่เป็นปัญหาทางกว้าง เกิดโรคระบาดรุนแรงหรือมีแนวโน้มที่จะขยายตัวเป็นปัญหารุนแรง
- 10) ดำเนินการร่วมกับนานาชาติประเทศหรือองค์การระหว่างประเทศในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและปัญหาสุขภาพระหว่างประเทศ
- 11) พัฒนาระบบและกลไกเพื่อให้มีการดำเนินการบังคับใช้กฎหมายที่อยู่ในความรับผิดชอบ
- 12) ปฏิบัติการอื่นใดตามที่กฎหมายกำหนดให้เป็นหน้าที่และอำนาจของกรม หรือตามที่รัฐมนตรีหรือคณะรัฐมนตรี มอบหมาย

## ยุทธศาสตร์

ยุทธศาสตร์ด้านการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศ ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561 - 2580) และยุทธศาสตร์ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศ ระยะที่ 2 ระยะสร้างความเข้มแข็ง (พ.ศ. 2566 - 2570) ประกอบด้วย 5 ยุทธศาสตร์ ได้แก่

### ยุทธศาสตร์ที่ 1

การพัฒนานโยบาย มาตรการ และบริการด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

### ยุทธศาสตร์ที่ 2

การเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข

### ยุทธศาสตร์ที่ 3

การยกระดับโครงสร้างพื้นฐานของระบบป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

### ยุทธศาสตร์ที่ 4

การปรับปรุงระบบบริหารจัดการและการพัฒนาความร่วมมือ

### ยุทธศาสตร์ที่ 5

การพัฒนากำลังคนด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ



ประกาศกรมควบคุมโรค  
เรื่อง นโยบายการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ กรมควบคุมโรค  
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ด้วยการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ กรมควบคุมโรค ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ อธิบดีกรมควบคุมโรค ได้มีหลักในการทำงาน โดยขอให้รองอธิบดี ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้อำนวยการ และบุคลากรกรมควบคุมโรค ยึดมั่นด้วยหลักการบริหาร THARES model ประกอบด้วย ทำงานเป็นทีม ไว้เนื้อเชื่อใจ (Team and Trusted) สวัสดิการดี มีความสุข (Happy and Healthy Workplace) ชื่นชมยกย่อง (Admire) ตอบสนองรวดเร็ว (Rapid Response) เชื่อมโยงเครือข่าย (Encourages Network) และวิชาการก้าวไกล อย่างไร้รอยต่อ (Sustainable / Seamless DC programs) ทั้งนี้ ได้กำหนดจุดมุ่งเน้นที่สำคัญในการดำเนินการให้เกิดผลประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน ดังนี้

ส่วนที่ ๑ งานตามนโยบาย สัดส่วน ๔๐%

๑) ให้ความสำคัญกับโครงการในพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ รวมทั้งโครงการเกี่ยวกับพระบรมวงศานุวงศ์ ได้แก่ โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ โครงการรณรงค์กำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี เพื่อรำลึกในพระมหากรุณาธิคุณของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช พร้อมทั้งถวายเป็นพระราชกุศลแด่สมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถ พระบรมราชชนนีพันปีหลวง โครงการพัฒนารูปแบบหน่วยบริการสาธารณสุขเคลื่อนที่ (Public Health Service Delivery Mobile Unit) โดยรถพระราชทานเพื่อตอบโต้และควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในประเทศไทย โครงการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคหนองพยาธิในนักเรียนและเยาวชนในพื้นที่ถิ่นทุรกันดาร และพื้นที่แผนภูฟ้าพัฒนาตามพระราชดำริ สมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธานศาสตราจารย์ ดร. สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมพระศรีสวางควัฒน วรขัตติยราชนารี กรมควบคุมโรค ให้ความสำคัญและดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายแผนงานโรคและภัยสุขภาพ

๒) ใช้โอกาสจากแผนระดับประเทศในการขับเคลื่อนงานที่กรมควบคุมโรคเป็นหน่วยงานหลัก และร่วมดำเนินการ ได้แก่ แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ แผนปฏิรูปประเทศ (ฉบับปรับปรุง) ด้านสาธารณสุข นโยบายและแผนระดับชาติว่าด้วยความมั่นคง และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๓ รวมทั้งสนับสนุนการบูรณาการแผนงานระดับชาติที่สำคัญ เช่น แผนงานบูรณาการเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก และแผนงานบูรณาการรัฐบาลดิจิทัล

๓) ขับเคลื่อนนโยบายที่สำคัญ ได้แก่ ภัยสุขภาพการแพทย์ โครงการ ๓ หมอ และการปฏิรูปเขตสุขภาพให้มีระบบบริหารจัดการแบบบูรณาการ คล่องตัว และการร่วมรับผิดชอบด้านสุขภาพระหว่างหน่วยงานและท้องถิ่น

๔) เสริมสร้าง...



- ๒ -

๔) เสริมสร้างความเชื่อมั่นของระบบสุขภาพ (Post COVID-19) ภายหลังจากภาวะวิกฤติการระบาดของโควิด 19 ที่มีภารกิจที่ต้องเร่งรัดให้กลุ่ม ๖๐๘ ได้รับวัคซีนเข็มกระตุ้นให้ได้ตามเป้าหมาย เพื่อรองรับการเปิดประเทศและการฟื้นฟูเศรษฐกิจของประเทศ

๕) สร้างความเข้มแข็งระบบรับมือโรคอุบัติใหม่ ด้วยการพัฒนากระบวนการสารสนเทศ (Data-Driven) เพื่อการตัดสินใจอย่างรวดเร็ว (Real-Time) มีเครือข่ายเฝ้าระวังและเตือนภัย มีการสื่อสารและการเข้าถึงข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งการพัฒนาห้องปฏิบัติการ (Public Health Lab) เพื่อการสนับสนุนการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ที่ต้องอาศัยผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่รวดเร็วและแม่นยำ

๖) ให้ความสำคัญกับการจัดตั้งศูนย์อาเซียนด้านภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขและโรคอุบัติใหม่ (ASEAN Centre for Public Health Emergencies and Emerging Diseases : ACPHEED) ซึ่งเป็นหมุดหมายสำคัญในงานด้านภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของภูมิภาคอาเซียน

## ส่วนที่ ๒ งานตามยุทธศาสตร์ และการเพิ่มขีดความสามารถของกรมฯ สัดส่วน ๓๐%

๑) เร่งรัดการทำงานตามข้อกำหนดหรือพันธะสัญญาระหว่างประเทศให้ได้ตามเป้าหมายที่กำหนด เช่น การลดอุบัติการณ์วัณโรค การลดผู้ติดเชื้อ HIV การลดผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซี การลดผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรีย และการลดอุบัติเหตุทางถนน เป็นต้น

๒) ทำงานอย่างมียุทธศาสตร์ เน้นผลลัพธ์มากกว่ากระบวนการ พิจารณาเป้าหมายโดยผลลัพธ์สามารถสะท้อนถึงปริมาณและคุณภาพของผลงานที่เกิดขึ้น ปรับเปลี่ยนวิธีการทำงานเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ (New Method New Technology New Result) และมีความรวดเร็วยิ่งขึ้น ทำน้อย - ได้มาก พร้อมรับมือต่อการเปลี่ยนแปลงและข้อจำกัดต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น

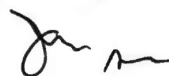
๓) วิจัยและนวัตกรรม สร้างความร่วมมือเครือข่ายงานวิจัย ใช้โอกาสจากพืชกัญชง - กัญชาศึกษาวิจัย ค้นคว้าเพื่อการป้องกันควบคุมโรคฯ

๔) พัฒนากำลังคนด้านการควบคุมโรค ยกกระดับสมรรถนะของบุคลากรให้สามารถทำงานได้หลากหลาย (Multitasking skills) ทั้งทักษะที่ใช้ทำงานในสายอาชีพ (Hard skill) และทักษะความสามารถเชิงสมรรถนะ (Soft skill) เพื่อการขับเคลื่อนงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

## ส่วนที่ ๓ งานตามภารกิจพื้นฐาน สัดส่วน ๓๐%

บูรณาการทุกงบประมาณย่อย ทุกแหล่งงบประมาณ เพื่อดำเนินงานตามภารกิจของกรมควบคุมโรค ด้วยการบูรณาการงบประมาณที่ได้รับจัดสรรในการทำงาน จัดทำแผน/โครงการขับเคลื่อนให้มีความเชื่อมโยงสอดคล้อง สนับสนุนซึ่งกันและกัน ลำดับความสำคัญของงาน เพื่อให้เกิดความคุ้มค่าและไม่ซ้ำซ้อน

ประกาศ ณ วันที่ ๕ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๕



(นายธเรศ กรัษนัยรวิวงศ์)  
อธิบดีกรมควบคุมโรค

คณะผู้บริหาร กรมควบคุมโรค



นายแพทย์รศ. ตรีชัยรุ่งรงค์  
อธิบดีกรมควบคุมโรค



นายแพทย์โสภณ เอี่ยมศิริถาวร  
รองอธิบดี



นายแพทย์อภิชาติ วชิรพันธ์  
รองอธิบดี



นายแพทย์ดิเรก จำเป็น  
รองอธิบดี



นายแพทย์นิตี เทตานุรักษ์  
รองอธิบดี

นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ



แพทย์หญิงจุไร วงศ์สวัสดิ์



นายแพทย์วิศิษฎ์ ประสิทธิ์ศิริกุล



แพทย์หญิงเพลิน กมลวัฒน์



นายแพทย์กฤตเดช สุขภิธส



นายแพทย์พรศักดิ์ อยู่เจริญ



แพทย์หญิงวรรณภา หาญเชาว์วรกุล



นายแพทย์วิศิษฐ์ มูลศาสตร์



นายแพทย์วีรวัฒน์ มโนสุทธิ



แพทย์หญิงศศิธร ตั้งสวัสดิ์

## นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ



แพทย์หญิงบุษบัน เชื้ออินทร์



แพทย์หญิงชุลีพร จิระพงษา



นางเบญจมาภรณ์ กัญญาพรพาณิชย์



แพทย์หญิงชิ่งนันทน์ เลิศพิริยสุวัฒน์



นายแพทย์สุเมธ องค์กรรรถดี



นายแพทย์ปณิธิ รัชมวิงยะ



แพทย์หญิงดารินทร์ อารีโยชชัย



แพทย์หญิงสุเมณี วัชรสินธุ์



แพทย์หญิงธนาภา ตันตักวิวัฒน์



นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ



นายแพทย์จุมพล ตันตวงชากิจ



สัตวแพทย์หญิงเสาวพัทธ์ อ้นจ้อย



แพทย์หญิงรพีพรรณ โพธิ์ทอง



นางสุภาพร พุทธิรัตน์



นายไพโรจน์ พรหมพันใจ

ผู้อำนวยการกอง/ สำนัก/ สถาบัน/ สำนักงานป้องกันควบคุมโรค

สายสนับสนุน



จำเอกังสรรค์ กามูลแสน  
เลขาธิการกรม



นายยุทธพงษ์ เกียรติกุลชาติ  
ผู้อำนวยการกองบริหารทรัพยากรบุคคล



แพทย์หญิงชุลีกร ธนดิตร  
ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน



นายนิรุติ นิรุติธรรมสรา  
ผู้อำนวยการกองบริหารการคลัง



นางสาวสุทินี่ สุกศรีประเสริฐ  
ผู้อำนวยการกลุ่มตรวจสอบภายใน



นางกิติณี สิริปูชกะ  
ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร



นายแพทย์อภิชาติ วชิรพันธ์  
หัวหน้ากลุ่มงานจริยธรรม



นายแพทย์พงษ์ธร ชาติพิทักษ์  
ผู้อำนวยการกองดิจิทัลเพื่อการควบคุมโรค

ผู้อำนวยการกอง/ สำนัก/ สถาบัน/ สำนักงานป้องกันควบคุมโรค

สายวิชาการ



นางสาวอังคณา บรสุทธิ์  
รักษาการผู้อำนวยการกองกฎหมาย



นายสัตวแพทย์พรพิทักษ์ พันธุ์หล้า  
รักษาการผู้อำนวยการ  
กองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน



นายแพทย์ชยนิษฐ์ สิกธิบุศย์  
ผู้อำนวยการกองงาน  
คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ



นายแพทย์จิกรรัฐ พิทยาวงศ์อานนท์  
ผู้อำนวยการกองระบาดวิทยา



นายแพทย์ยงเจือ เหล่าศิริถาวร  
ผู้อำนวยการ  
กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม



นายแพทย์วิชาญ บุญกิติกร  
ผู้อำนวยการกองโรคติดต่อทั่วไป



แพทย์หญิงจันทนา ผดุงทศ  
ผู้อำนวยการกองโรคติดต่อทางแมลง



นายแพทย์กฤษฎา หาญบรรเจิด  
ผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ



แพทย์หญิงชวีรัตน์ เลิศพิริยสุวัฒน์  
ผู้อำนวยการ  
กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

## ผู้อำนวยการกอง/ สำนัก/ สถาบัน/ สำนักงานป้องกันควบคุมโรค

### สายวิชาการ



แพทย์หญิงพณิณ กมลวัฒน์  
รักษาการผู้อำนวยการกองวัณโรค



นายแพทย์นิพนธ์ ชินานนท์เวช  
ผู้อำนวยการ  
สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์



นายแพทย์สุเมธ องค์กรรรณดี  
ผู้อำนวยการ  
สำนักงานบริหารโครงการกองทุนโลก



นายเกรียงกมล เหมือนกรุด  
ผู้อำนวยการ  
สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ



สัตวแพทย์หญิงหึงสาวพัทธ์ อ้นจ้อย  
ผู้อำนวยการ  
สำนักงานความร่วมมือระหว่างประเทศ



นางพาหุรัตน์ คงเมือง ทิยสุวรรณ  
ผู้อำนวยการสำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการ  
โครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ  
และโครงการที่เกี่ยวข้องกับพระบรมวงศานุวงศ์



นายแพทย์ไพท สิงห์คำ  
ผู้อำนวยการกองนวัตกรรมและวิจัย



นางอรนต์ ธีระตากร  
ผู้อำนวยการ  
สำนักงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ



นายแพทย์โรม บิวทอง  
ผู้อำนวยการ  
กองด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศและกักกันโรค

ผู้อำนวยการกอง/ สำนัก/ สถาบัน/ สำนักงานป้องกันควบคุมโรค

สายวิชาการ



แพทย์หญิงศิริรัตน์ สุวรรณกุล  
ผู้อำนวยการกองป้องกันการบาดเจ็บ

สถาบัน



นายแพทย์กิตติพงษ์ สักชาติวิรุฬห์  
ผู้อำนวยการสถาบันบำราศนราดูร



นายแพทย์เอนก มุ่งอ้อมกลาง  
รักษาการผู้อำนวยการสถาบันราชประชาสมาสัย



นายแพทย์สุกิตน์ โชตนะพันธ์  
ผู้อำนวยการสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง



แพทย์หญิงมนทิณี วสันติอุปโกถากร  
ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์ป้องกันศึกษา



## ผู้อำนวยการกอง/ สำนัก/ สถาบัน/ สำนักงานป้องกันควบคุมโรค

### สำนักงานป้องกันควบคุมโรค



แพทย์หญิงเสาวนีย์ วิบุลสันทิ

ผู้อำนวยการ

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 จังหวัดเชียงใหม่



นายแพทย์ศรายุทธ อุดตมาคงพงศ์

ผู้อำนวยการ

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก



แพทย์หญิงหรรษา รักชาม

ผู้อำนวยการ

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์



นายแพทย์อนุต มุ่งอ้อมกลาง

ผู้อำนวยการ

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี



แพทย์หญิงพิพรรณ ไพร์ทอง

ผู้อำนวยการ

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี



แพทย์หญิงวรยา เหลืองอ่อม

ผู้อำนวยการ

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี



นายแพทย์สมาน พุตรระกูล

ผู้อำนวยการ

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น



แพทย์หญิงศศิธร ตั้งสวัสดิ์

ผู้อำนวยการ

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี



นายแพทย์ทวิชัย วิชญไยธิน

ผู้อำนวยการ

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

ผู้อำนวยการกอง/ สำนัก/ สถาบัน/ สำนักงานป้องกันควบคุมโรค

สำนักงานป้องกันควบคุมโรค



แพทย์หญิงบุศณี มุจรินทร์  
ผู้อำนวยการ  
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10  
จังหวัดอุบลราชธานี

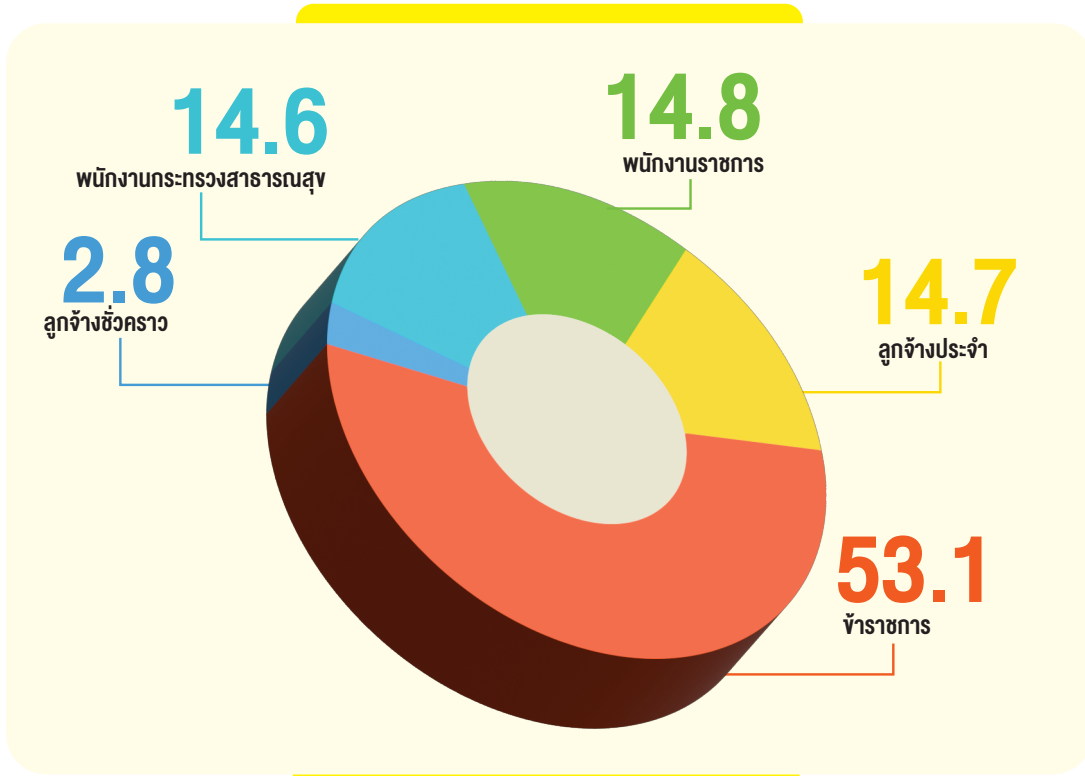
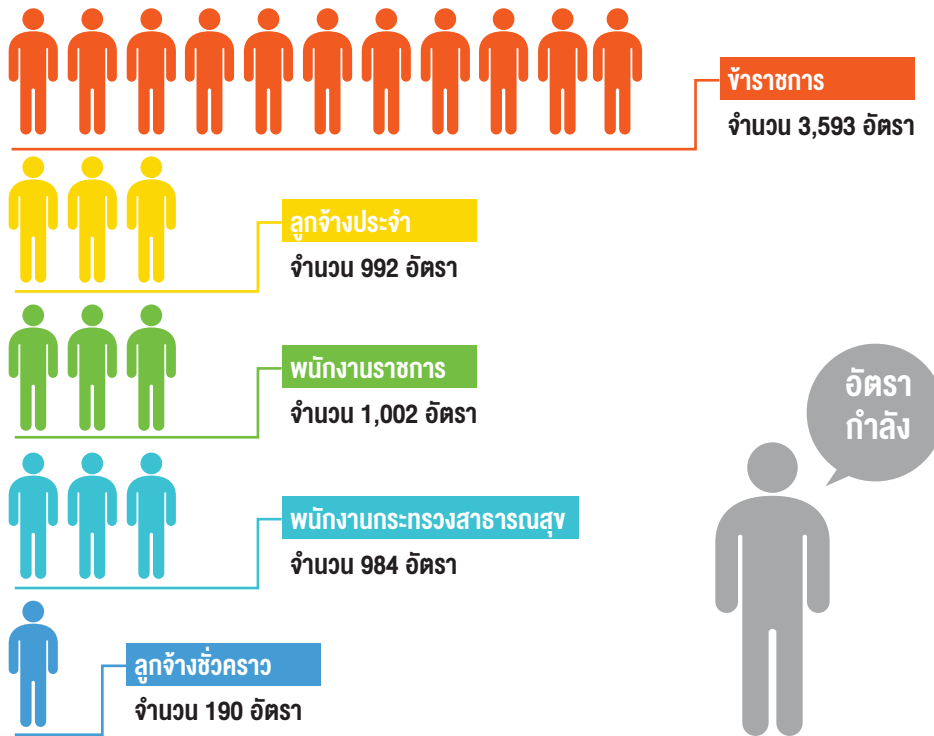


นายแพทย์ไกรสร โตทับเที่ยง  
ผู้อำนวยการ  
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11  
จังหวัดนครศรีธรรมราช



นายแพทย์เฉลิมพล โอสดพรมมา  
ผู้อำนวยการ  
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12  
จังหวัดสงขลา

1.5 กรอบอัตรากำลัง กรมควบคุมโรค



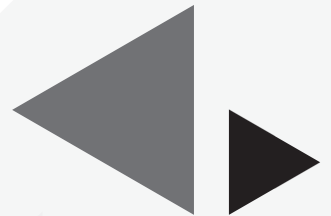




ส่วนที่

2

ผลการดำเนินงานที่สำคัญ  
กรมควบคุมโรค



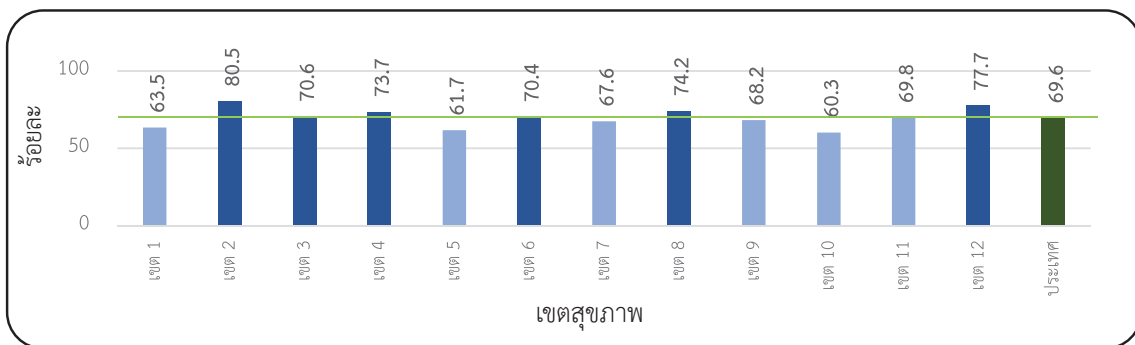


## ผลการดำเนินงานที่สำคัญ กรมควบคุมโรค

### 2.1 ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขในส่วนของกรมควบคุมโรค ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

#### 2.1.1 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน

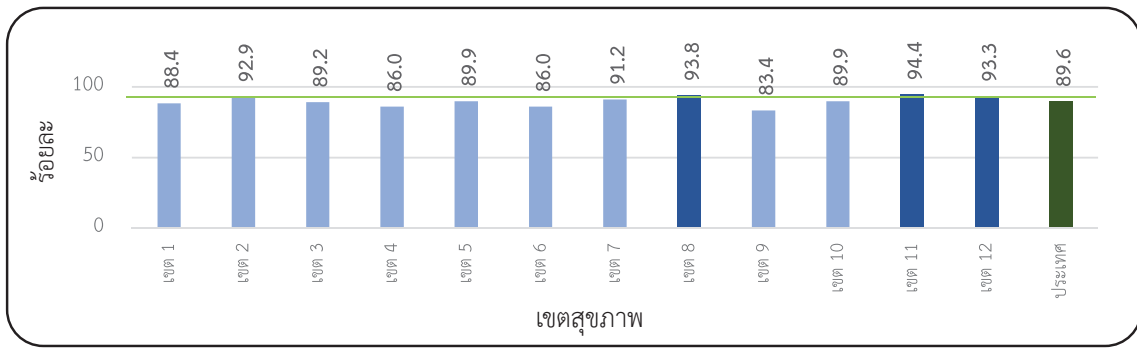
จากการคัดกรองโรคเบาหวานในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 17,731,351 คน (78%) เพื่อค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ที่ยังไม่มีอาการ พบกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 162,514 คน (0.9 %) กลุ่มสงสัยป่วยได้รับการตรวจติดตามจำนวน 113,150 คน คิดเป็นร้อยละ 69.6 ไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมายในไตรมาส 4 (เป้าหมาย  $\geq$  ร้อยละ 70) ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน

#### 2.1.2 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง

จากการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 15,251,069 คน (78.1%) เพื่อค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ที่ยังไม่มีอาการ พบกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 774,493 คน (5.1 %) กลุ่มสงสัยป่วยได้รับการตรวจติดตามจำนวน 693,970 คน คิดเป็นร้อยละ 89.6 ไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมายในไตรมาส 4 (เป้าหมาย  $\geq$  ร้อยละ 93) ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง

### 2.1.3 ร้อยละของจังหวัดต้นแบบการดำเนินงานตาม พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพ และโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562

จังหวัดต้นแบบการดำเนินงานตาม พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 หมายถึง จังหวัดที่มีการดำเนินงาน ตามมาตรการสำคัญของโครงการ โดยสอดคล้องกับ พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพ และโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 อย่างน้อย 4 ข้อ จาก 6 ข้อ ประกอบด้วย 1) จัดตั้งหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมจังหวัด/ กทม. (EnvOcc CU) ตาม พ.ร.บ.ฯ อย่างน้อย 1 หน่วยต่อจังหวัด 2) จัดทำสถานการณ์ รวมถึงข้อมูลที่จำเป็น/ เกี่ยวข้องกับโรคที่ประกาศตาม พ.ร.บ.ฯ ได้แก่ โรคจากการประกอบอาชีพ 5 โรค (โรคจากตะกั่วหรือสารประกอบของตะกั่ว โรคจากฝุ่นซิลิกา โรคจากภาวะอับอากาศ โรคจากแอสเบสตอส (ใยหิน) หรือโรค มะเร็งที่เกิดจากแอสเบสตอส (ใยหิน) โรคหรืออาการสำคัญของพิษจากสารกำจัดศัตรูพืช) และโรคจากสิ่งแวดล้อม 2 โรค (โรคจากตะกั่ว หรือสารประกอบของตะกั่ว โรคหรืออาการที่เกิดจากการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน) หรือโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ ในพื้นที่ 3) สนับสนุนให้มีการแจ้ง การรายงาน กรณีพบผู้ซึ่งเป็นหรือมีเหตุอันสงสัยว่าเป็นโรคจากการประกอบอาชีพ หรือโรคจากสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ของกรมควบคุมโรค ผ่านระบบ Event based 4) สอบสวนโรคจากการประกอบอาชีพ หรือโรคจากสิ่งแวดล้อมที่ประกาศตาม พ.ร.บ.ฯ หรือโรคที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ รวมทั้งจัดทำรายงานเสนอต่อผู้บริหารหน่วยงาน/ คณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง เช่น คณะกรรมการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมจังหวัด/ กทม. เพื่อเสนอต่อกรมควบคุมโรคทราบ 5) สื่อสารสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับ พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพ และโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 ไปยังเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง 6) ขับเคลื่อนมาตรการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค จากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมที่ประกาศตาม พ.ร.บ.ฯ หรือ ตามปัญหาของพื้นที่ และเสนอต่อผู้บริหารหน่วยงาน/ คณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง เช่น คณะกรรมการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมจังหวัด/ กทม.

### ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ดำเนินการจัดทำคู่มือการดำเนินงาน (Cookbook) ตามตัวชี้วัด “ร้อยละของจังหวัดต้นแบบการดำเนินงานตาม พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562” เพื่อให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานป้องกันควบคุมโรค และสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ใช้เป็นคู่มือ ในการดำเนินงานตามตัวชี้วัดดังกล่าว พร้อมทั้งมีการดำเนินการชี้แจงแนวทางการดำเนินงานให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 - 12 และสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง โดยผ่านการประชุมราชการที่ดำเนินการจัดขึ้น โดยกองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม จำนวน 2 ครั้ง ได้แก่

ครั้งที่ 1 ประชุมชี้แจงภาพรวมการดำเนินงานด้านโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 เพื่อให้สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 - 12 และสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมืองถ่ายทอดการดำเนินการไปยัง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้ง 77 จังหวัด ต่อไป

ครั้งที่ 2 ประชุมราชการขับเคลื่อนการดำเนินงานจังหวัดต้นแบบการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติควบคุมโรค จากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 เพื่อชี้แจงการใช้งานหลักสูตรพัฒนาศักยภาพหน่วยปฏิบัติการ

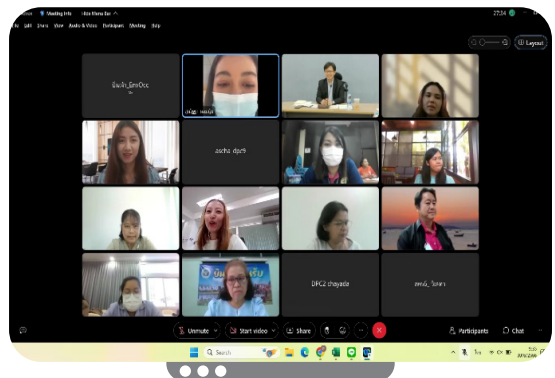
ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม รูปแบบ E - Learning ซึ่งแจ้งเกณฑ์การแจ้งการรายงาน การสอบสวนโรค จากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม ซึ่งแจ้งการใช้งานในระบบ Event based และพิจารณา (ร่าง) เกณฑ์การให้คะแนน แบบฝึกหัดรายงานผลการสอบสวนโรคจากการประกอบอาชีพหรือโรคจากสิ่งแวดล้อมเสนอผู้บริหาร (Executive Summary)

ผลการดำเนินงานภาพรวมประเทศ จังหวัด ที่มีการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ โดยสอดคล้องกับ พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 อย่างน้อย 4 ข้อ จาก 6 ข้อ ร้อยละ 100 ซึ่งสามารถดำเนินการ ได้เกินกว่าเกณฑ์เป้าหมาย (เกณฑ์เป้าหมาย คือ ร้อยละ 60) รายละเอียดสรุปผลการดำเนินงานภาพรวมประเทศ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สรุปผลการดำเนินงานภาพรวมประเทศ

สคร./ สปคม. (จำนวนจังหวัดในพื้นที่)	จังหวัดที่สามารถดำเนินงาน อย่างน้อย 4 ข้อ จาก 6 ข้อ	ร้อยละ
สคร. 1 (8 จ.)	เชียงใหม่ เชียงราย พะเยา ลำปาง ลำพูน น่าน แพร่ แม่ฮ่องสอน	100.0
สคร. 2 (5 จ.)	เพชรบูรณ์ พิษณุโลก อุตรดิตถ์ สุโขทัย ตาก	100.0
สคร. 3 (5 จ.)	กำแพงเพชร พิจิตร นครสวรรค์ ชัยนาท อุทัยธานี	100.0
สคร. 4 (8 จ.)	สระบุรี อ่างทอง พระนครศรีอยุธยา ปทุมธานี สิงห์บุรี ลพบุรี นครนายก นนทบุรี	100.0
สคร. 5 (8 จ.)	เพชรบุรี สมุทรสาคร ประจวบคีรีขันธ์ นครปฐม กาญจนบุรี สมุทรสงคราม สุพรรณบุรี ราชบุรี	100.0
สคร. 6 (8 จ.)	สระแก้ว สมุทรปราการ ชลบุรี จันทบุรี ระยอง ตราด ปราจีนบุรี ฉะเชิงเทรา	100.0
สคร. 7 (4 จ.)	กาฬสินธุ์ ร้อยเอ็ด มหาสารคาม ขอนแก่น	100.0
สคร. 8 (7 จ.)	อุดรธานี สกลนคร หนองบัวลำภู หนองคาย นครพนม เลย บึงกาฬ	100.0
สคร. 9 (4 จ.)	ชัยภูมิ นครราชสีมา สุรินทร์ บุรีรัมย์	100.0
สคร. 10 (5 จ.)	อุบลราชธานี ศรีสะเกษ มุกดาหาร อำนาจเจริญ ยโสธร ภูเก็ต	100.0
สคร. 11 (7 จ.)	นครศรีธรรมราช สุราษฎร์ธานี กระบี่ พังงา ระนอง ชุมพร	100.0
สคร. 12 (7 จ.)	สงขลา สตูล ตรัง พัทลุง ปัตตานี ยะลา นราธิวาส	100.0
สปคม. (1 จ.)	กรุงเทพมหานคร	100.0
รวม	77 จังหวัด	100.0

### ภาพประกอบการดำเนินงาน



## ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่ได้เป็นคำรับรองกรมควบคุมโรค และไม่ได้เป็นตัวชี้วัดของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 - 12 (สคร.1 - 12) และสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง (สปคม.) ทั้งยังไม่มีกำหนดให้ สคร.1 - 12 และ สปคม. ต้องรายงานผลการดำเนินงาน รวมถึงไม่มีช่องทางการรายงานผ่านแพลตฟอร์มออนไลน์ (เว็บไซต์) ส่งผลให้การประสานขอข้อมูล การรายงานผลการดำเนินงาน มีความลำบาก เนื่องจากพื้นที่มีภารกิจมาก ทำให้ต้องใช้ความสัมพันธ์ส่วนบุคคล ในการประสานขอรายงานผลการดำเนินงาน

### 2.1.4 อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในหลายประเทศทั่วโลก องค์การอนามัยโลกได้จัดอันดับกลุ่มประเทศที่มีปัญหาวัณโรคสูงของโลก โดยกำหนดเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มประเทศที่มีจำนวนหรืออุบัติการณ์วัณโรคสูง (TB) วัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวีสูง (TB/HIV) และวัณโรคดื้อยาสูง (MDR/RR-TB) โดยในปี พ.ศ.2564 - 2568 องค์การอนามัยโลกจัดอันดับให้ประเทศไทย อยู่ใน 2 กลุ่มประเทศที่มีจำนวนหรืออุบัติการณ์ของวัณโรคสูงและวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวีสูง (WHO global list of high burden countries for TB, TB/HIV, and MDR/RR-TB in 2021 - 2025)

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้คาดประมาณประเทศไทยมีอุบัติการณ์วัณโรค (TB incidence) 143 ต่อประชากรแสนคน หรือ จำนวน 103,000 ราย ผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิต 11,000 ราย (WHO, Global Tuberculosis Report 2022) และกำหนดเป้าหมายของการยุติวัณโรค (The End TB strategy) ภายในปี พ.ศ. 2578 (ค.ศ. 2035) โดยลดอุบัติการณ์วัณโรค ร้อยละ 90 และ ลดจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต ร้อยละ 95 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2558 (ค.ศ. 2015) และไม่มีครอบครัวใดที่ได้รับผลกระทบด้านเศรษฐกิจจากการป่วยเป็นวัณโรค

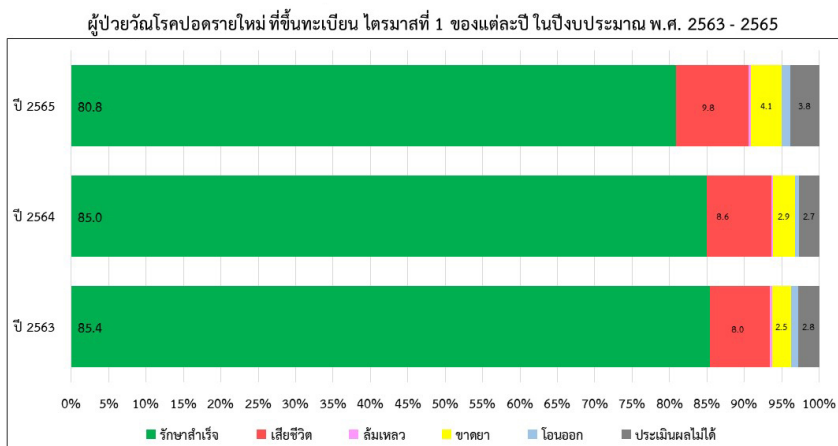
กรมควบคุมโรค กองวัณโรค ได้ดำเนินการตามตัวชี้วัด “อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่” ในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียนไตรมาสที่ 1 ปี พ.ศ. 2566 (1 ต.ค. - 31 ธ.ค. 65) ซึ่งปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ได้กำหนดเป้าหมาย  $\geq$  ร้อยละ 88 เพื่อการติดตามประเมินผลการดำเนินงานวัณโรคภายในระยะเวลาที่กำหนด

## ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

### 1) ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 - 2565 (ย้อนหลัง 3 ปี) อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียนไตรมาสที่ 1 ของแต่ละปี (1 ต.ค. - 31 ธ.ค.) พบว่า อัตราความสำเร็จการรักษา คิดเป็นร้อยละ 85.4, 85.0 และ 80.8 ตามลำดับ

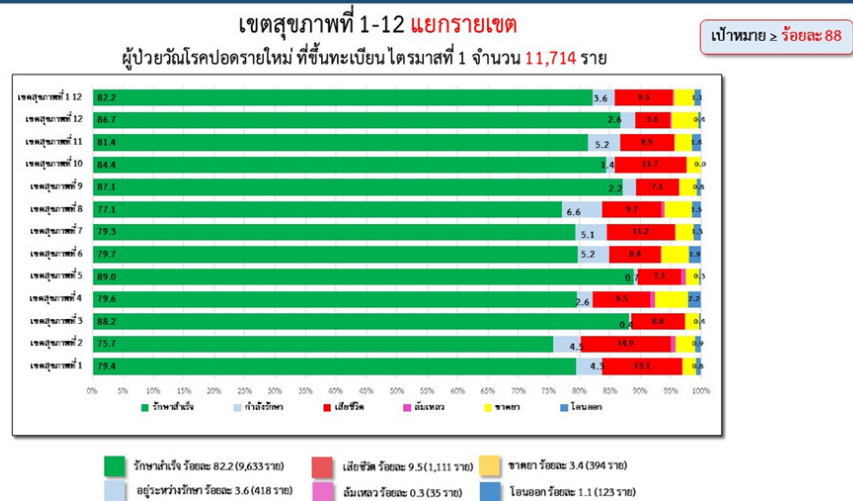
### อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่



## 2) ผลการดำเนินงาน ในปี พ.ศ. 2566

ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ขึ้นทะเบียนไตรมาสที่ 1 ปี พ.ศ. 2566 (ระหว่างวันที่ 1 ต.ค. - 31 ธ.ค. 65) ในพื้นที่รับผิดชอบของเขตสุขภาพที่ 1-12 จำนวน 11,714 ราย ได้รับการดูแลรักษา ติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง จนครบตามแผนการรักษา 6 - 9 เดือน พบว่า ผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ อัตราความสำเร็จการรักษา ร้อยละ 82.2 (9,633 ราย) อัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 9.5 (1,111 ราย) อัตราการล้มเหลวจากการรักษา ร้อยละ 0.3 (35 ราย) อัตราการขาดยา ร้อยละ 3.4 (394 ราย) อัตราการโอนออก ร้อยละ 1.1 (123 ราย) และอัตราการอยู่ระหว่างรักษา ร้อยละ 3.6 (418 ราย) (ข้อมูล NTIP ณ วันที่ 1 ต.ค. 66)

## อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ปี 2566



## ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

- 1) ขยายระยะเวลาการรักษา เนื่องจาก มีอาการข้างเคียงของยา มีภาวะแทรกซ้อน ผลเสมหะยังคงเป็นบวก ฯลฯ
- 2) อัตราการเสียชีวิต เนื่องจาก การเข้าถึงบริการรักษาล่าช้า มีภาวะโรคร่วม ผู้สูงอายุ ฯลฯ
- 3) อัตราขาดการรักษา เนื่องจาก ย้ายถิ่นที่อยู่ สถานที่ทำงาน ขาดความรู้ความเข้าใจ ฯลฯ

## 2.1.5 อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในหลายประเทศทั่วโลก องค์การอนามัยโลกได้จัดอันดับกลุ่มประเทศที่มีปัญหาวัณโรคสูงของโลก โดยกำหนดเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มประเทศที่มีจำนวนหรืออุบัติการณ์วัณโรคสูง (TB) วัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวีสูง (TB/ HIV) และวัณโรคดื้อยาสูง (MDR/ RR-TB) โดยในปี พ.ศ. 2564 - 2568 องค์การอนามัยโลกจัดอันดับให้ประเทศไทย อยู่ใน 2 กลุ่มประเทศที่มีจำนวนหรืออุบัติการณ์ของวัณโรคสูงและวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวีสูง (WHO global list of high burden countries for TB, TB/ HIV, and MDR/ RR-TB in 2021 - 2025)

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้คาดประมาณประเทศไทยมีอุบัติการณ์วัณโรค (TB incidence) 143 ต่อประชากรแสนคน หรือ จำนวน 103,000 ราย กรมควบคุมโรค โดยกองวัณโรค ได้กำหนดตัวชี้วัด อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ โดยมีเป้าหมาย  $\geq$  ร้อยละ 90 ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 เพื่อดำเนินการเร่งรัดคัดกรองค้นหาและตรวจวินิจฉัยวัณโรค โดยเฉพาะผู้ที่เสี่ยงต่อวัณโรค ผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค ผู้มีอาการสงสัยวัณโรค ฯลฯ และขึ้นทะเบียนในโปรแกรมการบันทึกและรายงานข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค (NTIP: National Tuberculosis Information Program)

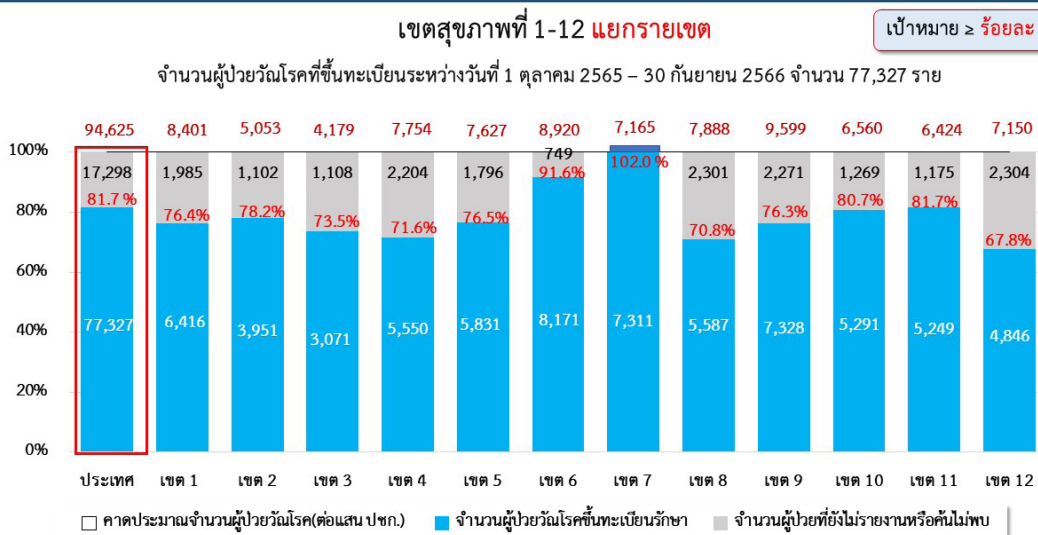


และเข้าสู่การดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคอย่างต่อเนื่อง โดยการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient Centered Care) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยอย่างรวดเร็ว ลดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคให้แก่ครอบครัว ชุมชน และสังคม โดยความร่วมมือเครือข่ายด้านวัณโรค สถานบริการสาธารณสุข โรงพยาบาล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน

## ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนวัณโรค ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง 30 กันยายน 2566 จำนวน 77,327 ราย ทั้งจากโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน พบว่า อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ภาพรวมประเทศ ร้อยละ 81.7 เมื่อเทียบกับจำนวน คาดประมาณผู้ป่วยวัณโรค (WHO, Global Tuberculosis Report 2022) ซึ่งผลการดำเนินงานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 69.4 ในปี 2565 เป็น 81.7 ในปี 2566 โดยกองวัณโรคได้ดำเนินการเร่งรัดค้นหาคัดกรอง ตรวจวินิจฉัย และขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค และประสานความร่วมมือกับหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงระบบการรักษาอย่างรวดเร็ว ลดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค

### อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ปี 2566



หมายเหตุ: ข้อมูล NTIP วันที่ 1 ตุลาคม 2566

## ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

- 1) การเข้าถึงบริการค้นหาคัดกรอง ด้วยการเอกซเรย์ และ Molecular Testing
- 2) การตรวจวินิจฉัยด้วย Molecular Techniques ไม่ครอบคลุมทุกโรงพยาบาล



## 2.2 ผลการดำเนินงานโครงการสำคัญของกรมควบคุมโรค ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

### 2.2.1 โครงการเร่งรัดกำจัดวัณโรค

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในหลายประเทศทั่วโลก องค์การอนามัยโลกได้จัดอันดับกลุ่มประเทศที่มีปัญหาวัณโรคสูงของโลก โดยกำหนดเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มประเทศที่มีจำนวนหรืออุบัติการณ์วัณโรคสูง (TB) วัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวีสูง (TB/HIV) และวัณโรคดื้อยาสูง (MDR/RR-TB) โดยในปี พ.ศ. 2564 - 2568 องค์การอนามัยโลกจัดอันดับให้ประเทศไทย อยู่ใน 2 กลุ่มประเทศที่มีจำนวนหรืออุบัติการณ์ของวัณโรคสูงและ วัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวีสูง (WHO global list of high burden countries for TB, TB/HIV, and MDR/RR-TB in 2021 - 2025)

ประเทศไทยได้ดำเนินการป้องกันควบคุมวัณโรค สอดคล้องตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ขององค์การสหประชาชาติ (United Nations: UN) โดยการยุติการแพร่กระจายวัณโรคได้ถูกกำหนดในเป้าหมายที่ 3 : สร้างหลักประกันสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพของทุกคนทุกวัย เป้าหมายย่อย 3.3 ยุติการแพร่กระจายของเอชไอวี วัณโรค มาลาเรีย และโรคเขตร้อนที่ถูกละเลย และต่อสู้กับโรคดื้อยาต้านจุลชีพ วัณโรคติดต่อทางน้ำและโรคติดต่ออื่น ๆ ตัวชี้วัดสำคัญ ได้แก่ การลดอุบัติการณ์วัณโรค ร้อยละ 80 ภายในปี 2573 (ค.ศ. 2030) เมื่อเทียบกับปี 2558 (ค.ศ. 2015) ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับเป้าหมายยุทธศาสตร์การยุติวัณโรค (End TB Strategy) ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้แก่ การลดอุบัติการณ์ของวัณโรค ร้อยละ 90 ภายในปี 2578 (ค.ศ. 2035) เมื่อเทียบกับปี 2558 (ค.ศ. 2015)

## ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

### 1) การคัดกรองค้นหาวัณโรค

- ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานต่าง ๆ เช่น สมาคมปราบวัณโรคแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ กองบัญชาการกองทัพไทย บริษัท ปตท.จำกัด (มหาชน) กรุงเทพมหานคร ฯลฯ เพื่อดำเนินกิจกรรมการคัดกรองค้นหาวัณโรคในกลุ่มข้าราชการ พนักงาน ลูกจ้าง พลทหารของส่วนราชการและครอบครัว และประชาชน เข้ารับการเอกซเรย์ปอดตรวจวินิจฉัยวัณโรค
- ประสานความร่วมมือกับเรือนจำพิเศษธนบุรีคัดกรองวัณโรคให้กับผู้ต้องขังในเรือนจำในโครงการเฝ้าระวังคัดกรอง ป้องกัน ควบคุมโรค และภัยสุขภาพที่สำคัญในเรือนจำภายใต้โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ ก้าวสู่ 720,000 คน/ ครั้ง/ ปี
- ร่วมกับองค์การอนามัยโลกและท่าอากาศยานสุวรรณภูมิจัดโครงการค้นหาวัณโรคและการติดเชื้อวัณโรคในกลุ่มคนขับแท็กซี่ รถตุ้ รถโดยสารประจำทาง และประชาชนที่สนใจ เป็นของขวัญในช่วงเทศกาลวันสงกรานต์
- ดำเนินการตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาวัณโรคในกลุ่มประชากรข้ามชาติ โดยรถเอกซเรย์ดิจิทัลเคลื่อนที่ในชุมชนประชากรข้ามชาติ จ.ชลบุรี
- จัดกิจกรรมรณรงค์ “Yes! Together We Can End TB ยุติวัณโรค ร่วมกันเราทำได้” โดยจัดให้บริการเอกซเรย์ปอด โดยรถเอกซเรย์ดิจิทัลเคลื่อนที่ บริการตรวจเสมหะด้วยเทคนิคทางโมเลกุลระดับอนุชีววิทยา ตรวจสุขภาพวัดความดันโลหิต ตรวจวัดดัชนีมวลกาย (BMI) เพื่อเร่งรัดค้นหาผู้ป่วยวัณโรคเข้าสู่กระบวนการตรวจวินิจฉัยและรักษาวัณโรคโดยเร็วที่สุด ณ วัดปวีณาสรราชสงคราม เขตยานนาวา จังหวัดกรุงเทพมหานคร
- ดำเนินการคัดกรองวัณโรค เพื่อเฉลิมพระเกียรติและถวายเป็นพระราชกุศลพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวในวโรกาสพระชนมายุ 72 พรรษา ในปี 2567 ณ วัดโมลีโลกยาราม ราชวรวิหาร กรุงเทพมหานคร
- ดำเนินการเร่งรัดการเข้าถึงการตรวจวินิจฉัยวัณโรคดื้อยาในผู้ป่วยวัณโรคทุกราย (Universal Drug Sensitivity Testing)

- กองวัณโรคประสานความร่วมมือกับเรือนจำ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานคัดกรองวัณโรค ภายใต้โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ เพื่อสนับสนุนแบบฟอร์มการคัดกรอง ค้นหาผู้ป่วยวัณโรค ในเรือนจำ (TB-P1) เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานวัณโรคในเรือนจำ ให้ผู้ต้องขังได้เข้าถึงบริการขั้นพื้นฐาน ค้นหา คัดกรอง ตรวจวินิจฉัย และได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว อันเป็นการตัดวงจรการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในเรือนจำ

## 2) การรักษาวัณโรค

- จัดทำแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2566 - 2570) เพื่อเป็นแนวทาง ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรคของประเทศ รวมถึงการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค มุ่งสู่เป้าหมายการยุติปัญหาวัณโรค ของประเทศไทย

- ส่งเสริมการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ตามแนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2564 (NTP: National Tuberculosis Control Programme Guideline, Thailand 2021)

- สนับสนุนแนวทางเวชปฏิบัติวัณโรคระยะแฝง พ.ศ. 2566 (Clinical Practice Guideline Tuberculosis Preventive Treatment 2023) เพื่อเร่งรัดการค้นหาผู้ติดเชื้อวัณโรคในผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยที่เสี่ยง ติดเชื้อวัณโรคให้ได้รับการรักษาวัณโรคระยะแฝง

- ส่งเสริมการดูแลรักษาวัณโรค โดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (PCC: Patient Centered Cares) โดยทีมสหวิชาชีพด้านสาธารณสุข

- สนับสนุนกลไกการให้คำปรึกษาโดยผู้เชี่ยวชาญวัณโรค วัณโรคดื้อยา ระดับเขต ระดับประเทศ เพื่อให้ผู้ป่วย วัณโรคดื้อยาได้เข้าถึงการวินิจฉัยและการรักษาได้เร็วและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ตลอดจนติดตามผลการรักษาและเฝ้าระวัง ความปลอดภัยจากการใช้ยา

- ดำเนินงานร่วมกับเครือข่ายในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานที่ดื้อต่อยาในกลุ่ม Fluoroquinolone ในประเทศไทย ด้วยสูตรยา BPaL Regimen เพิ่มทางเลือกในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานที่ดื้อต่อยา ในกลุ่ม Fluoroquinolone ในประเทศไทย ซึ่งจะทำให้ผลการรักษาวัณโรคดื้อยาหลายขนานสำเร็จเพิ่มมากขึ้น

- สนับสนุนการใช้สูตรยารักษาวัณโรคด้วยสูตรยา BPaLM Regimen ในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา MDR/ RR-TB และสูตรยา BPaL Regimen ในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา MDR/RR-TB ที่ดื้อต่อยา FQs (Levofloxacin Moxifloxacin)

- ส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีอัตโนมัติปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence; AI) ช่วยในการอ่านภาพ รังสีทรวงอก คัดกรอง วินิจฉัยวัณโรค

- ดำเนินงานการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง (Pre-XDR-TB) และรุนแรงมาก (XDR-TB) โดยมีการจัดทำแนวทางการสอบสวนและควบคุมวัณโรคฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2566

## 3) พัฒนาระบบการดำเนินงานวัณโรค

- สนับสนุนการใช้โปรแกรมการบันทึกและรายงานข้อมูลวัณโรค (NTIP: National Tuberculosis Information Program) ในสถานบริการสาธารณสุข โรงพยาบาล ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน

- ร่วมกับ สปสช. เพิ่มสิทธิประโยชน์ในการตรวจคัดกรองวัณโรคด้วยวิธีการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (CXR) และตรวจวินิจฉัยวัณโรคด้วยวิธีอณูชีววิทยา (Molecular Assay) ใน 7 กลุ่มเสี่ยง แก่คนไทยทุกสิทธิ

- ผลักดันสิทธิประโยชน์การดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานสำหรับผู้ประกันตนในสิทธิประกันสังคม ด้วยสูตรยามาตรฐานชนิดกิน Oral Shorter Regimen

- พัฒนาเครือข่ายหน่วยตรวจวัณโรคระยะแฝงด้วยเทคนิค Interferon-Gamma Release Assays (IGRAs) โดยจัดตั้งหน่วยบริการตรวจการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงด้วยวิธี IGRA (IGRA Node) ในระดับเขตและส่วนกลาง เพื่อรองรับ การวินิจฉัยผู้ป่วยวัณโรคระยะแฝง จากเดิมในปี 2565 จำนวน 7 แห่ง เป็น 9 แห่ง ในปี 2566

## ภาพประกอบการดำเนินงาน



## 2.2.2 โครงการเร่งรัดการยุติปัญหาเอดส์

เอชไอวีประเทศไทย มีแนวโน้มการแพร่ระบาดของเอชไอวีในภาพรวมลดลง ตั้งแต่ปี 2553 จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ลดลง ร้อยละ 45 และจำนวนผู้ที่เสียชีวิตจากเอดส์ลดลง ร้อยละ 65 การติดเชื้อรายใหม่ ร้อยละ 50 ของประเทศ เกิดในพื้นที่ 8 จังหวัด ได้แก่ กรุงเทพมหานคร ชลบุรี นนทบุรี เชียงใหม่ ขอนแก่น ปทุมธานี สมุทรปราการ และนครราชสีมา ซึ่งจากการคาดการณ์ โดยใช้แบบจำลองทางคณิตศาสตร์ Spectrum-AEM: AIDS Epidemic Model (27 เมษายน 2566) คาดว่ามีจำนวนผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวี ทั้งสิ้น 561,578 คน (เป็นผู้ใหญ่อายุ 15 ปีขึ้นไป 559,891 คน เป็นเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี 1,687 คน เป็นเยาวชนอายุ 15 - 24 ปี 25,643 คน) มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ 9,230 คน/ปี (เป็นผู้ใหญ่ 9,176 คน เป็นเด็ก 54 คน เป็นเยาวชน 4,379 คน) ผู้เสียชีวิตจากเอดส์ 10,972 คน/ปี (เป็นผู้ใหญ่ 10,891 คน เป็นเด็ก 81 คน เป็นเยาวชน 237 คน) และอัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกมีน้อยมากเพียง ร้อยละ 1.96 การติดเชื้อรายใหม่ส่วนใหญ่จึงเกิดในวัยผู้ใหญ่ (อายุ 15 ปีขึ้นไป)

ความชุกการติดเชื้อเอชไอวีและอัตราการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดจากแหล่งข้อมูลทางระบาดวิทยาและผลการเฝ้าระวังจากกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค พบว่า อัตราความชุกในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) และหญิงข้ามเพศ (TGW) ล่าสุดในปี 2563 ร้อยละ 7.3 และ 4.2 มีอัตราการใช้ถุงยางอนามัย ร้อยละ 77.8 และ 78.8 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มพนักงานบริการทางเพศหญิงไม่สังกัดสถานบริการ ล่าสุดในปี 2564 ร้อยละ 1.1 มีอัตราการใช้ถุงยางอนามัย ร้อยละ 82.1 สำหรับกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID) ข้อมูลในปี 2565 พบความชุกการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 8.2 มีอัตราการใช้ถุงยางอนามัย ร้อยละ 32.6 และกลุ่มหญิงที่มาฝากครรภ์ สัปดาห์ล่าสุดในปี 2562 พบความชุกอยู่ที่ ร้อยละ 0.5

### ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

1) ผลการดำเนินงานตามเป้าหมายยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560 - 2573 จากการคาดการณ์ โดยใช้แบบจำลองทางคณิตศาสตร์ Spectrum-AEM มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ 9,230 คน/ปี ผู้เสียชีวิตจากเอดส์ 10,972 คน/ปี และจากการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย (MICS) ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี 2565 ประชาชนไทยมีทัศนคติการเลือกปฏิบัติต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 27.9

2) ผลการดำเนินงานด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

- ร้อยละ 97.3 ของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีได้รับยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก
- ร้อยละ 94.0 ของทารกที่เกิดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวี ได้รับการตรวจหาเชื้อเอชไอวี ภายใน 2 เดือนหลังคลอด
- ประชากร 1.3 ล้านคน รับบริการตรวจเลือดเอชไอวีและรู้ผล ในจำนวนนี้เป็นเยาวชนอายุ 15 - 24 ปี

270,055 คน คิดเป็นร้อยละ 20.4

3) ผลการดำเนินงานด้านการดูแลรักษา ตามผลสัมฤทธิ์การดำเนินงานตามเป้าหมาย 95 - 95 - 95 พบว่า สามารถดำเนินการตามเป้าหมายได้ 90.3 - 90.2 - 97.4 ดังนี้

- 95 ที่ 1 ผู้ติดเชื้อที่ยังมีชีวิตอยู่รู้สถานะการติดเชื้อของตนเอง ร้อยละ 90.3
- 95 ที่ 2 ผู้ติดเชื้อที่รู้สถานะและได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ร้อยละ 90.2
- 95 ที่ 3 ผู้ติดเชื้อที่ได้รับยาต้านฯ กดไวรัสสำเร็จ ร้อยละ 97.4

4) ผลการสำรวจสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ ของกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ล่าสุดในปี 2564

ด้านผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่าเคยมีประสบการณ์ถูกเลือกปฏิบัติระหว่างการรับบริการ ร้อยละ 9.6 เคยตัดสินใจไม่ไปโรงพยาบาลเนื่องจากตีตราตนเอง ร้อยละ 49.6 เคยถูกเปิดเผยสถานภาพและความลับเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 12.8 และเคยถูกตีตราและเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับการมีบุตรและอนามัยการเจริญพันธุ์ ร้อยละ 8.0

ด้านบุคลากรในสถานบริการสุขภาพ พบว่า มีความกังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวีจากการให้บริการ ร้อยละ 42.6 มีทัศนคติการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อฯ ร้อยละ 70.0 มีการป้องกันตนเองมากกว่าปกติ ร้อยละ 51.4 สังเกตเห็นการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อฯ ร้อยละ 22.7 สังเกตเห็นการเลือกปฏิบัติต่อประชากรหลัก ร้อยละ 19.4 และไม่สบายใจเมื่อต้องร่วมงานกับผู้ติดเชื้อฯ ร้อยละ 24.8

### ภาพประกอบการดำเนินงาน



### ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

- 1) ระบบฐานข้อมูลเอชไอวี/ เอดส์ระดับประเทศ ปัจจุบันเป็นฐานข้อมูลอ้างอิงข้อมูลจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งไม่ได้รวมข้อมูลบริการของสำนักงานประกันสังคม ระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ และข้อมูลประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว ซึ่งข้อมูลเป็นส่วนสำคัญในการติดตามการดูแลรักษาและพัฒนาการดำเนินงานเอชไอวี/ เอดส์
- 2) การดำเนินงานผสมผสานวัณโรคและเอชไอวี/ เอดส์ ระบบการรายงานยังแยกส่วน ทำให้มีช่องว่างในการประสานและดำเนินงาน
- 3) ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นกลุ่มคนที่มีระดับ CD4 ต่ำ ซึ่งอาจมาจากการตีตราตนเอง การเข้าถึงบริการตรวจเอชไอวีและเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสล่าช้า และการขาดการรักษา



## 2.2.3 โครงการสนับสนุนการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคภายใต้โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์

จากสถิติข้อมูลจำนวนผู้ต้องขังทั่วประเทศของกรมราชทัณฑ์ กระทรวงยุติธรรม พบว่า มีจำนวนผู้ต้องขังทั้งหมดจำนวน 270,879 ราย (ข้อมูล ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2566) ในขณะที่ผู้ต้องขังมีพื้นที่สำหรับการดำเนินชีวิตน้อยกว่า 1.6 ตารางเมตรต่อราย จากรายงานแสดงสภาพความแออัดในเรือนจำ แสดงให้เห็นถึงความหนาแน่น แออัดมากเกินไป มีโอกาสที่จะเกิดการแพร่กระจายเชื้อโรคได้อย่างรวดเร็ว และมีอาการรุนแรงมากขึ้น โดยเฉพาะโรคติดต่อที่สำคัญ เช่น วัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคไข้หวัดใหญ่ โรคติดต่อระบบทางเดินหายใจอื่น ๆ และโรคหัด ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ต้องขัง ตลอดจนเจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์ และผู้ดูแลผู้ต้องขัง นอกจากนี้จากการสอบสวนควบคุมโรคในเรือนจำ พบ 74 เหตุการณ์ ผู้ป่วย 9,878 ราย โรคที่พบจำนวนผู้ป่วยในเรือนจำ/ ทัณฑสถาน มากที่สุด ได้แก่ หนองใน อูจจาระร่วง ไข้หวัดใหญ่ โรคปอดบวม และวัณโรคเยื่อหุ้มสมอง จังหวัดที่พบมากที่สุด ได้แก่ ภูเก็ต สระแก้ว สงขลา ขอนแก่น และนครราชสีมา

### ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

- 1) กิจกรรมเฝ้าระวัง คัดกรอง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญ เพื่อเฉลิมพระเกียรติ และถวายเป็นพระราชกุศล พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ในวโรกาสพระชนมายุ 72 พรรษา ในปี 2567
- 2) ตรวจเยี่ยมประเมินเรือนจำดีเด่น ตามโครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์
- 3) กิจกรรมการเฝ้าระวัง คัดกรอง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญในเรือนจำ ตามโครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์: ก้าวสู่ 720,000 คน/ ครั้ง/ ปี
- 4) กิจกรรมเยี่ยมเสริมกำลังใจการดำเนินงานการเฝ้าระวัง คัดกรอง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญในเรือนจำ ตามโครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์
- 5) พิธีลงนามบันทึกความร่วมมือ เพื่อการพัฒนากระบวนการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ
- 6) ประชุมเชิงปฏิบัติการถอดบทเรียน เพื่อเตรียมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การดำเนินการโครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ โครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และโครงการที่เกี่ยวข้องกับพระบรมวงศานุวงศ์ กรมควบคุมโรค

### ภาพประกอบการดำเนินงาน





### ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

- 1) สำหรับการจัดทำโครงการต่าง ๆ ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ยังไม่สามารถขยายขอบเขตของประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้ครบถ้วน เนื่องจากต้องดำเนินงานตามเป้าหมายของการตามแผนปฏิบัติราชการ
- 2) ข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลการเฝ้าระวัง คัดกรอง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ส่งผลให้เป็นอุปสรรคต่อการจัดทำรายงานข้อมูลสถานการณ์

## 2.2.4 โครงการพัฒนาการดำเนินงานการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพในพื้นที่เขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก

พื้นที่ 3 จังหวัดเป็นที่ตั้งของอุตสาหกรรม เช่น จังหวัดระยอง เป็นที่ตั้งของอุตสาหกรรมประเภทปิโตรเคมี และอุตสาหกรรมที่เกี่ยวข้องกับปิโตรเคมี จังหวัดชลบุรี เป็นที่ตั้งของเหมืองหินและโรงโม่หิน โดยเป็นจังหวัดที่มีการประกอบกิจการอุตสาหกรรมเหมืองหินสูงเป็นอันดับต้น ๆ ของประเทศ รวมทั้งอุตสาหกรรมประเภทอื่น และจังหวัดในพื้นที่เขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก มีผู้ประกอบการอาชีพในโรงงานอุตสาหกรรมจำนวนมาก พบว่า ข้อมูลจำนวนแรงงานในระบบของพื้นที่ 3 จังหวัด มีประมาณ 1.3 ล้านคน จำนวนประชาชนที่อาศัยในพื้นที่เขตควบคุมมลพิษ เช่น ประชาชนที่อาศัยเขตในควบคุมมลพิษอำเภอเมือง จังหวัดระยอง ประมาณ 1.7 แสนคน เป็นต้น สถานการณ์มลพิษสิ่งแวดล้อมที่สำคัญในพื้นที่ คือ การปนเปื้อนสารประกอบอินทรีย์ระเหย (VOCs) ในพื้นที่นิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุด จังหวัดระยอง ซึ่งอาจเชื่อมโยงกับสถานการณ์การเจ็บป่วยที่อาจเกี่ยวข้องกับมลพิษ เช่น อัตราป่วยโรคเรื้อรังของทางเดินหายใจส่วนล่างที่ระบุว่าเกิดจากมลพิษสิ่งแวดล้อม (Y97) ปี พ.ศ. 2562 - 2564 พบอัตราสูงสุดในจังหวัดระยอง เมื่อเทียบกับจังหวัดอื่น ๆ ในเขตสุขภาพที่ 6 โดยอัตราป่วยต่อแสนประชากรในปี 2562 - 2564 เท่ากับ 5.57, 3.99 และ 2.84 ตามลำดับ

การดำเนินงานด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพให้เกิดประสิทธิภาพยังขาดระบบข้อมูลต่อเนื่องที่สามารถนำมาใช้ทั้งระดับนโยบาย หน่วยบริการที่ทำหน้าที่ส่งเสริมและรักษา ตลอดจนผู้ประกอบการอาชีพเอง นอกจากนี้ในพื้นที่เขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก ยังเป็นที่ตั้งของสนามบินและท่าเทียบเรือ ที่อาจเป็นช่องทางให้มีการติดต่อของโรคติดต่ออันตรายและโรคอุบัติใหม่ต่าง ๆ จึงดำเนินการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และภัยสุขภาพในพื้นที่เขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก ในกิจกรรมสำคัญ ประกอบด้วย การพัฒนาระบบข้อมูลเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพรายบุคคล (EEC Personal Health Record) การพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพจากการขนส่งสินค้าทางทะเลและชายฝั่ง และการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในพื้นที่เขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก รวมทั้งมีการถ่ายทอดการดำเนินงานเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข รวมทั้งเครือข่ายอื่น ๆ ในพื้นที่ เช่น ภาคเอกชน เจ้าหน้าที่โรงงานอุตสาหกรรม เพื่อนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพประชาชนและผู้ประกอบอาชีพในพื้นที่เขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก

### ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

1) ระบบข้อมูลเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพรายบุคคล (EEC Personal Health Record) ระบบข้อมูลเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพรายบุคคล (ระบบข้อมูลเฝ้าระวังฯ) เป็นการทำงานร่วมกับหน่วยงานเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนาระบบข้อมูลเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพรายบุคคล (EEC Personal Health Record) และผลักดันให้มีการนำระบบข้อมูลเฝ้าระวังฯ ไปใช้ในพื้นที่เขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก 3 จังหวัด โดยมีการดำเนินงานที่สำคัญ ดังนี้ 1) ถอดบทเรียน การใช้งานระบบข้อมูลเฝ้าระวังสุขภาพจากการประกอบอาชีพรายบุคคล เพื่อแลกเปลี่ยนการดำเนินงาน และการใช้งานระบบข้อมูลเฝ้าระวังฯ และข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนาระบบข้อมูลฯ 2) พัฒนาระบบข้อมูลเฝ้าระวังฯ และรูปแบบ Dashboard การแสดงผลระบบข้อมูล พร้อมทั้งนำข้อเสนอแนะจากการหารือมาปรับใช้และพัฒนาระบบข้อมูลเฝ้าระวังฯ 3) วิเคราะห์ระบบข้อมูลเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพรายบุคคล (System Analysis : SA) และแนวทางการเชื่อมโยงระบบข้อมูลเฝ้าระวังฯ กับข้อมูลต่าง ๆ ที่สามารถใช้ในการเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพวิเคราะห์รูปแบบการรายงานผลการตรวจสุขภาพเพื่อสนับสนุนให้หน่วยบริการสุขภาพหรือสถานประกอบการสามารถวิเคราะห์และรายงานผลการตรวจสุขภาพของพนักงานในภาพรวมให้สอดคล้องกับการรายงานผลให้กับหน่วยงานอื่น ๆ และการรายงานผลการตรวจสุขภาพตามมาตรา 29 ของพระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 รวมทั้งวิเคราะห์แนวทางการพัฒนาระบบฯ ให้สอดคล้องกับแบบแจ้งผลการตรวจสุขภาพของลูกจ้างที่ผิดปกติหรือที่มีอาการหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน การให้การรักษาพยาบาล และการป้องกันแก้ไข (จผส.1) พร้อมทั้งจัดทำคู่มือและวิดีโออธิบายการใช้งานระบบข้อมูลเฝ้าระวังฯ และแอปพลิเคชัน H4U จัดทำการแสดงผลระบบข้อมูลเฝ้าระวังฯ ในรูปแบบ Visualization 4) ถ่ายทอดระบบข้อมูลเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพ



รายบุคคลและทดลองใช้งานระบบข้อมูลเฝ้าระวังฯ และแอปพลิเคชัน H4U (สมุดสุขภาพพนักงาน) พร้อมทั้งแลกเปลี่ยนและเสนอแนะเพื่อพัฒนาระบบข้อมูลเฝ้าระวังฯ

## 2) การพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพจากการขนส่งสินค้าทางทะเลและชายฝั่ง

ระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพจากการขนส่งสินค้าทางทะเลและชายฝั่ง เป็นการดำเนินงานที่มุ่งเน้นให้เกิดระบบที่สามารถเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพทางทะเล โดยในปี พ.ศ. 2566 มีเป้าหมายในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพทางทะเลและชายฝั่ง เพื่อจัดทำเป็นแนวทางและนาร่องในพื้นที่เขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออกและจังหวัดชายทะเลอื่น ๆ โดยมีการดำเนินงานที่สำคัญ ดังนี้ 1) กำหนดรูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพทางทะเลและชายฝั่ง เพื่อให้การดำเนินงานเป็นรูปธรรม โดยมีกรอบแนวคิดการดำเนินงาน 3 ด้าน คือ การป้องกันและควบคุมโรค ได้แก่ การพัฒนาหน่วยบริการสาธารณสุขด้านแนวคิดการจัดบริการอาชีพเวชกรรม การพัฒนาความรู้ทางสุขภาพจากการประกอบอาชีพทางทะเล และการให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับระบบสุขภาพอาหาร และน้ำ การตรวจจับอุบัติเหตุการป่วยเจ็บทางทะเล ได้แก่ การพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อเฝ้าระวังอุบัติการณ์ของโรคและภัยทางทะเล (MOHP) และการรายงานข้อมูลเหตุการณ์เจ็บป่วยสำคัญ การสอบสวนและควบคุมโรค การพัฒนากรอบรูปแบบและแนวทางการสอบสวนโรคทางทะเล 2) จัดประชุมเพื่อรับฟังรูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพทางทะเลและชายฝั่งของพื้นที่ต้นแบบ ประกอบด้วย 2 จังหวัด คือ จังหวัดสุราษฎร์ธานี และจังหวัดตราด พบว่า ทั้ง 2 จังหวัดมีรูปแบบการดำเนินงานสอดคล้องตามยุทธศาสตร์สาธารณสุขทางทะเลของเขตสุขภาพ โดยจังหวัดสุราษฎร์ธานีมีการดำเนินงานมุ่งเน้นการดำเนินงานด้านความปลอดภัยของนักท่องเที่ยว สาธารณสุขฉุกเฉินทางทะเล การพัฒนาระบบสอบสวนโรคทางทะเล โดยเฉพาะการสอบสวนโรคพิษแมงกะพรุน และการจมน้ำ ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญในพื้นที่ ส่วนจังหวัดตราดเน้นการพัฒนาระบบความปลอดภัยด้านสุขภาพในการท่องเที่ยวทางทะเล มีการศึกษาและขับเคลื่อนการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของแรงงานประมง ที่เป็นรูปธรรมและครอบคลุมในหลายมิติ มีการจัดทำ Maritime Occupational Health Profile : MOHP และมีการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข ในการตรวจทางด้านอาชีวอนามัยและการตรวจสุขภาพทั่วไปให้กับกลุ่มแรงงานประมงไทยและต่างด้าว 3) การประเมินระดับสิ่งคุกคามสุขภาพและมาตรการด้านอาชีวอนามัยบนเรือ โดยดำเนินการใน 2 พื้นที่ คือ จังหวัดสุราษฎร์ธานี และจังหวัดตราด ในกลุ่มเรือนำเที่ยวและเรือประมงพาณิชย์

### ภาพประกอบการดำเนินงาน



## ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

- 1) การประชาสัมพันธ์ระบบข้อมูลเฝ้าระวังสุขภาพจากการประกอบอาชีพรายบุคคลยังไม่มากพอ ทำให้บางพื้นที่ไม่ได้รับการถ่ายทอดการใช้งานระบบฯ เช่น สถานประกอบการในจังหวัดชลบุรี เป็นต้น
- 2) ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขด้านอุบัติภัยสารเคมีและรังสี มีโอกาสเกิดขึ้นได้ในทุกภูมิภาคในประเทศไทย ดังนั้น การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขควรมีการดำเนินการอย่างทั่วถึง เพื่อให้บุคลากรทางสาธารณสุขสามารถดำเนินการได้ทันท่วงทีเมื่อเกิดเหตุการณ์
- 3) บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ ยังต้องการองค์ความรู้ที่สำคัญเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน โดยเฉพาะองค์ความรู้พื้นฐานในด้านโรคทางทะเล และการบันทึกรหัสโรคจากการทำงานทางทะเล ซึ่งส่งผลให้รายงานสถานการณ์ผู้ป่วยไม่ตรงตามความเป็นจริง

### 2.2.5 โครงการยกระดับทักษะบุคลากรภาครัฐเพื่อตอบโจทย์ความต้องการของประเทศ

ทักษะดิจิทัลสามารถช่วยปรับสมดุลและพัฒนาระบบบริหารจัดการภาครัฐ โดย 1) การเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน : ทักษะดิจิทัลช่วยลดการใช้เวลาในการดำเนินการทางกระบวนการ ซึ่งทำให้ระบบบริหารจัดการภาครัฐเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น 2) การปรับปรุงการตัดสินใจ : ทักษะดิจิทัลช่วยเพิ่มการตัดสินใจที่มีความสอดคล้องกับข้อมูลองค์กรและข้อมูลภายนอก เพื่อให้ผู้บริหารสามารถตัดสินใจที่มีเหตุผลและฉลาดยิ่งขึ้น ทักษะดิจิทัลที่มีความเกี่ยวข้อง ได้แก่ การวิเคราะห์ข้อมูล 3) การพัฒนาความสามารถในการทำงานร่วมกัน : ทักษะดิจิทัลช่วยสร้างพื้นที่สำหรับการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐหลายกลุ่มของทักษะดิจิทัลที่เกี่ยวข้องอาจช่วยในกระบวนการบริการประชาชนมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น หรือการทำงานที่เกี่ยวข้องกับเทคโนโลยี เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน 4) การสร้างและพัฒนาความสามารถในการเรียนรู้ : ทักษะดิจิทัลช่วยให้หน่วยงานภาครัฐสามารถเรียนรู้อย่างต่อเนื่องเพื่อปรับปรุงความสามารถในการทำงาน พวกเขาอาจใช้ทักษะดิจิทัลในการสร้างฐานความรู้ใหม่ การเข้าถึงองค์การที่มีการศึกษาใหม่ ๆ และการแบ่งปันความรู้กับผู้ที่มีความรู้และทักษะที่ไม่เหมือนกัน 5) การกระทำการปรับปรุง : ทักษะดิจิทัลช่วยสนับสนุนในกระบวนการดำเนินการองค์กรภาครัฐที่มีรายละเอียด เช่น การดำเนินการทางการเงิน บัญชี การจัดการโครงสร้างเทคโนโลยี รวมถึงการจัดการความเสี่ยง การควบคุมและเฝ้าระวังความน่าเป็นห่วงในงานบริหารจัดการภาครัฐ

### ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

ดำเนินงานโครงการยกระดับทักษะบุคลากรภาครัฐเพื่อตอบโจทย์ความต้องการของประเทศที่มุ่งเน้นให้บุคลากรตามแนวทางที่ระบุไว้ในมติคณะรัฐมนตรี วันที่ 26 กันยายน 2560 เรื่อง แนวทางการพัฒนาทักษะด้านดิจิทัลของข้าราชการและบุคลากรภาครัฐเพื่อการปรับเปลี่ยนเป็นรัฐบาลดิจิทัล ซึ่งทักษะด้านดิจิทัลของข้าราชการและบุคลากรภาครัฐเพื่อการปรับเปลี่ยนเป็นรัฐบาลดิจิทัลเป็นทักษะทั่วไป (Generic Skill) ทักษะด้านดิจิทัลของข้าราชการและบุคลากรภาครัฐเพื่อปรับเปลี่ยนเป็นรัฐบาลดิจิทัล จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อการสร้างและพัฒนาบุคลากรให้มีกรอบความคิดและทักษะที่จำเป็นที่จะสนับสนุนการดำเนินบทบาทและพฤติกรรมที่คาดหวังของบุคลากรในการปรับเปลี่ยนภาครัฐเป็นรัฐบาลดิจิทัล ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ความสามารถ ความรู้ ประสบการณ์ และคุณลักษณะ ทั้งนี้ไม่ครอบคลุมถึงทักษะเฉพาะทางสำหรับวิชาชีพ (Professional Skills) บุคลากรด้านดิจิทัล ได้แก่ ผู้บริหารส่วนราชการ (Executive) ผู้อำนวยการกอง (Management) ผู้ทำงานด้านนโยบายและวิชาการ (Academic) ผู้ทำงานด้านบริการ (Service) ผู้ปฏิบัติงานด้านเทคโนโลยี (Technologist) ผู้ปฏิบัติงานกลุ่มอื่น (Others) 4.2 หลักสูตรดิจิทัลสำคัญ หมายถึง หลักสูตรตามแผนงานบูรณาการรัฐบาลดิจิทัล ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 กำหนดเป้าหมายในการขับเคลื่อนหน่วยงานรัฐสู่การเป็นรัฐบาลดิจิทัล (Digital Government) ซึ่งมีแนวทางการดำเนินงานยกระดับทักษะบุคลากรภาครัฐ เพื่อตอบโจทย์ความต้องการของประเทศ โดยกำหนดให้อบรมบุคลากรตามหลักสูตรดิจิทัลสำคัญ ได้แก่ หลักสูตร PDPA, Cyber Security และ Data Governance บุคลากรที่ผ่านการพัฒนาทักษะดิจิทัลตามกรอบการบูรณาการรัฐบาลดิจิทัล หมายถึง บุคลากรที่ผ่านการอบรมตามเป้าหมายกรอบแผนงานบูรณาการรัฐบาลดิจิทัล การยกระดับความสามารถและสร้างความพร้อมของบุคลากรเพื่อส่งเสริมรัฐบาลดิจิทัล ผ่านหลักสูตรฝึกอบรม 3 กลุ่ม หลักสูตรการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (PDPA), การรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ (Cyber Security), ธรรมาภิบาลข้อมูลภาครัฐ (Data Governance) เป้าหมาย 51 คน ที่มีประกาศการอบรมหลักสูตร จากหน่วยงานที่สำนักพัฒนารัฐบาลดิจิทัลกำหนด บุคลากรการสร้างความตระหนักรู้ ทักษะตามหลักสูตรดิจิทัลสำคัญตามเป้าหมายที่กรมควบคุมโรคกำหนด ตามแผนยุทธศาสตร์ 5 ปี กรมควบคุมโรค ปี 2566 เป้าหมาย 700 คน ที่มีใบประกาศผ่านการอบรมทักษะดิจิทัล จากหน่วยงานภาครัฐหรือเอกชน ที่มีระยะเวลาอบรมอย่างน้อย 3 ชั่วโมง กรณีที่จัดอบรมโดยหน่วยงานขอให้แนบกำหนดการการอบรมเพื่อประกอบการพิจารณาดังนี้ 1) การจัดทำแผน/ รายงานผลการปฏิบัติงานและการใช้จ่ายงบประมาณ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 โดยกำหนดแผนตัวชี้วัดโครงการในไตรมาส 4 จำนวน 46 คน โดยวันที่ 15 พฤศจิกายน 2565 สำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล (องค์การมหาชน) หรือ สพร. ได้กำหนดแผนการอบรมฯ ซึ่งดำเนินการอบรมเสร็จสิ้นภายในเดือนกุมภาพันธ์ 2566 จึงทำให้การรายงาน

ผลตัวชี้วัดโครงการดำเนินการเสร็จสิ้นภายในไตรมาสที่ 2) จัดทำแผน/ รายงานผลการปฏิบัติงานและการใช้จ่ายงบประมาณ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 แบบ สงป.301 (แผนบูรณาการ) กำหนดตัวชี้วัดโครงการฯ จำนวน 46 คน โดย สพร. ปรับผู้เข้าร่วมอบรมของกรมควบคุมโรค จาก 46 คน เป็น 51 คน ภายใต้งบประมาณเท่าเดิม ซึ่งผลการดำเนินงานกรมควบคุมโรค มีผู้เข้าอบรมจำนวน 47 คน จึงทำให้ผลการดำเนินงานเกินตัวชี้วัดโครงการฯ ที่กำหนด โดยมีรายละเอียดดังนี้ 1) อบรม DGA 104 หลักสูตรการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ (Cyber Security) รุ่นที่ 1 วันที่ 13 - 14 ธันวาคม 2565 ณ โรงแรม เบสท์เวสเทิร์น พลัสแวนด้า แกรนด์ (Wanda Grand Hotel) จัดโดยมหาวิทยาลัยเอเชียอาคเนย์ จำนวน 11 คน ประกอบด้วย นายแพทย์ (1 คน) นักวิชาการคอมพิวเตอร์ (7 คน) นักรพยากรบุคคล (1 คน) นักวิชาการสาธารณสุข (1 คน) และเจ้าหน้าที่ คอมพิวเตอร์ (1 คน) 2) อบรม DGA 203 หลักสูตรความมั่นคงปลอดภัยทางดิจิทัลสำหรับผู้บริหารภาครัฐ (Digital Security for Government Executive) วันที่ 16 - 17 มกราคม 2566 ณ สำนักบริการคอมพิวเตอร์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ บางเขน จัดโดยมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ จำนวน 4 คน ประกอบด้วยรองอธิบดีกรมควบคุมโรค (2 ท่าน) และผู้อำนวยการหน่วยงาน (2 ท่าน) 3) อบรม DGA 309 หลักสูตรการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์สำหรับผู้ปฏิบัติงานด้านเทคโนโลยี รุ่นที่ 2 ระหว่าง วันที่ 23 - 27 มกราคม 2566 ณ คณะเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร มหาวิทยาลัยมหิดล (อาคารมิว) ถนนวิภาวดีรังสิต จัดโดยมหาวิทยาลัยมหิดล กลุ่มเป้าหมาย คือผู้ปฏิบัติงานด้านเทคโนโลยี จำนวน 7 คน ประกอบด้วย นักวิชาการคอมพิวเตอร์ (7 คน) 4) อบรม DGA 206 หลักสูตรหลักการกฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลสำหรับผู้บริหารภาครัฐ ระหว่างวันที่ 30 - 31 มกราคม 2566 ณ โรงแรมเบสท์เวสเทิร์น พลัสแวนด้า แกรนด์ (Wanda Grand Hotel) จัดโดยมหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต จำนวน 1 ท่าน ประกอบด้วยผู้อำนวยการหน่วยงาน (1 ท่าน) 5) อบรม DGA 204 หลักสูตรกฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล สำหรับผู้ปฏิบัติงานภาครัฐ รุ่นที่ 1 ระหว่างวันที่ 2 - 3 กุมภาพันธ์ 2566 ณ โรงแรม จัสมิน ซิตี้ โฮเต็ล กรุงเทพฯ จัดโดย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ จำนวน 10 คน ประกอบด้วยนักวิชาการคอมพิวเตอร์ (3 คน) เจ้าหน้าที่งานคอมพิวเตอร์ (1 คน) นักวิชาการสาธารณสุข (1 คน) นักวิเคราะห์นโยบายและแผน (2 คน) นักรพยากรบุคคล (1 คน) นิติกร (1 คน) และนักจัดการ งานทั่วไป (1 คน) 6) อบรม DGA 303 หลักสูตรการจัดทำธรรมาภิบาลข้อมูลภายในหน่วยงาน สำหรับผู้ปฏิบัติงานภาครัฐ (Governance Data Governance in Practice) จำนวน 11 คน รุ่นที่ 2 ระหว่างวันที่ 30 มกราคม - 1 กุมภาพันธ์ 2566 ณ Picnic Hotel Bangkok (รางน้ำ) จัดโดยมหาวิทยาลัยศิลปากร จำนวน 11 คน ประกอบด้วย นักวิชาการคอมพิวเตอร์ (7 คน) นักเทคโนโลยีสารสนเทศ (2 คน) นักวิชาการสาธารณสุข (1 คน) และนักวิเคราะห์นโยบายและแผน (1 คน) 7) อบรม DGA 205 หลักสูตรธรรมาภิบาลข้อมูลภาครัฐสำหรับผู้บริหารภาครัฐ ระหว่างวันที่ 22 - 23 กุมภาพันธ์ 2566 ณ โรงแรม ในเขตกรุงเทพฯ จัดโดยมหาวิทยาลัยมหิดล จำนวน 3 คน ประกอบด้วยผู้อำนวยการหน่วยงาน (1 คน) นายแพทย์ (1 คน) และนักวิชาการสาธารณสุข (1 คน)

## ภาพประกอบการดำเนินงาน



## ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

- 1) ผู้เข้าร่วมอบรมหรือกลุ่มเป้าหมายมีการเปลี่ยนแปลงภายหลังขออนุมัติ เนื่องจากและติดตามการดำเนินงาน ทำให้ต้องเปลี่ยนแปลงผู้เข้าอบรมอย่างเร่งด่วน
- 2) กรมควบคุมโรคได้รับอนุมัติจำนวนโควตา 46 คน ตามเอกสารงบประมาณ งบประมาณรายจ่าย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 และมีการเปลี่ยนแปลงโควตาเป็น 51 คน ในภายหลังให้ทำให้การรายงานผลการดำเนินงาน ไม่ชัดเจน ไม่สอดคล้องกับแผนที่วางไว้
- 3) ไม่สามารถส่งผู้เข้าร่วมอบรมได้ครบในบางหลักสูตร โดยเฉพาะหลักสูตรสำหรับผู้บริหาร เนื่องจากภารกิจเร่งด่วน และต้องประจำการ ณ ที่ตั้งเพื่อบริหารจัดการภายในหน่วยงาน เพื่อไม่ให้กระทบภารกิจงานอื่น ๆ ที่มีความสำคัญ และใช้การตัดสินใจโดยผู้บริหารเท่านั้น
- 4) การจัดทำเอกสารเบิกจ่ายที่ต้องร่วมกับหน่วยงานเจ้าของหลักสูตรมีความหลากหลายทำให้การประสานงาน และดำเนินงานต้องใช้เวลามากกว่าปกติ และต้องมีการปรับเปลี่ยนเอกสารเบิกจ่ายให้สอดคล้องกัน ส่งผลต่อการเบิกจ่ายล่าช้า



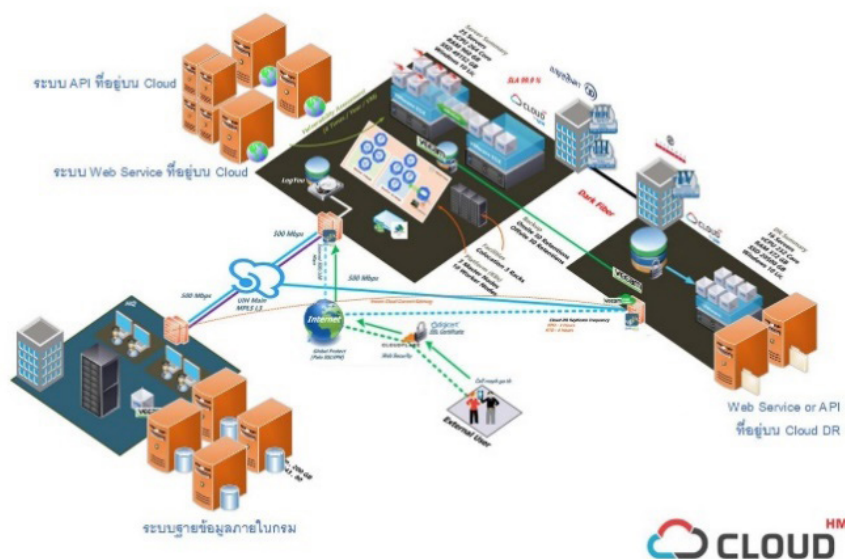
## 2.2.6 โครงการพัฒนาบริการเพื่อเชื่อมโยงแพลตฟอร์มดิจิทัลของรัฐ

กองดิจิทัลเพื่อการควบคุมโรค และกองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรคได้บูรณาการการทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ในการพัฒนาระบบวัคซีนพาสปอร์ต เพื่อให้บริการแก่ประชาชนในช่วงต้น ซึ่งวัคซีนพาสปอร์ตเป็นเอกสารยืนยัน หรือใบรับรองของผู้ที่ได้รับการฉีดวัคซีน COVID - 19 ครบ 2 โดส เพื่อใช้เป็นเกณฑ์มาตรการในการคัดกรองผู้เดินทางเข้า - ออก ของประเทศนั้น ๆ เดิมการขอวัคซีนพาสปอร์ตจะต้องเดินทางไปดำเนินการเองซึ่งแต่ละขั้นตอนต้องใช้เวลาานาน ประกอบกับ มีผู้ต้องเดินทางไปต่างประเทศเพิ่มมากขึ้น โดยกรมการกงสุล กระทรวงการต่างประเทศ สรุปลสถิติผู้เดินทางไปต่างประเทศ จำนวน 112,496 คน (ข้อมูล ณ เดือนมกราคม - มีนาคม 2565) และมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้น ทำให้โครงสร้างพื้นฐานเดิมที่กองดิจิทัล เพื่อการควบคุมโรคได้ให้บริการอยู่ไม่เพียงพอในการรองรับระบบวัคซีนพาสปอร์ตเดิม และการแลกเปลี่ยนข้อมูลจากระบบ ที่เกี่ยวข้อง เช่น หมอพร้อม อีกทั้งระบบวัคซีนพาสปอร์ตจะมีส่วนที่พัฒนาเพิ่มเติมเพื่อให้บริการประชาชนในอนาคต จึงจำเป็นต้องเพิ่มประสิทธิภาพโครงสร้างพื้นฐานเพื่อรองรับระบบวัคซีนพาสปอร์ต ลดผลกระทบกับการดำเนินการภาคธุรกิจ และการท่องเที่ยวของประชาชนอย่างยั่งยืน ดังนั้นกองดิจิทัลเพื่อการควบคุมโรคจึงจัดทำโครงการพัฒนาบริการเพื่อเชื่อมโยง แพลตฟอร์มดิจิทัลของรัฐ เพื่อพัฒนาระบบสารสนเทศพื้นฐาน เพื่อรองรับการให้บริการการขอรับเอกสารวัคซีนพาสปอร์ต และสนับสนุนการให้บริการภาคประชาชน

### ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

จัดหาระบบสารสนเทศพื้นฐานเพื่อรองรับการให้บริการด้านสารสนเทศทั้งด้านครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์ ระบบเครือข่าย ชนิด Cloud และระบบ Colocation รวมถึงการเตรียมความพร้อมด้านซอฟต์แวร์และโปรแกรมต่าง ๆ ที่มีประสิทธิภาพ และมีความจำเป็นในการพัฒนาแพลตฟอร์มดิจิทัลของกรมควบคุมโรค เช่น ระบบการแลกเปลี่ยนข้อมูล API และระบบฐานข้อมูล ซึ่งได้ทำการติดตั้งระบบ Travel Vaccination Certificates สำหรับบริการประชาชนที่จะต้องเดินทางไปต่างประเทศ เช่น การเดินทางไปประกอบพิธีฮัจญ์ ณ ประเทศซาอุดีอาระเบีย ของชาวมุสลิมไทยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### ภาพประกอบการดำเนินงาน



## ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

เนื่องจากประเภทของงบประมาณเป็นงบประมาณรายจ่ายบูรณาการของแผนงานบูรณาการรัฐบาลดิจิทัล โดยมีหลักการที่สำคัญ คือ จะต้องเป็นโครงการที่บูรณาการการทำงานของหน่วยงานไม่น้อยกว่า 2 หน่วยงาน แต่การจัดสรรงบประมาณ พบว่า ศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์แห่งชาติ (NECTEC) ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ดำเนินโครงการบูรณาการร่วมกันมิได้รับการจัดสรรงบประมาณสนับสนุน ทำให้แผนงานที่วางไว้ไม่เป็นไปตามคาด ประกอบกับพบว่า รายการครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์ที่จะทำการจัดหาหลายรายการมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการขายจากการขายลิขสิทธิ์การใช้งานเป็นการขายสิทธิการใช้งานผ่านระบบ Cloud แทน ทำให้มีความจำเป็นต้องขอเปลี่ยนแปลงประเภทของงบประมาณให้เป็นไปตามระเบียบพัสดุ อีกทั้งหลายรายการไม่สามารถทำการจัดซื้อได้เนื่องจากผู้ขายมีการขึ้นราคาสินค้าทำให้เกินกรอบงบประมาณ



## 2.3 โครงการประเมินผลแผนระดับความมั่นคงและความเป็นเลิศด้านควบคุมโรคของประเทศ ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2563 - 2565 กรมควบคุมโรค

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน โดยกลุ่มติดตามและประเมินผล ได้ดำเนินการประเมินผลแผนยกระดับความมั่นคงและความเป็นเลิศด้านควบคุมโรคของประเทศ ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2563 - 2565 (แผน Mega Project) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการดำเนินงาน ปัจจัยความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะจากการดำเนินงาน เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการเตรียมความพร้อมด้านโครงสร้างพื้นฐานเพื่อรับมือการระบาดของโรคอุบัติใหม่ อุตุนิยมวิทยา ในอนาคตอย่างเป็นระบบต่อไป เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย ได้แก่ 1) แบบประเมินการบรรลุค่าเป้าหมายจากการดำเนินงานตามตัวชี้วัดภายใต้แผนฯ 2) แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินงานตามแผนฯ 3) แบบสัมภาษณ์และกรอบในการสนทนากลุ่ม (Focus Group) และแบบสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in-dept interview) ตามแนวทาง CIPP Model เพื่อพิจารณาความสอดคล้องของแผน Mega Project กับแผนที่เกี่ยวข้อง ความเหมาะสมของทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินงาน การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ผลผลิตจริงเทียบกับค่าเป้าหมาย รวมทั้งประสิทธิภาพของผลผลิตเมื่อเทียบกับเป้าหมาย

### ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

- 1) กรอบการประเมินผล และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเพื่อประเมินผลแผนยกระดับความมั่นคงและความเป็นเลิศด้านควบคุมโรคของประเทศ ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2563 - 2565
- 2) (ร่าง) ผลการประเมินการบรรลุค่าเป้าหมายรายตัวชี้วัด (16 ตัวชี้วัด) โดยเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมายเมื่อสิ้นสุดแผนในปี 2565
- 3) ผลการสอบถามความคิดเห็นจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินการและขับเคลื่อนแผนยกระดับความมั่นคงและความเป็นเลิศด้านควบคุมโรคของประเทศ ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2563 - 2565

### ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

ในการเก็บข้อมูลแบบสอบถามความคิดเห็นจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินการและขับเคลื่อนแผนยกระดับความมั่นคงและความเป็นเลิศด้านควบคุมโรคของประเทศ ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2563 - 2565 กลุ่มเป้าหมายจากหน่วยงานภายในกรมควบคุมโรค พบว่า ในปัจจุบัน ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับแผนฯ ได้มีการโอนย้ายงาน ปรับเปลี่ยนงาน หรือรับผิดชอบงานอื่นทำให้เกิดความล่าช้าในการเก็บข้อมูล และได้ข้อมูลที่ไม่ครบถ้วนตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

## 2.4 โครงการประเมินผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ของประเทศ ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561 - 2580) ระยะปฏิรูประบบ (พ.ศ. 2561 - 2565) กรมควบคุมโรค

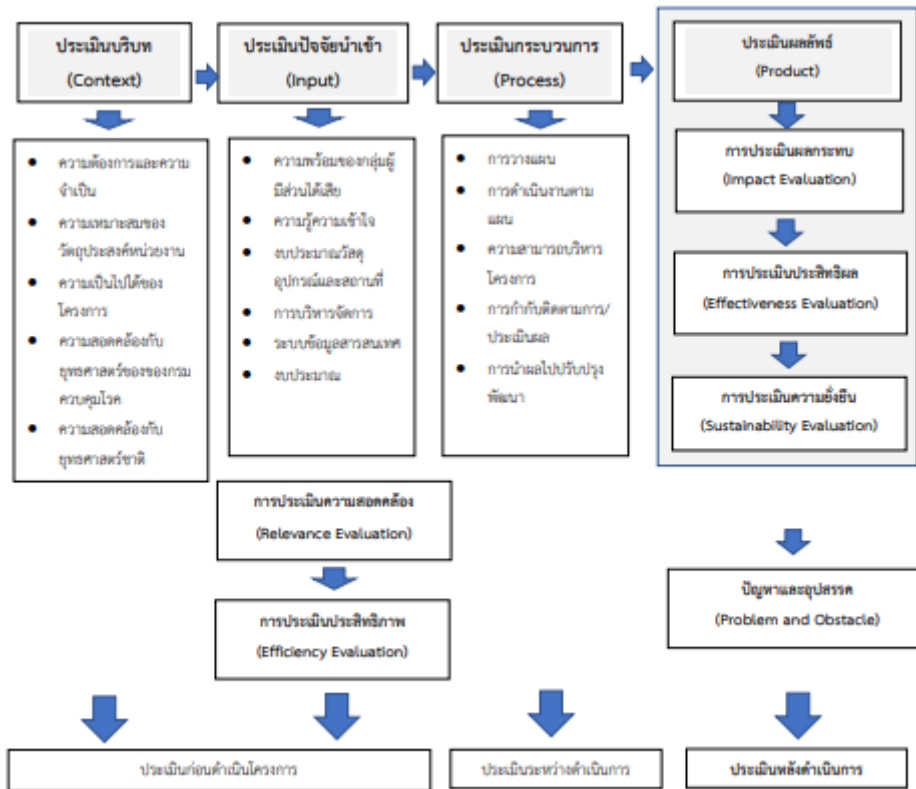
ตามที่กรมควบคุมโรคได้เล็งเห็นความสำคัญของการจัดทำแผนการพัฒนาระยะยาว เพื่อใช้เป็นกรอบแนวทางในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคของประเทศ จึงได้จัดทำแผนพัฒนาด้านการป้องกัน ควบคุมโรค และภัยสุขภาพของประเทศ ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561 - 2580) โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ “ประชาชนได้รับการป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพระดับมาตรฐานสากล ภายในปี พ.ศ. 2580” และได้กำหนดเป้าหมายการพัฒนา เป็น 4 ระยะ ประกอบด้วย ระยะปฏิรูประบบ (พ.ศ. 2561 - 2565) ระยะสร้างความเข้มแข็ง (พ.ศ. 2566 - 2570) ระยะสู่ความยั่งยืน (พ.ศ. 2571 - 2575) และระยะที่ดีที่สุดในเอเชีย (พ.ศ. 2576 - 2580) ประกอบด้วย 5 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ ยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนานโยบาย มาตรการ และบริการด้านการป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพ ยุทธศาสตร์ที่ 2 การเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ยุทธศาสตร์ที่ 3 การยกระดับโครงสร้างพื้นฐานของระบบป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ยุทธศาสตร์ที่ 4 การปรับปรุงระบบบริหารจัดการ และการพัฒนาความร่วมมือ และยุทธศาสตร์ที่ 5 การพัฒนากำลังคนด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

การดำเนินงานภายใต้แผนพัฒนาฯ จนถึงสิ้นปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 นับได้ว่าได้ดำเนินการจนถึงช่วงสิ้นแผนฯ ระยะปฏิรูประบบ (พ.ศ. 2561 - 2565) แล้ว กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมควบคุมโรคจึงดำเนินการประเมินผลการดำเนินงาน ในระยะที่ผ่านมา ว่าสามารถบรรลุเป้าหมายตามที่กำหนดไว้ของแผนได้หรือไม่ การนำนโยบายไปปฏิบัติ รวมถึงปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้น เป็นอย่างไร และหาแนวทางในการปรับปรุงและพัฒนาการดำเนินงานในระยะถัดไปให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น และมีผลสัมฤทธิ์บรรลุตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่กำหนดไว้ รวมทั้ง จัดทำข้อเสนอแนะ ข้อมูลสารสนเทศที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ ในการปรับปรุงและพัฒนาการขับเคลื่อนแผนพัฒนาด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศ ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561 - 2580) ระยะสร้างความเข้มแข็ง (พ.ศ. 2566 - 2570) ให้มีความสมบูรณ์มีผลสัมฤทธิ์บรรลุตามวัตถุประสงค์ และเป้าหมายที่กำหนดไว้ เพื่อให้ประชาชนในประเทศไทยมีสุขภาพดี ได้รับการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพระดับมาตรฐานสากลต่อไป

### ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

- 1) ประชุมเพื่อกำหนดกรอบการประเมินผลแผนพัฒนาฯ และแนวทางประเมินเบื้องต้นได้กรอบการประเมินใช้รูปแบบ CIPP MODEL และวัตถุประสงค์ของการประเมินเพื่อทราบถึงปัญหา อุปสรรค และปัจจัยความสำเร็จและจัดทำข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแผนพัฒนาฯ ระยะสร้างความเข้มแข็ง (พ.ศ. 2566 - 2570)
- 2) ประชุมคณะกรรมการกลั่นกรองแนวทางการประเมินผลแผนพัฒนาฯ ได้แนวทางการประเมินให้ใช้หน่วยงานที่เป็นผู้เชี่ยวชาญในด้านการประเมินผล โดยมีเนื้อหาการประเมิน วิเคราะห์และสร้างรูปแบบหรือกรอบในการประเมินผล พัฒนาระเบียบวิธีวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์และให้ข้อเสนอแนะเบื้องต้นของโครงการภายใต้แผนการดำเนินงานตามตัวชี้วัดแผนพัฒนา
- 3) จัดหาวิเคราะห์ข้อมูลและจัดทำกรอบการประเมินผลแผนพัฒนาฯ ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศ ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561 - 2580) ระยะปฏิรูป (พ.ศ. 2561 - 2565) มีกรอบแนวคิดการประเมินและระเบียบวิธีวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล เกณฑ์ในการคัดเลือกตัวอย่าง อย่างมีระบบและเป็นไปตามความถูกต้องทางสถิติ และวิชาการ โดยคำนึงถึงสัดส่วนตัวอย่างที่เหมาะสมตามเกณฑ์ในคัดเลือกและคัดออกของตัวอย่าง โดยมีความครอบคลุมทุกแผนงานตามกลุ่มโรค

## ภาพประกอบการดำเนินงาน



หมายเหตุ: นักวิจัยออกแบบโดยอ้างอิงแนวคิดของ Stufflebeam and Shinkfield (2007)

## ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

มีการปรับเปลี่ยนแนวทางการประเมินผลและทีมงานที่ปรึกษาของการประเมินผล ทำให้การประเมินผลมีความล่าช้ากว่ากำหนดการที่วางไว้

## 2.5 ผลการดำเนินงานตามแนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

### 2.5.1 กลุ่มโรคติดต่อ (Communicable Diseases: CDs)

#### 2.5.1.1 แผนงานการเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดี (OVCCA)

โรคพยาธิใบไม้ตับ (*Opisthorchis Viverrini*) เป็นโรคของคนยากจนที่ถูกกละเลย องค์การอนามัยโลกยอมรับและจัดให้เป็นปัจจัยหลักที่ก่อโรคมะเร็งท่อน้ำดี เป็นโรคที่ป้องกันได้หากได้รับความร่วมมือกันอย่างจริงจัง จากการศึกษาระบาดวิทยาของโรคพยาธิใบไม้ตับในปี 2559 - 2566 พบอัตราการติดพยาธิใบไม้ตับร้อยละ 16.3, 11.7, 5.7, 4.7, 4.3, 3.23 และร้อยละ 3.22 ตามลำดับ ตามที่กระทรวงสาธารณสุขนำแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ปี 2559 - 2568 ขอความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรีและมีมติเห็นชอบโดยแบ่งการขับเคลื่อนเป็น 2 ระยะ ระยะเริ่มต้น 3 ปี (2559 - 2561) ขับเคลื่อนผ่านโครงการรณรงค์การกำจัดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีถวายเป็นพระราชกุศลแด่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวเสด็จขึ้นครองราชย์ครบ 70 ปี ในปีพุทธศักราช 2559 พร้อมทั้งสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถฯ จะทรงเจริญพระชนมพรรษา 84 พรรษา ในปี 2562 - 2568 มีเป้าหมาย คือ 1) อัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดีในคนและในปลาไม่เกินร้อยละ 1 ในปี 2568 2) อัตราการเสียชีวิตด้วยมะเร็งท่อน้ำดีลดลงสองในสามในปี 2578 โดยมีมาตรการสำคัญในการดำเนินการ ปี 2566 คือ 1) คัดกรองพยาธิใบไม้ตับในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป เมื่อพบผู้ติดพยาธิให้การรักษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 2) คัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนอายุ 40 ปี ขึ้นไป ด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ 3) จัดระบบสุขภาพีบาล บริหารจัดการสิ่งปฏิกูลเพื่อตัดวงจรพยาธิ โดยจัดให้มีบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูล ในทุกพื้นที่ผ่านเทศบาล/ อบต. 4) สนับสนุนให้มีการเรียนการสอนในโรงเรียน และสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีใน อสม. แก่นนำชุมชน ประชาชน โดยเฉพาะในกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์อาหารประเภทปลา 5) รณรงค์อาหารปลอดภัย ปลาปลอดภัยอย่างต่อเนื่องในพื้นที่ผ่านทุกช่องทางสื่อสารตามบริบทพื้นที่ 6) บริหารจัดการส่งต่อผู้สงสัยมะเร็งท่อน้ำดีเข้าสู่กระบวนการวินิจฉัยรักษาอย่างเป็นระบบ และมีระบบการรับ - ส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน มีหมอครอบครัวเข้าไปดูแลประคับประคองด้วยการแพทย์ผสมผสานทั้งแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์ทางเลือก 7) จัดทำรายงานผลการดำเนินงาน ผ่านฐานข้อมูล ในระบบงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา รง. 506 หรือ ในระบบ HDC 8) พัฒนาศักยภาพและพัฒนาศักยภาพทางด้านสาธารณสุขในการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ และการรักษามะเร็งท่อน้ำดี เพื่อนำไปใช้ในการปรับปรุง การแก้ไขปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

### ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

- 1) คัดกรองพยาธิใบไม้ตับในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยการตรวจอุจจาระ รักษา และดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทุกราย ดำเนินการตั้งแต่ปี 2559 - 2566 รวม 1,833,947 ราย พบผู้ติดพยาธิใบไม้ตับ 101,105 ราย ผลการดำเนินงานปี 2566 เป้าหมาย 20,000 ราย ดำเนินการตรวจคัดกรอง 709 ตำบล (พื้นที่ใหม่ 144 ตำบล, พื้นที่เสี่ยงที่เคยดำเนินการ 502 ตำบล) ดำเนินการคัดกรองแล้วจำนวน 134,439 ราย (ร้อยละ 672.20) พบผู้ติดพยาธิใบไม้ตับ 4,489 ราย (ร้อยละ 3.34)
- 2) คัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีด้วยอัลตราซาวด์ ดำเนินการตั้งแต่ปี 2559 - 2566 รวม 1,121,746 ราย ผลการดำเนินงานปี 2566 เป้าหมายคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี 58,000 ราย ดำเนินการได้ 101,158 ราย คิดเป็นร้อยละ 174.4 ผู้ป่วยเข้ารับการ CT/MRI 320 ราย และ พบผู้ป่วย CCA ทั้งหมด 67 ราย

3) จัดระบบสุขภาพ บริหารจัดการสิ่งปฏิภูลเพื่อต้วงจรพยาธิ โดยจัดให้มีบอบบำบดสิ่งปฏิภูล สำหรับทุกพื้นที่ ผ่าน อพท. สถานการณ์พบว่า ทั้งประเทศ มี อพท.จำนวน 3,824 แห่ง อพท. ที่มีระบบก้ำจัดสิ่งปฏิภูลรวมทั้งสิ้น 2,708 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 70.82 (อยู่ใน 30 จังหวัดพื้นที่ดำเนินงาน 155 แห่ง)

4) จัดการเรียนการสอนความรู้ด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีมีการดำเนินงานสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผ่านการจัดการเรียนการสอนสอดแทรกในช่วงโมงเรียนสุขศึกษาของโรงเรียนทุกแห่ง บรรจู่เข้าไปในหลักสูตรการเรียนการสอนของโรงเรียน จัดทำสื่อการเรียนรู้หนอนพยาธิ พยาธิใบไม้ตับ กับโรงเรียนสุขบัญญัติสู่การเป็นโรงเรียนต้นแบบทั้งการจัดการเรียนการสอน และพัฒนานักเรียนต้นแบบลงสู่พื้นที่สื่อสิ่งพิมพ์ สื่อการเรียนรู้ การพัฒนานักเรียนเชิงปฏิบัติการ ประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อออนไลน์ มีการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของกลุ่มเสี่ยง/ แกนนนำชุมชน นักเรียน เพื่อร่วมพัฒนาความรอบรู้ขยายต่อไปยังบุคคลใกล้ชิด ชุมชน ครอบครัว สู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมีการพัฒนาครู ก. เรื่อง Health literacy ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่

5) การรณรงค์อาหารปลอดภัย ปลาปลอดภัยอย่างต่อเนื่องในพื้นที่ผ่านทุกช่องทางการสื่อสารตามบริบทพื้นที่ มีการตรวจเยี่ยมประเมินและให้คำแนะนำแก่ผู้ประกอบการในพื้นที่ จัดประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพสถานประกอบการปลอดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่ นำร่องพัฒนาสถานประกอบการปลาร้าปลาส้ม อาหารปลอดภัย มีการใช้วิสาหกิจชุมชนเข้ามาขับเคลื่อนในการดำเนินงานรณรงค์อาหารปลอดภัย ปลาปลอดภัย มีการประชาสัมพันธ์ และแจ้งเตือนประชาชนการลด ละ เลิกการบริโภคปลาน้ำจืดเกล็ดขาว เมงูดิบ หรือสุก ๆ ดิบ ๆ ผ่านช่องทางสื่อต่าง ๆ

6) มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยรักษาตามศักยภาพของโรงพยาบาล และติดตามเพื่อประเมินซ้ำตามแนวทางการติดตามรักษาต่อเนื่อง ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วย Walk in และรับการรักษาตามแนวทางการตรวจรักษา มะเร็งตับและท่อน้ำดี ในระบบบริการรักษาตามศักยภาพโดยส่งผู้ป่วยตรวจรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า กรณีมีความผิดปกติที่ต้องรับการตรวจพิเศษและพบแพทย์เฉพาะทาง มีหมอครอบครัวเข้าไปดูแลและคัดบ้ประคอง ด้วยการแพทย์ผสมผสานทั้งแพทย์แผนปัจจุบัน และแพทย์ทางเลือก ส่งข้อมูลผ่านระบบ Thai COC ของจังหวัด เพื่อส่งต่อข้อมูล ลตรอยต่อ และทำการดูแลรักษาประคองบ้ประคองร่วมกัน

7) การพัฒนาวิชาการและและบุคลากรในการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและการ รักษา มะเร็งท่อน้ำดี ได้แก่

- มีการใช้การตรวจพยาธิใบไม้ตับด้วย AI ไปใช้ในการดำเนินงานในตำบลเสี่ยง
- มีการสร้างทีมจุลทัศน์กรประจำตำบล
- มีการสำรวจพฤติกรรมกรบริโภค ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ และการวิจัยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

- พัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรองในพื้นที่โดยใช้การบูรณาการ มะเร็ง ในกิจกรรมคัดกรองวันเดียวกัน ได้แก่ มะเร็งตับ มะเร็งปากมดลูก มะเร็งลำไส้ เป็นต้น

- การส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีแนวใหม่โดยใช้แนวทางการตลาดดิจิทัล

- ได้รับประกาศเกียรติคุณเป็น “ค่าของแผ่นดิน” ประเภทโครงการรณรงค์ก้ำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี เพื่อรำลึกในพระมหากรุณาธิคุณฯ

## ภาพประกอบการดำเนินงาน



## ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

- 1) บางพื้นที่ติดปัญหาการถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด จึงทำให้ต้องมีการวางแผนการดำเนินงาน รวมถึงการสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติม
- 2) ประชาชนบางส่วน ยังขาดความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ
- 3) การสื่อสารสาธารณะไม่เข้าถึงทุกกลุ่มวัยและไม่ต่อเนื่อง การจัดการเรียนการสอนโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในโรงเรียนยังขาดความต่อเนื่อง
- 4) ปัญหาการจัดการสิ่งแวดล้อมและสิ่งปฏิกูล โดยจำนวนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่เสี่ยงที่มีการดำเนินงานด้านการจัดการสิ่งปฏิกูลที่ได้มาตรฐานยังมีจำนวนน้อย
- 5) ปัญหาบุคลากรไม่เพียงพอ เช่น ขาด Nurse Sonographer และบุคลากรดำเนินการอัลตราซาวด์เพื่อคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่



### 2.5.1.2 แผนงานควบคุมโรคหนอนพยาธิในนักเรียนและเยาวชน ตามโครงการพระราชดำริฯ

โครงการควบคุมโรคหนอนพยาธิในนักเรียนและเยาวชนในพื้นที่ถิ่นทุรกันดารและพื้นที่ในแผนภูฟ้าพัฒนาตามพระราชดำริฯ เป็นหนึ่งโครงการในแผนการพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดารตามพระราชดำริ สมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี (กพต.) ปัจจุบันขับเคลื่อนสู่แผน กพต. ฉบับที่ 5 ซึ่งเป็นแผนระยะยาว 10 ปี (2560 - 2569) มีเป้าหมายสูงสุด คือ การพัฒนาเด็ก เยาวชน และประชาชนในพื้นที่ถิ่นทุรกันดาร และพื้นที่ภูฟ้าพัฒนาให้มีโอกาสที่ดีขึ้น มีสุขภาพแข็งแรงสามารถดูแลตนเองได้อย่างสมดุลทั้งร่างกายและจิตใจ กรมควบคุมโรค โดยกองโรคติดต่อทั่วไปรับผิดชอบในกรอบการดำเนินงานให้เกิดกิจกรรมการตรวจและรักษาโรคหนอนพยาธิ ตามมาตรฐานทางวิชาการ เพื่อลดความชุกความรุนแรงของปัญหา และการป้องกันโรคที่พบในถิ่นทุรกันดาร สนับสนุนให้มีการจัดกระบวนการเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการป้องกันตนเองจากการติดโรคหนอนพยาธิ จากผลการดำเนินงานตรวจคัดกรอง พบอัตราความชุกโรคหนอนพยาธิในนักเรียนและเยาวชน จากร้อยละ 26.8 ในปี 2545 ลดลงเหลือ ร้อยละ 2.26 ในปี 2566 และมีเป้าหมายลดอัตราการติดโรคหนอนพยาธิในนักเรียนพื้นที่โครงการพระราชดำริฯ ในภาพรวมทั้งประเทศ ให้อยู่ในระดับต่ำกว่าร้อยละ 1 ในปี 2568

ผลการตรวจจาะ ปี 2566 ครอบคลุมการตรวจจาะในโรงเรียน จำนวน 655 แห่ง ร้อยละ 60.02 โดยตรวจจาะนักเรียน จำนวน 70,381 ราย คิดเป็นร้อยละ 64.35 พบติดหนอนพยาธิ 1,589 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.26 พร้อมให้ยารักษาตามชนิดพันธุ์ที่พบให้แก่นักเรียน (ข้อมูล ณ วันที่ 20 ก.ย. 66)

จากข้อมูลการพบโรคพยาธิ พบว่า มีสาเหตุหลักของการติดโรคหนอนพยาธิเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพและสุขนิสัยของนักเรียนที่ไม่ถูกสุขลักษณะ เช่น การไม่ล้างมือก่อนรับประทานอาหารหรือการล้างผักที่มีการปนเปื้อนไข่หนอนพยาธิที่ไม่สะอาดก่อนรับประทาน การไม่สวมรองเท้า การขับถ่ายนอกส้วม เป็นต้น ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีการแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่อง ด้วยความร่วมมือของหน่วยงานภาคีหลายภาคส่วนเพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่องเป็นระบบ จนนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของนักเรียนและเยาวชนในถิ่นทุรกันดาร

### ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

- 1) หน่วยงานในพื้นที่โครงการได้รับการสนับสนุนวัสดุวิทยาศาสตร์ ยารักษาโรค และสื่อความรู้โรคหนอนพยาธิ ครอบคลุม สคร. 12 แห่ง และ สสจ. 56 แห่ง
- 2) หน่วยงานเครือข่ายโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนทุกแห่ง ได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล และอุปกรณ์ป้องกันควบคุมโรคโควิด - 19
- 3) ร่วมเข้าเฝ้าทูลละอองพระบาท ทรงติดตามการดำเนินโครงการพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดารผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (ออนไลน์) ถวายรายงานการพบพยาธิใบไม้ตับในโรงเรียน ตชด. และถวายรายงานนวัตกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเด็กและเยาวชน โมโกรทะโมเดล นวัตกรรมชุมชนโรคหนอนพยาธิ ในงานประชุมวิชาการการพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดาร ตามพระราชดำริ
- 4) พัฒนาบุคลากรสาธารณสุข และบุคลากรทางการศึกษา โดยอบรมเชิงปฏิบัติการทบทวนองค์ความรู้โรคในเด็กวัยเรียน (5 - 14 ปี) อบรมการตรวจหนอนพยาธิในปลา/ หอย/ ผัก โดยใช้วิธีตรวจด้วยนวัตกรรมใหม่ รวมถึงอบรมการรายงานผลผ่านระบบฐานข้อมูลการเฝ้าระวังโรคหนอนพยาธิในนักเรียนและเยาวชนในพื้นที่ถิ่นทุรกันดาร ตามพระราชดำริฯ (Helminth)
- 5) สนับสนุนการดำเนินงาน และพัฒนาความร่วมมือเครือข่ายการดำเนินงานป้องกัน ควบคุมโรคหนอนพยาธิในพื้นที่โครงการตามพระราชดำริฯ ร่วมกับหน่วยงานเครือข่ายในพื้นที่จังหวัดน่าน และจังหวัดภูเก็ต
- 6) ได้รับรางวัลเลิศรัฐประจำปี 2566 ประเภทรางวัลสัมฤทธิ์ผลประชาชนมีส่วนร่วม ระดับดี เรื่อง โมโกรทะโมเดล : นวัตกรรมชุมชนโรคหนอนพยาธิ

## ภาพประกอบการดำเนินงาน



## ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

- 1) เนื่องด้วยงบประมาณที่ได้รับจัดสรรจาก สป.สธ. เพื่อสนับสนุนให้แก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในการดำเนินงานในพื้นที่ มีการแบ่งงบประมาณเพิ่มเติมออกเป็น 3 งวด จึงทำให้จังหวัดพื้นที่ดำเนินการต้องจัดทำและวางแผนการดำเนินงานโครงการใหม่ให้สอดคล้องกับงบประมาณที่ได้รับ จึงอาจทำให้การดำเนินงานในบางกิจกรรมล่าช้ากว่าแผนที่วางไว้
- 2) จากการติดตามผลการดำเนินงานตรวจคัดกรองโรคหนองพยาธิในนักเรียน พบว่า ยังมีหลายโรงเรียนที่ยังไม่ดำเนินการตามระยะเวลาที่กำหนด และบางโรงเรียนมีอัตราความครอบคลุมในการตรวจค่อนข้างต่ำ
- 3) การรายงานผลตรวจในระบบฐานข้อมูลการเฝ้าระวังป้องกันหนองพยาธิในเด็กและเยาวชนตามพระราชดำริฯ (Helminth) พบว่ายังมีการรายงานผลได้ช้ากว่าระยะเวลาที่กำหนด และบางแห่งยังไม่รายงานผลเข้าสู่ระบบ

### 2.5.1.3 แผนงานกำจัดกวาดล้างโรคและป้องกันควบคุมโรคด้วยวัคซีน

ในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ที่ผ่านมา ได้ส่งผลต่อระดับความครอบคลุมการได้รับวัคซีนที่ลดต่ำลง ทำให้ประเทศไทยมีความเสี่ยงที่จะเกิดการระบาดของโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน โดยเฉพาะอย่างยิ่งความเสี่ยงต่อการระบาดของโรคโปลิโอจากสายพันธุ์วัคซีนกลายเป็นพันธุ์ที่มีการระบาดในหลายประเทศเนื่องมาจากในพื้นที่นั้น ๆ มีความครอบคลุมการได้รับวัคซีนต่ำต่อเนื่อง

สำหรับสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 มีแนวโน้มที่ดีขึ้นตามลำดับ แต่การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันต่อโรคโควิด 19 โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงสูงยังนับว่ามีความสำคัญที่จะต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

ส่วนสถานการณ์โรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนอื่น ๆ ตามเป้าหมายการลดโรค (ณ วันที่ 31 ส.ค. 2566) มีดังนี้ 1) พบผู้ป่วยยืนยันโรคหัด จำนวน 15 ราย และผู้ป่วยยืนยันโรคหัดเยอรมัน จำนวน 5 ราย 2) ไม่พบผู้ป่วยโรคโปลิโอ (0 ราย) และประเทศไทยสามารถรักษาสถานะปลอดจากโรคโปลิโอได้อย่างต่อเนื่อง (ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541) 3) พบผู้ป่วยยืนยันโรคไอกรน จำนวน 3 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 0.005 รายต่อประชากรแสนคน และยังไม่พบการรายงานผู้ป่วยยืนยันโรคคอตีบ ทั้งนี้ ผู้ป่วยจากโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนส่วนใหญ่มีประวัติไม่ได้รับวัคซีนหรือได้รับวัคซีนไม่ครบตามเกณฑ์

### ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

1) เร่งรัดและติดตามความครอบคลุมการได้รับวัคซีนตามกำหนดการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะในกลุ่มเป้าหมายที่เป็นเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยมีการดำเนินงานแบ่งเป็น 2 ส่วนหลัก ๆ ประกอบด้วย 1) การประมวลผลข้อมูลความครอบคลุมการได้รับวัคซีนจากระบบฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และจัดส่งข้อมูลให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 2) การขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านกลไกต่าง ๆ

2) เร่งรัดการดำเนินงานในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันต่อโรคโควิด 19 อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงสูงที่เป็นผู้สูงอายุ มุ่งเน้นการจัดกิจกรรมประชาสัมพันธ์เชิงรุก เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับรู้ข้อมูลและสามารถเข้าถึงการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันต่อโรคโควิด 19 ได้ตามความต้องการ นอกจากนี้ยังได้จัดทำและเผยแพร่ “คำแนะนำการให้วัคซีนโควิด 19 ประจำปี” และ “แนวทางการดำเนินงานให้บริการวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล ปี 2566” รวมทั้ง “แนวทางการให้วัคซีนโควิด 19 ประจำปี ร่วมกับการให้วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล ปี 2566” เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานและเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งกำกับติดตามผลการดำเนินงานให้เป็นไปตามเป้าหมาย

3) สื่อสารประชาสัมพันธ์เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานให้บริการงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

4) พัฒนาและจัดทำคู่มือ/ แนวทางหรือมาตรการการดำเนินงาน เพื่อพัฒนาองค์ความรู้สนับสนุนการดำเนินงานให้กับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคคอตีบใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การเฝ้าระวังและป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ

5) ขับเคลื่อนการดำเนินงานกวาดล้างโรคโปลิโอ การกำจัดโรคหัดและโรคหัดเยอรมันตามพันธสัญญานานาชาติ

6) ขับเคลื่อนการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคภายใต้โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ โดยหรือแนวทางการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในราชทัณฑ์ กรมควบคุมโรค และผู้แทนกรมราชทัณฑ์ มีหัวข้อการประชุมหารือ ประกอบด้วย แนวทางการบริหารจัดการวัคซีนรวมป้องกันโรคหัดและหัดเยอรมัน (MR) สำหรับกลุ่มเป้าหมายในเรือนจำ ปีงบประมาณ 2566 และ 2567 แนวทางการบริหารจัดการวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 กลุ่ม 608 ในเรือนจำ และแผนการดำเนินงานให้วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในเรือนจำ ปี 2566

7) จัดทำ “แนวทางการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในผู้ใหญ่ ปี 2566” เพื่อเผยแพร่การดำเนินงานคลินิกวัคซีนผู้ใหญ่ ประกอบด้วย วัคซีนโควิด 19 วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ วัคซีนรวมป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยัก (dT) วัคซีนรวม

ป้องกันโรคหัด-หัดเยอรมัน (MR) และวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี (HB) และขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมให้กับบุคลากรผู้รับผิดชอบงานในทุกระดับ ในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในผู้ใหญ่ ให้เป็นไปตามมาตรฐานงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

ภาพประกอบการดำเนินงาน





### 2.5.1.4 แผนงานจัดการโรคติดต่อมาโดยแมลง

โรคติดต่อมาโดยแมลง เป็นโรคที่มีความสำคัญและเป็นปัญหาสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อสภาวะสุขภาพของประชากรไทย และกลุ่มประชากรแรงงานข้ามชาติ ที่อาศัยในประเทศไทยและตามแนวชายแดนของไทย ที่ประกอบด้วยโรคไข้เลือดออก โรคไข้มาลาเรีย โรคเท้าช้าง โรคไข้ปวดข้อยุงลาย โรคติดเชื้อไวรัสซิกา โรคสครับไทฟัส และโรคลิซมาเนีย ซึ่งแนวโน้มสถานการณ์ และการป้องกันควบคุมโรคติดต่อมาโดยแมลงโดยเฉพาะโรคไข้เลือดออก โรคไข้มาลาเรีย รวมทั้ง ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค มีแนวโน้มไม่ดีขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อการป่วยและการเสียชีวิตของคนไทยเพิ่มขึ้นในอนาคตข้างหน้า

แผนปฏิบัติการจัดการโรคติดต่อมาโดยแมลง พ.ศ. 2566 - 2570 มีการกำหนดทิศทางการดำเนินงานของประเทศไทย (พ.ศ. 2566 - 2570) มีเป้าหมายเพื่อ ลดอัตราป่วย อัตราป่วยตาย และอัตราตายจากโรคติดต่อมาโดยแมลงได้ตามมาตรฐานสากล และกำจัดโรคติดต่อมาโดยแมลงตามพันธสัญญาระหว่างประเทศ ซึ่งเป็นแผนบูรณาการการทำงานข้ามภาคส่วนกับ แผนยุทธศาสตร์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เน้นการมีส่วนร่วมกับทุกภาคส่วน มีเป้าหมายเพื่อให้ประเทศไทยโดยทุกภาคส่วนมีการดำเนินงาน อย่างเข้มแข็งในการคุ้มครอง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อมาโดยแมลงอย่างเป็นรูปธรรมให้ประชาชนสามารถจัดการสุขภาพตนเอง ให้พ้นจากโรคที่ป้องกันได้อย่างยั่งยืน ซึ่งสอดคล้องกับแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศไทย ระยะเวลา 2 ระยะสร้างความเข้มแข็ง (พ.ศ. 2566 - 2570) ที่ขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ มุ่งเน้นให้ประชาชนได้รับการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพระดับมาตรฐานสากล และจะส่งผลกระทบต่อเป้าหมายภาพรวมของ กระทรวงสาธารณสุข คือ ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืนอันจะนำพาประเทศไทยไปสู่ความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน

### ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

ผลสำเร็จของการขับเคลื่อนการเสริมสร้างระบบสุขภาพ และการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคอุบัติใหม่ และอุบัติซ้ำด้านโรคติดต่อมาโดยแมลง ในวิกฤติภาวะโลกร้อนและเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ ภายใต้แผนปฏิบัติการจัดการโรคติดต่อมาโดยแมลง พ.ศ. 2566 - 2570 โดยความร่วมมือของหน่วยงานเครือข่ายทุกภาคส่วน ดังนี้

1) ด้านการพัฒนานโยบาย แผนงาน มาตรการป้องกันควบคุมโรคติดต่อมาโดยแมลง ขับเคลื่อนทางด้านนโยบาย แผนงานและกลไกทางกฎหมาย ภายใต้กลไกพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 พระราชบัญญัติสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และกลไกกฎหมายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ผ่านการขับเคลื่อนของคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ ภายใต้พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด/คณะกรรมการโรคติดต่อกรุงเทพมหานคร 1) ความสำเร็จของการผลักดัน นโยบายและขับเคลื่อนโดยใช้กลไกกฎหมายในการเร่งรัดกำจัดโรคไข้มาลาเรีย ผ่านคณะกรรมการเร่งรัดกำจัดโรคไข้มาลาเรีย ภายใต้คณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ โดยเกิดการประสานงาน การระดมทรัพยากร และความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานโดยกลไกที่สอดคล้องกับบริบทของประเทศไทยให้การขับเคลื่อนงานเร่งรัดกำจัดโรคไข้มาลาเรีย เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลสูงสุด 2) การยกระดับภารกิจ และโครงสร้างศูนย์ควบคุมโรคติดต่อมาโดยแมลง ให้สอดคล้องกับการปฏิรูปองค์กร กรมควบคุมโรค ทบวงนบพาทภารกิจและทรัพยากรของศูนย์ควบคุมโรคติดต่อมาโดยแมลง (ศตม.) และถอดบทเรียนการดำเนินงาน วิเคราะห์ประเด็นปัญหาอุปสรรค และทำข้อเสนอเพื่อพัฒนาศูนย์ควบคุมโรคติดต่อมาโดยแมลง (ศตม.) และหน่วยควบคุมโรคไม่ติดต่อมาโดยแมลง (นคม.) ให้สอดคล้องกับการดำเนินงานในพื้นที่ และสอดคล้องกับสถานการณ์และนโยบายในปัจจุบัน

2) ด้านการยกระดับระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อมาโดยแมลง และจัดการภาวะฉุกเฉินให้เป็นมาตรฐานสากล ขับเคลื่อนมุ่งสู่ความสำเร็จในการยกระดับความเข้มแข็งของระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อมาโดยแมลง ที่มีกลยุทธ์และมาตรการตามแผนปฏิบัติการจัดการโรคติดต่อมาโดยแมลง พ.ศ. 2566 - 2570 ในด้าน 1) การเร่งรัดกำจัดโรคติดต่อมาโดยแมลงตามพันธสัญญา 2) การพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อมาโดยแมลง ทั้งด้านคน เชื้อโรค พาหะนำโรค และสิ่งแวดล้อม 3) การเฝ้าระวังทางวิทยาศาสตร์ในการติดตามประเมินผลการควบคุมพาหะนำโรค 4) การควบคุมโรคติดต่อ

ตามแนวชายแดน 5) พัฒนาระบบเตือนภัย สอบสวนโรค และตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน 6) การเร่งรัดค้นหาและถ่ายโอนภารกิจโรคติดต่อฯ โดยแมลงไปยังระบบสาธารณสุขปกติ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 7) การป้องกันการกลับมาแพร่เชื้อของโรคติดต่อฯ โดยแมลงหลังการประกาศกำจัด 8) สนับสนุน การวินิจฉัยโรค การดูแลรักษาพยาบาล ส่งต่อผู้ป่วย และติดตามผลการรักษาให้ได้ตามแนวเวชปฏิบัติของประเทศ

3) ด้านพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศด้านโรคติดต่อฯ โดยแมลงให้ได้ตามมาตรฐานสากล ของระบบการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลง 1) การปรับปรุงห้องปฏิบัติการกักกักให้ได้ตามมาตรฐานสากล และยกระดับขีดความสามารถของห้องปฏิบัติการอ้างอิงฯ ได้ดำเนินการปรับปรุงห้องปฏิบัติการด้านกักกัก จำนวน 5 ห้อง ประกอบด้วยห้องเลี้ยงยุง 1 ห้อง เลี้ยงยุง 2 ห้องทดสอบสารเคมี ห้องเลี้ยงสัตว์ทดลอง และห้องปฏิบัติการ PCR เพื่อพัฒนางานทางด้านกักกักและการควบคุมแมลงนำโรค โดยจะพัฒนาขีดความสามารถด้านองค์ความรู้และความพร้อมของห้องปฏิบัติการทางกักกักและเครื่องพันเคมีเพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ พัฒนางานวิจัย นวัตกรรม ถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางห้องปฏิบัติการฯ 2) พัฒนาและยกระดับห้องปฏิบัติการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลง ผลสำเร็จของการขับเคลื่อนศูนย์อ้างอิงทางห้องปฏิบัติการโรคติดต่อฯ โดยแมลง ปีงบประมาณ 2566 ศูนย์อ้างอิงทางห้องปฏิบัติการฯ ได้ดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ตามบทบาท Public Health Lab และการพัฒนาศักยภาพห้องปฏิบัติการเครือข่ายในการเฝ้าระวังโรค

4) ด้านการยกระดับและขับเคลื่อนการบูรณาการความร่วมมือ และการสร้างเสริมสุขภาพและการสร้างความรอบรู้ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลง ความสำเร็จของการยกระดับและขับเคลื่อนการบูรณาการความร่วมมือของหน่วยงานเครือข่ายทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนและประชาสังคมในทุกมิติ เพื่อการยกระดับการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลง การวิจัย พัฒนาเทคโนโลยี นวัตกรรม ดังนี้ 1) ความร่วมมือของหน่วยงานเครือข่ายของประเทศ ในภูมิภาคลุ่มแม่น้ำโขง 2) ความร่วมมือของหน่วยงานเครือข่ายภาครัฐ 3) ความร่วมมือของหน่วยงานเครือข่ายของหน่วยงานภาคเอกชน ภาคประชาสังคม



## 2.5.1.5 แผนงานป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล (IPC)

### 1) โครงการพัฒนาศักยภาพและเสริมสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ/โรคติดเชื้อ

การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (Infection Prevention and Control: IPC) จะต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งแพทย์ พยาบาล บุคลากรสาธารณสุข ผู้บริหารสถานพยาบาล ประชาชนทั่วไป โดยนำกลยุทธ์ที่สำคัญคือ การบูรณาการเครือข่ายในการบริหารจัดการด้าน IPC มาใช้ในการเสริมสร้างความเข้มแข็งในการดำเนินงานกับเครือข่าย มีการสร้างต้นแบบ (Role Model) ด้าน IPC ในสถานพยาบาลถือเป็นเรื่องสำคัญ ร่วมกับการพัฒนาศักยภาพและเสริมสร้างความเข้มแข็งของบุคลากรเครือข่ายด้าน IPC เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ระยะยาว คือ การลดอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลลงได้ สถาบันบาราศนราดรุร กรมควบคุมโรค ในฐานะเลขานุการคณะกรรมการด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลภายใต้คณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ ซึ่งเป็นหน่วยงานกลางในที่รับผิดชอบงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล โรคติดต่ออันตรายร้ายแรง เพื่อเป็นเตรียมความพร้อมและสร้างความเข้มแข็งแก่บุคลากรทางด้านสาธารณสุขและประชาชนผู้รับบริการ ได้เล็งเห็นความสำคัญของการสร้างต้นแบบ (Role Model) ด้าน IPC และการพัฒนาศักยภาพและเสริมสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายในการป้องกัน ควบคุมโรคติดเชื้อ โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไปที่มีข้อมูลอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลสูงที่สุด มีความรู้ ความสามารถ และมีศักยภาพในการให้บริการผู้ป่วยโรคติดเชื้อและป้องกันการติดเชื้อได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเพียงพอกับสถานการณ์ในปัจจุบัน

### ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

- 1) จัดประชุมเครือข่ายเพื่อถ่ายทอดการบริหารจัดการด้าน IPC วันที่ 20 ธ.ค. 2565 ณ โรงแรม ไม้ด้า งามวงศ์วาน จังหวัดนนทบุรี ผู้เข้าร่วมประชุมมาจากโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 - 12 จำนวนทั้งหมด 72 คน
- 2) นิเทศโรงพยาบาลและคัดเลือกโรงพยาบาลต้นแบบด้าน IPC มีเกณฑ์คือโรงพยาบาลที่ได้รับการนิเทศมาจากการประเมินตนเองด้าน IPC มีคะแนนอยู่ในเกณฑ์  $\geq 80\%$  การรายงานข้อมูลอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลครบถ้วนเป็นปัจจุบัน และอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลย้อนหลัง 3 ปี แนวโน้มลดลง หลังจากที่มีคณะกรรมการลงพื้นที่แล้ว รวบรวมสรุปผลการคัดเลือกโรงพยาบาลต้นแบบด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล โรงพยาบาลที่ได้รับโลรางวัลมีโรงพยาบาลศูนย์ 5 แห่ง และโรงพยาบาลทั่วไป 12 แห่ง
- 3) การอบรมวิชาการ เรื่อง การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล และพิธีมอบโล่ประกาศเกียรติคุณโรงพยาบาลต้นแบบด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล วันที่ 24 - 25 เม.ย. 2566 ณ ห้อง Citrine โรงแรมแกรนด์ริชมอนด์ จังหวัดนนทบุรี
- 4) การจัดทำสื่อความรู้ เรื่อง การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ/โรคติดเชื้อ จัดทำสื่อโปสเตอร์การล้างมือจำนวน 3,000 แผ่น และได้แจกจ่ายให้กับ รพ. เครือข่ายทั่วประเทศ

## ภาพประกอบการดำเนินงาน



## ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

- 1) ให้มีการประเมินและมอบโล่ประกาศเกียรติคุณให้กับโรงพยาบาลต้นแบบด้าน IPC เพื่อเป็นขวัญและกำลังใจให้กับทีมงาน และเป็นการพัฒนางานด้าน IPC อย่างต่อเนื่อง
- 2) ส่วนกลาง Update Guideline สำหรับผู้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง
- 3) การประเมินโรงพยาบาลต้นแบบด้าน IPC ผู้ประเมินควรเป็นทีมเดียวกัน ซึ่งควรมาจากส่วนกลาง ซึ่งจะได้เป็นมาตรฐานเดียวกัน

## 2) โครงการสัมมนาระดับชาติ เรื่อง การป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล ครั้งที่ 20

ในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา ได้เกิดการระบาดของเชื้อโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่มีความรุนแรงมาอย่างต่อเนื่อง เช่น ไรซิวหวัดนก โรคซาร์ส โรคอีโบล่า เป็นต้น โดยมีสาเหตุมาจากปัจจัยเสี่ยงหลาย ๆ ด้าน ทั้งที่เกิดจากปัจจัยตามธรรมชาติ การเปลี่ยนแปลงในยุคโลกาภิวัตน์ที่ส่งเสริมให้เกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่ เช่น การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต พฤติกรรม ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี การเดินทางติดต่อระหว่างประเทศที่เอื้อให้เกิดการแพร่กระจายของโรคติดต่อได้อย่างรวดเร็ว ด้วยเหตุนี้ จึงเกิดกระแสการตื่นตัวของทุกภาคส่วนทุกระดับในการเตรียมความพร้อมที่จะเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมไม่ให้โรคที่เกิดขึ้นใหม่แพร่กระจายออกไปเป็นวงกว้าง ดังนั้น การเตรียมความพร้อมของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ทั้งในด้านความรู้ที่ทันสมัย เป็นการพัฒนาศักยภาพในการป้องกันควบคุมโรคเป็นสากล และการบริหารจัดการด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล จึงมีส่วนสำคัญอย่างยิ่ง และสถาบันบำราศนราดูร ร่วมกับชมรมควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลแห่งประเทศไทย และหน่วยงานเครือข่าย จัดโครงการสัมมนาระดับชาติ เป็นเวทีสำหรับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การบรรยาย อภิปราย

และการนำเสนอ ผลงานวิชาการ นำไปประยุกต์ใช้หรือเป็นข้อมูลอ้างอิงในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ อย่างมีมาตรฐานสากล ในพื้นที่รับผิดชอบต่อไป

## ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

การจัดสัมมนาระดับชาติ ครั้งที่ 20 ภายใต้หัวข้อ Infection Prevention Issues Post-COVID-19 ระหว่างวันที่ 26 - 30 มิถุนายน 2566 ณ โรงแรมจอมเทียน ปาล์ม บีช โฮเทล แอนด์ รีสอร์ท จ.ชลบุรี บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เข้าร่วมโครงการสัมมนาระดับชาติ เรื่อง การป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล จำนวน 636 คน แบ่งเป็น ผู้สัมมนา 546 คน วิทยากร 62 คน และคณะทำงาน 28 คน สำหรับผลงานวิชาการด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ มีผู้ส่งผลงาน ทั้งหมด 43 เรื่อง แต่ผ่านการคัดเลือกให้นำเสนอ Oral Presentation 3 เรื่อง และ Poster Presentation 12 เรื่อง

## ภาพประกอบการดำเนินงาน



## ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

- 1) การจัดสัมมนาระดับชาติ ครั้งที่ 20 จัดทั้งหมด 5 วัน มีวิทยากรต่างชาติร่วมสัมมนาในช่วง 3 วันแรก ผู้สัมมนาส่วนหนึ่งเสนอให้ลดชั่วโมงของวิทยากรต่างชาติ เนื่องจากไม่มีทักษะด้านภาษา หรือต้องมีการสรุปเป็นภาษาไทยในช่วงท้ายการให้ความรู้ของวิทยากรต่างชาติ
- 2) มีผู้สัมมนานานมาก การหาสถานที่ที่รองรับจำนวนคนได้เยอะ ๆ และจำนวนห้องประชุม ค่อนข้างจำกัด

## 2.5.1.6 แผนงานโรคพิษสุนัขบ้า

โครงการผลักดันการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า ภายใต้ยุทธศาสตร์โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธานของศาสตราจารย์ ดร. สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมพระนราธิวาสราชนครินทร์

ด้วยโรคพิษสุนัขบ้า เป็นโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคนที่ยังคงมีความสำคัญทางด้านสาธารณสุข ประเทศไทย มีการดำเนินงานเพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค ภายใต้โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธาน ศาสตราจารย์ ดร. สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมพระนราธิวาสราชนครินทร์ มีเป้าหมายให้ไม่พบโรคพิษสุนัขบ้าในคน ภายในปี 2568 จากการศึกษาแนวโน้มสถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้า พบว่า ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 เป็นต้นมา จำนวนผู้เสียชีวิต ด้วยโรคพิษสุนัขบ้าเริ่มคงที่ โดยมีการพบผู้เสียชีวิตจำนวนเฉลี่ย 3 รายต่อปี และในปี 2566 ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2566 พบผู้เสียชีวิตแล้วจำนวน 4 ราย ในพื้นที่ 3 จังหวัด ได้แก่ ชลบุรี ระยอง และสุรินทร์ (2 ราย) และมีสัตว์ที่ส่งตรวจหาเชื้อโรคพิษสุนัขบ้าทางห้องปฏิบัติการจำนวน 5,104 ตัวอย่าง และเปอร์เซ็นต์การพบเชื้อในสัตว์คิดเป็นร้อยละ 4.96 ของจำนวนตัวอย่างสัตว์ที่ได้รับการส่งตรวจทั้งหมด

การสอบสวนโรค พบว่า ทั้ง 4 ราย เป็นเพศชาย อายุระหว่าง 40 - 76 ปี มีประวัติกับสุนัข ซึ่งเป็นสุนัขที่มีเจ้าของ 2 ราย สุนัขชุมชน 1 ราย และสุนัขที่ไม่ทราบประวัติอีก 1 ราย และผู้เสียชีวิตทุกราย ไม่ได้พบแพทย์เพื่อรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าหลังสัมผัสโรค ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการพบผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้าในประเทศไทยในปัจจุบัน ถึงแม้ว่าหนึ่งในมาตรการของการป้องกันการเสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้าคือการติดตามผู้สัมผัสสัตว์ให้เข้ารับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าตามแนวทางเวชปฏิบัติ แต่เนื่องจากสุนัขเหล่านี้ภายหลังจากกักคั่นแล้วไม่ได้มีการส่งตรวจหาเชื้อโรคพิษสุนัขบ้า จึงทำให้ไม่สามารถติดตามผู้สัมผัสสัตว์ยืนยันได้อย่างทันท่วงที ทั้งนี้ เนื่องมาจากการขาดความตระหนักในเรื่องความรุนแรงของโรคของประชาชน ทำให้เกิดความชะล่าใจหลังจากสัมผัสกับสุนัข ไม่ได้มีการแจ้งเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้รับทราบ

## ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคในคน ภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ 3 ของโครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธานศาสตราจารย์ ดร.สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมพระนราธิวาสราชนครินทร์ มีเป้าหมาย “กำจัดโรคพิษสุนัขบ้าให้หมดไปจากประเทศไทย” โดย ส่งเสริมความเข้มแข็งของการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า ระดับอำเภอ พร้อมกำหนดหลักเกณฑ์ตัวชี้วัดความสำเร็จของ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 คือ

- 1) ไม่พบผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า
- 2) ผู้สัมผัสโรคได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามแนวทางเวชปฏิบัติ ร้อยละ 100
- 3) อำเภอผ่านเกณฑ์การดำเนินการตามมาตรการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในคน (มาตรการ 1-2-3)

เพื่อสนับสนุนการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า ร้อยละ 70

- 4) อำเภอประเมินผ่านเกณฑ์การประเมินพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าด้านสาธารณสุข ร้อยละ 30
- 5) การดำเนินงาน 1 เขต/ 1 อำเภอ ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าต่อเขตสุขภาพ

โดยการดำเนินการตาม 6 กลยุทธ์สำคัญ คือ

#### กลยุทธ์ที่ 1 เฝ้าระวังในคน

กรมควบคุมโรคมีการเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า ผู้เสียชีวิตด้วยโรคใช้สมองอักเสบไม่ทราบสาเหตุ และติดตามสถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้าในคน



## กลยุทธ์ที่ 2 การป้องกันโรคในคน

กรมควบคุมโรค จัดหาและสนับสนุนวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าสำหรับฉีดป้องกันล่วงหน้า (Pre-exposure prophylaxis : PrEP) ให้บุคลากรกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่เสี่ยงจำนวน 25,510 โด๊ส และพัฒนาสื่อ

## กลยุทธ์ที่ 3 การควบคุมโรค

เน้นมาตรการ 1-2-3 เมื่อพบสัตว์มีผลยืนยันติดเชื้อ และติดตามผู้สัมผัสสัตว์ยืนยันโรคพิษสุนัขบ้าให้เข้ารับการฉีดวัคซีน อย่างถูกต้องตามแนวทางเวชปฏิบัติ โดยเมื่อได้รับรายงานการพบโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ จะมีการดำเนินงานค้นหาติดตามผู้สัมผัสสัตว์เหล่านั้น เพื่อเข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า และมีการติดตามให้เข้ารับวัคซีนจนครบชุด

## กลยุทธ์ที่ 4 บูรณาการร่วมกับเครือข่าย

กรมควบคุมโรค ร่วมกับ กรมปศุสัตว์ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และหน่วยงานเครือข่าย 1) ขับเคลื่อนการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า อำเภอมีการประเมินพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าด้านสาธารณสุข 2) พัฒนาเครือข่ายในการขับเคลื่อนพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขในการดำเนินงานสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า และส่งเสริมความเข้มแข็งและความร่วมมือระหว่างเครือข่ายทั้งหน่วยงานสาธารณสุข ปศุสัตว์ และท้องถิ่น ให้มีการเร่งรัดกำจัดโรคพิษสุนัขบ้าและประกาศเป็นพื้นที่ปลอดโรคฯ 3) การพัฒนาเฝ้าระวัง ป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าภาคีเครือข่าย 4) ประชุมคณะอนุกรรมการและผู้เชี่ยวชาญโรคพิษสุนัขบ้า 5) ติดตามผลการดำเนินงานหรือสถานการณ์ปัญหาโรคพิษสุนัขบ้า แนวทางการดำเนินงานพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่ และสนับสนุนพื้นที่ในการแก้ปัญหาทั้งเรื่องโรคพิษสุนัขบ้าในคน โรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ ในอำเภอบางละมุง และอำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี

## กลยุทธ์ที่ 5 การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์

เพื่อให้ความรู้การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า 1) การพัฒนาสื่อการสอนโรคพิษสุนัขบ้าในครุ 2) ดำเนินการจัดแผนพับ 3 ภาษา ได้แก่ ภาษาไทย อังกฤษ และเมียนมา เพื่อให้มีความรู้เรื่องของการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโรคพิษสุนัขบ้าในกลุ่มต่างด้าว 3) พัฒนาส่งเสริมการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า โดยจัดพิมพ์คู่มือประชาชนคนเลี้ยงสุนัข เพื่อสนับสนุนการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่ 4) อนุรักษ์ป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ประจำปี พ.ศ. 2566 ภายใต้โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธานศาสตราจารย์ ดร.สมเด็จเจ้าฟ้าฯ กรมพระศรีสวางควัฒน วรขัตติยราชนารี 5) อนุรักษ์และเร่งรัดกำจัดโรคพิษสุนัขบ้า ภายใต้โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธาน ศาสตราจารย์ ดร.สมเด็จเจ้าฟ้าฯ กรมพระศรีสวางควัฒน วรขัตติยราชนารี เพื่อส่งเสริมให้เครือข่ายได้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า และเร่งรัดให้จังหวัดนครราชสีมาเป็นพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า 6) อนุรักษ์และเร่งรัดกำจัดโรคพิษสุนัขบ้า (World Rabies Day 2023) ภายใต้โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้าตามพระปณิธาน ศาสตราจารย์ ดร.สมเด็จเจ้าฟ้าฯ กรมพระศรีสวางควัฒน วรขัตติยราชนารี โดยมีกิจกรรม เพื่อประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เรื่องการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าให้ประชาชนรับรู้

## กลยุทธ์ที่ 6 การศึกษาวิจัยและพัฒนา

1) การศึกษาประเด็นสื่อสารการตลาดเพื่อสังคมในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าที่เหมาะสมกับบริบทในพื้นที่เสี่ยง 2) การประเมินประสิทธิภาพการถ่ายทอดนโยบาย ภายใต้โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า ด้วยการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า เป็นการดำเนินภายใต้โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธานของศาสตราจารย์ ดร. สมเด็จเจ้าฟ้าฯ กรมพระศรีสวางควัฒน วรขัตติยราชนารี

## ภาพประกอบการดำเนินงาน



## ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

- 1) ผู้เสียชีวิตไม่ได้เข้ารับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าหลังสัมผัสโรค
- 2) ยังพบโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ในพื้นที่ซ้ำซาก และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น
- 3) การส่งตรวจหาเชื้อโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ยังไม่ครอบคลุม ส่งผลให้การติดตามผู้สัมผัสโรคไม่ครอบคลุม
- 4) การรับรองพื้นที่ปลอดโรค (ระดับอำเภอ) ยังไม่สามารถขอรับรองได้ทั้งอำเภอเนื่องจากบางพื้นที่ไม่มีการเก็บตัวอย่างส่งตรวจตามเกณฑ์ที่กำหนด และการสำรวจจำนวนประชากรสัตว์ไม่เป็นข้อมูลปัจจุบัน ทำให้การฉีดวัคซีนในสัตว์ไม่ครอบคลุม

5) นโยบาย “อำเภอปลอดโรคพิษสุนัขบ้า 1 เขต 1 อำเภอใหม่” ยังขาดการผลักดันการดำเนินงานในเชิงนโยบาย รวมถึงการดำเนินงานเพื่อการเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าในคนและสัตว์ เพื่อความมั่นใจของการเป็นพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า



### 2.5.1.7 แผนงานขับเคลื่อนการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558

พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 6 มีนาคม พ.ศ. 2559 เพื่อกำหนดให้มีมาตรการที่จำเป็นที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการป้องกัน ระวัง ควบคุม และขจัดโรคติดต่อที่มีการระบาด โดยมุ่งหวังให้ประเทศไทยปลอดภัยจากโรคติดต่อด้วยระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อที่มีประสิทธิภาพ ทันท่วงทีต่อสถานการณ์ และได้มาตรฐานในระดับนานาชาติภายใต้ความร่วมมือของทุกภาคส่วน เพื่อนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนอย่างยั่งยืน มีเป้าหมายให้มีแผนบูรณาการเพื่อยกระดับศักยภาพ และโครงสร้างพื้นฐานด้านการจัดการภาวะฉุกเฉิน ด้านสาธารณสุข และความมั่นคงด้านสุขภาพ โดยมีกลไกการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ประกอบด้วยกลไกระดับประเทศ ได้แก่ คณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ คณะกรรมการด้านวิชาการ

สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ ในฐานะเป็นสำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการ คณะกรรมการด้านวิชาการ และคณะอนุกรรมการ ซึ่งมีหน้าที่ตามมาตรา 19 (3) จัดทำแผนปฏิบัติการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อหรือโรคระบาดเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ เพื่อให้คณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ พิจารณาให้ความเห็นชอบแผนปฏิบัติการฯ และเสนอคณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบ รวมทั้งดำเนินการถ่ายทอดแผนปฏิบัติการฯ ไปยังคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด/กรุงเทพมหานคร ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินงานตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 เป็นไปในทิศทางเดียวกันจึงได้จัดทำโครงการนี้ขึ้นมา เพื่อสนับสนุนการจัดทำนโยบาย ระบบ แนวทางปฏิบัติในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อ ภายใต้กลไกตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และพัฒนาเครือข่ายและติดตามการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ต่อไป

### ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

1) การสนับสนุนการดำเนินงานของคณะกรรมการ อนุกรรมการฯ ภายใต้พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558

1.1) ประสานและจัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะอนุกรรมการภายใต้คณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติและคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง และสนับสนุนการดำเนินงาน ดังนี้

- คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ 1477/2565 เรื่อง แต่งตั้งกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิในคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ
- คำสั่งคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ ที่ 1/2566 เรื่อง แต่งตั้งคณะอนุกรรมการเร่งรัดกำจัดโรคไข้มาลาเรีย
- คำสั่งคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ ที่ 2/2566 เรื่อง แต่งตั้งคณะอนุกรรมการบริหารจัดการวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19
- คำสั่งคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ ที่ 2/2565 เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการด้านวิชาการตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558
- คำสั่งคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ ที่ 3/2566 เรื่อง แต่งตั้งคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนการกวาดล้างโรคโปลิโอ การกำจัดโรคหัดและหัดเยอรมัน
- คำสั่งคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ ที่ 4/2566 เรื่อง แต่งตั้งคณะอนุกรรมการบริหารจัดการป้องกันควบคุมโรคโควิด 19 รองรับการเดินทางเข้ามาในราชอาณาจักร
- คำสั่งคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ ที่ 5/2566 เรื่อง แต่งตั้งคณะอนุกรรมการเร่งรัดกำจัดโรคไข้มาลาเรีย
- ร่างคำสั่งคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ เรื่อง แต่งตั้งคณะอนุกรรมการอำนวยการบริหารจัดการให้วัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี

- 1.2) การประชุมคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ จำนวน 7 ครั้ง โดยมีนโยบาย ระบบ แนวทางปฏิบัติ และอนุบัญญัติที่ผ่านความเห็นชอบ
- 1.3) ร่างแผนปฏิบัติการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อหรือโรคระบาด พ.ศ. 2566 - 2570 ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558
- 1.4) อนุบัญญัติที่ผ่านความเห็นชอบ ดังนี้
- ร่างระเบียบคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ เรื่อง ยกเลิกระเบียบคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การเปรียบเทียบความผิด กรณีฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามมาตรา 34 (6)
  - ร่างกฎกระทรวง การจ่ายค่าทดแทนเพื่อชดเชยความเสียหายจากการเฝ้าระวัง การป้องกัน และการควบคุมโรคติดต่อ พ.ศ. ....
  - ร่างระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการเบิกจ่ายค่าชดเชยให้แก่เจ้าหน้าที่ซึ่งปฏิบัติงาน ด้านการเฝ้าระวัง การสอบสวนโรค การป้องกัน หรือการควบคุมโรคติดต่อหรือโรคระบาด พ.ศ. ....
  - ร่างระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการชดใช้ค่าใช้จ่ายในการดำเนินการแทนของเจ้าพนักงาน ควบคุมโรคติดต่อ ในกรณีที่ผู้รับคำสั่งจากเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อละเลยไม่ดำเนินการ ตามคำสั่ง พ.ศ. ....
  - ร่างประกาศคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ เรื่อง การเพิ่มเติมผู้แทนจากหน่วยงานรัฐ ในขณะทำงาน ประจำช่องทางเข้าออก (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ....
  - ร่างประกาศคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ เรื่อง การออกหนังสือรับรองการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค พ.ศ. ....
- 1.5) การประชุมคณะกรรมการด้านวิชาการ จำนวน 11 ครั้ง โดยมีประเด็นที่สำคัญ เพื่อให้ข้อเสนอแนะ ดังนี้
- แนวทางการใช้ยาคลอโรควิน เพื่อป้องกัน และลดการแพร่เชื้อชนิดพลาสมาเดียม ไวเวกซ์ ในพื้นที่ที่มีการระบาดบริเวณชายแดนไทย - เมียนมา
  - การประกาศให้จุดผ่านแดนถาวรสามเหลี่ยมทองคำ (บ้านสบรวก) อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย เป็นด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558
  - การเตรียมความพร้อมและมาตรการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เพื่อรองรับนักท่องเที่ยวชาวจีน
  - การทบทวนมาตรการด้านสาธารณสุขในการป้องกันควบคุมโรคโควิด 19 ของประเทศไทย สำหรับผู้เดินทางเข้าประเทศ
  - (ร่าง) คำแนะนำการป้องกันโรคโควิด 19 ในสถานศึกษา (ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียนอนุบาล และโรงเรียน ประถมศึกษา) เมื่อเข้าสู่โรคประจำถิ่น
  - (ร่าง) แนวทางการผลักดันการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า ผ่านคณะกรรมการโรคติดต่อระดับจังหวัด
  - การประกาศท้องที่หรือเมืองท่านอกราชอาณาจักรที่เป็นเขตติดโรคติดต่ออันตราย กรณีโรคติดต่อเชื้อไวรัส มาร์บวร์ก (Marburg Virus Disease) และโรคติดต่อเชื้อไวรัส นีปาห์ (Nipah Virus Disease) มีมติยังไม่จำเป็นต้องประกาศท้องที่หรือเมืองท่านอกราชอาณาจักรที่เป็นเขตติดโรคติดต่ออันตราย
  - การฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ และการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญสำหรับผู้ต้องขัง ในเรือนจำ
  - การจัดทำแผนปฏิบัติการตามการประเมินสมรรถนะหลักในการปฏิบัติตามกฎหมายระหว่างประเทศ (National Action Plan for Health Security: NAPHS)
  - แนวทางการดำเนินงานโรคอาหารเป็นพิษในโรงเรียน
  - การเตรียม Surge Capacity ในการดูแลผู้ป่วย สำหรับสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19
  - การทบทวน และ update แนวทางการให้ Long Acting Antibody (LAAB)

- การประกาศพื้นที่โรคระบาดตาม มาตรา 9 ภายใต้พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 กรณีโรคไข้เลือดออก มีมติยังไม่จำเป็นต้องประกาศพื้นที่โรคระบาดตาม มาตรา 9
- แนวทางการเฝ้าระวัง สอบสวนโรคและควบคุมการระบาดของโรคฝีดาษวานร (Monkeypox)
- มาตรการป้องกัน และควบคุมโรคฝีดาษวานร (Monkeypox)
- แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย และดูแลรักษา กรณีโรคฝีดาษวานร (Monkeypox) สำหรับแพทย์ และบุคลากรสาธารณสุข

1.6) จัดทำแผนปฏิบัติการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อหรือโรคระบาด พ.ศ. 2566 - 2570 ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558

- เสนอ (ร่าง) แผนปฏิบัติการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อหรือโรคระบาด พ.ศ. 2566 - 2570 ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ในที่ประชุมคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ เมื่อวันที่ 19 ตุลาคม 2565 ณ ห้องประชุมชัชวาทนเรนทร อาคาร 1 ชั้น 2 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- รับฟังความคิดเห็นต่อ (ร่าง) แผนปฏิบัติการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อหรือโรคระบาด พ.ศ. 2566 - 2570 ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- ดำเนินการเสนอเรื่องแผนปฏิบัติการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อหรือโรคระบาด พ.ศ. 2566 - 2570 ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ต่อสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เพื่อพิจารณากลับกรองตามขั้นตอนแนวทางการเสนอแผนระดับที่ 3 เข้าสู่การพิจารณาของคณะรัฐมนตรี
- จัดทำแผนบูรณาการสร้างความร่วมมือนำการป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อรวมถึงโรคติดต่ออุบัติใหม่ ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งทั้ง 2 จังหวัดได้จัดทำร่างแผนปฏิบัติการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่ออันตราย โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง หรือโรคระบาดในเขตพื้นที่จังหวัด
- จัดทำแผนปฏิบัติการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่ออันตราย โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง หรือโรคระบาด ในเขตพื้นที่จังหวัด/ กรุงเทพมหานคร
- พัฒนาเครือข่ายการจัดทำแผนบูรณาการสร้างความร่วมมือเครือข่ายการป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อ รวมถึงโรคติดต่ออุบัติใหม่ ระดับจังหวัด
- คณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ ได้ให้ความเห็นชอบต่อ (ร่าง) แผนปฏิบัติการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อหรือโรคระบาด พ.ศ. 2566 - 2570 ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 เมื่อวันที่ 3 สิงหาคม 2566
- แจ้งแผนปฏิบัติการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อหรือโรคระบาด พ.ศ. 2566 - 2570 ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ไปยังคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดและคณะกรรมการโรคติดต่อ กรุงเทพมหานคร
- ดำเนินการเสนอ (ร่าง) แผนปฏิบัติการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อหรือโรคระบาด พ.ศ. 2566 - 2570 ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ต่อที่ประชุมคณะรัฐมนตรีไปยังเลขาธิการคณะรัฐมนตรี
- ทำคู่มือการจัดทำแผนปฏิบัติการ เฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่ออันตราย โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง หรือโรคระบาด ในระดับพื้นที่ โดยมีเนื้อหาสำคัญ ดังนี้ แนวทางการจัดทำแผนปฏิบัติการฯ และกรอบแนวทางการจัดทำแผนปฏิบัติการฯ และจัดทำสื่อเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ที่เกี่ยวกับการจัดทำแผนปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ให้กับเครือข่ายและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

- ติดตามผลการจัดทำ (ร่าง) แผนปฏิบัติการ ฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่ออันตราย โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง หรือโรคระบาดในเขตพื้นที่จังหวัด/ กรุงเทพมหานคร โดยให้จังหวัด และกรุงเทพมหานคร ส่ง (ร่าง) แผนปฏิบัติการ ฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่ออันตราย โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง หรือโรคระบาด ในเขตพื้นที่จังหวัด/ กรุงเทพมหานคร มายังไปรษณีย์ อิเล็กทรอนิกส์ cda2021gcd@gmail.com

2) สนับสนุนการดำเนินงานของกรมควบคุมโรคในฐานะสำนักงานเลขานุการคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ

## ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

การเสนอแผนปฏิบัติการ ฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อหรือโรคระบาด (พ.ศ. 2566 - 2570) มีขั้นตอน และระยะเวลาในการกลั่นกรองของสภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ประกอบกับเป็นช่วงเปลี่ยนผ่านรัฐบาล การเสนอแผนปฏิบัติการฯ ต่อคณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบจึงมีหลายขั้นตอน ทำให้การถ่ายทอดร่างแผนปฏิบัติการฯ สู่เครือข่ายจังหวัด จึงดำเนินการในเดือนพฤษภาคม 2566 อาจทำให้จังหวัดมีเวลาไม่เพียงพอในการจัดทำแผนปฏิบัติการ ฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่ออันตราย โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง หรือโรคระบาด ในเขตพื้นที่จังหวัด/ กรุงเทพมหานคร นอกจากนี้ การจัดทำแผนปฏิบัติการฯ ในระดับพื้นที่ดังกล่าว เป็นแผนบูรณาการที่ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของหลายภาคส่วน การประสานจัดทำแผนปฏิบัติการฯ จึงต้องใช้ทรัพยากรและช่วงเวลาที่เหมาะสมในการประสานดำเนินการ รวมทั้งการกลั่นกรอง เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด/ กรุงเทพมหานครด้วย

### 2.5.1.8 แผนงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ

การแพร่ระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่เกิดขึ้นในทุกประเทศทั่วโลก ซึ่งส่งผลกระทบต่อชีวิตและสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มวัย ส่งผลต่อการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจและสังคมของประชาชน โรคติดต่ออุบัติใหม่ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุข

โรคติดต่อระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ โรคไข้หวัดใหญ่ และโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โรคโควิด 19 ซึ่งยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุข และมีแนวโน้มพบผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในประเทศ โดยโรคไข้หวัดใหญ่ มีการระบาดในประเทศไทยมาเป็นเวลานานจนเป็นโรคประจำถิ่น เคยมีการระบาดครั้งใหญ่ล่าสุดเมื่อปี 2552 หลังจากนั้น มีสถานการณ์โรคอย่างต่อเนื่องทุกปี โรคไข้หวัดใหญ่ (Influenza) เป็นโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจ เกิดจากเชื้อไวรัส Influenza สายพันธุ์ A B หรือ C ซึ่งเชื้อมีอยู่ในน้ำมูก น้ำลาย หรือเสมหะของผู้ป่วย ติดต่อโดยการไอหรือจามหรือการสัมผัสเสมหะหรือของเครื่องใช้เปื้อนเชื้อโรค สามารถทำให้เกิดการเจ็บป่วยโดยอาจเป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรง และมีภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลให้เสียชีวิตได้ โดยในแต่ละปี การระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่จะมีอยู่ 2 ช่วง คือ ช่วงฤดูหนาว และฤดูฝน สถานการณ์โรคไข้หวัดใหญ่ในปี 2566 ข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 23 กันยายน 2566 มีรายงานพบผู้ป่วย 216,600 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 327.29 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต 7 ราย จำนวนผู้ป่วยสะสมในภาพรวมเพิ่มขึ้นเป็น 3 เท่า เมื่อเทียบกับช่วงเวลาเดียวกันของปีที่ผ่านมา และยิ่งสูงกว่าค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี จากข้อมูลในปีที่พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา

สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โรคโควิด 19 เริ่มมีการระบาดในประเทศไทยตั้งแต่ ปี 2563 จนถึงปัจจุบัน สถานการณ์การระบาดของโรคมียุคมีแนวโน้มลดลง ณ วันที่ 2 ตุลาคม 2566 สถานการณ์ทั่วโลก พบผู้ป่วยสะสมจำนวน 696,038,994 ราย ผู้ติดเชื้อรายใหม่ 614 ราย หายป่วยแล้ว 668,044,909 ราย เสียชีวิต 6,921,819 ราย ประเทศที่มีรายงานผู้ป่วยสะสมมากที่สุด สหรัฐอเมริกา รองลงมา อินเดีย ฝรั่งเศส เยอรมนี และบราซิล สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย สัปดาห์ที่ 39 ระหว่างวันที่ 24 - 30 กันยายน 2566 พบผู้ป่วยรายใหม่รักษาในโรงพยาบาล 190 ราย ผู้ป่วยสะสม 33,555 ราย (ตั้งแต่ 1 ม.ค. - 30 ก.ย. 2566) เสียชีวิต 1 ราย เสียชีวิตสะสม 805 ราย ผู้ที่มีอาการปอดอักเสบ 106 ราย และผู้ที่มีอาการหนัก ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ 72 ราย

### ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

- 1) ถ่ายทอดแผนปฏิบัติการด้านเตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่ พ.ศ. 2566 - 2570 เพื่อให้หน่วยงานสาธารณสุขรับรู้แนวทางการเตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่ และนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการจัดทำแผนปฏิบัติการด้านเตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่ พ.ศ. 2566 - 2570 สู่การปฏิบัติในพื้นที่
- 2) จัดทำทำเนียบผู้เชี่ยวชาญทางด้านสาขาที่เกี่ยวข้องกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ และเผยแพร่ผ่านเว็บไซต์ กองโรคติดต่อทั่วไป เพื่อเผยแพร่ให้หน่วยงานเครือข่ายได้รับทราบ
- 3) จัดทำรายงานประเมินความเสี่ยงโรคไข้หวัดใหญ่ และโรคไข้หวัดนกเสนอผู้บริหาร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- 4) วิเคราะห์การบริหารจัดการ และเตรียมความพร้อม ป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อระดมสมอง ค้นหาปัญหาอุปสรรค จุดแข็ง และจุดอ่อนในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และนำมาพัฒนามาตรการแนวทางต่าง ๆ เพื่อให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ต่อไป
- 5) จัดทำสื่อสิ่งพิมพ์เผยแพร่ให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แผนปฏิบัติการด้านเตรียมความพร้อมป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่ พ.ศ. 2566 - 2570 แนวทางการดำเนินงานเพื่อป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และแผ่นพับการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่ โรคไข้หวัดนกและโรคโควิด 19



6) พัฒนาหลักสูตรสำหรับบุคลากรสาธารณสุขด้านโรคติดต่อรวมถึงโรคติดต่ออุบัติใหม่ โดยดำเนินการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อการบูรณาการหน่วยงานเครือข่ายการป้องกันและควบคุมโรคในระดับพื้นที่

7) ขับเคลื่อนการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคตามแผนปฏิบัติการเตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่ ในระดับพื้นที่ ซึ่งกำหนดเป็นตัวชี้วัดการปฏิบัติราชการหน่วยงาน กรมควบคุมโรค ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ตัวชี้วัดที่ 2.4 ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบเตรียมความพร้อมรับมือโรคติดต่ออุบัติใหม่ ภายใต้นโยบายสุขภาพหนึ่งเดียว โดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 - 12 และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ได้ดำเนินการ ครบทั้ง 5 ขั้นตอน

### ภาพประกอบการดำเนินงาน



### ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

- 1) การดำเนินงานในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ ยังขาดความเชื่อมโยงกับหน่วยงานเครือข่าย ภายนอกกระทรวงสาธารณสุขในระดับกรม และกระทรวง
- 2) ขาดการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามโครงการในระดับพื้นที่





เศรษฐกิจ สังคม และระบบสุขภาพ จึงจัดทำหนังสือคำสั่ง กรมควบคุมโรค เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการ ทบทวนมาตรการ แนวทาง และแผนปฏิบัติการเตรียมความพร้อมรับการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่

4) พัฒนาหลักสูตรสำหรับบุคลากรสาธารณสุขด้านโรคติดต่อรวมถึงโรคติดต่ออุบัติใหม่

5) วิเคราะห์การบริหารจัดการ และเตรียมความพร้อม ป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โครonavirus 19 เริ่มมีการระบาดในประเทศไทยตั้งแต่ปลายปี 2562 จนถึงปัจจุบัน สถานการณ์การระบาดของโรครีมีแนวโน้มลดลง ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2565 รายงานสถานการณ์ทั่วโลก ณ วันที่ 1 พฤษภาคม 2566 พบผู้ป่วยจำนวน 764,474,387 ราย เสียชีวิต 6,915,286 ราย ประเทศไทย อยู่ลำดับที่ 32 ของโลก สถานการณ์ ในประเทศไทย ผู้ติดเชื้อสะสม 4,732,301 ราย เสียชีวิตสะสม 33,957 รายพบผู้ติดเชื้อรายใหม่ 1,811 ราย (เฉลี่ย 258 ราย/วัน) ผู้ป่วยปอดอักเสบ 157 ผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจ 57 ราย ซึ่งอาจแพร่มาจากต่างประเทศซึ่งเป็นโรคที่ติดมากับนักท่องเที่ยว หรือนักธุรกิจที่มาจากประเทศในพื้นที่ที่มีการระบาดของโรครดังกล่าวที่เดินทางเข้ามาในประเทศไทย และหากมีการนำเชื้อเข้ามา ภายในประเทศแล้วอาจทำให้เกิดการแพร่ระบาดเป็นไปอย่างกว้างขวาง และรวดเร็ว เป็นปัญหาที่ทั่วโลกหันวิตกและเป็นปัญหา สำคัญระดับประเทศ หากเกิดขึ้นในประเทศไทยหรือต่างประเทศ ก็จะทำให้เกิดความสูญเสียต่อชีวิตและสุขภาพของประชาชน และส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ และสังคมเป็นอย่างมาก จึงมีความจำเป็นที่จะต้องเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจให้บุคลากร ในหน่วยงาน เพื่อเตรียมความพร้อมในดำเนินงานการป้องกัน ควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

6) กิจกรรมเครือข่ายสุขภาพหนึ่งเดียว (Global One Health Day 2022) ประจำปี 2565 จัดขึ้นภายใต้ หลักแนวคิด “One Health Effort in Tackling Flooding in Thailand”

7) จัดกิจกรรมวิชาการบทเรียนการรับมือโรคโควิด 19 และก้าวต่อไปของการป้องกันโรคอุบัติใหม่ เพื่อถ่ายทอด ประสบการณ์การรับมือกับโรคโควิด 19 เพื่อนำปรับใช้กับการเฝ้าระวัง และพัฒนาระบบในการรับมือกับโรคอุบัติใหม่ แบบบูรณาการ ภายใต้แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว และเป็นบทเรียนสู่การดำเนินงาน เพื่อรองรับโรคอุบัติใหม่ที่อาจจะเกิดในอนาคต

8) กิจกรรมวิชาการผลกระทบและบทเรียนจากโรคฝีดาษวานร สู่การพัฒนาอย่างครอบคลุม ถือเป็นอีกก้าว ที่จะช่วยเติมเต็มการรับมือโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

9) การถ่ายทอดแนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว และการตั้งหน่วยบูรณาการสุขภาพหนึ่งเดียวในระดับเขตสุขภาพ

10) พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านความรู้เกี่ยวกับ โรคเมลิออยด์ และโรคไข้หวัดใหญ่ การพัฒนาบุคลากร ถือเป็นอีกปัจจัยหนึ่งในความสำเร็จของการการป้องกันควบคุมโรค โดยเฉพาะหารนำแนวคิดสุขภาพนำไปประยุกต์ เพื่อให้ การดำเนินงานที่ทำอยู่มีประสิทธิภาพมากขึ้น และสามารถแก้ไขที่มีความซับซ้อนได้ รวมถึงการอัปเดตความรู้ทางวิชาการ ที่ใช้ในการป้องกันควบคุมโรค

11) พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการป้องกันและควบคุมโรค โดยเป็นการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพ บุคลากร ด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่ และโรคติดต่ออุบัติใหม่อื่น ๆ

12) เสริมสร้างเครือข่ายสุขภาพหนึ่งเดียวในระดับประเทศและแสดงเจตนารมณ์ในการดำเนินงานร่วมกันระหว่าง หน่วยงาน และการเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพหนึ่งเดียวให้แก่ประชาชนผ่านสื่อมวลชน

13) เสริมสร้างเครือข่ายและแนวทางการดำเนินงานร่วมกับผู้ประสานจากหน่วยบูรณาการสุขภาพหนึ่งเดียวระดับ เขตสุขภาพ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของหน่วยบูรณาการสุขภาพหนึ่งเดียว และกิจกรรมที่กำลังดำเนินการในปีงบประมาณ 2566

14) ผลักกำลังผู้เชี่ยวชาญนานาชาติ เตรียมความพร้อมรับมือกับสถานการณ์โรคไข้หวัดนกที่เพิ่มขึ้นในต่างประเทศ ศูนย์ควบคุมป้องกันโรคแห่งสหรัฐอเมริกา (US Centers for Disease Control and Prevention) แผนงานไข้หวัดใหญ่ จัดการประชุม Southeast Asia Avian Influenza workshop 2023 เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูลทางด้านกาวิจัย ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ และผลการเฝ้าระวังโรคไข้หวัดนก เพื่อเตรียมการรับมือกับภัยคุกคามด้านสุขภาพ

15) จัดอบรมผ่านระบบ zoom webinar เรื่อง เทคนิคการติดตามประเมินผลแผนปฏิบัติการ ระดับ 3 เมื่อวันที่ 30 พฤษภาคม 2566

16) พัฒนาศักยภาพด้านความรู้เกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัยโรคพิษสุนัขบ้าในคนและในสัตว์

17) การจัดอบรมผ่านระบบ zoom webinar เพื่อเสริมสร้างความรู้โรคเมลิออยด์ในเด็ก

18) เตรียมความพร้อมในการรับมือโรคไข้หวัดนกและโรคอุบัติใหม่อื่น ๆ ประจำปี 2566 มุ่งเน้นการประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ในการเตรียมความพร้อมรับมือการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้ออุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคไข้หวัดนก โรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจและโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคนที่สำคัญอื่น ๆ โดยอาศัยแนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว

19) พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อการบูรณาการหน่วยงานเครือข่ายการป้องกันและควบคุมโรคในระดับพื้นที่

20) พัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคติดต่อรวมถึงโรคติดต่ออุบัติใหม่ในพื้นที่โดยกระบวนการมีส่วนร่วม (1 แห่ง : จังหวัดตาก) เพื่อให้ชุมชนร่วมคิด ร่วมทำมาตรการ หรือแนวทางในการป้องกัน และควบคุมโรคในพื้นที่ตามสภาพปัญหาของพื้นที่

### ภาพประกอบการดำเนินงาน



### ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

- 1) ปัญหาด้านการวางแผน การจัดกิจกรรม ดำเนินงานตามโครงการและปัญหาด้านงบประมาณในการเบิกจ่าย
- 2) เวลาในการเตรียมการมีจำกัด ทำให้การจัดกิจกรรมอาจพบข้อผิดพลาดได้ง่าย
- 3) งบประมาณที่มีการโอนยอดจัดสรรจัดไม่ตรงกับที่ผู้รับผิดชอบต้องการจัดกิจกรรม รวมทั้งการใช้จ่ายงบประมาณมีความล่าช้า เนื่องจากงบประมาณที่ภาครัฐสนับสนุนมีจำกัด และได้รับการจัดสรรมาไม่เพียงพอ ไม่ตรงกับช่วงเวลาที่ต้องการจัดกิจกรรม

## 2.5.1.10 แผนงานโรคติดต่อทางอาหารและน้ำ

### โครงการส่งเสริมการสร้างพื้นที่ต้นแบบและพัฒนากลไกการขับเคลื่อนงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อทางอาหารและน้ำอย่างมีส่วนร่วม

โรคติดต่อทางอาหารและน้ำที่เป็นจุดเน้นในการดำเนินงาน คือ โรคอาหารเป็นพิษ เนื่องจากมักเกิดเหตุการณ์ระบาดเป็นกลุ่มก้อน ส่งผลให้ผู้ป่วยเป็นจำนวนมากจากการรวมกลุ่มทำกิจกรรมและมีการรับประทานอาหารหรือน้ำที่ปนเปื้อนเชื้อแบคทีเรีย ไวรัส พยาธิ สารเคมีหรือสารพิษร่วมกัน ข้อมูลจากกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค สถานการณ์โรคอาหารเป็นพิษ ตั้งแต่ปี 2562 - 2566 พบว่า อัตราป่วยต่อแสนประชากร มีแนวโน้มลดลงต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2562 - 2564 จาก 166.55 เป็น 89.81 จากนั้นปี 2565 กลับมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเป็น 109.47 โดยปี 2566 (ข้อมูล ณ วันที่ 27 ก.ย. 66) มีอัตราป่วย 102.25 ต่อแสนประชากร พื้นที่ที่พบผู้ป่วยสูง คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลุ่มอายุที่พบผู้ป่วยสูง คือ 5 - 14 ปี 15 - 24 ปี และ 25 - 34 ปี ตามลำดับพบการระบาดทั้งหมด 43 เหตุการณ์ ส่วนใหญ่เกิดใน Setting สถานศึกษา ชุมชน ที่พัก และเรือนจำ ทั้งนี้ ปัจจัย/ พฤติกรรมเสี่ยงส่วนใหญ่มาจาก ขาดการสุขาภิบาลที่ดี (พบการปนเปื้อนเชื้อก่อโรคในภาชนะอุปกรณ์ มือผู้สัมผัสอาหาร) น้ำดื่ม/ น้ำแข็งที่ไม่สะอาด การบริโภคอาหารค้างมื้อ/ปรุงประกอบไว้นานเกิน 2 ชั่วโมง และการบริโภคพืชพิษ/ สัตว์พิษ เช่น ละคร หุ่น แมงดาทะเล จะเห็นได้ว่า ปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคอาหารเป็นพิษเกิดขึ้นได้ตลอดห่วงโซ่ความปลอดภัยอาหาร ตั้งแต่กระบวนการผลิต การสุขาภิบาลอาหารไปจนถึงพฤติกรรมการบริโภค โดยจังหวัดที่เป็นจุดเน้นในการขับเคลื่อนงาน คือ จังหวัดที่มีรายงานผู้ป่วยโรคอาหารเป็นพิษสูง (จังหวัดที่มีอัตราป่วยต่อแสนประชากรสูงกว่าอัตราป่วยของประเทศในปีนั้น ๆ เป็นเวลา 5 ปีติดต่อกัน ตั้งแต่ พ.ศ. 2560 - 2564) 18 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ เชียงราย ลำปาง พะเยา แพร่ พิษณุโลก ประจวบคีรีขันธ์ จันทบุรี ตราด ขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด หนองคาย บุรีรัมย์ สุรินทร์ อำนาจเจริญ มุกดาหาร และศรีสะเกษ

### ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

1) การจัดทำแผนปฏิบัติการราชการโรคติดต่อทางอาหารและน้ำ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 - 2570) ด้วยวิธีการระดมความคิดเห็นร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สคร. สสจ. สสอ. รพ.สต. เพื่อให้ได้มาซึ่งสาระสำคัญของแผนทั้งพันธกิจ วิสัยทัศน์ ค่านิยม การถ่ายทอดยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ และโครงการสำคัญ (Flagship project) พร้อมทั้งรับฟังความคิดเห็นจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เช่น กรมอนามัย กรมวิทย์ฯ กรมปศุสัตว์ มกอช. สสจ. เป็นต้น วิทยากรกระบวนการ โดย รศ.ดร.ดำรงค์ วัฒนา ศูนย์บริหารจัดการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และ ดร.พรหมณี ขำเลิศ บริษัท ก่อเกิด ผล จำกัด แล้วนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแผนให้มีความสมบูรณ์ ถ่ายทอดให้กับเครือข่ายนำไปใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงาน

2) การพัฒนาวิชาการ คู่มือ แนวทาง มาตรการ เพื่อการป้องกันโรคติดต่อทางอาหารและน้ำ ประกอบด้วย การจัดทำคู่มือ เรื่อง เห็ดพิษ (Mushroom Poisoning) ซึ่งผ่านการรับรองมาตรฐานผลิตภัณฑ์ของกรมควบคุมโรค เมื่อวันที่ 11 ส.ค. 2566 การทบทวนมาตรการป้องกันโรคอาหารเป็นพิษในสถานศึกษา ซึ่งเสนอต่อคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ พิจารณาเห็นชอบข้อเสนอการดำเนินงาน การพัฒนาแนวทางการดำเนินงานโรงเรียนเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ การหารือข้อคิดเห็นการนำหลักการทั่วไปด้านสุขลักษณะอาหารไปใช้ควบคุม *Vibrio* spp. ก่อโรคในอาหารทะเล รวมถึงสนับสนุนการจัดทำหลักสูตร “การจัดการอาหารและโภชนาการในสถานศึกษา (ฉบับครู)” กรมอนามัย

3) การประเมินสถานการณ์และความเสี่ยงของการเกิดโรคติดต่อทางอาหารและน้ำตามฤดูกาลและเทศกาลต่าง ๆ พร้อมทั้งจัดทำมาตรการ แนวทาง และสื่อสารประชาสัมพันธ์ผ่านช่องทางออนไลน์ รวมถึงจัดทำหนังสือขอความร่วมมือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค เช่น กระทรวงศึกษาธิการ กรมป่าไม้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กรมประชาสัมพันธ์ การประปา เป็นต้น



4) ผลักดันการสร้างพื้นที่ต้นแบบในการแก้ไขปัญหาโรคติดต่อทางอาหารและน้ำแบบมีส่วนร่วม โดยลงพื้นที่ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการผลิตขนมจีน จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อวิเคราะห์ความเสี่ยงและแนวทางพัฒนาพื้นที่ต้นแบบ “ขนมจีนปลอดภัย”

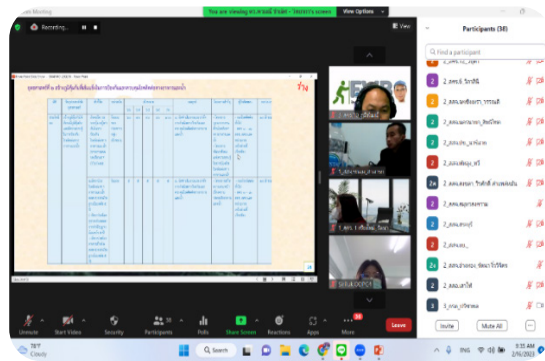
5) สนับสนุนการขับเคลื่อนงานด้านความปลอดภัยอาหาร ประสานข้อมูล หรือมาตรการและแผนการดำเนินงาน เช่น การจัดทำแผนปฏิบัติการตามการประเมินสมรรถนะหลักในการปฏิบัติตามกฎหมายระหว่างประเทศ ผลักดันให้เกิดแผนบูรณาการขับเคลื่อนการจัดการความเสี่ยงด้านความปลอดภัยอาหาร ภายใต้คณะอนุกรรมการการประเมินและจัดการความเสี่ยงความปลอดภัยอาหารและโรคที่เกิดจากอาหาร การประชุมขับเคลื่อนงานผ่านคณะกรรมการอาหารปลอดภัย กระทรวงสาธารณสุข

6) พัฒนาระบบการออกหนังสือรับรองแหล่งผลิตแหล่งกำเนิดอาหารปลอดภัย (Pinkforms) ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์แบบสมบูรณ์ ได้แก่ การยื่นคำร้อง การจ่ายค่าธรรมเนียมบริการออกหนังสือรับรอง และการออกใบเสร็จรับเงิน และพัฒนาเว็บไซต์งานโรคติดต่อทางอาหารและน้ำ เพื่อเผยแพร่สถานการณ์ องค์ความรู้ มาตรการและแนวทางการดำเนินงาน และสื่อประชาสัมพันธ์ต่าง ๆ

