



แผนยุทธศาสตร์วัฒนธรรมระดับชาติ

พ.ศ. 2560-2564

บทสรุปผู้บริหาร

ความเป็นมา

วัณโรคยังเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของประเทศไทย โดย พ.ศ. 2558 องค์การอนามัยโลกจัดให้ประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศ ที่มีปัญหาวัณโรครุนแรงระดับโลก ทั้งวัณโรคทั่วไป วัณโรคและเอชไอวี วัณโรคคือยาหลายขนาน และคาดประมาณจำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ 120,000 รายต่อปี ซึ่งในจำนวนดังกล่าว มีผู้ป่วยเสียชีวิต 12,000 ราย รวมทั้งมีผู้ป่วยวัณโรคคือยาหลายขนานคาดประมาณปีละ 2,200 ราย

ถึงแม้ว่าที่ผ่านมาได้มีการดำเนินงานป้องกันและควบคุมวัณโรคอย่างต่อเนื่อง แต่การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่มีผู้สูงอายุมากขึ้น มีการเคลื่อนย้ายแรงงานเพิ่มขึ้น การใช้ผลการสำรวจความชุกวัณโรคระดับชาติในปี 2555-2556 คาดประมาณอัตราการอุบัติการณ์วัณโรคปี 2557 ได้สูงถึง 171 ต่อประชากร 100,000 คน นอกจากนี้ การสำรวจความชุกวัณโรคดังกล่าว ทำให้ทราบว่า ผู้ป่วยวัณโรคเกินกว่าครึ่งหนึ่งไม่มีอาการหรือมีอาการเล็กน้อย พบวัณโรคในเพศชายมากกว่าหญิง รวมทั้งผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการป่วยสูง

ในระดับโลก วัณโรคยังเป็นโรคติดต่อที่เป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งในปี 2557 สูงกว่าโรคเอดส์ สหประชาชาติและองค์การอนามัยโลกโดยการรับรองวาระของประเทศสมาชิก ได้กำหนดให้การควบคุมและป้องกันวัณโรคเป็นเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ในกรอบสหประชาชาติ และ ยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค (End TB strategy) โดยมีเป้าหมายลดอัตราป่วยวัณโรครายใหม่เหลือ 20 และ 10 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2573 และ 2578 ตามลำดับ

ประเทศไทยมีอัตราป่วยวัณโรครายใหม่สูงกว่าค่าเฉลี่ยของโลก 1.3 เท่า มีผู้ป่วยที่ตรวจพบและรายงานร้อยละ 59 ของที่คาดประมาณเท่านั้น ซึ่งสะท้อนถึงการที่ผู้ป่วยส่วนหนึ่งเข้าถึงการรักษาล่าช้าหรือเข้าไม่ถึง ทำให้แพร่กระจายเชื้อในชุมชน และทำให้แต่ละปีอัตราป่วยคาดประมาณลดลงได้เพียงช้าๆ เท่านั้น การจะบรรลุเป้าหมาย SDGs และ End TB ประเทศไทยจำเป็นต้องมีการดำเนินงานในทิศทางใหม่เพื่อสามารถยุติปัญหาวัณโรคอย่างจริงจัง ก่อนที่สถานการณ์ทวีความรุนแรงจนไม่สามารถควบคุมและรักษาด้วยยาสูตรพื้นฐานได้

ผลการประเมินแผนยุทธศาสตร์ที่ผ่านมา

การทบทวนแผนงานวัณโรคแห่งชาติครั้งที่ 5 เมื่อ พ.ศ. 2556 ซึ่งดำเนินการโดยผู้เชี่ยวชาญหลายสาขาจากองค์กรระหว่างประเทศ ได้ยืนยันว่าเมื่อเปรียบเทียบประเทศไทยกับประเทศอื่นๆ ในภูมิภาคนี้ พบว่าประเทศไทยกำลังเผชิญกับความท้าทายสำคัญหลายประการ ได้แก่

- (1) อัตราตายที่ค่อนข้างสูงของผู้ป่วยวัณโรค
- (2) การวินิจฉัยล่าช้า
- (3) ความซ้ำซ้อนในระบบติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน
- (4) ความไม่ครอบคลุมในการส่งรายงานวัณโรคในหน่วยบริการนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
- (5) อัตราการวินิจฉัยวัณโรคคือยาที่ยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเสี่ยงวัณโรคคือยา โดย พ.ศ. 2555 พบว่ากลุ่มเสี่ยงดังกล่าวได้รับการตรวจเพื่อวินิจฉัยเพียงร้อยละ 28

(6) อุปสรรคในการเข้าถึงการดูแลรักษาวัณโรคของประชากรแรงงานข้ามชาติ ซึ่งรวมถึงความท้าทายของการมีเสรีภาพในการย้ายที่อยู่อาศัย และการประกอบอาชีพของประชาชนในภูมิภาคอาเซียน (ASEAN) ภายใต้ประชาคม



เศรษฐกิจอาเซียน (ASEAN Economic Community: AEC) ซึ่งมีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2558 ทำให้มีแนวโน้มที่จะมีการเพิ่มจำนวนประชากรข้ามชาติจากประเทศเพื่อนบ้านซึ่งมีอัตราป่วยวัณโรคสูงกว่าประเทศไทย

นอกจากนั้น ผลการวิเคราะห์ช่องว่างการดำเนินงาน ด้วยวิธี SWOT analysis ยังพบเพิ่มเติมในความเหลื่อมล้ำระหว่างสิทธิประโยชน์การเข้าถึงการวินิจฉัยและการรักษาวัณโรคระหว่าง 3 กองทุนสุขภาพ คือ กองทุนหลัก ประกันสุขภาพแห่งชาติ กองทุนประกันสังคม และกองทุนสวัสดิการข้าราชการ

สาระสำคัญของแผนยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติ พ.ศ. 2560-2564

แผนยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติเพื่อการป้องกัน ดูแลรักษา และควบคุมวัณโรค พ.ศ. 2560-2564 ฉบับนี้มีเป้าหมายประสงค์ คือ “ลดอัตราการอุบัติการณ์ของวัณโรคลงร้อยละ 12.5 ต่อปี จาก 171 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2557 ให้เหลือ 88 ต่อประชากร 100,000 คน เมื่อสิ้นปี พ.ศ. 2564” และเพื่อให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค (The End TB Strategy) ที่แนะนำโดยองค์การอนามัยโลก แผนยุทธศาสตร์ฉบับนี้ มีองค์ประกอบ 5 ยุทธศาสตร์ที่สำคัญ พร้อมเป้าหมายและมาตรการภายใต้แต่ละยุทธศาสตร์ ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 เร่งรัดค้นหาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคให้ครอบคลุมโดยการคัดกรองในกลุ่มเสี่ยงเป้าหมาย

เป้าหมาย เพื่อเร่งรัดการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคให้ครอบคลุมร้อยละ 100 โดยให้กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองและได้รับการวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจที่รวดเร็ว โดยการคัดกรองด้วยภาพรังสีทรวงอกร่วมกับเทคโนโลยีอนุชีววิทยา รวมทั้งการเข้าถึงการดูแลรักษาที่เป็นมาตรฐาน มีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อที่ดี ด้วยมาตรการ ดังนี้

- 1.1 เพิ่มการเข้าถึงการวินิจฉัยวัณโรคที่รวดเร็วโดยเทคโนโลยีอนุชีววิทยา โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงต่างๆ เช่น ผู้สัมผัส ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ต้องขัง ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี และแรงงานข้ามชาติ
- 1.2 ค้นหาผู้ติดเชื้อวัณโรคในกลุ่มเป้าหมายสำคัญ คือ เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีซึ่งอยู่ร่วมกับผู้ป่วยวัณโรค ผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อให้ได้รับการรักษาวัณโรคระยะแฝง
- 1.3 ขยายความครอบคลุมการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในสถานพยาบาลและชุมชน
- 1.4 สนับสนุนหน่วยงานภาคเอกชนและภาคประชาสังคมให้มีส่วนร่วมรับผิดชอบในการวินิจฉัย การดูแลรักษา รวมถึงการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรค

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ลดการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรค

เป้าหมาย เพื่อลดอัตราการตายของผู้ป่วยวัณโรคลงร้อยละ 50 ภายใน พ.ศ. 2564 เมื่อเทียบกับ พ.ศ. 2557 ด้วยมาตรการ ดังนี้

- 2.1 ส่งเสริมผู้ป่วยวัณโรคทุกราย ทั้งผู้ใหญ่และเด็ก ให้ได้รับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ครบถ้วนด้วยสูตรยามาตรฐานและยาที่มีคุณภาพ
- 2.2 เร่งรัดการดำเนินงานผสมผสานวัณโรคและโรคเอดส์ ทั้งด้านการวางแผนงานร่วมกัน การเร่งรัดค้นหาการให้ยาป้องกันวัณโรค การให้ยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และการให้ยาด้านไวรัสในผู้ป่วยวัณโรคทุกรายที่ติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย
- 2.3 ปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการวัณโรคดี้อย่าให้ครอบคลุมทั้งประเทศ

ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อการป้องกัน ดูแลรักษาและควบคุมวัณโรค

เป้าประสงค์ เพื่อสร้างความเข้มแข็งในความเป็นผู้นำ และศักยภาพการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์ของการป้องกัน ดูแลรักษา และควบคุมวัณโรค ด้วยมาตรการ ดังนี้

3.1 พัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยวัณโรครายบุคคลบนระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ตที่สามารถเชื่อมโยงการใช้ประโยชน์ ทั้งสำหรับหน่วยงานให้บริการ หน่วยงานสนับสนุนงบประมาณ หน่วยงานติดตามประเมินผล และหน่วยงานระดับนโยบาย ได้อย่างเป็นเอกภาพ

3.2 เพิ่มคุณภาพการพัฒนาบุคลากรด้านวัณโรค ให้มีศักยภาพและแรงจูงใจในการดำเนินงานวัณโรค

ยุทธศาสตร์ที่ 4 สร้างกลไกการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์อย่างยั่งยืน

เป้าประสงค์ เพื่อสร้างความยั่งยืนของการสนับสนุนเชิงนโยบายอย่างจริงจัง (Political commitment) ด้วยการระดมทรัพยากรในการดำเนินงาน ป้องกัน ดูแลรักษา และควบคุมวัณโรค ด้วยมาตรการ ดังนี้

4.1 มีคณะกรรมการป้องกันและควบคุมวัณโรคแห่งชาติ เพื่อระดมศักยภาพของหน่วยงาน องค์กร ทุกภาคส่วนในการป้องกัน ดูแลรักษา และควบคุมวัณโรค

4.2 ร่วมกับแผนงานโรคเอดส์ และมาลาเรีย สร้างกองทุนพิเศษเพื่อดำเนินงานโรคเอดส์ วัณโรค และมาลาเรียต่อเนื่องหลังจากการสนับสนุนของกองทุนโลกสิ้นสุดลง รวมทั้งพัฒนาระบบสนับสนุนเบี้ยยังชีพแก่ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาจากแหล่งทุนต่างๆ ของภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม

4.3 ส่งเสริมการใช้กฎหมาย พระราชบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานวัณโรคอย่างเหมาะสม

ยุทธศาสตร์ที่ 5 ส่งเสริมการวิจัยและพัฒนานวัตกรรมการป้องกัน ดูแลรักษา และควบคุมวัณโรค

เป้าประสงค์ เพื่อเร่งรัดการศึกษาวิจัยที่สามารถชี้แนะแนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานวัณโรค รวมทั้งส่งเสริมนวัตกรรมสำหรับการพัฒนางานให้สอดคล้องกับสถานการณ์ของพื้นที่ ด้วยมาตรการ ดังนี้

5.1 พัฒนาแผนวิจัยวัณโรคระดับชาติ (National Tuberculosis Research Roadmap) โดยการมีส่วนร่วมของหน่วยงานผู้ให้ทุนหน่วยงานวิจัย และหน่วยงานสนับสนุนการวิจัย

5.2 ส่งเสริมการสร้างนวัตกรรมการดำเนินงานวัณโรคอย่างเป็นระบบยุทธศาสตร์และเป้าประสงค์ ตลอดจนมาตรการดังกล่าวข้างต้น เป็นแนวทางสำหรับการจัดทำชุดกิจกรรมการดำเนินงาน โดยประเทศไทยมีเป้าหมายที่จะรักษาผู้ป่วยด้วยสูตรยาแนวที่ 1 ปีละ 108,000 ราย ภายใน พ.ศ. 2564 ซึ่งจำนวนผู้ป่วยดังกล่าวคิดเป็นร้อยละ 90 ของจำนวนที่คาดประมาณไว้ ซึ่งผู้ป่วยจำนวนตามเป้าหมายนี้เพิ่มขึ้นจาก 61,200 ราย ใน พ.ศ. 2555

ทั้งนี้จำนวนที่คาดประมาณในช่วงระยะเวลาของแผนยุทธศาสตร์ คำนึงถึงความสมดุลระหว่างแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่ลดลงจากสาเหตุมาตรฐานความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น และแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นจากการเร่งรัดวินิจฉัยในเด็ก ผู้สูงอายุ และประชากรกลุ่มเสี่ยง โดยแรงงานข้ามชาติเป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงกลุ่มใหญ่ที่สุด ซึ่งคาดว่าผู้ป่วยที่เป็นแรงงานข้ามชาติจะได้รับการวินิจฉัยจำนวน 7,200 รายต่อปี ภายใน พ.ศ. 2564 จำนวนผู้ป่วยดังกล่าวได้คำนึงถึงการเพิ่มขึ้นของแรงงานข้ามชาติหลังการเริ่มต้นเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนแล้ว

สำหรับผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน คาดว่า ร้อยละ 90 ของผู้ป่วยที่ได้คาดประมาณ หรือประมาณจำนวน 1,900 ราย จะได้รับการรักษา ภายใน พ.ศ. 2564 ส่วนเด็กที่อายุต่ำกว่า 15 ปี คาดว่าจะได้รับการรักษาปีละ 2,711 ราย ในช่วงแผนยุทธศาสตร์นี้



งบประมาณ

สำหรับงบประมาณ จะได้มีการจัดทำพร้อมกันกับแผนปฏิบัติการต่อไป เพื่อดำเนินการในช่วง พ.ศ. 2560-2564 โดยพิจารณาทั้งงบประมาณที่มีในระบบบริการสุขภาพเดิมและส่วนที่เพิ่มขึ้น ทั้งนี้เพื่อเป็นการรองรับยุทธศาสตร์ซึ่งมุ่งเน้นทิศทางใหม่ที่จะทำให้ความก้าวหน้าในการควบคุมโรคเปลี่ยนแปลงอย่างก้าวกระโดด ได้แก่ การเพิ่มความครอบคลุมการคัดกรองและวินิจฉัยผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยวัณโรค การพัฒนาห้องปฏิบัติการ การรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน การสนับสนุนผู้ป่วยเพื่อสร้างความร่วมมือในการรักษา การติดตามผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค การพัฒนาบุคลากรและการวิจัย ทั้งนี้ การมีส่วนร่วมจากหน่วยงานและภาคส่วนต่างๆ เป็นส่วนสำคัญของความสำเร็จในการดำเนินงานกรอบงบประมาณในยุทธศาสตร์จะนำไปสู่การจัดทำกรอบแผนปฏิบัติการและการคำนวณต้นทุนของกิจกรรมของภาคส่วนต่างๆ เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีกองทุนซึ่งสนับสนุนยารักษาวัณโรคและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์สนับสนุนเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยวัณโรคและวัณโรคดื้อยา กระทรวงยุติธรรมโดยกรมราชทัณฑ์จัดการคัดกรองวินิจฉัยวัณโรคในผู้ต้องขังและดูแลรักษาต่อเนื่องร่วมโดยเชื่อมประสานกับกระทรวงสาธารณสุข องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยในชุมชน

สารบัญ



บทสรุปผู้บริหาร

III



บทนำ

หลักการสำคัญและพื้นฐานของแผนยุทธศาสตร์	3
การพัฒนาประเทศและบริบทด้านสุขภาพ	5
องค์ประกอบที่สำคัญของแผนยุทธศาสตร์วินโรระดับชาติ	6
กระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์	6



แผนหลัก

ความเป็นมา	11
ลักษณะประชากร ภูมิศาสตร์ และสังคม-เศรษฐกิจ	11
ภาพรวมของสถานการณ์สุขภาพของประเทศ	
โครงสร้างและองค์ประกอบของการบริการสุขภาพ	13
การวิเคราะห์ช่องว่าง	15
การทบทวนแผนงานวินโรโดยคณะผู้แทนร่วมนานาชาติ เพื่อการกำกับติดตาม การดำเนินงาน ครั้งที่ 5 (The 5 th Joint International Monitoring Mission หรือ The 5 th JIMM)	22
ข้อเสนอแนะที่สำคัญของคณะผู้แทนร่วมนานาชาติเพื่อการ กำกับติดตามการดำเนินงาน ครั้งที่ 5 (The 5 th JIMM) พ.ศ. 2556	23
ประชากรกลุ่มหลักที่เสี่ยงต่อการป่วยวินโร	24
ทิศทางใหม่ที่สำคัญของแผนยุทธศาสตร์วินโรระดับชาติ พ.ศ. 2560-2564	27

สารบัญ (ต่อ)

แผนยุทธศาสตร์วิณรงค์ระดับชาติ

พ.ศ. 2560-2564

วิสัยทัศน์	31
เป้าประสงค์โดยรวม	31
ยุทธศาสตร์ที่ 1 เร่งรัดค้นหาผู้ติดเชื้อวัณโรค และ ผู้ป่วยวัณโรคให้ครอบคลุมโดยการคัดกรองในกลุ่มเสี่ยงเป้าหมาย	31
ยุทธศาสตร์ที่ 2 ลดการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรค	32
ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาศักยภาพบุคลากร การป้องกัน ดูแลรักษาและควบคุมวัณโรค	34
ยุทธศาสตร์ที่ 4 สร้างกลไกการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์อย่างยั่งยืน	35
ยุทธศาสตร์ที่ 5 ส่งเสริมการวิจัยและพัฒนา นวัตกรรมป้องกัน ดูแลรักษา และควบคุมวัณโรค	35
แผนมาตรการ/กิจกรรม และหน่วยงานผู้รับผิดชอบ	36

แผนการกำกับและประเมินผล

ความเป็นมาและวัตถุประสงค์	43
ภาพรวมของระบบกำกับและประเมินผลในปัจจุบัน	43
การเก็บรวบรวมข้อมูล แหล่งที่มาของข้อมูล และการประสานงานระหว่างระบบต่างๆ ที่มีข้อมูลวัณโรค	43
1. ระบบรายงานปกติซึ่งบริหารจัดการรายงานวัณโรคโดยสำนักวัณโรค	44
2. ระบบข้อมูลผู้ป่วยวัณโรครายบุคคลเพื่อการเบิก-จ่ายงบประมาณในสิทธิการรักษาด้วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	44
3. ระบบข้อมูลสุขภาพของโรงพยาบาล	45
4. ระบบข้อมูลรายบุคคลในใบมรณบัตรของผู้ที่เสียชีวิตด้วยวัณโรค	45
5. การสำรวจความชุกวัณโรคและวัณโรคดื้อยา ระดับชาติ	45
6. ระบบข้อมูลผู้ป่วยวัณโรครายบุคคลบนเครือข่ายอินเทอร์เน็ต (The web-based TB-CM)	46
แผนกำกับและประเมินผล เพื่อติดตามความก้าวหน้าของการระบาดวิทยาด้านวัณโรคและการดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติ	46
การตรวจสอบข้อมูลและการประกันคุณภาพของข้อมูล	55
การนิเทศงาน	55
การพัฒนาศักยภาพแผนงานวัณโรค	55

บทนำ

บทนำ

แผนยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติ พ.ศ. 2560 ถึง พ.ศ. 2564 ฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงาน ป้องกัน ดูแลรักษา และควบคุมวัณโรคของทั้งประเทศ ไม่เฉพาะแต่เพียงของกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น แต่ยังเป็น แนวทางระดับนโยบายและผู้ปฏิบัติทั้งในภาครัฐและภาคเอกชน ทั้งองค์กรในประเทศและนานาชาติที่มีหน้าที่หรือได้รับ มอบหมายในงานที่เกี่ยวข้องกับการป้องกัน ดูแลรักษา และควบคุมวัณโรค นอกจากนี้ยังใช้เป็นแนวทางหลักสำหรับ หน่วยงานให้ทุนต่างๆ ในการพิจารณาลงทุนสำหรับการป้องกัน ดูแลรักษา และควบคุมวัณโรคในประเทศไทยในช่วง เวลาดังกล่าว

หลักการสำคัญและพื้นฐานของแผนยุทธศาสตร์

ยุทธศาสตร์การควบคุมวัณโรคระดับโลก เพื่อการป้องกัน ดูแลรักษา และควบคุมวัณโรค หลังจากปี 2558

ในเดือนพฤษภาคม 2557 การประชุมสมัชชาอนามัยโลก (The World Health Assembly) ซึ่งจัดขึ้นโดย องค์การอนามัยโลก ณ กรุงเจนีวา ได้รับรองยุทธศาสตร์วัณโรคระดับโลกหลังปี 2558 เรียกว่า ยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค (The End TB Strategy) ซึ่งมีวิสัยทัศน์ให้โลกปราศจากวัณโรค และเป้าหมายให้ยุติการระบาดของวัณโรคระดับโลก โดยมุ่งลดอัตราการตายลง ร้อยละ 95 และลดผู้ป่วยรายใหม่ลง ร้อยละ 90 ภายในปี พ.ศ. 2578 และมั่นใจว่าไม่มีครอบครัว ใดที่ได้รับความเดือดร้อนด้านเศรษฐกิจ (Catastrophic expenses) จากการป่วยด้วยวัณโรค ซึ่งมีตัวชี้วัดที่ระบุไว้ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตัวชี้วัดสำคัญและค่าเป้าหมายของยุทธศาสตร์ยุติวัณโรคในระดับโลก (End TB Strategy)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย			
	ตัวชี้วัดก่อนการบรรลุ เป้าหมาย (Milestones)	เป้าหมาย การพัฒนา ที่ยั่งยืน (SDGs)	เป้าหมาย การยุติ วัณโรค (End TB)	
	พ.ศ. 2563 (2020)	พ.ศ. 2568 (2025)	พ.ศ. 2573 (2030)	พ.ศ. 2578 (2035)
ร้อยละของการลดจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยวัณโรคเมื่อเทียบกับปี 2558 (Reduction in number of TB deaths)	35	75	90	95
ร้อยละของการลดอัตราอุบัติการณ์วัณโรคเมื่อเทียบกับปี 2558 (Reduction in TB incidence rate)	20	50	80	90
ร้อยละของครอบครัวที่ได้รับผลกระทบจนเกิดความเดือดร้อนด้านเศรษฐกิจเนื่องจากการป่วยด้วยวัณโรค (TB-affected families facing catastrophic costs due to TB)	0	0	0	0

