



กรมควบคุมโรค
DEPARTMENT OF DISEASE CONTROL

รายงานประจำปี ๒๕๖๐

ANNUAL REPORT 2017



กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

Department of Disease Control, Ministry of Public Health

ISBN : 978-616-11-3630-7

รายงานประจำปี ๒๕๖๐

ANNUAL REPORT 2017

รายงานประจำปี กรมควบคุมโรค ๒๕๖๐ (Annual Report 2017)

บรรณาธิการ:

นางสาวพรทิพย์ ศิริภานุมาศ

ผู้อำนวยการกองแผนงาน

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นางจันทิศจี กอบกุลธร

นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ

นางสาวฉันทนา เจนสุขเสรี

นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ

นางสาวประไพพรรณ แผงชัยภูมิ

นักวิเคราะห์นโยบายและแผน

Website : <http://plan.ddc.moph.go.th>

จัดทำโดย : กลุ่มติดตามและประเมินผล กองแผนงาน กรมควบคุมโรค

ISBN : ๙๗๘-๖๑๖-๑๑-๓๖๓๐-๗

จัดพิมพ์โดย : กองแผนงาน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

พิมพ์ที่ : สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนดี้ดีไซน์

จำนวนพิมพ์ : ๑๒๐ เล่ม

ปีที่พิมพ์ : ๒๕๖๑



คำนำ

รายงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ ฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อใช้สื่อสารผลการดำเนินงานของกรมควบคุมโรค แก่หน่วยงาน ภาครัฐ ภาคประชาชน และภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนและสาธารณชนได้รับทราบในฐานะที่กรมฯ เป็นองค์กรหลักในการกำหนด และพัฒนานโยบาย กฎหมาย มาตรการ และคุณภาพมาตรฐาน การดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพ ของประชาชน ตลอดระยะเวลา ๑ ปีที่ผ่านมากรมควบคุมโรค ได้มีการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์ (Strategic Management) โดยผลักดัน ๖ ยุทธศาสตร์ขับเคลื่อนตามทิศทางการพัฒนา และการปฏิรูปประเทศที่มีความเชื่อมโยงไปกับยุทธศาสตร์ชาติ แผนพัฒนา สุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ และยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้นโยบายสำคัญบรรลุเป้าหมาย และยกระดับระบบ การทำงานป้องกันควบคุมโรคให้มีความเป็นมืออาชีพ เป็นกรมอัจฉริยะ (Smart Department) ยิ่งขึ้น

เนื้อหาของรายงานประจำปีฯ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป การเงิน ผลผลิตตามเอกสารงบประมาณ และผลการดำเนินงาน การลดโรคและภัยสุขภาพ และผลการปฏิบัติราชการตามแผนปฏิบัติราชการ ทั้งนี้ ภาพรวมมีผลการดำเนินงานบรรลุตามเป้าหมาย เป็นที่ยอมรับและได้รับการตอบสนองจากทั้งภายในและภายนอกประเทศอย่างกว้างขวาง ด้วยความร่วมมือของผู้บริหาร ผู้ทรงคุณวุฒิฯ เจ้าหน้าที่กรมควบคุมโรค และภาคีเครือข่ายป้องกันควบคุมโรคที่ดำเนินงานป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ส่งผลให้ประชาชน สุขภาพดี (ลดป่วย ลดตาย) และการควบคุมโรคที่เข้มแข็ง

คณะผู้จัดทำรายงานประจำปีฯ หวังเป็นอย่างยิ่งว่ารายงานประจำปีฉบับนี้ จะเป็นภาพสะท้อนของการทำงานด้วยความมุ่งมั่น เสียสละ พุ่งเทแรงกาย แรงใจในการปฏิบัติงานอย่างเต็มความสามารถในรอบปีที่ผ่านมา และเป็นข้อมูลที่จะนำไปปรับปรุงการทำงาน ให้มีประสิทธิภาพ และเกิดประสิทธิผล บรรลุเป้าหมายตามระยะการพัฒนาของแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี ด้านการป้องกัน ควบคุมโรค และภัยสุขภาพ (พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๗๙)

กรมควบคุมโรค

มกราคม ๒๕๖๑

สารบัญ

คำนำ	ค
ประวัติและพัฒนาการ ๔๓ ปี กรมควบคุมโรค	ด
คณะผู้บริหารกรมควบคุมโรค	๔
ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป	๑๑
๑. กฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการ กรมควบคุมโรค	๑๑
๒. ทิศทางและกลไกการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์กรมควบคุมโรค ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐	๑๒
๓. วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม ยุทธศาสตร์ กรมควบคุมโรค	๑๓
๔. โครงสร้างกรมควบคุมโรค	๑๖
๕. อัตรากำลัง	๑๗
ส่วนที่ ๒ รายงานด้านการเงิน	๑๙
๑. งบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐	๑๙
๒. ร้อยละอัตราการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายภาพรวม	๒๑
ส่วนที่ ๓ ผลการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐	๓๕
๑. ยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี ด้านการป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๗๙	๓๕
๒. ผลงานที่กรมควบคุมโรคได้รับรางวัล	๔๔
๓. ผลการดำเนินงานตามเป้าหมายการลดโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของแผนงานควบคุมโรค กรมควบคุมโรค ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐	๔๖
๓.๑ แผนควบคุมโรคภายใต้ Cluster CD	๔๖
๑. แผนงานควบคุมโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน	๔๖
๒. แผนงานควบคุมโรคติดต่อทางอาหารและน้ำ	๕๓
๓. แผนงานควบคุมโรคติดต่อจากสัตว์และคน	๕๔
๓.๑ แผนงานโรคพิษสุนัขบ้า	๕๔
๓.๒ แผนงานโรคเลปโตสไปโรซิส	๕๕
๔. แผนงานควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่	๕๘
๔.๑ แผนงานโรคติดต่ออุบัติใหม่	๕๘
๔.๒ แผนงานโรคไข้หวัดใหญ่	๖๐
๔.๓ แผนงานป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปาก	๖๓

๕. แผนงานควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลง	๖๔
๕.๑ แผนงานกำจัดโรคมาลาเรีย	๖๔
๕.๒ แผนงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก	๖๖
๕.๓ แผนงานโรคเท้าช้าง	๖๘
๕.๔ แผนงานโรคพิษสุนัขบ้า	๖๙
๖. แผนงานควบคุมโรคติดต่อในโรงพยาบาล	๗๐
๗. แผนงานควบคุมโรคหนองพวย	๗๑
๗.๑ แผนงานโรคหนองพวยตามโครงการพระราชดำริสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา สยามบรมราชกุมารี ปี ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔	๗๑
๗.๒ แผนงานโรคพวยไบบี๋และมะเร็งท่อน้ำดี	๗๔
๓.๒ แผนควบคุมโรคภายใต้ Cluster SALT	๗๖
๑. แผนงานการดำเนินงานด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	๗๖
๒. โครงการป้องกันและควบคุมโรคตับอักเสบบีจากไวรัส	๘๒
๓. แผนงานควบคุมโรคเรื้อรัง	๘๓
๔. แผนงานควบคุมวัณโรค	๘๗
๓.๓ แผนควบคุมโรคภายใต้ Cluster NATI	๙๐
๑. แผนงานควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	๙๐
๒. แผนงานควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	๙๔
๓. แผนงานควบคุมการบริโภคยาสูบ	๙๗
๔. แผนงานควบคุมการบาดเจ็บ	๑๐๒
๔.๑ แผนงานป้องกันการบาดเจ็บจากการจราจร	๑๐๒
๔.๒ แผนงานป้องกันการบาดเจ็บจากสาเหตุอื่นๆ	๑๐๗
๓.๔ แผนควบคุมโรคภายใต้ Cluster Env-Occ	๑๑๒
๑. แผนงานควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพ	๑๑๒
๑.๑ แผนงานควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพกลุ่มแรงงานนอกระบบ/ภาคเกษตรกรรม	๑๑๒
๑.๒ แผนงานควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพภาคอุตสาหกรรม (กลุ่มวัยทำงาน)	๑๑๕
๒. แผนงานยุทธศาสตร์บริหารจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม	๑๑๗
๓.๕ แผนงานภายใต้ระบบควบคุมโรค	๑๒๐
๑. แผนงานระบบงานระบาดวิทยา	๑๒๑
๒. แผนงานป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง	๑๒๒
๓. แผนงานยุทธศาสตร์การพัฒนาเศรษฐกิจดิจิทัล	๑๒๖
๔. โครงการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ และภัยสุขภาพที่เชื่อมโยงใน ระดับภูมิภาค	๑๒๘
๔.๑ โครงการพัฒนาสมรรถนะช่องทางเข้าออกประเทศตามกฎหมายระหว่างประเทศ พ.ศ.๒๕๕๘ (IHR 2005)	๑๒๘
๔.๒ โครงการพัฒนาเครือข่ายในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ระหว่างจังหวัดชายแดน และจังหวัดคู่ขนานประเทศเพื่อนบ้าน (Twin Cities)	๑๒๙

ส่วนที่ ๔ แผนงานยุทธศาสตร์พัฒนาพื้นที่เศรษฐกิจพิเศษ	๑๓๓
ส่วนที่ ๕ แผนงานส่งเสริมการวิจัยและพัฒนา	๑๓๗
ส่วนที่ ๖ แผนงานยุทธศาสตร์ป้องกันปราบปรามการทุจริตและประพฤติมิชอบ	๑๔๑
ส่วนที่ ๗ ผลการปฏิบัติราชการตามแผนปฏิบัติการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐	๑๔๓
๑ ผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ กรมควบคุมโรค ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐	๑๔๓
๒ ผลการปฏิบัติราชการตามแผนปฏิบัติการและการใช้จ่ายงบประมาณ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐	๑๔๙
๓ ผลการปฏิบัติราชการตามแผนยุทธศาสตร์ กรมควบคุมโรค ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐	๑๕๕
๓.๑ ยุทธศาสตร์ที่ ๑ สร้างความร่วมมือและสนับสนุนภาคีเครือข่ายภายในประเทศและนานาชาติ	๑๕๗
๓.๒ ยุทธศาสตร์ที่ ๒ การพัฒนานวัตกรรม มาตรการ มาตรฐานและวิชาการ การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ	๑๕๘
๓.๓ ยุทธศาสตร์ที่ ๓ พัฒนาระบบการนำด้านนโยบาย ยุทธศาสตร์และกฎหมายในการ เฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่เป็นหลักของประเทศ	๑๖๒
๓.๔ ยุทธศาสตร์ที่ ๔ พัฒนาการสื่อสารความเสี่ยงและประชาสัมพันธ์เพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ	๑๖๘
๓.๕ ยุทธศาสตร์ที่ ๕ เตรียมความพร้อมและการจัดการในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพตามมาตรฐานสากล	๑๗๑
๓.๖ ยุทธศาสตร์ที่ ๖ บริหารจัดการองค์การแนวใหม่	๑๗๘
ส่วนที่ ๘ การพัฒนาความเข้มแข็งของแผนงานควบคุมโรค	๑๘๓
ส่วนที่ ๙ ภาคผนวก	๑๘๗
๑ รายนามผู้เรียบเรียง	๑๘๘
๒ กิตติกรรมประกาศ	๑๙๐

ประวัติและพัฒนากกรมควบคุมโรค ๔๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๐)

รัชกาลที่ ๕

เมื่อวันที่ ๒๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๔๓๑ ในรัชสมัยของพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวทรงตั้ง “กรมการพยาบาล” ขึ้นเพื่อให้ควบคุมดูแลกิจการของศิริราชพยาบาลสืบแทนคณะกรรมการสร้างโรงพยาบาลวังหน้าซึ่งพ้นหน้าที่ไป โดยมีหน้าที่จัดการศึกษาวิชาแพทย์ ควบคุมโรงพยาบาลอื่นๆ และจัดการปลูกฝีเป็นทานแก่ประชาชน ต่อมากรมพยาบาลย้ายมาสังกัดในกระทรวงธรรมการ เริ่มมีแพทย์ประจำเมืองขึ้น ในบางแห่งมีการผลิตยาตำราหลวงและการดูแลโรคระบาดเป็นหน้าที่ของกองแพทย์ กรมพยาบาล กระทรวงธรรมการในปี พ.ศ. ๒๔๔๔ จึงได้จัดตั้ง “กองแพทย์ป้องกันโรค” ขึ้นเพื่อออกทำงานป้องกันโรคระบาด เช่น อหิวาตกโรค และทำการปลูกฝีป้องกันโรคให้ทรัพย์สินให้แก่ประชาชนตามหัวเมือง แต่ในปี พ.ศ. ๒๔๔๘ พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้ยุบกรมพยาบาลและตำแหน่งอธิบดี

รัชกาลที่ ๖

ในปี ๒๔๕๑ กระทรวงมหาดไทยได้ขอโอนกองแพทย์ป้องกันโรคและแพทย์ประจำเมืองมาอยู่ในบังคับบัญชาของกระทรวงมหาดไทย พระยามหาอำมาตยาธิบดี (เส็ง วิริยศิริ) ได้เดินทางไปประเทศฟิลิปปินส์ และเห็นการรักษา พยาบาล ป้องกันโรค ตลอดจนวิธีปลูกฝี จึงนำกราบบังคมทูลพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว เสนอความเห็นว่าจะควรริบวางแนวทางการป้องกันโรคสำคัญ ๔ อย่าง คือ โรคฝีดาษ อหิวาตกโรค กาฬโรค และไข้พิษ กรมมหาดไทยจึงได้ขอพระบรมราชานุญาตตั้งกรมพยาบาลขึ้นมาใหม่ โดยรวบรวมงานของกองแพทย์ป้องกันโรคเดิม และงานสุขาภิบาลตามหัวเมืองรวมเข้าเป็น “แผนกป้องกันโรคระบาด” สังกัดกรมพยาบาลกระทรวงมหาดไทย เจ้ากรมพยาบาลคนแรกคือ พระยาอมรฤทธิธำรง (ฉี บุนนาค) ในปี พ.ศ. ๒๔๕๙ ได้เปลี่ยนชื่อกรมพยาบาลเป็น “กรมประชาภิบาล” ต่อมามีการก่อตั้งกรมสาธารณสุขขึ้น โดยรวมงานด้านการแพทย์และการสุขาภิบาลที่เคยแยกกันอยู่ให้มารวมอยู่ในหน่วยงานเดียวกัน เปลี่ยนกรมประชาภิบาลเป็น “กรมสาธารณสุข” และทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้พระเจ้าวรวงศ์เธอกรมหมื่นชินนาทนเรนทร อธิบดีกรมมหาวินิจฉัยเป็น “อธิบดีกรมสาธารณสุขคนแรก” เมื่อวันที่ ๒๗ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๔๖๑ กรมสาธารณสุขอยู่ในสังกัดกระทรวงมหาดไทย

พ.ศ. ๒๔๖๙ กรมสาธารณสุขได้ปรับปรุงแบ่งส่วนบริหารราชการใหม่เป็น ๑๓ กอง โดยให้ “กองสุขภาพ” รับผิดชอบงานควบคุมและป้องกันโรคติดต่อทั่วพระราชอาณาเขต และให้ “กองแพทย์สุขาภิบาลแห่งพระนคร” รับผิดชอบงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในเขตพระนคร จนถึง พ.ศ. ๒๔๗๒ จึงได้ตั้ง “กองโรคติดต่อ” มีหน้าที่ควบคุมและป้องกันโรคติดต่อ สังกัดกรมสาธารณสุข

รัชกาลที่ ๘

หลังจากมีการเปลี่ยนแปลงระบบการปกครอง ในปี พ.ศ. ๒๔๗๕ ได้มีการปรับปรุงส่วนราชการหลายครั้งจนถึง พ.ศ. ๒๔๘๑ กรมสาธารณสุขจัดตั้ง “กองแพทย์สังคม” ซึ่งประกอบด้วย “แผนกเฉพาะโรค” เช่น แผนกโรคเรื้อน (พระประแดง) แผนกบำบัดกามโรค (สุศาลาบางรัก) ฯลฯ และ “แผนกโรคติดต่อ” เช่น อหิวาตกโรค กาฬโรค ไข้ทรพิษ ไข้กาฬหลังแอ่น ไข้เหลือง ฯลฯ สำหรับงานควบคุมโรคติดต่อในเขตพระนครให้สังกัดกองแพทย์พระนคร จนถึง พ.ศ. ๒๔๘๕ ได้มีการรวมกิจการแพทย์และสาธารณสุขให้อยู่ภายใต้การควบคุมของหน่วยงานเดียว จึงมีประกาศพระราชกฤษฎีกาสถาปนากกรมสาธารณสุขให้เป็น “กระทรวงการสาธารณสุข”

วันที่ ๑๔ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๕ ได้มีประกาศกฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการอีกครั้งได้เปลี่ยนชื่อ “กระทรวงสาธารณสุข” เป็น “กระทรวงสาธารณสุข” และเปลี่ยนชื่อกรมสาธารณสุขเป็น “กรมอนามัย” โอนกิจการของโรงพยาบาลเฉพาะโรค ได้แก่ โรงพยาบาลวัณโรค โรงพยาบาลพระประแดง โรงพยาบาลโรคติดต่อพญาไท และนิคมโรคเรื้อน กลับไปสังกัดกรมอนามัย โดยได้มีการยกฐานะของหน่วยงานเฉพาะโรค ให้มีฐานะเป็นกอง คือปรับปรุงสถานตรวจโรคปอดยศเส ขึ้นเป็น “กองควบคุมวัณโรค” จัดตั้ง “กองควบคุมโรคเรื้อน” ขึ้นโดยรวมโรงพยาบาลโรคเรื้อนพระประแดง โรงพยาบาลโรคเรื้อนภาคอีสาน และนิคมโรคเรื้อนไว้ในสังกัด ปรับปรุงและขยายงานควบคุมไข้มาลาเรียและโรคเท้าช้างตั้งขึ้นเป็น “กองควบคุมมาลาเรียและโรคเท้าช้าง” ขยายงานและรวมงานควบคุมโรคคุดทะราดมารวมอยู่กับกองควบคุมกามโรคและตั้งขึ้นเป็น “กองควบคุมกามโรคและคุดทะราด” ในปี พ.ศ. ๒๕๐๑ - ๒๕๐๒ เกิดโรคระบาดรุนแรงในพระนคร โรงพยาบาลโรคติดต่อดินแดงมีพื้นที่คับแคบฯพณฯ จอมพล สฤษดิ์ ธนะรัชต์ นายกรัฐมนตรีได้มอบหมายให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (พระบาราศนราดรุ) ย้ายสถานที่และกิจการไปอยู่นอกพระนครที่ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ใช้ชื่อว่า “โรงพยาบาลบาราศนราดรุ” (ปัจจุบันคือ สถาบันบาราศนราดรุ)

ต่อมาพระบาราศนราดรุได้เสนอต่อนายกรัฐมนตรีขอเปลี่ยนวันสถาปนากระทรวงสาธารณสุขให้เป็นวันที่ ๒๗ พฤศจิกายน ซึ่งเป็นวันสถาปนากรมสาธารณสุขในสมัยที่สังกัดกระทรวงมหาดไทย วันสถาปนากระทรวงสาธารณสุขจึงได้เปลี่ยนจากวันที่ ๑๐ มีนาคมเป็นวันที่ ๒๗ พฤศจิกายน ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๐๙ เป็นต้นมา

กรมควบคุมโรคติดต่อ

วันที่ ๒๙ กันยายน ๒๕๑๕ มีประกาศคณะปฏิวัติรวมกรมการแพทย์และกรมอนามัยเข้าด้วยกัน ต่อมาหลังจากที่รัฐบาลชุดปฏิวัติต้องลาออก เพราะกรณีเหตุการณ์วันที่ ๑๔ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๑๖ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (ศาสตราจารย์ นายแพทย์อุดม โปษกฤษณะ) ได้แต่งตั้งคณะกรรมการปรับปรุงโครงสร้าง ดังนั้นในวันที่ ๓ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๑๗ จึงได้มีประกาศกฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๑๗ โดย แยกกรมการแพทย์และกรมอนามัยออกจากกัน และรวมหน่วยงานควบคุมโรคติดต่อเข้าด้วยกัน จัดตั้งขึ้นเป็น “กรมควบคุมโรคติดต่อ” ประกอบด้วยหน่วยงานระดับกอง ๑๒ หน่วยงานคือ

- ๑) สำนักงานเลขานุการกรม
- ๒) กองคลัง
- ๓) กองการเจ้าหน้าที่
- ๔) กองมาลาเรีย
- ๕) กองโรคเท้าช้าง
- ๖) กองโรคติดต่อทั่วไป
- ๗) กองวัณโรค มีสถานที่ตั้งอยู่ในสถานตรวจโรคปอดยศเส
- ๘) กองกามโรค อยู่ในสถานกามโรคบางรัก
- ๙) กองโรคเรื้อน มีสถานที่ตั้งอยู่ในบริเวณวัดมกุฏกษัตริยาราม กทม.
- ๑๐) โรงพยาบาลบาราศนราดรุ
- ๑๑) โรงพยาบาลโรคทร้องอก
- ๑๒) โรงพยาบาลพระประแดง (แยกจากกองโรคเรื้อน)

ปี พ.ศ. ๒๕๒๗ - ๒๕๓๐ กรมควบคุมโรคติดต่อริเริ่มการกระจายอำนาจและพัฒนาโครงสร้างในส่วนภูมิภาคระดับเขต โดยอธิบดีสมัยนั้น (นายแพทย์วินิจ อัสวเสนา) ได้จัดตั้งศูนย์ประสานงานทางวิชาการ (ศวต.) เพิ่มขึ้นเป็นการภายในรวม ๑๐ แห่ง ได้แก่ ศูนย์ประสานงานทางวิชาการกรม (อยู่ส่วนกลาง) และศูนย์ประสานงานทางวิชาการเขต ๑ - ๙ และเพิ่มศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ในส่วนกลาง อันเนื่องมาจากโรคเอดส์ระบาดแพร่เข้ามาในประเทศไทย เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๒๓ และมีแนวโน้มสูงขึ้น ต่อมาได้ขยายจำนวนศูนย์ประสานงานทางวิชาการในระดับเขตเพิ่มขึ้น ๓ แห่ง ให้เหมาะสมกับปัญหาและเขตปฏิบัติการรวมเป็น ๑๒ ศูนย์ประสานงานทางวิชาการเขตและเพิ่มศูนย์ควบคุมพาหะนำโรคเป็นการภายในอีก ๑ แห่ง

วันที่ ๑ เมษายน พ.ศ. ๒๕๓๑ กรมควบคุมโรคติดต่อ จึงได้มีคำสั่งยกฐานะศูนย์ประสานงานทางวิชาการเขต โดยมีฐานะเทียบเท่ากองวิชาการสังกัดกรมโดยตรงโดยใช้ชื่อว่า “สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต (สคต.) ๑ - ๑๒” และยุบรวมหน่วยงานระดับศูนย์วิชาการเขตต่างๆ (ยกเว้นศูนย์มาลาเรีย) ที่เดิมสังกัดกองวิชาการส่วนกลาง ไปสังกัดสำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต

ปี พ.ศ. ๒๕๔๕ ได้มีประกาศใช้พระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ ๕) พ.ศ. ๒๕๔๕ ปรับปรุงระบบข้าราชการ ให้ส่วนราชการสามารถทำงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพและลดภาระค่าใช้จ่ายในส่วนงานที่ซ้ำซ้อนกัน กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ออกกฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการเป็น “กรมควบคุมโรค” ประกอบด้วย ๒๔ หน่วยงาน เปลี่ยนชื่อโรงพยาบาล ๒ แห่งเป็นสถาบันบำราศนราดูร และสถาบันราชประชาสมาสัย (โดยยุบรวมกองโรคเรื้อรัง และโรงพยาบาลพระประแดงเข้าด้วยกัน) โอนย้ายโรงพยาบาลโรคทรนออกไปสังกัดกรมการแพทย์ ยกกระตบกองเป็นสำนัก รับบทยาพาทเพิ่มด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ และโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม เพิ่ม ๔ หน่วยงาน ได้แก่ สำนักโรคไม่ติดต่อ สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม และรับโอนกองระบาดวิทยาจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมาสังกัดกรมควบคุมโรคและยกกระตบเป็นสำนักระบาดวิทยา เพิ่มกองแผนงาน เปลี่ยนชื่อหน่วยงานในพื้นที่ระดับเขตเป็น “สำนักงานป้องกันควบคุมโรค” (สคร.) ที่ ๑ - ๑๒ และภายหลังได้มีการจัดตั้งหน่วยงานขึ้นเป็นการภายในเพิ่มเติมอีกหลายหน่วยงาน เช่น สำนักจัดการความรู้ สำนักควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ

ปี ๒๕๕๙ กรมควบคุมโรคมีหน่วยงานที่ปรากฏตามกฎกระทรวง ๒๗ หน่วยงาน และที่จัดตั้งขึ้นเป็นการภายใน ๑๖ หน่วยงาน รวมเป็น ๔๓ หน่วยงาน โดย นายแพทย์อานวย กาจิณะ อธิบดีกรมควบคุมโรค คนที่ ๗ เห็นว่า ด้วยสถานการณ์ที่เปลี่ยนไป จึงได้มีการปรับปรุงโครงสร้างหน่วยงานเป็นการภายใน ก่อตั้งหน่วยงานใหม่ ๔ หน่วยงาน ได้แก่

- ๑) สถาบันวิจัย จัดการความรู้และ มาตรฐานการควบคุมโรค
- ๒) สถาบันเวชศาสตร์ป้องกันศึกษา
- ๓) สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง
- ๔) กองโรคป้องกันด้วยวัคซีน

ด้วยที่ผ่านมา กรมควบคุมโรคยังขาดหน่วยงานที่ดูแลงานวิจัยอย่างเป็นระบบ รวมทั้งการดำเนินงานวิจัยขนาดใหญ่ “สถาบันวิจัย จัดการความรู้ และมาตรฐานการควบคุมโรค” จึงถูกก่อตั้งขึ้นมา โดยปรับโครงสร้างมาจากสำนักจัดการความรู้ เพื่อบูรณาการงานวิจัยที่นำผลการศึกษาไปใช้ในการพัฒนานโยบาย พัฒนางานวิจัยเชิงระบบ หรือเพื่อการประเมินมาตรการต่างๆ ด้านการป้องกันควบคุมโรคที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (Health Technology Assessment: HTA) ว่าก่อให้เกิดประสิทธิผลและมีความคุ้มค่าในเชิงเศรษฐกิจหรือไม่

“สถาบันเวชศาสตร์ป้องกันศึกษา” เป็นหน่วยงานภายใต้การกำกับของอธิบดีกรมควบคุมโรค มุ่งเน้นภารกิจในการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ป้องกันในระยะแรกจะเป็นหลักสูตรเวชศาสตร์การเดินทางและท่องเที่ยว จากนั้นจะขยายไปสู่หลักสูตรอื่นแขนงอื่น รวมถึงจะผลักดันให้ก้าวสู่การเป็นศูนย์ความเป็นเลิศในระดับภูมิภาคอาเซียน และเอเชียแปซิฟิกต่อไป

ด้วยความทันสมัยของโลกปัจจุบัน ได้ขยายขอบเขตเมืองออกไปอย่างกว้างขวางทั้งรูปแบบและวิถีชีวิตคนเมืองมีความเสี่ยงต่อโรคและภัยสุขภาพมากยิ่งขึ้นกว่าในอดีต จากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๓ กทม. จึงถูกปรับเปลี่ยนภารกิจเป็น “สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง” เพื่อจะได้มีมาตรการ แนวทางการป้องกันควบคุมโรคที่เหมาะสมและทันสถานการณ์กับชีวิตคนเมือง

“กองโรคป้องกันด้วยวัคซีน” พัฒนามาจากกลุ่มโรคติดต่อป้องกันได้ด้วยวัคซีนของสำนักโรคติดต่อทั่วไป เพื่อดำเนินงานให้เหมาะสมกับบริบทที่เปลี่ยนแปลงในยุคโลกาภิวัตน์ เช่น การนำวัคซีนใหม่ที่สำคัญและจำเป็นมาใช้โดยอาศัยข้อมูลวิชาการการขยายกลุ่มเป้าหมายประชาชนทุกกลุ่มวัยที่จะให้บริการ การเตรียมพร้อมตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข การจัดระบบการป้องกันควบคุมโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนในประชากรต่างด้าวเพื่อรองรับการเปิดประชาคมอาเซียน การดำเนินการกวาดล้างและกำจัดโรคตามพันธะสัญญานานาชาติ

วันที่ ๑๙ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๐ กรมควบคุมโรคได้ก่อตั้งเป็นปีที่ ๔๓ โดยที่กรมควบคุมโรคมีบุคลากรที่ร่วมแรงร่วมใจทำงานกันอย่างเข้มแข็ง เพื่อดูแลกับปัญหาโรคและภัยสุขภาพ ซึ่งจากสถานการณ์ปัจจุบันพบว่าการทำงานป้องกันควบคุมโรคนั้นต้องมีการพัฒนา ปรับเปลี่ยนรูปแบบการทำงานให้แตกต่างไปจากเดิม เพื่อให้เหมาะสม ทันต่อสถานการณ์โลกที่เปลี่ยนแปลงไป และต้องอาศัยการศึกษาวิจัย เพื่อหาองค์ความรู้ใหม่ พัฒนารูปแบบ สร้างนวัตกรรมและเทคโนโลยีที่ทันสมัย รวมทั้งการนำกระบวนการทางกฎหมายมาขับเคลื่อนงาน เพื่อให้การทำงานป้องกันควบคุมโรคเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์กับประชาชนสูงสุด

(ที่มา : ๔๒ ปี กรมควบคุมโรค ย้อนอดีต ความสำเร็จ และความท้าทายในอนาคต. ๒๕๕๙)

ผู้บริหารกรมควบคุมโรค



นายเจษฎา โชคดำรงสุข
อธิบดีกรมควบคุมโรค



นายภาณุมาศ ญาณเวทย์สกุล
รองอธิบดีกรมควบคุมโรค



นายอัษฎางค์ รวยอาจิณ
รองอธิบดีกรมควบคุมโรค



นายสุเทพ เพชรมาก
รองอธิบดีกรมควบคุมโรค



นายธนรักษ์ ผลิพัฒน์
รองอธิบดีกรมควบคุมโรค

นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ



นายสมบัติ แทนประเสริฐสุข
นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ



นายกฤษฎา มโหทาน
นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ



นายจิรพัฒน์ ศิริชัยสินธพ
นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ



นางศรีประพา เนตรนิยม
นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ



นางสาวปิยนิตย์ ธรรมาภรณ์พิลาศ
นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ



นางพัชรา ศิริวงศ์รังสรรค์
นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ



นายพรชัย จิระชนากุล
นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ



นายสมเกียรติ ศิริรัตนพฤษช์
นายแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิ



นางสาวเพชรวรรณ พึ่งรัมย์
นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ



นายวิโรจน์ หมั่นคติธรรม
นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ



นายวิชัย สติมัย
นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ



นางสาวจุไร วงศ์สวัสดิ์
นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ



นายวิททรัพย์ ศิรประภาศิริ
นายแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิ



นายวิศิษฐ์ ประสิทธิ์ศิริกุล
รักษาราชการ นายแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิ



นางสาวสุพัตรา ศรีวิชชากร
รักษาราชการ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ



นางสาวอังคณา เจริญวัฒนาโชคชัย
รักษาราชการ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ



นายรัชต์ วงศ์ตรังคพันธ์
รักษาราชการ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ



นายชัยรัตน์ เตชะไตรศักดิ์
รักษาราชการ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ



นายนพดล ไพบูลย์สิน
รักษาราชการ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ



นายอรรถพล ชีพสัตยากร
รักษาราชการ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ



นายอนุพงศ์ สุจริยากุล
รักษาราชการ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ



นายวิศิษฐ์ มูลศาสตร
รักษาราชการ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ



นางสาววรรณมา หาญเขาวรรกุล
รักษาราชการ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ



นางสาวพรทิพย์ ศิริภานุมาศ
รักษาราชการ นักวิชาการสาธารณสุข
ทรงคุณวุฒิ

ผู้อำนวยการกอง/ สำนัก/ สถาบัน



นางเบญจมาภรณ์ ภิญโญพรพาณิชย์
ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร



นายนิรุตติ นิธิธรรมธรา
ผู้อำนวยการกลุ่มตรวจสอบภายใน



นางสาวพิมพ์ร่ำไพ พยัคฆะนิธิ
เลขาธิการกรม



นายยุทธพงษ์ เกียรติยุทธชาติ
ผู้อำนวยการกองการเจ้าหน้าที่



นางละเอียด เอี่ยมสุวรรณ
ผู้อำนวยการกองคลัง



นางสาวพรทิพย์ ศิริภูณามาศ
ผู้อำนวยการกองแผนงาน



นางสาวจริยา แสงสัจจา
ผู้อำนวยการสถาบันสำราศนราดูล



นายอาจันต์ ชลพันธ์
รักษาการ ผู้อำนวยการสถาบันราชประชาสมาชัย



นายนิพนธ์ ชินานนท์เวช
ผู้อำนวยการสำนักงาน
คณะกรรมการควบคุมเครื่องดืมแอลกอฮอล์



นางสาวพจมาน ศิริอารยาภรณ์
รักษาการ ผู้อำนวยการสำนักโรคบาตวิทยา



นางสาวฉันทนา ผดุงทศ
ผู้อำนวยการสำนักโรคจากการประกอบอาชีพ
และสิ่งแวดล้อม



นายรุ่งเรือง กิจผาติ
ผู้อำนวยการสำนักโรคติดต่อทั่วไป



นายปรีชา เปรมปรี
ผู้อำนวยการสำนักโรคติดต่อ
นำโดยแมลง



นายดิเรก ขำแป้น
ผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ



นายสมาน พูตระกูล
ผู้อำนวยการสำนักโรคเอดส์ วัณโรค
และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์



นายนคร เปรมศรี
ผู้อำนวยการสำนักงานบริหาร
โครงการกองทุนโลก



นายวิชาญ ปาวัน
ผู้อำนวยการสำนักสื่อสารความเสี่ยง
และพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ



นางสาวรยา เหลืองอ่อน
ผู้อำนวยการสำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่



นางพลิน กมลวัธน์
ผู้อำนวยการสำนักวัณโรค



นายพรพิทักษ์ พันธุ์หล้า
ผู้อำนวยการศูนย์สารสนเทศ



นางสาวปานทิพย์ โชติเบญจมาภรณ์
ผู้อำนวยการสำนักควบคุม
การบริโภคยาสูบ



เรืออากาศเอกบุษบัน เชื้ออินทร์
ผู้อำนวยการสำนักงานความร่วมมือ
ระหว่างประเทศ



นายไพโรจน์ พรหมพันธุ์
ผู้อำนวยการสำนักงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ



นางสาวอังคณา บริสุทธิ์
ผู้อำนวยการศูนย์กฎหมาย



นายภาณุมาศ ญาณเวทย์สกุล
หัวหน้ากลุ่มคุ้มครองจริยธรรม



นางสาวชีวนันท์ เลิศพิริยสุวัฒน์
ผู้อำนวยการสถาบันวิจัย จัดการความรู้
และมาตรฐานการควบคุมโรค



นายเลวตสร นามวาท
ผู้อำนวยการสถาบันป้องกัน
ควบคุมโรคเขตเมือง



นายนพดล ไพบุลย์สิน
ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์
ป้องกันศึกษา



นายพรศักดิ์ อยู่เจริญ
ผู้อำนวยการกองโรคป้องกันด้วยวัคซีน

ผู้อำนวยการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 - 12



นายวิทยา หลิวเสรี
ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑
จังหวัดเชียงใหม่



นายศราวุธ อุตตมางคพงศ์
ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๒
จังหวัดพิษณุโลก



นายศักดิ์ชัย ไชยมหาพฤกษ์
ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๓
จังหวัดนครสวรรค์



นางนันทพร เมฆสวัสดิชัย
ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๔
จังหวัดสระบุรี



นายสุเมธ องค์กรณดี
ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๕
จังหวัดราชบุรี



นางสาวทรรษา รักษาคม
ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๖
จังหวัดชลบุรี



นางศศิธร ตั้งสวัสดิ์
ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๗
จังหวัดขอนแก่น



นางสาวรพีพรรณ เดชพิชัย
ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๘
จังหวัดอุดรธานี



นายธีรวัฒน์ วลัยเสถียร
ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๙
จังหวัดนครราชสีมา



นายदनัย เจียรกุล
ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐
จังหวัดอุบลราชธานี



นางสาวศิริลักษณ์ ไทยเจริญ
ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๑
จังหวัดนครราชสีมา



นายสุวิช ธรรมปาโล
ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๒
จังหวัดสงขลา



กฎกระทรวง แบ่งส่วนราชการ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๒

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข มีภารกิจเกี่ยวกับการพัฒนาวิชาการ เพื่อการควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพ โดยมีการศึกษา วิจัย พัฒนา รวมทั้งการถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยี เพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม วินิจฉัยและรักษาโรค และภัยที่คุกคามสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีจากการป้องกันและการควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพ โดยให้มีอำนาจหน้าที่ตามกฎหมาย ดังต่อไปนี้

๑. ดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ กฎหมายว่าด้วยการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ กฎหมายว่าด้วยการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อนุสัญญาหรือกฎข้อบังคับระหว่างประเทศ และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง
๒. ศึกษา วิเคราะห์ วิจัย และพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค และภัยที่คุกคามสุขภาพของประชาชน
๓. เป็นศูนย์กลางในการส่งเสริม สนับสนุน และประสานงานทางด้านวิชาการ เวชภัณฑ์ และวัสดุอุปกรณ์ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม วินิจฉัย และรักษาโรคอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ
๔. กำหนดและพัฒนานโยบาย กฎหมาย มาตรการและคุณภาพมาตรฐานการดำเนินงานในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และการควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพของประชาชน
๕. ถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และการควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพให้แก่หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและประชาชน
๖. จัดประสาน และพัฒนาระบบ กลไกและเครือข่ายในการเฝ้าระวัง สอบสวน ป้องกัน และการควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพ รวมทั้ง สื่อสัญญาณเตือนภัยการระบาดของโรคแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและสาธารณสุข
๗. จัดให้มีบริการเพื่อรองรับการส่งต่อผู้ป่วยโรคติดต่อเฉพาะโรคติดต่อสำคัญ และโรคติดต่อร้ายแรงในระดับตติยภูมิ และกักกันผู้ป่วยโรคติดต่ออันตรายตามข้อตกลงระหว่างประเทศ
๘. จัดให้มีบริการป้องกัน ควบคุม รักษา และฟื้นฟูสุขภาพโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพตลอดจนแหล่งแพร่โรค เพื่อให้ได้องค์ความรู้ในการพัฒนาวิชาการตามภารกิจของกรม
๙. ดำเนินการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการเฝ้าระวังป้องกัน และการควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพ กรณีที่เป็นปัญหาวางกว้างเกิดโรคระบาดรุนแรงหรือมีแนวโน้มที่จะขยายตัวเป็นปัญหารุนแรง
๑๐. ดำเนินการร่วมกับนานาชาติหรือองค์การระหว่างประเทศในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคและปัญหาสุขภาพระหว่างประเทศ
๑๑. พัฒนาระบบและกลไก เพื่อให้มีการดำเนินการบังคับใช้กฎหมายที่อยู่ในความรับผิดชอบ
๑๒. ปฏิบัติการอื่นใดตามที่กฎหมายกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของกรม หรือตามที่รัฐมนตรี หรือคณะรัฐมนตรีมอบหมาย

ทิศทางและกลไกการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์กรมควบคุมโรค

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

กรมควบคุมโรค ในฐานะเป็นผู้อนุรักษาระบบป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศ การปกป้องประชาชนให้พ้นจากโรคและภัยสุขภาพจึงเป็นพันธกิจที่สำคัญ ที่จำเป็นต้องพัฒนาระบบที่ได้อยู่แล้วให้เข้มแข็งมากขึ้น และพัฒนาบุคลากรให้มีคุณภาพ มีความพร้อม สามารถรับมือกับโรคและภัยสุขภาพที่เกิดขึ้นได้อย่างทันการณ (Prevent - Detect - Response)

การพัฒนาระบบระบบป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพให้มีความเข้มแข็งและเป็นเอกภาพนั้นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องอย่างจริงจังที่เรียกว่า การขับเคลื่อนด้วยพลังประชารัฐ หมายถึงการประสานพลังทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ประชาชน ตลอดจนภาคีเครือข่าย ภาคเอกชนและประชาสังคม นอกจากนี้ การพัฒนาระบบข้อมูล สารสนเทศและการคิดค้นนำเทคโนโลยีที่ทันสมัย นวัตกรรมใหม่ๆ มาใช้ในระบบสุขภาพก็มีความสำคัญ ซึ่งพวกเราจำเป็นต้องตามให้ทันกระแสการเปลี่ยนแปลงของโลก ในยุคดิจิทัล และยุทธศาสตร์ชาติ Model Thailand ๔.๐ และนำมาปรับประยุกต์ใช้เพื่อยกระดับระบบการทำงานป้องกันควบคุมโรคให้มีความเป็นมืออาชีพ เป็นกรมอัจฉริยะ (Smart Department) มากขึ้น

การขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ จำเป็น ต้องมีจังหวะก้าวเดินให้ทันกับกระแสการเปลี่ยนแปลงสังคมภายนอก สอดคล้องกับนโยบายรัฐบาล กระทรวงสาธารณสุข สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชน รวมทั้งเพื่อให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมายการลดปัจจัยเสี่ยง ลดโรค และภัยสุขภาพ กรมควบคุมโรคได้ให้ความสำคัญการบริหารจัดการเชิงนโยบาย ยุทธศาสตร์ และกฎหมาย เป็นเครื่องมือกำหนดมาตรการ แนวทางการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพไปสู่ประชาชนชุมชน สังคม

การพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์เพื่อขับเคลื่อนงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพให้บรรลุเป้าหมายทิศทางและกลไกการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์กรมควบคุมโรค ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ สู่การบรรลุวิสัยทัศน์ “เป็นองค์กรชั้นนำระดับนานาชาติที่สังคมเชื่อถือและไว้วางใจ เพื่อปกป้องประชาชนจากโรค และภัยสุขภาพ ด้วยความเป็นเลิศทางวิชาการ” โดยมีงานตามนโยบาย ๑๐ เรื่อง ดังนี้

๑. ให้ความสำคัญสูงสุดต่อโครงการตามพระราชดำริและโครงการเฉลิมพระเกียรติ เช่น หนองพญาธิ พยาธิใบไม้ดับ เป็นต้น
๒. เร่งรัดดำเนินการให้ได้ตามเป้าหมายยุทธศาสตร์บูรณาการชาติ กระทรวง และกรม เช่น กลุ่มวัย พื้นที่เศรษฐกิจพิเศษ ดิจิทัล ชยะและสิ่งแวดล้อม วิจัย ปราบปรามทุจริต บังคับใช้กฎหมาย โรคเอดส์ วัณโรค มาลาเรีย (ATM) ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ทีมตระหนักสถานการณ์ (SAT)
๓. ดำเนินการเชิงรุกในกลุ่มเสี่ยง/พื้นที่เสี่ยง ตามจุดเน้นแผนงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพโรคไม่ติดต่อและปัจจัยเสี่ยงโรคจากอาชีพและสิ่งแวดล้อม โรคติดต่อ และการพัฒนาเชิงระบบ
๔. ดำเนินการตามกรอบ ๓๖ แผนปฏิบัติราชการเชิงยุทธศาสตร์ กรมควบคุมโรค ให้ได้ตามเป้าหมาย
๕. พัฒนาศูนย์ตอบโต้ภาวะฉุกเฉินให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดทุกจังหวัด
๖. เร่งรัดพัฒนารูปแบบการควบคุมโรคในเขตเมืองให้สามารถขยายผลทันสถานการณ์ปัญหาเมืองใหญ่
๗. บูรณาการอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งกับระบบสุขภาพอำเภอในการลดโรคที่เป็นปัญหาสำคัญเชิงคุณภาพ
๘. ขับเคลื่อนพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘ ให้การดำเนินงานเป็นรูปธรรม มีประสิทธิภาพระดับจังหวัด และระดับอำเภอ
๙. บริหารความเสี่ยงให้บรรลุเป้าหมายความสำเร็จระยะสั้น (Small Success) ๓ เดือน ๖ เดือน ๙ เดือน และ ๑๒ เดือนตามเป้าหมายตัวชี้วัดการรับรองการปฏิบัติราชการของกรมฯ และหน่วยงาน

๑๐. เร่งรัดติดตามผลงานและการเบิกจ่ายงบประมาณให้ได้ตามพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายปี พ.ศ. ๒๕๖๐ และมาตรการเพิ่มประสิทธิภาพของรัฐบาล

ทั้งนี้ ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานดังกล่าวข้างต้น ได้อาศัย ๖ ยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนของกรมควบคุมโรคที่ผ่านการทบทวนและปรับปรุงให้ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยต่างๆ ที่เป็นพลวัต สู่การลดปัญหาโรคและภัยคุกคามต่อสุขภาพของประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งสนับสนุนการพัฒนางานด้านสุขภาพให้มีความต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป



(นายแพทย์เจษฎา โชคดำรงสุข)

อธิบดีกรมควบคุมโรค

๑๙ ตุลาคม ๒๕๕๙

วิสัยทัศน์/ พันธกิจ/ ค่านิยม/ ยุทธศาสตร์ กรมควบคุมโรค

วิสัยทัศน์

ประชาชนได้รับการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
ระดับมาตรฐานสากล ภายในปี ๒๕๗๙

พันธกิจ

ปฏิบัติการกิจของกรมควบคุมโรคตามที่กำหนดในกฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการ กรมควบคุมโรค พ.ศ.๒๕๕๒ ด้วยวิธีการ ดังนี้

๑

ส่งเสริมกระบวนการประสานความร่วมมือกับเครือข่ายภายในและระหว่างประเทศในการผลิตและพัฒนาผู้เชี่ยวชาญ องค์ความรู้ ข้อมูลข่าวสาร เครื่องมือ กฎหมายการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และภัยสุขภาพ รวมทั้งการบริการเฉพาะที่ได้มาตรฐานสากล

๒

ส่งเสริม สนับสนุน ถ่ายทอด แลกเปลี่ยนความรู้ ให้เครือข่ายและประชาชน

๓

ผลักดัน และติดตามการบังคับใช้กฎหมายที่จำเป็นต่อการปกป้องประชาชนจากโรคและภัยสุขภาพ

๔

เตรียมความพร้อมในการจัดการภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพใหม่ๆ ได้ทันการณ์

๕

พัฒนาและประเมินศักยภาพระบบ กลไกของเครือข่ายการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และภัยสุขภาพ

ค่านิยมหลัก (Core Value): MOPH



Mastery

เป็นนายตนเอง หมั่นฝึกฝนตนเองให้มีศักยภาพ ยึดมั่นในความถูกต้อง มีวินัย ปฏิบัติตามกฎหมายระเบียบ บนพื้นฐานของการมีสำนึกรับผิดชอบ คุณธรรมและจริยธรรม



Originality

สร้างสรรค์นวัตกรรม/ สิ่งใหม่ ที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อระบบสุขภาพ



People Centered

ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางในการทำงาน เพื่อประโยชน์อันดีแก่ประชาชนโดยใช้หลัก “เข้าใจ เข้าถึง ทั่วถึง”



Humility

มีสัมมาคารวะ มีน้ำใจ ให้อภัย รับฟังความเห็น เสียสละ เพื่อประโยชน์ส่วนรวม

ค่านิยมร่วม

(Shared Value): I SMART

Service Mind

บริการที่ดีความตั้งใจและความพยายาม
ของข้าราชการในการให้บริการต่อประชาชน
ข้าราชการ หรือหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

Achievement Motivation

การมุ่งผลสัมฤทธิ์ ความมุ่งมั่นจะปฏิบัติ
หน้าที่ราชการให้ดีที่สุดหรือให้เกินมาตรฐาน
ที่มีอยู่ โดยมาตรฐานนี้อาจเป็นผลการ
ปฏิบัติงานที่ผ่านมาของตนเอง หรือเกณฑ์
วัดผลสัมฤทธิ์ ที่ส่วนราชการกำหนดขึ้น
อีกทั้งยังหมายรวมถึงการสร้างสรรค์พัฒนา
ผลงานหรือกระบวนการปฏิบัติงานตาม
เป้าหมายที่ยากและท้าทายชนิดที่อาจ
ไม่เคยมีผู้ใดสามารถกระทำได้มาก่อน

Teamwork

การทำงานเป็นทีม ความตั้งใจที่จะทำงาน
ร่วมกับผู้อื่น เป็นส่วนหนึ่งของทีม หน่วยงาน
หรือส่วนราชการ โดยผู้ปฏิบัติมีฐานะเป็น
สมาชิก ไม่จำเป็นต้องมีฐานะหัวหน้าทีม
รวมทั้งความสามารถในการสร้างและรักษา
สัมพันธภาพกับสมาชิกในทีม

Integrity

การยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรม และ
จริยธรรมการดำรงตนและประพฤติปฏิบัติ
อย่างถูกต้องเหมาะสมทั้งตามกฎหมาย
คุณธรรม จรรยาบรรณแห่งวิชาชีพและจรรยา
ข้าราชการเพื่อรักษาคำสัตย์แห่งความเป็น
ข้าราชการ

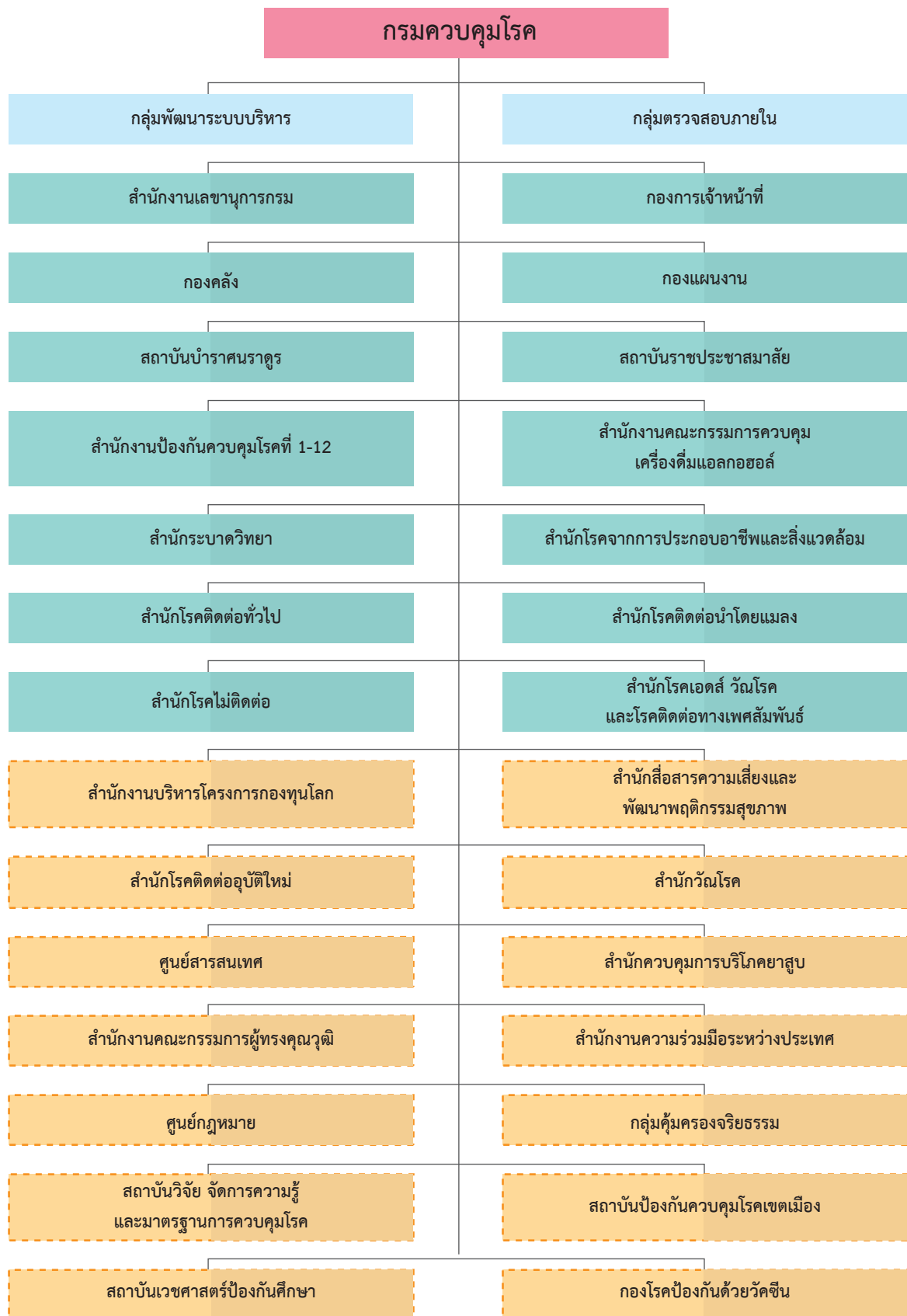
Mastery/ Expertise

การสั่งสมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ
ความสนใจใฝ่รู้ สั่งสม ความรู้ ความสามารถ
ของตนในการปฏิบัติหน้าที่ราชการด้วย
การศึกษา ค้นคว้า และพัฒนาดตนเองอย่าง
ต่อเนื่องจนสามารถประยุกต์ใช้ความรู้เชิง
วิชาการและเทคโนโลยีต่างๆ เข้ากับการปฏิบัติ
ราชการให้เกิดผลสัมฤทธิ์

Relationship

การมีน้ำใจ ใจเปิดกว้าง เป็นพี่เป็นน้อง ทักชะ
ในการรับรู้ การจับประเด็นทั้งจากการฟัง
การอ่าน และการสื่อข้อความให้เกิดความรู้
ความเข้าใจที่ถูกต้องตรงกันในเรื่องนโยบาย
แผนงาน ตลอดจนวัตถุประสงค์และภารกิจ
ของหน่วยงาน และสามารถสื่อสารทำความเข้าใจจนส่งผลทำให้เกิดความร่วมมือร่วมใจ
เปิดกว้างทางความคิดด้วยบรรยากาศของความ
เป็นพี่เป็นน้อง จนกระทั่งงานประสบความสำเร็จ
ตามเป้าหมายที่กำหนด

ยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์
ยุทธศาสตร์ที่ ๑ สร้างความร่วมมือและสนับสนุนภาคีเครือข่ายภายในประเทศและนานาชาติ	▶ มีภาคีเครือข่ายเข้าร่วมพัฒนาและขับเคลื่อนงานสาธารณสุข ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
ยุทธศาสตร์ที่ ๒ พัฒนานวัตกรรม มาตรการ มาตรฐาน และวิชาการ การเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศ	▶ เป็นศูนย์กลาง นวัตกรรม มาตรการ มาตรฐาน งานวิจัย วิชาการ และข้อมูลอ้างอิง (Evidence Based) ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศที่ได้มาตรฐานสากล ▶ เป็นศูนย์การเรียนรู้และฝึกอบรมด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค
ยุทธศาสตร์ที่ ๓ พัฒนาระบบการนำดำเนินนโยบาย และยุทธศาสตร์การป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพที่เป็นหลักของประเทศ	▶ เป็นองค์กรหลักที่กำหนดและผลักดันนโยบาย ยุทธศาสตร์ และกฎหมายในการเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศ ▶ เป็นศูนย์กลางในการกำกับติดตาม ควบคุมคุณภาพ และประเมินผลการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศ
ยุทธศาสตร์ที่ ๔ พัฒนาการสื่อสารความเสี่ยงและประชาสัมพันธ์เพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ	▶ ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องในการป้องกัน ควบคุมโรค และภัยสุขภาพ ▶ กรมควบคุมโรคมีภาพลักษณ์ที่ดี
ยุทธศาสตร์ที่ ๕ เตรียมความพร้อมและการจัดการในการป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพตามมาตรฐานสากล	▶ มีระบบการเฝ้าระวัง เตือนภัย และการพยากรณ์โรค และภัยสุขภาพในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพ
ยุทธศาสตร์ที่ ๖ บริหารจัดการองค์การแนวใหม่	▶ ระบบบริหารจัดการองค์การมีธรรมาภิบาลได้มาตรฐานสากลและบุคลากรมีขีดสมรรถนะสูง



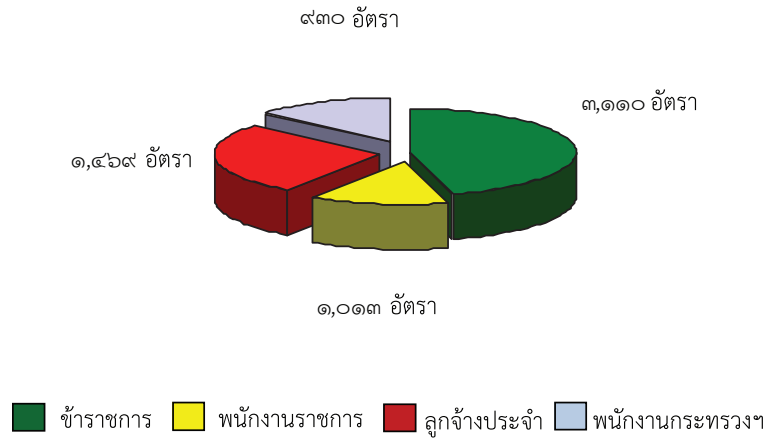
ส่วนราชการตามกฎกระทรวง กลุ่มที่รายงานตรงต่ออธิบดี หน่วยงานที่ตั้งขึ้นเป็นการภายใน

บริหาร ๖/ สถาบัน ๒/ สคร. ๑๒/ สำนัก ๗/ ภายใน ๑๔/ รวม ๔๑ หน่วยงาน

กรอบอัตรากำลัง

กรอบอัตรากำลังของกรมควบคุมโรค ประกอบด้วย ข้าราชการ จำนวน ๓,๑๑๐ อัตรา คิดเป็นร้อยละ ๔๗.๖๙ พนักงานราชการ จำนวน ๑,๐๑๓ อัตรา คิดเป็นร้อยละ ๑๕.๕๓ ลูกจ้างประจำ จำนวน ๑,๔๖๙ อัตรา คิดเป็นร้อยละ ๒๒.๕๒ และพนักงานกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๙๓๐ อัตรา คิดเป็นร้อยละ ๑๔.๒๖ รวมทั้งสิ้น ๖,๕๒๒ อัตรา

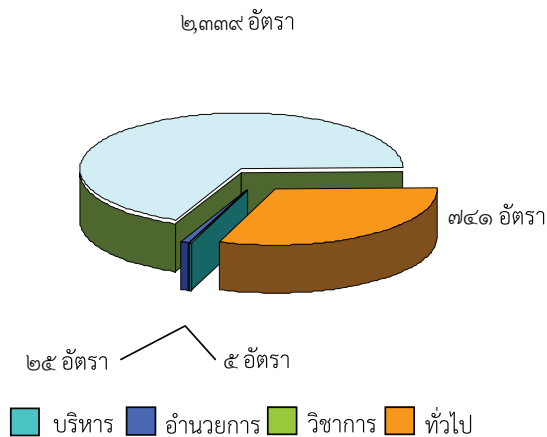
จำนวนอัตรากำลัง กรมควบคุมโรค



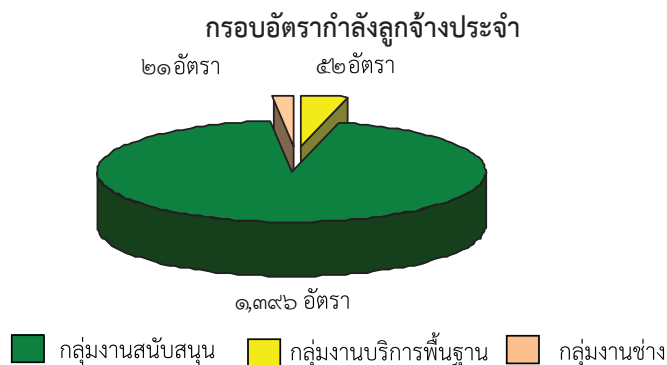
ที่มา : กองการเจ้าหน้าที่ ข้อมูล ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๘

๑. กรอบอัตรากำลังข้าราชการ ประกอบด้วย ประเภทบริหาร จำนวน ๕ อัตรา คิดเป็นร้อยละ ๐.๑๖ ประเภทอำนวยการ จำนวน ๒๕ อัตรา คิดเป็นร้อยละ ๐.๘๐ ประเภทวิชาการ จำนวน ๒,๓๓๙ คิดเป็นร้อยละ ๗๕.๒๑ และ ประเภททั่วไป จำนวน ๗๔๑ คิดเป็นร้อยละ ๒๓.๘๓ รวมทั้งสิ้น ๓,๑๑๐ อัตรา

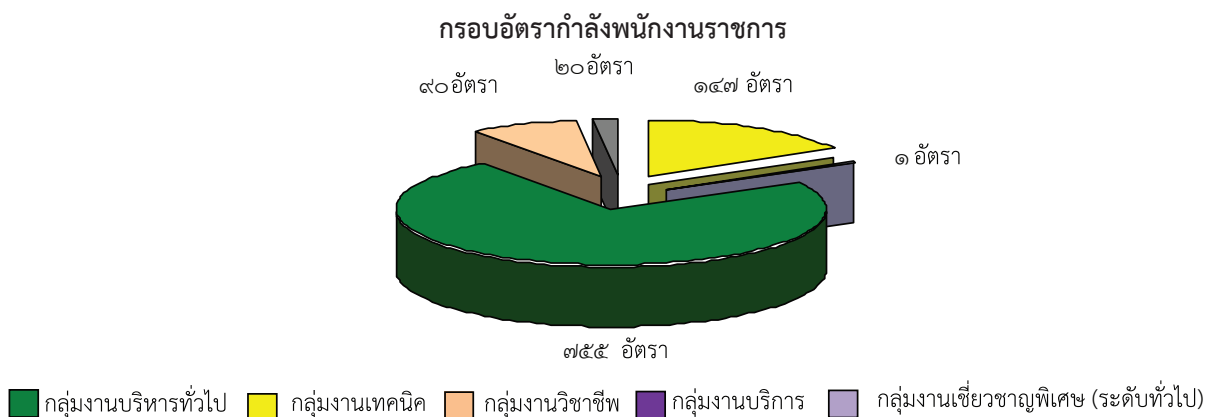
กรอบอัตรากำลังข้าราชการ จำแนกตามประเภท



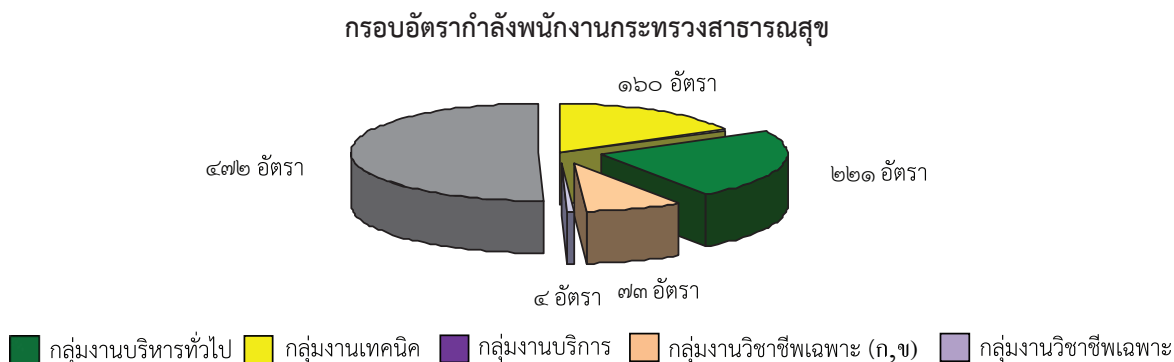
๒. กรอบอัตรากำลังลูกจ้างประจำ ประกอบด้วย กลุ่มงานสนับสนุน จำนวน ๑,๓๙๖ อัตรา คิดเป็นร้อยละ ๙๕.๐๓ กลุ่มงานบริการพื้นฐาน จำนวน ๕๒ อัตรา คิดเป็นร้อยละ ๓.๕๔ และกลุ่มงานช่าง จำนวน ๒๑ อัตรา คิดเป็นร้อยละ ๑.๔๓ รวมทั้งสิ้น ๑,๔๖๙ อัตรา



๓. กรอบอัตรากำลังพนักงานราชการ ประกอบด้วย กลุ่มงานเชี่ยวชาญเฉพาะ (ระดับทั่วไป) จำนวน ๑ อัตรา คิดเป็นร้อยละ ๐.๑๐ กลุ่มงานวิชาชีพเฉพาะ จำนวน ๙๐ อัตรา คิดเป็นร้อยละ ๘.๙๐ กลุ่มงานเทคนิคทั่วไป จำนวน ๑๔๗ อัตรา คิดเป็นร้อยละ ๑๔.๕๑ กลุ่มงานบริหารทั่วไป จำนวน ๗๕๕ อัตรา คิดเป็นร้อยละ ๗๔.๕๓ และ กลุ่มงานบริการ จำนวน ๒๐ อัตรา คิดเป็นร้อยละ ๑.๙๖ รวมทั้งสิ้น ๑,๐๑๓ อัตรา



๔. กรอบอัตรากำลังพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย กลุ่มงานวิชาชีพเฉพาะ จำนวน ๔ อัตรา คิดเป็นร้อยละ ๐.๔๓ กลุ่มงานวิชาชีพเฉพาะ (ก.ข.) จำนวน ๗๓ อัตรา คิดเป็นร้อยละ ๗.๘๕ กลุ่มงานบริหารทั่วไป จำนวน ๒๒๑ อัตรา คิดเป็นร้อยละ ๒๓.๘๐ กลุ่มงานเทคนิค จำนวน ๑๖๐ อัตรา คิดเป็นร้อยละ ๑๗.๒๐ และ กลุ่มงานบริการ จำนวน ๔๗๒ อัตรา คิดเป็นร้อยละ ๕๐.๖๕ รวมทั้งสิ้น ๙๓๐ อัตรา



รายงานด้านการเงิน

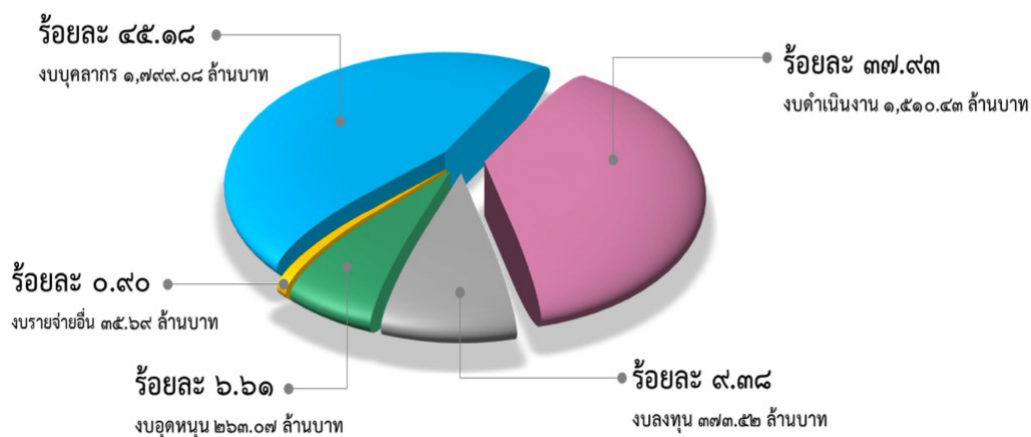
๑. งบประมาณรายจ่ายประจำปี

๑.๑ งบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

กรมควบคุมโรคได้รับจัดสรรงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ จำนวน ๓,๙๘๑.๗๘๘๖ ล้านบาท ประกอบด้วย

๑) งบบุคลากร	จำนวน	๑,๗๙๙,๐๘๓,๙๐๐	บาท	คิดเป็นร้อยละ	๔๕.๑๘
๒) งบดำเนินงาน	จำนวน	๑,๕๑๐,๔๒๗,๖๐๐	บาท	คิดเป็นร้อยละ	๓๗.๙๓
๓) งบลงทุน	จำนวน	๓๗๓,๕๑๘,๘๐๐	บาท	คิดเป็นร้อยละ	๙.๓๘
๔) งบอุดหนุน	จำนวน	๒๖๓,๐๖๖,๕๐๐	บาท	คิดเป็นร้อยละ	๖.๖๑
๕) งบรายจ่ายอื่น	จำนวน	๓๕,๖๙๑,๘๐๐	บาท	คิดเป็นร้อยละ	๐.๙๐

แผนภูมิงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐



๑.๒ เปรียบเทียบงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๘ – ๒๕๖๐

กรมควบคุมโรคมีแนวโน้มได้รับจัดสรรงบประมาณเพิ่มขึ้นทุกปี โดยปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙ ได้รับจัดสรรเพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๘ จำนวน ๑๔๙.๕๑๔๐ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๓.๙๙ และปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ ได้รับจัดสรรเพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙ จำนวน ๘๑.๙๔๘๒ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๒.๑๐ เปรียบเทียบโดยจำแนกตามประเภทงบประมาณรายจ่าย ประกอบด้วย

๑) งบบุคลากร ได้รับจัดสรรเพิ่มขึ้นทุกปี โดยปี ๒๕๕๙ ได้รับเพิ่มจากปี ๒๕๕๘ จำนวน ๕๖.๘๑๘๓ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๓.๒๘ และปี ๒๕๖๐ ได้รับเพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๕๙ จำนวน ๑๑.๘๖๑๐ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๐.๖๖

๒) งบดำเนินงาน ได้รับจัดสรรในปี ๒๕๕๙ ลดลงจากปี ๒๕๕๘ จำนวน ๕๘.๐๖๖๘ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๓.๘๕ แต่ในปี ๒๕๖๐ ได้รับจัดสรรเพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๕๙ จำนวน ๖๑.๘๗๙๔ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๔.๒๗

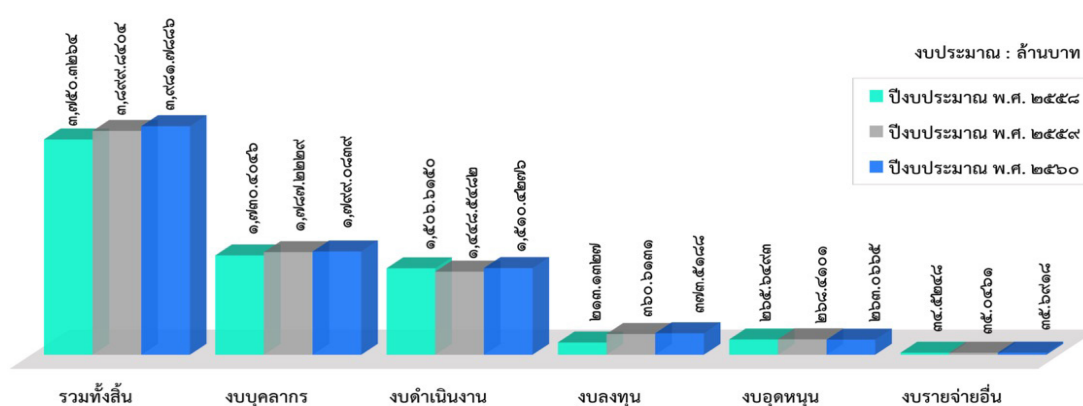
๓) งบลงทุน ได้รับจัดสรรเพิ่มขึ้นทุกปี โดยปี ๒๕๕๙ ได้รับเพิ่มจากปี ๒๕๕๘ จำนวน ๑๔๗.๔๘๐๔ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๖๙.๒๐ และปี ๒๕๖๐ ได้รับเพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๕๙ จำนวน ๑๒.๙๐๕๗ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๓.๕๘

๔) งบอุดหนุน ได้รับจัดสรรเพิ่มขึ้นและลดลง โดยปี ๒๕๕๙ ได้รับเพิ่มจากปี ๒๕๕๘ จำนวน ๒.๗๖๐๘ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๑.๐๔ แต่ในปี ๒๕๖๐ ได้รับจัดสรรลดลงจากปี ๒๕๕๙ จำนวน ๕.๓๔๓๖ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๑.๙๙

๕) งบรายจ่ายอื่น ได้รับจัดสรรเพิ่มขึ้นทุกปี โดยปี ๒๕๕๙ ได้รับเพิ่มจากปี ๒๕๕๘ จำนวน ๐.๕๒๑๓ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๑.๕๑ และปี ๒๕๖๐ ได้รับเพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๕๙ จำนวน ๐.๖๔๕๗ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๑.๘๔

ประเภท งบประมาณ รายจ่าย	ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๘ (ล้านบาท)	ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙ (ล้านบาท)	เพิ่มขึ้น/ลดลง จากปี ๒๕๕๘ (ร้อยละ)	ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ (ล้านบาท)	เพิ่มขึ้น/ลดลง จากปี ๒๕๕๙ (ร้อยละ)
งบบุคลากร	๑,๗๓๐.๔๐	๑,๗๘๗.๒๒	๓.๒๘	๑,๗๙๙.๐๘	๐.๖๖
งบดำเนินงาน	๑,๕๐๖.๖๒	๑,๔๔๘.๕๕	-๓.๘๕	๑,๕๑๐.๔๓	๔.๒๗
งบลงทุน	๒๑๓.๑๓	๓๖๐.๖๑	๖๙.๒๐	๓๗๓.๕๒	๓.๕๘
งบอุดหนุน	๒๖๕.๖๕	๒๖๘.๔๑	๑.๐๔	๒๖๓.๐๗	-๑.๙๙
งบรายจ่ายอื่น	๓๔.๕๒	๓๕.๐๕	๑.๕๑	๓๕.๖๙	๑.๘๔
รวมทั้งสิ้น	๓,๗๕๐.๓๒๖๔	๓,๘๙๙.๘๔๐๔	๓.๙๙	๓,๙๘๑.๗๘๘๖	๒.๑๐

แผนภูมิเปรียบเทียบงบประมาณรายจ่ายระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐ จำแนกตามประเภทงบรายจ่าย



๑.๓ เปรียบเทียบแผน - ผลการเบิกจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

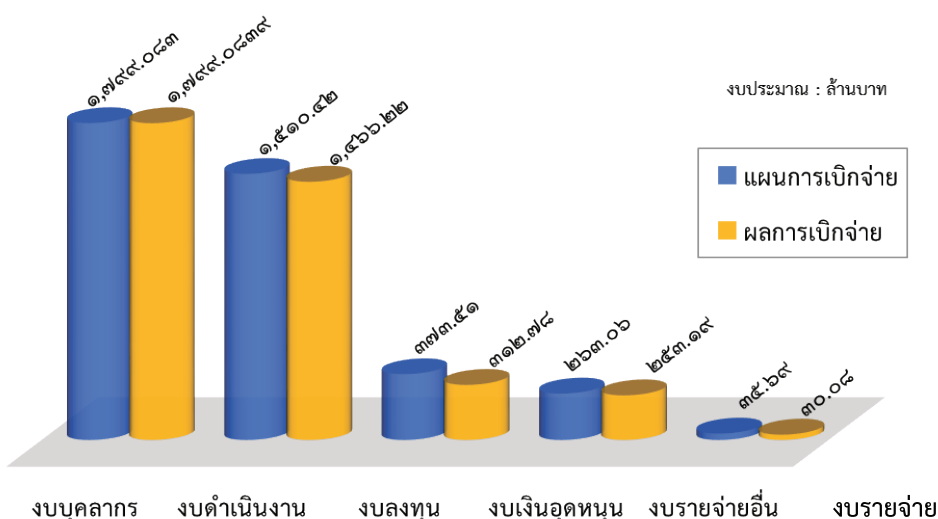
กรมควบคุมโรคใช้จ่ายงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน ตามภารกิจพื้นฐานและยุทธศาสตร์เพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ จำนวนทั้งสิ้น ๓,๘๖๑.๓๗๗๒ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๙๖.๙๘ ของจำนวนงบประมาณที่ได้รับจัดสรรทั้งสิ้น ๓,๙๘๑.๗๘๘๖ บาท โดยจำแนกตามประเภทงบประมาณรายจ่าย ดังนี้

- ๑) งบบุคลากร ใช้จ่ายงบประมาณ จำนวน ๑,๗๙๙.๐๘๓๙ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐
- ๒) งบดำเนินงาน ใช้จ่ายงบประมาณ จำนวน ๑,๔๖๖.๒๒๔๑ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๘๗.๐๗

๓) งบลงทุน ใช้จ่ายงบประมาณ	จำนวน	๓๑๒.๗๘๙๖ ล้านบาท	คิดเป็นร้อยละ	๘๓.๗๔
๔) งบอุดหนุน ใช้จ่ายงบประมาณ	จำนวน	๒๕๓.๑๙๒๑ ล้านบาท	คิดเป็นร้อยละ	๙๖.๒๕
๕) งบรายจ่ายอื่น ใช้จ่ายงบประมาณ	จำนวน	๓๐.๐๘๗๕ ล้านบาท	คิดเป็นร้อยละ	๘๔.๓๐

ประเภท งบประมาณรายจ่าย	งบประมาณปี ๒๕๖๐		
	แผนการเบิกจ่าย	ผลการเบิกจ่าย	คิดเป็นร้อยละ
งบบุคลากร	๑,๗๙๙.๐๘๓๙	๑,๗๙๙.๐๘๓๙	๑๐๐.๐๐
งบดำเนินงาน	๑,๕๑๐.๔๒๗๖	๑,๔๖๖.๒๒๔๑	๙๗.๐๗
งบลงทุน	๓๗๓.๕๑๘๘	๓๑๒.๗๘๙๖	๘๓.๗๔
งบเงินอุดหนุน	๒๖๓.๐๖๖๕	๒๕๓.๑๙๒๑	๙๖.๒๕
งบรายจ่ายอื่น	๓๕.๖๙๑๘	๓๐.๐๘๗๕	๘๔.๓๐
รวมทั้งสิ้น	๓,๙๘๑.๗๘๘๖	๓,๘๖๑.๓๗๗๒	๙๖.๙๘

แผนภูมิเปรียบเทียบแผน - ผลการเบิกจ่าย ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๐ จำแนกตามประเภทงบรายจ่าย



๒. ร้อยละอัตราการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายภาพรวม

ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ กรมควบคุมโรคได้รับการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายประจำปี จำนวน ๓,๙๘๑,๗๘๘,๖๐๐.- บาท (ประกอบด้วยแผนงาน: พื้นฐานด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคน จำนวน ๑,๕๕๘,๓๖๔,๓๐๐.- บาท แผนงาน: ยุทธศาสตร์พัฒนาด้านสาธารณสุขและเสริมสร้างสุขภาพเชิงรุก จำนวน ๓๓๕,๔๖๕,๔๐๐.- บาท แผนงาน: ยุทธศาสตร์พัฒนาศักยภาพคนตามช่วงวัย จำนวน ๖๕,๗๐๐,๐๐๐.- บาท แผนงาน: ยุทธศาสตร์พัฒนาพื้นที่เศรษฐกิจพิเศษ จำนวน ๕๓,๖๙๓,๓๐๐.- บาท แผนงาน: ยุทธศาสตร์พัฒนาเศรษฐกิจดิจิทัล จำนวน ๔๖,๖๐๐,๔๐๐.- บาท แผนงาน: ยุทธศาสตร์ส่งเสริมการวิจัยและพัฒนา จำนวน ๒๕,๐๐๐,๐๐๐.- บาท แผนงาน: ยุทธศาสตร์บริหารจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม จำนวน ๑๗,๔๐๑,๗๐๐.- บาท แผนงาน: ยุทธศาสตร์ป้องกันปราบปรามการทุจริตและประพฤติมิชอบ จำนวน ๑,๖๖๑,๐๐๐.- บาท แผนงาน: บุคลากรภาครัฐพัฒนาด้านสาธารณสุขและเสริมสร้างสุขภาพเชิงรุก จำนวน ๑,๘๗๗,๙๐๒,๕๐๐.- บาท) บวก ได้รับจัดสรรงบบุคลากรเพิ่มเติมจากกรมบัญชีกลาง

จำนวน ๑๙,๘๑๕,๐๘๒.๒๖.- บาท หัก โอนไปตั้งจ่ายให้ส่วนราชการอื่นเบิกแทน จำนวน ๗,๘๒๑,๓๔๔.- บาท (สำนักงานปลัดกระทรวง
สาธารณสุข ๒,๐๙๐,๐๐๐.- บาท กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ๕,๒๓๑,๓๔๔.- บาท กรมอนามัย ๕๐๐,๐๐๐.- บาท) รวมงบประมาณ
คงเหลือ จำนวน ๓,๙๙๓,๗๘๒,๓๓๘.๒๖.- บาท โดยมีผลการเบิกจ่ายสรุปได้ดังนี้

งบรายจ่าย	งบประมาณ หลังโอนเปลี่ยนแปลง	การสำรองเงิน	ใบสั่งซื้อ/สัญญา	เบิกจ่ายสะสม	งบคงเหลือ	ร้อยละ เบิกจ่าย สะสม
แผนงาน : พื้นฐานด้านการพัฒนา และเสริมสร้างศักยภาพคน						
งบดำเนินงาน	๑,๐๒๐,๘๖๓,๔๕๖.๐๐	-	๑๑,๙๕๕,๒๙๔.๐๐	๑,๐๐๗,๑๙๑,๑๒๖.๒๐	๑,๗๑๗,๐๓๕.๘๐	๙๘.๖๖
งบลงทุน	๓๐๘,๗๘๒,๓๐๐.๐๐	-	๖๐,๔๔๖,๕๐๐.๐๐	๒๔๘,๐๘๑,๖๓๒.๕๗	๒๕๔,๑๖๗.๔๓	๘๐.๓๔
งบอุดหนุน	๒๑๐,๒๐๕,๔๐๐.๐๐	-	-	๒๐๐,๓๔๘,๗๘๗.๐๒	๙,๘๕๖,๖๑๒.๙๘	๙๕.๓๑
งบรายจ่ายอื่น	๑๐,๖๙๑,๘๐๐.๐๐	-	-	๙,๙๒๕,๘๐๔.๖๒	๗๖๕,๙๙๕.๓๘	๙๒.๘๔
รวม	๑,๕๕๐,๕๔๒,๙๕๖.๐๐	-	๗๒,๔๐๑,๗๙๔.๐๐	๑,๕๖๕,๕๔๗,๓๕๐.๔๑	๑๒,๕๙๓,๘๑๑.๕๙	๙๔.๕๒
แผนงาน : ยุทธศาสตร์พัฒนาด้านสาธารณสุข และเสริมสร้างสุขภาพเชิงรุก						
งบดำเนินงาน	๒๗๒,๑๙๑,๖๐๐.๐๐	๑๐,๐๐๐,๐๐๐.๐๐	๑๔,๙๒๙,๘๓๐.๐๐	๒๔๖,๐๒๓,๑๐๔.๔๘	๑,๒๓๘,๖๖๕.๕๒	๙๐.๓๙
งบลงทุน	๑๐,๔๑๒,๗๐๐.๐๐	-	-	๑๐,๓๙๖,๒๕๓.๐๕	๑๖,๔๔๖.๙๕	๙๙.๘๔
งบอุดหนุน	๕๒,๘๖๑,๑๐๐.๐๐	-	-	๕๒,๘๔๓,๒๘๙.๗๐	๑๗,๘๑๐.๓๐	๙๙.๙๗
รวม	๓๓๕,๔๖๕,๔๐๐.๐๐	๑๐,๐๐๐,๐๐๐.๐๐	๑๔,๙๒๙,๘๓๐.๐๐	๓๐๙,๒๖๒,๖๔๗.๒๓	๑,๒๗๒,๙๒๒.๗๗	๙๒.๑๙
แผนงาน : ยุทธศาสตร์พัฒนาศักยภาพคนตามช่วงวัย						
งบดำเนินงาน	๖๕,๗๐๐,๐๐๐.๐๐	-	๔๗๔,๖๐๐.๐๐	๖๔,๔๘๓,๒๘๙.๔๐	๗๔๒,๑๑๐.๖๐	๙๘.๑๕
แผนงาน : ยุทธศาสตร์พัฒนาพื้นที่เศรษฐกิจพิเศษ						
งบดำเนินงาน	๔๕,๙๖๙,๙๐๐.๐๐	-	-	๔๔,๕๔๘,๗๘๔.๙๕	๑,๔๒๑,๑๑๕.๐๕	๙๖.๙๑
งบลงทุน	๗,๗๒๓,๔๐๐.๐๐	-	-	๗,๗๒๒,๕๓๒.๗๕	๘๖๗.๒๕	๙๙.๙๙
รวม	๕๓,๖๙๓,๓๐๐.๐๐	-	-	๕๒,๒๗๑,๓๑๗.๗๐	๑,๔๒๒,๙๘๒.๓๐	๙๗.๓๕
แผนงาน : ยุทธศาสตร์พัฒนาเศรษฐกิจดิจิทัล						
งบลงทุน	๔๖,๖๐๐,๔๐๐.๐๐	-	-	๔๖,๕๘๙,๑๘๐.๕๐	๑๑,๒๑๙.๕๐	๙๙.๙๘
แผนงาน : ยุทธศาสตร์ส่งเสริมการวิจัยและพัฒนา						
งบรายจ่ายอื่น	๒๕,๐๐๐,๐๐๐.๐๐	๒,๕๒๖,๘๕๐.๐๐	-	๒๐,๑๖๑,๖๙๐.๔๘	๒,๓๑๑,๔๕๙.๕๒	๘๐.๖๕
แผนงาน : ยุทธศาสตร์บริหารจัดการขยะ และสิ่งแวดล้อม						
งบดำเนินงาน	๑๗,๔๐๑,๗๐๐.๐๐	-	-	๑๗,๒๕๓,๗๔๓.๐๔	๑๔๗,๙๕๖.๙๖	๙๙.๑๕
แผนงาน : ยุทธศาสตร์ป้องกัน ปราบปรามการทุจริต และประพฤติมิชอบ						
งบดำเนินงาน	๑,๖๖๑,๐๐๐.๐๐	-	-	๑,๖๓๐,๐๒๑.๐๓	๓๐,๙๗๘.๙๗	๙๘.๑๓
แผนงาน : บุคลากรภาครัฐพัฒนาด้านสาธารณสุข และเสริมสร้างสุขภาพเชิงรุก						
งบบุคลากร	๑,๘๑๘,๘๘๘,๙๘๒.๒๖	-	-	๑,๘๑๘,๘๘๗,๙๔๘.๕๕	๒๑,๐๓๓.๗๑	๑๐๐.๐๐
งบดำเนินงาน	๗๘,๘๑๘,๖๐๐.๐๐	-	-	๖๕,๒๙๙,๙๙๒.๓๗	๑๓,๕๑๘,๖๐๗.๖๓	๘๒.๘๕
รวม	๑,๘๙๗,๗๑๗,๕๘๒.๒๖	-	-	๑,๘๘๔,๑๘๗,๙๔๐.๙๒	๑๓,๕๓๙,๖๔๑.๓๔	๙๙.๒๙

