



กรมควบคุมโรค
DEPARTMENT OF DISEASE CONTROL



จาก
ไม้ใหญ่
ถึง
ต้นกล้า

จากไม้ใหญ่ถึงต้นกล้า



จาก**ไม้ใหญ่** ถึง**ต้นกล้า**

ชื่อเรื่อง	จากไม้ใหญ่ ถึงต้นกล้า
บรรณาธิการ	สถาบันวิจัย จัดการความรู้ และมาตรฐานการควบคุมโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
ISBN	๙๗๘-๖๑๖-๑๑๓๐๖๑-๙
พิมพ์ครั้งที่ ๑	สิงหาคม ๒๕๕๙
จำนวนพิมพ์	๑,๐๐๐ เล่ม
ศิลปกรรม	แสงไทย นิติไกรนนท์
พิมพ์ที่	บริษัท P.N.S. Creation Limited Partnership ห้างหุ้นส่วนจำกัด พีเอ็นเอส ครีเอชั่น เลขที่ ๑๐๘/๑๙-๑๙ หมู่ ๓ ถนนรัตนานิเบศร์ ต.ไทรมา อ.เมือง จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐ โทร ๐๒-๙๒๑-๘๑๐๓-๕ Fax ๐๒-๙๒๑-๘๑๐๓
จัดพิมพ์โดย	สถาบันวิจัย จัดการความรู้และมาตรฐานการควบคุมโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ กรุงเทพฯ ๑๑๐๐๐ โทร. ๐๒ ๕๙๐ ๓๒๕๑-๓ เว็บไซต์ : irem.ddc.moph.go.th
ลิขสิทธิ์ของ	สถาบันวิจัย จัดการความรู้และมาตรฐานการควบคุมโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของสำนักหอสมุดแห่งชาติ

กรมควบคุมโรค

จากไม้ใหญ่ ถึงต้นกล้า.— นนทบุรี : กรมฯ , 2559.
240 หน้า

1.กรมควบคุมโรค. 2.การแพทย์. 3.การบริหารองค์ความรู้. I.ชื่อเรื่อง

362.11

ISBN 978-616-11-3061-9



จากไม้ใหญ่ ถึงต้นกล้า

“บอกกล่าว”

กรมควบคุมโรคเป็นกรมที่มีความเป็นมาและประวัติศาสตร์ยาวนาน โดยเริ่มจากการควบคุมโรคระบาดที่เกิดขึ้นในอดีต ซึ่งเป็นลักษณะโครงการชำนาญพิเศษ (Vertical Program) คือดำเนินการตั้งแต่ต้นจนจบ ต่อมาเมื่อบ้านเมืองมีความเจริญมากขึ้น วิถีชีวิตผู้คนมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม การดำเนินงานมีหลายองค์กรเข้ามามีส่วนร่วมในลักษณะเครือข่าย โรคติดต่อหลายโรคได้ถูกกำจัดให้หมดสิ้นไป หลายโรคที่เคยดำเนินการได้ดีจนไม่เป็นปัญหา ก็กลับมาเป็นปัญหาใหม่ รวมทั้งโรคที่ไม่ติดต่อและโรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมก็เริ่มมีบทบาทสำคัญมากขึ้น

ถึงแม้จะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากมาย แต่สิ่งหนึ่งที่เหมือนกันทั้งในอดีตและปัจจุบัน คือ การงานจะสำเร็จได้ ต้องมาจากการทำงานอย่างมุ่งมั่น ไม่ย่อท้อต่อปัญหาอุปสรรคที่ต้องเผชิญ โดยยึดเป้าหมายเป็นธงชัย จากรุ่นสู่รุ่น หนุนเนื่องไม่ขาดสาย เพื่อนำไปสู่เป้าหมายคุณภาพชีวิตสุขภาพของประชาชนที่ดีขึ้น ปลอดภัยขึ้น เปรียบไปก็คล้ายกับต้นไม้ใหญ่ที่ค่อยๆเติบโตมา ในบางคราต้องฝ่าฟันพายุ ลมฝน แดดแรง แต่ไม้อ้อก็พร้อมจะแผ่ร่มเงาใบบังให้ต้นกล้าที่ยังอ่อนด้อย

ได้อาศัยพักพิง เมื่อฤดูกาลหมุนเวียนเปลี่ยนผันไป ต้นกล้าที่เคยอ่อนแอ ก็เริ่มเติบโตเจริญวัย...แข็งแรงขึ้น มาทดแทนเกื้อหนุนกับต้นไม้ใหญ่ที่ค่อยอ่อนโรยไปอย่างเป็นสัจธรรม

“ไม้ใหญ่ ๑ ต้น” ในหนังสือเล่มนี้ เปรียบเสมือน “แม่ทัพใหญ่” ในแต่ละด้านของงานป้องกันควบคุมโรค ท่านได้แผ่ร่มเงาให้กับ “ต้นกล้านับร้อย นับพัน” ที่กำลังเจริญเติบโตภายใต้ร่มเงาของกรมควบคุมโรค ความอุตสาหะ หลักยึดแนวคิดในการปฏิบัติงาน แรงบันดาลใจ จึงเป็นความเจริญที่งดงามเชื่อมร้อยเกื้อหนุน บ่มเพาะและหล่อหลอมให้ต้นกล้าได้เจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ

หนังสือ “จากไม้ใหญ่...ถึงต้นกล้า” เป็นการถ่ายทอดเพียงบางแง่มุมของแนวคิด ผลการดำเนินงานของ “แม่ทัพใหญ่” ด้านงานป้องกันควบคุมโรค เพื่อส่งต่อ ให้กำลังใจกับ “ต้นกล้า” ที่กำลังเจริญเติบโตอยู่ การเรียงร้อยเนื้อหา ยึดตามลำดับปีที่ไปสัมภาษณ์ ทั้งนี้ ด้วยข้อจำกัดของเวลาในการทำงาน ทำให้ยังขาดรายละเอียดความสมบูรณ์ของเนื้อหาที่ลงลึก แต่ก็เชื่อว่า จะยังส่งพลังให้ต้นกล้าได้อยู่ไม่น้อย ข้อผิดพลาด/ข้อบกพร่องที่เกิดขึ้น สถาบันวิจัยฯขออภัยไว้ด้วยความเคารพยิ่ง

ด้วยจิตคารวะ

สถาบันวิจัย จัดการความรู้

และมาตรฐานการควบคุมโรค

เดือนสิงหาคม 2559

สารบัญ

๑. พญ.ฉายศรี สุพรศิลป์ชัย	๑๐
๒. นพ.ศุภชัย ฤกษ์งาม	๒๘
๓. สพ.ญ.ดาริกา กิ่งเนตร	๔๖
๔. นพ.โสภณ เมฆธน	๖๒
๕. นพ.ค้ำจวน อึ้งชูศักดิ์	๘๒
๖. นพ.ภาสกร อัครเสวี	๑๐๔
๗. นพ.ศุภมิตร ชุณหะวัณ	๑๑๘
๘. พญ.วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์	๑๔๐
๙. นายวันชัย อาจเขียน	๑๖๐
๑๐. นางอุบลรัตน์ นฤพนธ์จิรกุล	๑๘๔
๑๑. นพ.อำนาจ กาจันะ	๒๐๘

๑



๒



๓





၈



၉



၁၀



၁၁



၁၂



၁၃



၁၄



၁၅



“

ไม้ใหญ่ ๑๑ ต้น
กับเวลาที่หล่อหลอม
ทั้งความคิด ความรู้สึก
ตกผลึกเรื่องราวออกมา
ให้ ต้นกล้า
ได้เห็นเส้นทางข้างหน้า
เพื่อเป็นแนวทาง
ให้ต้นกล้าเติบโต
อย่างมีคุณภาพ

”



“

ต้นกล้า
เกิดมาจากสายใยไม้ใหญ่
ยังมองเห็นเส้นทางเลือนราง
ไม้ใหญ่แผ่ร่มเงา
ให้ต้นกล้าได้อุ่นอิง
สองสิ่งเกื้อหนุนกัน
ความเจริญที่งดงาม
จึงร้อยต่อ
และสืบเนื่องกันไป

”



แพทย์หญิงฉวีฉายศรี สุพรศิลป์ชัย

นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ
ด้านเวชกรรมป้องกันโรคไม่ติดต่อ
กรมควบคุมโรค



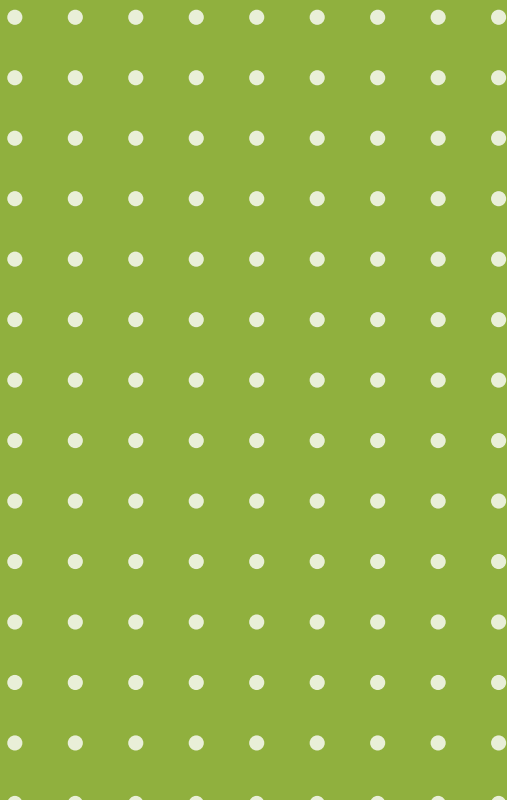
๔ ทศวรรษ
เข็มนาฬิกา
สู่การควบคุมโรคให้เห็นผล



“ การควบคุมโรคเปรียบเสมือนการทำสงคราม หากหมาย
จะชนะสงครามแผนยุทธศาสตร์จะต้องรัดกุม และเมื่อเรา
ต้องการสู้รบกับ “โรคไม่ติดต่อ” ที่แม้จะไม่ใช่โรคที่สามารถ
ปลิดชีวิตผู้คนได้ในเฉียบพลันหากแต่การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่
ติดต่อนั้นกินระยะเวลารักษายาวนาน อีกทั้งจำนวนผู้ป่วย
ในแต่ละปียังไม่มิตีท่าว่าจะลดลงอย่างง่ายดาย ดังนั้นแผน
ยุทธศาสตร์จึงเป็นเข็มทิศสำคัญในการพิชิตโรคร้ายดังกล่าว
ได้อย่างตรงเป้าและราบคาบ ”

ซึ่งแพทย์หญิงฉายศรี สุพรศิลป์ชัย นายแพทย์ทรงคุณวุฒิฯ
ด้านเวชกรรมป้องกัน โรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ได้ร่วม
ถ่ายทอดภูมิความรู้และผลงานที่น่าสนใจไว้หลายประเด็น ดังนี้

จัดทำแผนยุทธศาสตร์
ในการควบคุมและ
ป้องกันโรคไม่ติดต่อ
“สุขภาพดีวิถีไทย”



เทคนิก

- “คิดก่อนว่าคนไทยจะได้อะไรจากแผนยุทธศาสตร์นี้”

“เราหวังว่าคนไทยจะไม่ตายก่อนวันอันควร โดยเฉพาะจากการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรค มะเร็งซึ่งมีอัตราการตายของผู้ป่วยเป็นอันดับ ๑ ของ ประเทศ รองลงมาคือโรคหัวใจและหลอดเลือด และไตวาย โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต โรคหัวใจขาดเลือด โรคความดัน โลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดอุดตันทางเดิน หายใจเรื้อรัง เป็นต้น หากเป็นก็ต่อเป็นน้อยที่สุด หรือ เป็นตามธรรมชาติไม่ใช่เพราะเราทำเองหรือสังคมทำ นี่ คือจุดมุ่งหมายของแผนยุทธศาสตร์ที่จะควบคุมโรค”

- “มุ่งลดภาวะแทรกซ้อน”

เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายของการรักษาพยาบาล โดยมี เป้าหมายให้ประชาชนมีสุขภาพพื้นฐานที่ดี มีสุขนิสัยที่จะกินอยู่ เคลื่อนไหว นอนหลับพักผ่อน ได้ถูกสัดส่วนและเพียงพอตาม ยุทธศาสตร์ “สุขภาพดีวิถีไทย” คือการกิน “อิ่มแรก” ในสัดส่วน ของอาหาร ๑ งานคือ ผัก ๑/๒ งาน ข้าว ๑/๔ เนื้อ ๑/๔ โดย ประมาณ และควรลดอาหารที่มีรสจัด

“บางคนบอกว่าอาหารที่มีรสจัดนั้นอร่อย แต่ความจริง แล้วเราไม่ควรกินอาหารที่เค็มจัดหรือโซเดียมเยอะเกินไป เช่น ผงชูรส ควรใช้เครื่องปรุงรสที่เป็นสมุนไพรสด หรือ เครื่องเทศสดจะดีที่สุด ซึ่งเมืองไทยเรามีทรัพยากรพวกนี้ อยู่มากมาย ซึ่งตอนนี้คนไทยที่กินผักมีเพียง ๒๐% เพราะ ฉะนั้นอีก ๘๐% ก็คือเสี่ยงต่อการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทั้งหมดค่ะ”



- “การเตือนภัย”

เพื่อให้คนตระหนักถึงพฤติกรรมสุ่มเสี่ยง และหลีกเลี่ยงหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเหล่านั้น ให้เหมาะสมเพื่อให้คนไทยปลอดภัยจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังดังที่กล่าวมา

การพัฒนาแผนยุทธศาสตร์อย่างยั่งยืน

หากต้องการให้แผนยุทธศาสตร์เป็นแผนพัฒนาที่ยั่งยืน ดังนั้นเส้นทางการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ สุขภาพดีตามวิถีไทย จึงแบ่งเป็น ๓ ระยะมีดังนี้

- **แผนระยะสั้น ๑-๓ ปี** (พ.ศ. ๒๕๕๔-๒๕๕๖) : เป็นการบูรณาการความคิด สร้างความเชื่อมั่น และการมีส่วนร่วม ขับเคลื่อนภาคีเครือข่ายร่วม

- **ระยะกลาง ๕ ปี** (พ.ศ. ๒๕๕๔-๒๕๕๘) : ปฏิบัติการเชิงรุกสู่การวางรากฐานที่มั่นคงเชิงโครงสร้างและระบบ

- **ระยะยาว ๑๐ ปี** (พ.ศ. ๒๕๕๔-๒๕๖๓) : สร้างความเข้มแข็งเชิงโครงสร้างและระบบในการป้องกันและแก้ไขปัญหาอย่างยั่งยืน

โดยเส้นทางที่วางไว้นั้น ประกอบไปด้วย ๕ ยุทธศาสตร์การพัฒนาดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ : นโยบายสร้างสุข (Healthy Public Policy)

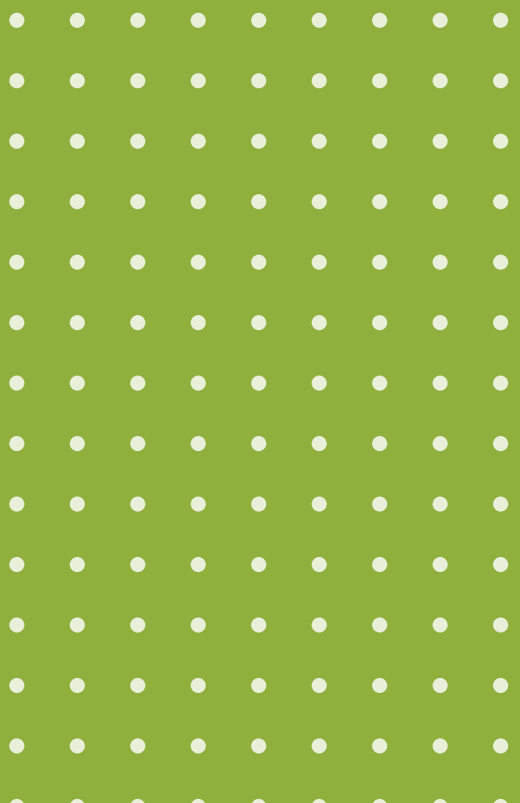
ยุทธศาสตร์ที่ ๒ : การขับเคลื่อนทางสังคมและสื่อสารสาธารณะ (Social Mobilization & Public Communication)

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : การพัฒนาศักยภาพชุมชน (Community Building)

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและการจัดการโรค (Surveillance & Care System)

ยุทธศาสตร์ที่ ๕ : การสร้างความเข้มแข็งของระบบสนับสนุนยุทธศาสตร์ (Capacity Building)

ปัจจัยสำคัญที่
ทำให้แผนยุทธศาสตร์
บรรลุเป้าหมาย



ปัจจัยสำคัญที่ทำให้แผนยุทธศาสตร์บรรลุเป้าหมาย

๑ ต้องรู้จักปัญหาของประเทศไทยอย่างดี

ว่ามีการระบาดอย่างไร ปัจจัยที่ทำให้เพิ่มการตัดสินใจในเชิงกลุ่มเสี่ยงมีอะไรบ้าง มีปัจจัยอะไรบ้างที่ไปสนับสนุนให้ชุมชนมีการจัดการตนเอง ทั้งบุคคลที่ป่วยและไม่ป่วย ทั้งความคิด การbalance กันระหว่างการปรับวิถีชีวิตกับยา อันนี้คือจุดที่เราจะต้องทำในเชิงของสภาพแวดล้อมในเชิงของนโยบายและทางกายภาพ การปรับวิถีชีวิต ในสถานที่ทำงาน ในชุมชนและในโรงเรียน ๓ สถานที่นี้เป็นกุญแจ

๒ ระบบบริการ ที่เป็น ๓ เป้าหมาย

Intervention ที่ต้องทำเพื่อ

- ลดปัจจัยเสี่ยงสำคัญๆ
- เพิ่มปัจจัยพื้นฐานในการส่งเสริมสุขภาพ ทางเลือกทางสุขภาพที่เพิ่มขึ้น
- ระบบเฝ้าระวังและการสื่อสารสนับสนุนทางนโยบาย และกฎหมายต่างๆ

“

“ที่จริงกฎหมายจะไม่สำคัญเลยถ้าชุมชนส่วนใหญ่เห็นและสนับสนุนทางเลือกด้านสุขภาพมากขึ้น และพวกเราที่เป็นผู้บริหารก็นิยมมากขึ้น ถ้าเขามีรายได้ เขาก็จะมาเอง ไม่อย่างนั้นเขาก็จะขายแต่ของเสียให้เรา”

”



๓ สร้างบุคลิกของ Problem Solving Girl ให้กับตัวเอง

คือ ไม่ยึดติดกับเครื่องมือมากจนเกินไป โดยยึดหลักของ **อริยสัจ ๔ คือ ทุกข์ สมุทัย นิโรธ มรรค**

โดยต้องระบุให้ได้ว่าโรคและภัยที่เป็นทุกข์อยู่นั้นคืออะไร มาจากไหน เกิดขึ้นเมื่อไหร่ กระจายตัวอย่างไร มีใครควบคุมได้บ้าง เครื่องมือเดิมๆ ช่วยแก้ปัญหาโรคนี้ได้หรือไม่ อย่างไรก็ตาม ซึ่งข้อดีของ Problem Solving Girl คือ การไม่ยึดติดกับเครื่องมือ เพราะไม่อย่างนั้น

“ถ้าเราจบมาทางระบาดวิทยา เราก็จะใช้เครื่องมือทางด้านระบาดวิทยาอย่างเดียว ทำให้ออกแบบกระบวนการไม่ได้”

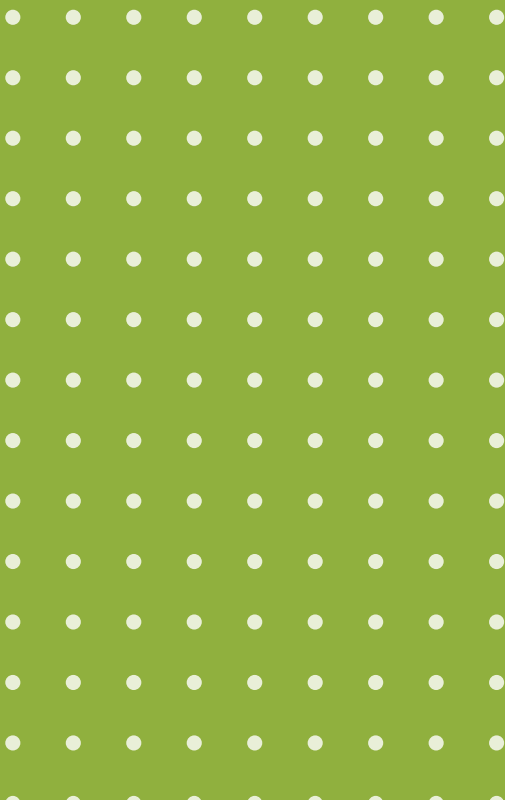
เช่น จากการสืบหาข้อมูลทำให้พบว่าการทำงานด้านระบาดวิทยาต้องมีความรู้ด้านพฤติกรรมและสังคมเข้ามาช่วย

ด้วย จึงจะสามารถควบคุมโรคได้ หากใช้ความรู้ด้านพฤติกรรม และสังคมใดๆ จะไม่สามารถช่วยควบคุมและแก้ปัญหาได้

ผลงานอื่นๆ

- Integrated TB Program
 - สมัยที่เป็นแพทย์ที่ รพ. ศิริสะเกษมีปัญหาผู้ป่วยวัณโรค สูงมาก ได้ร่วมทำ Integrated TB Program เพื่อเพิ่มประสิทธิผล และประสิทธิภาพในการควบคุมวัณโรค สามารถรักษาควบคุม การดูแลผู้ป่วยให้กินยาอย่างต่อเนื่องได้มากกว่า ๙๐%
 - ที่ปรึกษาให้กับโครงการที่สำคัญๆ มากมายเช่น
 - ที่ปรึกษา/ประธานพัฒนาในฐานะผู้ทรงคุณวุฒิกรม ควบคุมโรค เพื่อการพัฒนาและประเมินผลภายใต้แผน ยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันควบคุมโรค “กลุ่มวัย ทำงาน”
 - ที่ปรึกษา / กรรมการพัฒนางานควบคุมโรคไม่ติดต่อ ในการเพิ่มความเข้มแข็งให้กับแผนควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทั้งระบบ ด้วยการพัฒนางาน NCD รวมถึงการเป็นตัวแทน ประเทศในการเข้าร่วมประชุมกับองค์การอนามัยโลก ในการ ประชุม ASEAN: ๒nd ATFNC D MEETING
 - ที่ปรึกษา/คณะกรรมการ วิจัยและงานวิชาการให้กับ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
 - วิทยากรบรรยายภายในประเทศ เช่น บทเรียนการจัดการ เชิงระบบเพื่อเพิ่มประสิทธิผลการดูแลโรคเรื้อรัง และโครงการ อื่นๆ รวมทั้ง เป็นวิทยากรบรรยายให้กับงานประชุมสัมมนา ระหว่างประเทศ เช่น เรื่อง “NCD Prevention through Wealth Promotion” ในการประชุม ๑st ASEAN Regional Forum on Non-Communication Disease เมื่อวันที่ ๑๖ ตุลาคม ๒๕๕๖ ที่ผ่านมา ณ กรุง Manila ประเทศฟิลิปปินส์ เป็นต้น

ส่งท้าย



ส่งท้าย

- ความประทับใจ

ตลอดชีวิตการทำงานของคุณหมอมีหลายเรื่องที่สร้างความประทับใจ ทำให้มีกำลังใจในการปฏิบัติหน้าที่ ได้แก่

- การได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันโรค
วัณโรคในจังหวัดศรีสะเกษ

ในช่วงปลายปีแรกที่ได้เข้ารับราชการและโครงการนั้นสามารถดำเนินการได้อย่างเห็นผลได้ประสบความสำเร็จมากกว่า ๙๐% ในอำเภอเมือง ซึ่งเป็นประสบการณ์ใหม่และสนุกมากกับการทำงานครั้งนั้น และยังได้รับคำชมจากผู้ที่ให้ทุนในการดำเนินงานโครงการด้วย ทำให้รู้สึกดีใจและประทับใจเป็นอย่างมาก

- เห็นว่าปัญหาเรื่องโรคไม่ติดต่อมีลดน้อยลง

โดยเฉพาะเรื่องของโรคหลอดเลือด ที่สามารถลดอัตราการตายลง อันนั้นก็เป็นความในใจลึกๆ ของดิฉันเอง ซึ่งเกิดจากทีมและผู้สนับสนุนทั้งหลายที่ช่วยตะลุมบอลทำด้วยกันมา และสนุกกับการเรียนรู้ แต่ถ้าถามว่าเหนื่อยหรือไม่ก็เหนื่อยนะคะ มีทั้งเหนื่อยบ้าง เซ็งบ้าง เครียดบ้าง แต่พอเราได้เห็นผลเหล่านี้แล้วจะชื่นใจ

- การได้มีโอกาสเป็นวิทยากรอภิปรายในการประชุมร่วมกับผู้นำด้านการควบคุมโรคไม่ติดต่อและระบาดวิทยา “Preparing Communities : Chronic Diseases in the Developing Regions of Africa And Asia” จัดโดย Aga Khan University hosts Summit on Chronic Diseases in Kampala, Uganda



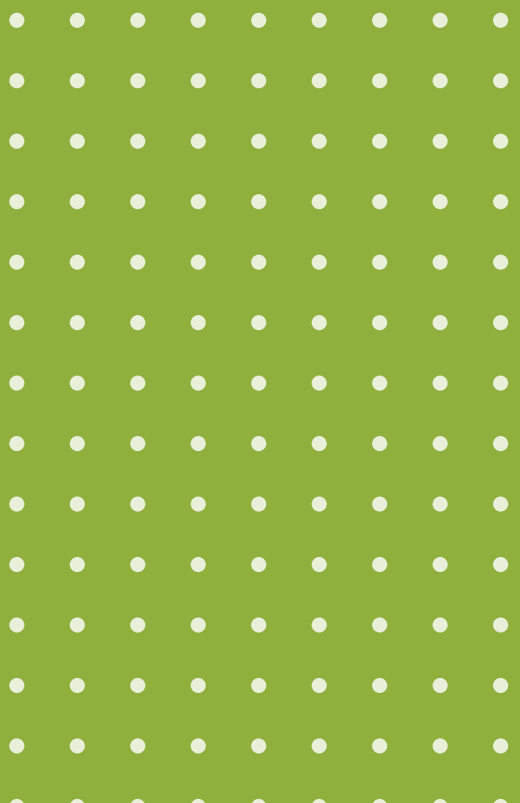
- ข้อคิดในการทำงาน
สุดท้ายนี้สิ่งที่คุณหมอนายศรีต้องการฝากถึงชาว
กรมควบคุมโรค เพื่อเป็นกำลังใจในการทำงาน

“

“ปัญหามีไว้แก้ อยากให้สนุกกับการแก้ปัญหา คนที่ทำงานที่กรมควบคุมโรคทุกคนเป็นนักสืบ เพียงแต่ท่านลิมตั้งคำถามและไม่สนุกกับการแก้ปัญหา ขอให้สนุกกับมัน และปัญหาอื่นๆ ก็จะเล็กลง เพราะเรามี “ฉันทะ” หรือใจที่อยากจะเรียนรู้ มีความเข้าใจ งานก็จะมีประสิทธิผล แล้วเราก็จะเป็นหนึ่งในวงจรของความสุข ว่าเราได้เคยช่วยคิดและลงมือทำสิ่งนั้น”

”

ประวัติการทำงาน



ประวัติการทำงาน

แพทย์หญิงนายศรี สุพรศิลป์ชัย

- รับราชการครั้งแรกที่ จังหวัดศรีสะเกษ ตำแหน่งรักษาการหัวหน้าฝ่ายวิชาการแผนกอายุรกรรม
- แพทย์ประจำที่โรงพยาบาลเลิศสิน
- ๒๕๓๒ - ๒๕๓๓ ศึกษาต่อในด้านระบาดวิทยาโรคไม่ติดต่อ
- ผู้อำนวยการศูนย์ประสานพัฒนาวิชาการควบคุมโรคไม่ติดต่อ กรมการแพทย์
- พ.ศ. ๒๕๔๖ ผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ
- นายแพทย์ทรงคุณวุฒิด้านโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค



นายแพทย์ศุภชัย ฤกษ์งาม

นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ
ด้านเวชกรรมป้องกัน
กรมควบคุมโรค

๓

๔ ทศวรรษ

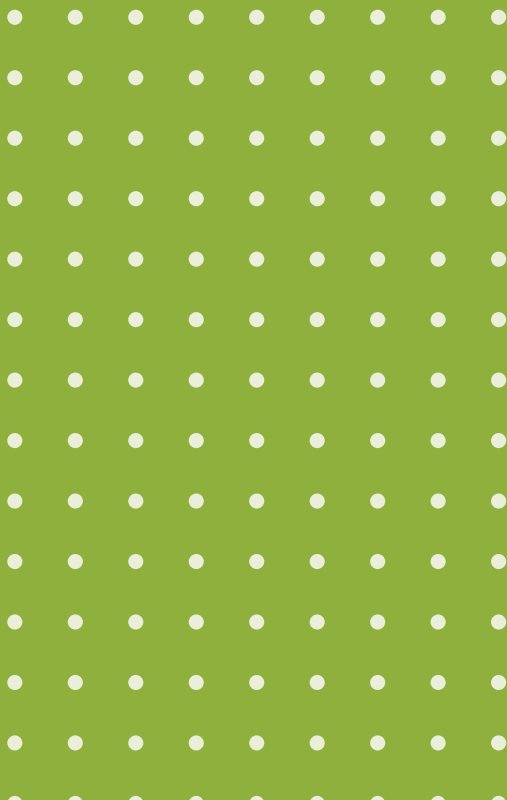
จุดประกายการรักษาโรคเอดส์
ความพยายามที่ใกล้ความจริง



กว่า ๓๐ ปีที่โรคเอดส์เกิดการระบาดในประเทศไทย ซึ่งในระยะแรกได้คร่าชีวิตผู้คนไปเป็นจำนวนมาก ปัจจุบันการรักษาโรคเอดส์มีความก้าวหน้าอย่างมาก จนในปี ๒๕๓๐ มีการคิดค้นยาต้านไวรัสเอชไอวีได้ครั้งแรก ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเอดส์มีชีวิตยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดีมากขึ้น อย่างไรก็ตามสถานการณ์โรคเอดส์ยังคงพบว่า แนวโน้มของผู้ติดเชื้อเอชไอวียังเป็นวัยรุ่นและวัยแรงงานที่มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน การลดจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ในประชากรทุกกลุ่มของประเทศ จึงฝากความหวังไว้กับการพัฒนาวัคซีนเอดส์

นายแพทย์ศุภชัย ถกษังาม อดีตนายแพทย์ทรงคุณวุฒิฯ กรมควบคุมโรค กล่าวว่าประเทศไทยเป็น ๑ ใน ๕ ประเทศที่ได้รับการคัดเลือกให้วิจัยวัคซีนโรคเอดส์ โดยเริ่มในปี ๒๕๓๖ ถึงปี ๒๕๔๙ (ประมาณ ๑๐ ปีเศษ) ซึ่งเป็นโครงการแรกของโลก โดยร่วมกับคณะเวชศาสตร์เขตร้อน ม.มหิดล สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหารกองทัพบก สหรัฐอเมริกา (AF-RIMS) ศึกษาใน ๘ อำเภอของจังหวัดชลบุรีและระยอง อาสาสมัครเป็นทั้งชายและหญิง อายุ ๑๘-๓๐ ปี จำนวน ๑๖,๒๐๐ คน นับเป็นการวิจัยภาคสนามที่มีขนาดใหญ่ที่สุดที่เคยมีมาในประเทศไทย ชื่อ “โครงการวิจัยทดสอบวัคซีนโรคเอดส์ชนิดปูพื้น-กระตุ้น ระยะที่ ๓ (RV ๑๔๔ Thai Trial)”

จุดเริ่มต้นที่เล็งนกกา



จุดเริ่มที่เล็งนกทา

“ในสมัยนั้น ยังเป็นเพียงศูนย์การแพทย์และอนามัย เล็งนกทา จังหวัดยโสธร ที่มีนายแพทย์ประจำศูนย์อีก ๕ นาย ทำให้รู้สึกว่าได้ใช้วิชาแพทย์ที่ร่ำเรียนมาช่วยเหลือชาวบ้านอย่างเต็มที่

ความสำเร็จการจัดตั้ง Well Baby Clinic

เมื่อจบกุมารแพทย์ ได้ประจำอยู่ที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ผลงานที่ถือว่าประสบความสำเร็จ คือ การรณรงค์ให้คุณแม่ที่เพิ่งคลอดลูก เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งต้านกระแสการตลาดของบริษัทนมผงยักษ์ใหญ่ โดยที่ไม่ทำให้เกิดการกระทบกระทั่งทั้ง ๒ ฝ่าย

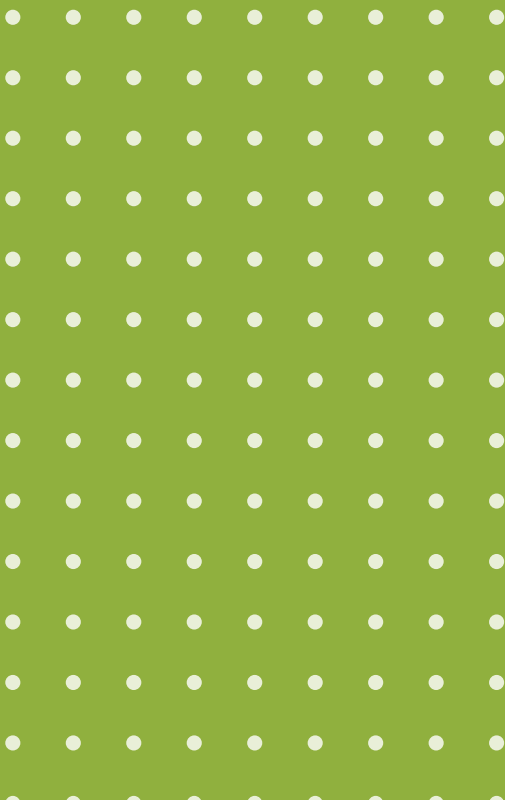
ความสำเร็จในการจัดตั้ง Well Baby Clinic เพื่อให้เด็กทุกคนได้รับวัคซีน ๑๐๐ % โดยให้เด็กแต่ละคนมีบัตรสุขภาพประจำตัวที่กำหนดระยะเวลาในการให้วัคซีน

งานสอบสวนโรคที่สำนักระบาด

แม้เป็นงานที่คุณหมอไม่คุ้นเคยมาก่อน และต้องใช้เวลาในการเรียนรู้งาน แต่นายแพทย์ศุภชัยก็พยายามเรียนรู้งานอย่างเต็มที่ โดยมีท่านอาจารย์ประยูร ภูนาศล อาจารย์ธวัช ทยานิโยธิน รวมถึงท่านอาจารย์สุชาติ เจตนาเสน เป็นอาจารย์ที่เลี้ยงในลักษณะที่เรียกว่าเป็น Mentor-Mentee หรือพี่สอนน้อง ซึ่งเป็นการถ่ายทอดวิชาความรู้จากรุ่นหนึ่งไปสู่อีกรุ่นหนึ่ง เทียบได้กับการทำKM ในปัจจุบัน ซึ่งนายแพทย์ศุภชัยได้ทั้งทำยในช่วงนี้ว่า