ยุทธศาสตร์ระดับโลกได้พัฒนาบน 3 เสาหลัก (Strategic pillars) ด้วย 4 หลักการ (Principles) ซึ่งเสาหลักเหล่านี้เน้นการป้องกัน การดูแลรักษาโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง บทบาทของภาคประชาสังคม ในการทำงานร่วมกับภาครัฐ การจัดทำนโยบายที่เข้มแข็งซึ่งรวมถึงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เสาหลักของยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค (Pillars of the Global End TB Strategy)

เสาหลัก (Pillar)	องค์ประกอบที่สำคัญ (Key component)
1. การจัดการดูแลรักษาและป้องกันวัณโรคอย่างบูรณาการโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Integrated, patient-centred care and prevention)	1.1 การวินิจฉัยวัณโรคให้ได้ในระยะแรกๆ ซึ่งรวมถึงการตรวจทดสอบความไวต่อยาวัณโรคให้ผู้ป่วยทุกราย รวมทั้งการคัดกรองผู้สัมผัสโรคและกลุ่มเสี่ยงอย่างเป็นระบบ 1.2 การรักษาผู้ป่วยวัณโรคทุกรายรวมทั้งผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา และให้การสนับสนุนความช่วยเหลือต่างๆ แก่ผู้ป่วย 1.3 การผสมผสานงานวัณโรคและโรคเอดส์ รวมทั้งบริหารจัดการโรคร่วมและปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ขณะรักษาวัณโรค 1.4 การให้ยาเพื่อป้องกันการเป็นวัณโรคในกลุ่มเสี่ยง รวมทั้งการให้วัคซีนเพื่อป้องกันวัณโรค
2. การจัดทำนโยบายและระบบสนับสนุนที่เข้มแข็ง (Bold policies and supportive system)	2.1 การมีนโยบายชัดเจน และจัดสรรทรัพยากรให้เพียงพอต่อการดูแลและป้องกันวัณโรค 2.2 การเข้ามามีส่วนร่วมจากชุมชน ภาคประชาสังคม และภาคเอกชน 2.3 การมีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า การบังคับใช้กฎหมายให้รายงานผู้ป่วยวัณโรค การใช้ยารักษาโรคอย่างมีคุณภาพ รวมทั้งการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค 2.4 การปกป้องทางสังคม บรรเทาความยากจน และดำเนินการต่อปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อวัณโรค
3. การเร่งรัดงานวิจัยและนวัตกรรม (Intensified research and innovation)	3.1 การค้นคว้า พัฒนา และนำความรู้และนวัตกรรมใหม่ไปใช้ได้อย่างรวดเร็ว 3.2 ศึกษาวิจัยเพื่อขึ้นำให้การดำเนินงานเป็นประโยชน์สูงสุดซึ่งส่งผลต่อการยุติปัญหาวัณโรค รวมทั้งส่งเสริมนวัตกรรมต่างๆ

โดยใช้ 4 หลักการ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการดูแลรักษาและจำกัดความเดือดร้อนทางเศรษฐกิจ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 หลักการของยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค (Principles of the End TB Strategy)

หลักการ (Principles)	องค์ประกอบหลัก (Key component)
1	รัฐบาลให้การดูแล สนับสนุน มีความรับผิดชอบ และมีระบบติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานและการประเมินผล (Government stewardship and accountability, with monitoring and evaluation)
2	การสร้างความร่วมมือการดำเนินงานกับภาคประชาสังคมและชุมชน (Building a strong coalition with civil society and communities)

ตารางที่ 3 หลักการของยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค (Principles of the End TB Strategy) (ต่อ)

หลักการ (Principles)	องค์ประกอบหลัก (Key component)
3	การป้องกันและส่งเสริมสิทธิมนุษยชน จริยธรรม และความเท่าเทียม (Protecting and promoting human rights, ethics and equity)
4	การประยุกต์ยุทธศาสตร์และเป้าหมายในระดับประเทศให้สอดคล้องกับสถานการณ์และทรัพยากรที่มีอยู่ด้วยความร่วมมือจากระดับโลก (Adaptation of the strategy and targets at country level, with global collaboration)

ยุทธศาสตร์ยุติวัณโรคต้องการให้ผู้เกี่ยวข้องในประเทศนำไปใช้เป็นกรอบดำเนินงานและมีงบประมาณเพียงพอ โดยครอบคลุมการดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรคและมีข้อจำกัดในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ เช่น แรงงานข้ามชาติ ยุทธศาสตร์ได้เน้นการเข้ามามีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน นอกจากนี้ยังให้ความสำคัญกับปัญหาวัณโรคที่อาศัยด้วย

การพัฒนาประเทศและบริบทด้านสุขภาพ

แผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559¹ ให้หลักการสำหรับบริบทด้านสุขภาพของประเทศ ซึ่งประกอบด้วยวัตถุประสงค์หลัก 4 ข้อดังนี้

- 1) เพื่อส่งเสริมให้มีสังคมที่มีความยุติธรรมและสงบสุข
- 2) เพื่อเพิ่มศักยภาพของคนไทยทุกคนบนพื้นฐานแนวทางการพัฒนาแบบองค์รวมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สติปัญญา อารมณ์ คุณธรรม และจริยธรรม ผ่านสถาบันทางสังคมต่างๆ

3) เพื่อพัฒนาเศรษฐกิจที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืนโดยการยกระดับการผลิตและบริการบนพื้นฐานของเทคโนโลยี นวัตกรรม และความคิดสร้างสรรค์ที่มีความเชื่อมโยงในระดับภูมิภาคที่มีประสิทธิภาพ การปรับปรุงความมั่นคงของอาหารและพลังงาน ที่ยกระดับการผลิตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมและการปรับเปลี่ยนการบริโภคไปสู่สังคมคาร์บอนต่ำ (low-carbon society)

- 4) เพื่อพิทักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมเพื่อรักษาระบบนิเวศและรากฐานที่มั่นคงในการพัฒนา

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559² ได้คำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงของอันดับความสำคัญของภาระโรคในประเทศไทยจากโรคติดต่อไปสู่โรคไม่ติดต่อ หรือโรคจากรูปแบบการใช้ชีวิต (life-style diseases) จึงมีจุดมุ่งหมายเพื่อเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของแต่ละบุคคลและชุมชนกับภาครัฐเพื่อนำไปสู่สุขภาพที่ดี และมุ่งไปที่การส่งเสริมให้เกิดการพึ่งพาตนเองในการส่งเสริมสุขภาพและการให้บริการด้านสุขภาพ ตลอดจนการเตรียมความพร้อมในการรับมือกับภัยพิบัติต่างๆ โดยเฉพาะในการบริหารจัดการน้ำท่วม และผลพวงจากเหตุการณ์น้ำท่วม แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติแสวงหาระบบสุขภาพเชิงรุกในด้านการป้องกันและควบคุมโรค และต้องการเสริมสร้างระบบสุขภาพที่มีคุณภาพได้มาตรฐานโดยมีบุคลากรที่เพียงพอและมีเทคโนโลยีที่เหมาะสมในระดับ นอกจากนี้แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับนี้ยังได้เล็งเห็นถึงการจัดตั้งคณะกรรมการบริการสุขภาพแห่งชาติ

¹ Summary of the 11th National Economic and Social Development Plan (2012-2016). http://www.nesdb.go.th/Portals/0/news/annual_meet/54/book/Executive%20Summary%20of%2011th%20Plan.pdf Accessed on 14 December 2013

² Bureau of Policy and Strategy. The 11th National Health Development Plan, 2012-2016



เพื่อความสมดุลระหว่างความต้องการของผู้ซื้อและผู้ให้บริการและเพื่อลดความแตกต่างระหว่างระบบการประกันสุขภาพหลักทั้งสามระบบ รวมทั้งการดูแลสุขภาพสำหรับแรงงานต่างชาติ และการปรับปรุงระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ รวมทั้งเน้นความสำคัญในการเป็นหุ้นส่วนระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน และคาดหวังให้มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับประเด็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของชาติ

ภายหลังการเผยแพร่แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับนี้ได้มีการประกาศปฏิรูประบบสุขภาพที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อกระจายอำนาจการบริหารจัดการระบบสุขภาพไปสู่ระดับเขตในส่วนภูมิภาค

องค์ประกอบที่สำคัญของแผนยุทธศาสตร์วินโรคระดับชาติ

ประกอบด้วยส่วนต่างๆ ดังต่อไปนี้

บทนำ

ส่วนนี้กล่าวถึงเจตนารมณ์และหลักการของแผน กรอบโครงสร้างของแผน และความร่วมมือในกระบวนการจัดทำแผนพร้อมทั้งอธิบายบริบททางสังคมและสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับแผน

แผนหลัก

ส่วนนี้จะเน้นหัวใจของแผนยุทธศาสตร์ฉบับนี้ โดยกล่าวถึงการดำเนินการควบคุมวินโรคของประเทศไทย สรุปความสำเร็จที่ผ่านมาของแผนงานวินโรคแห่งชาติ และการประเมินจุดแข็ง จุดอ่อนโอกาส และภัยคุกคาม รวมทั้งเป้าประสงค์ วัตถุประสงค์ และยุทธศาสตร์การดำเนินการ ในช่วงระยะเวลาของแผนฉบับใหม่

แผนกำกับติดตามและประเมินผล

ส่วนนี้ให้รายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการกำกับติดตามและประเมินผลแผนยุทธศาสตร์แห่งชาติฉบับนี้ โดยใช้ตัวชี้วัดต่างๆ และเป้าหมายการดำเนินงาน ตลอดจนระบบกำกับติดตามและประเมินผล

กระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์

แผนงานวินโรคแห่งชาติได้รับการสนับสนุนจากภาคส่วนต่างๆ ทั้งจากภายนอกและภายในประเทศในช่วงหลายปีที่ผ่านมา และได้รับข้อเสนอแนะจากการทบทวนแผนงานเป็นระยะๆ ครั้งล่าสุดได้มีการทบทวนแผนงานวินโรคโดยคณะผู้แทนร่วมนานาชาติเพื่อกำกับติดตามการดำเนินงานวินโรค ครั้งที่ 5 (The 5th JIMM) ซึ่งจัดขึ้นในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2556 โดยสำนักวินโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานฝ่ายไทยที่มีส่วนเข้าร่วมในการทบทวนแผนงานวินโรคครั้งนี้ ได้แก่ กรุงเทพมหานคร (กทม.) มหาวิทยาลัยขอนแก่น มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ โรงพยาบาลศิริราช และมูลนิธิโรคภัยไทย โดยสำนักงานผู้แทนองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทยเป็นผู้ประสานงานในภาพรวม รวมถึงผู้เชี่ยวชาญนานาชาติ ที่เข้าร่วมทบทวนมาจากสหภาพนานาชาติต่อต้านวัณโรคและโรคปอด (International Union Against Tuberculosis and Lung Disease-the Union), องค์การ Family Health International (FHI360), องค์การเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศของสหรัฐอเมริกา (USAID), ศูนย์ความร่วมมือด้านสาธารณสุขไทย-สหรัฐอเมริกา (TUC), Global Infectious Diseases Consulting Ltd. (ลอนดอน), และกองทุนโลกรวมทั้งเจ้าหน้าที่จากองค์การอนามัยโลกสำนักงานใหญ่ (WHO Headquarters) และองค์การอนามัยโลกสำนักงานภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้



จากข้อเสนอแนะของคณะผู้แทนร่วมนานาชาติเพื่อกำกับติดตามการดำเนินงานวัณโรคครั้งที่ 5 (The 5th JIMM) ได้มีการประชุมปรึกษาหารือในวงกว้างเพื่อจัดทำแผนยุทธศาสตร์ เมื่อเดือนตุลาคม พ.ศ. 2556 ซึ่งหลายองค์กรที่เกี่ยวข้องกับวัณโรคมีส่วนร่วมประชุมด้วย ได้แก่ สมาชิกของคณะผู้เชี่ยวชาญทบทวนแผนงานฯ ตัวแทนผู้ได้รับผลกระทบ (เช่น ผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาหายแล้ว และผู้ติดเชื้อเอชไอวี) องค์กรภาคประชาสังคม และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หลังจากนั้น มีการประชุมเพื่อติดตามผลในเดือนมกราคม และเดือนมีนาคม พ.ศ. 2557 โดยมีผู้เข้าประชุมเพิ่มเติมจากการประชุมปรึกษาหารือครั้งก่อน ได้แก่ สำนักบริหารโครงการกองทุนโลก กรมควบคุมโรค และผู้แทนผู้ได้รับผลกระทบเข้าร่วมประชุมเพิ่มมากขึ้น

Dr. Paul Nunn จาก Global Infectious Diseases Consulting Ltd., ประธานคณะผู้แทนร่วมนานาชาติเพื่อการกำกับติดตามการดำเนินงานวัณโรค ครั้งที่ 5 (The 5th JIMM) เป็นผู้จัดทำร่างแผนยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติฉบับที่ 1 หลังจากนั้น สำนักวัณโรคได้มีการเชิญผู้เชี่ยวชาญและภาคส่วนที่เกี่ยวข้องร่วมปรับปรุงแก้ไขแผนยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติ อย่างต่อเนื่อง ในปี 2559 กรมควบคุมโรคมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณาร่างแผนยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติ พ.ศ. 2560-2564 เพื่อพิจารณาความถูกต้องและความสมบูรณ์ของแผนยุทธศาสตร์ก่อนนำเสนอกระทรวงสาธารณสุขและคณะรัฐมนตรี (ครม.) เพื่อให้ความเห็นชอบ

แผนหลัก

แผนหลัก

ความเป็นมา

ลักษณะประชากร ภูมิศาสตร์ และสังคม-เศรษฐกิจ

ประชากร

ประเทศไทยมีประชากรประมาณ 67 ล้านคน และเป็นหนึ่งในประเทศแถบภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ที่มีการพัฒนามากที่สุด (ตารางที่ 4) รวมทั้งยังต้องการแรงงานในวัยหนุ่มสาว ประเทศไทยมีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และมีอายุขัยโดยเฉลี่ยสูงขึ้น ค่ามัธยฐานของอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เนื่องจากมีการลดลงของภาวะเจริญพันธุ์ (Fertility) ในขณะที่อัตราการตายของทารกที่มีอายุน้อยกว่า 1 ปี (Infant Mortality Rate) มีระดับใกล้เคียงกับประเทศในยุโรปตะวันตก การเติบโตทางเศรษฐกิจและอัตราเจริญพันธุ์ที่ต่ำกว่าระดับทดแทนของประชากร (Replacement rate) เป็นสาเหตุให้เกิดความต้องการแรงงานข้ามชาติจากประเทศเพื่อนบ้านที่ยากจนกว่า ซึ่งแรงงานเหล่านี้พร้อมที่จะเข้ามาทำงานในประเทศไทย นอกจากนี้ยังพบว่า พ.ศ. 2556 มีประชากรร้อยละ 36 อาศัยอยู่ในพื้นที่เขตเมือง³ และประมาณหนึ่งในหกของประชากรทั้งประเทศอาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล คาดประมาณว่าประเทศไทยมีแรงงานข้ามชาติประมาณ 4.5 ล้านคน ส่วนใหญ่มาจากประเทศในกลุ่มอาเซียน (โดยเฉพาะเมียนมา กัมพูชา และลาว) โดยประมาณ 1.2 ล้านคนขึ้นทะเบียนกับกระทรวงแรงงาน ส่วนกลุ่มที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนส่วนใหญ่ต้องเผชิญกับอุปสรรคในการเข้าถึงการรักษาพยาบาล นอกจากนี้ยังมีผู้ลี้ภัยประมาณ 150,000 คน อาศัยอยู่ในค่ายผู้ลี้ภัยใกล้ชายแดนไทย-เมียนมา และอีกประมาณ 100,000 คน เป็นผู้ไร้สัญชาติจากชนกลุ่มชาติพันธุ์ที่เป็นชนกลุ่มน้อยในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศ

ตารางที่ 4 ตัวชี้วัดพื้นฐานทางเศรษฐกิจและสุขภาพ⁴

ตัวชี้วัด	จำนวน	หน่วยวัด	พ.ศ. ที่มีข้อมูลล่าสุด	การเปลี่ยนแปลงประจำปี	5 ปีที่ผ่านมา
รายได้มวลรวมประชาชาติต่อคน	8,190	PPP int. \$	2553	+7.62%	6,890
ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดที่คิดเป็นร้อยละของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP)	3.9	%	2553	-0.30%	3.5
ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อคน	179	US\$	2553	11.88%	108
ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของภาครัฐคิดเป็นร้อยละของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด	75	%	2553	0.40%	72.7

³ Thailand-all health indicators. Available at: <http://www.quandl.com/health/thailand-all-health-indicators> (accessed on 11 September 2013).

⁴ Thailand-all health indicators. Available at: <http://www.quandl.com/health/thailand-all-health-indicators> (accessed on 11 September 2013).

ตารางที่ 4 ตัวชี้วัดพื้นฐานทางเศรษฐกิจและสุขภาพ⁴ (ต่อ)

ตัวชี้วัด	จำนวน	หน่วยวัด	พ.ศ. ที่มี ข้อมูลล่าสุด	การเปลี่ยนแปลง ประจำปี	5 ปี ที่ผ่านมา
ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของภาคเอกชน คิดเป็นร้อยละของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ทั้งหมด	25	%	2553	-0.4%	27.3
ค่าใช้จ่ายจริง (Out-of-pocket expenditure) คิดเป็นร้อยละของค่าใช้จ่ายส่วนตัวด้าน สุขภาพทั้งหมด	55.8	%	2553	-3.8%	63.7
อัตราการตายของทารกที่มีอายุน้อยกว่า 1 ปี (IMR)	11	per 1,000 live births	2553	ไม่มีค่า คำนวณไว้	26
อัตราการตายของวัยผู้ใหญ่ (Adult mortality rate)	205	per 1,000 population	2552	ไม่มีค่า คำนวณไว้	-
จำนวนแพทย์	2.98	per 10,000 population	2547	ไม่มีค่า คำนวณไว้	-
จำนวนพยาบาลและผดุงครรภ์	15.2	per 10,000 population	2547	ไม่มีค่า คำนวณไว้	-

เศรษฐกิจและสุขภาพ

ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีรายได้ปานกลางระดับบน (Upper-middle income country) ด้วยค่าเฉลี่ยรายได้ประชากรต่อคนต่อปี (GDP) พ.ศ. 2556 คิดเป็น 9,430 เหรียญสหรัฐ ซึ่งเป็นจำนวนที่สะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงราคาสินค้า อัตราเงินเฟ้อ รวมทั้งคำนึงถึงความเท่าเทียมกันของอำนาจซื้อ ค่าเฉลี่ยรายได้ต่อหัวประชากรได้เพิ่มขึ้นตั้งแต่ประเทศมีการฟื้นตัวอย่างรวดเร็วจากวิกฤตเศรษฐกิจเอเชียระหว่าง พ.ศ. 2540-2542 ด้วยอัตราว่างงานเพียงร้อยละ 1 ทำให้ประเทศขาดแคลนแรงงาน

โดยมีอายุขัยเฉลี่ยสูงขึ้น⁵ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมีรัฐบาลสนับสนุนสามในสี่ส่วนของค่าใช้จ่ายทั้งหมด ในขณะที่ภาคเอกชนสนับสนุนเพียงหนึ่งในสี่ส่วน ซึ่งในส่วนของภาคเอกชนนี้พบว่า มากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่ประชาชนต้องรับผิดชอบเอง (Out-of-pocket expenditure) สำหรับการคลอดบุตรพบว่าเกือบทั้งหมดดำเนินการโดยบุคลากรสาธารณสุขที่มีความชำนาญ ส่วนสาเหตุการตายส่วนใหญ่เกิดจากโรคไม่ติดต่อ ในขณะที่การตายจากโรคเอดส์มีมากกว่าหนึ่งในสี่ของผู้เสียชีวิตที่มีสาเหตุจากโรคติดต่อทั้งหมด สำหรับจำนวนแพทย์ พยาบาล และผดุงครรภ์ พบว่าโดยเฉลี่ยใกล้เคียงกับประเทศอื่นๆ ที่มีรายได้ปานกลางระดับบน

⁴ Thailand-all health indicators. Available at: <http://www.quandl.com/health/thailand-all-health-indicators> (accessed on 11 September 2013).

⁵ Health care spending. Available at: <http://ucatlas.ucsc.edu/spend.php> (accessed 12 September 2013)

ภาพรวมของสถานการณ์สุขภาพของประเทศ

ถึงแม้ว่าสถานะสุขภาพของคนไทยในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมาในภาพรวมจะดีขึ้น แต่ยังคงมีความไม่เสมอภาคที่พบได้จากภาระของการเจ็บป่วยในหมู่คนยากจนในชนบทของจังหวัดทางภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้

เมื่อ พ.ศ. 2553 สัดส่วนของการใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 3.9 ของค่าเฉลี่ยรายได้ต่อหัวประชากร โดยค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อซึ่งเป็นหนึ่งในภาระโรคสำคัญของประเทศไทย (โดยเกิดต่อเนื่องเป็นเวลาหลายปี) เอชไอวี/เอดส์เป็นเพียงโรคติดต่อโรคเดียวในจำนวน 10 สาเหตุแรกของการเสียชีวิตและความพิการ⁶ กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญกับโรคติดต่อเป็นลำดับรองโดยงบประมาณที่จัดสรรให้กับโรคติดต่อส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ (เช่น ไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่) ไข้เลือดออก และการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งประเทศไทยมีภาระค่าใช้จ่ายการดูแลรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีค่อนข้างมาก โดยมีผู้ติดเชื้อเกือบ 450,000 คน และ พ.ศ. 2555 ผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี รวมด้วยประมาณร้อยละ 13 ซึ่งผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี รวมด้วยมีอัตราการป่วยตาย (Case fatality rate) สูงโดยเฉพาะภาคเหนือ⁷

ประเทศไทยมีผู้ให้บริการการดูแลสุขภาพหลายกลุ่ม ผู้ให้บริการในภาคเอกชนมีจำนวนมากและไม่ได้ใช้แนวทางหรือแนวปฏิบัติเดียวกันกับหน่วยบริการภาครัฐอย่างเต็มที่ ส่วนแรงงานข้ามชาติและผู้ต้องขังเป็นกลุ่มที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ซึ่งทั้งสองกลุ่มนี้เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อวัณโรค

จำนวนประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วก่อให้เกิดความท้าทายหลายด้าน ทั้งในด้านที่ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ และในด้านการจัดบริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม ในส่วนที่เกี่ยวกับวัณโรคพบว่า ในกลุ่มผู้สูงอายุมีอัตราการป่วยสูงกว่ากลุ่มอายุอื่น ด้วยเหตุนี้โครงสร้างประชากรที่มีผู้สูงอายุมากขึ้นจึงอาจส่งผลให้อัตราการระบาดของวัณโรคในประเทศไทยเพิ่มขึ้นได้

โครงสร้างและองค์ประกอบของการบริการสุขภาพ

ประเทศไทยแบ่งพื้นที่เพื่อการจัดระบบบริการสุขภาพเป็นเขต จังหวัด อำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน ในระดับเขต มีทั้งหมด 13 เขต แต่ละเขตมีสำนักงานป้องกันควบคุมโรค และเขตสุขภาพ ส่วนระดับจังหวัดมีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือสสจ. และกรุงเทพมหานครซึ่งเป็นการปกครองส่วนท้องถิ่นแบบพิเศษและมีการบริหารด้วยหน่วยงานเป็นของตนเอง สำหรับระดับอำเภอที่ไม่รวมกรุงเทพมหานคร มีทั้งสิ้น 878 อำเภอ

โครงสร้างระบบบริการสุขภาพของภาครัฐที่ลดหลั่นกันไปเป็นสามระดับโดยมีองค์ประกอบของสถานบริการสุขภาพที่ตีจนถึงระดับชุมชน ในระดับเขตและระดับจังหวัด มีโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป (รพศ./รพท.) ที่ตั้งอยู่ในจังหวัด ซึ่งแต่ละแห่งมีจำนวนเตียงตั้งแต่ 400 จนถึง 2,000 เตียง ส่วนในระดับอำเภอ มีโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ซึ่งมีจำนวนเตียงตั้งแต่ 30 เตียง จนถึง 120 เตียง และมีแพทย์ 2-9 คน ในระดับตำบล มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ซึ่งมีพยาบาลวิชาชีพ 3-6 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆ ภายในกระทรวงสาธารณสุข มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานวัณโรคประมาณ 10 หน่วยงาน หน่วยงานอิสระนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานวัณโรคประมาณ 22 หน่วยงาน

⁶ WHO. World Health Organization Country Office: Thailand's country cooperation strategy.

