

## รายงาน

การประเมินยุทธศาสตร์การสร้างความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่าย ระดับประเทศ และ  
ระดับนานาชาติเพื่อขับเคลื่อนงานกำจัดโรคไข้มาลาเรีย (ยุทธศาสตร์ที่ 3) ภายใต้  
ยุทธศาสตร์การกำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย พ.ศ. 2560-2569

ดร.จอมขวัญ	โยธาสุมุทร
วิไลลักษณ์	แสงศรี
วิลาวรรณ	ล้วนคงสมจิตร
ดร.ภญ.ศรีเพ็ญ	ต้นติเวสส

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ ชั้น 6 อาคาร 6 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข  
ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

## คำนำ

ประเทศไทยได้จัดทำยุทธศาสตร์การกำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย พ.ศ. 2560-2569 และแผนปฏิบัติการกำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย พ.ศ. 2560-2564 โดยมีเป้าหมายในระยะยาว คือ การกำจัดโรคไข้มาลาเรียให้หมดไปจากประเทศไทยภายในปี พ.ศ. 2567 การกำจัดโรคไข้มาลาเรียจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติ โดยเฉพาะความร่วมมือของประเทศเพื่อนบ้านที่มีอุบัติการณ์และความชุกของโรคไข้มาลาเรียสูง และความร่วมมือของหน่วยงานต่างๆ ภายในประเทศเพื่อให้เกิดการดำเนินงานกำจัดโรคไข้มาลาเรียอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ยุทธศาสตร์ที่ 3 ของยุทธศาสตร์กำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย พ.ศ. 2560 – 2569 ว่าด้วยการสร้างความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายระดับประเทศและระดับนานาชาติ เพื่อขับเคลื่อนงานกำจัดโรคไข้มาลาเรีย เป็นยุทธศาสตร์ที่ยังไม่มีการติดตามข้อมูลเพื่อตอบตัวชี้วัด โดยเฉพาะในเรื่องความยั่งยืนของการดำเนินงานหากไม่ได้รับทุนสนับสนุนจากองค์กรระหว่างประเทศ ในครั้งนี้โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) จึงได้ทำการประเมินการดำเนินงานในยุทธศาสตร์ที่ 3 เพื่อประเมินการสร้างความร่วมมือระหว่างภาคีฯ และรวมถึงการประเมินนโยบายของภาคีในระดับประเทศในการดำเนินงานควบคุมโรคไข้มาลาเรียอย่างต่อเนื่องหลังจากปี พ.ศ. 2567 หรือหลังจากที่ประเทศไทยประกาศสถานะปราศจากการแพร่ระบาดของโรคไข้มาลาเรีย

คณะวิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่ารายงานฉบับนี้จะให้ข้อมูลและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาการดำเนินงานในการสร้างความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายเพื่อกำจัดโรคไข้มาลาเรียให้หมดไป

คณะวิจัย

31 สิงหาคม 2563

## กิตติกรรมประกาศ

คณะวิจัยขอขอบคุณมูลนิธิเพื่อการพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ที่ให้ทุนสำหรับการการ ประเมินผลยุทธศาสตร์การสร้างความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่าย ระดับประเทศ และระดับนานาชาติเพื่อ ขับเคลื่อนงานกำจัดโรคไข้มาลาเรีย (ยุทธศาสตร์ที่ 3) ภายใต้ยุทธศาสตร์การกำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย พ.ศ. 2560-2569

คณะวิจัยขอขอบคุณบุคลากรจากกองโรคติดต่ออันตรายโดยแมลง สำนักความร่วมมือระหว่างประเทศ และ สำนักงานบริหารโครงการกองทุนโลก กรมควบคุมโรค คณะกรรมการกลไกความร่วมมือในประเทศสำหรับ โครงการที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลก เพื่อต่อสู้เอดส์ วัณโรค และมาลาเรีย (CCM) สำนักงานป้องกัน ควบคุมโรค ศูนย์ควบคุมโรคติดต่ออันตรายโดยแมลง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรบริหารส่วนตำบล อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หน่วยควบคุมโรคติดต่ออันตรายโดยแมลง และคลินิกมาลาเรียชุมชน ที่สละเวลาให้ข้อมูล และความเห็นต่างๆ ในการวิจัย

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุน สนับสนุนการวิจัยภายใต้ทุนเมธีวิจัยอาวุโส สกว. เพื่อพัฒนาศักยภาพการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (RTA5980011) อย่างไรก็ตามข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่ปรากฏในรายงานเป็นความรับผิดชอบของ คณะวิจัย หน่วยงานที่สนับสนุนงบประมาณและทุนวิจัยอาจไม่เห็นด้วยกับเนื้อหาบางส่วนหรือทั้งหมดที่ปรากฏ ในรายงานนี้

## บทสรุปผู้บริหาร

### 1. หลักการและเหตุผล

ประเทศไทยได้จัดทำยุทธศาสตร์การกำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย พ.ศ. 2560-2569 และแผนปฏิบัติการกำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย พ.ศ. 2560-2564 โดยมีเป้าหมายในระยะยาว คือ การกำจัดโรคไข้มาลาเรียให้หมดไปจากประเทศไทยภายในปี พ.ศ. 2567 การกำจัดโรคไข้มาลาเรียจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติ โดยเฉพาะความร่วมมือของประเทศเพื่อนบ้านที่มีอุบัติการณ์และความชุกของโรคไข้มาลาเรียสูง และความร่วมมือของหน่วยงานต่างๆ ภายในประเทศเพื่อให้เกิดการดำเนินงานกำจัดโรคไข้มาลาเรียอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ยุทธศาสตร์ที่ 3 ของยุทธศาสตร์กำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย พ.ศ. 2560 – 2569 เรื่องการสร้างความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายระดับประเทศและระดับนานาชาติ เพื่อขับเคลื่อนงานกำจัดโรคไข้มาลาเรีย เป็นยุทธศาสตร์ที่ต้องการการติดตามข้อมูลเพื่อตอบตัวชี้วัด นอกจากนี้หน่วยงานผู้รับผิดชอบยุทธศาสตร์มีโจทย์การประเมินเพิ่มในเรื่องความยั่งยืนของการดำเนินงานหากไม่ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรระหว่างประเทศที่ให้ทุนสนับสนุนมาตรการและการดำเนินงานเพื่อกำจัดโรคไข้มาลาเรีย เช่น กองทุนโลก เป็นต้น ในการนี้โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) จึงได้ประเมินการดำเนินงานในยุทธศาสตร์ที่ 3 เพื่อประเมินการสร้างความร่วมมือระหว่างภาคีฯ และรวมถึงการประเมินนโยบายของภาคีในระดับประเทศในการดำเนินงานควบคุมโรคไข้มาลาเรียอย่างต่อเนื่องหลังจากปี พ.ศ. 2567 หรือหลังจากที่ประเทศไทยประกาศสถานะปราศจากการแพร่ระบาดของโรคไข้มาลาเรีย

### 2. วัตถุประสงค์ และวิธีการศึกษา

การประเมินนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ที่ 3 ซึ่งกำหนดเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์คือ ภาคีเครือข่ายร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงานกำจัดโรคไข้มาลาเรียอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน มีวัตถุประสงค์เฉพาะเพื่อ

- (1) ประเมินการดำเนินงานในเรื่องการสร้างความร่วมมือตามยุทธศาสตร์ที่ 3 ทั้งในระดับประเทศ และพื้นที่
- (2) ศึกษาปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงาน และปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ที่ 3 ทั้งในระดับประเทศ และพื้นที่
- (3) ประเมินการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ที่ 3 ในฐานะเป็นยุทธศาสตร์ที่จะสนับสนุนการดำเนินงานของยุทธศาสตร์อื่นๆ และเป้าหมายหลักของยุทธศาสตร์การกำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย
- (4) ประเมินนโยบายของภาคีในระดับประเทศในการดำเนินงานควบคุมโรคไข้มาลาเรียอย่างต่อเนื่องหลังจากปี พ.ศ. 2567 หรือหลังจากที่ประเทศไทยประกาศสถานะปราศจากการแพร่ระบาดของโรคไข้มาลาเรีย

การประเมินนี้ใช้วิธีวิจัยทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณในการเก็บข้อมูล ได้แก่ การทบทวนเอกสาร การสัมภาษณ์เชิงลึก<sup>1</sup> และการสำรวจ<sup>2</sup>การจัดสรรทรัพยากรเพื่อดำเนินงานกำจัดโรคไข้มาลาเรีย ได้แก่ งบประมาณ กำลังคน และการนำความรู้ และคู่มือที่พัฒนาโดยกรมควบคุมโรคไปใช้โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยใช้แบบสอบถามปรนัย

### 3. ข้อค้นพบ

#### 3.1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การดำเนินงานและบทบาทของหน่วยงานต่าง ๆ

3.1.1 ฝ่ายเลขานุการ ยุทธศาสตร์ ฯ กำหนด หน่วยงานเป้าหมายหลักที่ต้องการสร้างความร่วมมือเพื่อนำนโยบายเกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรียไปปฏิบัติในพื้นที่ตามแผนปฏิบัติการ 2560-2564 คือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) โดยให้เหตุผลในเรื่องการจัดสรรงบประมาณมาดำเนินงานในพื้นที่เพื่อรองรับสถานการณ์เมื่อประเทศไทยไม่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลก จากการสำรวจข้อมูลการใช้ทรัพยากรเพื่อดำเนินงานกำจัดโรคไข้มาลาเรียโดย อปท. จำนวน 65 แห่งพบว่ารูปแบบการดำเนินงานฯ ที่ อปท. ใช้เป็นหลัก คือ การส่งบุคลากรในหน่วยงานเข้าร่วมประชุมเพื่อพัฒนาศักยภาพในการดำเนินงานกำจัดโรคไข้มาลาเรีย การพันสารเคมีชนิดฟุ้งกระจาย การรณรงค์และส่งเสริมการใช้มุ้งชุบสารเคมี ชนิด LLIN/ITN และการกาง帷ซิทเพื่อทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงพาหะนำโรคมมาลาเรีย โดย ทำต่อเนื่องตั้งแต่ ปีงบประมาณ 2559-2564 ทั้งนี้ แหล่งงบประมาณที่ อปท. จัดสรรเพื่อดำเนินงานดังกล่าว คือ งบกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล งบเทศบาลัญญัติหรือข้อบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปีของ อปท. และงบประมาณประเภทเงินสำรองจ่ายหรืองบกลาง

3.1.2 บทบาทของหน่วยงานภาคประชาสังคม หรือ CSO เป็นบทบาทที่ยังมีความเห็นที่แตกต่างกัน กล่าวคือในกลุ่มผู้กำหนดนโยบายส่วนกลางระบುವ่ายังมองไม่เห็นบทบาทที่ชัดเจนของการดำเนินงานร่วมกัน ในขณะที่หน่วยงานในพื้นที่รวมถึงผู้แทนจาก CSO ก็มีความชัดเจนในระดับหนึ่งในเรื่องบทบาทซึ่งอาจมีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ โดย บทบาทที่มีการกล่าวถึงคือการประสานงานระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ในพื้นที่ การสื่อสารและการกระจายมาตรการให้กับประชาชนโดยเฉพาะกลุ่มแรงงานต่างด้าว หรือชนกลุ่มน้อยที่มีภาษาเฉพาะถิ่น หรือมีข้อจำกัดที่เจ้าหน้าที่ภาครัฐจะเข้าถึง เป็นต้น

<sup>1</sup> การสัมภาษณ์เชิงลึกดำเนินการตั้งแต่เดือนมิถุนายน ถึงเดือนสิงหาคม 2563 ผู้ให้ข้อมูลได้แก่ ผู้บริหารและ/หรือบุคลากรจากหน่วยงานให้ทุนสนับสนุนการดำเนินงานกำจัดโรคไข้มาลาเรีย หน่วยงานที่รับผิดชอบการดำเนินงานกำจัดโรคไข้มาลาเรียทั้งในส่วนกลางและภูมิภาค รวมทั้งนักวิชาการและผู้เชี่ยวชาญ รวมผู้ให้สัมภาษณ์ 29 คน

<sup>2</sup> การเก็บข้อมูลโดยแบบสอบถามปรนัยและอัตนัยใช้เก็บข้อมูลเกี่ยวกับการจัดสรรทรัพยากรเพื่อดำเนินงานกำจัดโรคไข้มาลาเรีย โดยขอความร่วมมือจากองค์กรบริหารส่วนตำบล (อบต.) และเทศบาลตำบล จำนวน 65 แห่ง รวมทั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 127 แห่ง เป็นผู้ตอบโดยมีเกณฑ์การคัดเลือกพื้นที่เป้าหมาย คือเป็นตำบลที่มีการรายงานจำนวนผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียตั้งแต่ 10 รายขึ้นไป ในระหว่างเดือนสิงหาคม 2562 และกันยายน 2563

3.1.3 ระบบการดำเนินงานของคณะกรรมการในระดับจังหวัด อำเภอ และตำบลที่มีส่วนเกี่ยวข้อง และอาจเป็นผู้เล่นและ platform ที่สำคัญในการขับเคลื่อนงานมาลาเรียในระดับพื้นที่ ได้แก่ คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) และคณะกรรมการบริหาร กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

3.1.4 หน่วยงานภาคีอื่น ๆ และผู้เกี่ยวข้อง สามารถแบ่งตามระดับหน่วยงานได้ดังนี้ หน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานกระทรวงอื่น ๆ หน่วยปฏิบัติในพื้นที่ คณะกรรมการในระดับพื้นที่ หน่วยงานวิชาการ แหล่งทุน และหน่วยงานดูแลความร่วมมือระหว่างประเทศ ชายแดน เมื่อพิจารณาบทบาทหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง พบว่าการประสานนโยบาย ความร่วมมือ และการกำกับติดตามและประเมินผลยังมีช่องว่างในการดำเนินงานที่สามารถดำเนินงานเพิ่ม ในแผนปฏิบัติการระยะต่อไปได้

### 3.2. การดำเนินงานของยุทธศาสตร์ที่ 3 ตามแผนปฏิบัติการ พ.ศ. 2560-2564

3.2.1 ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ตัวชี้วัดของยุทธศาสตร์ที่ 3 มีเพียงตัวเดียวอยู่ในกลุ่มตัวชี้วัด ผลผลิต (output) ไม่มีตัวชี้วัดกระบวนการ นอกจากนั้นผู้วิจัยไม่พบการอธิบายตัวชี้วัด “ร้อยละขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในพื้นที่ที่มีการแพร่เชื้อ (A) มีการจัดการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย” ในรายละเอียด ตัวชี้วัดนี้มีเป้าหมายเพื่อให้ อปท. สนับสนุนการจัดทำโครงการพร้อมจัดสรรงบประมาณเพื่อดำเนินการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย (ไม่ได้จำกัดลักษณะกิจกรรม) ที่ผ่านมา ไม่มีการรายงานความก้าวหน้าตัวชี้วัดร้อยละของ อปท. ในพื้นที่ที่มีการแพร่เชื้อ (A) มีการจัดการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย เนื่องจากยังอยู่ในระหว่างการเก็บข้อมูลของ กองโรคติดต่อฯ โดยแมลง

3.2.2 กระบวนการและกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการฯ

- ในระดับประเทศ มีการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ พ.ศ. 2560-2564 มีการตั้ง คณะกรรมการอำนวยการกำจัดมาลาเรียแห่งชาติและคณะกรรมการบริหารกำจัด มาลาเรีย และมีการประชุมอนุกรรมการยุทธศาสตร์ที่ 3 ปีละ 1 ครั้ง กิจกรรมส่วนใหญ่อยู่ใน หมวดมาตรการที่ 2 ได้แก่ 1) การจัดทำแนวทางการทำงานเพื่อกำจัดโรคไข้ มาลาเรียสำหรับ อปท. และเครือข่ายสุขภาพ การจัดอบรมตาม “แนวทางการทำงานเพื่อกำจัดโรคไข้มาลาเรียสำหรับ อปท. และเครือข่ายสุขภาพ” และ 2) การประสานงาน และดำเนินงานร่วมกับทหารและตำรวจตระเวนชายแดน (ตชด.)
- ในส่วนภูมิภาค (พื้นที่ตั้งแต่ เขต จังหวัด ตำบล หมู่บ้าน) มีการจัดอบรมมาตรการ 1-3-7 ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ นอกจากนั้นมีการดำเนินงานของ กองโรคติดต่อฯ โดยแมลงในฐานะเลขานุการ ยุทธศาสตร์ ฯ ที่อยู่นอกเหนือจากที่กำหนดใน แผนปฏิบัติการ ได้แก่ การประสานกรมแพทย์ทหารบก (เบื้องต้นดำเนินกิจกรรมร่วมกับ

กองทัพภาค 2-4 พื้นที่ตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ และใต้) จัดทำแผนนโยบาย  
ยกระดับจากการควบคุมเป็นการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย

3.2.3 การสื่อสารนโยบาย โดยกองโรคติดต่อ นำโดยแมลง สื่อสารผ่านการจัดอบรมในพื้นที่ รวมถึง  
การมอบนโยบายผ่าน สคร. ทั้งนี้เนื้อหาการสื่อสารนโยบายมีสองส่วน ได้แก่ การสื่อสาร  
เป้าหมายและการดำเนินงานของยุทธศาสตร์ ฯ ให้กับภาคีเครือข่าย และการสื่อสารเป้าหมาย  
และแนวทางของนโยบายการถ่ายโอนภารกิจที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานกำจัดโรคไข้  
มาลาเรียให้แก่กลุ่มเป้าหมาย ทั้งหน่วยงานฝ่ายสาธารณสุขในพื้นที่ ได้แก่ สคร. ศตม.  
สสจ. สสอ. นคม. และ รพ.สต. และ อปท. ผู้ประเมินพบว่าหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่  
ทราบเป้าหมายร่วมกันเรื่องการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย ในส่วนของนโยบายการถ่ายโอนภารกิจ  
เพื่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้มาลาเรียที่ยั่งยืนนั้น ซึ่งเป็นแนวคิดการถ่ายโอน  
การดำเนินงานกำจัดโรคไข้มาลาเรียบางส่วนให้กับหน่วยบริการในระบบสาธารณสุข (ยัง  
ไม่ระบุหน้าที่อย่างชัดเจน) และการจัดสรรงบประมาณให้แก่ อปท. เป็นผู้รับผิดชอบ  
หน่วยงานฝ่ายสาธารณสุข เช่น สสอ. รพ.สต. รับทราบเรื่องแนวคิดการถ่ายโอนภารกิจ แต่ไม่  
ทราบในรายละเอียดรวมถึงรูปแบบของการถ่ายโอนดังกล่าว ในขณะที่ อปท. ไม่ทราบเรื่อง  
การถ่ายโอนภารกิจ แต่ทราบว่าฝ่ายสาธารณสุขต้องการให้ อปท. สนับสนุนงบประมาณ  
อปท. เกือบทุกแห่งระบุว่ามิมีนโยบายให้การสนับสนุนการดำเนินงานของฝ่ายสาธารณสุข หาก  
มีการทำโครงการมาของงบประมาณ โดยทั้งหมดเป็นงบประมาณจากกองทุนหลักประกัน  
สุขภาพท้องถิ่น

### 3.3. โครงสร้างเพื่อสนับสนุนการนำนโยบายไปปฏิบัติ

- ระดับการบริหารยุทธศาสตร์ โครงสร้างของคณะกรรมการอำนวยการกำจัดมาลาเรียแห่งชาติ  
คณะอนุกรรมการตามยุทธศาสตร์การกำจัดโรคไข้มาลาเรีย และเลขานุการ มีความเหมาะสม มี  
การพิจารณาผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอย่างครอบคลุมในระดับหน่วยงานระหว่างกระทรวงและองค์กร  
ระหว่างประเทศ เห็นได้จากการกำหนดคณะกรรมการ อนุกรรมการที่เกี่ยวข้อง นอกจากนั้นยังม  
ีการจัดประชุมต่อเนื่องเพื่อสนับสนุนการทำงานในแผนปฏิบัติการ 2560-2564 ทั้งนี้การ  
ดำเนินงานส่วนใหญ่เกิดจากการขับเคลื่อนและดำเนินงานของเลขานุการฯ (กองโรคติดต่อ นำโดย  
แมลง) ซึ่งอาจเพียงพอสำหรับการกำหนดภาคีความร่วมมือในช่วงแรก (อปท. ตชด. และกรม  
แพทย์ทหารบก) แต่ในระยะต่อไปหากต้องการบริหารยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับภาคีในระดับ  
กระทรวงและระหว่างประเทศ ต้องการการสนับสนุนจากคณะกรรมการมากยิ่งขึ้น ทั้งในเรื่อง  
การกำหนดภาคียุทธศาสตร์และเครือข่ายการดำเนินงานระดับนโยบาย และระหว่างประเทศ
- ระดับกระทรวงสาธารณสุข การตั้งเป้าหมายในภาพรวมของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ตัวชี้วัด  
เรื่องมาลาเรียไม่ได้ถูกระบุไว้ชัดเจน ในรายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี  
งบประมาณ 2560-2563 ที่ต้องติดตามโดยสำนักผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข แต่มีระบุ  
อยู่ในระบบตัวชี้วัดการพัฒนาที่ยั่งยืน 3.3 ตัวชี้วัดที่ 3.3.3 ซึ่งกลไกนี้ยังคงเป็นช่องว่างให้

ขับเคลื่อนต่อไป หากต้องการให้เกิดการถ่ายโอนภารกิจในระยะยาว นอกจากการประสานงานภายในพื้นที่แต่ละพื้นที่เองแล้ว ยังต้องการการประสานนโยบายในระดับกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะระหว่างกรมควบคุมโรคกับสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขซึ่งมีหน่วยงานในสังกัด ทั้งผู้ตรวจราชการ สสจ. สสอ. และ รพ.สต. ซึ่งเป็นหน่วยปฏิบัติที่เป็นกำลังหลักในการดำเนินงาน ป้องกันและควบคุมโรค เพื่อหาแนวทางการถ่ายโอนภารกิจร่วมกัน

### 3.4. ยุทธศาสตร์ที่ 3 กับการสนับสนุนการดำเนินงานของยุทธศาสตร์อื่น ๆ และเป้าหมายหลัก

จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการประเมินโครงการควบคุมและกำจัดโรคมาลาเรียแห่งชาติในต่างประเทศ พบว่า การสร้างความร่วมมือและเครือข่ายเป็นองค์ประกอบสำคัญในการสนับสนุนการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ ๆ เนื่องจากลักษณะการดำเนินงานควบคุมและกำจัดโรคมาลาเรีย เพื่อให้บรรลุเป้าหมายนั้นต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วนทั้งในและระหว่างประเทศ/ภูมิภาค ทั้งนี้ตามกรอบแนวคิดของการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การกำจัดโรคมาลาเรียไปสู่เป้าหมายนั้นมิได้กำหนดความเชื่อมโยงของยุทธศาสตร์ที่ 3 กับยุทธศาสตร์ที่ 2 (เทคโนโลยี นวัตกรรม) และยุทธศาสตร์ที่ 4 (ส่งเสริมศักยภาพประชาชนในการดูแลตนเอง) แต่ในการดำเนินงานพบว่ายุทธศาสตร์ที่ 3 มีการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับทั้งสองยุทธศาสตร์ทั้งเรื่องเครือข่ายวิชาการ และเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ เช่น อปท. และ CSOs ซึ่งดำเนินงานในเรื่องสนับสนุนศักยภาพประชาชนในการป้องกันดูแลตนเองในเรื่องโรคมาลาเรีย นอกจากนั้นเนื่องจากกองโรคติดต่อฯ โดยแมลงทำหน้าที่เลขานุการของคณะอนุกรรมการทุกยุทธศาสตร์ และรับผิดชอบภาพรวมของยุทธศาสตร์ ๆ ด้วย ทำให้การดำเนินงานของแต่ละยุทธศาสตร์ที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

## 4. ความท้าทาย และปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงาน

**4.1. ความท้าทายของการจัดการปัญหา** เมื่อมีการดำเนินงานได้ดีขึ้น (ปัจจุบันอยู่ในระยะกำจัดโรคมาลาเรีย จากนั้นจะเปลี่ยนผ่านสู่ระยะป้องกันไม่ให้โรคมาลาเรียกลับมาแพร่ใหม่) ความท้าทายจะมากขึ้น โดยเฉพาะในบริบทของการดำเนินงานแถบชายแดน ซึ่งประเทศเพื่อนบ้านมีการวางยุทธศาสตร์ และระยะเวลาการก้าวสู่ขั้นตอนการควบคุมและกำจัดโรคมาลาเรียต่างกัน จึงต้องมีการให้ความสำคัญในการกำหนดภาคีเครือข่ายหลักในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม กำจัดโรคมาลาเรียในระดับประเทศและระดับนานาชาติให้รัดกุมและตรงเป้าหมายมากขึ้น เพื่อเร่งสร้างความร่วมมือมาสนับสนุนการดำเนินงาน

**4.2. ความท้าทายในการถ่ายโอนภารกิจ (การบูรณาการนโยบาย)** เป้าหมายของการทำให้การกำจัดโรคมาลาเรียและการดำเนินงานเพื่อคงสถานะปลอดโรคมาลาเรียเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินงานในระบบสาธารณสุข (“สาธารณสุขปกติ”) และมีการสนับสนุนงบประมาณการดำเนินงานส่วนหนึ่งจากอปท. ความร่วมมือและการสื่อสารนโยบายระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงมหาดไทย มีการประสานงานระหว่างกันในฐานะกรรมการยุทธศาสตร์การกำจัดโรคมาลาเรียประเทศไทย พ.ศ. 2560-2569 อย่างไรก็ตามพบว่ายังขาดแนวทางที่เกี่ยวข้องกับการถ่ายโอนภารกิจจากกรมควบคุมโรค



ไปยังหน่วยบริการสุขภาพและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ชัดเจน ที่สามารถสื่อสารกับหน่วยปฏิบัติในพื้นที่รับทราบ ทั้งนี้หน่วยงานฝ่ายสาธารณสุข เช่น สสอ. รพ.สต. รับทราบเรื่องแนวความคิดการถ่ายโอนภารกิจ แต่ไม่ทราบในรายละเอียดรวมถึงรูปแบบของการถ่ายโอนดังกล่าว ในขณะที่ อปท. รับทราบว่าฝ่ายสาธารณสุขต้องการให้ อปท. สนับสนุนงบประมาณในกิจกรรมบางอย่างที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการจัดโรคไข้มาลาเรีย ดังนั้นการจัดทำเนื้อหา นโยบาย และการวางแผนทางการสื่อสารกับหน่วยปฏิบัติจึงเป็นกิจกรรมสำคัญในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ในระยะต่อไป นอกจากนี้หากต้องการให้เกิดการถ่ายโอนภารกิจในระยะยาว นอกจากการประสานงานภายในพื้นที่แต่ละพื้นที่เองแล้ว ยังต้องการการประสานนโยบายในระดับกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะระหว่างกรมควบคุมโรคกับสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขซึ่งมีหน่วยงานในสังกัดทั้งผู้ตรวจราชการ สสจ. สสอ. และ รพ.สต. ซึ่งเป็นหน่วยปฏิบัติที่เป็นกำลังหลักในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค เพื่อผนวกเรื่องการจัดโรคไข้มาลาเรียให้อยู่ในระบบสาธารณสุข

**4.3. ความท้าทายในการจัดการและใช้ข้อมูลในการตัดสินใจเชิงนโยบาย** ฐานข้อมูลมาลาเรียออนไลน์<sup>3</sup> เป็นแหล่งข้อมูลที่มีประโยชน์ทั้งในเรื่องการติดตามแก้ไขปัญหา รวมถึงวางแผนการดำเนินงานมาตรการต่าง ๆ อย่างไรก็ตามผู้ประเมินพบว่า หน่วยงานปฏิบัติในพื้นที่ยังไม่ได้ใช้ประโยชน์จากข้อมูลส่วนนี้มากนัก การใช้ข้อมูลยังจำกัดอยู่ที่หน่วยงาน สคร. เป็นหลัก โดยมี นคม. เป็นผู้ติดตามส่งข้อมูล หากต้องการให้เกิดการใช้ข้อมูลเหล่านี้ในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพในพื้นที่ อาจพิจารณาพัฒนาระบบสนับสนุนการใช้ข้อมูลระหว่างเครือข่ายให้มากขึ้น

**4.4. ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงานในภาพรวมและสำหรับยุทธศาสตร์ที่ 3** แหล่งทุน นโยบายและแผนระดับประเทศสนับสนุนการดำเนินงานเรื่องมาลาเรีย รวมถึงโครงสร้างระบบสาธารณสุขของประเทศ ไทยล้วนเป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะสนับสนุนการดำเนินงานกำจัดโรคไข้มาลาเรียได้ เมื่อพิจารณา นโยบาย และยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุขพบว่า มีความร่วมมือทวิภาคี (ประเทศเพื่อนบ้านที่มีชายแดนติดต่อกับประเทศไทย) และแผนยุทธศาสตร์ ได้แก่ แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) แผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขเพื่อรองรับเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ พ.ศ. 2560-2564 และยุทธศาสตร์สาธารณสุขชายแดน พ.ศ. 2560 – 2564 เป็นบริบทที่สนับสนุนการดำเนินงานของยุทธศาสตร์ที่ 3 ได้โดยใช้ในการอ้างอิงและเป็นฐานในการขับเคลื่อนงานกำจัดโรคไข้มาลาเรีย

## 5. ข้อเสนอเชิงนโยบาย

- (1) คณะอนุกรรมการสร้างความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายระดับประเทศ และระดับนานาชาติเพื่อขับเคลื่อนงานกำจัดโรคไข้มาลาเรีย (คณะอนุกรรมการตามยุทธศาสตร์การกำจัดโรคไข้มาลาเรีย พ.ศ. 2560-2569 ยุทธศาสตร์ที่ 3) พิจารณากำหนดภาคีเครือข่ายหลักในการดำเนินงาน และสนับสนุนการดำเนินงานกำจัดโรคไข้มาลาเรีย เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ในระยะที่สองของ

<sup>3</sup> [http://malaria.ddc.moph.go.th/malariaR10/index\\_newversion.php](http://malaria.ddc.moph.go.th/malariaR10/index_newversion.php)

แผนปฏิบัติการ โดยเพิ่มจุดเน้นในกลุ่มภาคีในกระทรวงสาธารณสุขเพื่อรองรับการถ่ายโอนภารกิจ การกำจัดไข้มาลาเรียเข้าสู่ระบบสาธารณสุข

- (2) คณะอนุกรรมการสร้างความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายระดับประเทศ และระดับนานาชาติเพื่อขับเคลื่อนงานกำจัดโรคไข้มาลาเรีย (คณะอนุกรรมการตามยุทธศาสตร์การกำจัดโรคไข้มาลาเรีย พ.ศ. 2560-2569 ยุทธศาสตร์ที่ 3) ร่วมมือกับกระทรวงการต่างประเทศ และกองการต่างประเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผลักดันการดำเนินงานระหว่างประเทศผ่านกรอบความร่วมมือทวิภาคี และศึกษาแนวทางการผลักดันการดำเนินงานกำจัดโรคไข้มาลาเรียผ่านนโยบายและยุทธศาสตร์ระดับประเทศ เช่น ยุทธศาสตร์สุขภาพโลก เป็นต้น
- (3) คณะอนุกรรมการสร้างความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายฯ พิจารณาเพิ่มกิจกรรมและตัวชี้วัดของยุทธศาสตร์ที่ 3 ให้มีความชัดเจนมากขึ้น โดยเพิ่มตัวชี้วัดกระบวนการและผลผลิต เพื่อให้สามารถติดตามและตรวจพบปัญหาได้อย่างรวดเร็วยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตามต้องพิจารณาหลักการอื่นๆ ของการติดตามและประเมินผลประกอบด้วย ได้แก่ คุณภาพของข้อมูล กลไกการเก็บข้อมูล ระยะเวลาการเก็บข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องและไม่เป็นการเพิ่มภาระให้ผู้ปฏิบัติงาน
- (4) คณะอนุกรรมการสร้างความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายฯ จัดทำแนวทางที่เกี่ยวข้องกับการบูรณาการนโยบายและถ่ายโอนภารกิจที่ชัดเจนให้กับหน่วยปฏิบัติในพื้นที่ นอกจากจัดทำแนวทางและบทบาทของหน่วยงานหลักในพื้นที่แล้ว ควรพิจารณาบทบาทของหน่วยงานภาคประชาสังคม หรือ CSO ร่วมด้วย และสื่อสารนโยบายและแนวทางดังกล่าวให้กลุ่มเป้าหมายเข้าใจ และเห็นเป้าหมายร่วมกัน
- (5) คณะอนุกรรมการสร้างความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายฯ สนับสนุนให้เกิดการใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลมาลาเรียออนไลน์ในการแสดงให้เห็นขนาดของปัญหาโรคไข้มาลาเรีย รวมถึงแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ อาจพิจารณาพัฒนาระบบสนับสนุนการใช้ข้อมูลระหว่างเครือข่ายเพื่อให้เกิดการวางแผนการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ

## 6. ข้อจำกัดของการประเมิน

1. เนื่องจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ทำให้เกิดข้อจำกัดในการลงพื้นที่เพื่อสัมภาษณ์และเก็บข้อมูลในช่วงระยะเวลาหนึ่ง เนื่องจากมาตรการการควบคุมโรคระบาดที่ห้ามให้มีการเดินทางออกนอกพื้นที่ รวมถึงให้บุคคลผู้เข้าพื้นที่ต้องมีการกักตัว 14 วัน
2. ด้วยทรัพยากรและเวลาที่จำกัด และบริบทของพื้นที่ที่มีปัญหาการระบาดของโรคไข้มาลาเรียเกิดในพื้นที่ที่ห่างไกลและอยู่ในแนวชายแดน คณะผู้ประเมินจึงเลือกศึกษาเชิงลึกในพื้นที่จังหวัดเดียว ซึ่งอาจมีความเฉพาะในเรื่องบริบทและนโยบายการดำเนินงาน นอกจากนี้ อาจส่งผลให้ไม่เห็นภาพการทำงาน ของ CSO ที่มีความหลากหลายและทำงานด้วยรูปแบบที่มีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่

อย่างไรก็ตามผู้ประเมินได้สัมภาษณ์เชิงลึกผู้แทน CSO ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่อื่น เพื่อนำข้อมูลมาเติมเต็มในเรื่องบทบาทของ CSO

3. ข้อมูลการสำรวจการดำเนินงานกำจัดโรคไข้มาลาเรียขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใช้วิธีการตอบแบบสอบถามทางไปรษณีย์และออนไลน์ แม้ว่าคณะผู้วิจัยได้กำหนดนิยามของการจัดสรรทรัพยากรต่างๆ ไว้ แต่ในความเป็นจริงผู้ตอบแบบสอบถามอาจมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนในการเข้าใจความหมายได้
4. การเปลี่ยนบทบาทของกรรมการยุทธศาสตร์ฯ ที่มาจากหน่วยงานอื่น ๆ ซึ่งมีการเปลี่ยนผู้แทนเข้าร่วมประชุมบ่อย ทำให้ไม่สามารถระบุผู้รับผิดชอบหลักเพื่อเก็บข้อมูลเชิงลึกจากหน่วยงานนอกกระทรวงสาธารณสุขได้

## สารบัญ

คำนำ.....	ก
กิตติกรรมประกาศ.....	ข
บทสรุปผู้บริหาร .....	ค
สารบัญ.....	ฅ
สารบัญตาราง .....	ฉ
สารบัญรูปภาพ.....	ช
<b>บทที่ 1 บทนำ.....</b>	<b>1</b>
1.1 หลักการและเหตุผล .....	1
<b>บทที่ 2 การทบทวนเอกสารและวรรณกรรม .....</b>	<b>5</b>
2.1 นโยบาย แผน และยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมมาลาเรียในระดับโลกและความร่วมมือระหว่างประเทศ .....	5
2.2 นโยบาย/ยุทธศาสตร์ในระดับภูมิภาค (พหุภาคีและทวิภาคี) ที่เกี่ยวข้องกับการกำจัดโรคไข้มาลาเรียในประเทศไทย.....	10
2.3 การดำเนินงานเพื่อกำจัดโรคไข้มาลาเรียในประเทศไทย .....	22
2.4 การดำเนินงานร่วมกันระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคส่วนสุขภาพเพื่อกำจัดโรคไข้มาลาเรีย .....	28
2.5 การประเมินการดำเนินงานเพื่อควบคุมโรคไข้มาลาเรียในประเทศไทย .....	31
2.6 การทบทวนการประเมินนโยบายกำจัดไข้มาลาเรียในต่างประเทศ .....	33
2.7 กรอบการประเมิน และตัวชี้วัดการประเมินผลโครงการควบคุมและกำจัดโรคมาลาเรีย .....	35
2.7.1 กรอบการประเมิน.....	35
2.7.2 ตัวชี้วัดการประเมินโครงการมาลาเรียระดับชาติในเรื่องความร่วมมือ .....	40
2.3 กรอบแนวคิดสำหรับการประเมิน .....	45
2.4 วัตถุประสงค์ของการประเมิน .....	48
<b>บทที่ 3 ระเบียบวิธีการประเมิน.....</b>	<b>50</b>

3.1 การทบทวนเอกสาร.....	50
3.2 การสัมภาษณ์เชิงลึก .....	50
3.3 การสำรวจการจัดสรรทรัพยากรเพื่อดำเนินงานกำจัดโรคไข้มาลาเรีย .....	52
3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	52
3.5 การควบคุมคุณภาพของการประเมิน .....	52
3.6 การพิจารณาด้านจริยธรรม.....	53
3.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ .....	53
<b>บทที่ 4 ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์การสร้างความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่าย ระดับประเทศและระดับนานาชาติเพื่อขับเคลื่อนงานกำจัดโรคไข้มาลาเรีย.....</b>	<b>54</b>
4.1 ผลการดำเนินงานของยุทธศาสตร์ที่ 3 ตามแผนปฏิบัติการ พ.ศ. 2560-2564 .....	54
4.1.1 ตัวชี้วัดความร่วมมือฯ และความก้าวหน้าตามตัวชี้วัด.....	54
4.1.2 การดำเนินงานตามยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการฯ.....	55
4.1.3 นโยบายและการสื่อสารนโยบาย: ยุทธศาสตร์การกำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย 2560-2569 และนโยบายการถ่ายโอนภารกิจ .....	56
4.1.4 โครงสร้างเพื่อสนับสนุนการนำนโยบายไปปฏิบัติ.....	58
4.2 หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การดำเนินงานและบทบาทของหน่วยงานต่างๆ.....	59
4.2.1 บทบาทของคณะกรรมการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในการประสานนโยบายในระดับพื้นที่ .....	67
4.3. ความท้าทาย และปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงาน .....	71
4.3.1 ความท้าทายของการจัดการปัญหา .....	71
4.3.2 ความท้าทายในการถ่ายโอนภารกิจ .....	71
4.3.3 ความท้าทายในการจัดการและใช้ข้อมูลในการตัดสินใจเชิงนโยบาย .....	72
4.3.4 ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงาน .....	72
4.4. ข้อจำกัดการประเมิน.....	73
4.5. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย .....	73
<b>เอกสารอ้างอิง .....</b>	<b>75</b>

## สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	สรุปนโยบาย/ยุทธศาสตร์ และองค์กรที่ขับเคลื่อนประเด็นการกำจัดไข้มาลาเรียในระดับโลก .....	7
ตารางที่ 2	ผลการทบทวนนโยบาย/ความร่วมมือระดับพหุภาคี ทวิภาคี และแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ/ นโยบายรัฐบาล/แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติเฉพาะประเด็น .....	11
ตารางที่ 3	ลักษณะกิจกรรมที่ดำเนินงานโดยสำนักควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลง ปี 2548-2561 .....	22
ตารางที่ 4	องค์ประกอบของการสร้างความร่วมมือและปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่จะกำหนดความสำเร็จของ ความสำเร็จ .....	37
ตารางที่ 5	สรุปตัวชี้วัด และแหล่งข้อมูลจากแผนการติดตามและประเมินผลโครงการควบคุมและกำจัดโรค มาลาเรียแห่งชาติเคนยา .....	41
ตารางที่ 6	สรุปตัวชี้วัด และแหล่งข้อมูลจากแผนการติดตามและประเมินผลโครงการควบคุมและกำจัดโรค มาลาเรียแห่งชาติเมียนมาร์ .....	43
ตารางที่ 7	สรุปตัวชี้วัด และแหล่งข้อมูลจากแผนการติดตามและประเมินแผนยุทธศาสตร์การกำจัดโรค มาลาเรียของประเทศแอฟริกาใต้ในปี 2019-2023 .....	44
ตารางที่ 8	สรุปตัวชี้วัด และแหล่งข้อมูลจาก JEE .....	45
ตารางที่ 9	กรอบการประเมิน .....	47
ตารางที่ 10	จำนวนและกลุ่มตัวอย่างของการสัมภาษณ์เชิงลึก .....	51
ตารางที่ 11	กิจกรรมที่ได้รับการจัดสรรกำลังคนเพื่อดำเนินงานกำจัดโรคไข้มาลาเรีย ในช่วงปีงบประมาณ 2559-2564 .....	64