“ผมไม่ได้ผ่านหลักสูตร FETP (Field Epidemiology Training Program) มาโดยตรง การได้รับข้อมูลจากอาจารย์ทั้งหมดนี้ จึงเป็นประโยชน์และสร้างกำลังใจในการทำงานได้เป็นอย่างดี”

เป็นผู้อำนวยความสะดวก
กองโรคเอดส์คนแรก



เป็นผู้อำนวยความสะดวกโรคเอดส์คนแรก

การรณรงค์ใช้ถุงยางในประเทศไทย โดยเริ่มแรกโครงการนี้จะอยู่ในส่วนรับผิดชอบของคุณหมอมวลิต ที่เป็นผู้ริเริ่มให้กับกลุ่มงาน STD (Sexual Transmitted Disease) หรือองกามโรค (ในขณะนั้น) และกำลังประสบปัญหาขาดงบประมาณในการจัดซื้อถุงยางอนามัย เพราะ USAID ได้ปลดประเทศไทยออกจากบัญชีให้การช่วยเหลือ เพราะประเทศไทยมีฐานะทางเศรษฐกิจดีขึ้น ตรงกับเวลาที่โรคเอดส์เริ่มเข้ามาแพร่บาดในภาคเหนือของไทยพอดี ทำให้ต้องรณรงค์ “สถานบริการถุงยางอนามัย ๑๐๐%” ในสคร.๑๐ เชียงใหม่ (ปัจจุบันคือ สคร. ๑ เชียงใหม่)

เมื่อถุงยางอนามัยขาดแคลน นายแพทย์ศุภชัยและนายแพทย์ประยูร (ขณะนั้นดำรงตำแหน่งอธิบดีกรมควบคุมโรคติดต่อ) จึงยื่นของบประมาณจากสถานทูตของกลุ่มประเทศที่เป็น Donor Country และทางองค์การอนามัยโลก จากนั้นจึงมีการตั้งงบประมาณตามนโยบายของรัฐบาล โดยคำนวณจากจำนวนผู้หญิง P (หญิงขายบริการทางเพศ) จำนวนวัน และความถี่ที่ให้บริการในแต่ละวัน คิดเป็นงบประมาณ ๕๐ ล้านบาท คณะกรรมการโรคเอดส์แห่งชาติได้ยื่นของบประมาณในการประชุมรัฐสภา ซึ่งการเสนอของงบประมาณในครั้งแรกนั้นไม่ผ่าน โดยผู้บริหารให้เหตุผลว่า “ทำไมต้องเอาเงิน ๕๐ ล้านบาทไปปรนเปรอให้ความสุขกับผู้ชายที่ไม่รักครอบครัวด้วย” จนกระทั่งได้นำเสนอเหตุผลว่า

“การจัดงบประมาณซื้อถุงยางอนามัยนั้น ไม่ได้เอาไปปรนเปรอผู้ชาย เป็นการจัดหาอุปกรณ์เพื่อป้องกันไม่ให้พ่อบ้านไปเที่ยวประเวณี แล้วติดเชื้อมากลับมาบ้าน และแพร่เชื้อให้กับแม่บ้านและลูกน้อยที่ไม่รู้เรื่อง”



ในที่สุด ผู้บริหารก็อนุมัติงบประมาณ ๕๐ ล้านบาทเพื่อเป็นงบประมาณในการรณรงค์แก้ปัญหาโรคเอดส์ของประเทศ การจัดทำแผนแบบบูรณาการระหว่างกองโรคเอดส์และสำนักนายกรัฐมนตรี้ จึงจัดทำขึ้นเป็นครั้งแรก และกระจายงบประมาณไปยังกระทรวงต่างๆ เพื่อใช้รณรงค์ป้องกันโรคเอดส์ แต่น่าเสียดายที่แผนนี้ใช้เพียง ๒-๓ ปี ก็ห่างหายไป

“

“ในการเขียนแผนเพื่อจัดทำงบประมาณ แต่ครั้งนี้อาจจะไม่สำเร็จในครั้งเดียวเสมอไป ขอให้ทุกคนอย่าย่อท้อ พยายามหาเหตุผลทางวิทยาศาสตร์ไปยืนยันได้ เพราะผู้บริหารท่านก็ต้องการเหตุและผล”

”

โครงการกวาดล้างโปลิโอ

เมื่อครั้งดำรงตำแหน่งนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด นครราชสีมา นายแพทย์ศุภชัยได้มีส่วนร่วมในโครงการ กวาดล้างโปลิโอ และดำเนินการมาอย่างต่อเนื่องจนดำรง ตำแหน่งนายแพทย์ทรงคุณวุฒิฯ กรมควบคุมโรค โดยมีท่าน อาจารย์สุจิตรา นิมานนิตย์ เป็นที่ปรึกษาโครงการ กับการ กวาดล้างโปลิโอทั้ง ๔ มาตรการหลัก คือ

๑. ด้านการรักษาระดับภูมิคุ้มกัน
๒. การให้วัคซีนโปลิโอในเด็ก
๓. การติดตามเฝ้าระวัง AFP (โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง เฉียบพลัน)
๔. การตรวจอุจจาระ

ต้องมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ ด้วยการฝึกอบรมให้คณะทำงานเพื่อให้การรายงานผลของผู้ป่วย กล้ามเนื้ออ่อนแรงเฉียบพลัน Outbreak Response และ การ ทำ Mop Up ได้มาตรฐานตามที่องค์การอนามัยโลกกำหนด

“ต้องมีการรายงานด้วยและเมื่อได้รับการรายงาน เรา ต้องคอยตรวจสอบกับสถานพยาบาลด้วย เพื่อให้การ รายงานผลมีความถูกต้องมากที่สุด”

- การจัดทำระบบรายงาน AEFI: Advance Event Following Immunization หรือรายงานอาการที่ไม่พึงประสงค์จากการให้วัคซีน โครงการนี้ต้องมีการร่วมมือกับหน่วยงานต่างๆ ได้แก่

- กองโรคติดต่อทั่วไป (ปัจจุบันคือ สำนักโรคติดต่อทั่วไป)

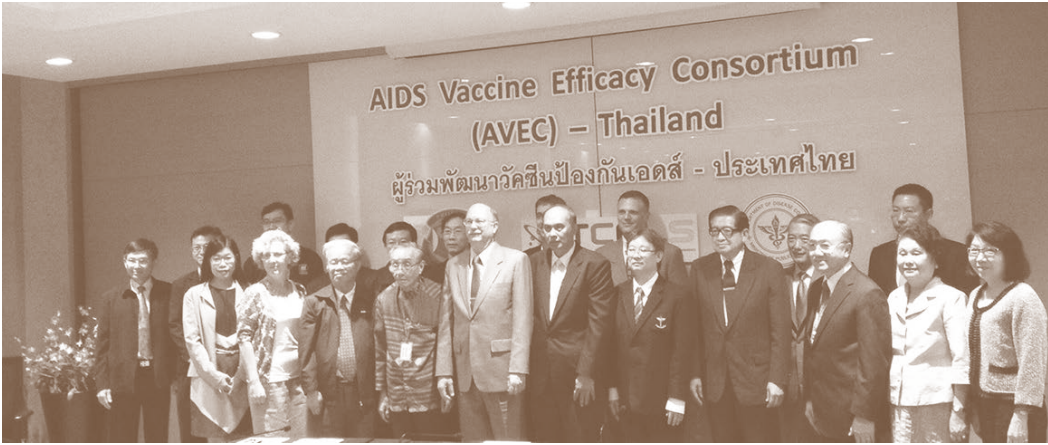
- กลุ่มงานโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน (ปัจจุบัน คือ กองโรคป้องกันด้วยวัคซีน)

- สำนักระบาดวิทยา

- กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

- องค์การอาหารและยา (ทำหน้าที่เซตระบบในการเฝ้าระวังอาการที่ไม่พึงประสงค์จากการได้รับวัคซีน)

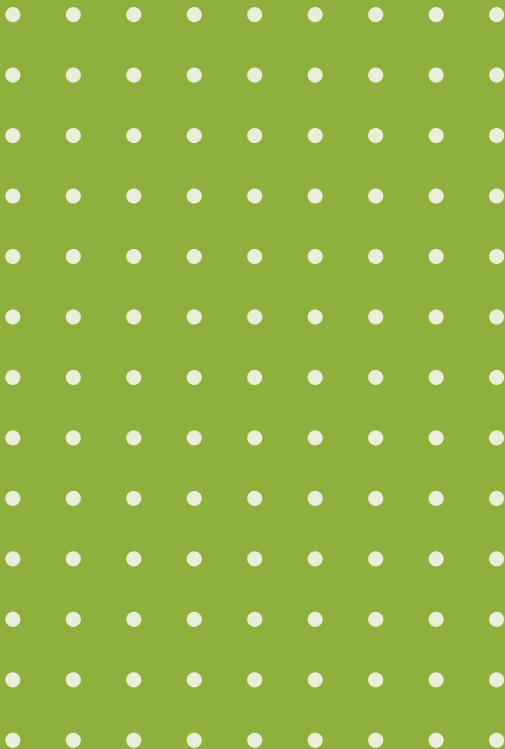
ช่วงต่อมาของการรับราชการ งานวิจัยภาคสนามได้เริ่มต้นขึ้น เป็นการวิจัยเพื่อศึกษาอัตราอุบัติการณ์ของโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบในเด็กเล็ก มีพื้นที่สำรวจคือ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป ในจังหวัดลำปางและจังหวัดพิษณุโลก เพื่อเป็นหลักฐานในการยืนยันข้อสรุปในการจัดซื้อวัคซีน Hib ว่ามีความจำเป็นต่อประเทศไทยหรือไม่ ที่จะบรรจุวัคซีนดังกล่าวไว้ในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (EPI) เพราะหากคำนวณจากอัตราการเกิดของเด็กในช่วงนั้น ซึ่งอยู่ที่ ๑ ล้านคนต่อปี และวัคซีนมีราคาเข็มละประมาณ ๕๐๐ บาท นั้นหมายถึงว่าต้องการงบประมาณเพิ่มขึ้นอีก ๕๐๐ ล้านบาท เพื่อที่จะบรรจุวัคซีนตัวนี้ในแผนวัคซีนพื้นฐาน โครงการนี้ใช้ระยะเวลาประมาณ ๒ ปี



จึงสำเร็จลุล่วง สามารถนำผลการวิจัยไปของบประมาณเพื่อจัดซื้อวัคซีน HIB ได้ โครงการนี้ประสบความสำเร็จด้วยการได้รับการสนับสนุนจาก PATH หรือ องค์กรพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขนานาชาติ โดยมีที่ปรึกษาจากประเทศสหรัฐอเมริกา และออสเตรเลียร่วมเป็นทีมวิจัย

ความสำเร็จในการทำวิจัยครั้งนั้น นำไปสู่งานวิจัยระดับโลกที่ทุกประเทศให้ความสนใจในเวลาต่อมา

จุดประกายการรักษา
โรคเอดส์ ความ
พยายามที่ใกล้
ความจริง



จุดประกายการรักษาโรคเอดส์ ความพยายามที่ใกล้ความจริง

การวิจัยวัคซีนโรคเอดส์ชนิดปูพื้น-กระตุ้น ระยะที่ ๓ (RV๑๔๔ Thai Trial) ซึ่งเป็นวิจัยครั้งแรกของประเทศไทยและของโลก จึงเป็นเสมือนความสำเร็จเล็กๆ ที่จุดประกายความหวังยิ่งใหญ่ให้การรับมือป้องกันโรคเอดส์ โดยประเทศไทยเป็น ๑ ใน ๕ ประเทศที่ได้รับคัดเลือกให้ศึกษาวิจัยวัคซีนโรคเอดส์ ใช้ระยะเวลาในการทดสอบยาวนานนับ ๑๐ ปีเศษ (พ.ศ. ๒๕๓๖ - พ.ศ. ๒๕๔๙) มีกลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครร่วมในโครงการ ๑๖,๒๐๐ คน จากประชากรใน ๔ อำเภอ ของจังหวัดชลบุรีและจังหวัดระยอง ที่คัดกรองจากผู้สมัครร่วม ๒๖,๐๐๐ คน มีช่วงการให้วัคซีน ๔ ครั้ง เริ่มให้วัคซีนต่ออาสาสมัครรายแรกในวันที่ ๒๐ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๔๖ และให้วัคซีนครบ ๔ ครั้ง ในวันที่ ๓๑ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๔๙ ทีมผู้วิจัย และผู้ให้การสนับสนุนมีดังนี้

- หัวหน้าโครงการ:** กรมควบคุมโรค (นพ.ศุภชัย ฤกษ์งาม)
- ผู้ร่วมโครงการ:** คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหิดล
สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหาร
กองทัพบก (AFRIMS)
สสจ.ชลบุรี
สสจ.ระยอง
- ผู้สนับสนุนทุนวิจัย:** สถาบันสุขภาพแห่งชาติ สหรัฐอเมริกา
กองบัญชาการวิจัยทางการแพทย์ฯ
กองทัพบกสหรัฐ
- ผู้สนับสนุนวัคซีน:** บริษัท ซาโนไฟ ปาสเตอร์
บริษัท จีเอสไอดี



The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

Vaccination with ALVAC and AIDSVAX to Prevent HIV-1 Infection in Thailand

Supachai Rerks-Ngarm, M.D., Punnee Pitisuttithum, M.D., D.T.M.H., Sorachai Nitayaphan, M.D., Ph.D

“การวิจัยภาคสนามครั้งนี้ การได้รับความร่วมมือจากชุมชนเป็นสิ่งที่สำคัญมาก เพราะจากจำนวนอาสาสมัครนับหมื่นคน ต่อจำนวนเจ้าหน้าที่ประมาณ ๖๐๐ คน จึงเป็นเรื่องที่ยากมากที่จะเข้าไปพูดคุยทำความเข้าใจกับอาสาสมัครได้ครบทุกคน ดังนั้นจึงเห็นได้ว่าหากขาดความร่วมมือจากคณะกรรมการที่ปรึกษาชุมชน และองค์กร NGO ที่ทำหน้าที่และคุ้นเคยอยู่กับชุมชนเป็นเวลานาน การวิจัยครั้งนี้อาจจะไม่สำเร็จ ลุล่วงก็เป็นได้ ซึ่งทีมผู้วิจัยสามารถรักษาค่า Retention Rate หรือการคงอยู่ของอาสาสมัครไว้ได้มากถึง ๙๕% ซึ่งเกินกว่ามาตรฐานขององค์การอาหารและยาของสหรัฐอเมริกาที่ได้ตั้งเกณฑ์ไว้ จึงนับว่าประสบความสำเร็จเป็นอย่างมาก ทั้งหมดนี้เกิดจากการร่วมกันกับทุกฝ่ายด้วยความเข้าใจกัน”

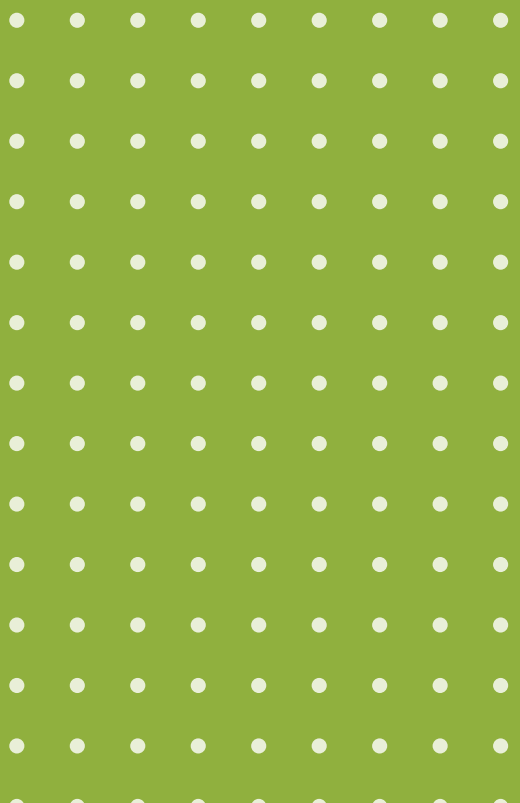
ในที่สุดวันที่ ๒๔ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๒ รมว.สาธารณสุข ก็ได้ร่วมมือกับเอกอัครราชทูตสหรัฐเพื่อจัดงานแถลงผลการ ศึกษา โดยมีข้อสรุปว่า “วัคซีนมีประสิทธิผลลดโอกาสเสี่ยงต่อ การติดเชื้อเอชไอวี ๓๑.๒%” และนับเป็นจุดเริ่มต้นของการ พัฒนาวัคซีนโรคเอดส์ ให้สามารถผลิตและนำมาใช้ได้จริงใน โอกาสต่อไป

นายแพทย์ศุภชัยได้กล่าวเพิ่มเติมถึงการปฏิบัติงานในครั้ง นั้นว่า “ความร่วมมือกับอีกหลายๆฝ่าย เราต้องรับฟังและ ให้เกียรติเพื่อนร่วมทีมให้มาก เพราะเขาอาจเก่งในเรื่องที่ เราไม่ถนัด ดังนั้น หากเราไม่ฟังกัน อาจทำให้เสียโอกาส ที่เราจะพัฒนาไปด้วย”

สุดท้าย คุณหมอศุภชัยได้ฝากข้อคิดในการทำงาน

“อย่ารีบปฏิเสธงาน เพราะการปฏิเสธงานที่ผู้ใหญ่ พิจารณาแล้วว่าเรามีความเหมาะสมที่จะทำงานชิ้นนั้น ถ้า เราปฏิเสธจะทำให้เสียโอกาสสำคัญในการพัฒนาตนเอง ควรรับทำงานนั้นก่อนหากมีอุปสรรคหรือปัญหาอะไรจึง ปรีกษาท่านผู้รู้ ซึ่งจะทำให้เรามีโอกาสได้พัฒนาระดับ ตัวเองเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ครับ”

ประวัติการทำงาน



ประวัติการทำงาน

นายแพทย์ศุภชัย ฤกษ์งาม

- นายแพทย์ฝึกหัด ศูนย์อนามัย เล็งنگทา จ.ยโสธร (ปัจจุบัน คือ โรงพยาบาลเล็งنگทา)
- กุมารแพทย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จ.อุบลราชธานี
- * นายแพทย์สสจ. นครราชสีมา
- ฝ่ายสอบสวนโรค สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข จ.นนทบุรี
- ผู้อำนวยการกองโรคเอดส์คนแรก กรมควบคุมโรคติดต่อ
- นายแพทย์ทรงคุณวุฒิฯ กรมควบคุมโรค





สพ.ญ.ดาริกา กิ่งเนตร

ผู้อำนวยการสำนักงานความร่วมมือ
ระหว่างประเทศ กรมควบคุมโรค

๓

๔ ทศวรรษ

ภาคีระหว่างประเทศ

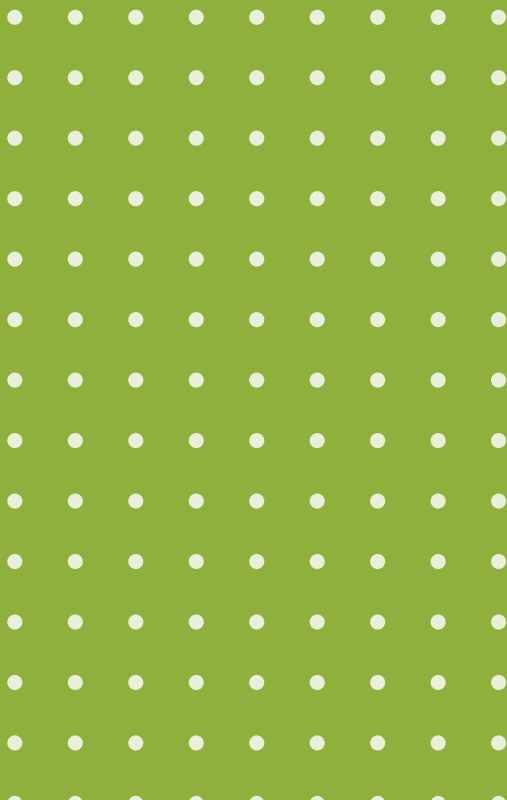
กำลังสำคัญของการพัฒนาระบบคุ้มกันโรค



ในยุคปัจจุบันที่เทคโนโลยีด้านโทรคมนาคมและการขนส่ง ได้เข้ามามีบทบาทในการติดต่อสื่อสารและการเดินทางระหว่างประเทศเป็นอย่างมาก นอกจากจะทำให้ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง การติดต่อสื่อสารราคาถูกลงแล้ว ยังช่วยให้การเดินทางสะดวกรวดเร็วมากยิ่งขึ้นอีกด้วย ซึ่งนอกจากจะช่วยให้คนเดินทางข้ามประเทศได้สะดวกแล้ว โรคภัยต่างๆ ที่แฝงมากับนักเดินทางทั้งหลายก็สามารถเดินทางแพร่ระบาดไปยังประเทศต่างๆ ได้อย่างรวดเร็วเช่นกัน ดังนั้น การป้องกันควบคุมโรคต้องมีการติดตามสถานการณ์อยู่ตลอดเวลา ซึ่ง สฟ.ญ. ดาริกา กิ่งเนตร ผู้อำนวยการสำนักงานความร่วมมือระหว่างประเทศ กรมควบคุมโรค ได้มอบหลักการปฏิบัติงาน เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการควบคุม ป้องกันโรคระหว่างประเทศให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น



บทบาทและภารกิจ
หลักของ สรป.



บทบาทของ สำนักงานความร่วมมือระหว่างประเทศ (สรป.คส.)

สำนักงานความร่วมมือระหว่างประเทศ (สรป.คส.) ตั้งขึ้นเมื่อปีพ.ศ. ๒๕๕๔ โดยมีแกนนำสำคัญ

๑. นายแพทย์มานิต ชีระตันติگانนท์
(อดีตอธิบดีกรมควบคุมโรค พ.ศ.๒๕๕๒-๒๕๕๔)
๒. นายแพทย์สมศักดิ์ อรรฆศิลป์ (อดีตรองอธิบดี)
๓. นายแพทย์ศุภมิตร ชุณหะวัณ
(อดีตนายแพทย์ทรงคุณวุฒิ)

วัตถุประสงค์ในการจัดตั้ง

๑. เป็นศูนย์กลางผู้ประสานงานด้านการบริหารจัดการความร่วมมือระหว่างประเทศ
๒. เพื่อให้เป็นไปตามวิสัยทัศน์ของกรมควบคุมโรคในการเป็นองค์กรระดับนานาชาติที่ส่งเสริมให้การยอมรับ เชื่อถือ และให้ความไว้วางใจภายในปี พ.ศ. ๒๕๖๓

ภารกิจหลัก

๑. **ดูแลเรื่องวิเทศสัมพันธ์**
การพัฒนาคนของกรมฯ ด้านการทำงานระหว่างประเทศ เช่น การเดินทางไปประชุมระหว่างประเทศ การไปศึกษาต่อ สัมมนา ตลอดจนการไปเป็นวิทยากรในเวทีระดับภูมิภาค ไปจนถึงระดับโลก
๒. **กำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านการร่วมมือระหว่างประเทศ**



โดยเฉพาะในเรื่องของการป้องกันควบคุมโรค
๓. ร่วมมือกับกลุ่มประเทศภาคีในระดับต่างๆ
เป็นการร่วมมือกันโดยตรงของภาคีทั้งในระดับภูมิภาค
อาเซียนและระดับโลก

“

“กลุ่มประเทศเพื่อนบ้านในแถบลุ่มแม่น้ำโขง
กำลังเป็นที่สนใจเป็นอย่างมาก
เนื่องจากการเดินทางไปมาหาสู่กันอย่างง่าย
ทำให้การที่จะติดเชื่อโรคได้ง่ายมาก
จึงต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ”

”

และเพื่อความชัดเจนในการดำเนินงานด้านความร่วมมือ
ระดับต่างๆ ยังได้แยกระดับออกไปอีกเป็น ๓ ระดับคือ

๑. ระดับทวิภาคี

- การทำบันทึกข้อตกลงกับประเทศที่มีความก้าวหน้า
ในเรื่องของการป้องกันและควบคุมโรค เพื่อพัฒนา
ยุทธศาสตร์และบุคลากรของกรมควบคุมโรค เช่น
- สหรัฐอเมริกา: ให้ความช่วยเหลือเรื่องโรคเอดส์ผ่าน
ทางองค์การ USCDC : United States Centers
for Disease Control and Prevention หรือ ศูนย์
ควบคุมและป้องกันโรคแห่งชาติของสหรัฐอเมริกา
โดยการจัดตั้งศูนย์ความร่วมมือไทยสหรัฐด้าน
สาธารณสุขขึ้นในกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้การ
วางแผนยุทธศาสตร์และและให้ความช่วยเหลือที่
ครอบคลุม ๕ ด้านสำคัญดังนี้

๑. โรคเอดส์
๒. โรควัณโรค
๓. โรคติดต่ออุบัติใหม่
๔. โรคไม่ติดต่อ
๕. สุขภาวะชายแดน

ให้สามารถดำเนินไปได้ ด้วยความสะดวกและ
รวดเร็ว

- จีน: การลงนามใน MOU เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ของ
บุคลากรทั้ง ๒ ประเทศ โดยการส่งบุคลากรของกรม
ควบคุมโรค ไปสัมมนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่มณฑล
กวางตุ้งปีละ ๗ คน และในช่วงที่มีโรค SARS ระบาด
ประเทศจีนก็ส่งเจ้าหน้าที่มาอบรมเรื่องการเฝ้าระวัง
ในงานระบาดวิทยากับไทย



- สหราชอาณาจักร: ให้ความช่วยเหลือผ่านหน่วยงาน Public Health England ด้านการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล และการควบคุมโรคติดต่อในเรือนจำ เช่น วัณโรค และเอชไอวี เป็นต้น
- การร่วมมือกับประเทศที่ต้องการความช่วยเหลือจากประเทศไทย เพราะประเทศไทยเป็นประเทศที่มีประสบการณ์ในการวางแผนยุทธศาสตร์ควบคุมโรคติดต่อมายาวร่วม ๓๐ ปี นานที่สุดในภูมิภาคอาเซียน

๒. ระดับพหุภาคี

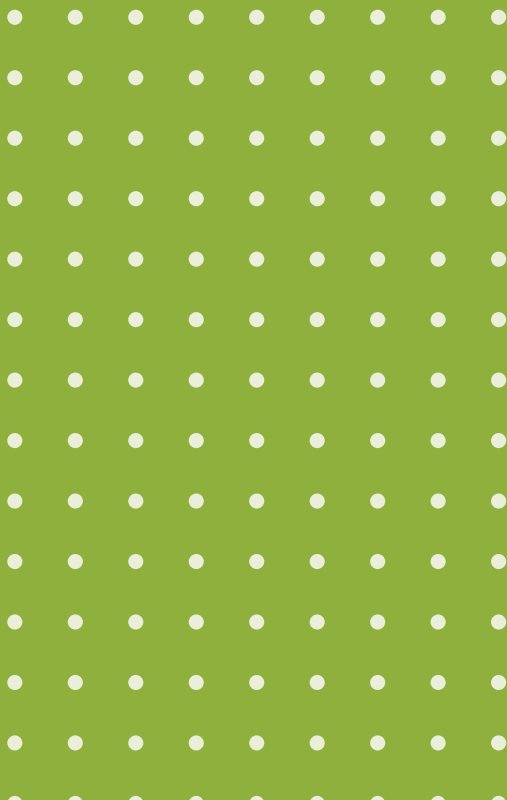
เป็นการเข้าร่วมกับกับกลุ่มประเทศ APEC (Asia-Pacific Economic Cooperation) และโครงการ Roll Back Malaria (RBM) เช่น แก้ไขปัญหาและควบคุมเชื้อมาลาเรียโดยเฉพาะเชื้อดื้อยา

๓. ระดับภูมิภาค

มีการแต่งตั้งคณะทำงานในอาเซียน ประกอบด้วยทีมผู้ประสานงานแบ่งเป็น ๕ คณะคือ

๑. ทีมประสานงานโรคเอดส์: ร่วมมือป้องกันไม่ให้เกิดผู้ป่วยรายใหม่ (getting to zero) ลดการตาย ลดการรังเกียจ เติบโตขึ้นเป็นต้น
๒. ทีมประสานงานเรื่องการบริโภคนิโคติน
๓. ทีมประสานงานการควบคุมโรคไม่ติดต่อ
๔. ทีมผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดต่อของอาเซียน
๕. คณะทำงานด้านการเตรียมความพร้อมและตอบโต้การระบาดใหญ่ของโรค (เพื่อป้องกันการระบาดของไข้หวัดใหญ่ และโรคไข้หวัดนก SARS, MERS และ Ebola)

หลักการทำงาน
ด้านการประสานงาน
ระหว่างประเทศ



หลักการงานด้านการประสานงานระหว่างประเทศ

๑. ต้องมีความชอบและทักษะในการสื่อสารทั้งการพูดและการเขียน

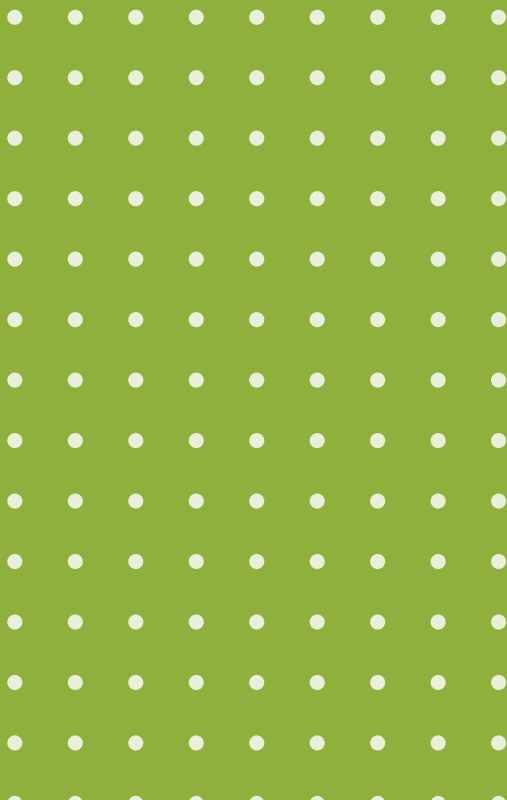
“ต้องมองเชิงบวกเอาไว้ก่อน เพราะในบางครั้งการประสานงานอาจจะพบกับปัญหาเล็กๆ น้อยๆ ที่สร้างความรำคาญใจบ้าง การคิดบวกจะสามารถทำให้เราตัดปัญหาเหล่านี้ออกไปได้”

๒. ต้องมี Service Mind มีการอุทิศตนให้การบริการ
“ในฐานะที่เป็นผู้ให้บริการ เราต้องพยายามทำหน้าที่ให้สำเร็จให้ได้”

๓. ทักษะด้านภาษา โดยเฉพาะภาษาอังกฤษ
“ภาษาอังกฤษเป็นภาษาราชการที่ใช้ในการประสานงานทั้งในระดับภูมิภาค ระดับทวีปาคี พหุภาคี จนถึงระดับโลก”

๔. ทักษะของการทำงานเป็นทีม
“การฝึกลูกศรคด้วยการทำงานเป็นทีม จะทำให้แต่ละคนสามารถใช้จุดแข็งของตัวเองให้เกิดประโยชน์ และแก้ไขจุดอ่อนหรือการลดการกระทบกระทั่งกันขณะทำงานได้”

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ



ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

๑. การทำงานเป็นทีม

เพราะในการทำงานในโครงการใหญ่เพียงลำพังนั้น อาจจะทำให้งานเสียหายได้

๒. นโยบาย และยุทธศาสตร์ที่ชัดเจน

เพื่อให้การติดต่อประสานงานเป็นไปในทิศทางที่ถูกต้องตามแผนงานที่วางไว้

๓. การจัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน (Work Manual)

เพื่อให้กระบวนการทำงานราบรื่นขึ้น และเจ้าหน้าที่ในสำนักงานฯ สามารถทำงานแทนกันได้ในทุกตำแหน่งเพราะทุกคนรู้ขอบข่ายเนื้องานเท่ากันหมด

๔. การจัดทำ Directory หรือทำเนียบผู้ติดต่อ

เพื่อให้สามารถติดตาม ดูแลการรายงานเหตุการณ์ต่างๆ ให้เป็นไปตามเป้าหมาย หรือแนวทางที่วางไว้

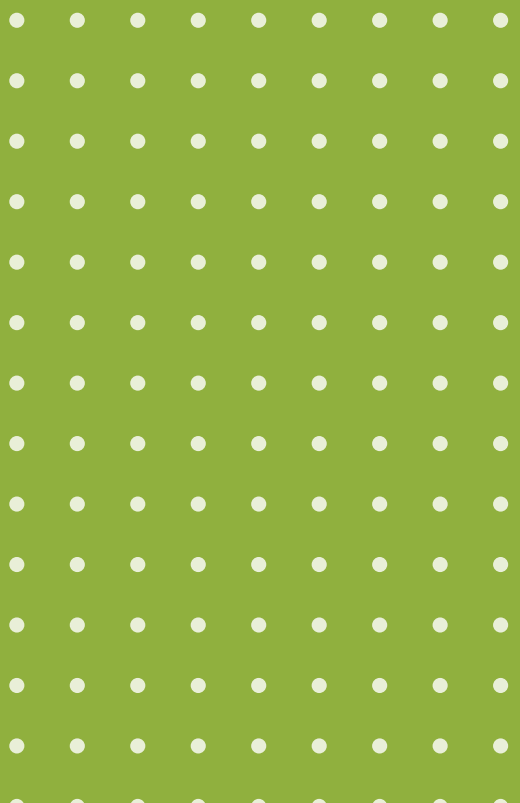
๕. อุปกรณ์ IT ที่เพียงพอ

ในปัจจุบันอุปกรณ์ IT ของกรมฯ ยังมีจำนวนไม่เพียงพอต่อเจ้าหน้าที่ ทำให้การติดต่อประสานงานทำได้ล่าช้า ในทางกลับกัน การทำงานขององค์กร WHO จะมีเจ้าหน้าที่นั่งอยู่หน้าคอมพิวเตอร์ตลอดเวลา ทำให้สามารถสื่อสารกับผู้ติดต่อได้ตลอดเวลา ทำให้การทำงานง่ายขึ้น

ส่งท้าย

“เราอย่าไปฝันใจตัวเอง ถ้าเราชอบอะไร ถนัดอะไร ให้เลือกทำอย่างนั้นมันจะเป็นจุดเริ่มต้นที่ดี แล้วสิ่งอื่นจะตามมา นั่นคือความพยายาม ฉันทะ วิริยะ จิตตะ วิมังสา ก็จะมีเกิดขึ้น และการทำงานเป็นทีมต้องอาศัยทั้งความซื่อสัตย์ ความเอื้ออาทรหรือทำงานด้วยความเข้าใจกัน เพื่อลดความขัดแย้ง และทำงานด้วยความภาคภูมิใจ”

ประวัติการทำงาน



ประวัติการทำงาน

สพ.ญ.ดาริกา กิ่งเนตร

- สัตวแพทย์ประจำฟาร์มกรุงเทพ ที่อำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา
- ปริญญาโทด้านสัตวแพทย์สาธารณสุขที่รัฐ Minnesota ประเทศสหรัฐอเมริกา
- หัวหน้ากองโรคติดต่ออุบัติใหม่-อุบัติซ้ำ ที่สำนักรโรคติดต่อทั่วไป (รับมือกับโรคอีโบล่า SARS Anthrax, SARS โรคไข้หวัดนก และ MERS)
- ทีมกองบรรณาธิการในการเขียนจัดทำ “ชุดคู่มือโรคติดต่ออุบัติใหม่” (โดยได้รับผิดชอบเขียนเรื่อง “โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่ติดต่อระหว่างคนและสัตว์”)
- ผู้อำนวยการสำนักงานความร่วมมือระหว่างประเทศ กรมควบคุมโรค