⁷ Causes of mortality among tuberculosis and HIV co-infected patients in Chiang Rai, Northern Thailand. Kantipong P, Murakami K, Moolphate S, Aung MN, Yamada N. in HIV AIDS (Auckl). 2012;4:159-68. doi: 10.2147/HIV.S33535. Epub 4 Oct 2012

คุณลักษณะที่สำคัญของระบบสุขภาพในประเทศไทยคือการเชื่อมโยงกับระบบประกันสุขภาพสามระบบ ซึ่งครอบคลุมประชากรร้อยละ 99⁸ ระบบที่สำคัญที่สุดได้แก่ ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งจัดตั้งขึ้นใน พ.ศ. 2544 โดยมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบ ส่วนระบบอื่นอีกสองระบบได้แก่ ระบบสวัสดิการสำหรับการรักษาพยาบาลข้าราชการ และระบบประกันสังคมซึ่งจัดตั้งในช่วงปี พ.ศ. 2523 และปี พ.ศ. 2533 ตามลำดับ สิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยภายใต้ระบบประกันสุขภาพแต่ละระบบมีความแตกต่างกันและนำไปสู่ความไม่เสมอภาค ซึ่งเป็นประเด็นปัญหาที่อยู่ในระหว่างการแก้ไข ระบบสวัสดิการการรักษาสำหรับข้าราชการ และระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้รับเงินสนับสนุนจากเงินภาษีของประชาชน ในขณะที่ระบบประกันสังคมได้รับเงินสนับสนุนจากไตรภาคี ได้แก่ ลูกจ้าง นายจ้าง และรัฐบาล คือ เงินส่วนหนึ่งที่หักจากเงินเดือนหรือค่าจ้าง และอีกส่วนหนึ่งจากนายจ้างและอีกส่วนหนึ่งจากรัฐบาล ในส่วนของลูกจ้างใช้การหักเงินร้อยละ 1.5 ของเงินเดือนหรือค่าจ้าง ระบบประกันสุขภาพเหล่านี้ครอบคลุมค่าใช้จ่ายของการรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐานสำหรับประชากรเกือบทั้งหมด ซึ่งเป็นการลดความเสี่ยงของครอบครัวที่จะได้รับผลกระทบจากการสูญเสียเงินไปกับค่ารักษาพยาบาล

ในระบบสุขภาพมีการกระจายอำนาจ ระดับจังหวัดมีอำนาจการตัดสินใจมากขึ้น บทบาทของหน่วยงานระดับชาติถูกปรับเปลี่ยนไปให้ทำหน้าที่กำหนดมาตรฐาน จัดทำคำแนะนำเชิงนโยบาย และการสนับสนุนส่งเสริมการดำเนินงาน ผู้บริหารระดับสูงในส่วนกลางที่ไม่ได้เป็นหน่วยงานสังกัดกรมเดียวกัน มีอำนาจจำกัดในการสั่งการผู้บริหารระดับจังหวัดหรืออำเภอที่สังกัดกรมอื่นๆ และต้องใช้การประสานงานกับผู้บริหารของกรมอื่นๆ ส่วนหน่วยงานที่รับผิดชอบเรื่องประกันสุขภาพสนับสนุนงบประมาณโดยตรงให้โรงพยาบาลซึ่งเป็นผู้ให้บริการ โดยโรงพยาบาลต้องส่งรายงานให้กับหน่วยงานที่รับผิดชอบเรื่อง ประกันสุขภาพเพื่อเบิกค่าใช้จ่ายคืนให้กับโรงพยาบาล

อย่างไรก็ตาม รายงานที่โรงพยาบาลส่งให้กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีวัตถุประสงค์หลักเกี่ยวข้องกับการเบิกค่าใช้จ่ายคืนให้กับโรงพยาบาล ส่วนข้อมูลในรายงานดังกล่าวที่เกี่ยวกับลักษณะทางคลินิกและผลการรักษาไม่ได้มีระบบการดูแลข้อมูลให้มีความถูกต้อง ครบถ้วน และสามารถใช้อำนาจเพื่อการควบคุมโรคได้

⁸ New research shows success of Thailand's universal healthcare scheme. Available at: <http://asiancorrespondent.com/106809/new-research-continues-to-demonstrate-the-success-of-thailands-universal-coverage-healthcare-scheme> (accessed 02 October 2013)

การวิเคราะห์ช่องว่าง

การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมและศักยภาพ (SWOT ANALYSIS) ขององค์ประกอบหลักของโครงการ

งานรักษา และป้องกันวัณโรค	จุดแข็ง	จุดอ่อน	โอกาส	ภาวะคุกคาม
การค้นหาผู้ป่วย	<ol style="list-style-type: none"> 1. การแพร่ระบาดของวัณโรคลดลงโดยพิจารณาจากตัวเลขคาดประมาณของอุบัติการณ์ความชุกและการตาย 2. การจัดประชุมผู้มีส่วนได้เสียทั้งหมดทั้งจากภาครัฐ ภาคเอกชน โรงพยาบาล ใน สังกัด มหาวิทยาลัย / กองทัพ / ตำรวจ ทางด้านวิชาการเพื่อแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาวัณโรค และตกลงเห็นด้วยกับวิธีการที่จะดำเนินการต่อไป 3. นโยบายการควบคุมวัณโรคที่ครอบคลุมและตกลงกันไว้ซึ่งผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเห็นชอบร่วมกันและมีแนวทางใหม่สำหรับการป้องกันดูแลรักษาและควบคุมวัณโรค 	<ol style="list-style-type: none"> 1. จำนวนผู้ป่วยวัณโรค รายใหม่ที่ค้นพบลดลงต่ำกว่าแนวโน้มที่ควรจะเป็น 2. มีผู้ให้บริการดูแลผู้ป่วยบางส่วนเท่านั้นที่มีส่วนร่วมในการควบคุมวัณโรค 3. การประสานงานระหว่างภาครัฐและเอกชนยังคงมีอยู่อย่างจำกัด 4. จำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่นอนพักรักษาในโรงพยาบาลมีมาก 	<ol style="list-style-type: none"> 1. การประกันสุขภาพในระบอบต่างๆ สามารถครอบคลุมประชากรได้เกือบทั้งหมด 2. มีโรงพยาบาลเอกชนและโรงพยาบาลของรัฐที่ได้มาตรฐานสากล และโรงพยาบาลได้รับการรับรองโดยหน่วยงานอิสระ 3. มีการทำแผนที่ของความร่วมมือ และให้การสนับสนุนองค์กรพัฒนาเอกชนและองค์กรภาคประชาสังคมเพื่อให้การสนับสนุนชุมชนและติดตามการให้บริการ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. การกระจายอำนาจและการปฏิรูประบบสุขภาพอาจส่งผลให้ผู้บริหารสาธารณสุขในท้องถิ่นไม่ให้ความสำคัญของวัณโรค 2. การระบาดของโรค เช่น โรคซาร์ส และโรคไข้เลือดออก อาจทำให้การดำเนินงานวัณโรคด้อยลง เพราะเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานเป็นคนเดียวกัน



งานรักษา และป้องกันวัณโรค	จุดแข็ง	จุดอ่อน	โอกาส	ภาวะคุกคาม
<p style="text-align: center;">การรักษา</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. มี การ ประ เมิ น มา ต ร ร ฐ า น โร ง พยาบาลในเรื่องการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค 2. อาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนได้แสดงให้ เห็น ถึง ประสิทธิภาพในการให้บริการ DOT แก่ผู้ป่วยวัณโรค 3. มีระบบการจัดซื้อยาแบบรวมศูนย์ ผ่านองค์การเภสัชกรรม 4. ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา คลังยาไม่มีการขาดยา 	<ol style="list-style-type: none"> 1. การควบคุมวัณโรคในเขตเมือง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเขต กทม.การมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคมมีอยู่อย่างจำกัด 2. ความล่าช้าในการเผยแพร่แนวทางใหม่การยอมรับและการปฏิบัติตามกลวิธี DOT ยังไม่เข้มข้นพอ การดูแลผู้ป่วยด้วยกลวิธี DOT โดยสมาชิกในครอบครัว หรือโดยอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนยังมีอยู่อย่างจำกัด หรือ เจ้าหน้า ที่ สาธารณสุขไม่มีส่วนร่วมด้วย 3. อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรค ในกลุ่มที่ประเมิน (cohort) ปี พ.ศ. 2554 ต่ำกว่าเป้าหมายระดับโลกซึ่งกำหนดไว้ที่ร้อยละ 85 4. บุคลากรผู้ปฏิบัติงานวัณโรคต้องการการเพิ่มสมรรถนะให้เพียงพอในการกำกับดูแลการปฏิบัติงานรักษาและงานสาธารณสุขของเจ้าหน้าที่ทุกระดับ ซึ่งต้องการแผนพัฒนาบุคลากรที่ชัดเจน 	<ol style="list-style-type: none"> 1. การมุ่งเน้นไปที่โรคไม่ติดต่อ เป็นการเปิดโอกาสให้เห็นความสำคัญของโรคที่ร่วมอยู่ด้วย (เช่น วัณโรค และโรคเบาหวาน หรือโรคมะเร็ง) 2. กทม. มีความคืบหน้าที่ดีในการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ และสามารถให้การรักษาได้ดี 3. บริบทของการเข้าถึงบริการอย่างถ้วนหน้า เปิดโอกาสให้มีการปรับปรุงแก้ไข และทำให้ จุดมุ่งหมาย และ การดำเนินงานวัณโรค มีประสิทธิภาพมากขึ้น 	<ol style="list-style-type: none"> 1. การมุ่งเน้นไปที่โรคไม่ติดต่ออาจทำให้ขาดความสนใจและไม่มุ่งเน้นไปที่งานวัณโรค 2. การเพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อ (เช่นโรคเบาหวาน) อาจทำให้มีอุบัติการณ์ของการตายจากสาเหตุวัณโรคเพิ่มขึ้น

งานรักษา และป้องกันวัณโรค	จุดแข็ง	จุดอ่อน	โอกาส	ภาวะคุกคาม
MDR-TB	<ol style="list-style-type: none"> 1. จากการสำรวจเชื้อดื้อยาเมื่อปี พ.ศ. 2555 ไม่มีหลักฐานที่ชี้ให้เห็นว่ามีการเพิ่มขึ้นของ วัณโรคดื้อยาหลายขนาน อย่างมีนัยสำคัญในช่วงเวลาที่ผ่านมา 2. มีร่างแผนห้าปีเพื่อการจัดการวัณโรคดื้อยาหลายขนาน 3. การขยายบริการรักษาวัณโรคดื้อยาหลายขนาน ออกไป ในสถานบริการ 100 แห่งตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 เป็นต้นมา 4. คลังยาไม่มีการขาดยา 5. มียารักษาอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยารักษาวัณโรค ซึ่งเบิกจ่ายจาก สปสช. ได้ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ความสามารถในการวินิจฉัยเชื้อดื้อยาไม่ได้ถูกใช้อย่างเต็มที่ 2. โดยการคาดประมาณ มีผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานที่ค้นพบเพียงไม่เกินร้อยละ 30 ของผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานทั้งหมด และประมาณ ร้อยละ 10 เท่านั้นที่ได้รับการรักษาและ รายงานผล 3. การบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก (extensively drug-resistant tuberculosis : (XDR-TB) ยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอทั้งด้านการสนับสนุนยา ความครอบคลุมและรวดเร็ว 4. มีความสับสนเกี่ยวกับสิทธิของคนต่างด้าวในการรับบริการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน 	<ol style="list-style-type: none"> 1. โรงพยาบาลเอกชนมีส่วนร่วมในการวินิจฉัย วัณโรคดื้อยาหลายขนาน และสามารถทำงานร่วมกันกับภาครัฐ 2. การพิจารณาถกเถียงเกี่ยวกับการให้บริการดูแลสุขภาพ ของ ผู้ อ พย พ ในปัจจุบัน ช่วยทำให้สามารถให้บริการรักษาวัณโรคดื้อยาหลายขนาน ในแรงงานต่างชาติได้ 3. การเพิ่มความพร้อมจำนวนเครื่อง Xpert MTB / RIF จะช่วยให้การค้นหา และการวินิจฉัยวัณโรคดื้อยาหลายขนานได้อย่างรวดเร็ว 	<ol style="list-style-type: none"> 1. หากจำนวนผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานที่ตรวจพบและเข้าสู่ระบบการรักษาอยู่ในระดับที่ต่ำ จะส่งผลให้แนวโน้มที่จะมีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน เพิ่มขึ้น



งานรักษา และป้องกันวัณโรค	จุดแข็ง	จุดอ่อน	โอกาส	ภาวะคุกคาม
<p>TB/HIV</p>	<p>1. มีความก้าวหน้าการดำเนินงานผสมผสานวัณโรคและเอชไอวี โดยเฉพาะสัดส่วนของผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการทดสอบหาการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับที่สูง (72% ในปี พ.ศ. 2555) ส่วนใหญ่ของผู้ป่วยที่ติดเชื้อร่วมได้รับการรักษาทั้งสองโรคควบคู่กัน (ร้อยละ 62 ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและร้อยละ 77 ได้รับการรักษาด้วยยาโคไตรม็อกซาโซล)</p> <p>2. การจัดการควบคุมการติดเชื้อในสถานพยาบาล สามารถดำเนินการได้ดี</p>	<p>1. ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับ ยาต้านไวรัส (ART) และ ยาโคไตรม็อกซาโซล (CPT) หรือได้รับช้า และอัตราตายเพิ่มขึ้น</p> <p>2. ไม่ได้ให้ยาไอโซไนอาซิด เพื่อการรักษาวัณโรคระยะแฝง (IPT) แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างครอบคลุม</p> <p>3. การประสานงานระหว่างแผนงานวัณโรคแห่งชาติ และแผนงานควบคุมโรคเอชไอวีแห่งชาติ ในระดับส่วนกลางและระดับเขต ยังมีช่องว่าง โดยมีแผนร่วมกันอย่างจำกัด</p> <p>4. เนื้อหาบางประเด็นในแนวทางวัณโรคและเอชไอวีไม่สอดคล้องกัน</p>	<p>1. มีข้อมูลพบว่าการตรวจพบผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวีและให้ยาต้านไวรัส (ART) ตั้งแต่นั้นๆ และให้ยาโคไตรม็อกซาโซล (CPT) ร่วมกับยารักษาวัณโรคจะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีได้</p> <p>2. การดำเนินงานภายใต้โครงการสนับสนุนจากกองทุนโลก ทำให้มีการประสานงานระหว่างแผนงานวัณโรค และแผนงานเอชไอวีมากขึ้น</p> <p>3. มีหลักฐานที่แสดงผลกระทบในเชิงบวกของการให้ยาไอโซไนอาซิด เพื่อการรักษาวัณโรคระยะแฝง (IPT) แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี รวมทั้งผู้ที่กำลังรักษาด้วยยาต้านไวรัส (ART)</p> <p>4. มีความสามารถในการทำวิจัยดำเนินงานเกี่ยวกับประสิทธิภาพของยาไอโซไนอาซิด เพื่อการรักษาวัณโรคระยะแฝง (IPT) ภายใต้หลักเกณฑ์ใหม่ของการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มี CD4 น้อยกว่า 500 cells / mm³</p>	<p>1. ความพึงพอใจกับความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกันควบคุมการติดเชื้อเอชไอวีและเอชไอวีโดยละเอียดปัญหาวัณโรคจะส่งผลกระทบต่อภาวะระบาดของวัณโรค</p> <p>2. จากผลการศึกษาพบว่า พื้นที่ที่มีการเพิ่มขึ้นของเชื้อเอชไอวีตัวยาส่งถึงพื้นที่นั้นจะมีเชื้อวัณโรคตัวยาด้อย</p>

งานรักษา และป้องกันวัณโรค	จุดแข็ง	จุดอ่อน	โอกาส	ภาวะคุกคาม
<p>ประชากรกลุ่มเสี่ยง (ผู้สูงอายุ นักโทษ ผู้อพยพและเด็ก)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีความเชื่อมโยงที่ดีขึ้นกับกระทรวงยุติธรรมสำหรับการเพิ่มความพยายามในการควบคุมวัณโรคในนักโทษ 2. มีบริการดูแลเด็กที่มีคุณภาพดี มาก สมาคมโรคติดเชื้อในเด็กแห่งประเทศไทย ให้ความสนใจในการทำงานร่วมกันเพิ่มขึ้นเพื่อรับมือกับวัณโรคในเด็ก 3. มีการจัดบริการสุขภาพให้แก่ผู้อพยพอยู่แล้วอย่างเหมาะสม 4. มีข้อมูลบ่งชี้ที่แสดงถึงอัตราป่วยวัณโรคที่สูงมากในกลุ่มประชากรอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป 	<ol style="list-style-type: none"> 1. อุบัติการณ์ของวัณโรคในกลุ่มนักโทษสูงกว่าในประชากรทั่วไป อย่างมีนัยสำคัญ 2. วัณโรคในเด็กที่รายงานเป็นเพียงจำนวนเล็กน้อยของผู้ป่วยวัณโรคทั้งหมดที่รายงาน การจัดการวัณโรคในเด็ก รวมทั้งการติดตามผู้สัมผัสโรคมักจะไม่เพียงพอ โดยทั่วไป ยังไม่มีรูปแบบยาที่เหมาะสมสำหรับรักษาวัณโรคในเด็ก 3. ข้อมูลเกี่ยวกับวัณโรคในผู้สูงอายุ มีอยู่อย่างจำกัด 	<ol style="list-style-type: none"> 1. การพยายามพิจารณาหาแนวทางการให้บริการดูแลสุขภาพของผู้อพยพในปัจจุบัน และการขับเคลื่อนนโยบายด้านการจัดระบบบริการสุขภาพ สำหรับแรงงานต่างชาติ และผู้ติดตาม 2. องค์กรพัฒนาเอกชน และหุ้นส่วนระหว่างประเทศที่ทำงานในประเด็นผู้อพยพและแรงงานข้ามชาติ มีความสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชนในพื้นที่ชายแดนและชุมชนแรงงานต่างชาติ 3. พื้นที่เศรษฐกิจเสรีของอาเซียน เปิดโอกาสในการส่งเสริมสนับสนุนการเข้าถึงบริการดูแลสุขภาพและสนับสนุนผู้อพยพ 4. มหาวิทยาลัยไทยอยู่ในฐานะที่ดีที่จะทำวิจัยเพื่ออธิบายและแก้ไขปัญหาอุปสรรคในการดูแลประชากรกลุ่มเสี่ยง 5. ความร่วมมือกับงานอนามัยแม่และเด็ก (MCH) และกับงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (EPI) สามารถกระตุ้นการวินิจฉัยวัณโรคในเด็ก 	<ol style="list-style-type: none"> 1. หากไม่จัดการกับวัณโรคในผู้สูงอายุ จะทำให้เกิดปัญหารุนแรงต่อความพยายามที่จะลดภาระวัณโรคของประเทศ 2. วัณโรคในเรือนจำมีโอกาที่จะขยายไปสู่ประชากรทั้งหมดได้ 3. หากไม่จัดการวัณโรคในกลุ่มผู้อพยพ จะทำให้วัณโรคแพร่กระจายสู่ประชาชน

งานรักษา และป้องกันวัณโรค	จุดแข็ง	จุดอ่อน	โอกาส	ภาวะคุกคาม
<p>การเสริมสร้าง ความเข้มแข็ง ของห้องปฏิบัติการ</p>	<p>1. ห้องปฏิบัติการอ้างอิง แห่งชาติ ภายใต้ สำนักวัณโรค และ ห้องปฏิบัติการ อ้างอิงระหว่าง ประเทศมีความร่วมมือ การดำเนินงานกัน อย่างใกล้ชิด</p>	<p>1. มีการกำกับดูแลห้อง ปฏิบัติการที่ไม่เพียงพอ เจ้าหน้าที่ไม่ ชัดเจนในบทบาท ของตนเอง</p> <p>2. กระบวนการของ การประเมินคุณภาพ โดยผู้ประเมินจาก ภายนอกยังต้อง ปรับปรุงแก้ไข</p> <p>3. สมรรถนะของห้อง ปฏิบัติการในการ วินิจฉัยทางอณู ชีววิทยาจำเป็นต้อง ปรับปรุงให้ดีขึ้น</p> <p>4. บทบาทของเครื่อง Xpert MTB / RIF ไม่ชัดเจน ทำให้ไม่ ถูกใช้เท่าที่ควร</p>	<p>1. เทคโนโลยีการวินิจฉัย ใหม่ๆ ช่วยเพิ่ม สมรรถนะของห้อง ปฏิบัติการ</p> <p>2. การรับรองห้อง ปฏิบัติการวัณโรค เป็นการเพิ่มคุณภาพ ของห้องปฏิบัติการ</p>	<p>1. ความล้มเหลวในการ ลงทุนจัดซื้อจัดหา อุปกรณ์และการฝึก อบรมที่เพียงพอจะมี ผลกระทบในทางลบ ต่อการควบคุมการ ระบาดของวัณโรค</p> <p>2. การจัดซื้อเครื่องมือ สำหรับการตรวจ วินิจฉัยระดับโมเลกุล ใหม่ๆ ต้องเสียภาษี ศุลกากรอย่างมาก</p>