## สารบัญรูปร่าง

รูปที่ 1	นโยบาย/ยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานเพื่อกำจัดโรคไข้มาลาเรียในประเทศไทย.....	21
รูปที่ 2	กรอบยุทธศาสตร์การกำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย .....	27
รูปที่ 3	แผนผังการดำเนินงานร่วมกันหน่วยงานเครือข่ายต่างๆ เพื่อกำจัดโรคมาลาเรีย.....	29
รูปที่ 4	กรอบการวิเคราะห์ความร่วมมือ .....	39
รูปที่ 5	รูปแบบการดำเนินงานกำจัดโรคไข้มาลาเรียในพื้นที่.....	60
รูปที่ 6	แหล่งที่มาของงบประมาณที่ อบต. จัดสรรเพื่อดำเนินงานกำจัดโรคไข้มาลาเรีย .....	61
รูปที่ 7	กิจกรรมที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณ ในช่วงปีงบประมาณ 2559-2564 .....	62
รูปที่ 8	กิจกรรมที่ได้รับการจัดสรรกำลังคนเพื่อดำเนินงานกำจัดโรคไข้มาลาเรีย ในช่วงปีงบประมาณ 2559-2564 .....	62

# บทที่ 1 บทนำ

## 1.1 หลักการและเหตุผล

ปี 2543 ประเทศสมาชิกองค์การสหประชาชาติ (United Nations, UN) จำนวน 189 ประเทศ ได้ประกาศเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals, MDGs) เพื่อส่งเสริมการพัฒนาคนและลดช่องว่างการพัฒนา ภายในปี พ.ศ. 2558 จากนั้นเพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง องค์การสหประชาชาติจึงได้กำหนดเป้าหมายการพัฒนาขึ้นใหม่โดยอาศัยกรอบความคิดที่มองการพัฒนาเป็นมิติ (Dimensions) ของเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ให้มีความเชื่อมโยงกัน เรียกว่า เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals, SDGs) ซึ่งใช้เป็นทิศทางการพัฒนาตั้งแต่เดือนกันยายน ปี 2558 ถึงเดือนสิงหาคม 2573 ครอบคลุมระยะเวลา 15 ปี ในเป้าหมายดังกล่าวได้รวมเรื่องสุขภาพอยู่ในเป้าหมายที่ 3 มีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี รับรองการมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของทุกคนในทุกช่วงอายุ มีข้อย่อยที่ 3.3 ที่ระบุว่าจะยุติการแพร่กระจายของเอดส์ วัณโรค โรคไข้มาลาเรีย และโรคเขตร้อนที่ถูกกลบเกลื่อน และต่อสู้กับโรคตับอักเสบ โรคติดต่อทางน้ำ และโรคติดต่ออื่นๆ ภายในปี พ.ศ. 2573 (Partnership to end malaria, n.d.) การประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ 58 (World Health Assembly : WHA) ในปี พ.ศ. 2548 มีการพิจารณาเรื่องการควบคุมโรคไข้มาลาเรีย โดยเชิญชวนให้ประเทศสมาชิกจัดทำแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติและแผนปฏิบัติการสำหรับโรคไข้มาลาเรีย จากนั้นในปี พ.ศ. 2558 การประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ 68 ให้การรับรองแผนกลยุทธ์มาลาเรียโลก ปี 2559-2573 (Global Technical Strategy for Malaria 2016-2030) และกำหนดให้มีการติดตามผลการดำเนินงานในแต่ละประเทศและรายงานผลความก้าวหน้าในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ 70 และ 72 ซึ่งประเทศไทยได้แสดงบทบาทสนับสนุนการดำเนินงานดังกล่าวขององค์การอนามัยโลกในเวที WHA มาตลอด

รายงานสถานการณ์โรคไข้มาลาเรีย ค.ศ. 2018 ขององค์การอนามัยโลกระบุว่าในปี ค.ศ. 2017 มีผู้ติดเชื้อประมาณ 219 ล้านราย ใน 87 ประเทศ และมีจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคไข้มาลาเรีย 435,000 คนทั่วโลก โดยประเทศที่อยู่ในกลุ่ม WHO African Region เป็นกลุ่มที่พบปัญหาโรคไข้มาลาเรียเป็นสัดส่วนมากที่สุดคือ 92% ของจำนวนผู้ติดเชื้อทั้งหมดและ 93% ของจำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมด ประเทศในกลุ่ม WHO South East Asian Region (รวมประเทศไทย) มีการรายงานจำนวนผู้ติดเชื้อคิดเป็น 5% ของผู้ติดเชื้อทั่วโลก ซึ่งเป็นลำดับที่ 2 รองจาก WHO African Region อย่างไรก็ตามกลุ่มประเทศใน WHO South East Asian Region มีความก้าวหน้ามากที่สุดในการลดจำนวนผู้ติดเชื้อในช่วง ค.ศ. 2010 ถึงปี ค.ศ. 2017 (World Health Organization, 2018)



ประเทศในอนุภูมิภาคลุ่มแม่น้ำโขง (Greater Mekong Subregion, GMS) ซึ่งประกอบด้วยประเทศ กัมพูชา ลาว เวียดนาม เมียนมา ไทย และจีนตอนใต้ มีความสามารถในการจัดการปัญหาและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคไข้มาลาเรียได้อย่างดี ในช่วงปี พ.ศ. 2541-2550 จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคดังกล่าวลดลงร้อยละ 60 และจำนวนผู้ติดเชื้อลดลงร้อยละ 25 ซึ่งความสำเร็จในการลดจำนวนผู้ติดเชื้อและจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคไข้มาลาเรียนี้เกิดจากหลายปัจจัย เช่น รัฐบาลและภาคีเครือข่ายในประเทศลุ่มแม่น้ำโขงให้ความสำคัญกับการควบคุมโรคไข้มาลาเรีย ทำให้เกิดการลงทุนในโครงการควบคุมโรคมาลาเรียจำนวนมาก การบูรณาการโครงการควบคุมมาลาเรียเข้าสู่ระบบสุขภาพของประเทศ ตลอดจนการสร้างร่วมมือระหว่างประเทศเพื่อควบคุมโรคไข้มาลาเรีย นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงด้านสิ่งแวดล้อม เช่น การตัดไม้ทำลายป่า การขยายตัวของเมือง เสถียรภาพทางการเมือง และความครอบคลุมของบริการสุขภาพที่เพิ่มขึ้นก็มีส่วนทำให้เกิดความสำเร็จในการควบคุมโรคไข้มาลาเรียในอนุภูมิภาคลุ่มน้ำโขงเช่นกัน (Delacollette et al., 2009)

ประเทศในอนุภูมิภาคลุ่มแม่น้ำโขงมีระดับการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมใกล้เคียงกัน และมีอัตราการเคลื่อนย้ายของประชากรทั้งภายในประเทศและระหว่างประเทศสูง นอกจากนี้ยังมีรูปแบบการเกิดโรคไข้มาลาเรียที่คล้ายคลึงกัน กล่าวคือ ผู้ป่วยที่ติดเชื้อส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขตชายแดนของประเทศซึ่งเป็นเขตพื้นที่ป่า ประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตชายแดนมีหลายกลุ่ม เช่น ชนกลุ่มน้อย ชาวชนเผ่า แรงงานย้ายถิ่นตามฤดูกาล ผู้ลี้ภัย และประชากรพลัดถิ่น ซึ่งประชากรกลุ่มนี้มักมีปัญหาเรื่องการเข้าถึงบริการสุขภาพ การศึกษา และสิทธิทางกฎหมาย อีกทั้งยังเคลื่อนย้ายที่อยู่อาศัยข้ามพรมแดนบ่อยครั้ง ทำให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคไข้มาลาเรียจากพื้นที่ที่มีอัตราการระบาดสูงสู่พื้นที่ที่มีอัตราการระบาดต่ำ สอดคล้องกับรายงานของ องค์การระหว่างประเทศเพื่อการโยกย้ายถิ่นฐาน (2011) ที่ระบุว่า โรคไข้มาลาเรียคิดเป็นประมาณร้อยละ 30 ของโรคติดต่อที่ตรวจพบในคนต่างด้าวเมื่อเปรียบเทียบกับร้อยละ 3 ที่พบในประชาชนไทย (International Organization for Migration, 2011) ตัวอย่างของการแพร่เชื้อมาลาเรียในประชากรย้ายถิ่นที่ถูกบันทึกไว้คือ กรณีที่คนงานเหมืองพลอยจำนวน 1-2 แสนคน เดินทางกลับจากการทำงานที่ประเทศกัมพูชามายังจังหวัดบ้านเกิดในภาคตะวันตกของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2542 ทำให้มีผู้ป่วยติดเชื้อมาลาเรียสายพันธุ์ *P.falciparum* ในพื้นที่ภาคตะวันตกของประเทศไทยเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก โดยคาดว่าประมาณร้อยละ 80 ของผู้ป่วยที่ติดเชื้อมาลาเรียในพรมแดนไทย-พม่าได้รับเชื้อมาจากการเดินทางไปทำงานในเขตชายแดนไทย-กัมพูชา การแพร่เชื้อมาลาเรียข้ามพรมแดนนี้ทำให้การเฝ้าระวังและการติดตามผู้ป่วยเป็นไปได้ยากและมีความซับซ้อนสูง ซึ่งเป็นหนึ่งในอุปสรรคที่สำคัญที่สุดในการกำจัดโรคไข้มาลาเรียในประเทศไทยซึ่งมีอัตราอุบัติการณ์โรคไข้มาลาเรียน้อยกว่า 1 ต่อ 1,000 ประชากร ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 (Delacollette et al., 2009)

แม้ว่าขนาดของปัญหามาลาเรียในประเทศไทยจะลดลงอย่างมาก แต่ยังคงมีการดำเนินงานควบคุมโรคไข้มาลาเรียโดยสำนักควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลง กรมควบคุมโรค และหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องอย่าง

ต่อเนื่องและมีเป้าหมายคือ ประเทศไทยปลอดจากโรคไข้มาลาเรียภายในปี พ.ศ. 2567 ประเทศไทยได้ดำเนินงานตามพันธสัญญาที่ให้ไว้ในระดับโลกในการประชุมสมัชชาอนามัยโลก โดยจัดทำยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการกำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย พ.ศ. 2560 – 2569 มีเป้าหมายระยะกลาง คือ ประเทศไทยมีอำเภอ/เขตที่ไม่มีการแพร่เชื้อมาลาเรียไม่น้อยกว่าร้อยละ 95 ของอำเภอ/เขตทั้งหมดภายในปี พ.ศ. 2564 และในระยะยาว คือ ประเทศไทยปลอดจากโรคไข้มาลาเรียภายในปี พ.ศ.2567 (สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค, 2559) และเพื่อให้ประเทศไทยสามารถกำจัดโรคไข้มาลาเรียได้ตามเป้าประสงค์ของแผนยุทธศาสตร์ฯ ดังกล่าว จึงจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือในระดับโลก ภูมิภาค โดยเฉพาะความร่วมมือของประเทศเพื่อนบ้านที่มีอุบัติการณ์และความชุกของโรคไข้มาลาเรียสูง และความร่วมมือของหน่วยงานต่างๆ ภายในประเทศเพื่อการดำเนินงานเฝ้าระวังต่อเนื่องหลังจากปี พ.ศ. 2567

แผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการกำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย พ.ศ. 2560 – 2569 ถือเป็นนโยบายสำคัญที่เกิดจากการดำเนินงานอย่างเข้มแข็งภายในประเทศ และเป็นการแสดงการมีส่วนร่วมของประเทศไทยในกระบวนการการผลักดันนโยบายการกำจัดโรคไข้มาลาเรียในเวทีโลก จนถึงการนำผลจากข้อตกลงที่ร่วมผลักดันในเวทีโลกมาสู่การพัฒนา นโยบายและนำนโยบายมาสู่การปฏิบัติในประเทศไทย ในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการกำจัดโรคไข้มาลาเรียนั้น แม้จะเป็นแผนการดำเนินงานในประเทศก็ยังคงต้องการความร่วมมือและการดำเนินงานร่วมกันจากหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับประเทศ ภูมิภาค และโลก เพื่อบรรลุเป้าหมายการกำจัดโรคไข้มาลาเรียตามเป้าที่ตั้งไว้ ทั้งนี้การดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการฯ ดังกล่าว มีสำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค เป็นผู้รับผิดชอบโครงการกำจัดไข้มาลาเรีย และเลขานุการคณะกรรมการอำนวยการกำจัดมาลาเรียแห่งชาติ และคณะกรรมการบริหารการกำจัดมาลาเรียแห่งชาติ (สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค, 2559)

ในการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการและกรอบยุทธศาสตร์ฯ นั้น ได้มีการวางระบบการประเมิน โดยแบ่งเป็น การประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ทั้ง 4 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ ยุทธศาสตร์ที่ 1 เร่งรัดจัดการแพร่เชื้อมาลาเรียในประเทศไทย ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาเทคโนโลยี นวัตกรรม มาตรการและรูปแบบที่เหมาะสมในการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย ยุทธศาสตร์ที่ 3 สร้างความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายระดับประเทศ และระดับนานาชาติ เพื่อขับเคลื่อนงานกำจัดโรคไข้มาลาเรีย และ ยุทธศาสตร์ที่ 4 ส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพในการดูแลตนเองจากโรคไข้มาลาเรีย ในการติดตามผลลัพธ์นั้นส่วนใหญ่ใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลมาลาเรีย (สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค, 2559) อย่างไรก็ตามจากการประชุมคณะอนุกรรมการตามยุทธศาสตร์การกำจัดโรคไข้มาลาเรีย พ.ศ. 2560-2569 ครั้งที่ 1/2563 เพื่อ

ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ฯ พบว่า ยุทธศาสตร์ที่ 3 เป็นยุทธศาสตร์ที่ยังไม่มีข้อมูล<sup>4</sup> เพื่อตอบตัวชี้วัด 1 ตัว ได้แก่ ร้อยละขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ที่มีการแพร่เชื้อ (A) มีการจัดการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย

นอกจากนี้ยังมีประเด็นคำถามจากหลายฝ่ายในเรื่องความยั่งยืนของการดำเนินงานของประเทศไทย หากไม่ได้รับทุนสนับสนุนจากองค์กรระหว่างประเทศ ทั้งนี้หน่วยงานที่ดำเนินงานควบคุมโรคไข้มาลาเรียในประเทศไทยมีหลายหน่วยงานทั้งภาครัฐ เอกชน และองค์กรไม่แสวงหากำไร ทั้งในและนอกภาคสาธารณสุข หน่วยงานเหล่านี้ล้วนเป็นกลไกสำคัญในการดำเนินงานระดับพื้นที่ ซึ่งหน่วยงานเหล่านี้ได้รับงบประมาณส่วนใหญ่จากองค์กรระหว่างประเทศ ซึ่งแตกต่างจากภาครัฐ เช่น กระทรวงสาธารณสุขที่มีการตั้งงบประมาณได้ในระยะยาว ดังนั้นเพื่อทราบสถานการณ์และนโยบายรวมถึงการปรับตัวของหน่วยงานต่างๆ ในกรณีที่ไม่มีงบประมาณสนับสนุนจากองค์กรระหว่างประเทศเพื่อดำเนินงานกำจัดโรคไข้มาลาเรียในระดับพื้นที่ จึงต้องการข้อมูลการประเมินสถานการณ์ ศักยภาพ และนโยบายหรือวิสัยทัศน์ของหน่วยงานต่างๆ โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งจะเป็นกำลังสำคัญในการดำเนินงานกำจัดและควบคุมโรคไข้มาลาเรียได้อย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องกับยุทธศาสตร์การกำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย

การประเมินการดำเนินยุทธศาสตร์การกำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทยนี้มุ่ง ประเมินการดำเนินงานในยุทธศาสตร์ที่ 3 เรื่องการสร้างความร่วมมือระหว่างภาคีฯ ซึ่งรวมถึงประเมินนโยบายของภาคีในระดับประเทศในการดำเนินงานควบคุมโรคไข้มาลาเลียอย่างต่อเนื่องหลังจากปีที่ประเทศไทยประกาศสถานะปราศจากการแพร่ระบาดของโรคไข้มาลาเรียในปี พ.ศ. 2567 ซึ่งเป็นหนึ่งใน 4 ยุทธศาสตร์หลักในการบรรลุเป้าหมายการกำจัดโรคไข้มาลาเรียของประเทศไทย

---

<sup>4</sup> รายงานระบุว่า “ยังไม่มีระบบดึงข้อมูล”

## บทที่ 2 การทบทวนเอกสารและวรรณกรรม

### 2.1 นโยบาย แผน และยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมมาลาเรียในระดับโลกและความร่วมมือระหว่างประเทศ

การประกาศเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนของรัฐบาลประเทศสมาชิกองค์การสหประชาชาติเป็นการตั้งเป้าหมายระดับโลกร่วมกันและเป็นเป้าหมายหลัก ซึ่งประเทศสมาชิกรวมถึงประเทศไทยจะดำเนินการเพื่อบรรลุเป้าหมายนั้น โดย การยุติการแพร่กระจายของมาลาเรียเป็นหนึ่งในเป้าหมาย

นอกจากเป้าหมายหลักดังกล่าวแล้ว องค์การอนามัยโลกยังเป็นอีกหนึ่งหน่วยงานสำคัญที่สนับสนุนในเรื่องการยุติการแพร่กระจายของมาลาเรีย โดยในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ 58 (World Health Assembly : WHA) ในปี พ.ศ. 2548 มีการพิจารณาเรื่องการควบคุมโรคไข้มาลาเรีย โดยเชิญชวนให้ประเทศสมาชิกจัดทำแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติและแผนปฏิบัติการสำหรับโรคไข้มาลาเรียภายใต้คำแนะนำของ WHO ได้แก่ มีการดำเนินงานป้องกันโรคไข้มาลาเรียอย่างเร่งด่วน มีการกระจายยาและเครื่องมือที่เหมาะสม เพิ่มการมีส่วนร่วมของชุมชนและการร่วมมือกันระหว่างหน่วยงานในการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย จัดตั้งหรือเพิ่มความเข้มแข็งในการประสานงานระหว่างประเทศ สนับสนุนการรักษาแบบใช้ยาอาร์ติมิซินินร่วมกับยาต้านมาลาเรียอื่น (Artemisinin-based combination therapy) และสนับสนุนการพัฒนาใหม่เพื่อป้องกันและรักษา เป็นต้น (World Health Organization, 2005) จากนั้นในปี พ.ศ. 2558 การประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ 68 ให้การรับรองแผนกลยุทธ์มาลาเรียโลก ปี 2559-2573 (Global Technical Strategy for Malaria 2016-2030) ของ WHO ที่ตั้งเป้าหมายในการลดจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อใหม่ (Malaria case incidence) และอัตราการตายจากโรคไข้มาลาเรียในระดับโลกลดลงอย่างน้อย 90% และสามารถกำจัดมาลาเรียได้อย่างน้อย 35 ประเทศ กำหนดให้มีการติดตามผลการดำเนินงานในแต่ละประเทศและรายงานผลความก้าวหน้าในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ 70 และ 72 (World Health Organization, 2015a)

Malaria Policy Advisory Committee of WHO (MPAC) ได้ทบทวนสถานการณ์โรคไข้มาลาเรียและความเป็นไปได้ในการกำจัดโรคไข้มาลาเรียในเดือนกันยายน พ.ศ. 2557 ซึ่งคณะกรรมการฯ ได้สนับสนุนให้ประเทศในอนุภูมิภาคลุ่มแม่น้ำโขงที่ได้รับผลกระทบจากโรคไข้มาลาเรียตั้งเป้าหมายกำจัดโรคไข้มาลาเรียชนิด *P.falciparum* ภายในปี พ.ศ. 2573 เพื่อแก้ไขปัญหาเชื้อมาลาเรียดื้อยาหลายขนาน นอกจากนี้ คณะกรรมการฯ ยังได้แนะนำให้จัดตั้งโครงสร้างการอภิบาลร่วมระหว่างประเทศในอนุภูมิภาค ภาคเอกชน และหน่วยงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จากนั้นองค์การอนามัยโลกได้จัดทำร่างแผนยุทธศาสตร์การกำจัดโรคไข้มาลาเรียในอนุภูมิภาคลุ่มน้ำโขงโดยผ่านกระบวนการอภิปรายหารือระหว่างหน่วยงานและประเทศที่เกี่ยวข้องและถูกนำมาใช้ในปี พ.ศ.2558 แผนยุทธศาสตร์ฉบับนี้ถูกพัฒนาขึ้นโดยอ้างอิงหลักการของยุทธศาสตร์การกำจัด

มาลาเรียโลก พ.ศ. 2559- 2573 (Global Technical Strategy for Malaria 2016-2030) ซึ่งเป้าหมายของการกำจัดมาลาเรียโลกจะประสบความสำเร็จได้เมื่อสามารถแก้ไขปัญหาเชื้อมาลาเรียดื้อยาหลายขนานในอนุภูมิภาคลุ่มน้ำโขงได้เท่านั้น (World Health Organization, 2015b)

องค์การอนามัยโลกได้เล็งเห็นโอกาสในการกำจัดโรคไข้มาลาเรียในประเทศในอนุภูมิภาคลุ่มน้ำโขงด้วยเหตุผล ดังต่อไปนี้

1. มีหลักฐานว่ามาตรการเพื่อกำจัดโรคไข้มาลาเรียส่งผลให้อุบัติการณ์โรคไข้มาลาเรียลดลงไปสู่จุดที่สามารถรบกวนการแพร่เชื้อไข้มาลาเรียได้ ซึ่งการขยายผลของมาตรการดังกล่าวสามารถทำให้การกำจัดโรคไข้มาลาเรียในอนุภูมิภาคนี้เป็นจริงได้
2. หากไม่แก้ไขปัญหาการติดเชื้อดื้อยามาลาเรียหลายขนานในพื้นที่ดังกล่าว ในอนาคตอาจเกิดโรคไข้มาลาเรียสายพันธุ์ *P.falciparum* ที่ไม่สามารถรักษาได้
3. ประเทศในอนุภูมิภาคและภาคีเครือข่ายมีความมุ่งมั่นทางการเมืองและการเงินเพื่อพิชิตเป้าหมายการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย
4. มีความจำเป็นที่จะต้องจัดทำกลไกการประสานงานระหว่างประเทศเพื่อกำจัดโรคไข้มาลาเรีย โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีประชากรเดินทางข้ามพรมแดนระหว่างประเทศ

แผนกลยุทธ์มาลาเรียโลกนำไปสู่การดำเนินงานอย่างจริงจังในหลายภูมิภาครวมถึงภูมิภาคเอเชีย โดยในปี 2558 WHO ได้เล็งเห็นถึงปัญหาเรื่องเชื้อดื้อยาอาร์ติมิซินินในกลุ่มประเทศลุ่มน้ำโขงและความหลากหลายของประเทศในละแวกนี้ จึงได้จัดทำยุทธศาสตร์การกำจัดโรคไข้มาลาเรียในเขตลุ่มน้ำโขง (World Health Organization, 2015b) จากนั้นในเดือนพฤศจิกายน ปี 2560 มีการลงนามร่วมกันในปฏิญญาระดับรัฐมนตรีว่าด้วยเรื่องการเร่งกำจัดโรคไข้มาลาเรียอย่างยั่งยืนในกลุ่มประเทศเขตเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (Accelerating and Sustaining Malaria Elimination in the South-East Asia Region) ซึ่งเป็นความร่วมมือกันระหว่างประเทศบังกลาเทศ ภูฏาน เกาหลี อินเดีย อินโดนีเซีย มัลดีฟส์ เมียนมาร์ เนปาล ศรีลังกา ติมอร์เลสเต และไทย เพื่อกำจัดเชื้อไข้มาลาเรียให้หมดไปภายในปี 2573 และนำไปสู่การสร้างแผนปฏิบัติการกำจัดโรคไข้มาลาเรียของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (Regional Action Plan 2017-2030 towards 0 Malaria-Free South-East Asia Region) หลังจากนั้น ในเดือนธันวาคม 2560 ได้มีการลงนามร่วมกันในปฏิญญาระดับรัฐมนตรีว่าด้วยเรื่องการกำจัดโรคไข้มาลาเรียในเขตลุ่มน้ำโขงภายในปี 2573 (Ministrial call for action to eliminate malaria in the GMS before 2030)

ตารางที่ 1 สรุปนโยบาย/ยุทธศาสตร์ และองค์การที่ขับเคลื่อนประเด็นการกำจัดไข้มาลาเรียในระดับโลก

นโยบาย/ยุทธศาสตร์	ปี	ประเทศ/หน่วยงาน/องค์กร/การขับเคลื่อนประเด็น	เป้าหมาย/การดำเนินงาน
เป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (MDGs)	2543	รัฐสมาชิกสหประชาชาติทั้ง 189 ประเทศในขณะนั้น (รวมประเทศไทย)	เพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางสังคม โดยกำหนดเป้าหมาย 8 ด้าน กำหนดให้ทำสำเร็จภายในปี 2558 (การต่อสู้กับโรคเอดส์ ไข้มาลาเรีย และโรคอื่นๆ อยู่ในเป้าหมายที่ 6) 1. ลดอัตราการเสียชีวิตในระดับโลก จากโรคไข้มาลาเรีย 58% 2. เพิ่มเงินทุนสำหรับทำมุ้งชุบยาในเด็ก ใน sub-Saharan Africa
เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน Sustainable Development Goals (SDGs)	2558-2573	รัฐสมาชิกสหประชาชาติ (รวมประเทศไทย)	เป้าหมายที่ 3 สร้างหลักประกันว่าคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและ ส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัย และมีข้อย่อยที่ 3.3 ที่ระบุว่า จะยุติการแพร่กระจายของเอดส์ วัณโรค มาลาเรีย และโรคเขตร้อนที่ถูกกลบเกลืน และต่อสู้กับโรคดื้อยา วัณโรคติดต่อทางน้ำ และโรคติดต่ออื่นๆ ภายในปี พ.ศ. 2573
องค์การอนามัยโลก	2548-2558		
<ul style="list-style-type: none"> <li>WHA 58</li> </ul>	2548	เชิญชวนให้ประเทศสมาชิก - จัดทำแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติและแผนปฏิบัติการสำหรับโรคไข้มาลาเรีย ภายใต้คำแนะนำของ WHO - เพิ่มการมีส่วนร่วมของชุมชนและการร่วมมือกันระหว่างหน่วยงานในการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย - จัดตั้งหรือเพิ่มความเข้มแข็งในการประสานงานระหว่างประเทศ - เร่งขยายการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย - กระจายยาและเครื่องมือที่เหมาะสม - สนับสนุนการรักษาแบบใช้ยาอาร์ติมิซินินร่วมกับยาต้านมาลาเรียอื่น (artemisinin-based combination therapy) - สนับสนุนการพัฒนา ยาใหม่เพื่อป้องกันและรักษา	
<ul style="list-style-type: none"> <li>WHA 60</li> </ul>	2550	กำหนดให้วันที่ 25 เมษายนของทุกปีเป็นวันมาลาเรียโลก (World Malaria Day)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>WHA 64</li> </ul>	2554	request director-general - ให้สนับสนุนการพัฒนาหรือสร้างนโยบาย มาตรฐาน แผนปฏิบัติการ หรือยุทธศาสตร์สำหรับป้องกัน ควบคุม และกำจัดโรคไข้มาลาเรีย	

นโยบาย/ยุทธศาสตร์	ปี	ประเทศ/หน่วยงาน/องค์กร/การ ขับเคลื่อนประเด็น	เป้าหมาย/การดำเนินงาน
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- ให้มีการติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานในระดับโลก</li> <li>- สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากร การแลกเปลี่ยนเทคโนโลยี</li> <li>- ให้มีการรายงานผลในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ 66 และ 68</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● WHA 66</li> </ul>	2556	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กระตุ้นให้ประเทศต่างๆ ยังคงความเข้มแข็งของการดำเนินการป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรียไว้ในระดับที่สำคัญสูง (high level national agenda) แม้ว่าสถานการณ์การระบาดของโรคในประเทศนั้นๆ จะลดความรุนแรงลงแล้ว</li> <li>- ให้ประเทศที่มีอัตราป่วยด้วยโรคมาลาเรียน้อยกว่า 1 ต่อ 1,000 ประชากรยกระดับนโยบายจากการควบคุมโรคไข้มาลาเรียเป็นการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย</li> <li>- ให้ประเทศสมาชิกดำเนินการกำจัดยารักษาโรคมาลาเรียปลอม หรือ counterfeit products อย่างจริงจัง</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● WHA 68</li> </ul>	2558	รับรองแผนกลยุทธ์มาลาเรียโลก ปี 2559-2573 (Global Technical Strategy for Malaria 2016-2030) ของ WHO	
แผนกลยุทธ์มาลาเรียโลก ปี 2559-2573 (Global Technical Strategy for Malaria 2016-2030)	2558	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Directors, steering committee, and secretarial of Global Malaria program</li> <li>- Staff of Global Malaria Program</li> <li>- Malaria Region Advisors</li> <li>- WHO's Regional and Country Offices</li> <li>- 400 technical experts from 70 member states</li> </ul>	เทียบกับข้อมูลปี 2558 <ul style="list-style-type: none"> <li>- ลดอัตราการเสียชีวิตในระดับโลกอย่างน้อย 90%</li> <li>- ลดจำนวนผู้ป่วยใหม่ (case incidence) อย่างน้อย 90%</li> <li>- กำจัดมาลาเรียอย่างน้อย 35 ประเทศ</li> </ul>
ยุทธศาสตร์การกำจัดโรคไข้มาลาเรียในเขตลุ่มแม่น้ำโขง (Strategy for Malaria Elimination in the Greater Mekong Subregion 2015-2030)	2558	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consultant team (Mikhail Ejov, Sean Hewitt, Kamini Mendis, Kevin Palmer and Allan Schapira)</li> <li>- WHO's Global Malaria Program</li> <li>- WHO Regional Offices for South-East Asia, Western Pacific, Emergency Response to Artemisinin Resistance in GMS (ERAR)</li> <li>Revise based on contribution from</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กำจัดโรคไข้มาลาเรียใน GMS ภายในปี 2573</li> <li>- กำจัด Plasmodium falciparum ในปี 2568</li> <li>- คงสถานะปลอดมาลาเรีย</li> </ul>

นโยบาย/ยุทธศาสตร์	ปี	ประเทศ/หน่วยงาน/องค์กร/การ ขับเคลื่อนประเด็น	เป้าหมาย/การดำเนินงาน
		- National Malaria Program in GMS countries - ERAR annual forum - WHO Malaria Policy Advisory Committee	
ปฏิญญาระดับรัฐมนตรีว่า ด้วยเรื่องการเร่งกำจัดโรคไข้ มาลาเรียอย่างยั่งยืนในกลุ่ม ประเทศเขตเอเชีย ตะวันออกเฉียงใต้ (Accelerating and Sustaining Malaria Elimination in the South-East Asia Region)	พ.ย. 2560	ความร่วมมือกันระหว่างประเทศ บังกลาเทศ ภูฏาน เกาหลี อินเดีย อินโดนีเซีย มัลดีฟส์ เมียนมาร์ เนปาล ศรีลังกา ติมอร์เลสเต และไทย	กำจัดเชื้อไข้มาลาเรียให้หมดไปภายในปี 2573
แผนปฏิบัติการกำจัดโรค ไข้มาลาเรียของภูมิภาค เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (Regional Action Plan 2017-2030 towards 0 Malaria-Free South-East Asia Region)	2560		กำจัดเชื้อไข้มาลาเรียให้หมดไปภายในปี 2574
ปฏิญญาระดับรัฐมนตรีว่า ด้วยเรื่องการกำจัดโรคไข้ มาลาเรียในเขตลุ่มแม่น้ำโขง ภายในปี 2573 (Action to Eliminate Malaria in the Greater Mekong Subregion before 2030)	ธ.ค. 2560	ประเทศใน GMS	กำจัดโรคไข้มาลาเรียในเขตลุ่มแม่น้ำ โขงภายในปี 2573

นอกจากการร่วมกันกำหนดเป้าหมายและนโยบายในการดำเนินงานยุติมาลาเรียในระดับ  
สหประชาชาติ และระดับภูมิภาคแล้ว ยังมีการดำเนินงานขององค์กรระหว่างประเทศที่สำคัญหลายองค์กร ซึ่ง  
สนับสนุนทั้งองค์ความรู้และงบประมาณสำหรับประเทศต่างๆ ซึ่งเป็นประเทศที่มีอุบัติการณ์ของโรคไข้  
มาลาเรีย (ซึ่งส่วนใหญ่เป็นประเทศที่มีรายได้น้อย) ใช้ในการดำเนินนโยบายและมาตรการ เช่น The Global  
Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (GF), Asian Development Bank (ADB), Bill &



Melinda Gates Foundation และ USAID ซึ่งองค์กรเหล่านี้ก็มีการกำหนดเป้าหมายในการจัดสรรทรัพยากร เพื่อให้ประเทศต่างๆ นำไปดำเนินงานในการยุติโรคไข้มาลาเรีย

นโยบายการกำจัดโรคไข้มาลาเรียให้หมดไปเป็นเรื่องที่ค่อนข้างท้าทาย โดยมีประเด็นความท้าทาย 6 เรื่อง ได้แก่ 1) แม้จะมีความก้าวหน้าในการควบคุมโรคไข้มาลาเรีย แต่ยังคงพบภาระและการแพร่กระจายของโรคจำนวนมาก 2) เกิดการดื้อยา artemisinin ซึ่งเป็นยา first line ที่ใช้ในการรักษาโรคไข้มาลาเรียในกลุ่มประเทศลุ่มแม่น้ำโขง และถึงแม้จะมีความพยายามในการพัฒนาใหม่มาใช้ แต่ยังไม่ประสบความสำเร็จ 3) การเคลื่อนย้ายประชากรที่เพิ่มขึ้นอาจส่งผลต่อการแพร่กระจายของเชื้อ 4) พื้นที่นอกเขต sub-Saharan Africa มีความเสี่ยงในการจัดการเชื้อชนิด *Plasmodium vivax* ซึ่งเป็นชนิดที่ก่อให้เกิดโรคไข้มาลาเรียเป็นลำดับที่สอง ซึ่งเชื้อชนิดนี้ยังไม่ค่อยมีการศึกษาวิจัยมาสนับสนุน และยังมี การค้นพบการติดเชืชนิด *Plasmodium knowlesi* ในแถบบอเนียว 5) การเกิดภัยพิบัติทั้งจากสงครามและภัยธรรมชาติเป็นปัจจัยสำคัญที่จะส่งผลกระทบต่อการทำงานควบคุมโรคไข้มาลาเรีย โดยเฉพาะในกรณีที่มีการเคลื่อนย้ายประชากร ซึ่งอาจจะเป็นการเคลื่อนย้ายเข้าไปในแถบพื้นที่ที่ประกาศปลอดโรคไข้มาลาเรียแล้ว และ 6) ปัญหาโรคไข้มาลาเรียในภาพรวมลดลงมากส่งผลให้รัฐบาลและหน่วยงานสนับสนุนงบประมาณลดการจัดสรรทรัพยากรในการรักษาการดำเนินมาตรการที่มีประสิทธิผลรวมถึงการจัดการหลังมีการกำจัดโรคไข้มาลาเรียแล้ว (ซึ่งยังต้องการงบประมาณและทรัพยากรในการดำเนินงาน) ส่งผลให้เกิดการกลับมาของโรคไข้มาลาเรีย (Liu, Modrek, Gosling, & Feachem, 2013)

## 2.2 นโยบาย/ยุทธศาสตร์ในระดับภูมิภาค (พหุภาคีและทวิภาคี) ที่เกี่ยวข้องกับกำจัดโรคไข้มาลาเรีย ประเทศไทย

การดำเนินงานกำจัดโรคไข้มาลาเรียเป็นเรื่องที่ต้องการความร่วมมือระหว่างประเทศ เนื่องจากลักษณะของปัญหาของโรคและการแก้ไขปัญหา กล่าวคือโรคไข้มาลาเรียเป็นโรคติดต่อมาโดยแมลงที่อยู่ในพื้นที่ที่มีภูมิประเทศเป็นป่าซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นพื้นที่ชายแดนที่มีอาณาเขตติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้าน ในการดำเนินงานเพื่อควบคุมโรคยังต้องการการสอบสวนโรคและการติดตามผู้ป่วยและการควบคุมแหล่งแพร่เชื้อ นอกจากนี้ยังต้องมีการติดตามผู้ป่วยให้รับยาให้ครบและตรวจเชื้อซ้ำ การดำเนินการเหล่านี้มีความซับซ้อนและยากลำบากมากขึ้นเมื่อมีการเกิดโรคระหว่างชายแดน ดังนั้นในการจัดการกับความท้าทายส่วนนี้จึงมีความจำเป็นที่ประเทศไทยต้องพิจารณานโยบาย/ยุทธศาสตร์ในระดับภูมิภาคและความร่วมมือกับประเทศเพื่อนบ้าน ซึ่งจะเป็นบริบทที่มีความสำคัญที่จะช่วยสนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

**ตารางที่ 2** แสดงผลการทบทวนนโยบาย/ความร่วมมือระดับพหุภาคี นโยบาย/ความร่วมมือระดับทวิภาคี และแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ/นโยบายรัฐบาล/แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติเฉพาะประเด็น พื้นที่/ประเทศที่เกี่ยวข้อง และสาขาความร่วมมือ/ประเด็นสำคัญ (ตามรูปที่ 1 ซึ่งแสดงความสัมพันธ์ของนโยบาย/ยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานกำจัดโรคไข้มาลาเรีย)

ตารางที่ 2 ผลการทบทวนนโยบาย/ความร่วมมือระดับพหุภาคี ทวิภาคี และแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ/นโยบายรัฐบาล/แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติเฉพาะประเด็น

นโยบาย	ปีที่เริ่ม	พื้นที่ที่เกี่ยวข้อง	สาขาความร่วมมือ/ประเด็นสำคัญ	หมายเหตุ
<b>นโยบาย/ความร่วมมือระดับพหุภาคี</b>				
1.แผนงานความร่วมมือทางเศรษฐกิจในภูมิภาคลุ่มน้ำโขง (GMS)	2535	กัมพูชา สาธารณรัฐประชาชนจีน (มณฑลยูนนาน และเขตปกครองตนเองกว่างซีจ้วง) สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว (สปป.ลาว) เมียนมาร์ ไทย และเวียดนาม	<b>สาขาความร่วมมือ 9 สาขา</b> คมนาคมขนส่ง การอำนวยความสะดวกทางการค้าและการขนส่ง พลังงาน การเกษตร สิ่งแวดล้อม การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ การพัฒนาเมือง การท่องเที่ยว เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร เขตเศรษฐกิจชายแดนและสหสาขา <b>แผนงานลำดับความสำคัญสูงสุด 11 แผนงาน</b> แผนงานพัฒนาแนวพื้นที่เศรษฐกิจตอนใต้ แผนงานพัฒนาแนวพื้นที่เศรษฐกิจตะวันออก-ตะวันตก แผนงานพัฒนาแนวพื้นที่เศรษฐกิจเหนือ-ใต้ แผนงานพัฒนาเครือข่ายโทรคมนาคม แผนงานซื้อ-ขายไฟฟ้าและการเชื่อมโยงเครือข่ายสายส่งไฟฟ้าแผนงานการอำนวยความสะดวกการค้าและการลงทุนข้ามพรมแดน แผนงานเสริมสร้างการมีส่วนร่วมและความสามารถในการแข่งขันภาคเอกชน แผนงานพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และทักษะความชำนาญ กรอบยุทธศาสตร์การพัฒนาสิ่งแวดล้อม แผนงานการป้องกันน้ำท่วมและการจัดการทรัพยากรน้ำ แผนงานการพัฒนาการท่องเที่ยว	มีแผนงานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานเรื่องมาลาเรีย คือ แผนงานพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และทักษะความชำนาญ โดยเน้นที่การสนับสนุนการป้องกันโรคติดต่อ (เช่น HIV/AIDs, ไข้มาลาเรีย, ไข้เลือดออก) ในกลุ่มประเทศอนุภูมิภาค ตลอดจนปรับปรุงและพัฒนากลไกต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยด้านอาหารและยา <u>แต่การดำเนินงานที่ผ่านมานี้จะเน้นที่การพัฒนาเศรษฐกิจและการคมนาคมมากกว่าด้านอื่น</u>

