

การประเมินผลการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558: บทเรียนสำคัญและทิศทางพัฒนาระบบควบคุมโรคของประเทศไทย

Evaluation of the implementation of the communicable disease act B.E. 2558 (2015): key lessons and directions for the development of Thailand's disease control system

สุพินดา ตีระรัตน์¹Supinda Teerarat¹กัญญารัตน์ พึ่งประยูร¹Kanyarat Phungprayoon¹วนิดา ต้นสกุล¹Wanida Tansakun¹ธนิษฐา จันทร์พิลา¹Thanittha Chanpila¹ศิริพร กาศหาญ¹Siriporn Kashan¹นพดล โชติประวิทย์¹Noppadon Chodprawit¹สิริมา มงคลสัมฤทธิ์²Sirima Mongkolsomlit²¹กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค¹Division of Communicable Disease, Department of
Disease Control²คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์²Faculty of Public Health, Thammasat University

DOI: 10.14456/dcj.2026.10

Received: September 25, 2025 Revised: January 13, 2026 Accepted: January 28, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมผสานครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และแผนปฏิบัติการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อหรือโรคระบาด พ.ศ. 2566-2570 (ระยะครึ่งแผน) เพื่อถอดบทเรียนและจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายสำหรับพัฒนาระบบควบคุมโรคของประเทศไทย การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณได้จากตัวชี้วัดผลสัมฤทธิ์ ขณะที่ข้อมูลเชิงคุณภาพได้จากการวิเคราะห์เอกสารและการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจำนวน 66 ราย ใน 6 จังหวัด ได้แก่ เชียงราย กาญจนบุรี ชลบุรี กรุงเทพมหานคร สงขลา และอุบลราชธานี ผลการศึกษาเชิงปริมาณพบว่า หลายตัวชี้วัดมีความก้าวหน้าตามเป้าหมาย เช่น การพัฒนาอนุบัญญัติ ระบบเฝ้าระวังโรค และการยกระดับมาตรฐานศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operations Center: EOC) ส่วนผลการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่า ประเทศไทยมีโครงสร้างกลไกควบคุมโรคที่เข้มแข็ง ได้แก่ คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ และทีมสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็ว (Surveillance and Rapid Response Team: SRRT) รวมถึงเครือข่ายภาคประชาชนที่สามารถตอบสนองต่อโรคระบาดได้อย่างรวดเร็ว อย่างไรก็ตาม ยังพบข้อจำกัดสำคัญ ได้แก่ ความซับซ้อนของโครงสร้าง ความไม่มั่นใจของเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อในการใช้อำนาจตามกฎหมาย และข้อจำกัดด้านทรัพยากรและระบบข้อมูล จากผลการศึกษาจึงเสนอแนวทางพัฒนาระบบควบคุมโรคของประเทศไทย 3 ประการ ได้แก่ (1) Decentralize กระจายอำนาจการตัดสินใจแก่ระดับพื้นที่และปรับปรุงกลไกกฎหมายให้ทันสมัย (2) Digitalize พัฒนาระบบข้อมูลและเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อเสริมประสิทธิภาพการเฝ้าระวังและตอบโต้โรค และ (3) Collaborate เสริมสร้างความร่วมมือระหว่างภาครัฐ ท้องถิ่น

เอกชน และประชาชน ควบคู่กับการสื่อสารสาธารณะหลายภาษา แนวทางดังกล่าวจะช่วยเสริมความยืดหยุ่นและความยั่งยืนของระบบควบคุมโรคของประเทศในอนาคต
ติดต่อผู้พิมพ์: สุพินดา ตีระรัตน์ อีเมล: cda2021gcd@gmail.com

Abstract

This mixed-methods study aimed to evaluate the implementation of the Communicable Disease Act B.E. 2558 (2015) and the National Action Plan for Communicable Disease Surveillance, Prevention, and Control B.E. 2566-2570 (2023-2027) at the mid-term stage, in order to derive lessons learned and develop policy recommendations for strengthening Thailand's disease control system. Quantitative data were collected from key performance indicators, while qualitative data were obtained through document review and in-depth interviews with 66 stakeholders across six provinces: Chiang Rai, Kanchanaburi, Chonburi, Bangkok, Songkhla, and Ubon Ratchathani. Quantitative findings demonstrated progress in several indicators, including the development of subordinate legislation, strengthening of surveillance systems, and enhanced performance of Emergency Operations Centers (EOCs). Qualitative findings revealed that Thailand has established strong disease control mechanisms—such as Provincial Communicable Disease Committees, Communicable Disease Control Units, and Surveillance and Rapid Response Teams (SRRTs)—as well as active community networks that contributed to timely epidemic response. However, key challenges remain, including structural complexity, limited confidence among Communicable Disease Control Officers in exercising legal authority, and constraints related to human resources, budgets, and information systems. Based on the findings, three strategic directions are proposed to strengthen Thailand's disease control system: (1) Decentralize, by empowering local authorities and modernizing legal mechanisms; (2) Digitalize, by advancing integrated information systems and digital technologies to enhance surveillance and emergency response; and (3) Collaborate, by fostering multisectoral partnerships and promoting multilingual public communication. These strategies are expected to enhance the flexibility, efficiency, and long-term sustainability of Thailand's disease control system.

Correspondence: Supinda Teerarat

E-mail: cda2021gcd@gmail.com

คำสำคัญ

พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558;
แผนปฏิบัติการเฝ้าระวัง ป้องกัน
และควบคุมโรคติดต่อ หรือโรคระบาด
พ.ศ. 2566-2570; การประเมินผลสัมฤทธิ์;
ระบบควบคุมโรค; นโยบายสาธารณสุข

Keywords

communicable disease act B.E. 2558 (2015);
national action plan for communicable disease
surveillance, prevention, and control B.E. 2566-2570
(2023-2027); outcome evaluation; disease control
system; public health policy

