



กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control



กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control

นโยบาย

การขับเคลื่อนงานป้องกันควบคุมโรค
และภัยสุขภาพ สำหรับพื้นที่
ปิงปประมาณ พ.ศ. 2568



กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข



นโยบายการขับเคลื่อนงานป้องกันควบคุมโรค และสุขภาพ สำหรับพื้นที่ ปังบประมาณ พ.ศ. 2568



ที่ปรึกษา :

นายแพทย์ภาณุมาศ
นายแพทย์ดิเรก
นายแพทย์นิติ
นายแพทย์อดิสรณ์

ญาณเวชสกุล อธิบดีกรมควบคุมโรค
ข้าแป้น รองอธิบดีกรมควบคุมโรค
เหตานุรักษ์ รองอธิบดีกรมควบคุมโรค
วรรณะศักดิ์ รองอธิบดีกรมควบคุมโรค



กองบรรณาธิการ :

นางภักดิ์
นางนันทน์ภัส
นางสาวสุกานา
นางสาวกุลภัสสรณ์
นางสาวมัญชุรศม์
นายพลวัฒน์
นางสาวอภิญญา
นางสาวต้นกัญญา
นางสาวจิระณี
นางธารินี
นายอภิณัฐ
นายณัฐวุธ
นางสาวภัทราภรณ์
นางสาวณัฐนันท์

สิริบุษกะ ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน
วงษ์พิรา รองผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน
อยู่ดี นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ
ศิริมนัสสกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ
เถื่อนสุคนธ์ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ
พุ่มเรือง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ
เอี่ยมสุวรรณ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ
รัตนาวดี นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ
คงเกิด นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ
ศรีแก้ว นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
เจียทองศรี นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
แก้วสมบัติ นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
เครือภุณา นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
คงยิ่งใหญ่ นักวิเคราะห์นโยบายและแผน



คณะผู้จัดทำเนื้อหาวิชาการ :

คณะทำงานนโยบายการขับเคลื่อนงานป้องกันควบคุมโรคและสุขภาพ สำหรับพื้นที่
ปังบประมาณ พ.ศ. 2568



ผู้ออกแบบหน้าปกและรูปเล่ม :

นายลัทพล สังคสิน นักเทคโนโลยีสารสนเทศ
นางสาวภัทราภรณ์ เครือภุณา นักวิเคราะห์นโยบายและแผน

เผยแพร่ : เดือนพฤศจิกายน 2567

คำนำ

กรมควบคุมโรค เป็นหน่วยงานหลักในการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีจากการป้องกันควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพ ร่วมขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี ที่สอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนขององค์การสหประชาชาติ (Sustainable Development Goals : SDGs) แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี โดยเฉพาะประเด็นที่ ๑๓ การเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาพที่ดี แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๑๓ แผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุขและแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศ ระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐) ระยะที่ ๒ ระยะสร้างความเข้มแข็ง (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐) โดยมีเป้าหมาย ประชาชนได้รับการป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพระดับมาตรฐานสากล ภายในปี ๒๕๘๐

ในการขับเคลื่อนงานในระยะที่ผ่านมาพบความท้าทายจากปัญหาการเกิดโรคอุบัติใหม่ โรคอุบัติซ้ำ และโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม รวมถึงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และจากปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ดังนั้น การเตรียมความพร้อมรับมือ การสร้างระบบการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพให้เข้มแข็ง และการสร้างความรอบรู้ให้กับประชาชน จึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง โดยอาศัยการบูรณาการความร่วมมือกับหน่วยงานในพื้นที่ที่จะเป็นส่วนสำคัญ ทำให้การขับเคลื่อนงานประสบความสำเร็จมากยิ่งขึ้น ส่งผลต่อการลดอัตราป่วยและอัตราการตายของประชาชนไทย

กรมควบคุมโรค จึงได้จัดทำเอกสารนโยบายการขับเคลื่อนงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและหน่วยงานในพื้นที่ใช้เป็นแนวทางการขับเคลื่อนงานโดยนำเสนอในรูปแบบ One page ที่ชัดเจน กระชับ เข้าใจง่าย เนื้อหาประกอบด้วยสถานการณ์ที่สำคัญ เป้าหมาย กลุ่มเป้าหมาย มาตรการ/กิจกรรมที่สำคัญ และเกณฑ์เป้าหมายการประเมินผลรายไตรมาส (Small Success)

กรมควบคุมโรค ขอขอบคุณหน่วยงานทุกหน่วยงานที่มีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพนำสู่เป้าหมายความสำเร็จ โดยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า เอกสารฉบับนี้จะเป็นเครื่องมือสำหรับบุคลากร และเครือข่ายของกรมควบคุมโรค เพื่อประโยชน์ต่อประชาชนต่อไป

สารบัญ

คำนำ

สารบัญ

นโยบายการขับเคลื่อนงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

กลุ่มโรคติดต่อ (Cluster CD)	1
• การยกระดับแนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียวเชื่อมโยงสุขภาพ คน สัตว์ และสิ่งแวดล้อม	2
• การให้บริการวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี (HPV Vaccine)	6
• การป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่และโรคติดต่ออุบัติใหม่	8
• ยกระดับการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออก ภายใต้อ กลไกความร่วมมือระดับพื้นที่	11
• กำจัดมาลาเรียชนิดฟัลซิพารัม	13
กลุ่มโรคติดต่อเรื้อรัง (Cluster SALTH)	17
• เร่งรัดการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี (HBV&HCV) ในกลุ่มประชากรเป้าหมาย พ.ศ. 2568	18
• การกำจัดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี ซิฟิลิส ไวรัสตับอักเสบ บี จากแม่สู่ลูก (Triple EMTCT)	22
• การเพิ่มความครอบคลุมการรักษาวัณโรคระยะแฝง ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี	27
• เร่งรัดการดำเนินงานเพื่อกำจัดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด (Elimination of congenital syphilis)	30
• เร่งรัดการค้นหาและรักษาผู้ป่วยวัณโรคระยะแฝง	33

สารบัญ (ต่อ)

กลุ่มโรคไม่ติดต่อและปัจจัยเสี่ยงจากพฤติกรรมสุขภาพ (Cluster NATI)	35
• การขับเคลื่อนประเด็นป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ	36
• การยกระดับคุณภาพสถานีสสุขภาพ (Health Station)	40
• การขับเคลื่อนการดำเนินงานลดการบริโภคเกลือและโซเดียม ระดับจังหวัด	42
• 1 จังหวัด 1 โรงพยาบาล ช่วยคนไทยเลิกบุหรี่/บุหรี่ไฟฟ้า แบบครบวงจร	45
• การขับเคลื่อนการสร้างแกนนำเด็กและเยาวชน Gen Z ไม่สูบบุหรี่ไฟฟ้า	47
• จังหวัดมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานควบคุมยาสูบระดับพื้นที่ ครบ 5 กิจกรรมหลัก	49
• โครงการขยายผลธนาคารที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็ก (Car-seat Bank) ในโรงพยาบาล ทุกจังหวัด	51
• การพัฒนาคุณภาพข้อมูลระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (Injury Surveillance: IS) ในโรงพยาบาลระบบ A S M1	53
• ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองพฤติกรรม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	55
กลุ่มโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม (Cluster Env-Occ)	57
• ขยายผล Assessing Medical Fitness to Drive (AFTD) ปี 2568	58
• การดำเนินงานเตรียมความพร้อมรองรับและตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กรณีอุบัติเหตุสารเคมี	61
• การใช้ประโยชน์ข้อมูลสู่การดำเนินการตามมาตรการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค เพื่อลดความเสี่ยงและผลกระทบต่อสุขภาพ จากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM _{2.5})	63

สารบัญ (ต่อ)

การพัฒนาและขับเคลื่อนงานเชิงระบบและบูรณาการ (System Development Plan)

69

- การพัฒนาสมรรถนะช่องทางเข้าออกประเทศและกักกันโรค
ตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 (IHR 2005) 70
และพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558
- การขับเคลื่อนกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ 73
- การพัฒนาสมรรถนะและขีดความสามารถในการบริหารจัดการ
ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข 75





กลุ่มโรคติดต่อ (Cluster CD)

การยกระดับแนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว เชื่อมโยงสุขภาพคน สัตว์ และสิ่งแวดล้อม

1. สถานการณ์

ปัจจุบันแนวโน้มของการเกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ มีเพิ่มขึ้น และมากกว่าร้อยละ 70 เป็นโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน สร้างความสูญเสียทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยและคนรอบข้าง รวมทั้งมีผลกระทบต่อสภาพเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ด้วยสภาพการณ์ที่เป็นอยู่ปัจจุบัน มนุษย์มีความใกล้ชิดกับสัตว์มากขึ้น ทั้งการเลี้ยงสัตว์เพื่อเป็นเพื่อนหรือการเลี้ยงเพื่อค้าขาย สร้างรายได้ ประกอบกับปัจจัยทางด้านการบุกรุกผืนป่า การทำลายทรัพยากรธรรมชาติ ที่อาจทำให้เชื้อและพาหะนำโรคสามารถนำโรคมาสู่คนได้มากขึ้น สำหรับประเทศไทยโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน ที่ยังเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ ได้แก่ โรคพิษสุนัขบ้า โรคเลปโตสไปโรซิส โรคเมลิออยด์โตซิส และโรคไข้หัดสัตว์ เป็นต้น ดังนั้น เพื่อป้องกันความเสียหายทั้งทางด้านสุขภาพของประชาชน เกิดการเจ็บป่วยเสียชีวิต หรือเกิดการแพร่ระบาดของเชื้อจนควบคุมไม่อยู่ ต้องอาศัยแนวคิด “สุขภาพหนึ่งเดียว” คือ การบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างคน สัตว์ และสิ่งแวดล้อม

2. เป้าหมาย

เป้าหมายปีงบประมาณ พ.ศ. 2568		
1.	เขตสุขภาพมีพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าในระดับท้องถิ่น	2 แห่ง
2.	ร้อยละของอำเภอที่ผ่านเกณฑ์การดำเนินการตามมาตรการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในคน เพื่อสนับสนุนการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า	ร้อยละ 90
3.	อัตราป่วยด้วยโรคเลปโตสไปโรซิส ลดลงจากค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5	ร้อยละ 25
4.	อัตราป่วยด้วยโรคเมลิออยด์ลดลงจากค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี	ร้อยละ 10
5.	จำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคติดต่อเชื้อสเตรปโตคอกคัส ซูอิส ลดลงจากปีที่ผ่านมา	ร้อยละ 20
6.	หน่วยงานเครือข่ายสุขภาพหนึ่งเดียวระดับภูมิภาคมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเกณฑ์การประเมินสถานะด้านสุขภาพหนึ่งเดียวเพิ่มมากขึ้น	ร้อยละ 80

3. กลุ่มเป้าหมาย

กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงแรงงาน กระทรวงสาธารณสุข และสภากาชาดไทย รวมถึง สำนักงานป้องกันควบคุมโรค ที่ 1 - 12 และ สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

4. มาตรการ/กิจกรรมที่สำคัญ

กองวิชาการ	สคร.	สสจ./ปศจ./อปท.
- กำหนดแผนงานป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าและโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน - วิเคราะห์สถานการณ์และประเมินความเสี่ยงของโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคนตามระบบเฝ้าระวัง 5 กลุ่มโรค 5 มิติ	-ชี้แจงเป้าหมายและแนวทางการดำเนินงานควบคุม ป้องกันโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคนแก่ผู้ประสานงาน -ประสานงานกับหน่วยงานภาคีเครือข่ายฯ ในพื้นที่ -รวบรวมรายชื่ออำเภอที่จะดำเนินการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า -การเสริมสร้างความเข้มแข็งของหน่วยงานเครือข่ายระดับภูมิภาคภายใต้แนวคิดหนึ่งเดียว -เจ้าหน้าที่พัฒนาศักยภาพด้านการประเมินสถานะด้านสุขภาพหนึ่งเดียว (One Health Assessment) -จัดทำโครงการสนับสนุนกิจกรรมการดำเนินงานภายใต้แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียวของแต่ละพื้นที่ -ติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคนร่วมกับหน่วยงานภายใต้แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียวระดับภูมิภาค	- ร่วมกันคัดเลือกพื้นที่ดำเนินการสร้างเป็นพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า - ร่วมกันผลักดันและดำเนินการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า - จัดทำโครงการและดำเนินงานควบคุม ป้องกัน และเฝ้าระวังโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน - ร่วมกันประเมินสถานะด้านสุขภาพหนึ่งเดียว (One Health Assessment) ร่วมกับหน่วยงานเครือข่าย -ประชุมคณะกรรมการสุขภาพหนึ่งเดียว/คณะทำงานศูนย์ประสานงานสุขภาพหนึ่งเดียว (Coordinating Unit for One Health)

5. Small Success แต่ละไตรมาส

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
อำเภอผ่านเกณฑ์การดำเนินการตามมาตรการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในคน เพื่อสนับสนุนการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า ร้อยละ 30 - เจ้าหน้าที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านการประเมินสถานะด้านสุขภาพหนึ่งเดียว (One Health Assessment) - ประชุมคณะกรรมการสุขภาพหนึ่งเดียว/คณะทำงานศูนย์ประสานงานสุขภาพหนึ่งเดียว (Coordinating Unit for One Health) - การเสริมสร้างความเข้มแข็งของหน่วยงานเครือข่ายระดับภูมิภาคภายใต้แนวคิดหนึ่งเดียว - โครงการสนับสนุนกิจกรรมการดำเนินงานภายใต้แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียวของแต่ละพื้นที่	อำเภอผ่านเกณฑ์การดำเนินการตามมาตรการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในคน เพื่อสนับสนุนการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า ร้อยละ 50 - ร่วมกันประเมินสถานะด้านสุขภาพหนึ่งเดียว (One Health Assessment) ร่วมกับหน่วยงานเครือข่าย - ประชุมคณะกรรมการสุขภาพหนึ่งเดียว/คณะทำงานศูนย์ประสานงานสุขภาพหนึ่งเดียว (Coordinating Unit for One Health) - โครงการสนับสนุนกิจกรรมการดำเนินงานภายใต้แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียวของแต่ละพื้นที่	อำเภอผ่านเกณฑ์การดำเนินการตามมาตรการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในคน เพื่อสนับสนุนการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า ร้อยละ 70	- มีพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าระดับท้องถิ่นอย่างน้อย 2 แห่ง/เขตสุขภาพ - อำเภอผ่านเกณฑ์การดำเนินการตามมาตรการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในคน ร้อยละ 90 - อัตราป่วยด้วยโรคเลปโตสไปโรซิส ลดลงจากค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี ร้อยละ 25 - อัตราป่วยด้วยโรคเมลิออยด์ลดลงจากค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี ร้อยละ 10 - จำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคติดเชื้อสเตรปโตคอกคัส ซูอิส ลดลงจากปีที่ผ่านมา ร้อยละ 20

6. สิ่งสนับสนุนในพื้นที่

- 6.1 คู่มือการสร้างและประเมินพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า
- 6.2 ประชุมเชิงปฏิบัติการเสริมสร้างความเข้มแข็งของการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า
- 6.3 สื่อประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน
- 6.4 หลักสูตรการเรียนรู้ผ่านผ่านตัวกลางที่เป็นสื่อเทคโนโลยีหรือออนไลน์ (e-learning) ด้านโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน
- 6.5 เกณฑ์การประเมินสถานะด้านสุขภาพหนึ่งเดียว (One Health Assessment)

การให้บริการวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี (HPV Vaccine)

1. สถานการณ์

เนื่องด้วยในปี 2562 - 2564 ได้มีสถานการณ์วัคซีน HPV ขาดครวาทัวโลก จึงทำให้เด็กหญิงชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ในปีการศึกษา 2562 - 2564 พลาดการรับวัคซีน HPV ตามสิทธิประโยชน์ในงบประมาณ พ.ศ. 2566 กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดนโยบายเร่งรัดการให้บริการฉีดวัคซีน HPV จำนวน 2 ล้านโดส ใน 1 ปี ให้กับกลุ่มเป้าหมายที่มีอายุตั้งแต่ 11 - 20 ปี (วัคซีน HPV ชนิด 2 หรือ 4 สายพันธุ์) โดยเข็มที่ 1 เริ่มให้บริการในเดือนตุลาคม 2566 และจะเริ่มให้บริการเข็มที่ 2 ในเดือนตุลาคม 2567 รวมถึงจะมีแผนการบริการฉีดเข็มที่ 1 (วัคซีน HPV ชนิด 9 สายพันธุ์) ในกลุ่มเป้าหมายที่ยังไม่เคยได้รับการฉีดวัคซีนมาก่อนด้วย

2. เป้าหมาย

- เป้าหมายการให้บริการวัคซีน HPV ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568
กลุ่มหญิงอายุตั้งแต่ 11 - 20 ปี ได้รับวัคซีน HPV จำนวน 1 ล้านโดส ทั่วประเทศ
หน่วยงานเครือข่าย : สำนักงานสาธารณสุขทุกจังหวัด / กระทรวงศึกษาธิการ / สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3. กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมายหญิงอายุตั้งแต่ 11 - 20 ปี

- เข็มที่ 2 ให้กับกลุ่มเป้าหมายที่เคยได้รับการฉีดวัคซีน HPV เข็มที่ 1
- เข็มที่ 1 ให้กับกลุ่มเป้าหมายที่ไม่เคยได้รับการฉีดวัคซีน HPV

4. มาตรการ/กิจกรรมที่สำคัญ

กองวิชาการ	สคร.	สสจ.
1) สปสช. ดำเนินการจัดสรรและกระจายวัคซีน HPV 2) กำหนดแผนการจัดสรรวัคซีนเพื่อให้ สปสช. จัดส่งไปยังพื้นที่ 3) จัดทำแนวทางการให้บริการวัคซีน 4) วางแผนรอบการประชาสัมพันธ์/กิจกรรม 5) จัดทำระบบการติดตามผล	1) ประสานการทำงานระหว่างกองวิชาการและสสจ. 2) สนับสนุนข้อมูลทางวิชาการและกรอบนโยบายแก่สสจ. 3) กำกับติดตามการดำเนินงานสสจ. ในพื้นที่	1) กำกับการให้บริการวัคซีนของหน่วยบริการในพื้นที่ 2) บริหารจัดการวัคซีนในพื้นที่ 3) ประสานการทำงานระหว่างพื้นที่กับส่วนกลาง

5. Small Success แต่ละไตรมาส

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
จำนวนการฉีดวัคซีน ป้องกันมะเร็งปากมดลูก ในประชากรกลุ่มเป้าหมาย (จำนวน 3 แสนโดส)	จำนวนการฉีดวัคซีน ป้องกันมะเร็งปากมดลูก ในประชากรกลุ่มเป้าหมาย (จำนวน 6 แสนโดส)	จำนวนการฉีดวัคซีน ป้องกันมะเร็งปากมดลูก ในประชากรกลุ่มเป้าหมาย (จำนวน 8 แสนโดส)	จำนวนการฉีดวัคซีน ป้องกันมะเร็งปากมดลูก ในประชากรกลุ่มเป้าหมาย (จำนวน 1 ล้านโดส)

การป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่และโรคติดต่ออุบัติใหม่

1. สถานการณ์

โรคติดต่อระบบทางเดินหายใจที่ยังคงพบว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ได้แก่ โรคไข้หวัดใหญ่ และโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยพบแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยในช่วงหลายปีที่ผ่านมา มีจำนวนเพิ่มขึ้นในทุกปี โดยโรคไข้หวัดใหญ่มีแนวโน้มผู้ป่วยสูงขึ้น ในกลุ่มเด็ก อายุ 0 - 14 ปี ป่วยมากที่สุด และเกิดการระบาดเป็นกลุ่มก้อนเป็นระยะ ในโรงเรียน/ค่ายทหาร/เรือนจำ/วัด โบสถ์ มัสยิด และโรคโควิด 19 ยังมีรายงานผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตอย่างต่อเนื่อง รวมถึงมีการระบาดเป็นกลุ่มก้อนอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ เชื้อโรคอาจมีการพัฒนาสายพันธุ์ นอกจากนี้ สถานการณ์การระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่มีความรุนแรงอย่างต่อเนื่อง เช่น โรคไข้หวัดนก โรคซาร์ส โรคเมอร์ส โรคอีโบล่า ฯลฯ ที่ยังพบการระบาดในต่างประเทศ อาจมีการพัฒนาสายพันธุ์และทำให้เกิดการระบาดภายในประเทศ เนื่องจากยังพบการเดินทางเข้า - ออก ของนักท่องเที่ยว นักธุรกิจ รวมถึงชาวไทยมุสลิมที่มีการเดินทางไปประกอบพิธีฮัจย์ที่ประเทศซาอุดีอาระเบียเป็นประจำทุกปี อ้างอิงข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก ที่มีรายงานสถานการณ์ โรคไข้หวัดนก สายพันธุ์ H5N1 ทั่วโลก ตั้งแต่เดือนมกราคม 2546 - 19 กรกฎาคม 2567 มีผู้ติดเชื้อไข้หวัดนก สายพันธุ์ H5N1 สะสมจำนวน 896 ราย เสียชีวิตจำนวน 463 ราย (อัตราป่วยตายน้อยละ 52) ใน 24 ประเทศ รายงานสถานการณ์การระบาดข้อมูลโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง หรือโรคเมอร์ส (MERS) ข้อมูล ณ พฤษภาคม 2567 พบว่าตั้งแต่เดือนเมษายน 2555 - พฤษภาคม 2567 ทั่วโลกมีผู้ป่วยยืนยันสะสม รวมจำนวน 2,613 ราย เสียชีวิตจำนวน 941 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตายน้อยละ 36 กระจายใน 27 ประเทศ โดยพบผู้ป่วยในราชอาณาจักรซาอุดีอาระเบียมากที่สุด จำนวน 2,204 ราย เสียชีวิตจำนวน 862 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตายน้อยละ 39 และรายงานสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า หลังจากที่เกิดการระบาดในสาธารณรัฐกินี มีการประกาศยุติการระบาดไปเมื่อวันที่ 11 มกราคม 2566 ภายหลังพบผู้ป่วยรายสุดท้ายไปแล้ว 42 วัน แม้ว่าปัจจุบันองค์การอนามัยโลกยังไม่มีรายงานการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า แต่ก็ยังจำเป็นต้องติดตามสถานการณ์และเฝ้าระวังการระบาดในต่างประเทศ รวมถึงยกระดับการคัดกรองที่บริเวณด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ และคัดกรองผู้เดินทางจากพื้นที่เสี่ยงอย่างต่อเนื่อง

2. เป้าหมาย

- เป้าหมายลดโรค

- 1) อัตราป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ ลดลงเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา ร้อยละ 10
- 2) อัตราป่วยโรคโควิด 19 ลดลง เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา ร้อยละ 10
- 3) ระดับความสำเร็จของการติดตามประเมินผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ ภายใต้แผนปฏิบัติการด้านการเตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่ ระยะครึ่งแผน

3. กลุ่มเป้าหมาย

- 1) สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 - 12 / สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง
- 2) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่ง

4. มาตรการ/กิจกรรมที่สำคัญ

กองวิชาการ	สคร.	สสจ.
มาตรการที่ 1 พัฒนาระบบเตรียมความพร้อมป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่และโรคติดต่ออุบัติใหม่		
1) พัฒนากลไกและระบบบริหารจัดการในการเตรียมความพร้อมป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่ และโรคติดต่ออุบัติใหม่ 2) การประเมินความเสี่ยงไข้หวัดใหญ่และโรคติดต่ออุบัติใหม่ (ระดับประเทศ) 3) จัดทำแผนติดตามประเมินผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ภายใต้แผนปฏิบัติการด้านการเตรียมความพร้อมป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่ ระยะครึ่งแผน	1) ร่วมดำเนินการพัฒนากลไกและระบบบริหารจัดการในการเตรียมความพร้อมป้องกัน ควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่ และโรคติดต่ออุบัติใหม่ 2) การประเมินความเสี่ยงไข้หวัดใหญ่และโรคติดต่ออุบัติใหม่ (ระดับเขต) 3) ร่วมเป็นทีมติดตามประเมินผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ภายใต้แผนปฏิบัติการด้านการเตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่ ระยะครึ่งแผน	1) ร่วมดำเนินการพัฒนากลไกและระบบบริหารจัดการในการเตรียมความพร้อมป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่และโรคติดต่ออุบัติใหม่ 2) การประเมินความเสี่ยงไข้หวัดใหญ่และโรคติดต่ออุบัติใหม่ (ระดับจังหวัด)
มาตรการที่ 2 สร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายในการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่ และโรคติดต่ออุบัติใหม่		
1) จัดทำแนวทางในการเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรค และควบคุมโรคในเรือนจำ และค่ายทหาร	1) นำแนวทางในการเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรค และควบคุมโรคในเรือนจำ และค่ายทหาร ไปปรับใช้ตามบริบทของพื้นที่	1) นำแนวทางในการเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรค และควบคุมโรคในเรือนจำ และค่ายทหาร ไปปรับใช้ตามบริบทของพื้นที่
มาตรการที่ 3 การสื่อสารความเสี่ยงและประชาสัมพันธ์โรคไข้หวัดใหญ่ และโรคติดต่ออุบัติใหม่		
1) พัฒนาสื่อ/รูปแบบ/ช่องทางการประชาสัมพันธ์ โรคไข้หวัดใหญ่ และโรคติดต่ออุบัติใหม่	1) ประชาสัมพันธ์ โรคไข้หวัดใหญ่ และโรคติดต่ออุบัติใหม่	1) ประชาสัมพันธ์ โรคไข้หวัดใหญ่ และโรคติดต่ออุบัติใหม่

5. Small Success แต่ละไตรมาส

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1) แนวทางการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค ในเรือนจำ และค่ายทหาร 2) แผนติดตาม ประเมินผลการ ดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อฯ ระยะครึ่งแผน 3) แผนพัฒนาเครื่องมือ เสริมสร้างศักยภาพ บุคลากรในการรับมือกับ การระบาดใหญ่ของโรค ไข้หวัดใหญ่ฯ	1) เผยแพร่แนวทางการเฝ้า ระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค ในเรือนจำ และค่ายทหาร 2) ลงพื้นที่ ติดตาม ประเมินผลการ ดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อฯ ระยะครึ่งแผน	1) รายงานผลการ ดำเนินงานตาม แผนพัฒนาเครื่องมือ เสริมสร้างศักยภาพ บุคลากรในการรับมือ กับ การระบาดใหญ่ของ โรคไข้หวัดใหญ่ฯ รอบ 9 เดือน	1) รายงานผลการลงพื้นที่ ติดตามประเมินผล การดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อฯ ระยะครึ่งแผน 2) คู่มือเสริมสร้างศักยภาพ บุคลากรในการรับมือ กับ การระบาดใหญ่ของ โรคไข้หวัดใหญ่ฯ 3) อัตราป่วยโรคไข้หวัด ใหญ่ ลดลงเมื่อเทียบกับ ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 10 4) อัตราป่วยโรคโควิด 19 ลดลง เมื่อเทียบกับ ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 10

ยกระดับการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออก ภายใต้กลไกความร่วมมือระดับพื้นที่

1. สถานการณ์

โรคไข้เลือดออกที่พบผู้ป่วยได้ทั่วทุกภาคของประเทศไทย ซึ่งมีรายงานผู้ป่วยในปี 2566 สูงถึง 157,060 ราย เสียชีวิต 187 ราย และในปี 2567 พบผู้ป่วยสะสม 86,424 ราย เสียชีวิต 71 ราย เนื่องจากบางพื้นที่ยังมีการระบาดซ้ำ หรือไม่สามารถควบคุมโรคได้ ซึ่งโรคไข้เลือดออกทำให้เกิดการเจ็บป่วย และเสียชีวิตของประชาชนไทยในภาพกว้าง ตามการกระจายตัวของโรค ส่งผลต่อการมีอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health Adjusted Life Expectancy : HALE) ของประชาชนไทย กระทบต่อระบบเศรษฐกิจ สังคม วิถีชีวิตของประชาชนที่เปลี่ยนแปลง การประกอบอาชีพ การขาดรายได้เนื่องจากการเจ็บป่วยและเสียชีวิต ค่าใช้จ่ายทั้งทางตรงและทางอ้อมที่เกิดจากการรักษาตัวในโรงพยาบาล ปังจัยเสี่ยงและปังจัยที่เอื้อต่อการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออก ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของสภาวะภูมิอากาศ สภาพภูมิประเทศ การเคลื่อนย้ายของประชากร ความมั่นคงและสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ชายแดน การพัฒนาทางด้านการคมนาคมที่ทำให้การเดินทางข้ามพื้นที่หรือข้ามประเทศได้ง่ายขึ้น การเปลี่ยนแปลงทางด้านชีวภาพของพาหะนำโรค โรคติดต่ออุบัติใหม่หรืออุบัติซ้ำ โรคอุบัติใหม่ที่มาจากต่างประเทศ หรือจะเกิดขึ้นในอนาคต ล้วนส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่อง

2. เป้าหมาย

- เป้าหมายลดโรค
ลดอัตราป่วย และอัตราป่วยตายจากโรคไข้เลือดออก
- เป้าหมายปีงบประมาณ พ.ศ. 2568
 - 1) จำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกไม่เกิน 70,000 ราย เมื่อสิ้นปี
 - 2) อัตราป่วยตายโรคไข้เลือดออกภาพรวม และจังหวัดที่มีรายงานผู้เสียชีวิต ไม่เกินร้อยละ 0.09

3. กลุ่มเป้าหมาย

1. กลุ่มเป้าหมาย : ประชาชนทุกกลุ่มวัย
2. พื้นที่เป้าหมาย : จังหวัดเสี่ยงสูง* จำนวน 75 จังหวัด

*จังหวัดเสี่ยงสูง หมายถึง จังหวัดที่มีอัตราป่วยสะสมในปีงบประมาณ 2567 มากกว่า 50 ต่อแสนประชากร

4. มาตรการ/กิจกรรมที่สำคัญ

กองวิชาการ	สคร.	พื้นที่
1) ขับเคลื่อนการดำเนินงาน ฝั้ระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อ โดยยุงลาย ร่วมกับท้องถิ่น 2) จัดทำคู่มือ/แนวทาง/มาตรการ ที่ เกี่ยวข้อง เช่น คู่มือปฏิบัติงาน ร่วมกับ อปท. มาตรฐานการควบคุม คุณภาพการพันสารเคมีกำจัดยุง พาหะ เป็นต้น 3) สนับสนุนงานการจัดทำข้อตกลง ความร่วมมือ (MOU) ในการฝั้ระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก กับหน่วยงานต่างๆ 4) พัฒนาระบบติดตามประเมินผล โรคติดต่อโดยยุงลาย แบบบูรณาการ	1) จัดทำข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) ในการฝั้ระวัง ป้องกัน และ ควบคุมโรคไข้เลือดออก ร่วมกับท้องถิ่น 2) สื่อสาร คู่มือ/แนวทาง/มาตรการ ให้กับหน่วยงานในพื้นที่ 3) ประเมินคุณภาพการพันสารเคมี กำจัดยุงพาหะตามมาตรฐานที่กรม ควบคุมโรคกำหนด 4) ติดตามผลการดำเนินงานกิจกรรม ตามแผนปฏิบัติการฝั้ระวังป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออก ภายใต้ ข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) โดย ติดตามกับ สสจ. อบจ. อบต. เทศบาล	1) สสจ./อบจ./อบต./ เทศบาล ดำเนินงาน กิจกรรมตามแผนปฏิบัติการ ฝั้ระวังป้องกันควบคุม ไข้เลือดออก ภายใต้ ข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) 2) อสม. ฝั้ระวังพื้นที่เสี่ยง กำจัดลูกน้ำยุงลายทุก สัปดาห์ 3) รพ.รายงานโรค รพ.สต. สอบสวนโรค และเทศบาล ควบคุมโรค ให้ได้ตาม มาตรการ 3-3-1

5. Small Success แต่ละไตรมาส

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1) กทม. ถ่ายทอดทิศทาง จุดเน้นโรคไข้เลือดออก ไป ย้งหน่วยงานเครือข่าย ให้รับทราบ 2) กทม. จัดทำร่าง ข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) ในการฝั้ระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค ไข้เลือดออกกับหน่วยงาน ภาครัฐเครือข่าย 3) กทม. จัดทำคู่มือ ปฏิบัติงานฝั้ระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อ นำโดยยุงลาย สำหรับ อปท. 4) กทม.พัฒนามาตรฐาน การควบคุมคุณภาพการ พันสารเคมีกำจัดยุงพาหะ	1) สคร. จัดทำข้อตกลง ความร่วมมือ (MOU) ในการฝั้ระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค ไข้เลือดออก กับ อบจ. ในจังหวัดเสี่ยงสูง อย่าง น้อย 1 ฉบับ 2) สคร./ศตม. ประเมิน คุณภาพการพันสารเคมี กำจัดยุงพาหะ ตามมาตรฐานที่ กรมควบคุมโรคกำหนด อย่างน้อย 1 ตำบล	1) สคร. สนับสนุน และติดตามผล การดำเนินงานกิจกรรม ตามแผนปฏิบัติการ ฝั้ระวังป้องกันควบคุม ไข้เลือดออก ภายใต้ ข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) ให้ได้ร้อยละ 50 2) สคร./ศตม. ประเมิน คุณภาพการพันสารเคมี กำจัดยุงพาหะ ตามมาตรฐานที่กรม ควบคุมโรคกำหนด อย่าง น้อย 2 ตำบล	1) สคร. สนับสนุน และติดตามผล การดำเนินงาน กิจกรรม ตามแผนปฏิบัติการฝั้ ระวังป้องกันควบคุม ไข้เลือดออก ภายใต้ ข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) ให้ได้ร้อยละ 70 2) สคร./ศตม. ประเมินคุณภาพการ พันสารเคมีกำจัดยุง พาหะ ตามมาตรฐานที่ กรมควบคุมโรคกำหนด อย่างน้อย 3 ตำบล

กำจัดการเฝ้าระวังโรคไข้มาลาเรีย

1. สถานการณ์

สถานการณ์โรคไข้มาลาเรีย ปีงบประมาณ 2567 (เดือนตุลาคม 2566 - กันยายน 2567) ข้อมูล ณ วันที่ 15 ตุลาคม 2567) มีรายงานผู้ป่วยทั้งสิ้น 15,394 ราย ลดลงร้อยละ 12 เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา ณ ช่วงเวลาเดียวกัน (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 พบ 17,433 ราย) ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นชาวต่างชาติ ร้อยละ 55 เพศชาย ร้อยละ 70 อายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 78 ประกอบอาชีพ รับจ้างทำสวน ทำไร่ หรือเกษตรกรรม ร้อยละ 67 เป็นเด็กนักเรียน ร้อยละ 23 เชื้อมาลาเรียไวแวกซ์เป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุด ร้อยละ 94 รองลงมา คือ ชนิดฟัลซิพารัม ร้อยละ 5 และชนิดโนโลเซ ร้อยละ 0.5 ผู้ป่วยร้อยละ 94 อยู่ใน 8 จังหวัดชายแดนไทย-เมียนมา โดยจังหวัดตาก พบผู้ป่วยสูงสุด (7,338 ราย) คิดเป็นร้อยละ 48 ของผู้ป่วยทั่วประเทศ รองลงมา ได้แก่ กาญจนบุรี (1,825 ราย) และแม่ฮ่องสอน (1,632 ราย) ตามลำดับ และผู้ป่วยมาลาเรียร้อยละ 11 (1,687 ราย) เป็นต่างชาติที่อาศัยอยู่ในศูนย์พักพิง 9 แห่ง ในปี 2567 ยังไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคไข้มาลาเรีย ในปี 2567 พบแหล่งแพร่เชื้อมาลาเรีย 552 กลุ่มบ้าน เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา 20 กลุ่มบ้าน ซึ่งเป็นแหล่งแพร่เชื้อฟัลซิพารัม 31 กลุ่มบ้าน

สำหรับผู้ป่วยฟัลซิพารัม ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 พบผู้ป่วย 756 ราย อยู่ใน 35 จังหวัด โดยจังหวัดที่พบผู้ป่วยฟัลซิพารัมสูงสุด ได้แก่ แม่ฮ่องสอน 342 ราย ตาก 220 ราย กาญจนบุรี 40 ราย ตามลำดับ เป็นคนไทย ร้อยละ 42 เพศชาย ร้อยละ 68 อายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 78 ประกอบอาชีพ รับจ้าง ร้อยละ 38 และแหล่งแพร่เชื้อ (ผู้ป่วยมาลาเรียฟัลซิพารัมติดเชื้อในพื้นที่) 125 กลุ่มบ้านใน 14 จังหวัด สำหรับ 63 จังหวัดไม่พบผู้ป่วยติดเชื้อในพื้นที่

แหล่งข้อมูล: มาลาเรียออนไลน์ <https://malaria.ddc.moph.go.th/>

2. เป้าหมาย

- **เป้าหมายลดโรค**
กำจัดการเฝ้าระวังโรคไข้มาลาเรีย
- **เป้าหมายปีงบประมาณ พ.ศ. 2568**
 - 1) ลดจำนวนผู้ป่วยมาลาเรียชนิดฟัลซิพารัม ร้อยละ 30 จากปีที่ผ่านมา
 - 2) จำนวนผู้ป่วยมาลาเรียฟัลซิพารัมติดเชื้อในพื้นที่
 - 63 จังหวัด ไม่พบผู้ป่วยมาลาเรียชนิดฟัลซิพารัมที่ติดเชื้อในพื้นที่
 - 14 จังหวัด ลดจำนวนผู้ป่วยมาลาเรียชนิดฟัลซิพารัมที่ติดเชื้อในพื้นที่เหลือร้อยละ 20 (จาก ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ร้อยละ 35)
 - 3) ทุกแหล่งแพร่เชื้อมาลาเรียชนิดฟัลซิพารัม ต้องได้รับการตอบโต้ตามมาตรฐาน (ค้นหาเชิงรุก ควบคุมยุงพาหะ)

3. กลุ่มเป้าหมาย

- 1) ลดจำนวนผู้ป่วยมาลาเรียฟัลซิพารัม ร้อยละ 30 จากปีที่ผ่านมา
 - 35 จังหวัด ที่พบผู้ป่วยมาลาเรียชนิดฟัลซิพารัมปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ผู้ป่วยลดลงร้อยละ 30 จากปีที่ผ่านมา
 - 42 จังหวัด ไม่พบผู้ป่วยมาลาเรียชนิดฟัลซิพารัมปีงบประมาณ พ.ศ. 2568
 - 2) จำนวนผู้ป่วยมาลาเรียฟัลซิพารัมติดเชื้อในพื้นที่
 - 63 จังหวัด ไม่พบผู้ป่วยมาลาเรียชนิดฟัลซิพารัมที่ติดเชื้อในพื้นที่
 - 14 จังหวัด ลดจำนวนผู้ป่วยมาลาเรียชนิดฟัลซิพารัมที่ติดเชื้อในพื้นที่เหลือร้อยละ 20 (จากปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ร้อยละ 35)
 - 3) ทุกแหล่งแพร่เชื้อมาลาเรียชนิดฟัลซิพารัม ต้องได้รับการตอบโต้ตามมาตรฐาน (ค้นหาเชิงรุก ควบคุมยุงพาหะ)
- หมายเหตุ: รายชื่อจังหวัดตามเอกสารแนบ 1

4. มาตรการ/กิจกรรมที่สำคัญ

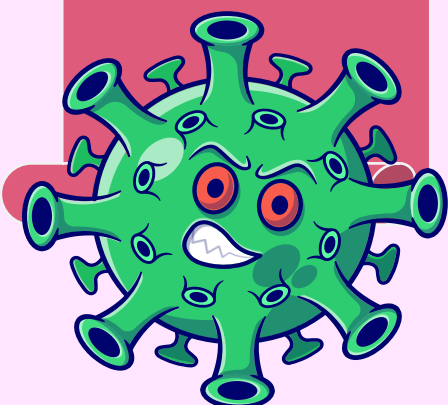
กองวิชาการ	สคร./ศตม./นคม.	สสจ.
1. รวบรวมและตรวจสอบการจัดทำระยะท้องที่ (A1 A2 B1 B2) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 2. อบรมการใช้ mHealth ในการจัดการแหล่งแพร่เชื้อมาลาเรีย 3. กำกับติดตามการดำเนินงานผ่านระบบมาลาเรียออนไลน์ และ mHealth 4. สนับสนุนด้านวิชาการและเทคนิค 5. สนับสนุนงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้อง	1. จัดทำระยะท้องที่ (A1 A2 B1 B2) ปี 2568 และตรวจสอบความถูกต้อง 2. ค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกในกลุ่มเสี่ยง 3. แจกมุ้ง LLIN หรือชุบมุ้ง ให้มีความครอบคลุมร้อยละ 95 4. พ่นสารเคมี IRS ให้มีความครอบคลุมร้อยละ 95 5. ศึกษาทางกีฏวิทยา เมื่อพบแหล่งแพร่เชื้อใหม่ 6. PM โรคไข้มาลาเรีย/โรคติดต่ออื่นโดยแมลงของ สคร. สร้างแผน routine/ตรวจสอบแผน response/เปลี่ยนสถานะแผน ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูลระหว่างมาลาเรียออนไลน์ และ mHealth 7. เจ้าหน้าที่ IT ที่จัดจ้างโดยงบประมาณ โครงการ RAI ของ สสจ. หรือ สคร. บันทึกข้อมูลในมาลาเรียออนไลน์ วาด/อัปเดตขอบเขตพื้นที่ ร่วมกับ นคม./รพ.สต. เก็บข้อมูลผลการดำเนินงานควบคุมกับ mHealth application 8. สคร. ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานของ ศตม. และ นคม.	1. ร่วมจัดทำระยะท้องที่ (A1 A2 B1 B2) ปี 2568 และตรวจสอบความถูกต้อง 2. ค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกในกลุ่มเสี่ยง โดย MPW และ อสม. 3. วิเคราะห์ผลการดำเนินงานในภาพของจังหวัด เก็บข้อมูลผลการดำเนินงาน โดยใช้ mHealth application 4. ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน ของ รพ.สต. (MP./Malaria Post/สสอ.)

5. Small Success แต่ละไตรมาส

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. รวบรวมและตรวจสอบการจัดทำระยะท้องที่ (A1 A2 B1 B2) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ได้ครอบคลุมทุกจังหวัด 2. จัดอบรมการใช้ mHealth ในการจัดการแหล่งแพร่เชื้อมาลาเรีย 3. จำนวนผู้ป่วยมาลาเรียชนิดฟัลซิพารัม ลดลง ร้อยละ 30 จากปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 (ณ ช่วงเวลาเดียวกัน) 4. จำนวนผู้ป่วยมาลาเรียชนิดฟัลซิพารัมที่ติดเชื้อในพื้นที่ไม่เกินร้อยละ 20 (เทียบกับจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ณ ช่วงเวลาเดียวกัน)	1. กำหนดขอบเขตของทุกกลุ่มบ้าน A1 A2 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 และปรับขอบเขตกลุ่มบ้านจำนวนประชากรรายบุคคล และจำนวนหลังคาเรือนให้ตรงกับปัจจุบัน 2. จำนวนผู้ป่วยมาลาเรียชนิดฟัลซิพารัม ลดลง ร้อยละ จากปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 (ณ ช่วงเวลาเดียวกัน) 3. จำนวนผู้ป่วยมาลาเรียชนิดฟัลซิพารัมที่ติดเชื้อในพื้นที่ไม่เกินร้อยละ 20 (เทียบกับจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ณ ช่วงเวลาเดียวกัน)	1. จำนวนผู้ป่วยมาลาเรียชนิดฟัลซิพารัม ลดลง ร้อยละ 30 จากปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 (ณ ช่วงเวลาเดียวกัน) 2. จำนวนผู้ป่วยมาลาเรียชนิดฟัลซิพารัมที่ติดเชื้อในพื้นที่ไม่เกินร้อยละ 20 (เทียบกับจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ณ ช่วงเวลาเดียวกัน)	1. จำนวนผู้ป่วยมาลาเรียชนิดฟัลซิพารัม ลดลง ร้อยละ 30 จากปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 (ณ ช่วงเวลาเดียวกัน) 2. จำนวนผู้ป่วยมาลาเรียชนิดฟัลซิพารัมที่ติดเชื้อในพื้นที่ไม่เกินร้อยละ 20 (เทียบกับจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ณ ช่วงเวลาเดียวกัน)



๗



กลุ่มโรคติดต่อเรื้อรัง (Cluster SALTH)

เร่งรัดการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี (HBV&HCV) ในกลุ่มประชากรเป้าหมาย พ.ศ. 2568

1. สถานการณ์

โรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ถือเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะตับอักเสบ ตับแข็ง และมะเร็งตับ ซึ่งทำให้เกิดการเจ็บป่วยและเสียชีวิตในประชากรไทยเป็นจำนวนมาก

จากการสำรวจในปี พ.ศ. 2557 คาดประมาณผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี เรื้อรัง ประมาณ 2.2 - 3 ล้านคน พบความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี ชนิดเรื้อรัง ร้อยละ 4.5 ในประชากรที่เกิดก่อนเริ่มมีการฉีดวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบ บี ในปี พ.ศ. 2535 ส่วนประชากรที่เกิดหลัง พ.ศ. 2535 ซึ่งได้บรรจุวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบีชนิด บี ในแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศแล้วนั้น พบความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรังเพียงร้อยละ 0.6 (Posuwan et al., 2016) โดยคาดว่าจำนวนผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี (HBV) ประมาณ 1.18 ล้านคน จากจำนวนประชากรที่เกิดก่อนปี พ.ศ. 2535 จำนวน 42 ล้านคน (สถิติจำนวนประชากร กรมการปกครอง ปีพ.ศ. 2565) ดังนั้น การตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ บี และการฉีดวัคซีนในการป้องกันโรคในประชากรทั่วไป จึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่จะช่วยป้องกันการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี ได้ สำหรับผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี เรื้อรัง จากการสำรวจในปี พ.ศ. 2557 พบความชุกประมาณร้อยละ 1 - 2 หรือประมาณ 3 - 8 แสนคน (Wasitthanasem et al., 2016) พบมากในประชาชนอายุ 30 ปีขึ้นไป ทั้งนี้ โรคไวรัสตับอักเสบ ซี (HCV) ไม่มีวัคซีนในการป้องกัน แต่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ด้วยการกินยาต้านไวรัสให้ครบ 12 สัปดาห์

กระทรวงสาธารณสุขตระหนักถึงความสำคัญในการจัดการแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบแบบบูรณาการ ได้ดำเนินนโยบายป้องกันควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบบ่อยอย่างต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายเพื่อลดอัตราการติดเชื้อลดการป่วยตาย และลดจำนวนผู้ป่วยมะเร็ง มาตรการที่สำคัญประการหนึ่งที่จะนำไปสู่ความสำเร็จในการดำเนินงานกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบี คือ เร่งรัดการตรวจคัดกรองการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และ ซี เพื่อทราบสถานะการติดเชื้อ การตรวจวินิจฉัยและเข้าถึงการรักษาได้อย่างรวดเร็ว โดยได้ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผลักดันชุดสิทธิประโยชน์การตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยประชากรทุกคนที่เกิดก่อน พ.ศ. 2535 สามารถรับการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี ด้วยการตรวจแอนติเจนหรือโปรตีนจากเปลือกของเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg) และการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบ ซี ด้วยการตรวจภูมิคุ้มกันไวรัสตับอักเสบซี (Anti-HCV) จำนวน 1 ครั้งตลอดช่วงชีวิต และในประชากรกลุ่มเสี่ยง 5 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย บุคลากรสาธารณสุข จะได้รับสิทธิตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ฟรี ทุก 1 ปี และในกลุ่มผู้ต้องขังจะได้รับการตรวจ 3 ครั้งต่อปี ประชาชนสามารถรับบริการตรวจคัดกรองได้ที่โรงพยาบาลรัฐทุกแห่ง โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทำให้มีความสะดวก เข้าถึงการรักษาได้รวดเร็ว ลดโอกาสเป็นตับแข็ง และมะเร็งตับในอนาคตได้ ทำให้ประเทศไทยสามารถกำจัดโรคได้ตามเป้าหมายขององค์การอนามัยโลกที่จะกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ให้สำเร็จภายในปี พ.ศ. 2573

2. เป้าหมาย

- เป้าหมายลดโรค
 - 1) ผู้ติดเชื้อ HBV ได้รับการรักษา ร้อยละ 80
 - 2) ผู้ติดเชื้อ HCV ได้รับการรักษา ร้อยละ 80
- เป้าหมายปีงบประมาณ พ.ศ. 2568
 - 1) ผู้ติดเชื้อ HBV ได้รับการรักษา ร้อยละ 50
 - 2) ผู้ติดเชื้อ HCV ได้รับการรักษา ร้อยละ 80
- สูตรคำนวณ
 - 1) ร้อยละของผู้ติดเชื้อ HBV ได้รับการรักษา = $A/B \times 100$
 A = จำนวนผู้ติดเชื้อ HBV ที่ได้รับการส่งต่อเข้ารับการรักษา
 B = จำนวนผู้ที่ได้รับการคัดกรอง HBV ที่มีผลเป็นบวก (HBsAg บวก)
 - 2) ร้อยละของผู้ติดเชื้อ HCV ได้รับการรักษา = $C/D \times 100$
 C = จำนวนผู้ติดเชื้อ HCV ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส
 D = จำนวนผู้ติดเชื้อ HCV ที่ยืนยันว่าติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี

3. กลุ่มเป้าหมาย

- ประชากรทุกคนที่เกิดก่อน พ.ศ. 2535 และกลุ่มเสี่ยง ใน 77 จังหวัด
- พื้นที่เขตสุขภาพ 1 - 12 และสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง (ครอบคลุม 77 จังหวัด : ระดับจังหวัดติดตามกำกับรายงานผลรายอำเภอ/ ระดับเขตสุขภาพ/ สคร.ติดตามกำกับรายงานผลรายจังหวัด และระดับประเทศติดตามกำกับรายงานผลรายเขตสุขภาพ/ สคร. สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง และผลงานภาพประเทศ)

4. มาตรการ/กิจกรรมที่สำคัญ

กองวิชาการ	สคร.	สสจ./รพ./รพ.สต./อปท.
1. ถ่ายทอดนโยบายส่งเสริมการเข้าถึงการตรวจคัดกรองเพื่อทราบสถานการณ์ติดเชื้อในประชากรกลุ่มเป้าหมายและเพิ่มการเข้าถึงการรักษา 2. ผลักดันเรื่องกรณีวัคซีนไวรัสตับอักเสบ บี ในผู้ที่ไม่มีประวัติการได้รับวัคซีน และตรวจไม่พบการติดเชื้อ 3. ผลักดันให้มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการจ่ายชดเชยค่าบริการในการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ บี	1. เร่งรัดการคัดกรองและรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี ในประชากรกลุ่มเป้าหมาย 2. พัฒนาระบบเครือข่ายการคัดกรอง การส่งต่อบริการ เครือข่ายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และผู้ประสานงานในระดับพื้นที่	<u>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</u> 1. เร่งรัดการคัดกรองและรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี ในประชากรกลุ่มเป้าหมาย 2. พัฒนาระบบเครือข่ายการคัดกรอง การส่งต่อบริการ เครือข่ายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และผู้ประสานงานในระดับพื้นที่ 3. สนับสนุนพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขในการดูแลรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ

นโยบายการขับเคลื่อนงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ สำหรับพื้นที่ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

กองวิชาการ	สคร.	สสจ./รพ./รพ.สต./อปท.
4. ปรับปรุงคู่มือและแนวทางการรักษาของประเทศไทย 5. พัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขในการดูแลรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ - สนับสนุนและพัฒนาศักยภาพแพทย์และบุคลากรที่ปฏิบัติงานในรพ.สต./ศูนย์บริการสาธารณสุขให้ได้รับการอบรม 6. พัฒนาระบบข้อมูล และระบบติดตามการดำเนินงาน 6.1 พัฒนาระบบข้อมูลในการกำกับติดตามโรคไวรัสตับอักเสบร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 6.2 เชื่อมโยงระบบฐานข้อมูลโรคไวรัสตับอักเสบกับ Financial data hub 6.3 วิเคราะห์และรวบรวมข้อมูลผลการดำเนินงานระดับประเทศ 7. กำกับติดตามการดำเนินงานระดับประเทศ	3. สนับสนุนพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขในการดูแลรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ - ส่งเสริมและสนับสนุนให้แพทย์ในสถานพยาบาลและบุคลากรที่ปฏิบัติงานในรพ.สต./ศูนย์บริการสาธารณสุขของจังหวัดในพื้นที่ได้รับการอบรมพัฒนาศักยภาพ 4. ดำเนินกิจกรรมเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบ สร้างความรู้และพัฒนากล้องสื่อสารความเสี่ยง 5. สนับสนุนการจัดกิจกรรมรณรงค์สร้างความต้องการตรวจไวรัสตับอักเสบบี และ ซี 6. กำกับติดตามการดำเนินงานของพื้นที่ 7. สนับสนุนวิชาการให้แก่หน่วยงานในพื้นที่ในเขตรับผิดชอบ	4. ดำเนินกิจกรรมเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบ สร้างความรู้และพัฒนากล้องสื่อสารความเสี่ยง 5. สนับสนุนการจัดกิจกรรมรณรงค์สร้างความต้องการตรวจไวรัสตับอักเสบบี และ ซี 6. กำกับติดตามการดำเนินงานของพื้นที่ 7. สนับสนุนวิชาการให้แก่หน่วยงานในพื้นที่ในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาล 1. จัดซื้อชุดตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี 2. ให้บริการตรวจคัดกรองและรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี 3. รพศ./รพท. จัดบริการตรวจยืนยันการติดเชื้อโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี 4. จัดตั้งคลินิกไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ใน รพ. ทั้ง 13 เขตสุขภาพ 5. สนับสนุนศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข 6. บันทึกข้อมูลการรักษาในระบบ Hospital Information Systems (HIS) ของโรงพยาบาล 7. ติดตามผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการรักษา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1. ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ P&P กับ สปสช. เพื่อให้สามารถเบิกจ่ายค่าบริการตรวจคัดกรอง 2. ให้บริการตรวจคัดกรอง HBV & HCV และส่งต่อบริการ 3. พัฒนาศักยภาพ อสม. ให้ความรู้ ประชาชน และเครือข่ายในพื้นที่ 4. ติดตามผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการรักษา

กองวิชาการ	สคร.	สสจ./รพ./รพ.สต./อปท.
		องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานบริการสาธารณสุขในสังกัด 1. สนับสนุนทรัพยากร จัดซื้อชุดตรวจคัดกรองโรค HBV & HCV และส่งต่อบริการ 2. ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ P&P กับ สปสช. เพื่อให้สามารถเบิกจ่ายค่าบริการตรวจคัดกรอง 3. ให้บริการตรวจคัดกรองและรักษา HBV & HCV 4. สนับสนุนศักยภาพบุคลากรทาง การแพทย์และสาธารณสุข 5. ติดตามผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการรักษา

5. Small Success แต่ละไตรมาส

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. ส่วนกลางถ่ายทอดนโยบาย 2. ประชากรเป้าหมาย ได้รับการคัดกรอง HBV และ HCV 6 แสนราย (ร้อยละ 20) 3. ผู้ติดเชื้อ HBV ได้รับการรักษา ร้อยละ 50 4. ผู้ติดเชื้อ HCV ได้รับการรักษา ร้อยละ 80	1. ประชากรเป้าหมาย ได้รับการคัดกรอง HBV และ HCV 1.5 ล้านราย (ร้อยละ 50) 2. ผู้ติดเชื้อ HBV ได้รับการรักษา ร้อยละ 50 3. ผู้ติดเชื้อ HCV ได้รับการรักษา ร้อยละ 80	1. ประชากรเป้าหมาย ได้รับการคัดกรอง HBV และ HCV 2.1 ล้านราย (ร้อยละ 70) 2. ผู้ติดเชื้อ HBV ได้รับการรักษา ร้อยละ 50 3. ผู้ติดเชื้อ HCV ได้รับการรักษา ร้อยละ 80	1. ประชากรเป้าหมายได้รับการคัดกรอง HBV และ HCV จำนวน 3 ล้านราย (ร้อยละ 100) 2. ผู้ติดเชื้อ HBV ได้รับการรักษา ร้อยละ 50 3. ผู้ติดเชื้อ HCV ได้รับการรักษา ร้อยละ 80

การกำจัดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี ซีฟิลิส ไวรัสตับอักเสบ บี จากแม่สู่ลูก (Triple EMTCT)

1. สถานการณ์

องค์การอนามัยโลกมีเป้าหมายกำจัดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี ซีฟิลิส และไวรัสตับอักเสบ บี จากแม่สู่ลูก ภายในปี พ.ศ. 2573 ดังนี้ การถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ต่ำกว่าร้อยละ 2 การติดเชื้อซีฟิลิส ในทารกแรกเกิด น้อยกว่าหรือเท่ากับ 50 ต่อเด็กเกิดมีชีวิตแสนคน และการถ่ายทอดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี จากแม่สู่ลูก น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 2 จากการดำเนินงานที่ผ่านมาประเทศไทยสามารถลดอัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกได้อย่างต่อเนื่อง โดยคงอยู่ น้อยกว่าร้อยละ 2 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 เป็นต้นมา แต่พบแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และจากข้อมูลการคาดประมาณด้วย Spectrum-AEM ปี พ.ศ. 2566 (ณ วันที่ 12 มีนาคม 2567) พบอัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ร้อยละ 1.72 นอกจากนี้ ยังพบแนวโน้มการเกิดโรคซีฟิลิสแต่กำเนิดสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการตรวจสอบความถูกต้องของอัตราป่วยจากแบบสอบสวนโรคซีฟิลิสแต่กำเนิดโดยผู้เชี่ยวชาญจากส่วนกลาง พบว่า อัตราป่วยซีฟิลิสแต่กำเนิด ในปี พ.ศ. 2561 เท่ากับ 25.1 ต่อเด็กเกิดมีชีวิตแสนคน เพิ่มขึ้นเป็น 119.5 ต่อเด็กเกิดมีชีวิตแสนคน ในปี พ.ศ. 2566 เพิ่มขึ้นประมาณ 5 เท่า จึงทำให้ไม่ผ่านการรับรองจากรอบการประเมินปี พ.ศ. 2567 และการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี สามารถถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก จากการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลภาพรวมของประเทศระหว่าง พ.ศ. 2563 - 2565 พบว่า อัตราการถ่ายทอดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี จากแม่สู่ลูก เท่ากับ ร้อยละ 0.92 ความครอบคลุมของการฝากครรภ์ ร้อยละ 98.52 ความครอบคลุมของการตรวจ HBsAg ในหญิงตั้งครรภ์ ร้อยละ 98.09 ความครอบคลุมของการตรวจ HBeAg หรือ HBV DNA viral load ในหญิงตั้งครรภ์ที่ HBsAg เป็นบวก ร้อยละ 51.90 ความครอบคลุมของการได้รับยาต้านไวรัสตับอักเสบ บี ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีข้อบ่งชี้ ร้อยละ 80.48 (คิดจากหญิงตั้งครรภ์ที่มี HBeAg เป็นบวกหรือ HBV DNA viral load สูง) ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนไวรัสตับอักเสบ บี แรกเกิด ร้อยละ 94.83 ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนไวรัสตับอักเสบ บี ครบตามเกณฑ์ ร้อยละ 87.84

จากผลการดำเนินงานพบข้อจำกัดและช่องว่างในการดำเนินงานกำจัดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี ซีฟิลิส และไวรัสตับอักเสบ บี จากแม่สู่ลูก ดังนี้ 1. บุคลากรผู้รับผิดชอบ/ประสานและรวบรวมผลการดำเนินงานระดับโรงพยาบาล 2. การติดตามทั้งมารดาและทารกหลังคลอดอย่างต่อเนื่อง 3. การรายงานข้อมูลผลการดำเนินงานลงระบบถูกต้องครบถ้วน 4. ขาดการเชื่อมโยงแต่ละฐานข้อมูล 5. การติดตามและประเมินผลการดำเนินงานในทุกระดับ และ 6. แนวทางการดำเนินงานด้านจิตสังคมและความเท่าเทียม และการมีส่วนร่วมของชุมชน/ภาคประชาสังคมที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นเพื่อให้ประเทศไทยบรรลุเป้าหมายการกำจัดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี ซีฟิลิส ไวรัสตับอักเสบ บี จากแม่สู่ลูก จำเป็นต้องมีการดำเนินงานอย่างเข้มข้น

2. เป้าหมาย

- เป้าหมายลดโรค

- 1) อัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก < ร้อยละ 2
- 2) อัตราป่วยซิฟิลิสแต่กำเนิด ≤ 50 ต่อประชากรเด็กเกิดมีชีพแสนคน
- 3) ความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในเด็กอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี $\leq$ ร้อยละ 0.1
- 4) อัตราการถ่ายทอดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จากแม่สู่ลูก $\leq$ ร้อยละ 2.0

- เป้าหมายปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

- เอชไอวี

ร้อยละการตรวจเอชไอวีในคู่ของหญิงตั้งครรภ์ $\geq 80\%$

- ซิฟิลิส

- ลดอัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดในระดับพื้นที่ ≤ 50 ต่อประชากรเด็กเกิดมีชีพแสนคน
- รักษาหญิงที่ตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสด้วยยา Benzathine Penicillin G และได้รับการรักษาครั้งแรก ไม่น้อยกว่า 30 วัน ก่อนคลอด
- ทวนสอบความถูกต้องของข้อมูล (verify) การรายงานซิฟิลิสแต่กำเนิดในระดับพื้นที่ (ระดับประเทศ เขต และจังหวัด)

สูตรการคำนวณ :

- (1) อัตราป่วยซิฟิลิสแต่กำเนิด = $A / B \times 100,000$

A: จำนวนเด็กติดเชื้อซิฟิลิส ที่เกิดจากหญิงคลอดที่ติดเชื้อซิฟิลิส ปี 2568

B: จำนวนเด็กเกิดมีชีพ ปี 2568 ในจังหวัด / ประเทศ จากสำนักทะเบียนราษฎร กรมการปกครอง

- (2) ร้อยละความครอบคลุมของการรักษาหญิงที่ตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสด้วยยา Benzathine Penicillin G และได้รับการรักษาครั้งแรก ไม่น้อยกว่า 30 วัน ก่อนคลอด = $C / D \times 100$

C: จำนวนหญิงที่ตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสได้รับการรักษาด้วยยา Benzathine Penicillin G และได้รับการรักษาครั้งแรก ไม่น้อยกว่า 30 วัน ก่อนคลอด

D: จำนวนหญิงที่ตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสทั้งหมด ในจังหวัด / ประเทศ

- (3) ร้อยละความครอบคลุมของการทวนสอบความถูกต้องของข้อมูลซิฟิลิสแต่กำเนิดในระดับพื้นที่ = $E / F \times 100$

E: จำนวนรายงานแบบสอบสวนโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด ที่ได้รับการทวนสอบความถูกต้องของข้อมูล (verify) ซิฟิลิสแต่กำเนิดโดยผู้เชี่ยวชาญ ในระดับพื้นที่ ในปี 2568

F: จำนวนรายงานแบบสอบสวนโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด ทั้งหมด ปี 2568 ของจังหวัด/ ประเทศ

- ไวรัสตับอักเสบบี

- ความครอบคลุมการได้รับยา Tenofovir Disoproxil Fumarate ในหญิงตั้งครรภ์ที่ตรวจพบการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และมีผลการตรวจ HBeAg เป็นบวก หรือมี HBV DNA viral load มากกว่าหรือเท่ากับ 200,000 U/mL มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 95
- ความครอบคลุมการได้รับ HBIG ในเด็กที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี $\geq$ ร้อยละ 95
- อัตราการถ่ายทอดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จากแม่สู่ลูกรายจังหวัด $\leq$ ร้อยละ 2.0

3. กลุ่มเป้าหมาย

หญิงตั้งครรภ์ ทารก/ลูกที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี ซิฟิลิส และไวรัสตับอักเสบบี และคู่ของหญิงตั้งครรภ์ ในพื้นที่เป้าหมาย โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/ชุมชน และหน่วยบริการปฐมภูมิทั่วประเทศ ทั้ง 77 จังหวัด

4. มาตรการ/กิจกรรมที่สำคัญ

กองวิชาการ	สคร.	สสจ./รพ.
- พัฒนาระบบการประมวลผลข้อมูลระดับประเทศ - ประชาสัมพันธ์ความรู้ Triple EMTCT กับประชาชนในวงกว้าง - เยี่ยมติดตามการดำเนินงานในพื้นที่ - ขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านคณะกรรมการ - กำกับและติดตามผลการดำเนินงานในภาพประเทศ - จัดทำโครงการประเมินองค์กร Triple EMTCT - เร่งรัด same day test and treat ซิฟิลิส ในหญิงตั้งครรภ์ - ติดตามการรักษาซิฟิลิสครั้งแรก > 30 วัน ก่อนคลอด - จัดทำทำเนียบผู้เชี่ยวชาญและคณะกรรมการ ซิฟิลิส ระดับประเทศ - วิเคราะห์สถานการณ์ ปัจจัยเสี่ยง ช่องว่างระดับประเทศ - ทวนสอบความถูกต้องของข้อมูล (verify) การรายงานซิฟิลิส แต่กำเนิด ระดับประเทศ	- ชี้แจงการดำเนินงาน Triple EMTCT ระดับเขต - ขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านคณะกรรมการระดับเขต - เยี่ยมติดตามการดำเนินงานในพื้นที่ - กำกับและติดตามผลการดำเนินงานในระดับเขต - ร่วมเป็นทีมผู้ประเมินองค์กร Triple EMTCT - กำกับติดตาม same day test and treat ซิฟิลิส ในหญิงตั้งครรภ์ - กำกับติดตามการรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิส ด้วยยา Benzathine Penicillin G และรักษาครั้งแรก ไม่น้อยกว่า 30 วัน ก่อนคลอด - จัดทำทำเนียบผู้เชี่ยวชาญและคณะกรรมการ ซิฟิลิส ระดับเขต - วิเคราะห์สถานการณ์ ปัจจัยเสี่ยง ช่องว่าง การดำเนินงาน ระดับเขต - กำกับติดตามการทวนสอบความถูกต้องของข้อมูล (verify) การรายงานซิฟิลิสแต่กำเนิด ระดับเขต	<u>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</u> - ถ่ายทอดแนวทางการดำเนินงานแก่หน่วยบริการในพื้นที่ และรวบรวมรายชื่อผู้รับผิดชอบหลักของโรงพยาบาล - จัดทำรูปแบบการดำเนินงาน และการส่งต่อกลุ่มเป้าหมาย ภายในโรงพยาบาลและในภาพจังหวัด - กำกับและติดตามผลการดำเนินงาน ระดับจังหวัด - จัดทำทำเนียบผู้เชี่ยวชาญ และคณะกรรมการ ซิฟิลิส ระดับจังหวัด - วิเคราะห์สถานการณ์ ปัจจัยเสี่ยง ช่องว่างระดับจังหวัด - ทวนสอบความถูกต้องของข้อมูล (verify) การรายงานซิฟิลิส แต่กำเนิด ระดับจังหวัด <u>โรงพยาบาล</u> - สมัครเข้ารับการประเมินองค์กร Triple EMTCT - จัดบริการตรวจซิฟิลิส same day test and treat ในหญิงตั้งครรภ์ - รักษาหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสด้วยยา Benzathine Penicillin G และรักษาครั้งแรก ไม่น้อยกว่า 30 วัน ก่อนคลอด

5. Small Success แต่ละไตรมาส

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
เอชไอวี			
-	รพ.กลุ่มเป้าหมายได้รับการพัฒนาการให้คำปรึกษาแบบคู่เพื่อตรวจคัดกรองและรักษาเอชไอวี ร้อยละ 50	อัตราการตรวจเอชไอวีในคู่ของหญิงตั้งครรภ์ $\geq$ ร้อยละ 80	อัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก < ร้อยละ 2
ซิฟิลิส			
เขตมีทำเนียบผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล (verify) การรายงานซิฟิลิสแต่กำเนิด	1. ร้อยละ 50 ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจวินิจฉัยซิฟิลิสและรักษาในวันเดียวหรือโดยเร็วที่สุด (ภายใน 7 วัน) 2. ร้อยละ 50 ของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสได้รับการรักษาด้วยยา Benzathine Penicillin G ครั้งแรก ไม่น้อยกว่า 30 วัน ก่อนคลอด 3. ร้อยละ 60 ของรายงานซิฟิลิสแต่กำเนิดผ่านการทวนสอบความถูกต้องของข้อมูล (verify)	1. ร้อยละ 80 ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจวินิจฉัยซิฟิลิสและรักษาในวันเดียวหรือโดยเร็วที่สุด (ภายใน 7 วัน) 2. ร้อยละ 75 ของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสได้รับการรักษาด้วยยา Benzathine Penicillin G ครั้งแรก ไม่น้อยกว่า 30 วัน ก่อนคลอด 3. ร้อยละ 70 ของรายงานซิฟิลิสแต่กำเนิดผ่านการทวนสอบความถูกต้องของข้อมูล (verify)	1. ร้อยละ 90 ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจวินิจฉัยซิฟิลิสและรักษาในวันเดียวหรือโดยเร็วที่สุด (ภายใน 7 วัน) 2. ร้อยละ 90 ของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสได้รับการรักษาด้วยยา Benzathine Penicillin G ครั้งแรก ไม่น้อยกว่า 30 วัน ก่อนคลอด 3. ร้อยละ 80 ของรายงานซิฟิลิสแต่กำเนิดผ่านการทวนสอบความถูกต้องของข้อมูล (verify)

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
ไวรัสตับอักเสบบี			
-	1. ความครอบคลุมการได้รับยา Tenofovir Disoproxil Fumarate ในหญิงตั้งครรภ์ที่ตรวจพบการติดเชื้อ HBV และมีผลการตรวจ HBeAg เป็นบวก หรือมี HBV DNA viral load มากกว่า หรือเท่ากับ 200,000 IU/mL $\geq$ ร้อยละ 95 (คิดจากหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดระหว่างวันที่ 1 ต.ค. 67 ถึง 28 ก.พ. 68*) 2. ความครอบคลุมการได้รับ HBIG ในเด็กที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อ HBV $\geq$ ร้อยละ 95 (คิดจากเด็กที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อที่คลอดระหว่างวันที่ 1 ต.ค. 67 ถึง 28 ก.พ. 68*)	-	1. ความครอบคลุมการได้รับยา Tenofovir Disoproxil Fumarate ในหญิงตั้งครรภ์ที่ตรวจพบการติดเชื้อ HBV และมีผลการตรวจ HBeAg เป็นบวก หรือมี HBV DNA viral load มากกว่าหรือเท่ากับ 200,000 IU/mL $\geq$ ร้อยละ 95 (คิดจากหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดระหว่างวันที่ 1 ต.ค. 67 ถึง 15 ก.ย. 68*) 2. ความครอบคลุมการได้รับ HBIG ในเด็กที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อ HBV $\geq$ ร้อยละ 95 (คิดจากเด็กที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อที่คลอดระหว่างวันที่ 1 ต.ค. 67 ถึง 15 ก.ย. 68*) 3. ผลอัตราการถ่ายทอดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีจากแม่สู่ลูกรายจังหวัด ทั้ง 77 จังหวัด (คิดจากเด็กที่เกิดวันที่ 1 ต.ค. 66 ถึง 30 ก.ย. 67)

การเพิ่มความครอบคลุมการรักษาวัณโรคระยะแฝง ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี

1. สถานการณ์

ปัจจุบัน ในปี 2566 จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เสียชีวิต เท่ากับ 10,292 ราย ซึ่งยังคงสูงเกินกว่าเป้าหมายหลัก (3 ZERO) โดยสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ วัณโรค คิดเป็นร้อยละ 15.5 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เสียชีวิต และผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความเสี่ยงต่อการเกิดวัณโรคมากกว่าผู้ที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวีถึง 19 เท่า การรักษาวัณโรคระยะแฝง เป็นการป้องกันการป่วยเป็นวัณโรค ซึ่งจากข้อมูลงานวิจัยต่าง ๆ ทั่วโลกพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาวัณโรคระยะแฝง ลดการป่วยเป็นวัณโรค ได้ร้อยละ 35 และลดการเสียชีวิตได้ร้อยละ 37 - 50 การรักษาวัณโรคระยะแฝงในปัจจุบัน เป็นการรับประทานยาในเวลาระยะสั้น เพียง 1 เดือน หรือ 3 เดือน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่อง และพบอาการไม่พึงประสงค์จากยาน้อยลง

จากประสิทธิผลของการรักษาวัณโรคระยะแฝงในผู้ติดเชื้อเอชไอวีในการป้องกันการป่วยและลดการเสียชีวิตจากวัณโรค รวมทั้งประสิทธิภาพที่ดีของยาการรักษาวัณโรคระยะแฝงดังกล่าว กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จึงมีนโยบายการดำเนินงานการรักษาวัณโรคระยะแฝงในผู้ติดเชื้อเอชไอวี แต่ผลการดำเนินงานปี 2566 พบว่ามีการรักษาวัณโรคระยะแฝงในผู้ติดเชื้อเพียง 2,146 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.48 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมด ซึ่งยังเป็นอัตราการรักษาที่ต่ำมาก ดังนั้นจึงควรมีนโยบายการเพิ่มความครอบคลุมการรักษาวัณโรคระยะแฝงในผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้เพิ่มมากขึ้น

2. เป้าหมาย

- เป้าหมายลดโรค

ลดอัตราป่วยและอัตราเสียชีวิตจากวัณโรคในผู้ติดเชื้อเอชไอวี

- เป้าหมายปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการรักษาวัณโรคระยะแฝง จำนวน 18,000 ราย (รายใหม่ทุกราย และรายเก่าที่เข้าเกณฑ์รักษาวัณโรคระยะแฝง ร้อยละ 5)

3. กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่และรายเก่า ใน 12 เขตสุขภาพ และกรุงเทพมหานคร รวมจำนวนกลุ่มเป้าหมายทั้งสิ้น 18,000 ราย

4. มาตรการ/กิจกรรมที่สำคัญ

กองวิชาการ	สคร.	สสจ./รพ./ปศจ./อปท.
1. พัฒนาแนวทางการรักษา วัณโรคระยะแฝง ในผู้ติดเชื้อ เอชไอวี (TPT) 2. พัฒนากลไกการขับเคลื่อน การดำเนินงาน TB/HIV • พัฒนาเครือข่ายการขับเคลื่อน TB/HIV • พัฒนาเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญ สนับสนุนวิชาการ 3. พัฒนาระบบข้อมูล การดำเนินการรักษาวัณโรค ระยะแฝงในผู้ติดเชื้อเอชไอวี 4. จัดหายารักษาวัณโรคระยะแฝง สำหรับสูตรรักษาระยะสั้น 1HP หรือ 3HP	1. ขับเคลื่อนและเร่งขยาย การจัดบริการรักษา วัณโรคระยะแฝง ในผู้ติดเชื้อ เอชไอวี (TPT) 2. จัดให้มีผู้เชี่ยวชาญหรือ ที่ปรึกษาการรักษาวัณโรคระยะ แฝง ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี (TPT) ระดับเขต/จังหวัด 3. ติดตามผลการจัดบริการ ของหน่วยบริการ ในระดับเขต และระดับจังหวัด	<u>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</u> 1. ขับเคลื่อนและเร่งขยาย การจัดบริการรักษา วัณโรคระยะแฝง ในผู้ติดเชื้อ เอชไอวี (TPT) 2. จัดให้มีผู้เชี่ยวชาญหรือ ที่ปรึกษาการรักษาวัณโรคระยะแฝง ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี (TPT) ระดับเขต/จังหวัด 3. ติดตามผลการจัดบริการ ของหน่วยบริการ ในระดับเขต และระดับจังหวัด <u>โรงพยาบาล</u> 1. จัดบริการดูแลรักษา วัณโรคระยะแฝง ในผู้ติดเชื้อ เอชไอวี (TPT) 2. รายงานผลการดำเนินงาน การรักษาวัณโรคระยะแฝง ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี (TPT)

4. มาตรการ/กิจกรรมที่สำคัญ

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับ บริการรักษาวัณโรค ระยะแฝง 4,500 ราย 2. ร้อยละ 30 ของบุคลากรโรงพยาบาล ภาครัฐได้รับการพัฒนา ศักยภาพการรักษา วัณโรคระยะแฝง ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี 3. ร้อยละ 30 ของโรงพยาบาลภาครัฐ ที่บริการดูแลรักษา ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ให้บริการรักษาวัณโรค ระยะแฝงในผู้ติดเชื้อ เอชไอวี 4. พัฒนาเครือข่าย ผู้เชี่ยวชาญการรักษา วัณโรคระยะแฝง ระดับเขต	1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับ บริการรักษาวัณโรค ระยะแฝง 9,000 ราย 2. ร้อยละ 40 ของบุคลากรโรงพยาบาล ภาครัฐได้รับการพัฒนา ศักยภาพการรักษา วัณโรคระยะแฝง ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี 3. ร้อยละ 40 ของโรงพยาบาลภาครัฐ ที่บริการดูแลรักษา ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ให้บริการรักษาวัณโรค ระยะแฝงในผู้ติดเชื้อ เอชไอวี 4. ประชุมติดตามผล การดำเนินงานร่วมกับ ผู้เชี่ยวชาญ ระดับเขต โรงพยาบาล และหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง รอบ 6 เดือน	1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับ บริการรักษาวัณโรค ระยะแฝง 13,500 ราย 2. ร้อยละ 50 ของบุคลากรโรงพยาบาล ภาครัฐได้รับการพัฒนา ศักยภาพการรักษา วัณโรคระยะแฝง ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี 3. ร้อยละ 50 ของโรงพยาบาลภาครัฐ ที่บริการดูแลรักษา ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ให้บริการรักษาวัณโรค ระยะแฝงในผู้ติดเชื้อ เอชไอวี	1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับ บริการรักษาวัณโรค ระยะแฝง 18,000 ราย 2. ร้อยละ 80 ของบุคลากรโรงพยาบาล ภาครัฐได้รับการพัฒนา ศักยภาพการรักษา วัณโรคระยะแฝง ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี 3. ร้อยละ 80 ของโรงพยาบาลภาครัฐ ที่บริการดูแลรักษา ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ให้บริการรักษาวัณโรค ระยะแฝงในผู้ติดเชื้อ เอชไอวี 4. ประชุมติดตามผล การดำเนินงานร่วมกับ ผู้เชี่ยวชาญ ระดับเขต โรงพยาบาล และหน่วยงานที่ เกี่ยวข้องรอบ 12 เดือน

เร่งรัดการดำเนินงานเพื่อกำจัดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด (Elimination of congenital syphilis)

1. สถานการณ์

องค์การอนามัยโลก ได้กำหนดเป้าหมายการจัดการถ่ายทอดเชื้อซิฟิลิสจากแม่สู่ลูก คือ อัตราป่วยซิฟิลิสแต่กำเนิดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 50 ต่อเด็กเกิดมีชีวิตแสนคน ภายในปี 2573 เนื่องจากอัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด เป็นผลกระทบต่อการดำเนินงานด้านการป้องกันการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มวัยเจริญพันธุ์ ซึ่งเป็นหนึ่งในองค์ประกอบหลักของการรับรองประเทศที่สามารถดำเนินการกำจัดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสจากแม่สู่ลูก โดยประเทศไทยได้รับการรับรองการจัดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสจากแม่สู่ลูกจากองค์การอนามัยโลกตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 แต่เนื่องจากจากประเทศไทยมีอัตราป่วยซิฟิลิสแต่กำเนิดต่อเด็กเกิดมีชีวิตแสนคนสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และมีอัตราป่วยซิฟิลิสแต่กำเนิด 119.5 ต่อเด็กเกิดมีชีวิตแสนคน ในปี 2566 จึงทำให้ไม่ผ่านรับการรับรองจากรอบการประเมินปี พ.ศ. 2567

จากอัตราป่วยซิฟิลิสแต่กำเนิดต่อเด็กเกิดมีชีวิตแสนคนที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง กรมควบคุมโรคจึงมีนโยบาย ดังนี้ 1) ลดอัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดในระดับพื้นที่ 2) เพิ่มการรักษาหญิงที่ตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสด้วยยา Benzathine Penicillin G และได้รับการรักษาครั้งแรก ไม่น้อยกว่า 30 วัน ก่อนคลอด และ 3) ทวนสอบความถูกต้องของข้อมูล (verify) การรายงานซิฟิลิสแต่กำเนิดในระดับพื้นที่ (ระดับประเทศ เขต และจังหวัด)

2. เป้าหมาย

- เป้าหมายลดโรค

ลดอัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด ≤ 50 ต่อเด็กเกิดมีชีวิตแสนคน

- เป้าหมายปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

- 1) ลดอัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดในระดับพื้นที่ ≤ 50 ต่อเด็กเกิดมีชีวิตแสนคน
- 2) รักษาหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสด้วยยา Benzathine Penicillin G และได้รับการรักษาครั้งแรก ไม่น้อยกว่า 30 วัน ก่อนคลอด
- 3) ทวนสอบความถูกต้องของข้อมูล (verify) การรายงานซิฟิลิสแต่กำเนิดในระดับพื้นที่ (ระดับประเทศ เขต และจังหวัด)

- สูตรการคำนวณ

1. อัตราป่วยซิฟิลิสแต่กำเนิด = $A / B \times 100,000$

A: จำนวนเด็กติดเชื้อซิฟิลิส ที่เกิดจากหญิงคลอดที่ติดเชื้อซิฟิลิส ปี 2568

B: จำนวนเด็กเกิดมีชีวิต ปี 2568 ในจังหวัด / ประเทศ จากสำนักทะเบียนราษฎร กรมการปกครอง

2. ร้อยละความครอบคลุมของการรักษาหญิงที่ตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสด้วยยา Benzathine Penicillin G และได้รับการรักษาครั้งแรก ไม่น้อยกว่า 30 วัน ก่อนคลอด = $C / D \times 100$

C: จำนวนหญิงที่ตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสได้รับการรักษาด้วยยา Benzathine Penicillin G และได้รับการรักษาครั้งแรก ไม่น้อยกว่า 30 วัน ก่อนคลอด

D: จำนวนหญิงที่ตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสทั้งหมด ในจังหวัด / ประเทศ

3. ร้อยละความครอบคลุมของการทวนสอบความถูกต้องของข้อมูลซิฟิลิสแต่กำเนิด ในระดับพื้นที่

$$= E / F \times 100$$

E: จำนวนรายงานแบบสอบสวนโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด ที่ได้รับการทวนสอบความถูกต้องของข้อมูล (verify) ซิฟิลิสแต่กำเนิดโดยผู้เชี่ยวชาญ ในระดับพื้นที่ ในปี 2568

F: จำนวนรายงานแบบสอบสวนโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด ทั้งหมด ปี 2568 ของจังหวัด/ ประเทศ

3. กลุ่มเป้าหมาย

- หญิงตั้งครรภ์ และทารก/เด็กที่ติดเชื้อโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด ที่มีอายุต่ำกว่า 2 ปี
- พื้นที่เป้าหมาย : ดำเนินการในพื้นที่ 13 เขตสุขภาพ จำนวน 77 จังหวัด

4. มาตรการ/กิจกรรมที่สำคัญ

กองวิชาการ	สคร.	สสจ./รพ.
1. เร่งรัดการตรวจวินิจฉัยซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์และรักษาในวันเดียว หรือโดยเร็วที่สุด (ภายใน 7 วัน) 2. ติดตามการดำเนินงานตามแนวทางการรักษาในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสด้วยยา Benzathine Penicillin G และได้รับการรักษาครั้งแรก ไม่น้อยกว่า 30 วันก่อนคลอด 3. จัดทำรายชื่อผู้เชี่ยวชาญและคณะทำงาน 4. วิเคราะห์อัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด เพื่อทราบสถานการณ์ ปัจจัยเสี่ยง พร้อมช่องว่างการดำเนินงานในภาพประเทศ 5. ดำเนินการทวนสอบความถูกต้องของข้อมูล (verify) การรายงานซิฟิลิสแต่กำเนิด โดยผู้เชี่ยวชาญระดับประเทศ	1. กำกับติดตามการตรวจวินิจฉัยซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์และรักษาในวันเดียวหรือโดยเร็วที่สุด (ภายใน 7 วัน) 2. กำกับติดตามการดำเนินงานตามแนวทางการรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสด้วยยา Benzathine Penicillin G และได้รับการรักษาครั้งแรก ไม่น้อยกว่า 30 วัน ก่อนคลอด ผ่านระบบรายงานตามแบบฟอร์มที่กำหนด 3. จัดทำรายชื่อผู้เชี่ยวชาญและคณะทำงานระดับเขต 4. วิเคราะห์อัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด เพื่อทราบสถานการณ์ ปัจจัยเสี่ยง พร้อมช่องว่างการดำเนินงานในระดับเขต 5. กำกับติดตามการทวนสอบความถูกต้องของข้อมูล (verify) การรายงานซิฟิลิสแต่กำเนิด โดยผู้เชี่ยวชาญระดับเขต	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 1. กำกับติดตามการตรวจวินิจฉัยซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ และรักษาในวันเดียวหรือโดยเร็วที่สุด (ภายใน 7 วัน) ระดับจังหวัด 2. กำกับติดตามการดำเนินงานตามแนวทางการรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสด้วยยา Benzathine Penicillin G และได้รับการรักษาครั้งแรก ไม่น้อยกว่า 30 วัน ก่อนคลอด ผ่านระบบรายงานตามแบบฟอร์มที่กำหนด 3. จัดทำรายชื่อผู้เชี่ยวชาญและคณะทำงานพื้นที่จังหวัดที่รับผิดชอบ 4. วิเคราะห์อัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด เพื่อทราบสถานการณ์ ปัจจัยเสี่ยง พร้อมช่องว่างการดำเนินงานในจังหวัด 5. ดำเนินการทวนสอบความถูกต้องของข้อมูล (verify) การรายงานซิฟิลิสแต่กำเนิด โดยผู้เชี่ยวชาญระดับจังหวัด โรงพยาบาล 1. จัดบริการตรวจซิฟิลิส same day test and treat ในหญิงตั้งครรภ์ 2. รักษาหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสด้วยยา Benzathine Penicillin G และรักษาครั้งแรก ไม่น้อยกว่า 30 วัน

5. Small Success แต่ละไตรมาส

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. เขตมีทำเนียบ ผู้เชี่ยวชาญในการ ตรวจสอบความถูกต้อง ของข้อมูล (verify) การรายงานซีฟิลิส แต่กำเนิด	1. ร้อยละ 50 ของหญิง ตั้งครรภ์ได้รับการตรวจ วินิจฉัยซีฟิลิส และรักษา ในวันเดียวหรือโดยเร็ว ที่สุด (ภายใน 7 วัน) 2. ร้อยละ 50 ของหญิง ตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซีฟิลิส ได้รับการรักษาด้วยยา Benzathine Penicillin G ครั้งแรก ไม่น้อยกว่า 30 วัน ก่อนคลอด 3. ร้อยละ 60 ของ รายงานซีฟิลิสแต่กำเนิด ผ่านการทวนสอบความ ถูกต้องของข้อมูล (verify)	1. ร้อยละ 80 ของหญิง ตั้งครรภ์ได้รับการตรวจ วินิจฉัยซีฟิลิส และรักษา ในวันเดียวหรือโดยเร็ว ที่สุด (ภายใน 7 วัน) 2. ร้อยละ 75 ของหญิง ตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซีฟิลิส ได้รับการรักษาด้วยยา Benzathine Penicillin G ครั้งแรก ไม่น้อยกว่า 30 วัน ก่อนคลอด 3. ร้อยละ 70 ของ รายงานซีฟิลิสแต่กำเนิด ผ่านการทวนสอบความ ถูกต้องของข้อมูล (verify)	1. ร้อยละ 90 ของหญิง ตั้งครรภ์ได้รับการตรวจ วินิจฉัยซีฟิลิส และรักษา ในวันเดียวหรือโดยเร็ว ที่สุด (ภายใน 7 วัน) 2. ร้อยละ 90 ของหญิง ตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซีฟิลิส ได้รับการรักษาด้วยยา Benzathine Penicillin G ครั้งแรก ไม่น้อยกว่า 30 วัน ก่อนคลอด 3. ร้อยละ 80 ของ รายงานซีฟิลิสแต่กำเนิด ผ่านการทวนสอบความ ถูกต้องของข้อมูล (verify)

เร่งรัดการค้นหาและรักษาผู้ป่วยวัณโรคระยะแฝง

1. สถานการณ์

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุข และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในหลาย ๆ ประเทศ องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้คาดการณ์ว่า ประเทศไทยมีอุบัติการณ์วัณโรค 157 ต่อประชากรแสนคนหรือจำนวนผู้ป่วยวัณโรค 113,000 ราย โดยผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนรักษา จำนวน 80,209 ราย ซึ่งมีอัตราความครอบคลุมการค้นหาและรักษา คิดเป็นร้อยละ 71 อัตราสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ร้อยละ 81 และผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคได้รับการรักษาวัณโรคระยะแฝง (TPT) ร้อยละ 25 (WHO, Global Tuberculosis report 2024) ดังนั้น จึงจำเป็นต้องเร่งรัดการค้นหาคัดกรอง วินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยวัณโรค วัณโรคระยะแฝง ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก (early detection) เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าสู่การรักษาอย่างรวดเร็ว

องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ 1 ใน 4 ของประชากรโลกที่มีวัณโรคระยะแฝง ซึ่งมีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคได้ ร้อยละ 5 - 10 โดยเฉพาะกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรค เป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงสูง จึงต้องได้รับการคัดกรองด้วยการเอกซเรย์ปอด (CXR) ทุก 6 เดือน จนครบ 2 ปี และตรวจหาวัณโรคระยะแฝง เพื่อเข้าสู่ระบบการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ

2. เป้าหมาย

- เป้าหมายลดโรค

ผู้ที่มีวัณโรคระยะแฝงได้รับการรักษาตามแนวทางมาตรฐาน

- เป้าหมายปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

ผู้สัมผัสร่วมบ้านของผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียน ปีงบประมาณ 2568

1) ได้รับการเอกซเรย์ปอด ทุก 6 เดือน จนครบ 2 ปี ทุกคน

2) ผู้ที่ได้รับการตรวจและมีผลวัณโรคระยะแฝงเป็นบวก ให้ได้รับการรักษาวัณโรคระยะแฝง (TPT)

มากกว่าร้อยละ 70

3. กลุ่มเป้าหมาย

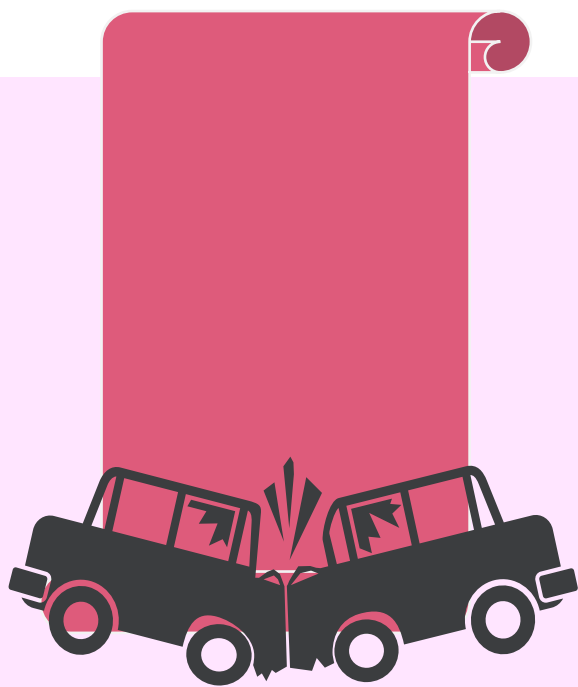
ผู้สัมผัสร่วมบ้านที่มีผลวัณโรคระยะแฝงเป็นบวก (LTBI or TBI) ในพื้นที่ 77 จังหวัด

4. มาตรการ/กิจกรรมที่สำคัญ

กองวิชาการ	สคร.	สสจ.
1. ตรวจวินิจฉัยวัณโรคด้วย Molecular techniques +/- AFB และติดตามการรักษา ด้วย acid- fast bacilli (AFB)	1. ตรวจวินิจฉัยวัณโรคด้วย Molecular techniques +/- AFB และติดตามการรักษา ด้วย acid- fast bacilli (AFB)	1. ตรวจวินิจฉัยวัณโรคด้วย Molecular techniques +/- AFB และติดตามการรักษา ด้วย acid- fast bacilli (AFB)
2. ค้นหาวัณโรคเชิงรุก โดย CXR ในผู้สัมผัสร่วมบ้าน และผู้สัมผัส ใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรค ทุกคน - ถ้า CXR ผิดปกติ และวินิจฉัย ว่าป่วยเป็นวัณโรค ให้การรักษา วัณโรค - ถ้า CXR ปกติ ให้ตรวจ interferon-gamma release assay (IGRAs) ถ้าผลเป็นบวก ให้รักษาวัณโรคระยะแฝง (TPT) - ติดตามผู้สัมผัสร่วมบ้าน และผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรค โดย CXR ทุก 6 เดือน จนครบ 2 ปี	2. ค้นหาวัณโรคเชิงรุก โดย CXR ในผู้สัมผัสร่วมบ้าน และผู้สัมผัส ใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรค ทุกคน - ถ้า CXR ผิดปกติ และวินิจฉัย ว่าป่วยเป็นวัณโรค ให้การรักษา วัณโรค - ถ้า CXR ปกติ ให้ตรวจ interferon-gamma release assay (IGRAs) ถ้าผลเป็นบวก ให้รักษาวัณโรคระยะแฝง (TPT) - ติดตามผู้สัมผัสร่วมบ้าน และผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรค โดย CXR ทุก 6 เดือน จนครบ 2 ปี	2. ค้นหาวัณโรคเชิงรุก โดย CXR ในผู้สัมผัสร่วมบ้าน และผู้สัมผัส ใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรค ทุกคน - ถ้า CXR ผิดปกติ และวินิจฉัย ว่าป่วยเป็นวัณโรค ให้การรักษา วัณโรค - ถ้า CXR ปกติ ให้ตรวจ interferon-gamma release assay (IGRAs) ถ้าผลเป็นบวก ให้รักษาวัณโรคระยะแฝง (TPT) - ติดตามผู้สัมผัสร่วมบ้าน และผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรค โดย CXR ทุก 6 เดือน จนครบ 2 ปี

5. Small Success แต่ละไตรมาส

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. ผู้สัมผัสร่วมบ้าน ของผู้ป่วยวัณโรค ปอด เสมหะพบเชื้อ 1.1 ได้รับการ CXR ทุกคน (100%) 1.2 ผู้ที่ได้รับการตรวจ และมีผลวัณโรคระยะแฝง เป็นบวก ให้การรักษา (TPT) 20%	1. ผู้สัมผัสร่วมบ้าน ของผู้ป่วยวัณโรค ปอด เสมหะพบเชื้อ 1.1 ได้รับการ CXR ทุกคน (100%) 1.2 ผู้ที่ได้รับการตรวจ และมีผลวัณโรคระยะแฝง เป็นบวก ให้การรักษา (TPT) 35%	1. ผู้สัมผัสร่วมบ้าน ของผู้ป่วยวัณโรค ปอด เสมหะพบเชื้อ 1.1 ได้รับการ CXR ทุกคน (100%) 1.2 ผู้ที่ได้รับการตรวจ และมีผลวัณโรคระยะแฝง เป็นบวก ให้การรักษา (TPT) 50%	1. ผู้สัมผัสร่วมบ้าน ของผู้ป่วยวัณโรค ปอด เสมหะพบเชื้อ 1.1 ได้รับการ CXR ทุกคน (100%) 1.2 ผู้ที่ได้รับการตรวจ และมีผลติดเชื้อวัณโรค ระยะแฝง ให้การรักษา (TPT) > 70%



กลุ่มโรค
ไม่ติดต่อและปัจจัยเสี่ยง
จากพฤติกรรมสุขภาพ
(Cluster NATI)

การขับเคลื่อนประเด็นป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ

1. สถานการณ์

สถานการณ์การเสียชีวิตด้วยโรค NCDs จากรายงานการศึกษาภาวะโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ พบโรค NCDs เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรไทย อยู่ใน 10 อันดับแรก โดยอัตราเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (อายุ 30 - 69 ปี) ด้วยโรค NCDs 4 โรคหลัก ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน และโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง มีแนวโน้มลดลงจาก 131.79 ต่อประชากรแสนคน ใน พ.ศ. 2553 เป็น 112.76 ต่อประชากรแสนคน ใน พ.ศ. 2561 คิดเป็นอัตราการเปลี่ยนแปลงลดลงร้อยละ 14.44 รวมทั้งโอกาสของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรด้วยโรค NCDs พบมีแนวโน้มลดลงเช่นเดียวกัน จากร้อยละ 14.75 ใน พ.ศ. 2553 เป็น 12.70 ใน พ.ศ. 2561 คิดเป็นอัตราการเปลี่ยนแปลงลดลงร้อยละ 13.89

สถานการณ์การป่วยด้วยโรค NCDs จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2562 - 2563 พบความชุกของโรคเบาหวานในประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป เท่ากับร้อยละ 9.5 ความชุกความดันโลหิตสูงเท่ากับร้อยละ 25.4 โดยเมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจ พ.ศ. 2551 - 2552 ความชุกเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพิ่มสูงขึ้น คิดเป็นอัตราการเปลี่ยนแปลงร้อยละ 37.7 และ 18.7 ตามลำดับ สอดคล้องกับข้อมูล Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 - 2565 ที่พบอัตราป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ใน พ.ศ. 2565 พบอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน 7,339.7 ต่อประชากรแสนคน และอัตราป่วยด้วยความดันโลหิตสูง 15,109.6 ต่อประชากรแสนคน รวมทั้งอัตราผู้ป่วยด้วยโรคหัวใจหลอดเลือด และโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน โดยในพ.ศ. 2565 พบอัตราป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด 554.8 ต่อประชากรแสนคน และอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 731.5 ต่อประชากรแสนคน

สำหรับปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรค NCDs จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย (NHES) ในประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป เมื่อเปรียบเทียบความชุก จากการสำรวจ พ.ศ. 2551 - 2552 และ พ.ศ. 2562 - 2563 พบว่าความชุกการสูบบุหรี่ ความชุกการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมาแนวโน้มลดลง สำหรับความชุกการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ความชุกการกินผักและผลไม้เพียงพอ ตามข้อแนะนำ (≥ 5 ส่วนมาตรฐานต่อวัน) รวมทั้งความชุกภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ($BMI \geq 25$ กก./ m^2) ภาวะอ้วนลงพุง (เส้นรอบเอว ≥ 90 ซม. ในชาย และ ≥ 80 ซม. ในหญิง) และภาวะไขมันคอเลสเตอรอลในเลือดสูง (Total Cholesterol ≥ 240 มก./ดล.) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

การดำเนินงานกองโรคไม่ติดต่อระหว่างปี พ.ศ. 2566 - 2570 จึงได้เน้นหนัก 3 ประเด็น ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคอ้วน สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี และแผนยุทธศาสตร์ระดับต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดมาตรการดำเนินงาน “4 มาตรการ (2P2S)” ดังนี้

- 1) การขับเคลื่อนนโยบายและสร้างพันธมิตรความร่วมมือ (Policy implementation and Network Advocacy: P)
- 2) การส่งเสริมสุขภาพและลดความเสี่ยง (Promotion and Risk Reduction: P)
- 3) การเสริมสมรรถนะของระบบบริการสุขภาพ (Strengthen Health System: S)
- 4) ระบบเฝ้าระวัง สนับสนุน พัฒนากำลังคนและติดตามประเมินผล (Surveillance and Supporting system M&E :S)

2. เป้าหมาย

- ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี $\geq$ ร้อยละ 40
- ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี $\geq$ ร้อยละ 60
- ร้อยละของประชากร อายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัย DM และ HT $\geq$ ร้อยละ 90
- ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มเสี่ยงป่วย DM และ HT (DM $\geq$ ร้อยละ 70, HT $\geq$ ร้อยละ 85)
- ร้อยละของประชากรวัยทำงานอายุ 19 - 59 ปี มี BMI $\geq 25 \text{ kg/m}^2 \leq 28.9$
- ร้อยละของประชาชนในจังหวัดเป้าหมาย มีความตระหนักรู้ความเสี่ยงการบริโภคเกลือและโซเดียม $\geq$ ร้อยละ 65

3. กลุ่มเป้าหมาย

3.1 กลุ่มเป้าหมาย : กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มสงสัยป่วย และกลุ่มป่วย (โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคอ้วน)

กลุ่มเสี่ยง : กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน (Pre DM)
 : กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง (Pre HT)
 : กลุ่มที่มีภาวะน้ำหนักเกิน (BMI $\geq 23\text{-}24.9 \text{ kg/m}^2$)
 โรคอ้วน หมายถึง ผู้ที่มี BMI $\geq 25 \text{ kg/m}^2$

3.2 พื้นที่เป้าหมาย : ทั่วประเทศ

4. มาตรการ/กิจกรรมที่สำคัญ

กองวิชาการ	สคร./สปลคม.	สสจ.
พัฒนาและขับเคลื่อน การดำเนินงานควบคุมป้องกันโรค ไม่ติดต่อ ตามมาตรการ 2P2S ดังนี้ 1.ขับเคลื่อนและพัฒนานโยบาย 1.1 แผนการป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อ ของประเทศไทย (ปี พ.ศ. 2566 - 2570) 1.2 ทศวรรษการป้องกัน และชะลอภาวะไตเรื้อรัง (ปี พ.ศ. 2565 - 2575) 1.3 ยุทธศาสตร์การบริโภคเกลือ และโซเดียม (ปี พ.ศ. 2559 - 2568) 1.4 นโยบายโรคอ้วน	สคร./สปลคม.ร่วมดำเนินงาน ติดตามประเมินผลตามแผนงาน นโยบาย แนวทาง มาตรการ ตัวชี้วัดและจุดเน้นการป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ ดังนี้ 1.ร่วมขับเคลื่อนและพัฒนานโยบาย 1.1 แผนการป้องกันและควบคุมโรค ไม่ติดต่อของประเทศไทย (ปี พ.ศ. 2566 - 2570) 1.2 ทศวรรษการป้องกันและ ชะลอภาวะไตเรื้อรัง (ปี พ.ศ. 2565 - 2575) 1.3 ยุทธศาสตร์การบริโภคเกลือ และโซเดียม (ปี พ.ศ.2559 - 2568) 1.4 นโยบายโรคอ้วน	จังหวัดขับเคลื่อนการดำเนินงาน ตามแผนงานนโยบาย แนวทาง มาตรการ ตัวชี้วัดและจุดเน้นการ ป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ ดังนี้ 1.ดำเนินการและรายงานผล ตัวชี้วัดผลผลิตและจุดเน้นการ ป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ 1.1 ยกระดับ CBI For NCDs 1.2 ลดการบริโภคเกลือ และโซเดียมระดับจังหวัด 1.3 ยกระดับสถานีสภาพ Health Station 2.ขับเคลื่อนการพัฒนา บริการ 2.1 NCD Clinic Plus ขยายสู่ ระบบปฐมภูมิ 2.2 พัฒนาการดำเนินงาน HT BP Control

นโยบายการขับเคลื่อนงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ สำหรับพื้นที่ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

กองวิชาการ	สคร./สปคม.	สสจ.
2.ส่งเสริมสุขภาพและลดความเสี่ยง 2.1 ยกกระต๊ับ CBI For NCDs 2.2 สร้างเสริม Health literacy 2.3 Virtual NCD Forum 2.4 ลดการบริโภคเกลือและโซเดียมระดับจังหวัด 2.5 ยกกระต๊ับสถานีสสุขภาพ Health Station 3.การเสริมสมรรถนะของระบบบริการสุขภาพ - พัฒนาระบบบริการ 3.1 NCD Clinic Plus ขยายสู่ระบบปฐมภูมิ 3.2 พัฒนาการดำเนินงาน HT BP Control 3.3 พัฒนารูปแบบการจัดการโรคเบาหวาน DM remission - พัฒนาศักยภาพบุคลากร 3.4 DM-HT Care Manager 3.5 NCD System manager 4.พัฒนาระบบเฝ้าระวัง ระบบข้อมูล 4.1 พัฒนาเครื่องมือ และรูปแบบการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ ระดับตำบล 4.2 พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศโรคไม่ติดต่อและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง 4.3 ประเมินและพัฒนาเฝ้าระวังและสอบสวนกรณีหมดสติหรือเสียชีวิตขณะวิ่งในที่สาธารณะ 4.4 กำกับ ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน	2.ขับเคลื่อนตัวชี้วัดผลผลิตและจุดเน้นการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ 2.1 ยกกระต๊ับ CBI For NCDs 2.2 ยกกระต๊ับสถานีสสุขภาพ Health Station 2.3 ลดการบริโภคเกลือและโซเดียมระดับจังหวัด 3.ขับเคลื่อนการพัฒนาาระบบบริการ 3.1 NCD Clinic Plus ขยายสู่ระบบปฐมภูมิ 3.2 พัฒนาการดำเนินงาน HT BP Control 3.3 พัฒนารูปแบบการจัดการโรคเบาหวาน DM remission 4.ร่วมพัฒนาศักยภาพบุคลากร 4.1 DM-HT Care Manager 4.2 NCD System manager, 4.3 Virtual NCD Forum 5.ขับเคลื่อนและพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ระบบข้อมูล 5.1 ร่วมพัฒนาเครื่องมือ และรูปแบบการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ ระดับตำบล 5.2 เข้าใช้งานระบบข้อมูลสารสนเทศโรคไม่ติดต่อและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง 4.3 ร่วมประเมินและพัฒนาเฝ้าระวังและสอบสวนกรณีหมดสติหรือเสียชีวิตขณะวิ่งในที่สาธารณะ 5. กำกับ ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน	2.3 พัฒนารูปแบบการจัดการโรคเบาหวาน DM remission 3.ร่วมพัฒนาศักยภาพบุคลากร 3.1 DM-HT Care Manager 3.2 NCD System manager, 3.3 Virtual NCD Forum 4.ร่วมขับเคลื่อนและพัฒนา ระบบเฝ้าระวัง ระบบข้อมูล 4.1 ร่วมพัฒนาเครื่องมือ และรูปแบบการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ ระดับตำบล 4.2 เข้าใช้งานระบบข้อมูลสารสนเทศโรคไม่ติดต่อและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง 4.3 ร่วมประเมินและพัฒนาเฝ้าระวังและสอบสวนกรณีหมดสติหรือเสียชีวิตขณะวิ่งในที่สาธารณะ 5.กำกับ ติดตามและรายงานผลการดำเนินงานให้ สคร.

5. Small Success แต่ละไตรมาส

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
- ร้อยละของประชากร อายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรอง เพื่อวินิจฉัย DM และ HT $\geq$ ร้อยละ 30	- ร้อยละของประชากร อายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรอง เพื่อวินิจฉัย DM และ HT $\geq$ ร้อยละ 60 - ร้อยละการตรวจติดตาม ยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วย DM และ HT (DM $\geq$ ร้อยละ 40, HT $\geq$ ร้อยละ 50)	- ร้อยละของประชากร อายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรอง เพื่อวินิจฉัย DM และ HT $\geq$ ร้อยละ 80 - ร้อยละการตรวจติดตาม ยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วย DM และ HT (DM $\geq$ ร้อยละ 60, HT $\geq$ ร้อยละ 75)	- ร้อยละผู้ป่วย DM และ HT ที่ควบคุมได้ดี (DM $\geq$ ร้อยละ 40, HT $\geq$ ร้อยละ 60) - ร้อยละของประชากร อายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัย DM และ HT $\geq$ ร้อยละ 90 - ร้อยละการตรวจติดตาม ยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วย DM และ HT (DM $\geq$ ร้อยละ 70, HT $\geq$ ร้อยละ 85) - ร้อยละของประชากรวัยทำงานอายุ 19 - 59 ปี มี BMI $\geq 25 \text{ kg/m}^2 \leq 28.9$ - ร้อยละของประชาชน ในจังหวัดเป้าหมาย มีความตระหนักรู้ความเสี่ยง การบริโภคเกลือและโซเดียม $\geq$ ร้อยละ 65

การยกระดับคุณภาพสถานีสுகภาพ (Health Station)

1. สถานการณ์

กรมควบคุมโรค ได้เริ่มดำเนินการสถานีสுகภาพในชุมชน ตั้งแต่ พ.ศ. 2565 และใน พ.ศ. 2567 พบว่ามีการดำเนินงานสถานีสுகภาพชุมชนจำนวน 8,815 แห่ง ใน 574 อำเภอ (ฐานข้อมูลกองโรคไม่ติดต่อ ณ วันที่ 29 สิงหาคม 2567) ซึ่งการดำเนินงานของสถานีสுகภาพมีความมุ่งหวังให้คนไทยมีอายุยืนยาวขึ้นและมีสุขภาพแข็งแรงสอดคล้องตามกรอบการพัฒนาที่ยั่งยืนขององค์การสหประชาชาติ (SDGs) เป้าหมายย่อย 3.4 ลดการตายก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อลดลงหนึ่งในสาม ผ่านทางการป้องกันและการรักษาโรค และสนับสนุนสุขภาพจิตและความเป็นอยู่ที่ดี ภายในปี พ.ศ. 2573

การยกระดับคุณภาพสถานีสுகภาพจะเพิ่มสมรรถนะและทักษะทางสุขภาพให้กับประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้เมื่อมีความต้องการตรวจสอบสถานะสุขภาพ ทำให้ทราบค่าสุขภาพเบื้องต้น 7 รายการ ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกาย รอบเอว ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และภาวะซึมเศร้า นำไปสู่การดูแลสุขภาพและติดตามสุขภาพของประชาชน ร่วมกับการได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพ การพัฒนาคุณภาพสถานีสுகภาพจะช่วยให้มีข้อมูลระดับบุคคล ชุมชนที่จะนำไปสู่การตัดสินใจในการจัดสรรงบประมาณ และการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพในการแก้ปัญหาโรคไม่ติดต่อ และมีความร่วมมือจากภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนและชุมชน ทำให้เกิดการพัฒนาคุณภาพสถานีสுகภาพอย่างยั่งยืน

2. เป้าหมาย

- เป้าหมายปีงบประมาณ พ.ศ. 2568
สถานีสுகภาพได้ยกระดับคุณภาพตามเป้าหมายที่เขตสุขภาพกำหนด ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

3. กลุ่มเป้าหมาย

สถานีสுகภาพตามเป้าหมายที่เขตสุขภาพ 1 – 12 กำหนด รวมถึง ชุมชน หมู่บ้าน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์การบริหารส่วนจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

4. มาตรการ/กิจกรรมที่สำคัญ

กองวิชาการ	สคร.	สสจ.
- พัฒนาและประชุมชี้แจงแนวทางให้แก่ สคร. 1 – 12 - จัดเตรียมสื่อความรู้และประชาสัมพันธ์เพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน - ประชุมติดตามการดำเนินการงานการยกระดับคุณภาพสถานีสุขภาพของ สคร. 1 – 12 - สรุปผลการดำเนินงาน และติดตามผลการยกระดับคุณภาพสถานีสุขภาพ	- วิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานสถานีสุขภาพในเขตสุขภาพและกำหนดสถานีสุขภาพเป้าหมาย - ประชุมพัฒนาความร่วมมือการดำเนินงานสถานีสุขภาพร่วมกับเครือข่ายทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข และชี้แจงแนวทางการยกระดับคุณภาพสถานีสุขภาพ - จัดทำแผนยกระดับคุณภาพสถานีสุขภาพของเขตสุขภาพ - การดำเนินงาน ติดตาม และสรุปผลการยกระดับคุณภาพสถานีสุขภาพ	- พัฒนาศักยภาพการดำเนินงานสถานีสุขภาพ - ประสานความร่วมมือกับเครือข่ายพื้นที่ดำเนินงาน - รายงานผลการดำเนินงานสถานีสุขภาพ

5. Small Success แต่ละไตรมาส

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
- รายงานผลการวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานสถานีสุขภาพในเขตสุขภาพ - ชื่อสถานีสุขภาพเป้าหมายการดำเนินงานยกระดับคุณภาพสถานีสุขภาพ	- รายงานการประชุมพัฒนาความร่วมมือการดำเนินงานสถานีสุขภาพร่วมกับเครือข่ายทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข ชี้แจงแนวทาง ถ่ายทอดนโยบาย - แผนการดำเนินงานยกระดับคุณภาพสถานีสุขภาพในเขตสุขภาพ ปีพ.ศ. 2568	- รายงานกำกับ ติดตามการดำเนินการยกระดับคุณภาพสถานีสุขภาพ - รายงานผลการยกระดับคุณภาพสถานีสุขภาพ	- รายงานสรุปผลการยกระดับคุณภาพสถานีสุขภาพ

การขับเคลื่อนการดำเนินงานลดการบริโภคเกลือและโซเดียม ระดับจังหวัด

การบริโภคเกลือและโซเดียมมากเกินไปจะส่งผลให้ร่างกายเกิดภาวะความดันโลหิตสูง หากไม่ได้รับการรักษาความดันโลหิตสูงที่ถูกต้องจะทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนตามมา เช่น หัวใจวาย อัมพาต และความเสื่อมจากการทำงานของไตนำไปสู่ภาวะไตวาย ส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จะพัฒนาไปสู่โรคไตเรื้อรังภายใน 10 ปี หากไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้เหมาะสม ในประชากรไทยอายุ 18 ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2562 พบว่า ประชาชนไทยบริโภคโซเดียมเฉลี่ย 3,636 มิลลิกรัม หรือเท่ากับเกลือถึง 1.8 ช้อนชา ซึ่งเกินกว่าปริมาณที่องค์การอนามัยโลกแนะนำ 1.5-2 เท่า และยังไม่มีแนวโน้มลดลง นอกจากนี้ ค่าเฉลี่ยของการบริโภคโซเดียมในประชากรไทย พบว่า ภาคใต้มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (4,107.8 มิลลิกรัม/วัน) รองลงมา คือ ภาคกลาง (3,759.7 มิลลิกรัม/วัน) ภาคเหนือ (3,562.7 มิลลิกรัม/วัน) กรุงเทพมหานคร (3,495.9 มิลลิกรัม/วัน) และ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (3,315.8 มิลลิกรัม/วัน) ตามลำดับ แหล่งที่มาของการได้รับโซเดียมจากการบริโภคอาหาร ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562 - 2563 พบว่า ส่วนใหญ่ได้รับโซเดียมจากการรับประทานอาหารที่ผ่านกระบวนการผลิต และการรับประทานอาหารนอกบ้าน แบ่งออกเป็น การเติมขณะปรุงอาหาร (ร้อยละ 71) อาหารตามธรรมชาติ (ร้อยละ 18) การปรุงรสเพิ่มบนโต๊ะอาหาร (ร้อยละ 11)

ทั้งนี้ การลดค่าเฉลี่ยการบริโภคเกลือและโซเดียมลง 30% ภายในปี 2568 เป็น 1 ใน 9 ตัวชี้วัดของการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับโลก (9 Voluntary NCDs Global Targets) และประเทศไทยรับรองยุทธศาสตร์ลดการบริโภคเกลือและโซเดียมประเทศไทย พ.ศ. 2558 - 2568 ประกอบด้วย ยุทธศาสตร์ 5 ด้าน หรือ SALTS ให้เป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อนนโยบายการลดการบริโภคเกลือและโซเดียมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อ (NCDs) โดยกรมควบคุมโรคเป็นแกนหลักในการดำเนินการกลไกการดำเนินงาน ซึ่งการลดบริโภคเกลือและโซเดียมระดับจังหวัด ควรกำหนดเป็นนโยบายลดบริโภคเกลือและโซเดียมระดับจังหวัด เพื่อให้การดำเนินงานไปในทิศทางเดียวกัน โดยคำนึงขอบเขตการดำเนินงานให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ โดยใช้กลไกและกระบวนการขับเคลื่อนการดำเนินการตามแนวทางการดำเนินงานลดการบริโภคเกลือและโซเดียมระดับจังหวัด ซึ่งเน้นการมีส่วนร่วมของหน่วยงาน ประชาชน ในจังหวัดและภาคีเครือข่าย ภายใต้กลยุทธ์ 5 ด้าน ดังนี้

- 1) การส่งเสริมให้ผู้บริโภค/ประชาชน มีความรู้และความตระหนักถึงความเสี่ยงต่อสุขภาพ
- 2) การปรับลดปริมาณเกลือและโซเดียมในผลิตภัณฑ์อาหาร
- 3) การปรับลดปริมาณเกลือและโซเดียมในอาหารปรุงสุกที่จำหน่าย
- 4) การปรับสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี
- 5) ชุมชนลดเค็ม หรือการป้องกันโรคไตในชุมชน ผ่านกลไก พชอ. และการประเมินความตระหนักรู้ความเสี่ยงการบริโภคเกลือและโซเดียมของประชาชนในจังหวัด

2. เป้าหมาย

จังหวัดมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานลดการบริโภคเกลือและโซเดียม ร้อยละ 85 และ ประชาชนในจังหวัดมีความตระหนักรู้ความเสี่ยงการบริโภคเกลือและโซเดียม ไม่น้อยกว่าร้อยละ 65

3. กลุ่มเป้าหมาย

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด และกรุงเทพมหานคร รวมทั้งหมด 77 จังหวัด

4. มาตรการ/กิจกรรมที่สำคัญ

กองวิชาการ	สคร./สปคม.	สสจ.
1) ชี้แจงถ่ายทอดแนวทางการดำเนินงานลดการบริโภคเกลือและโซเดียมระดับจังหวัดให้แก่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 – 12 และสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง 2) พัฒนาศักยภาพ ครู ข แกนนำปรับสูตรอาหารท้องถิ่นลดโซเดียม 3) สนับสนุนวิชาการ/แนวทางการดำเนินงานลดการบริโภคเกลือและโซเดียมระดับจังหวัด 4) สนับสนุนเครื่องมือ/สื่อประชาสัมพันธ์การดำเนินงานลดการบริโภคเกลือและโซเดียม 5) ติดตาม ประเมิน และสรุปผลการดำเนินงาน	1) ชี้แจงถ่ายทอดแนวทางการดำเนินงานลดการบริโภคเกลือและโซเดียมระดับจังหวัดให้แก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร 2) สนับสนุนการดำเนินงานตามแผนลดการบริโภคเกลือและโซเดียมระดับจังหวัดร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ครู ก นักกำหนดอาหารประจำจังหวัดและครู ข แกนนำปรับสูตรอาหารท้องถิ่นลดโซเดียม 3) สนับสนุนเครื่องมือ/สื่อประชาสัมพันธ์การดำเนินงานลดการบริโภคเกลือและโซเดียม 4) ติดตาม ประเมิน และสรุปผลการดำเนินงาน	จังหวัดขับเคลื่อนการดำเนินงานตามแนวทางการดำเนินงานลดการบริโภคเกลือและโซเดียมระดับจังหวัด และการประเมินความตระหนักรู้ความเสี่ยงการบริโภคเกลือและ โซเดียมของประชาชนในจังหวัด

5. Small Success แต่ละไตรมาส

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1) จังหวัดมีแกนนำปรับสูตรอาหารท้องถิ่นลดโซเดียมระดับอำเภอ (ครู ข) 2) จังหวัดมีข้อมูลผลการสำรวจปริมาณโซเดียมในอาหารรายจังหวัด 3) จังหวัดมีแผนการดำเนินการตามแนวทางการดำเนินงานลดการบริโภคเกลือและโซเดียมระดับจังหวัด ภายใต้กลยุทธ์ 5 ด้าน	1) จำนวนจังหวัดดำเนินการตามแนวทางดำเนินงานลดการบริโภคเกลือและโซเดียมระดับจังหวัด ภายใต้กลยุทธ์ 5 ด้าน และการประเมินความตระหนักรู้ความเสี่ยงการบริโภคเกลือและโซเดียมของประชาชนในจังหวัด 2) รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานของจังหวัดรอบ 6 เดือน	1) จำนวนจังหวัดดำเนินการตามแนวทางดำเนินงานลดการบริโภคเกลือและโซเดียมระดับจังหวัด ภายใต้กลยุทธ์ 5 ด้าน และการประเมินความตระหนักรู้ความเสี่ยงการบริโภคเกลือและโซเดียมของประชาชนในจังหวัด 2) รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานของจังหวัดรอบ 9 เดือน	1) จังหวัดมีการขับเคลื่อนแผนการดำเนินงานลดการบริโภคเกลือและโซเดียมร้อยละ 85 2) ประชาชนในจังหวัดมีความตระหนักรู้ความเสี่ยงการบริโภคเกลือและโซเดียม ไม่น้อยกว่าร้อยละ 65

1 จังหวัด 1 โรงพยาบาล

ช่วยคนไทยเลิกบุหรี่/บุหรี่ไฟฟ้าแบบครบวงจร

1. สถานการณ์

การสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปีล่าสุด พ.ศ. 2564 พบว่า อัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของประชากรไทยเพิ่มขึ้นประมาณ 7 เท่า ในระยะเวลา 4 ปี เมื่อเทียบกับผลการสำรวจในปี พ.ศ. 2560 จากจำนวน 11,097 คน (ร้อยละ 0.02) เป็นจำนวน 78,742 คน (ร้อยละ 0.14) แสดงให้เห็นว่าประชากรไทยมีแนวโน้มสูบบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มขึ้น ซึ่งจะส่งผลทำให้มีจำนวนผู้ป่วยและเสียชีวิตอันมีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ไฟฟ้า และการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เพิ่มขึ้นด้วยในอนาคต ดังนั้น เพื่อป้องกันและลดผลกระทบจากการเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากโรคที่มีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ไฟฟ้า จึงจำเป็นต้องยกระดับให้สถานพยาบาลมีการให้บริการเลิกบุหรี่ไฟฟ้า เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงระบบบริการเพื่อเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้าได้ โดยมีกระบวนการให้บริการที่ครอบคลุมทั้งการให้ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโทษและพิษภัยของบุหรี่ไฟฟ้า การคัดกรองพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า และการบำบัดรักษาผู้ที่มีภาวะเสพติดนิโคตินจากบุหรี่ไฟฟ้า ภายใต้การจัดตั้ง “คลินิกเลิกบุหรี่/บุหรี่ไฟฟ้าแบบครบวงจร”

2. เป้าหมาย

- เป้าหมายลดโรค

เป้าหมาย มาตรการ/ ตัวชี้วัดเป้าหมาย	ค่าเป้าหมาย/ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.					
	Baseline 2565	2566	2567	2568	2569	2570
เป้าหมาย : ประชากรไทยได้รับผลกระทบด้านสุขภาพจากผลิตภัณฑ์ยาสูบลดลง						
ตัวชี้วัด : อัตราการบริโภคยาสูบของ ประชากรไทย 15 ปีขึ้นไป (ไม่เกินร้อยละ)	17.0	16.0	15.5	15.0	14.5	14.0
	17.4	17.4	17.4			
ตัวชี้วัด : อัตราการสูบบุหรี่ใน กลุ่มวัยรุ่นอายุ 15 - 19 ปี (ไม่เกินร้อยละ)	8	8	8	8	8	8
	6.2	6.2	6.2			
มาตรการที่ 4 การช่วยผู้เสพติดให้เลิกยาสูบ						
ตัวชี้วัด : ร้อยละของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองการสูบบุหรี่	39.43	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 10	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 10	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 10	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 10	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 10
		41.49	43.89			

- เป้าหมายปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

มีคลินิกเลิกบุหรี่/บุหรี่ไฟฟ้าแบบครบวงจรในโรงพยาบาล ครอบคลุมทุกจังหวัดทั่วประเทศ (77 แห่ง รวมกรุงเทพมหานคร)

นโยบายการขับเคลื่อนงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ สำหรับพื้นที่ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

3. กลุ่มเป้าหมาย

ประชาชนไทยทุกกลุ่มอายุ

4. มาตรการ/กิจกรรมที่สำคัญ

กองวิชาการ	สคร.	สสจ.
1. ขับเคลื่อนการจัดตั้งคลินิก เลิกบุหรี่/บุหรี่ไฟฟ้าแบบครบวงจร 2. ติดตาม เยี่ยมเสริมพลัง และหนุนเสริมการดำเนินงาน 3. สนับสนุน/ พัฒนาคู่มือ/ แนวทางการดำเนินงาน 4. พัฒนามาตรการกระตุ้น การคัดกรอง 5. พัฒนาการเชื่อมโยงระบบ ข้อมูล 6. ประชาสัมพันธ์/ แนะนำ หลักสูตรอบรมการช่วยเลิกบุหรี่ 7. แนะนำช่องทางขอสนับสนุนสื่อ เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า 8. ผลักดันยาเลิกบุหรี่สู่บัญชียา ของสถานพยาบาล	1. พัฒนากลไกระดับเขตสุขภาพ เพื่อส่งเสริมสนับสนุนการจัดตั้ง และระบบการให้บริการในคลินิก เลิกบุหรี่/ บุหรี่ไฟฟ้าแบบครบ วงจร 2. กำกับ ติดตาม หนุนเสริม และประเมินผล 3. ส่งเสริม/ พัฒนาศักยภาพ บุคลากรที่ให้บริการในคลินิกเลิก บุหรี่/ บุหรี่ไฟฟ้าแบบครบวงจร 4. รวบรวมและจัดทำฐานข้อมูล คลินิกเลิกบุหรี่/ บุหรี่ไฟฟ้าแบบ ครบวงจร ผลการคัดกรอง และการเข้าสู่ระบบบำบัด	1. ค้นหา/ คัดเลือกสถานพยาบาล 2. สนับสนุนการจัดตั้งคลินิกเลิก บุหรี่/ บุหรี่ไฟฟ้าแบบครบวงจร 3. ขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติ 4. พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ที่ ให้บริการในคลินิกเลิกบุหรี่/ บุหรี่ไฟฟ้าแบบครบวงจร และอสม. 5. สนับสนุนสื่อเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า ให้กับสถานพยาบาล 6. กำกับ ติดตามและหนุนเสริมให้ โรงพยาบาลมีการคัดกรอง พฤติกรรมการสูบบุหรี่/ บุหรี่ไฟฟ้า และนำผู้สูบบุหรี่/ บุหรี่ไฟฟ้าเข้าสู่ ระบบการบำบัด

5. Small Success แต่ละไตรมาส

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
มีคลินิกเลิกบุหรี่/ บุหรี่ไฟฟ้าแบบครบวงจร ในโรงพยาบาลครอบคลุม ทุกจังหวัดทั่วประเทศ (77 แห่ง รวมกรุงเทพมหานคร)	โรงพยาบาลที่มีคลินิก เลิกบุหรี่/บุหรี่ไฟฟ้า แบบครบวงจร มีจุด/ แหล่งการเรียนรู้เกี่ยวกับ บุหรี่ไฟฟ้า	ประชาชนได้รับการ คัดกรองพฤติกรรมการสูบ บุหรี่/บุหรี่ไฟฟ้าโดย บุคลากรด้านสาธารณสุข อย่างน้อยจังหวัดละ 30,000 คน	ร้อยละ 60 ของผู้ที่ได้รับ การคัดกรอง และมีภาวะ เสพติดนิโคตินจากบุหรี่/ บุหรี่ไฟฟ้า เข้าสู่ระบบ การบำบัดรักษา เพื่อเลิกสูบ

การขับเคลื่อนการสร้างแกนนำเด็กและเยาวชน Gen Z ไม่สูบบุหรี่ไฟฟ้า

1. สถานการณ์

สถานการณ์การสูบบุหรี่ไฟฟ้าในประชากร อายุ 15 ปีขึ้นไปของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ปี 2564 มีอัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 0.14 (78,742 คน) และจากข้อมูลการสำรวจการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของเยาวชนไทยที่มีอายุระหว่าง 13 – 15 ปี เมื่อ พ.ศ. 2565 พบว่า เยาวชนสูบบุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 17.6 เพิ่มขึ้น 5.3 เท่า จากข้อมูลเมื่อปี พ.ศ. 2558

จากสถานการณ์การสูบบุหรี่ไฟฟ้าของประเทศไทย โดยเฉพาะเด็กและเยาวชนที่มีแนวโน้มสูงขึ้น จนเป็นที่น่าวิตกกังวล จึงจำเป็นต้องประสานความร่วมมือ และยกระดับการดำเนินงานจากทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐและภาคีเครือข่าย ในการเร่งสร้างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโทษพิษภัยและผลกระทบที่เกิดจากการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มเด็กและเยาวชนในมุมกว้างและเข้าถึง ดังนั้นการจัดตั้งชมรม “Gen Z” จึงเป็นอีกวิธีการหนึ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยให้เด็กและเยาวชนเกิดภูมิคุ้มกัน มีความรู้เกี่ยวกับโทษพิษภัย และผลกระทบที่เกิดจากการสูบบุหรี่ไฟฟ้า รวมถึงมี ความรู้เท่าทันกลยุทธ์อุตสาหกรรมยาสูบ การเฝ้าระวัง การไม่สูบไม่ขายบุหรี่ไฟฟ้าในชุมชน ทั้งนี้เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดนักสูบหน้าใหม่ และการส่งเสริมในกลุ่มเด็ก และเยาวชน ให้เกิดการปรับพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ บุหรี่ไฟฟ้า เพื่อสุขภาพที่ดีเติบโตสมวัย

2. เป้าหมาย

● เป้าหมายลดโรค

เป้าหมาย มาตรการ/ ตัวชี้วัดเป้าหมาย	ค่าเป้าหมาย/ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.					
	Baseline 2565	2566	2567	2568	2569	2570
เป้าหมาย : ประชากรไทยได้รับผลกระทบด้านสุขภาพจากผลิตภัณฑ์ยาสูบลดลง						
ตัวชี้วัด : อัตราการบริโภคยาสูบของ ประชากรไทย 15 ปีขึ้นไป (ไม่เกินร้อยละ)	17.0	16.0	15.5	15.0	14.5	14.0
	17.4	17.4				
ตัวชี้วัด : อัตราการสูบบุหรี่ในกลุ่มวัยรุ่น อายุ 15 - 19 ปี (ไม่เกินร้อยละ)	8	8	8	8	8	8
	6.2	6.2				
มาตรการที่ 2 การเฝ้าระวังป้องกันมิให้ผู้แพร่ยาสูบใหม่และปกป้องเยาวชนจากกลยุทธ์ของอุตสาหกรรม						
ตัวชี้วัด : ร้อยละของจังหวัดที่มีการ ดำเนินการพัฒนาแกนนำเด็กและเยาวชน ให้รู้เท่าทันกลยุทธ์อุตสาหกรรมยาสูบ	-	65	70	75	80	85
	44.7 (34 จังหวัด)	73.7 (56 จ.)				

● เป้าหมายปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

มีการจัดตั้งชมรม “Gen Z” ในสถานศึกษา (ระดับประถมศึกษา/ มัธยมศึกษา/ อาชีวศึกษา) ทุกจังหวัดทั่วประเทศ

นโยบายการขับเคลื่อนงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ สำหรับพื้นที่ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

3. กลุ่มเป้าหมาย

นักเรียนในสถานศึกษา (ระดับประถมศึกษา/มัธยมศึกษา/อาชีวศึกษา) ทั่วประเทศ

4. มาตรการ/กิจกรรมที่สำคัญ

กองวิชาการ	สคร.	สสจ.
1. ชี้แจง/ถ่ายทอดนโยบาย จุดเน้นและการดำเนินงาน การขับเคลื่อนการสร้างแกนนำ เด็กและเยาวชน Gen Z ให้กับ สำนักงานป้องกันควบคุมโรค และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2. อบรมพัฒนาศักยภาพแกนนำ ที่เข้าร่วมชมรม เพื่อเพิ่มทักษะ ความรู้เพื่อการป้องกัน ควบคุมไม่ให้เกิดการสูบบุหรี่/ไฟฟ้า 3. ติดตามผลการจัดตั้งชมรม และการสมัครสมาชิกชมรม Gen Z ทั่วประเทศ	1. ชี้แจง และขับเคลื่อนให้ สถานศึกษาในพื้นที่แกนนำ Gen Z โดยมีรายงานผลการสมัครเข้าร่วม ชมรมตามแบบฟอร์ม 2. อบรม/เข้าร่วมถ่ายทอดองค์ ความรู้ให้กับแกนนำเยาวชน ในระดับเขตสุขภาพ 3. ติดตามผลการจัดตั้งชมรม และการสมัครสมาชิกชมรม Gen Z ของจังหวัดภายใน เขตที่รับผิดชอบ	1. ชี้แจง และขับเคลื่อนให้ สถานศึกษาในพื้นที่แกนนำ Gen Z โดยมีรายงานผลการสมัครเข้าร่วม ชมรมตามแบบฟอร์ม 2. การอบรม/เข้าร่วมถ่ายทอดองค์ ความรู้ให้กับแกนนำเยาวชน ในระดับจังหวัด 3. ติดตามผลการจัดตั้งชมรม และการสมัครสมาชิกชมรม Gen Z ในระดับจังหวัด

5. Small Success แต่ละไตรมาส

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
จำนวนสถานศึกษา ที่สมัครเข้าร่วมแกนนำ Gen Z ไม่น้อยกว่า 3 แห่ง : จังหวัดทั่วประเทศ	มีการอบรมและพัฒนา ศักยภาพแกนนำ Gen Z	มีชมรม Gen Z ไม่น้อยกว่า 3 แห่ง : จังหวัดทั่วประเทศ	จำนวนสมาชิกชมรม Gen Z ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 30 ของจำนวน นักเรียนในโรงเรียน

จังหวัดมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานควบคุมยาสูบระดับพื้นที่

ครบ 5 กิจกรรมหลัก

1. สถานการณ์

จากข้อมูลสรุปผลการสำรวจเบื้องต้นจากโครงการสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ.2564 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า แนวโน้มอัตราการสูบบุหรี่ ในปี พ.ศ. 2564 ร้อยละ 17.4 โดยเป็นเพศชาย ร้อยละ 34.7 เพศหญิง ร้อยละ 1.3 และแนวโน้มอัตราการสูบบุหรี่ตามกลุ่มอายุ พบว่ามีแนวโน้มลดลง โดยในกลุ่มอายุ 15 – 24 ปี มีอัตราการสูบบุหรี่ ร้อยละ 12.4 กลุ่มอายุ 25 – 59 ปี ร้อยละ 23.9 และกลุ่มอายุ 60 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 12.7 และอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่มีแนวโน้มลดลงจากอายุ 18.5 ปี เป็นอายุ 18 ปี

สถานการณ์ที่สำคัญอีกประเด็น คือการได้รับควันบุหรี่มือสองของประชาชนคนไทย จากข้อมูลสรุปผลการสำรวจเบื้องต้นของโครงการสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ.2564 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า การได้รับควันบุหรี่มือสองในสถานที่ต่างๆ มีการพบเห็นการสูบลดลง 5 อันดับแรก ได้แก่ 1) ตลาดสดหรือตลาดนัด (ร้อยละ 41.0) 2) ร้านอาหาร ภัตตาคาร หรือสถานที่จำหน่ายอาหารและเครื่องดื่ม (ร้อยละ 22.7) 3) ศาสนสถาน (ร้อยละ 12.9) 4) สถานีขนส่ง (ร้อยละ 10.8) 5) อาคารสถานที่ราชการ (ร้อยละ 6.3)

สถานการณ์การสูบบุหรี่ไฟฟ้าของประชากร อายุ 15 ปีขึ้นไป จากการสำรวจสถานการณ์การสูบบุหรี่ไฟฟ้าของประชากร อายุ 15 ปีขึ้นไปของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2564 อัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็นร้อยละ 0.14 (78,742 คน) สถานการณ์การสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเด็กและเยาวชน สำหรับประเทศไทย เมื่อพิจารณาจากกลุ่มเป้าหมายที่เป็นเด็กวัยเรียนในสถานศึกษา จากผลสำรวจระดับชาติ รวมถึงผลสำรวจอื่นที่เก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของประชากรและใช้วิธีสุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบรวมมีกรอบสุ่ม (Sampling frame) ที่สามารถนำเสนอผลให้เป็นตัวแทนประชากร (Representative) ได้อย่างน่าเชื่อถือ โดยการสำรวจการบริโภคยาสูบในเยาวชนระดับโลก (Global Youth Tobacco Survey : GYTS) ของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2565 ในนักเรียน อายุ 13 - 15 ปี พบว่า การสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเด็กและเยาวชนเพิ่มสูงขึ้นอย่างก้าวกระโดด 5.3 เท่า เมื่อเทียบกับปี พ.ศ 2558 จากร้อยละ 3.3 เป็นร้อยละ 17.6

2. เป้าหมาย

● เป้าหมายลดโรค

เป้าหมาย มาตรการ/ ตัวชี้วัดเป้าหมาย	ค่าเป้าหมาย/ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.					
	Baseline 2565	2566	2567	2568	2569	2570
มาตรการการเฝ้าระวังป้องกันมิให้ผู้เผยแพร่ใหม่และปกป้องเยาวชนจากกลยุทธ์ของอุตสาหกรรม						
ตัวชี้วัด : ร้อยละของจังหวัดที่ดำเนินการ	61	65	70	75	80	85
ควบคุมยาสูบระดับพื้นที่ ครบ 5 กิจกรรมหลัก	-	71.4	81.8			

● เป้าหมายปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

ร้อยละ 75 ของจังหวัดมีการดำเนินการควบคุมยาสูบระดับพื้นที่ ครบ 5 กิจกรรมหลัก

นโยบายการขับเคลื่อนงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ สำหรับพื้นที่ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

3. กลุ่มเป้าหมาย

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด และสำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร

4. มาตรการ/กิจกรรมที่สำคัญ

กองวิชาการ	สคร.	สสจ.
กำหนดนโยบาย/มาตรการ และเป้าหมายการขับเคลื่อนงาน ควบคุมยาสูบ เพื่อให้เกิดกลไก การดำเนินงานฯ ในระดับพื้นที่ กิจกรรมสำคัญ ได้แก่ 1. พัฒนานโยบายมาตรการแนวทางการควบคุมยาสูบสำคัญ 2. ผลักดันขับเคลื่อนงานควบคุม ยาสูบร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในระดับประเทศ และนานาชาติ 3. สนับสนุนข้อมูลด้านวิชาการ สื่อประชาสัมพันธ์ที่จำเป็นต่อการ ขับเคลื่อนงานควบคุมยาสูบ 4. ติดตามประเมินผล การดำเนินงานภาพรวม	ขับเคลื่อนการดำเนินงานควบคุม ผลิตภัณฑ์ยาสูบในระดับเขต เพื่อสนับสนุน/ผลักดัน หรือร่วม ดำเนินการให้เกิดการดำเนินการ ควบคุมการบริโภคยาสูบระดับจังหวัด ประกอบด้วย 3 กิจกรรมหลัก ได้แก่ 1. การขับเคลื่อนกลไกการ ดำเนินงานควบคุมยาสูบของจังหวัด ในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบ 2. การพัฒนาศักยภาพบุคลากร ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานควบคุม ยาสูบระดับจังหวัด 3. การบังคับใช้กฎหมาย และการ ดำเนินการสร้างสิ่งแวดล้อมปลอด บุหรี่	ขับเคลื่อนงานควบคุมยาสูบ ใน 5 กิจกรรมหลักผ่านกลไก คณะกรรมการควบคุม ผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ประกอบด้วย 1. การขับเคลื่อนกลไก การดำเนินงานควบคุมยาสูบ ระดับจังหวัด 2. การบังคับใช้กฎหมาย และการสร้างสิ่งแวดล้อม ปลอดภัย 3. การป้องกันนักสูบหน้าใหม่ 4. การบำบัดรักษาและช่วยเหลือ บุหรี่ 5. สร้างมาตรการทำได้ชุมชน ปลอดภัย

5. Small Success แต่ละไตรมาส

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
- ทุกจังหวัดมีแผนการ ดำเนินงานควบคุมยาสูบ ระดับพื้นที่ ครบ 5 กิจกรรม หลัก โดยผ่านความเห็นชอบ ของ คณะกรรมการควบคุม ผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด (คผยจ.) หรือการประชุม ที่เกี่ยวข้องในระดับจังหวัด - ผลักดันให้มียุทธศาสตร์ จังหวัด เกี่ยวกับการ บำบัดรักษา ผ่านกลไกระดับ จังหวัด	- ร้อยละ 38 ของจังหวัดมี ขับเคลื่อนการดำเนินงาน ควบคุมยาสูบระดับพื้นที่ อย่างน้อย 2 มาตรการ โดย <u>ต้องมีการดำเนินงานใน กิจกรรมหลักการบำบัดรักษา/ การช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่</u> - มีการติดตามผล การดำเนินงานเกี่ยวกับการ ช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่ ในทุกไตรมาส	- ร้อยละ 70 ของจังหวัด ดำเนินการ ควบคุมยาสูบ ระดับพื้นที่ ครบ 5 กิจกรรมหลัก - มีการติดตามผล การดำเนินงาน เกี่ยวกับการช่วย เลือผู้สูบบุหรี่ในทุกไตร มาส	- ร้อยละ 75 ของจังหวัดดำเนิน การควบคุมยาสูบระดับ พื้นที่ ครบ 5 กิจกรรมหลัก แล้วเสร็จ - สรุปผลสำเร็จ จากการติดตาม ประเมินผล การดำเนินงานจุดเน้น ตามบริบทของพื้นที่

นโยบายการขับเคลื่อนงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ สำหรับพื้นที่ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

โครงการขยายผลธนาคารที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็ก (Car-seat Bank) ในโรงพยาบาล ทุกจังหวัด

1. สถานการณ์

การบาดเจ็บทางถนนเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของการเสียชีวิตของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี¹ ระหว่างปี พ.ศ. 2562 - 2566 เด็กอายุ 0 - 6 ปี เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน 1,010 คน โดย 117 คน เสียชีวิตจากอุบัติเหตุรถยนต์² อัตราการใช้เข็มขัดนิรภัยในทุกช่วงอายุของผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตร้อยละ 24.5³ องค์การสหประชาชาติได้กำหนดให้ใช้เข็มขัดนิรภัยทุกที่นั่งและการใช้ที่นั่งนิรภัยในเด็กเป็นเป้าหมายการดำเนินการที่สำคัญ⁴ ซึ่งช่วยลดการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในผู้โดยสารรถยนต์ได้ถึง ร้อยละ 70⁵ โดยกฎหมายกำหนดให้มีที่นั่งนิรภัยให้เด็กอายุไม่เกิน 6 ปี หรือความสูงไม่เกิน 135 เซนติเมตร แต่ยังไม่สามารถบังคับใช้ได้⁶ เนื่องจากประชาชนขาดความรู้ความเข้าใจ และไม่มีความพร้อมในการจัดหาที่นั่งนิรภัยให้เด็ก เพราะมีราคาสูงและต้องเปลี่ยนตามช่วงอายุที่เติบโตขึ้น

2. เป้าหมาย

- **เป้าหมายลดโรค :** ลดจำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตในเด็กอายุน้อยกว่า 6 ปี ที่โดยสารรถยนต์เมื่อเกิดอุบัติเหตุ สอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) เป้าหมายย่อย 3.2 ยุติการตายที่ป้องกันได้ของทารกแรกเกิดและเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และเป้าหมายย่อย 3.6 ลดจำนวนการตายและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนลงครึ่งหนึ่งภายในปี 2573
- **เป้าหมายปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 :** ธนาคารที่นั่งนิรภัยในเด็ก (Car-seat Bank) ไม่น้อยกว่า 60 แห่งทั่วประเทศ

3. กลุ่มเป้าหมาย

- 1) โรงพยาบาลสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกจังหวัด จังหวัดละ 1 แห่ง (รวม 70 แห่ง)
- 2) โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร (รวม 3 แห่ง)

¹ กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค สถานการณ์การเสียชีวิตจากการบาดเจ็บ (Injury) ของเด็กในประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๘ - ๒๕๖๒

² ข้อมูลบูรณาการ ๓ ฐานผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน กรมควบคุมโรค

³ ระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค พ.ศ. ๒๕๖๒ - ๒๕๖๖

⁴ ๑๒ global road safety performance targets

⁵ WHO , Occupant Restraints : A Road Safety Manual for Decision-Makers and Practitioners

⁶ พ.ร.บ.จราจรทางบก (ฉบับที่ ๑๓) พ.ศ. ๒๕๖๕

4. มาตรการ/กิจกรรมที่สำคัญ

กองวิชาการ	สคร.	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/ โรงพยาบาล
1) แนวทางการดำเนินการ 2) ที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็ก โรงพยาบาลละ 30 ตัว 3) ชุมนิเทศการและสื่อให้ ความรู้	1) กำกับติดตาม 2) ให้คำปรึกษา	1) ให้ความรู้ผ่านทาง ANC Clinic/ Well Child Clinic / หอผู้ป่วยหลังคลอด 2) ให้เยี่ยม /ติดตามคืน/ หมุนเวียนที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็ก 3) พัฒนาต่อยอดการดำเนินการ

5. Small Success แต่ละไตรมาส

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
รายงานสรุปผล การดำเนินการ โรงพยาบาลนำร่อง 6 แห่ง	Car- seat Conference นำเสนอผลงานต้นแบบ และถ่ายทอดนโยบาย แนวทางการดำเนินงาน	มีโรงพยาบาล เข้าร่วมโครงการ ไม่น้อยกว่า 30 แห่ง	มีโรงพยาบาล เข้าร่วมโครงการ ไม่น้อยกว่า 60 แห่ง

การพัฒนาคุณภาพข้อมูลระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (Injury Surveillance: IS) ในโรงพยาบาลระบบ A S M1

1. สถานการณ์

เนื่องด้วยข้อสั่งการของกระทรวงสาธารณสุข ขอให้โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง ดำเนินการรายงานข้อมูลผ่านระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ PHER Plus (Injury Surveillance : IS version PHER Plus) แทนระบบเดิม เพื่อรองรับการรายงานข้อมูลการบาดเจ็บและการพัฒนาเทคโนโลยี พร้อมฟังก์ชันการใช้งานให้ทันสถานการณ์ โดยขอให้บันทึกข้อมูลในระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ PHER Plus ให้มีความครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา ต่อเนื่องตลอดทั้งปี ในปัจจุบันการบันทึกข้อมูลพบว่ายังขาดการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลที่มีความซับซ้อน ก่อนนำเข้าสู่ระบบฯ ส่งผลให้คุณภาพของข้อมูลลดลง

2. เป้าหมาย

- เป้าหมายลดโรค : เป็นแหล่งข้อมูลที่สนับสนุนการลดโรคเท่านั้น
- เป้าหมายปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 : ร้อยละของโรงพยาบาลที่ส่งข้อมูลสำคัญครบตามเกณฑ์ที่กำหนด^๗ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

3. กลุ่มเป้าหมาย

โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับ A S M1 จำนวน 132 แห่ง^๘

4. มาตรการ/กิจกรรมที่สำคัญ

กองวิชาการ	สคร.	สสจ./รพ.
● ชี้แจงการดำเนินการบันทึกข้อมูลโดยใช้ระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ PHER Plus ● พัฒนาระบบและตรวจสอบคุณภาพข้อมูล	● กำกับติดตามการดำเนินงานบันทึกข้อมูลโดยใช้ระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ PHER Plus ในพื้นที่ ● ให้คำปรึกษาโรงพยาบาลในพื้นที่	● บันทึกข้อมูลโดยใช้ระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ PHER Plus ● ตรวจสอบคุณภาพข้อมูลโดยใช้ระบบ IS Checking

^๗ เกณฑ์คุณภาพข้อมูล กองป้องกันบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค

^๘ ข้อมูลพื้นฐานโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กองบริหารการสาธารณสุข

5. Small Success แต่ละไตรมาส

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
● โรงพยาบาลทุกแห่งสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขใช้ระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ PHER Plus ● ประเมินคุณภาพและติดตามข้อมูลของโรงพยาบาล A S M1 ทุกแห่งที่มีการรายงานผล	● โรงพยาบาลที่ส่งข้อมูลครบตามเกณฑ์ที่กำหนด ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60	● โรงพยาบาลที่ส่งข้อมูลครบตามเกณฑ์ที่กำหนด ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70	● โรงพยาบาลที่ส่งข้อมูลครบตามเกณฑ์ที่กำหนด ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรอง พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

1. สถานการณ์

จากผลสำรวจปัญหาสุขภาพจิตในคนไทยปี 2559 พบผู้มีอายุ 18 ปีขึ้นไป มีพฤติกรรม การดื่มสุราผิดปกติ 2.7 ล้านคน แยกเป็นผู้ดื่มแบบอันตราย 1.8 ล้านคน และดื่มแบบติด 9 แสนคน และจากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขในปี 2559 พบผู้มีปัญหาจากการดื่มสุราที่เข้ารับบริการสุขภาพ เพียง 168,729 คน คิดเป็นร้อยละ 6.13 การคัดกรองพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีความสำคัญ ในระบบการเฝ้าระวังและค้นหาประชากรเสี่ยง เพื่อให้ประชาชนได้รับทราบถึงพฤติกรรมของตนเอง รับรู้ และตระหนักถึงผลกระทบทางด้านต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ ผลการดำเนินงานคัดกรองพฤติกรรมการดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ปีงบประมาณ 2565 เท่ากับ ร้อยละ 35.06 ปีงบประมาณ 2566 ร้อยละ 37.79 ในปีงบประมาณ 2568 สำนักงานฯ เห็นถึงความสำคัญของการคัดกรองฯ ในประชากร จึงกำหนด ตัวชี้วัดจุดเน้นฯ ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อเพิ่ม การเข้าถึงบริการคัดกรองและให้การบำบัดแบบสั้น ตลอดจนส่งเข้ารับการบำบัดอย่างเต็มรูปแบบตาม ความรุนแรงของปัญหาต่อไปได้

2. เป้าหมาย

- เป้าหมายลดโรค
ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 70 ในปี 2570
- เป้าหมายปีงบประมาณ พ.ศ. 2568
ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 50

3. กลุ่มเป้าหมาย

ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปทั่วประเทศ

4. มาตรการ/กิจกรรมที่สำคัญ

กองวิชาการ	สคร.	สสจ.	สถานพยาบาล
1. สนับสนุนแนวปฏิบัติ/คู่มือ/องค์ความรู้ การคัดกรอง และบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยจากการดื่มสุรา 2. พัฒนาศักยภาพบุคลากร ผู้ดำเนินงานในพื้นที่ 3. ติดตามผลการคัดกรองในระบบรายงาน 43 แฟ้ม	1. ถ่ายทอดตัวชี้วัดฯ และร่วมวางแผน การดำเนินงานกับสถานบริการในพื้นที่รับผิดชอบ 2. ติดตาม/กระตุ้น การดำเนินการคัดกรอง การบำบัดรักษาแบบสั้นในพื้นที่รับผิดชอบ 3. รายงานผลการบูรณาการ การดำเนินงานในเขต จังหวัดที่รับผิดชอบ	1. วางแผน/จัดระบบการคัดกรองบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพ การส่งต่อ และการติดตาม ผู้มีปัญหาการดื่มสุรา ให้มีประสิทธิภาพ 2. ประสานงาน สนับสนุน สถานบริการสาธารณสุข และชุมชน 3. พัฒนาศักยภาพบุคลากร สาธารณสุขด้านการคัดกรองฯ ทุกระดับ 4. ติดตามและรายงานผล ต่อผู้อำนวยการเขตสุขภาพ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และผู้ว่าราชการจังหวัด ในพื้นที่รับผิดชอบ 5. รายงานผลการดำเนินงาน ให้คณะกรรมการควบคุม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัด ทราบ และพิจารณาวางแผนการดำเนินงานต่อไป	1. บูรณาการการดำเนินงาน คัดกรองฯกับหน่วยบริการ ของสถานพยาบาล ทั้งบริการผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน โดยคัดกรองฯในผู้มารับบริการ ที่อายุ 15 ปีขึ้นไปทุกราย 2. หน่วยรับผิดชอบงาน สุขภาพจิต/ ยาเสพติด หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการคัดกรองฯ บำบัดรักษา และวางแผนการส่งต่อ หรือให้ความช่วยเหลือผู้มี ปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ 3. บันทึกผลการดำเนินงาน ในระบบ 43 แฟ้ม กระทรวง สาธารณสุข

5. Small Success แต่ละไตรมาส

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองพฤติกรรม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 35	ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองพฤติกรรม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 40	ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองพฤติกรรม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 45	ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองพฤติกรรม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 50



กลุ่มโรค จากการประกอบอาชีพ และสิ่งแวดล้อม **(Cluster Env-Occ)**

ขยายผล Assessing Medical Fitness to Drive (AFTD)

ปี 2568

1. สถานการณ์

องค์การอนามัยโลก รายงานข้อมูลความปลอดภัยทางถนน ปี พ.ศ. 2566 พบว่า มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนทั่วโลกสูงถึง 1.1 ล้านคนต่อปี จากสถิติปี พ.ศ. 2566 พบว่าประเทศไทยมีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนสูงถึง 25.4 ต่อแสนประชากร เป็นอันดับ 18 ของโลก และจากรายงานสถานการณ์ความปลอดภัยทางถนนประเทศไทยปี 2565 พบว่า จังหวัดระยองมีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนสูงสุดที่ 65.4% รองลงมาคือจังหวัดชลบุรีที่ 45.2% และจันทบุรีที่ 44.9% และสาเหตุของอุบัติเหตุส่วนใหญ่เกิดจากสภาวะสุขภาพที่ไม่พร้อมของผู้ขับขี่ ในปัจจุบันผู้ประกอบการอาชีพขับรถสาธารณะในประเทศไทยมีจำนวนสูงถึง 1,870,551 คน ซึ่งเป็นหนึ่งในอาชีพที่มีความเสี่ยงสูงต่อสุขภาพเนื่องจากลักษณะการทำงานที่ยาวนาน การขับรถส่งสินค้าข้ามจังหวัดหรือข้ามประเทศ สภาพแวดล้อมการทำงานบนท้องถนนเสี่ยงต่อการขับขี่ หรือลักษณะงานเร่งที่ต้องทำงานให้ทันกับเวลา โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ขับขี่รถโดยสารสาธารณะ รถรับส่งนักเรียน ฯลฯ ทั้งนี้หากร่างกายไม่พร้อม อาจเกิดอุบัติเหตุ และส่งผลกระทบต่อผู้ใช้รถใช้ถนน และอาจเกิดความเสียหายในวงกว้างได้ ทำให้ผู้ขับขี่รถสาธารณะจำเป็นต้องมีสุขภาพที่มีความพร้อมในการทำงานมากที่สุด อย่างไรก็ตามในปัจจุบันมาตรฐานการตรวจสุขภาพตามกฎกระทรวงแรงงาน ปี พ.ศ.2563 ยังไม่ได้ครอบคลุมถึงอาชีพผู้ขับขี่รถสาธารณะโดยตรง ทำให้การตรวจสุขภาพของผู้ขับขี่ในปัจจุบันยังคงเป็นเพียงการตรวจทั่วไปเพื่อประกอบการออกหรือการต่ออายุใบอนุญาตขับขี่เท่านั้น เนื่องจากอาชีพผู้ขับขี่รถสาธารณะยังไม่ถูกระบุเป็นให้อาชีพที่มีความเสี่ยงที่ต้องตรวจสุขภาพก่อนปฏิบัติงานและระหว่างทำงาน รวมทั้งตรวจสมรรถนะทางการแพทย์ประจำปี หรือหลังเกิดอุบัติเหตุเพื่อประเมินความสามารถในการกลับมาทำงานขับขี่อีกครั้ง

คลินิกอาชีพเวชกรรมเป็นคลินิกที่มีบทบาทในการดูแลสุขภาพผู้ประกอบการอาชีพในพื้นที่และปัจจุบันมีจำนวน 634 แห่งทั่วประเทศ หลายแห่งมีความพร้อมด้านบุคลากรและเครื่องมือในการยกระดับเป็นศูนย์เชี่ยวชาญการตรวจประเมินสุขภาพของผู้ขับขี่รถสาธารณะ เพื่อป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นจากสุขภาพที่ไม่พร้อมที่อาจก่อให้เกิดความเสียหายต่อผู้ขับขี่เอง ผู้โดยสาร เพื่อนร่วมทาง และทรัพย์สิน อันจะเป็นการลดการสูญเสียมูลค่าทางด้านเศรษฐกิจของประเทศได้ จึงจำเป็นต้องมีการนำร่องยกระดับคลินิกอาชีพเวชกรรมสู่ศูนย์เชี่ยวชาญ (Medical Fitness to Drive) ทุกพื้นที่ของประเทศไทย เพื่อให้สามารถประเมินสุขภาพของผู้ขับขี่ในด้านต่าง ๆ เช่น การมองเห็น การได้ยิน สุขภาพจิต การตรวจสารเสพติด และภาวะหยุดหายใจขณะหลับ พร้อมทั้งจัดอบรมการปฐมพยาบาลและการจัดการในภาวะฉุกเฉิน โดยมีเป้าหมายตรวจสุขภาพผู้ขับขี่ในช่วงปี 2568 - 2570 จำนวน 1,000,000 ราย นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุข ยังเห็นความสำคัญในการพัฒนาระบบตรวจประเมินของผู้ขับขี่ให้เชื่อมโยงกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกมิติ โดยประสานความร่วมมือกับกระทรวงคมนาคมในการกำหนดมาตรฐานการตรวจสุขภาพและกระทรวงแรงงานในการกำหนดอาชีพเสี่ยงให้ครอบคลุมการตรวจสุขภาพของผู้ขับขี่ช่วยให้การเฝ้าระวังและการป้องกันปัญหาสุขภาพที่อาจส่งผลต่อการขับขี่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และร่วมกันแก้ไขระเบียบ กฎหมายที่เกี่ยวข้องโดยกำหนดให้ต้องมีการตรวจประเมินสุขภาพของผู้ขับขี่ ในการยื่นขอใบอนุญาตขับขี่เพื่อเสริมสร้างความปลอดภัยและสร้างความมั่นใจให้กับผู้โดยสารและประชาชนในการขนส่งทางถนนอย่างยั่งยืนต่อไป

2. เป้าหมาย

- 1) เป้าหมายลดโรค : ลดอุบัติเหตุน้ำจืด
- 2) เป้าหมายปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 : ยกระดับคลินิกอาชีวเวชกรรม 76 จังหวัด ให้สามารถตรวจประเมินสุขภาพผู้ขับขี่ AFTD

3. กลุ่มเป้าหมาย

ดำเนินการตรวจประเมินสุขภาพผู้ขับขี่รถสาธารณะ / รถรับ-ส่ง นักเรียน โดย
ภาครัฐ : คลินิกอาชีวเวชกรรมทุกจังหวัดของกระทรวงสาธารณสุข
ภาคเอกชน : คลินิก AFTD ภาคเอกชนที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน

ปี พ.ศ.	การตรวจประเมินสุขภาพผู้ขับขี่ (ราย)		
	ภาครัฐ (76 จังหวัด)	ภาคเอกชน	รวม
2568	150,000 (จังหวัดละ ~ 2,000 ราย)	100,000	250,000
2569	150,000 (จังหวัดละ ~ 2,000 ราย)	100,000	250,000
2570	250,000 (จังหวัดละ ~ 3,300 ราย)	250,000	500,000
			1,000,000

4. มาตรการ/กิจกรรมที่สำคัญ

กองวิชาการ	สคร.	สสจ./พื้นที่/โรงพยาบาล
1. สนับสนุนข้อมูลเพื่อการเสนอแก้ไขระเบียบกฎหมาย โดยกำหนดให้ต้องมีการตรวจประเมินสุขภาพของผู้ขับขี่ ในการยื่นขอใบอนุญาตขับขี่ ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	- สนับสนุนงานวิชาการ และสนับสนุนให้มีการยกระดับคลินิกในพื้นที่	- ตรวจประเมินสุขภาพผู้ขับขี่ - ประชาสัมพันธ์การให้บริการ
2. จัดทำ MOU ร่วมกับกระทรวงคมนาคม เพื่อพัฒนา CPG / ขอรับการสนับสนุนงบประมาณ		
3. จัดทำโครงการเสนอเพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกระทรวงแรงงาน		
4. พัฒนาเครือข่ายโรงพยาบาลเอกชน		

5. Small Success แต่ละไตรมาส

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
- ยกระดับศูนย์ เชี่ยวชาญ AFTD ได้โมเดลต้นแบบ 24 แห่ง	- ขยายโมเดลต้นแบบ ครบทั้งประเทศ 76 แห่ง และพัฒนาบุคลากร ในคลินิก AFTD - โรงพยาบาลเอกชน ที่ผ่านมาตรฐานการ จัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ในระดับดีขึ้น	ดำเนินการตรวจประเมิน สุขภาพผู้ขับขี่ รวม 150,000 ราย ในภาครัฐ ทั้งหมด 76 แห่ง และ 100,000 ราย ในภาคเอกชน	- คลินิกอาชีวเวชกรรม ทุกจังหวัด/คลินิก AFTD ภาคเอกชน ดำเนินการ ตรวจประเมินสุขภาพผู้ขับ ขี่รวม $\geq 250,000$ ราย - ประเมินผลการ ดำเนินการ ต้องได้อย่าง น้อย 80% ของจำนวนทั้งหมด

หมายเหตุ การตรวจประเมินให้ได้ตามเป้าหมาย ขึ้นอยู่กับงบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
อาทิ กองทุนเงินทดแทน / กองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน

การดำเนินงานเตรียมความพร้อมรองรับ และตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กรณีอุบัติภัยสารเคมี

1. สถานการณ์

การดำเนินการเฝ้าระวังสถานการณ์อุบัติภัยหรือเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับสารเคมี ระหว่างปี พ.ศ. 2562 - 2566 มีจำนวนการเกิดอุบัติภัยสารเคมี 251 ครั้ง มีจำนวนผู้เสียชีวิต 39 ราย จำนวนผู้ได้รับบาดเจ็บ จำนวน 527 ราย สาเหตุเกิดจากไฟไหม้มากที่สุด จำนวน 123 ครั้ง รองลงมาคือ อุบัติเหตุขนส่ง จำนวน 48 ครั้ง การรั่วไหล จำนวน 43 ครั้ง การระเบิด จำนวน 22 ครั้ง และลักลอบทิ้ง จำนวน 13 ครั้ง

2. เป้าหมาย

- 1) เป้าหมายลดโรค : เขตสุขภาพที่ 1 - 12 มีการดำเนินงานเตรียมความพร้อมรองรับและตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กรณีอุบัติภัยสารเคมี
- 2) เป้าหมายปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 : มีการดำเนินงานเตรียมความพร้อมรองรับและตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กรณีอุบัติภัยสารเคมี ระดับเขต (ร้อยละ 80)

3. กลุ่มเป้าหมาย

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 - 12 และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

4. มาตรการ/กิจกรรมที่สำคัญ

กองวิชาการ	สคร.	สสจ.
1) บุคลากรได้รับการพัฒนาศักยภาพการเตรียมความพร้อมตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กรณีอุบัติภัยสารเคมี	1) บุคลากรได้รับการพัฒนาศักยภาพการเตรียมความพร้อมตอบโต้ภาวะฉุกเฉินกรณีอุบัติภัยสารเคมี	1) จังหวัดเป้าหมายได้รับการพัฒนาศักยภาพการเตรียมความพร้อมตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กรณีอุบัติภัยสารเคมี
2) วิเคราะห์พื้นที่เสี่ยงการเกิดอุบัติภัยสารเคมี รายจังหวัด เพื่อกำหนดจังหวัดเป้าหมาย	2) จัดทำแผนปฏิบัติการเฉพาะโรค (Hazard Specific Plan : HSP) กรณีอุบัติภัยสารเคมี	2) จังหวัดเป้าหมาย จัดทำแผนปฏิบัติการเฉพาะโรค (HSP) กรณีอุบัติภัยสารเคมี
	3) สนับสนุนให้จังหวัดเป้าหมายจัดทำแผนปฏิบัติการเฉพาะโรค (HSP) กรณีอุบัติภัยสารเคมี	3) จังหวัดเป้าหมาย เข้าร่วมการซ้อมแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ฯ กรณีอุบัติภัยสารเคมี และทบทวนหลังปฏิบัติงาน (AAR) ภายหลังการฝึกซ้อมแผนร่วมกับ สคร.
	4) จัดซ้อมแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ฯ กรณีอุบัติภัยสารเคมี และทบทวนหลังปฏิบัติงาน (AAR) ภายหลังการฝึกซ้อมแผน โดยเชิญจังหวัดเป้าหมายเข้าร่วม	

5. Small Success แต่ละไตรมาส

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1) ถ่ายทอดแนวทางและชี้แจงเป้าหมายการดำเนินงาน 2) พัฒนาศักยภาพการเตรียมความพร้อมตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กรณีอุบัติภัยสารเคมี 3) สคร. วิเคราะห์พื้นที่เสี่ยง และกำหนดจังหวัดเป้าหมาย	1) สคร. จัดทำแผนปฏิบัติการเฉพาะโรค (HSP) กรณีอุบัติภัยสารเคมี 2) สคร. สนับสนุนให้จังหวัดเป้าหมายให้จัดทำแผนปฏิบัติการเฉพาะโรค (HSP) กรณีอุบัติภัยสารเคมี 2 จังหวัด ต่อเขตสุขภาพ	1) สคร. จัดซ้อมแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินตามแผนปฏิบัติการเฉพาะโรค (HSP) กรณีอุบัติภัยสารเคมี และทำการทบทวนหลังปฏิบัติงาน (AAR) ภายหลังการซ้อมแผน โดยเชิญจังหวัดเป้าหมาย 2 จังหวัดเข้าร่วม	1) สรุปผลการดำเนินงานเตรียมความพร้อมรองรับและตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กรณีอุบัติภัยสารเคมี

การใช้ประโยชน์ข้อมูลสู่การดำเนินการตามมาตรการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค เพื่อลดความเสี่ยงและผลกระทบต่อสุขภาพ จากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM_{2.5})

1. สถานการณ์

มลพิษอากาศที่มีฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM_{2.5}) เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยและเสียชีวิต เช่น โรคหัวใจ และหลอดเลือด เบาหวานชนิดที่ 2 โรคไต โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคสมองเสื่อมและมะเร็งปอดโดยปริมาณของ PM_{2.5} ที่เพิ่มขึ้น 10 µg/m³ มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุเพิ่มขึ้นร้อยละ 3.4 และการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้นร้อยละ 4.7 และปัญหาหมอกพิษฝุ่นละอองเหล่านี้ ทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้นในทุกปี หน่วยงานเครือข่ายที่เกี่ยวข้องจึงร่วมกันดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการขับเคลื่อนวาระแห่งชาติ “การแก้ไขปัญหามลพิษด้านฝุ่นละออง” ซึ่งมีกรมควบคุมมลพิษ เป็นฝ่ายเลขานุการ จากการติดตามตรวจสอบคุณภาพอากาศ โดยสถานีตรวจวัดคุณภาพอากาศแบบอัตโนมัติ ของกรมควบคุมมลพิษ ในช่วงปี พ.ศ. 2561 - 2566 ข้อมูลการตรวจวัดค่าเฉลี่ย 24 ชั่วโมงของฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM_{2.5}) ของกรมควบคุมมลพิษ จังหวัดที่มีค่าเฉลี่ย 24 ชั่วโมงของฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM_{2.5}) ในบรรยากาศโดยทั่วไป สูงเกินค่ามาตรฐาน (> 37.5 มคก./ลบ.ม.) จำแนกรายปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 - 2567 มีจำนวน 34, 43, 58, 68 และ 65 จังหวัด ตามลำดับ โดยส่วนมากจะพบปัญหาในช่วงต้นปีและปลายปี (เดือนมกราคม - เมษายน และธันวาคม) ซึ่งมีสภาพอากาศปิดและมีปัจจัยที่ก่อให้เกิดมลพิษ โดยเฉพาะในเขตที่มีการเผาในที่โล่ง การเผาพื้นที่การเกษตรไฟฟ้า เมืองใหญ่ที่มีการจราจรหรือการขนส่งหนาแน่น เขตอุตสาหกรรม รวมไปถึงหมอกควันข้ามแดนจากประเทศเพื่อนบ้าน

จากการดำเนินการเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพที่เกิดจากการรับสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM_{2.5}) พิจารณาจากกลุ่มโรคตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ชื่อหรืออาการสำคัญของโรคจากสิ่งแวดล้อม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2565 ภายใต้พระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 ได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีการกำเริบ (เฉียบพลัน) โรคหืดเฉียบพลัน โรคหัวใจขาดเลือดแบบเฉียบพลัน โรคเยื่อตาขาวอักเสบ และโรคผิวหนังอักเสบ ที่เป็นการเฝ้าระวังเชิงรับจากสถานพยาบาล ระบบการเฝ้าระวังจากคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center: HDC) กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งดำเนินการในเขตสุขภาพที่ 1 - 13 พบว่า ในระหว่างวันที่ 1 มกราคม - 24 เมษายน 2567 มีจำนวนผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 338,570 ราย โรคหืด 26,366 ราย โรคหัวใจขาดเลือด 6,097 ราย กลุ่มโรคผิวหนังอักเสบ 634,220 ราย และกลุ่มโรคตาอักเสบ 551,203 ราย ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 กรมควบคุมโรคได้ดำเนินการจุดเน้น “การยกระดับฐานข้อมูลและพัฒนามาตรการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ กรณีฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM_{2.5}) เพื่อลดความเสี่ยงและผลกระทบต่อสุขภาพ” ซึ่งทำให้มีการพัฒนา dashboard การเฝ้าระวังสถานการณ์และโรคที่มีความเกี่ยวข้องกับการรับสัมผัสฝุ่น (PM_{2.5}) ครอบคลุมเขต และสนับสนุนให้หน่วยบริการจัดการบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ทั้งเชิงรุกและเชิงรับ โดยมีการดำเนินการใน 62 จังหวัด และโรงพยาบาลระดับ รพช. ขึ้นไปสามารถดำเนินการได้ 164 แห่ง

เพื่อให้เกิดการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ กรณีฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM_{2.5}) อย่างต่อเนื่อง และยั่งยืน จึงได้กำหนดจุดเน้นในปี 2568 “การใช้ประโยชน์ข้อมูลสู่การดำเนินการตามมาตรการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค เพื่อลดความเสี่ยงและผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM_{2.5})” เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนได้รับการดูแลสุขภาพ ผ่านบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ทั้งเชิงรุกและเชิงรับ รวมไปถึงการเฝ้าระวังสุขภาพประชาชน ผ่านช่องทางการให้บริการของร้านขายยาและคลินิกเวชกรรมในชุมชน แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อประกอบการตัดสินใจ กรณีพบเหตุการณ์จำนวนผู้ป่วยสูงผิดปกติ นำไปสู่การกำหนดมาตรการป้องกันควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพต่อไป

2. เป้าหมาย

1) **เป้าหมายลดโรค :** มีการยกระดับการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรับและเชิงรุกของหน่วยบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง มีการสำรวจผู้เข้ารับบริการในร้านขายยา/คลินิกเวชกรรมในชุมชน รวมถึงการคัดกรองผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในชุมชนเมื่อฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM_{2.5}) อยู่ในระดับสีแดง (> 75 มคก./ลบ.ม.) ติดต่อกัน 3 วัน ทั้งนี้ มีการปรับปรุงการแสดงผลข้อมูลสถานการณ์ฝุ่น (PM_{2.5}) และโรคที่เกี่ยวข้องกับฝุ่น (PM_{2.5}) ใน Dashboard ให้เป็นปัจจุบันและดำเนินสอบสวนโรค กรณีฝุ่น (PM_{2.5}) เมื่อพบผู้ป่วยตามเกณฑ์การสอบสวนโรคกรณีฝุ่น (PM_{2.5}) และดำเนินการตามมาตรการควบคุมโรค เพื่อลดความเสี่ยงและผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน

2) **เป้าหมายปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 :** มีการใช้ประโยชน์ข้อมูลสู่การดำเนินการตามมาตรการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค เพื่อลดความเสี่ยงและผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM_{2.5}) โดยเขตสุขภาพ/สคร. ละ 4 จังหวัด ซึ่งยกเว้น สคร. 7 11 และ 12 ให้ดำเนินการในทุกจังหวัดเท่าที่มีพื้นที่ และยกระดับการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม กรณีฝุ่น (PM_{2.5}) ในหน่วยบริการสุขภาพระดับโรงพยาบาลชุมชนขึ้นไป จังหวัดละอย่างน้อย 4 แห่ง และเมื่อจังหวัดมีค่าฝุ่นเฉลี่ยเกิน 24 ชั่วโมงอยู่ในระดับสีแดง หรือ มากกว่า 75 มคก./ลบ.ม. ติดต่อกัน 3 วัน ให้มีการคัดกรองสุขภาพประชาชนเชิงรุก และรวบรวมข้อมูลสถานการณ์การใช้บริการที่ร้านขายยาหรือคลินิกเวชกรรมชุมชน

3) เป้าหมายเชิงปริมาณ :

(1) หน่วยบริการสุขภาพในจังหวัดมีการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม กรณีฝุ่น (PM_{2.5}) ตามกิจกรรมที่กำหนด โดยเขต 7, 11, 12 ดำเนินการได้อย่างน้อย 8 แห่งขึ้นไปต่อเขต และเขตอื่น ๆ ดำเนินการได้อย่างน้อย 16 แห่งขึ้นไปต่อเขต

(2) ประชาชนในจังหวัดเสี่ยงได้รับการคัดกรองสุขภาพเชิงรุก อย่างน้อย 120 คนต่อจังหวัด

3. กลุ่มเป้าหมาย

จังหวัดเสี่ยง หมายถึง จังหวัดที่มีพื้นที่เสี่ยงปัญหามลพิษอากาศ (PM_{2.5}) ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีค่าฝุ่น (PM_{2.5}) ในบรรยากาศทั่วไปเฉลี่ย 24 ชั่วโมง มีค่าเกิน 37.5 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร ติดต่อกันเป็นเวลา 3 วัน ในปี พ.ศ. 2566 - 2567 จำนวน 66 จังหวัด (ไม่รวมกรุงเทพฯ) แยกตามรายเขตสุขภาพ ประกอบด้วย

เขต 1 เชียงใหม่ เชียงราย แพร่ ลำพูน แม่ฮ่องสอน พะเยา น่าน ลำปาง

เขต 2 พิษณุโลก สุโขทัย ตาก เพชรบูรณ์ อุตรดิตถ์

เขต 3 นครสวรรค์ กำแพงเพชร พิจิตร ชัยนาท อุทัยธานี

เขต 4 สระบุรี พระนครศรีอยุธยา ปทุมธานี นนทบุรี สิงห์บุรี ลพบุรี อ่างทอง นครนายก*

เขต 5 ราชบุรี สุพรรณบุรี นครปฐม สมุทรสงคราม สมุทรสาคร เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์ กาญจนบุรี

เขต 6 ชลบุรี ตราด ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี สระแก้ว ระยอง จันทบุรี สมุทรปราการ

เขต 7 ขอนแก่น กาฬสินธุ์ ร้อยเอ็ด

เขต 8 อุตรดิตถ์ หนองคาย สกลนคร นครพนม เลย หนองบัวลำภู บึงกาฬ

เขต 9 นครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ สุรินทร์

เขต 10 อุบลราชธานี ยโสธร ศรีสะเกษ อำนาจเจริญ มุกดาหาร

เขต 11 ภูเก็ต สุราษฎร์ธานี

เขต 12 สงขลา นราธิวาส สตูล

จังหวัดเป้าหมายที่แต่ละเขตสุขภาพคัดเลือกจังหวัดเสี่ยงมาดำเนินงาน อย่างน้อย 4 จังหวัด ยกเว้น เขตสุขภาพที่ 7, 11 และ 12 ที่มีจำนวนจังหวัดเสี่ยงไม่ถึง 4 จังหวัด ให้ดำเนินการทุกจังหวัด

4. มาตรการ/กิจกรรมที่สำคัญ

กองวิชาการ	สคร.	สสจ.
1) พัฒนาเครื่องมือเพื่อการสำรวจ ผู้เข้ารับบริการในร้านขายยา/คลินิกเวชกรรมในชุมชน 2) สนับสนุนคู่มือองค์ความรู้ ในการจัดบริการเวชกรรม สิ่งแวดล้อมเชิงรับและเชิงรุก ของหน่วยบริการสุขภาพ 3) สนับสนุนแนวทางการเฝ้าระวัง และการสอบสวนโรค กรณีโรค หรือ อาการสำคัญที่เกิดจากการสัมผัสฝุ่น (PM _{2.5}) 4) พัฒนาศักยภาพการดำเนินการ สอบสวนโรคในพื้นที่ 5) ติดตาม สนับสนุนการ ดำเนินงาน ของหน่วยงาน ระดับพื้นที่	1) ผลักดันและสนับสนุนให้มี ปรับปรุงและต่อยอดการ แสดงผลข้อมูลสถานการณ์ฝุ่น (PM _{2.5}) และสถานการณ์ผู้ป่วย โรคที่มีความเกี่ยวข้องกับการ สัมผัสฝุ่น (PM _{2.5}) ให้เป็น ปัจจุบันร่วมกับ หน่วยงาน ระดับจังหวัด 2) ผลักดัน และสนับสนุนให้มีการ สำรวจผู้เข้ารับบริการในร้าน ขายยา/คลินิกเวชกรรมใน ชุมชนโดยร่วมกับหน่วยงานใน ระดับจังหวัดและหน่วยบริการ สุขภาพ	1) ได้รับการพัฒนาศักยภาพ และชี้แจงถ่ายทอดแนวทางการ ดำเนินงานในการจัดบริการ เวชกรรมสิ่งแวดล้อม การเฝ้าระวัง เชิงรุกและการสอบสวนโรค เพื่อลดผลกระทบต่อสุขภาพ จากฝุ่น (PM _{2.5}) ให้กับจังหวัด เพื่อกำหนดมาตรการในการเฝ้า ระวัง และป้องกัน ผลกระทบ ต่อสุขภาพจากฝุ่น (PM _{2.5}) 2) มีการดำเนินงานปรับปรุง ฐานข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวัง สุขภาพประชาชนจาก (PM _{2.5}) ระดับจังหวัด

กองวิชาการ	สคร.	สสจ.
6) กำกับ ติดตาม ประเมิน และสรุปผลการดำเนินงาน รายไตรมาส	3) ต่อยอดให้โรงพยาบาลหรือศูนย์ บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร มีการจัดบริการเวชกรรม สิ่งแวดล้อมทั้งเชิงรับและเชิงรุก 4) พัฒนาศักยภาพการดำเนินการ สอบสวนโรคในพื้นที่ให้กับ จังหวัด 5) พัฒนาศักยภาพการวิเคราะห์ ข้อมูลโรคกับปัจจัยสิ่งแวดล้อม ว่ามีความสัมพันธ์กันหรือไม่ 6) ผลักดันการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานเพื่อลดผลกระทบต่อ สุขภาพจากฝุ่น (PM _{2.5}) ให้กับ จังหวัด กำหนดมาตรการในการ เฝ้าระวัง และป้องกัน ผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น (PM _{2.5}) 7) กำกับติดตามและสรุปผล การดำเนินงาน เสนอผู้บริหาร ทราบ และส่งมายังกองโรค จากการประกอบอาชีพ และสิ่งแวดล้อม เป็นรายไตรมาส	3) สนับสนุนให้หน่วยบริการสุขภาพ มีการจัดบริการเวชกรรม สิ่งแวดล้อมเชิงรับและเชิงรุก กรณีฝุ่น (PM _{2.5}) 4) ดำเนินการสำรวจผู้เข้ารับ บริการในร้านขายยา/ คลินิกเวชกรรม ในชุมชน กรณีฝุ่น (PM _{2.5}) โดยใช้ แบบคัดกรองในคลินิกเวชกรรม ในชุมชน/ร้านขายยา 5) รวบรวมข้อมูลแหล่งกำเนิด (PM _{2.5}) ที่สำคัญในพื้นที่ และข้อมูลประชากรกลุ่ม เปราะบาง 6) กำหนด/เลือกมาตรการ เพื่อการจัดการปัญหา (PM _{2.5}) ในพื้นที่ผ่านกลไก คณะกรรมการในพื้นที่ 7) ดำเนินการสื่อสารความเสี่ยง ที่เหมาะสมกับประชาชน กลุ่มต่าง ๆ 8) กำกับ ติดตาม และสรุปผล การดำเนินงาน

5. Small Success แต่ละไตรมาส

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1) ชี้แจงแนวทาง และเป้าหมาย การดำเนินงาน ให้กับหน่วยงานใน พื้นที่รับผิดชอบ 2) จัดอบรมพัฒนาศักยภาพการแจ้ง การรายงาน และการสอบสวนโรค กรณีฝุ่น (PM _{2.5}) 3) คัดเลือกจังหวัด เป้าหมาย อย่างน้อย เขตสุขภาพละ	1) ปรับปรุงการแสดงผล ข้อมูลสถานการณ์ (PM _{2.5}) และสถานการณ์ผู้ป่วย โรคที่เกี่ยวข้องกับการ รับสัมผัสฝุ่น (PM _{2.5}) 2) หน่วยบริการสุขภาพ มีการจัดบริการเวช กรรมสิ่งแวดล้อมเชิง รับ กรณี (PM _{2.5}) ในจังหวัดเป้าหมาย 3) มีการคัดกรองสุขภาพ เชิงรุก อย่างน้อย 120	1) ดำเนินการตาม กิจกรรมในไตรมาส 2 อย่างต่อเนื่อง 2) ติดตามสนับสนุน และประเมิน ความก้าวหน้าผลการ ดำเนินงานของจังหวัด ในเขตรับผิดชอบ	1) หน่วยบริการสุขภาพ ในจังหวัดมีการ จัดบริการเวชกรรม สิ่งแวดล้อมตาม ที่กำหนดอย่างน้อย 168 แห่ง (เขต 7, 11, 12 อย่างน้อย 8 แห่ง ต่อเขต และเขตอื่น ๆ อย่างน้อย 16 แห่ง ขึ้นไปต่อเขต) 2) ประชาชนในจังหวัด เสี่ยงได้รับการคัดกรอง สุขภาพเชิงรุก

นโยบายการขับเคลื่อนงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ สำหรับพื้นที่ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
4 จังหวัด หน่วย บริการสุขภาพ ในจังหวัดอย่างน้อย 4 แห่ง (สะสมจากปี 2567) และร้านขายยา/ คลินิกเวชกรรม อย่าง น้อย 2 แห่งต่อ จังหวัด	คนต่อจังหวัด ที่มีผู้ มากกว่า 75 มคก./ ลบ.ม. ติดต่อกัน 3 วัน (พื้นที่สีแดง) 4) สำรวจผู้เข้ารับบริการ ในร้านขายยา/คลินิก เวชกรรมในชุมชน อย่างน้อย 2 แห่ง ต่อจังหวัดในพื้นที่สีแดง 5) สนับสนุนติดตาม ข้อมูลการเฝ้าระวัง ผู้ป่วยของหน่วย บริการฯ 6) ร่วมกับหน่วยงาน ในจังหวัดลงพื้นที่ สอบสวนโรค กรณี (PM_{2.5}) หากพบ เหตุการณ์จำนวน ผู้ป่วยสูงผิดปกติ		อย่างน้อย 120 คน ต่อจังหวัด



การพัฒนาและขับเคลื่อน งานเชิงระบบและบูรณาการ **(System Development)**

การพัฒนาสมรรถนะช่องทางเข้าออกประเทศและกักกันโรค ตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 (IHR 2005) และพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558

1. สถานการณ์

สถานการณ์โรคปัจจุบัน องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้รับรายงานผู้ป่วยโรคเอ็มพ็อกซ์ (Monkeypox : Mpox) ในสาธารณรัฐประชาธิปไตยคองโกและการแพร่กระจายอย่างน้อย 13 ประเทศในแอฟริกา กว่า 20,000 คน ได้ และมีผู้เสียชีวิต 591 คน โดยทั่วไปผู้ป่วยนอกแอฟริกาจะมีความเชื่อมโยงกับการเดินทางระหว่างประเทศหรือสัตว์ป่านำเข้าซึ่งองค์การอนามัยโลกประกาศเป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระดับประเทศ (PHEIC) เมื่อวันที่ 14 สิงหาคม 2567 เพื่อป้องกันความเสี่ยงด้านสาธารณสุขต่อประเทศสมาชิกอื่น ๆ และต้องมีการตอบสนองระหว่างประเทศที่ประสานงานกันอีกทั้งยังมีเหตุการณ์รายงานพบผู้ติดเชื้อไวรัสโอโรช (Oropouche fever) ในรัฐฟลอริดาสหรัฐอเมริกา โรคไข้หวัดนกสายพันธุ์ H5N1 ในโคนมในสหรัฐอเมริกา สายพันธุ์ H5N1 และ H9N2 ในนครหลวงเวียงจันทน์ สายพันธุ์ H10N5 และ H3N2 ในสาธารณรัฐประชาชนจีน และมีรายงานผู้เสียชีวิตจากไข้หวัดนก H1N1 จำนวน 1 ราย และผู้ติดเชื้อสายพันธุ์ H5N1 และโรคแอนแทรกซ์ ในประเทศกัมพูชา และสถานการณ์โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลางหรือโรคเมอร์ส (Middle East Respiratory Syndrome : MERS) ก่อให้เกิดโรคติดต่ออันตราย ตามความในพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ในทุกปีจะมีประชาชนคนไทยมุสลิมลงทะเบียนประมาณ 30,000 คน เดินทางไปประกอบพิธีฮัจญ์ ณ ประเทศซาอุดีอาระเบีย ทั้งนี้ กองด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศและกักกันโรค และด่านควบคุมโรคฯทุกแห่ง ได้เฝ้าระวังติดตามสถานการณ์อย่างใกล้ชิด ข้อมูลการเฝ้าระวังฯเพื่อการตัดสินใจของผู้บริหารในการกำหนดมาตรการ แนวทาง รองรับความเสี่ยงในแต่ละระดับ เตรียมความพร้อมรับมือป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ณ ช่องทางเข้าออกประเทศ พัฒนาขีดความสามารถตามข้อกำหนดกฎอนามัยระหว่างประเทศ (IHR 2005) และพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และกฎหมายที่เกี่ยวข้องเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

2. เป้าหมาย

- **เป้าหมายลดโรค :** ผู้เดินทาง ณ ช่องทางเข้าออกประเทศได้รับการเฝ้าระวังคัดกรองตามมาตรการแนวทางที่กำหนด
- **เป้าหมายปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 :**
 - 1) ช่องทางเข้าออกประเทศ ประเภท Designated-PoE มีสมรรถนะหลักข้อกำหนดกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ.2548 ไม่ต่ำกว่าระดับ 4 (ค่าเป้าหมายร้อยละ 90)
 - 2) ช่องทางเข้าออกประเทศ ประเภท Non-designated-PoE มีการพัฒนาตามสมรรถนะหลักข้อกำหนดกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ.2548 (ค่าเป้าหมายร้อยละ 90)

3. กลุ่มเป้าหมาย

ช่องทางเข้าออกประเทศ 69 แห่ง

**** ช่องทางเข้าออกประเทศ ที่มีด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข****

4. มาตรการ/กิจกรรมที่สำคัญ

กองวิชาการ	สคร.	สสจ./สสอ.
มาตรการที่ 1 พัฒนานโยบายขับเคลื่อนการพัฒนาสมรรถนะช่องทางเข้าออกประเทศ มาตรการที่ 2 พัฒนาโครงสร้างพื้นฐานการปฏิบัติการด่านฯ มาตรการที่ 3 การพัฒนาความร่วมมือของภาคีเครือข่ายช่องทางเข้าออกประเทศ มาตรการที่ 4 พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่บุคลากรด้านควบคุมโรคฯ	1) รับและถ่ายทอดนโยบาย 2) รับและส่งต่อข้อมูลเฝ้าระวังเหตุการณ์ผิดปกติทางสาธารณสุข 3) วางแผน สนับสนุนการดำเนินงานของด่านฯตามแนวทางพัฒนาสมรรถนะหลักช่องทางเข้าออกประเทศ (IHR) 4) ประสาน กำกับ ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานของด่านควบคุมโรคฯ ในสังกัด	1) รับและส่งต่อข้อมูลเฝ้าระวังเหตุการณ์ผิดปกติทางสาธารณสุข 2) รับ-ส่งต่อผู้เดินทางป่วยหรือสงสัยโรคติดต่ออันตราย 3) สนับสนุนการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการผู้เดินทางสงสัยโรคติดต่ออันตราย โรคระบาด 4) ให้บริการทางการแพทย์ในผู้เดินทางป่วย ณ ช่องทางฯ

5. Small Success แต่ละไตรมาส

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
- ประชุมคณะอนุกรรม - การพัฒนาสมรรถนะช่องทางเข้าออกประเทศ - พัฒนาแนวทางระบบเฝ้าระวัง/Event-based surveillance - พัฒนาศักยภาพ - บุคลากรตรวจคนเข้าเมือง สถานกักตัวคนต่างด้าว - พัฒนาความร่วมมือ - ภาคีเครือข่ายช่องทางเข้าออกประเทศ	- พัฒนา School Base Training - พัฒนาโครงสร้างด่าน - ควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ - ติดตามการดำเนินงานและการแก้ไขปรับปรุง (Internal Audit)	- ติดตาม ประเมินผล - การดำเนินงาน และการแก้ไขปรับปรุง (Internal Audit)	- ติดตาม ประเมินผล - สรุปรายงานประจำปี Annual report

นโยบายการขับเคลื่อนงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ สำหรับพื้นที่ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

6. สิ่งสนับสนุนในพื้นที่



<https://shorturl-ddc.moph.go.th/rWwV9>

รายละเอียดเอกสาร

1. หนังสือกฏอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 (IHR 2005)
2. คู่มือการประเมินตนเอง: การพัฒนาสมรรถนะหลักของช่องทางเข้าออกประเทศ ท่าอากาศยาน ท่าเรือ และพรมแดนทางบก (ฉบับปรับปรุง 2561) (Assessment tool for capacity requirements for designated airports, ports and ground crossing: CCAT)
3. หลักสูตรพื้นฐานการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพสำหรับเครือข่ายภายในช่องทางเข้าออกประเทศ (Non-Health)
4. คู่มือการตรวจและออกเอกสารรับรองสุขภาพเรือ
5. รายชื่อด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศทั่วประเทศ (update ตุลาคม 2567)

การขับเคลื่อนกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ

1. สถานการณ์

เนื่องด้วยองค์การอนามัยโลก โดยการรับรองในที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลก ครั้งที่ 77 ได้มีการแก้ไขกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 (International Health Regulations: IHR 2005) เป็นที่เรียบร้อยแล้ว ประกอบกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ที่ผ่านมา พบว่าพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 มีบทบัญญัติบางประการที่ไม่อาจนำมาใช้บังคับกับสถานการณ์การระบาดของโรคติดต่อทั้งโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำที่มีความรุนแรงและมีการแพร่อย่างรวดเร็วและกว้างขวางจนเป็นอันตรายต่อชีวิต และมีผลกระทบต่อความเป็นอยู่ของประชาชน กรมควบคุมโรคในฐานะหน่วยงานผู้รับผิดชอบกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ จึงมีความจำเป็นต้องมีการแก้ไขเพิ่มเติมกฎหมายดังกล่าว ให้มีความสอดคล้องกับกฎอนามัยระหว่างประเทศที่ได้มีการแก้ไขเพิ่มเติม และเพื่อกำหนดมาตรการที่จำเป็นและมีประสิทธิภาพในการป้องกัน ระวัง ควบคุม และขจัดโรคติดต่อที่มีการระบาดทั้งในกรณีปกติและในกรณีอันเป็นสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุข

2. เป้าหมาย

- เป้าหมายปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

มีการจัดทำร่างพระราชบัญญัติโรคติดต่อ (ฉบับที่ ..) พ.ศ. ซึ่งได้ดำเนินการตามกระบวนการนิติบัญญัติถึงขั้นตอนการพิจารณาของรัฐสภา

3. กลุ่มเป้าหมาย

ทั่วประเทศ

4. มาตรการ/กิจกรรมที่สำคัญ

กองวิชาการ	สคร.	สสจ.
1) สนับสนุน/ให้ความเห็น/ ข้อเสนอแนะทั้งข้อมูล ด้านวิชาการ/ปัญหาในการบังคับ ใช้กฎหมาย เพื่อประกอบ การจัดทำร่างกฎหมายว่าด้วย โรคติดต่อฉบับแก้ไขเพิ่มเติม	1) สนับสนุน/ให้ความเห็น/ ข้อเสนอแนะข้อมูล ด้านวิชาการ/ปัญหาในการบังคับ ใช้กฎหมาย เพื่อประกอบการ จัดทำร่างกฎหมายว่าด้วย โรคติดต่อฉบับแก้ไขเพิ่มเติม	1) สนับสนุน/ให้ความเห็น/ ข้อเสนอแนะข้อมูลด้านวิชาการ/ ปัญหาในการบังคับใช้กฎหมาย เพื่อประกอบการจัดทำร่าง กฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อฉบับ แก้ไขเพิ่มเติม
2) ประชาสัมพันธ์/ประสานงาน ให้หน่วยงาน/ภาคีเครือข่าย ให้ความเห็น/ข้อเสนอแนะต่อ การจัดทำร่างกฎหมายว่าด้วย โรคติดต่อฉบับแก้ไขเพิ่มเติม	2) ประชาสัมพันธ์/ประสานงาน ให้หน่วยงาน/ภาคีเครือข่าย ให้ความเห็น/ข้อเสนอแนะ ต่อการจัดทำร่างกฎหมายว่าด้วย โรคติดต่อฉบับแก้ไขเพิ่มเติม	2) ประชาสัมพันธ์/ประสานงาน ให้หน่วยงาน/ภาคีเครือข่าย ให้ความเห็น/ข้อเสนอแนะ ต่อการจัดทำร่างกฎหมายว่าด้วย โรคติดต่อฉบับแก้ไขเพิ่มเติม

5. Small Success แต่ละไตรมาส

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
ชี้แจง/รับฟังความคิดเห็น จากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อ นำมาประกอบการ ทบทวน/จัดทำร่าง กฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ ฉบับแก้ไขเพิ่มเติม	แก้ไขปรับปรุงเนื้อหา ของร่างกฎหมาย ตามที่ได้รับฟังความ คิดเห็นจากผู้มีส่วน ที่เกี่ยวข้อง	ร่างกฎหมายว่าด้วย โรคติดต่อฉบับแก้ไข เพิ่มเติมได้รับการอนุมัติ หลักการจากคณะรัฐมนตรี และผ่านการตรวจพิจารณา ของสำนักงาน คณะกรรมการกฤษฎีกา	- ร่างกฎหมายว่าด้วย โรคติดต่อฉบับแก้ไข เพิ่มเติมที่ผ่านการตรวจ พิจารณาของสำนักงาน คณะกรรมการกฤษฎีกา ได้รับความเห็นชอบจาก คณะรัฐมนตรี - เสนอร่างกฎหมาย ว่าด้วยโรคติดต่อฉบับ แก้ไขเพิ่มเติมเข้าสู่ การตรวจพิจารณา ของรัฐสภา

การพัฒนาสมรรถนะและขีดความสามารถ ในการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข

1. สถานการณ์

ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข มีแนวโน้มเกิดขึ้นบ่อยครั้งและส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนเพิ่มมากขึ้น โดยสถานการณ์การเกิดภาวะฉุกเฉินด้านโรคและภัยสุขภาพในประเทศไทยและในต่างประเทศที่สำคัญ การรับมือและจัดการกับปัญหานี้จึงขึ้นอยู่กับสมรรถนะและขีดความสามารถของระบบการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยต้องมีการเตรียมความพร้อมใน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านกำลังคนที่มีสมรรถนะ (Staff) ด้านกายภาพและอุปกรณ์ (Stuff) และด้านระบบงาน (System) จึงมีความจำเป็นอย่างสูงที่จะต้องเร่งรัดพัฒนาสมรรถนะและขีดความสามารถในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของหน่วยงานให้มีความเข้มแข็ง ทันท่วงทียิ่งขึ้น เพื่อตอบรับกับสถานการณ์ฯ ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันจะส่งผลช่วยให้ลดผลกระทบ และความสูญเสียทั้งชีวิต ทรัพย์สิน เศรษฐกิจ สังคม ตลอดจนความมั่นคงของประเทศต่อไป

2. เป้าหมาย

- **เป้าหมาย :** ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทั้งส่วนกลางและหน่วยงานระดับพื้นที่ กรมควบคุมโรคสามารถบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- **เป้าหมายปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 :**
 1. จำนวนศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่สามารถ Activated EOC ให้เป็นไปตาม (SOP: DDC PHEOC ACTIVATION) ได้ภายใน 120 นาที
 2. ขับเคลื่อนให้หน่วยงานมีแผนปฏิบัติการเฉพาะโรคหรือภัยสุขภาพ (HSP) และแผนประกอบกิจการ (BCP) ให้มีความพร้อมรองรับภาวะฉุกเฉิน
 3. การพัฒนาบุคลากรของให้มีสมรรถนะในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขเป็นที่ปรึกษาของหน่วยงานในพื้นที่เพื่อตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุขได้อย่างรวดเร็วและทันท่วงที

3. กลุ่มเป้าหมาย

หน่วยงานส่วนกลาง , สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 - 12, สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

4. มาตรการ/กิจกรรมที่สำคัญ

กองวิชาการ	สคร.	สสจ.
มาตรการ (เป้าหมายย่อย) ที่ 1.1 มีการเตรียมความพร้อมแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระดับกรม และระดับเขต		
- จัดทำหรือทบทวน BCP ระดับกรมควบคุมโรค (2568 - 2570) - ทบทวนแผนบริหารจัดการเวชภัณฑ์และทรัพยากรในภาวะฉุกเฉิน (Emergency Logistics Plan)		มีข้อเสนอแนะ/แนะนำให้ สสจ. และ รพ.มีการเตรียมความพร้อมก่อนเกิดเหตุ ใน 2 ประเด็น คือ 1. มีแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินที่เตรียมไว้ล่วงหน้า 2. มีแผน BCP ที่เตรียมไว้ล่วงหน้า โดยเฉพาะหน่วยบริการ (โรงพยาบาล)
มาตรการ (เป้าหมายย่อย) ที่ 1.2 โครงสร้างทางกายภาพของศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (PHEOC) ระดับประเทศ ระดับเขต มีความเหมาะสมและส่งเสริมให้เกิดประสิทธิภาพในการตอบโต้ทุกระดับสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุข		
- ประเมินศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขตาม EOC assessment และจัดทำแผน ปรับปรุง พัฒนา		- ประเมินศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขตาม EOC assessment และจัดทำแผน ปรับปรุง พัฒนา
มาตรการ (เป้าหมายย่อย) ที่ 1.3 ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่สามารถ Activated EOC ให้เป็นไปตาม SOP PHEOC ACTIVATION ได้ภายใน 120 นาที		
- จัดทำหรือทบทวน SOP: PHEOC ACTIVATION ระดับกรมควบคุมโรค - จากสถานการณ์จริง (กรณีไม่มีสถานการณ์จริงให้ใช้การฝึกซ้อมแผนในการวัดผล) (activate EOC 120 นาที) - AAR ถอดบทเรียนเพื่อปรับปรุงแผน จากสถานการณ์จริง (กรณีไม่มีสถานการณ์จริงให้ใช้การฝึกซ้อมแผนในการวัดผล)		- พัฒนา สธ. ระดับจังหวัดให้มี PHEOC ACTIVATION SOP
มาตรการ (เป้าหมายย่อย) ที่ 2.1 พัฒนาศักยภาพทีมบุคลากรหลักของศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุข		
- พัฒนาบุคลากร สธ. เรื่องระบบการบัญชาการเหตุการณ์ในภาวะฉุกเฉิน อาทิ ICS SAT Planning EOC manager & Logistics		

กองวิชาการ	สคร.	สสจ.
มาตรการที่ 3.1 ยกระดับขีดความสามารถด้านการเฝ้าระวัง ตรวจจับ เหตุการณ์ผิดปกติที่มีโอกาสพัฒนาเป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข		
- พัฒนามาตรฐานและแนวทางการปฏิบัติงานสำหรับทีมตระหนักรู้สถานการณ์ กรมควบคุมโรค และพัฒนาบุคลากรในการเฝ้าระวัง		
- พัฒนาระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์โรคและภัยสุขภาพ (Modernized Event-based Surveillance : M-EBS) กรมควบคุมโรค	- นำระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์โรคและภัยสุขภาพ (Modernized Event-based Surveillance : M-EBS) กรมควบคุมโรค ไปใช้ในการปฏิบัติงานด้านการเฝ้าระวังเหตุการณ์โรคและภัยสุขภาพ	- ระดับจังหวัด - เขตสุขภาพ - กรม/กระทรวง สามารถใช้ระบบเฝ้าระวังเดียวกัน (Modernized – Event-based Surveillance : M-EBS) กรมควบคุมโรค
มาตรการที่ 3.2 ยกระดับขีดความสามารถด้านการจัดการข้อมูลและการดำเนินการของศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระดับประเทศ ระดับเขต ในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข		
- ร่วมพัฒนา และนำระบบการจัดการข้อมูล (Information Management System) ไปใช้ในการปฏิบัติงานของศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข		

5. Small Success แต่ละไตรมาส

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
- ทบทวนและปรับปรุง SOP: DDC PHEOC ACTIVATION - (ร่าง)กรอบมาตรฐานและแนวทางการปฏิบัติงานสำหรับทีมตระหนักรู้สถานการณ์ กรมควบคุมโรค	- ผู้บริหารกรมควบคุมโรค (ที่ยังไม่ผ่านการอบรม และผ่านการอบรมเกิน 3 ปี) ผ่านการอบรมหลักสูตร ICS สำหรับผู้บริหารกรมควบคุมโรคครบทุกคน - บุคลากรผ่านการอบรม ICS100 (e – Learning) และมีรายชื่อขึ้นทะเบียน - มี SOP: DDC PHEOC ACTIVATION พร้อมใช้	- ระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์โรคและภัยสุขภาพ (Modernized-Event based Surveillance: M-EBS) กรมควบคุมโรค <u>พร้อมใช้</u> - หลักสูตรการจัดการศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (EOC Management) กรมควบคุมโรค - ประเมินศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินเพื่อเตรียมความพร้อมตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางศูนย์ปฏิบัติการ (EOC Assessment tool)	- มาตรฐาน และแนวทางการปฏิบัติงานสำหรับทีมตระหนักรู้สถานการณ์ กรมควบคุมโรค 1 ฉบับ - พัฒนาระบบการจัดการข้อมูล (Information Management System) - ซ้อมแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน โรคหรือภัย (activate eoc 120 นาที) - สรุปผลการประเมินศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินเพื่อเตรียมความพร้อมตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางศูนย์ปฏิบัติการ (EOC Assessment tool)

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
			- จัดทำ/ทบทวน แผนปฏิบัติการเฉพาะโรคหรือภัยสุขภาพ (Hazard Specific Plan : HSP) และแผน ประคองกิจการ (BCP) ของหน่วยงาน สังกัด กรมควบคุมโรค - แผนบริหารจัดการ เวชภัณฑ์และทรัพยากร ในภาวะฉุกเฉิน (Emergency Logistics Plan)

6. สิ่งสนับสนุนในพื้นที่

มี สคร. ทุกเขตบริการสุขภาพ เป็นที่ปรึกษาให้กับ สสจ. และหน่วยบริการในพื้นที่



“กรมควบคุมโรคห่วงใย อยากเห็นคนไทยมีสุขภาพดี”



กองยุทธศาสตร์และแผนงาน

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

88/21 อาคาร 4 ชั้น 3 ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ จังหวัดนนทบุรี

Website : www.ddc.moph.go.th/dsp/