นโยบาย	ปีที่เริ่ม	พื้นที่ที่เกี่ยวข้อง	สาขาความร่วมมือ/ประเด็นสำคัญ	หมายเหตุ
2. ยุทธศาสตร์ความร่วมมือทางเศรษฐกิจ อิรวดี-เจ้าพระยา-แม่โขง (ACMECS)	2546	กัมพูชา สาธารณรัฐประชาธิปไตย ประชาชนลาว (สปป.ลาว) เมียนมาร์ เวียดนาม และไทย	<b>สาขาความร่วมมือ 8 สาขา</b> การอำนวยความสะดวกทางการค้าการลงทุน การพัฒนา (ไทยเป็นประเทศนำ) การเกษตร อุตสาหกรรม และพลังงาน การเชื่อมโยงคมนาคม การท่องเที่ยว การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ สาธารณสุข (ไทยเป็นประเทศนำ) สิ่งแวดล้อม โดยเน้นการพัฒนาบริเวณพื้นที่ชายแดนในลักษณะการพัฒนาเมืองคู่แฝดชายแดน Sister Cities ที่มีกิจกรรมการผลิตร่วมกันทั้งด้านการเกษตรและอุตสาหกรรม	ในส่วนของความร่วมมือสาขาสาธารณสุข ซึ่งประเทศไทยเป็นประเทศนำในด้านดังกล่าว เนื่องจากประเทศไทยได้มีความสำเร็จในการเฝ้าระวังและควบคุมโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (MERS) รวมทั้งการส่งเสริมการป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ในพื้นที่ชายแดน และไทยยังได้เป็นเจ้าภาพจัดการประชุม collaboration in Asia-Pacific on workforce development, national laboratory System strengthening & antimicrobial resistance prevention to global challenges อย่างไรก็ตามในเอกสารนี้ไม่ได้ระบุชัดเจนว่ามีการดำเนินงานในประเด็นสุขภาพใดบ้าง
3. แผนงานการพัฒนาเขตเศรษฐกิจสามฝ่าย อินโดนีเซีย-มาเลเซีย-ไทย (IMT-GT)	2536	ไทย มาเลเซีย และอินโดนีเซีย	<b>สาขาความร่วมมือ 6 สาขา</b> สาขาการค้าและการลงทุน สาขาโครงสร้างพื้นฐานและการคมนาคม สาขาการท่องเที่ยว สาขาการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ สาขาการเกษตร อุตสาหกรรม การเกษตรและสิ่งแวดล้อม สาขาผลิตภัณฑ์และบริการ ฮาลาล	แผนการพัฒนาเศรษฐกิจสามฝ่ายนี้ มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาเศรษฐกิจในจังหวัดชายแดนภายใต้สุมาตรา ซึ่งเน้นไปที่การเพิ่มการค้าการลงทุน เพิ่มการจ้างงานในท้องถิ่นเพื่อยกระดับรายได้และคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ให้ดียิ่งขึ้น มากกว่าการพัฒนาด้านสาธารณสุข ซึ่งแผนฯ นี้ อาจไม่ได้ส่งผลต่อการดำเนินงานด้านมาลาเรียระหว่างประเทศมากนัก
4. ความริเริ่มแห่งอ่าวเบงกอลสำหรับความร่วมมือหลากหลายสาขา	2540	บังกลาเทศ ภูฏาน อินเดีย เมียนมาร์	<b>สาขาความร่วมมือ 14 สาขา</b> การค้าและการลงทุน เทคโนโลยี พลังงาน การขนส่ง และการสื่อสาร การท่องเที่ยว ประมง (ไทยเป็น	ในการประชุมผู้นำ BIMSTEC ครั้งที่ 1 ได้มีการระบุถึงความจำเป็นที่จะต้องเร่งรัดความร่วมมือเพื่อต่อต้านการก่อการร้ายและอาชญากรรมข้ามชาติ ตลอดจนปัญหาข้ามชาติอื่นๆ

นโยบาย	ปีที่เริ่ม	พื้นที่ที่เกี่ยวข้อง	สาขาความร่วมมือ/ประเด็นสำคัญ	หมายเหตุ
ทางวิชาการและเศรษฐกิจ (BIMSTEC)		เนปาล ศรีลังกา และไทย	<u>ประเทศนำ</u> ) การเกษตร วัฒนธรรม สภาพแวดล้อมและการจัดการภัยพิบัติธรรมชาติ <u>สาธารณสุข (ไทยเป็นประเทศนำ)</u> การปฏิสัมพันธ์ในระดับประชาชน (ไทยเป็นประเทศนำ) การลดความยากจน การต่อต้านการค้าการร้ายและอาชญากรรมข้ามชาติ การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ	เช่น โรคเอดส์ และโรคระบาดร้ายแรงอื่นๆ รวมทั้งเน้นถึงความสำคัญที่ต้องเร่งส่งเสริมการแลกเปลี่ยนในระดับประชาชนบทบาทภาคเอกชน โดยตกลงให้มีการอำนวยความสะดวกในการเดินทางไปมาหาสู่ระหว่างกัน โดยใช้ BIMSTEC Business Travel Card และหรือ/ BIMSTEC Visa
5.สมาคมประชาชาติแห่งเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (ASEAN)	2510	กัมพูชา ไทย บรูไนพม่า ฟิลิปปินส์ มาเลเซีย ลาว เวียดนาม สิงคโปร์ และอินโดนีเซีย	สาขาการพัฒนามนุษย์ การคุ้มครองและสวัสดิการสังคม ความยุติธรรมและสิทธิ ส่งเสริมความยั่งยืนด้านสิ่งแวดล้อม การสร้างอัตลักษณ์อาเซียน การลดช่องว่างทางการพัฒนา	มีความร่วมมือด้านสาธารณสุขสอดแทรกอยู่ใน Blueprint ต่างๆ ของ ASEAN เช่นตัวอย่างดังต่อไปนี้ <b><u>ASEAN Economic Community (AEC)</u></b> การเปิดเสรีการค้าและบริการสุขภาพที่กำหนดให้มีการเคลื่อนย้ายบริการและแรงงานมีฝีมืออย่างเสรี และการปรับกฎระเบียบต่างๆ ให้เป็นไปตามข้อตกลงของอาเซียน <b><u>ASEAN political – Security Community (APSC)</u></b> การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อสร้างความปลอดภัยแก่ประชาชนทั้งในสถานการณ์ปกติและภาวะภัยพิบัติโดยความร่วมมือกับอาเซียน <b><u>ASEAN Socio-Cultural Community (ASCC)</u></b> การจัดความยากจน การส่งเสริมความมั่นคงและความปลอดภัยด้านอาหาร การเข้าถึงการดูแลสุขภาพและส่งเสริมการดำรงชีวิตที่มีสุขภาพ การเพิ่มศักยภาพในการควบคุมโรคติดต่อ การสร้างประชาคมที่ปราศจากยาเสพติด และการ

นโยบาย	ปีที่เริ่ม	พื้นที่ที่เกี่ยวข้อง	สาขาความร่วมมือ/ประเด็นสำคัญ	หมายเหตุ
				ส่งเสริมความร่วมมือหลายๆ ส่วน รวมทั้งการพัฒนาแผนเตรียมความพร้อมและตอบโต้โรคระบาดของหลายๆ ส่วนในภูมิภาค
6. ความร่วมมือทางเศรษฐกิจเอเชีย-แปซิฟิก (APEC)	2532	ออสเตรเลีย บรูไน ดารุสซาลาม แคนาดา ซิลี สาธารณรัฐประชาชนจีน เขตปกครองพิเศษฮ่องกง อินโดนีเซีย ญี่ปุ่น สาธารณรัฐเกาหลี มาเลเซีย เม็กซิโก นิวซีแลนด์ ปาปัว นิวกินี เปรู สาธารณรัฐฟิลิปปินส์ สหพันธรัฐรัสเซีย สิงคโปร์ จีนไทเป ไทย สหรัฐอเมริกา และ เวียดนาม	การศึกษา พลังงาน สิ่งแวดล้อมและการพัฒนาที่ยั่งยืน การค้า สาธารณสุข การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ความร่วมมือทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี วิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม โทรคมนาคม และอุตสาหกรรมเทคโนโลยีสารสนเทศ การท่องเที่ยว การค้า คมนาคม กิจการสตรี ฯลฯ	กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักในความร่วมมือภายใต้คณะทำงานด้านสาธารณสุข (APEC Health Working Group - HWG) มีหน้าที่ในการให้แนวทางและประสานงานความร่วมมือในกลุ่มสมาชิกเอเปคเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยเน้นเรื่องโรคติดต่ออุบัติใหม่ โรคติดต่อมาโดยแมลง โรคเอดส์ และโรคระบาดต่างๆ โรคไม่ติดต่อ การสร้างเสริมระบบสุขภาพของเขตเศรษฐกิจ รวมถึงคลังสุขภาพ ทรัพยากรมนุษย์ และเทคโนโลยีข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข

นโยบาย/ความร่วมมือระดับทวิภาคี

นโยบาย	ปีที่เริ่ม	พื้นที่ที่เกี่ยวข้อง	สาขาความร่วมมือ/ประเด็นสำคัญ	หมายเหตุ
1.ความร่วมมือด้านสาธารณสุขระหว่างไทย-กัมพูชา	2536	ไทย-กัมพูชา	สาขาสาธารณสุข สาขาเกษตร สาขาการศึกษา	สาขาสาธารณสุข ประกอบด้วย 3 แผนงาน ได้แก่ 1) การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ และโรคอุบัติใหม่ในพื้นที่ชายแดน (โครงการกำจัดโรคไข้มาลาเรียในแถบชายแดนไทย-กัมพูชา เป็นหนึ่งในโครงการภายใต้แผนงานนี้) 2) การพัฒนาศักยภาพแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข 3) การพัฒนาและปรับปรุงระบบการส่งต่อผู้ป่วย และ 4) การพัฒนาโครงการโรงพยาบาลคู่แฝด
2.ความร่วมมือด้านสาธารณสุขระหว่างไทย-ลาว	2544	ไทย-ลาว	มีโครงการที่สำคัญ 5 โครงการ ได้แก่ การก่อสร้างโรงพยาบาลเมืองโพนโฮง การจัดหายาและอุปกรณ์ทางการแพทย์ การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ด้านสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคระหว่างแขวงไซบุรีและจังหวัดน่าน การควบคุมยาที่ไม่ได้มาตรฐานและยาปลอม	โครงการทั้ง 5 โครงการ ได้รับการพัฒนาเรื่อยมา โดยเฉพาะการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารเพื่อการเฝ้าระวังโรค การควบคุมยา อาหาร ยาแผนโบราณ เครื่องสำอาง อาหารเสริม และเครื่องมือแพทย์ที่ไม่ได้มาตรฐาน การพัฒนาความร่วมมือระดับพื้นที่ระหว่างจังหวัดชายแดน ความร่วมมือในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขไทย-ลาว
3.ความร่วมมือด้านสาธารณสุขระหว่างไทย-เมียนมาร์	2543	ไทย-เมียนมาร์	ประเด็นทางสาธารณสุขที่สำคัญ อาทิ ความร่วมมือด้านสาธารณสุขระหว่างสองประเทศ โดยเน้นเรื่องโรคไข้มาลาเรีย เอชไอวี/เอดส์ และวัณโรค การทำแผนปฏิบัติการร่วมกันด้านสาธารณสุขชายแดน การจัดตั้งกลไกความร่วมมือระหว่างประเทศ และระดับท้องถิ่น โดยเฉพาะในพื้นที่บริเวณชายแดน เช่น จังหวัด	

นโยบาย	ปีที่เริ่ม	พื้นที่ที่เกี่ยวข้อง	สาขาความร่วมมือ/ประเด็นสำคัญ	หมายเหตุ
			เชียงราย-ท่าขี้เหล็ก จังหวัดตาก-เมียวดี จังหวัดระนอง-เกาะสอง และจังหวัดกาญจนบุรี- ด้านเจดีย์สามองค์	
4.ความร่วมมือด้านสาธารณสุขไทย-มาเลเซีย	2540	ไทย-มาเลเซีย	หัวข้อความร่วมมือระหว่างประเทศไทยกับมาเลเซียใน MOU มี 7 สาขา ได้แก่ การแลกเปลี่ยนข้อมูลทางด้านระบาดวิทยา การดำเนินงานด้านการเฝ้าระวังโรค การดำเนินงานด้านการควบคุมโรคติดต่อ การตรวจสอบเกี่ยวกับอาหารและยา การแลกเปลี่ยนการเยือนของบุคลากรด้านสาธารณสุข การให้ความร่วมมือด้านการจัดการฝึกอบรมสำหรับบุคลากร การทำวิจัยร่วมกันและศึกษาทางด้านสาธารณสุข	ภายหลังจากการลงนามบันทึกความเข้าใจด้วยความร่วมมือด้านสาธารณสุขระหว่างรัฐบาลมาเลเซียและรัฐบาลไทย เมื่อปี 2540 แล้วนั้น รัฐบาลของทั้ง 2 ประเทศได้มีการจัดประชุมเพื่อพบปะ และหารือปัญหาสาธารณสุขของทั้งสองประเทศเรื่อยมา

#### แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ/นโยบายรัฐบาล/แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติเฉพาะประเด็น

1. แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข)	2559	ประเทศไทย	ยุทธศาสตร์นี้แบ่งออกเป็น 4 ยุทธศาสตร์ 16 แผนงาน 48 โครงการ โดยมีรายละเอียดแผนงาน ดังนี้ 1) Prevention & Promotion Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ) - พัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย - การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ - ความปลอดภัยด้านอาหารและลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง - การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม 2) Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)	ภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุขนี้ ได้กล่าวถึงการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพไว้ในหลายแผนงาน เช่น แผนงานที่ 2 ภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ 1 แผนงานที่ 14 ระบบหลักประกันสุขภาพ เป็นต้น
---	------	-----------	--	--

นโยบาย	ปีที่เริ่ม	พื้นที่ที่เกี่ยวข้อง	สาขาความร่วมมือ/ประเด็นสำคัญ	หมายเหตุ
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ</li> <li>- การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ</li> <li>- ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์</li> <li>- ศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติและเขตเศรษฐกิจพิเศษ</li> </ul>	
			3) People Excellence (บุคลากรเป็นเลิศ) <ul style="list-style-type: none"> <li>- การวางแผนความต้องการอัตรากำลังคน</li> <li>- การผลิตและพัฒนาอัตรากำลังคน</li> <li>- การพัฒนาประสิทธิภาพระบบบริหารจัดการอัตรากำลังคนด้านสุขภาพ</li> <li>- การพัฒนาเครือข่ายภาคประชาชนและภาคประชาสังคมด้านสุขภาพ</li> </ul>	
			4) Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศ) <ul style="list-style-type: none"> <li>- ระบบข้อมูลข่าวสารสนเทศด้านสุขภาพ</li> <li>- ระบบหลักประกันสุขภาพ</li> <li>- ความมั่นคงด้านยาและเวชภัณฑ์ และการคุ้มครองผู้บริโภค</li> <li>- ระบบธรรมาภิบาล</li> </ul>	
2. แผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขเพื่อ	2560	กลุ่มจังหวัดในพื้นที่ชายแดน	มี 4 ยุทธศาสตร์หลัก ได้แก่ 1) การเตรียมพร้อมด้านสาธารณสุขในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ 2) การเพิ่มขีด	โรคไข้มาลาเรีย ถือเป็นหนึ่งในโรคติดต่อที่สำคัญในพื้นที่ชายแดนไทย-เมียนมาร์ และไทย-กัมพูชา ทั้งนี้ การเกิดเขต



นโยบาย	ปีที่เริ่ม	พื้นที่ที่เกี่ยวข้อง	สาขาความร่วมมือ/ประเด็นสำคัญ	หมายเหตุ
รองรับเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ พ.ศ. 2560-2564 (4R)			ความสามารถของระบบป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพ ระบบส่งต่อผู้ป่วย คัดกรองผู้บริโภครักษาผลิตภัณฑ์สุขภาพ เพื่อตอบโต้ปัญหาสุขภาพในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ 3) ยุทธศาสตร์การลดความเสี่ยงด้านสาธารณสุขในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ และ 4) ยุทธศาสตร์การปรับเปลี่ยนโครงสร้างการบริหารจัดการด้านสาธารณสุขในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ	พัฒนาเศรษฐกิจพิเศษทำให้มีการเคลื่อนย้ายประชากร โดยเฉพาะแรงงานต่างด้าวเข้ามาทำงานในประเทศไทย อาจทำให้ปัญหาโรคติดต่อดังกล่าวมีมากขึ้นด้วย  ภายใต้ยุทธศาสตร์นี้ได้กล่าวถึงการป้องกันควบคุมโรคติดต่อในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ไว้ในหลายกลยุทธ์ เช่น กลยุทธ์ที่ 1.1 การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานสถานบริการและด้านสาธารณสุข (ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ) กลยุทธ์ที่ 2.1 การเพิ่มประสิทธิภาพระบบการป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพและระบบส่งต่อในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ และกลยุทธ์ที่ 2.2 การเพิ่มประสิทธิภาพระบบการเฝ้าระวัง คัดกรองผู้บริโภครักษาผลิตภัณฑ์สุขภาพในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ เป็นต้น
3. ยุทธศาสตร์สาธารณสุขชายแดน พ.ศ. 2560 –2564	2560	กลุ่มจังหวัดในพื้นที่ชายแดน	มี 5 ยุทธศาสตร์หลัก ได้แก่ 1) การสร้างเสริมความเข้มแข็งของระบบสาธารณสุขในพื้นที่ชายแดน 2) การเพิ่มศักยภาพการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรคและภัยสุขภาพ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ 3) การจัดการสุขภาพประชากรในพื้นที่ 4) การพัฒนาความเข้มแข็งภาคีเครือข่ายความร่วมมือภายในและระหว่างประเทศด้านสาธารณสุขชายแดน 5) ยุทธศาสตร์การบริหารจัดการงานสาธารณสุขชายแดน	หนึ่งในมาตรการสำคัญ ปี 2561 ภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ 2 คือ ลดอัตราป่วยด้วยโรคมาลาเรียและเพิ่มอัตราการค้นหายับโรคในคนไทยและต่างชาติ

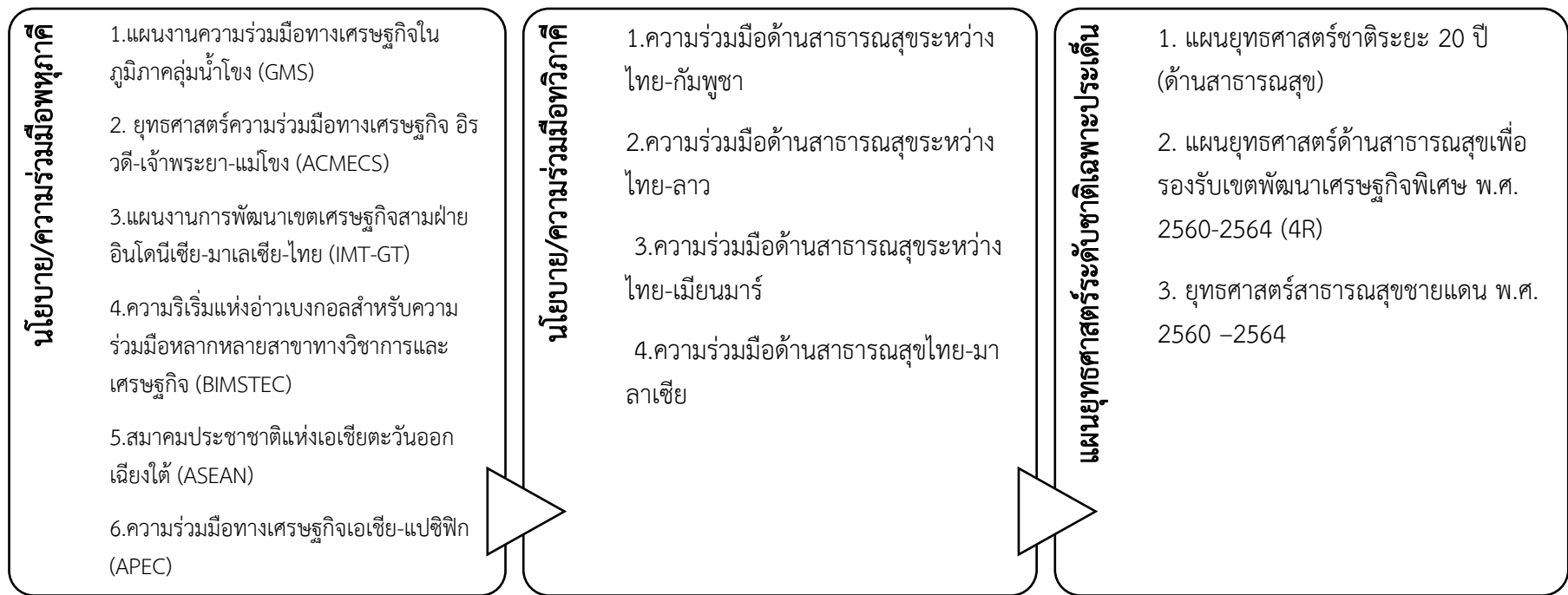
นโยบายและความร่วมมือพหุภาคีส่วนใหญ่เป็นความร่วมมือเพื่อการพัฒนาทางเศรษฐกิจ แต่ก็มีการสอดแทรกความร่วมมือด้านสาธารณสุขไว้ในแผนยุทธศาสตร์ด้วย เช่น แผนงานความร่วมมือทางเศรษฐกิจในภูมิภาคลุ่มน้ำโขง หรือ GMS ที่มีการสอดแทรกการดำเนินงานเพื่อกำจัดโรคไข้มาลาเรียไว้ในแผนงานพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และทักษะความชำนาญ โดยเน้นที่การสนับสนุนการป้องกันโรคติดต่อ เช่น HIV/AIDS โรคไข้มาลาเรีย และโรคไข้เลือดออก เป็นต้น เช่นเดียวกันการดำเนินงานภายใต้ความร่วมมือของสมาคมประชาชาติแห่งเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ หรือ ASEAN และความร่วมมือทางเศรษฐกิจเอเชีย-แปซิฟิก หรือ APEC ซึ่งกรอบความร่วมมือเหล่านี้มีสาขาความร่วมมือที่หลากหลาย เช่น คมนาคมขนส่ง การอำนวยความสะดวกทางการค้า และการขนส่ง พลังงาน การเกษตร สิ่งแวดล้อม สาธารณสุข การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ การพัฒนาเมือง การท่องเที่ยว เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร และเขตเศรษฐกิจชายแดนและสหสาขา ซึ่งจะแตกต่างกันออกไปตามเป้าหมายการดำเนินงานของแต่ละนโยบาย/ยุทธศาสตร์

นอกจากนี้ ประเทศไทยยังเป็นประเทศนำในการดำเนินความร่วมมือด้านสาธารณสุขภายใต้ยุทธศาสตร์อื่นๆ ด้วย เช่น ยุทธศาสตร์ความร่วมมือทางเศรษฐกิจ อิรวดี-เจ้าพระยา-แม่โขง หรือ ACMECS และ ความริเริ่มแห่งอ่าวเบงกอลสำหรับความร่วมมือหลากหลายสาขาทางวิชาการและเศรษฐกิจ หรือ BIMSTEC เป็นต้น ทั้งนี้เนื่องจากประเทศไทยมีความสำเร็จในการเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดต่อต่างๆ ในการประชุมผู้นำ BIMSTEC ครั้งที่ 1 ที่ประชุมได้มีการระบุถึงความจำเป็นต้องเร่งรัดความร่วมมือเพื่อต่อต้านการก่อการร้ายและอาชญากรรมข้ามชาติ ตลอดจนปัญหาข้ามชาติอื่นๆ เช่น โรคเอดส์ และโรคระบาดร้ายแรงอื่นๆ จะเห็นได้ว่าในเกือบทุกกรอบความร่วมมือ/ยุทธศาสตร์/นโยบายที่ได้ทบทวนมานี้ สามารถบูรณาการเข้ากับการดำเนินงานเพื่อกำจัดโรคไข้มาลาเรียในประเทศไทยได้ เช่นเดียวกันกับนโยบาย/ความร่วมมือด้านสาธารณสุขระดับทวิภาคีระหว่างประเทศไทยและประเทศเพื่อนบ้านที่แสดงใน **ตารางที่ 2** ที่มุ่งพัฒนาการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อและโรคอุบัติใหม่ในแถบชายแดน การพัฒนาศักยภาพแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข การพัฒนาและปรับปรุงระบบการส่งต่อผู้ป่วย การพัฒนาโครงการโรงพยาบาลคู่แฝด และการจัดตั้งกลไกความร่วมมือระหว่างประเทศ และระดับท้องถิ่น โดยเฉพาะในพื้นที่บริเวณชายแดนเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุข ซึ่งนโยบายเหล่านี้ล้วนแล้วแต่ส่งผลเชิงบวกต่อการดำเนินงานเพื่อกำจัดโรคไข้มาลาเรียในประเทศไทยและบริเวณชายแดนของประเทศเพื่อนบ้าน

แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติด้านสาธารณสุขหลายแผนก็มีความเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานเพื่อควบคุมและป้องกันโรคติดต่อ อาทิ HIV/AIDS โรคไข้มาลาเรีย และวัณโรค โดยแผนยุทธศาสตร์ฯ ที่ได้ทบทวน มีดังนี้

- I. แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ที่มุ่งเน้นด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนในที่อาศัยอยู่บนผืนแผ่นดินไทย ในยุทธศาสตร์ที่ 1 และยุทธศาสตร์ที่ 4 ตามลำดับ

- II. แผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขเพื่อรองรับเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ พ.ศ. 2560-2564 ที่ระบุว่าโรคไข้มาลาเรียถือเป็นหนึ่งในโรคติดต่อที่สำคัญในพื้นที่ชายแดนไทย-เมียนมาร์ และไทย-กัมพูชา ทั้งนี้ การเกิดเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษทำให้มีการเคลื่อนย้ายประชากร โดยเฉพาะแรงงานต่างด้าวเข้ามาทำงานในประเทศไทย อาจทำให้ปัญหาโรคติดต่องังกล่าวมีมากขึ้นด้วย จึงได้กำหนดให้การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานสถานบริการและด้านสาธารณสุข (ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ) และการเพิ่มประสิทธิภาพระบบการป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพและระบบส่งต่อในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ เป็นหนึ่งในกลยุทธ์ภายใต้ยุทธศาสตร์ฯ นี้
- III. ยุทธศาสตร์สาธารณสุขชายแดน พ.ศ. 2560 – 2564 ซึ่งประกอบด้วย 5 ยุทธศาสตร์ อันได้แก่ 1) การสร้างเสริมความเข้มแข็งของระบบสาธารณสุขในพื้นที่ชายแดน 2) การเพิ่มศักยภาพการเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุม โรคและภัยสุขภาพ ผลลัพธ์สุขภาพ 3) การจัดการสุขภาพประชากรในพื้นที่ 4) การพัฒนาความเข้มแข็งภาคีเครือข่ายความร่วมมือภายในและระหว่างประเทศด้านสาธารณสุขชายแดน และ 5) ยุทธศาสตร์การบริหารจัดการงานสาธารณสุขชายแดน และหนึ่งในมาตรการสำคัญปี 2561 ภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ 2 คือลดอัตราป่วยด้วยโรคมมาลาเรียและเพิ่มอัตราการค้นหายุณโรคนคนไทยและต่างชาติ



รูปที่ 1 นโยบาย/ยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานเพื่อกำจัดโรคไข้มาลาเรียในประเทศไทย

## 2.3 การดำเนินงานเพื่อกำจัดโรคไข้มาลาเรียในประเทศไทย

ตั้งแต่ปี พ.ศ.2543 เป็นต้นมา ประเทศไทยประสบผลสำเร็จในการควบคุมโรคไข้มาลาเรียอย่างมีนัยสำคัญ จำนวนผู้ป่วยลดลงจาก 150,000 ราย ในปี พ.ศ.2543 เหลือ 24,850 ราย ในปี พ.ศ. 2558 หรือลดลงประมาณ 85% คิดเป็นอัตราป่วย 0.38 ต่อประชากรพันคน ผู้ป่วยส่วนใหญ่พบตามแนวชายแดนที่มีการเคลื่อนย้ายของประชากรข้ามพรมแดน นอกจากนี้ ประเทศไทยยังมีปัญหาเชื้อมาลาเรียดื้อต่อยารักษา ซึ่งเป็นปัญหาของประเทศในภูมิภาคลุ่มแม่น้ำโขง (สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค, 2559)

สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบการดำเนินงานเกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรียในประเทศไทย ซึ่งในช่วงเวลา 10 ปีที่ผ่านมา สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลงมีการดำเนินมาตรการหลากหลายรูปแบบ ตั้งแต่กิจกรรมเฝ้าระวังโรค และเชื้อดื้อยา การป้องกันและรักษา การพัฒนาเครือข่าย การพัฒนาบุคลากร (เฉพาะที่เกี่ยวข้องกับโรคไข้มาลาเรีย) รายละเอียดดัง**ตารางที่ 3**

**ตารางที่ 3** ลักษณะกิจกรรมที่ดำเนินงานโดยสำนักควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลง ปี 2548-2561

กิจกรรม \ พ.ศ.	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61
เฝ้าระวังเชื้อดื้อยา	/	/	/			/				/	/	/	/	
เฝ้าระวังโรค (ในเขตพื้นที่เฉพาะ)			/						/	/	/	/	/	/
ป้องกัน/ควบคุมโรค		/		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
รักษาโรค (ในประเทศ)	/	/	/											
รักษาโรค (ชายแดน)										/				
เฝ้าระวังคุณภาพยา	/	/												
พัฒนาเครือข่าย		/												
พัฒนาบุคลากร (ในประเทศ)		/		/	/	/						/	/	/
พัฒนาบุคลากร (ต่างประเทศ)				/	/	/	/	/	/	/				
ติดตามประเมินผล			/								/			/

<sup>5</sup> การกำจัดโรคไข้มาลาเรีย (Malaria elimination) หมายถึง การดำเนินการยับยั้งการแพร่ เชื้อมาลาเรียไม่ให้เกิดขึ้นในท้องที่ใดๆ ทั้งนี้ได้หมายความว่า ไม่ให้มีผู้ป่วยมาลาเรียหรือต้องทำลายยุงพาหะ นำเชื้อมาลาเรียให้หมดไปจากท้องที่นั้น แต่หากมีผู้ป่วยมาลาเรียเข้ามา (Imported case) จะต้องมีมาตรการที่ ดีพอ เพื่อสามารถค้นหา สกัดกั้นและป้องกันมิให้เกิดการแพร่ เชื้อขึ้นอย่างต่อเนื่อง (กรมควบคุมโรค, 2560)

กิจกรรม \ พ.ศ.	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61
ระบบสารสนเทศ						/								
สื่อ สิ่งพิมพ์													/	/

ที่มา: จากการทบทวนรายงานประจำปี 2548-2561 สำนักควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลง

การดำเนินงานควบคุมโรคมาลาเรียของประเทศไทยที่ผ่านมาได้รับการสนับสนุนงบประมาณจำนวนหนึ่งจากองค์กรระหว่างประเทศส่วนใหญ่จาก 3 องค์กร

- 1) กองทุนโลก ระหว่างปี พ.ศ. 2547-2552 สนับสนุนงบประมาณ 5.2 ล้านดอลลาร์สหรัฐในการดำเนินงานควบคุมมาลาเรียใน 9 จังหวัด ได้แก่ ตาก กาญจนบุรี แม่ฮ่องสอน ประจวบคีรีขันธ์ ชุมพร ยะลา สุราษฎร์ธานี ระนอง ตรัง จากนั้นในปี พ.ศ. 2557-2559 สนับสนุนโครงการ โครงการกำจัดเชื้อมาลาเรียที่ดื้อยาผสมอนุพันธ์อาร์ติมิซินินระดับภูมิภาค (The Regional Artemisinin Resistance Initiative-RAI) ปี พ.ศ. 2559 สนับสนุนโครงการเสริมสร้างศักยภาพการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย (Strengthen on Prevention and Control of Malaria, SPAC - Malaria) และในช่วงปี พ.ศ. 2561-2563 ดำเนินโครงการกำจัดเชื้อมาลาเรียดื้อยาในประเทศกลุ่มแม่น้ำโขง (RAI2E) (ต่อเนื่องจากโครงการกำจัดเชื้อมาลาเรียที่ดื้อยาผสมอนุพันธ์อาร์ติมิซินินระดับภูมิภาค) โดยดำเนินการในพื้นที่แพร่เชื้อมาลาเรียทั่วประเทศ
- 2) Bill & Melinda Gates Foundation สนับสนุนดำเนินโครงการยุทธศาสตร์เพื่อการยับยั้งเชื้อมาลาเรียที่ทนต่อยาอนุพันธ์อาร์ติมิซินิน ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (A Strategy for the containment of artemisinin parasites in South-East Asia) เพื่อพัฒนา “ระบบเฝ้าระวังโรคมาลาเรียออนไลน์” ทดลองใช้ในพื้นที่ 7 จังหวัดชายแดนไทย - กัมพูชา ได้แก่ จังหวัดตรัง จันทบุรี สระแก้ว บุรีรัมย์ สุรินทร์ ศรีสะเกษ และ อุบลราชธานีในปี พ.ศ. 2553
- 3) USAID ปี พ.ศ. 2556-2558 สนับสนุน โครงการเสริมสร้างศักยภาพการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย (Strengthen on Prevention and Control of Malaria, SPAC - Malaria)

ในปี พ.ศ. 2560 กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมควบคุมโรค ได้พัฒนายุทธศาสตร์กำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย พ.ศ.2560-2569 มีวิสัยทัศน์ให้ประเทศไทยปลอดจากโรคไข้มาลาเรียภายในปี พ.ศ.2567 โดยมี 4 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ 1) เร่งรัดจัดการแพร่เชื้อมาลาเรียในประเทศไทย 2) พัฒนาเทคโนโลยี นวัตกรรม มาตรการและรูปแบบที่เหมาะสม ในการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย 3) สร้างความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายระดับประเทศ และระดับนานาชาติ เพื่อขับเคลื่อนงานกำจัดโรคไข้มาลาเรียและ 4) ส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพในการดูแลตนเองจากโรคไข้มาลาเรีย แผนปฏิบัติการกำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย พ.ศ.2560-

2564 มีงบประมาณทั้งสิ้นประมาณ 2,283 ล้านบาท การขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ฯ และการติดตามความก้าวหน้า อาศัยกลไกสำคัญในระดับประเทศ คือ คณะกรรมการเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน คณะกรรมการอำนวยการกำจัดการระบาดของโรค (รองนายกรัฐมนตรี ที่กำกับการบริหารราชการกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข และเลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เป็นเลขานุการร่วม รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข และอธิบดีกรมควบคุมโรคเป็นผู้ช่วยเลขานุการ) และคณะกรรมการบริหารกำจัดการระบาดของโรค (ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็น ประธาน อธิบดีกรมควบคุมโรคเป็นเลขานุการ รองอธิบดีกรมควบคุมโรค และผู้อำนวยการสำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่เป็นผู้ช่วยเลขานุการ) กลไกในระดับจังหวัดมีสำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุขและกรมควบคุมโรค เป็นผู้ถ่ายทอดนโยบาย แนวทางและมาตรการผ่านคณะกรรมการโรคติดต่อระดับ จังหวัด เพื่อผลักดันให้หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ หน่วยบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน ตลอดจนองค์กร ภาคประชาสังคม นำไปปฏิบัติตามบริบทของแต่ละพื้นที่

ข้อท้าทายในการยุติไข้มาลาเรียที่วิเคราะห์ในยุทธศาสตร์การกำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย พ.ศ. 2560 – 2569 มีความสอดคล้องกับข้อเสนอของผู้เชี่ยวชาญต่างประเทศ (Liu et al., 2013; World Health Organization, 2015b, 2018) โดยในยุทธศาสตร์ดังกล่าวได้ระบุปัญหาที่ชัดเจนที่ประเทศไทยเผชิญ คือ ปัญหาการพบเชื้อดื้อยา ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ตามแนวตะเข็บชายแดน โดยในปีงบประมาณ 2558 พบว่า การกระจายของผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรีย มีผู้ป่วยคนไทยคิดเป็นร้อยละ 57 ผู้ป่วยต่างชาติคิดเป็นร้อยละ 43 และจากการวิเคราะห์สถานการณ์ในการจัดทำยุทธศาสตร์ฯ พบว่า การดำเนินงานกำจัดโรคไข้มาลาเรียในประเทศไทย ในปีพ.ศ. 2560-2569 มีประเด็นท้าทายที่สำคัญๆ ดังต่อไปนี้

- 1) การขยายความครอบคลุมในการเข้าถึงการรักษาในประชากรกลุ่มเสี่ยง
- 2) ระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพ ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา ทันเหตุการณ์
- 3) การขยายความร่วมมือระหว่างเครือข่าย เช่น องค์การอนามัยโลก องค์การระหว่างประเทศ เพื่อการโยกย้ายถิ่นฐาน (International Organization of Migration-IOM) หน่วยวิจัยโรคเขตร้อนมหิดล อ็อกซ์ฟอร์ด (Mahidol-Oxford Research Unit-MORU) ศูนย์วิจัยมาลาเรียโซโกล (Shoklo Malaria Research Unit-SMRU) มูลนิธิรักษไทย องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น หน่วยแพทย์เสนารักษ์ สถานพยาบาล เอกชน (โรงพยาบาล/คลินิก) เพื่อขับเคลื่อนนโยบายและการดำเนินงานกำจัดโรคไข้มาลาเรีย โดยเฉพาะงบประมาณการให้บริการ เพื่อให้เกิดความครอบคลุมและเข้าถึงบริการของประชากรกลุ่มเสี่ยงมากขึ้น
- 4) การนำเทคโนโลยีใหม่ๆ ที่เหมาะสม เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการโรคไข้มาลาเรียที่ได้ผลมากขึ้น
- 5) การพัฒนาเจ้าหน้าที่ที่มีความเชี่ยวชาญให้ทันกับเจ้าหน้าที่ผู้เชี่ยวชาญเดิมที่จะเกษียณ

- 6) การสร้างความร่วมมือ/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานอย่างเป็นเอกภาพ
- 7) การจัดหาวัสดุครุภัณฑ์และยานพาหนะทดแทนเนื่องจากการใช้งานมานาน
- 8) ปรับปรุงคู่มือการปฏิบัติงานให้เหมาะสมกับสถานการณ์
- 9) บูรณาการการดำเนินงานของมาลาเรียชุมชน มาลาเรียคลินิกและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