งบรายจ่าย	งบประมาณ หลังโอนเปลี่ยนแปลง	การสำรองเงิน	ใบสั่งซื้อ/สัญญา	เบิกจ่ายสะสม	งบคงเหลือ	ร้อยละ เบิกจ่าย สะสม
รวม ๙ แผนงาน						
งบบุคลากร	๑,๘๑๘,๘๙๘,๙๘๒.๒๖	-	-	๑,๘๑๘,๘๙๗,๙๘๘.๕๕	๒๑,๐๓๓.๗๑	๑๐๐.๐๐
งบดำเนินงาน	๑,๕๐๒,๖๐๖,๒๕๖.๐๐	๑๐,๐๐๐,๐๐๐.๐๐	๒๗,๓๕๙,๗๒๔.๐๐	๑,๔๔๖,๔๓๐,๐๖๑.๔๗	๑๘,๘๑๖,๔๗๐.๕๓	๙๖.๒๖
งบลงทุน	๓๗๓,๕๔๘,๘๐๐.๐๐	-	๖๐,๔๔๖,๕๐๐.๐๐	๓๑๒,๗๘๙,๕๔๘.๘๗	๒๘๗,๗๑๑.๑๓	๘๓.๗๔
งบอุดหนุน	๒๖๓,๐๖๖,๕๐๐.๐๐	-	-	๒๕๓,๑๙๒,๐๗๖.๗๒	๙,๘๗๔,๔๒๓.๒๘	๙๖.๒๕
งบรายจ่ายอื่น	๓๕,๖๔๑,๘๐๐.๐๐	๒,๕๒๖,๘๕๐.๐๐	-	๓๐,๐๘๗,๔๙๕.๑๐	๓,๐๗๗,๔๕๔.๙๐	๘๔.๓๐
รวมทั้งสิ้น	๓,๙๙๓,๗๘๒,๓๓๘.๒๖	๑๒,๕๒๖,๘๕๐.๐๐	๘๗,๘๐๖,๒๒๔.๐๐	๓,๘๖๑,๓๗๗,๑๘๐.๗๑	๓๒,๐๗๒,๐๘๓.๕๕	๙๖.๖๘

จากตารางดังกล่าว พบว่า ผลการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายภาพรวม คิดเป็นร้อยละ ๙๖.๖๘ ซึ่งสามารถเบิกจ่ายได้เกินเป้าหมายตามที่คณะรัฐมนตรีกำหนด และผลการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายลงทุน คิดเป็นร้อยละ ๘๓.๗๔ ซึ่งไม่สามารถเบิกจ่ายได้ตามเป้าหมายที่คณะรัฐมนตรีกำหนด เนื่องจาก ๑) รายการก่อสร้างอาคารศูนย์ความเป็นเลิศโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์บางรักฯ เป็นงบผูกพันข้ามปีงบประมาณ ได้รับงบประมาณ

ในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ วงเงิน ๑๓๑,๓๗๖,๐๐๐.- บาท เบิกเงินล่วงหน้าร้อยละ ๑๕ จำนวน ๘๘,๒๐๐,๐๐๐.- บาท ผู้รับจ้างแจ้งขอเปลี่ยนงวดเงินงวดงาน ซึ่งกองแบบแผนให้ความเห็นชอบแล้วอยู่ระหว่างเสนอขออนุมัติเปลี่ยนแปลงงวดเงิน งวดงาน ซึ่งครบกำหนดส่งมอบงานงวดที่ ๑ ในเดือนตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๐ ๒) รายการงานก่อสร้างอาคารชุดรวมพักอาศัย ขนาด ๒๐ ครอบครั้ว สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๑ จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้รับผลกระทบจากน้ำท่วม ทำให้การก่อสร้างดำเนินการได้ล่าช้าเป็นเหตุให้การเบิกจ่ายไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ๓) รายการก่อสร้างอาคารกรมควบคุมโรคพร้อมทางเชื่อม (ส่วนที่เหลือ) ผู้รับจ้างไม่ได้ยื่นเอกสารขอรับเงินล่วงหน้า

๒.๑ งบแสดงฐานะการเงิน

กรมควบคุมโรค งบแสดงฐานะการเงิน ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๐

	๒๕๖๐	(หน่วย : บาท) ๒๕๕๙
สินทรัพย์		
สินทรัพย์หมุนเวียน		
เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด	๑,๖๒๔,๐๖๓,๒๓๖.๒๘	๑,๖๘๔,๐๒๕,๑๖๒.๕๘
ลูกหนี้ระยะสั้น	๑๗๑,๖๗๘,๒๘๔.๐๕	๙๓,๘๗๐,๓๖๓.๕๖
ลูกหนี้เงินโอนและรายการอุดหนุนระยะสั้น	๔,๘๔๓.๐๐	๐.๐๐
เงินลงทุนระยะสั้น	๒๙,๒๑๔,๐๔๗.๗๑	๒๙,๙๔๘,๔๙๓.๒๘
วัสดุคงเหลือ	๑๖๙,๒๗๙,๔๕๖.๒๓	๒๐๖,๘๖๕,๔๙๘.๑๒
สินทรัพย์หมุนเวียนอื่น	๒๗,๘๕๔.๒๒	๐.๐๐
รวมสินทรัพย์หมุนเวียน	๑,๙๙๔,๒๖๗,๗๒๑.๔๙	๒,๐๑๔,๗๐๙,๕๑๗.๕๔
สินทรัพย์ไม่หมุนเวียน		
ที่ดิน อาคาร และอุปกรณ์	๑,๘๕๙,๓๐๑,๕๘๑.๐๑	๑,๗๗๐,๓๒๖,๔๕๑.๙๙
สินทรัพย์ไม่มีตัวตน	๑๐,๓๙๔,๙๘๑.๐๔	๑๙,๑๗๔,๙๕๘.๙๘
รวมสินทรัพย์ไม่หมุนเวียน	๑,๘๖๙,๖๙๖,๕๖๒.๐๕	๑,๗๘๙,๕๐๑,๔๑๐.๙๗
รวมสินทรัพย์	๓,๘๖๓,๙๖๔,๒๘๓.๕๔	๓,๘๐๔,๒๑๐,๙๒๘.๕๑
หนี้สิน		
หนี้สินหมุนเวียน		
เจ้าหนี้ระยะสั้น	๙๒,๒๕๓,๗๓๘.๘๙	๘๒,๓๓๐,๘๙๓.๒๘
เงินรับฝากระยะสั้น	๔๓,๘๙๔,๙๑๔.๖๕	๘๔,๒๖๒,๐๕๓.๕๔
รวมหนี้สินหมุนเวียน	๑๓๖,๑๔๘,๖๕๓.๕๔	๑๖๖,๕๙๒,๙๔๖.๘๒
หนี้สินไม่หมุนเวียน		
เจ้าหนี้เงินโอนและรายการอุดหนุนระยะยาว	๑๐,๓๘๗,๖๗๖.๕๐	๑,๐๓๖,๙๔๓.๕๙
เงินอุดหนุนระยะยาว		
เงินอุดหนุนระยะยาว	๑๘,๙๙๖,๐๐๐.๐๐	๑๘,๙๙๖,๐๐๐.๐๐
รวมหนี้สินไม่หมุนเวียน	๒๙,๓๘๓,๖๗๖.๕๐	๒๐,๐๓๒,๙๔๓.๕๙
รวมหนี้สิน	๑๖๕,๕๓๒,๓๓๐.๐๔	๑๘๖,๖๒๕,๘๙๐.๔๑
สินทรัพย์สุทธิ/ส่วนทุน	๓,๖๙๘,๔๓๑,๙๕๓.๕๐	๓,๖๑๗,๕๘๕,๐๓๘.๑๐

๒.๒ งบแสดงฐานะการเงิน (ต่อ)

กรมควบคุมโรค
งบแสดงฐานะการเงิน
ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๐

	๒๕๖๐	(หน่วย : บาท) ๒๕๕๙
สินทรัพย์สุทธิ/ส่วนทุน		
ทุน	๒,๕๓๓,๐๒๔,๒๑๙.๖๙	๒,๕๓๓,๐๒๔,๒๑๙.๖๙
รายได้สูง (ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายสะสม	๑,๑๖๕,๔๐๗,๗๓๓.๘๑	๑,๐๘๔,๕๖๐,๘๑๘.๔๑
รวมสินทรัพย์สุทธิ	๓,๖๙๘,๔๓๑,๙๕๓.๕๐	๓,๖๑๗,๕๘๕,๐๓๘.๑๐

หมายเหตุประกอบงบการเงินเป็นส่วนหนึ่งของงบการเงินนี้

๒.๓ งบแสดงผลการดำเนินงานทางการเงิน

กรมควบคุมโรค
งบแสดงผลการดำเนินงานทางการเงิน
สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๐

	๒๕๖๐	(หน่วย : บาท) ๒๕๕๙
รายได้		
รายได้จากงบประมาณ	๕,๒๖๑,๘๒๓,๘๕๖.๑๐	๕,๐๖๖,๙๕๖,๐๑๘.๙๖
รายได้จากการขายสินค้าและบริการ	๗๖๑,๓๘๕,๘๑๐.๘๑	๗๔๖,๓๒๒,๐๕๖.๒๙
รายได้จากการอุดหนุนและบริจาค	๕๖๐,๑๖๔,๙๕๙.๔๙	๕๖๖,๓๗๑,๕๑๙.๐๑
รายได้อื่น	๒๒,๘๔๖,๓๘๑.๐๒	๑๖,๒๘๒,๕๑๕.๔๒
รวมรายได้	๖,๖๐๖,๒๒๑,๐๐๗.๔๒	๖,๓๙๕,๙๓๒,๑๐๙.๖๘
ค่าใช้จ่าย		
ค่าใช้จ่ายบุคลากร	๒,๓๖๙,๔๘๙,๒๖๖.๐๕	๒,๓๖๕,๕๐๒,๙๓๐.๔๘
ค่าบำเหน็จบำนาญ	๙๑๘,๘๒๖,๔๖๓.๒๗	๘๗๒,๖๑๑,๑๐๑.๖๙
ค่าตอบแทน	๒๕,๓๔๕,๒๙๙.๙๑	๒๖,๕๙๙,๕๖๐.๒๙
ค่าใช้สอย	๑,๑๓๙,๒๗๑,๗๕๓.๗๓	๙๔๕,๑๓๑,๐๗๕.๕๓
ค่าวัสดุ	๙๔๙,๑๔๙,๙๙๖.๗๖	๘๑๐,๗๖๑,๙๒๑.๔๙
ค่าสาธารณูปโภค	๑๐๒,๕๘๙,๗๙๕.๒๘	๑๒๓,๗๖๑,๙๓๘.๙๒
ค่าเสื่อมราคาและค่าตัดจำหน่าย	๒๘๗,๑๔๑,๕๓๐.๘๓	๒๓๐,๙๙๒,๒๐๔.๔๒
ค่าใช้จ่ายจากการอุดหนุนและบริจาค	๗๑๙,๘๑๑,๔๙๙.๖๙	๗๘๘,๔๘๗,๐๔๗.๑๒
ค่าใช้จ่ายอื่น	๑๖,๕๑๒,๐๔๘.๒๑	๑๔,๖๙๘,๓๓๑.๖๐
รวมค่าใช้จ่าย	๖,๕๒๘,๑๓๗,๖๕๓.๗๓	๖,๑๗๘,๕๔๖,๑๑๑.๕๔
รายได้สูง (ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายก่อน	๗๘,๐๘๓,๓๕๓.๖๙	๒๑๗,๓๘๕,๙๙๘.๑๔
ต้นทุนทางการเงิน	๐.๐๐	๐.๐๐
รายได้สูง (ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ	๗๘,๐๘๓,๓๕๓.๖๙	๒๑๗,๓๘๕,๙๙๘.๑๔

หมายเหตุประกอบงบการเงินเป็นส่วนหนึ่งของงบการเงินนี้

๒.๔ งบแสดงการเปลี่ยนแปลงสินทรัพย์สุทธิ/ ส่วนทุน

กรมควบคุมโรค
งบแสดงการเปลี่ยนแปลงสินทรัพย์สุทธิ/ ส่วนทุน
สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๐ และ ๒๕๕๙

	ทุน	รายได้สูง/(ต่ำ) กว่า ค่าใช้จ่ายสะสม	องค์ประกอบอื่นของ สินทรัพย์สุทธิ/ ส่วนทุน	(หน่วย : บาท)	
				รวมสินทรัพย์ สุทธิ/ส่วนทุน	ส่วนทุน
ยอดคงเหลือ ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๘ - ตามที่รายงานไว้เดิม	๒,๕๓๓,๐๒๔,๒๑๙.๖๙	๕๒๗,๗๔๑,๒๘๘,๑๖	๐.๐๐	๓,๐๖๐,๗๖๕,๕๐๗.๘๕	
ผลสะสมจากการแก้ไขข้อผิดพลาดปีก่อน		๓๓๙,๔๓๓,๕๓๒.๑๑		๓๓๙,๔๓๓,๕๓๒.๑๑	
ผลสะสมของการเปลี่ยนแปลงนโยบายการบัญชี	๐.๐๐				๐.๐๐
ยอดคงเหลือ ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๘ - หลังการปรับปรุง	๒,๕๓๓,๐๒๔,๒๑๙.๖๙	๘๖๗,๑๗๔,๘๒๐.๒๗	๐.๐๐	๓,๔๐๐,๑๙๙,๐๓๙.๙๖	
การเปลี่ยนแปลงในสินทรัพย์สุทธิ/ส่วนทุนสำหรับปี ๒๕๕๙					
การเปลี่ยนแปลงที่ทำให้ทุนเพิ่ม/ลด	๐.๐๐				๐.๐๐
รายได้สูง / (ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายสำหรับงวด		๒๑๗,๓๘๕,๙๙๙.๑๔		๒๑๗,๓๘๕,๙๙๙.๑๔	
กำไร / ขาดทุนจากการปรับมูลค่าเงินลงทุน			๐.๐๐	๐.๐๐	๐.๐๐
ยอดคงเหลือ ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๙	๒,๕๓๓,๐๒๔,๒๑๙.๖๙	๑,๐๘๔,๕๖๐,๘๑๙.๔๑	๐.๐๐	๓,๖๑๗,๕๘๕,๐๓๙.๑๐	

กรมควบคุมโรค
งบแสดงการเปลี่ยนแปลงสินทรัพย์สุทธิ/ ส่วนทุน
สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๐ และ ๒๕๕๙

	ทุน	รายได้สูง/(ต่ำ) กว่า ค่าใช้จ่ายสะสม	องค์ประกอบอื่นของ สินทรัพย์สุทธิ/ ส่วนทุน	(หน่วย : บาท) รวมสินทรัพย์ สุทธิ/ส่วนทุน
ยอดคงเหลือ ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๙ - ตามที่รายงานไว้เดิม	๒,๕๓๓,๐๒๔,๒๑๙.๖๙	๑,๐๘๔,๕๖๐,๘๑๘.๔๑	๐.๐๐	๓,๖๑๗,๕๘๕,๐๓๘.๑๐
ผลสะสมจากการแก้ไขข้อผิดพลาดปีก่อน		๒,๗๖๓,๕๖๑.๗๑		๒,๗๖๓,๕๖๑.๗๑
ผลสะสมของการเปลี่ยนแปลงนโยบายการบัญชี		๐.๐๐		๐.๐๐
ยอดคงเหลือ ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๙ - หลังการปรับปรุง	๒,๕๓๓,๐๒๔,๒๑๙.๖๙	๑,๐๘๗,๓๗๔,๓๘๐.๑๒	๐.๐๐	๓,๖๒๐,๓๙๘,๕๙๙.๘๑
การเปลี่ยนแปลงในสินทรัพย์สุทธิ / ส่วนทุนสำหรับปี ๒๕๖๐				
การเปลี่ยนแปลงที่ทำให้ทุนเพิ่ม / ลด	๐.๐๐			๐.๐๐
รายได้สูง / (ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายสำหรับงวด		๗๘,๐๘๓,๓๕๓.๖๙		๗๘,๐๘๓,๓๕๓.๖๙
กำไร / ขาดทุนจากการปรับมูลค่าเงินลงทุน			๐.๐๐	๐.๐๐
ยอดคงเหลือ ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๐	๒,๕๓๓,๐๒๔,๒๑๙.๖๙	๑,๑๖๕,๔๐๗,๗๓๓.๘๑	๐.๐๐	๓,๖๙๘,๔๓๑,๙๕๓.๕๐

๒.๕ หมายเหตุประกอบงบการเงิน

กรมควบคุมโรค หมายเหตุประกอบงบการเงิน สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๐

หมายเหตุ ๑ ข้อมูลทั่วไป

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

กรมควบคุมโรค มีสถานที่ตั้งหลักอยู่ในกระทรวงสาธารณสุข เลขที่ ๘๘/๒๑ ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

กรอบกฎหมายหลักที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของกรมควบคุมโรค ได้แก่ กฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ กฎหมายว่าด้วยการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ กฎหมายว่าด้วยการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อนุสัญญาหรือกฎข้อบังคับระหว่างประเทศ และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง

ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ หน่วยงานได้รับการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายประจำปี จำนวน ๓,๙๙๓,๗๘๒,๓๓๘.๒๖.- บาท (ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙ จำนวน ๓,๙๐๓,๒๑๗,๑๖๐.๙๘.- บาท) โดยแยกเป็นงบลงทุน จำนวน ๓๗๓,๕๑๘,๘๐๐.- บาท และงบประจำ จำนวน ๓,๖๒๐,๒๖๓,๕๓๘.๒๖.- บาท เพื่อใช้จ่ายในแผนงานพื้นฐานด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคน แผนงานยุทธศาสตร์พัฒนาด้านสาธารณสุขและเสริมสร้างสุขภาพเชิงรุก แผนงานยุทธศาสตร์พัฒนาศักยภาพคนตามช่วงวัย แผนงานยุทธศาสตร์พัฒนาพื้นที่เศรษฐกิจพิเศษ แผนงานยุทธศาสตร์พัฒนาเศรษฐกิจดิจิทัล แผนงานยุทธศาสตร์ส่งเสริมการวิจัยและพัฒนา แผนงานยุทธศาสตร์บริหารจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม แผนงานยุทธศาสตร์ป้องกัน ปราบปรามการทุจริตและประพฤติมิชอบ และแผนงานบุคลากรภาครัฐพัฒนาด้านสาธารณสุขและเสริมสร้างสุขภาพเชิงรุก สำหรับผลผลิตที่ ๑ ผลผลิตด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ผลผลิตที่ ๒ การสนับสนุน เสริมสร้าง ศักยภาพและความเข้มแข็งในการจัดการระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และภัยสุขภาพ ผลผลิตที่ ๓ การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ ผลผลิตที่ ๔ การบริการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ เฉพาะโรคในกลุ่มโรคติดต่อสำคัญ โรคอุบัติใหม่และภัยสุขภาพ ผลผลิตที่ ๕ โครงการเร่งรัดกำจัดโรคไข้มาลาเรีย วัณโรค และอุบัติเหตุเอดส์ ผลผลิตที่ ๖ โครงการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ และภัยสุขภาพที่เชื่อมโยงในระดับภูมิภาค ผลผลิตที่ ๗ โครงการสนับสนุนการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อและสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในกลุ่มวัยเด็ก ผลผลิตที่ ๘ โครงการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและพัฒนาทักษะชีวิตในกลุ่มวัยเรียน ผลผลิตที่ ๙ โครงการพัฒนาขับเคลื่อนกฎหมายและเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพในกลุ่มวัยรุ่น ผลผลิตที่ ๑๐ โครงการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มวัยทำงาน ผลผลิตที่ ๑๑ โครงการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ และภัยสุขภาพที่เชื่อมโยงกับเขตเศรษฐกิจพิเศษ ผลผลิตที่ ๑๒ โครงการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อรองรับการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ผลผลิตที่ ๑๓ โครงการวิจัยและพัฒนาด้านการป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ผลผลิตที่ ๑๔ โครงการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชนและผู้สัมผัสระยะ ผลผลิตที่ ๑๕ โครงการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพจากมลพิษทางอากาศ ผลผลิตที่ ๑๖ โครงการส่งเสริมให้เกิดระบบการป้องกัน ปราบปรามการทุจริตและประพฤติมิชอบในภาครัฐ และผลผลิตที่ ๑๗ รายการค่าใช้จ่ายบุคลากรภาครัฐพัฒนาด้านสาธารณสุข

กรมควบคุมโรค มีหน่วยงานระดับหน่วยเบิกจ่ายภายใต้สังกัด จำนวน ๓๙ แห่ง ซึ่งหน่วยเบิกจ่ายดังกล่าวไม่เป็นหน่วยงานที่เสนอรายงาน และไม่มีการจัดทำงบการเงินแยกกัน รายการบัญชีของหน่วยเบิกจ่ายทุกแห่ง จึงได้นำมาแสดงรวมไว้ในงบการเงินฉบับนี้

กรมควบคุมโรค
หมายเหตุประกอบงบการเงิน
สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๐

หมายเหตุ ๒ เกณฑ์การจัดทำงบการเงิน

งบการเงินนี้จัดทำขึ้นตามมาตรฐานและนโยบายการบัญชีภาครัฐที่กระทรวงการคลังประกาศใช้ ซึ่งรวมถึงหลักการและนโยบายบัญชีสำหรับหน่วยงานภาครัฐ มาตรฐานการบัญชีภาครัฐ และนโยบายการบัญชีภาครัฐ และแสดงรายการในงบการเงินตามแนวปฏิบัติทางบัญชีประกอบมาตรฐานการบัญชีภาครัฐ ฉบับที่ ๑ เรื่อง การนำเสนองบการเงิน ตามหนังสือกรมบัญชีกลาง ที่ กค ๐๔๒๓.๒/ว ๒๓๗ ลงวันที่ ๘ กันยายน ๒๕๕๗

งบการเงินนี้จัดทำขึ้นโดยใช้เกณฑ์ราคาทุนเดิม เว้นแต่จะได้เปิดเผยไว้อย่างอื่นในนโยบายการบัญชี

งบการเงินของกรมควบคุมโรค ซึ่งถือเป็นหน่วยงานที่เสนอรายงานตามมาตรฐานการบัญชีภาครัฐ รวมรายการบัญชีที่เกิดขึ้นทั้งหน่วยงานในส่วนกลาง และหน่วยงานในส่วนกลางที่ตั้งอยู่ในภูมิภาค

หมายเหตุ ๓ มาตรฐานและนโยบายการบัญชีภาครัฐฉบับใหม่

ในระหว่างปีปัจจุบันกระทรวงการคลังได้ประกาศใช้มาตรฐานและนโยบายการบัญชีภาครัฐฉบับใหม่ ดังนี้

มาตรฐานและนโยบายการบัญชีภาครัฐที่มีผลบังคับใช้สำหรับระยะเวลาบัญชีปัจจุบัน ที่เริ่มในหรือหลังวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๖

มาตรฐานการบัญชีภาครัฐ ฉบับที่ ๑ การนำเสนองบการเงิน

มาตรฐานการบัญชีภาครัฐฉบับใหม่ข้างต้น กำหนดให้หน่วยงานจัดทำงบแสดงการเปลี่ยนแปลงสินทรัพย์สุทธิ/ส่วนทุนสำหรับปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๗ เป็นปีแรกในการนำเสนองบการเงินของหน่วยงาน และนำเสนอรูปแบบงบการเงินเปรียบเทียบกับตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๘ เป็นต้นไป

หมายเหตุ ๔ สรุปนโยบายการบัญชีที่สำคัญ

๔.๑ เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด

- เงินทรองราชการ เป็นเงินที่หน่วยงานได้รับจากรัฐบาลเพื่อทรองจ่ายเป็นค่าใช้จ่ายปฎิบัติงานในการดำเนินงานของหน่วยงานตามวงเงินที่ได้รับอนุมัติจากกระทรวงการคลัง ตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยเงินทรองราชการ พ.ศ. ๒๕๔๗ และต้องคืนให้รัฐบาลเมื่อหมดความจำเป็นในการใช้เงิน แสดงไว้เป็นเงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด ซึ่งมียอดตรงกันข้ามกับรายการเงินทรองราชการ รับจากคลังภายใต้หัวข้อหนี้สินไม่หมุนเวียน

- รายการเทียบเท่าเงินสด ได้แก่ เงินลงทุนระยะสั้นที่มีสภาพคล่องสูง ซึ่งมีระยะเวลาครบกำหนดที่จะเปลี่ยนให้เป็นเงินสดได้ภายใน ๓ เดือน เช่น เงินฝากสถาบันการเงิน (เงินงบประมาณ เงินนอกงบประมาณ เงินฝากธนาคารกระแสรายวัน เงินฝากธนาคารออมทรัพย์ รวมถึงเงินฝากธนาคารที่บันทึกบัญชีด้วยรหัสบัญชีแยกประเภทเงินฝากไม่มีรายการตัว) เงินฝากกระทรวงการคลัง แสดงไว้เป็นรายการเทียบเท่าเงินสด

๔.๒ ลูกหนี้

ลูกหนี้ แสดงด้วยมูลค่าสุทธิที่จะได้รับชำระคืน

๔.๓ วัสดุคงเหลือ

วัสดุคงเหลือ หมายถึง ของใช้สิ้นเปลืองที่หน่วยงานมีไว้เพื่อใช้ในการดำเนินงานปกติ โดยทั่วไปมีมูลค่าไม่สูง และไม่มีลักษณะคงทนถาวร แสดงตามราคาทุนโดยวิธีถัวเฉลี่ยถ่วงน้ำหนักหรือมูลค่าสุทธิ

๔.๔ ที่ดิน อาคาร และอุปกรณ์

- อาคารและสิ่งปลูกสร้าง รวมทั้งส่วนปรับปรุงอาคาร ทั้งอาคารและสิ่งปลูกสร้าง ที่หน่วยงานมีกรรมสิทธิ์และไม่มีกรรมสิทธิ์ แต่หน่วยงานได้ครอบครองและนำมาใช้ประโยชน์ในการดำเนินงาน แสดงมูลค่าสุทธิตามบัญชีที่เกิดจากราคาทุนหักค่าเสื่อมราคาสะสม อาคารที่อยู่ระหว่างการก่อสร้างแสดงตามราคาทุน

กรมควบคุมโรค
หมายเหตุประกอบงบการเงิน
สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๐

- อุปกรณ์ ได้แก่ ครุภัณฑ์ประเภทต่างๆ รับรู้เป็นสินทรัพย์เฉพาะรายการที่มีมูลค่าต่อหน่วยตั้งแต่ ๕,๐๐๐ บาท ขึ้นไป แสดงมูลค่าตามมูลค่าสุทธิตามบัญชีที่เกิดจากราคาทุนหักค่าเสื่อมราคาสะสม

- ราคาทุนของที่ดิน อาคาร และอุปกรณ์ รวมถึงรายจ่ายที่เกี่ยวข้องโดยตรงเพื่อให้สินทรัพย์อยู่ในสถานที่และสภาพที่พร้อมใช้งาน ต้นทุนในการต่อเติมหรือปรับปรุงซึ่งทำให้หน่วยงานได้รับประโยชน์ตลอดอายุการใช้งานของสินทรัพย์เพิ่มขึ้นจากมาตรฐานเดิม ถือเป็นราคาทุนของสินทรัพย์ ค่าใช้จ่ายในการซ่อมแซมถือเป็นค่าใช้จ่ายในงบแสดงผลการดำเนินงานทางการเงิน

- ค่าเสื่อมราคابันทิกเป็นค่าใช้จ่ายในงบแสดงผลการดำเนินงานทางการเงิน คำนวณโดยวิธีเส้นตรงตามอายุการใช้งานที่กำหนดไว้ในหลักการและนโยบายบัญชีภาครัฐ ฉบับที่ ๒ และที่แก้ไขเพิ่มเติม โดยกรมบัญชีกลาง ดังนี้

อาคารสำนักงาน อาคารพักอาศัย และอาคารเพื่อประโยชน์อื่น	๑๐ - ๒๕	ปี
สิ่งปลูกสร้าง	๑๐ - ๒๐	ปี
ครุภัณฑ์สำนักงาน	๑๐	ปี
ครุภัณฑ์ยานพาหนะและขนส่ง	๕	ปี
ครุภัณฑ์ไฟฟ้าและวิทยุ (ยกเว้นเครื่องกำเนิดไฟฟ้า ๑๕-๒๐ ปี)	๕	ปี
ครุภัณฑ์โฆษณาและเผยแพร่	๕	ปี
ครุภัณฑ์การเกษตร	๒ - ๕	ปี
ครุภัณฑ์โรงงาน	๒ - ๕	ปี
ครุภัณฑ์ก่อสร้าง	๒ - ๕	ปี
ครุภัณฑ์สำรวจ	๘	ปี
ครุภัณฑ์วิทยาศาสตร์และการแพทย์	๕	ปี
ครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์	๓	ปี
ครุภัณฑ์การศึกษา	๔	ปี
ครุภัณฑ์งานบ้านงานครัว	๔	ปี
ครุภัณฑ์กีฬา / กายภาพ	๔	ปี
ครุภัณฑ์ดนตรี / นาฏศิลป์	๔	ปี
ครุภัณฑ์สนาม	๔	ปี
(ไม่มีการคิดค่าเสื่อมราคาสำหรับสินทรัพย์ระหว่างก่อสร้าง)		

๔.๕ สินทรัพย์ไม่มีตัวตน

- สินทรัพย์ไม่มีตัวตน แสดงมูลค่าด้วยมูลค่าสุทธิตามบัญชี

- ค่าตัดจำหน่ายสินทรัพย์ไม่มีตัวตนบันทึกเป็นค่าใช้จ่ายในงบแสดงผลการดำเนินงานทางการเงิน โดยวิธีเส้นตรงตามอายุการให้ประโยชน์โดยประมาณ ดังนี้

โปรแกรมคอมพิวเตอร์	๓	ปี
--------------------	---	----

๔.๖ รายได้รอการรับรู้

รายได้รอการรับรู้ เป็นสินทรัพย์ที่หน่วยงานได้รับจากการช่วยเหลือ เพื่อสนับสนุน การดำเนินงานของหน่วยงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ หรือสินทรัพย์รับบริจาคโดยมีผู้มอบให้หน่วยงานไว้ใช้ ในการดำเนินงาน

รายได้รอการรับรู้จะถูกทยอยตัดบัญชีเพื่อรับรู้รายได้ตามเกณฑ์สัดส่วนของค่าเสื่อมราคาของสินทรัพย์ที่ได้รับความช่วยเหลือหรือบริจาค

กรมควบคุมโรค
หมายเหตุประกอบงบการเงิน
สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๐

๔.๗ รายได้จากเงินงบประมาณ

รายได้จากเงินงบประมาณรับรู้ตามเกณฑ์ ดังนี้

- ๑) เมื่อยื่นคำขอเบิกเงินจากกรมบัญชีกลางในกรณีเป็นการขอรับเงินเข้าบัญชีหน่วยงาน
- ๒) เมื่ออนุมัติจ่ายเงินให้กับผู้มีสิทธิได้รับเงินแล้วในกรณีเป็นการจ่ายตรงให้กับผู้มีสิทธิรับเงิน
- ๓) เมื่อยื่นคำขอเบิกเงินจากกรมบัญชีกลางในกรณีเป็นการเบิกหักผลส่งไม่รับตัวเงิน

หน่วยงานแสดงรายได้จากเงินงบประมาณในงบแสดงผลการดำเนินงานทางการเงิน ตามจำนวนเงินงบประมาณที่ขอเบิกสุทธิจากเงินงบประมาณเบิกเกินส่งคืน งบประมาณเบิกแทนกัน แสดงรายได้จากเงินงบประมาณในงบแสดงผลการดำเนินงานทางการเงินของหน่วยงานผู้เบิกแทน

๔.๘ รายได้จากการขายสินค้าและบริการ

รายได้จากการขายสินค้าและบริการ เป็นรายได้ที่หน่วยงานได้รับอนุญาตให้เก็บรายได้นั้นไว้ เพื่อใช้จ่ายในการดำเนินงานของหน่วยงาน จะรับรู้เป็นรายได้เมื่อหน่วยงานส่งมอบสินค้าหรือบริการให้กับผู้ซื้อ

๔.๙ รายได้แผ่นดิน

รายได้แผ่นดินเป็นรายได้ที่หน่วยงานไม่สามารถนำมาใช้จ่ายในการดำเนินงาน รับรู้เมื่อเกิดรายได้ด้วยยอดสุทธิหลังจากหักส่วนที่จัดสรรเป็นเงินนอกงบประมาณตามที่ได้รับการยกเว้น รายได้แผ่นดิน และรายได้แผ่นดินนำส่งคลังไม่ต้องแสดงเป็นรายได้และค่าใช้จ่ายของหน่วยงาน แต่แสดงไว้ในหมายเหตุประกอบงบการเงินเป็นรายการแยกต่างหาก

๔.๑๐ รายได้จากการอุดหนุนและบริจาค

รายได้จากเงินโอนและเงินบริจาคจากบุคคลอื่น รับรู้เมื่อได้รับเงิน ยกเว้นในกรณีที่มีเงื่อนไขเป็นข้อจำกัดที่ต้องปฏิบัติตามในการใช้จ่ายเงิน หรือได้รับความช่วยเหลือและบริจาคเป็นสินทรัพย์ที่ให้ประโยชน์แก่หน่วยงานเกินหนึ่งปี จะทยอยรับรู้เป็นรายได้ตามเกณฑ์การคำนวณค่าเสื่อมราคาสินทรัพย์ที่ได้รับตลอดอายุของสินทรัพย์นั้น

๒.๖ รายงานรายได้แผ่นดิน

กรมควบคุมโรค
รายงานรายได้แผ่นดิน
สำหรับปีสิ้นสุดวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๐

	๒๕๖๐	(หน่วย : บาท) ๒๕๕๙
รายได้แผ่นดินที่จัดเก็บ		
รายได้แผ่นดิน - ภาษี	๐.๐๐	๐.๐๐
รายได้แผ่นดิน - นอกจากภาษี	๓๒,๗๕๔,๗๔๙.๕๒	๒๘,๕๕๔,๖๐๕.๒๗
รวมรายได้แผ่นดินที่จัดเก็บ	๓๒,๗๕๔,๗๔๙.๕๒	๒๘,๕๕๔,๖๐๕.๒๗
หัก รายได้แผ่นดินถอนคืนจากคลัง	๐.๐๐	๑๔๙,๘๐๐.๐๐
รายได้แผ่นดินจัดสรรตามกฎหมาย	๐.๐๐	๐.๐๐
รายได้แผ่นดินจัดเก็บสุทธิ	๓๒,๗๕๔,๗๔๙.๕๒	๒๘,๔๐๔,๘๐๕.๒๗
รายได้แผ่นดินนำส่งคลัง	๓๒,๗๕๔,๗๔๙.๕๒	๒๘,๔๐๔,๘๐๕.๒๗
รายได้แผ่นดินรอนำส่งคลัง	๐.๐๐	(๑๐๐.๐๐)
ปรับ รายได้แผ่นดินรอนำส่งคลัง	๐.๐๐	๑๐๐.๐๐
รายการรายได้แผ่นดินสุทธิ	๐.๐๐	๐.๐๐

รายได้แผ่นดิน - นอกภาษี

	๒๕๖๐	(หน่วย : บาท) ๒๕๕๙
รายได้จากการขายสินค้าและบริการ	๔,๓๔๓,๖๓๘.๔๗	๔,๑๘๐,๙๙๗.๒๓
รายได้ดอกเบี้ยและเงินปันผล	๓๐๒,๐๗๖.๒๘	๓๗๓,๔๑๕.๖๕
รายได้อื่น	๒๘,๑๐๙,๐๓๔.๗๗	๒๔,๐๐๐,๑๙๒.๓๙
รวม รายได้แผ่นดิน - นอกภาษี	๓๒,๗๕๔,๗๔๙.๕๒	๒๘,๕๕๔,๖๐๕.๒๗

ผลการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

๑. แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๗๙)

กรมควบคุมโรคได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของการปฏิรูประบบราชการ และการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระยะยาว จึงได้จัดให้มีกระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๗๙) ขึ้น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคของประเทศต่อไป

ขั้นตอนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ประกอบด้วยการดำเนินงานที่สำคัญๆ ดังนี้

๑. การทบทวนข้อมูลทุติยภูมิ ประเภทเอกสาร งานวิจัย บทความทางวิชาการ กฎหมาย และนโยบายที่เกี่ยวข้องกับระบบ ป้องกันควบคุมโรค สถาบันสาธารณสุข (Public Health Institute) สมรรถนะที่สำคัญในการป้องกันควบคุมโรค แนวโน้มที่สำคัญของโลก เป้าหมายการพัฒนาตาม Sustainable Development Goal โมเดลการพัฒนาประเทศ เพื่อศึกษาสถานการณ์ แนวโน้ม รูปแบบ และการขับเคลื่อนระบบป้องกันควบคุมโรค

๒. การรับฟังความคิดเห็นจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และผู้เชี่ยวชาญทั้งจากภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข เช่น ภาคเอกชน องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรมหาชน องค์กรระหว่างประเทศ มหาวิทยาลัย เป็นต้น เพื่อทบทวนความสำเร็จที่สำคัญ ในการด้านป้องกันควบคุมโรคในระยะ ๒๐ ปีที่ผ่านมา ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความสำเร็จดังกล่าว ความคาดหวังในอนาคตข้างหน้า (๑๐ - ๒๐ ปีข้างหน้า) ที่มีต่อระบบป้องกันควบคุมโรคของประเทศไทย และประเด็นที่จำเป็นต้องเร่งพัฒนาและปฏิรูป

๓. การรับฟังความคิดเห็นของผู้บริหารกรมควบคุมโรคและกระทรวงสาธารณสุขถึงแนวทางการปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุข การขับเคลื่อนโมเดลประเทศไทย ๔.๐ กระทรวงสาธารณสุข ๔.๐ แนวทางในการพัฒนากฎหมายควบคุมโรคในอนาคต และกรมควบคุมโรค ๔.๐ การทบทวนและการกำหนดวิสัยทัศน์โดยคณะผู้บริหารกรมควบคุมโรคและการอธิบายลักษณะของภาพอนาคตที่พึงปรารถนา

๔. การกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดที่สำคัญของยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ทั้งผลสัมฤทธิ์ด้านการลดโรคและผลสัมฤทธิ์ในการพัฒนาระบบป้องกันควบคุมโรค

๕. สรุปสถานะที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน บริบท และปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการพัฒนาระบบป้องกันควบคุมโรค ตลอดจนลักษณะ สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพที่สำคัญ

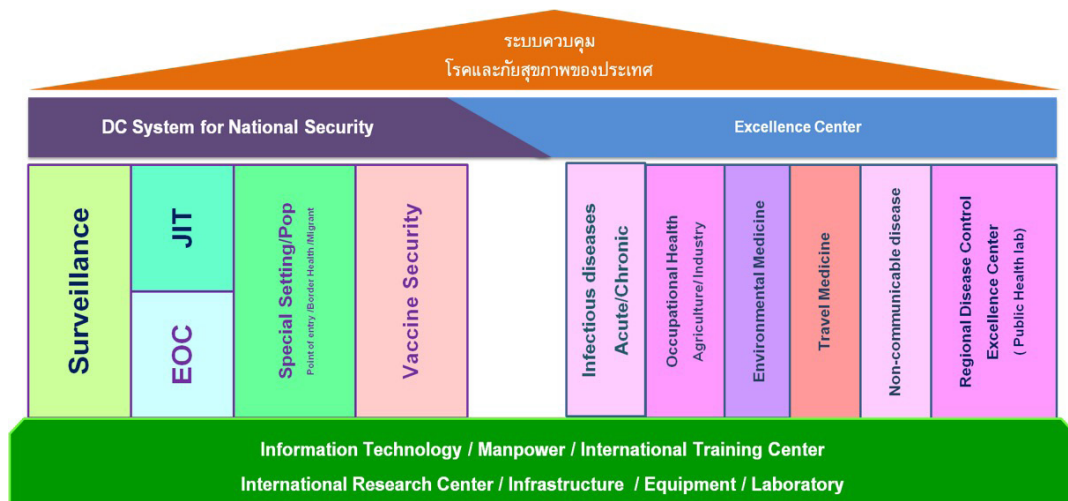
๖. กำหนดยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ โดยอาศัยกรอบสมรรถนะการปฏิบัติตาม กฎอนามัยระหว่างประเทศ เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ร่างยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๗๙) แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) แผนยกระดับ ความมั่นคงและความเป็นเลิศของ ประเทศ พ.ศ. ๒๕๕๙ - ๒๕๖๓ แผนปฏิบัติการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อหรือโรคระบาดตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘ และแผนยุทธศาสตร์การพัฒนางานด้านกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. ๒๕๕๘ สำหรับช่วงปี พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔ เป็นกรอบในการพัฒนายุทธศาสตร์



รูปภาพที่ ๑ เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals)



รูปภาพที่ ๒ แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข)



รูปภาพที่ ๓ แผนยกระดับความมั่นคงและความเป็นเลิศของประเทศ พ.ศ. ๒๕๕๙ – ๒๕๖๓

๗. คณะทำงานจัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี เพื่อพัฒนาระบบป้องกันควบคุมโรคแห่งชาติ นำเสนอร่างต่อคณะกรรมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี เพื่อพัฒนาระบบป้องกันควบคุมโรคแห่งชาติ เพื่อขอความเห็นชอบ และรับฟังข้อคิดเห็น ๓ ครั้ง

๘. ระบุประเด็นสำคัญที่จะต้องเร่งรัดปฏิรูปใน ๕ ปีข้างหน้า จัดทำแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ โดยการคำนึงถึงแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ และประเด็นสำคัญที่ต้องเร่งรัดปฏิรูปใน ๕ ปีข้างหน้า

การกำหนดวิสัยทัศน์และยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

กำหนดโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง และคำนึงถึงผลกระทบด้านสุขภาพในทางที่สร้างสรรค์เป็นหลัก อาศัยเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน แนวคิดการพัฒนาระบบตามกลไกความร่วมมือระหว่างประเทศ วาระความมั่นคงด้านสุขภาพโลก หลักเศรษฐกิจพอเพียง ร่างยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๗๔) โมเดล Thailand ๔.๐ แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) แผนยกระดับความมั่นคงและความเป็นเลิศของประเทศ พ.ศ. ๒๕๕๙ - ๒๕๖๓ แผนปฏิบัติการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อหรือโรคระบาดตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘ และแผนยุทธศาสตร์การพัฒนางานด้านกลไกความร่วมมือระหว่างประเทศ พ.ศ. ๒๕๕๘ สำหรับช่วงปี พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔ เป็นกรอบในการพัฒนายุทธศาสตร์

๑. วิสัยทัศน์

ประชาชนได้รับการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพระดับมาตรฐานสากล ภายในปี ๒๕๗๔

๑.๑ ความหมายวิสัยทัศน์

๑.๑.๑ ประชาชนได้รับการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ หมายถึง ประชาชนมีสุขภาพดี โดยมีความเสี่ยงต่อโรคและภัยสุขภาพลดลง ลดการป่วย ลดความพิการ และลดการตายจากโรคและภัยที่ป้องกันได้ ประชาชนมีความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy) สามารถจัดการตนเอง ครอบคลุม และชุมชนได้

๑.๑.๒ การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพระดับมาตรฐานสากล หมายถึง ระบบการป้องกันควบคุมโรคที่มีสมรรถนะได้ตามตัวชี้วัดมาตรฐานสากลที่องค์กรระดับนานาชาติเป็นผู้กำหนด หรือสามารถปฏิบัติงานได้ตามเป้าหมายที่องค์กรระดับนานาชาติกำหนด เช่น Sustainable Development Goals (SDGs) หรือกลไกความร่วมมือระหว่างประเทศ (International Health Regulation: IHR) เป็นต้น

๑.๒ ภาพอนาคตที่พึงประสงค์

จากวิสัยทัศน์ “ประชาชนได้รับการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพระดับมาตรฐานสากล ภายในปี ๒๕๗๔” สามารถฉายภาพระบบป้องกันควบคุมโรคที่พึงประสงค์ได้ดังนี้

๑.๒.๑ ประชาชนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา

- ๑) ตรงความต้องการของประชาชน
- ๒) การป่วย การตาย และความพิการจากโรคต่างๆ ที่สามารถป้องกันได้ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ
- ๓) ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และมีทักษะในการดูแลสุขภาพของตนเอง ชุมชน และสังคม
- ๔) ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม
- ๕) ประชาชนมีส่วนร่วม และแสดงบทบาทเป็นผู้ควบคุมป้องกันโรค ต้องช่วยกันดูแลชุมชนโดยถือว่าภาระในการป้องกันควบคุมโรคเป็นหน้าที่ของตนเองและชุมชน
- ๖) ประชาชนทั่วไป ประชาชนกลุ่มที่มีความเสี่ยง และผู้ป่วย สามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้อย่างครอบคลุม

๑.๒.๒ Smart Operation

- ๑) ทีมควบคุมโรคทุกระดับมีความเป็นมืออาชีพ มีศักยภาพสูง สามารถทำงานเป็นทีมอย่างเข้มแข็ง มีคุณธรรม จริยธรรม และรักการเรียนรู้
- ๒) มีนโยบาย มาตรการ และบริการที่มีคุณภาพ
- ๓) มีสถานบริการด้านการป้องกันควบคุมโรคที่มีคุณภาพ สามารถปฏิบัติงานด้านการป้องกันควบคุมโรคอย่างมีประสิทธิภาพ
- ๔) มีระบบข้อมูลที่มีความถูกต้อง ครบถ้วน และทันต่อเหตุการณ์

๑.๒.๓ Innovation & Creativity

- ๑) ระบบป้องกันควบคุมโรคสามารถพัฒนาความรู้ และนวัตกรรมใหม่ๆ ที่จำเป็นได้อย่างต่อเนื่อง
- ๒) มีการลงทุนด้านงานวิจัยและพัฒนา นวัตกรรมด้านการป้องกันควบคุมโรคอย่างต่อเนื่อง
- ๓) ระบบป้องกันควบคุมโรคขับเคลื่อนงานด้วยเทคโนโลยี นวัตกรรม และความคิดสร้างสรรค์ บนพื้นฐานความรู้และวิชาการ

๑.๒.๔ Collaboration & Unity

- ๑) มีเป้าหมายร่วมกัน ดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคอย่างมีเอกภาพ เกิดความร่วมมือในการทำงานของทุกภาคส่วน
- ๒) องค์กร/หน่วยงานเครือข่ายสามารถทำงานและพัฒนางานไปในทิศทางเดียวกัน มีความร่วมมือกันเป็นอย่างดี และมีความเข้าใจซึ่งกันและกัน

๒. พันธกิจ

๑. วิจัย และพัฒนานองค์ความรู้ นวัตกรรม และเทคโนโลยี ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และการควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพของประชาชน
๒. กำหนดและพัฒนานโยบาย มาตรการ บริการ และคุณภาพมาตรฐานการดำเนินงาน ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และการควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพของประชาชน
๓. เผยแพร่และถ่ายทอดองค์ความรู้ นวัตกรรม เทคโนโลยี นโยบาย มาตรการ บริการ และคุณภาพมาตรฐานการดำเนินงาน ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และการควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพของประชาชน ให้แก่หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และประชาชน
๔. จัด ประสาน และพัฒนาระบบ กลไก และเครือข่ายในการเฝ้าระวัง เตือนภัย สอบสวน ป้องกัน และควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพ รวมทั้งการดำเนินการตามกฎหมาย อนุสัญญา หรือกฎข้อบังคับระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้อง
๕. ดำเนินการเฝ้าระวัง ป้องกัน สอบสวน และการควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพ
๖. จัดให้มีบริการป้องกัน ควบคุม รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ โรคและภัยที่คุกคามสุขภาพ รวมทั้งบริการเพื่อรองรับการส่งต่อผู้ป่วยโรคติดต่อ โดยเฉพาะโรคติดต่ออันตรายในระดับตติยภูมิ และกักกันผู้ป่วยโรคติดต่ออันตราย ผู้สัมผัสโรคหรือพาหะตามข้อตกลงระหว่างประเทศ

๓. คุณลักษณะของระบบป้องกันควบคุมโรคที่พึงประสงค์

๑. มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง
๒. ยึดหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง โดยเน้น “การสร้างความเข้มแข็งจากภายใน เชื่อมโยงไทยสู่ประชาคมโลก”
๓. การสร้างความเข้มแข็งด้วยการใช้ปัญญาและนวัตกรรม
๔. ยึดหลักธรรมาภิบาล
๕. ความคุ้มค่า (Value For Money)

๔. ตัวชี้วัดที่สำคัญและค่าเป้าหมายสำหรับปี ๒๕๗๔

๔.๑ การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค (Promotion & Prevention Excellence: P&P Excellence)

ที่	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย
๑	จำนวนผู้ป่วยโรคโปลิโอ	ไม่พบผู้ป่วยโปลิโอรายใหม่
๒	จำนวนผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้อเอชไอวี	จำนวนผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้อเอชไอวีลดลงร้อยละ ๘๐
๓	อุบัติการณ์วัณโรค	น้อยกว่า ๑๐ ต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน
๔	อัตราป่วยโรคมาลาเรีย	ไม่เกิน elimination target
๕	อัตราตายโรคหลอดเลือดหัวใจ	ลดลงร้อยละ ๒๕
๖	ความชุกของผู้สูบบุหรี่ในประชากรไทย อายุ ๑๕ ปี	ลดลงร้อยละ ๕๐
๗	ประมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ต่อประชากรอายุ ๑๕ ปี ขึ้นไป	ลดลงร้อยละ ๔๐
๘	อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า ๑๕ ปี	ลดลงร้อยละ ๘๐

ที่	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย
๙	อัตราป่วยโรคพิษโลหะหนักในประชากรอายุ ๐-๑๔ ปี ในพื้นที่เสี่ยงสูง	ไม่เกิน ๐.๑ ต่อประชากรหนึ่งแสนคน
๑๐	ระดับสมรรถนะของระบบป้องกันควบคุมโรคตามเกณฑ์ของกฎอนามัยระหว่างประเทศ	ได้ผลการประเมินในระดับสูงสุด (ระดับ ๕) ทุกตัวชี้วัด

๔.๒ ระบบบริการ (Service Excellence)

ที่	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย
๑	ความชุกของ Primary MDR-TB	ลดลงร้อยละ ๕๐
๒	ความชุกของโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล	ลดลงร้อยละ ๒๕
๓	ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้	ร้อยละ ๙๐
๔	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้	ร้อยละ ๙๐
๕	อัตราป่วยตายของผู้ป่วยโรคติดต่ออันตราย	ไม่สูงกว่าอัตราป่วยตายของประเทศพัฒนาแล้ว

๔.๓ การพัฒนาคน (People Excellence)

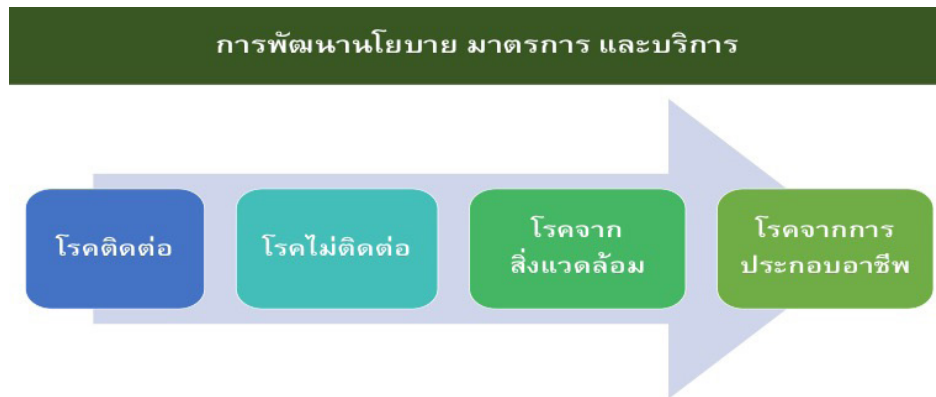
ที่	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย
๑	อัตราส่วนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยาภาคสนามที่ผ่านการฝึกอบรมต่อจำนวนประชากร	ไม่น้อยกว่า ๑ ต่อประชากร ๒๐๐,๐๐๐ คน
๒	จำนวนหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคที่สามารถสอบสวนควบคุมโรคติดต่ออันตรายและภัยตามกฎหมายระหว่างประเทศได้	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ของจำนวนอำเภอ

๔.๔ ระบบบริหารจัดการ (Governance Excellence)

ที่	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย
๑	ระยะเวลาที่ใช้ในการ activate EOC	ไม่เกิน ๑๒๐ นาที
๒	จำนวนผู้ป่วยโรคติดต่ออันตรายเกิดขึ้นใน Generation ที่ ๒	ไม่พบผู้ป่วยโรคติดต่ออันตรายใน generation ที่ ๒
๓	จำนวนผู้ปฏิบัติงานที่ได้รับอันตรายจากภัย (เคมี กัมมันตรังสี และนิวเคลียร์) หรือติดเชื้อโรคติดต่ออันตรายจากการปฏิบัติงาน	ไม่มีผู้ปฏิบัติงานได้รับอันตรายจากภัย หรือติดเชื้อโรคติดต่ออันตรายจากการปฏิบัติงาน
๔	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกรมควบคุมโรคที่ผ่านเกณฑ์การประเมินด้านธรรมาภิบาล	ร้อยละ ๑๐๐
๕	ร้อยละของหน่วยบริการสุขภาพที่มีการจัดบริการด้านการป้องกันควบคุมโรคตามมาตรฐาน	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๕

๕. ยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

๕.๑ ยุทธศาสตร์ที่ ๑ การพัฒนานโยบาย มาตรการ และบริการด้านการป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพ



๕.๒ ยุทธศาสตร์ที่ ๒ การเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข



๕.๓ ยุทธศาสตร์ที่ ๓ การยกระดับโครงสร้างพื้นฐานของระบบป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ



๕.๔ ยุทธศาสตร์ที่ ๔ การปรับปรุงระบบบริหารจัดการและการพัฒนาความร่วมมือ



๕.๕ ยุทธศาสตร์ที่ ๕ การพัฒนากำลังคนด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ



แนวทางการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ กำหนดเป้าหมายด้านการป้องกันควบคุมโรค และเป้าหมายในการพัฒนาระบบป้องกันควบคุมโรคให้มีความเข้มแข็งมากขึ้น และมีลักษณะเป็นกรอบแนวทางและเป็นเครื่องมือขึ้นนำการดำเนินงานด้านการป้องกันควบคุมโรค

การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี ด้านการป้องกันควบคุมโรคไปสู่การปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ มีแนวทางการขับเคลื่อน ดังนี้

ด้านการเตรียมการและการวางแผน

๑. กำหนดให้มีคณะกรรมการขึ้นมาชุดหนึ่งทำหน้าที่หลักต้น ขับเคลื่อน กำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ซึ่งคณะกรรมการฯ อาจตั้งคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนงานตามยุทธศาสตร์ย่อยเพิ่มเติมได้

๒. ให้มีการจัดทำแผนปฏิบัติการระยะ ๕ ปี โดยอาศัยยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี เป็นกรอบแนวทางในการจัดทำแผนปฏิบัติการหนึ่งเพื่อความสอดคล้องเชื่อมประสาน และบูรณาการการดำเนินงานด้านต่างๆ ให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี

ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ในการจัดทำแผนอื่นๆ (เช่น แผนยุทธศาสตร์ตามรายโรค แผนปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘ เป็นต้น) ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องพิจารณานำแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพไปร่วมพิจารณาในการจัดทำแผนด้วย โดยมีประเด็นสำคัญที่ควรจะต้องดำเนินการเร่งรัดปฏิรูป ประกอบด้วย

๒.๑ Emergency Operations Center (EOC)

ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข เริ่มดำเนินการในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ เป็นศูนย์กลางสั่งการของผู้บัญชาการเหตุการณ์เพื่อให้สามารถจัดการภาวะฉุกเฉินทุกโรคและภัยสุขภาพได้อย่างรวดเร็ว เป็นระบบ มีความเป็นเอกภาพ มีประสิทธิภาพ และปลอดภัย ปัจจุบันเหตุการณ์การเกิดโรคหรือภัยคุกคามทางสุขภาพนั้นวันจะมีความต่อเนื่องและรุนแรงขึ้น เช่น โรคอุบัติใหม่ โรคจากสารเคมี ภัยธรรมชาติ อุบัติเหตุ เป็นต้น จึงมีความจำเป็นที่ต้องมีการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินใน ๓ ด้าน ได้แก่ ด้านระบบ (System) ด้านโครงสร้าง (Structure) และด้านคน (Staff) ดังนั้น แผนพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข ในระยะ ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔) จึงต้องเน้นการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินให้มีมาตรฐานตามแบบประเมิน EOC Assessment Tool โดยจะต้องมีอุปกรณ์เทคโนโลยีด้านการสื่อสารที่เหมาะสมสามารถเชื่อมต่อและรับส่งข้อมูลแบบ Real Time ทั้งภายในและต่างประเทศ มีอัตราค่าส่งบุคลากรในการปฏิบัติงานแบบเต็มเวลา ทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน กลุ่มภารกิจใน EOC ทำงานเชื่อมโยงข้อมูลได้ ต้องมีการซ้อมแผนเป็นประจำ มีทีมตระหนักรู้สถานการณ์ที่สามารถตรวจจับและตรวจสอบได้

๒.๒ Real Time Surveillance & Strategic Information System

การเฝ้าระวังสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพที่มีความต่อเนื่อง แบบรวดเร็ว ทันเวลา ทั้งการรายงานข้อมูลประจำการแจ้งเหตุการณ์ (Event-based Surveillance) และการเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ (Laboratory Surveillance) เน้นการเชื่อมต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข เพิ่มสมรรถนะในการวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลด้วยกราฟิก โดยระบบอัตโนมัติ เพิ่มสมรรถนะด้านการพยากรณ์เหตุการณ์ผิดปกติ การสื่อสารข้อมูลถึงผู้บริหารระดับต่างๆ อย่างรวดเร็วและเหมาะสม ภาครัฐเครือข่ายและภาคประชาชนมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคและภัยโดยอาศัยอุปกรณ์สื่อสารเคลื่อนที่ (Mobile Device)

๒.๓ Smart NCD & En-Occ Prevention

แผนงานด้านโรคไม่ติดต่อและโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมในระยะ ๕ ปี ควรให้ความสำคัญกับการปฏิรูปกลไกการทำงานร่วมกับภาครัฐเครือข่ายให้มีประสิทธิภาพ การพัฒนาศักยภาพของหน่วยงานพันธมิตรตาม Capacity และ Competency Mapping และมาตรฐานการดำเนินงานที่พึงประสงค์ การสร้างเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และมีทักษะสามารถดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคมได้ การพัฒนานโยบายและมาตรการจากองค์ความรู้และแบบอย่างที่ดี (Best Practices) การส่งเสริมให้ประชาชนรู้สภาวะสุขภาพของตนเอง ได้รับการวินิจฉัยโรคอย่างรวดเร็ว และการจัดการลดความเสี่ยงตลอดจนการจัดระบบประกันคุณภาพบริการเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อ และโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม

๒.๔ Intelligent Workforce

แผนปฏิบัติการในระยะ ๕ ปี ควรเน้นการจัดทำ Competency Mapping สำหรับผู้ปฏิบัติงานด้านป้องกันควบคุมโรคในระบบ การพัฒนาระบบการเรียนการสอนที่มีคอมพิวเตอร์เป็นอุปกรณ์ช่วยสอน (Computer Assisted Instruction, CAI) ส่งเสริมการพัฒนาระบบการเรียนรู้จากการทำงานโดยมีพี่เลี้ยงหรือผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้สอนงาน (On the Job Training) จัดระบบการบริหารจัดการกำลังคน (Human Resource Management) ให้เหมาะสม ทบพวนระบบค่าตอบแทนให้เหมาะสม สร้างกลไกการสื่อสารกับมหาวิทยาลัย (ผู้ผลิตบัณฑิต) ถึงสมรรถนะที่จำเป็นและเป็นที่ต้องการสำหรับคนทำงานด้านป้องกันควบคุมโรค การเร่งพัฒนาหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคให้สามารถดำเนินการได้ตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง และการเร่งผลิตกำลังคนด้านการป้องกันควบคุมโรคในสาขาขาดแคลน

๒.๕ Bio-Containment Unit

ในระยะ ๕ ปี ควรมีการทบทวนและจัดทำแผนในการพัฒนา Bio-containment Unit ให้มีความชัดเจน จัดการให้มีการลงทุนด้านโครงสร้างพื้นฐานที่เหมาะสม กำหนดแผนพัฒนากำลังคนและระบบงานที่มีความชัดเจน โดยในระยะ ๕ ปีแรก ควรพัฒนาให้มี Bio-containment Unit ที่ใช้งานอย่างน้อย ๕ แห่ง (ที่ส่วนกลาง ๑ แห่ง ได้แก่ สถาบันบำราศนราดูร และภาคอื่นๆ อีกอย่างน้อยภาคละ ๑ แห่ง)

๒.๖ Public Health Laboratory

จุดเน้นด้านการพัฒนาระบบ Public Health Laboratory ในระยะ ๕ ปี ควรประกอบด้วย การกำหนดแผนและ การดำเนินงานพัฒนาห้องปฏิบัติการของกรมควบคุมโรคอย่างเหมาะสม การจัดวางเครือข่ายห้องปฏิบัติการทางสาธารณสุขให้เหมาะสม กับระบบป้องกันควบคุมโรคของประเทศและตามข้อกำหนดของกฎอนามัยระหว่างประเทศ การพัฒนาห้องปฏิบัติการสาธารณสุข ให้อยู่ในจุดที่ให้บริการผู้ป่วย (อย่างน้อยควรประกอบด้วย การพัฒนาห้องปฏิบัติการของสถาบันบำราศนราดูรให้เหมาะสมกับแนวคิด ที่จะพัฒนาสถาบันบำราศนราดูรให้เป็น Excellent Center ด้านการดูแลผู้ป่วยโรคติดต่ออันตราย) และการบริหารจัดการเครือข่าย ห้องปฏิบัติการทางสาธารณสุขให้สามารถพัฒนาความเชี่ยวชาญของแต่ละห้องปฏิบัติการได้อย่างต่อเนื่อง

๒.๗ Health Literacy & Health Life Skills

ในระยะ ๕ ปี ควรเน้นพัฒนาบุคลากรด้านการป้องกันควบคุมโรคให้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับความรอบรู้ ด้านสุขภาพ ส่งเสริมการดำเนินงานเพื่อการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ และทักษะด้านสุขภาพทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคมอย่างทั่วถึง การขับเคลื่อนด้านความรู้และการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพที่มีการประเมินผลโดยเน้นผลลัพธ์ที่ ประชาชนมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองและมีสุขภาพที่พึงประสงค์ในทุกกลุ่มวัย ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีความรู้ด้านสุขภาพ เพิ่มขึ้น ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีสุขภาพสมบูรณ์ในทุกมิติ

๒.๘ Next Generation Risk Communication

ควรมีจุดเน้นที่ระบบการเฝ้าระวังข่าวลืออย่างเป็นระบบ จัดระบบให้มีการตอบโต้ข่าวลือให้ได้อย่างรวดเร็ว (ภายใน ๖๐ นาที) และเหมาะสม ทำการสื่อสารความเสี่ยงเชิงรุกและเน้นที่คำแนะนำในการปฏิบัติตัว มีการสื่อสารความเสี่ยงผ่านช่องทาง และสื่อใหม่ๆ โดยเฉพาะ Social Media อย่างมีประสิทธิภาพเหมาะกับลักษณะของประชากรเป้าหมาย

๒.๙ ระบบการเงินด้านการป้องกันควบคุมโรค

การจัดระบบการเงินด้านการป้องกันควบคุมโรค มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อให้หน่วยงานที่รับผิดชอบงานด้านการ ป้องกันควบคุมโรคในทุกระดับมีงบประมาณและทรัพยากรพอเพียงต่อการดำเนินงาน และหน่วยงานที่เป็นหน่วยงานจัดสร รงบประมาณจัดสรรงบประมาณสอดคล้องกับนโยบายด้านการป้องกันควบคุมโรค และสอดคล้องกับลำดับความสำคัญของปัญหา (มี Alignment)

๓. ให้หน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องมอบหมายผู้ประสานงานด้านการป้องกันควบคุมโรคของหน่วยงาน/องค์กร โดยแจ้งรายชื่อให้กรมควบคุมโรค (ในฐานะผู้ประสานงานหลัก) และปรับปรุงรายชื่อให้ทันสมัยอยู่เสมอ

๒. ผลงานที่กรมควบคุมโรคได้รับรางวัล

ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ กรมควบคุมโรคได้รับรางวัลผลงานคุณภาพจากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (สำนักงาน ก.พ.ร.) จำนวน ๖ เรื่อง ซึ่งเป็นรางวัลระดับประเทศ และถือว่าเป็นรางวัลอันทรงเกียรติที่มอบให้กับส่วนราชการต่างๆ ที่มีผลการพัฒนาคุณภาพการให้บริการ เพื่อให้ประชาชนได้รับความสะดวก รวดเร็ว โปร่งใส เป็นธรรม และเป็นที่พึงพอใจ มีผลงานได้รับการพิจารณาแบ่งตามประเภทรางวัล ดังนี้



๑. รางวัลคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ รายนาม ได้แก่ หมวด ๔ ด้านการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานขององค์กรและการจัดการความรู้ โดยมุ่งเน้นพัฒนาระบบวิเคราะห์ผลการดำเนินงานตั้งแต่การวัด การวิเคราะห์ และปรับปรุงผลการดำเนินงานให้เชื่อมโยงกับตัวชี้วัดที่สะท้อนภารกิจหลักของหน่วยงาน มีการจัดการข้อมูลสารสนเทศเพื่อสร้างฐานข้อมูลที่ถูกต้อง น่าเชื่อถือ และทันต่อสถานการณ์ พร้อมใช้ในการป้องกัน เฝ้าระวัง และควบคุมการระบาดของโรค

๒. รางวัลบริการภาครัฐแห่งชาติ มีผลงานที่ได้รับรางวัล ระดับดีเด่น ๑ ผลงาน ได้แก่ การพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคไข้มาลาเรีย โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อกำจัดโรคมาลาเรีย ของสำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง เป็นการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรค “มาลาเรียออนไลน์” ทำให้ทราบข้อมูลผู้ป่วยได้ในเวลาเพียง ๒๐ นาที สามารถเชื่อมโยงข้อมูลด้านระบาดวิทยา กิจวิทยา และข้อมูลอื่นๆ ในรูปแบบที่เข้าใจง่าย สามารถวิเคราะห์สถานการณ์ และวางแผนรายพื้นที่เพื่อควบคุมและกำจัดการแพร่เชื้อ มาลาเรียได้ทันที สามารถจัดเก็บและรายงานข้อมูลผู้ป่วยระดับหมู่บ้านและหลังคาเรือนเป็นปัจจุบัน (Real Time) นอกจากนี้ ยังช่วยเพิ่มความรวดเร็วให้เจ้าหน้าที่ภาคสนามในการจัดการควบคุมโรคได้อย่างทันเหตุการณ์และมีประสิทธิภาพ

สำหรับผลงานที่ได้รับรางวัลบริการภาครัฐแห่งชาติ ระดับดี ๑ ผลงาน ได้แก่ การป้องกันการระบาดของไวรัสเมอร์ส (MERS) ด้วยการพัฒนากิจการติดตามผู้สัมผัสโรค ของสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง โดยประเทศไทยสามารถควบคุมการระบาดของโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง หรือโรคเมอร์ส ไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดในวงกว้าง และสามารถควบคุมโรคไม่ให้เกิดการระบาดในรุ่นที่สองได้ ทำให้ประชาชนลดความวิตกกังวลต่อการแพร่ระบาดของโรค รวมถึงการเรียกความเชื่อมั่นของประเทศไทย ทั้งในด้านเศรษฐกิจ การท่องเที่ยว และด้านสาธารณสุขของประเทศไทยกลับมาได้อีกครั้ง

นอกจากนี้ กรมควบคุมโรค ยังได้รับรางวัลพัฒนาคุณภาพการบริการอย่างต่อเนื่องอีก ๒ ผลงาน ได้แก่

๑) รูปแบบการบูรณาการการดำเนินงานควบคุมโรคอย่างมีส่วนร่วม โดยใช้โปรแกรมบริหารงานคลินิกวัณโรคในพื้นที่ ๘ จังหวัดภาคเหนือของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑ จังหวัดเชียงใหม่ เป็นการพัฒนาระบบบริการ โดยประโยชน์ที่กลุ่มเป้าหมายได้รับ คือ การได้รับการดูแลเอาใจใส่ และป้องกันโรคและภัยสุขภาพที่ดีจากเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขทุกระดับ การมีเครือข่ายการดำเนินงานทั้งภายในและภายนอกพื้นที่สามารถร่วมกันแก้ไขปัญหาวัณโรคของประเทศไทยให้ลดน้อยลง และ ๒) โครงการจัดบริการที่เป็นมิตรสำหรับเยาวชนของสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นการก้าวไปสู่ระบบบริการที่เป็นงานประจำของหน่วยบริการสุขภาพ มีการดำเนินการพัฒนารูปแบบและต้นแบบในชุมชน เพื่อให้ผู้ให้บริการได้มีความรู้ ความเข้าใจมีทักษะการให้การปรึกษาและมีทัศนคติที่ปราศจากอคติและการเลือกปฏิบัติต่อเยาวชน เกิดระบบประสานการส่งต่อจากชุมชนสู่หน่วยบริการสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ ขยายความครอบคลุมการจัดบริการที่เป็นมิตรไปสู่กลุ่มเยาวชนกลุ่มเฉพาะได้

๓. รางวัลความเป็นเลิศด้านการบริหารราชการแบบมีส่วนร่วม ระดับดี ๑ ผลงาน ได้แก่ สานพลังประชารัฐ เพื่อแก้ไขปัญหาคีรติกรรมแอลกอฮอล์อย่างยั่งยืน ของสำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นการขยายผลจากผลงาน “ธรรมนูญสุขภาพชุมชน” สู่มาตรการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อำเภอหาดุพพนม จังหวัดนครพนม ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ จังหวัดอุบลราชธานี ที่ได้รับรางวัลในปี ๒๕๕๙ โดยขยายผลไปยังพื้นที่ใหม่ ๓ แห่ง เป็นความร่วมมือแบบมีส่วนร่วมจากสมาชิกในชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม ผลที่ได้ คือ สามารถลดค่าใช้จ่ายจากงานศพ โดยการ “จัดงานศพปลอดเหล้า” การบาดเจ็บทางถนน

ที่มีสาเหตุจากการเมาสุราลดลง รวมทั้ง มีข้อตกลงในร้านค้าตัวอย่าง ในการเพิ่มวันห้ามขายสุราในวันพระทุกวัน ซึ่งเป็นมาตรการเพิ่มเติมจากกฎหมายที่ระบุไว้ผลงานของกรมควบคุมโรค นอกจากแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพการให้บริการที่ได้รับการยอมรับจากประชาชนในระดับประเทศแล้ว ยังเป็นการสร้างขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน สามารถเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับหน่วยงานอื่น รวมทั้ง กระตุ้นให้หน่วยงานมีความมุ่งมั่นและตั้งใจในการทำหน้าที่ให้ดียิ่งขึ้น

๓. ผลการดำเนินงานตามเป้าหมายการลดโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญ ของแผนงานควบคุมโรค กรมควบคุมโรค
ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

๓.๑ แผนงานควบคุมโรคภายใต้ Cluster CD

๑. แผนงานควบคุมโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน

วัคซีนเป็นเครื่องมือสำคัญในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา มีการพัฒนาและปรับปรุงการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง อาทิ การคงรักษาและเร่งรัดระดับความครอบคลุม การได้รับวัคซีนในประชากรกลุ่มเป้าหมายให้สูงตามเกณฑ์เป้าหมาย การเพิ่มวัคซีนใหม่เพื่อให้ประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการป้องกันโรคที่มีความสำคัญมากขึ้น การปรับชนิดของวัคซีนเดิมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและลดจำนวนครั้งในการให้บริการการปรับตารางการให้วัคซีนตามระบบปกติ การรณรงค์ให้วัคซีนแก่ประชากรกลุ่มเสี่ยงเพื่อป้องกันไม่ให้โรคระบาดเป็นวงกว้าง การดำเนินงานตามพันธสัญญา ร่วมกับนานาชาติทั่วโลกในการกำจัดและกวาดล้างโรค ผลการดำเนินงานมีความก้าวหน้ามาโดยตลอด โดยเฉพาะความครอบคลุมของการได้รับวัคซีน และจำนวนผู้ป่วยโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนมีแนวโน้มลดลงทุกโรคที่สำคัญ คือ ประเทศไทยไม่พบผู้ป่วยด้วยโรคโปลิโอติดต่อกันเป็นเวลากว่า ๒๐ ปี



ผลการดำเนินงานตามเป้าหมายการลดโรคและภัยสุขภาพ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/ อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
๑. กวาดล้างโรคโปลิโอให้หมดไป	๐ ราย	ผู้ป่วยโปลิโอ ๐ ราย (ข้อมูล ณ วันที่ ๑๙ ตุลาคม ๒๕๖๐)	๑. ถึงแม้ว่าจะไม่พบรายงานผู้ป่วยโปลิโอ แต่การดำเนินงานกวาดล้างโรคโปลิโอยังคงต้องมีความเข้มแข็ง โดยเฉพาะการรักษาระดับความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนในทุกพื้นที่ ๒. การเฝ้าระวัง AFP ควรได้รับการกระตุ้นเพื่อให้ระบบเฝ้าระวังมีความเข้มแข็ง
๒. กำจัดโรคหัดให้ผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุ ไม่เกิน ๑ ต่อประชากรล้านคน ภายในปี ๒๕๖๓	๔ ต่อประชากรล้านคน	จากฐานข้อมูลกำจัดโรคหัด (Measles Elimination Database: ME) มีการรายงานผู้ป่วยสงสัยโรคหัด จำนวน ๒,๓๒๗ ราย โดยผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบผู้ป่วยยืนยันโรคหัด จำนวน ๑,๓๓๐ ราย คิดเป็นอัตราป่วย ๒๐.๔๕ รายต่อประชากรล้านคน	๑. ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนในพื้นที่ต่ำ เนื่องจากมีปัญหาด้านการให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ดังนี้ ๑.๑ มีพื้นที่เสี่ยงต่อความปลอดภัยและไม่ให้ความร่วมมือในการรับภูมิคุ้มกันโรค ส่งผลให้ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนในพื้นที่ต่ำ ๑.๒ ผู้ปกครองมีทัศนคติที่ผิดเกี่ยวกับวัคซีน และปฏิเสธการรับวัคซีนของบุตรหลาน เช่น วัคซีนไม่มีอันตราย วัคซีนทำให้เด็กตื้อ เป็นต้น และมีความ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/ อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
		(ข้อมูล ณ วันที่ ๑๙ ตุลาคม ๒๕๖๐)	กังวลว่าหากบุตรหลานป่วยหลังจากได้รับวัคซีน จะส่งผลให้ผู้ปกครองต้องหยุดงานเพื่อดูแลทำให้ขาดรายได้ ๑.๓ เด็กบางรายได้รับวัคซีนไม่ครบตามเกณฑ์ เนื่องจากย้ายที่อยู่ตามผู้ปกครองบ่อยครั้ง หรืออาศัยอยู่กับผู้สูงอายุซึ่งไม่สะดวกในการพามารับวัคซีนที่สถานบริการ ๑.๔ สถานบริการสาธารณสุขขาดการติดตามกลุ่มเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง ๒. การวินิจฉัยโรคล่าช้า จึงไม่สามารถแยกผู้ป่วยในห้องแยกโรคได้ทัน ส่งผลให้มีการแพร่ระบาดของโรคในวงกว้าง
	จาก รง.๕๐๖ โดยคำนวณเปรียบเทียบกับผู้ป่วยในฐานข้อมูลกำจัดโรคหัดที่ให้ผลบวก	จากรายงาน ๕๐๖ มีการรายงานผู้ป่วยสงสัยโรคหัด (รวม ๓ รหัสโรค ได้แก่ Measles, Measles with complication และ Rubella) จำนวน ๒,๙๒๘ รายและมีข้อมูลรายงานผู้ป่วยสงสัยโรคหัดในฐานข้อมูลกำจัดโรคหัดจำนวน ๒,๓๒๗ ราย หากเปรียบเทียบระหว่างฐานข้อมูลทั้ง ๒ แหล่ง พบว่า การรายงานผู้ป่วยสงสัยโรคหัดในฐานข้อมูลรายงาน ๕๐๖ มากกว่าฐานข้อมูลกำจัดโรคหัด คิดเป็น ๑.๒๖ เท่า) (ข้อมูล ณ วันที่ ๑๙ ตุลาคม ๒๕๖๐)	๑. ปัจจุบัน โครงการกำจัดโรคหัดมีฐานข้อมูลสำหรับรายงานผู้ป่วยสงสัยโรคหัดที่แตกต่างกัน ได้แก่ ระบบเฝ้าระวังผู้โรค (รง. ๕๐๖) และฐานข้อมูลกำจัดโรคหัดทำให้การบันทึกข้อมูลไม่สอดคล้องกัน ๒. ขาดการรายงานแบบ รง. ๕๐๗ ภายหลังจากการตรวจยืนยันผู้ป่วยโรคหัดทางห้องปฏิบัติการ ทำให้ข้อมูลการยืนยันผู้ป่วยในระบบเฝ้าระวังโรค ๕๐๖ ไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ ๓. ในอนาคตอาจนำผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ มายืนยันสถานะผู้ป่วยในฐานข้อมูลได้
๓. กำจัดโรคบาดทะยักในทารกแรกเกิด	ไม่มีจังหวัดที่มีอัตราป่วยเกิน ๑ ต่อพันเด็กเกิดมีชีพรายจังหวัด	๐ ราย	
๔. ลดอัตราป่วยด้วยโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน	๑. โรคคอตีบ ไม่เกิน ๐.๐๑๕ ต่อประชากรแสนคน (๑๐ ราย) (ผู้ป่วยยืนยันฯ)	๑. อัตราป่วยด้วยโรคคอตีบ เท่ากับ ๐.๐๐๕ ต่อประชากรแสนคน (๓ ราย)	
	๒. โรคไอกรนไม่เกิน ๐.๐๘ ต่อประชากรแสนคน (๕๐ ราย)	๒. อัตราป่วยด้วยโรคไอกรน ๐.๐๑ ต่อประชากรแสนคน (๔ ราย)	

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/ อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
	๓. โรคไข้มอง อีกเสบเจอี ไม่เกิน ๐.๑๕ ต่อประชากร แสนคน (๙๐ ราย) จาก รง ๕๐๖	๓. อัตราป่วยด้วยโรคไข้มอง อีกเสบเจอี ๐.๐๒ ต่อ ประชากรแสนคน (๑๐ ราย)	

ผลการดำเนินงานตามมาตรการ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/ อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
มาตรการที่ ๑ การเร่งรัดและรักษาระดับความครอบคลุมการได้รับวัคซีนทุกชนิดในกลุ่มเป้าหมาย			
ร้อยละความครอบคลุม การได้รับวัคซีนทุกชนิด ในกลุ่มเป้าหมาย	๑. ความครอบคลุม วัคซีน ≥ ร้อยละ ๙๐ (ยกเว้น MMR๑ ในเด็ก ๙-๑๒ เดือน และ MMR๒ ในเด็กอายุ ๒ ปี ๖ เดือน ≥ ร้อยละ ๙๕ และdT ใน นร. ชั้นป.๖ ≥ ร้อยละ ๙๕ เป็นรายโรงเรียน)	๑. จัดทำและจัดส่งแผนปฏิบัติ งานโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วย วัคซีน ๒. ประสานขอความร่วมมือ สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ เพิ่มและปรับแก้ไขรหัสวัคซีน ในฐานข้อมูลมาตรฐานรหัสวัคซีน ให้เป็นปัจจุบัน ๓. จัดทำเอกสารการประมวลผล ความครอบคลุมการได้รับวัคซีน จากฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม ๔. ประสานขอความร่วมมือศูนย์ เทคโนโลยีสารสนเทศและการ สื่อสารได้ประมวลผล ความ ครอบคลุมการได้รับวัคซีนในฐาน ข้อมูล ๔๓ แฟ้มมาตรฐานเพื่อ ความครบถ้วน ถูกต้อง และเป็น ปัจจุบัน ๕. เร่งรัดความครอบคลุมการได้รับ วัคซีนในเด็กกลุ่ม เป้าหมาย ด้วย การประชุมติดตามและนำเสนอ ผลการให้บริการวัคซีนร่วมกับ สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ และศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสาร ผ่านระบบ Video Conference โดยติดตามร้อยละ ความครอบคลุมของการได้รับ วัคซีน ตามกลุ่มอายุ ดังนี้	ระบบการรายงานผลความครอบคลุมการได้รับ วัคซีนผ่านระบบฐานข้อมูลมาตรฐาน ๔๓ แฟ้ม มาตรฐาน ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ตั้งแต่ผู้บริหารระดับกระทรวง กรม เขต และ ระดับพื้นที่ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบที่เกี่ยวข้อง ในทุกระดับ รวมถึงสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ และศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักในการประมวลผลข้อมูล คุณภาพของกระทรวงสาธารณสุข