7) ติดตามผลการดำเนินงาน แลกเปลี่ยนเรียนรู้การขับเคลื่อนงาน ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข ปี 2566 ชี้แจงแผนและหารือการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อทางอาหารและน้ำ ปี 2567 ร่วมกับ สคร. และความต้องการพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานของบุคลากรเครือข่าย

8) สนับสนุนการดำเนินงานของทีมตระหนักรู้สถานการณ์ กรมควบคุมโรค (Watch Team) ในฐานะ PM โรคติดต่อทางอาหารและน้ำ และจัดทำการประเมินความเสี่ยงอย่างรวดเร็ว (RRA) เพื่อนำเสนอในที่ประชุมสั่งการและติดตามประสานการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพตามข้อสั่งการ

## ภาพประกอบการดำเนินงาน



## ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

1) โรคติดต่อทางอาหารและน้ำมีความรุนแรงต่ำ แม้จะมีผู้ป่วยจำนวนมาก แต่ไม่พบผู้เสียชีวิต ประกอบกับไม่มีการจัดสรรงบประมาณให้พื้นที่ จึงไม่ได้รับการจัดลำดับความสำคัญของการดำเนินงานเป็นลำดับแรก ๆ ทำให้พื้นที่เน้นการขับเคลื่อนงานโรคที่มีความสำคัญมากกว่า

2) เป้าหมายแผนงานโรคติดต่อทางอาหารและน้ำได้รับการกำหนดเป็นเป้าหมายในแผนปฏิบัติการจัดการด้านอาหารของประเทศไทย ระยะที่ 1 (พ.ศ. 2566 - 2570) ด้านความเชื่อมั่นของผู้บริโภคต่อคุณภาพและความปลอดภัยอาหาร แต่งบประมาณที่ได้รับจัดสรรไม่สอดคล้องกับภารกิจ ทำให้ไม่สามารถขับเคลื่อนงานได้อย่างเต็มที่

3) การดำเนินงานด้านอาหารปลอดภัยมีความซ้ำซ้อนกับหน่วยงานอื่น ทำให้บทบาทของกรมควบคุมโรคไม่ชัดเจน อีกทั้งการบูรณาการงานทำได้ยาก เนื่องจากแต่ละหน่วยงานมีตัวชี้วัดและเป้าหมายที่แตกต่างกัน

4) การสร้างพื้นที่ต้นแบบการแก้ไขปัญหาโรคติดต่อทางอาหารและน้ำอย่างมีส่วนร่วม ต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญในการให้คำแนะนำ พร้อมทั้งนำกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมไปปรับใช้ในพื้นที่จริง ซึ่งอาจต้องใช้ระยะเวลานาน อีกทั้งงบประมาณไม่เพียงพอต่อการดำเนินงาน จึงไม่สามารถดำเนินการได้



### 2.5.1.11 แผนงานโรคติดต่อในเด็ก

แผนการพัฒนาประเทศ ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (ปี 2561 - 2580) ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ ซึ่งมีเป้าหมายการพัฒนาคนในทุกมิติและในทุกช่วงวัยให้เป็นคนดี คนเก่ง และมีคุณภาพ โดยคนไทยมีความพร้อมทั้งกาย ใจ สติปัญญา มีพัฒนาการที่รอบด้านและมีสุขภาวะที่ดีในทุกช่วงวัยนั้น

ในปัจจุบันทั่วโลกประสบปัญหาการแพร่ระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ คือโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ที่ส่งผลกระทบต่อภาคเศรษฐกิจ สังคม และชีวิตประจำวันทุกระดับ ทุกกลุ่มอายุสำหรับประเทศไทยพบจำนวนผู้ติดเชื้อลดลงและเข้าสู่โรคประจำถิ่น แต่ไม่อาจไว้วางใจได้ เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรคมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา กรมควบคุมโรคได้ดำเนินการเฝ้าระวังโรคติดต่อในกลุ่มเด็กอายุ 0 - 18 ปี จะเห็นได้ว่ากลุ่มอายุดังกล่าว เป็นกลุ่มเด็กปฐมวัย และเด็กวัยเรียน เป็นวัยที่ต้องพึ่งพาการดูแลจากผู้ปกครอง หากเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อ อาจส่งผลให้พัฒนาการล่าช้าในทุกด้าน รวมทั้งจะส่งผลกระทบต่อการเรียนรู้ของเด็ก หากไม่ได้รับการดูแลรักษาตั้งแต่เริ่มต้นอาจทำให้เด็กมีอาการหรือภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงถึงเสียชีวิตได้จากสถานการณ์ของโรคติดต่อ ซึ่งโรค มือ เท้า ปาก เป็นตัวแทนของโรคที่มีความรุนแรง และพบมากในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีย้อนหลังตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 - 2565 พบว่า มีผู้ป่วยจำนวน 16,092 ถึง 70,847 ราย อัตราป่วย 514.35 ถึง 2,623.81 ต่อแสนประชากร มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมือ เท้า ปาก เฉลี่ยปีละ 2 ราย เชื้อที่ทำให้เสียชีวิตส่วนใหญ่ คือ Enterovirus 71 และพบผู้ป่วยมากที่สุดในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี (ร้อยละ 59) รองลงมาคือ 3 - 5 ปี (33 ร้อยละ) และ 5 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 8) ตามลำดับ และในขณะนี้มีการผ่อนคลายมาตรการต่าง ๆ มีการเปิดให้มีการเรียนการสอน ในสถานศึกษาแบบ Onsite อย่างเต็มรูปแบบ จึงต้องเพิ่มความตระหนักในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อให้เข้มข้นมากขึ้น เพื่อจำกัดการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และโรคติดต่อที่สำคัญต่าง ๆ ในเด็ก ไม่ให้แพร่กระจายไปในวงกว้าง และเพื่อเป็นการเสริมสร้างความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ทั้งภายในและภายนอกทุกระดับให้มีการบูรณาการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม จึงได้ดำเนินการพัฒนาความร่วมมือการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อในเด็ก เพื่อขับเคลื่อนกลไกการดำเนินงานในการพัฒนางาน เฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อที่สำคัญให้มีประสิทธิภาพ เกิดความยั่งยืน รวมไปถึงการช่วยให้เด็กได้อยู่ในภาวะที่ปลอดภัยทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และสติปัญญาต่อไป

### ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

- 1) ขับเคลื่อนมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ และยกระดับคุณภาพสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ 4D (Development, Diet, Dental, Disease) ร่วมกับภาคีเครือข่ายกรมอนามัย เพื่อสรุปผลการดำเนินงานพัฒนาความรู้ และทักษะบุคลากรในการจัดการโรงเรียนพ่อแม่ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ด้านสุขภาพ 4D โดยบูรณาความร่วมมือกับกองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ รวมถึงเพื่อติดตามผลการดำเนินงานขับเคลื่อนกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยของเขตพื้นที่สุขภาพ
- 2) จัดทำแผนปฏิบัติการป้องกันควบคุมโรคติดต่อในเด็กและโรคโควิด 19 ในสถานศึกษา (พ.ศ. 2566 - 2570) เพื่อให้หน่วยงานและภาคีเครือข่ายใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการดำเนินงานให้มีความสอดคล้องเป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยเผยแพร่ผ่านเว็บไซต์กองโรคติดต่อทั่วไป และส่งหนังสือประชาสัมพันธ์ให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับทราบ
- 3) จัดทำแนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ สำหรับครูผู้ดูแลเด็ก ตามมาตรฐานกองนวัตกรรมและวิจัย
- 4) พัฒนาเนื้อหาหลักสูตรการเรียนรู้ออนไลน์ (e - Learning) เรื่อง การป้องกันควบคุมโรคติดต่อในเด็ก และโรคโควิด 19 ในสถานศึกษา และปรับปรุงระบบเว็บไซต์ศูนย์เด็กเล็กปลอดภัย เด็กไทยปลอดภัย ซึ่งเป็นช่องทางการศึกษาเรียนรู้ผ่านระบบออนไลน์ สำหรับครูผู้ดูแลเด็ก และประชาชนทั่วไป

5) จัดทำคู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อในเด็ก กลุ่มงานโรคติดต่อในเด็ก กองโรคติดต่อทั่วไป เพื่อให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานของกลุ่มงานโรคติดต่อในเด็ก รวมถึงเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องและเจ้าหน้าที่ใหม่ ได้ใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงาน ที่เป็นมาตรฐานในการปฏิบัติงาน การจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ลดการทำงานที่ซ้ำซ้อน ไม่เกิดความสับสนในการปฏิบัติงาน อันจะช่วยให้งานบรรลุผลสำเร็จได้อย่างมีประสิทธิภาพ

6) จัดทำหลักสูตรรออนามัยรอบรู้ด้านการป้องกันควบคุมโรคติดต่อในเด็ก สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการจัดการฝึกอบรมครูผู้ดูแลเด็กและครูอนามัยโรงเรียนให้มีความรู้ด้านการป้องกันควบคุมโรคติดต่อ และภัยสุขภาพในเด็ก

7) ได้รับการคัดเลือกให้ไปนำเสนอผลงานวิชาการ (Poster Presentation) เรื่องการสำรวจผลกระทบ การสวมหน้ากากอนามัยในการป้องกันควบคุมโรคโควิด 19 ของเด็กปฐมวัย ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เดือนกุมภาพันธ์ - มีนาคม พ.ศ. 2566 ในงานมหกรรมการจัดการความรู้และบทเรียนโควิด 19 และโครงการประชุมวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2566 ระหว่างวันที่ 11 - 13 กันยายน 2566 ณ ศูนย์ประชุมและจัดแสดงสินค้า มลฑลทวาย ฮอลล์ จ.อุตรธานี และโรงแรมเซ็นทารา อุตรธานี

8) จัดทำหนังสือแจ้งเตือนก่อนฤดูกาลระบาด และฤดูกาลระบาดของโรคติดต่อในเด็ก เช่น โรคมือ เท้า ปาก โรคไข้หวัดใหญ่ RSV และพิษสุนัขบ้า เป็นต้น ไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กรุงเทพมหานคร สำนักงานป้องกันควบคุมโรคทุกแห่ง และสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดทุกแห่ง ให้ประสานหน่วยงานในสังกัดดำเนินการตามมาตรการสำคัญในการป้องกันควบคุมโรคในช่วงฤดูกาลดังกล่าวต่อไป

### ภาพประกอบการดำเนินงาน



### ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

- 1) การขับเคลื่อนงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อในกลุ่มเด็กปฐมวัยในระดับชุมชน จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานในระดับพื้นที่ ซึ่งจำเป็นต้องมีการผลักดันในเชิงนโยบายต่อไป
- 2) การหมุนเวียนเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานบ่อย ทำให้การดำเนินงานขาดความต่อเนื่อง
- 3) งบประมาณที่ได้รับการจัดสรรเพื่อใช้ในการดำเนินงานไม่เพียงพอ

### 2.5.1.12 แผนงานโรคเมลิออยด์

ข้อมูลเฝ้าระวังโรคตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2566 - 8 กันยายน 2566 พบผู้ป่วย 2,687 ราย ตาย 50 ราย จาก 61 จังหวัด คิดเป็นอัตราป่วย 4.06 ต่อแสนประชากร และอัตราตาย 0.08 ต่อแสนประชากร อัตราส่วน เพศชายต่อเพศหญิง 1: 0.45 กลุ่มอายุที่พบผู้ป่วยมากที่สุด มากกว่า 65 ปี โดยอาศัยส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร รองลงมาไม่ทราบอาชีพ และรับจ้าง ตามลำดับ กลุ่มเสี่ยงที่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง เช่น เบาหวาน โรคไต ธาลัสซีเมีย ดิซสุรา เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงของโรคเมลิออยด์ พบผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตกระจายอยู่ทุกภาคของประเทศไทย จากข้อมูลระหว่างปี 2561 - 2565 พบว่า มาตรฐานของอัตราป่วย และอัตราตายย้อนหลัง 5 ปี ของประเทศ ได้แก่ 4.21 และ 0.12 ตามลำดับ พื้นที่ที่มีอัตราป่วยและอัตราตายต่อแสนประชากรย้อนหลัง เกินค่ามาตรฐานย้อนหลัง 5 ปี ได้แก่ จังหวัดที่อยู่ในเขตสุขภาพที่ 1 2 3 6 7 8 9 10 และ 12 ดังนั้นพื้นที่เสี่ยงสูง (จังหวัดที่มีอัตราป่วย และอัตราตายในปี 2565 สูงเกินค่ามาตรฐานย้อนหลัง 5 ปี) ได้แก่ น่าน พะเยา อุตรดิตถ์ เพชรบูรณ์ กำแพงเพชร อุทัยธานี พิจิตร ปราจีนบุรี สระแก้ว ฉะเชิงเทรา มหาสารคาม กาฬสินธุ์ บึงกาฬ ร้อยเอ็ดหนองบัวลำภู นครพนม หนองคาย ชัยภูมิ นครราชสีมา สุรินทร์ บุรีรัมย์ อำนาจเจริญ ศรีสะเกษ ยโสธร อุบลราชธานี มุกดาหาร พัทลุง ปัตตานี สตูล ตรัง สงขลา เมื่อดูแนวโน้มการระบาดพบว่า สามารถพบการเกิดโรคได้ตลอดทั้งปี ส่วนใหญ่พบการระบาดของโรคได้ 2 ช่วงเวลา คือ ช่วงแรกเมื่อต้นปี (เดือนมกราคม) และอีกช่วงคือ ช่วงกลางปีหรือฤดูฝน (เดือนมิถุนายน - ตุลาคม) ซึ่งช่วงฤดูฝนในประเทศไทย และมีพายุฝนฟ้าคะนอง น้ำท่วมขัง จึงส่งผลให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงสัมผัสกับดินและน้ำที่อาจจะมีเชื้อเมลิออยด์ ปนเปื้อนอยู่ จึงเป็นสาเหตุให้มีการระบาดของโรคมากขึ้นในช่วงหน้าฝน

### ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

#### 1) การป้องกันโรค

- พัฒนาหลักสูตรสร้างความรอบรู้สุขภาพโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคนและโรคเมลิออยด์ แก่ อสม.
- ผลิตข่าวแจกเตือนภัยโรคเมลิออยด์ให้แก่ประชาชน และประชาสัมพันธ์สื่อการป้องกันโรคให้แก่เครือข่าย
- วิเคราะห์ผลการประเมินความรู้ของประชาชนทั่วไปปี 2565
- จัดทำสื่อไวรัลโรคเมลิออยด์ และโรคเลปโต พร้อมทั้งจัดทำแผนกระจายสื่อให้กลุ่มเสี่ยงของโรค เพื่อเน้นย้ำ

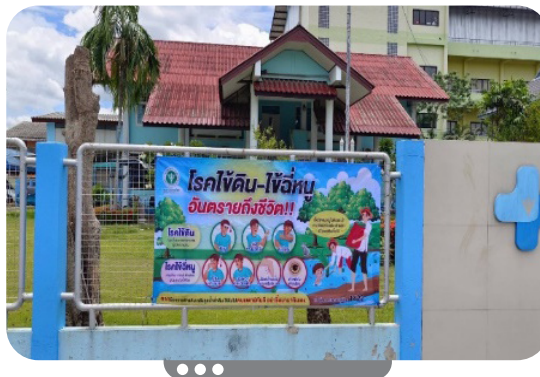
มาตรการการป้องกันโรค จำนวน 850 แผ่น

- การพัฒนาแนวทางการดำเนินงานเพื่อป้องกัน และควบคุมโรคเมลิออยด์ ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ระหว่างวันที่ 11 - 12 กันยายน 2566 ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตลาดเกรียบ และโรงพยาบาลบ้านแพรง จ.พระนครศรีอยุธยา

#### 2) เสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบรายงาน การวินิจฉัยโรคและรักษาผู้ป่วยโรคเมลิออยด์

- วางแผนประเมินระบบการรายงานโรคเมลิออยด์ ร่วมกับกองระบาดวิทยา
- ร่วมดำเนินการประชุมเพื่อถ่ายทอดแนวทางการดำเนินงาน การรักษา การวินิจฉัย การป้องกัน และการรายงานโรคเมลิออยด์ร่วมกับสำนักป้องกันควบคุมโรคที่ 12
- ประชุมเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญเพื่อวางแผนควบคุมป้องกันโรคเมลิออยด์
- แจ้งเตือนสถานการณ์การระบาดและขอความร่วมมือในการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้การป้องกันโรคเมลิออยด์ไปยังธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร สมาคมโรคติดต่อแห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย
- อบรมออนไลน์ โรคเมลิออยด์ในเด็ก เพื่อเพิ่มพูนทักษะความรู้ให้บุคลากรสาธารณสุข และบุคลากรทางการแพทย์ พร้อมทั้งแจ้งเตือนความเสี่ยงให้กับประชาชนทั่วไป
- พัฒนาแนวทางการป้องกันควบคุมโรคเมลิออยด์ และเลปโตสไปโรซิสประจำปี 2566
- พัฒนาแนวทางการแบ่งปันข้อมูลด้านโรคติดต่ออุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ภายใต้แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว (Information Sharing)

## ภาพประกอบการดำเนินงาน



## ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

ขาดงบประมาณสนับสนุนการจัดทำแผนงานป้องกันควบคุมโรคเมลิออยด์ระดับเขต จึงทำให้บางพื้นที่มีแผนการดำเนินงานโรคเมลิออยด์ โดยเน้นแต่การเฝ้าระวังโรคเชิงรับ จึงทำให้การส่งเสริมมาตรการป้องกันโรคเป็นไปอย่างไม่สมบูรณ์



### 2.5.1.13 แผนงานโรคเลปโตสไปโรสิส

โรคเลปโตสไปโรสิส ปี 2565 พบผู้ป่วย 3,734 ราย เสียชีวิต 45 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 5.64 ต่อแสนประชากร อัตราป่วยตาย 1.2% ซึ่งปี 2565 ประเทศไทยมีฝนตกหนักและเกิดภาวะน้ำท่วมอย่างหนักช่วงเดือนสิงหาคมถึงตุลาคม ทำให้พบอัตราป่วยสูงสุดในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา จากนั้นสถานการณ์คลี่คลายลง สำหรับสถานการณ์ปี 2566 (ข้อมูล ณ วันที่ 10 ก.ย. 66) พบผู้ป่วย 2,476 ราย เสียชีวิต 28 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 3.74 ต่อแสนประชากร อัตราป่วยตาย 1.10% ซึ่งกลุ่มอายุที่พบมากที่สุด 3 อันดับ คือ 45 - 54 ปี (18.50 %) >65 ปี (18.17 %) 35 - 44 ปี (16.03 %) อาชีพส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร ร้อยละ 41.3 รับจ้าง ร้อยละ 24.3 และนักเรียน ร้อยละ 13.2 โดยจังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุด 5 อันดับ ได้แก่ ระนอง น่าน ตรัง พัทลุง นครศรีธรรมราช ตามลำดับ และจากการวิเคราะห์ข้อมูลผู้เสียชีวิต 26 ราย ซึ่งเป็นเพศชาย 22 ราย เพศหญิง 4 ราย พบสาเหตุของการเสียชีวิตเกิดจากการไปพบแพทย์ช้า ร้อยละ 42.30 ซึ่ยอมารับประทานเอง ร้อยละ 15.4 เป็นผู้ติดเชื้อแบบอาการรุนแรง (Severe Leptospirosis) ร้อยละ 30.77 แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคอื่น ร้อยละ 11.54 ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเดินลุยน้ำโคลน จากการทำนา กิริตยง ทำสวน จับปลา รับจ้างทั่วไป หรือบ้านมีหนูชุกชุม ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ประชาชนยังขาดความรู้ความตระหนักเกี่ยวกับการป้องกันตนเองและการรีบไปพบแพทย์เมื่อมีอาการสงสัย จึงต้องเน้นเรื่องมาตรการสื่อสารความเสี่ยงแก่ประชาชน การเข้าถึงความรู้และข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งเสริมสร้างความเข้มแข็งของคัดกรอง วินิจฉัย และดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรสิสได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว ก็เป็นมาตรการสำคัญที่จะช่วยลดจำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจากโรคเลปโตสไปโรสิสได้

### ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

#### 1) การป้องกันโรค

- ทหารเรือการสร้างโมเดลการระบาดโรคเลปโตสไปโรสิส
- แจ้งเตือนสถานการณ์การระบาดของโรคเลปโตสไปโรสิสและประชาสัมพันธ์การป้องกันแก่ประชาชน
- ชี้แจงแผนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเลปโตสไปโรสิสและโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน
- พัฒนาหลักสูตรสร้างความรอบรู้สุขภาพโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคนและเมลิออยด์สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข
- ร่วมกับเครือข่ายของบประมาณโครงการศึกษาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรสิสและเฝ้าระวังเชื้อ

#### ในสิ่งแวดล้อม

- จัดอบรมความรู้ให้แก่ อสม. เกี่ยวกับโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน และโรคเลปโตสไปโรสิส
- พัฒนาระบบแนวทางป้องกันควบคุมโรคเมลิออยด์และโรคเลปโตสไปโรสิส

#### 2) การเสริมสร้างความเข้มแข็งของการวินิจฉัย ดูแลรักษาผู้ป่วย และควบคุมโรคในพื้นที่ระบาด

- เตรียมความพร้อมการเฝ้าระวัง คัดกรอง ตรวจวินิจฉัย และดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรสิสในพื้นที่ประสบอุทกภัยและพื้นที่ภาคใต้

- สนับสนุนการจัดประชุมวิชาการโรคเลปโตสไปโรสิสนานาชาติ ครั้งที่ 12 (The 12th International Leptospirosis Society Conference 2022)

- แจ้งเตือนสถานการณ์การระบาดและขอความร่วมมือในการคัดกรอง วินิจฉัย และดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรสิสไปยังบุคลากรทางการแพทย์ ผ่านกรมการแพทย์ อายุรแพทย์โรคติดเชื้อ สมาคมโรงพยาบาลเอกชน และ สสจ. ทุกจังหวัด

- สนับสนุนชุดทดสอบการติดเชื้อโรคฉี่หนูให้แก่สถานพยาบาลในพื้นที่เสี่ยงและพื้นที่ที่พบผู้เสียชีวิต เพื่อคัดกรองผู้ป่วยและทำการรักษาอย่างถูกต้องรวดเร็ว

- ลงพื้นที่ติดตามผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเลปโตสไปโรสิสในพื้นที่เสี่ยง

- ประชุมคณะกรรมการชมรมเลปโตสไปโรสิสแห่งประเทศไทย เพื่อแลกเปลี่ยนสถานการณ์และอัปเดตงานวิจัย รวมทั้งวางแผนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและเสริมสร้างศักยภาพในการตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรสิส

## ภาพประกอบการดำเนินงาน



## ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเลปโตสไปโรสิสของแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกัน เนื่องจากความแตกต่างทางด้านพฤติกรรมจากการประกอบอาชีพ สัตว์รังโรค และสิ่งแวดล้อม ซึ่งปัจจุบันยังขาดแคลนงบประมาณในการเฝ้าระวังเชื้อในคน สัตว์ สิ่งแวดล้อม และสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มเป้าหมาย เพื่อหาสาเหตุและความเชื่อมโยงของปัจจัยก่อโรค อีกทั้งการป้องกันตนเองไม่ให้เกิดเชื้อบางครั้งเป็นไปได้ยาก เนื่องจากเป็นวิถีชีวิตหรืออาชีพ นอกจากนี้ ยังมีความยากของการวินิจฉัยโรค เมื่อแสดงอาการระยะแรก ที่ต้องได้รับการพัฒนาหาแนวทางการวินิจฉัยให้รวดเร็วยิ่งขึ้น เช่น การส่งเสริมศักยภาพการตรวจ PCR ของห้องปฏิบัติการ



## 2.5.2 กลุ่มโรคติดต่อเรื้อรัง (Communicable Chronic Diseases: CCDs)

### 2.5.2.1 แผนงานป้องกันควบคุมโรคเรื้อรัง เร่งรัดค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อรังรายใหม่

ผลการดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อรังของประเทศไทยที่ผ่านมา สามารถกำจัดโรคเรื้อรังได้ จนไม่เป็นปัญหาสาธารณสุข ตามหลักเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก กล่าวคือ อัตราความชุกโรคเรื้อรังในระดับประเทศต่ำกว่า 1 ราย ต่อ 10,000 ประชากร ตั้งแต่ ปี 2537 ในปี 2565 อัตราความชุกโรคเรื้อรังเท่ากับ 0.03 ต่อ 10,000 ประชากร ในปี 2556 - 2565 ค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อรังรายใหม่ จำนวน 188, 208, 187, 163, 164, 125, 119, 89, 62 และ 73 ราย ตามลำดับ จากข้อมูลดังกล่าว จะเห็นว่าการค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อรังรายใหม่ในแต่ละปีมีแนวโน้มค่อย ๆ ลดลง จนกระทั่งระหว่าง ปี 2563 - 2565 ซึ่งมีจำนวนโรคเรื้อรัง กระเพื่อม ขึ้น - ลง ซึ่งน่าจะมีผลกระทบจากสถานการณ์โควิด-19 ระบาดทั่วประเทศ ทำให้กิจกรรมการดำเนินงานค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อรังรายใหม่ลดลง

ปัจจุบันองค์การอนามัยโลกได้แบ่งระยะของการกำจัดโรคเรื้อรังใหม่ โดยประเทศไทยอยู่ในระยะที่กำลังมุ่งสู่การกำจัด/ขัดขวางการแพร่ของโรคเรื้อรัง (Until Interruption of Transmission) ที่มุ่งบรรลุเป้าหมายในปี 2570 คือไม่มี (Zero) ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเด็กรายใหม่ที่เกิดจากการแพร่เชื้อในประเทศต่อเนื่องกันเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 5 ปี

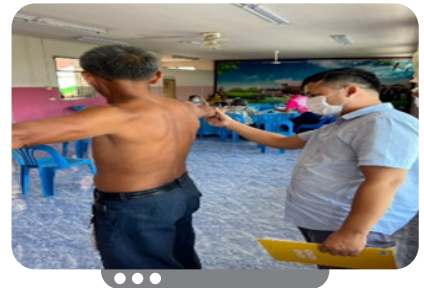
พบผู้ป่วยโรคเรื้อรังรายใหม่ เพียง 70 ราย (เป้าหมายควรมากกว่าหรือเท่ากับ 82 ราย) มีความพิการระดับ 2 จำนวน 21 ราย (เป้าหมายควร น้อยกว่าหรือเท่ากับ 18 ราย) จะเห็นว่าแม้จะพบจำนวนผู้ป่วยน้อยกว่าเป้าที่กำหนดไว้ แต่ความพิการระดับ 2 ในผู้ป่วยรายใหม่ ก็มีจำนวนเกินเป้าหมายที่ตั้งไว้แล้ว ดังนั้นเพื่อเป็นการตัดการแพร่กระจายเชื้อโรคเรื้อรัง ควรมีการเร่งรัดค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อรังรายใหม่ ในผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านให้พบโดยเร็วที่สุด พร้อมกับนำผู้ป่วยโรคเรื้อรังรายใหม่เข้าสู่ระบบการรักษา ตามมาตรฐานจะเป็นวิธีการช่วยป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเกิดความพิการ การค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อรังรายใหม่ล่าช้า นอกจากจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเกิดความพิการแล้ว ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ยังไม่ได้รับการรักษาตามมาตรฐาน โดยเฉพาะชนิดเชื้อมากจะเป็นแหล่งแพร่เชื้อโรคเรื้อรังไปสู่ผู้สัมผัสใกล้ชิดที่อาศัยอยู่ร่วมกันในชุมชน โดยเฉพาะกลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน (Household Contact) เพื่อนบ้าน (Neighboring Contact) และผู้ที่มีกิจกรรมทางสังคมร่วมกัน (Social Contact) เป็นต้น

### ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

เป้าหมาย/มาตรการลดโรคและภัยสุขภาพ	ปี 2566 (1 ต.ค. 65 - 30 ก.ย. 66)	
	เป้าหมาย	ผล
<b>เป้าหมายที่ 1 : การค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อรังรายใหม่ให้เข้าสู่ระบบการรักษาตามมาตรฐาน เพื่อตัดวงจรการแพร่เชื้อและป้องกันการเกิดความพิการระดับ 2</b>		
ตัวชี้วัด 1 : จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังรายใหม่	≥ 82 ราย	70 ราย
ตัวชี้วัด 2 : จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังรายใหม่มีความพิการ ระดับ 2	<18 ราย	21 ราย
<b>มาตรการที่ 1: เร่งรัดการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อรังรายใหม่</b>		
<b>ตัวชี้วัดมาตรการ:</b>		
ตัวชี้วัด 1 : ร้อยละของผู้ป่วยโรคเรื้อรังรายใหม่มีค่าเฉลี่ยระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการของโรคเรื้อรังจนได้รับการวินิจฉัยและรักษาโรคเรื้อรังตามมาตรฐาน (SOS) ไม่เกิน 12 เดือน	≥ ร้อยละ 50	ร้อยละ 25.71 (18 ราย)
ตัวชี้วัด 2 : ร้อยละของผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านในพื้นที่อำเภอเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองโรคเรื้อรัง	≥ ร้อยละ 80	ร้อยละ 73.20

เป้าหมาย/มาตรการลดโรคและภัยสุขภาพ	ปี 2566 (1 ต.ค. 65 - 30 ก.ย. 66)	
	เป้าหมาย	ผล
เป้าหมายที่ 2: ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนที่ได้รับการฟื้นฟูสภาพตามความจำเป็นมีสุขภาวะที่ดี		
ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนที่ได้รับการแก้ไขปัญหาคด้วยการฟื้นฟูสภาพทุกมิติเพื่อลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติ	ร้อยละ 50	ร้อยละ 50.30
มาตรการที่ 2 : พัฒนาสุขภาวะผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน		
ตัวชี้วัดมาตรการ :		
ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนที่ได้รับการฟื้นฟูสภาพตามความจำเป็น มีสุขภาวะที่ดี	ร้อยละ 60	ร้อยละ 92.50

### ภาพประกอบการดำเนินงาน



### ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

- 1) อำเภอบางแห่งส่วนใหญ่ไม่มีงบประมาณไปติดตามตรวจสอบผู้สัมผัสในพื้นที่จึงไม่ได้ดำเนินการ
- 2) ผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านที่ไม่ได้รับการตรวจคัดกรองส่วนใหญ่ไปทำงานต่างจังหวัด
- 3) ทะเบียนผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านในพื้นที่บางส่วนไม่ถูกต้องและไม่เป็นปัจจุบัน
- 4) ขาดเทคโนโลยีในการดำเนินงานโรคเรื้อน ทั้งการคัดกรองโรคและวินิฉัยรักษา
- 5) ขาดล่ามสื่อสารภาษาในกลุ่มผู้ป่วยแรงงานข้ามชาติเพื่อสอบสวนโรค
- 6) ผู้ป่วยรายใหม่อยู่กระจายทั่วประเทศ ทำให้ยากในการสื่อสารความเสี่ยงที่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย
- 7) ขาดการประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อให้เข้ามามีส่วนร่วมในการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อน
- 8) ขาดการตรวจคัดกรองโรคเรื้อนในประชากรข้ามชาติที่เข้มข้น

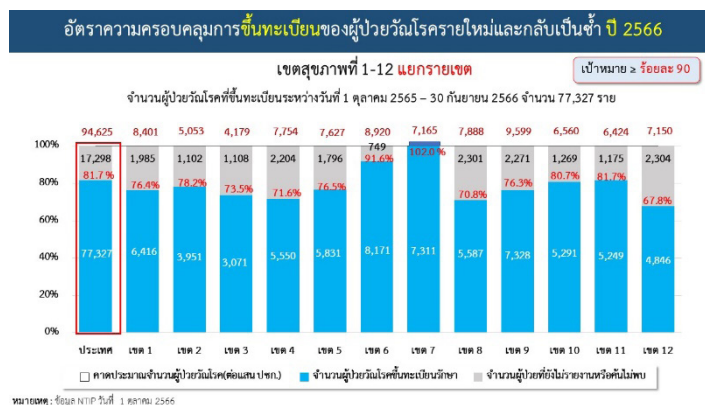
### 2.5.2.2 แผนงานป้องกันควบคุมวัณโรค

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในหลายประเทศทั่วโลก องค์การอนามัยโลกได้จัดอันดับกลุ่มประเทศที่มีปัญหาวัณโรคสูงของโลก โดยกำหนดเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มประเทศที่มีจำนวนหรืออุบัติการณ์วัณโรคสูง (TB) วัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวีสูง (TB/HIV) และวัณโรคดื้อยาสูง (MDR/RR-TB) โดยในปี พ.ศ. 2564 - 2568 องค์การอนามัยโลกจัดอันดับให้ประเทศไทย อยู่ใน 2 กลุ่มประเทศที่มีจำนวนหรืออุบัติการณ์ของวัณโรคสูงและวัณโรค ที่ติดเชื้อเอชไอวีสูง (WHO global list of high burden countries for TB, TB/HIV, and MDR/RR-TB in 2021 - 2025)

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้คาดประมาณประเทศไทยมีอุบัติการณ์วัณโรค (TB incidence) 143 ต่อประชากรแสนคน หรือ จำนวน 103,000 ราย กรมควบคุมโรค โดยกองวัณโรค ได้กำหนดตัวชี้วัด อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ โดยมีเป้าหมาย  $\geq$  ร้อยละ 90 ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 เพื่อดำเนินการเร่งรัดคัดกรองค้นหาและตรวจวินิจฉัยวัณโรค โดยเฉพาะผู้ที่เสี่ยงต่อวัณโรค ผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค ผู้มีอาการสงสัยวัณโรค ฯลฯ และขึ้นทะเบียนในโปรแกรมการบันทึกและรายงานข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค (NTIP: National Tuberculosis Information Program) และเข้าสู่การดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคอย่างต่อเนื่อง โดยการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient Centered Care) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยอย่างรวดเร็ว ลดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค ให้แก่ครอบครัว ชุมชน และสังคม โดยความร่วมมือเครือข่ายด้านวัณโรค สถานบริการสาธารณสุข โรงพยาบาล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน

### ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนวัณโรค ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง 30 กันยายน 2566 จำนวน 77,327 ราย ทั้งจากโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน พบว่า อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ภาพรวมประเทศ ร้อยละ 81.7 เมื่อเทียบกับจำนวนคาดประมาณผู้ป่วยวัณโรค (WHO, Global Tuberculosis Report 2022) ซึ่งผลการดำเนินงานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 69.4 ในปี 2565 เป็น 81.7 ในปี 2566 โดยกองวัณโรคได้ดำเนินการเร่งรัดค้นหาคัดกรอง ตรวจวินิจฉัย และขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค และประสานความร่วมมือกับหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงระบบการรักษาอย่างรวดเร็ว ลดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค



### ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

- 1) การเข้าถึงบริการค้นหาคัดกรองด้วยการเอกซเรย์ และ Molecular Testing
- 2) การตรวจวินิจฉัยด้วย Molecular Techniques ไม่ครอบคลุมทุกโรงพยาบาล

### 2.5.2.3 แผนงานป้องกันและควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี

โรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก เนื่องจากมีอัตราการติดเชื้อรายใหม่และการเสียชีวิตที่สูง องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่า ปัจจุบันมีประชากรทั่วโลกประมาณ 325 ล้านคนติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีหรือซี (WHO, 2021) นอกจากนี้ยังพบว่าในปี ค.ศ. 2019 ทั่วโลกมีผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี รายใหม่ประมาณ 1.5 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคไวรัสตับอักเสบบี ในปีเดียวกันนี้ประมาณ 820,000 คน และมีผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี รายใหม่ใกล้เคียงกัน คือ ประมาณ 1.5 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคไวรัสตับอักเสบบี ประมาณ 290,000 คน

โรคไวรัสตับอักเสบบี สำหรับประเทศไทยมีอัตราการความชุกของผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เรื้อรัง ประมาณร้อยละ 4.5 ของประชากรที่เกิดก่อนปี พ.ศ. 2535 ส่วนประชากรที่เกิดหลังปี พ.ศ. 2535 พบอัตราการความชุกของโรคนี้น้อยลงร้อยละ 0.60 ซึ่งจากการศึกษาเรื่องเดียวกันนี้ได้คาดการณ์ว่าประเทศไทยน่าจะมีจำนวนผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เรื้อรัง ประมาณ 2.2 - 3 ล้านคนทั่วประเทศ ปัจจุบันพบว่าประชากรกลุ่มเสี่ยงที่มีความชุกของโรคไวรัสตับอักเสบบี สูงสุด ได้แก่ ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด ร้อยละ 8.50 รองลงมาคือผู้ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 8.07 และชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ร้อยละ 8.05 (Thailand National Strategies to Eliminate Viral Hepatitis 2022 - 2030, 2565) โดยโรคไวรัสตับอักเสบบี เป็นโรคที่สามารถแพร่จากมารดาที่เป็นพาหะสู่ทารกได้ง่าย (Mother - to - Child Transmission) โดยเฉพาะในมารดาที่มีจำนวนไวรัสตับอักเสบบี ในเลือดสูง โดยทารกที่คลอดจากมารดาที่มี HBeAg เป็นบวก มีโอกาสติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จากมารดาได้สูงถึง ร้อยละ 90.00 ในขณะที่ทารกที่คลอดจากมารดาที่ HBeAg เป็นลบ มีโอกาสติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จากมารดาเพียง ร้อยละ 10.00

สำหรับไวรัสตับอักเสบบี พบว่า ในประเทศไทย มีรายงานความชุกของผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เรื้อรังในปี พ.ศ. 2557 ประมาณร้อยละ 0.39 และมีการคาดการณ์ว่ามีผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบี เรื้อรังทั่วประเทศ ประมาณ 356,670 ราย ซึ่งประชากรกลุ่มเสี่ยงที่พบว่ามีความชุกของโรคไวรัสตับอักเสบบี เรื้อรังสูงสุด คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 8.70 ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด ร้อยละ 3.94 และผู้ที่เคยได้รับการฉีดยาจากผู้ที่ไม่ใช่บุคลากรสาธารณสุข ร้อยละ 3.62 (Jittiwutikarn et al., 2006; Phuangchoei, Chotiyaputta, and Chayakulkeeree, 2015)

## ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

1) ผลักดันนโยบายการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ให้เข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยประชาชนทั่วไปที่เกิดก่อน พ.ศ. 2535 สามารถตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี ด้วย HBsAg และตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี ด้วย Anti-HCV จำนวน 1 ครั้งตลอดชีวิต และในประชากรกลุ่มเสี่ยง 5 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (PLHIV) ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID) กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) บุคลากรสาธารณสุข และผู้ต้องขัง ได้รับการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี ซ้ำทุก 1 ปี

2) เร่งรัดการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ในประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีความเสี่ยง โดยบูรณาการการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั่วประเทศ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ประชาชนทราบสถานการณ์ติดเชื้อของตนเองและสามารถเข้าสู่ระบบการรักษาได้ โดยสนับสนุนชุดตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ให้กับพื้นที่ จำนวน 200,000 ชุด และสร้างเครือข่ายการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

3) พัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในการดูแลรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบี เพื่อให้การดำเนินงานสอดคล้องกับการปรับเปลี่ยนยารักษาไวรัสตับอักเสบบี ในบัญชียาหลักแห่งชาติ และเพื่อให้ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เรื้อรังได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงสอดคล้องกับการปลดล็อกเกณฑ์การใช้ยารักษาโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี โดยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในการดูแลรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ได้บูรณาการกับการประชุมวิชาการตับอักเสบบีแห่งชาติประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 (Thailand Hepatitis conference 2023 ‘Mothers and babies can’t wait’)



4) พัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในการคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี ร่วมกับสภาเทคนิคการแพทย์ โดยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพการให้บริการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ จำนวน 2 รุ่น ในวันที่ 26 มิถุนายน 2566 และ 3 กรกฎาคม 2566 ผู้เข้าร่วมประชุมจำนวน 968 คน และพัฒนาบทเรียนอิเล็กทรอนิกส์บน Platform DDC Academy สำหรับเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิ สามารถเข้าเรียนรู้ได้แบบออนไลน์

5) จัดทำระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยบุคคลซึ่งกระทรวง ทบวง กรม เทศบาล องค์การบริหารส่วนจังหวัด องค์การบริหารส่วนตำบล กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบพิเศษอื่นตามที่มีกฎหมายกำหนดหรือสภากาชาดไทย มอบหมายให้ผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์หรือผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2566 เพื่อรองรับการปฏิบัติงานของบุคลากรในการคัดกรองไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี ในหน่วยงานระดับปฐมภูมิที่ไม่มีนักเทคนิคการแพทย์ปฏิบัติงาน

6) พัฒนาแนวทางการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี และปรับปรุงแนวทางการดำเนินงานการกำจัด การถ่ายทอดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี จากแม่สู่ลูก พ.ศ. 2566 และเผยแพร่ให้กับหน่วยงานเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

7) พัฒนาเครือข่ายห้องปฏิบัติการตรวจไวรัสตับอักเสบ เพื่อให้การบริการตรวจหาปริมาณไวรัสตับอักเสบ ซี สามารถเข้าถึงได้ง่ายขึ้น โดยมีการพัฒนาเครือข่ายห้องปฏิบัติการตรวจไวรัสตับอักเสบ บี ในระยะที่ 3 ครอบคลุม 77 จังหวัด ทั่วประเทศ และสนับสนุนน้ำยาตรวจหาปริมาณไวรัสตับอักเสบ ซี (Xpert HCV Viral Load) จำนวน 4,940 test

8) พัฒนาเครือข่ายบุคลากรสาธารณสุข เครือข่ายผู้ประสานงานโรคไวรัสตับอักเสบ (Hepatitis Coordinator) และแพทย์ที่ปรึกษาโรคไวรัสตับอักเสบ (Hepatitis Consultant) ในระดับเขต ระดับจังหวัด และหน่วยบริการ

9) ตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี ในสถานพยาบาลใกล้บ้าน เพื่อประกาศนโยบายให้โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล และสถานพยาบาลปฐมภูมิทั่วประเทศรับทราบ และเตรียมความพร้อมสำหรับการดำเนินงานคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ และเพื่อให้ประชาชนรับทราบสิทธิประโยชน์ในการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี

10) ตรวจหาผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี จากแม่สู่ลูก ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 เพื่อติดตามและตรวจหาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี (HBsAg) และเก็บต้วคชินพื้นฐานในเด็กกลุ่มเป้าหมายให้ครบถ้วนตามเกณฑ์ โดยกลุ่มเป้าหมาย

11) พัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในการดำเนินงานกำจัดการถ่ายทอดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี จากแม่สู่ลูก

## ภาพประกอบการดำเนินงาน



## ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

- 1) การจัดบริการตรวจคัดกรองของหน่วยงานยังมีข้อจำกัด เช่น บุคลากรที่รับผิดชอบงานมีการเปลี่ยนแปลงผู้ปฏิบัติ มีผลต่อความต่อเนื่องของการดำเนินงานในระดับพื้นที่
- 2) การบันทึกข้อมูลในโปรแกรมระบบบันทึกผลการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี (Viral Hepatitis B & C Screening) ยังมีความผิดพลาด ทำให้ข้อมูลไม่ครบถ้วนเป็นปัจจุบัน
- 3) การรับรู้และการนำนโยบายและแนวทางในการกำจัดการถ่ายทอดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี จากแม่สู่ลูก ไปปฏิบัติ อาจยังไม่ครอบคลุมในทุกหน่วยบริการ
- 4) ขาดระบบฐานข้อมูลโรคไวรัสตับอักเสบที่เป็นปัจจุบัน



#### 2.5.2.4 แผนงานยุติปัญหาเอดส์

ประเทศไทยได้ตั้งเป้าหมายที่จะยุติปัญหาเอดส์ให้ได้ภายในปี 2573 โดยยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560 - 2573 ได้กำหนดเป้าประสงค์และเป้าหมายหลัก 3 ประการ คือ ลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ให้เหลือปีละไม่เกิน 1,000 ราย ลดการเสียชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวีเหลือปีละไม่เกิน 4,000 ราย และลดการเลือกปฏิบัติอันเกี่ยวเนื่องจากเอชไอวี และเพศภาวะลง น้อยกว่าร้อยละ 10

เอชไอวีประเทศไทย มีแนวโน้มการแพร่ระบาดของเอชไอวีในภาพรวมลดลง ตั้งแต่ปี 2553 จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ลดลง ร้อยละ 45 และจำนวนผู้ที่เสียชีวิตจากเอดส์ลดลง ร้อยละ 65 ซึ่งจากการคาดการณ์ โดยใช้แบบจำลองทางคณิตศาสตร์ Spectrum-AEM: AIDS Epidemic Model (27 เมษายน 2566) คาดว่ามีจำนวนผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวีทั้งสิ้น 561,578 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้ใหญ่อายุ 15 ปีขึ้นไป มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ 9,230 คน/ปี มีผู้เสียชีวิตจากเอดส์ 10,972 คน/ปี และอัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก มีน้อยมากเพียงร้อยละ 1.96 เมื่อพิจารณาสัดส่วนคาดการณ์จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ระหว่างผู้ใหญ่กับเด็ก จำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่า กลุ่มอายุ 25 - 49 ปี มีสัดส่วนมากที่สุด รองลงมาคืออายุ 20 - 24 ปี 15 - 19 ปี 50 ปีขึ้นไป และอายุต่ำกว่า 15 ปี หากพิจารณารวมกลุ่มอายุ 15 - 24 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มเยาวชน พบว่าการติดเชื้อรายใหม่ในกลุ่มนี้ มีสัดส่วนมากถึงร้อยละ 43 ทั้งนี้ข้อมูลจากการคาดการณ์โดย AEM (27 มีนาคม 2566) พบว่าการติดเชื้อรายใหม่ในวัยผู้ใหญ่ ส่วนใหญ่เกิดจากการรับและถ่ายทอดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกัน ร้อยละ 96 รองลงมาเกิดจากการฉีดสารเสพติดที่ไม่ปลอดภัย ร้อยละ 4 โดยช่องทางของการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ที่พบมากที่สุดถึง ร้อยละ 68 คือจากเพศสัมพันธ์ระหว่างชายกับชาย รองลงมา คือ การมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนต่าง (คู่อุปถัมภ์/ คู่ประจำ) ร้อยละ 19 การมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนชั่วคราวและนอกสมรส ร้อยละ 8 การติดเชื้อจากการฉีดสารเสพติดที่ไม่ปลอดภัย ร้อยละ 4 และเพศสัมพันธ์จากการซื้อบริการ ร้อยละ 1 และหากจำแนกสัดส่วนผู้ติดเชื้อรายใหม่ตามกลุ่มประชากรที่มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการรับและถ่ายทอดเชื้อฯ พบว่าเป็นกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ร้อยละ 56 พนักงานบริการชาย ร้อยละ 9 ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด ร้อยละ 4 สาวประเภทสอง/ หญิงข้ามเพศ ร้อยละ 2 ลูกค้า/ ผู้ซื้อบริการทางเพศ ร้อยละ 1 พนักงานบริการทางเพศหญิง ร้อยละ 1 และสัดส่วนของผู้ติดเชื้อรายใหม่ประมาณร้อยละ 27 เกิดขึ้น ในประชากรกลุ่มอื่น (ทั้งชายและหญิง) ที่ไม่ได้มีโอกาสเสี่ยงต่อการรับและถ่ายทอดเชื้อสูง ณ ช่วงเวลาเดียวกัน

#### ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

- 1) การสนับสนุนถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่น ตามนโยบายยุทธศาสตร์ด้านถุงยางอนามัย พ.ศ. 2563 - 2573 เพื่อให้การใช้ถุงยางอนามัย เป็นวิถีชีวิตประจำวันของประชาชน (Normalize Condom Use) ในการป้องกันโรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์ หรือลดความเสี่ยงจากโรคมะเร็งที่มีสาเหตุจากเชื้อโรคที่แพร่ทางเพศสัมพันธ์ กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ดำเนินการพัฒนาระบบบันทึกข้อมูลการเบิกจ่ายถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่น เพื่อคาดการณ์จำนวนความต้องการ/ การควบคุมบริหารจัดการคลังถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่น รวมถึงรายงานผลการเบิกจ่ายถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่นจากหน่วยงานเป้าหมายในการกระจายถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่น ผ่านระบบออนไลน์ <http://condoms.ddc.moph.go.th/login.php> ในปี 2566 กองโรคเอดส์ฯ ได้สนับสนุนถุงยางอนามัยจำนวน 10,100,000 ชิ้น ประกอบด้วย ขนาด 49 มม. จำนวน 1,500,000 ชิ้น ขนาด 52 มม. จำนวน 4,600,000 ชิ้น ขนาด 54 มม. 3,000,000 ชิ้น ขนาด 56 มม. 1,000,000 ชิ้น และสารหล่อลื่นที่มีส่วนประกอบของน้ำเป็นหลัก ขนาด 5 มล. จำนวน 1,000,000 ซอง
- 2) การให้บริการยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (PrEP) ระดับประเทศ ปี 2566 มีผู้รับยา PrEP 24,153 ราย เพิ่มขึ้น 20 เท่า เมื่อเทียบกับปี 2559 ที่เริ่มดำเนินการ ผู้รับบริการส่วนใหญ่อยู่ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล คิดเป็นร้อยละ 82 โดยองค์กรภาคประชาสังคมเป็นหน่วยงานที่ให้บริการ PrEP มากที่สุด
- 3) ขับเคลื่อนบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง (HIV self-test) เป็นสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

## ภาพประกอบการดำเนินงาน



## ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

- 1) งานด้านถุงยางอนามัย ขาดการบูรณาการข้อมูลของหน่วยงานที่สนับสนุนถุงยางอนามัย (ฟรี) เพื่อบริหารจัดการ ไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อนของหน่วยงานที่ได้รับการสนับสนุนถุงยางอนามัย
- 2) การให้บริการยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (PrEP) มีแนวโน้มสูงขึ้น แต่หากเทียบกับค่าเป้าหมาย ของประเทศ ผลการดำเนินงานมีความครอบคลุมต่ำกว่าร้อยละ 50 ของค่าเป้าหมาย

### 2.5.2.5 แผนงานเร่งรัดป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ปัจจุบันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ยังคงเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญในหลาย ๆ ประเทศทั่วโลก จากการคาดการณ์ขององค์การอนามัยโลก ในปี พ.ศ. 2563 พบจำนวนผู้ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์รายใหม่ จากทุกภูมิภาคทั่วโลกทั้งสิ้น จำนวน 374 ล้านคน เป็นผู้ติดเชื้อพยาธิช่องคลอด จำนวน 156 ล้านคน โรคหนองในเทียม จำนวน 129 ล้านคน โรคหนองใน จำนวน 82 ล้านคน และโรคซิฟิลิส จำนวน 7.1 ล้านคน สำหรับประเทศไทยจากข้อมูลรายงานระบบเฝ้าระวังโรค 506 กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ณ วันที่ 17 กรกฎาคม 2566 พบว่า อัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรคหลัก ประกอบด้วย โรคซิฟิลิส โรคหนองใน โรคหนองในเทียม โรคแผลริมอ่อน และกามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลือง ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2556 - 2565) มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจาก 18.9 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2556 เป็น 30.0 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2565 ส่วนใหญ่พบในเพศชาย อัตราป่วย 41.3 ต่อประชากรแสนคน และพบมากในกลุ่มเยาวชนที่มีอายุระหว่าง 15 - 24 ปี อัตราป่วย 106.6 ต่อประชากรแสนคน โดยโรคที่พบอัตราป่วยสูงสุดในกลุ่มเยาวชน ได้แก่ โรคซิฟิลิส พบอัตราป่วยเพิ่มขึ้นจาก 5.3 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2556 เป็น 54.8 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2565 รองลงมา ได้แก่ โรคหนองใน พบอัตราป่วย เพิ่มขึ้นจาก 38.3 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2556 เป็น 41.1 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2565 นอกจากนี้ยังพบว่า จากข้อมูลรายงานแบบสอบสวนโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดที่ได้รับการยืนยันจากผู้เชี่ยวชาญ ณ วันที่ 17 มีนาคม 2566 พบว่า อัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจน จาก 25.1 ต่อเด็กเกิดมีชีวิตแสนราย ในปี 2561 เพิ่มขึ้นเป็น 89.1 ในปี 2565 ซึ่งเกินกว่าค่าเป้าหมายที่องค์การอนามัยโลกกำหนด (อัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด < 50 ต่อเด็กเกิดมีชีวิตแสนราย)

### ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

- 1) พัฒนาแผนปฏิบัติการระยะ 4 ปี (พ.ศ. 2566 - 2569) ภายใต้ยุทธศาสตร์ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แห่งชาติ พ.ศ. 2566 - 2573 ซึ่งประกอบด้วย 4 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ 1) เร่งรัดการป้องกันการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แบบผสมผสานให้ครอบคลุมประชากรกลุ่มเป้าหมาย 2) พัฒนาระบบบริการด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ให้มีคุณภาพ เป็นมิตร ครอบคลุม ทั้งถึง เท่าเทียม 3) พัฒนาศักยภาพและสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน 4) สนับสนุนการขับเคลื่อนเชิงนโยบายการใช้ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ และการติดตามประเมินผล
- 2) ส่งเสริมให้หน่วยบริการสาธารณสุขทุกแห่งดำเนินการพัฒนาคุณภาพการให้บริการด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยการประเมินตนเองผ่านเว็บไซต์ <https://stisqsa.ddc.moph.go.th/> ทั้งนี้กำหนดให้หน่วยบริการสาธารณสุขที่ผ่านมาตรฐานจะต้องได้คะแนนรวมและคะแนนรายหมวด  $\geq$  ร้อยละ 70 และผ่านการรับรองมาตรฐานจากกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 - 12 สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง สำนักงานอนามัยกรุงเทพมหานคร และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จึงจะถือว่าผ่านมาตรฐาน
- 3) ส่งเสริมให้หน่วยบริการสาธารณสุขดำเนินการสำรวจสถานบริการทางเพศและผู้ให้บริการทางเพศและบันทึกข้อมูลผ่านเว็บไซต์ <https://popmaps.ddc.moph.go.th/> เพื่อนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการคาดประมาณประชากรเป้าหมาย และการวางแผนการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบแหล่งบริการที่เฝ้าระวัง จำนวน 5,183 แห่ง ผู้ให้บริการทางเพศ ทั้งหมด 6,673 ราย แบ่งออกเป็น เพศหญิง 5,367 ราย และเพศชาย 1,306 ราย ส่วนใหญ่เป็นผู้ให้บริการในคาราโอเกะ ร้อยละ 38.4 รองลงมา ได้แก่ นวดแผนโบราณ/ สปา ร้อยละ 11.5 และร้านอาหาร/ สวนอาหาร ร้อยละ 10.7
- 4) ตรวจสอบความถูกต้องของระบบข้อมูลรายงานเฝ้าระวังโรค 506 และการสอบสวนโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด โดยทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และด้านกุมารเวชศาสตร์ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดที่ได้รับรายงานในปี พ.ศ. 2563 - 2565 และพัฒนาระบบในการตรวจสอบความถูกต้องของการรายงานโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดให้มีประสิทธิภาพ

5) พัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้รับผิดชอบงานด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ระดับเขต จังหวัด และหน่วยบริการสาธารณสุข เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการเร่งรัดดำเนินงานด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่สำคัญ ได้แก่ การดูแลรักษาโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด การพัฒนาระบบตรวจสอบคุณภาพข้อมูลรายงานระบบเฝ้าระวังโรค 506 และแบบสอบสวนโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดในระดับจังหวัด การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อตรวจวินิจฉัยโรคซิฟิลิส โรคหนองใน และหนองในเทียม การฝากครรภ์คุณภาพและสิทธิประโยชน์ของหญิงตั้งครรภ์และคู่ และการพัฒนาคุณภาพการให้บริการด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

6) ลงพื้นที่สอบสวนโรค ผู้ป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดเสียชีวิต จำนวน 4 ราย ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี เพื่อยืนยันการวินิจฉัยและการระบาด ศึกษาขนาดของปัญหาและการกระจายของโรค ค้นหาสมมติฐานปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับความรุนแรงของโรค และเสนอแนวทางในการป้องกันและควบคุมโรคในพื้นที่

7) การตรวจวิเคราะห์หาเชื้อหนองในและหนองในเทียมทุกกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้รับสนับสนุนชุดตรวจสำหรับการตรวจวิเคราะห์หาเชื้อหนองในและหนองในเทียม ปีงบประมาณ 2566 จำนวน 15,750 ชุดตรวจจากสำนักงานบริหารกองทุนโลก

### ภาพประกอบการดำเนินงาน



## ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

- 1) กระบวนการพัฒนาแผนปฏิบัติการฯ โดยใช้รูปแบบการประชุมผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ มีข้อจำกัด คือ ทำให้ผู้เข้าร่วมประชุมขาดการปฏิสัมพันธ์กัน ระยะเวลาในการประชุมกลุ่มเพื่อระดมความคิดเห็นมีค่อนข้างน้อย ทำให้มีการแลกเปลี่ยนความเห็นได้จำกัด รวมทั้งบางครั้งมีปัญหาสัญญาณอินเทอร์เน็ตล่าช้า ทำให้ผู้ฟังไม่ได้รับฟังเนื้อหาของแผนปฏิบัติการฯ อย่างต่อเนื่อง อาจส่งผลให้ได้รับข้อมูลที่ไม่ครบถ้วน
- 2) ผู้ปฏิบัติงานด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในระดับเขตและจังหวัด ส่วนใหญ่เป็นบุคลากรใหม่ และขาดประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จึงจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อเตรียมความพร้อมรองรับการปฏิบัติงาน
- 3) ระบบการรายงานเฝ้าระวังโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด ยังขาดการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ขาดการประสานและเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างผู้ที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ
- 4) การปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการทางเพศ เช่น การให้บริการแฝง การให้บริการแบบออนไลน์ ทำให้ผู้ปฏิบัติงานไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลของผู้ให้บริการทางเพศบางกลุ่มได้ ส่งผลให้ไม่สามารถดำเนินการป้องกันควบคุมโรคได้อย่างครบถ้วน และครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย
- 5) ขาดการวางระบบและเตรียมความพร้อมในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน เพื่อรองรับการแพร่ระบาดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคอุบัติใหม่อื่น ๆ



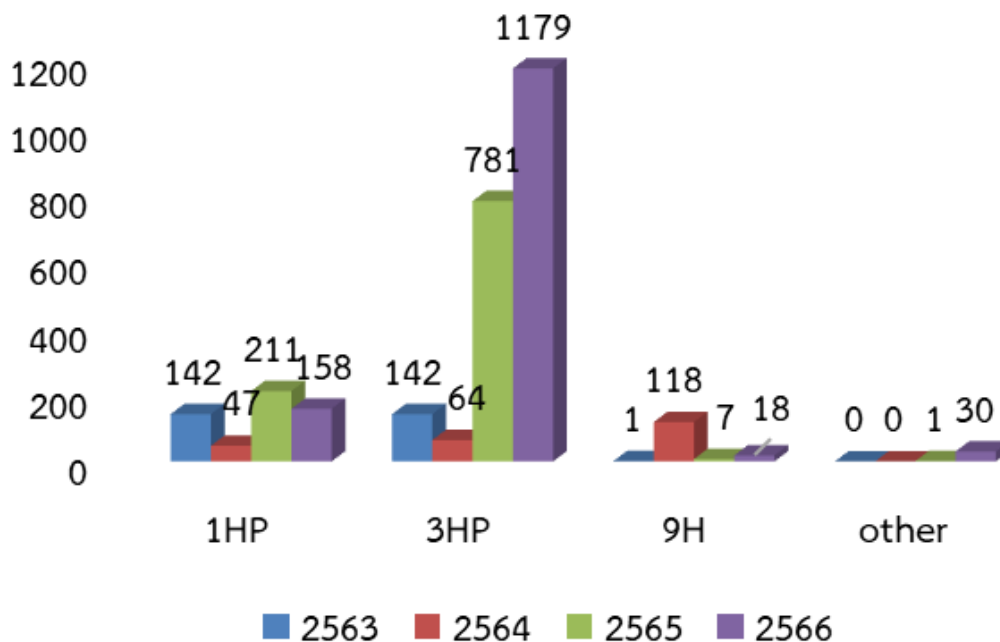
## 2.5.2.6 แผนงานเพิ่มความครอบคลุมการรักษาวัณโรค ระยะแฝงในผู้ติดเชื้อ HIV

ปัจจุบัน ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เสียชีวิต มีสาเหตุจากวัณโรค ร้อยละ 15.5 ซึ่งการป้องกันการเกิดวัณโรคในผู้ติดเชื้อเอชไอวี สามารถทำได้โดยการรักษาวัณโรคระยะแฝง หรือ Tuberculosis Preventive Treatment (TPT) โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาวัณโรคระยะแฝง สามารถป้องกันการเกิดวัณโรคได้ ซึ่งในประเทศไทย การรักษาวัณโรคระยะแฝงในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ด้วยยา Rifapentine ยังมีผลการดำเนินงานค่อนข้างต่ำ เพียงร้อยละ 1.8 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมด ดังนั้น เพื่อลดการเสียชีวิตจากวัณโรคในผู้ติดเชื้อเอชไอวี กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จึงเร่งดำเนินการรักษาวัณโรคระยะแฝงในผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้เพิ่มมากขึ้น

## ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

- 1) สนับสนุนชุดทดสอบวัณโรคระยะแฝงชนิด Skin Test และ IGRA ปี 2566
  - สนับสนุน Skin Test จำนวน 608 ชุด แก่โรงพยาบาล 155 แห่ง
  - สนับสนุน IGRA จำนวน 900 ชุด แก่โรงพยาบาล 3 แห่ง
- 2) สนับสนุนยารักษาวัณโรคระยะแฝง ให้แก่โรงพยาบาล 117 แห่ง
  - สนับสนุนยา Rifapentine/Isoniazid จำนวน 1,634 กล่อง
  - สนับสนุนยา Rifapentine 150 mg จำนวน 201 กล่อง
  - สนับสนุนยา Isoniazid 300 mg จำนวน 33 กล่อง
- 3) ปรับปรุงแนวทางการดูแลรักษาวัณโรคระยะแฝงในผู้ติดเชื้อเอชไอวี

กราฟแสดงจำนวนหน่วยบริการที่จัดบริการและจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาวัณโรคระยะแฝง ปี 2563 - 2566



กราฟแสดงสูตรยารักษาวัณโรคระยะแฝงที่ใช้ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ปี 2563 - 2566

## ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

- 1) บุคลากรทางการแพทย์ยังไม่เห็นด้วยกับการรักษาวัณโรคระยะแฝงในผู้ติดเชื้อเอชไอวี
- 2) แนวทางการรักษาวัณโรคระยะแฝงของประเทศไทย ยังมีการตรวจคัดกรองก่อนการให้ยา ซึ่งชุดตรวจคัดกรองชนิด Skin Test มีขั้นตอนการดำเนินงานที่ซับซ้อน และ IGRA ยังมีราคาแพง
- 3) ชุดตรวจคัดกรองและยารักษาวัณโรคระยะแฝง ยังไม่เข้าชุดสิทธิประโยชน์ของกองทุนสุขภาพต่าง ๆ ส่งผลให้โรงพยาบาลยังไม่เริ่มดำเนินงาน เนื่องจากชุดตรวจและยามีราคาแพง

## 2.5.2.7 แผนงานเพิ่มความครอบคลุมการเข้าถึงบริการตรวจและดูแลรักษาซิฟิลิสในเยาวชน

โรคเอดส์และโรคซิฟิลิสเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STIs) ที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขของโลกที่ส่งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจและสังคม สถานการณ์เอดส์ในประเทศไทย ณ สิ้นปี พ.ศ. 2565 จากการคาดประมาณด้วยแบบจำลองการระบาดของเอชไอวี (AIDS Epidemic Model: AEM 27 เมษายน 2566) พบว่าแนวโน้มของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ของประเทศไทยลดลง โดยมีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ 9,230 คน ผู้เสียชีวิตจากเอดส์ 10,972 คน และผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่ 561,578 คน ซึ่งร้อยละ 96 ของการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ เกิดจากการรับและถ่ายทอดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกัน และร้อยละ 4 เกิดจากการฉีดสารเสพติดที่ไม่ปลอดภัย ถึงแม้ว่าสถานการณ์จะมีแนวโน้มลดลง แต่จากการทบทวนการดำเนินงานเอดส์ของประเทศไทย ยังพบช่องว่างและประเด็นท้าทายสำคัญที่ต้องการการพัฒนา เช่น การคาดประมาณผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่พบว่าในกลุ่มอายุ 15 - 24 ปี สูงถึงร้อยละ 47 สำหรับสถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของประเทศไทย ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา (ปี พ.ศ. 2561 - 2565) โดยภาพรวมอัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรคหลัก มีแนวโน้มของการรายงานสถานการณ์โรคสูงขึ้น เมื่อพิจารณาอัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จำแนกรายโรค พบว่า ในปี 2565 โรคซิฟิลิสเป็นโรคที่ได้รับรายงานเข้ามาในระบบเฝ้าระวังโรค 506 มากที่สุด รองลงมาคือ โรคหนองใน โรคหนองในเทียม โรคแผลริมอ่อน และกามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลือง ตามลำดับ โดยโรคซิฟิลิสมีแนวโน้มของอัตราป่วยสูงขึ้นอย่างเห็นได้ชัดจาก 11.0 รายต่อประชากรแสนคน ในปี 2561 เป็น 18.6 รายต่อประชากรแสนคน ในปี 2565 และพบอัตราป่วยสูงสุดในกลุ่มอายุ 15 - 24 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มเยาวชน รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 25 - 34 ปี และกลุ่มอายุ 35 - 44 ปี อย่างไรก็ตามอัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรคหลักเป็นตัวชี้วัดความสำเร็จโดยอ้อม (Proxy Indicator) ของการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ หากสถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีแนวโน้มสูงขึ้นก็อาจส่งผลต่อสถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีของประเทศที่สูงขึ้นได้

## ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

การตรวจคัดกรองเอชไอวีและซิฟิลิสในเยาวชน เพื่อส่งต่อเข้าสู่ระบบการตรวจวินิจฉัยและดูแลรักษา จากรายงานผลการดำเนินงาน ใน 46 จังหวัด โดยระบบรายงานผลการตรวจคัดกรองเอชไอวีและซิฟิลิสในเยาวชน Line OA Buddy Square พบว่า มีเยาวชนได้รับการคัดกรองเอชไอวีและซิฟิลิส จำนวน 92,579 ราย จากเป้าหมายการสนับสนุนชุดตรวจทั้งสิ้น 140,650 ชุด คิดเป็นร้อยละ 65.82 (ข้อมูล ณ วันที่ 30 เมษายน 2566) พบผลเอชไอวีมีปฏิกิริยาต่อการทดสอบ (HIV Reactive) รวม 849 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.91 พบผลซิฟิลิสมีปฏิกิริยาต่อการทดสอบ (Syphilis Reactive) รวม 2,004 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.20 และพบผลเอชไอวีและซิฟิลิสมีปฏิกิริยาต่อการทดสอบ (HIV & Syphilis Reactive) รวม 248 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.27

## การนำไปใช้ประโยชน์

- 1) ข้อมูลจากการดำเนินงานในครั้งนี้ นำไปสู่การสะท้อนสถานการณ์ มีข้อมูลเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย ในระดับหน่วยงาน จังหวัด เขต หรือระดับประเทศ
- 2) พัฒนาแนวทางการตรวจคัดกรองเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการตรวจคัดกรองทราบสถานะการติดเชื้อ อันจะนำไปสู่การลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่และเชื่อมต่อการดูแลสุขภาพได้โดยเร็วต่อไป

## ภาพประกอบการดำเนินงาน



## ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

- 1) ข้อจำกัดจากการดำเนินงานของเครือข่ายในพื้นที่ เช่น ภาระงานของบุคลากรสาธารณสุข บุคลากรในสถานศึกษาบางแห่งที่มีอำนาจตัดสินใจมีความกังวลใจในการตรวจคัดกรองเชิงรุกในสถานศึกษา เป็นต้น
- 2) ข้อจำกัดของระบบ Line OA Buddy Square ที่มีการปรับปรุงพัฒนาเป็นระยะ ส่งผลให้การบันทึกข้อมูลและรายงานผลการดำเนินงานการตรวจคัดกรองเอชไอวีและซิฟิลิสในเยาวชน ไม่เป็นปัจจุบัน

## 2.5.3 กลุ่มโรคไม่ติดต่อและปัจจัยเสี่ยงจากพฤติกรรมสุขภาพ (Non-Communicable Diseases: NCDs)

## 2.5.3.1 แผนงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

การดำเนินการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ดำเนินตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) เป้าหมายที่ 3.5.2 เสริมสร้างการป้องกันและการรักษาการใช้สารในทางที่ผิด ซึ่งรวมถึงการใช้ยาเสพติดในทางที่ผิดและการใช้แอลกอฮอล์ในทางที่เป็นอันตราย โดยประเทศไทยกำหนดตัวชี้วัดปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ในปี 2567 ค่าเป้าหมาย 5.7 ลิตรแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อคนต่อปี ซึ่งในปี 2565 ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป คิดเป็น 7.59 ลิตรแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อคนต่อปี และยังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มนักดื่มหน้าใหม่ซึ่งเป็นเยาวชนที่มีค่าเฉลี่ยอายุที่เริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตั้งแต่อายุยังน้อย สังคมไทยยังมีทัศนคติที่ติดต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในขณะที่ธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใช้กลยุทธ์ทางการตลาดที่ทันสมัย เพื่อเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย ทั้งนี้การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุอันดับต้น ๆ ของการสูญเสียสุขภาพของประชากรไทย ก่อให้เกิดปัญหาในสังคม เช่น ปัญหาการใช้ความรุนแรง อุบัติเหตุจากรถ รวมถึงเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดโรคและการเจ็บป่วย โดยเฉพาะในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ในประเทศไทยการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ดำเนินการภายใต้แผนปฏิบัติการด้านควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับชาติ ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2565 - 2570) และพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551

## ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

1) ขับเคลื่อนกลไกการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผ่านกลไกคณะกรรมการนโยบายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ คณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คณะอนุกรรมการที่เกี่ยวข้อง คณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัด/กรุงเทพมหานคร โดยนโยบายสำคัญที่ออกในปี 2566 ได้แก่ 1) แนวทางการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงเทศกาลปีใหม่ และเทศกาลสงกรานต์ 2566 เพื่อสนับสนุนการควบคุมและลดปัญหาอุบัติเหตุทางถนน “ขับไม่ดื่ม ดื่มไม่ขับ” คำขวัญรณรงค์ “ชีวิตวิถีใหม่ ขับขี่อย่างปลอดภัย ไร้อุบัติเหตุ” เพิ่มความเข้มงวดในการบังคับใช้กฎหมายตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 โดยเน้นการห้ามขายให้แก่เด็กและเยาวชนที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนนจากผู้ขับขี่ยานยนต์ทุกประเภท โดยเฉพาะกลุ่มผู้ขับขี่จักรยานยนต์ เยาวชนที่มีอายุไม่เกิน 20 ปี และคัดกรองเบื้องต้นผู้ที่มีอาการมึนเมาสุรา ณ ด่านชุมชน 2) ทบทวนและปรับปรุง (ร่าง) พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. .... เพื่อมีเนื้อหาทันต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป 3) ขับเคลื่อนโครงการ เขียว ชวน เขียว ลด ละ เลิก เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และมีระบบลงนามออนไลน์ ปฏิญาณตนงดเหล้า ลด ละ เลิก เหล้า โดยมีส่วนร่วมลงนาม 86,757 คน โดยผู้มีความตั้งใจงดเหล้าตลอดชีวิต 37,149 คน (ร้อยละ 42.82) และงดเหล้าระยะเวลา 3 เดือน 37,111 คน (ร้อยละ 42.78) (ข้อมูล ระหว่าง 1 กรกฎาคม - 18 ตุลาคม 2566) 4) ขับเคลื่อนการดำเนินงานโครงการ 5 จังหวัดนำร่อง จังหวัดปลอดภัยด้วยนโยบายแอลกอฮอล์ (SAFER Province) ร่วมกับภาคีเครือข่าย ในพื้นที่ 5 จังหวัด ได้แก่ ฉะเชิงเทรา เชียงราย ศรีสะเกษ นครศรีธรรมราช และปัตตานี

2) รณรงค์ประชาสัมพันธ์ร่วมกับภาคีเครือข่าย เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจลด ละ เลิก เหล้า รวมถึงให้ความรู้เกี่ยวกับพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 จำนวน 24 ครั้ง และจัดกิจกรรมวันงดดื่มสุราแห่งชาติ พ.ศ. 2566 พร้อมทั้งมอบโล่ประกาศเกียรติคุณแก่บุคคลและองค์กรที่ทำคุณประโยชน์ดีเด่นด้านป้องกันควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงศิลปิน นักแสดงแบบอย่างสนับสนุนการดำเนินงานควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

3) ลงพื้นที่เฝ้าระวัง บังคับใช้กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร่วมกับเครือข่าย เพื่อตรวจสอบสถานประกอบการร้านค้า ทั้งตามข้อร้องเรียน และตามแผนการออกตรวจ จำนวน 581 ราย กล่าวโทษและดำเนินคดี จำนวน 83 ราย (ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2566) รับเรื่องร้องเรียนเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้งหมด จำนวน 891 เรื่อง แบ่งเป็นสำนักงานฯ



ดำเนินการ จำนวน 434 เรื่อง ส่งเรื่องให้พื้นที่ดำเนินการ จำนวน 457 เรื่อง และสามารถดำเนินการตอบสนองต่อข้อร้องเรียน ได้ภายใน 60 วัน จำนวน 264 เรื่อง คิดเป็น ร้อยละ 60.83 (ข้อมูลระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 - 17 ตุลาคม 2566 )

4) ขับเคลื่อนการดำเนินงานสถานศึกษาปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ย โดยสถานศึกษาสังกัดสำนักงานคณะกรรมการศึกษาขั้นพื้นฐานประเมินด้วยตนเองผ่านระบบ E-service เพื่อให้ประเมินการดำเนินงานตามเกณฑ์คุณภาพสถานศึกษาปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ย โดยมีสถานศึกษาเข้าร่วมการประเมินตนเองทั้งสิ้น 8,104 แห่ง และผลการประเมินสถานศึกษาปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ย ผ่านเกณฑ์ระดับดีขึ้นไป 7,593 แห่ง (ร้อยละ 93.69)

5) ขับเคลื่อนให้สถานบริการสาธารณสุขดำเนินการคัดกรองพฤติกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในผู้มารับบริการอายุ 15 ปีขึ้นไป และบันทึกข้อมูลในระบบ 43 แห่ง และข้อมูล ณ วันที่ 3 ตุลาคม 2566 ดำเนินการคัดกรองพฤติกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ ร้อยละ 37.65

6) พัฒนาความรอบรู้ด้านการป้องกันควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Health Literacy) ให้แก่บุคลากรครูสถานศึกษาภาครัฐและเอกชน สังกัดสำนักงานอาชีวศึกษา จังหวัดนครราชสีมา เพื่อพัฒนาศักยภาพครูให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสร้างความรอบรู้ด้านการป้องกันควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และเกิดกระบวนการสร้างเสริมความรู้ด้านการป้องกันควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงสามารถบูรณาการให้สอดคล้องกับการเรียนการสอนให้นักเรียนได้ เพื่อเป็นการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักดื่มหน้าใหม่

## ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

1) กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บางประเด็นไม่ทันกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น ไม่มีการห้ามนำเครื่องดื่มที่มีลักษณะเหมือนหรือคล้ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มาใช้ในการโฆษณาสินค้าอื่นเป็นช่องทางให้ผู้ผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นำมาใช้สื่อสารกับผู้บริโภค โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชน ไม่มีการห้ามรับทุนสนับสนุนจากธุรกิจแอลกอฮอล์เป็นช่องทางให้ธุรกิจแอลกอฮอล์ใช้ในการทำโฆษณาแฝง

2) การส่งเสริมนโยบายการค้า FTA CPTPP นโยบายกระตุ้นเศรษฐกิจโดยการส่งเสริมการท่องเที่ยว การแทรกแซงนโยบายจากธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่งผลต่อนโยบายการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

3) การจัดการปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่ถูกจัดเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องดำเนินการในลำดับต้น ทำให้การดำเนินงานเป็นไปในเชิงตั้งรับ มากกว่าเชิงรุก

4) การจัดการฐานข้อมูลการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังขาดการเชื่อมโยงข้อมูล การเข้าถึงข้อมูลการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังอยู่ในวงจำกัด

5) คนรุ่นใหม่มีแนวโน้มเสรีนิยม มีแนวคิดสังคมตะวันตกเพิ่มมากขึ้น มีค่านิยมเชิงบวกต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

### 2.5.3.2 แผนงานป้องกันการจมน้ำ

ประเทศไทย ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา (ปี พ.ศ. 2556 - 2565) พบผู้เสียชีวิตจากการจมน้ำ 35,915 คน เฉลี่ยปีละ 3,592 คน หรือวันละกว่า 10 คน ในจำนวนนี้เป็นเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี จำนวน 6,992 คน เฉลี่ยปีละ 699 คน หรือวันละ 2 คน โดยมีอัตราการเสียชีวิตต่อประชากรแสนคนอยู่ในช่วง 5.0 - 7.6 ซึ่งจากปัญหาการจมน้ำดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดให้การจมน้ำเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี โดยในระยะที่ 2 (ปี พ.ศ. 2566 - 2570) ได้กำหนดเป้าหมายลดอัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ไม่เกิน 2.5 ต่อประชากรแสนคน และอัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำในทุกกลุ่มอายุลดลงอย่างน้อยร้อยละ 20 จากปี 2560

กองป้องกันการบาดเจ็บ ได้ดำเนินงานป้องกันการจมน้ำร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปลายปี 2549 จนส่งผลให้การเสียชีวิตจากการจมน้ำในกลุ่มเด็กลดลงมากถึงร้อยละ 55.5 อย่างไรก็ตาม ตัวเลขดังกล่าว ยังสูงมากเมื่อเทียบกับเป้าหมายในแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ดังนั้น กองป้องกันการบาดเจ็บ จึงมีการขับเคลื่อนการดำเนินงาน และสนับสนุนให้หน่วยงานภาคีเครือข่ายมีการดำเนินงานป้องกันการจมน้ำอย่างต่อเนื่อง และมีการดำเนินงานป้องกันการจมน้ำ ตามมติสหประชาชาติ รวมถึงเตรียมการเพื่อขยายการดำเนินงานป้องกันการจมน้ำไปในทุกกลุ่มอายุ เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำให้บรรลุตามเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี

## ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

1) ขับเคลื่อนให้เกิดทีมผู้ก่อการดี (MERIT MAKER) ป้องกันการจมน้ำในพื้นที่ โดยในปี 2566 มีทีมผู้ก่อการดี (MERIT MAKER) ทั้ง 4 ระดับ จำนวน 419 ทีม ครอบคลุม 32 จังหวัด 122 อำเภอ โดยก่อให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชนในพื้นที่ เช่น เด็กอายุ 6 - 14 ปี ได้เรียนว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด จำนวน 131,400 คน คนในชุมชนหรือเด็กได้ฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) จำนวน 46,950 คน และแหล่งน้ำในชุมชนได้รับการจัดการเพื่อให้เกิดความปลอดภัย จำนวน 4,317 แห่ง

2) ธรณังค์วันป้องกันการจมน้ำโลก ปี 2566 (World Drowning Prevention Day, 2023) ภายใต้รูปแบบ ที่องค์การอนามัยโลก (WHO) กำหนด คือ “Do one thing - Improve one thing - Add one thing” หรือ “เริ่มทำ - ทำต่อ - ต่อขยาย...คนไทยไม่จมน้ำ” โดยแบ่งกิจกรรมเป็น 2 กิจกรรมหลัก ได้แก่ พัฒนาศักยภาพเด็กในพื้นที่ 4 ภาค ให้มีทักษะ และความรู้เรื่องความปลอดภัยทางน้ำ ฝึกปฏิบัติการเอาชีวิตรอดในน้ำ การช่วยเหลือผู้ประสบภัยทางน้ำ และการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) รวมทั้งหมด 2,073 คน และธรณังค์วันป้องกันการจมน้ำโลก โดยมีกิจกรรมที่สำคัญ ได้แก่ 1) การสาธิตทักษะการเอาชีวิตรอด ในน้ำของเด็กนักเรียน 2) การประกวดโยนเชือกช่วยคนตกน้ำในระดับประเทศ 3) การแสดงผลความร่วมมือของเครือข่าย ในประเทศไทย “Do one thing to prevent drowning” 4) การเรียนรู้วิธีการปฐมพยาบาลผู้ประสบภัยทางน้ำ 5) การมีส่วนร่วม ของประชาชน “เพื่อทำหนึ่งสิ่งในการป้องกันการจมน้ำ” บนกระดานบอร์ด

3) พัฒนาศักยภาพครูผู้สอนหลักสูตรว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด เพื่อสนับสนุนการสร้างทีมผู้ก่อการดี 4 ภาค มีวัตถุประสงค์เพื่อมุ่งเน้นการสอนให้บุคลากรในพื้นที่มีศักยภาพสามารถนำองค์ความรู้และทักษะที่ได้ไปใช้ในการสอนเด็ก และประชาชนให้มีความรู้เรื่องความปลอดภัยทางน้ำ ทักษะการช่วยเหลือผู้ประสบภัยทางน้ำ และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพคนตกน้ำจมน้ำ

4) จัดเวทีสัมมนา: ป้องกันการจมน้ำประเทศไทย สู่เป้าหมายแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี เพื่อผลักดันให้ประเทศไทย มีการดำเนินงานป้องกันการจมน้ำ ตามเป้าหมายแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานป้องกันการจมน้ำระหว่างหน่วยงานเครือข่าย และมอบรางวัลให้แก่ทีมผู้ก่อการดีฯ เพื่อเป็นการสร้างขวัญและกำลังใจให้เกิดการดำเนินงาน ป้องกันการจมน้ำอย่างต่อเนื่อง

5) จัดกิจกรรม Open House งานป้องกันการจมน้ำ จำนวน 2 เรื่อง ได้แก่ 1) “เปิดบ้านผู้ก่อการดีป้องกันการจมน้ำ (MERIT MAKER Plus)” 2) “เรียนรู้...ระบบรายงานจมน้ำ (Drowning Report)” เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้กระบวนการดำเนินงานและวิธีการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันการจมน้ำในระดับพื้นที่

6) ขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันการจมน้ำตามมติของสหประชาชาติ (UN) โดยมีการแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันการจมน้ำตามข้อเสนอของสหประชาชาติ ภายใต้คำสั่งคณะกรรมการป้องกันอุบัติเหตุแห่งชาติ (กปอ.) เพื่อผลักดันให้การดำเนินงานป้องกันการจมน้ำในประเทศไทยสอดคล้องกับมติของสหประชาชาติ และลดอัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำ

7) ดำเนินการจัดทำรายงานสถานการณ์การป้องกันการจมน้ำโลก (Global Status Report for Drowning Prevention) ของประเทศไทย ตามมติการประชุมจากเวทีสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ 76 ในการจัดทำรายงานสถานการณ์การป้องกันการจมน้ำโลก (Global Status Report for Drowning Prevention)

## ภาพประกอบการดำเนินงาน



## ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

1) การบูรณาการงานป้องกันการจมน้ำร่วมกันหน่วยงานอื่น ๆ เช่น หน่วยงานภาคท้องถิ่น ภาคการศึกษา ภาคเอกชน ให้เกิดการขับเคลื่อนงานร่วมกัน

2) ผู้รับผิดชอบงานระดับเขตและจังหวัด มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่และภารกิจงาน ทำให้การดำเนินงานป้องกันการจมน้ำในบางพื้นที่ขาดความต่อเนื่อง

## 2.5.3.3 แผนงานการป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน

### โครงการขับเคลื่อนการป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน โดยใช้ TSY Program: Thailand Safe Youth Program

การเสียชีวิตและการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนเป็นปัญหาสังคมที่สร้างความสูญเสียให้กับคนไทยมาอย่างยาวนาน และยังคงไม่เห็นแสงสว่างที่ปลายอุโมงค์ว่าจะมีแนวโน้มลดลง โดยเฉพาะกลุ่มเด็กและเยาวชนช่วงอายุ 10 - 19 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนมากที่สุด ทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนนที่ผ่านมา (ปี พ.ศ. 2554 - 2563) มีเด็กและเยาวชนช่วงอายุ 10 - 19 ปี เดินทางแล้วไม่ได้กลับบ้านถึง 26,930 คน หรือเฉลี่ยปีละ 2,693 คน โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น หากไม่มีการยกระดับแผนงานการแก้ไขปัญหาการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของเด็กและเยาวชนไทย เป็นวาระเร่งด่วนในระดับชาติ และในอีก 1 ทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน (ปี พ.ศ. 2564 - 2573) จากค่าประมาณการแนวโน้มการเสียชีวิตของเด็กและเยาวชน แบบการวิเคราะห์อนุกรมเวลา (Time Series) พบว่า เด็กและเยาวชนไทยจะมีโอกาสเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนถึง 30,204 คน

เด็กและเยาวชนเป็นกลุ่มเป้าหมายที่ควรเร่งดำเนินการอย่างจริงจังในการแก้ปัญหา ถ้ามีการดำเนินการขับเคลื่อนอย่างมีแผนงานและมีกำหนดเป้าหมาย วิสัยทัศน์อย่างชัดเจน มีหน่วยงานรับผิดชอบ การถ่ายทอดนโยบายไปสู่การทำงานในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและการขับเคลื่อนในระดับพื้นที่ทุกพื้นที่ที่ต้องดำเนินการ มีการติดตามอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีการสนับสนุนองค์ความรู้ด้านวิชาการ การสื่อสารสร้างค่านิยม ทักษะจิตความปลอดภัยในกลุ่มพ่อแม่ผู้ปกครอง เพราะว่าการลงทุนในกลุ่มเด็กที่เริ่มต้นฝึกหัดขับขี่ จะเป็นการให้ความรู้ทัศนคติที่ถูกต้องที่ติดตัวไปจนเป็นวัยผู้ใหญ่ ที่ขับขี่ยานพาหนะที่มีคุณภาพพร้อมที่จะเป็นพ่อแม่ผู้ปกครองในอนาคตที่ตระหนักในความปลอดภัยของบุตรหลาน

## ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

มีการพัฒนานโยบายแผนงานระดับชาติ/จังหวัด ร่วมกับภาคี เพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายในการกำหนดกลุ่มเป้าหมายการแก้ปัญหาให้ชัดเจน และเสนอให้กลุ่มเด็กและเยาวชนเป็นกลุ่มเป้าหมายที่ควรเร่งดำเนินการอย่างจริงจัง โดยมีการดำเนินงานที่สำคัญ ดังนี้

- 1) ประชุมเชิงปฏิบัติการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนาศักยภาพขับเคลื่อนการดำเนินงานการแก้ไขปัญหาการตายและการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน TSY Program (Online) ระหว่างวันที่ 22 - 23 พฤศจิกายน 2565 ผ่านทางออนไลน์ Facebook, YouTube
- 2) ขับเคลื่อนการดำเนินงาน TSY Program ใน 13 จังหวัดนำร่อง ได้แก่ สกลนคร ปทุมธานี ตราด สุพรรณบุรี เพชรบูรณ์ นครสวรรค์ ชุมพร ปัตตานี ขอนแก่น ลำพูน สุรินทร์ ยโสธร และ กทม.
- 3) จัดการฝึกอบรมหลักสูตร “วิทยากรมืออาชีพการจัดการเรียนรู้ความปลอดภัยทางถนน” Train the Trainer for Road Safety Instructor Thailand จำนวน 14 รุ่น ใน 13 จังหวัดนำร่องและจังหวัดที่เข้าร่วมโครงการรวม 31 จังหวัด ประมาณ 1,025 คน
- 4) ขับเคลื่อนเชิงนโยบายในการแก้ไขปัญหาการตายและการบาดเจ็บในกลุ่มเด็กและเยาวชน ในระดับชาติ และระดับจังหวัด มีการประชุมเพื่อปรึกษาหารือการขับเคลื่อนโครงการฯ โดยความร่วมมือกับศูนย์ความปลอดภัย กระทรวงศึกษาธิการ และกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย 2 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 วันที่ 2 มิถุนายน 2566 และ ครั้งที่ 2 วันที่ 28 สิงหาคม 2566
- 5) พัฒนาหลักสูตรและสื่อประกอบการจัดการเรียนรู้ความปลอดภัยทางถนนสำหรับการจัดฝึกอบรมวิทยากรและสำหรับเด็กและเยาวชน และพัฒนากระบวนการ TSY Program



## ภาพประกอบการดำเนินงาน



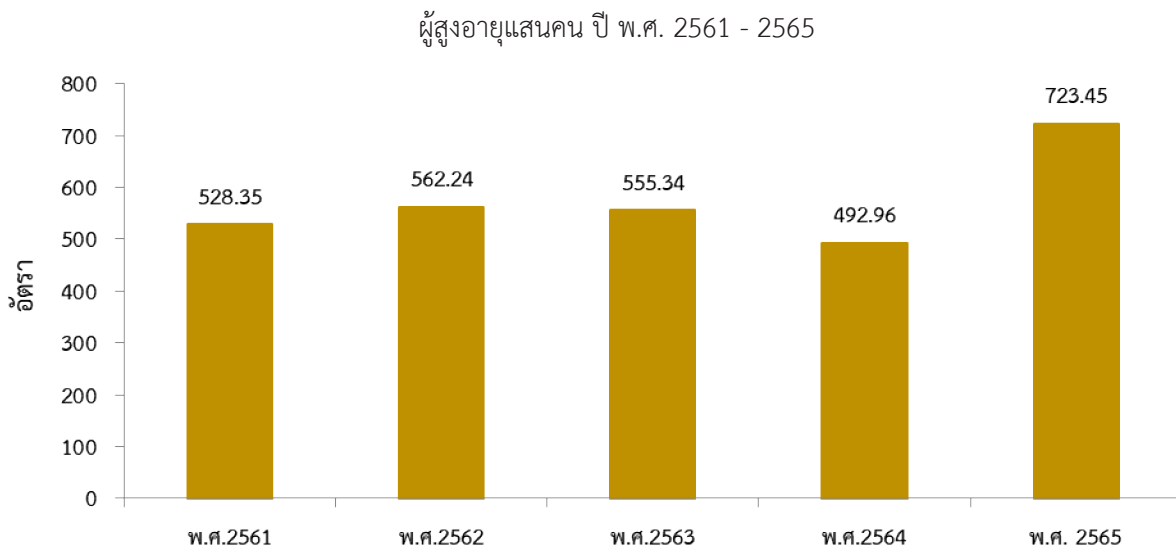
## ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

- 1) ขาดงบประมาณในการขับเคลื่อนการดำเนินงานและการพัฒนาศักยภาพครู/วิทยากร ประจำจังหวัด (Trainer) ใน 12 จังหวัด ทำให้ต้องมีการปรับแผนงบประมาณจากกิจกรรมอื่นมาใช้ร่วมด้วย รวมถึงจัดสรรงบประมาณใช้ร่วมกันระหว่างกรมควบคุมโรค และ สสส. และอย่างไรก็ตามงบประมาณที่มีมีอย่างจำกัด ไม่เหมาะสมกับเป้าหมายที่กำหนดไว้
- 2) ความร่วมมือในหน่วยงานส่วนกลางที่ยังไม่เป็นเอกภาพ มีหลายหน่วยงานที่ดำเนินงาน โดยมีทิศทางการทำงานที่แตกต่างกัน ไม่มีเป้าหมายร่วมกัน ไม่มีหน่วยงานที่เป็นเจ้าภาพชัดเจนในระดับชาติและพื้นที่ ในการกำหนดนโยบาย แผนงาน และกำกับทิศทางการทำงาน
- 3) ในระดับพื้นที่การบูรณาการการดำเนินงานร่วมกับโรงเรียน ผ่านสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาในประเด็นการบาดเจ็บจากการจราจรทางถนน ยังไม่เป็นนโยบายการขับเคลื่อนที่สำคัญของกระทรวงศึกษาธิการ ทำให้บทบาทการดำเนินงานของโรงเรียน ครู และผู้ที่เกี่ยวข้องไม่ชัดเจน ระยะเริ่มต้นดำเนินการเฉพาะโรงเรียนนำร่องและโรงเรียนที่สมัครใจ และมีความพร้อมเพื่อนำประสบการณ์ไปใช้ถ่ายทอดแลกเปลี่ยนขยายผลต่อไป



## 2.5.3.4 แผนงานป้องกันการบาดเจ็บพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุมาตั้งแต่ พ.ศ. 2548 และใน พ.ศ. 2566 มีผู้สูงอายุสูงถึง 12.7 ล้านคน “ประชากรรุ่นเกิดล้าน” ที่เกิดระหว่างปี พ.ศ. 2506 - 2526 กำลังจะเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ คนที่เกิด ปี พ.ศ. 2507 จำนวนกว่า 800,000 คน จะเป็นผู้สูงอายุ ในปี พ.ศ. 2567 และคาดการณ์ว่า ใน พ.ศ. 2580 จะมีสัดส่วนของผู้สูงอายุร้อยละ 30 ของประชากรทั้งหมด การพลัดตกหกล้มเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ จากรายงานการสำรวจสถานการณ์การพลัดตกหกล้มในประเทศไทย พบว่า ทุก ๆ ปีจะมีผู้สูงอายุมากกว่า 1 ใน 3 หกล้ม โดยร้อยละ 20 ของผู้หกล้มจะได้รับบาดเจ็บ เมื่อพิจารณาตามเพศ พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงพลัดตกหกล้มสูงกว่าเพศชายกว่า 1.6 เท่า จากข้อมูลรายงานสายด่วน 1669 พบว่า ผู้สูงอายุบาดเจ็บจากพลัดตกหกล้ม เรียกและใช้บริการรถพยาบาล มากกว่า 50,000 ครั้ง/ปี ซึ่งผู้สูงอายุที่บาดเจ็บเข้ารับบริการผู้ป่วยนอกมากกว่า 180,000 รายต่อปี และยังคงสูงเป็นอันดับ 1 ของอัตราผู้ป่วยใน หรือเกือบ 90,000 ราย/ปี ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1 รวมถึงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตมากกว่า 1,200 คน/ปี พ.ศ. 2565 มีผู้สูงอายุที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลเครือข่ายเฝ้าระวังการบาดเจ็บ 33 แห่ง จำนวน 20,473 ครั้ง พบว่า การพลัดตกหกล้มส่วนใหญ่เกิดจากการล้มบนพื้นระดับเดียวกันเพราะลื่น สะดุด และก้าวพลาด ร้อยละ 61.97 รองลงมา เกิดจากการตกหรือล้มลักษณะอื่นบนพื้นระดับเดียวกัน ร้อยละ 7.98 และตกหรือล้มบนบันได ร้อยละ 5.75



อัตราผู้ป่วยในของประชากรผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จากสาเหตุการพลัดตกหกล้มต่อประชากร ที่มา: สรุปรายงานการป่วย พ.ศ. 2561 - 2565 กลุ่มดิจิทัลสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

## ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

1) การพัฒนาศักยภาพเครือข่าย และสื่อสารมาตรการลดความเสี่ยง ส่งเสริมความรอบรู้ โดยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ พัฒนาศักยภาพเครือข่ายป้องกันการบาดเจ็บจากพลัดตกหกล้ม ผ่านระบบ Zoom meetings โดยจุดประสงค์เพื่อพัฒนาศักยภาพเครือข่ายการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ และสามารถรับชมผ่าน Facebook Live “กองป้องกันการบาดเจ็บ” มีผู้เข้าร่วมรับชมกว่า 1,000 คน นอกจากนี้กองป้องกันการบาดเจ็บได้เปิดให้ผู้สนใจทั่วไปสามารถรับชมเนื้อหาจากการประชุมย้อนหลังได้เช่นกัน



## ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

การป้องกันการบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุมีปัญหาที่ประสบ คือ คนที่จะก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุ ยังไม่พร้อมที่จะเป็นผู้สูงอายุ กล่าวคือยังไม่ได้เตรียมตัว เช่น ด้านร่างกาย ความรอบรู้ สภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัย เป็นต้น ในปี พ.ศ. 2567 ทางกองป้องกันการบาดเจ็บจึงจัดโครงการเตรียมความพร้อมวัยทำงานระยะปลายในการป้องกันพลัดตกหกล้มขึ้น เพื่อส่งเสริมความรอบรู้เกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้ม และเตรียมพร้อมให้กับวัยทำงานระยะปลายก่อนเข้าวัยสูงอายุ นอกจากนี้การได้รับงบประมาณสนับสนุนที่ไม่ต่อเนื่อง และไม่เพียงพอ ทำให้การจัดกิจกรรมมีข้อจำกัด ไม่ทั่วถึง อีกทั้งยังทำให้โครงการไม่สามารถดำเนินการต่อไป

### แผนการดำเนินงานต่อเนื่องในปีต่อไป

- 1) โครงการป้องกันการบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้ม วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศักยภาพเครือข่าย และส่งเสริมมาตรการการป้องกันการบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยมีแผนการดำเนินงานจัดกิจกรรมพัฒนาศักยภาพที่ครอบคลุม 13 เขตสุขภาพ จำนวนไม่น้อยกว่า 50 จังหวัด จำนวนไม่น้อยกว่า 100 คน และจัดจ้างผลิตสื่อสนับสนุน มาตรการป้องกันการบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้ม และจัดกิจกรรมรณรงค์
- 2) โครงการเตรียมความพร้อมวัยทำงานระยะปลายในการป้องกันพลัดตกหกล้ม วัตถุประสงค์เพื่อเตรียมความพร้อมให้กับวัยทำงานระยะปลายให้มีความรอบรู้เกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้ม และส่งเสริมการออกกำลังกายในน้ำ แผนการดำเนินงานจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ เครือข่ายดำเนินงานไม่น้อยกว่า 20 คน ประเมินผลความรอบรู้ และติดตามผล
- 3) โครงการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพป้องกันการบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้ม วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันการบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยมีแผนการผลิตและเผยแพร่สื่อการเรียนรู้ในรูปแบบและช่องทางต่าง ๆ ติดตามประเมินผล และซื้อสิทธิ์ในการเผยแพร่ สื่อสารผ่าน Line OA

### 2.5.3.5 แผนงานควบคุมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ

การบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ จากผลการสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากรใน พ.ศ. 2564 สำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ประชากรในวัย 15 ปีขึ้นไป จำนวน 57 ล้านคน พบจำนวนผู้สูบบุหรี่ 9.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 17.4 ซึ่งมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องจากปี พ.ศ. 2547 แต่ยังไม่บรรลุตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals; SDGs) หรือขององค์การอนามัยโลกในการที่จะควบคุมโรคไม่ติดต่อที่กำหนดว่าอัตราการสูบบุหรี่ในปี 2570 ต้องไม่เกินร้อยละ 14 โดยพบว่าประชากรอายุ 25 - 40 ปีขึ้นไป มีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุด ร้อยละ 21 รองลงมา คืออายุ 45 - 59 ปี ร้อยละ 19.1 และอายุ 20 - 24 ปี ร้อยละ 18.5 นอกจากนี้ พบว่า เพศชายมีอัตราการสูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิงถึง 16 เท่า กล่าวคือผู้สูบบุหรี่ในเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 34.7 และเพศหญิง ร้อยละ 1.3 แต่พบว่า เพศชายมีอัตราการสูบบุหรี่ลดลงจากปีพ.ศ. 2547 มากกว่าเพศหญิงอย่างชัดเจน โดยการพบเห็นหรือได้กลิ่น และพบเห็นกันบุหรี่ยุติในสถานที่สาธารณะ มากที่สุด คือ ตลาดสด/ตลาดนัด คิดเป็นร้อยละ 4.7 รองลงมาคือร้านอาหาร ร้อยละ 36.6 และสถานที่ขนส่งสาธารณะ คิดเป็นร้อยละ 35.3 ตามลำดับ

จากสถานการณ์การสูบบุหรี่ การพบเห็นหรือได้กลิ่น และพบเห็นกันบุหรี่ยุติในสถานที่สาธารณะดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าอัตราการสูบบุหรี่ของประเทศไทย แม้จะมีแนวโน้มลดลงแต่ยังต้องดำเนินการ เพื่อมุ่งสู่เป้าหมายตามที่กล่าวในข้างต้นผ่านการขับเคลื่อนการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบภายใต้แผนปฏิบัติการด้านการควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่สาม พ.ศ. 2565 - 2570 ร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในการร่วมกันดำเนินการประกอบกับ ณ ปัจจุบันมีการระบาดของบุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งเป็นผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่มีกลุ่มเป้าหมายในเด็กและเยาวชน

### ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

1) งานรณรงค์วันงดสูบบุหรี่โลก ประจำปี 2566 วันที่ 31 พฤษภาคม 2566 โดยได้รับพระมหากรุณาธิคุณจากสมเด็จพระเจ้าลูกเธอ เจ้าฟ้าสิริวัณณวรี นารีรัตนราชกัญญา ทรงพระกรุณาโปรดให้พันตำรวจเอกณรัชต์ เศวตนันทน์ รองเลขาธิการพระราชวัง เป็นผู้แทนพระองค์ไปเป็นประธานเปิดงาน และมอบรางวัล World No Day Award 2022 ภายใต้คำขวัญ “บุหรี่ไฟฟ้ามีสารพิษ เสพติด อันตราย” เพื่อสร้างความตระหนักและประกาศเจตนารมณ์ ของประเทศไทยสู่การเป็นประเทศปลอดบุหรี่อย่างยั่งยืน

2) เป็นหน่วยงานเจ้าภาพหลักรับการประเมินความจำเป็น (Needs Assessment) เกี่ยวกับการดำเนินการตามกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก ระหว่างวันที่ 12 - 16 มิถุนายน 2566 โดย Dr Adriana Blanco Marquizo หัวหน้าสำนักเลขาธิการกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบในการนำผลดังกล่าวมาพัฒนาการดำเนินการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

3) กำหนด และขับเคลื่อนนโยบาย กฎหมายด้านการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ ผ่านการประชุมคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบแห่งชาติ โดยมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน และคณะอนุกรรมการคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบแห่งชาติ ในการนำนโยบายมาตรการต่าง ๆ ลงสู่การปฏิบัติในระดับจังหวัดและกรุงเทพมหานครฯ ครอบคลุมทั้งประเทศ

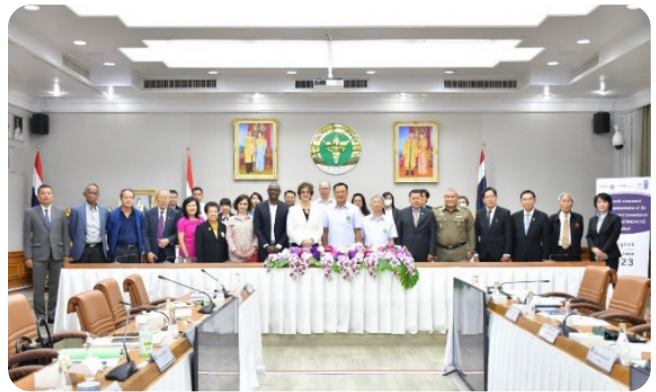
4) นิเทศติดตาม เยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานควบคุมยาสูบในระดับพื้นที่ทั้ง 12 เขตบริการสุขภาพ

5) ขับเคลื่อนการดำเนินงานสถานศึกษาปลอดบุหรี่ในโรงเรียนที่สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) โดยการดำเนินงานตามแนวทาง 7 มาตรการเพื่อสถานศึกษาปลอดบุหรี่ เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันเด็กและเยาวชนไม่ให้กลายเป็นนักสูบบุหรี่ใหม่

6) ลงพื้นที่ออกตรวจเตือน เฝ้าระวัง และประชาสัมพันธ์ให้ความรู้การปฏิบัติตาม พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 ให้แก่ผู้ประกอบการ ร้านค้า ตลาด และสถานที่สาธารณะต่าง ๆ ร่วมกับหน่วยงานเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับส่วนกลาง และระดับจังหวัด รวมถึงดำเนินการร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (สคบ.) ในการปราบปรามผู้กระทำความผิดลักลอบจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้า



## ภาพประกอบการดำเนินงาน



## ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

ปัจจุบันธุรกิจยาสูบมีการปรับกลยุทธ์ทางการตลาด พัฒนาผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ ๆ โดยเฉพาะบุหรี่ไฟฟ้า เพื่อดึงดูดให้เกิดกลุ่มนักสูบหน้าใหม่ และเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงสินค้า รวมถึงมีการแทรกแซงนโยบายมาตรการและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ ทำให้ต้องติดตามสถานการณ์ตอบโต้และขับเคลื่อนการดำเนินการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบอย่างเท่าทันเสมอ



### 2.5.3.6 แผนงานโรคไม่ติดต่อ (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เมตาบอลิกซินโดรมและการบริโภคโซเดียม)

เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) เป้าหมายย่อยที่ 3.4.1 ลดการตายก่อนวัยอันควร (อายุ 30 ปีถึง 70 ปี) จากโรคไม่ติดต่อ ให้ลดลง 1 ใน 3 ภายในปี พ.ศ. 2573 (ร้อยละ 8.81) โดยวัดด้วยความน่าจะเป็นของการเสียชีวิตจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อ 4 กลุ่มโรค ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง ผลการดำเนินงานพบว่าความน่าจะเป็นของการเสียชีวิตที่ จากโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรังมีแนวโน้มลดลง (ปี 2553 = 13.48%, ปี 2563 = 12.8%)

โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร โดยโรคดังกล่าวมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 (พ.ศ. 2557) และ ครั้งที่ 6 (พ.ศ. 2563) พบความชุกของโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ภาวะอ้วนมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นโดยความชุกโรคเบาหวาน พบร้อยละ 8.9 และ 9.5 ตามลำดับ ความชุกโรคความดันโลหิตสูง พบร้อยละ 24.7 และ 25.4 ตามลำดับ ความชุกอ้วน พบร้อยละ 37.4 และ 42.2 ตามลำดับ อีกทั้งยังพบพฤติกรรมเสี่ยงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน ได้แก่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน (BMI  $\geq$  25 กก./ม<sup>2</sup>) ภาวะอ้วนลงพุง (เส้นรอบเอว  $\geq$  90 ซม. ในชาย และ  $\geq$  80 ซม. ในหญิง) ภาวะไขมันคอเลสเตอรอลในเลือดสูง (Total Cholesterol  $\geq$  240 มก./ดล.) และจากข้อมูลพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2560 - 2562 พบคนไทยบริโภคน้ำตาลทรายประมาณ 2.5 - 2.6 ล้านตันต่อปี และในปี พ.ศ. 2562 คนไทยดื่มเครื่องดื่มที่ผสมน้ำตาลเฉลี่ย 3 แก้ว (519.3 มิลลิลิตร) ต่อวัน ปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เหล่านี้ นำไปสู่การเป็นผู้ป่วยโรค NCDs เพิ่มขึ้นอีกจำนวนมากในอนาคตอันใกล้

### ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

#### 1) ด้านนโยบาย

1.1) จัดทำแผนปฏิบัติการด้านการป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย (พ.ศ. 2566 - 2570) ต่อเนื่องจากแผนเดิม โดยมีเป้าหมายของแผนคือ ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีความร่วมมือของทุกภาคส่วน สนับสนุนให้ประชาชนสามารถจัดการสุขภาพตนเองให้พ้นจากโรค NCDs ที่ป้องกันได้อย่างยั่งยืน ภายในปี พ.ศ. 2570

1.2) ขับเคลื่อนทศวรรษการป้องกันและชะลอภาวะไตเรื้อรัง พ.ศ. 2565 - 2574 มุ่งลดอุบัติการณ์ของการเกิดโรคไตรายใหม่ และลดอุบัติการณ์การเกิดโรคไตระยะสุดท้าย ประกอบด้วย 4 ยุทธศาสตร์ ดังนี้ ยุทธศาสตร์ที่ 1 การส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาความเข้มแข็งชุมชนและการจัดการปัจจัยสภาพแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง ยุทธศาสตร์ที่ 3 การเพิ่มประสิทธิภาพระบบบริการชะลอไตเสื่อม และยุทธศาสตร์ที่ 4 การเพิ่มประสิทธิภาพระบบสนับสนุนการป้องกันและชะลอโรคไตเรื้อรัง

1.3) การขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย (พ.ศ. 2559 - 2568) โดยการขับเคลื่อนการลดการบริโภคเกลือและโซเดียมระดับจังหวัด 19 จังหวัด (จังหวัดใหม่) นำร่องการดำเนินงานในประเด็นการรับรองเมนูลดเค็มเพื่อสุขภาพสำหรับร้านอาหารในกรุงเทพมหานคร พื้นที่เขตทวีวัฒนาสนับสนุนการดำเนินงานของพื้นที่ด้วยสื่อประชาสัมพันธ์ต่าง ๆ เช่น แผ่นพับลดโซเดียมลดโรคไม่ติดต่อ CD สติกเกอร์เมนูเค็มน้อยอร่อยดี เป็นต้น และประเมินความตระหนักรู้ความเสี่ยงความเสี่ยงการบริโภคเกลือและโซเดียม พบประชาชนมีความตระหนักรู้ ร้อยละ 30.79 (เป้าหมาย  $\geq$  55%)

1.4) การขับเคลื่อนนโยบายองค์กรสุขภาพดี 3 ระดับ ได้แก่ ระดับนโยบาย ระดับพี่เลี้ยง ระดับสถานประกอบการ/องค์กร (ที่ทำสำเร็จ) มีการสัมมนาวิชาการเครือข่ายการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในสถานที่ทำงาน “Thailand Forum on NCDs and Workplace Policy” และจัดทำ (ร่าง) นโยบายองค์กรสุขภาพดีสำหรับองค์กรภาครัฐและภาคเอกชน

## 2) ด้านการส่งเสริมสุขภาพและลดความเสี่ยง

2.1) การดำเนินงานชุมชนลดเสี่ยง โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (CBI NCDs) ขับเคลื่อนการดำเนินการป้องกันควบคุมโรคไตในชุมชน ผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จำนวน 104 อำเภอ จัดสัมมนาวิชาการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (DM HT CKD) โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน 3 หัวข้อสำคัญ ได้แก่ 1) การป้องกันโรคไตเรื้อรังในชุมชน 2) การลดเค็ม ลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อ 3) การป้องกันโรคไตในชุมชน ผ่านกลไกคณะกรรมการ พชอ. พัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงาน พร้อมทั้งจัดทำวิดีโอสื่อการเรียนการสอนหลักสูตรการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้ชุมชนเป็นฐานสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

2.2) การสร้างเสริม Health literacy ด้าน NCD ด้วยสื่อดิจิทัล จัดทำแผนการสื่อสารประชาสัมพันธ์พัฒนาความรู้ทางสุขภาพด้านโรคไม่ติดต่อ สนับสนุนสื่อต่าง ๆ เช่น ภาพยนตร์สั้น จานรอง แก้วยาง Know Your Numbers & Know Your Risks หนังสือประชาชนรอบรู้สู้โรคไม่ติดต่อ (Health Literacy : Together Fight NCDs) สำหรับเรือนจำ เป็นต้น ประเมินความรู้หลังการเผยแพร่สื่อ พบว่าประชาชนมีความรู้เรื่องโรคไม่ติดต่อ ร้อยละ 77.28

2.3) การดำเนินงาน Smart digital health สำหรับเป็นจุดให้บริการเพิ่มการเข้าถึงและเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างเครือข่ายบริการกับประชาชน พัฒนาแผนบูรณาการ Digital Personal Health Data ติดตามการดำเนินงานการให้บริการจุดบริการสถานีสุขภาพของประชาชน

## 3) ด้านการเสริมสมรรถนะระบบบริการสุขภาพ

3.1) การพัฒนาระบบบริการโรคไม่ติดต่อ ปี พ.ศ. 2566 มีโรงพยาบาลสังกัดสภ. รพศ. รพท. และรพช. ทั่วประเทศ

3.2) การดำเนินงานค้นหากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาล ขยายผลการดำเนินงานจากเดิมปี 2565 จำนวน 33 แห่ง เป็น 164 แห่ง พัฒนา ปรับปรุงแนวทางการติดตามกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกอื่น ๆ (Hospital BP) รูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (E-book) รวมถึงสื่อสิ่งพิมพ์อื่น ๆ เช่น ไปสเตอร์ Flow Chart

## 4) ด้านการพัฒนาระบบข้อมูล และระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ

4.1) พัฒนาระบบคัดกรองสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อผ่าน Application Smart อสม. มีจังหวัดเข้าร่วมดำเนินงานคัดกรองผ่าน Application เพื่อทำการเชื่อมโยงข้อมูลและแสดงผลบน NCD Dashboard

4.2) พัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อในพื้นที่เฉพาะ ได้วิเคราะห์และจัดทำข้อเสนอแนะการพัฒนารูปแบบบริการด้านดิจิทัลเพื่อการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อในสถานประกอบการ และข้อเสนอแนะสำหรับแนวทางการคัดกรองผู้ต้องขังในเรือนจำ/ ทัณฑสถานในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อ

4.3) พัฒนาระบบเฝ้าระวัง และสอบสวนโรคกรณีหมดสติ หรือการเสียชีวิตขณะวิ่งในที่สาธารณะ จัดทำแบบสอบสวนโรคฉบับภาษาอังกฤษ พัฒนาสื่อแนวทางเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของเครือข่าย

## 5) ด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่าย

5.1) หลักสูตร DM-HT Care Management สำหรับพยาบาลที่ผ่านการอบรมจะได้รับหน่วยคะแนนการศึกษาต่อเนื่องสาขาพยาบาลศาสตร์ (CNEU)

5.2) เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ Virtual NCD Forum 2023 ดำเนินงานในรูปแบบ On, Bsite และ Online ผ่านระบบ Webex Meeting และ Facebook Live กองโรคไม่ติดต่อ

5.3) พัฒนาศักยภาพทีม NCD System Manager 12 จังหวัด จำนวน 53 คน และลงพื้นที่ฝึกปฏิบัติในจังหวัด อุตรดิตถ์ ชัยนาท สระบุรี สมุทรสาคร จันทบุรี ระยอง กาฬสินธุ์ บึงกาฬ สุรินทร์ ยโสธร สุราษฎร์ธานี และลำปาง

5.4) พัฒนาศักยภาพบุคลากรหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดำเนินงานเฝ้าระวังและลดการบริโภคเกลือและโซเดียมระดับจังหวัด

- 5.5) พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ให้มีความรู้ความเข้าใจหลักการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (DM HT CKD) โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน
- 5.6) พัฒนาศักยภาพแพทย์ผู้ดูแลมาตรฐานการจัดการความปลอดภัยในงานวิ่งประเภถถนน และการสอบสวนโรคประจำจังหวัดร่วมกับเครือข่าย

## ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

ระบบการรายงานข้อมูล พบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชานวมินทรราชินี (สอน.) ที่ถ่ายโอนไปยังสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) บางแห่งข้อมูลการคัดกรอง และการให้บริการสุขภาพ ขาดความต่อเนื่อง เชื่อมโยงกับระบบ HDC กระทรวงสาธารณสุข

## 2.5.4 กลุ่มโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม (Occupational and Environmental Diseases: Env-Occ)

## 2.5.4.1 แผนงานการขับเคลื่อนมาตรการทางกฎหมาย และกลไกการเฝ้าระวัง การป้องกัน และการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม ปี 2566

ตามที่พระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 ได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 132 ตอนที่ 67 ก เมื่อวันที่ 22 พฤษภาคม 2562 และมีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 19 กันยายน 2562 เป็นต้นมา โดยมีอนุบัญญัติที่ประกาศในราชกิจจานุเบกษา มีผลใช้บังคับแล้ว จำนวน 16 ฉบับ ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม อยู่ระหว่างดำเนินการเสนอรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขลงนาม จำนวน 8 ฉบับ มีการแต่งตั้งคณะกรรมการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมจังหวัดและกรุงเทพมหานคร ครบทั้ง 77 จังหวัด พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ในหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม (EnvOcc CU) จำนวน 77 จังหวัด ซึ่งทุกจังหวัดที่ผ่านการอบรมมีองค์ประกอบครบสำหรับการจัดตั้งหน่วยปฏิบัติการ ดังนั้น เพื่อให้กลไกในการเฝ้าระวัง การป้องกัน และการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ จึงจำเป็นต้องจัดทำอนุบัญญัติที่ต้องออกตามความใน พ.ร.บ. ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 พัฒนาและปรับปรุงระบบข้อมูลรองรับกลไกการเฝ้าระวัง การป้องกัน และการควบคุมโรค EnvOcc. พัฒนาศักยภาพหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมจังหวัดและกทม. สำหรับการจัดตั้งหน่วยปฏิบัติการ EnvOcc CU ให้ครบ 76 จังหวัดและกทม. การพัฒนาระบบห้องปฏิบัติการสาธารณสุขและการตรวจวัดทางสูทศาสตร์อุตสาหกรรมให้ได้มาตรฐานระดับสากล เพื่อสนับสนุนงานการสอบสวนโรค การเฝ้าระวัง การป้องกัน และการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมที่มีต่อลูกจ้าง แรงงานนอกระบบ และประชาชนที่ได้รับสัมผัสหรืออาจได้รับมลพิษจากสิ่งแวดล้อม

## ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

- 1) ความก้าวหน้าการจัดทำอนุบัญญัติภายใต้พระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562
- 2) ผลการดำเนินงาน คณะกรรมการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม และคณะอนุกรรมการด้านวิชาการ
- 3) ความก้าวหน้าการจัดตั้งหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม
- 4) การเตรียมการออกบัตรพนักงานเจ้าหน้าที่
- 5) ความก้าวหน้าการจัดทำอนุบัญญัติภายใต้พระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562

อนุบัญญัติที่มีผลบังคับใช้แล้ว จำนวน 16 ฉบับ อนุบัญญัติที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม และอยู่ระหว่างเสนอรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขลงนาม จำนวน 8 ฉบับ อนุบัญญัติที่คณะกรรมการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมเห็นชอบในหลักการแล้ว จำนวน 1 ฉบับ และอยู่ระหว่างการจัดทำร่างอนุบัญญัติ จำนวน 1 ฉบับ

6) ผลการดำเนินงาน คณะกรรมการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม และคณะอนุกรรมการด้านวิชาการ



6.1) คณะกรรมการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม ดำเนินการจัดประชุมจำนวน 2 ครั้ง โดยในที่ประชุมได้ร่วมกันพิจารณาอนุบัญญัติและสิ่งที่จะต้องดำเนินการภายใต้พระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 รายละเอียด ดังนี้

ลำดับ	ว/ด/ป	วาระพิจารณา
1	16 ม.ค. 2566	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง คุณสมบัติของหน่วยงานอื่นใดของรัฐที่จะดำเนินการขึ้นทะเบียนแก่หน่วยบริการอาชีพเวชกรรมหรือเวชกรรมสิ่งแวดล้อมตามพระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 พ.ศ. .... (ม.25 วรรค 1)</li> <li>- การเพิ่มเติมองค์ประกอบของคณะอนุกรรมการภายใต้คณะกรรมการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม</li> </ul>
2	3 พ.ค. 2566	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การประกาศเขตพื้นที่ที่ต้องมีการเฝ้าระวัง การป้องกัน และการควบคุมโรคจากประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมตามมาตรา 14 (2) และมาตรา 35 แห่งพระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 กรณีฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5)</li> <li>- การประกาศกำหนดชื่อหรืออาการสำคัญของโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมเพิ่มเติม</li> <li>- (ร่าง) รายงานผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค สถานการณ์ด้านโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม ปี พ.ศ. 2565 ตามมาตรา 14 (6)</li> </ul>



## 6.2) คณะอนุกรรมการด้านวิชาการ

ดำเนินการจัดประชุมจำนวน 4 ครั้ง รายละเอียด ดังนี้

ลำดับ	ว/ด/ป	วาระพิจารณา
1	20 ธ.ค. 2565	- ร่างประกาศคณะกรรมการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม เรื่อง ประเภท ขนาด และลักษณะของแหล่งกำเนิดมลพิษและประเภทหรือกลุ่มของประชาชนที่ได้รับหรืออาจได้รับมลพิษ พ.ศ. .... (PM2.5) - แนวทางการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม 7 โรค
2	21 ก.พ. 2566	- การจัดประชุมวิชาการด้านโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมแห่งชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 3 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 (The 3rd International Conference on Occupational and Environmental Diseases (3rd ICOED)) - (ร่าง) คำสั่งคณะกรรมการด้านวิชาการ เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาเกณฑ์ประเมินคุณภาพการจัดการบริการอาชีวเวชกรรมและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม
3	3 เม.ย. 2566	- ชื่อหรืออาการสำคัญของโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม (โรคจากรังสีแตกตัว) - การกำหนดเขตพื้นที่และแนวปฏิบัติเพื่อเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคจากสิ่งแวดล้อม (กรณีฝุ่น PM2.5) - (ร่าง) แนวทางการปฏิบัติสำหรับนายจ้างแจ้งข้อมูล ตามมาตรา 7 (2)
4	21 ส.ค. 2566	- นิยามที่เกี่ยวข้องกับโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม (โรคจากรังสีแตกตัว) - ชื่อหรืออาการสำคัญของโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม (โรคจากรังสีแตกตัว)

6.3) ดำเนินการจัดตั้งหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมจำนวน 65 จังหวัด ข้อมูล ณ วันที่ 7 กันยายน 2566 รายละเอียด ดังนี้ สคร.1 : เชียงใหม่ ลำปาง ลำพูน แม่ฮ่องสอน/ สคร.2 : พิษณุโลก สุโขทัย ตาก อุตรดิตถ์ เพชรบูรณ์/ สคร.3 : กำแพงเพชร ชัยนาท พิจิตร/ สคร.4 : อ่างทอง ปทุมธานี สิงห์บุรี สระบุรี ลพบุรี พระนครศรีอยุธยา/ สคร.5 : กาญจนบุรี เพชรบุรี สุพรรณบุรี ราชบุรี สมุทรสงคราม/ สคร.6 : สระแก้ว ระยอง จันทบุรี ชลบุรี ปราจีนบุรี สมุทรปราการ ตรวต ฉะเชิงเทรา/ สคร.7 : ขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด กาฬสินธุ์/ สคร.8 : หนองคาย หนองบัวลำภู นครพนม สกลนคร เลย อุดรธานี/ สคร.9 : นครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ สุรินทร์/ สคร.10 : มุกดาหาร ยโสธร ศรีสะเกษ อำนาจเจริญ อุบลราชธานี/ สคร.11 : กระบี่ ภูเก็ต ระนอง สุราษฎร์ธานี ชุมพร นครศรีธรรมราช พังงา/ สคร.12 : นราธิวาส ปัตตานี พัทลุง ยะลา สงขลา สตูล ตรัง/ สปคม. : กรุงเทพมหานคร

6.4) จัดทำบัตรประจำตัวพนักงานเจ้าหน้าที่ ให้แก่เจ้าหน้าที่สังกัดกองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม พร้อมทั้งพัฒนาเว็บไซต์บัตรประจำตัวพนักงานเจ้าหน้าที่ให้ดำเนินการได้ทั้งในรูปแบบเว็บไซต์และแอปพลิเคชัน

## ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

- 1) การเสนออนุบัญญัติตามลำดับชั้นมีความล่าช้า เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงรัฐบาลชุดใหม่ จึงทำให้ไม่สามารถดำเนินการตามขั้นตอนได้
- 2) การรับทราบและเข้าใจพระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 หลายหน่วยงานยังไม่มีความเข้าใจและไม่ทราบถึงสาระสำคัญของพระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562
- 3) ไม่สามารถจัดสรรงบประมาณในการจัดประชุมคณะกรรมการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมจังหวัด ซึ่งหน่วยงานบางแห่งมีความจำเป็นต้องจัดประชุมเพื่อแต่งตั้งหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม

#### 2.5.4.2 แผนงานพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพ

รัฐบาลให้ความสำคัญในการพัฒนาแรงงานไทยสู่ความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืนตามยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ปี 2560 - 2579) และกระทรวงสาธารณสุข ให้ความสำคัญในการพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย ได้แก่ กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย กลุ่มวัยเรียน กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มวัยทำงาน และกลุ่มวัยผู้สูงอายุ ซึ่งมีความเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ชาติประเด็นที่ 13 การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี โดยกระทรวงสาธารณสุข จัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) เพื่อเป้าหมาย “การสร้างเสริมให้คนไทยมีสุขภาพที่ดี” และกรมควบคุมโรค ได้รับมอบหมายในการดูแลกลุ่มวัยทำงาน จัดทำแผนบูรณาการพัฒนาศักยภาพคนตามช่วงวัยปี 2564 “สร้างความมั่นคงในชีวิตให้แรงงาน (วัยแรงงาน 15 - 59 ปี)” รวมถึงการขับเคลื่อนกฎหมายโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมกรมควบคุมโรค ได้ให้ความสำคัญ และมุ่งเน้นการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และภัยสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพในกลุ่มวัยทำงาน โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อลดและควบคุมปัจจัยเสี่ยงในการทำงานของกลุ่มวัยทำงานแบบองค์รวม (Total Worker Health) และขับเคลื่อนการเข้าถึงการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มวัยทำงานอย่างทั่วถึง ภายใต้วัดชี้วัดที่สำคัญ และกลไกการขับเคลื่อนงานร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

### ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

1) ระดับความสำเร็จของการสนับสนุนให้หน่วยบริการสุขภาพยกระดับการจัดบริการอาชีวเวชกรรม เพื่อเฝ้าระวังสุขภาพกลุ่มผู้ประกอบอาชีพเสี่ยงโรคจากการประกอบอาชีพสำคัญ โดยดำเนินการตามแพคเกจการจัดการโรคจากการประกอบอาชีพ เพื่อเฝ้าระวังสุขภาพกลุ่มผู้ประกอบอาชีพด้วยกิจกรรมสำคัญ 4 กิจกรรมหลัก 1) คัดกรอง/ ซักประวัติลูกจ้าง 2) ตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน 3) วินิจฉัยโรค และ 4) ให้ความรู้และให้คำแนะนำแก่ลูกจ้างหรือผู้ที่สัมผัสความเสี่ยง จำนวนเป้าหมายร้อยละ 20 ของหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ (หน่วยบริการสุขภาพระดับ รพท./ รพศ.) พบว่า มีหน่วยบริการสุขภาพเข้าร่วมดำเนินการตามแพคเกจการจัดการโรคจากการประกอบอาชีพ จำนวนทั้งหมด 49 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 38.89 จากจำนวนหน่วยบริการสุขภาพ (ระดับ รพท./ รพศ.) ทั้งหมด 126 แห่ง

2) ร้อยละ 20 ของผู้ประกอบอาชีพกลุ่มเสี่ยง ได้รับการเฝ้าระวังสุขภาพ (3 กลุ่มโรค: ตะกั่ว ฝุ่นซิลิกา แอสเบสตอส) สถานประกอบการเสี่ยง นำแพคเกจการจัดการโรคจากการประกอบอาชีพไปใช้โดยดำเนินการตามกิจกรรมสำคัญ 3 กิจกรรมหลัก เพื่อลดความเสี่ยงที่นำไปสู่การเกิดโรคจากการประกอบอาชีพ ประกอบด้วย 1) จัดให้มีการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน 2) วางระบบการคัดกรองและส่งต่อ และ 3) ควบคุมความเสี่ยงตามหลัก Hierarchy of Control มีสถานประกอบการเสี่ยงดำเนินการ ได้แก่ 1) สถานประกอบการเสี่ยงโรคจากตะกั่วหรือสารประกอบของตะกั่ว จำนวน 64 แห่ง 2) สถานประกอบการเสี่ยงโรคจากฝุ่นซิลิกา จำนวน 96 แห่ง 3) สถานประกอบการเสี่ยงโรคจากแอสเบสตอส (ใยหิน) หรือโรคมะเร็งที่เกิดจากแอสเบสตอส จำนวน 5 แห่ง

3) ร้อยละ 50 ของผู้ประกอบอาชีพได้รับการดูแลสุขภาพตามมาตรการที่กำหนด ลูกจ้างที่ทำงานในสถานประกอบการที่เสี่ยงสัมผัสปัจจัยก่อให้เกิดโรคจากการประกอบอาชีพได้รับการดูแลสุขภาพตามมาตรการต่าง ๆ โดยในระยะแรกกำหนดเป้าหมาย 3 โรคสำคัญ ได้แก่ 1) โรคจากตะกั่วหรือสารประกอบของตะกั่ว 2) โรคจากฝุ่นซิลิกา และ 3) โรคจากแอสเบสตอส (แร่ใยหิน) หรือโรคมะเร็งที่เกิดจากแอสเบสตอส (แร่ใยหิน) โดยกำหนดให้สถานประกอบการดำเนินการตามแพคเกจจัดการโรคจากการประกอบอาชีพสำหรับสถานประกอบการ ประกอบด้วย กิจกรรม 3 กิจกรรมหลัก คือ 1) สนับสนุนการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงให้กับลูกจ้างที่สัมผัสปัจจัยเสี่ยง 2) วางระบบการคัดกรอง และส่งต่อ 3) ปรับปรุงสภาพแวดล้อมในการทำงานให้เหมาะสมและปลอดภัย

4) การดำเนินงานสถานประกอบการปลอดโรค ปลอดภัย ภายใจเป็นสุข ภายใต้โครงการสถานประกอบการปลอดโรค ปลอดภัย ภายใจเป็นสุข และศูนย์สุขภาพดีวัยทำงาน โดยเป้าหมายการดำเนินงาน คือ สถานประกอบการขนาดเล็ก และเสี่ยงด้วยโรคจากการประกอบอาชีพ ภายใต้พระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 เข้าร่วมดำเนินการและผ่านเกณฑ์ จังหวัดละ 3 แห่ง (รวม 228 แห่ง) พบว่า สถานประกอบการเข้าร่วมโครงการสถานประกอบการ ปลอดโรค ปลอดภัย ภายใจเป็นสุข ประจำปี 2566 จำนวน 266 แห่ง ผ่านเกณฑ์การประเมินฯ จำนวน 81 แห่ง

## ภาพประกอบการดำเนินงาน



## ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

- 1) หน่วยงานสาธารณสุขในระดับจังหวัด ยังขาดการเชื่อมต่อและการบูรณาการการดำเนินงานกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง
- 2) พื้นที่ขับเคลื่อนการดำเนินงานได้ยาก ในกลุ่มสถานประกอบกิจการขนาดกลางและขนาดเล็ก เนื่องจากไม่มีระบบการบริหารจัดการด้านความปลอดภัยอาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน ส่วนใหญ่ พบว่า ไม่มีการตรวจสุขภาพลูกจ้างก่อนเข้างาน หรือตรวจสุขภาพประจำปี
- 3) ระบบการจัดเก็บข้อมูลสถานการณ์ปัญหาทางด้านโรคจากการประกอบอาชีพฯ และข้อมูลด้านสุขภาพจิต รวมถึงปัจจัยและพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพในสถานประกอบการที่เข้าร่วมโครงการฯ ยังขาดการเชื่อมโยงข้อมูลเนื่องจากมีหลายหน่วยงานที่จัดเก็บข้อมูลของสถานประกอบการ เช่น กระทรวงอุตสาหกรรม สำนักงานประกันสังคม กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน เป็นต้น
- 4) ขาดช่องการรายงานข้อมูลการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพที่ทันต่อสถานการณ์ระหว่างหน่วยงานส่วนกลางและหน่วยงานระดับพื้นที่
- 5) ผู้รับผิดชอบงานในระดับพื้นที่มีการเปลี่ยนแปลง และขาดการส่งต่อข้อมูลการดำเนินงาน ทำให้ขาดความต่อเนื่องของผลการดำเนินงาน
- 6) ผู้รับผิดชอบงานขาดความรู้ความเข้าใจในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพ ทำให้ไม่สามารถรายงานผลการดำเนินงานได้ครบตามตัวชี้วัดที่กำหนด

### 2.5.4.3 แผนงานพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคจากสิ่งแวดล้อม

1) ระดับความสำเร็จของการสนับสนุนให้จังหวัดมีการขับเคลื่อนมาตรการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ จากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM<sub>2.5</sub>)

ปัญหาภัยสุขภาพจาก PM<sub>2.5</sub> ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและการดำเนินชีวิตประจำวันของประชาชน รัฐบาลจึงได้ยกระดับให้การดำเนินการแก้ปัญหาดังกล่าวเป็นวาระแห่งชาติ ทั้งนี้ จากการรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO) มลพิษอากาศทำให้ผู้ป่วยมาตรวจที่ห้องฉุกเฉินและนอนโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น รวมถึงเพิ่มความเสี่ยงการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร โดยสาเหตุการเสียชีวิต เกิดจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และมะเร็งปอด จึงมีความจำเป็นที่ต้องพัฒนาการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในหน่วยบริการ การจัดทำข้อมูลสถานการณ์เพื่อบ่งชี้พื้นที่และกลุ่มประชาชน เป้าหมายในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy: HL) เพื่อลดการสัมผัสและป้องกันโรคจาก PM<sub>2.5</sub> โดยจังหวัด (รวมพื้นที่กรุงเทพมหานคร) และอำเภอเป้าหมายมีการดำเนินกิจกรรมสำคัญภายใต้ตัวชี้วัดทั้ง 4 กิจกรรม ได้แก่ (1) การจัดทำฐานข้อมูล Health Profile PM<sub>2.5</sub> ตามกรอบและแนวทางที่กำหนด (2) การสื่อสารความเสี่ยงและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ (3) การพัฒนาหน่วยบริการสุขภาพในการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม (เชิงรับ) (4) การกำหนดมาตรการและขับเคลื่อนมาตรการ เพื่อการจัดการปัญหา PM<sub>2.5</sub> และป้องกันผลกระทบทางสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นกับประชาชนกลุ่มเสี่ยง

### ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

ถ่ายทอดแนวทางการดำเนินงานภายใต้ตัวชี้วัดเพื่อให้จังหวัดเป้าหมาย รวมถึงพื้นที่กรุงเทพมหานครมีความรู้ความเข้าใจและสามารถดำเนินงานตามกิจกรรมที่กำหนดภายใต้ตัวชี้วัด ทั้งนี้ ยังมีการจัดประชุมราชการเพื่อติดตามความก้าวหน้าผลการดำเนินงานและการลงพื้นที่ติดตามเยี่ยมเสริมพลังเพื่อทำการถอดบทเรียนพื้นที่ต้นแบบในการดำเนินงาน และพื้นที่ที่ยังมีปัญหาของการดำเนินงานภายใต้ตัวชี้วัด ผลสำเร็จในการดำเนินงานภายใต้ตัวชี้วัดฯ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 มีจังหวัดที่สามารถดำเนินงานได้ตามกิจกรรมที่กำหนด จำนวน 29 จังหวัด (62 อำเภอ) และ พื้นที่กรุงเทพมหานคร (2 เขต : เขตดินแดง และเขตหนองแขม) โดยในกิจกรรมการจัดทำข้อมูล Health Profile PM<sub>2.5</sub> พื้นที่ที่สามารถนำข้อมูลไปใช้ในการวิเคราะห์เพื่อกำหนดกลุ่มเป้าหมายในการสร้าง Health literacy (HL) ในพื้นที่ รวมไปถึงสามารถนำข้อมูลไปสนับสนุนในการกำหนดนโยบายและมาตรการเพื่อการจัดการและควบคุมฝุ่น PM<sub>2.5</sub> และผลกระทบต่อสุขภาพจากการสัมผัสฝุ่น PM<sub>2.5</sub> ในพื้นที่ และในด้านการสื่อสารความเสี่ยงและการประเมินความรอบรู้ ส่วนใหญ่พบข้อมูลการดำเนินงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประชาชนกลุ่มเปราะบาง (เด็ก ผู้สูงอายุ หญิงมีครรภ์ และมีโรคประจำตัว)

2) อัตราป่วยด้วยโรกระบบทางเดินหายใจและโรกระบบหัวใจและหลอดเลือดที่อาจเกี่ยวกับการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็กขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน ต่ำกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปี ย้อนหลัง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

ปัญหาภัยสุขภาพจากมลพิษอากาศ กรณีปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM<sub>2.5</sub>) เป็นปัญหาสำคัญสามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพ รวมถึงการดำเนินชีวิตประจำวันของประชาชน จึงมีความจำเป็นที่ต้องมีการเฝ้าระวังสถานการณ์ทางสุขภาพของประชาชนเพื่อประเมินผลการดำเนินงานภายใต้มาตรการที่กรมควบคุมโรคกำหนด 1) การจัดทำฐานข้อมูล Health Profile PM<sub>2.5</sub> ตามกรอบและแนวทางที่กำหนด 2) การสื่อสารความเสี่ยงและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ 3) การพัฒนาหน่วยบริการสุขภาพในการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรับ 4) การกำหนดมาตรการและขับเคลื่อนมาตรการ เพื่อการจัดการปัญหา PM<sub>2.5</sub> และป้องกันผลกระทบทางสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นกับประชาชนกลุ่มเสี่ยง



## ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

ตัวชี้วัดแผนงานควบคุมโรคและภัยสุขภาพ การสรุปข้อมูลผลการดำเนินงาน ตามมาตรการควบคุมโรคจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน โดยเทียบข้อมูลอัตราป่วยจากค่ามัธยฐาน 3 ปีย้อนหลัง (พ.ศ. 2563 - 2565) เนื่องจากข้อมูลปี พ.ศ. 2561 - 2562 ข้อมูลในพื้นที่ไม่สมบูรณ์ จากระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center : HDC) ระหว่างเดือนมกราคม - สิงหาคม ของทุกปี ดังนี้ ตามข้อมูลอัตราป่วย 3 ปีย้อนหลัง (พ.ศ. 2563 - 2565) จากกลุ่มพัฒนาระบบข้อมูลค่ามัธยฐาน เท่ากับ 1,203.93 ต่อแสนประชากร และอัตราป่วยปี พ.ศ. 2566 เท่ากับ 1,338.98 ต่อแสนประชากร และเมื่อทำการหาผลต่างอัตราป่วย = ปี พ.ศ. 2566 - ค่ามัธยฐาน สรุป : ผลบวก แสดงว่าอัตราป่วยฯ ไม่ลดลง ซึ่งเหตุผลที่อัตราป่วยไม่ลดลง มีสาเหตุมาจาก 1) สถานการณ์ฝุ่น PM2.5 ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 มีความรุนแรงมากกว่า 3 ปี (พ.ศ. 2563 - 2565) ที่ผ่านมา โดยสามารถสังเกตได้จากข้อมูลข่าวและข้อมูลรายงานของกรมควบคุมมลพิษ 2) มาตรการในการดำเนินงานเพื่อการเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรค เน้นการดำเนินงานเชิงรับ

3) ร้อยละของเด็กแรกเกิดถึง 14 ปี ที่เสี่ยงต่อโรคจากตะกั่วหรือสารประกอบจากตะกั่ว (มีระดับตะกั่วในเลือดมากกว่า 5 µg/dl BLLs) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

ดำเนินงานตัวชี้วัดแผนงานควบคุมโรคจากสิ่งแวดล้อม ตามแผนยุทธศาสตร์กรมควบคุมโรค 20 ปี ภายใต้แผนงานลดโรคลดเสี่ยงจากมลพิษสิ่งแวดล้อม กรณีโรคพิษตะกั่วในเด็กอายุ 0 - 14 ปี ซึ่งจากการติดตามและทวนสอบอัตราป่วยโรคพิษตะกั่วในเด็กอายุ 0 - 14 ปี ที่พบการรายงานในระบบ Health Data Center (HDC) ภายใต้ตัวชี้วัด “อัตราป่วยโรคพิษตะกั่วในเด็ก 0 - 14 ปี น้อยกว่า 0.03 ต่อแสนประชากร ในภาพประเทศ” ตั้งแต่ปี 2559 ถึงปัจจุบัน ซึ่งระหว่างปี 2563 - 2565 พบผู้ป่วยยืนยันในพื้นที่จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 2 ราย ในปี 2564 จำนวน 1 ราย และ 2565 จำนวน 1 ราย ส่วนรายอื่น ๆ ที่พบการรายงานในระบบ HDC เป็นเด็กกลุ่มที่ถูกหลงข้อมูลผู้ป่วยผิดจากสาเหตุอื่น และเป็นเด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองหรือระบบเฝ้าระวังฯ ของแต่ละพื้นที่ที่พบระดับตะกั่วในเลือดเกินค่าเฝ้าระวังฯ ที่ 10 ไมโครกรัมต่อเดซิลิตร (µg/dL) แต่ไม่พบอาการป่วย ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามแผนยุทธศาสตร์ฯ กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม จึงได้กำหนดตัวชี้วัด “ร้อยละของเด็กแรกเกิดถึง 14 ปี ที่เสี่ยงต่อโรคจากตะกั่วหรือสารประกอบจากตะกั่ว (มีระดับตะกั่วในเลือดมากกว่า 5 µg/dl BLLs)” ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 โดยมีเกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละของเด็กฯ มีระดับตะกั่วในเลือดมากกว่า 5 µg/dl ไม่เกินร้อยละ 9 เมื่อเทียบกับจำนวนเด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองระดับตะกั่วในเลือดในปีนั้นทั้งหมด เพื่อเฝ้าระวังสุขภาพและติดตามระดับตะกั่วในเลือดเด็กแรกเกิดถึง 14 ปี ที่เสี่ยงต่อโรคจากตะกั่วหรือสารประกอบจากตะกั่วเพื่อลดความเสี่ยงจากโรคจากตะกั่วหรือสารประกอบจากตะกั่ว และเป็นแนวทางในการเฝ้าระวังป้องกันโรคพิษตะกั่วในเด็กของประเทศไทย

## ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

ตัวชี้วัดจุดเน้นและตัวชี้วัดลดโรคลดเสี่ยงกรมควบคุมโรค ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ซึ่งมีสำนักงานป้องกันควบคุมโรคดำเนินงาน จำนวน 7 เขตสุขภาพ ประกอบด้วย สคร.4 สระบุรี/ สคร.5 ราชบุรี/ สคร.6 ชลบุรี/ สคร.8 อุดรธานี/ สคร.9 นครราชสีมา/ สคร.10 อุบลราชธานี/ สคร.11 สุราษฎร์ธานี โดยทั้ง 7 เขตสุขภาพ มีการจัดทำแผนปฏิบัติการ/ แผนการดำเนินงานฯ ระดับเขต และมีการดำเนินงานตามกิจกรรม ดังนี้ 1) มีการสำรวจแหล่งกำเนิดมลพิษจากตะกั่วหรือสารประกอบของตะกั่วในพื้นที่ และประเมินความเสี่ยงการสัมผัสสารตะกั่ว พบว่า เด็กแรกเกิดถึง 14 ปี มีความเสี่ยงการสัมผัสสารตะกั่วใน “ระดับปานกลาง” ขึ้นไป จำนวน 640 คน 2) มีการประเมินการปนเปื้อนสารตะกั่วในสิ่งแวดล้อมบนพื้นผิวในที่พักอาศัยหรือศูนย์เด็กเล็ก โดยกองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม สนับสนุนชุดเก็บตัวอย่างฝุ่นตะกั่วบนพื้นผิว (Wipe Paper Test) และการวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ จากการดำเนินงานทั้ง 7 เขตสุขภาพ จำนวน 1,156 ตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในค่าอ้างอิง จำนวน 864 ตัวอย่าง (ร้อยละ 82.06) และมีค่าเกินค่าอ้างอิง จำนวน 189 ตัวอย่าง (ร้อยละ 17.94)

## ภาพประกอบการดำเนินงาน



4) อัตราป่วยด้วยโรคหรืออาการสำคัญของพิษจากการกำจัดศัตรูพืช ลดลงอย่างน้อยร้อยละ 5 เทียบกับปีที่ผ่านมา ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

ประเทศไทยถือเป็นประเทศเกษตรกรรม ซึ่งแรงงานส่วนใหญ่ในภาคเกษตรกรรม การทำงานในภาคเกษตรกรรม มีกระบวนการทำงานหลายขั้นตอน ตั้งแต่การเตรียมดิน การเพาะปลูก การดูแลรักษา การเก็บเกี่ยว และโดยเฉพาะอย่างยิ่ง การฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ซึ่งเป็นขั้นตอนที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งด้านการได้รับสัมผัสสารเคมี และปัญหาด้านการยศาสตร์ เกษตรกรส่วนใหญ่จึงเปลี่ยนมาจ้างแรงงานเพื่อทำการฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยเฉพาะปัญหาการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ที่มีอันตรายส่งผลกระทบต่อสุขภาพเกษตรกร ผู้บริโภคและสิ่งแวดล้อม ซึ่งต้องมีการเฝ้าระวังสุขภาพประชาชน ด้านสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

## ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

ตัวชี้วัดแผนงานควบคุมโรคและภัยสุขภาพ “อัตราป่วยด้วยโรคหรืออาการสำคัญของพิษจากสารกำจัดศัตรูพืช ลดลงอย่างน้อยร้อยละ 5 เทียบกับปีที่ผ่านมา” พบว่า ปี 2565 มีอัตราป่วยเท่ากับ 14.24 คนต่อแสนประชากร ซึ่งปี 2566 มีอัตราป่วยเท่ากับ 5.87 คนต่อแสนประชากร ลดลงร้อยละ 58.78 เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา โดยได้รับความร่วมมือในการดำเนินงาน ครอบคลุม สคร.1-12 ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคหรืออาการสำคัญของพิษจากสารกำจัดศัตรูพืช โดยหน่วยบริการ สาธารณสุขในพื้นที่ มีมาตรการสำคัญ ได้แก่ การคัดกรองความเสี่ยงจากการสัมผัสสารกำจัดศัตรูพืช และได้รับการเฝ้าระวัง สุขภาพทั้งเชิงรุกและเชิงรับ รวมถึงการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพ สำหรับปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน ได้แก่ 1) หน่วยงานเครือข่ายส่วนใหญ่ไม่ได้ดำเนินการประเมินความเสี่ยงด้วยแบบฟอร์มก่อนเจาะเลือดเพื่อคัดกรองความเสี่ยง จากการสัมผัสสารกำจัดศัตรูพืชด้วยกระดาษทดสอบโคลีนเอสเตอเรส 2) การบันทึกผลการคัดกรองความเสี่ยงจากการสัมผัส สารกำจัดศัตรูพืช การลงรหัสข้อมูลในระบบไม่ถูกต้อง ซึ่งเป็นการนำข้อมูลการคัดกรองฯ มาบันทึกในแฟ้ม Service จึงทำให้อัตราป่วยด้วยโรคพิษสารกำจัดศัตรูพืชสูงผิดปกติในบางพื้นที่ 3) ขาดสิ่งสนับสนุน เช่น ชุดตรวจและกระดาษทดสอบโคลีนเอสเตอเรส สื่อประชาสัมพันธ์ความรู้ที่เกี่ยวกับสารเคมีทางการเกษตร และงบประมาณที่ไม่เพียงพอ 4) ความกระชับของข้อคำถามแบบประเมิน ความเสี่ยงจากการสัมผัสสารกำจัดศัตรูพืช 5) เจ้าหน้าที่ขาดความรู้ความเชี่ยวชาญในการให้ความรู้ในการป้องกันอันตราย จากสารกำจัดศัตรูพืช

5) การดำเนินงานเฝ้าระวังสุขภาพประชาชนที่อาศัยในพื้นที่ศักยภาพแร่ทองคำ ประเทศไทย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

## ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

การดำเนินงานเฝ้าระวังสุขภาพประชาชนในพื้นที่ศักยภาพแร่ทองคำในประเทศไทย งบประมาณ พ.ศ. 2566 กรณีพื้นที่ศักยภาพแร่ทองคำพื้นที่รอยต่อ 3 จังหวัด (จังหวัดพิจิตร เพชรบูรณ์ และพิษณุโลก) มีการดำเนินงานที่สำคัญ ได้แก่ การเข้าร่วมประชุมของคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ เพื่อขอทราบข้อเท็จจริงประกอบการพิจารณาตรวจสอบการละเมิดสิทธิมนุษยชน กรณีการดำเนินกิจการเหมืองแร่ทองคำของบริษัท อัครา รีซอร์สเซส จำกัด (มหาชน) ณ ศาลากลางจังหวัดพิจิตร เมื่อวันที่ 17 มีนาคม 2566 ซึ่งมีการดำเนินงานชี้แจงร่วมกับสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก และหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ ทั้งนี้ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 เป็นระยะของการวิเคราะห์ข้อมูลการจัดทำข้อมูลสถานการณ์สุขภาพประชาชนในพื้นที่ก่อนการเปิดเหมืองแร่ที่มีการเก็บข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวังสุขภาพประชาชนฯ เมื่อสิงหาคม 2565 ที่ผ่านมา และมีการคืนข้อมูลการเฝ้าระวังสุขภาพประชาชนฯ ภาพรวมของทั้ง 3 จังหวัดแก่พื้นที่ผ่านการประชุมราชการที่จัดโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร เมื่อวันที่ 27 มิถุนายน 2566 และจัดโดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ เมื่อวันที่ 10 สิงหาคม 2566 ทั้งนี้ มีการวางแผนและแนวทางในการดำเนินงานเพื่อการเฝ้าระวังสุขภาพประชาชนในพื้นที่ต่อไปด้วย และในการดำเนินงานเฝ้าระวังสุขภาพประชาชนในพื้นที่การทำเหมืองแร่ทองคำในจังหวัดเลย มีการประชุมราชการเพื่อคืนผลการดำเนินงานเฝ้าระวังสุขภาพประชาชน เมื่อวันที่ 14 มิถุนายน 2566 ซึ่งมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานของแต่ละหน่วยงานเพื่อการเฝ้าระวังสุขภาพประชาชนในพื้นที่ต่อไป โดยกองโรคจากการประกอบอาชีพฯ จะเป็นหน่วยงานด้านวิชาการ และสนับสนุนการให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นหลัก การวิเคราะห์ข้อมูลเป็นบทบาทหน้าที่ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี ด้านงบประมาณ การจัดกิจกรรมการเฝ้าระวังสุขภาพ การเฝ้าระวังโรค โดยสำนักงานสาธารณสุขในพื้นที่ และมีการดำเนินงานคืนข้อมูลการเฝ้าระวังสุขภาพประชาชน เมื่อวันที่ 17 - 18 สิงหาคม 2566 ที่ผ่านมาร่วมกับสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี และหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่

## 2.5.5 การพัฒนาและขับเคลื่อนงานเชิงระบบและบูรณาการ (System Development)

### 2.5.5.1 แผนงานการพัฒนาการกลไกความร่วมมือเครือข่ายทั้งระดับชาติและนานาชาติ เพื่อยกระดับระบบเฝ้าระวัง สอบสวน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

ประเทศไทยได้ใช้กฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 (IHR 2005) ซึ่งเป็นข้อตกลงและพันธะสัญญา ระหว่างประเทศสมาชิกองค์การอนามัยโลกที่จะร่วมมือกันจัดการกับเหตุการณ์ด้านสาธารณสุขที่มีศักยภาพในการแพร่ระบาด ข้ามประเทศไปยังส่วนต่าง ๆ ของโลก มาดำเนินการพัฒนาระบบป้องกันควบคุมโรคให้ได้มาตรฐาน โดยมีเจตนารมณ์เพื่อป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ และภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข (Public Health Emergency of International Concern: PHEIC) โดยให้มีผลกระทบต่อการเดินทางและการค้าขายระหว่างประเทศให้น้อยที่สุด กองระบาดวิทยาในฐานะจุดประสานงานกฎอนามัย ระหว่างประเทศ (National IHR Focal Point) ประเทศไทย มีบทบาทในการพัฒนาการกลไกความร่วมมือเครือข่ายระดับชาติ เพื่อพัฒนาระบบป้องกันควบคุมโรคของประเทศไทยให้ได้มาตรฐานสากล ประเทศไทยได้รับการประเมินสมรรถนะของประเทศ โดยผู้เชี่ยวชาญจากองค์การอนามัยโลก Joint external evaluation tool (JEE) ครั้งแรก เมื่อวันที่ 26 - 30 มิถุนายน 2560 ผลการประเมินสมรรถนะพบว่าผ่านการประเมินสมรรถนะตามข้อกำหนดจากตัวชี้วัดทั้งหมด 48 ตัวชี้วัด (คะแนนเต็ม 5 คะแนน) ระดับคะแนน 5 จำนวน 4 ตัวชี้วัด ระดับคะแนน 4 จำนวน 30 ตัวชี้วัด และระดับคะแนน 3 จำนวน 12 ตัวชี้วัด ซึ่งภายหลังจาก การประเมินผู้เชี่ยวชาญจากองค์การอนามัยโลกได้ให้ข้อเสนอแนะสำหรับมาตรการที่มีความสำคัญสูง ในแต่ละ Technical Area (TA) เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะให้มีระดับที่สูงขึ้น และประเทศไทยได้ดำเนินการพัฒนาสมรรถนะตามข้อเสนอแนะ มาอย่างต่อเนื่อง

การพัฒนากำลังคนด้านระบาดวิทยาถือเป็นกลไกและเครื่องมือสำคัญในกระบวนการขับเคลื่อนระบบเฝ้าระวัง และสอบสวนโรคและภัยสุขภาพ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีบุคลากรที่มีศักยภาพสามารถปฏิบัติงานด้านการเฝ้าระวัง สอบสวนและป้องกันควบคุมโรคติดต่ออันตราย โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 เนื่องด้วยปัจจุบันโรค และภัยสุขภาพต่าง ๆ มีแนวโน้มในการระบาดเพิ่มมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ โรคติดต่ออันตรายที่มีความรุนแรง ก่อให้เกิดปัญหาทางด้านสาธารณสุข ส่งผลต่อการเจ็บป่วยของประชาชนทั้งสุขภาพกาย สุขภาพจิต หรือทำให้เกิดการเสียชีวิต อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อสภาพเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ในทุกระดับจำเป็นต้อง มีองค์ความรู้ทางด้านระบาดวิทยาเพียงพอต่อการดำเนินงานในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถตอบโต้เหตุการณ์การระบาดของ โรคและภัยสุขภาพทั้งในภาวะฉุกเฉินและสถานการณ์การระบาดทั่วไป พร้อมเป็นกลไกสำคัญในการเฝ้าระวังโรค และภัยสุขภาพของประชาชนในพื้นที่อย่างเสมอภาค ทั้งถึง และทันเวลา ทั้งภายในประเทศตั้งแต่ระดับส่วนกลางไปจนถึงระดับเขต และจังหวัด และระหว่างประเทศ รวมไปถึงเสริมสร้างความเข้มแข็งภาคีเครือข่ายให้มีประสิทธิภาพ

## ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

1) พัฒนากลไกการดำเนินงานตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ (IHR-JEE) ประเทศไทยได้รับการประเมินสมรรถนะ ของประเทศโดยผู้เชี่ยวชาญจากองค์การอนามัยโลก Joint External Evaluation Tool (JEE) ครั้งที่ 2 เมื่อวันที่ 31 ตุลาคม - 4 พฤศจิกายน 2565 จากการประเมินสมรรถนะตามข้อกำหนดจากตัวชี้วัดทั้งหมด 56 ตัวชี้วัด (คะแนนเต็ม 5 คะแนน) พบว่า ได้รับการประเมินระดับคะแนน 5 จำนวน 16 ตัวชี้วัด ระดับคะแนน 4 จำนวน 38 ตัวชี้วัด และระดับคะแนน 3 จำนวน 2 ตัวชี้วัด ดังนั้นจึงจำเป็นต้องดำเนินการจัดทำแผนพัฒนาปิดช่องว่าง เพื่อให้ประเทศไทยได้รับคะแนนประเมินระดับที่ 4 ขึ้นไปทุกตัวชี้วัด ดังนี้

1.1) จัดทำแผนปฏิบัติการตามการประเมินสมรรถนะหลักในการปฏิบัติตามกฏอนามัยระหว่างประเทศ (National Action Plan for Health Security : NAPHS)

1.2) ดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติการตามการประเมินสมรรถนะหลักในการปฏิบัติตามกฏอนามัยระหว่างประเทศร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข โดยประชุมเชิงปฏิบัติการกำกับติดตามการดำเนินงานแผนปฏิบัติการตามการประเมินสมรรถนะหลักในการปฏิบัติตามกฏอนามัยระหว่างประเทศ (National Action Plan for Health Security; NAPHS) รวมถึงการแก้ไขแผนปฏิบัติการเพิ่มเติม ตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูลก่อนดำเนินการจัดพิมพ์

1.3) เสนอแผนปฏิบัติการตามการประเมินสมรรถนะหลักในการปฏิบัติตามกฏอนามัยระหว่างประเทศ (National Action Plan for Health Security: NAPHS) ผ่านสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เพื่อให้คณะรัฐมนตรีรับทราบและอนุมัติแผนต่อไป

2) พัฒนาศูนย์ปฏิบัติการด้านระบาดวิทยาภาคสนาม ผลิตบุคลากรด้านระบาดวิทยา ทั้งแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยาภาคสนาม และนักวิชาการสาธารณสุข ให้สามารถดำเนินงานด้านระบาดวิทยาภาคสนาม ศึกษาวิจัยเพื่อหาทางแก้ปัญหาสาธารณสุขของประเทศ และวางแผนป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมไปถึงเสริมสร้างความเข้มแข็งของทีมปฏิบัติการสอบสวนควบคุมโรค หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) ทีมปฏิบัติการสอบสวนโรคติดต่ออันตราย ให้สามารถรองรับสถานการณ์การระบาดของโรคและภัยสุขภาพ ทั้งในภาวะปกติ และภาวะฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยฝึกอบรมบุคลากรตามหลักสูตรรวมไปถึงการส่งแพทย์เข้าฝึกอบรม ณ ศูนย์ฝึกอบรมนักระบาดวิทยาภาคสนาม (Field Epidemiology Training Center : FETC) และลงฝึกปฏิบัติงานในพื้นที่

## ภาพประกอบการดำเนินงาน



## ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

เนื่องด้วยหลักสูตรแพทย์ด้านระบาดวิทยาภาคสนามยังไม่เป็นที่แพร่หลายและมีการประชาสัมพันธ์ไม่ทั่วถึงจึงทำให้ผู้สนใจเข้ารับการอบรมมีจำนวนน้อยกว่าแผนที่วางไว้ อีกทั้งการผลิตบุคลากรด้านระบาดวิทยา ยังมีอาจารย์ที่ปรึกษาที่เชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยาและงบประมาณที่ได้รับจัดสรรไม่เพียงพอต่อการดำเนินงาน



### 2.5.5.2 แผนงานการพัฒนาศักยภาพและกลไกการดำเนินงานความร่วมมือด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพตามวาระความร่วมมือระหว่างประเทศเพื่อความมั่นคงทางสุขภาพโลก (GHSA) ในการสนับสนุนให้เกิดศูนย์อาเซียนด้านภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขและโรคติดต่ออุบัติใหม่ (ASEAN Center for Public Health Emergency and Emerging Disease: ACPHEED) ด้านการตอบโต้ (Response) ที่เข้มแข็ง

ความมั่นคงทางสุขภาพโลก หรือ Global Health Security Agenda: GHSA เป็นกรอบความร่วมมือระดับโลก ในปี 2557 มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อช่วยพัฒนาขีดความสามารถหลักของประเทศตามเกณฑ์มาตรฐานกฎอนามัยระหว่างประเทศ (International Health Regulations 2005, IHR 2005) ภายใต้วิสัยทัศน์ที่มุ่งสู่ความปลอดภัยจากภัยโรคติดต่อ เกิดความมั่นคงทางสุขภาพ (Health Security) ทั้งในระดับประเทศ ภูมิภาค และระดับโลก มีบทบาทเพื่อเพิ่มขีดความสามารถของแต่ละประเทศ ในการป้องกันตรวจจับและตอบสนองต่อโรคติดต่อ ให้ความสำคัญกับความมั่นคงด้านสุขภาพทั่วโลกเป็นสิ่งสำคัญ โดยผู้นำระดับประเทศกระตุ้นให้เกิดการดำเนินงานตามพันธสัญญา ส่งเสริมการมีส่วนร่วมและทำงานร่วมกับหลายภาคส่วน และมุ่งเน้นเป้าหมายที่วัดผลได้ มีองค์การระหว่างประเทศ (FAO, WOA, WHO) เป็นที่ปรึกษาถาวร ประเทศไทย เป็นอันดับ 1 ของทวีปเอเชีย และลำดับที่ 5 จากทั้งหมด 195 ประเทศ ด้านการตรวจจับโรคและรายงานโรคที่รวดเร็ว จากกรณีโรคโควิด-19 แต่ยังคงพบว่า ประเทศไทยยังมีช่องว่างสำคัญที่จะต้องพัฒนาให้เกิดความมั่นคงด้านสุขภาพของประเทศ

### ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

- 1) สำนักงานความร่วมมือระหว่างประเทศ ส่งทีมเพื่อร่วมเจรจา Establishment Agreement for the ACPHEED ที่จะจัดขึ้นที่นครหลวงเวียงจันทน์ สปป. ลาว ระหว่างวันที่ ระหว่างวันที่ 10 - 12 ตุลาคม 2565 โดยมีประเทศไทย สาธารณรัฐอินโดนีเซีย สาธารณรัฐสังคมนิยมเวียดนาม และสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ในฐานะประธานอาเซียน Health Cluster 2
- 2) ประชุมคณะทำงานฯ ระดับพื้นที่และส่วนกลางเพื่อทบทวนแผนการดำเนินงานระยะ 3 ปี ในวันที่ 2 ธันวาคม 2565 ผู้เข้าร่วมประชุมจากจังหวัดเดิม 10 จังหวัด และจังหวัดใหม่ 6 จังหวัด เพื่อชี้แจงแนวทางการดำเนินงานสำหรับจังหวัดเป้าหมายปี 2566 และหารือแนวทางการติดตาม ผลการดำเนินงานจังหวัดเดิมที่ผ่านมา เพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนงานวาระความมั่นคงด้านสุขภาพโลกตามแนวทางกฎอนามัยระหว่างประเทศ
- 3) ประชุมคณะอนุกรรมการ GHSA ตามแนวทางกฎอนามัยระหว่างประเทศ ในวันที่ 19 มกราคม 2566 เพื่อรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานตามวาระความมั่นคงด้านสุขภาพโลกของประเทศไทย และพิจารณาจัดตั้งศูนย์ประสานงาน GHSA ของประเทศไทยแบบถาวร เข้าร่วมชุดกิจกรรม Legal Preparedness และเข้าร่วมกองทุนเพื่อเตรียมความพร้อมการตอบโต้การระบาด (Pandemic Fund)
- 4) ประชุมหารือร่วมกับ Development Partner และ Embassy เช่น อังกฤษ ญี่ปุ่น มีการหารือเรื่องงบประมาณสนับสนุน และ Embassy ยินดีสนับสนุนงบประมาณในช่วงกระบวนการจัดตั้งโครงสร้างของศูนย์ ACPHEED
- 5) ประชุมพัฒนาแผนการดำเนินงาน GHSA ระยะ 3 ปี ใน 16 จังหวัดชายแดน ได้แก่ จังหวัดน่าน ตาก อุตรดิตถ์ กาญจนบุรี ประจวบคีรีขันธ์ จันทบุรี ตราด สระแก้ว เลย บึงกาฬหนองคาย บุรีรัมย์ สุรินทร์ อุบลราชธานี นครพนม มุกดาหาร อำนาจเจริญ ศรีสะเกษ ระนอง สตูล ยะลา และสงขลา โดยมีผู้เข้าร่วมจากกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงแรงงาน กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการต่างประเทศและกระทรวงกลาโหม เพื่อจัดทำแผนพัฒนาตามวาระความมั่นคงด้านสุขภาพโลกระดับจังหวัด ในการเตรียมความพร้อมตอบโต้ภาวะด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ
- 6) ประชุม SOMHD ครั้งที่ 17 ระหว่างวันที่ 19 - 23 พฤษภาคม 2566 ณ สปป.ลาว โดยที่ประชุมได้มีการหารือเกี่ยวกับประเด็นการจัดตั้ง ACPHEED และการจัดทำ Establishment Agreement (EA) และมีมติขอให้การประชุมหารือการจัดทำ EA ระหว่างประเทศสมาชิกอาเซียนเกิดขึ้นภายใน 2 เดือน (Onsite Meeting)

## ภาพประกอบการดำเนินงาน



## ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

- 1) คู่มือที่ปรับปรุงและพัฒนามาจาก GHS INDEX เป็นการประเมินระดับประเทศ ทำให้ต้องมีการปรับตัวรายการประเมินให้สอดคล้องกับการนำ GHSA มาใช้ในระดับจังหวัด
- 2) การบูรณาการงบประมาณและแผนงาน ยังเป็นภาคส่วนสาธารณสุขดำเนินการเป็นส่วนใหญ่ ต้องมีการบูรณาการที่เห็นเป็นรูปธรรมและชัดเจน เพื่อให้การดำเนินงานในจังหวัดมีประสิทธิภาพ
- 3) ความล่าช้าในการขับเคลื่อนการหารือเพื่อกำหนดรายละเอียดกรอบการดำเนินงาน (Establishment Agreement: (EA)) ของ ACPHEED เนื่องจากรายละเอียดของเนื้อหา EA มีประเด็นอ่อนไหวค่อนข้างเยอะ และบางเนื้อหาจะส่งผลกระทบต่อผลประโยชน์ของประเทศ ดังนั้น กระบวนการเจรจาและพิจารณาเนื้อหาระหว่างประเทศสมาชิกฯ จำเป็นต้องมีความระมัดระวังและใช้เวลาพิจารณาประเด็นอ่อนไหวอย่างถี่ถ้วน
- 4) เนื่องด้วยผลกระทบจากปัจจัยภายนอกดังกล่าว การที่กรอบการทำงานและกลไกของศูนย์ซึ่งจะระบุอยู่ใน EA ยังไม่แล้วเสร็จ ส่งผลต่อการดำเนินงานภายในประเทศอย่างมาก กรมควบคุมโรคจะขับเคลื่อนการดำเนินงานใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับศูนย์ จะกลายเป็นประเด็นอ่อนไหวระหว่างประเทศ ดังนั้น ในช่วงปี 2566 จึงยังไม่สามารถขับเคลื่อนกิจกรรมหลัก ๆ ที่สำคัญได้ ถึงแม้ว่ากรมฯ จะมีการจัดตั้งคณะทำงาน รวมถึงฝ่ายเลขานุการเรียบร้อยแล้ว แต่กิจกรรมที่ทำได้ตอนนี้มีเพียงในส่วนของการเตรียมการ อาทิ การส่งร่าง proposal เพื่อขอรับเงินทุนสนับสนุนจาก development partner, การติดตามความก้าวหน้าการเจรจา EA เป็นต้น

### 2.5.5.3 แผนงานการสื่อสารความเสี่ยงและสร้างความรอบรู้สุขภาพ ด้านการป้องกันควบคุมโรค

ตามแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขภายใต้แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ภายใต้แผนแม่บทที่ 13 การสร้างเสริมให้คนไทยมีสุขภาพที่ดี (ระยะเข้มแข็ง พ.ศ. 2566 - 2570) ด้านสาธารณสุข เป้าหมาย คือ ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน ซึ่งมีแผนย่อยที่เกี่ยวข้องกับกรมควบคุมโรค คือ แผนย่อยที่ 13.1 การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาพและแผนย่อยที่ 13.5 การพัฒนาและสร้างระบบรับมือและปรับตัวต่อโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ โดยมุ่งเน้นในเรื่องการป้องกันควบคุมโรค และลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพให้มีความสำคัญกับการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ของประชาชนในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพเป็นอย่างมาก เนื่องจากเป็นทักษะที่สำคัญในการส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีและพึ่งตนเองทางด้านสุขภาพได้

นโยบายในการพัฒนาข้อมูลและระบบสื่อสารความเสี่ยงเรื่องโรคและภัยสุขภาพผ่านช่องทางที่เหมาะสมกับประชากรเป้าหมาย เพื่อให้ประชากรกลุ่มเป้าหมายมีความรู้ความเข้าใจ เข้าถึงในข้อมูลสุขภาพด้านการป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพที่ถูกต้อง และมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยสำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ และหน่วยงานต่าง ๆ ภายในกรมควบคุมโรคได้ดำเนินการผลิตข้อมูลข่าวสาร เรื่อง โรคและภัยสุขภาพในรูปแบบสื่อมัลติมีเดีย และสื่ออินโฟกราฟิก ที่เน้นการออกแบบข้อมูลให้มีความน่าสนใจ เข้าใจง่าย ถูกต้อง พร้อมทั้งมีการดำเนินการเผยแพร่ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ (Social Media) ทั้งนี้เพื่อให้ครอบคลุมการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารของประชาชนในทุกกลุ่มวัย รวมทั้งการเฝ้าระวังและตอบโต้ข้อมูลข่าวสารด้านโรคและภัยสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับกิจกรรมในโครงการสำคัญตามแผนแม่บทที่ 13 การเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาพที่ดี ตอบในประเด็นแผนย่อยที่ 13.1 การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาพ และโดยเฉพาะแผนย่อยที่ 13.5 การพัฒนาและสร้างระบบรับมือและปรับตัวต่อโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ

## ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยแบบสอบถาม และการสัมภาษณ์ ในรูปแบบของงานวิจัย รวมถึงมีการติดตามประเมินผลเรื่องความรอบรู้ เพื่อนำมาสรุปในภาพรวมของประเทศ ศึกษาการเข้าถึงเข้าใจ ความพึงพอใจและไม่พึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสาร รวมถึงพฤติกรรม การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน เพื่อนำข้อมูลที่ค้นพบหรือปัญหาจากผลการศึกษา มาใช้ในการพัฒนางานและพัฒนาบุคลากรของกรมควบคุมโรค ซึ่งมีการกิจหลักที่สำคัญคือโดยจะทำการสำรวจ สำหรับใช้เป็นข้อมูลในการวางแผน และพัฒนาเครื่องมือด้านวิชาการเพื่อสร้างความรอบรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพต่าง ๆ ให้กับประชาชน โดยได้คัดเลือกประเด็นโรคที่สำคัญ หรือเป็นประเด็นโรคและภัยสุขภาพที่กรมควบคุมโรคให้ความสำคัญ เป็นจุดเน้นในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ที่จำเป็นต้องยกระดับการสื่อสารความเสี่ยงทั้งหมด 5 ประเด็นโรค ได้แก่ 1) โรคติดต่ออันตราย 2) โรคความดันโลหิตสูง 3) โรคโควิด 19 4) ปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน 5) โรคไวรัสตับอักเสบบี เพื่อประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ ศึกษาการเข้าถึง เข้าใจ ความพึงพอใจ และภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค รวมถึงพฤติกรรม การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชนต่อข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากกรมควบคุมโรค โดยการสำรวจในภาคสนามกลุ่มตัวอย่าง ได้จากการสุ่มแบบหลายขั้นตอนจากทั่วทุกภูมิภาคของประเทศไทย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้น และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบไคสแควร์และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยการประชุมกลุ่มย่อย (Focus Group Discussion) จำนวน 10 ครั้ง ในกลุ่มตัวอย่างที่สามารถให้ข้อมูลที่สำคัญ (Key Information) วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เพื่อให้สามารถนำข้อมูลที่ค้นพบหรือปัญหาจากผลการศึกษา มาใช้ในการพัฒนางานและพัฒนาบุคลากรของกรมควบคุมโรค ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น ผลการศึกษาที่สำคัญ มีดังนี้

1) ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 69.21 เป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วงอายุ 46 - 60 ปี ร้อยละ 30.40 เข้าถึงข้อมูลข่าวสารในระดับมาก ปานกลาง น้อย และไม่ได้รับ คิดเป็นร้อยละ 35.60, 51.99, 11.85 และ 0.56 โดยมีคะแนนเฉลี่ยการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 3.38$ ,  $SD = 0.84$ )

2) การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 99.97 รับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพในภาพรวมทั้ง 5 ประเด็น ได้รับข้อมูลข่าวสารในระดับมาก ปานกลาง น้อย และไม่ได้รับ คิดเป็นร้อยละ 57.71, 28.63, 11.63 และ 2.03 โดยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 3.38$ ,  $SD = 0.84$ )

3) ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพในภาพรวมทั้ง 5 ประเด็น กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจ-พึงพอใจมากต่อข้อมูลข่าวสารในภาพรวมทั้ง 5 ประเด็น ร้อยละ 92.15 โดยไม่พึงพอใจมีเพียง ร้อยละ 7.85 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ อยู่ในระดับ “พึงพอใจมาก” ( $M = 4.08$ ,  $SD = 0.86$ )

4) ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพในภาพรวมทั้ง 5 ประเด็น ในระดับมาก ปานกลาง และน้อย คิดเป็นร้อยละ 23.58, 39.68 และ 36.74 โดยคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ รวม 5 ประเด็น อยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 10.03$ ,  $SD = 3.10$ )

5) ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ อยู่ที่ 3.99 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.55 ค่าเฉลี่ยดังกล่าวอยู่ในระดับมีปัญหา ส่วนใหญ่ จำนวน 2,656 คน หรือคิดเป็น ร้อยละ 49.75 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอเพียง รองลงมาเป็นระดับมีปัญหาจำนวน 1,469 คน หรือร้อยละ 28.49 อยู่ในระดับระดับดีเยี่ยม จำนวน 605 คน หรือร้อยละ 11.73 และไม่พอเพียงจำนวน 517 คน หรือร้อยละ 10.03

6) พฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 48.66 มีพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อการ ป้องกันโรคและภัยสุขภาพ รวม 5 ประเด็น ในระดับเหมาะสมปานกลาง รองลงมาอยู่ในระดับมาก และระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 32.75 และ 18.59 โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ อยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง ( $M = 4.63$ ,  $SD = 0.57$ )

7) ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 5,218 คน มีกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 4,517 คน ที่รู้จักกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข หรือคิดเป็นร้อยละ 86.57 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 91.72 มีความคิดเห็นเชิงบวกต่อภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคอยู่ในระดับมาก รองลงมาอยู่ในระดับปานกลางและน้อยคิดเป็นร้อยละ 7.73 และ 0.55 โดยมีค่าเฉลี่ยด้านภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคอยู่ในระดับมาก ( $M = 4.38$ ,  $SD = 0.06$ )

8) การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ แหล่งข้อมูลเรื่องโรคและภัยสุขภาพ ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ และความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสาร สามารถร่วมกันทำนาย ความแปรปรวนของความรอบรู้ด้านสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีร้อยละของการทำนาย เท่ากับ 15.5

9) การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ การรับรู้ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค แหล่งข้อมูลเรื่องโรคและภัยสุขภาพ และความพึงพอใจ ต่อข้อมูลข่าวสาร ร่วมกันทำนายความแปรปรวนของพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีร้อยละ ของการทำนาย เท่ากับ 21.8

10) ผลจากการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ การศึกษามีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณค่อนข้างมาก โดยพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อโดยง่าย โรคความดันโลหิตสูง โรคโควิด-19 ปัญหาฝุ่นละออง ขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน และโรคไวรัสตับอักเสบ ซี

## ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

- 1) เอกสารการจัดจ้างผู้รับจ้างเพื่อมาทำโครงการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพช่วงต้นปี งบประมาณ 2566 มีปัญหาที่ต้องเปลี่ยนผู้รับจ้างเนื่องจากปัญหารายละเอียดในแบบการจัดซื้อจัดจ้าง ทำให้การดำเนินงานในช่วงจัดส่งแบบสอบถามและการลงพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ มีความล่าช้ากว่าแผนที่กำหนดไว้
- 2) ระยะเวลาการดำเนินงานที่ไม่เป็นไปตามแผนส่งผลกระทบต่อขั้นตอนอื่น ๆ เกิดความล่าช้าและต้องเร่งดำเนินการให้เสร็จสิ้นในช่วงปลายปีงบประมาณ เช่นการวิเคราะห์ผลสำรวจ และการจัดทำสรุปเล่มรายงานการประเมินฯ เป็นต้น



#### 2.5.5.4 แผนงานการขับเคลื่อนการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ (พขอ./ พชข.) และระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ตามที่รัฐบาลได้มีนโยบายในการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน โดยใช้กลไกของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) มีเป้าหมายเพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ เกิดการบูรณาการเป้าหมายทิศทาง และยุทธศาสตร์ร่วมกัน โดยมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีความเป็นเจ้าของและภาวะการนำร่วมกัน ซึ่งกรมควบคุมโรค ร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงานดังกล่าว โดยมีแผนการขับเคลื่อน

การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ระยะ 5 ปี ภายใต้แผนระยะที่ 1 (พ.ศ. 2561 - 2565) และแผนระยะที่ 2 (พ.ศ. 2566 - 2570) เพื่อขับเคลื่อนระบบการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพจากระดับประเทศสู่ระดับเขต จังหวัด อำเภอ และเพื่อให้ประชาชนอยู่ในสังคมที่มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อและสนับสนุนต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต

การขับเคลื่อนการดำเนินงาน ปี 2566 มีเป้าหมายการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ และระบบสุขภาพปฐมภูมิ ร้อยละ 10 (88 อำเภอและ 5 เขต) ผลการดำเนินงานพบว่า 126 อำเภอ/ เขต หรือคิดเป็นร้อยละ 13.58 มีการป้องกันควบคุมโรค ปัจจัยเสี่ยง และภัยสุขภาพ มีการขับเคลื่อนแบบบูรณาการ ด้วยกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่และระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยประเด็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันควบคุมโรคที่พื้นที่เลือกดำเนินการ ได้แก่ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) อุบัติเหตุจลาจลทางถนน การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและกลุ่มเปราะบาง การจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม และโรคติดต่อที่สำคัญในพื้นที่

อีกทั้งในปีงบประมาณ 2566 กรมควบคุมโรคกำหนดให้การยกระดับคุณภาพชีวิตประชาชนผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ (พชข.) เป็นโครงการสำคัญภายใต้แผนแม่บทที่ 13 การเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี แผนแม่บทย่อยที่ 13.2 การใช้ชุมชนเป็นฐานในการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะที่ดี เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพในระดับพื้นที่ให้บรรลุตามเป้าหมาย ขยายผลและสร้างความต่อเนื่อง นำสู่ผลลัพธ์ตามแผนงานขับเคลื่อนการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ (พขอ./ พชข.) และระบบสุขภาพปฐมภูมิในการจัดการระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค/ ภัยสุขภาพ และปัจจัยเสี่ยงแบบบูรณาการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง อันจะนำไปสู่การสร้างเสริมความเข้มแข็งเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ ให้เกิดความยั่งยืน

#### ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

1) อำเภอ/ เขต มีกระบวนการจัดการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ/ เขต และระบบสุขภาพปฐมภูมิ ในการจัดการระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค/ ภัยสุขภาพ และปัจจัยเสี่ยงที่มีการขับเคลื่อนแบบบูรณาการ จำนวน 115 อำเภอ และ 11 เขต (เป้าหมาย 88 อำเภอ และ 5 เขต)

2) อำเภอ/ เขต มีผลลัพธ์จากการจัดบริการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่มีการบูรณาการด้วยกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ และมีการบูรณาการการทำงานร่วมกับระบบสุขภาพปฐมภูมิ ร้อยละ 84.62 ของอำเภอ/ เขต (เป้าหมายผลลัพธ์ร้อยละ 50)

3) หน่วยงานได้รับการพัฒนาศักยภาพให้สามารถสนับสนุนกลไก พขอ. และระบบสุขภาพปฐมภูมิ ในการขับเคลื่อนการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ส่วนกลาง จำนวน 3 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 (สทว., กยผ, และ กนว.) และระดับเขต จำนวน 13 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 (สูงกว่าเป้าหมาย : ร้อยละ 50)

4) บุคลากรของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 - 12 และสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ที่ขับเคลื่อนแผนงานฯ สามารถถ่ายทอดความรู้ การให้คำแนะนำด้านวิชาการ และการติดตามประเมินผล จำนวน 132 คน คิดเป็นร้อยละ 68.33 ของบุคลากร

5) ผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ/ เขต ที่ได้รับการพัฒนา นำเครื่องมือทางวิชาการไปประยุกต์ใช้ในการทำงาน เฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค ปัจจัยเสี่ยงและภัยสุขภาพ ได้อย่างเหมาะสม เกิดแนวปฏิบัติที่ดี (Best practice) ในระดับอำเภอที่มีการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพด้วยศักยภาพ พขอ./ พชข. และระบบสุขภาพปฐมภูมิ อย่างมีคุณภาพ 13 เขต/ 16 เรื่อง (อย่างน้อย สคร./ สปคม. ละ 1 แห่ง รวม 13 แห่ง)

6) ถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานฯ ที่มีคุณภาพ ทำให้เกิดรูปแบบ (House Model) ในการขับเคลื่อนงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพด้วยศักยภาพ พขอ./ พชข. และระบบสุขภาพปฐมภูมิ จำนวน 4 รูปแบบ ได้แก่ 1) ขับเคลื่อนงานป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ด้วยศักยภาพ พขอ./ พชข. และระบบสุขภาพปฐมภูมิ 2) โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) ด้วยศักยภาพ พขอ./ พชข. และระบบสุขภาพปฐมภูมิ 3) โรคการป้องกันการบาดเจ็บจากการจราจรทางถนน (RTI) ด้วยศักยภาพ พขอ./ พชข. และระบบสุขภาพปฐมภูมิ 4) โรคจากการประกอบอาชีพ (ENV-OCC) ด้วยศักยภาพ พขอ./ พชข. และระบบสุขภาพปฐมภูมิ

7) ผลการขับเคลื่อนการดำเนินงานรางวัลคุณภาพแห่งชาติ 4.0 ประจำปี 2565 อำเภอสมัครรับรางวัล จำนวน 49 แห่ง ผ่านเกณฑ์การประเมิน รางวัลระดับเงิน จำนวน 14 แห่ง รางวัลระดับมาตรฐาน จำนวน 5 แห่ง และเกียรติบัตรความมุ่งมั่น 30 แห่ง

### ภาพประกอบการดำเนินงาน



## ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

- 1) บุคลากรที่รับผิดชอบแผนงาน พชอ./ พชช. และบุคลากรกลุ่มแผนงานโรคในหน่วยงาน ขาดการสื่อสาร และขาดการเชื่อมโยงบูรณาการในการทำงานร่วมกัน ทำให้มีเป้าหมายทิศทางการดำเนินงานแตกต่างกัน รวมทั้งการสื่อสาร เพื่อสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายภายนอกขาดความต่อเนื่องและไม่ชัดเจน
- 2) โครงสร้างคณะทำงาน พชอ./ พชช. ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรค มีการเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบแผนงาน ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการวางระบบการดำเนินงานและการบูรณาการระหว่างแผนงานโรคภายในหน่วยงาน
- 3) การปรับเปลี่ยนโครงสร้างคณะทำงาน พชอ. ระดับอำเภอ ซึ่งในทุกปีงบประมาณ จะมีการเปลี่ยนแปลงโยกย้ายผู้นำระดับอำเภอ ส่งผลต่อการขับเคลื่อนงานในระดับพื้นที่
- 4) บุคลากรขาดความเข้าใจในการเชื่อมโยงและบูรณาการกับการทำงานร่วมกับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ภายใต้บทบาทกรมควบคุมโรค ซึ่งส่งผลให้การสนับสนุนงานด้านวิชาการแก่พื้นที่ยังไม่ชัดเจน

### 2.5.5.5 แผนงานบูรณาการข้อมูลขนาดใหญ่ Big Data เพื่อการสนับสนุนการดำเนินงานโรค และภัยสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ

#### โครงการพัฒนาระบบข้อมูลดิจิทัล สู่การขับเคลื่อนการจัดทำธรรมาภิบาลข้อมูลภาครัฐ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

ปัจจุบันนี้ การตัดสินใจในทุกกิจกรรมที่เกิดขึ้นภายในหน่วยงาน ทั้งภาครัฐและภาคเอกชนเกิดขึ้นจากการใช้ข้อมูล เป็นปัจจัยหลักในการตัดสินใจ โดยข้อมูลที่น่ามาใช้นั้น จะเป็นข้อมูลใหม่ เพื่อให้การตัดสินใจมีความแม่นยำและเป็นปัจจุบันมากที่สุด ดังกล่าวที่ว่า “ข้อมูลเป็นเหมือนน้ำมันยุคใหม่ หรือข้อมูลเปรียบเสมือนชุมทรัพย์ในยุคทุกวันนี้”

ภารกิจด้านพัฒนาระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ เพื่อการควบคุมโรค สนับสนุนข้อมูล และให้บริการ ดึงข้อมูลแก่หน่วยงานภายในสังกัดกรมควบคุมโรค ได้มีข้อมูลนำไปวิเคราะห์ และวางแผนการดำเนินงานเพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค ตลอดจนการติดตามและประเมินมาตรการในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม การพัฒนาระบบ คลังข้อมูลสุขภาพดิจิทัล จำเป็นต้องมีการรักษาความมั่นคงปลอดภัยของข้อมูล และการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล เพื่อให้สอดคล้อง และปฏิบัติตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562

### ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

กองดิจิทัลเพื่อการควบคุมโรค ดำเนินการพัฒนาระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ เพื่อการควบคุมโรค โดยตั้งต้นจากการเชื่อมโยงข้อมูลระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (43 แฟ้ม) จากศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และเชื่อมโยงระบบคลังข้อมูลการให้บริการฉีดวัคซีนโควิด 19 (ระบบ MOPH IC) ซึ่งมีหน่วยงานสังกัดกรมควบคุมโรคเข้าใช้บริการดึงข้อมูลจำนวน 8 หน่วยงาน ทั้งหมด 16 ครั้ง ตลอดจนการเชื่อมโยง ระบบข้อมูลลูกข่ายจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เพื่อให้กองโรคติดต่อฯ โดยแมลงนำไปวิเคราะห์ จัดทำสถานการณ์โรค และติดตามผลการดำเนินงานในพื้นที่ต่อไป

### ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

- 1) การประสานงาน และการขอเชื่อมโยงหรือแบ่งปันข้อมูล จำเป็นต้องดำเนินการอย่างรอบคอบ และใช้ระยะเวลานาน เนื่องจากต้องปฏิบัติตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562
- 2) ขาดที่ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการจัดการระบบฐานข้อมูล ทำให้การออกแบบ และพัฒนาระบบคลังข้อมูลเกิดขึ้นแบบไซโล เนื่องจากเทคโนโลยีด้านการจัดการระบบฐานข้อมูลที่มีความหลากหลาย ตลอดจน ปัญหาและข้อจำกัดที่แตกต่างกัน ทำให้ต้องศึกษาและค้นหาความรู้เพิ่มเติมด้วยตนเองจากทางอินเทอร์เน็ต เพื่อเพิ่มทักษะ และความเชี่ยวชาญให้ทันต่อเทคโนโลยี

### 2.5.5.6 แผนงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคในแรงงานข้ามชาติ

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา โลกเราพบกับโรคติดต่ออุบัติใหม่เกิดขึ้นมากมาย ประกอบกับความเจริญของ การคมนาคม ส่งผลให้การเดินทางระหว่างประเทศเป็นไปอย่างกว้างขวางและรวดเร็วมากขึ้น และนั่นก็ทำให้ โรคติดต่อสามารถแพร่ระบาดข้ามประเทศรวดเร็วตามไปด้วย อาทิ โรคไข้หวัดนก (Avian Influenza) โรคระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันร้ายแรง (Severe Acute Respiratory Syndrome: SARS) หรือโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า (Ebola) และโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (Middle East Respiratory Syndrome : MERS) และปัจจุบันเผชิญสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ซึ่งประเทศไทยเริ่มระบาดในช่วงต้นปี 2563 และสาเหตุหลัก คือ การเดินทางระหว่างประเทศของประชาชน การลักลอบเข้าเมืองของแรงงานข้ามชาติ และการระบาดเป็นกลุ่มก้อนในสถานที่แออัด อาทิ สนามมวย และสถานบันเทิง เป็นต้น การเดินทางข้ามระหว่างจังหวัด ส่งผลให้เป็นเสมือนการนำเชื้อกระจายลามไปยังจังหวัดต่าง ๆ นอกจากโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่กล่าวมาข้างต้นแล้วยังพบโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ชายแดนที่อาจแพร่ระบาดระหว่างประเทศเพิ่มเติม