แนวคิดหลักในการกำจัดไข้มาลาเรียตามยุทธศาสตร์ ได้แก่ การเร่งรัดการดำเนินงานกำจัดโรคไข้มาลาเรียในพื้นที่แพร่เชื้ออย่างเข้มข้น พัฒนาเทคโนโลยี/นวัตกรรม/มาตรการและรูปแบบที่เหมาะสมในการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย สร้างความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายระดับประเทศและระดับนานาชาติเพื่อขับเคลื่อนงานกำจัดโรคไข้มาลาเรีย และส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพในการดูแลตนเองจากโรคไข้มาลาเรีย การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์กำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย พ.ศ.2560-2569 ให้ความสำคัญกับยุทธศาสตร์ที่ 1 เรื่องการเร่งรัดจัดการแพร่เชื้อมาลาเรียในประเทศไทย โดยมียุทธศาสตร์ที่ 2-4 มาสนับสนุนยุทธศาสตร์ที่ 1 (ดังรูปที่ 2) และมีแผนปฏิบัติการฉบับแรก คือ แผนปฏิบัติการกำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ.2560-2564 ซึ่งอยู่ระหว่างการดำเนินงาน ในแผนปฏิบัติการฯ มีการกำหนดตัวชี้วัด และการติดตามประเมินผลไว้อย่างชัดเจน โดยจะมีการติดตามตัวชี้วัดทุกปีและประเมินผลจากผู้ประเมินภายนอกทุก 3 หรือ 5 ปี การประเมินการดำเนินงานในยุทธศาสตร์ที่ 3 จะช่วยให้ทราบสถานการณ์ตามตัวชี้วัดของแผนยุทธศาสตร์ ซึ่งจากการประชุมคณะกรรมการยุทธศาสตร์ครั้งที่ 1/2563 ยังไม่มีข้อมูลในส่วนนี้ นอกจากนั้นการประเมินจะช่วยให้ข้อมูลความยั่งยืนของการดำเนินงาน โดยเฉพาะในกรณีหากหมดทุนจากองค์กรระหว่างประเทศ เช่น Global Fund อีกด้วย

จากการวิเคราะห์จุดอ่อนจุดแข็งในยุทธศาสตร์กำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย พ.ศ.2560-2569 พบว่าจุดแข็งคือมีโครงสร้างหน่วยงานด้านโรคติดต่อมาโดยแมลงที่สามารถปฏิบัติงานแบบเบ็ดเสร็จ ทั้งการป้องกัน การตรวจรักษาและการควบคุมโรค มีเจ้าหน้าที่มาลาเรียที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญซึ่งสามารถปฏิบัติงานในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีผู้บริหารให้การสนับสนุนในระดับนโยบายการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย ส่วนข้อด้อย ขององค์กร ได้แก่ ไม่มีนโยบายและแผนรองรับการทดแทนอัตรากำลังของเจ้าหน้าที่ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไข้มาลาเรียที่จะเกษียณอายุราชการ ขาดการเชื่อมโยงของระบบข้อมูลระหว่างหน่วยงานมาลาเรียของ กระทรวงสาธารณสุขกับหน่วยบริการอื่นๆ การบริหารจัดการโรคไข้มาลาเรียระหว่างเครือข่ายที่เกี่ยวข้องยังไม่บูรณาการและไม่เป็นเอกภาพ ปัจจัยที่เป็นโอกาสสนับสนุนให้สามารถกำจัดโรคไข้มาลาเรียให้ประสบความสำเร็จได้คือมีนโยบายและยุทธศาสตร์ระดับโลก (Global policy and global strategy) นอกจากนั้นประเทศไทยกำหนดให้โรคไข้มาลาเรียเป็นโรคที่ต้องรายงานภายใต้พระราชบัญญัติโรคติดต่อ ปี พ.ศ. 2558 มีแหล่งเงินทุนสนับสนุนจาก ต่างประเทศหลายองค์กร เช่น องค์กรเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศของสหรัฐอเมริกา องค์กรอนามัยโลก มูลนิธิบิลและเมลินดา เกตส์ ปัจจุบันมีเทคโนโลยีด้านการตรวจวินิจฉัยเชื้อมาลาเรีย ซึ่งทำได้ง่าย ได้ผลเร็ว ไม่ต้องพึ่งพาผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ ชุดตรวจหาเชื้อมาลาเรียอย่างรวดเร็ว



(Rapid Diagnostic Test-RDT) ด้านการรักษา ได้แก่ ยารักษามาลาเรียที่มีประสิทธิภาพและมีชุดตรวจภาวะพร่อง เอนไซม์ G6PD (Glucose-6-Phosphate Dehydrogenase deficiency test kit) ด้านการเฝ้าระวังโรค ไข้มาลาเรีย ได้แก่ มีระบบมาลาเรียออนไลน์และสารสนเทศทางภูมิศาสตร์ (Malaria Information System MIS) ด้านการป้องกันตนเองจากยุงกัด ได้แก่ การใช้มุ้ง/มุ้งชุบสารเคมีชนิดออกฤทธิ์ยาวนานและมุ้งชุบสารเคมี ชนิดออกฤทธิ์ยาวนานคลุมเปล (ITN/LLIN/LLIHN) และสถานการณ์ภาพรวมของโรคในระดับประเทศที่มีแนวโน้มที่ดีขึ้น (สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค, 2559)

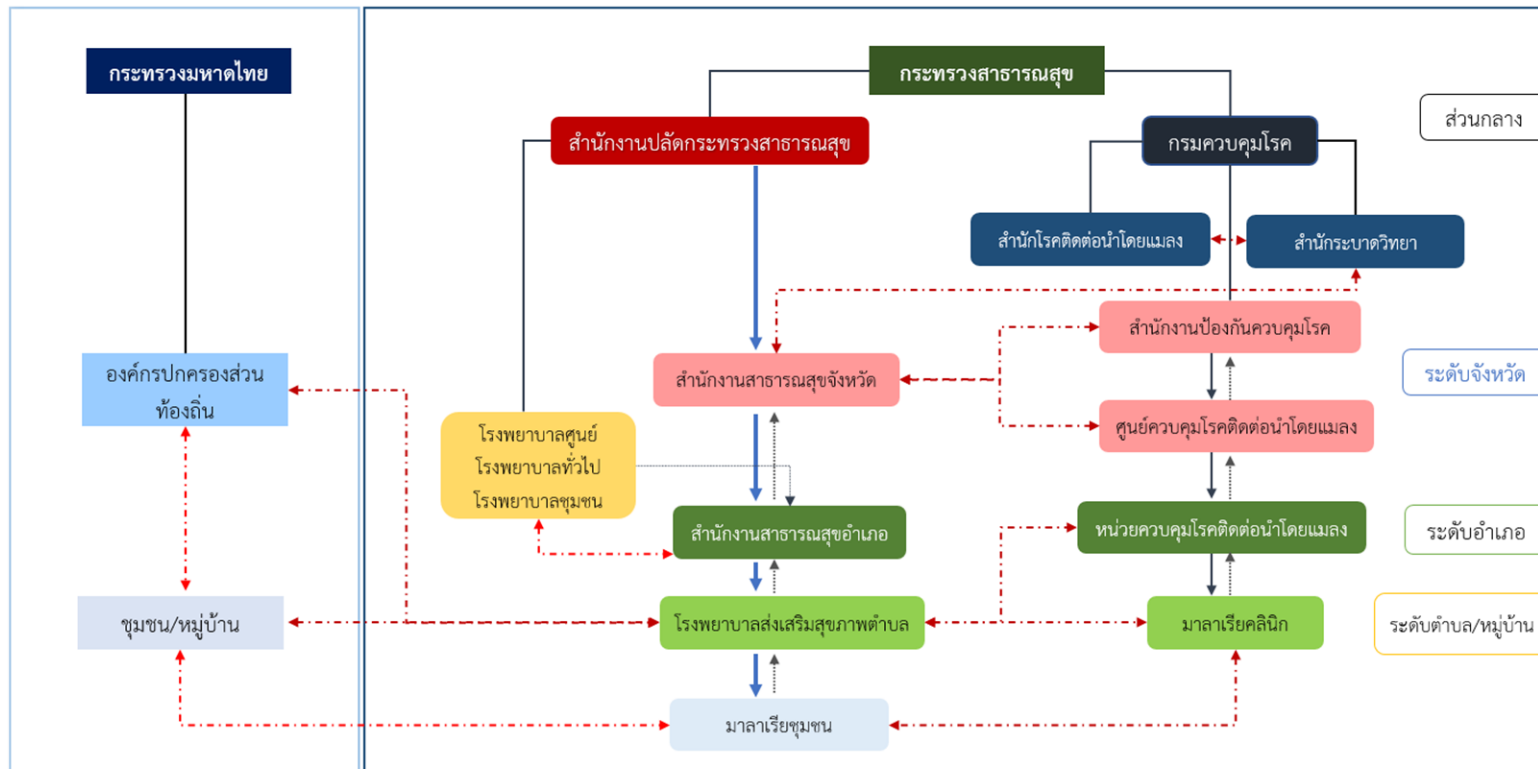
2.3.8 กรอบยุทธศาสตร์กำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย (National malaria elimination strategy) พ.ศ.2560-2569					
วิสัยทัศน์ (Vision)	ประเทศไทยปลอดจากโรคไข้มาลาเรีย (Malaria elimination) ภายในปี พ.ศ.2567 (ค.ศ. 2024)				
เป้าประสงค์ (Ultimate goal)	ระยะกลาง : ประเทศไทยไม่มีผู้ป่วยติดเชื้อมาลาเรียในพื้นที่ ภายในปี พ.ศ. 2564 (ค.ศ.2021) (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95 ของอำเภอทั้งหมด)	ระยะยาว : ประเทศไทยปลอดจากการแพร่เชื้อมาลาเรีย (Malaria elimination) ภายในปี พ.ศ. 2567 (ค.ศ. 2024)			
พันธกิจ (Mission)	(1) กำจัดเชื้อมาลาเรียที่ติดต่อยารักษา (2) เร่งรัดการกำจัดโรคไข้มาลาเรียโดยใช้มาตรการที่เหมาะสมในแต่ละพื้นที่ (3) เพิ่มการเข้าถึงบริการในกลุ่มประชากรเสี่ยง (4) พัฒนาการมีส่วนร่วมทั้งในและต่างประเทศ				
<b>การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์</b>					
เป้าหมาย (General objective)	1. ระบบเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพ ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา ทันเหตุการณ์ 2. การมีส่วนร่วมของเครือข่าย ในการขับเคลื่อนนโยบาย บริหารจัดการและดำเนินการให้เกิดความครอบคลุมและเข้าถึงบริการ 3. ประชาชนมีศักยภาพในการดูแลตนเองจากโรคไข้มาลาเรีย				
ยุทธศาสตร์	ยุทธศาสตร์ที่ 1 เร่งรัดกำจัดการแพร่เชื้อมาลาเรียในประเทศไทย				
เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ (Specific objective)	ไม่มีผู้ป่วยติดเชื้อมาลาเรียในพื้นที่				
มาตรการ	1. พัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคให้เป็นมาตรฐานเดียวกันสามารถตอบโต้สถานการณ์ได้อย่างรวดเร็วมีประสิทธิภาพ	2. เพิ่มศักยภาพและความครอบคลุมของการให้บริการตรวจรักษา ในทุกระดับ ทุกภาคส่วน ในทุกกลุ่มประชากร อย่างเท่าเทียมกัน	3. เร่งรัดการค้นหาผู้ป่วยที่แสดงอาการและไม่แสดงอาการ ตลอดจนผู้ตรวจหาเชื้อไม่พบตัวกลืนจุลทรรศน์	4. เพิ่มการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อมาลาเรีย โดยการเฝ้าระวัง ควบคุมยุงพาหะ และการป้องกันตนเองในกลุ่มประชากรเป้าหมาย	5. สร้างระบบเร่งรัดกำจัดเชื้อมาลาเรียที่ติดต่อยารักษา
ผู้รับผิดชอบ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-13, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, NGOs, ทหาร, มหาวิทยาลัย, สถานพยาบาลเอกชน, กรุงเทพมหานคร, ส่วนราชการที่มีหน่วยบริการโรคติดต่อ, วิทยาลัยอาชีวแพทย์, แพทย์แผนไทย				
<b>ยุทธศาสตร์ที่ 2</b>		<b>ยุทธศาสตร์ที่ 3</b>		<b>ยุทธศาสตร์ที่ 4</b>	
พัฒนาเทคโนโลยี นวัตกรรม มาตรการและรูปแบบที่เหมาะสม ในการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย		สร้างความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่าย ระดับประเทศและระดับนานาชาติ เพื่อขับเคลื่อนงานกำจัดโรคไข้มาลาเรีย		ส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพในการดูแลตนเองจากโรคไข้มาลาเรีย	
มีเทคโนโลยี นวัตกรรม มาตรการและรูปแบบที่เหมาะสมกับสภาพของพื้นที่		ภาคีเครือข่ายร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงานกำจัดโรคไข้มาลาเรียอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างประเทศ มีความร่วมมือระหว่างประเทศ เพื่อนบ้าน มีแผนงานโครงการร่วมกัน มีนโยบายและแนวปฏิบัติที่สอดคล้องกันระหว่างประเทศ		ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ ตระหนักและปฏิบัติตนในการป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรีย	
1. ศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาเทคโนโลยี นวัตกรรม แนวทาง มาตรการ รูปแบบ การกำจัดโรคไข้มาลาเรีย เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานของแต่ละพื้นที่		1. ผลักดันนโยบายและกลไกระดับประเทศ ระหว่างประเทศ และแนวชายแดน ให้เกิดแนวทางการทำงานร่วมกัน		1. พัฒนาพฤติกรรมกรรมการป้องกันควบคุมและเฝ้าระวังโรคไข้มาลาเรียของกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่แพร่เชื้อทั้งไทยและต่างชาติ	
2. ถ่ายทอดองค์ความรู้ แลกเปลี่ยนเรียนรู้และส่งเสริมการประยุกต์ใช้เทคโนโลยี นวัตกรรม แนวทาง มาตรการ รูปแบบ เป็นแนวทางในการกำจัดโรคไข้มาลาเรียของแต่ละพื้นที่		2. ผลักดัน/สนับสนุนเครือข่ายให้ลงทุนและแบ่งปันการใช้ทรัพยากรร่วมกัน		2. สื่อสารความเสี่ยงโรคไข้มาลาเรียสำหรับภาวะเหตุการณ์ไม่ปกติและกลุ่มประชากรต่างๆ	
3. จัดตั้งและรวบรวมฐานข้อมูลผู้เชี่ยวชาญด้านมาลาเรียในสาขาต่างๆ (Malaria technical advisory group) ในระดับประเทศ				3. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกัน ควบคุมและเฝ้าระวังโรคไข้มาลาเรีย	
4. เพิ่มประสิทธิภาพการกำกับ ติดตาม และประเมินผลการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย					
<b>ผู้รับผิดชอบ</b>		<b>ผู้รับผิดชอบ</b>		<b>ผู้รับผิดชอบ</b>	
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-13, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, NGOs, ทหาร, มหาวิทยาลัย, กรมแพทย์, กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, ออย., องค์การเภสัช, สมาคมเภสัชแห่งประเทศไทย, สวทช., สมาคมเทคนิคการแพทย์, กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, International organization, สภาวิชาชีพแห่งชาติ		สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, สำนักงานประมง, สำนักงานตำรวจแห่งชาติ, โรงเรียนศต., สำนักงานตรวจคนเข้าเมือง, กรมป่าไม้, สปสช., กรมแรงงาน, กรมอาเซียน, กรมการปกครอง, NGOs, เอกชน, ศูนย์พิทักษ์สัตว์รบกวน, ภาคประชาชน, องค์กรระหว่างประเทศ		กระทรวงศึกษาธิการ, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-13, NGOs, International organization, สสส., กรมประชาสัมพันธ์, กรมแรงงาน, กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, สมาคมนักข่าว นักหนังสือพิมพ์แห่งประเทศไทย, กสทช., กรมป่าไม้	
ผู้รับผิดชอบโครงการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย: กรมควบคุมโรค สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่และคณะกรรมการอำนวยการกำจัดมาลาเรียแห่งชาติ คณะกรรมการบริหารกำจัดมาลาเรียแห่งชาติ					

**รูปที่ 2** กรอบยุทธศาสตร์การกำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย

## 2.4 การดำเนินงานร่วมกันระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคส่วนสุขภาพเพื่อกำจัดโรคไข้มาลาเรีย

หน่วยงานที่มีบทบาทนำในการประสานงานและป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียในระดับจังหวัด ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) สำนักงานป้องกันควบคุมโรค (สคร.) และศูนย์ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลง (นคม.) ที่ยังมีบทบาทด้านการให้ความรู้ทางวิชาการและการถ่ายทอดทักษะหลายๆ ด้านแก่บุคลากรที่ปฏิบัติงานในท้องถิ่น ทั้งนี้ นคม. ก็มีบทบาทด้านการสำรวจยุงพาหะและการรายงานข้อมูลการทำงานเข้าสู่ระบบฐานข้อมูลมาลาเรียของประเทศด้วย ในระดับอำเภอมีหน่วยงานที่สำคัญ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โรงพยาบาลชุมชน และหน่วยงานองค์กรพัฒนาเอกชน (Civil Society Organization, CSO) ส่วนในระดับตำบลและชุมชน มีหน่วยงานที่มีบทบาทในโครงการดังกล่าว ดังนี้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่มาลาเรียชุมชน และเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) รวมทั้งกำนัน และผู้ใหญ่บ้าน (สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค, 2561)

กิจกรรมที่หน่วยงานเครือข่ายในระดับอำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน ดำเนินการเพื่อกำจัดโรคมาลาเรีย คือ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อมาลาเรีย โดยการค้นหาผู้ป่วย (Case Detection) ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ 1) การค้นหาผู้ป่วยเชิงรับ (Passive Case Detection: PCD) ในสถานบริการสาธารณสุข โดยเจ้าหน้าที่ในมาลาเรียคลินิก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลรัฐบาล รวมทั้งโรงพยาบาลเอกชน สถานบริการตรวจรักษาโรคเอกชนที่มีแพทย์ปฏิบัติงานประจำและสถานบริการภาคประชาสังคม โดยสถานบริการเหล่านี้ต้องทำหน้าที่ให้บริการตรวจวินิจฉัยและรักษาผู้ติดเชื้อมาลาเรียอย่างรวดเร็ว และสามารถเข้าถึงได้ง่าย ในกรณีพื้นที่ห่างไกลอาจพิจารณาจัดตั้งมาลาเรียชุมชน และ/หรือ มาลาเรียชุมชนชายแดน ตามความเหมาะสมของพื้นที่ และ 2) การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก (Active Case Detection: ACD) ซึ่งเป็นการค้นหาผู้ป่วยนอกสถานบริการสาธารณสุข โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้าไปค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกในกรณีต่อไปนี้ 1) Reactive Case Detection: RACD หมายถึง การเจาะเลือดประชากรเมื่อพบผู้ป่วยติดเชื้อในหมู่บ้านที่มีการแพร่เชื้อหรือไม่มีการแพร่เชื้อแต่มียุงพาหะ โดยให้เจาะเลือดผู้อาศัยอยู่ในบ้านผู้ป่วย และเพื่อนบ้านที่อาศัยอยู่รอบบ้านผู้ป่วยทุกคนอย่างน้อย 50 รายหรือไม่น้อยกว่า 10 หลังคาเรือนภายในรัศมี 1 กิโลเมตร และ 2) Proactive Case Detection: PACD หมายถึงการเจาะเลือดประชากรกลุ่มเสี่ยงที่อยู่ในหมู่บ้านที่มีการแพร่เชื้อ หรือผู้ที่เคยเดินทางเข้าไปในพื้นที่เสี่ยงในเวลากลางคืนภายใน 2 สัปดาห์ ให้เจาะเลือดประชากรทุกคนที่เข้าเกณฑ์ดังกล่าว (สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค, 2562b) แผนผังการรายงานข้อมูลและการดำเนินงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานเครือข่ายต่างๆ เพื่อกำจัดโรคมาลาเรีย แสดงไว้ในรูปที่ 3



รูปที่ 3 แผนผังการดำเนินงานร่วมกันหน่วยงานเครือข่ายต่างๆ เพื่อกำจัดโรคมาลาเรีย

- สายการบริหารของสำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง
- สายการรายงานบริหารสำนักงานสาธารณสุข
- สายการรายงานข้อมูล
- ↔ สายการประสานงาน

นอกจากนี้ หน่วยงานเครือข่ายในระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล เช่น ศูนย์ควบคุมโรคติดต่ออำเภอ โดยแมลง (ศตม.) หน่วยควบคุมโรคติดต่ออำเภอโดยแมลง (นคม.) องค์กรเอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ก็มีบทบาทสำคัญในการควบคุมยุงพาหะในพื้นที่แพร่เชื้อมาลาเรีย หน่วยงานเหล่านี้ทำหน้าที่ส่งเสริมการใช้มุ้งชุบสารเคมีชนิด LLIN/ITN เพื่อป้องกันยุงในกลุ่มคนไทยและต่างชาติที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีปัญหาความไม่สงบ และ/หรือ พื้นที่ที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้าทำงานได้ยาก การพ่นสารเคมีชนิดมีฤทธิ์ตกค้างในกลุ่มบ้าน/กระท่อมในพื้นที่แพร่เชื้อมาลาเรีย การพ่นสารเคมีฟุ้งกระจาย (space spraying) ในพื้นที่ที่มีการระบาด ค่ายอพยพ แคมป์พักชั่วคราว และชุมชนหนาแน่น เพื่อควบคุมพาหะนำโรคในพื้นที่ที่ไม่สามารถพ่นสารเคมีชนิดมีฤทธิ์ตกค้างหรือไม่สามารถใช้มุ้งชุบสารเคมีได้ การพ่นสารเคมีเฉพาะแห่ง (focal spray) การส่งเสริมการใช้มุ้ง LLIN/ITN เพื่อป้องกันยุงในกลุ่มคนไทยและต่างชาติที่อาศัยอยู่ในพื้นที่แพร่เชื้อใหม่ (new foci) หรือเข้าไปในพื้นที่ที่มีการแพร่เชื้อ การส่งเสริมการใช้มุ้งชุบสารเคมีในกลุ่มประชากรต่างชาติที่อยู่ชั่วคราว หรือไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่งที่มาใช้บริการในสถานบริการของรัฐและสถานบริการภายใต้หน่วยงานองค์กรพัฒนาเอกชน (CSO) อีกทั้งยังทำหน้าที่ควบคุมยุงพาหะโดยการพ่นสารเคมีหรือการชุบมุ้ง และมาตรการอื่นๆ ในพื้นที่ที่ประสบภัยธรรมชาติและพื้นที่ที่ต้องการควบคุมพาหะนำโรคเร่งด่วน ตลอดจนจัดทำแผนรณรงค์การใช้มาตรการอื่นๆ ที่ไม่ใช่สารเคมีในการควบคุมพาหะนำโรคมมาลาเรีย เช่น การปล่อยปลากินลูกน้ำในแหล่งเพาะพันธุ์ยุงพาหะนำโรคมมาลาเรีย และการถากถางวัชพืช ในพื้นที่ที่มีการแพร่เชื้อมาลาเรีย เป็นต้น (สำนักโรคติดต่ออำเภอโดยแมลง กรมควบคุมโรค, 2559)

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อันได้แก่ เทศบาลตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล มีบทบาทในการสนับสนุนงานกำจัดโรคมมาลาเรียโดยการสนับสนุนงบประมาณผ่านกลไกกองทุนตำบล ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโครงการระยะสั้น หรือเป็นโครงการที่ดำเนินการปีต่อปี ที่ถูกเสนอขึ้นมาโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หรือกลุ่มองค์กรเครือข่ายในชุมชน เพื่อดำเนินงานและจัดหาวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ในการจัดกิจกรรมเพื่อการป้องกัน รักษาพยาบาล และกิจกรรมสุขศึกษาต่างๆ ทั้งนี้ มีโครงการบางส่วนที่ถูกผนวกไว้ในโครงการป้องกันและควบคุมโรคตามฤดูกาลภายใต้แผนพัฒนาของพื้นที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเอง ซึ่งเป็นแผนระยะยาวต่อเนื่องหลายปี โดยได้ตั้งงบประมาณไว้ในเทศบัญญัติ หรือข้อบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปี ทำให้สามารถอนุมัติงบประมาณและนำไปใช้ในกิจกรรมเพื่อตอบโต้การระบาดของโรคมมาลาเรียในได้อย่างทันท่วงที (สำนักโรคติดต่ออำเภอโดยแมลง กรมควบคุมโรค, 2561)

## 2.5 การประเมินการดำเนินงานเพื่อควบคุมโรคไข้มาลาเรียในประเทศไทย

การประเมินผลดำเนินงานควบคุมโรคมาลาเรียโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 43 จังหวัด ภายใต้โครงการกองทุนโลกรอบที่ 7 ซึ่งในช่วงเวลาดังกล่าวประเทศไทยยังเผชิญปัญหาโรคไข้มาลาเรียบริเวณจังหวัดชายแดน การเคลื่อนย้ายแรงงานต่างชาติและความไม่สงบในบางจังหวัดชายแดนซึ่งเป็นความท้าทายสำคัญในการดำเนินงาน วัตถุประสงค์ของการดำเนินโครงการเพื่อลดการติดเชื้อของประชากรกลุ่มเสี่ยง ลดจำนวนหมู่บ้านที่มีการแพร่เชื้อมาลาเรีย และเพิ่มการเข้าถึงบริการของแรงงานต่างด้าวระหว่างปี 2551-2556 การประเมินดังกล่าวพบว่ายังมีปัญหาการเข้าถึงบริการ และมาตรการป้องกัน ได้แก่ การได้รับและใช้มุ้งชุบสารเคมี นอกจากนี้พบว่าแนวโน้มอัตราการตายและการเกิดโรคมาลาเรีย รวมถึงจำนวนหมู่บ้านที่มีการแพร่เชื้อมาลาเรียลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่อัตรากาตายและนอนในมุ้งชุบสารเคมีมีเพียงไม่ถึงร้อยละ 50 การมารับบริการที่คลินิกมาลาเรียชุมชนกายมน 24 ชั่วโมงหลังจากพบว่ามีไข้มีเพียงร้อยละ 40 ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจากการสำรวจระดับความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรียของประชาชนโดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีการแพร่เชื้อต่ำ หรือพื้นที่ A2 การประเมินนี้จึงมีข้อเสนอแนะสำคัญคือให้มีการสนับสนุนการเข้าถึงบริการและเสริมการให้ความรู้กับประชาชน (ประยุทธ์ สุดาทิพย์, เสาวนิต วิชัยชัทคะ, & อีรา พูลถิ่น, 2554)

การประเมินผลโครงการกองทุนโลกด้านมาลาเรียรอบที่ 7 เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโครงการโดยวัดการเปลี่ยนแปลงของอัตราป่วยและอัตราตรวจพบเชื้อมาลาเรีย ในทุกหมู่บ้านพื้นที่แพร่เชื้อมาลาเรียที่เข้าร่วมโครงการ จำนวน 460 แห่ง เปรียบเทียบระหว่างปี พ.ศ.2553 และปี พ.ศ.2554 การประเมินพบว่าจากการวิเคราะห์อัตราตรวจพบเชื้อมาลาเรียทั้งการเปรียบเทียบรายจังหวัด รายกลุ่มจังหวัด และในภาพรวมทั้งประเทศ อัตราตรวจพบเชื้อมาลาเรียไม่ลดลง นอกจากนี้ยังไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือของชุมชนกับผลสำเร็จในการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย โครงการกองทุนโลกด้านมาลาเรียในระยะครึ่งทางสามารถลดอัตราป่วยโรคมาลาเรียได้เป็นบางจังหวัด มีข้อเสนอแนะให้เร่งดำเนินการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายโครงการเมื่อครบระยะ 5 ปีต่อไป (ชานาญ ปินนา, 2556)

ปี พ.ศ. 2558 มีการประเมินความครอบคลุมและการใช้วิธีป้องกันโรคมาลาเรียรวมถึงปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับโรคมาลาเรียของประชากรในพื้นที่ที่มีการแพร่เชื้อมาลาเรียในประเทศไทย เป็นการสำรวจความรู้อัตนคติ และการปฏิบัติ ซึ่งการประเมินดังกล่าวได้รับการสนับสนุนโดยกองทุนโลกเพื่อต่อสู้โรคเอดส์วัณโรค และมาลาเรีย (GFATM) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความครอบคลุมของมาตรการ โดยเฉพาะเรื่องการให้ความรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนในพื้นที่เสี่ยง พบว่าการดำเนินงานมาลาเรียด้านมาลาเรีย เช่น การใช้มุ้งและความรู้เรื่องโรคมาลาเรียจากการสำรวจในปีพ.ศ. 2555 โดยการใช้มุ้งชุบสารเคมี แบบชนิดออกฤทธิ์ยาวนาน (LLIN) ได้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แม้จะประสบความสำเร็จในการส่งเสริมเรื่องการใช้มุ้งส่งเสริมความรู้และความตระหนักด้านโรคมาลาเรียแต่ความครอบคลุมของจำนวนมุ้งชุบสารเคมี (ITN) ยังไม่

บรรลุป้าหมาย (นคร เปรมศรี, นิพนธ์ ชินานนท์เวช, ประยุทธ์ สุดาทิพย์, Tinzar Naing, & สุรีย์พร โสกัน เกตุ)

จากการสืบค้นเอกสารการประเมินการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่าการประเมินส่วนใหญ่เป็นการประเมินเพื่อทราบประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการดำเนินมาตรการเพื่อควบคุมเรื่องโรคไข้มาลาเรีย หลังจากมีการดำเนินการตามยุทธศาสตร์กำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย จึงมีการประเมินระยะครึ่งแผนเมื่อเดือนมกราคม 2563 ซึ่งมีความครอบคลุมเรื่องการสร้างเครือข่ายและความร่วมมือที่ชัดเจนกว่าการประเมินในอดีตที่ผ่านมา

ผลการประเมินระยะครึ่งแผนยุทธศาสตร์กำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย พ.ศ.2560-2569 ตามแผนปฏิบัติการกำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ.2560-2564 มีการประเมิน 6 ด้าน ได้แก่ 1) ระบบเฝ้าระวังและการติดตามประเมินผล (surveillance system, monitoring and evaluation) 2) การดูแลรักษาผู้ป่วยและการประเมินประสิทธิผลของยา (case management and drug efficacy surveillance) 3) การควบคุมพาหะนำโรค (vector control) 4) การตรวจวินิจฉัย (laboratory diagnosis) 5) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสร้างเครือข่าย (behavioral change communication and networking) และ 6) ทรัพยากรและกำลังคน (financial and human resources) โดยในด้านที่ 1 พบว่ามีระบบเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพ แต่ความเข้มแข็งของระบบเฝ้าระวังตามมาตรการ 1-3-7<sup>6</sup> ขึ้นกับความเข้มแข็งของเครือข่าย อย่างไรก็ตามยังไม่มี การนำข้อมูลมาวางแผนเพื่อเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคภายในจังหวัด (สสจ. สสอ. รพ. รพ.สต. อปท. และเครือข่าย) *ด้านการดูแลรักษาและประเมินประสิทธิผลของยา* พบว่ามีแนวโน้มการจ่ายยาตามแนวทางการรักษาที่ดีขึ้น แต่ภาพรวมการติดตามผลการรักษาที่ย่ำ และการบริหารจัดการเวชภัณฑ์ยังแยกส่วนตามหน่วยงาน *ด้านการควบคุมพาหะนำโรคม*ีแผนการดำเนินงานระหว่างหน่วยงานเครือข่ายทุกระดับ แต่ยังไม่มีการนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในการปรับมาตรการ วัสดุอุปกรณ์ขาดการบำรุงรักษา นักกีฏวิทยาตลงเนื่องจากเกษียณอายุราชการ บุคลากรใหม่ขาดการอบรมนักกีฏวิทยา/ผู้ปฏิบัติการควบคุมพาหะนำโรค *ด้านการตรวจวินิจฉัย*พบว่ามีระบบควบคุมคุณภาพการตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ในโรงพยาบาล แต่ยังคงขาดระบบควบคุมคุณภาพชุดตรวจอย่างรวดเร็ว *ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสร้างเครือข่าย*มีการดำเนินงานร่วมกันทั้งฝ่ายสาธารณสุข (สสจ. รพ. และรพ.สต.) และเครือข่ายอื่นๆ เช่น อปท. ทหาร ตำรวจ และเจ้าหน้าที่ป่าไม้ ใช้งบประมาณและเจ้าหน้าที่ในการดำเนินงานจากโครงการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย (สนับสนุนโดยกองทุนโลก) เป็นหลัก อปท. เริ่มเห็นความสำคัญ มีการสนับสนุนงบประมาณและบุคลากรบางส่วน ในส่วนของ *บุคลากรและงบประมาณ*พบว่ายังคงมีงบประมาณจ้างเจ้าหน้าที่มาลาเรียคลินิกชุมชน เจ้าหน้าที่ติดตามประเมินผลและเจ้าหน้าที่สารสนเทศที่ดำเนินการในพื้นที่แพร่เชื้อมาลาเรีย ยังไม่มีแผน

<sup>6</sup> การแจ้งเตือนภายใน 1 วัน สอบประวัติผู้ป่วยภายใน 3 วัน และตอบโต้แหล่งแพร่เชื้อภายใน 7 วัน

ทรัพยากรบุคคลรองรับกรณีกำจัดโรคและป้องกันการกลับมาแพร่ซ้ำใหม่ในกลุ่มบุคลากรของกรมควบคุมโรคที่มีความชำนาญพิเศษ (นค.ม.และศต.ม.) งบประมาณส่วนใหญ่ในการดำเนินงานได้มาจากกองทุนโลกและมีแนวโน้มลดลงทุกปี (Division of Vector-borne Disease, 2020)

ข้อเสนอแนะจากการทบทวนระยะครึ่งแผน ได้แก่ (1) ควรมีการอบรมผู้จัดการแผนงานโรคระดับเขตและจังหวัด มีการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อจัดทำสถานการณ์โรค แจ็งเตือน และติดตามมาตรการ 1-3-7 ดำเนินกิจกรรมเชิงรุก และป้องกันการกลับมาแพร่เชื้อ (2) จัดทำระบบข้อมูลคลังและการกระจายเวชภัณฑ์ รวมถึงเกณฑ์ขั้นต่ำของการสำรองยาในสถานพยาบาลแต่ละระดับเพื่อให้เกิดการเข้าถึงยาที่มีประสิทธิภาพ (3) จัดทำข้อมูลยุทธศาสตร์อย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง และจัดการอบรมการจัดการข้อมูลทางกีฏวิทยา การสอบสวนและควบคุมโรคให้กับหน่วยงานในระบบสาธารณสุขปกติในพื้นที่และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (4) พัฒนาศูนย์ปฏิบัติการอ้างอิงมาลาเรียทั้งในระดับประเทศและส่วนภูมิภาครวมถึงการควบคุมมาตรฐาน จัดทำแนวทางการเฝ้าระวังประสิทธิผลของยา สอดคล้องกับภาระงานของสถานบริการสาธารณสุขระบบปกติ และกำหนดพื้นที่เฉพาะที่ต้องมีการติดตามการดำเนินงานอย่างเข้มข้น และ (5) โครงการมาลาเรียพัฒนายุทธศาสตร์และแผนในการถ่ายโอนภารกิจและแหล่งงบประมาณไปยังระบบสาธารณสุขปกติและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ชัดเจน โดยแหล่งงบประมาณที่เป็นไปได้ ได้แก่ งบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น (สปสช. ร่วมกับ อปท.) (Division of Vector-borne Disease, 2020)

ทั้งนี้การประเมินด้านที่ 5 ในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการสร้างเครือข่ายนั้น เน้นเครือข่ายในเรื่องการดำเนินงานในพื้นที่ และจำกัดกลุ่มเครือข่ายอยู่ในกลุ่มเครือข่ายการดำเนินงานควบคุมโรคในพื้นที่ และบทบาทในเรื่องการสนับสนุนงบประมาณ

## 2.6 การทบทวนการประเมินนโยบายกำจัดไข้มาลาเรียในต่างประเทศ

การประเมิน และศึกษานโยบายการกำจัดมาลาเรียในหลายประเทศชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการสร้างความร่วมมือทั้งในประเทศ และระหว่างประเทศ เนื่องจากเป็นปัจจัยสำคัญในการสนับสนุนการดำเนินมาตรการป้องกันและควบคุมโรค รวมถึงเป็นการประกันความยั่งยืนของการดำเนินนโยบาย และป้องกันไม่ให้โรคกลับมาแพร่ระบาดได้

ชายแดนระหว่างประเทศเอควาดอร์และประเทศเปรูถือเป็นหนึ่งในตัวอย่างพื้นที่ที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมโรคไข้มาลาเรีย โดยในช่วงประมาณปี ค.ศ. 1998 - 2003 จำนวนผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียของทั้งสองประเทศมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในเขตพื้นที่ชายแดนรอยต่อระหว่างทั้งสองประเทศ ซึ่งนักวิชาการสันนิษฐานถึงสาเหตุการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียในพื้นที่ดังกล่าวว่าเกิดจาก 3 สาเหตุ ได้แก่ 1) การรักษาที่ไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากปัญหาเชื้อดื้อยาด้านมาลาเรียที่เกิดขึ้นจากการที่ผู้ป่วยมักหยุดยาเองเมื่อมีอาการดีขึ้น 2) ปัจจัยด้านนิเวศวิทยาเชิงสังคม (social-ecological factors) เช่น



ปรากฏการณ์ El Nino และ La nina ที่ส่งผลให้อุณหภูมิสูงขึ้น ฤดูฝนยาวนานขึ้น ประกอบกับการขยายตัวของพื้นที่เกษตรกรรม จึงส่งผลให้เป็นปัจจัยที่เอื้อต่อการเจริญเติบโตของยุงพาหะ และ 3) ปัจจัยทางการเมืองที่มีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างการบริหารงานโดยการกระจายอำนาจการบริหารจัดการโรคไข้มาลาเรียจากรัฐบาลกลางไปสู่ท้องถิ่นในสถานะที่มีทรัพยากรบุคคลและเครื่องมือที่จำกัด และการถูกลดงบประมาณสนับสนุนจากแหล่งทุนภายนอกประเทศ จึงส่งผลให้ท้องถิ่นต้องใช้วิธีการรับมือที่ไม่เหมาะสมเพื่อแก้ปัญหา เช่น การลดปริมาณยาฆ่าแมลงที่ใช้ต่อครั้ง เป็นต้น จากปัญหาการระบาดของโรคไข้มาลาเรียอย่างรวดเร็วในช่วงเวลาดังกล่าว ผู้นำท้องถิ่นของทั้ง 2 จังหวัดในพื้นที่ชายแดน (ผู้นำของจังหวัด El Oro ประเทศเอกวาดอร์ และผู้นำของจังหวัด Tumbes ประเทศเปรู) จึงได้ร่วมมือกันอย่างไม่เป็นทางการเพื่อรับมือกับโรคไข้มาลาเรีย โดยการร่วมมืออย่างไม่เป็นทางการนั้น ส่งผลให้เกิดการแบ่งปันข้อมูลทางการระบาด ข้อมูลการรักษา ยารักษา ยาฆ่าแมลง และบุคลากรระหว่างทั้ง 2 จังหวัด และส่งผลให้เกิดการเรียนรู้และทำวิจัยร่วมกัน จนกระทั่งในปี ค.ศ. 2009 ที่มีการระบาดในพื้นที่หนึ่งของประเทศเปรู ทั้ง 2 จังหวัดจึงได้ร่วมมือกันคิดเพื่อคิดแผนการควบคุมการระบาด ที่ชื่อว่า radical malaria control strategy ซึ่งเป็นการควบคุมโรคไข้มาลาเรียโดยใช้วิธีการเฝ้าระวังเชิงรุก (active case detecting and contact tracing) โดยผลจากการใช้มาตรการดังกล่าว ทำให้สามารถหยุดยั้งการระบาดของโรคมาลาเรียในพื้นที่ได้สำเร็จ และนำไปสู่การขยายพื้นที่ในการควบคุมโรคไข้มาลาเรียจนถึงปัจจุบัน (Kopp Krisher et al., 2016)