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/ อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
		- เด็กอายุครบ ๑ ปี - เด็กอายุครบ ๒ ปี - เด็กอายุครบ ๓ ปี	
	๒. เฝ้ารวังผู้ป่วยอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงแบบเฉียบพลัน (Acute flaccid Paralysis : AFP) ให้ได้อย่างน้อย ๒ ต่อแสนประชากรที่อายุต่ำกว่า ๑๕ ปี	๑. นิเทศติดตามและประเมินผลการเฝ้ารวังโปลิโอ ๒. ประสานสำนักโรคระบาดวิทยา ลงพื้นที่เพื่อค้นหาผู้ป่วย AFP เชิงรุก ในจังหวัดที่ไม่มีการรายงานผู้ป่วย เพื่อให้มีการรายงานผู้ป่วยได้ตามเป้าหมาย ๓. ประชุมคณะกรรมการรับรองผลการกวาดล้างโปลิโอและกำจัดโรคหัดเพื่อจัดทำรายงานความก้าวหน้า การดำเนินงานของประเทศไทย (Annual Progress Report on Maintaining Polio-Free Status after Regional Certification) เพื่อรักษาสถานะ การปลอดโรคโปลิโอของประเทศไทย ภายหลังการรับรองสถานะการปลอดโรคโปลิโอในระดับภูมิภาค	๑. ขาดการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกในโรงพยาบาลที่เป็นหน่วยเฝ้ารวังผู้ป่วย AFP ๒. เจ้าหน้าที่ขาดความตระหนักในการเฝ้ารวังผู้ป่วย AFP รวมถึงการติดตามและรายงานผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยตาม ICD-๑๐ สำคัญที่อาจจะเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย AFP ๓. ระบบเฝ้ารวังผู้ป่วย AFP ยังไม่ครอบคลุมโรงพยาบาลทุกแห่งในประเทศไทย เช่น โรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลสังกัดหน่วยงานภาครัฐอื่นๆ
	๓. สอบสวนผู้ป่วย Acute flaccid Paralysis ทุกราย ภายใน ๔๘ ชั่วโมง และควบคุมโรคในพื้นที่ต่ำกว่าร้อยละ ๕๐ ภายใน ๓๒ ชั่วโมง หลังพบผู้ป่วย	๑. ประสานสำนักโรคระบาดวิทยา แจ้งจังหวัดที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เจ้าหน้าที่ติดตามสอบสวนผู้ป่วย AFP ภายใน ๔๘ ชั่วโมง	๑. ขาดการสื่อสารระหว่างหน่วยงานที่รักษาและรายงานผู้ป่วย ทำให้เกิดความล่าช้าในการติดตามและสอบสวนผู้ป่วยหลังจากที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการอัมพาตกล้ามเนื้ออ่อนแรงและเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ๒. การควบคุมโรคยังไม่เข้มแข็ง เนื่องจากโรคโปลิโอเป็นโรคที่หมดไปจากประเทศไทยเป็นเวลานานกว่า ๒๐ ปี ๓. การสอบสวนโรคภายหลังพบผู้ป่วย AFP ยังไม่ครอบคลุมผู้ป่วยทุกราย ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ๑. ควรมีการกระตุ้นให้พื้นที่ที่มีการควบคุมโรคในพื้นที่อย่างเข้มแข็งภายหลังจากพบผู้ป่วย AFP และรายงานผลกลับมายังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อจัดทำเป็นฐานข้อมูลและข้อเสนอแนะในการจัดซื้อวัคซีนเพื่อควบคุมโรคในอนาคต

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/ อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
	๔. เฝ้าระวังผู้ป่วย สงสัยโรคหัดหรือ หัดเยอรมันให้ได้ อย่างน้อย ๒ ต่อแสน ประชากรโดยมีบริการ ตรวจยืนยันการติดเชื้อ ทางห้องปฏิบัติการใน ผู้ป่วยไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๘๐ (ตรวจหา Measles IgM ด้วยวิธี ELISA)	๑. นิเทศ ติดตามและประเมินผล การเฝ้าระวังโรคหัดในพื้นที่ที่มี การระบาดได้แก่ จังหวัดนครราชสีมา ยะลา ปัตตานี และสมุทรสาคร ๒. ประสานสำนักกระบาดวิทยา และกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ให้แจ้งพื้นที่ที่มีผู้ป่วยโรคหัด ติดตามเก็บตัวอย่างจากผู้ป่วยเพื่อ ตรวจยืนยันโรคหัดทางห้อง ปฏิบัติการและเก็บตัวอย่างตรวจ สายพันธุ์โรคหัด	
	๕. การเตรียมความพร้อมในการป้องกัน โรคโปลิโอ กรณีมีการ ระบาด cVDPV ใน ประเทศเพื่อนบ้าน หรือป้องกัน Imported Case (พื้นที่ชายแดน หรือมีความครอบคลุม ต่ำ)	กองโรคป้องกันด้วยวัคซีนร่วมกับ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนัก ระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ร่วม ดำเนินการปรับปรุง “ร่าง แนวทาง การดำเนินงานเพื่อตอบโต้ ภาวะฉุกเฉินกรณีเกิดการระบาด ของโรคโปลิโอ ประเทศไทย ปี ๒๕๖๐” ซึ่งกำลังอยู่ระหว่าง กระบวนการตรวจสอบความถูก ต้องของเนื้อหา โดยมีแผนจัดพิมพ์ เป็นแนวทางกระจายให้หน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องในปี ๒๕๖๑ รวมถึง เตรียมพร้อมเพื่อฝึกซ้อมแผนชนิด ตั้งโต๊ะ (Tabletop Exercise)	บุคลากรของกองโรคป้องกันด้วยวัคซีนซึ่งเป็น หน่วยงานที่จัดตั้งขึ้นมาใหม่ไม่เพียงพอจึงทำให้ การปรับปรุงร่างแนวทางการดำเนินงานเพื่อ ตอบโต้ภาวะฉุกเฉินฯ ล่าช้ากว่าที่กำหนดไว้
	๖. ≥ร้อยละ ๘๐ ของ สถานบริการที่ได้รับ การสุ่มประเมินผ่าน เกณฑ์ การประเมิน ทั้ง ๓ ด้าน	๑. หน่วยบริการวัคซีน โดยภาพ รวมของสถานบริการ พบว่า สถานบริการจำนวน ๕๔ แห่ง (จาก ๗๒ แห่งที่สุ่มประเมิน โดยกองโรคป้องกันด้วยวัคซีน) ร้อยละ ๗๕ ของสถานบริการที่ได้ รับการสุ่มประเมินผ่านเกณฑ์การ ประเมินทั้ง ๓ ด้าน ซึ่งหากจำแนก ตามระดับสถานบริการ หน่วย บริการในโรงพยาบาลแม่ข่ายผ่าน	หน่วยบริการในโรงพยาบาลแม่ข่ายที่สุ่มประเมิน พบว่าส่วนใหญ่จะมีการปรับเปลี่ยนฝ่ายหรือกลุ่ม งานที่รับผิดชอบการให้บริการวัคซีนทำให้การ คงรักษาระดับหรือปฏิบัติงานตามมาตรฐานได้อย่าง ไม่ต่อเนื่องหรือครบถ้วน จึงควรมีการถ่ายทอด งานในหน่วยงาน สนับสนุนทางวิชาการ เช่น คู่มือ มาตรฐาน อบรมพัฒนาความรู้และนิเทศติดตาม งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยในภาพรวมของ หน่วยบริการในโรงพยาบาลแม่ข่ายการดำเนิน งานที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานโดยเฉพาะด้าน

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/ อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
		เกณฑ์การประเมินมาตรฐาน เท่ากับ จำนวน ๒๒ แห่ง (จาก ๓๖ แห่ง) คิดเป็นร้อยละ ๖๑.๑ ส่วน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐาน เท่ากับ จำนวน ๓๒ แห่ง (จาก ๓๖ แห่ง) คิดเป็น ร้อยละ ๘๘.๙ ๒. สำหรับฝ่ายเภสัชกรรมใน โรงพยาบาลแม่ข่ายที่รับผิดชอบ เป็นคลังวัคซีนอำเภอสามารถ ดำเนินการได้ผ่านเกณฑ์การ ประเมินมาตรฐานด้านบริหาร จัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ วัคซีน จำนวน ๒๙ แห่ง (จาก ๓๖ แห่ง) คิดเป็นร้อยละ ๘๐.๖ โดยเภสัชกรที่รับผิดชอบมีความ เชี่ยวชาญในเรื่องบริหารจัดการ วัคซีนเป็นอย่างดีสามารถเป็น พี่เลี้ยงในด้านองค์ความรู้และ การดำเนินการในมาตรฐาน ด้านบริหารจัดการวัคซีนและ ระบบลูกโซ่ความเย็นกับเครือข่าย ในโรงพยาบาลและ รพ.สต.ได้	บริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็น ได้แก่ การจัดทำทะเบียนรับจ่ายวัคซีน การตรวจสอบ การคำนวณการเบิกจ่ายวัคซีน การสอบเทียบ เทอร์โมมิเตอร์ การบันทึกอุณหภูมิ ปลั๊กตู้เย็น เก็บวัคซีน ด้านการให้บริการวัคซีน ได้แก่ การให้ วัคซีนในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ การตรวจสอบร่วม Lot ร่วมขวดของกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับวัคซีน และการ มีแผน/ผังกำกับการส่งผู้ป่วยเพื่อเตรียมพร้อม เวลาเกิด AEFI ด้านการบริหารจัดการข้อมูล ได้แก่ การจัดทำทะเบียนติดตามการได้รับวัคซีน ของกลุ่มเป้าหมายครบถ้วนถูกต้องและ เป็นปัจจุบัน การบันทึกวัคซีนตามรหัสวัคซีน มาตรฐานและการบันทึกวัคซีนในกลุ่มนักเรียน
๗. รูปแบบการ ให้บริการวัคซีนผู้ใหญ่ และประชากรกลุ่มเสี่ยง		จัดทำโครงการพัฒนารูปแบบการ ให้บริการวัคซีนในกลุ่มผู้ใหญ่โดย ใช้วัคซีน dT และวัคซีน Influenza เป็นวัคซีนที่ใช้เป็นต้นแบบการให้ บริการตามที่คณะอนุกรรมการ สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคแนะนำ โดยได้จัดประชุมชี้แจงในพื้นที่ นำร่องคลินิกวัคซีนผู้ใหญ่ ๔ อำเภอ ๔ จังหวัด ได้แก่ อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ อำเภอชุมแพ จังหวัดนครสวรรค์ อำเภอกอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ อำเภอทุ่งใหญ่ นครศรีธรรมราช	-

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/ อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
		ผลการดำเนินงานในประชากรกลุ่มเสี่ยง ลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ “โครงการ ดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคสำหรับเด็กในที่พักคนงานก่อสร้างภายใต้โครงการก่อสร้างของบริษัทแสนศิริจำกัด (มหาชน)” ระหว่างองค์การยูนิเซฟประเทศไทย องค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย บริษัทแสนศิริจำกัด (มหาชน) และกระทรวงสาธารณสุข และลงพื้นที่ในการสำรวจข้อมูลพื้นฐานและประวัติการได้รับวัคซีนของเด็กในที่พักคนงานก่อสร้างในพื้นที่กรุงเทพฯ นนทบุรี และสมุทรปราการ เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันส่งเสริมสุขภาพของเด็กในที่พักคนงานก่อสร้างร่วมกัน	-
	๘. ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนป้องกันเอชพีวีในเด็กนักเรียนหญิง ป.๕ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๙๕	- จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก และการให้บริการวัคซีนเอชพีวี สนับสนุนเครือข่ายและหน่วยบริการทั่วประเทศ - นิเทศติดตามการดำเนินงานให้บริการวัคซีนเอชพีวี ในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค - จัดทำโครงการเพื่อของประมาณกลางของประเทศในการจัดซื้อวัคซีนเอชพีวีให้เพียงพอให้กับกลุ่มเป้าหมายทั่วประเทศ	-
	๙. ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนโรคตาในเด็กอายุครบ ๑ ปี ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๙๐	อยู่ระหว่างการรวบรวมข้อมูลความครอบคลุมในพื้นที่ดำเนินการ	-

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/ อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
	๑๐. ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนโปลิโอในเด็กอายุครบ ๑ ปี ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๙๐	ความครอบคลุมการได้รับวัคซีน OPV๓ = ร้อยละ ๙๐.๔๒	เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในการป้องกันโรคและเป็นการรักษาระดับความครอบคลุมการได้รับวัคซีน จึงควรมีการค้นหาเด็กกลุ่มเสี่ยงและติดตามผู้ที่ได้รับวัคซีนไม่ครบตามเกณฑ์มารับวัคซีนให้ครบถ้วน
	๑๑. ระดับภูมิคุ้มกันต่อโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนในประชากรไทยตามเกณฑ์ของ Herd Immunity	-	เนื่องจากการศึกษาระดับภูมิคุ้มกันต่อโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน จำเป็นต้องใช้งบประมาณจำนวนมาก จึงยังไม่ได้ดำเนินการในช่วงเวลาดังกล่าว

๒. แผนงานควบคุมโรคติดต่อทางอาหารและน้ำ

ข้อมูลจากสถานการณ์ปี ๒๕๖๐ จากข้อมูลเฝ้าระวังโรคอาหารเป็นพิษตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม - ๑๘ กันยายน ๒๕๖๐ พบผู้ป่วย ๗๙,๘๒๕ ราย จาก ๗๗ จังหวัด คิดเป็นอัตราป่วย ๑๒๒.๐๒ ต่อแสนประชากร เสียชีวิต ๐ ราย กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดเรียงลำดับคือ ๑๕ - ๒๔ ปี มากกว่า ๖๕ ปี และ ๔๕ - ๕๔ ปี ส่วนใหญ่เป็นสัญชาติไทยร้อยละ ๙๘.๖ พม่าร้อยละ ๐.๕ กัมพูชาร้อยละ ๐.๒ ลาวร้อยละ ๐.๑ และอื่นๆ ร้อยละ ๐.๗ สัดส่วนอาชีพที่พบสูงสุด คือ ไม่ทราบอาชีพ/ ในปกครองร้อยละ ๒๔.๑ นักเรียนร้อยละ ๒๒.๖ และเกษตรกรร้อยละ ๒๒.๔ จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุด ๕ อันดับแรกคือ ลำพูน ร้อยเอ็ด อุบลราชธานี มหาสารคาม และขอนแก่น ภาคที่มีอัตราป่วยสูงสุด คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ตามลำดับ

โรคอาหารเป็นพิษเกิดจากการกินอาหารหรือดื่มน้ำที่ปนเปื้อนพิษของเชื้อโรค (แบคทีเรีย ไวรัส และพยาธิ) สารพิษ หรือสารเคมี การเกิดโรคมักพบในอาหารที่ปรุงสุกๆ ดิบๆ อาหารไม่สะอาด และในอาหารที่ปรุงไว้นานแล้วไม่ได้แช่เย็นหรือนำมาอุ่นก่อน ทำให้เชื้อโรคเจริญเติบโตได้ดีและเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้ อาหารที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอาหารเป็นพิษที่ประชาชนควรเพิ่มความระมัดระวังเป็นพิเศษ ๑๐ เมนู ได้แก่ ๑) ลาบ/ ก้อยดิบ ๒) ยำกุ้งเต้น ๒) ยำหอยแครง/ ยำทะเล ๔) ข้าวผัดโรยเนื้อปู ๕) อาหารหรือขนมที่มีส่วนผสมของกะทิสด ๖) ขนมจีน ๗) ข้าวมันไก่ ๘) ส้มตำ ๙) สลัดผัก และ ๑๐) น้ำแข็งที่ผลิตไม่ได้มาตรฐาน เมนูอาหารเหล่านี้ควรรับประทานเฉพาะที่ปรุงสุกใหม่ขอให้หลีกเลี่ยงการปรุงโดยวิธีลวกหรือพลาสุกๆ ดิบๆ นอกจากนี้ อาหารกล่องควรแยกกับข้าวออกจากข้าว และควรรับประทานภายใน ๒ - ๔ ชั่วโมงหลังจากปรุงเสร็จ และหากมีกลิ่นผิดปกติไม่ควรรับประทาน ทั้งนี้ อาการของผู้ป่วยโรคอาหารเป็นพิษคือ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ถ่ายอุจจาระ ปวดศีรษะ คอแห้งกระหายน้ำ อาจมีไข้ เป็นต้น ซึ่งการช่วยเหลือเบื้องต้น ควรให้สารละลายเกลือแร่โออาร์เอส หรืออาหารเหลวมากกว่าปกติ เพื่อป้องกันการขาดน้ำ หากอาการต่างๆ ข้างต้นไม่ดีขึ้นควรรีบไปพบแพทย์



อาหารเป็นพิษ (Food poisoning)
ปวดบิดในท้อง อาเจียน และท้องเดิน (ถ่ายเป็นน้ำ)

ผลการดำเนินงานตามเป้าหมายการลดโรคและภัยสุขภาพ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/ อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
ร้อยละของเหตุการณ์การระบาดด้วยโรคอาหารเป็นพิษในโรงเรียนไม่เกินค่าเป้าหมายของค่ามัธยฐานย้อนหลัง ๕ ปี (ปี ๒๕๕๔ - ๒๕๕๘ มีค่ามัธยฐาน เท่ากับ ๒๒ เหตุการณ์)	ไม่เกินร้อยละ ๘๕ ของค่ามัธยฐานย้อนหลัง ๕ ปี (๒๐ เหตุการณ์)	มีเหตุการณ์ระบาดทั้งสิ้น ๒๒ เหตุการณ์ คิดเป็นร้อยละ ๙๕.๖๕ ของค่ามัธยฐานย้อนหลัง ๕ ปี (ข้อมูล ณ วันที่ ๒๐ สิงหาคม ๖๐)	ปัญหา/ อุปสรรค เหตุการณ์การระบาดโรคอาหารเป็นพิษส่วนใหญ่เกิดขึ้นในโรงเรียน เช่น จากอาหารกลางวัน น้ำ และนมโรงเรียน ดังนั้น เพื่อลดเหตุการณ์การระบาดจึงต้องมีหลายหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องร่วมดำเนินงาน เช่น กรมอนามัยมีบทบาทในเรื่องมาตรฐานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม งานท้องถิ่นดูแลการสั่งซื้อและขนส่งนม รวมถึงกรมปศุสัตว์ที่ดูแลโรงงานผลิตนม เป็นต้น ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ควรจัดทำแผนบูรณาการหรือตัวชี้วัดร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อลดเหตุการณ์การระบาดด้วยโรคอาหารเป็นพิษในโรงเรียน

ผลการดำเนินงานตามมาตรการ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/ อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
มาตรการที่ ๑ โรงเรียนดำเนินงานป้องกันโรคอาหารเป็นพิษตามแนวทางของกรมควบคุมโรค			
ร้อยละโรงเรียนในสังกัด สพฐ. ที่เข้าร่วมดำเนินการสามารถดำเนินการตามมาตรการป้องกันโรคอาหารเป็นพิษ	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๑๐๐	

๓. แผนงานควบคุมโรคจากสัตว์และคน

๓.๑ โรคพิษสุนัขบ้า (Rabies)

สถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้าในประเทศไทยมีแนวโน้มลดลงตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๒ และลดลงเหลือต่ำกว่า ๑๐ ราย ในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ แต่เนื่องจากปัญหาการฉีดวัคซีนในสัตว์ที่ครอบคลุมน้อยกว่า ร้อยละ ๘๐ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ ทำให้จำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้าเพิ่มขึ้น เป็น ๑๔ ราย ในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ และยังคงพบผู้เสียชีวิต ๘ ราย ในปี ๒๕๖๐ หลังจากปัญหาการฉีดวัคซีนเริ่มคลี่คลาย

โรคพิษสุนัขบ้า เป็นโรคติดต่อจากสัตว์มาสู่คนที่มีความรุนแรง โดยมีสาเหตุมาจากผู้ป่วยได้รับพิษสุนัขบ้าผ่านทางบาดแผลที่สัตว์กัดหรือข่วน ไม่ว่าจะมาจากสุนัขแมว สุนัขจิ้งจอก สกั้งค์ แรคคูน พังพอน และสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมอื่นๆ เป็นโรคที่ต้องได้รับการรักษาอย่างใกล้ชิด เพราะหากไม่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง



ก็สามารถเสียชีวิตได้ภายในเวลา ๒ - ๖ วัน วิธีป้องกัน คือควรหลีกเลี่ยงการเล่นกับสัตว์ที่ไม่คุ้นเคย หรือถ้าหากโดนกัดหรือข่วนควร
รีบไปล้างแผลและใส่ยารักษาแผลสดเพื่อกำจัดเชื้อไวรัส จากนั้นควรไปพบแพทย์ ทั้งนี้ควรติดตามอาการของสัตว์ที่กัดอีกด้วย

ผลการดำเนินงานตามเป้าหมายการลดโรคและภัยสุขภาพ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/ อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
ไม่พบผู้เสียชีวิต ด้วยโรคพิษสุนัขบ้า ในปี ๒๕๖๐	๐ ราย	พบผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า จำนวน ๘ ราย	ปัญหา ๑. ผู้เสียชีวิตไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ตามแนวเวชปฏิบัติ ๒. ระดับความรู้ของประชาชนเกี่ยวกับโรคพิษ สุนัขบ้าและการป้องกันตนเองจากการถูกสุนัขกัด ในบางพื้นที่ต่ำกว่าร้อยละ ๕๐ อุปสรรค ในบางพื้นที่การเตรียมพร้อมด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในคน การบูรณาการร่วมกับเครือข่าย รวมทั้งการ เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ ยังขาดความครอบคลุม ข้อเสนอแนะ ศึกษาสาเหตุของการไม่รับวัคซีนป้องกันโรค พิษสุนัขบ้าในกลุ่มผู้สัมผัสโรค

ผลการดำเนินงานตามมาตรการ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/ อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
มาตรการที่ ๑ ลดความเสี่ยงของการเสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า			
ร้อยละของผู้สัมผัส โรคได้รับการฉีดวัคซีน อย่างถูกต้องตาม แนวทางเวชปฏิบัติฯ	๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	-

๓.๒ เลปโตสไปโรซิส (Leptospirosis) หรือโรคไข้ฉี่หนู

“โรคเลปโตสไปโรซิสเป็นโรคของสัตว์ที่สามารถติดต่อมาสู่คน (Zoonotic Disease)” ซึ่งเป็นกลุ่มอาการของโรคจากเชื้อแบคทีเรีย ที่ติดต่อมาจากสัตว์หลายชนิด ก่ออาการหลากหลายขึ้นกับชนิดของเชื้อ (Serovars) และปริมาณเชื้อที่ได้รับ การติดเชื้อมีได้ตั้งแต่ไม่ปรากฏอาการ มีอาการอย่างอ่อน อาการรุนแรง หรือถึงขั้นเสียชีวิต คนที่ติดเชื้อในพื้นที่ ที่มีโรคนี้เป็นโรคประจำถิ่น ส่วนใหญ่มักไม่แสดงอาการ หรือแสดงอาการ ไม่ชัดเจน รวมทั้งไม่มีอาการ หรือมีอาการเพียงเล็กน้อย เช่น ปวดเมื่อย เหนื่อย ผู้ป่วยที่มีอาการมากขึ้น จะปวดกล้ามเนื้อมัดใหญ่ เช่น ขาและหลัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเวลาถูกกด ในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงอาจมีตาเหลือง ตัวเหลือง ไตวาย เลือดออกในปอด ปอดบวม เลือดออกในระบบทางเดิน อาหาร ช็อกหรือเสียชีวิตได้



สถานการณ์โรคไข้ฉี่หนู ตั้งแต่ ๑ มกราคม – ๗ ตุลาคม ๒๕๖๐ พบผู้ป่วยโรคฉี่หนู ๒,๒๘๕ ราย เสียชีวิต ๔๔ ราย ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย พบผู้ป่วยมากที่สุดในช่วงอายุ ๔๕ - ๕๔ ปี (ร้อยละ ๒๑.๙๒) พบในอาชีพเกษตรกรสูงสุดร้อยละ ๔๘.๙ ภาคที่มีอัตราป่วยสูงสุดคือภาคใต้ การเฝ้าระวังในช่วง ๒ - ๑๕ ตุลาคม ๒๕๖๐ พบผู้ป่วยสงสัยเสียชีวิตด้วยโรคไข้ฉี่หนู จำนวน ๒ ราย

ผลการดำเนินงานตามเป้าหมายการลดโรคและภัยสุขภาพ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/ อุปสรรค/ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
ลดอัตราป่วยตายด้วยโรคเลปโตสไปโรสิสน้อยกว่าค่ามัธยฐาน ๕ ปี ย้อนหลัง	๑.๔๕	อัตราป่วยตายด้วยโรคเลปโตสไปโรสิส ปี ๒๕๖๐ เท่ากับ ๑.๙๒ โดยได้มีการดำเนินงาน ดังนี้ - ประชุมวิชาการโรคเลปโตสไปโรสิส ภายใต้แนวคิด “โรคเลปโตสไปโรสิสกับภาวะอุทกภัย” โดยกลุ่มเป้าหมาย คือ แพทย์และบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ เน้นประเด็นเนื้อหาเกี่ยวกับการวางระบบเฝ้าระวัง คัดกรอง และส่งต่อผู้ป่วย แนวทางการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เหมาะสม การดูแลรักษาผู้ป่วย แนวทางการใช้ยา Doxycycline Prophylaxis การป้องกันควบคุมโรค และการสื่อสารความเสี่ยง - ประชุมคณะกรรมการชมรมเลปโตสไปโรสิส - แจ้งแนวทางการคัดกรองโรคและการใช้ยา Doxycycline เพื่อการป้องกันโรคเลปโตสไปโรสิสแก่ สคร ๑ - ๑๒ และ สสจ. ๗๖ จังหวัด - สนับสนุนทางวิชาการ ๔.๑ ข้อมูลวิชาการ คู่มือวิชาการสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อใช้ในการดูแลรักษาและป้องกันควบคุมโรค ๔.๒ สื่อประชาสัมพันธ์การป้องกันโรคฉี่หนูสำหรับประชาชน	- การระบาดของโรคควรมีทีมลงสอบสวนโรคเพื่อการควบคุมป้องกันอย่างทันเวลา และควรมีการให้ความรู้และเก็บส่งตรวจ - บางพื้นที่สัตว์รังโรคได้เปลี่ยนจากหนู ไปเป็นสัตว์ใหญ่ เช่น โค กระบือ โดยเห็นได้จากการพบเชื้อ Leptospirosis Pathogenic Strain ในสัตว์เหล่านี้ ซึ่งควรเพิ่มการเฝ้าระวังโรคป้องกันโรคในสัตว์เหล่านี้ - บริบทของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป การตรวจแบบทราบผลไว (Rapid Test) ควรนำมาใช้ร่วมกับการตรวจโดยวิธี PCR เพื่อเพิ่มความแม่นยำในการวินิจฉัยโรคเลปโตสไปโรสิส - การใช้ยาป้องกัน (Chemoprophylaxis) จะช่วยลดการระบาดของโรคเลปโตสไปโรสิสได้ แต่ควรใช้เมื่อมีแนวโน้มว่าอาจเกิดการระบาดขึ้นในพื้นที่ โดยเฉพาะพื้นที่ที่เคยเกิดการระบาดมาก่อนหรือพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูง - โรคเลปโตสไปโรสิส เน้นด้านการดูแลรักษา มากกว่าการเฝ้าระวังโรค

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/ อุปสรรค/ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
		๔.๓ สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการป้องกันโรค ได้แก่ ๑) รองเท้าบูทยาว จำนวน ๔,๕๖๐ คู่ และ ๒) ทำแผนจัดสรรยาและรองเท้าบูทเพื่อเตรียมพร้อมรับมืออุทกภัย	

ผลการดำเนินงานตามมาตรการ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/ อุปสรรค/ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
-----------	--------------------	----------------	--------------------------------------

มาตรการที่ ๑ รู้เร็ว วินิจฉัยเร็ว รักษาโรคถูกต้อง

ร้อยละของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมีความรู้เกี่ยวกับการวินิจฉัยดูแลรักษาผู้ป่วยและป้องกันควบคุมโรค เลปโตสไปโรสิส	ร้อยละ ๘๐ ของผู้เข้าร่วมอบรมผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	ผลการประเมินความรู้ของบุคลากรในการประชุมวิชาการโรคเลปโตสไปโรสิส ประจำปี ๒๕๖๐ วันที่ ๒๙ - ๓๐ มิถุนายน ๖๐ ณ จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยการออกแบบข้อคำถามแบบอันทัน Pre-test และ Post-test ทั้งหมด ๒๑ ข้อ แบ่งเป็น คำถามหมวดเรื่องความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรสิส หมวดการเฝ้าระวังโรค หมวดการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หมวดการป้องกันควบคุมโรค หมวดการวินิจฉัยโรคในคน และหมวดอาการในสัตว์ ผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด ๗๐ คน จากผลการวิเคราะห์การตอบแบบสอบถามก่อนการประชุมพบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนการประชุมของผู้เข้าร่วมการประชุมจำนวน ๗๐ คน อยู่ที่ ๑๒ คะแนน (ต่ำสุด ๐ คะแนน สูงสุด ๑๘ คะแนน) หลังจากจบการประชุมมีจำนวนผู้เข้าร่วมประชุมที่ส่งกระดาษคำตอบ จำนวน ๔๘ คน มีคะแนนเฉลี่ย ๑๕.๕ คะแนน (ต่ำสุด ๑๐ คะแนน สูงสุด ๒๐ คะแนน) คะแนนเฉลี่ยของข้อสอบ Post-test สูงกว่าคะแนนเฉลี่ย	-
---	---	---	---

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/ อุปสรรค/ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
		ของข้อสอบ Pre-test อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.0001$) และเมื่อเปรียบเทียบในรายข้อคำตอบ พบว่า ร้อยละของผู้เข้าร่วมประชุมที่มีคะแนนสูง ภายหลังจากจบการประชุมมีร้อยละ ๖๘.๘	
ร้อยละของประชาชน มีพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรค เลปโตสไปโรซิส	ร้อยละ ๗๐ ของประชาชน ที่สำรวจมีพฤติกรรมฯ ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	สคร. ๑๐ อุบลราชธานี สำรวจความรู้ประชาชน มีพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรค เลปโตสไปโรซิส ร้อยละ ๗๑ ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	-

๔. แผนงานควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่

๔.๑ แผนงานโรคติดต่ออุบัติใหม่

โรคอุบัติใหม่ (Emerging Disease) มักเป็นโรคเกิดจากการติดเชื้อ จึงเรียกได้อีกชื่อว่า โรคติดเชื้ออุบัติใหม่ หรือ โรคติดต่ออุบัติใหม่ (Emerging Infectious Disease) “โรคติดเชื้ออุบัติใหม่” หมายถึง โรคติดเชื้อชนิดใหม่ๆ ที่มีรายงานผู้ป่วยเพิ่มขึ้นในระยะประมาณ ๒๐ ปีที่ผ่านมา หรือโรคติดเชื้อที่มีแนวโน้มที่จะพบมากขึ้นในอนาคตอันใกล้ รวมไปถึงโรคที่เกิดขึ้นใหม่ในใดที่หนึ่งหรือโรคที่เพิ่งจะแพร่ระบาดเข้าไปสู่อีกที่หนึ่ง และยังรวมถึงโรคติดเชื้อที่เคยควบคุมได้ด้วยยาปฏิชีวนะแต่เกิดการดื้อยา ตัวอย่างโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ เช่น โรคอีโบล่า โรคซาร์ส โรคเอดส์ โรคไข้หวัดใหญ่ โรคติดต่อจากสัตว์ปีกหรือไข้หวัดนก โรคเมอร์ส และวัณโรคที่ดื้อยา เป็นต้น



ผลการดำเนินงานตามเป้าหมายการลดโรคและภัยสุขภาพ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน
ควบคุมไม่ให้เกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่ระบาดในคนเป็นวงกว้าง/ จำกัดไม่ให้มีการแพร่เชื้อไปสู่พื้นที่อื่น		ประเทศไทย มีการรายงานพบการเกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่เป็นระยะ ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่พบการติดเชื้อภายในประเทศเอง และเป็นผู้ป่วยที่เดินทางมาจากประเทศหรือภูมิภาคที่มีการระบาดของโรค ในปี ๒๕๖๐ การดำเนินการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ ที่สำคัญ คือ โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง โรคไข้หวัดใหญ่ และโรคไข้หวัดนก
๑) Imported Case เช่น โรคเมอร์ส โรคไข้หวัดนก โรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า และโรคติดต่ออุบัติใหม่อื่นๆ	๑) กรณี Imported Case สามารถควบคุมไม่ให้เกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่ Generation ที่ ๒	๑) กรณี Imported Case ยังไม่มีการรายงานพบผู้ป่วยโรคติดต่ออุบัติใหม่ ที่เดินทางมาจากประเทศหรือภูมิภาคที่มีการระบาดของโรค

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน
๒) โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่เกิดขึ้นในประเทศ	๒) กรณีโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่เกิดขึ้นในประเทศสามารถควบคุมการระบาดของโรคไม่ให้ระบาดไปยังอำเภออื่นภายใน ๒ ระยะพักตัว	๒) กรณีโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่เกิดขึ้นในประเทศ: ไม่มี

ผลการดำเนินงานตามมาตรการ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/ อุปสรรค/ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
มาตรการที่ ๑ สร้างความเข้มแข็งให้แก่ภาคีเครือข่ายในการเตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่			
ร้อยละของหน่วยงานที่มีการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์และมีการดำเนินการตามแผนเตรียมความพร้อมป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่ (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔)	ร้อยละ ๙๐ ของหน่วยงานที่มีการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ฯ พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔ (หน่วยงานหมายถึง สคร. ๑-๑๒ และ สปคม.)	ร้อยละ ๙๒.๓๑ จากการสำรวจความก้าวหน้าการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ฯ หน่วยงานระดับเขตที่มีการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ฯ แล้วมีจำนวนทั้งสิ้น ๑๒ หน่วยงาน จากทั้งหมด ๑๓ หน่วยงาน คิดเป็นร้อยละ ๙๒.๓๑ พบว่า หน่วยงานระดับเขต ๑๑ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๘๔.๖๑ ได้ดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติการระดับเขต เพื่อเตรียมความพร้อมป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่ และดำเนินการตามแผนปฏิบัติการแล้วโดย ๑)เสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบเตรียมความพร้อมเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ ได้แก่ การซ้อมแผนโรคติดต่ออุบัติใหม่ในพื้นที่ เช่น โรคไข้หวัดนก โรคเมอร์ส การฝึกซ้อมเตรียมความพร้อมสำหรับภัยพิบัติฉุกเฉินด้านสาธารณสุข จัดให้มีทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (Situation Awareness Team:SAT) และทีมสอบสวนโรคนอกเวลาราชการ เพื่อเตรียมตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและการจัด	๑) หน่วยงานในพื้นที่รับผิดชอบไม่ได้มีโครงสร้างในลักษณะแบบจังหวัดอื่นๆ แต่มีโครงสร้างที่ซับซ้อนและเป็นองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นขนาดใหญ่ที่ไม่ได้อยู่ภายใต้การสั่งการจึงทำให้การจัดทำแผนไม่ได้รับตัวชี้วัดจากกรมควบคุมโรค จึงควรมีการขับเคลื่อนในระดับนโยบายระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับกรุงเทพมหานคร เพื่อให้เกิดบูรณาการ และเห็นแนวทาง/ทิศทางในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ฯ ในทางเดียวกัน ๒) นโยบายการขับเคลื่อนจากส่วนกลางไม่ชัดเจน ไม่มีจุดเน้นหนักที่จะกระตุ้นให้เกิดการขับเคลื่อนในพื้นที่ทำให้แผนงานโครงการถูกตัดงบประมาณส่วนกลางควรมีการขับเคลื่อน กำหนดเป้าหมายที่สำคัญ โดยเป็นแกนนำในการขับเคลื่อน สนับสนุน ติดตาม กำกับกระตุ้นการทำงานร่วมกับสำนักงานป้องกันควบคุมโรคและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ๓) หน่วยงานมีภาระงานประจำมาก

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/ อุปสรรค/ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
		กิจกรรมแลกเปลี่ยนด้านวิชาการกับประเทศภูมิภาคเอเชีย ประชุมประสานแผนงาน/โครงการร่วมกันกับภาคีเครือข่าย ดำเนินการเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ร่วมกัน ๒) นำแผนยุทธศาสตร์ฯ เป็นแนวทางการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรให้มีความพร้อมรับมือโรคอุบัติใหม่	
มาตรการที่ ๒ เฝ้าระวัง ป้องกัน เตรียมความพร้อม และควบคุมโรคในคน			
จำนวนเหตุการณ์โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่สามารถควบคุมไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดเป็นวงกว้าง			
Imported Case เช่น โรคเมอร์ส โรคไข้หวัดนก โรคติดต่อไวรัสอีโบลา และโรคติดต่ออุบัติใหม่อื่นๆ	Imported case สามารถควบคุมไม่ให้เกิด Generation ที่ ๒ ได้ทุกเหตุการณ์	กรณี Imported case ยังไม่มีการรายงานพบผู้ป่วยโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่เดินทางมาจากประเทศหรือภูมิภาคที่มีการระบาดของโรค	
โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่เกิดในประเทศ	โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่เกิดในประเทศสามารถควบคุมการระบาดของโรคไม่ให้เกิดไปยังอำเภออื่นภายใน ๒ ระยะพักตัวได้ทุกเหตุการณ์	กรณีโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่เกิดในประเทศ: ไม่มี	

๔.๒ แผนงานโรคไข้หวัดใหญ่ (Seasonal Influenza)

ไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิดเอ (H1N1) หรือไข้หวัดใหญ่ ๒๐๐๙ เริ่มพบเมื่อปี พ.ศ. ๒๕๕๒ หรือ ค.ศ. ๒๐๐๙ ที่ประเทศเม็กซิโกและสหรัฐอเมริกา ต่อมาได้แพร่ออกไปยังอีกหลายประเทศทั่วโลก ปัจจุบันได้กลายเป็นไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล (Seasonal Influenza) ที่พบปะปนกับสายพันธุ์ต่างๆ ทั่วไป ซึ่งมักพบมากในช่วงฤดูหนาว จากข้อมูลเฝ้าระวังโรคจากทุกจังหวัดในประเทศไทยของสำนักโรคติดต่อทางระบบสาธารณสุขตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม - ๒๔ ตุลาคม ๒๕๖๐ พบผู้ป่วย ๑๕๙,๖๔๓ ราย จาก ๗๗ จังหวัด คิดเป็นอัตราป่วย ๒๔๔.๐๐ ต่อแสนประชากร เสียชีวิต ๔๓ ราย คิดเป็นอัตราตาย ๐.๐๗ ต่อแสนประชากร อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง ๑: ๑.๑๐ กลุ่มอายุที่พบมากที่สุด เรียงตามลำดับ คือ ๑๕ - ๒๔ ปี (ร้อยละ ๑๒.๔๕) ๑๐ - ๑๔ ปี (ร้อยละ ๑๐.๔๖) ๓๕ - ๔๔ ปี (ร้อยละ ๑๐.๒๙) สัญชาติไทยร้อยละ ๙๗.๘ อื่นๆ ร้อยละ ๑.๔ พม่าร้อยละ ๐.๕ กัมพูชาร้อยละ ๐.๒ จีน/ฮ่องกง/ไต้หวันร้อยละ ๐.๑ ลาวร้อยละ ๐.๑ อาเซียนส่วนใหญ่ ไม่ทราบอาชีพ/ ในปกครองร้อยละ ๓๖.๒ นักเรียนร้อยละ ๓๐.๔ รับจ้างร้อยละ ๑๕.๘ จังหวัดที่มีอัตราป่วยต่อแสนประชากรสูงสุด ๕ อันดับแรกคือ กรุงเทพมหานคร ระยอง จันทบุรี หนองคาย และเชียงใหม่ ผลการดำเนินงานตามเป้าหมายการลดโรคและภัยสุขภาพ

ผลการดำเนินงานตามเป้าหมายการลดโรคและภัยสุขภาพ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/ อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
อัตราป่วยด้วยโรค ไข้หวัดใหญ่ไม่เกินค่า มัธยฐาน ๕ ปีย้อนหลัง (ข้อมูลปี ๕๔ - ๕๘ : ค่ามัธยฐาน อัตราป่วย ด้วยโรคไข้หวัดใหญ่ ๕ ปีย้อนหลังเท่ากับ ๙๗.๐๘ ต่อประชากร แสนคน)	อัตราป่วยด้วย โรคไข้หวัดใหญ่ ไม่เกินค่ามัธยฐาน ๕ ปีย้อนหลัง	จำนวนผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ในปี ๒๕๖๐ มีรายงานผู้ป่วยทั่วประเทศ จำนวน ๑๕๙,๖๔๓ ราย เมื่อนำ อัตราป่วยมาเปรียบเทียบกับค่า มัธยฐาน ๕ ปีย้อนหลัง (ปี ๒๕๕๕ - ๒๕๕๙) ที่มีอัตราป่วยอยู่ที่ ๑๒๗.๐๒ ต่อประชากรแสนคน แล้วพบว่า ปี ๒๕๖๐ มีอัตราป่วย มากกว่าค่ามัธยฐาน ๕ ปีย้อนหลัง ซึ่งจากการพยากรณ์โรคไข้หวัดใหญ่ ปี ๒๕๖๐ ของสำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ระบุว่าแนวโน้ม อาจจะมีผู้ป่วยสูงขึ้นเป็น ๒ เท่า ของปี ๒๕๕๙ ซึ่งคาดว่าในปี ๒๕๖๐ จะมีผู้ป่วยมากกว่า ๓๐๐,๐๐๐ คน จากผลการดำเนิน งานทำให้เห็นว่าสามารถควบคุม โรคไม่ให้เกิดการระบาดตามที่มี การพยากรณ์ไว้ได้	ปัญหา/อุปสรรค ๑) จากสถานการณ์ภาพรวมของประเทศ พบว่าการระบาดที่เกิดขึ้น เป็นการระบาดเป็น กลุ่มก้อน โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีการรวมตัวกันของ คนหมู่มาก ได้แก่ ศูนย์เด็กเล็ก โรงเรียน หอพัก ห้างสรรพสินค้า โรงพยาบาล โรงงาน โรงพยาบาลนตร์ ค่ายทหาร เรือนจำ และทัณฑสถาน ๒) ปีนี้มีฝนตกหนักในหลายพื้นที่ ประชากร กลุ่มเสี่ยง ได้แก่ เด็ก หรือผู้ใหญ่ ที่ต้องอยู่ใน บริเวณที่มีการรวมตัวกันของคนหมู่มาก หากมี ผู้ป่วยจะทำให้มีโอกาสแพร่เชื้อได้ง่าย และรวดเร็ว ๓) การเข้าถึงวัคซีนไข้หวัดใหญ่ ยังไม่เป็นไปตาม เป้าหมายที่กำหนด ข้อเสนอแนะ ๑) ปรับปรุงมาตรการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรคไข้หวัดใหญ่ ในค่ายทหาร เรือนจำ และ โรงเรียน ๒) จัดทำหลักสูตรการสื่อสารความเสี่ยงโรค ไข้หวัดใหญ่ ๔ Setting ๓) เพิ่มการเข้าถึงการรับบริการฉีดวัคซีนในกลุ่ม เป้าหมายเดิม ๔) กำหนดกลุ่มเป้าหมายของการรับบริการ ฉีดวัคซีนเพิ่มขึ้นจากเดิม เช่น ทหาร นักโทษ ในเรือนจำ เป็นต้น

ผลการดำเนินงานตามมาตรการ

มาตรการ/ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/ อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
มาตรการที่ ๑ การให้วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลแก่กลุ่มเป้าหมายอย่างทั่วถึง			
ความครอบคลุมการให้ บริการวัคซีนไข้หวัด ใหญ่ในกลุ่มเป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐	ดำเนินงานให้บริการวัคซีน ป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตาม ฤดูกาล พ.ศ. ๒๕๖๐ ให้มีการ รณรงค์วันที่ ๑ มิถุนายน - ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๐ ดำเนินการใน ประชากรกลุ่มเป้าหมายความ ครอบคลุมการให้วัคซีนไข้หวัดใหญ่ ตามฤดูกาล ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ มีความครอบคลุมรวมทุกกลุ่ม	๑) การรายงาน การให้บริการวัคซีนไข้หวัดใหญ่ ต่ำกว่าความเป็นจริง เนื่องจาก การบันทึกข้อมูล ไม่ครบถ้วน หรือบันทึกข้อมูลไม่ถูกต้อง ข้อเสนอแนะ ๑) เพิ่มการเข้าถึงการรับบริการฉีดวัคซีนใน กลุ่มเป้าหมายเดิม เช่น เพิ่มช่องทาง การประชาสัมพันธ์/ประชาสัมพันธ์ให้มากขึ้น ๒) กำหนดกลุ่มเป้าหมายของการรับบริการฉีดวัคซีน เพิ่มขึ้นจากเดิม เช่น ทหาร นักโทษในเรือนจำ เป็นต้น

มาตรการ/ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/ อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
		เป้าหมายประมาณ ร้อยละ ๘๑ เนื่องจากการรายงานการให้บริการวัคซีนใช้ขวดใหญ่ต่ำกว่าความเป็นจริงเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน หรือบันทึกข้อมูลไม่ถูกต้องซึ่งต้องเพิ่มการเข้าถึงการรับบริการฉีดวัคซีนในกลุ่มเป้าหมายเดิม เช่น เพิ่มช่องทางการประชาสัมพันธ์/ประชาสัมพันธ์ให้มากขึ้นและต้องกำหนดกลุ่มเป้าหมายของการรับบริการฉีดวัคซีนเพิ่มขึ้นจากเดิม เช่น ทหารในกองทัพ ผู้ต้องหาในเรือนจำ เป็นต้น	

มาตรการที่ ๒ เฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคใช้ขวดใหญ่ในคน

จำนวนศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก/โรงเรียนที่มีการระบาดของโรคใช้ขวดใหญ่เป็นกลุ่มก้อนมากกว่า ๑ ครั้ง	๐ แห่ง	จำนวนศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่มีการระบาดของโรคใช้ขวดใหญ่เป็นกลุ่มก้อน ๐ แห่ง จำนวนโรงเรียนที่มีการระบาดฯ เป็นกลุ่มก้อน ๒๑ แห่ง จำนวนค่ายเยาวชนที่มีการระบาดฯ เป็นกลุ่มก้อน ๓ แห่ง โดยโรงเรียนที่เกิดการระบาดของโรคใช้ขวดใหญ่เป็นกลุ่มก้อน ไม่มีการระบาด มากกว่า ๑ ครั้ง	-
---	--------	---	---

มาตรการที่ ๓ ส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมที่ถูกต้องในการป้องกันตนเองจากโรคใช้ขวดใหญ่

ร้อยละของกลุ่มเป้าหมายมีพฤติกรรมที่ถูกต้องในการป้องกันตนเองจากโรคใช้ขวดใหญ่	ร้อยละ ๘๐	จากการสำรวจพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคใช้ขวดใหญ่ในกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ แกนนำ กลุ่มเสี่ยง สถานศึกษา และทัณฑสถานโดยกำหนดพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการในการ ลดความเสี่ยงของโรค วิเคราะห์พฤติกรรมเสี่ยง และประชุมเพื่อกำหนดแนวทางในการแก้ไขตามหลักทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์ PRECEDE Framework พฤติกรรมที่ศึกษา คือ การใช้หน้ากากอนามัย เจลล้างมือ การล้างมือด้วยสบู่	-
---	-----------	---	---

มาตรการ/ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/ อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
		ซึ่งเป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลองในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม โดยได้จัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่องโรคไข้หวัดใหญ่ และพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในการป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๙ ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. ๒๕๖๐ ผลสำรวจพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้หน้ากากอนามัย เจลล้างมือ การล้างมือด้วยสบู่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ ๙๐.๑๖	

๔.๓ แผนงานป้องกันโรคมือเท้าปาก (Hand-Foot-Mouth Disease)

ในช่วงฤดูฝนนี้มักพบเด็กเล็กป่วยด้วยโรคมือเท้าปากโดยเฉพาะในสถานศึกษาที่เป็นสถานที่ที่มีเด็กอยู่รวมกันจำนวนมาก ทำให้เกิดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อโรคได้มาจากข้อมูลของสำนักโรคควบคุมโรค สถานการณ์โรคมือเท้าปาก ตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม - ๑๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๐ พบผู้ป่วยแล้ว ๖๕,๕๐๐ ราย และเสียชีวิต ๓ ราย ในจังหวัดจันทบุรี ตาก และร้อยเอ็ด โรคมือเท้าปาก เกิดจากเชื้อเอนเทอโรไวรัสหลายชนิด แต่ชนิดที่รุนแรงมากและเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากกว่าสายพันธุ์ทั่วไป คือ Enterovirus ๗๑ (EV๗๑) โรคนี้พบได้มากในเด็กเล็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี ซึ่งมีภูมิคุ้มกันต่ำ การติดต่อเกิดจากการได้รับเชื้อทางปากโดยตรง เชื้อไวรัสจะติดมากับมือหรือของเล่นที่เปื้อนน้ำมูก น้ำลาย น้ำจากแผลตุ่มพองหรืออุจจาระของผู้ป่วย หรือติดต่อจากการ ไอ จามรดกัน โรคนี้อาจมีอาการเล็กน้อย เช่น มีไข้ ผื่น ตุ่มน้ำใส หรือเม็ดแดงๆ ในปาก ฝ่ามือ ฝ่าเท้า หรือก้น ซึ่งหายได้เอง ใน ๗ - ๑๐ วัน ทั้งนี้ โรคนี้ไม่มียารักษา ไม่มีวัคซีน จะรักษาตามอาการ ถ้าหากเด็กมีอาการแทรกซ้อน เช่น ไข้สูง ซึม อาเจียน หอบ ต้องรีบนำเด็กไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลทันที จากรายงานของโรงพยาบาลที่ส่งตัวอย่างตรวจทางห้องปฏิบัติการหาเชื้อก่อโรคมือ เท้า ปาก จำนวน ๒๒ แห่งจากโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการทั้งหมด ๔๐ แห่งทั่วประเทศในกลุ่มเด็ก ๐ - ๕ ปี ในเดือนกันยายน ๒๕๖๐ ที่ผ่านมา ได้รับตัวอย่างผู้ป่วยทั้งหมด ๔๘ ราย ตรวจพบเชื้อ ๑๘ ราย ในจำนวนนี้พบติดเชื้อ Enterovirus ๗๑ (EV๗๑) จำนวน ๓ ราย (ร้อยละ ๑๖.๖๖)



กรมควบคุมโรค ได้ขอความร่วมมือสถานศึกษาดำเนินการอย่างเข้มข้น และต่อเนื่องเพื่อให้การป้องกันควบคุมโรค ดังนี้

๑. คัดกรองเด็กทุกเช้าก่อนเข้าเรียน หากพบเด็กป่วยให้แยกออกมา และแจ้งผู้ปกครองมารับเด็กกลับบ้านและให้พักฟื้นจนกว่าจะหายเป็นปกติ

๒. สอนให้เด็กล้างมือบ่อยๆ และจัดให้มีจุดล้างมือ พร้อมสบู่หรือแอลกอฮอล์เจล รวมถึงทำความสะอาดอุปกรณ์ที่เป็นส่วนรวมเป็นประจำ

๓. หากพบเด็กป่วยเป็นจำนวนมาก ควรพิจารณาปิดสถานศึกษาเพื่อชะลอการระบาดและการแพร่กระจายเชื้อ

๔. ให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับโรคแก่นักเรียนและผู้ปกครอง สำหรับพ่อแม่ ผู้ปกครอง ควรหมั่นสังเกตอาการบุตรหลานอย่างใกล้ชิด หากมีอาการใช้ร่วมกับแผลในปาก โดยอาจมีหรือไม่มีตุ่มน้ำที่มือหรือเท้าก็ได้ บางรายอาจมีเฉพาะไข้ ควรรีบพาไปพบแพทย์ และให้หยุดเรียนจนกว่าจะหายเป็นปกติ และไม่ควรคลุกคลีกับคนอื่นๆ ในครอบครัวหรือชุมชน เพื่อชะลอการระบาดและการแพร่กระจายเชื้อ

ผลการดำเนินงานตามเป้าหมายการลดโรคและภัยสุขภาพ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/ อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
อัตราป่วยโรคมือเท้าปากในเด็กอายุ ๐-๕ ปี ลดลง	อัตราป่วยลดลง เหลือ ๗๐ ต่อแสนประชากร	อัตราป่วยเท่ากับ ๙๙.๙๖ ต่อแสนประชากร (ข้อมูล ณ ๑๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๐)	-

ผลการดำเนินงานตามมาตรการ

มาตรการ/ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/ อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
มาตรการ การขับเคลื่อนการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากในศูนย์เด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาล			
ร้อยละของศูนย์เด็กเล็กสามารถดำเนินงานได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๗๘.๒๔ (๑๒,๒๖๐ แห่ง)	การประเมินศูนย์เด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาล ในปี ๒๕๖๐ ได้ข้อมูลค่อนข้างน้อย เนื่องจากนโยบายในการบูรณาการงานศูนย์เด็กเล็กและการจัดทำมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติระหว่างกระทรวงในการพัฒนาคนตลอดช่วงชีวิตในช่วงเด็กปฐมวัย ซึ่งในระดับพื้นที่ยังไม่มีเจ้าภาพในการดำเนินงานที่ชัดเจน
ร้อยละของโรงเรียนอนุบาลสามารถดำเนินงานได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๑๓.๗๙ (๓,๙๑๔ แห่ง)	

๕. แผนงานควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลง

๕.๑ แผนงานกำจัดโรคมะลาเรีย

ปี ๒๕๖๐ ประเทศไทยได้ปรับเปลี่ยนนโยบายจากการควบคุมโรคไข้มาลาเรีย เป็นการกำจัดโรคไข้มาลาเรียโดยมีเป้าหมายกำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทยกำหนดให้ผู้ป่วยมาลาเรียหมดไปภายในปี ๒๕๖๗

สถานการณ์ทั่วไปโรคไข้มาลาเรีย ณ วันที่ ๒๔ ตุลาคม ๒๕๖๐ มีผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรีย ๙,๐๓๙ ราย (คนไทย ๖,๒๓๖ ราย ต่างชาติ ๒,๘๐๓ ราย) อัตราป่วย ๐.๑๔ ต่อพันประชากร จำนวนผู้ป่วยลดลงจากปี ๒๕๕๙ ณ ช่วงเวลาเดียวกันร้อยละ ๓๔.๗๙ สัดส่วนเพศชายต่อเพศหญิง ๒ : ๑ กลุ่มอายุ ๒๕ - ๔๔ ปี (ร้อยละ ๓๐.๗๗) รองลงมา คือ ๕ - ๑๔ ปี (ร้อยละ ๒๒.๑๖)

๑๕ - ๒๔ ปี (ร้อยละ ๒๐.๙๔) และ >= ๔๕ ปี (ร้อยละ ๑๙.๓๑) ตามลำดับ ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มเกษตรกร (ร้อยละ ๓๙.๐๐) ทหาร/ ตำรวจ (ร้อยละ ๒.๕๗) อาชีพอื่นๆ (ร้อยละ ๑๒.๐) และ เด็ก/ นักเรียน (ร้อยละ ๒๒.๔๘) ชนิดเชื้อส่วนใหญ่ที่พบได้แก่ *P.vivax* (ร้อยละ ๘๐.๘๖) *P.falciparum* (ร้อยละ ๑๓.๑๓) ผลการดำเนินงานตามเป้าหมายการลดโรคและภัยสุขภาพ



ผลการดำเนินงานตามเป้าหมายการลดโรคและภัยสุขภาพ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/ อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
จำนวนอำเภอ/ เขต ที่ไม่มีการแพร่เชื้อ มาลาเรีย	๖๙๖ อำเภอ/ เขต (ร้อยละ ๗๕)	จำนวนอำเภอ/ เขตที่ไม่มีการแพร่ เชื้อมาลาเรีย ๗๑๓ อำเภอ/ เขต (ร้อยละ ๗๖.๘๓) ซึ่งดำเนินการ ได้สูงกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้	-

ผลการดำเนินงานตามมาตรการ

มาตรการ/ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/ อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
มาตรการที่ ๑ ความครอบคลุมการเฝ้าระวังโรค การตรวจรักษาเชิงรับ - เชิงรุกและการกำจัดเชื้อมาลาเรียดื้อยา			
ร้อยละของผู้ป่วย โรคไข้มาลาเรียได้รับการ สอบประวัติภายใน ๓ วัน	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๘๕.๘	
ร้อยละผู้ป่วยมาลาเรีย ได้รับยารักษาตาม นโยบายยารักษาแห่งชาติ	ร้อยละ ๗๕	ร้อยละ ๘๒.๐๖	
มาตรการที่ ๒ การควบคุมยุงพาหะและการป้องกันตนเอง			
ร้อยละของหลังคาเรือน ในพื้นที่แพร่เชื้อมาลาเรีย (A1 และ A2) ที่มีมุ้งชุบ สารเคมี/ มุ้งชุบสารเคมี ชนิดออกฤทธิ์ยาวนาน ในอัตรา ๑ หลังต่อ ๒ คน/มีการพ่นเคมีชนิด มีฤทธิ์ตกค้างในช่วง ๑๒ เดือนที่ผ่านมา	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๗๓.๙๒	ประชาชนในพื้นที่แหล่งแพร่เชื้อ (A1 และ A2) ได้รับมุ้งชุบสารเคมี/ มุ้งชุบสารเคมีชนิดออกฤทธิ์ ยาวนาน/ มีการพ่นเคมีชนิดมีฤทธิ์ตกค้าง ในช่วง ๑๒ เดือนที่ผ่านมาไม่ครอบคลุมเนื่องจากขาดการ รายงานข้อมูล ทำให้ข้อมูลคลาดเคลื่อนจากความ เป็นจริง ซึ่งหน่วยงานที่รับผิดชอบควรดำเนินการ รายงานภายในเวลาที่กำหนด
มาตรการที่ ๓ วิจัยและกำกับติดตามประเมินผล			
จำนวนหมู่บ้านที่มีการ แพร่เชื้อในพื้นที่	๓,๔๓๖ หมู่บ้าน	๒,๑๔๗ หมู่บ้าน	เนื่องจากต้องทำให้หมู่บ้านแพร่เชื้อในพื้นที่ลดลง ทุกปี ซึ่งในปี ๒๕๖๐ สามารถลดจำนวนหมู่บ้าน ที่มีการแพร่เชื้อเหลือเพียง ๒,๑๔๗ หมู่บ้าน
มาตรการที่ ๔ มาตรการผลักดันนโยบายและกลไกให้เกิดการทำงานและใช้ทรัพยากรร่วมกัน			
ร้อยละจังหวัดที่มีการ แพร่เชื้อมาลาเรียมี แผนงานกำจัดโรค มาลาเรีย	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	-

มาตรการ/ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/ อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
มาตรการที่ ๕ พัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ สื่อสารความเสี่ยงและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน			
ร้อยละของประชาชนในพื้นที่แพร่เชื้อมาลาเรียนอนในมุ้งซุสสารเคมี (LLIN/LLIHN/ ITN) ในคืนก่อนการสำรวจ	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๒๔.๙	ข้อมูลการสำรวจประชาชนในพื้นที่แพร่เชื้อมาลาเรียนอนในมุ้งซุสสารเคมี (LLIN/LLIHN/ ITN) ในคืนก่อนการสำรวจได้ดำเนินการสำรวจก่อนการแจกมุ้งซุสสารเคมี (LLIN/ LLIHN/ ITN) ทำให้ข้อมูลคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง ทั้งนี้ประชาชนส่วนใหญ่มีการนอนในมุ้งธรรมดา มากกว่าร้อยละ ๙๐ ในพื้นที่แพร่เชื้อทั้งหมด นอกจากนี้ยังมีการป้องกันตนเองในรูปแบบอื่นๆ เช่น ยาทากันยุง เป็นต้น

๕.๒ แผนงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

สถานการณ์โรคไข้เลือดออกในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ (ข้อมูลจากระบบรายงานการเฝ้าระวังโรค ๕๐๖ สำนักโรคบาดวิทย์ฯ ณ วันที่ ๒๕ ตุลาคม ๒๕๖๐) มีรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก (Dengue fever: DF, Dengue haemorrhagic fever: DHF, Dengue shock syndrome: DSS) สะสมรวม ๔๓,๑๒๐ ราย อัตราป่วย ๖๕.๙๑ ต่อประชากรแสนคน มีการรายงานจำนวนผู้ป่วยไข้เลือดออกลดลงร้อยละ ๑๕.๒๑ (๐.๘๔ เท่า) เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. ๒๕๕๙ ณ ช่วงเวลาเดียวกัน ผู้ป่วยเสียชีวิต ๕๖ ราย อัตราป่วยตายเท่ากับร้อยละ ๐.๑๓ ผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ๑,๐๘๕ ราย การกระจายการเกิดโรคไข้เลือดออกตามกลุ่มอายุส่วนใหญ่พบในกลุ่มอายุ ๑๐ - ๑๔ ปี มีอัตราป่วยสูงสุด คือ ๒๐๑.๐๙ ต่อประชากรแสนคน (๑๑๕.๓๓) อายุ ๐ - ๔ ปี (๖๗.๘๑) และรองลงมาได้แก่กลุ่มอายุ ๕ - ๙ ปี (๑๔๒.๔๓) อายุ ๑๕ - ๒๔ ปี อายุ ๒๕ - ๓๔ ปี (๖๕.๖๐) ตามลำดับ สัดส่วนอาชีพที่พบผู้ป่วยสูงสุดคือนักเรียน (ร้อยละ ๔๓.๒๘) รองลงมา ได้แก่ รับจ้าง (ร้อยละ ๒๐.๑๖) และไม่ทราบอาชีพ (ร้อยละ ๑๘.๖๔) ตามลำดับ ผู้ป่วยเพศชาย ๒๒,๒๕๓ ราย เพศหญิง ๒๐,๘๖๗ ราย คิดเป็นอัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ ๑ : ๐.๙๔ การกระจายการเกิดโรคไข้เลือดออกรายภาค พบว่าภาคใต้มีอัตราป่วยสูงที่สุดเท่ากับ ๑๑๘.๑๘ ต่อประชากรแสนคน จำนวนผู้ป่วย ๑๐,๙๓๑ รายรองลงมา ได้แก่ ภาคเหนืออัตราป่วย ๗๐.๐๓ ต่อประชากรแสนคนจำนวนผู้ป่วย ๘,๖๐๘ ราย ภาคกลางอัตราป่วย ๖๗.๕๓ ต่อประชากรแสนคน จำนวนผู้ป่วย ๑๔,๘๕๙ รายและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อัตราป่วย ๓๙.๘๖ ต่อประชากรแสนคน จำนวนผู้ป่วย ๘,๗๒๒ ราย ตามลำดับ



ผลการดำเนินงานตามเป้าหมายการลดโรคและภัยสุขภาพ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/ อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
ลดอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก	ลดอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๖ ของค่ามัธยฐานย้อนหลัง ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๕๙)	อัตราป่วยลดลงจากค่ามัธยฐานร้อยละ ๔๒.๑๙	เนื่องจากดำเนินงานตามมาตรการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกร่วมกับโรคติดเชื้อไวรัสซิกาในพื้นที่อย่างเข้มข้นร่วมกับการสำรวจค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย และทำลายแหล่งเพาะพันธุ์อย่างต่อเนื่อง

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/ อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก	อัตราป่วยตายไม่เกินร้อยละ ๐.๑๑	อัตราป่วยตายเป็นร้อยละ ๐.๑๓	เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่สูงต่อเนื่องมาจากปี ๒๕๕๙ จึงทำให้จำนวนผู้เสียชีวิตเพิ่มมากขึ้นด้วย

ผลการดำเนินงานตามมาตรการ

มาตรการ/ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/ อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
มาตรการที่ ๑ การจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสาน (Integrated Vector Management: IVM)			
ตำบลเสี่ยงสูงมีค่าดัชนีความชุกชุมของลูกน้ำยุงลาย (HI, CI) ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ ๘๐	-	ยังขาดรายละเอียดในการเก็บข้อมูลตัวชี้วัด มาตรการเนื่องจาก ผู้ลงพื้นที่สำรวจข้อมูลโดยการสุ่มคัดเลือกพื้นที่สำรวจเอง ซึ่งบางพื้นที่อาจจะไม่ใช่พื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูง ทำให้ข้อมูลที่ได้ไม่ครบถ้วน
มาตรการที่ ๒ ลดการแพร่กระจายของโรคไข้เลือดออก (Reduce Dengue Transmission)			
หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (Communicable Disease Control Operation Unit: CDCU) ในอำเภอเสี่ยงได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก	ร้อยละ ๘๐	-	แนวทางปฏิบัติงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกตาม พ.ร.บ. โรคติดต่อ ๒๕๕๘ สำหรับผู้ปฏิบัติงานระดับเขต และหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) ระดับอำเภอ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นแนวทางฯ สำหรับผู้ปฏิบัติงานระดับเขต และหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) ระดับอำเภอ และได้มีการขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องแล้วโดยสำนักโรคติดต่อฯ นำโดยแมลงได้เผยแพร่แนวทางฯ ทางเว็บไซต์ของสำนักฯ และได้จัดทำแบบสอบถามการใช้ประโยชน์จากแนวทางฯ ส่งให้กับจังหวัดต่างๆ เพื่อรวบรวมสรุปเป็นข้อมูลสำหรับวางแผนการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในภาพรวมของประเทศ

๕.๓ แผนงานโรคเท้าช้าง

ปัจจุบันการควบคุมโรคเท้าช้างของประเทศไทย อยู่ระหว่างการดำเนินการกำจัดระยะสุดท้ายก่อนการประกาศ การกำจัด ที่คาดว่าจะสามารถยื่นขอประกาศการกำจัดได้ภายในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ หลังจากประเมินภาวะแพร่โรคเท้าช้างในระยะต่างๆ ตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก ว่าไม่มีผู้พบเชื้อเกินกว่า เกณฑ์กำหนด ซึ่งบ่งบอกได้ถึงว่าการแพร่โรคเท้าช้างใน ประเทศไทยอยู่ในระดับต่ำไม่ก่อให้เกิดการแพร่โรคอย่างยั่งยืน จากที่ได้เริ่มดำเนินงานกำจัดมาตั้งแต่ ปี พ.ศ. ๒๕๔๕

ในขณะที่การกำจัดในประเทศบรรลุเป้าหมายของการ ตัดการแพร่โรคได้แล้ว คนต่างด้าวที่มาจากประเทศแพร่โรค อาจจะทำให้กลับมาเกิดการแพร่โรคในประเทศได้ คนต่างด้าว ที่มาจากประเทศแพร่โรคในประเทศหลักๆ คือพม่า เนื่องจากมีพรมแดนติดต่อเป็นแนวยาว ไม่ทราบจำนวนที่แน่นอน จากข้อมูลของการ ขึ้นทะเบียนในปี ๒๕๕๗ ที่ได้รับการเร่งรัดจากคณะรักษาความสงบแห่งชาติ หรือ คสช. ทำให้เกิดการขึ้นทะเบียนแรงงานจำนวน สูงสุด พบอัตราการตรวจพบไมโครฟิลาเรียจากการตรวจร่างกายเพื่อขออนุญาตทำงาน เท่ากับร้อยละ ๐.๐๔ ส่วนในกลุ่มที่ไม่ได้ขึ้น ทะเบียนได้มีมาตรการจ่ายยากุ่มเช่นเดียวกับการคัดกรองขออนุญาตทำงาน สุ่มเจาะโลหิตในพื้นที่ที่พบชาวพม่าจำนวนมาก และ เฝ้าระวังในยุ้งพาหะสายพันธุ์พม่า ซึ่งผลการสุ่มสำรวจแอนติเจนโรคเท้าช้าง ที่ผ่านมา พบว่า ลดลงเป็นลำดับจากร้อยละ ๑.๖๘ ในปี ๒๕๕๔ เหลือ ๐.๘๗ ในปี ๒๕๕๙ และไม่พบไมโครฟิลาเรียในยุ้งพาหะสายพันธุ์พม่า



ผลการดำเนินงานตามเป้าหมายการลดโรคและภัยสุขภาพ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/ อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
รักษาระดับของการ ไม่แพร่โรค ให้ อัตรา การพบไมโครฟิลาเรีย/ แอนติเจน โรคเท้าช้าง น้อยกว่า ร้อยละ ๑	น้อยกว่าร้อยละ ๑	- อัตราการพบแอนติเจน โรคเท้าช้าง = ๐ - อัตราการพบไมโครฟิลาเรีย = ๐.๒๒	-

ผลการดำเนินงานตามมาตรการ

มาตรการ/ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/ อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
มาตรการ เฝ้าระวังโรคเพื่อคงภาวะไม่แพร่โรคเท้าช้าง			
อัตราการแพร่เชื้อพยาธิ โรคเท้าช้างในยุ้งพาหะ สายพันธุ์พม่า ในการ เฝ้าระวังในพื้นที่ตัวแทน	-	อัตราการแพร่เชื้อพยาธิในยุ้ง พาหะของโรคเท้าช้างในพม่า = ๐	-
อัตราการพบไมโคร ฟิลาเรียน้อยกว่า ร้อยละ ๑	-	อัตราการพบไมโครฟิลาเรีย = ๐.๒๐	-

๕.๔ แผนงานโรคลิซมาเนีย

โรคลิซมาเนียในประเทศไทยนั้นยังคงมีรายงานการพบ ประปรายในภาคเหนือ และภาคใต้ของประเทศไทย และพบว่าเป็นการ ติดเชื้อภายในประเทศ โรคลิซมาเนียชนิด Visceral Leishmaniasis นั้นได้ถูก กำหนดเป็นเป้าหมายที่จะกำจัดขององค์การอนามัยโลก โดยจะต้องลดอุบัติ การณ์ของโรคให้ต่ำกว่า ๑ ต่อ ๑๐,๐๐๐ ประชากรในหน่วยอำเภอซึ่ง ประเทศไทยผ่านเกณฑ์ดังกล่าวก่อนการลงนามใน MOU ร่วมกับองค์การ อนามัยโลกภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และอีก ๓ ประเทศแพร่โรค และอีก ๑ ประเทศที่พบรายงานประปรายเช่นเดียวกับประเทศไทย

มาตรการในปัจจุบันยังคงเน้นการเฝ้าระวังพาหะ (ริ้นฝอย ทราย) ในพื้นที่ที่เคยมีการรายงานการพบผู้ป่วย และสนับสนุนให้มีการรักษา ผู้ป่วยให้ครบถ้วนและหายขาด ส่วนการค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติมจะดำเนินการ เมื่อได้รับรายงานการพบผู้ป่วย และควบคุมโรคทั้งในคนและพาหะนำโรค

โรคลิซมาเนีย มีสาเหตุจากเชื้อโปรโตซัวในสกุลลิซมาเนีย (Leishmania) ซึ่งอยู่ในเซลล์เม็ดเลือดขาว (Macrophage) ของคนโดยเรียก ระยะนี้ว่า Amastigote และแพร่สู่คนอื่นโดยผ่านการกัดของแมลง “ริ้นฝอย ทราย” ซึ่งหลังจากกินเลือดของผู้ป่วยแล้ว Amastigote จะใช้เวลาประมาณ ๔ - ๑๕ วันเจริญเติบโตเป็นระยะ Promastigote อาศัยอยู่ตรงบริเวณคอหอย เป็นโรคของสัตว์แต่แพร่สู่คนได้ (Zoonosis) สัตว์รังโรค เป็นสัตว์กัดและจำพวก กระรอก กระแต หนู สุนัข เป็นต้น



ริ้นฝอยทราย พาหะโรคลิซมาเนีย



อาการของโรคชนิดเป็นทั้งตัว อาจเป็นแบบตุ่มเล็ก ๆ ทั่วไป หรือเชื้อกระจายไปตามตัว ผิวขรุขระ นูนหนา และแตกออก

ผลการดำเนินงานตามเป้าหมายการลดโรคและภัยสุขภาพ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/ อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
คงอุบัติการณ์ของโรค ให้อยู่ระดับต่ำกว่า ๑ : ๑๐,๐๐๐ ประชากร ในหน่วยพื้นที่ระดับ อำเภอ	น้อยกว่าร้อยละ ๑	พบผู้ป่วยใหม่ ๒ ราย ที่อำเภอ แม่สาย จังหวัดเชียงราย อุบัติ การณ์ = ๐.๒๖/ ๑๐,๐๐๐ ประชากร และอำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย อุบัติการณ์ = ๐.๑๕/ ๑๐,๐๐๐ ประชากร	-

ผลการดำเนินงานตามมาตรการ

มาตรการ/ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/ อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
มาตรการ รักษาระดับการไม่แพร่โรคลิซมาเนียในประเทศ			
ความครอบคลุมของ การเฝ้าระวังพาหะใน พื้นที่ตัวแทน	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐ (ทุกพื้นที่ที่ยังมีผู้ป่วย)	-

๖. แผนงานควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล

การติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็นปัญหาสำคัญก่อให้เกิดการการสูญเสียทั้งชีวิตและทรัพย์สิน ร้อยละ ๑๐ - ๒๕ ของงบประมาณของรัฐถูกใช้ในการรักษาโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยพบว่าตำแหน่งการติดเชื้อที่สำคัญคือการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่างที่สัมพันธ์กับการใส่เครื่องช่วยหายใจ (VAP) รองลงมาคือการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนปัสสาวะ (CAUTI) การติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด (SSI) และการติดเชื้อในกระแสเลือดที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง (CLABSI) ตามลำดับ ซึ่งเชื้อก่อโรคส่วนใหญ่เป็นเชื้อแบคทีเรียแกรมลบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเชื้อ *Acinetobacterspp.* และ *Pseudomonasspp.* ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในโรงพยาบาลส่วนเชื้อ *E.coli*, *Klebsiellaspp.* และ *Neisseria Gonorrhea* ที่เป็นปัญหาการติดเชื้อในชุมชน การดื้อยาปฏิชีวนะของเชื้อแบคทีเรียแกรมลบเหล่านี้เป็นสิ่งที่น่ากังวล โดยเฉพาะหากดื้อต่อยาปฏิชีวนะกลุ่ม Carbapenem และ Colistin ซึ่งเป็นยาต้านสุดท้ายในการรักษาการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยา

ผลการดำเนินงานตามเป้าหมายการลดโรคและภัยสุขภาพ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/ อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
อัตราการติดเชื้อภาพรวม ๑.๕๔ ครั้งต่อ ๑,๐๐๐ วันนอน	≤๕.๐ ครั้งต่อ ๑,๐๐๐ วันนอน	โรงพยาบาลที่บันทึกข้อมูลการติดเชื้อในโรงพยาบาลในโปรแกรมจัดเก็บข้อมูลการเฝ้าระวังการติดเชื้อฯ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ของเขตบริการสุขภาพ มีโรงพยาบาลที่กรอกข้อมูลจำแนกเป็นโรงพยาบาลศูนย์ จำนวน ๒๑ แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป ๕๖ แห่ง และโรงพยาบาลชุมชนจำนวน ๒๔๕ แห่ง โรงพยาบาลเอกชน ๒๒ แห่ง และโรงพยาบาลสังกัดอื่นๆ ๑๓ แห่ง รวมจำนวนทั้งสิ้น ๓๕๗ แห่ง พบการติดเชื้อในโรงพยาบาลภาพรวม คิดเป็น ๑.๕๔ ครั้ง/ ๑,๐๐๐ วันนอน	- ข้อจำกัดด้านเวลา, มีโรงพยาบาลที่สนใจจะใช้โปรแกรมมากกว่าที่กำหนด (เป็นโปรแกรมเก็บข้อมูลด้านโรคติดเชื้อใหม่จะทำให้การวิเคราะห์ข้อมูลเป็นไปได้สะดวกมากขึ้นจากเดิมที่โรงพยาบาลต้องใส่ข้อมูลแบบ Manual) สถาบันบำราศนราดูร ต้องเพิ่มวันจัดอบรมการใช้โปรแกรม ต้องจัดหาเงินนอกงบประมาณมาเป็นค่าใช้จ่าย - ควรต้องชี้แจงการลงข้อมูลในโปรแกรมให้เครือข่ายรับทราบทั้งหมด และมีความเข้าใจที่ตรงกัน เช่นการวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาล

ผลการดำเนินงานตามมาตรการ

มาตรการ/ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/ อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
มาตรการที่ ๑ เสริมสร้างความเข้มแข็งของการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล ของโรงพยาบาลในเครือข่าย			
อุบัติการณ์การติดเชื้อในโรงพยาบาล ๑) VAP ๔.๖๙ ครั้ง/ ๑,๐๐๐ device day	อัตราการติดเชื้อรพศ. และรพท. ดังนี้ ๑) VAP ≤๕ ครั้งต่อ ๑,๐๐๐ วันนอน	โรงพยาบาลที่บันทึกข้อมูลการติดเชื้อในโรงพยาบาล ในโปรแกรมจัดเก็บข้อมูลการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ของเขตบริการสุขภาพ มีโรงพยาบาลที่กรอกข้อมูลทั้งสิ้น ๗๗ โรงพยาบาล	ปัญหา/ อุปสรรค: ข้อจำกัดด้านเวลา, มีโรงพยาบาลที่สนใจจะใช้โปรแกรมมากกว่าที่กำหนด (เป็นโปรแกรมเก็บข้อมูลด้านโรคติดเชื้อใหม่ จะทำให้การวิเคราะห์ข้อมูลเป็นไปได้สะดวกมากขึ้นจากเดิมที่โรงพยาบาลต้องใส่ข้อมูลแบบ Manual) สถาบันบำราศนราดูร ต้องเพิ่มวันจัดอบรมการใช้โปรแกรม

มาตรการ/ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/ อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
๒) CAUTI ๑.๔๙ ครั้ง/ ๑,๐๐๐ device day ๓) CLABSI. ๑.๒๖ ครั้ง/ ๑,๐๐๐ device day และ ๔) SSI ๐.๔๒ ครั้ง/ ๑๐๐ ครั้งของการ ผ่าตัด	๒) CAUTI ≤ ๒ ครั้ง ต่อ ๑,๐๐๐ วันนอน ๓) CLABSI ≤ ๒ ครั้ง ต่อ ๑,๐๐๐ วันนอน ๔) SSI ≤ ๑ ครั้งต่อ ๑,๐๐๐ วันนอน	แยกเป็นโรงพยาบาลศูนย์จำนวน ๒๑ แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป ๕๖ แห่ง อัตราการติดเชื้อตาม ตำแหน่ง	ข้อเสนอแนะ: ๑. พัฒนาการบันทึกข้อมูลการติดเชื้อเป็นระบบ ทำงานที่ยั่งยืน เพื่อให้ประสิทธิผลการติดเชื้อ ที่สำคัญ ควรมีการพิจารณาการสร้างความสนใจ ในการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ๒. ต้องชี้แจงการลงข้อมูลในโปรแกรมให้เครือข่าย รับทราบทั้งและเข้าใจตรงกัน เช่น การวินิจฉัยการ ติดเชื้อในโรงพยาบาล ๓. หลายโรงพยาบาลยังใส่ข้อมูลไม่ครบ เนื่องจาก อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลมีจำนวนมากจึงไม่ สะดวกที่จะใส่ข้อมูลอีกทั้งโรงพยาบาลเหล่านั้นมี โปรแกรมการติดเชื้อใช้เองในโรงพยาบาลอยู่แล้ว จึงมักใช้วิธีใส่ข้อมูลใน Excel หลายๆ เดือน มาให้ส่วนกลางใส่ข้อมูลให้จึงควรจะต้องอบรม เพิ่มขึ้นในปี ๒๕๖๑ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สนับสนุน อื่นๆ สามารถใส่ข้อมูลได้โดยผ่านการตรวจสอบ ความถูกต้องของข้อมูลจาก ICN ที่รับผิดชอบก่อน และสามารถใส่ข้อมูลแทนกันได้ทุกคน ๔. ถ้าระบบเครือข่ายไร้สายมีปัญหาจะต้องทำการ บันทึกข้อมูลใหม่อีกครั้ง ซึ่งทาง MedRes Net กำลังปรับปรุงและแก้ไขข้อจำกัดนี้

ตารางจำแนกอัตราการติดเชื้อตามตำแหน่ง

ตัวชี้วัด : อุบัติการณ์การติดเชื้อในโรงพยาบาล	ค่าเป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
- VAP ๔.๖๙ ครั้ง/๑,๐๐๐ device day	- VAP ≤ ๕ ครั้งต่อ ๑,๐๐๐ วันนอน	- VAP ๔.๖๙ ครั้ง/๑,๐๐๐ device day
- CAUTI ๑.๔๙ ครั้ง/๑,๐๐๐ device day	- CAUTI ≤ ๒ ครั้งต่อ ๑,๐๐๐ วันนอน	- CAUTI ๑.๔๙ ครั้ง/๑,๐๐๐ device day
- CLABSI ๑.๒๖ ครั้ง/๑,๐๐๐ device day	- CLABSI ≤ ๒ ครั้งต่อ ๑,๐๐๐ วันนอน	- CLABSI ๑.๒๖ ครั้ง/๑,๐๐๐ device day
- SSI ๐.๔๒ ครั้ง/๑๐๐ ครั้งของการผ่าตัด	- SSI ≤ ๑ ครั้งต่อ ๑,๐๐๐ วันนอน	- SSI ๐.๔๒ ครั้ง/๑๐๐ ครั้งของการผ่าตัด

๗. แผนงานควบคุมโรคหนองพยาธิ

๗.๑ แผนงานโรคหนองพยาธิตามโครงการพระราชดำริสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ปี ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔

ในปี ๒๕๖๐ มีการดำเนินงานตรวจค้นหาผู้ติดเชื้อหนองพยาธิในนักเรียนครอบคลุม ๕๘๘ โรงเรียน กลุ่มเป้าหมาย ๖๒,๘๔๐ ราย โดยพบว่ามีอัตราการติดเชื้อหนองพยาธิทุกชนิดในนักเรียนเท่ากับ ร้อยละ ๖.๙๕ พบว่า นักเรียนในสังกัดศูนย์การเรียนรู้ชุมชนชาวไทยภูเขาแม่ฟ้าหลวง ในสังกัดสำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย มีอัตราการติดเชื้อโรคหนองพยาธิสูงสุดคือ ร้อยละ ๓๘.๔๘ รองลงมาคือนักเรียนในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบการติดเชื้อร้อยละ ๘.๕๐ และนักเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน พบการติดเชื้อร้อยละ ๗.๐ ส่วนอัตราการติดเชื้อโรคหนองพยาธิในประชาชนพื้นที่ภูฟ้าพัฒนาจังหวัดน่าน ร้อยละ ๒๒.๓๕ เมื่อจำแนกตามชนิดพันธุ์ของหนองพยาธิในโรงเรียนตามโครงการ

พระราชดำริฯ พบว่า นักเรียนส่วนใหญ่เป็นพยาธิไส้เดือน ร้อยละ ๔.๖๑ พยาธิแส้ม้า ร้อยละ ๒.๕๕ และพยาธิปากขอ ร้อยละ ๐.๖๔ ตามลำดับ ส่วนประชาชนในพื้นที่ภูฟ้า พบว่า ส่วนใหญ่ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับและพยาธิใบไม้ลำไส้ขนาดเล็ก ร้อยละ ๗.๒๐ พยาธิไส้เดือน ร้อยละ ๒.๖๓ และพยาธิติต ร้อยละ ๐.๙๑ (ผลการดำเนินงานนี้ไม่รวมรายงานโรงเรียนในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่)

การควบคุมโรคหนอนพยาธิตามโครงการพระราชดำริฯ มีเป้าหมายการดำเนินงานแยกเป็น ๒ แผนคือ ๑) แผนการพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดาร ครอบคลุมพื้นที่ ๕๑ จังหวัด ๘๕๐ โรงเรียน ใน ๗ สังกัด และ ๒) แผนภูฟ้าพัฒนาฯ จังหวัดน่าน ครอบคลุมกลุ่มประชาชนในพื้นที่อำเภอบ่อเกลือและอำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดน่าน โดยมีเป้าหมายการพัฒนา คือ เด็ก เยาวชน และประชาชนในพื้นที่ถิ่นทุรกันดารและพื้นที่ภูฟ้าพัฒนา ให้มีโอกาสที่ดีขึ้น มีสุขภาพแข็งแรง สามารถดูแลตนเองได้อย่างสมดุล ทั้งร่างกาย จิตใจ เป้าหมายความสำเร็จของแผนงาน คือ ลดอัตราการติดโรคหนอนพยาธิในนักเรียนและประชาชนในพื้นที่โครงการตามพระราชดำริฯ



ผลการดำเนินงานตามเป้าหมายการลดโรคและภัยสุขภาพ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/ อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
ลดอัตราการติดเชื้หนอนพยาธิ ในนักเรียน และ เยาวชนในภาพรวม ทั้งประเทศ	ร้อยละ ๕	ร้อยละ ๖.๙๕	อัตราการติดเชื้ในกลุ่มนักเรียนสังกัด กศน. หรือ นักเรียนในศูนย์การเรียนรู้ชุมชนชาวไทยภูเขา แม่ฟ้าหลวง ยังคงมีอัตราการติดเชื้ค่อนข้างสูง (ร้อยละ ๓๘.๔๘) เพราะปัญหาเรื่องบริบทของ พื้นที่ที่เอื้อต่อการติดเชื้และการติดเชื้ซ้ำ ประกอบกับปัญหาในเรื่องของบุคลากร (ครู) ที่มีอยู่ อย่างจำกัดทำให้ไม่สามารถดูแลนักเรียนได้ อย่างทั่วถึง เช่นเดียวกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ไม่สามารถเข้าไปให้บริการได้อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในช่วงฤดูฝนที่ไม่สามารถเข้าพื้นที่ เพื่อปฏิบัติงานได้ จึงทำให้นักเรียนมีการ ติดเชื้ และติดเชื้ซ้ำค่อนข้างสูง
ลดอัตราการติดเชื้ หนอนพยาธิในนักเรียน และเยาวชนในพื้นที่สี แดง ที่มีอัตราความ ชุกมากกว่าร้อยละ ๑๐	ลดลงร้อยละ ๕	ลดลงร้อยละ ๖.๘๗	-