งานรักษา และป้องกันวัณโรค	จุดแข็ง	จุดอ่อน	โอกาส	ภาวะคุกคาม
การเฝ้าระวังการ กำกับติดตาม และ การประเมินผล	<p>1. มีระบบข้อมูล (รวมถึงของ สปสช.) ที่ดีในระดับโลก และโครงสร้างพื้นฐานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศที่ดีย่อม</p>	<p>1. ระบบรายงานที่แยกส่วน ไม่มีประสิทธิภาพ และซ้ำซ้อนในพื้นที่ส่วนใหญ่ยังมีการใช้ระบบรายงานด้วยกระดาษ การใช้ประโยชน์จากข้อมูลยังมีอยู่อย่างจำกัด การรายงานจึงเป็นเพียงการส่งข้อมูลรวมให้ส่วนกลางเท่านั้น</p> <p>2. ระบบทะเบียนราษฎรยังไม่เพียงพอสำหรับการรายงานการตายจากสาเหตุวัณโรคที่ถูกต้อง</p>	<p>1. ยังมีโอกาสที่จะขจัดความซ้ำซ้อนในระบบกำกับติดตาม และประเมินผลสำหรับวัณโรค และสามารถพัฒนาให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ด้วยการสร้างระบบรายงานที่เป็น web-based และรายงานเป็นรายผู้ป่วย</p> <p>2. ระบบที่เป็น web-based จะช่วยให้ได้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการส่งรายงานผู้ป่วยวัณโรครายบุคคล</p> <p>3. การมุ่งเน้นไปที่การฝึกอบรม จะช่วยให้สามารถเพิ่มการรายงานผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มที่รายงานผู้ป่วยน้อยกว่าความเป็นจริง หรือไม่มีรายงาน เช่น กลุ่มเด็ก บุคลากร โรงพยาบาล</p>	<p>1. หากสำนักวัณโรคยังไม่เพิ่มสมรรถนะในการวิเคราะห์เพื่อรับมือกับปริมาณข้อมูลที่เพิ่มขึ้นได้ จะก่อให้เกิดปัญหาคอขวด</p>



การทบทวนแผนงานวัณโรคโดยคณะผู้แทนร่วมนานาชาติ เพื่อการกำกับติดตามการดำเนินงาน ครั้งที่ 5 (The 5th Joint International Monitoring Mission หรือ The 5th JIMM)

ได้มีการทบทวนแผนงานวัณโรคโดยคณะผู้เชี่ยวชาญระดับนานาชาติ ในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2556 ซึ่งประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญจากต่างประเทศ และเจ้าหน้าที่ระดับชาติ มาทบทวนการดำเนินกิจกรรมการดูแลรักษาและการป้องกันวัณโรคในหลายๆ สถานที่ คณะผู้เชี่ยวชาญได้จัดลำดับความสำคัญของประเด็นหลักต่างๆ ตามข้อสรุปต่อไปนี้

1. จำนวนผู้ป่วยที่ค้นพบอยู่ในระดับที่ต่ำ

โรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลทหาร และโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขบางแห่ง ไม่รายงานผู้ป่วยวัณโรคไปยังสำนักวัณโรค ยกตัวอย่างเช่น ในกรุงเทพมหานคร มีโรงพยาบาลเพียง 21 แห่ง จากทั้งหมด 97 แห่ง ที่รายงานผู้ป่วยวัณโรคของโรงพยาบาลไปยังสำนักวัณโรค ถึงแม้ว่าจะไม่ทราบขนาดของปัญหาการรายงานผู้ป่วยที่ต่ำกว่าความเป็นจริงทั้งประเทศ แต่คาดว่าจะมีมากอยู่พอสมควร โดยเฉพาะผู้ป่วยวัณโรคในเด็ก ในผู้สูงอายุ และผู้ป่วยวัณโรคคือยาหลายขนาน เหตุผลที่ทำให้มีการรายงานในระดับต่ำนี้ ได้แก่ การที่ภาคเอกชนไม่ได้มีส่วนร่วมกับแผนงานวัณโรคแห่งชาติอย่างมีประสิทธิภาพ ถึงแม้ว่าจะมีกฎหมายให้สถานบริการสุขภาพทุกแห่งต้องรายงานโรคบางโรค (รวมทั้งวัณโรค) แต่ในทางปฏิบัติไม่มีการบังคับใช้กฎหมายนี้ สถานบริการสุขภาพต่างๆ ทั่วประเทศให้ความสำคัญต่อการบันทึกข้อมูลและรายงานตามระบบประกันสุขภาพเท่านั้น โดยไม่ได้ให้ความสำคัญกับหน่วยงานต่างๆ ที่มีหน้าที่ในการควบคุมโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่กรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลเอกชนและโรงพยาบาลที่ไม่ได้อยู่ในสังกัดของกรุงเทพมหานคร ทำให้การรายงานผู้ป่วยอยู่ในระดับต่ำ

2. ระบบการรายงานและการเฝ้าระวังยังมีประสิทธิภาพไม่เพียงพอ

ระบบการลงทะเบียนและระบบการติดตามผู้ป่วยวัณโรคในปัจจุบันต้องใช้เวลามากในการดำเนินการ ไม่ได้ใช้โครงสร้างเทคโนโลยีสารสนเทศที่มีอยู่ในประเทศให้เป็นประโยชน์ และไม่ได้ใช้ศักยภาพของการใช้ข้อมูลร่วมกันกับ สปสช. ด้วยเหตุนี้ ทำให้ประเทศไทยในปัจจุบันจัดการกับวัณโรค โดยไม่ทราบขนาดของปัญหาที่ชัดเจน ซึ่งเป็นสิ่งที่ยกผลกระทบต่อนโยบายของประเทศ ดังนั้น ประเทศจึงมีความเสี่ยงที่จะไม่ทราบการเปลี่ยนแปลงการระบาดของวัณโรค เช่น การระบาดของ MDR-TB หรือ XDR-TB ทั้งๆ ที่มีความสามารถในการจัดการได้ทั้ง MDR-TB และ XDR-TB

3. ความจำเป็นเร่งด่วนในการเพิ่มผลการรักษาให้มีระดับที่สูงขึ้น

ทั่วประเทศมีอัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เสมอหกบวที่ค้นพบร้อยละ 82 ในปี พ.ศ. 2555 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายระดับโลก ที่กำหนดไว้ร้อยละ 85 ทั้งนี้ เพราะอัตราตายและขาดยาที่สูงรวมทั้งส่วนใหญ่โรงพยาบาลเอกชนไม่ติดตามการรักษาเท่าที่ควร ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องหาวิธีการหลายๆ วิธี ในการสนับสนุนช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยโดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง สถานบริการสาธารณสุขภาครัฐควรขยายบริการออกไปในพื้นที่สำหรับผู้ป่วยที่เข้าถึงยาก ผ่านการทำงานร่วมกับผู้ให้บริการอื่นๆ เช่น หน่วยงานขององค์กรเอกชน

4. การให้การดูแลที่เหมาะสมสำหรับแรงงานข้ามชาติ

แรงงานต่างชาตินานาชาติส่วนใหญ่เข้าเมืองโดยไม่ถูกต้องตามกฎหมาย แรงงานเหล่านี้ส่วนใหญ่อาศัยอยู่บริเวณพื้นที่ชายแดน และพื้นที่รอบๆ กรุงเทพฯ แรงงานต่างชาตินานาชาติที่เป็นผู้ป่วยวัณโรคอาจเข้าถึงการดูแลรักษาหรือล่าช้าเมื่อประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนมีผลใช้บังคับใช้ คาดว่าจะมีประชากรเคลื่อนย้ายข้ามประเทศเพิ่มขึ้น ด้วยเหตุผลความต้องการแรงงานที่มีสุขภาพดี การเคารพสิทธิมนุษยชน และการปกป้องสุขภาพของประชาชน ชี้ให้เห็นว่าผู้อพยพทุกคนควรเข้าถึงบริการดูแลรักษาการโดยไม่คำนึงว่าจะเป็นผู้เข้าเมืองอย่างถูกกฎหมายหรือไม่

โดยสรุป การรายงานผู้ป่วยที่ต่ำกว่าความเป็นจริงไม่ได้หมายถึงผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาเท่านั้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งนับตั้งแต่ประเทศไทยเริ่มมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในทำนองเดียวกันข้อมูลการตรวจพบผู้ป่วยวัณโรค รายใหม่ในหลายจังหวัดอาจไม่ใช่ข้อมูลที่ถูกต้องหรือเชื่อถือได้ อย่างไรก็ตาม นี่ไม่ได้หมายความว่าสถานการณ์วัณโรค กำลังแย่ลง จากการวิเคราะห์รายละเอียดของข้อมูลที่มีอยู่ชี้ให้เห็นว่าปัญหาวัณโรคมีแนวโน้มลดลงอย่างช้าๆ โดยทั่วไป การมีรายงานผู้ป่วยที่ไม่ครอบคลุมและมีข้อมูลการเฝ้าระวังที่ไม่คงที่ มักจะเป็นข้อบ่งชี้ถึงประสิทธิภาพระบบข้อมูลที่ยังไม่เพียงพอต่อการควบคุมวัณโรค คณะผู้เชี่ยวชาญวัณโรคนานาชาติ (The 5th JIMM) มีความเห็นว่าขนาดปัญหาวัณโรค ลดลงเป็นผลมาจากความครอบคลุมอย่างกว้างขวางและมีประสิทธิภาพของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งครอบคลุม ค่าใช้จ่ายของการวินิจฉัย การดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคทุกรูปแบบ ซึ่งได้ลดผลกระทบด้านเศรษฐกิจอย่างรุนแรง ของครอบครัวผู้ป่วยเพราะการจ่ายค่ารักษาพยาบาล การเข้าถึงระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นผลดีและมีความสำคัญ ต่อการควบคุมและป้องกันวัณโรคในอนาคตของประเทศไทย

ข้อเสนอแนะที่สำคัญของคณะผู้แทนนานาชาติ เพื่อการกำกับติดตาม การดำเนินงาน ครั้งที่ 5 (The 5th JIMM) พ.ศ. 2556

1. กระทรวงสาธารณสุขควรแก้ไขช่องว่างเกี่ยวกับการรายงานจำนวนผู้ป่วยวัณโรคโดยมีเป้าประสงค์ เพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรคให้ได้ทั้งหมด การควบคุมวัณโรคควรให้ความสำคัญเรื่องนี้ในลำดับต้นๆ กระทรวงสาธารณสุข ควรเป็นผู้นำในการเสริมสร้าง/กำหนดให้มีกลวิธีทำงานร่วมกันระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน โดยการประสานงาน ในระดับผู้บริหารระดับสูงในช่วงต้นปี พ.ศ. 2557 ทั้งนี้ควรมีเจ้าหน้าที่จากกระทรวงสาธารณสุขและกรุงเทพมหานคร ผู้บริหารของโรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลทหาร และโรงพยาบาลในสังกัดมหาวิทยาลัย หุ่นส่วนนานาชาติ และวิภาคิ (เช่น WHO และ USAID) ระบบการรายงานผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องพัฒนาให้เข้มแข็งเพื่อให้บรรลุภารกิจในการรายงาน ผู้ป่วยทุกราย ที่พบในสถานบริการสาธารณสุขทุกแห่งที่มีการรักษาวัณโรค ไปยังสำนักวัณโรค คุณภาพของการวินิจฉัย จะต้องได้รับการปรับปรุงให้ดีขึ้นโดยใช้วิธีการตรวจวินิจฉัยอย่างรวดเร็วชนิดใหม่ โดยภายในปี พ.ศ. 2559 ควรมีการลงทุนในการประกันคุณภาพห้องปฏิบัติการ ซึ่งทุกแห่งควรได้รับการรับรองคุณภาพ กระทรวงสาธารณสุขและ กรุงเทพมหานครควรหารือเกี่ยวกับการสร้างกฎเกณฑ์ใหม่อีกครั้งเพื่อการควบคุมสถานบริการสาธารณสุขนอกสังกัด กรุงเทพมหานคร ให้รับผิดชอบในการรายงานผู้ป่วยวัณโรคและรักษาผู้ป่วยวัณโรค

2. ควรจัดให้มีระบบบันทึกและรายงานผู้ป่วยวัณโรคที่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน โดยเป็นระบบอิเล็กทรอนิกส์ ที่เป็น web-based สามารถรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคทั้งหมดจากสถานบริการสาธารณสุขทุกแห่งทั่วประเทศ ระบบ ดังกล่าวควรถูกเชื่อมโยงกับระบบการจัดเก็บข้อมูลของสปสช. และควรมีการวางแผนอย่างรอบคอบเพื่อรองรับในช่วง เปลี่ยนผ่านจากระบบปัจจุบันไปสู่ระบบดังกล่าว

3. เพื่อเพิ่มอัตราความสำเร็จในการรักษาให้สูงขึ้น ควรจัดให้มีการรณรงค์โดยเน้นเป้าหมายสร้างความตระหนัก ทั้งผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อให้ปรับปรุงผลการรักษาโดยมีพี่เลี้ยงกำกับ การดูแลรักษาจะต้องให้ผู้ป่วยเป็น ศูนย์กลางมากขึ้นโดยเฉพาะผู้ป่วยที่ยากจน เพิ่มศักยภาพการดูแลรักษาให้จัดการกับอาการป่วยจากโรคร่วมได้อย่าง เหมาะสม และมีความเข้าใจที่ชัดเจนเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของผู้ป่วยและผู้ให้บริการ การจัดสรร ทรัพยากรสำหรับการดูแลรักษาแบบมีพี่เลี้ยง (DOT) ควรมุ่งเน้นไปที่ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง (เช่น ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้สูงอายุ ประชาชนชายขอบที่ไม่มีประกันสุขภาพใดๆ เป็นต้น) ควรมีการกำกับติดตามคุณภาพของการดูแลรักษา ในเขตกรุงเทพมหานคร กทม. ควรจะจัดตั้งหน่วยกำกับติดตามและขยายบริการให้สามารถติดตามผู้ป่วยโดยใช้กลวิธี DOT ครอบคลุมผู้ให้บริการเอกชน

4. เพื่อจัดให้มีบริการดูแลอย่างเหมาะสมแก่ผู้ป่วยวัณโรคที่เป็นแรงงานข้ามชาติ กระทรวงสาธารณสุขควรส่งเสริมหลักการปกป้องสุขภาพของทุกคนบนผืนแผ่นดินไทย ควรให้มีการดูแลรักษาวัณโรคในแรงงานข้ามชาติโดยไม่คำนึงถึงว่ามีภาระขึ้นทะเบียนอย่างถูกต้องหรือไม่ ควรขยายการเข้าถึงบริการดูแลรักษาให้ครอบคลุมโดยการส่งเสริมการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค ประสานงานกับองค์กรระหว่างประเทศ และองค์กรพัฒนาเอกชน นอกจากนี้ องค์กรชุมชนภายในประเทศควรมีการขยายความริเริ่มในท้องถิ่นเพื่อสร้างกลไกการส่งต่อผู้ป่วยรับการดูแลรักษาต่อเนื่องข้ามแดน เช่น ระหว่างแม่สอดและเมียวดี (เมียนมา) กระทรวงสาธารณสุขควรค้นหาวิธีการทางการเงินการคลังเพื่อให้แรงงานข้ามชาติได้รับการประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมทั้งให้มีความพร้อมทางด้านงบประมาณสำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค

5. ในขณะที่ประเทศไทยกำลังเปลี่ยนไปสู่การเป็นประเทศอุตสาหกรรมที่มีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า สำนักวัณโรคควรปรับตัวให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงเพื่อหลีกเลี่ยงการมีต้นทุนที่ไม่มีประสิทธิภาพภายใต้สภาพแวดล้อมที่มีการวินิจฉัย และดูแลรักษาวัณโรคมายิ่งขึ้นในโรงพยาบาลซึ่งเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายจากระบบประกันสุขภาพ ควรเริ่มมีการพิจารณาปรึกษาหารือเกี่ยวกับยุทธศาสตร์ของแผนงานวัณโรคแห่งชาติในอนาคต กระทรวงสาธารณสุขจำเป็นต้องขยายสมรรถนะของสำนักวัณโรคในการวิเคราะห์ ความสามารถทางการเงินการคลังและการจัดการ รวมทั้งเสริมสร้างความสามารถทางวิชาการ

ประชากรกลุ่มหลักที่เสี่ยงต่อการป่วยวัณโรค

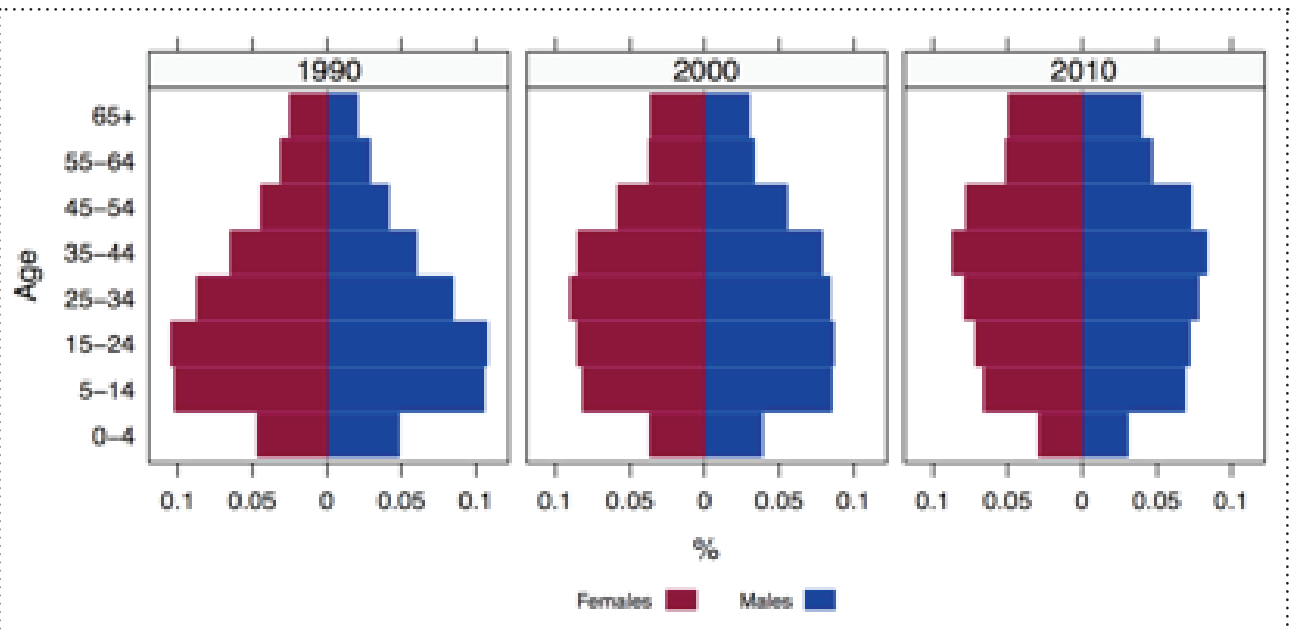
ประชากรกลุ่มเสี่ยงหลักๆ ได้แก่ กลุ่มแรงงานข้ามชาติ ผู้หลบหนีเข้าเมือง คนไร้สัญชาติ นักโทษ ผู้ที่อาศัยอยู่ในศูนย์อพยพ หรือศูนย์พักพิงชั่วคราวและผู้ติดเชื้อเอชไอวี แรงงานข้ามชาติที่ขึ้นทะเบียนประมาณ 1.1 ล้านคน และคาดประมาณว่าที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียน ประมาณ 2-3 ล้านคน ผู้อพยพที่ขึ้นทะเบียนสามารถเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขของไทย ผ่านระบบประกันสุขภาพในสองระบบ ได้แก่ ระบบตามโครงการประกันสุขภาพสำหรับแรงงานข้ามชาติ (ภาคบังคับ) ซึ่งแรงงานข้ามชาติต้องจ่ายเงิน 1,300 บาทต่อคนต่อปี บวกกับอีก 600 บาท สำหรับเป็นค่าขึ้นทะเบียนและการตรวจสุขภาพ หรือผ่านระบบประกันสังคมสำหรับผู้ที่เป็นลูกจ้างที่ขึ้นทะเบียนอย่างถูกต้อง อย่างไรก็ตามมีแรงงานข้ามชาติที่มีสิทธิจำนวนน้อยกว่าครึ่งหนึ่งที่เข้าถึงการประกันสุขภาพดังกล่าว ในช่วงครึ่งหลังของปี พ.ศ. 2556 มีการขยายการประกันสุขภาพให้ครอบคลุมแรงงานข้ามชาติทุกคนโดยไม่คำนึงถึงอายุหรือสถานะการขึ้นทะเบียน

ในกลุ่มที่ไม่มีการประกันสุขภาพใดๆ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นแรงงานข้ามชาติ สามารถเข้าถึงบริการ ดูแลรักษาวัณโรคได้อย่างจำกัด คาดว่าจะมีปัญหานี้อาจพบได้มากขึ้นเนื่องมาจากการมีประชากรคนเศรษฐกิจอาเซียน ซึ่งถึงแม้ว่าจะทำให้ได้รับประโยชน์ในทางเศรษฐกิจ แต่การไหลบ่าเข้ามาของผู้อพยพอาจนำไปสู่ปัญหาการควบคุมโรคติดต่อ แรงงานข้ามชาติที่เจ็บป่วยมักจะมีปัญหาทางการเงิน ภาษา วัฒนธรรม และทางกฎหมาย ทำให้มีปัญหาในการรักษาที่ต้องใช้เวลานานได้อย่างครบถ้วน เช่น การดูแลรักษาวัณโรค นอกจากนี้ความกลัวว่าจะต้องออกจากงานเมื่อเจ็บป่วยหรือต้องขาดงานไปติดตามการรักษา ทำให้ไม่ร่วมมือในการตรวจวินิจฉัยหรือรักษาต่อเนื่องด้วยเช่นกัน กลุ่มประชากรข้ามชาติในบริเวณชายแดนซึ่งส่วนใหญ่มาจากประเทศเมียนมาจะทำให้ความต้องการในการดูแลรักษาวัณโรคมียิ่งขึ้น โดยเฉพาะผู้ที่ข้ามมารับบริการสุขภาพในประเทศไทย ซึ่งมีสถานบริการสุขภาพที่ได้รับการพัฒนาเป็นอย่างดี

ประเทศไทยมีผู้ต้องขังจำนวนมาก ถึงแม้ว่าผู้ต้องขังชาวไทยสามารถเข้าถึงการประกันสุขภาพ แต่บางคนไม่เต็มใจที่จะเปิดเผยเลขประจำตัว 13 หลัก ในบัตรประจำตัวประชาชน ในเรือนจำมีผู้ต้องขังจำนวนมากที่เป็นผู้ใช้หรือเคยใช้ยาเสพติด ซึ่งประชากรกลุ่มนี้มีการติดเชื้อเอชไอวีและวัณโรคค่อนข้างสูง แผนงานวัณโรคแห่งชาติจึงได้พยายามรับมือกับวัณโรคในเรือนจำอย่างเข้มแข็ง อย่างไรก็ตาม เรือนจำของประเทศไทยถูกสร้างขึ้นเพื่อรองรับผู้ต้องขังประมาณ 105,000 คน แต่ในปี พ.ศ. 2558 มีผู้ต้องขังทั้งหมดมากกว่า 300,000 คน ความแออัดของเรือนจำเป็นปัจจัยส่งเสริม