การศึกษาการดำเนินนโยบายการกำจัดโรคไข้มาลาเรียในเขตลุ่มน้ำโขง (GMS) ซึ่งมีปัญหาเรื่องการดื้อยาต้านมาลาเรียและปัญหาอื่นๆ เช่น การมีพื้นที่ป่าเยอะ การอพยพหรือย้ายถิ่นฐานที่เกิดขึ้นตลอดเวลา การขาดระบบอภิบาลที่ดี การคอร์รัปชัน และการขนส่งที่ยากลำบาก เป็นต้น ซึ่งทั้งหมดนี้ล้วนเป็นอุปสรรคที่สำคัญต่อการควบคุมและกำจัดโรคไข้มาลาเรีย โดยที่ผ่านมาประเทศในเขตลุ่มน้ำโขงได้มีการสร้างความร่วมมือระหว่างประเทศเพื่อควบคุมและกำจัดโรคไข้มาลาเรีย เช่น ความร่วมมือระหว่างประเทศไทย-เมียนมาร์ ตลอดแนวชายแดน ในการตรวจและรักษาผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียโดยใช้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (village health worker) ในการตรวจคัดกรอง เฝ้าระวัง และรายงานผล ซึ่งข้อมูลการรายงานและความร่วมมือดังกล่าวมีผลต่อการควบคุมและกำจัดโรคไข้มาลาเรียระหว่างชายแดนเป็นอย่างมาก อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาพบว่า ระบบการดำเนินนโยบายของประเทศในเขตลุ่มน้ำโขงเป็นการดำเนินนโยบายแบบรวมศูนย์ (centralization) จึงทำให้ผู้ปฏิบัติงานในระดับพื้นที่ขาดความเชี่ยวชาญและความเข้าใจอย่างแท้จริง และส่งผลต่อความร่วมมือของเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติงานและรายงานผล เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว รัฐบาลจึงควรที่จะหาวิธีในการพัฒนาความยั่งยืนของความร่วมมือและการทำงานของเจ้าหน้าที่ เพื่อให้เจ้าหน้าที่เห็นความสำคัญของการดำเนินงานและควบคุมโรคไข้มาลาเรีย โดยรัฐบาลอาจจะต้องช่วยสนับสนุนองค์ความรู้ด้วยการจัดการอบรม รวมถึงสนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินงานในพื้นที่เพิ่มมากขึ้น (Kaehler et al., 2019)

การศึกษาของ Govere และคณะ (Govere, Durrheim, la Grange, Mabuza, & Booman, 2000) พบว่า การไม่ยอมรับการดำเนินนโยบายกำจัดโรคไข้มาลาเรียในระดับชุมชนเกิดจากการที่ผู้คนในชุมชนคิดว่าโรคไข้มาลาเรียไม่ใช่ปัญหาที่สำคัญ หรือคิดว่าโรคไข้มาลาเรียเป็นโรคที่ไม่สามารถกำจัดให้หมดไปได้ ประกอบกับกระบวนการพัฒนานโยบายของภาครัฐที่ไม่ได้ดึงการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนเพื่อแก้ไขปัญหาอย่างแท้จริง Hlongwana และ Tsoka-Gwegweni (2017) เสนอว่า หากประเทศแอฟริกาใต้ต้องการที่จะผลักดันนโยบายให้ประสบผลสำเร็จจะต้อง 1) ทำความเข้าใจกับสถานการณ์ในปัจจุบันเป็นอย่างดี โดยใช้หลักฐานข้อมูลที่น่าเชื่อถือได้ประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบาย 2) หลีกเลี่ยงการใช้ทุนจากภายนอกประเทศ พยายามใช้ทรัพยากรจากภายในประเทศเป็นหลัก 3) เพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องในทุกกระดับ 4) ควรมีการอำนวยความสะดวก/สนับสนุนระบบการจัดการในระดับพื้นที่ เอื้อให้ระดับพื้นที่สามารถรับคำสั่งจากหน่วยงานส่วนกลางได้ง่ายขึ้น เช่น การออกคู่มือปฏิบัติให้ระดับพื้นที่ เป็นต้น 5) นโยบายที่ออกมามควรเป็นนโยบายที่สามารถทำได้จริง เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ โดยอาศัยการทบทวนจากพื้นที่ที่มีลักษณะใกล้เคียงและประสบผลสำเร็จในการดำเนินงาน และ 6) เพิ่มความเข้มแข็งให้ระบบการเฝ้าระวังในทุกขั้นตอน ทั้งการค้นหา การตรวจคัดกรอง การยืนยันผล และการรายงานผล (Hlongwana & Tsoka-Gwegweni, 2017)

ผลจากการทบทวนในหลายประเทศ พบว่า สิ่งสำคัญที่ทำให้การผลักดันนโยบายการควบคุมและกำจัดโรคไข้มาลาเรียประสบความสำเร็จ คือ ต้องมีการวิเคราะห์ถึงสถานการณ์และปัญหาที่เกิดขึ้นจริง สร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในทุกระดับได้ร่วมแสดงความคิดเห็น และมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจในทุกขั้นตอน รวมถึงต้องมีการให้ข้อมูลแก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในทุกระดับ ด้วยภาษาและวิธีการนำเสนอที่เข้าใจง่ายและเหมาะสม

## 2.7 กรอบการประเมิน และตัวชี้วัดการประเมินผลโครงการควบคุมและกำจัดโรคมาลาเรีย

### 2.7.1 กรอบการประเมิน

กรอบการศึกษาการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ (Policy implementation framework) เป็นกรอบที่มีการพัฒนามาเป็นระยะเวลานาน อาจแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม กลุ่มแรกเป็นกรอบแนวคิดการนำนโยบายไปปฏิบัติแบบ top-down ซึ่งให้ความสำคัญกับความสามารถของผู้กำหนดนโยบายในการกำหนดความชัดเจนของนโยบายรวมถึงการควบคุมขั้นตอนการนำนโยบายไปปฏิบัติ ส่วนกรอบแนวคิดแบบ bottom-up มองว่าผู้ปฏิบัติงาน (ข้าราชการระดับปฏิบัติ) เป็นผู้เล่นสำคัญในการดำเนินงานตามนโยบาย และเห็นว่าขั้นตอนการนำนโยบายไปปฏิบัตินั้นเป็นขั้นตอนการต่อรอยภายในเครือข่ายของหน่วยงานผู้ปฏิบัติ นอกจากนั้นยังมีกลุ่มนักวิชาการที่เห็นว่ากระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัตินี้เป็นแบบผสมผสาน (hybrid theories) ทั้ง top-down และ bottom-up (Pulzl H & Treib O., 2007) ในปี 1980 Sabatier และ Mazmanian (Sabatier &

Mazmanian, 1980) ซึ่งเป็นกลุ่มนักวิชาการที่เห็นด้วยกับกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัตินั้นเป็นแบบผสมผสาน ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ โดยแบ่งปัจจัยออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

- 1) ความยาก/ซับซ้อนในการจัดการปัญหาที่ต้องการแก้ไขโดยนโยบาย (Tractability of the problem) ได้แก่ เทคโนโลยีที่สนับสนุนการวัดผลการเปลี่ยนแปลงของปัญหา ความหลากหลายของพฤติกรรม/แนวปฏิบัติ ที่ต้องการควบคุม/เปลี่ยนแปลง จำนวนประชากร/หน่วยงาน เป้าหมายที่กำหนดในนโยบาย และจำนวน/ลักษณะของสิ่งที่ต้องการให้กลุ่มเป้าหมายเปลี่ยนแปลง)
- 2) โครงสร้างเพื่อสนับสนุนการนำนโยบายไปปฏิบัติ (Ability of statute to structure implementation) ซึ่งจะพิจารณาประเด็น ได้แก่ ความสมเหตุสมผลของการวางวัตถุประสงค์ และการแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ความชัดเจนและการให้ความสำคัญโดยการจัดสรรทรัพยากรเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน การมีงบประมาณสนับสนุนให้ดำเนินงานตามนโยบาย การประสานงาน และการดำเนินงานระหว่างหน่วยปฏิบัติงาน—การมีแรงจูงใจ (incentive) และบทลงโทษในหน่วยงานผู้ปฏิบัติ นโยบายเดิมของหน่วยปฏิบัติสนับสนุนการดำเนินงานตามนโยบายใหม่ มีการแจกจ่ายงานที่ชัดเจนให้แก่หน่วยปฏิบัติ
- 3) ปัจจัยอื่นๆ ที่อยู่นอกเหนือนโยบาย ได้แก่ เงื่อนไขทางเศรษฐกิจและสังคมที่ส่งผลต่อการดำเนินนโยบาย ความสนใจของสื่อมวลชนต่อประเด็นปัญหาที่นโยบายต้องการแก้ไข การสนับสนุนจากสาธารณชน การเปลี่ยนแปลงทางทรัพยากรและทัศนคติของกลุ่มต่างๆ ที่สนับสนุนนโยบาย ความต่อเนื่องของการสนับสนุนจากผู้นำหน่วยปฏิบัติงานตามนโยบาย ความรับผิดชอบ (commitment) และทักษะความเป็นผู้นำของเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบการนำนโยบายไปปฏิบัติ

กรอบการประเมินการนำนโยบายไปปฏิบัตินี้เป็นการมองปัจจัย และกระบวนการในภาพกว้างของการนำนโยบายไปปฏิบัติ ซึ่งผู้ประเมินให้ความสนใจกับนโยบายการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย กล่าวคือมองนโยบายหลักที่จะประเมินคือ ยุทธศาสตร์กำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย พ.ศ.2560-2569 โดยเน้นในยุทธศาสตร์ที่ 3 เรื่องความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายทั้งในระดับประเทศ ภูมิภาค และนานาชาติ โดยเมื่อพิจารณาการดำเนินงานร่วมกันของภาคีเครือข่าย (รายละเอียดดังรูปที่ 2) ซึ่งในการประเมินความร่วมมือนี้นักวิชาการหลากหลายสาขาได้พัฒนากรอบการประเมินความร่วมมือต่างๆ โดยส่วนใหญ่เชื่อมโยงประโยชน์ของความร่วมมือกับการดำเนินโครงการ หรือนโยบาย เพื่อศึกษาถึงกระบวนการและกลไกของความร่วมมือที่ส่งผลต่อผลลัพธ์การดำเนินงานที่ต้องการ (Brinkerhoff, 2002; Hudson, Hardy, Henwood, & Wistow, 1999) ทั้งนโยบายด้านสิ่งแวดล้อม สังคม (McDonald & Young, 2012) และสุขภาพ (Halliday, Asthana, &

Richardson, 2004) โดยกรอบการประเมินความร่วมมือที่ใช้ในการประเมินความร่วมมือในการดำเนินนโยบาย หรือโครงการด้านสุขภาพที่มีการใช้ในการประเมินอย่างแพร่หลาย พัฒนาต่อยอดมาจากงานวิจัยของ (Hudson et al., 1999) ซึ่งเสนอองค์ประกอบ 10 ตัวของการสร้างความร่วมมือและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะกำหนดความสำเร็จของความร่วมมือ ดังแสดงในตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** องค์ประกอบของการสร้างความร่วมมือและปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่จะกำหนดความสำเร็จของความสำเร็จ

องค์ประกอบความร่วมมือ	ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
ปัจจัยด้านบริบท: ความคาดหวัง และข้อจำกัด (Contextual factors: expectations and constraints)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● การจัดทำแผนที่แสดงงานที่ซ้ำซ้อนระหว่างหน่วยงาน</li> <li>● การจัดทำแผนที่แสดงงานที่ยังไม่มีหน่วยงานได้รับผิดชอบ</li> <li>● การแสดงให้เห็นถึงวิธีการดำเนินงาน หรือกิจกรรมที่ส่งผลไม่พึงประสงค์ ต่อเป้าหมายของหน่วยงานอื่น ๆ</li> </ul>
การรับรู้ถึงความต้องการในการสร้างความร่วมมือ (Recognition of the need to collaborate)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ความตระหนักว่าความขัดแย้งและความร่วมมือ (collaboration) สามารถเกิดขึ้นพร้อมกันได้</li> <li>● การยอมรับในความยืดหยุ่นของการกำหนดประเด็น (agenda setting) การสนับสนุนงบประมาณ (funding) และการใช้บุคลากร (use of staff)</li> <li>● การแยกแยะระหว่างพื้นที่เชิงสัญลักษณ์ (symbolic setting) และพื้นที่แข่งขัน (competitive setting)</li> <li>● การรับรู้พื้นที่ที่มีความสัมพันธ์กัน (areas of interdependence) และความเคารพต่อส่วนที่เป็นอิสระต่อกัน (domain of independence)</li> </ul>
การแสดงให้เห็นถึงกฎเกณฑ์พื้นฐานของการสร้างความร่วมมือ (Identification of a legitimate basis for collaboration)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● การรับรู้ว่าการร่วมมือกันนั้นเป็นกิจกรรมที่เกิดผลประโยชน์ในระดับบุคคล ดังนั้นจึงต้องแสดงให้เห็นผลประโยชน์ของผู้เข้าร่วมทุกฝ่าย</li> <li>● การจัดโครงสร้างสิ่งแวดล้อมของความร่วมมือในระดับพื้นที่ตามลำดับขั้นของหน่วยงาน</li> <li>● การใช้ทรัพยากรส่วนเพิ่มโดยหน่วยงานที่มีลำดับขั้นสูง โดยเชื่อมโยงกับความสำเร็จตามเป้าหมายความร่วมมือ</li> </ul>
การประเมินศักยภาพความร่วมมือ (Assessment of collaborative capacity)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● กลยุทธ์สำหรับพัฒนาความร่วมมือซึ่งพัฒนามาจากการประเมิน (assessment) ศักยภาพความร่วมมือในปัจจุบัน</li> <li>● การประเมิน (assessment) หน้าที่ ขอบเขต เป้าประสงค์ และความก้าวหน้า</li> </ul>

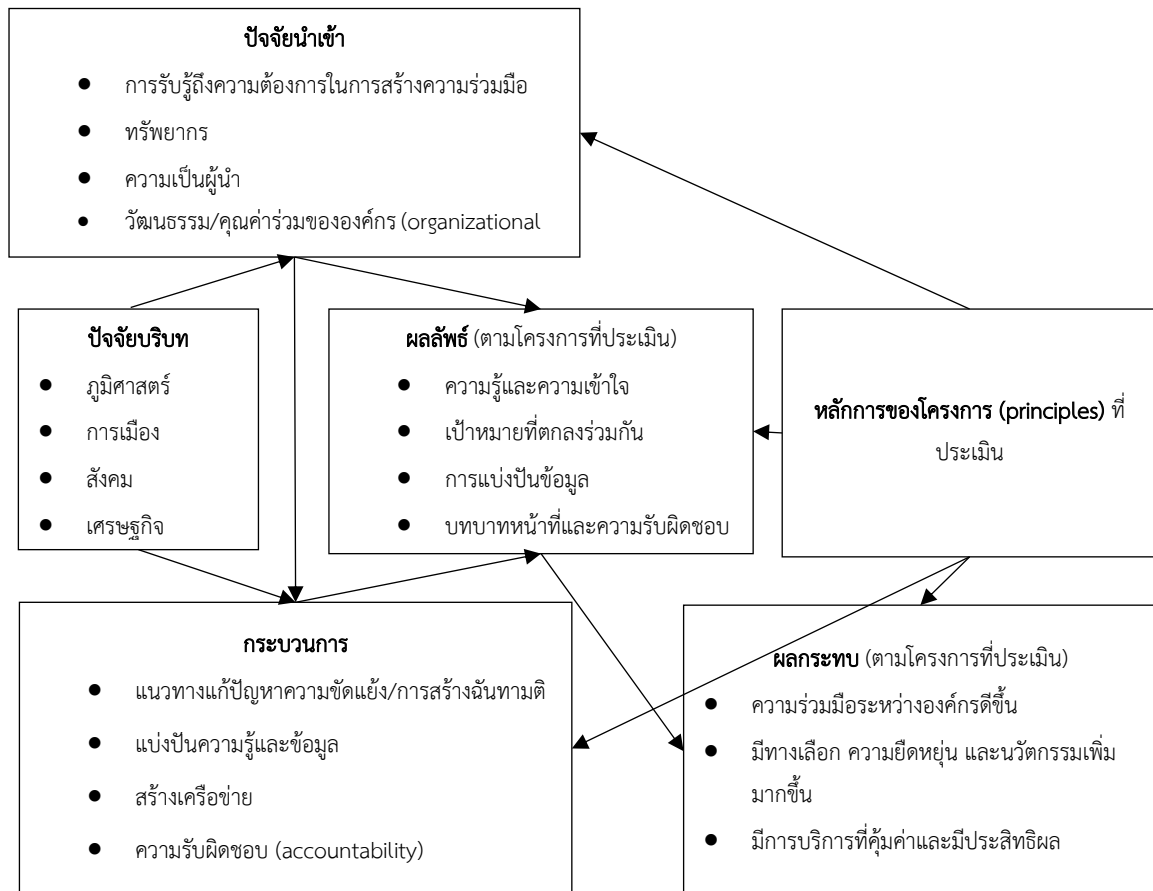
องค์ประกอบความร่วมมือ	ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
การกล่าวอย่างชัดเจนในเรื่องเป้าประสงค์ (Articulation of a clear sense of purpose)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ความชัดเจนเรื่องเป้าหมาย และวัตถุประสงค์ของการมีความร่วมมือ ต่อทุกฝ่าย</li> <li>● เป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่สามารถบรรลุผลได้</li> <li>● นำเสนอจุดเริ่มต้นของความร่วมมือในภาพกว้าง ไม่ใช่แบบที่มีการกำหนดรายละเอียดแบบพิมพ์เขียว</li> </ul>
สร้างความเชื่อใจระหว่างกันโดยยึดดำเนินงานที่มีหลักการ (Building up trust from principled conduct)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● การทำงานร่วมกันจะประสบความสำเร็จได้ต้องอาศัยความเชื่อใจ</li> <li>● การไม่เชื่อใจคืออุปสรรคหลักของการทำงานร่วมกัน</li> <li>● วิธีการที่จะทำให้เกิดความเชื่อใจกันมีทั้งการคำนึงถึงความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น การดำเนินงานที่มีหลักการ การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลหรือองค์กร</li> </ul>
สร้างความรู้สึก “เป็นเจ้าขององค์กร” ร่วมกัน (Ensuring wise organizational ownership)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● สร้างความเชื่อมโยงระหว่างกิจกรรมที่เกิดขึ้นในระดับจุลภาคและมหภาค</li> <li>● พัฒนาศักยภาพ “นักสื่อสาร” ให้มีทักษะการเป็นผู้นำที่มีความชอบธรรม</li> <li>● คำนึงถึงอำนาจของข้าราชการระดับปฏิบัติการ และสามารถระบุแรงจูงใจในการทำงานร่วมกันที่เกี่ยวข้องกับข้าราชการเหล่านั้นได้</li> </ul>
ดูแลความสัมพันธ์ที่เปราะบาง (Nurturing fragile relationships)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● รู้จักและยอมรับความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นอันเนื่องมาจากการทำงานร่วมกัน</li> <li>● แบ่งย่อยหน้าที่และชิ้นงานของงานที่ต้องทำร่วมกันให้สามารถบริหารจัดการได้ง่ายตามแนวคิด “คิดการใหญ่ จากก้าวเล็กๆ”</li> </ul>
เลือกรูปแบบความสัมพันธ์ให้เหมาะสมกับการทำงานร่วมกัน (Selection of an appropriate collaborative relationship)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● การดำเนินงานที่มีจุดประสงค์ต่างกัน ต้องการแนวทางและความเข้มข้นของการดำเนินงานร่วมกันที่แตกต่าง</li> <li>● การรักษาความสมดุลระหว่างความรับผิดชอบต่อองค์กรภาคีที่ทำงานร่วมกัน และความรับผิดชอบต่อองค์กรต้นสังกัดของตนเอง</li> </ul>
เลือกช่องทางการติดต่อประสานงาน (Selection of a co-ordination pathway)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● การเลือกตลาด ลำดับขั้นการปฏิบัติงาน และเครือข่ายการดำเนินงานร่วมกันระหว่างภาคีเครือข่าย</li> </ul>

ที่มา: (Hudson et al., 1999)

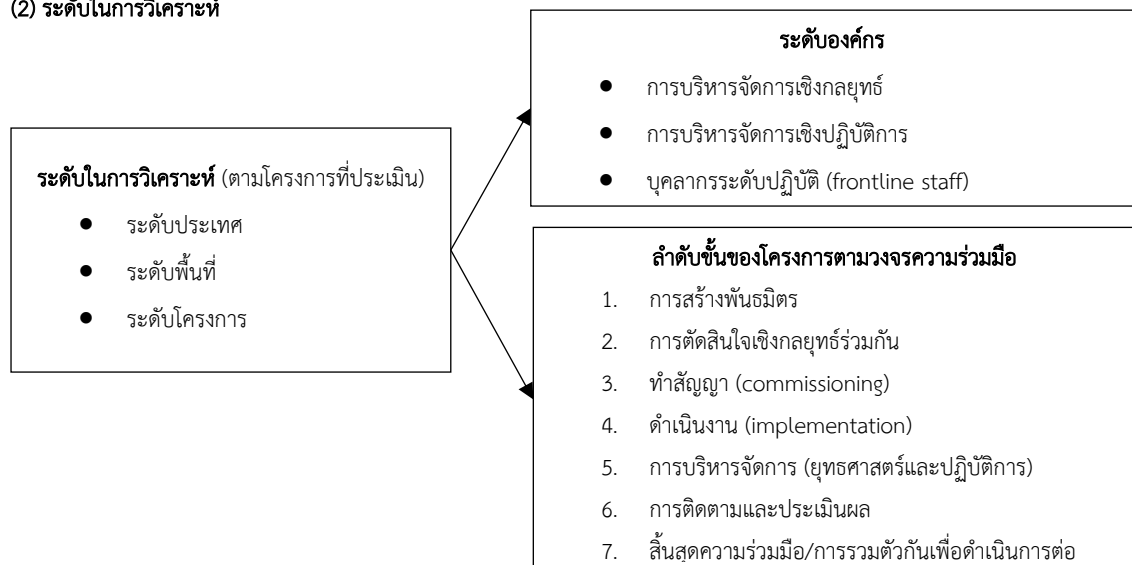
(Asthana, Richardson, & Halliday, 2002) ได้พัฒนารอบการประเมินความร่วมมือจากการศึกษาที่ผ่านมาของ (Hudson et al., 1999) โดยนอกจากการคงความสำคัญของบริษัทของความร่วมมือไว้แล้ว ยังเพิ่มความชัดเจนระหว่างปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลลัพธ์ และผลกระทบที่เกิดจากความสำเร็จของความร่วมมือ และแบ่งการวิเคราะห์ออกเป็น 2 ระดับ ซึ่งพิจารณาการวิเคราะห์ในระดับองค์กร เช่น เรื่องกลยุทธ์ และการบริหารจัดการ เป็นต้น และพิจารณาลำดับขั้นตามวงจรความร่วมมือ (stage of the partnership life cycle) ซึ่งในแต่ละขั้นตอนอาจมีความร่วมมือ และการดำเนินงานที่แตกต่างกัน เริ่มตั้งแต่ขั้นต้นการริเริ่มความร่วมมือ การ

ดำเนินโครงการ ไปจนถึงการประเมินผลแล้วจึงมีการตัดสินใจที่จะคงความร่วมมือไว้ หรือสิ้นสุดความร่วมมือ (พิจารณารายละเอียดตามรูปที่ 4)

(1) องค์ประกอบของการวิเคราะห์



(2) ระดับในการวิเคราะห์



รูปที่ 4 กรอบการวิเคราะห์ความร่วมมือ

ที่มา: (Asthana et al., 2002)

## 2.7.2 ตัวชี้วัดการประเมินโครงการมาลาเรียระดับชาติในเรื่องความร่วมมือ

จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการประเมินโครงการควบคุมและกำจัดโรคมมาลาเรียแห่งชาติในต่างประเทศ พบตัวชี้วัดและประเด็นสำคัญที่ผู้ประเมินใช้ในการวัดผลสัมฤทธิ์ของโครงการที่คล้ายคลึงกันซึ่งผู้วิจัยได้คัดเลือกตัวอย่างการประเมินจาก 3 ประเทศ ได้แก่ เคนยา เมียนมาร์ และแอฟริกาใต้มานำเสนอ เนื่องจากเป็นยุทธศาสตร์ที่มีความคล้ายคลึงกับยุทธศาสตร์ฯ ของประเทศไทย และเป็นการประเมินที่เพิ่งดำเนินการภายในระยะไม่เกิน 5 ปี โดยทั้งสามยุทธศาสตร์/โครงการใช้การประเมินปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิต และผลลัพธ์ของการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ของประเทศ

แผนการติดตามและประเมินผลโครงการควบคุมและกำจัดโรคมมาลาเรียแห่งชาติเคนยา ระบุว่าเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ฯ ที่ต้องดำเนินการให้บรรลุผลภายในปี 2018 ไว้ดังนี้ (1) ประชาชนมากกว่าร้อยละ 80 ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เสี่ยงได้ใช้มาตรการป้องกันโรคมมาลาเรียที่เหมาะสม (2) ผู้ป่วยที่สงสัย (suspected case)<sup>7</sup> ทุกรายที่เข้ารับบริการด้านสุขภาพจากผู้ให้บริการได้รับการรักษาตามแนวทางการรักษาโรคมมาลาเรียแห่งชาติ (3) ทุกเทศมณฑล (counties) ที่มีการระบาดของโรคมมาลาเรียมีศักยภาพในการตรวจหาและตอบโต้กับสถานการณ์การระบาดได้อย่างทันท่วงที (4) ทุกเทศมณฑลมีการติดตาม รายงาน และประเมินผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดด้านการกำจัดโรคมมาลาเรียทุกตัว (5) เพิ่มการใช้มาตรการควบคุมโรคมมาลาเรียในชุมชนให้ได้อย่างน้อยร้อยละ 80 ของชุมชนทั้งหมด และ (6) พัฒนาศักยภาพในการประสานงาน ความเป็นผู้นำ การอภิบาลระบบ และการจัดสรรทรัพยากรในทุกระดับเพื่อให้การควบคุมโรคมมาลาเรียบรรลุผลสำเร็จ (National Malaria Control Programme, 2016) โดยยุทธศาสตร์ที่ (6) นี้ประกอบด้วยยุทธศาสตร์ย่อย จำนวน 4 ข้อ อันได้แก่ 1) การพัฒนาหรือปรับปรุงการเผยแพร่นโยบาย และการวิงวอน (lobby) เพื่อให้เกิดกฎหมายและกฎระเบียบเพื่อสร้างความเข้มแข็งให้แก่โครงการควบคุมโรคมมาลาเรียในประเทศเคนยา 2) การสร้างความเข้มแข็งด้านการจัดซื้อและการบริหารจัดการยา และเวชภัณฑ์สำหรับโรคมมาลาเรีย 3) การพัฒนาศักยภาพเพื่อการวางแผน สร้างความร่วมมือ การประสานงาน และการนำนโยบายไปปฏิบัติ และ 4) สร้างความเข้มแข็งศักยภาพในการบริหารจัดการทรัพยากรเพื่อปรับปรุงและควบคุมการเงินการคลังในโครงการควบคุมโรคมมาลาเรีย

เมื่อพิจารณาตัวชี้วัดและประเด็นที่ถูกนำมาพิจารณาเพื่อประเมินผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงานตามเป้าหมายข้อที่ (6) ในยุทธศาสตร์ย่อยที่ 3) และ 4) พบว่ามีการใช้ตัวชี้วัดเชิงปริมาณเป็นหลัก ซึ่งครอบคลุมตัวชี้วัด 4 ส่วน อันได้แก่ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิต และผลลัพธ์ ปัจจัยนำเข้า หมายถึงทรัพยากรที่จำเป็นต้องใช้สำหรับการดำเนินงานซึ่งจะส่งผลให้เกิดผลผลิตของโครงการ ซึ่งผลผลิตเหล่านี้เกิดจากกระบวนการดำเนินงาน ถ้าผลผลิตของโครงการได้รับการจัดการที่ดีและเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายจะส่งผลโดยตรงต่อผลลัพธ์ของโครงการ โดยตัวชี้วัดของโครงการดังกล่าวมีรายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 5

<sup>7</sup> ผู้ที่มีอาการตามเกณฑ์ทางคลินิก

**ตารางที่ 5** สรุปตัวชี้วัด และแหล่งข้อมูลจากแผนการติดตามและประเมินผลโครงการควบคุมและกำจัดโรคมาลาเรียแห่งชาติเคนยา

ตัวชี้วัด	แหล่งข้อมูล
<b>ยุทธศาสตร์ย่อยที่ 3</b> การพัฒนาศักยภาพเพื่อการวางแผน สร้างความร่วมมือ การประสานงาน และการนำนโยบายไปปฏิบัติ	
<i>ตัวชี้วัดปัจจัยนำเข้า (input indicator)</i>	
1. กองทุนหรืองบประมาณที่มีอยู่	รายงานการดำเนินโครงการ
2. ข้อตกลงการปฏิบัติงานสำหรับเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในโครงการควบคุมโรคมาลาเรีย	รายงานการดำเนินโครงการ
3. แผนการดำเนินงานรายปี	รายงานการดำเนินโครงการ
4. อุปกรณ์เครื่องใช้ในสำนักงาน	รายงานการดำเนินโครงการ
5. หลักสูตรการอบรมเรื่องการบริหารจัดการโครงการฯ	รายงานการดำเนินโครงการ
<i>ตัวชี้วัดกระบวนการ (process indicator)</i>	
1. จำนวนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในโครงการฯ	รายงานโครงการ
2. จำนวนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในโครงการฯ ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพโดยการเข้าร่วมการประชุมวิชาการที่เกี่ยวข้องกับโรคมาลาเรียในระดับภูมิภาคและนานาชาติ	รายงานการจัดกิจกรรม
3. จำนวนครั้งของการจัดประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อวางแผนการประเมินความพร้อมและศักยภาพของระบบ	รายงานการจัดกิจกรรม
4. จำนวนครั้งของการประชุมเพื่อติดตามการปฏิบัติงาน	สรุปประชุม
5. การจัดทำแผนที่ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินโครงการฯ	รายงานการจัดกิจกรรม
6. จำนวนครั้งของการจัดประชุมคณะทำงานวิชาการ	รายงานการประชุม
7. จำนวนเทศมณฑลที่เข้าร่วมการประชุมเพื่อทบทวนการดำเนินงาน	รายงานการประชุม
<i>ตัวชี้วัดผลลัพธ์ (output indicator)</i>	
1. จำนวนเจ้าหน้าที่ที่ประจำอยู่ในหน่วยควบคุมโรคมาลาเรียและเจ้าหน้าที่ระดับเทศมณฑลที่เข้าร่วมการอบรมระยะสั้นเรื่องการบริหารจัดการโครงการฯ	รายงานการจัดอบรม
2. สัดส่วนของเจ้าหน้าที่ระดับเทศมณฑลที่ผ่านการฝึกอบรมเรื่องการวางแผนและบริหารจัดการโครงการฯ ต่อจำนวนเป้าหมาย	รายงานการจัดอบรม
3. จำนวนเทศมณฑลที่มีเจ้าหน้าที่ผู้ประสานงานหลักที่ผ่านการฝึกอบรม	รายงานการจัดอบรม
4. จำนวนชุมชนที่ได้รับการสนับสนุนโดยโครงการควบคุมโรคมาลาเรียแห่งชาติ	รายงานการดำเนินโครงการ
5. จำนวนแผนการดำเนินงานรายปีที่ดำเนินการแล้วเสร็จ	รายงานการดำเนินโครงการ
6. จำนวนรายงานการประเมินศักยภาพและความพร้อมของระบบ	รายงานการจัดกิจกรรม
<i>ตัวชี้วัดผลลัพธ์ (outcome indicator)</i>	
1. สัดส่วนของเทศมณฑลที่มีโครงการควบคุมโรคมาลาเรียที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์การควบคุมและกำจัดโรคมาลาเรียแห่งชาติ	รายงานการจัดกิจกรรม
<b>ยุทธศาสตร์ย่อยที่ 4</b> สร้างความเข้มแข็งศักยภาพในการบริหารจัดการทรัพยากรเพื่อปรับปรุงและควบคุมการเงินการคลังในโครงการควบคุมโรคมาลาเรีย	
<i>ตัวชี้วัดปัจจัยนำเข้า (input indicator)</i>	



ตัวชี้วัด	แหล่งข้อมูล
1. กองทุนหรืองบประมาณที่มีอยู่	รายงานการดำเนินโครงการ
2. ยุทธศาสตร์การจัดสรรทรัพยากร	รายงานการดำเนินโครงการ
3. การมีทูตสันถวไมตรีในเรื่องโรคมมาลาเรีย	รายงานการดำเนินโครงการ
4. ข้อตกลงการปฏิบัติงานสำหรับที่ปรึกษาโครงการควบคุมโรคมมาลาเรีย	รายงานการจัดกิจกรรม
<b>ตัวชี้วัดกระบวนการ (process indicator)</b>	
1. จำนวนครั้งของการประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อพัฒนายุทธศาสตร์การบริหารจัดการทรัพยากร	รายงานการจัดกิจกรรม
2. จำนวนครั้งของการประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อพัฒนาโครงการดำเนินงานควบคุมโรคมมาลาเรียเพื่อขอรับทุนสนับสนุน	รายงานการจัดกิจกรรม
3. จำนวนครั้งของจัดประชุมระหว่างภาครัฐและเอกชน	รายงานการประชุม
4. จำนวนสื่อสิ่งพิมพ์เพื่อใช้ในกระบวนการบริหารทรัพยากร	รายงานการดำเนินโครงการ
5. จำนวนการจัดจ้างที่ปรึกษาโครงการฯ	รายงานการดำเนินโครงการ
<b>ตัวชี้วัดผลผลิต (output indicator)</b>	
1. การมีอยู่ของยุทธศาสตร์การบริหารจัดการทรัพยากรฉบับสมบูรณ์	ยุทธศาสตร์การบริหารจัดการทรัพยากร
2. จำนวนโครงการดำเนินงานควบคุมโรคมมาลาเรียเพื่อขอรับทุนการสนับสนุน ที่ได้พัฒนาขึ้น ส่งให้แหล่งทุน และต่อรองกับแหล่งทุน	โครงการดำเนินงาน
<b>ตัวชี้วัดผลลัพธ์ (outcome indicator)</b>	
1. สัดส่วนของแผนการดำเนินงานประจำปีที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณเพื่อควบคุมโรคมมาลาเรียเปรียบเทียบกับจำนวนแผนการฯ ที่เสนอให้แหล่งทุน	รายงานการดำเนินโครงการ

ในรายงานผลการติดตามและประเมินผลโครงการมาลาเรียแห่งชาติเมียนมาร์โดยผู้ประเมินภายนอก (external reviewers) มีประเด็นที่ผู้ประเมินนำมาทบทวน แยกตามหมวดหมู่ (thematic areas) ได้ดังนี้ (1) การบริหารจัดการโครงการ โดยพิจารณานโยบาย แนวปฏิบัติ ทรัพยากรมนุษย์ การควบคุมดูแล การสร้างเครือข่าย และการประสานงาน และการสนับสนุนงบประมาณ (2) ข้อมูลทางระบาดวิทยา การเตรียมพร้อมตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉิน การเฝ้าระวัง การติดตามและประเมินผล (3) กีฏวิทยาและการควบคุมแมลง (4) การวินิจฉัยและการรักษา และ (5) การจัดซื้อจัดหา และการบริหารจัดการห่วงโซ่อุปทาน (World Health Organization, 2017) ทั้งนี้เมื่อพิจารณาเฉพาะประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการโครงการโรคมมาลาเรีย พบว่าประเด็นที่ผู้ประเมินใช้ในการประเมินมีความคล้ายคลึงกันกับตัวชี้วัด และ/หรือประเด็นที่ถูกนำไปใช้ในการประเมินยุทธศาสตร์การควบคุมและการกำจัดโรคมมาลาเรียในประเทศเคนยา หากแต่ไม่ได้แบ่งตัวชี้วัดและ/หรือประเด็นออกเป็นปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิต และผลลัพธ์ รายละเอียดหัวข้อหรือประเด็นที่ผู้ประเมินนำมาทบทวนภายใต้หมวดหมู่ที่ 1) เรื่องการบริหารจัดการโครงการฯ แสดงไว้ในตารางที่ 6 ดังนี้

**ตารางที่ 6** สรุปตัวชี้วัด และแหล่งข้อมูลจากแผนการติดตามและประเมินผลโครงการควบคุมและกำจัดโรคมะลาเรียแห่งชาติเมียนมาร์

หัวข้อหรือประเด็นที่ควรนำมาทบทวน	แหล่งข้อมูล
การบริหารจัดการโครงการ โดยพิจารณานโยบาย แนวปฏิบัติ ทรัพยากรมนุษย์ การควบคุมดูแล การสร้างเครือข่ายและการประสานงาน และการสนับสนุนงบประมาณ	
1. นโยบายหรือแผนงานด้านสุขภาพระดับชาติ และงบประมาณสำหรับภาคส่วนสาธารณสุขที่เกี่ยวกับโครงการควบคุมโรคมะลาเรีย	1. การทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องทั้งที่เปิดเผยและไม่เปิดเผยต่อสาธารณะ 2. การสัมภาษณ์บุคลากรที่เกี่ยวข้องในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค (อำเภอ) โดยที่ผู้จัดการโครงการควบคุมโรคมะลาเรียเป็นผู้แนะนำผู้ให้สัมภาษณ์ 3. การอภิปรายกลุ่มบุคลากรที่เกี่ยวข้องในโครงการควบคุมโรคมะลาเรียในส่วนกลาง 4. การลงพื้นที่ตรวจสอบ
2. โครงสร้าง บทบาทหน้าที่ และทรัพยากรมนุษย์ เช่น จำนวน และจำนวนข้อตกลง การปฏิบัติงานที่จัดทำขึ้นในองค์กรที่รับผิดชอบโครงการควบคุมโรคมะลาเรียทั้งในระดับประเทศ และเขตการปกครอง	
3. นโยบายและแนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวกับการควบคุมโรคมะลาเรีย	
4. การมีอยู่ของแผนยุทธศาสตร์การควบคุมหรือการกำจัดโรคมะลาเรียแห่งชาติ	
5. การมีอยู่ของแผนปฏิบัติการควบคุมและกำจัดโรคมะลาเรียในระดับประเทศ และเขตการปกครอง	
6. ทรัพยากรทางการเงินที่ใช้สนับสนุนโครงการควบคุมโรคมะลาเรียทั้งที่ได้รับการสนับสนุนจากแหล่งทุนภายในประเทศ เช่น รัฐบาล และแหล่งทุนภายนอกประเทศ เช่น กองทุนโลก องค์กรอนามัยโลก Japan International Cooperation Agency (JICA) United Nations Children's Fund (UNICEF) และภาคีเครือข่ายอื่นๆ เป็นต้น	
7. การดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่าย และกลไกการประสานงานระดับประเทศ	

การประเมินโครงการฯ ในประเทศเมียนมาร์ใช้วิธีการเก็บข้อมูลที่แตกต่างจากประเทศเคนยา กล่าวคือในประเทศเมียนมาร์เก็บข้อมูลจากหลายแหล่ง เช่น การทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องทั้งที่เปิดเผยและไม่เปิดเผยต่อสาธารณะ การสัมภาษณ์บุคลากรที่เกี่ยวข้องในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค (อำเภอ) โดยที่ผู้จัดการโครงการควบคุมโรคมะลาเรียเป็นผู้แนะนำผู้ให้สัมภาษณ์ การอภิปรายกลุ่มบุคลากรที่เกี่ยวข้องในโครงการควบคุมโรคมะลาเรียในหน่วยงานส่วนกลาง และการลงพื้นที่ตรวจสอบการดำเนินงานในส่วนภูมิภาค ในขณะที่ประเทศเคนยาใช้วิธีการทบทวนเอกสารและรายงานการจัดกิจกรรมและการประชุมเป็นหลัก

การติดตามและประเมินแผนยุทธศาสตร์การกำจัดโรคมะลาเรียของประเทศแอฟริกาใต้ในปี 2019-2023 ก็มีการใช้ตัวชี้วัดที่คล้ายกันกับประเทศเคนยาและเมียนมาร์ โดยเฉพาะตัวชี้วัดในส่วนของความร่วมมือ การบริหารจัดการ และการประสานงานเพื่อให้เกิดการนำนโยบายเพื่อการกำจัดโรคมะลาเรียไปปฏิบัติในหน่วยงานทุกระดับ ตัวชี้วัดในส่วนดังกล่าวแสดงใน**ตารางที่ 7**

**ตารางที่ 7** สรุปตัวชี้วัด และแหล่งข้อมูลจากแผนการติดตามและประเมินแผนยุทธศาสตร์การกำจัดโรคมาลาเรียของประเทศแอฟริกาใต้ในปี 2019-2023