ผลการดำเนินงานตามมาตรการ

มาตรการ/ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/ อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
มาตรการที่ ๑ การค้นหาผู้ป่วยและการรักษา			
ร้อยละของนักเรียนและประชาชนได้รับการตรวจ/ รักษาตามเกณฑ์มาตรฐาน	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๐.๕๘	-
ร้อยละของเครือข่ายพนักงานจุฬาศึกษาที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานการอบรม	ร้อยละ ๑๐๐	-	ไม่ได้รับงบประมาณเพื่อดำเนินการพัฒนาศักยภาพพนักงานจุฬาศึกษา ในปีงบประมาณ ๒๕๖๐
ร้อยละของเครือข่ายมีการรายงานผลการดำเนินงานตามโครงการพระราชดำริฯ	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๗๐.๖๐	รูปแบบการดำเนินงานเพื่อตรวจคัดกรองได้จัดทำเป็น ๒ แนวทางคือสามารถดำเนินงานได้ในช่วงภาคการศึกษาที่ ๒ หรือภาคการศึกษาที่ ๑ และกำหนดรายงานผลการปฏิบัติงานในช่วงเดือนสิงหาคม ของทุกปี ดังนั้นในช่วงไตรมาสที่ ๔ ปี ๒๕๖๐ การวัดผลมาตรการในตัวชี้วัดดังกล่าว ยังไม่สามารถประเมินได้ครอบคลุมทุกจังหวัดหรือสคร. ด้วยอุปสรรคในการทำงานของพื้นที่ ซึ่งได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่และสกลนคร ไม่สามารถส่งรายงานได้เพราะอยู่ระหว่างการดำเนินงานเนื่องจากความล่าช้าด้านการคมนาคม การเข้าถึงพื้นที่จากเหตุอุทกภัย
มาตรการที่ ๒ การพัฒนาต้นแบบชุมชนและโรงเรียนควบคุมโรคหนองพยาธิ			
จำนวนชุมชนต้นแบบปลอดพยาธิที่ติดต่อผ่านดิน	จำนวนชุมชนต้นแบบปลอดพยาธิที่ติดต่อผ่านดินจำนวน ๒ ชุมชน	๒ ชุมชนได้แก่ ๑) ชุมชนที่ตั้งศูนย์การเรียนรู้ชุมชนชาวไทยภูเขาแม่ฟ้าหลวง บ้านหิชน้อย ตำบลแม่ะหลว อำเภอสองยาง จังหวัดตาก ๒) ชุมชนที่ตั้งศูนย์การเรียนรู้ชุมชนชาวไทยภูเขาแม่ฟ้าหลวง บ้านห้วยแห้ง ตำบลเขเนจื่อ อำเภอแม่ระมาด จังหวัดตาก	สามารถสรุปรูปแบบแนวทางการพัฒนาโรงเรียนและชุมชนต้นแบบเพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาในระยะที่ ๑ - ๒ เพื่อขยายแนวคิดการพัฒนาในพื้นที่ชุมชนชาติพันธุ์อื่นๆ และกำหนดแนวทางการดำเนินงานต่อเนื่องในปี ๒๕๖๑ อำเภอเบกเลื้อ จังหวัดน่าน ปี ๒๕๖๐ ได้รับนโยบายและการสนับสนุนงบประมาณจากปลัดกระทรวงสาธารณสุข ให้เพิ่ม/ ขยายพื้นที่การดำเนินงานอีก ๒ พื้นที่ ซึ่งได้แก่พื้นที่อำเภออมก๋อยและ พื้นที่อำเภอเบกเลื้อ จังหวัดน่าน

มาตรการ/ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/ อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
จำนวนโรงเรียน ต้นแบบสุขภาพ อนามัยหนึ่งเดียว เพื่อคุณภาพชีวิตเด็ก และเยาวชนในพื้นที่ โครงการตามพระราช ดำริฯ (ตชด./ กศน./ ปรียัติธรรม/ สพฐ.)	จำนวนโรงเรียน ต้นแบบ ๘ แห่ง	จำนวนโรงเรียน ต้นแบบ ๔ แห่ง	โครงการโรงเรียนต้นแบบดำเนินการในช่วงปี ๒๕๕๙ และกำหนดให้มีการขยายพื้นที่ดำเนิน งานตามสภาพปัญหา และ ความพร้อมการ พัฒนาของหน่วยงานในระดับพื้นที่ และ สคร. แต่ในปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ไม่ได้รับการสนับสนุน งบประมาณ เพื่อดำเนินกิจกรรมดังกล่าว

๗.๒ แผนงานโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี



กระทรวงสาธารณสุขเป็นแกนกลางในการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ – ๒๕๖๑ ตามมติคณะรัฐมนตรี ถวายเป็นพระราชกุศลแด่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เสด็จขึ้นครองราชย์ครบ ๗๐ ปี ในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ พร้อมทั้งสมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถจะทรงเจริญพระชนมพรรษา ๘๔ พรรษา โดยในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ มีการดำเนินงานขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี จำนวน ๒๗ จังหวัด ๑๓๘ อำเภอ ๒๐๙ ตำบล กระทรวงสาธารณสุขยังดำเนินการจัดการสิ่งแวดล้อม สิ่งปฏิภูล โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนมีการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับเป้าหมาย จำนวน ๑๐๐,๐๐๐ ราย ให้การรักษาเมื่อติดโรคพยาธิใบไม้ตับทุกราย และเข้าสู่กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่ให้เกิดกลับมาบริโภคอาหารประเภทปลาน้ำจืดเกล็ดขาวปรุงดิบ หรือสุกๆ ดิบๆ และการถ่ายทอด/การตั้งอุจจาระให้ถูกวิธี พร้อมทั้งจัดการเรียนการสอนให้เยาวชนคนรุ่นใหม่เข้าใจ ตระหนัก และเห็นความสำคัญในการมีพฤติกรรมป้องกันตนเองครอบครัว และชุมชน สำหรับประชาชนอายุ ๔๐ ปีขึ้นไปในพื้นที่ดำเนินการจะได้รับการคัดกรองมะเร็ง ท่อน้ำดีด้วยอัลตราซาวด์ จำนวน ๑๖๐,๐๐๐ ราย และส่งต่อเข้าสู่กระบวนการวินิจฉัยรักษา ๘๐๐ ราย เมื่อรักษาแล้วกลับเข้าสู่ชุมชนจะมีทีมหมอครอบครัวเข้าไปติดตามดูแลระดับประคองต่อไป ระบบการรายงานผลการดำเนินงานผ่านฐานข้อมูล Isan Cohort ซึ่งจะติดตามผู้ป่วยในโครงการกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีถวายเป็นพระราชกุศลฯ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๑ เป้าหมาย ๒๙ จังหวัด ๖๑๓ ตำบล และภายใน ๗ ปี คาดหวังจะสร้างความเข้าใจ และตระหนักในพิษภัยอันตรายของโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีให้ประชาชนได้ “รู้เร็ว รักษาเร็ว ไม่ตายด้วยมะเร็งท่อน้ำดี” และลดการสูญเสียหัวหน้าครอบครัวผู้เป็นกำลังหลักสำคัญของครอบครัว และลดการสูญเสียทางเศรษฐกิจกว่าพันล้านบาทตามแผนยุทธศาสตร์กำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ปี พ.ศ. ๒๕๕๙ - ๒๕๖๑ ต่อไป

ผลการดำเนินงานตามเป้าหมายการลดโรคและภัยสุขภาพ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/ อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
ลดอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่เสี่ยง ๒๗ จังหวัด (ปี ๒๕๕๙ อัตราการติดเชื้อเท่ากับ ร้อยละ ๑๐)	ลดลงร้อยละ ๕ (ไม่เกินร้อยละ ๙.๕)	อัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่เสี่ยงเท่ากับ ร้อยละ ๘.๑	-

ผลการดำเนินงานตามมาตรการ

มาตรการ/ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/ อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
มาตรการที่ ๑ มาตรการการเฝ้าระวังคัดกรองและการรักษา			
จำนวนจังหวัดพื้นที่เสี่ยงมีการตรวจคัดกรองในกลุ่มเป้าหมายประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป	๒๗ จังหวัด	๒๗ จังหวัด (๒๐๑ ตำบล)	-
มาตรการที่ ๒ การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายด้านการตรวจวินิจฉัย			
ร้อยละของเครือข่ายพนักงานจุลทัศน์กรผ่านเกณฑ์มาตรฐานการตรวจวินิจฉัย	๑ รุ่นผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๑๐๐	๓ รุ่นผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๑๐๐ (สคร. เขต ๑, ๖, ๗, ๘, ๙, ๑๐)	-
มาตรการที่ ๓ การพัฒนาตำบลต้นแบบป้องกันควบคุมและกำจัดพยาธิใบไม้ตับแบบบูรณาการ และสอดคล้องกับวิถีชุมชนแบบมีส่วนร่วม			
จำนวนตำบลต้นแบบโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี	ตำบลต้นแบบโรคพยาธิใบไม้ตับจำนวน ๑๗ ตำบล (ตำบลต้นแบบ ร้อยละ ๒๐ ของ ๘๔ ตำบล)	ผลการดำเนินงาน ๒๕ ตำบล	-
มาตรการที่ ๔ มาตรการการขับเคลื่อนประเด็นนโยบายสาธารณะ			
ร้อยละของเครือข่ายตามมติสมัชชาสุขภาพมีแผนดำเนินงานกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๑๐๐	

๓.๒ แผนควบคุมโรคภายใต้ Cluster SALT

๑. แผนงานการดำเนินงานด้านการป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

สถานการณ์เอดส์ประเทศไทยปี ๒๕๖๐ ข้อมูลจากการคาดประมาณด้วยแบบจำลองทางคณิตศาสตร์ (AEM - Spectrum ๒๐๑๖) พบว่ามีจำนวนผู้ติดเชื้อ ที่มีชีวิตอยู่ประมาณ ๔๔๒,๑๐๐ คน มีจำนวนผู้ติดเชื้อ รายใหม่ ๕,๘๐๐ คน จำนวนผู้ติดเชื้อ ที่เสียชีวิต ๑๒,๘๐๐ คน ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อ พบว่าการติดเชื้อ ในกลุ่มประชากรทั่วไป มีแนวโน้มลดลงตามลำดับ โดยค่ามัธยฐานความชุก



ร่วมแถลงข่าว ยุทธการเลือกปฏิบัติ : เปิดใจ เข้าใจเอชไอวี เราเป็นเพื่อนกันได้ “ลดการตีตราและเลือกปฏิบัติสู่เป้าหมายการยุติปัญหาเอดส์ของประเทศไทย”
นายแพทย์สุเทพ เพชรหมาก รองอธิบดีกรมควบคุมโรค พร้อมแพทย์หญิงจรรยา แสงสังข์จา ผู้อำนวยการสถาบันบำราศนราดูร คุณหาญทิพย์ ชุมธิ์นา ผู้อำนวยการโครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) ประเทศไทย คุณสุภัทรา นาคะมิว ประธานอนุกรรมการส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ คุณอภิวัฒน์ กวางแก้ว เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทย และคุณชลาทิศ ต้นติวุฒิ (เบน ชลาทิศ) ทูตพิเศษของโครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) ประเทศไทย
วันที่ ๒ มีนาคม ๒๕๖๐ ณ สถาบันบำราศนราดูร

การติดเชื้อในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อย (๑๕ - ๒๔ ปี) ร้อยละ ๐.๓๒ ในขณะที่ความชุกของการติดเชื้อในกลุ่มประชากรหลักยังคงสูง โดยข้อมูลการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี ในระบบ Integrated Biological Behavioral Surveillance: IBBS ปี ๒๕๕๗ พบว่าความชุกของการติดเชื้อในกลุ่มผู้ขายด้วยวิธีฉีดยา (PWID) ร้อยละ ๒๐.๕ กลุ่มผู้หญิงข้ามเพศ (TG) ร้อยละ ๑๒.๗ พนักงานบริการชาย (MSW) ร้อยละ ๑๑.๗ กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) ร้อยละ ๙.๒ และพนักงานบริการหญิง (FSW) ร้อยละ ๑.๗ ทั้งนี้ข้อมูลด้านพฤติกรรมทางเพศจากข้อมูลการเฝ้าระวัง IBBS เช่นเดียวกัน พบว่ากลุ่มประชากรหลัก มีการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดในรอบ ๑๒ เดือนที่ผ่านมาดังนี้ กลุ่ม MSM มีการใช้ถุงยางอนามัย ร้อยละ ๘๘.๐ TG ร้อยละ ๙๘.๒ MSW ร้อยละ ๙๕.๕ และ PWID ร้อยละ ๕๓.๘ ส่วนการติดตามความสำเร็จของการเข้าถึงบริการรักษา พบผู้ติดเชื้อ ได้ทราบสถานการณ์การติดเชื้อ: ได้รับการรักษาด้วยยาต้านฯ: สามารถกดไวรัสฯ สำเร็จตามเป้าหมาย ๙๐ - ๙๐ - ๙๐ ในปี ๒๕๕๙ ผลการดำเนินงาน เป็นต้นนี้ ๙๑ - ๗๑ - ๘๓ (ข้อมูลในปี ๒๕๖๐ ระบบรายงานยังไม่ครบถ้วนจึงยังไม่รายงาน) นอกจากนี้ สถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติในกลุ่มประชาชนทั่วไป จากผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยในปี ๒๕๕๗ พบว่าสังคมยังมีเจตคติรังเกียจกีดกันผู้ติดเชื้อ อยู่ร้อยละ ๕๘.๖ รวมถึงข้อมูลจากการสำรวจสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติ ในระบบบริการสุขภาพ ในภาพรวมของประเทศ ปี ๒๕๕๘ ยังสังเกตเห็นบุคลากรในระบบบริการสุขภาพมีการเลือกปฏิบัติกับผู้ติดเชื้อในระหว่างให้บริการ ร้อยละ ๒๓.๗

สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ประเทศไทย จากรายงานการเฝ้าระวังโรค ๕๐๖ (รง.๕๐๖) สำนักระบาดวิทยาพบว่าอัตราป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ๕ โรคสำคัญ พ.ศ. ๒๕๕๗ - ๒๕๕๙ เท่ากับ ๑๘.๘, ๒๓.๘ และ ๒๕.๙ ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์อัตราป่วยเฉพาะกลุ่มอายุ ๑๕ - ๒๔ ปี ประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๗ - ๒๕๕๙ มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเท่ากับ ๕๗.๔, ๗๔.๖ และ ๘๖.๘ ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ เมื่อจำแนกตามชนิดโรคพบว่าส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคหนองในมากที่สุดและมีอัตราป่วยแนวโน้มเพิ่มขึ้นอัตราป่วยเฉพาะอายุ ๑๕ - ๒๔ ปี เท่ากับ ๔๑.๐, ๕๐.๑ และ ๖๑.๕ ต่อประชากรแสนคน และรองลงมาป่วยเป็นโรคซิฟิลิสโดยมีอัตราป่วยแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน อัตราป่วยเฉพาะกลุ่มอายุ ๑๕ - ๒๔ ปี เท่ากับ ๘.๓, ๑๑.๔ และ ๑๔.๖ ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ

ผลการดำเนินงานตามเป้าหมายการลดโรคและภัยสุขภาพ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/ อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
๑. การติดเชื้อเอชไอวีใหม่และ STI ลดลง (ไม่ติด)			
๑.๑ ร้อยละการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงรับบริการฝากครรภ์อายุ ๑๕ - ๒๔ ปี ลดลง	<= ๐.๒๗	อยู่ระหว่างการวิเคราะห์ข้อมูล	๑. สำนักระบาดวิทยาจะรายงานผลประมาณเดือนมกราคม ๒๕๖๑ ๒. ผลจากการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่าค่ามัธยฐานความชุกของการติดเชื้อ ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ฯ ซึ่งถือเป็นตัวแทนของกลุ่มประชากร

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/ อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
			ทั่วไป ในภาพรวมของประเทศ มีแนวโน้มลดลงมาอย่างต่อเนื่อง จากการดำเนินงานด้านการป้องกันในกลุ่มเยาวชน โดยภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ และภาคประชาสังคม ซึ่งกิจกรรมหลักที่ได้ดำเนินการประกอบด้วย การให้ข้อมูล ความรู้ การสนับสนุน การสอนเพศศึกษา ทักษะชีวิตในโรงเรียน และชุมชนมาอย่างต่อเนื่องยาวนาน รวมถึงการดำเนินงานที่สำคัญของสำนักเอดส์ฯ ภายใต้โครงการจัดบริการที่เป็นมิตรสำหรับเยาวชนที่ได้พัฒนาขึ้น และขยายผลการดำเนินงานรวมทั้งบูรณาการการทำงานร่วมกับกรมอนามัย และกรมสุขภาพจิต ภายใต้แผนบูรณาการในกลุ่มวัยรุ่น จนในปี ๒๕๕๗ ได้รับรางวัลบริการภาครัฐแห่งชาติ ประเภทการพัฒนาการบริการที่เป็นเลิศ ระดับดีเด่น จาก กพร. และในปี ๒๕๖๐ นี้ ยังคงได้รับรางวัล ประเภทพัฒนาคุณภาพการบริการอย่างต่อเนื่อง
๑.๒ อัตราป่วยโรคหนองในในกลุ่มอายุ ๑๕ - ๒๔ ปี ในปี ๒๕๖๐	ลดอัตราป่วยโรคหนองในต่อประชากรแสนคน ลงจากเดิมโดยใช้ค่ามัธยฐานอัตราป่วย ๕ ปีย้อนหลัง เท่ากับ ๔๑.๔ ต่อประชากรแสนคน	๕๔.๓ ต่อประชากรแสนคน	ทั้งนี้อัตราป่วยทั้งซิฟิลิสและหนองในที่ยังไม่ลดลง แม้ว่าทุกพื้นที่จะมีการเร่งรัดดำเนินงานตามมาตรการค้นหาผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น แต่เนื่องจากการยังเพิ่มการค้นหาโดยการเข้าถึงและดำเนินการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มากขึ้น ทำให้ได้พบผู้ป่วยเพิ่มขึ้น รวมทั้งมีการรายงานการป่วยเข้าสู่ระบบมากขึ้นทำให้ตัวเลขอัตราป่วยในปัจจุบันยังคงสูง ซึ่งเริ่มต้นเร่งรัดการดำเนินงานในช่วงเวลา ๑ - ๒ ปีที่ผ่านมา ข้อมูลตัวเลขอัตราป่วย อาจจะยังไม่สามารถเห็นแนวโน้มที่ลดลงได้ แต่เมื่อมีการดำเนินงาน และรายงานอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง ข้อมูลมีคุณภาพและมีความครอบคลุมมากขึ้น จะทำให้เห็นความเปลี่ยนแปลงของข้อมูลที่สามารถสะท้อนแนวโน้มสถานการณ์ และการดำเนินงานที่แท้จริงได้ รวมทั้งจำนวนหน่วยบริการ คัดกรอง โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ยังไม่สามารถขยายความครอบคลุมได้เพียงพอกับความจำเป็นโดยเฉพาะในพื้นที่เร่งรัด และการจัดบริการ หน่วยบริการ/ คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ส่วนใหญ่ยังไม่เป็นตามมาตรฐานที่กำหนด จึงควรจัดทำแผนพัฒนาศักยภาพคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STI) ตามมาตรฐาน โดยนำผลประเมินที่ยังเป็นช่องว่าง โดยเฉพาะ กิจกรรมการติดตามกลุ่มเป้าหมายมาคัดกรองซ้ำ การติดตามคู่สัมผัสและมาตรฐานการวินิจฉัยซิฟิลิส
๑.๓ อัตราป่วยโรคซิฟิลิสในกลุ่มอายุ ๑๕ - ๒๔ ปี ลดลง	ลดอัตราป่วยโรคซิฟิลิสต่อประชากรแสนคนลงจากเดิมโดยใช้ค่ามัธยฐานอัตราป่วย ๕ ปีย้อนหลัง เท่ากับ ๘.๓ ต่อประชากรแสนคน	๑๗.๔ ต่อประชากรแสนคน	

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/ อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
๒. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเสียชีวิตลดลง (ไม่ตาย)			
๒.๑ ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ทราบสถานการณ์ติดเชื้อฯ ตนเอง	ร้อยละ ๙๒	ร้อยละ ๙๘ (๔๓๑,๒๗๐/๔๔๒,๑๒๗)	อาจมีสาเหตุมาจากข้อมูลการคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อฯ ที่ยังคงมีชีวิตอยู่ที่ได้จากวิธีการ AEM- Spectrum, ๒๐๑๖ อาจให้ค่าตัวเลข จำนวนผู้ติดเชื้อฯ ซึ่งเป็นตัวหาร เป็นตัวเลขที่น้อยเกินไป และระบบข้อมูล NAP อาจจะได้ข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ อย่างไรก็ตามในด้านการจัดระบบบริการ และการดำเนินงานที่ผ่านมาในการรณรงค์ และการดำเนินงานในพื้นที่ภายใต้โครงการกองทุนโลกในพื้นที่ ๓๘ จังหวัด ที่มีการดำเนินงานมาอย่างน้อย ๕ ปี และในปี ๒๕๕๙ ได้ขยายผลสู่พื้นที่ทั่วประเทศ ๗๗ จังหวัด ภายใต้โครงการยุติปัญหาเอดส์ที่ได้รับงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การดำเนินงานการเข้าถึงกลุ่มประชากรหลัก และนำกลุ่มเป้าหมายเข้าสู่ระบบบริการให้ได้รับการตรวจเลือดเพื่อให้รู้สถานการณ์ติดเชื้อฯ มีผลทำให้พบผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้มากขึ้น
๒.๒ ร้อยละของผู้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีได้รับยาต้านไวรัสฯ	ร้อยละ ๙๒	ร้อยละ ๗๐	ผู้ติดเชื้อที่ได้รับยาต้านไวรัสแล้ว ประมาณร้อยละ ๓๐ หลุดจากระบบบริการส่วนใหญ่ (ประมาณร้อยละ ๒๖) เกิดขึ้นหลังจากได้รับยาต้านฯ แล้ว โดยที่สาเหตุหลักประมาณ ร้อยละ ๕๐ มาจากการเสียชีวิตในช่วงปีแรกหลังได้รับยาต้านไวรัส อันเนื่องจากการเข้าสู่ระบบบริการและได้รับการรักษาล่าช้า (เกือบร้อยละ ๕๐ ของผู้ติดเชื้อฯ ก่อนเริ่มยาต้านฯ ยังมี CD4<๒๐๐mm ³) และอีกครึ่งหนึ่งมีสาเหตุหลุดออกจากระบบบริการรักษาหรือไม่มารับการรักษาต่อเนื่อง (LFU) ซึ่งมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ทั้งคุณภาพในการจัดบริการในแต่ละขั้นตอน และประเด็นการบริหารจัดการเชิงนโยบาย เช่น สิทธิการรักษาที่ไม่ได้ครอบคลุมชุดบริการ ในสิทธิประโยชน์ของการรักษาด้วยยาต้านไวรัส สำหรับผู้ที่อยู่นอกพื้นที่สิทธิ ไม่เอื้อต่อการรักษาที่ต่อเนื่อง ผู้ติดเชื้อที่อยู่ในพื้นที่นอกสิทธิหลุดออกจากระบบการรักษาได้ รวมทั้งคุณภาพของข้อมูลทั้งในเชิงของความถูกต้องที่ยังต้องการตรวจสอบ โดยเฉพาะในส่วนของจำนวนผู้ติดเชื้อที่ยังมีชีวิต (ตัวตั้ง) และจำนวนผู้ติดเชื้อที่กินยาต้านฯ อยู่ โดยเฉพาะผู้ที่ไม่ได้ใช้สิทธิในระบบหลัก

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/ อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
			ประกันสุขภาพ (UC) รวมถึงระบบการจัดทำรายงานของประเทศที่ยังครอบคลุมหน่วยบริการในส่วนภาคเอกชน รวมถึงความครบถ้วนและความทันเวลาที่ต้องการการปรับปรุงให้ทันต่อการนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์
๒.๓ ร้อยละของผู้ที่รับยาต้านไวรัสกดไวรัสสำเร็จ	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๓ (๒๕๐,๖๕๓/ ๓๐๒,๑๗๔)	ประเทศไทยยังมีศักยภาพในการดำเนินงานได้ดีมากกว่านี้หากได้มีการพัฒนาระบบบริการเร่งรัดให้ผู้ติดเชื้อ ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ได้ตรวจหาปริมาณไวรัสในกระแสเลือด (Viral load : VL) ได้ครบทุกราย รวมทั้งเร่งรัดให้มีการจัดระบบบริการตรวจ VL ให้ผู้ติดเชื้อ ได้รับการตรวจฯ ได้ตามกรอบเวลาที่แนวทางการรักษาฯ ของประเทศ กำหนดไว้
๓. ไม่มีการรังเกียจและเลือกปฏิบัติ (ไม่ตีตรา)			
๓.๑ ร้อยละของประชาชนในสังคม ชุมชนที่มีทัศนคติเลือกปฏิบัติต่อประเด็นที่เกี่ยวข้องจากเอชไอวี เอ็ดส์	ปี ๒๕๖๐ ไม่ได้ตั้งเป้าหมายตัวชี้วัดนี้ เนื่องจากระบบการติดตามสถานการณ์ ผลกระทบการดำเนินงานใช้ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย (National Health Examination Surveys :NHES) ซึ่งดำเนินการสำรวจทุก ๕ ปี ซึ่งจะมีการสำรวจอีกครั้งในปี ๒๕๖๒	ผลการดำเนินงาน ในปี ๒๕๕๗ ซึ่งเป็นการสำรวจทัศนคติเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นครั้งแรก โดยบูรณาการกับการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย (National Health Examination Surveys) ผลการสำรวจดังกล่าวพบว่าประชาชนไทย มีทัศนคติเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ ๕๘.๕ ซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานของประเทศไทย ในปี ๒๕๖๐ ไม่มีข้อมูลตอบตัวชี้วัดนี้ แต่สำนักโรคเอดส์ฯ ได้ติดตามการดำเนินงานโดยการสำรวจสถานการณ์ การตีตราและเลือกปฏิบัติ ในระบบบริการสุขภาพ ซึ่งถือเป็นการติดตามผลในระดับผลลัพธ์ แทน โดยผลการสำรวจสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติ ในระบบบริการสุขภาพ ครั้งล่าสุด ในปี ๒๕๖๐ พบว่า สังเกตเห็นบุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพมีพฤติกรรมเลือกปฏิบัติหรือแสดงการรังเกียจในการให้	๑.ข้อจำกัด ในการตั้งเป้าหมายและรายงานผลการดำเนินงานที่ตรงตามตัวชี้วัดระดับผลกระทบนี้ จะมีการตั้งเป้าหมายและรายงานผลได้ตามระบบการติดตามฯ ของประเทศ ที่มีทุก ๕ ปี เท่านั้น ๒. การดำเนินเพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติเป็นเรื่องใหม่ ที่มีความละเอียดอ่อน ซับซ้อน ดังนั้น ช่วง ๓ ปี แรก ยังอยู่ในช่วงของการพัฒนา และดำเนินการนำร่อง โดยสำนักโรคเอดส์ เริ่มดำเนินการในระบบบริการสุขภาพ แต่ก็ยังไม่ครอบคลุมทั้งพื้นที่ และประเด็น ตลอดจนยังไม่ได้ครอบคลุมไปถึงระบบบริการด้านอื่นๆ ทั้งนี้ตามหลักการดำเนินงานลดการตีตราและเลือกปฏิบัติให้ได้ผล ต้องดำเนินการ ควบคู่กันไปในทุกระดับ ตั้งแต่การลดการตีตราตนเองในกลุ่มประชากรหลัก หรือกลุ่มผู้ติดเชื้อ การลดการตีตราในระบบบริการต่างๆ และลดทัศนคติการเลือกปฏิบัติที่เกิดขึ้นในสังคม ชุมชน ซึ่งในแต่ละระดับต้องการนวัตกรรมและการดำเนินการอย่างต่อเนื่องทั้งสิ้น

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/ อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
		บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ ๒๐.๗ ซึ่งดีขึ้นกว่าปี ๒๕๕๘ มีการสำรวจครั้งแรกในภาพรวมของประเทศซึ่งพบร้อยละ ๒๓.๗ นอกจากนั้นยังพบว่า ผู้ติดเชื้อฯ เคยมีประสบการณ์ในการถูกเลือกปฏิบัติจากสถานบริการสุขภาพ ใน ๑๒ เดือนที่ผ่านมา ผลในปี ๒๕๕๘, ๒๕๖๐ อยู่ที่ร้อยละ ๑๒, ๑๑ ตามลำดับ	

ผลการดำเนินงานตามมาตรการ

มาตรการ/ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/ อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
มาตรการที่ ๑ การขับเคลื่อนกระบวนการ (Reach-Recruit-Test-Treat-Retain: RRTTR)			
ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก ปี ๒๕๖๐	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๔๒	เนื่องจากการดำเนินงานภายใต้งบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในพื้นที่ ๗๗ จังหวัด ซึ่งเพิ่งเริ่มดำเนินการปีแรก พบประเด็นปัญหาหลายประการที่มีผลให้การดำเนินงานล่าช้า เช่น ข้อจำกัดในการดำเนินงานของพื้นที่ทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคมที่ยังขาดประสบการณ์ องค์ความรู้ ข้อมูล ในการดำเนินงานภายใต้บริบทของแต่ละพื้นที่/ กลุ่มประชากร รวมทั้งแนวทางการบริหารจัดการงบประมาณ สปสช. ที่ไม่ชัดเจนและไม่สอดคล้องกับแนวทางการจัดกิจกรรมชุดบริการทำให้การดำเนินการล่าช้า ซึ่งดำเนินการพัฒนารูปแบบการจัดการบริการป้องกันฯ เชิงรุกผลการดำเนินงานเริ่มชัดเจนขึ้น แต่ยังจำกัดอยู่ในบางพื้นที่ ซึ่งโดยภาพรวมพื้นที่ที่ดำเนินการมีความครอบคลุมเพียง ๓๘ จังหวัด นอกจากนั้น ประเด็นด้านข้อมูล เป็นอีกเงื่อนไขที่มีผลทำให้การดำเนินงานยังไม่บรรลุได้ตามเป้าหมาย ระเบียบงานการให้บริการป้องกันเชิงรุกที่ดำเนินการยังไม่ครอบคลุมหน่วยบริการทั้งหมดที่ให้บริการ ทำให้ข้อมูลที่ได้อาจจะน้อยกว่าความเป็นจริง (Under Report) ดังนั้น แนวทางในการพัฒนาต่อไป ควรขยายความครอบคลุมในการจัดบริการ โดยการเพิ่มศักยภาพบุคลากรทั้งด้านการเพิ่มจำนวนจุด/ผู้ให้บริการป้องกันเชิงรุก

มาตรการ/ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/ อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
			รวมถึงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้ให้บริการ ป้องกันเชิงรุกทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคมให้มีประสิทธิภาพ รวมถึงการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการเข้าถึง (Reach) บริการป้องกันเชิงรุกให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพ โดยจำเป็นต้องมีการจัดทำ Mapping จุดรวมตัวของกลุ่ม เป้าหมายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเข้าใจสถานการณ์ และบริบทกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งมีความสำคัญสำหรับการวางแผนกิจกรรมในระดับพื้นที่ตลอดจนการเพิ่มการดำเนินงานเพื่อลดการตีตรา และเลือกปฏิบัติ (Normalize HIV) ในพื้นที่อย่างเป็นระบบ โดยใช้แนวทางการดำเนินงานของประเทศในการติดตามสถานการณ์การตีตรา และการจัดกิจกรรมลดการตีตราทั้งในระดับสังคม ชุมชน สถาบัน ตลอดจนการลดการตีตราตนเอง (ในกลุ่มผู้ติดเชื้อ หรือในกลุ่มประชากรหลัก)
มาตรการที่ ๒ การเร่งรัดการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติและการจัดการสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการดำเนินงาน			
จำนวนจังหวัดที่มีการดำเนินงานรูปแบบ การสร้างความเข้าใจ และลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติจาก เอดส์ในสถานบริการ สุขภาพ ปี ๒๕๖๐	๑๒ จังหวัด (๑ จังหวัด/ เขต)	๑๐ จังหวัด	เนื่องจากโครงการพัฒนารูปแบบฯ ลดการตีตรา และการเลือกปฏิบัติ ซึ่งดำเนินการในพื้นที่ ๔ จังหวัดยังไม่แล้วเสร็จอยู่ระหว่างการดำเนินงาน ปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ในขณะที่ปี ๒๕๖๐ นโยบายกำหนดให้ขยายผลการดำเนินงานเขตละ ๑ จังหวัดแต่โครงการฯ ยังไม่สามารถสรุปรูปแบบที่สมบูรณ์ดังกล่าว จึงยังไม่สามารถขยายผลการดำเนินงานลงในพื้นที่ได้ทันตามนโยบายและเป้าหมายที่กำหนดได้ สำหรับพื้นที่ที่มีการดำเนินงานเพิ่มขึ้นอีก ๖ จังหวัด นอกจากพื้นที่ ๔ จังหวัดในโครงการฯ นั้นเป็นการดำเนินงานของเขตเอง ไม่ได้ใช้รูปแบบของโครงการฯ ดังนั้น แนวทางการดำเนินงานต่อไป คือ การเร่งรัดการพัฒนารูปแบบให้เสร็จภายในปี ๒๕๖๑ และควรมีการวางแผนขยายผลการดำเนินงานในพื้นที่เขตละอย่างน้อย ๑ จังหวัด ตามนโยบายอย่างเป็นระบบ โดยการกำหนดแผนการพัฒนาศักยภาพระดับเขต ในการขยายผลสู่จังหวัดโดยเฉพาะในพื้นที่เร่งรัด ๑๓ จังหวัด เพื่อให้สอดคล้องกับพื้นที่ที่กำหนด เป็นพื้นที่ดำเนินการสำรวจติดตามสถานการณ์ การตีตราและเลือกปฏิบัติ (สำรวจ Stigma and Discrimination: S&D) ของประเทศ

มาตรการ/ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/ อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
มาตรการที่ ๓ พัฒนานโยบาย กฎหมายระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์และส่งเสริมการเป็นเจ้าของร่วมและการระดมทรัพยากรในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์			
จำนวนจังหวัดที่มีและใช้ข้อมูลยุทธศาสตร์เพื่อจัดทำแผนยุทธศาสตร์เอดส์จังหวัดในปี ๒๕๖๐	จำนวนจังหวัดที่มีข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ จำนวน ๓๑ จังหวัด	๓๔ จังหวัด ที่มีความพร้อมในการพัฒนาให้มีระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ อย่างน้อย ๓/ ๖ ระบบที่จำเป็น	โดยระบบข้อมูลที่เน้นให้ทุกพื้นที่ดำเนินการเพิ่มขึ้น นอกจากระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ ระบบข้อมูล RIHIS S&D และคาดการณ์จำนวนผู้ติดเชื้อ และคาดการณ์จำนวนกลุ่มประชากรหลักถึงแม้ผลการดำเนินงานจะเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้แล้ว แต่ยังคงต้องมีการพัฒนาศักยภาพพื้นที่อย่างต่อเนื่องในการนำข้อมูลที่มีไปใช้ประโยชน์ในการวางแผน และการระดมทรัพยากรเพื่อให้ผลการดำเนินงานเป็นไปตามแผน และเป้าหมายในแต่ละระยะอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

๒. โครงการป้องกันและควบคุมโรคตับอักเสบจากไวรัส

โรคไวรัสตับอักเสบบี และซี เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ของประเทศคาดว่าประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง ประมาณ ๒ - ๓ ล้านคน โดยพบมากในกลุ่มประชากรที่อายุเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามเนื่องจากประเทศไทยมีระบบการให้บริการวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบีที่ติดตั้งตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๓๕ ทำให้ผู้เกิดหลังปี พ.ศ. ๒๕๓๕ มีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จากแม่สู่ลูกลดต่ำลงกว่าในอดีตมาก พบอัตราความชุกเพียงร้อยละ ๐.๖ เท่านั้น สำหรับความชุกของผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง คาดว่าในประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อประมาณ ๐.๕ - ๑ ล้านคน พบความชุกมากที่จังหวัดในภาคเหนือและตะวันออกเฉียงเหนือคาดว่าประมาณว่าหากไม่มีการตรวจวินิจฉัยอย่างเหมาะสมในอนาคตจะมีผู้ป่วยตับแข็งและมะเร็งตับจำนวนมาก แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญกับการป้องกันควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบบีอย่างต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายเพื่อลดอัตราการติดเชื้อ ลดการป่วยตาย และลดจำนวนผู้ป่วยมะเร็งตับผ่านมาตรการต่างๆ อย่างบูรณาการ เช่น มาตรการเฝ้าระวังโรคไวรัสตับอักเสบบีที่มีการดำเนินงานมาอย่างยาวนาน มาตรการป้องกันการติดเชื้อ มาตรการเพื่อเพิ่มการเข้าถึงการรักษาภายใต้นโยบายการให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ารวมถึงให้ความสำคัญกับการสื่อสารความเสี่ยงให้กับประชาชน แต่การดำเนินงานดังกล่าวยังไม่เป็นระบบอย่างเป็นรูปธรรมขาดการประสานเชื่อมโยงการทำงานมีข้อจำกัดในการนำข้อมูลมาใช้แก้ปัญหาเชิงยุทธศาสตร์และขาดบุคลากรด้านสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานป้องกัน



นพ.สุวรรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข พร้อมด้วย Dr.Mukta Sharma ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเอดส์ วัณโรค และโรคไวรัสตับอักเสบบี องค์การอนามัยโลก ประจำประเทศไทย และ รศ.พญ.วัฒนา สุทธิไพศาลเจริญ นายกสมาคมโรคตับแห่งประเทศไทย แถลงข่าวสัปดาห์รณรงค์ตับอักเสบบี "ตรวจเร็ว รักษาได้ ห่างไกลมะเร็งตับ" เมื่อวันที่ ๒๐ กรกฎาคม ๒๕๖๐ ที่สถาบันบำราศนราดูร



ควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบในทุกระดับ ซึ่งขณะนี้ศูนย์ประสานงานโรคตับอักเสบจากไวรัส กรมควบคุมโรค จึงได้ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องพัฒนางานด้านการป้องกันควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบบีและซีอย่างเป็นระบบ รวมทั้งเพิ่มการเข้าถึงการตรวจคัดกรองในกลุ่มเสี่ยงและเพิ่มการเข้าถึงรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบีในผู้ป่วย

ผลการดำเนินงานตามเป้าหมายการลดโรคและภัยสุขภาพ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/ อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และซี ลดลง	๑. ลดการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี	๑. อยู่ระหว่างเตรียมการนำร่องระบบการให้บริการตรวจคัดกรองและรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบีจากแม่สู่ลูก	- ระบบข้อมูลการติดเชื้อโรคไวรัสตับอักเสบบีในเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี ยังไม่สมบูรณ์
	๒. ลดการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด	๑. อยู่ระหว่างเตรียมการนำร่องระบบการให้บริการตรวจคัดกรองและรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบี	- ประชากรกลุ่มเป้าหมายเข้าถึงยาก - ยารักษาโรคไวรัสตับอักเสบบีกลุ่มใหม่ (DAAs) มีราคาแพง

ผลการดำเนินงานตามมาตรการ

มาตรการ/ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/ อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
มาตรการ การพัฒนาระบบการป้องกันควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบบีและซี			
๑. ยุทธศาสตร์การป้องกันควบคุมโรคตับอักเสบบี	มีแผนยุทธศาสตร์การป้องกันควบคุมโรคตับอักเสบบีและซี	ผลการดำเนินงานมีแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาระบาดของโรคไวรัสตับอักเสบบี พ.ศ.๒๕๖๐ - ๒๕๖๔	-
๒. แนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบบี	มีแนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบบีและซี	อยู่ระหว่างการจัดทำแนวทางการป้องกันและดูแลรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบีและซีในประเทศไทย	- เนื่องจากมียาที่ใช้รักษาโรคไวรัสตับอักเสบบีกลุ่มใหม่ จึงต้องมีการปรับปรุงแนวทางให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน
๓. การเฝ้าระวังโรคไวรัสตับอักเสบบีและซี	มีระบบเฝ้าระวังโรคไวรัสตับอักเสบบีและซี	อยู่ระหว่างการพัฒนาบบเฝ้าระวังโรคไวรัสตับอักเสบบีและซี	- ระบบซอฟต์แวร์ยังไม่รองรับการดำเนินงาน

๓. แผนงานควบคุมโรคเรื้อรัง

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังรายใหม่มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องในปี ๒๕๕๙ พบผู้ป่วยรายใหม่ ๑๖๓ ราย แต่ปัญหาที่ยังคงอยู่คือความล่าช้าในการค้นพบผู้ป่วย ซึ่งแสดงให้เห็นได้จากสัดส่วนความพิการระดับ ๒ ในผู้ป่วยรายใหม่สูงถึงร้อยละ ๑๐-๑๗ ประกอบกับแนวโน้มผู้ป่วยโรคเรื้อรังรายใหม่ในประชากรต่างด้าวเพิ่มมากขึ้น โดยในปี ๒๕๕๙ พบผู้ป่วยใหม่ จำนวน ๔๐ ราย (เมียนมาร์ ๓๓ ราย ลาว ๓ ราย พิลิปปินส์ ๒ ราย กัมพูชา ๑ ราย จีน ๑ ราย) นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่หายจากโรคเรื้อรังแต่ยังมีความพิการอยู่ทั่วประเทศประมาณ ๕,๐๐๐ คน ในจำนวนนี้มีเพียงร้อยละ ๕๕ ที่ได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิต และจากผลการวิจัยปี ๒๕๕๔ ที่จังหวัดชัยภูมิพบว่าชุมชนที่มีผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อรังอาศัยอยู่มีการติดตามต่อโรคเรื้อรังสูงเกินร้อยละ ๘๐



นายแพทย์ธวัช สุนทราจารย์ ผู้ช่วยรัฐมนตรีประจำกระทรวงสาธารณสุข พร้อมด้วยศาสตราจารย์นายแพทย์ธีระ รามสูต ประธานมูลนิธิราชประชานุเคราะห์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ นายแพทย์เจษฎา โชคดำรงสุข อธิบดีกรมควบคุมโรค และนายสิทธิผล พวงสุวรรณ ผู้ได้รับพระมหากรุณาธิคุณร่วมโครงการสืบสานพระราชปณิธาน ราชประชานุเคราะห์ “เปลี่ยนความโศกเป็นพลัง”
วันที่ ๑๖ มกราคม ๒๕๖๐ ณ สถาบันราชประชานุเคราะห์ อ.พระประแดง จ.สมุทรปราการ

ผลการดำเนินงานตามเป้าหมายการลดโรคและภัยสุขภาพตามตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/ อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อน รายใหม่ไม่น้อยกว่า หรือเท่ากับจำนวนที่ กำหนด (ราย) ระดับ ประเทศ	๑๖๐ ราย	๑๔๖ ราย (ข้อมูล ๑ ต.ค. ๕๙ – ๓๐ ก.ย. ๖๐)	- การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ความรู้เรื่องโรคเรื้อนมีในบางพื้นที่ มีข้อจำกัดทางด้านภาษา ประชาชนเข้าถึงยากในพื้นที่ห่างไกล ทำให้ช่องทางการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ความรู้เรื่องโรคเรื้อนทำได้ยากตามไปด้วย - การค้นหาผู้ป่วยใหม่ในกลุ่มผู้สัมผัสโรค (Household contact, Neighboring contact, Social contact) ยังทำได้ไม่ตามเป้าหมาย โดยเฉพาะผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านได้รับการตรวจร่างกายเพียงร้อยละ ๔๐ (เป้าหมายร้อยละ ๑๐๐) - ควรพัฒนารูปแบบการสื่อสารให้ผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านมีความรู้อาการเริ่มแรกของโรคเรื้อนแล้วไปรับการตรวจวินิจฉัยและรักษา
ร้อยละของจังหวัด เป้าหมายที่สามารถลดการติตรากของชุมชนที่มีต่อโรคเรื้อน (๓/๕ จังหวัด) (ตัวชี้วัดระดับประเทศ)	ร้อยละ ๕๐	หาค่า Base Line ในปี ๒๕๕๙ โดยจะมีการประเมินในปี ๒๕๖๓	-

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/ อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
ร้อยละของประชากรในจังหวัดเป้าหมายสามารถลดการติดเชื้อของชุมชนที่มีต่อโรคเรื้อน (ตัวชี้วัดระดับพื้นที่)	ร้อยละ ๕๐	หาค่า Base Line ในปี ๒๕๕๙ โดยจะมีการวัดในปี ๒๕๖๓	-

ผลการดำเนินงานตามมาตรการ

มาตรการ/ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/ อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
มาตรการที่ ๑ การเร่งรัดค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนในพื้นที่ที่มีข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยาและในผู้สัมผัสโรค			
อำเภอเป้าหมายที่มีข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยาดำเนินกิจกรรมค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๘.๗ (๔๗ อำเภอ จากทั้งหมด ๕๓ อำเภอ)	ถึงแม้จะบรรลุเป้าหมาย แต่คงต้องติดตามการดำเนินงานใน ๖ อำเภอ (อ.เมือง จ.สมุทรปราการ/ อ.บ้านแฮด จ.ขอนแก่น/ อ.โกสุมพิสัย จ.มหาสารคาม/ อ.เมือง และ อ.กุมภวาปี จ.อุดรธานี/ อ.วังสะพุง จ.เลย) ที่ยังไม่ได้รายงานผลการดำเนินงาน ว่าได้มีการดำเนินงาน หรือไม่ อย่างไร
อัตราความพิการระดับ ๒ ในผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ ต่อล้านประชากร	๐.๓๖ ต่อล้านประชากร (๒๓ ราย)	๐.๓๙ ต่อล้านประชากร (๒๖ ราย)	ผู้ป่วยใหม่ที่มีความพิการระดับ ๒ (มองเห็นได้) จำนวน ๒๖ ราย พบในอำเภอเป้าหมาย ๕ ราย ซึ่งน้อยกว่าอำเภอนอกเป้าหมาย ที่พบมากถึง ๑๙ ราย ทั้งนี้เนื่องจากอำเภอเป้าหมายมีกิจกรรมทั้งเชิงรุก และเชิงรับ ทำให้พบผู้ป่วยได้เร็ว ก่อนผู้ป่วยจะเกิดความพิการ ดังนั้นในปี ๒๕๖๐ สถาบันราชประชาสมาสัยจึงได้พัฒนาศักยภาพแก่ผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อนของ สคร. ๑๒ เขต สปกม. และผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อนระดับจังหวัด/อำเภอในพื้นที่เป้าหมายเรื่องการลดความล่าช้าในการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อน โดยหลังจากการอบรมได้มอบหมายงานให้ไปดำเนินการค้นหาสาเหตุของความล่าช้าในผู้ป่วยโรคเรื้อน รายใหม่ที่พบในปี ๒๕๖๐ ว่ามีสาเหตุมาจากตัวผู้ป่วย (Patient Delay) หรือจากระบบบริการสาธารณสุข (Health Service Delay) เพื่อนำไปวางแผนแก้ไขปัญหา และนำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อติดตามงาน ต่อไป

มาตรการ/ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/ อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
ผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ มีค่าเฉลี่ยระยะเวลา ตั้งแต่เริ่มมีอาการของ โรคเรื้อนจนได้รับการ วินิจฉัยและรักษาโรค เรื้อนตามมาตรฐาน (Since of Onset: SOS) ไม่เกิน ๑๒ เดือน	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๓๙	การประชาสัมพันธ์เผยแพร่ความรู้เรื่องโรคเรื้อน เน้นอาการเริ่มแรกให้ประชาชนในพื้นที่เป้าหมาย และกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านทราบเพื่อ เกิดความตระหนัก และไปรับการตรวจวินิจฉัย ที่สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน ซึ่งควรทำ อย่างต่อเนื่องปีละ ๒-๔ ครั้ง
มาตรการที่ ๒ การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน			
ร้อยละของจังหวัด เป้าหมายที่ได้ดำเนิน การสำรวจสภาพความ พิการ ปัญหาสังคม เศรษฐกิจของผู้ประสบ ปัญหาจากโรคเรื้อน * จังหวัดเป้าหมาย ปี ๒๕๖๐ เท่ากับ ๑๐ จังหวัด	ร้อยละ ๕๐ ของจังหวัดเป้าหมาย ที่ได้ดำเนินการ สำรวจฯ ในปี ๒๕๖๐ (๕ จังหวัด)	ร้อยละ ๖๐ (๖ จังหวัด)	-
จำนวนเครือข่ายเพื่อ การฟื้นฟูสภาพ ผู้ประสบปัญหาจาก โรคเรื้อนที่สามารถนำ ความรู้ทักษะที่ได้ ไปใช้ในการพัฒนา เครือข่าย	๑๑ เครือข่าย	๒๔ เครือข่าย	-
จำนวนแผนพัฒนา คุณภาพชีวิตของ ผู้ประสบปัญหาจาก โรคเรื้อนที่จัดทำร่วม กับเครือข่ายในพื้นที่ ภายหลังการบูรณาการ นิคมให้เป็นชุมชนทั่วไป	๙ แผน (๙ นิคม)	๑๐ แผน (๑๐ นิคม)	-

๔. แผนงานควบคุมวัณโรค

วัณโรคเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของโลกและประเทศไทย แต่ละปี พบผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ ๑๒๐,๐๐๐ คน หรือคิดเป็น ๑๗๒ ต่อประชากรแสนคน (WHO, Global TB Report ๒๐๑๖) เสียชีวิตกว่า ๑๓,๘๐๐ คน ที่สำคัญมีผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานประมาณ ๔,๕๐๐ คน ซึ่งกลุ่มนี้ใช้งบประมาณในการรักษาสูงถึง ๑.๒ ล้านบาทต่อคน ข้อจำกัดในการควบคุมโรคคือความสามารถในการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ ในประชากรกลุ่มเสี่ยงต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบบริการเพียงร้อยละ ๖๐ เท่านั้น การจะบรรลุเป้าหมายยุติวัณโรค ระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๕๙ - ๒๕๗๘) นั้น ประเทศไทยต้องมีอัตราการปฏิบัติการเฉลี่ยร้อยละ ๑๒.๕ ต่อปี แต่ระยะ ๑๕ ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. ๒๕๔๓ - ๒๕๕๘) มีอัตราการลงของปฏิบัติการเพียงร้อยละ ๒.๗ ต่อปี จากผลการดำเนินงานวัณโรคที่ยังไม่บรรลุเป้าหมายสำคัญ เช่น ปีงบประมาณ ๒๕๕๗ มีผู้ป่วยวัณโรค ขึ้นทะเบียนรักษา ๖๗,๗๘๙ ราย คิดเป็นอัตราความครอบคลุมการรักษาวัณโรค (Treatment Coverage) เพียงร้อยละ ๕๙ ปีงบประมาณ ๒๕๕๘ มีรายงานผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนรักษา ๖๒,๑๕๔ ราย คิดเป็นอัตราความครอบคลุมการรักษาวัณโรค (Treatment Coverage) เพียงร้อยละ ๕๕.๓ และในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ มีรายงานผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนรักษา ๖๗,๑๙๓ ราย คิดเป็นอัตราความครอบคลุมการรักษาวัณโรค (Treatment Coverage) เพียงร้อยละ ๕๙.๔ เพื่อลดการป่วยและตายจากวัณโรคได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติ ปี ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔ ตั้งเป้า ลดจำนวนผู้ป่วยวัณโรคเหลือ ๘๘ ต่อประชากรแสนคนเมื่อสิ้นปี ๒๕๖๔ จากปัจจุบันอยู่ที่ ๑๗๑ ต่อประชากรแสนคน โดยนำกลยุทธ์องค์การอนามัยโลกมาปรับใช้ในการควบคุมโรค เน้นการค้นหาผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ผู้ต้องขังในเรือนจำ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้สัมผัสโรคในเด็กเล็กในครอบครัวผู้ป่วย และปรับแนวทางการวินิจฉัยโรคให้มีความไวสูง คัดกรองโดยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก ร่วมกับการตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อวัณโรคในเสมหะ



ผลการดำเนินงานตามเป้าหมายการลดโรคและภัยสุขภาพตามตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/ อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
๑. ผู้ป่วยวัณโรค ทุกประเภทที่ตรวจพบและรายงาน	ร้อยละ ๘๐	๑) ปี ๒๕๕๘ = ๖๐,๙๔๒ ๒) ปี ๒๕๕๙ = ๗๐,๑๖๙ ๓) ปี ๒๕๖๐ = ๖๘,๒๕๘ คิดเป็นร้อยละ ๕๖.๘๙ (๖๘,๒๕๘/๑๒๐,๐๐๐)	เนื่องจากความไม่ครอบคลุมของระบบรายงานวัณโรคในหน่วยบริการนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลทหาร ทำให้การรายงานผู้ป่วยอยู่ในระดับต่ำ ควรต้องเร่งรัดการรายงานผู้ป่วยวัณโรคนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยอาศัย พรบ. โรคติดต่อ ๒๕๒๘ เป็นกลไกในการขับเคลื่อนและผลักดันการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/ อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
๒. อัตราความสำเร็จการรักษา วัณโรคทุกประเภท	มากกว่า ร้อยละ ๘๕	ปี ๒๕๕๙ = ร้อยละ ๗๗.๙ (๕๓,๐๙๗/ ๖๘,๑๘๘)	เนื่องจากอัตราตายและการขาดยาในผู้ป่วยวัณโรคยังสูง โดยการตายที่ไม่ลดลง และการเพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่ออาจทำให้มีอุบัติการณ์ของวัณโรคเพิ่มขึ้นด้านการขาดยาเกิดจากผู้ป่วยกลัวถูกรังเกียจจึงทำให้เจ้าหน้าที่ไม่สามารถไปเยี่ยมที่บ้านได้ ควรมีการบูรณาการทำงานวัณโรคร่วมกับโรคไม่ติดต่อและหน่วยงานที่รับผิดชอบผู้สูงอายุซึ่งช่วยลดการเสียชีวิต และแก้ไขทัศนคติการรังเกียจผู้ป่วยวัณโรคได้

ผลการดำเนินงานตามมาตรการ

มาตรการ/ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/ อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
มาตรการที่ ๑ เร่งรัดการค้นหาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยในกลุ่มเสี่ยงเป้าหมาย			
จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรองเชิงรุกด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (ราย) อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง	๙,๔๕๖,๒๘๔ ราย กลุ่มเป้าหมาย ๑. ผู้สัมผัส ๓๑,๕๘๕X๓ (๙๔,๗๕๕ ราย)	๑๔,๐๕๑ ราย	ผลการดำเนินงานค้นหาวัณโรคในเรือนจำครอบคลุม ร้อยละ ๙๘ เนื่องจากผู้บริหารให้ความสำคัญและมีนโยบายที่ติดตามผลการดำเนินงานทุก ๓ เดือน
	๒. HIV (๔๒๖,๒๗๔ ราย)	๑๑,๘๔๔ ราย	
	๓. DM (๖๗๐,๖๖๔ ราย)	๓๔,๒๒๘ ราย	
	๔. เรือนจำ (๓๒๓,๘๐๒ ราย)	๒๘๒,๘๑๖ ราย	
	๕. แรงงานข้ามชาติ (๑,๕๔๒,๒๐๙ ราย)	๒๖,๗๙๘ ราย	
	๖. ผู้สูงอายุ >๖๕ ปี (๖,๓๙๘,๕๘๐ ราย)	๑๓๕,๑๕๒ ราย	
ร้อยละผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษาวัณโรคมาก่อนมีผลตรวจทดสอบความไวต่อยาวัณโรค	ก. ข้อมูลพื้นฐาน ร้อยละ ๓๔	ปี ๒๕๕๙ = ร้อยละ ๒๕.๖ (๘๔๐/ ๓,๒๘๘)	ผลการดำเนินงานทางห้องปฏิบัติการฯ ได้รับการพัฒนาศักยภาพให้ตรวจทดสอบความไวต่อยา
	ข. เป้าหมาย ร้อยละ ๗๕	ปี ๒๕๖๐ = ร้อยละ ๑๘.๒ (๘๔๒/ ๔,๖๓๖)	

มาตรการ/ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/ อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
มาตรการที่ ๒ ดูแลรักษาผู้ติดเชื้อไวรัสและผู้ป่วยตามมาตรฐานให้หายและกักยาครบ			
ร้อยละของผู้ป่วย ไวรัสที่มีอัตรา การขาดยาลดลง	ก. ข้อมูลพื้นฐาน ร้อยละ ๔.๕	ปี ๒๕๕๙ = ร้อยละ ๔.๗ (๓,๑๙๖/ ๖๘,๒๑๗)	ผู้ป่วยบางส่วนไม่เปิดเผยการเป็นโรคเพราะกลัวการถูกรังเกียจ จึงทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่สามารถเยี่ยมบ้านติดตามอาการเมื่อผู้ป่วยผิติดนได้ ต้องจัดบริการที่มีหลายทางเลือกให้กับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการผิติดน
	ข. เป้าหมาย ≤ ร้อยละ ๓		
ร้อยละของผู้ป่วย ไวรัสที่มีอัตราการ ตายลดลง	ก. ข้อมูลพื้นฐาน ร้อยละ ๗.๓	ปี ๒๕๕๙ = ร้อยละ ๗.๙ (๕,๓๗๕/ ๖๘,๒๑๗)	ผู้สูงอายุไม่แสดงอาการโรคชัดเจนทำให้การวินิจฉัยยากขึ้น และส่งผลให้เสียชีวิตได้ ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันทีหากมีอาการรุนแรง
	ข. เป้าหมาย ≤ ร้อยละ ๕		

๓.๓ แผนควบคุมโรคภายใต้ Cluster NATI

๑ แผนงานควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

สถานการณ์โรคไม่ติดต่อในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาได้คร่าชีวิตประชากรไทย ถึงร้อยละ ๗๕ ของการเสียชีวิตทั้งหมด หรือราว ๓๒๐,๐๐๐ คน ต่อปี ในจำนวนนี้พบว่าประมาณครึ่งหนึ่งหรือราว ร้อยละ ๕๕ เสียชีวิตที่อายุต่ำกว่า ๗๐ ปี ซึ่งองค์การอนามัยโลกจัดว่าเป็นการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร เมื่อพิจารณาความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร จำนวน ๔ โรคสำคัญ คือ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวาน และโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง ระหว่าง พ.ศ. ๒๕๕๕ กับ พ.ศ. ๒๕๕๘ จากข้อมูลทะเบียนการเสียชีวิตของสำนักบริหารทะเบียน กระทรวงมหาดไทย ให้สาเหตุการเสียชีวิตตามมาตรฐานทางการแพทย์แล้ว พบว่า อัตราตายในช่วงอายุ ๓๐ - ๖๙ ปี ของทั้ง ๔ โรค มีแนวโน้มสูงเพิ่มขึ้น โดยโรคหลอดเลือดสมองมีการเพิ่มมากที่สุด จาก ๓๓.๔ ต่อแสนประชากร เพิ่มขึ้นเป็น ๔๐.๙ ต่อแสนประชากร รองลงมาคือโรคหัวใจขาดเลือด จาก ๒๒.๔ ต่อแสนประชากร เป็น ๒๗.๘ ต่อแสนประชากร โรคเบาหวาน จาก ๑๓.๒ ต่อแสนประชากร เพิ่มขึ้นเป็น ๑๗.๘ ต่อแสนประชากร และโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง จาก ๓.๘ ต่อแสนประชากร เป็น ๔.๕ ต่อแสนประชากร เมื่อพิจารณาความแตกต่างของอัตราการเสียชีวิตรายโรคระหว่างเพศ พบว่า โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด และโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง พบในเพศชายพบสูงกว่าเพศหญิง ๒ - ๓ เท่า ขณะที่โรคเบาหวานพบการเสียชีวิต ในกลุ่มอายุ ๓๐ - ๖๙ ปี เพศหญิงสูงกว่าเพศชาย



ภาพพิธีเปิดงานมหกรรมสุขภาพโรคไม่ติดต่อ (NCD Forum ๒๐๑๙) ที่ประกอบไปด้วยภาคีเครือข่าย ทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP), กรมการแพทย์, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.), กรมควบคุมโรค, สถาบันโรคไตภูมิราชนครินทร์ และองค์การอนามัยโลก



ภาพกิจกรรมเดิน-วิ่ง มินิมาราธอนด้านความดันโลหิตสูง (Walk-Run Mini Marathon For Hypertension Awareness)

โดยมีนายแพทย์เจษฎา โชคดำรงสุข อธิบดีกรมควบคุมโรค เป็นประธาน วันที่ ๗ พฤษภาคม ๒๕๖๐ ณ กระทรวงสาธารณสุข

ผลการดำเนินงานตามเป้าหมายการลดโรคและภัยสุขภาพ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน
เป้าหมายระดับกระทรวง ระดับกรม/ เขต		
Promotion & Prevention Excellence		
อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน	ไม่เกิน ร้อยละ ๒.๔	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานภาพรวมทั้งประเทศยกเว้น กรุงเทพฯ คิดเป็นร้อยละ ๒.๓๑ (ข้อมูลเดือนตุลาคม ๒๕๕๙ - ๘ สิงหาคม ๒๕๖๐) ซึ่งใกล้เคียงกับค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ ๒.๔ โดยมีเขตสุขภาพ จำนวน ๘ เขต ที่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ส่วนในระดับจังหวัดพบว่ามี ๔๐ จังหวัด ที่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ พบว่าในภาพรวมอัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานลดลงจากปีงบประมาณ ๒๕๕๙ โดยมีเขตสุขภาพจำนวน ๗ เขตที่มีร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลง

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน
Service Excellence		
ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้	DM $\geq$ ๔๐% HT $\geq$ ๕๐%	มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมดจำนวน ๒,๖๖๙,๓๔๘ คน ได้รับการตรวจ HbA1C ๑,๔๘๘,๐๒๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๕๕.๘ ส่วนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมดจำนวน ๕,๖๐๙,๕๐๙ คน ได้รับการตรวจวัดความดันโลหิตอย่างน้อย ๒ ครั้ง ๓,๔๔๔,๗๑๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๖๑.๔ ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตได้ดีภาพรวมทั้งประเทศยกเว้นกรุงเทพฯ (ข้อมูลตั้งแต่ตุลาคม ๒๕๕๙ ถึงวันที่ ๒๘ สิงหาคม ๒๕๖๐) มีเพียงร้อยละ ๒๒.๓ และ ๓๕.๖ ตามลำดับ ซึ่งน้อยกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ (เบาหวานน้อยกว่าร้อยละ ๔๐ และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างน้อย ร้อยละ ๕๐) เมื่อเทียบกับข้อมูลปี ๒๕๕๘ และ ๒๕๕๙ พบว่าอัตราผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีมีแนวโน้มดีขึ้น
ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)	$\geq$ ร้อยละ ๘๐	การดำเนินงาน ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ร้อยละ ๘๑.๗๔ และผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk ระดับความเสี่ยงมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๓๐) ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มข้นและรับตัวร้อยละ ๙๖.๐๙ และกลุ่มเสี่ยงสูงมาก (CVD Risk มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๓๐) ได้รับการประเมินซ้ำและระดับความเสี่ยงลดลง (CVD Risk น้อยกว่าร้อยละ ๓๐) ร้อยละ ๗๙.๕๑ (จากฐานข้อมูล HDC รายงาน ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๐)

ผลการดำเนินงานตามมาตรการมาตรการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (๒P๒S)

มาตรการ/ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน
มาตรการที่ ๑ การนำขับเคลื่อนนโยบายและสร้างพันธมิตรความร่วมมือ (Policy and Advocacy)		
(ร่าง) แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔)	(ร่าง) แผนยุทธศาสตร์ NCD ๑ แผน	แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔) ผ่านการพิจารณาจากคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ ๒๖ กันยายน ๒๕๖๐ และอยู่ระหว่างพิจารณาแต่ละยุทธศาสตร์เพื่อนำสู่การปฏิบัติ
มีการขับเคลื่อนนโยบายแผนยุทธศาสตร์ลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย (พ.ศ. ๒๕๕๙ – ๒๕๖๘)	มีแผนยุทธศาสตร์ผ่านคณะรัฐมนตรี (ครม.)	ความก้าวหน้าในการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพ “นโยบายการลดการบริโภคเกลือและโซเดียมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อ (NCDs)” ตามยุทธศาสตร์เพื่อลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย ๒๕๕๙ - ๒๕๖๘ โดยมีการจัดตั้งคณะกรรมการนโยบายการลดการบริโภคเกลือและโซเดียมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อระดับชาติที่ประกอบด้วยผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงต่างๆ เช่น กระทรวงการคลัง กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี และยังมีตัวแทนจากภาคส่วนอื่นนอกภาครัฐ ทั้งสถาบันอุดมศึกษา สมาคมวิชาชีพ และอุตสาหกรรมผู้ผลิต เพื่อร่วมกันกำหนดทิศทางในการดำเนินงานตามนโยบายการลดการบริโภคเกลือและโซเดียมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อ (NCDs) ด้วยที่มุ่งสู่วิสัยทัศน์ความสำเร็จ คือ คนไทยบริโภคเกลือและโซเดียมลดลง ร้อยละ ๓๐ ในปี ๒๕๖๘

มาตรการ/ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน
มาตรการที่ ๒ ส่งเสริมสุขภาพและลดความเสี่ยง (Promotion and Risk Reduction)		
อัตราการรับรู้ของกลุ่มเป้าหมายที่ส่งผลต่อการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเป็นโรคไม่ติดต่อ	ไม่มี	๑. พัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อป้องกัน DM/HT โดยประเมินการรับรู้การสื่อสารความเสี่ยงเพื่อป้องกัน DM/HT ซึ่งจัดกิจกรรมรณรงค์วันเบาหวานโลก และวันความดันโลหิตสูงโลกให้ประชาชนได้รับทราบถึงภัยร้าย และการปฏิบัติตัวเมื่อป่วย อีกทั้งยังพัฒนาในรูปของสื่อประชาสัมพันธ์ Application เกมส์เพื่อสุขภาพ Healthy Run เพื่อให้ประชาชนได้เข้าถึงการรับรู้ถึงการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง รวมถึงจัดทำ Info Graphic เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง อัมพาต และโรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรัง COPD เพื่อเผยแพร่ทุกเดือน ๒. จัดมหกรรมแสดงผลงานโรคไม่ติดต่อ (NCD Forum ๒๐๑๓) เพื่อเป็นการนำเสนอ นโยบายและประเด็นการขับเคลื่อนเรื่องโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเสริมความรู้วิชาการที่ทันสมัยให้กับบุคลากรในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อยกระดับการดำเนินงานนำไปสู่การดำเนินงานพัฒนาสุขภาพวัยทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ลดและชะลออัตราการป่วยโรคไม่ติดต่อในประชากรกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย โดยกรมควบคุมโรค ร่วมกับกรมการแพทย์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เครือข่ายควบคุมโรคไม่ติดต่อ (Thai NCD net) เครือข่ายและสมาคมที่เกี่ยวข้องร่วมเป็นเจ้าภาพจัดงาน ๓. ดำเนินงานชุมชนลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (CBI-IHD) โดยจัดทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) ในการดำเนินงานเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน และเพื่อกระตุ้นให้ชุมชนและเครือข่ายมีการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีเทศบาลร่วมลงนามทั้งสิ้น ๑๓ เทศบาล ซึ่งเป็นเทศบาลนคร/เทศบาลเมือง/เทศบาลตำบล และองค์การบริหารส่วนตำบล ที่สมัครเข้าร่วมและอยู่ในจังหวัดที่มีอัตราตายด้วยโรคหัวใจขาดเลือด (IHD) ๑๕ อันดับแรกของประเทศในปี ๒๕๕๖ (๑๓ จังหวัดได้แก่ จังหวัดอ่างทอง สระบุรี พระนครศรีอยุธยา ลพบุรี นครสวรรค์ สิงห์บุรี ราชบุรี จันทบุรี แพร่ อุทัยธานี พังงา น่าน และชุมพร) ผู้เข้าร่วมดำเนินการได้แก่ สสจ. ๑๓ แห่ง สคร.๑, ๓, ๔, ๕, ๖ และ ๑๑ พร้อมทั้งสนับสนุนคู่มือ ชุมชนลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (CBI NCDs) และคู่มือการฝึกอบรมการประเมินความต้องการจำเป็นของชุมชน (Community Needs Assessment)
มาตรการที่ ๓ เสริมสมรรถนะของระบบบริการสุขภาพ (Strengthen Health System)		
มีเครื่องมือ/รูปแบบ/นวัตกรรมการบูรณาการ การคัดกรองและลดความเสี่ยงด้านโรคไม่ติดต่อในหน่วยงานต่างๆ	ไม่มี	๑. พัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมและเพิ่มพูนทักษะให้กับผู้รับผิดชอบงานโรคไตเรื้อรัง (CKD) และโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD) โดยการพัฒนาศมรรถนะ และเพิ่มพูนทักษะในดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคฯ สำหรับบุคลากรจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาลทั่วประเทศ นอกจากนี้ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ติดตามและประเมินผลความก้าวหน้าในการดำเนินงานโรคไตเรื้อรัง (CKD) และโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD) เพื่อคัดเลือกแบบอย่างที่ดี (Best Practice) ในการดำเนินงาน ๒. จัดทำชุดมาตรฐานการบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน (DM) ความดันโลหิตสูง (HT) สำหรับสถานบริการสาธารณสุข ๑ เรื่อง และถ่ายทอดชุดมาตรฐานการบริการป้องกันควบคุม DM/HT และแนวทางการประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus แก่ สคร./สสจ. และสถานบริการสาธารณสุขอื่น

มาตรการ/ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน
		๓. พัฒนาทักษะทีมสหวิชาชีพในการจัดบริการ NCD Clinic Plus ระดับ DHS เรื่อง “การใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตเพื่อการป้องกันโรคเบาหวาน” แก่ รพศ./ รพท./ รพช. โดยกำหนดแผนการอบรม และออกแบบกระบวนการ Intervention ๔ เรื่อง Home Blood Pressure Monitoring (HBPM) and TeleHealth Assisted Interventions in Home Blood Pressure Monitoring (THAI HBPM) ๔. พัฒนาการเชื่อมโยงข้อมูลตามตัวชี้วัดโรคหัวใจและหลอดเลือดกับระบบ HDC โดยฝึกการเชื่อมโยงข้อมูลตามตัวชี้วัดโรคหัวใจและหลอดเลือดกับระบบ HDC ให้กับ ผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อ และงาน IT จาก สสจ./ สคร. ๑-๑๒ และ สปคม. ๕. สนับสนุนแนวทางให้กับสถานบริการ มีการวิเคราะห์แยกกลุ่มเป้าหมาย และ แนวทางในการจัดคลินิกบริการ โดยจัดทำคู่มือดำเนินงานประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ปี ๒๕๖๐ เพื่อเป็นแนวทางในการประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ปี ๒๕๖๐ ในสถานบริการสุขภาพทั่วประเทศจำนวน ๕,๐๐๐ เล่ม สนับสนุนให้กับ สคร./สสจ. และโรงพยาบาลทั่วประเทศ ๖. สนับสนุนชุดรูปแบบบริการในการป้องกันควบคุมโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมองและโรคไตเรื้อรัง สำหรับสถานบริการทั่วประเทศ จำนวน ๓๒,๐๐๐ เล่ม ให้กับ สคร./สสจ. และโรงพยาบาลทั่วประเทศ ๗. สนับสนุนคู่มือการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด และโรค หลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์/อัมพาต) สำหรับ อสม. และคู่มือการดำเนินงานโรค ไตเรื้อรัง (CKD) สำหรับ อสม./ อสค. จำนวนคู่มือละ ๒๕,๐๐๐ เล่มสนับสนุน ให้กับอสม.ทั่วประเทศ
มาตรการที่ ๔ การเฝ้าระวังและติดตามประเมินผล (Surveillance and M&E)		
มี Dashboard ข้อมูล เฝ้าระวังเชิงยุทธศาสตร์ ระดับเขตและจังหวัด	อย่างน้อย ๑ โรค	๑. พัฒนา Dashboard ข้อมูลเฝ้าระวังเชิงยุทธศาสตร์โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ ผู้ใช้ข้อมูลได้นำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ ๒. ประเมินผลการใช้งาน Dashboard ครั้งที่ ๑ อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย ๔.๔๗) ครั้งที่ ๒ อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย ๔.๐๗) ๓. พัฒนาศักยภาพบุคลากรข้อมูลเฝ้าระวังเชิงยุทธศาสตร์ DM,HT โดยอบรม ให้ความรู้เรื่องโครงสร้าง/ แหล่งที่มา และแนวทางการใช้ประโยชน์ของข้อมูล ๔๓ แห่ง รวมถึงฝึกปฏิบัติการใช้เครื่องมือในการจัดการข้อมูล การผสมผสานข้อมูล สารสนเทศ สำหรับการตัดสินใจ และการนำเสนอข้อมูล Visualization สำหรับ ผู้บริหาร โดยเรียนรู้พื้นฐานของเครื่องมือโปรแกรม Tableau มาวิเคราะห์ออกแบบ Dashboard เสนอผู้บริหาร ๔. มีการพัฒนาการเชื่อมโยงข้อมูลตามตัวชี้วัดโรคหัวใจและหลอดเลือดกับระบบ HDC โดยปัจจุบันสามารถรายงานตัวชี้วัดได้ ๓ ตัวจำนวน ๓ ตัวชี้วัด คือ ๑) ร้อยละ ของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยง ต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ๒) อัตราผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) จำแนกตาม Risk Score ๓) รายงานการเปลี่ยน SCORE ลดลงของกลุ่มเสี่ยงและ เสี่ยงสูงต่อ CVD (SCORE ๔,๕) เปรียบเทียบครั้งแรกใน ๖ เดือนแรกกับครั้งสุดท้าย ใน ๖ เดือนหลัง

๓.๓.๒. แผนงานควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

จากการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในช่วงปี ๒๕๔๔ – ๒๕๕๘ พบว่าภาพรวมความชุกของนักดื่มกว่า ๑๔ ปี ที่ผ่านมามีทิศทางเพิ่มขึ้นเล็กน้อย จากร้อยละ ๓๒.๗ ในปี ๒๕๔๔ เป็นร้อยละ ๓๔.๐ ในปี ๒๕๕๘ ความชุกของนักดื่มชายเพิ่มขึ้นเล็กน้อย จากร้อยละ ๕๕.๙ ในปี ๒๕๔๔ เป็นร้อยละ ๕๖.๖ ในปี ๒๕๕๘ ในขณะที่ความชุกของนักดื่มหญิงจะไม่สูงมากแต่ก็มีทิศทางเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด ในช่วงที่ผ่านมา คือจากร้อยละ ๙.๘ ในปี ๒๕๔๔ เป็นร้อยละ ๑๓ ในปี



๒๕๕๘ และประชากรช่วงอายุ ๑๕ – ๑๙ ปี ความชุกของการดื่มมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๑๒.๙ ในปี ๒๕๕๐ เป็นร้อยละ ๑๙.๔ ในปี ๒๕๕๘ หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ ๕๐.๔ ในขณะที่กลุ่มธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้มีการปรับเปลี่ยนช่องทางการสื่อสารการตลาด ผ่านกิจกรรมที่แสดงความรับผิดชอบต่อสังคม หรือการทำ CSR รวมถึงใช้การสื่อสารออนไลน์เพื่อเข้าถึงกลุ่มเยาวชนเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จึงมีเป้าหมายเพื่อควบคุมปริมาณการบริโภคป้องกันนักดื่มหน้าใหม่ ควบคุมความชุกของผู้บริโภค ลดความเสี่ยงของการบริโภค จำกัดและลดความรุนแรงของปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ผลการดำเนินงานตามเป้าหมายการลดโรคและภัยสุขภาพตามตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/ อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
ระดับประเทศ			
ความชุกของผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประชากรอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี	≤ ๑๙.๙	ร้อยละ ๑๙.๑ (ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๕๘)	ปี ๒๕๖๐ รอผลการสำรวจพฤติกรรมการดื่มสุราจากสำนักงานสถิติแห่งชาติคาดว่าจะได้ข้อมูลเดือนเมษายน ๒๕๖๑ การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุราของประชากร จะดำเนินการสำรวจทุก ๓ ปี
ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป (ลิตรแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อคนต่อปี)	≤ ๖.๘	๗.๑ ลิตรแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อคนต่อปี	เนื่องจากข้อมูลจะได้มาจากการคำนวณปริมาณการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากกรมสรรพสามิตตามปีปฏิทิน และจำนวนประชากรกลางปีจากกระทรวงสาธารณสุข ดังนั้นการรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดเป้าหมายการลดโรคและภัยสุขภาพ จึงเป็นผลของ ปี ๒๕๕๙ ซึ่งสามารถออกรายงานผลได้ในปี ๒๕๖๐

ผลการดำเนินงานตามมาตรการ

มาตรการ/ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/ อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
มาตรการที่ ๑ ควบคุมการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการควบคุมโฆษณาและส่งเสริมการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (มาตรการที่องค์การอนามัยโลกแนะนำว่า เป็นมาตรการที่ควรดำเนินการมากที่สุดและมีความคุ้มค่าสูง (Best Buy Interventions))			
ร้อยละของจังหวัดที่มีการจัดทำและขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จังหวัด	ร้อยละ ๖๐ (๔๖ จังหวัด)	ร้อยละ ๖๕ (๕๐ จังหวัด) ดำเนินการได้บรรลุตามเป้าหมาย จังหวัดมีการจัดทำแผน/ร่างแผนปฏิบัติการตามยุทธศาสตร์ นโยบายแอลกอฮอล์ในระดับจังหวัด และผลักดันการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร่วมกับเครือข่าย	ในหลายจังหวัดมีข้อจำกัดในการจัดประชุมคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัด ทำให้ยังไม่ได้ดำเนินการอนุมัติแผนปฏิบัติการผ่านคณะกรรมการฯ และเพื่อให้การดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประสบความสำเร็จ จำเป็นต้องมีสร้างความตระหนัก และกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง ผ่านกลไกคณะกรรมการฯ เป็นระยะๆ
จำนวนการดำเนินการตามกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	๒๔ ครั้ง	๔๑ ครั้ง ดำเนินการได้ ดังนี้ ๑. ดำเนินการเฝ้าระวัง บังคับใช้กฎหมาย จำนวน ๑,๙๕๙ ราย ดำเนินคดี จำนวน ๒๖๒ ราย ๒. พัฒนาศักยภาพพนักงานเจ้าหน้าที่ให้กับเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง	มีการสนับสนุนวิทยากรให้ความรู้ด้านกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามที่ร้องขอ เนื่องจากพื้นที่มีข้อจำกัดในการดำเนินการเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมาย ทำให้การบังคับใช้กฎหมายอาจยังไม่เข้มข้นในหลายพื้นที่ จำเป็นที่จะต้องเสริมสร้างทักษะ และสร้างกระบวนการดำเนินงานร่วมกับเครือข่ายในพื้นที่ร่วมดำเนินการเฝ้าระวัง บังคับใช้กฎหมาย
ร้อยละของสถานศึกษามีการดำเนินการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งในและรอบสถานศึกษา	ร้อยละ ๑๐ ของโรงเรียนมัธยมศึกษาที่มีการดำเนินการฯ	ร้อยละ ๑๐.๔๕ มีการดำเนินการได้บรรลุตามเป้าหมาย คือ โรงเรียนมัธยมศึกษาที่มีการดำเนินการฯ จำนวน ๑๔๒ โรงเรียน จากโรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา มัธยมศึกษา จำนวน ๑,๓๕๘ โรงเรียน โดยมีการดำเนินการถ่ายทอดแนวทางการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในและรอบสถานศึกษา และมีการดำเนินการติดตามการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยใช้แบบประเมินตนเองจัดส่งให้กับสถานศึกษาที่เข้าร่วมโครงการ	

มาตรการ/ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/ อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
มาตรการที่ ๒ สื่อสารสาธารณะ เพื่อปรับเปลี่ยนค่านิยมและลดแรงสนับสนุนในการดื่ม (เป็นมาตรการสนับสนุนตามยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ)			
ร้อยละของประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมกิจกรรมรับทราบและมีความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพและพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๔.๖	มีการดำเนินการได้บรรลุตามเป้าหมาย โดยผู้เข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์ในช่วงเทศกาลวันงดดื่มสุราแห่งชาติ และเทศกาลร่วมกับภาคีเครือข่ายจำนวน ๕ ครั้ง และได้สอบถามการรับทราบเกี่ยวกับโทษ พิษภัย และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
มาตรการที่ ๓ มาตรการระดับชุมชน (เป็นมาตรการรอง ตามยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ)			
จำนวนรูปแบบชุมชนต้นแบบในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	๒ รูปแบบ	๒ รูปแบบ มีการดำเนินการได้บรรลุตามเป้าหมาย โดยดำเนินการถอดบทเรียนจัดทำรูปแบบชุมชนจากชุมชนต้นแบบ ๒ ชุมชน ได้แก่ ๑) ตำบลเสียว อ.โพธิ์ศรีสุวรรณ จ.ศรีสะเกษ ๒) ตำบลสมุด อ.ปราสาท จ.สุรินทร์ เพื่อจัดทำรูปแบบชุมชนต้นแบบในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และมีแผนจะขยายการดำเนินงานไปที่ อ.บ้านไร่ จ.อุทัยธานี	การดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชนในหลายรูปแบบจะบรรลุผลสำเร็จจำเป็นต้องอาศัยการดำเนินงานร่วมกันของคนในชุมชน และเผยแพร่การดำเนินงานของชุมชนต้นแบบเพื่อให้เป็นตัวอย่างในการดำเนินงานให้กับพื้นที่อื่น
จำนวนชุมชนที่ดำเนินการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	๗๗ จังหวัด	๗๗ จังหวัด ดำเนินการได้บรรลุตามเป้าหมาย โดยการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชนมีหลายเครือข่ายร่วมกันดำเนินการ และมีการดำเนินงานในทุกจังหวัด ซึ่งได้รับข้อมูลจากเครือข่ายดังนี้ ๑. กระทรวงมหาดไทย มีคำสั่งให้ทุกจังหวัดดำเนินการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนในช่วงเทศกาลสงกรานต์ โดยมีชุดปฏิบัติการประจำตำบล ๒. สำนักโรคไม่ติดต่อ ร่วมกับสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ร่วมกันหน่วยงานต่างๆ ในจังหวัด ๓. ดำเนินการตั้งด่านชุมชนในพื้นที่เสี่ยง จำนวน ๒๓ จังหวัดในช่วงเทศกาลสงกรานต์	

มาตรการ/ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/ อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
จังหวัดในพื้นที่รับผิดชอบมีการจัดงานเทศกาลหรืองานประเพณีปลอดเหล้า		สำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้า ดำเนินการชุมชนต้นแบบควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จำนวน ๓๒ จังหวัดและดำเนินการรณรงค์ประชาสัมพันธ์งดเหล้าเข้าพรรษาในทุกจังหวัด	
มาตรการที่ ๔ สนับสนุนมาตรการคัดกรองและบำบัดรักษา			
ร้อยละของสถานบริการสาธารณสุขที่ให้บริการด้านการบำบัดสุราได้ตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๗๘.๗๔* ดำเนินการได้บรรลุตามเป้าหมาย โดยโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพ (HA ยาสและสารเสพติด) จำนวน ๖๖๓ แห่ง จากจำนวน ๘๔๒ แห่ง * ข้อมูลจากสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ณ วันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๐	

๓.๓.๓ การควบคุมการบริโภคยาสูบ

การสูบบุหรี่ของประชากรไทยที่มีอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ปีล่าสุด (พ.ศ. ๒๕๕๘) พบว่า ประชากรที่มีอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป มีผู้สูบบุหรี่ ๑๐.๙ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๑๙.๙ ภาพรวมพบว่า ในช่วงปี ๑๐ ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. ๒๕๔๗ - ๒๕๕๗) อัตราการสูบบุหรี่มีแนวโน้มลดลงเล็กน้อยจากร้อยละ ๒๓.๐ เป็นร้อยละ ๒๐.๗ และพบว่าทั้งเพศชายและหญิงมีอัตราการสูบบุหรี่ลดลง ทั้งนี้อัตราการสูบบุหรี่ของเพศชายยังคงสูงกว่าเพศหญิงประมาณ ๒๐ เท่า เมื่อพิจารณารายกลุ่มอายุ พบว่า อัตราการบริโภคยาสูบในกลุ่ม วัยทำงานอายุ ๒๕ - ๕๙ ปี มีการสูบบุหรี่สูงที่สุด โดยกลุ่มอายุ ๒๕ - ๕๙ ปี และ ๖๐ ปี ขึ้น มีแนวโน้มอัตราการสูบบุหรี่ที่สูงขึ้นอีกทั้งมีอัตราการป่วยและตายจากโรคที่เกี่ยวข้องกับยาสูบเพิ่มขึ้น



ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อถ่ายทอดรูปแบบและพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อการดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของเยาวชน ในสถานศึกษา
ระหว่างวันที่ ๒๔ - ๒๕ ธันวาคม ๒๕๕๙ ณ ชลพฤกษ์ รีสอร์ท จังหวัดนครนายก

การสูบบุหรี่ของเยาวชน (อายุ ๑๕ - ๑๘ ปี) ในช่วงปี ๑๐ ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. ๒๕๔๗ - ๒๕๕๗) พบว่า อัตราการสูบบุหรี่ของเยาวชนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๖.๕๘ เป็นร้อยละ ๘.๒๕ โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนผู้หญิงมีการสูบบุหรี่ โรงงานเพิ่มขึ้นจากการสำรวจครั้งล่าสุด (พ.ศ. ๒๕๕๘) เปรียบเทียบกับครั้งที่ผ่านๆ มา (พ.ศ. ๒๕๕๗) พบว่าอัตราการบริโภคยาสูบลดลงจากร้อยละ ๘.๒๕ เป็น ๗.๙๒ แต่อายุเฉลี่ยของเยาวชนที่เริ่มสูบบุหรี่กลับมีแนวโน้มลดลง อีกทั้งพบว่าเยาวชนมีการเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ๆ เพิ่มขึ้น โดยอุตสาหกรรมยาสูบเน้นการใช้กลยุทธ์สื่อออนไลน์ Social Marketing เข้ามาเป็นส่วนสำคัญ ซึ่งกฎหมายปัจจุบันยังไม่สามารถดำเนินการได้และกลุ่มเยาวชนยังขาดความเข้าใจและตระหนักถึงพิษภัยของยาสูบที่ถูกต้อง

การพบเห็น/ ใต้กลิ่น/ พบเห็นกันบุหรี่ภายในสถานที่สาธารณะ มีการพบเห็นการสูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะจากการสำรวจโดยรวมสูงร้อยละ ๘๐.๖๐ เมื่อเปรียบเทียบจากการสำรวจ ๒ รอบ กับครั้งที่ผ่านๆ มา พ.ศ. ๒๕๕๔ และ ๒๕๕๗ การพบเห็นการสูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะแต่ละประเภทลดลงเล็กน้อยแม้ว่าจะมีการบังคับใช้กฎหมายและกำหนดเขตปลอดบุหรี่ ร้อยละ ๑๐๐ โดยเฉพาะร้านอาหาร/ ภัตตาคาร/ ตลาดสด/ ตลาดนัด ที่พบว่ายังมีการละเมิดกฎหมายสูง

ผลการดำเนินงานตามเป้าหมายการลดโรคและภัยสุขภาพ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/ อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
อัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันของประชากรไทย อายุ ๑๕ ปี ขึ้นไป (โดยรวม)	ร้อยละ ๑๗.๘	ร้อยละ ๑๘.๕	ทั้งนี้ความครอบคลุมของระบบบริการเลิกบุหรี่ในชุมชนที่ยังไม่สามารถดำเนินงานให้เกิดความครอบคลุมได้ รวมทั้งการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นในการดำเนินงานควบคุมยาสูบยังมีไม่เพียงพอ ข้อมูลในระดับพื้นที่ที่สามารถนำมาใช้อ้างอิงมีไม่เพียงพอทำให้การทำงานยังขาดประสิทธิภาพ ควรเร่งดำเนินการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ และแผนงาน เพื่อให้สอดคล้องกับการดำเนินงาน
อัตราการสูบบุหรี่ในกลุ่มวัยรุ่นอายุ ๑๕ – ๑๘ ปี	ไม่เกินร้อยละ ๙	ร้อยละ ๘.๕	ในระดับพื้นที่ พัฒนาระบบการดำเนินงานเพื่อป้องกันนักสูบหน้าใหม่ และ ระบบบริการเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าสู่ระบบการรับบริการเลิกบุหรี่ในสถานบริการสุขภาพในทุกระดับได้เพิ่มมากขึ้น รวมทั้งผลักดันระบบบริการเลิกบุหรี่เข้าสู่ Service Plan โดยให้มีการบูรณาการการดำเนินงานกับ NCD และทำให้เกิดการกำกับติดตาม และประเมินผลอย่างต่อเนื่อง และดำเนินการจัดทำฐานข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลการบริโภคยาสูบ/ พัฒนาระบบฐานข้อมูลร่วมกันในระดับเขต/ ระดับพื้นที่
อัตราการได้รับควันบุหรี่มือสองของประชาชน	ลดลงร้อยละ ๑๕ จากปี พ.ศ. ๒๕๕๗	ลดลงประมาณร้อยละ ๑๒.๕ (อัตราการได้รับควันบุหรี่มือสองของประชาชนร้อยละ ๗๐)	

ผลการดำเนินงานตามมาตรการ

มาตรการ/ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/ อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
มาตรการที่ ๑ เพิ่มกลไกพัฒนานโยบาย/ กฎหมาย สร้างความร่วมมือ และการสื่อสารเพื่อป้องกันควบคุมการบริโภคยาสูบ			
จำนวนร่างกฎหมาย/ อนุบัญญัติ/ นโยบายสาธารณะ/ มาตรการเพื่อควบคุมยาสูบ	๒ เรื่อง	๑. พรบ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๖๐ มีผลบังคับใช้ ๔ กรกฎาคม ๒๕๖๐ ๒. มินนโยบาย ๖ เรื่อง ๓. แนวทางการขับเคลื่อนและการติดตามประเมินผลการดำเนินงานโครงการ ๓ ล้าน ๓ ปีเลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน ๔. การสนับสนุนยารักษาภาวะติดนิโคตินเข้าสู่บัญชียาหลัก ๕. ขยายการดำเนินงานควบคุมยาสูบในสถานศึกษาระดับประถมศึกษา ๖. การให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานราชการที่สูบบุหรี่เลิกสูบ โดยเฉพาะในกระทรวงสาธารณสุข	-

มาตรการ/ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/ อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
		๗. กำหนดให้มีการบำบัดผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อที่สูบบุหรี่ในระบบ Service Plan ๘. การแต่งตั้งคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิของ คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบแห่งชาติ (คผยช.)/ จังหวัด/ กทม.	-
จำนวนทีมต้นแบบเพื่อควบคุมยาสูบระดับจังหวัดในเขตสุขภาพ/จำนวนเครือข่ายต้นแบบดำเนินการเพื่อควบคุมยาสูบระดับเขตสุขภาพและระดับจังหวัดในเขตสุขภาพ	-	การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินการควบคุมยาสูบ พัฒนา/ ขยายผล Model ทีมต้นแบบเพื่อควบคุมยาสูบระดับเขต ๑๒ ทีม ระดับท้องถิ่น ๘ ทีม	-
จำนวนครั้งที่มีการสื่อสารเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบ	๔ ครั้งต่อปี	มีการสื่อสารไม่น้อยกว่า ๘ ครั้ง รวมทั้งสื่อสารความเสี่ยงสร้างความตระหนักค่านิยมเพื่อการไม่สูบบุหรี่ ในโรงเรียน	-
มาตรการที่ ๒ พัฒนาระบบ และเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมการบริโภคยาสูบในประชากรกลุ่มเสี่ยง			
มีระบบเฝ้าระวังเพื่อควบคุมยาสูบระดับชาติ	๑ ระบบ	๑ ระบบ มีผลการดำเนินงานที่สำคัญดังนี้ ๑. การพัฒนารูปแบบ (Model) การดำเนินงานเฝ้าระวังเพื่อควบคุมยาสูบในชุมชน โดยชุมชนเกิดการเฝ้าระวังโดยการมีส่วนร่วมในชุมชน ต.คูบัว อ.เมือง จ.ราชบุรี ๒. มีการสำรวจข้อมูลเพื่อเฝ้าระวังสถานการณ์/ สถานการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ยาสูบ และสถานการณ์ ในเยาวชน อายุ ๑๕ - ๑๘ ปี ใน ๑๒ เขตบริการสุขภาพ และกทม./ ๓. การเฝ้าระวังสื่อและกลยุทธ์อุตสาหกรรมยาสูบ รวมทั้งจัดสรุปรายงานข้อมูลการเฝ้าระวัง ๕ มิติ	

มาตรการ/ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/ อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
จำนวนเครือข่ายที่ร่วมดำเนินการเฝ้าระวังเพื่อควบคุมยาสูบ	๑๒ เครือข่าย	๑๒ เครือข่าย และมีเครือข่ายเยาวชน/ แกนนำ ในการดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในเยาวชน (โรงเรียนแกนนำ ๒๕ โรงเรียน)	-
ร้อยละของจำนวนโรงเรียนที่ร่วมดำเนินการโรงเรียนปลอดบุหรี่ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ ๒๐ (ไม่รวมของเดิม)	สนับสนุน/ขยายผล/ขับเคลื่อนการดำเนินงานโรงเรียนปลอดบุหรี่ ดังนี้ ๑. มีโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาเข้าร่วมโรงเรียนปลอดบุหรี่ จำนวนทั้งสิ้น ๑,๙๙๗ โรงเรียน คิดเป็นร้อยละ ๘๔.๖๑ เป้าหมาย ร้อยละ ๘๐) (จากเดิม ๑,๕๘๓ โรงเรียน เพิ่มขึ้น ๔๑๔ โรงเรียน คิดเป็นร้อยละ ๒๖.๑๕) ๒. ขยายผลโรงเรียนสังกัด ประถมศึกษา ร้อยละ ๒๘.๔๑ ๓. สำนักงานบริหารการศึกษา พิเศษ ร้อยละ ๒๔.๑๓ ๔. สำนักงานการศึกษา กรุงเทพมหานคร ร้อยละ ๒๗.๙๑ ๕. โรงเรียนระดับมัธยมศึกษา เข้าร่วมโรงเรียนปลอดบุหรี่ผ่าน เกณฑ์ จำนวน ๖๙๐ โรงเรียน (คิดเป็นร้อยละ ๓๕.๕)	-
ร้อยละของโรงเรียนที่มีนักเรียนมีอัตราการสูบบุหรี่ลดลง	ร้อยละ ๑๐๐	โรงเรียนที่เข้าร่วมฯ มีอัตราการสูบบุหรี่ของนักเรียนลดลงร้อยละ ๑๘	
จำนวนเครือข่ายครู/เยาวชนในการเฝ้าระวังแบบมีส่วนร่วม	๓ เครือข่าย	มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากร และเครือข่ายเกิดเครือข่ายครูเฝ้าระวังควบคุมยาสูบในระดับพื้นที่ โดยครูมีความรู้เบื้องต้นในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมยาสูบ ในสถานศึกษา (โรงเรียนแกนนำ ๒๕ โรงเรียน)	

มาตรการ/ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/ อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
มาตรการที่ ๓ พัฒนากลไก รูปแบบ เพื่อสนับสนุนให้มีการบริการเพื่อให้ลด เลิกยาสูบ และระบบส่งต่อ			
รูปแบบการดำเนินงานเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคยาสูบของเยาวชน	๑ เรื่อง	ได้รูปแบบการดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนในสถานศึกษา ๑ เรื่อง	ความครอบคลุมของระบบบริการเลิกบุหรี่ในชุมชนยังไม่สามารถดำเนินงานให้เกิดความครอบคลุมได้ ควรต้องพัฒนาระบบบริการเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าสู่ระบบการรับบริการเลิกบุหรี่ในสถานบริการสุขภาพในทุกระดับได้เพิ่มมากขึ้น และผลักดันระบบบริการเลิกบุหรี่เข้าสู่ Service Plan โดยให้มีการบูรณาการการดำเนินงานกับสำนักโรคไม่ติดต่อ และทำให้เกิดการกำกับติดตาม และประเมินผลอย่างต่อเนื่อง
เยาวชนกลุ่มเป้าหมายในโครงการโรงเรียนปลอดบุหรี่ปี ๒๕๖๐ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐	เยาวชนกลุ่มเป้าหมายในโครงการฯ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้ โดยการประเมินเยาวชนที่เข้าร่วมโครงการมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการไม่สูบบุหรี่ในกลุ่มที่ ๑ สามารถก้าวข้ามขั้นคิดเป็นร้อยละ ๘๑.๖๓	
สถานศึกษาต้นแบบที่มีบุคลากรที่ให้คำแนะนำการเลิกบุหรี่กับนักเรียน และส่งต่อสู่สถานบริการได้	๓ เครือข่าย	พัฒนาศักยภาพบุคลากร และเครือข่าย เกิดเครือข่ายครูเฝ้าระวังควบคุมยาสูบในระดับพื้นที่ ซึ่งครูสามารถให้คำปรึกษาเลิกบุหรี่เบื้องต้น และส่งต่อสถานบริการสุขภาพ (๑๒ เขตบริการสุขภาพ และกทม.)	
โรงพยาบาลภายในเขตรับผิดชอบมีการให้บริการช่วยเลิกบุหรี่ - รพศ./รพท./รพช. - รพ.สต.	- ร้อยละ ๘๐ - ร้อยละ ๓๐	- ขับเคลื่อน/ ผลักดันให้โรงพยาบาลมีระบบบำบัดโรคเสพติดยาสูบ เป้าหมายโรงพยาบาล (ระดับ รพศ./ รพท./ รพช.) จำนวน ๘๖๕ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๙๖.๑๑ - ขับเคลื่อน/ ผลักดันให้โรงพยาบาล มีระบบบำบัดโรคเสพติดยาสูบ เป้าหมายโรงพยาบาล (ระดับ รพ.สต.) จำนวน ๑,๙๖๓ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๒๑.๘๖	

๔. แผนงานควบคุมการบาดเจ็บ

๔.๑ แผนงานป้องกันการบาดเจ็บจากการจราจร

สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทย WHO รายงานความปลอดภัยทางถนนของโลก (Global Status Report on Road Safety, ๒๐๑๕) รายงานข้อมูลอุบัติเหตุทางถนนของโลก พ.ศ. ๒๕๕๖ จากการสำรวจ ๑๘๐ ประเทศทั่วโลก โดยพบว่าทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนสูงถึง ๑.๒๕ ล้านคน และบาดเจ็บจำนวน ๒๐ - ๕๐ ล้านคนในแต่ละปี ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้อุบัติเหตุทางถนนที่เกิดขึ้นคิดเป็นอัตรา ๑๗.๓ ต่อประชากรแสนคน โดยประเทศไทยเป็นประเทศที่มีอัตราการตายเป็นอันดับหนึ่งในภูมิภาคนี้และจากรายงานดังกล่าวได้ประมาณการว่าประเทศไทยมีอัตราการเสียชีวิตเป็นอันดับ ๒ ของโลก อัตราตาย ๓๖.๒ รายต่อแสนประชากร (ประมาณ ๒๔,๒๓๗ คน) และประเทศไทยยังเป็นอันดับ ๑ ของเอเชียและอาเซียนที่มีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนสูงที่สุด

ผลกระทบ การสูญเสียปีสุขภาวะในเพศชายและเพศหญิงจำแนกตามรายโรคพบว่าอุบัติเหตุทางถนนเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะอันดับ ๒ ในเพศชายและอันดับ ๘ ในเพศหญิงโดยค่าความสูญเสียในเพศชายร้อยละ ๘.๐ เพศหญิงร้อยละ ๒.๗ ซึ่งเพศชายสูญเสียปีสุขภาวะสูงกว่าเพศหญิงถึงกว่า ๔ เท่าและเมื่อพิจารณาการสูญเสียปีสุขภาวะในเพศชายและเพศหญิงในกลุ่มอายุ ๑๕-๑๙ ปีพบว่าอุบัติเหตุทางถนนเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของการสูญเสียปีสุขภาวะและจากข้อมูลบูรณาการ ๓ ฐาน (สาธารณสุข ตำรวจ และบริษัทกลางฯ) พบว่า คนไทยเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนนมากถึงปีละ ๒๓,๐๐๐ - ๒๔,๐๐๐ คน หรือ ชั่วโมงละ ๓ คน บาดเจ็บไม่ได้นอนโรงพยาบาลนับล้านคนและนอนรักษาตัวโรงพยาบาลเกือบสองแสนคนต่อปี พิจารณาก็คงเห็นว่า ๗,๐๐๐ คน คิดเป็นความสูญเสียทางเศรษฐกิจกว่า ๒ แสนล้านบาทต่อปี

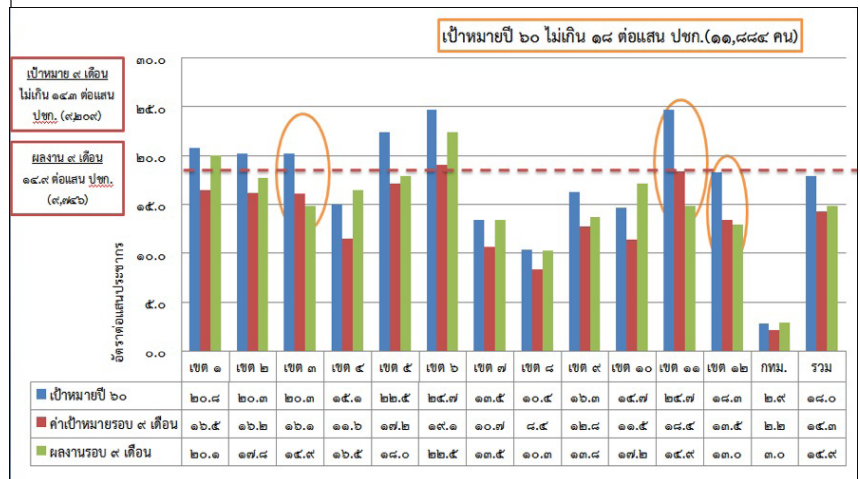


การดำเนินงานตามเกณฑ์ DHS-RTI											
๑.การจัดการข้อมูล การเฝ้าระวัง และจัดทำแผนการแก้ปัญหา											
จำนวนการตายของอุบัติเหตุทางถนนลดลงตามเกณฑ์ (ราย)											
ข้อมูลเปรียบเทียบรายเดือนปี ๒๕๕๖ เทียบกับ ปี ๒๕๕๕ และปี ๒๕๖๐ (๑๗เดือน)											
เดือน	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	เม.ย.	พ.ค.	รวม
ปี ๒๕๕๖	๓	๑	๒	๐	๓	๔	๒	๒	๔	๒	๒๖
ปี ๒๕๕๕	๐	๐	๐	๑	๒	๔	๓	๓	๔	๔	๒๔
ปี ๒๕๕๔	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๐	๐	๐	๓	๙
ปี ๒๕๖๐	๐	๐	๐	๑	๐	๐	๑	๑	๑	๐	๕
จำนวนการตายลดลง (%) ๑๑.๑๑											
ผ่านการประเมิน ระดับสูง(Advanced)											
จำนวนการตายลดลง ๑๑.๑๑ %											
จำนวนการบาดเจ็บลดลง ๒๖.๕๔ %											
จำนวนทรัพย์สินสูญหายลดลง ๔๖.๕๔ %											

การดำเนินงานตามเกณฑ์ DHS-RTI	
การจัดการจุดเสี่ยงต่อการบาดเจ็บทางถนน	
ภาพถ่ายก่อน-หลังดำเนินการพื้นที่จุดเสี่ยงต่อการบาดเจ็บทางถนน ๑๕ จุด	
ก่อน	หลัง
จุดที่ ๒ คือถนนซีกใต้ ขอบถนนไม่ชัดเจน	ปรับปรุงถนนใหม่ ติดเส้นขอบถนนขาวชัดเจนได้ กว่าเส้น

ผลการดำเนินงานตามเป้าหมายการลดโรคและภัยสุขภาพ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/ อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
ลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนน (ต่อแสนประชากร)	ไม่เกิน ๑๘.๐	จากข้อมูลการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ระหว่างเดือนตุลาคม ๒๕๕๙ ถึงมีนาคม ๒๕๖๐ จากข้อมูลการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ระหว่างเดือนตุลาคม ๒๕๕๙ ถึงมีนาคม ๒๕๖๐ โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าอัตราการเสียชีวิต จากอุบัติเหตุทางถนนทั่วประเทศ รอบ ๙ เดือน เท่ากับ ๑๔.๙ ต่อประชากรแสนคน ซึ่งมีอัตราสูงกว่าค่าเป้าหมายรอบ ๙ เดือน อยู่ที่ ๑๔.๓ ต่อประชากรแสนคน เมื่อจำแนกรายเขตสุขภาพพบว่า เขตสุขภาพที่ ๓, ๑๑ และ ๑๒ มีอัตราอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ลดลงตามเป้าหมาย	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ๑) การขับเคลื่อนการจัดการข้อมูลให้มีความต่อเนื่องจากปีที่ผ่านมา ได้แก่ IS Online และการบูรณาการข้อมูล ๓ ฐานในจังหวัด ซึ่งมีความก้าวหน้าไปมากในหลายจังหวัด ๒) เพิ่มการป้องกันที่เข้มข้นในระดับอำเภอและชุมชนมากขึ้น ได้แก่ อำเภอ (สสอ./รพช./คปสอ.) เป็นเลขาฯร่วมใน ศปถ.อำเภอ และบูรณาการการขับเคลื่อนภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (District Health Board: DHB) และมีกระบวนการทำงานทั้งเชิงผลิตและเชิงคุณภาพอย่างเป็นรูปธรรมภายใต้โครงการ D-RTI (District-Road Traffic Injury) ซึ่งเป็นกรอบการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในระดับอำเภอที่ครอบคลุมทุกประเด็น ทั้งการจัดการข้อมูล การบูรณาการทีมสหสาขา การขับเคลื่อนในระดับชุมชน การจัดการจุดเสี่ยง มาตรการชุมชน มาตรการองค์กร พร้อมทั้งมีการติดตามประเมินผลในระดับอำเภอ



แหล่งข้อมูล: ข้อมูลมรณบัตรและหนังสือรับรองการตาย กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข วิเคราะห์โดย : สำนักโรคไม่ติดต่อ

ความก้าวหน้าในการดำเนินงาน

๑. การพัฒนาระบบเฝ้าระวัง IS Online ปี ๒๕๖๐ ทดลองใช้ในเขตสุขภาพที่ ๗ และอยู่ในช่วงไตรมาส ๔ จัดการอบรมครู ก. และมีแผนขยายทั่วประเทศในปี พ.ศ. ๒๕๖๑ และจัดอบรมโรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป
๒. การพัฒนาระบบรายงานการสอบสวน (Investigation Online) เป็นคลังข้อมูลการสอบสวนการบาดเจ็บ (RTI) ออกแบบระบบเสร็จแล้ว อยู่ในช่วงทดลองใช้ และปี ๒๕๖๑ นำไปใช้จริงและเชื่อมโยงกับระบบ SAT ของสำนักกระบาดวิทยา

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/ อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
		๓. การจัดการข้อมูล ๓ ฐานในระดับจังหวัด (กระทรวงสาธารณสุข/ ตำรวจ และ บริษัทกลาง) มีจังหวัดดำเนินการได้ประมาณ ๖๐ จังหวัด ปี ๒๕๖๑ จะเน้นให้มีคุณภาพมากขึ้นและการนำไปใช้ประโยชน์และพัฒนาในจังหวัดที่ยังดำเนินการไม่ได้ ๔. Ambulance Safety ปี ๒๕๖๑ พัฒนาระบบความปลอดภัย แนวทางการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่พัฒนาการสอบสวนฯ และติดตามประเมินผล	
เป้าหมายระดับกรม			
ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในระดับอำเภอ (DHS-RTI)	มีอำเภอดำเนินการ DHS-RTI ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๓๐ ของอำเภอทั่วประเทศ หรือ ๒๖๔ อำเภอ และผ่านเกณฑ์การประเมินระดับดี ร้อยละ ๕๐ หรือ ๑๓๒ อำเภอ	กรมควบคุมโรค ได้ให้ความสำคัญปัญหาอุบัติเหตุทางถนน จึงได้พัฒนาการดำเนินการขับเคลื่อนการป้องกันและลดการตายจากอุบัติเหตุทางถนนในระดับอำเภอ ซึ่งเป็นหน่วยจัดการที่มีประสิทธิภาพ หากดำเนินงานอย่างจริงจัง โดยประยุกต์ใช้ระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System: DHS) มุ่งเน้นให้เกิดการดำเนินงานผ่านกลไกการควบคุมป้องกันโรคในระดับอำเภอ เชื่อมโยงกับศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนในระดับอำเภอ (ศปถ.อำเภอ) และขับเคลื่อนสู่ระดับชุมชนผ่านศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนในระดับท้องถิ่น (ศปถ.อปท.) ที่ประกอบด้วยเทศบาล อบต. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และเครือข่ายในชุมชน โดยประยุกต์แนวคิดขององค์การอนามัยโลก หรือกลยุทธ์ ๕ ส. มาเป็นกรอบการดำเนินงาน ๑๐ กิจกรรม ดังนี้ ๑. การจัดการข้อมูล การเฝ้าระวัง และจัดทำสถานการณ์ปัญหา ๒. การสอบสวนสาเหตุการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน ๓. การขับเคลื่อนการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมของทิมสหสาขา และเครือข่ายในอำเภอ ๔. มีแผนงาน/โครงการสนับสนุนอย่างชัดเจน	ผลการดำเนินงานผ่านระบบสุขภาพอำเภอ (DHS-RTI) มีอำเภอดำเนินการ ๖๓๔ อำเภอ คิดเป็นร้อยละ ๗๒.๒ ของอำเภอทั่วประเทศ ซึ่งมากกว่าเป้าหมาย ที่ ๒๖๔ อำเภอ และมีอำเภอดำเนินการผ่านเกณฑ์ระดับดี (Good) จำนวน ๓๒๘ อำเภอ และผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก(Excellent) ๘๙ อำเภอ และผ่านเกณฑ์ระดับดีเยี่ยม (Advanced) ๕๔ อำเภอ โดยมีอำเภอที่มีผู้บาดเจ็บและผู้เสียชีวิตลดลง จำนวน ๑๗๖ อำเภอ คิดเป็นร้อยละ ๓๗.๔ ของอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ระดับระดีขึ้นไป ปัญหาอุปสรรค ๑. อำเภอมีกระบวนการทำงานที่ดี และมีของจำกัดในการวิเคราะห์สถานการณ์และการชี้เป้าปัญหาและการประเมินผลซึ่งจะช่วยให้การทำให้ประสิทธิภาพมากขึ้น ๒. DHS-RTI บางเขตสุขภาพมีการขับเคลื่อนน้อยมาก เกิดจากการชี้เป้าของเขตและจังหวัดไม่ชัดเจน และซึ่งอาจจะยังไม่เข้าใจในกระบวนการ ข้อเสนอแนะ ๑.พัฒนาศักยภาพในระดับอำเภอในการจัดการข้อมูลเพื่อชี้เป้าปัญหา สถานการณ์ และประเมินผลได้ พร้อมทั้งจัดทำคู่มือแนวทางการจัดการข้อมูลในระดับอำเภอ ๒.ขับเคลื่อนเชิงนโยบายและชี้เป้าอำเภอเสี่ยงจากข้อมูล เพื่อให้เกิดการตื่นตัวในพื้นที่เป็นปัญหา

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/ อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
		๕. การขับเคลื่อนทีมระดับตำบล/ท้องถิ่น/หน่วยงาน หรือเรียกว่า RTI Team ๖. การชี้เป้าและจัดการจุดเสี่ยง ๗. การสร้างมาตรการชุมชนและด่านชุมชน ๘. การสร้างมาตรการองค์กรความปลอดภัยทางถนน ๙. การรณรงค์ให้ความรู้ประชาสัมพันธ์ สร้างกระแส การรับรู้แก่สังคม ๑๐. สรุปและประเมินผลการดำเนินงาน	

ผลการดำเนินงานตามมาตรการ

มาตรการ/ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/ อุปสรรค/ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
มาตรการที่ ๑ ด้านบริหารจัดการ			
มีหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายในระดับอำเภอ	จำนวนอำเภอที่มีหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐ ของอำเภอทั้งหมด	๑. SAT - EOC RTI คุณภาพ มีการจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านความปลอดภัยทางถนนช่วงเทศกาลปีใหม่และสงกรานต์ เพื่อเตรียมการรองรับปริมาณข้อมูลช่วง ๗ วันอันตรายและรายงานการสอบสวนการบาดเจ็บจากการจราจรทางถนน รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์การบาดเจ็บจากการจราจรทางถนนช่วงเทศกาลปีใหม่ เพื่อสรุปประเด็นปัญหาการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน โดยพื้นที่จัดตั้งได้ ๗๕ จังหวัด คิดเป็นร้อยละ ๙๘.๗ ๒. Trauma and Emergency Administrative unit (TEA unit) คุณภาพ มีการจัดการข้อมูล ๔๗ โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ ๖๑.๘ SAT/EOC - RTI ในจังหวัดจำนวน ๗๕ จังหวัด คิดเป็นร้อยละ ๙๘.๗ ๓. สสอ./รพช. ดำเนินงานร่วมกับทีมสหสาขาในอำเภอ ๔. เขตสุขภาพมีแผนและสนับสนุนงบประมาณ RTI	
มาตรการที่ ๒ ด้านการจัดการข้อมูล			
การนำข้อมูลการเฝ้าระวังและการสอบสวนการบาดเจ็บจากการจราจรไปใช้ประโยชน์	มีข้อเสนอเชิงนโยบาย ๑ เรื่อง	๑. การบูรณาการข้อมูลการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน การบูรณาการข้อมูล ๓ ฐาน (สาธารณสุข ตำรวจ และบริษัทกลางฯ) ซึ่งดำเนินการได้จำนวน ๖๘ จังหวัด คิดเป็นร้อยละ ๘๙.๔ เน้นให้มีคุณภาพมากขึ้นและ	

มาตรการ/ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/ อุปสรรค/ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
		การนำไปใช้ประโยชน์และพัฒนาในจังหวัดที่ยังดำเนินการไม่ได้ ๒. พัฒนาระบบข้อมูลด้านการบาดเจ็บและฉุกเฉินกระทรวงสาธารณสุข พัฒนาระบบรายงานเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (IS Online) โดยมีการทดลองใช้ในเขตสุขภาพที่ ๗ และมีแผนขยายทั่วประเทศ ในปี ๖๑ โดยจัดอบรมให้กับ รพศ./รพท. ๓. การสอบสวนการบาดเจ็บ พัฒนาระบบการรายงานสอบสวนออนไลน์ ใช้ระบบ Investigation Online เพื่อเป็นคลังข้อมูลการสอบสวนการบาดเจ็บ (RTI) โดยได้ออกแบบระบบเรียบร้อยแล้ว อยู่ในช่วงทดลองใช้ ในปี ๒๕๖๑ นำไปใช้จริงและเชื่อมโยงกับระบบ SAT ของสำนักกระบาดฯ ๔. การชี้เป้าจุดเสี่ยง โดยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางระบาดวิทยาเพื่อหาจุดเสี่ยงที่จะเกิดอุบัติเหตุ และนำเสนอข้อมูลผ่านทาง ศปภ.จังหวัด จุดเสี่ยงที่มีการชี้เป้า จำนวน ๒,๑๓๙ จุด จุดเสี่ยงที่มีการแก้ไขแล้ว จำนวน ๑,๐๔๑ จุด คิดเป็นร้อยละ ๔๘.๗	-
มาตรการที่ ๓ ด้านการป้องกันการบาดเจ็บจากการจราจร			
มีการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากการจราจรทางถนนผ่านระบบสุขภาพอำเภอ	มีการดำเนินงาน DHS-RTI ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐ ของอำเภอทั่วประเทศ	๑. ผลการดำเนินงานป้องกันและลดการตายจากอุบัติเหตุทางถนนผ่านระบบสุขภาพอำเภอ (DHS-RTI) มีอำเภอดำเนินการ ๖๓๔ อำเภอ คิดเป็นร้อยละ ๗๒.๒ ของอำเภอทั่วประเทศ ซึ่งมากกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้คือ ๒๖๔ อำเภอ และมีอำเภอดำเนินการผ่านเกณฑ์ระดับดี (Good) จำนวน ๓๒๘ อำเภอ และผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก (Excellent) ๘๙ อำเภอและผ่านเกณฑ์ระดับดีเยี่ยม (Advanced) ๕๔ อำเภอ โดยมีอำเภอที่มีผู้บาดเจ็บและผู้เสียชีวิตลดลง จำนวน ๑๗๖ อำเภอ คิดเป็นร้อยละ ๓๗.๔ ของอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ระดับดีขึ้น (จากฐานข้อมูลบริษัท กลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถจำกัด) ๒. มาตรการชุมชนเพื่อความปลอดภัยทางถนน ขับเคลื่อนงานด้านชุมชน/มาตรการชุมชน/ศูนย์สร้างเมา (Community Checkpoint) ร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชนในการป้องกันและป้องปรามพฤติกรรมเสี่ยงการเกิดอุบัติเหตุทางถนน ในเทศกาลปีใหม่/สงกรานต์ เป็นประจำทุกปีและร่วมเก็บสถิติอัตราการเสียชีวิตในช่วงเทศกาล ๓. มาตรการองค์กรเพื่อความปลอดภัยทางถนน มีโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป รายงานการดำเนินงานมาตรการความปลอดภัยของโรงพยาบาลจำนวน ๘๔ แห่ง ๔. สนับสนุนสื่อ/ประชาสัมพันธ์/รณรงค์ข่าวสารต่างๆ ให้กับพื้นที่ทั่วประเทศ	

มาตรการ/ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/ อุปสรรค/ ข้อเสนอแนะ เชิงนโยบาย
		๕. ลงพื้นที่เทศ/ติดตามงาน/ตรวจเยี่ยมการดำเนินงานด้านชุมชนในพื้นที่จังหวัดและจัดประชุมเชิงปฏิบัติการสรุปบทเรียนการดำเนินงานป้องกันและลดการตายจากอุบัติเหตุทางถนนรอบ ๖ เดือน ช่วงเทศกาลและตลอดทั้งปี ๔ ภาค ๖. อบรมพัฒนาบุคลากร และงานต่างประเทศ เพื่อขับเคลื่อนงานให้ได้มาตรฐานและเป็นที่ยอมรับสู่สากล โดยต้อนรับทีมคณะ ITRADA ประเทศญี่ปุ่น เพื่อมาร่วมสังเกตการณ์งานด้านอุบัติเหตุทางถนน	
มาตรการที่ ๔ ด้านการรักษา			
ประสาน Service Plan trauma	ผู้บาดเจ็บที่มีค่า Ps score > ๐.๗๕ เสียชีวิตไม่เกิน ร้อยละ ๑.๕%	๑. EMS ๒. ER คุณภาพ ๓. In hos คุณภาพ ๔. Referral System	

๔.๑ แผนงานป้องกันการบาดเจ็บจากสาเหตุอื่นๆ

การบาดเจ็บ (Injuries) เป็นสาเหตุของการบาดเจ็บและเสียชีวิตที่สำคัญ ในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตด้วยการบาดเจ็บกว่า ๔๐,๐๐๐ คน โดยเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนจำนวน ๑๕,๐๔๕ คน จมน้ำจำนวน ๓,๕๖๘ คน ทำร้ายตัวเองจำนวน ๓,๙๕๒ คน ถูกผู้อื่นทำร้ายจำนวน ๒,๖๕๒ คน และพลัดตกหกล้มจำนวน ๒,๐๐๗ คน ฯลฯ ซึ่งการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนเป็นสาเหตุการเสียชีวิตในกลุ่มวัยทำงาน (อายุ ๑๕ - ๕๙ ปี) การจมน้ำเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งในกลุ่มวัยเด็ก (อายุต่ำกว่า ๑๕ ปี) และการพลัดตกหกล้มเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ ๒ ในกลุ่มผู้สูงอายุ (อายุ ๖๐ ปีขึ้นไป) นอกจากการจมน้ำจะเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญในกลุ่มเด็กแล้ว (เสียชีวิตเฉลี่ยปีละ ๑,๒๐๐ คน) ยังพบว่า แต่ละปีมีเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี เสียชีวิตจากการบาดเจ็บจากสาเหตุอื่นๆ อีกกว่า ๑,๔๐๐ คน

การจมน้ำของเด็ก

รายงานการจมน้ำระดับโลก (Global Report on Drowning) ขององค์การอนามัยโลก พบว่า ในแต่ละปีมีเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี จมน้ำเสียชีวิตสูงถึง ๓๗๒,๐๐๐ คน ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ ๓ รองจากโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ (Meningitis) และเอดส์ (HIV) โดยมีจำนวนการเสียชีวิตปีละ ๑๔๐,๒๑๙ คน สำหรับประเทศไทยในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี การจมน้ำเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่ง ซึ่งสูงมากกว่าในทุกสาเหตุทั้งโรคติดเชื้อและไม่ติดเชื้อ อัตราการเสียชีวิตต่อประชากรแสนคน (ปี พ.ศ. ๒๕๔๘ - ๒๕๕๘) อยู่ในช่วง ๕.๙ - ๑๑.๕ และมีจำนวนการเสียชีวิตเฉลี่ยปีละ ๑,๑๗๗ คน อัตราป่วยตาย (Case Fatality Rate) จากการจมน้ำเท่ากับ ร้อยละ ๓๗.๒ ช่วงเดือนเมษายนเป็นช่วงที่มีเด็กจมน้ำเสียชีวิตมากที่สุด รองลงมาคือพฤษภาคม, มีนาคม และตุลาคม



ร่วมการแถลงข่าววันรณรงค์ป้องกันเด็กจมน้ำ ในหัวข้อ “บ้านเริ่ม ชุมชนร่วม...ป้องกันเด็กจมน้ำ” ระหว่าง นายแพทย์เจษฎา โชคดำรงสุข โฆษกกระทรวงสาธารณสุข อธิบดีกรมควบคุมโรค พร้อมนายแพทย์สุเทพ เพชรมาก รองอธิบดีกรมควบคุมโรค และนายทศสิทธิ์ พงษ์ศิริกุลกุล มูลนิธิพุทธธรรม ๓๑ (ลูก ๓๑) จ.นครราชสีมา วันที่ ๓ มีนาคม ๒๕๖๐ ณ สระวายน้ำ กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี



เวทีสัมมนา Merit Maker...Drown No More ๒๐๑๖ “สานพลังผู้ก่อการดี ป้องกันการจมน้ำ”

แหล่งน้ำที่มีเด็กเสียชีวิตจากการตกน้ำ และจมน้ำสูงที่สุดคือแหล่งน้ำธรรมชาติ (ร้อยละ ๓๙.๒) รองลงมาคืออ่างอาบน้ำ (ร้อยละ ๖.๘) และสระว่ายน้ำ (ร้อยละ ๒.๗) โดยปัจจัยเสี่ยงมีความแตกต่างกันในแต่ละกลุ่มวัย

กรมควบคุมโรคได้ดำเนินงานป้องกันการจมน้ำมาตั้งแต่ปลายปี ๒๕๔๙ ซึ่งภายหลังจากการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายในหลายปีที่ผ่านมา พบว่า การเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กลดลงครึ่งหนึ่ง (ก่อนปี ๒๕๕๐ = ๑,๕๐๐ คน, ปี ๒๕๕๘ = ๗๐๑ คน) อย่างไรก็ตาม ที่ผ่านมามีพื้นที่มีการดำเนินงานป้องกันการจมน้ำเพียงมาตรการเดียวซึ่งไม่ช่วยป้องกันการจมน้ำมากนัก ดังนั้นเพื่อเป็นการแก้ปัญหาดังกล่าวกรมควบคุมโรคจึงได้กำหนดกลยุทธ์ “ผู้ก่อการดี (Merit Maker)” ขึ้นซึ่งเป็นกลยุทธ์ที่จะกระตุ้นให้พื้นที่เกิดการดำเนินงานป้องกันการจมน้ำแบบสหสาขาต่อเนื่อง และครอบคลุมในทุกมาตรการ รวมทั้งใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในพื้นที่

ผลการดำเนินงานตามเป้าหมายการลดโรคและภัยสุขภาพ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน
อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี ต่อประชากรเด็กแสนคน	น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๕.๐ ต่อประชากรเด็กแสนคน	ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปีทั่วประเทศเท่ากับ ๕ ต่อประชากรเด็กแสนคน (ข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม ๒๕๕๙ ถึงมิถุนายน ๒๕๖๐ โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข) ซึ่งมีอัตราการเสียชีวิตเท่ากับค่าเป้าหมาย เมื่อจำแนกรายเขตสุขภาพพบว่า อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเกือบทุกเขตสูงเกินกว่าค่าเป้าหมายของแต่ละเขต ยกเว้นเขตสุขภาพที่ ๒, ๖, ๙ และ ๑๑ ที่มีอัตราการเสียชีวิตต่ำกว่าค่าเป้าหมาย และเมื่อวิเคราะห์เป็นจำนวนการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี ได้กำหนดเป้าหมายไว้ไม่เกิน ๕๗๘ คน พบว่าเพียง ๙ เดือน (ตุลาคม ๒๕๕๙ ถึงมิถุนายน ๒๕๖๐) มีเด็กเสียชีวิตเท่ากับ ๕๙๐ คนซึ่งเกินกว่าค่าเป้าหมาย ๑๒ คน ทั้งนี้เมื่อจำแนกรายเขตสุขภาพพบว่า จำนวนการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเกือบทุกเขตสูงเกินกว่าค่าเป้าหมายของแต่ละเขต ยกเว้นเขตสุขภาพที่ ๒, ๖, ๙ และ ๑๑ ที่มีจำนวนการเสียชีวิตต่ำกว่าค่าเป้าหมาย

ผลการดำเนินงานตามมาตรการ

มาตรการ/ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน
ป้องกันการจมน้ำ		
มาตรการที่ ๑ มาตรการด้านนโยบาย		
แผนยุทธศาสตร์ความปลอดภัยทางน้ำระดับชาติ	ทบทวนแผนยุทธศาสตร์ความปลอดภัยทางน้ำระดับชาติทั้งในและต่างประเทศ	จัดทำ (ร่าง) แผนการดำเนินงานป้องกันการจมน้ำระดับชาติ จำนวน ๑ ฉบับ การพัฒนา (ร่าง) แผนฯ ทำโดยการทบทวนแผนยุทธศาสตร์ความปลอดภัยทางน้ำระดับชาติทั้งในและต่างประเทศ และจัดประชุมปรึกษาหารือร่วมกับคณะกรรมการจัดทำร่างแผนยุทธศาสตร์ฯ เพื่อพิจารณากร่างแผนยุทธศาสตร์ความปลอดภัยทางน้ำระดับชาติ จำนวน ๒ ครั้ง

มาตรการ/ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน
มาตรการที่ ๒ มาตรการด้านการป้องกันระดับชุมชน		
จำนวนทีมผู้ก่อการดี (Merit Maker) ป้องกันการจมน้ำ	ระดับประเทศ : ทีมผู้ก่อการดี (Merit Maker) จำนวน ๒๐๐ ทีม ระดับเขต: ร้อยละ ๕๐ ของจำนวนอำเภอในจังหวัดพื้นที่เสี่ยงมากและปานกลางมีทีมผู้ก่อการดีอย่างน้อย ๑ ทีม และจังหวัดพื้นที่เสี่ยงน้อยมีทีมผู้ก่อการดีอย่างน้อย ๑ ทีม	๑. จัดเวทีสัมมนาการป้องกันการจมน้ำ: Merit Maker...Drown No More ๒๐๑๖ “สานพลังผู้ก่อการดี ป้องกันการจมน้ำ” เมื่อวันที่ ๑๒ มกราคม ๒๕๖๐ เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานป้องกันการจมน้ำ และกระตุ้นให้เครือข่ายมีการดำเนินงานป้องกันการจมน้ำอย่างต่อเนื่องและขยายผลการสร้างทีมเครือข่ายผู้ก่อการดีป้องกันการจมน้ำ ในหัวข้อ “ทำอย่างไรให้การเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กไทยเท่ากับประเทศที่พัฒนาแล้ว การปฐมพยาบาลคนจมน้ำ และการดูแลผู้ป่วยจาก Decompression Illness และ Lung Burst” และเรื่องเล่าจากผู้ก่อการดีฯ ระดับทอง ปี ๒๕๕๘ - ๒๕๕๙ มาถ่ายทอดประสบการณ์ โดยมีผู้เข้าร่วมประชุมจากหน่วยงานสาธารณสุขทั่วประเทศ/อปท./ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย โรงเรียน สมาคม มูลนิธิ จิตอาสา และหน่วยงานอื่นๆ จำนวนทั้งสิ้น ๔๕๐ คน ๒. ประกวดผลการดำเนินงานป้องกันการจมน้ำ โดยมีจำนวนผู้ก่อการดีที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ จำนวน ๕๐ คน และได้ทีมเครือข่ายผู้ก่อการดีทีมใหม่ จำนวน ๓๔๓ ทีม ๓. ตรวจเยี่ยมเสริมพลังและติดตาม/ประเมินผลการดำเนินงาน จำนวน ๑๘ จังหวัด เพื่อประเมินผลเชิงคุณภาพทีมผู้ก่อการดีฯ ในพื้นที่ ๔. พัฒนาศักยภาพเครือข่ายในพื้นที่ เพื่ออบรมให้เป็นวิทยากรตามหลักสูตรว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด โดยมีกลุ่มเป้าหมาย คือ หน่วยงานท้องถิ่น (เทศบาล, องค์การบริหารส่วนตำบล) ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย โรงเรียน หน่วยงานสาธารณสุข สมาคม มูลนิธิ จิตอาสา และหน่วยงานอื่นๆ จำนวน ๗๐ คน ๕. ผลักดันและสนับสนุนเครือข่ายให้เกิดทีมผู้ก่อการดี (Merit Maker) ระดับเขต โดย จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อถอดบทเรียนการดำเนินงานผู้ก่อการดี (Merit Maker) ป้องกันการจมน้ำ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขต สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาล จำนวน ๒๒ คน
มาตรการที่ ๓ มาตรการด้านข้อมูลและสื่อสารประชาสัมพันธ์		
จำนวนข้อมูล/message ที่มีการสื่อสารผ่านช่องทางต่างๆ	ระดับประเทศ: อย่างน้อย ๑๒ ครั้ง/ปี ระดับเขต: อย่างน้อย ๖ ครั้ง/ปี	๑. เฝ้าระวังการจมน้ำช่วงปิดเทอม โดยเผยแพร่ประชาสัมพันธ์กิจกรรมรณรงค์ป้องกันเด็กจมน้ำผ่านทางสถานีวิทยุ โทรทัศน์ และสื่อสิ่งพิมพ์ Social Media จำนวน ๓๒ ข่าว ๒. สอบสวนการจมน้ำของเด็กทุกราย ๓. สื่อสารข้อมูล/message ผ่านช่องทางต่างๆ ผลิตสื่อป้องกันการจมน้ำในเด็ก จำนวน ๔ เรื่องได้แก่ ๑) หนังสือแนวทางประเมินผู้ก่อการดีการดำเนินงานป้องกันการจมน้ำ (ฉบับปรับปรุง) จำนวน ๕๐๐ เล่ม ๒) หนังสือแนวทางสำหรับผู้ขอรับรองเป็นผู้ก่อการดีการดำเนินงานป้องกันการจมน้ำ (ฉบับปรับปรุง) จำนวน ๒,๕๐๐ เล่ม ๓) หนังสือกาว ๒...ผู้ก่อการดีป้องกันการจมน้ำ จำนวน ๖๐๐ เล่ม ๔) เอกสารเผยแพร่ข้อมูล เรื่อง ผู้ก่อการดี (Merit Maker) ป้องกันการจมน้ำ จำนวน ๖,๐๐๐ ฉบับ ๕) เอกสารเผยแพร่ข้อมูล เรื่อง ป้องกันการจมน้ำในเด็กเล็ก จำนวน ๒๔,๒๐๐ ฉบับ ๖) DVD เรื่อง การป้องกันการจมน้ำ จำนวน ๒,๕๐๐ แผ่น แจกจ่ายให้กับ สคร./สสจ./อปท.และหน่วยงานอื่นๆ ที่ประสงค์ขอใช้สื่อ

มาตรการ/ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน
ตัวชี้วัดที่ ๓.๒ จำนวน ครั้งการรณรงค์ ป้องกันการจมน้ำ	ระดับประเทศ: ๑ ครั้ง ระดับเขต: อย่างน้อย ๑ ครั้ง	มีการรณรงค์ป้องกันการจมน้ำทั้งระดับประเทศและระดับเขต ได้จัดแถลงข่าว รณรงค์ช่วงปิดเทอม เมื่อวันที่ ๓ มีนาคม ๒๕๖๐ ณ สระว่ายน้ำกระทรวง สาธารณสุข และกิจกรรมประกวดทีมผู้ก่อการดี (Merit Maker) รวมถึงจัดการประ กวดสพตวิทย์ป้องกันการจมน้ำ และจัดรณรงค์ไว้ในเวทีสัมมนาการป้องกันการจมน้ำ Merit Maker...Drown No More ๒๐๑๖ “สานพลังผู้ก่อการดี ป้องกันการ จมน้ำ”

การพลัดตกหกล้ม

ทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากการพลัดตก
หกล้มปีละประมาณ ๔๒๔,๐๐๐ คน หรือเฉลี่ย
วันละ ๑,๑๖๐ คน ประเทศไทย ในแต่ละปีมีผู้สูงอายุ
๑ ใน ๓ พลัดตกหกล้ม หรือกว่า ๓ ล้านคน และ
มีผู้สูงอายุเสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มมากกว่า
๔๐๐ คน (เฉลี่ยวันละ ๓ คน) โดยสาเหตุหลักมาจากการ
การลื่น สะดุด หรือก้าวพลาดบนพื้นระดับ
เดียวกัน เมื่อพิจารณาตามเพศพบว่า เพศชาย
ร้อยละ ๖๐ หกล้มนอกบ้าน ในสถานที่ทำงาน และ
ขณะเดินทาง ส่วนเพศหญิง ร้อยละ ๕๕ หกล้มในตัวบ้านและบริเวณบ้าน



ลงพื้นที่ตรวจเยี่ยมเสริมพลังและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การดำเนินงานป้องกันบาดเจ็บ
จากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยสถานบริการสาธารณสุข
ณ โรงพยาบาลนาดี จังหวัดปราจีนบุรี

การบาดเจ็บในเด็ก (Child Injury)

ทั่วโลกมีเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี เสียชีวิตจากการบาดเจ็บปี
ละประมาณ ๓๘๐,๖๖๓ คน หรือเฉลี่ยวันละประมาณ ๑,๐๔๒ คน สำหรับ
ประเทศไทย การบาดเจ็บเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในกลุ่มเด็ก โดยแต่ละปี
มีเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี เสียชีวิตจากการบาดเจ็บประมาณ ๒,๖๒๐ คน ซึ่งมี
จำนวนสูงมากกว่าจำนวนรวมของการเสียชีวิตจากโรคเอดส์ใช้เลือดออก
ปอดบวม เยื่อหุ้มสมองอักเสบ และโรคติดเชื้อ (ประมาณ ๗๑๕ คน)



มาตรการ/ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน
การปลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ/ การบาดเจ็บในเด็ก		
มาตรการที่ ๑ สร้างเครือข่ายดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากการปลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยสถานบริการสาธารณสุข		
จำนวนเครือข่ายที่มี การดำเนินงาน ป้องกันการบาดเจ็บ จากการปลัดตกหกล้ม ในผู้สูงอายุโดยสถาน บริการสาธารณสุข	ระดับประเทศ: ๑๒ เครือข่าย ระดับเขต: อย่างน้อย ๑ เครือข่ายใน ๔ สคร. (สคร.๕,๖,๘ และ ๑๑)	๑. ขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากการปลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุแบบสหสาขา - จัดประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาและขยายพื้นที่ดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บโดยสถานบริการสาธารณสุข เมื่อวันที่ ๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๕๙ โดยมีสถานบริการสาธารณสุขเข้าร่วมจำนวน ๑๒ แห่ง ใน ๕ จังหวัด ๔ สคร. (รพศ. ๒ แห่ง, รพช. ๘ แห่ง, รพ.สต. ๒ แห่ง) - ดำเนินการจ้างเหมาจัดกิจกรรมรณรงค์ป้องกันการปลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุผ่านสื่อออนไลน์ และทำแอปพลิเคชันการประเมินความเสี่ยงต่อการปลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ๒. ลงพื้นที่สนับสนุนวิชาการ/ตรวจเยี่ยมเสริมพลัง และติดตามประเมินผลในพื้นที่ ๕ จังหวัด ได้แก่ จ.นครปฐม จ.ปราจีนบุรี จ.นครพนม จ.สกลนคร และ จ.นครศรีธรรมราช เพื่อรับทราบปัญหาและผลการดำเนินงานในพื้นที่ เพื่อนำข้อมูลมาวางแผน ปรับปรุงการดำเนินงานต่อไป รวมไปถึงจนถึงกำหนดแผนการสื่อสารความเสี่ยงฯ
มาตรการที่ ๒ สื่อสารประชาสัมพันธ์ป้องกันการปลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ/ การบาดเจ็บในเด็ก		
จำนวนสถานบริการ สุขภาพที่ได้รับการ สื่อสารประชาสัมพันธ์ ป้องกันการปลัดตก หกล้มในผู้สูงอายุ/ การบาดเจ็บในเด็ก	สถานบริการ สาธารณสุข ๑๒ แห่ง	ผลิตคู่มือ/ แนวทาง/ สื่อสารเอกสารเผยแพร่การดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บ (การปลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ/ การบาดเจ็บในเด็ก) ไม่น้อยกว่า ๑ เรื่อง/ ปี โดยผลิตเอกสารเผยแพร่/ สื่อต้นแบบฯ เรื่อง การปลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ จำนวน ๒ ประเภท ได้แก่ แผ่นพับ และภาพพลิก รวมถึงผลิตสื่อการเรียนการสอน DVD และแผ่นพับ การบาดเจ็บในเด็กจากการจมน้ำเพื่อใช้ในโรงเรียนด้วย

๓.๔ แผนควบคุมโรคภายใต้ Cluster Env-Occ

๑. แผนงานควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพ

๑.๑ แผนงานควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพกลุ่มแรงงานนอกระบบ/ ภาคเกษตรกรรม

ปัจจุบันประเทศไทยมีประชากรที่มีงานทำ ๓๘.๓ ล้านคน โดยเป็นแรงงานนอกระบบ ซึ่งเป็นกลุ่มแรงงานที่ไม่มีนายจ้าง ไม่อยู่ในระบบประกันสังคม มากถึง ๒๑.๑ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๕๕.๖ ของผู้มีงานทำ ในปี ๒๕๕๙ พบว่ามีแรงงานนอกระบบ ในภาคเกษตรกรรมมากที่สุด (ร้อยละ ๕๔.๘) รองลงมาเป็นภาคการบริการและการค้าและภาคการผลิตตามลำดับ ส่วนปัญหาจากความไม่ปลอดภัยในการทำงาน พบว่าแรงงานนอกระบบส่วนใหญ่ได้รับสารเคมีเป็นพิษมากที่สุด ร้อยละ ๖๐.๖ รองลงมาเป็นเครื่องจักร เครื่องมือที่เป็นอันตราย ร้อยละ ๒๒.๑ และได้รับอันตรายต่อระบบหู/ ระบบตา ร้อยละ ๔.๖

ปี ๒๕๖๐ ได้มีเป้าหมายที่จะขยายการดำเนินงานให้ครอบคลุมกลุ่มแรงงานทั่วประเทศ โดยนำร่องใน ๕ เขต ประกอบด้วย สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑ เชียงใหม่ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๕ ราชบุรี สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๗ ขอนแก่น สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๘ อุดรธานี และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๒ สงขลา ซึ่งมีการลงนามความร่วมมือทางวิชาการเพื่อสนับสนุนการนำนโยบายสู่การปฏิบัติกลุ่มแรงงานนอกระบบในระดับเขตสุขภาพและระดับจังหวัดในครั้งนี และให้สำนักงานป้องกันควบคุมโรคเป็นผู้ประสานงานหลักกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในทุกภาคส่วน เพื่อผลักดันกลไกการดำเนินงานสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมสำหรับความร่วมมือในครั้งนี เพื่อเป็นการส่งเสริมสนับสนุนและเอื้ออำนวยการนำนโยบาย สร้างเสริมสุขภาพความปลอดภัยและอาชีวอนามัยสำหรับกลุ่มแรงงานนอกระบบสู่การปฏิบัติ ในระดับเขตสุขภาพและระดับจังหวัด (รวมถึงอำเภอ/ ตำบล) โดยดูแลสุขภาพจากการประกอบอาชีพของกลุ่มแรงงานนอกระบบ เพื่อลดความเสี่ยงและการปรับหรือจัดสภาพแวดล้อมในการทำงานให้เอื้อต่อการทำงานที่ปลอดภัย ซึ่งเป็นการส่งเสริมป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพด้วยตนเองและกลุ่มหรือชุมชน รวมถึงการรักษาและฟื้นฟูหลังจากที่เจ็บป่วยหรือได้รับผลกระทบจากการทำงาน และมุ่งเน้นแรงงานนอกระบบที่ต้องดูแลหรือให้คำแนะนำเป็นพิเศษ ๕ กลุ่มสำคัญ ได้แก่ เกษตรกร แกะสลักหิน ตัดเย็บผ้าและผลิตภัณฑ์จากผ้า เก็บและคัดแยกขยะ และขับแท็กซี่และรถโดยสารสาธารณะ เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีจำนวนมากเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยสูงหรือมีโอกาสที่จะแพร่กระจายเชื้อโรคไปยังผู้อื่นได้



นายแพทย์สุเทพ เพชรมาศ รองอธิบดีกรมควบคุมโรค พร้อมผู้บริหารจากกรมควบคุมโรค ผู้ร่วมลงนามจาก ๕ หน่วยงาน ผู้แทนกลุ่มแรงงานนอกระบบ และผู้แทนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส) พิธีลงนามความร่วมมือทางวิชาการเพื่อสนับสนุนและเอื้ออำนวยการนำนโยบายสู่การปฏิบัติกลุ่มแรงงานนอกระบบในระดับเขตสุขภาพและระดับจังหวัด วันที่ ๑๗ มกราคม ๒๕๖๐ ณ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ผลการดำเนินงานตามเป้าหมายการลดโรคและภัยสุขภาพ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/ อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
อัตราป่วยด้วยโรคจากการประกอบอาชีพที่สำคัญในกลุ่มแรงงานนอกระบบ ลดลงจากปีที่ผ่านมา			
โรคพิษสารกำจัดศัตรูพืช (ICD-๑๐ ไม่รวมสาเหตุการฆ่าตัวตาย)	อัตราป่วย ร้อยละ ๖.๙๘ ต่อประชากรแสนคน	อัตราป่วย ร้อยละ ๑๘.๘๓ ต่อประชากรแสนคน	เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลอัตราป่วยจากระบบคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ (HDC) เมื่อปี ๒๕๕๙ พบว่าอัตราป่วยเพิ่มขึ้นร้อยละ ๔.๓๖ ต่อประชากรแสนคน (ปี ๒๕๕๙ เท่ากับ ๑๔.๔๗) หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ ๓๐ จากข้อมูลปี ๒๕๕๙ สาเหตุเนื่องจาก ๑) ส่วนกลางมีการกระตุ้นและสนับสนุนให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ประจำหน่วยบริการสาธารณสุขแต่ละระดับ ๒) อัตราป่วยต่อประชากรแสน

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/ อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
			ในการใช้คำนวณที่ปรากฏในคลังข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข ใช้ฐานประชากรที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่ให้บริการและไม่รวมประชากรของพื้นที่กรุงเทพมหานคร จึงเป็นสาเหตุหนึ่งทำให้อัตราป่วยสูงกว่าฐานที่ตั้งไว้ ๓) การรณรงค์คัดกรองสุขภาพเกษตรกรผ่านมาตรการจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกร/ คลินิกสุขภาพแรงงานในชุมชน เมื่อพบความเสี่ยงจากการสัมผัสสารกำจัดศัตรูพืช เจ้าหน้าที่ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้มีการจ่ายยาใบรางวัลเพื่อลดพิษ ซึ่งบางหน่วยบริการสาธารณสุขได้ลงรหัส ICD-๑๐ ว่าป่วยด้วยพิษสารกำจัดศัตรูพืช ซึ่งในความเป็นจริงเกษตรกรยังไม่เข้าข่ายการป่วยด้วยพิษสารกำจัดศัตรูพืช ทำให้อัตราจำนวนผู้ป่วยสูงขึ้น
โรคปอดจากการประกอบอาชีพ ประกอบด้วย			
โรคปอดฝุ่นหิน (Silicosis)	-	อัตราป่วยร้อยละ ๐.๓๔ ต่อประชากรแสนคน	จากการเปรียบเทียบข้อมูลอัตราป่วยจาก HDC เมื่อปี ๒๕๕๙ พบว่าอัตราป่วยลดลง ร้อยละ ๐.๐๕ ต่อประชากรแสนคน (ปี ๒๕๕๙ เท่ากับ ๐.๓๙) หรือลดลงร้อยละ ๑๓ นับเป็นสัญญาณที่ดีว่ามีผู้ป่วยลดลง อย่างไรก็ตามก็ตีการวินิจฉัยโรคปอดฝุ่นหินหรือการเข้าถึงผู้ป่วย รวมถึงการรายงานโรสดังกล่าวยังมีจำนวนน้อยกว่าความเป็นจริง (Under Reported) ซึ่งกรมควบคุมโรค กำลังอยู่ระหว่างพัฒนาระบบข้อมูลและการลงรหัสวินิจฉัยโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมของกระทรวงสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
โรคปอดจากแร่ใยหิน (Asbestosis)	-	อัตราป่วยร้อยละ ๐.๑๒ ต่อประชากรแสนคน	จากการเปรียบเทียบข้อมูลอัตราป่วยจาก HDC เมื่อปี ๒๕๕๙ พบว่าอัตราป่วยลดลงร้อยละ ๐.๑๖ ต่อประชากรแสนคน (ปี ๒๕๕๙ เท่ากับ ๐.๒๘) หรือลดลงร้อยละ ๕๗ นับเป็นสัญญาณที่ดีว่ามีผู้ป่วยลดลง อย่างไรก็ตามก็ตีการวินิจฉัยโรคแร่ใยหินก็เป็นไปในลักษณะเดียวกับโรคปอดฝุ่นหิน คือการเข้าถึงผู้ป่วยหรือการรายงานโรสดังกล่าว ยังมีจำนวนน้อยกว่าความเป็นจริง (Under Reported)
โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ	อัตราป่วยร้อยละ ๖๙.๒๖ ต่อประชากรแสนคน	อัตราป่วยร้อยละ ๑๘๗.๑๕ ต่อประชากรแสนคน	จากการเปรียบเทียบข้อมูลอัตราป่วยจาก HDC เมื่อปี ๒๕๕๙ พบว่าอัตราป่วยเพิ่มขึ้นร้อยละ ๕๑.๘๙ ต่อประชากรแสนคน (ปี ๒๕๕๙ เท่ากับ ๑๓๕.๒๖) หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ ๓๘ อาจเนื่องจากการพัฒนาระบบข้อมูลที่ดีขึ้น หรือมีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคนี้เพิ่มมากขึ้น ซึ่งทางหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องช่วยกันปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและสภาพแวดล้อมในการทำงานให้ผู้ประกอบอาชีพเจ็บป่วยด้วยโรคนี้น้อยลงซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนเพื่อแก้ไขปัญหา

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/ อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
โรคพิษสารเคมี (กลุ่มโลหะหนัก สารทำลายอินทรีย์)			
กลุ่มโลหะหนัก	อัตราป่วย ร้อยละ ๐.๒๖ ต่อประชากรแสนคน	อัตราป่วย ร้อยละ ๐ ต่อประชากรแสนคน	จากการเปรียบเทียบข้อมูลอัตราป่วยจาก HDC เมื่อปี ๒๕๕๙ พบว่าอัตราป่วยลดลงร้อยละ ๐.๐๖ ต่อประชากรแสนคน (ปี ๒๕๕๙ เท่ากับ ๐.๐๖) อย่างไรก็ตาม การวินิจฉัยโรคอาจจะยังมีจำนวนน้อยกว่าความเป็นจริง (Under Reported)
สารทำลายอินทรีย์	-	อัตราป่วย ร้อยละ ๐.๐๓ ต่อประชากรแสนคน	จากการเปรียบเทียบข้อมูลอัตราป่วยจาก HDC เมื่อปี ๒๕๕๙ พบว่าอัตราป่วยลดลงร้อยละ ๑.๐๙ ต่อประชากรแสนคน (ปี ๒๕๕๙ เท่ากับ ๑.๑๒) อย่างไรก็ตาม การวินิจฉัยโรคอาจจะยังมีจำนวนน้อยกว่าความเป็นจริง (Under Reported)

ผลการดำเนินงานตามมาตรการ

มาตรการ/ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/ อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
มาตรการที่ ๑ สร้างการจัดบริการอาชีวอนามัยให้แรงงานในชุมชน			
จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีการจัดบริการอาชีวอนามัยให้แรงงานในชุมชนเพิ่มขึ้นปีละอย่างน้อย ร้อยละ ๑๐ (จำนวนแรงงานนอกระบบได้รับการคัดกรองสุขภาพ (ปี ๒๕๕๙ ร้อยละ ๔๐))	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๖๙.๔๑ หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิผ่านเกณฑ์ระดับเริ่มต้นพัฒนาขึ้นไป ๖,๘๐๔ แห่งจากทั้งหมด ๙,๘๐๒ แห่ง	
ร้อยละของการยกระดับการจัดบริการอาชีวอนามัยให้แรงงานในชุมชน	ร้อยละ ๑๐	ร้อยละ ๑๔.๒๗	โดยวัดจากร้อยละของจำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ผ่านเกณฑ์การจัดบริการอาชีวอนามัยให้กับแรงงานในชุมชน ตั้งแต่ระดับพื้นฐานขึ้นไป ของปี ๒๕๖๐ ที่เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๕๙
มาตรการที่ ๒ สร้างและพัฒนาความร่วมมือของเครือข่ายเพื่อการลดปัจจัยเสี่ยงในการทำงานของแรงงานในชุมชนและแรงงานนอกระบบ			
จำนวนพื้นที่ต้นแบบด้านอาชีวอนามัยที่มีการพัฒนาร่วมกับเครือข่ายในพื้นที่อย่างน้อยจังหวัดละ ๑ แห่ง	มีพื้นที่ต้นแบบด้านอาชีวอนามัยอย่างน้อยจังหวัดละ ๑ แห่ง	มีพื้นที่ต้นแบบด้านอาชีวอนามัยที่มีการพัฒนาร่วมกับเครือข่ายในพื้นที่ จำนวน ๕๔๓ แห่ง	

๑.๒ แผนงานควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพภาคอุตสาหกรรม (กลุ่มวัยทำงาน)

กระทรวงสาธารณสุข ได้ให้ความสำคัญกับวัยทำงาน จึงได้ดำเนินการจัดทำโครงการสถานประกอบการปลอดโรค ปลอดภัย ภายใจเป็นสุข ภายใต้นโยบายลดโรคเพิ่มสุข ตั้งแต่ปี ๒๕๕๕ – ถึงปัจจุบัน โดยเป็นการบูรณาการการดำเนินงานระหว่างกรมควบคุมโรค กรมอนามัย และกรมสุขภาพจิต กรมควบคุมโรค โดยสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ร่วมกับภาคีเครือข่ายทั้งจากภาครัฐและเอกชน ได้แก่ สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค กรมอนามัย กรมสุขภาพจิต กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สำนักงานป้องกันควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสถานประกอบการ ได้จัดทำเกณฑ์การพัฒนา “สถานประกอบการ ปลอดโรคปลอดภัย ภายใจเป็นสุข” และแนวทางการดำเนินงานตามเกณฑ์การพัฒนาของโครงการฯ โดยยึดกรอบแนวคิด Healthy Workplace ของ WHO ๒๐๐๘ และส่วนหนึ่งดัดแปลงมาจากเกณฑ์การประเมิน “สถานที่ทำงานน่าอยู่ น่าทำงาน” (Healthy Workplace) ของ กรมอนามัย เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาและดำเนินการผ่านเครือข่ายสาธารณสุข ให้สถานประกอบการที่เข้าร่วมโครงการนั้น เป็นสถานประกอบการปลอดโรค ปลอดภัย ภายใจเป็นสุข ในปีต่อไป



จากข้อมูลสถิติของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี ๒๕๕๙ พบว่าประเทศไทยมีประชากรที่มีงานทำจำนวน ๓๘.๓ ล้านคน เป็นผู้ทำงานที่ไม่ได้รับความคุ้มครองและไม่มีหลักประกันทางสังคมจากการทำงานหรือเรียกว่าแรงงานนอกระบบ ๒๑.๓ ล้านคน หรือร้อยละ ๕๕.๖ และที่เหลือเป็นแรงงานในระบบ ๑๗.๐ ล้านคน หรือร้อยละ ๔๔.๔ ของจำนวนผู้มีงานทำทั้งหมด และข้อมูลจากการพัฒนาสถานประกอบการปลอดโรค ปลอดภัย ภายใจเป็นสุข (สำนักโรคไม่ติดต่อ: ๒๕๕๕) พบว่า ปี ๒๕๕๔ กว่า ๑ ใน ๑๑ ของวัยแรงงานเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ ๓๒.๔ รองลงมาเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ ๒๑.๑ และโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง ร้อยละ ๑๘.๗ และข้อมูลของกองทุนเงินทดแทน ในช่วงปี ๒๕๕๔ – ๒๕๕๘ อัตราการประสบอันตรายต่อลูกจ้าง ๑,๐๐๐ ราย (รวมทุกรณความรุนแรง) มีแนวโน้มลดลงเฉลี่ยร้อยละ ๑๐.๐๐ ต่อปี โดยปี ๒๕๕๔ อัตราการประสบอันตรายเท่ากับ ๑๕.๗๖ ราย ต่อพันราย และลดลงอยู่ที่อัตรา ๑๐.๒๕ รายต่อพันราย ในปี ๒๕๕๘ และหากนับจำนวนการประสบอันตรายเฉพาะกรณีร้ายแรง พบว่า อัตราประสบอันตราย เท่ากับ ๓.๑๙ ต่อ ๑,๐๐๐ รายโดยมีสถานการณ์ปัญหาโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญ ดังนี้

โรคปอดจากฝุ่นหิน (Silicosis) ปี ๒๕๕๙ ระบุว่า มีผู้ป่วยโรคซิลิโคสิสที่ได้รับการวินิจฉัยจากสถานพยาบาลว่าเจ็บป่วยด้วยโรคตามรหัส ICD-๑๐TM เป็น J๖๒.๘ (Pneumoconiosis due to other dust containing silica) (ไม่รวมพื้นที่จังหวัดกรุงเทพมหานคร) จำนวน ๒๓๖ คน จาก ๒๕ จังหวัดทั่วประเทศ คิดเป็นอัตราป่วยต่อแสนคนเท่ากับ ๐.๓๙ ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. ๒๕๕๘ ที่พบผู้ป่วยโรคซิลิโคสิส จำนวน ๖๙ คน

โรคจากพิษโลหะหนัก (Toxic Effect of Metals) ปี ๒๕๕๙ ระบุว่า มีผู้ป่วยโรคจากพิษโลหะหนัก ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยด้วยโรคตามรหัส ICD-๑๐TM เป็น T๕๖.๐ – T๕๖.๙ (Toxic Effect of Metals) (ไม่รวมพื้นที่จังหวัดกรุงเทพมหานคร) จำนวน ๓๙ คน จาก ๑๘ จังหวัดทั่วประเทศ คิดเป็นอัตราป่วยต่อแสนคน เท่ากับ ๐.๐๖ ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. ๒๕๕๘ ที่มีผู้ป่วยโรคจากพิษโลหะหนัก จำนวน ๓๐ คน (อัตราป่วย ๐.๐๕)

โรคปอดจากแร่ใยหิน (Asbestosis) ปี ๒๕๕๙ ระบุว่า มีผู้ป่วยด้วยโรคที่เกิดจากแร่ใยหินแอสเบสตอส ที่ได้รับการวินิจฉัยจากสถานพยาบาลว่าเจ็บป่วยด้วยโรคตามรหัส ICD-๑๐TM เป็น J๖๑ (Pneumoconiosis due to Asbestos and Other Mineral Fibres) J๙๒.๐ (Pleural Plaque with Asbestosis) และ C๔๕.๐ – ๔๕.๙ (Mesothelioma) (ไม่รวมพื้นที่จังหวัดกรุงเทพมหานคร) จำนวน ๑๖๖ คน จาก ๕๖ จังหวัดทั่วประเทศ คิดเป็นอัตราป่วยต่อแสนคน เท่ากับ ๐.๒๘ ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. ๒๕๕๘ ที่พบผู้ป่วยโรคที่เกิดจากแร่ใยหินแอสเบสตอส จำนวน ๑๓๒ คน (อัตราป่วย ๐.๒๒)

โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ ปี ๒๕๕๙ ระบุว่า มีผู้ป่วยโรคกระดูกและกล้ามเนื้อจากการทำงาน ที่ได้รับการวินิจฉัยจากสถานพยาบาลว่าเจ็บป่วยด้วยโรคตามรหัส ICD-๑๐TM เป็น M๐๐-M๙๙ (โรคของระบบกล้ามเนื้อโครงร่างและเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน) และ G๕๖.๐ (กลุ่มอาการเส้นประสาทมีเดียนถูกกดทับที่ช่องกระดูกข้อมือ (Carpal Tunnel Syndrome)) ที่มีการลงทะเบียน Y๙๖ (ภาวะที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน) รวมด้วย (ไม่รวมพื้นที่จังหวัดกรุงเทพมหานคร) จำนวน ๘๑,๒๒๖ คน คิดเป็นอัตราป่วยต่อแสนคน

เท่ากับ ๑๓๕.๒๖ ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. ๒๕๕๘ ที่พบผู้ป่วยโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ เฉพาะรายที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน (Y๙๖) จำนวน ๗๒,๔๘๖ คน (อัตราป่วย ๑๒๑.๙๓)

โรคจากสารทำลายอินทรีย์ ปี ๒๕๕๙ ระบุว่า มีผู้ป่วยด้วยโรคจากพิษสารทำลายอินทรีย์ ที่ได้รับการวินิจฉัยจากสถานพยาบาลว่าเจ็บป่วยด้วยโรคตามรหัส ICD-๑๐TM เป็น T๕๒.๐ - T๕๒.๙ (Toxic Effects of Organic Solvents) (ไม่รวมพื้นที่จังหวัดกรุงเทพมหานคร) จำนวน ๖๗๓ คน คิดเป็นอัตราป่วยต่อแสนคนเท่ากับ ๑.๑๒ ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. ๒๕๕๘ ที่มีผู้ป่วยโรคจากพิษสารทำลายอินทรีย์ จำนวน ๖๖๔ คน (อัตราป่วย ๑.๑๒)

โรคประสาทหูเสื่อมจากเสียงดัง ปี ๒๕๕๙ ระบุว่า มีผู้ป่วยโรคการได้ยินเสื่อมเหตุเสียงดัง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากสถานพยาบาลว่าเจ็บป่วยด้วยโรคตามรหัส ICD-๑๐TM เป็น H๘๓.๓ (สูญเสียการได้ยินจากผลของเสียงต่อหูชั้นใน) และ H๙๐.๓-H๙๐.๕ (สูญเสียการได้ยินจากประสาทหูเสื่อม) (ไม่รวมพื้นที่จังหวัดกรุงเทพมหานคร) จำนวน ๖๐,๙๔๖ คน คิดเป็นอัตราป่วยต่อแสนคนเท่ากับ ๑๐๑.๔๙ ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. ๒๕๕๘ ที่พบผู้ป่วยโรคการได้ยินเสื่อมเหตุเสียงดัง จำนวน ๔๘,๔๓๕ คน (อัตราป่วย ๘๑.๔๘)

ผลการดำเนินงานตามเป้าหมายการลดโรคและภัยสุขภาพ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/ อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
อัตราการประสบอันตรายจากการทำงาน (โรคและอุบัติเหตุจากการทำงาน) ต่อลูกจ้าง ๑,๐๐๐ ราย ลดลงจากปีที่ผ่านมา ร้อยละ ๑๐	ร้อยละ ๘.๐๐	อัตราการประสบอันตรายต่อลูกจ้าง ๑,๐๐๐ ราย ในปี ๒๕๕๙ (รวมทุกกรณีความรุนแรง) เท่ากับ ๙.๔๗ ลดลงจากปี ๒๕๕๘ ร้อยละ ๗.๖๑	-

ผลการดำเนินงานตามมาตรการ

มาตรการ/ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/ อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
มาตรการที่ ๑ สนับสนุนสถานประกอบการให้มีการดูแลสุขภาพผู้ประกอบการอาชีพได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด			
จำนวนสถานประกอบการเข้าร่วมโครงการสถานประกอบการปลอดโรคปลอดภัย ภายใจเป็นสุขเพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา (ยอดสะสม)	สถานประกอบการเข้าร่วมโครงการฯ อย่างน้อย ๓๘๐ แห่ง	๑) สถานประกอบการที่เข้าร่วมโครงการสถานประกอบการฯ จำนวน ๕๒๑ แห่ง (นับรวม กทม.๑ แห่ง) ๒) ยอดสะสมของจำนวนสถานประกอบการที่เข้าร่วมโครงการฯ ตั้งแต่ปี ๒๕๕๖ – ๒๕๖๐ จำนวน ๒,๗๑๙ แห่ง	-

มาตรการ/ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/ อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
ร้อยละ ๑๐ ของ สถานประกอบการ ที่เข้าร่วมโครงการ สถานประกอบการ ปลอดภัย ปลอดภัย กายใจเป็นสุขมีการ ดำเนินงานผ่านเกณฑ์ สถานประกอบการ ปลอดภัย ปลอดภัย กายใจเป็นสุข (ยอดสะสม)	สถานประกอบการ ที่เข้าร่วมโครงการฯ ผ่านเกณฑ์อย่างน้อย ร้อยละ ๑๐ (ยอดสะสม) ภาพประเทศ	๑) สถานประกอบการที่เข้าร่วม โครงการฯ ผ่านเกณฑ์ฯ ร้อยละ ๓๑.๒๙ (๑๖๖ แห่ง จาก ๕๒๐ แห่ง ไม่รวม กทม.) ๒) ยอดสะสมตั้งแต่ปี ๒๕๕๖ - ๒๕๖๐ พบว่า ผ่านเกณฑ์ฯ ร้อยละ ๒๘.๓๙ (๗๗๒ แห่ง จาก ๒,๗๑๙ แห่ง)	-
มาตรการที่ ๒ สนับสนุนให้มีการจัดการอาชีวอนามัยครบวงจรแก่สถานประกอบการ			
สถานประกอบการที่ พนักงานมีโอกาสรับ สัมผัสปัจจัยเสี่ยงที่ก่อ ให้เกิดโรคจากการ ประกอบอาชีพที่สำคัญ ๗ กลุ่มโรค มีการจัด บริการอาชีวอนามัย ครบวงจร อย่างน้อย จังหวัดละ ๒ แห่ง (ยอดสะสม)	อย่างน้อย ๑๕๒ แห่ง	๑) ปี ๖๐ สถานประกอบการ เข้าร่วมดำเนินงานสถาน ประกอบการกลุ่มเสี่ยงฯ มีการ จัดการอาชีวอนามัยครบวงจร จำนวน ๕๗ แห่ง ผ่านเกณฑ์ครบ วงจร ๑๔ แห่ง ในพื้นที่ ๓ จังหวัด ๒) ยอดสะสม ปี ๒๕๕๙ - ๒๕๖๐ สถานประกอบการ เข้าร่วมฯ ๒๗๓ แห่ง ผ่านเกณฑ์ ครบวงจร ๕๕ แห่งในพื้นที่ ๒๔ จังหวัด	-

๒. แผนงานยุทธศาสตร์บริหารจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม

ปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพมาจากหลายสาเหตุ ทั้งที่เกิดจากธรรมชาติและการกระทำของมนุษย์ ประเทศไทยประสบปัญหาผลกระทบต่อสุขภาพจาก สิ่งแวดล้อมที่สำคัญ ได้แก่ ๑) ปัญหามลพิษจากขยะ ทั้งขยะทั่วไปและขยะอิเล็กทรอนิกส์ที่สะสมและเกิดจากการกำจัดไม่ถูกต้องตามหลักวิชาการ ซึ่งปัจจุบันมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างมากมีการร้องเรียนเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่รายงานการศึกษาถึง



นายแพทย์เจษฎา โชคดำรงสุข อธิบดีกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และ ดร.ชัยยุทธ ชวลิตนิจกุล คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ร่วมลงนามความร่วมมือทางวิชาการ (MOU) งานด้านโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม เพื่อร่วมกันพัฒนาและเพิ่มศักยภาพในการดำเนินงานทั้งในส่วนของการตรวจสอบและสถานประกอบการ เพื่อพัฒนางานด้านอาชีวอนามัยและอนามัยสิ่งแวดล้อมนำไปสู่การดูแลสุขภาพประชาชนไทยอย่างมีคุณภาพร่วมกันในอนาคต วันที่ ๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐

ผลกระทบต่อสุขภาพจากขยะอันตรายจากชุมชนยังมีน้อย ซึ่งมีความเสี่ยงที่สารเคมีและโลหะหนักที่อยู่ภายในอุปกรณ์ต่างๆ ปนเปื้อนสู่สภาพแวดล้อมและสัมผัสกับร่างกายของผู้ปฏิบัติงานและผู้ที่ย้ายอยู่ในชุมชนโดยรอบ ๒) ปัญหามลพิษทางอากาศ ที่ก่อให้เกิดผลกระทบในวงกว้างและต่อเนื่อง เช่น ปัญหามลพิษทางอากาศจากหมอกควันภาคเหนือและภาคใต้ และยังคงเกิดจากกิจกรรมพลังงานต่างๆ เช่น โรงไฟฟ้าถ่านหิน โรงไฟฟ้าชีวมวล หรือสารอินทรีย์ระเหยง่ายในพื้นที่นิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุด ๓) ปัญหามลพิษ

ภาคอุตสาหกรรม เป็นปัญหาที่กระจายอยู่ในทุกพื้นที่ของประเทศไทย เกิดจากการขยายตัวของโรงงานอุตสาหกรรมอย่างต่อเนื่อง ปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อมเหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพได้ทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง แต่ส่วนใหญ่จะเป็นแบบเรื้อรัง การวินิจฉัยที่โรคมีความยากและแตกต่างจากโรคอื่นๆ ผลกระทบที่เกิดขึ้นอาจไม่แสดงอาการป่วยที่เห็นได้ชัดเจน ใช้ระยะเวลานานในการก่อให้เกิดโรค แต่อาจส่งผลกระทบต่อระดับสติปัญญาและการพัฒนาการของเด็ก ซึ่งไม่สามารถแก้ไขให้กลับคืนมาได้ ดังนั้น การเฝ้าระวังสิ่งแวดล้อมและสุขภาพเพื่อป้องกันการสัมผัสจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุด

ในปี ๒๕๕๙ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้พัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพ โดยศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลอัตราป่วยด้วยพิษจากโลหะหนักในเด็กอายุ ๐ - ๑๔ ปี พบว่า มีอัตราป่วยในปี ๒๕๕๘ เท่ากับ ๐.๐๕ และในปี ๒๕๕๙ เท่ากับ ๐.๐๖ จากข้อมูลการเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนจากปัญหาหมอกควันใน ๘ จังหวัดภาคเหนือ โดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑ จังหวัดเชียงใหม่ ระบุว่า ในช่วงเดือนมกราคม - เมษายน ๒๕๕๙ มีจำนวนผู้ป่วยใน ๔ กลุ่มโรคที่เกี่ยวข้องจากหมอกควัน ดังนี้ ๑) โรคหัวใจและหลอดเลือด ๔๔๕,๙๒๔ ราย โดยจำนวนผู้ป่วยสูงสุดอยู่ที่จังหวัดเชียงใหม่ ๒) โรคระบบทางเดินหายใจทุกชนิด ๓๐๓,๔๙๘ ราย โดยจำนวนผู้ป่วยสูงสุดอยู่ที่จังหวัดเชียงใหม่ ๓) โรคผิวหนังอักเสบ ๔๓,๔๒๑ ราย โดยจำนวนผู้ป่วยสูงสุดอยู่ที่จังหวัดพะเยา ๔) โรคตาอักเสบ ๒๖,๗๖๕ ราย โดยจำนวนผู้ป่วยสูงสุดอยู่ที่จังหวัดเชียงใหม่ และเมื่อเทียบกับช่วงเวลาเดียวกันของปี ๒๕๕๘ พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกกลุ่มโรค (ร้อยละ ๖.๙-๕๘.๙) โดยเฉพาะโรคผิวหนังอักเสบ ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมากถึงร้อยละ ๕๘.๙

จากการที่รัฐบาลได้ให้ความสำคัญกับปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อม ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน โดยเร่งรัดการควบคุมมลพิษทางอากาศ ขยะ และน้ำเสีย ที่เกิดจากการผลิตและบริโภค ขยะอุตสาหกรรม ขยะติดเชื้อทั้งการจัดการ การวางระเบียบมาตรการ การพัฒนาระบบตรวจสอบ การใช้มาตรการทางกฎหมาย และการบังคับใช้กฎหมายอย่างเด็ดขาด สำหรับนโยบายด้านการดูแลและแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชน โดยเน้นการป้องกันโรคมามากกว่ารอให้ป่วยแล้วจึงมารักษานั้น มีความสอดคล้องกับหลักการคุ้มครองสุขภาพของประชาชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ปลอดภัยจากปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อม ซึ่งจากการทบทวนการดำเนินการที่ผ่านมา พบว่า การดำเนินการยังไม่เป็นระบบอย่างแท้จริง การแก้ไขปัญหาที่ต้นเหตุยังไม่เข้มแข็งเท่าที่ควร ขาดการบูรณาการจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการบังคับใช้กฎหมายยังขาดประสิทธิภาพการจัดการ ป้องกัน ดูแล แก้ไขปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ตลอดจนการดูแลรักษา เยียวยา และฟื้นฟูสุขภาพประชาชนผู้ได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อมไม่มีประสิทธิภาพดังที่ควรจะเป็น ซึ่งการดำเนินงานดังกล่าวข้างต้นให้มีประสิทธิภาพไม่สามารถดำเนินการด้วยกระทรวงสาธารณสุขเพียงหน่วยงานเดียว

ผลการดำเนินงานตามเป้าหมายการลดโรคและภัยสุขภาพ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายปี๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน
ร้อยละของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ได้รับการดูแลสุขภาพและป้องกันโรคและภัยสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม (ร้อยละ ๓๐) ประกอบด้วย ๑. คัดกรองความเสี่ยงทางสุขภาพ (มาตรการที่ ๑) ๒. เฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงต่อเนื่อง (มาตรการที่ ๑) ๓. วินิจฉัย ส่งต่อ/รักษา พื้นฟู (มาตรการที่ ๑) ๔. สื่อสารความเสี่ยง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (มาตรการที่ ๑) ๕. ประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดการมลพิษในชุมชน (มาตรการที่ ๒) โดยเน้นการดำเนินการในประชาชนกลุ่มเปราะบาง เช่น กลุ่มเด็กเล็ก กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้สูงอายุ เป็นต้น รวมถึงประชาชนทั่วไปที่อาศัยอยู่ในพื้นที่มลพิษสิ่งแวดล้อม	ร้อยละ ๓๐	ร้อยละ ๑๘.๗๑ (ประชาชนที่ได้รับการดูแลสุขภาพ ๑,๑๐๙,๖๘๓ คน จากจำนวนประชาชน กลุ่มเป้าหมาย ๕,๙๓๒,๔๖๔ คน)

ผลการดำเนินงานตามมาตรการ

มาตรการ/ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
มาตรการที่ ๑ การเฝ้าระวัง และคัดกรองทางสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม โดยผ่านการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมของหน่วยบริการสาธารณสุข		
จังหวัดมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพผ่านเกณฑ์ในระดับดีขึ้นไป - จังหวัด โดย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ดำเนินการส่งเสริมพัฒนา การติดตามและ ประเมินผลให้หน่วยบริการสุขภาพทุกระดับ ในพื้นที่สามารถจัดบริการอาชีวอนามัยและ เวชกรรมสิ่งแวดล้อมได้ในระดับขั้นพื้นฐานขึ้นไปตามมาตรฐานตามที่กรมควบคุมโรคกำหนด	อย่างน้อย ๔๖ จังหวัด	จังหวัดมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อม และสุขภาพฯ ผ่านเกณฑ์ระดับ พื้นฐานร้อยละ ๕๙.๒๑ (๔๕ แห่ง) (โดยใน ๔๕ แห่ง ผ่านเกณฑ์ ระดับดี ๑๑ แห่ง (ร้อยละ ๑๔.๔๓) และจังหวัดไม่ผ่านเกณฑ์ ที่กำหนดร้อยละ ๔๐.๗๙ (๓๑ แห่ง)
ร้อยละของ รพศ./รพท. สามารถจัดบริการ อาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	๑. ร้อยละ ๔๐ ของ รพศ./ รพท. สามารถจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ๒. ร้อยละ ๓๐ ของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงปัญหาขยะ๒๐ จังหวัด ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงทาง สุขภาพจำนวน ๗,๐๐๐ ราย ๓. ร้อยละ ๕๐ ของผู้ประกอบการ อาชีพเก็บและคัดแยกขยะในพื้นที่เสี่ยงปัญหาขยะ ๒๐ จังหวัด ได้ รับการคัดกรองความเสี่ยงทาง สุขภาพ	๑. รพศ./รพท. สามารถจัดบริการอาชีว อนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ตั้งแต่ ระดับเริ่มต้นพัฒนาขึ้นไป รวม ๖๓ แห่ง จาก ๑๑๖ แห่ง ร้อยละ ๕๔.๓๑ ๒. ประชาชน ในพื้นที่เสี่ยงปัญหาขยะ ๒๐ จังหวัด ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงทาง สุขภาพจำนวน ๖,๘๕๗ รายจากประชาชน กลุ่มเป้าหมาย จำนวน ๒๗,๘๒๔ คน คิด เป็นร้อยละ ๒๔.๖๔ ๓. ผู้ประกอบการอาชีพ เก็บและคัดแยกขยะใน พื้นที่เสี่ยงปัญหาขยะ ๒๐ จังหวัด ได้รับ การคัดกรองความเสี่ยงทางสุขภาพ ๑,๘๑๘ ราย จากเป้าหมายจำนวน ๒,๑๒๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๘๕.๖๗
มาตรการที่ ๒ บุคลากรดำเนินงานป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม		
อปท. มีการพัฒนาระบบในการจัดการปัญหา สุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม	อปท. มีการพัฒนาระบบในการ จัดการปัญหาสุขภาพจากมลพิษสิ่ง แวดล้อม อย่างน้อย ๑๒ แห่ง	อปท. มีการพัฒนาระบบในการจัดการ ปัญหาสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม จำนวน ๘ แห่ง

๓.๕ แผนควบคุมโรคภายใต้ระบบควบคุมโรค

๑. แผนงานระบบงานระบาดวิทยา

สืบเนื่องจากปี ๒๕๕๗ กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายการปฏิรูประบบสุขภาพให้ทุกหน่วยงานในสังกัดปรับบทบาทสู่การเป็นหน่วยงานระดับชาติ โดยมุ่งหวังที่จะเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการระบบสุขภาพของประเทศ ซึ่งทำให้เกิดการใช้ทรัพยากรร่วมกันระหว่างหน่วยงาน ใช้งบประมาณอย่างคุ้มค่าและมีประสิทธิภาพ โดยมอบหมายให้กรมควบคุมโรคมีบทบาทและภารกิจในการพัฒนาระบบป้องกันและควบคุมโรคของประเทศ เพื่อให้สามารถรองรับภารกิจ National Health Authority โดยเสนอให้มีการเฝ้าระวังทางสาธารณสุข (National Public Health Surveillance) ประกอบด้วย การเฝ้าระวังที่สำคัญ ๔ ระบบ ได้แก่ การเฝ้าระวังด้านโรคและภัยสุขภาพ การเฝ้าระวังด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังด้านอาหาร ยา และผลิตภัณฑ์สุขภาพ และการเฝ้าระวังการบริการสุขภาพ ซึ่งกรมควบคุมโรคได้รับมอบหมายให้เป็นเจ้าภาพหลักในการดำเนินงานด้านการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ ซึ่งได้ดำเนินการพัฒนาฐานข้อมูลระบบการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพให้ครอบคลุม ๕ กลุ่มโรค ประกอบด้วย ๑) ระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อ ๒) ระบบเฝ้าระวังโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ๓) ระบบเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อ ๔) ระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ และ ๕) ระบบเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม) ซึ่งในทุกกลุ่มโรคและภัยสุขภาพกำหนดให้มีองค์ประกอบสำคัญที่ต้องดำเนินการเฝ้าระวังอย่างน้อย ๕ มิติ คือ ๑) ปัจจัยต้นเหตุ ๒) พฤติกรรม และปัจจัยเสี่ยง ๓) การติดเชื้อ/การป่วย/ การตาย/ ความพิการ ๔) เหตุการณ์ผิดปกติ/ การระบาด และ ๕) การตอบสนองของแผนงานควบคุมโรค (Program Response) โดยเฉพาะการเฝ้าระวังด้านปัจจัยต้นเหตุ พฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยง รวมถึงการตอบสนองของแผนงานควบคุมโรค

เพื่อจัดการระบบเฝ้าระวังและการติดตามประเมินผลได้อย่างมีประสิทธิภาพครบวงจร สอดคล้องกับนโยบายการบูรณาการยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขด้านการพัฒนาระบบควบคุมโรค ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙ พัฒนากลไกการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพให้ตอบสนองต่อปัญหาสาธารณสุขทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน โดยบูรณาการกิจกรรม/ข้อมูลกับกรมวิชาการต่างๆ ร่วมกันพัฒนาข้อมูลข่าวสารให้เป็นระบบเดียวที่มีคุณภาพใช้งานได้ และเสริมสร้างศักยภาพความร่วมมือในการควบคุมและป้องกันโรคและภัยสุขภาพของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อช่วยกันพัฒนางานบูรณาการระบบเฝ้าระวังโรคของประเทศให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

ผลการดำเนินงานตามเป้าหมายการลดโรคและภัยสุขภาพ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/ อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
ร้อยละ ๘๐ ของจังหวัด มีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง	ร้อยละ ๘๐	ทุกจังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง (ร้อยละ ๑๐๐)	-

ผลการดำเนินงานตามมาตรการ

มาตรการ/ ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
มาตรการที่ ๑ พัฒนาระบบการจัดการและตอบโต้สถานการณ์หรือภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข		
จำนวนศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขสามารถดำเนินการได้ครบถ้วน ๕ ขั้นตอน ดังนี้ ๑) ทบทวนและปรับปรุงแผน BCP ๒) มีแผน All Hazard Plan ไม่น้อยกว่า ๕ โรค/ภัยสุขภาพ ๓) การนำระบบบัญชาการเหตุการณ์มาใช้จริงอย่างน้อย ๑ ครั้ง (ถ้าไม่มีเหตุการณ์ให้มีการฝึกซ้อม) ๔) เจ้าหน้าที่ในแผน BCP ได้รับการอบรมตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย ดังนี้ ๔.๑ บทบาทหน้าที่ Situation Awareness Team อบรมอย่างน้อย ร้อยละ ๘๐ ๔.๒ บทบาทหน้าที่ Operation Team อบรมอย่างน้อยร้อยละ ๘๐ ๔.๓ บทบาทหน้าที่อื่นๆ อบรมอย่างน้อย ร้อยละ ๕๐ ๕) นำผลการปฏิบัติงานมาปรับปรุงหรือพัฒนา SOP	ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขสามารถดำเนินการได้ครบถ้วน ๕ ขั้นตอน	ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค ทั้ง ๑๔ ศูนย์ ดำเนินการได้ครบทั้ง ๕ ขั้นตอน
มาตรการที่ ๒ พัฒนาทีมตระหนักรู้สถานการณ์และทีมปฏิบัติการสอบสวนโรค เพื่อตอบโต้โรคและภัยสุขภาพได้อย่างรวดเร็ว ทันเหตุการณ์		
ทีมตระหนักรู้สถานการณ์และทีมปฏิบัติการสอบสวนโรค สามารถเชื่อมต่อบริบทข้อมูลการเฝ้าระวังเหตุการณ์ได้แบบ Real time มี ๕ ขั้นตอน ดังนี้ ๑. มีทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ๒. มีผู้ปฏิบัติงานจริงตามเวลาที่กำหนด(ทุกคน) ในแต่ละสัปดาห์ ๓. สคร.สามารถสนับสนุน Supervisor SAT ๑ คน และ ทีม SAT ๒ คน ในยามที่ EOC กรมควบคุมโรคร้องขอ ๔. มีรายงานประเมินสถานการณ์ทุกสัปดาห์ ๕. รายงานการประเมินสถานการณ์มีคุณภาพ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ (ระบุความเสี่ยงของเหตุการณ์ได้)	ทีมตระหนักรู้สถานการณ์และทีมปฏิบัติการสอบสวนโรค สามารถดำเนินการได้ ๕ ขั้นตอน	ทุกหน่วยงาน มีทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่ปฏิบัติงานได้จริงตามเวลาที่กำหนด ทุกคน รวมทั้ง สคร.สนับสนุน Supervisor SAT และ ทีม SAT กรณีที่ EOC กรมควบคุมโรคร้องขอมีรายงานประเมินสถานการณ์ทุกสัปดาห์และมีรายงานการประเมินสถานการณ์ที่มีคุณภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐

มาตรการ/ ตัวชี้วัด	คำเป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
มาตรการที่ ๓ พัฒนาห้องปฏิบัติการทางสาธารณสุข สำหรับงานป้องกันควบคุมโรค		
ห้องปฏิบัติการทางสาธารณสุขสามารถดำเนินการตรวจหาสารพันธุกรรมไวรัสในโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ (Influenza, Hand Foot Mouth, Zika)	กรมควบคุมโรคสามารถดำเนินการตรวจทางห้องปฏิบัติการได้ ๓ โรค	กรมควบคุมโรคมีห้องปฏิบัติการทางสาธารณสุขสามารถดำเนินการตรวจหาสารพันธุกรรมไวรัสในโรคที่เป็นปัญหาสำคัญได้ (Influenza , Hand Foot Mouth Disease, Zika Virus Disease) จำนวน ๑๒ แห่ง

๒. แผนงานป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

การจัดระบบป้องกันควบคุมโรคเขตเมืองต้องดำเนินการเชิงระบบ (Systems Approach) โดยผ่านกระบวนการการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง มีการพัฒนาความร่วมมือเครือข่ายในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง เช่น การจัดการสุขภาวะร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (Municipal Authorities) และหน่วยงานอื่นๆ มีการปรับวิธีการทำงานเชิงรุกในเขตเมือง มีการพัฒนารูปแบบ นโยบายมาตรการ แนวทางด้านการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ที่เป็นรูปแบบเฉพาะที่เหมาะสมกับบริบทเขตเมืองมีการสร้างและพัฒนาระบบ กลไก การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพเขตเมือง ทั้งสร้างระบบการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคในเขตเมืองแบบมีส่วนร่วมกับ Non-Health Sector และใช้เทคโนโลยีเพื่อพัฒนาระบบข้อมูลการเฝ้าระวังโรค ในเขตเมืองมีการประสานระหว่างองค์กรให้มีการบูรณาการเชิงระบบมากขึ้น สามารถเชื่อมโยงให้เกิดการร่วมกันทำงานเป็นเครือข่ายแล้วจะทำให้การจัดบริการในเขตเมืองมีความครอบคลุมมากขึ้น และจะทำให้มีการใช้ทรัพยากรที่มีมากให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ประชาชนเขตเมืองจะได้ประโยชน์มากที่สุด

การวิเคราะห์สถานการณ์โรคที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่เขตเมืองพบว่าสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพต่างๆ ในพื้นที่เขตเมืองมีอัตราป่วยและอัตราตายสูงกว่าภาพรวมของประเทศ ทั้งโรคติดต่อ เช่น โรคไข้เลือดออก วัณโรค ไข้หวัดใหญ่ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง หัวใจขาดเลือด และการบาดเจ็บจากการจราจร ส่วนข้อมูลการเฝ้าระวังโรค ๕ มิติ และข้อมูลการกระจายของปัญหาตาม Time Place Person ในเขตเมือง ยังไม่ครบถ้วน สำหรับประเด็นการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา เนื่องจากบริบทเขตเมืองของแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกัน และปัญหาโรคและภัยสุขภาพต่างๆ ก็แตกต่างกัน ดังนั้น ในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในการจัดทำแผนงานป้องกันควบคุมโรคเขตเมืองโดยใช้โรคที่เป็นนโยบายหลักของประเทศ นอกจากปัญหาเรื่องโรคแล้วในพื้นที่เขตเมืองยังมีปัญหาเชิงระบบมากมายที่เป็นปัจจัยที่ต้องให้ความสำคัญในการจัดการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค เช่น ปัญหาประชากรหนาแน่นเคลื่อนย้ายสูง ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ ระบบการติดตาม ประเมินผลสุขภาพที่ไม่ครอบคลุม ความยากในการเข้าถึงชุมชน เป็นต้น

ผลการดำเนินงานตามเป้าหมายการลดโรคและภัยสุขภาพ

ตัวชี้วัด	คำเป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
รูปแบบ นโยบาย มาตรการ ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพในเขตเมือง	๖ เรื่อง	สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมืองร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่ายจัดทำรูปแบบ นโยบาย มาตรการด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และภัยสุขภาพในเขตเมือง ดังนี้ ๑) ด้านการป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากการจราจรทางถนน (RTI in Big Cities) ลักษณะรูปแบบเป็นการสร้างความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการวิเคราะห์จุดเสี่ยงโดยใช้ระบบ CCTV เพื่อสร้างให้เกิด Safety Zone ทั้งเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อพัฒนาแนวทางการบูรณาการเชื่อมโยงฐานข้อมูลการบาดเจ็บ

ตัวชี้วัด	คำเป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
		จากอุบัติเหตุจราจรทางถนน โดยมีเครือข่ายนำรูปแบบฯ ไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ดังนี้ ๑.๑) การพัฒนาระบบข้อมูลการบาดเจ็บทางถนนร่วมกับเครือข่ายในพื้นที่ กทม. (สปคม.) ๑.๒) การวิเคราะห์จุดเสี่ยงร่วมโดยใช้กล้อง CCTV พื้นที่เทศบาลนครเชียงใหม่ ๒๕๖๐ (สคร.๑ และเทศบาลนครเชียงใหม่) ๑.๓) การขับเคลื่อนพื้นที่ปลอดภัยการบาดเจ็บจราจรทางถนน (Traffic Safety Zone) (สคร.๑๐ อุบลราชธานี) ๑.๔) การพัฒนาระบบห้องติดตามสถานการณ์และขับเคลื่อนเครือข่ายความปลอดภัยทางถนนเทศบาลเมืองวารินชำราบ โดยใช้ระบบ (CCTV) (สคร.๑๐ อุบลราชธานี) ๑.๕) Watch Dog Team: CCTV ๒๔ ชม. เทศบาลนครศรีธรรมราช ๑.๖) การแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนเทศบาลนครรังสิต เลือกมาตรการที่ได้ผลจริง คุ่มค่า ในชื่อโครงการ อุบัติเหตุทางถนนเขตรังสิต คิดสัณนิท แก่ไขได้ด้วยเครือข่าย(เทศบาลนครรังสิต)
		๒) ด้านการสร้างเครือข่ายการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพในชุมชนลักษณะรูปแบบเป็นการสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายที่หลากหลาย อาทิ ภาคเอกชนซึ่งเป็นนิติบุคคล รัฐวิสาหกิจ ภาครัฐ โดยยึดชุมชนเป็นศูนย์กลางในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพซึ่งรูปแบบการดำเนินงานเป็นการบูรณาการที่รวมทั้งโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อการดำเนินการจะเริ่มตั้งแต่ การประเมินความพร้อมและคัดเลือกชุมชน สํารวจและวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ วางแผนแบบมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่ายและชุมชน จัดทำแผนและจัดเป็นชุดบริการสุขภาพแบบบูรณาการตามความต้องการของชุมชน สร้างและพัฒนาจิตอาสาเพื่อดูแลสุขภาพของชุมชนซึ่งมีเครือข่ายนำรูปแบบฯไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ดังนี้ ๒.๑) พัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคในกลุ่มประชาชนผู้พักอาศัยในคอนโดมิเนียมโดยร่วมกับนิติบุคคลอาคารชุด ลุมพินีคอนโดทาวน์ รามอินทรา - ลาดปลาเค้า (สปคม.) ๒.๒) พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเครือข่าย พระภิกษุสงฆ์ในเขตเทศบาลนครสวรรค์เป็นการประยุกต์ใช้ในชุมชนวัด (สคร.๓ นครสวรรค์) ๒.๓) นำรูปแบบ Healthy Condo Model ไปประยุกต์ใช้ในหมู่บ้านจัดสรรเขตเมืองร่วมกับเทศบาล รพ.สต.และนิติบุคคล (สคร.๕ ราชบุรี) จุดเด่นของรูปแบบฯ ดังกล่าวเหมาะกับชุมชนที่เข้าถึงยาก เช่น คอนโดมิเนียม ชุมชนบ้านจัดสรร

ตัวชี้วัด	คำเป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
		๓) ด้านการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค ไข้เลือดออกในเขตเมือง โดยใช้ต้นแบบ Bangkok Dengue Unit: BDU รูปแบบเป็นการจัดการควบคุมยุงลายในเขตเมืองโดยแบ่งตาม ลักษณะชุมชนเป็น ๕ ชุมชน ได้แก่ ชุมชนอาคารสูง ชุมชนบ้านจัดสรร ชุมชนแออัด ชุมชนชานเมือง และชุมชนพิเศษ โดยมาตรการจัดการควบคุมยุงลายตามลักษณะชุมชนแบ่งเป็น ๔ ระดับ ซึ่งได้นำนวัตกรรม Application ทันรระบาด พิชิตลูกน้ำยุงลาย และการสื่อสารความเสี่ยงมาใช้ในการดำเนินงาน โดยหน่วยงานเครือข่ายได้นำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ ดังนี้ ๓.๑) พัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยี กำหนดเกณฑ์การประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคโดยใช้ Composite Index Score ในพื้นที่เขตทุ่งครุ/ ลาดกระบัง พัฒนา Zoning Response & Communication ตามประเภทชุมชนนำรูปแบบ (Bangkok Dengue Unit: BDU) ลง Implement ในพื้นที่เขตทุ่งครุ เขตลาดกระบัง (Bangkok Dengue Unit: BDU) (สปกม. ร่วมกับ กทม.) ๓.๒) พัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยใช้ GIS Web-Based Application แจ้งตำแหน่งบ้านพักผู้ป่วย (สคร. ๒ พิษณุโลก) ๓.๓) ใช้เทคโนโลยีแอปพลิเคชันพิชิตลูกน้ำยุงลายในการควบคุมโรคไข้เลือดออก (สคร.๗ ขอนแก่น ร่วมกับเทศบาลนครขอนแก่น) ๓.๔) สคร.๔ ร่วมกับศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง ๓ (วัดบูรพ์) ดำเนินการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบมีส่วนร่วมของจตุรมิตรภาคี

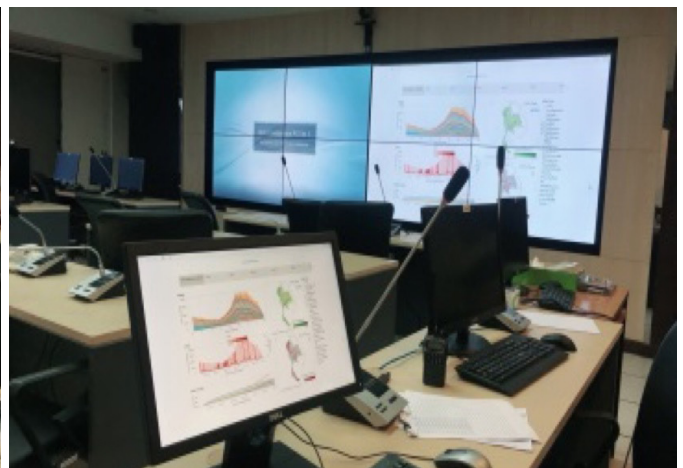
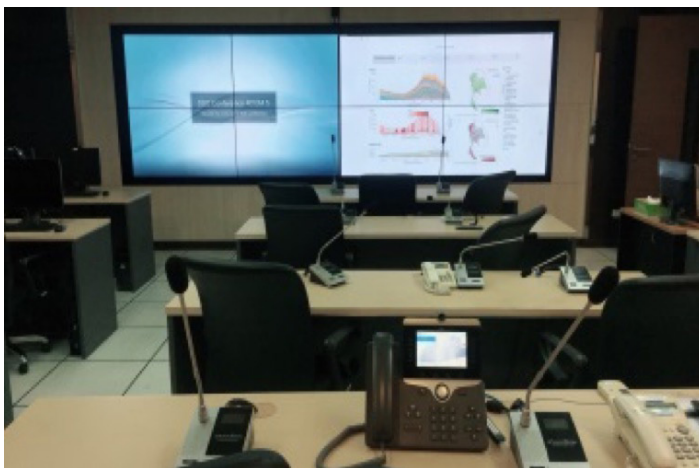
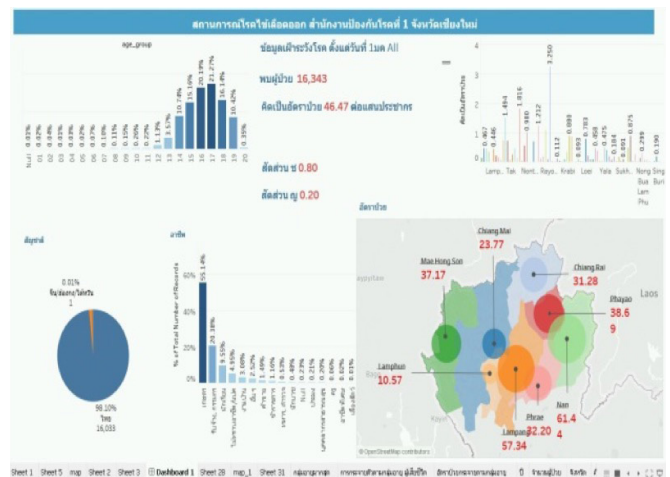
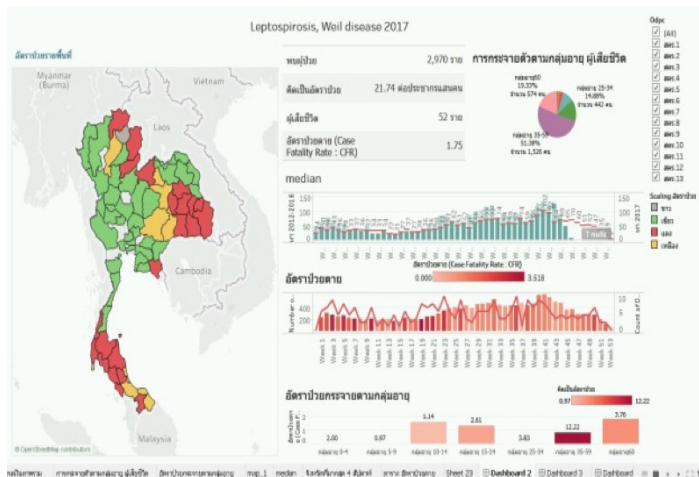
ตารางสรุปการดำเนินงานแต่ละเขตที่นำรูปแบบ นโยบาย มาตรการด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพในเขตเมืองไปดำเนินงานร่วมกับเครือข่ายตามบริบทของพื้นที่

รูปแบบ นโยบาย มาตรการด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพในเขตเมือง	สศร.๑ เชิงใหม่	สศร.๒ พิษณุโลก	สศร.๓ นครสวรรค์	สศร.๔ สระบุรี	สศร.๕ ราชบุรี	สศร.๖ ชลบุรี	สศร.๗ ขอนแก่น	สศร.๘ อุดรธานี	สศร.๙ นครราชสีมา	สศร.๑๐ อุบลราชธานี	สศร.๑๑ นครศรีธรรมราช	สศร.๑๒ สงขลา	สรุป คม.	รวม
๑. ด้านการป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากการจราจรทางถนน (RTI in Big Cities)	✓ (วิเคราะห์จุดเสี่ยงโดย CCTV เทศบาลนคร เชียงใหม่)			✓ (มาตรการแก้ไขปัญหาเทศบาลนครรังสิต)						✓ (Safety Traffic Zone, เทศบาลนครอุบลฯ) (CCTV, เทศบาลเมืองวารินชำราบ)	✓ (Watch Dog CCTV, เทศบาลนครศรีธรรมราช)		✓	๕
๒. ด้านการสร้างเครือข่ายการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพในชุมชน			✓ (ประยุกต์ใช้ในวัด, เทศบาลนครสวรรค์)		✓ (ประยุกต์ใช้ในหมู่บ้านจัดสรร, เทศบาลเมือง กระบี่สัมพันธ์ นครปฐม)								✓	๓
๓. ด้านการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคใช้เลือดออกในเขตเมือง โดยใช้ต้นแบบ Bangkok Dengue Unit : BDU		✓ (GIS Web-Applica-tion, สสจ. และเทศบาลนคร พิษณุโลก)					✓ (Applica-tion พัดลุ๊กน้ำ ยุงลาย, เทศบาลนครขอนแก่น)		✓ (ดำเนินการแบบมีส่วนร่วมจิตริมิตรภาคี, พื้นที่เทศบาลนคร)			✓ (ชุมชนปลอด DHF, เทศบาลนครหาดใหญ่)	✓	๕
													รวม	๑๓

หมายเหตุ : การพัฒนารูปแบบ นโยบาย มาตรการด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพในเขตเมือง สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมืองพัฒนาต้นแบบในพื้นที่กรุงเทพมหานครและถ่ายทอดมาตรการให้ สศร.นำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละเขตเมืองโดยดำเนินการร่วมกับเทศบาลในพื้นที่

๓. แผนงานยุทธศาสตร์พัฒนาเศรษฐกิจดิจิทัล

การพัฒนาระบบจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (Public Health Emergency Management : PHEM) ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operation Center: EOC) และระบบบัญชาเหตุการณ์ (Incident Command System: ICS) เป็นเครื่องมือที่สำคัญและจำเป็นสำหรับการรับมือกับภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ซึ่งเป็นระบบงานที่สร้างความมั่นคงด้านสุขภาพให้กับประเทศชาติ สามารถช่วยจำกัลดผลกระทบด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และด้านอื่นๆ ที่ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขอาจส่งผลถึงประชาชนให้อยู่ในวงจำกัด การพัฒนาระบบดังกล่าวให้สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพจำเป็นต้องพัฒนาทั้งโครงสร้างพื้นฐาน แผนงาน/ ระบบงาน การพัฒนากำลังคน โดยศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน เป็นสถานที่ที่ใช้ในการปฏิบัติงานร่วมกันของหน่วยงานต่างๆ ภายใต้ระบบบัญชาเหตุการณ์ เพื่อสนับสนุนการบริหารสั่งการ ประสานงาน แลกเปลี่ยนข้อมูล และทรัพยากรให้เกิดขึ้นอย่างสะดวก รวดเร็วในภาวะฉุกเฉินโดยการพัฒนาด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารภายในศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข เป็นการสนับสนุนการปฏิบัติงานของส่วนกลางและส่วนภาคสนามให้สามารถติดต่อสื่อสาร การแลกเปลี่ยนข้อมูล การรายงานสถานการณ์ทั้งภาพและเสียงจากพื้นที่เหตุการณ์จริง สำหรับการนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อการตัดสินใจในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ให้มีประสิทธิภาพและทันต่อสถานการณ์



ผลการดำเนินงานตามเป้าหมายการลดโรคและภัยสุขภาพ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/ อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเชิง นโยบาย
ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขมีเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค และมีข้อมูลพร้อมนำเสนอผ่านสารสนเทศภายในเวลาที่กำหนด	๑๔ ศูนย์	ได้จัดทำระบบการเชื่อมโยงข้อมูลจากระบบฐานข้อมูลโรคที่สำคัญ พร้อมทั้งข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงาน เช่น ข้อมูลคน ข้อมูลงบประมาณ เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลเข้าด้วยกันเพื่อใช้ประมวลผลและนำข้อมูลไปใช้ในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน และเพิ่มประสิทธิภาพของการเฝ้าระวังการระบาดของโรคในพื้นที่ต่างๆ ทั่วประเทศอีกทั้งการเพิ่มช่องทางการสื่อสารด้วยระบบอินเทอร์เน็ตให้แก่ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขทั่วประเทศ ๑๔ ศูนย์เชื่อมโยงเป็นจุดเดียวกันทำให้สามารถสั่งการ ติดต่อสื่อสารและจัดประชุมปรึกษาหารือได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการพัฒนาดังกล่าวสามารถให้บริการแบบ ๒๔/๗ ทั้งนี้การเชื่อมโยงข้อมูลจากแหล่งต่างๆ ต้องมีการพัฒนาระบบการแลกเปลี่ยนข้อมูล รวมถึงการจัดทำมาตรฐานการแลกเปลี่ยนข้อมูลในอนาคต เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงาน	-

ผลการดำเนินงานตามมาตรการ

มาตรการ/ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ปี ๒๕๖๐	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/ อุปสรรค / ข้อเสนอแนะ เชิงนโยบาย
มาตรการที่ ๑ ระบบพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operation Center – EOC) และระบบการจัดการภาวะฉุกเฉิน (๑ ระบบ)			
จำนวนศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขมีเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค	ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค จำนวน ๑ ศูนย์	ดำเนินการปรับปรุงระบบสารสนเทศพื้นฐานเพื่อรองรับงานด้านการสื่อสารและการแลกเปลี่ยนข้อมูลจากศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขทั่วประเทศจำนวน ๑๔ ศูนย์ผ่านระบบ VDO Conference และระบบ IP Phone	ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค ที่ตั้งอยู่ตามต่างจังหวัดขาดโครงสร้างพื้นฐานด้านสารสนเทศที่จำเป็นอีกมากโดยยังขาดงบประมาณสนับสนุน เช่น อุปกรณ์ด้านเครือข่าย

๔. โครงการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ และภัยสุขภาพที่เชื่อมโยงในระดับภูมิภาค

๑ โครงการพัฒนาสมรรถนะช่องทางเข้าออกประเทศตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. ๒๕๕๘ (IHR 2005)

จากการที่ประเทศไทยเข้าสู่ประชาคมอาเซียน (ASEAN Economic Community) ในปี ๒๕๕๘ มีกรอบความร่วมมือในมิติต่างๆ หลายด้าน ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพและความมั่นคงของประเทศ รวมทั้งนโยบายรัฐบาลภายใต้การดำเนินงานของคณะรักษาความสงบแห่งชาติ (คสช.) ที่กำหนดพื้นที่ที่มีศักยภาพเหมาะสมในการจัดตั้งเป็นเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษในจังหวัดชายแดน ๑๐ จังหวัด ได้แก่ ตาก ตรัง สระแก้ว มุกดาหาร สงขลา หนองคาย เชียงราย กาญจนบุรี นครพนม และนราธิวาส ซึ่งคาดว่าจะมีการเคลื่อนย้ายแรงงาน และสินค้าระหว่างประเทศในกลุ่มอาเซียน และประเทศอื่นๆ มากขึ้น โดยเฉพาะอาหาร สัตว์ และพืช รวมทั้งสารเคมี ซึ่งอาจทำให้มีโอกาสเกิดโรคติดต่อ และภาวะอันตรายด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศเพิ่มขึ้น และตามมติคณะรัฐมนตรีเห็นชอบให้ประกาศใช้กฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. ๒๕๕๘ ตั้งแต่วันที่ ๑๕ มิถุนายน ๒๕๕๐ ซึ่งต้องมีการพัฒนาสมรรถนะตามข้อกำหนดของกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. ๒๕๕๘ (IHR 2005) วิธีการประเมินการพัฒนาสมรรถนะช่องทางเข้าออกประเทศ ดำเนินการโดยทีมประเมินของสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ประเมินช่องทางในพื้นที่รับผิดชอบ โดยใช้คู่มือการประเมินสมรรถนะหลักช่องทางเข้าออกประเทศ ทำอากาศยาน ท่าเรือ และพรมแดนทางบก (Core Capacities Assessment Tool: CCAT) ผลการประเมินในปี ๒๕๕๙ พบว่า ช่องทางเข้าออกประเทศ จำนวน ๕๔ แห่ง ผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับการพัฒนาอยู่ระดับปานกลาง (Moderate Functioning) คิดเป็นร้อยละ ๘๐.๖ ในปี ๒๕๖๐ จึงได้ขยายเป้าหมายการพัฒนาสมรรถนะช่องทางเข้าออกประเทศ ให้ผ่านเกณฑ์การประเมินที่ ร้อยละ ๙๐ ซึ่งปัจจุบันประเทศไทยมีช่องทางเข้าออกประเทศ (ที่มีด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ) จำนวน ๖๘ แห่ง แบ่งเป็น ท่าอากาศยาน ๑๗ แห่ง ท่าเรือ ๑๘ แห่ง และพรมแดน ๓๓ แห่ง สังกัดกรมควบคุมโรค ๖๑ แห่ง สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ๗ แห่ง ทุกแห่งต้องพัฒนาสมรรถนะช่องทางฯ ตามข้อกำหนด IHR 2005 และปฏิบัติตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.๒๕๕๘ ทั้งนี้เพื่อให้มีความพร้อมในการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคในภาวะปกติ และสามารถรับมือกับภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการดำเนินงานตามเป้าหมายการลดโรคและภัยสุขภาพ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/ อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
ร้อยละของช่องทางเข้าออกประเทศที่มีการพัฒนาสมรรถนะได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด (แห่ง)	ร้อยละ ๙๐ ผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำ (CCAT>๕๐ คะแนน ผ่านเกณฑ์ ๖๑ แห่ง จากเป้าหมาย ๖๘ แห่ง)	ร้อยละ ๙๒.๖๕ ผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำ (เท่ากับ ๖๓ แห่ง)	-

ผลการดำเนินงานตามมาตรการ

มาตรการ/ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/ อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
มาตรการ พัฒนาสมรรถนะหลักช่องทางเข้าออกประเทศ เพื่อการป้องกัน ควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพระหว่างประเทศ			
ร้อยละของช่องทางเข้าออกประเทศที่มีการพัฒนาสมรรถนะได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๒.๖๕	-

๒ โครงการพัฒนาเครือข่ายในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพระหว่างจังหวัดชายแดน และจังหวัดคู่ขนานประเทศเพื่อนบ้าน (Twin Cities)

ประเทศไทยมีพรมแดนติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้านทั้งทางบกและทางน้ำ ได้แก่ ๑) สาธารณรัฐแห่งสหภาพพม่า (Republic of the Union of Myanmar) ๒) สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว (Lao People's Democratic Republic) ๓) ราชอาณาจักรกัมพูชา (Kingdom of Cambodia) และ ๔) สหพันธรัฐมาเลเซีย (Federation of Malaysia) จากนโยบายประเทศในการเร่งฟื้นฟูความสัมพันธ์และพัฒนาความร่วมมือกับประเทศเพื่อนบ้านและนานาประเทศเพื่อสนับสนุนการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจในภูมิภาคร่วมกันโดยเฉพาะการเร่งแก้ไขปัญหากระทบกระทั่งตามแนวพรมแดน ผ่านกระบวนการทางการทูตบนพื้นฐานของสนธิสัญญา และกฎหมาย ทั้งในมิติเศรษฐกิจ สังคม และความมั่นคง ตลอดจนการเชื่อมโยงเส้นทางคมนาคมขนส่งภายใน และภายนอกภูมิภาค รวมทั้งนโยบายความมั่นคงแห่งชาติ ซึ่งงานสาธารณสุขชายแดนเป็นส่วนหนึ่งที่เกิดความมั่นคงบริเวณชายแดน ประกอบกับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ ที่ผ่านมามีผลกระทบให้เกิดการเคลื่อนย้ายของประชากรจากประเทศสมาชิกหนึ่งไปยังอีกประเทศสมาชิกหนึ่ง เพื่อแสวงหาโอกาสทางด้านการค้า การลงทุน การท่องเที่ยว และการรักษาพยาบาล ซึ่งจะทำให้เกิดผลกระทบในด้านต่างๆ รวมทั้งด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อข้ามเขตแดน การเคลื่อนย้ายประชากรข้ามพรมแดนมีผลกระทบทำให้เกิดปัญหาการแพร่ระบาดของโรคติดต่อชายแดนที่สำคัญ เช่น มาลาเรีย วัณโรค โรคเอดส์ โรคเท้าช้าง โรคที่ติดต่อกันจากสัตว์สู่คน และโรคที่ต้องป้องกันด้วยวัคซีน เช่น โรคคอตีบ โรคพิษสุนัขบ้า โรคจากการประกอบอาชีพจากแรงงานข้ามชาติและโรคจากสิ่งแวดล้อมจากมลพิษข้ามพรมแดน เป็นต้น ในปัจจุบันนานาประเทศได้มีการดำเนินการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคภายใต้กรอบ IHR ๒๐๐๕ และสุขภาพโลก (Global Health Security) รวมถึงประเทศไทยที่ได้มีการดำเนินงานดังกล่าวใน ๑๒ เป้าหมายมาตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๕๘ ที่ผ่านมา

ดังนั้น การพัฒนาภาคีเครือข่ายการดำเนินงานสาธารณสุขชายแดนด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ระหว่างจังหวัดชายแดน และจังหวัดชายแดนคู่ขนานประเทศเพื่อนบ้าน (Twin Cities) เพื่อให้เกิดความร่วมมือ และข้อตกลงในแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารสถานการณ์โรคในพื้นที่ชายแดนอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ มีการดำเนินงานต่างๆ ร่วมกันในการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย การรักษาและการป้องกันโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ ทั้งนี้เพื่อให้งานบรรลุเป้าหมาย มีระบบการเฝ้าระวังป้องกันโรคและภัยสุขภาพบริเวณชายแดน และระหว่างประเทศ ที่เข้มแข็ง และมีประสิทธิภาพ สามารถควบคุมโรคได้ ประชาชนปลอดภัยจากโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ ต่อไป

ผลการดำเนินงานตามเป้าหมายการลดโรคและภัยสุขภาพ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ปัญหา/ อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
ร้อยละของจังหวัดชายแดนที่เป็นเป้าหมาย มีการพัฒนาความร่วมมือด้านการป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพ ร่วมกับจังหวัดชายแดนคู่ขนานประเทศเพื่อนบ้าน (Twin Cities) ตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ ๑. มีบันทึกข้อตกลง ได้แก่ MOU หรือ MOD ที่มีการจัดทำขึ้นใหม่ หรือที่มีการจัดทำไว้แล้วหรือมีความตกลงร่วมกันจากการประชุมปรึกษาหารือ เพื่อการพัฒนาความร่วมมือร่วมกัน ซึ่งอาจมีการลงนามหรือไม่มีการลงนามร่วมกันก็ได้ โดยมีประเด็นความร่วมมือที่สำคัญ ดังนี้ ๑) การแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวังโรค ๒) การสอบสวนโรค (Joint Investigation Team) ๓) ระบบการส่งต่อผู้ป่วย (Referral System) ๔) การซ้อมแผนเพื่อเตรียมพร้อมรับ	ร้อยละ ๖๐ (๑๔ จังหวัด)	การดำเนินงานจังหวัดชายแดนที่เป็นเป้าหมาย ๒๔ จังหวัด แบ่งเป็นพื้นที่ชายแดนนอกเขตเศรษฐกิจพิเศษจำนวน ๑๔ จังหวัด ได้แก่ จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ระนอง น่าน อุดรดิตถ์ บึงกาฬ เลย อุบลราชธานี อำนาจเจริญ จันทบุรี บุรีรัมย์ สุรินทร์ ศรีสะเกษ ยะลา สตูล และจังหวัดชายแดน ในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษจำนวน ๑๐ จังหวัดได้แก่ จังหวัดตาก กาญจนบุรี เชียงราย หนองคาย นครพนม มุกดาหาร ตราด สระแก้ว สงขลา และ นราธิวาส จากการประเมินผล การดำเนินงานด้วยแบบสำรวจในพื้นที่เป้าหมาย ๒๔ จังหวัด พบว่า จำนวน ๒๒ จังหวัด คิดเป็นร้อยละ ๙๑.๖๗ ผ่านเกณฑ์

ตัวชี้วัด	คำเป้าหมาย	ปัญหา/ อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
สถานการณ์ระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ ๕) ฝึกอบรมทีมสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ๖) การพัฒนาทรัพยากรบุคคล เช่น การศึกษาดูงานของบุคลากรสาธารณสุข ๗) ประเด็นอื่นๆ เช่น One Health/ การเฝ้าระวังสารเคมี/ อาหารปลอดภัย ๒. มีการกำหนดผู้ประสานงานหลักในพื้นที่ของจังหวัดชายแดน และจังหวัดชายแดนคู่ขนาน ๓. มีการประชุมระหว่างประเทศร่วมกัน เพื่อจัดทำ/ปรับปรุงบันทึกข้อตกลง หรือเพื่อติดตามการดำเนินงานกรอบความร่วมมือระหว่างประเทศ ๔. มีการจัดทำแผนปฏิบัติการร่วมกัน (Action Plan)		การประเมินในการพัฒนาฯ (ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๗๐) มีเพียงสองจังหวัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์ได้แก่ จังหวัดศรีสะเกษ และจังหวัดกาญจนบุรี โดยจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์ส่วนใหญ่เกือบทั้งหมดมีการจัดทำบันทึกข้อตกลง ได้แก่ MOU หรือ MOD ที่มีประเด็นความร่วมมือในประเด็นสำคัญที่กำหนด มีผู้ประสานงานหลัก และมีการประชุมและประสานงานสม่ำเสมอ แต่มีเพียงร้อยละ ๓๗ ที่มีการจัดทำแผนปฏิบัติการร่วมกัน

ผลการดำเนินงานตามมาตรการ

มาตรการ/ตัวชี้วัด	คำเป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
มาตรการที่ ๑ การพัฒนาภาคีเครือข่ายในประเทศ เพื่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพสำหรับจังหวัดชายแดนและจังหวัดคู่ขนานประเทศเพื่อนบ้าน		
ร้อยละ ๘๐ ของบุคลากรมีความรู้และสมรรถนะในการดำเนินงานสร้างความร่วมมือด้านการป้องกันควบคุมโรคกับประเทศเพื่อนบ้านผ่านเกณฑ์การประเมิน	ร้อยละ ๘๐ ของบุคลากรมีความรู้และสมรรถนะในการดำเนินงานสร้างความร่วมมือด้านการป้องกันควบคุมโรคกับประเทศเพื่อนบ้านผ่านเกณฑ์การประเมิน	๑. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาเครือข่ายในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพระหว่างจังหวัดชายแดน และจังหวัดชายแดนคู่ขนาน (Twin Cities) ระหว่างวันที่ ๒๑ - ๒๓ ธันวาคม ๒๕๕๙ ณ จังหวัดเชียงใหม่เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรเครือข่ายความร่วมมือในประเทศ ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และภัยสุขภาพระหว่างประเทศในพื้นที่จังหวัดชายแดน จังหวัดชายแดนพื้นที่เศรษฐกิจพิเศษ พร้อมทั้งรับทราบนโยบาย แนวทางการดำเนินงานโครงการ และการติดตามประเมินผล ตลอดจนความรู้เกี่ยวกับการพัฒนารอบความร่วมมือระหว่างประเทศตามแบบแผนที่ถูกต้อง ทำให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามกรอบความร่วมมือระหว่างประเทศด้านสาธารณสุข อันเป็นประโยชน์ในการดำเนินงาน ๒. สนับสนุนคู่มือแนวทางการดำเนินงานความร่วมมือในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพระหว่างจังหวัดชายแดนและจังหวัดคู่ขนานประเทศเพื่อนบ้านปีงบประมาณ ๒๕๖๐ สำหรับเครือข่ายเพื่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพระหว่างจังหวัดชายแดนและจังหวัดชายแดนคู่ขนาน (Twin Cities) ประเทศเพื่อนบ้านอย่างมีประสิทธิภาพและเผยแพร่แนวทางการดำเนินงานดังกล่าว ผ่านเว็บไซต์สำนักงานความร่วมมือระหว่างประเทศ กรมควบคุมโรคหัวข้อ “ข่าวประชาสัมพันธ์” www.oic.ddc.moph.go.th

มาตรการ/ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
		๓. อบรมเพื่อพัฒนาทักษะในการประสานงานของผู้รับผิดชอบงานความร่วมมือระหว่างประเทศให้แก่เครือข่ายจังหวัดชายแดน คู่ขนานจำนวน ๒๒ คนเพื่อให้มีความรู้และทักษะทางด้านภาษาอังกฤษในการติดต่อสื่อสาร ในการดำเนินงานความร่วมมือ ระหว่างประเทศอย่างมีประสิทธิภาพ จากการประเมินผลของ ผู้เข้ารับการอบรม พบว่าผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้หลังการฝึกอบรมคิดเป็นร้อยละ ๙๘
มาตรการที่ ๒ การพัฒนาภาคีเครือข่ายระหว่างประเทศ เพื่อดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพระหว่างจังหวัดชายแดนและจังหวัดคู่ขนานประเทศเพื่อนบ้านตามกรอบความร่วมมือข้อตกลง		
ร้อยละจังหวัดชายแดนที่เป็นเป้าหมายมีการพัฒนาความร่วมมือด้านการป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพ ร่วมกับจังหวัดชายแดนคู่ขนานประเทศเพื่อนบ้าน (Twin Cities) ตามเกณฑ์ที่กำหนด	รายงานการประชุมว่าด้วยความร่วมมือด้านการป้องกันควบคุมโรคกับประเทศเพื่อนบ้าน	๑. ดำเนินการประชุม “Lao PDR–Thailand Health Collaboration on Disease Prevention and Control Workshop” ระหว่างวันที่ ๕ - ๗ มิถุนายน ๒๕๖๐ ณ จังหวัดหนองคายเพื่อสร้างความเข้มแข็งและสนับสนุนความร่วมมือด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพตามกรอบข้อตกลง (MOU/ MOD) กับประเทศเพื่อนบ้านทั้งสองประเทศ ร่วมกันกำหนดทิศทางดำเนินงานและมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลทางวิชาการและติดตามผลความก้าวหน้าการดำเนินงานที่ผ่านมาพร้อมทั้งมีการจัดทำแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพในระยะ ๓ ปีร่วมกัน ทั้งนี้มีการผลักดันให้มีการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการดังกล่าวให้ดำเนินงานตามข้อตกลงในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ นี้ด้วย การประชุมครั้งนี้มีส่วนช่วยให้เครือข่ายระดับจังหวัดในพื้นที่ชายแดนไทย-ลาว สามารถดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพเป็นไปอย่างต่อเนื่องและเกิดผลเป็นรูปธรรมยิ่งขึ้น ๒. สนับสนุนขับเคลื่อนการดำเนินงานของเครือข่ายด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพระดับจังหวัดชายแดนและจังหวัดคู่ขนานประเทศเพื่อนบ้านร่วมกับระดับเขต ได้แก่ สคร. ๕ จังหวัดราชบุรีในการสร้างความร่วมมือเตรียมความพร้อมระบบเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพระหว่างจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ – Maw Taung สาธารณรัฐแห่งสหภาพเมียนมาร์ ๓. จากการประเมินผลการดำเนินงานในจังหวัดชายแดนพบว่า ร้อยละ ๙๑.๖๗ ของจังหวัดที่เป็นเป้าหมายมีการพัฒนาความร่วมมือด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพร่วมกับ จังหวัดชายแดนคู่ขนานประเทศเพื่อนบ้าน (Twin Cities) พบว่าผ่านเกณฑ์การประเมิน

มาตรการ/ตัวชี้วัด	คำเป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
มาตรการที่ ๓ การนิเทศ ติดตามประเมินผล		
สรุปรายงานผลการดำเนินงานพัฒนาเครือข่ายด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพระหว่างจังหวัดชายแดน และจังหวัดชายแดนคู่ขนานประเทศเพื่อนบ้าน (Twin Cities)	สรุปรายงานผลการดำเนินงานพัฒนาเครือข่ายด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพระหว่างจังหวัดชายแดน และจังหวัดชายแดนคู่ขนานประเทศเพื่อนบ้าน (Twin Cities) ภาพรวมของโครงการจำนวน ๑ ฉบับ	๑. มีการนิเทศติดตามและประเมินผลปี ๒๕๖๐ แบบบูรณาการร่วมกับสำนักวิชาการ สถาบัน ณ พื้นที่ชายแดนไทย-เมียนมาร์ (จังหวัดตาก) ระหว่างวันที่ ๑๐-๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๐ ๒. ดำเนินการถ่ายทอด ผลการประชุมหารือในการสร้างความเข้มแข็งความร่วมมือด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพตามกรอบข้อตกลง (MOU/ MOD) กับสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว พร้อมข้อเสนอแนะและสิ่งที่ต้องดำเนินการต่อผู้บริหาร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ ๓. ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานโครงการต่อไป ๓.๑ ภาครัฐเครือข่ายในระดับกระทรวง และระดับพื้นที่ควรมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนการดำเนินงานร่วมกัน เพื่อให้เกิดการบูรณาการงาน แผนการดำเนินงานมีความสอดคล้องกับกรอบความร่วมมือที่เกี่ยวข้อง ๓.๒ ควรมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพกับภาครัฐเครือข่ายภายในและนอกประเทศ อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเพื่อการประสานงานเป็นไปอย่างราบรื่น ๓.๓ การสนับสนุนเชิงนโยบาย และกำหนดทิศทางการดำเนินงานร่วมกันภายใต้กรอบข้อตกลงฯ ในระดับกรมฯ และกระทรวงฯ ระหว่างประเทศไทยกับประเทศเพื่อนบ้านจะช่วยให้การประสานงานความร่วมมือในแต่ละระดับเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และยังเป็นการช่วยผลักดันให้เกิดการดำเนินงาน

นอกจากนี้ ในปี ๒๕๖๑ กรมควบคุมโรคยังมีแผนการดำเนินงานพัฒนาเครือข่ายประเทศเพื่อนบ้าน โดยมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขด้านการบริการอาชีวเวชกรรมและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ในรูปแบบของ Twin Cities เพื่อการเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคและสอบสวนโรคที่เป็นปัญหาสำคัญโดยเฉพาะด้านโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม เพื่อทันต่อสถานการณ์การพัฒนาอุตสาหกรรมในเขตเศรษฐกิจพิเศษของประเทศ

แผนงานยุทธศาสตร์พัฒนาพื้นที่เศรษฐกิจพิเศษ

สถานการณ์แรงงานต่างด้าวในภาพรวม จากข้อมูลของสำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กระทรวงแรงงาน ณ เดือนกรกฎาคม ๒๕๖๐ พบว่า แรงงานต่างด้าวได้รับอนุญาตทำงาน จำนวน ๑,๖๑๗,๐๐๔ คน มีแรงงานต่างด้าว ๓ สัญชาติ (เมียนมาร์ ลาว กัมพูชา) ที่ได้รับอนุญาตทำงานตามมาตรา ๙ มีจำนวนทั้งสิ้น ๑,๓๙๘,๖๖๗ คน สำหรับผลการตรวจสอบสุขภาพแรงงานต่างด้าว โดยศูนย์บริการจดทะเบียนแรงงานต่างด้าวแบบเบ็ดเสร็จ (One Stop Service: OSS) ณ วันที่ ๑ เมษายน - ๒ สิงหาคม ๒๕๕๙ จำนวนทั้งหมด ๑,๑๔๖,๗๘๔ คน ผลตรวจสุขภาพปกติ จำนวน ๑,๑๓๗,๘๑๙ คน พบผู้ป่วยที่ต้องให้การรักษา จำนวน ๘,๙๖๕ คนในจำนวนนี้ พบผู้ป่วยโรคติดต่อสำคัญ ได้แก่ วัณโรค ๔,๙๒๙ คน (ร้อยละ ๕๔.๘๘) ซิฟิลิส ๑,๙๑๔ คน (ร้อยละ ๒๑.๓๕) เอดส์ ๕๐ คน (ร้อยละ ๐.๕๖) และโรคเรื้อรัง ๑๐ คน (ร้อยละ ๐.๑๑) ปัญหาการเกิดเชื้อวัณโรคคือยาและการแพร่กระจายของวัณโรคเป็นผลมาจากการดูแลรักษาและการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรคข้ามพรมแดนที่ไม่ต่อเนื่อง เช่น ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลรักษาหรือหากได้รับการดูแลรักษาแต่กินยาไม่ครบ ขาดยา ทำให้การรักษาหายลดลงและมีโอกาสกลับมาเป็นซ้ำได้ อีกทั้งยังทำให้เกิดเชื้อวัณโรคคือยาและมีการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาเหล่านี้เพิ่มมากขึ้นด้วย นอกจากนี้แรงงานต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียนและได้รับการตรวจสอบสุขภาพคัดกรองแล้ว ยังพบปัญหาสำคัญของการไม่เข้าถึงระบบบริการของแรงงานต่างด้าว โดยเฉพาะกลุ่มที่เข้าประเทศอย่างผิดกฎหมาย การสื่อสาร ด้านภาษา และการขาดความรู้ความเข้าใจในการป้องกันควบคุมโรค การส่งเสริมสุขภาพและด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยจากสถานการณ์สภาพปัญหาดังกล่าว และการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายในและภายนอก พบว่าการดำเนินงานด้านสาธารณสุขมีความจำเป็นต้องพัฒนาศักยภาพระบบบริการสุขภาพทุกระดับและด้านสาธารณสุข และพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านต่างๆ รวมถึงการบริหารจัดการอย่างเป็นระบบ โดยอาศัยมาตรการสำคัญ ดังนี้ ๑) เพิ่มประสิทธิภาพระบบการป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ได้แก่ การพัฒนาจังหวัดชายแดนและช่องทางเข้าออกประเทศในเขตเศรษฐกิจพิเศษให้มีสมรรถนะการป้องกันควบคุมโรคตามเกณฑ์การประเมินสมรรถนะการปฏิบัติตามกฎหมายระหว่างประเทศ (Joint External Evaluation Tool: JEE) การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและการเชื่อมโยงเครือข่ายของช่องทางเข้าออกระหว่างประเทศ เป็นการพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคในนักเดินทางและท่องเที่ยว การเตรียมพร้อมรองรับภาวะฉุกเฉินจากสารเคมี พัฒนาศักยภาพระบบการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล การพัฒนาความร่วมมือเพื่อการป้องกันควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ฯ และการพัฒนาทีมสอบสวนโรค นอกจากนี้ควรเพิ่มประสิทธิภาพโดยการพัฒนาความร่วมมือระหว่างประเทศร่วมกับจังหวัดชายแดนคู่ขนานประเทศเพื่อนบ้าน และพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคในประชากรต่างด้าว และ ๒) ส่งเสริมการจัดบริการสุขภาพในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ได้แก่ การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมตามกรอบการดำเนินงานดังกล่าว กรมควบคุมโรคมีบทบาทสำคัญในจัดทำแผนบูรณาการยุทธศาสตร์พัฒนาพื้นที่เศรษฐกิจพิเศษเพื่อให้จังหวัดมีความพร้อมในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ และมุ่งสู่เป้าประสงค์ “ประชาชนที่อยู่ในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษได้รับบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน มีหลักประกันสุขภาพและสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่ดี ตลอดจนอยู่ในสิ่งแวดล้อมดี”

ผลการดำเนินงานตามเป้าหมายการลดโรคและภัยสุขภาพ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/ อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
จำนวนช่องทางเข้าออกระหว่างประเทศที่รองรับเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษได้รับการพัฒนาตามแนวทางกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ.๒๕๔๘	๒๖ แห่ง	๒๕ แห่ง	
จำนวนจังหวัดชายแดนที่รองรับเขตพัฒนาเศรษฐกิจได้รับการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค ติดต่อกับแนวชายแดนตามมาตรฐานที่กำหนด	๑๐ จังหวัด	๑๐ จังหวัด	
ร้อยละของเครือข่ายมีความพึงพอใจต่อการเสริมสร้างความสามารถในการดำเนินงานช่องทางเข้าออกระหว่างประเทศและในจังหวัดชายแดนที่รองรับเขตพัฒนาเศรษฐกิจ	ร้อยละ ๗๕	ร้อยละ ๗๐.๖ (จาก ๗๗ เครือข่าย)	

ผลการดำเนินงานตามมาตรการ

มาตรการ/ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
มาตรการที่ ๑ เพิ่มประสิทธิภาพระบบการป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ		
ร้อยละของจังหวัดชายแดนมีสมรรถนะด้านการป้องกัน ควบคุมโรคผ่านเกณฑ์การประเมินตามเป้าหมายที่กำหนด (๘ ใน ๑๒ เป้าหมาย IHR และ GHSA)	ร้อยละ ๙๐ (๙ จังหวัด)	ร้อยละ ๑๐๐ (๑๐ จังหวัด)
มาตรการที่ ๒ เพิ่มความสามารถในการจัดการบริการสุขภาพในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ		
จำนวนคลินิกเวชศาสตร์การเดินทางและท่องเที่ยวที่ได้รับการพัฒนาตามแนวทางกรมควบคุมโรค	๖ แห่ง (ในจังหวัดตราด/ สระแก้ว/ กาญจนบุรี/ ตาก/นราธิวาส และมุกดาหาร)	๒ แห่ง (นราธิวาส และมุกดาหาร)

สำหรับผลการดำเนินงานภาพรวมของกรมควบคุมโรคในพื้นที่เศรษฐกิจพิเศษ สรุปได้ดังนี้

๑. การพัฒนาความร่วมมือระหว่างประเทศ เป้าหมาย คือ การพัฒนาภาคีเครือข่ายการดำเนินงานสาธารณสุขระหว่างจังหวัดชายแดน จังหวัดชายแดนเขตเศรษฐกิจพิเศษ และจังหวัดคู่ขนาน เพื่อให้เกิดความร่วมมือหรือข้อตกลงในการดำเนินงานด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และภัยสุขภาพร่วมกัน สามารถควบคุมการระบาดของโรค และประชาชนปลอดภัยจากโรคได้ โดยมีตัวชี้วัดที่กำกับการดำเนินงาน คือจังหวัดชายแดนเขตเศรษฐกิจพิเศษที่เป็นเป้าหมาย ผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาความร่วมมือด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และภัยสุขภาพ ร่วมกับจังหวัดชายแดนคู่ขนานประเทศเพื่อนบ้าน (Twin cities) ร้อยละ ๗๐ (จำนวน ๗ จังหวัด) ผลการประเมินจังหวัดชายแดนเขตเศรษฐกิจพิเศษที่เป็นเป้าหมายทั้ง ๑๐ จังหวัด ผ่านเกณฑ์การประเมิน ร้อยละ ๙๐ (จำนวน ๙ คู่จังหวัด)

๒. การพัฒนาสมรรถนะช่องทางเข้าออกประเทศ การพัฒนาสมรรถนะช่องทางเข้าออกประเทศ จำนวน ๒๖ แห่ง ใน ๑๐ จังหวัดพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษตามแนวทางของกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. ๒๕๔๘ (IHR ๒๐๐๕) ซึ่งครอบคลุมสมรรถนะทั้งในภาวะปกติที่ต้องมีตลอดเวลา และการตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่อาจเป็นสาเหตุของภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ ผลการประเมิน พบว่า มีช่องทางฯ ที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน (CCAT>๕๐ คะแนน) จำนวน ๒๕ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๙๖.๑๕

และไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน จำนวน ๑ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๓.๘๕ โดยมีช่องว่างที่ควรพัฒนา เช่น ระบบส่งต่อและการขนส่งเพื่อเคลื่อนย้ายผู้เดินทางที่เจ็บป่วยไปยังสถานบริการทางการแพทย์ที่เหมาะสม การปรับปรุงและทดสอบแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขอย่างสม่ำเสมอ เป็นต้น

๓. การพัฒนาจังหวัดสุขภาพชายแดน กรมควบคุมโรคได้ดำเนินการพัฒนาและสนับสนุนจังหวัดชายแดนที่รองรับเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ทั้ง ๑๐ จังหวัด ให้ได้รับการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพตามกรอบกฎหมายระหว่างประเทศ IHR๒๐๐๕ และวาระความมั่นคงด้านสุขภาพโลก ตาม ๑๒ เป้าหมาย ในประเด็นหลัก ๘ เป้าหมาย โดยให้จังหวัดเลือก ๒ เป้าหมาย และบังคับเลือก ๖ เป้าหมาย ได้แก่ ๑) ความปลอดภัยด้านอาหาร ๒) ความปลอดภัยด้านสารเคมี ๓) การป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล ๔) การพัฒนาช่องทางเข้าออกประเทศ ๕) การเฝ้าระวังและทีมประเมิน สถานการณ์สาธารณสุข และ ๖) การพัฒนานักระบาดวิทยาภาคสนาม โดยมีการดำเนินงาน ผลการประเมินจังหวัดในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ พบว่า ผ่านเกณฑ์การประเมินทั้งหมด ๑๐ จังหวัด คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐

๔. อาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ การพัฒนาและสนับสนุนการจัดการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมของหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ เป็นการดำเนินงานที่สนับสนุนตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์ ระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ ได้แก่ “ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการจัดการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษตามเกณฑ์ที่กำหนด” ซึ่งโรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินมาตรฐานการจัดการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ มีจำนวน ๑๕ แห่ง จาก ๒๗ แห่ง (คิดเป็นร้อยละ ๕๕.๕๖) ซึ่งบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด (เท่ากับร้อยละ ๒๕)

๕. การดำเนินงานภายใต้แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว มีการพัฒนาความร่วมมือตามบันทึกข้อตกลง เรื่องการดำเนินงานด้านสุขภาพหนึ่งเดียว (One Health) ในพื้นที่เศรษฐกิจพิเศษระดับจังหวัด ครบทั้ง ๑๐ จังหวัด ซึ่งสรุปการจัดทำแผนปฏิบัติการสุขภาพหนึ่งเดียว เพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน และโรคติดต่ออุบัติใหม่ของจังหวัดพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ ดังนี้

๕.๑ จังหวัดเชียงราย จัดทำแผนปฏิบัติการฯ โรคพิษสุนัขบ้า

๕.๒ จังหวัดตาก จัดทำแผนปฏิบัติการฯ โรคพิษสุนัขบ้า

๕.๓ จังหวัดกาญจนบุรี จัดทำแผนปฏิบัติการฯ โรคพิษสุนัขบ้า

๕.๔ จังหวัดสระแก้ว ตราด มีพิธีร่วมลงนามบันทึกความร่วมมือ (MOU) One Health Rabies Free Zone เขตสุขภาพที่ ๖ และได้จัดทำโครงการสุขภาพหนึ่งเดียวพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า

๕.๕ จังหวัดหนองคาย นครพนม จัดทำแผนปฏิบัติการฯ โรคพิษสุนัขบ้า

๕.๖ จังหวัดมุกดาหาร จัดทำแผนพัฒนาการดำเนินงาน One Health

๕.๗ จังหวัดสงขลา นราธิวาส จัดทำแผนปฏิบัติการฯ โรคพิษสุนัขบ้า

๖. การดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันโรคในแรงงานประมงต่างด้าว จัดทำและเผยแพร่แนวทางการดำเนินงาน เฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมอุบัติเหตุโรคให้กับหน่วยงานเครือข่ายการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมอุบัติเหตุโรคในพื้นที่จังหวัดสงขลา จำนวน ๕๐๐ เล่ม และแนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมอุบัติเหตุโรค และโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสำคัญในกลุ่มแรงงานต่างด้าวประมง จำนวน ๔๓๐ เล่ม

๗. การดำเนินคลินิกเวชศาสตร์การเดินทางและการท่องเที่ยว ในปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ได้มีการจัดตั้งคลินิกเวชศาสตร์การเดินทางและการท่องเที่ยวในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ เพิ่มอีก ๑ แห่งที่จังหวัดนราธิวาส รวมเป็น ๖ แห่งที่ได้เปิดให้บริการตั้งแต่ปี ๒๕๕๙ - ๒๕๖๐ มีดังนี้

๗.๑ คลินิกเวชศาสตร์การเดินทางและการท่องเที่ยว ศูนย์หาดใหญ่วรัตน์ จังหวัดสงขลา

๗.๒ คลินิกเวชศาสตร์การเดินทางและการท่องเที่ยว โรงพยาบาลหนองคาย จังหวัดหนองคาย

๗.๓ คลินิกเวชศาสตร์การเดินทางและการท่องเที่ยว โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่

๗.๔ คลินิกเวชศาสตร์การเดินทางและการท่องเที่ยว โรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม

๗.๕ คลินิกเวชศาสตร์การเดินทางและการท่องเที่ยว โรงพยาบาลมุกดาหาร จังหวัดมุกดาหาร

๗.๖ คลินิกเวชศาสตร์การเดินทางและการท่องเที่ยว โรงพยาบาลแว้ง จังหวัดนราธิวาส

๘. การป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยจัดอบรมให้ความรู้การป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ สำหรับโรงพยาบาลชายแดน เมื่อวันที่ ๑๓ - ๑๕ ธันวาคม ๒๕๕๙ ณ โรงแรมชั้นธารา เวลเนส จังหวัดฉะเชิงเทรา ผู้เข้าอบรม จำนวน ๘๔ คน โดยเนื้อหาการอบรมประกอบด้วย การบรรยาย เรื่อง สถานการณ์โรคติดเชื้อในโรงพยาบาล โรคอุบัติใหม่ที่นำจับตามอง การจัดการสิ่งแวดล้อมในสถานพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อ การเฝ้าระวังเชื้อมาตรฐานด้านจุลชีพ สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ แนวทางการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล (Antibiotic Stewardship) การป้องกันวัณโรคในสถานพยาบาล และ IC vs IHR : เหมือนหรือแตกต่าง รวมทั้งได้ศึกษาดูงานตามรอยผู้ป่วยสงสัยติดเชื้อโรค EIDs สถาบันบำราศนราดูร และมีการฝึกปฏิบัติการพยาบาลใน ๓ เรื่อง ได้แก่ การใส่เครื่องป้องกันร่างกาย การเก็บขยะและผ้าเปื้อนที่ใช้กับผู้ป่วยสงสัยโรคติดเชื้อ และการทำความสะอาดรถพยาบาล และประเมินการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคของโรงพยาบาลชุมชนชายแดนได้แก่

พื้นที่ สคร. ๑ เชียงใหม่ ได้แก่ โรงพยาบาลแม่สาย โรงพยาบาลเชียงแสน โรงพยาบาลเชียงของ โรงพยาบาลแม่สะเรียง

พื้นที่ สคร. ๒ พิษณุโลก ได้แก่ โรงพยาบาลแม่สอด จ.ตราด

พื้นที่ สคร. ๖ ชลบุรี ได้แก่ โรงพยาบาลคลองใหญ่ จ.ตราด

พื้นที่ สคร. ๑๐ อุบลราชธานี ได้แก่ โรงพยาบาลหัวใหญ่ จ.มุกดาหาร

พื้นที่ สคร. ๑๒ สงขลา ได้แก่ โรงพยาบาลสะเดา และโรงพยาบาลปาดังเบซาร์

๙. การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพประชากรต่างด้าวในพื้นที่เศรษฐกิจพิเศษ สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ได้ดำเนินโครงการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพประชากรในเขตพื้นที่เศรษฐกิจพิเศษในพื้นที่ ๔ จังหวัด ได้แก่ จังหวัดตาก นครพนม มุกดาหาร และสงขลา โดยมีการดำเนินงานเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพโรคติดต่อทางเดินอาหารและน้ำ จัดทำข้อมูลระบบการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพโรคติดต่อทางเดินอาหารและน้ำภายในชุมชนที่สามารถแสดงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ทำให้ทราบถึงข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพประกอบการตัดสินใจการจัดกิจกรรมพื้นฐาน รวมถึงข้อมูลคาดการณ์แนวโน้มของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในพื้นที่ดังกล่าว

๑๐. การประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคและภัยสุขภาพในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ จัดการประชุมเชิงปฏิบัติการ ประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคและภัยสุขภาพในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ เมื่อวันที่ ๑๙ - ๒๐ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๐ เพื่อประเมินความเสี่ยงกลุ่มโรคติดต่อ กลุ่มโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมและกลุ่มโรคไม่ติดต่อใน ๓ จังหวัด ได้แก่ สระแก้ว ตาก และสงขลา สำหรับกำหนดมาตรการ และแนวทางการดำเนินงานในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษต่อไป

แผนงานส่งเสริมการวิจัยและพัฒนา

จากนโยบายประเทศไทย ๔.๐ ของรัฐบาล ที่ต้องการขับเคลื่อนไปสู่การเป็นประเทศที่มั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืนอย่างเป็นรูปธรรม โดยการผลักดันการปฏิรูปโครงสร้างเศรษฐกิจ การปฏิรูปการวิจัย และการพัฒนาการปฏิรูปการศึกษา โดยเน้นขับเคลื่อนการสร้างนวัตกรรม และการทำงานร่วมกับเครือข่าย และภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ ๘ การพัฒนาวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี วิจัย และนวัตกรรม ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔) มีเป้าหมายและตัวชี้วัดที่สำคัญ ได้แก่ จำนวนบุคลากรด้านการวิจัยและพัฒนาเพิ่มขึ้นเป้าหมายปี ๒๕๖๔ จะมีนักวิจัย ๒๕ คนต่อประชากร ๑๐,๐๐๐ คน รวมทั้งนโยบายและยุทธศาสตร์การวิจัยแห่งชาติ ฉบับที่ ๙ (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔) ที่เน้นให้มีโครงการวิจัย/ จำนวนหน่วยงานที่ได้นำผลงานไปใช้ประโยชน์ มูลค่าผลกระทบเชิงเศรษฐกิจ/ สังคม และมีการนำข้อมูลวิจัย ความรู้ ไปใช้ในการตัดสินใจได้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุข ระยะ ๒๐ ปี ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล มีตัวชี้วัดที่สำคัญ ได้แก่ งบประมาณวิจัยที่เพิ่มขึ้น และผลงานวิจัย/ R๒R ที่มีการเผยแพร่ให้หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์

การดำเนินงานวิจัยของกรมควบคุมโรคที่ผ่านมา ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๒ - ๒๕๖๑ มีโครงการวิจัยที่ส่งเรื่องขอรับการสนับสนุนงบประมาณทั้งหมด จำนวน ๗๑๙ เรื่อง มีโครงการที่ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการ จำนวน ๓๖๗ เรื่อง และมีโครงการวิจัยที่ดำเนินการแล้วเสร็จจริงจากปี พ.ศ. ๒๕๕๒ - ๒๕๕๙ จำนวน ๓๑๔ เรื่อง ส่วนการสร้างองค์ความรู้ มีผลงานปีละประมาณ ๑๐๐ เรื่อง อีกทั้งมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง ปัญหาอุปสรรค พบว่า นักวิจัยไม่สามารถพัฒนาโครงร่างงานวิจัยและดำเนินการวิจัยให้ทันได้ตามระยะเวลาที่กำหนดในแต่ละปีงบประมาณ ปีงบประมาณ ๒๕๕๘ มีโครงการที่สามารถพัฒนาโครงร่างและดำเนินการได้ตามแผนงานวิจัยเพียง ร้อยละ ๔๐ และร้อยละ ๒๐ มาดำเนินงานในปี ๒๕๕๙ และในปีงบประมาณ ๒๕๖๐ มีโครงการที่สามารถเริ่มดำเนินงานได้ ร้อยละ ๔๕.๔๕ (ไตรมาส ๒) ส่งผลให้การดำเนินงานล่าช้า กระทั่งต่อการดำเนินงานและงบประมาณ ผลงานวิจัยไม่มีการสังเคราะห์องค์ความรู้เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการตัดสินใจเชิงนโยบาย กำหนดมาตรการ และปรับปรุงการดำเนินงาน ผลการประเมินคุณค่าผลงานวิจัย ระหว่างปี ๒๕๕๐ - ๒๕๕๒ จำนวน ๑๐๔ เรื่อง สามารถนำไปใช้ประโยชน์อย่างเป็นรูปธรรมได้เพียง ๓ เรื่อง (ร้อยละ ๒.๙) และมีการดำเนินงานวิจัยไม่ครอบคลุมทุกหน่วยงาน ส่วนด้านบุคลากรการวิจัยส่วนหนึ่งเกษียณอายุราชการ รวมทั้งบุคลากรการวิจัยรุ่นใหม่ยังขาดทักษะและประสบการณ์ด้านงานวิจัย บริหารจัดการงานวิจัยที่จำเป็น กรมควบคุมโรคได้มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรการวิจัยประมาณปีละ ๔๐ - ๕๐ คนซึ่งยังไม่เพียงพอ อีกปัญหาหนึ่งที่สำคัญ คือ การสร้างนวัตกรรมจากผลงานวิจัยในการป้องกันควบคุมโรคที่ยังมีน้อย

ผลการดำเนินงานตามเป้าหมายการลดโรคและภัยสุขภาพ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
๑. ผลงานวิจัยด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่มีคุณภาพเพิ่มขึ้น	เพิ่มขึ้น ๕ เรื่อง (วัดคุณภาพในปี ๒๕๖๐)	๓๓ เรื่อง
๒. องค์ความรู้และนวัตกรรมด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่มีคุณภาพเพิ่มขึ้น	เพิ่มขึ้น ๒๔ เรื่อง (วัดคุณภาพในปี ๒๕๖๐)	๑๐๔ เรื่อง
๓. กรมควบคุมโรคมีบุคลากรที่มีศักยภาพในด้านการวิจัยจัดการความรู้และการพัฒนานวัตกรรมเพิ่มขึ้น	๒๑๘ คน	- บุคลากรด้านวิจัย ๒๕๔ คน - บุคลากรด้านการจัดการความรู้ ๑๑๐ คน รวม ๓๖๔ คน

ผลการดำเนินงานตามมาตรการ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
มาตรการที่ ๑ ขับเคลื่อน และดำเนินการเพื่อเพิ่มการวิจัย รวมทั้งวิจัยประเมินเทคโนโลยีสร้างองค์ความรู้และพัฒนา นวัตกรรมเพื่อการป้องกันควบคุมโรค		
จำนวนโครงการวิจัยทุกประเภทที่ดำเนินการแล้วเสร็จตามแผน	๔๑ เรื่อง	- วิจัย ๓๓ เรื่อง (งบประมาณหมวดรายจ่ายอื่นๆ) - วิจัย ๗ เรื่อง (งบดำเนินงาน) - R๒R ๒๐ เรื่อง รวม ๖๐ เรื่อง
จำนวนองค์ความรู้และนวัตกรรมที่ดำเนินการแล้วเสร็จตามแผน	๓๕ เรื่อง	ปี ๒๕๖๐ จำนวนองค์ความรู้ที่ดำเนินการแล้วเสร็จตามแผน จำนวน ๑๐๔ เรื่อง
จำนวนเครือข่ายภายใน ประเทศและต่างประเทศที่มีกิจกรรมหรือโครงการร่วมหรือข้อตกลงความร่วมมือในการสนับสนุนงานวิจัย	หน่วยงานละ ๑ เครือข่าย	รวม ๙ เครือข่าย ประกอบด้วย ๑. ลงนาม MOU (๓ เครือข่าย) - ข้อตกลงความร่วมมือกับสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) - ข้อตกลงความร่วมมือกับมหาวิทยาลัยมหิดล - ข้อตกลงความร่วมมือกับสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ๒. วิทยากร (๒ เครือข่าย) - ม.มหิดล: หลักสูตร HTA (รศ.ดร.ภก อาทร รั้วไพบูลย์) - วช.: ผศ.ดร.สิริมา มงคลสัมฤทธิ์ ๓. คณะกรรมการ (๔ เครือข่าย) - คณะกรรมการกำกับทิศทางการวิจัยการควบคุมโรคและภัยสุขภาพของ สวรส.จำนวน ๒ เครือข่ายประกอบด้วย ๑) คณะแพทยศาสตร์ รพ.รามาธิบดี (นพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์) ๒) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (ดร.นพ.ปิยะ หาญวรงค์ชัย) - คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมควบคุมโรคจำนวน ๒ เครือข่ายประกอบด้วย

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
		๑) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหิดล (นางสาวเพ็ญพิศ สุวรรณอำไพ) ๒) กรมการแพทย์ (นายอรรถสิทธิ์ ศรีสุบัติ)
มาตรการที่ ๒ ผลักดัน และส่งเสริมการนำผลงานวิจัย รวมทั้งผลการวิจัยประเมินเทคโนโลยี องค์ความรู้ และนวัตกรรม ไปใช้ประโยชน์ในการป้องกัน ควบคุมโรค และภัยสุขภาพอย่างเต็มที่		
จำนวนผลงานวิจัยที่ได้นำไปใช้ประโยชน์อย่างเป็นรูปธรรมในการป้องกันควบคุมโรค	ภาพรวม กรมฯ อย่างน้อย ๒ เรื่อง	๔๙ เรื่อง (ผลงานปี ๒๕๕๖ - ๒๕๕๘)
จำนวนองค์ความรู้และนวัตกรรมที่ได้นำไปใช้ประโยชน์อย่างเป็นรูปธรรม ในการป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ	ภาพรวม กรมฯ อย่างน้อย ๕ เรื่อง	ปี ๒๕๖๐ จำนวน ๑๐๔ เรื่อง (*การนำไปใช้ประโยชน์อย่างเป็นรูปธรรม ในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ เป็นไปตามนิยามตัวชี้วัด แผนงานส่งเสริมการวิจัยและพัฒนา กรมควบคุมโรค ปี ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔ **จากหน่วยงานทั้งสิ้น ๓๕ หน่วยงานเฉพาะงาน KM)
ร้อยละของผลงานวิจัยรวมทั้งวิจัย ประเมินเทคโนโลยี องค์ความรู้ และนวัตกรรม ที่ได้รับการสื่อสารและเผยแพร่ถึงกลุ่มเป้าหมาย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	งานวิจัย ร้อยละ ๘๐ งาน KM ร้อยละ ๑๐๐	- จำนวน ๔๙ เรื่อง (ร้อยละ ๘๕.๙๖) - ร้อยละ ๑๐๐ (เฉพาะข้อมูล KM) (***เผยแพร่ลงในฐานข้อมูลความรู้ ในตลาดนัดความรู้ทางเว็บไซต์ สถาบันวิจัยจัดการความรู้ฯ และหลากหลายรูปแบบการเผยแพร่ของหน่วยงานแต่ได้มีการสำรวจอย่างเป็นรูปธรรม***)
มาตรการที่ ๓ เร่งรัดพัฒนาศักยภาพด้านบุคลากร และระบบสนับสนุนของกรมควบคุมโรค สำหรับการวิจัย การจัดการ ความรู้ และพัฒนานวัตกรรม		
จำนวนบุคลากร ที่มีศักยภาพด้านการวิจัยและบริหารจัดการงานวิจัย	๑๐๙ คน (สำนัก/ สถาบัน หน่วยงานละ ๓ คน หน่วย สนับสนุน หน่วยงานละ ๒ คน)	๒๕๔ คน
จำนวนบุคลากรที่มีศักยภาพด้านการจัดการ ความรู้และพัฒนานวัตกรรม	๑๐๙ คน (สำนัก/ สถาบัน หน่วยงานละ ๓ คน หน่วย สนับสนุน หน่วยงานละ ๒ คน)	๑๑๐ คน

แผนงานยุทธศาสตร์ป้องกันปราบปราม การทุจริตและประพฤติมิชอบ

ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๕๐ มาตรา ๒๗๙ ที่กำหนดให้มาตรฐานทางจริยธรรมของข้าราชการเป็นไปตามประมวลจริยธรรมที่กำหนดขึ้น สำหรับข้าราชการยึดถือปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างที่ดี เทียบธรรมในหน้าที่ ผดุงเกียรติศักดิ์ศรีข้าราชการควรแก่ความไว้วางใจและเชื่อมั่นของปวงชน และพระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน พุทธศักราช ๒๕๕๑ มาตรา ๓๔ กำหนดให้การจัดระเบียบข้าราชการพลเรือนต้องเป็นไปเพื่อผลสัมฤทธิ์ต่อภารกิจของรัฐ ความมีประสิทธิภาพ และความคุ้มค่า โดยให้ข้าราชการปฏิบัติราชการอย่างมีคุณภาพ คุณธรรม และคุณภาพชีวิตที่ดี มาตรา ๗๘ และ ๗๙ กำหนดให้ข้าราชการพลเรือนสามัญต้องรักษาราชการตามที่ได้รับมอบหมายไว้ โดยมุ่งประสงค์ให้เป็นข้าราชการที่ดี มีเกียรติ และศักดิ์ศรีความเป็นข้าราชการ รวมถึง อีกทั้งยุทธศาสตร์ชาติว่าด้วยการป้องกัน และปราบปรามการทุจริต ระยะที่ ๒ ที่มีเป้าหมายลดปัญหาการทุจริตในสังคมไทย และตามนโยบายของรัฐบาล พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา ด้านการส่งเสริมการบริหารราชการแผ่นดินที่มีธรรมาภิบาล และการป้องกันปราบปรามการทุจริต และประพฤติมิชอบในภาครัฐ: ข้อ ๑๐.๕ ใช้มาตรการทางกฎหมาย การปลูกฝังค่านิยม คุณธรรม จริยธรรมและจิตสำนึกในการรักษาศักดิ์ศรีของความเป็นข้าราชการ และความซื่อสัตย์สุจริต ควบคู่กับการบริหารจัดการภาครัฐที่มีประสิทธิภาพเพื่อป้องกันและปราบปรามการทุจริต และประพฤติมิชอบของเจ้าหน้าที่ของรัฐทุกระดับอย่างเคร่งครัด และจากผลการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของกรมควบคุมโรค ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๘

กรมควบคุมโรคได้ค่าคะแนนในภาพรวมร้อยละ ๘๑.๕๗ ซึ่งผ่านเกณฑ์ในระดับสูงมาก แต่ค่าคะแนนรายข้อยังพบว่า มีค่าคะแนนต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ดังนั้นจึงต้องพัฒนาข้าราชการกรมควบคุมโรคให้เป็นไปตามประมวลจริยธรรมที่กำหนดและเสริมสร้างจิตสำนึกและให้ข้าราชการตระหนักถึงการเป็นข้าราชการที่ดีตามรอยพระยุคลบาทตามที่ได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์การสร้างเสริมคุณธรรม จริยธรรม และป้องกันการทุจริตประพฤติมิชอบกรมควบคุมโรค ปี พ.ศ. ๒๕๕๘ – ๒๕๖๑ ที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ และค่านิยมในการปฏิบัติงานที่มุ่งเพิ่มสมรรถนะและพัฒนาระบบราชการ โดยยึดหลักการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี หลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง มีจิตสำนึกพร้อมที่จะปฏิบัติงานเพื่อประชาชนและแผ่นดิน สร้างภูมิคุ้มกันด้านจิตใจเพื่อให้มีพฤติกรรมในเชิงสร้างสรรค์ มีจิตสำนึกในการกระทำความดีรู้จักการให้ การเสียสละและไม่กระทำการทุจริตและประพฤติมิชอบอันเนื่องมาจากอำนาจหน้าที่ที่ได้รับ

ในปี พ.ศ. ๒๕๕๗ กรมควบคุมโรคได้พัฒนาและยกระดับหน่วยงานเพื่อให้ผลการดำเนินงานในภาพรวมดีขึ้น โดยพิจารณาข้อมูลจากผลการประเมินในปี ๒๕๕๖ และนำมาปรับปรุงการดำเนินงานให้ดีขึ้น ซึ่งผลคะแนนประเมินที่ได้เพิ่มขึ้นเป็น ๗๘.๕๑ คะแนนจากดัชนีตัวชี้วัดในการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส ๕ ด้าน ในด้านความโปร่งใสมีค่าคะแนนสูงสุด ๘๓.๕๙ คะแนน และจากผลการประเมินนี้พบว่าด้านความรับผิดชอบมีค่าคะแนนต่ำสุด เพียง ๗๐.๕๙ คะแนน ซึ่งจากค่าคะแนนที่ต่ำสุดนี้ กรมควบคุมโรคจะต้องส่งเสริมให้บุคลากรมีจิตสำนึกในความรับผิดชอบต่อบทบาทหน้าที่ และความรับผิดชอบต่อตามกฎหมายในการปฏิบัติงานให้มากขึ้นและในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ มีผลคะแนนเพิ่มขึ้นเป็น ๘๑.๗๙ ซึ่งยังคงต้องมีการปรับปรุง และพัฒนาผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องเพื่อให้มีค่าคะแนนสูงขึ้นทุกปี

ผลการดำเนินงานตามเป้าหมายการลดโรคและภัยสุขภาพ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/ อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
ทุกหน่วยงานในสังกัดกรมควบคุมโรค มีความโปร่งใสในการดำเนินงาน (ITA)	ร้อยละ ๘๙	ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ หน่วยงานในสังกัด กรมควบคุมโรค มีความโปร่งใสในการดำเนินงาน คิดเป็นร้อยละ ๙๕.๗๑ โดยแบ่งเป็นหน่วยงานต่อเนื่อง จำนวน ๓๕ หน่วยงาน และหน่วยงานขนาดเล็ก ๖ หน่วยงาน รวมเป็น ๔๑ หน่วยงาน โดยมีจำนวน หน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์ จำนวน ๓๘ หน่วยงาน จาก ๔๑ หน่วยงาน คิดเป็นร้อยละ ๙๒.๖๘ ของหน่วยงานทั้งหมด	-

ผลการดำเนินงานตามมาตรการ

มาตรการ/ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา/ อุปสรรค / ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
มาตรการป้องกันการทุจริตและสร้างความโปร่งใส			
ระดับความสำเร็จของการพัฒนา ระดับคุณธรรม ความโปร่งใส ในหน่วยงานสังกัดกรมควบคุมโรค โดยผ่านเกณฑ์ประเมินคุณธรรม	ระดับ ๕	ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๐ หน่วยงาน มีระดับ ความสำเร็จของการพัฒนาระดับคุณธรรม ความโปร่งใส ในหน่วยงานสังกัดกรมควบคุมโรค โดยผ่านเกณฑ์ ประเมินคุณธรรม อยู่ในระดับที่ ๔ คิดเป็นร้อยละ ๙๕.๗๑	

ผลการปฏิบัติราชการตามแผน ปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

๑. ผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ กรมควบคุมโรค ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

ความเป็นมา

ตามพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ ๕) พ.ศ. ๒๕๔๕ ที่กำหนดให้การบริหารราชการต้องเป็นไปเพื่อประโยชน์สุขของประชาชน เกิดผลสัมฤทธิ์ต่อภารกิจของรัฐ มีประสิทธิภาพ มีความคุ้มค่าในเชิงภารกิจแห่งรัฐ ลดขั้นตอนการปฏิบัติงาน ลดภารกิจและยุบเลิกหน่วยงานที่ไม่จำเป็น กระจายภารกิจและทรัพยากรไปสู่ท้องถิ่นและให้การปฏิบัติหน้าที่ของส่วนราชการเป็นไปตามวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี (Good Governance) และมีการบริหารที่เน้นการบริหารจัดการให้เกิดผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

กรมควบคุมโรคได้กำหนด (ร่าง) กรอบยุทธศาสตร์ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๗๙) ด้านการป้องกันควบคุมโรคให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี ของกระทรวงสาธารณสุข มีเป้าหมายที่จะพัฒนาระบบป้องกันควบคุมโรคตามที่กำหนดไว้ในระยะปฏิรูป ประกอบกับตามคำสั่งของคณะรักษาความสงบแห่งชาติ (คสช.) ที่ ๕/๒๕๕๙ เรื่องมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ โดยมอบหมายให้สำนักงาน ก.พ.ร. เป็นผู้ประเมินส่วนราชการ ซึ่งมีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙ และในการประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) ครั้งที่ ๕/๒๕๕๙ เมื่อวันที่ ๒๙ พฤศจิกายน ๒๕๕๙ ได้มีมติเห็นชอบกับกรอบการประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ แทนการจัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการในระบบเดิม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการดำเนินงานของส่วนราชการในการขับเคลื่อนภารกิจสำคัญของรัฐบาล การแก้ไขปัญหาและการอำนวยความสะดวกแก่ประชาชนและเพื่อเพิ่มศักยภาพของส่วนราชการในการสนับสนุนการพัฒนาประเทศ รวมทั้งใช้เป็นข้อมูลเพื่อประกอบการให้ทุนให้โทษต่อหน่วยงานและผู้บริหาร จากเดิมการประเมินส่วนราชการเป็นการจัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการ โดยตั้งแต่ในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ ให้ทุกส่วนราชการประเมินประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ ๕ องค์ประกอบ ดังนี้

๑) องค์ประกอบที่ ๑ ประสิทธิภาพในการดำเนินงานตามหลักภารกิจพื้นฐานงานประจำ งานตามหน้าที่ปกติ หรืองานตามหน้าที่ความรับผิดชอบหลัก งานตามกฎหมาย นโยบายของรัฐบาลหรือมติคณะรัฐมนตรี (Functional Based)

๒) องค์ประกอบที่ ๒ ประสิทธิภาพในการดำเนินงานตามหลักภารกิจยุทธศาสตร์ แนวทางปฏิบัติภาครัฐ นโยบายเร่งด่วนหรือภารกิจที่ได้รับมอบหมายพิเศษ (Agenda Based)

๓) องค์ประกอบที่ ๓ ประสิทธิภาพในการดำเนินงานตามหลักภารกิจพื้นที่ ท้องถิ่น ภูมิภาค จังหวัด กลุ่มจังหวัดหรือการบูรณาการการดำเนินงานหลายพื้นที่หรือหลายหน่วยงาน (Area Based)

๔) องค์ประกอบที่ ๔ ประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ พัฒนานวัตกรรมในการบริหารจัดการงานงบประมาณ ทรัพยากรบุคคล และการให้บริการประชาชนหรือหน่วยงานของรัฐ (Innovation Based)

๕) องค์ประกอบที่ ๕ ศักยภาพในการเป็นส่วนราชการที่มีความสำคัญเชิงยุทธศาสตร์เพื่อการพัฒนาประเทศตามแผนหรือนโยบายระดับชาติ นโยบายของรัฐ (Potential Based) ประกอบกับผลการประเมินโดยองค์กรภายในและภายนอกประเทศ

ผลการดำเนินงาน

๑.๑ ผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (Performance Agreement: PA) กรมควบคุมโรค ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายให้ผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับจัดทำข้อตกลงการปฏิบัติงาน (Performance Agreement: PA) โดยกำหนดให้มีการถ่ายทอดตัวชี้วัดนโยบายสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข ตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ของกระทรวง แผนบูรณาการ และแผนงาน/ โครงการสำคัญของกระทรวง ซึ่งได้มีการลงนามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ ระหว่างนายแพทย์สุวรรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการสาธารณสุข และนายแพทย์เจษฎา โชคดำรงสุข อธิบดีกรมควบคุมโรค เมื่อวันที่ ๒๘ ตุลาคม ๒๕๕๙ ซึ่งเป็นพันธสัญญาต่อความสำเร็จ ตามเป้าหมายตัวชี้วัด มีความรับผิดชอบต่อผลสำเร็จตามข้อตกลงร่วมกัน และให้มีการติดตามผลการปฏิบัติงาน รอบ ๓, ๖, ๙ และ ๑๒ เดือน เพื่อติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานตามข้อตกลงเป็นระยะๆ ก่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ของภารกิจ คุณภาพการให้บริการ ความคุ้มค่า เป็นแนวทางที่จะบรรลุผลสัมฤทธิ์ตามเจตนารมณ์ของพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. ๒๕๔๖



ซึ่งกรมควบคุมโรคได้จัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการ Performance Agreement: PA ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ จำนวน ๖ ตัวชี้วัดและมีผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ รอบ ๑๒ เดือน (ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๐) รายละเอียดดังนี้

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	เป้าหมาย ๑๒ เดือน (Small Success)	ผลการดำเนินงาน
๑. ร้อยละของจังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง	ร้อยละ ๘๐	- ร้อยละ ๘๐ ของจังหวัด มี Incident Action Plan (IAP) ของเหตุการณ์ที่สำคัญ ที่อาจเกิดขึ้น โดยกำหนดวิธีปฏิบัติการพร้อมข้อสั่งการ ไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (กรณีไม่มีเหตุการณ์ฉุกเฉิน ให้มีการจัดทำ IAP จากการซ้อมแผน)	- พื้นที่จังหวัดที่ดำเนินการเสร็จสิ้นแล้ว จำนวน ๗๔ จังหวัด จากทั้งหมด ๗๖ จังหวัด (คิดเป็นร้อยละ ๙๗.๓๗) เป็นไปตามเป้าหมาย
๒. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	ร้อยละ ๘๕	-	- ร้อยละ ๗๙.๙ (ต่ำกว่าเป้าหมาย)
มาตรการที่ ๑: เร่งรัดการค้นหาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยในกลุ่มเสี่ยงเป้าหมาย		- ร้อยละ ๑๐๐ ของอำเภอเป้าหมายได้รับการคัดกรองเชิงรุกในประชากรกลุ่มเสี่ยง (๒๓๑ อำเภอ)	- ได้รับการคัดกรองจำนวน ๒๓๑ อำเภอ คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐
มาตรการที่ ๒ : การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยตามมาตรฐานให้หายและกินยาครบ			
๒.๑ การเร่งรัดการรายงานและความครอบคลุมของข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค		- ร้อยละ ๑๐๐ ของโรงพยาบาล (ศูนย์/ทั่วไป/ชุมชน) มีการบันทึกและรายงานข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคผ่านโปรแกรม TBCM ๒๐๑๐ หรือ โปรแกรม TBCM Online	- ๘๕๘ โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ ๙๙.๕๔ (เป้าหมาย ๘๖๒) (ต่ำกว่าเป้าหมาย)
๒.๒ การประเมินอัตราการเปลี่ยนของเสมหะจากบวกเป็นลบ (Sputum Conversion Rate)		- อัตราการเปลี่ยนของเสมหะจากบวกเป็นลบ (Sputum Conversion Rate) ใน Cohort ที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๐มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๕	- ร้อยละ ๘๒.๖ (ต่ำกว่าเป้าหมาย)
๒.๓ การประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพการดูแลรักษาวัณโรค (QTB)		- ร้อยละ ๘๐ ของโรงพยาบาลได้รับการประเมินมาตรฐาน QTB ในปี ๒๕๖๐ (จำนวน ๑๘๕ รพ. จากเป้าหมาย ๒๓๑ รพ.)	- จำนวน ๒๓๑ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐
๒.๔ การประเมินมาตรฐานการป้องกันดูแลรักษาวัณโรคในเรือนจำ (QTBP)		- ร้อยละ ๕๐ ของเรือนจำเป้าหมายผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐาน QTBP ในปี ๒๕๖๐ (๗๗ เรือนจำ)	- ได้รับการประเมินจำนวน ๗๗ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐
๓. ร้อยละของตำบลในการคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ (โครงการถวายเป็นพระราชกุศลฯ) ร้อยละ ๘๐		ร้อยละ ๘๐ (ของ ๒๐๙ ตำบล = ๑๖๘ ตำบล)	- จำนวน ๒๐๑ ตำบล คิดเป็นร้อยละ ๙๖.๑๘

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	เป้าหมาย ๑๒ เดือน (Small Success)	ผลการดำเนินงาน
๔. อัตราเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน Proxy KPI : จำนวนผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บจากการจราจรทางถนนในอำเภอที่ดำเนินการ DHS-RTI	ลดลง อย่างน้อย ร้อยละ ๕	- ร้อยละ ๕๐ ของอำเภอที่ดำเนินการ DHS-RTI ผ่านเกณฑ์ประเมินระดับดี (Good) (ค่าเป้าหมาย ดำเนินการ ๒๖๔ อำเภอ ผ่านเกณฑ์ระดับดี ๑๓๒ อำเภอ)	- มีอำเภอที่ดำเนินการ DHS-RTI จำนวน ๖๓๔ อำเภอ (คิดเป็นร้อยละ ๗๒.๒๐ ของประเทศ) - มีอำเภอผ่านเกณฑ์ประเมินระดับดี (Good) ๔๗๐ อำเภอ (คิดเป็นร้อยละ ๗๔.๑๓ ของอำเภอที่ดำเนินการ)
๕. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน		- อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน เป้าหมายไม่เกินร้อยละ ๒.๔๐	ร้อยละ ๑.๕๐
		- อัตราประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในพื้นที่รับผิดชอบของปีที่ผ่านมาได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำและคำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม $\geq$ ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๑.๑๗
๖. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)	$\geq$ ร้อยละ ๘๐	- ผู้ป่วย DM HT ที่ขึ้นทะเบียน ได้รับการประเมิน CVD Risk ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๑.๗๔
		- ผู้ป่วย DM HT ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อ CVD Risk $\geq 30\%$ ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มข้นครบถ้วน (ร้อยละ ๖๐)	ร้อยละ ๙๖.๐๙
		- ผู้ป่วย DM HT ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อ CVD Risk $\geq 30\%$ ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มข้นครบถ้วน ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยง (CVD Risk) ซ้ำ และจำนวนกลุ่มเสี่ยงมีความเสี่ยงลดลง (ร้อยละ ๑๐)	ร้อยละ ๗๙.๕๑

๑.๒ ผลการประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ (มาตรา ๔๔)

สำหรับการประเมินกรมควบคุมโรคตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ (มาตรา ๔๔) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ มีการประเมินผลการดำเนินงาน ๒ รอบ คือ รอบ ๕ เดือน และ ๑๐ เดือน ซึ่งในภาพรวมผลการดำเนินงานรอบ ๑๐ เดือน อยู่ในระดับสูงกว่ามาตรฐาน และผลการดำเนินงาน รอบ ๑๒ เดือน (ข้อมูล ณ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๐) ประกอบด้วย ๕ องค์ประกอบ ดังนี้

องค์ประกอบ	รอบ ๕ เดือน		รอบ ๑๐ เดือน		รอบ ๑๒ เดือน	
	เป้าหมาย	ผลงาน	เป้าหมาย	ผลงาน	เป้าหมาย	ผลงาน
องค์ประกอบการที่ ๑ Functional Based						
๑. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)	ร้อยละ ๔๐	ร้อยละ ๕๐.๔๔	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๐.๓๗	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๘๑.๗๔
๒. ร้อยละของจังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง	ร้อยละ ๘๐ ของจังหวัดทั้งหมด ดำเนินการในขั้นตอนที่ ๑-๓ แล้วเสร็จ	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๘๐ ของจังหวัดทั้งหมด ดำเนินการในขั้นตอนที่ ๑-๕ แล้วเสร็จ	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๙๗.๓๗
๓. ร้อยละของตำบลในการคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ (โครงการพระราชดำริ)	ร้อยละ ๑๔ (๓๐ ตำบล)	ร้อยละ ๓๐.๑๔ (๖๓ ตำบล)	ร้อยละ ๖๖.๖๗ (๑๔๐ ตำบล)	ร้อยละ ๗๙.๔๓ (๑๖๖ ตำบล)	ร้อยละ ๘๐ (๑๖๘ ตำบล)	ร้อยละ ๙๖.๑๘ (๒๐๑ ตำบล)
องค์ประกอบที่ ๒ Agenda Based						
๑. การสร้างความรับรู้ความเข้าใจแก่ประชาชน						
๑.๑ ร้อยละการดำเนินการตามแผนการสร้างความรับรู้ความเข้าใจแก่ประชาชน	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐
๑.๒ ร้อยละการชี้แจงประเด็นที่ทันต่อสถานการณ์	ร้อยละ ๑๐๐	รอบที่ ๑ ไม่มีประเด็นชี้แจงที่ทันต่อสถานการณ์	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐
๑.๓ ร้อยละของประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่รับรู้และเข้าใจในการดำเนินงานตามนโยบายสำคัญของรัฐบาล	รอผลการประเมินจากกรมประชาสัมพันธ์					
องค์ประกอบที่ ๓ Area Based						
๑. อัตราผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนต่อประชากรแสนคน	ไม่เกิน ๖ ต่อประชากรแสนคน	๔.๘๙ ต่อประชากรแสนคน	ไม่เกิน ๑๖.๕ ต่อประชากรแสนคน	๑๔.๙ ต่อประชากรแสนคน	ไม่เกิน ๑๘ ต่อประชากรแสนคน	๑๔.๙ ต่อประชากรแสนคน

องค์ประกอบ	รอบ ๕ เดือน		รอบ ๑๐ เดือน		รอบ ๑๒ เดือน	
	เป้าหมาย	ผลงาน	เป้าหมาย	ผลงาน	เป้าหมาย	ผลงาน
องค์ประกอบที่ ๔ Innovation Based						
๑. ประสิทธิภาพการเบิกจ่ายงบประมาณ	ร้อยละ ๔๕	ร้อยละ ๓๗.๖๗	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๐.๓๑	ร้อยละ ๙๖	ร้อยละ ๙๖.๖๙
๒. ข้อเสนอประสิทธิภาพในการบริหารจัดการและพัฒนานวัตกรรมของส่วนราชการ		-	-	-	-	-
๒.๑ อุปกรณ์ลดฝุ่น: นวัตกรรมการป้องกันควบคุมโรคปอดฝุ่นหิน	รายงานรอบที่ ๑ ในระบบ e-sar ของ สนง. กพร.	สรุปผลสำเร็จในการพัฒนานวัตกรรม	-	-	-	-
๒.๒ การดำเนินการขับเคลื่อนผลงานคุณภาพของกรมควบคุมโรค	รายงานรอบที่ ๑ ในระบบ e-sar ของ สนง. กพร.	สรุปผลสำเร็จในการพัฒนานวัตกรรม	-	-	-	-
๒.๓ การพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคไข้มาลาเรียโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อกำจัดโรคมาลาเรีย	-	-	รายงานรอบที่ ๒ ในระบบ e-sar ของ สนง. กพร.	สรุปผลสำเร็จในการพัฒนานวัตกรรม	-	-
องค์ประกอบที่ ๕ Potential Based						
๑. การจัดทำและดำเนินการตามแผนการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ชาติ	ดำเนินการตามแผนฯ ถึงเดือน ก.พ.๖๐ ได้ครบถ้วน ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ดำเนินการตามแผนฯ ถึงเดือน ก.ค.๖๐ ได้ครบถ้วน ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ดำเนินการตามแผนฯ ถึงเดือน ก.ย.๖๐ ได้ครบถ้วน ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐

๒. ผลการปฏิบัติราชการตามแผนปฏิบัติราชการและการใช้จ่ายงบประมาณ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

ตารางที่ ๑ ผลการดำเนินงานตามเป้าหมายการให้บริการกรมควบคุมโรค

ตัวชี้วัดเป้าหมายการให้บริการกรมควบคุมโรค (Public Service Agreement of DDC : PSA)	หน่วยนับ	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
PSA๑ ร้อยละของเครือข่ายเป้าหมายดำเนินการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและ ภัยสุขภาพตามแนวทาง/มาตรฐานด้านการควบคุมโรคของประเทศ	ร้อยละ	๙๖	๙๘.๔๕
PSA๒ ร้อยละของประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีพฤติกรรมสุขภาพตามเกณฑ์ด้านการ ควบคุมโรคของประเทศ	ร้อยละ	๘๐	๘๘.๗
PSA๓ ร้อยละของเครือข่ายเป้าหมายดำเนินการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมและ ภัยสุขภาพตามแนวทาง/มาตรฐานด้านการควบคุมโรคของประเทศตามกลุ่มวัย	ร้อยละ	๗๗	๘๓.๕๒
PSA๔ ร้อยละของช่องทางเข้าออกระหว่างประเทศและจังหวัดชายแดนในเขต พัฒนาเศรษฐกิจพิเศษผ่านเกณฑ์การประเมินที่กำหนด	ร้อยละ	๙๐	๙๓.๐๘
PSA๕ ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบโครงสร้างพื้นฐานด้านสารสนเทศ เพื่อการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพและการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน	ระดับ	๕	๕
PSA๖ ร้อยละของผลงานวิจัยด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่เผยแพร่ ให้หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์	ร้อยละ	๘๐	๘๕.๙๖
PSA๗ ร้อยละของประชาชนกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่เสี่ยงปัญหาหยาและมลพิษ ทางอากาศได้รับการเฝ้าระวังตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและคัดกรองความเสี่ยง ด้านสุขภาพตามแนวทาง/มาตรฐานด้านการควบคุมโรคของประเทศ	ร้อยละ	๓๐	๕๓.๗๕
PSA๘ ระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของกรมควบคุมโรค	ระดับ	๕	๕
PSA๙ ร้อยละของการเบิกจ่ายของรายการค่าใช้จ่ายบุคลากรในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ	ร้อยละ	๙๐	๙๙.๒๙

ตารางที่ ๒ ผลการดำเนินงานตามเป้าหมายผลผลิตของกรมควบคุมโรคปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

ผลผลิต	เป้าหมาย	ผลงาน	ผลเบิกจ่ายงบประมาณ (ล้านบาท)		
			งบประมาณ ที่ได้รับ	ผลเบิกจ่าย งบประมาณ	ร้อยละเบิกจ่าย
ผลผลิตที่ ๑ ผลลัพธ์ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ	๒๘ เรื่อง	๒๘ เรื่อง	๒๑๓.๕๑	๑๘๒.๙๓	๘๕.๖๘
ผลผลิตที่ ๒ การสนับสนุน เสริมสร้าง ศักยภาพ และความเข้มแข็งในการจัดการระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ	๒,๐๘๔ เครือข่าย	๒,๒๐๒ เครือข่าย	๗๕๗.๔๗	๗๑๔.๗๕	๙๔.๓๖
ผลผลิตที่ ๓ การเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค ที่เป็นปัญหาสำคัญ	๔,๑๐๒,๓๐๐ ราย	๔,๒๒๕,๔๖๓ ราย	๒๐๘.๖๐	๒๐๗.๓๓	๙๙.๓๙
ผลผลิตที่ ๔ การบริการรักษาและฟื้นฟูสภาพ เฉพาะโรคในกลุ่มโรคติดต่อสำคัญ โรคอุบัติใหม่ และภัยสุขภาพ	๒๖๑,๐๐๐ ราย	๒๘๒,๘๔๗ ราย	๓๗๐.๙๔	๓๖๐.๕๒	๙๗.๑๙

ผลผลิต	เป้าหมาย	ผลงาน	ผลเบิกจ่ายงบประมาณ (ล้านบาท)		
			งบประมาณที่ได้รับ	ผลเบิกจ่ายงบประมาณ	ร้อยละเบิกจ่าย
ผลผลิตที่ ๕ โครงการเร่งรัดกำจัดโรคไข้มาลาเรีย วัณโรค และยุติปัญหาเอดส์	๑,๘๑๖,๗๐๐ ราย	๑,๙๗๓,๕๖๙ ราย	๒๘๑.๓๘	๒๕๘.๕๕	๙๑.๘๙
ผลผลิตที่ ๖ โครงการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ และภัยสุขภาพที่เชื่อมโยงในระดับภูมิภาค	๔๒ แห่ง/ ๒๑ จังหวัด	๔๒ แห่ง/ ๒๑ จังหวัด	๕๔.๐๘	๕๐.๗๐	๙๓.๗๖
ผลผลิตที่ ๗ โครงการสนับสนุนการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อและสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในกลุ่มวัยเด็ก	๓๐,๐๔๕ แห่ง	๓๐,๑๐๐ แห่ง	๗.๐๐	๖.๗๕	๙๖.๕๓
ผลผลิตที่ ๘ โครงการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและพัฒนาทักษะชีวิตในกลุ่มวัยเรียน	๔๓๖ หน่วยงาน	๔๕๔ หน่วยงาน	๑๐.๐๐	๙.๖๔	๙๖.๔๐
ผลผลิตที่ ๙ โครงการพัฒนา ขับเคลื่อนกฎหมาย และเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพในกลุ่มวัยรุ่น	๑๑๓ หน่วยงาน	๑๑๑ หน่วยงาน	๖.๐๐	๕.๙๗	๙๙.๕๔
ผลผลิตที่ ๑๐ โครงการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มวัยทำงาน	๔๖๑ หน่วยงาน	๔๖๗ หน่วยงาน	๔๒.๗๐	๔๒.๑๑	๙๘.๖๓
ผลผลิตที่ ๑๑ โครงการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อโรคอุบัติใหม่และภัยสุขภาพที่เชื่อมโยงกับเขตเศรษฐกิจพิเศษ	๒๖แห่ง / ๑๐ จังหวัด	๒๖ แห่ง/ ๑๐ จังหวัด	๕๓.๖๙	๕๒.๒๗	๙๗.๓๕
ผลผลิตที่ ๑๒ โครงการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อรองรับการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และภัยสุขภาพ	๒๕ ครั้ง/ ๘๙ แห่ง	๒๖ ครั้ง/ ๙๐ แห่ง	๔๖.๖๐	๔๖.๕๘	๙๙.๙๘
ผลผลิตที่ ๑๓ โครงการวิจัยและพัฒนา ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ	๔๔ เรื่อง	๔๖ เรื่อง	๒๕.๐๐	๒๐.๑๖	๘๐.๖๕
ผลผลิตที่ ๑๔ โครงการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และภัยสุขภาพของประชาชนและผู้สัมผัสชายะ	๗,๐๐๐ ราย	๗,๒๕๐ ราย	๑๔.๙๐	๑๔.๗๖	๙๙.๑๑
ผลผลิตที่ ๑๕ โครงการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และภัยสุขภาพจากมลพิษทางอากาศ	๖ หน่วยงาน	๒๒ หน่วยงาน	๒.๕๐	๒.๔๘	๙๙.๓๗
ผลผลิตที่ ๑๖ โครงการส่งเสริมให้เกิดระบบการป้องกัน ปราบบรามการทุจริตและประพฤติมิชอบในภาครัฐ	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๕.๗๑	๑.๖๖	๑.๖๓	๙๘.๑๓
ผลผลิตที่ ๑๗ รายการค่าใช้จ่ายบุคลากรภาครัฐ พัฒนาด้านสาธารณสุข	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๙.๒๙	๑,๘๙๗.๗๑	๑,๘๘๔.๑๗	๙๙.๒๙
รวม			๓,๙๙๓.๗๘	๓,๘๖๑.๓๗	๙๖.๖๘

ตารางที่ ๓ ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลผลิตของกรมควบคุมโรคปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

ตัวชี้วัดผลการปฏิบัติราชการ (Service Delivery Agreement of DDC : SDA)	หน่วยนับ	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
ผลผลิตที่ ๑ ผลลัพธ์ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ			
SDA๐๑๐๑ จำนวนผลิตภัณฑ์ด้านการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ	เรื่อง	๒๘	๒๘
SDA๐๑๐๒ ร้อยละของผลิตภัณฑ์ด้านการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพได้มาตรฐานทางวิชาการ	ร้อยละ	๙๐	๙๓.๖๗
SDA๐๑๐๓ ร้อยละของผลิตภัณฑ์ที่ดำเนินการแล้วเสร็จตามเวลาที่กำหนด	ร้อยละ	๙๐	๙๑.๓๗
ผลผลิตที่ ๒ การสนับสนุน เสริมสร้าง ศักยภาพและความเข้มแข็งในการจัดการระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ			
SDA๐๒๐๔ จำนวนเครือข่ายเป้าหมายที่ได้รับการสนับสนุนเสริมสร้างศักยภาพและความเข้มแข็งในการจัดการระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ	จำนวน	๒,๐๘๔	๒,๒๐๒
SDA๐๒๐๕ ร้อยละของเครือข่ายมีความพึงพอใจต่อการสนับสนุนเสริมสร้างศักยภาพและความเข้มแข็งในการจัดการระบบเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ	ร้อยละ	๘๘	๙๔.๓๑
SDA๐๒๐๖ ร้อยละของโครงการสนับสนุนเสริมสร้างศักยภาพและความเข้มแข็งของเครือข่ายในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพดำเนินการแล้วเสร็จตามเวลาที่กำหนด	ร้อยละ	๙๐	๙๕
ผลผลิตที่ ๓ การเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ			
SDA๐๓๐๗ จำนวนประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้รับการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ	จำนวน	๔,๑๐๒,๓๐๐	๔,๒๒๕,๔๖๓
SDA๐๓๐๘ ร้อยละของประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีความพึงพอใจต่อการบริการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ	ร้อยละ	๙๐	๘๘.๖๓
SDA๐๓๐๙ ร้อยละของประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีความพึงพอใจต่อการสื่อสารความเสี่ยงของกรมควบคุมโรค	ร้อยละ	๙๐	๙๔.๔
SDA๐๓๑๐ ร้อยละของโครงการบริการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคที่เป็นปัญหาสำคัญที่ดำเนินการแล้วเสร็จตามเวลาที่กำหนด	ร้อยละ	๙๐	๙๘
ผลผลิตที่ ๔ การบริการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ เฉพาะโรคในกลุ่มโรคติดต่อสำคัญ โรคอุบัติใหม่และภัยสุขภาพ			
SDA๐๔๑๑ จำนวนประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้รับการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพเฉพาะโรคในกลุ่มโรคติดต่อสำคัญโรคอุบัติใหม่และภัยสุขภาพ	จำนวน	๒๖๑,๐๐๐	๒๘๒,๘๔๗
SDA๐๔๑๒ ร้อยละของประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีความพึงพอใจต่อการบริการรักษาฟื้นฟูสุขภาพเฉพาะโรคในกลุ่มโรคติดต่อสำคัญโรคอุบัติใหม่และภัยสุขภาพ	ร้อยละ	๘๖	๘๗.๒๒
SDA๐๔๑๓ ร้อยละของโครงการบริการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพเฉพาะโรคในกลุ่มโรคติดต่อสำคัญโรคอุบัติใหม่และภัยสุขภาพดำเนินการแล้วเสร็จตามเวลาที่กำหนด	ร้อยละ	๙๐	๙๕
ผลผลิตที่ ๕ โครงการเร่งรัดกำจัดโรคไข้มาลาเรีย วัณโรค และยูติปัญหาเอดส์			
SDA๐๕๑๔ จำนวนประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้รับการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคในการเร่งรัดกำจัดโรคไข้มาลาเรียวัณโรค และยูติปัญหาเอดส์	จำนวน	๑,๘๑๖,๗๐๐	๑,๙๗๓,๕๖๙

ตัวชี้วัดผลการปฏิบัติราชการ (Service Delivery Agreement of DDC : SDA)	หน่วยนับ	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
SDA๐๕๑๕ ร้อยละของประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีความพึงพอใจต่อการบริการ เฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคในการเฝ้าระวังโรคไข้มาลาเรีย วัณโรคและยุติ ปัญหาเอดส์	ร้อยละ	๗๕	๘๖.๐๘
SDA๐๕๑๖ ร้อยละของโครงการเฝ้าระวังโรคไข้มาลาเรีย วัณโรคและยุติ ปัญหาเอดส์ ดำเนินการเสร็จตามเวลาที่กำหนด	ร้อยละ	๙๐	๙๖
ผลผลิตที่ ๖ โครงการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ และภัยสุขภาพที่เชื่อมโยงในระดับภูมิภาค			
SDA๐๖๑๗ จำนวนช่องทางเข้าออกระหว่างประเทศได้รับการพัฒนา ตามแนวทางกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. ๒๕๕๘	แห่ง	๔๒	๔๒
SDA๐๖๑๘ จำนวนจังหวัดชายแดนที่ได้รับการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดนตามมาตรฐานที่กำหนด	จังหวัด	๒๑	๒๑
SDA๐๖๑๙ ร้อยละของเครือข่ายมีความพึงพอใจต่อการเสริมสร้างความสามารถ ในการดำเนินงานช่องทางเข้าออกระหว่างประเทศและในจังหวัดชายแดน	ร้อยละ	๗๕	๘๖.๗๑
SDA๐๖๒๐ ร้อยละของโครงการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ และภัยสุขภาพที่เชื่อมโยงในระดับภูมิภาคดำเนินการแล้วเสร็จตามเวลาที่กำหนด	ร้อยละ	๙๐	๙๘
ผลผลิตที่ ๗ โครงการสนับสนุนการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อและสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในกลุ่มวัยเด็ก			
SDA๐๗๒๑ จำนวนเครือข่ายเป้าหมายที่ได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานการ ป้องกันควบคุมโรคติดต่อและสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในกลุ่มวัยเด็ก	แห่ง	๓๐,๐๔๕	๓๐,๑๐๐
SDA๐๗๒๒ ร้อยละของเครือข่ายเป้าหมายที่มีความพึงพอใจต่อการสนับสนุน การดำเนินงานการป้องกันควบคุมโรคติดต่อและสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในกลุ่ม วัยเด็ก	ร้อยละ	๘๐	๘๔.๔๗
SDA๐๗๒๓ ร้อยละของโครงการการสนับสนุนการดำเนินงานการป้องกันควบคุม โรคติดต่อและสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในกลุ่มวัยเด็กแล้วเสร็จตามเวลาที่กำหนด	ร้อยละ	๙๐	๑๐๐
ผลผลิตที่ ๘ โครงการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและพัฒนาทักษะชีวิตในกลุ่มวัยรุ่น			
SDA๐๘๒๔ จำนวนเครือข่ายเป้าหมายที่ได้รับการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค และทักษะชีวิตในกลุ่มวัยรุ่น	หน่วย งาน	๔๓๖	๔๕๔
SDA๐๘๒๕ ร้อยละของเครือข่ายเป้าหมายที่มีความพึงพอใจต่อการสนับสนุน การดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคและทักษะชีวิตในกลุ่มวัยรุ่น	ร้อยละ	๘๐	๙๒.๓
SDA๐๘๒๖ ร้อยละของโครงการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและพัฒนาทักษะ ชีวิตในกลุ่มวัยรุ่นแล้วเสร็จตามเวลาที่กำหนด	ร้อยละ	๙๐	๙๙
ผลผลิตที่ ๙ โครงการพัฒนา ขับเคลื่อนกฎหมายและเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพในกลุ่มวัยรุ่น			
SDA๐๙๒๗ จำนวนเครือข่ายเป้าหมายที่ได้รับการพัฒนาและขับเคลื่อนกฎหมาย เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มวัยรุ่น	หน่วย งาน	๑๑๓	๑๑๑
SDA๐๙๒๘ ร้อยละของเครือข่ายเป้าหมายที่มีความพึงพอใจต่อการพัฒนาและ ขับเคลื่อนกฎหมายเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มวัยรุ่น	ร้อยละ	๘๐	๙๓.๕๑
SDA๐๙๒๙ ร้อยละของโครงการพัฒนา ขับเคลื่อนกฎหมายและเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพในกลุ่มวัยรุ่นแล้วเสร็จตามเวลาที่กำหนด	ร้อยละ	๙๐	๙๐

ตัวชี้วัดผลการปฏิบัติราชการ (Service Delivery Agreement of DDC : SDA)	หน่วยนับ	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
ผลผลิตที่ ๑๐ โครงการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มวัยทำงาน			
SDA๑๐๓๐ จำนวนเครือข่ายเป้าหมายที่ได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มวัยทำงาน	หน่วยงาน	๔๖๑	๔๖๗
SDA๑๐๓๑ ร้อยละของเครือข่ายเป้าหมายที่มีความพึงพอใจต่อการสนับสนุนการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มวัยทำงาน	ร้อยละ	๘๐	๘๘.๗๖
SDA๑๐๓๒ ร้อยละของโครงการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มวัยทำงานแล้วเสร็จตามเวลาที่กำหนด	ร้อยละ	๙๐	๙๐
ผลผลิตที่ ๑๑ โครงการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อโรคอุบัติใหม่และภัยสุขภาพ ที่เชื่อมโยงกับเขตเศรษฐกิจพิเศษ			
SDA๑๑๓๓ จำนวนช่องทางเข้าออกระหว่างประเทศที่รองรับเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษได้รับการพัฒนาตามแนวทางกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. ๒๕๕๘	แห่ง	๒๖	๒๖
SDA๑๑๓๔ จำนวนจังหวัดชายแดนที่รองรับเขตพัฒนาเศรษฐกิจได้รับการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดนตามมาตรฐานที่กำหนด	จังหวัด	๑๐	๑๐
SDA๑๑๓๕ ร้อยละของเครือข่ายมีความพึงพอใจต่อการเสริมสร้างความสามารถในการดำเนินงานช่องทางเข้าออกระหว่างประเทศและในจังหวัดชายแดนที่รองรับเขตพัฒนาเศรษฐกิจ	ร้อยละ	๗๕	๗๒.๘
SDA๑๑๓๖ ร้อยละของโครงการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคติดต่อโรคอุบัติใหม่และภัยสุขภาพ ที่เชื่อมโยงกับเขตเศรษฐกิจพิเศษดำเนินการแล้วเสร็จตามเวลาที่กำหนด	ร้อยละ	๙๐	๙๙
ผลผลิตที่ ๑๒ โครงการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อรองรับการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และภัยสุขภาพ			
SDA๑๒๓๗ จำนวนครั้งของเหตุการณ์ผิดปกติทางสาธารณสุขที่ได้รับการตรวจจับและรายงานผลการวิเคราะห์ความเสี่ยงภายใน ๑ ระยะพักตัว	ครั้ง	๒๕	๒๖
SDA๑๒๓๘ จำนวนหน่วยงานส่วนภูมิภาคสามารถนำข้อมูลไปใช้ตอบโต้ภาวะฉุกเฉินเพื่อรองรับการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ	แห่ง	๘๙	๙๐
SDA๑๒๓๙ ร้อยละของเหตุการณ์ผิดปกติทางสาธารณสุขได้รับการควบคุมภายใน ๓ ระยะ พักตัว	ร้อยละ	๖๐	๙๗.๗๙
SDA๑๒๔๐ ร้อยละความสำเร็จของการนำข้อมูลไปใช้วิเคราะห์ความเสี่ยงของเหตุการณ์ผิดปกติทางสาธารณสุข	ร้อยละ	๘๐	๘๐
SDA๑๒๔๑ ร้อยละความพึงพอใจของหน่วยงานกลุ่มเป้าหมายในการได้รับทราบรายงานผลการวิเคราะห์ความเสี่ยง	ร้อยละ	๘๐	๙๔.๓๗
SDA๑๒๔๒ ร้อยละของการวิเคราะห์ความเสี่ยงของเหตุการณ์ผิดปกติทางสาธารณสุขดำเนินการแล้วเสร็จตามเวลาที่กำหนด	ร้อยละ	๙๐	๙๐
SDA๑๒๔๓ ร้อยละของเวลาในการนำข้อมูลผลการวิเคราะห์ความเสี่ยงไปใช้ในการตรวจจับเหตุการณ์ผิดปกติทางสาธารณสุข	ร้อยละ	๙๐	๑๐๐
ผลผลิตที่ ๑๓ โครงการวิจัยและพัฒนาด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ			
SDA๑๓๔๔ จำนวนผลงานวิจัยด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ	เรื่อง	๔๔	๔๖

ตัวชี้วัดผลการปฏิบัติราชการ (Service Delivery Agreement of DDC : SDA)	หน่วยนับ	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
SDA๑๓๔๕ ร้อยละของผลงานวิจัยด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่ได้รับการยอมรับในระดับชาติหรือระดับสากล	ร้อยละ	๘๐	๘๕.๙๖
SDA๑๓๔๖ ร้อยละของผลงานวิจัยด้านการป้องกันควบคุมโรคและ ภัยสุขภาพ ที่ดำเนินการแล้วเสร็จตามเวลาที่กำหนด	ร้อยละ	๙๐	๗๑.๗๓
ผลผลิตที่ ๑๔ โครงการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชนและผู้สัมผัสชยะ			
SDA๑๔๔๗ จำนวนประชาชนกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่เสี่ยงปัญหาชยะได้รับการคัดกรองความเสี่ยงทางสุขภาพ	ราย	๗,๐๐๐	๗,๒๕๐
SDA๑๔๔๘ ร้อยละของประชาชนกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่เสี่ยงปัญหาชยะมีความพึงพอใจต่อการบริการคัดกรองความเสี่ยงด้านสุขภาพ	ร้อยละ	๘๐	๗๖.๘๘
SDA๑๔๔๙ ร้อยละของโครงการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชนและผู้สัมผัสชยะ แล้วเสร็จตามเวลาที่กำหนด	ร้อยละ	๙๐	๙๐
ผลผลิตที่ ๑๕ โครงการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพจากมลพิษทางอากาศ			
SDA๑๕๕๐ จำนวนเครือข่ายเป้าหมายที่ได้รับการสนับสนุนการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพจากมลพิษทางอากาศ	หน่วย งาน	๖	๒๒
SDA๑๕๕๑ ร้อยละของเครือข่ายเป้าหมายมีความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพจากมลพิษทางอากาศ	ร้อยละ	๘๐	๘๔.๖๑
SDA๑๕๕๒ ร้อยละของโครงการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพจากมลพิษทางอากาศ แล้วเสร็จตามเวลาที่กำหนด	ร้อยละ	๙๐	๙๕
ผลผลิตที่ ๑๖ โครงการส่งเสริมให้เกิดระบบการป้องกัน ปราบปรามการทุจริตและประพฤติมิชอบในภาครัฐ			
SDA๑๖๕๓ ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกรมควบคุมโรคผ่านเกณฑ์ประเมินความโปร่งใสในการดำเนินงาน	ร้อยละ	๙๐	๙๕.๗๑
SDA๑๖๕๔ ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระดับคุณธรรมความโปร่งใส โดยผ่านการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานภาครัฐ	ระดับ	๕	๕
SDA๑๖๕๕ ร้อยละของโครงการส่งเสริมการปฏิบัติตามประมวลจริยธรรมข้าราชการพลเรือนและเสริมสร้างความโปร่งใสในการปฏิบัติราชการกรมควบคุมโรค ที่ดำเนินการแล้วเสร็จตามเวลาที่กำหนด	ร้อยละ	๙๐	๙๕
ผลผลิตที่ ๑๗ รายการค่าใช้จ่ายบุคลากรภาครัฐพัฒนาด้านสาธารณสุข			
SDA๑๗๕๖ ร้อยละของการเบิกจ่ายของรายการค่าใช้จ่ายบุคลากรในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ	ร้อยละ	๙๐	๙๙.๒๙

๓. ผลการปฏิบัติราชการตามแผนยุทธศาสตร์ กรมควบคุมโรค ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

กรมควบคุมโรคได้กำหนดทิศทางการดำเนินงานเชิงยุทธศาสตร์ให้สอดคล้องกับทิศทางของประเทศพร้อมๆ กับบริบทที่เปลี่ยนแปลงไปของพื้นที่ โดยมุ่งเน้นให้องค์การและหน่วยงานในสังกัดดำเนินงานตามบทบาท ภารกิจ ส่งผลให้เกิดผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยมียุทธศาสตร์ ๖ ด้าน เพื่อผลักดันการดำเนินงานสู่เป้าหมายการลดโรค ซึ่งผลการปฏิบัติราชการตามแผนยุทธศาสตร์ กรมควบคุมโรค ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ มีดังต่อไปนี้

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ กรมควบคุมโรค ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

ตัวชี้วัดผลการปฏิบัติราชการ	หน่วยวัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน			สถานะ
				ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	คะแนนถ่วงน้ำหนัก	
ยุทธศาสตร์ที่ ๑ สร้างความร่วมมือและสนับสนุนภาคีเครือข่ายภายในประเทศและนานาชาติ		๒๐			๔.๘๐๐๐	๐.๙๖๐๐	●
SM๑๑๑ ร้อยละของภาคีเครือข่ายระดับนานาชาติ ประเทศ ภูมิภาคและท้องถิ่นมีส่วนร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ	ร้อยละ	๒๐	๘๐	๘๙.๒๘	๔.๕๒๐๐	๐.๙๘๔๐	●
ยุทธศาสตร์ที่ ๒ พัฒนานวัตกรรม มาตรการ มาตรฐาน และวิชาการการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศ		๒๐			๔.๘๕๐๐	๐.๙๗๐๐	●
SM๒๑๑ สัดส่วนของผลิตภัณฑ์เพื่อการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่ดำเนินการตามมาตรฐานสากล	ร้อยละ	๗	๙๕	๙๘.๗๗	๕.๐๐๐๐	๐.๓๕๐๐	●
SM๒๑๒ สัดส่วนของลูกค้าหรือผู้ใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพมีความพึงพอใจในผลิตภัณฑ์ฯของกรมควบคุมโรค	ร้อยละ	๘	๙๕	๙๖.๒๙	๔.๐๐๐๐	๐.๓๒๐๐	●
SM๒๒๑ จำนวนศูนย์การเรียนรู้และฝึกอบรมด้านการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค	ศูนย์	๕	๖	๑๕	๕.๐๐๐๐	๐.๒๕๐๐	●
ยุทธศาสตร์ที่ ๓ พัฒนabethาพการนำด้านนโยบายและยุทธศาสตร์การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่เป็นหลักของประเทศ		๑๕			๔.๐๑๔๙	๐.๖๐๒๒	●
SM๓๑๑ จำนวน นโยบาย ยุทธศาสตร์หรือกฎหมาย ในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่ได้ ได้รับความเห็นชอบให้นำไปใช้ในระดับพื้นที่/ เขตสุขภาพ/ กรม/ กระทรวง/ ภูมิภาค (region)/ ประเทศ/ นานาชาติ	เรื่อง	๘	๒๒	๒๕	๔.๐๐๐๐	๐.๓๒๐๐	●

ตัวชี้วัดผลการปฏิบัติราชการ	หน่วยวัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน			สถานะ
				ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	คะแนนถ่วงน้ำหนัก	
SM๓๒๑ ระดับความสำเร็จของการพัฒนานโยบาย ยุทธศาสตร์หรือกฎหมายในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่ได้รับความเห็นชอบให้นำไปใช้ในระดับพื้นที่/ เขตสุขภาพ/ กรม /กระทรวง/ ภูมิภาค (region)/ ประเทศ/ นานาชาติ	ร้อยละ	๗	๗๕	๘๐.๖๔	๔.๐๓๒๐	๐.๒๘๒๒	●
ยุทธศาสตร์ที่ ๔ พัฒนาการสื่อสารความเสี่ยงและประชาสัมพันธ์เพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ		๑๕			๕.๐๐๐๐	๐.๗๕๐๐	●
SM๔๑๑ ร้อยละของหน่วยงานที่มีความสำเร็จในการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมในการป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพ	ร้อยละ	๑๐	๘๐	๑๐๐	๕.๐๐๐๐	๐.๕๐๐๐	●
SM๔๒๑ ร้อยละของหน่วยงานที่มีความสำเร็จในการบริหารจัดการให้กรมควบคุมโรคมีภาพลักษณ์ที่ดี	ร้อยละ	๕	๘๐	ร้อยละ ๑๐๐ (๒๗ หน่วย งาน)	๕.๐๐๐๐	๐.๒๕๐๐	●
ยุทธศาสตร์ที่ ๕ เตรียมความพร้อมและการจัดการในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพตามมาตรฐานสากล		๑๐			๓.๘๐๐๐	๐.๓๘๐๐	●
SM๕๑๑ ระดับความสำเร็จของศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค	ขั้นตอน	๕	๕	๕	๔.๖๐๐๐	๐.๒๓๐๐	●
SM๕๑๒ ระดับความสำเร็จของทีมตระหนักรู้สถานการณ์และทีมปฏิบัติการสอบสวนควบคุมโรค สามารถเชื่อมต่อระบบข้อมูลการเฝ้าระวังเหตุการณ์ได้แบบ Real time	ขั้นตอน	๓	๕	๕	๕.๐๐๐๐	๐.๑๕๐๐	●
SM๕๑๓ จำนวนของห้องปฏิบัติการทางสาธารณสุขสามารถดำเนินการตรวจหาสารพันธุกรรมไวรัสในโรคที่เป็นปัญหาสำคัญได้ (Influenza , Hand Foot Mouth Disease, Zika Virus Disease)	แห่ง	๒	๑๔	๑๒	๔.๐๐๐๐	๐.๐๘๐๐	●
ยุทธศาสตร์ที่ ๖ บริหารจัดการองค์การแนวใหม่		๒๐			๕.๐๐๐๐	๑.๐๐๐๐	●
SM๖๑๑ ระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของกรมควบคุมโรค	ขั้นตอน	๖	๕	๕	๕.๐๐๐๐	๐.๓๐๐๐	●

ตัวชี้วัดผลการปฏิบัติราชการ	หน่วยวัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน			สถานะ
				ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	คะแนนถ่วงน้ำหนัก	
SM๖๑๒ จำนวนหมวดที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพบริหารจัดการองค์การได้ตามมาตรฐานสากล	หมวด	๗	๕	๕	๕.๐๐๐๐	๐.๓๕๐๐	●
SM๖๑๓ ร้อยละความสำเร็จของการดำเนินการตามแผนกลยุทธ์การบริหารทรัพยากรบุคคล	ร้อยละ	๗	๗๐	๑๐๐	๕.๐๐๐๐	๐.๓๕๐๐	●
น้ำหนักรวม		๑๐๐		ค่าคะแนนที่ได้		๔.๖๓๖๐	●

หมายเหตุ : ผลการประเมินตนเอง

○ = N/A

● = ๑.๐๐-๑.๔๙

● = ๑.๕๐-๒.๔๙

● = ๒.๕๐-๓.๔๙

● = ๓.๕๐-๔.๔๙

● = ๔.๕๐-๕.๐๐

เทียบคะแนนเต็ม ๑๐๐ ค่าคะแนนที่ได้ = ๔๖.๓๖ รายงาน ณ วันที่ ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๐

๓.๑ ยุทธศาสตร์ที่ ๑: สร้างความร่วมมือและสนับสนุนภาคีเครือข่ายภายในประเทศและนานาชาติ

เป้าประสงค์ยุทธศาสตร์

๑.๑ มีภาคีเครือข่ายเข้าร่วมพัฒนาและขับเคลื่อนงานสาธารณสุข ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

สถานการณ์

ในปัจจุบัน บริบทของสังคมมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม ทุกระดับที่ส่งผลกระทบทางตรงและทางอ้อมต่อมนุษย์ โรคติดต่อที่สำคัญหลายโรคที่ไม่เกิดอันตรายต่อมนุษย์ ได้กลับมาเป็นโรคติดต่อที่อันตรายและมีความรุนแรงมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อมวลมนุษยเป็นวงกว้าง นอกจากนี้ยังรวมถึงปัญหาภัยสุขภาพ ได้แก่ โรคอุบัติใหม่ อุตบัติซ้ำ โรคจากสัตว์สู่คน และโรคที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม วิถีชีวิต การประกอบอาชีพ สุขภาพจิต ตลอดจนปัจจัยต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อสุขภาพ ซึ่งนับวันจะมีความสลับซับซ้อนมากขึ้นทำให้ผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตไปเป็นจำนวนมาก จึงเป็นสาเหตุให้เกิดความวิตกกังวลทั้งในกลุ่มประชาชนทั่วไปและกลุ่มบุคคลที่มีหน้าที่เกี่ยวข้อง

ด้วยเหตุดังกล่าวข้างต้น กรมควบคุมโรคได้ดำเนินการขับเคลื่อนนโยบายการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่เน้นการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนเพื่อให้เกิดกลไกการจัดการปัญหาสุขภาพ ด้านการป้องกันควบคุมโรคอย่างเป็นระบบในพื้นที่ตามบริบท

ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดผลการปฏิบัติราชการ	หน่วยวัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
ร้อยละของภาคีเครือข่ายระดับนานาชาติ มีส่วนร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ	ร้อยละ	๘๐	๘๗.๐๑
ร้อยละของภาคีเครือข่ายระดับประเทศ มีส่วนร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ	ร้อยละ	๘๐	๙๓.๖๗
ร้อยละของภาคีเครือข่ายระดับภูมิภาค มีส่วนร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ	ร้อยละ	๘๐	๘๕.๒๓

ตัวชี้วัดผลการปฏิบัติราชการ	หน่วยวัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
ร้อยละของภาคีเครือข่ายระดับท้องถิ่น มีส่วนร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ	ร้อยละ	๘๐	๙๐.๑๗
สรุปภาพรวมร้อยละภาคีเครือข่ายร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ	ร้อยละ	๘๐	๘๙.๒๘

ปัจจัยความสำเร็จ: การมีนโยบายที่สนับสนุนและให้ความสำคัญกับการบูรณาการงานของทุกภาคส่วน

ปัญหาอุปสรรค: ภาคีเครือข่ายยังมองงานเป็นความรับผิดชอบของหน่วยงานสาธารณสุขที่ต้องดำเนินการ

ข้อเสนอเพื่อการพัฒนา

๑. ปรับยุทธศาสตร์ให้สอดคล้องและเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี ด้านการป้องกัน ควบคุมโรค และภัยสุขภาพ
๒. การติดตามและประเมินผลการดำเนินงานควรเน้นเชิงคุณภาพของการดำเนินงานเชิงกระบวนการและผลสัมฤทธิ์ รวมถึงการยกระดับการประเมินติดตามรูปแบบการพัฒนา (Empowerment & Application)
๓. จัดทำกรอบแนวทางการพัฒนาร่วมกับภาคีเครือข่าย (สนับสนุน/ ขับเคลื่อนฯ) และบรรจุในรายละเอียดการดำเนินงานของยุทธศาสตร์
๔. จัดทำตัวชี้วัดร่วม (Joint KPIs) ความสำเร็จของการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่าย

๓.๒ ยุทธศาสตร์ที่ ๒: การพัฒนานวัตกรรม มาตรการ มาตรฐาน และวิชาการ การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

เป้าประสงค์ยุทธศาสตร์

- ๒.๑ เป็นศูนย์กลาง นวัตกรรม มาตรการ มาตรฐาน งานวิจัย วิชาการ และข้อมูลอ้างอิง (Evidence Based) ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศ ที่ได้มาตรฐานสากล
- ๒.๒ เป็นศูนย์การเรียนรู้และฝึกอบรมด้านการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค

สถานการณ์

ได้กำหนดตัวชี้วัดเพื่อเป็นแนวทางในการสร้างผลิตภัณฑ์เพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศ ได้คุณภาพตามมาตรฐานที่กรมควบคุมโรคกำหนดเพื่อส่งต่อให้กับเครือข่ายนำไปใช้ประโยชน์ในการดำเนินงาน ป้องกัน ควบคุมโรค และภัยสุขภาพ โดยได้จำแนกประเภทผลิตภัณฑ์ เป็น ๒ กลุ่ม ดังนี้

๑. ผลิตภัณฑ์หลัก หมายถึง มาตรการ มาตรฐาน คู่มือ แนวทางและหลักสูตร สำหรับการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
๒. ผลิตภัณฑ์วิชาการ หมายถึง นวัตกรรม วิชาการ (องค์ความรู้ งานวิจัย ผลงานวิชาการ ผลการประเมิน ข่าวกองฐานข้อมูลวิชาการ ฐานข้อมูลเพื่อการอ้างอิง ฐานข้อมูลระบาดวิทยา)

แนวทางการดำเนินงาน

๑. การพัฒนาผลิตภัณฑ์ให้ได้ตามมาตรฐานที่กรมควบคุมโรคกำหนด

ตัวชี้วัด ๒.๑.๑: สัดส่วนของผลิตภัณฑ์ที่ดำเนินการตามมาตรฐานสากล ผลิตภัณฑ์สะสมที่ดำเนินการแล้วเสร็จทั้งหมด จำนวน ๑,๐๖๐ เรื่อง ผ่านมาตรฐานตามที่กำหนด จำนวน ๑,๐๔๗ เรื่อง ร้อยละ ๙๘.๘ โดยในจำนวนนี้เป็นผลิตภัณฑ์วิชาการ จำนวน ๖๔๕ เรื่อง ผลิตภัณฑ์หลัก จำนวน ๔๐๒ เรื่อง พบว่ามีการผลิตคู่มือจำนวนมากที่สุดร้อยละ ๔๔.๔ รองลงมาคือแนวทาง ร้อยละ ๓๓.๘ และหลักสูตร ร้อยละ ๑๕.๔ (ข้อมูล ณ วันที่ ๒๕ กันยายน ๒๕๖๐) ในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ มีผลิตภัณฑ์ที่ดำเนินการ จำนวน ๑๒๐ เรื่อง ดำเนินการเสร็จสิ้นและได้มาตรฐานตามที่กำหนด จำนวน ๗๖ เรื่อง คิดเป็นร้อยละ ๖๕.๐ อยู่ระหว่างดำเนินการต่อเนื่องตามแผนที่กำหนด จำนวน ๔๔ เรื่อง (ข้อมูล ณ วันที่ ๒๕ กันยายน ๒๕๖๐)

๒. ความพึงพอใจกลุ่มลูกค้าหรือกลุ่มผู้ใช้ผลิตภัณฑ์ต่อการใช้ประโยชน์ของผลิตภัณฑ์ของกรมควบคุมโรค

ตัวชี้วัดที่ ๒.๑.๒: สัดส่วนของกลุ่มลูกค้าหรือกลุ่มผู้ใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีความพึงพอใจในผลิตภัณฑ์หลักของกรมฯ

ผลิตภัณฑ์ที่ดำเนินการประเมินความพึงพอใจต่อการใช้ประโยชน์ในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ จำนวน ๓๘ เรื่อง คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ ร้อยละ ๙๖.๓ ประกอบด้วย คู่มือ จำนวน ๑๔ เรื่อง (ร้อยละ ๓๖.๐) แนวทาง จำนวน ๑๔ เรื่อง (ร้อยละ ๓๖.๐) หลักสูตร จำนวน ๓ เรื่อง และอื่นๆ จำนวน ๗ เรื่อง ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นคู่มือ/ แนวทาง/ หลักสูตร รายละเอียดดังในตารางที่ ๑

ตารางที่ ๑ ผลิตภัณฑ์หลักที่ได้มาตรฐานและมีการประเมินความพึงพอใจในผลิตภัณฑ์ จำนวน ๓๘ เรื่อง
จำแนกตามหน่วยงาน รายละเอียดดังนี้ (ข้อมูล ณ วันที่ ๒๕ กันยายน ๒๕๖๐)

ลำดับ	หน่วยงาน	รายชื่อผลิตภัณฑ์หลัก	ความพึงพอใจ ร้อยละ
๑	สำนักโรคอุบัติใหม่	ผลการประเมินผลมาตรการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรคไข้หวัดใหญ่ ของสถานบริการสาธารณสุข ระดับประเทศ ปี ๒๕๕๘	๙๘.๒
๒	สำนักโรคอุบัติใหม่	คู่มือการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ปี ๒๕๕๙	๙๘.๗
๓	สำนักโรคติดต่อทั่วไป	คู่มือการจัดการโรคติดต่อที่มีุงลายเป็นพาหะ สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	๙๓.๗
๔	สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม	แนวทางการดูแลสุขภาพและป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพของบุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาล	๘๕.๗
๕	สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม	แนวปฏิบัติการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับบุคลากรสาธารณสุข	๗๕.๙
๖	สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม	แนวทางการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (Env-Occ Clinic): กรณีปัญหาหมอกควัน	๑๐๐.๐
๗	สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม	คู่มือการบริหารจัดการประเมินผู้ป่วยก่อนกลับเข้าทำงาน (Return to work management)	๘๗.๕
๘	สำนักโรคติดต่อทั่วไป	แผนปฏิบัติการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อหรือโรคระบาด พ.ศ.๒๕๕๙ - ๒๕๖๑ ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.๒๕๕๘	๙๖.๐
๙	สำนักโรคไม่ติดต่อ	แนวทางยุทธศาสตร์ลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย ปี พ.ศ.๒๕๕๙ - ๒๕๖๘	๘๘.๘
๑๐	สำนักโรคไม่ติดต่อ	คู่มือการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	๙๗.๒
๑๑	สำนักโรคไม่ติดต่อ	คู่มือการจัดการโรคไตเรื้อรัง (CKD) สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	๙๙.๓
๑๒	สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง	คู่มือการป้องกันควบคุมโรคติดต่อในศูนย์เลี้ยงเด็กสำหรับผู้ดูแลเด็ก	๙๘.๙
๑๓	สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	คู่มือการทำแผนที่ชุมชน และกลุ่มเป้าหมาย	๙๔.๔

ลำดับ	หน่วยงาน	รายชื่อผลิตภัณฑ์หลัก	ความพึงพอใจร้อยละ
๑๔	สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	แนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๘	๙๖.๖
๑๕	สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	แนวทางการดำเนินงานองค์กร “ดูแล ห่วงใย ใส่ใจป้องกัน เอดส์ในที่ทำงาน”	๙๓.๘
๑๖	สำนักกระบาดวิทยา	กรอบแนวทางการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินและระบบบัญชาการเหตุการณ์ในภาวะฉุกเฉินสาธารณสุข กรมควบคุมโรค พ.ศ. ๒๕๕๙ – ๒๕๖๔	๙๗.๔
๑๗	สถาบันบำราศนราดูร	แนวปฏิบัติการจัดการโรคติดต่อในบุคลากรทางการแพทย์	๙๘.๖
๑๘	สำนักงานสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ	หนังสือชุดความรู้ เรื่องโรคและภัยสุขภาพ รู้..กัน..ทันโรค	๙๐.๓
๑๙	สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดัดมัลลิกออล	แนวทางการดำเนินงานในชุมชนเพื่อควบคุมเครื่องดัดมัลลิกออล	๑๐๐.๐
๒๐	สำนักคณะกรรมการควบคุมเครื่องดัดมัลลิกออล	แนวทางควบคุมเครื่องดัดมัลลิกออลของสถานศึกษา	๙๔.๑
๒๑	สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ	แผนยุทธศาสตร์ การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๙ - ๒๕๖๒	๑๐๐.๐
๒๒	สำนักวัณโรค	คู่มือแนวทางการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรคและวัณโรคดื้อยา	๙๗.๕
๒๓	สถาบันเวชศาสตร์ ป้องกัน ศึกษาฯ	เอกสารแนะนำการเตรียมตัวก่อนและหลังการเดินทางท่องเที่ยวในประเทศแถบอเมริกาใต้	๙๗.๗
๒๔	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑ เชียงใหม่	คู่มือการตรวจทางห้องปฏิบัติการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ฉบับปรับปรุง ปี ๒๕๖๐	๑๐๐.๐
๒๕	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๒ พิษณุโลก	คู่มือป้องกันควบคุมโรคนำโดยยุงลายสำหรับนักเรียน	๙๘.๕
๒๖	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๓ นครสวรรค์	คู่มือการเฝ้าระวังและรายงานการติดเชื้อในโรงพยาบาลเขตสุขภาพที่ ๓	๑๐๐.๐
๒๗	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๔ สระบุรี	แนวทางคัดกรองสุขภาพประชาชนในพื้นที่เสี่ยงต่อการได้รับสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็ก	๙๖.๖
๒๘	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๕ ราชบุรี	ผลสำรวจการศึกษาพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกรเขตสุขภาพที่ ๕	๙๕.๘
๒๙	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๕ ราชบุรี	ผลการสำรวจการค้นหาการสัมผัสสารตะกั่วในเด็กปฐมวัย (๐ - ๕ ปี) จากผู้ปกครองประกอบอาชีพเกี่ยวเนื่องกับสารตะกั่ว	๙๖.๔
๓๐	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๖ ชลบุรี	หลักสูตรผู้ประสานงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน (โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง) Collaborative NCDs Nurse in Community Diabetes and Hypertension	๙๘.๖
๓๑	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๗ ขอนแก่น	หลักสูตรโรคพยาธิใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดี (อีสุกอีใส) ระดับมัธยมศึกษาปีที่ ๑ - ๓	๑๐๐.๐

ลำดับ	หน่วยงาน	รายชื่อผลิตภัณฑ์หลัก	ความพึงพอใจร้อยละ
๓๒	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๘ อุตรธานี	คู่มือคำแนะนำการใช้สารเคมีกำจัดลูกน้ำยุงลาย	๙๑.๙
๓๓	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๙ นครราชสีมา	แนวทางการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข	๙๗.๙
๓๔	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ อุบลราชธานี	คู่มือการใช้เครื่องพ่นหมอกควันและการบำรุงรักษาเบื้องต้นในงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก	๙๕.๗
๓๕	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๑ นครศรีธรรมราช	แนวทางพัฒนาทีม SRRT เพื่อยกระดับสู่มาตรฐานที่สูงขึ้น	๙๕.๐
๓๖	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๒ สงขลา	คู่มือแนวทางการดำเนินงานการพัฒนาระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการตามมาตรฐานสากล ISO๑๕๑๘๙	๑๐๐.๐
๓๗	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๒ สงขลา	คู่มือการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเอชไอวี/เอดส์	๙๔.๔
๓๘	สถาบันราชประชาสมาสัย	หลักสูตรการยศาสตร์สำหรับบุคลากรทางการแพทย์	๘๐.๖

หมายเหตุ: ข้อมูล ณ วันที่ ๒๕ กันยายน ๒๕๖๐

๓. การพัฒนาศูนย์การเรียนรู้และการฝึกอบรมด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค

ในปี ๒๕๖๐ ได้สำรวจการดำเนินการพัฒนาศูนย์การเรียนรู้และฝึกอบรมร่วมกับสถาบันการศึกษาที่ให้มีการอบรมหรือพัฒนาทรัพยากรมนุษย์เพื่อให้สามารถดำเนินการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค มีการดำเนินการภายในหน่วยงาน จำนวน ๑๔ หน่วยงาน และมีหลักสูตรที่ใช้ในการฝึกอบรม จำนวน ๑๘ เรื่อง พบว่ามีการดำเนินการฝึกอบรมมากที่สุด ๓ อันดับแรก ได้แก่ อบรมด้านระบาดวิทยา โรคไข้เลือดออก และโรคเรื้อน รองลงมาคือ โรคเอดส์ โรคไม่ติดต่อเรื้อรังและวัณโรค ตามลำดับ (ตารางแสดงรายชื่อหลักสูตรเพิ่มเติมได้ที่ <http://irem.ddc.moph.go.th>) (ข้อมูล ณ วันที่ ๒๕ กันยายน ๒๕๖๐)

ปัญหาและอุปสรรคต่อการดำเนินงาน

๑. แผนการดำเนินงานต้องปรับจากแผนเดิม เนื่องจากภาวะฉุกเฉินอื่นๆ แทรกเข้ามา เช่น การเกิดโรคระบาด ผลิตภัณฑ์ที่มีแผนดำเนินการเดิมอาจต้องปรับแผนให้มีการพัฒนาผลิตภัณฑ์ในโรคที่กำลังระบาดเพื่อเป็นองค์ความรู้ให้กับบุคลากรให้ทันสถานการณ์ เป็นต้น
๒. การประเมินความพึงพอใจในผลิตภัณฑ์ กลุ่มลูกค้าที่ประเมินมีน้อย
๓. การปรับเปลี่ยนบุคลากรในการรับผิดชอบตัวชี้วัดบ่อย ทำให้การดำเนินงานขาดประสิทธิภาพ
๔. องค์ความรู้บางประเภท ไม่สามารถผลิตเสร็จในปีเดียวได้ ต้องมีการดำเนินการต่อเนื่องมากกว่า ๑ ปี เช่น ผลงานวิจัยคู่มือหรือแนวทาง เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

๑. ควรใช้การบริหารและการจัดการที่เหมาะสมเพื่อให้สามารถดำเนินงานตามแผนที่กำหนดไว้ และตรวจสอบปัจจัยที่อาจส่งผลกระทบต่อผลการดำเนินงาน เพื่อการวางแผนในการแก้ไขปัญหาครั้งต่อไป
๒. เพิ่มเครือข่ายการนำผลิตภัณฑ์ของกรมควบคุมโรค ไปใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพมากยิ่งขึ้น
๓. การมีระบบส่งต่องานที่ดีในหน่วยงาน ส่งผลต่อการดำเนินงานที่มีคุณภาพและต่อเนื่อง

๔. การวางแผนการพัฒนาผลิตภัณฑ์ตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ ตามจุดเน้นกรมควบคุมโรคและทันตสาธารณสุขและทันตสาธารณสุขในปัจจุบันเป็นสิ่งจำเป็น

ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงาน

๑. ผู้บริหารให้ความสำคัญและสนับสนุนการดำเนินงาน
๒. ทิศทางการดำเนินงานที่ชัดเจนจากส่วนกลาง ส่งผลต่อการดำเนินงานที่มีคุณภาพ
๓. การกำกับ ติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง

๓.๓ ยุทธศาสตร์ที่ ๓: พัฒนาระบบการนำนโยบายยุทธศาสตร์ และกฎหมายในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และสุขภาพที่เป็นหลักของประเทศ

เป้าประสงค์ยุทธศาสตร์

- ๓.๑ เป็นองค์กรหลักที่กำหนดและผลักดันนโยบาย ยุทธศาสตร์ และกฎหมายในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และสุขภาพของประเทศ
- ๓.๒ เป็นศูนย์กลางในการกำกับติดตาม ควบคุมคุณภาพ และประเมินผลการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และสุขภาพของประเทศ

สถานการณ์

ประเทศไทยในปัจจุบันมีความผันผวนเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งในมิติทางเศรษฐกิจ สังคมสิ่งแวดล้อม และเทคโนโลยี ส่งผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิต และระบบสุขภาพของประชาชนไทย ทำให้กลุ่มโรคต่างๆ มีปัญหาเพิ่มมากขึ้น ดังนี้ ๑) โรคติดต่ออุบัติใหม่มีความซับซ้อนส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจ และสังคมอย่างรุนแรง ๒) โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ๓) วัณโรคมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในกลุ่มสูงวัย สังคมเขตเมือง และการเคลื่อนย้ายถิ่นฐานของแรงงานทั้งในและนอกประเทศ ๔) โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นสาเหตุอันดับต้นๆ ของการป่วยและตายของประชาชนไทย ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงโรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตเรื้อรัง โรคมะเร็ง ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเนื่องจากพฤติกรรมการใช้ชีวิตและสภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย ปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพที่สำคัญเพิ่มมากขึ้น ได้แก่ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคยาสูบ อุบัติเหตุทางถนน ๕) โรคจากมลพิษสิ่งแวดล้อมที่เป็นได้ทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นแบบเรื้อรังทำให้การวินิจฉัยโรคมีความยากและแตกต่างจากโรคอื่นๆ สำหรับระบบบริหารสำคัญที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ๑) กำลังคนด้านสุขภาพไม่เพียงพอและมีการกระจายบุคลากรที่ไม่เหมาะสม ๒) ระบบข้อมูลด้านสุขภาพที่มีความสำคัญต่อการกำหนดทิศทางการพัฒนาสุขภาพมีปัญหาด้านความครบถ้วน ถูกต้อง กระจัดกระจายไม่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้ ขาดกลไกในการบริหารจัดการ และพัฒนาระบบ ๓) ระบบบริการปฐมภูมิในพื้นที่ยังไม่มีความสมบูรณ์และเป็นรูปธรรมเท่าที่ควร สถานบริการต่างๆ ทั้งโรงพยาบาล สถานบริการในชุมชนและภาคส่วนที่เกี่ยวข้องที่มีอยู่ในระดับอำเภอยังไม่สามารถบูรณาการทรัพยากรทั้งเชิงปฏิบัติการและเชิงบริหารจัดการได้อย่างเป็นระบบทำให้เกิดช่องว่าง ความซ้ำซ้อนในระบบการทำงาน

หน่วยงานภาครัฐที่มีภารกิจหลักทางด้านสาธารณสุขจึงต้องสร้างนโยบาย ยุทธศาสตร์ กฎหมาย ที่ตอบสนองต่อปัญหา ความต้องการ และความคาดหวังของประชาชน รวมทั้งประเมินผลการดำเนินงานเพื่อปรับปรุงพัฒนาคุณภาพทั้งระบบอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่งบประมาณภาครัฐเริ่มมีจำกัด และไม่เพียงพอต่อการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุข ดังนั้นในปีงบประมาณ ๒๕๖๐ กรมควบคุมโรคจึงได้ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ที่ ๓ พัฒนาระบบการนำนโยบายยุทธศาสตร์และ กฎหมายในการเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคและสุขภาพที่เป็นหลักของประเทศ เพื่อเสริมพลังการขับเคลื่อนนโยบายรัฐบาลด้านการยกระดับคุณภาพบริการ ด้านสาธารณสุข และสุขภาพของประชาชน แผนยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) ระยะปฏิบัติการพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ เพื่อให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปีที่ใช้ในการขับเคลื่อน และพัฒนาประเทศให้บรรลุตามวิสัยทัศน์ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้วด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” และบรรลุเป้าหมายหลักที่ ๓ สร้างหลักประกันสุขภาพและส่งเสริมสุขภาวะของทุกคนทุกวัย ตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ภายในปี ค.ศ. ๒๐๓๐

ผลสำเร็จตามตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์	หน่วย	เป้าหมาย	ผลงาน
๑. จำนวน นโยบาย ยุทธศาสตร์ หรือกฎหมายในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพที่ได้รับความเห็นชอบให้นำไปใช้ในระดับพื้นที่/ เขตสุขภาพ/ กรม/ กระทรวง/ ภูมิภาค (region)/ ประเทศ/ นานาชาติ	เรื่อง	๒๒	๒๖
๒. สัดส่วนของหน่วยงานที่มีกลไก และการกำกับติดตาม ควบคุมคุณภาพ และ ประเมินผลการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพตามมาตรฐานที่ได้รับการยอมรับ	ร้อยละ	๘๐	๘๐.๖๔

ผลการดำเนินงานสำคัญ

๑. การประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาความเข้มแข็งในการจัดทำนโยบาย ยุทธศาสตร์ และกฎหมายของกรมควบคุมโรค ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ ระหว่างวันที่ ๙ – ๑๑ พฤศจิกายน ๒๕๕๙ ณ โรงแรมคลาสสิก คาโมโอ อูธยา
๒. การประชุมเชิงปฏิบัติการถอดบทเรียนการกำหนด และขับเคลื่อนนโยบาย ยุทธศาสตร์ กฎหมาย และการติดตาม ประเมินผลที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และภัยสุขภาพปีงบประมาณ ๒๕๖๐ เมื่อวันที่ ๒๕ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๐ ณ ห้องประชุมประเมิน จันทวิมล กรมควบคุมโรค

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

๑. ผู้บริหารกรมควบคุมโรคทุกระดับ ผู้ทรงคุณวุฒิของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขและสถาบันการศึกษา และหน่วยงานภาคีเครือข่ายให้การสนับสนุนการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ที่ ๓ อย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ
๒. ทุกกลุ่มงานภายในหน่วยงานสังกัดกรมควบคุมโรคมีส่วนร่วมในการกำหนด ขับเคลื่อนนโยบาย และยุทธศาสตร์ ในระดับเขตสุขภาพ รวมทั้งประเมินผลการนำนโยบายและยุทธศาสตร์ไปปฏิบัติ และดำเนินการศึกษาวิจัยความเป็นไปได้ของการขยาย ขอบเขตยกระดับไปสู่นโยบายระดับชาติ ด้วยการรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลเชิงมหภาค จากทุกเขตสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งประเทศต่อไป
๓. ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานระหว่างประเทศ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อเชื่อมโยงการขับเคลื่อนนโยบาย ยุทธศาสตร์ที่มีความสอดคล้องกับแนวปฏิบัติภายใต้กฎอนามัยระหว่างประเทศ IHR ๒๐๐๕ การประเมินสมรรถนะด้านการควบคุมโรค (Joint External Evaluation: JEE) พ.ร.บ.โรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘ และกลไกของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เพื่อหนุนเสริมแนวทางการดำเนินนโยบายด้านการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพอย่างบูรณาการ
๔. ส่งเสริมกระบวนการสมัชชาฯ ในการผลักดันข้อเสนอเชิงนโยบายฯ ที่พัฒนามาจากปัญหาสำคัญตั้งแต่ระดับพื้นที่ จังหวัด และประเทศ โดยผนึกกำลังของเครือข่ายภาคประชาสังคม ร่วมกับหน่วยงานภาครัฐ ภาคธุรกิจ ตามกรอบในการกำหนด นโยบายภายใต้ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐
๕. ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานในท้องถิ่นและเขตสุขภาพในการใช้กลไกทางกฎหมาย เช่น พ.ร.บ.โรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ เทศบัญญัติ และข้อบัญญัติท้องถิ่น ฯลฯ เป็นเครื่องมือสำคัญในการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

๑. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคทุกเขตสุขภาพเพิ่มการรวบรวม ทบทวน (Review) ข้อมูลสำคัญที่เกี่ยวข้องกับบทบาท หน้าที่ภารกิจด้านการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของหน่วยงานในเขตสุขภาพ เช่น ลักษณะประชากร กำลังคน ภูมิศาสตร์ ภูมิสังคม MOU ที่สำคัญ โครงสร้างของระบบเศรษฐกิจ และสังคม ฯลฯ เพื่อนำมาวิเคราะห์ประกอบการจัดทำนโยบาย ยุทธศาสตร์ที่มีความจำเพาะ สอดคล้องกับปัญหา และความต้องการของประชาชนในพื้นที่
๒. สนับสนุนให้หน่วยงานได้ประยุกต์ใช้ตัวแบบหน้าต่างนโยบาย (Policy Window model) เข้ากับการกำหนดนโยบาย ที่หน่วยงานดำเนินการ ซึ่งประกอบไปด้วยการพิจารณา ๓ กระแสหลัก ได้แก่ กระแสประเด็นปัญหา (Problem steam) กระแส นโยบาย (Policy steam) และกระแสการเมือง (Political steam) ซึ่งเมื่อกระแสทั้ง ๓ ได้มาบรรจบกันก็จะทำให้นโยบายเกิดขึ้น

๓. ในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ควรมีการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อระบุกลุ่มเป้าหมาย (High Risk Group) ที่ชัดเจนสำหรับนำไปสู่การกำหนดมาตรการ (Intervention) ที่มีความจำเพาะต่อสภาพปัญหา สถานการณ์ และกลุ่มเป้าหมายที่มีความสำคัญสูงและแตกต่างจากภาระงานประจำ (Routine) รวมทั้งระบุหน่วยงานภาคีเครือข่ายทางยุทธศาสตร์ (ภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม สื่อ ฯลฯ) ที่มีความจำเพาะ และหลากหลายตามลักษณะของเนื้อหาหลักในแต่ละยุทธศาสตร์ด้วย

๔. ในการกำหนดแผนปฏิบัติการระยะ ๑ ปี ๓ ปี และ ๕ ปี ควรเชื่อมโยงเข้ากับแผนงบประมาณ แผนกำลังคน และแผนติดตามประเมินผลความก้าวหน้าที่มีการระบุหน่วยงาน/ คณะกรรมการรับผิดชอบการขับเคลื่อนแผนในทุกระดับ รวมทั้งแผนปฏิบัติการระดับจังหวัดควรสอดคล้องกับลักษณะของประชากร ภูมิศาสตร์ วัฒนธรรม และปัญหาที่มีลักษณะเฉพาะของพื้นที่ ซึ่งต้องหนุนเสริมการบรรลุเป้าหมายสูงสุดของแผนยุทธศาสตร์ในระดับที่สูงกว่า และแผนยุทธศาสตร์สำคัญที่มีความเชื่อมโยงกันด้วย

๕. การประเมินผลความสำเร็จของแผนยุทธศาสตร์ ควรเลือกวิธีวิทยา (Methodology) ในการประเมินผลยุทธศาสตร์ที่มีความจำเพาะกับลักษณะของการดำเนินงานทางยุทธศาสตร์ กำหนดตัวชี้วัดที่สำคัญ (Key Performance Indicator: KPI) ซึ่งบอกละเอียดสาระหลักของความสำเร็จที่มาจากการบรรลุเป้าประสงค์ยุทธศาสตร์ (Strategic Goal) และเป้าหมายสูงสุด (Ultimate Goal) เท่านั้น รวมทั้งกำหนดนิยามความสำเร็จในการบรรลุเป้าประสงค์ด้วยฐานคิด (Assumption) ที่มาจากเกณฑ์ประสิทธิภาพและประสิทธิผลด้วย ตลอดจนสนับสนุนให้ใช้ข้อมูลสำคัญที่ได้จากการประเมินผลยุทธศาสตร์ (Strategic Evaluation) ไปใช้ประกอบการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ในระยะต่อไปให้ตอบสนองต่อการบรรลุวิสัยทัศน์มากขึ้น

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

๑. จัดระบบงานและชี้แจงผู้เกี่ยวข้องให้ชัดเจน โดยพิจารณาถึงความเหมาะสมที่จะมอบหมายงานด้านการติดตามและการประเมินผลให้บุคลากรในหน่วยงาน

๒. จัดการอบรมให้ความรู้ด้านการประเมินผลแผนงาน/มาตรการ/โครงการสำคัญเพื่อการป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพให้กับบุคลากรในสังกัดกรมควบคุมโรคเพื่อให้สามารถดำเนินงานไปในทิศทางเดียวกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๓. มีเวทีนำเสนอผลการประเมินผลเพื่อรับฟังข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญ/ผู้ทรงคุณวุฒิฯ และหน่วยงานสามารถนำข้อเสนอแนะไปใช้พัฒนาปรับปรุงการประเมินผลให้มีคุณภาพ และนำผลการประเมินไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนางานป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพต่อไป

๔. สำนักวิชาการหรือหน่วยงานส่วนกลางควรจัดทำโครงการประเมินผลในภาพรวมประเทศ Multi – Project และให้ สคร. มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน เพื่อให้ได้ผลการประเมินในภาพรวมประเทศและผลการประเมินในภาพเขตสุขภาพ รวมทั้ง สคร. ได้เรียนรู้กระบวนการประเมินผลร่วมกับหน่วยงานส่วนกลาง และได้รับการพัฒนาศักยภาพให้สามารถชี้เป้าเพื่อการขับเคลื่อนงานภาพเขตสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๕. สนับสนุนทุกหน่วยงานให้ผนวกการดำเนินการติดตามและประเมินผลเข้าเป็นงานประจำ (Routine) ที่ต้องดำเนินการ และจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจากการประเมินผล รวมทั้งผลักดันข้อเสนอแนะไปสู่การปฏิบัติเพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในการวางแผนและพัฒนากิจการดำเนินงานในปีต่อไป

ตารางแสดงผลงานตามตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ที่ ๓.๑

นโยบาย ยุทธศาสตร์ กฎหมาย	ขั้นตอน	หน่วยงาน
๑. นโยบายสานพลังปราบปรามยาเสพติดโดยใช้พื้นที่เป็นฐาน	๕	สำนักโรคติดต่อ นำโดยแมลง
๒. นโยบายระบบข้อมูลเพื่อการป้องกันควบคุมโรค	๕	สำนักงานคณะ กรรมการ ผู้ทรงคุณวุฒิฯ
๓. นโยบายระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่จังหวัดชายแดน กรณีจุดผ่อนปรน ชายแดนชั่วคราว	๓	สคร. ๑ เชียงใหม่

นโยบาย ยุทธศาสตร์ กฎหมาย	ขั้นตอน	หน่วยงาน
๔. นโยบายป้องกันควบคุมโรคพาหุไปไม้ในดับ และใช้เลือดออก	๕	สคร. ๑๐ อุบลราชธานี
๕. การพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC)	๕	สคร. ๑ เชียงใหม่
๖. การพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC)	๕	สคร. ๒ พิษณุโลก
๗. การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายการดำเนินงานวันโรคและวันโรคติดต่อหายยาวนาน	๕	สคร. ๓ นครสวรรค์
๘. แผนยุทธศาสตร์โรคระดับชาติ พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔	๕	สำนักโรคติดต่อ
๙. แผนยุทธศาสตร์ความร่วมมือระหว่างประเทศ ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔	๕	สำนักความร่วมมือระหว่างประเทศ
๑๐. แผนแม่บทในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อระดับชาติ พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔	๕	สถาบัน บำราศนราดูร
๑๑. แผนยุทธศาสตร์การพัฒนางานด้านกฎหมายระหว่างประเทศ พ.ศ. ๒๕๔๘ สำหรับ ช่วงปี พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔	๕	สำนักกระบวน วิทยา
๑๒. แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔)	๕	สำนักโรคไม่ ติดต่อ
๑๓. แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบี พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔	๕	สำนักโรคเอดส์
๑๔. แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการอาชีพและผู้ได้รับผลกระทบจากมลพิษ สิ่งแวดล้อม ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔	๕	สำนักโรคจากการ ประกอบอาชีพ และสิ่งแวดล้อม
๑๕. แผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานลดการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในเขตเมือง พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔	๕	สคร. ๑๒ สงขลา
๑๖. แผนแม่บทการป้องกันควบคุมโรคเขตเมืองแห่งชาติ ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔)	๕	สถาบันป้องกัน ควบคุมโรคเขต เมือง
๑๗. แผนปฏิบัติการตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่สอง พ.ศ. ๒๕๕๙ – ๒๕๖๒ ประจำปี ๒๕๖๐	๕	สำนักควบคุม การบริโภคยาสูบ
๑๘. แผนปฏิบัติการแม่บทภายใต้แผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อมป้องกัน และแก้ไขปัญหา โรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔	๕	สำนักโรคติดต่อ อุบัติใหม่
๑๙. แผนปฏิบัติการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อหรือโรคระบาด พ.ศ. ๒๕๕๙ – ๒๕๖๑ ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘	๕	สำนักโรคติดต่อ ทั่วไป
๒๐. แผนปฏิบัติการตามแผนยุทธศาสตร์งานโรคเรื้อรัง ๖ ปี (พ.ศ. ๒๕๕๘ – ๒๕๖๓)	๕	สถาบันราช ประชาสมาสัย

นโยบาย ยุทธศาสตร์ กฎหมาย	ขั้นตอน	หน่วยงาน
๒๑. แผนปฏิบัติการวิจัยและพัฒนาเพื่อการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของกรมควบคุมโรค พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔	๕	สถาบันวิจัย จัดการความรู้ และมาตรฐาน การควบคุมโรค
๒๒. แผนปฏิบัติการตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่สอง พ.ศ. ๒๕๕๙ – ๒๕๖๒	๕	สคร. ๔ สระบุรี
๒๓. การบังคับใช้กฎหมายควบคุมยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเครือข่าย	๕	สคร. ๑ เชียงใหม่
๒๔. การบังคับใช้กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	๕	สคร. ๑๑ นครศรีธรรมราช
๒๕. การบังคับใช้กฎหมาย พ.ร.บ.ควบคุมยาสูบ/ พ.ร.บ. เครื่องดื่มแอลกอฮอล์/ พ.ร.บ. โรคติดต่อ ๒๕๕๘	๕	สคร. ๙ นครราชสีมา
๒๖. การบังคับใช้กฎหมาย พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. ๒๕๕๑	๕	สำนักแอลกอฮอล์
๒๗. ออกอนุบัญญัติ (๓ ฉบับ) ที่ออกตามความในพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘	๕	ศูนย์กฎหมาย

ตารางแสดงผลงานตามตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ที่ ๓.๒

ลำดับที่	ระดับ	เรื่อง	หน่วยงาน
แผนยุทธศาสตร์ ๓ เรื่อง			
๑	แผนยุทธศาสตร์	การประเมินผลขับเคลื่อนการดำเนินงานภายใต้ยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและโซเดียม	สำนักโรค ไม่ติดต่อ
๒	แผนยุทธศาสตร์	การประเมินผลแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๙-๒๕๖๒	สำนักควบคุม การบริโภคยาสูบ
๓	แผนยุทธศาสตร์	การประเมินแผนยุทธศาสตร์งานโรคเรื้อน (๒๕๕๘ – ๒๕๖๓)	สถาบันราช ประชาสมาสัย
แผนงาน ๔ เรื่อง			
๑	แผนงาน	การติดตามประเมินแผนบูรณาการพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ	สำนักโรค ติดต่อทั่วไป
๒	แผนงาน	การประเมินผลระบบเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม: กลไกการเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพหรือผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม	สำนักโรคจากการ ประกอบอาชีพ และสิ่งแวดล้อม
๓	แผนงาน	การประเมินผลการยกระดับห้องปฏิบัติการด้านโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมสู่ความเป็นเลิศ	สำนักโรคจากการ ประกอบอาชีพ และสิ่งแวดล้อม
๔	แผนงาน	การประเมินผลการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออกของประเทศ	สำนักโรคติดต่อ นำโดยแมลง
มาตรการ ๕ เรื่อง			
๑	มาตรการ	การประเมินประสิทธิผลของมาตรการ แนวทางยุติปัญหาเอดส์ของประเทศ (Reach-Recruit-Test-Treat-Retain:RRTR) บูรณาการในการประเมินผลโครงการกองทุนโรคต้านวัณโรค GF-NFM	สำนักโรคเอดส์

ลำดับที่	ระดับ	เรื่อง	หน่วยงาน
๒	มาตรการ	การประเมินมาตรการการพัฒนาภาคีเครือข่ายในประเทศ เพื่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพสำหรับจังหวัดชายแดนและจังหวัดคู่ขนานประเทศเพื่อนบ้าน (Twin cities)	สำนักความร่วมมือระหว่างประเทศ
๓	มาตรการ	การประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพการดูแลรักษาวัณโรค	สำนักวัณโรค
๔	มาตรการ	การประเมินมาตรการการดำเนินงาน RTI	สคร.๓ นครสวรรค์
๕	มาตรการ	การประเมินผลมาตรการการสร้างการให้บริการอาชีวอนามัยให้แรงงานในชุมชน (แรงงานในชุมชน)	สคร.๕ ราชบุรี
โครงการ ๒๒ เรื่อง			
๑	โครงการ	การประเมินผลการจัดทำแผนปฏิบัติการตามแผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อมป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔ ระดับจังหวัด	สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่
๒	โครงการ	การประเมินความคุ้มค่าในการปฏิบัติการกิจ กรมควบคุมโรค ปี ๒๕๕๙	กองแผนงาน
๓	โครงการ	การประเมินการพัฒนาระบบข้อมูลการติดเชื้อในโรงพยาบาลสำหรับกระทรวงสาธารณสุข	สถาบันบำราศนราดูร
๔	โครงการ	การประเมินผลการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรเพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการเป็น Public Health Laboratory	สำนักกระบวนวิทยา
๕	โครงการ	ประเมินมาตรฐานการป้องกันและดูแลรักษาวัณโรคในเรือนจำ	สำนักวัณโรค
๖	โครงการ	การประเมินการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์เพื่อการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชนผ่านสื่อประชาสัมพันธ์ เสริมสร้างประชารัฐร่วมใจต้านโรคและภัยสุขภาพ	สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ
๗	โครงการ	การประเมินผลแผนงานควบคุมโรคที่เป็นปัญหาในพื้นที่เขตเมือง : ความพร้อมสมรรถนะในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม	สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง
๘	โครงการ	การประเมินผลจังหวัดชายแดน	สคร.๑ เชียงใหม่
๙	โครงการ	การประเมินประสิทธิภาพการควบคุมยุงพาหะ	สคร.๒ พิษณุโลก
๑๐	โครงการ	การประเมินการโครงการพัฒนามาตรฐาน และการศึกษาวิจัย	สคร.๓ นครสวรรค์
๑๑	โครงการ	การประเมินการโครงการพัฒนาสมรรถนะบุคลากร	สคร.๓ นครสวรรค์
๑๒	โครงการ	การประเมินโครงการสร้างความร่วมมือ พัฒนาและสนับสนุนภาคีเครือข่ายขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพเข้มแข็งแบบยั่งยืน	สคร.๓ นครสวรรค์

ลำดับที่	ระดับ	เรื่อง	หน่วยงาน
๑๓	โครงการ	การประเมินผลมาตรฐานการดำเนินงาน SRRT	สคร.๓ นครสวรรค์
๑๔	โครงการ	การประเมินมาตรการจัดการพาหะนำโรคไข้เลือดออกแบบผสมผสาน (Integrated Vector Management: IVM) ระดับตำบล	สคร.๔ สระบุรี
๑๕	โครงการ	การประเมินผลการพัฒนาศักยภาพ Case Manager และ System Manager ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	สคร.๕ ราชบุรี
๑๖	โครงการ	การประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพการดูแลรักษาวัณโรค	สคร.๕ ราชบุรี
๑๗	โครงการ	การส่งเสริมสนับสนุนการใช้ IVM ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค ไข้เลือดออกพื้นที่อำเภอเสี่ยง	สคร.๕ ราชบุรี
๑๘	โครงการ	การประเมินการบังคับใช้กฎหมายบุหรี่สุรา	สคร.๖ ชลบุรี
๑๙	โครงการ	การประเมินประสิทธิผลของการเร่งรัดค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อรังในพื้นที่ที่มี ข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยาและในผู้สัมผัสโรค	สคร.๙ นครราชสีมา
๒๐	โครงการ	การประเมินมาตรการควบคุมพยาธิใบไม้ตับ	สคร.๑๐ อุบลราชธานี
๒๑	โครงการ	การประเมินมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยของโรงพยาบาล	สคร.๑๑ นครศรีธรรมราช
๒๒	โครงการ	การประเมินความชุกและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากรไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ในพื้นที่ ๗ จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง	สคร.๑๒ สงขลา

๓.๔ ยุทธศาสตร์ที่ ๔: พัฒนาการสื่อสารความเสี่ยงและประชาสัมพันธ์เพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

เป้าประสงค์ยุทธศาสตร์

๔.๑ ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องในการป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพ

๔.๒ กรมควบคุมโรคมีภาพลักษณ์ที่ดี

สถานการณ์

กรมควบคุมโรคมีบทบาทและภารกิจหลักในการป้องกันและควบคุมโรค โดยในปี ๒๕๕๔ – ๒๕๖๓ ได้กำหนดยุทธศาสตร์ที่สำคัญจำนวน ๖ ยุทธศาสตร์ด้วยกันและหนึ่งในยุทธศาสตร์ที่สำคัญสำหรับการนำพากรมควบคุมโรคบรรลุวิสัยทัศน์ที่ตั้งไว้คือ ยุทธศาสตร์ที่ ๔ พัฒนาการสื่อสารความเสี่ยงและประชาสัมพันธ์เพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพได้รับผิดชอบเป็นเลขานุการดูแลในยุทธศาสตร์นี้และจากการดำเนินงานที่ผ่านมากรมควบคุมโรค โดยยุทธศาสตร์ที่ ๔ ได้ดำเนินการปรับปรุง และพัฒนาแนวทางการดำเนินงานด้านการสื่อสารโดยในปี ๒๕๕๗ จนถึงปี ๒๕๖๐ ได้เน้นเรื่องของการสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นกระบวนการที่สำคัญในการขับเคลื่อนกรมควบคุมโรค ให้มุ่งสู่วิสัยทัศน์ของกรมโดยการดำเนินงานที่เข้มแข็งในยุทธศาสตร์ที่ ๔ มุ่งหวังว่ากรมควบคุมโรคจะมีพัฒนาการสื่อสารความเสี่ยงและประชาสัมพันธ์เพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ตามมาตรฐานสากลส่งผลให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีความรู้ และสามารถป้องกันโรคและภัยสุขภาพได้อย่างถูกต้อง รวมไปถึงประชาชนกลุ่มดังกล่าวและเครือข่ายมีมุมมองทัศนคติที่ดีต่อกรมควบคุมโรค

ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

ในปีงบประมาณ ๒๕๖๐ สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพได้ดำเนินการผลักดันยุทธศาสตร์ที่ ๔ ของกรมควบคุมโรคและดำเนินการตามมาตรการหลักๆ ดังนี้

๑. การเฝ้าระวังข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ

๑.๑ ดำเนินการเฝ้าระวังข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพโดยสรุปมีข่าวที่ดำเนินการเฝ้าระวังทางหนังสือพิมพ์ จำนวน ๘๙,๑๔๐ ข่าว เป็นข่าวที่กรมควบคุมโรคดำเนินการเผยแพร่ ๒,๓๑๕ ข่าว

๑.๒ ดำเนินการเฝ้าระวังข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพโดยสรุปมีข่าวที่ดำเนินการเฝ้าระวังทางโทรทัศน์ จำนวน ๑,๘๘๖ ข่าว เป็นข่าวที่กรมควบคุมโรคดำเนินการเผยแพร่ ๑,๓๔๐ ข่าว

๒. พัฒนาพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมตามเกณฑ์ที่กรมควบคุมโรคกำหนด

ดำเนินการพัฒนา และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ และภัยสุขภาพ ทั่วประเทศ เช่น การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพการสูบบุหรี่ในเยาวชนฯ การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพโรคไข้หวัดใหญ่ การพัฒนาพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหนองพวย การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพโรคไข้หวัดใหญ่ในแกนนำและกลุ่มเสี่ยงโรคไข้หวัดใหญ่ การพัฒนารูปแบบพฤติกรรมสุขภาพ (พฤติกรรม การสำรวจตนเอง) เพื่อรีบค้นหาผู้ป่วยก่อนเกิดความพิการและลดการแพร่เชื้อในชุมชน การพัฒนาพฤติกรรมป้องกันเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย การพัฒนาพฤติกรรมในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในกลุ่มผู้ขับชีรดโดยสารสาธารณะ การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพโรคไข้เลือดออก การพัฒนาพฤติกรรมเพื่อควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากตำบลนาร่อง เป็นต้น

๓. สื่อสารความเสี่ยงโรค ภัยสุขภาพ และการบาดเจ็บ

ได้จัดกิจกรรมสื่อมวลชนสัมพันธ์หลายรูปแบบ เพื่อประสานความร่วมมือกับสื่อมวลชนให้ช่วยเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพไปสู่ประชาชน กิจกรรมดังกล่าว ได้แก่ ๑) การเผยแพร่ข่าวแจก ภาพข่าวแจก และพยากรณ์โรค ๒) การจัดแถลงข่าวสื่อมวลชน ๓) การจัดให้สัมภาษณ์สื่อมวลชน ๔) การนำสื่อมวลชนดูงานในพื้นที่ ๕) การสนับสนุนวิทยากรให้แก่รายการวิทยุและโทรทัศน์ และ ๖) การเยี่ยมสื่อมวลชน (Visit Press) รวมจำนวน ๓๕๐ ครั้ง จากการจัดกิจกรรมสื่อมวลชนสัมพันธ์ดังกล่าว สื่อมวลชนให้ความร่วมมือทำข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพไปเผยแพร่ทางโทรทัศน์ จำนวน ๗๒๑ ครั้ง ทางหนังสือพิมพ์ จำนวน ๙๗๗ ครั้ง และทางเว็บไซต์ จำนวน ๔,๐๓๐ ครั้งการเผยแพร่ในช่องทางสื่อดังกล่าว มีผู้ชมและ/หรือผู้อ่านโดยเฉลี่ยวันละประมาณ ๒ ล้านรายสื่อ

๔. พัฒนาภาคีเครือข่ายด้านการสื่อสารความเสี่ยงและพฤติกรรมสุขภาพ

การพัฒนาภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องสร้างสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องกับเครือข่ายฯ เช่น การเยี่ยมเยียนสื่อมวลชน การจัดทำข่าวแจกเพื่อสื่อมวลชนทั้งสิ้น ๒๑๐ ข่าว การจัดให้สัมภาษณ์ผู้บริหารหรือผู้เชี่ยวชาญในทั้งสิ้น ๗๙ ครั้ง การจัดกิจกรรมแถลงข่าวเรื่องการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพหรือนโยบายบทบาทภารกิจ ในทั้งสิ้น ๑๑ ครั้ง เป็นต้น

๕. การจัดการภาพลักษณ์

การบริหารจัดการภาพลักษณ์ ดำเนินการประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับกรมควบคุมโรคผ่านทางช่องทางต่างๆ ตามที่ได้กำหนดลงในแผนการบริหารจัดการภาพลักษณ์ จำนวน ๓ เรื่องด้วยกัน ได้แก่

๕.๑ ดำเนินการเผยแพร่ ด้านวิชาการ การเฝ้าระวัง การป้องกัน การควบคุม การรักษาโรคและภัยสุขภาพ จำนวน ๑,๕๙๙ ครั้ง

๕.๒ ด้านการบริหารจัดการ เช่น การเข้าร่วมพิธีการ การเข้าร่วมกิจกรรมกับทางพื้นที่ การสร้างความสัมพันธ์ร่วมกับเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง การมีความรับผิดชอบต่อสังคมขององค์กร (CSR) เป็นต้น

๕.๓ ด้านการให้บริการและการสื่อสารความเสี่ยงเช่นการสนับสนุนสื่อหน่วยงานทั้งจากส่วนกลางและส่วนภูมิภาค การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (เฉพาะหน่วยงานที่มีห้องปฏิบัติการรองรับการให้บริการ) การประชาสัมพันธ์ช่องทางร้องเรียน เป็นต้น

๖. พัฒนาระบบสื่อสารความเสี่ยงและพฤติกรรมสุขภาพ

๖.๑ การทบทวนแผนยุทธศาสตร์ด้านการสื่อสารของกรมควบคุมโรคและดำเนินการถ่ายทอดยุทธศาสตร์ กลไก กรอบการดำเนินงาน ตัวชี้วัดสู่หน่วยงานย่อยและบุคลากรอื่นๆ ในสังกัดกรมควบคุมโรค ให้ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามบทบาทของตนเองและสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกันทั่วทั้งองค์กร

๖.๒ การดำเนินการพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่รับผิดชอบด้านการสื่อสารความเสี่ยงในกรมควบคุมโรค เช่น การอบรมหลักสูตรการสื่อสารความเสี่ยงในแนวคิดการสื่อสารยุคใหม่ สำหรับผู้ปฏิบัติงานและผู้บริหาร การพัฒนางานป้องกัน ควบคุมโรค โดยการสื่อสารความเสี่ยงและประชาสัมพันธ์ (ยุทธศาสตร์ที่ ๔) การพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อปรับเปลี่ยน ป้องกันโรคและภัยสุขภาพ เป็นต้น

๗. ผลการประเมินผลการรับทราบข้อมูลข่าวสาร ความรู้ และพฤติกรรมการรับรู้ของประชาชนปี ๒๕๖๐

การประเมินผลการรับทราบข้อมูลข่าวสาร ความรู้ และพฤติกรรมการรับรู้ของประชาชนโดยที่ข้อมูลการรับทราบ ข้อมูลข่าวสาร และความรู้ของประชาชนไทย เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับประเมินผลการดำเนินงาน กำหนดแผน และแนวทางการสื่อสาร เพื่อป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพแก่ประชาชนเพื่อลดการเจ็บป่วยและการเสียชีวิต ด้วยแนวคิดที่ว่า การปรับปรุงและพัฒนาการทำงานให้เหมาะสมกับสถานการณ์ จะช่วยให้การดำเนินงานของกรมควบคุมโรคมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ผลการประเมินการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพในภาพรวม ๗ โรค (โรคไข้เลือดออก โรคติดเชื้อไวรัสซิกา โรคฉ�นโรค โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิต โรคหัวใจและหลอดเลือด และอุบัติเหตุ จากการจราจร) ร้อยละ ๙๘.๙ และผลการประเมินพฤติกรรมในการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ ในระดับเหมาะสมมาก ร้อยละ ๘๘.๗

ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานที่ได้มาจากการวิเคราะห์/ สังเคราะห์ข้อเท็จจริง

- ๑. ผู้บริหารหน่วยงานให้ความสำคัญกับการดำเนินงานด้านการสื่อสาร
- ๒. บุคลากรในองค์กรให้ความร่วมมือในการดำเนินงาน
- ๓. การให้ความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการประชาสัมพันธ์และเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร
- ๔. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้คำปรึกษาเป็นพี่เลี้ยงช่วยการดำเนินการ

ปัจจัยที่เป็นปัญหา/ อุปสรรคในการดำเนินงานและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/ อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ/ แนวทางแก้ไข
บุคลากรขาดความรู้ความเชี่ยวชาญทางด้านการสื่อสาร เผยแพร่และประชาสัมพันธ์เนื่องจากมีการปรับเปลี่ยนบุคลากรที่รับผิดชอบ	จัดอบรมหรือพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการสื่อสารอย่างต่อเนื่อง
จัดส่งข้อมูลหรือการสนับสนุนสื่อต่างๆ ให้หน่วยงานในพื้นที่ หรือ สคร.ควรดำเนินการตั้งแต่ต้นปีงบประมาณเพื่อที่ทางหน่วยงานจะได้ดำเนินการบริหารจัดการต่อไปได้อย่างทันท่วงทีและมีประสิทธิภาพ	ประสานสำนักวิชาการเพื่อวางแผนในการกระจายสื่อให้กับพื้นที่ตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ

แนวทางสำคัญของการดำเนินงานต่อไปในปี ๒๕๖๐

มุ่งเน้นการดำเนินงานเพื่อบรรลุตามเป้าประสงค์ยุทธศาสตร์ที่ได้ดำเนินการกำหนดไว้ คือประชาชนมีพฤติกรรม การป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพที่ถูกต้อง และกรมควบคุมโรคมีภาพลักษณ์ที่ดีในมุมมองของเครือข่ายและประชาชนในเรื่อง การป้องกันควบคุมโรค โดยการใช้เทคโนโลยีเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาการดำเนินงานด้านการสื่อสาร



แถลงข่าวร่วมกับ สสส. เปิดตัวสื่อรณรงค์ป้องกัน
โรคติดต่อที่มีอยู่กลายเป็นพาหะชุด
“เอาจริง ให้ยั่งยืนลาย”



ลงพื้นที่สำรวจการรับทราบข้อมูล – ข่าวสารโรค และ
ภัยสุขภาพจากประชาชนพื้นที่เสี่ยงแบบเชิงลึก
วันที่ ๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐
ณ โรงเรียนคำเที่ยง อนุสรณ์ อ.เมือง จ.เชียงใหม่



การประชุมถอดบทเรียนการทำสื่อ เพื่อสนับสนุนงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และภัยสุขภาพ
ระหว่างวันที่ ๒๘-๒๙ กันยายน ๒๕๖๐
ณ บึงฉวาก รีสอร์ท จ.สุพรรณบุรี

๓.๕ ยุทธศาสตร์ที่ ๕: เตรียมความพร้อมและการจัดการในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพตามมาตรฐานสากล

เป้าประสงค์ยุทธศาสตร์

๓.๑ เป็นองค์กรหลักที่กำหนดและผลักดันนโยบาย ยุทธศาสตร์ และกฎหมายในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค
และภัยสุขภาพของประเทศ

๓.๒ เป็นศูนย์กลางในการกำกับติดตาม และควบคุมคุณภาพ และประเมินผลการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค
และภัยสุขภาพของประเทศ

สถานการณ์

ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ กรมควบคุมโรคได้มีการกำหนดยุทธศาสตร์ที่ ๕ เตรียมความพร้อมและการจัดการ
ในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพตามมาตรฐานสากล โดยมีเป้าประสงค์ยุทธศาสตร์ คือ มีระบบการเฝ้าระวัง เตือนภัย และ
การพยากรณ์โรคและภัยสุขภาพในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นการพยากรณ์โรคและภัยสุขภาพ โดยการ
วิเคราะห์ สังเคราะห์ และคาดประมาณความเสี่ยงทางสุขภาพด้วยการใช้วิธีการที่เป็นที่ยอมรับทางวิชาการ เพื่อจัดทำรายงานพยากรณ์
โรคและภัยสุขภาพที่มีคุณภาพเผยแพร่ให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปวางแผนป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพรวมทั้งแจ้งเตือน
ภัยให้ประชาชนสามารถดูแลป้องกันตนเองได้อย่างเหมาะสมตามหลักวิชาการที่ถูกต้อง โดยใช้กลยุทธ์ในการขับเคลื่อนงาน คือ
๑) พัฒนาระบบเฝ้าระวังและการจัดการข้อมูลสำหรับการเตือนภัย การพยากรณ์โรค และภัยสุขภาพ ๒) พัฒนาระบบฐานข้อมูล

ด้านโรคและภัยสุขภาพที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ฉุกเฉินและภัยพิบัติพร้อมทั้งเชื่อมโยงกับฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ๓) พัฒนาศักยภาพบุคลากรและโครงสร้างของหน่วยงานในการจัดการข้อมูลสำหรับการเตือนภัย การพยากรณ์โรคและภัยสุขภาพ

๕.๑ ระดับความสำเร็จของศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค

สถานการณ์

ปัจจุบันมีเหตุการณ์ภัยอันตรายทางสุขภาพที่อาจขยายความรุนแรงเป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขได้ เช่น การเกิดสึนามิในภาคใต้ปี ๒๕๔๗ การเกิดการระบาดของไข้หวัดใหญ่ปี ๒๕๕๒ การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าในแอฟริกาตะวันตก รวมถึงการเกิดการระบาดของโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง ซึ่งภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขเหล่านี้ไม่เพียงจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ สังคมและความเชื่อมั่นของประเทศอีกด้วย การเตรียมความพร้อมระบบจัดการภาวะฉุกเฉินจึงเป็นเรื่องที่มีความสำคัญอย่างยิ่งเพื่อใช้ตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่เกิดขึ้นได้อย่างทันที่และมีประสิทธิภาพ

ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน หรือ (Emergency Operation Center: EOC) และระบบบัญชาการเหตุการณ์ หรือ (Incident Command System: ICS) นับเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่นานาชาติยอมรับและสนับสนุนให้ประเทศต่างๆ นำรูปแบบการดำเนินงานของระบบนี้มาใช้ในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข เพื่อลดผลกระทบหรือลดการสูญเสียได้อย่างมีประสิทธิภาพ

มาตรการ/ กิจกรรมสำคัญที่ดำเนินการ

๑. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาระบบและบุคลากรที่เข้ารับการปฏิบัติงานภายใต้ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (ICS เบื้องต้น ๙ ชั่วโมง) ร้อยละ ๑๐๐ของบุคลากรใหม่
๒. ทุกหน่วยงานมีการปรับปรุงและทบทวนแผนประกอบกิจการ (BCP) ให้สอดคล้องกับบทบาทและหน้าที่ตามโครงสร้าง ICS ที่หน่วยงานรับผิดชอบ รวมทั้งสิ้น ๔๒ หน่วยงาน
๓. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำแผนปฏิบัติการสำหรับทุกภัยอันตรายรองรับภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (EOC Framework & All-Hazards Plan)

แผนปฏิบัติการสำหรับทุกภัยอันตราย

All Hazards Plan (AHP)



ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค

ประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำแผนปฏิบัติการสำหรับทุกภัยอันตรายรองรับภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (EOC Framework & All-Hazards Plan) วันที่ ๗ – ๘ ธันวาคม ๒๕๕๙ ณ โรงแรมไมดา เดอร์ซี หัวหิน อ.ชะอำ จ.เพชรบุรี

๔ จัดอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรตามบทบาทหน้าที่กลุ่มภารกิจ ตามโครงสร้างระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) ดังนี้

๔.๑ จัดประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพทีมสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว/หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคเพื่อเตรียมความพร้อมตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (Operation team)

๔.๒ จัดประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพเพื่อรองรับการปฏิบัติงานทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (Situation Awareness Team)

๔.๓ การประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพด้านสื่อสารความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพ ในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉินโรคและภัยสุขภาพ

๔.๔ จัดประชุมโครงการจัดการความรู้และสร้างความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านการรักษาพยาบาลป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโรคติดต่อ/โรคติดต่ออันตราย

๕ จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาการขับเคลื่อนแผนเผชิญเหตุ (Incident Action Plan: IAP) มีแผนเผชิญเหตุ IAP กรมควบคุมโรคมีแผนเผชิญเหตุ รวมทั้งสิ้น ๒๓ แผน เพื่อใช้ในการตอบโต้เหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุข



ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาการขับเคลื่อนแผนเผชิญเหตุ
(Incident Action Plan :IAP)

เมื่อวันที่ ๒๗ - ๒๘ เมษายน ๒๕๖๐ ณ โรงแรมเดอะไทด์ รีสอร์ท จังหวัดชลบุรี

๖ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมปฏิบัติงานตามโครงสร้างและระบบ ICS ในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุขได้ทุกเหตุการณ์ที่มีการยกระดับ EOC



การปฏิบัติงานในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค

๗ จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาคู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงาน (SOPs) ตามโครงสร้างระบบบัญชาการเหตุการณ์

๘ นิเทศติดตามการดำเนินงานของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๒ และ ๓

ผลการดำเนินงาน

ตารางแสดงผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์กรมควบคุมโรคกอง/ สำนัก/ สถาบัน สคร. ๑ - ๑๒ ภาพรวมทั้งหมด

ขั้นตอน	การดำเนินงานในแต่ละขั้นตอน	ผลการดำเนินงาน
๑	ทบทวนและปรับปรุงแผน BCP รวมถึงการจัดการอบรม ICS เบื้องต้นเพิ่มเติมให้เจ้าหน้าที่รับทราบร้อยละ ๑๐๐ (กรณีที่มีบุคลากรใหม่และผู้ที่ยังไม่ผ่านการอบรม)	- ทุกหน่วยงานสังกัดกรมควบคุมโรคมีการปรับปรุงและทบทวนแผนประกอบกิจการ (BCP) รวมทั้งสิ้น ๔๒ หน่วยงาน - บุคลากรใหม่สังกัดกรมควบคุมโรคผ่านการอบรม ICS เบื้องต้น (หลักสูตร ICS ๙ ชั่วโมง) คิดเป็น ร้อยละ ๑๐๐
๒	มีแผน All-Hazards Plan ไม่น้อยกว่า ๕ โรค/ภัยสุขภาพ	ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินกรมควบคุมโรค ๑๔ ศูนย์ มีแผน All-Hazards Plan จำนวน ๗๔ แผน เพื่อใช้ในการปฏิบัติการสำหรับทุกภัยอันตราย ๑๘ โรค/ภัยสุขภาพ ดังนี้ แผน All-Hazards Plan โรคติดเชื้อไวรัสซิกา โรคไข้เลือดออก โรคและภัยจากการขู่มนุษย์ สถานการณ์จากมลพิษหมอกควัน อุทกภัย อุบัติเหตุทางถนน โรคโปลิโอไวรัส อุบัติภัยสารเคมี สารเคมีทางการเกษตรตกค้างในเลือด เกษตรกร โรคไข้หวัดใหญ่โรคไข้หวัดนก อุบัติภัยไฟไหม้บ่อขยะ โรคมือเท้าปาก โรคหัด สารเคมีรั่วไหล (แอมโมเนีย) โรคพิษสุนัขบ้า โรคอาหารเป็นพิษ โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง
๓	มีการนำระบบการบัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุข (ICS) มาใช้จริงอย่างน้อย ๑ ครั้ง (กรณีไม่มีเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุขเกิดขึ้น ต้องกำหนดการซ้อมแผนซึ่งอาจเป็นการซ้อมอภิปรายบนโต๊ะ หรือฝึกปฏิบัติจริง)	ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน มีแผนเผชิญเหตุกรมควบคุมโรค ๑๔ ศูนย์มีแผน IAP รวมทั้งสิ้น ๒๓ แผน เพื่อใช้ในการตอบโต้เหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุข ๔ เหตุการณ์ ดังนี้ แผนเผชิญเหตุการณ์ IAP กรณีโรคติดเชื้อไวรัสซิกา กรณีอุทกภัยน้ำท่วม การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจากรถ โรคไข้หวัดนก
๔	เจ้าหน้าที่ในแผน BCP ได้รับการอบรมตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย ดังนี้ - บทบาทหน้าที่ Situation Awareness Team อบรมอย่างน้อย ร้อยละ ๘๐ - บทบาทหน้าที่ Operation Team อบรมอย่างน้อย ร้อยละ ๘๐ - บทบาทหน้าที่อื่นๆ ตามกลุ่มภารกิจในโครงสร้าง ICS&EOC อบรมอย่างน้อย ร้อยละ ๕๐	เจ้าหน้าที่ในแผน BCP ได้รับการอบรมพัฒนาตามบทบาทหน้าที่กลุ่มภารกิจตามโครงสร้างระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) ดังนี้ - เจ้าหน้าที่ในกลุ่มภารกิจ Operation team ได้รับการอบรม คิดเป็นร้อยละ ๘๐.๓๘ - เจ้าหน้าที่กลุ่มภารกิจ Situation Awareness Team ได้รับการอบรม คิดเป็นร้อยละ ๘๓.๑๒ - เจ้าหน้าที่กลุ่มภารกิจ Risk Communication ได้รับการอบรม คิดเป็นร้อยละ ๗๘.๒๖ - เจ้าหน้าที่กลุ่มภารกิจ Case Management ได้รับการอบรมบทบาทหน้าที่ คิดเป็นร้อยละ ๕๑.๐๒

ขั้นตอน	การดำเนินงานในแต่ละขั้นตอน	ผลการดำเนินงาน
๕	นำผลการปฏิบัติงานมาปรับปรุงหรือพัฒนา มาตรฐานการปฏิบัติงาน (SOPs)	กรมควบคุมโรคมีมาตรฐานการปฏิบัติงาน (SOPs) จำนวน ๗ กลุ่มภารกิจ

ปัญหาอุปสรรคต่อการดำเนินงาน/ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ปัญหา/ อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
๑. รูปแบบและกรอบแนวทางการจัดทำแผนปฏิบัติการสำหรับ ทุกภัยอันตราย All-Hazards Plan ยังอยู่ในช่วงการพัฒนา ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ จึงยังไม่มีแผนครอบคลุม ทั้ง ๕ กลุ่มโรคและภัยสุขภาพ ๒. ผู้เชี่ยวชาญในการจัดทำหลักสูตรอบรมบทบาทหน้าที่กลุ่ม ภารกิจตามระบบบัญชาการณ มีน้อย จึงทำให้การจัดทำหลักสูตร ทั้ง ๑๐ กลุ่มภารกิจมีความล่าช้า ไม่สามารถจัดทำได้ครบ ทุกกลุ่มภารกิจภายในปีงบประมาณ ๒๕๖๐	๑. จัดทำคู่มือกรอบแนวทางการจัดทำแผนปฏิบัติการสำหรับ ทุกภัยอันตราย All-Hazards Plan ให้ครอบคลุมทั้ง ๕ กลุ่มโรค และภัยสุขภาพ ๒. มีการทบทวนปรับปรุงและพัฒนาคู่มือมาตรฐานการปฏิบัติ (SOPs) อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทและสถานการณ์ โรคและภัยสุขภาพ ที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน

๕.๒ ระดับความสำเร็จของทีมตระหนักรู้สถานการณ์และทีมปฏิบัติการสอบสวนควบคุมโรค สามารถเชื่อมต่อ
ระบบข้อมูลการเฝ้าระวังเหตุการณ์ได้แบบ Real time

สถานการณ์

กรมควบคุมโรค มีระบบควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศที่ได้มาตรฐาน สามารถตรวจจับเหตุการณ์ผิดปกติ
ได้รวดเร็วและตอบโต้ได้ทันที โดยทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (Situation Awareness Team: SAT) และทีมสอบสวนควบคุมโรคร่วม
กันปฏิบัติงานภายใต้ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operation Center: EOC) กรมควบคุมโรค เพื่อเฝ้าระวังเตือนภัย พร้อม
ทั้งพยากรณ์โรคและภัยสุขภาพในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉินได้

มาตรการ พัฒนาทีมตระหนักรู้สถานการณ์และทีมปฏิบัติการสอบสวนโรค เพื่อตอบโต้โรคและภัยสุขภาพได้อย่าง
รวดเร็ว ทันเหตุการณ์

ผลการดำเนินงาน (ข้อมูลเชิงปริมาณ/ กิจกรรมสำคัญ)

เป้าหมาย/ มาตรการ	ผลการดำเนินงานสำคัญ
มีทีมตระหนักรู้สถานการณ์: SAT (นักวิชาการสาธารณสุขและ เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง)	กรมควบคุมโรค มีทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (ส่วนกลาง และ สคร.) ปฏิบัติงานแต่ละสัปดาห์
มีผู้ปฏิบัติงานตามเวรที่กำหนด (ทุกคน) ในแต่ละสัปดาห์ (กรณี ผู้ปฏิบัติงานติดภารกิจราชการ สามารถแจ้งล่วงหน้าเพื่อ เปลี่ยนเวรในสัปดาห์นั้นได้)	มีผู้ปฏิบัติงานทีมตระหนักรู้สถานการณ์ มาปฏิบัติงานทุกสัปดาห์ ตามเวรที่กำหนด
มีรายงานการตรวจสอบข่าวการระบาดประจำสัปดาห์ (Outbreak Verification Report) และมีการประเมิน สถานการณ์ประจำสัปดาห์ทุกสัปดาห์	มีรายงานการตรวจสอบข่าวการระบาด และรายงานการ ประเมินสถานการณ์ประจำสัปดาห์

ปัญหา/ อุปสรรค ในการดำเนินงาน เมื่อแจ้งตารางเวรปฏิบัติงาน SAT แล้ว มีการโยกย้าย ลาออก ของบุคลากร ในแต่ละหน่วย ทำให้ตารางเวรมีการปรับเปลี่ยนอยู่บ่อยครั้ง

๕.๓ ระดับความสำเร็จของห้องปฏิบัติการทางสาธารณสุขสามารถดำเนินการตรวจหาสารพันธุกรรมไวรัสในโรค ที่เป็นปัญหาสำคัญได้ (Influenza ,Hand Foot Mouth Disease, Zika Virus Disease)

สถานการณ์

ปัจจุบันประเทศไทยมีโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ ได้แก่ โรคไข้หวัดใหญ่ โรคติดเชื้อไวรัสซิกา โรคมือเท้าปาก หรือโรค ติดเชื้อที่เป็นปัญหาสำคัญอื่นๆ ซึ่งสามารถตรวจวินิจฉัยหาเชื้อสาเหตุของโรคเพื่อการเฝ้าระวังการสอบสวนโรคและการป้องกันควบคุมโรค การที่ตรวจหาสารพันธุกรรมไวรัสของโรคที่เป็นปัญหาสำคัญได้จะต้องมีห้องปฏิบัติการทางสาธารณสุขในการตรวจวินิจฉัยหาเชื้อ สาเหตุของโรค จึงเกิดเป็นตัวชี้วัดนี้ขึ้นโดยมาตรการสำหรับงานป้องกันควบคุมโรค ประเมินจากการเตรียมความพร้อมของหน่วยงาน จัดทำแผนงานพัฒนาห้องปฏิบัติการสาธารณสุขของกรมควบคุมโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑ - ๑๒ และสถาบันป้องกัน ควบคุมโรคเขตเมือง ดำเนินการจัดเตรียมบุคลากร สถานที่ เครื่องมือปฏิบัติการ อุปกรณ์และเวชภัณฑ์ ในการตรวจหาสารพันธุกรรม ไวรัส เพื่อให้เกิดความสำเร็จของห้องปฏิบัติการทางสาธารณสุขสามารถดำเนินการตรวจหาสารพันธุกรรมไวรัสในโรคที่เป็นปัญหา สำคัญได้ (Influenza, Hand Foot Mouth Disease, Zka Virus Disease)

มาตรการ/ กิจกรรมสำคัญที่ดำเนินการ

๑. จัดทำหนังสือสำรวจความพร้อมทางห้องปฏิบัติการตามแบบสำรวจการวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ พร้อมกับ ส่งหนังสือให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๒. สรุปผลสำรวจความพร้อมทางห้องปฏิบัติการตามแบบสำรวจการวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการของหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีแผนงานพัฒนาห้องปฏิบัติการทางสาธารณสุขสำหรับการตรวจหาสารพันธุกรรมไวรัสในโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ (Influenza, Hand Foot Mouth Disease, Zika Virus Disease) ที่ได้จากสำรวจความพร้อมทางห้องปฏิบัติการตามแบบสำรวจ การวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ จำนวน ๑๔ หน่วยงาน ซึ่งมีหน่วยงานที่มีห้องปฏิบัติการพร้อมสำหรับตรวจหาสารพันธุกรรมไวรัส ในโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ จำนวน ๑๒ แห่ง หน่วยงานที่ไม่มีห้องสำหรับตรวจหาสารพันธุกรรม จำนวน ๒ แห่ง

๓. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการจัดเตรียมอุปกรณ์และเวชภัณฑ์สำหรับการตรวจหาสารพันธุกรรมไวรัสในโรคที่เป็น ปัญหาสำคัญ (Influenza, Hand Foot Mouth Disease, Zika Virus Disease)

๔. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการจัดเตรียมบุคลากรผู้ปฏิบัติงานตรวจทางห้องปฏิบัติงานสำหรับตรวจหา สารพันธุกรรมไวรัสในโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ

ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์กรมควบคุมโรคภาพรวมทั้งหมด

ขั้นตอน	การดำเนินงานในแต่ละขั้นตอน	ผลการดำเนินงาน
๑	หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดทำแผนงานพัฒนาห้องปฏิบัติการ ทางสาธารณสุขสำหรับการตรวจหาสารพันธุกรรมไวรัส ในโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ (Influenza, Hand Foot Mouth Disease, Zika Virus Disease)	หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดทำแผนงานพัฒนาห้องปฏิบัติการ ทางสาธารณสุขสำหรับการตรวจหาสารพันธุกรรมไวรัส ในโรค ที่เป็นปัญหาสำคัญ (Influenza, Hand Foot Mouth Disease, Zika Virus Disease)
๒	จัดเตรียมห้องปฏิบัติการทางสาธารณสุขสำหรับการ ตรวจหาสารพันธุกรรมไวรัสในโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ (Influenza,Hand Foot Mouth Disease, Zika Virus Disease)	หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการจัดเตรียมห้องปฏิบัติการ ทางสาธารณสุขสำหรับการตรวจหาสารพันธุกรรมไวรัสในโรค ที่เป็นปัญหาสำคัญ (Influenza, Hand Foot Mouth Disease, Zika Virus Disease) ซึ่งมีหน่วยงานที่มีห้องปฏิบัติ การพร้อมสำหรับตรวจหาสารพันธุกรรมไวรัสในโรคที่เป็น ปัญหาสำคัญ จำนวน ๑๒ แห่งหน่วยงานที่ไม่มีห้องสำหรับ ตรวจหาสารพันธุกรรม จำนวน ๒ แห่ง

ขั้นตอน	การดำเนินงานในแต่ละขั้นตอน	ผลการดำเนินงาน
๓	จัดเตรียมอุปกรณ์และเวชภัณฑ์สำหรับการตรวจหาสารพันธุกรรมไวรัสในโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ (Influenza, Hand Foot Mouth Disease, Zika Virus Disease)	หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการจัดเตรียมอุปกรณ์และเวชภัณฑ์สำหรับการตรวจหาสารพันธุกรรมไวรัสในโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ (Influenza, Hand Foot Mouth Disease, Zika Virus Disease) จำนวน ๑๒ แห่ง
๔	จัดเตรียมบุคลากรสำหรับการตรวจหาสารพันธุกรรมไวรัสในโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ (Influenza, Hand Foot Mouth Disease, Zika Virus Disease)	หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดเตรียมบุคลากรสำหรับการตรวจหาสารพันธุกรรมไวรัสในโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ (Influenza, Hand Foot Mouth Disease, Zika Virus Disease) จำนวน ๑๒ แห่ง
๕	กรมควบคุมโรค ตรวจทางห้องปฏิบัติการได้อย่างน้อย ๓ โรค และ สคร.๑-๑๒/สปคม. ตรวจทางห้องปฏิบัติการได้อย่างน้อย ๑ โรค	หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถตรวจห้องปฏิบัติการได้ จำนวน ๑๒ แห่ง

ปัญหาอุปสรรคต่อการดำเนินงาน/ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ปัญหา/ อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
๑. บางหน่วยงานไม่สามารถดำเนินงานพัฒนาห้องปฏิบัติการทางสาธารณสุขสำหรับการตรวจหาสารพันธุกรรมไวรัสในโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ (Influenza, Hand Foot Mouth Disease, Zika Virus Disease) ได้ เนื่องจาก - เป็นหน่วยงานที่ดัดใหม่ไม่มีห้องปฏิบัติการทางสาธารณสุข เฉพาะ ไม่มีนักเทคนิคการแพทย์ ไม่มีบุคลากรในการตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ขาดงบประมาณในการจัดเตรียมสถานที่และเครื่องมือปฏิบัติการทางสาธารณสุข และวัสดุ-อุปกรณ์และเวชภัณฑ์ น้ำยาตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ขาดงบประมาณดำเนินการ เนื่องจากงาน Molecular จำเป็นต้องใช้งบประมาณสูง - ขาดชุดน้ำยาสำหรับตรวจ Hand Foot Mouth Disease และ Zika Virus Disease - บุคลากรในการตรวจหาสารพันธุกรรมไวรัส มีจำนวนไม่เพียงพอต่อการทำงาน	๑. สนับสนุนการศึกษาดูงาน ณ สถาบันบำราศนราดูร เพื่อนำความรู้มาใช้วิเคราะห์ความพร้อมของหน่วยงาน ๒. หน่วยงานส่วนกลาง/กรมควบคุมโรค สนับสนุนงบประมาณในการจัดซื้อชุดน้ำยาตรวจหาสารพันธุกรรมในไวรัส และวัสดุทางวิทยาศาสตร์

๓.๖ ยุทธศาสตร์ที่ ๖ : บริหารจัดการองค์กรแนวใหม่

เป้าประสงค์ยุทธศาสตร์

๖.๑ ระบบบริหารจัดการองค์กรมีธรรมาภิบาลได้มาตรฐานสากล และบุคลากรมีขีดสมรรถนะสูง

สถานการณ์

กรมควบคุมโรคได้มีนโยบายการพัฒนาคุณภาพระบบบริหารจัดการองค์กรปี พ.ศ. ๒๕๕๖ – ๒๕๖๐ โดยมีการกำหนดกรอบการดำเนินงานยุทธศาสตร์ที่ ๖ พัฒนาระบบและกลไกการกำกับองค์กรตามหลักธรรมาภิบาลโดยใช้เกณฑ์กรมคุณธรรมพัฒนา

คุณภาพระบบบริหารจัดการองค์การโดยใช้แนวทาง PMQA และพัฒนาบุคลากรโดยประยุกต์ใช้แนวทางการดำเนินงานของสำนักงาน ก.พ.เป็นบรรทัดฐานการติดตามและประเมินผลการบริหารจัดการของกรมควบคุมโรคเพื่อบูรณาการ “ประชาชนได้รับการป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ระดับมาตรฐานสากล ภายในปี ๒๕๗๔”

มาตรการ/กิจกรรมสำคัญที่ดำเนินการ คือ ระบบบริหารจัดการองค์การมีธรรมาภิบาลได้มาตรฐานสากลและบุคลากร มีขีดสมรรถนะสูง โดยมี กลุ่มคุ้มครองจริยธรรม กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร และกองการเจ้าหน้าที่ เป็นหน่วยงานรับผิดชอบร่วมกัน ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ ๖ บริหารจัดการองค์การแนวใหม่ซึ่งมีผลการดำเนินงานดังต่อไปนี้

๑. ผลการดำเนินงาน (ระบบบริหารจัดการองค์การมีธรรมาภิบาล)

กลุ่มคุ้มครองจริยธรรมจัดตั้งขึ้นเพื่อดำเนินงานตามประมวลจริยธรรมข้าราชการพลเรือนที่กำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่คุ้มครองจริยธรรมตามประมวลจริยธรรม เสนอแนะแก่อธิบดีกรมควบคุมโรคเกี่ยวกับการป้องกันการทุจริต กำกับติดตามการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการคุ้มครองและป้องกันการทุจริตของกรมฯ ให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ ดำเนินการเรื่องข้อร้องเรียน เรื่องทุจริต ประสานงาน ติดตาม ประเมินผล และจัดทำรายงานการคุ้มครองจริยธรรม และสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ กลุ่มคุ้มครองจริยธรรมได้ร่วมดำเนินงานในยุทธศาสตร์ที่ ๖ บริหารจัดการองค์การแนวใหม่ ภายใต้คำรับรองตัวชี้วัด ดังนี้

๑.๑ ตัวชี้วัด ๖.๑.๑ ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกรมควบคุมโรคผ่านเกณฑ์ประเมินความโปร่งใสในการดำเนินงาน เป้าหมายของตัวชี้วัดร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกรมควบคุมโรคผ่านเกณฑ์การประเมินความโปร่งใสในการดำเนินงานต้องมียุทธศาสตร์การประเมินค่าคะแนน ตั้งแต่ ๙๐ คะแนน จากผลการดำเนินงานของหน่วยงานทั้งหมด ๔๑ หน่วยงาน ผลที่ได้คิดเป็นร้อยละ ๙๒.๖๘

๑.๒ ตัวชี้วัด ๖.๑.๑.๑ ระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของกรมควบคุมโรคเป้าหมายขั้นตอน ๕ ผลการดำเนินงาน ขั้นตอน ๕ คะแนนการประเมิน ITA ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ของกรมควบคุมโรคได้ค่าคะแนนร้อยละ ๘๘.๙๖ (ลำดับที่ ๑๑ จาก ๑๔๗ หน่วยงาน) จัดอยู่ในระดับสูงมาก

๑.๓ ตัวชี้วัดที่ ๘ ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระดับคุณธรรมความโปร่งใสในหน่วยงานภาครัฐ โดยผ่านเกณฑ์ ประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานจำนวนหน่วยงานที่เข้าร่วมประเมินจำนวน ๔๑ หน่วยงาน มี ๑ หน่วยงาน ที่ดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย

ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงาน คือ มีงบประมาณสนับสนุนเพื่อใช้ขับเคลื่อนงานด้านคุณธรรม จริยธรรมผู้บริหารระดับสูงของหน่วยงานให้ความสำคัญ สนับสนุน และผลักดันให้เกิดการดำเนินงานเป็นรูปธรรมที่ชัดเจนบุคลากร ในหน่วยงานให้ความร่วมมือในการดำเนินงานกำหนดเป็นตัวชี้วัดหน่วยงาน มีความชัดเจนในการดำเนินงานมีแผนยุทธศาสตร์ การสร้างเสริมคุณธรรม จริยธรรมฯ เป็นแนวทางที่ชัดเจนในการขับเคลื่อนงาน

๒. ผลการดำเนินงาน (การบริหารจัดการองค์การของกรมควบคุมโรคที่ได้มาตรฐานสากล)

๒.๑ การขอรับรางวัลคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (รางวัล) กำหนดเป็นตัวชี้วัดการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุ ยุทธศาสตร์ที่ ๖ เป้าประสงค์ยุทธศาสตร์ที่ ๖.๑ ระบบบริหารจัดการองค์การมีธรรมาภิบาลได้มาตรฐานสากลและบุคลากรมีขีด สมรรถนะสูงคือตัวชี้วัดที่ ๖.๑.๒ จำนวนหมวดที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการองค์การได้ตามมาตรฐานสากล สรุปผลการดำเนินงานดังนี้

๒.๑.๑ ทบทวนคณะทำงานยกระดับคุณภาพการบริหารจัดการองค์การเพื่อดำเนินการขับเคลื่อนงานโดยมี การทบทวนลักษณะสำคัญองค์การกรมควบคุมโรคและประเมินองค์การด้วยตนเองตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ที่สำนักงาน ก.พ.ร. กำหนด

๒.๑.๒ จัดทำรายงานการสมัครขอรับรางวัลคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๐ รอบที่ ๑ จำนวน ๑ หมวด ได้แก่ หมวด ๔ ด้านการวัดวิเคราะห์และการจัดการความรู้ ซึ่งผ่านการตรวจประเมินในเบื้องต้น สำนักงาน ก.พ.ร. ได้พิจารณารายงานผลการดำเนินงาน (Application Report) และประกาศผลในรอบที่ ๒ กรมควบคุมโรค มีคะแนนอยู่ในเกณฑ์ที่จะได้รับการตรวจประเมิน ณ พื้นที่ปฏิบัติงาน และผลการพิจารณารายงานคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐรายหมวด ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๐ กรมควบคุมโรคผ่านการพิจารณา หมวด ๔ ด้านการวัดวิเคราะห์และการจัดการความรู้

๒.๒ การสนับสนุนส่งเสริมและผลักดันผลงานคุณภาพ

๒.๒.๑ การขอรับรางวัลผลงานคุณภาพ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ ไม่ได้กำหนดเป็นตัวชี้วัด แต่มีการสนับสนุนและผลักดันหน่วยงานในกรมฯ เพื่อสมัครรางวัลบริการภาครัฐแห่งชาติและรางวัลความเป็นเลิศด้านการบริหารราชการแบบมีส่วนร่วม สรุปลงงานที่ได้รับรางวัลดังนี้

๑) รางวัลบริการภาครัฐแห่งชาติ (Thailand Public Service Awards: TPSA) ประจำปี พ.ศ.๒๕๖๐ ได้รับทั้งสิ้น ๔ ผลงาน ดังนี้

๑.๑) ประเภทรางวัลรางวัลภาพรวมมาตรฐานการบริการที่เป็นเลิศระดับดีเด่นจากผลงานการพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคไข้มาลาเรีย โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อการกำจัดโรคมาลาเรียโดยสำนักโรคติดต่ออันตราย กรมควบคุมโรค

๑.๒) ประเภทรางวัลรางวัลการพัฒนาการบริการที่เป็นเลิศระดับดีป้องกันการระบาดของไวรัสเมอร์ส (MERS) ด้วยการพัฒนากิจการติดตามผู้สัมผัสโรคโดยสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง กรมควบคุมโรค

๑.๓) ประเภทรางวัลพัฒนาคุณภาพการบริการอย่างต่อเนื่อง ๒ ผลงาน จากผลงานรูปแบบการบูรณาการการดำเนินงานควบคุมวัณโรคอย่างมีส่วนร่วม โดยใช้โปรแกรมบริหารงานคลินิกวัณโรคในพื้นที่ ๘ จังหวัดภาคเหนือ โดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑ จังหวัดเชียงใหม่ กรมควบคุมโรค

๑.๔) ผลงานโครงการการจัดบริการที่เป็นมิตรสำหรับเยาวชน โดยสำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค



ประเภทรางวัลรางวัลภาพรวมมาตรฐานการบริการที่เป็นเลิศระดับดีเด่นจากผลงานการพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคไข้มาลาเรีย โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อการกำจัดโรคมาลาเรีย โดยสำนักโรคติดต่ออันตราย กรมควบคุมโรค



ประเภทรางวัลรางวัลการพัฒนาการบริการที่เป็นเลิศระดับดีจากผลงานป้องกันการระบาดของไวรัสเมอร์ส (MERS) ด้วยการพัฒนากิจการติดตามผู้สัมผัสโรค โดยสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง



ประเภทรางวัลพัฒนาคุณภาพการบริการอย่างต่อเนื่อง
ผลงานรูปแบบการบูรณาการการดำเนินงานควบคุมโรค
อย่างมีส่วนร่วม โดยใช้โปรแกรมบริหารงานคลินิกโรค
ในพื้นที่ ๘ จังหวัดภาคเหนือ
โดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑ จังหวัดเชียงใหม่



ประเภทรางวัลพัฒนาคุณภาพการบริการอย่างต่อเนื่อง
ผลงานโครงการการจัดบริการที่เป็นมิตรสำหรับเยาวชน
โดยสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

๒) รางวัลความเป็นเลิศด้านการ

บริหารราชการแบบ มีส่วนร่วม (Thailand Excellent Participatory Governance Awards : TEPGA) ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๐ กรมควบคุมโรค ได้รับรางวัล รางวัลขยายผลการบริหารราชการแบบมีส่วนร่วม ระดับดี จากผลงาน “สานพลังประชารัฐ เพื่อแก้ไขปัญหาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างยั่งยืน” โดยสำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ปัจจัยความสำเร็จ

๑. ผู้บริหารของหน่วยงานเห็นความสำคัญให้การสนับสนุน และมีการติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

๒. บุคลากรและหน่วยงานเห็นความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพองค์กรอย่างต่อเนื่อง

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

๑. บุคลากรที่ทำงานด้านพัฒนาองค์กร มีจำนวนน้อย ย้ายงาน ช่องว่างระหว่างวัย (Generation Gap) ของบุคลากร ทำให้ขาดกำลังสำคัญในการปฏิบัติงานที่ต้องใช้ทักษะประสบการณ์

๒. บางหน่วยงานยังไม่มีส่วนร่วมในการพัฒนาองค์กรอย่างต่อเนื่อง

แนวทางแก้ไข

จัดอบรมให้ความรู้แก่บุคลากร ซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติงานใหม่ โดยแต่ละหน่วยงานสามารถพัฒนาบุคลากรของตน ด้านระบบคุณภาพได้ด้วยตนเองทั้งทางระบบ E-learning หรือหน่วยงานจัดอบรมด้วยตนเอง

๓. ผลการดำเนินงาน (บุคลากรมีขีดสมรรถนะสูง)

การบริหารทรัพยากรบุคคลให้มีขีดความสามารถเหมาะสมสำหรับการขับเคลื่อนภารกิจของกรมในปัจจุบัน และอนาคตอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีแรงจูงใจและปฏิบัติงานอย่างมีความสุขสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ กองการเจ้าหน้าที่ได้ดำเนินงานในยุทธศาสตร์ที่ ๖ บริหารจัดการองค์การแนวใหม่ ภายใต้คำรับรองตัวชี้วัด ผลดังนี้

๓.๑ ผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการการบริหารทรัพยากรบุคคล กรมควบคุมโรค ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๐ ใน ๕ มิติ ๑๖ แผนงาน/โครงการ/ กิจกรรมมีผลการดำเนินงานได้ ๑๑ แผนงาน/โครงการ/ กิจกรรม ภาพรวมคิดเป็นร้อยละ ๖๘.๗๕

๓.๒ ผลสำเร็จของการบริหารทรัพยากรบุคคลหน่วยงานมีการรายงานผลการดำเนินงานตามแผนฯ รอบ ๑๒ เดือน



พร้อมทั้งประเมินผลสำเร็จตามแผนปฏิบัติการบริหารทรัพยากรบุคคล และรายงานสรุปผลความสำเร็จการดำเนินงานบริหารทรัพยากรบุคคลของหน่วยงาน ครบทั้ง ๔ ด้าน หน่วยงานที่สามารถดำเนินงานได้สำเร็จตามเป้าหมาย จำนวน ๔๑ หน่วยงานคิดเป็นร้อยละ ๑๐๐

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

๑. การดำเนินงานการบริหารทรัพยากรบุคคลของหน่วยงาน ยังดำเนินการไม่ครบถ้วนตามประเด็นที่มุ่งเน้น
๒. การเปลี่ยนผู้รับผิดชอบแผนพัฒนาบุคลากรของหน่วยงาน ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน

ข้อเสนอแนะ

๑. เร่งรัดกระบวนการจัดทำแผนปฏิบัติการการบริหารทรัพยากรบุคคลประจำปี ให้แล้วเสร็จตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ
๒. จัดทำแนวทางการวางแผนพัฒนาบุคลากรของหน่วยงาน โดยใช้ข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น การวิเคราะห์ความจำเป็นในการพัฒนาภายใต้บริบทที่เปลี่ยนแปลงไปแล้ว การนำผลการสำรวจความพึงพอใจที่มีต่อการพัฒนาของบุคลากรกรมควบคุมโรคในภาพรวม รวมทั้งความคิดเห็นของบุคลากรในประเด็นต่างๆ เพื่อการพัฒนาบุคลากรกรมควบคุมโรคได้อย่างมีคุณภาพต่อไป

รายงานสรุปผลการดำเนินงานพัฒนาความเข้มแข็ง แผนงานควบคุมโรค ปี ๒๕๖๐ (Revitalizing Disease Control Program: RDCP)

๑. บทนำ

กรมควบคุมโรคมีนโยบายสร้างความเข้มแข็งของแผนงานควบคุมโรค ตั้งแต่ ปี ๒๕๕๔ เป็นต้นมาจนถึงปัจจุบันและในปี ๒๕๕๘ คณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิได้พัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายการพัฒนาความเข้มแข็งแผนงานควบคุมโรคขึ้น โดยได้วาง Road Map การพัฒนาในระยะ ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐) โดยในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ ได้เน้นการพัฒนาความเข้มแข็งแผนงานควบคุมโรคระดับชาติ (National Program) ตามคุณลักษณะที่สำคัญ ๑๐ ด้าน ต่อมาในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ ได้พัฒนาการเชื่อมต่อแผนงานควบคุมโรคระดับชาติกับแผนงานควบคุมโรคระดับเขต (สคร.) และในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ เน้นพัฒนาการเชื่อมต่อแผนงานควบคุมโรคระดับเขตสู่การปฏิบัติระดับจังหวัดและพื้นที่ โดยมุ่งหวังให้แผนงานที่กรมฯ รับผิดชอบสามารถนำไปหาหมาย มาตรการสู่การปฏิบัติในพื้นที่รวมทั้งขับเคลื่อนการดำเนินงานตามบทบาท NHA ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อนำไปสู่เป้าหมายการลดโรคและภัยสุขภาพ โดยกรมควบคุมโรคได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาความเข้มแข็งแผนงานควบคุมโรคมาโดยตลอด และในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ เป็นปีที่สิ้นสุดการดำเนินงานพัฒนาความเข้มแข็งแผนงานควบคุมโรคตาม Road Map และจะได้บูรณาการเข้าสู่ระบบการดำเนินงานปกติในระยะต่อไป

๒. วัตถุประสงค์

๒.๑ เพื่อพัฒนาให้แผนงานควบคุมโรค มีความเข้มแข็งสามารถตอบสนองให้เกิดการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดประสิทธิผล บรรลุเป้าหมายของแผนงานควบคุมโรคอย่างต่อเนื่อง

๒.๒ เพื่อพัฒนาการเชื่อมโยงระหว่างแผนงานควบคุมโรคในส่วนกลาง กับแผนงานระดับเขตเพื่อนำเป้าหมาย มาตรการสู่การปฏิบัติในพื้นที่ รวมทั้งขับเคลื่อนการดำเนินงานตามบทบาท NHA ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๒.๓ เพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้จัดการแผนงาน และบุคลากรในแผนงานควบคุมโรค รวมทั้งบุคลากรอื่นที่ร่วมดำเนินงานตามแผนงานควบคุมโรค ให้มีความรู้ ทักษะ ในการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

๓. เป้าหมายการพัฒนา

๓.๑ แผนงานควบคุมโรค มีความเข้มแข็งสามารถตอบสนองให้เกิดการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดประสิทธิผล บรรลุเป้าหมายการลดโรคอย่างต่อเนื่อง โดยมีผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดการรับรองฯ ร้อยละ ๘๐ และผลการประเมินความเข้มแข็งแผนงานควบคุมโรคตามคุณลักษณะที่พึงประสงค์ ๑๐ ด้าน มากกว่า ๘๐ คะแนนขึ้นไป ร้อยละ ๘๐

๓.๒ แผนงานควบคุมโรคระดับชาติ (National Program) และระดับเขต (Regional Program) สามารถเชื่อมโยงการดำเนินงานให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน สามารถนำเป้าหมาย ยุทธศาสตร์ และมาตรการป้องกันควบคุมโรคสู่การปฏิบัติในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๓.๓ ผู้จัดการกลุ่มแผนงานควบคุมโรค (Program Cluster Manager: PCM) ผู้จัดการแผนงานควบคุมโรค (Program Manager) และคณะทำงานหลัก (Core Team) ได้รับการพัฒนาศักยภาพเพื่อให้มีสมรรถนะในการดำเนินงานตามนโยบาย ยุทธศาสตร์ และมาตรการเพิ่มมากขึ้น

๔. วิธีดำเนินการ

๔.๑ พัฒนาระบบงานเพื่อพัฒนาความเข้มแข็งแผนงานควบคุมโรค โดยถ่ายทอดเป้าหมายตัวชี้วัดในคำรับรองการปฏิบัติราชการปี พ.ศ. ๒๕๖๐ ของหน่วยงาน ระดับสำนัก/ สถาบัน/ สคร. และกำหนดแนวทางปฏิบัติ รวมทั้งการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน

๔.๒ พัฒนากลไกการบูรณาการการดำเนินงานของแผนงานควบคุมโรคในส่วนกลาง และ สคร. โดยจัดกลุ่มแผนงานโรคเป็น ๔ Cluster และ ๑ ระบบงาน ประกอบด้วย Cluster CD/ Cluster SALT/ Cluster NATI/ Cluster Env-Occ และระบบงานระบาดวิทยา เพื่อให้สามารถบูรณาการมาตรการ กลุ่มเป้าหมาย และพื้นที่ดำเนินการนำสู่การปฏิบัติในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๔.๓ พัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความเชี่ยวชาญในการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค โดยจัดหลักสูตรอบรมผู้จัดการกลุ่มแผนงาน (Program Cluster Manager: PCM) และผู้จัดการแผนงาน (Program Manager: PM): Cluster CD ๒ (Malaria/ CDD/ Rabies/ หนองพวย) ระดับ สคร. ระหว่างวันที่ ๒๐ - ๒๔ มีนาคม ๒๕๖๐

๔.๔ พัฒนาศักยภาพบุคลากรคณะทำงานหลัก (Core Team) Cluster SALTH ส่วนกลาง ระหว่างวันที่ ๑๒ - ๑๖ มิถุนายน ๒๕๖๐ เพื่อพัฒนาคณะทำงานหลักให้มีความรู้ ความสามารถเชิงบูรณาการในการทำงานป้องกันควบคุมโรค บริหารจัดการแผนงานใน Cluster SALTH ได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยใช้หลักการ SPOME

๕. ผลการดำเนินงาน

๕.๑ ผลการดำเนินงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ตัวชี้วัดที่ ๑.๑.๒ ร้อยละของแผนงานที่ดำเนินการตามกระบวนการพัฒนาความเข้มแข็งแผนงานควบคุมโรค (RDGP)

การดำเนินงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ในการพัฒนาความเข้มแข็งแผนงานควบคุมโรคปี พ.ศ. ๒๕๖๐ พบว่าแผนงานที่ดำเนินงานตามตัวชี้วัด จำนวน ๖๘ แผนงาน แบ่งออกเป็นแผนงานระดับชาติ ๒๐ แผนงาน และแผนงานระดับเขต ๔๘ แผนงาน สรุปผลการประเมิน ดังนี้

- ร้อยละของแผนงานระดับชาติที่ดำเนินการสำเร็จตามกระบวนการพัฒนาความเข้มแข็งแผนงานควบคุมโรค (RDGP) จำนวน ๑๔ แผนงาน คิดเป็นร้อยละ ๗๐.๐๐

- ร้อยละของแผนงานระดับเขตที่ดำเนินการสำเร็จตามกระบวนการพัฒนาความเข้มแข็งแผนงานควบคุมโรค (RDGP) จำนวน ๔๕ แผนงาน คิดเป็นร้อยละ ๙๓.๗๕

๕.๒ ผลการประเมินความเข้มแข็งแผนงานควบคุมโรคตามคุณลักษณะที่พึงประสงค์ ๑๐ ด้าน

จากการประเมินความเข้มแข็งแผนงานควบคุมโรคระดับชาติ ตามคุณลักษณะที่พึงประสงค์ ๑๐ ด้าน (คะแนนเต็ม ๑๐๐ คะแนน) พบว่า

- แผนงานควบคุมโรคที่มีค่าคะแนนมากกว่า ๘๐ คะแนน จำนวน ๑๖ แผนงาน คิดเป็นร้อยละ ๘๐.๐ ได้แก่ แผนงานควบคุมโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน (๘๙.๐๓) แผนงานควบคุมโรคติดต่อทางอาหารและน้ำ (๘๒.๔๑) แผนงานควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ (๘๘.๖๘) แผนงานควบคุมโรคไข้มาลาเรีย (๙๑.๓๑) แผนงานควบคุมโรคไข้เลือดออก (๘๖.๐) แผนงานควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล (๘๓.๙๑) แผนงานควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (๘๘.๗๒) แผนงานควบคุมโรคเอดส์ (๙๐.๗๓) แผนงานควบคุมโรคเรื้อรัง (๙๒.๘๑) แผนงานควบคุมวัณโรค (๙๕.๑) แผนงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ (๘๓.๖๑) แผนงานควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (๘๖.๔๓) แผนงานควบคุมการบริโภคน้ำมัน (๘๒.๐) แผนงานควบคุมโรคจากสิ่งแวดล้อม (๘๒.๘๘) แผนงานควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพ (๘๕.๑๘) และระบบระบาดวิทยา (๘๕.๖๑)

- แผนงานควบคุมโรคที่มีค่าคะแนน ๖๐ - ๘๐ คะแนน คิดเป็นร้อยละ ๒๐.๐ ได้แก่ แผนงานควบคุมโรคติดต่อจากสัตว์และคน (๗๖.๕๕) แผนงานควบคุมโรคหนองพยาธิ (๗๗.๐๓) แผนงานควบคุมโรคตับอักเสบ (๗๕.๘๗) และแผนงานควบคุมการบาดเจ็บ (๗๔.๗๗)

โดยสามารถนำผลการประเมินที่ได้ไปใช้ในการวางแผนปิดช่องว่างสำคัญ (GAP) ในการพัฒนาความเข้มแข็งแผนงานควบคุมโรคในปีต่อไป และสามารถเปรียบเทียบผลพัฒนาการความเข้มแข็งของแผนงานควบคุมโรคในแต่ละปีได้

๕.๓ การเชื่อมโยงการดำเนินงานของแผนงานควบคุมโรคระดับชาติ (National Program) และระดับเขต (Regional Program) มีดังนี้

- คำสั่งกรมควบคุมโรคที่ ๓๐๕/๒๕๖๐ มอบหมายหน้าที่ให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน ในบทบาท PM ระดับส่วนกลาง และ PCM ระดับ สคร. เพื่อเป็นกลไกการบริหารจัดการและขับเคลื่อนแผนงานควบคุมโรคไปสู่เป้าหมาย

- มีการพัฒนากลไกการบริหารจัดการแผนงานในรูปแบบ Cluster ในส่วนกลางและ สคร. โดยแบ่งเป็น ๔ Cluster ได้แก่ Cluster CD/ Cluster SALT/ Cluster NATI และ Cluster Env-Occ เพื่อพัฒนาระบบและบูรณาการกลุ่มเป้าหมาย มาตรการ และพื้นที่ดำเนินงานของแผนงานในส่วนกลาง เชื่อมโยงกับ สคร. นำสู่การปฏิบัติระดับจังหวัดและพื้นที่ มุ่งสู่เป้าหมายการลดโรคและภัยสุขภาพ และมีการติดตาม กำกับการดำเนินงานของ Cluster เป็นประจำทุกเดือน

- พัฒนากลไกด้านแผนปฏิบัติงานและงบประมาณประจำปี โดยมีกระบวนการร่วมกำหนดเป้าหมาย มาตรการ ตัวชี้วัดระหว่างส่วนกลางและ สคร. และถ่ายทอดสู่การปฏิบัติในระดับจังหวัดและพื้นที่ ซึ่งถือเป็นกลไกในการเชื่อมต่อการดำเนินงานของแผนงานควบคุมโรคระดับชาติ ระดับเขต และพื้นที่

- มีการติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน โดยการนิเทศบูรณาการของกรมควบคุมโรค และการนิเทศติดตามราย Cluster โดยได้ริเริ่มให้มีการนิเทศติดตามแผนงานแบบบูรณาการใน Cluster CD เพื่อติดตามความก้าวหน้าการนำยุทธศาสตร์ และมาตรการป้องกันควบคุมโรคไปสู่การปฏิบัติในพื้นที่ รวมทั้งรับทราบปัญหาอุปสรรคเพื่อปรับปรุงแก้ไขในระหว่างดำเนินงาน

๕.๔ พัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความเชี่ยวชาญในการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค

สำนักงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ดำเนินการจัดทำโครงการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรดังนี้

- ▶ การพัฒนาศักยภาพผู้จัดการกลุ่มแผนงาน (Program Cluster Manager: PCM) และผู้จัดการแผนงาน (Program Manager: PM): Cluster CD ๒ ระดับสำนักงานป้องกันควบคุมโรค โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการพัฒนาความรู้ ทักษะด้านการป้องกันควบคุมโรคแก่บุคลากรกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งการสร้างสัมพันธภาพที่ดีร่วมกันระหว่างผู้รับผิดชอบแผนงานโรคในส่วนกลาง กับเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานด้านการป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่ระดับ สคร. ทั้งนี้ได้ดำเนินการในแผนงานควบคุมโรคติดต่อ (CD) ประกอบด้วยโรคมาลาเรีย โรคติดต่อทางอาหารและน้ำ โรคติดต่อจากสัตว์สู่คน และโรคหนองพยาธิผลการดำเนินงาน พบว่า PCM และ PM ของ Cluster CD ๒ ระดับ สคร. ได้รับการพัฒนาศักยภาพการบริหารแผนงานระดับเขต จำนวน ๕๗ คน ผลคะแนนการทำข้อสอบวัดผลก่อนและหลังฝึกอบรมคะแนนเต็ม ๑๐๐ คะแนน พบว่าผู้เข้ารับการอบรมทำคะแนนเฉลี่ย “ก่อนการอบรม” ได้ที่ ๕๘.๐๗ คะแนน คิดเป็นร้อยละ ๕๘.๐๗ ของคะแนนสอบทั้งหมด และทำคะแนนเฉลี่ย “หลังการอบรม” ได้ที่ ๗๕.๔๖ คะแนน คิดเป็นร้อยละ ๗๕.๔๖ ของคะแนนสอบทั้งหมด ถือว่า “ผ่าน” เกณฑ์ร้อยละ ๖๐ ของการเรียนรู้และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างคะแนนก่อนและหลังเรียน พบว่า คะแนนสอบหลังเข้ารับการอบรมสูงกว่าก่อนเข้ารับการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

- ▶ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรคณะทำงานหลัก Cluster SALT ส่วนกลาง ซึ่งมีผู้รับการอบรมจากแผนงานควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แผนงานควบคุมโรคเอดส์ แผนงานควบคุมวัณโรค แผนงานควบคุมโรคเรื้อน และแผนงานควบคุมโรคจากไวรัสตับอักเสบ จำนวนทั้งหมด ๓๑ คน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคณะทำงานหลัก Cluster SALT ส่วนกลาง ให้มีความรู้ความสามารถเชิงบูรณาการในการทำงานป้องกันควบคุมโรค ร่วมบริหารจัดการแผนงานได้อย่างมีประสิทธิภาพผลการวัดความรู้หลังการอบรมพบว่าผู้เข้ารับการอบรม มีคะแนนความรู้หลังการอบรม (คะแนนเต็ม ๑๐๐) มากกว่า ๘๐ คะแนน คิดเป็นร้อยละ ๓.๒๒ อยู่ระหว่าง ๖๐-๗๙ คะแนน คิดเป็นร้อยละ ๔๕.๑๖ และต่ำกว่า ๕๙ คะแนน คิดเป็นร้อยละ ๕๑.๖๒

๖. ข้อเสนอในการพัฒนาความเข้มแข็งแผนงานควบคุมโรคในระยะต่อไป

จากการพัฒนาที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่าการดำเนินการพัฒนาระบบเพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับแผนงานควบคุมโรคในหลายด้าน เช่น การผลักดันให้มีการบริหารจัดการแบบ Cluster เพื่อให้เกิดการบูรณาการข้ามแผนงาน การพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรที่จะช่วยขับเคลื่อนแผนงานครอบคลุมทั้งส่วนกลางและระดับเขต การพัฒนาระบบ M&E เป็นต้น รวมทั้งได้ริเริ่มให้มีการพัฒนาเครื่องมือประเมินผลความเข้มแข็งแผนงานควบคุมโรคที่เป็นรูปธรรมมากขึ้น เพื่อใช้ในการประเมินความเข้มแข็งของแผนงานทั้งในระดับ National Program และ Regional Program ซึ่งจะทำให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์มาใช้ในการพัฒนา ดังนั้นการพัฒนาความเข้มแข็งแผนงานควบคุมโรคในระยะต่อไป มีข้อเสนอแนะ ดังนี้

๖.๑ ปรับรูปแบบการพัฒนาให้สอดคล้องกับบริบทของแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันควบคุมโรค ระยะแรก ๕ ปี และระยะยาว ๒๐ ปี โดยเน้นมุ่งสู่ความเป็น Excellent ทั้ง ๔ ด้าน

๖.๒ ทิศทางของแผนการดำเนินงานในระยะต่อไป ควรจะมุ่งเน้นด้านต่างๆ ได้แก่

๖.๒.๑ ด้านบุคลากร เนื่องจากกำลังคนในภาพรวมจะไม่เพิ่มขึ้น ควรจะต้องมีการอบรม/ พัฒนาศักยภาพบุคลากรภายในกรมและภาคีเครือข่ายให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

๖.๒.๒ ควรรวมกลุ่มแผนงานควบคุมโรค (Cluster) เพื่อบูรณาการการดำเนินงานในรูปแบบ Cluster

๖.๒.๓ จากผลการสังเคราะห์การประเมินคุณลักษณะแผนงานควบคุมโรค (Common Gap) พบว่า ประเด็นมาตรการด้านกฎหมายเป็นความคาดหวังจากหน่วยงานลูกค้ำ ดังนั้นการพัฒนาเครื่องมือด้านกฎหมาย เพื่ออำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการพัฒนา

๖.๒.๔ การบูรณาการแผนงานควบคุมโรค ควรมุ่งเน้นงานเชิงระบบ เช่น งานตามยุทธศาสตร์ งานในประชากรกลุ่มเป้าหมาย งานเชิงพื้นที่ และงานกลุ่มวัย โดยมีการเชื่อมโยงลงสู่ระดับจังหวัด อำเภอ และพื้นที่

๖.๒.๕ ควรมีการพัฒนาแผนงานโรคที่เป็นปัญหาสุขภาพที่ยังไม่อยู่ในแผนงานควบคุมโรคที่กรมรับผิดชอบ เช่น โรคมะเร็ง (Cancer) เป็นต้น

ภาคผนวก

รายนามผู้เรียบเรียงเนื้อหา

ผู้เรียบเรียง

๑. นายยุทธพงษ์ เกียรติยุทธชาติ	ผู้อำนวยการกองการเจ้าหน้าที่
๒. นางพิชญ์สินี พุ่มเหรียญ	กองการเจ้าหน้าที่
๓. นางละเอียด เอี่ยมสุวรรณ	ผู้อำนวยการกองคลัง
๔. นางสาวบังอร โฉมสันเทียะ	กองคลัง
๕. นางเบญจมาภรณ์ ภิญโญพรพาณิชย์	ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร
๖. นายไพโรจน์ พรหมพันธุ์	ผู้อำนวยการสำนักงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ
๗. แพทย์หญิงชีวันท์ เลิศพิริยสุวัฒน์	ผู้อำนวยการสถาบันวิจัย จัดการความรู้ และมาตรฐานการควบคุมโรค
๘. แพทย์หญิงวรยา เหลืองอ่อน	ผู้อำนวยการสำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่
๙. ดร. แพทย์หญิงบุษบัน เชื้ออินทร์	ผู้อำนวยการสำนักงานความร่วมมือระหว่างประเทศ
๑๐. นายสัตวแพทย์พรพิทักษ์ พันธุ์กล้า	ผู้อำนวยการศูนย์สารสนเทศ
๑๑. นางวราภรณ์ เทียนทอง	สถาบันบำราศนราดูร
๑๒. นางสาวฉลวย เสรีจิก	สถาบันราชประชาสมาสัย
๑๓. นางสุพินทอง แสงสุวรรณ	สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง
๑๔. เสาวลักษณ์ เนคมานุรักษ์	สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
๑๕. นางสาวธัญชา ไทยธนสาร	สำนักกระบาดวิทยา
๑๖. นางสาววัชรภรณ์ ยุบลเขต	สำนักกระบาดวิทยา
๑๗. นางสาววรรณ ศรีสุข	สำนักกระบาดวิทยา
๑๘. ดร. นลินี ศรีพวง	สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม
๑๙. นางภคินี สิริบุษกะ	สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม
๒๐. แพทย์หญิงวรลักษณ์ ตั้งคณะกุล	สำนักโรคติดต่อทั่วไป
๒๑. นางอรนาถ วัฒนวงษ์	สำนักโรคติดต่อทั่วไป
๒๒. นางสุพินดา ธีระรัตน์	สำนักโรคติดต่อทั่วไป
๒๓. นางสาวมยุรฉัตร หัวหน้ากลุ่ม	สำนักโรคติดต่อทั่วไป
๒๔. นางธัญกษณมน ปิยพัชรรัตนากกร	สำนักโรคติดต่อทั่วไป
๒๕. นางสาวสุดธิดา แสงยนต์	สำนักโรคติดต่อทั่วไป
๒๖. นายอัมภัส วิเศษโมรา	สำนักโรคติดต่อทั่วไป
๒๗. นางสาววรรณ กลิ่นสุภา	สำนักโรคติดต่อทั่วไป
๒๘. นางสาวทิพย์รัตน์ ผลิใบ	สำนักโรคติดต่อทั่วไป
๒๙. นางศิริวิไลย์ มณีศรีเดช	สำนักโรคติดต่อทั่วไป
๓๐. นางสาวชนัดดา ตั้งวงศ์จุลเนียม	สำนักโรคติดต่อทั่วไป
๓๑. นางรัตนา ธีระวัฒน์	สำนักโรคติดต่อทั่วไป
๓๒. นางอนงนาฏ มโนภิมย์	สำนักโรคติดต่อทั่วไป
๓๒. นางสมนึก เลิศสุโขชาวนิชย์	สำนักโรคติดต่อทั่วไป
๓๔. นางสาวมัลลิกา ผดุงหมาย	สำนักโรคติดต่อทั่วไป
๓๕. แพทย์หญิงดารินทร์ อารีโยชัย	สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง
๓๖. นายประยุทธ์ สุดาทิพย์	สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง

กิตติกรรมประกาศ

รายงานประจำปี ๒๕๖๐ ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความร่วมมือจากคณะทำงานฯ ผู้ประสานงาน ของหน่วยงานในสังกัดกรมควบคุมโรค คณะผู้จัดทำขอขอบพระคุณผู้เกี่ยวข้องทุกท่านในทุกหน่วยงาน มา ณ ที่นี้

๑. อธิบดี และรองอธิบดี กรมควบคุมโรค
๒. ผู้ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค
๓. สำนักวิชาการ/ สถาบันในส่วนกลาง
๔. กองบริหาร
๕. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑ - ๑๒

กองแผนงาน
กรมควบคุมโรค



กรมควบคุมโรค
DEPARTMENT OF DISEASE CONTROL

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐
www.ddc.moph.go.th