บทนำ

พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558⁽¹⁾ และแผนปฏิบัติการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อหรือโรคระบาด พ.ศ. 2566-2570⁽²⁾ เป็นกลไกสำคัญในการเสริมสร้างความมั่นคงและความยั่งยืนของระบบสุขภาพ ของประเทศไทย โดยมุ่งเน้นการรับมือกับโรคติดต่อที่มีความซับซ้อนและเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง ผ่านมาตรการด้านการป้องกัน ควบคุม และบริหารจัดการโรคติดต่อทั้งในระดับพื้นที่และระดับประเทศ นอกจากนี้ กฎหมายดังกล่าวยังวางรากฐานให้เกิดโครงสร้างและกระบวนการเฝ้าระวัง ควบคุม และฟื้นฟูสุขภาพด้วยความร่วมมือของหน่วยงานทุกระดับ ขณะที่แผนปฏิบัติการฯ ซึ่งพัฒนาภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2561-2580 ทำหน้าที่เป็นเครื่องมือเชิงปฏิบัติในการผลักดันมาตรการด้านกฎหมายไปสู่กลไกการดำเนินงานที่สามารถนำไปใช้ได้จริง แม้ระบบควบคุมโรคของประเทศไทยมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงเผชิญความท้าทายจากปัจจัยหลายด้าน เช่น การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ การเข้าสู่สังคมสูงอายุ การเคลื่อนย้ายประชากร และการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต⁽³⁻⁵⁾ ซึ่งล้วนส่งผลต่อรูปแบบการเกิดและการแพร่กระจายของโรคติดต่อ โดยเฉพาะสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ที่สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการปรับปรุงระบบบริหารจัดการภาวะฉุกเฉิน การเสริมศักยภาพบุคลากร และการพัฒนาระบบข้อมูลให้มีประสิทธิภาพและทันสมัยมากยิ่งขึ้น การติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ และแผนปฏิบัติการฯ จึงมีความสำคัญยิ่ง เพราะช่วยระบุจุดแข็ง จุดอ่อน ปัจจัยสนับสนุน และอุปสรรคของระบบควบคุมโรค รวมถึงสะท้อนศักยภาพ ของกลไกเชิงนโยบายและการบังคับใช้กฎหมายในการรับมือสถานการณ์ด้านสาธารณสุขที่ซับซ้อน⁽⁶⁾ อีกทั้งยังเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนการกำหนดทิศทาง การพัฒนาระบบสุขภาพในอนาคต การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์ ได้แก่ (1) การศึกษาวิเคราะห์ และประเมิน

ผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และ (2) การติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อหรือโรคระบาด พ.ศ. 2566-2570 ในระยะครึ่งแผน เพื่อถอดบทเรียนและจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายสำหรับการพัฒนาระบบควบคุมโรคของประเทศไทยในระยะยาว

วัตถุประสงค์และการศึกษา

การศึกษาค้นคว้านี้ใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสาน (mixed-methods research) โดยบูรณาการการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพตามรูปแบบ convergent design เพื่อประเมินทั้งระดับผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงานและบริบทของการบังคับใช้พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และแผนปฏิบัติการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อหรือโรคระบาด พ.ศ. 2566-2570 กรอบการประเมินในครั้งนี้ใช้ทฤษฎี OECD/DAC framework⁽⁷⁾ ร่วมกับทฤษฎี CIPP Model^(8,9) และทฤษฎี Results-Based Management⁽¹⁰⁾ และ Realist Evaluation⁽¹¹⁾ การใช้กรอบแนวคิดแบบผสมผสานช่วยให้สามารถประเมินโครงการและนโยบายในมิติต่างๆ ได้อย่างครอบคลุม ตั้งแต่กระบวนการ วางแผนดำเนินการ ไปจนถึงผลกระทบระยะยาว โดยวิเคราะห์ตัวแปรที่เกี่ยวข้องตั้งแต่ บริบท (Context) กระบวนการ (Process) และผลลัพธ์ (Product) วัตถุประสงค์ที่แท้จริงโดยใช้ ตัวชี้วัดผลลัพธ์ (KPIs) และประสิทธิภาพของทรัพยากร เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม ถึงกรกฎาคม พ.ศ. 2567 โดยแต่ละรูปแบบการวิจัยมีบทบาทในการตอบคำถามวิจัยที่แตกต่างกัน กล่าวคือ ข้อมูลเชิงปริมาณใช้เพื่อสะท้อนระดับความก้าวหน้าตามตัวชี้วัดของแผนปฏิบัติการฯ ขณะที่ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้เพื่ออธิบายกลไก กระบวนการ และข้อจำกัดของการดำเนินงานในบริบทจริง

การวิจัยเชิงปริมาณ ใช้ข้อมูลจากผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของแผนปฏิบัติการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อหรือโรคระบาด พ.ศ. 2566-2570

จำนวน 18 ตัวชี้วัด (K1-K18) ซึ่งผู้วิจัยรวบรวมจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งระดับประเทศและระดับจังหวัด โดยใช้แบบรายงานผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการฯ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวนและร้อยละ เพื่อประเมินระดับความก้าวหน้าของตัวชี้วัดแต่ละรายการ พร้อมจัดสถานะของตัวชี้วัดตามกรอบ Results-Based Management (RBM) ได้แก่ ตัวชี้วัดที่บรรลุหรือเกินเป้าหมาย ตัวชี้วัดที่อยู่ระหว่างดำเนินการหรือรอข้อมูล และตัวชี้วัดที่ยังไม่มีผู้รับผิดชอบในการจัดเก็บข้อมูลอย่างชัดเจน

การวิจัยเชิงคุณภาพ คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก (key informants) จำนวน 66 ราย จาก 6 จังหวัด ได้แก่ เชียงราย กาญจนบุรี ชลบุรี กรุงเทพมหานคร สงขลา และอุบลราชธานี ด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) เพื่อให้ครอบคลุมผู้มีบทบาทโดยตรงในการดำเนินงานควบคุมโรคในระดับพื้นที่ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับจังหวัด อำเภอ และด่านควบคุมโรค เจ้าหน้าที่งานควบคุมโรคติดต่อ หน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และประชาชน เก็บข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกด้วยแนวคำถามแบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview guide) เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนประสบการณ์ มุมมอง และข้อเสนอแนะจากการปฏิบัติงานจริง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เชิงธีม (thematic analysis) โดยอาศัยกรอบแนวคิด ได้แก่ (1) CIPP Model เพื่อจัดหมวดหมู่ประเด็นด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต (2) Realist Evaluation เพื่ออธิบายความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลระหว่างบริบท กลไก และผลลัพธ์ของการควบคุมโรค และ (3) Results-Based Management เพื่อเชื่อมโยงผลการดำเนินงานในระดับผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบ

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้มิได้ขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เนื่องจากเป็นการดำเนินงานภายใต้อำนาจหน้าที่ตามกฎหมายของสำนักงานเลขาธิการคณะ

กรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 มาตรา 19⁽⁵⁾ ซึ่งกำหนดให้มีหน้าที่ติดตาม ประเมินผล และตรวจสอบการดำเนินงานของคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดและกรุงเทพมหานคร ตามแผนปฏิบัติการที่ได้รับความเห็นชอบ การเก็บข้อมูลจึงถือเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติการกิจตามอำนาจหน้าที่ ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาได้จากเอกสารและการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ โดยไม่มีการเก็บข้อมูลส่วนบุคคลที่สามารถระบุตัวตนได้ ไม่มีการแทรกแซงด้านสุขภาพหรือการรักษา และไม่ก่อให้เกิดความเสี่ยงหรือผลกระทบต่อสิทธิของบุคคลใด อย่างไรก็ดีตาม ผู้วิจัยได้ปฏิบัติตามหลักจริยธรรมพื้นฐานอย่างเคร่งครัด ได้แก่ การชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา การขอความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูล และการรักษาความลับของข้อมูลตลอดกระบวนการศึกษา