ตัวชี้วัด	แหล่งข้อมูล
การบริหารจัดการโครงการ ความเป็นผู้นำ และการประสานงานเพื่อให้การนำมาตรการและนโยบายเพื่อการกำจัดโรคมาลาเรียไปปฏิบัติอย่างเหมาะสมที่สุด	
1. สัดส่วนของงบประมาณที่ได้รับอนุมัติ (เทียบกับจำนวนที่ขอ)	โครงการ มาลาเรียระดับ จังหวัด
2. สัดส่วนของงบประมาณที่ถูกใช้ไป (เมื่อเทียบกับงบประมาณที่ได้รับอนุมัติ)	
3. สัดส่วนของตำแหน่งงานว่างและมีการจ้างงานในตำแหน่งดังกล่าว	
4. สัดส่วนของแผนการดำเนินงานของภาคส่วนสาธารณสุขที่บรรจุการกำจัดโรคมาลาเรียไว้ในแผน	
5. จำนวนของคณะกรรมการที่ทำงานข้ามพรมแดนโดยใช้แผนการกำจัดโรคมาลาเรียรายปี	
6. สัดส่วนของประเด็นวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคมาลาเรียที่รัฐให้ความสำคัญ	

ผู้ประเมินได้นำกรอบการประเมิน และตัวชี้วัดที่ทั้งสามประเทศเลือกใช้ในการประเมิน มาพิจารณา ร่วมกับกรอบตัวชี้วัดการติดตามและประเมินผลยุทธศาสตร์ที่ 3 การสร้างความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายระดับประเทศและระดับนานาชาติ เพื่อขับเคลื่อนงานกำจัดโรคไข้มาลาเรีย (ซึ่งเป็นยุทธศาสตร์ที่ต้องการประเมินในการศึกษานี้) ภายใต้ยุทธศาสตร์การกำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย พ.ศ. 2560-2569 ของประเทศไทย พัฒนาการประเมินยุทธศาสตร์ที่ 3 และตัวชี้วัดครอบคลุมตัวชี้วัด 3 ส่วน คือ ตัวชี้วัดปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิต และผลลัพธ์

การประเมินการปฏิบัติตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ ค.ศ. 2005 (International Health Regulation 2005, IHR 2005) เป็นการประเมินผลการพัฒนาสมรรถนะด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคของประเทศ โดยใช้การประเมินตนเองตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (peer review) และการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญที่เป็นบุคคลภายนอกประเทศ (joint external evaluation, JEE) การประเมินแบบ JEE มีทั้งหมด 19 ประเด็น แบ่งเป็นตัวชี้วัดทั้งสิ้น 48 ตัวชี้วัด โดยในแต่ละตัวชี้วัดจะให้คะแนนตามระดับการพัฒนา 5 ระดับ ได้แก่ ระดับที่ 1 ไม่มีความสามารถ ระดับที่ 2 มีความสามารถจำกัด ระดับที่ 3 อยู่ระหว่างการพัฒนา ระดับที่ 4 มีความสามารถชัดเจน และระดับที่ 5 มีความยั่งยืน จากการทบทวนการประเมิน JEE พบว่ามีประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านการสร้างความร่วมมือและการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เด่นชัดอยู่ 2 ประเด็น คือ 1) ความร่วมมือ การสื่อสารและการสนับสนุนการดำเนินการตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ (IHR coordination, communication and advocacy) และ 2) การสื่อสารความเสี่ยง (risk communication) รายละเอียดตาม**ตารางที่ 8** (Joint external evaluation tool: International Health Regulations (2005), 2018)

## ตารางที่ 8 สรุปตัวชี้วัด และแหล่งข้อมูลจาก JEE

ตัวชี้วัด	แหล่งข้อมูล
ความร่วมมือ การสื่อสารและการสนับสนุนการดำเนินการตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ	
<p>กลไกการสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานเพื่อดำเนินงานด้าน IHR และตอบสนองต่อสถานการณ์ด้านสาธารณสุข</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ที่เกี่ยวข้องมีความสามารถในการสื่อสารกับหน่วยงานระหว่างประเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ผ่านทาง การเขียนและทางคำพูด)</li> <li>- มีการพัฒนาหรือปรับปรุงรายชื่อของสมาชิก/หน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้อง</li> <li>- มีกลไกการที่เหมาะสมที่ใช้สำหรับประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง</li> <li>- มีมาตรฐานการปฏิบัติงานหรือคู่มือสำหรับการสร้างความร่วมมือ/ประสานงานระหว่างหน่วยงานหลักและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอื่นๆ</li> <li>- มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงาน</li> <li>- มีการประเมินและปรับปรุงด้านการประสานงาน การสร้างความร่วมมือ และการสื่อสารระหว่างหน่วยงาน</li> <li>- มีการรายงานความก้าวหน้าในการดำเนินงานให้แก่ผู้เกี่ยวข้องทราบ</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. รายงานของหน่วยงานต่างๆ</li> <li>2. กฎหมาย ข้อตกลง หรือนโยบายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง</li> <li>3. แผนปฏิบัติการ</li> </ol>
การสื่อสารความเสี่ยง	
<p>การสื่อสารและการประสานงานภายในองค์กร และการสื่อสารกับองค์กรภาคี</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- กลไกการสื่อสารทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการสำหรับภายในองค์กร</li> <li>- กลไกการสื่อสารทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่อยู่ภายนอกองค์กร (รวมถึงภาคเอกชนและภาคประชาสังคม)</li> <li>- กลไกการสื่อสารทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการสำหรับหน่วยงานระหว่างประเทศ</li> <li>- การเข้าถึงข้อมูลของภาคีเครือข่าย (ได้รับข้อมูลชุดเดียวกัน)</li> <li>- การสื่อสารและตอบสนองกับหน่วยงานภาคีในกรณีที่เกิดเหตุการณ์ฉุกเฉิน</li> <li>- การพัฒนาระบบการสื่อสารและแผนการตอบสนอง/รับมือกับสถานการณ์ฉุกเฉินร่วมกันระหว่างหน่วยงานหลักและภาคีเครือข่าย</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เหตุการณ์การร่วมมือกันระหว่างภายในและภายนอกองค์กร</li> <li>2. รายงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง</li> <li>3. แผนการสื่อสาร/ประสานงาน</li> <li>4. ข้อตกลง</li> </ol>

### 2.3 กรอบแนวคิดสำหรับการประเมิน

การประเมินในครั้งนี้เป็นการประเมินการนำนโยบายมาปฏิบัติ (policy implementation) โดยเลือกประเมินในมุมมองการนำนโยบายมาสู่การปฏิบัติแบบผสมผสานทั้ง top-down และ bottom-up เนื่องจากมีผู้เกี่ยวข้องหลักจากหลายภาคส่วน (ภาครัฐ และเอกชน NGOs) และหลายระดับทั้งนานาชาติ ภูมิภาค ประเทศ และพื้นที่ การประเมินจะเน้นการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ที่ 3 ภายใต้ยุทธศาสตร์การกำจัดโรคไข้มาลาเรีย ประเทศไทย พ.ศ. 2560-2569 ของประเทศไทย ซึ่งเป็นเรื่องการสร้างเครือข่ายและความร่วมมือ ผู้ประเมินจึงเลือกใช้กรอบประเมินความร่วมมือ ซึ่งพิจารณา บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลลัพธ์ และผลกระทบ ตาม

รายละเอียดในตารางที่ 6 กรอบการประเมิน ซึ่งในการประเมินนี้จะพิจารณาระดับของหน่วยที่ประเมินและวงจรรวมมือประกอบด้วย

ยุทธศาสตร์ที่ 3 กำหนดเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์คือ *ภาคีเครือข่ายร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงานกำจัดโรคไข้มาลาเรียอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน* มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างประเทศ มีความร่วมมือระหว่างประเทศเพื่อนบ้าน มีแผนงานโครงการร่วมกัน มีนโยบายและแนวปฏิบัติที่สอดคล้องกันระหว่างประเทศ (สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค, 2559) มีมาตรการหลัก 2 เรื่อง ได้แก่ 1) ผลักดันนโยบายและกลไกระดับประเทศ ระหว่างประเทศ และแนวชายแดน ให้เกิดการวางแนวทางการทำงานร่วมกัน และ 2) ผลักดัน/สนับสนุนเครือข่ายให้ลงทุน แบ่งปันการใช้ทรัพยากรร่วมกัน ซึ่งการดำเนินการนั้นเน้นพื้นที่อำเภอ/เขตในกลุ่ม C1, C2, E1 และ E2<sup>8</sup> ตามกรอบยุทธศาสตร์ในภาพรวม แต่ในยุทธศาสตร์ที่ 3 นี้จะเป็นการดำเนินงานในเชิงนโยบาย โดยมุ่งทำ 4 เรื่องในจุดเน้นยุทธศาสตร์ ได้แก่ กำหนดให้นโยบายการกำจัดโรคไข้มาลาเรียเป็นวาระแห่งชาติ มีกลไกการดำเนินงานร่วมกันภายในประเทศทุกระดับ ระหว่างประเทศและแนวชายแดน พัฒนาศักยภาพบุคลากรเครือข่ายให้มีบทบาทในการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย และผลักดันให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรีย (สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค, 2559)

ในการประเมินความร่วมมือระดับพื้นที่นั้น ผู้ประเมินยึดการแบ่งพื้นที่ตามการปฏิบัติงาน (Area Stratification) กำจัดโรคไข้มาลาเรียจะช่วยให้ดำเนินมาตรการการกำจัดเชื้อมีประสิทธิภาพเนื่องจากสามารถเลือกวิธีการดำเนินงานที่สอดคล้องกับลักษณะการแพร่เชื้อมาลาเรียในแต่ละพื้นที่ การแบ่งพื้นที่ปฏิบัติงานใช้ข้อมูลทางด้านระบาดวิทยา การสอบสวนโรคและข้อมูลุงพาหะซึ่งเป็นข้อมูลจากฐานข้อมูลโรคไข้มาลาเรีย สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง และจะมีการปรับพื้นที่การดำเนินงานให้ สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ทุกปี (ตามปีงบประมาณ) โดยพื้นที่ในการปฏิบัติงานกำจัดโรคไข้มาลาเรียแบ่งเป็น 2 ระดับ ได้แก่ ระดับหมู่บ้านและระดับอำเภอ/เขต การประเมินนี้มุ่งศึกษาในระดับอำเภอเนื่องจากเป็นระดับการปกครองที่มีผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหลักในระดับนโยบาย และถูกระบุอยู่ในตัวชี้วัดการประเมินยุทธศาสตร์ที่ 3 (ององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ที่มีการแพร่เชื้อ (A) มีการจัดการกำจัดโรคไข้มาลาเรียจากร้อยละ 50 ในปี พ.ศ. 2558 เป็น ร้อยละ 70

<sup>8</sup> การจัดแบ่งพื้นที่ในระดับอำเภอ/เขต เพื่อประเมินความสำเร็จของการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย แบ่งได้ ดังนี้ (1) อำเภอเร่งรัดกำจัดการแพร่เชื้อ (อำเภอ C) แบ่งเป็น อำเภอ C1 หมายถึงอำเภอที่มีการแพร่เชื้อสูงและอุบัติการณ์โรค (API) มากกว่า 1 ต่อประชากรพันคน และ อำเภอ C2 หมายถึงอำเภอที่มีการแพร่เชื้อต่ำและอุบัติการณ์โรค (API) น้อยกว่า 1 ต่อ ประชากรพันคน (2) อำเภอป้องกันการแพร่เชื้อกลับมาใหม่ (อำเภอ E) แบ่งเป็น อำเภอ E1 หมายถึงอำเภอที่ไม่พบผู้ป่วยติดเชื้อมีพื้นที่ในระยะเวลา 1-3 ปี (ไม่มีการ แพร่เชื้ออย่างน้อย 1 ปี แต่ยังไม่ครบ 3 ปี) และอำเภอ E2 หมายถึงอำเภอ/เขตที่ไม่พบผู้ป่วยติดเชื้อมีพื้นที่ในระยะเวลาอย่างน้อย 3 ปี

และ 75 ในปี พ.ศ. 2563 และ 2564 ตามลำดับ) ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับอำเภอ ซึ่งเป็นหน่วยงานที่จะเป็นกำลังสำคัญในการดำเนินนโยบายการกำจัดโรคไข้มาลาเรียตามยุทธศาสตร์ฯ อย่างต่อเนื่อง

## ตารางที่ 9 กรอบการประเมิน

กรอบการประเมิน	รายละเอียด
การนำยุทธศาสตร์ไปปฏิบัติ	ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ <ul style="list-style-type: none"> <li>• ความยาก/ซับซ้อนในการจัดการปัญหาที่ต้องการแก้ไขโดยนโยบาย (Tractability of the problem)</li> <li>• โครงสร้างเพื่อสนับสนุนการนำนโยบายไปปฏิบัติ (Ability of statute to structure implementation)</li> <li>• ปัจจัยอื่นๆ ที่อยู่นอกเหนือนโยบาย</li> </ul>
<b>ประเมินความร่วมมือ (บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลลัพธ์ ผลกระทบ)</b>	
บริบท	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ภูมิศาสตร์</li> <li>• การเมือง</li> <li>• สังคม</li> <li>• เศรษฐกิจ</li> </ul>
ปัจจัยนำเข้า	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ทราบความต้องการในการสร้างความร่วมมือ (การรับรู้ และแรงจูงใจ)</li> <li>• ทรัพยากร (งบประมาณ กำลังคนและการอบรม แผนการทำงาน/นโยบาย วัสดุอุปกรณ์)</li> <li>• ภาวะความเป็นผู้นำและการบริหารจัดการ</li> <li>• วัฒนธรรม/คุณค่าร่วมขององค์กร</li> </ul>
กระบวนการ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• แนวทางแก้ปัญหาความขัดแย้ง/การสร้างฉันทามติ (พิจารณาจากวิธีการทำงานร่วมกัน)</li> <li>• แบ่งปันความรู้และข้อมูลระหว่างหน่วยงาน (แบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ทั้งแนวราบและแนวตั้ง)</li> <li>• สร้างเครือข่าย (ระดับหน่วยงาน และระดับบุคคล แบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ส่งผลกระทบต่ออนาคตและความยั่งยืนของการดำเนินงานอย่างไร)</li> <li>• ความรับผิดชอบ (accountability) ในทุกระดับที่ซ้อนกัน เช่น ของหน่วยงานหลักที่ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ และความรับผิดชอบของหน่วยงานรองที่ต้องรับผิดชอบต่อประชาชนในพื้นที่เป็นต้น</li> </ul>
ผลลัพธ์	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ความรู้และความเข้าใจ</li> <li>• เป้าหมายที่ตกลงร่วมกัน</li> <li>• การแบ่งปันข้อมูล</li> <li>• บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบ</li> </ul>
ผลกระทบ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ความร่วมมือระหว่างองค์กรดีขึ้น</li> <li>• มีทางเลือก ความยืดหยุ่น และนวัตกรรมเพิ่มมากขึ้น</li> </ul>

กรอบการประเมิน	รายละเอียด
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ความยั่งยืนในการดำเนินงานกำจัดโรคไข้มาลาเรียในระดับพื้นที่ และประเทศ</li> </ul>
หลักการยุทธศาสตร์ฯ ที่ 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ภาครัฐหรือข่ายร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงานกำจัดโรคไข้มาลาเรียอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน</li> <li>● มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างประเทศ</li> <li>● มีความร่วมมือระหว่างประเทศเพื่อนบ้านมีแผนงานโครงการร่วมกันมีนโยบายและแนวปฏิบัติที่สอดคล้องกันระหว่างประเทศ</li> </ul>
<b>ระดับการประเมิน และวงจรความร่วมมือ (พิจารณาประกอบการประเมินความร่วมมือตามปัจจัย)</b>	
ระดับการประเมิน	<ul style="list-style-type: none"> <li>● นานาชาติ และภูมิภาค</li> <li>● ประเทศ (ภาครัฐ และเอกชน)</li> <li>● พื้นที่ (อำเภอ)</li> </ul>
ระดับองค์กร	<p>องค์กรบริหารยุทธศาสตร์ที่ 3 ทั้งระดับประเทศและพื้นที่</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● การบริหารจัดการเชิงกลยุทธ์</li> <li>● การบริหารจัดการเชิงปฏิบัติการ</li> <li>● บุคลากรระดับปฏิบัติ (frontline staff)</li> </ul>
ขั้นตอนตามวงจรนโยบาย/โครงการ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. การสร้างพันธมิตร</li> <li>2. การตัดสินใจเชิงกลยุทธ์ร่วมกัน</li> <li>3. ทำสัญญา (commissioning)</li> <li>4. ดำเนินงาน (implementation)</li> <li>5. การบริหารจัดการ (ยุทธศาสตร์และปฏิบัติการ)</li> <li>6. การติดตามและประเมินผล</li> <li>7. สิ้นสุดความร่วมมือ/การรวมตัวกันเพื่อดำเนินการต่อ</li> </ol>

## 2.4 วัตถุประสงค์ของการประเมิน

การประเมินนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ที่ 3 ซึ่งกำหนดเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์คือ ภาครัฐหรือข่ายร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงานกำจัดโรคไข้มาลาเรียอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

### **วัตถุประสงค์เฉพาะ**

- (1) เพื่อประเมินการดำเนินงานในเรื่องการสร้างความร่วมมือตามยุทธศาสตร์ที่ 3 (สถานการณ์ปัจจุบันและแนวโน้ม) ทั้งในระดับประเทศ และพื้นที่ (หน่วยที่ให้ความสนใจคืออำเภอ)
- (2) เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงาน และปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ที่ 3 ทั้งในระดับประเทศ และพื้นที่ (หน่วยที่ให้ความสนใจคืออำเภอ)

(3) เพื่อประเมินการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ที่ 3 ในฐานะเป็นยุทธศาสตร์ที่จะสนับสนุนการดำเนินงานของยุทธศาสตร์อื่นๆ และเป้าหมายหลักของยุทธศาสตร์การกำจัดโรคไข้มาลาเรีย ประเทศไทย



### บทที่ 3 ระเบียบวิธีการประเมิน

การประเมินนี้ใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพในการเก็บข้อมูล ได้แก่ การทบทวนเอกสาร การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสำรวจการจัดสรรทรัพยากรเพื่อดำเนินงานกำจัดโรคไข้มาลาเรีย ได้แก่ งบประมาณ กำลังคน และการนำความรู้ และคู่มือที่พัฒนาโดยกรมควบคุมโรคไปใช้โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยใช้แบบสอบถามปรนัย โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

#### 3.1 การทบทวนเอกสาร

ผู้ประเมินทบทวนเอกสารในช่วงเดือนมกราคม ถึงเดือนมีนาคม 2563 โดยแบ่งเอกสารที่ทบทวนออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

(1) เอกสารเกี่ยวกับการดำเนินงานเพื่อกำจัดโรคไข้มาลาเรียในประเทศไทย เช่น นโยบาย ยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง รายงานผลการดำเนินงานประจำปีของหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ เป็นต้น

(2) เอกสารเกี่ยวกับการให้ทุนเพื่อกำจัดโรคไข้มาลาเรียในประเทศไทย เช่น การสนับสนุน การดำเนินโครงการที่สนับสนุนโดยองค์กรระหว่างประเทศ เพื่อนำมาวิเคราะห์ทุนสนับสนุน รวมถึงลักษณะมาตรการและกิจกรรมที่ได้รับการสนับสนุน

(3) เอกสารวิชาการที่เกี่ยวกับการดำเนินงาน ตลอดจนการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานเพื่อกำจัดโรคไข้มาลาเรียในต่างประเทศ เช่น บทความที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ รายงานการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานเพื่อกำจัดโรคไข้มาลาเรียที่เผยแพร่บนเว็บไซต์ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

#### 3.2 การสัมภาษณ์เชิงลึก

ผู้ประเมินเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกตั้งแต่เดือนมิถุนายน ถึงเดือนสิงหาคม 2563 โดยเริ่มจากการพัฒนาแนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เพื่อตอบวัตถุประสงค์เฉพาะของการประเมินนี้ โดยใช้ผลการทบทวนเอกสารทั้งในประเทศและต่างประเทศ จากนั้นผู้ประเมินเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (purposive selection) คือ เลือกผู้บริหารและ/หรือบุคลากรจากหน่วยงานให้ทุนสนับสนุนการดำเนินงานกำจัดโรคไข้มาลาเรีย หน่วยงานที่รับผิดชอบการดำเนินงานกำจัดโรคไข้มาลาเรียทั้งในส่วนกลางและภูมิภาค รวมทั้งนักวิชาการและผู้เชี่ยวชาญ โดยพิจารณาลักษณะของบุคคลและหน่วยงาน เช่น ตำแหน่ง หน้าที่ ความเชี่ยวชาญ ตลอดจนความเกี่ยวข้องกับการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ฯ และกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ และใช้ snowball technique ในการค้นหาผู้ที่เหมาะสมในการให้ข้อมูลเพิ่มเติม รวมผู้ให้สัมภาษณ์ 29 คน (รายละเอียดในตารางที่ 10) การสัมภาษณ์ได้ถูกบันทึกเสียงไว้เพื่อการวิเคราะห์ในรายละเอียด โดยได้รับคำ

ยินยอมจากผู้ให้สัมภาษณ์เป็นลายลักษณ์อักษร และหากไม่ได้รับอนุญาตให้บันทึกเสียง ผู้ประเมินได้ใช้วิธีจดบันทึกคำให้สัมภาษณ์แทน

**ตารางที่ 10** จำนวนและกลุ่มตัวอย่างของการสัมภาษณ์เชิงลึก

ประเภทผู้ให้สัมภาษณ์	รายละเอียด	จำนวน (คน)
คณะกรรมการและคณะอนุกรรมการฯ	กรรมการ อนุกรรมการ และฝ่ายเลขานุการของ คณะกรรมการและคณะอนุกรรมการฯ ที่เกี่ยวข้องกับนโยบายการกำจัดไข้มาลาเรีย ได้แก่ คณะกรรมการเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน คณะกรรมการอำนวยการกำจัดมาลาเรียแห่งชาติ คณะกรรมการบริหารกำจัดมาลาเรียแห่งชาติ	3
หน่วยงานส่วนกลาง	<ul style="list-style-type: none"> <li>● สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (CCM)</li> <li>● กรมควบคุมโรค (สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง สำนักความร่วมมือระหว่างประเทศ สำนักงานบริหารโครงการกองทุนโลก และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคในเขตจังหวัดชายแดน)</li> </ul>	3
หน่วยงานในพื้นที่จังหวัดชายแดน	<ul style="list-style-type: none"> <li>● สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</li> <li>● สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ</li> <li>● หน่วยควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลง</li> <li>● องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น</li> <li>● โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล</li> <li>● อาสาสมัครมาลาเรียชุมชน</li> <li>● องค์กรไม่แสวงหาผลกำไร</li> </ul>	23

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าร่วมโครงการ (inclusion criteria)

- ผู้เข้าร่วมวิจัยยินยอมและเต็มใจในการให้ข้อมูล
- ผู้เข้าร่วมวิจัยลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์การแยกผู้เข้าร่วมวิจัยออกจากโครงการและเกณฑ์การให้เลิกการศึกษา (exclusion criteria)

- ผู้เข้าร่วมวิจัยขอถอนการยินยอมเข้าร่วมโครงการระหว่างการสัมภาษณ์

### 3.3 การสำรวจการจัดสรรทรัพยากรเพื่อดำเนินงานกำจัดโรคไข้มาลาเรีย

ผู้ประเมินพัฒนาแบบสอบถามปรนัยเพื่อใช้เก็บข้อมูลเกี่ยวกับการจัดสรรทรัพยากรเพื่อดำเนินงานกำจัดโรคไข้มาลาเรีย โดยขอความร่วมมือจากองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และเทศบาลตำบล จำนวน 65 แห่ง รวมทั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 127 แห่ง เป็นผู้ตอบโดยมีเกณฑ์การคัดเลือกพื้นที่เป้าหมาย คือเป็นตำบลที่มีการรายงานจำนวนผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียตั้งแต่ 10 รายขึ้นไป ในระหว่างเดือนสิงหาคม 2562 และกันยายน 2563 แบบสอบถามนี้ครอบคลุมคำถามเกี่ยวกับนโยบายของหน่วยงานภายใต้สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในการควบคุมโรคไข้มาลาเรียในปี พ.ศ. 2559-2564 การสนับสนุนการดำเนินงานกำจัดโรคไข้มาลาเรียในพื้นที่ ทรัพยากรที่จัดสรรสำหรับการดำเนินงานกำจัดโรคไข้มาลาเรีย การประชุมและอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดำเนินงานกำจัดโรคไข้มาลาเรีย และปัญหา/อุปสรรค ตลอดจนข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดำเนินงานกำจัดโรคไข้มาลาเรีย

### 3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อตรวจสอบข้อมูลที่ได้จากการทบทวนเอกสารและการสัมภาษณ์เชิงลึกแล้วพบว่ามีความเพียงพอและครบถ้วน ผู้ประเมินนำเทปจากการสัมภาษณ์มาถอดคำสัมภาษณ์ทั้งหมดแบบคำต่อคำ จากนั้นได้จัดการข้อมูลให้เป็นระบบ โดยกำหนดรหัสผู้ให้ข้อมูล วัน เวลา สถานที่เก็บข้อมูล ชื่อผู้สัมภาษณ์ และผู้จัดบันทึกการสัมภาษณ์ จากนั้นผู้ประเมินที่มีประสบการณ์ 2 คน อ่านบทสัมภาษณ์ทุกบท บันทึกจากการสัมภาษณ์เชิงลึก และเอกสารที่เกี่ยวข้องที่ได้จากการสืบค้นทุกเรื่องเพื่อหาประเด็นหลัก (themes) และประเด็นรอง (subthemes) ที่สามารถหาข้อตกลงร่วมกันได้ และจัดทำรายงานผลการประเมินด้วยการสังเคราะห์ข้อมูลในประเด็นเดียวกันที่ได้จากแหล่งต่างๆ

### 3.5 การควบคุมคุณภาพของการประเมิน

ผู้ประเมินควบคุมคุณภาพการประเมินโดยการสอบทานข้อมูลที่ได้จากแหล่งต่างๆ (triangulation) อันได้แก่ ข้อมูลจากการทบทวนเอกสาร ผู้ให้สัมภาษณ์ และแบบสอบถาม เพื่อดูความสอดคล้อง/แตกต่างของข้อมูลในประเด็นเดียวกัน โดยได้เริ่มสอบทานตั้งแต่อยู่ในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล หากพบความแตกต่างหรือความไม่สอดคล้องในประเด็นหนึ่งๆ ผู้ประเมินจะหาสาเหตุหรือคำอธิบายสำหรับความแตกต่างของข้อมูลในประเด็นนั้นๆ และหาข้อยุติ หากไม่สามารถหาข้อยุติได้ ก็จะนำเสนอความแตกต่างที่พบในการอภิปรายผลการประเมินเพื่อประโยชน์ทั้งด้านนโยบายและด้านวิชาการต่อไป นอกจากนี้ ผู้ประเมินจะจัดการประชุมนำเสนอผลการประเมินเบื้องต้นต่อผู้เชี่ยวชาญ และผู้แทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ณ โครงการประเมินเทคโนโลยี และนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจะสอบทานความถูกต้องและความครบถ้วนของการประเมิน และขอทราบความคิดเห็นต่อร่างข้อเสนอเพื่อการพัฒนาการ

ดำเนินงานเพื่อกำจัดโรคไข้มาลาเรียในอนาคต จากนั้นผู้ประเมินนำข้อมูลเพิ่มเติมและข้อเสนอแนะที่ได้รับจากผู้เข้าร่วมการประชุมมาพิจารณาเพื่อปรับปรุงแก้ไขในการจัดทำรายงานการประเมินฉบับสมบูรณ์

### 3.6 การพิจารณาด้านจริยธรรม

โครงการประเมินนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ในสถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ (สคม.) เมื่อวันที่ 10 เมษายน พ.ศ. 2563 เลขที่ สคม. 311/2563 ผู้ประเมินจะปกปิด ชื่อ-นามสกุลของผู้ให้ข้อมูล และไม่นำเสนอข้อมูลในรายงานการประเมินในลักษณะที่ทำให้เชื่อมโยงได้ว่าใครเป็นผู้ให้ข้อมูลแต่ละประเด็น นอกจากนี้จะเก็บรักษาทำให้สัณฐานที่แปลงเป็นลายลักษณ์อักษรไว้เป็นเวลา 5 ปี เพื่อให้สามารถนำมาตรวจสอบได้ในกรณีจำเป็น และเนื่องจากผลการประเมินนี้บางส่วนอาจถึงขีดความสามารถและข้อจำกัดในการปฏิบัติงานของบุคคลที่เกี่ยวข้อง ผู้ประเมินจะใช้ความระมัดระวังในการนำผลการประเมินไปเขียนรายงานและบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสารวิชาการและเผยแพร่ผ่านสื่ออื่นๆ

### 3.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผลการประเมินจะเป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจเชิงนโยบายและการจัดสรรทรัพยากร รวมถึงใช้ในการวางยุทธศาสตร์การดำเนินงานกับหน่วยงานในระดับต่างๆ และการใช้ประโยชน์จาก platforms ต่างๆ ในการขับเคลื่อนนโยบายของประเทศไทย ทั้งเรื่องการจัดมาลาเรียและปัญหาสุขภาพโลกอื่นๆ

## บทที่ 4 ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์การสร้างความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่าย ระดับประเทศและระดับนานาชาติเพื่อขับเคลื่อนงานกำจัดโรคไข้มาลาเรีย

### 4.1 ผลการดำเนินงานของยุทธศาสตร์ที่ 3 ตามแผนปฏิบัติการ พ.ศ. 2560-2564

ภายใต้แผนปฏิบัติการยุทธศาสตร์การกำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย พ.ศ. 2560-2569 (แผนปฏิบัติการระยะแรก 2560-2564) โดยยุทธศาสตร์ที่ 3 การสร้างความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายระดับประเทศและระดับนานาชาติเพื่อขับเคลื่อนงานกำจัดโรคไข้มาลาเรียกำหนดแผนกิจกรรมระหว่างปี 2560-2569 โดยมีมาตรการที่ต้องดำเนินการ 2 มาตรการ ได้แก่ 1) การผลักดันนโยบายและกลไกระดับประเทศ ระหว่างประเทศและแนวชายแดน ให้เกิดการวางแนวทางการทำงานร่วมกัน และ 2) ผลักดัน/สนับสนุนเครือข่ายให้ลงทุนและแบ่งปันการใช้ทรัพยากรร่วมกัน มาตรการที่ 1 มีกิจกรรมหลัก 2 กิจกรรม ได้แก่ กำหนดให้นโยบายกำจัดโรคไข้มาลาเรียเป็นวาระแห่งชาติและมีกลไกการดำเนินงานร่วมกันภายในประเทศ และกำหนดให้นโยบายกำจัดโรคไข้มาลาเรียเป็นกลไกการดำเนินงานร่วมกันระหว่างประเทศและตามแนวชายแดน ส่วนกิจกรรมในมาตรการที่ 2 ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรเครือข่าย ให้มีบทบาทในการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย และการผลักดันให้หน่วยงานภายใต้กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น (อปท.) มีบทบาทในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรีย ด้วยการให้รางวัล สร้างแรงจูงใจกับหน่วยงานที่มีผลการดำเนินงานเด่น/ยั่งยืน ทั้งนี้แผนกิจกรรมดังกล่าวไม่ได้ลงในรายละเอียดช่วงเวลาในการดำเนินงาน ตัวชี้วัดของยุทธศาสตร์ที่ 3 กำหนดไว้จำนวน 1 ตัวชี้วัด ได้แก่ ร้อยละขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ที่มีการแพร่เชื้อ (A) มีการจัดการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย มีการตั้งเป้าหมายตัวชี้วัดเทียบกับข้อมูลฐานในปี พ.ศ. 2558 (ร้อยละ 50) โดยตั้งเป้าหมายในปี 2560-2564 เป็นร้อยละ 55 60 65 70 และ 75 ตามลำดับ

#### 4.1.1 ตัวชี้วัดความร่วมมือฯ และความก้าวหน้าตามตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดของยุทธศาสตร์ที่ 3 ซึ่งมีเพียงตัวเดียวอยู่ในกลุ่มตัวชี้วัดผลผลิต (output) ไม่มีตัวชี้วัดกระบวนการ นอกจากนั้นผู้วิจัยไม่พบการอธิบายตัวชี้วัด “ร้อยละขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในพื้นที่ที่มีการแพร่เชื้อ (A) มีการจัดการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย” ในรายละเอียด เช่น คำนิยามของ “มีการจัดการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย” ว่าหมายรวมถึงการจัดการประเภทใดบ้าง เช่น การจัดสรรงบประมาณ การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุง หรือการจัดกิจกรรมให้ความรู้แก่ประชาชน เป็นต้น จากการสัมภาษณ์หน่วยงานเลขาฯ ของยุทธศาสตร์ฯ (ผู้ให้สัมภาษณ์ G2SEC2) พบว่าตัวชี้วัดนี้มีเป้าหมายเพื่อให้ อปท. จัดทำโครงการพร้อมจัดสรรงบประมาณเพื่อมาดำเนินการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย (ไม่ได้จำกัดลักษณะกิจกรรม) โดยข้อมูลนี้จะได้จากการสอบถาม อปท. ในพื้นที่เป้าหมาย ผู้สอบถามและกรอกข้อมูลคือผู้รับผิดชอบงาน IT ของกรมควบคุมโรคที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ระดับจังหวัดและเขต ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการทำงานเพื่อกำจัดโรคไข้มาลาเรีย

สำหรับ อปท. และเครือข่ายสุขภาพซึ่งมีการนำเสนอในวาระการประชุมอนุกรรมการยุทธศาสตร์ที่ 3 1/2562 ระบุว่า การบูรณาการและการลงทุนในการกำจัดโรคไข้มาลาเรียโดย อปท. เป็นการเตรียมการเปลี่ยนผ่านจากงบประมาณของกองทุนโลกเป็นการส่งเสริมบทบาท อปท. ในงานกำจัดโรคไข้มาลาเรีย (รายงานการประชุม คณะอนุกรรมการตามยุทธศาสตร์การกำจัดโรคไข้มาลาเรีย พ.ศ. 2560-2569 ยุทธศาสตร์ที่ 3)

อย่างไรก็ตามจากบันทึกการประชุมคณะอนุกรรมการยุทธศาสตร์ที่ 3 ที่ผ่านมายังไม่เคยมีการรายงานความก้าวหน้าตัวชี้วัดร้อยละของ อปท. ในพื้นที่ที่มีการแพร่เชื้อ (A) มีการจัดการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย เนื่องจากยังอยู่ในระหว่างการเก็บข้อมูลของเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ ซึ่งพบปัญหาการขอข้อมูลย้อนหลังจาก อปท. และปัญหาเรื่องการนับโครงการที่เป็นเรื่องมาลาเรียโดยเฉพาะ เนื่องจากในการพัฒนาโครงการเพื่อขอสนับสนุนทุนดำเนินงานในพื้นที่ส่วนใหญ่มีกระบวนชื่อโครงการเป็นแบบกว้าง เช่น การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุง ซึ่งจะเป็นการจัดการทั้งโรคไข้มาลาเรียและไข้เลือดออก และมักให้ความสำคัญกับไข้เลือดออกมากกว่า เนื่องจากเห็นว่าเรื่องไข้มาลาเรียมีหน่วยงานรับผิดชอบอยู่แล้ว (ผู้ให้สัมภาษณ์ G2SEC1 G3LA3 G3LA4 G3LA5)

#### **4.1.2 การดำเนินงานตามยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการฯ**

การดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ พ.ศ. 2560-2564 ช่วงแรกมีการตั้งคณะกรรมการอำนวยการกำจัดมาลาเรียแห่งชาติและคณะกรรมการบริหารกำจัดมาลาเรีย (ตามมาตราที่ 1 กิจกรรมย่อยที่ 1 ในแผนปฏิบัติการฯ) มีการประชุมอนุกรรมการยุทธศาสตร์ที่ 3 ปีละ 1 ครั้ง ล่าสุดในปี พ.ศ. 2562 จัดประชุมในเดือนมกราคม พ.ศ. 2562 และในปี พ.ศ. 2563 มีการจัดประชุมรวมคณะอนุกรรมการทุกยุทธศาสตร์ เมื่อเดือนมกราคม 2563 (เอกสารประกอบการประชุมคณะอนุกรรมการตามยุทธศาสตร์การกำจัดโรคไข้มาลาเรีย พ.ศ. 2560-2569 ครั้งที่ 1/2563; วันที่ 1 มกราคม 2563.)

กิจกรรมตามมาตรการส่วนใหญ่อยู่ในหมวดมาตรการที่ 2 โดยกิจกรรมที่เกิดขึ้น ได้แก่ 1) การจัดทำแนวทางการทำงานเพื่อการกำจัดโรคไข้มาลาเรียสำหรับ อปท. และเครือข่ายสุขภาพ การจัดอบรมตาม “แนวทางการทำงานเพื่อการกำจัดโรคไข้มาลาเรียสำหรับ อปท. และเครือข่ายสุขภาพ” (สำนักโรคติดต่ออายุแมลง กรมควบคุมโรค, 2562a) โดยได้จัดการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการกำจัดโรคไข้มาลาเรียภายใต้โครงการกองทุนโลกด้านมาลาเรีย RAI2E ให้กับ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรค (สคร.) ที่ 12 เมื่อวันที่ 2-3 กันยายน 2562 และในเขตพื้นที่รับผิดชอบของ สคร.ที่ 5 เมื่อวันที่ 2-3 ธันวาคม 2562 โดยมี อปท. และ รพ.สต. เข้าร่วมการอบรมฯ จำนวน 46 และ 87 แห่ง ตามลำดับ เนื้อหาของการอบรมประกอบด้วย สถานการณ์โรคไข้มาลาเรีย และแนวทางการดำเนินงานของท้องถิ่น กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นและแผนพัฒนาท้องถิ่นเพื่อการแก้ปัญหาสุขภาพท้องถิ่น การ

ถอดบทเรียนการทำงานมาลาเรียร่วมกันระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใน จันทบุรี และตำบลปลีอก กาญจนบุรี ตัวอย่างการเขียนโครงการของงบประมาณสนับสนุนจากองค์กรบริหาร ส่วนตำบล และการติดตามและประเมินผล โครงการของหน่วยงานสาธารณสุขเพื่อขอสนับสนุนงบประมาณ จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย 2) การประสานงานและดำเนินงานร่วมกับทหาร และตำรวจตระเวนชายแดน (ตชด.) โดยมีการจัดอบรมมาตรการ 1-3-7 ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงาน สาธารณสุขในพื้นที่ (รายงานการประชุมคณะอนุกรรมการตามยุทธศาสตร์การกำจัดโรคไข้มาลาเรีย พ.ศ. 2560-2569 (ยุทธศาสตร์ที่ 3) ครั้งที่ 1/2562; วันจันทร์ที่ 28 มกราคม 2562; ณ ห้องประชุมสุรินทร์ พินิจ พงศ์ อาคาร 4 ชั้น 4 กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2562.)