นายแพทย์โสภณ เมฆธน

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข
อดีตรองอธิบดีกรมควบคุมโรค
(พ.ศ. ๒๕๕๖-๒๕๕๘)



๔ ทศวรรษ

กรมควบคุมโรค กับการเป็นที่พึ่งให้กับ
ประชาชนด้านสาธารณสุข

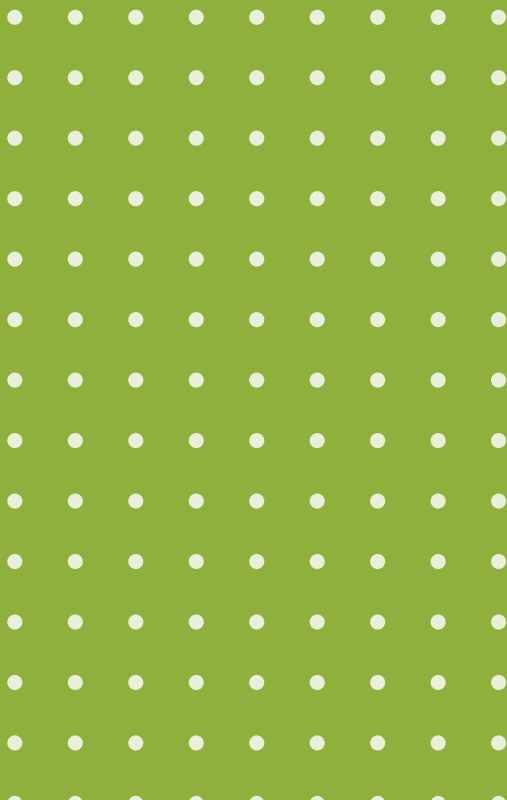


กรมควบคุมโรคเป็นหน่วยงานสาธารณสุขที่มีประวัติศาสตร์ยาวนาน จากงานควบคุมโรคติดต่อในอดีตมาเป็นกรมควบคุมโรคติดต่อในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๑๗-๒๕๔๔ และเป็นกรมควบคุมโรคในปี พ.ศ.๒๕๔๕ ถึงปัจจุบัน

กรมควบคุมโรคมีผู้ดำรงตำแหน่งอธิบดีมาแล้ว ๕ คน นายแพทย์โสภณ เมฆธน เป็นอธิบดีคนที่ ๖ ก่อนที่จะไปสู่อำนาจปลัดกระทรวงในปี ๒๕๕๘

กรมควบคุมโรคที่ผ่านมาตั้งแต่ครั้งเป็นกรมควบคุมโรคติดต้อมีผลงานความสำเร็จที่โดดเด่นหลายเรื่อง โดยเฉพาะยามที่เกิดโรคติดต่อระบาดใหญ่ ชาร์ ใช้หวัดนก ใช้หวัดใหญ่สายพันธุ์ต่างๆ หรือแม้แต่โรคไข้เลือดออกซึ่งเป็นโรคติดต่อที่มีการระบาดมายาวนานก็ตาม การควบคุมการระบาดของโรคให้อยู่ในวงจำกัดไม่แพร่กระจายออกไป ยังเป็นภารกิจที่ทำให้ผู้คนทั่วไปรู้จักกรมควบคุมโรค นายแพทย์โสภณ ยุคที่ท่านดำรงตำแหน่งอธิบดีกรมควบคุมโรค ท่านได้ใช้เครื่องมือทางการบริหารหลายอย่างในการกำกับดูแลงานที่เป็นภารกิจของกรมฯ ทั้งโรคติดต่อโรคไม่ติดต่อ อุบัติเหตุทางบก โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ท่านมุ่งเน้นหวังปลูกกระแสสร้างค่านิยมของกรมฯตามหลัก i-SMART เพื่อที่ในอีก ๑๐ ปี บุคคลากรของกรมควบคุมโรคจะมีพฤติกรรมและมีวัฒนธรรมที่ดียิ่งขึ้น สามารถเป็นเสาหลักที่แข็งแกร่งมากยิ่งขึ้น สามารถเป็นที่พึ่งพิงให้กับประชาชน

เครื่องมือชั้นที่ 
สร้างค่านิยมขององค์กร
ให้แข็งแกร่ง



เครื่องมือชิ้นที่ ๑ : สร้างค่านิยมขององค์กรให้แข็งแกร่ง

๑. i-SMART

i = Integrity การยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรมและจริยธรรม
การดำรงตนและประพฤติปฏิบัติอย่างถูกต้องเหมาะสมทั้ง
ตามกฎหมาย คุณธรรม จรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ และจรรยา
ข้าราชการเพื่อรักษาศักดิ์ศรีแห่งความเป็นข้าราชการ

S = Service Mind บริการที่ดี

ความตั้งใจและความพยายามของบุคลากรทุกระดับใน
ส่วนราชการที่จะให้บริการในหลายรูปแบบแก่ผู้ขอรับบริการจาก
งานในหน้าที่ราชการของตน หรืองานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยไม่
เลือกกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งเกิดจิตสำนึกของความเป็นข้าราชการที่ดี

M = Mastery/Expertise การสั่งสมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ

ความสนใจใฝ่รู้ สั่งสมความรู้ความสามารถของตนในการ
ปฏิบัติหน้าที่ราชการ ด้วยการศึกษา ค้นคว้า และพัฒนาตนเอง
อย่างต่อเนื่อง จนสามารถประยุกต์ใช้ความรู้เชิงวิชาการและ
เทคโนโลยีต่างๆ เข้ากับการปฏิบัติราชการให้เกิดผลสัมฤทธิ์

A = Achievement Motivation การมุ่งผลสัมฤทธิ์

ความมุ่งมั่นและตั้งใจจะปฏิบัติหน้าที่ราชการให้ตีมี
ประสิทธิผล หรือให้เกินมาตรฐานที่มีอยู่ โดยมาตรฐานนี้อาจ
เป็นผลการปฏิบัติงานที่ผ่านมาของตนเอง หรือเกณฑ์วัดผล
สัมฤทธิ์ที่ส่วนราชการกำหนดขึ้น และหมายรวมถึงการ
สร้างสรรค์พัฒนาผลงานหรือกระบวนการปฏิบัติงานตามเป้า
หมายที่ยากและท้าทาย



R= Relationship การมีน้ำใจ ใจเปิดกว้าง เป็นที่เป็นน่อง

ความสามารถในการสื่อสาร สร้างและ/หรือรักษาความสัมพันธ์ในทางส่วนตัวและทางด้านสังคมที่ตีระหว่างผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในงาน อย่างใกล้ชิดอย่างมีน้ำใจ ใจเปิดกว้าง เป็นพี่น้องกัน ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เพื่อส่งผลให้เกิดความราบรื่นในกระบวนการติดต่อสื่อสาร เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อภารกิจของส่วนราชการ

T= Teamwork การทำงานเป็นทีม

ความตั้งใจที่จะทำงานร่วมกับผู้อื่น เป็นส่วนหนึ่งของทีมหน่วยงาน หรือส่วนราชการ โดยผู้ปฏิบัติมีฐานะเป็นสมาชิก ไม่จำเป็นต้องมีฐานะหัวหน้าทีม รวมทั้งความสามารถในการสร้างและรักษาสัมพันธ์ภาพกับสมาชิกในทีม

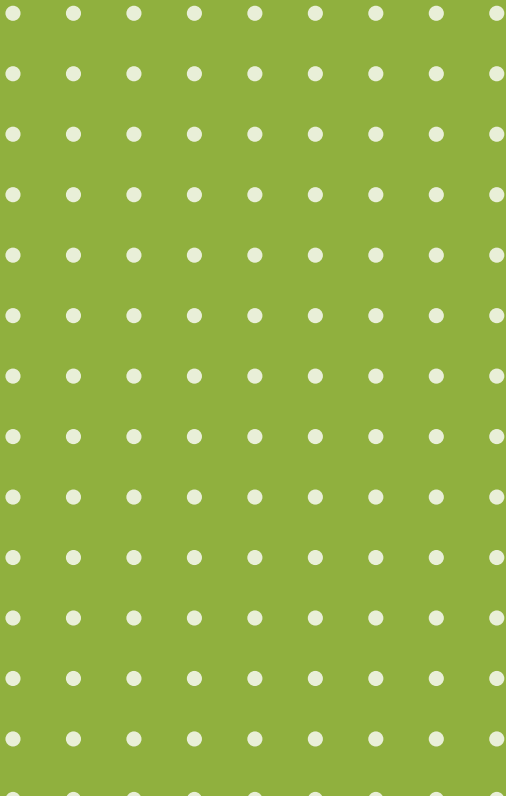
ซึ่งหากจะให้เห็นผลได้ทันใน ๑๐ ปี ควรต้องมีกิจกรรมหรือมาตรการส่งเสริมในเรื่องต่างๆ ด้วย เช่น เรื่อง Relationship จะต้องทำอย่างไร จึงจะอยู่กันแบบเป็นพี่เป็นน้องได้ มีการ Coaching หรือว่าเป็นพี่เลี้ยงกัน เป็น Mentor กัน หรือการทำงานกันเป็นทีม ซึ่งพวกนี้ผมว่า ถ้าเราได้ทำกันจริงๆ ทุกคนเห็นว่ามันเป็นสิ่งที่มีความประโยชน์สำหรับตัวเอง

“

“กรมควบคุมโรคเป็นศูนย์รวมของผู้รอบรู้หลากหลายแขนง จึงอยากให้ใช้ KM ช่วยจัดการความรู้ทำให้กรมควบคุมโรคเหมือนตลาดนัดความรู้ที่ทุกคนสามารถเลือกหาความรู้ที่ตนสนใจ ไปพัฒนาต่อยอดงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น”

”

เครื่องมือชิ้นที่ ๒
ปัจจัยความสุข
และความสำเร็จ (3 ส)





เครื่องมือชิ้นที่ ๒ :

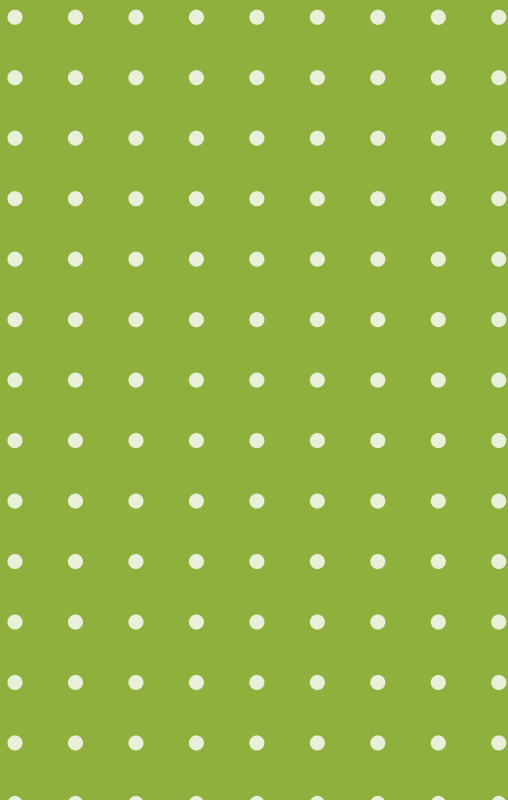
ปัจจัยความสุขและความสำเร็จ (๓ ส)

ส ที่ ๑ สำเร็จ ความสำเร็จในการทำงาน ซึ่งจะต้องมีการเขียนถ่ายทอดประสบการณ์ความสำเร็จในการทำงาน และความประทับใจ ผมมอบให้ผู้บริหารเขียนสิ่งเหล่านี้ทุกเดือน และทำให้เป็นวัฒนธรรมองค์กรให้ได้ในที่สุด

ส ที่ ๒ สุข ให้สมาชิกทุกระดับ ขององค์กรมีความสุขในการทำงาน ตามหลักของพรหมวิหาร ๔ (เมตตา กรุณา มุชิตา อุเบกขา) และสังคหวัตถุ ๔ (ทาน ปิยวาจา อุตถจริยา และสมานัตตา)

ส ที่ ๓ สร้าง หมายถึงการสร้างสิ่งดีๆ ให้กับองค์กร ทั้งสร้างบุคคลากรที่ดี และสร้างระบบการทำงานที่ดีให้กับองค์กรเพื่อทำให้กรมควบคุมโรค สามารถพัฒนาไปได้อย่างยั่งยืน

ซีเภา (หมาย)



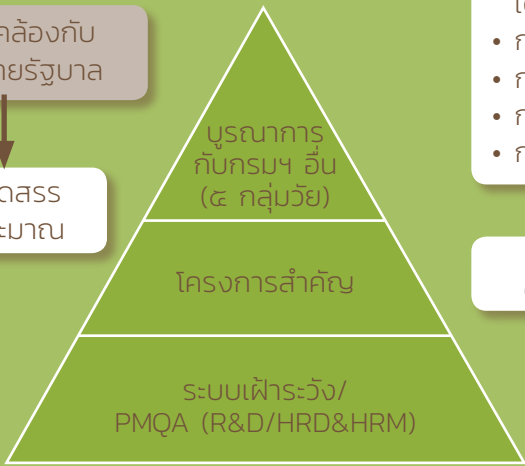
เมืองโรมไม่สามารถสร้างเสร็จได้ในวันเดียวฉันใด การสร้างหน่วยงานขนาดใหญ่ให้แข็งแกร่งเป็นที่พึ่งของประชาชนได้นั้น ก็ต้องใช้เวลาสร้างสมขึ้นมาเช่นกัน ดังนั้นเพื่อให้บุคลากรกรมควบคุมโรคสามารถบรรลุเป้าหมายที่จะเป็นที่พึ่งในประชาชนด้านสาธารณสุขได้ ต้องอาศัยแนวทาง ดังนี้

๑. การวางแผน HRD (Human Resource Development) กำหนดอัตรากำลังของบุคลากรที่ชัดเจน สามารถวางแผนเรื่องงบประมาณในการพัฒนาบุคลากรได้ รวมถึงเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จะนำมาใช้พัฒนาการทำงานให้ดียิ่งขึ้น ผมอยากให้เราไปถึง ภาพสามเหลี่ยม



สอดคล้องกับ
นโยบายรัฐบาล

การจัดสรร
งบประมาณ



- กลุ่มหญิงตั้งครรภ์/
เด็กปฐมวัย
- กลุ่มวัยเรียน
- กลุ่มวัยรุ่น
- กลุ่มวัยทำงาน
- กลุ่มสูงอายุ/พิการ

โรคและภัย
ตามปัญหาสำคัญ

งานตาม
Function กรมฯ

ด้านล่างสุด เป็นเรื่องพื้นฐานที่เราจะทำ คือ Surveillance (การเฝ้าระวัง) การพัฒนาคน PMQA (Public Sector Management Quality Award)

ส่วนที่ ๒ ของสามเหลี่ยม เป็นการดูปัญหาของพี่น้องประชาชนว่ามีปัญหาเรื่องมีโรคภัยไข้เจ็บอะไรบ้าง เพื่อกำหนดแนวทางการเฝ้าระวัง และควบคุมป้องกันโรคนี้ให้ได้

ยอดสามเหลี่ยมด้านบน ส่วนนี้เป็นการพิจารณาปัญหาของประเทศ ที่ต้องมีการบูรณาการกับกรมอื่นๆ เช่น เรื่อง ๕ กลุ่มวัย ได้แก่

- กลุ่มสตรีตั้งครรภ์และเด็กปฐมวัย
- กลุ่มเด็กวัยเรียน
- กลุ่มวัยรุ่น
- กลุ่มวัยทำงาน
- กลุ่มผู้สูงอายุและผู้พิการ

ซึ่งจะต้องคิดหาแนวทางเพื่อส่งเสริมป้องกันควบคุมโรค โดยคำนึงถึงผลสำเร็จและงบประมาณเป็นสำคัญ

๒. การจัดการองค์ความรู้ (Knowledge Management: KM) ท่านได้กล่าวแสดงแนวทางการดำเนินงานไว้ว่า ควรให้สามารถนำความรู้ของทุกคนในองค์กรมาใช้งานได้จริง โดยให้คำนึงถึงหลัก ๕I เป็นหลักในการปฏิบัติงาน คือ

Information ต้องมีข้อมูลข่าวสารใช้บริหารงานและเผยแพร่ ซึ่งข้อมูลสำหรับการเผยแพร่ ต้องมีครบทั้ง ๕ มิติคือ

- ๑) สถิติชีพการป่วย/ตาย
- ๒) พฤติกรรม
- ๓) ปัจจัยกำหนด (determinant)
- ๔) Intervention (มาตรการ)
- ๕) เหตุการณ์ผิดปกติ (Outbreak Event)

Innovation ต้องผลิตนวัตกรรมในการควบคุมป้องกันโรค เช่น การจัดท่าระบบ การเฝ้าระวัง ให้ครอบคลุมระบบพื้นฐานของกรมควบคุมโรค ทั้ง ๕ ระบบคือ

- ๑) ระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อ
- ๒) ระบบเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อ
- ๓) ระบบเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม
- ๔) ระบบเฝ้าระวังอุบัติเหตุ (Injury)
- ๕) ระบบเฝ้าระวังโรคเอดส์/วัณโรค

Intervention ต้องบริหารจัดการการทำงานให้เกิดผลสำเร็จ ทั้งส่วนงานของตนเองและการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่าย ตลอดจนงานที่ภาคีเครือข่ายนำไปดำเนินการเอง

International Standard ต้องได้รับความเชื่อถือ การยอมรับ และสามารถเป็นต้นแบบข้อมูลที่นานาชาตินำไปใช้อ้างอิงได้

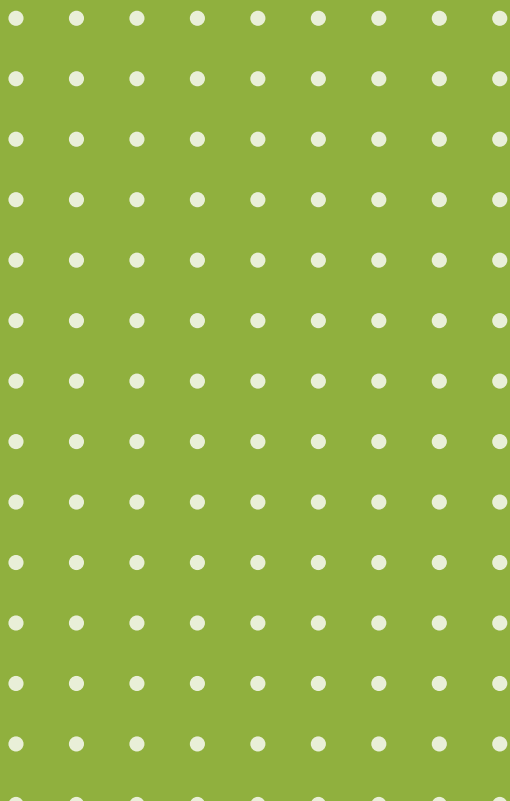
Immediate ต้องเร่งรัดการทำงานให้สำเร็จโดยเร็ว



“ KM นี้เราต้องลงมือทำเองอย่างจริงจัง
อาจจะไม่ต้องเจาะลึกทฤษฎีมาก เพราะในทางทฤษฎี
อาจทำให้เข้าใจว่า KM เป็นเรื่องที่ยุ่งยาก
แต่ในทางปฏิบัติ เพียงคุณมีการรวมกลุ่มพูดคุย
มีการบันทึก และแลกเปลี่ยนข้อมูลกัน
เพียงเท่านี้คุณก็เข้าสู่กระบวนการของ KM แล้ว ”



อนาคต
กรมควบคุมโรค
ที่ต้องไปให้ถึง



อนาคตกรมควบคุมโรคที่ต้องไปให้ถึง :

การพัฒนาหน่วยงานเป็น Excellent Center

ทั้งนี้ด้วยการเพิ่มขีดความสามารถและศักยภาพในการเฝ้าระวังของกรมฯ การพัฒนาหน่วยงานต่างๆ ให้เป็น Excellent Center ก็เป็นสิ่งที่สำคัญและต้องการให้มีการดำเนินงานอย่างเร่งด่วนและจริงจัง โดยมีหน่วยงานต้นแบบ ๓ แห่ง ได้แก่

๑. **สถาบันบำราศนราดูร** เป็นศูนย์ที่เป็นเลิศในการควบคุมดูแลด้านโรคติดต่ออุบัติใหม่ (EID, AIDS) เป็นสถานที่รับการดูแล การส่งต่อ ดูแลกักกันโรค รวมถึงด้าน Nosocomial Infection และ Public Health หรือ Lab Surveillance

๒. **สถาบันราชประชาสมาสัย** เป็นศูนย์ที่มีความเป็นเลิศด้าน Leprosy เป็นที่รับส่งต่อดูแล Reconstruction Surgical, Rehabilitation ตลอดจนการดูแลเรื่อง Occupation Health ทำ Clinical Prevention และงานเชิงรุกด้าน Environmental Health เน้นงานทางด้านคลินิก

๓. **โรงพยาบาลบางรัก** เป็นศูนย์ที่มีความเป็นเลิศด้าน STI: Sexually Transmitted Infection หรือ กามโรค

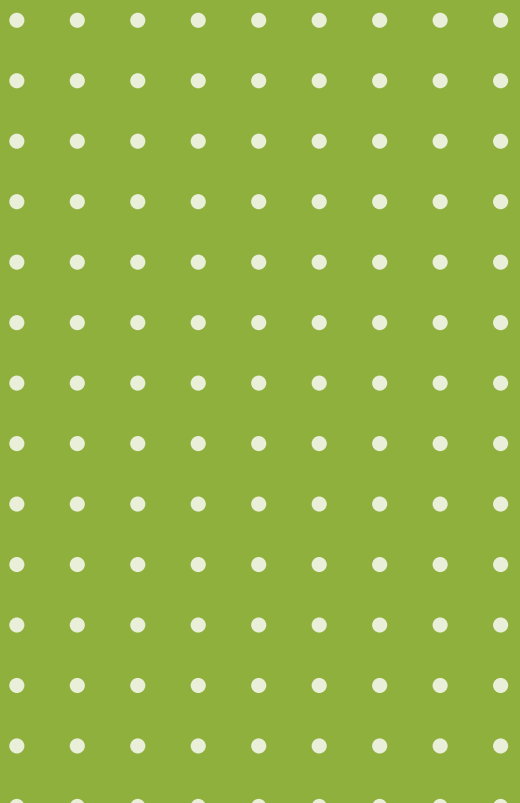
และท้ายที่สุด ท่านอธิบดีได้กล่าวเพื่อเป็นกำลังใจให้กับชาวกรมควบคุมโรคไว้ว่า

“

“หากงานในกรมควบคุมโรคสามารถปฏิบัติตามที่กล่าวไว้ข้างต้นได้จริง PMQA หรือ TQA ก็ไม่ใช่เรื่องยากสำหรับกรมควบคุมโรค อีกต่อไป”

”

ประวัติการทำงาน



ประวัติการทำงาน

นายแพทย์โสภณ เมฆธน

- เริ่มรับราชการครั้งแรกตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๒๔ เป็น นายแพทย์ ที่โรงพยาบาลชุมชนบ่อพลอย จังหวัด กาญจนบุรี ทำงานทั้งด้านคลินิก (ตรวจคนไข้) และ ทำงานด้านสาธารณสุขด้วย
- ศึกษาต่อเฉพาะทางด้านโรคผิวหนัง
- โรงพยาบาล พหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี
- เปลี่ยนสายงานมาเป็นด้านสาธารณสุขเป็นรอง นายแพทย์สาธารณสุข จังหวัดกาญจนบุรี
- นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดที่ระนอง (ครั้งแรก)
- นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี
- รองอธิบดีกรมอนามัย
- ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
- รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- อธิบดีกรมควบคุมโรค
- ปลัดกระทรวงสาธารณสุข



นายแพทย์คำนวณ อึ้งชูศักดิ์

นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ
ด้านเวชกรรมป้องกัน
กรมควบคุมโรค



๔ ทศวรรษ

ความสำเร็จของการควบคุมโรค
เริ่มต้นที่การเฝ้าระวัง



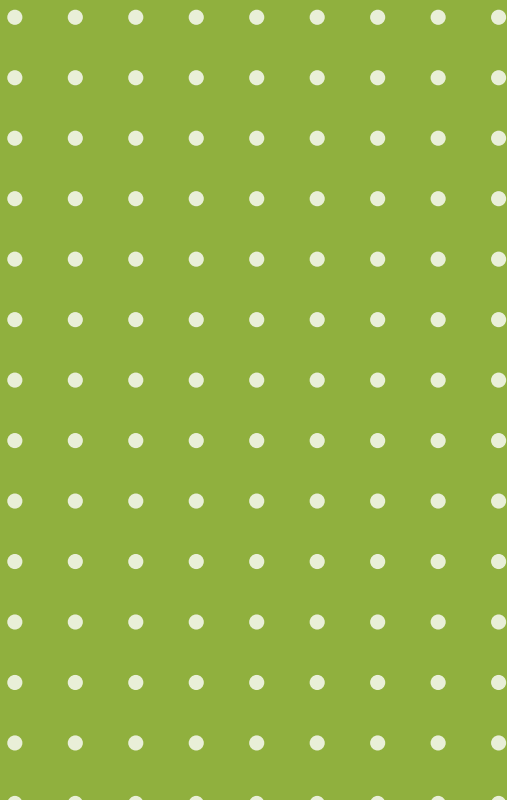
ผลงาน

- ร่วมบุกเบิกงาน SRRT: Surveillance and rapid response team

ภาษาไทย เรียกว่า “ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว” คำนี้มีเสน่ห์ตรงคำว่า “เคลื่อนที่เร็ว” แสดงออกถึง Action ซึ่งในการทำงานด้านระบาดวิทยา จะถูกสอนให้ทำงานอย่าง “Action-oriented” อยู่เสมอคือ ต้องลงมือปฏิบัติควบคุมโรคด้วย ไม่ใช่การเขียนรายงานส่งเพียงอย่างเดียว

ในสมัยก่อนมีทีมที่ปฏิบัติหน้าที่ลักษณะนี้เช่นกัน โดยใช้ชื่อว่า *Special Respond Team* เป็นทีมเฉพาะกิจที่ตั้งขึ้นเมื่อเกิดอหิวาตกโรคระบาด หลังจากควบคุมอหิวาตกโรคได้สำเร็จ ก็ยกเลิกทีมไป จนกระทั่ง มีโรค SARS ระบาดในปี 2003 ทำให้ต้องเฝ้าระวังโรคอย่างเข้มข้น มีการส่งคนไปติดตามผู้ที่สงสัย และผู้ที่สัมผัส ตอนนั้นได้ขึ้นมาดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการกองระบาดวิทยาก็ได้มีข้อเสนอว่า เราก็ควรจะต้องมีทีมแบบนี้ประจำอยู่ในทุกจังหวัดโดยที่ขอให้มีการมีกลุ่มงานระบาด มีท่านผชว. เป็นหัวหน้าทีม

“ซึ่งต้องทำงานแบบ
7-eleven คือทำงาน
๒๔ ชั่วโมง ๗ วัน”



“ซึ่งต้องทำงานแบบ 7-eleven คือทำงาน ๒๔ ชั่วโมง ๗ วัน”

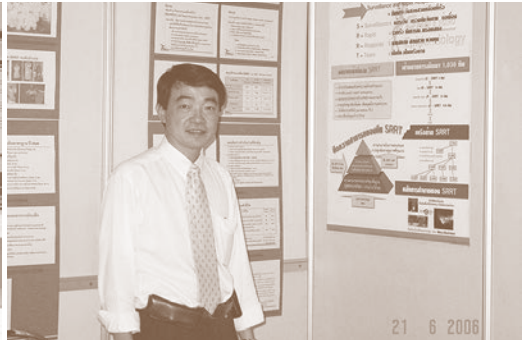
ในช่วงนั้นกระทรวงได้เห็นชอบให้ตั้งทีมงานลักษณะนี้ เพื่อช่วยให้เราสามารถรู้สถานการณ์ว่าวันนี้เรามีคนที่เข้าข่าย ต้องเฝ้าระวังสอบสวนโรคกี่ราย ผู้สัมผัสกี่ราย ตลอดระยะเวลา ๓ เดือนของโรค SARS ทีมนี้ทำงานเฝ้าระวังคนไป ประมาณ ๓๐๐ กว่าคน และแต่ละกรณีจะมีผู้สัมผัสอีกประมาณ ๑๐ คน ที่ต้องไปติดตาม ซึ่งนับเป็นประสบการณ์ที่ดี

เมื่อโรค SARS จบลงก็ได้มีโอกาสเข้าร่วมประชุมทบทวน เรื่องของโรค SARS ที่ประเทศไต้หวัน พร้อมกับบพ.ศุภมิตร ชุณหสวัณวัฒน์ (นายแพทย์ทรงคุณวุฒิฯ) ซึ่งได้พบข้อความ สำคัญอย่างหนึ่ง คือ

“SARS คือสัญลักษณ์ที่เตือนว่าจะมีเรื่องแบบนี้มาอีก ทุก ๒-๓ ปี”

จากที่เคยคิดว่าพอมันมาแล้วก็จะจบไปกลายเป็นอดีต ทำให้คิดว่าต้องนำเรื่องนี้ยื่นข้อเสนอให้กับทางท่านปลัด กระทรวงสาธารณสุข เพื่อขอให้มีการแต่งตั้ง ทีม Special Respond Team โดยเมื่อมีการระบาดของฮิวาตโรค ก็ได้ ทดลองเสนอให้มีทีมแบบนี้ แต่เป็นการทำงานอย่างไม่เป็น ทางการ เพราะเป็นเรื่องที่ทำกันเองภายในกระทรวงสาธารณสุข

จนกระทั่ง พ.ศ. ๒๕๔๘ เกิดไข้หวัดนกระบาดใหญ่ขึ้นมา และต้องใช้ทีมที่ทำงานแบบนี้ออกไปสอบสวน ติดตามผู้ป่วย ผู้สัมผัส โดยกระทรวงสาธารณสุขก็ถามกรมควบคุมโรคว่ามีข้อ เสนออย่างไรบ้าง สำนักโรคบาตจึงปรึกษากัน และได้เสนอความ คิดเห็นว่า ควรจะมีทีม SRRT ในแต่ละจังหวัดอย่างน้อย ๑ ทีม พร้อมกับเสนอให้มีทุกจังหวัด ทุกอำเภอ รวมเบ็ดเสร็จ



๑,๐๓๐ ทีม ช่วงนั้น คุณหญิงสุดารัตน์ เกยุราพันธุ์ (รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุข) มีความเห็นชอบด้วยกับข้อเสนอนี้ และจัดให้มีการประชุมครั้งแรก โดยได้เชิญนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมา และมอบนโยบายเรื่องนี้ว่าให้ตั้งทีม โดยมีสมาชิกประมาณ ๔-๕ คน

๑. หัวหน้าทีม จากการเลือกหรือแต่งตั้งเอง เช่น ถ้าเป็นระดับจังหวัด ก็จะเป็นหัวหน้าฝ่ายเวชกรรม

๒. คนที่รู้เรื่องระบาดวิทยา ๑-๒ คน

๓. คนที่รู้เรื่องควบคุมโรค ๒-๓ คน

เพื่อทำหน้าที่ประสานงานกับฝ่ายสนับสนุนในท้องถิ่นในการสอบสวนโรค ซึ่งจะประกอบด้วย อสม. และตัวแทนจากฝ่ายต่างๆ ประมาณ ๒๐-๓๐ คน และมี “มิสเตอร์ใช้หวัดนก” ซึ่งก็คือ “ผชว” ของจังหวัดเป็นหัวหน้าทีม ทำหน้าที่ไม่มีวันหยุดทำงาน ๒๔ ชั่วโมง มีเหตุการณ์ที่ไหนก็ต้องออกไปติดตาม

ถัดจากนั้นก็ได้มีการทำแผนยุทธศาสตร์เรื่องใช้วัตุนก ซึ่งก็ได้บรรจุนโยบายนี้เข้าไปว่า “ให้ทุกจังหวัด ทุกอำเภอ มีทีมSRRT” แผนยุทธศาสตร์นี้จะถูกรับรองโดยคณะรัฐมนตรี จึงกลายเป็นจุดตั้งต้นอย่างเป็นทางการ

ดังนั้นจึงสามารถสรุปได้ว่า SRRT เริ่มก่อตั้งอย่างไม่เป็นทางการในปี พ.ศ. ๒๕๔๖ และเริ่มก่อตั้งอย่างเป็นทางการผ่านมติคณะรัฐมนตรี พ.ศ. ๒๕๔๘ ช่วงใช้วัตุนกระบาด แต่ทุกอย่างเราต้องไม่พึ่งเสาอยู่ต้นเดียว ให้พยายามหาเสาไว้หลายๆ ต้น เพื่อเกิดความแข็งแรง

หลังจากที่ได้มีการก่อตั้ง SRRT อย่างเป็นทางการก็มีเรื่องของ

“

“กฎอนามัยระหว่างประเทศ”
ที่กำหนดว่า ทุกประเทศต้องมีขีดความสามารถ
ในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข

”

โดยให้แต่ละประเทศไปนำเสนอว่ามีกลยุทธ์ในการตอบโต้
อย่างไร และขอให้มีการทำแผนผ่านรัฐบาล สำนักกระบาด
ได้รับมอบหมายให้มีหน้าที่รับผิดชอบเรื่องนี้ จึงได้เสนอให้มี
การแต่งตั้งทีม SRRT ให้เป็นกลไกสำคัญในการตอบโต้
ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข เพราะฉะนั้นเรื่องของ SRRT
ได้ผ่านคณะรัฐมนตรี ๒ ครั้ง คือ

๑. ผ่านแผนยุทธศาสตร์ใช้หัวदनก

๒. ผ่านโดยใช้แผนยุทธศาสตร์ของกฎอนามัยระหว่าง
ประเทศ

เรื่องแรกเป็นเรื่องภายในประเทศของเรา แต่เรื่องที่สองเป็น
เรื่องที่จะเชื่อมโยงระหว่างประเทศ

• SRRT: กับความภาคภูมิใจ

- ทีม SRRT ของประเทศไทยได้เป็นทีมต้นแบบในการ
วางทีมหน่วยสอบสวนเคลื่อนที่เร็วให้กับภูมิภาค โดยเมื่อครั้ง
ที่เกิดเรื่องใช้หัวदनก ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้พยายามศึกษา
ปัจจัยที่ส่งผลให้ทีม SRRT ของประเทศไทยประสบความสำเร็จ
และค้นพบว่าปัจจัยหลัก ๒ เรื่อง คือ

๑. อสม. ที่เปรียบเสมือนผู้สื่อข่าวช่วยเป็นหูเป็นตา

๒. เมื่อได้รับแจ้งจาก อสม. เรามีทีม SRRT ลงพื้นที่ทันที
เขาจึงเอาตรงนี้ไปขาย โดยจัดประชุมประเทศต่างๆ ที่
กรุงเทพ แต่เปลี่ยนชื่อ Surveillance Response Team (SRT)
ตัดคำว่า rapid ออกไป และ SRT ได้มีแพคเกจจัดอบรมให้กับ
ประเทศต่างๆ และถ้าไปถามหลายประเทศดูก็จะมีทีม SRT นี้
อยู่ ไม่ว่าจะเป็นกัมพูชา พม่า หรือประเทศต่างๆ แต่โดยสาระ
สำคัญมีภารกิจเหมือนกัน แต่เรียกชื่อต่างกันเท่านั้น

“

“แต่ผมคิดว่าข้อแตกต่างที่สำคัญ อยู่ตรงที่
งานของ SRRT ในประเทศไทย มีการ
พัฒนาการไม่หยุดยั้ง คือมีทีม SRRT อยู่
1,030 ทีม คือ มีระดับอำเภอ ระดับจังหวัด
และระดับประเทศ”