ผลการศึกษา

การนำเสนอผลการศึกษาแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ตามกรอบแนวคิด ดังนี้

ส่วนที่ 1 การดำเนินงานตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ถือเป็นกลไกสำคัญในการเสริมสร้างประสิทธิภาพของระบบการควบคุมโรคในประเทศไทย โดยกำหนดโครงสร้าง องค์ประกอบ และกลไกการดำเนินงานที่รองรับทั้งระดับชาติและระดับพื้นที่ ซึ่งในการประเมินผล พบทั้งจุดแข็ง ข้อจำกัด และข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันและอนาคต

โครงสร้างและองค์ประกอบ ผลการศึกษา พบว่า คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนการควบคุมโรคในระดับพื้นที่ โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน ส่งผลให้สามารถบูรณาการการทำงานของหลายหน่วยงานและสั่งการได้อย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในช่วงสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุข เช่น การระบาดของโรคโควิด 19

“การที่ผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธานคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด ทำให้การสั่งการและการประสานงานสามารถดำเนินการได้อย่างทันที่เมื่อเกิดสถานการณ์เร่งด่วน” (คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด) อย่างไรก็ตาม ในบางพื้นที่พบว่าองค์ประกอบของคณะกรรมการมีจำนวนมากเกินไป หรือขาดผู้แทนจากหน่วยงานสำคัญระดับจังหวัดและระดับอำเภอ เช่น ท้องถิ่นจังหวัด นายอำเภอ หน่วยงานความมั่นคง เป็นต้น ส่งผลให้การประชุมยังคงมีลักษณะเป็นการหารือภายในหน่วยงานสาธารณสุขเป็นหลัก

“ในบางจังหวัด องค์ประกอบของคณะกรรมการมันเยอะมาก และส่วนใหญ่เป็นหน่วยงานระดับจังหวัด พอถึงเรื่องที่ต้องลงไปทำในพื้นที่จริง กลับไม่มีตัวแทนจาก อปท. หรือระดับอำเภอที่ตัดสินใจได้จริง ทำให้การประชุมบางครั้งคุยกันได้แค่เชิงนโยบาย แต่ขยับในทางปฏิบัติได้ยาก” (คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด)

ในส่วนของเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อพบว่ามีการแต่งตั้งครอบครัวขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่รับรู้รับทราบหน้าที่จากการมอบหมาย การอบรม และประสบการณ์จากการปฏิบัติงานจริง อย่างไรก็ตาม ยังพบว่าผู้ปฏิบัติงานบางส่วนไม่ทราบสถานการณ์แต่งตั้งของตนเอง หรือไม่มั่นใจในการใช้อำนาจหน้าที่ตามกฎหมาย

“เรื่องเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อก็คือคล้ายกันหลายคนทำหน้าที่อยู่แล้ว แต่ไม่รู้ด้วยซ้ำว่าตัวเองได้รับการแต่งตั้งอย่างเป็นทางการหรือไม่ พอถึงเวลาต้องใช้อำนาจตามกฎหมายจริง ๆ ก็ไม่มั่นใจ กลัวว่าถ้าตัดสินใจไปแล้วจะมีปัญหาตามมา” (เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ) จึงควรทบทวนการแต่งตั้งเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ กำหนดบทบาทและอำนาจให้ชัดเจนขึ้น มีการจัดอบรมอย่างต่อเนื่องและควรมีบัตรประจำตัวหรือสัญลักษณ์ในการปฏิบัติงาน

กลไกการดำเนินงาน ผลการศึกษาพบว่าพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 เป็นกลไกทางกฎหมายที่ช่วยให้การควบคุมโรคในช่วงวิกฤต

สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 ซึ่งมีการนำมาตรการกักกัน แยกกัก และการควบคุมการเคลื่อนย้ายมาใช้จริงในพื้นที่ หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อระดับอำเภอ (CDCU) เป็นกลไกตามกฎหมายที่ถูกจัดตั้งขึ้นเพื่อการควบคุมโรคติดต่ออันตราย หรือโรคระบาด นอกจากนี้ยังมีทีมสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) แม้จะไม่ใช่กลไกทางกฎหมายโดยตรง แต่มีบทบาทสำคัญในการสอบสวนและควบคุมโรคในระดับพื้นที่ อย่างไรก็ตาม ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า ในบางกรณี ที่จำเป็นต้องประกาศพื้นที่โรคระบาดหรือใช้มาตรการเชิงกฎหมาย การดำเนินการยังต้องรอการอนุมัติ จากส่วนกลาง ส่งผลให้การตอบสนองต่อสถานการณ์ล่าช้า

“ช่วงโควิดถือว่าเห็นภาพชัดที่สุดว่ากฎหมายช่วยให้ทำงานได้จริง มาตรการกักกัน แยกกัก หรือการควบคุมการเดินทางสามารถเอามาใช้ได้ทันที เพราะทุกคนรู้ว่ามียอำนาจตาม พ.ร.บ. แต่พอเป็นโรคอื่นที่ไม่รุนแรงมาก แต่ต้องควบคุมเร็ว กลับทำอะไรได้จำกัด เพราะต้องรออำนาจจากส่วนกลาง” (เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ)

“ในพื้นที่จริง เราเห็นสถานการณ์ก่อนเสมอ แต่การจะประกาศอะไรหรือออกมาตรการบางอย่าง ต้องรอคำสั่งจากอธิบดีหรือระดับบน ซึ่งบางครั้งสถานการณ์มันผ่านจุดสำคัญไปแล้ว ทำให้การควบคุมโรคไม่ทันกับความเป็นจริง” (เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ)

บทบัญญัติและอนุบัญญัติ พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และอนุบัญญัติที่เกี่ยวข้องทำให้เกิดความชัดเจนในการปฏิบัติงาน และเป็นที่รู้จักมากขึ้นในช่วงโควิด 19 โดยเฉพาะในด้านควบคุมโรคระหว่างประเทศที่ต้องบังคับใช้ร่วมกับกฎหมายอื่น อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดที่พบคือ เจ้าหน้าที่บางส่วนยังไม่เข้าใจรายละเอียดของอนุบัญญัติ การบังคับใช้กับแรงงานต่างด้าวยังเป็นไปได้ยาก ขณะที่มาตรการเข้มงวด เช่น การปรับเงินหรือการสั่งปิดสถานที่ มักไม่ได้รับการยอมรับจากประชาชน เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ (จพต.) ไม่สามารถบังคับใช้กฎหมาย