อำนาจหน้าที่ของอนุกรรมการที่ควรนำมาพิจารณาดำเนินงานในช่วงที่ 2 ของแผนปฏิบัติการ คือการ กำหนดภาคีเครือข่ายหลักในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม กำจัดโรคไข้มาลาเรียในระดับประเทศและระดับ นานาชาติ เพื่อกำหนดภาคียุทธศาสตร์ในการดำเนินงาน ในช่วงแรกเป็นการเน้นภาคีเพื่อดำเนินงานสอดคล้อง กับยุทธศาสตร์ที่ 1 คือการเร่งกำจัดโรคไข้มาลาเรียและควบคุมพื้นที่แพร่ระบาด ซึ่งทำได้ดี ภาคีหลักที่ ดำเนินงานร่วมกันเน้นภาคีในประเทศไทยที่ดำเนินงานในพื้นที่ ได้แก่ อปท. และตำรวจตระเวนชายแดน (รายงานการประชุมคณะอนุกรรมการตามยุทธศาสตร์การกำจัดโรคไข้มาลาเรีย พ.ศ. 2560-2569 (ยุทธศาสตร์ ที่ 3) ครั้งที่ 1/2562; วันจันทร์ที่ 28 มกราคม 2562; ณ ห้องประชุมสุรินทร์ พินิจพงศ์ อาคาร 4 ชั้น 4 กรม ควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2562.) อย่างไรก็ตามในอนาคต เมื่อมีการควบคุมได้ดีขึ้น (จำนวนพื้นที่แพร่ ระบาดลดลง) ความท้าทายจะมีมากขึ้น โดยเฉพาะในบริบทของการดำเนินงานแถบชายแดน ซึ่งประเทศเพื่อ บ้านมีการวางยุทธศาสตร์ และระยะเวลาการก้าวสู่ขั้นตอนการควบคุมและกำจัดโรคไข้มาลาเรียต่างกัน จึงต้อง มีการให้ความสำคัญในการกำหนดภาคีเครือข่ายหลักในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม กำจัดโรคไข้มาลาเรียใน ระดับประเทศและระดับนานาชาติให้รัดกุมและตรงเป้าหมายมากขึ้น เพื่อเร่งสร้างความร่วมมือมาสนับสนุน การดำเนินงานส่วนนี้

จากการศึกษากระบวนการดำเนินงานพบว่า หน่วยงานในระดับปฏิบัติงาน (หน่วยงานในพื้นที่ระดับ เขต จังหวัด อำเภอ และตำบล) มีการแบ่งปันความรู้และข้อมูลระหว่างหน่วยงาน ทั้งแบบเป็นทางการและไม่ เป็นทางการ โดยทุกฝ่ายให้ข้อมูลว่าการสื่อสารและแบ่งปันข้อมูลทำทั้งสองแบบ การสื่อสารและแบ่งข้อมูล แบบไม่เป็นทางการเป็นการสนับสนุนและบางครั้งก็เป็นช่องทางหลักที่ทำให้สามารถขับเคลื่อนงานได้ (ผู้ให้ สัมภาษณ์ G3DC1 G3DC2 G3PS2 G3HP1-9 G3LA2-7 )

#### **4.1.3 นโยบายและการสื่อสารนโยบาย: ยุทธศาสตร์การกำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย 2560-2569 และ นโยบายการถ่ายโอนภารกิจ**

หน่วยงานฝ่ายสาธารณสุขในพื้นที่ ได้แก่ สคร. ศตม. สสจ. สสอ. นคม. และรพ.สต. ทราบเป้าหมาย ร่วมกันเรื่องการจัดโรคไข้มาลาเรีย โดยทราบว่าประเทศไทยต้องการควบคุมให้ได้ภายในปี พ.ศ. 2567 ซึ่ง

ส่วนใหญ่มองว่าการดำเนินงานตามมาตรการแจ้งเตือน สอบสวน และตอบโต้โรคไข้มาลาเรีย (1-3-7) ที่ผ่านมามีความเป็นไปได้ที่จะทำสำเร็จตามเป้าที่ตั้งไว้ในปี 2567 (ผู้ให้สัมภาษณ์ G3DC1 G3DC2 G3PS2 G3HP8) ในส่วนของนโยบายการถ่ายโอนภารกิจ เพื่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้มาลาเรียที่ยั่งยืนนั้น จากการสัมภาษณ์หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ที่ยังไม่พบว่า มีการสื่อสารแนวทางที่เกี่ยวข้องกับการถ่ายโอนภารกิจที่ชัดเจนให้กับหน่วยปฏิบัติในพื้นที่รับทราบ ทั้งนี้หน่วยงานฝ่ายสาธารณสุข เช่น สสอ. รพ.สต. รับทราบเรื่องแนวคิดการถ่ายโอนภารกิจ แต่ไม่ทราบในรายละเอียดรวมถึงรูปแบบของการถ่ายโอนดังกล่าว ในขณะที่ อปท. ไม่ทราบเรื่องการถ่ายโอนภารกิจ แต่ทราบว่าฝ่ายสาธารณสุขต้องการให้ อปท. สนับสนุนงบประมาณในกิจกรรมบางอย่างที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการจัดโรคไข้มาลาเรีย เช่น การฉีดพ่นสารเคมี เป็นต้น ซึ่งเป็นการสื่อสารเนื้อหาของนโยบายที่ชัดเจนและเป็นปัจจุบัน (ผู้ให้สัมภาษณ์ G3HP1-9 G3LA2-7)

ความชัดเจนของบทบาทหน้าที่และขอบเขตระยะเวลาของการถ่ายโอนภารกิจ ในช่วงแรกของการดำเนินงาน (ตามแผนปฏิบัติการ 2560-2564) เน้นบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยการสนับสนุนของ รพ.สต. ในการจัดสรรทรัพยากรงบประมาณในพื้นที่มาสนับสนุนการดำเนินงานการจัดโรคไข้มาลาเรีย โดยเฉพาะในกิจกรรมการป้องกันและกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุง รวมถึงการสนับสนุนกิจกรรมการให้ความรู้แก่ประชาชน อย่างไรก็ตามจากการสัมภาษณ์เชิงลึก และข้อมูลจากแบบสอบถามในเรื่องการจัดสรรทรัพยากรสำหรับการดำเนินการดังกล่าว อปท. เกือบทุกแห่งระบุว่ามีนโยบายให้การสนับสนุนการดำเนินงานของฝ่ายสาธารณสุข หากมีการทำโครงการมาของงบประมาณ โดยทั้งหมดเป็นงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น (ลงทุนร่วมกันระหว่าง สปสช. และอปท.) ซึ่งในการเขียนโครงการ แต่ละพื้นที่ก็มีรูปแบบการบริหารจัดการที่แตกต่างกัน เช่น บางพื้นที่ให้ รพ.สต. เป็นผู้เขียนโครงการ แต่บางพื้นที่ก็ให้ อปท. เป็นผู้เขียนโครงการ โดยมี รพ.สต. เป็นพี่เลี้ยง เป็นต้น ทั้งนี้รูปแบบดังกล่าวเป็นการพัฒนาตามความเหมาะสมของพื้นที่ โดยรูปแบบที่ อปท. เป็นผู้เขียนโครงการเอง เกิดขึ้นเนื่องจาก รพ.สต. ประสบปัญหาการบริหารจัดการงบประมาณซึ่งต้องได้รับการอนุมัติ และบริหารจัดการผ่าน สสจ. ซึ่งใช้ระยะเวลานาน ดังนั้น หากไม่เริ่มเขียนโครงการตั้งแต่ต้นปีงบประมาณอาจทำให้ไม่สามารถเบิกจ่ายงบประมาณมาใช้ในการจัดกิจกรรมได้ตามเวลาทางพื้นที่จึงมีการปรับรูปแบบดังกล่าวเพื่อแก้ไขปัญหา (ผู้ให้สัมภาษณ์ G3HP1-9 G3LA2-7)

สำหรับประเด็นการถ่ายโอนภารกิจนั้น หน่วยงานในระดับพื้นที่ (อปท. และ รพ.สต.) มีมุมมองว่า ลักษณะงานกำจัดโรคไข้มาลาเรียมีความเฉพาะและต้องการผู้เชี่ยวชาญมาดำเนินงาน (โดยเฉพาะงานสอบสวนโรค และงานควบคุมโรค เป็นต้น) ยังคงมองภาพไม่ออก หากไม่มีคลินิกมาลาเรียชุมชน หรือ นคม. ในพื้นที่แล้วจะต้องปรับบทบาทอย่างไร อย่างไรก็ตาม รพ.สต. บางแห่งให้ข้อมูลว่าในอดีต รพ.สต. บางแห่งมีการอบรมเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เพื่อให้ดำเนินงานได้ เช่นเดียวกับคลินิกมาลาเรียชุมชน หากมีการฟื้นฟูและอบรมเพิ่มเติมก็มีความเป็นไปได้ในการทำงานนี้ (ผู้ให้สัมภาษณ์ G3HP8) จากการสัมภาษณ์หน่วยงานเลขาธิการศาสตร์การกำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย พ.ศ. 2560-2569 พบว่า กำลังมีการศึกษารูปแบบการถ่ายโอนเพื่อให้มีความ



เหมาะสมกับแต่ละพื้นที่ โดยพิจารณาเรื่อง (1) กำลังคนที่มีอยู่ (ไม่มีนโยบายเพิ่มกำลังคนจากกรมควบคุมโรคในพื้นที่) (2) โครงสร้างการดำเนินงานในปัจจุบัน (3) ขนาดของปัญหาในแต่ละพื้นที่ และ (4) บริบททางภูมิศาสตร์ที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานป้องกันและควบคุมโรค ประกอบกัน ซึ่งการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการถ่ายโอนนี้จะใช้เป็นแนวทางการดำเนินงานในระยะต่อไป (ผู้ให้สัมภาษณ์ G2SEC1, G2SEC2, G2SEC3) หากมีความชัดเจนในเรื่องบทบาทดังกล่าวจะช่วยให้เกิดประสิทธิภาพในการดำเนินงานมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีอีกหนึ่งหน่วยงานในพื้นที่ที่มีบทบาทสำคัญ ได้แก่ หน่วยงานภาคประชาสังคม หรือ CSO ซึ่งในกลุ่มผู้กำหนดนโยบายส่วนกลางอาจยังมองไม่บทบาทที่ชัดเจนของการดำเนินงานร่วมกัน (ผู้ให้สัมภาษณ์ G2SEC2, G1FD1, G1SC1) ในขณะที่หน่วยงานในพื้นที่รวมถึงผู้แทนจาก CSO ก็มีความชัดเจนในระดับหนึ่งในเรื่องบทบาทซึ่งอาจมีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ โดย บทบาทที่มีการกล่าวถึงคือการประสานงานระหว่างภาคส่วนต่างๆ ในพื้นที่ การสื่อสารและการกระจายมาตรการให้กับประชาชนโดยเฉพาะกลุ่มแรงงานต่างด้าว หรือชนกลุ่มน้อยที่มีภาษาเฉพาะถิ่น หรือมีข้อจำกัดที่เจ้าหน้าที่ภาครัฐจะเข้าถึง เป็นต้น ดังนั้น ในการพัฒนารูปแบบและกำหนดบทบาทของหน่วยงานในพื้นที่เพื่อดำเนินงานกำจัดโรคไข้มาลาเรียนั้น ควรพิจารณาบทบาทของคนกลุ่มนี้ด้วย

#### **4.1.4 โครงสร้างเพื่อสนับสนุนการนำนโยบายไปปฏิบัติ**

##### ระดับการบริหารยุทธศาสตร์

โครงสร้างของคณะกรรมการอำนวยการกำจัดมาลาเรียแห่งชาติ คณะอนุกรรมการตามยุทธศาสตร์การกำจัดโรคไข้มาลาเรีย และเลขานุการ มีความเหมาะสม มีการพิจารณาผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอย่างครอบคลุมในระดับหน่วยงานระหว่างกระทรวงและองค์กรระหว่างประเทศ เห็นได้จากการกำหนดคณะกรรมการอนุกรรมการที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ยังมีการจัดประชุมต่อเนื่องเพื่อสนับสนุนการทำงานในแผนปฏิบัติการ 2560-2564

ความท้าทายของการดำเนินงานของหน่วยงานขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ฯ อยู่ที่การสื่อสาร นโยบายและความชัดเจนของบทบาทของผู้เล่นทุกฝ่ายในระดับปฏิบัติการ โดยเฉพาะในเรื่องการถ่ายโอนภารกิจและปัญหาเรื่องทุนสนับสนุนจากกองทุนโลกที่อยู่ในช่วงเปลี่ยนผ่านและมีแนวโน้มจะลดระดับการสนับสนุนการดำเนินงานในประเทศไทย แม้จะยังไม่มีการกำหนดแน่นอนว่าการสนับสนุนจะยุติลงเมื่อใด แต่หน่วยงานผู้รับผิดชอบก็มีความกังวลในเรื่องนี้ เนื่องจากเมื่อพิจารณางบประมาณปัจจุบันจะเห็นว่าสัดส่วนของงบประมาณทั้งหมดที่ใช้ในการดำเนินงาน กว่า 95% เป็นงบประมาณจากกองทุนโลก ซึ่งใช้สำหรับลงพื้นที่ตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ควบคุมโรค และจ้างบันทึกข้อมูล ในขณะที่งบของกระทรวงสาธารณสุขเป็นงบประมาณค่าจ้างบุคลากรทั้งลูกจ้างประจำและชั่วคราว (ผู้ให้สัมภาษณ์ G2SEC3)

การดำเนินงานที่ต้องการความร่วมมือระหว่างพรมแดนซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีความละเอียดอ่อน ซึ่งปัจจุบันทำได้ค่อนข้างดี เห็นได้จากการลดลงของจำนวนผู้ติดเชื้อและจำนวนหมู่บ้านที่มีการแพร่เชื้อ อย่างไรก็ตาม เมื่อ

จำนวนปัญหาลดลงจนถึงจุดหนึ่ง การขอความร่วมมืออาจมีความยากลำบากมากขึ้น รวมถึงสถานการณ์ การตั้งเป้าหมาย ระยะเวลาดำเนินงาน และแนวทางการดำเนินงานที่มีความแตกต่างระหว่างพื้นที่ชายแดน (ผู้ให้สัมภาษณ์ G1SC2) ความท้าทายนี้เป็นประเด็นที่คณะกรรมการยุทธศาสตร์และเลขาฯ ควรพิจารณาในการวางแผนการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายในช่วงต่อไปของแผนปฏิบัติการ เพราะต้องการโครงสร้างที่จะมาเคลื่อนงานระหว่างประเทศที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้นเพื่อให้สามารถตอบสนองต่อเป้าหมายของยุทธศาสตร์ได้ในกรอบเวลาที่กำหนดไว้

#### ระดับกระทรวงสาธารณสุข

ในการจะผนวกเรื่องการจัดโรคไข้มาลาเรียให้อยู่ในระบบสาธารณสุขปกตินั้น เมื่อพิจารณาจากระดับนโยบายและยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุขพบว่า ความร่วมมือทวิภาคีและแผนยุทธศาสตร์ ได้แก่ แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) แผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขเพื่อรองรับเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ พ.ศ. 2560-2564 และยุทธศาสตร์สาธารณสุขชายแดน พ.ศ. 2560 – 2564 เป็นกรอบหลักสำคัญที่สามารถใช้ในการอ้างอิงและเป็นฐานในการขับเคลื่อนงานกำจัดโรคไข้มาลาเรียได้

อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาระบบการติดตาม และการตั้งเป้าหมายในภาพรวมของกระทรวงสาธารณสุขพบว่า ตัวชี้วัดเรื่องมาลาเรียไม่ได้ถูกระบุไว้ชัดเจน ในรายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2560-2563 ที่ต้องติดตามโดยสำนักผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข แต่มีระบุอยู่ในระบบตัวชี้วัดการพัฒนาที่ยั่งยืน 3.3 ตัวชี้วัดที่ 3.3.3 อัตราการเกิดโรคมมาลาเรียต่อประชากร 1,000 คน ต่อปี ซึ่งมีเป้าประสงค์เพื่อ ยุติการแพร่กระจายของเอดส์ วัณโรค มาลาเรีย และโรคเขตร้อนที่ถูกกลบเกลืน และต่อสู้กับโรคติดต่อทางน้ำ และโรคติดต่ออื่นๆ ภายในปี พ.ศ. 2573 (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2019) ซึ่งกลไกนี้ยังคงเป็นช่องว่างให้ขับเคลื่อนต่อไป

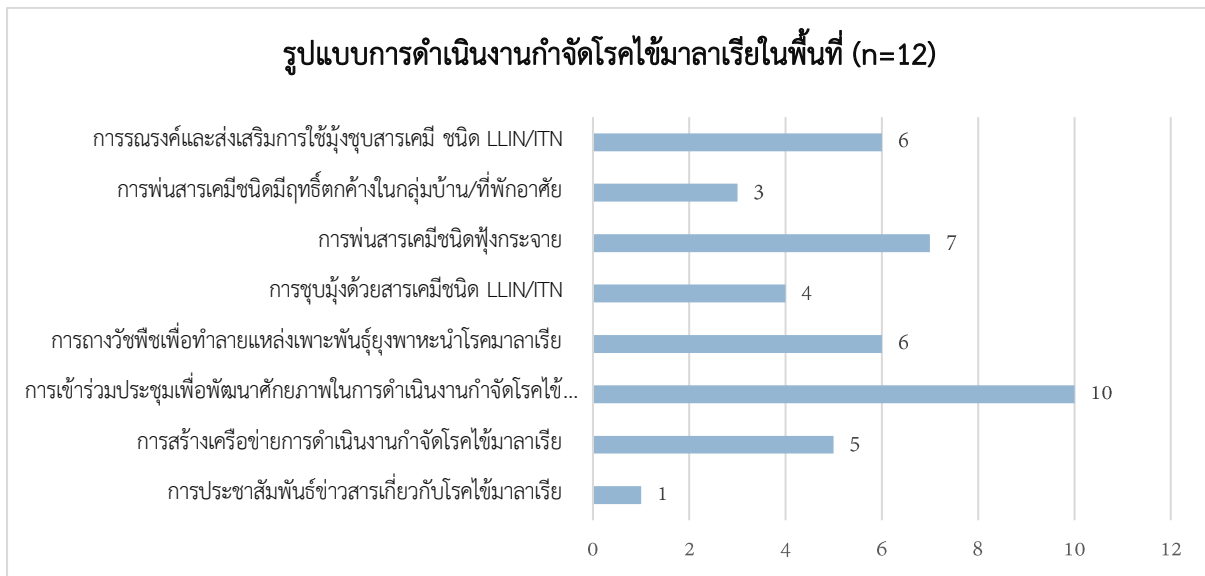
ในระดับปฏิบัติในพื้นที่นั้น หากต้องการให้เกิดการถ่ายโอนภารกิจในระยะยาว นอกจากการประสานงานภายในพื้นที่แต่ละพื้นที่เองแล้ว ยังต้องการการประสานนโยบายในระดับกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะระหว่างกรมควบคุมโรคกับสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขซึ่งมีหน่วยงานในสังกัดทั้งผู้ตรวจราชการ สสจ. สสอ. และ รพ.สต. ซึ่งเป็นหน่วยปฏิบัติที่เป็นกำลังหลักในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเพื่อหาแนวทางการทำงานร่วมกัน

#### **4.2 หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การดำเนินงานและบทบาทของหน่วยงานต่างๆ**

หน่วยงานหลักในการสร้างความร่วมมือในแผนปฏิบัติการ 2560-2564 ได้แก่ อทป. โดยสำนักควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงให้เหตุผลในเรื่องการจัดสรรงบประมาณมาดำเนินงานในพื้นที่เพื่อรองรับสถานการณ์เมื่อประเทศไทยไม่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลก ผู้วิจัยได้ทำการสำรวจ การดำเนินงานกำจัดโรคไข้มาลาเรียขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จากการสำรวจข้อมูลการใช้ทรัพยากรเพื่อดำเนินงานกำจัดโรคไข้

มาลาเรียโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) จำนวน 65 แห่ง โดยใช้แบบสอบถามแบบมีโครงสร้าง (structured questionnaire) ทางไปรษณีย์และออนไลน์ ตั้งแต่วันที่ 7 สิงหาคม พ.ศ. 2563 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม พ.ศ. 2563 มีอาสาสมัครจากองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) จำนวนทั้งสิ้น 15 คน ตอบแบบสอบถาม โดยแบ่งเป็น อบต.ที่เคยดำเนินงานกำจัดโรคไข้มาลาเรียร่วมกับภาคส่วนสาธารณสุขในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง จำนวน 10 แห่ง อบต.ที่เคยดำเนินงานฯ ร่วมกับภาคส่วนสาธารณสุขในพื้นที่แต่ไม่ต่อเนื่อง จำนวน 2 แห่ง และ อบต.ที่ไม่เคยดำเนินงานฯ ร่วมกับภาคส่วนสาธารณสุขในพื้นที่จำนวน 3 แห่ง

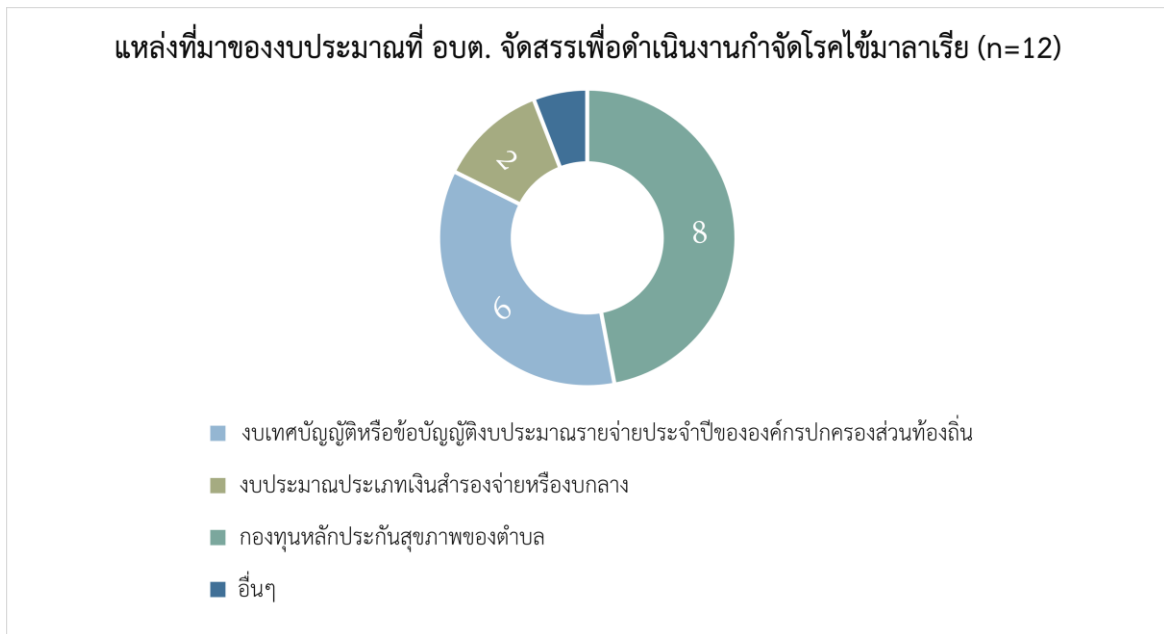
จากการสำรวจพบว่า อบต. จำนวน 12 แห่ง เคยดำเนินงานกำจัดโรคไข้มาลาเรียในพื้นที่ในความดูแล และอีก 2 แห่ง ไม่เคยดำเนินงานดังกล่าว **รูปที่ 5** แสดงรูปแบบการดำเนินงานกำจัดโรคไข้มาลาเรียที่ดำเนินการโดย อปท. จากการสำรวจพบว่า รูปแบบการดำเนินงานฯ ที่ อบต.ใช้เป็นหลัก คือ การส่งบุคลากรในหน่วยงานเข้าร่วมประชุมเพื่อพัฒนาศักยภาพในการดำเนินงานกำจัดโรคไข้มาลาเรีย (จำนวน 10 แห่ง) รองลงมาคือ การประสานเคมีชนิดฟุ้งกระจาย (จำนวน 7 แห่ง) และการรณรงค์และส่งเสริมการใช้มุ้งชุบสารเคมี ชนิด LLIN/ITN (จำนวน 6 แห่ง) และการถางวัชพืชเพื่อทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงพาหะนำโรคมาลาเรีย (จำนวน 6 แห่ง) ตามลำดับ โดย อบต. หลายแห่งดำเนินงานฯ ดังกล่าวข้างต้นมาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปีงบประมาณ 2559 จนถึงปีงบประมาณ 2564



**รูปที่ 5** รูปแบบการดำเนินงานกำจัดโรคไข้มาลาเรียในพื้นที่

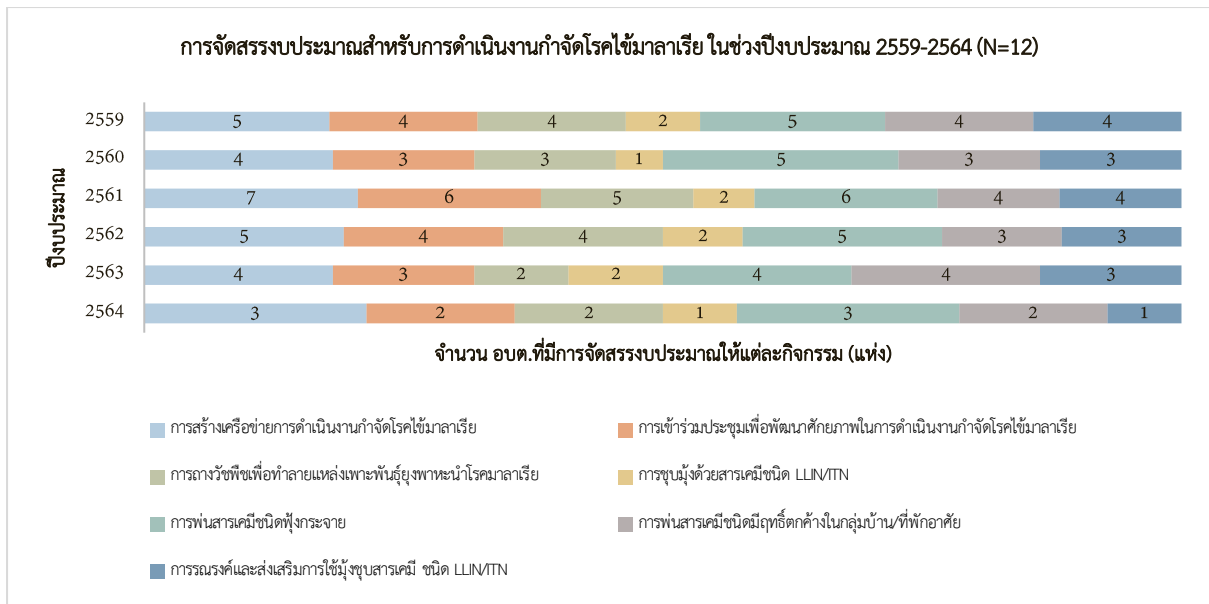
จาก อบต.ที่เคยดำเนินงานกำจัดโรคไข้มาลาเรียในพื้นที่ในความดูแล จำนวน 12 แห่ง พบว่ามี อบต.ที่เคยจัดสรรงบประมาณ หรือได้จัดทำโครงการเพื่อขอทุนในการดำเนินงานเพื่อกำจัดโรคไข้มาลาเรีย จำนวน 11 แห่ง และไม่เคยจัดสรรหรือจัดทำโครงการฯ เพื่อขอทุนในการดำเนินงาน จำนวน 1 แห่ง โดยงบประมาณที่ อบต. จัดสรรเพื่อดำเนินงานดังกล่าว คือ งบกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล (จำนวน 8 แห่ง) รองลงมาคือ งบเทศบาลผู้ดูแลหรือข้อบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปีขององค์กร

ปกครองส่วนท้องถิ่น (จำนวน 6 แห่ง) และงบประมาณประเภทเงินสำรองจ่ายหรืองบกลาง (จำนวน 2 แห่ง) ตามลำดับ ดังแสดงในรูปที่ 6



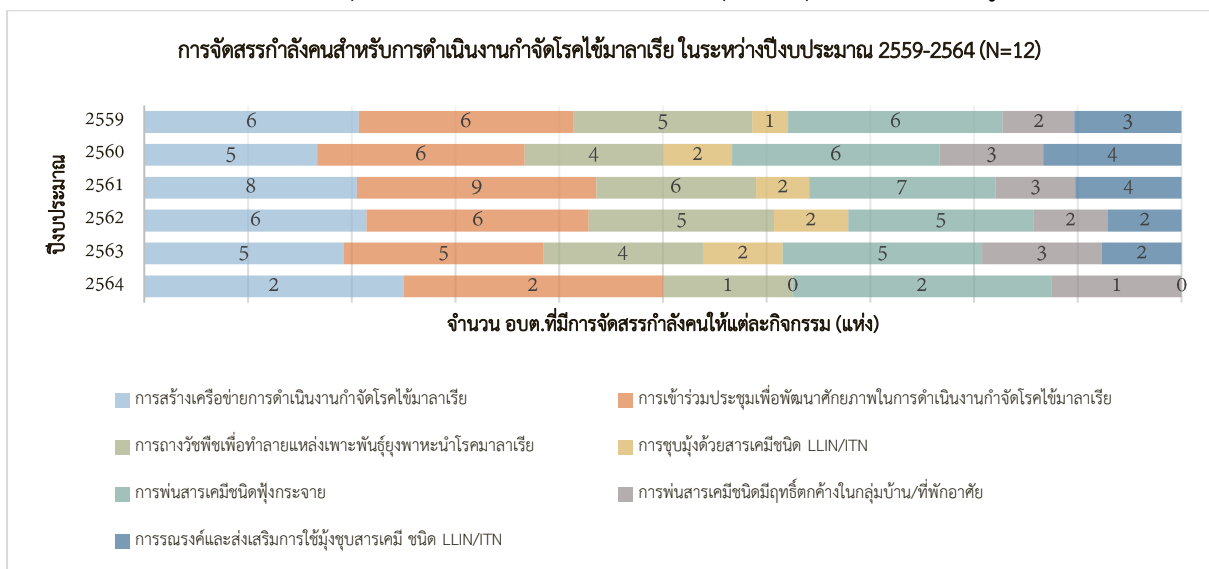
รูปที่ 6 แหล่งที่มาของงบประมาณที่ อบต. จัดสรรเพื่อดำเนินงานกำจัดโรคไข้มาลาเรีย

รูปที่ 7 แสดงการจัดสรรงบประมาณสำหรับการดำเนินงานกำจัดโรคไข้มาลาเรียในระหว่างปีงบประมาณ 2559 – 2564 จำแนกตามรายกิจกรรม จะเห็นได้ว่า ในช่วงปีงบประมาณ 2559-2564 อบต. ได้จัดสรรงบประมาณหรือได้จัดทำโครงการเพื่อขอทุนเพื่อดำเนินงานในประเด็น 1) การสร้างเครือข่ายการดำเนินงานกำจัดโรคไข้มาลาเรีย 2) การพัฒนาระบบนิเวศน์ที่กระจาย 3) การส่งบุคลากรเข้าร่วมประชุมเพื่อพัฒนาศักยภาพในการดำเนินงานกำจัดโรคไข้มาลาเรีย และ 4) การถางวัชพืชเพื่อทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงพาหะนำโรคไข้มาลาเรีย เป็นลำดับต้น ทั้งนี้ อบต. จำนวน 11 แห่ง ระบุว่างบประมาณที่ได้จัดสรรสำหรับการดำเนินงานดังกล่าวนี้เพียงพอแล้ว



รูปที่ 7 กิจกรรมที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณ ในช่วงปีงบประมาณ 2559-2564

อย่างไรก็ตาม มี อบต. เพียง 7 แห่งที่ระบุว่าหน่วยงานของตนมีการจัดสรรกำลังคนเพื่อดำเนินงานกำจัดโรคไข้มาลาเรีย ในขณะที่ อบต. จำนวน 5 แห่ง ไม่มีการจัดสรรกำลังคนที่ดำเนินงานดังกล่าว โดย อบต. ส่วนใหญ่ได้จัดสรรกำลังคนให้กับกิจกรรม 1) การสร้างเครือข่ายการดำเนินงานกำจัดโรคไข้มาลาเรีย 2) การเข้าร่วมประชุมเพื่อพัฒนาศักยภาพในการดำเนินงานกำจัดโรคไข้มาลาเรีย 3) การถ่างวชิษเพื่อทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงพาหะนำโรคมลาเรีย และ 4) การพ่นสารเคมีชนิดฟุ้งกระจาย ดังแสดงในรูปที่ 8 และมี อบต. จำนวน 5 แห่ง ที่ระบุว่าหน่วยงานของตนขาดแคลนกำลังคนที่รับผิดชอบการดำเนินงานเพื่อกำจัดโรคไข้มาลาเรีย เนื่องจาก อบต. ไม่มีบุคลากรที่ดำเนินงานด้านสาธารณสุขหรือบุคลากรที่มีความรู้เฉพาะทาง



รูปที่ 8 กิจกรรมที่ได้รับการจัดสรรกำลังคนเพื่อดำเนินงานกำจัดโรคไข้มาลาเรีย ในช่วงปีงบประมาณ 2559-2564

ผลการสำรวจเรื่องการประชุมและอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวกับการดำเนินงานกำจัดโรคไข้มาลาเรีย ในช่วงปีงบประมาณ 2559 – 2563 พบว่า อบต. จำนวน 11 แห่ง เคยส่งบุคลากรเข้าร่วมการประชุมหรือการอบรมเชิงปฏิบัติการฯ ซึ่งส่วนใหญ่จัดขึ้นโดยศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลง (ศตม.) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) โดยเนื้อหาของการประชุมหลักๆ คือสถานการณ์โรคไข้มาลาเรียในพื้นที่ วิธีการดำเนินงานกำจัดโรคไข้มาลาเรียในท้องถิ่น และแนวทางการเขียนโครงการของงบประมาณสนับสนุนเพื่อดำเนินงานกำจัดโรคไข้มาลาเรียจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล โดย อบต. ได้นำความรู้ที่ได้จากการประชุมและ/หรืออบรมเชิงปฏิบัติการนี้ไปใช้ในการวางแผนเพื่อจัดทำข้อบัญญัติงบประมาณในการดำเนินงานด้านมาลาเรียใน และได้ถ่ายทอดความรู้ให้กับประชาชนผ่านการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อและหอกระจายข่าวของหมู่บ้าน

เมื่อสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับความสำเร็จของการดำเนินงานกำจัดโรคไข้มาลาเรียในพื้นที่ พบว่า อบต. ส่วนใหญ่ (จำนวน 9 แห่ง) ระบุว่าหน่วยงานของตนประสบความสำเร็จในการดำเนินงานฯ ปานกลาง ซึ่ง ปัจจัยที่เป็นอุปสรรค/ปัญหา สำคัญสำหรับการดำเนินงานฯ คือ ในพื้นที่ชายแดนยังแรงงานที่เดินทางไป-กลับ ชายแดนฝั่งประเทศไทยและประเทศเพื่อนบ้านอยู่เป็นประจำ ทำให้ไม่สามารถติดตามตัวแรงงานเหล่านั้นได้ในหลายกรณี และยังขาดบุคลากรที่มีความรู้เฉพาะทาง (ใน อบต.) ที่สามารถดำเนินงานกำจัดโรคไข้มาลาเรียได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยที่ อบต. จำนวน 2 แห่ง ระบุว่าหน่วยงานของตนประสบความสำเร็จค่อนข้างมาก เนื่องจากการระบาดของโรคไข้มาลาเรียในพื้นที่ในความดูแลเริ่มลดลงอย่างเห็นได้ชัดแล้ว และประชาชนในพื้นที่มีความตระหนักรู้เรื่องโรคไข้มาลาเรีย เช่น อาการ วิธีป้องกัน และวิธีการรักษา เป็นต้น และมี อบต. 1 แห่ง ที่ระบุว่าการทำงานฯ ในพื้นที่ของตนไม่ค่อยประสบความสำเร็จมากนัก ทั้งนี้ อบต. หลายแห่ง ให้ความเห็นว่าควรให้ (หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในส่วนกลางและในระดับจังหวัด) จัดประชุมเพื่อติดตามข้อมูลการระบาดอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนควรให้การสนับสนุนสื่อประชาสัมพันธ์ เช่น คลิปวิดีโอ แผ่นพับ และไฟล์เสียง เพื่อให้การสื่อสารกับประชาชน และนักเรียนในโรงเรียนเป็นไปได้ง่ายขึ้น

นอกจากนั้นหน่วยงานภาคีอื่นๆ ก็มีการดำเนินงานตาม **ตารางที่ 11** ซึ่งเป็นตัวอย่างการสรุปข้อมูลผู้เกี่ยวข้องและบทบาทหน้าที่ที่ดำเนินงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในทุกระดับ ทุกภาคส่วน ทั้งในและระหว่างประเทศ ซึ่งข้อมูลเรื่องบทบาทการดำเนินงานของหน่วยงานเหล่านี้ผู้ประเมินได้มาจากการทบทวนเอกสารและการสัมภาษณ์เชิงลึก รวมถึงการวิเคราะห์บทบาทที่ยังมีช่องว่างในการประสานงานเพื่อนำมาสนับสนุนการดำเนินการกำจัดโรคไข้มาลาเรียตามยุทธศาสตร์ให้ประสบผลสำเร็จมากยิ่งขึ้น

ตารางที่ 11 กิจกรรมที่ได้รับการจัดสรรกำลังคนเพื่อดำเนินงานกำจัดโรคไข้มาลาเรีย ในช่วงปีงบประมาณ 2559-2564

กลุ่ม/ระดับ	หน่วยงาน	บทบาท/การดำเนินงาน							
		การเฝ้าระวัง ป้องกัน และ ควบคุมโรค	การ ให้บริการ รักษา	ถ่ายทอดองค์ ความรู้และ เทคโนโลยี	การให้ความรู้ ประชาชน (ป้องกัน รักษา กินยา)	การ ประสาน นโยบาย	การประสาน ความร่วมมือ	การ สนับสนุน งบประมาณ	การกำกับ ติดตาม และประเมินผล
กระทรวง สาธารณสุข	สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค			/		/	/ (รายงาน ประจำปี 2561)	/ (GF RAI2E)	/
	สำนักงานบริหารโครงการกองทุนโลก กรมควบคุมโรค							/ (สัมภาษณ์ GF)	
	สำนักความร่วมมือระหว่างประเทศ กรมควบคุมโรค						/ (สัมภาษณ์ OIC)		
	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (กองการต่างประเทศ กองบริหาร ระบบบริการสุขภาพ กองเศรษฐกิจการคลัง)						/ (ช่องว่าง)		
	กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข								/ (ช่องว่าง)
กระทรวงอื่นๆ	กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย					/			
	กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม	/ (เจ้าหน้าที่ป่า ไม้)				/ (เจ้าหน้าที่ป่า ไม้)			
	กระทรวงกลาโหม	/ (ทหาร)	/ (ทหาร)		/ (ทหาร)	/		/ (ทหาร)	/ (ทหาร)
	กระทรวงศึกษาธิการ					/			
หน่วยงานในพื้นที่	สคร.			/		/	/		/
	ศตม.	/	/	/			/		/
	ผู้ว่าราชการจังหวัด					/			

กลุ่ม/ระดับ	หน่วยงาน	บทบาท/การดำเนินงาน							
		การเฝ้าระวัง ป้องกัน และ ควบคุมโรค	การ ให้บริการ รักษา	ถ่ายทอดองค์ ความรู้และ เทคโนโลยี	การให้ความรู้ ประชาชน (ป้องกัน รักษา กินยา)	การ ประสาน นโยบาย	การประสาน ความร่วมมือ	การ สนับสนุน งบประมาณ	การกำกับ ติดตาม และประเมินผล
	ปลัดอำเภอ					/			
	สสจ.					/ (สัมภาษณ์)	/	/	/ (สัมภาษณ์)
	สสอ.					/ (สัมภาษณ์)	/		/
	อปท. (อบต. เทศบาล)	/ (สัมภาษณ์-)			/ (สัมภาษณ์)			/	
	รพช./รพ. ในพื้นที่		/		/				/ (ส่งข้อมูล)
	รพ.สต.		/ (บางที่)		/		/		/ (ส่งข้อมูล)
	นคม.	/	/	/	/		/		/ (ส่งข้อมูล)
	คลินิกมาลาเรียชุมชน	/	/						/ (ส่งข้อมูล)
	อสม.	/							
คณะกรรมการ/ ทำงานในพื้นที่	คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด	/ (ตามหน้าที่)				/			
	พชอ.						/ (บางแห่ง)		
	คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ						/		
	คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น							/	/



กลุ่ม/ระดับ	หน่วยงาน	บทบาท/การดำเนินงาน							
		การเฝ้าระวัง ป้องกัน และ ควบคุมโรค	การ ให้บริการ รักษา	ถ่ายทอดองค์ ความรู้และ เทคโนโลยี	การให้ความรู้ ประชาชน (ป้องกัน รักษา กินยา)	การ ประสาน นโยบาย	การประสาน ความร่วมมือ	การ สนับสนุน งบประมาณ	การกำกับ ติดตาม และประเมินผล
หน่วยงานวิชาการ	Shoklo Malaria Research Unit (SMRU)		/ (รายงาน ประชุม 2562)						
	คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล			/					
CSOs	มูลนิธิริรักษ์ไทย (RTF)				/ (รายงานประชุม 2562)		/		
	International Organization for Migration (IOM) Mission in Thailand				/ (รายงานประชุม 2562)		/ (ช่องว่าง)		
	Young Muslim Association of Thailand (YMAT)				/ (รายงานประชุม 2562)		/ (ช่องว่าง)		
	American Refugee Committee (ARC) [in 2020 changed to 'Alright']				/		/ (ช่องว่าง)		
แหล่งทุน	The Global Fund (GF) กองทุนโลก							/	
	USAIDS							/	
	WHO			/		/			
ประเทศแนว ชายแดน	พม่า					/			
	ลาว					/			
	กัมพูชา					/			
	มาเลเซีย					/			