ร่างแผนแม่บทและการขับเคลื่อนการพัฒนาพื้นที่เศรษฐกิจใหม่อันเป็นประโยชน์ต่อการขยายตัวของภาคการผลิต และแรงงานในพื้นที่ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และสุขภาพในพื้นที่ อาทิ การจ้างแรงงานเพิ่มขึ้น การเคลื่อนย้ายแรงงานเข้าสู่พื้นที่ต่าง ๆ การขยายตัวของภาคอุตสาหกรรม อาจส่งผลกระทบต่อด้านสาธารณสุขได้เช่นกัน อาทิ การเกิดโรคติดต่อที่อาจแฝงมากับการเคลื่อนย้ายประชากร ตัวอย่างเช่น โรคมาลาเรีย (Malaria) โรควัณโรค (Tuberculosis) โรคไข้เลือดออก (Dengue Hemorrhagic Fever) โรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (AIDS and Sexual-Transmitted diseases) โรคอหิวาตกโรค (Cholera) โรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน และโรคติดต่ออุบัติใหม่ รวมถึงการจัดระบบ สุขอนามัย และสิ่งแวดล้อมในการทำงาน สุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม การบาดเจ็บทางถนนและโรคจากการทำงาน ที่อาจเกิดเพิ่มขึ้น อีกทั้งปัญหาสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ อาทิ ปัญหาน้ำเสีย ขยะ อากาศ เป็นต้น ดังนั้น จึงจำเป็นต้องพัฒนาการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อของประเทศไทยให้ทันกระแสการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และสอดคล้องกับกฎอนามัยระหว่างประเทศ (IHR 2005) หน่วยงานสาธารณสุขต้องเร่งพัฒนาศักยภาพให้มีความพร้อมในการรองรับผลกระทบจากปัญหาโรคและภัยสุขภาพที่อาจเกิดขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเคลื่อนย้ายแรงงานจากประเทศเพื่อนบ้าน

พันธกิจสำคัญ คือ ส่งเสริมกระบวนการประสานความร่วมมือกับเครือข่าย ทั้งภายในและระหว่างประเทศ เพื่อการผลิต และพัฒนาผู้เชี่ยวชาญองค์ความรู้ ข้อมูลข่าวสาร เครื่องมือ กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรค และภัยสุขภาพ รวมถึงการบริการเฉพาะที่ได้มาตรฐานสากล พัฒนาและประเมินศักยภาพ ระบบ กลไกของเครือข่าย โดยมีเครือข่ายร่วมดำเนินงาน เพื่อเป็นช่องทางในการประสานงานบูรณาการ งานเฝ้าระวังและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคในกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่อาจแพร่มาสู่คนไทย กรมควบคุมโรค เป็นหน่วยงานหลักที่มีพันธกิจสำคัญ คือ ส่งเสริมกระบวนการประสานความร่วมมือกับเครือข่าย ทั้งภายในและระหว่างประเทศเพื่อการผลิต และพัฒนาผู้เชี่ยวชาญองค์ความรู้ ข้อมูลข่าวสาร เครื่องมือ กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ รวมถึงการบริการเฉพาะที่ได้มาตรฐานสากล พัฒนาและประเมินศักยภาพ ระบบ กลไกของเครือข่าย โดยมีเครือข่ายร่วมดำเนินงาน เพื่อเป็นช่องทางในการประสานงานบูรณาการ งานเฝ้าระวังและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคในกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่อาจแพร่มาสู่คนไทย



## ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

1) มีกลไกขับเคลื่อนการดำเนินงานของแผนงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ตามคำสั่งกรมควบคุมโรคที่ 593/ 2566 ลงวันที่ 24 เมษายน 2566 เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงาน ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ โดยมีอำนาจหน้าที่ ในการทบทวนและจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย ยุทธศาสตร์ สถานการณ์ปัญหาบริบทที่เกี่ยวข้อง กำหนดเป้าหมาย มาตรการ แผนยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการ ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ และการกำหนดและพัฒนามาตรฐานหลักเกณฑ์ และรูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ รวมถึงสามารถเชื่อมโยงนโยบาย สู่การปฏิบัติและการพัฒนาผลิตภัณฑ์วิชาการ ประสานสนับสนุน ผลักดันวิชาการร่วมกับภาคีเครือข่าย

2) ขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ปี 2566 ระหว่างหน่วยงาน เครือข่าย เมื่อวันที่ 29 ธันวาคม 2565 และจัดประชุมคณะทำงานฯ ครั้งที่ 1/2566 (ตามคำสั่งกรมควบคุมโรคที่ 593/ 2566) เมื่อวันที่ 13 กรกฎาคม 2566 ทำให้ได้รับทราบถึงกลไกการขับเคลื่อนนโยบายระบบบริหารจัดการและระบบบริการสุขภาพของ กระทรวงสาธารณสุขในการดูแลแรงงานข้ามชาติ เพื่อพิจารณากำหนดแนวทางการดำเนินงานร่วมกัน รวมถึงกลวิธีการสร้าง เครือข่ายประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคมในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพในกลุ่มแรงงานข้ามชาติในระยะต่อไป

3) ติดตามผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ กรมควบคุมโรค จากหน่วยงานต่าง ๆ ในสังกัดกรมฯ รายไตรมาส และรวบรวมจัดทำรายงานสรุปผลการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และภัยสุขภาพในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ประจำปีงบประมาณ 2566

4) ทบทวนแผนงานด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพในกลุ่มแรงงานต่างด้าว ระยะ 5 ปี (2566 - 2570) และแผนงานฯ ประจำปีงบประมาณ 2567 ร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

## ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

ทิศทางการดำเนินงานแรงงานข้ามชาติในภาพกรมควบคุมโรคยังไม่ชัดเจนเท่าที่ควร เนื่องจากยังไม่มีกำหนด ทิศทางเพื่อให้การดำเนินงานแรงงานข้ามชาติเป็นไปในทิศทางที่สอดคล้องกัน รวมถึงการจัดสรรงบประมาณในการดำเนินโครงการ กิจกรรม เพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคในกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่ยังไม่ทั่วถึง และไม่เพียงพอที่จะสร้างความเข้มแข็ง ของแผนงาน

### 2.5.5.7 การเสริมสร้างความเข้มแข็งของห้องปฏิบัติการสาธารณสุข ปี 2566 แผนงานพัฒนาเครือข่าย ห้องปฏิบัติการสาธารณสุขด้านการป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพ

#### โครงการขับเคลื่อนการสื่อสารความเสี่ยงด้านการป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพตามมาตรฐาน JEE/ IHR 2005 ปี 2566

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในช่วง 3 ปี ที่ผ่านมา ทำให้ประชาชนทั่วโลกได้รับผลกระทบวงกว้าง รัฐบาล และกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ จึงเร่งดำเนินการสื่อสารความเสี่ยง และบูรณาการร่วมกันระหว่าง เครือข่ายทั้งภาครัฐ และเอกชน ตั้งแต่ระดับประเทศ ระดับภูมิภาค และชุมชน ส่งผลให้ประเทศไทยสามารถก้าวผ่าน ช่วงเวลาวิกฤตไปได้ รวมไปถึงได้รับความยกย่องชื่นชมจากนานาประเทศ จะเห็นได้ว่าการดำเนินงานสื่อสารความเสี่ยงมีความสำคัญ อย่างยิ่งต่อการป้องกันและควบคุมโรคทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข เพื่อก่อให้เกิดการรับรู้ มีความเข้าใจ ต่อสถานการณ์โรค ประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสาร มีแนวทางในการป้องกันตัวเองต่อโรคอย่างถูกต้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

#### ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

ประเทศไทยเป็นหนึ่งในสมาชิกของกฎอนามัยระหว่างประเทศ โดยคณะรัฐมนตรีได้เห็นชอบให้ตั้งคณะกรรมการขึ้น ซึ่งมอบหมายให้กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการร่วมกับหน่วยงาน และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทุกระดับ ในการกำกับดูแล การพัฒนาศักยภาพด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคของประเทศไทย ให้ได้ตามมาตรฐานของกฎอนามัยระหว่างประเทศ ตั้งแต่ปี 2550 ทั้งนี้ ประเทศไทยได้รับการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญจากบุคคลภายนอกประเทศ (Joint External Evaluation หรือ JEE) ที่มาจากองค์การอนามัยโลก โดยในปี 2560 ผลการประเมินจากคณะผู้เชี่ยวชาญใน 5 ตัวชี้วัด ด้านสื่อสารความเสี่ยง อยู่ในระดับ 4 ทั้ง 5 ตัวชี้วัด และการประเมินครั้งที่สอง ในปี 2565 ประเทศไทยได้รับการประเมิน จากผู้เชี่ยวชาญใน 3 ตัวชี้วัด ดังนี้ ตัวชี้วัดที่ 1 ระบบการสื่อสารความเสี่ยง และการมีส่วนร่วมกับชุมชน สำหรับสถานการณ์ ฉุกเฉินอยู่ในระดับที่ 5 ตัวชี้วัดที่ 2 การสื่อสารความเสี่ยง อยู่ในระดับที่ 5 และตัวชี้วัดที่ 3 การมีส่วนร่วมกับชุมชน อยู่ในระดับที่ 4 จากการประเมินในครั้งนี้ทำให้เห็นว่าประเทศไทยสามารถดำเนินงานสื่อสารความเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพเกิดจากความร่วมมือ ของทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม

#### ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

- 1) ยังไม่มีโครงสร้าง บทบาทหน้าที่งานสื่อสารความเสี่ยงภายในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่ง ให้เป็นศูนย์รวมในการติดต่อประสานงานระหว่างหน่วยงานที่รับผิดชอบในการดำเนินงานสื่อสารความเสี่ยง
- 2) ยังไม่มีการฝึกอบรมการสื่อสารความเสี่ยงสำหรับโฆษก รวมถึงอาสาสมัครให้มีความเข้าใจบริบทของชุมชน วัฒนธรรม สังคม และภาษาท้องถิ่นที่แตกต่างกัน
- 3) ยังไม่มีการฝึกอบรมการสื่อสารความเสี่ยงให้กับอาสาสมัครชายขอบ เช่น อาสาสมัครแรงงานข้ามชาติ ให้มีทักษะ การสื่อสารความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพ

## 2.5.5.8 แผนงานพัฒนาระบบการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขอย่างครบวงจรและบูรณาการ

สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพ รวมทั้งภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุขของประเทศไทยในปัจจุบันเกิดจากการระบาดของโรคและภัยสุขภาพ ทั้งโรคอุบัติใหม่ โรคอุบัติซ้ำ ภัยธรรมชาติ อุบัติภัย อันตรายจากโรคติดต่อโรคติดต่อระหว่างสัตว์สู่คน อาหารที่ไม่ปลอดภัย อันตรายจากสารเคมี รวมถึงอันตรายจากสารกัมมันตภาพรังสีและนิวเคลียร์ มีแนวโน้มที่จะก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนเพิ่มมากขึ้นในประเทศไทย เห็นได้ชัดจากสถานการณ์การระบาดของโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ระบาดไปยังประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกอย่างรวดเร็ว นอกจากนั้นในปี 2561 ถึงปี 2566 ได้เกิดสถานการณ์กรณีฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอนในกรุงเทพฯ และปริมณฑล รวมถึงจังหวัดต่าง ๆ ที่มีแหล่งกำเนิดฝุ่นละออง หรือจะเป็นสถานการณ์น้ำท่วมหนักทางภาคใต้ช่วงปลายปี 2565 ที่เกิดทั้งน้ำท่วมฉับพลัน น้ำป่าไหลหลากและดินสไลด์ จากเหตุการณ์ที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่า เหตุการณ์เหล่านี้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน รวมถึงด้านเศรษฐกิจและสังคมอีกด้วย

การจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ประกอบด้วยกิจกรรมตั้งแต่การป้องกัน การเตรียมความพร้อม การตอบโต้ และการฟื้นฟูสภาพ ด้วยเหตุนี้ การมีสมรรถนะสูงในทุกระดับตั้งแต่ระดับชุมชนจนถึงระดับประเทศ จะช่วยลดโอกาสการเกิดโรคติดต่ออันตรายที่แพร่ระบาดในประเทศเป็นวงกว้าง โดยเฉพาะโรคอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ การเตรียมความพร้อมทั้งด้าน Staff Staff และ System การมีบุคลากรที่มีสมรรถนะสูงจากหลายหน่วยงานร่วมกันปฏิบัติงาน การมีวัสดุ อุปกรณ์ที่มีความทันสมัยและมีสมรรถนะสูงในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินได้ทันเวลา รวมถึงกระบวนการและแผนงานการทำงานต่าง ๆ เช่น การระบุภัยคุกคามและการประเมินความเสี่ยงทางสาธารณสุข (Threat and Hazard Identification and Risk Assessment: THIRA) การจัดทำแผนรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินด้านโรคและภัยสุขภาพ (Contingency Planning) การพัฒนากระบวนการ (Protocol) หรือมาตรฐานการปฏิบัติงาน (Standard Operating Procedure: SOP) ของกลุ่มภารกิจภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ การถอดบทเรียนการดำเนินงานศูนย์ปฏิบัติการในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข และการถอดบทเรียนด้านการจัดการคลังเวชภัณฑ์ ทรัพยากร และส่งกำลังบำรุง เป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยสนับสนุน และยกระดับในการปฏิบัติงานด้านการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ

## ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

- 1) พัฒนาศักยภาพบุคลากรระดับส่วนกลาง ระดับเขต ระดับจังหวัด และ EOC manager กรมควบคุมโรค หลักสูตรการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ระบบบัญชาการเหตุการณ์ และศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน เพื่อการเตรียมพร้อมตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข
- 2) พัฒนาทักษะบุคลากรของทีมตระหนักรู้สถานการณ์ กรมควบคุมโรค ในหลักสูตร Supervisor Assistant และ SAT Manager กรมควบคุมโรค ทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค
- 3) ถอดบทเรียนด้านการจัดการคลังเวชภัณฑ์ ทรัพยากร และส่งกำลังบำรุง กรณีเกิดโรคและภัยสุขภาพ ในภาวะฉุกเฉิน เพื่อรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลการดำเนินงาน และจัดทำข้อเสนอแนะแนวทางการ พัฒนาการดำเนินงานด้านการจัดการคลังเวชภัณฑ์ทรัพยากรและส่งกำลังบำรุง (Logistics and Stockpiling) กรณีเกิดโรคและภัยสุขภาพ ในภาวะฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
- 4) สำรองวัสดุและเวชภัณฑ์ จำนวน 7 รายการ ได้แก่ 1) Face shield จำนวน 86,400 ชิ้น 2) Gloves Surgical จำนวน 86,400 คู่ 3) Surgical Mask จำนวน 2,880 แพ็ค 4) N95 จำนวน 86,400 ชิ้น 5) Gowns Size L, XL จำนวน 41,400 ชิ้น 6) Goggles จำนวน 41,400 ชิ้น 7) Pulse Oximeter จำนวน 48 เซต ผ่าน Wambo โดยได้รับวัสดุและเวชภัณฑ์จากสำนักงานบริหารโครงการกองทุนโลก พร้อมกระจายวัสดุและเวชภัณฑ์ไปยังสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ที่ 1 - 12 สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง สำนักงานมัยกรุงเทพมหานคร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี สำหรับการควบคุมและป้องกันการระบาดของโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019

5) ประเมินสมรรถนะการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระดับกรม ระดับเขต และระดับจังหวัด โดยใช้เครื่องมือ EOC Assessment Tool เป้าหมาย คือ ระดับกรมและระดับเขต ต้องได้คะแนนเกณฑ์การประเมิน ร้อยละ 90 ระดับจังหวัดต้องได้คะแนนเกณฑ์การประเมินร้อยละ 70

6) พัฒนาและปรับปรุงกรอบแนวทางการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินและระบบบัญชาการเหตุการณ์ในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค (พ.ศ. 2559 - 2564) เพื่อนำไปประเมินและพัฒนาระบบบริหารจัดการในภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งสนับสนุนและส่งเสริมการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เพื่อรองรับภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างทันที่

7) พัฒนา Threat and Hazard Identification and Risk Assessment (THIRA) สำหรับประเทศไทย

8) จัดทำและทบทวนแผนรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินด้านโรคและภัยสุขภาพ (Contingency Planning) ในการปฏิบัติงานในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข และพัฒนากระบวนการ (Protocol) และมาตรฐาน การปฏิบัติงาน (Standard Operating Procedure: SOP) ของกลุ่มภารกิจภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ให้ สอดคล้องกับโรคและภัยสุขภาพที่อาจเกิดขึ้น

9) ถอดบทเรียนการดำเนินงานศูนย์ปฏิบัติการในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ซึ่งได้นำเอาประเด็นที่ใช้ในการถอดบทเรียนร่วมกับองค์การอนามัยโลก (WHO) และกรอบการประเมินผลสมรรถนะหลักในการปฏิบัติตามกฎอนามัยระหว่างประเทศของประเทศไทย (JEE) มาปรับใช้กับการถอดบทเรียน ซึ่งได้ประเด็นที่จะถอดบทเรียนทั้งหมด 24 ประเด็น ดังนี้

- 1) การประสานงาน
- 2) การรายงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ
- 3) การสื่อสารความเสี่ยง
- 4) การเฝ้าระวังโรค (SAT)
- 5) การสอบสวนโรค การติดตามผู้สัมผัสผู้ป่วย
- 6) การกักกันโรค
- 7) ด่าน
- 8) Lab
- 9) Case management
- 10) บทเรียนด้านบุคลากร
- 11) การป้องกันเชื้อดื้อยา
- 12) Logistic
- 13) กำลังคน
- 14) ความต่อเนื่องของบริการที่สำคัญ
- 15) โครงสร้าง EOC
- 16) วัคซีน
- 17) กฎหมาย
- 18) งบประมาณ
- 19) นโยบายระดับชาติ
- 20) มาตรการทางสาธารณสุข
- 21) แลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านนวัตกรรม งานวิจัย
- 22) ระบบสารสนเทศ
- 23) ประชากรกลุ่มเปราะบาง
- 24) ประเด็นอื่น ๆ ที่สำคัญ

## ภาพประกอบการดำเนินงาน



## ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

- 1) บุคลากรที่รับผิดชอบงานหลัก (กลุ่มตระหนักรู้สถานการณ์ กอง ครณ.) มีจำนวนไม่เพียงพอต่อปริมาณงาน และจำนวนบุคลากรที่จะต้องมีการบริหารจัดการเพื่อมาปฏิบัติงานที่ตระหนักรู้สถานการณ์ กรมควบคุมโรค จึงอาจส่งผลให้มีความล่าช้าและไม่ครอบคลุมในการดำเนินงานดังกล่าวเท่าที่ควร
- 2) เครื่องมือที่ใช้ประกอบการปฏิบัติงานที่ตระหนักรู้สถานการณ์ ไม่สามารถตอบสนองต่อการปฏิบัติงานได้ทั้งหมด และไม่สามารถพัฒนาต่อยอดได้ ซึ่งส่งผลให้การปฏิบัติงานด้านเฝ้าระวัง ตรวจจับเหตุการณ์ ฝึกปฏิบัติ ตรวจสอบข่าวการระบาดมีข้อจำกัด
- 3) การดำเนินงานจำเป็นต้องอาศัยข้อมูลจากเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรหลายฝ่ายในหลายหน่วยงาน อาจทำให้ข้อมูลไม่ครบถ้วนและการดำเนินงานล่าช้า ซึ่งเกิดจากปัจจัยที่แตกต่างกันในแต่ละหน่วยงาน เช่น ความรู้ความเข้าใจในงานของเจ้าหน้าที่ซึ่งมีการเปลี่ยนคนอยู่เสมอ ความยืดหยุ่นในการประสานงาน ระเบียบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น
- 4) การดำเนินการกระจายวัสดุและเวชภัณฑ์ไม่เป็นไปตามแผนการดำเนินการที่กำหนดไว้เนื่องจากวัสดุและเวชภัณฑ์แต่ละรายการมีการนำเข้าถึงประเทศไทยไม่พร้อมกัน และหน่วยงานปลายทางบางแห่งไม่พร้อมรับวัสดุและเวชภัณฑ์เนื่องสถานการณ์อุทกภัย (คลังสำหรับเก็บเวชภัณฑ์ไม่พร้อม และไม่เพียงพอ)



### 2.5.5.9 แผนงานการเสริมสร้างความเข้มแข็งการพัฒนาสมรรถนะช่องทางเข้าออกประเทศและกักกันโรค ตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 (IHR 2005) และ พ.ร.บ.โรคติดต่อ พ.ศ. 2558

แนวโน้มในอนาคตโรคอุบัติใหม่ อุตุนิยมวิทยา โรคติดต่ออันตราย โรคระบาด โดยเฉพาะภัยจากโรคติดต่ออันตราย จะเป็นภัยสำคัญที่จะได้รับความสนใจและจับตามองมากยิ่งขึ้น ประกอบกับการเดินทางและการขนส่งที่สะดวกรวดเร็วขึ้นอย่างมาก ทำให้โรคติดต่ออันตรายสามารถแพร่จากภูมิภาคหนึ่งของโลกไปยังอีกภูมิภาคหนึ่งของโลกได้อย่างง่ายดาย ทำให้แต่ละประเทศต้องเร่งรัดพัฒนาสมรรถนะในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคให้ดียิ่ง ๆ ขึ้นไป นอกจากนี้การพัฒนาการเติบโตทางเศรษฐกิจทั่วโลก (Post COVID) ประเทศไทยจะมีนักธุรกิจและนักท่องเที่ยวเดินทางเข้า-ออกประเทศเพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดด รวมถึงประเทศไทยเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) และประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (ASEAN Economic Community: AEC) นโยบายความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทยและรัฐบาลแห่งสาธารณรัฐประชาชนจีน พัฒนาระบบรถไฟความเร็วสูงเพื่อเชื่อมโยงภูมิภาคสายตะวันออกเฉียงเหนือ (กรุงเทพมหานคร-หนองคาย-เวียงจันทน์) นำร่องเพื่อการพัฒนา ด้านเศรษฐกิจและความสัมพันธ์ระหว่างประเทศเกิดเส้นทางที่จะเชื่อมต่อประเทศกลุ่ม CLMV ได้แก่ จีน ลาว มาเลเซีย และเวียดนามเข้ากับประเทศไทย การเคลื่อนย้ายของประชากร ปศุสัตว์ สินค้า และอาหาร จะยิ่งทำให้การปฏิบัติตามกฎอนามัยระหว่างประเทศเป็นสิ่งสำคัญจำเป็นอย่างยิ่ง ความเสี่ยงเกี่ยวข้องกับพาหะนำโรคในผู้เดินทางหรือจากคุณภาพสินค้า ผลิตภัณฑ์ การขนส่ง แรงงาน รวมถึงแรงงานต่างด้าวผิดกฎหมาย ที่ต้องได้รับการดูแลและป้องกันควบคุมโรค เป็นไปตามปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน หรือธุรกิจประเภทอุตสาหกรรมเคมีภัณฑ์ เกิดสารเคมี หรือกัมมันตภาพรังสีรั่วไหล ที่มากับยานพาหนะจากต่างประเทศ เป็นต้น

แผนงานเสริมสร้างความเข้มแข็งการพัฒนาสมรรถนะช่องทางเข้าออกประเทศและกักกันโรค ครอบคลุมการป้องกัน (Prevent) ตรวจจับ (Detect) และตอบโต้เหตุฉุกเฉิน (Respond) ด้านสาธารณสุขที่เกิดจากโรคและภัยสุขภาพ (All Hazard) ที่เกี่ยวข้องกับการเดินทางระหว่างประเทศ โดยเสริมสร้างความเข้มแข็ง 1) สมรรถนะหลักและปฏิบัติการจริงในภาวะปกติ 2) สมรรถนะในการตอบโต้เหตุการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุข 3) สมรรถนะในการกำหนดมาตรการและจัดการความเสี่ยง และทุกภาวะอันตรายที่เกี่ยวข้องกับการเดินทางระหว่างประเทศ

#### ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

1) พัฒนาศักยภาพบุคลากรให้พร้อมดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดโรคกลุ่มไม่มีอาการตามนโยบายการกักกันโรคระดับชาติ (National Quarantine Policy) โดยกลุ่มกักกันโรค จัดฝึกอบรม เมื่อวันที่ 7 - 8 ธันวาคม 2565 ณ ห้องประชุม อาคาร Quarantine Center ชั้น 2 กองด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศและกักกันโรค ทั้งนี้ แบ่งการอบรมเป็น 2 รุ่น (2 วัน) กลุ่มเป้าหมายเป็นเจ้าหน้าที่กองด่านควบคุมโรคฯ ทั้งกลุ่มงานวิชาการและกลุ่มงานสนับสนุนเข้าร่วมอบรมทั้งสิ้น 49 คน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เจ้าหน้าที่กองด่านควบคุมโรคฯ สามารถปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในสถานที่กักกันโรค และการบริหารจัดการการป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อในสถานที่กักกันโรคที่มีประสิทธิภาพอย่างเป็นระบบ และต่อเนื่องในการเตรียมความพร้อมรับมือกับภาวะฉุกเฉินจากโรคติดต่อ และโรคติดต่อได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2) การเฝ้าระวังคัดกรองโรคและรองรับคนไทยผู้ประสบภัยจากเหตุการณ์ความไม่สงบในต่างประเทศ โดยดำเนินการร่วมกับกระทรวงการต่างประเทศ กรมการกงสุล กองทัพอากาศ กระทรวงแรงงาน กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร สถาบันบาราศนราดรุร กองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน กองโรคติดต่อทั่วไป

3) พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศและเครือข่าย ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อและภัยสุขภาพ เพื่อเสริมสร้างองค์ความรู้ กระบวนการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพให้แม่นยำ และเพื่อพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศและกักกันโรค บุคลากรเครือข่ายที่เกี่ยวข้องให้มีความรู้ ทักษะในการเฝ้าระวังโรคติดต่อและภัยสุขภาพ สามารถปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้องตามมาตรฐาน บูรณาการการปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้องตามมาตรฐาน

4) ทำแผนฉุกเฉินด้านสาธารณสุขตามแนวทางการจัดการภาวะอันตรายจาก All Hazard โดยกลุ่มยุทธศาสตร์ และแผนงาน เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในด้านแผนรองรับภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข โรคและภัยสุขภาพ 5 ด้าน All Hazard ของช่องทางเข้าออกประเทศ และพัฒนาระบบเตรียมความพร้อมรับมือ ปรับตัวต่อภาวะอันตรายจาก All Hazard ของด่านช่องทางเข้าออกประเทศ ให้มีประสิทธิภาพ สอดคล้องตามการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญภายนอกจากองค์การอนามัยโลก ตามแนวทางกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 (IHR-JEE)

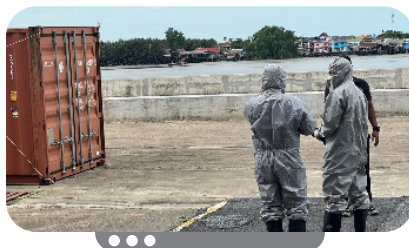
5) พัฒนาระบบเฝ้าระวังผู้เดินทางประเภทไป-กลับระหว่างชายแดนด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ พรหมแดนทางบก และประชุมราชการถ่ายทอดการใช้งานโปรแกรมเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อและการตรวจรับรองสุขภาพ สถานกักตัวคนต่างด้าว (IDC MED)

6) ถอดบทเรียนการดำเนินงานเฝ้าระวัง คัดกรองโรคชาวไทยในต่างประเทศที่ประสบภัยทางการเมือง ภัยพิบัติทางธรรมชาติ และโรคติดต่อ เพื่อเข้ารับการกักกันโรค ณ อาคารศูนย์กักกันโรค (Quarantine Center) เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดำเนินงานระหว่างผู้ปฏิบัติงานในส่วนต่าง ๆ นำไปปรับปรุงกระบวนการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพ และพัฒนาการจัดระบบบริการของอาคารศูนย์กักกันโรค (Quarantine Center) รองรับสถานการณ์ต่าง ๆ หรือภารกิจตามที่กรมควบคุมโรคมอบหมาย

7) ฝึกซ้อมและทดสอบแผนฉุกเฉินด้านสาธารณสุขตามแนวทางการจัดการภาวะอันตราย กรณี เหตุฉุกเฉินทางนิวเคลียร์และรังสี ประจำปีงบประมาณ 2566 โดยกลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน ร่วมกับกลุ่มด้านควบคุมโรคฯ ทำเรื่องกรุงเทพ เพื่อพัฒนาความรู้ ความเข้าใจ เรื่องหลักการป้องกันอันตรายจากกัมมันตรังสีขณะปฏิบัติงาน และเพื่อวัดประสิทธิภาพของเจ้าหน้าที่บุคลากรที่ได้รับมอบหมายในแผนปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินของช่องทาง

8) บูรณาการฝึกซ้อมแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินของช่องทางเข้าออกประเทศ ทำเรื่องกรุงเทพ ประจำปี พ.ศ. 2566 ด้านกัมมันตรังสี โดยจำลองสถานการณ์ “พบวัสดุกัมมันตังสี Co-60 ปะปนมากับตู้สินค้าขาออกที่ศูนย์เอกซเรย์และเทคโนโลยี กรมศุลกากร

## ภาพประกอบการดำเนินงาน



## ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

- 1) ด้านโครงสร้างและอัตรากำลังบางแห่งไม่เพียงพอต่อการดำเนินงานจึงจำเป็นต้องหมุนเวียนเจ้าหน้าที่ในสังกัดเข้ามาสนับสนุน และด้านการดำเนินงานพบข้อจำกัดที่ส่งผลต่อการพัฒนาโปรแกรม
- 2) ด้านการติดต่อประสานงานคณะทำงานประจำช่องทางฯ เนื่องจากเป็นหน่วยงานภายนอกกระทรวงสาธารณสุข และมีการเปลี่ยนผลัดเจ้าหน้าที่บ่อย ทำให้การติดต่อประสานงานในงานนั้น ๆ ไม่ต่อเนื่อง
- 3) ด้านนโยบายการดำเนินงานของแต่ละพื้นที่มีบริบทการทำงานแตกต่างกัน
- 4) ด้านการเตรียมความพร้อมของเจ้าหน้าที่ประจำช่องทางฯ ในการปฏิบัติงานให้เหมาะสมกับสถานการณ์เมื่อเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุข

## 2.5.5.10 แผนงานสร้างความเข้มแข็งของระบบนวัตกรรมและวิจัย ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

กรมควบคุมโรคเป็นหน่วยงานที่มุ่งเน้นการพัฒนางานวิชาการด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ เพื่อนำผลิตภัณฑ์ทางวิชาการไปใช้ประโยชน์ได้อย่างเป็นรูปธรรม และเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีของ ประชาชน การดำเนินการขับเคลื่อนการพัฒนาของนวัตกรรมและวิจัย ในระยะที่ 2 ระยะสร้างความเข้มแข็ง (พ.ศ. 2566 - 2570) มุ่งเน้นการดำเนินงานนวัตกรรมและวิจัยที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์อย่างเป็นรูปธรรมและ ต่อเนื่อง โดยพิจารณาถึงโอกาสในการสร้างมูลค่าเชิงเศรษฐกิจ การพัฒนาขีดความสามารถในการรองรับหรือต่อยอดผลงานวิจัยไปสู่การสร้างนวัตกรรมให้เป็นที่ยอมรับในระดับชาติและนานาชาติจากกระบวนการคิด แบบใหม่ (New Vision) มุ่งเน้นการสร้างคุณค่าทั้งต่อผู้ใช้งานและผู้ที่เกี่ยวข้อง (Value) ผ่านการคิดเชิงออกแบบ (Design Thinking) เพื่อให้ประชาชนชาวไทยมีสุขภาพดี ลดป่วย ลดตาย และมีความรู้ในการดูแลสุขภาพห่างไกลโรคและภัยสุขภาพด้วยเทคโนโลยีและองค์ความรู้ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพในอนาคต

## ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

1) School of Incubation (Service Design for Health Innovation: Implement to the real world) มีนวัตกรรมต้นแบบ (Prototype) ที่ได้รับการพิสูจน์แนวคิดในการแก้ไขปัญหา (Proof of Concep จำนวน 9 ผลงาน)

Team	Government sector	Target group/problem	Prototype
Southern 3-3-1	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช	กลุ่มเป้าหมาย : เจ้าหน้าที่ระดับวิทยา/เจ้าหน้าที่อปท. ปัญหา : การรวบรวมข้อมูลและตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยโรคติดต่อ นำโดยแมลงที่ยุงยากเข้าซอซันทำให้ได้ข้อมูลผู้ป่วยที่ไม่ถูกต้องจนทำให้เกิดความล่าช้าหรือเสียเวลาในการลงพื้นที่ตรวจสอบ	SVDC web app web app ที่ช่วยข้อมูลผู้ป่วย ระหว่างเจ้าหน้าที่ รพ.สต/ อสม./อปท.
TB TEAM	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช	กลุ่มเป้าหมาย : ผู้ป่วยวัณโรค/ ผู้สัมผัสเสี่ยงสูง/ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน ปัญหา : การติดตามผู้ป่วยและผู้สัมผัสเสี่ยงสูงโรควัณโรคในพื้นที่ รวมถึงทำให้ผู้สัมผัสเสี่ยงสูงเข้ามารับการตรวจคัดกรองในระบบ	Application - บันทึกผลดูผล เลื่อนนัด
คิด (ไม่) ดี	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	กลุ่มเป้าหมาย : วัยรุ่นอายุ 16 - 20 ปี ปัญหา : วัยรุ่นไม่ยอมใส่ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ มีความกังวลกลัวท้องและกลัวติดโรค และปัญหาการหาซื้อถุงยางอนามัย	Condom For Me App สำหรับ Delivery ถุงยาง

Team	Government sector	Target group/problem	Prototype
MedTech	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว	กลุ่มเป้าหมาย : ผู้รับบริการของโรงพยาบาล ปัญหา : ทำอย่างไรให้ผู้รับบริการสามารถ แพลผลตรวจสุขภาพได้ด้วยการประเมิน ติดตามจากประวัติที่มีได้ โดยให้มีระบบนัดหมายจากข้อมูลแบบ Real Time	Health station / Application
Proactive Data	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี	กลุ่มเป้าหมาย : เจ้าหน้าที่ในระบบรายงานโรคไม่ติดต่อ ปัญหา : การบันทึกและส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของ รพ.สต. ไม่ครบถ้วน	HCB (Health Connect box set) ทำหน้าที่แทนแบบฟอร์มกระดาษบันทึกข้อมูล
Slowgia	โรงพยาบาลนายายอาม	กลุ่มเป้าหมาย : ผู้ป่วยหลัก ปัญหา : ทำอย่างไรให้ผู้ป่วยหลักตระหนัก การระมัดระวัง และป้องกันอันตรายจากการ สำลัก ที่อาจทำให้เสียชีวิตได้	เพจ กินดี ไม่มีสำลัก / Chat bot
Medconnected	กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข + รพ.พนมดงรัก เฉลิมพระเกียรติฯ	กลุ่มเป้าหมาย : ผู้ป่วยเบาหวาน ปัญหา : ทำอย่างไรให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้จนไม่เกิดอันตราย และไม่เกิดโรคแทรกซ้อน	กระเป๋า DIY / แผ่นแปะ DIY / Application
Discharge Planning & Quality	โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี	กลุ่มเป้าหมาย : ผู้ป่วยมะเร็ง ปัญหา : การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งหลังจากได้รับการรักษาและกลับบ้านไปรักษาตัวต่อที่บ้านให้สามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดี	กล่องสารพัดนึก
Stroke Fast Trang	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง	กลุ่มเป้าหมาย : บุคคลทั่วไปหรือกลุ่มเสี่ยงที่ยังไม่ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ปัญหา : ความไม่รู้หรือไม่แน่ใจในอาการของโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้ตัดสินใจเข้ารับการรักษาไม่ทันเวลา	App Trang Care/ Smart Watch



2) การบ่มเพาะโค้ชเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลง (Coaching for change : The Master Coach Season) เพื่อสร้างประสบการณ์การเรียนรู้ที่ดี และสร้างชุมชนนักสร้างการเปลี่ยนแปลงด้วยการพัฒนาศักยภาพและฝึกฝนการใช้เครื่องมือที่จำเป็นต่อการเป็นโค้ช โดยต้องเข้าใจกระบวนการเชิงลึกและสามารถนำทีมพัฒนานวัตกรรมประจำหน่วยงานในการวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลของสถานการณ์ปัญหาและสามารถระบุปัญหาได้อย่างชัดเจน มีผู้เข้าร่วมอบรมทักษะการเป็นโค้ชผู้นำการเปลี่ยนแปลง จำนวน 15 คน

3) โครงการวิจัยในปี 2566 จำนวน 38 โครงการ อยู่ระหว่างดำเนินการ จำนวน 5 โครงการ อยู่ระหว่างของ EC จำนวน 5 โครงการ และอยู่ระหว่างพัฒนา Protocol จำนวน 15 โครงการ และขอยกเลิกโครงการจำนวน 13 โครงการ และโครงการวิจัยที่มีเป้าหมายเพื่อให้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยภายในปี 2566 และพร้อม ดำเนินงานในปี 2567 จำนวน 18 โครงการ วงเงิน 10.95 ล้านบาท

4) แผนปฏิบัติการราชการด้านการพัฒนาทรัพยากรบุคคลด้านการวิจัยระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 - 2570) ของกรมควบคุมโรค เพื่อยกระดับขีดสมรรถนะบุคลากรกรมควบคุมโรคด้านการวิจัยสู่ระดับสากล รวมทั้งเพิ่มจำนวนบุคลากรกรมควบคุมโรคด้านการวิจัยให้เพียงพอต่อการผลิตงานวิจัยด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่มีคุณภาพและเพียงพอต่อความต้องการพัฒนาของประเทศด้วยกระบวนการสนับสนุนและพัฒนากำลังคนด้านวิจัยที่มีประสิทธิภาพ

5) โครงการปริญญาเอกกาญจนาภิเษก (คปก.) กรมควบคุมโรคได้ดำเนินการคัดเลือกบุคลากรผู้มีสิทธิ์สมัครรับทุน คปก. กับทาง วช. โดยมีบุคลากรกรมฯ ผ่านการคัดเลือกได้รับทุน คปก. ดังนี้

6) พัฒนาศักยภาพพี่เลี้ยงงานวิจัย เพื่อพัฒนาและยกระดับพี่เลี้ยงงานวิจัยให้มีศักยภาพในการให้คำปรึกษา การพัฒนาโครงการวิจัย และการดำเนินงานวิจัยให้แก่บุคลากรในหน่วยงานมีบุคลากรที่ผ่านการอบรม

## ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

- 1) การรับสมัครโค้ชยังไม่มีเกณฑ์คุณสมบัติและเครื่องมือที่คัดกรองผู้สมัคร (Potential Candidate)
- 2) การพัฒนาโค้ชยังไม่สามารถออกแบบกระบวนการเรียนรู้ของโค้ชไปถึงระดับการประยุกต์และวางกลยุทธ์การใช้โค้ชได้
- 3) การกำหนดเส้นทางการเติบโตของโค้ชและสร้าง Coach Community ยังไม่สามารถออกแบบ โปรแกรมที่จูงใจให้โค้ชยังอยู่ในเส้นทางโค้ชในปีต่อ ๆ ไปได้ Coach Community ยังไม่เกิดขึ้นจริง ยังไม่มีเส้นทางการเติบโตสายงานโค้ชที่เชื่อมโยงกับเส้นทางงานในกรมได้
- 4) การบริหารจัดการแผนงานยังใช้ความสามารถส่วนบุคคลและยังไม่เป็นระบบ ไม่ถูกบันทึกหรือถอดบทเรียนเป็นแนวการปฏิบัติ
- 5) การโฟกัสที่ “บ่มเพาะความสามารถของโค้ช” โดยคำนึงถึงระยะเวลาที่ใช้ในการเรียนรู้และเติบโตของโค้ช (ไม่เร่งรัดจนเกินธรรมชาติของการเรียนรู้)

### 2.5.5.11 แผนงานสุขภาพผู้เดินทาง

งานสุขภาพผู้เดินทาง เป็นงานด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ รวมถึงการดูแลรักษาในกลุ่มผู้เดินทางระหว่างประเทศ รวมถึงนักท่องเที่ยวทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติจากข้อมูลขององค์การการท่องเที่ยวโลกแห่งสหประชาชาติ คาดการณ์ว่าในปี 2566 จำนวนนักท่องเที่ยวระหว่างประเทศ จะสูงมากถึงร้อยละ 80 - 95 ของช่วงก่อนเกิดการระบาดโรคโควิด 19

ปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่ที่พบในผู้เดินทางไทยที่กลับมาจากต่างประเทศ ได้แก่ อาการทางเดินหายใจส่วนบน ไอ เจ็บคอ และท้องร่วง นอกจากนี้ในกลุ่มชาวไทยมุสลิมที่เดินทางไปประกอบพิธีฮัจญ์ ณ ประเทศซาอุดีอาระเบีย จากสถิติการให้บริการสำนักแพทย์เพื่อกิจการฮัจญ์แห่งประเทศไทย ณ ประเทศซาอุดีอาระเบีย ในปี 2566 พบว่า มีชาวไทยมุสลิมที่เดินทางไปประกอบพิธีฮัจญ์มีปัญหาสุขภาพและเข้ารับบริการทางการแพทย์ จำนวน 8,914 ครั้ง โดยโรคที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคระบบทางเดินหายใจ อาการปวดกล้ามเนื้อ และตาแดง สำหรับการเดินทางท่องเที่ยวภายในประเทศ จากสถิตินักท่องเที่ยวต่างชาติประสบเหตุ บาดเจ็บ และเสียชีวิตในประเทศไทยของกองมาตรฐานและกำกับความปลอดภัยนักท่องเที่ยว

จึงได้เห็นถึงความสำคัญของการบูรณาการความร่วมมือภาคีเครือข่ายเพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพในกลุ่มผู้เดินทาง โดยการประสานความร่วมมือกับเครือข่ายทั้งภายในและระหว่างประเทศ เพื่อการพัฒนาองค์ความรู้ เครื่องมือ กฎหมายที่เกี่ยวข้อง รวมถึงงานบริการเฉพาะที่ได้มาตรฐานสากล เป้าหมายเพื่อลดความสูญเสียและผลกระทบต่อสุขภาพของผู้เดินทางที่อาจเกิดขึ้นจากการเดินทางท่องเที่ยว รวมถึงการสนับสนุนส่งเสริมให้นักท่องเที่ยวไทยเห็นความสำคัญกับการเดินทาง และท่องเที่ยวที่ปลอดภัยยิ่งขึ้น

### ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

- 1) ขับเคลื่อนนโยบายและมาตรการทางสาธารณสุขรองรับนักท่องเที่ยวเข้าประเทศไทย โดยประสานการจัดตั้งหน่วยบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 สำหรับนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติ เพื่อรองรับมาตรการการเดินทางเข้าประเทศไทย รวมทั้งสิ้น 416 แห่ง ใน 68 จังหวัด
- 2) จัดทำข้อเสนอการออกประกาศ จำนวน 2 ฉบับ ได้แก่ 1) ประกาศกรมควบคุมโรค เรื่อง อัตราค่าบำรุงการตรวจวิเคราะห์และให้บริการด้านการป้องกันและควบคุมโรค กรมควบคุมโรค 2) ประกาศคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ เรื่อง การออกหนังสือรับรองการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค พ.ศ. .... ภายใต้พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 มาตรา 43 สำหรับใช้รับรองการให้วัคซีนป้องกันโรคติดต่อตามที่กำหนดไว้ในกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ.2548 หรือโรคติดต่ออื่น ด้วยเหตุผลความจำเป็นในการป้องกันโรคติดต่อระหว่างประเทศ แก่ผู้เดินทาง
- 3) พัฒนางานวิชาการ และเผยแพร่แนวทาง คำแนะนำที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพผู้เดินทาง ได้แก่ แนวทางการจัดบริการหน่วยบริการสุขภาพผู้เดินทาง แนวทางการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคกลุ่มผู้แสวงบุญที่เดินทางกลับจากการประกอบพิธีฮัจญ์ สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ถอดบทเรียนการดำเนินงานกรณีนักท่องเที่ยวติดเชื้อโรคฮิสโตพลาสโมซิส (Histoplasmosis) และคำแนะนำโรคและภัยสุขภาพจากการเดินทางท่องเที่ยว จำนวน 13 เรื่อง
- 4) จัดทำ (ร่าง) แผนปฏิบัติการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และภัยสุขภาพในกลุ่มผู้เดินทาง (2567 - 2570) ร่วมกับภาคีเครือข่ายภาคสาธารณสุขและภาคการท่องเที่ยว โดยมีเป้าหมายเพื่อลดการเจ็บป่วย และเสียชีวิตจากการเดินทางท่องเที่ยวในกลุ่มผู้เดินทาง
- 5) จัดกิจกรรมพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย ผ่านการประชุมเสวนาสุขภาพผู้เดินทาง (TM TALK) ในรูปแบบออนไลน์เป็นประจำทุกเดือน (ธันวาคม 2565 - กันยายน 2566) รวม 10 ครั้ง โดยเป็นการสร้างช่องทางการสื่อสารกับเครือข่ายรูปแบบใหม่ผ่านเวทีเสวนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านสุขภาพผู้เดินทาง ซึ่งการเสวนาแต่ละครั้ง

ได้มีวิทยากร ผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน มาร่วมถ่ายทอดองค์ความรู้ทางวิชาการ แนวทางการดำเนินงาน และแลกเปลี่ยนแนวปฏิบัติต่าง ๆ เพื่อให้เครือข่ายได้นำองค์ความรู้ไปใช้ในการดูแลให้คำแนะนำแก่นักเดินทางท่องเที่ยว และบริหารจัดการหน่วยบริการสุขภาพผู้เดินทาง

6) พัฒนาระบบบริการออกหนังสือรับรองการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ปัจจุบันมีหน่วยบริการฯ ทั่วประเทศรวมทั้งสิ้น 230 แห่ง มีผู้มีอำนาจออกหนังสือรับรองฯ จำนวน 439 ราย ข้อมูลการให้บริการภาพรวม ณ วันที่ 18 กันยายน 2566 รวมทั้งสิ้น 697,133 คน แบ่งเป็น ผู้รับบริการออกหนังสือรับรองฯ รูปแบบเล่ม จำนวน 52,240 คน และรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ จำนวน 644,893 คน

7) เผื่อระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคในกลุ่มชาวไทยมุสลิมที่เดินทางไปประกอบพิธีฮัจญ์ โดยการสนับสนุนวัคซีนป้องกันโรคไข้กาฬหลังแอ่น วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ และหนังสือรับรองการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคให้กับชาวไทยมุสลิมตามโควตาที่ราชอาณาจักรซาอุดีอาระเบียจัดสรรให้กับประเทศไทย จำนวน 13,000 คน และจัดกิจกรรมพิธีเปิดโครงการป้องกันโรคติดต่อแก่ชาวไทยมุสลิมที่เดินทางไปประกอบพิธีฮัจญ์ ณ ราชอาณาจักรซาอุดีอาระเบีย ปี 2566 เมื่อวันที่พฤหัสบดีที่ 9 มีนาคม พ.ศ. 2566 ณ ศูนย์บริหารกิจการศาสนาอิสลามแห่งชาติ เฉลิมพระเกียรติ กรุงเทพมหานคร ภายในงานมีบริการตรวจสุขภาพก่อนการเดินทางไปแสวงบุญ โดยทีมแพทย์และพยาบาลจากโรงพยาบาลเครือข่ายภายในและภายนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ให้บริการฉีดวัคซีนไข้กาฬหลังแอ่น และวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ พร้อมออกหนังสือรับรองการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยกรมควบคุมโรค มีผู้แสวงบุญและเจ้าหน้าที่ร่วมดำเนินงานโครงการ ทั้งสิ้น 1,861 คน โดยมีผู้แสวงบุญได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้กาฬหลังแอ่น จำนวน 1,435 คน และวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ จำนวน 1,506 คน และจัดกิจกรรมฯ ณ สถาบันบาราศนราตุรเมื่อ 16 มีนาคม 2566 มีผู้แสวงบุญรับบริการฯจำนวน 545 คน ได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้กาฬหลังแอ่น จำนวน 525 คน และวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ จำนวน 531 คน

## ภาพประกอบการดำเนินงาน



## ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

แผนจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา ประจำปีงบประมาณ 2566 มีงบประมาณสำหรับจัดซื้อวัคซีนป้องกันโรคไข้กาฬหลังแอ่น จำนวน 10,000 โดส ซึ่งไม่เพียงพอกับจำนวนโควตาที่ราชอาณาจักรซาอุดีอาระเบียได้จัดสรรให้กับชาวไทยมุสลิมในการเดินทางไปแสวงบุญ 13,000 คน ทำให้ต้องขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกรมควบคุมโรคโดยเร่งด่วน และเร่งรัดการจัดซื้อวัคซีนเพิ่มอีก 3,000 โดส เพื่อให้ทันการให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคก่อนการเดินทางไปแสวงบุญของกลุ่มเป้าหมายซึ่งมีกระจายอยู่ทั่วประเทศ

### 2.5.5.12 แผนงานพัฒนากำลังคนด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

ภารกิจหลักในการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศ จำเป็นต้องมีบุคลากรที่มีสมรรถนะเพียงพอพร้อมรับมือกับโรคและภัยคุกคามที่อาจเกิดขึ้นได้ทันที่ รวมถึงมีเครือข่ายด้านป้องกันควบคุมโรคที่สามารถร่วมปฏิบัติงานได้แบบไร้รอยต่อและเข้าใจปัญหาของพื้นที่เมื่อเกิดเหตุการณ์ และสามารถเป็นพี่เลี้ยงในการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพให้กับจังหวัดและพื้นที่ได้ จึงให้ความสำคัญกับการบริหารและพัฒนากำลังคนด้านป้องกันควบคุมโรคอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคลากรที่เป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนภารกิจหลักของกรมควบคุมโรค

จากการดำเนินงานในระยะปฏิรูป (พ.ศ. 2561 - 2565) พบประเด็นปัญหาอุปสรรคของการพัฒนากำลังคนที่ยังไม่สอดคล้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกันรวมถึงความท้าทายในอนาคต เช่น กำลังคนด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพรองรับระบบสาธารณสุขยังไม่เพียงพอ มีการกระจายตัวอย่างไม่สมดุล โดยเฉพาะแพทย์มีการกระจุกตัวอยู่ในพื้นที่เมืองมากกว่าชนบท กรุงเทพฯ และปริมณฑล การขาดผู้เชี่ยวชาญในการควบคุมโรค อาจเนื่องมาจากการเกษียณอายุ มีการเปลี่ยนแปลงโอนย้ายบุคลากรบ่อย การพัฒนารูปแบบการให้บริการให้ทันต่อสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพ จึงมีความจำเป็นต้องจัดทำแผนงานพัฒนากำลังคนด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ขึ้นโดยมุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพเป้าหมายปัจจุบันในอนาคต และการพัฒนาระบบกลไก อันจะนำไปสู่การมีบุคลากรที่มีศักยภาพสามารถรองรับการทำงานในทุกมิติ

### ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

ผลการดำเนินงานที่สำคัญ	ผลผลิตที่ได้จากการดำเนินงาน
<b>มาตรการที่ 1 พัฒนากำลังคนด้านป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพให้เพียงพอและมีคุณภาพ</b>	
<b>1. พัฒนาสมรรถนะด้านระบาดวิทยา และ Strategic Information</b>	
1.1 พัฒนากำลังคนด้านระบาดวิทยาภาคสนาม 1.1.1 หลักสูตรผู้เชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยาภาคสนาม (Field Epidemiology Training Program; FETP) รุ่นที่ 42 หลักสูตร 2 ปี ประจำปีงบประมาณ 2566 1.1.2 หลักสูตรนักวิชาการสาธารณสุขด้านระบาดวิทยา (Field Epidemiology Training Program for Public Health Officer; FETH) รุ่น 7 หลักสูตร 13 เดือน ประจำปีงบประมาณ 2566 1.1.3 หลักสูตรระบาดวิทยาและการบริหารจัดการทีม สำหรับแพทย์หัวหน้าทีมและผู้สอบสวนหลัก (Field Epidemiology & Management Team: FEMT) รุ่นที่ 17 จำนวน 3 ครั้ง	1. หลักสูตรผู้เชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยาภาคสนาม (Field Epidemiology Training Program; FETP) รุ่นที่ 42 โดยบุคลากรกรมควบคุมโรคได้รับการพัฒนา จำนวน 8 คน 2. หลักสูตรนักวิชาการสาธารณสุขด้านระบาดวิทยา (Field Epidemiology Training Program for Public Health Officer; FETH) รุ่น 7 โดยบุคลากรกรมควบคุมโรคได้รับการพัฒนา จำนวน 5 คน 3. หลักสูตรระบาดวิทยาและการบริหารจัดการทีม สำหรับแพทย์หัวหน้าทีมและผู้สอบสวนหลัก (Field Epidemiology & Management Team: FEMT) รุ่นที่ 17 อบรม จำนวน 3 ครั้ง โดยบุคลากรได้รับการพัฒนา รวมจำนวน 209 คน
1.1.4 หลักสูตรฝึกอบรมระบาดวิทยาและชีวิตติเบื้องต้น (ภาษาอังกฤษ) ระหว่างวันที่ 12 มิถุนายน - 8 กรกฎาคม 2566 ณ ห้องประชุมสุชาติ เจตนาเสน กองระบาดวิทยา	ประกอบด้วยบุคลากรกรมควบคุมโรคได้รับการพัฒนา จำนวน 31 คน และบุคลากรภายนอกได้รับการพัฒนา จำนวน 178 คน 4. หลักสูตรฝึกอบรมระบาดวิทยาและชีวิตติเบื้องต้น (ภาษาอังกฤษ) โดยบุคลากรภายนอกได้รับการพัฒนา รวมจำนวน 40 คน ประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ จำนวน 16 คน แพทย์ประจำบ้าน จำนวน 6 คน และอื่น ๆ จำนวน 18 คน

ผลการดำเนินงานที่สำคัญ	ผลผลิตที่ได้จากการดำเนินงาน
<p>1.2 พัฒนากำลังคนด้านสารสนเทศและการวิเคราะห์ระดับสูงเพื่อการควบคุมโรค</p> <p>1.2.1 หลักสูตร GeeKs (พัฒนาบุคลากรด้านสารสนเทศและการวิเคราะห์ระดับสูงเพื่อการควบคุมโรค กองดิจิทัลเพื่อการควบคุมโรค) โดยร่วมกับวิทยากรจากสถาบันส่งเสริมการวิเคราะห์และบริหารข้อมูลขนาดใหญ่ภาครัฐ ผู้เชี่ยวชาญงานพิเศษด้านข้อมูล นักวิเคราะห์ข้อมูล สถาบันส่งเสริมการวิเคราะห์และบริหารข้อมูล (Basic course for GEEKS : Data Science &amp; Data Engineer) ระดับพื้นฐาน (Basic)</p> <p>1.2.2 พัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความเชี่ยวชาญในสายงานวิทยาการข้อมูล (Data Scientist) และผู้เชี่ยวชาญในสายงานวิศวกรข้อมูล (Data Engineer) ระดับกลาง (Intermediate)</p> <p>1.2.3 พัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความเชี่ยวชาญในสายงานวิทยาการข้อมูล (Data Scientist) และผู้เชี่ยวชาญในสายงานวิศวกรข้อมูล (Data Engineer) ระดับสูง (Advance)</p>	<p>1. หลักสูตร GeeKs (พัฒนาบุคลากรด้านสารสนเทศและการวิเคราะห์ระดับสูงเพื่อการควบคุมโรค กองดิจิทัลเพื่อการควบคุมโรค) โดยบุคลากรกรมควบคุมโรคได้รับการพัฒนาจำนวน 70 คน</p> <p>2. พัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความเชี่ยวชาญในสายงานวิทยาการข้อมูล (Data Scientist) และผู้เชี่ยวชาญในสายงานวิศวกรข้อมูล (Data Engineer) ระดับกลาง (Intermediate) โดยบุคลากรกรมควบคุมโรคได้รับการพัฒนา 70 คน</p> <p>3. พัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความเชี่ยวชาญในสายงานวิทยาการข้อมูล (Data Scientist) และผู้เชี่ยวชาญในสายงานวิศวกรข้อมูล (Data Engineer) ระดับสูง (Advance) โดยบุคลากรกรมควบคุมโรคได้รับการพัฒนา 70 คน</p>
<p>1.3 พัฒนาศักยภาพปฏิบัติการสอบสวนควบคุมโรค (JIT) พัฒนาศักยภาพปฏิบัติการสอบสวนควบคุมโรค (JIT) ปี พ.ศ. 2566 ระหว่างวันที่ 30 มกราคม - 3 กุมภาพันธ์ 2566 ณ โรงแรมอัมพวาน่านอน แอนด์ สปา จังหวัดสมุทรสาคร</p>	<p>พัฒนาศักยภาพปฏิบัติการสอบสวนควบคุมโรค (JIT) โดยบุคลากรกรมควบคุมโรคได้รับการพัฒนา 40 คน</p>
<p><b>2. พัฒนากำลังคนและเครือข่ายด้าน P &amp; P Program / Program manager และงานเชิงระบบ</b></p>	
<p>2.1 พัฒนาศักยภาพและเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานกลุ่มโรคติดต่อ (CDs)</p> <p>2.1.1 ประชุมเชิงปฏิบัติการสร้างเสริมความรู้ ทักษะสู่ความเชี่ยวชาญด้านการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค เพื่อพัฒนาทักษะนักวิชาการสาธารณสุข (ระดับปฏิบัติการและระดับชำนาญการ) ที่ยังไม่เคยผ่านการอบรมเป็น SMEs โรค</p> <p>2.1.2 พัฒนาศักยภาพบุคลากรเป็นวิทยากรหลักสูตรระดับวิทยาลัยสำหรับเจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ ด้านโรคติดต่อโดยแมลง (CDCU Plus Vector Control Unit) ระหว่างวันที่ 27 - 28 เมษายน 2566 ณ โรงแรมทีเค พาเลส แอนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพมหานคร</p>	<p>1. อบรมสร้างเสริมความรู้ ทักษะ สู่ความเชี่ยวชาญด้านการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค โดยบุคลากร กรมควบคุมโรค ได้รับการพัฒนา 45 คน</p> <p>2. หลักสูตรระดับวิทยาลัยสำหรับเจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ ด้านโรคติดต่อโดยแมลง (CDCU Plus Vector Control Unit) โดยบุคลากรกรมควบคุมโรค ได้รับการพัฒนา จำนวน 30 คน</p>



ผลการดำเนินงานที่สำคัญ	ผลผลิตที่ได้จากการดำเนินงาน
<p>2.2 พัฒนาบุคลากรและเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานกลุ่มโรคติดต่อเรื้อรัง (CCDs)</p> <p>2.2.1 พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายเพื่อขับเคลื่อนกลไกการดำเนินงานโรคไวรัสตับอักเสบ</p> <p>2.2.2 หลักสูตรการดำเนินงานพัฒนาศักยภาพและติดตามประเมินผล การดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาสำหรับผู้ปฏิบัติงานด้วย ระบบการเฝ้าระวังเชิงรุกด้านความปลอดภัยของการใช้ยารักษาวัณโรคดื้อยา (aDSM)</p>	<p>1. พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายเพื่อขับเคลื่อนกลไกการดำเนินงานโรคไวรัสตับอักเสบ โดยบุคลากรได้รับการพัฒนา รวมจำนวน 209 คน ประกอบด้วยบุคลากรกรมควบคุมโรค ได้รับการพัฒนา จำนวน 28 คน และบุคลากรภายนอกได้รับการพัฒนา 181 คน</p> <p>2. พัฒนาศักยภาพและติดตามประเมินผล การดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา สำหรับผู้ปฏิบัติงานด้วย ระบบการเฝ้าระวังเชิงรุกด้านความปลอดภัยของการใช้ยารักษาวัณโรคดื้อยา (aDSM) โดยบุคลากรได้รับการพัฒนารวม 80 คน ประกอบด้วยบุคลากรกรมควบคุมโรคได้รับการพัฒนา 36 คน และบุคลากรภายนอกได้รับการพัฒนา 44 คน</p>
<p>2.3 พัฒนาบุคลากรและเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานกลุ่มโรคไม่ติดต่อและปัจจัยเสี่ยงจากพฤติกรรมสุขภาพ (NCDs)</p> <p>2.3.1 สัมมนาวิชาการการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน “แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไตในชุมชน ผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)” (เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (DM HT CKD) ในชุมชน และนำไปปรับใช้ในการจัดการปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของพื้นที่ รวมถึงสามารถถ่ายทอดหรือเป็นพี่เลี้ยงสนับสนุนให้ชุมชน/หมู่บ้านนำไปใช้ในการจัดการปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของพื้นที่)</p> <p>2.3.2 พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ในการบันทึกข้อมูลการคัดกรอง บำบัดรักษา และการติดตาม ผู้มีปัญหาคัดกรอง เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในแฟ้ม Special PP (ในระบบ 43 แฟ้ม)</p>	<p>1. สัมมนาวิชาการการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน “แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไตในชุมชน ผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)” โดยบุคลากรได้รับการพัฒนา รวม 291 คน ประกอบด้วยบุคลากรกรมควบคุมโรค เข้าร่วมสัมมนาฯ 8 คน และบุคลากรภายนอกเข้าร่วมสัมมนาฯ 283 คน</p> <p>2. พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ในการบันทึกข้อมูลการคัดกรอง บำบัดรักษา และการติดตาม ผู้มีปัญหาคัดกรอง เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในแฟ้ม Special PP (ในระบบ 43 แฟ้ม) โดยบุคลากรได้รับการพัฒนารวม 162 คน ประกอบด้วยบุคลากรกรมควบคุมโรคได้รับการพัฒนา 4 คน และบุคลากรภายนอกได้รับการพัฒนา 158 คน</p>
<p>2.4 พัฒนาบุคลากรและเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานกลุ่มโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม (Env-Occ)</p> <p>พัฒนาหลักสูตรหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมทั้งภาคทฤษฎีและภาคฝึกปฏิบัติจำนวน 30 ชั่วโมง ในรูปแบบ E - learning ตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน 2565 - 9 มีนาคม 2566 ซึ่งสามารถเข้ารับการอบรมได้หลากหลายอุปกรณ์ ได้แก่ คอมพิวเตอร์ แท็บเล็ต และมือถือ เป็นต้น และมีช่องทางการเข้ารับอบรม ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. เว็บไซต์ของ DDC ACADEMY <a href="https://academy.ddc.moph.go.th/moodle/">https://academy.ddc.moph.go.th/moodle/</a></li> <li>2. เว็บไซต์ของกองฯ <a href="http://envocc.ddc.moph.go.th/">http://envocc.ddc.moph.go.th/</a> หรือ <a href="https://ddc.moph.go.th/doed">https://ddc.moph.go.th/doed</a></li> </ol>	<p>หลักสูตรหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม (E - learning) โดยบุคลากรได้รับการพัฒนารวมจำนวน 2,543 คน ซึ่งมีผู้ผ่านการอบรม 1,830 คน ประกอบด้วยบุคลากรกรมควบคุมโรค ได้รับการพัฒนา 53 คน และบุคลากรภายนอกได้รับการพัฒนา 1,777 คน</p>

ผลการดำเนินงานที่สำคัญ	ผลผลิตที่ได้จากการดำเนินงาน
<p>2.5 พัฒนาบุคลากรและเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศและกักกันโรค</p> <p>2.5.1 พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ช่องทางเข้าออกประเทศในการเฝ้าระวังทางสาธารณสุขและป้องกันโรค เมื่อวันที่ 22 - 24 ก.พ. 2566 ณ โรงแรมอัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม</p> <p>2.5.2 พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศและเครือข่าย ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อและภัยสุขภาพ จำนวน 2 รุ่น</p> <p>2.5.3 พัฒนาศักยภาพบุคลากรให้พร้อมดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดโรคกลุ่มที่ไม่มีอาการตามนโยบายการกักกันโรคระดับชาติ (National Quarantine Policy)</p>	<p>1. พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ช่องทางเข้าออกประเทศในการเฝ้าระวังทางสาธารณสุขและป้องกันโรค โดยบุคลากรกรมควบคุมโรคได้รับการพัฒนา จำนวน 40 คน</p> <p>2. พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศและเครือข่าย ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อและภัยสุขภาพ จำนวน 2 รุ่น โดยบุคลากรกรมควบคุมโรคได้รับการพัฒนารวม 103 คน รุ่นที่ 1 50 คน / รุ่นที่ 2 53 คน</p> <p>3. พัฒนาศักยภาพบุคลากรให้พร้อมดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดโรคกลุ่มที่ไม่มีอาการตามนโยบายการกักกันโรคระดับชาติ (National Quarantine Policy) โดยบุคลากรกรมควบคุมโรคได้รับการพัฒนา 49 คน</p>
<p>2.6 พัฒนาบุคลากรและเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานด้านเวชศาสตร์ป้องกันและควบคุมโรค</p> <p>2.6.1 หลักสูตรอบรมด้านเวชศาสตร์ป้องกัน ระดับกลาง</p> <p>2.6.2 หลักสูตรอบรมด้านเวชศาสตร์ป้องกันระดับพื้นฐาน</p>	<p>หลักสูตรอบรมด้านเวชศาสตร์ป้องกัน ระดับกลาง โดยบุคลากรได้รับการพัฒนารวม 98 คน ประกอบด้วยบุคลากรกรมควบคุมโรคได้รับการพัฒนา 49 คน และบุคลากรภายนอกได้รับการพัฒนา 49 คน 2 หลักสูตรอบรมด้านเวชศาสตร์ป้องกันระดับพื้นฐาน โดยบุคลากรได้รับการพัฒนารวม 230 คน ประกอบด้วยบุคลากรกรมควบคุมโรคได้รับการพัฒนา 89 คน และบุคลากรภายนอกได้รับการพัฒนา 141 คน</p>
<p>2.7 พัฒนาบุคลากรและเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานด้านสื่อสารความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพ (Health Risk Communication)</p> <p>2.7.1 พัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อเพิ่มทักษะความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ</p> <p>2.7.2 พัฒนาศักยภาพบุคลากรสื่อสารความเสี่ยง ระหว่าง</p> <p>2.7.3 พัฒนาศักยภาพผู้บริหาร ด้านการสื่อสารและการประชาสัมพันธ์</p>	<p>1. พัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อเพิ่มทักษะความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ โดยบุคลากรกรมควบคุมโรคได้รับการพัฒนา จำนวน 64 คน</p> <p>2. พัฒนาศักยภาพบุคลากรสื่อสารความเสี่ยง โดยบุคลากรกรมควบคุมโรคได้รับการพัฒนา จำนวน 63 คน</p> <p>3. พัฒนาศักยภาพผู้บริหาร ด้านการสื่อสารและการประชาสัมพันธ์ โดยบุคลากรกรมควบคุมโรคได้รับการพัฒนา 20 คน</p>
<p>2.8 พัฒนาบุคลากรและเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานด้านการป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง</p> <p>พัฒนาทักษะบุคลากรในด้านการป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง</p>	<p>พัฒนาทักษะบุคลากรในด้านการป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง โดยบุคลากรได้รับการพัฒนารวม 33 คน ประกอบด้วยบุคลากรกรมควบคุมโรคได้รับการพัฒนา 28 คน และบุคลากรภายนอกได้รับการพัฒนา 5 คน</p>
<p>2.9 พัฒนาบุคลากรและเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานด้านการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข</p> <p>พัฒนาศักยภาพทีมเฝ้าระวังเหตุการณ์ผิดปกติ (Watch team) ด้านการวิเคราะห์ข้อมูลและการนำเสนอข้อมูลทางระบาดวิทยาเบื้องต้น จำนวน 2 รุ่น</p>	<p>พัฒนาศักยภาพทีมเฝ้าระวังเหตุการณ์ผิดปกติ (Watch team) ด้านการวิเคราะห์ข้อมูลและการนำเสนอข้อมูลทางระบาดวิทยาเบื้องต้น 2 รุ่น โดยบุคลากรกรมควบคุมโรคได้รับการพัฒนารวม 81 คน รุ่นที่ 1 40 คน/ รุ่นที่ 2 41 คน</p>

ผลการดำเนินงานที่สำคัญ	ผลผลิตที่ได้จากการดำเนินงาน
<b>3. พัฒนาสมรรถนะทางการบริหารงานและสมรรถนะที่สนับสนุนการดำเนินงานด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ</b>	
3.1 สร้างภาวะผู้นำด้านการควบคุมโรค จัดอบรมเพื่อพัฒนา PM โรค 7 Workshop โดยมีรายละเอียด ดังนี้	หลักสูตรสร้างภาวะผู้นำด้านการควบคุมโรค รุ่นที่ 10 (LDC) โดยบุคลากรกรมควบคุมโรคได้รับการพัฒนา 25 คน
3.2 พัฒนาทักษะที่จำเป็นต่องานความร่วมมือระหว่างประเทศ พัฒนาทักษะการเขียนภาษาอังกฤษ เพื่อพัฒนาทักษะการเขียนภาษาอังกฤษของบุคลากรกรมควบคุมโรคให้พร้อมสำหรับการเขียน Welcome/ closing remarks, การเขียน talking points และ การเขียน Intervention รวมถึงบทพูด พิธีกร และ Protocol ในการเข้าร่วมการประชุมสมัชชาอนามัยโลก	พัฒนาทักษะการเขียนภาษาอังกฤษ โดยบุคลากรกรมควบคุมโรค ได้รับการพัฒนา 33 คน
3.3 พัฒนาทักษะดิจิทัลด้านข้อมูลสารสนเทศ และ เทคโนโลยีเพื่อการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ 3.3.1 ยกระดับทักษะบุคลากรภาครัฐเพื่อตอบสนองความต้องการของประเทศโดยจัดส่งบุคลากรกรมควบคุมโรค เข้าร่วมอบรม ดังนี้	1. ยกระดับทักษะบุคลากรภาครัฐเพื่อตอบสนองความต้องการของประเทศโดยจัดส่งบุคลากรกรมควบคุมโรคเข้าร่วมอบรม 7 หลักสูตร ดังนี้
(1) หลักสูตรการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ รุ่นที่ 1 วันที่ 13 - 14 ธันวาคม 2565 จัดโดยมหาวิทยาลัยเอเชียอาคเนย์ (2) หลักสูตรความมั่นคงปลอดภัยทางดิจิทัลสำหรับผู้บริหารภาครัฐ วันที่ 16 - 17 มกราคม 2566 จัดโดยมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ (3) หลักสูตรการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์สำหรับผู้ปฏิบัติงานด้านเทคโนโลยี รุ่นที่ 2 ระหว่างวันที่ 23 - 27 มกราคม 2566 จัดโดยมหาวิทยาลัยมหิดล กลุ่มเป้าหมาย คือผู้ปฏิบัติงานด้านเทคโนโลยี (4) หลักสูตรหลักการกฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลสำหรับผู้บริหารภาครัฐ ระหว่างวันที่ 30 - 31 มกราคม 2566 จัดโดยมหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต (5) หลักสูตรกฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลสำหรับผู้ปฏิบัติงานภาครัฐ รุ่นที่ 1 ระหว่างวันที่ 2 - 3 กุมภาพันธ์ 2566 จัดโดยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (6) หลักสูตรการจัดทำธรรมาภิบาลข้อมูลภายในหน่วยงาน สำหรับผู้ปฏิบัติงานภาครัฐ รุ่นที่ 2 ระหว่างวันที่ 30 มกราคม - 1 กุมภาพันธ์ 2566 จัดโดยมหาวิทยาลัยศิลปากร	(1) หลักสูตรการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ รุ่นที่ 1 11 คน (2) หลักสูตรความมั่นคงปลอดภัยทางดิจิทัลสำหรับผู้บริหารภาครัฐ 4 คน (3) หลักสูตรการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์สำหรับผู้ปฏิบัติงานด้านเทคโนโลยี รุ่นที่ 2 7 คน (4) หลักสูตรหลักการกฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลสำหรับผู้บริหารภาครัฐ 1 คน (5) หลักสูตรกฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลสำหรับผู้ปฏิบัติงานภาครัฐ รุ่นที่ 1 10 คน (6) หลักสูตรการจัดทำธรรมาภิบาลข้อมูลภายในหน่วยงานสำหรับผู้ปฏิบัติงานภาครัฐ รุ่นที่ 2 (11 คน) (7) หลักสูตรธรรมาภิบาลข้อมูลภาครัฐสำหรับผู้บริหารภาครัฐ 3 คน 2. พัฒนาทักษะบุคลากรด้านเทคโนโลยีดิจิทัล กรมควบคุมโรค โดยส่งบุคลากรเข้าอบรม 7 หลักสูตร ดังนี้ (1) หลักสูตรพัฒนา Modern Web App ด้วย React และ Hooks (Modern React) 1 คน (2) หลักสูตร The Ultimate Go Series เริ่มต้นจากศูนย์สู่การเป็น Go Developer มีอาชีพ 1 คน

ผลการดำเนินงานที่สำคัญ	ผลผลิตที่ได้จากการดำเนินงาน
<p>(7) หลักสูตรกรอบธรรมาภิบาลข้อมูลภาครัฐ สำหรับผู้บริหารภาครัฐ ระหว่างวันที่ 22 - 23 กุมภาพันธ์ 2566 จัดโดยมหาวิทยาลัยมหิดล</p> <p>3.3.2 พัฒนาทักษะบุคลากรด้านเทคโนโลยีดิจิทัล กรมควบคุมโรคโดยส่งบุคลากรเข้าอบรม ดังนี้</p> <p>(1) หลักสูตรพัฒนา Modern Web App ด้วย React และ Hooks (Modern React) วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2566</p> <p>(2) หลักสูตร The Ultimate Go Series เริ่มต้นจากศูนย์สู่การเป็น Go Developer มืออาชีพ</p> <p>(3) หลักสูตร Workshop DevOps Transformation รุ่นที่ 1</p> <p>(4) อบรมหลักสูตรการเขียนโปรแกรมกับ Raspberry Pi ด้วยไพทอนในรูปแบบออนไลน์</p> <p>(5) Digital HR Forum 2023 ด้านเทคโนโลยีการบริหารทรัพยากรมนุษย์ ระหว่างวันที่ 23 - 24 สิงหาคม 2566</p> <p>(6) หลักสูตรวิวัฒนาการของโลก AI และการใช้งาน ChatGPT เพื่อภารกิจภาครัฐ (AI Trends and Using ChatGPT for Government Missions)</p> <p>(7) หลักสูตรธรรมาภิบาลข้อมูล และการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล รุ่น 8</p>	<p>(3) หลักสูตร Workshop DevOps Transformation รุ่นที่ 1 (2 คน)</p> <p>(4) อบรมหลักสูตรการเขียนโปรแกรมกับ Raspberry Pi ด้วยไพทอนในรูปแบบออนไลน์</p> <p>(5) Digital HR Forum 2023 ด้านเทคโนโลยีการบริหารทรัพยากรมนุษย์ จำนวน 3 คน</p> <p>(6) หลักสูตรวิวัฒนาการของโลก AI และการใช้งาน ChatGPT เพื่อภารกิจภาครัฐ (AI Trends and Using ChatGPT for Government Missions) 2 คน</p> <p>(7) หลักสูตรธรรมาภิบาลข้อมูล และการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล รุ่น 8 (1 คน)</p>
<p>3.4 พัฒนาสมรรถนะด้านวิจัยและนวัตกรรมด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ</p> <p>1. โครงการบ่มเพาะโค้ชเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลง (Coaching for change : The master coach season 2) หลักสูตร 6 เดือน ณ ห้องประชุมกองนวัตกรรมการวิจัย กรมควบคุมโรค และผ่านระบบออนไลน์ Zoom Meeting</p> <p>2. พัฒนาศักยภาพพี่เลี้ยงงานวิจัย ระหว่างวันที่ 26 - 28 เมษายน 2566 ณ โรงแรมริเวอร์ตัน อัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม</p> <p>3. พัฒนาทักษะการจัดการความรู้สู่การเป็น Facilitator ระหว่างวันที่ 8 - 9 มีนาคม 2566</p>	<p>1. โครงการบ่มเพาะโค้ชเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลง (Coaching for change : The master coach season 2) โดยบุคลากร กรมควบคุมโรคได้รับการพัฒนา จำนวน 15 คน</p> <p>2. พัฒนาศักยภาพพี่เลี้ยงงานวิจัย โดยบุคลากร กรมควบคุมโรค ได้รับการพัฒนา 31 คน</p> <p>3. พัฒนาทักษะการจัดการความรู้สู่การเป็น Facilitator โดยบุคลากรกรมควบคุมโรคได้รับการพัฒนา 88 คน</p>

ผลการดำเนินงานที่สำคัญ	ผลผลิตที่ได้จากการดำเนินงาน
<b>4. กำหนดมาตรฐานการปฏิบัติงานและวัดผลการปฏิบัติงาน</b>	
4.1 จัดทำมาตรฐานการปฏิบัติงาน	<p>กำหนดมาตรฐานความรู้ ทักษะ และสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับบุคลากร กรมควบคุมโรค</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>นำเสนอต้นแบบมาตรฐานความรู้ ทักษะ และสมรรถนะของบุคลากรกรมควบคุมโรค (Competency Model) พร้อมรายละเอียดที่เกี่ยวข้อง เพื่อขอความเห็นชอบจาก อ.ก.พ. กรมควบคุมโรค ในการประชุมครั้งที่ 1/2566 เมื่อวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2566 โดยที่ประชุม อ.ก.พ. กรมฯ มีมติเห็นชอบตามที่เสนอ และให้ปรับปรุงต้นแบบฯ ตามข้อสั่งเกตของ อ.ก.พ. กรมฯ</li> <li>แต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดมาตรฐานความรู้ ทักษะ และสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับบุคลากรกรมควบคุมโรค โดยได้จัดประชุมคณะกรรมการฯ ครั้งที่ 1/2566 เมื่อวันที่ 21 สิงหาคม 2566 โดยมีนายแพทย์โสภณ เอี่ยมศิริถาวร รองอธิบดีกรมควบคุมโรค เป็นประธานการประชุมฯ เพื่อพิจารณาการปรับปรุงต้นแบบความรู้ ทักษะ และสมรรถนะตามข้อสั่งเกตจากการประชุม อ.ก.พ. กรมควบคุมโรค โดยมีการปรับปรุงรายละเอียดเพิ่มเติม ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> <li>สมรรถนะหลัก (Core Competency) <ul style="list-style-type: none"> <li>- สมรรถนะการสอบสวนทางระบาดวิทยา</li> <li>- สมรรถนะการปฏิบัติงานภายใต้การจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข โดยให้ใช้วัดกับสายงานหลักของกรมควบคุมโรค ทักษะทั่วไปที่ใช้ในการปฏิบัติงาน <ul style="list-style-type: none"> <li>- ทักษะการป้องกันโรคส่วนบุคคล</li> <li>- ทักษะการปฏิบัติงานในระบบ ICS</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>เสนอวาระเพื่อนำเข้าที่ประชุม อ.ก.พ. กรมควบคุมโรค พิจารณาให้ความเห็นชอบ ในวันที่ 22 กันยายน 2566</li> </ul></li></ol>



ผลการดำเนินงานที่สำคัญ	ผลผลิตที่ได้จากการดำเนินงาน
<b>มาตรการที่ 2 สร้างและพัฒนากลไกการบริหารจัดการกำลังคนด้านป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพให้เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน</b>	
<b>2.1 ทบทวนและวิเคราะห์อัตรากำลังที่จำเป็น สำหรับการป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพ ในระยะ 5 ปีข้างหน้า</b>	
วิเคราะห์อัตรากำลังที่จำเป็น สำหรับการป้องกัน ควบคุมโรค และภัยสุขภาพ ในระยะ 5 ปี (2566 - 2570)	รวบรวม ตรวจสอบ ความถูกต้องของข้อมูลและสรุปผลการวิเคราะห์อัตรากำลังที่เหมาะสมของทุกหน่วยงาน เพื่อเตรียมนำเสนอคณะทำงานจัดทำกรอบอัตรากำลังที่เหมาะสมในการขับเคลื่อนภารกิจของหน่วยงานในสังกัด กรมควบคุมโรค ก่อนนำเสนอ อ.ก.พ. กรมควบคุมโรคเห็นชอบ
<b>2.2 พัฒนารฐานข้อมูลกำลังคนด้านป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ เพื่อประโยชน์ในการบริหารจัดการกำลังคน</b>	
พัฒนารฐานข้อมูลกำลังคนด้านป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพเพื่อการบริหารจัดการกำลังคน ได้แก่ การจัดทำฐานข้อมูลกำลังคนด้านป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ และการรวบรวมและจัดทำข้อมูลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคและภัยสุขภาพทุกระดับ (แผนงานโรคและภัยสุขภาพ (4 Cluster) และแผนงานการพัฒนาและขับเคลื่อนงานเชิงระบบ)	ยังไม่มีการพัฒนาฐานข้อมูลกำลังคนด้านป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพเพื่อการบริหารจัดการกำลังคน

## ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

ข้อจำกัดในเรื่องงบประมาณส่งผลให้ต้องปรับแผนการดำเนินกิจกรรมภายใต้โครงการ และปรับแผนการใช้จ่ายงบประมาณในการดำเนินโครงการ โดยบางโครงการต้องปรับแผนเป็นการอบรมรูปแบบ Online ทำให้ไม่สามารถดูแลหรือให้คำแนะนำผู้เข้ารับการอบรมได้อย่างทั่วถึง ซึ่งทำให้ประสิทธิภาพในการอบรมลดลง เป็นต้น



ส่วนที่

3

ผลงานเด่น  
กรมควบคุมโรค





## ผลงานเด่น กรมควบคุมโรค

### 3.1 โรคติดต่อทั่วไป

#### 3.1.1 รางวัลเลิศรัฐประจำปี 2566 ประเภทรางวัลสัมฤทธิ์ผลประชาชนมีส่วนร่วม ระดับดี +

เรื่อง มอโกรทะโมเดล : นวัตกรรมชุมชนโรคหนองพยาธิ

#### ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ปัญหา

ที่มา/ ต้นเหตุของปัญหา/ สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพ

โรคหนองพยาธิ จัดอยู่ในกลุ่มโรค NTD : Neglected Topical Diseases หรือกลุ่มโรคที่ไม่ได้รับความสำคัญ (โรคที่ถูกลืม) เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เด็กนักเรียนยังมีปัญหาโภชนาการ สมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ทรงมีพระราชดำริให้ดำเนินการควบคุมโรคหนองพยาธิในนักเรียนและเยาวชน โดยมีเป้าหมาย คือ ลดอัตราการติดโรคหนองพยาธิในนักเรียนและประชาชนในพื้นที่โครงการตามพระราชดำริฯ ให้ต่ำลงจนไม่เป็นปัญหาสาธารณสุข

กรมควบคุมโรคเป็นหน่วยงานสนองโครงการตามพระราชดำริ โครงการพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดาร (กพด.) โดยบทสรุปผู้บริหาร รายงานผลการตรวจจู่จาะโครงการควบคุมโรคหนองพยาธิ ตามแผนพัฒนาเด็กและเยาวชน ในถิ่นทุรกันดารตามพระราชดำริ ปีงบประมาณ 2562 โดยกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ระบุว่า ปี พ.ศ. 2560 อัตราการติดเชื้อโรคหนองพยาธิของนักเรียนสังกัด กศน. ศูนย์การเรียนรู้ชุมชนชาวไทยภูเขาแม่ฟ้าหลวง มีอัตราการติดเชื้อสูงสุด ซึ่งส่วนใหญ่เป็นนักเรียนกลุ่มชาติพันธุ์พื้นที่สูงของทางภาคเหนือ ทั้งนี้ศูนย์การเรียนรู้ชุมชนชาวไทยภูเขา “แม่ฟ้าหลวง” บ้านมอโกรทะ ตำบลแม่หลอง อำเภอมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ เป็น 1 ในโรงเรียน กพด. ที่มีอัตราการติดเชื้อสูง ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาวะทางโภชนาการ โดยเฉพาะในเด็กเล็กจะมีภาวะขาดสารอาหาร มีอาการซีด น้ำหนักลด ผอม พุงโต เจริญเติบโตช้ากว่าปกติ เนื่องจากพยาธิเข้าไปแย่งอาหาร ในผู้ใหญ่จะมีอาการเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ ปวดท้อง ท้องเสีย คลื่นไส้ และอาเจียน เป็นต้น ด้วยสภาพแวดล้อมบริบทของชุมชนบ้านมอโกรทะที่เป็นพื้นดิน เด็ก ๆ ในหมู่บ้านชอบเล่นคลุกดิน ทุกคนในชุมชนรับประทานอาหารด้วยมือโดยไม่ล้างมือให้สะอาด และการเลี้ยงสัตว์แบบปล่อยอิสระ ทั้งนี้การตรวจค้นหาโรคหนองพยาธิและให้ยาบำบัดรักษา ไม่ใช่แนวทางการแก้ปัญหาที่ต้นเหตุ

ดังนั้นการนำกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่มาใช้เพื่อสร้างการรับรู้ สร้างความตระหนัก นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของคนในชุมชน เป็นความสำคัญและความจำเป็นอย่างยิ่งในการดำเนินการเพื่อลดการติดเชื้อโรคหนองพยาธิที่ต้นเหตุ และพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในถิ่นทุรกันดารได้อย่างแท้จริงและยั่งยืน



## วัตถุประสงค์การดำเนินงาน

### มิติที่ 2 แนวทางการแก้ไขปัญหาและการนำไปปฏิบัติ

การดำเนินการ (วิธีการ/ รูปแบบ)/ ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

การดำเนินการใช้เวลา 3 ปี ตั้งแต่ปี 2563 จนถึงปี 2565 คือการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมกับประชาชน และคุณครูในพื้นที่ เริ่มจาก “การค้นหาสาเหตุของการเกิดโรคหนองพยาธิ” เป็นการศึกษาบริบทชุมชนและพฤติกรรมความเป็นอยู่ของประชาชน ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In Depth Interview) และการสังเกตการณ์ (Observational) โดยมีคุณครูและตัวแทนประชาชนในชุมชนมีส่วนร่วม ตั้งแต่การออกแบบวิธีการเก็บข้อมูล การเก็บข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล จากนั้นจัดเวทีชาวบ้านและกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ณ อาคารเรียนของ ศศช.บ้านมอโกรทะ ประกอบด้วย ตัวแทนครัวเรือนจำนวน 46 ครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 100 คุณครูของ ศศช. บ้านมอโกรทะจำนวน 2 คน คิดเป็น ร้อยละ 100 ตัวแทนของสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ และคณะทำงานจากกรมควบคุมโรค เพื่อร่วมกันพูดคุยถึงอัตราการติดเชื้อของลูกหลานในชุมชน วิเคราะห์สาเหตุของการเกิดโรค สร้างการรับรู้เกี่ยวกับอันตรายของโรคหนองพยาธิ “ร่วมกันหาแนวทางการแก้ไขปัญหาโรคหนองพยาธิ” โดยการพูดคุยถึงสิ่งที่ชาวบ้านคิดเห็นว่าเป็นปัญหา ลำดับความสำคัญของปัญหา กำหนดกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาพร้อมทั้งระยะเวลาดำเนินกิจกรรมและกฎกติกา และร่วมกันคัดเลือกจัดตั้งคณะกรรมการหมู่บ้านโดยการเสนอชื่อและลงคะแนนเสียงอย่างเป็นทางการปีโตยเพื่อทำหน้าที่กำกับติดตามประเมินผลและเป็นตัวแทนประสานงานระหว่างชาวบ้านมอโกรทะกับคณะผู้เชี่ยวชาญด้านการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมและกรมควบคุมโรค จากนั้น “ร่วมกันดำเนินกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหา” ได้แก่ 1) การชิงหมู กั้นคอกหมู 2) การสร้างการรับรู้เรื่องโรคหนองพยาธิ 3) การปรับปรุงความสะอาดของหมู่บ้าน 4) การสร้างและดูแลพื้นที่ล้างมือล้างเท้าก่อนขึ้นบ้าน

#### หลักการ หรือแนวคิดที่ใช้

กรมควบคุมโรคจัดหาคณะผู้เชี่ยวชาญด้านการสร้างการมีส่วนร่วม เข้าไปในชุมชนมอโกรทะ ใช้หลักคิด 3 ข. (ชอบ เชื่อ ช่วย)

**การทำให้ “ชอบ”** (1) สร้างความประทับใจแรกพบ ยิ้ม ไหว้ ทักทาย (2) จำชื่อคู่สนทนาและใส่คำขึ้นต้น เช่น พี่ ลุง (3) ทักทายก่อนเสมอ (4) เป็นกันเอง ทั้งการแต่งตัว พฤติกรรม และการพูดคุย (5) ไม่อวดตนว่ารู้ทุกเรื่อง (6) ร่าเริง (7) สบตา มองตาคู่สนทนา (8) ให้ความสนใจคู่สนทนาอย่างจริงจัง ไม่ทำสิ่งอื่น เช่น เล่นโทรศัพท์ (9) ฟังมากกว่าพูด (10) เรียนรู้ พูดคุยตามความสนใจของคู่สนทนา (11) แสดงความห่วงใยอย่างจริงจัง (12) พักอาศัยในชุมชน สัมผัสวิถีชีวิต วัฒนธรรม ประเพณี (13) ไปลา มาไหว้

**การทำให้ “เชื่อ”** (1) มีข้อมูลในเรื่องที่จะทำละเอียด และตรวจสอบข้อมูลให้ถูกต้อง 100% ก่อน (2) ใช้ภาษาชัดเจน เข้าใจง่าย ไม่เป็นวิชาการ และเชื่อมโยงกับบริบทชุมชน เพื่อให้ชาวบ้านเข้าถึง (3) รักษาคำพูด (4) ให้เกียรติในความคิดเห็นซึ่งกันและกัน (5) รู้จักรับผิดชอบ (6) ยอมรับได้ทั้งคำติ และคำชม

**การทำให้ “ช่วย”** (1) เข้าใจเวลาว่างของชุมชน (2) ทำให้ชุมชนเห็นความสำคัญในเรื่องที่จะทำ (3) เริ่มจากสิ่งที่ย่อยหรือเล็กก่อน (4) ทำในสิ่งที่ชุมชนคิด (5) ทำให้ชุมชนรู้สึกว่าการทำในสิ่งที่มีคุณค่า (6) ร่วมกิจกรรมชุมชน

#### การนำไปใช้ประโยชน์

การได้โมเดลต้นแบบในการแก้ปัญหาโรคหนองพยาธิ ซึ่งสามารถนำไปใช้ได้ทั้งในชุมชนในถิ่นทุรกันดาร โดยนำไปใช้แก้ปัญหาโรคหนองพยาธิในหอย่อมบ้านที่เลอเปอคี อำเภอมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ และชุมชนเมือง โดยนำไปใช้แก้ปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ในอำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน

### มิติที่ 3 ผลผลิต ผลลัพธ์เชิงประจักษ์ และปัญหาอุปสรรค

ผลผลิต หรือผลลัพธ์ที่ได้

**ผลผลิต** แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านกายภาพและพฤติกรรม คือ 1.1) การชั่งหมูสำเร็จนำไปสู่การผูกมัดควายตามมา 1.2) การสร้างที่ล้างมือล้างเท้าสำเร็จ (ชุดหลุม 46 หลุม และขนหินจากลำธารกว่า 7,000 กิโลกรัมเสร็จภายใน 1 วัน) 1.3) มีพื้นที่ทิ้งขยะของหมู่บ้าน 2) ด้านความเข้มแข็งของแกนนำ คือ 2.1) การก่อเกิดคณะกรรมการหมู่บ้านด้วยระบอบประชาธิปไตย 2.2) คณะกรรมการหมู่บ้านประชุมและจัดทำรายงานอย่างเป็นระบบ 3) ด้านกระบวนการมีส่วนร่วม คือ 3.1) เกิดข้อตกลงสุขภาพของชุมชนในการดูแลสุขอนามัย 3.2) มีส่วนร่วมด้วยความสมัครใจเต็มใจ ไม่มีค่าตอบแทน 3.3) มีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มต้นถึงปัจจุบัน 3.4) มีส่วนร่วม 100%