ที่เป็นปัญหาโรคติดต่อที่ต้อง เฝ้าระวังในพื้นที่ อีกทั้งยังต้องอาศัยมติของคณะกรรมการจังหวัดและการสั่งการของผู้ว่าราชการจังหวัด ซึ่งทำให้เกิดความล่าช้า นอกจากนี้ภาคเอกชนยังไม่เปิดเผยข้อมูลผู้ป่วยอย่างครบถ้วน ข้อเสนอหลักในการพัฒนาคือ ควรปรับปรุงพระราชบัญญัติโรคติดต่อให้มีความทันสมัยและสอดคล้องกับสถานการณ์มากขึ้น โดยเฉพาะการให้อำนาจผู้ว่าราชการจังหวัดในการตัดสินใจได้รวดเร็วขึ้นในกรณีการระบาดของโรคติดต่อในพื้นที่ การกำหนดมาตรการคุ้มครองเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน และการบูรณาการข้อมูลผู้ป่วยจากทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ เอกชน และสถาบันการศึกษา นอกจากนี้ ควรพัฒนาการประชาสัมพันธ์กฎหมายในภาษาที่หลากหลายและเข้าใจง่าย เพื่อสร้างการรับรู้และการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างทั่วถึง

“กฎหมายโรคติดต่อเป็นที่รู้จักมากขึ้นในช่วงโควิด โดยเฉพาะด้านควบคุมโรคระหว่างประเทศ เจ้าหน้าที่ต้องใช้กฎหมายหลายฉบับควบคู่กัน แต่ในระดับพื้นที่ เจ้าหน้าที่ยังไม่เข้าใจรายละเอียดของอนุบัญญัติบางตัว ทำให้ไม่กล้าใช้ หรือใช้ไม่เต็มที่” (เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ)

“มาตรการอย่างการสั่งปิดสถานที่หรือการปรับเงิน ตามกฎหมายมันทำได้ แต่ปัญหาคือประชาชนไม่ยอมรับ เขามองว่าเป็นการใช้อำนาจรัฐไปกระทบชีวิตและอาชีพของเขา โดยเฉพาะแรงงานต่างด้าวหรือผู้ประกอบการรายย่อย ทำให้การบังคับใช้จริงทำได้ยาก” (เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ)

ส่วนที่ 2 การประเมินผลแผนปฏิบัติการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อหรือโรคระบาด พ.ศ. 2566-2570 (ระยะครึ่งแผน) พบว่า ผลการดำเนินงานตามเป้าหมายภาพรวมของแผนปฏิบัติการประเทศไทยมีความก้าวหน้าในหลายมิติ ได้แก่

1) การดำเนินงานในระดับพื้นที่มีการจัดทำแผนปฏิบัติการฯ ครอบคลุมถึง 69 จังหวัด ซึ่งสะท้อนถึงการขับเคลื่อนกลไกตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ที่มีความชัดเจนและต่อเนื่อง ทั้งในมิติการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง

และโรคระบาด

2) ประเทศไทยยังคงรักษาสถานะตามพันธสัญญานานาชาติได้อย่างมั่นคง โดยเฉพาะการป้องกันและควบคุมโรคสำคัญ เช่น การรักษาสภาพปลอดผู้ป่วยโรคโปลิโอภายในประเทศ ขณะเดียวกันยังคงเฝ้าระวังโรคมลายเรียที่มีการระบาดซ้ำในพื้นที่ชายแดน รวมถึงโรคพิษสุนัขบ้าที่พบผู้เสียชีวิตต่อเนื่องจากการไม่ได้รับวัคซีน หลังสัมผัสสัตว์ การเพิ่มความครอบคลุมการให้วัคซีนโรคหัดโดยเฉพาะในพื้นที่ชายแดนภาคใต้ เป็นต้น

3) ระบบเฝ้าระวังมีความเข้มแข็งและสามารถรายงานครอบคลุมได้ในสัดส่วนสูง โดยมีการพัฒนาเครื่องมือสนับสนุน เช่น ระบบ DDS (Digital Disease Surveillance) แจ้งเตือน DDC Alert ผ่าน Line ที่ช่วยให้การสื่อสารและการประสานงานในระดับพื้นที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

4) การเตรียมความพร้อมและการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขมีการจัดทำแผนในหลายระดับ ได้แก่ แผนปฏิบัติการสำหรับทุกภัยอันตราย (All Hazards Plan: AHP) แผนปฏิบัติการเฉพาะโรค (Hazard Specific Plan: HSP) และแผนประคองกิจการ (Business Continuity Plan: BCP) อีกทั้งยังมีการฝึกซ้อมแผนรับมือภาวะฉุกเฉินร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง ทำให้สมรรถนะของศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับเขตมีคะแนนประเมินสูงถึงร้อยละ 97.36 ใน พ.ศ. 2567

5) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรมีความก้าวหน้า โดยบุคลากรด้านการป้องกันควบคุมโรคติดต่อได้รับการอบรมตามหลักสูตรมาตรฐาน อาทิ หลักสูตรฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านทางระบาดวิทยา (Field Epidemiology Training Program: FETP) หลักสูตรระบาดวิทยาและการบริหารจัดการทีม สำหรับแพทย์หัวหน้าทีมและผู้สอบสวนหลัก (Field Epidemiology Management Training: FEMT) หลักสูตรฝึกอบรมนักวิชาการสาธารณสุขทางระบาดวิทยา (Field Epidemiology Training Program for Public Health Officer: FETH)

และ CDCU ซึ่งช่วยเสริมความพร้อมของบุคลากรในทุกจังหวัด

6) ความร่วมมือระหว่างประเทศยังคงมีบทบาทสำคัญ โดยมีการพัฒนาศักยภาพด้านความมั่นคงทางสุขภาพโลก (Global Health Security) ในพื้นที่ชายแดน 24 จังหวัด แม้ว่าจะเผชิญกับข้อจำกัดจากการเปลี่ยนแปลงนโยบายของ (Global Health Security Agenda: GHSA) แต่ยังสามารถสร้างความร่วมมือกับพันธมิตรระหว่างประเทศและภาคส่วนที่เกี่ยวข้องได้อย่างต่อเนื่อง

7) การประเมินสมรรถนะตามกฎหมายระหว่างประเทศ (International Health Regulations: IHR 2005) มีการดำเนินงานพัฒนาช่องทางเข้าออกประเทศ การเตรียมความพร้อมของด่านควบคุมโรค และการเสนอช่องทางเข้าออกที่กำหนดเพิ่มเติม ตลอดจนมีการวางแผนการประเมินร่วมภายนอก (Joint External Evaluation: JEE) ใน พ.ศ. 2570