#### 4.2.1 บทบาทของคณะกรรมการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในการประสานนโยบายในระดับพื้นที่

จากการสัมภาษณ์หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่พบว่า นอกจากโครงสร้างการดำเนินงานของหน่วยงานต่างๆแล้ว ยังมีระบบการดำเนินงานของคณะกรรมการในระดับจังหวัด อำเภอ และตำบลที่มีส่วนเกี่ยวข้องและอาจเป็นผู้เล่นและ platform ที่สำคัญในการขับเคลื่อนงานมาลาเรีย โดยคณะกรรมการเหล่านี้ ได้แก่

**(1) คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด** ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 มาตรา 20 กำหนดให้ผู้ว่าราชการจังหวัดทำหน้าที่เป็นประธานคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด และให้ทำการแต่งตั้งปลัดจังหวัด ประชาสัมพันธ์จังหวัด ปศุสัตว์จังหวัด หัวหน้าสำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัด ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรค นายกองค้การบริหารส่วนจังหวัด นายกเทศมนตรี นายกองค้การบริหารส่วนตำบล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป<sup>9</sup> ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล ผู้รับผิดชอบช่องทางเข้าออกประจำด่าน และเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อประจำด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ (ในกรณีที่จังหวัดมีด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ) ตำแหน่งละ 1 คน รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน และสาธารณสุขอำเภอ ตำแหน่งละ 2 คน เป็นกรรมการ โดยมีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดดำรงตำแหน่งเป็นกรรมการและเลขานุการ และข้าราชการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินงานด้านป้องกันควบคุมโรค (ไม่เกิน 2 คน) เป็นกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ (ศูนย์กฎหมาย กรมควบคุมโรค, 2558)

คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดมีอำนาจหน้าที่ในการดำเนินการตามนโยบาย ระบบ และแนวทางปฏิบัติเพื่อเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อ จัดทำแผนปฏิบัติการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่ออันตราย โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง หรือโรคระบาดในเขตพื้นที่ รายงานสถานการณ์โรคติดต่อหรือโรคที่ยังไม่ทราบสาเหตุที่อาจเป็นโรคระบาด ทำหน้าที่ในการสนับสนุน ส่งเสริม ติดตาม และประเมินผลการปฏิบัติของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในจังหวัด แต่งตั้งคณะทำงานประจำช่องทางเข้าออก ในกรณีที่จังหวัดนั้นมีด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ (ตามมาตรา 23) และยังมีอำนาจในการเรียกให้บุคคลมาให้ข้อเท็จจริงหรือแสดงความคิดเห็น หรือให้จัดส่งข้อมูลเอกสารที่จำเป็น หรือข้อคิดเห็นมาเพื่อใช้ประกอบการพิจารณา และดำเนินการอื่นใดที่เกี่ยวกับการควบคุมโรคติดต่อตามที่บัญญัติไว้ในพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 (ศูนย์กฎหมาย กรมควบคุมโรค, 2558) ซึ่งโรคไข้มาลาเรียถูกกำหนดให้เป็นหนึ่งในโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง (พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 132 ตอนที่ 86 ก. (ลงวันที่ 8 กันยายน 2558).) โดยจะต้องมีการติดตาม ตรวจสอบ และจัดเก็บข้อมูลอย่างต่อเนื่อง และในกรณีที่มีโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังเกิดขึ้นในพื้นที่พนักงานควบคุมโรคติดต่อจะต้องแจ้งข้อมูลดังกล่าวแก่คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด และกรมควบคุมโรคให้ทราบโดยเร็วที่สุด ด้วยอำนาจหน้าที่และบทบาทที่ถูกกำหนดไว้ใน พรบ. โรคติดต่อ

<sup>9</sup> ในกรณีที่จังหวัดมีโรงพยาบาลในสังกัดของหน่วยงานรัฐมากกว่า 1 โรงพยาบาล ผู้ว่าราชการจังหวัดสามารถแต่งตั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลในสังกัดของรัฐเป็นกรรมการเพิ่มเติมได้ แต่ไม่เกิน 3 คน

พ.ศ. 2558 คณะกรรมการควบคุมโรคติดต่อจังหวัดซึ่งอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขจึงถูกกำหนดให้เป็นผู้ทำหน้าที่กำกับกำกับการดำเนินงานควบคุมโรคไข้มาลาเรียในพื้นที่ (สำนักโรคติดต่อภายในโดยแมลง กรมควบคุมโรค, 2559) โดยมีหน้าที่ติดตามสถานการณ์ และเตรียมแผนปฏิบัติการเพื่อรับมือการระบาดของโรคไข้มาลาเรีย ตามตัวอย่างของคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดศรีสะเกษ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. บันทึกข้อความที่ ศก 0032.006/ 1341 เรื่อง สรุปรายการประชุมคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดศรีสะเกษ ครั้งที่ 1/2562. (ลงวันที่ 25 มีนาคม 2562).) แต่จากการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์พบว่า มีผู้ให้ข้อมูลบางท่านมองว่ากลไกการขับเคลื่อนนโยบายการกำจัดและควบคุมการระบาดของโรคไข้มาลาเรียในระดับจังหวัดผ่านคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดนั้น ไม่มีประสิทธิภาพมากพอ เนื่องจากคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดในบางพื้นที่ให้ความสำคัญต่อโรคติดต่ออื่นๆ มากกว่าโรคไข้มาลาเรีย ถึงแม้ว่าโรคไข้มาลาเรียจะถูกกำหนดด้วยพระราชบัญญัติโรคติดต่อให้เป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังก็ตาม

*“มันแล้วแต่พื้นที่นะ เพราะจริงๆแล้วนโยบายเราที่เป็น national strategy เราเนี่ย คือเราจะให้คณะกรรมการโรคติดต่อระดับจังหวัดเป็นหลัก ที่นี่ คือการถ่ายทอด พรบ.โรคติดต่อปี 2558 ไปให้จังหวัดเนี่ย มันเหมือนถ่ายทอดไม่ค่อยดีเนาะ คือเขาจะเลือกเอาว่าโรคนี้อาจจะทำ โรคนี้อาจทำอะไรอย่างเนี่ยนี้ก็ออกใหม่ ซึ่งพรบ.โรคติดต่อ ปี2558 เขาไม่สามารถจะเลือกโรคได้... แต่พอเราบอกให้ไปผลักดันมาลาเรีย เขาก็จะบอกว่ากรรมการไม่เลือกมาลาเรีย...ขนาดเรามีเงินให้ไปประชุมนะ มีเงินให้ทำอะไรให้ ประชุมคณะกรรมการนู่นนี่นั่น ก็ไม่ ไม่ทำ มีบางจังหวัดที่ทำ บางจังหวัดที่ทำไม่ได้ บางจังหวัดก็ไม่ทำ” (ผู้ให้ข้อมูล G2SEC2)*

**(2) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)** ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 กำหนดให้ในแต่ละอำเภอของทุกจังหวัดมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีนายอำเภอเป็นประธาน มีกรรมการซึ่งแต่งตั้งขึ้นโดยนายอำเภอ (ไม่เกิน 20 คน)<sup>10</sup> และมีสาธารณสุขอำเภอทำหน้าที่เป็นกรรมการและเลขานุการ ซึ่งพชอ. มีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดแผนงานและเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้เหมาะสมกับสภาพข้อเท็จจริงและสภาพปัญหาในแต่ละพื้นที่ รวมถึงดำเนินการขับเคลื่อนนโยบายและผลักดันให้เกิดการดำเนินงานร่วมกันแบบบูรณาการของหน่วยงานในพื้นที่เพื่อแก้ไขปัญหา และทำหน้าที่ในการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานดังกล่าว (นายกรัฐมนตรี, ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 135 ตอนพิเศษ 54 ง. (ลงวันที่ 9 มีนาคม 2561))

พชอ. ในแต่ละพื้นที่มีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดประเด็นปัญหา เป้าหมายการพัฒนา และรูปแบบการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาอย่างเป็นอิสระ (นายกรัฐมนตรี, ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนา

<sup>10</sup> กรรมการของพชอ. ประกอบด้วย ผู้แทนหน่วยงานรัฐ จำนวนไม่เกิน 6 คน ผู้แทนภาคเอกชน จำนวนไม่เกิน 6 คน ผู้แทนภาคประชาชน ไม่เกิน 7 คน

คุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 135 ตอนพิเศษ 54 ง. (ลงวันที่ 9 มีนาคม 2561)) ทำให้แต่ละพื้นที่มีการกำหนดประเด็นปัญหาที่แตกต่างกันตามความสำคัญของปัญหาในพื้นที่นั้นๆ ซึ่งโรคไข้มาลาเรียก็ถูกกำหนดให้เป็นประเด็นปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไขและพัฒนาในบางพื้นที่ โดยเฉพาะในพื้นที่ที่ยังมีการระบาดและพบผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียจำนวนมาก เช่น อำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา ที่มีการกำหนดให้โรคไข้มาลาเรียเป็นประเด็นปัญหาสำคัญอันดับหนึ่งที่ต้องได้รับการแก้ไขในพื้นที่อย่างเร่งด่วน และมีการตั้งเป้าหมายที่จะลดอัตราการป่วยโรคไข้มาลาเรียลง ร้อยละ 30 ผ่านการจัดกิจกรรม 4 กิจกรรมหลัก ได้แก่ 1) การดำเนินการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกในพื้นที่รอยต่อ 2) การให้บริการฉีดพ่นสารเคมีติดผนัง 3) การให้การรักษาอย่างทันท่วงทีและมีการติดตามการกินยาของผู้ป่วย และ 4) จัดกิจกรรมให้ความรู้และสร้างความเข้าใจให้แก่ประชาชนในพื้นที่ ซึ่งจากการดำเนินงานกำจัดโรคไข้มาลาเรียในปี 2561 ผ่านกลไก พขอ. พบว่า อำเภอบันนังสตาสามารถลดอัตราการป่วยของโรคไข้มาลาเรียลงได้ ร้อยละ 83.38 (เทียบกับข้อมูลในปี 2560) ซึ่งถือว่าการดำเนินงานประสบผลสำเร็จ และเกิดเป็น “บาเจาะโมเดล” หรือชุมชนต้นแบบในการกำจัดโรคไข้มาลาเรียโดยชุมชน ซึ่งผลจากการดำเนินงานดังกล่าวพบว่า พขอ. บันนังสตามีการกำหนดประเด็นปัญหาจากการจัดทำประชาคมหมู่บ้าน มีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและวิเคราะห์ถึงสาเหตุของปัญหาร่วมกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ภาคีเครือข่ายและประชาชนในพื้นที่ ทำให้ได้รับการยอมรับและความร่วมมือในการดำเนินงานจากประชาชน รวมถึงได้รับการสนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินงานจากภาคีเครือข่ายในภาคส่วนต่างๆ (“พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอบันนังสตา (พขอ.) ปี 2561 จังหวัดชายแดนใต้. [อินเทอร์เน็ต]., [วันที่อ้างถึง 28 สิงหาคม 2563]). #40]

ทั้งนี้พบว่า การดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อนนโยบายด้านการกำจัดโรคไข้มาลาเรียผ่านกลไก พขอ. นั้น ไม่สามารถเกิดขึ้นได้ในหลายพื้นที่หรืออาจไม่ประสบผลสำเร็จ ซึ่งอาจมีสาเหตุจาก การที่พื้นที่มองว่าโรคไข้มาลาเรียไม่ใช่ปัญหาสำคัญของพื้นที่ หรือมองว่าการแก้ไขปัญหาระบาดโรคไข้มาลาเรียเป็นประเด็นที่ทางด้านสาธารณสุขต้องจัดการ ไม่ใช่ประเด็นปัญหาในระดับอำเภอบันนังสตาหรือเป็นประเด็นที่หน่วยงานอื่นๆ นอกภาคสาธารณสุขต้องเข้ามาเกี่ยวข้อง

“ก็คือ พขอ. หนะ ...ถ้าสมมติว่าเราลงไปชายแดนสังขละทองผาภูมิ निकอกไหม เขามีมาลาเรีย ทางนั้นเขาอาจจะเลือกก็ได้ เพราะมันเป็นปัญหาของเขา แต่ถ้าที่มองตรงนี้ สมุทรสาคร ตรงราชบุรีตรงนี้ พขอ. ก็ไม่เลือก พขอ. เลือกเรื่องขยะ สิ่งแวดล้อม พขอ. ที่ปราณบุรีเลือกเรื่องสินค้าเกษตร สินค้าที่ไม่ได้ราคา อีกที่หนึ่งที่หนองพระ เขาบอกว่าชาวบ้านไม่มีรายได้ เลือกได้ทั้งนั้นถูกไหม เพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต (ผู้ให้สัมภาษณ์ G3DC1)”

“พขอ. ได้เป็นบางอำเภอบันนังสตา ขึ้นอยู่กับผู้บริหาร อย่างท่านนายอำเภอบันนังสตาเห็นความสำคัญจริงหรือเปล่า เขามองเรื่องระบบสุขภาพเป็นเรื่องสาธารณสุขอย่างเนี้ย ก็จบ ... อย่างเรื่องขยะเนี้ย เขาไปเห็นไง เขาไปเห็นขยะตรงนั้นตรงนั้นอย่างเนี้ย เห็นทุกวัน แต่ถ้าอย่างมาลาเรียใช้เลือดออก ถ้าเรา (ในฐานะเลขา) ไม่พูด เขาก็ไม่รู้ (ผู้ให้สัมภาษณ์ G3PS3)”

**(3) คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.)** เป็นคณะกรรมการที่มีขึ้นเพื่อตอบสนองนโยบายการพัฒนาสาธารณสุขส่วนภูมิภาคในระดับอำเภอ ซึ่งจะถูกแต่งตั้งโดยผู้ว่าราชการจังหวัด และมีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้พิจารณา คปสอ. มีองค์ประกอบของคณะกรรมการจำนวน 10-20 คน ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ ผู้แทนส่วนโรงพยาบาล ผู้แทนหัวหน้าสถานีอนามัย/พยาบาลวิชาชีพในเครือข่าย ผู้แทนส่วนสาธารณสุขอำเภอ/นักวิชาการสาธารณสุขอำเภอ และผู้แทนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง คปสอ. มีอำนาจหน้าที่ในการประสานงานด้านสาธารณสุขในระดับอำเภอ (รวมถึงการดูแลเรื่องข้อกำหนดหรือข้อตกลงร่วมในเครือข่าย) วางแผนแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในระดับพื้นที่ จัดสรรทรัพยากรด้านสุขภาพให้แก่สถานบริการ และกำกับ ดูแล ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานด้านสุขภาพในพื้นที่ (กระทรวงสาธารณสุข. หนังสือกระทรวงสาธารณสุขที่ สธ 0707/42/1935 เรื่อง คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.). (ลงวันที่ 26 พฤษภาคม 2546). ; กระทรวงสาธารณสุข. หนังสือกระทรวงสาธารณสุขที่ สธ 0707/42/ว234 เรื่อง คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.). (ลงวันที่ 26 พฤษภาคม 2546).)

*“ในส่วนของอำเภอนี้มันจะเป็นคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ มีโรงพยาบาล มีรพ.สต. มีสสอ. มีนคม. ...เป็น CUP Board ที่เราคอยประสานงานร่วมกันในส่วนที่(ผู้ให้สัมภาษณ์ G3PS3)”*

**(4) คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น** มีผู้บริหารสูงสุดของ อปท. เป็นประธาน มีสมาชิกสภา อปท. ผู้ทรงคุณวุฒิในท้องถิ่น หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้แทนหมู่บ้านหรือชุมชน ผู้แทนของศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนหรือหน่วยงานรับเรื่องร้องเรียนอิสระ เป็นกรรมการ และมีปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้อำนวยการหรือหัวหน้ากองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม หัวหน้าหน่วยงานคลังหรือเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานคลัง เป็นกรรมการ และเลขานุการและผู้ช่วยเลขานุการ คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นมีอำนาจหน้าที่ในการพิจารณาอนุมัติโครงการ/กิจกรรม และแผนการเงินประจำปีของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. 2561. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 135 ตอนพิเศษ 261 ง. (ลงวันที่ 18 ตุลาคม 2561).) โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ หรือกลุ่มองค์กรเครือข่ายในชุมชน สามารถเสนอของบประมาณเพื่อใช้พัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในพื้นที่ผ่านกลไกกองทุนสุขภาพระดับท้องถิ่น (หรือกองทุนสุขภาพตำบล) ซึ่งหมายรวมถึงการของบประมาณเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานในการควบคุม ป้องกัน และกำจัดโรคไข้มาลาเรียด้วย (สำนักโรคติดต่ออันตราย โดยแมลง กรมควบคุมโรค, 2562a)

“...เขาก็มาขอที่ สปสช. เราก็จะส่งเรื่องมา เอ่อ เราก็จะแจ้งไปว่าให้เขาส่ง จะดำเนินการอะไร...มันก็เข้าที่ประชุมของ สปสช. มันจะมีสาธารณสุขอำเภอเป็นที่ปรึกษา เราก็คัดเลือก (ผู้ให้สัมภาษณ์ G3LA2)”

“...(งบทที่สามารถใช้กับกิจกรรมกำจัดโรคไข้มาลาเรียแล้ว นอกจากงบเทศบาล/ผู้ดูแล) อีกรบหนึ่งก็คือผ่านกองทุนหลักประกันสุขภาพ สปสช. ใช้นั้นก็คือ สปสช. เนี่ยเขาจะให้เงินเรามาก่อนหนึ่ง เราสมทบก่อนหนึ่งตามระเบียบ แล้วเราก็มารายงานโครงการขอรับเงิน ไม่ว่าจะหน่วยงานสาธารณสุข อำเภอ โรงพยาบาล รพ.สต. หรือว่าหน่วยควบคุมโรคก็เขียนได้ ก็เป็นหน่วยราชการหน่วยหนึ่ง เขียนขอรับเงินมาที่กองทุน ซึ่งผมเป็นเลขากองทุน เป็นปลัด นายกอบต. เป็นประธานกองทุนดำรงตำแหน่ง มีคณะกรรมการกองทุนพิจารณา ก็ใช้เงินตรงนี้ก็ได้อีก (ผู้ให้สัมภาษณ์ G3LA6)”

เห็นได้ว่าคณะกรรมการในระดับพื้นที่เหล่านี้ก็เป็นอีกกลไกที่อาจนำมาพิจารณาประสานงานเพื่อผลักดันเรื่องการกำจัดโรคไข้มาลาเรียเข้าสู่กระบวนการนโยบายและการจัดสรรงบประมาณของพื้นที่เข้ามาดำเนินงานได้

### 4.3. ความท้าทาย และปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงาน

#### 4.3.1 ความท้าทายของการจัดการปัญหา

เมื่อมีการดำเนินงานได้ดีขึ้น (ปัจจุบันอยู่ในระยะกำจัดโรคไข้มาลาเรีย จากนั้นจะเปลี่ยนผ่านสู่ระยะป้องกันไม่ให้นำมาเรียกลับมาแพร่ใหม่) ความท้าทายจะมีมากขึ้น โดยเฉพาะในบริบทของการดำเนินงานแถบชายแดน ซึ่งประเทศเพื่อนบ้านมีการวางยุทธศาสตร์ และระยะเวลาการก้าวสู่ขั้นตอนการควบคุมและกำจัดโรคไข้มาลาเรียต่างกัน จึงต้องมีการให้ความสำคัญในการกำหนดภาคีเครือข่ายหลักในการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุม กำจัดโรคไข้มาลาเรียในระดับประเทศและระดับนานาชาติให้รัดกุมและตรงเป้าหมายมากขึ้น เพื่อเร่งสร้างความร่วมมือมาสนับสนุนการดำเนินงานส่วนนี้

#### 4.3.2 ความท้าทายในการถ่ายโอนภารกิจ

เป้าหมายของการทำให้การกำจัดโรคไข้มาลาเรียและการดำเนินงานเพื่อคงสถานะปลอดโรคไข้มาลาเรียเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินงานในระบบสาธารณสุข (“สาธารณสุขปกติ”) ปัจจุบันยังขาดการสื่อสารแนวทางที่เกี่ยวข้องกับการถ่ายโอนภารกิจที่ชัดเจนให้กับหน่วยปฏิบัติในพื้นที่รับทราบ ทั้งนี้หน่วยงานฝ่ายสาธารณสุข เช่น สสอ. รพ.สต. รับทราบเรื่องแนวคิดการถ่ายโอนภารกิจ แต่ไม่ทราบในรายละเอียดรวมถึงรูปแบบของการถ่ายโอนดังกล่าว ในขณะที่ อปท. รับทราบว่าฝ่ายสาธารณสุขต้องการให้ อปท. สนับสนุนงบประมาณในกิจกรรมบางอย่างที่เกี่ยวข้องกับเรื่องกำจัดโรคไข้มาลาเรีย ดังนั้นการจัดทำเนื้อหา นโยบาย และการสื่อสารกับหน่วยปฏิบัติงานจึงเป็นกิจกรรมสำคัญในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ในระยะต่อไป นอกจากนั้นยังมีความท้าทาย

ทนายเรื่อง หน่วยงานในระดับพื้นที่ (อปท. และ รพ.สต.) มีมุมมองว่าลักษณะงานกำจัดโรคไข้มาลาเรียมีความเฉพาะและต้องการความเชี่ยวชาญ โดยเฉพาะงานสอบสวนโรค และงานควบคุมโรคอีกด้วย อีกหนึ่งหน่วยงานในพื้นที่ที่มีบทบาทสำคัญ ได้แก่ หน่วยงานภาคประชาสังคม หรือ CSO โดยบทบาทที่มีการกล่าวถึงคือการประสานงานระหว่างภาคส่วนต่างๆ ในพื้นที่ การสื่อสารและการกระจายมาตรการให้กับประชาชนโดยเฉพาะกลุ่มแรงงานต่างด้าว หรือชนกลุ่มน้อยที่มีภาษาเฉพาะถิ่น หรือมีข้อจำกัดที่เจ้าหน้าที่ภาครัฐจะเข้าถึง เป็นต้น ดังนั้น ในการพัฒนารูปแบบและกำหนดบทบาทของหน่วยงานในพื้นที่เพื่อดำเนินงานกำจัดโรคไข้มาลาเรียนั้น ควรพิจารณาบทบาทของ CSO ด้วย

#### **4.3.3 ความท้าทายในการจัดการและใช้ข้อมูลในการตัดสินใจเชิงนโยบาย**

ฐานข้อมูลมาลาเรียออนไลน์เป็นแหล่งข้อมูลที่มีประโยชน์ทั้งในเรื่องการติดตามแก้ไขปัญหา รวมถึงวางแผนการดำเนินมาตรการต่างๆ อย่างไรก็ตามผู้ประเมินพบว่า หน่วยงานปฏิบัติในพื้นที่ยังไม่ได้ใช้ประโยชน์จากข้อมูลส่วนนี้มากนัก การใช้ข้อมูลยังจำกัดอยู่ที่หน่วยงาน สคร. เป็นหลัก โดยมี นคม. เป็นผู้ติดตามส่งข้อมูล หากต้องการให้เกิดการใช้ข้อมูลเหล่านี้ในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพในพื้นที่อาจพิจารณาพัฒนาระบบสนับสนุนการใช้ข้อมูลระหว่างเครือข่ายให้มากขึ้น นอกจากนี้จะช่วยให้เกิดการวางแผนการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพแล้ว หน่วยงานต่างๆ จะเห็นความสำคัญของการบันทึกข้อมูล

#### **4.3.4 ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงาน**

แหล่งทุน นโยบายและแผนระดับประเทศสนับสนุนการดำเนินงานเรื่องมาลาเรีย รวมถึงโครงสร้างระบบสาธารณสุขของประเทศไทยล้วนเป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะสนับสนุนการดำเนินงานกำจัดโรคไข้มาลาเรียได้ เมื่อพิจารณานโยบายและยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุขพบว่า มีความร่วมมือทวิภาคี (ประเทศเพื่อนบ้านที่มีชายแดนติดต่อกับประเทศไทย) และแผนยุทธศาสตร์ ได้แก่ แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) แผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขเพื่อรองรับเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ พ.ศ. 2560-2564 และยุทธศาสตร์สาธารณสุขชายแดน พ.ศ. 2560 – 2564 เป็นกรอบหลักสำคัญที่สามารถใช้ในการอ้างอิงและเป็นฐานในการขับเคลื่อนงานกำจัดโรคไข้มาลาเรียได้ แม้จะยังมีความท้าทายในเรื่องการประสานนโยบายในระดับประเทศและในประเทศ (ทั้งระหว่างกระทรวงและภายในกระทรวงสาธารณสุข) ส่วนในระดับปฏิบัติในพื้นที่นั้น หากต้องการให้เกิดการถ่ายโอนภารกิจในระยะยาว นอกจากการประสานงานภายในพื้นที่แต่ละพื้นที่เองแล้ว ยังต้องการการประสานนโยบายในระดับกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะระหว่างกรมควบคุมโรคกับสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขซึ่งมีหน่วยงานในสังกัดทั้งผู้ตรวจราชการ สสจ. สสอ. และ รพ.สต. ซึ่งเป็นหน่วยปฏิบัติที่เป็นกำลังหลักในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค เพื่อหาแนวทางการทำงานร่วมกัน

#### 4.4. ข้อจำกัดการประเมิน

- 4.4.1 เนื่องจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ทำให้เกิดข้อจำกัดในการลงพื้นที่เพื่อสัมภาษณ์และเก็บข้อมูลในช่วงระยะเวลาหนึ่ง เนื่องจากมาตรการการควบคุมโรคระบาดที่ห้ามให้มีการเดินทางออกนอกพื้นที่ รวมถึงให้บุคคลผู้เข้าพื้นที่ต้องมีการกักตัว 14 วัน
- 4.4.2 ด้วยทรัพยากรและเวลาที่จำกัด และบริบทของพื้นที่ที่มีปัญหาการระบาดของโรคไข้มาลาเรียเกิดในพื้นที่ที่ห่างไกลและอยู่ในแนวชายแดน คณะผู้ประเมินจึงเลือกศึกษาเชิงลึกในพื้นที่จังหวัดเดียว ซึ่งอาจมีความเฉพาะในเรื่องบริบทและนโยบายการดำเนินงาน นอกจากนี้อาจส่งผลให้ไม่เห็นภาพการทำงานของ CSO ที่มีความหลากหลายและทำงานด้วยรูปแบบที่มีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ อย่างไรก็ตามผู้ประเมินได้สัมภาษณ์เชิงลึกผู้แทน CSO ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่อื่น เพื่อนำข้อมูลมาเติมเต็มในเรื่องบทบาทของ CSO
- 4.4.3 ข้อมูลการสำรวจการดำเนินงานกำจัดโรคไข้มาลาเรียขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใช้วิธีการตอบแบบสอบถามทางไปรษณีย์และออนไลน์ แม้ว่าคณะผู้วิจัยได้กำหนดนิยามของการจัดสรรทรัพยากรต่าง ๆ ไว้ แต่ในความเป็นจริงผู้ตอบแบบสอบถามอาจมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนในการเข้าใจความหมายได้
- 4.4.4 การเปลี่ยนบทบาทของกรมการยุทธศาสตร์ฯ ที่มาจากหน่วยงานอื่น ๆ ซึ่งมีการเปลี่ยนผู้แทนเข้าร่วมประชุมบ่อย ทำให้ไม่สามารถระบุผู้รับผิดชอบหลักเพื่อเก็บข้อมูลเชิงลึกจากหน่วยงานนอกกระทรวงสาธารณสุขได้

#### 4.5. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

- (6) คณะอนุกรรมการสร้างความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายระดับประเทศ และระดับนานาชาติเพื่อขับเคลื่อนงานกำจัดโรคไข้มาลาเรีย (คณะอนุกรรมการตามยุทธศาสตร์การกำจัดโรคไข้มาลาเรีย พ.ศ. 2560-2569 ยุทธศาสตร์ที่ 3) พิจารณากำหนดภาคีเครือข่ายหลักในการดำเนินงาน และสนับสนุนการดำเนินงานกำจัดโรคไข้มาลาเรีย เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ในระยะที่สองของแผนปฏิบัติการ โดยเพิ่มจุดเน้นในกลุ่มภาคีในกระทรวงสาธารณสุขเพื่อรองรับการถ่ายโอนภารกิจกำจัดไข้มาลาเรียเข้าสู่ระบบสาธารณสุข
- (7) คณะอนุกรรมการสร้างความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายระดับประเทศ และระดับนานาชาติเพื่อขับเคลื่อนงานกำจัดโรคไข้มาลาเรีย (คณะอนุกรรมการตามยุทธศาสตร์การกำจัดโรคไข้มาลาเรีย พ.ศ. 2560-2569 ยุทธศาสตร์ที่ 3) ร่วมมือกับกระทรวงการต่างประเทศ และกองการต่างประเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผลักดันการดำเนินงานระหว่างประเทศผ่านกรอบความร่วมมือ



ทวิภาคี และศึกษาแนวทางการผลักดันการดำเนินงานกำจัดโรคไข้มาลาเรียผ่านนโยบายและยุทธศาสตร์ระดับประเทศ เช่น ยุทธศาสตร์สุขภาพโลก เป็นต้น

- (8) คณะอนุกรรมการสร้างความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายฯ พิจารณาเพิ่มกิจกรรมและตัวชี้วัดของยุทธศาสตร์ที่ 3 ให้มีความชัดเจนมากขึ้น โดยเพิ่มตัวชี้วัดกระบวนการและผลผลิต เพื่อให้สามารถติดตามและตรวจพบปัญหาได้อย่างรวดเร็วยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตามต้องพิจารณาหลักการอื่นๆ ของการติดตามและประเมินผลประกอบด้วย ได้แก่ คุณภาพของข้อมูล กลไกการเก็บข้อมูล ระยะเวลาการเก็บข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องและไม่เป็นการเพิ่มภาระให้ผู้ปฏิบัติงาน
- (9) คณะอนุกรรมการสร้างความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายฯ จัดทำแนวทางที่เกี่ยวข้องกับการบูรณาการนโยบายและถ่ายโอนภารกิจที่ชัดเจนให้กับหน่วยปฏิบัติในพื้นที่ นอกจากจัดทำแนวทางและบทบาทของหน่วยงานหลักในพื้นที่แล้ว ควรพิจารณาบทบาทของหน่วยงานภาคประชาสังคม หรือ CSO ร่วมด้วย และสื่อสารนโยบายและแนวทางดังกล่าวให้กลุ่มเป้าหมายเข้าใจ และเห็นเป้าหมายร่วมกัน
- (10) คณะอนุกรรมการสร้างความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายฯ สนับสนุนให้เกิดการใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลมาลาเรียออนไลน์ในการแสดงให้เห็นขนาดของปัญหาโรคไข้มาลาเรีย รวมถึงแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ อาจพิจารณาพัฒนาระบบสนับสนุนการใช้ข้อมูลระหว่างเครือข่าย เพื่อให้เกิดการวางแผนการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ

## เอกสารอ้างอิง

- Asthana, S., Richardson, S., & Halliday, J. (2002). Partnership Working in Public Policy Provision: A Framework for Evaluation. *Social Policy & Administration, 36*(7), 780-795. doi:10.1111/1467-9515.00317
- Brinkerhoff, J. M. (2002). Assessing and improving partnership relationships and outcomes: a proposed framework. *Evaluation and Program Planning, 25*(3), 215-231. doi:https://doi.org/10.1016/S0149-7189(02)00017-4
- Delacollette, C., D'Souza, C., Christophel, E., Thimasarn, K., Abdur, R., Bell, D., . . . Ehrenberg, J. (2009). Malaria trends and challenges in the Greater Mekong Subregion. *The Southeast Asian journal of tropical medicine and public health, 40*, 674-691.
- Division of Vector-borne Disease, D. o. D. C. (2020). *Report of the Mid-term Review Malaria Elimination Programme of Thailand Review Period: 2017-2019* Retrieved from Nontaburi:
- Govere, J., Durrheim, D., la Grange, K., Mabuza, A., & Booman, M. (2000). Community knowledge and perceptions about malaria and practices influencing malaria control in Mpumalanga Province, South Africa. *S Afr Med J, 90*(6), 611-616.
- Halliday, J., Asthana, S. N. M., & Richardson, S. (2004). Evaluating Partnership: The Role of Formal Assessment Tools. *Evaluation, 10*(3), 285-303. doi:10.1177/1356389004048279
- Hlongwana, K., & Tsoka-Gwegweni, J. (2017). Towards the implementation of malaria elimination policy in South Africa: The stakeholders' perspectives. *Global Health Action, 10*.
- Hudson, B., Hardy, B., Henwood, M., & Wistow, G. (1999). In Pursuit of Inter-Agency Collaboration In The Public Sector. *Public Management: An International Journal of Research and Theory, 1*(2), 235-260. doi:10.1080/14719039900000005
- International Organization for Migration. (2011). *Thailand Migration Report 2011 Migration for Development in Thailand: Overview and Tools for Policymakers* (J. W. Huguet & A. Chamrathirong Eds.). Bangkok: International Organization for Migration.
- Joint external evaluation tool: International Health Regulations (2005)*. (2018). (second ed.). Geneva: World Health Organization.

- Kaehler, N., Adhikari, B., Cheah, P., Seidlein, L., Day, N., Paris, D., . . . Pell, C. (2019). Prospects and strategies for malaria elimination in the Greater Mekong Sub-region: a qualitative study. *Malaria Journal*, *18*. doi:10.1186/s12936-019-2835-6
- Kopp Krisher, L., Krisher, J., Ambuludi, M., Arichabala, A., Beltran Ayala, F., Navarrete, P., . . . Stewart Ibarra, A. (2016). Successful malaria elimination in the Ecuador–Peru border region: epidemiology and lessons learned. *Malaria Journal*, *15*. doi:10.1186/s12936-016-1630-x
- Liu, J., Modrek, S., Gosling, R., & Feachem, R. (2013). Malaria eradication: Is it possible? Is it worth it? Should we do it?. *The lancet global health*, *1*, e2-e3. doi:10.1016/S2214-109X(13)70002-0
- McDonald, S., & Young, S. (2012). Cross-sector collaboration shaping Corporate Social Responsibility best practice within the mining industry. *Journal of Cleaner Production*, *37*, 54-67. doi:https://doi.org/10.1016/j.jclepro.2012.06.007
- National Malaria Control Programme. (2016). *The Kenya Malaria Communication Strategy 2016–2021*. Nairobi: National Malaria Control Programme, Ministry of Health.
- Partnership to end malaria. (n.d.). Malaria & Sustainable Development Goals. Retrieved from <https://endmalaria.org/about-malaria/malaria-sustainable-development-goals>
- Putzl H, & Treib O. (2007). Chapter 7 Implementing Public Policy. In Frank Fischer & Gerald J Miller (Eds.), *Handbook of public policy analysis: theory, politics, and methods* (pp. 89-170). Bosa Roca: Taylor & Francis Inc.
- Sabatier, P., & Mazmanian, D. (1980). THE IMPLEMENTATION OF PUBLIC POLICY: A FRAMEWORK OF ANALYSIS\*. *Policy Studies Journal*, *8*(4), 538-560. doi:10.1111/j.1541-0072.1980.tb01266.x
- World Health Organization. (2005). Fifty-Eighth World Health Assembly, . In. Geneva, Switzerland: World Health Organization, .
- World Health Organization. (2015a). Sixty-Eighth World Health Assembly In *Resolutions and decisions annexes* Geneva: World Health Organization,.
- World Health Organization. (2015b). *Strategy for malaria elimination in the Greater Mekong Subregion: 2015-2030*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2017). *External evaluation of the national malaria control programme Myanmar, 6-19 March 2016*. New Delhi: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia.

World Health Organization. (2018). *World malaria report 2018*. Geneva: World Health Organization.

เอกสารประกอบการประชุมคณะกรรมการตามยุทธศาสตร์การกำจัดโรคไข้มาลาเรีย พ.ศ. 2560-2569 ครั้งที่ 1/2563; วันที่ 1 มกราคม 2563.

กระทรวงสาธารณสุข. หนังสือกระทรวงสาธารณสุขที่ สธ 0707/42/1935 เรื่อง คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.). (ลงวันที่ 26 พฤษภาคม 2546).

กระทรวงสาธารณสุข. หนังสือกระทรวงสาธารณสุขที่ สธ 0707/42/234 เรื่อง คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.). (ลงวันที่ 26 พฤษภาคม 2546).

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2019). ระบบตัวชี้วัดการพัฒนาที่ยั่งยืน. Retrieved from <http://164.115.25.41/kpisdg/#>

ชำนาญ ปินนา. (2556). ประสิทธิภาพของการควบคุมโรคมาลาเรียในจังหวัดพื้นที่แพร่เชื้อ ภายใต้โครงการกองทุนโลก. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 22.

นคร เปรมศรี, นิพนธ์ ชินานนท์เวช, ประยุทธ์ สุดาทิพย์, Tinzar Naing, & สุรีย์พร โสกันเขต. ประเมินความครอบคลุมและการใช้วิธีการป้องกันโรคมาลาเรีย รวมถึงปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับโรคมาลาเรียของประชากรในพื้นที่ที่มีการแพร่เชื้อมาลาเรียประเทศไทย การสำรวจความรู้ ทักษะและการปฏิบัติปี พ.ศ. 2558 (KAP 2015). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

นายกรัฐมนตรี, ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 135 ตอนพิเศษ 54 ง. (ลงวันที่ 9 มีนาคม 2561).

ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. 2561. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 135 ตอนพิเศษ 261 ง. (ลงวันที่ 18 ตุลาคม 2561).

ประยุทธ์ สุดาทิพย์, เสาวนิต วิชัยทัตตะ, & อีรา พูลถิ่น. (2554). การประเมินผลการดำเนินงานควบคุมโรคมาลาเรียโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 43 จังหวัด ภายใต้โครงการกองทุนโลกรอบที่ 7: การประเมินผลเชิงนโยบายและผลกระทบการดำเนินงาน. วารสารสาธารณสุขล้านนา, 7.

พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 132 ตอนที่ 86 ก. (ลงวันที่ 8 กันยายน 2558).

พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ปี 2561 จังหวัดชายแดนใต้. [อินเทอร์เน็ต]. (วันที่อ้างถึง 28 สิงหาคม 2563). Retrieved from ที่มา: <http://do8.hss.moph.go.th/ihsd/wp/wp-content/uploads/2018/08/%E0%B8%9E%E0%B8%8A%E0%B8%AD.%E0%B8%8A%E0%B8%B2%E0%B8%A2%E0%B9%81%E0%B8%94%E0%B8%99%E0%B9%83%E0%B8%95%E0%B9%89.pdf>

รายงานการประชุมคณะอนุกรรมการตามยุทธศาสตร์การกำจัดโรคไข้มาลาเรีย พ.ศ. 2560-2569 (ยุทธศาสตร์ที่ 3) ครั้งที่ 1/2562; วันจันทร์ที่ 28 มกราคม 2562; ณ ห้องประชุมสุรินทร์ พินิจพงศ์ อาคาร 4 ชั้น 4 กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2562.

รายงานการประชุมคณะอนุกรรมการตามยุทธศาสตร์การกำจัดโรคไข้มาลาเรีย พ.ศ. 2560-2569 ยุทธศาสตร์ที่ 3.

ศูนย์กฎหมาย กรมควบคุมโรค. (2558). พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค. (2559). ยุทธศาสตร์การกำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย พ.ศ. 2560-2569. นนทบุรี: อักษรกราฟฟิกแอนดดีไซน์.

สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค. (2561). แนวทางทำงานเพื่อกำจัดโรคไข้มาลาเรียสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเครือข่ายสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิกแอนดดีไซน์.

สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค. (2562a). แนวทางการทำงานเพื่อกำจัดโรคไข้มาลาเรียสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเครือข่ายสุขภาพ. กรุงเทพฯ: Scand-Media Corp.

สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค. (2562b). คู่มือการกำจัดโรคไข้มาลาเรียสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอและตำบล (CDCU/SRR). กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิกแอนดดีไซน์.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. บันทึกข้อความที่ ศก 0032.006/ 1341 เรื่อง สรุปรายการประชุมคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดศรีสะเกษ ครั้งที่ 1/2562. (ลงวันที่ 25 มีนาคม 2562).