**ผลลัพธ์** ต่อชุมชนบ้านมอโกรทะ แบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านกายภาพและพฤติกรรม (คุณภาพสิ่งแวดล้อม สุขภาพอนามัย และคุณภาพชีวิต) คือ 1.1) ประตูโรงเรียนเปิดตลอด 24 ชม. (จากเดิมประตูปิดตลอด เพื่อป้องกันสัตว์เลื้อยเข้ามาทำลายพืชผักที่ปลูกไว้ภายในโรงเรียน) 1.2) ทางเดินในหมู่บ้านและใต้ถุนบ้านสะอาดขึ้น ไม่มีขี้หมู ไม่มีร่องน้ำทิ้งจากคร้วเรือน และไม่มีขยะ (จากเดิมทางเดินเต็มไปด้วยมูลสัตว์ และร่องน้ำทิ้งจากคร้วเรือนไม่เป็นระเบียบ) 1.3) ชาวบ้านมีความถี่ในการปฏิบัติตนเพื่อการป้องกันโรคหอนอนพวยามากขึ้น แบ่งเป็นพฤติกรรมที่ปฏิบัติทุกครั้ง 100% ได้แก่ การล้างมือก่อนรับประทานอาหารทุกครั้ง (เดิมเป็นการจุ่มมือในชามที่ใส่น้ำสะอาดเท่านั้นเพื่อไม่ให้เม็ดข้าวติดมือ) การล้างเท้าก่อนขึ้นบ้านทุกครั้ง (เดิมไม่เคยปฏิบัติ เนื่องจาก ห้องน้ำอยู่ห่างจากตัวบ้าน และเดิมในบริเวณบ้านมีก๊อกน้ำ 1 แห่ง คือ บริเวณลานซักล้าง ซึ่งอยู่บนบ้าน ลักษณะของบ้านเป็นบ้านไม้ 1 ชั้น ใต้ถุนสูง) การอาบน้ำ (เดิมอาบน้ำไม่เป็นประจำ 1 - 2 วันครั้ง) การสวมใส่รองเท้า 100% (เดิมสวมใส่รองเท้า 90%) และการทำความสะอาดบ้านเรือน (เดิมรอบบ้านไม่เป็นระเบียบไม่สะอาด) พฤติกรรมที่ปฏิบัติสัปดาห์ละ 1 - 2 ครั้ง ได้แก่ การตัดเล็บ เล็บมือสั้นและสะอาด (เดิมเล็บมือยาวและตาชอกเล็บไม่สะอาด) และการจัดเก็บทำความสะอาดซี้เก้ (เดิมไม่มีการจัดเก็บ พับซี้เก้ตามบันไดบ้านและที่นั่งใต้ถุนบ้าน) สำหรับพฤติกรรมที่ต้องกระตุ้นอย่างสม่ำเสมอต่อไป คือการทำความสะอาดและจัดเก็บรองเท้า ซึ่งมีชาวบ้านประมาณ 1 ใน 3 ที่ปฏิบัติทุกครั้ง (เดิมไม่มีการจัดเก็บรองเท้าให้เป็นระเบียบ ถอดทิ้งไว้บริเวณบันไดบ้าน) 1.4) ผลการตรวจค้นหาโรคหอนอนพวยของนักเรียน ศศช. บ้านมอโกรทะมีอัตราการติดเชื้อลดลงจาก 53.75% เหลือ 39.50% ขณะที่หมู่บ้านใกล้เคียงมีอัตราการติดเชื้อหอนอนพวยอีกที่ 1.5) ชาวบ้าน 100% มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุดต่อการเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการฯ 2) ด้านความเข้มแข็งของแกนนำ คือ 2.1) คณะกรรมการหมู่บ้านสามารถบริหารจัดการเรื่องอื่นๆ ได้ด้วยตนเอง เช่น การกำหนดกติกาเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คือ ผู้ที่จะเดินทางเข้ามาในหมู่บ้านต้องมีความจำเป็นเท่านั้น และต้องกักตัวที่เถียงนานอกหมู่บ้านเป็นเวลา 14 วัน 2.2) คณะกรรมการหมู่บ้านได้รับการยอมรับจากชาวบ้านในพื้นที่ และคนนอกพื้นที่ในการปฏิบัติตามข้อกำหนดซึ่งมาจากมติที่ประชุม เช่นข้อกำหนดในการเข้าพื้นที่ช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 2.3) มติของคณะกรรมการหมู่บ้านได้รับการยอมรับจากผู้ใหญ่บ้าน หรือ “พ่อหลวง” (บ้านมอโกรทะเป็น 1 ใน 7 หย่อมบ้าน อยู่ในความดูแลพ่อหลวง 1 ท่าน ซึ่งอาศัยอยู่ในหย่อมบ้านอื่น)

**ผลลัพธ์ต่อกรมควบคุมโรค** คือ การบรรลุเป้าหมายเชิงสุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิตในการลดอัตราการติดเชื้อโรคหอนอนพวยในพื้นที่ที่มีความชุกสูง โดยเฉพาะจังหวัดเชียงใหม่ ลดลงจาก 53.75% เหลือ 39.50% เป็นการแก้ปัญหาที่ต้นเหตุ มีความยั่งยืน ส่งผลต่อภาวะโภชนาการของเด็กและประชาชนในพื้นที่

**ผลกระทบต่อชุมชน** คือ การเป็นหมู่บ้านต้นแบบให้กับพื้นที่ใกล้เคียง โดยได้รับความสนใจจากคุณครูและชาวบ้านหย่อมบ้านใกล้เคียง (หย่อมบ้านที่เลอเปือย ตำบลแม่หลอง อำเภอมก๋อย) นำไปปฏิบัติตาม โดยมีคณะกรรมการหมู่บ้านมอโกรทะทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงในการดำเนินกิจกรรมเพื่อควบคุมป้องกันโรคหอนอนพวย

**ผลกระทบ ต่อกรมควบคุมโรค** คือ 1) การได้โมเดลต้นแบบในการแก้ปัญหาโรคหนองพยาธิ เพื่อนำไปใช้ในพื้นที่อื่นได้แก่ จังหวัดน่าน 2) การได้รับการคัดเลือกให้เข้าร่วมการประชุมวิชาการ “การพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดารตามพระราชดำริ สมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้ากรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี” ประจำปี 2565 ในหัวข้อ “42 ปี พระบารมีแผ่ไพศาล เด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดารเป็นสุข” ณ ศูนย์แสดงสินค้าและการประชุม อิมแพ็คเมืองทองธานี เมื่อวันที่ 13 ธันวาคม 2565

## ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

ชุมชนชาวไทยภูเขาปกากะญอในพื้นที่ทุรกันดาร ไม่มีไฟฟ้า น้ำประปา และสัญญาณโทรศัพท์ ถนนดินลูกรังชัน แคบ สวนทางไม่ได้ ต้องใช้รถยนต์ขับเคลื่อนสี่ล้อ ชาวบ้านสื่อสารภาษาไทยไม่ได้ ร้อยละ 90 และเชื่อในสิ่งลี้ลับ รวมทั้งการติดต่อประสานงาน และการเดินทางเข้า - ออกพื้นที่ค่อนข้างลำบาก การขับเคลื่อนโครงการฯ จึงต้องเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป

## 3.1.2 การพัฒนาเกมเสริมทักษะการป้องกันโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน และโรคเมลิออยด์

## ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ปัญหา

ที่มา/ ต้นเหตุของปัญหา/ สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพ

ปัจจุบันแนวโน้มของการเกิดโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน และโรคเมลิออยด์มีสูงขึ้นโดยโรคได้สร้างความสูญเสียทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยและคนรอบข้าง รวมทั้งมีผลกระทบต่อสภาพเศรษฐกิจ และสังคมของประเทศ ปัจจุบันเสี่ยงของโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน และโรคเมลิออยด์เกิดจากพฤติกรรมของประชาชนทั้งเรื่องการกินดิบ วัฒนธรรม การประกอบอาชีพ รวมถึงสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้เกิดโรคฯ จะเห็นได้ว่าการป้องกันนอกจากในคนแล้วยังเกี่ยวข้องกับด้านปศุสัตว์ ด้านชุมชน ดังนั้นการป้องกันควบคุมโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคนนั้น ต้องอาศัยแนวคิด “สุขภาพหนึ่งเดียว” คือ การบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างคน สัตว์ และสิ่งแวดล้อม

จากข้อมูลการเฝ้าระวัง พบว่าโรคติดต่อระหว่างสัตว์สู่คนและโรคจากการสัมผัสสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ ได้แก่ โรคพิษสุนัขบ้า โรคเลปโตสไปโรซิส โรคเมลิออยด์ โรคไข้หัด และโรคแท้งติดต่อ จากการสำรวจความรู้ พบว่า ประชาชนยังไม่มีความรู้ในการป้องกันโรคดังกล่าวน้อย หรือมีความรู้แต่ยังมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดโรคอยู่ นอกจากนี้ความรุนแรงที่ทำให้คนป่วยหรือเสียชีวิตได้ก็ยังเป็นเหตุทำให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ นักท่องเที่ยวไม่มีความมั่นใจที่จะท่องเที่ยว แหล่งผลิตเสียชื่อเสียง เมื่อมีข่าวคนติดโรคจากการบริโภคเนื้อสุกร รวมไปถึงการสูญเสียผู้นำครอบครัวหากเกิดการเสียชีวิตเกิดขึ้น จากปัญหาเหล่านี้ ทำให้เห็นได้ว่าการป้องกันโรคเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยในการลดการสูญเสียดังกล่าว ซึ่งหนึ่งในมาตรการป้องกันคือการทำให้ประชาชนมีความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันตัวจากโรคได้

ด้วยที่ผ่านมาประเทศไทยประสบภาวะโรคระบาดโควิด 19 ทำให้การเข้าถึงข้อมูลโรคติดต่อระหว่างสัตว์สู่คน และโรคเมลิออยด์ลดลง ประชาชนเริ่มไม่ตระหนักหรือรับรู้ถึงโรคที่ยังคงมีในพื้นที่ อีกทั้งงบประมาณที่ใช้เพื่อให้ความรู้โรคก็ลดลง ทำให้ผู้ศึกษาหันมามองเรื่องการใช้เทคโนโลยีในการสื่อสารให้ความรู้แก่ประชาชนมากขึ้น ซึ่งหนึ่งในนั้นก็คือการใช้เกมเป็นเครื่องมือในการให้ความรู้และทักษะเพิ่มความมั่นใจในการตัดสินใจในการป้องกันโรค

การใช้เกมเพื่อให้ความรู้และทักษะการป้องกันโรคนับว่าเป็นความท้าทายอย่างหนึ่งในการคิดนวัตกรรมการป้องกันโรค ซึ่งการดำเนินงานครั้งนี้จะขาดภาคส่วนของมหาวิทยาลัยที่ช่วยเหลือทางเทคโนโลยีไม่ได้ เป็นความร่วมมือกันเพื่อสร้างเครื่องมือป้องกันโรคและสร้างกำลังคนพัฒนาเทคโนโลยีช่วยตอบโจทย์ทางสาธารณสุข นับได้ว่าเป็นมิติใหม่ในการทำงานป้องกันโรคในยุค 5.0 ที่สามารถตอบโจทย์ของคนยุคใหม่เป็นอย่างดี

วัตถุประสงค์การดำเนินงาน

เพื่อพัฒนาเกมเสริมทักษะการป้องกันโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน และโรคเมลิออยด์

## มิติที่ 2 แนวทางการแก้ไขปัญหาและการนำไปปฏิบัติ

การดำเนินการ (วิธีการ/ รูปแบบ)/ ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

พัฒนารูปแบบเกมเสริมทักษะการป้องกันโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน และโรคเมลิออยด์ร่วมกับมหาวิทยาลัย เมื่อได้ชุดทดสอบจึงลงทดสอบในกลุ่มเป้าหมายและนำไปพัฒนาต่อไป

ผลการดำเนินงานในปีที่ 1 พบว่า กระบวนการใช้เกมในการอบรมผู้เล่นได้รับความรู้ได้ครบถ้วนตามวัตถุประสงค์ ผู้อบรมมีความรู้โรคไข้หัดผ่านเกณฑ์ได้ไปประกาศ สามารถลดเวลาการอบรมจาก 3 ชั่วโมงเหลือเพียง 10 นาที สามารถลดค่าใช้จ่ายในการอบรมได้ 170 บาท/ คน/ ครั้ง

ขณะนี้อยู่ระหว่างปรับรูปแบบเกมปีที่ 2 เพื่อให้สามารถเล่นได้กับอุปกรณ์เคลื่อนที่รวมถึงใช้ทดแทนการอบรมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

### หลักการ หรือแนวคิดที่ใช้

การออกแบบเกมใช้กรอบการทำเกมมาจากหลักสูตรฝึกอบรมมาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน และโรคเมลิออยด์ อ้างอิงจากกระบวนการสร้างความรอบรู้สุขภาพ

### มิติที่ 3 ผลผลิต ผลลัพธ์เชิงประจักษ์ และปัญหาอุปสรรค

การดำเนินการ (วิธีการ/ รูปแบบ) / ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

**ผลผลิต :** เกมเสริมทักษะการป้องกันโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน และโรคเมลิออยด์

**ผลลัพธ์ :** ผู้เล่นเกมมีความรู้และทักษะการตัดสินใจในการป้องกันโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน และโรคเมลิออยด์

Link game:

เกมป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า :

<https://bit.ly/41qkpRr>

[https://simmer.io/@lamF/friendforever?fbclid=IwAR3oInhQTBl\\_3wu2yCXOtV3V5kwM5ExGrJ-3fahTK\\_V71ZlhbtMeMTSgmiY](https://simmer.io/@lamF/friendforever?fbclid=IwAR3oInhQTBl_3wu2yCXOtV3V5kwM5ExGrJ-3fahTK_V71ZlhbtMeMTSgmiY)

<https://megulikyosa.itch.io/ha?secret=bEY0JR6vXFeusAXMEWYy46uVls>

เกมป้องกันโรคไข้หัด :

<https://mitty456.itch.io/huudub>

<https://proawsaengkatc.itch.io/suis-its-so-close>

<https://bit.ly/3VhpPey>

เกมป้องกันโรคเลปโตสไปโรสิส :

<https://shorturl.asia/5Kzqb>

<https://trianger.itch.io/leptodemic>

### ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

เกมส่วนใหญ่เล่นบนเครื่องคอมพิวเตอร์ทำให้ยังไม่ตอบโจทย์ ยังต้องพัฒนาต่อไปเพื่อให้สามารถเล่นกับเครื่องโทรศัพท์เคลื่อนที่ได้



## 3.1.3 การพัฒนาระบบและโปรแกรมเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อในสถานศึกษา (Children Health Profile)

## ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ปัญหา

ที่มา/ ต้นเหตุของปัญหา/ สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพ

สถานการณ์โรคติดต่อที่พบบ่อยในสถานศึกษา เขตสุขภาพที่ 2 ได้แก่ โรคมือเท้าปาก จากการเฝ้าระวังของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก พบว่า ช่วง 5 ปีที่ผ่านมา ตั้งแต่ ปี 2562 - 2566 มีเหตุการณ์การระบาดแบบเป็นกลุ่มก้อน (Cluster) มากที่สุดในปี 2565 จำนวน 8 เหตุการณ์ รองลงมา คือ ปี 2566 จำนวน 6 เหตุการณ์ ปี 2562 จำนวน 2 เหตุการณ์ ตามลำดับ (ข้อมูล ณ วันที่ 8 สิงหาคม 2566) สถานการณ์ดังกล่าวมีเหตุการณ์ที่เข้าเกณฑ์ DCIR จำนวน 9 เหตุการณ์ ในปี 2563 จำนวน 1 เหตุการณ์ และปี 2565 จำนวน 8 เหตุการณ์ แม้ว่าจะมีช่วงปิดสถานศึกษาไม่มีการเรียนการสอนในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในปี 2563 - 2564 ส่งผลให้ในช่วงเวลาดังกล่าวไม่มีรายงานของการเกิดโรค แต่อย่างไรก็ตามเมื่อมีการเปิดการเรียนการสอนที่สถานศึกษาแล้ว พบว่า มีแนวโน้มของการเกิดโรคและการระบาดเพิ่มขึ้น สถานศึกษาเป็นสถานที่ที่เด็กอยู่รวมกันเป็นจำนวนมากในระยะเวลายาวนานต่อเนื่องกัน โดยเฉพาะเด็กเล็กที่ไม่สามารถควบคุมหรือกำกับพฤติกรรมกรใกล้ชิดระหว่างเด็ก รวมถึงพฤติกรรมในการป้องกันโรคส่วนบุคคลได้อย่างเคร่งครัด ทำให้เมื่อสถานศึกษามีเด็กเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อเกิดขึ้น เชื้อโรคจึงแพร่กระจายและติดต่อกันได้ง่าย และเป็นกลุ่มก้อนของเด็กป่วยจำนวนมาก

ปัจจุบันมีระบบการรายงานผู้ป่วย มีการรายงานเข้าระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (รายงาน 506) เท่านั้น ซึ่งเป็นระบบรายงานโรครายบุคคล มีเพียงการระบุข้อมูลส่วนบุคคล และที่อยู่ แต่ไม่สามารถระบุสถานที่เกิดเหตุ/ สถานศึกษาได้ ทำให้มีการควบคุมโรคล่าช้า รวมถึงยังไม่มีระบบแจ้งเตือนระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขกับหน่วยงานทางการศึกษา ประกอบกับได้รับรายงานเหตุการณ์ของโรคระบาดในสถานที่ต่าง ๆ ล่าช้า และบางครั้งไม่ได้รับรายงานการระบาดอย่างครอบคลุมทุกครั้ง หรือรายงานที่ได้รับเป็นการเกิดเหตุการณ์ระบาดขึ้นไปแล้ว สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก ได้พัฒนาระบบการเฝ้าระวังโรคติดต่อในสถานศึกษาโดยใช้โปรแกรม Children Health Profile (CHP) ซึ่งจะสามารถช่วยให้ทราบการเกิดเหตุการณ์ได้อย่าง Real Time สามารถตรวจจับการเกิดคลัสเตอร์ของโรคติดต่อในสถานศึกษา และช่วยให้เจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุขในพื้นที่รับทราบการเกิดโรคในสถานศึกษา โดยลดขั้นตอนและระยะเวลาในการแจ้งบุคคลที่เกี่ยวข้องในกรณีพบเด็กป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ที่เข้าเกณฑ์การเฝ้าระวังและการสอบสวนโรค เนื่องจากมีไลน์กลุ่มที่ใช้ในการแจ้งเตือน โดยสมาชิกในไลน์กลุ่มประกอบด้วยบุคลากรของสถานศึกษา เทศบาลนครพิษณุโลก และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งส่งผลให้มีการดำเนินการควบคุมโรคได้อย่างทันเวลา ก่อนมีการระบาดลุกลามเป็นเหตุการณ์ที่มีการแพร่กระจายจนทำให้มีผู้ป่วยจำนวนมากส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก ครอบครัว และการเรียนการสอนในสถานศึกษา

## วัตถุประสงค์การดำเนินงาน

1. เพื่อพัฒนาระบบรายงานโรคติดต่อในสถานศึกษาโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ
2. เพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันโรคติดต่อในสถานศึกษา

## มิติที่ 2 แนวทางการแก้ไขปัญหาและการนำไปปฏิบัติ

การดำเนินการ (วิธีการ/ รูปแบบ) / ผลการดำเนินงานที่สำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

1. วิเคราะห์ สำนวจความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย
2. กำหนด/เลือกโรคที่พบบ่อยในสถานศึกษา
3. ออกแบบโปรแกรมฯ
4. นำโปรแกรมไปทดลองใช้ในสถานศึกษา

5. ติดตามประเมินผลการใช้งาน
6. ปรับปรุง พัฒนา เพื่อลดข้อบกพร่องจากการใช้งานจริง และให้ตอบสนองต่อการใช้งาน
7. เผยแพร่โปรแกรมฯ
8. ประเมินความพึงพอใจและประโยชน์จากการใช้งาน

### หลักการ หรือแนวคิดที่ใช้

ใช้หลักการแนวคิดการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคแบบมีส่วนร่วมของหน่วยงานเครือข่าย

### การนำไปใช้ประโยชน์

มีการทดลองใช้ในสถานศึกษา สังกัดเทศบาลนครพิษณุโลก ได้แก่ โรงเรียน จำนวน 5 แห่ง ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 2 แห่ง

ประเมินผลและติดตามการพัฒนา ปรับปรุงคุณภาพของฐานข้อมูลอย่างต่อเนื่อง

1. ติดตามการใช้โปรแกรมฯ หลังจากการเผยแพร่ ในโรงเรียนและศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 7 แห่ง
2. นำผลการติดตามการใช้โปรแกรมฯ มาพัฒนาและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ตอบสนองต่อการใช้งานของกลุ่มเป้าหมาย(ผู้ใช้งานจริง)
3. มีการให้กลุ่มเป้าหมายประเมินผลการใช้ประโยชน์ และประเมินความพึงพอใจการใช้โปรแกรมฯ เพื่อเป็นการติดตามการใช้งานและประเมินผลการใช้งานโปรแกรมฯ

4. ส่งสรุปรายงานผลการประเมินการใช้ประโยชน์และความพึงพอใจการใช้โปรแกรมฯ (สรุปรายงานผลเสนอผู้บริหารและกลุ่มเป้าหมายเพื่อใช้ประโยชน์)

เผยแพร่ให้กลุ่มเป้าหมายรับทราบเพื่อใช้ประโยชน์ โดยเผยแพร่ระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อในสถานศึกษา ผ่านการประชุม ณ ห้องประชุม Training Room ศูนย์การเรียนรู้พัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร เทศบาลนครพิษณุโลก และเผยแพร่ผ่านช่องทางหนังสือราชการ ภายหลังจากแก้ไขเพื่อลดข้อบกพร่อง และตอบสนองต่อการใช้งานของกลุ่มเป้าหมาย

ปัจจุบันยังคงมีการใช้งานโปรแกรมฯ อย่างต่อเนื่อง และเตรียมความพร้อม/ ความสมบูรณ์ของโปรแกรมฯ เพื่อขยายผลการใช้งานไปยังพื้นที่อื่นต่อไป

### มิติที่ 3 ผลผลิต ผลลัพธ์เชิงประจักษ์ และปัญหาอุปสรรค

ผลผลิต หรือผลลัพธ์ที่ได้

1. ระบบที่ใช้ในการรายงานเด็กป่วยรายวัน
2. ส่งแนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกัน และควบคุมโรค สู่ผู้ปฏิบัติงานจริง
3. การแจ้งเตือน การแจ้งข่าวการป่วยของเด็กๆรายวัน เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค (ลดขั้นตอนและระยะเวลาในการแจ้งเตือน)
4. ลดจำนวนเหตุการณ์การระบาดของโรคติดต่อในสถานศึกษา

### ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

- 1) ครูผู้รับผิดชอบในการบันทึกข้อมูลมีภาระงานค่อนข้างมาก ทำให้มีข้อจำกัดด้านระยะเวลา/ ช่วงเวลาในการบันทึกข้อมูล
- 2) เนื่องจากโปรแกรมจำเป็นต้องใช้อินเตอร์เน็ตในการบันทึกข้อมูล ทำให้อาจมีข้อจำกัดในสถานที่เครือข่ายอินเทอร์เน็ตไม่สามารถใช้งานได้

## 3.1.4 การสร้างระบบเฝ้าระวังโรคมาลาเรียในพื้นที่ชายแดนไทย - เมียนมา

## ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ปัญหา

ที่มา/ ต้นเหตุของปัญหา/ สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพ

โรคมาลาเรียจัดเป็นโรคติดต่ออันตรายโดยแมลงที่สำคัญของประเทศไทย เนื่องจากประเทศไทยร่วมกับองค์การอนามัยโลกตั้งเป้าหมายในการกำจัดโรคมาลาเรียให้หมดจากประเทศไทย อย่างไรก็ตาม ในปีงบประมาณ 2565 พบผู้ป่วยมาลาเรีย 8,495 ราย เพิ่มขึ้นร้อยละ 188 เมื่อเทียบกับผู้ป่วยในปีงบประมาณ 2564 โดยชนิดเชื้อที่พบมากที่สุดคือ Plasmodium vivax 8,061 ราย (ร้อยละ 95) Plasmodium falciparum 249 ราย (ร้อยละ 3) และ Plasmodium knowlesi 149 ราย (ร้อยละ 2)

หากวิเคราะห์ปัญหามาลาเรียเชิงลึกของประเทศไทย จะพบว่า ปัญหามาลาเรียชายแดน (Border malaria) เป็นอุปสรรคที่สำคัญที่สุดในการกำจัดโรคมาลาเรียให้หมดจากประเทศไทย โดยผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 90 อยู่ในพื้นที่ชายแดนไทย - เมียนมา 6 จังหวัด ได้แก่ ตาก แม่ฮ่องสอน กาญจนบุรี ราชบุรี เพชรบุรี และประจวบคีรีขันธ์ ในขณะที่เดียวกัน จังหวัดตาก ซึ่งอยู่ในเขตสุขภาพที่ 2 เป็นจังหวัดที่พบผู้ป่วยสูงที่สุด ในปีงบประมาณ 2565 พบผู้ป่วยมาลาเรีย 5,151 ราย คิดเป็นร้อยละ 60 ของผู้ป่วยทั้งหมดในประเทศไทย เมื่อจำแนกตามสถานการณ์รายอำเภอ พบว่า ร้อยละ 99 ตรวจพบที่ 5 อำเภอชายแดนของจังหวัดตาก ทั้งนี้อธิบายได้จากปัจจัยด้านความไวรับของพื้นที่ (Receptivity) คือ ระบบนิเวศวิทยาของพื้นที่เอื้อให้เกิดการแพร่เชื้อมาลาเรียขึ้นได้ ได้แก่ การมียุงพาหะ มีภูมิประเทศหรือภูมิอากาศที่เหมาะสม รวมถึงปัจจัยด้านความเปราะบางของพื้นที่ (Vulnerability) คือ ความเป็นไปได้ในการนำเชื้อมาลาเรียเข้ามาในพื้นที่ ได้แก่ การเคลื่อนที่ของประชากรบริเวณชายแดนไทย - เมียนมา โดยพบว่าสถานการณ์ความไม่สงบของประเทศเมียนมาส่งผลให้มีการเคลื่อนที่ของประชากรบริเวณชายแดนไทยเพิ่มมากขึ้น

กลไกการแก้ปัญหาโรคมาลาเรียชายแดนจำเป็นต้องอาศัยข้อมูลระบบเฝ้าระวังทางด้านสาธารณสุขในการเตรียมความพร้อม และวางแผนในการแก้ปัญหาพร้อมกัน แต่ในปีงบประมาณ 2565 ประเทศไทยไม่ทราบถึงสถานการณ์ที่ผู้ป่วยมาลาเรียในประเทศเมียนมามีจำนวนสูงขึ้นอย่างมาก และไม่สามารถวางแผนด้านทรัพยากรเพื่อตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขได้ทันเวลา สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก หน่วยวิจัยโรคมาลาเรียโชกล (Shoklo Malaria Research Unit; SMRU) หน่วยงานจากรัฐบาลเมียนมา และ The Research Institute for Development (IRD) จึงประชุมร่วมกันเพื่อหาแนวทางการแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยมีวัตถุประสงค์ การดำเนินงานเพื่อสร้างระบบเฝ้าระวังโรคมาลาเรียในพื้นที่ชายแดนไทย - เมียนมา (Thailand - Myanmar Border Malaria Surveillance) และเพื่อพัฒนาความร่วมมือในการแก้ปัญหาโรคมาลาเรียระหว่างหน่วยงานภาครัฐ องค์กรนอกภาครัฐ และหน่วยวิจัยอย่างยั่งยืน

## มิติที่ 2 แนวทางการแก้ไขปัญหาและการนำไปปฏิบัติ

การดำเนินการ (วิธีการ/ รูปแบบ)/ ผลการดำเนินงานที่สำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

- 1) วิเคราะห์รากของปัญหาโรคมาลาเรียในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก
- 2) วิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญในการแก้ปัญหาโรคมาลาเรียชายแดน
- 3) ประชุมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญเพื่อสำรวจความต้องการของแต่ละหน่วยงาน ทรัพยากรและข้อมูลที่มีและขอบเขตของความร่วมมือ
- 4) ออกแบบโครงสร้างของข้อมูลที่จะนำมาใช้ในการเฝ้าระวัง และวางแผนควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่จังหวัดตาก
- 5) เซ็น MOU เพื่อการแลกเปลี่ยนข้อมูลในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย โดยระบุถึงข้อตกลงเพื่อการส่งข้อมูลให้ทันเวลา (ทุกสัปดาห์) และคุณภาพ (มีข้อมูลที่ละเอียดระดับหมู่บ้าน) โดยไม่มีระยะเวลาสิ้นสุดข้อตกลงนี้จนกว่าผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งจะขอยกเลิก MOU นี้

6) ประชุม Online เพื่อพัฒนาและติดตามการดำเนินงาน 2 ครั้ง/ เดือน

7) นำข้อมูลที่ได้จาก Platform มาวางแผน กำหนดมาตรการในการดำเนินงานในพื้นที่จังหวัดตาก

### หลักการ หรือแนวคิดที่ใช้

ระบบเฝ้าระวังโรคมาลาเรียในพื้นที่ชายแดนไทย - เมียนมา ถูกพัฒนาภายใต้หลักการของสาธารณสุขชายแดน (Border health) คือต้องอาศัยความร่วมมือของทั้ง 2 ฝ่ายชายแดนในการแลกเปลี่ยนข้อมูล และนำข้อมูลไปใช้แก้ปัญหาให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด โดยต้องอยู่ในสถานการณ์ที่ได้ประโยชน์ทั้งสองฝ่าย (Win-win situation) นำไปสู่การประชุมพูดคุยกันของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทั้งนี้การสร้างระบบดังกล่าวอยู่ภายใต้หลักการด้านความปลอดภัยของข้อมูล (Data security)

### การนำไปใช้ประโยชน์

ระบบเฝ้าระวังโรคมาลาเรียในพื้นที่ชายแดนไทย - เมียนมา ถูกพัฒนาและนำมาใช้เป็นช่องทางหลักในการวางแผน และแก้ปัญหา เช่น ระดับพื้นที่ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก และหน่วยวิจัยโรคมาลาเรียโซโคล (Shoklo Malaria Research Unit; SMRU) ใช้ข้อมูลในการแจ้งเตือนเครือข่ายในพื้นที่ที่เกิดการระบาด รวมถึงการสอบสวนการระบาดร่วม 2 ประเทศในพื้นที่อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก และใช้ข้อมูลในการนำเสนอในคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดตาก ส่วนระดับส่วนกลางและระดับนานาชาติใช้ข้อมูลในประเมิน คาดการณ์และวางแผน ทรัพยากรที่ใช้ในปีงบประมาณ 2567

## มิติที่ 3 ผลผลิต ผลลัพธ์เชิงประจักษ์ และปัญหาอุปสรรค

### ผลผลิต หรือผลลัพธ์ที่ได้

1) เกิดระบบเฝ้าระวังโรคมาลาเรียในพื้นที่ชายแดนไทย - เมียนมา (Thailand - Myanmar Border Malaria Surveillance) ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพ (สามารถระบุปัญหาในระดับหมู่บ้านได้) ทันต่อเวลา (มีการส่งข้อมูลทุกสัปดาห์) และถูกนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง (เช่น แจ้งเตือนเครือข่ายในพื้นที่ที่เกิดการระบาดของ *Plasmodium falciparum* เมื่อพื้นที่ประเทศเมียนมาพบผู้ป่วยสูงขึ้น การสอบสวนการระบาดร่วม 2 ประเทศในพื้นที่อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก ซึ่งสามารถยุติการระบาดหลังการสอบสวนได้จริง และระดับส่วนกลางและระดับนานาชาติใช้ข้อมูลในประเมิน คาดการณ์และวางแผนทรัพยากรที่ใช้ในปีงบประมาณ 2567)

2) เกิดช่องทางความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐ องค์กรนอกภาครัฐ และหน่วยวิจัยอย่างยั่งยืน ซึ่งระบุใน MOU ว่าจะมีการส่งข้อมูลให้ทันเวลาและคุณภาพทุกสัปดาห์ และไม่มีระยะเวลาสิ้นสุดข้อตกลงนี้จนกว่าผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งจะขอยกเลิก MOU นี้ นอกจากนี้ยังมีช่องทางการประชุมอย่างน้อย 1 ครั้งต่อเดือนเพื่อให้เกิดการพัฒนาต่อเนื่อง มีแผนในการขยายระบบเฝ้าระวังให้ครอบคลุมโรคติดต่ออื่น ๆ ด้วย และการทำ Workshop นำเสนอผลงานระดับนานาชาติ

## ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

การสร้าง Platform ดังกล่าว อาศัยความร่วมมือของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากหลายหน่วยงานทั้งในประเทศไทย และต่างประเทศ ทำให้การนัดประชุมเป็นไปด้วยความยากลำบาก จึงได้ประชุมหารือกันโดยใช้ช่องทาง Online เป็นหลัก นอกจากนี้ ยังขาดงบประมาณในการพัฒนาระบบอย่างยั่งยืน อย่างไรก็ตามผู้พัฒนาอาศัยหลักการเจรจาต่อรองกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อใช้ความเชี่ยวชาญของแต่ละภาคส่วน ทำให้เกิด Platform ขึ้นจริงตามวัตถุประสงค์

## 3.2 โศกไม่ติดต่อ

### 3.2.1 โรงเรียนต้นแบบความปลอดภัยทางถนน

#### ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ปัญหา

ที่มา/ ต้นเหตุของปัญหา/ สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพ

อุบัติเหตุทางถนนเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของเด็กและเยาวชนไทย (5 - 29 ปี) โดยคาดการณ์ว่าภายใน 10 ปีข้างหน้าจะมีเด็กและเยาวชนไทยเสียชีวิตสูงถึง 37,321 คน และเป็นภัยสุขภาพสำคัญทำให้เกิดการบาดเจ็บ พิการ สูญเสียทรัพย์สิน โอกาสเรียนหนังสือและการประกอบอาชีพที่ตั้งใจรวมทั้งอาจเป็นภาวะแก่ครอบครัวในระยะยาว ซึ่งจากการจัดลำดับอำเภอเสี่ยงอุบัติเหตุทางถนนทุกกลุ่มอายุ/ เด็กและเยาวชน (10 - 19 ปี) และรถจักรยานยนต์ ในปี พ.ศ. 2566 อำเภอแม่สอดอยู่ในกลุ่มอำเภอเสี่ยงสูง ตำบลที่เกิดอุบัติเหตุมากที่สุด คือ ตำบลแม่สอด ร้อยละ 49.81 ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บรุนแรงและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน คือเพศชาย มากกว่าเพศหญิง 1.77 เท่า เป็นผู้ใช้แรงงานบาดเจ็บรุนแรงและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ร้อยละ 68.83 นักเรียน/นักศึกษา ร้อยละ 7.27 ช่วงอายุที่บาดเจ็บรุนแรงและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน 15 - 19 ปี มากที่สุด ร้อยละ 15.75 เกิดช่วงเวลากลางวัน (06.00 - 18.00 น.) ร้อยละ 63.51 รถจักรยานยนต์เกิดอุบัติเหตุมากที่สุด ร้อยละ 77.27 พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ คือ ต้มเครื่องแอลกอฮอล์ ร้อยละ 31.43 ไม่สวมหมวกนิรภัย ร้อยละ 83.64 สาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุทางถนน มาจากพฤติกรรมของคนมากที่สุด และแก้ไขยากที่สุด กลุ่มเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน คือ เด็กและเยาวชน ซึ่งเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีความสำคัญของประเทศไทย จำเป็นต้องร่วมมือกันแก้ไขปัญหาย่างเร่งด่วน โดยปัญหาอุบัติเหตุทางถนนของโรงเรียนอิสลามศึกษาพบบริเวณหน้าโรงเรียนช่วงก่อนเข้าเรียน เนื่องจากมีรถและถนนมีทางแยกจำนวนมาก ประกอบกับตำรวจจราจร มีจำนวนจำกัด ดังนั้น ควรมีการดูแลป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติเหตุในโรงเรียน และชุมชน เริ่มจากสร้างกลุ่มแกนนำนักเรียน ครู ชุมชน และขยายผลทั้งโรงเรียน และชุมชน ขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน ผ่านรูปแบบโรงเรียนต้นแบบความปลอดภัยทางถนน

วัตถุประสงค์ 1) เพื่อขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน ในสถานศึกษา อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก 2) ประเมินความรู้และทักษะคิดการเอาชีวิตรอดภัยบนท้องถนนและพฤติกรรมของนักเรียนภายหลังการขับเคลื่อน

#### มิติที่ 2 แนวทางการแก้ไขปัญหาและการนำไปปฏิบัติ

การดำเนินการ (วิธีการ/ รูปแบบ)/ ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

##### วิธีการ

- 1) วิเคราะห์สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนน อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก
- 2) คัดเลือกโรงเรียนในพื้นที่เสี่ยง
- 3) พัฒนานโยบายและการขับเคลื่อนกลไกการทำงาน
- 4) กำหนดมาตรการ และขับเคลื่อนมาตรการให้เกิดขึ้นในโรงเรียน
- 5) อบรมวัดชินจรรยา “ทักษะคิดการเอาชีวิตรอดภัยบนท้องถนน” ในโรงเรียน
- 6) การติดตามประเมินผล

กลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย แกนนำครู นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 - 3 จากโรงเรียนที่เข้าร่วมกิจกรรมฯ และผู้นำชุมชนรอบ ๆ โรงเรียนอิสลามศึกษา อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก



## ผลการดำเนินงาน

แกนนำครู นักเรียน ผู้นำชุมชน และหน่วยงานในพื้นที่ตำบลแม่สอด อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก ร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ และจัดทำแผนการแก้ไขปัญหาการบาดเจ็บและการบาดเจ็บในกลุ่มเด็กและเยาวชนที่ใช้รถจักรยานยนต์ จากการวิเคราะห์สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนในโรงเรียนและบริเวณรอบ ๆ โรงเรียน โดยแกนนำนักเรียน ประเด็นสำคัญที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุทางถนนและการบาดเจ็บรุนแรง คือ ขาดความรู้และไม่ปฏิบัติตามวินัยจราจร คือ 1) รถที่ขับขึ้นหน้าโรงเรียนไม่หยุดตรงทางข้าม 2) ไม่สวมหมวกนิรภัย ซึ่งได้กำหนดเป็นมาตรการสวมหมวกนิรภัยในโรงเรียน 100% และทางม้าลายปลอดภัย มีกิจกรรมขับเคลื่อนให้บรรลุมาตรการ ดังนี้ 1) จัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานโครงการสถานศึกษาปลอดภัย ประจำปีการศึกษา 2566 2) สำรวจสถิติการขับขี่รถจักรยานยนต์ การสวมหมวกนิรภัย การบาดเจ็บและเสียชีวิต การข้ามทางม้าลาย และการหยุดรถตรงทางข้าม 3) พัฒนาศักยภาพครู/ วิทยากร ในสถานศึกษา จังหวัดตาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน 40 คน 4) อบรมความรู้ความปลอดภัยทางถนนและวินัยจราจร และ “ทักษะคิด การเอาชีวิตรอดภัยบนท้องถนน” (วัคซินจราจร)/ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 5) ประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในการประชุมผู้ปกครอง face book ของโรงเรียน กิจกรรมทางศาสนา 6) ประเมินความรู้เกี่ยวกับทักษะคิด การเอาชีวิตรอดภัยบนท้องถนน” (วัคซินจราจร) ครั้งที่ 1 นักเรียนมีความรู้เพิ่มขึ้นร้อยละ 73.21 ครั้งที่ 2 นักเรียน มีความรู้เพิ่มขึ้นร้อยละ 91.67 การประเมินพฤติกรรมครั้งที่ 1 นักเรียนไม่สวมหมวกนิรภัยร้อยละ 55.68 ข้ามทางม้าลาย ร้อยละ 95.76 ครั้งที่ 2 นักเรียนไม่สวมหมวกนิรภัยร้อยละ 48.57 ช่วงเวลาที่ทำการศึกษาไม่มีผู้เคยประสบอุบัติเหตุทางถนนจากการใช้รถใช้ถนนในเขตบริเวณสถานศึกษา

สรุปผลการศึกษา การขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ทำให้เกิดการป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชนผ่านแกนนำและการประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้นักเรียนมีความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมที่ดีขึ้นวิเคราะห์ข้อมูลสะท้อนกลับหลักการ หรือแนวคิดที่ใช้

## การนำไปใช้ประโยชน์

ถอดรูปแบบการดำเนินงานและขยายพื้นที่ดำเนินงานขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน ไปในสถานศึกษาอื่น ๆ

## มิติที่ 3 ผลผลิต ผลลัพธ์เชิงประจักษ์ และปัญหาอุปสรรค

ผลผลิต หรือผลลัพธ์ที่ได้

- 1) มีคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนน 2 คณะ คือ 1) คณะกรรมการดำเนินงานการรักษาความปลอดภัยด้านอุบัติเหตุการเดินทางไป-กลับโรงเรียน การทำกิจกรรมใน-นอกโรงเรียนการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ต่าง ๆ และอุบัติเหตุทางน้ำ 2) คณะกรรมการฝ่ายจราจร และความปลอดภัยบนท้องถนน
- 2) ผลประเมินความรู้เกี่ยวกับ “ทักษะคิด การเอาชีวิตรอดภัยบนท้องถนน” (วัคซินจราจร) ครั้งที่ 1 นักเรียนมีความรู้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 73.21 ครั้งที่ 2 นักเรียน มีความรู้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 91.67
- 3) ผลประเมินพฤติกรรมครั้งที่ 1 นักเรียนไม่สวมหมวกนิรภัย ร้อยละ 55.68 ข้ามทางม้าลาย ร้อยละ 95.76 ครั้งที่ 2 นักเรียนไม่สวมหมวกนิรภัย ร้อยละ 48.57
- 4) ช่วงเวลาที่ทำการศึกษาไม่มีผู้เคยประสบอุบัติเหตุทางถนนจากการใช้รถใช้ถนนในเขตบริเวณสถานศึกษา

### 3.3 โรคติดต่อเรื้อรัง

#### 3.3.1 ผลักดันนโยบายการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ให้เข้าสู่สิทธิประโยชน์

##### ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ปัญหา

ที่มา/ ต้นเหตุของปัญหา/ สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพ

โรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี เป็นสาเหตุของโรคตับอักเสบบี ภาวะตับแข็ง มะเร็งตับ และเสียชีวิต ซึ่งก่อให้เกิดความสูญเสียด้านสุขภาพและเศรษฐกิจของประเทศ ประเทศไทยมีอัตราความชุกของผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เรื้อรัง ประมาณร้อยละ 4.5 ของประชากรที่เกิดก่อนปี พ.ศ. 2535 และคาดว่าน่าจะมีจำนวนผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เรื้อรัง ประมาณ 2.2 - 3 ล้านคนทั่วประเทศ สำหรับไวรัสตับอักเสบบี ซี มีรายงานความชุกของผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซี เรื้อรัง ในปี พ.ศ. 2557 ประมาณร้อยละ 0.39 และมีการคาดประมาณว่ามีผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี เรื้อรังประมาณ 3 แสนรายทั่วประเทศ ซึ่งประชากรกลุ่มเสี่ยงที่พบว่ามีค่าความชุกของโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี เรื้อรังสูงสุด คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 8.7 ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด ร้อยละ 3.94 และผู้ที่เคยได้รับการฉีดยาจากผู้ที่ไม่ใช่บุคลากรสาธารณสุข ร้อยละ 3.62 (Jittiwutikarn et al., 2006; Phuangschoei, Chotiyaputta, and Chayakulkeeree, 2015) ดังนั้น กลุ่มเป้าหมายที่ควรได้รับการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี คือ ประชาชนที่เกิดก่อนปี พ.ศ. 2535 เนื่องจากในช่วงนั้นประเทศไทยยังไม่มีนโยบายการฉีดวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี ให้ทารกแรกเกิดทุกราย บรรจุอยู่ในแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศ รวมถึงยังไม่มีมาตรการตรวจคัดกรองเชื้อไวรัสตับอักเสบบีของผู้บริจาคเลือด กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จึงผลักดันนโยบายการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี ให้เข้าสู่สิทธิประโยชน์ เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี และผู้ที่ตรวจพบการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ได้รับการส่งต่อเข้าสู่ระบบการรักษา เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ให้หมดไปภายในปี 2573

##### วัตถุประสงค์การดำเนินงาน

เพื่อผลักดันนโยบายการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ในประชาชนที่เกิดก่อน ปี พ.ศ. 2535 เป็นสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

##### มิติที่ 2 แนวทางการแก้ไขปัญหาและการนำไปปฏิบัติ

การดำเนินการ (วิธีการ/ รูปแบบ)/ ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

- 1) จัดประชุมผู้เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม กรมบัญชีกลาง สภาเทคนิคการแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ คณะกรรมการอาหารและยา และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อทบทวนและเตรียมข้อมูลในการบริหารจัดการ ค่าใช้จ่ายในการตรวจคัดกรอง ตรวจยืนยันการติดเชื้อ การรักษา และการวินิจฉัยโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี เพื่อจัดทำเป็นข้อเสนอชุดสิทธิประโยชน์การตรวจรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี และเสนอต่อคณะกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุข
- 2) จัดกิจกรรมแถลงนโยบายการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ในประชากรทุกคนที่เกิดก่อนปี 2535 ฟรี 1 ครั้งตลอดชีวิต และคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี ซ้ำทุก 1 ปี ในประชากรกลุ่มเสี่ยง 5 กลุ่ม ได้แก่ PLHIV, PWID, MSM, บุคลากรสาธารณสุข และผู้ต้องขัง ในสถานพยาบาลปฐมภูมิทั่วประเทศ และเพื่อชี้แจงแนวทางการดำเนินงานด้านโรคไวรัสตับอักเสบบีร่วมกับเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

### หลักการ หรือแนวคิดที่ใช้

กรมควบคุมโรค โดยกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีภารกิจในการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบบีในประชากรทุกกลุ่มวัย โดยเฉพาะผู้ที่เกิดก่อน ปี พ.ศ. 2535 และกลุ่มเสี่ยง โดยมีมาตรการที่สำคัญ คือ เร่งรัดการตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วย และให้เข้าสู่กระบวนการรักษาได้อย่างรวดเร็ว ลดโอกาสการเกิดภาวะตับแข็งและมะเร็งตับต่อไปในอนาคต ภายใต้แนวคิด “ตรวจเร็ว รักษาเลย รอไม่ได้” โดยบูรณาการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ให้สำเร็จภายในปี 2573

### การนำไปใช้ประโยชน์

ส่งเสริมให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ในสถานพยาบาลใกล้บ้าน เพื่อให้ทราบสถานะการติดเชื้อของตนเองและได้รับการส่งต่อเข้าสู่ระบบการรักษาได้อย่างเหมาะสม

### มิติที่ 3 ผลผลิต ผลลัพธ์เชิงประจักษ์ และปัญหาอุปสรรค

#### ผลผลิต หรือผลลัพธ์ที่ได้

- 1) ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2566 ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 5 กรกฎาคม พ.ศ. 2566 ที่บรรจุบริการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ในผู้ที่เกิดก่อน ปี พ.ศ. 2535 1 ครั้งตลอดชีวิต และคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ในประชากรกลุ่มเสี่ยง 5 กลุ่ม ได้แก่ PLHIV, PWID, MSM, บุคลากรสาธารณสุข, ผู้ต้องขัง ตรวจทุกปี ปีละ 1 ครั้ง
- 2) จัดแถลงนโยบายการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ในสถานพยาบาลใกล้บ้าน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดลาดปลาตุก อ.บางบัวทอง จ.นนทบุรี จำนวน 1 งาน

### ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

- 1) ประชาชนยังเข้าถึงสื่อประชาสัมพันธ์/ ข้อมูลด้านโรคไวรัสตับอักเสบบี เช่น สิทธิการรักษา ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคน้อย
- 2) ผู้ประสานงาน/ ผู้รับผิดชอบงานระดับโรงพยาบาล ยังไม่ครบทุกแห่ง
- 3) ระบบการคัดกรองและการส่งต่อการรักษาผู้ป่วยยังไม่ชัดเจนเป็นรูปธรรมและครบทุกแห่ง
- 4) มีการถ่ายโอนภารกิจของรพ.สต. ไปสังกัดอปท. ทำให้เพิ่มขึ้นขั้นตอนและระยะเวลาในการประสานงาน
- 5) การตรวจคัดกรองยังดำเนินการได้น้อย

### 3.3.2 ขับเคลื่อนกลไกสนับสนุนการบริการเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชน รางวัลการบริหารราชการแบบมีส่วนร่วม ประจำปี 2566

#### ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ปัญหา

ที่มา/ ต้นเหตุของปัญหา/ สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพ

ปี 2565 จากการคาดการณ์การติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย พบว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่ 561,578 คน โดยเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ 9,230 คน ซึ่งการติดเชื้อรายใหม่ส่วนใหญ่ยังคงสูงในกลุ่มประชากรหลัก ได้แก่ กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย 157,846 คน กลุ่มพนักงานบริการชาย 26,341 คน กลุ่มพนักงานบริการหญิง 129,133 คน กลุ่มสาวประเภทสอง 62,576 คน และกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด 42,652 คน รวมทั้งสิ้น 418,548 คน จากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกัน เนื่องจากกลุ่มประชากรเป้าหมายเข้าไม่ถึงบริการ ด้วยมีบริบทและวิถีการดำเนินชีวิตเฉพาะ รวมทั้งการตีตราตนเอง ไม่กล้าเข้ารับบริการในระบบบริการสุขภาพปกติ นอกจากนี้ยังมีข้อจำกัดของบริการสุขภาพภาครัฐ ที่เปิดให้บริการเฉพาะในเวลาราชการ ใช้เวลารับบริการนาน มีบริการหลายโรค จำนวนผู้รับบริการหนาแน่น และผู้ให้บริการ สังคม และบุคคลแวดล้อมไม่เข้าใจในบริบทวิถีเฉพาะ ทำให้เกิดการตีตราและเลือกปฏิบัติ และข้อจำกัดขององค์กรภาคประชาสังคม ซึ่งรูปแบบการให้บริการไม่เป็นมาตรฐานและทิศทางเดียวกัน การบริหารจัดการทรัพยากรไม่ต่อเนื่อง และไม่มีระบบของประเทศรองรับที่ยั่งยืน ดังนั้น การดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหาเอชไอวีที่สำคัญ คือ เร่งรัดลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในกลุ่มประชากรหลักที่มีภาวะเสี่ยงสูง เพิ่มความครอบคลุมการเข้าถึงกลุ่มประชากรหลัก ส่งเสริมให้เข้าถึงบริการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี และทราบสถานการณ์ติดเชื้อของตนเอง สร้างความเข้มแข็งของระบบการทำงานบริการในชุมชน โดยความร่วมมือและบูรณาการการดำเนินงาน การจัดบริการร่วมกัน ระหว่างองค์กรภาคประชาสังคม และสถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชน เนื่องจากองค์กรภาคประชาสังคมมีศักยภาพในการเข้าถึงกลุ่มประชากรหลัก ด้วยเป็นเครือข่ายเพื่อนที่สามารถให้ข้อมูล ความรู้ และร่วมจัดบริการ ทั้งเชิงรุกและเชิงรับที่ศูนย์บริการขององค์กร จึงมีส่วนสำคัญในการเข้ามามีส่วนร่วมจัดบริการ และชักชวนเข้าสู่ระบบบริการป้องกันและดูแลรักษาเอชไอวี ส่งผลให้ประเทศไทยสามารถลดจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ลดการเสียชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวี และลดการเลือกปฏิบัติอันเกี่ยวเนื่องจากเอชไอวีและเพศภาวะลง เพื่อบรรลุเป้าหมายการยุติเอชไอวีของประเทศไทย ภายในปี 2573

#### วัตถุประสงค์การดำเนินงาน

- 1) เพื่อสนับสนุนให้องค์กรภาคประชาสังคม สามารถจัดบริการด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพมาตรฐาน มีกฎหมายรองรับ และสอดคล้องกับบริบทของประเทศไทย
- 2) องค์กรภาคประชาสังคม เข้ามามีส่วนร่วมดำเนินการจัดบริการที่สอดคล้องตาม RRTTPR ให้บรรลุ 95-95-95 อย่างมีประสิทธิภาพ นำสู่การบรรลุเป้าหมายการยุติปัญหาเอชไอวีของประเทศไทย
- 3) เพื่อให้แหล่งทุนมีแนวทางในการพิจารณาสนับสนุนทุนในการดำเนินงานจัดบริการเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แก่องค์กรภาคประชาสังคม

#### มติที่ 2 แนวทางการแก้ไขปัญหและการนำไปปฏิบัติ

การดำเนินการ (วิธีการ/ รูปแบบ)/ ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

องค์กรภาคประชาสังคมมีส่วนร่วมในการดำเนินงานยุติปัญหาเอชไอวี ตามมาตรการ RRTTPR โดยการทำงานเชิงรุกในชุมชน เพื่อการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย การนำกลุ่มเป้าหมายเข้าสู่ระบบ และการติดตามกลุ่มเป้าหมายเพื่อเข้ารับบริการอย่างต่อเนื่อง ดังนี้

- 1) ปี พ.ศ. 2561 กรมควบคุมโรค ประสานภาคีเครือข่ายทั้ง ภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม ทั้งในประเทศและองค์กรระหว่างประเทศให้เข้ามามีส่วนร่วมระดมความเห็น ร่วมเป็นคณะกรรมการและคณะทำงานต่าง ๆ และพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน

2) ปี พ.ศ. 2562 กรมควบคุมโรคร่วมกับภาคีเครือข่าย ดำเนินการดังนี้

2.1) จัดทำร่างคู่มือมาตรฐานการจัดบริการด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชนเพื่อยุติปัญหาเอดส์สู่การปฏิบัติ

2.2) เสนอกระทรวงสาธารณสุขในการจัดตั้งคณะกรรมการฯ และร่างระเบียบกระทรวงสาธารณสุขฯ พ.ศ. 2562 รวมทั้งเปิดเวทีรับฟังข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะกับสภาวิชาชีพ ได้แก่ แพทยสภา สภาเภสัชกรรม และสภาเทคนิคการแพทย์ และเครือข่ายผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อร่างระเบียบกระทรวงสาธารณสุขฯ จนเกิดระเบียบกระทรวงสาธารณสุขฯ พ.ศ. 2562 จำนวน 3 ฉบับ ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อ 18 มิถุนายน 2562 มีผลใช้บังคับ 90 วัน หลังจากวันที่ประกาศ

3) ปี พ.ศ. 2563 เมื่อวันที่ 18 มีนาคม 2563 คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ (คชปอ.) มีมติเห็นชอบต่อการขับเคลื่อนกลไกสนับสนุนการจัดบริการเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชน โดยมีแนวทางการขับเคลื่อน ดังนี้

3.1) การจัดทำมาตรฐานการจัดบริการเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชน

3.2) การจัดอบรมมาตรฐานการจัดบริการเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชนสำหรับอาสาสมัครองค์กรภาคประชาสังคม

3.3) การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานจัดบริการเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชนสำหรับอาสาสมัครองค์กรภาคประชาสังคม

3.4) การจัดทำระบบขึ้นทะเบียนและรับรองอาสาสมัครองค์กรภาคประชาสังคม โปรแกรมขึ้นทะเบียนอาสาสมัคร และองค์กรภาคประชาสังคมที่ทำงานด้านเอชไอวี” (<http://thaicbo.ddc.moph.go.th/>)

3.5) การจัดทำแนวทาง/ ระบบการกำกับมาตรฐานการจัดบริการฯ

3.6) การจัดทำระบบการขึ้นทะเบียนและรับรององค์กรภาคประชาสังคมที่ผ่านการประกันคุณภาพตามมาตรฐาน

4) ปี พ.ศ. 2564 การพัฒนาแนวทางการประเมินมาตรฐานองค์กรฯ ประเมินองค์กรฯ ผ่านระบบ ThaiCBO

5) ปี พ.ศ. 2565 องค์กรที่ผ่านการประเมินมาตรฐานการจัดบริการฯ จากกรมควบคุมโรค ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

6) ปี พ.ศ. 2566 กรมควบคุมโรคร่วมกับภาคีเครือข่าย ดำเนินการดังนี้

6.1) พัฒนาแนวทางการกำกับติดตามคุณภาพการจัดบริการฯ

6.2) การต่ออายุหนังสือรับรองความรู้ ความสามารถของอาสาสมัครฯ และองค์กรภาคประชาสังคม

6.3) ขยายผลการรับรองอาสาสมัครฯ และการประเมินมาตรฐานองค์กร

### หลักการ หรือแนวคิดที่ใช้

สร้างกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน นำความเชี่ยวชาญและประสบการณ์จากภาคส่วนต่าง ๆ บูรณาการเพื่อให้เกิดส่วนร่วมในการดำเนินงาน ซึ่งภาคีเครือข่ายที่ร่วมดำเนินงาน ได้แก่

1) ภาครัฐ เช่น ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานอนามัยกรุงเทพมหานคร กองกฎหมาย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานป้องกันควบคุมโรค

2) ภาควิชาการ ที่สำคัญคือ แพทยสภา สภาเภสัชกรรม และสภาเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี และผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

3) ภาคเอกชน เช่น เครือข่ายองค์กรระหว่างประเทศ อาทิ ศูนย์ความร่วมมือไทย - สหรัฐ ด้านสาธารณสุข (TUC) โครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) องค์กรเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศของสหรัฐฯ (USAID) องค์กรแพมิลี่ เฮลท์ อินเตอร์เนชั่นแนล (FHI 360) สำนักงานบริหารโครงการกองทุนโลก (GF)

4) ภาคประชาสังคม เช่น สมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทย มูลนิธิเพื่อนพนักงานบริการ มูลนิธิรักภัยไทย มูลนิธิเอ็มพลัส มูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์



กำหนดกลไกการดำเนินงานสนับสนุนการจัดบริการเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชน ประกอบด้วย พัฒนากลไกด้านกฎหมาย พัฒนามาตรฐานการจัดบริการ และพัฒนาแนวทางการประเมินและรับรองอาสาสมัคร และองค์กร ภาคประชาสังคม โดยใช้กลไกการสร้างความร่วมมือที่สำคัญ ได้แก่

- 1) ถ่ายทอดนโยบายผ่านคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ (คช.ปอ.) เพื่อให้กระทรวง ทบวง กรม หน่วยงาน ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง รับทราบและนำไปกำหนดเป็นแผนปฏิบัติการ
- 2) ขับเคลื่อนการดำเนินงานในรูปแบบคณะกรรมการ/ คณะทำงาน และจัดประชุมอย่างต่อเนื่อง
- 3) ใช้ระบบฐานข้อมูลองค์กรภาคประชาสังคมที่มีอยู่เป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดเป้าหมาย และแผนดำเนินงาน อีกทั้ง พัฒนาเว็บไซต์ Thai CBO เพื่อเป็นช่องทางในการให้ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน
- 4) กำหนดมาตรฐานการจัดบริการ โดยความร่วมมือ และบูรณาการการดำเนินงานการจัดบริการร่วมกัน ระหว่างองค์กรภาคประชาสังคม และสถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชน

### การนำไปใช้ประโยชน์

- 1) อาสาสมัครและองค์กรภาคประชาสังคมที่ร่วมจัดบริการด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ตามมาตรการ RRTTPR ได้ตามมาตรฐานการจัดบริการ เป็นระบบ มีคุณภาพ ภายใต้การกำกับ ติดตาม และควบคุมคุณภาพการบริการ ของสภาวิชาชีพทั้ง 3 สภา
- 2) ผู้รับบริการมีความเชื่อถือ มั่นใจ และได้รับบริการที่ตอบสนองความต้องการ ได้รับบริการอย่างต่อเนื่อง ทำให้คงอยู่ในบริการอย่างต่อเนื่อง

## มิติที่ 3 ผลผลิต ผลลัพธ์เชิงประจักษ์ และปัญหาอุปสรรค

### 3.1 ผลผลิต

3.1.1 ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2562 จำนวน 3 ฉบับ ที่ออกตามความในพระราชบัญญัติ วิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 พระราชบัญญัติวิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ. 2537 และพระราชบัญญัติวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ พ.ศ. 2547 ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 18 มิถุนายน 2562

3.1.2 มาตรฐานการจัดบริการเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชน แนวทางการตรวจประเมิน มาตรฐานการจัดบริการเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชน หลักสูตรการจัดบริการเอชไอวีและโรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์ในชุมชน และเอกสารประกอบหลักสูตรการจัดบริการเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชน

### 3.2 ผลลัพธ์สู่ประชาชน

3.2.1 อาสาสมัครและองค์กรภาคประชาสังคมร่วมจัดบริการด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน เป็นระบบ มีคุณภาพ ภายใต้การกำกับ ติดตาม และควบคุมคุณภาพการบริการของสภาวิชาชีพทั้ง 3 สภา

3.2.2 ผู้รับบริการมีความเชื่อถือ มั่นใจ และรับบริการที่ตอบสนองความต้องการ ทำให้คงอยู่ในบริการอย่างต่อเนื่อง

3.2.3 กลุ่มประชากรหลักที่ยังไม่ติดเชื้อเอชไอวีได้รับบริการด้านการป้องกัน เช่น ได้รับความรู้ บริการ ให้คำปรึกษา ถุงยางอนามัย สารหล่อลื่น ยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อ (Pre-Exposure Prophylaxis: PrEP) เพื่อป้องกันการ ติดเชื้อเอชไอวี และส่งเสริมให้กลุ่มประชากรหลักมีพฤติกรรมที่ดีในการป้องกันการติดเชื้อ

3.2.4 กลุ่มประชากรหลักที่ติดเชื้อเอชไอวีเข้าถึงการตรวจวินิจฉัยและการเริ่มยาเร็ว (Same-Day ART) ทำให้ผู้ติดเชื้อเข้าสู่บริการรักษาได้เร็วขึ้น และการเริ่มทานยาเร็วทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถกดปริมาณไวรัสลงได้เร็วขึ้น ทำให้ลดจำนวนผู้เสียชีวิตจากเอดส์ รวมทั้งสามารถลดการแพร่เชื้อไปยังบุคคลอื่นได้

## ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

- 1) งาน CHW/CBO Certification ยังไม่ถูกกำหนดเป็นนโยบายระดับประเทศ ที่จะสนับสนุนให้เกิดกลไกความร่วมมือการจัดการบริการเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานเร่งรัดยุติปัญหาเอดส์ของประเทศให้สัมฤทธิ์ผล ภายในปี 2573
- 2) การรับรองอาสาสมัครองค์กรภาคประชาสังคม และการประเมินมาตรฐานการจัดการบริการฯ องค์กรภาคประชาสังคมยังไม่ครอบคลุมทั่วประเทศ
- 3) ขาดงบประมาณสนับสนุนในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครและองค์กรภาคประชาสังคม อย่างเพียงพอที่จะสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพให้้องค์กรภาคประชาสังคม ดำเนินงานได้ตามมาตรฐาน เพื่อส่งมอบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพให้แก่ประชาชน
- 4) ขาดหลักสูตรที่เหมาะสมต่อรูปแบบการจัดการบริการด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่หลากหลายต่อบริบทการทำงานในพื้นที่ของอาสาสมัคร และองค์กรภาคประชาสังคม

### 3.3.3 การพัฒนาห้องปฏิบัติการกองวัณโรคและเครือข่ายเป็นศูนย์ตรวจวัณโรคระยะแฝงด้วยเทคนิค Interferon-Gamma Release Assays (IGRAs Center)

#### ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ปัญหา

ที่มา/ ต้นเหตุของปัญหา/ สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพ

วัณโรคยังคงเป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาที่สำคัญของสาธารณสุขในประเทศไทยและทั่วโลก และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตประมาณ 1.4 ล้านคน (WHO, Global TB Report 2022) และ 1 ใน 4 ของประชากรโลกติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง มาตรการที่สำคัญในการยุติวัณโรคคือการรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในกลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะเด็กที่สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค และผู้ที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง ดังนั้นในกรณีที่ผู้สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรคไม่มีการทางคลินิก ภาพถ่ายรังสีทรวงอกปกติ ควรได้รับการทดสอบการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง

การทดสอบ Interferon-Gamma Release Assays (IGRAs) เป็นวิธีการวินิจฉัยการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง ที่วัดปริมาณ Interferon-Gamma (IFN- $\gamma$ ) เมื่อมีการติดเชื้อวัณโรค ซึ่งมีความจำเพาะสูงกว่า มีผลบวกลวงน้อยกว่าการทดสอบผิวหนัง Tuberculin Skin Test (TST) ซึ่งการตรวจ IGRAs ปัจจุบันแบ่งได้เป็น 2 วิธี ได้แก่ ELISA (QuantiFERON-TB) และ ELISPOT (T-spot)

การพัฒนาห้องปฏิบัติการส่วนกลางและเครือข่าย เป็นศูนย์ตรวจวัณโรคระยะแฝง และพัฒนาความร่วมมือในการรองรับการวินิจฉัยวัณโรคระยะแฝง โดยการใช้เทคโนโลยีและเครื่องมือการตรวจที่ทันสมัย เป็นส่วนสำคัญที่ทำให้ผู้ได้รับการคัดกรองสามารถเข้าถึงการตรวจวินิจฉัยได้ง่าย การพัฒนาห้องปฏิบัติการส่วนกลางและเครือข่าย จึงถือเป็นบทบาทสำคัญเพื่อให้ห้องปฏิบัติการสามารถรองรับการตรวจได้มากขึ้น ปฏิบัติงานได้สะดวก รวดเร็วและมีความถูกต้องแม่นยำมากขึ้น เพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานให้ดียิ่งขึ้น

#### วัตถุประสงค์การดำเนินงาน

การพัฒนาห้องปฏิบัติการส่วนกลางเป็นศูนย์ตรวจวัณโรคระยะแฝงที่มีระบบจัดการข้อมูลห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ เทคโนโลยี และเครื่องมือการตรวจที่ทันสมัย จึงมีบทบาทสำคัญให้ห้องปฏิบัติการสามารถรองรับการตรวจได้มากขึ้น ปฏิบัติงานได้สะดวก รวดเร็วและมีความถูกต้องแม่นยำมากขึ้น เพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานให้ดียิ่งขึ้น รวมถึงพัฒนาห้องปฏิบัติการระดับเขตให้มีความพร้อมรองรับการวินิจฉัยวัณโรคระยะแฝงเพื่อความครอบคลุมมากขึ้น เป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้ผู้ได้รับการคัดกรองสามารถเข้าถึงการตรวจวินิจฉัยได้ง่ายขึ้นและครอบคลุมทั่วประเทศ

#### มิติที่ 2 แนวทางการแก้ไขปัญหาและการนำไปปฏิบัติ

##### 1. จัดทำระบบสารสนเทศทางห้องปฏิบัติการ (Laboratory Information System :LIS) สำหรับการตรวจวัณโรคระยะแฝงในงานตรวจ IGRA โดยวิธี QuantiFERON

การดำเนินการ (วิธีการ/ รูปแบบ)/ ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

จัดทำระบบ LIS สำหรับการตรวจวัณโรคระยะแฝงเพื่อจัดการข้อมูลห้องปฏิบัติการ เก็บข้อมูลการส่งตรวจ IGRA ทำให้สามารถเชื่อมต่อข้อมูลกับโปรแกรม NTIP และมีข้อมูลทางสถิติของการตรวจ IGRA ภายในประเทศ

##### หลักการ หรือแนวคิดที่ใช้

ระบบสารสนเทศทางห้องปฏิบัติการ (Laboratory Information System :LIS) เป็นซอฟต์แวร์ระบบจัดการข้อมูลห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ ทำหน้าที่จัดเก็บ จัดการ และประมวลผลข้อมูล ช่วยดำเนินกิจกรรมในห้องปฏิบัติการ รวมถึงสร้างรายงานผลวิเคราะห์ และทำงานร่วมกับเครื่องมือและระบบอื่น ๆ ภายในหน่วยงาน การพัฒนาให้ภายในห้องปฏิบัติการมีระบบ LIS ช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถวิเคราะห์และวินิจฉัยตัวอย่างที่นำมาตรวจวิเคราะห์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### การนำไปใช้ประโยชน์

ระบบ LIS จะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติการส่วนกลางสามารถวิเคราะห์และวินิจฉัยตัวอย่างเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ สะดวก รวดเร็ว

### 2. การตรวจวัณโรคระยะแฝงโดยวิธี ELISPOT (T-spot) มีการเปลี่ยนแปลงวิธีปฏิบัติงานจากวิธี Manual มาเป็น Automated โดยการติดตั้งเครื่องมือตรวจวิเคราะห์อัตโนมัติ

การดำเนินการ (วิธีการ/ รูปแบบ)/ ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

การตรวจโดยวิธี T-spot มีการเปลี่ยนแปลงวิธีปฏิบัติงานจากวิธี Manual มาเป็น Automated โดยการติดตั้งเครื่องมือตรวจวิเคราะห์อัตโนมัติ เพื่อช่วยลดขั้นตอนในการปฏิบัติงาน ส่งผลให้สามารถรองรับงานได้มากขึ้น ทำงานได้สะดวก รวดเร็วมากขึ้น ทั้งนี้ยังสามารถลดข้อผิดพลาดที่เกิดจากการทำงานของผู้ปฏิบัติงานได้

#### หลักการ หรือแนวคิดที่ใช้

การตรวจโดยวิธี T-spot แบบ Manual ที่ใช้ยูติมีข้อจำกัดในเรื่องของปริมาณงานที่สามารถตรวจได้ต่อวัน ขั้นตอนปฏิบัติที่ค่อนข้างยุ่งยากและซับซ้อน ทำให้ต้องใช้ระยะเวลาการปฏิบัติงานค่อนข้างมาก และอาจเกิดข้อผิดพลาดที่เกิดจากผู้ปฏิบัติงานเองได้ การมีเครื่องตรวจวิเคราะห์อัตโนมัติมาช่วยในการปฏิบัติงานจะช่วยลดขั้นตอนการปฏิบัติงานลง สามารถรองรับปริมาณที่เพิ่มมากขึ้น และลดข้อผิดพลาดที่เกิดจากผู้ปฏิบัติงานในการทำงานได้

### การนำไปใช้ประโยชน์

การนำเครื่องตรวจวิเคราะห์อัตโนมัติมาช่วยในการตรวจวิเคราะห์ IGRA โดยวิธี T-spot ทำให้การตรวจวิเคราะห์มีขั้นตอนที่ลดลง รองรับการตรวจ IGRA ได้มากขึ้น ได้ผลการตรวจ IGRA ที่ถูกต้องแม่นยำ และรวดเร็วมากขึ้น

### 3. การพัฒนาเครือข่ายหน่วยตรวจวัณโรคระยะแฝงด้วยเทคนิค Interferon-Gamma Release Assays (IGRAs)

การดำเนินการ (วิธีการ/ รูปแบบ)/ ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

จัดตั้งหน่วยบริการตรวจการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงด้วยวิธี IGRA (IGRA node) ในระดับเขตและส่วนกลาง เพื่อรองรับการวินิจฉัยผู้ป่วยวัณโรคระยะแฝง จากเดิมในปี 2565 จำนวน 7 แห่ง เป็น 9 แห่ง ในปี 2566

#### หลักการ หรือแนวคิดที่ใช้

จัดตั้งหน่วยบริการอย่างน้อย 1 แห่งใน 1 เขตสุขภาพ โดยเน้นเขตที่มีการส่งตรวจ IGRA ในปริมาณมากก่อน

### การนำไปใช้ประโยชน์

การจัดตั้งหน่วยบริการตรวจการติดเชื้อวัณโรคให้มากขึ้นและครอบคลุมทั่วประเทศ จะสามารถทำให้ผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่เขตนั้น ๆ เข้าถึงการตรวจวินิจฉัยได้ง่ายขึ้น ลดระยะเวลาการส่งส่งตรวจไปยังเขตอื่น ประสานงานกับหน่วยงานในพื้นที่ได้สะดวกขึ้น

## มิติที่ 3 ผลผลิต ผลลัพธ์เชิงประจักษ์ และปัญหาอุปสรรค

ผลผลิต หรือผลลัพธ์ที่ได้

1) งาน IGRA โดยวิธี QuantiFERON-TB มีระบบ LIS ที่เชื่อมต่อกับเครื่องตรวจวิเคราะห์และโปรแกรม NTIP ซึ่งช่วยให้สามารถจัดเก็บและจัดการกับข้อมูลการส่งตรวจได้สะดวก ตรวจสอบข้อมูลได้ง่ายขึ้น และสามารถรายงานผลการวิเคราะห์ได้รวดเร็วขึ้น

2) งาน IGRA โดยวิธี T-spot การติดตั้งเครื่องมือตรวจวิเคราะห์อัตโนมัติแทนวิธีการปฏิบัติงานแบบ Manual สามารถลดขั้นตอนในการปฏิบัติงาน ส่งผลให้สามารถรองรับงานได้มากขึ้น ทำงานได้สะดวก รวดเร็วมากขึ้น ทั้งนี้ยังสามารถลดข้อผิดพลาดที่เกิดจากการทำงานของผู้ปฏิบัติงานได้

3) การพัฒนาเครือข่ายหน่วยตรวจวินิจฉัยระยะแฝงด้วยเทคนิค Interferon-Gamma Release Assays (IGRAs) จัดตั้งหน่วยบริการตรวจ IGRA เพิ่มอีก 2 แห่ง ได้แก่ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมาและสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 (ศูนย์วิจัยโรคยะลา) ทำให้จากเดิมมีหน่วยบริการ 7 แห่งในปี 2565 เพิ่มเป็น 9 แห่ง ในปี 2566 ทำให้หน่วยงานในเขตพื้นที่สามารถติดต่อประสานงาน และส่งเลือดได้ใกล้และสะดวกขึ้น ทั้งนี้ยังสามารถลดภาระงานจากเขตอื่นที่รับตรวจให้ก่อนหน้าอีกด้วย

### ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

- 1) การจัดทำระบบ LIS มีการปรับเปลี่ยนแก้ไขข้อมูลที่เป็นต้องใช้ในระบบ LIS จึงทำให้ต้องมีการแก้ไขข้อมูลในระบบ LIS
- 2) การติดตั้งเครื่องตรวจวิเคราะห์อัตโนมัติสำหรับการตรวจ T-Spot มีความล่าช้ากว่าที่วางแผนเอาไว้ ทำให้การเปิดตรวจล่าช้ากว่าที่กำหนด
- 3) การติดตั้งเครื่องตรวจวิเคราะห์สำหรับหน่วยงานเครือข่ายในช่วงแรกยังมีปัญหาเรื่องความพร้อมของเครื่องมืออุปกรณ์ในการตรวจของหน่วยบริการระดับเขตจึงทำให้การเปิดบริการล่าช้าจากที่กำหนดไว้

### 3.3.4 การวิเคราะห์ลำดับเบสทั้งจีโนม (Whole Genome Sequencing) เพื่อควบคุมการระบาดของเชื้อวัณโรค ติดยาในประเทศไทย กองวัณโรค

#### ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ปัญหา

ที่มา/ ต้นเหตุของปัญหา/ สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพ

เทคนิคการวิเคราะห์ลำดับเบสรุ่นใหม่ (Next-Generation Sequencing; NGS) เป็นอีกเครื่องมือหนึ่งที่ถูกนำมาใช้ในการควบคุมวัณโรค เนื่องจากสามารถตรวจการกลายพันธุ์ของเชื้อวัณโรค ทำให้รายงานผลการติดยาต้านวัณโรคแต่ละชนิดและวินิจฉัยวัณโรคติดยาได้อย่างรวดเร็ว เพื่อเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับแพทย์ในการเลือกสูตรยารักษาวัณโรคติดยาได้อย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพสูงสุด นอกจากนี้การตรวจหาการติดยาต้านวัณโรคด้วยเทคนิค NGS ช่วยสนับสนุนเป้าหมาย Universal Drug Susceptibility Testing ตามยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค (End TB Strategy) โดยเฉพาะพื้นที่ที่มีการระบาดของเชื้อวัณโรคติดยาจำเป็นต้องทดสอบความไวต่อยาในผู้ป่วยวัณโรคติดยาทุกราย ไม่เพียงแต่เฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่เคยได้รับการรักษามาก่อน (Previously Treated) ซึ่งข้อมูลทางพันธุกรรมของเชื้อวัณโรคได้มาจากถอดรหัสพันธุกรรมทั้งจีโนม (Whole Genome Sequencing; WGS)

การควบคุมวัณโรคอย่างมีประสิทธิภาพนั้นอาศัยปัจจัยหลายประการทั้งระบบการเฝ้าระวังป้องกันและค้นหาผู้ป่วยวัณโรค การตรวจวินิจฉัย และแนวทางในการรักษาที่มีประสิทธิภาพ ในปัจจุบันประเทศไทยเริ่มที่จะใช้เทคนิค WGS ในการศึกษาทางด้านระบาดวิทยาของเชื้อวัณโรคติดยาในระดับประเทศ การวิเคราะห์ข้อมูลพันธุกรรมในระดับนิวคลีโอไทด์สามารถนำมาสกัดข้อมูลด้านความหลากหลายทางพันธุกรรมของเชื้อวัณโรคที่เกี่ยวข้องกับสายพันธุ์ การแพร่ระบาด ปัจจัยก่อความรุนแรงของโรค และยีนติดยาต้านวัณโรค ข้อมูลที่ได้มานี้สามารถนำมาพัฒนาฐานข้อมูลองค์รวมของเชื้อวัณโรคเพื่อใช้ศึกษาต่อยอดในด้านอื่น ๆ ได้ในภายหลัง ฐานข้อมูลดังกล่าวสามารถนำมาใช้ในการตรวจหาห่วงโซ่การแพร่กระจายที่มีประสิทธิภาพสูงสุด การวิเคราะห์ WGS ของเชื้อวัณโรคถือว่าเป็นวิธีที่มีศักยภาพสูงในการวินิจฉัยวัณโรคติดยาได้อย่างครอบคลุม รวดเร็ว และช่วยปิดช่องว่างของวิธีการทดสอบฟีโนไทป์โดย Proportional Method เช่น การทดสอบฟีโนไทป์มีขนาดความแม่นยำ และใช้ระยะเวลาในการรายงานผลนาน โดยเฉพาะยา Pyrazinamide (WHO, 2018) การตรวจการติดยารักษาวัณโรคในกลุ่ม Second-Line ที่ยังไม่มีชุดตรวจครอบคลุม เช่น ยา PAS, Ethionamide, Bedaquiline และ Delamanid เป็นต้น (กองวัณโรค กรมควบคุมโรค, 2562) และยังสามารถประยุกต์ใช้การวิเคราะห์ WGS เพื่อบ่งชี้ลักษณะการติดยาอื่น ๆ เช่น ระดับการติดยา (Resistance Level) (Nonghanphithak et al., 2020) ดังนั้น กลุ่มปฏิบัติการอ้างอิงชั้นสูงวัณโรคแห่งชาติ กองวัณโรค จึงพัฒนาศักยภาพในการตรวจวิเคราะห์วัณโรคติดยาเทคนิค WGS

#### วัตถุประสงค์การดำเนินงาน

- 1) เพื่อทราบลำดับเบสของยีนหลายตำแหน่ง หรือรหัสพันธุกรรมทั้งจีโนมของเชื้อวัณโรค
- 2) ตรวจการติดยาได้ครอบคลุมทั้งยาต้านวัณโรคแนวที่ 1 และแนวที่ 2 โดยเฉพาะในยาที่การทดสอบด้วยวิธี Phenotypic Testing ที่ใช้ระยะเวลานาน มีความยุ่งยาก และคลาดเคลื่อน
- 3) เพื่อทราบระบาดวิทยาเชิงโมเลกุล และห่วงโซ่การแพร่ระบาด



## มิติที่ 2 แนวทางการแก้ไขปัญหาและการนำไปปฏิบัติ

การดำเนินการ (วิธีการ/ รูปแบบ)/ ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

ถอดรหัสพันธุกรรมทั้งจีโนม WGS ของผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาที่ขึ้นทะเบียนรักษาในระบบโปรแกรม NTIP (National TB Information Program) ในปีงบประมาณ 2564 - 2566 จำนวน 87 ราย ซึ่งกระจายตามแต่ละเขตสุขภาพ และวิเคราะห์สายพันธุ์ของเชื้อ โดยมีขั้นตอนดังนี้ 1) สกัดสารพันธุกรรมดีเอ็นเอจากเชื้อวัณโรคดื้อยา (Pre-XDR และ XDR-TB) ที่เพาะแยกเชื้อด้วยอาหารเลี้ยงเชื้อชนิดแข็ง 2) ตรวจสอบคุณภาพของสารสกัดพันธุกรรมดีเอ็นเอ และเตรียม DNA Library สำหรับถอดรหัสพันธุกรรมทั้งจีโนมของเชื้อวัณโรค 3) หาลำดับเบสด้วยเทคนิค Next Generation Sequencing ด้วยเครื่อง MiSeq (Illumina) 4) วิเคราะห์ข้อมูลรหัสพันธุกรรมทั้งจีโนมด้วยวิธีทางชีวสารสนเทศ (Bioinformatics analysis) ของผลการดีอาร์รักษาวัณโรคครอบคลุมทั้งยารักษาวัณโรคแนวที่ 1 และแนวที่ 2 และสายพันธุ์เชื้อวัณโรค 5) สรุปผลวิเคราะห์ข้อมูลการกลายพันธุ์ และเชื่อมโยงข้อมูลด้วย Phylogenetic Tree เพื่อใช้ในการสอบสวนโรคทางระบาดวิทยา (Epidemiologic Investigation)

### หลักการ หรือแนวคิดที่ใช้

การถอดรหัสพันธุกรรมทั้งจีโนมของเชื้อวัณโรคดื้อยา Pre-XDR และ XDR-TB การวิเคราะห์ข้อมูลความไวต่อยาวัณโรคแนวที่ 1 และแนวที่ 2 จากรหัสพันธุกรรม การสร้างฐานข้อมูลสายพันธุ์ของเชื้อวัณโรคเพื่อรองรับการสอบสวนระบาดวิทยาเชิงโมเลกุล (Molecular Epidemiology) ของเชื้อดื้อยาใช้เป็นแนวทางในการควบคุมและป้องกันการแพร่ระบาดของวัณโรคในประเทศไทย

### การนำไปใช้ประโยชน์

เพื่อสอบสวนการแพร่ระบาดที่เป็นกลุ่มก้อนของผู้ป่วยวัณโรค (Cluster Transmission) เพื่อเฝ้าระวังการดื้อยา และเพื่อสร้างฐานข้อมูลสายพันธุ์ของเชื้อวัณโรค และระบาดวิทยาเชิงโมเลกุลของเชื้อดื้อยาวัณโรคในประเทศไทย สำหรับใช้เป็นแนวทางในการควบคุมและป้องกันการแพร่ระบาดของวัณโรคในประเทศไทยอย่างมีประสิทธิภาพ

## มิติที่ 3 ผลผลิต ผลลัพธ์เชิงประจักษ์ และปัญหาอุปสรรค

ผลผลิต หรือผลลัพธ์ที่ได้

ทราบข้อมูลความไวต่อยารักษาวัณโรคแนวที่ 1 และแนวที่ 2 เพื่อใช้เป็นแนวทางการเลือกใช้สูตรยารักษาวัณโรคที่เหมาะสมให้ผู้ป่วยวัณโรคในประเทศไทย และทราบข้อมูลสายพันธุ์เชื้อวัณโรคในประเทศไทย โดยใน 87 รายที่ตรวจวิเคราะห์สามารถจำแนกประเภทการดื้อยา

## ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

- 1) ความเชี่ยวชาญและความชำนาญของบุคลากรในการวิเคราะห์ผล จะต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพความรู้ความเข้าใจในการสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลรหัสพันธุกรรมทั้งจีโนม WGS ให้มากขึ้น
- 2) การนำผลการตรวจวิเคราะห์ไปใช้เพื่อให้เกิดประโยชน์ทั้งในด้านการรักษาและการควบคุมโรค

### 3.3.5 การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรอง วินิจฉัยรักษาไวรัสตับอักเสบ ซี เขตสุขภาพที่ 2

#### ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ปัญหา

ที่มา/ ต้นเหตุของปัญหา/ สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพ

องค์การอนามัยโลก และประเทศไทย ตั้งเป้าหมายกำจัดไวรัสตับอักเสบบี ภายในปี 2573 โดยมีเป้าหมายลดการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี รายใหม่ ร้อยละ 80 ลดอัตราการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับไวรัสตับอักเสบบี ร้อยละ 65 ซึ่งมีมาตรการดำเนินงานหลัก คือ 1) ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ได้รับการตรวจคัดกรองวินิจฉัย มากกว่า ร้อยละ 90 2) ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ได้รับการรักษา มากกว่า ร้อยละ 80

กรมควบคุมโรคได้กำหนดกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ได้แก่ ประชาชนที่เกิดก่อนปี 2535 และมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ตามที่กรมควบคุมโรคกำหนด (เช่น เคยใช้สารเสพติดวิธีฉีดเข้าเส้น แม้ว่าจะทดลองใช้เพียงแค่ครั้งเดียว เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี เคยมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก หรือ มีคู่นอนหลายคน เคยได้รับเลือด หรือสารเลือดก่อนปี พ.ศ. 2535 เคยได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะ ก่อนพ.ศ. 2535 เคยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เคยมีคูสมรสเป็นผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบี เคยสักผิวหนัง เจาะหู ฟันเข็ม ในที่ที่ไม่ใช่สถานพยาบาล เคยได้รับการฉีดยา หรือผ่าตัดเล็ก ด้วยแพทย์พื้นบ้าน เคยถูกเข็มหรือของมีคมตำขณะปฏิบัติหน้าที่ และเคยใช้อุปกรณ์บางชนิดร่วมกับผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบี เช่น แปรงสีฟัน มีดโกน กรรไกรตัดเล็บ เข็มฉีดยา เป็นต้น)

#### วัตถุประสงค์การดำเนินงาน

- 1) เพื่อลดการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี รายใหม่
- 2) เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงไวรัสตับอักเสบบี ได้รับการตรวจคัดกรอง วินิจฉัยรักษา อย่างทั่วถึงและมีมาตรฐาน
- 3) เพื่อพัฒนาระบบฐานข้อมูลไวรัสตับอักเสบบี

#### มิติที่ 2 แนวทางการแก้ไขปัญหาและการนำไปปฏิบัติ

การดำเนินการ (วิธีการ/ รูปแบบ)/ ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

##### ต้นน้ำ

กำหนดเป้าหมายการดำเนินงานเพื่อกำจัดไวรัสตับอักเสบบี ภายในปี 2573 โดยมีเป้าหมายระดับมาตรการ คือ 1) เร่งรัดดำเนินการตรวจคัดกรอง (Early Detect) ในประชากรหลักที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี 6 กลุ่ม ประกอบด้วย ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์, ผู้ที่มีประวัติใช้เข็มฉีดยาเสพติด หรือใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น ผู้ต้องขัง ประชาชนที่เกิดก่อนปี 2535 และมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ตามที่กรมควบคุมโรคกำหนด บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และประชาชนอายุ 35 - 69 ปี จังหวัดเพชรบูรณ์ เริ่มดำเนินการตรวจคัดกรองตั้งแต่ในชุมชน โดยโรงพยาบาลสุขภาพส่วนตำบล

2) เร่งรัดการวินิจฉัยรักษาผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (Early Treatment) โดยการจัดตั้งหน่วยตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีภายในจังหวัดและเขต (Node) และจัดตั้งคลินิกหรือจัดระบบบริการรักษาไวรัสตับอักเสบบี ตั้งแต่ระดับระดับโรงพยาบาลชุมชน

- 3) พัฒนาชุมชนต้นแบบดำเนินการกำจัดไวรัสตับอักเสบบี โดยการมีส่วนร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

##### กลางน้ำ

นำเสนอข้อมูลเพื่อขับเคลื่อนเชิงนโยบายระดับประเทศในการพัฒนาสิทธิประโยชน์ด้านไวรัสตับอักเสบบี สนับสนุนทรัพยากรในการตรวจคัดกรอง (Anti-HCV Rapid Test) ยารักษาไวรัสตับอักเสบบี (Sofosbuvir/Velpatasvir) และกำหนดแนวทางรูปแบบกระบวนการจัดบริการตรวจคัดกรอง ไวรัสตับอักเสบบี เขตสุขภาพที่ 2

1) นำเสนอผลการดำเนินงานไวรัสตับอักเสบบี ซี เขตสุขภาพที่ 2 ข้อมูลปัญหา อุปสรรค สาเหตุการไม่บรรลุเป้าหมาย พร้อมจัดทำข้อเสนอ 3 เรื่อง คือ 1.1) ขยายวิธีการตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซี ให้สามารถตรวจได้ 3 วิธี (HCV-RNA Quantitative/Qualitative/Core Antigen) 1.2) ปลดเงื่อนไขการเข้าถึงยาในผู้ที่มีสภาวะสุขภาพดี ผู้ที่มีอายุมากกว่า 70 ปี ให้สามารถเข้าถึงยารักษา 1.3) ขยายสิทธิประโยชน์การตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี ซี ให้ครอบคลุมกลุ่มเสี่ยงสำคัญ

2) โรงพยาบาล ในสังกัดเขตสุขภาพที่ 2 และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก สนับสนุนชุดตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี ซี และสนับสนุนการตรวจยืนยันการติดเชื้อ (HCV-RNA Viral load)

3) เขตสุขภาพที่ 2 จัดอบรมความรู้ไวรัสตับอักเสบบี ซี และ ซี แก่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

4) เขตสุขภาพที่ 2 สนับสนุนงบประมาณในการจัดซื้อยารักษาไวรัสตับอักเสบบี ซี (Sofosbuvir/Velpatasvir) แก่ผู้ที่ไม่มียาเข้าถึงยารักษา ตามเกณฑ์การใช้ยา จ.2 และกำหนดเกณฑ์พิจารณาจัดสรรยาตามเกณฑ์ความจำเป็น และความเสี่ยงสำคัญแบ่งเป็น 3 ระดับ สีแดง สีเหลือง สีเขียว ตามลำดับ 4.1) สีแดง คือ ผู้ป่วยเข้าระยะตับแข็ง (ค่า APRI  $\geq 1.5$ , FIB-4  $\geq 3.25$ , Ultrasound พบ Liver Cirrhosis 4.2) สีเหลือง คือ อายุ  $\geq 69$  ปี, Child Pugh score  $\geq 7$  4.3) สีเขียว คือ ตรงตามเกณฑ์การเบิกยา จ.2

5) เขตสุขภาพที่ 2 จัดทำแนวทางรูปแบบกระบวนการจัดบริการตรวจคัดกรอง ไวรัสตับอักเสบบี ซี 5.1) แนวทางตรวจคัดกรองเชิงรุกในชุมชน ตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และบูรณาการการดำเนินงานชุมชนต้นแบบกำจัดไวรัสตับอักเสบบี ซี โดยการมีส่วนร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 5.2) แนวทางตรวจยืนยัน และวินิจฉัยรักษาไวรัสตับอักเสบบี ซี สำหรับโรงพยาบาลในระดับโรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลทั่วไป (Green/Gray Zone) และระดับโรงพยาบาลศูนย์ (Red Zone)

6) เขตสุขภาพที่ 2 ออกแบบโปรแกรมบันทึกผลการดำเนินงานการดำเนินงานตรวจคัดกรองวินิจฉัยรักษาไวรัสตับอักเสบบี ซี (Hepatitis Information Program: HIP) ที่เชื่อมโยงข้อมูลส่งต่อระหว่างหน่วยบริการในเขตสุขภาพที่ 2 เป็นข้อมูลระดับบุคคล และแสดงข้อมูลเป็น Dashboard เพื่อติดตามผลการรักษาไวรัสตับอักเสบบี ซี

### ปลายน้ำ

พัฒนาความพร้อมของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ความพร้อมของหน่วยบริการ และรูปแบบการให้บริการตรวจคัดกรอง วินิจฉัยรักษาไวรัสตับอักเสบบี ซี เขตสุขภาพที่ 2

1) ประชาชน และชุมชนต้นแบบกำจัดไวรัสตับอักเสบบี ซี 1.1) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และชุมชนต้นแบบกำจัดไวรัสตับอักเสบบี ซี ดำเนินงานจัดบริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี ซี 1.2) ประชาชนเกิดความรู้ ความตระหนักการป้องกันควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี 1.3) ประชาชนได้รับอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซี เช่น ถุงยางอนามัย

2) หน่วยบริการสาธารณสุข 2.1) กำหนดให้ทุกโรงพยาบาล ส่งบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุขอบรมความรู้ไวรัสตับอักเสบบี ซี 2.2) ขับเคลื่อนให้โรงพยาบาลทุกแห่ง มีแพทย์ขึ้นทะเบียนสั่งจ่ายยารักษาไวรัสตับอักเสบบี ซี 2.3) กำหนดให้โรงพยาบาลทุกแห่งจัดตั้งคลินิกไวรัสตับอักเสบบี ซี หรือจัดทำระบบบริการรักษาไวรัสตับอักเสบบี ซี เตรียมความพร้อมเบิกสำรองยารักษา

### หลักการ หรือแนวคิดที่ใช้

เป้าหมาย และนโยบายไวรัสตับอักเสบบี ซี เขตสุขภาพที่ 2 ดำเนินการภายใต้ยุทธศาสตร์กำจัดไวรัสตับอักเสบบี ซี ประเทศไทย 2565 - 2573 เพื่อกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี ซึ่งเป็นภัยคุกคามสำคัญต่อสุขภาพ และชีวิตของประชาชน ภายใน 2573 โดยมีหลักการระดับมาตรการ คือ “Early Detection” ตั้งแต่ในชุมชน ดำเนินการโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ “Early Treatment” ดำเนินการตั้งแต่โรงพยาบาลชุมชน

### การนำไปใช้ประโยชน์

การดำเนินงานการพัฒนา รูปแบบการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรอง วินิจฉัยรักษาไวรัสตับอักเสบบี ซี เขตสุขภาพที่ 2 ได้มีการขยายการดำเนินงานให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ ส่งผลให้ประชาชนเขตสุขภาพที่ 2 สามารถทราบสถานะการติดเชื้อ และสามารถเข้าถึงบริการตรวจคัดกรอง วินิจฉัยรักษา ไวรัสตับอักเสบบี ซี ได้อย่างสะดวก มีคุณภาพมาตรฐาน เป็นต้นแบบการดำเนินงานในเขตสุขภาพ และประเทศต่อไป

### มิติที่ 3 ผลผลิต ผลลัพธ์เชิงประจักษ์ และปัญหาอุปสรรค

#### ผลผลิต หรือผลลัพธ์ที่ได้

ผลการพัฒนาเชิงกระบวนการ เขตสุขภาพที่ 2 มีการคัดกรองและค้นหาตั้งแต่ในระดับชุมชน ดังนี้