ให้มีการแพร่ระบาดของวัณโรค นอกจากนี้ ยังพบว่าในผู้ป่วยวัณโรคที่เป็นผู้ดื้อยั้ง มีมากกว่าร้อยละ 4 เป็นวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR-TB) ซึ่งสูงเป็นสองเท่าของค่าเฉลี่ยของประเทศ การแพร่ระบาดของเอชไอวี มีความชุกประมาณมากกว่าร้อยละ 1 ของประชากรอายุ 15-49 ปี หรือมีผู้ติดเชื้อประมาณ 450,000 คนที่ยังมีชีวิตอยู่ จากระบบรายงานของประเทศพบว่า ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ร้อยละ 13 มีการติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย การติดเชื้อเอชไอวีทำให้ภูมิคุ้มกันบกพร่อง ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงที่จะป่วยวัณโรคเพิ่มขึ้น ประเทศไทยมีหลักฐานที่สอดคล้องกันว่า อัตราป่วยวัณโรคเพิ่มขึ้นตามอายุ และจะสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในช่วงอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอายุอื่นๆ ทุกกลุ่ม การสำรวจความชุกวัณโรคในประเทศไทยปี พ.ศ. 2555-2556 ซึ่งครอบคลุมประชาชนทั่วประเทศ 67,000 ราย พบผู้ป่วยวัณโรคปอดที่เพาะเชื้อจากเสมหะยืนยัน 142 ราย เป็นผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไป สูงถึงร้อยละ 44 จากการที่ประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นมากในทศวรรษที่ผ่านมา (รูปที่ 2) ซึ่งหมายความว่าวัณโรคในผู้สูงอายุได้กลายเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการระบาดของโรควัณโรค

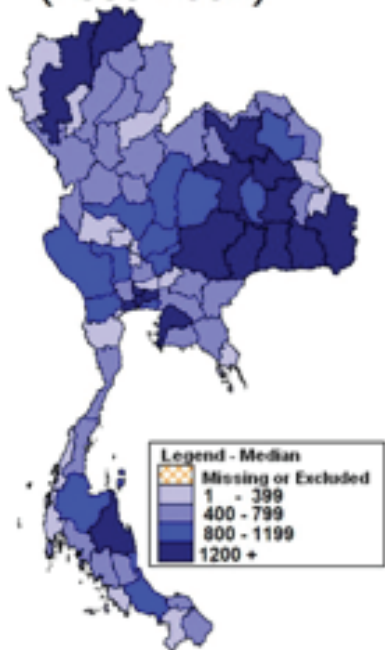
จากผลการสำรวจความชุกวัณโรคที่กล่าวข้างต้น ยังพบอีกว่า เพศชายป่วยสูงกว่าเพศหญิงมากกว่าสองเท่า ผู้ป่วยร้อยละ 57 อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ข้อค้นพบสำคัญอีกประการหนึ่งคือ ผู้ป่วยวัณโรคที่พบประมาณร้อยละ 60 เป็นกลุ่มที่มีอาการไม่ชัดเจนหรือมีอาการน้อยไม่ถึงเกณฑ์สงสัยป่วยวัณโรค ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จะวินิจฉัยได้ต้องปรับปรุงแนวทางการตรวจคัดกรองอาการให้มีความไวมากขึ้น หรือใช้การเอกซเรย์ปอดเป็นวิธีการคัดกรองหลัก



รูปที่ 2 การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอายุอย่างรวดเร็วในช่วงกว่าสองทศวรรษที่ผ่านมาในประเทศไทย (ที่มา: UN Population Division 2013)

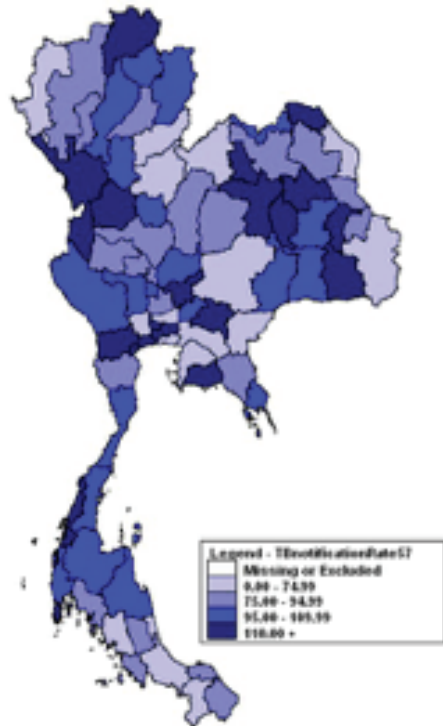
ข้อมูลผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษาทั่วประเทศไทย พบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวนผู้ป่วยสูง แต่หากพิจารณาอัตราป่วยต่อแสนประชากร จะพบว่า จังหวัดที่รายงานผู้ป่วยในอัตราที่สูงกระจายอยู่ในทุกภาค (รูปที่ 3) ในการจัดทำแผนปฏิบัติการควรพิจารณาความแตกต่างเชิงพื้นที่เพื่อเพิ่มการดำเนินงานเน้นหนักอย่างเหมาะสม

**มัธยฐานจำนวนผู้ป่วยวัณโรค 5 ปี
(2553-2557)**



Source: สำนักควบคุมโรค

อัตราป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษา ปี 2557



รูปที่ 3 แผนที่-มัธยฐานจำนวนผู้ป่วยวัณโรค และอัตราป่วยต่อแสน รายจังหวัด

เป็นที่ทราบกันดีว่า การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการป่วยวัณโรค ทั้งนี้ข้อมูลในประเทศไทยพบว่า ผู้ชายสูบบุหรี่ (ร้อยละ 46) มากกว่าผู้หญิง (ร้อยละ 3) มาก⁹ จึงควรมีการประสานความร่วมมือระหว่างการควบคุมวัณโรค และการต่อต้านการสูบบุหรี่

จากจำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่รายงานทั้งหมด มีผู้ป่วยวัณโรคเด็กในอัตราร้อยละต่ำกว่าที่มีการคาดการณ์สำหรับประเทศที่มีรายได้ปานกลาง (ร้อยละ 5-15 ของผู้ป่วยวัณโรคทั้งหมด) ซึ่งให้เห็นว่ามีปัญหาการวินิจฉัยต่ำ หรือรายงานผู้ป่วยที่ต่ำกว่าที่คาดประมาณ หรือมีปัญหาทั้งสองอย่าง ตามรายงานการทบทวนแผนงานวัณโรคของคณะผู้เชี่ยวชาญนานาชาติ ครั้งที่ 5 (The 5th JIMM) ปัญหาการรายงานจำนวนผู้ป่วยต่ำยังคงเป็นปัญหาหลัก ทั้งที่ระบบสุขภาพของไทยมีประสิทธิภาพสูงในแง่ที่ประชาชนเข้าถึงการดูแลรักษาอย่างถ้วนหน้าและการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ซึ่งอยู่ในอัตราที่ต่ำ นอกจากนี้ยังพบว่าสถานบริการสาธารณสุขหลายแห่ง รวมทั้งในสังกัดกทม. มีปัญหาการรายงานผู้ป่วยที่ต่ำเช่นกัน การประมาณจำนวนรายงานผู้ป่วยที่ต่ำกว่าความเป็นจริงเป็นเรื่องยาก ต้องใช้วิธีการคาดประมาณ ซึ่งคาดว่าไม่น้อยกว่าร้อยละ 33 แต่ในความเป็นจริงอาจมีมากกว่าร้อยละ 45

⁹ Benjakul S, Termsirikulchai L, Hsia J, Kengganpanich M, Puckcharern H, Touchchai C, Lohtongmongkol A, Andes L, Asma S. Current manufactured cigarette smoking and roll-your-own cigarette smoking in Thailand: findings from the 2009 Global Adult Tobacco Survey. BMC Public Health. 2013 Mar 27;13:277. doi: 10.1186/1471-2458-13-277.

ในกรณีที่ไม่มีการดำเนินการควบคุมการติดเชื้อในสถานบริการสาธารณสุขที่เพียงพอ จะทำให้บุคลากรสาธารณสุขมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรค จากการลงพื้นที่ติดตาม พบว่าการเกิดวัณโรคในบุคลากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลสระบุรีเฉลี่ย 206 ต่อ 100,000 คน (จากรายงานการทบทวนทางระบาดวิทยาโดยเชี่ยวชาญองค์การอนามัยโลก ครั้งที่ 5) ในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2548-พ.ศ. 2553 เมื่อเทียบกับอัตราการเกิดวัณโรคประมาณ 145 ต่อ 100,000 คน ในประชากรทั่วไปที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ จากการศึกษาในโรงพยาบาลต่างๆ ในกรุงเทพฯ และที่อื่นๆ ได้ผลใกล้เคียงกัน

มีรายงานผู้ป่วยโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 6.9 ของประชากรที่มีอายุมากกว่า 15 ปี¹⁰ ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความเสี่ยงต่อวัณโรคมากขึ้นประมาณสองถึงสามเท่า¹¹ ประเด็นนี้ยังต้องมีการวิจัยดำเนินการ และการพัฒนานโยบายเกี่ยวกับแนวทางที่จะร่วมกันดำเนินการต่อไป

ทิศทางใหม่ที่สำคัญของแผนยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติ พ.ศ. 2560-2564

1. เร่งรัดการใช้เทคโนโลยีทางห้องปฏิบัติการในการวินิจฉัยซึ่งเป็นวิธีที่ทราบผลตรวจรวดเร็ว (Rapid test) และมีความไว (Sensitivity) การตรวจใหม่ๆ เหล่านี้มีประโยชน์อย่างยิ่งต่อการวินิจฉัยวัณโรคที่อวัยวะ และการวินิจฉัยวัณโรคในผู้ติดเชื้อเอชไอวี รวมทั้งกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ ที่วินิจฉัยได้ยาก เช่น เด็ก ผู้ที่มีอาการวัณโรค แต่ผลตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ไม่พบเชื้อ และผู้สูงอายุ เป็นต้น

2. ส่งเสริมการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-centred approach) ซึ่งช่วยเพิ่มความสำเร็จในการรักษา โดยเน้นกลไกที่ให้การสนับสนุนทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และการเงินแก่ผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีการเริ่มใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยด้วยการมีผู้จัดการประจำตัวผู้ป่วยแต่ละราย (TB case manager) ซึ่งช่วยให้มีการออกแบบการดูแลตามบริบทของผู้ป่วย รวมทั้งมีการวิเคราะห์หาสาเหตุของการขาดการรักษาหรือผลการรักษาที่ไม่ประสบความสำเร็จเพื่อหาทางแก้ไขให้ตรงกับสาเหตุที่แท้จริง โดยเริ่มทดสอบรูปแบบใหม่ๆ ในการดูแลผู้ป่วยด้วยการขยายบริการเชิงรุกไปในชุมชน (Outreach service model) เพื่อดูแลการกินยาแก่ผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการรักษาไม่ต่อเนื่องในเขตกรุงเทพมหานคร และอำเภอเมืองในแต่ละจังหวัด

3. ให้ความสำคัญกับภาวะความเป็นผู้นำ และศักยภาพการบริหารจัดการของผู้รับผิดชอบการดำเนินงานวัณโรคในหน่วยงานวิชาการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ รวมทั้งสถานพยาบาลจุดแข็งสำคัญในแผนงานวัณโรคแห่งชาติ คือ มีการแต่งตั้งผู้รับผิดชอบงานวัณโรคและบุคลากรเหล่านี้ปฏิบัติหน้าที่อย่างเข้มแข็ง อย่างไรก็ตามพบว่า มีการเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบงานวัณโรคบ่อย ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการดำเนินงาน ดังนั้นการพัฒนาบุคลากรจึงเป็นสิ่งสำคัญ ต้องมีการกำหนดประเภทของผู้รับผิดชอบงานวัณโรค กำหนดทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน รวมทั้งกระตุ้นให้มีกระบวนการพัฒนาบุคลากรเหล่านี้ให้สามารถปฏิบัติงานในระดับที่ต้องใช้ความสามารถสูงขึ้น สามารถวิเคราะห์สถานการณ์ระบาดวิทยาด้วยข้อมูลในรายงานที่รวบรวมได้ ตลอดจนพัฒนานโยบายเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่รับผิดชอบของตนเอง การพัฒนาบุคลากรคำนึงถึงความสอดคล้องกับแผนงานอื่นๆ เช่น การบริหารจัดการเวชภัณฑ์ แผนงานโรคเอดส์ หรือการพัฒนานโยบายด้านสุขภาพสำหรับแรงงานข้ามชาติ รวมทั้งสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ตลอดจนหน่วยงานที่รับผิดชอบระบบประกันสุขภาพ เป็นต้น โดยการพัฒนาศักยภาพและการสร้างแรงจูงใจเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผลการปฏิบัติงานดีขึ้น

¹⁰ 11th National Health Development Plan.

¹¹ WHO. Collaborative framework for care and control of tuberculosis and diabetes (WHO/HTM/TB/2011.15)

4. พัฒนาความร่วมมือกับผู้ให้บริการสุขภาพทุกส่วน ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน เพื่อแก้ไขปัญหาการทำงานแบบแยกส่วน ขาดความต่อเนื่องของการดำเนินงานควบคุมโรค และมาตรฐานการรักษา รวมถึงระบบเฝ้าระวัง ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญโดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับสถานพยาบาลเอกชน สถานพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม รวมทั้งสถานพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยต่างๆ กระทรวงสาธารณสุขจะทำงานร่วมกับองค์กรภาคประชาสังคม และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งเป็นหน่วยงานที่ให้บริการด้านสังคมและสุขภาพ โดยเฉพาะหน่วยงานที่ทำงานเกี่ยวข้องกับแรงงานข้ามชาติ โดยอยู่ภายใต้ระเบียบปฏิบัติภายในประเทศ และใช้กลไกกฎหมายระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 สำหรับการดูแลผู้ป่วยข้ามพรมแดน

5. ปรับปรุงระบบเฝ้าระวังโรคโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ซึ่งปัจจุบันทำได้หลายแบบ โดยอาจพิจารณาเชื่อมโยงระบบเฝ้าระวังโรคกับระบบข้อมูลสุขภาพที่มีอยู่แล้วในโรงพยาบาลทุกแห่ง นอกจากนั้นพัฒนาระบบข้อมูลบนเครือข่ายอินเทอร์เน็ตโดยจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล การเชื่อมโยงฐานข้อมูลทางห้องปฏิบัติการชั้นสูงและด้านเภสัชกรรม จะช่วยให้การจัดเก็บข้อมูลเป็นปัจจุบัน ลดภาระเรื่องการบริหารข้อมูลและรายงานซ้ำซ้อน

6. สร้างความยั่งยืนเชิงนโยบาย เพื่อสนับสนุนทรัพยากรต่างๆ และการจัดการที่มีประสิทธิภาพในการดำเนินงานโรค ทั้งนี้รวมถึงการให้ความช่วยเหลือด้านสังคมและด้านการเงินแก่ผู้ป่วยโรคและโรคติดต่อ เพื่อบรรเทาปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคมของผู้ป่วยไม่ว่าจะอยู่ในการประกันสุขภาพระบบใด นอกจากนี้ ในฐานะที่ประเทศมีบทบาทในระดับภูมิภาค ควรมีนโยบายแก้ไขปัญหาโรคตามแนวชายแดน ซึ่งมีประเด็นสำคัญคือ การให้บริการดูแลรักษา การติดตามผู้ป่วยให้รักษาต่อเนื่อง และการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยบริการสุขภาพตามแนวชายแดน

7. จัดทำแผนการศึกษาวิจัยโรคระดับชาติ ที่ตรงกับความต้องการของประเทศ โดยประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่รับผิดชอบด้านการศึกษาวิจัย เพื่อให้การดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยมีประโยชน์และส่งผลต่อการลดโรค นอกจากนั้นส่งเสริมการพัฒนานวัตกรรมให้สอดคล้องกับสถานการณ์ในพื้นที่

แผนยุทธศาสตร์
วิธานระดับชาติ
พ.ศ. 2560-2564

แผนยุทธศาสตร์วินโรระดับชาติ พ.ศ. 2560-2564

วิสัยทัศน์

วิสัยทัศน์ของแผนยุทธศาสตร์วินโรระดับชาติ คือ “ประเทศไทยปลอดจากวินโร”

เป้าประสงค์โดยรวม

เป้าประสงค์โดยรวมคือ เพื่อลดอัตราการอุบัติการณ์ของวินโรร้อยละ 12.5 ต่อปี หรือ ลดจาก 171 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2557 เหลือ 88 ต่อ ประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2564

เป้าประสงค์โดยรวม	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	วิธีการวัด
อัตราการอุบัติการณ์ลดลง	อัตราการอุบัติการณ์ในประชากรทั่วไป	88/ประชากร 100,000 คน ภายใน ปี พ.ศ. 2564	การประเมินอัตราการอุบัติการณ์โดยการใช้วิธีการศึกษาต่างๆ เช่น การสร้างสถานการณ์จำลอง (Modelling) หรือ ระบบการเฝ้าระวัง (Surveillance system) ซึ่งเป็นระบบการวัดที่เทียบเคียงได้ในระดับหนึ่ง (Proxy measurement) เป็นต้น

ยุทธศาสตร์ในการดำเนินงาน เป้าประสงค์และมาตรการเชิงยุทธศาสตร์¹²

ยุทธศาสตร์ที่ 1 เร่งรัดค้นหาผู้ติดเชื้อวินโรและผู้ป่วยวินโรให้ครอบคลุมโดยการคัดกรองในกลุ่มเสี่ยง

เป้าประสงค์ เพื่อเร่งรัดการค้นหาผู้ป่วยวินโรให้ครอบคลุมร้อยละ 100 โดยให้กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองและได้รับการวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจที่รวดเร็ว โดยการคัดกรองด้วยภาพถ่ายรังสีทรวงอกร่วมกับเทคโนโลยีอณูชีววิทยา รวมทั้งการเข้าถึงการดูแลรักษาที่เป็นมาตรฐาน มีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อที่ดี ด้วยมาตรการ ดังนี้

1.1 เพิ่มการเข้าถึงการวินิจฉัยที่รวดเร็วโดยเทคโนโลยีอณูชีววิทยา โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงต่างๆ เช่น ผู้สัมผัสผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ต้องขัง ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี และแรงงานข้ามชาติ

นอกจากการวินิจฉัยตามระบบปกติซึ่งได้แก่ การตรวจเสมหะที่ยังคงต้องสนับสนุนให้ดำเนินการต่อไปแล้ว แผนนี้ส่งเสริมให้เพิ่มจำนวนการการเพาะเชื้อด้วยการใช้อาหารเลี้ยงเชื้อ ทั้งที่เป็นของแข็งและของเหลวที่ใช้ในห้องปฏิบัติการในปัจจุบัน และให้ลงทุนเพิ่มเติมในการจัดซื้อจัดหาเครื่องตรวจอณูชีววิทยาที่องค์การอนามัยโลกรับรอง

1.2 ค้นหาผู้ติดเชื้อวินโรในกลุ่มเป้าหมายสำคัญ คือ เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ซึ่งอยู่รวมบ้านกับผู้ป่วยวินโรผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อให้ได้รับการรักษาวินโรระยะแฝง

1.3 ขยายความครอบคลุมการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวินโรในสถานพยาบาลและชุมชน ส่งเสริมการประเมินสถานบริการสาธารณสุข ร่วมกับการประเมินมาตรการทางโปรแกรม (ได้แก่ การจัดพื้นที่เก็บเสมหะส่งตรวจการใช้หน้ากากอนามัยสำหรับผู้ป่วยเพื่อลดการแพร่เชื้อ และการใช้เครื่องมือป้องกันส่วนบุคคลสำหรับผู้ปฏิบัติงาน)

¹² คำอธิบายสั้นๆ ของกิจกรรมต่างๆ ในแต่ละมาตรการเชิงยุทธศาสตร์ ปรากฏอยู่ในส่วนนี้ สำหรับในส่วนงบประมาณได้มีการแตกมาตรการเชิงยุทธศาสตร์เหล่านี้ให้ เป็นกิจกรรมเฉพาะและกิจกรรมย่อยในการจัดทำแผนปฏิบัติการต่อไป

นอกจากนี้ส่งเสริมการปฏิบัติงานด้านการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในครอบครัวและชุมชน เช่น ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัวถึงความสำคัญของการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในบ้าน หรือบริเวณชุมชน รถโดยสารสาธารณะ โรงเรียน สถานที่ทำงาน โดยการกระจายหน้าที่ความรับผิดชอบให้กับหน่วยบริการในชุมชน

1.4 สนับสนุนหน่วยงานภาคเอกชนและภาคประชาสังคมให้มีส่วนร่วมรับผิดชอบในการวินิจฉัย การดูแลรักษา รวมถึงการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรค

1.4.1 เพิ่มการมีส่วนร่วมของภาคเอกชนและภาคประชาสังคม โดยการจัดทำแนวทางการดำเนินงาน เพื่อปรับปรุงบทบาทหน้าที่ร่วมกัน

1.4.2 ฝึกอบรมและการสื่อสารเพื่อให้ผู้ให้บริการทั้งหมดมีความเข้าใจ และมีความมั่นใจในการได้ร่วมดำเนินงาน

1.4.3 พัฒนาการดำเนินงานวัณโรคในเมืองใหญ่ให้เข้มแข็งขึ้น โดยการจัดทำความร่วมมือระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ลดการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรค

เป้าประสงค์ เพื่อลดอัตราการตายของผู้ป่วยวัณโรคลงร้อยละ 50 ภายใน พ.ศ. 2564 เมื่อเทียบกับ พ.ศ. 2557 ด้วยมาตรการ ดังนี้

2.1 ส่งเสริมผู้ป่วยวัณโรคทุกราย ทั้งผู้ใหญ่และเด็ก ให้ได้รับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ครบถ้วนด้วยสูตรยา มาตรฐานและยาที่มีคุณภาพ

2.1.1 สนับสนุนผู้ป่วยและให้การดูแลรักษาโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

2.1.2 มีผู้จัดการให้แก่ผู้ป่วยรายบุคคล (TB Case Managers) รับผิดชอบหรือประสานความช่วยเหลือ ให้การดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการที่จำเป็นของผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยรักษาจนครบกำหนด

2.1.3 จัดบริการปรึกษาแก่ผู้ป่วยวัณโรคโดยสอดคล้องกับสภาพของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วย ยินดีให้ความร่วมมือในการรักษา การให้บริการปรึกษาที่เข้มแข็งช่วยกำหนดประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการให้ความร่วมมือในการรักษา อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยารักษาวัณโรค การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค การสนับสนุน ด้านจิตใจและสังคม

2.1.4 ส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยแบบมีพี่เลี้ยง (DOT) โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่จากภาคประชาสังคม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และอาสาสมัครแรงงานข้ามชาติ รวมทั้งการใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่ เป็นเครื่องมือสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและพี่เลี้ยง การใช้ชีวิตที่เอื้อต่อการกินยาซึ่งเป็นแนวทางหนึ่งสำหรับการสังเกตการกินยา

2.1.5 ส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพการเป็นพี่เลี้ยง (DOT) เพื่อให้ผู้ป่วยยินดีให้ความร่วมมือในการรักษา