นอกจากนี้ ได้มีการติดตามผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการฯ ในรายประเด็นการพัฒนา โดยมีการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลจากตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลัก (Key Performance Indicators: KPIs) จำนวนทั้งสิ้น 18 ตัว (K1-K18) ผลการวิเคราะห์สามารถจำแนกสถานะของตัวชี้วัดออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ (1) กลุ่มที่บรรลุเป้าหมายแล้ว (Achieved/Exceeded Target) “☑” (2) กลุ่มที่อยู่ระหว่างดำเนินการหรือยังรอข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อยืนยันผล (In Progress/Pending Quantitative Data) “⌘” และ (3) กลุ่มที่ยังไม่มีผู้จัดเก็บข้อมูลหรือไม่มีหน่วยงานหลักรับผิดชอบ (No Data Collector) “○” ซึ่งแต่ละกลุ่มสะท้อนให้เห็นถึงความก้าวหน้าและข้อจำกัดที่แตกต่างกัน (ตารางที่ 1) ทั้งนี้ ผลการจำแนกดังกล่าวควรตีความในฐานะ “ภาพสะท้อนสถานะข้อมูลในช่วงระยะกลาง” มิใช่การสรุปเชิงตัดสินว่ากิจกรรมดำเนินงานล่าช้าทั้งหมด

ตารางที่ 1 ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลัก (Key Performance Indicators: KPIs) ในรายประเด็นการพัฒนา
Table 1 Performance outcomes according to Key Performance Indicators (KPIs) across specific development domains

ตัวชี้วัด	สถานะ	ผลการดำเนินงาน
ประเด็นการพัฒนาที่ 1 การพัฒนานโยบาย มาตรการ กฎหมาย และกลไกการบริหารจัดการ การป้องกันควบคุมโรคติดต่อ		
K1) จำนวนกฎหมาย ระเบียบ หลักเกณฑ์ ที่เกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคติดต่อ ได้รับการพัฒนาหรือปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติม	☑	มีนุบัญญัติเป็นระเบียบ กฎกระทรวงออกแล้ว รวม 53 ฉบับ แต่ยังคงอยู่ระหว่างการเตรียมการปรับปรุงแก้ไขพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 (เป้าหมาย 1 เรื่อง)
K2) ร้อยละของจังหวัดมีแผนปฏิบัติการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่ออันตราย โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังหรือ โรคระบาดในเขตพื้นที่จังหวัด/ กรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2566-2570	⌘	มีแผนปฏิบัติการแล้ว 69 จังหวัด (ยังไม่ครบร้อยละ 100)
ประเด็นการพัฒนาที่ 2 การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน และยกระดับการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อ		
K3) ร้อยละห้องปฏิบัติการในเครือข่ายมีมาตรฐานความปลอดภัยและผ่านการรับรองระบบบริหารจัดการคุณภาพและความสามารถทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ ตามมาตรฐานที่เป็นที่ยอมรับในระดับชาติหรือนานาชาติ	☑	ห้องปฏิบัติการผ่านมาตรฐานความปลอดภัย ร้อยละ 84.70 (เป้าหมาย ≥ ร้อยละ 80)
K4) ร้อยละของสถานพยาบาลภาครัฐที่มีโครงสร้างพื้นฐาน และระบบการให้บริการ ทางสาธารณสุขที่จำเป็นในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อหรือโรคระบาดได้ ตามมาตรฐาน	⌘	รพ.ศูนย์/ทั่วไป ร้อยละ 97.76, รพ.ชุมชน ร้อยละ 88.68 (เป้าหมาย ร้อยละ 100)

ตารางที่ 1 ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลัก (Key Performance Indicators: KPIs) ในรายประเด็นการพัฒนา (ต่อ)
Table 1 Performance outcomes according to Key Performance Indicators (KPIs) across specific development domains (continue)

ตัวชี้วัด	สถานะ	ผลการดำเนินงาน
K5) ร้อยละช่องทางเข้าออกประเทศ ที่มีการพัฒนาสมรรถนะได้ตามข้อกำหนดของกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 ไม่ต่ำกว่าระดับ 4	☑	ช่องทางเข้าออกประเทศ 18 ด่านที่ถูกกำหนดให้พัฒนาสมรรถนะตาม IHR ได้ไม่ต่ำกว่าระดับ 4 คิดเป็นร้อยละ 100
K6) ร้อยละของสถานพยาบาลที่มีการรายงานโรคติดต่ออันตราย หรือโรคระบาด เป็นไปตามบทบัญญัติภายใต้ พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558	☒	ไม่มีผู้จัดเก็บข้อมูล
K7) จำนวนผลงานวิจัยและพัฒนาด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม และดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดต่อ ที่นำไปใช้ประโยชน์	☑	โครงการวิจัยยังไม่เสร็จ จึงยังไม่มีผลงานที่นำไปใช้ประโยชน์
ประเด็นการพัฒนาที่ 3 การยกระดับการจัดการภาวะฉุกเฉินจากโรคติดต่อ		
K8) ร้อยละของหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง มีแผนเตรียมความพร้อมและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทาง สาธารณสุข รวมทั้งแผนประกอบกิจการ (Business Continuity Plan) และฝึกซ้อมแผน ร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	☒	มีการจัดทำและฝึกซ้อมแผนอย่างต่อเนื่อง หลายปีของหน่วยงานภายในกรมควบคุมโรค แต่ยังไม่มีการสรุปผลภาพรวม
K9) ร้อยละของศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่มีสมรรถนะผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	☑	ผลการประเมินศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขได้ 97.36 คะแนน สะท้อนศักยภาพสูง แต่ยังไม่มีการสรุปผลเป็นร้อยละเพื่อเปรียบเทียบกับเป้าหมาย (≥ ร้อยละ 60)
K10) ร้อยละของจังหวัดที่มีการจัดทำแผนระดมบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขสาขาที่จำเป็น ทั้งจากภาครัฐและภาคเอกชน ในภาวะฉุกเฉินจากโรคติดต่อ	☒	ไม่มีผู้จัดเก็บข้อมูล
ประเด็นการพัฒนาที่ 4 การพัฒนากำลังคนและเครือข่ายความร่วมมือระดับชาติและนานาชาติ		
K11) ร้อยละของจังหวัดที่มีกำลังคนด้านการป้องกันควบคุมโรคติดต่อได้ตามมาตรฐานทั้งปริมาณและขีดความสามารถ	☑	จังหวัดที่มีกำลังคนด้านระบดวิทยาครบ ร้อยละ 100 (เป้าหมาย ≥ ร้อยละ80)
K12) ร้อยละของจังหวัดที่มีฐานข้อมูล ด้านการบริหารทรัพยากรบุคลากรผู้เชี่ยวชาญ และเครือข่ายการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อ	☒	ไม่มีผู้จัดเก็บข้อมูล
K13) ร้อยละของห้องปฏิบัติการในเขตสุขภาพ ที่บุคลากรผ่านการฝึกอบรมการตรวจยืนยันโรคอุบัติใหม่	☑	บุคลากรห้องปฏิบัติการได้รับการอบรม ร้อยละ 100 (เป้าหมาย ≥ ร้อยละ 90)
K14) ร้อยละของเครือข่ายระหว่างประเทศที่มีความร่วมมือในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อ	☒	ไม่มีผู้จัดเก็บข้อมูล
K15) จำนวนจังหวัดที่ดำเนินโครงการพัฒนาความมั่นคงทางสุขภาพโลก (Global Health Security) เพื่อพัฒนาขีดความสามารถตามเกณฑ์กฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 (IHR 2005)	☑	โครงการ GHS ครบ 24 จังหวัดชายแดน ได้แก่ จังหวัดน่าน สตูล ระนอง สระแก้ว ตาก จันทบุรี นongคาย บึงกาฬ มุกดาหาร ศรีสะเกษ กาญจนบุรี บุรีรัมย์ สงขลา อำนาจเจริญ นครพนม เลย ประจวบคีรีขันธ์ อุบลราชธานี อุดรดิตต์ สุรินทร์ เชียงราย ตราด ยะลา และนราธิวาส (เป้าหมาย 24 จังหวัด)