- 1) ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซี เรื้อรัง พบว่าติดเชื้ออยู่ในเกณฑ์ระดับปกติ สามารถรักษาได้ในโรงพยาบาลชุมชน ทุกแห่ง แพทย์ที่ผ่านการอบรมแล้ว ร้อยละ 100 เพิ่มการเข้าถึงบริการและลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วย
- 2) โรงพยาบาลชุมชนในเขตสุขภาพที่ 2 ทุกแห่ง มีระบบการสำรองยา (จ.2) โดยเภสัชกร
- 3) มีการจัดตั้งคลินิกโรคตับรวมถึงการจัดบริการสำหรับการรักษาไวรัสตับอักเสบบี ซี ครอบคลุมโรงพยาบาล ทุกแห่งในเขตสุขภาพที่ 2 จำนวน 47 แห่ง ตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลชุมชน
- 4) ผลการปฏิบัติงานที่เป็นเลิศ Best Practice เขตสุขภาพที่ 2 เรื่อง “การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการ ตรวจคัดกรอง วินิจฉัยรักษาไวรัสตับอักเสบบี ซี เขตสุขภาพที่ 2” ทำให้ประชาชน ในเขตสุขภาพที่ 2 ปี 2566 เข้าถึงการตรวจคัดกรอง ไวรัสตับอักเสบบี ซี ร้อยละ 87 (52,060/ 60,091 ราย) ครอบคลุมประชากรกลุ่มเสี่ยง 5 กลุ่ม คือ ผู้ต้องขัง ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ใช้ยาเสพติดทุกชนิด, ประชาชนผู้มีพฤติกรรมเสี่ยง (ชุมชนต้นแบบ) และ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข พบมีผู้ติดเชื้อ (Anti-HCV Positive) 1,316 ราย (ร้อยละ 3) เข้าถึงการตรวจยืนยันการติดเชื้อ (HCV-RNA) ร้อยละ 61 (802/ 1,316 ราย) พบมีผู้ยืนยันติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซี เรื้อรัง (HCV-RNA Positive) 682 ราย และรับการรักษาด้วยยา ร้อยละ 51 (346/ 682 ราย)

#### ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

- 1) ประชาชนขาดความรู้ ความตระหนัก การป้องกันควบคุม รักษาโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี เข้าถึงบริการตรวจคัดกรอง วินิจฉัยรักษาไวรัสตับอักเสบบี ซี ได้น้อย
- 2) บุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข ขาดความพร้อมในการให้บริการตรวจคัดกรองวินิจฉัยรักษาไวรัสตับอักเสบบี ซี เนื่องจากบุคลากรบางส่วนย้ายที่ทำงาน
- 3) ขาดระบบรูปแบบการให้บริการตรวจคัดกรองวินิจฉัยรักษาไวรัสตับอักเสบบี ซี ที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย

## 3.4 เชิงระบบ

## 3.4.1 โครงการพัฒนาระบบเฝ้าระวังด่านควบคุมโรคฯ ท่าอากาศยาน รองรับการเปิดประเทศ “การพัฒนานวัตกรรมบริการแบบดิจิทัลครอบคลุมการคัดกรอง เฝ้าระวังและติดตามผู้เดินทางระหว่างประเทศ”

## ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ปัญหา

ที่มา/ ต้นเหตุของปัญหา/ สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพ

ประเทศไทยมีแนวโน้มผู้เดินทางเข้าประเทศมากขึ้น หลังการระบาดของโควิด-19 แต่ยังคงเฝ้าระวังผู้เดินทางจากเขตติดโรคติดต่ออันตราย ข้อมูลจากสำนักงานตรวจคนเข้าเมือง พบว่า ช่วงการระบาดของโควิด-19 ปี 2563 มีผู้เดินทางเข้าประเทศไทย 6.7 ล้านคน ปี 2564 (0.43 ล้านคน) และปี 2565 (11.8 ล้านคน) เปรียบเทียบกับปี 2562 ที่ยังเป็นภาวะปกติมีจำนวนถึง 39.92 ล้านคน ข้อมูลจากการท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย พบว่า ในปี 2566 เป็นต้นไป จะเกิดภาวะที่เรียกว่า Revenge Travel หรือการท่องเที่ยวเพื่อแก้แค้นช่วงเวลาที่ต้องอุดอู้อยู่กับความเครียดทำให้มีจำนวนผู้เดินทางเพิ่มมากขึ้น ผู้เดินทางจากพื้นที่เขตโรคติดต่ออันตรายต้องกรอกเอกสารใบ ต.8 จากเดิมต้องกรอกเอกสารเป็นกระดาษใช้เวลา 12-16 นาที/คน กรอกผ่าน Google form ใช้เวลา 2-3 นาที/คน ซึ่งตามข้อกำหนดของ ICAO ให้อำนวยความสะดวกแก่ผู้เดินทางให้เกิดความรวดเร็วและคล่องตัว ท่าอากาศยานไทย (AOT) ได้กำหนดให้ระยะเวลาตั้งแต่ผู้เดินทางมาถึงด่านควบคุมโรคฯ ตรวจคนเข้าเมืองจนถึงศุลกากรให้ใช้เวลาไม่เกิน 45 นาที/คน การพัฒนาระบบบริการแบบดิจิทัลนี้ จะส่งผลดีต่อการเดินทางระหว่างประเทศทั้งก่อนเดินทางเข้าประเทศไทย ขณะผ่านด่านควบคุมโรคฯ และขณะอยู่ในประเทศไทย ระบบจะนำข้อมูลของผู้เดินทางลงทะเบียนมาใช้ประโยชน์ในการป้องกันควบคุมโรค อำนวยความสะดวก ลดปัญหาการปลอมแปลงเอกสารวัคซีน ลดความซ้ำซ้อนและความผิดพลาดของการลงทะเบียนให้เกิดการคัดกรองที่รวดเร็ว และสามารถลดระยะเวลารอคอยของผู้เดินทางที่ด่านฯ ลดความแออัดบริเวณจุดพักคอย ลดความเสี่ยงการสัมผัสโรคจากตัวบุคคลและเอกสารผู้เดินทาง เมื่อผู้เดินทางที่ผ่านเข้าประเทศไปแล้ว มีอาการป่วยสามารถรายงานเพื่อรับคำแนะนำได้ ส่งผลให้เกิดความเชื่อมั่นในการเตรียมความพร้อม (Preparedness) ตามมาตรฐานของกฎอนามัยระหว่างประเทศ (IHR 2005) ทำให้นักท่องเที่ยวมั่นใจในระบบทางสาธารณสุขของประเทศมากขึ้น และส่งผลดีต่อการท่องเที่ยวและเศรษฐกิจ

## วัตถุประสงค์การดำเนินงาน

- 1) เพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวังผู้เดินทางระหว่างประเทศ สามารถอำนวยความสะดวกแก่ผู้เดินทางให้เกิดความถูกต้องรวดเร็ว ลดระยะเวลาคัดกรองที่ด่านควบคุมโรคฯ ได้
- 2) เพื่อบริหารข้อมูลผู้เดินทางที่ลงทะเบียนก่อนเข้าประเทศไทย มาใช้ประโยชน์อย่างสูงสุดได้ทุกด้าน
- 3) เพื่อเฝ้าระวัง ติดตาม ผู้เดินทางที่มีอาการผิดปกติ และให้คำแนะนำได้

## มิติที่ 2 แนวทางการแก้ไขปัญหาและการนำไปปฏิบัติ

การดำเนินการ (วิธีการ/ รูปแบบ)/ ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

- 1) วิเคราะห์ปัญหาและการกำหนดโจทย์การพัฒนา ผู้เดินทางทั่วไปและผู้เดินทางจากเขตติดโรคติดต่ออันตราย ต้องได้รับการบริการที่ความสะดวก ถูกต้อง และรวดเร็วเร็วมากที่สุดในการคัดกรอง เฝ้าระวังและติดตาม โดยการกำหนดรูปแบบกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจน เป้าหมายความสำเร็จ ผลผลิตที่คาดหวัง บทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ และการประชาสัมพันธ์หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและผู้เดินทาง
- 2) ออกแบบนวัตกรรมบริการต้องคำนึงถึงความสะดวกของทั้งผู้เดินทางและเจ้าหน้าที่ โดยต้องมีความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล และครอบคลุมการเฝ้าระวัง คัดกรอง และติดตาม ผู้เดินทางทั้ง 3 ช่วงของการเดินทาง

3) พัฒนาให้ระบบที่ครอบคลุมการคัดกรอง เฝ้าระวัง ติดตามผู้เดินทางทั้ง 3 ช่วง ได้แก่ ก่อนเดินทางเข้าประเทศไทย ผู้เดินทางจะต้องลงทะเบียนผ่าน Thai Health Pass เพื่ออำนวยความสะดวกให้ลงทะเบียนครั้งเดียว สามารถนำ QR Code มาแสดงที่ด่านฯ แทนเอกสารวัคซีนได้ทุกครั้งที่มาประเทศไทย ขณะผ่านด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ เจ้าหน้าที่ด่านฯ จะคัดกรองผ่านโปรแกรม PoE Screening เก็บเอกสารต่าง ๆ ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์และขณะอยู่ในประเทศไทย หากเข้าประเทศปกติ แต่มีอาการป่วยสามารถรายงานอาการเพื่อให้เจ้าหน้าที่ติดต่อให้คำแนะนำผ่าน Thai Health Pass ได้ แต่ถ้าหากต้องรับการกักกัน สถานที่กักกันจะมีโปรแกรม COSTE SHA ใช้ในการจัดการข้อมูลและติดตามอาการ และผลตรวจของผู้กักกันได้

### หลักการ หรือแนวคิดที่ใช้

1) วิเคราะห์ปัญหาและการกำหนดโจทย์การพัฒนา ผู้เดินทางทั่วไปและผู้เดินทางจากเขตติดโรคติดต่ออันตราย ต้องได้รับการบริการที่ความสะดวก ถูกต้อง และรวดเร็วเร็วมากที่สุดในการคัดกรอง เฝ้าระวังและติดตาม โดยการกำหนดรูปแบบกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจน เป้าหมายความสำเร็จ ผลผลิตที่คาดหวัง บทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ และการประชาสัมพันธ์ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและผู้เดินทาง

2) ออกแบบนวัตกรรมบริการต้องคำนึงถึงความสะดวกของทั้งผู้เดินทางและเจ้าหน้าที่ โดยต้องมีความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูล และครอบคลุมการเฝ้าระวัง คัดกรอง และติดตาม ผู้เดินทางทั้ง 3 ช่วงของการเดินทาง

3) พัฒนาให้ระบบที่ครอบคลุมการคัดกรอง เฝ้าระวัง ติดตามผู้เดินทางทั้ง 3 ช่วง ได้แก่ ก่อนเดินทางเข้าประเทศไทย ผู้เดินทางจะต้องลงทะเบียนผ่าน Thai Health Pass เพื่ออำนวยความสะดวกให้ลงทะเบียนครั้งเดียว สามารถนำ QR Code มาแสดงที่ด่านฯ แทนเอกสารวัคซีนได้ทุกครั้งที่มาประเทศไทย ขณะผ่านด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ เจ้าหน้าที่ด่านฯ จะคัดกรองผ่านโปรแกรม PoE Screening เก็บเอกสารต่าง ๆ ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์และขณะอยู่ในประเทศไทย หากเข้าประเทศปกติ แต่มีอาการป่วยสามารถรายงานอาการเพื่อให้เจ้าหน้าที่ติดต่อให้คำแนะนำผ่าน Thai Health Pass ได้ แต่ถ้าหากต้องรับการกักกัน สถานที่กักกันจะมีโปรแกรม COSTE SHA ใช้ในการจัดการข้อมูลและติดตามอาการ และผลตรวจของผู้กักกันได้

### การนำไปใช้ประโยชน์

แบ่งเป็นระบบ 3 ช่วงของการเดินทาง ดังนี้ ก่อนเดินทางเข้าประเทศไทย ผู้เดินทางลงทะเบียนตามใบ ต.8 และแนบเอกสารการได้รับวัคซีนไข้วเหลืองมาในระบบสำหรับคัดกรองโรคติดต่ออันตรายที่เว็บ Thai Health Pass เจ้าหน้าที่ด่านควบคุมโรคฯ จะตรวจเอกสารก่อนได้ และมีระบบ OCR ช่วยเปรียบเทียบเอกสารวัคซีนว่าตรงกับเลข Passport เพื่อลดปัญหาการปลอมแปลงเอกสาร และอาจจะเรียกพบผู้ที่มีปัญหาเรื่องวัคซีนมาคัดกรองใหม่ ส่วนผู้ที่เอกสารเรียบร้อยก็สามารถเข้าประเทศได้รวดเร็วขึ้น เมื่อเดินทางถึงประเทศไทย เจ้าหน้าที่ด่านฯ ใช้โปรแกรม PoE Screening คัดกรองผู้เดินทาง โดยนำ QR Code Thai Health Pass ที่ผู้เดินทางนำมาแสดงสแกน และดึงข้อมูลมาคัดกรอง บันทึกผลการคัดกรอง และเอกสารใบ ต.8 ออกคำสั่งกักกันในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ ส่งไปยัง COSTE SHA สำหรับตี Quarantine Center ผู้เดินทางไม่ต้องนำเอกสารส่งกักแบบกระดาษไปแสดงที่สถานที่กักกัน สำหรับผู้ที่ต้องรับการกักกันหรือคุมไว้สังเกต เจ้าหน้าที่ ใช้โปรแกรม COSTE SHA เชื่อมโยงผู้เดินทางจากเลข Passport ข้อมูลเชื่อมต่อกับ PoE Screening ดึงใบคำสั่งกักกัน หรือคุมไว้สังเกตถูกเชื่อมต่ออัตโนมัติ สถานที่กักกันสามารถเรียกดูใบคำสั่งฯ ได้ทันที เจ้าหน้าที่ฯ สามารถระบุห้องพัก รายงานอาการป่วย และระบุผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ กรณีเดินทางเข้าประเทศไทยไปแล้ว แต่มีอาการป่วย ผู้เดินทางทั่วไป ก็สามารถรายงานอาการป่วยของตนเองได้ที่เว็บไซต์ [thaihealthpass.com](http://thaihealthpass.com) เพื่อให้เจ้าหน้าที่ติดตามและให้คำแนะนำอย่างเหมาะสม



### มิติที่ 3 ผลผลิต ผลลัพธ์เชิงประจักษ์ และปัญหาอุปสรรค

#### ผลผลิต หรือผลลัพธ์ที่ได้

1) ประเมินความแม่นยำและความครบถ้วนของข้อมูล ได้แก่ 1.1) ข้อมูลที่ได้จากการลงทะเบียน Thai Health Pass และคัดกรองด้วยระบบ PoE Screening มีความครบถ้วนของตัวแปรที่ต้องการ จำนวน 10 ตัวแปร ได้แก่ เลขที่หนังสือเดินทาง ชื่อ-สกุล เพศ อายุ สัญชาติ เลขที่เที่ยวบิน ที่นั่ง ประเทศต้นทาง วัตถุประสงค์ในการเข้าประเทศ และอาการไม่พึงประสงค์ภายใน 2 สัปดาห์ก่อนมาถึงประเทศไทย ครบถ้วน คิดเป็นร้อยละ 90 จากข้อมูลที่ Export ออกมาทดสอบ 15,000 records 1.2) ข้อมูลจาก COSTE SHA มีความครบถ้วนของตัวแปรที่ต้องการ 12 ตัวแปร โดยได้ศึกษาในกรณีคนไทยอพยพกลับจากประเทศยูเครน ระหว่างวันที่ 3-8 มีนาคม 2565 พบว่า ครบถ้วน คิดเป็นร้อยละ 96 จากทั้งหมด 224 คน 1.3) ข้อมูลการรายงานอาการป่วยผ่าน Thai Health Pass หลังเดินทางเข้าประเทศไทยแล้ว มีความครบถ้วนของตัวแปรที่ต้องการ จำนวน 9 ตัวแปร ยกตัวอย่างเช่น ชื่อ-สกุล อาการป่วย วันที่เดินทางมาถึงประเทศไทย ที่อยู่ขณะป่วย หมายเลขโทรศัพท์ ครบถ้วน คิดเป็นร้อยละ 95 จากข้อมูลจำนวนผู้ที่รายงานอาการป่วยมา 150 ราย

2) ประเมินความรวดเร็ว ทันเวลา 2.1) จากเดิมที่ตรวจคัดกรองโรคไข้เหลือง ท่าอากาศยานดอนเมือง ใช้การกรอกเอกสารเวลาเฉลี่ย 12 - 16 นาที/คน ใช้ Google form เวลาเฉลี่ย 2 - 3 นาที/คน และปัจจุบันภายหลังพัฒนาระบบดังกล่าว ผลการดำเนินงานด้านท่าอากาศยานสุวรรณภูมิใช้เวลาเฉลี่ย 16 วินาที/คน โดยเปิดบริการทั้งหมด 3 เคาน์เตอร์ เมื่อคำนวณเป็น 1 ไฟล์ทบินจะมีผู้เดินทาง 300 คน จะใช้เวลาตลอดทั้งไฟล์ทบิน 27.06 นาที 2.2) ข้อมูลอยู่บนถึงข้อมูลเดียวกัน ทำให้เมื่อผู้เดินทางลงข้อมูลมาแล้ว ข้อมูลถูกส่งมายังระบบที่ด้านฯ และเมื่อด้านฯ ได้ออกคำสั่งกักในระบบ เอกสารคำสั่งกักจะถูกส่งไปยังระบบของสถานที่กักกันทันที 2.3) ผลประเมินความพึงพอใจของผู้เดินทางต่อระบบ เรื่องมีเจ้าหน้าที่ประสานให้คำแนะนำทันที อยู่ในระดับมากที่สุด แสดงให้เห็นว่าเมื่อมีผู้เดินทางรายงานอาการป่วย เจ้าหน้าที่ด้านฯ ได้ประสานให้คำแนะนำได้อย่างรวดเร็ว

3) ความพึงพอใจ ประเมินความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ หลังจากพัฒนาระบบเฝ้าระวังแล้ว จำนวน 30 คน มีความพึงพอใจภาพรวมต่อระบบในภาพรวมทั้ง 3 ช่วง ระดับมาก (คะแนน 4.48) ในส่วนผู้เดินทาง เก็บผลการประเมินความพึงพอใจต่อการใช้งาน โดยแบบแบบการประเมินฯ ไว้บนหน้าเว็บ Thai Health Pass ให้เฉพาะผู้เดินทางที่มาประเทศไทย 2 ครั้งขึ้นไป โดยครั้งแรกมาประเทศไทยก่อนการระบาดของโควิด-19 (ก่อนปี 2563) จำนวน 66 คน พบว่า มีความพึงพอใจภาพรวมต่อระบบในภาพรวมทั้ง 3 ช่วง ระดับมากที่สุด (คะแนน 4.74)

### ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

ปัญหาเรื่องความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน และปัญหาการประชาสัมพันธ์แจ้งแก่ผู้เดินทางระหว่างประเทศ ซึ่งกระบวนการทำงานมีความจำเป็นที่จะต้องบูรณาการความร่วมมือ ซึ่งปัจจุบันมีการลงนาม MOU บูรณาการระบบอำนวยความสะดวกแก่ผู้เดินทาง ส่งผลให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล ความร่วมมือและเกิดการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และการประชาสัมพันธ์ให้ผู้เดินทางรับทราบโดยทั่วถึงกัน มีการประชาสัมพันธ์ผ่านกระทรวงการต่างประเทศ กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา และสำนักงานการบินพลเรือน แจกสายการบิน และผู้เดินทางรับทราบการลงข้อมูลที่เว็บไซต์ Thai Health Pass โดย Thai Health Pass ได้ถูกนำไปขึ้นไว้บนเว็บไซต์กลางสำหรับให้คำแนะนำผู้เดินทางของกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา คือ Entry Thailand

### 3.4.2 การพัฒนาแพลตฟอร์มรายงานเฝ้าระวังโรคในรูปแบบดิจิทัล (D506) พัฒนาระบบฐานข้อมูลด้านระบาดวิทยา เพื่อยกระดับระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

#### ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ปัญหา

ที่มา/ ต้นเหตุของปัญหา/ สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพ

กองระบาดวิทยามีภารกิจหลักในการกำกับ ติดตามการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพทั้งในและนอกประเทศ ตามมาตรฐานสากล ดำเนินงานเฝ้าระวัง ตรวจสอบเหตุการณ์ผิดปกติ สอบสวนโรคและประสานการป้องกันควบคุมการแพร่ระบาดของโรคและภัยสุขภาพมิให้ขยายไปในวงกว้าง จนเกิดภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ให้ประเทศมีฐานข้อมูลด้านระบาดวิทยาของโรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัจจุบัน ครอบคลุมข้อมูลที่สำคัญและจำเป็นต่อการตอบโต้สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการใช้เทคโนโลยีช่วยในการพัฒนางานเฝ้าระวังให้ทันสมัย สามารถแสดงผลการเฝ้าระวังแบบ Real Time เข้าถึงได้ง่าย และสามารถตอบสนองความต้องการใช้ข้อมูลของผู้บริหาร นักวิชาการ ประชาชน และหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน

#### วัตถุประสงค์การดำเนินงาน

เพื่อพัฒนาแพลตฟอร์มเพื่อการรายงานเฝ้าระวังและสอบสวนโรคและภัยสุขภาพในรูปแบบดิจิทัล (Digital Platform)

#### มิติที่ 2 แนวทางการแก้ไขปัญหาและการนำไปปฏิบัติ

การดำเนินการ (วิธีการ/ รูปแบบ)/ ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

1) พัฒนาคู่มือการส่งรายงานเฝ้าระวังโรค D506 และจัดประชุมชี้แจงแนวทางแก่เครือข่ายทั่วประเทศ

จัดประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาระบบรายงานการเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยา D506 ผ่าน API โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อชี้แจงการเปลี่ยนรูปแบบการรายงานจากรายงาน 506 ไปสู่ D506 ผ่าน API โดยขยายจากการรายงานโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และเพื่อให้มีแพลตฟอร์มกลางในการจัดการข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และนำเสนอสถานการณ์โรค กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยาและงานสารสนเทศจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งมีผู้เข้าร่วมชมผ่านทางออนไลน์ 1,100 คน วิทยากรเป็นผู้เชี่ยวชาญในกองระบาดวิทยา ผู้แทนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลและผู้แทนบริษัทเอกชนผู้พัฒนาโปรแกรม HOSxP ร่วมให้ความรู้ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ระหว่างผู้ร่วมประชุมและแสดงความคิดเห็นกับผู้ร่วมประชุม หัวข้อการบรรยาย อาทิ แนวคิดการปรับระบบการรายงานโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา รหัส ICD-10 และโครงสร้างข้อมูลโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา การส่งข้อมูลในระบบเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยา จากโปรแกรม HOSxP, D506 offline และ Web Portal การรายงานโรคที่มีความสำคัญสูง และประสบการณ์จัดการข้อมูลโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผ่าน API สู่การยกระดับการเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยา D506

2) ทดสอบการรายงานข้อมูลและพัฒนาระบบ D506

เริ่มทดสอบการส่งรายงาน 506 ในรูปแบบดิจิทัลผ่าน API ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2566 เป็นต้นมา และเตรียมความพร้อมระบบเครือข่ายให้รองรับข้อมูลขนาดใหญ่ โดยประเมินทรัพยากรที่จำเป็นต้องใช้และอัตราการเติบโตของการใช้ Cloud โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเริ่มส่งข้อมูลจากโรงพยาบาล ระยะที่ขยายไปโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั่วประเทศ และระยะที่นำเข้าข้อมูลอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น ข้อมูลด้านวัคซีน EPI ดำเนินการจัดระบบการจัดการข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ พัฒนาระบบขั้นตอนวิธี (Algorithm) ในการจัดการข้อมูลด้วย Machine ได้แก่ การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และการตรวจสอบผู้ป่วยที่ถูกรายงานซ้ำซ้อน รวมถึงจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ ให้แก่ สำนักงานป้องกันควบคุมโรค ทั้ง 12 แห่ง และสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง เพื่อทำความเข้าใจแผนผังข้อมูล และวิธีการตรวจสอบคุณภาพข้อมูล ทั้งนี้ได้ดำเนินการพัฒนา Visualized Dashboard แสดงสถานการณ์โรค โดยมีแบบตัวอย่างจำลองของ Visualized Dashboard แสดงสถานการณ์โรคแล้ว ซึ่งจะวางที่ระบบคอมพิวเตอร์แม่ข่ายของกรมควบคุมโรคและให้บริการผ่านหน้าเว็บไซต์กรมควบคุมโรคต่อไป

### 3) กำกับติดตามการรายงานให้มีความครอบคลุมทั่วประเทศ

ติดตามประเมินความครอบคลุมของการรายงานจากการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพการจัดการข้อมูลโรคที่เฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (D506) ระดับเขต กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 70 คน และดำเนินการเร่งรัดการรายงานให้มีความครอบคลุมทุกหน่วยรายงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปัจจุบันมีการรายงานข้อมูลผ่านระบบ D506 จากโรงพยาบาลที่ทำการทดสอบแล้วทั้งสิ้น 81 แห่ง จาก 31 จังหวัด รวมถึงดำเนินการประเมินผลคุณภาพข้อมูลและแก้ไขระบบตามความต้องการของผู้ใช้งานทุกระดับ

#### หลักการ หรือแนวคิดที่ใช้

ปัจจุบันความก้าวหน้าของเทคโนโลยีสารสนเทศได้เข้ามามีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของมนุษย์เป็นอย่างมาก ดังที่ปรากฏในแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ที่เน้นการขับเคลื่อนและปฏิรูปประเทศให้มั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืนด้วยเทคโนโลยีและนวัตกรรม นำไปสู่ประเทศไทย 4.0 ภายใต้แผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุข กรมควบคุมโรคได้เล็งเห็นถึงความสำคัญในการนำเทคโนโลยีสารสนเทศและนวัตกรรมที่ทันสมัยมาขับเคลื่อนเพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคโดยมีความคิดริเริ่มในการพัฒนาแพลตฟอร์มเพื่อการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคและภัยสุขภาพในรูปแบบดิจิทัล (Digital Platform) ในอดีตแต่แรกเริ่มเครื่องมือที่ใช้ในการรายงานเฝ้าระวังโรคของประเทศไทยถูกพัฒนาขึ้นในรูปแบบบัตรรายงานผู้ป่วยแบบ รง. 506 จนมาถึงโปรแกรมส่งรายงานแบบ Offline - Weekly ซึ่งมีข้อจำกัดและขั้นตอนในการรายงานโรค ทำให้ไม่สามารถแสดงผลได้อย่างรวดเร็วทันต่อเหตุการณ์ ในปี พ.ศ. 2565 กองระบาดวิทยาได้พัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคเพื่อให้สามารถรายงานสถานการณ์โรคของประเทศได้รวดเร็วทันต่อเหตุการณ์มากขึ้น โดยเริ่มต้นจากการพัฒนาระบบรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ใช้เทคโนโลยีการดึงข้อมูลผ่าน Application Programming Interface (API) เชื่อมระบบข้อมูลจากระบบโปรแกรมบันทึกข้อมูลจากฐานข้อมูลโรงพยาบาล ให้สามารถส่งข้อมูลผ่านระบบออนไลน์มายังฐานข้อมูลกองระบาดวิทยาได้แบบกึ่ง Real Time ลดภาระงานและความซ้ำซ้อนของการรายงานโรคจากหน่วยบริการสุขภาพทุกหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน รวมถึงประชาชนสามารถใช้ประโยชน์จากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือเดียวกัน และในปี พ.ศ. 2566 ได้ขยายการรายงานจากรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 สู่การรายงานโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และจะพัฒนาขยายไปสู่กลุ่มโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน (Digital EPI) และกลุ่มโรคสำคัญอื่น ๆ ต่อไป ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการรายงานโรคจากเดิมไปสู่ระบบการรายงานแบบออนไลน์ D506 (Online - กึ่ง Real Time) ภายใต้แนวคิด Smart Surveillance System ที่สามารถนำข้อมูลขนาดใหญ่มาใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ครอบคลุม ถูกต้อง ทันเวลา เชื่อมโยงและจัดการข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจากหลายแหล่งข้อมูลทั้งในกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานภายนอก เช่น กรมอุตุนิยมวิทยา กรมปศุสัตว์ กรมควบคุมมลพิษ ข้อมูลสารสนเทศภูมิศาสตร์ (GIS) เป็นต้น ให้เป็นฐานข้อมูลเดียวกันทั้งประเทศ สามารถชี้เป้าและกำหนดพื้นที่เสี่ยง มองเห็นภาพแนวโน้มการระบาด และบริหารจัดการควบคุมโรคให้อยู่ในวงจำกัด รวมไปถึงการวิเคราะห์ผลและแสดงผลในรูปแบบ dashboard นำเสนอข้อมูลสู่การพยากรณ์โรคและภัยสุขภาพที่มีความแม่นยำ ตรวจสอบการระบาดของโรคและภัยสุขภาพได้อย่าง Real-Time สนับสนุนการตัดสินใจในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข และเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่มีคุณภาพน่าเชื่อถือสู่ประชาชน

#### การนำไปใช้ประโยชน์

ประเทศไทยมีแพลตฟอร์มระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคที่เข้มแข็ง มีฐานข้อมูลและสารสนเทศด้านระบาดวิทยาที่สำคัญ ครอบคลุมโรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของประเทศในรูปแบบดิจิทัล (Digital Platform) สามารถแสดงผลการเฝ้าระวังแบบ Real-Time เข้าถึงได้ง่าย และตอบสนองความต้องการใช้ข้อมูลของผู้บริหาร นักวิชาการ ประชาชน และหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน

### มิติที่ 3 ผลผลิต ผลลัพธ์เชิงประจักษ์ และปัญหาอุปสรรค

ผลผลิต หรือผลลัพธ์ที่ได้

มีแพลตฟอร์มระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ สำหรับการป้องกันควบคุมโรค ได้รับการพัฒนารูปแบบดิจิทัล (Digital Platform) 1 ระบบ

### ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

จากข่าวข้อมูลภาครัฐถูกเปิดเผย กรณีข้อมูลส่วนบุคคลคนไทยจำนวนกว่า 55 ล้านราย โดยผู้ใช้งานบัญชีที่ใช้ชื่อว่า “9near” ทำให้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปรับเปลี่ยนระบบบัญชีผู้ใช้งาน MOPH Account ซึ่งระบบ D506 เชื่อมต่อข้อมูลระบบบัญชีดังกล่าวในการเข้าสู่ระบบส่งผลกระทบต่อการใช้งานระบบเฝ้าระวังโรค D506 และการส่งรายงานผ่าน API หยุดชะงักเป็นช่วง ๆ

### 3.4.3 รางวัลเลิศรัฐ สาขาบริการภาครัฐ ระดับ “ดี” ประเภทบริการตอบโจทย์ตรงใจ เรื่อง “Phuket Tourism Sandbox” สร้างสมดุลสุขภาพ และเศรษฐกิจสังคมของประเทศไทย

#### ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ปัญหา

ที่มา/ ต้นเหตุของปัญหา/ สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) เป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ ประเทศไทยดำเนินการคัดกรองผู้ที่เดินทางเข้ามาจากประเทศเสี่ยง แต่ไม่สามารถสกัดผู้ติดเชื้อได้เนื่องจากผู้ติดเชื้อส่วนหนึ่งไม่แสดงอาการ จึงส่งผลให้เกิดการระบาดเป็นวงกว้าง โดยเฉพาะจังหวัดภูเก็ตซึ่งเป็นเมืองที่มีนักท่องเที่ยวได้รับผลกระทบโดยตรง เมื่อรัฐบาลประกาศปิดประเทศ ส่งผลให้เกิดความเสียหายอย่างหนักต่อระบบเศรษฐกิจภาพรวม (Economic Shock) ในขณะที่ผู้เดินทางเข้าประเทศไทยต้องถูกกักกันในสถานกักกันของรัฐ การคัดกรองและติดตามการสัมผัส การค้นหาผู้ป่วยซึ่งต้องเสียค่าใช้จ่าย เสียเวลา และไม่สามารถดำเนินธุรกิจท่องเที่ยวได้ตามที่คาดหวัง รัฐบาลร่วมกับหน่วยงานภาครัฐและเอกชน มีนโยบายเปิดประเทศรับนักท่องเที่ยว เพื่อฟื้นฟูเศรษฐกิจสังคมควบคู่ไปกับการควบคุมโรคอย่างมีประสิทธิภาพ บนหลักการสร้างสมดุลระหว่างสุขภาพและเศรษฐกิจสังคม รวมถึงสร้างความมั่นใจแก่นักท่องเที่ยวและประชาชนในพื้นที่ จึงเกิดโครงการ “Phuket Tourism Sandbox” ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญในการกระตุ้นเศรษฐกิจของประเทศไทย ช่วยอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวและบริการให้สามารถกลับมาฟื้นตัวโดยเร็ว ควบคู่ไปกับการท่องเที่ยวที่ปลอดภัย เพื่อให้การท่องเที่ยวกลับมาเป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศให้เติบโตต่อไป

#### วัตถุประสงค์การดำเนินงาน

ฟื้นฟูเศรษฐกิจควบคู่ไปกับการควบคุมโรคอย่างเหมาะสม บนหลักการสร้างสมดุลระหว่างสุขภาพและเศรษฐกิจสังคม รวมทั้งสร้างความมั่นใจแก่นักท่องเที่ยวและประชาชนในพื้นที่

#### มิติที่ 2 แนวทางการแก้ไขปัญหาและการนำไปปฏิบัติ

การดำเนินการ (วิธีการ/ รูปแบบ)/ ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช ขับเคลื่อนงาน “โครงการ Phuket Tourism Sandbox” ตั้งแต่ต้นจนจบ เพื่อความอยู่รอดในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ภายใต้การได้รับมติเห็นชอบจากคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดภูเก็ต โดยการร่วมคิด ร่วมออกแบบ ร่วมดำเนินการร่วมประเมินผล และ ร่วมปรับปรุงพัฒนา ด้านต่าง ๆ ได้แก่ 1) การดำเนินการ และการกำกับติดตาม 2) การแพทย์และสาธารณสุข 3) สถานประกอบการที่ได้รับมาตรฐาน 4) ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศในการตรวจคัดกรองผู้เดินทางเข้า - ออกรักษาอาณาจักร 5) ห้องปฏิบัติการตรวจหาเชื้อโควิด 19 6) สื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจแก่ประชาชน กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย/ เครือข่ายที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ เอกชน และประชาชน ในการร่วมวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของผู้ให้บริการและผู้รับบริการที่ต้องมีการพัฒนารูปแบบบริการ ตั้งแต่ก่อนเดินทาง - เดินทางมาถึง - ระหว่างพัก และก่อนเดินทางออกจากภูเก็ตโดยการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ภายใต้ Phuket Tourism Sandbox ให้บริการแบบเบ็ดเสร็จ ณ จุดเดียว เพื่อลดขั้นตอน ระยะเวลาการรอคอย สร้างความพึงพอใจของนักท่องเที่ยว และสร้างบริการที่แตกต่าง ซึ่งส่งผลให้ประชาชนเชื่อมั่นในการป้องกันควบคุมโรคควบคู่กับเศรษฐกิจที่สามารถขับเคลื่อนหน้าต่อไป

#### หลักการ หรือแนวคิดที่ใช้

สร้างสมดุลระหว่างสุขภาพและเศรษฐกิจสังคม รวมทั้งสร้างความมั่นใจแก่ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การนำไปใช้ประโยชน์โครงการ Phuket Tourism Sandbox ที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้ขับเคลื่อนจนเกิดผลผลิต ผลลัพธ์ จัดเป็นนวัตกรรม “รูปแบบการดำเนินงานมาตรการควบคุมโรคอุบัติใหม่ที่มีประสิทธิภาพ” องค์ความรู้และแนวทางการจัดการเหล่านี้ สามารถขยายผลนำมาใช้ที่ท่าอากาศยานนานาชาติ และในพื้นที่จนถึงปัจจุบัน และสามารถขยายผลเป็นต้นแบบสำหรับบริหารจัดการโรคอุบัติใหม่อื่น ๆ ที่จะเกิดขึ้นได้ในอนาคต

### มติที่ 3 ผลผลิต ผลลัพธ์เชิงประจักษ์ และปัญหาอุปสรรค

ผลผลิต หรือผลลัพธ์ที่ได้

- 1) ทำรายได้ให้กับจังหวัดภูเก็ตและประเทศไทย เป็นมูลค่า 2,913.86 ล้านบาท สร้างรายได้หมุนเวียนในระบบเศรษฐกิจ 6,905.84 ล้านบาท
- 2) พบนักท่องเที่ยวติดเชื้อโควิด 19 จำนวน 127 ราย (อัตราการติดเชื้อ ร้อยละ 0.33) ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2564 - 30 กันยายน 2564 ทุกรายได้รับการรักษาจนหายเป็นปกติ ผลการวิเคราะห์ทางระบาดวิทยา ไม่พบความเชื่อมโยงของการติดเชื้อโควิด 19 ในนักท่องเที่ยวกับการติดเชื้อในประชากรจังหวัดภูเก็ต
- 3) ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์สามารถตรวจและรายงานผลการตรวจได้กว่าวันละ 1,000 ราย ใช้เวลาตั้งแต่การลงทะเบียน จัดเก็บตัวอย่างและการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ จนถึงการรายงานผล ไม่เกิน 6 - 12 ชั่วโมง
- 4) สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช สำนักรวความพึงพอใจของประชาชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (N = 309 ราย) หลังจบโครงการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 84.1 - 91.6) มีความพึงพอใจมากที่สุดในทุกประเด็นการประเมิน 11 ประเด็น ได้แก่ 1) การสื่อสารประชาสัมพันธ์ (ร้อยละ 88.7) 2) การบริหารจัดการ (ร้อยละ 86.4) 3) การแพทย์และสาธารณสุข (ร้อยละ 91.6) 4) สถานประกอบการที่ได้รับมาตรฐาน (ร้อยละ 88.7) 5) ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ (ร้อยละ 89.6) 6) ห้องปฏิบัติการตรวจหาเชื้อโควิด19 (ร้อยละ 88.1) 7) ความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย (ร้อยละ 90.3) 8) นักท่องเที่ยว (ร้อยละ 85.5) 9) เศรษฐกิจ (ร้อยละ 84.1) 10) การดูแลสุขภาพ/โรคโควิด 19 (ร้อยละ 88) 11) การตอบสนองความต้องการประชาชนในพื้นที่ (ร้อยละ 85.1)
- 5) การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย สำนักงานภูเก็ต สำนักรวความพึงพอใจของนักท่องเที่ยว โครงการ Phuket Tourism Sandbox พบว่า เรื่องที่นักท่องเที่ยวพึงพอใจมากที่สุด ประกอบด้วย ภาพรวมการให้บริการ ณ ท่าอากาศยานภูเก็ต และการตรวจคัดกรองเมื่อเดินทางมาถึง
- 6) ผลการประเมินความพึงพอใจจากโซเชียลมีเดีย พบว่า นักท่องเที่ยวและ Influencer มีความประทับใจต่อโครงการ Phuket Tourism Sandbox เป็นอย่างมาก



## ภาพประกอบการดำเนินงาน



## ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

ในระยะแรกของการดำเนินงานพบปัญหา เช่น การพิจารณาอนุมัติ Thailand Pass ไม่ทันเวลาต่อจำนวนผู้เดินทางที่ขอเข้าประเทศ ผู้เดินทางปลอม Thailand Pass ปลอมเอกสารผลตรวจ PCR และในบางช่วงเวลาจำนวนเที่ยวบินและผู้โดยสารกระจุกตัวทำให้เกิดความแออัด เป็นต้น ซึ่งสามารถปรับปรุงระบบและแก้ไขได้ เช่น เพิ่มเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน ความร่วมมือการทำงานกับเครือข่ายในจังหวัดภูเก็ต ได้แก่ สมาคมธุรกิจการท่องเที่ยว สมาคมโรงแรม และจัดตั้ง Call Center รับแจ้งปัญหาและให้การช่วยเหลือนักท่องเที่ยวกรณีเร่งด่วน เป็นต้น

### 3.4.4 นวัตกรรมไลน์บอท DHF - Fondue สำหรับบริหารจัดการและแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออก

#### ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ปัญหา

ที่มา/ ต้นเหตุของปัญหา/ สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพ

โรคไข้เลือดออกเป็นโรคติดเชื้อไวรัสเด็งกีที่มีอยู่กลายเป็นแมลงนำโรค โรคนี้ได้กลายเป็นปัญหาสาธารณสุขในหลายประเทศทั่วโลก โดยเฉพาะประเทศเขตร้อนรวมทั้งประเทศไทยด้วย ในปี พ.ศ. 2566 ประเทศไทยเผชิญปัญหาไข้เลือดออกอย่างรุนแรงเป็นวงกว้าง และมีผู้เสียชีวิตจำนวนมาก หลังจากที่ยุทธศาสตร์การระบาดของโรคโควิด-19 คลี่คลาย โดยช่วง 2 ปีที่ผ่านมาโรคไข้เลือดออกได้สงบต่อเนื่อง และโรคไข้เลือดออกในปีนี้มีระบาดจำนวนมาก เป็นไปตามรูปแบบการระบาดของโรคที่หยุดสองปีแล้วจะกลับมาระบาดซ้ำอีก ประกอบกับปัจจัยเสี่ยงทางด้านการคมนาคม เคลื่อนย้ายประชากร แรงงาน เศรษฐกิจในช่วงระยะฟื้นตัวจากโรคโควิด-19 โดยจะเห็นได้จากข้อมูลการเฝ้าระวังโรคจากรายงาน 506 วันที่ 29 กรกฎาคม 2566 ประเทศไทยพบผู้ป่วย 46,855 ราย อัตราป่วย 70.81 ต่อแสนประชากร เสียชีวิต 41 ราย คิดเป็นอัตรายาตาย 0.06 ต่อแสนประชากร โดยภาพรวมเขตสุขภาพที่ 9 มีผู้ป่วยสะสม 2,484 ราย อัตราป่วย 36.99 ต่อประชากรแสนคน พบผู้เสียชีวิต 3 ราย อัตราป่วยตาย 0.12 จังหวัดชัยภูมิ อัตราป่วย 41.92 ต่อประชากรแสนคน จังหวัดนครราชสีมา อัตราป่วย 29.16 ต่อประชากรแสนคน พบผู้เสียชีวิต 1 ราย อัตราป่วยตาย 0.13 จังหวัดบุรีรัมย์ อัตราป่วย 16.77 ต่อประชากรแสนคน และจังหวัดสุรินทร์ อัตราป่วย 29.16 ต่อประชากรแสนคน พบผู้เสียชีวิต 3 ราย อัตราป่วยตาย 0.20 ซึ่งสูงกว่าปีก่อนหลายเท่าตัว และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ในช่วงปลายฤดูฝนของปี พ.ศ. 2566

โดยจากการติดตามและวิเคราะห์สภาพปัญหาการควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่จังหวัดชัยภูมิ พบว่า การควบคุมโรคตามมาตรการ 3-3-1 ของกรมควบคุมโรคที่เป็นรูปแบบการควบคุมโรคที่ดีมีประสิทธิภาพหากทำถูกต้องรวดเร็ว แต่ยังมีปัญหาด้านความทันเวลาตามมาตรการสามตัวแรก คือ การรายงานโรคภายใน 3 ชั่วโมง เมื่อพบผู้ป่วยหรือผู้ป่วยสงสัย ซึ่งนับได้ว่าเป็นกระดุมเม็ดแรกในการควบคุมโรคไข้เลือดออกที่มีประสิทธิภาพ หากสามารถรายงานโรคได้ทันเวลา ประสานเชื่อมโยงข้อมูลถูกจุด มีการส่งต่อข้อมูลการสอบสวนโรคมีความครบถ้วนถูกต้อง ก็จะไม่ทำให้มาตรการควบคุมโรคล่าช้าเกินไป เกิดปัญหาจนทำให้การควบคุมโรคไม่สามารถทำให้สงบได้โดยเร็ว สะท้อนจากข้อมูลการประเมินระบบควบคุมโรคของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา ในช่วงปี พ.ศ. 2563 ที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกจำนวนมาก พบว่ามีการควบคุมโรคได้ตามมาตรการ 3-3-1 ร้อยละ 88.60 ซึ่งพบว่าพื้นที่ที่มีการควบคุมโรคได้ตามมาตรการในสัดส่วนค่อนข้างสูง แต่โรคไม่สงบทั้งเกิดจากการควบคุมโรคที่ไม่มีประสิทธิภาพในแต่ละขั้นตอนตามมาตรการ 3-3-1 อีกทั้งจากข้อมูลยังพบว่าพื้นที่ที่มีการควบคุมโรคถูกต้องครบถ้วนทันเวลาและทำอย่างมีประสิทธิภาพในแต่ละขั้นตอนของการควบคุมโรคซึ่งเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านเวลาตามมาตรการสามารถช่วยลดอัตราป่วยโรคไข้เลือดออกได้และสามารถทำให้โรคสงบลงได้อย่างรวดเร็ว

จากข้อมูลข้างต้นปัญหาสำคัญของการควบคุมการระบาดตามมาตรการ 3-3-1 อันเป็นมาตรการสำคัญในการสกัดการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออกในชุมชนที่ดีที่สุด แต่ยังมีพบว่าขาดประสิทธิภาพในการควบคุมโรคตามผังกิจกรรมขาดการบริหารจัดการที่เป็นระบบ ทำให้เมื่อมีผู้ป่วยไม่สามารถรายงานเพื่อควบคุมโรคได้ทันเวลา นับได้ว่าเป็นการติดกระดุมเม็ดแรกที่ผิดพลาด ส่งผลให้การควบคุมโรคตามห่วงเวลาการระบาดของไข้เลือดออกไม่ได้ผล เกิดความล้มเหลวของการควบคุมโรคจนทำให้ไข้เลือดออกแพร่ระบาดเข้าสู่ Generation 2 และ 3 ตามลำดับ เกิดความรุนแรงและขยายวงกว้าง ดังนั้นผู้พัฒนาจึงมีแนวคิดในการนำเทคโนโลยีไลน์บอท AI ที่ใช้งานง่ายมาใช้ร่วมกับ GIS ออกแบบระบบบริหารจัดการและป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทางแก้ไขโดยใช้กระบวนการคิดเชิงออกแบบ (Design Thinking) 2) เพื่อออกแบบและพัฒนาไลน์บอท 3) เพื่อศึกษาผลการนำไปใช้งาน โดยปัจจุบันไม่มีรูปแบบสำเร็จรูปในการจัดการแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกที่มีประสิทธิภาพของจังหวัดชัยภูมิ ที่สามารถใช้ได้ในทุกสถานการณ์ ขาดรูปแบบการคาดการณ์การเกิดโรคไข้เลือดออกที่แม่นยำของจังหวัดชัยภูมิ และสามารถดำเนินการตามมาตรการควบคุมโรคไข้เลือดออกของกระทรวงสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยในปัจจุบันการควบคุมโรคไข้เลือดออกมีแอปพลิเคชันที่หลากหลายในการกำกับควบคุมการดำเนินป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก เทคโนโลยีไลน์บอทจึงเป็นส่วนสำคัญที่จะสามารถนำมาใช้ประโยชน์

ในการควบคุมโรคไข้เลือดออกในมิติของ Dialogflow ที่สามารถใช้เป็นเครื่องมือทำงานให้เกิดประสิทธิภาพ สามารถใช้ในการกำกับติดตาม การดำเนินงานตามรูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขได้ ประกอบด้วย การใช้ระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์ในการควบคุมโรคเป็นรูปแบบที่ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น ผู้พัฒนานวัตกรรมไลน์บอท DHF-Fondue สำหรับบริหารจัดการและแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออก เพื่อจัดการแก้ไขปัญหาในการควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีประสิทธิภาพ จึงเลือกใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยใช้ง่าย สะดวก รวดเร็ว และประหยัดงบประมาณในการแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออก อันจะส่งผลต่อการควบคุมโรคที่รวดเร็ว มีประสิทธิภาพ และลดอัตราป่วยและอัตราตายของประชาชนจากโรคไข้เลือดออกต่อไป

### วัตถุประสงค์การดำเนินงาน

- 1) เพื่อวิเคราะห์ประเด็นปัญหาสาเหตุและช่องว่างการดำเนินการแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออก
- 2) เพื่อพัฒนานวัตกรรมไลน์บอท DHF-Fondue สำหรับบริหารจัดการและแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออก
- 3) เพื่อศึกษาผลการใช้นวัตกรรมไลน์บอท DHF-Fondue ในการควบคุมไข้เลือดออกในกรณีเกิดการระบาด

### มิติที่ 2 แนวทางการแก้ไขปัญหาและการนำไปปฏิบัติ

การดำเนินการ (วิธีการ/ รูปแบบ)/ ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

#### วิธีการดำเนินงาน

การพัฒนาโปรแกรมไลน์บอท DHF-Fondue สำหรับบริหารจัดการและแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกครั้งนี้ผู้พัฒนานวัตกรรมดำเนินการแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกในด้านการควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพ จากปัญหาด้านความทันเวลา ประสิทธิภาพการควบคุมโรค และระบบกำกับติดตามที่ทันท่วงที ดังจะเห็นได้จากสภาพปัญหาในข้อที่ 3 ที่ได้กล่าวข้างต้นแล้ว โดยประยุกต์เทคโนโลยีสมัยใหม่ที่นำมาใช้แบบทำน้อยได้มาก คือ ประหยัดงบประมาณ ใช้ง่าย สะดวกรวดเร็ว เป็นที่นิยม และมีความเสถียรทางระบบ ซึ่งผู้พัฒนาได้นำเอาเทคโนโลยีไลน์บอท AI หรือ Linebot AI มาใช้ในการพัฒนาระบบควบคุมโรคไข้เลือดออกในการบริหารจัดการและแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกให้มีประสิทธิภาพครั้งนี้ โดยผู้พัฒนาระบบได้ใช้กระบวนการ Design Thinking มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนานวัตกรรม โดยสามารถออกและกำหนดขั้นตอนการดำเนินงานได้ ดังนี้

#### วิธีดำเนินการ มี 3 ระยะ คือ

**ระยะที่ 1 วิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทางแก้ไข** โดยใช้กระบวนการคิดเชิงออกแบบ เก็บข้อมูลจากการสนทนากับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงานไข้เลือดออกระดับจังหวัด สสจ. สสอ. โรงพยาบาล รพ.สต. อสม. และ อปท. จำนวน 33 คน โดยการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง กำหนดประเด็นในการพูดคุยสนทนาแบบไม่มีโครงสร้าง แล้ววิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis) เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบบันทึก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

**ระยะที่ 2 ออกแบบและพัฒนาไลน์บอท** ในชื่อ DHF-Fondue สำหรับบริหารจัดการและแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออก โดยการใช้ Line Official Account ประกอบด้วย Chat bot AI, Line Messaging API และ Dialog Flow ร่วมกับ GIS ตรวจสอบคุณภาพวิชาการด้วยการทดสอบความเหมาะสมสอดคล้องโดยผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 30 คน

#### เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลการนำไปใช้

- 1) รูปแบบการควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยใช้นวัตกรรมไลน์บอท DHF-Fondue สำหรับบริหารจัดการและแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกตามรูปแบบการควบคุมโรคไข้เลือดออกจังหวัดชัยภูมิตามมาตรการควบคุมโรคไข้เลือดออก 3-3-1 ที่พัฒนาขึ้น
- 2) แบบสอบถามการประเมินการใช้ประโยชน์/ ความพึงพอใจ ประสิทธิภาพ ประสิทธิผลของนวัตกรรมต้นแบบ เรื่อง การใช้ประโยชน์ ความพึงพอใจ ประสิทธิภาพ ประสิทธิผลของไลน์บอทบริหารจัดการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ภายใต้ชื่อไลน์บอท “DHF-Fondue”

3) อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกต่อแสนประชากรในพื้นที่เป้าหมายในการทดลองใช้จากรูปแบบการควบคุมโรคไข้เลือดออกจังหวัดชัยภูมิตามมาตรการควบคุมโรคไข้เลือดออก 3-3-1 โดยนวัตกรรมไลน์บอท DHF-Fondue สำหรับบริหารจัดการและแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกที่พัฒนาขึ้น

4) ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายในพื้นที่เป้าหมายในการนำไปใช้ตามแบบติดตามการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมาตรการ 3-3-1 จากรูปแบบการควบคุมโรคไข้เลือดออกจังหวัดชัยภูมิตามมาตรการควบคุมโรคไข้เลือดออก 3-3-1 โดยใช้นวัตกรรมไลน์บอท DHF-Fondue สำหรับบริหารจัดการและแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกที่พัฒนาขึ้น

#### **การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้**

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

**ระยะเวลาดำเนินการ** ระหว่างเดือนตุลาคม 2565 - กรกฎาคม 2566

**ผลการศึกษาสำคัญ** พบว่า ผลงานนวัตกรรมสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ใช้งาน มีความยั่งยืนทั้งในด้านการใช้งานและความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ ดังนี้

นวัตกรรมไลน์บอท DHF-Fondue สำหรับบริหารจัดการและแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกที่พัฒนาขึ้นในครั้งนี้สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ใช้งานระบบอย่างมาก โดยสามารถเห็นได้งานผลการประเมินความพึงพอใจต่อนวัตกรรมที่อยู่ระดับสูง รวมทั้งผลการประเมินความคิดเห็นต่อการใช้งานที่ส่วนใหญ่เห็นว่า นวัตกรรมที่พัฒนาขึ้นนี้เกิดประโยชน์ต่อการนำไปใช้ได้จริง ทั้งต่อบุคคลสังคม เศรษฐกิจ ชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อนวัตกรรมที่พัฒนา ซึ่งถือได้ว่าอยู่ในระดับที่สูง โดยจากการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา พบว่า ไลน์บอทนี้สามารถใช้แก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกได้ โดยช่วยให้เจ้าหน้าที่ อสม. และประชาชน ดำเนินการควบคุมไข้เลือดออกตามมาตรการ 3-3-1 ได้อย่างมีคุณภาพ ครบถ้วนสมบูรณ์ เหมาะสมตามบริบทซึ่งพบว่า การที่สามารถดำเนินกิจกรรมควบคุมไข้เลือดออกได้ตามมาตรการ 3-3-1 นั้น จะช่วยลดอัตราป่วยไข้เลือดออกได้อย่างมีนัยสำคัญ และสามารถสกัดการระบาดในชุมชนได้ดีที่สุด ทั้งนี้ยังพบว่าไลน์บอทที่พัฒนาขึ้นนี้สามารถช่วยบริหารจัดการสถานการณ์ไข้เลือดออกแบบเรียลไทม์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ใช้งานง่าย สะดวก ไม่ซับซ้อน มีความคุ้มค่าทางเศรษฐกิจและใช้งานได้จริง สอดคล้องกับแนวคิดการต่อยอดแพลตฟอร์มพร้อมสู่ของกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งให้สามารถเข้าถึงเชื่อมโยงข้อมูลร่วมกัน ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง เพิ่มประสิทธิภาพการควบคุมโรค สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ใช้งานระบบที่เป็นเจ้าหน้าที่ควบคุมโรค ในระดับอำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน ที่มีคามคิดเห็นต่อสภาพปัญหาในขั้นตอนการศึกษาระยะ 1 ที่เห็นว่ายังขาดเครื่องมือและเทคโนโลยีเชิงระบบที่เข้ามาบริหารจัดการปัญหาโรคไข้เลือดออกภาพรวมได้แบบเรียลไทม์ ทำให้พบปัญหาการควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ไม่ได้ผลในบางพื้นที่

#### **หลักการหรือแนวคิดที่ใช้**

โรคไข้เลือดออกเป็นโรคติดต่อไวรัสเด็งกีที่มียุงลายเป็นพาหะ ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขในทั่วโลก โดยเฉพาะประเทศเขตร้อนรวมทั้งประเทศไทยด้วย ในปี พ.ศ. 2566 ประเทศไทยเผชิญปัญหาไข้เลือดออกอย่างรุนแรง และมีผู้เสียชีวิตจำนวนมาก หลังจากที่สถานการณ์โควิด-19 คลี่คลาย โดยในช่วงที่ผ่านโรคไข้เลือดออกได้สงบต่อเนื่องได้ 2 ปี ทำให้โรคไข้เลือดออกในปีนี้มีภาระโรคจำนวนมาก เป็นไปตามรูปแบบการระบาดของโรค ประกอบกับปัจจัยเสี่ยงทางด้านคมนาคม เคลื่อนย้ายประชากร แรงงาน เศรษฐกิจในช่วงระยะฟื้นฟูฟื้นจากโรคโควิด-19 โดยข้อมูลจากรายงาน 506 ณ 29 กรกฎาคม 2566) ประเทศไทยพบอัตราป่วย 70.81 ต่อแสนประชากร เสียชีวิต 41 ราย อัตราป่วยตาย 0.06 ต่อแสนประชากร โดยเขตสุขภาพที่ 9 มีอัตราป่วย 36.99 ต่อประชากรแสนคน พบผู้เสียชีวิต 3 ราย โดยจังหวัดชัยภูมิ อัตราป่วย 41.92 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งสูงกว่าปีก่อนหลายเท่าตัว และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ในช่วงปลายฤดูฝนของปี พ.ศ. 2566

สภาพปัญหาการควบคุมโรคไข้เลือดออกร่วมกับเครือข่ายจังหวัดชัยภูมิ พบว่า มีปัญหาด้านความทันเวลา คือ การรายงานโรคภายใน 3 ชั่วโมง เมื่อพบผู้ป่วยหรือผู้ป่วยสงสัย ซึ่งนับได้ว่าเป็นกระดุมเม็ดแรกในการควบคุมโรคไข้เลือดออกที่มีประสิทธิภาพ หากสามารถรายงานโรคได้ทันเวลา ประสานเชื่อมโยงข้อมูลถูกต้อง มีการส่งต่อข้อมูลการสอบสวนโรครวมครบถ้วนถูกต้อง ก็จะไม่ทำให้มาตรการควบคุมโรคล่าช้าถัดไปเกิดปัญหาจนทำให้การควบคุมโรคไม่สามารถทำให้สงบได้โดยเร็ว

สามารถสรุปประเด็นดังนี้ 1) การควบคุมโรคใช้เลือดออกมิตีของความทันเวลาในการเกิดโรค 2) การควบคุมโรคขาดความต่อเนื่องและขาดประสิทธิภาพ เนื่องจากไม่ได้ลงควบคุมโรคตามช่วงเวลาจริง 3) ระบบสื่อสารสั่งการในระดับเขตสุขภาพ จังหวัด อำเภอ ไม่มีช่องทางเชื่อมโยงกำกับติดตามการควบคุมโรคแบบเรียลไทม์ 4) ไม่สามารถตรวจจับผู้ป่วยสงสัยใช้เลือดออกได้ทันเวลาเพื่อควบคุมโรคที่รวดเร็ว

จากข้อมูลข้างต้นการควบคุมการระบาด อันเป็นมาตรการสำคัญในการสกัดการแพร่ระบาดของโรคใช้เลือดออกในชุมชนที่ดีที่สุด แต่ยังมีข้อขาดประสิทธิภาพ ขาดการบริหารจัดการที่เป็นระบบ ส่งผลให้การควบคุมโรคตามห้วงเวลา การระบาดของใช้เลือดออกไม่ได้ผล เกิดความล้มเหลวของการควบคุมโรคจนทำให้ใช้เลือดออกแพร่ระบาดเข้าสู่ Generation 2 และ 3 ตามลำดับ เกิดความรุนแรงและขยายวงกว้าง ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีแนวคิดในการนำเทคโนโลยีเฝ้าระวัง AI ที่ใช้งานง่าย มาใช้ร่วมกับ GIS ออกแบบระบบบริหารจัดการและป้องกันควบคุมโรคใช้เลือดออกขึ้น โดยปัจจุบันไม่มีรูปแบบสำเร็จรูปในการจัดการแก้ไขปัญหาโรคใช้เลือดออกที่มีประสิทธิภาพของจังหวัดชัยภูมิ เทคโนโลยีเฝ้าระวังจึงเป็นส่วนสำคัญที่จะสามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการควบคุมโรคใช้เลือด สามารถใช้เป็นเครื่องมือทำงานให้เกิดประสิทธิภาพ สามารถกำกับติดตามการป้องกันโรคได้ด้วยการใช้ระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์ในการควบคุมโรคเป็นรูปแบบที่ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นจึงได้พัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกโดยใช้ระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์ร่วมกับเทคโนโลยีเฝ้าระวัง จังหวัดชัยภูมิ เพื่อจัดการแก้ไขปัญหาในการควบคุมโรคใช้เลือดออกอย่างมีประสิทธิภาพ จึงเลือกใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยใช้ง่าย สะดวก รวดเร็ว และประหยัดงบประมาณในการแก้ไขปัญหาโรคใช้เลือดออก อันจะส่งผลต่อการควบคุมโรคที่รวมเร็ว มีประสิทธิภาพ และลดอัตราป่วยและอัตราการตายของประชาชนจากโรคใช้เลือดออกต่อไป

### การนำไปใช้ประโยชน์

#### กลุ่มเป้าหมายผู้ใช้ประโยชน์/ผู้ได้รับผลกระทบ

จากการนำนวัตกรรมเฝ้าระวัง DHF-Fondue สำหรับบริหารจัดการและแก้ไขปัญหาโรคใช้เลือดออกครั้งนี้ไปใช้ประโยชน์ และวิเคราะห์สังเคราะห์การใช้ประโยชน์รวมทั้งผลกระทบจากนวัตกรรม โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการใช้แบบสอบถามและการสนทนากับผู้ใช้งานในพื้นที่จังหวัดชัยภูมิ

- กลุ่มเป้าหมายผู้ใช้ประโยชน์ ประกอบด้วย

1) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ดำเนินการควบคุมโรคใช้เลือดออกในระดับโรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน รพ.สต. เทศบาล และ อบต.

2) ผู้บริหารจัดการแก้ไขปัญหาในระดับจังหวัดและอำเภอ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์การบริหารส่วนจังหวัด ศูนย์ควบคุมโรคติดต่ออำเภอโดยแมลงที่ 9.1 ชัยภูมิ และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในฐานะผู้กำกับติดตามใช้ข้อมูลจากเฝ้าระวังในการเข้าตอบโต้บริหารจัดการควบคุมโรคและตัดสินใจแก้ไขปัญหากรณีพื้นที่ระบาดและเกิดปัญหาได้อย่างทัน่วงที

#### ผลกระทบต่อสุขภาพ การมีป้องกัน ควบคุมโรค หรือการสาธารณสุขของประชาชน (SROI)

การประเมินผลตอบแทนการควบคุมโรคใช้เลือดออกจากการพัฒนานวัตกรรมเฝ้าระวัง DHF-Fondue สำหรับบริหารจัดการและแก้ไขปัญหาโรคใช้เลือดออก มีค่า SROI = 891.2 : 1 หมายความว่า เงิน 1 บาท ที่ลงทุนไปในพัฒนานวัตกรรมเฝ้าระวัง DHF-Fondue สามารถสร้างผลตอบแทนทางผลกระทบคิดเป็นมูลค่า 891.2 บาท ซึ่งหากมีการควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพจากการใช้เฝ้าระวัง DHF-Fondue นี้ก็จะช่วยลดมูลค่าการดำเนินการควบคุมโรคมีประสิทธิภาพไปด้วย ซึ่งหากสามารถควบคุมโรคใช้เลือดออกได้ 1 ราย ก็จะสามารถลดงบประมาณลงได้ตามผลกระทบในการควบคุมโรคนี้ได้ 21,913.87 ต่อราย หรือ 892.1 ต่อ 1 บาทการลงทุน



### มิติที่ 3 ผลผลิต ผลลัพธ์เชิงประจักษ์ และปัญหาอุปสรรค

#### ผลผลิต หรือผลลัพธ์ที่ได้

ผลการพัฒนานวัตกรรมไลน์บอท DHF-Fondue สำหรับบริหารจัดการและแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออก ภายใต้ชื่อไลน์บอท “DHF-Fondue” รายละเอียดดังนี้

1) ผลการพัฒนานวัตกรรมไลน์บอท DHF-Fondue สำหรับบริหารจัดการและแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออก ดังแสดงให้เห็นในภาพที่ 1 ไลน์บอท DHF-Fondue และการใช้งาน

2) ผลการพัฒนานวัตกรรมไลน์บอท DHF-Fondue สำหรับบริหารจัดการและแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกในครั้งนี้ พบว่า จากการวิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทางแก้ไขโดยใช้กระบวนการคิดเชิงออกแบบ (Thinking Design) พบปัญหา ประสิทธิภาพของการควบคุมโรคไข้เลือดออกตามมาตรการ 3-3-1 การรายงานที่ทันเวลาและกำจัดยุงลายและลูกน้ำที่ถูกต้องเหมาะสม ควรมีการพัฒนาระบบโดยใช้เทคโนโลยีที่ใช้ง่ายมาช่วยในการกำกับติดตามและเชื่อมโยงระบบการควบคุมโรคอย่างเหมาะสม โดยผลการพัฒนาไลน์บอท DHF-Fondue (ดีเอชเอฟ ฟองดูว์) เป็นซอฟต์แวร์จาก Line Official Account ประกอบด้วย 6 ริชเมนู ลักษณะเป็นแพลตฟอร์มบริหารจัดการเพื่อป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบเรียลไทม์ ใช้งานโดยคำสั่ง Chat bot AI สามารถช่วยให้เจ้าหน้าที่จัดการปัญหาควบคุมโรคได้ทันทั่วทั้งที่ พร้อมแสดงข้อมูลรายละเอียดของสถานการณ์ไข้เลือดออก ระบบรายงาน ระบบแจ้งเตือน ภาพหน้างาน Dashboard กิจกรรมควบคุมโรค พิกัดตำแหน่ง GIS และคลังความรู้ เพื่อใช้ในการตัดสินใจ ให้เจ้าหน้าที่พร้อมเข้าแก้ไขปัญหาได้อย่างรวดเร็วและทำให้โรคสงบโดยเร็ว โดยมีค่าความเหมาะสมสอดคล้อง มีค่าเฉลี่ย IOC = 0.9 ซึ่งมีความเที่ยงตรงของเครื่องมือที่ใช้ได้ ส่วนผลจากการนำไปใช้งาน สำหรับการควบคุมโรคในพื้นที่เป้าหมาย 6 อำเภอ พบว่า สามารถควบคุมโรคได้ตามมาตรการ 3-3-1 ร้อยละ 81.3 โดยสามารถควบคุมโรคทันเวลาภายใน 3 ชั่วโมงแรก ร้อยละ 76.5 การควบคุมโรคเหมาะสมครบถ้วนภายใน 3 ชั่วโมงถัดมา ร้อยละ 98.5 และการควบคุมโรคถูกต้องสมบูรณ์ภายใน 1 วันถัดมา และสามารถดำเนินเฝ้าระวัง 28 วัน เพื่อสกัดกั้นการแพร่ระบาดเข้าสู่ Generation 2 ได้ โดยพบผลดัชนีลูกน้ำยุงลาย มีค่าเฉลี่ย HI=32.7 และ ค่า CI=8.9 และสร้างแผนที่ GIS แสดงผลความเสี่ยงเกิดโรคได้ โดยผลการประเมินความพึงพอใจ ต่อไลน์บอท พบว่า อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.7 โดยด้านที่มีคะแนนมากที่สุด คือ พึงพอใจต่อวัตถุประสงค์การใช้งานและใช้งานง่าย ค่าเฉลี่ย 3.7 ส่วนผลการประเมินการนำไปใช้งาน พบว่า มีค่า Usability การนำไปใช้ประโยชน์อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.7 โดยด้านที่มีคะแนนมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ นวัตกรรมมีการใช้เทคโนโลยีหรือความรู้ใหม่เข้ามาพัฒนาทั้งต้นแบบ และช่วยให้เห็นนวัตกรรมมีประสิทธิภาพ ค่าเฉลี่ย 3.8 S.D.= 0.4 รองลงมา คือ ใช้ง่าย สะดวก ขั้นตอนไม่ซับซ้อน ค่าเฉลี่ย 3.8 S.D.= 0.5 ความคุ้มค่าทางเศรษฐกิจ ลงทุนน้อยแต่ได้ประโยชน์มาก ค่าเฉลี่ย 3.8 S.D.= 0.5 และเกิดประโยชน์ต่อการนำไปใช้ได้จริง ทั้งต่อบุคคลสังคม เศรษฐกิจ ชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อนวัตกรรมที่พัฒนา ค่าเฉลี่ย 3.7 S.D.=0.4 ตามลำดับ

#### ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

- 1) ระบบแอปพลิเคชัน LINE ไม่สามารถเข้าใช้งานได้
- 2) ไม่พบฐานข้อมูลใน Google
- 3) เจ้าหน้าที่ที่ดำเนินการควบคุมโรคไม่เข้าใจในการใช้งานระบบการควบคุมโรคไข้เลือดออกผ่านไลน์บอท

DHF-Fondue



## 3.4.5 การพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศตรวจคัดกรองผู้เดินทางกลับจากการประกอบพิธีฮัจญ์ (Hajj Q-alert)

## ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ปัญหา

ที่มา/ ต้นเหตุของปัญหา/ สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพ

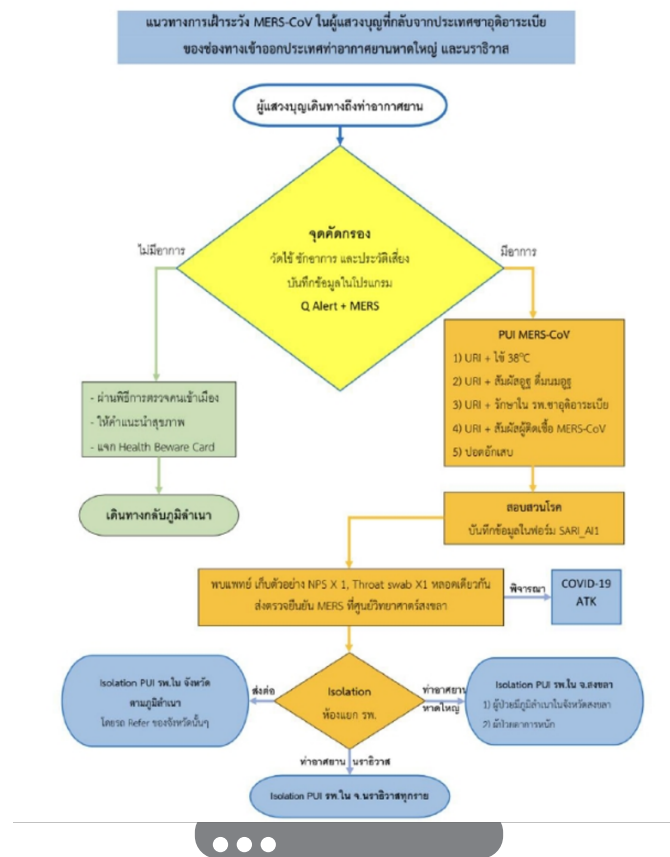
ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 กำหนดให้โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลางหรือโรคเมอร์ส (Middle East Respiratory Syndrome - MERS) เป็นโรคติดต่ออันตราย ซึ่งต้องดำเนินการเฝ้าระวังผู้ที่เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยงหรือพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้รายงานตรวจสอบพบโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (MERS) ครั้งแรกเมื่อวันที่ 23 กันยายน 2555 ในประเทศแถบตะวันออกกลาง หลังจากนั้นมียุทธศาสตร์การพบผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ จากหลายประเทศ แต่พบไม่มากนัก จนกระทั่งเดือนเมษายน - กันยายน 2556 มีการระบาดในโรงพยาบาลหลายแห่งในประเทศซาอุดีอาระเบีย รวมทั้งมีการระบาดในชุมชนประปราย ด้วยเหตุนี้จำเป็นต้องมีการคัดกรองผู้เดินทางกลับจากการประกอบพิธีฮัจญ์ ณ ด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ ประจำท่าอากาศยานต่าง ๆ ที่มีเที่ยวบินกลับจากประเทศซาอุดีอาระเบียและประเทศอื่น ๆ ในแถบตะวันออกกลาง การประกอบพิธีฮัจญ์ เป็นหน้าที่สำคัญประการหนึ่งสำหรับผู้ที่ยึดถือศาสนาอิสลามที่จะเดินทางไปประกอบพิธีฮัจญ์ ณ เมืองมักกะห์ และเมืองมะดีนะห์ ประเทศซาอุดีอาระเบีย เป็นประจำทุกปี ซึ่งในปี พ.ศ. 2558 - 2559 ชาวไทยมุสลิม จำนวน 13,000 คน เดินทางไปประกอบพิธีฮัจญ์ ต้องเตรียมความพร้อมทั้งความรู้ในการประกอบพิธีความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจ กรมควบคุมโรคให้ความสำคัญและสนับสนุนการเดินทางไปประกอบศาสนกิจของชาวไทยมุสลิมอย่างต่อเนื่องตลอดมา ผู้ไปประกอบพิธีฮัจญ์ มาจากหลายเชื้อชาติ ทุกภูมิภาคของโลก ต้องอยู่ร่วมกันในสถานที่ที่จำกัด เป็นระยะเวลา 4 - 6 สัปดาห์ จึงมีโอกาสของการแพร่ระบาดของโรคได้ โดยเฉพาะโรคติดต่อทางเดินหายใจ และโรคติดเชื้อระบบทางเดินอาหาร รวมทั้งโรคไข้กาฬหลังแอ่น ซึ่งจำเป็นต้องมีการฉีดวัคซีนป้องกันโรคให้ผู้แสวงบุญ การเฝ้าระวังสุขภาพผู้แสวงบุญที่เดินทางกลับมาจากพิธีฮัจญ์ ตั้งแต่วันที่ 30 กันยายน - 1 พฤศจิกายน 2558 มีผู้แสวงบุญที่ลงทะเบียนกับกรมการศาสนา จำนวน 10,434 คน เดินทางกลับเข้ามายังประเทศไทย ผ่านด่านควบคุมโรค 5 แห่ง ได้แก่ ด่านฯ ท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ ภูเก็ต นราธิวาส หาดใหญ่ และสุราษฎร์ธานี จำนวน 10,350 คน พบผู้ป่วยมีอาการเข้าเกณฑ์สอบสวนโรคติดต่อทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (Patients Under Investigated : PUI) จำนวน 177 ราย ตรวจพบเชื้อจำนวน 70 ราย คิดเป็นร้อยละ 39.54 (กรมควบคุมโรค, 2559) ในปี พ.ศ. 2566 ผู้เดินทางไปประกอบพิธีฮัจญ์ชาวไทย 11,956 คน เดินทางผ่าน 3 ท่าอากาศยาน ดังนี้ (1) ท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ จำนวน 3,355 คน คิดเป็นร้อยละ 28.06 (2) ท่าอากาศยานหาดใหญ่ จำนวน 7,467 คน คิดเป็นร้อยละ 62.46 และ (3) ท่าอากาศยานนราธิวาส จำนวน 1,134 คน คิดเป็นร้อยละ 9.48 ซึ่งร้อยละ 71.94 จะเดินทางผ่านท่าอากาศยานที่อยู่ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 12

ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ จำนวน 14 ด้าน โดยมีด่านควบคุมโรคฯ ท่าอากาศยาน 2 ด้าน คือ ด่านควบคุมโรคฯ ท่าอากาศยานหาดใหญ่ และนราธิวาส ซึ่งมีการกิจในการเฝ้าระวังสุขภาพผู้เดินทางที่กลับมาจากการประกอบ พิธีฮัจญ์ทุกปี โดยกลุ่มด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศและกักกันโรค สังกัด สคร.12 มีการออกแบบระบบการบันทึกข้อมูล โดยนำเทคโนโลยีสารสนเทศ มาช่วยในการดำเนินงาน หรือเรียกว่า โปรแกรม Hajj Q-alert โดยโปรแกรมดังกล่าวสามารถเฝ้าระวังโรคติดต่อเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 และโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (MERS) ทำให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถคัดกรองอาการเบื้องต้น และระบบสามารถแปลผลได้ว่าผู้เดินทางเข้าประเทศมีอาการเข้าข่ายโรคติดต่ออันตรายโรคใดบ้าง เพื่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะได้ดำเนินการตามกระบวนการสอบสวนโรค ติดตามและสังเกตอาการตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุขต่อไป

## วัตถุประสงค์การดำเนินงาน

- 1) เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังสุขภาพผู้เดินทางที่กลับมาจากการประกอบพิธีฮัจญ์ของด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ สังกัดสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา
- 2) เพื่อคัดกรองผู้เดินทางที่ผ่านด่านท่าอากาศยานในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 12 ให้มีความครอบคลุมและครบถ้วน

## มิติที่ 2 แนวทางการแก้ไขปัญหาและการนำไปปฏิบัติ



### หลักการ หรือแนวคิดที่ใช้

การนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการปฏิบัติงาน มีความสะดวก รวดเร็ว ลดการสัมผัสและความเสี่ยงในการแพร่เชื้อต่อผู้ปฏิบัติงานและผู้เดินทาง โปรแกรมสามารถประมวลผลผู้เดินทางที่มีอาการเข้าข่าย PUI ตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดทำให้สะดวกต่อการปฏิบัติงานในขั้นตอนคัดกรอง สอบสวนโรค การส่งต่อและการรักษา

### การนำไปใช้ประโยชน์

โปรแกรมที่ได้พัฒนา ได้นำมาใช้ปฏิบัติงานเฝ้าระวังและคัดกรองผู้เดินทางที่เดินทางมาจากประเทศซาอุดีอาระเบียผ่านท่าอากาศยานขนาดใหญ่และนราธิวาส ทำให้สามารถตรวจจับและเฝ้าระวังโรคในเชิงรุก ก่อนที่จะมีการแพร่ระบาดของโรคในประเทศไทย

## มิติที่ 3 ผลผลิต ผลลัพธ์เชิงประจักษ์ และปัญหาอุปสรรค

### ผลผลิต หรือผลลัพธ์ที่ได้

- 1) โปรแกรมการคัดกรอง สำหรับใช้ในการบันทึกผลการคัดกรอง ซึ่งสามารถค้นหาข้อมูลผู้เดินทาง ได้ 3 วิธีการ และการบันทึกผลการคัดกรองโรค ตามแบบรายงานผู้ป่วยติดเชื้อระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันหรือสงสัยเป็นไข้หวัดนกหรือไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่
- 2) ผลการดำเนินงานคัดกรองเดินทางกลับจากการประกอบพิธีฮัจญ์ (ฮัจญ์ฮัจ) ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 12

ช่องทาง	จำนวน (เที่ยวบิน)	จำนวน (คน)	ไม่มีอาการ (ร้อยละ)	มีอาการ (ร้อยละ)	PUI (ร้อยละ)	WU เชื้อMERS	พบเชื้อ COVID-19
ท่าอากาศยาน หาดใหญ่	26	7,467	5,297 (70.94 %)	2,170 (29.06 %)	39 (0.52 %)	0	2
ท่าอากาศยาน นราธิวาส	4	1,134	985 (86.86 %)	149 (13.14 %)	17 (1.50 %)	0	0
<b>รวม</b>	<b>30</b>	<b>8,601</b>	<b>6,282 (73.04 %)</b>	<b>2,319 (26.96 %)</b>	<b>56 (0.65 %)</b>	<b>0</b>	<b>2</b>

### ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

ในการปฏิบัติงานคัดกรอง ช่วงวันที่ 1-3 โปรแกรมไม่รองรับรายชื่อผู้เดินทางที่เป็นภาษาอังกฤษ ทำให้ยากต่อการสืบค้นข้อมูล

### 3.4.6 ผลการพัฒนางานด้วยแนวคิดเชิงออกแบบและการสร้างสรรค์ เพื่อการนำไปใช้ประโยชน์ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ สนับสนุนการทำงานในองค์กรและเครือข่าย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

#### ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ปัญหา

ภายใต้แผนปฏิบัติการเชิงยุทธศาสตร์การพัฒนานวัตกรรม วิจัย จัดการความรู้ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศไทย พ.ศ. 2566 - 2570 กองนวัตกรรมและวิจัย กรมควบคุมโรค ได้กำหนดแผนงานสร้างความเข้มแข็งระบบนวัตกรรมและวิจัยด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ปี 2566 ขึ้น โดยมีเป้าหมายสำคัญคือ “การสร้างความเข้มแข็งของระบบนวัตกรรมและวิจัย ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ” สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก เป็นหน่วยงานส่วนภูมิภาคสังกัดกรมควบคุมโรคมีบทบาทพัฒนาระบบสนับสนุน เผยแพร่ถ่ายทอดองค์ความรู้และพัฒนาวิชาการในองค์กรโดยนำเทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนการพัฒนาเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุขระยะ 20 ปี ในระยะปฏิรูป ร่วมกับนโยบายกรมควบคุมโรค 4.0 เริ่มต้นพัฒนางานในรูปแบบการจัดการฐานข้อมูล สิ่งประดิษฐ์และนวัตกรรม ซึ่งส่วนใหญ่มีลักษณะการแปลงสภาพการทำงานในรูปแบบเดิม และมุ่งเน้นนำผลงานที่ได้ไปใช้ประโยชน์เพื่อการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ และตัดสินใจในการทำงานได้อย่างถูกต้อง ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก ได้ส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนางานสู่การเป็นผลิตภัณฑ์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานทั้งในองค์กรและกับเครือข่ายในประเภทนวัตกรรมและสิ่งประดิษฐ์ ได้แก่

1) I am SARABAN นวัตกรรมจัดการหนังสือราชการรับ (ที่ไม่ลับ) ในองค์กรกับชีวิตวิถีใหม่ ระบบจัดการหนังสือราชการที่ถูกส่งผ่านจากตัวบุคคลถึงบุคคลด้วยแนวคิดพัฒนาระบบสื่อสารข้อมูลงานสารบรรณในองค์กรให้ทันสมัย สนับสนุนการปรับเปลี่ยนชุดพฤติกรรมการทำงานให้สอดคล้องกับสถานการณ์ช่วงการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ช่วยให้บุคลากรเข้าถึงข้อมูลทางราชการอย่างไร้ขอบเขตตอบสนองลักษณะการทำงาน รับทราบหนังสือหรือข้อปฏิบัติทางราชการที่เกี่ยวข้องกับตนเองได้ทันทีในทุกสถานที่ผ่าน Line Notify Application และสื่อสารโต้ตอบรวดเร็วแบบสองทิศทางในโปรแกรม สามารถระบุความเร่งด่วนข้อมูลโดยผู้รับปลายทางสังเกตได้จาก Icon ที่กำหนดขึ้น ลดปัญหาการพลาดรับทราบข่าวสารทางราชการ ในขณะที่ปฏิบัติงานนอกสถานที่ใช้งานผ่านสมาร์ตโฟนและคอมพิวเตอร์ จัดเก็บข้อมูลไว้แหล่งสำรองข้อมูลที่องค์กรกำหนดไว้เพื่อให้ง่ายต่อการสืบค้นเพียงแค่ระบุวันหรือคำที่ต้องการค้นหา นอกจากนี้ ยังช่วยให้ผู้ดูแลงานสารบรรณบริการรับ-ส่งหนังสือทางราชการ โดยไม่มีเอกสารตกหล่น ป้องกันเอกสารสูญหาย สืบค้นข้อมูลได้ง่ายในภายหลังด้วยวิธีจัดเก็บในรูปแบบดิจิทัลลดภาระการเดินทางหนังสือด้วยบุคคลและลดการใช้กระดาษของกลุ่มบริหารทั่วไปมากถึง ร้อยละ 24 แก้ไขปัญหาด้านความล่าช้าสูญหายหรือตกค้างของหนังสือราชการได้ และได้รับการเผยแพร่ผลงานในเวทีวิชาการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2566 ผลิตโดยกลุ่มพัฒนานวัตกรรมและวิจัย

2) LAB Report โปรแกรมรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นการยกระดับคุณภาพห้องปฏิบัติการกรมควบคุมโรคด้วยการควบคุมการจัดทำสำเนาของใบรายงานผลหรือควบคุมการส่งต่อทางอีเมลไปยังบุคคลที่สามได้ ซึ่งอาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยในประเด็นการเผยแพร่ข้อมูลป่วยที่อาจส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจ ตลอดจนความเชื่อมั่นที่ผู้รับบริการมีต่อห้องปฏิบัติการ และขัดกับหลักจริยธรรมและการรักษาความลับของผู้ป่วยตามมาตราฐานความมั่นคงปลอดภัยนวัตกรรมนี้ช่วยให้การรายงานผลทางห้องปฏิบัติการของเครือข่ายบริการเป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยผู้ให้บริการสามารถทวนสอบและจำกัดการเข้าข้อมูลด้วยการกำหนดสิทธิ์การเข้าถึงเฉพาะผู้เกี่ยวข้องได้และผู้ใช้งานสามารถเข้าใช้งานสะดวกและง่ายรักษาข้อกำหนดตามมาตรฐานห้องปฏิบัติการทางการแพทย์สากล (ISO15189/15190) และมาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยของข้อมูล มีจุดเด่นคือ 1) สามารถกำหนดจำนวนครั้งของการสำเนาใบรายงานผลไปใช้ให้เป็นไปตามมาตรฐานได้ 2) ทำให้ทราบสถานะของการส่งใบรายงานผลการตรวจและทวนสอบข้อมูลการส่งย้อนหลังได้ และสนองต่อการเปลี่ยนแปลงหรือปรับเปลี่ยนของผู้ปฏิบัติงานจากหน่วยบริการสุขภาพ อันส่งผลต่อกระบวนการเข้าถึงและการรายงานผลได้ ผลิตโดยกลุ่มห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ด้านการควบคุมโรค

3) LINE OA นคร2ส พัฒนารูปแบบการประเมินสุขภาพตนเอง โดยเฉพาะกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือ “โรค NCDs” ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 2 ที่พบว่าประชาชนกลุ่มป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรค NCDs ไม่รู้ข้อมูลความเสี่ยงการเกิดโรคของตนเอง จึงเป็นที่มาของการสร้างเครื่องมือช่วยตรวจสอบสุขภาพ “นคร2ส” โดย เริ่มนำมาใช้ในโครงการชุมชนลดเค็ม เมื่อปี พ.ศ. 2563 ในกลุ่ม อสม. ในรูปแบบกระดาษบันทึกข้อมูลทางสุขภาพ พบอุปสรรคโดยภาพรวมของผู้ใช้งานด้านการคำนวณค่าตัวเลข การแปลความหมายและการให้คำแนะนำ เนื่องจากความต่างของวัย องค์ความรู้และทักษะการสื่อสารของ อสม. นำไปสู่การปรับปรุงพัฒนา เครื่องมือด้วย LINE OA นคร2ส มีการทำงานง่ายเพียงสแกน QR code เพิ่มเพื่อน นำเข้าข้อมูลการประเมินสุขภาพตนเอง และข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ใช้งานผ่าน Google form ให้ครบถ้วนและกดส่งข้อมูล โปรแกรมจะแจ้งผลแบบโต้ตอบอัตโนมัติ โดยระบุหมายเลขบัตรประชาชน (CID) ของผู้ใช้งานใน LINE OA นคร2ส อีกครั้ง จะทราบสถานะสุขภาพความเสี่ยงต่อโรค NCDs พร้อมคำแนะนำทันที แบบ flex message ภายใน 1 นาที ช่วยให้การคัดกรองสุขภาพค้นหาความเสี่ยงโรค NCDs สะดวกมากกว่า การทำงานรูปแบบเดิม ถึงร้อยละ 98.3 และได้รับการเผยแพร่ผลงานในเวทีวิชาการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2566 ในชื่อผลงาน “ประสิทธิภาพการคัดกรองความเสี่ยงการเกิดโรค NCDs ด้วย LINE OA นคร2ส” ผลิตโดยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กลุ่มพัฒนาองค์กร และกลุ่มพัฒนานวัตกรรมและวิจัย

4) ปฏิทินแมลงใช้ประโยชน์ในการสื่อสารการถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านการควบคุมโรคติดต่อมาโดยแมลง ให้สอดคล้องกับการปฏิบัติงานทั้งในรูปแบบเชิงรุก-เชิงรับ ผลิตโดยศตม. 2.1 พิษณุโลก

5) แจ้งซ่อมออนไลน์ การแจ้งซ่อมอุปกรณ์ครุภัณฑ์สำนักงานของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก ในรูปแบบออนไลน์ทดแทนระบบการทำงานในรูปแบบเดิม ช่วยให้ผู้ใช้บริการได้รับความสะดวกรวดเร็วในการแจ้งซ่อม และทราบสถานะและเวลาของการซ่อม เกิดประโยชน์ คือ 1) มีรูปแบบการแจ้งซ่อมอุปกรณ์ครุภัณฑ์ทางราชการที่ทันสมัย 2) มีฐานข้อมูลการซ่อมอุปกรณ์ครุภัณฑ์สำนักงาน ผลิตโดยกลุ่มบริหารทั่วไป และกลุ่มพัฒนานวัตกรรมและวิจัย

6) Line OA มุมกฎหมาย สคร.2 สนับสนุนการสื่อสารด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องในการทำงาน และข้อมูลข่าวสาร สำคัญด้านกฎระเบียบและข้อปฏิบัติทางราชการให้แก่บุคลากรในองค์กร รวมถึงอัปเดตข้อมูลกฎหมายให้ผู้ใช้งาน แบบทันเหตุการณ์ โดยผู้ใช้งานสามารถเข้ามาสืบค้นข้อมูลย้อนหลังได้ โดยผู้ใช้งานสามารถดาวโหลด Infographic วิดีโอ สาระทางกฎหมายไปใช้งานได้ทันที ผลิตโดยกลุ่มกฎหมาย

### 3.4.7 โครงการประยุกต์การจับอัตลักษณ์บุคคลด้วยเทคโนโลยีสแกนลายม่านตา และเทคโนโลยีการจดจำใบหน้า ในงานป้องกันควบคุมโรคในกลุ่มบุคคลที่ไม่มีเอกสารประจำตัวในประเทศไทย “Use of Iris and Facial Recognition for Biometric Recognition in Undocumented population for Disease Prevention and Control in Thailand”

#### ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ปัญหา

บทเรียนในช่วงแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ประเทศไทย พบคลัสเตอร์การระบาดใหญ่ในประเทศครั้งที่ใหญ่ที่สุดจากผู้ป่วยยืนยันรายแรก หรือ Index Case ในชุมชนแรงงานข้ามชาติในจังหวัดสมุทรสาครที่มีการลักลอบเดินทางเข้า - ออก ระหว่างประเทศอย่างผิดกฎหมายถึงแม้จะมีการออกกฎหมาย พรบ.ฉุกเฉิน เมื่อเกิดการระบาดในชุมชนดังกล่าว กลุ่มแรงงานข้ามชาติมีลักษณะการอาศัยกันอย่างแออัด หนาแน่น เป็นกระจุกในชุมชน ปัจจุบันแรงงานข้ามชาติที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยที่ถูกต้องตามกฎหมาย รวมทั้งสิ้น 2,994,453 คน (ข้อมูลจากกรมการจัดหางาน ธันวาคม 2565) ในช่วงกุมภาพันธ์ 2564 กลุ่มแรงงานข้ามชาติที่ไม่ถูกต้องตามกฎหมายหรือไม่มีเอกสารประจำตัวได้ร้องขอขึ้นทะเบียนในช่วงการระบาดของโควิด 19 ประมาณ 654,864 คน และยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดยที่ผ่านมาไม่สามารถระบุตัวตนในกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนได้ ทำให้ยากต่อการติดตามและระบุที่อยู่อาศัยซึ่งส่งผลต่อการสอบสวนโรคและควบคุมการระบาดของโรคในชุมชน นอกจากนี้ ยังส่งผลกระทบต่อกระบวนการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ที่ไม่สามารถระบุตัวบุคคล ก่อปัญหาการมีชุดข้อมูลของกลุ่มแรงงานข้ามชาติซ้ำซ้อนจำนวนมาก สอดคล้องกับผลการประเมินระบบสาธารณสุข “แรงงานข้ามชาติ - ผู้ลี้ภัย” ขององค์การอนามัยโลกในปี 2565 ประเทศไทยพบความท้าทายการจับข้อมูลประชากรต่างชาติที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา มีข้อมูลประชากรที่ไม่สอดคล้องกัน ใช้มาตรฐานการจับข้อมูลที่แตกต่างกันในแต่ละหน่วยงานรับผิดชอบ

จากปัญหากลุ่มแรงงานข้ามชาติไม่สามารถระบุตัวตนได้ โดยเฉพาะในภารกิจการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ในปี 2565 กรมควบคุมโรค ได้เริ่มทดลองใช้ระบบสแกนม่านตาผ่านความร่วมมือกับหน่วยงานสภากาชาดไทยและศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์แห่งชาติ หรือ NECTEC กับกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่จังหวัดสมุทรสาครและกลุ่มผู้ลี้ภัยจากการสู้รบจากการสู้รบไทย - เมียนมา กว่า 60,000 ราย จากโครงการดังกล่าวพบว่า การทำงานผ่านสภากาชาดไทยจะได้รับความไว้วางใจจากกลุ่มผู้ลี้ภัยจากการสู้รบและกลุ่มแรงงานข้ามชาติในการรับวัคซีนผ่านการระบุตัวตน เหตุจากลดความกังวลด้านกฎหมายและการถูกจับจากหน่วยงานรัฐ รวมทั้งการผลการประเมินความพึงพอใจในโรงพยาบาลนาร่องพบว่าเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ที่มีความพึงพอใจของการใช้งานในระบบดังกล่าว ที่สามารถลดปัญหาข้อมูลซ้ำซ้อน เนื่องจากโปรแกรมที่ประยุกต์ใช้มีกลไกการสร้างชุดข้อมูลใหม่เป็นเลข 13 หลักเชื่อมโยงฐานข้อมูลอัตลักษณ์ม่านตาของสภากาชาดไทยเข้ากับระบบปฏิบัติการของหมอพร้อมที่มีค่าความถูกต้องในการจับคู่ถึงร้อยละ 100

ดังนั้น การใช้เทคโนโลยีจับอัตลักษณ์ด้วยเทคโนโลยีสแกนลายม่านตา (Iris Recognition) และจดจำใบหน้า (Facial Recognition) กับกลุ่มแรงงานข้ามชาติสามารถลดช่องว่างการระบุตัวตน หากเปลี่ยนสถานที่เข้ารับบริการจะทำให้หน่วยบริการสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของแรงงานข้ามชาติได้ถูกต้อง และมีความแม่นยำในการตรวจสอบการได้รับวัคซีนตามกำหนดเวลา เช่น แผนกวัคซีนของหน่วยบริการในพื้นที่ที่มีแรงงานข้ามชาติอยู่จำนวนมาก การสแกนใบหน้าของแรงงานข้ามชาติหรือเด็กที่มีผู้ปกครองเป็นแรงงานข้ามชาติ จะทำให้สามารถระบุตัวบุคคลและทราบประวัติการรับวัคซีน ความครบถ้วนของวัคซีนที่ได้รับ ส่งผลให้กรมควบคุมโรคมีข้อมูลการได้รับวัคซีนที่ถูกต้อง ทั้งด้านฐานประชากรและความครอบคลุมของการฉีดวัคซีนในพื้นที่