”

โดยท่านอธิบดีมานิต ได้เสนอโครงการที่เรียกว่า “อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็ง” และมีแพคเกจที่สำคัญคือ จะต้อง มี SRRT ทุกอำเภอและทุกตำบล ฉะนั้นตอนนี้ ประเทศไทยเวลาพูดถึง SRRT จะไม่ใช่ ๑,๐๓๐ ทีม แต่จะเกือบ ๑๐,๐๐๐ ทีม กระจายไปทุกตำบล เปรียบเสมือนเครือข่ายใยแมงมุม ที่สามารถเฝ้าระวัง สอบสวน แก้ไขปัญหาภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข ครอบคลุมทุกพื้นที่

- ความแตกต่างระหว่าง SRRT ของประเทศไทย และ SRT ของจากประเทศอื่นๆ มี ๒ ลักษณะ คือ

๑. SRRT ของไทยจะมีขอบเขตการทำงานที่ลึกและความกว้างขวางครอบคลุมการทำงานที่มากกว่า

๒. ประเทศไทยมีการจัดทำแผนงาน และตั้งงบประมาณให้กับทุก สคร. เพื่อใช้พัฒนาทีม SRRT ให้เกิดความเข้มแข็ง

- **SRRT ในอุดมคติ**

๑. มีการกำหนดทีม

ทีมได้รับการฝึกอบรม และเริ่มต้นทำหน้าที่ เรียกว่าเป็น One District One Team (ODOT) หรือว่า หนึ่งตำบลหนึ่งทีม

๒. มีการปฏิบัติการ

ไม่ใช่ว่าตั้งทีมเฉยๆ เรียกว่าเป็น One Team One Observation คือให้ออกไปสอบสวนโรค ขอให้มีการลงมือทำ

๓. One Team One Success Observation

คือ สอบสวนรู้เลยว่าสาเหตุมาจากอะไร และก็สามารถควบคุมโรคให้เบ็ดเสร็จเด็ดขาดได้

๔. One Team One Professional

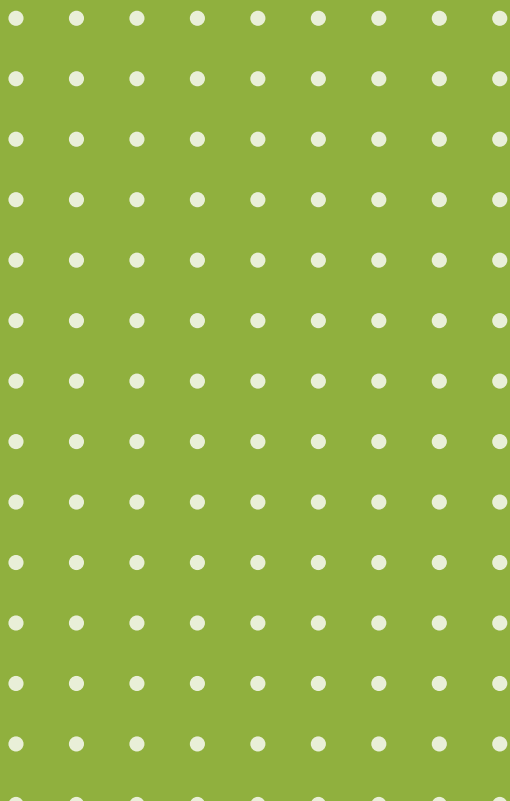
ความเป็นมืออาชีพ ซึ่งเป็นภาพที่ต้องการเห็นมากที่สุด

“

“สุดท้ายเราต้องการเห็นความเป็น
“มืออาชีพ” ซึ่งขณะนี้ยังไม่ถึง เพราะ
คำว่า Professional มั่นใจความลึกซึ้งมาก
คือ นอกจากจะมีเรื่องวิชาการแล้ว จะต้อง
มีเรื่องของ “ใจ” หมายถึงทีมที่จะเป็น
Professional ก็จะต้องทุ่มเททุกสิ่งทุกอย่างเพื่อ
ทำให้สามารถเอาชนะปัญหาอุปสรรคได้”

”

ความท้าทายที่
กรมควบคุมโรคต้องฟันฝ่า
สู่การเป็นProfessional





ความท้าทายที่กรมควบคุมโรค ต้องฟันฝ่าสู่การเป็น Professional

ผมมองทำงานจะสำเร็จได้ ผมมักจะคิดเสมอว่า มันต้องมีองค์ประกอบ พลังขับเคลื่อน ๔ พลัง ได้แก่

๑. พลังทางด้านวิชาการ

เป็นเรื่องท้าทายเพราะวิชาการเป็นเรื่องไม่หยุดนิ่ง แต่กรมควบคุมโรคมีนักวิชาการที่มีฝีมืออยู่แล้ว จึงไม่น่ากังวล รวมถึงอยากสนับสนุนให้ทีม SRRT ได้มีโอกาสแสดงบทบาทในการประชุมวิชาการด้วย

๒. พลังทางด้านนโยบาย

ต้องคิดต่อไปว่าจะทำอย่างไรให้ SRRT มีพลังด้านนโยบาย ต้องขอบคุณผู้บริหารกรมควบคุมโรค ที่ผลักดันพระราชบัญญัติควบคุมโรคติดต่อฉบับใหม่ ระบุให้มีทีมเฝ้าระวังสอบสวน หรือ SRRT ในระดับจังหวัด ระดับพื้นที่ ที่สามารถใช้ส่วนนี้เป็นพลังหนุนด้านนโยบายได้



๓. พลังความร่วมมือร่วม

ต้องการให้กรมควบคุมโรคสนับสนุนให้เขารวมตัวกันเป็นชมรม สมาคม เพื่อบอกเล่าปัญหา และข้อติดขัด

๔. พลังการจัดการ

ปัจจุบันปัญหาล่าสุดของงาน SRRT คือเรื่องความก้าวหน้าของคนทำงาน ทำให้คนทำงานควบคุมโรคส่วนใหญ่หนีไปอยู่ฝ่ายรักษาพยาบาล ถ้าหากผู้บริหารกรมได้ผลักดันเรื่องการจัดการ ก็จะสามารถประคองให้งาน SRRT เดินหน้าได้อย่างมั่นคงต่อไป

• “กฎหมาย” กับ “การควบคุมโรค”

กฎหมายมีบทบาทมากในการควบคุมโรคไม่ติดต่อ เพราะว่าเป็นเรื่องของการไปจัดการ “ธุรกิจ สินค้า (Business Product)” แต่พอมาเป็นเรื่องของโรคติดต่อ จะเป็นเรื่องของ “คน” เพราะเชื้อโรค จะอยู่กับคนและอาหารเป็นส่วนใหญ่ ดังที่อาจารย์ นพ.สุชาติ เจตนเสน พูดเสมอว่า

“ความสำเร็จของงานควบคุมโรคอยู่ที่ความร่วมมือของประชาชน”

แม้กฎหมายจะเปรียบเหมือนอาวุธที่ถืออยู่ในมือซึ่งดีกว่ามือเปล่าไม่มีอะไรเลย แต่การใช้กฎหมายบังคับอาจเสี่ยงต่อการเกิดแรงต่อต้านจากประชาชน ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า เวลาที่

เกิดความไม่เข้าใจ ถึงแม้เราจะมีกฎหมายบังคับควบคุมก็ตาม ประชาชนก็จะไม่ให้ความร่วมมือ ซึ่งโดยส่วนตัวผมมาสายที่เป็นพิราบ คือโน้มเอียงมาทางที่จะทำความเข้าใจ ขอความร่วมมือ เพราะรู้ว่าเรื่องนี้มันต้องทำด้วยความเต็มใจ

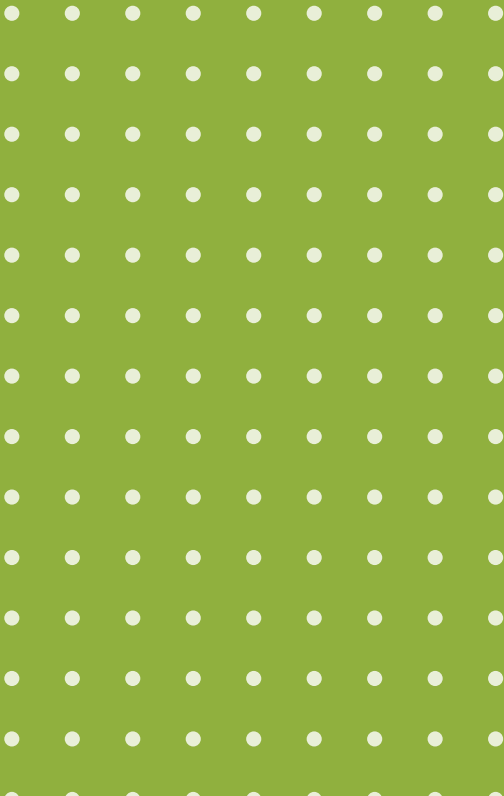
• Case Study: ความสำเร็จของการใช้กฎหมายกับการควบคุมโรค

“ที่สิงคโปร์การบังคับใช้กฎหมายทำได้ดี เพราะมีประชากรน้อย ขนาดประเทศเล็ก ระบบการสื่อสารอยู่ในสายเลือดของเขาแล้ว เพราะฉะนั้นสามารถให้การออกกฎหมายควบคุมได้ แต่บ้านเรายังแตกต่างกันมาก และปัญหาการควบคุมโรคในบ้านเราจะเกี่ยวข้องกับเรื่องแรงงานต่างด้าว นักท่องเที่ยวต่างๆ มากมาย เพราะฉะนั้นเรื่องของกฎหมายจึงมีจุดที่ต้องระมัดระวังอย่างมาก

โดยทั่วไปแล้วเมื่อเกิดโรคระบาด ประชาชนพร้อมที่จะให้ความร่วมมือ ถ้าเป็นเรื่องของโรคระบาดใหญ่ เช่น โรค MERS หรือ EBOLA “แต่ต้องทำความเข้าใจก่อน หากไม่ได้ผลค่อยใช้กฎหมายเป็นตัวบังคับ”

เช่นใน สมัย SARS เราเข้มข้นมาก ใครเดินทางไปที่ต่างประเทศ กลับมาใช้ เราจะขอให้เอาตัวไปกักไว้เฝ้าสังเกตอาการ โดยเฉพาะแอร์โฮสเตส จนกระทั่งเขาไม่มีคนทำงาน แล้วเราก็พยายามที่จะบังคับใช้กฎหมาย แต่พอไปทำความเข้าใจกับเขา เขาก็จะจัดระบบต่างๆ ของเขาก็ได้”

ส่งท้าย



ส่งท้าย

- ความประทับใจ
- ประทับใจในทีม SRRT

๑. ด้วย SRRT เป็นงานที่เราเกี่ยวข้องโดยตรงจึงเกิดความผูกพัน

“ไม่ว่าจะตึกดินเพียงใด เราจะพร้อมทำงานอยู่ตลอดเวลา”

พอมีเหตุการณ์ เมื่อเราติดต่อไปที่ทีม SRRT เขาจะตอบสนองและพร้อมปฏิบัติหน้าที่อย่างเต็มที่ แต่สิ่งที่ต้องระวัง คือ ทุกครั้งเราจะบอกเขาว่าภารกิจนี้จะเป็นประโยชน์ต่อพื้นที่ที่เป็นความรับผิดชอบของเขา แต่อย่าทำให้เขารู้สึกว่าที่เรากำลังขอข้อมูลเพียงเพราะว่าเราอยากจะได้ข้อมูลมาแจ้งสื่อมวลชน เพราะจะทำให้เขาไม่มีความรู้สึกภาคภูมิใจในการทำงาน

๒. ประทับใจใน สคร.ต่างๆ

ที่ทำ SRRT และพยายามจะจัดการประชุมสร้างเครือข่ายต่างๆ และอยากจะขอบคุณผู้ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้บริหารทุกคน

“

งาน SRRT เป็นงานที่มีหลายมิติ มีหลายด้าน ไม่ใช่เพียงการรักษาหากแต่ยังมีทั้งการสอบสวน และเผื่อระวังอยากให้เห็นที่ทำงานนี้มองว่า หน้าที่นี้คือกำไรชีวิต เพราะงานลักษณะนี้หาไม่มีอีกแล้ว”

”

- ความประทับใจต่อกรมควบคุมโรค

เพราะถ้าเราอยู่ฝ่ายรักษาอย่างเดียว งานจะค่อนข้างน่าเบื่อ ผมเคยเป็นแพทย์และพบว่า วันนี้เราจะต้องตรวจคนไข้ตั้งแต่เช้าจนเย็น พบแต่โรคเดิมๆ แต่พอมาเป็นงานสาธารณสุข งานควบคุมโรค มันจะไม่ได้อยู่ที่คนไข้อย่างเดียว แต่ต้องไปเกี่ยวข้องกับครอบครัวของเขา ชุมชน การจัดการ และนโยบายด้วย

- มุมมอง/แนวคิดที่ได้จากการทำงาน

ในช่วง ๓๕ ปีที่รับราชการ หลักที่สำคัญ ส่วนใหญ่เป็นสิ่งที่เราสังเคราะห์ขึ้นมาเองจากบทเรียน สรุปได้ ดังนี้

๑. คนที่เกษียณจะรู้ว่า “เวลาเป็นสิ่งที่มีความมากที่สุด” ดังนั้นขอให้น้องๆ ลองมองเหมือนกับเล่นฟุตบอลมีเวลาแค่ ๙๐ นาที ครึ่งแรกก็อย่าไปใช้เวลาเลี้ยงบอลไปมา เล่นไม่จริงจัง ขอให้ใช้เวลาให้คุ้มค่า ดังเช่นคณะลิเกคณะหนึ่ง ที่เคยบอกว่า

“เวลาร้องต้องร้องสุดเสียง เวลารำต้องรำสุดแขน”

เพราะฉะนั้นสำหรับคนทำงานแล้วเรามีเวลาจำกัด ต้องทำให้เต็มที่

๒. ผมมักจะเจอคนบ่นว่าทำไมมอบงานให้เยอะ ซึ่งสิ่งนี้ผมมองว่าเป็นโชคดี เพราะเมื่อเราทำงานชิ้นหนึ่ง ก็จะเป็นการเพิ่มความสามารถให้กับเรา ทำให้ได้รับการไว้วางใจให้ทำงานใหม่ๆ อีก

“ทุกงานที่มอบมาเป็นโอกาสที่เราจะได้พัฒนา”

ดังนั้นหากผู้บังคับบัญชามอบหมายงานให้ จึงไม่ควรปฏิเสธ ยกเว้นงานที่ผิดกฎหมายให้ปฏิเสธไป ถ้าไม่ผิดให้ทำแล้วจะมีโอกาสอื่นๆ ตามมา

๓. ในการรับราชการถือว่าเป็นสิ่งที่ไม่ถาวร เพราะเมื่ออายุครบ ๖๐ ปีต้องเกษียณ แต่เรื่องของมิตรภาพ ครอบครัว สายใยความผูกพันของคนทำงานจะเป็นสิ่งที่คงทนถาวร เพราะฉะนั้นอย่าทะเลาะ แก่งแย่ง ชิงดีกัน

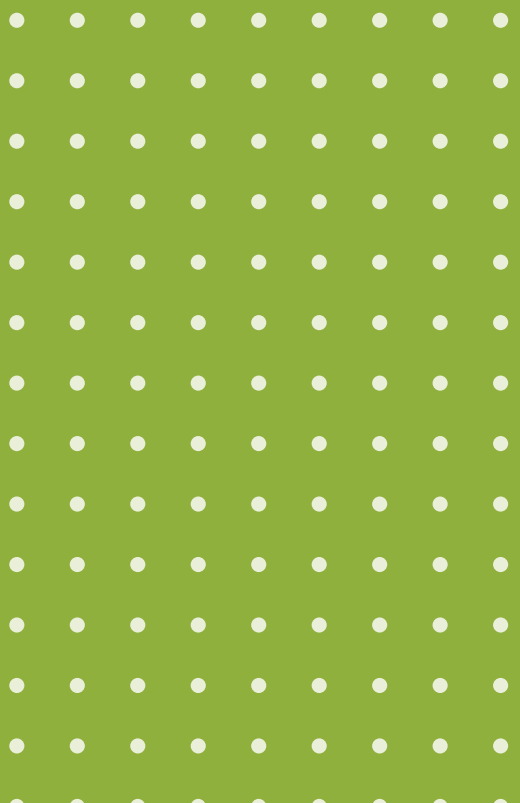


“

“สุดท้ายงานทุกอย่างจะสิ้นสุด
เมื่อคุณเกษียณอายุราชการ
แต่สายใยและความผูกพันยังคงอยู่ตลอดไป
ควรทำงานด้วยความซื่ออกซื่อใจกัน”

”

ประวัติการทำงาน



ประวัติการทำงาน

นายแพทย์ค่านวน อึ้งชูศักดิ์

- แพทยศาสตรบัณฑิต ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล (พ.ศ. ๒๕๒๒)
- เริ่มรับราชการ ในปีพ.ศ. ๒๕๒๓ ตำแหน่งแพทย์ประจำโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน จ.ขอนแก่น
- พ.ศ. ๒๕๒๖ ย้ายมาประจำกองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีผลงานโดดเด่นหลายเวที โดยเฉพาะงานควบคุมและป้องกันโรคเอดส์
- พ.ศ. ๒๕๒๙ ปรินญาโท คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล
- พ.ศ. ๒๕๓๓ เป็นหัวหน้าหลักสูตรฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน สาขาเวชศาสตร์การป้องกันแขนงระบาดวิทยา
- พ.ศ. ๒๕๓๔ ได้รับอนุมัติบัตรเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงระบาดวิทยา
- หัวหน้ากลุ่มโรคเอดส์ และเป็นผู้วางรากฐานระบบการทำงานด้านการเฝ้าระวังโรคเอดส์ให้ครอบคลุมทั้งประเทศ ร่วมมือกับต่างประเทศพัฒนาบุคลากรด้านการเฝ้าระวังโรคเอดส์ในประเทศแถบภูมิภาคเอเชีย
- ผู้อำนวยการกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรคติดต่อ
- นายแพทย์ทรงคุณวุฒิฯ กรมควบคุมโรค



นายแพทย์ภาสกร อัครเสวี

นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ
ด้านเวชกรรมป้องกัน
กรมควบคุมโรค



๔ ทศวรรษ

การสร้างเครือข่ายคุณแจสำคัญ
งานระดับวิทยาสู่ความสำเร็จ



ผลงาน

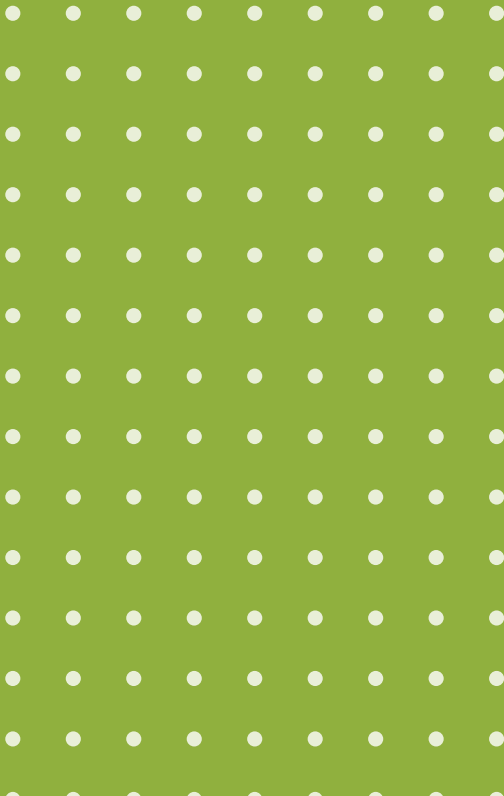
- ศูนย์ความร่วมมือด้านสาธารณสุข

ในฐานะผู้อำนวยการฝ่ายไทยของศูนย์ความร่วมมือด้านสาธารณสุข ที่ต้องมีการประสานงานทั้งจากภายในและต่างประเทศ ซึ่งการทำงานการเฝ้าระวังโรคระหว่างประเทศนั้น สิ่งสำคัญคือ

“การสร้างเครือข่ายระหว่างประเทศ และต้องทำงานต่อเนื่องมายาวนานพอสมควร”

ด้วยการสร้างมิตรภาพระหว่างประเทศ การที่ต้องสร้างเครือข่ายระหว่างประเทศ และต้องรู้จักการให้ แล้วจึงจะได้รับความร่วมมืออื่นๆ มา ต้องมีการแชร์ข้อมูลข่าวสารไปยังเพื่อนบ้านใกล้เคียง เพื่อที่เราจะได้รับข้อมูลข่าวสารกลับมา ซึ่งข้อมูลที่แชร์ระหว่างกันนั้นเป็นข้อมูลที่มีประโยชน์มาก

กำหนดจุดเน้นของ
การดำเนินงาน
ปีงบประมาณ
พ.ศ. 2555-2556
โดยใช้โมเดล “5 นิ้ว” หรือ
“5 ประเด็นในการพัฒนา”



กำหนดจุดเน้นของการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ. 2555-2556 โดยใช้โมเดล “5 นิ้ว” หรือ “5 ประเด็นในการพัฒนา”



๑. นิ้วหัวแม่มือ

เป็นนิ้วที่ผู้คนนิยมยกนิ้ว เพื่อแสดงความชื่นชมยินดี เมื่อเห็นสิ่งหนึ่งว่าดีเยี่ยม เทียบได้กับ

“การพัฒนาทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ที่มีผลงานเป็นที่ประจักษ์ และเป็นจุดแข็งประการหนึ่งของระบบเฝ้าระวังโรคของประเทศ”

ซึ่งมีมาตรการและแนวทางปฏิบัติ ดังนี้

- สร้างความเข้มแข็งของเครือข่าย SRRT ระดับตำบล

- พัฒนาศักยภาพของทีม SRRT ระดับตำบล และงาน

กฎอนามัยระหว่างประเทศ (IHR ๒๐๐๕)



๒. นิ้วชี้

เป็นนิ้วที่ชี้ไปยังเป้าหมายต่างๆ คล้ายการชี้ให้เห็นถึงสถานการณ์และโรคภัยสุขภาพ ตลอดจนแนวโน้มของการเกิดโรคจึงเทียบได้กับ

“การพยากรณ์โรคและภัยสุขภาพ”

ซึ่งมีมาตรการและแนวทางปฏิบัติ ดังนี้

- พัฒนาบุคลากร ให้มีความรู้ ความเข้าใจด้านเทคนิค และวิธีการพยากรณ์โรคในรูปแบบต่างๆ



- พัฒนารฐานข้อมูล ที่หลายหน่วยงานสามารถใช้ร่วมกันได้ในการพยากรณ์โรคทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ
- พัฒนาและจัดหาเครื่องมือ อุปกรณ์ และโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ที่ทันสมัย สะดวก เหมาะสม และใช้ง่าย เพื่อให้หน่วยงานต่างๆ สามารถใช้พยากรณ์โรคร่วมกันได้
- พัฒนาคุณภาพผลผลิตทางวิชาการด้านการพยากรณ์โรค ให้เป็นที่ยอมรับและถูกนำไปใช้ในการวางแผนหรือกำหนดมาตรการในการป้องกันโรคระดับพื้นที่ จังหวัด เขต และประเทศ



๓. นิ้วกลาง

เป็นนิ้วที่ยาวที่สุดในจำนวนนิ้วมือทั้ง ๕ นิ้ว เปรียบเสมือน
“ระบบเฝ้าระวังทั้ง ๕ ระบบโรค”

ซึ่งถือเป็นแกนหลักที่สำคัญของระบบเฝ้าระวังโรคและภัย
สุขภาพของประเทศซึ่งระบบ ๕ โรคนั้น คือ

- ๑) โรคติดต่อ
- ๒) โรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- ๓) โรคไม่ติดต่อ
- ๔) โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม
- ๕) โรคจากการบาดเจ็บ

โดยมีการวางมาตรการและแนวทางปฏิบัติ ดังนี้

- สำรวจบุคลากรที่รับผิดชอบงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ๕ ระบบโรคในแต่ละเขต เพื่อประเมินศักยภาพบุคลากร และจัดทำ Training Need

- จัดหลักสูตรอบรมแบบบูรณาการงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ๕ ระบบโรค โดยพิจารณาจากผลการสำรวจบุคลากรในระดับเขตและเน้นการพัฒนา Core Capacity ที่จำเป็นในการดำเนินงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาในระดับเขต

- Monitoring การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อกำกับติดตามการดำเนินงานเฝ้าระวังของจังหวัด

- Intelligence การใช้ประโยชน์ข้อมูล การเตือนภัยข่าวกรอง และพยากรณ์โรค

- Evaluation การประเมินระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ในระดับภาค และประเทศ โดยเลือกโรคที่สำคัญ ๑ โรค/ระดับประเทศ ๑ โรค/ระดับเขต โดยดำเนินการประเมินระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาร่วมกันในลักษณะ Field (On the Job Training and Coaching)



๔. นิ้วนาง

เป็นนิ้วที่ถูกสวมแหวนเพื่อการหมั้นหมาย จึงเทียบได้กับ
“พันธสัญญาตามกฎหมายระหว่างประเทศ (IHR) ที่
ประเทศไทยได้ร่วมลงนามและจะต้องปฏิบัติตามกฎ”

เพื่อให้การดำเนินงานด้านการเฝ้าระวังและป้องกันควบคุม
โรคและภัยสุขภาพระหว่างประเทศได้มาตรฐานสากล ซึ่งมีการ
วางมาตรการและแนวทางปฏิบัติ ดังนี้

- พัฒนางานด้านกฎหมายระหว่างประเทศ
- พัฒนาภาคีเครือข่ายทางระบาดวิทยาในด้านควบคุมโรค
ระหว่างประเทศ
- พัฒนาระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์การระบาด กระบวนการ
ตรวจสอบข่าวการระบาด และการสอบสวนโรคและภัยสุขภาพ



๕. นิ้วก้อย

มักใช้คำว่า “เกี่ยวก้อย” เพื่อแสดงถึงความร่วมมือร่วมใจ
กัน จึงเทียบได้กับ

“การพัฒนาภาคีเครือข่าย ASEAN+๓ FETN”

ซึ่งประเทศไทยโดยสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรคได้รับ
มอบหมายให้ดำเนินการพัฒนาเครือข่ายฝึกรอบมระบาดวิทยา
ภาคสนามในกลุ่มประเทศสมาชิกอาเซียน และอีก ๓ ประเทศ

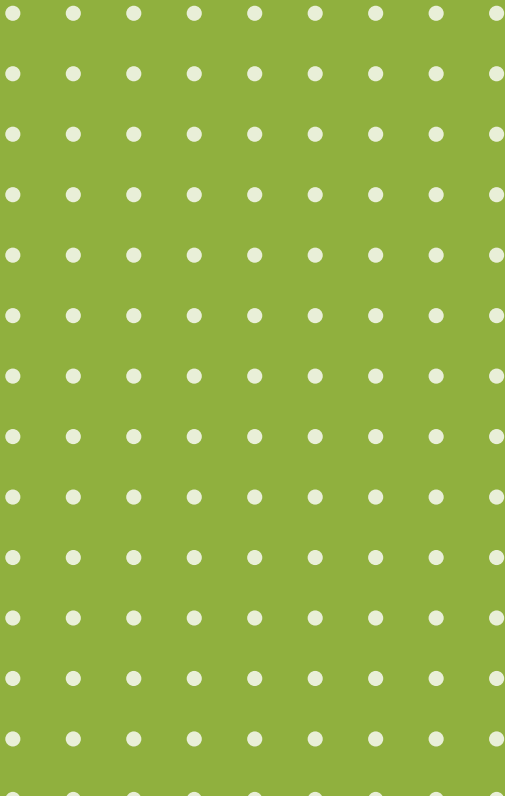
Tip and Trick

การทำงานควรเน้นหลัก

- ความเรียบง่าย คือสิ่งที่สำคัญที่สุด เพราะถ้าทำงานบนความเรียบง่ายแล้ว งานที่ทำก็จะประสบความสำเร็จมากยิ่งขึ้น
- ประหยัด
- เอาใจเขามาใส่ใจเรา
- ยึดหลักของความซื่อตรงซื่อสัตย์เป็นหลัก
- ความมีประสิทธิภาพในการทำงาน
- การทำงานแบบร่วมมือกัน



ส่งท้าย



ส่งท้าย

การทำงานในอนาคตอาจมีความซับซ้อนมากขึ้น ต้องอาศัยความรู้และทักษะหลายๆ ด้านเพราะฉะนั้น สิ่งที่สำคัญในการทำงาน คือ

๑. สามัคคีกัน
๒. พัฒนาทีม องค์กร และพัฒนาวัฒนธรรมการทำงาน
๓. มีการพัฒนาคนและองค์กรอย่างต่อเนื่อง
๔. การพัฒนาด้านเทคโนโลยีและองค์ความรู้ใหม่ เพื่อให้ก้าวทันยุคสมัยตลอดเวลา

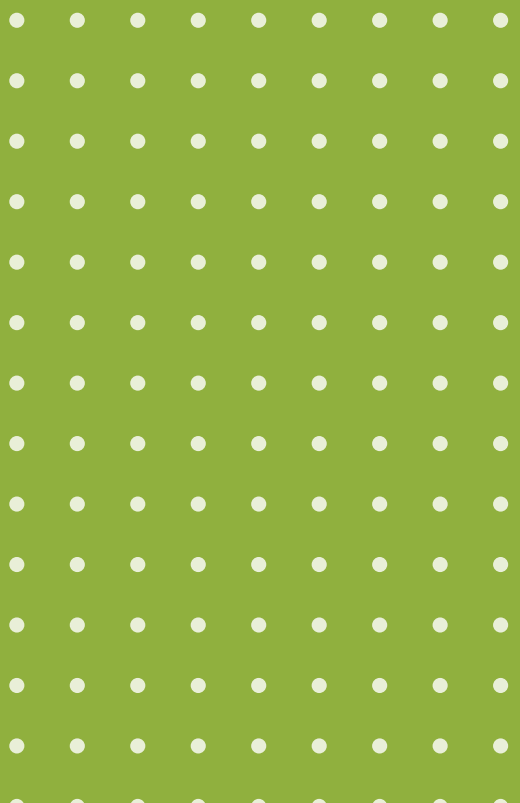
การทำงานในอนาคตจะต้องเป็นการทำงานที่ Collaborate กัน หรือร่วมมือกัน หรือต้องนึกถึงเขา นึกถึงเรานึกถึงส่วนรวมเป็นหลัก นึกถึงภาพวิสัยทัศน์ขององค์กร ความขัดแย้งอาจเกิดขึ้นระหว่างทาง แต่ปัญหาเหล่านั้นก็จะผ่านไป “ความขัดแย้งต่างๆ นั้นถือว่าไม่ใช่เรื่องส่วนตัว”

“

“การทำงานในยุคปัจจุบัน เราต้องมีการร่วมมือกับคนจำนวนมาก เพราะฉะนั้นการทำงานแบบ Collaboration หรือการทำงานร่วมมือกัน เช่น เราเก่งอย่างหนึ่ง เขาเก่งอย่างหนึ่ง เรามีทักษะอย่างหนึ่ง เขามีทักษะอีกอย่างหนึ่ง เมื่อมารวมกันหลายๆ ฝ่ายแล้ว ความสมบูรณ์ก็จะเกิดขึ้น นี่คือภาพของการทำงานที่จะเกิดขึ้นในอนาคต รวมทั้งปัจจุบันด้วย”

”

ประวัติการทำงาน



ประวัติการทำงาน

นายแพทย์ภาสกร อัครเสวี

- ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน
- แพทย์ประจำศูนย์โรคเขตร้อน และสคร. เชียงใหม่
- ผู้อำนวยการกองโรคเขตร้อน
- ผู้อำนวยการสำนักระบาดวิทยา
- ผู้อำนวยการฝ่ายไทยศูนย์ความร่วมมือด้านสาธารณสุขไทย-สหรัฐฯ
- นายแพทย์ทรงคุณวุฒิฯ กรมควบคุมโรค





นายแพทย์ศุภมิตร ชุณหิสุทริวัฒน์

นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ
ด้านเวชกรรมป้องกัน
กรมควบคุมโรค



๗

๔ ทศวรรษ

“คน” ปัจจัยสำคัญในการควบคุม
และป้องกันโรค

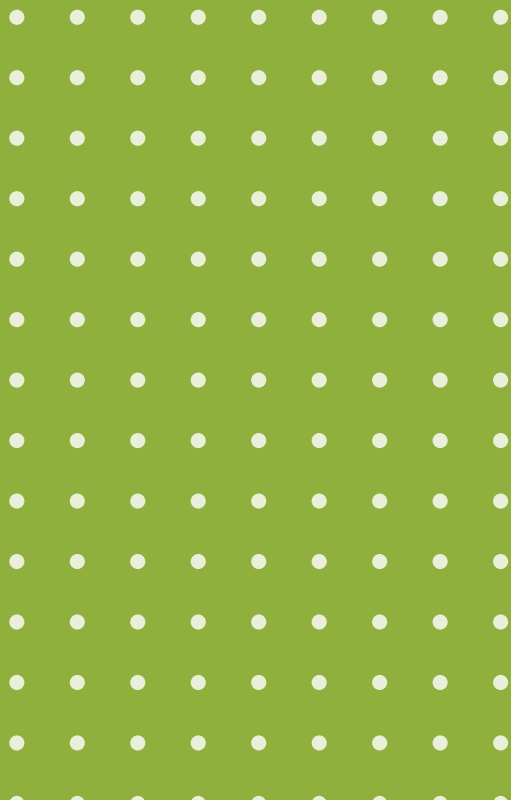


ผลงาน

- การบรรจุวัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบ บี (Hepatitis B) ในแผนงานการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (EPI)

ได้เข้าร่วมเป็นเลขานุการคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัส ที่กระทรวงตั้งขึ้น ประกอบไปด้วย คณะท่านอาจารย์อาวุโสจากมหาวิทยาลัยชั้นนำต่างๆ และที่ท่านผู้บริหารของกระทรวงในช่วงนั้น จากหลายๆ กรม เช่น กรมควบคุมโรคติดต่อ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์ เป็นต้น เพื่อพิจารณาว่าจะมีมาตรการอย่างไรในการควบคุมป้องกันโรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัสชนิดต่างๆ โจทย์สำคัญคือจะสามารถพิจารณานำวัคซีน Hepatitis B เข้ามาใช้ได้หรือยัง

ประโยชน์ของ HBV



ประโยชน์ของการนำวัคซีน HBV มาใช้

ด้านวิชาการ

สามารถสร้างภูมิคุ้มกันต้านทานได้ ป้องกันโรคได้ตามที่คาดหวัง

ด้านการบริหารจัดการ

สามารถนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยทดลอง มานำเสนอต่อผู้บริหารที่มีอำนาจตัดสินใจในการขยายงาน เพราะต้องมีการของบประมาณเพิ่มเป็นเงินจำนวนมาก แต่มีความคุ้มค่าทั้งการป้องกันโรค และลดภาระค่าใช้จ่าย หากคนนั้นเกิดเป็นโรคแล้ว