ตารางที่ 1 ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลัก (Key Performance Indicators: KPIs) ในรายประเด็นการพัฒนา (ต่อ)
Table 1 Performance outcomes according to Key Performance Indicators (KPIs) across specific development domains (continue)

ตัวชี้วัด	สถานะ	ผลการดำเนินงาน
ประเด็นการพัฒนาที่ 5 การพัฒนาการสื่อสารความเสี่ยงและระบบสนับสนุนการป้องกันควบคุมโรคติดต่อ		
K16) ร้อยละของประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจในการป้องกันควบคุมโรคติดต่อหรือโรคระบาด	☑	ความรู้ด้านสุขภาพประชาชน ร้อยละ 66.79 (เป้าหมาย ≥ ร้อยละ 65)
K17) ร้อยละของจังหวัดมีการขับเคลื่อนการสื่อสารความเสี่ยง ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพตามมาตรฐานสากล JEE/IHR (2005)	☒	ผลการขับเคลื่อนการสื่อสารความเสี่ยง พ.ศ. 2567 อยู่ที่ร้อยละ 61 ไกลเคียงเป้าหมาย 4 ร้อยละ 65 และพ.ศ. 2568 ยังคงมีการดำเนินงานต่อเนื่องเพื่อมุ่งสู่เป้าหมาย
K18) ร้อยละของจังหวัดที่มีการยกระดับ ความพร้อมของระบบส่งกำลังบำรุง (Logistics) คลังสำรอง เวชภัณฑ์และวัคซีน ระบบบริหารจัดการข้อมูลคลัง เวชภัณฑ์และวัคซีนในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินขนาดใหญ่ โรคติดต่อหรือโรคระบาด	☑	ร้อยละ 100 ของจังหวัดและกรุงเทพมหานคร มีการยกระดับการบริหารจัดการคลังวัคซีนและคลังเวชภัณฑ์ระดับจังหวัด (สสจ./รพ.) เพื่อรองรับการระบาดของโรคติดต่อและภัยพิบัติ

ส่วนที่ 3 ปัจจัยสนับสนุน/ อุปสรรค การดำเนินงานตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และแผนปฏิบัติการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อหรือโรคระบาด พ.ศ. 2566-2570 มีปัจจัยสนับสนุนและข้อจำกัดหลายประการที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพของระบบควบคุมโรคในระดับพื้นที่ ดังนี้

ปัจจัยด้านการบริหารจัดการและการกระจายอำนาจในระดับพื้นที่ ผลการศึกษาพบว่า คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนการควบคุมโรค โดยเฉพาะในช่วงภาวะฉุกเฉิน อย่างไรก็ตาม ภายหลังจากถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กลไกการสั่งการและการประสานงานกลับมีความซับซ้อนมากขึ้น

“ก่อนถ่ายโอน ถ้ามีเหตุโรคระบาด สสจ. สั่งการลงพื้นที่ได้เลย แต่หลังถ่ายโอน ต้องทำหนังสือผ่าน อบจ. พอเป็นเรื่องเร่งด่วน มันไม่ทันกับสถานการณ์จริง” (เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด)

แม้การสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูงจะเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของการดำเนินงาน แต่หลายพื้นที่ ยังประสบข้อจำกัดด้านงบประมาณ บุคลากร และความยืดหยุ่นในการบริหารจัดการ โดยเฉพาะใน

สถานการณ์ที่ต้องการการตอบสนองอย่างรวดเร็ว “นโยบายมี แต่คนกับงบประมาณ โดยเฉพาะงานควบคุมโรคที่ไม่ได้เห็นผลทันที ทำให้จัดลำดับความสำคัญ ได้ยากในระดับท้องถิ่น” (เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น)

ปัจจัยด้านทรัพยากร ข้อมูล และระบบสารสนเทศ ผลการศึกษาพบว่า ระบบข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศยังเป็นข้อจำกัดสำคัญต่อการเฝ้าระวังและควบคุมโรคในระดับพื้นที่ โดยเฉพาะการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงาน

“ข้อมูลผู้ป่วย ข้อมูลสอบสวนโรค ข้อมูลแรงงาน อยู่คนละระบบ เวลาเกิดเหตุจริงต้องมานั่งรวมข้อมูลเอง ซึ่งเสียเวลาและทำให้ตัดสินใจช้า” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับพื้นที่)

นอกจากนี้ ระบบสารสนเทศขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังไม่รองรับภารกิจด้านสาธารณสุขอย่างเต็มรูปแบบ ส่งผลให้การวิเคราะห์สถานการณ์และการจัดสรรทรัพยากรในภาวะฉุกเฉินขาดประสิทธิภาพ

“ระบบของ อปท. ไม่ได้ออกแบบมาเพื่อใช้กับงานโรคติดต่อ ข้อมูลสุขภาพเลยไม่ได้ถูกใช้พื้นฐานในการตัดสินใจเท่าที่ควร” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับพื้นที่)

ปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรม และการมีส่วนร่วมของชุมชน ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า การยอมรับของประชาชนต่อมาตรการควบคุมโรคยังเป็นความท้าทายสำคัญ โดยเฉพาะมาตรการตามกฎหมายที่ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตและอาชีพ

“ชาวบ้านไม่ได้ต่อต้านเพราะไม่กลัวโรค แต่เขากลัวว่าจะไม่มีรายได้ ถ้ามีแต่คำสั่งกักกันโดยไม่มีการดูแล คนก็ไม่ให้ความร่วมมือ” (ผู้นำชุมชน)

อาสาสมัครสาธารณสุขและผู้นำท้องถิ่นมีบทบาทสำคัญในการสื่อสารและสร้างความเข้าใจในชุมชน แต่การทำงานยังเผชิญข้อจำกัดจากอุปสรรคด้านภาษาและวัฒนธรรม โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีแรงงานข้ามชาติ

“แรงงานต่างด้าวบางกลุ่มไม่เข้าใจมาตรการเพราะภาษาไม่ตรงกัน ต้องอาศัยคนในชุมชนช่วยแปลและอธิบาย ไม่อย่างนั้นกฎหมายก็ไปไม่ถึงเขา” (อาสาสมัครสาธารณสุข)

วิจารณ์

ผลการศึกษาพบว่า การดำเนินงานตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ร่วมกับแผนปฏิบัติการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อ พ.ศ. 2566-2570 (ระยะครึ่งแผน) สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ของแผน ในเชิงโครงสร้างและเชิงระบบได้อย่างชัดเจน โดยเฉพาะการสร้างความปลอดภัยทางกฎหมายสำหรับมาตรการควบคุมโรค และการจัดตั้งกลไกบริหารจัดการในระดับพื้นที่ เช่น คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด และบทบาท ของเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ (จพต.) เมื่อประเมินผ่านกรอบ OECD/DAC และ CIPP Model พบว่า การดำเนินงานมีความสอดคล้องกับเป้าหมายของแผนและพันธสัญญาด้านสุขภาพระดับโลก อย่างไรก็ตาม ในระดับผลลัพธ์ด้านการป้องกันและควบคุมโรคในพื้นที่ ยังพบสถานการณ์โรคติดต่อสำคัญบางประการ ได้แก่ การกลับมาระบาดของโรคมาลาเรียตามแนวชายแดน การเสียชีวิตจากโรคพิษสุนัขบ้าเนื่องจากไม่ได้รับวัคซีน หลังสัมผัสโรค และการระบาดของโรคหัดในภาคใต้ ซึ่งสะท้อนข้อจำกัดของการบังคับ

ใช้กฎหมาย และการจัดบริการด้านสาธารณสุขในบางบริบทพื้นที่⁽¹²⁾

เมื่อพิจารณาตามวัตถุประสงค์ด้านผลสัมฤทธิ์ของแผนปฏิบัติการฯ ผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณสะท้อนว่า ตัวชี้วัดมีระดับความก้าวหน้าที่แตกต่างกัน โดยยังมีบางตัวชี้วัดที่อยู่ระหว่างดำเนินการหรือขาดกลไกติดตามอย่างชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาเชิงคุณภาพที่พบว่า แม้พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 จะมีบทบาทสำคัญในการรองรับการตัดสินใจและการใช้มาตรการในภาวะฉุกเฉิน แต่การนำไปใช้ในสถานการณ์ปกติและในกรณีโรคติดต่อที่ไม่รุนแรง ยังเผชิญข้อจำกัดด้านอำนาจการตัดสินใจ ความพร้อมของทรัพยากร และระดับการยอมรับของประชาชน ส่งผลให้ผลลัพธ์การดำเนินงานในบางพื้นที่ยังไม่สามารถบรรลุผลในเชิงระบบได้ อย่างเต็มที่ ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิด Realist Evaluation ที่ชี้ว่า ประสิทธิภาพของนโยบายสาธารณะไม่ได้ขึ้นอยู่กับกรอบกฎหมายเพียงอย่างเดียว หากแต่ขึ้นกับแรงจูงใจ ความสามารถในการใช้ดุลพินิจ และการสนับสนุนทางวิชาการของผู้ปฏิบัติงานในบริบทพื้นที่จริง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความคลุมเครือในการตีความบทบัญญัติบางมาตรา และความไม่มั่นใจของเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อในการใช้ดุลพินิจในกรณีที่อาจกระทบต่อสิทธิของประชาชน เช่น การกักกันโรค ทำให้การบังคับใช้มาตรการขาดความสม่ำเสมอ ประเด็นนี้สอดคล้องกับข้อค้นพบขององค์การอนามัยโลกที่ระบุว่า แม้หลายประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้จะมีกฎหมายและแผนงานด้านการควบคุมโรคที่ชัดเจน แต่ประสิทธิภาพในการควบคุมและกำจัดโรคยังถูกจำกัดโดยปัจจัยเชิงโครงสร้าง ได้แก่ การเคลื่อนย้ายแรงงาน ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพ และความครอบคลุมของวัคซีน ซึ่งล้วนเป็นเงื่อนไขสำคัญที่ทำให้การดำเนินการมาตรการให้เกิดผลอย่างสม่ำเสมอในทุกพื้นที่เป็นไปได้ยาก^(13,14)

ในด้านปัจจัยเอื้อต่อการดำเนินงาน การสนับสนุนเชิงนโยบายจากภาครัฐ โครงสร้างของคณะกรรมการโรค

ติดต่อจังหวัด และการมอบอำนาจการดำเนินงานสู่ระดับพื้นที่ มีส่วนช่วยเสริมศักยภาพในการเฝ้าระวังและตอบโต้เหตุการณ์โรค อย่างไรก็ตาม ยังพบข้อจำกัดเชิงโครงสร้าง ได้แก่ ข้อจำกัดด้านทรัพยากรและงบประมาณ การถ่ายโอนภารกิจของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ทำให้กระบวนการสั่งการและการประสานงานซับซ้อนขึ้น รวมถึงการขาดแคลนบุคลากรด้านระบาดวิทยาและทักษะเฉพาะทางประเด็นเหล่านี้มีความสอดคล้องกับผลการศึกษา ของ Jones และคณะ⁽¹⁵⁾ ซึ่งชี้ให้เห็นว่า การขาดแคลนทรัพยากรมนุษย์ งบประมาณ และกลไกสนับสนุนในระดับพื้นที่ เป็นอุปสรรคสำคัญที่บั่นทอนประสิทธิภาพและความยั่งยืนของระบบควบคุมและเฝ้าระวังโรคในประเทศกำลังพัฒนา ทั้งนี้ การศึกษานี้ยังมีข้อจำกัด ได้แก่ การใช้ข้อมูลทุติยภูมิ ในการวิเคราะห์เชิงปริมาณ ซึ่งไม่สะท้อนคุณภาพการดำเนินงานเชิงลึก ข้อมูลเชิงคุณภาพจากผู้ปฏิบัติงาน ตามบทบาทหน้าที่ซึ่งอาจมีมุมมองแตกต่างจากประชาชนทั่วไป และการประเมินผลในช่วงระยะครึ่งแผนซึ่งยังไม่สามารถสะท้อนผลกระทบระยะยาวได้อย่างครบถ้วน