จากแนวคิดดังกล่าว กรมควบคุมโรคจึงเล็งเห็นการขยายการใช้เทคโนโลยีดังกล่าวในการป้องกันควบคุมโรคในจังหวัดชายแดนและจังหวัดที่มีแรงงานข้ามชาติอาศัยอยู่อย่างหนาแน่น เพื่อนำร่องการพัฒนาแนวทางการจับอัตลักษณ์บุคคลทั้งสองอย่างมีประสิทธิภาพ ให้บูรณาการกับฐานข้อมูลการเฝ้าระวังในความดูแลของกรมควบคุมโรค นำไปสู่การกำหนดมาตรการการป้องกันควบคุมโรคได้อย่างแม่นยำลดผลกระทบด้านสาธารณสุข สังคม และเศรษฐกิจอย่างยั่งยืน



### วัตถุประสงค์การดำเนินงาน

- 1) เพื่อพัฒนามาตรฐานการจัดเก็บข้อมูลอัตลักษณ์บุคคลในกลุ่มแรงงานข้ามชาติด้วยเครื่องสแกนม่านตาและเทคโนโลยีการจดจำใบหน้า ส่งเสริมการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคในพื้นที่เป้าหมาย
- 2) เพื่อพัฒนาความรู้ ทักษะในการใช้เครื่องสแกนม่านตาและเทคโนโลยีการจดจำใบหน้าเพื่อเก็บข้อมูลแรงงานข้ามชาติในกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่เป้าหมาย
- 3) เพื่อจัดทำบันทึกความเข้าใจด้านความร่วมมือทางวิชาการโครงการป้องกันควบคุมโรคในกลุ่มแรงงานข้ามชาติในประเทศไทยด้วยการจัดเก็บข้อมูลอัตลักษณ์บุคคลผ่านเครื่องสแกนม่านตาและเทคโนโลยีการจดจำใบหน้า ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

### มิติที่ 2 แนวทางการแก้ไขปัญหาและการนำไปปฏิบัติ

การดำเนินการ (วิธีการ/ รูปแบบ)/ ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

โครงการประยุกต์การจัดเก็บอัตลักษณ์บุคคลด้วยเทคโนโลยีสแกนลายม่านตา และเทคโนโลยีการจดจำใบหน้า ในงานป้องกันควบคุมโรคในกลุ่มบุคคลที่ไม่มีเอกสารประจำตัวในประเทศไทย นำร่องดำเนินการในพื้นที่ที่มีประชากรแรงงานข้ามชาติอยู่รวมกันเป็นจำนวนมากหรือพื้นที่ยุทธศาสตร์ใน 5 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดสมุทรสาคร จังหวัดชลบุรี จังหวัดตาก จังหวัดกรุงเทพมหานคร และจังหวัดประจวบคีรีขันธ์โดย มี 6 ขั้นตอนการดำเนินงาน ประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาดูงานการจัดเก็บอัตลักษณ์บุคคลด้วยเครื่องสแกนม่านตาและเทคโนโลยีการจดจำใบหน้า ณ สภากาชาดไทย

ขั้นตอนที่ 2 จัดทำลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือในการพัฒนาเทคโนโลยีระบุตัวตนของบุคคลที่ไม่มีเอกสารประจำตัวในประเทศไทย เพื่อการสาธารณสุขและช่วยเหลือด้านมนุษยธรรม

ขั้นตอนที่ 3 ประชุมเตรียมการการลงพื้นที่และอบรมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการใช้เครื่องมือเก็บอัตลักษณ์บุคคล

ขั้นตอนที่ 4 เก็บข้อมูลโดยใช้เครื่องสแกนม่านตาและเทคโนโลยีการจดจำ

ขั้นตอนที่ 5 จัดทำและพัฒนาแนวทางมาตรฐานการปฏิบัติงานการจัดเก็บอัตลักษณ์บุคคลด้วยเครื่องสแกนม่านตาและเทคโนโลยีการจดจำใบหน้า

ขั้นตอนที่ 6 ติดตาม สรุปผลและรายงานผลการศึกษา

#### หลักการ หรือแนวคิดที่ใช้

โครงการดังกล่าวใช้แนวคิดการทำงานหลายภาคส่วนมาใช้ในการทำงาน โดยการสนับสนุนการดำเนินงานของหลักใน 3 หน่วยงาน คือ กรมควบคุมโรค สภากาชาดไทยและเนคเทค โดย สวทช. พร้อมการสนับสนุนงบประมาณและเทคนิคต่าง ๆ ในช่วงนำร่องจากสำนักงานองค์การอนามัยโลก ประจำประเทศไทย

โดยการทำงานของระบบการระบุตัวตนนั้น จะเป็นการทำงานผ่านเครือข่ายออนไลน์ที่ถูกพัฒนาขึ้นของเนคเทค โย สวทช. ภายใต้การควบคุมโรคของสภากาชาดไทย มีหลักการทำงาน คือ

ระบบปฏิบัติการดังกล่าว มีอุปกรณ์ในการระบุตัวตน ประกอบไปด้วย ฮาร์ดแวร์ (คอมพิวเตอร์ กล้องเว็บแคม กล้องสแกนลายม่านตา เครื่องพิมพ์) และซอฟต์แวร์ (เว็บไซต์ในการใช้งาน) มีการกำหนดชื่อผู้ใช้งานและรหัสผ่าน สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลระบบและผู้ปฏิบัติงานของแต่ละหน่วยงาน ฐานข้อมูลจะถูกแยกการดำเนินงานออกเป็น 2 ส่วน คือ ข้อมูลอัตลักษณ์เก็บข้อมูลในรูปแบบตัวเลขบรรจุอยู่ในฐานข้อมูลของสภากาชาดไทย พร้อมเลข 13 หลัก ที่เชื่อม API กับระบบ MOPH Immunization Centre ภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุข โดยฐานข้อมูลดังกล่าวจะเป็นแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพและการเข้ารับบริการ

### การนำไปใช้ประโยชน์

ในระยะแรก 1) บุคคลที่ไม่มีเอกสารประจำตัวในพื้นที่นำร่องที่ถูกเก็บข้อมูลด้วยเทคโนโลยีการระบุตัวตนด้วยการสแกนลายม่านตาและใบหน้า จะมีประวัติการรักษาที่ถูกต้องจากการที่สามารถระบุตัวบุคคลได้อย่างถูกต้อง แม่นยำ 2) หน่วยบริการสาธารณสุขสามารถเก็บข้อมูลและประวัติการรักษาได้อย่างถูกต้อง ไร้ความกังวลเรื่องข้อมูลซ้ำซ้อนหรือการสวมสิทธิการรักษาจากการที่ระบุตัวบุคคลได้อย่างแม่นยำ

ในระยะที่ 2 ในระยะที่ดำเนินการได้ระยะหนึ่งมีข้อมูลในระบบมากขึ้น 1) บุคคลสามารถเดินทางไปรับบริการได้โดยไม่จำเป็นต้องถือบัตร หรือไร้ความกังวลด้านบัตรสูญหาย ทำให้ประวัติการรักษาไม่ต่อเนื่อง โดยสามารถสแกนใบหน้าหรือลายม่านตาและพบกับบุคคลที่ต้องการ 2) โรงพยาบาลสามารถค้นหาใบหน้าของผู้มารับบริการที่ไม่มีเอกสารได้จากฐานข้อมูล ทำให้ลดการสร้างเลขประจำตัวที่ซ้ำซ้อนทุกครั้งจากการเปลี่ยนเลขพาสปอร์ตหรือข้อมูลอื่น ๆ และค้นหาได้ทั่วประเทศในฐานข้อมูลที่มีความปลอดภัย

ระยะที่ 3 การใช้เทคโนโลยีนี้ช่วยลดความเสี่ยงในการแพร่ระบาดของโรค โดยลดการสัมผัสระหว่างบุคคล และช่วยควบคุมการกระจายของโรคในสถานที่ที่คนมาหากันอย่างหนาแน่น เช่น สนามบิน สถานีรถไฟ หรือโรงงาน เชื่อมโยงกับแอปพลิเคชันหมอพร้อมเพื่อเก็บและแสดงข้อมูลอย่างถูกต้องจากการใช้เลขชุดเดียวกันกับ MOPH IC ในการเข้าถึงและแสดงข้อมูลสุขภาพจากการใช้งานในอนาคต

### มิติที่ 3 ผลผลิต ผลลัพธ์เชิงประจักษ์ และปัญหาอุปสรรค

#### ผลผลิต หรือผลลัพธ์ที่ได้

1) การป้องกันควบคุมโรคในกลุ่มประชากรข้ามชาติที่ไม่มีเอกสารหรือไม่สามารถระบุตัวตนได้ที่อาศัยในประเทศไทย โดยประยุกต์ใช้ข้อมูลอัตลักษณ์บุคคลที่เก็บข้อมูลด้วยเครื่องสแกนม่านตาและเทคโนโลยีการจดจำใบหน้ามีประสิทธิภาพมากขึ้น ประชากรข้ามชาติมีแรงจูงใจในการเข้ารับบริการทางสาธารณสุขได้ง่ายมากขึ้นไร้กังวลเรื่องการระบุตัวตนหรือความเสี่ยงต่อการลงข้อมูลที่เสี่ยงต่อการถูกดำเนินการคดี

2) ข้อมูลอัตลักษณ์บุคคลของแรงงานข้ามชาติในประเทศไทยที่พัฒนาขึ้นสามารถบูรณาการและเป็นประโยชน์กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในกระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานที่เกี่ยวข้องแรงงานข้ามชาติหรือหน่วยงานอื่น ๆ เพื่อประโยชน์ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคหรือพัฒนาบริการด้านสาธารณสุขบนที่ความร่วมมือการพัฒนาเทคโนโลยีระบุตัวตนของบุคคลที่ไม่มีเอกสารประจำตัวในประเทศไทย (Iris and Face Recognition) วันที่ 15 สิงหาคม 2566 ณ โรงพยาบาลนครท่าฉลอม จังหวัดสมุทรสาคร

### ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

1) การพัฒนาและเก็บข้อมูลอย่างเป็นมาตรฐานในการนำเข้าสู่ข้อมูลในฐานข้อมูล การดำเนินงานพบปัญหาหน่วยบริการนำเข้าสู่ข้อมูลรูปภาพที่ไม่ตรงตามมาตรฐาน ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อปริมาณทางปัญญาประดิษฐ์ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการค้นหาบุคคลจากอัตลักษณ์

2) การยอมรับและทำความเข้าใจในกลุ่มบุคคลที่ไม่มีเอกสารประจำตัว เพื่อให้บุคคลดังกล่าว ลงนามและยินยอมให้เก็บข้อมูลเพื่อการรักษาและการป้องกันควบคุมโรค



ส่วนที่

4

# รายงานด้านการเงิน





ส่วนที่

4

## รายงานด้านการเงิน

### กรมควบคุมโรค งบแสดงฐานะการเงิน (ก่อนสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินรับรอง) ณ วันที่ 30 กันยายน 2566

	หมายเหตุ	2566	(หน่วย : บาท) 2565
<b>สินทรัพย์</b>			
<b>สินทรัพย์หมุนเวียน</b>			
เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด	4	4,384,334,972.86	4,619,992,118.84
ลูกหนี้การค้า	5	51,035,449.20	127,459,000.39
ลูกหนี้อื่นระยะสั้น	6	36,168,974.40	34,602,155.38
ลูกหนี้เงินโอนและรายการอุดหนุนระยะสั้น		-	8,647.00
เงินลงทุนระยะสั้น		96,485,602.66	40,763,091.84
สินค้าคงเหลือ	7	7,880,019,970.98	120,750,166.16
วัสดุคงเหลือ	8	110,909,270.24	291,875,068.32
สินทรัพย์หมุนเวียนอื่น		34,353.33	5,159.42
<b>รวมสินทรัพย์หมุนเวียน</b>		<b>12,558,988,593.67</b>	<b>5,235,455,407.35</b>

	หมายเหตุ	2566	(หน่วย : บาท) 2565
<b>สินทรัพย์ไม่หมุนเวียน</b>			
ลูกหนี้ระยะยาว	9	23,955,291.00	-
ที่ดิน อาคาร และอุปกรณ์ - สุทธิ	10	3,276,596,344.46	3,200,056,072.36
สินทรัพย์ไม่มีตัวตน - สุทธิ	10	134,285,129.58	62,152,643.07
<b>รวมสินทรัพย์ไม่หมุนเวียน</b>		<b>3,434,836,765.04</b>	<b>3,262,208,715.43</b>
<b>รวมสินทรัพย์</b>		<b>15,993,825,358.71</b>	<b>8,497,664,122.78</b>

หมายเหตุประกอบงบการเงินเป็นส่วนหนึ่งของรายงานการการเงินนี้

(นายนิรุติ นิรุติธรรมธา)  
ผู้อำนวยการกองบริหารการคลัง

(นายธงชัย กীরติหัตถยากร )  
อธิบดีกรมการแพทย์  
รักษาราชการแทนอธิบดีกรมควบคุมโรค



**กรมควบคุมโรค**  
**งบแสดงฐานะการเงิน (ก่อนสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินรับรอง)**  
**ณ วันที่ 30 กันยายน 2566**

	หมายเหตุ	2566	(หน่วย : บาท) 2565
<b>หนี้สิน</b>			
<b>หนี้สินหมุนเวียน</b>			
เจ้าหนี้การค้า	11	68,952,443.30	1,237,000,084.47
เจ้าหนี้อื่นระยะสั้น	12	24,527,206.83	33,085,766.07
เงินรับฝากระยะสั้น	13	99,928,149.77	134,265,980.49
เจ้าหนี้เงินโอนและรายการอุดหนุนระยะสั้น		1,506.66	-
<b>รวมหนี้สินหมุนเวียน</b>		<b>193,409,306.56</b>	<b>1,404,351,831.03</b>
<b>หนี้สินไม่หมุนเวียน</b>			
เจ้าหนี้เงินโอนและรายการอุดหนุนระยะยาว		17,230,247.60	20,853,778.17
เงินอุดหนุนราชการรับจากคลังระยะยาว		18,996,000.00	18,996,000.00
<b>รวมหนี้สินไม่หมุนเวียน</b>		<b>36,226,247.60</b>	<b>39,849,778.17</b>
<b>รวมหนี้สิน</b>		<b>229,635,554.16</b>	<b>1,444,201,609.20</b>
<b>สินทรัพย์สุทธิ/ส่วนทุน</b>			
ทุน		2,533,024,219.69	2,533,024,219.69
รายได้สูง (ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายสะสม		13,231,165,584.86	4,520,438,293.89
<b>รวมสินทรัพย์สุทธิ/ส่วนทุน</b>		<b>15,764,189,804.55</b>	<b>7,053,462,513.58</b>
<b>รวมหนี้สินและสินทรัพย์สุทธิ/ส่วนทุน</b>		<b>15,993,825,358.71</b>	<b>8,497,664,122.78</b>

หมายเหตุประกอบงบการเงินเป็นส่วนหนึ่งของรายงานการเงินนี้

(นายนิรุติ นิรุติธรรมธรา)  
ผู้อำนวยการกองบริหารการคลัง

(นายธงชัย กิริติหัตถยากร )  
อธิบดีกรมการแพทย์  
รักษาราชการแทนอธิบดีกรมควบคุมโรค

**กรมควบคุมโรค**  
**งบแสดงฐานะการเงิน (ก่อนสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินรับรอง)**  
**ณ วันที่ 30 กันยายน 2566**

	หมายเหตุ	2566	(หน่วย : บาท) 2565
<b>รายได้</b>			
รายได้จากงบประมาณ	18	5,265,886,763.37	6,043,672,135.19
รายได้จากเงินกู้และรายได้อื่นจากรัฐบาล	19	9,644,220,154.91	37,167,821,417.90
รายได้จากการขายสินค้าและบริการ	20	866,533,947.13	2,286,490,674.94
รายได้จากการอุดหนุนและบริจาค	21	1,961,836,839.29	1,117,312,744.13
รายได้อื่น	22	21,561,626.98	17,041,950.60
<b>รวมรายได้</b>		<b>17,760,039,331.68</b>	<b>46,632,338,922.76</b>
<b>ค่าใช้จ่าย</b>			
ค่าใช้จ่ายบุคลากร	23	2,550,690,670.19	2,587,755,845.97
ค่าบำเหน็จบำนาญ	24	1,370,088,444.58	1,275,296,771.38
ค่าตอบแทน	25	61,293,542.16	79,677,523.12
ค่าใช้จ่ายสอย	26	927,226,535.79	1,621,619,298.86
ค่าวัสดุ	27	588,184,991.85	1,229,848,273.74
ต้นทุนขาย		444,444,315.77	30,120,048.82
ค่าสาธารณูปโภค	28	147,415,698.26	127,911,567.77
ค่าเสื่อมราคาและค่าตัดจำหน่าย	29	549,761,466.45	409,171,490.34
ค่าใช้จ่ายช่วยเหลือตามมาตรการของรัฐบาล		1,535,653,732.62	38,487,807,032.23
ค่าใช้จ่ายจากการอุดหนุนและบริจาค	30	905,696,769.27	665,532,174.02
ค่าใช้จ่ายอื่น	31	35,042,766.68	92,570,719.06
<b>รวมค่าใช้จ่าย</b>		<b>9,115,498,933.62</b>	<b>46,607,310,745.31</b>
<b>รายได้สูง (ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ</b>		<b>8,644,540,398.06</b>	<b>25,028,177.45</b>

หมายเหตุประกอบงบการเงินเป็นส่วนหนึ่งของรายงานการเงินนี้

(นายนิรุติ นิรุติธรรมธา)  
ผู้อำนวยการกองบริหารการคลัง

(นายธงชัย กิรติหัตถยากร )  
อธิบดีกรมการแพทย์  
รักษาราชการแทนอธิบดีกรมควบคุมโรค

**กรมควบคุมโรค**  
**งบแสดงการเปลี่ยนแปลงสินทรัพย์/ส่วนทุน (ก่อนสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินรับรอง)**  
**สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ 30 กันยายน 2566**

หมายเหตุ	ทุน	รายได้สูง/(ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายสะสม	องค์ประกอบอื่น ของสินทรัพย์ สุทธิ/ส่วนทุน	(หน่วย : บาท) รวมสินทรัพย์สุทธิ/ ส่วนทุน
ยอดคงเหลือ ณ วันที่ 30 กันยายน 2564 - ตามที่รายงานไว้เดิม	2,533,024,219.69	4,549,474,876.46	-	7,082,499,096.15
ผลสะสมจากการแก้ไขข้อผิดพลาดปีก่อน *	-	(54,034,938.27)	-	(54,034,938.27)
ผลสะสมของการเปลี่ยนแปลงนโยบายการบัญชี	-	-	-	-
ยอดคงเหลือ ณ วันที่ 30 กันยายน 2564 - หลังการปรับปรุง	2,533,024,219.69	4,495,439,938.19	-	7,028,464,157.88
การเปลี่ยนแปลงในสินทรัพย์สุทธิ/ส่วนทุนสำหรับปี 2565				
การเปลี่ยนแปลงที่ทำให้ทุนเพิ่ม/ลด	-	-	-	-
รายได้สูงกว่าค่าใช้จ่ายสำหรับงวด	-	24,998,355.70	-	24,998,355.70
กำไร/ขาดทุนจากการปรับมูลค่าเงินลงทุน	-	-	-	-
ยอดคงเหลือ ณ วันที่ 30 กันยายน 2565	2,533,024,219.69	4,520,438,293.89	-	7,053,462,513.58
ยอดคงเหลือ ณ วันที่ 30 กันยายน 2565 - ตามที่รายงานไว้เดิม	2,533,024,219.69	4,520,438,293.89	-	7,053,462,513.58
ผลสะสมจากการแก้ไขข้อผิดพลาดปีก่อน *	-	66,180,174.86	-	66,180,174.86
ผลสะสมของการเปลี่ยนแปลงนโยบายการบัญชี	-	-	-	-
ยอดคงเหลือ ณ วันที่ 30 กันยายน 2565 - หลังการปรับปรุง	2,533,024,219.69	4,586,618,468.75	-	7,119,642,688.44
การเปลี่ยนแปลงในสินทรัพย์สุทธิ/ส่วนทุนสำหรับปี 2566				
การเปลี่ยนแปลงที่ทำให้ทุนเพิ่ม/ลด	-	-	-	-
รายได้สูงกว่าค่าใช้จ่ายสำหรับงวด	-	8,644,547,116.11	-	8,644,547,116.11
กำไร/ขาดทุนจากการปรับมูลค่าเงินลงทุน	-	-	-	-
ยอดคงเหลือ ณ วันที่ 30 กันยายน 2566	2,533,024,219.69	13,231,165,584.86	-	15,764,189,804.55

หมายเหตุประกอบงบการเงินเป็นส่วนหนึ่งของรายงานการเงินนี้

(นายนิติ นิติธรรมธรา)  
ผู้อำนวยการกองบริหารการคลัง

(นายธงชัย กীরติหัตถ์ยการ)  
อธิบดีกรมการแพทย์  
รักษาการแทนอธิบดีกรมควบคุมโรค

# กรมควบคุมโรค

## หมายเหตุประกอบงบการเงิน

### สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ 30 กันยายน 2566

#### หมายเหตุ 1 ข้อมูลทั่วไป

กรมควบคุมโรคเป็นส่วนราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีภารกิจเกี่ยวกับการพัฒนาวิชาการเพื่อการควบคุมโรค และภัยที่คุกคามสุขภาพ โดยมีการศึกษา วิจัย พัฒนา รวมทั้งการถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีเพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม วินิจฉัย และรักษาโรค และภัยที่คุกคามสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีจากการป้องกันและการควบคุมโรค และภัยที่คุกคามสุขภาพ

กรมควบคุมโรค มีสถานที่ตั้งหลักอยู่ในกระทรวงสาธารณสุข เลขที่ 88/21 ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 และมีสำนักงานป้องกันและควบคุมโรค ซึ่งมีหน่วยงานภายใต้สังกัดกรมควบคุมโรค ดังนี้

1. ส่วนกลาง
  - 1.1 กลุ่มตรวจสอบภายใน
  - 1.2 สำนักงานเลขานุการกรม
  - 1.3 กองบริหารทรัพยากรบุคคล
  - 1.4 กองบริหารการคลัง
  - 1.5 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน
  - 1.6 กองระบาดวิทยา
  - 1.7 กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม
  - 1.8 กองโรคติดต่อทั่วไป
  - 1.9 กองโรคไม่ติดต่อ
  - 1.10 กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
  - 1.11 กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร
  - 1.12 สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ
  - 1.13 กองนวัตกรรมและวิจัย
  - 1.14 กองวิมโรค
  - 1.15 สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
  - 1.16 กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ
  - 1.17 สถาบันเวชศาสตร์ป้องกันศึกษา
  - 1.18 กองโรคที่ป้องกันด้วยวัคซีน
  - 1.19 กองดิจิทัลเพื่อการควบคุมโรค
  - 1.20 สำนักงานความร่วมมือระหว่างประเทศ
  - 1.21 สำนักงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ
  - 1.22 กองกฎหมาย
  - 1.23 กลุ่มงานจริยธรรม
  - 1.24 กองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน
2. สถาบันบําราศนราดรุร
3. สถาบันราชประชาสมาสัย
4. สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

5. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 จังหวัดเชียงใหม่
6. ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลงที่ 1.1 จังหวัดแม่ฮ่องสอน
7. ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลงที่ 1.5 จังหวัดแพร่
8. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก
9. ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลงที่ 2.2 จังหวัดเพชรบูรณ์
10. ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลงที่ 2.3 แม่สอด จังหวัดตาก
11. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์
12. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี
13. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี
14. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี
15. ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลงที่ 6.2 จังหวัดสระแก้ว
16. ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลงที่ 6.3 จังหวัดระยอง
17. ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลงที่ 6.4 จังหวัดตราด
18. ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลงที่ 6.5 จังหวัดจันทบุรี
19. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น
20. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี
21. ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลงที่ 8.2 จังหวัดเลย
22. ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลงที่ 8.3 จังหวัดสกลนคร
23. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา
24. ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลงที่ 9.1 จังหวัดชัยภูมิ
25. ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลงที่ 9.3 จังหวัดสุรินทร์
26. ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลงที่ 9.4 ปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา
27. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี
28. ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลงที่ 10.2 จังหวัดมุกดาหาร
29. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช
30. ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลงที่ 11.1 จังหวัดพังงา
31. ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลงที่ 11.3 จังหวัดสุราษฎร์ธานี
32. ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลงที่ 11.4 จังหวัดชุมพร
33. ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลงที่ 11.5 จังหวัดระนอง
34. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา
35. ศูนย์พัฒนาวิชาการอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม จังหวัดระยอง

กรอบกฎหมายหลักที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของกรมควบคุมโรค ได้แก่ พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 พระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 กรมควบคุมโรคได้รับการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายรวมทั้งสิ้น จำนวน 3,697,651,776.53 บาท (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 จำนวน 40,405,519,946.18 บาท) ประกอบด้วย

1. งบประมาณรายจ่ายประจำปี จำนวน 3,666,118,109.12 บาท (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 จำนวน 3,617,508,510.23 บาท) ประกอบด้วย งบบุคลากร จำนวน 1,916,599,069.12 บาท งบดำเนินงาน จำนวน 1,009,704,640.00 บาท งบลงทุน จำนวน 547,117,524.20 บาท งบอุดหนุน จำนวน 181,021,700.00 บาท และงบรายจ่ายอื่น จำนวน 11,675,175.80 บาท

2. งบกลางเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการบรรเทา แก้ไขปัญหาและเยียวยา ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) จำนวน 22,725,370.41 บาท

3. งบประมาณเบิกแทนหน่วยงานอื่น จำนวนเงิน 8,808,297.00 บาท ประกอบด้วย เบิกแทน กรมชลประทาน จำนวน 5,229,120.00 บาท และเบิกแทนสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 3,579,177.00 บาท ตามลำดับ

กรมควบคุมโรค มีหน่วยงานระดับหน่วยเบิกจ่ายภายใต้สังกัด จำนวน 35 แห่ง ซึ่งหน่วยเบิกจ่ายดังกล่าวไม่เป็นหน่วยงานที่เสนอรายงาน และไม่มีการจัดทำรายงานการเงินแยกกัน รายการบัญชีของหน่วยเบิกจ่ายทุกแห่ง จึงได้นำมาแสดงรวมไว้ในรายงานการเงินฉบับนี้

## หมายเหตุ 2 เกณฑ์การจัดทำรายงานการเงิน

รายงานการเงินของกรมควบคุมโรคฉบับนี้ จัดทำขึ้นตามพระราชบัญญัติวินัยการเงินการคลังของรัฐ พ.ศ. 2561 รายการที่ปรากฏในรายงานการเงินฉบับนี้เป็นไปตามหนังสือกรมบัญชีกลาง ที่ กค 0410.2/ว 479 ลงวันที่ 2 ตุลาคม 2563 เรื่องรูปแบบการนำเสนอรายงานการเงินของหน่วยงานรัฐ

รายงานการเงินนี้จัดทำขึ้นโดยใช้เกณฑ์ราคาทุนเดิม เว้นแต่จะได้เปิดเผยเป็นอย่างอื่นในนโยบายการบัญชีรายงานการเงินของกรมควบคุมโรค ซึ่งถือเป็นหน่วยงานที่เสนอรายงานตามมาตรฐานการบัญชีภาครัฐและนโยบายการบัญชีภาครัฐที่กระทรวงการคลังกำหนด รวมรายการบัญชีที่เกิดขึ้นทั้งหน่วยงานในส่วนกลาง และหน่วยงานในส่วนกลางที่ตั้งอยู่ในภูมิภาค

## หมายเหตุ 3 สรุปนโยบายการบัญชีที่สำคัญ

### 3.1 เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด

- เงินสด หมายถึง เงินสดในมือ เช็ค ดราฟต์และธนาคณัติ หน่วยงานจะรับรู้เงินสดและเงินฝากธนาคารในราคาตามมูลค่าที่ตราไว้ และแสดงรายการดังกล่าวไว้ในเงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสดในงบแสดงฐานะการเงิน
- เงินอุดหนุนราชการ คือเงินที่หน่วยงานได้รับจากรัฐบาลเพื่ออุดหนุนเป็นค่าใช้จ่ายปลักย่อยในการดำเนินงานของหน่วยงานตามวงเงินที่ได้รับอนุมัติ การใช้จ่ายเงินอุดหนุนราชการจะบันทึกควบคุมโดยทะเบียน ยอดบัญชีเงินอุดหนุนราชการจะเป็นยอดคงที่ตามวงเงินที่ได้รับอนุมัติ เมื่อหน่วยงานใช้จ่ายเงินอุดหนุนราชการแล้ว จะรวบรวมหลักฐานการจ่ายเพื่อเบิกเงินงบประมาณมาชดเชยเงินอุดหนุนราชการ หน่วยงานจะบันทึกรับรู้เงินอุดหนุนราชการเมื่อได้รับเงินควบคุมไปกับการบันทึกเงินอุดหนุนราชการรับจากคลัง และให้แสดงรายการเงินอุดหนุนราชการในเงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสดในงบแสดงฐานะการเงิน
- รายการเทียบเท่าเงินสด หมายถึง เงินลงทุนระยะสั้นที่มีสภาพคล่องสูง ซึ่งพร้อมที่จะเปลี่ยนเป็นเงินสดในจำนวนเงินที่เท่ากันหรือใกล้เคียงกับมูลค่าเดิม ซึ่งความแตกต่างในมูลค่าดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญ
- เงินฝากคลัง หมายถึง เงินนอกงบประมาณที่หน่วยงานฝากไว้กับกระทรวงการคลัง หน่วยงานจะรับรู้เงินฝากคลังในราคาตามมูลค่าที่ตราไว้ โดยแสดงรายการเงินฝากคลังในเงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสดในงบแสดงฐานะการเงิน

### 3.2 ลูกหนี้

- ลูกหนี้จากการขายสินค้าและบริการ หมายถึง จำนวนเงินที่หน่วยงานมีสิทธิได้รับชำระจากบุคคลภายนอกหรือหน่วยงานอื่น ซึ่งเกิดจากการขายสินค้าและบริการอันเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินงานปกติ ของหน่วยงาน หน่วยงานจะรับรู้ลูกหนี้จากการขายสินค้าและบริการตามมูลค่าสุทธิที่จะได้รับโดยมีการประมาณการค่าเผื่อหนี้สงสัยจะสูญสำหรับลูกหนี้ส่วนที่คาดว่าจะไม่สามารถเรียกเก็บได้
- ค่าเผื่อหนี้สงสัยจะสูญ ประมาณขึ้นจากการพิจารณาประสบการณ์ที่ผ่านมาเกี่ยวกับจำนวนลูกหนี้ที่เก็บเงินไม่ได้และสถานะทางการเงินของลูกหนี้ในปัจจุบัน โดยคำนวณตามอัตราร้อยละของยอดลูกหนี้ค้างค้าง ณ วันสิ้นงวดแยกตามกลุ่มของยอดลูกหนี้ค้างค้างทั้งหมด
- ลูกหนี้เงินยืม หมายถึง ลูกหนี้ภายในหน่วยงานกรณีให้ข้าราชการ พนักงาน หรือเจ้าหน้าที่ยืมเงินไปใช้จ่ายในการปฏิบัติงานโดยไม่มีดอกเบี้ย เช่น ลูกหนี้เงินงบประมาณ ลูกหนี้เงินนอกงบประมาณแสดงตามมูลค่าที่จะได้รับโดยไม่ตั้งบัญชีค่าเผื่อหนี้สงสัยจะสูญ



### 3.3 สินค้าคงเหลือ

สินค้าคงเหลือ หมายถึง สินทรัพย์ซึ่งมีลักษณะใดลักษณะหนึ่งดังต่อไปนี้

- อยู่ในรูปของวัตถุดิบ หรือวัสดุที่มีไว้เพื่อใช้ในกระบวนการผลิตสินค้า
- อยู่ในรูปของวัตถุดิบ หรือวัสดุที่มีไว้เพื่อการนำไปใช้หรือแจกจ่ายในการให้บริการ
- ถือไว้เพื่อขายหรือแจกจ่ายตามลักษณะการดำเนินงานตามปกติของหน่วยงาน
- อยู่ในระหว่างกระบวนการผลิตเพื่อให้เป็นสินค้าสำเร็จรูป เพื่อการขายหรือการแจกจ่าย

สินค้าคงเหลือวัดมูลค่าด้วยราคาทุนตามวิธีเข้าก่อน ยกเว้นสินค้าคงเหลือที่ได้มาจากรายการที่ไม่มีการแลกเปลี่ยน วัตถุประสงค์ด้วยมูลค่ายุติธรรมของสินค้า ณ วันที่ได้รับสินค้านั้น และสินค้าคงเหลือสำหรับรายการที่ถือไว้เพื่อการแจกจ่าย ที่ไม่มีค่าตอบแทนหรือมีค่าตอบแทนเพียงเล็กน้อย การใช้ไปในการกระบวนการผลิตสินค้าคงเหลือเพื่อการแจกจ่ายที่ไม่มีค่าตอบแทน หรือมีค่าตอบแทนเพียงเล็กน้อยวัดมูลค่าด้วยราคาทุนหรือราคาทุนเปลี่ยนแปลงแทนปัจจุบัน แล้วแต่มูลค่าใดจะต่ำกว่า

### 3.4 วัสดุคงเหลือ

วัสดุคงเหลือ หมายถึง สินทรัพย์ที่หน่วยงานมีไว้เพื่อใช้ในการดำเนินงานปกติโดยทั่วไปมีมูลค่าไม่สูงและไม่มีความเสี่ยงสูง หน่วยงานวัดมูลค่าวัสดุคงเหลือในราคาทุนตามวิธีเข้าก่อนออกก่อน หรือถัวเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก

### 3.5 ที่ดิน อาคาร และอุปกรณ์

- อาคารและสิ่งปลูกสร้าง รวมทั้งส่วนปรับปรุงอาคาร ทั้งอาคารและสิ่งปลูกสร้างที่หน่วยงานมีกรรมสิทธิ์ และไม่มีกรรมสิทธิ์ แต่หน่วยงานได้ครอบครองและนำมาใช้ประโยชน์ในการดำเนินงาน แสดงมูลค่าสุทธิตามบัญชีที่เกิดจากราคาทุนหักค่าเสื่อมราคาสะสม อาคารที่อยู่ระหว่างการก่อสร้างแสดงตามราคาทุน

- อุปกรณ์ ได้แก่ ครุภัณฑ์ประเภทต่าง ๆ รับรู้เป็นสินทรัพย์เฉพาะรายการที่มีมูลค่าต่อหน่วยตั้งแต่ 10,000.00 บาท ขึ้นไป ยกเว้นรายการที่ได้มาก่อนปี 2563 รับรู้เป็นอุปกรณ์เมื่อมีมูลค่าขั้นต่ำตั้งแต่ 5,000.00 บาท ขึ้นไป

- ราคาทุนของที่ดิน อาคาร และอุปกรณ์ รวมถึงรายจ่ายที่เกี่ยวข้องโดยตรงเพื่อให้สินทรัพย์อยู่ในสถานที่ และสภาพที่พร้อมใช้งาน ต้นทุนในการต่อเติมหรือปรับปรุงซึ่งทำให้หน่วยงานได้รับประโยชน์ตลอดอายุการใช้งานของสินทรัพย์เพิ่มขึ้น จากมาตรฐานเดิม ถือเป็นราคาทุนของสินทรัพย์ ค่าใช้จ่ายในการซ่อมแซมถือเป็นค่าใช้จ่ายในงบแสดงผลการดำเนินงานทางการเงิน

- ค่าเสื่อมราคาคำนวณเป็นค่าใช้จ่ายในงบแสดงผลการดำเนินงานทางการเงิน คำนวณโดยวิธีเส้นตรงตามอายุการใช้งานที่กำหนดไว้ในหลักการและนโยบายบัญชีภาครัฐ ฉบับที่ 2 และที่แก้ไขเพิ่มเติมโดยกรมบัญชีกลาง ดังนี้

อาคารสำนักงาน อาคารพักอาศัย และอาคารเพื่อประโยชน์อื่น	10 - 25	ปี
สิ่งปลูกสร้าง	10 - 20	ปี
ครุภัณฑ์สำนักงาน	10	ปี
ครุภัณฑ์ยานพาหนะและขนส่ง	5	ปี
ครุภัณฑ์ไฟฟ้าและวิทยุ (ยกเว้นเครื่องกำเนิดไฟฟ้า 15 - 20 ปี)	5	ปี
ครุภัณฑ์โฆษณาและเผยแพร่	5	ปี
ครุภัณฑ์การเกษตร	2 - 5	ปี
ครุภัณฑ์โรงงาน	2 - 5	ปี
ครุภัณฑ์ก่อสร้าง	2 - 5	ปี
ครุภัณฑ์สำรวจ	8	ปี
ครุภัณฑ์วิทยาศาสตร์และการแพทย์	5	ปี
ครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์	3	ปี
ครุภัณฑ์การศึกษา	4	ปี
ครุภัณฑ์งานบ้านงานครัว	4	ปี
ครุภัณฑ์กีฬา/ กายภาพ	4	ปี
ครุภัณฑ์ดนตรี/ นาฏศิลป์	4	ปี
ครุภัณฑ์สนาม	4	ปี

- ไม่มีการคิดค่าเสื่อมราคาสำหรับสินทรัพย์ระหว่างก่อสร้าง

### 3.6 สินทรัพย์ไม่มีตัวตน

- สินทรัพย์ไม่มีตัวตน แสดงมูลค่าด้วยมูลค่าสุทธิตามบัญชี
- ค่าตัดจำหน่ายสินทรัพย์ไม่มีตัวตนบันทึกเป็นค่าใช้จ่ายในงบแสดงผลการดำเนินงานทางการเงิน โดยวิธีเส้นตรงตามอายุการให้ประโยชน์โดยประมาณ ดังนี้

โปรแกรมคอมพิวเตอร์

3 ปี

### 3.7 เจ้าหนี้ตามสัญญาเช่าการเงิน

เจ้าหนี้ตามสัญญาเช่าการเงิน เป็นหนี้สินจากสัญญาเช่าที่ทำให้เกิดการโอนความเสี่ยงและผลตอบแทนทั้งหมดหรือเกือบทั้งหมดที่ผู้เป็นเจ้าของพึงได้รับจากสินทรัพย์ให้แก่ผู้เช่า ไม่ว่าในที่สุดการโอนกรรมสิทธิ์จะเกิดขึ้นหรือไม่ ซึ่งถือเป็นสัญญาเช่าการเงิน หน่วยงานรับรู้สินทรัพย์ภายใต้สัญญาเช่าการเงินและหนี้สินภายใต้สัญญาเช่าการเงินในงบแสดงฐานะการเงินด้วยจำนวนเงินเท่ากับมูลค่ายุติธรรมของสินทรัพย์ที่เช่าหรือมูลค่าปัจจุบันของจำนวนเงินขั้นต่ำที่ต้องจ่ายแล้วแต่จำนวนใดต่ำกว่า จำนวนเงินขั้นต่ำที่ต้องจ่ายต้องนำมาแยกเป็นค่าใช้จ่ายทางการเงินและส่วนที่จะนำไปลดหนี้สินที่ยังไม่ได้ชำระ ค่าใช้จ่ายทางการเงินต้องป็นส่วนให้กับงวดต่าง ๆ ตลอดอายุสัญญาเช่าเพื่อให้อัตราดอกเบี้ยแต่ละงวดเป็นอัตราคงที่สำหรับยอดคงเหลือของหนี้สินที่เหลืออยู่แต่ละงวด หน่วยงานคิดค่าเสื่อมราคาสำหรับสินทรัพย์เสื่อมสภาพที่เช่า โดยสอดคล้องกับวิธีการคิดค่าเสื่อมราคาของสินทรัพย์เสื่อมสภาพซึ่งหน่วยงานเป็นเจ้าของโดยวิธีเส้นตรงตามอายุการใช้งานโดยประมาณ ทั้งนี้ หากไม่มีความแน่นอนอย่างสมเหตุสมผลที่หน่วยงานจะเป็นเจ้าของสินทรัพย์ เมื่ออายุสัญญาเช่าสิ้นสุดลง หน่วยงานต้องตัดค่าเสื่อมราคาของสินทรัพย์ให้หมดภายในอายุสัญญาหรืออายุการใช้ประโยชน์แล้วแต่อายุใดจะสั้นกว่า

#### 3.7.1 สัญญาเช่าดำเนินงาน

หน่วยงานรับรู้จำนวนเงินที่จ่ายตามสัญญาเช่าดำเนินงานเป็นค่าใช้จ่ายตามวิธีเส้นตรงตลอดอายุสัญญาเช่า นอกจากนี้จะมีเกณฑ์อื่นที่เป็นระบบซึ่งสะท้อนถึงระยะเวลาที่ผู้เช่าได้รับประโยชน์ได้ดีกว่า

### 3.8 รายได้รอการรับรู้

รายได้รอการรับรู้ เป็นสินทรัพย์ที่หน่วยงานได้รับจากการช่วยเหลือ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยงาน ให้บรรลุวัตถุประสงค์ หรือสินทรัพย์รับบริจาคโดยมีผู้มอบให้หน่วยงานไว้ใช้ในการดำเนินงาน รายได้รอการรับรู้จะถูกทยอยตัดบัญชีเพื่อรับรู้รายได้ตามเกณฑ์สัดส่วนของค่าเสื่อมราคาของสินทรัพย์ที่ได้รับความช่วยเหลือหรือบริจาค

### 3.9 รายได้จากเงินงบประมาณ

รายได้จากเงินงบประมาณรับรู้ตามเกณฑ์ ดังนี้

- (1) กรณีที่เบิกจ่ายเงินเข้าบัญชีของหน่วยงานเพื่อนำไปจ่ายต่อให้แก่ผู้มีสิทธิรับเงินของหน่วยงาน รับรู้รายได้จากเงินงบประมาณเมื่อได้ส่งคำขอเบิกเงินกับคลัง
- (2) กรณีที่เบิกหักผลส่งหรือเบิกจ่ายตรงจากรัฐบาลให้แก่ผู้มีสิทธิรับเงินของหน่วยงาน โดยหน่วยงานไม่ได้รับตัวเงิน รับรู้รายได้จากเงินงบประมาณเมื่อได้รับอนุมัติคำขอเบิกเงินจากคลัง

### 3.10 รายได้จากเงินกู้รัฐบาล

หน่วยงานรับรู้รายได้จากเงินกู้รัฐบาล ดังนี้

- (1) เมื่อได้รับเงินในกรณีที่แหล่งเงินกู้จ่ายเงินกู้ ให้กับหน่วยงานโดยตรง หรือ
- (2) รับรู้รายได้พร้อมกับรับรู้ค่าใช้จ่ายในกรณีที่แหล่งเงินกู้จ่ายเงินตรงให้แก่เจ้าหนี้ หรือ
- (3) รับรู้เมื่อได้รับอนุมัติคำขอเบิกเงินจากคลังในกรณีที่หน่วยงานเบิกจ่ายเงินกู้ฝากคลัง

### 3.11 รายได้จากการขายสินค้าและบริการ

- หน่วยงานรับรู้รายได้จากการขายสินค้าเมื่อเป็นไปตามเงื่อนไขทุกข้อดังต่อไปนี้

- (1) หน่วยงานได้โอนความเสี่ยงและผลตอบแทนที่มีนัยสำคัญของความเป็นเจ้าของสินค้าให้กับผู้ซื้อแล้ว
- (2) หน่วยงานไม่เกี่ยวข้องในการบริหารสินค้าอย่างต่อเนื่องในระดับที่เจ้าของพึงกระทำ หรือไม่ได้ควบคุมสินค้าที่ขายไปแล้วทั้งทางตรงและทางอ้อม

- (3) หน่วยงานสามารถวัดมูลค่าของจำนวนรายได้ได้อย่างน่าเชื่อถือ
- (4) มีความเป็นไปได้ค่อนข้างแน่ที่หน่วยงานจะได้รับประโยชน์เชิงเศรษฐกิจหรือศักยภาพในการให้บริการที่เกี่ยวข้องกับรายการนั้น
- (5) หน่วยงานสามารถวัดมูลค่าของต้นทุนที่เกิดขึ้นหรือที่จะเกิดขึ้นอันเนื่องมาจากรายการนั้นได้อย่างน่าเชื่อถือ
  - เมื่อผลของรายการที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสามารถประมาณได้อย่างน่าเชื่อถือ หน่วยงานรับรู้รายการที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการเป็นรายได้ตามขั้นความสำเร็จของรายการ ณ วันสิ้นสุดรอบระยะเวลารายงาน ผลของรายการสามารถประมาณได้อย่างน่าเชื่อถือเป็นไปตามเงื่อนไขทุกข้อต่อไปนี้
    - (1) หน่วยงานสามารถวัดมูลค่าของจำนวนรายได้ได้อย่างน่าเชื่อถือ
    - (2) มีความเป็นไปได้ค่อนข้างแน่ที่หน่วยงานจะได้รับประโยชน์เชิงเศรษฐกิจหรือศักยภาพในการให้บริการที่เกี่ยวข้องกับรายการนั้น
    - (3) หน่วยงานสามารถวัดขั้นความสำเร็จของรายการ ณ วันที่ในรายงานการเงินได้อย่างน่าเชื่อถือ
    - (4) หน่วยงานสามารถวัดมูลค่าของต้นทุนที่เกิดขึ้นแล้วและต้นทุนที่จะเกิดขึ้น เพื่อให้รายการนั้นเสร็จสมบูรณ์ได้อย่างน่าเชื่อถือ

### 3.12 รายได้แผ่นดิน

รายได้แผ่นดินเป็นรายได้ของรัฐบาลที่หน่วยงานได้รับและจะต้องนำส่งคลัง หน่วยงานรับรู้เงินรายได้แผ่นดินเมื่อได้รับรายได้ และเนื่องจากรายได้แผ่นดินเป็นรายได้ที่หน่วยงานไม่สามารถนำมาใช้จ่ายในการดำเนินงานได้ ดังนั้น ณ วันสิ้นสุดรอบระยะเวลารายงาน หน่วยงานจะปิดบัญชีรายได้แผ่นดินและบัญชีรายได้แผ่นดินนำส่งคลังไปเข้าบัญชีรายได้แผ่นดินรอนำส่งคลังเพื่อแสดงภาวะผูกพันที่หน่วยงานจะต้องนำเงินส่งคลังในงวดบัญชีต่อไป

### 3.13 รายได้จากการอุดหนุนและบริจาค

รายได้จากการอุดหนุนและบริจาค เป็นส่วนหนึ่งของรายการโอนตามมาตรฐานการบัญชีภาครัฐ ฉบับที่ 23 เรื่องรายได้จากรายการไม่แลกเปลี่ยน คือ การโอนทรัพยากรจากหน่วยงานหนึ่งไปยังอีกหน่วยงานหนึ่งโดยไม่ได้ให้สิ่งตอบแทนที่มีมูลค่าใกล้เคียงกันเป็นการแลกเปลี่ยน และไม่ใช้รายการทางภาษี

รายได้จากการอุดหนุนและบริจาคที่มีเงื่อนไขของสินทรัพย์ที่โอนรับรู้เป็นรายได้รอการรับรู้เมื่อได้รับเงิน และทยอยรับรู้เป็นรายได้เมื่อได้ทำตามเงื่อนไขที่กำหนด สำหรับรายได้จากการอุดหนุนและบริจาคที่ไม่มีเงื่อนไขของสินทรัพย์ที่โอนไม่ว่าจะมีข้อจำกัดของสินทรัพย์ที่โอนหรือไม่ รับรู้เป็นรายได้เมื่อได้รับสินทรัพย์รับโอนที่เป็นไปตามเกณฑ์การรับรู้สินทรัพย์

- ข้อจำกัดของสินทรัพย์ที่โอน ไม่รวมถึงข้อกำหนดให้ต้องคืนสินทรัพย์ที่รับโอนหรือประโยชน์เชิงเศรษฐกิจในอนาคตหรือศักยภาพในการให้บริการอื่นที่ต้องคืนให้แก่ผู้โอน ถ้าไม่ใช้สินทรัพย์ตามที่ระบุไว้ ดังนั้น เมื่อเริ่มมีสิทธิควบคุมสินทรัพย์ภายใต้ข้อจำกัด ผู้รับโอนไม่ได้มีภาระผูกพันในปัจจุบันที่ต้องโอนประโยชน์เชิงเศรษฐกิจหรือศักยภาพในการให้บริการให้แก่บุคคลที่สาม เมื่อผู้รับโอนทำผิดข้อจำกัด ผู้โอนหรือฝ่ายอื่นอาจมีทางเลือกในการใช้บทลงโทษต่อผู้รับโอน ดังนั้น เมื่อหน่วยงานได้รับสินทรัพย์ตามข้อจำกัดจึงรับรู้รายได้ทันที

- เงื่อนไขของสินทรัพย์ที่โอน กำหนดให้หน่วยงานจะต้องใช้ประโยชน์เชิงเศรษฐกิจในอนาคตหรือศักยภาพในการให้บริการของสินทรัพย์ตามที่ระบุไว้ หรือต้องคืนประโยชน์เชิงเศรษฐกิจในอนาคตหรือศักยภาพในการให้บริการแก่ผู้โอนในกรณีที่ผิดเงื่อนไขนั้น ดังนั้น หน่วยงานผู้รับโอนสินทรัพย์จึงมีภาระผูกพันในปัจจุบันที่ต้องส่งมอบประโยชน์เชิงเศรษฐกิจในอนาคตหรือศักยภาพในการให้บริการแก่บุคคลที่สามเมื่อเริ่มมีสิทธิควบคุมสินทรัพย์ที่อยู่ภายใต้เงื่อนไข ทั้งนี้เป็นเพราะผู้รับโอนไม่สามารถหลีกเลี่ยงกระแสไหลออกของทรัพยากร เนื่องจากมีข้อจำกัดให้ใช้ประโยชน์จากสินทรัพย์ในการส่งมอบสินค้าหรือบริการให้แก่บุคคลที่สามหรือไม่เช่นนั้นต้องส่งคืนประโยชน์เชิงเศรษฐกิจในอนาคตหรือศักยภาพในการให้บริการแก่ผู้โอน ดังนั้น เมื่อผู้รับโอนเริ่มรับรู้สินทรัพย์ตามเงื่อนไข จึงเกิดหนี้สินขึ้นด้วย

#### หมายเหตุ 4 เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด

	2566	(หน่วย : บาท) 2565
เงินสดในมือ	-	238,550.00
เงินทดรองราชการ	18,996,000.00	18,996,000.00
เงินฝากสถาบันการเงิน	871,922,434.27	962,968,723.12
เงินฝากประจำที่มีกำหนดจ่ายคืนไม่เกิน 3 เดือน	685,713,716.81	342,289,354.52
เงินฝากคลัง	2,807,702,821.78	3,295,499,491.20
<b>รวมเงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด</b>	<b>4,384,334,972.86</b>	<b>4,619,992,118.84</b>

เงินสดในมือ เป็นเงินสดและเช็คธนาคาร นอกจากส่วนที่หน่วยงานถือไว้เพื่อใช้จ่ายสำหรับการดำเนินงานปกติตามวัตถุประสงค์ของหน่วยงานแล้ว ยังรวมถึงส่วนที่หน่วยงานได้รับไว้เพื่อนำส่งคลังเป็นรายได้แผ่นดินตามกฎหมาย ซึ่งไม่สามารถนำไปใช้เพื่อประโยชน์ของหน่วยงานได้

เงินทดรองราชการ เป็นเงินสดที่หน่วยงานมีไว้เพื่อใช้จ่ายเป็นค่าใช้จ่ายปลีกย่อยในสำนักงานตามวงเงินที่ได้รับอนุมัติจากกระทรวงการคลัง ตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยเงินทดรองราชการ พ.ศ. 2562 ซึ่งจะต้องส่งคืนคลังเมื่อหมดความจำเป็นในการใช้จ่าย ยอดคงเหลือสิ้นปีประกอบด้วย เงินสด เงินฝากธนาคารและใบสำคัญที่เบิกจากเงินทดรองราชการแล้วรอเบิกชดเชย

เงินฝากคลังจำนวน 2,807,702,821.78 บาท (ปี 2565 จำนวน 3,295,499,491.20 บาท) ซึ่งแสดงรวมอยู่ในเงินฝากคลังข้างต้นเป็นเงินนอกงบประมาณที่มีข้อจำกัดในการใช้จ่ายเพื่อจ่ายต่อไปให้บุคคลหรือหน่วยงานอื่นตามวัตถุประสงค์ที่ระบุไว้ในกฎหมายอันเป็นที่มาของเงินฝากคลังนั้น หน่วยงานไม่สามารถนำไปใช้จ่ายเพื่อประโยชน์ในการดำเนินงานของหน่วยงานตามปกติได้ แต่มีหน้าที่ถือไว้เพื่อจ่ายตามวัตถุประสงค์ของเงินฝากคลัง ดังนี้

	2566	2565
เงินฝากเงินสินบนรางวัลของกรมควบคุมโรค	-	117,000.00
เงินฝากเงินกองทุนค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานของกรมควบคุมโรค	11,442,942.10	10,886,259.20
เงินฝากค่าธรรมเนียมการสอบแข่งขัน	-	176,260.50
เงินประกันของ เงินประกันสัญญา และเงินค่าเช่าที่กรมธนารักษ์ จัดเก็บแทน	27,420,248.04	36,495,820.44
เงินบำรุงกรมควบคุมโรค	2,719,483,247.41	3,176,203,601.20
เงินฝากเงินบริจาค กรมควบคุมโรค	3,291,687.09	12,939,868.84
	<b>2566</b>	<b>2565</b>
เงินฝากเงินช่วยเหลือหรือร่วมมือจากต่างประเทศ	9,606,930.89	15,481,733.11
เงินฝากเพื่อบูรณะทรัพย์สินของสถาบัน	-	52,523.93
บัญชีเงินอุดหนุนที่ได้รับจากความช่วยเหลือต่าง ๆ	36,457,766.25	43,146,423.98
<b>รวมเงินฝากคลัง</b>	<b>2,807,702,821.78</b>	<b>3,295,499,491.20</b>

## หมายเหตุ 5 ลูกหนี้การค้า

	2566	2565
ลูกหนี้การค้า - หน่วยงานภาครัฐ	14,035,365.00	8,689,742.25
ลูกหนี้การค้า - บุคคลภายนอก	3,132,072.52	4,289,578.02
ลูกหนี้อื่น - บุคคลภายนอก	37,631,124.09	126,028,643.47
หัก ค่าเผื่อหนี้สงสัยจะสูญ	(3,763,112.41)	(11,548,963.35)
<b>รวมลูกหนี้การค้า</b>	<b>51,035,449.20</b>	<b>127,459,000.39</b>

ลูกหนี้การค้า หน่วยงานภาครัฐ	ยังไม่ถึงกำหนด	เกินกำหนดชำระไม่เกิน 15 วัน	เกินกำหนดชำระเกินกว่า 15 วัน
2566	10,004,568.75	-	4,030,796.25
2565	8,689,742.25	-	-

ลูกหนี้การค้า บุคคลภายนอก	ยังไม่ถึงกำหนด	เกินกำหนดชำระไม่เกิน 15 วัน	เกินกำหนดชำระเกินกว่า 15 วัน
2566	119,191.00	467,719.75	2,545,161.77
2565	4,289,578.02	-	-

ลูกหนี้อื่น บุคคลภายนอก	ยังไม่ถึงกำหนด	เกินกำหนดชำระไม่เกิน 15 วัน	เกินกำหนดชำระเกินกว่า 15 วัน
2566	8,071,580.00	-	29,559,544.09
2565	126,028,643.47	-	-

## หมายเหตุ 6 ลูกหนี้อื่นระยะสั้น

	2566	2565
ลูกหนี้เงินยืมในงบประมาณ	12,094,887.17	17,006,521.82
ลูกหนี้เงินยืมนอกงบประมาณ	9,011,875.14	13,608,947.23
รายได้ค้างรับ	15,062,212.09	3,986,686.33
<b>รวมลูกหนี้อื่นระยะสั้น</b>	<b>36,168,974.40</b>	<b>34,602,155.38</b>

ลูกหนี้เงินยืมในงบประมาณ	ยังไม่ถึงกำหนด	เกินกำหนดชำระไม่เกิน 15 วัน	เกินกำหนดชำระเกินกว่า 15 วัน
2566	7,681,663.17	3,022,424.00	1,390,800.00
2565	16,172,557.00	773,714.82	60,250.00

ลูกหนี้เงินยืมนอกงบประมาณ	ยังไม่ถึงกำหนด	เกินกำหนดชำระไม่เกิน 15 วัน	เกินกำหนดชำระเกินกว่า 15 วัน
2566	7,762,609.23	395,000.00	854,265.91
2565	10,721,875.56	1,270,201.67	1,616,870.00

#### หมายเหตุ 7 สินค้ำคงเหลือ

	2566	2565
สินค้ำคงเหลือ	7,880,019,970.98	120,750,166.16
<b>รวม สินค้ำคงเหลือ</b>	<b>7,880,019,970.98</b>	<b>120,750,166.16</b>

สินค้ำคงเหลือ เช่น ยา เวชภัณฑ์ และอื่น ๆ ที่มีเพื่อให้บริการรักษาบุคคลภายนอก

#### หมายเหตุ 8 วัสดุคงเหลือ

	2566	2565
วัสดุคงเหลือ	110,909,270.24	291,875,068.32
<b>รวม วัสดุคงเหลือ</b>	<b>110,909,270.24</b>	<b>291,875,068.32</b>

วัสดุคงเหลือประกอบด้วย วัสดุคงเหลือที่ซื้อมาเพื่อใช้ในภายในกรมควบคุมโรค

#### หมายเหตุ 9 ลูกหนี้อื่นระยะยาว

ศาลปกครองกลางมีคำพิพากษา เมื่อวันที่ 28 มิถุนายน 2566 คดีหมายเลขดำที่ 1320/2561 คดีหมายเลขแดงที่ 1317/2565 ให้บริษัท พีซีซี ดีเวลล็อปเม้นท์แอนด์ คอนสตรัคชั่น จำกัด ชดใช้เงินให้กรมควบคุมโรค จำนวนเงินต้นที่ต้องจ่าย 23,955,291. บาท พร้อมดอกเบี้ยอัตราร้อยละ 7.5 ต่อปี ของเงินต้นดังกล่าวนับแต่วันฟ้องเป็นต้นไป ถึงวันที่ 10 เมษายน 2564 และในอัตราร้อยละ 3 ต่อปีนับแต่วันที่ 11 เมษายน 2564 เป็นต้นไป จนกว่าจะชำระเสร็จ ขณะนี้อยู่ในชั้นบังคับคดี

#### หมายเหตุ 10 ที่ดิน อาคารและอุปกรณ์ และสินทรัพย์ไม่มีตัวตน



ชื่อบัญชี	ราคาทุนยอดยกมา		เพิ่มขึ้น				ลดลง		ราคาทุนยอดคงเหลือ ณ 30 ก.ย. 66 (9)
	ณ 1 ต.ค. 66 (1)	ซื้อ/โอนเข้า (2)	รับบริจาค (3)	ปรับปรุงบัญชี (4)	รวม (5)	จำหน่าย/โอนออก (6)	ปรับปรุงบัญชี (7)	รวม (8)	
อาคารพักอาศัย	404,407,664.69	188,594,268.24	-	-	188,594,268.24	29,930,386.49	-	29,930,386.49	563,071,546.44
อาคารสำนักงาน	1,794,466,036.70	530,405,102.23	-	5,900,000.00	536,305,102.23	2,988,628.35	-	2,988,628.35	2,327,782,510.58
อาคารเพื่ออุปถัมภ์	519,241,393.16	14,334,476.69	-	-	14,334,476.69	1,033,500.00	-	1,033,500.00	532,542,369.85
ส่วนปรับปรุงอาคาร	132,600.00	6,296,321.61	-	-	6,296,321.61	1,537,671.45	-	1,537,671.45	4,891,250.16
สิ่งปลูกสร้าง	157,663,469.33	27,151,277.63	-	-	27,151,277.63	6,802,345.80	-	6,802,345.80	178,012,401.16
สิ่งปลูกสร้างที่รื้อชำ	-	944,700.00	-	-	944,700.00	248,300.00	-	248,300.00	696,400.00
อาคารสิ่งป/ส-กฟ	-	-	-	980,000.00	980,000.00	-	-	980,000.00	-
อาคารสิ่งป/สไม่ระบุ	981,141,274.71	-	-	303,012,792.70	303,012,792.70	359,341,501.70	303,012,792.70	662,354,294.40	621,799,773.01
<b>รวมอาคารและสิ่งปลูกสร้าง</b>	<b>3,857,052,438.59</b>	<b>767,726,146.40</b>	-	<b>309,892,792.70</b>	<b>1,077,618,939.10</b>	<b>32,919,014.84</b>	<b>303,992,792.70</b>	<b>32,919,014.84</b>	<b>4,228,796,251.20</b>
ครุภัณฑ์สำนักงาน	317,660,281.48	35,794,957.25	17,560.00	-	35,812,517.25	15,107,775.72	-	15,107,775.72	338,365,023.01
ครุภัณฑ์ยานพาหนะ	436,544,591.19	138,184,775.80	95,956,174.80	-	234,140,950.60	123,767,148.50	-	123,767,148.50	546,918,393.29
ครุภัณฑ์ไฟฟ้า&วิทยุ	80,953,860.76	10,096,278.04	-	-	10,096,278.04	3,504,515.33	-	3,504,515.33	87,545,623.47
ครุภัณฑ์โฆษณา	68,385,848.83	13,067,283.14	-	-	13,067,283.14	5,216,273.80	-	5,216,273.80	76,236,858.17
ครุภัณฑ์การเกษตร	59,244,912.59	7,384,397.34	-	-	7,384,397.34	9,014,663.96	-	9,014,663.96	57,614,645.97
ครุภัณฑ์โรงงาน	356,098.90	18,000.00	-	-	18,000.00	228,766.60	-	228,766.60	145,332.30
ครุภัณฑ์ก่อสร้าง	1,563,002.10	12,144.50	-	-	12,144.50	162,679.60	-	162,679.60	1,412,467.00
ครุภัณฑ์สำรวจ	126,010.00	-	-	-	-	-	-	-	126,010.00
ครุภัณฑ์วิทยุ	1,465,670,550.53	141,554,799.74	12,808,710.30	-	154,363,510.04	103,591,276.91	-	103,591,276.91	1,516,442,783.66
ครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์	532,693,624.81	221,625,047.64	333,100.00	-	221,958,147.64	87,345,455.86	-	87,345,455.86	667,306,316.59
ครุภัณฑ์การศึกษา	479,130.00	-	-	-	-	72,464.00	-	72,464.00	406,666.00
ครุภัณฑ์บ้านครัว	29,141,157.51	1,052,670.94	58,000.00	-	1,110,670.94	2,155,209.82	-	2,155,209.82	28,096,618.63
ครุภัณฑ์กีฬา	1,044,839.00	-	-	-	-	10,750.00	-	10,750.00	1,034,089.00
ครุภัณฑ์ดนตรี	101,789.58	-	-	-	-	-	-	-	101,789.58
ครุภัณฑ์อื่น	-	73,599.95	-	-	73,599.95	-	-	-	73,599.95
ครุภัณฑ์ไม่ระบุ	351,727,565.60	-	-	809,605.50	809,605.50	93,357,563.87	809,605.50	94,167,169.37	258,370,001.73
<b>รวมครุภัณฑ์</b>	<b>3,345,693,262.88</b>	<b>568,863,954.34</b>	<b>109,173,545.10</b>	<b>809,605.50</b>	<b>678,847,104.94</b>	<b>443,534,543.97</b>	<b>809,605.50</b>	<b>444,344,149.47</b>	<b>3,580,196,218.35</b>

ชื่อบัญชี	ราคาทุนยอดยกมา		เพิ่มขึ้น			ลดลง			ราคาทุนยอดคงเหลือ ณ 30 ก.ย. 66 (9)
	ณ 1 ต.ค. 66 (1)	ซื้อ/โอนเข้า (2)	รับบริจาค (3)	ปรับปรุงบัญชี (4)	รวม (5)	จำหน่าย/โอนออก (6)	ปรับปรุงบัญชี (7)	รวม (8)	
งานระหว่างก่อสร้าง	565,588,830.78	477,347,888.69	-	8,768,229.82	486,116,118.51	807,204,854.14	8,768,229.82	815,973,083.96	235,731,865.33
รวมงานระหว่างก่อสร้าง	565,588,830.78	477,347,888.69	-	8,768,229.82	486,116,118.51	807,204,854.14	8,768,229.82	815,973,083.96	235,731,865.33
<b>รวมที่ดิน อาคารและอุปกรณ์</b>	<b>7,768,334,532.25</b>	<b>1,813,937,989.43</b>	<b>109,173,545.10</b>	<b>319,470,628.02</b>	<b>2,242,582,162.55</b>	<b>1,283,658,412.95</b>	<b>313,570,628.02</b>	<b>1,293,236,248.27</b>	<b>8,044,724,334.88</b>

ชื่อบัญชี	ราคาทุนยกมา		เพิ่มขึ้น			ลดลง			ราคาทุนยกไป
	ราคาทุนยกมา	ซื้อ/โอนเข้า	รับบริจาค	อื่นๆ/ปรับปรุง	รวม	จำหน่าย/โอนออก	อื่นๆ/ปรับปรุง	รวม	
โปรแกรมคอมพิวเตอร์	163,525,142.06	245,375,750.40	-	-	245,375,750.40	96,731,626.70	-	96,731,626.70	312,169,265.76
<b>รวมสินทรัพย์ไม่มีตัวตน</b>	<b>163,525,142.06</b>	<b>245,375,750.40</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>245,375,750.40</b>	<b>96,731,626.70</b>	<b>-</b>	<b>96,731,626.70</b>	<b>312,169,265.76</b>

ชื่อบัญชี	ค่าเสื่อมราคาสะสม		เพิ่มขึ้น		ลดลง	ค่าเสื่อมราคาสะสม		มูลค่าตามบัญชีสุทธิ	
	ยอดยกมา ณ 1 ต.ค. 66 (10)	ค่าเสื่อมราคา ในงวด (11)	ไอ้มนเข้า/รับรืงจาก/ ปรับปรุ้งบัญชี (12)	รวม (13)		จ่าย/ไ้มนออก/ ปรับปรุ้งบัญชี (14)	ยอดคงเหลือ ณ 30 ก.ย. 66 (15)	ยอดยกมา ณ 1 ต.ค. 66 (16) = (1) - (10)	ยอดคงเหลือ ณ 30 ก.ย. 66 (17) = (9) - (15)
คสส. อาคารพักอาศัย	255,435,355.42	21,449,851.59	1,065,650.61	22,515,502.20	4,371,748.30	273,579,109.32	148,972,309.27	289,492,437.12	
คสส. อาคาร สนง.	573,308,861.54	88,676,758.98	302,999,998.00	391,676,756.98	1,643,927.33	963,341,691.19	1,221,157,175.16	1,364,440,819.39	
คสส.อาคารปรุ้ง/ย อื่น	199,350,305.00	20,668,780.04	51,609.96	20,720,390.00	543,496.00	219,527,199.00	319,891,088.16	313,015,170.85	
คสส. ส่วนบง.อาคาร	35,510.20	133,496.05	31,973.38	165,469.43	2,575.07	198,404.56	97,089.80	4,692,845.60	
คสส. สิ่งปลูกสร้ง	76,403,062.99	9,419,284.74	473,599.11	9,892,883.85	55,557.26	86,240,389.58	81,260,406.34	91,772,011.58	
คสส. สิ่งปรุ้ง/ส ที่ราชฯ	-	14,834.41	136.05	14,970.46	136.05	14,834.41	-	681,565.59	
คสส. อาคารไม่ระบุฯ	972,723,811.19	4,585,156.54	303,649,327.86	308,234,484.40	663,009,036.64	617,949,258.95	8,417,463.52	3,850,514.06	
คสส. อาคารไม่ระบุฯ	2,077,256,906.34	144,948,162.35	304,065,648.61	753,220,457.32	6,015,675.63	2,160,850,887.01	1,779,795,532.25	2,067,945,364.19	
คสส. ครุภัณฑ์สำนักงาน	151,556,533.72	28,142,625.75	1,183,328.20	29,325,953.95	8,274,836.07	172,607,651.60	166,103,747.76	165,757,371.41	
คสส. ครุภัณฑ์ยานพาหนะ	338,647,378.75	41,227,631.97	17,893,744.61	59,121,376.58	22,958,542.31	374,810,213.02	97,897,212.44	172,108,180.27	
คสส. ไฟฟ้า&วิทยุ	48,405,152.55	7,190,671.31	1,092,451.57	8,283,122.88	2,844,853.60	53,843,421.83	32,548,708.21	33,702,201.64	
คสส. ครุภัณฑ์โฆษณา	50,909,535.22	6,675,702.49	47,650.69	6,723,353.18	4,208,191.60	53,424,696.80	17,476,313.61	22,812,161.37	
คสส. ครุภัณฑ์เกษตร	55,430,696.19	2,521,993.44	1,372,764.87	3,894,758.31	6,947,646.80	52,377,807.70	3,814,216.40	5,236,838.27	
คสส. ครุภัณฑ์โรงงาน	323,253.04	6,135.96	-	6,135.96	228,752.60	100,636.40	32,845.86	44,695.90	
คสส. ครุภัณฑ์ก่อสร้าง	1,220,398.74	125,545.89	-	125,545.89	160,916.65	1,185,027.98	342,603.36	227,439.02	
คสส. ครุภัณฑ์สำรวจ	126,002.00	-	-	-	-	126,002.00	8.00	8.00	
คสส. ครุภัณฑ์วิทยุฯ	1,043,743,007.30	138,501,669.73	16,552,626.83	155,054,296.56	89,068,517.16	1,109,728,786.70	421,927,543.23	406,713,996.96	
คสส. คอมพิวเตอร์	426,956,906.99	98,905,380.12	9,523,379.29	108,428,759.41	28,762,588.05	506,623,078.35	105,736,717.82	160,683,238.24	
คสส. ครุภัณฑ์การศึกษา	479,109.00	-	-	-	72,461.00	406,648.00	21.00	18.00	
คสส. ครุภัณฑ์บ้านครัว	20,257,860.15	4,226,083.48	77,953.09	4,304,036.57	2,081,808.06	22,480,088.66	8,883,297.36	5,616,529.97	
คสส. ครุภัณฑ์กีฬา	1,034,608.21	3,225.00	-	3,225.00	10,748.00	1,027,085.21	10,230.79	7,003.79	

ข้อบัญญัติ	ค่าเสื่อมราคาสะสม		เพิ่มขึ้น		ลดลง	ค่าเสื่อมราคาสะสม		มูลค่าตามบัญชีสุทธิ	
	ยอดยกมา ณ 1 ต.ค. 66 (10)	ค่าเสื่อมราคา ในงวด (11)	โอนเข้า/รับบริจาค/ ปรับปรุงบัญชี (12)	รวม (13)		ยอดคงเหลือ ณ 30 ก.ย. 66 (15)	ยอดยกมา ณ 1 ต.ค. 66 (16) = (1) - (10)	ยอดคงเหลือ ณ 30 ก.ย. 66 (17) = (9) - (15)	
คสส. ครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์	101,782.58	-	-	-	-	101,782.58	7.00	7.00	7.00
คสส. ครุภัณฑ์อื่น	-	3,804.34	-	3,804.34	-	3,804.34	-	-	69,795.61
คสส. ครุภัณฑ์ไม่ระบุค่า	351,829,329.11	265.00	809,600.50	809,865.50	94,208,822.37	258,430,372.24	-101,763.51	-101,763.51	-60,370.51
	2,491,021,553.55	327,530,734.48	48,553,499.65	376,084,234.13	259,828,684.27	2,607,277,103.41	854,671,709.33	854,671,709.33	972,919,114.94
	-	-	-	-	-	-	565,588,830.78	565,588,830.78	235,731,865.33
	-	-	-	-	-	-	565,588,830.78	565,588,830.78	235,731,865.33
	<b>4,568,278,459.89</b>	<b>472,478,896.83</b>	<b>352,619,148.26</b>	<b>1,129,304,691.45</b>	<b>265,844,359.90</b>	<b>4,768,127,990.42</b>	<b>3,200,056,072.36</b>	<b>3,200,056,072.36</b>	<b>3,276,596,344.46</b>

ข้อบัญญัติ	ค่าเสื่อมราคาสะสม		เพิ่มขึ้น		ลดลง	ค่าเสื่อมราคาสะสม		มูลค่าตามบัญชีสุทธิ	
	ยอดยกมา	ค่าเสื่อมราคา ในงวด	โอนเข้า	รวม		ยกไป	ยอดยกมา	ยอดคงเหลือ	
คสส. - โปรแกรมคอมพิวเตอร์	101,372,498.99	77,282,569.62	2,577,094.57	79,859,664.19	3,348,027.00	177,884,136.18	62,152,643.07	134,285,129.58	
	<b>101,372,498.99</b>	<b>77,282,569.62</b>	<b>2,577,094.57</b>	<b>79,859,664.19</b>	<b>3,348,027.00</b>	<b>177,884,136.18</b>	<b>62,152,643.07</b>	<b>134,285,129.58</b>	

## หมายเหตุ 11 เจ้าหนี้การค้า

	2566	2565
เจ้าหนี้การค้า-หน่วยงานภาครัฐ	-	601,000.00
เจ้าหนี้การค้า-บุคคลภายนอก	67,643,716.81	1,236,333,751.03
รับสินค้า / ใบสำคัญ (GR/IR)	1,308,726.49	65,333.44
<b>รวมเจ้าหนี้การค้า</b>	<b>68,952,443.30</b>	<b>1,237,000,084.47</b>

## หมายเหตุ 12 เจ้าหนี้อื่นระยะสั้น

	2566	2565
เจ้าหนี้อื่น	4,820,547.09	10,684,372.90
ค่าสาธารณูปโภคค้างจ่าย	5,749,604.64	6,761,315.74
ใบสำคัญค้างจ่าย	13,934,876.04	15,462,777.43
ค่าใช้จ่ายค้างจ่ายอื่น	22,179.06	177,300.00
<b>รวม เจ้าหนี้ระยะสั้น</b>	<b>24,527,206.83</b>	<b>33,085,766.07</b>

## หมายเหตุ 13 เงินรับฝากระยะสั้น

	2566	2565
เงินรับฝากจากเงินทุนหมุนเวียน	36,054,001.34	51,892,018.73
เงินรับฝากอื่น	30,014,980.06	41,843,448.91
เงินประกันอื่น	33,859,168.37	40,530,512.85
<b>รวม เงินรับฝากระยะสั้น</b>	<b>99,928,149.77</b>	<b>134,265,980.49</b>

## หมายเหตุ 15 ภาระผูกพัน

	2566	2565
ภาระผูกพันตามสัญญาเช่าดำเนินงาน		
ไม่เกิน 1 ปี	25,050,626.00	111,160.00
เกิน 1 ปี แต่ไม่เกิน 5 ปี	1,318,454.00	56,804,682.00
เกิน 5 ปี	-	-
<b>รวม ค่าใช้จ่ายอื่น</b>	<b>26,369,080.00</b>	<b>56,915,842.00</b>

	2566	2565
<b>ภาระผูกพันตามสัญญาจ้างเหมาบริการ</b>		
ไม่เกิน 1 ปี	-	26,153,800.00
เกิน 1 ปี แต่ไม่เกิน 5 ปี		
เกิน 5 ปี		-
<b>รวม ค่าใช้จ่ายอื่น</b>	-	26,153,800.00
<b>ภาระผูกพันตามสัญญาจัดซื้อจัดจ้างพัสดุและบริการอื่น ๆ</b>		
ไม่เกิน 1 ปี	534,621,728.06	398,682,592.10
เกิน 1 ปี แต่ไม่เกิน 5 ปี	96,652,160.83	417,112,300.00
เกิน 5 ปี		-
<b>รวม ค่าใช้จ่ายอื่น</b>	631,273,888.89	815,794,892.10

#### หมายเหตุ 16 เจ้าหนี้เงินโอนและรายการอุดหนุนระยะยาว

	2566	2565
รายได้รอการรับรู้	17,230,247.60	20,853,778.17
<b>รวม เจ้าหนี้เงินโอนและรายการอุดหนุนระยะยาว</b>	17,230,247.60	20,853,778.17

#### หมายเหตุ 17 การแก้ไขข้อผิดพลาดของงวดก่อน

ในปีงบประมาณ 2566 กรมควบคุมโรคตรวจสอบ พบว่า การบันทึกบัญชีในปีงบประมาณก่อน ๆ คลาดเคลื่อนจำนวน 66,180,174.86 บาท สรุปดังนี้

1. เงินชดเชยค้ำก่อสร้างอาคารที่กรมควบคุมโรคยังไม่ได้รับชำระ ผลกระทบดังกล่าว ทำให้รายได้ต่ำไป จำนวนเงิน 23,955,291.00
2. หน่วยงานไม่ได้บันทึกบัญชีรายได้ สปสช.ด้านวัคซีนโรค ปีงบประมาณ 2565 ผลกระทบดังกล่าว ทำให้รายได้เงินอุดหนุนต่ำไป จำนวนเงิน 1,200,087.27
3. หน่วยงานบันทึกบัญชีรายได้แผ่นดินสูงไป จำนวนเงิน 21.57
4. หน่วยงานปรับปรุงคืนเงินอุดหนุนของปี 2565 จำนวนเงิน 755,658.83
5. หน่วยงานปรับปรุงบัญชีลูกหนี้ที่ชดเชยเงินยืมแล้วในปีก่อนแต่ไม่ได้บันทึกบัญชีลูกหนี้ ผลกระทบดังกล่าว ทำให้ค่าใช้จ่ายต่ำไป จำนวนเงิน 3,232,083.00
6. หน่วยงานรับชำระเงินจากลูกหนี้ของปีงบประมาณก่อน ๆ แต่บันทึกบัญชีเป็นรายได้ของปี 2566 ผลกระทบดังกล่าว ทำให้รายได้สูงไป จึงทำการปรับปรุงบัญชี จำนวนเงิน 512,870.00
7. หน่วยงานบันทึกบัญชีไม่ถูกต้องตามรหัสหมวดพัสดุผลกระทบดังกล่าว ทำให้ค่าวัสดุสูงไป จำนวนเงิน 38,069.00
8. หน่วยงานปรับปรุงอาคาร ครุภัณฑ์สำนักงานและเปลี่ยนประเภทครุภัณฑ์ ผลกระทบดังกล่าว ทำให้ค่าใช้จ่ายสูงไป จำนวนเงิน 351,004,921.16
9. หน่วยงานปรับปรุงอาคาร ครุภัณฑ์สำนักงาน และเปลี่ยนประเภทครุภัณฑ์ ผลกระทบดังกล่าว ทำให้ค่าเสื่อมราคาต่ำไป จำนวนเงิน 305,583,649.80
10. หน่วยงานบันทึกบัญชีค่าสาธารณูปโภคค้างจ่ายสูงไป ผลกระทบดังกล่าว ทำให้ค่าสาธารณูปโภคสูงไป 142,227.63



## หมายเหตุ 18 รายได้จากงบประมาณ

	2566	2565
รายได้จากงบบุคลากร	1,917,467,752.95	1,900,262,621.70
รายได้จากงบดำเนินงาน	966,839,690.55	979,779,682.33
รายได้จากงบลงทุน	256,530,359.18	216,405,828.30
รายได้จากงบอุดหนุน	183,361,818.72	185,143,672.24
รายได้จากงบกลาง	1,684,533,675.07	1,693,037,897.54
รายได้จากงบรายจ่ายอื่น	11,082,411.78	5,792,286.54
หัก เบิกเกินส่งคืนเงินงบประมาณ	(22,346,388.18)	(29,941,358.17)
<b>รวม รายได้จากงบประมาณปีปัจจุบัน - สุทธิ</b>	<b>4,997,469,320.07</b>	<b>4,950,480,630.48</b>

## รายได้จากงบประมาณปีก่อนๆ (เงินกันไว้เบิกเหลือมปีเบิกจ่ายปีปัจจุบัน)

	2566	2565
รายได้จากงบดำเนินงาน	47,567,454.77	94,127,738.19
รายได้จากงบลงทุน	220,849,988.53	222,541,229.34
รายได้จากงบกลาง	-	770,742,771.03
รายได้จากงบรายจ่ายอื่น	-	5,779,766.15
<b>รวม รายได้จากงบประมาณปีก่อนๆ</b>	<b>268,417,443.30</b>	<b>1,093,191,504.71</b>
<b>รวม รายได้จากงบประมาณ</b>	<b>5,265,886,763.37</b>	<b>6,043,672,135.19</b>

## หมายเหตุ 19 รายได้จากเงินกู้และรายได้จากรัฐบาล

	2566	2565
รายได้จากเงินกู้และรายได้จากรัฐบาล	9,644,220,154.91	37,167,821,417.90
<b>รวม รายได้จากเงินกู้และรายได้จากรัฐบาล</b>	<b>9,644,220,154.91</b>	<b>37,167,821,417.90</b>

รายได้จากเงินกู้และรายได้จากรัฐบาล ประกอบด้วย

1. เงินกู้เพื่อแก้ไขปัญหา เยียวยา และฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคมที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 : โครงการจัดหาวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับบริการประชากรในประเทศไทย จำนวน 30,002,310 โดส (Pfizer) ปี พ.ศ. 2565 (Pfizer)

จำนวนเงิน

45,046,339.60

2. เงินกู้เพื่อแก้ไขปัญหา เยี่ยวยา และฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคมที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 : โครงการจัดหาวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับบริการประชากรในประเทศไทย จำนวน 60,000,000 โดส (AstraZeneca) ปี พ.ศ. 2565 (AstraZeneca)

จำนวนเงิน	9,599,173,815.31
รวมทั้งสิ้น	9,644,220,154.91

#### หมายเหตุ 20 รายได้จากการขายสินค้าและบริการ

	2566	2565
รายได้ค่าขายสินค้า	4,235.61	3,300.00
รายได้ค่าบริการ - ค่ารักษาพยาบาล	585,138,691.68	675,936,442.04
รายได้ค่าธรรมเนียมการศึกษา	-	-
รายได้ค่าบริการอื่น	281,391,019.84	1,610,550,932.90
<b>รวม รายได้จากการขายสินค้าและบริการ</b>	<b>866,533,947.13</b>	<b>2,286,490,674.94</b>

#### หมายเหตุ 21 รายได้จากการอุดหนุนและบริการ

	2566	2565
รายได้จากการช่วยเหลือเพื่อการดำเนินงานจากหน่วยงานภาครัฐ	142,504,204.65	298,164,416.35
รายได้จากการช่วยเหลือเพื่อการดำเนินงานจากแหล่งอื่น	935,300,074.68	801,264,054.79
รายได้จากการช่วยเหลือเพื่อการลงทุน		1.00
รายได้จากการบริจาค	884,032,559.96	17,884,271.99
<b>รวม รายได้จากการอุดหนุนและบริการ</b>	<b>1,961,836,839.29</b>	<b>1,117,312,744.13</b>

#### หมายเหตุ 22 รายได้อื่น

	2566	2565
รายได้ดอกเบี้ยเงินฝากจากสถาบันการเงิน	4,881,335.68	2,811,146.27
รายได้เงินนอกงบประมาณ	11,498,945.24	3,946,924.97
รายได้อื่น	5,181,346.06	10,283,879.36
<b>รวม รายได้อื่น</b>	<b>21,561,626.98</b>	<b>17,041,950.60</b>



### หมายเหตุ 25 ค่าตอบแทน

	2566	2565
ค่าตอบแทนเฉพาะงาน	61,065,069.16	79,647,523.12
ค่าตอบแทนตามตำแหน่ง	97,173.00	-
ค่าตอบแทนอื่น	131,300.00	30,000.00
<b>รวม ค่าตอบแทน</b>	<b>61,293,542.16</b>	<b>79,677,523.12</b>

### หมายเหตุ 26 ค่าใช้สอย

	2566	2565
ค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม	193,092,256.26	125,101,412.44
ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง	78,948,470.37	64,889,505.80
ค่าซ่อมแซมและบำรุงรักษา	63,052,174.29	53,684,114.50
ค่าจ้างเหมาบริการ	419,655,985.02	1,195,495,688.14
ค่าธรรมเนียม	1,788,500.79	1,688,222.72
ค่าจ้างที่ปรึกษา	1,082,200.00	2,615,500.00
ค่าใช้จ่ายในการประชุม	63,450,067.88	49,657,390.86
ค่าเช่า	28,278,779.82	30,242,493.07
ค่าวิจัยและพัฒนา		
ค่าใช้จ่ายผลักส่งเป็นรายได้แผ่นดิน	2,855,814.72	4,117,105.90
ค่าประชาสัมพันธ์	58,123,798.66	65,475,606.33
ค่าใช้สอยอื่น	16,898,487.98	28,652,259.10
<b>รวม ค่าใช้สอย</b>	<b>927,226,535.79</b>	<b>1,621,619,298.86</b>

### หมายเหตุ 27 ค่าวัสดุ

	2566	2565
ค่าวัสดุ	564,391,674.38	1,198,634,698.41
ค่าเชื้อเพลิง	7,739,132.29	7,910,582.29
ค่าครุภัณฑ์มูลค่าต่ำกว่าเกณฑ์	16,054,185.18	23,302,993.04
<b>รวม ค่าวัสดุ</b>	<b>588,184,991.85</b>	<b>1,229,848,273.74</b>

## หมายเหตุ 28 ค่าสาธารณูปโภค

	2566	2565
ค่าไฟฟ้า	118,510,702.68	97,596,671.69
ค่าประปา	12,768,138.77	14,465,050.43
ค่าโทรศัพท์	4,598,609.48	4,824,390.78
ค่าบริการสื่อสารและโทรคมนาคม	11,538,247.33	11,025,454.87
<b>รวม ค่าสาธารณูปโภค</b>	<b>147,415,698.26</b>	<b>127,911,567.77</b>

## หมายเหตุ 29 ค่าเสื่อมราคาและค่าตัดจำหน่าย

	2566	2565
อาคารและสิ่งปลูกสร้าง	144,948,162.35	114,993,804.35
ครุภัณฑ์	327,530,734.48	262,906,890.76
สินทรัพย์ไม่มีตัวตน	77,282,569.62	31,270,795.23
<b>รวม ค่าเสื่อมราคาและค่าตัดจำหน่าย</b>	<b>549,761,466.45</b>	<b>409,171,490.34</b>

## หมายเหตุ 30 ค่าใช้จ่ายจากการอุดหนุนและบริจาค

	2566	2565
ค่าใช้จ่ายอุดหนุน - หน่วยงานภาครัฐ	70,365,647.00	34,509,871.47
ค่าใช้จ่ายอุดหนุนเพื่อการดำเนินงาน - ภาคครัวเรือน	133,475,813.26	136,320,314.95
ค่าใช้จ่ายอุดหนุนเพื่อการดำเนินงาน - องค์กรไม่หวังผลกำไร	625,368,823.15	406,419,710.58
ค่าใช้จ่ายอุดหนุนเพื่อการดำเนินงานอื่น	76,486,485.86	88,282,277.02
<b>รวม ค่าใช้จ่ายจากการอุดหนุนและบริจาค</b>	<b>905,696,769.27</b>	<b>665,532,174.02</b>

## หมายเหตุ 31 ค่าใช้จ่ายอื่น

	2566	2565
กำไร/ ขาดทุนสุทธิจากการจำหน่ายสินทรัพย์	22,737,204.91	60,377,801.35
หนี้สงสัยจะสูญ	1,160,333.30	11,548,963.35
ค่าใช้จ่ายอื่น	11,145,228.47	20,643,954.36
<b>รวม ค่าใช้จ่ายอื่น</b>	<b>35,042,766.68</b>	<b>92,570,719.06</b>

## หมายเหตุ 32 หนี้สินที่อาจจะเกิดขึ้น

สถานการณ์ดำเนินคดีตามกฎหมาย

1. กรมควบคุมโรคถูก บริษัท นำวิวัฒน์การช่าง (1992) จำกัด ฐานผิดสัญญาและฐานละเมิดเรียกค่าสินคำ (กรณีเครื่องนี้) คดีหมายเลขดำที่ พ 635/2564 คดีหมายเลขแดงที่ พ 93/2565 ทุนทรัพย์ 2,461,400 บาท ศาลอุทธรณ์มีคำพิพากษา เมื่อวันที่ 5 เมษายน 2565 ให้จำเลยที่ 2 (กรมควบคุมโรค) ชำระเงินแก่โจทก์ โดยกองกฎหมายได้ยื่นฎีกาพร้อมค่าธรรมเนียมแล้ว เมื่อวันที่ 18 มิถุนายน 2565
2. กรมควบคุมโรคถูก บจก.โพว์ ทรีส์ ที่ 1 นายบัณฑิต เต็มสมบัติบวร ที่ 2 ฐานผิดสัญญาเรียกหรือติดตามเงิน หรือทรัพย์สินคืน คดีหมายเลขดำที่ WE403/2565 ทุนทรัพย์ 17,055,000 บาท
3. กรมควบคุมโรคถูก บริษัท ทิพย์ประกันภัย จำกัด (มหาชน) ฐานละเมิด ประกันภัยรับช่วงสิทธิ เรียกค่าเสียหาย ศาลนัดสืบพยานในวันที่ 17 ม.ค. 2567 เวลา 13.30 น. คดีหมายเลขดำที่ มE552/2566 ทุนทรัพย์ 90,768 บาท
4. กรมควบคุมโรคถูก บริษัท ซูวีนาวัว จำกัด ฟ้องเพิกถอนกฎหรือคำสั่งทางปกครอง คดีหมายเลขดำที่ 361/2565 ทุนทรัพย์ 3,823,268 บาท



**กรมควบคุมโรค**  
**รายงานรายได้แผ่นดิน**  
**สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ 30 กันยายน 2566**

หมายเหตุ	2566	(หน่วย : บาท) 2565
<b>รายได้แผ่นดินที่จัดเก็บ</b>		
รายได้แผ่นดิน - ภาษี	3,900.00	5,800.00
รายได้แผ่นดิน - นอกจากภาษี	51,327,405.81	44,547,862.30
<b>รวมรายได้แผ่นดินที่จัดเก็บ</b>	<b>51,331,305.81</b>	<b>44,553,662.30</b>
หัก รายได้แผ่นดินถอนคืนจากคลัง		-
รายได้แผ่นดินจัดสรรตามกฎหมาย	-	-
<b>รายได้แผ่นดินจัดเก็บสุทธิ</b>	<b>51,331,305.81</b>	<b>44,553,662.30</b>
รายได้แผ่นดินนำส่งคลัง	51,323,081.10	44,583,484.05
<b>รายได้แผ่นดินรอนำส่งคลัง</b>	<b>8,224.71</b>	<b>(29,821.75)</b>
ปรับ รายได้แผ่นดินรอนำส่งคลัง	(1,506.66)	
<b>รายการรายได้แผ่นดินสุทธิ</b>	<b>6,718.05</b>	<b>(29,821.75)</b>
<b>รายได้แผ่นดิน - นอกภาษี</b>		
	2566	2565
รายได้จากการขายสินค้าและบริการ	24,908,908.89	21,046,202.43
รายได้ดอกเบี้ยและเงินปันผล	272,568.16	301,644.29
รายได้อื่น	26,145,928.76	23,200,015.58
<b>รวม รายได้แผ่นดิน - นอกภาษี</b>	<b>51,327,405.81</b>	<b>44,547,862.30</b>

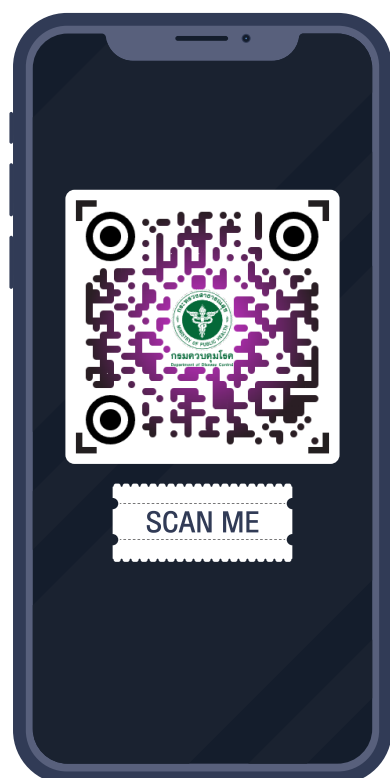




# การค้นพบ



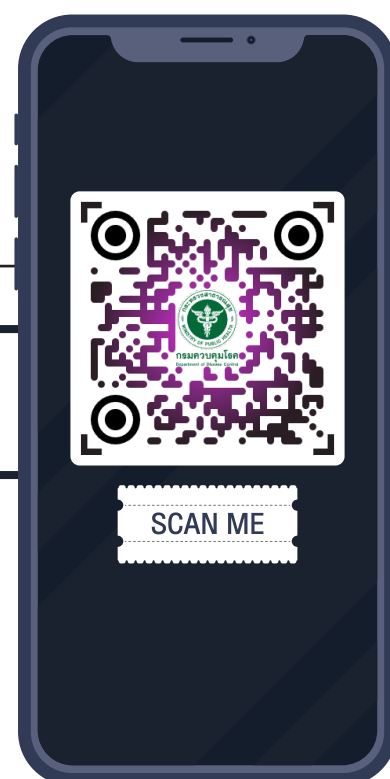
## ภาคผนวก ก.



รายงานผลสัมฤทธิ์ดำเนินงานตามตัวชี้วัด  
ที่สำคัญในการป้องกัน ควบคุมโรค และภัยสุขภาพ  
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

## ภาคผนวก ข.

ผลงานเด่นอื่น ๆ





ขอบคุณสำหรับข้อมูลและภาพถ่าย  
“หน่วยงานในสังกัดกรมควบคุมโรค”







กรมควบคุมโรค  
Department of Disease Control



Ebook and Download



# ANNUAL REPORT รายงานประจำปี 2 5 6 6