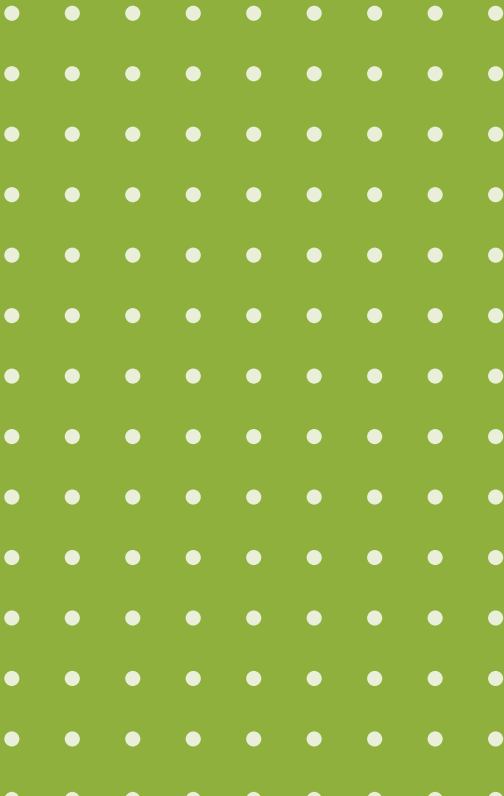
“

“หากเรามีกระบวนการที่เหมาะสม และมีการสร้างความร่วมมือตลอดเส้นทางของท่านผู้เชี่ยวชาญแต่ละหน่วยงาน การเดินไปสู่ระบบนโยบาย ก็จะมีง่ายขึ้น”

”



TIP and Trick



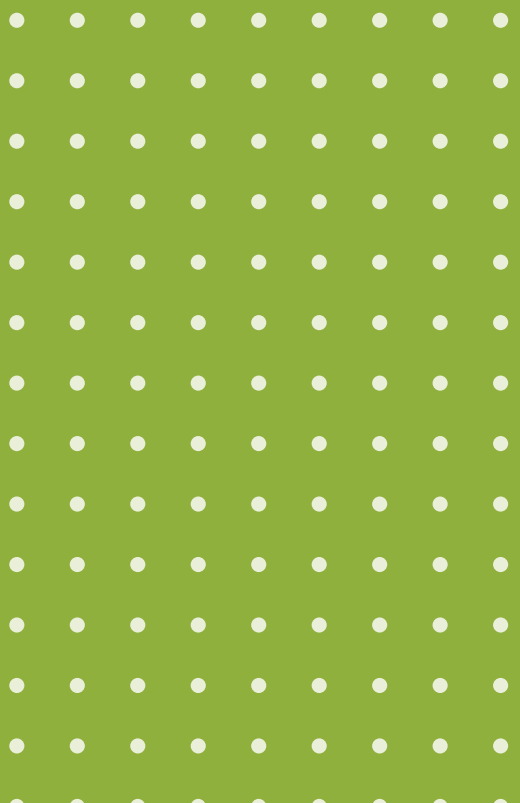


TIP and Trick

การบริหารงานให้สามารถบรรจุ HBV เข้าไปใน EPI ได้นั้น มีหลักสำคัญดังนี้

- ทบทวนความรู้ให้ถูกต้อง แม่นยำ
- เลือกวัดชี้ให้เห็นดี โดยที่มีผู้เชี่ยวชาญมาร่วมกันคิด
- ลองทดสอบในพื้นที่เล็กๆ ว่าทั้งในด้านวิชาการ และการบริหารจัดการนั้น เป็นที่ได้รับการยอมรับเป็นอย่างดี
- ขยายพื้นที่ที่ใช้ทดสอบให้กลุ่มตัวอย่างมีวงกว้างมากยิ่งขึ้น ควบคู่กับการทำ Policy ขอต้งงบประมาณไปด้วย ซึ่งจะเปิดโอกาสให้ทุกคนได้มีโอกาสปรับตัว รวมถึงรัฐบาลก็จะสามารถหางบประมาณมารองรับได้อย่างเป็นขั้นเป็นตอน

ปัจจัยสู่ความ
สำเร็จ





ปัจจัยสู่ความสำเร็จ

- ใช้ความรู้ นำ

ใช้ความรู้ที่ถูกต้อง และมากเพียงพอ จะเป็นพลังในตัวของมันเอง ที่จะทำให้คนเห็นเชื่อมั่น นำไปสู่ความไว้วางใจ เชื่อใจ รวมถึงความร่วมมือก็จะตามมา

- ทำงานด้วยการจัดการความรู้เป็นหลัก

กรมควบคุมโรค เติบโตมาจากกรมควบคุมโรคติดต่อ เป็นหน่วยงานระดับชาติในด้านการจัดการความรู้ เพราะฉะนั้น ความรู้ที่ดีมีคุณภาพนั้นจะเป็นพลังสู่ความร่วมมือ

- ความร่วมมืออย่างกว้างขวาง

งานเล็กๆ นี้ ถ้ามองลงไปก็จะเห็นว่า ในแต่ละขั้นตอนจะ



ได้รับความร่วมมือจากท่านอาจารย์หลายท่าน ทั้งจากมหาวิทยาลัย และท่านที่เกษียณอายุราชการไปแล้ว รวมถึงท่านผู้บริหารในยุคนั้น ตัวแทนจากสถาบันการวิจัยหลายๆ สถาบัน ดังนั้น “การให้เกียรติซึ่งกันและกัน” จึงเป็นสิ่งที่จำเป็น ทำให้สามารถโยงความร่วมมือกันไว้ได้

- ความร่วมมือในระบบสาธารณสุข

ความร่วมมือนั้น ต้องเป็นความร่วมมือที่เป็นเครือข่าย ครอบคลุมการบริหารงานทุกระดับ ดังนี้

ระบบสาธารณสุข > ระบบบุคลากร > ตั้งแต่ส่วนกลาง > ไปถึงส่วนเขต > ไปถึงส่วนจังหวัด > ลงไปถึงพื้นที่ให้ได้รับทราบ

ต้องพยายามสอดประสานเข้าไปสู่ตัวระบบอย่างแนบเนียน และพิถีพิถันด้วยการจัดฝึกอบรม และการติดตามทำความเข้าใจ หรือที่จะเรียกว่าเป็นโครงสร้างพื้นฐาน หรือ Infrastructure ของงานสาธารณสุข

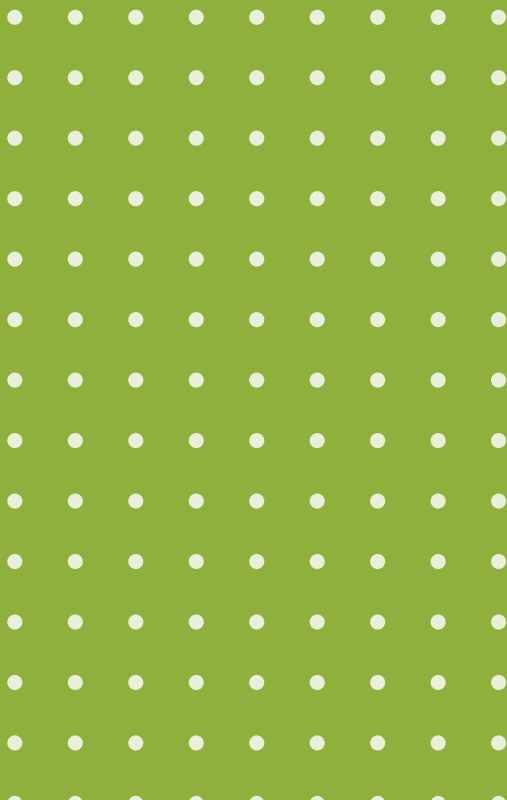
- ข้อมูลการตัดสินใจทำนโยบายโดยเริ่มที่ระดับกรม และความพึงพิถันในสื่อสารในทุกระดับ

เช่น ข้อมูลที่ทำให้กรมเห็นว่า กระตุ้นภูมิต้านทานได้เป็น
อย่างดี การเกิดโรคลดลง มีตัวเลขบ่งชี้ให้เห็นชัดเจนว่ามีความ
คุ้มค่า มีการตอบรับดี โดยต้องนำเสนอข้อมูลไล่ขึ้นมา

จากระดับกรม > กระทรวง > รัฐบาล
เพื่อให้ทุกฝ่ายเข้าใจตรงกัน และเห็นด้วยกับนโยบายได้



ประวัติศาสตร์
การรับมือกับโรคติดต่อ
อุบัติใหม่อุบัติซ้ำ



ประวัติศาสตร์การรับมือกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ

โรค SARS

ในช่วงที่เกิดโรค SARS นั้นประเทศไทยยังไม่มีแผนงานรองรับอย่างชัดเจน จึงต้องรับมือกับ SARS อย่างฉุกเฉินมาก ซึ่งต้องใช้เวลาไม่ต่ำกว่า ๖ เดือน จึงจะผ่านวิกฤตความวุ่นวายนี้ไปได้ จากประสบการณ์ครั้งนี้ทำให้มองเห็นว่าการจัดการกับโรคระบาดนั้นสิ่งสำคัญคือ

๑. มีการเตรียมความพร้อมล่วงหน้า โดยจะแบ่งออกเป็นความพร้อมในด้าน
 - ๑.๑ การเตรียมพื้นฐานทางด้านสาธารณสุข
ซึ่งในประเทศไทยมีรองรับมาเป็นระยะเวลายาวนานแล้ว เช่น โรงพยาบาล บุคลากร เป็นต้น และถ้ามีการรับคนไข้เข้ามาด้วยความระมัดระวัง เรื่องการติดเชื้อ ก็ทำให้สามารถปรับตัวและรับมือได้เร็วพอสมควร
 - ๑.๒ ระบบการเฝ้าระวัง การควบคุม และสอบสวนโรคเฉพาะหน้า หรืองานระบาดวิทยา
ที่ทางกรมควบคุมโรคติดต่อได้ก่อร่างสร้างตัวและพัฒนาไว้ ทำให้เราสามารถร่วมมือกับโรงพยาบาลต่างๆ ในการวินิจฉัย ค้นหา หรือ Detect ผู้ป่วยสงสัยได้เร็ว รับผิดชอบต่อได้เร็ว แล้วรีบเข้าไปให้คำแนะนำ จัดระบบป้องกันไม่เกิดการแพร่ระบาดได้อย่างรวดเร็ว จึงไม่มีการแพร่ระบาดในประเทศ

“

“แต่เพียงรับมือกับการระบาดได้นั้นยังไม่เพียงพอ ต้องมีการเตรียมตัว มีแผนงาน มีคู่มือ มีการซ้อม รวมถึง การเตรียมความพร้อมของอาสาสมัคร”

”

โรคไข้หวัดนก

ความแตกต่างของการระบาดของโรค SARS และ โรคไข้หวัดนก คือ

โรค SARS จะใช้ความรู้จากทางด้านสาธารณสุขเท่านั้น

โรคไข้หวัดนก จะต้องใช้ความรู้ทั้งจากทางสาธารณสุขและจากปศุสัตว์

เนื่องจากโรคไข้หวัดนกนั้นได้ระบาดในสัตว์ปีกก่อน จากนั้นคนจึงได้รับผลกระทบจากการติดเชื้อในลำดับต่อมา ดังนั้น “เนื้องานส่วนใหญ่จะอยู่ในภาคปศุสัตว์ โดยเบื้องต้นต้องกำจัดสัตว์ที่ป่วยก่อน เช่น ไก่ และเป็ด เป็นต้น”

จึงกลายเป็นการทำงานแบบใหม่ที่ร่วมมือกันระหว่างสาธารณสุขและปศุสัตว์อย่างกว้างขวางทั่วประเทศ เป็นการปูพื้นความร่วมมือที่ต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน

โรคไข้หวัดใหญ่๒๐๐๙ระบาด

ก่อนที่จะมีไข้หวัดใหญ่ระบาดใหญ่ในประเทศไทยได้มีการทำ “Table Top Exercise” ทั้งแบบลองปฏิบัติจริง และทดลองทำอย่างกว้างขวางทั่วทั้งประเทศต่อเนื่องกันประมาณ ๓-๔ ปี

และในครั้งนี้อการเตรียมความพร้อมไม่ได้เกิดแต่เพียงในฝ่ายสาธารณสุข หากแต่หลายภาคส่วนก็ให้ความสนใจเข้าร่วมมือด้วย ทั้งในฝ่ายปกครอง เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน นายอำเภอ ทางด้านทหาร ตำรวจก็เข้าร่วมด้วย รวมถึงกระทรวงศึกษาธิการ ทั้งในระดับโรงเรียนและระดับอุดมศึกษา จนกระทั่งใช้หวิดใหญ่ ระบาดใหญ่ นั้นเข้ามาในประเทศ ในปี ค.ศ. ๒๐๐๙ หรือ พ.ศ. ๒๕๕๒ จึงได้มีความพร้อมในการรับมือกับโรคมากยิ่งขึ้น

“เราก็ได้ใช้ความรู้เกี่ยวกับใช้หวิดนกที่แม่จะเกิดขึ้นในสัตว์ปีก ถ้ามันเกิดการกลายพันธ์ มันก็จะกลายเป็นการระบาดใหญ่ และมีความรุนแรงมาก จึงได้มีการเตรียมตัวกับใช้หวิดใหญ่ ระบาดใหญ่ ตั้งแต่ช่วงใช้หวิดนกระบาด”

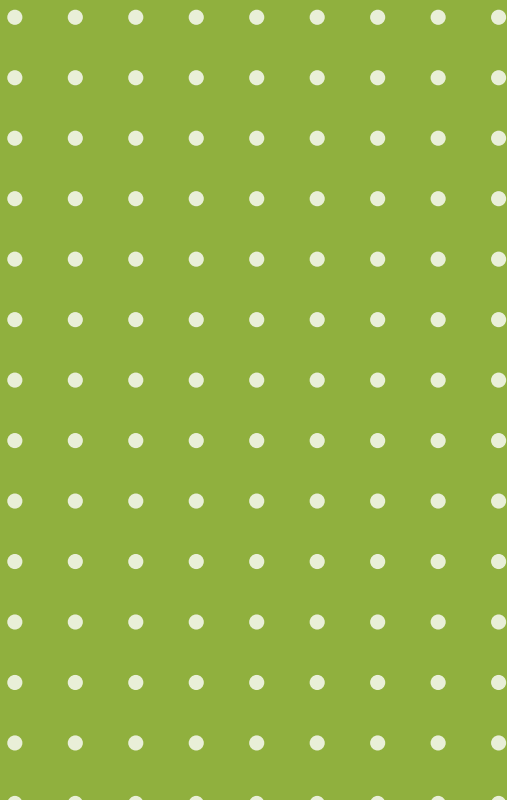
โรคอีโบลา

ในกรณีของ “อีโบลา” ยังไม่มีการตรวจพบผู้ป่วยจริง แต่เมื่อมีการพบเห็นผู้ป่วยต้องสงสัยมันสิ้นเสเทือนทั้งวงการต้องรับมือกันเหนียวมาก สื่อทุกแขนงต่างให้ความสนใจกับการแพร่ระบาดของโรคนี้

โรค MERS

ในช่วงที่มีการระบาดของโรค MERS กรมควบคุมโรคเป็นแกนกลางในการประสานงานทั้งหมดให้ดำเนินไปได้โดยราบรื่น ทั้งด้านการเฝ้าระวัง การวินิจฉัย การรักษา การควบคุมการแพร่เชื้อในโรงพยาบาล การสื่อสารทั้งในภาครัฐและภาคเอกชน ดูเหมือนว่าจะมีความตื่นตัว มีความพร้อมและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีจากภาคส่วนต่างๆ ทำให้เมื่อมีการพบผู้ป่วยรายแรก ในช่วงกลางเดือนมิถุนายน ปี ๕๘ เป็นชาวโอมาน ก็สามารถควบคุมโรคได้สำเร็จในระยะเวลา ๑ เดือน

บทสรุปข้อ
การควบคุมและ
เพื่าระวัง



บทสรุปของการควบคุมและเฝ้าระวัง

จากการที่กรมควบคุมโรคต้องดูแลเรื่องโรคระบาดใหญ่เหล่านี้ จึงทำให้มองเห็นว่า สิ่งสำคัญที่จะทำให้เรื่องควบคุมและเฝ้าระวังดีขึ้นเรื่อยๆ

“คน” คือองค์ประกอบที่สำคัญที่สุด

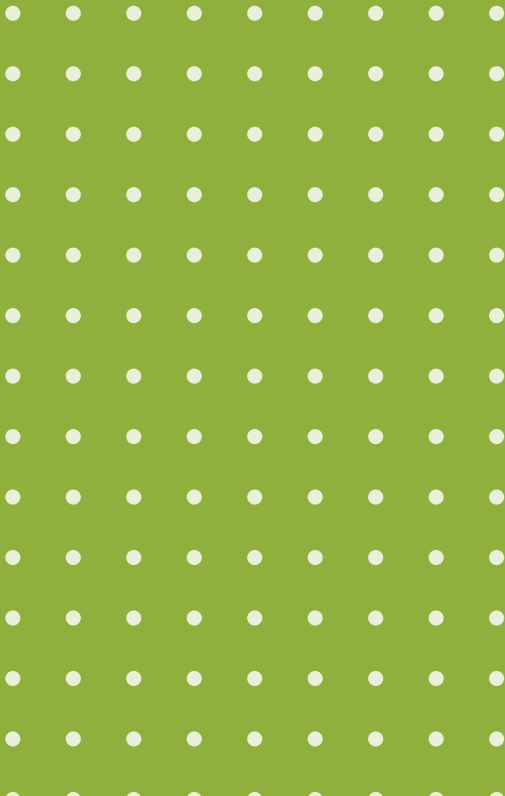
เราต้องมีทีมที่จะทำเรื่องนี้อย่างต่อเนื่อง และทีมนี้เป็นทีมที่ได้รับการส่งเสริมและพัฒนาต่อไปเรื่อยๆ ซึ่งเป็นเรื่องที่ต้องคิดอย่างจริงจัง เพราะเจ้าหน้าที่ที่ดูแลโครงการเหล่านี้ มีจำนวนไม่มาก และความต่อเนื่องยังจะไม่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ กรมต้องเอาใจใส่พิถีพิถันให้ทีมนี้มีกำลังพอสมควร และมีการวางแผนให้มีการสืบทอดได้ด้วย และในระหว่างที่ทำงานเหล่านี้ก็ต้องส่งเสริมให้มีการพัฒนาอย่างเป็นระบบ

เมื่อก่อน บทบาทของกรมในช่วงที่เป็นกรมควบคุมโรคติดต่อ บทบาทหลักจะไม่ใช่นโยบาย ซึ่งนำพนักงานจะค่อนข้างไปทางการประสาน และสนับสนุน เช่น งานวิชาการ ปฏิบัติการ และการบริหารทรัพยากร เช่น ซื้อวัคซีน ซื้อยาไปให้ทั่วประเทศใช้ นำพนักงานจะอยู่ตรงนั้น

ปัจจุบัน ภาระงานของกรมควบคุมโรคค่อนข้างมาทางการพัฒนาด้านวิชาการ พัฒนายุทธศาสตร์ และพัฒนานโยบาย หรือ งานค่อนข้างมาทาง KM มากขึ้น และนำหนักของการประสานสนับสนุนนั้นจะลดลงเรื่อยๆ จากการที่ระบบสาธารณสุขได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และการดูแลช่วยเหลือตัวเองในระดับจังหวัด และระดับพื้นที่ก็สามารถทำได้ดีขึ้น

“ดังนั้นจะต้องมีการพัฒนาศักยภาพของคน โดยเราจะใช้เฉพาะทรัพยากรที่มีอยู่อย่างเดียวยังไม่ได้ ในอดีตผู้บริหารในกรมฯ ได้ทำเรื่องการสร้างคนและสร้างระบบเพื่อมาใช้งาน จะใช้งานสิ่งที่สร้างมาแล้วเพียงอย่างเดียวไม่ได้”

ส่งท้าย

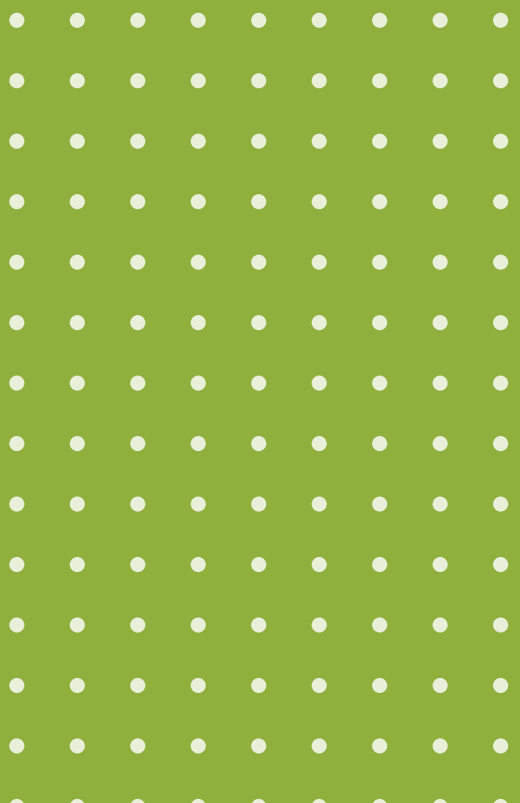


ส่งท้าย

“เราไม่ใช่ศิลปินเดี่ยว เราเป็นผู้ที่ต้องประสานสิบทิศ แม้ว่าเราจะต้องพัฒนาวิชาการในส่วนของเราแต่เราก็ต้องรู้ว่า มีคนอื่นที่พัฒนางานวิชาการอีกมากมายหลายแขนง” ถึงเราจะต้องทำเรื่องนโยบาย แต่ก็ไม่ใช่เพียงเราทำคนเดียว หากแต่ยังคงมีคนอื่นร่วมทำด้วยอีกมาก เราต้องตระหนักอยู่เสมอว่าต้องทำงานบนความร่วมมืออย่างกว้างขวาง ต้องทำตัวเป็นผู้ประสานที่ดี โดยเฉพาะ ในระยะหลังนี้เราจะบอกว่าเราเป็น National Health Authority ผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขในระดับประเทศ นั่นหมายความว่าเราต้องเป็นผู้ประสานงานระดับประเทศที่ดีด้วย ต้องเข้าใจว่างานของเราจะมีความสำคัญกับคนจำนวนมาก ไม่เพียงแต่ในประเทศแต่ยังคงรวมไปถึงนอกประเทศด้วย”



ประวัติการทำงาน



ประวัติการทำงาน

นายแพทย์ศุภมิตร ชุณหะวัณ

- แพทยศาสตร์บัณฑิต จากคณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี (พ.ศ. ๒๕๒๑)
- Certificate in Field Epidemiology จากกระทรวง
สาธารณสุข (พ.ศ. ๒๕๒๗)
- สาธารณสุขมหาดบัณฑิต จากคณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล (พ.ศ. ๒๕๒๘)
- อนุมัติบัตรสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงระบาดวิทยา
จากแพทยสภา (พ.ศ. ๒๕๓๓)
- ผ่านการอบรมจากศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ ที่ Atlanta,
Georgia, สหรัฐอเมริกา และ National Medical
Center, Tokyo, ประเทศญี่ปุ่น
- เริ่มรับราชการเป็นแพทย์ประจำโรงพยาบาลมุกดาหาร
ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๒๒-๒๕๒๕
- หัวหน้าฝ่ายโรคไวรัส และริกเก็ตเซีย กรมควบคุมโรค
ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข
- ผู้อำนวยการศูนย์ประสานงานโรคติดต่อ
- ผู้อำนวยการกองโรคติดต่อทั่วไป
- นายแพทย์ทรงคุณวุฒิด้านเวชกรรมป้องกัน
กรมควบคุมโรค



พญ.วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์

รองอธิบดีกรมควบคุมโรค
(พ.ศ. ๒๕๕๖-๒๕๕๘)



๔ ทศวรรษ

รางวัล UNPSA เครื่องมือสู่การบรรลุวิสัยทัศน์
กรมควบคุมโรค

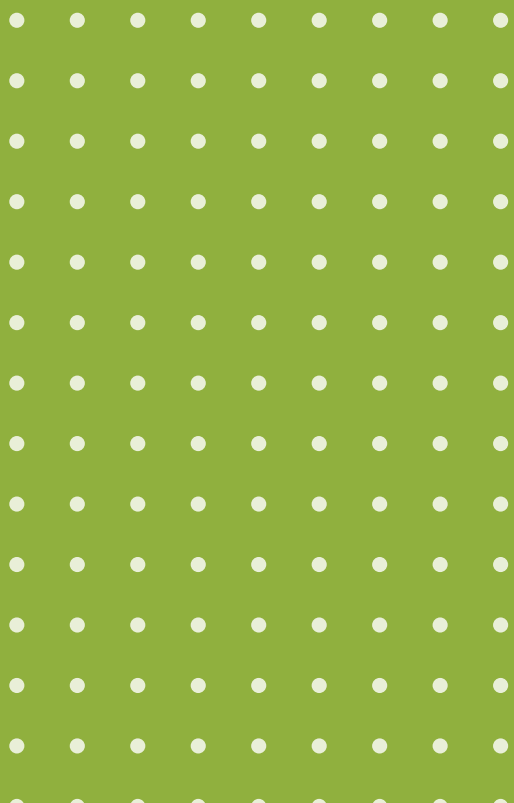


“UNPSA เป็นรางวัลระดับโลก โดยสหประชาชาติจะเป็นผู้มอบรางวัลให้กับหน่วยงานหรือองค์กรที่มีการบริการสาธารณะดีเด่น ซึ่งเป็นรางวัลที่ทั่วโลกความสนใจและยอมรับ หากหน่วยงานใดได้รับรางวัลนี้

นั่นหมายความว่า เป็นหน่วยงานที่ให้บริการในมาตรฐานระดับสากล ดังนั้นหากกรมควบคุมโรคต้องการบรรลุเป้าหมายตามวิสัยทัศน์ ในการเป็นหน่วยงานที่ให้บริการด้านสาธารณสุขที่มีมาตรฐานระดับสากล รางวัล UNPSA เป็นเครื่องมือที่สามารถตอบโจทย์นี้ได้เป็นอย่างดี”

แพทย์หญิงวราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์ รองอธิบดี กรมควบคุมโรค ได้แนะแนวทางในการพิชิตรางวัล UNPSA ไว้ดังนี้

ความสำคัญของรางวัล
UNPSA



ความสำคัญของรางวัล UNPSA (United Nations Public Service Awards)

หากพิจารณาจากวิสัยทัศน์ของกรมควบคุมโรค “การเป็นองค์กรชั้นนำระดับนานาชาติ ที่สังคมเชื่อถือและไว้วางใจ เพื่อปกป้องประชาชนจากโรคและภัยสุขภาพ ด้วยความเป็นเลิศด้านวิชาการ ภายในปีพ.ศ. ๒๕๖๓” จะพบว่า มีคำสำคัญอยู่ ๓ คำ ที่จะต้องนำมาตีโจทย์เพื่อปฏิบัติตามให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ คือ

๑. International Leader การเป็นองค์กรชั้นนำ
๒. Public Trust ในสังคมและนานาชาติเชื่อถือและไว้วางใจ
๓. Excellent Academic เป็นแหล่งรวบรวมงานวิชาการ ซึ่ง UNPSA จะมีทั้งความเป็นองค์กรชั้นนำ นานาชาติ ไว้วางใจ และเป็นแหล่งรวบรวมผลงานทางวิชาการในตัว

ทำความเข้าใจ UNPSA

โดยจะมีการมอบรางวัลทั้งหมด ๔ ประเภท คือ

๑. การบริการที่มีประสิทธิภาพ
 - ๑.๑ การบริการให้กับประชาชน (Service Delivery)
การให้บริการที่ประชาชนเข้าถึงง่ายขึ้นและเท่าเทียม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ชนกลุ่มน้อย คนยากจน คนด้อยโอกาส ซึ่งในงานนี้ภาษาอังกฤษจะเรียกว่า Citizen Centric คือ ประชาชนหรือผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง แต่เพิ่มเรื่อง Equality หรือความเท่าเทียมเข้าไปด้วย
 - ๑.๒ การมีส่วนร่วม (Participation)
เป็นการเน้นการนำเสนอปัญหาโดยชุมชน เพื่อ



ให้เป็นการแก้ปัญหาชุมชนที่แท้จริง ส่งผลให้โครงการที่จัดทำขึ้นสามารถดำเนินการได้อย่างยั่งยืน เช่น โครงการปราบปรามโรคมาลาเรียในเด็ก ของสคร. ๙ ที่ท่าสองยาง โรงเรียนครูใหญ่ บ้านดล โรงเรียนตชด.ท่าสองยาง ซึ่งโครงการนี้เป็นโครงการที่ชุมชนต้องการให้มีการแก้ไขปัญหาการดูแลสุขภาพเด็ก ตามพระราชดำริของสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เพราะบางครั้งเด็กป่วยอยู่ในภาวะมาลาเรียดื้อยาขึ้นสมอง ส่งผลกระทบต่อการเรียน และพัฒนาการของเด็กต่อไปในอนาคต เราก็ลงไปดำเนินการด้วยการตรวจคัดกรองทั้งแบบ “เชิงรับ”

คือ คนที่มีไข้แล้วเข้ามารักษา และ “ในเชิงรุก” ด้วยการสอบถามอาการว่าคนป่วยมาจากบ้านไหน บ้านนั้นก็มีความเป็นไปได้ที่จะมีผู้ป่วยด้วย ก็ต้องมีการออกไปค้นหาผู้ป่วยในเชิงรุก และมีชุมชนช่วยกันดูแลให้กินยาให้ครบเพื่อลดปัญหาการดื้อยา และรักษาโรคให้หายขาดด้วย

ในประเภทนี้ สหประชาชาติจะเน้น หลัก ๓ ข้อ คือ

๑) New Concept

๒) การเข้าถึง

๓) เกณฑ์มาตรฐานสากลและมีผลที่ชัดเจน

๑.๓ ยุค IT (Information Age)

ซึ่งสหประชาชาติจะเน้นที่เรื่องของ Hall of Governance สำหรับการให้บริการประชาชนในยุคของ Information Age หรือการใช้ information technology เพื่อพัฒนาการให้บริการประชาชน เพื่อให้ประชาชนที่อยู่ห่างไกลหรือที่เรียกว่า Remote Rural เช่น พวกชนกลุ่มน้อย พวกชนเผ่า หรือคนที่ไม่มียานยนต์ที่ไร้รัฐ ให้สามารถเข้ารับบริการที่มีมาตรฐานได้อย่างทั่วถึง

“

“ Hall of Governance หมายถึงภาครัฐ
ไม่ใช่กระทรวงเดียว ต้องทำร่วมกัน
ทุกกระทรวงและผลักดันให้เกิดเป็น
นโยบายในลักษณะของ Share Vision :
Share Goal : Share Value และ Share Source
หรือที่เรียกว่า “การบูรณาการ” ร่วมกันคิด
ร่วมกันทำ โดยมีประโยชน์
ของประชาชนเป็นศูนย์กลาง
(Citizen Centric)”

”

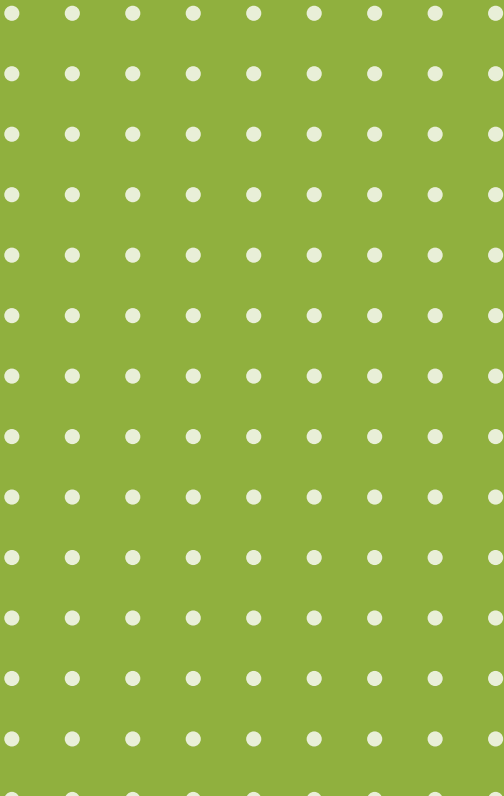
๑.๔ เรื่อง Gender

ซึ่งสหประชาชาติจะให้ความสนใจเรื่องการให้สิทธิ
กับผู้หญิงเป็นอย่างมาก เช่น การศึกษา เป็นต้น
เพราะการให้ Girls Education จะเปรียบเสมือน
การให้ Family Education คือ ด้วยเหตุนี้
สหประชาชาติจึงให้ความสนใจในเรื่องของ Gender
ซึ่งหมายรวมถึงเรื่องของสตรีและเด็กด้วย





TIP and Trick



TIP and Trick

- การทำงานเป็นทีม คนที่เป็น **Team Lead** ผู้นำของทีม ต้องให้คำชี้แนะได้ ต้องเป็นทั้งครู COACH หรือแม้แต่ผู้สนับสนุน และผู้อำนวยความสะดวก นอกจากนี้ต้องอธิบายให้คนในทีมเข้าใจซึ่งกันและกันเสมอ

- การทำงานเพื่อตอบโจทย์ ต้องมี “ผลลัพธ์” และต้องมี “ตัววัด” ที่ชัดเจนสามารถบอกค่าหรือข้อมูลตามหลัก “การบริหารจัดการโดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์” (Management by Fact) ได้ เพราะ “เป้าไม่ชัด วัดไม่ได้” ทำไปเหนื่อยเปล่า

- คำว่า “TEAM” นั้นไม่มีตัว “I” ดังนั้นเมื่อผลงานประสบความสำเร็จ จึงไม่ได้หมายความว่า เป็นผลงานของกรมควบคุมโรค หรือกระทรวงสาธารณสุข หากแต่เป็นผลงานแห่งความสำเร็จของประเทศไทย ที่ได้นำองค์ความรู้ไปปกป้องไว้บนเวทีแห่งสหประชาชาติ

- ใช้ “ISMART” เป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน

๑. Integrity

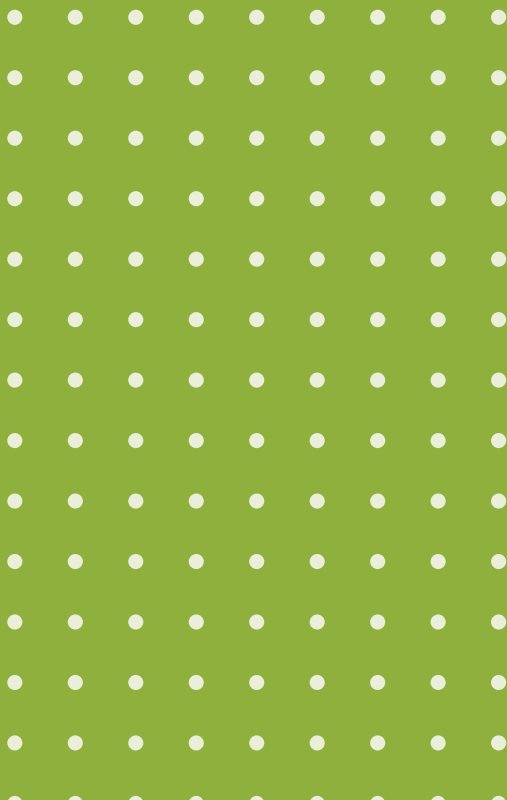
๒. Service Mind

๓. Mastery

๔. Achievement Motivation

๕. Relationship

Excellent Center



Excellent Center

การที่จะเป็น Excellent Center จะต้องมีทั้งหมด ๖ องค์ประกอบ

๑. **Super Totally** หมายถึง เป็นสถานพยาบาลที่สูงกว่า ตติยภูมิ หมายถึงรักษาได้ยุ่งยากซับซ้อน คนเป็นเอดส์แล้วยังมีโรคไตวาย ฟังอีก เป็นต้น คือเป็นโรคที่ซับซ้อนเหนือกว่า ปฐมภูมิหรือทุติยภูมิธรรมดา

๒. **การเป็นศูนย์ส่งต่อ** คือเป็นศูนย์ในการรับเข้าเพื่อรักษาและพิจารณาส่งต่อเมื่อเป็นโรคเฉพาะทาง

๓. **เป็นศูนย์งานวิจัย** ที่สามารถนำผลงานไปใช้เป็นหลักอ้างอิงได้

๔. **Training หลังระบบปริญญา** เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน

๕. **การจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย** เช่นปัจจุบันกรมควบคุมโรค ได้มีการผลักดันกฎหมาย พระราชบัญญัติควบคุมโรคติดต่อ ซึ่งก่อนหน้านี้ก็มีฉบับเมื่อปี พ.ศ. ๒๕๒๓ การผลักดันในเชิงนโยบายจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ

๖. **Network การสร้างเครือข่าย**

คนมักมองว่ากรมควบคุมโรคต้องเป็น Excellent Center ต้องเป็นเลิศ และการเป็นเลิศต้องวัดด้วยผลผลิต หรือ Performance Excellence เช่น เมื่อเราได้รับมอบหมายให้ดูแลสถาบันบำราศนราดูร และผลักดันให้เป็นศูนย์ของความเป็นเลิศด้านโรคติดเชื้อ ประกอบด้วยยุทธศาสตร์จะมีอยู่ ๔ ข้อ

๑. เก็บรวบรวมข้อมูลข่าวสาร ฐานข้อมูล หลักสถิติ และนำมาวิเคราะห์ เพื่อนำมาสู่การปฏิบัติ

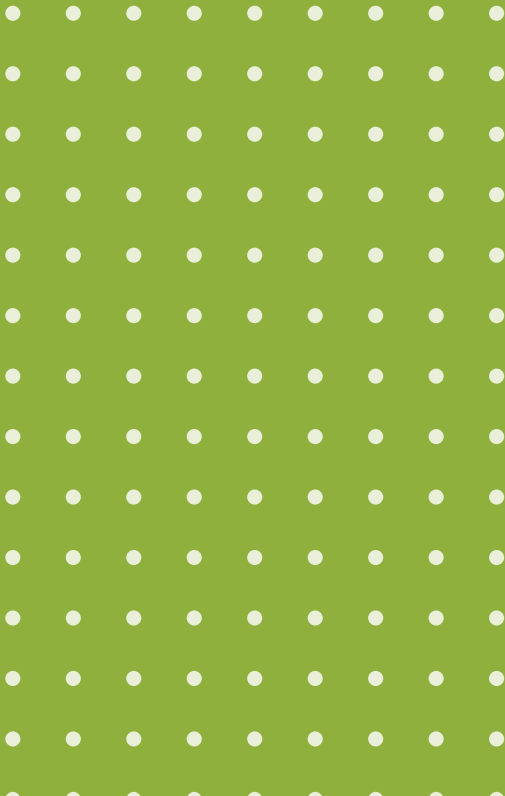
๒. การฝึกอบรมบุคลากร

๓. การทำแนวทางเวชปฏิบัติ

๔. Logistic และการสนับสนุนเวชภัณฑ์

เมื่อนำหลักทั้ง ๔ ข้อนี้ มาพิจารณาเพื่อสร้างเป็นแผนการดำเนินงาน โดยเลือกประเด็นของ “การฝึกอบรมพยาบาลติดเชื้อ” ซึ่งมีเพียง ๓ ที่เท่านั้นในประเทศไทย ๒ ที่อยู่ในเครือข่ายของมหาวิทยาลัยมหิดล นั่นคือ โรงพยาบาลรามาธิบดี และโรงพยาบาลศิริราช อีก ๑ ที่คือ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ นั่นหมายความว่า หากคนต้องการอบรมเรื่องพยาบาลติดเชื้อ ถ้าอบรมที่กรุงเทพฯ ไม่ทัน ก็ต้องขึ้นไปอบรมที่จังหวัดเชียงใหม่ หลายท่านก็ร้องเรียนมาว่าตนอยู่สงขลา บัดตานี้ จะอบรมแต่ละที่ ก็ต้องขึ้นไปเหนือสุด ที่จะต้องเสียทั้งค่าเดินทาง และค่าที่พัก อีกทั้งตลอดทั้งปีหลักสูตรจากทั้ง ๓ แห่ง สามารถรองรับผู้เข้าอบรมได้เพียง ๑๓๐ คน ในขณะที่ มีโรงพยาบาลรัฐและเอกชน รวมกันมีทั้งหมดกว่า ๑,๕๐๐ แห่ง และในขณะที่โรงพยาบาลที่มีขนาดเกิน ๒๐๐ เตียง ที่จะต้องมีพยาบาลจบหลักสูตรติดเชื้อ (หลักสูตร ๔ เดือน) จำนวน ๑ คน ซึ่งจะต้องใช้ระยะเวลายาวนานร่วม ๑๐๐ ปี จึงจะสามารถอบรมให้ครบตามความต้องการได้ ดังนั้นจึงเป็นที่มาของการสร้างเครือข่ายการอบรมพยาบาลหลักสูตรโรคติดเชื้อ ในสถาบันบำราศนราดูร และมีการขยายเครือข่าย ไปยังโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และปัจจุบันได้มีการรวมโรงพยาบาลเอกชน เข้าไปด้วย

ข้อคิด
คติในการทำงาน



ข้อคิด คติในการทำงาน

การทำงานโดยทั่วไป จะยึดหลัก “อิทธิบาท ๔” ของพระพุทธเจ้า นั่นคือ

ฉันทะ วิริยะ จิตตะ วิมังสา

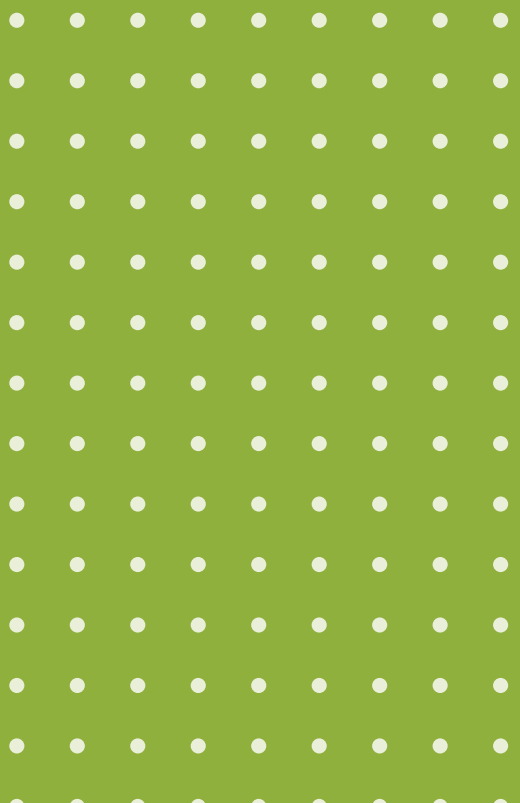
“แม้ว่าคุณจะไม่ได้ทำงานที่คุณรัก แต่คุณต้องรักในงานที่คุณทำ”

เพราะบางครั้ง อาจมีคนพูดว่าไม่ได้อยากทำงานนี้เลย แต่เมื่อคุณต้องมาทำงานนี้แล้วคุณต้องทำให้รักตั้งใจ จดจ่อ และเอาหัวใจใส่อยู่ในงาน และ

“มีความเพียรไม่ต้องถึงพระมหาชนกก็ได้ ถึงแม้จะไม่เห็นฝั่ง แต่อยากให้อายุต่อไป หากอายุต่อไปอาจจะรอด แต่ถ้าไม่อายุต่อไปนั้นตายแน่”

และสุดท้ายขอฝากให้น้องๆ ทั้งในระดับลูก ระดับหลาน ให้สืบทอดเจตนารมณ์ ของบรรพชนของกรมควบคุมโรคได้ บุกเบิกไว้ เช่น ในสมัยก่อนการรักษาโรคเอดส์นั้นไม่มีใครอยากรักษา แต่บุคลากรสถาบันบำราศนราดูร ก็รับเป็นศูนย์รักษา การรักษาโรคเรื้อน ก็ไม่มีใครอยากรักษาเพราะเป็นโรคที่สามารถติดต่อคนได้ด้วย แต่เราก็สามารถทำมาได้จนถึงทุกวันนี้ และก็ยังมีความคิดที่จะกวาดล้างไม่ว่าจะเป็นโรคติดต่อ หรือโรคอุบัติใหม่ ดังนั้นจึงขอฝากเอาไว้ในมือของรุ่นน้องให้ปฏิบัติหน้าที่อย่างเต็มที่ต่อไป เพื่อให้การทำงานมีประสิทธิภาพที่ดี ยิ่งๆ ขึ้นไป และต้องดูตัวอย่างว่ามีใครที่ทำงานดีกว่าเราหรือไม่ ถ้ามีแล้วเขาทำอย่างไร เพื่อนำมาพัฒนาการทำงานของตนเอง **ทำวันนี้ให้ดีที่สุดเพื่อที่พรุ่งนี้จะไม่ต้องเสียใจ**

ประวัติการทำงาน



ประวัติการทำงาน

พญ.วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์

- เริ่มต้นรับราชการที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
- ผู้อำนวยการสถานควบคุมผู้บริโภคนยาสูบ ในปี พ.ศ. ๒๕๓๖-๒๕๔๖ กรมการแพทย์
- ผู้อำนวยการ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ในช่วง พ.ศ. ๒๕๔๗-๒๕๔๙ กรมการแพทย์
- ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์
- รองอธิบดีกรมควบคุมโรค





นายวันชัย อัจเจียน

รักษาการนักวิชาการสาธารณสุขทรงคุณวุฒิ
กรมควบคุมโรค

๗

๔ ทศวรรษ

"จง "เรียน" ให้ "รู้" เป็นครูเขาได้"

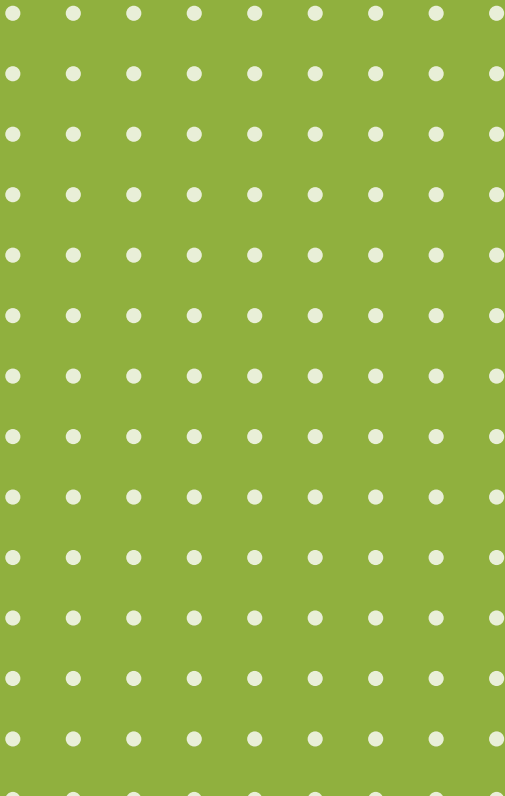


“ ในการจัดทำหลักสูตรเพื่อให้คนมาศึกษานั้นต้องอาศัยประสบการณ์และมีความรู้ในเรื่องที่จะเขียนหลักสูตรเป็นอย่างดี หรือถ้ายังคิดว่าเรายังไม่มีความรู้เรื่องนั้นๆ อย่างเพียงพอ ก็ต้องมีการศึกษาหาความรู้เพิ่มเติม ทั้งจากผู้รู้ ผู้มีประสบการณ์ รวมถึงศึกษาหลักสูตรต่างๆ ที่เคยมี เพื่อให้ได้มาซึ่งหลักสูตรที่สามารถใช้งาน สามารถให้ความรู้กับคนอื่นได้ ”



งานจัดทำ
หลักสูตรอบรม

SRRTระดับอำเภอ
ทั่วประเทศ



งานจัดทำหลักสูตรอบรม SRRT ระดับอำเภอ ทั่วประเทศ

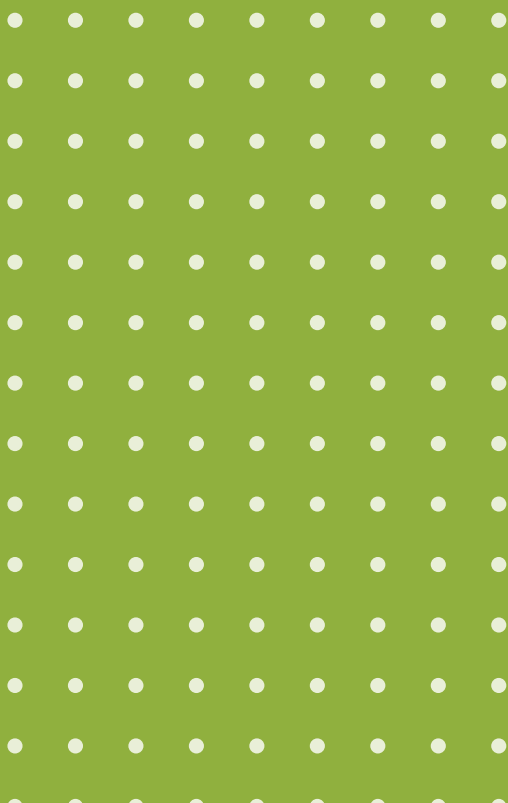
งานนี้เป็นงานชิ้นแรกที่ได้รับมอบหมายเมื่อมาปฏิบัติงานที่ส่วนกลาง และใช้ระยะเวลาในช่วงไม่กี่เดือน จากที่เคยมีการวางแผนว่าหลักสูตร SRRT นี้ต้องใช้ระยะเวลาทำอย่างน้อย ๖ เดือน โดยอาศัยประสบการณ์ในการจัดอบรมหลักสูตรนักวิชาการสาธารณสุขด้านการสอบสวนโรค เมื่อครั้งที่ปฏิบัติหน้าที่ที่ภาคเหนือ

“ด้วยการนำมาตรฐานและหลักสูตรการฝึกอบรมในครั้งนั้นมาประยุกต์ใช้ โดยเพิ่มจุดเน้นในเรื่องของการทำงานเป็นทีมเพิ่มเข้ามา และเริ่มจากการอบรมหลักสูตรวิทยากร ของงาน SRRT ระดับอำเภอซึ่งจัดขึ้นทั่วประเทศ ควบคู่ไปกับการร่างแผนยุทธศาสตร์ SRRT”

เนื่องจากผู้บริหารต้องการทราบว่างาน SRRT นั้นจะดำเนินงานไปในทิศทางใด และได้้นำร่างแผนยุทธศาสตร์นี้ ไปนำเสนอในที่ประชุมงาน SRRT ของกระทรวงสาธารณสุขในเดือนมีนาคม และก็ได้รับอนุมัติให้มีการดำเนินงานได้ในที่สุด

Trick

ในการเขียนหลักสูตร



Trick ในการเขียนหลักสูตร

เริ่มจากต้องคิดก่อนว่าหน้าตาผลลัพธ์ของหลักสูตรจะออกมาเป็นอย่างไร เช่น หลักสูตรที่เคยใช้ในครั้งที่ปฏิบัติหน้าที่อยู่ที่ภาคเหนือ

จะเน้นไปในเรื่องของการสอบสวนโรค แต่ครั้งนี้จะประยุกต์นำระบาดวิทยาไปใช้ในการควบคุมโรคอย่างไร และเมื่อเป็นงานด้านการสอบสวนโรคก็ควรมีการจัดให้ฝึกปฏิบัติในการอบรมด้วย เพื่อให้การอบรมสัมฤทธิ์ผล เป็นต้น

ความแตกต่างระหว่างหลักสูตรนักวิชาการสาธารณสุขด้านการสอบสวนโรคและ หลักสูตร SRRT

๑. มุ่งเน้นให้ผู้เข้ารับการอบรม SRRT

เมื่อจบหลักสูตรแล้วสามารถกลับไปสอบสวนโรคได้อย่างชัดเจนอย่างน้อย ๓ โรค ซึ่งเป็นโรคที่เป็นปัญหาในขณะนั้น ได้แก่

- โรคอหิวาตกโรคในกลุ่มอาการโรคอาหารเป็นพิษ
- ไข้เลือดออก
- ไข้หวัดนก

๒. การสร้างแรงจูงใจ

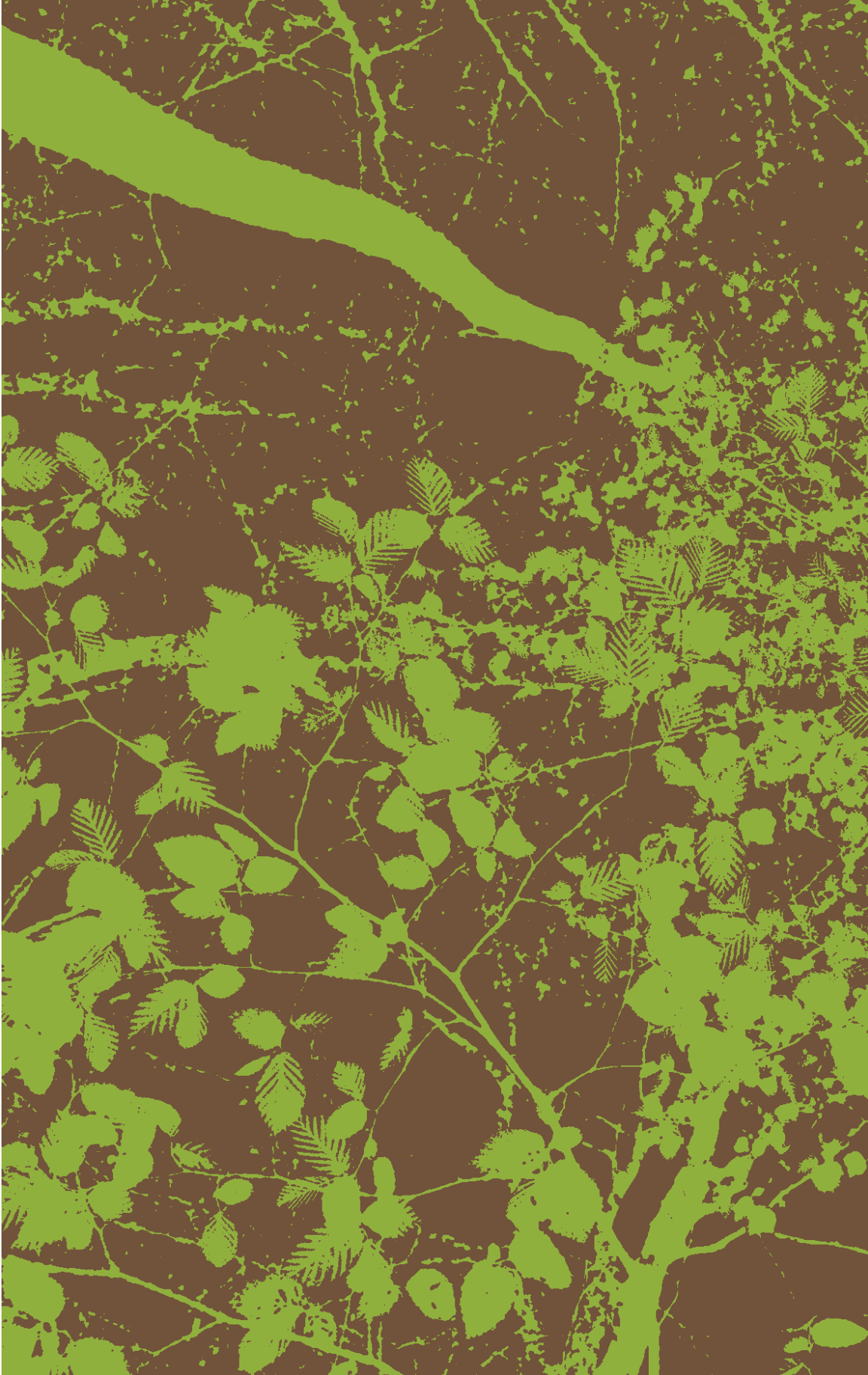
ให้มีทัศนคติที่ดีต่อการสอบสวนโรค ด้วยการให้ผู้เข้าอบรมดูรายการ “กบนอกกะลา” ซึ่งรายการนี้ก็มีลักษณะคล้ายๆกับการสอบสวนโรค คือการสืบค้นไปจนถึงจุดกำเนิดของเรื่องราวต่างๆ

ว่าต้องมีกระบวนการอย่างไรบ้าง นอกจากนี้ก็ได้ให้ชมภาพยนตร์จากต่างประเทศเรื่องหนึ่ง ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการสอบสวนโรค เพื่อให้เกิดทัศนคติที่ดี และมีแรงจูงใจในการสอบสวนโรค เป็นต้น

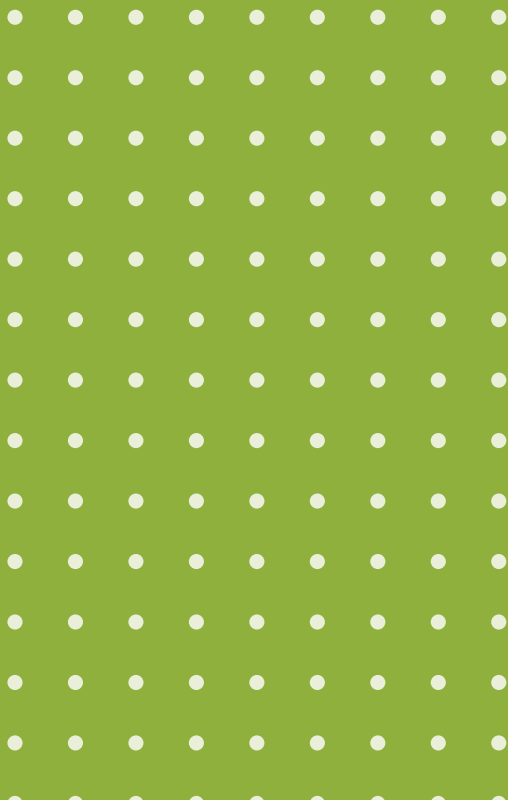


นอกจากนี้ยังได้ใช้แนวคิดของการฝึกปฏิบัติระบาศ
วิทยาภาคสนาม คือ อบรมเสร็จแล้วต้องลงมือทำ ดังนั้นในช่วง
ปีพ.ศ. ๒๕๔๙ ก็ได้มีการมอบของรางวัลเป็นหมวก SRRT
สำหรับใส่ออกสอบสวนโรคภาคสนาม ให้กับผู้เข้าอบรมที่ส่ง
รายงานการสอบสวนโรค SRRT ซึ่งได้รับงบประมาณสนับสนุน
จากองค์การเภสัชกรรม โดยกลวิธีนี้มีเพื่อกระตุ้นให้เกิดการ
ลงมือปฏิบัติจริง จากนั้นประมาณ ๒-๓ ปีถัดมาก็ได้เปลี่ยนของ
รางวัลเป็นเสื้อ SRRT นับเป็นเรื่องที่น่ายินดียิ่งเมื่อในแต่ละปีมี
รายงานจากแต่ละอำเภอส่งเข้ามาเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ

และในปีพ.ศ. ๒๕๔๙ นี้เองที่หลักสูตรการอบรม SRRT
ระดับอำเภอ ก็ได้ยกระดับหลักสูตร สู่การอบรม SRRT
ระดับจังหวัดอีกด้วย



กลยุทธ์สำคัญที่พี
SRRT ก้าวผ่านทุก
ความท้าทายได้สำเร็จ



กลยุทธ์สำคัญที่พา SRRT ก้าวผ่านทุกความท้าทาย ได้สำเร็จ

แท้จริงแล้วความหวังของ SRRT คือ “การรายงานการเกิดโรคได้เร็วกว่าหนังสือพิมพ์และเป็นที่ยอมรับของสังคม” ซึ่งนั่นคือความท้าทายในการทำงาน SRRT เป็นอย่างมาก และกลยุทธ์ที่นำมาใช้ในการส่งเสริมให้ SRRT ดำเนินงานให้สำเร็จตามความคาดหวังนั้น มีดังนี้

๑. การหารูปแบบที่ม

คือการวิเคราะห์คำว่า “สินค้า” ควรจะมีรูปร่างหน้าตาอย่างไร “คุณสมบัติของสินค้า” เป็นอย่างไร ซึ่งมาตรฐานของ SRRT นั้นก็คือคุณสมบัติของสินค้านั่นเอง โดยขั้นตอนของการระบุคุณสมบัติสินค้า ได้แก่

๑.๑ การ Form แนวคิด

ซึ่งสามารถทำได้จากการจัดประชุมจากผู้ที่จะมีส่วนร่วม และถามแนวคิดจากเจ้าหน้าที่ระดับของ สคร. ว่ามีแนวคิดอะไรบ้าง

๑.๒ มา Form เป็นมาตรฐาน

จากแนวคิดที่รวบรวมได้

๑.๓ การทดสอบมาตรฐาน

เมื่อได้มาตรฐานแล้วก็ต้องนำเสนอในที่ประชุมของสำนักกระบาดทั่วประเทศ เพื่อรับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะว่าผู้มีส่วนเกี่ยวข้องส่วนใหญ่เห็นด้วยกับมาตรฐานที่ Form ขึ้นมาหรือไม่ และมาตรฐานนี้สอบผ่านแล้วหรือยัง

๒. การส่งเสริมการขาย

ที่จริงแล้วจะมีทั้งหมด ๒ ขั้นตอน แต่ SRRT นำมาใช้เพียง ๑ ขั้นตอนคือ “การโปรโมชัน” เช่น การประกวดภาพถ่ายจากพื้นที่ต่างๆ ที่ได้ออกไปสอบสวนควบคุมโรค แล้วส่งเข้ามาที่ส่วนกลาง ทำให้เราได้มีภาพกิจกรรมการทำงานจากทุกพื้นที่ ไม่ได้มีแต่ภาพจากส่วนกลาง หรือการประกวดการเขียนรายงานสอบสวนโรคแล้วมีรางวัลมอบให้ เป็นต้น ซึ่งก่อนหน้านี้งานสำนักกระบาดไม่เคยมีการประกวดแบบนี้มาก่อนแต่เราก็นำมาใช้ และก็ได้รับการตอบรับเป็นอย่างดี

๓. การสร้างแบรนด์/การพัฒนาผลิตภัณฑ์

โดยในขั้นนี้ท่านผู้ทรงคุณวุฒิ นพ.ค่านวณ อึ้งชูศักดิ์ ก็ได้เป็น “ทูตตราสินค้า” หรือ “Brand Ambassador” ซึ่งก็เป็นอีกส่วนหนึ่งของสินค้า

๓.๑ การผลิตสินค้า

ซึ่งก็จะต่อเนื่องจากข้อแรก เมื่อเราได้รูปแบบแล้ว ก็ต้องผลิตสินค้าตามรูปแบบที่วางไว้ ก็จะต้องมีการฝึกอบรมระดับวิทยาสานนามหรือเป็นการอบรมที่มีภาคปฏิบัติด้วย ซึ่งจะเห็นได้ว่า

“

“การฝึกอบรมของสำนักกระบาดวิทยาในทุกเนื้อหา จะต้องมีการแบ่งออกเป็นการจัดฝึกอบรมด้านเนื้อหาวิชาการและการฝึกปฏิบัติทุกครั้ง”

”



ยกเว้นแต่การจัดอบรม SRRT ระดับอำเภอ ๑ ครั้ง ที่ไม่สามารถจัดฝึกภาคสนามได้ เพราะมีผู้เข้าร่วมฝึกอบรมมาจากทั่วประเทศ ซึ่งการฝึกภาคสนามไม่สามารถรองรับจำนวนผู้เข้าฝึกอบรมที่มากขนาดนั้นได้ เราจึงต้องใช้การให้รางวัล เพื่อเป็นการจูงใจให้คนปฏิบัติตามในทางอ้อม

๔. การจัดการแผนงานโครงการ

เทียบได้กับขั้นตอนการดำเนินธุรกิจ ได้แก่

- ๔.๑ ภาพเป้าหมายที่ชัดเจน ความสามารถของ SRRT ทำอะไรได้บ้าง

๔.๒ Road map เป็นแผนที่นำทางชัดเจน เช่น การตั้งคำขวัญ One Team One Operation ซึ่งตอนนี้ก็ได้มาเป็นคำขวัญของงาน SRRT เป็นต้น

๔.๓ มีเป้าหมายผลงานที่ชัดเจน มีการกระตุ้นให้ทีม ส่งผลงานด้านต่างๆ โดยการป้องกันควบคุมโรค ระหว่างประเทศ

๔.๔ การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ ด้วยการผลักดันให้ SRRT เข้าไปเป็น ๑ ในตัวชี้วัดของการตรวจราชการกระทรวง เพื่อเป็นแรงผลักดันอ้อมให้ทุก ที่มีทีมงาน SRRT

๔.๕ จัดหางบประมาณพิเศษจาก TUC

โดยท่านผู้ทรงคุณวุฒิ นายแพทย์ค่านวณ ได้ไป ทำเรื่องของงบประมาณมา โดยที่เงินสนับสนุนส่วนนี้ เราก็ดำเนินการเบิกจ่ายไปตามแต่ละ สคร. และ กทม. โดยแตกต่างกับการพัฒนาผลงานส่งผลงาน กลับมาที่ส่วนกลาง

๔.๖ การสร้างเครือข่ายใหม่

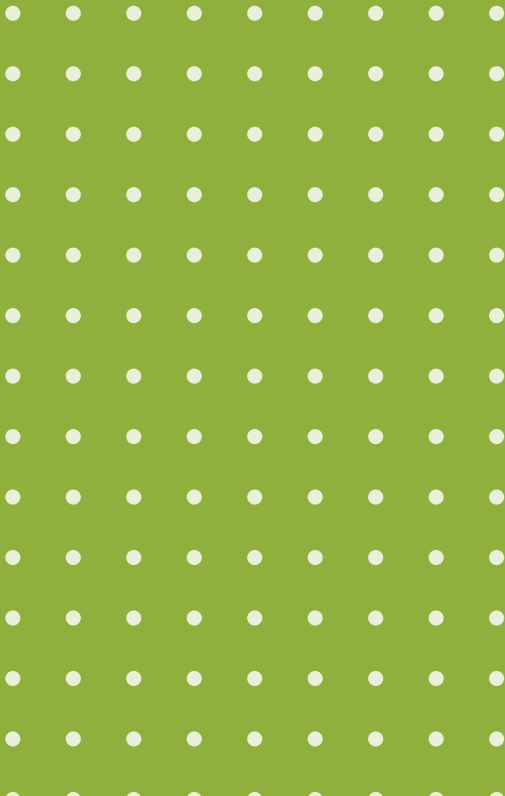
เช่น การพัฒนาสร้างทีม “SRRT ชายแดน” มีทหาร เป็นกำลังสนับสนุน หรือการพัฒนาทีม SRRT ระดับท้องถิ่น เทศบาล แต่ทีมระดับเทศบาลยังขาดความพร้อมจึงไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร ทีมที่สามารถทำได้สำเร็จคือ ทีมของจังหวัด ลำปาง และภูเก็ต เป็นต้น ที่ต้องลงไป เทศบาล เพราะความจริงแล้วการกระจายอำนาจท้องถิ่น ต้องลงไป เทศบาล แต่ปรากฏว่าการกระจาย

อำนาจส่วนนี้ก็ ได้ชะงักไป เพราะสถานีอนามัยไม่
ยอมย้ายไปอยู่สังกัดท้องถิ่น หลังจากนั้นจึงกลายเป็น
เป็น SRRT ระดับตำบลแทน

“IHR จะสัมพันธ์กับ SRRT เฉพาะในส่วนของ
พัฒนาสมรรถนะด้านการเฝ้าระวังและการตอบสนอง
เท่านั้น”



 **ส่งท้าย**



ส่งท้าย

เรื่องเล่าความประทับใจ

๑. ขณะที่เข้ามาทำงานระดับวิทยานิพนธ์

ขณะนั้นงานเฝ้าระวังโดยหลักแล้วจะอยู่ที่ระดับจังหวัดเท่านั้น ซึ่งผมก็ได้มีโอกาสเข้ามาช่วยเฝ้างานระดับวิทยาสามารถขยายเข้าไปอยู่ในระดับ อำเภอ และสถานีอนามัย ก็นับเป็นความภาคภูมิใจอย่างหนึ่งในการมีส่วนร่วมพัฒนาและบุกเบิกงานการเฝ้าระวังสอบสวนโรคในยุคเริ่มแรกของประเทศไทย เช่น เข้าไปช่วยงานในโรงพยาบาลในการเขียนรายงาน ๕๐๖ เพราะในตอนที่ได้ไปเทศน์เขาเขียนไม่ทันเราก็ต้องช่วย เราจึงได้รับรู้ปัญหาที่แท้จริง เป็นต้น

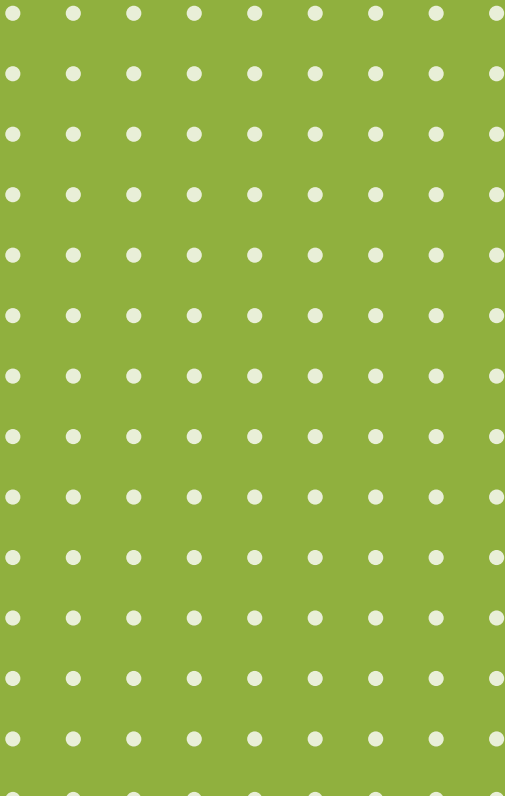
๒. ในช่วงปีพ.ศ. ๒๕๔๖-๒๕๔๗

เป็นช่วงที่สำนักโรคติดต่อกระจายอำนาจให้ สคร. ผมอยู่ภาคเหนือ ก็ต้องร่วมงานกับ สคร. ๘ สคร. ๙ สคร. ๑๐ ซึ่งแต่ละที่ก็มีทีมงานระดับวิทยาอยู่แล้ว เราก็ได้มีส่วนเข้าไปเป็นที่เล็งงในการถ่ายทอดงานให้แต่ละที่เป็นระยะเวลา ๒ ปี ทำให้ สคร. ทั้งสามที่นั้นสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างเต็มประสิทธิภาพและมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน เกิดเป็นเครือข่ายงานระดับเขตที่เข้มแข็งซึ่งในตอนนั้นเป็นช่วงที่เจ้าหน้าที่ระดับต้องย้ายสังกัดหน่วยงานมาอยู่ที่กรมควบคุมโรค ทำให้เจ้าหน้าที่บางท่านเกิดความท้อแท้บ้าง เราก็ต้องเข้าไปช่วยประคับประคอง รักษาน้ำใจ

๓. การเข้ามามีส่วนร่วมใน SRRT ให้เกิดเป็นรูปธรรม

เพราะงาน SRRT ประสบความสำเร็จและได้รับการยอมรับทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติ

ข้อคิดฝากถึง
คนรุ่นหลัง



ข้อคิดฝากถึงคนรับหลัง

การถ่ายทอดงานเราต้องไม่หวังงาน ไม่คิดว่างานนั้นๆ เป็นของเรา เราต้องเป็นคนเดินเข้าหาผู้ที่จะมารับความรู้จากเราอย่างเต็มใจ อาจจะมีการทำโครงการร่วมกันเพื่อให้มีความสัมพันธ์อันดีต่อกันเสมอ เช่น การจัดประชุมงานระดับประจำปีที่ภาคเหนือ สคร. ทั้ง ๓ แห่งในภาคเหนือก็ร่วมมือช่วยกันจัดงานเป็นอย่างดี โดยจะมีการหมุนเวียนกันเป็นเจ้าภาพ

หรือหน่วยงานไหนที่จะทำงานป้องกันควบคุมโรค หน่วยงานนั้นต้องมีทีม เช่น ทีมทหาร SRRT ซึ่งส่วนนี้ก็จะมีการถ่ายทอด และมีทีมทหารที่ร่วมรับผิดชอบเรื่องนี้ด้วย

“ธรรมเนียมเก่าๆ จำฝูงจะชนตัวเดียว ตัวอื่นไม่ชนแข่ง”

ถ้าโดยความหมายก็คือ ในหน่วยงานหนึ่งๆ ลูกน้องต้องให้เกียรติหัวหน้าหน่วยงาน ท่านพูดอะไรก็อย่าพูดแข่ง หรือพูดแย้ง อีกเรื่องหนึ่งที่เคยพูดในงานเลี้ยง

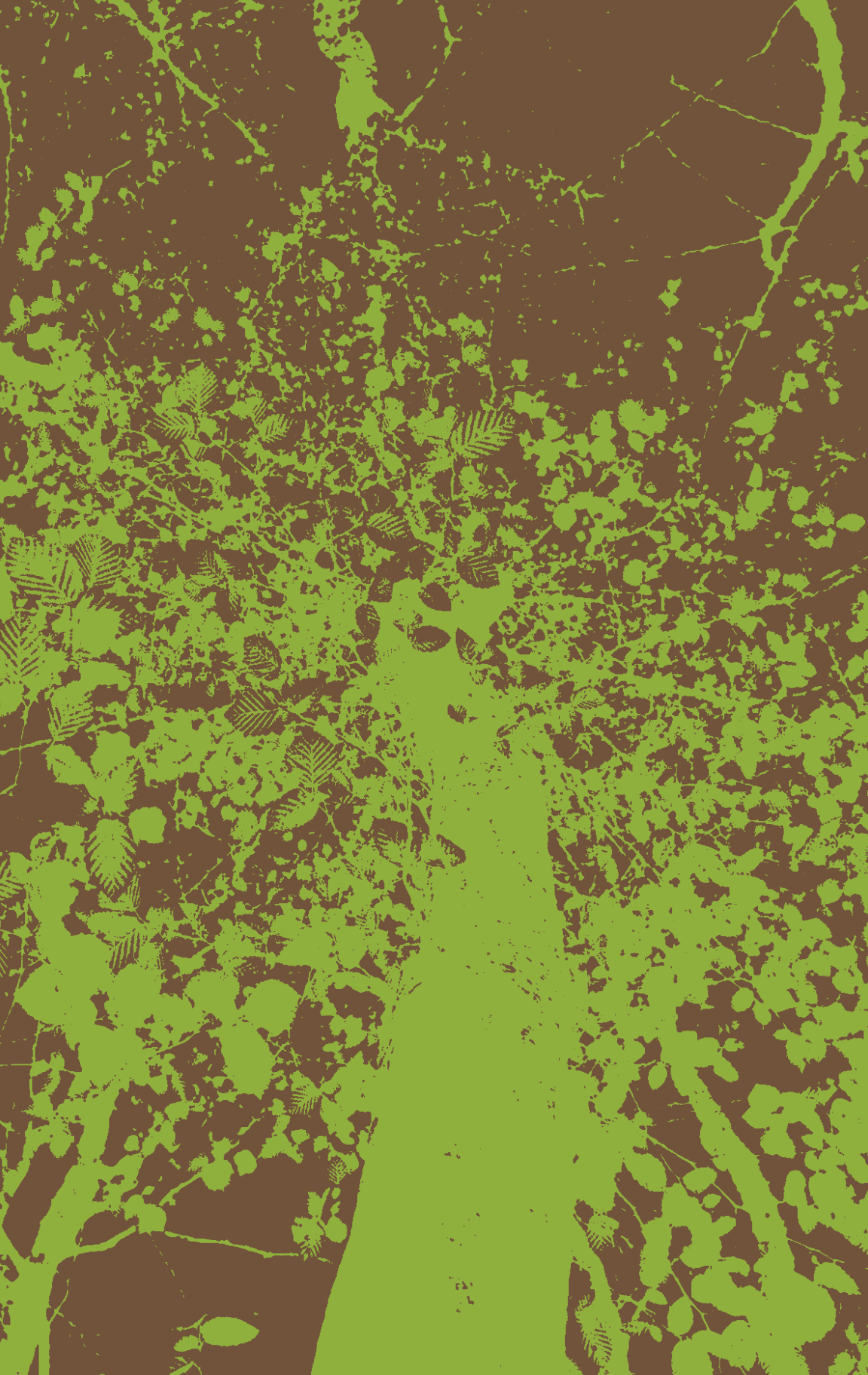
“ทุกคนที่เกิดมาเจอกันนี้ ไม่ใช่เพราะเหตุบังเอิญ”

นั่นหมายความว่าทุกอย่างที่เกิดขึ้นกับเราล้วนมีเหตุมีผลต่อเนื่องกัน ไม่ได้เกี่ยวกับความบังเอิญ หรือโชคชะตา เช่น

“

การถ่ายทอดงาน ต้องไม่หวังงาน
ไม่คิดว่างานนั้นๆ เป็นของเราคนเดียว

”

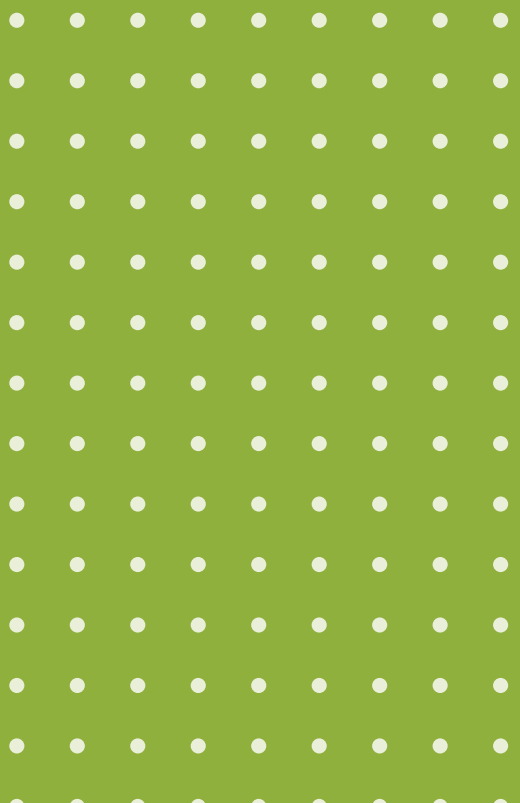


ในช่วงที่เข้ามาในกรมควบคุมโรคใหม่ๆ มีความรู้สึกที่ไม่ชอบ ไม่อยากมา แต่เมื่อทำงานไปเรื่อยๆ ก็กลายเป็นความชอบ เพราะเมื่อลองย้อนมองกลับไป เราก็ได้พบกับทั้งสิ่งที่เป็นเรื่องดีและเรื่องไม่ดี ซึ่งสิ่งที่ไม่ดีในปัจจุบันนั้น ได้สืบเนื่องมาจากสิ่งที่เคยดี หรือในอดีตเป็นสิ่งที่ไม่ดีกลับกลายเป็นเรื่องดีในปัจจุบัน ดังนั้น

“เมื่อได้รับรู้เหตุการณ์อะไรมา ก็อย่าด่วนสรุปว่าสิ่งนั้นดีหรือไม่ดีต้องลองพยายามทำความเข้าใจดูก่อน มองวิกฤตให้เป็นโอกาส เป็นต้น” ยกตัวอย่างจากการที่ได้ลงสอบสวนโรคครั้งแรก ยังไม่มีความรู้เรื่องการสอบสวนโรคเลย แต่ก็ได้รับมอบหมายให้ไปสอบสวนโรคอาหารเป็นพิษ ที่เกิดจากหอยแมลงภู่ ที่อำเภอปราณบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ขณะนั้นมองว่าเป็นเรื่องที่ยากมาก แต่เมื่อการสอบสวนโรคผ่านไปแล้วก็ได้พบอีกมุมหนึ่งคือ เกิดความภูมิใจว่าเราเป็นคนแรกๆ ที่สามารถสอบสวนโรคแบบนี้ได้

หรือในช่วงที่ต้องย้ายมาทำงานที่กรมควบคุมโรคในปีพ.ศ. ๒๕๔๕ เราก็รู้สึกเป็นทุกข์ไม่ชอบใจ ด้วยความเข้าใจธรรมเนียมส่วนกลางบางประการ แต่ปัจจุบันก็กลายเป็นความประทับใจที่เราสามารถกระจายงานไปให้ หน่วยงาน สคร. ทั้ง ๓ แห่งทำได้เหมือนกัน เป็นต้น แม้กระทั่งสี่ขงโลโก้ SRRT สคร. ๙ ก็เป็นคนออกแบบสี่ขงอีกด้วย

ประวัติการทำงาน



ประวัติการทำงาน

นายวันชัย อาจเขียน

- เริ่มปฏิบัติงานครั้งแรกเมื่อปลายปี พ.ศ. 2519 ที่ศูนย์
ระบาดวิทยา ภาคกลาง จังหวัดราชบุรี
- พ.ศ. 2524 รักษาการผู้อำนวยการศูนย์ระบาดวิทยา
ภาคกลาง จังหวัดราชบุรี
- ปีพ.ศ. 2544 ย้ายไปดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการศูนย์
ระบาดวิทยา ภาคเหนือ จังหวัดลำปาง
- หลังจากการปฏิรูปโครงสร้างใหม่ โดยศูนย์ระบาด
วิทยาภาคเหนือ จังหวัดลำปาง ก็ได้ย้ายไปรวมกันกับ
ศูนย์ควบคุมป้องกันโรคที่ 10 จังหวัดเชียงใหม่
- ปีพ.ศ. 2547 ย้ายกลับมาที่สำนักระบาดวิทยา เพื่อ
ดูแลประสานงานด้าน SRRT
- ปีพ.ศ. 2553 เป็นนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ ที่
สำนักงานควบคุมป้องกันโรคที่ 4 จังหวัดราชบุรี
- ปีพ.ศ. 2558 ก็ได้เข้ามารับตำแหน่งรักษาการ
นักวิชาการสาธารณสุขทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค




นางอุบลรัตน์ นฤพนธ์จิรกุล | นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ



๔ ทศวรรษ

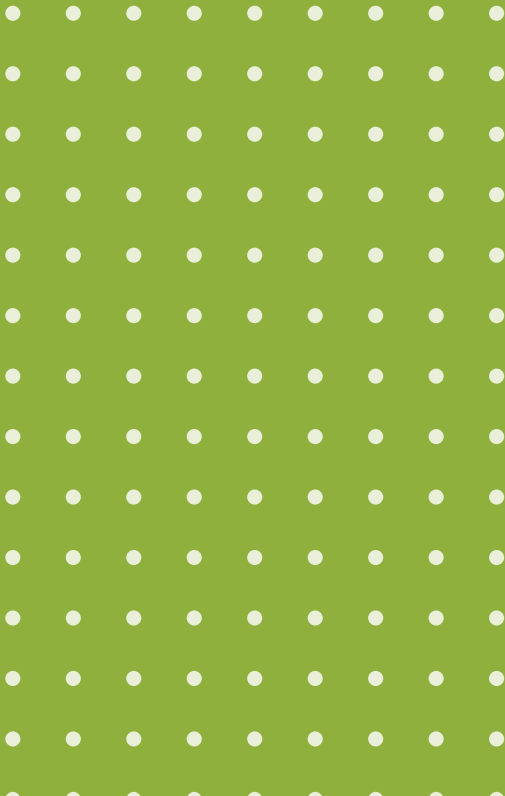
ความกลมกลืนกับคนในพื้นที่
ช่วยให้การสอบสวนโรคง่ายยิ่งขึ้น





“ เป็นนักระบาดมาก่อนชีวิตที่รับราชการ ประสบการณ์ที่ผ่านมาคือการลงพื้นที่เพื่อสอบสวนโรค การสอบสวนโรคเป็นงานสนุก ตื่นเต้น และท้าทาย ต้องใช้ทั้งองค์ความรู้ทางระบาดและศาสตร์อื่นๆ มีโอกาสร่วมในการสอบสวนโรคสำคัญๆ ”

ISA SARS



ในช่วงปฏิบัติงานที่สำนักระบาดวิทยา (มีนายแพทย์ คำนวน อึ้งชูศักดิ์ เป็นผู้อำนวยการ) ท่านมอบหมายให้ทำงาน ด้าน “การรับมือกับโรคอุบัติใหม่” เริ่มตั้งแต่

- โรค SARS (ปีพ.ศ. 2545)

ตอนนั้นในประเทศไทยได้มีการ Imported Case ที่เดินทางมารักษาอาการที่ประเทศไทย และในปลายปีก็มีการเตรียมตัวรับมือกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ ซึ่งปรากฏว่าโรค SARS ก็ไม่ได้เข้ามาที่ประเทศไทย แต่มีโรค “ไข้หวัดนก” มาแทน

- โรคไข้หวัดนก (ปีพ.ศ. 2545)

“เป็นอีกหนึ่งงานที่มีความภาคภูมิใจ เพราะมีส่วนร่วมในทีมที่มีการตรวจพบผู้ป่วยไข้หวัดนกรายแรกของประเทศไทย”

โดยในช่วงเย็นวันศุกร์ขณะที่ท่านผู้อำนวยการสำนักระบาด (นายแพทย์คำนวน อึ้งชูศักดิ์) ได้มีการประชุมทีมกันอยู่นั้น ก็ได้รับโทรศัพท์จากท่านผู้บริหารเพื่อสอบถามว่าพบผู้ป่วยต้องสงสัยเป็นโรคไข้หวัดนกที่จังหวัดสุพรรณบุรี และเนื่องจากบ้านอยู่ที่จังหวัดสุพรรณบุรี ท่านผู้อำนวยการจึงบอกว่า

“ไหนๆ ก็ต้องกลับบ้านแล้วก็กลับไปสอบสวนโรคด้วย”

“

“ซึ่งคำว่า “ไม่มี” ของเขานั้นคือ “ไม่พบเลยในผู้ใหญ่” เพราะเขายึดข้อมูลที่ได้จากประเทศเวียดนามว่า “ผู้ป่วยที่ติดเชื้อไข้หวัดนกส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มผู้ใหญ่”

”



เราจึงต้องอาศัยเครือข่ายภาคกลางในการช่วยงาน ซึ่งเป็น
โชคดีที่มีประสบการณ์การทำงานที่ภาคกลางมาหลายปี จึง
สามารถโทรไปหาเจ้าหน้าที่ระดับในจังหวัดให้ช่วยค้นหา
ผู้ป่วยซึ่งก็ได้รับความช่วยเหลือเป็นอย่างดี แต่ปรากฏว่าในขณะ
นั้นไม่มีผู้ป่วย Severe Pneumonia เลย

จึงไม่ได้ตรวจสอบลงไปในกลุ่มเด็ก จากนั้นวันเสาร์คุณ
หมอดำนวนก็ได้โทรศัพท์มาสอบถามว่าพบผู้ป่วยหรือไม่ ก็ได้
เรียนท่านไปตามตรงว่าไม่พบ แต่ข้อมูลสอบสวนโรคเบื้องต้น
มีน้อยมาก จึงขอข้อมูลท่านเพิ่มเติม เพื่อให้สามารถติดตามได้
ขอข้อมูลเพิ่มเติมจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ในประเด็นตรวจ
เชื้อใช้หัตถ์ใน Lab จากนั้นจึงได้มุ่งไปที่โรงพยาบาลประจำ
จังหวัดสุพรรณบุรีทันที

แพทย์ได้แจ้งว่าอาการใกล้เคียงกับที่เป็นข่าวจึงลองส่งตรวจ Lab แต่ไม่ได้รายงานไปส่วนกลาง ตรงนี้จึงสะท้อนถึงจุดอ่อนของการเฝ้าระวังในเวลานั้น

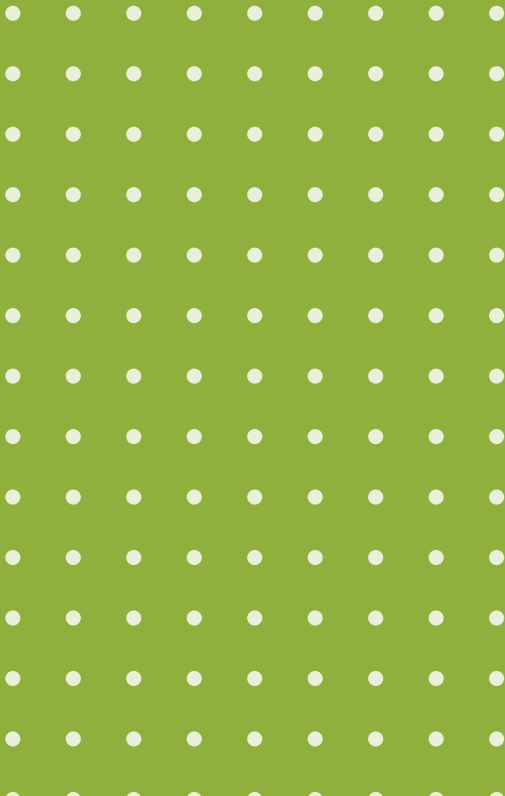
- โรคไข้หวัดใหญ่ ๒๐๐๙ (ปีพ.ศ. ๒๕๕๓)

หลังจากไข้หวัดนกหยุดการแพร่ระบาดแล้ว ก็ได้มีการเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือกับโรคระบาดร่วมกับหน่วยงานต่างๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อเตรียมความพร้อมในการเฝ้าระวังโรคไข้หวัดใหญ่ ซึ่งก็มีการระบาดเข้ามาจริงๆ คือ โรคไข้หวัดใหญ่ ๒๐๐๙

- ทีมช่วยเหลือผู้ประสบภัยสึนามิ

อีกช่วงหนึ่งคือ ช่วงที่เกิด สึนามิ ในปีพ.ศ. ๒๕๔๖ ก็ได้มีโอกาสร่วมทีมไปช่วยเหลือผู้ประสบภัยที่จังหวัดพังงา ช่วงปลายเดือนธันวาคม-กุมภาพันธ์ ได้รับมอบหมายให้เป็นเลขานุการ War room เนื่องจากกรมควบคุมโรคลงพื้นที่เป็นหน่วยงานแรกๆ โดยการส่งรายงานไปที่ WHO ซึ่งก็เป็นอีกช่วงที่มีความประทับใจมากๆ

 **ส่งท้าย**



ส่งท้าย

- ข้อคิดจากประสบการณ์การสอบสวนโรค

จากประสบการณ์ในการลงพื้นที่สอบสวนโรค ทำให้พบว่า สิ่งสำคัญที่จะทำให้การทำงานด้านสอบสวนโรคประสบความสำเร็จนั้นต้องประกอบด้วย

๑. ต้องควบคุม “ไม่ให้ประชาชนตื่นตระหนก”

เราต้องใช้การสร้างเครือข่าย โดยช่วงที่สอบสวนไข้หวัดนก ก็ได้มีการพึ่งพาเครือข่ายจาก สสจ. สุพรรณบุรี ซึ่งก็ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี โดยการขอเข้าไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล ก่อนเพื่อประเมินว่าทำไมถึงสงสัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคไข้หวัดนก เพื่อป้องกันไม่ให้ประชาชนเกิดการตื่นตระหนก จึงต้องอาศัย “การปลอมตัว” เป็นชาวบ้านเข้าไปพบผู้ป่วยซึ่งเป็นเด็ก อายุ ๗ ปี โดยทำทีว่าไปเยี่ยมญาติแล้วจึงเข้าไปคุยกับผู้ป่วย โดยให้ห้องที่เป็นคนสุพรรณบุรีจริงๆ เป็นคนสอบสวนด้วยการพูดคุยกับญาติผู้ป่วย และสุดท้ายเมื่อทีมงานขอไปสอบสวนที่บ้าน จึงมีการแสดงตัวว่าเราคือทีมสอบสวนโรค เป็นต้น

“

“ก็ได้เริ่มจากการไปสอบสวนโรค ที่โรงเรียนของผู้ป่วยซึ่งเป็นโรงเรียนในพื้นที่ เราต้องประสานไปที่โรงเรียน ซึ่งเป็นวันเสาร์-อาทิตย์ ครูทั้งโรงเรียนก็เกิดความตระหนก จะขอตรวจ Lab ทุกคน ตอนนั้นต้องชี้แจงให้ทุกคนฟังว่า ณ ตอนนั้นประเทศไทยยังไม่มีศักยภาพที่จะตรวจโรคไข้หวัดนกได้ เราสามารถตรวจพบได้เฉพาะโรคไข้หวัดใหญ่ที่พบในคน ถ้าไม่ใช่เชื้อไข้หวัดใหญ่ที่พบในคน ก็สันนิษฐานได้ว่าอาจจะเป็นไข้หวัดนกได้ มีการสอบถามถึงหลักสูตร ระบบการเรียนการสอน ว่ามีการใกล้ชิดกับสัตว์ปีกหรือไม่ ถามไป ถึงการเรียนรู้เกี่ยวกับไข้หวัดใหญ่ ไข้หวัดนก เป็นต้น ต่อมาจึงพบว่าเด็กที่ป่วยได้รับเชื้อไข้หวัดนกจากการสัมผัสทางอ้อม จากบ้านที่รั่วติดกัน”

”

๒. มีเทคนิคในการอธิบาย “พูดความจริง แต่ไม่พูดทั้งหมด”

เช่น การไปค้นหาผู้ป่วยไข้หวัดนก ได้ไปสอบถามหาผู้ป่วยที่มีอาการปอดบวมขั้นรุนแรง ซึ่งก็ถือว่าเป็นเรื่องจริงทางวิชาการ เพราะโรคปอดบวมนั้นเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ

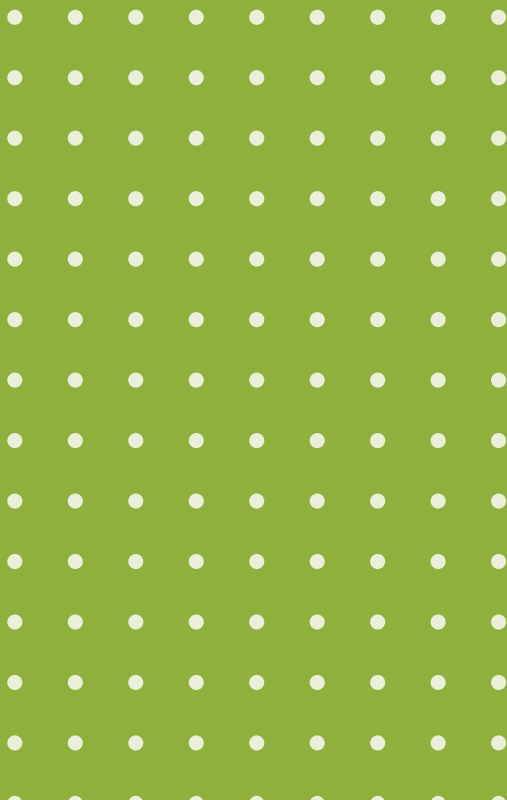
หรือการให้ข้อมูลกับสื่อ ต้องระมัดระวังมากที่สุด “เราพูดความจริง แต่ไม่พูดทั้งหมด” มิฉะนั้นผู้คนจะตื่นตระหนก และจะเกิดผลเสียต่อการปฏิบัติงาน

๓. การฝึกประสานงาน

การทำงานสอบสวนโรคทำให้ได้ฝึกการประสานงานกับทั่วประเทศในช่วงที่ไข้หวัดนกระบาด ซึ่งต้องเตรียมพร้อมรับโทรศัพท์ตลอด ๒๔ ชั่วโมง

“ณ ขณะนั้น ก็มีคนบ้างว่าทำไมถึงต้องมีแต่เราที่ทำงานตลอด แต่เมื่อถึงเวลานี้แล้วมองย้อนกลับไป มันกลายเป็นความภาคภูมิใจ”

ข้อคิดจาก
ประสบการณ์
การตรวจราชการกรม



ข้อคิดจากประสบการณ์การตรวจราชการกรม

๑. ความยากของการตรวจราชการ อยู่ที่ “โจทย์ที่เราได้รับ”

“คือการทำหน้าที่เป็นผู้แทนกรม ที่นโยบายยังไม่นิ่ง”

เช่น ปีแรกๆ ตรวจตามตัวชี้วัด ซึ่งไม่ค่อยยากเท่าไรหรอก เพียงแต่ต้องหาข้อมูลว่าตัวชี้วัดไหนที่ยังไม่บรรลุ เราต้องดูว่ามีช่องว่าง ตรงไหน เพื่อที่จะได้เติมเต็มช่องว่างนั้นได้ ปีที่แล้ว โจทย์บอกว่าให้ประเมินว่าผลลัพธ์การทำงานของเขาเป็นอย่างไร ไม่ได้เน้นที่ตัวชี้วัด

ความสามารถของผู้ตรวจประเมิน คือ ต้องมีความรู้ความสามารถ ทักษะหลากหลาย พร้อมรับกับทุกโจทย์

๒. ใช้ตัวชี้วัดเป็นแนวทาง ในการตรวจราชการ

“เราต้องตีโจทย์ให้แตก แล้วจึงหาข้อมูล ”

ซึ่งเป็นปัญหาใหญ่ของกรมเลยเพราะข้อมูลไม่ค่อยพร้อม ไม่ทันสมัย ดังนั้นจึงต้องอาศัยประสบการณ์ที่มีอยู่ และเครือข่ายความสัมพันธ์ของเพื่อนร่วมงาน เช่น การพยายามหาข้อมูลอย่างใดอย่างหนึ่งในระดับจังหวัดเพราะเราเคยมีประสบการณ์การทำงานร่วมกับคนที่นี่ ยาวนานร่วม ๒๐ ปี จึงทำให้ได้ความร่วมมือเป็นอย่างดี เมื่อได้ข้อมูลมาเราก็ต้องสร้างเป็นโมเดลให้เขาเห็นเป็นแนวทางเพื่อให้เขาสามารถดำเนินการต่อด้วยตนเองได้ เมื่อเราต่างช่วยเหลือซึ่งกันและกันในรูปแบบนี้ ก็จะนำมาซึ่งความร่วมมือ คนที่อยู่ศูนย์วิชาการต้องพยายามทำให้ได้อย่างนี้



๓. วิธีการบูรณาการความรู้องค์กร

ถ้าจะบูรณาการให้ดีเราต้องศึกษางานของคนอื่นด้วยว่าเขาทำงานอะไรและอะไรเป็นตัวชี้วัดความสำเร็จของงานบูรณาการ

เช่น กรมควบคุมโรคได้รับมอบหมายให้บูรณาการกลุ่มวัย โดยกรมควบคุมโรคได้รับผิดชอบกลุ่มวัยทำงานและเน้นเรื่องของ NCD ซึ่งเราต้องเชื่อมโยงให้ได้ระหว่างวัยทำงานกับโรค NCD เพื่อจัดทำแผนป้องกัน ควบคุมโรค ส่วนกรมการแพทย์จะได้รับมอบหมายให้ดูแลเรื่อง Service Plan ในส่วนนี้เราก็ต้องทำความเข้าใจงานที่กรมอื่นรับผิดชอบด้วย เพื่อให้สามารถบูรณาการได้อย่างแท้จริง

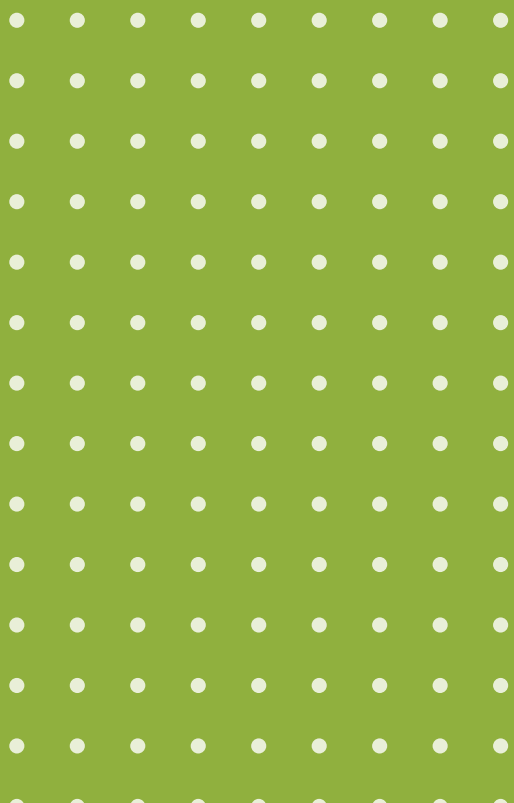
๔. ทักษะการคิดวิเคราะห์

“ทักษะการคิดวิเคราะห์เป็นเรื่องสำคัญ ต้องมีการวางแผน และชี้เป้าให้ชัดเจน”

ปัจจุบันเรามีข้อมูลน้อยมากในการวิเคราะห์ เรายังขาดข้อมูลด้านขนาดของปัญหา ส่วนใหญ่จะรายงานเพียงว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่ไม่ได้บอกว่าเป็นกลุ่มไหนเพศไหนและอายุเท่าไร และเมื่อส่วนกลางส่งแผนไปเขาก็จะปฏิบัติตามแผนที่ส่งไปให้ ซึ่งเป็นมาตรการกว้างๆ กลุ่มเป้าหมายกว้างๆ ดังนั้นเมื่อมีการแปลผล เรื่อง “การรักษา” จะสามารถเห็นผลชัดเจน แต่เรื่อง “การป้องกันยังไม่ค่อยชัดเจนเท่าใดนัก”



อุปสรรคการทำงาน
ด้านการสอบสวน
โรคอุบัติใหม่



อุปสรรคการทำงานด้านการสอบสวนโรคอุบัติใหม่

๑. เป็นโรคที่ไม่เคยมีในประเทศไทย

ไม่มีความรู้เรื่องระยะฟักตัวเลย ซึ่งหากเราสามารถหาข้อมูลได้ตรงกับความเป็นจริงได้มากที่สุดเท่าไร เราก็จะสามารถสร้างองค์ความรู้สำหรับประเทศไทยโดยเฉพาะได้เช่น ระยะฟักตัวกี่วัน เป็นต้น

๒. ความยากในการสื่อสารความเสี่ยง

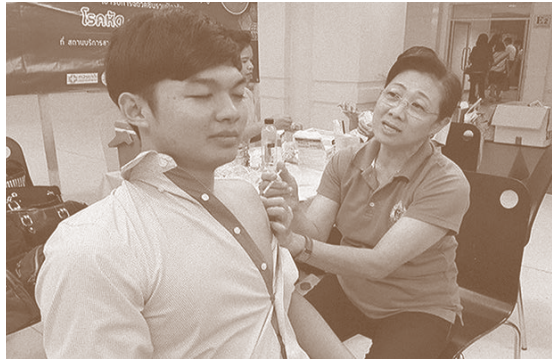
ต้องพยายามทำความเข้าใจกับคนในพื้นที่เสี่ยงโดยเฉพาะกับโรคอุบัติใหม่นี้ นักข่าวจะให้ความสนใจมาก

“ต้องพยายามเลี่ยงนักข่าวเพื่อไม่ให้เกิดความตื่นตระหนกจากการบิดเบือนข้อเท็จจริงบางอย่าง ทำให้เกิดความน่ากลัวแต่อีกด้านหนึ่งก็คือสื่อสามารถสร้างความตระหนักได้ว่าเราจะเข้ามาดูแลความปลอดภัยให้เขาได้”

๓. ข้อมูลที่ใช้เป็นข้อมูลจากผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการ
ทั้งสิ้น (Hospital Base)

บางครั้งข้อมูลที่เป็น Hospital Base ก็ไม่สามารถบอกปัญหาที่แท้จริงของพื้นที่นั้นๆ ได้ เป็นเพียงกลุ่มผู้ป่วยบางส่วนที่มารักษาตัว ต่างจากข้อมูลที่เป็น Community-Base คือ ผลจากการคัดกรองผู้ป่วยว่าคนไหน อยู่ในกลุ่มเสี่ยง ซึ่งเป็นข้อมูลที่เป็นของจริงมากกว่า

ตัวอย่างของการใช้ข้อมูลแบบ Hospital Base ได้แก่ ผู้หญิงกับผู้ชายกลุ่มวัยเดียวกัน คือวัยทำงาน เขาแบ่งเป็นช่วงอายุ ๒๕-๕๕ ปี ซึ่งตรงนี้ก็เคยแนะนำไปแล้วว่าแบ่งช่วงวัยกว้างไป เพราะผู้ชายอายุ ๑๕-๑๙ ปี และ ๒๐-๒๕ ปีช่วงวัยเหล่านี้ มีพฤติกรรมที่เหมือนกันจริงหรือไม่ ถ้าต่างกันควรต้องแยกออก



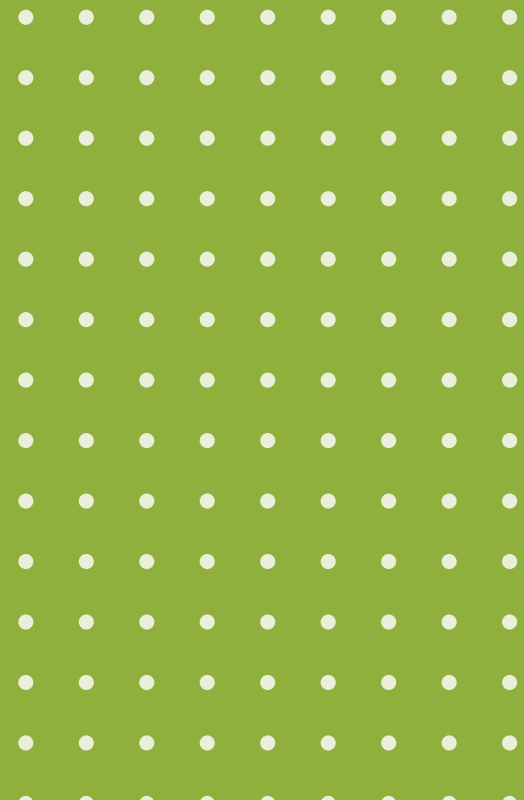
จากกัน แล้วผู้ขายกับผู้หญิงที่มีช่วงวัยเดียวกันนี้ สามารถใช้
มาตรการเดียวกันได้หรือไม่ ปัญหาทั้งหมดนี้ทำให้ซื้อเข้าได้ไม่
ชัดเจน หรือแผนยุทธศาสตร์ “๓๐ ๒๕” (การลดความเสี่ยงต่อ
การเกิดโรคเรื้อรัง) ก็ได้ไปพูดคุยกับศูนย์อนามัยที่ร่วมงานกัน
ถึงเรื่องที่ว่าอะไรคือตัวชี้วัดที่บอกว่า แผนนี้ได้ผล เขาก็บอกให้
วัดรอบเอว ซึ่งตรงนี้ข้อมูลมีอยู่ เพียงแต่ไม่ได้เอาออกมาใช้
ดังนั้นเมื่อไปตรวจพื้นที่เราก็ต้องไปขอข้อมูลผลลัพธ์ของแต่ละ
พื้นที่มา ซึ่งแต่ละอำเภอต้องสามารถ จัดเก็บและวิเคราะห์
ข้อมูลผลลัพธ์ได้เอง ซึ่งขณะนี้จังหวัดลพบุรีกำลังทำอยู่

อีกหนึ่งตัวอย่างการรายงานผลของ (Hospital Base) มี
ผลงานวิจัยหนึ่งบอกว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับบริการในสังกัด
สป. ๒ ใน ๓ เป็นผู้หญิง ๑ ใน ๓ เป็นผู้ชาย แปลว่าผู้หญิงมี
ปัญหาเบาหวานมากกว่าผู้ชายจริงหรือ ซึ่งจริงๆ อาจจะไม่ใช่
ก็ได้ นี่คือจุดอ่อนของ Hospital Base

๔. ขาดความเป็น Unity

ปัจจุบัน นโยบายมุ่งเน้นเรื่อง DHS (ระบบสุขภาพที่ระดับ
อำเภอ) ซึ่งการใช้ข้อมูลต้องเป็น Unity แต่ข้อมูลของหน่วยงาน
ที่ใช้อยู่ยังขาดความเป็น Unity แต่เป็นการสร้างข้อมูลแบบ
Workload

คติในการทำงาน



คติในการทำงาน

การทำงานต้องอย่าปิดโอกาสตัวเอง ใครมอบหมายให้เราทำงานอะไร ก็ให้ตอบรับไปและทำให้สุดความสามารถด้วยความมุ่งมั่นตั้งใจ เพราะ “ยิ่งเราทำงานมากเราก็จะยิ่งมีประสบการณ์มาก ซึ่งนำมาถึงทักษะการทำงานที่ดีและอยู่ติดตัวเราไปตลอดระยะเวลาการทำงาน”

สิ่งที่ทำให้มีความสุขในการทำงานคือ

“การได้พบเจองานใหม่ๆ ที่ไม่ซ้ำกัน”

หากมีช่วงไหนที่งานเริ่มเหมือนเดิม ก็จะทำให้เกิดความเบื่อ แต่เมื่อได้พบงานใหม่ๆ เข้ามากำลังใจในการทำงานก็จะมีเพิ่มขึ้นมาทันที

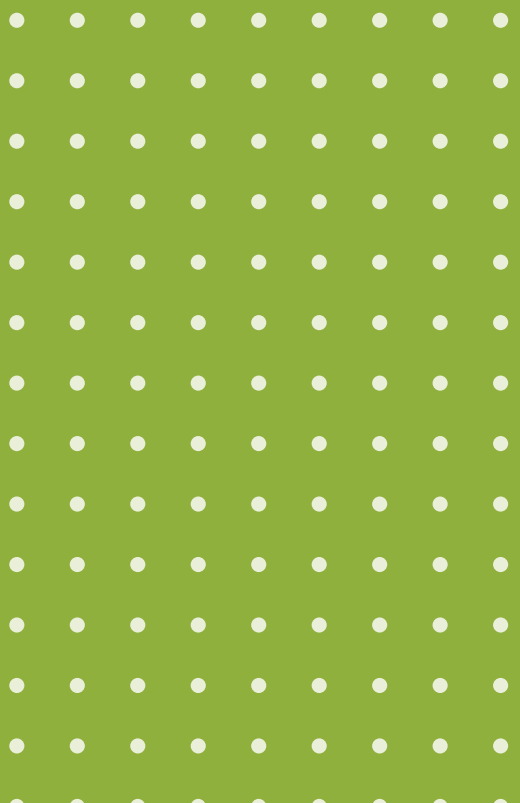
“ครอบครัวเข้าใจบทบาทหน้าที่ในการทำงานของเรา”

เข้าใจเป็นอย่างดี และยอมให้ไปปฏิบัติหน้าที่ต่างจังหวัดนานๆ เป็นต้น

“ความมุ่งมั่นของตัวเองที่มีต่อการทำงาน”

ที่คอยเตือนตัวเองเสมอว่าต้องทำงานนี้สำเร็จให้ได้ และทำให้เต็มที่ตามกำลังของเรา เช่น ตอนที่ได้ย้ายไปอยู่วิทยาลัยการสาธาณสุข จังหวัดสุพรรณบุรี ตอนนั้นเป็นทีมบุกเบิกเลย เนื่องจากเพิ่งเปิดหน่วยงานใหม่ ยังไม่มีอาจารย์และนักเรียน จึงต้องจัดการหาทุนเพื่อหล่อเลี้ยงหน่วยงานด้วยตนเอง ทั้งการทำหลักสูตร จัดอบรม จัดโต๊ะ จัดห้อง เปิดโครงการ หารายได้ ทุกอย่างต้องทำเองหมด มีทีมอยู่เพียง ๗ คน แต่ต้องจัดอบรมตลอดทั้งปี

ประวัติการทำงาน



ประวัติการทำงาน

นางอุบลรัตน์ นฤพนธ์จิรกุล

- สำเร็จการศึกษาระดับอนุปริญญา จากวิทยาลัยพยาบาล สภากาชาดไทย
- พยาบาลประจำออร์โธปิดิกส์กรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สังกัดสภากาชาดไทย ควบคู่กับการศึกษาต่อ วิทยาศาสตร์บัณฑิต ด้านสุขศึกษาที่มหาวิทยาลัยมหิดล คณะสาธารณสุขศาสตร์
- นักวิชาการควบคุมโรค ประจำศูนย์ระบาดวิทยาภาคกลาง จังหวัดราชบุรี
- ศึกษาต่อในสาขาวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิทยาการระบาด ที่ศิริราชพยาบาล ม. มหิดล
- ปฏิบัติงานที่สาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี
- หัวหน้ากลุ่มเฝ้าระวังสอบสวนทางระบาดวิทยาสำนักระบาดวิทยา
- นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๒ จังหวัดสระบุรี
- ปี พ.ศ. ๒๕๕๘ ก็ได้ย้ายมาที่สำนักงานควบคุมโรคที่ ๑ กรุงเทพฯ



นายแพทย์อำนวย กาจันะ | อธิบดีกรมควบคุมโรค



๔ ทศวรรษ

พลิกรูปแบบการคลังสาธารณะ
ฝ่าวิกฤติต้มยำกุ้ง

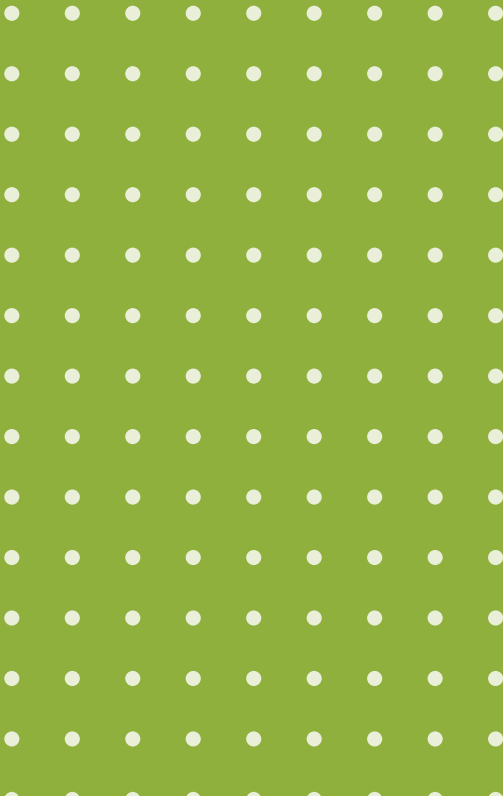


“

การทำงานต้องทำอย่างมีจุดยืน เข้าใจในเรื่องที่ตัวเองทำ
เป็นอย่างดี มองเห็นเหตุผลที่เราทำ และเราจะรู้ว่าเป้าหมาย
ปลายทางคืออะไร และพร้อมที่ก้าวเดินไปข้างหน้าต่อไป เพราะ
โอกาสมีอยู่เสมอ

”

วิถึฤตึสรึางโหกาล
(พัฒนาระบบการคลังสุขภาพ)



วิกฤติสร้างโอกาส(พัฒนาระบบการคลังสุขภาพ)

ในยุคที่เกิดภาวะวิกฤติทางเศรษฐกิจไปทั่วโลก (Financial Crisis ช่วงปี ๑๙๙๗ หรือ ๒๕๔๐ ช่วงวิกฤตต้มยำกุ้ง) ค่าเงินบาทอ่อนตัวลงอย่างรุนแรงที่ ๕๐-๖๐ บาทต่อ ๑ ดอลลาร์สหรัฐ ส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจทั่วประเทศ ขณะนั้น นายแพทย์วิฑูร แสงสิงแก้ว เป็นปลัดกระทรวง นายแพทย์พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ เป็นผู้อำนวยการสำนักนโยบายและแผน (สนผ.) ผมเป็นรองผู้อำนวยการ สนผ. ด้านนโยบายทางการเมืองและการประเมินผล ขณะนั้นองค์การเภสัชกรรมก็เจอวิกฤติเรื่องค่าใช้จ่ายที่เป็นค่ายาเพิ่มขึ้นอย่างมหาศาล เพราะวัตถุดิบในการผลิตยาและเวชภัณฑ์จะมาจากต่างประเทศ เวลาซื้อจะต้องใช้เงินดอลลาร์เมื่อค่าเงินตกจาก ๒๐ กว่าบาทกลายเป็น ๕๐-๖๐ บาท ทำให้เกิดผลกระทบและเป็นลูกโซ่มาถึงโรงพยาบาล

เมื่อองค์การเภสัชกรรมเจอภาวะวิกฤติ เขาก็พยายามจะเร่งรัดหนี้สินจากโรงพยาบาล ซึ่งโรงพยาบาลก็อยู่ในฐานะลำบาก เงินก็เก็บไม่ค่อยได้ เงินหลักๆจะได้จากสำนักงานประกันสุขภาพ ซึ่งในขณะนั้นก็มีไม่มาก ปีละ ๓๐,๐๐๐ กว่าล้าน (ถ้าเทียบกับปัจจุบัน ๑๖๐,๐๐๐ กว่าล้านบาทต่อปี)สนผ. จึงต้องทำหน้าที่บริหารจัดการการคลัง เข้าไปช่วยเหลือหลายหน่วยงาน โดยเฉพาะองค์การเภสัชกรรม

ประเทศไทยในขณะนั้นมีจำนวนผู้ตักงานเพิ่มมากขึ้น คนงานถูกลดยแพเป็นข่าวออกมาในแต่ละวัน คนงานเหล่านี้เป็นผู้ประกันตนในระบบ ซึ่งหลุดจากประกันสังคมกว่า ๓ ล้านคน ก็จะกลายเป็นผู้ยากจนที่ต้องดูแล ซึ่งเป็นจังหวะเดียวกับที่โรงพยาบาลก็ไม่มีเงิน



World Bank และ IMF ได้เข้ามาให้ข้อเสนอต่อประเทศไทยในเรื่องเงินกู้เพื่อเยียวยาประเทศ รัฐบาลก็เสนอให้ทุกกระทรวงซึ่งตอนนั้นที่ สป.(สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข) เป็นผู้กู้รายใหญ่ ประมาณ ๒๘.๖ ล้านดอลลาร์สหรัฐ (จาก World Bank) ซึ่งเป็นเงินที่สูงมากในสมัยนั้น เพื่อเอามาดูแลคนตกงานประมาณ ๓ ล้านกว่าคนทั่วประเทศ ซึ่งตอนนั้นเขาได้ส่งผู้เชี่ยวชาญมาช่วยให้คำแนะนำ

ในท้ายที่สุด กระทรวงสาธารณสุขตัดสินใจใช้งบประมาณที่ได้มา เป็นการออกแบบ Financing Model แบบใหม่ (ทดลองใน ๖ จังหวัด) ซึ่งถ้าใช้เงินงบประมาณจะไม่สามารถทำได้ เป็นการนำ DRG (Diagnosis Related Groups/กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม) มาใช้เป็นครั้งแรก พอได้เงินของ World Bank มากี่เลยทดสอบระบบบริหารจัดการ Health Care Financing ใหม่ ตรงนี้ต้องยกเครดิตให้นายแพทย์สวอน นิตยารัมภ์พงศ์ ที่ได้ดำเนินการสำนักงานปฏิรูประบบการคลังไว้ก่อน การบริหารงานในภาวะวิกฤตนี้ ต้องมีการวางแผนการทำงานอย่างรัดกุม และรอบคอบเพราะค่าใช้จ่ายทุกบาทนั้นคือภาระหน้าที่ประชาชนต้องร่วมรับผิดชอบ โดยแนวทางในการฝ่าวิกฤตครั้งนั้น มีสาระสำคัญ ดังนี้

- **แหล่งเงินทุนสนับสนุน**

เนื่องจากสถานะทางการเงินในคลังของงานสาธารณสุข สะดุด แต่ภาวะในการดูแลประชาชนที่ยากจนกลับเพิ่มมากขึ้น การหาแหล่งเงินทุน หรือ เงินกู้จึงเป็นอีกหนึ่งทางเลือก ซึ่งแหล่งเงินทุนหลักของกระทรวงสาธารณสุขในครั้งนั้นคือ

- **World Bank**

หนึ่งในแหล่งเงินทุนที่ใหญ่ที่สุดของประเทศกำลังพัฒนา โดยธนาคารโลกได้มุ่งเน้นเพื่อช่วยเหลือประชาชนและประเทศที่ยากจน โดยใช้ทุนทรัพย์ ทรัพยากรบุคคล รวมถึงความรู้และประสบการณ์ของธนาคารเพื่อช่วยเหลือประเทศกำลังพัฒนา ในการลดความยากจน การส่งเสริมให้เกิดความเติบโตทางเศรษฐกิจ และยกมาตรฐานการครองชีพของประชากรให้สูงขึ้น

- **ADB : Asian Development Bank**

ธนาคารพัฒนาเอเชียเป็นสถาบันการเงินที่มีจุดมุ่งหมาย เพื่อสนับสนุนระบบเศรษฐกิจ และการพัฒนาของประเทศแถบเอเชียและแปซิฟิก ก่อตั้งขึ้นในปี พ.ศ. ๒๕๐๙ โดยความช่วยเหลือของสหประชาชาติ

“

“ตอนนั้นเรามีภาวะที่ต้องดูแลคน
ตกงานทั่วประเทศอีกประมาณ 3 ล้านกว่า
คน ในขณะที่โรงพยาบาลก็ไม่มีเงินแล้ว
ผมเลยมีความจำเป็นต้องขอเงินส่วนนี้มา
ช่วย ซึ่งตอนนั้นที่ สป. หน่วยงานผมเป็นผู้
จ่ายใหญ่เลยนะ 28.6 ล้านดอลลาร์สหรัฐ
(จาก World Bank) ซึ่งเป็นเงินที่เยอะมาก
ในสมัยนั้น เพื่อเอามาดูแลคนตกงาน ที่ส่วน
ใหญ่จะอยู่แถวกรุงเทพและปริมณฑล”

”



• บริหารจัดการแหล่งเงินทุน

จากจำนวนประชากรยากจนที่เพิ่มขึ้นจำนวนมากในระยะเวลาดังกล่าว การบริหารงานจึงต้องมุ่งตรงไปที่การช่วยเหลือสวัสดิการ โดยเฉพาะเรื่องการเงินด้วยมาตรการ ดังนี้

๑. สร้างเงินทุนหมุนเวียนบัตรประกันสุขภาพ

ด้วยการขอเงินสนับสนุนจากรัฐบาล เพื่อสมทบมูลค่าบัตรประกันสุขภาพ จากวงเงินในบัตร ๖๐๐ บาท (จำหน่ายบัตรจากราคา ๓๐๐ บาท รัฐบาลสมทบ ๓๐๐ บาทเป็น ๖๐๐ บาท) เพิ่มเป็นวงเงิน ๑,๕๐๐ บาท (จำหน่ายบัตรจากราคา ๕๐๐ บาท รัฐบาลสมทบ ๑,๐๐๐ บาทเป็น ๑,๕๐๐ บาท) ซึ่งงบประมาณส่วนนี้นอกจากจะช่วยรองรับผู้ยากจนแล้ว ยังเป็นการกระตุ้นเศรษฐกิจของประเทศไทยได้อีกด้วย เพราะสามารถสร้างรายได้ให้ประเทศเพิ่มขึ้นกว่า ๔,๐๐๐ ล้านบาท



๒. การพัฒนาโมเดล DRG (Diagnosis-Related Group) เพื่อให้สามารถนำมาใช้ยกระดับการบริหารการคลังของกระทรวงสาธารณสุข ภายในพื้นที่ ๖ จังหวัดที่มีจำนวนผู้ตกงานมากที่สุด ในแต่ละภาคคือ

- สมุทรสาคร
- ปทุมธานี
- ยโสธร
- ยะลา
- พะเยา
- ตาก

ด้วยงบประมาณ ๒๘.๖ ล้านดอลลาร์สหรัฐจาก World Bank (ภายใต้โครงการเงินกู้เพื่อการลงทุนทางสังคม โดยธนาคารโลก ช่วงปี พ.ศ. ๒๕๔๑-๒๕๔๔)

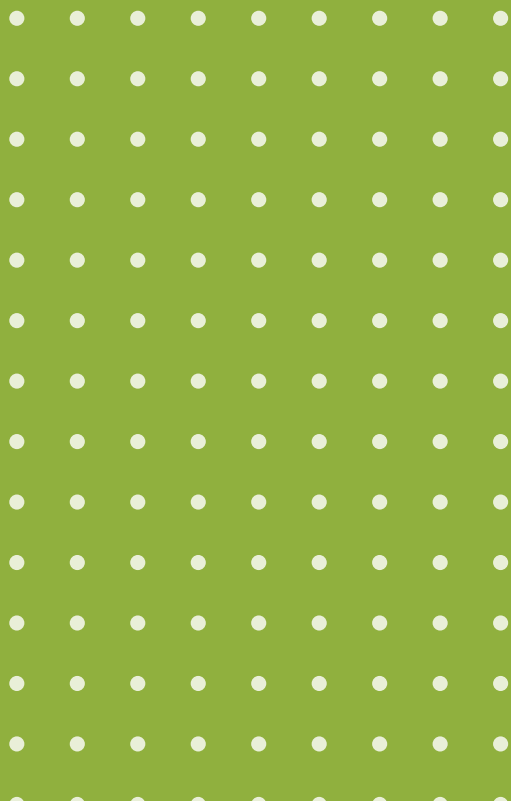
“

“พื้นที่ทดลองต้องให้กระจายออกให้ทั่วนะ ไม่อย่างนั้น สส. ไม่ยอม ท่าน ไตรรงค์ สุวรรณคีรี ตอนนั้นท่านเป็นกรรมาธิการ บอกว่า “ไม่ได้แน่ ถ้าจะให้ก็ต้องให้ทั้งประเทศ” ก็เลยต้องกระจายไปจังหวัดต่างๆ”

”



หลักของการนำ
DRG มาใช้



หลักของการนำ DRG มาใช้

ก็คือ แทนที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล โรงพยาบาลจะเคลมจำนวนค่าใช้จ่ายจริงเลย แต่เมื่อนำระบบ DRG เข้ามาใช้ในการผ่าตัดรักษาโรคก็จะมีแต้ม เช่น ผ่าตัดไส้ติ่ง ถ้าผ่าตัดไส้ติ่งธรรมดา ตัวคุณอาจจะตั้งไว้ที่ ๑.๒

ถ้าผ่าตัดไส้ติ่งแตก ตัวคุณอาจจะตั้งไว้ที่ ๑.๘-๑.๙ เป็นต้น และอาจกำหนดให้ ๑ จุด เท่ากับ ๑๐,๐๐๐ บาท เราก็คำนวณกับตัวคุณที่กำหนดไว้ จากนั้นโรงพยาบาลก็ใช้ค่าเฉลี่ยรวมทั้งหมดของ DRG สมมติว่ารวมแล้วว่า ใน ๓ เดือน ๖ เดือน ๙ เดือน มีการรักษาผู้ป่วยไป ๑,๐๐๐ แต้มก็จะ เอาค่า DRG = ๑๐,๐๐๐ บาทไปคูณ โดยจะไม่สนใจว่าคุณจะรักษาแพงถูกอย่างไร

๑,๐๐๐ แต้ม X ค่า DRG = ราคาการรักษาโรค

การนำ DRG มาใช้นั้น เป็นการแสดงถึงความโปร่งใสในการนำงบประมาณจาก World Bank มาใช้เพื่อบริหารงานสาธารณสุข ที่มีระบบบริหารจัดการรองรับอย่างชัดเจน เนื่องจากก่อนที่จะได้เงินทุนก้อนนี้มานั้น World Bank ได้ถามเชิงปริมาณไว้มากจึงเป็นอีกหนึ่งแรงผลักดันที่กระตุ้นให้การนำ DRG มาใช้นั้น ต้องทำให้สำเร็จ

“

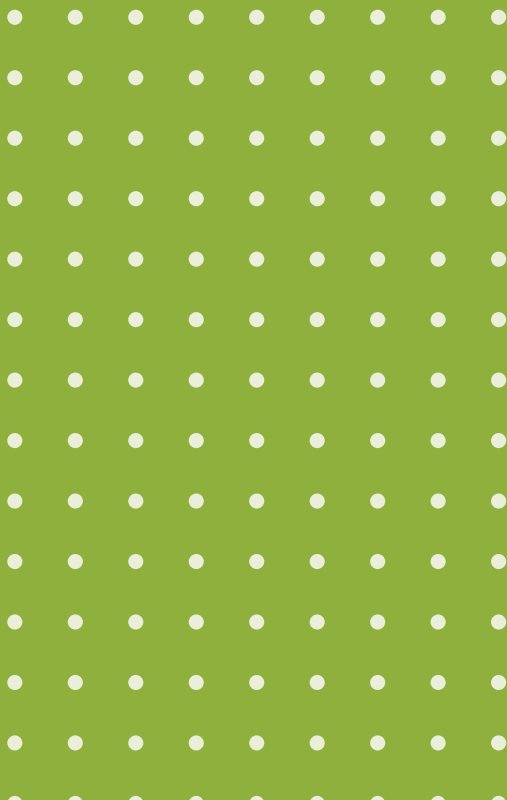
“ถ้าคุณได้เงินไป คุณไม่คิดจะจัดการอะไรบ้างเลยหรือ เพียงแค่ได้เงินไปแล้วก็ไปใช้เฉยๆ เท่านั้นหรือ เขาพูดแบบเชิงดูถูกเราหลายๆ คล้ายกับเขาว่าเราซื้อโง่งจนประเทศล่มจม จึงเกิดความรู้สึกว่างานนี้ยอมไม่ได้ และต้องทำอะไรสักอย่าง จึงคิดว่าไว้ว่างานนี้ DRG ต้องทำให้สำเร็จ เพื่อให้มีระบบการคลังที่โปร่งใสมารองรับการใช้เงินของกองทุนนี้อย่างเป็นทางการ”

”



จากการบริหารจัดการที่เป็นระบบและความร่วมมือเป็นอย่างดีจากทุกๆ ฝ่าย ส่งผลให้การบริหารงานฝ่าวิกฤติเศรษฐกิจโลกในครั้งนี้ สำเร็จลุล่วงไปได้

๑ ปี
ที่กรมควบคุมโรค



๑ ปี ที่กรมควบคุมโรค

ถึงแม้จะดำรงตำแหน่งอธิบดีกรมควบคุมโรคเพียงปีเดียว นายแพทย์อำนวยการก็มุ่งมั่นตั้งใจจะทำงานเต็มที่ ไม่คิดว่าเวลาที่น้อยจะเป็นปัญหาอุปสรรค ด้วยพื้นฐานที่เป็นนักกลยุทธ์ ท่านเชื่อว่าการวางรากฐานที่ดีมีความสำคัญ เพราะจะทำให้ก้าวที่เดินต่อมีความมั่นคง

นอกจากจะเร่งรัดพัฒนาระบบงานสำคัญให้เดินต่อ เช่น ระบบงานของศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) พร้อมกับการขับเคลื่อนจัดทำแผนปฏิบัติการตาม พ.ร.บ.โรคติดต่อ พ.ศ.๒๕๕๘ รวมทั้งผลักดันการจัดทำ (ร่าง) พ.ร.บ.โรคไม่ติดต่อ และ (ร่าง) พ.ร.บ.โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม เพื่อการคุ้มครองสุขภาพของประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมอย่างครบวงจรแล้ว

เพื่อให้โครงสร้างและระบบงานของกรมควบคุมโรคที่มีอยู่สอดคล้องตอบโจทยกับสถานการณ์ของโลกในปัจจุบัน นายแพทย์อำนวยการจึงได้ตัดสินใจเชิงนโยบายก่อตั้งหน่วยงานใหม่ขึ้น ๔ หน่วยงาน ได้แก่

๑. สถาบันวิจัยจัดการความรู้และมาตรฐานการควบคุมโรค
๒. สถาบันเวชศาสตร์ป้องกันศึกษา
๓. สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง
๔. กองโรคป้องกันด้วยวัคซีน

สถาบันวิจัยจัดการความรู้และมาตรฐานการควบคุมโรค
: เพื่อให้ผู้บริหารมีข้อมูลเชิงประจักษ์ในการตัดสินใจเชิงนโยบาย สำนักจัดการความรู้จึงถูกพัฒนาปรับโครงสร้างใหม่ (วันที่ ๑๑ กุมภาพันธ์ ๕๙) มุ่งเน้นศึกษาวิจัยเพื่อการพัฒนา นโยบาย พัฒนางานวิจัยเชิงระบบ หรือเพื่อการประเมินมาตรการต่างๆ ด้านการป้องกันควบคุมโรคที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (Health Technology Assessment: HTA) ว่าก่อให้เกิดประสิทธิผล และมีความคุ้มค่าในเชิงเศรษฐกิจหรือไม่

สถาบันเวชศาสตร์ป้องกันศึกษา : จากข้อมูลนักเดินทางท่องเที่ยวกว่าร้อยละ ๕๕ มีปัญหาสุขภาพเกิดขึ้นขณะเดินทาง กรมควบคุมโรคจึงได้ร่วมมือกับ ๖ หน่วยงานสำคัญ เช่น คณะเวชศาสตร์เขตร้อน, สมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย, คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ฯลฯ ก่อตั้งเป็นสถาบันเวชศาสตร์ป้องกันแห่งแรกในประเทศไทย (วันที่ ๓๐ มีนาคม ๕๙) เพื่อเปิดเป็นศูนย์กลางการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน สาขาเวชศาสตร์ป้องกันแขนงต่างๆ อบรม ๓ ปี ระยะเวลาแรกเป็นหลักสูตรเวชศาสตร์การเดินทางและท่องเที่ยว รวมถึงจะผลักดันให้ก้าวสู่การเป็นศูนย์ความเป็นเลิศในระดับ ภูมิภาคอาเซียน และเอเชียแปซิฟิกต่อไป

สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง : ประเทศไทยมีการเจริญเติบโต ขยายเขตเมืองออกไปอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะหัวเมืองใหญ่หรือกรุงเทพมหานครนั้น วิถีชีวิตคนเมืองมีความเสี่ยงต่อโรคและภัยสุขภาพมากยิ่งขึ้นกว่าในอดีต จากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๓ กทม.จึงถูกปรับเปลี่ยนภารกิจ (วันที่ ๒๑ เมษายน ๕๙) เพื่อจะได้มีมาตรการ แนวทางการป้องกันควบคุมโรคที่เหมาะสมและทันสถานการณ์กับชีวิตคนเมืองในปัจจุบัน

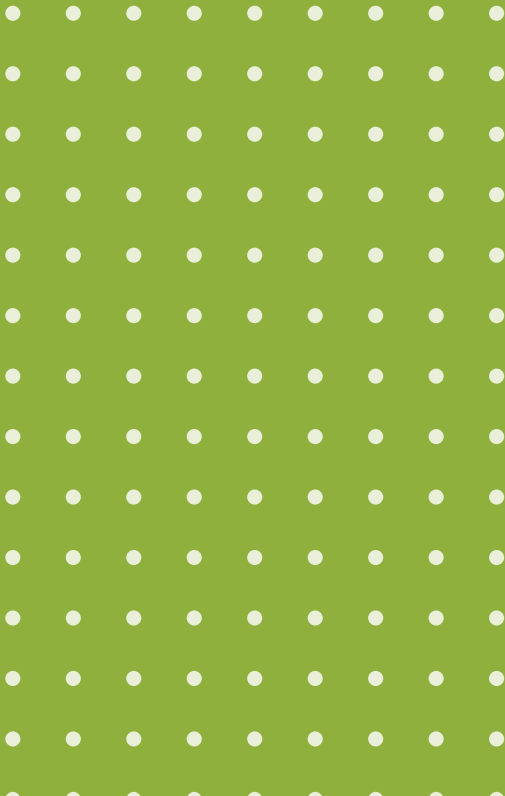
กองโรคป้องกันด้วยวัคซีน : เพราะโรคติดต่อที่ป้องกันด้วยวัคซีนมีแนวโน้มเกิดในกลุ่มผู้ใหญ่มากขึ้น มีวัคซีนที่ป้องกันโรคติดต่อหลายโรคยังไม่ได้บรรจุในแผนฯ เช่น วัคซีนคอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรนสำหรับผู้ใหญ่ วัคซีนโรคตา ฯลฯ รวมทั้งการกวาดล้างโรคโปลิโอและโรคหัดตามพันธะสัญญาที่ให้ไว้กับประชาคมโลก จึงทำให้กลุ่มโรคติดต่อป้องกันได้ด้วยวัคซีนของสำนักโรคติดต่อทั่วไป ต้องพัฒนาปรับโครงสร้าง และยกระดับเป็นกอง เพื่อขยายขอบเขตการดำเนินงานในภารกิจสำคัญดังกล่าว ให้เกิดประสิทธิผลตามเวลาที่กำหนดไว้

จาก ๔ หน่วยงานที่ตั้งขึ้นใหม่ ซึ่งถือเป็นก้าวแรกที่สำคัญในการจะก้าวเดินต่อไป เพื่อปฏิบัติภารกิจอันมีคุณค่าของหน่วยงาน คงเป็นการยืนยันอย่างดีที่สุดอีกครั้ง ถึงสิ่งที่ท่านอธิบดีนายแพทย์อำนาจ กาจันะ ได้ฝากข้อคิดในการฝ่าฟันอุปสรรคที่ผ่านมามาว่า

“การทำงานต้องทำอย่างมีจุดยืน เข้าใจในเรื่องที่ตัวเองทำ เป็นอย่างดี มองเห็นเหตุผลที่เราทำ และเราจะรู้ว่าเป้าหมายปลายทางคืออะไร และพร้อมที่ก้าวเดินไปข้างหน้าต่อไป เพราะโอกาสมีอยู่เสมอ”



 **ส่งท้าย**



ส่งท้าย

จากประสบการณ์การทำงานที่ผ่านภาวะวิกฤติอย่างรุนแรง และสามารถแก้ไขให้ลุล่วงไปได้ ท่านอธิบดีจึงได้มอบแนวทางในการฝ่าฟันอุปสรรคของการทำงานไว้ ๒ ประเด็นดังนี้

๑. “การทำงานต้องทำอย่างมีจุดยืน เข้าใจในเรื่องที่ตัวเองทำเป็นอย่างดี มองเห็นเหตุผลที่เราทำ และเรารู้ว่าเป้าหมายปลายทางคืออะไร และพร้อมที่ก้าวเดินไปข้างหน้าต่อไป เพราะโอกาสมีอยู่เสมอ”

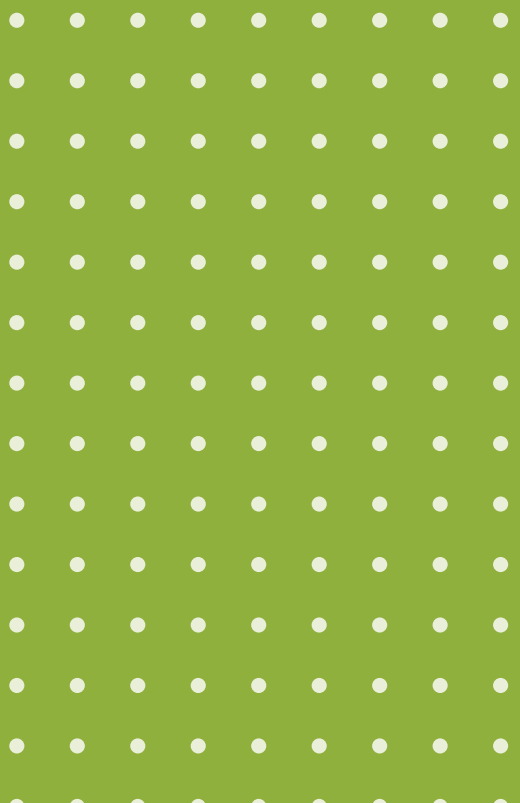
๒. “อนาคตไม่เคยเป็นเส้นตรง แต่ผมเชื่อในวัฏจักรของการเปลี่ยนแปลง เป็นสิ่งที่เราควบคุมไม่ได้ เพราะมีปัจจัยแวดล้อมเกิดขึ้นระหว่างทางเสมอ”

ผลงานอื่นๆ เช่น

- เป็นหัวหน้าทีมโครงการอนาคตศึกษา (Future Study) ตั้งใจหวังว่าสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมใน ๒๐ ปีข้างหน้า จะเป็นอย่างไร เป็นการสร้างภาพไม่พึงประสงค์ ภาพที่พึงประสงค์ ภาพที่เป็นไปได้ ภาพที่ตั้งใจให้เป็น เป็นต้น เพื่อกำหนดทิศทางการดำเนินงานรับมือกับสภาพแวดล้อมในอนาคต

สิ่งที่ได้จากโครงการนี้ ทำให้มีโอกาสได้สัมภาษณ์ผู้บริหารหลายท่าน เช่น ท่านดำรงค์ บุญยสิน ท่านปรากรม วุฒิพงศ์ ประกอบกับต้องศึกษาข้อมูลจากเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการศึกษาวิจัยที่ทำทั้งในและต่างประเทศ การทำงานโครงการนี้ทำให้ได้ขยายมุมมอง นับเป็นจุดที่เปลี่ยนชีวิต (Moment that change my life) และทำให้เข้าใจตัวเองชัดเจนว่า ต้องการที่จะทำงานในด้านนโยบายและการประเมินผล

ประวัติการทำงาน



ประวัติการทำงาน

นายแพทย์อำนาจ กาจันะ

- พ.ศ. ๒๕๒๖ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร (๑๐ปี)
- นายแพทย์สสจ.สกลนคร
- ไปศึกษาต่อที่ประเทศอังกฤษระดับปริญญาโท (London School of Hygiene and Tropical Medicine) ด้าน Health Service Management
- รองผู้อำนวยการสำนักนโยบายและแผน (สนผ.) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- ผู้อำนวยการสำนักงานประกันสุขภาพ
- นายแพทย์ สสจ.ปทุมธานี
- ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (สนย.) คนแรก
- รองอธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
- นายแพทย์ทรงคุณวุฒิฯ กระทรวงสาธารณสุข
- ผู้ตรวจราชการกระทรวง
- รองปลัดกระทรวง
- อธิบดีกรมควบคุมโรค





”

ต้นกล้า

เกิดมาจากสายใยไม้ใหญ่
ยังมองเห็นเส้นทางเลือนราง
ไม้ใหญ่แผ่ร่มเงาให้ต้นกล้าได้อุ่นอิง
สองสิ่งเกื้อหนุนกัน
ความเจริญที่งดงาม
จึงร้อยต่อและสืบเนื่องกันไป

“



กรมควบคุมโรค
DEPARTMENT OF DISEASE CONTROL



กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

88/21 ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ

อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 0 2590 3251-3 แฟกซ์ 0 2965 9610

เว็บไซต์ <http://irem.ddc.moph.go.th>