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษา พบว่า พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 มีบทบาทสำคัญต่อระบบเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรคของประเทศ อย่างไรก็ตาม ผลสัมฤทธิ์ของกฎหมายในระดับพื้นที่ยังขึ้นอยู่กับความพร้อมของกลไกเชิงระบบ โดยเฉพาะด้านอำนาจการตัดสินใจ ระบบข้อมูล และความร่วมมือของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผลการศึกษานี้จึงชี้ให้เห็นแนวทางการพัฒนาระบบควบคุมโรคภายใต้กรอบ D-D-C (Decentralize, Digitalize และ Collaborate) ซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบสำคัญ ดังนี้

Decentralize ผลการศึกษาสะท้อนว่า การถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แม้มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มความคล่องตัว แต่ความไม่ชัดเจนด้านอำนาจสั่งการและบทบาทหน้าที่กลับส่งผลให้การควบคุมโรคในบางสถานการณ์ล่าช้า จึงควรปรับกลไก

การกระจายอำนาจให้ระดับพื้นที่มีอำนาจตัดสินใจเชิงปฏิบัติการที่ชัดเจนและเหมาะสม ภายใต้กรอบกฎหมายเดียวกัน

Digitalize การศึกษาพบข้อจำกัดของระบบสารสนเทศด้านสาธารณสุขที่ยังไม่สามารถบูรณาการข้อมูลระหว่างหน่วยงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อการเฝ้าระวังและการตัดสินใจเชิงนโยบาย จึงควรพัฒนาระบบข้อมูลกลางที่เชื่อมโยงระหว่างส่วนกลาง จังหวัด และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อสนับสนุนการบริหารจัดการโรคติดต่ออย่างทันเวลาและแม่นยำ

Collaborate ผลการศึกษายืนยันว่า ความร่วมมือจากภาคประชาชนและชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของมาตรการควบคุมโรค โดยเฉพาะมาตรการทางกฎหมายที่อาจกระทบต่อวิถีชีวิตประชาชน จึงควรเสริมบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน และผู้นำท้องถิ่นในการสื่อสารความเสี่ยง ควบคู่กับการจัดให้มีมาตรการเยียวยาที่เหมาะสม เพื่อเพิ่มการยอมรับและความไว้วางใจต่อระบบควบคุมโรค

เอกสารอ้างอิง

1. Royal Thai Government Gazette. Communicable Disease Act B.E. 2558 [Internet]. Bangkok. Office of the Prime Minister; 2015 [cited 2025 May 25]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/law.php?law=1> (in Thai)
2. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Action Plan for Surveillance, Prevention, and Control of Communicable Diseases B.E. 2566-2570. Nonthaburi: Secretariat Office of the National Communicable Disease Committee, Department of Disease Control, Ministry of Public Health; 2023 (in Thai)
3. Banpoun V, Phisarnrattanakhun P, Sapoapon C. The Factor on Determinant of Health and Health Behaviors Affected Families and Communities.

- Journal of Roi Kaensarn Academi [Internet]. 2024 [cited 2025 May 25];9(4):632-48. Available from: <https://so02.tci-thaijo.org/index.php/JRKSAA/article/view/268867/180009> (in Thai)
4. Institute for Population and Social Research, Mahidol University. Thai Health 2024: Stress, the Silent Threat of Thai Society. Bangkok: Thai Health Promotion Foundation; 2024 (in Thai)
 5. Mongkolsomlit S, Homkom N, Ivanovitch K. A Survey of Epidemiology of Health and Needs Assessment among Aging People Living in Town Municipality. *Journal of Health Science* [Internet]. 2022 [cited 2025 May 25];31(2):199-210. Available from: <https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/12001/10200> (in Thai)
 6. World Health Organization. Strengthening health security preparedness: The International Health Regulations (2005) [Internet]. Geneva. WHO; 2022 [cited 2025 May 25]. Available from: <https://www.ipu.org/resources/publications/handbooks/2022-03/strengthening-health-security-preparedness-international-health-regulations-2005>
 7. DAC Network on Development Evaluation. Evaluation Criteria: Adapted Definitions and Principles for Use [Internet]. 2019 [cited 2025 May 25]. Available from: [https://one.oecd.org/document/DCD/DAC\(2019\)58/FINAL/en/pdf](https://one.oecd.org/document/DCD/DAC(2019)58/FINAL/en/pdf)
 8. Stufflebeam DL. The CIPP Model for Evaluation. In: Kellaghan T, Stufflebeam DL, editors. *International Handbook of Educational Evaluation*. Dordrecht: Springer Netherlands; 2003. p. 31-62.
 9. Tokmak HS, Baturay MH, Fadde P. Applying the Context, Input, Process, Product Evaluation Model for evaluation, research, and redesign of an online master's program. *Int Rev Res Open Distrib Learn*. 2013;14(3):273-93. doi:10.19173/irrodl.v14i3.1485
 10. Kusek JZ, Rist RC. Ten steps to a results-based monitoring and evaluation system: A handbook for development practitioners. Washington (DC): World Bank; 2004.
 11. Pawson R, Greenhalgh T, Harvey G, Walshe K. Realist review—a new method of systematic review designed for complex policy interventions. *J Health Serv Res Policy*. 2005;10(Suppl 1):21-34. doi:10.1258/13558190543085
 12. Hemachudha T, Laothamatas J, Rupprecht CE. Human rabies: a disease of complex neuropathogenetic mechanisms and diagnostic challenges. *Lancet Neurol*. 2002;1(2):101-9. doi:10.1016/S1474-4422(02)00041-8
 13. World Health Organization. International health regulations (2005) [Internet]. 3rd ed. Geneva: World Health Organization; 2016 [cited 2025 May 25]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241580496>
 14. World Health Organization. Strategy for malaria elimination in the Greater Mekong subregion (2015-2030) [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2015 [cited 2025 May 25]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789290617181>
 15. Jones DS, Dicker RC, Fontaine RE, Boore AL, Omolo JO, Ashgar RJ, et al. Building global epidemiology and response capacity with field epidemiology training programs. *Emerg Infect Dis*. 2017;23(Suppl 1):S158-65. doi:10.3201/eid2313.170509