2.1.6 สร้างกลไกประสานงานระหว่างกระทรวงแรงงานเพื่อการบังคับใช้กฎระเบียบ ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วย ทั้งคนไทยและไม่ใช่คนไทยสามารถลาป่วยหรือหากมีการเลิกจ้างยังสามารถได้รับเงินชดเชย

2.1.7 ส่งเสริมมาตรการทางสังคม และสิทธิมนุษยชน เพื่อป้องกันการตีตราผู้ป่วยวัณโรค (Stigmatization) และการเลือกปฏิบัติ (Discrimination)

2.1.8 ขยายความครอบคลุมการดำเนินงานวัณโรคในเด็กโดยติดตามผู้สัมผัสวัณโรคอย่างเข้มข้น เพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในเด็กเพิ่มเติม การวินิจฉัยด้วยวิธีมาตรฐาน การรักษาด้วยยารวมขนานสำหรับเด็ก (Fixed dose combination) และรับประทานง่ายสำหรับเด็ก (palatable formulations) รวมทั้งการให้ยาป้องกันวัณโรคในเด็ก ที่อายุต่ำกว่า 5 ปี ตามแนวทางของประเทศ

2.1.9 จัดทำการประชุมการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่เสียชีวิต (Death case conference) เพื่อค้นหาสาเหตุ และรวบรวมข้อมูลเพื่อใช้อ้างอิงในการพัฒนาความรู้เพื่อดูแลผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง และสามารถป้องกันการเสียชีวิตได้

2.2 เร่งรัดการดำเนินงานผสมผสานวัณโรคและโรคเอดส์ ทั้งด้านการวางแผนงานร่วมกัน การเร่งค้นหาการให้ยาป้องกันวัณโรค การให้ยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และการให้ยาด้านไวรัสในผู้ป่วยวัณโรคทุกรายที่ติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย

2.2.1 จัดตั้งและดำเนินการตามกลไกของการทำงานร่วมกัน ทั้งในระดับประเทศและระดับย่อยลงไป เช่น ระดับเขต ระดับจังหวัด ซึ่งควรมีการบูรณาการร่วมกันทั้งด้านแผนงานและการกำกับการดำเนินงาน

2.2.2 ลดภาระโรคจากวัณโรคในผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยการเร่งรัดค้นหาวัณโรค การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค และการให้ยาป้องกันวัณโรคในผู้ติดเชื้อเอชไอวี (Isoniazid Preventive Therapy: IPT) นาน 6-36 เดือน

2.2.3 ลดภาระโรคจากเอชไอวีในผู้ป่วยวัณโรค โดยการตรวจเอชไอวี ให้ยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสอื่นๆ (Co-trimoxazole Preventive Therapy: CPT) และการเข้าถึงยาด้านไวรัสอย่างถ้วนหน้าโดยไม่คำนึงถึงระดับ CD4

2.2.4 ดำเนินการเรื่องการรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง ตามแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยที่จัดทำโดยแผนงานวัณโรคแห่งชาติ และแผนงานเอดส์ของประเทศ รวมทั้งจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2.3 ปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการวัณโรคดื้อยา (Programmatic management of Drug-resistant TB: PMDT) ให้ครอบคลุมทั่วประเทศ

2.3.1 คัดกรองกลุ่มเสี่ยงวัณโรคดื้อยา ได้แก่ ผู้ป่วยที่รักษาซ้ำหลังล้มเหลว ผู้ป่วยที่รักษาซ้ำหลังขาดยา ผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ หรือผู้ป่วยที่เสมหะไม่เปลี่ยนเป็นลบหลังได้รับการรักษา 3 เดือนหรือมากกว่า ผู้ที่สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา รวมถึงผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ต้องขังในเรือนจำ และผู้สูงอายุ ซึ่งกลุ่มเสี่ยงทั้งหมดได้รับการวินิจฉัยด้วยเทคโนโลยีอณูชีววิทยา

2.3.2 เพิ่มการเข้าถึงการตรวจทดสอบความไวในกลุ่มเสี่ยงอย่างถ้วนหน้า เพื่อมั่นใจว่าผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาได้รับการวินิจฉัยทั้งการดื้อยาวัณโรคแนวที่ 1 และแนวที่ 2 ด้วยเทคโนโลยีอณูชีววิทยา

2.3.3 ให้ยารักษาแนวที่ 2 อย่างรวดเร็วและเหมาะสม แก่ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคดื้อยา รวมทั้งการให้บริการปรึกษาแก่ผู้ป่วย และการประเมินความต้องการของผู้ป่วย (Patient support assessment) โดยให้การรักษาแบบผู้ป่วยนอก (Ambulatory care) มีบุคลากรด้านสุขภาพเป็นผู้ฉีดยาและเป็นพี่เลี้ยงกำกับการรักษา ร่วมกับพี่เลี้ยงในชุมชนช่วยดูแล (Community-based DOT) ซึ่งผู้ป่วยแต่ละรายมีผู้จัดการที่ให้ความช่วยเหลือ ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพและหน่วยงานเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานต้องฉีดยาและกินยาภายใต้การกำกับดูแลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างน้อย 1 มีต่อวัน การนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลสามารถดำเนินการได้ในบางกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน

2.3.4 พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศและช่องทางการสื่อสารเพื่อสนับสนุนการให้คำแนะนำด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ซับซ้อน โดยคณะผู้เชี่ยวชาญการดูแลรักษาวัณโรคดื้อยา ระดับประเทศ

2.3.5 พัฒนาระบบข้อมูลของห้องปฏิบัติการให้สามารถแจ้งผลให้แพทย์ทราบได้อย่างเป็นปัจจุบัน เพื่อเริ่มการรักษาได้อย่างรวดเร็ว

2.3.6 สนับสนุนการสอบสวนโรคและควบคุมโรค

2.3.7 สนับสนุนการติดตามความก้าวหน้าการรักษาของผู้ป่วย เพื่อเพิ่มความร่วมมือในการรักษา ลดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

2.3.8 ติดตามกำกับกำกับการดำเนินงานในทางปฏิบัติให้เป็นไปตามแนวทางของประเทศและสากล

2.3.9 นำยาใหม่ หรือสูตรยาระยะสั้นมาเริ่มใช้ภายใต้การวิจัยเชิงปฏิบัติการร่วมกับการจัดตั้งระบบเฝ้าระวังเชิงรุกด้านความปลอดภัยของการใช้ยา (active pharmacovigilance)

2.3.10 ประสานงานระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เพื่อจัดทำนโยบายและงบประมาณสนับสนุนเป็ยั้งชีพแก่ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา เนื่องจากมีระยะเวลาการรักษาที่นานถึงอย่างน้อย 20 เดือน มีอาการรุนแรง ไม่สามารถทำงาน และขาดรายได้ โดยเป็ยั้งชีพสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยยินดีให้ความร่วมมือในการรักษาได้

2.3.11 ส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต (Palliative and end-of-life cares) สำหรับผู้ป่วยวัณโรคทุกราย ที่ไม่สามารถรักษาด้วยยาวัณโรค โดยให้มีการดูแลรักษาอาการทางระบบทางเดินหายใจและอื่นๆ โภชนาการ การดูแลด้านจิตใจ และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อการป้องกัน ดูแลรักษาและควบคุมวัณโรค

เป้าประสงค์ เพื่อสร้างความเข้มแข็งในความเป็นผู้นำ และศักยภาพการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์ของการป้องกัน ดูแลรักษา และควบคุมวัณโรค ด้วยมาตรการ ดังนี้

3.1 พัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยวัณโรครายบุคคลบนระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ต ที่สามารถเชื่อมโยงการใช้ประโยชน์ ทั้งสำหรับหน่วยงานให้บริการ หน่วยงานสนับสนุนงบประมาณ หน่วยงานติดตามประเมินผล และหน่วยงานระดับนโยบาย ได้อย่างเป็นเอกภาพ

3.1.1 กำกับและประเมินผลการดำเนินงานวัณโรค (Monitoring and evaluation) โดยระบบฐานข้อมูลรายบุคคล ที่เชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคและโรคเอดส์ ในฐานข้อมูลของโรงพยาบาล สปสช. และกรมควบคุมโรค รวมถึงการเชื่อมโยงฐานข้อมูลใบมรณบัตร เพื่อให้ข้อมูลการเสียชีวิตมีความถูกต้องมากขึ้น

3.1.2 สนับสนุนการสอบสวนโรคด้วย Genetic sequencing ซึ่งเป็นการตรวจสอบสารพันธุกรรม เพื่อสามารถสรุปว่ามีภาระของโรคเป็นกลุ่มก้อน

3.1.3 บริหารจัดการและนิเทศงาน โดยจัดประชุมเจ้าหน้าที่ทุกระดับเป็นประจำ (เช่น การประชุมทบทวนแผนงานรายไตรมาส) จัดทำแนวทางต่างๆ (เช่น แนวทางสำหรับการบันทึกและรายงานข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ใหม่) นิเทศ กำกับติดตาม ประเมินผล (จากระดับชาติไปยังระดับเขต จากระดับเขตไปยังระดับจังหวัด จากระดับจังหวัดไปยังระดับอำเภอ และจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอไปยังสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่) รวมทั้งดำเนินการสื่อสารสาธารณะผ่านกิจกรรมและช่องทางต่างๆ

3.2 เพิ่มคุณภาพการพัฒนาบุคลากรด้านวัณโรคให้มีศักยภาพและแรงจูงใจในการดำเนินงานวัณโรค

3.2.1 จัดทำแผนพัฒนาบุคลากร พัฒนาระบบฐานข้อมูลบุคลากร ซึ่งสามารถใช้คำนวณภาระงาน ความต้องการการพัฒนาศักยภาพ และงบประมาณด้านบุคลากรวัณโรคได้

3.2.2 จัดทำคู่มือ หลักสูตร ฝึกอบรมบุคลากรวัณโรค ทุกสาขาวิชาชีพ และทุกระดับ

3.2.3 จัดทำการเรียนรู้ด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (E-learning) เพื่อให้ความรู้ที่เป็นปัจจุบันแก่ผู้ทำงานวัณโรค รวมทั้งจัดอบรมที่ผู้เข้าอบรมสามารถรับหน่วยการเรียนรู้ต่อเนื่อง (Continuing education credit) โดยร่วมมือกับสถาบันที่รับรองหน่วยการเรียนรู้

3.2.4 พัฒนาระบบสร้างเสริมแรงจูงใจบุคลากรวัณโรค

ยุทธศาสตร์ที่ 4 สร้างกลไกการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์อย่างยั่งยืน

เป้าประสงค์ เพื่อสร้างความยั่งยืนของการสนับสนุนเชิงนโยบายอย่างจริงจัง (Political commitment) ด้วยการระดมทรัพยากรในการดำเนินงานป้องกัน ดูแลรักษา และควบคุมวัณโรค ด้วยมาตรการ ดังนี้

4.1 มีคณะกรรมการป้องกันและควบคุมวัณโรคแห่งชาติ เพื่อระดมศักยภาพของหน่วยงาน องค์กร ทุกภาคส่วนในการป้องกัน ดูแลรักษา และควบคุมวัณโรค

4.2 ร่วมกับแผนงานโรคเอดส์ และมาลาเรีย สร้างกองทุนพิเศษเพื่อดำเนินงานโรคเอดส์ วัณโรค และมาลาเรียต่อเนื่องหลังจากการสนับสนุนของกองทุนโลกสิ้นสุดลง รวมทั้งพัฒนาระบบสนับสนุนเบี้ยยังชีพแก่ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาจากแหล่งทุนต่างๆ ของภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม

4.2.1 จัดทำแนวทางการสร้างกองทุนพิเศษ โดยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับหน่วยงานอื่นที่ประสบความสำเร็จในการจัดตั้งกองทุน

4.2.2 ลดปัญหาผู้ป่วยวัณโรคล้มละลาย (Catastrophic costs) จากการรักษาวัณโรคของผู้ป่วยและครอบครัวที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายระหว่างเจ็บป่วยทั้งค่าใช้จ่ายทางตรง (ค่ารักษาพยาบาล) โดยเฉพาะผู้ป่วยไร้สิทธิหรือสิทธิการรักษาไม่ตรงกับหน่วยบริการรักษา รวมทั้งค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่สิทธิการรักษาไม่ครอบคลุม และค่าใช้จ่ายทางอ้อม เช่น ค่าพาหนะ ค่าอาหาร รายได้ที่สูญเสียไปจากการหยุดงาน ภาระหนี้สินที่เกิดขึ้นก่อนป่วยและระหว่างการเจ็บป่วยวัณโรค เป็นต้น โดยจัดให้มีแหล่งทุน เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือแหล่งอื่นๆ เพื่อชดเชยหรือทดแทนรายได้ที่สูญเสียไป ด้วยการสำรวจภาระค่าใช้จ่ายและหนี้สินที่ทำให้ผู้ป่วยเดือดร้อน (A catastrophic cost survey) เพื่อสร้างความเข้าใจในสถานการณ์และนำผลการศึกษาไปใช้พัฒนานโยบาย

4.2.3 ประสานความร่วมมือเพื่อพัฒนาให้เกิดเครือข่ายทางสังคมและเศรษฐกิจในการดูแล สนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยวัณโรค ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาและครอบครัว ตลอดจนประสานความร่วมมือในระดับเชิงนโยบายเพื่อให้เกิดระบบสวัสดิการสังคมในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคและครอบครัวร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

4.3 ส่งเสริมการใช้กฎหมาย พระราชบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานวัณโรคอย่างเหมาะสม

4.3.1 สร้างกลไกการบังคับใช้กฎหมาย ระเบียบต่างๆ โดยเฉพาะการรายงานผู้ป่วยวัณโรค

4.3.2 ใช้ประโยชน์ของพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ในพื้นที่ที่มีปัญหาการระบาดของวัณโรคหรือวัณโรคดื้อยา

ยุทธศาสตร์ที่ 5 ส่งเสริมการวิจัยและพัฒนานวัตกรรมการป้องกัน ดูแลรักษา และควบคุมวัณโรค

เป้าประสงค์ เพื่อเร่งรัดการศึกษาวิจัยที่สามารถชี้แนะ แนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานวัณโรค รวมทั้งส่งเสริมนวัตกรรมสำหรับการพัฒนางานให้สอดคล้องกับสถานการณ์ของพื้นที่ ด้วยมาตรการ ดังนี้

5.1 พัฒนาแผนวิจัยวัณโรคระดับชาติ (National Tuberculosis Research Roadmap) โดยการมีส่วนร่วมของหน่วยงานผู้ให้ทุน หน่วยงานวิจัย และหน่วยงานสนับสนุนการวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศ

5.2 ส่งเสริมการสร้างนวัตกรรม พัฒนารูปแบบการดำเนินงานวัณโรคอย่างเป็นระบบ และสามารถประยุกต์ใช้ขยายผลอ้างอิงในภาพรวมของเขตและประเทศ



ยุทธศาสตร์ เป้าประสงค์ มาตรการ และหน่วยงานผู้รับผิดชอบ

ยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์ มาตรการ	หน่วยงาน ผู้รับผิดชอบ
ยุทธศาสตร์ที่ 1	เร่งรัดค้นหาผู้ติดเชื้อไวรัสและผู้ป่วยไวรัสให้ครอบคลุมโดย การคัดกรองในกลุ่มเสี่ยงเป้าหมาย	- กระทรวงสาธารณสุข
เป้าประสงค์	เร่งรัดการค้นหาผู้ป่วยไวรัสให้ครอบคลุมร้อยละ 100 โดยให้กลุ่ม เสี่ยงได้รับการคัดกรองและได้รับการตรวจด้วยวิธีการตรวจที่รวดเร็ว โดยการคัดกรองด้วยภาพรังสีทรวงอกร่วมกับเทคโนโลยีอณูชีววิทยา รวมทั้งการเข้าถึงการดูแลรักษาที่เป็นมาตรฐาน	- สำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ - กระทรวงศึกษาธิการ (โรง พยาบาลมหาวิทยาลัย)
มาตรการที่ 1.1	เพิ่มการเข้าถึงการวินิจฉัยที่รวดเร็วโดยเทคโนโลยีอณูชีววิทยา โดย เฉพาะในกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ เช่น ผู้สัมผัส ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ ต้องขัง ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี และแรงงานข้ามชาติ	- กระทรวงกลาโหม (กรม แพทย์ทหารบก กรมแพทย์ ทหารอากาศ กรมแพทย์ ทหารเรือ)
มาตรการที่ 1.2	ค้นหาผู้ติดเชื้อไวรัสในกลุ่มเป้าหมายสำคัญ คือ เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีซึ่งอยู่ร่วมกับผู้ป่วยไวรัส ผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อให้ได้รับการ รักษาไวรัสระยะแฝง	- สำนักงานตำรวจแห่งชาติ (โรงพยาบาลตำรวจ)
มาตรการที่ 1.3	ขยายความครอบคลุมการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อไวรัสใน สถานพยาบาลและชุมชน	- กรุงเทพมหานคร (โรง พยาบาลสังกัด กทม.) - โรงพยาบาล/คลินิกเอกชน
มาตรการที่ 1.4	สนับสนุนหน่วยงานภาคเอกชนและภาคประชาสังคมให้มีส่วนร่วมรับ ผิดชอบในการวินิจฉัย การดูแลรักษา รวมถึงการส่งต่อผู้ป่วยไวรัส	- องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาสังคม
ยุทธศาสตร์ที่ 2	ลดการเสียชีวิตในผู้ป่วยไวรัส	- กระทรวงสาธารณสุข
เป้าประสงค์	ลดอัตราการตายของผู้ป่วยไวรัสลงร้อยละ 50 ภายใน พ.ศ. 2564 เมื่อเปรียบเทียบกับ พ.ศ. 2557	- สำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ
มาตรการที่ 2.1	ส่งเสริมผู้ป่วยไวรัสทุกราย ทั้งผู้ใหญ่และเด็ก ให้ได้รับการรักษา อย่างสม่ำเสมอ ครบถ้วนด้วยสูตรยามาตรฐานและยาที่มีคุณภาพ	- กระทรวงศึกษาธิการ (โรง พยาบาลมหาวิทยาลัย)
มาตรการที่ 2.2	เร่งรัดการดำเนินงานผสมผสานไวรัสและโรคเอดส์ ทั้งด้าน การวางแผนงานร่วมกัน การเร่งค้นหา การให้ยาป้องกันไวรัส การให้ยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และการให้ยาต้านไวรัสในผู้ ป่วยไวรัสทุกรายที่ติดเชื้อเอชไอวี ร่วมด้วย	- กระทรวงกลาโหม (กรม แพทย์ทหารบก กรมแพทย์ ทหารอากาศ กรมแพทย์ ทหารเรือ)
มาตรการที่ 2.3	ปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการไวรัสคือยา (PMDT) ให้ครอบคลุมทั่วประเทศ	- สำนักงานตำรวจแห่งชาติ (โรงพยาบาลตำรวจ) - กรุงเทพมหานคร (โรง พยาบาลสังกัด กทม.) - โรงพยาบาล/คลินิกเอกชน

ยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์ มาตรการ	หน่วยงาน ผู้รับผิดชอบ
ยุทธศาสตร์ที่ 3	พัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อป้องกัน ดูแลรักษาและควบคุมโควิด	- กระทรวงสาธารณสุข
เป้าประสงค์	สร้างความเข้มแข็งในความเป็นผู้นำ และศักยภาพการบริหารจัดการ เชิงยุทธศาสตร์ของการป้องกัน ดูแลรักษา และควบคุมโควิด	- กระทรวงศึกษาธิการ
มาตรการที่ 3.1	พัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยโควิดรายบุคคลบนระบบเครือข่าย อินเทอร์เน็ต ที่สามารถเชื่อมโยงการใช้ประโยชน์ ทั้งสำหรับหน่วยงาน ให้บริการ หน่วยงานสนับสนุนงบประมาณ หน่วยงานติดตามประเมิน ผลและหน่วยงานระดับนโยบายได้อย่างเป็นเอกภาพ	
มาตรการที่ 3.2	เพิ่มคุณภาพการพัฒนาบุคลากรด้านโควิดให้มีศักยภาพและแรง จูงใจในการดำเนินงานโควิด	

ยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์ มาตรการ	หน่วยงาน ผู้รับผิดชอบ
ยุทธศาสตร์ที่ 4	สร้างกลไกการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์อย่างยั่งยืน	- กระทรวงสาธารณสุข
เป้าประสงค์	สร้างความยั่งยืนของการสนับสนุนเชิงนโยบายอย่างจริงจัง (Political commitment) ด้วยการระดมทรัพยากรในการดำเนินงาน ป้องกันดูแลรักษา และควบคุมไวรัสโรค	- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ - กระทรวงสาธารณสุข
มาตรการที่ 4.1	มีคณะกรรมการโรคแห่งชาติ เพื่อระดมศักยภาพของหน่วยงานองค์กร ทุกภาคส่วนในการป้องกัน ดูแลรักษา และควบคุมไวรัสโรค	- กระทรวงกลาโหม - กระทรวงการต่างประเทศ
มาตรการที่ 4.2	ร่วมกับแผนงานโรคเอดส์ และมาลาเรีย สร้างกองทุนพิเศษเพื่อดำเนินงานโรคเอดส์ ไวรัสโรค และมาลาเรีย ต่อเนื่องหลังจากการสนับสนุนของกองทุนโลกสิ้นสุดลง รวมทั้งพัฒนาระบบสนับสนุนเบี้ยยังชีพแก่ผู้ป่วยไวรัสโรคที่อยู่จากแหล่งทุนต่างๆ ของภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม	- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ - กระทรวงมหาดไทย - กระทรวงศึกษาธิการ - กระทรวงแรงงาน
มาตรการที่ 4.3	ส่งเสริมการใช้กฎหมาย พระราชบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานไวรัสโรคอย่างเหมาะสม	- กระทรวงยุติธรรม - สภากาชาดไทย - คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ - สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ - สำนักงานประกันสังคม - คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ - สำนักงานประมาณ - สำนักงานผู้แทนองค์การอนามัยโลก ประจำประเทศไทย - สมาคมปราบไวรัสโรคแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ - ภาคประชาสังคม

ยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์ มาตรการ	หน่วยงาน ผู้รับผิดชอบ
ยุทธศาสตร์ที่ 5	ส่งเสริมการวิจัยและพัฒนานวัตกรรมการป้องกัน ทุเลารักษา และควบคุมวัณโรค	- กระทรวงสาธารณสุข
เป้าประสงค์	เร่งรัดการศึกษาวิจัยที่สามารถชี้แนะทางการเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานวัณโรค รวมทั้งส่งเสริม นวัตกรรมสำหรับการพัฒนางานให้สอดคล้องกับสถานการณ์ของพื้นที่	- กระทรวงศึกษาธิการ - สำนักงานวิจัยแห่งชาติ - องค์กรภาคเอกชน
มาตรการที่ 5.1	พัฒนาแผนวิจัยวัณโรคระดับชาติ (National Tuberculosis Research Roadmap) โดยการมีส่วนร่วมของหน่วยงานผู้ให้ทุน หน่วยงานวิจัย และหน่วยงานสนับสนุนการวิจัย	- หน่วยงานผู้ให้ทุน - หน่วยงานสนับสนุนการวิจัย
มาตรการที่ 5.2	ส่งเสริมการสร้างนวัตกรรมการดำเนินงานวัณโรคอย่างเป็นระบบ	- สำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ

แผนการกำกับ และประเมินผล

แผนการกำกับและประเมินผล

ความเป็นมาและวัตถุประสงค์

แผนหลักของแผนยุทธศาสตร์แห่งชาติฉบับนี้กำหนดเป้าประสงค์โดยรวม (Overall goal) ระหว่างปี พ.ศ. 2560-2564 (2017-2021) เพื่อลดความชุกของวัณโรคจาก 171 ต่อประชากร 100,000 คนในปี พ.ศ. 2557 (2014) เหลือ 88 ต่อประชากร 100,000 คน ภายในสิ้นปี พ.ศ. 2564 (2021) และอธิบายวัตถุประสงค์ทั้ง 5 ข้อ ควบคู่ไปกับยุทธศาสตร์การดำเนินงาน ส่วนกิจกรรมในแต่ละมาตรการสำหรับทุกยุทธศาสตร์มีรายละเอียดในแผนปฏิบัติการและแผนงบประมาณ

แผนกำกับติดตามและประเมินผลนี้ประกอบด้วย 2 ส่วนหลัก ส่วนแรกเป็นการอธิบายถึงวิธีการใช้ระบบกำกับและประเมินผลในการดำเนินงานปกติของประเทศเพื่ออธิบายระบาคติวิทยาของวัณโรคของประเทศไทย จนถึงปี พ.ศ. 2564 (2021) นอกจากนี้ยังอธิบายถึงการกำกับความก้าวหน้าของการดำเนินการโดยใช้ผลลัพธ์ (Outcomes) ผลผลิต (Outputs) กระบวนการ (Processes) และปัจจัยนำเข้า (Inputs) ในส่วนที่สองของแผนกำกับและประเมินผล กล่าวถึงจุดแข็งและจุดอ่อนของระบบกำกับและประเมินผลของการดำเนินงานปกติที่ใช้ในปัจจุบัน แผนกำกับและประเมินผลนี้ เป็นเครื่องมือสำหรับคณะกรรมการป้องกันและควบคุมวัณโรคแห่งชาติใช้ตรวจสอบความก้าวหน้าของการดำเนินการอย่างสม่ำเสมอ และตัดสินใจได้ว่ามาตรการใดที่บรรลุผลตามเป้าหมาย มาตรการใดจำเป็นต้องปรับปรุงแก้ไข

ภาพรวมของระบบกำกับและประเมินผลในปัจจุบัน

ถึงแม้มีข้อมูลการดำเนินงานวัณโรคหลายระบบ แต่รายงานวัณโรคที่รวบรวมโดยสำนักวัณโรคนับว่าเป็นแหล่งข้อมูลหลักในระบบกำกับและประเมินผลการทำงานวัณโรคที่ใช้ในการจัดทำรายงานวัณโรคระดับโลกซึ่งรวบรวมโดยองค์การอนามัยโลก

การเก็บรวบรวมข้อมูล แหล่งที่มาของข้อมูล และการประสานงานระหว่างระบบต่างๆ ที่มีข้อมูลวัณโรค

ข้อมูลการดำเนินงานวัณโรคได้จากแหล่งต่างๆ ดังต่อไปนี้:

1. ระบบรายงานปกติที่โรงพยาบาลสรุปจำนวนผู้ป่วยวัณโรคทุกไตรมาสส่งให้กับแผนงานวัณโรคแห่งชาติ โดยมีสำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รวบรวมและบริหารจัดการข้อมูล
2. ระบบข้อมูลผู้ป่วยวัณโรครายบุคคลที่มีสิทธิการรักษาด้วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งโรงพยาบาลส่งให้สำนักหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อเบิกยารักษาวัณโรคและค่าใช้จ่ายบางส่วน เช่น การตรวจเสมหะ การเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เป็นต้น
3. ระบบข้อมูลสุขภาพของโรงพยาบาล เช่น Hos XP หรือ Hos OS เป็นต้น ซึ่งเก็บข้อมูลผู้ป่วยทุกรายที่มารักษาในแต่ละโรงพยาบาล
4. ระบบข้อมูลรายบุคคลในใบมรณบัตรของผู้ที่เสียชีวิตด้วยวัณโรค ซึ่งสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์เป็นผู้บริหารจัดการข้อมูลที่ได้รับจากกระทรวงมหาดไทย



5. การสำรวจความชุกวิธโรคระดับชาติซึ่งดำเนินการแล้ว 4 ครั้ง คือ พ.ศ. 2505 (1962) พ.ศ. 2520 (1977) พ.ศ. 2534 (1991) และ พ.ศ. 2555 (2012) และการสำรวจวิธโรคคือยาระดับชาติ ซึ่งดำเนินการมาแล้ว 4 ครั้ง คือ พ.ศ. 2540-2541 (1997-1998) พ.ศ. 2544-2545 (2001-2002) พ.ศ. 2549-2550 (2006-2007) และ พ.ศ. 2555-2556 (2012-2013)

6. ระบบข้อมูลผู้ป่วยวิธโรครายบุคคลบนเครือข่ายอินเทอร์เน็ต (The web-based TBCM)

รายละเอียดแต่ละระบบมีดังต่อไปนี้

1. ระบบรายงานปกติซึ่งบริหารจัดการรายงานวิธโรคโดยสำนักวิธโรค

สำนักวิธโรคเป็นหน่วยบริหารจัดการด้านการเฝ้าระวังวิธโรคด้วยระบบอินเทอร์เน็ตบนเว็บไซต์ www.tbthailand.org/data ซึ่งผู้รับผิดชอบงานวิธโรคของโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเป็นผู้บันทึกข้อมูลสรุปจำนวนผู้ป่วยวิธโรคทุกไตรมาส โดยแบบฟอร์มบนเว็บไซต์ใช้มาตรฐานเดียวกับแนวทางวิธโรคแห่งชาติที่สอดคล้องกับข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลก ผู้ที่บันทึกข้อมูลสามารถลงทะเบียนเพื่อขอรหัสการใช้งานได้จากเว็บไซต์ข้างต้น โดยระบบการรายงานปกติบนอินเทอร์เน็ตช่วยป้องกันข้อผิดพลาดการบันทึกข้อมูลซ้ำซ้อนได้ เนื่องจากมีการบันทึกข้อมูลเพียงครั้งเดียว และผู้รับผิดชอบทั้งระดับอำเภอ จังหวัด ระดับเขต และระดับประเทศเห็นข้อมูลชุดเดียวกัน

ถึงแม้ว่าสำนักวิธโรคได้จัดทำรายชื่อโรงพยาบาลทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขให้แต่ละแห่งเลือกชื่อโรงพยาบาลและบันทึกข้อมูล แต่ในทางปฏิบัติพบว่า พ.ศ. 2558 โรงพยาบาลเอกชนประมาณร้อยละ 18 (56/316) ที่บันทึกสรุปจำนวนผู้ป่วยวิธโรคบนเว็บไซต์นี้ ทั้งนี้ประเทศไทยมีสถานบริการที่เป็นหน่วยงานของรัฐบาล 999 แห่ง และเป็นหน่วยงานของเอกชน 316 แห่ง¹³

2. ระบบข้อมูลผู้ป่วยวิธโรครายบุคคลเพื่อการเบิก-จ่ายงบประมาณในสิทธิการรักษาด้วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

สำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้พัฒนาระบบสารสนเทศของผู้ป่วยวิธโรคเป็นรายบุคคล โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อเบิก-จ่ายเงินให้แก่ผู้ให้บริการผู้ป่วยวิธโรคภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งครอบคลุมประชาชนประมาณร้อยละ 70 ของประชากรทั้งหมด ระบบสารสนเทศของสปสช. รวบรวมข้อมูลวิธโรคมากกว่าที่ใช้ในการกำกับดูแลการเบิก-จ่ายงบประมาณด้วยบางส่วน เช่น การรายงานผลการรักษา และการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก เป็นต้น

ระบบข้อมูลวิธโรคของสปสช. สามารถรวมข้อมูลของผู้ป่วยวิธโรคที่ไม่ได้อยู่ในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ซึ่งการทราบสิทธิของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าใช้การยืนยันสิทธิโดยการเชื่อมโยงกับหมายเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก ซึ่งเป็นระบบที่ใช้ในการระบุตัวบุคคล) ใน พ.ศ. 2555 สปสช. มีผู้ป่วยวิธโรคที่ได้รับรายงานในระบบจำนวน 53,000 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยวิธโรคที่ขึ้นทะเบียนในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า 42,000 ราย (ร้อยละ 79) ส่วนที่เหลือเป็นผู้ป่วยวิธโรคนอกระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

สำหรับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การเพาะเชื้อ การทดสอบความไวของยา (drug susceptibility test หรือ DST) และวิธโรคคือยาหลายขนาน (multidrug resistance tuberculosis หรือ MDR-TB) และผลการรักษา เป็นต้น ใช้ระบบ DMIS-TB™ ซึ่งบันทึกโดยตรงจากห้องปฏิบัติการเข้ามาในระบบ และสามารถเชื่อมโยงกับฐานข้อมูลผู้ป่วยวิธโรคของสปสช.

สปสช. กำหนดให้สถานบริการรายงานประเมินผลการรักษา ซึ่งทำให้สามารถจัดทำรายงานผลการรักษาในระดับต่างๆ รวมทั้งภาพรวมของประเทศไทย โดยเป็นระบบที่ยังไม่ได้ใช้ข้อมูลร่วมกับสำนักวิธโรค

¹³ http://en.wikipedia.org/wiki/List_of_hospitals_in_Thailand

นอกจากนั้น สปสช. มีระบบข้อมูลวัดโรคที่คล้ายกับระบบข้อมูลสำหรับโรคอื่นๆ ได้แก่ การติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์ โรคไตวายที่ต้องฟอกไต หรือโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

3. ระบบข้อมูลสุขภาพของโรงพยาบาล

โรงพยาบาลแต่ละแห่งมีระบบสารสนเทศของตนเองซึ่งมีมาตรฐานแตกต่างกัน ข้อมูลการป่วยและการรักษาโรคจัดที่เก็บไว้ในระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลสามารถนำไปใช้ในการเฝ้าระวังและกำกับการดำเนินงานโรคได้เพียงบางส่วน ไม่ได้ถูกนำมาใช้สำหรับการจัดทำเป็นรายงานในระดับจังหวัดหรือระดับประเทศ ซึ่งข้อจำกัดดังกล่าวเป็นเหตุผลหลักที่ยังต้องใช้ระบบรายงานที่บริหารจัดการโดยสำนักวัดโรค

ข้อดีที่สำคัญของระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลมีการเก็บรวบรวมข้อมูลการป่วยเป็นโรคโดยเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ซึ่งผลงานจะสามารถถูกนำมาใช้โดยผู้เกี่ยวข้องของโรงพยาบาล โดยมีเจ้าหน้าที่ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ดูแลช่วยเหลือการใช้ระบบ และการดึงข้อมูลมาใช้ประโยชน์

4. ระบบข้อมูลรายบุคคลในใบมรณบัตรของผู้ที่เสียชีวิตด้วยโรค

กระทรวงมหาดไทยเป็นหน่วยงานที่เก็บรวบรวมสถิติชีพเกี่ยวกับการเสียชีวิตโดยใช้เอกสารมรณบัตร ข้อมูลการเสียชีวิตนี้ถูกส่งให้สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีหน่วยงานย่อยตรวจสอบคุณภาพของข้อมูล และกำหนดรหัสสาเหตุของการเสียชีวิตที่ระบุไว้ในมรณบัตร โดยมีจำนวนผู้เสียชีวิตประมาณ 400,000 ราย ต่อปี ข้อมูลนี้สามารถสืบค้นได้ทางเว็บไซต์โดยรหัสผ่าน มีการใช้กลยุทธ์ต่างๆ เพื่อปรับปรุงคุณภาพของข้อมูล เช่น สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ อบรมให้ความรู้แก่ผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ บุคลากรสุขภาพในสถานบริการต่างๆ รวมถึงเจ้าหน้าที่ของกระทรวงมหาดไทย

กรณีที่มีการเสียชีวิตในชุมชน เจ้าหน้าที่กระทรวงมหาดไทยทำหน้าที่สอบสวนการเสียชีวิตดังกล่าว โดยการสัมภาษณ์ญาติผู้เสียชีวิตและบันทึกข้อมูลลงในใบมรณบัตร กระทรวงมหาดไทยสามารถดำเนินการให้ครอบคลุมทุกจังหวัดได้ในปี พ.ศ. 2557

ตามกฎหมายกำหนดให้การออกใบมรณบัตรดำเนินการให้เรียบร้อยก่อนการเผาศพหรือฝังศพ แต่ในทางปฏิบัติมักไม่ได้มีการบังคับใช้ตามกฎหมายนี้

สำหรับประเด็นคุณภาพของข้อมูล พบการระบุสาเหตุการตายที่ไม่สมบูรณ์ และการระบุสาเหตุการตายที่ไม่ถูกต้องเป็นจำนวนมาก นอกจากนี้ยังพบปัญหาการลงรหัสสาเหตุการตายผิดพลาดระหว่างเอชไอวี กับวัณโรค ซึ่งไม่สามารถประเมินได้ว่ามีจำนวนมากน้อยเพียงใด ในพ.ศ. 2542 มีการตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลสาเหตุการเสียชีวิตใน 16 จังหวัด พบว่ามีการระบุสาเหตุอย่างถูกต้องเพียงร้อยละ 29 ในแต่ละปี มีการสุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลประมาณ 10 แห่ง ซึ่งครอบคลุมการเสียชีวิตประมาณ 2,000 ราย เพื่อตรวจสอบคุณภาพของการระบุสาเหตุการเสียชีวิตที่โรงพยาบาล ปัจจุบันยังไม่มีการตรวจสอบการรายงานสาเหตุการเสียชีวิตในชุมชน

5. การสำรวจความชุกของวัณโรคและวัณโรคดื้อยาระดับชาติ

การสำรวจความชุกของวัณโรคระดับชาติตามมาตรฐานสากลดำเนินการเมื่อพ.ศ. 2555-56 โดยการแยกสุ่มตัวอย่างประชากรใน 76 จังหวัดและในกรุงเทพมหานคร และมีการสำรวจวัณโรคดื้อยาระดับชาติ ดำเนินการในครั้งที่ 3 และครั้งที่ 4 เมื่อพ.ศ. 2549 และพ.ศ. 2555 ตามลำดับ

การสำรวจความชุกของวัณโรคระดับชาติ ครั้งที่ 5 มีประโยชน์ในการบอกระบาดวิทยาของวัณโรคที่เปลี่ยนไปจากในอดีต เช่น มีผู้ป่วยวัณโรคที่เพาะเชื้อจากเสมหะยืนยันแต่อาการไม่ชัดเจนถึงเกือบสองในสาม การพบวัณโรคปอดในผู้สูงอายุมากขึ้น เป็นต้น อย่างไรก็ตาม การสำรวจมีข้อจำกัดคือ การตอบปฏิเสธไม่เข้าร่วมในการสำรวจของประชากรในพื้นที่กรุงเทพมหานครมีสูง และลักษณะข้อมูลของการสำรวจใช้บอกขนาดภาระโรคเป็นสำคัญ ไม่ได้ครอบคลุมถึงคุณภาพการดูแลรักษา การสำรวจความชุกไม่มีข้อมูลสัดส่วนการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งมีอยู่แล้วในระบบรายงานปกติโดยไม่ต้องทำการสำรวจเพิ่มเติม

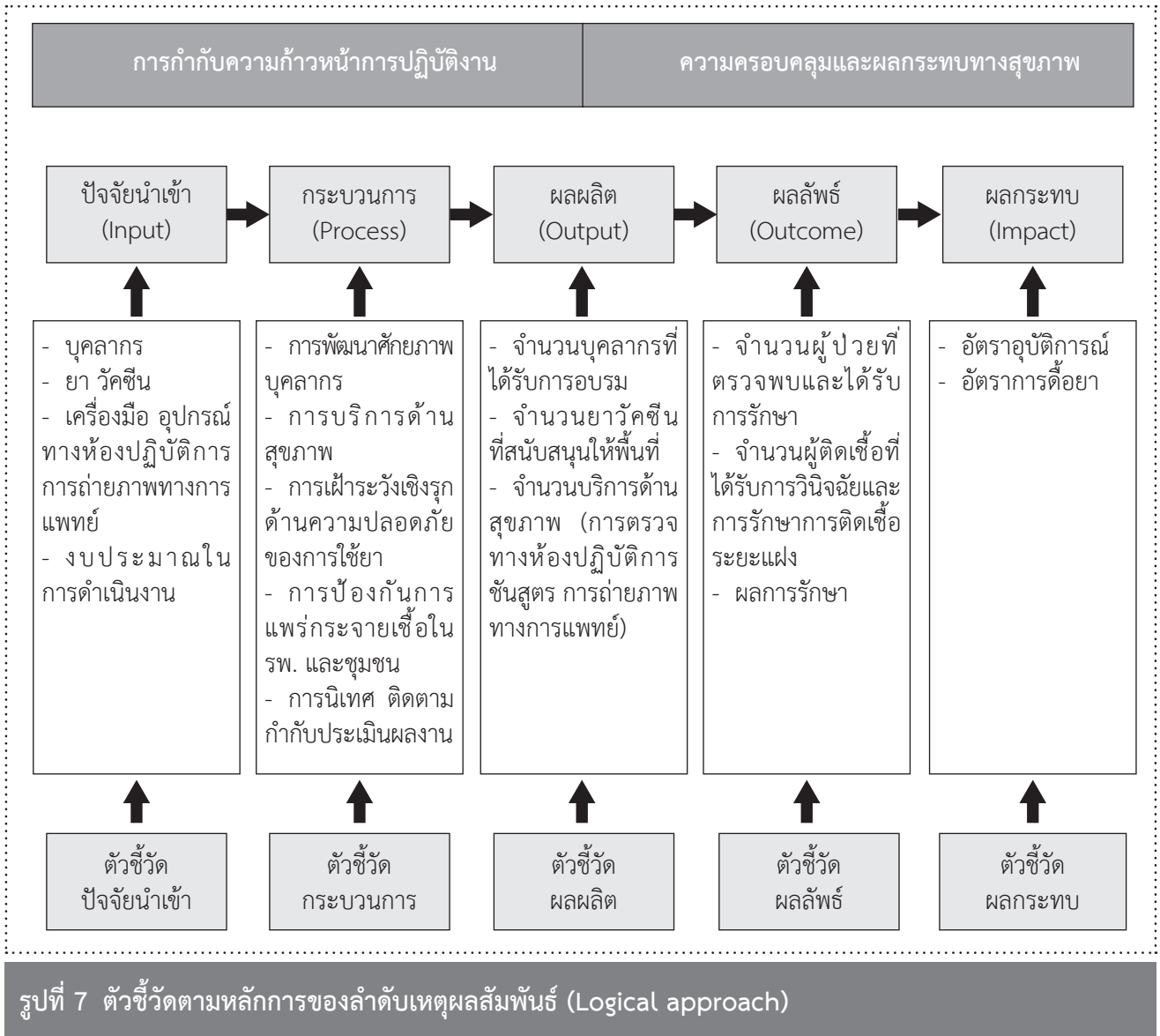
6. ระบบข้อมูลผู้ป่วยวัณโรครายบุคคลบนเครือข่ายอินเทอร์เน็ต (The web-based TB-CM)

การจัดทำระบบข้อมูลผู้ป่วยวัณโรครายบุคคลบนเครือข่ายอินเทอร์เน็ตเป็นระบบที่การบันทึกข้อมูลและการแสดงผลเป็นแบบปัจจุบัน (Real-time system) ซึ่งโรงพยาบาลเป็นผู้บันทึกข้อมูล โดยมีผู้รับผิดชอบงานวัณโรคของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทบทวนความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูล ส่วนกลไกการแลกเปลี่ยนข้อมูลกำหนดให้สามารถเชื่อมโยงกับระบบฐานข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อลดความซ้ำซ้อนการบันทึกข้อมูลที่ระดับโรงพยาบาล

แผนกำกับและประเมินผล เพื่อติดตามความก้าวหน้าของการระบาดวิทยาต้านวัณโรค และการดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติ

ตัวชี้วัด

กรอบของการกำกับเป็นไปตามหลักการของลำดับเหตุผลสัมพันธ์ (Logical approach) ที่ประกอบด้วยปัจจัยนำเข้ากระบวนการ และผลการดำเนินการ ซึ่งนำไปใช้ในการประเมินความครอบคลุมของการจัดบริการป้องกัน ดูแลรักษา และควบคุมวัณโรคและผลที่เกิดขึ้นจากการให้บริการ (รูปที่ 7)



ตัวชี้วัดหลักสำหรับการกำกับการดำเนินการตามแผน และผลกระทบได้ระบุไว้ในตารางแสดงการกำกับและประเมินผล (ตารางที่ 5) ตัวชี้วัดเหล่านี้ถูกกำหนดขึ้นตามวัตถุประสงค์และกลวิธีการดำเนินงานที่กำหนดไว้ในแผนงานหลัก ตามลำดับ

ตารางที่ 5 กรอบของการกำกับและประเมินผลระดับชาติ

ลำดับ ที่	จำนวน	ข้อมูลพื้นฐาน		เป้าหมายดำเนินการ			แหล่งข้อมูล	ประเภท ของตัวชี้วัด	
		พ.ศ.	ผลงาน	2560	2561	2562			2563
เป้าประสงค์ของแผนยุทธศาสตร์ ลดอัตราป่วยด้วยโรคในประชากร									
	อุบัติการณ์ของวัณโรค (ต่อแสนประชากร)	2557	171	150	131	115	100	88	รายงานวัณโรคประจำปี จัดทำโดยองค์การอนามัยโลก (Impact)
ยุทธศาสตร์ที่ 1 เร่งรัดค้นหาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคให้ครอบคลุมโดยการคัดกรองในกลุ่มเสี่ยงเป้าหมาย									
เป้าประสงค์ เพื่อเร่งรัดการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคให้ครอบคลุมร้อยละ 100 โดยให้กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองและได้รับการวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจที่รวดเร็ว โดยการคัดกรองด้วยภาพรังสีทรวงอกร่วมกับเทคโนโลยีชีววิทยา รวมทั้งการเข้าถึงการดูแลรักษาที่เป็นมาตรฐาน มีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อที่ดี									
	ร้อยละการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภท	2557	59	80	82.5	85	87.5	90	รายงานวัณโรคประจำปี จัดทำโดยองค์การอนามัยโลก (Outcome)
มาตรการที่ 1.1 เพิ่มการเข้าถึงการวินิจฉัยที่รวดเร็วโดยเฉพาะในเขตเทคโนโลยีชีววิทยา โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ เช่น ผู้สัมผัส ผู้สูงอายุ ผู้ต้องขัง ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี และแรงงานข้ามชาติ									
	ร้อยละของผู้สัมผัสร่วมบ้านได้รับการตรวจคัดกรอง	2557	NA	30	40	50	60	70	ระบบรายงานปกติของ ประเทศ (Web-based TBCM) หรือการสำรวจ
1.1.1	โดยภาพถ่ายรังสีทรวงอก								
	ร้อยละของห้องปฏิบัติการที่ได้รับการรับรองคุณภาพจาก (EOA)	2557	67	90	90	90	90	90	รายงานประจำปีของ กระทรวงสาธารณสุข (Output)
1.1.2	การประเมิน (เฉพาะการตรวจสอบ)								
	ร้อยละของปฏิบัติการที่ผ่านการประเมินคุณภาพจาก	2557	35	85	90	95	100	100	รายงานประจำปีของกรม ควบคุมโรค (Output)
1.1.3	ภายนอกด้านการตรวจความไวต่อยา (DST) (ผลการทดสอบความไวต่อยา Isoniazid และ Rifampicin สอดคล้องกับห้องปฏิบัติการอ้างอิงชั้นสูงตัววัณโรคแห่งชาติอย่างน้อยร้อยละ 95 ¹⁴)		(7/20)	(20/23)	(21/23)				

¹⁴ จะพิจารณาต่อไปโดยระดับนโยบายแห่งชาติ

ลำดับ ที่	จำนวน	ข้อมูลพื้นฐาน	เป้าหมายดำเนินการ					แหล่งข้อมูล	ประเภท ของตัวชี้วัด		
			พ.ศ.	ผลงาน	2560	2561	2562			2563	2564
มาตรการที่ 1.2 ค้นหาผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนาในชุมชนเป้าหมายสำคัญ คือ กลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีซึ่งอยู่ร่วมกับผู้ป่วยโควิด และ กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อให้ได้รับการรักษา											
วัณโรคระยะแฝง											
ร้อยละของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีซึ่งอยู่ร่วมกับผู้ป่วย											
วัณโรค ได้รับการรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง											
1.2.1		ตามแนวทางการรักษาวัณโรคในเด็กของประเทศไทย	2557	NA	50	60	70	80	90	ระบบรายงานปกติของ ประเภท (Web-based TBCM)	ผลผลิต (Output)
ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีข้อบ่งชี้ให้รักษาวัณโรค											
1.2.2		ร้อยละของวัณโรคระยะแฝงที่ได้รับการติดตามแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย ได้รับการรักษาวัณโรคระยะแฝง	2557	NA	10	20	30	40	50	ระบบรายงานปกติของ ประเภท (Web-based TBCM)	ผลผลิต (Output)
มาตรการที่ 1.3 ขยายความครอบคลุมการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนาในสถานพยาบาลและชุมชน											
ร้อยละของโรงพยาบาลเป้าหมายที่มีการบริหารจัดการ											
1.3.1		เพื่อควบคุมการติดเชื้อภายในโรงพยาบาลและบุคลากร มีการป้องกันส่วนบุคคล	2557	NA	90	90	90	90	90	การประเมินมาตรฐานโรงพยาบาล พยาบาลคุณภาพต้านวัณโรค	ผลผลิต (Output)
อัตราร้อยของอัตราผู้ป่วยวัณโรคในบุคลากรของ โรงพยาบาลเทียบกับในประชากรทั่วไป (เท่า)											
1.3.2			2557	1.2	-	-	1	1	1	การสำรวจ	ผลกระทบ (Impact)
มาตรการที่ 1.4 สนับสนุนหน่วยงานภาคเอกชนและภาคประชาสังคมให้มีส่วนร่วมรับผิดชอบในการวินิจฉัย การดูแลรักษา รวมถึงการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรค											
ร้อยละหน่วยงานที่ให้บริการรักษาพยาบาลในภาคเอกชน											
1.4.1		เป็นผู้รายงานไปยังสำนักงานวัณโรค	2557	NA	20	40	60	80	100	ระบบรายงานวัณโรค	ผลผลิต (Output)

ลำดับ ที่	จำนวน	ข้อมูลพื้นฐาน		เป้าหมายดำเนินการ					ประเภท ของตัวชี้วัด	
		พ.ศ.	ผลงาน	2560	2561	2562	2563	2564		
ยุทธศาสตร์ที่ 2 ลดการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรค										
เป้าประสงค์ เพื่อลดอัตราการตายของผู้ป่วยวัณโรคลงร้อยละ 50 ภายใน พ.ศ. 2564 เมื่อเทียบกับ พ.ศ. 2557										
	อัตราส่วนการป่วยตายของผู้ป่วยวัณโรค	2557	10	9	8	7	6	5	รายงานวัณโรคประจำปีที่ดี ทำโดยองค์การอนามัยโลก และระบบรายงานปกติของ ประเทศ	ผลกระทบ (Impact)
มาตรการที่ 2.1 ส่งเสริมผู้ป่วยวัณโรคทุกราย ที่ผู้ใหญ่และเด็ก ให้ได้รับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ครบถ้วนด้วยสูตรยามาตรฐานและยาที่มีคุณภาพ										
	อัตราผลสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และ 2.1.1 กลับเป็นซ้ำทุกประเภท ที่ได้รับการรักษาด้วยสูตรยาแนว ที่หนึ่ง ¹⁵	2556	81	85	86	87	88	90	ระบบรายงานปกติของ ประเทศ (Web-based TBCM)	ผลลัพธ์ (Outcome)
	2.1.2 ร้อยละของผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวม (รวมถึงการทำ DOT) โดยมีผู้จัดการผู้ป่วยรายบุคคล	2558	NA	50	60	70	80	90	การวิจัยประเมินผล	ผลผลิต (Output)
มาตรการที่ 2.2 เร่งรัดการดำเนินงานผสมผสานวัณโรคและโรคเอดส์ ทั้งด้านการวางแผนงานร่วมกัน การเร่งรัดค้นหา การเฝ้าระวังป้องกันวัณโรค การเฝ้าระวังป้องกันโรคติดต่ออื่นๆ โอกาส และการให้ยาต้านไวรัสในผู้ป่วยวัณโรคทุกรายที่ติดเชื้อเอชไอวี ร่วมด้วย										
	ร้อยละของผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลตรวจเอชไอวีบันทึกไว้ใน 2.2.1 ฐานข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค	2557	71	75	80	85	90	95	ระบบรายงานปกติของ ประเทศ (Web-based TBCM)	ผลผลิต (Output)
	ร้อยละของผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับ 2.2.2 Co-trimoxazole preventive treatment (CPT)	2557	64	75	80	85	90	90	ระบบรายงานปกติของ ประเทศ (Web-based TBCM)	ผลผลิต (Output)

¹⁵ เพื่อให้สามารถวัดประสิทธิภาพในการทำงานตามแต่ละกลวิธีเป็นการเฉพาะ ควรจะแบ่งกลุ่มเป้าหมายเป็นหมวดหมู่ อย่างน้อยดังต่อไปนี้: นักโทษ ผู้อพยพเด็กผู้ป่วยผู้สูงอายุ ผู้ป่วยวัณโรค ผู้ป่วยวัณโรคที่สัมพันธ์กับเอชไอวี กลุ่มที่รายงานโดยผู้ให้บริการภาคเอกชน กลุ่มที่ส่งต่อไปยังองค์กรชุมชนเพื่อการติดตามการรักษา (NGOs / CBOs)

ลำดับ ที่	จำนวน	ข้อมูลพื้นฐาน		เป้าหมายดำเนินการ					แหล่งข้อมูล	ประเภท ของตัวชี้วัด
		พ.ศ.	ผลงาน	2560	2561	2562	2563	2564		
2.2.3	ร้อยละของผู้ป่วยโรคที่ติดเชื้อเอชไอวีได้รับยาต้านไวรัส (ART)	2557	69	75	80	85	90	90	ระบบรายงานปกติของ ประเภท (Web-based TBCM)	ผลผลิต (Output)
มาตรการที่ 2.3 ปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการวินิจฉัยโรคต่อยาให้ครอบคลุมทั้งประเทศ										
2.3.1	ร้อยละของผู้ป่วยโรคยืนยัน (Bacteriologically confirmed) ที่มีประวัติการรักษามาก่อน มีผลทดสอบ ความไวของเชื้อต่อยารักษาวัณโรค (DST) โดยวิธีตรวจ อนุชีววิทยาหรือวิธีเดิม (Conventional phenotypic method)	2557	38	50	60	70	80	90	ระบบรายงานปกติของ ประเภท (Web-based TBCM)	ผลผลิต (Output)
2.3.2	ร้อยละของผู้ป่วยโรครายใหม่ยืนยัน (Bacteriologi- cally confirmed) ที่มีผลทดสอบความไวของเชื้อต่อยา รักษาวัณโรค (DST) โดยวิธีตรวจอนุชีววิทยาหรือวิธีเดิม (Conventional phenotypic method)	2557	24	30	40	50	60	70	ระบบรายงานปกติของ ประเภท (Web-based TBCM) หรือการสำรวจ	ผลผลิต (Output)
2.3.3	ร้อยละการค้นพบผู้ป่วยวัณโรคต่อยาหลายขนาน	2557	23 (506/ 2,200)	50	60	70	80	90	ระบบรายงานปกติของ ประเภท (Web-based TBCM)	ผลผลิต (Output)
2.3.4	ร้อยละของผู้ป่วยวัณโรคต่อยาหลายขนานที่เริ่มรับการ รักษา	2557	71 (303/ 428)	95	95	95	95	95	ระบบรายงานปกติของ ประเภท (Web-based TBCM)	ผลผลิต (Output)
2.3.5	ร้อยละความครอบคลุมการได้รับยาใหม่ในผู้ป่วยวัณโรค ต่อยาหลายขนานที่มีข้อบ่งชี้	2557	NA	90	90	90	90	90	รายงานการประชุมผู้ เชี่ยวชาญการดูแลรักษา วัณโรคต่อยาในระดับประเทศ	ผลผลิต (Output)

ลำดับ ที่	จำนวน	ข้อมูลพื้นฐาน		เป้าหมายดำเนินการ				ประเภท ของตัวชี้วัด
		พ.ศ.	ผลงาน	2560	2561	2562	2563	

ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อการป้องกัน ดูแลรักษาและควบคุมไวรัสโรค

เป้าประสงค์ เพื่อสร้างความเข้มแข็งในความรู้ ความเข้าใจ และศักยภาพการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์ของการป้องกัน ดูแลรักษาและควบคุมไวรัสโรค

มาตรการที่ 3.1 พัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยไวรัสโรครายบุคคลบนระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ต ที่สามารถเชื่อมโยงการใช้ประโยชน์ ทั้งสำหรับหน่วยงานให้บริการ หน่วยงานสนับสนุนงบประมาณ หน่วยงานติดตามประเมินผล และหน่วยงานระดับนโยบายได้อย่างเป็นเอกภาพ

ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ส่ง	2557	90	90	95	95	100	100	ระบบรายงานปกติของ ประเทศ (Web-based TBCM)	ผลผลิต (Output)
3.1.1 รายงานไวรัสโรค (โดยไม่รวมสถานบริการเฉพาะทาง)									
ร้อยละของโรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่	2557	21	40	50	60	70	80	ระบบรายงานปกติของ ประเทศ (Web-based TBCM)	ผลผลิต (Output)
3.1.2 ส่งรายงานไวรัสโรค (โดยไม่รวมสถานบริการเฉพาะทาง)		(138/652)							
มีการประเมินระบบกำกับและประเมินผล รวมทั้งการ ประเมินระบบเฝ้าระวัง โดยใช้ Checklist ขององค์กร อนามัยโลก	2556	มี	มี	มี	มี	มี	มี	การสำรวจและประเมิน ตนเอง โดยการสนับสนุน ทางวิชาการจากองค์กร อนามัยโลก	กระบวนการ การ (Process)
3.1.3									

มาตรการที่ 3.2 เพิ่มคุณภาพการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านไวรัสโรคให้มีศักยภาพและแรงจูงใจในการดำเนินงานไวรัสโรค

มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติเพื่อการพัฒนา	2558	NA	ไม่มี	มี	มี	มี	มี	ระบบฐานข้อมูลบุคลากรงาน ไวรัสโรค	กระบวนการ การ (Process)
3.2.1 ทรัพยากรมนุษย์ที่ระดับต่างๆ สำหรับการค้า ป้องกัน ดูแลรักษา และควบคุมไวรัสโรค									
3.2.2 จำนวนบุคลากรที่ได้รับการอบรมหลักสูตรมาตรฐาน งานไวรัสโรค	2558	NA	800	800	800	800	800	รายงานการอบรมพัฒนา บุคลากรไวรัสโรค	ผลผลิต (Output)

ลำดับ ที่	จำนวน	ข้อมูลพื้นฐาน		เป้าหมายดำเนินการ				แหล่งข้อมูล	ประเภท ของตัวชี้วัด		
		พ.ศ.	ผลงาน	2560	2561	2562	2563			2564	
ยุทธศาสตร์ที่ 4 สร้างกลไกการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์อย่างยั่งยืน											
เป้าประสงค์ เพื่อสร้างความยั่งยืนของการสนับสนุนเชิงนโยบายอย่างจริงจัง (Political commitment) ด้วยการระดมทรัพยากรในการดำเนินงาน ป้องกัน ดูแลรักษา และ ควบคุมไวรัส											
มาตรการที่ 4.1 มีคณะกรรมการป้องกันและควบคุมไวรัสแห่งชาติ เพื่อระดมศักยภาพของหน่วยงาน องค์กร ทุกภาคส่วนในการป้องกัน ดูแลรักษา และควบคุมไวรัส											
4.1.1	และควบคุมไวรัสแห่งชาติ	จำนวนรายงานการประชุมคณะกรรมการป้องกัน	2558	NA	2	2	2	2	รายงานการประชุม คณะกรรมการฯ โดยเลขานุการ (กรมควบคุมโรค) (Process)	กระบวนการ การ	
มาตรการที่ 4.2 ร่วมกับแผนงานโรคเอดส์ และมาลาเรีย สร้างกองทุนพิเศษเพื่อดำเนินงานโรคเอดส์ วัณโรค และมาลาเรีย ต่อเนื่องหลังจากการสนับสนุนของกองทุนโลกสิ้นสุดลง รวมทั้งพัฒนาระบบสนับสนุนเบี้ยยังชีพแก่ผู้ป่วยไวรัสที่หายจากแหล่งทุนต่างๆ ของภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม											
4.2.1	มีกองทุนพิเศษเพื่อดำเนินงานโรคเอดส์ วัณโรค และ มาลาเรีย หลังจากการสนับสนุนของกองทุนโลกสิ้นสุดลง (การดำเนินงานร่วมกันของสามแผนงานโรค)	จำนวนพิเศษเพื่อดำเนินงานโรคเอดส์ วัณโรค และ มาลาเรีย หลังจากการสนับสนุนของกองทุนโลกสิ้นสุดลง	2558	ไม่มี	ไม่มี	มี	มี	มี	รายงานความก้าวหน้าการ ดำเนินงานโดยสำนักบริหาร โครงการกองทุนโลก (Process)	กระบวนการ การ	
4.2.2	มีระบบสนับสนุนเบี้ยยังชีพแก่ผู้ป่วยไวรัสที่หายจาก แหล่งทุนต่างๆ ของภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชา สังคม	จำนวนผู้ป่วยไวรัสที่หายจากแหล่งทุนต่างๆ ของภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชา สังคม	2558	ไม่มี	มี	มี	มี	มี	กระทรวงพัฒนาสังคมและ ความมั่นคงของมนุษย์ (Process)	กระบวนการ	
4.2.3	จำนวนผู้ป่วยไวรัสที่หายจากแหล่งทุนต่างๆ ของภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชา สังคม	จำนวนผู้ป่วยไวรัสที่หายจากแหล่งทุนต่างๆ ของภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชา สังคม	2558	NA	40	50	75	100	125	รายงานความก้าวหน้าการ ดำเนินงานสังคมสงเคราะห์ สำนักวิจัยโรค	ผลิต (Output)
4.2.4	ร้อยละของครัวเรือนผู้ป่วยไวรัสที่หายจากแหล่งทุนต่างๆ ของภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชา สังคม	ร้อยละของครัวเรือนผู้ป่วยไวรัสที่หายจากแหล่งทุนต่างๆ ของภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชา สังคม	2558	NA	-	0	-	0	การศึกษารายดำเนินการในปี 2562 และ 2564	ผลิต (Output)	
มาตรการที่ 4.3 ส่งเสริมการใช้กฎหมาย พระราชบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานไวรัสอย่างเหมาะสม											
4.3.1	จำนวนจังหวัดที่มีการใช้ประโยชน์จากกฎหมาย พระราช บัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 เพื่อการดำเนินงานไวรัส	จำนวนจังหวัดที่มีการใช้ประโยชน์จากกฎหมาย พระราช บัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 เพื่อการดำเนินงานไวรัส	2558	NA	5	10	15	20	25	การสำรวจ (Output)	ผลิต (Output)

ลำดับ ที่	จำนวน	ข้อมูลพื้นฐาน		เป้าหมายดำเนินการ			ประเภท ของตัวชี้วัด			
		พ.ศ.	ผลงาน	2560	2561	2562		2563	2564	แหล่งข้อมูล
ยุทธศาสตร์ที่ 5 ส่งเสริมการวิจัยและพัฒนานวัตกรรมการป้องกัน ดูแลสุขภาพ และควบคุมโรค										
เป้าประสงค์ เพื่อเร่งรัดการศึกษาวิจัยที่สามารถชี้แนะแนวทางเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานโรค รวมทั้งส่งเสริมนวัตกรรมสำหรับการพัฒนาให้สอดคล้องกับสถานการณ์ของพื้นที่										
มาตรการที่ 5.1 พัฒนาแผนวิจัยวัณโรคระดับชาติ (National Tuberculosis Research Roadmap) โดยการมีส่วนร่วมของหน่วยงานผู้ให้ทุน หน่วยงานวิจัย และหน่วยงานสนับสนุนการวิจัย										
5.1.1	แผนวิจัยวัณโรคระดับชาติ (National Tuberculosis Research Roadmap) โดยการมีส่วนร่วมของหน่วยงานผู้ให้ทุน หน่วยงานวิจัย และหน่วยงานสนับสนุนการวิจัย	2558	ไม่มี	มี	มี	มี	มี	กรมควบคุมโรค (Output)	ผลผลิต	
มาตรการที่ 5.2 ส่งเสริมการสร้างนวัตกรรมการดำเนินงานวัณโรคอย่างเป็นระบบ										
5.2.1	ร้อยละของงบประมาณด้านการศึกษาวิจัยต่องบประมาณด้านวัณโรคของประเทศ	2557	3 (604,908/ 19,694,609)	4	4	6	8	10	รายงานวัณโรคประจำปีจัดทำโดยองค์การอนามัยโลก (Inputs)	ปัจจัยนำเข้า
5.2.2	จำนวนนวัตกรรมงานวัณโรคที่ทั้งด้านเทคโนโลยีและการจัดการ	2558	NA	2	4	6	8	10	การสำรวจ	ผลผลิต (Output)

การตรวจสอบข้อมูลและการประกันคุณภาพของข้อมูล

การตรวจสอบข้อมูลและการประกันคุณภาพของข้อมูล สามารถดำเนินการผ่านกระบวนการต่างๆ ดังนี้:

1. การประเมินคุณภาพข้อมูลเป็นประจำ (Routine Data Quality Assessment หรือ RDQA) ใช้เพื่อวัดคุณภาพของข้อมูลการกำกับติดตามและประเมินผล และการนิเทศกำกับดูแลโดยแผนงานวัณโรคแห่งชาติและหุ้นส่วนเป็นระยะๆ ผู้นิเทศงานวัณโรคนำเครื่องมือประเมินคุณภาพข้อมูลไปใช้ ดังนั้น บุคลากรที่ทำหน้าที่กำกับติดตามและประเมินผลควรได้รับการฝึกอบรมในการดำเนินการประเมินคุณภาพข้อมูลซึ่งเป็นการเสริมสร้างความเข้มแข็งของการจัดการข้อมูล และการรายงานเพื่อผลิตข้อมูลที่มีคุณภาพ
2. การติดตามตรวจสอบผลการดำเนินการในระดับกลาง (จังหวัด) และในระดับสำนักวัณโรคโดยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ถูกป้อนเข้าไปในระบบ ทั้งนี้ เพื่อความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูล
3. ดำเนินการตามกระบวนการตรวจสอบข้อมูลในพื้นที่จังหวัดที่สุ่มเลือกเพื่อประเมินคุณภาพของข้อมูล และระบบรายงานในระดับต่างๆ อย่างต่อเนื่อง

การนิเทศงาน

การนิเทศงานวัณโรคเป็นส่วนหนึ่งของการสนับสนุนทางวิชาการและแก้ไขปัญหาในพื้นที่เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการควบคุมวัณโรค และเป็นกิจกรรมที่มีลำดับความสำคัญสูงในหมู่กิจกรรมหลักที่จะดำเนินการในช่วงระยะเวลาของแผนกำกับติดตามและประเมินผล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแก้ไขปัญหาการดำเนินงานของแผนงานวัณโรคแห่งชาติ ตรวจสอบวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ประเมินคุณภาพของข้อมูล สร้างสมรรถนะและให้ข้อเสนอแนะแก่หน่วยงานระดับรองลงไป การนิเทศเพื่อกำกับดูแลจะต้องดำเนินการดังต่อไปนี้

- จากสำนักวัณโรค ไปยังแต่ละเขต และจังหวัดที่เลือก เป็นประจำทุกปี
- จากเขต ไปยังจังหวัด เป็นรายไตรมาส
- จากจังหวัด ไปยังอำเภอและสถานบริการสาธารณสุขที่เลือก เป็นประจำทุกไตรมาส
- จากอำเภอ ไปยังสถานบริการสาธารณสุข และชุมชน เป็นประจำทุกไตรมาส

การพัฒนาศักยภาพแผนงานวัณโรค

การเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับแผนงานวัณโรคแห่งชาติ (National TB Programme) เพื่อให้สามารถดำเนินการได้ตามความคาดหวังได้ในอนาคตอันใกล้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการออกแบบและติดตั้งระบบเฝ้าระวังที่เป็น web-based การวิเคราะห์ข้อมูลที่เพิ่มขึ้นนอกเหนือจากรายงาน การพัฒนานโยบาย ฯลฯ ซึ่งต้องพิจารณาความต้องการของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานวัณโรคเป็นสำคัญ

บุคลากรวัณโรคทุกระดับ ทั้งที่ปฏิบัติและไม่ได้ปฏิบัติงานวัณโรคโดยเฉพาะ ต้องได้รับการฝึกอบรมระหว่างดำเนินการสำหรับการดำเนินการกิจกรรมตามปกติ หรือสำหรับกิจกรรมใหม่ตามแผนยุทธศาสตร์

นอกจากนี้บุคลากรวัณโรคต้องได้รับการส่งเสริมและสนับสนุนให้เข้าร่วมศึกษาดูงาน ประชุม และฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการทั้งในและต่างประเทศอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง

