



กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control

แนวทางการนิเทศ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน ด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์



กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์



DDC 68001

แนวทางการนิเทศ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้ผ่านการตรวจประเมิน และรับรองมาตรฐานผลิตภัณฑ์เพื่อการเฟื่องฟู ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ กรมควบคุมโรค
ณ วันที่ 16 ธันวาคม 2567



แนวทางการนิเทศ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน ด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

กลุ่มพัฒนาและส่งเสริมเทคโนโลยีการป้องกันควบคุม
เอชไอวี/เอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค

“แนวทางการนิเทศ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน
ด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์” ได้ผ่านการตรวจประเมินและรับรอง
มาตรฐานผลิตภัณฑ์ เพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
กรมควบคุมโรค ณ วันที่ 16 ธันวาคม 2567

Citation: HIV/AIDS and STIs Prevention and Control Technology Promotion
and Development section. Guidelines for Supervision, Monitoring,
and Evaluation of Sexually Transmitted Infections (STIs) Programs. Nonthaburi:
HIV/AIDS and STIs Prevention and Control Technology Promotion and
Development section; 2024.



แนวทางการนิเทศ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ที่ปรึกษา

นางบุษบัน เชื้ออินทร์	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค
นายสุทัศน์ โชตนะพันธ์	ผู้อำนวยการกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
นางสาวสุชาดา เจียมศิริ	รองผู้อำนวยการกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
นางสาวฉวีวรรณ คล้ายนาค	ผู้ช่วยผู้อำนวยการกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

บรรณาธิการ

นายสมยศ เจริญสุข	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
นางสาวจุฬารัตน์ บุญมา	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

คณะผู้เรียบเรียงเนื้อหา

นางสาวนหทัย คงทน	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
นางสาวชวีศา เจนครองธรรม	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
นางสาวผ่องเพ็ญ ตั้งจิตพิณิจการ	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
นางสาวสมจิตต์ บัวบาน	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
นางสาวพิกุลแก้ว สร้อยสังวาลย์	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
นางสาวกุลนิช เครือชะเอม	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
นางสาวสุพิชชา พงษ์แสน	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
นางสาวฉัตรแก้ว ม่วงเชียง	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

กลุ่มพัฒนาและส่งเสริมเทคโนโลยีการป้องกันควบคุมเอชไอวี/เอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค

โทรศัพท์: ๐ ๒๕๕๐ ๓๒๑๔

โทรสาร: ๐ ๒๕๕๑ ๘๔๑๓

e-mail: stis.ddc@gmail.com

คำนำ

แนวทางการนิเทศ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ฉบับนี้จัดทำขึ้น เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานระดับเขต และจังหวัดใช้เป็นแนวทางสำหรับเฝ้าระวังเสริมพลัง นิเทศ และติดตามผลการดำเนินงานด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคร่วมอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เอชไอวี/เอดส์ และไวรัสตับอักเสบบี และชี้รวมทั้งใช้เป็นแนวทางในการเฝ้าติดตาม และรับรองคุณภาพหน่วยบริการสาธารณสุขที่ประเมินตนเองเพื่อพัฒนาระบบการขับเคลื่อน บริการดูแลรักษา ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ผ่านตามเกณฑ์ที่กรมควบคุมโรคกำหนด ซึ่งแนวทางฯ ฉบับนี้มีไว้มีวัตถุประสงค์บังคับให้ต้องปฏิบัติตามแต่อย่างใด โดยรูปแบบการเฝ้าติดตามอาจปรับเปลี่ยนตามสถานการณ์ บริบท และความพร้อมของแต่ละพื้นที่

กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หวังเป็นอย่างยิ่งว่า “แนวทางการนิเทศ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์” ฉบับนี้จะประโยชน์สำหรับผู้ปฏิบัติงานด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ทั้งจากระดับส่วนกลาง ระดับเขต และระดับพื้นที่ หากมีข้อผิดพลาดประการใดทางคณะผู้จัดทำต้องขออภัยมา ณ ที่นี้ด้วย

กลุ่มพัฒนาและส่งเสริมเทคโนโลยีการป้องกันควบคุมเอชไอวี/เอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

๒๗ กันยายน ๒๕๖๗

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
ส่วนที่ ๑ แนวทางการนิเทศ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	๑
๑.๑ ที่มาและความสำคัญ	๑
๑.๒ ความหมาย	๓
๑.๓ วัตถุประสงค์	๔
๑.๔ กลุ่มเป้าหมาย	๔
๑.๕ ระยะเวลาดำเนินการ	๖
๑.๖ ประเด็นหลักการเฝ้าระวังเสริมพลัง นิเทศ ติดตาม และประเมินผล	๖
๑.๗ ขั้นตอนการเฝ้าระวังเสริมพลัง นิเทศ ติดตาม และประเมินผล	๗
๑.๘ รูปแบบการเฝ้าระวังเสริมพลัง นิเทศ ติดตาม และประเมินผล	๑๐
๑.๙ ผลที่คาดว่าจะได้รับ	๑๐
ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับประเด็นการนิเทศ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	๑๒
๒.๑ นโยบาย มาตรการ และแนวทางปฏิบัติด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	๑๒
๒.๒ ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๗๓	๑๓
๒.๓ ยุทธศาสตร์กำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบี พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๗๓	๑๔
๒.๔ นโยบายการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสจากแม่สู่ลูก สำหรับประเทศไทย	๑๕
ปี พ.ศ. ๒๕๖๕	
๒.๕ พระราชบัญญัติต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง	๑๗
๒.๖ ความเชื่อมโยงของการติดตามผลการดำเนินงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคอื่น ๆ	๒๑
ที่เกี่ยวข้อง	
ส่วนที่ ๓ การรับรองผลประเมินตนเองเพื่อพัฒนาระบบการขับเคลื่อนบริการดูแลรักษา ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ของหน่วยบริการสาธารณสุข	๓๐
๓.๑ เกณฑ์การประเมิน	๓๐
๓.๒ วิธีการประเมิน	๓๒
๓.๓ เทคนิคการตรวจประเมิน	๓๓
๓.๔ การให้ข้อเสนอแนะที่มีคุณค่า	๓๕

สารบัญ (ต่อ)

เรื่อง	หน้า
ภาคผนวก	๓๘
ภาคผนวก ก ตัวอย่างกำหนดการเยี่ยมเสริมพลัง นิเทศ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน ด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	๓๙
ภาคผนวก ข เอกสารคู่มือ แนวทางการปฏิบัติงานด้านการป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	๔๐
ภาคผนวก ค แนวทางการส่งต่อยืนยันเชื้อหนองในเทียมและการรายงานติดยาทางระบาดวิทยา สำหรับยา Ceftriaxone, Cefixime และ Azithromycin	๔๓
ภาคผนวก ง การดึงข้อมูล HIV/STIs ของกรุงเทพมหานคร	๔๔
ภาคผนวก จ แผนงานด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ กลุ่มโรคติดต่อเรื้อรัง (Cluster SALTH)	๔๗
ภาคผนวก ฉ สิทธิประโยชน์ด้านเอชไอวี/เอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และไวรัสตับอักเสบบี และ ซี	๖๑
ภาคผนวก ช แบบประเมินความพึงพอใจ “แนวทางการนิเทศ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน ด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์”	๗๖

ส่วนที่ ๑ แนวทางการนิเทศ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

๑.๑ ที่มาและความสำคัญ

สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ๕ โรคหลัก โดยเฉพาะโรคซิฟิลิส หนองใน และซิฟิลิสแต่กำเนิด ในภาพรวมของประเทศ มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง^(๑) ข้อมูลจากรายงานระบบเฝ้าระวังโรค ๕๐๖ กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค พบว่า ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ อัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ๕ โรคหลัก ทุกกลุ่มอายุ สูงถึง ๕๓.๐ ต่อประชากรแสนคน โดยเฉพาะโรคซิฟิลิสในกลุ่มเยาวชน อายุ ๑๕ - ๒๔ ปี พบอัตราป่วย ๙๑.๒ ต่อประชากรแสนคน และโรคหนองในในกลุ่มเยาวชน อายุ ๑๕ - ๒๔ ปี พบอัตราป่วย ๘๖.๗ ต่อประชากรแสนคน นอกจากนี้พบอัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดที่ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว อยู่ที่ ๙๘.๒ ต่อจำนวนเด็กเกิดมีชีวิตแสนราย^(๒) ซึ่งเกินกว่าค่าเป้าหมายที่องค์การอนามัยโลก กำหนดไว้ (≤ ๕๐ ต่อจำนวนเด็กเกิดมีชีวิตแสนราย) ปัญหาส่วนหนึ่งเกิดจากระบบการรายงานข้อมูลผู้ป่วยที่มีจำนวน สูงกว่าความจริง จึงจำเป็นต้องปรับปรุงแก้ไขระบบการรายงานข้อมูลอย่างเร่งด่วน รวมทั้งหญิงตั้งครรภ์เข้ารับบริการ ฝากครรภ์และได้รับการตรวจคัดกรองและรักษาซิฟิลิสล่าช้า ซึ่งหากไม่ดำเนินงานแก้ไขปัญหาดังกล่าวฯ โดยการพัฒนาศักยภาพระบบฝากครรภ์ ส่งเสริมงานอนามัยแม่และเด็กให้มีคุณภาพครอบคลุมกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยง คาดว่าสถานการณ์การเกิดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดอาจทวีความรุนแรง และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของมารดา และทารก^(๓)

สำหรับสถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีของประเทศไทยในภาพรวมลดลง ซึ่งจากการคาดการณ์ โดยใช้แบบจำลองทางคณิตศาสตร์ Spectrum-AEM (๒๗ เมษายน ๒๕๖๖) คาดว่ามีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิต อยู่ในปี พ.ศ. ๒๕๖๕ ทั้งสิ้น ๕๖๑,๕๗๘ ราย โดยเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ๙,๒๓๐ ราย และมีผู้ที่เสียชีวิต เนื่องจากเอดส์ ๑๐,๙๗๒ ราย โดยการติดเชื้อรายใหม่ส่วนใหญ่เกิดในผู้ใหญ่ (อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป) สาเหตุเกิดจากการรับ และถ่ายทอดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกัน รองลงมาเกิดจากการฉีดสารเสพติดที่ไม่ปลอดภัย^(๔) โดยยังพบช่องว่างและประเด็นท้าทายสำคัญที่ต้องพัฒนา เช่น การติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่เพิ่มสูงขึ้นในกลุ่มเยาวชน อายุ ๑๕ - ๒๔ ปี การให้บริการยาป้องกันก่อนสัมผัสเชื้อเอชไอวี (PrEP) และความครอบคลุมของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ยังต่ำกว่าเป้าหมาย ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ล่าช้าโดยเฉพาะกลุ่มประชากรทั่วไปที่มีความเสี่ยงต่ำ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาวันโรคระยะแฝงมีจำนวนน้อยมาก ทั้งที่เป็นการรักษา เพื่อป้องกันวันโรคซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับแรกของผู้ติดเชื้อฯ ส่วนการดำเนินงานด้านการลดการตีตรา และเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี และเพศภาวะ พบว่าทัศนคติเชิงลบต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวียังไม่ลดลง และจากการสำรวจเพื่อเฝ้าระวังในสถานบริการสุขภาพ พบว่ามีกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวนหนึ่งหลีกเลี่ยงการเข้ารับบริการ หรือเข้ารับบริการล่าช้า เป็นต้น^(๕)

ส่วนสถานการณ์โรคไวรัสตับอักเสบบีในประเทศไทยคาดว่า มีผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ประมาณ ๒.๒ ล้านคน^(๖) ซึ่งในอดีตการติดเชื้อจากแม่สู่ลูกพบเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักของการแพร่กระจายโรคไวรัสตับอักเสบบี แต่ปัจจุบันพบว่าประชากรกลุ่มเสี่ยงที่มีความชุกของโรคไวรัสตับอักเสบบี สูงสุด ได้แก่ ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด รองลงมาคือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย กระทรวงสาธารณสุขมีมาตรการที่สำคัญในการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีจากแม่สู่ลูก คือ การให้วัคซีนไวรัสตับอักเสบบีแก่เด็กแรกเกิดและเด็กปฐมวัย การตรวจหาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ทุกราย การให้ยาต้านไวรัสตับอักเสบบี

แก่หญิงตั้งครรภ์ที่มีปริมาณไวรัสสูง และการให้ HBIG ในลูกที่เกิดจากแม่ที่มีผลการตรวจ HBsAg เป็นบวก รวมทั้ง การติดตามลูกมาตรวจหาการติดเชื้อ และตรวจหาภูมิคุ้มกันต่อไวรัสตับอักเสบบี ทั้งนี้ ผลจากการให้วัคซีนไวรัสตับอักเสบบี ในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๓๕ อย่างครอบคลุม และต่อเนื่อง ทำให้ความชุกของโรคไวรัสตับอักเสบบีในประชากรไทยลดลงเป็นอย่างมาก ผลการศึกษาใน พ.ศ. ๒๕๕๗ พบว่าภาพรวมของประชากรที่เกิดก่อน พ.ศ. ๒๕๓๕ อัตราการติดเชื้อเท่ากับร้อยละ ๔.๕ ขณะที่ประชากรที่เกิดหลัง พ.ศ. ๒๕๓๕ อัตราการติดเชื้อเท่ากับ ร้อยละ ๐.๖ โดยเฉพาะในเด็กที่อายุต่ำกว่า ๕ ปี อัตราการติดเชื้อลดลงเหลือเพียงร้อยละ ๐.๑๐๔^(๕) ขณะที่ยังมี ช่องว่าง และประเด็นท้าทายการดำเนินงาน คือ ๑) ขาดการกำกับติดตามการดำเนินงานจากส่วนกลาง เขต และจังหวัด ๒) บุคลากรบางส่วนยังไม่ทราบ/ไม่ได้นำแนวทางไปปฏิบัติ ๓) ขาดฐานข้อมูลที่ครบถ้วนสำหรับการประมวลผลการดำเนินงาน ๔) การบันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลหลายแห่ง ยังไม่เชื่อมโยง และถูกส่งต่อเข้าระบบ Hospital Information System (HIS) และ ๔๓ แฟ้ม และ ๕) ขาดฐานข้อมูลที่รายงานผลการดำเนินงาน

ประเทศไทยแสดงเจตนารมณ์ที่ยุติปัญหาเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และไวรัสตับอักเสบบี และซี ภายในปี พ.ศ. ๒๕๗๓ โดยมีการกำหนดยุทธศาสตร์ และเป้าหมายเพื่อใช้เป็นกรอบ และแนวทางในการดำเนินงาน ที่ชัดเจน และเป็นรูปธรรม ซึ่งในการขับเคลื่อนการดำเนินงานให้บรรลุตามเป้าหมายนั้น จำเป็นต้องอาศัยการบูรณาการ การทำงาน และการมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนผ่านรูปแบบหรือกลไกที่มีอยู่ในทุกระดับ ทั้งระดับ ประเทศ เขตสุขภาพ จังหวัด และหน่วยบริการทั้งภาครัฐ เอกชน และภาคประชาสังคม ซึ่งการกำหนดแนวทางการจัด บริการของประเทศ การสนับสนุนทางวิชาการและทรัพยากรให้แก่หน่วยบริการ รวมถึงการพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อติดตาม การดำเนินงาน เป็นเงื่อนไขสำคัญที่จะทำให้กลุ่มประชากรเป้าหมายได้เข้าถึงบริการที่จำเป็นได้ครอบคลุมอย่างมีประสิทธิภาพ กรมอนามัย และกรมควบคุมโรคเป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินงานระดับประเทศ และเขต สำหรับการกำจัดการ ถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี ซิฟิลิส และไวรัสตับอักเสบบี จากแม่สู่ลูกโดยการส่งเสริมให้จังหวัดดำเนินการในลักษณะ ความเป็นเจ้าของ ให้จังหวัดตนเองบรรลุเป้าหมายการจัดการถ่ายทอดเชื้อฯ จากแม่สู่ลูก^(๔) ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยการ มีส่วนร่วมของงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น งานส่งเสริมสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาและส่งเสริมสุขภาพทุก กลุ่มวัยตั้งแต่หญิงตั้งครรภ์ ทารก เด็กปฐมวัย วัยเรียน วัยรุ่นวัยทำงาน และวัยผู้สูงอายุ งานควบคุมโรคติดต่อ มีบทบาทสำคัญในการกำหนดมาตรการ แผนงาน โครงการเพื่อดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่ งานระบาดวิทยา มีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพ เพื่อตรวจจับการระบาดของโรค และใช้ข้อมูล ประกอบการวางแผนป้องกันควบคุมโรคได้อย่างทันท่วงที เป็นต้น ซึ่งจากสภาพการทำงานในปัจจุบันพบว่า หลาย พื้นที่มีการทำงานแบบแยกส่วนขาดการบูรณาการและเชื่อมโยงการทำงานระหว่างงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งขาด การกำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้การดำเนินงานไม่บรรลุตามเป้าหมาย ปัญหา ไม่ได้รับการแก้ไขหรือแก้ไขไม่ตรงจุด

ดังนั้น กระบวนการกำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานเป็นมาตรการหนึ่งที่จะทำให้การ ปฏิบัติงานป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ของหน่วยงานบรรลุตามเป้าหมาย และแก้ไขปัญหาลุप्तรรคต่างๆ อันเกิดจากการดำเนินการดังกล่าว ซึ่งการนิเทศ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานด้านโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์เป็นการติดตามผลการปฏิบัติงานของหน่วยงานในระดับพื้นที่ เพื่อสนับสนุนด้านวิชาการและการบริหาร จัดการให้หน่วยงานสามารถปฏิบัติงานให้สำเร็จตามนโยบายฯ เป้าหมาย วัตถุประสงค์ และมาตรการป้องกัน

และควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ตลอดจนสามารถปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้องตามขั้นตอนที่กำหนด สอดคล้องกับระเบียบที่เกี่ยวข้อง^(๖) ทำให้ผู้รับผิดชอบงานในทุกระดับได้รับทราบ และเข้าใจสถานการณ์ ปัญหาอุปสรรค และความสำเร็จร่วมกัน ได้มีเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์และหารือการดำเนินงานตามสภาพบริบทของพื้นที่ สามารถนำช่องว่าง ปัญหาอุปสรรคไปแก้ไขตามบทบาทหน้าที่ในแต่ละระดับ เพื่อมุ่งสู่เป้าหมายในการยุติปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์ การกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบี และซี และการจัดการการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี ซิฟิลิส และไวรัสตับอักเสบบี จากแม่สู่ลูกของประเทศไทย ภายในปี พ.ศ. ๒๕๗๓ ต่อไป

๑.๒ ความหมาย

การนิเทศงาน (supervision) หมายถึง การลงพื้นที่ตรวจเยี่ยม ติดตามการดำเนินงานในพื้นที่ในเรื่องสำคัญหรือเป็นประเด็นการขับเคลื่อนงานเชิงนโยบายของทีมนิเทศ การตรวจติดตามงานที่ไม่บรรลุเป้าหมาย การตรวจจุด/ประเด็นที่เป็นความเสี่ยง (Key Risk Area: KRA) ที่จะเป็นอุปสรรค หรือที่จะทำให้การขับเคลื่อนนโยบายไม่ประสบความสำเร็จ และปัญหาอุปสรรคตามบริบทของพื้นที่ เพื่อให้การสนับสนุน ช่วยเหลือให้คำแนะนำต่อหน่วยงาน ให้สามารถดำเนินงานได้ถูกต้องตามขั้นตอนที่กำหนด สอดคล้องกับระเบียบที่เกี่ยวข้อง และไม่ส่งผลกระทบต่อการทำงาน^(๖)

การติดตาม (monitoring) หมายถึง กระบวนการในการบริหารงาน เพื่อตรวจสอบการดำเนินงานที่จะช่วยให้ระบบการวางแผนและการบริหารงานมีประสิทธิภาพ และบรรลุเป้าประสงค์ที่กำหนดไว้ โดยรวบรวมข้อมูลตามระบบงาน เช่น เป้าหมาย วิธีการ ผลการปฏิบัติงาน แล้วนำมาวิเคราะห์เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงแก้ไข ซึ่งหากเห็นว่างานอาจไม่สำเร็จหรือไม่บรรลุตามเป้าหมายต้องเข้าไปแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นโดยเร็วที่สุด โดยมุ่งเน้นหาสาเหตุเพื่อแก้ไขปัญหาได้ตรงจุด และเพื่อให้ได้ผลงานเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้^(๗)

การประเมินผล (evaluation) หมายถึง มีการประเมินผลเทียบกับเป้าหมายว่าบรรลุผลหรือไม่ เช่น ประเมินตามตัวชี้วัดเป็นช่วงเวลา ประเมินความก้าวหน้า แนวโน้มการบรรลุเป้าหมาย รวมทั้งการติดตามประเมินผลในประเด็นที่พบว่ามีปัญหาหรือแนวโน้มที่จะไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด^(๖)

การเสริมพลัง (empowerment) หมายถึง การมุ่งให้ผู้เยี่ยมเข้าไปสร้างความเข้าใจบริบทของพื้นที่ในสิ่งที่เขาเป็นอยู่ ไม่ด่วนตัดสิน สามารถเข้าถึงพื้นที่ได้ในแต่ละกระบวนการ ทำให้พื้นที่รู้สึกสบายใจ ไว้วางใจ และมั่นใจในทีมเยี่ยมที่จะสามารถเกื้อกูลให้บุคลากรและพื้นที่ได้รับการพัฒนา เกิดการเรียนรู้ และเติบโตด้วยตนเองตามสภาพแวดล้อม และบริบทที่แตกต่างกัน ช่วยเสริมพลังให้กับทั้งผู้รับการเยี่ยม ผู้เยี่ยม และผู้เกี่ยวข้อง อันจะส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดขวัญกำลังใจ ภาคภูมิใจและเห็นคุณค่าในตนเองต่อการทำงาน ตลอดจนเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้อันจะนำไปสู่การพัฒนางานที่มีส่วนร่วมอย่างยั่งยืน^(๘)

สรุปได้ว่า การเสริมพลัง นิเทศ ติดตาม และประเมินผลเป็นกระบวนการที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน โดยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผลการดำเนินงานของพื้นที่ เพื่อแก้ไขและป้องกันปัญหาอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการดำเนินงาน รวมทั้งการตัดสินคุณค่าของปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลการดำเนินงาน

ว่าบรรลุความสำเร็จตามเป้าหมายหรือไม่ ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการนิเทศ ติดตาม จะเป็นประโยชน์ต่อการประเมินผล จึงต้องทำควบคู่กันไป ทั้งนี้ หากผู้บริหารให้ความสำคัญกับการติดตาม และประเมินผล จะช่วยให้องค์กรสามารถวางแผน และค้นหาวิธีในการปรับปรุงงาน และนำผลจากการติดตามและประเมินผลมาจัดทำหรือปรับปรุงแนวทางการดำเนินการให้เหมาะสม บังเกิดผลในทางปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลต่อไป

๑.๓ วัตถุประสงค์

๑.๓.๑ วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อเป็นแนวทางในการนิเทศ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และบูรณาการโรคร่วม และงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

๑.๓.๒ วัตถุประสงค์รอง

- ๑) เพื่อส่งเสริมให้หน่วยงานระดับพื้นที่เกิดการพัฒนาการดำเนินงานด้านการป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและบริบทของพื้นที่
- ๒) เพื่อส่งเสริมให้หน่วยงานระดับพื้นที่ใช้ประโยชน์จากข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาการป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ตามบริบทของพื้นที่
- ๓) เพื่อค้นหาข้อมูล ปัญหา สถานการณ์ ตัวชี้วัด ในการดำเนินงานด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- ๔) เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นวัตกรรม และเทคโนโลยีในการป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ตามบริบทของพื้นที่ และสามารถนำไปขยายผลในพื้นที่อื่นๆ ต่อไป
- ๕) เพื่อให้หน่วยงานระดับพื้นที่เกิดการพัฒนาระบบข้อมูลการรายงาน และเกิดการพัฒนาระบบบริการด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ตามเกณฑ์ที่กรมควบคุมโรคกำหนด

๑.๔ กลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย ๒ ส่วน คือ

๑.๔.๑ ทีมเยี่ยมเสริมพลัง นิเทศ ติดตาม และประเมินผล มีองค์ประกอบ ดังนี้^(๘)

สมาชิกและบทบาทหน้าที่ของทีม ได้แก่

- ๑) หัวหน้าทีม คือ ผู้ที่ได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่หัวหน้าทีมนิเทศ ได้แก่ ผู้อำนวยการ รองผู้อำนวยการ ผู้ช่วยผู้อำนวยการ หัวหน้ากลุ่ม หัวหน้างาน ผู้ทรงคุณวุฒิ หรือผู้ได้รับมอบหมาย ระดับชำนาญการพิเศษขึ้นไป ทำหน้าที่ เป็นประธาน และผู้นำทีมในการเยี่ยมเสริมพลัง
- ๒) ทีมร่วมนิเทศฯ หลัก คือ ผู้รับผิดชอบงานหลักด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ทำหน้าที่ วิเคราะห์ข้อมูล ชี้ช่องว่าง และโอกาสในการพัฒนาการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- ๓) ทีมร่วมนิเทศฯ ร่วมประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงานอื่น ๆ ที่มีภารกิจเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เอชไอวี/เอดส์ และโรคไวรัสตับอักเสบบี และซี ตลอดจนการส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย เพื่อส่งเสริมการมีสุขภาวะที่ดี

๓.๑) ผู้รับผิดชอบงานหลักด้านเอชไอวี/เอดส์ ทำหน้าที่ วิเคราะห์ข้อมูล ชี้ช่องว่าง และโอกาส ในการพัฒนาการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมเอชไอวี/เอดส์

๓.๒) ผู้รับผิดชอบงานหลักด้านโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ทำหน้าที่ วิเคราะห์ข้อมูล ชี้ช่องว่าง และโอกาสในการพัฒนาการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบบี และซี

๓.๓) ผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยา ทำหน้าที่วิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์โรค ตรวจสอบความครบถ้วน ความถูกต้อง และความทันเวลาของการรายงานผู้ป่วยในระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา DDS รวมทั้งพยากรณ์ และวิเคราะห์แนวโน้มการระบาดของโรค

๓.๔) ผู้รับผิดชอบงานตรวจทางห้องปฏิบัติการ ทำหน้าที่ให้ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาคุณภาพ การตรวจทางห้องปฏิบัติการด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เอชไอวี/เอดส์ และโรคไวรัสตับอักเสบบี และซี

๓.๕) ผู้รับผิดชอบงานอื่น ๆ เช่น งานส่งเสริมสุขภาพ ทำหน้าที่วิเคราะห์ข้อมูล ชี้ช่องว่าง และโอกาสในการบูรณาการการทำงานส่งเสริมสุขภาพเพื่อการป้องกันควบคุมโรคตามกลุ่มวัย เช่น วัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน งานอนามัยแม่และเด็ก ทำหน้าที่ชี้ช่องว่าง และโอกาสในการพัฒนางานฝากครรภ์คุณภาพ การตรวจคัดกรอง และการรักษาโรค เพื่อลดโอกาสในการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี ซิฟิลิส และไวรัสตับอักเสบบี จากแม่สู่ลูก เป็นต้น

ทั้งนี้ ทีมร่วมนิเทศควรเป็นผู้รับผิดชอบงานหลัก มีอำนาจในการตัดสินใจ หรือสามารถประสานงาน กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามประเด็นที่หน่วยงานรับนิเทศร้องขอ โดยจำนวนสมาชิกของทีมอาจพิจารณาปรับตาม ความเหมาะสมของแต่ละพื้นที่ที่จะลงเยี่ยม

คุณลักษณะของทีม สมาชิกของทีมควรมีหลักการเชิงบวก (The Positive Principle) มีความสัมพันธ์ ที่ดี มีความรู้สึกร่วมต้องมีการเปลี่ยนแปลงอย่างสร้างสรรค์ เพื่อสร้างบรรยากาศให้ผู้รับการเยี่ยมมองหาสิ่งดี ๆ ในระบบการทำงาน อันจะเอื้อให้เกิดการจัดการหรือมองหาโอกาสในการแก้ไขปัญหาได้อย่างสร้างสรรค์ รวมทั้งมีกระบวนการสืบค้นข้อมูล ค้นหาข้อมูลของพื้นที่ด้านความสำเร็จร่วมกันของสมาชิกในพื้นที่นั้น ๆ อันเป็นความรู้สึกร่วมซึ่งเป็นแก่นสำคัญทางด้านบวก (Positive Core) ที่ทำให้พื้นที่ทำงานได้ดีหรือประสบผลสำเร็จ

เทคนิคการเยี่ยมเสริมพลัง นิเทศ ติดตาม และประเมินผล ควรสร้างบรรยากาศความเป็น กัลยาณมิตรแบบไม่เป็นทางการ ไม่เน้นการเตรียมข้อมูลที่เป็นภาระกับพื้นที่ เน้นรับฟังสถานการณ์ และศึกษา ข้อมูลการปฏิบัติงานจริง ณ ขณะนั้นว่าเป็นอย่างไร เพื่อให้พื้นที่เห็นช่องว่าง และสามารถออกแบบกิจกรรม เพื่อป้องกัน ควบคุมโรค หรือพัฒนาคุณภาพระบบบริการของหน่วยงาน โดยใช้วิธีการพูดคุย และค้นหาทุนทางสังคม สิ่งดี ๆ ในพื้นที่ หรือสิ่งที่พื้นที่ภาคภูมิใจ ด้วยคำถามเชิงบวกในขณะเดียวกันมีการรับฟังสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นด้วย ทั้งนี้พิจารณาข้อมูลตามที่เห็น และเกิดขึ้นตามบริบทของพื้นที่โดยไม่ด่วนตัดสินในข้อมูลที่ได้มาพูดคุย และรวบรวม ข้อมูลให้รอบด้านแบบองค์รวม รับฟังอย่างลึกซึ้ง และให้การชื่นชมในสิ่งที่ดีงาม ตลอดจนให้ข้อเสนอแนะ หรือต่อยอดการทำงานที่เอื้อ และเหมาะสมกับพื้นที่

๑.๔.๒. ผู้รับการเยี่ยมเสริมพลัง นิเทศ ติดตาม และประเมินผล คือ ผู้บริหาร หัวหน้ากลุ่ม หัวหน้างาน ผู้ปฏิบัติงานด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เอชไอวี/เอดส์ ไวรัสตับอักเสบบี และซี และงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น งานระบาดวิทยา งานตรวจทางห้องปฏิบัติการ งานแม่และเด็ก รวมทั้งงานส่งเสริมสุขภาพ และงานอื่น ๆ ที่มีกลุ่มเสี่ยงหรือกลุ่มเป้าหมายเฉพาะในการเข้ารับบริการ เช่น งานวัยรุ่นและเยาวชน งานยาเสพติด งานอนามัยเจริญพันธุ์ ฯลฯ โดยจัดเตรียมประเด็นแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับผลการดำเนินงาน ช่องว่างจากการดำเนินงาน และโอกาสในการพัฒนาในส่วนที่เกี่ยวข้องในแต่ละงาน เช่น งานวัยรุ่นและเยาวชน อาจมีความเกี่ยวข้องในประเด็นการส่งเสริมการเข้าถึงถุงยางอนามัย ปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ความรู้และทัศนคติของเยาวชน ครู และผู้ปกครองเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ งานยาเสพติด อาจมีประเด็นการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เอชไอวี/เอดส์ ไวรัสตับอักเสบบี จากการใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน และการใช้ยาเสพติดก่อนมีเพศสัมพันธ์ เป็นต้น ซึ่งในแต่ละพื้นที่อาจมีความแตกต่างของโครงสร้างการทำงาน แต่ใช้ลักษณะการทำงานร่วมหรือบูรณาการทำงานร่วมกัน

๑.๕ ระยะเวลาดำเนินการ

ควรเยี่ยมเสริมพลัง นิเทศ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างน้อย ปีละ ๑ ครั้ง ให้ครอบคลุมพื้นที่ที่เป็นปัญหาของแต่ละระดับ โดยพิจารณาตามความเร่งด่วนของสถานการณ์โรคหรือพื้นที่ที่มีการร้องขอให้มีการนิเทศฯ เช่น กอพ. นิเทศฯ เขตที่เป็นตัวแทนของภาค, สคร.นิเทศฯ จังหวัดที่เป็นตัวแทนของเขต และจังหวัดนิเทศฯ โรงพยาบาลที่เป็นตัวแทนของจังหวัด ซึ่งรูปแบบการนิเทศฯ ณ สถานที่ปฏิบัติงานจริง (On site) หรือผ่านระบบออนไลน์ (Online) อาจพิจารณาจากทรัพยากร และความพร้อมของพื้นที่เป็นหลัก

๑.๖ ประเด็นหลักการเยี่ยมเสริมพลัง นิเทศ ติดตาม และประเมินผล

- ๑) สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เอชไอวี ไวรัสตับอักเสบบี และไวรัสตับอักเสบบีซี
- ๒) ความก้าวหน้าการดำเนินงานตามตัวชี้วัด นโยบาย และประเด็นสำคัญด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคร่วม และงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น มาตรฐานการดูแลรักษา การตรวจทางห้องปฏิบัติการด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นต้น
- ๓) ข้อขึ้นขมนวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง หรือ Best Practice
- ๔) ความท้าทาย ช่องว่าง และโอกาสในการพัฒนา
- ๕) ข้อเสนอแนะและสิ่งที่ต้องการรับการสนับสนุน

๑.๗ ขั้นตอนการเยี่ยมเสริมพลัง นิเทศ ติดตาม และประเมินผล

ก่อนการดำเนินงาน

๑) กำหนดทีมผู้นิเทศ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ระดับเขต และจังหวัด ซึ่งควรประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงานที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

๑.๑) งานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

๑.๒) งานระบาดวิทยา

๑.๓) งานตรวจทางห้องปฏิบัติการ

๑.๔) งานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น เอชไอวี ไวรัสตับอักเสบบี และซี

๒) ศึกษา รวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ และผลการดำเนินงานด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในพื้นที่รับผิดชอบ

๓) จัดทำแผนการนิเทศ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยกำหนดขอบเขต ประเด็นการนิเทศ คัดเลือกพื้นที่เป้าหมาย และประสานงานกับหน่วยงานที่รับนิเทศ เพื่อกำหนดวัน เวลา และสถานที่ ทั้งนี้ อาจนำองค์ประกอบ Six Building Blocks มากำหนดประเด็นคำถาม เพื่อให้พื้นที่เล่าถึงความเชื่อมโยงของระบบการทำงานของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น

๔) ประชุมชี้แจงทีมผู้นิเทศงาน เพื่อให้แผนการนิเทศ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

ระหว่างการดำเนินงาน

๕) ลงพื้นที่เพื่อนิเทศ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ตามแผน และขอบเขตที่กำหนด

๖) ค้นข้อมูล แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และประสบการณ์การปฏิบัติงานระหว่างทีมผู้นิเทศ และผู้รับการนิเทศ ในประเด็นสำคัญ ดังนี้

๖.๑) ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด นโยบาย และประเด็นสำคัญด้าน STIs

๖.๒) ประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงที่ทำให้การดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ

๖.๓) อุปสรรค/ข้อเสนอแนะ

๖.๔) นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง หรือ Best Practice

หลังการดำเนินงาน

๗) จัดทำสรุปผลการนิเทศ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

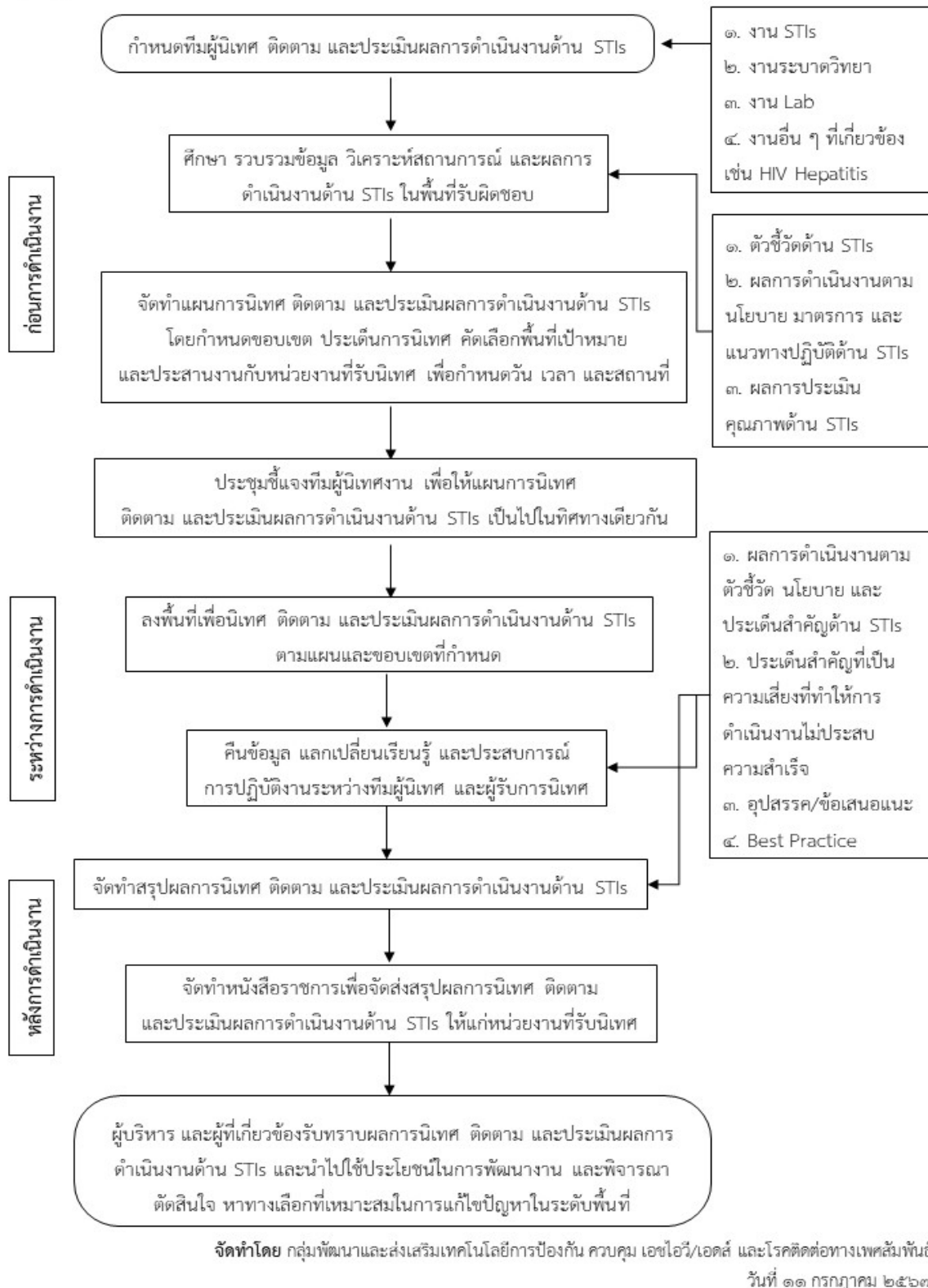
๘) จัดทำหนังสือราชการเพื่อจัดส่งสรุปผลการนิเทศ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ให้แก่หน่วยงานที่รับนิเทศ

๙) ผู้บริหาร และผู้ที่เกี่ยวข้องรับทราบผลการนิเทศ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนางาน และพิจารณาตัดสินใจ หาทางเลือกที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหาในระดับพื้นที่

ข้อพึงระวังในการเยี่ยมเสริมพลัง นิเทศ ติดตาม และประเมินผล

ให้ยึดบริบทเป็นที่ตั้ง ระดับความสำเร็จของแต่ละพื้นที่ ไม่ควรนำมาเปรียบเทียบกับพื้นที่อื่น เพราะบริบทไม่เหมือนกัน เพื่อวางแผน เสนอแนะ และให้ข้อคิดเห็นในการพัฒนาควรดูเรื่องที่พื้นที่ดำเนินงานสำเร็จ ดูเชิงระบบ การรื้อต่อของเรื่องราวความสัมพันธ์ และไม่ควรเจาะในเรื่องที่พื้นที่ยังไม่ได้ดำเนินการหรือยังอยู่ในช่วงพัฒนาตลอดจนไม่ควรเสนอแนะ และวิพากษ์ในเรื่องที่พื้นที่ยังไม่ได้ดำเนินการ หรือไม่ตรงกับบริบท^(๘)

(ร่าง) Work Flow ขั้นตอนการนิเทศ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์



รูปที่ ๑ Work Flow ขั้นตอนการนิเทศ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

๑.๘ รูปแบบการเยี่ยมเสริมพลัง นิเทศ ติดตาม และประเมินผล

รูปแบบการเยี่ยมเสริมพลัง นิเทศ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สามารถปรับได้ตามความเหมาะสม ขึ้นอยู่กับความพร้อมของพื้นที่ แบ่งออกเป็น ๒ รูปแบบ ได้แก่

๑) การนิเทศฯ ณ สถานที่ปฏิบัติงานจริง (On site) โดยอาจพิจารณาจากพื้นที่ที่มีสถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สูงเกินค่าเป้าหมาย หรือมีผลการดำเนินงานต่ำกว่าเป้าหมาย หรือพื้นที่ที่มีผลกระทบด้านเศรษฐกิจ และสังคมสูง เช่น พื้นที่เศรษฐกิจพิเศษ พื้นที่ชายแดน พื้นที่ที่มีกลุ่มเป้าหมายสูง พื้นที่ที่มีแหล่งท่องเที่ยว/สถานศึกษา จำนวนมาก เป็นต้น

๒) การนิเทศฯ ผ่านระบบออนไลน์ (Online) โดยอาจพิจารณาจากพื้นที่ที่มีสถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่ำกว่าเป้าหมาย หรือมีผลการดำเนินงานบรรลุตามเป้าหมาย หรือพื้นที่ที่อยู่ห่างไกล เนื่องจากข้อจำกัดด้านทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินงาน เช่น งบประมาณ บุคลากร ฯลฯ อาจพิจารณาใช้การนิเทศฯ ผ่านระบบออนไลน์ด้วยโปรแกรมต่าง ๆ เช่น ZOOM Meeting, Webex Meeting เป็นต้น ทั้งนี้ ควรมีการทดสอบระบบเพื่อดูความพร้อมและความเสถียรของระบบอินเทอร์เน็ตก่อนวันนิเทศฯ จริง

๑.๙ ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. หน่วยงานระดับพื้นที่เกิดการบูรณาการ และมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการพัฒนาการดำเนินงานด้านการป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เอชไอวี/เอดส์ ไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี และงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

๒. หน่วยงานระดับพื้นที่รับทราบสถานการณ์ ช่องว่าง โอกาสในการพัฒนา และมีการใช้ประโยชน์จากข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ในการแก้ไขปัญหาการป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เอชไอวี/เอดส์ ไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหา และบริบทของพื้นที่

๓. หน่วยงานระดับพื้นที่เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นวัตกรรม และเทคโนโลยีในการป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ตามบริบทของพื้นที่ และสามารถนำไปขยายผลในพื้นที่อื่นๆ ต่อไป

๔. หน่วยงานระดับพื้นที่เกิดการพัฒนาศักยภาพระบบข้อมูลการรายงาน และเกิดการพัฒนาศักยภาพระบบบริการด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ตามเกณฑ์ที่กรมควบคุมโรคกำหนด

เอกสารอ้างอิง

๑. กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. นโยบาย มาตรการ และแนวทางปฏิบัติด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. นนทบุรี: กองโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๖๖.
๒. กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. อัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ๕ โรคหลัก ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ – ๒๕๖๖ จำแนกรายโรค [อินเทอร์เน็ต]. ๒๕๖๒ [เข้าถึงเมื่อ ๓๐ กรกฎาคม ๒๕๖๗]. เข้าถึงได้จาก: <https://hivhub.ddc.moph.go.th/epidemic.php>
๓. กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๖. นนทบุรี: กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๖๖.
๔. กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แผนปฏิบัติการยุติปัญหาเอดส์ ประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๖๙. กรุงเทพฯ: เอ็นซี คอนเซ็ปต์; ๒๕๖๖.
๕. N. Posuwan, N. Wanlapakorn, P. Sa-Nguanmoo, R. Wasitthanasem, P. Vichaiwattana, S. Klinfueng, et al, PLOS One 2016;11 (3)
๖. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการนิเทศงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ กรมควบคุมโรค ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๖๗.
๗. สำนักนโยบายและแผน สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา รัฐสภา. คู่มือการติดตามและประเมินผล. กรุงเทพฯ: สำนักนโยบายและแผน สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา รัฐสภา; ๒๕๕๐.
๘. จุฑาทิพย์ พัทธ์ชัย. คู่มือเยี่ยมเสริมพลัง. นนทบุรี: สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๕๙.

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับประเด็นการนิเทศ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน ด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

การนิเทศ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคอื่น ๆ มีความเชื่อมโยง และเกี่ยวข้องกับนโยบาย ยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการ และแผนงานต่าง ๆ ที่สำคัญสรุปสาระสำคัญได้ดังนี้

๒.๑ นโยบาย มาตรการ และแนวทางปฏิบัติด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์^(๑)

คณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติมีมติเห็นชอบนโยบาย มาตรการ และแนวทางปฏิบัติด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เมื่อวันที่ ๒๗ ธันวาคม ๒๕๖๖ โดยมอบกรมควบคุมโรค กองโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เผยแพร่ “นโยบาย มาตรการ และแนวทางปฏิบัติด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์” เพื่อเป็นแนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และมอบคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด/กรุงเทพมหานคร ขับเคลื่อนนโยบายฯ โดยกำหนดนโยบายปฏิบัติการแพร่ระบาดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เป็นอันตราย เพื่อไม่ให้เป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศภายในปี พ.ศ. ๒๕๗๓

นโยบาย มาตรการ และแนวทางปฏิบัติด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้กำหนดเป้าหมาย ๓ ประการ คือ ๑) อัตราป่วยโรคซิฟิลิส (ทุกกลุ่มอายุ) ลดจาก ๑๕ ในปี ๒๕๖๔ เป็นไม่เกิน ๑ ต่อประชากรแสนคน ภายในปี พ.ศ. ๒๕๗๓ ๒) อัตราป่วยโรคหนองใน (ทุกกลุ่มอายุ) ลดจาก ๙ ในปี ๒๕๖๔ เป็นไม่เกิน ๑ ต่อประชากรแสนคน ภายในปี พ.ศ. ๒๕๗๓ และ ๓) อัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด ≤ ๕๐ ต่อเด็กเกิดมีชีวิตแสนคน ภายในปี พ.ศ. ๒๕๗๓

หลักการพื้นฐานของนโยบาย มาตรการ และแนวทางปฏิบัติด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ประกอบด้วย

๑. ประชาชนได้รับบริการด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพ และมีคุณภาพ อย่างสะดวกทั่วถึง ไม่มีใครถูกกล่เลย

๒. ภาครัฐ เอกชน และภาคประชาสังคมมีส่วนร่วมให้บริการด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง เคารพสิทธิ และละเอียดอ่อนต่อเพศสภาพ

เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการยุติปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ภายในปี ๒๕๗๓ ภายใต้นโยบาย มาตรการ และแนวทางปฏิบัติด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จึงได้กำหนด ๔ มาตรการหลักได้แก่

มาตรการที่ ๑ เร่งรัดการป้องกันการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แบบผสมผสานให้ครอบคลุมประชากรกลุ่มเป้าหมาย

มาตรการที่ ๒ พัฒนาระบบบริการด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ให้มีคุณภาพ เป็นมิตร อย่างครอบคลุม
ทั่วถึง และเท่าเทียม

มาตรการที่ ๓ พัฒนาศักยภาพ และสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน

มาตรการที่ ๔ สนับสนุนการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย และการติดตามประเมินผล

เพื่อให้ทราบความก้าวหน้าของการดำเนินงานตามมาตรการ และผลลัพธ์ที่สำคัญ จึงแบ่งการติดตาม
และประเมินผลเป็น ๒ ระยะ คือ ๑) ระยะแรก (พ.ศ. ๒๕๖๖ – ๒๕๖๙) ซึ่งเป็นการประเมินผลครึ่งแผน
เพื่อประเมินผลการดำเนินงานตามเป้าหมายลดโรค ตัวชี้วัดมาตรการ เพื่อนำผลการประเมินที่ได้มาทบทวน
ปรับปรุงมาตรการ และแนวทางในการดำเนินงาน เพื่อวางแผนและพัฒนาแผนปฏิบัติการระยะที่สองต่อไป
และ ๒) ระยะที่สอง (พ.ศ. ๒๕๗๐ – ๒๕๗๓) เพื่อประเมินผลการดำเนินงานตามเป้าหมายในการยุติปัญหา
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ วิเคราะห์ช่องว่าง ปัญหา/อุปสรรค และถอดบทเรียนการดำเนินงาน เพื่อเป็นข้อมูล
นำเข้าสำหรับการพัฒนา และปรับปรุงนโยบาย มาตรการ และแนวทางปฏิบัติด้านการป้องกัน และควบคุม
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในระยะถัดไป

๒.๒ ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๗๓^(๒)

คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขเอดส์ (คช.ปอ.) ได้ประกาศยุทธศาสตร์แห่งชาติ
ว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๗๓ เมื่อวันที่ ๑๓ กันยายน ๒๕๖๐ ซึ่งยุทธศาสตร์ฯ ระยะ ๑๓ ปีนี้
ได้กำหนดเส้นทางการดำเนินงานเพื่อยุติการระบาดของเอดส์ไม่ให้เป็นภัยคุกคามทางสาธารณสุขของประเทศไทย
ภายในปี พ.ศ. ๒๕๗๓ ประเทศไทยใช้เป้าหมายระดับโลกพิจารณากำหนดเป้าหมาย และยุทธศาสตร์ในบริบท
ของประเทศ เพื่อให้สามารถรับมือกับปัญหาและผลกระทบของเอชไอวีได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีการลงทุน
ที่คุ้มค่า

ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๗๓ ได้กำหนดวิสัยทัศน์คือ “การร่วมยุติ
ปัญหาเอดส์ภายในปี พ.ศ. ๒๕๗๓ ที่คำนึงถึงหลักการสิทธิมนุษยชนและความเสมอภาคระหว่างเพศ”
มีเป้าประสงค์ที่จะลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่อย่างต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายภายในปี พ.ศ. ๒๕๗๓ จากเดิมที่มี
ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ๖,๕๐๐ รายในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ ให้เหลือน้อยกว่า ๑,๐๐๐ ราย ลดจำนวนผู้เสียชีวิตในผู้ติดเชื้อ
เอชไอวีเกือบ ๑๓,๐๐๐ รายในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ ให้เหลือน้อยกว่า ๔,๐๐๐ ราย และลดการเลือกปฏิบัติ
อันเนื่องมาจากเอชไอวี และเพศภาวะจากปี พ.ศ. ๒๕๕๕ ให้ได้ร้อยละ ๙๐

หลักการพื้นฐานของยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๗๓ ประกอบด้วย

- การสร้างความเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำ และไม่มีประชากรกลุ่มใดถูกละเลย
- การเคารพ ปกป้อง คุ้มครอง สิทธิมนุษยชน และความเสมอภาคทางเพศ
- การเป็นเจ้าของ และร่วมรับผิดชอบของภาคีเครือข่าย ทั้งภาครัฐ ภาคประชาสังคม และภาคเอกชน

ยุทธศาสตร์ฯ ระยะ ๑๓ ปี กำหนดยุทธศาสตร์ ๖ ด้าน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการยุติปัญหาเอดส์ ภายในปี ๒๕๗๓ กล่าวคือ

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ มุ่งเน้น และเร่งรัดจัดชุดบริการที่มีประสิทธิภาพสูง และรอบด้านให้ครอบคลุมพื้นที่ และประชากรที่อยู่ในภาวะเสี่ยง และมีโอกาสรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีสูง

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ ยกระดับคุณภาพ และบูรณาการการดำเนินงานป้องกันที่มีประสิทธิผลเดิมให้เข้มข้น และยั่งยืนในระบบ

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ พัฒนา และเร่งรัดการรักษา ดูแลช่วยเหลือทางสังคมที่ให้มีคุณภาพรอบด้าน และยั่งยืน

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ ปรับภาพลักษณ์ ความเข้าใจ เสริมสร้างความเข้มแข็งระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน รวมทั้งกลไกการคุ้มครองสิทธิ เพื่อลดการรังเกียจกีดกัน การเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี และเพศภาวะ

ยุทธศาสตร์ที่ ๕ เพิ่มความร่วมมือรับผิดชอบ การลงทุน และประสิทธิภาพการจัดการในทุกภาคส่วน ทั้งระดับนานาชาติ ระดับชาติ ระดับจังหวัด และระดับพื้นที่

ยุทธศาสตร์ที่ ๖ ส่งเสริม และพัฒนาการเข้าถึง และการใช้ประโยชน์ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ และการวิจัย ที่รอบด้าน และมีประสิทธิภาพ

ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์นี้เป็นการกำหนดทิศ และยุทธศาสตร์การดำเนินงาน ในระดับประเทศระยะยาว ๑๓ ปี ทั้งนี้ คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ (คช.ปอ.) กำหนดให้ทบวงยุทธศาสตร์/มาตรการต่าง ๆ ทุก ๕ ปี โดยจะมีการถ่ายทอดและแปลงยุทธศาสตร์มาเป็น แผนปฏิบัติการที่มีเป้าหมายร่วมกันให้กับหน่วยงาน/องค์กรที่มีส่วนสำคัญ และเกี่ยวข้องในการดำเนินงาน นโยบายการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสจากแม่สู่ลูก สำหรับประเทศไทย ปี พ.ศ. ๒๕๖๕

๒.๓ ยุทธศาสตร์กำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบี พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๗๓^(๓)

ยุทธศาสตร์กำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบี พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๗๓ มีกรอบแนวคิดในการผลักดันให้การแก้ไข ปัญหาไวรัสตับอักเสบบี และซี เป็นแผนงานโรคที่มีความสำคัญลำดับสูงของระบบสาธารณสุขในประเทศไทย เพื่อยกระดับบริการ (Leverage) การป้องกันแก้ไข และการดูแลรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบี และซี ให้ประชากร กลุ่มเป้าหมายสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างครอบคลุม ต่อเนื่อง มีคุณภาพ และยั่งยืน ภายใต้การทำงานแบบบูรณาการ (Integrate) ระหว่างแผนงานที่มีวิธีการติดต่อร่วมกัน ได้แก่ โรคไวรัสตับอักเสบบี เอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การอนามัยเจริญพันธุ์ และการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด โดยการพัฒนาโครงสร้างและกลไกที่ก่อให้เกิด การประสานความร่วมมือขององค์กรในภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และองค์กร ท้องถิ่นในการดำเนินงานเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาระบาดของโรคไวรัสตับอักเสบบี และซี ด้วยความตระหนักในการเป็น เจ้าของปัญหาร่วมกัน (Partnership) อีกทั้งยังมุ่งเน้นเรื่องความเท่าเทียมด้านสุขภาพโดยปราศจาก การตีตรา และเลือกปฏิบัติต่อประชากรกลุ่มเป้าหมาย และสมาชิกในครอบครัวอีกด้วย

วิสัยทัศน์ของยุทธศาสตร์ฉบับนี้ คือ “ประเทศไทยปลอดจากโรคไวรัสตับอักเสบบีที่เป็นภัยคุกคามต่อสุขภาพและชีวิตของประชาชน” และมีพันธกิจในการดำเนินการกำจัดไวรัสตับอักเสบบี และซี ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทยอย่างเป็นรูปธรรม และยั่งยืนด้วยการยกระดับบริการการป้องกันแก้ไข และการดูแลรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบี และซี ให้สามารถเข้าถึงได้อย่างครอบคลุม เท่าเทียม/เป็นธรรม ต่อเนื่อง มีคุณภาพ ภายใต้การทำงานแบบบูรณาการระหว่างโรค/ ปัญหาที่มีสาเหตุร่วมกัน โดยมีเป้าประสงค์เพื่อกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบี และซี ซึ่งเป็นภัยคุกคามสำคัญต่อสุขภาพและชีวิตของประชาชนภายใน พ.ศ. ๒๕๗๓ และมีเป้าหมายเพื่อ ๑) ลดอุบัติการณ์ของโรคไวรัสตับอักเสบบี ร้อยละ ๙๕ ภายใน พ.ศ. ๒๕๗๓ ๒) ลดอุบัติการณ์ของโรคไวรัสตับอักเสบบี ร้อยละ ๘๐ ภายใน พ.ศ. ๒๕๗๓ และ ๓) ลดอัตราการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับโรคไวรัสตับอักเสบบี และซี ร้อยละ ๖๕ ภายใน พ.ศ. ๒๕๗๓

โดยยุทธศาสตร์ฉบับนี้มีกรอบยุทธศาสตร์ ที่ครอบคลุม ๕ ยุทธศาสตร์ ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เร่งรัดการจัดบริการป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และซี รายใหม่

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ ส่งเสริมการเข้าถึง ความครอบคลุม และคุณภาพการดูแลรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบี และซี

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ ลดความเหลื่อมล้ำ และไม่เท่าเทียมกันทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี และซี

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ พัฒนาระบบเฝ้าระวัง ระบบข้อมูล วิจัย และนวัตกรรม เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี และซี

ยุทธศาสตร์ที่ ๕ พัฒนาโครงสร้างและกลไกที่บูรณาการ ร่วมกันเป็นเจ้าของ และการบริหารจัดการ ที่มีประสิทธิภาพ

๒.๔ นโยบายการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสจากแม่สู่ลูก สำหรับประเทศไทย ปี พ.ศ. ๒๕๖๕^(๔)

ในปัจจุบันประเทศไทยมีนโยบายลดความเหลื่อมล้ำของสังคม สร้างโอกาสในการเข้าถึงบริการของรัฐ ยกระดับคุณภาพบริการ เน้นการป้องกันโรคมากกว่ารอให้ป่วยแล้วจึงมารักษา ด้วยความร่วมมือระหว่างรัฐ เอกชน และภาคส่วนต่าง ๆ ที่จะช่วยพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุข ทั้งนี้การแก้ปัญหาเอชไอวี และซิฟิลิสจากแม่สู่ลูก ต้องแก้ปัญหาอย่างรอบด้าน สำหรับการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสจากแม่สู่ลูกต้องอาศัยความร่วมมือครอบครัว ชุมชน สังคม และสร้างความเท่าเทียม โดยสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอด รวมทั้งลูก และครอบครัวที่ติดเชื้อเอชไอวีให้ได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง และเพื่อยกระดับคุณภาพการบริการด้านสาธารณสุข จึงกำหนดนโยบายการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสจากแม่สู่ลูก สำหรับประเทศไทย ดังนี้

๑. สถานบริการสาธารณสุขทุกเครือข่าย จัดบริการอนามัยแม่ และเด็กที่มีมาตรฐาน ตามแนวทางวิถีชีวิตใหม่ (New normal) และจัดบริการการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสจากแม่สู่ลูก ตามมาตรฐานแนวทางของประเทศไทย

๒. หญิงตั้งครรภ์และคู่ทุกรายได้รับการฝากครรภ์คุณภาพ กรณีที่มีการติดเชื้อเอชไอวีและ/หรือซิฟิลิส ได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานแนวทางของประเทศไทย โดยเน้นการจัดการรายบุคคล

๓. ทารกที่คลอดจากการติดเชื้อเอชไอวีและ/หรือซิฟิลิส ได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานแนวทางของประเทศไทย

๔. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน และภาคีเครือข่ายในการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี และซิฟิลิส จากแม่สู่ลูก

แนวทางปฏิบัติการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสจากแม่สู่ลูก สำหรับประเทศไทย ปี พ.ศ. ๒๕๖๕ สถานบริการสาธารณสุขทุกเครือข่ายจัดให้มีบริการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี และซิฟิลิส จากแม่สู่ลูก โดยการกำหนดเป็นกิจกรรมคุณภาพ ดังนี้

๑. การบริการฝากครรภ์คุณภาพมาตรฐานตามแนวทางวิถีชีวิตใหม่ (New normal) โดยเน้น การส่งเสริมการฝากครรภ์เร็วก่อน ๑๒ สัปดาห์ และฝากครรภ์ครบ ๕ ครั้งตามเกณฑ์

๒. การบริการหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกตามแนวทางการดำเนินงานป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก สำหรับประเทศไทย ๒๕๖๓/๒๕๖๔ และแนวทางการกำจัดโรคซิฟิลิส แต่กำเนิดปี ๒๕๖๓ โดยเน้น ดังนี้

๒.๑ การให้การปรึกษาแบบคู่ แก่หญิงตั้งครรภ์และสามี ก่อน และหลังการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิส และการคัดกรองความเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ตลอดระยะเวลาการตั้งครรภ์

๒.๒ การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์และคู่ เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก และตรวจซ้ำเมื่ออายุครรภ์ ๒๘ – ๓๒ สัปดาห์ หากผลการตรวจครั้งแรกเป็นลบ

๒.๓ การเริ่มยาโดยเร็วที่สุดในวันเดียวกับการวินิจฉัย (Same day ART) ไม่ต้องรอผล CD4 และเริ่มสูตรยาที่แนะนำในทุกระยะของการตั้งครรภ์

๒.๔ การตรวจปริมาณไวรัส (Viral load) ในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่อายุครรภ์ ๓๔ – ๓๖ สัปดาห์ และกินยาต้านเอชไอวีอย่างน้อย ๔ สัปดาห์ขึ้นไป เพื่อใช้ในการจัดการดูแลหญิงตั้งครรภ์เมื่อคลอด

๓. การให้การดูแลรักษาทารกที่เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวี/ซิฟิลิส ตามแนวทางการดำเนินงานป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก สำหรับประเทศไทย ๒๕๖๓/๒๕๖๔ และแนวทางการกำจัดโรคซิฟิลิส แต่กำเนิดปี ๒๕๖๓ โดยเน้น ดังนี้

๓.๑ เริ่มยาภายใน ๔๘ ชั่วโมง โดยให้ยาต้านไวรัสสำหรับทารกภายใน ๑ ชั่วโมงหลังคลอดดีที่สุดที่ผู้โดยพิจารณาตามความเสี่ยง

๓.๒ จัดนมแม่โดยเด็ดขาด และให้นมผสมทดแทนนาน ๑๘ เดือน

๓.๓ การวินิจฉัยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีโดยเร็วในทารก โดยการส่งเลือดตรวจ HIV PCR dried blood spot ตามความเสี่ยงของทารก ได้แก่ ความเสี่ยงทั่วไป จำนวน ๒ ครั้ง ที่อายุ ๑ เดือน และ ๒ – ๔ เดือน และความเสี่ยงสูงจำนวน ๔ ครั้ง ที่อายุแรกคลอด (อายุ ๐ – ๗ วัน), ๑ เดือน, ๒ เดือน และ ๔ เดือน

๔. การรายงานผลการดำเนินงานการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ในโปรแกรม PHIMS ของกรมอนามัย

๕. การจัดกิจกรรมการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสจากแม่สู่ลูก ร่วมกับภาคีเครือข่าย ภาคประชาสังคม เพื่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

๒.๕ พระราชบัญญัติต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

๑. พระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙^(๕)

ปัจจุบันธุรกิจเกี่ยวกับความงาม สุขภาพ ทั้งกิจการนวดหน้า นวดตัว และกิจการสปาเป็นกิจการที่มีการเปิดให้บริการเป็นจำนวนมาก ซึ่งได้รับความนิยมทั้งจากชาวไทยและชาวต่างชาติเพราะผู้ที่รับบริการจะรู้สึกผ่อนคลาย และหากมีความเจ็บปวดอันเนื่องจากสาเหตุเส้นตึงหรือปวดกล้ามเนื้อจะหายหลังจากที่ได้รับบริการ นอกจากนี้กิจการดังกล่าวยังเป็นการเสริมความงาม และเป็นกิจการให้บริการสุขภาพที่ควรได้รับการยกระดับให้มีการบริหารจัดการการให้บริการที่ได้มาตรฐานและมีคุณภาพ ด้วยเหตุนี้จึงจำเป็นต้องมีกฎหมายที่กำกับดูแลการประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพขึ้นเป็นการเฉพาะ เพื่อให้การดำเนินกิจการดังกล่าวเป็นไปอย่างมีมาตรฐานอันเป็นการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนและคุ้มครองผู้บริโภค โดยสาระสำคัญของ พรบ. สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙ กล่าวถึง การขอใบอนุญาต การขึ้นทะเบียน หน้าที่ของผู้รับอนุญาต และผู้ดำเนินการประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ รวมทั้งการปฏิบัติหน้าที่ของพนักงานเจ้าหน้าที่ และเนื่องจากในปัจจุบันจำนวนผู้ประกอบการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว รวมทั้งมีการโฆษณาโอ้อวดเกินความเป็นจริง และในบางพื้นที่มีการให้บริการทางเพศแอบแฝงโดยเฉพาะในจังหวัดที่เป็นแหล่งท่องเที่ยวและเมืองอุตสาหกรรมขนาดใหญ่ นอกจากนี้สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ได้แก่ นวด/สปาเพื่อสุขภาพ นวดเพื่อเสริมความงาม ถูกจัดเป็น ๑ ใน ๒๔ สถานบริการ ดังนั้นจึงต้องมีการสำรวจจำนวนสถานบริการและผู้ให้บริการ เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานประกอบการวางแผนปฏิบัติงาน และประเมินผลการดำเนินงาน ตลอดจนการจัดเตรียมทรัพยากรสำหรับใช้ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดย พรบ. ฉบับดังกล่าวได้กำหนดให้ผู้รับอนุญาตจะต้องควบคุมดูแลให้มีการลักลอบหรือมีการค้าประเวณี หรือมีการกระทำความผิดหรือบริการที่ขัดต่อกฎหมาย ความสงบเรียบร้อย และศีลธรรมอันดีในสถานประกอบการ

๒. พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘^(๖)

พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘ เป็นกฎหมายหลักที่ใช้ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อซึ่งโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ถูกกำหนดให้เป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง โดยจะต้องมีการติดตาม ตรวจสอบ หรือจัดเก็บข้อมูลอย่างต่อเนื่อง^(๖) ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง พ.ศ. ๒๕๖๒^(๗) โดยมีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ๗ โรค ได้แก่ กามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลือง ซิฟิลิส แผลริมอ่อน เริ่มของอวัยวะสืบพันธุ์และทวารหนัก หนองใน หนองในเทียม หูดอวัยวะเพศและทวารหนัก

รวมทั้งโรคเอดส์ และโรคไวรัสตับอักเสบบี และซี โดยในกรณีที่มีโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังเกิดขึ้นให้แจ้งต่อเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ โดยบุคคลที่ต้องแจ้งต่อเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ ได้แก่

๑) เจ้าบ้านหรือผู้ควบคุมดูแลบ้าน หรือแพทย์ผู้ทำการรักษาพยาบาล ในกรณีที่พบผู้ที่เป็นหรือมีเหตุอันควรสงสัยว่าเป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังเกิดขึ้นในบ้าน

๒) ผู้รับผิดชอบในสถานพยาบาล ในกรณีที่พบผู้ที่เป็นหรือมีเหตุอันควรสงสัยว่าเป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังเกิดขึ้นในสถานพยาบาล

๓) ผู้ทำการชันสูตรหรือผู้รับผิดชอบในสถานที่ที่ได้มีการชันสูตร ในกรณีที่ได้มีการชันสูตรทางการแพทย์หรือทางการแพทย์ตรวจพบว่ามีเชื้ออันเป็นเหตุของโรคติดต่อโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง

๔) เจ้าของ หรือผู้ควบคุมสถานประกอบการหรือสถานที่อื่นใด ในกรณีที่พบผู้ที่เป็นหรือมีเหตุอันควรสงสัยว่าเป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังเกิดขึ้นในสถานที่นั้น

เมื่อเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อได้รับแจ้งจากข้างต้น ว่ามีเหตุสงสัย มีข้อมูลหรือหลักฐานว่ามีโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง ให้เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อแจ้งคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดหรือคณะกรรมการโรคติดต่อกรุงเทพมหานคร แล้วแต่กรณี รวมทั้งรายงานข้อมูลนั้นให้กรมควบคุมโรคทราบโดยเร็ว ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยว่ามีโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังเกิดขึ้นในต่างประเทศ ให้กรมควบคุมโรคประสานงานไปยังองค์การอนามัยโลกเพื่อขอข้อมูลเกี่ยวกับโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง

สำหรับหลักเกณฑ์และวิธีการแจ้งในกรณีที่มีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการแจ้งในกรณีที่มีโรคติดต่ออันตราย โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังหรือโรคระบาดเกิดขึ้น พ.ศ. ๒๕๖๐^(๔) ในกรณีที่มีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เกิดขึ้นหรือมีเหตุสงสัยว่าเกิดขึ้น และพบผู้ที่เป็นหรือมีเหตุอันควรสงสัยว่าเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ให้บุคคลดังต่อไปนี้แจ้งต่อเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กรณีที่พบผู้ที่เป็นหรือมีเหตุสงสัยว่าเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในเขตจังหวัด หรือเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อสังกัดสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร กรณีที่พบผู้ที่เป็นหรือมีเหตุสงสัยว่าเป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังในเขตกรุงเทพมหานคร แล้วแต่กรณี ดังนี้

(๑) ผู้รับผิดชอบในสถานพยาบาล ในกรณีที่พบผู้ที่เป็นหรือมีเหตุอันควรสงสัยว่าเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เกิดขึ้นในสถานพยาบาล

(๒) ผู้ทำการชันสูตรหรือผู้รับผิดชอบในสถานที่ที่ได้มีการชันสูตร ในกรณีที่ได้มีการชันสูตรทางการแพทย์หรือทางการแพทย์ตรวจพบว่ามีหรืออาจมีเชื้ออันเป็นเหตุของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

การแจ้งตาม (๑) หรือ (๒) ให้แจ้งต่อเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อภายใน ๗ วันนับแต่พบผู้ที่เป็นหรือมีเหตุอันควรสงสัยว่าเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หรือที่ได้มีการชันสูตรทางการแพทย์หรือทางการแพทย์ตรวจพบว่ามีหรืออาจมีเชื้ออันเป็นเหตุของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แล้วแต่กรณี โดยการแจ้งให้ดำเนินการตามวิธีการหนึ่งวิธีการใด ดังต่อไปนี้ ๑) แจ้งโดยตรงต่อเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ ๒) แจ้งทางโทรศัพท์ ๓) แจ้งทางโทรสาร

๔) แจ้งเป็นหนังสือ ๕) แจ้งทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ ๖) วิธีการอื่นใดที่อธิบดีกรมควบคุมโรคประกาศกำหนดเพิ่มเติม และการแจ้งต่อเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อตามวิธีการที่กำหนดไว้อย่างน้อยให้มีรายละเอียด ดังนี้

๑) กรณีผู้แจ้งเป็นเจ้าบ้านหรือผู้ควบคุมดูแลบ้าน หรือแพทย์ผู้ทำการรักษาพยาบาล ให้แจ้งชื่อและที่อยู่ของผู้แจ้ง ความสัมพันธ์กับผู้ที่เป็นหรือมีเหตุอันควรสงสัยว่าเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ชื่อ อายุ เพศ สัญชาติ ที่อยู่ปัจจุบันหรือสถานที่ที่ผู้ที่เป็นหรือมีเหตุอันควรสงสัยว่าเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พักรักษาตัวอยู่ วันที่เริ่มเป็นหรือมีเหตุอันควรสงสัยว่าเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และอาการสำคัญของผู้ที่เป็นหรือมีเหตุอันควรสงสัยว่าเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ทั้งนี้ ในกรณีที่ผู้แจ้งเป็นแพทย์ผู้ทำการรักษาพยาบาล ให้แจ้งการวินิจฉัยโรคขั้นต้น ประเภทของผู้ที่เป็นหรือมีเหตุอันควรสงสัยว่าเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และผลการรักษาเพิ่มเติมด้วย

๒) กรณีผู้แจ้งเป็นผู้รับผิดชอบในสถานพยาบาล ให้แจ้งชื่อ ที่อยู่ และสถานที่ทำงานของผู้แจ้ง ชื่อ อายุ เพศ สัญชาติ ที่อยู่ปัจจุบันหรือสถานที่ที่ผู้ที่เป็นหรือมีเหตุอันควรสงสัยว่าเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พักรักษาตัวอยู่ วันที่เริ่มเป็นหรือมีเหตุอันควรสงสัยว่าเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ วันแรกรับไว้รักษา การวินิจฉัยโรคขั้นต้น ประเภทและอาการสำคัญของผู้ที่เป็นหรือมีเหตุอันควรสงสัยว่าเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และผลการรักษา

๓) กรณีผู้แจ้งเป็นผู้ทำการชันสูตรหรือผู้รับผิดชอบในสถานที่ได้มีการชันสูตร ให้แจ้งชื่อที่อยู่ และสถานที่ทำงานของผู้แจ้ง ชื่อ อายุ เพศ สัญชาติ ที่อยู่ปัจจุบันของผู้ที่เป็นหรือมีเหตุอันควรสงสัยว่าเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ชื่อ ที่อยู่ และสถานที่ทำงานของผู้ส่งวัตถุตัวอย่าง การวินิจฉัยโรคขั้นต้น และผลการชันสูตร

จะเห็นได้ว่า จากสถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการแพร่กระจายของโรคติดต่อ โรคติดต่อที่อุบัติใหม่ และโรคติดต่อที่อุบัติซ้ำที่มีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น ดังนั้นการใช้มาตรการทางกฎหมายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘ จึงมีความสำคัญ และจำเป็นเพื่อให้การดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เกิดประสิทธิภาพสูงสุด สอดคล้องกับสถานการณ์ในปัจจุบัน และข้อกำหนดของกฎอนามัยระหว่างประเทศ

๓. พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. ๒๕๕๙ ^(๙)

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาที่คุกคามคุณภาพชีวิตของประชาชน ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว และเป็นเรื่องที่ทั่วโลกให้ความสำคัญ โดยที่องค์การสหประชาชาติได้กำหนดให้การลดอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี เป็นหนึ่งในเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนที่นานาชาติ ต้องดำเนินการให้บรรลุผลได้ภายในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ โดยได้กำหนดให้ลดอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ ๑๐ - ๑๔ ปี และอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี ลดลง เพื่อสร้างหลักประกันให้คนมีชีวิตที่มีคุณภาพ และส่งเสริมสุขภาวะที่ดีของคนทุกเพศทุกวัย ซึ่งการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอาจส่งผลกระทบเชิงลบทางสุขภาพต่อมารดาและทารก การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกันทำให้เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และเพิ่มโอกาสในการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก สำหรับ พรบ. การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. ๒๕๕๙ ได้กล่าวถึงการป้องกัน และแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ทั้งในสถานศึกษา สถานบริการ และสถานประกอบกิจการ การจัดสวัสดิการสังคม รวมทั้งนโยบายและยุทธศาสตร์

การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ซึ่งในการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว จะช่วยให้วัยรุ่นมีสิทธิในการตัดสินใจได้ด้วยตนเอง การรับบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ การได้รับข้อมูลข่าวสารและความรู้ และได้รับสวัสดิการสังคมอย่างเสมอภาคไม่เลือกปฏิบัติ ทั้งนี้ จะต้องอาศัยความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน อาทิเช่น สถานศึกษา สถานบริการสุขภาพ สถานประกอบกิจการ หน่วยงานสวัสดิการสังคม และส่วนราชการท้องถิ่น เพื่อร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายที่กล่าวมาแล้วข้างต้น

๔. บันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (Memorandum Of Understanding: MOU)

การดำเนินงานด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ปรับปรุงแบบการดำเนินงานจากอดีตจนสามารถขยายการดำเนินงานในรูปแบบของการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานและเครือข่ายทุกภาคส่วน รวมถึงมีการลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมความรู้ด้านการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การป้องกัน และแก้ไขปัญหาการท้องไม่พร้อม รวมทั้งมีการบูรณาการร่วมกับงานด้านอนามัยในการส่งเสริมสถานะของสตรี และเยาวชนให้ตระหนักถึงการใช้สิทธิทางเพศด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยมีบันทึกข้อตกลงความร่วมมือที่สามารถนำมาใช้เป็นกรอบแนวทางในการดำเนินงานด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และงานอื่นๆ เช่น

๑. บันทึกข้อตกลงว่าด้วยความร่วมมือในการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับกระทรวงมหาดไทย^(๑๐) กล่าวถึงการเร่งรัดการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบในประเทศไทยโดยมุ่งหวังให้สำเร็จในปี พ.ศ. ๒๕๗๓ จึงจำเป็นต้องร่วมมือกันในการดำเนินงานแบบองค์รวม เพื่อจัดการปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบอย่างเป็นระบบ เพื่อสุขภาพอันดีของประชาชนไทยในทุกพื้นที่

๒. บันทึกข้อตกลงความร่วมมือเพื่อพัฒนาศักยภาพอำเภอในด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และภัยสุขภาพ ระหว่างกระทรวงสาธารณสุข โดยปลัดกระทรวงสาธารณสุข และอธิบดีกรมควบคุมโรค กระทรวงมหาดไทย โดยปลัดกระทรวงมหาดไทย อธิบดีกรมการปกครอง และอธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น^(๑๑) กล่าวถึง การดำเนินมาตรการสร้างเสริมสุขภาพ และลดปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพ และการเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยประสานความร่วมมือ และการมีส่วนร่วมจากภาคีพัฒนาในสาขาต่างๆ ตลอดจนภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน และอาสาสมัคร ร่วมสร้างความรู้ ความเข้าใจ สร้างแรงจูงใจ ผนึกพลังให้เกิดการพัฒนา และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอนามัย และการสร้างเสริมความเข้มแข็ง และความยั่งยืนในเรื่องการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และภัยสุขภาพให้กับพื้นที่ทั้งในระดับจังหวัด อำเภอ และท้องถิ่น โดยกำหนดกรอบคุณลักษณะอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนเพื่อเป็นแนวทางให้พื้นที่นำไปปฏิบัติ

๓. บันทึกข้อตกลงความร่วมมือการให้โอกาสเด็กและเยาวชนที่ตั้งครรภ์ในสถานศึกษาได้รับการศึกษาอย่างเหมาะสมระหว่างกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์^(๑๒) กล่าวถึงการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการให้โอกาสเด็ก และเยาวชนที่ตั้งครรภ์ ในสถานศึกษาอย่างเหมาะสมและเป็นรูปธรรม ความเป็นเอกภาพ และมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

จะเห็นได้ว่า การทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือนั้นเป็นการพัฒนาความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายในการทำงานระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ทั้งในระดับประเทศ เขต จังหวัด และพื้นที่ ทำให้ผู้ปฏิบัติงานมองเห็นเป้าหมายและวัตถุประสงค์การทำงานร่วมกัน รวมทั้งสามารถใช้เป็นแนวทางในการบูรณาการการทำงาน และระดมทรัพยากรเพื่อการป้องกัน และแก้ไขปัญหาด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร่วมกับงานอื่น ๆ

๒.๖ ความเชื่อมโยงของการติดตามผลการดำเนินงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคร่วมอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

การดำเนินงานด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มุ่งเน้นการดำเนินงานตามพันธสัญญาในระดับนานาชาติที่มีเป้าหมายในการยุติปัญหาเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การยุติการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี ซิฟิลิส และไวรัสตับอักเสบบีจากแม่สู่ลูก ภายในปี ๒๕๗๓ ซึ่งในการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าวนี้ จำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในทุกระดับทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคมในการบูรณาการการทำงานร่วมกันโดยเฉพาะโรคที่มีวิธีการติดต่อร่วมกัน ได้แก่ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เอชไอวี โรคไวรัสตับอักเสบบี และซี และโรคฝีดาษวานร รวมทั้งงานส่งเสริมสุขภาพและงานอื่น ๆ ที่มีกลุ่มเสี่ยงหรือกลุ่มเป้าหมายเฉพาะในการเข้ารับบริการ เช่น งานวัยรุ่นและเยาวชน งานยาเสพติด งานอนามัยเจริญพันธุ์ ฯลฯ ซึ่งในแต่ละพื้นที่อาจมีรูปแบบ หรือลักษณะการทำงานที่แตกต่างกัน โดยอาจมีการมอบหมายผู้รับผิดชอบงานเฉพาะหรือการดำเนินงานในรูปแบบของคณะกรรมการ/คณะทำงาน ซึ่งในกระบวนการทำงานจะต้องมีการวางแผนกำหนดเป้าหมาย รูปแบบ วิธีการทำงาน ผลผลิต และผลลัพธ์ตามระยะเวลาที่กำหนด โดยประยุกต์ใช้กลยุทธ์หรือวิธีการทำงานตามนโยบาย มาตรการ แนวทางปฏิบัติ แผนยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการ และแผนงานต่างๆ ที่สอดคล้องและเหมาะสมกับสภาพปัญหาและบริบทของพื้นที่ และสอดคล้องกับวิถีชีวิตหรือความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งในที่นี้จะกล่าวถึงเฉพาะตัวชี้วัดที่สำคัญที่จะใช้ในการติดตามผลการดำเนินงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคร่วมอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องดังตารางที่ ๑ รวมทั้งเป้าหมายการกำจัดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี ซิฟิลิส และไวรัสตับอักเสบบีจากแม่สู่ลูก ดังตารางที่ ๒ และตัวอย่างแผนติดตามและประเมินผลด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ดังตารางที่ ๓

ตารางที่ ๑ รายชื่อตัวชี้วัดที่สำคัญที่จะใช้ในการติดตามผลการดำเนินงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคร่วมอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

แผนงาน	ตัวชี้วัด
งานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	๑. ผลการดำเนินงานตามนโยบาย มาตรการ และแนวทางปฏิบัติด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์^(๑) - อัตราป่วยโรคซิฟิลิส (ทุกกลุ่มอายุ) (ไม่เกิน ๑ ต่อประชากรแสนคน) - อัตราป่วยโรคหนองใน (ทุกกลุ่มอายุ) (ไม่เกิน ๑ ต่อประชากรแสนคน) - อัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด (≤ 50 ต่อเด็กเกิดมีชีวิตแสนคน)
งานเอชไอวี/เอดส์	๑. ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๗๓^(๒) - ลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ (น้อยกว่า ๑,๐๐๐ ราย) - ลดจำนวนผู้เสียชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวี (น้อยกว่า ๔,๐๐๐ ราย) - ลดการเลือกปฏิบัติอันเนื่องมาจากเอชไอวีและเพศภาวะ (ร้อยละ ๙๐) ๒. ผลสำเร็จตาม ๙๕-๙๕-๙๕ - ร้อยละของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่รู้สถานะการติดเชื้อฯ (ร้อยละ ๙๕) - ร้อยละของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่รู้สถานะการติดเชื้อฯ ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ (ร้อยละ ๙๕) - ร้อยละของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ กดปริมาณไวรัสฯ ได้ (ร้อยละ ๙๕)
งานไวรัสตับอักเสบบี และซี	๑. ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์กำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบี พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๗๓^(๓) - ลดอุบัติการณ์ของโรคไวรัสตับอักเสบบี (ร้อยละ ๙๕) - ลดอุบัติการณ์ของโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี (ร้อยละ ๘๐) - ลดอัตราการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี (ร้อยละ ๖๕)
งานกำจัดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี ซิฟิลิส และไวรัสตับอักเสบบีจากแม่สู่ลูก	๑. ผลการดำเนินงานตามนโยบายป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสจากแม่สู่ลูก สำหรับประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๔^(๔) - อัตราการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก (น้อยกว่า ร้อยละ ๒) - อัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด (≤ 50 ต่อเด็กเกิดมีชีวิตแสนคน) - ความชุกของ HBsAg ในเด็กอายุ ≤ 5 ปี ($\leq$ ร้อยละ ๐.๑)

จากตารางที่ ๑ แสดงให้เห็นถึงตัวชี้วัดสำคัญที่ใช้ในการติดตามผลการดำเนินงานด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เอชไอวี/เอดส์ และไวรัสตับอักเสบบี และซี ซึ่งควรมีการใช้ประโยชน์จากแหล่งข้อมูลในระบบต่าง ๆ ที่มีอยู่ โดยการวิเคราะห์ เชื่อมโยง และประมวลผลข้อมูล เพื่อชี้ให้เห็นประเด็นปัญหา ช่องว่าง และวิธีการพัฒนา เพื่อแก้ไขปัญหาการดำเนินงานในพื้นที่ โดยทีมผู้นิเทศงานควรชี้ประเด็นปัญหา ขนาดของปัญหา และสาเหตุที่เป็นช่องว่างทั้งในเชิงมิติของการดำเนินงาน ระบบบริการ และระบบข้อมูล โดยประมวลผลจากข้อมูลที่พื้นที่นำเสนอเป็นหลัก รวมทั้งบอกแนวทางการแก้ไขที่ตอบสนองต่อประเด็นปัญหาและช่องว่างตามที่ระบุ ซึ่งตัวชี้วัดที่กล่าวข้างต้นเป็นตัวชี้วัดผลกระทบหรือผลลัพธ์ของการดำเนินงาน ยังไม่รวมถึงตัวชี้วัดกระบวนการ ซึ่งในการวิเคราะห์ช่องว่างของการดำเนินงานอาจต้องพิจารณาหรือคำนึงถึงตัวชี้วัดกระบวนการร่วมด้วย ซึ่งอาจเป็นข้อมูลที่ช่วยสะท้อนประเด็นสาเหตุของปัญหา เช่น กรณีพบปัญหาการระบาดของโรคซิฟิลิสและหนองในในกลุ่มเยาวชนสูง อาจต้องใช้ข้อมูลอื่น ๆ ประกอบการพิจารณาด้วย เช่น อัตราการใช้ถุงยางอนามัย ความเพียงพอของถุงยางอนามัย และสารหล่อลื่น ความครอบคลุมของการตรวจคัดกรองและรักษาโรค เป็นต้น ทั้งนี้ หากพิจารณาแล้วพบว่าข้อมูลที่วิเคราะห์ชุดใดที่ไม่เป็นประเด็นหรือสาเหตุของปัญหา ก็ไม่ต้องนำมาใช้ในการให้ข้อเสนอแนะหรือข้อมูลย้อนกลับ แต่หากพบว่าเป็นประเด็นหรือสาเหตุของปัญหา ควรนำมาร้อยเรียงและนำเสนอให้เห็นความเชื่อมโยง เพื่อนำไปสู่วิธีการในการแก้ไขปัญหาต่อไป สำหรับอีกประเด็นสำคัญที่ควรคำนึงในการวิเคราะห์ข้อมูลคือคุณภาพและความน่าเชื่อถือของข้อมูล โดยข้อมูลที่นำไปใช้ประโยชน์ในการตัดสินใจ และวางแผนในการแก้ไขปัญหาควรเป็นข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของข้อมูล เป็นข้อมูลที่มีความครบถ้วน ถูกต้อง เชื่อถือได้ และทันเวลา รวมทั้งควรมีการเชื่อมโยงและส่งต่อข้อมูลของหน่วยบริการทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขตลอดจนหน่วยบริการเอกชน

ตารางที่ ๒ เป้าหมายการกำจัดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี ซิฟิลิส และไวรัสตับอักเสบบีจากแม่สู่ลูก^(๔)

Elimination targets	HIV EMTCT	Syphilis EMTCT	HBV EMTCT
2030 WHO GHSS and UNGA political declaration aspirational targets	ไม่มีผู้ติดเชื้อรายใหม่ที่เป็นทารกและเด็กเล็กและบรรลุปเป้าหมาย ๙๕-๙๕-๙๕	๘๐ % ของประเทศต่าง ๆ พบซิฟิลิสแต่กำเนิด ≤ 50 ราย ต่อการเกิดมีชีพ ๑๐๐,๐๐๐ คน	อุบัติการณ์ของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังลดลง ๙๕ %
EMTCT impact targets	- เด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี รายใหม่ < 50 คนต่อเด็กเกิดมีชีพแสนราย - อัตราการติดเชื้อเอชไอวี จากแม่สู่ลูก < 2 %	ซิฟิลิสแต่กำเนิด ≤ 50 ราย ต่อการเกิดมีชีพ ๑๐๐,๐๐๐ คน	- ความชุกของ HBsAg ในเด็กอายุ ≤ 5 ปี ≤ 0.1 % - อัตราการถ่ายทอดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จากแม่สู่ลูก ≤ 2 % (เป็น Additional target สำหรับประเทศที่ใช้เป้าหมายความทันเวลาการให้วัคซีน HB แรกเกิด)
EMTCT process/ programmatic targets	- ความครอบคลุมของการฝากครรภ์ (อย่างน้อยหนึ่งครั้ง) ≥ 95 % - ความครอบคลุมการตรวจคัดกรองเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์ ≥ 95 % - ความครอบคลุมของ ART ในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ≥ 95 %	- ความครอบคลุมของการฝากครรภ์ (อย่างน้อยหนึ่งครั้ง) ≥ 95 % - ความครอบคลุมการตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ ≥ 95 % - ความครอบคลุมของการรักษาในหญิงที่ตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิส ≥ 95 %	- ความครอบคลุมการได้รับวัคซีน HB ในเด็กแรกเกิด ≥ 90 % - ความครอบคลุมการได้รับวัคซีน HB เข็มที่ ๓ ≥ 90 % - ความครอบคลุมการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี ในหญิงตั้งครรภ์ ≥ 95 % - ความครอบคลุมของการได้รับยาต้านไวรัสในหญิงตั้งครรภ์ที่มีปริมาณเชื้อไวรัสในกระแสเลือดสูง ≥ 90 %

ตารางที่ ๓ ตัวอย่างแผนติดตามและประเมินผลด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

หัวข้อ	เนื้อหา
๑. บทนำ	๑.๑ บทนำ สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ๕ โรคหลัก โดยเฉพาะโรคซิฟิลิส หนองใน และซิฟิลิสแต่กำเนิดในภาพรวมของประเทศ มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลจากรายงานระบบเฝ้าระวังโรค ๕๐๖ กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค พบว่าในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ อัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ๕ โรคหลัก ทุกกลุ่มอายุ สูงถึง ๕๓.๐ ต่อประชากรแสนคน โดยเฉพาะโรคซิฟิลิสในกลุ่มเยาวชนอายุ ๑๕ - ๒๔ ปี พบอัตราป่วย ๙๑.๒ ต่อประชากรแสนคน และโรคหนองในในกลุ่มเยาวชนอายุ ๑๕ - ๒๔ ปี พบอัตราป่วย ๘๖.๗ ต่อประชากรแสนคน นอกจากนี้พบอัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดที่ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญแล้วอยู่ที่ ๙๘.๒ ต่อจำนวนเด็กเกิดมีชีวิตแสนราย ซึ่งเกินกว่าค่าเป้าหมายที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ (≤ 50 ต่อจำนวนเด็กเกิดมีชีวิตแสนราย) ปัญหาส่วนหนึ่งเกิดจากระบบการรายงานข้อมูลผู้ป่วยที่มีจำนวนสูงกว่าความจริง จึงจำเป็นต้องปรับปรุงแก้ไขระบบการรายงานข้อมูลอย่างเร่งด่วน รวมทั้งหึงตั้งครุฑ์เข้ารับบริการฝากครุฑ์และได้รับการตรวจคัดกรองและรักษาซิฟิลิสล่าช้า ซึ่งหากไม่ดำเนินงานแก้ไขปัญหาดังกล่าวฯ โดยการพัฒนาคูณภาพระบบฝากครุฑ์ ส่งเสริมงานอนามัยแม่และเด็กให้มีคุณภาพครอบคลุมกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยง คาดว่าสถานการณ์การเกิดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดอาจทวีความรุนแรงและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของมารดาและทารก
	๑.๒ จุดประสงค์ของแผนติดตามและประเมินผล - เพื่อพัฒนาการให้บริการ ควบคุม กำกับ และติดตามผลการดำเนินงาน และรายงานให้ผู้มีอำนาจในเชิงนโยบายทราบ และใช้พิจารณาตัดสินใจ โดยเก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และใช้ประโยชน์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับงานดำเนินงานอย่างเป็นระบบ
๒. เป้าหมายและวัตถุประสงค์	๒.๑ เป้าหมาย - ยุติการแพร่ระบาดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เป็นอันตราย เพื่อไม่ให้เป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศ
	๒.๒ วัตถุประสงค์ - เพื่อลดอัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะโรคซิฟิลิส หนองใน และซิฟิลิสแต่กำเนิด
๓. กรอบติดตามและประเมินผล	๓.๑ Logic model - นำเข้า: งบประมาณ บุคลากรที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ ชัดตรวจ ผู้เชี่ยวชาญด้าน STIs คู่มือ/แนวทาง นโยบาย มาตรการ และแนวทางปฏิบัติด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ฯลฯ - กิจกรรม: กิจกรรมตามนโยบาย มาตรการ และแนวทางปฏิบัติด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ประกอบด้วย ๔ มาตรการ ได้แก่

หัวข้อ	เนื้อหา
	- มาตรการที่ ๑ เร่งรัดการป้องกันการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แบบผสมผสานให้ครอบคลุมประชากรกลุ่มเป้าหมาย - มาตรการที่ ๒ พัฒนาระบบบริการด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ให้มีคุณภาพ เป็นมิตรอย่างครอบคลุม ทั้งถึง และเท่าเทียม - มาตรการที่ ๓ พัฒนาศักยภาพ และสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน - มาตรการที่ ๔ สนับสนุนการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย และการติดตามประเมินผล - ผลงาน: - ร้อยละของกลุ่มประชากรเป้าหมายที่เข้าถึงบริการป้องกันแบบผสมผสาน - ร้อยละของกลุ่มประชากรเป้าหมายที่ได้ตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส - ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์และคู่เพศสัมพันธ์ที่ได้ตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส - ร้อยละของหน่วยบริการที่จัดบริการด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ตามมาตรฐานฯ - จำนวนจังหวัดที่มีหน่วยบริการที่จัดบริการด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ตามมาตรฐานฯ - ร้อยละของเครือข่ายที่สามารถดำเนินงานในการป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ตามมาตรการที่กรมควบคุมโรคกำหนด - จำนวนจังหวัดที่มีภาคประชาสังคมมีส่วนร่วมในการดำเนินงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ - ระดับความสำเร็จของหน่วยบริการสาธารณสุขที่มีระบบข้อมูลสารสนเทศด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ - จำนวนจังหวัดที่มีระบบฐานข้อมูลเฝ้าระวังโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์นำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ - จำนวนจังหวัดที่มีแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม และการบูรณาการงบประมาณทุกแหล่งทุนร่วมกับหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง - ผลลัพธ์: - กลุ่มประชากรเป้าหมายเข้าถึงบริการป้องกันแบบผสมผสาน และการได้ตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิสตามกำหนด - หน่วยบริการสามารถจัดบริการด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ตามมาตรฐาน และจังหวัดมีหน่วยบริการที่จัดบริการด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ตามมาตรฐานฯ - เครือข่ายที่เกี่ยวข้องสามารถดำเนินงานป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ตามมาตรการที่กรมควบคุมโรคกำหนด และจังหวัดเร่งรัดมีภาคประชาสังคมเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ - ระดับหน่วยบริการสาธารณสุขมีระบบข้อมูลสารสนเทศด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และระดับจังหวัดมีระบบฐานข้อมูลเฝ้าระวังโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์นำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีแผนงาน โครงการ กิจกรรม และ/หรือการบูรณาการงบประมาณทุกแหล่งทุนร่วมกับหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

หัวข้อ	เนื้อหา
	- ผลกระทบ: อัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะซิฟิลิส หนองใน และซิฟิลิส แต่กำเนิด ลดลงและไม่เกินค่าเป้าหมายที่กำหนด ๓.๒ ตัวชี้วัด - อัตราป่วยโรคซิฟิลิส (ทุกกลุ่มอายุ) ไม่เกิน ๑ ต่อประชากรแสนคน - อัตราป่วยโรคหนองใน (ทุกกลุ่มอายุ) ไม่เกิน ๑ ต่อประชากรแสนคน - อัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด ≤ 50 ต่อเด็กเกิดมีชีวิตแสนคน
๔. เก็บและจัดการข้อมูล	๔.๑ แหล่งข้อมูล: ระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาในรูปแบบดิจิทัล (Digital Disease Surveillance: DDS), NAP Plus, http://aidsboe.moph.go.th/STIs/login.php, https://stisqsa.ddc.moph.go.th/ และแหล่งข้อมูลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ๔.๒ วิธีการเก็บข้อมูล: - รวบรวมข้อมูลโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จากระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาในรูปแบบดิจิทัล (DDS) ทุกไตรมาส ๆ ละ ๑ ครั้ง - รวบรวมผลการดำเนินงานตามนโยบาย มาตรการ และแนวทางปฏิบัติด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับมาตรการนั้น ๆ ๔.๓ รับประกันคุณภาพข้อมูล: อบรมเจ้าหน้าที่ระบาดวิทยา เวชระเบียน และผู้รับผิดชอบงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ระดับเขต จังหวัด และหน่วยบริการ เพื่อให้สามารถตรวจสอบคุณภาพข้อมูลได้อย่างต่อเนื่องและเป็นประจำ ๔.๔ การจัดเก็บและจัดการข้อมูล: การใช้ระบบฐานข้อมูลที่ปลอดภัยพร้อมเข้มงวดในการเข้าถึง การเข้ารหัสข้อมูล และทำสำรองข้อมูลเป็นประจำ
๕. วิเคราะห์และใช้ข้อมูล	๕.๑ วิเคราะห์ข้อมูล: วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา และเชิงสถิติเพื่อดูแนวโน้มและผลกระทบ ๕.๒ รายงาน: หน่วยบริการที่พบผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ส่งข้อมูลผู้ป่วยตามรหัส ICD-10 เข้าสู่ระบบ DDS ซึ่งผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยาระดับส่วนกลาง เขต จังหวัด และหน่วยบริการสามารถเข้าถึงข้อมูลได้แบบ real time สำหรับข้อมูลโรคซิฟิลิส แต่กำเนิด หน่วยบริการดำเนินการจัดส่งข้อมูลรายงานแบบสอบสวนโรคซิฟิลิส แต่กำเนิดให้กับ สสจ. เพื่อส่งรายงานให้ทางกองระบาดวิทยาผ่านทางระบบ http://aidsboe.moph.go.th/STIs/login.php จากนั้นกองระบาดวิทยาจะส่งต่อข้อมูลให้กับกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญส่วนกลาง เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลการรายงาน และวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงและช่องว่างของระบบบริการต่อไป ส่วนข้อมูลโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จากระบบ DDS จะมีการรวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลทุกสิ้นไตรมาส ๕.๓ ใช้ข้อมูล: ทบทวนมาตรการ จัดสรรทรัพยากร ผลักดัน และสนับสนุนนโยบาย รวมถึงข้อค้นพบต่าง ๆ ไปยังผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อเพิ่มความโปร่งใสและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน

หัวข้อ	เนื้อหา
๖. บทบาทและความรับผิดชอบ	๖.๑ ทีมติดตามและประเมินผล: - ผู้ประสานงาน : ดูแลภาพรวมของการดำเนินงานทั้งหมด - เจ้าหน้าที่เก็บรวบรวมข้อมูล : รวบรวมข้อมูลจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง - เจ้าหน้าที่วิเคราะห์ข้อมูล : วิเคราะห์ข้อมูลและเตรียมรายงาน
	๖.๒ ผู้มีส่วนได้ ส่วนเสีย - สคร. - ดูแลภาพรวมของการดำเนินงาน และกิจกรรมติดตามและประเมินผลระดับเขต - สสจ. - ดูแลภาพรวมของการดำเนินงาน และกิจกรรมติดตามและประเมินผลระดับจังหวัด - หน่วยบริการ - ร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงาน และพัฒนาคุณภาพระบบบริการ - ภาคประชาสังคม - ร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงานและจัดบริการ
๗. อบรม	๗.๑ อบรม: อบรมเจ้าหน้าที่ทีมติดตาม และประเมินผล ทุกไตรมาส ในขั้นตอนการเก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และรายงาน
	๗.๒ ทรัพยากร: ทรัพยากรที่จำเป็น ได้แก่ เงินทุนสำหรับกิจกรรม M&E เครื่องมือรวบรวมข้อมูล (เช่น แท็บเล็ต แบบฟอร์ม) และซอฟต์แวร์สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล
๘. ความท้าทายและวิธีการบรรเทา	๘.๑ ความท้าทายที่อาจเกิดขึ้น - ข้อมูลขาดความครบถ้วน และถูกต้อง : ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ถูกรายงานเข้าสู่ระบบ DDS ต่ำกว่าความเป็นจริง ส่วนรายงานแบบสอบสวนโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดข้อมูลขาดความครบถ้วน ทำให้ผู้เชี่ยวชาญไม่สามารถสรุปได้ว่าเป็นผู้ป่วยหรือไม่ และขาดการตรวจสอบความถูกต้อง ทำให้มีการรายงานเคสที่ไม่ใช่ผู้ป่วยเข้ามาจำนวนมาก - ข้อจำกัดด้านทรัพยากร : ขาดแคลนงบประมาณในการสนับสนุนการดำเนินงาน - การตีตรา และการเลือกปฏิบัติ : ผู้ป่วยอาจ ไม่กล้าเข้ารับบริการ ไปซื้อยากินเองที่ร้านขายยา
	๘.๒ กลยุทธ์ป้องกันการเกิดและลดผลกระทบ - ข้อมูลไม่ถูกต้อง : ใช้การฝึกอบรมและการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลเป็นประจำ และผลักดันให้เกิดระบบการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดโดยผู้เชี่ยวชาญระดับพื้นที่ (Local Verification) - ข้อจำกัดด้านทรัพยากร : แสวงหาแหล่งทุนเงินนอกงบประมาณ - การตีตราและการเลือกปฏิบัติ : สื่อสารประชาสัมพันธ์ เพื่อสร้างความรอบรู้ และความตระหนักในการป้องกันโรค
ภาคผนวก	รวมเอกสารเพิ่มเติม เช่น เครื่องมือรวบรวมข้อมูล คำจำกัดความของตัวชี้วัดโดยละเอียด เอกสารการฝึกอบรม และตัวอย่างการรายงาน เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

๑. กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. นโยบาย มาตรการ และแนวทางปฏิบัติด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. นนทบุรี: กองโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๖๗.
๒. กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แผนปฏิบัติการยุติ ปัญหาเอดส์ ประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๖๙. กรุงเทพฯ: เอ็นซี คอนเซ็ปต์; ๒๕๖๖.
๓. กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์กำจัด โรคไวรัสตับอักเสบบี พ.ศ. ๒๕๖๕ - ๒๕๗๓. สมุทรปราการ: เอส.บี.เค. การพิมพ์; ๒๕๖๖.
๔. กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. นโยบายการป้องกันการ ถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสจากแม่สู่ลูก สำหรับประเทศไทย ปี พ.ศ. ๒๕๖๕. นนทบุรี: กองโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๖๕.
๕. พระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙, ๒๕๕๙
๖. พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๑๓๒, ตอนที่ ๘๖ ก (ลงวันที่ ๘ กันยายน ๒๕๕๘)
๗. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง พ.ศ. ๒๕๖๒, ๒๕๖๓. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๑๓๗, ตอนพิเศษ ๒๐ ง (ลงวันที่ ๒๗ มกราคม ๒๕๖๓)
๘. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการแจ้งในกรณีที่มีโรคติดต่อ อันตรายโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง หรือโรคระบาดเกิดขึ้น พ.ศ. ๒๕๖๐. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๑๓๔, ตอนพิเศษ ๓๑๖๙ (ลงวันที่ ๒๑ ธันวาคม ๒๕๖๐)
๙. พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังครุณีในวัยรุ่น พ.ศ. ๒๕๕๙. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๑๓๓, ตอนที่ ๓๐ ก (ลงวันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๕๙)
๑๐. บันทึกข้อตกลงว่าด้วยความร่วมมือในการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบีระหว่างกระทรวงสาธารณสุข กับกระทรวงมหาดไทย พ.ศ. ๒๕๖๕ (เมื่อวันที่ ๒๐ เมษายน ๒๕๖๕)
๑๑. บันทึกข้อตกลงความร่วมมือเพื่อพัฒนาศักยภาพอำเภอในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัย สุขภาพ ระหว่างกระทรวงสาธารณสุข โดยปลัดกระทรวงสาธารณสุข และอธิบดีกรมควบคุมโรค กระทรวงมหาดไทย โดยปลัดกระทรวงมหาดไทย อธิบดีกรมการปกครอง และอธิบดีกรมส่งเสริม การปกครองท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๕ (เมื่อวันที่ ๑๑ พฤษภาคม ๒๕๕๕)
๑๒. บันทึกข้อตกลงความร่วมมือการให้โอกาสเด็กและเยาวชนที่ตั้งครุณีในสถานศึกษาได้รับการศึกษาอย่าง เหมาะสมระหว่างกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความ มั่นคงของมนุษย์ พ.ศ. ๒๕๖๓ (เมื่อวันที่ ๑๔ กันยายน ๒๕๖๓)

ส่วนที่ ๓ การรับรองผลประเมินเพื่อพัฒนาระบบการขับเคลื่อนบริการดูแลรักษา ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ของหน่วยบริการสาธารณสุข

กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร่วมกับภาคีเครือข่ายการปฏิบัติงานด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้ร่วมกันพัฒนาแบบประเมินตนเองเพื่อพัฒนาระบบการขับเคลื่อนบริการดูแลรักษา ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อให้หน่วยบริการสาธารณสุขใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการ ป้องกัน ควบคุม และดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด เพื่อกระตุ้น และขับเคลื่อนให้เกิดการพัฒนาระบบงานภายในของหน่วยบริการอย่างเป็นระบบทั้งองค์กร อีกทั้งยังเป็นการส่งเสริมให้หน่วยบริการมีการประเมินตนเองเพื่อหาโอกาสในการพัฒนา อันจะก่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ และพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องต่อไป ทั้งนี้ เพื่อลดขั้นตอนและเอื้อให้เกิดความสะดวกรวดเร็วในการดำเนินงาน จึงขอความร่วมมือให้หน่วยบริการสาธารณสุขทุกแห่งประเมินตนเองผ่านเว็บไซต์ <https://stisqsa.ddc.moph.go.th/> โดยกำหนดให้หน่วยบริการสาธารณสุขที่ผ่านมาตรฐานจะต้องได้คะแนนรวม และรายหมวด $\geq$ ร้อยละ ๗๐ และผ่านการรับรองมาตรฐานจากกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑ - ๑๒ สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จึงจะถือว่า ผ่านมาตรฐาน โดยแบ่งระดับผลการประเมินออกเป็น ๓ ระดับ ได้แก่ ระดับเพชร ทอง และเงิน สำหรับเนื้อหาในส่วนที่ ๓ นี้จะกล่าวถึงเกณฑ์ ขั้นตอน และเทคนิคในการรับรองผลการประเมินของหน่วยบริการสาธารณสุข

๓.๑ เกณฑ์การประเมิน

เกณฑ์การประเมินหน่วยบริการสาธารณสุขเพื่อพัฒนาคุณภาพการจัดการบริการด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์นี้ พัฒนขึ้นตาม “แบบประเมินตนเองเพื่อพัฒนาระบบการขับเคลื่อนบริการดูแลรักษา ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์” โดยประเภทของหน่วยบริการที่ใช้แบบประเมินตนเองฯ แบ่งออกเป็น ๒ ประเภท ได้แก่

๑. หน่วยบริการประเภทโรงพยาบาล และศูนย์บริการสาธารณสุข ให้ทำการประเมินตนเองให้ครบทุกข้อ และทุกหมวด

๒. หน่วยบริการประเภทศูนย์วิชาการ (ไม่มีการให้บริการฝากครรภ์/แท้งชิงตั้งครรภ์/ไม่มีบริการห้องคลอด) ให้ทำการประเมินตนเองให้ครบทุกหมวด ยกเว้นไม่ต้องประเมินในหมวด ๓ ข้อ ๔ การดูแลรักษาเอชไอวี ซิฟิลิส และไวรัสตับอักเสบบี จากแม่สู่ลูก (ตั้งแต่ข้อ ๔.๑ - ๔.๑๖)

สำหรับเกณฑ์การประเมินตามแบบประเมินตนเองเพื่อพัฒนาระบบการขับเคลื่อนบริการดูแลรักษา ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แบ่งออกเป็น ๔ หมวด ดังนี้

หมวด ๑ การขับเคลื่อนการดำเนินงาน ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน ๙ ข้อ คะแนนรวม ๑๘ คะแนน ดังนี้

๑. รูปแบบหรือวิธีการดำเนินงานด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (๑๒ คะแนน)

๒. มีบริการที่เป็นมิตรด้านการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (๖ คะแนน)

หมวด ๒ ระบบคุณภาพการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการและระบบบริหารจัดการยา ประกอบด้วย
ข้อคำถาม จำนวน ๒๑ ข้อ คะแนนรวม ๒๘ คะแนน ดังนี้

๑. ระบบสนับสนุนการตรวจวินิจฉัยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ทางห้องปฏิบัติการ (๑๒ คะแนน)

๒. ระบบบริหารจัดการยารักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (๑๖ คะแนน)

หมวด ๓ กระบวนการดูแลรักษาและเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ประกอบด้วย
ข้อคำถาม จำนวน ๔๒ ข้อ คะแนนรวม ๗๔ คะแนน ดังนี้

๑. การดำเนินงานเชิงรุก ตามกรอบบริการ RRTTPR (๖ คะแนน)

๒. การคัดกรอง ป้องกันควบคุม โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยง (๑๔ คะแนน)

๓. การวินิจฉัย รักษา เฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำหรับ ผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อโรคติดต่อ
ทางเพศสัมพันธ์ (๑๘ คะแนน)

๔. การดูแลรักษาเอชไอวี ซิฟิลิส และไวรัสตับอักเสบบี จากแม่สู่ลูก (๓๖ คะแนน)

หมวด ๔ ผลลัพธ์การดำเนินงาน ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน ๔ ข้อ คะแนนรวม ๘ คะแนน ดังนี้

๑. มีการจัดทำ และวิเคราะห์ข้อมูลโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยใช้ข้อมูลจาก DDS ข้อมูลสารสนเทศ
การปฏิบัติงานการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและข้อมูลการสำรวจสถานบริการและจุดรวมตัว และนำเสนอให้แก่
ผู้บริหาร และผู้เกี่ยวข้องได้รับทราบและใช้ประโยชน์ (๒ คะแนน)

๒. การประเมินความครบถ้วนของ DDS ๗ โรค (๒ คะแนน)

๓. การประเมินความถูกต้องของ DDS ๗ โรค (๒ คะแนน)

๔. ร้อยละของผู้ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้รับการตรวจคัดกรองซิฟิลิส (๒ คะแนน)

การให้คะแนนรายข้อระบุตามคำตอบของแต่ละข้อ ได้แก่ ๐, ๑, ๒ และบางข้อไม่คำนวณคะแนน
โดยหน่วยบริการสาธารณสุขที่ผ่านมาตรฐานจะต้องได้คะแนนรวมและคะแนนรายหมวดทั้ง ๔ หมวด
≥ ร้อยละ ๗๐ จึงจะถือว่า ผ่านมาตรฐาน โดยแบ่งผลการประเมินออกเป็น ๔ ระดับ ดังตารางที่ ๓

ตารางที่ ๓ ระดับผลการประเมินเพื่อพัฒนาระบบการขับเคลื่อนบริการดูแลรักษา ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อ
ทางเพศสัมพันธ์ ของหน่วยบริการสาธารณสุข

ลำดับ	ระดับ	ร้อยละของคะแนนรวม
๑	เพชร	ร้อยละ ๙๐ - ร้อยละ ๑๐๐
๒	ทอง	ร้อยละ ๘๐ - ร้อยละ ๘๙
๓	เงิน	ร้อยละ ๗๐ - ร้อยละ ๗๙
๔	ควรปรับปรุง	น้อยกว่า ร้อยละ ๗๐

๓.๒ วิธีการประเมิน

วิธีการประเมิน แบ่งเป็น ๓ ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ ๑ การประเมินตนเอง

๑. ให้หน่วยบริการสาธารณสุขทำการประเมินตนเอง ผ่านเว็บโปรแกรม : <https://stisqsa.ddc.moph.go.th/>

๒. สำนักงานป้องกันควบคุมโรค พิจารณาข้อมูลผลการประเมินตนเองของหน่วยบริการสาธารณสุข จากเว็บโปรแกรม: <https://stisqsa.ddc.moph.go.th/> หน่วยบริการสาธารณสุขมีผลคะแนนรวม และคะแนน รายหมวดผ่านมาตรฐานหรือไม่ (คะแนน $\geq$ ร้อยละ ๗๐ ขึ้นไป) ซึ่งแบ่งได้ ๒ กรณีดังนี้

๑) กรณีหน่วยบริการสาธารณสุขมีผลคะแนน ผ่าน เกณฑ์มาตรฐาน ให้สำนักงานป้องกันควบคุมโรค ประสานว่า มีความพร้อมให้ทีมลงพื้นที่เพื่อเยี่ยมติดตามและประเมินหรือไม่ และจะใช้การประเมินรูปแบบใด หากพร้อมให้นัดหมายเพื่อเยี่ยมติดตาม และประเมินตามเกณฑ์ในขั้นตอนที่ ๒ ต่อไป

๒) กรณีหน่วยบริการสาธารณสุขมีผลคะแนน ไม่ผ่าน เกณฑ์มาตรฐาน ให้สำนักงานป้องกันควบคุมโรค ประสานทำความเข้าใจหรือให้คำปรึกษาแก่หน่วยบริการสาธารณสุข เพื่อขับเคลื่อนบริการดูแลรักษา ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ผ่านตามเกณฑ์มาตรฐานที่กรมควบคุมโรคกำหนด และรับการประเมิน ในปีถัดไป

ขั้นตอนที่ ๒ การรับรองผลการประเมิน

วิธีการรวบรวมข้อมูลเพื่อการประเมินหน่วยบริการสาธารณสุขเพื่อพัฒนาคุณภาพการให้บริการ ด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ตามเกณฑ์ในขั้นตอนที่ ๒ ใช้วิธีผสมผสานระหว่างการเก็บข้อมูลจากเอกสาร หรือหลักฐานต่าง ๆ การสอบถามหรือสัมภาษณ์ผู้บริหาร/คณะกรรมการ/คณะทำงาน/ผู้ประสานงานการรณรงค์ สัมภาษณ์บุคลากร และการสังเกตจากสภาพการปฏิบัติงานจริง รายละเอียดดังนี้

๑) สังเกตสถานที่ สิ่งแวดล้อม ระบบการให้บริการสุขภาพ โดยทีมประเมินสังเกตคลินิกหรือแผนกที่เปิด ให้บริการด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และแผนกอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น แผนกหลังคลอด ฝ่ายเวชกรรมสังคม คลินิกสุขภาพเด็กดี ห้องปฏิบัติการ เป็นต้น

๒) ตรวจเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการประเมิน ซึ่งเป็นหลักฐานการดำเนินงานของหน่วยบริการสาธารณสุข ที่ทีมประเมินสามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการประเมิน ได้แก่ ผังโครงสร้าง คำสั่งแต่งตั้งผู้รับผิดชอบงาน ด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ผังกระบวนการดำเนินงาน (Flow chart) ของระบบบริการด้าน STIs แนวปฏิบัติ ในการดำเนินงาน (SOP) เอกสารการบันทึกการดำเนินงานเชิงรุก แผนการสำรวจแหล่ง แบบบันทึกการให้บริการ หรือผลการปฏิบัติงาน Log book เวชระเบียน ทะเบียนส่งต่อ เป็นต้น ทั้งนี้ข้อมูลที่เป็นเอกสารตามที่ระบุไว้ข้างต้น นี้เป็นเอกสารหลักที่ใช้อย่างไรก็ตามก็อาจมีเอกสารนอกเหนือจากนี้ได้

๓) สัมภาษณ์บุคคลที่เกี่ยวข้อง โดยสัมภาษณ์ผู้บริหาร/คณะกรรมการ/คณะทำงาน/ผู้ประสานงาน ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมทั้งผู้รับผิดชอบด้านระบบข้อมูลและด้านระบาดวิทยา ของหน่วยบริการสาธารณสุข

ขั้นตอนที่ ๓ การสรุปผลการรับรอง

ภายหลังเสร็จสิ้นการนำเสนอ การซักถาม การรวบรวมข้อมูล และการลงพื้นที่เยี่ยมชมสถานที่ปฏิบัติงาน เรียบร้อยแล้ว ทีมประเมินสรุปผลการประเมินภาพรวมและรายหมวดเบื้องต้น รวมทั้งข้อชื่นชม ข้อเสนอแนะ และโอกาสในการพัฒนาแก่ผู้บริหาร ผู้รับผิดชอบงานด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และผู้ที่เกี่ยวข้องรับทราบ

เพื่อนำไปปรับปรุงคุณภาพการให้บริการด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของหน่วยบริการสาธารณสุขให้เป็นไปตามมาตรฐาน สำหรับสรุปผลการรับรองอย่างเป็นทางการทางที่ประเมินจะแจ้งให้หน่วยบริการรับทราบภายใน ๑๕ วัน หลังการประเมิน จากนั้นให้สำนักงานป้องกันควบคุมโรค สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร รวบรวมคะแนน และจัดทำสรุปรายงานผลการประเมินตามแบบฟอร์มที่กำหนด เสนอให้กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์รับทราบ โดยกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จะประกาศผลการประเมินฯ ผ่านเว็บไซต์ พร้อมทั้งแจ้งผลให้สำนักงานป้องกันควบคุมโรค สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และหน่วยบริการสาธารณสุขทราบ และจะมีเวทีมอบใบประกาศเกียรติคุณให้กับหน่วยบริการที่ผ่านการรับรองระดับเพชร ทอง และเงิน ต่อไป

๓.๓ เทคนิคการตรวจประเมิน

การรับรองผลการประเมินตนเองของหน่วยบริการสาธารณสุขตามแบบประเมินตนเองเพื่อพัฒนาระบบการขับเคลื่อนบริการดูแลรักษา ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยทีมประเมินจะให้คะแนนจากหลักฐานเชิงประจักษ์จากการทบทวนและตรวจสอบเอกสารหลักฐานประกอบการประเมิน การสังเกตสภาพแวดล้อมและระบบการให้บริการ ตลอดจนสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้อง ในประเด็นสำคัญ ดังนี้

๑) ด้านนโยบาย แผนงาน และบริหารจัดการ ทีมประเมินควรพิจารณารูปแบบหรือวิธีการดำเนินงานด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข ในประเด็นสำคัญ ดังนี้

- หน่วยบริการสาธารณสุขมีโครงสร้างการทำงานด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในรูปแบบใด มีการระบุหรือมอบหมายผู้รับผิดชอบงานชัดเจนหรือไม่ ในกรณีที่มีค่าแต่งตั้งคณะทำงานควรพิจารณาองค์ประกอบ และบทบาท/หน้าที่ของคณะทำงานว่าครอบคลุมทุกแผนกที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยงหรือไม่
- หน่วยบริการสาธารณสุขมีแนวปฏิบัติในการดำเนินงานสำหรับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ครบถ้วนหรือไม่ รวมทั้งมีการสื่อสาร และถ่ายทอดแนวปฏิบัติดังกล่าวฯ ให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทุกแผนกรับทราบอย่างครอบคลุมเป็นแนวทางเดียวกันหรือไม่ และผ่านช่องทางใด
- เส้นทางเดินของผู้รับบริการด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีรูปแบบอย่างไร และมีความเกี่ยวข้องกับแผนกใดในลักษณะใดบ้าง มีช่องทางที่เอื้อให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการได้ง่ายหรือมีบริการครบวงจร (one stop service; ตั้งแต่ตรวจวินิจฉัยรักษา จนถึงก่อนรับยา) หรือไม่ อย่างไร
- หน่วยบริการสาธารณสุขมีการประเมินความพึงพอใจ หรือช่องทางในการรับข้อเสนอแนะหรือข้อร้องเรียนของผู้รับบริการด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ครอบคลุมทุกแผนกที่ผู้รับบริการด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ไปรับบริการหรือไม่ และรูปแบบใด รวมทั้งมีการนำข้อเสนอแนะไปปรับปรุงคุณภาพบริการหรือไม่ อย่างไร
- สุ่มข้อมูลจากหน่วยบริการสาธารณสุข เพื่อประเมินข้อมูลผู้รับบริการที่สมัครใจเข้ารับบริการให้การรักษา และตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีใน NAP plus (National AIDS Program Plus) ครบถ้วนทุกรายหรือไม่ สำหรับหน่วยบริการที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนกับ สปสช. ให้มีการบันทึกข้อมูลใน Logbook หรือโปรแกรมที่สามารถแสดงฐานข้อมูลดังกล่าวฯ

๒) ด้านการจัดบริการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ยา และการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ

- หน่วยบริการสาธารณสุขมีศักยภาพการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ การย้อมสีแกรม (Gram stain) การตรวจสด (Wet smear) การเพาะเชื้อ (Culture) การตรวจหาสารพันธุกรรมด้วยวิธี Nucleic acid amplification test (NAAT) ตามมาตรฐานที่กรมควบคุมโรคกำหนดหรือไม่ รวมทั้งระยะเวลาที่ใช้ในการรายงานผลในวัน
- หน่วยบริการสาธารณสุขมีศักยภาพในการตรวจซีฟิลิส โดยวิธี nontreponemal test และ treponemal test ได้เองหรือไม่ หรือส่ง Out Lab ระยะเวลาที่ใช้ในการรายงานผลในวัน รวมทั้งมีแนวทางการตรวจการติดเชื้อโรคซีฟิลิสตามขั้นตอนวิธีแบบ Traditional หรือ Reverse Algorithms ในการส่งตรวจครั้งเดียวหรือไม่
- หน่วยบริการสาธารณสุขมียารักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ครบตามมาตรฐานที่กรมควบคุมโรคกำหนด ได้แก่ Benzathine penicillin G, Ceftriaxone, กลุ่มยา Tetracyclines, กลุ่มยา macrolide, ยารักษาเริ่มอวัยวะเพศ/ทวารหนัก ชนิดรับประทาน, การรักษาหูดอวัยวะเพศด้วยยาทา หรือการจี้เย็น หรือการจี้ไฟฟ้า/เลเซอร์, ยาทารักษาโรคหิด หรือโลน และมีวิธีการบริหารคลังยาที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ มีการบันทึกอุณหภูมิห้อง หรืออุณหภูมิตู้เย็นเก็บรักษายา มีการจัดเรียงและการหยิบใช้ยาตามหลัก First Expire – First Out (FEFO) มีการจัดทำแนวทางการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา มีการบริหารยาเพียงพอต่อการใช้งานหรือไม่ อย่างไร
- ทบทวนเวชระเบียนของผู้รับบริการด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อดูบันทึกข้อมูลการซักประวัติอาการสำคัญ พฤติกรรมเสี่ยง การเก็บส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการวินิจฉัย การบันทึกรหัส ICD-10 และการรักษาของแพทย์ว่ามีความสอดคล้องกันหรือไม่ มีการให้สุ่มศึกษาด้านการป้องกัน ควบคุมดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การให้การปรึกษา การส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่น และการติดตามคู่สัมผัส ครบถ้วนทุกรายหรือไม่ ทั้งนี้ควรสุ่มดูเวชระเบียนให้ครบทั้ง ๗ โรค ได้แก่ หนองใน หนองในเทียม ซีฟิลิส แผลริมอ่อน กามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลือง เริ่มที่อวัยวะเพศและ/หรือทวารหนัก หูดอวัยวะเพศ และ/หรือทวารหนัก

๓) ด้านการดูแลรักษาเอชไอวี ซีฟิลิส และไวรัสตับอักเสบบี จากแม่สู่ลูก

- หน่วยบริการสาธารณสุขมีแนวปฏิบัติหรือแนวทางการดูแลรักษาเอชไอวี ซีฟิลิส และไวรัสตับอักเสบบี จากแม่สู่ลูก การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การติดตามมารดาและทารก และแนวทางการสอบสวนโรค และรายงานการติดเชื้อซีฟิลิสในทารกแรกเกิด ทาง รง.๕๐๖ ตามแนวทางที่กรมควบคุมโรคกำหนด หรือไม่ อย่างไร
- ทบทวนเวชระเบียนของมารดาที่เอชไอวี ซีฟิลิส และไวรัสตับอักเสบบี เพื่อดูการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การวินิจฉัย และการรักษาโดยเร็วหรือภายในวันที่ทราบผลการติดเชื้อหรือไม่ และมีการนัดติดตาม ตามแนวทางที่กรมควบคุมโรคกำหนด หรือไม่ อย่างไร
- ทบทวนเวชระเบียนของทารกที่เกิดจากหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซีฟิลิสได้รับการรักษาด้วย PGS หรือ Benzathine Penicillin G ตามแนวทางการรักษา
- สุ่มข้อมูลของหน่วยบริการสาธารณสุขว่ามีการบันทึกรหัส ICD-10 ผู้ป่วยโรคซีฟิลิสแต่กำเนิดในระบบ HIS ระบบ DDS และมีการบันทึกแบบสอบสวนโรคครบถ้วนถูกต้องหรือไม่

- ประเด็นข้อค้นพบสำคัญ คือ ส่วนใหญ่หน่วยบริการสาธารณสุขให้การดูแลรักษาทารกที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสได้ตามมาตรฐาน แต่ขาดการติดตามหรือไม่มีข้อมูลการติดตามผลเลือดของทารก จนครบอายุ ๑๘ เดือน

๔) ด้านระบบรายงานและข้อมูล

- หน่วยบริการสาธารณสุขมีการวิเคราะห์ และจัดทำข้อมูลโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยใช้ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาในรูปแบบดิจิทัล (Digital Disease Surveillance: DDS) ข้อมูลสารสนเทศการปฏิบัติงานการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและข้อมูลการสำรวจสถานบริการ และจตุรรมตัว และนำเสนอให้แก่ผู้บริหาร และผู้เกี่ยวข้องได้รับทราบและใช้ประโยชน์หรือไม่ ผ่านช่องทางใด และความถี่กี่ครั้ง/ปี

- สุ่มข้อมูลจากหน่วยบริการสาธารณสุข เพื่อประเมินความครบถ้วนและความถูกต้องของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘) จำนวน ๗ โรค ได้แก่ หนองใน หนองในเทียม ซิฟิลิส แผลริมอ่อน กามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลือง เริ่มที่อวัยวะเพศและ/หรือทวารหนัก หูดอวัยวะเพศและ/หรือทวารหนัก โดยตรวจสอบข้อมูลจากระบบเฝ้าระวัง DDS เทียบกับโปรแกรมบันทึกข้อมูลการให้บริการของหน่วยบริการสาธารณสุข (รหัส ICD-10 หลัก และข้างเคียง) ผลการตรวจสอบเป็นอย่างไร ทั้งนี้ ข้อมูลที่ได้จะเป็นตัวแทนของข้อมูลทั้งหมด เพื่อชี้ประเด็นสำคัญด้านระบบการรายงานและข้อมูล เช่น การให้รหัสโรค การตรวจติดตาม เป็นต้น

- สุ่มข้อมูลจากโปรแกรมบันทึกข้อมูลการให้บริการของหน่วยบริการสาธารณสุขว่า ผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ทั้ง ๗ โรค ได้รับการตรวจคัดกรองซิฟิลิสหรือไม่ ร้อยละความครอบคลุมของการตรวจคัดกรองเป็นอย่างไร

หมายเหตุ:

การใช้งานระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาในรูปแบบดิจิทัล (Digital Disease Surveillance: DDS)

๑. หน่วยบริการสาธารณสุขที่บันทึกและส่งข้อมูลเข้าสู่ระบบเฝ้าระวัง DSS รวมทั้งผู้ที่ได้รับสิทธิให้แก้ไขข้อมูล จะเป็นผู้ที่สามารถแก้ไขข้อมูลในระบบเฝ้าระวัง DSS เท่านั้น

๒. การเข้าถึงข้อมูลของระบบเฝ้าระวัง DDS จะสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ตามสิทธิที่ได้รับ เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จะสามารถเห็นข้อมูลเฉพาะโรงพยาบาล หรือสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ที่บันทึกข้อมูลภายในจังหวัดตนเอง สำนักงานป้องกันควบคุมโรค (สคร.) สามารถเข้าถึงข้อมูลเฉพาะหน่วยบริการสาธารณสุขของจังหวัดที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของ สคร. เป็นต้น

๓. ในการดาวน์โหลดข้อมูล Excel จากระบบเฝ้าระวัง DSS เพื่อนำวิเคราะห์และจัดทำข้อมูล ให้ระบุวันและเวลา ที่ดาวน์โหลดข้อมูลไว้เสมอ เนื่องจากระบบเฝ้าระวัง DSS มีการอัปเดตข้อมูลแบบ Real time

๓.๔ การให้ข้อเสนอแนะที่มีคุณค่า^(๑)

การให้ข้อเสนอแนะที่มีคุณค่า โดยการวิเคราะห์ เชื่อมโยง และประมวลผลจากข้อมูลที่พื้นที่นำเสนอเป็นหลัก รวมทั้งการสืบค้นข้อมูลเพิ่มเติมจากแหล่งข้อมูลในระบบต่าง ๆ ที่มีอยู่และมีความเชื่อมโยงกับการดำเนินงานในแต่ละหมวด เช่น ข้อมูลผู้รับบริการที่สมัครใจเข้ารับบริการให้การปรึกษา และตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี จากโปรแกรม National AIDS Program Plus: NAP plus ข้อมูลการรักษาผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จากโปรแกรม HosXP ข้อมูลการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี ซิฟิลิส ไวรัสตับอักเสบบีจากแม่สู่ลูก

จาก โปรแกรม Perinatal HIV Intervention Monitoring System: PHIMS ข้อมูลการรายงานจำนวนผู้ป่วยจากระบบ DDS เป็นต้น โดยนำข้อมูลที่ได้เปรียบเทียบกับเกณฑ์การประเมินหรือค่าเป้าหมายตัวชี้วัด ในกรณีที่ผลการดำเนินงานยังไม่บรรลุเป้าหมาย ควรพูดคุยเพื่อหาช่องว่าง หรือสาเหตุของปัญหา เพื่อร่วมกันวางแผนทางการแก้ไขหรือหาโอกาสในการพัฒนา โดยทีมรับรองควรให้ข้อเสนอแนะที่สะท้อนให้เห็นการพัฒนาที่เป็นจริงหรือเหมาะสมกับบริบท และตอบสนองประเด็นสำคัญของมาตรฐาน สะท้อนให้เห็นเอกลักษณ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข และควรมีความสอดคล้องระหว่างคะแนน สิ่งที่น่าชื่นชม และข้อเสนอแนะ โดยข้อเสนอแนะที่มีคุณค่ามีลักษณะดังนี้

๑. เข้าใจง่าย ชัดเจน แต่ละข้อควรเป็นประเด็นเดียว ไม่มีหลายประเด็นซ้อนกันอยู่ในข้อเดียวกัน จนเกิดความสับสน ยกเว้นแต่เป็นเรื่องย่อยภายใต้เรื่องใหญ่ ก็ควรจัดกลุ่มให้อยู่ในข้อเดียวกัน แนวทางในการสรุปความคิดให้เป็นประเด็นเดียว คือ การคิดออกมาเป็น bullet ให้ครบทุกประเด็น แล้วจัดระบบความคิดให้เป็นหมวดหมู่ก่อนที่จะเขียนเนื้อความอย่างกระชับ หลีกเลี่ยงคำขยายความที่ไม่จำเป็น

๒. มีความชัดเจนว่าต้องการให้หน่วยบริการสาธารณสุขทำอะไร อาจจะมีการยกตัวอย่างสิ่งที่พบเห็น เพื่อให้เกิดความเข้าใจหรือเห็นภาพชัดเจนขึ้น ในการยกตัวอย่างหรือขยายความ ควรกระทำหลังจากเขียนประโยคหลักก่อน

๓. ให้ข้อเสนอแนะในประเด็นที่มีความสำคัญสูง และสะท้อนให้เห็นการขับเคลื่อนการพัฒนาไปสู่ทิศทางที่องค์กรจะขับเคลื่อนไป

เอกสารอ้างอิง

๑. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). คู่มือผู้เยี่ยมสำรวจ. นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน); ๒๕๖๓.

ภาคผนวก

**ตัวอย่างกำหนดการเยี่ยมเสริมพลัง นิเทศ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน
ด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์**

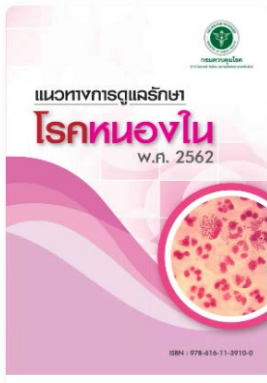
เวลา	รายละเอียดกิจกรรม
๐๙.๐๐ – ๐๙.๓๐ น.	หัวหน้าทีม ชี้แจงวัตถุประสงค์ และแนะนำทีม
๐๙.๓๐ – ๑๐.๓๐ น.	ผู้แทนหน่วยรับเยี่ยมเสริมพลัง นิเทศ ติดตาม และประเมินผล นำเสนอข้อมูล (Power point) ตามประเด็นสำคัญ ได้แก่ ๑) สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เอชไอวี ไวรัสตับอักเสบบี และไวรัสตับอักเสบบี ๒) ความก้าวหน้าการดำเนินงานตามตัวชี้วัด นโยบาย และประเด็นสำคัญด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคร่วมและงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น มาตรฐานการดูแลรักษา การตรวจทางห้องปฏิบัติการด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นต้น ๓) ข้อเสนอแนะนวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง หรือ Best Practice ๔) ความท้าทาย ช่องว่าง และโอกาสในการพัฒนา ๕) ข้อเสนอแนะและสิ่งที่ต้องการรับการสนับสนุน
๑๐.๓๐ – ๑๒.๐๐ น.	หัวหน้าและทีม แลกเปลี่ยน ให้ข้อเสนอแนะการดำเนินงาน และรับเรื่องไปประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

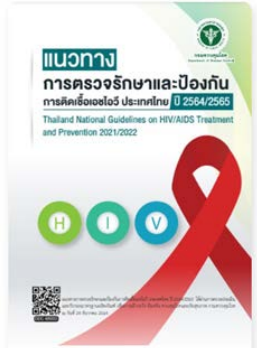
หมายเหตุ รูปแบบและกำหนดเยี่ยมเสริมพลัง นิเทศ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสม และความพร้อมของพื้นที่

เอกสารคู่มือ แนวทางการปฏิบัติงานด้านการป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ช่องทางในการเข้าถึงคู่มือ แนวทางฯ : <https://stisqsa.ddc.moph.go.th/manual>

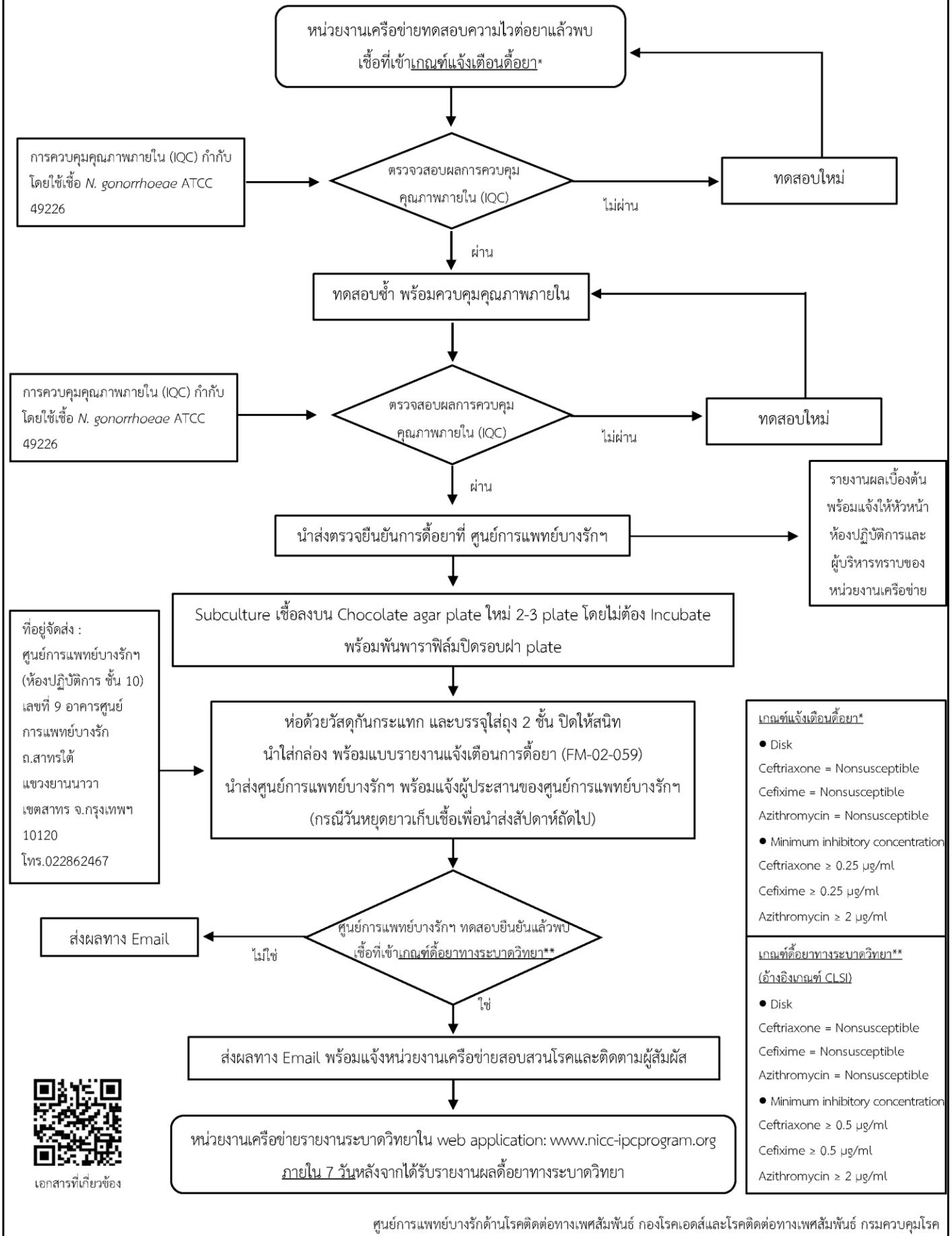
ลำดับ	เรื่อง	
1	คู่มือการใช้งานแบบประเมินตนเองเพื่อพัฒนาระบบการขับเคลื่อนบริการดูแลรักษา ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ฉบับปรับปรุง ปี 2566	
2	คู่มือการตรวจวินิจฉัยและติดตามการรักษาโรคซิฟิลิสทางห้องปฏิบัติการ	
3	แนวทางการกำจัดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด พ.ศ. 2563	

ลำดับ	เรื่อง	
4	แนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	
5	แนวทางการดูแลรักษาโรคหนองใน พ.ศ. 2562	
6	นิยามโรคและแนวทางการรายงานโรคติดต่ออันตราย และโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังในประเทศไทย	
7	คู่มือแนวทางการสำรวจบริการทางเพศ	

8	แนวทางการดำเนินงานการจัดการถ่ายทอดโรคไวรัสตับอักเสบบี จากแม่สู่ลูก	
9	แนวทางการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	
10	แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย 2564/2565	
11	นโยบาย มาตรการ และแนวทางปฏิบัติด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	

แนวทางการส่งยืนยันเชื้อหนองในดื้อยาและการรายงานดื้อยาทางระบาดวิทยา สำหรับยา Ceftriaxone, Cefixime และ Azithromycin

โครงการเฝ้าระวังเชื้อหนองในดื้อยาประเทศไทย

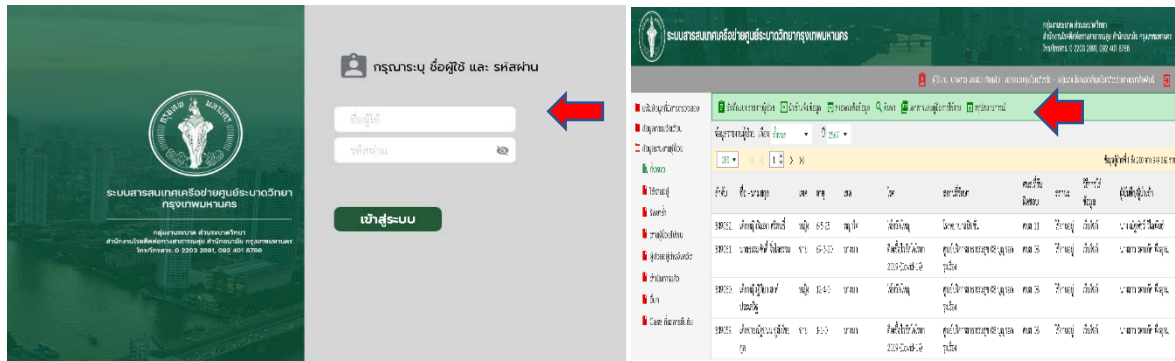


การดึงข้อมูล HIV/STIs ของ กรุงเทพมหานคร

: เพื่อการประเมิน ประเด็นที่ ๔ ด้านระบบรายงานและข้อมูล

๑. ส่วนของผู้ประเมิน : สำนักงานโรคติดต่อทางสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

- เข้าถึงข้อมูล โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดย โปรแกรม Epi-net ข้อมูล ๗ โรคหลัก รายปี รายหน่วยบริการ รายโรค และ รายบุคคล



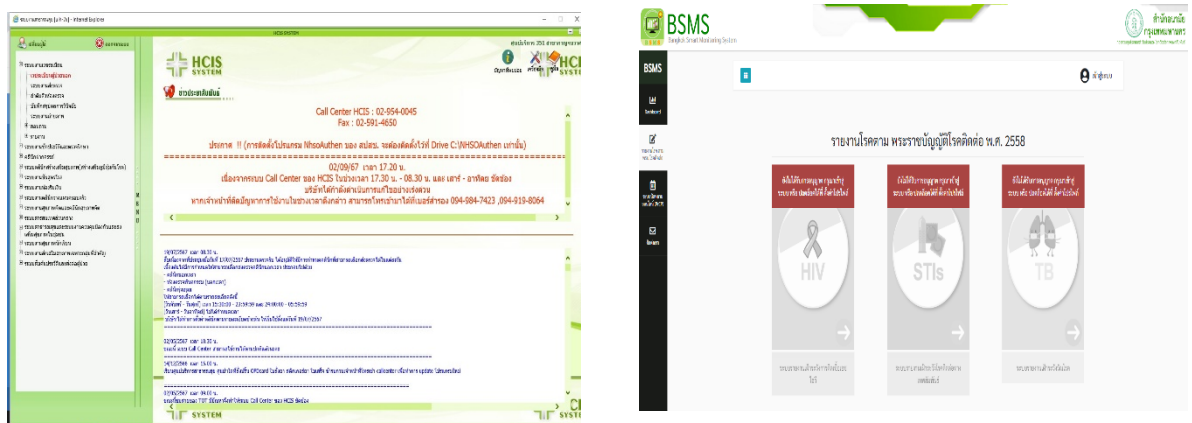
- เข้าถึงข้อมูล เอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดย โปรแกรม BSMS , NAP

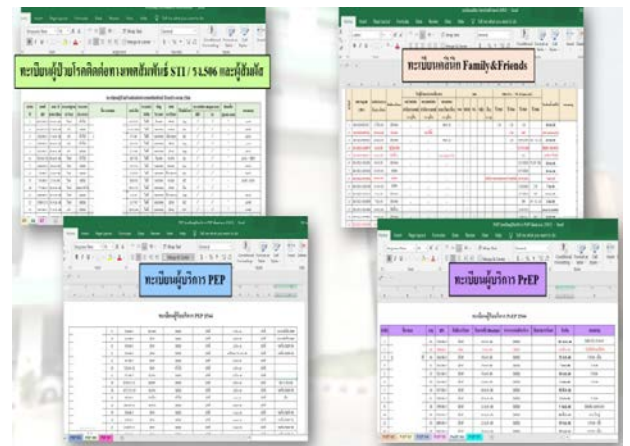
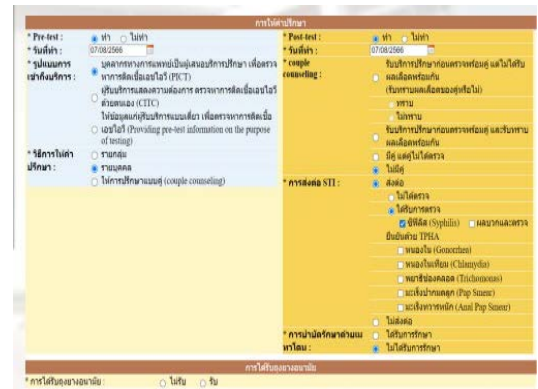


- เข้าถึงข้อมูล โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดย โปรแกรม D ๕๐๖

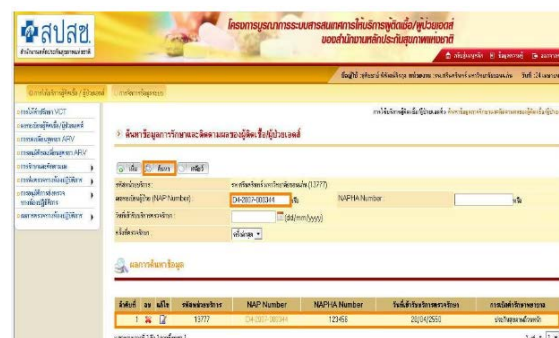
๒. หน่วยบริการที่รับการประเมิน : ศูนย์บริการสาธารณสุข / โรงพยาบาล สังกัด สำนักการแพทย์

๒.๑ ศูนย์บริการสาธารณสุข เข้าถึงข้อมูลเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดย โปรแกรม HCIS , BSMS , NAP และ Logbook





๒.๒ โรงพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร เข้าถึงข้อมูลเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยโปรแกรม E-Phis และ NAP

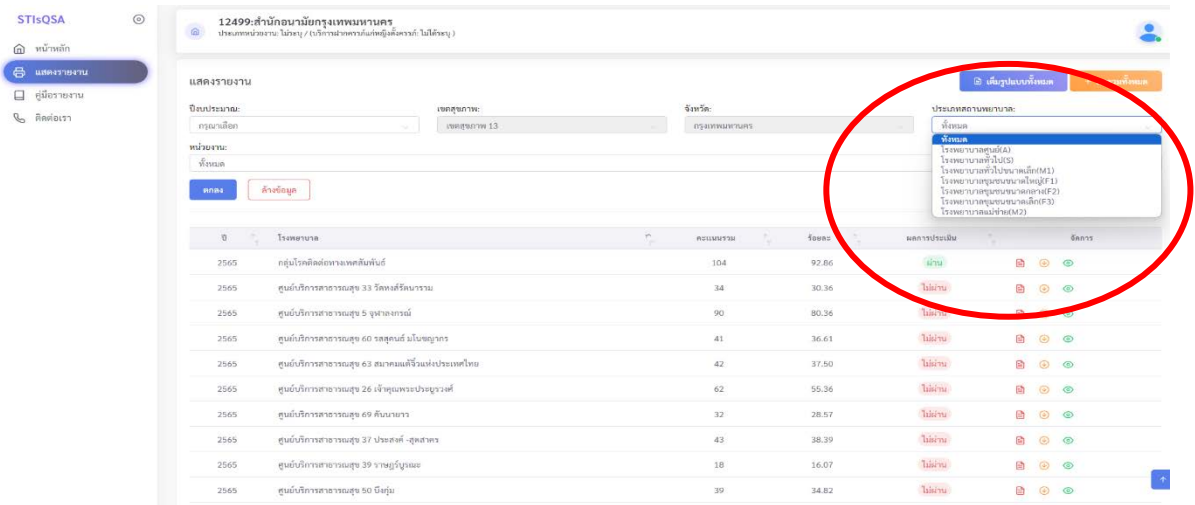


๓. การใช้ประโยชน์จากข้อมูล

- เปรียบเทียบ ความครบถ้วนของการรายงานโรค และความถูกต้องตามนิยาม ระหว่างข้อมูลของส่วนกลางกับข้อมูลของหน่วยบริการ
- ประเมินความครอบคลุมของการตรวจคัดกรองเอชไอวีและซิฟิลิส
- ตรวจสอบมาตรฐานการดูแลรักษาเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยใน OPD Card ผ่านโปรแกรมของหน่วยบริการ
- ประเมินความสำเร็จของนโยบาย ๙๕ : ๙๕ : ๙๕
- นำเสนอข้อมูลแก่ผู้บริหารเพื่อติดตามความก้าวหน้าของงาน และปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ในการปรับปรุงแก้ไขปัญหาการดำเนินงาน

๑. ด้าน STIsQSA ประเด็นสำคัญ การประสาน

- ยังไม่มีลิสต์ในโปรแกรมของการเลือกผลการประเมินเฉพาะกลุ่มศูนย์บริการสาธารณสุข



- เปรียบเทียบข้อมูล โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในโปรแกรม D ๕๐๖ และ Epi-net พบว่ามีปริมาณข้อมูลที่ต่างกันค่อนข้างชัดเจน เป็นข้อสังเกตพร้อมทั้งหาสาเหตุ รวมถึงการปรับปรุงแก้ไข

จำนวนผู้ป่วย STIs กทม. (1 ม.ค. - 30 มิ.ย. 67)		
โรค	D 506	Epinet กทม.
ซิฟิลิส	1992	1535
หนองใน	1143	881
หนองในเทียม	1041	778
แผลริมอ่อน	112	74
กามโรคต่อมน้ำเหลือง	26	17
หูดอวยวะเพศ และทวารหนัก	1249	917
เริม	799	601

อัตราป่วย STIs กทม. (1 ม.ค. - 30 มิ.ย. 67)		
โรค	อัตราป่วย/แสน ปชก.	
	D 506	Epinet กทม.
ซิฟิลิส	36.33	27.99
หนองใน	20.85	16.06
หนองในเทียม	18.99	14.18
แผลริมอ่อน	2.04	1.34
กามโรคต่อมน้ำเหลือง	0.47	0.31
หูดอวยวะเพศ และทวารหนัก	22.78	16.72
เริม	14.57	10.96



กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control

แผนงานด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ กลุ่มโรคติดต่อเรื้อรัง (Cluster SALTH)

เลขที่ Cluster SALTH: ศบจ. กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์



แผนงานโรคและภัยสุขภาพ Cluster SALTH จำนวน 5 แผนงาน (ปี 66 - 70)



แผนงานเร่งรัดป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (กอพ.)

3 เป้าหมาย 4 มาตรการ

- เป้าหมาย 1: อัตราป่วยโรคหนองใน (ทุกกลุ่มอายุ) ไม่เกิน 1 ต่อประชากรแสนคน ภายในปี พ.ศ. 2573
- เป้าหมาย 2: อัตราป่วยโรคซิฟิลิส (ทุกกลุ่มอายุ) ไม่เกิน 1 ต่อประชากรแสนคน ภายในปี พ.ศ. 2573
- เป้าหมาย 3: อัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด ≤ 50 ต่อเด็กเกิดมีชีวิตแสนคน ภายในปี พ.ศ. 2573



แผนงานยุติปัญหาเอดส์ (กอพ.)

3 เป้าหมาย 4 มาตรการ

- เป้าหมาย 1: ลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ลงเหลือ $< 1,000$ ราย ภายในปี 2573
- เป้าหมาย 2: ลดการเสียชีวิตเนื่องจากเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ลงเหลือ $< 4,000$ ราย ภายในปี 2573
- เป้าหมาย 3: ลดการติดเชื้อและเลือกปฏิบัติ น้อยกว่าร้อยละ 10 ภายในปี 2573



แผนงานป้องกันควบคุมโรคเรื้อรัง (สรส.)

2 เป้าหมาย 2 มาตรการ

- เป้าหมาย 1: การค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อรังใหม่ให้เข้าสู่ระบบการรักษาตามมาตรฐาน เพื่อตัดวงจรการแพร่เชื้อ และป้องกันการเกิดภาวะพิการระดับ 2
- เป้าหมาย 2: ลดการติดเชื้อในผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อรัง ครอบครัวและชุมชน



แผนงานป้องกันและควบคุมไวรัสตับอักเสบบี และ ซี (กอพ.)

3 เป้าหมาย 5 มาตรการ

- เป้าหมาย 1: ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ได้รับการวินิจฉัย ร้อยละ 90 ภายในปี 2573
- เป้าหมาย 2: ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ได้รับการวินิจฉัย ร้อยละ 90 ภายในปี 2573
- เป้าหมาย 3: ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ได้รับการรักษา ร้อยละ 80



แผนงานป้องกันควบคุมโรควัณโรค (กวร.)

2 เป้าหมาย 5 มาตรการ

- เป้าหมาย 1: ผู้ป่วยวัณโรคเข้าสู่ระบบการตรวจวินิจฉัยและรักษาวัณโรค
- เป้าหมาย 2: ผู้ติดเชื้อวัณโรค ได้รับการวินิจฉัยและรักษาการติดเชื้อวัณโรค (TPT)



ตัวชี้วัดเป้าหมาย แผนงาน Cluster SALTH จำนวน 5 แผนงาน



แผนงานเร่งรัดป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (กอฟ.)

1. อัตราป่วยโรคหนองใน ในกลุ่มอายุ 15 - 24 ปี
2. อัตราป่วยโรคซิฟิลิสในกลุ่มอายุ 15 - 24 ปี
3. อัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด (Congenital Syphilis) ต่อประชากรเด็กเกิดมีชีพหนึ่งแสนคน



แผนงานป้องกันควบคุมโรคเรื้อน (สรส.)

1. จำนวนจังหวัดที่ไม่มีผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่เป็นเด็กติดต่อกันมาแล้ว เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 5 ปี
2. จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่
3. จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่มีความพิการระดับ 2
4. ร้อยละของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน ครอบครัว และชุมชน มีการติดตามดูแลเมื่อเทียบกับข้อมูลพื้นฐาน



แผนงานป้องกันควบคุมโรควัณโรค (กวร.)

1. อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ
2. ร้อยละของผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการทดสอบความไวของเชื้อต่อยารักษาวัณโรค (DST)
3. ร้อยละผลสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ
4. ร้อยละของผู้สัมผัสผู้ป่วย < 5 ปี ที่สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอดได้รับการรักษาการติดเชื้อวัณโรค (TPT)
5. ร้อยละของผู้สัมผัส อายุ ≥ 5 ปี ที่สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอดได้รับการรักษาการติดเชื้อวัณโรค (TPT)



แผนงานยุติปัญหาเอดส์ (กอฟ.)

1. ร้อยละการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงรับบริการฝากครรภ์ อายุ 15 - 24 ปี (ค่านัยฐาน)
2. อัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก
3. ร้อยละของการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายในกลุ่มเยาวชน (อายุระหว่าง 15 - 24 ปี)
4. จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระบบบริการที่เสียชีวิตเนื่องจากเอดส์
5. ร้อยละของประชาชนอายุ 15 - 49 ปี (ทั้งชายและหญิง) ที่เคยได้อินเทอร์เน็ต และมีการคัดเลือกรูปแบบการปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี

แผนงานป้องกันและควบคุมไวรัสตับอักเสบบี และ ซี (กอฟ.)



1. ร้อยละผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ที่ได้รับการวินิจฉัย
2. อัตราการถ่ายทอดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จากแม่สู่ลูก
3. ร้อยละผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซี ที่ได้รับการวินิจฉัย
4. ร้อยละผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซี ได้รับการรักษา
5. ร้อยละผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซี ได้รับการรักษา



เป้าหมายและตัวชี้วัด แผนงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2566 - 2570

เป้าหมายการดำเนินงาน (ปี)						
ตัวชี้วัด	หน่วย	2566	2567	2568	2569	2570
เป้าหมายที่ 1: อัตราป่วยโรคหนองใน (ทุกกลุ่มอายุ) ไม่เกิน 1 ต่อประชากรแสนคน ภายในปี พ.ศ. 2573						
1. อัตราป่วยโรคหนองใน ในกลุ่มอายุ 15 - 24 ปี	ร้อยละ	40	70	60*	50*	40*
เป้าหมายที่ 2: อัตราป่วยโรคซิฟิลิส (ทุกกลุ่มอายุ) ไม่เกิน 1 ต่อประชากรแสนคน ภายในปี พ.ศ. 2573						
2. อัตราป่วยโรคซิฟิลิสในกลุ่มอายุ 15 - 24 ปี	ร้อยละ	50	75	65*	55*	45*
เป้าหมายที่ 3: อัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด ≤ 50 ต่อเด็กเกิดมีชีพหนึ่งแสนคน ภายในปี พ.ศ. 2573						
3. อัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด (Congenital Syphilis) ต่อประชากรเด็กเกิดมีชีพหนึ่งแสนคน	ร้อยละ	≤ 50	≤ 50	≤ 50	≤ 50	≤ 50

*ขอปรับค่าเป้าหมายใหม่



มาตรการและตัวชี้วัด แผนงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2566 - 2570

เป้าหมายการดำเนินงาน (ปี)

ตัวชี้วัด	หน่วย	2566	2567	2568	2569	2570
มาตรการที่ 1: เฝ้าระวังการป้องกันการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แบบผสมผสานให้ครอบคลุมประชากรกลุ่มเป้าหมาย						
1.ร้อยละของการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายในกลุ่มเยาวชน (อาชีวะชาย) (สำรวจล่าสุดปี 62 = 80.3)	ร้อยละ	85	90	90	> 90	> 90
มาตรการที่ 2: พัฒนาระบบบริการด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ให้มีคุณภาพ เป็นมิตร อยุ่อย่างครอบคลุม ทั้งถึงและเท่าเทียม						
2.ร้อยละของหน่วยบริการที่จัดบริการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ตามมาตรฐาน	ร้อยละ	20	30	40	50	60
3.จำนวนจังหวัดที่มีศักยภาพในการเพาะเชื้อหนองในตามมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการ	จำนวน	N/A	8	15	20	25
มาตรการที่ 3: พัฒนาศักยภาพและสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน						
4.จำนวนจังหวัดที่มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาสังคม หรือเอกชน มีส่วนร่วมในการดำเนินงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	จำนวน	N/A	40	50	70	77



มาตรการและตัวชี้วัด แผนงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2566 - 2570

เป้าหมายการดำเนินงาน (ปี)

ตัวชี้วัด	หน่วย	2566	2567	2568	2569	2570
มาตรการที่ 4: สนับสนุนการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย และการติดตามประเมินผล						
5.จำนวนจังหวัดที่มีแผนงาน/โครงการด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	จำนวน	N/A	45	60	77	77
6.จำนวนจังหวัดที่มีคณะทำงานตรวจสอบความถูกต้องของแบบสอบสวนโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด	จำนวน	N/A	45	60	77	77
7.จำนวนสำนักงานป้องกันควบคุมโรค และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ที่มีกระบวนการตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วน และประเมินระบบข้อมูลการรายงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	จำนวน	N/A	12	13	13	13



เป้าหมาย ตัวชี้วัด และมาตรการ ปี 2568

เป้าหมายที่ 1: อัตราป่วยโรคหนองใน (ทุกกลุ่มอายุ) ไม่เกิน 1 ต่อประชากรแสนคน ภายในปี พ.ศ. 2573 1. อัตราป่วยโรคหนองใน ในกลุ่มอายุ 15 - 24 ปี ค่าเป้าหมาย ปี 68 = ร้อยละ 60	เป้าหมายที่ 2: อัตราป่วยโรคซิฟิลิส (ทุกกลุ่มอายุ) ไม่เกิน 1 ต่อประชากรแสนคน ภายในปี พ.ศ. 2573 1. อัตราป่วยโรคซิฟิลิสในกลุ่มอายุ 15 - 24 ปี ค่าเป้าหมาย ปี 68 = ร้อยละ 65	เป้าหมายที่ 3: อัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด ≤ 50 ต่อเด็กเกิดมีชีวิต แสนคน ภายในปี พ.ศ. 2573 1. อัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด (Congenital Syphilis) ต่อประชากรเด็กเกิดมีชีวิตหนึ่งแสนคน ค่าเป้าหมาย ปี 68 = $\leq$ ร้อยละ 50
--	---	--

- มาตรการที่ 1 เร่งรัดการป้องกันการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แบบผสมผสานให้ครอบคลุมประชากรกลุ่มเป้าหมาย
- มาตรการที่ 2 พัฒนาระบบบริการด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ให้มีคุณภาพ เป็นมิตร อย่างครอบคลุม ทั้งถึงและเท่าเทียม
- มาตรการที่ 3 พัฒนาศักยภาพและสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน
- มาตรการที่ 4 สนับสนุนการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย และการติดตามประเมินผล



เป้าหมายและตัวชี้วัด แผนงานยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2566 - 2570

เป้าหมายการดำเนินงาน (ปี)						
ตัวชี้วัด	หน่วย	2566	2567	2568	2569	2570
เป้าหมายที่ 1: ลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ลดลงเหลือ < 1,000 ราย ภายในปี 2573						
1. ร้อยละการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงรับบริการฝากครรภ์ อายุ 15-24 ปี (ค่ามัธยฐาน)	ร้อยละ	≤ 0.25	≤ 0.24	≤ 0.23	≤ 0.22	≤ 0.21
2. อัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก	ร้อยละ	< 2	< 2	< 2	< 2	< 2
3. ร้อยละของการใช้ถุงยางอนามัยในทางเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายในกลุ่มเยาวชน (อาชีวะชาย) (สำรวจล่าสุดปี 62 = 80.3)	ร้อยละ	85	90	90	> 90	> 90
เป้าหมายที่ 2: ลดการเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีลงเหลือ < 4,000 ราย ภายในปี 2573						
4. จำนวนผู้ติดเชื้อ ในระบบบริการที่เสียชีวิตเนื่องจากเอดส์	ราย	8,300	7,800	7,400	7,000	6,500
เป้าหมายที่ 3: ลดการตีตราและเลือกปฏิบัติลงจากปี 2557 ร้อยละ 90 ภายในปี 2573						
5. ร้อยละของประชาชนอายุ 15 - 49 ปี (ทั้งชายและหญิง) ที่เคยได้ยินเรื่องโรคเอดส์ และมีทัศนคติการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี (MIC survey สำรวจทุก 5 ปี/ ปี 65 = 27.9)	ร้อยละ	-	-	-	-	< ร้อยละ 15



มาตรการและตัวชี้วัด แผนงานยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2566 - 2570

เป้าหมายการดำเนินงาน (ปี)						
ตัวชี้วัด	หน่วย	2566	2567	2568	2569	2570
มาตรการที่ 1: เร่งรัดการวินิจฉัย และการป้องกันในกลุ่มประชากรเป้าหมาย						
1.ร้อยละกลุ่มประชากรเป้าหมายได้รับยา PrEP	ร้อยละ	25	30	20*	25*	30*
2.จำนวนของกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการตรวจคัดกรองเอชไอวีด้วยตนเอง (HIV Self-test)	ราย	N/A	N/A	280,000 (20%)	350,000 (25%)	420,000 (30%)
มาตรการที่ 2: เร่งรัดให้ผู้ติดเชื้อได้เข้าถึงบริการรักษาที่มีคุณภาพมาตรฐาน						
3.ร้อยละของผู้รับบริการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส	ร้อยละ	92	93	85*	90*	95*
4.ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ที่ได้ตรวจ viral load และสามารถกดปริมาณไวรัสสำเร็จ	ร้อยละ	87	93	90*	95	>95
5.จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับยาต้านเอชไอวี ได้รับการรักษาวินิจฉัยโรคระยะแฝง	ราย	N/A	N/A	18,000	40,000	50,000

*ขอปรับค่าเป้าหมายใหม่



มาตรการและตัวชี้วัด แผนงานยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2566 - 2570

เป้าหมายการดำเนินงาน (ปี)						
ตัวชี้วัด	หน่วย	2566	2567	2568	2569	2570
มาตรการที่ 3: เร่งรัดการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติและจัดการภาวะทางสังคมที่เอื้อต่อการดำเนินงาน						
6.จำนวนจังหวัดที่มีกลไกการส่งเสริมคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ระดับจังหวัด	จังหวัด	20	30	40	50	60
7.ร้อยละของหน่วยบริการที่มีการดำเนินงานลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ	ร้อยละ	40	50 (405 แห่ง)	60 (485 แห่ง)	70 (566 แห่ง)	80 (647 แห่ง)
มาตรการที่ 4: พัฒนากลไก ระบบสนับสนุนด้านการบริหารจัดการ แผน ข้อมูล และติดตามประเมินผล และการวิจัย						
8.จำนวนรายงานการติดตามประเมินผลหรือรายงานการวิจัยที่สำเร็จต่อปี	เรื่อง	อย่างน้อย 1 เรื่อง	อย่างน้อย 1 เรื่อง	อย่างน้อย 1 เรื่อง	อย่างน้อย 1 เรื่อง	อย่างน้อย 1 เรื่อง



เป้าหมาย ตัวชี้วัด และมาตรการ ปี 2568

เป้าหมายที่ 1: ลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ลงเหลือ <1,000 ราย ภายในปี 2573 1.ร้อยละการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงรับบริการ ฝากครรภ์ อายุ 15 - 24 ปี (ค่ามัธยฐาน) ค่าเป้าหมาย ปี 68 = ≤ ร้อยละ 0.23 2.อัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ค่าเป้าหมาย ปี 68 = น้อยกว่าร้อยละ 2 3.ร้อยละของการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ ครั้งสุดท้ายในกลุ่มเยาวชน (อาชีวะชาย) ค่าเป้าหมาย ปี 68 = ร้อยละ 90	เป้าหมายที่ 2: ลดการเสียชีวิตเนื่องจาก เอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ลงเหลือ < 4,000 ราย ภายในปี 2573 1.จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระบบบริการ ที่เสียชีวิตเนื่องจากเอดส์ ค่าเป้าหมาย ปี 68 = 7,400 ราย	เป้าหมายที่ 3: ลดการตีตราและ เลือกปฏิบัติ น้อยกว่าร้อยละ 10 ภายในปี 2573 1.ร้อยละของประชาชนอายุ 15 - 49 ปี (ทั้งชายและหญิง) ที่เคยได้ยินเรื่องโรคเอดส์ และมีทัศนคติการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ค่าเป้าหมาย ปี 70 = < ร้อยละ 15 (MIC survey สํารวจทุก 5 ปี/ปี 65 = 27.9)
--	--	---

มาตรการที่ 1 เร่งรัดการวิจัยและการป้องกันในกลุ่มประชากรเป้าหมาย
มาตรการที่ 2 เร่งรัดให้ผู้ติดเชื้อได้เข้าถึงบริการรักษาที่มีคุณภาพมาตรฐาน
มาตรการที่ 3 เร่งรัดการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติและจัดการภาวะทางสังคมที่เอื้อต่อการดำเนินงาน
มาตรการที่ 4 พัฒนากลไกระบบสนับสนุนด้านการบริหารจัดการ แผน ข้อมูล และติดตามประเมินผล และการวิจัย

11



เป้าหมายและตัวชี้วัด แผนงานโรคเอดส์ พ.ศ. 2566 - 2570

เป้าหมายการดำเนินงาน (ปี)						
ตัวชี้วัด	หน่วย	2566	2567	2568	2569	2570
เป้าหมายที่ 1 : การค้นหาผู้ป่วยโรคเอดส์รายใหม่ให้เข้าสู่ระบบการรักษาตามมาตรฐาน เพื่อตัดวงจรการแพร่เชื้อ และป้องกันการเกิดความพิการระดับ 2						
1. จำนวนจังหวัดที่ไม่พบผู้ป่วยโรคเอดส์รายใหม่ที่เป็นเด็กติดต่อกันมาแล้วเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 5 ปี	จังหวัด	69	71	73	75	77
2. จำนวนผู้ป่วยโรคเอดส์รายใหม่	ราย	106	96	86	76	66
3. จำนวนผู้ป่วยโรคเอดส์รายใหม่ที่มีความพิการระดับ 2	ราย	16	14	12	10	8
เป้าหมายที่ 2 : ลดการตีตราในผู้ประสบปัญหาจากโรคเอดส์ ครอบครัวและชุมชน(เริ่มดำเนินการหาค่า baseline ปี 2567)						
1. ร้อยละของผู้ประสบปัญหาจากโรคเอดส์ ครอบครัวและชุมชนมีการตีตราลดลงเมื่อเทียบกับข้อมูลพื้นฐาน (ปี 2567 เป็นการหาค่า baseline โดยจะเริ่มเก็บข้อมูลใน ปี 2568)	ร้อยละ		หาค่า baseline	20	40	60



มาตรการและตัวชี้วัด แผนงานโรคเรื้อรัง พ.ศ. 2566 - 2570

เป้าหมายการดำเนินงาน (ปี)						
ตัวชี้วัด	หน่วย	2566	2567	2568	2569	2570
มาตรการที่ 1 เร่งรัดการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อรังรายใหม่						
1. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเรื้อรังรายใหม่ที่มีค่าเฉลี่ยระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการของโรคเรื้อรังจนได้รับการวินิจฉัยและรักษาโรคเรื้อรังตามมาตรฐาน (SOS) ไม่เกิน 12 เดือน	ร้อยละ	≥ 50	≥ 60	≥ 70	≥ 80	≥ 90
2. ร้อยละของผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านในพื้นที่อำเภอเป้าหมายที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคเรื้อรัง	ร้อยละ	100	100	100	100	100
มาตรการที่ 2 พัฒนาสุขภาพผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อรัง						
3. ร้อยละของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อรังที่มีการติดตามตนเอง ได้รับการฟื้นฟูสภาพเพื่อลดการพิการ	ร้อยละ	-	70	80	90	100



เป้าหมาย ตัวชี้วัด และมาตรการ ปี 2568

เป้าหมายที่ 1: การค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อรังรายใหม่ให้เข้าสู่ระบบการรักษาตามมาตรฐาน เพื่อตัดวงจรการแพร่เชื้อและป้องกันการเกิดภาวะพิการระดับ 2 - จำนวนจังหวัดที่ไม่พบผู้ป่วยโรคเรื้อรังรายใหม่ที่เป็นเด็ก (ที่ไม่มีความเชื่อมโยงกันทางระบาดวิทยาติดต่อกันมาแล้วเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 5 ปี) ค่าเป้าหมาย ปี 68 = 73 จังหวัด - จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังรายใหม่ ค่าเป้าหมาย ปี 68 = 86 ราย - จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังรายใหม่มีความพิการระดับ 2 ค่าเป้าหมาย ปี 68 = 12 ราย	เป้าหมายที่ 2: ลดการพิการในผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อรัง ครอบครัวและชุมชน ร้อยละของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อรัง ครอบครัว และชุมชนมีการติดตามลดลง เมื่อเทียบกับข้อมูลพื้นฐาน (ปี 2567 เป็นการหาค่า baseline โดยจะเริ่มเก็บข้อมูลใน ปี 2568) ค่าเป้าหมาย ปี 68 = ร้อยละ 20
---	---

มาตรการที่ 1 เร่งรัดค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อรังรายใหม่

มาตรการที่ 2 ฟื้นฟูสภาพเพื่อลดการพิการ (เริ่มดำเนินการ ปี 2567)



แผนงานวัณโรค พ.ศ. 2566 - 2570

เป้าหมายการดำเนินงาน (ปี)

ตัวชี้วัด	หน่วย	2566	2567	2568	2569	2570
เป้าหมาย 1: ผู้ป่วยวัณโรคเข้าสู่ระบบการตรวจวินิจฉัยและรักษาวัณโรค						
1. อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	ร้อยละ	90	90	≥90	≥90	≥90
2. ร้อยละของผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการทดสอบความไวของเชื้อต่อยารักษาวัณโรค (DST)	ร้อยละ	70	80	90	100	100
3. ร้อยละผลสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	ร้อยละ	90	90	≥90	≥90	≥90

เป้าหมาย
ตัวชี้วัด และ
มาตรการ
ปี 2568

มาตรการที่ 1 ค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในเด็กและผู้ใหญ่ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก (Early detection)
มาตรการที่ 2 วินิจฉัยวัณโรคด้วยวิธีอณูชีววิทยา(molecular testing)
มาตรการที่ 3 เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค



แผนงานวัณโรค พ.ศ. 2566 - 2570

เป้าหมายการดำเนินงาน (ปี)

ตัวชี้วัด	หน่วย	2566	2567	2568	2569	2570
เป้าหมาย 2: ผู้ติดเชื้อวัณโรค ได้รับการวินิจฉัยและรักษาการติดเชื้อวัณโรค (TPT)						
1. ร้อยละของผู้สัมผัสเด็กอายุ < 5 ปี ที่สัมผัสร่วมบ้าน ผู้ป่วยวัณโรคปอดได้รับการรักษาการติดเชื้อวัณโรค (TPT)	ร้อยละ	100	100	100	100	100
2. ร้อยละของผู้สัมผัส อายุ ≥ 5 ปี ที่สัมผัสร่วมบ้าน ผู้ป่วยวัณโรคปอดได้รับการรักษาการติดเชื้อวัณโรค (TPT)	ร้อยละ	50	60	70	80	80

เป้าหมาย ตัวชี้วัด
และมาตรการ
ปี 2568

มาตรการที่ 4 ขยายการตรวจหาการติดเชื้อวัณโรค (LTBI)
มาตรการที่ 5 เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลรักษาการติดเชื้อวัณโรค (TPT)



เป้าหมายและตัวชี้วัด แผนงานโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี พ.ศ. 2566 - 2570

เป้าหมายการดำเนินงาน (ปี)						
ตัวชี้วัด	หน่วย	2566	2567	2568	2569	2570
เป้าหมายที่ 1: ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี ได้รับการวินิจฉัย ร้อยละ 90 ภายในปี 2573						
1.ร้อยละผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี ที่ได้รับการวินิจฉัย	ร้อยละ	N/A	20	30	40	50
2.อัตราการถ่ายทอดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี จากแม่สู่ลูก	ร้อยละ	≤ 2	≤ 2	≤ 2	≤ 2	≤ 2
เป้าหมายที่ 2: ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี ได้รับการวินิจฉัย ร้อยละ 90 ภายในปี 2573						
3.ร้อยละผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี ที่ได้รับการวินิจฉัย	ร้อยละ	N/A	20	30	40	50
เป้าหมายที่ 3: ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี ได้รับการรักษา ร้อยละ 80						
4.ร้อยละผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี ได้รับการรักษา	ร้อยละ	N/A	50	60	70	70
5.ร้อยละผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี ได้รับการรักษา	ร้อยละ	N/A	80	80	80	80



มาตรการและตัวชี้วัด แผนงานโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี พ.ศ. 2566 - 2570

เป้าหมายการดำเนินงาน (ปี)						
ตัวชี้วัด	หน่วย	2566	2567	2568	2569	2570
มาตรการที่ 1: เร่งรัดการจัดบริการป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี รายใหม่						
1.จำนวนของกลุ่มประชากรเป้าหมายได้รับการคัดกรอง และทราบสถานะการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี	จำนวน	N/A	1 ล้านคน	5 ล้านคน	5 ล้านคน	5 ล้านคน
มาตรการที่ 2: ส่งเสริมการเข้าถึง ความครอบคลุม และคุณภาพการดูแลรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี						
2.ร้อยละของผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคไวรัสตับอักเสบบี สามารถเข้าถึงการดูแลรักษา	ร้อยละ	N/A	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70
3.ร้อยละของผู้ที่มีผลตรวจยืนยันและได้รับการวินิจฉัยไวรัสเป็นโรคไวรัสตับอักเสบบี สามารถเข้าถึงการดูแลรักษา	ร้อยละ	N/A	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80
มาตรการที่ 3: ลดความเหลื่อมล้ำและไม่เท่าเทียมกันทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี						
4.ร้อยละของประชาชนทั่วไปมีความรอบรู้ การรับรู้เรื่องสิทธิประโยชน์ การเข้าถึงบริการการตรวจ การเข้าถึงวัคซีน และความตระหนักรู้เรื่องไวรัสตับอักเสบบี และ ซี	จำนวน	N/A	ร้อยละ 65	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80



มาตรการและตัวชี้วัด แผนงานโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี พ.ศ. 2566 - 2570

เป้าหมายการดำเนินงาน (ปี)						
ตัวชี้วัด	หน่วย	2566	2567	2568	2569	2570
มาตรการที่ 4: พัฒนาระบบเฝ้าระวัง ระบบข้อมูล วิจัย และนวัตกรรม เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี						
5.จำนวนฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคไวรัสตับอักเสบบีระดับประเทศที่สามารถกำกับติดตามได้อย่างมีประสิทธิภาพ	ระบบ	N/A	1	1	1	1
มาตรการที่ 5: พัฒนาโครงสร้างและกลไกที่บูรณาการการร่วมเป็นเจ้าของ และการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ						
6.จำนวนเครือข่ายที่ร่วมดำเนินงานด้านโรคไวรัสตับอักเสบบี	หน่วยงาน	N/A	อย่างน้อย จังหวัดละ 1 หน่วยงาน	อย่างน้อย จังหวัดละ 1 หน่วยงาน	อย่างน้อย จังหวัดละ 1 หน่วยงาน	อย่างน้อย จังหวัดละ 1 หน่วยงาน



เป้าหมาย ตัวชี้วัด และมาตรการ ปี 2568

เป้าหมายที่ 1: ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ได้รับการวินิจฉัย ร้อยละ 90 ภายในปี 2573 1.ร้อยละผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ที่ได้รับการวินิจฉัย ค่าเป้าหมาย ปี 68 = ร้อยละ 30 2.อัตราการทำหัตถการไวรัสตับอักเสบบี จากแม่สู่ลูก ค่าเป้าหมาย ปี 68 = ≤ ร้อยละ 2	เป้าหมายที่ 2: ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี ได้รับการวินิจฉัย ร้อยละ 90 ภายในปี 2573 1.ร้อยละผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี ที่ได้รับการวินิจฉัย ค่าเป้าหมาย ปี 68 = ร้อยละ 30	เป้าหมายที่ 3: ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ได้รับการรักษา ร้อยละ 80 1.ร้อยละผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ได้รับการรักษา ค่าเป้าหมาย ปี 68 = ร้อยละ 60 2.ร้อยละผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี ได้รับการรักษา ค่าเป้าหมาย ปี 68 = ร้อยละ 80
--	--	--

มาตรการที่ 1 เร่งรัดการจัดบริการป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และ ซี รายใหม่

มาตรการที่ 2 ส่งเสริมการเข้าถึง ความครอบคลุม และคุณภาพการดูแลรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี

มาตรการที่ 3 ลดความเหลื่อมล้ำและไม่เท่าเทียมกันทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี

มาตรการที่ 4 พัฒนาระบบเฝ้าระวัง ระบบข้อมูล วิจัย และนวัตกรรม เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี

มาตรการที่ 5 พัฒนาโครงสร้างและกลไกที่บูรณาการการร่วมเป็นเจ้าของ และการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ



พื้นที่เป้าหมายและกลุ่มเป้าหมาย แผนงาน Cluster SALTH

แผนงาน	พื้นที่เป้าหมาย	กลุ่มเป้าหมาย
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	77 จังหวัด	กลุ่มเยาวชน อายุ 15 - 24 ปี / กลุ่มประชากรหลัก / คู่เพศสัมพันธ์และผู้สัมผัสโรค / หญิงตั้งครรภ์ และคู่
ยุติปัญหาเอดส์	77 จังหวัด	ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย / ผู้หญิงข้ามเพศ / พนักงานบริการและผู้ซื้อบริการ / ผู้ใช้สารเสพติด ด้วยวิธีฉีดและวิธีอื่น / คู่เพศสัมพันธ์ของประชากรหลักและผู้ติดเชื้อ / ผู้ต้องขังในเรือนจำและ เยาวชนในสถานพินิจ / เยาวชน / ประชากรที่มีภาวะเสี่ยงสูงอื่นๆ เช่น ผู้ติดเชื้อSTIsและโรคที่ ติดต่อผ่านการมีเพศสัมพันธ์ หญิงตั้งครรภ์ ประชากรข้ามชาติ เป็นต้น
โรคเรื้อน	53 อำเภอ ใน 22 จังหวัด	ผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ (สอปสวนโรค) จากผู้ป่วยโรคเรื้อนรายแรก (Index case) ในกลุ่มผู้สัมผัส โรคเรื้อน 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน (Household contact) เพื่อนบ้านในรัศมี 20 เมตร (Neighboring contact) และผู้ที่มีกิจกรรมทางสังคมร่วมกัน (Social contact)
วัณโรค	77 จังหวัด	ผู้มีอาการสงสัยวัณโรค / ประชากรที่เสี่ยงต่อวัณโรค/ ผู้ติดเชื้อวัณโรค (LTBI)
โรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี	77 จังหวัด	โรคไวรัสตับอักเสบบี ได้แก่ ผู้ที่เกิดก่อนปี พ.ศ. 2535 โรคไวรัสตับอักเสบบี ซี คือ ผู้ที่เกิดก่อนปี พ.ศ. 2535 และกลุ่มเสี่ยง 5 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นกลุ่มที่มีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซี เป็นโรคร่วมที่สำคัญ / กลุ่มผู้ใช้ สารเสพติดด้วยวิธีฉีด / ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย / ผู้ต้องขัง / บุคลากรทางการแพทย์)



จุดเน้น Cluster SALTH ปี 2568

1. โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ : เร่งรัดการดำเนินงานเพื่อกำจัดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด (Elimination of congenital syphilis)
2. วัณโรค : เร่งรัดการค้นหาและรักษาผู้ป่วยวัณโรค (TB)
3. ไวรัสตับอักเสบบี : เร่งรัดการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี (HCV) ในประชากรกลุ่มเป้าหมาย พ.ศ. 2568
4. เอชไอวี : เพิ่มความครอบคลุมการรักษาวัณโรคระยะแฝงในผู้ติดเชื้อเอชไอวี
5. โรคเรื้อน : การค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ในผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน ในพื้นที่เป้าหมายปี 2568

จุดเน้น เร่งรัดการดำเนินงานเพื่อกำจัดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด (Elimination of congenital syphilis)				
เป้าหมาย (Goals)	ตัวชี้วัด (KPI)		พื้นที่และกลุ่มเป้าหมาย	
	1. อัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด ไม่เกินค่าเป้าหมายที่องค์การอนามัยโลกกำหนด 2. หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสได้รับการรักษาด้วยยา Benzathine Penicillin G และได้รับการรักษาครั้งแรก ไม่น้อยกว่า 30 วัน ก่อนคลอด 3. พื้นที่ที่เกิดการตรวจคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อซิฟิลิสแต่กำเนิด		1. อัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด (< 50 ต่อเด็กเกิดใหม่แสนคน) 2. ร้อยละความครอบคลุมของการรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสด้วยยา Benzathine Penicillin G และได้รับการรักษาครั้งแรก ไม่น้อยกว่า 30 วัน ก่อนคลอด (> 90%) 3. ร้อยละความครอบคลุมของการตรวจคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อซิฟิลิสแต่กำเนิด ในพื้นที่ (> 90%)	
สถานการณ์ (Gap): สถานการณ์ของประเทศไทยในปัจจุบัน พบว่า อัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยใน 5 ปีที่ผ่านมา เพิ่มขึ้น 5 เท่า จากข้อมูลรายงาน 506 กองระบาดวิทยา พบว่า อัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด เมื่อปี 2561 เท่ากับ 41.0 เพิ่มขึ้น 131.8 ต่อเด็กเกิดใหม่ถึงแสนคนในปี 2565 ซึ่งมีอัตราการสูงมาก และตรวจพบในทารกแรกเกิดจากแม่ที่ติดเชื้อซิฟิลิสแต่กำเนิด โดยในปีที่ผ่านมาจากส่วนกลางและได้รับการยืนยันจากผู้เกี่ยวข้องพบว่า อัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด เมื่อปี 2561 เท่ากับ 25.1 เพิ่มขึ้น 98.2 ต่อเด็กเกิดใหม่ถึงแสนคนในปี 2565 ซึ่งแสดงว่าการวินิจฉัยที่ถูกต้องเป็นสิ่งสำคัญ แต่จากการพบอัตราการตรวจคัดกรองหญิงตั้งครรภ์มีความยากลำบาก ทำให้ผู้ป่วยซิฟิลิสแต่กำเนิดพบได้บ่อยจากการขาดการเข้าถึงบริการรักษาที่เหมาะสม และการไม่มีการ ความครอบคลุมของการตรวจคัดกรองซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ที่อาศัยครรภ์ 28 - 32 สัปดาห์ ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาช้า โดยได้รับยา Benzathine penicillin G ตั้งแต่เกิน 30 วัน ก่อนคลอด แม้จะรักษาครบถ้วน นอกจากนี้อาจมีอุปสรรคในการติดตามผู้ป่วยหญิงตั้งครรภ์รายโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด และติดตามเด็กที่เกิดมีขึ้นในผู้ป่วยแม่ด้วย				
มาตรการ/กิจกรรมหลัก	หน่วยงานส่วนกลาง/สสจ.		ระดับพื้นที่	
	1. จัดทำแผนงานโครงการกำจัดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด 2. พัฒนาศูนย์บริการคัดกรองซิฟิลิสแต่กำเนิด (STI/QSA plus) โดยส่งมอบหน่วยบริการสาธารณสุขระดับอำเภอผ่าน web program : http://stisqa.ddc.moph.go.th และสนับสนุนการขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยศูนย์ซิฟิลิส และเอดส์ระดับจังหวัด จากแผนปฏิบัติการ (EMCT) 3. สร้างความร่วมมือในการป้องกันการติดเชื้อซิฟิลิส เอชไอ ไวรัสตับอักเสบบี และการขยายเครือข่ายผู้ให้บริการ และประชาสัมพันธ์ให้หญิงตั้งครรภ์เข้ารับการฝากครรภ์โดยเร็ว เพื่อเข้ารับการตรวจคัดกรองและรักษาซิฟิลิส เอชไอ ไวรัสตับอักเสบบี 4. รณรงค์และเสริมการให้และเข้าถึงยาของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อลดเชื้อจุลินทรีย์ต่างๆ และเชื้อไวรัสต่างๆ ภาวะประสาธน์ และภาวะอื่นๆ 5. พัฒนาศูนย์บริการการแพทย์และสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการตรวจวินิจฉัย ดูแลรักษา และรายงานโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด 6. พัฒนาศูนย์บริการการแพทย์และสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการตรวจวินิจฉัย ดูแลรักษา และรายงานโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด 7. พัฒนาศูนย์บริการการแพทย์และสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการตรวจวินิจฉัย ดูแลรักษา และรายงานโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด		1. จัดทำแผนงานโครงการกำจัดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด 2. พัฒนาศูนย์บริการคัดกรองซิฟิลิสแต่กำเนิด (STI/QSA plus) โดยส่งมอบหน่วยบริการสาธารณสุขระดับอำเภอผ่าน web program : http://stisqa.ddc.moph.go.th 3. ส่งเสริมการตรวจรักษาซิฟิลิสแต่กำเนิดในหญิงตั้งครรภ์โดยเร็ว (ภายใน 7 วัน) สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิส 4. สร้างความร่วมมือในการป้องกันการติดเชื้อซิฟิลิส เอชไอ ไวรัสตับอักเสบบี และการขยายเครือข่ายผู้ให้บริการ และประชาสัมพันธ์ให้หญิงตั้งครรภ์เข้ารับการฝากครรภ์โดยเร็ว เพื่อเข้ารับการตรวจคัดกรองและรักษาซิฟิลิส เอชไอ ไวรัสตับอักเสบบี 5. รณรงค์และเสริมการให้และเข้าถึงยาของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อลดเชื้อจุลินทรีย์ต่างๆ และเชื้อไวรัสต่างๆ ภาวะประสาธน์ และภาวะอื่นๆ 6. ส่งเสริมการเข้าถึงการตรวจคัดกรองซิฟิลิส และเพิ่มการเข้าถึงระบบส่งต่อผู้ป่วยซิฟิลิสแต่กำเนิด 7. พัฒนาศูนย์บริการการแพทย์และสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการตรวจวินิจฉัย ดูแลรักษา และรายงานโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด 8. พัฒนาศูนย์บริการการแพทย์และสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการตรวจวินิจฉัย ดูแลรักษา และรายงานโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด 9. พัฒนาความครอบคลุมของระบบสนับสนุนการเข้าถึงบริการสุขภาพในหน่วยบริการสาธารณสุข ในระดับจังหวัด (Local verify) 10. พัฒนาศูนย์บริการการแพทย์และสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการตรวจวินิจฉัย ดูแลรักษา และรายงานโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด	
	หน่วยงานร่วมดำเนินการ			
	ภายในระยะ: สสจ. 1 - 12/สสจ.		สายงานกรม: สำนักอนามัย, สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร/สสจ./กรมอนามัย/สสจ./หน่วยงานบริการสาธารณสุขในพื้นที่และนอกพื้นที่กระทรวงสาธารณสุข ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม	
	Quick Win	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน
1. รายงานผลการตรวจคัดกรองซิฟิลิสแต่กำเนิด 2. ประเมินผลการดำเนินงาน 3. ส่วนกลางและสสจ. มีแผนงานโครงการกำจัดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด		1. ร้อยละ 35 ของหน่วยงานบริการสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินแผนงานแม่และเด็ก 2. ประเมินผลการดำเนินงาน 3. บุคลากรได้รับการพัฒนาทักษะการดำเนินงานเพื่อกำจัดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดในทุกจังหวัด 4. รายงานผลการดำเนินงานโครงการฯ รอบ 6 เดือน	1. มีการจัดตั้งทีมทบทวนผลการดำเนินงานและติดตามผลการดำเนินงาน 2. พัฒนาศูนย์บริการคัดกรองซิฟิลิสแต่กำเนิด (STI/QSA plus) ครบทุกจังหวัด 3. พัฒนาศูนย์บริการคัดกรองซิฟิลิสแต่กำเนิด (STI/QSA plus) ครบทุกจังหวัด 4. พัฒนาศูนย์บริการคัดกรองซิฟิลิสแต่กำเนิด (STI/QSA plus) ครบทุกจังหวัด 5. พัฒนาศูนย์บริการคัดกรองซิฟิลิสแต่กำเนิด (STI/QSA plus) ครบทุกจังหวัด 6. พัฒนาศูนย์บริการคัดกรองซิฟิลิสแต่กำเนิด (STI/QSA plus) ครบทุกจังหวัด 7. พัฒนาศูนย์บริการคัดกรองซิฟิลิสแต่กำเนิด (STI/QSA plus) ครบทุกจังหวัด 8. พัฒนาศูนย์บริการคัดกรองซิฟิลิสแต่กำเนิด (STI/QSA plus) ครบทุกจังหวัด 9. พัฒนาศูนย์บริการคัดกรองซิฟิลิสแต่กำเนิด (STI/QSA plus) ครบทุกจังหวัด 10. พัฒนาศูนย์บริการคัดกรองซิฟิลิสแต่กำเนิด (STI/QSA plus) ครบทุกจังหวัด	1. แบบทดสอบโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดได้รับการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญในหน่วยบริการสาธารณสุขในระดับพื้นที่/ระดับจังหวัด (Local verify) ครบทุกจังหวัด 2. กำกับติดตาม เยี่ยมเสริมพลัง ได้รับการพัฒนาศักยภาพ และผลักดันให้ประเมินคุณภาพแผนงานกำจัดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด และประเมินคุณภาพระบบบริการด้าน STIs 3. รายงานผลการดำเนินงานโครงการฯ รอบ 12 เดือน

จุดเน้น

เร่งรัดการค้นหาและรักษาผู้ป่วยวัณโรค (TB)

พื้นที่และกลุ่มเป้าหมาย

เป้าหมาย (Goals)

ผู้ป่วยวัณโรคเข้าสู่ระบบการตรวจวินิจฉัยและรักษาวัณโรค

ตัวชี้วัด (KPI)

อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรค รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ≥ ร้อยละ 85

สถานการณ์ (Gap): องค์การอนามัยโลก (WHO) คาดประมาณประเทศไทยมีผู้ป่วยวัณโรค 111,000 คน (WHO, Global TB report 2023) ซึ่งจากข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค ปีงบประมาณ 2566 พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ จำนวน 72,274 ราย คิดเป็นร้อยละ 65 ดังนั้น จึงจำเป็นต้องเร่งรัดการค้นหาคัดกรองและขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค โดยเฉพาะผู้ที่มีการสงสัยวัณโรค ผู้ที่เสี่ยงต่อวัณโรค ผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค ฯลฯ ให้เข้าสู่ระบบการตรวจวินิจฉัยและรักษาอย่างรวดเร็ว เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค มุ่งสู่เป้าหมายยุติวัณโรคของประเทศไทย

หน่วยงานส่วนกลาง

สสจ.

มาตรการ

ค้นหา (Detection)

รักษา (Treatment)

ป้องกัน (Prevention)

กิจกรรมหลัก

• ใช้วิธีการตรวจวินิจฉัยวัณโรค ด้วย X-ray และ Molecular techniques ในผู้มีอาการสงสัยวัณโรค ผู้ที่เสี่ยงต่อวัณโรค ฯลฯ

• ใช้วิธีการทดสอบความไวยา เพื่อวินิจฉัยวัณโรคด้วยยาปฏิชีวนะโดยวิธี Universal DST

• ค้นหาผู้ป่วยวัณโรคสงสัยวัณโรค

• ใช้วิธีการตรวจวินิจฉัยและประเมินผลเฉพาะผู้ที่มีผลผู้ป่วยวัณโรค ฯลฯ

• สนับสนุนการดำเนินงานเครือข่ายของผู้ให้บริการวัณโรค

• ส่งเสริมการตรวจคัดกรองหาวัณโรคและติดตามประเมินผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรค

• สนับสนุนการตรวจคัดกรองวัณโรคของประชาชน

• รักษาวัณโรคด้วยยาและผลการป่วยเป็นวัณโรคในบุคลากรทางการแพทย์ สาธารณชน

• เสริมกับเครือข่ายความร่วมมือทุกส่วนในการรณรงค์ให้ผู้มีความเสี่ยงสูงกลับเป็นวัณโรค ให้ได้รับประทาน

• ค้นหาและตรวจวินิจฉัยวัณโรค ด้วย X-ray และ Molecular techniques ในผู้มีอาการสงสัยวัณโรค ผู้ที่เสี่ยงต่อวัณโรค ฯลฯ

• ใช้วิธีการตรวจหาวัณโรคโดยการทดสอบความไวยา เพื่อวินิจฉัยวัณโรคด้วยยาปฏิชีวนะโดยวิธี Universal DST

• ผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการตรวจหาเชื้อแล้วได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ผู้สัมผัสวัณโรค ฯลฯ

• ติดตามผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนใกล้ภาคีความร่วมมือ NTP

• ผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการตรวจหาวัณโรคตามมาตรฐาน และติดตามการรักษา ตามแนวทางการควบคุมวัณโรคของประเทศ

• ใช้กระบวนการทางกฎหมายและกลไกการบังคับใช้กฎหมายในการรักษาวัณโรค

• ใช้วิธีการจัดการระบบการให้บริการโดยผู้ให้บริการสุขภาพในการรักษาวัณโรคที่จำเป็น

• ใช้การวัณโรคระยะแฝง ผู้สูงอายุระยะสั้น โดยแพทย์ผู้สัมผัสวัณโรค

• ดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนใกล้ภาคีความร่วมมือ NTP

• ใช้วิธีการจัดการวัณโรคตามกรอบนโยบาย และติดตามผลการรักษาตามแนวทางการควบคุมวัณโรคของประเทศ

• ติดตามและตรวจวัณโรคระยะแฝงและภาวะกลับเป็นซ้ำวัณโรคในบุคลากรทางการแพทย์ สาธารณชน

• เสริมสร้างเครือข่ายความร่วมมือทุกภาคส่วนและชุมชน ในการสื่อสารข้อมูลข่าวสารสุขภาพ เพื่อเพิ่มการตระหนักรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยวัณโรคให้ปฏิบัติตาม

หน่วยงานร่วมดำเนินการ

ภายในกรม : สสร 1-12/ สปคม./ กองวิชาการที่เกี่ยวข้อง

Quick Win

3 เดือน

6 เดือน

มีแผนการดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรค โดยมีเครือข่ายร่วมและหน่วยงานภาคีส่วนที่เกี่ยวข้องร่วมดำเนินการ

มีการดำเนินงาน กำกับติดตามและประเมินผลแผนการดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรค

รอบ 6 เดือน

ภายในกรม : รพ./ สสจ./ กทม./ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

9 เดือน

12 เดือน

มีการดำเนินงาน กำกับติดตามและประเมินผลแผนการดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรค

รอบ 9 เดือน

อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ≥ร้อยละ 85

จุดเน้น เร่งรัดการรักษาระยะไวรัสตับอักเสบ ซี (HCV) ในประชากรกลุ่มเป้าหมาย พ.ศ. 2568 			
เป้าหมาย (Goals)	1. ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี และ ซี ได้รับการวินิจฉัย ร้อยละ 90 ภายในปี 2573 2. ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี และ ซี ได้รับการรักษา ร้อยละ 80		ตัวชี้วัด (KPI) - ผู้ติดเชื้อ HCV ได้รับการรักษา ร้อยละ 80 - จำนวนจังหวัด 77 แห่ง (ร้อยละ 100) มีหน่วยตรวจบริการยืนยันโรคไวรัสตับอักเสบ ซี
สถานการณ์ (Gap) : จากการตรวจประมาณผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี ที่ได้รับการวินิจฉัยระหว่างปี 22 – 5 ล้านคน พบความขาดของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี เชื้อไวรัส ประมาณร้อยละ 4-5 ของประชากรในกลุ่มปี พ.ศ. 2535 (ก่อนจะมีการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ ซี) ส่วนประชากรที่เกิดหลัง พ.ศ. 2535 จึงได้ตรวจยืนยันโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ในแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศแล้วขึ้น พบความขาดของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี เชื้อไวรัสประมาณร้อยละ 0.6 ดังนั้น เพื่อเป็นการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี การตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ ซี และการฉีดวัคซีนในการป้องกัน แผนการรณรงค์ให้คนไทยได้ ด้วยการกำหนดปี 2568 มาตรการสำคัญประการหนึ่งที่จะนำไปสู่ความสำเร็จในการดำเนินการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ ซี เนื่องจากการตรวจคัดกรองการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี และ ซี เพื่อทราบสถานะการติดเชื้อ การตรวจวินิจฉัยและดำเนินการรักษาได้อย่างรวดเร็ว ปัญหาอุปสรรค: 1) ที่ยังไม่มีศูนย์บริการนโยบายของหน่วยงานและไม่มีทีมที่จำเพาะที่ 2) ระบบฐานข้อมูลโรคไวรัสตับอักเสบอยู่ระหว่างการทดสอบ ทำให้การเข้าถึงความกังวลในการติดตามข้อมูลการดำเนินงาน เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงระบบบันทึกข้อมูลในไม่มีหน่วยตรวจทางห้องปฏิบัติการ HBV DNA/HCV RNA และ HCV Core Ag ในทุกจังหวัดและบางแห่งอาจไม่มีหน่วยตรวจให้บริการ 3) แพทย์ที่ผ่านการอบรมการรักษาระยะไวรัสตับอักเสบ ซี และ ซี ยังมีระดับสูงมาก			
มาตรการ	หน่วยงานส่วนกลาง/สคร.		ระดับพื้นที่
กิจกรรมหลัก	1. ขยายศูนย์บริการคลินิกเชิงรุกให้ครอบคลุมจังหวัดตามแผนการดำเนินงานและเพิ่มการเข้าถึงบริการรักษา เครือข่ายการรณรงค์ไวรัสตับอักเสบ ซี และ ซี ในประชากรกลุ่มเป้าหมาย สนับสนุนและผลักดันให้แพทย์/เวช. เป็นให้บริการตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี (HCV RNA/HCV core Ag) และไวรัสตับอักเสบ ซี (HCV Viral load) ผลักดันให้มีการจัดตั้งคลินิกไวรัสตับอักเสบ ซี ซี ในโรงพยาบาลทั้ง 13 เขตสุขภาพ (service plan อนุรักษ์กรม) 2. การเสริมสร้างศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ในการตรวจรักษาไวรัสตับอักเสบ ซี สนับสนุนและพัฒนาศักยภาพและบุคลากรทางการแพทย์ในจังหวัด/ศูนย์ให้บริการทางการแพทย์ในการอบรม สนับสนุนวิชาการ สร้างความร่วมมือและพัฒนาศักยภาพของเครือข่าย สนับสนุนการดำเนินงานรณรงค์ด้านความตระหนักรู้ไวรัสตับอักเสบ ซี และ ซี เผยแพร่ความรู้ผ่านสื่อ/แคมเปญ และรณรงค์ไวรัสตับอักเสบ ซี 3. พัฒนาระบบข้อมูล และระบบติดตามการดำเนินงาน พัฒนาระบบข้อมูลในการเข้าถึงข้อมูลไวรัสตับอักเสบ ซี กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์และรวมข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับประจ		1. ขยายศูนย์บริการคลินิกเชิงรุกให้ครอบคลุมจังหวัดตามแผนการดำเนินงานและเพิ่มการเข้าถึงบริการรักษา เครือข่ายการรณรงค์ไวรัสตับอักเสบ ซี และ ซี ในประชากรกลุ่มเป้าหมาย สนับสนุนและผลักดันให้แพทย์/เวช. เป็นให้บริการตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี (HCV RNA/HCV core Ag) และไวรัสตับอักเสบ ซี (HCV Viral load) ผลักดันให้มีการจัดตั้งคลินิกไวรัสตับอักเสบ ซี ซี ในโรงพยาบาลทั้ง 13 เขตสุขภาพ (service plan อนุรักษ์กรม) 2. การเสริมสร้างศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ในการตรวจรักษาไวรัสตับอักเสบ ซี สนับสนุนและพัฒนาศักยภาพและบุคลากรทางการแพทย์ในจังหวัด/ศูนย์ให้บริการทางการแพทย์ในการอบรม สนับสนุนวิชาการ สร้างความร่วมมือและพัฒนาศักยภาพของเครือข่าย สนับสนุนการดำเนินงานรณรงค์ด้านความตระหนักรู้ไวรัสตับอักเสบ ซี และ ซี เผยแพร่ความรู้ผ่านสื่อ/แคมเปญ และรณรงค์ไวรัสตับอักเสบ ซี 3. พัฒนาระบบข้อมูล และระบบติดตามการดำเนินงาน พัฒนาระบบข้อมูลในการเข้าถึงข้อมูลไวรัสตับอักเสบ ซี กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์และรวมข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับประจ
	หน่วยงานร่วมดำเนินการ	ภายในกรม: สคร. 1 – 12/สพ.ชม.	
Quick Win	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน
	1. ส่วนกลางฯ จัดทำแผนดำเนินงานให้ สคร. 2. สคร. จัดทำแผนดำเนินงานให้จังหวัด 3. ผู้ติดเชื้อ HCV ได้รับการรักษา ร้อยละ 80 4. จำนวนจังหวัด 50 แห่ง (ร้อยละ 68) มีหน่วยตรวจบริการยืนยันโรคไวรัสตับอักเสบ ซี	1. ผู้ติดเชื้อ HCV ได้รับการรักษา ร้อยละ 80 2. จำนวนจังหวัด 58 แห่ง (ร้อยละ 75) มีหน่วยตรวจบริการยืนยันโรคไวรัสตับอักเสบ ซี 3. รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงาน รอบ 6 เดือน	1. ผู้ติดเชื้อ HCV ได้รับการรักษา ร้อยละ 80 2. จำนวนจังหวัด 66 แห่ง (ร้อยละ 85) มีหน่วยตรวจบริการยืนยันโรคไวรัสตับอักเสบ ซี 3. รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงาน รอบ 12 เดือน

จุดเน้น				
เพิ่มความครอบคลุมการรักษาร่วมโรคระยะแฝงในผู้ติดเชื้อเอชไอวี				
เป้าหมาย (Goals)		ลดอัตราการป่วยและเสียชีวิตจากวัณโรคในผู้ติดเชื้อเอชไอวี	ตัวชี้วัด (KPI)	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการรักษาร่วมโรคระยะแฝง 18,000 ราย (ร้อยละ 80 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมด)
สถานการณ์ (Gap) : ในช่วงระหว่างปี 2560 – 2565 อัตราการเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่าสาเหตุหลักเกิดจากวัณโรค ซึ่งมาตรการสำคัญที่จะลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีจากวัณโรค คือ การป้องกันการป่วยเป็นวัณโรค โดยการรักษาร่วมโรคระยะแฝง (TPT) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ซึ่งมีอัตราการเสียชีวิตด้วยวัณโรคสูง ผลการดำเนินงานการรักษาร่วมโรคระยะแฝง (TPT) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ปี 2565 มีทั้งที่ได้เพิ่มร้อยละ 4.8 ของเป้าหมาย ดังนั้น เพื่อลดจำนวนการเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในอนาคตทางคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการป่วยร่วมโรคระยะแฝงในผู้ติดเชื้อเอชไอวีในหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง จึงเป็นสิ่งที่สำคัญต่อการดำเนินการต่อไป				
หน่วยงานส่วนกลาง/สคร.			ระดับพื้นที่	
มาตรการ	พัฒนาระบบการดูแลรักษา TB/HIV	พัฒนากลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงาน TPT	พัฒนาระบบข้อมูลการดำเนินงาน TPT	พัฒนากลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงาน TPT
กิจกรรมหลัก	- พัฒนาศักยภาพบุคลากรในด้านวิชาการและการให้บริการรักษาร่วมโรคระยะแฝงในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ตามแนวทางประเทศไทย - ผลักดันการรักษาร่วมโรคระยะแฝงเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ของกองทุนสุขภาพ โดยให้แพทย์เป็นเป้าหมายบริการ - เร่งรัดจัดทำบัญชีรายชื่อผู้ป่วยรายร่วมนโรคระยะแฝงให้ชัดเจน - พัฒนาระบบบริการเพื่อเชื่อมต่อระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคมในระดับเขต	- พัฒนาศูนย์ข้อมูลการขับเคลื่อน TB/HIV - พัฒนาศูนย์ข้อมูลผู้เชี่ยวชาญสนับสนุนวิชาการ	บริหารจัดการระบบการบันทึกข้อมูลการรักษาร่วมโรคระยะแฝงโดยบูรณาการกับงานวัณโรค	- ส่งเสริมและสนับสนุนการใช้แนวทางการดูแลรักษาวัณโรคร่วมโรค (TB/HIV Guideline) - เร่งขยายบริการ TPT โดยให้ชุมชนและพื้นที่ชุมชนที่มี High-potential - ขยายการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการรักษาร่วมโรคแฝงในผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระดับเขต - พัฒนาระบบบริการเพื่อเชื่อมต่อระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคมในระดับเขต
	- สนับสนุนการขับเคลื่อนการดำเนินงาน TB/HIV ด้วยกลไกในระดับเขตและจังหวัด เช่น PCM - พัฒนาศูนย์ข้อมูลผู้เชี่ยวชาญสนับสนุนวิชาการระดับเขต			
หน่วยงานร่วมดำเนินการ	สคร. 1 - 12 / สป.ชม. / สำนักอนามัยและสำนักงานแพทย์ ทชม. / สสจ. / โรงพยาบาลรัฐทุกแห่ง / รพ.เอกชน / กรมราชทัณฑ์/เรือนจำ / ภาคประชาสังคม		สสจ. / รพ. / เรือนจำ / ภาคประชาสังคม	
Quick Win	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	- ร้อยละ 30 ของบุคลากรโรงพยาบาลภาครัฐได้รับการพัฒนาด้วยการรักษาร่วมโรคระยะแฝงในผู้ติดเชื้อเอชไอวี - ร้อยละ 30 ของโรงพยาบาลภาครัฐให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้การรักษาวัณโรคระยะแฝงในผู้ติดเชื้อเอชไอวี 3 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการรักษา TPT จำนวน 4,500 ราย - พัฒนาศูนย์ข้อมูลผู้เชี่ยวชาญการรักษาร่วมโรคระยะแฝงระดับเขต	- ร้อยละ 40 ของบุคลากรโรงพยาบาลภาครัฐได้รับการพัฒนาด้วยการรักษาร่วมโรคระยะแฝงในผู้ติดเชื้อเอชไอวี - ร้อยละ 40 ของโรงพยาบาลภาครัฐให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้การรักษาวัณโรคระยะแฝงในผู้ติดเชื้อเอชไอวี 3 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการรักษา TPT จำนวน 9,000 ราย 4 ประชุมติดตามผลการดำเนินงาน ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญระดับเขตโรงพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รอบ 6 เดือน	- ร้อยละ 50 ของบุคลากรโรงพยาบาลภาครัฐได้รับการพัฒนาด้วยการรักษาร่วมโรคระยะแฝงในผู้ติดเชื้อเอชไอวี - ร้อยละ 50 ของโรงพยาบาลภาครัฐให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้การรักษาวัณโรคระยะแฝงในผู้ติดเชื้อเอชไอวี 3 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการรักษา TPT จำนวน 13,500 ราย	- ร้อยละ 80 ของบุคลากรโรงพยาบาลภาครัฐได้รับการพัฒนาด้วยการรักษาร่วมโรคระยะแฝงในผู้ติดเชื้อเอชไอวี - ร้อยละ 80 ของโรงพยาบาลภาครัฐให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้การรักษาวัณโรคระยะแฝงในผู้ติดเชื้อเอชไอวี 3 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการรักษา TPT จำนวน 18,000 ราย 4 ประชุมติดตามผลการดำเนินงาน ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญระดับเขต โรงพยาบาล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในรอบ 12 เดือน

 จุดเน้น : การค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ในผู้สัมผัสโรคหมู่บ้าน ในพื้นที่เป้าหมายปี 2568 https://bit.ly/4bvtwkr สืบค้นและกลุ่มเป้าหมาย				
เป้าหมาย (Goals)	ผู้สัมผัสโรคหมู่บ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อนในพื้นที่เป้าหมายมีข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยาโรคเรื้อนปี 2568 ได้รับการตรวจคัดกรองโรคเรื้อนอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง		ตัวชี้วัด (KPI)	ผู้มีประวัติเป็นผู้สัมผัสโรคหมู่บ้านกับผู้ป่วยโรคเรื้อนในพื้นที่เป้าหมายที่มีข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยาโรคเรื้อน ปี 2568 ได้รับการตรวจคัดกรองโรคเรื้อนทุกราย (ร้อยละ 100)
สถานการณ์ (Gap) :	สถานการณ์โรคเรื้อนปัจจุบันมีแนวโน้มพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ลดลงอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี (2562-2566) พบผู้ป่วย 119 89 62 73 และ 82 ราย แต่ในขณะที่ส่วนความถี่การตรวจ 2 (ความถี่การตรวจเป็น 1) ในผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ไม่ลดลง อยู่ระหว่างร้อยละ 15-26.83 ซึ่งตามมาตรฐานของสหพันธ์โรคเรื้อนนานาชาติ ไม่ควรมีน้อยกว่า 10 ทั้งนี้แสดงให้เห็นถึงความล่าช้าในการค้นพบผู้ป่วยรายใหม่ ดังนั้นการเร่งรัดค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ให้พบโดยเร็วที่สุด แล้วนำผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่เข้าสู่ระบบการรักษาตามมาตรฐาน จะเป็นวิธีการช่วยป้องกันมิให้ผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่เกิดความพิการและไม่เป็นภาระแก่สังคมต่อไป ผู้สัมผัสโรคเรื้อนต้องได้รับการตรวจคัดกรองโรคเรื้อน โดยแพทย์ผู้สัมผัสโรคเรื้อนร่วมบ้าน และผู้ที่มีกิจกรรมทางสังคมร่วมกัน			
มาตรการ	เร่งรัด ค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนในพื้นที่ที่มีข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยาและในผู้สัมผัสโรคหมู่บ้าน			
กิจกรรมหลัก	หน่วยงานส่วนกลาง (สถาบันราชประชาสมาสัย) - กำหนดแนวทาง/มาตรการ การค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ - กำหนดพื้นที่เป้าหมายที่มีข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยาโรคเรื้อน ปี 2568 - พัฒนาเครื่องมือ นวัตกรรม (อาทิ AI / ความรู้พื้นฐานสำหรับ ผู้ปฏิบัติงานโรคเรื้อนผ่านระบบออนไลน์) - กำหนดรูปแบบการดำเนินงานในการตรวจคัดกรองผู้สัมผัสโรคหมู่บ้าน ดังนี้ - กลุ่มที่มีอุบัติการณ์ตรวจพบผู้ป่วยโรคเรื้อนสูง สธส. ร่วมกับ สคร.1-12 สปคม - กลุ่มที่มีอุบัติการณ์การค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อนต่ำ บูรณาการสนับสนุนพื้นที่ดำเนินการค้นหาเชิงรุก - สนับสนุนเครือข่ายในการดำเนินงาน (เครือข่าย ความรู้ เทคโนโลยี)			สคร. 1-12 และ สปคม. - ดำเนินการตรวจผู้สัมผัสโรคหมู่บ้านในพื้นที่เป้าหมาย - รายงานผลการดำเนินงานตามความเหมาะสม
หน่วยงานร่วมดำเนินการ	ภายในกรม : สถาบันราชประชาสมาสัย สคร.1-12 / สปคม.		ภายนอกกรม : สสจ. สสอ. รพช. รพท. รพช. รพ.สต.	
Quick Win	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	ผู้ที่มิประวัติเป็นผู้สัมผัสโรคหมู่บ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อนในพื้นที่อำเภอเป้าหมายที่มีข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยาโรคเรื้อน ปี 2568 ได้รับการตรวจคัดกรองโรคเรื้อน ๔ ร้อยละ 25	ผู้ที่มิประวัติเป็นผู้สัมผัสโรคหมู่บ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อนในพื้นที่อำเภอเป้าหมายที่มีข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยาโรคเรื้อน ปี 2568 ได้รับการตรวจคัดกรองโรคเรื้อน ๔ ร้อยละ 50	ผู้ที่มิประวัติเป็นผู้สัมผัสโรคหมู่บ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อนในพื้นที่อำเภอเป้าหมายที่มีข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยาโรคเรื้อน ปี 2568 ได้รับการตรวจคัดกรองโรคเรื้อน ๔ ร้อยละ 75	1. ผู้ที่มีประวัติเป็นผู้สัมผัสโรคหมู่บ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อนในพื้นที่อำเภอเป้าหมายที่มีข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยาโรคเรื้อน ปี 2568 ได้รับการตรวจคัดกรองโรคเรื้อน ๔ ร้อยละ 75 2. ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่มีค่าเฉลี่ยระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการของโรคเรื้อนจนได้รับการวินิจฉัยและรักษาโรคเรื้อนตามมาตรฐาน (Since of onset : SOS) ไม่นาน 12 เดือน



พื้นที่เป้าหมายและกลุ่มเป้าหมาย จุดเน้น Cluster SALTH

จุดเน้น	พื้นที่เป้าหมาย	กลุ่มเป้าหมาย
1.โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	77 จังหวัด	หญิงตั้งครรภ์ คู่ของหญิงตั้งครรภ์ และทารก/เด็กที่ติดเชื้อโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดที่มีอายุต่ำกว่า 2 ปี
2.วัณโรค	77 จังหวัด	ผู้มีอาการสงสัยวัณโรค / ประชากรที่เสี่ยงต่อวัณโรค ผู้ติดเชื้อวัณโรค (LTBI)
3.โรคไวรัสตับอักเสบบี ซี	77 จังหวัด	ประชากรทุกคนที่เกิดก่อน พ.ศ. 2535
4.เอชไอวี	สคร.ที่ 1 - 12 / สสจ. / โรงพยาบาลรัฐและเอกชน / เรือนจำทุกแห่ง / สำนักการแพทย์ สำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่อยู่ในระบบบริการ
5.โรคเรื้อน	53 อำเภอ ใน 22 จังหวัด	ผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ (สอบสวนโรค) จากผู้ป่วยโรคเรื้อนรายแรก (Index case) ในกลุ่มผู้สัมผัสโรคเรื้อน 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้สัมผัสโรคหมู่บ้าน (Household contact) เพื่อนบ้านในรัศมี 20 เมตร (Neighboring contact) และผู้ที่มีกิจกรรมทางสังคมร่วมกัน (Social contact)



สิทธิประโยชน์ด้านเอชไอวี/เอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และ โรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี



กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค

สิทธิประโยชน์ด้านเอชไอวี/เอดส์ ฟรีทุกสิทธิ

บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

ดูอย่างอนามัย "ฟรี สำหรับทุกคน" รับผิดชอบที่หน่วยบริการสาธารณสุข โรงพยาบาลของรัฐ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การภาคประชาสังคม โรงเรียนบางแห่ง คลินิก ร้านขายยาที่ร่วมเป็นหน่วยบริการในระบบสปสช. ผ่านแอปพลิเคชันเป๋าตัง

ยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (Pre-Exposure Prophylaxis: PrEP)

"ฟรี สำหรับคนไทยทุกคน" ใช้บัตรประชาชน รับบริการได้ที่หน่วยบริการสุขภาพที่ร่วมโครงการ

ยาป้องกันหลังการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (Post-Exposure Prophylaxis: PEP)

"ฟรี สำหรับคนไทยทุกคน และไม่จำกัดจำนวนครั้งการให้บริการ"



2

สิทธิประโยชน์ด้านเอชไอวี/เอดส์ ฟรีทุกสิทธิ

การตรวจเอชไอวี

คนไทยทุกคน ตรวจเอชไอวี “ฟรี ปีละ 2 ครั้ง”
รับบริการได้ที่โรงพยาบาลภายใต้หลักประกันสุขภาพทั่วประเทศ



HIV self-test

“ชุดตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง (HIV self-test)”
ฟรี ไม่จำกัดจำนวนครั้งและไม่จำกัดอายุ
รับบริการได้ที่รพ.สต. คลินิก ร้านขายยาที่ร่วมเป็นหน่วยบริการในระบบสปสช. CBO
หากพบผลตรวจเป็นบวก จะต้องตรวจยืนยันซ้ำอีกครั้ง



3

สิทธิประโยชน์ด้านเอชไอวี/เอดส์

การรักษาเอชไอวี

หากติดเชื้อเอชไอวี สามารถเข้าสู่ระบบการรักษาได้ทันที “ฟรี ครอบคลุมทุกสิทธิการรักษา”
การรักษาเอชไอวี ทำได้ทันที ด้วยยาต้านไวรัสโดยเร็ว (Same day ART) หากกินยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ
จนสามารถกดเชื้อไวรัสในเลือดได้สำเร็จ และตรวจไม่พบเชื้อ ทำให้ไม่ถ่ายทอดเชื้อไปสู่คู่ได้



สิทธิประกันสุขภาพ (บัตรทอง)
และสิทธิสวัสดิการข้าราชการ

รักษาฟรีทุกโรงพยาบาล
ภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติทั่วประเทศ



สิทธิประกันสังคม

รักษาฟรีในโรงพยาบาล
ที่ระบุตามสิทธิ



4

สิทธิประโยชน์ด้านเอชไอวี/เอดส์ ภายใต้ระบบประกันสังคม

ผู้ประกันตนที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ประกันตนที่เป็นโรคเอดส์

มีสิทธิได้รับยาต้านไวรัสและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (CD4, Viral load, Drug resistance) ตามหลักเกณฑ์และอัตราที่กำหนด

คุณสมบัติการรับยาต้านไวรัส

เป็นผู้ประกันตนที่มีสิทธิบริการทางการแพทย์ตาม พรบ.ประกันสังคม
ให้ยาต้านไวรัส ในผู้ติดเชื้อทุกรายในทุกระดับ CD4



5

สิทธิประโยชน์ด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

การตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

กลุ่มหญิงตั้งครรภ์

- ตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส (VDRL) ช่วงฝากครรภ์ครั้งที่ 1 และ 4 (อายุครรภ์ 28 – 32 สัปดาห์) จำนวน 2 ครั้ง
- ตรวจการติดเชื้อเอชไอวี (Anti-HIV) ช่วงฝากครรภ์ครั้งที่ 1 และ 4 จำนวน 2 ครั้ง ตามความสมัครใจ



บริการตรวจคัดกรองซิฟิลิส ในสามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์

ตรวจด้วย VDRL และตรวจ TPHA กรณีผลการตรวจ VDRL ผิดปกติ เพื่อป้องกันการติดเชื้อจากสามีสู่หญิงตั้งครรภ์และส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์



สิทธิประโยชน์ด้านโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เห็นชอบการ
“เพิ่มบริการคัดกรองไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี สำหรับประชากรที่เกิดก่อนปี 2535”

ทุกสิทธิการรักษา เริ่มมีผลตั้งแต่ 1 เมษายน 2566

» บริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบ บี ด้วย HBsAg สำหรับประชากรทุกคนที่เกิดก่อน พ.ศ. 2535
จำนวน 1 ครั้งตลอดชีวิต

» บริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบ ซี ด้วย Anti-HCV สำหรับประชากรทุกคนที่เกิดก่อน พ.ศ. 2535
จำนวน 1 ครั้งตลอดชีวิต และสำหรับประชากรกลุ่มเสี่ยง 5 กลุ่ม ตรวจทุกปี ปีละ 1 ครั้ง

- ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ (PLHIV)
- ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID)
- กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM)
- บุคลากรทางการแพทย์
- ผู้ต้องขัง (Prisoner) ไม่เกิน 3 ครั้งต่อปี

สิทธิประโยชน์ด้านโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี

ตรวจคัดกรองฟรีทุกสิทธิ ไม่เสียค่าใช้จ่าย เพื่อทราบสถานะการติดเชื้อของตนเอง
หากพบว่าติดเชื้อ สามารถเข้ารับการรักษาได้ทันที ตามสิทธิการรักษาของผู้ป่วย
นำไปสู่การลดอัตราการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี รายใหม่

» ไวรัสตับอักเสบ บี: ป้องกันได้ด้วยวัคซีน

- คนที่เกิดก่อนปี พ.ศ. 2535 ควรตรวจหาการติดเชื้อโรคไวรัสตับอักเสบ บี ได้ที่โรงพยาบาลทุกแห่ง
หากพบว่ายังไม่เคยติดเชื้อ และไม่มีภูมิคุ้มกัน แนะนำให้ฉีดวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี
- กรณีที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี รักษาฟรี ตามสิทธิการรักษา ด้วยการกินยาต้านไวรัส ซึ่งจะช่วยชะลอการเกิดภาวะ
ตับแข็ง และลดการเกิดมะเร็งตับได้

» ไวรัสตับอักเสบ ซี: รักษาได้ หายขาด

- โรคไวรัสตับอักเสบ ซี รักษาให้หายขาดได้ ด้วยการกินยาต้านไวรัส Sofosbuvir/Velpatasvir ให้ครบ 12 สัปดาห์
(กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือตับแข็ง) รักษาฟรี ตามสิทธิการรักษา (แต่จะฟรีแค่ครั้งแรกของการรักษา ไม่ฟรี
สำหรับการรักษากรณีติดเชื้อซ้ำ หรือกรณีรักษาล้มเหลว ต้องรับยาต่อ)

การให้บริการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี

ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขให้บุคคลในภาครัฐประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2566

ประกาศในราชกิจจานุเบกษา วันที่ 18 ก.ค. พ.ศ. 2566

ได้มอบอำนาจให้เจ้าหน้าที่ที่ทำงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และศูนย์บริการสาธารณสุข ได้แก่

ผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน นักวิชาการสาธารณสุข นักวิทยาศาสตร์การแพทย์

และเจ้าพนักงานสาธารณสุข ที่ผ่านการอบรมจากผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์

“สามารถเจาะเลือดให้บริการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี ให้แก่ประชาชนในพื้นที่ได้”



โดย สปสช. มีประกาศให้หน่วยบริการมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเมื่อให้บริการคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี แก่กลุ่มเป้าหมายทุกสิทธิ

มีผลย้อนหลังตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2566 เป็นต้นไป

สิทธิประโยชน์ ไวรัสตับอักเสบ บี

1

การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี จากแม่สู่ลูก

- การตรวจ HBsAg ในหญิงตั้งครรภ์ทุกสิทธิ
- การตรวจ HBeAg ในหญิงตั้งครรภ์ที่มี HBsAg เป็นบวก
- ยา TDF สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มี HBeAg เป็นบวก
- HBIG ตามเงื่อนไขของบัญชียาหลักแห่งชาติ โดยให้กับทารกที่เกิดจากการติดเชื้อโดยเร็วที่สุด
- การตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบ บี สำหรับทารกที่มารดามีผล HBsAg เป็นบวก เมื่ออายุ 9 - 12 เดือน

2

วัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบ บี ตามวัคซีนป้องกันโรคพื้นฐานตามแผนการให้วัคซีนของประเทศ (EPI program) สำหรับทารกไทยทุกคน และควรให้ภายใน 12 - 24 ชั่วโมง หลังคลอด ถ้ามารดาติดเชื้อ

3

การตรวจคัดกรอง HBsAg สำหรับกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV (กลุ่มที่รับบริการ PrEP, PEP) และผู้ติดเชื้อเอชไอวี

4

ยารักษาไวรัสตับอักเสบ บี (TAF, TDF, lamivudine syrup, entecavir) ตามเงื่อนไขของบัญชียาหลักแห่งชาติตามสิทธิการรักษา

การปรับเปลี่ยนยารักษาไวรัสตับอักเสบ บี ในบัญชียาหลักแห่งชาติ

- ตัวยา Lamivudine (3TC) รูปแบบ tab ทุกความแรง
บัญชี ings ออกจากบัญชียาหลักแห่งชาติในหมวด 5.3.3 Viral hepatitis
- Tenofovir alafenamide (TAF) รูปแบบ tab 25 mg
บัญชี ings ในผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไป เป็น first line therapy
- Tenofovir disoproxil fumarate (TDF) รูปแบบ tab
บัญชี ings ใช้รักษาหรือควบคุมการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี เรื้อรังในหญิงตั้งครรภ์
- บรรจุนายการยา Lamivudine (3TC) รูปแบบ syrup ในบัญชี ings
ใช้เป็น prophylactic therapy ในผู้ป่วยเด็กอายุน้อยกว่า 2 ปี
- Entecavir (ETV) รูปแบบ tab 0.5 mg บัญชี ings ใช้เป็น alternative first line therapy
ในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ไม่สามารถใช้ TAF หรือ TDF ได้ และใช้ในผู้ป่วยเด็กอายุมากกว่า 6 ปี ที่กลืนยาเม็ดได้
- บรรจุนาย Entecavir (ETV) รูปแบบ oral solution ในบัญชี ings
ใช้ในผู้ป่วยเด็กอายุ 2-6 ปี ซึ่งยังไม่สามารถกลืนยาเม็ดได้



11

การปรับแนวทางการรักษาผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี ด้วยยา Sofosbuvir/Velpatasvir ในบัญชียาหลักแห่งชาติ

- ข้อ 5.3.3 Viral hepatitis : Sofosbuvir + Velpatasvir tab (เฉพาะ 400 mg + 100 mg) บัญชี จ (2)
ตัดเกณฑ์การใช้ยาออก ดังนี้
- ตรวจพิสูจน์ว่ามีภาวะพังผืดตับในระดับที่มีความสำคัญ (significant fibrosis)
- Child Pugh score B หรือ C
- เพิ่มให้แพทย์ที่ผ่านการอบรมฯ สามารถสั่งจ่ายยาได้
- ขยายช่วงอายุของผู้ป่วยเป็น ตั้งแต่อายุ 18 ปีขึ้นไป (จากเดิมจำกัดอายุ 18 - 70 ปี)
- ตัดเกณฑ์ Viral load ตั้งแต่ 5,000 IU/ml
- เพิ่มวิธีการตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี (HCV RNA quantitative method, HCV RNA qualitative method, HCV core antigen) ที่มีราคาถูก
- ปรับเกณฑ์การรักษาสำหรับผู้ป่วย HIV/AIDS, ผู้ดื่มสุรา และผู้ใช้สารเสพติด ให้สามารถเข้าถึงการรักษาได้ง่ายขึ้น



12

บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับผู้ต้องขัง

รายการบริการ	กิจกรรมสำคัญที่จะได้รับ	กลุ่มเป้าหมาย	ความถี่
บริการตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส	ตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส (VDRL)	- ผู้ต้องขังแรกจับ (ภายใน ๓๐ วัน) - ผู้ต้องขังระหว่างต้องโทษ - ผู้ต้องขังก่อนปล่อยตัวพ้นโทษ	- แรกจับ ๑ ครั้ง - ระหว่างต้องโทษ ๑ ครั้ง ต่อปี - ก่อนพ้นโทษ ๑ ครั้ง
บริการตรวจหาเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และตรวจยืนยัน	- ตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี ด้วย Anti-HCV - การตรวจการทำงานของตับเพื่อดูค่าการอักเสบของตับ (AST, ALT)	- ผู้ต้องขังแรกจับ (ภายใน ๓๐ วัน) - ผู้ต้องขังระหว่างต้องโทษ - ผู้ต้องขังก่อนปล่อยตัวพ้นโทษ	- แรกจับ ๑ ครั้ง - ระหว่างต้องโทษ ๑ ครั้ง ต่อปี - ก่อนพ้นโทษ ๑ ครั้ง

13

ข้อมูลเพิ่มเติม

การจ่ายค่าบริการสาธารณสุข
และอัตราชดเชยตามสิทธิประโยชน์



14

การจ่ายค่าบริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
สำหรับบริการพื้นฐาน จ่ายตามรายการบริการ พ.ศ. 2566

กลุ่มหญิงตั้งครรภ์	แนวทาง เงื่อนไข และอัตราการจ่าย
1. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ	
1.1 การตรวจทางห้องปฏิบัติการชุดแรก: VDRL, Anti-HIV, HBsAg, CBC + MCV และ/หรือ DCIP และ Blood group: ABO/Rh (ครบทุกรายการ)	• เหมาะจ่ายในอัตรา 600 บาทต่อการตั้งครรภ์
1.2 การตรวจทางห้องปฏิบัติการชุดสอง: VDRL และ Anti-HIV ตรวจอีกครั้งเมื่ออายุครรภ์ใกล้ครบกำหนด	• เหมาะจ่ายในอัตรา 190 บาทต่อการตั้งครรภ์

สามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นชาย	แนวทาง เงื่อนไข และอัตราการจ่าย
1. การคัดกรองซิฟิลิส ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ	
1.1 ค่าตรวจ VDRL	• เหมาะจ่ายในอัตรา 50 บาทต่อการตั้งครรภ์ของภรรยา
1.2 ค่าตรวจ TPHA กรณีผลการตรวจ VDRL ผิดปกติ	• เหมาะจ่ายในอัตรา 100 บาทต่อการตั้งครรภ์ของภรรยา

15

การจ่ายค่าบริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
สำหรับบริการพื้นฐาน จ่ายตามรายการบริการ พ.ศ. 2566

กลุ่มวัยเจริญพันธุ์	แนวทาง เงื่อนไข และอัตราการจ่าย
1. หน่วยบริการที่ <u>ได้รับ</u> งบเหมาจ่ายรายหัว	ให้บริการถุงยางอนามัย ครั้งละไม่เกิน 10 ชิ้นต่อคน ไม่เกิน 365 ชิ้นต่อคนต่อปี พร้อมบริการให้คำปรึกษา โดย 1. สปสช. สนับสนุนเป็นถุงยางอนามัยตามการบันทึกข้อมูลและให้บริการจริงผ่านเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ 2. ค่าจัดบริการพร้อมให้คำปรึกษาหรือคำแนะนำ สปสช. จ่ายชดเชยรวมอยู่ในงบเหมาจ่ายรายหัวแล้ว
2. หน่วยบริการที่ <u>ไม่ได้รับ</u> งบเหมาจ่ายรายหัว	ให้บริการถุงยางอนามัย ครั้งละไม่เกิน 10 ชิ้นต่อคน ไม่เกิน 365 ชิ้นต่อคนต่อปี พร้อมบริการให้คำปรึกษา โดย 1. สปสช. สนับสนุนเป็นถุงยางอนามัยตามการบันทึกข้อมูลและให้บริการจริงผ่านเครือข่ายหน่วยบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ 2. ค่าจัดบริการพร้อมให้คำปรึกษาหรือคำแนะนำ สปสช. จ่ายชดเชยเป็นเงิน ชิ้นละไม่เกิน 1 บาท ไม่เกิน 10 บาทต่อครั้ง

16

การจ่ายค่าบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์
และบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี พ.ศ. 2566

1. การให้บริการปรึกษาและการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ (Voluntary Counseling and Testing: VCT)	อัตราการจ่าย
1.1 ค่าบริการให้การปรึกษาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ	• เหมาะจ่ายในอัตรา 7 บาท/ครั้ง ไม่เกิน 6 ครั้ง/ปี
1.2 การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ	• เหมาะจ่ายในอัตรา 140 บาทต่อการรู้ผล ไม่เกิน 2 ครั้ง/ปี
1.3 บริการตรวจด้วยชุดตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง (HIV self-test) รวมบริการให้คำปรึกษา	• 100 บาท/ครั้ง

17

การจ่ายค่าบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์
และบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี พ.ศ. 2566

2. บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัส		อัตราการจ่าย
2.1 ค่าบริการยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (Pre-Exposure Prophylaxis: PrEP)	• ค่าจัดบริการให้คำปรึกษาครั้งแรก เฉพาะรายที่กินยา • ค่าบริการให้คำปรึกษา สำหรับผู้ที่รับยา • ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ - การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี - การตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำหรับโรคซิฟิลิส หนองใน หนองในเทียม	• เหมาะจ่ายในอัตรา 80 บาท/ปี • เหมาะจ่ายในอัตรา 20 บาท/ครั้ง ไม่เกิน 5 ครั้ง/ปี - เหมาะจ่ายในอัตรา 140 บาทต่อการรู้ผล ไม่เกิน 4 ครั้ง/ปี - เหมาะจ่ายในอัตรา 240 บาท/ครั้ง ไม่เกิน 2 ครั้ง/ปี

18

การจ่ายค่าบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์
และบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี พ.ศ. 2566

2. บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัส		อัตราการจ่าย
2.2 ค่าบริการกรณีการป้องกัน หลังการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (Post-Exposure Prophylaxis: PEP)	• การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี • การตรวจหาปริมาณไวรัสในกระแสเลือด • การตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำหรับโรคซิฟิลิส หนองใน หนองในเทียม	• เหม่าจ่ายในอัตรา 140 บาทต่อการรู้ผล ไม่เกิน 5 ครั้งต่อการสัมผัสเชื้อ • เหม่าจ่ายในอัตรา 1,350 บาท/ครั้ง เฉพาะรายที่มีอาการบ่งชี้ภาวะติดเชื้อ โดยเฉียบพลัน ไม่เกิน 1 ครั้งต่อการสัมผัสเชื้อ • เหม่าจ่ายในอัตรา 240 บาท/ครั้ง ไม่เกิน 2 ครั้งต่อการสัมผัสเชื้อ

19

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าบริการทางการแพทย์
กรณีผู้ประกันตนที่ติดเชื้อเอชไอวี

ปัจจุบันใช้ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพรบ.ประกันสังคม พ.ศ. 2533 เรื่อง หลักเกณฑ์
และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนกรณีผู้ประกันตนที่ติดเชื้อเอชไอวี (HIV) และผู้ประกันตนที่เป็น
โรคเอดส์ (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2559 ลงวันที่ 13 มิถุนายน 2559

- ค่าตรวจ CD4 เหม่าจ่ายครั้งละ 500 บาท ปีละไม่เกิน 1,000บาท/คน
- ค่าตรวจ Viral Load เหม่าจ่ายครั้งละ 2,500 บาท ปีละไม่เกิน 5,000 บาท/คน
- ค่าตรวจ Drug resistance ครั้งละ 8,500บาท/คน/ปี

สปส. จะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้กับสถานพยาบาลตามสิทธิการรักษาของผู้ประกันตน

20

 สปสช
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หัวข้อ	รายละเอียด
หลักเกณฑ์	ผู้รับบริการ เป็นประชาชนไทยที่มีสิทธิ UC โดยเป็นกลุ่มเป้าหมายดังนี้ 1. กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (Males who have sex with males: MSM) 2. กลุ่มหญิงข้ามเพศ (Transgender: TG) 3. กลุ่มพนักงานบริการหญิง (Female sex workers: FSW) 4. กลุ่มพนักงานบริการชาย (Male sex workers: MSW) 5. กลุ่มผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด (People who inject drugs: PWID) 2. หน่วยบริการ 1. หน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเวชกรรม หรือด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 3. องค์การชุมชน องค์กรเอกชน และภาคเอกชน ที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการแสวงหาผลกำไร และดำเนินการตามสัญญา หรือข้อตกลงดำเนินการตามโครงการเพื่อให้บริการด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ร่วมกับสำนักงานเขต
วิธีการ	• บันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ผ่านระบบโปรแกรม National AIDS Program : NAP • กรณีหน่วยบริการจะชดเชยผ่านระบบ Seamless • กรณีองค์กรชุมชนจะชดเชยผ่านสัญญาโครงการ
เงื่อนไข	การใช้สิทธิในการเข้ารับบริการหรือผู้รับบริการ โดยใช้เลขประจำตัวประชาชน

 สปสช
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

อัตราจ่ายตามกิจกรรม	อัตราค่าบริการ(บาท)/ราย	
	กลุ่ม MSM, TG, FSW, MSW	กลุ่ม PWID
Reached & Recruited	800.-	1,800.-
Recruited to Tested	550.-	1,200.-
Retained	450.-	1,000.-
รวมบริการเชิงรุก	1,800.-	4,000.-

อัตราทดเชย กรณืบริการคัดกรองโรควัรัสตับอักเสบ ปี

รายการสิทธิประโยชน์	วิธีตรวจ	สิทธิเบิกจ่าย	ราคาทดเชย	จำนวนครั้ง บริการ	โปรแกรมเบิก ทดเชย
HBsAg สำหรับประชาชนที่เกิดก่อนปี 2535	• Rapid Test • เครื่องอัตโนมัติ	ประชาชนไทย ทุกสิทธิ	50 บาท/ครั้ง	1 ครั้ง ตลอดชีวิต	Krunghthai Digital Platform

หมายเหตุ: สำหรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นตามคำสั่งแพทย์ นอกเหนือการคัดกรองที่ผ่านไปแล้ว อยู่ในงบเหมาจ่ายรายหัว

อัตราทดเชย กรณืบริการรักษาโรควัรัสตับอักเสบ ปี

รายการสิทธิ ประโยชน์	วิธีตรวจ	ราคา ทดเชย	จำนวนครั้ง บริการ	โปรแกรมเบิก ทดเชย
1.การตรวจยืนยัน และประเมินภาวะ ความรุนแรงของตับ	• HBeAg • HBV RNA (qualitative or quantitative) • APRI score • FIB-4 score • การตรวจ transient elastography • fibro marker panel	อยู่ในระบบเหมาจ่ายรายหัว ตามสิทธิการรักษา		
2.ยาเพื่อการรักษา	• TAF, TDF, lamivudine syr, entecavir (ยาับัญชี ง) ตามเงื่อนไขของยาับัญชีหลักแห่งชาติ	• สปสช. อยู่ในระบบเหมาจ่ายรายหัว ยังไม่มีระบบชดเชยเป็นยา • สปส. อยู่ในระบบเหมาจ่ายรายหัว		

สิทธิประโยชน์ที่ได้รับและอัตราจ่าย
กรณีบริการโรคไวรัสตับอักเสบ บี พ.ศ. 2566

รายการสิทธิประโยชน์	การชดเชย
การตรวจ HBsAg ในหญิงตั้งครรภ์ทุกราย กรณี ผลบวก ให้ตรวจ HBeAg	• ชดเชยในบริการ ตรวจเลือด ANC ครั้งที่ 1 • ค่าตรวจ HBeAg อยู่ในเหมาจ่าย PP ตามประชากรของหน่วยบริการ
การตรวจคัดกรอง HBsAg สำหรับกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV (กลุ่มที่รับบริการ PrEP)	• วิธี ELISA เหมาจ่าย 130 บาท/ครั้ง หรือ • วิธี PHA เหมาจ่าย 70 บาท/ครั้ง ไม่เกิน 1 ครั้ง/ปี
การตรวจคัดกรอง HBsAg และ anti-HBs สำหรับกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV (กลุ่มที่รับบริการ PEP)	• HBsAg วิธี ELISA เหมาจ่าย 130 บาท/ครั้ง หรือวิธี PHA เหมาจ่าย 70 บาท/ครั้ง ไม่เกิน 1 ครั้งต่อการสัมผัส • anti-HBs เหมาจ่าย 150 บาท/ครั้งต่อการสัมผัส

อัตราชดเชย กรณีบริการคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ ซี

รายการสิทธิประโยชน์	วิธีตรวจ	สิทธิเบิกจ่าย	ราคาชดเชย	จำนวนครั้งบริการ	โปรแกรมเบิกชดเชย
Anti HCV สำหรับประชาชนที่เกิดก่อนปี 2535	• Rapid Test • เครื่องอัตโนมัติ	ประชาชนไทย ทุกสิทธิ	50 บาท/ครั้ง	1 ครั้งตลอดชีวิต	Krunghthai Digital Platform

หมายเหตุ: สำหรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นตามคำสั่งแพทย์ นอกเหนือการคัดกรองที่ผ่านไปแล้ว อยู่ในงบประมาณรายหัว

อัตราค่าตรวจ การให้บริการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ ซี

รายการสิทธิประโยชน์	วิธีตรวจ	สิทธิเบิกจ่าย	ราคาตรวจ	จำนวนครั้งบริการ	โปรแกรมเบิกตรวจ
1. การตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี ก่อนการรักษา	- HCV core antigen - HCV VL (Quantitative) หรือ HCV RNA (Qualitative)	ประชาชนไทยทุกสิทธิ	400 บาท/ครั้ง 1,690 บาท/ครั้ง	1 ครั้งต่อปี	E-claim/API
2. ประเมินภาวะความรุนแรงของตับ	- APRI score - FIB-4 score - การตรวจ transient elastography - fibro marker panel	สิทธิ UC	200 บาท/ครั้ง	ไม่เกิน 1 ครั้งต่อคนต่อปี	E-claim/API
สิทธิ สปส. อยู่ในเหมาจ่ายรายหัว					

27

อัตราค่าตรวจ การให้บริการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ ซี

รายการสิทธิประโยชน์	วิธีตรวจ	สิทธิเบิกจ่าย	ราคาตรวจ	จำนวนครั้งบริการ	โปรแกรมเบิกตรวจ
3. ยาเพื่อการรักษา	Sofosbuvir + Velpatasvir และหรือ ยา Ribavirin	ตามสิทธิการรักษา	ตรวจเป็นยา	ตาม guideline	โปรแกรมระบบบัญชียา จ (2)
4. การตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี หลังการรักษา	- HCV core antigen - HCV VL (Quantitative) หรือ HCV RNA (Qualitative)	สิทธิ UC	400 บาท/ครั้ง 1,690 บาท/ครั้ง	1 ครั้ง	E-claim/API
สิทธิ สปส. อยู่ในเหมาจ่ายรายหัว					

28

อัตราค่าตรวจ กรณีสถานบริการโรคไวรัสตับอักเสบ ซี สำหรับ 5 กลุ่มเสี่ยงทุกสิทธิ

- ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ (PLHIV)
- กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM)
- บุคลากรทางการแพทย์
- ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID)
- ผู้ต้องขัง (Prisoner)

รายการสิทธิประโยชน์	วิธีตรวจ	สิทธิการรักษา	ราคาตรวจ	จำนวนครั้งบริการ	โปรแกรมเบิกจ่าย
Anti HCV	• Rapid Test • เครื่องอัตโนมัติ	ทุกสิทธิ	50 บาท/ครั้ง	ไม่เกิน 1 ครั้ง ต่อคนต่อปี	NAP/Krungthai Digital Platform
การตรวจยืนยันการติดเชื้อ ไวรัสตับอักเสบซี ก่อนการรักษา	• HCV core antigen • HCV VL (Quantitative) หรือ HCV RNA (Qualitative)	ทุกสิทธิ	400 บาท/ครั้ง 1,690 บาท/ครั้ง	ไม่เกิน 1 ครั้ง ต่อคนต่อปี	NAP
ประเมินภาวะความรุนแรง ของตับ	• APRI score • FIB-4 score • การตรวจ transient elastography • fibro marker panel	สิทธิ UC	200 บาท/ครั้ง	ไม่เกิน 1 ครั้ง ต่อคนต่อปี	NAP
ยาเพื่อการรักษา	• Sofosbuvir + Velpatasvir และหรือ ยา Ribavirin	สิทธิ UC	ชดเชยเป็นยา	ตาม guideline	โปรแกรมระบบบัญชียา จ (2)
การตรวจยืนยันการติดเชื้อ ไวรัสตับอักเสบซี หลังการรักษา	• HCV core antigen • HCV VL (Quantitative) หรือ HCV RNA (Qualitative)	สิทธิ UC	400 บาท/ครั้ง 1,690 บาท/ครั้ง	ไม่เกิน 1 ครั้ง ต่อคนต่อปี	NAP

29

แบบประเมินความพึงพอใจ

“แนวทางการนิเทศ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์”

คำชี้แจง แบบประเมินความพึงพอใจนี้จัดทำขึ้นเพื่อสำรวจความคิดเห็นเรื่องการใช้ประโยชน์ความพึงพอใจและความไม่พึงพอใจต่อแนวทางการนิเทศ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และเพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงแนวทางการนิเทศ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มเติม

ส่วนที่ 1 โปรดกรอกข้อความลงในช่องว่างหรือใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบตามความคิดเห็นของท่าน

1. ข้อมูลทั่วไป

1.1 เพศ

[] หญิง

[] ชาย

1.2 อายุ

[] ต่ำกว่า 25 ปี

[] 26 – 35 ปี

[] 36 – 45 ปี

[] 46 – 55 ปี

[] มากกว่า 55 ปีขึ้นไป

1.3 วุฒิการศึกษา

[] ต่ำกว่าปริญญาตรี

[] ปริญญาตรี

[] สูงกว่าปริญญาตรี

[] อื่นๆระบุ.....

1.4 ตำแหน่งงาน

[] แพทย์

[] พยาบาล

[] นักวิชาการ

[] นักวิทยาศาสตร์

[] อื่นๆระบุ.....

1.5 หน่วยงาน

[] สำนักงานป้องกันควบคุมโรค

[] สาธารณสุขจังหวัด

[] มหาวิทยาลัย

[] โรงพยาบาล

[] อื่นๆระบุ.....

1.6 ท่านทำงานในตำแหน่งปัจจุบัน เป็นระยะเวลา.....ปี

2. ข้อมูลการใช้ประโยชน์



2.1 ท่านเคยเห็นแนวทางการนิเทศ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ นี้ มาก่อนหรือไม่

☐ เคยเห็น ☐ เคยทราบ ☐ เคยได้ยิน

2.2 ท่านเคยใช้แนวทางการนิเทศ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ นี้ หรือไม่

☐ เคย ☐ ไม่เคย

2.3 ท่านได้รับแนวทางการนิเทศ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ นี้ เมื่อใด โปรดระบุ (เดือน/ปี)

เดือน.....ปี.....

2.4 ท่านได้รับแนวทางการนิเทศ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ นี้ โดยวิธีการใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ สืบค้นเอง ☐ เข้าร่วมอบรม/ประชุม
☐ ได้รับต่อจากเพื่อน/คนรู้จัก ☐ ได้รับแจกจากการทำงานปกติ
☐ ได้รับทางไปรษณีย์ ☐ ได้รับจากหน่วยงานต้นสังกัด
☐ อื่นๆ.....

2.5 ท่านได้ประโยชน์จากแนวทางการนิเทศ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในเรื่องใด(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ ไม่ได้ประโยชน์ ☐ ติดตามข้อมูลข่าวสาร
☐ สืบค้นข้อมูล ☐ เผยแพร่
☐ ใช้เป็นแนวทางในการทำงาน ☐ ใช้ในการดำเนินชีวิต
☐ ใช้เป็นตัวอย่างในการสร้างผลผลิต ☐ อ้างอิง ☐ อื่นๆ.....

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความพึงพอใจส่วนนี้ เป็นการประเมินความพึงพอใจและไม่พึงพอใจของท่านต่อแนวทางการนิเทศ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยความหมายของระดับความพึงพอใจ มีดังนี้

○ = ไม่พึงพอใจ 1 = พอใจน้อยที่สุด 2 = พอใจน้อย 3 = พอใจมาก 4 = พอใจมากที่สุด

ประเด็นความพึงพอใจ	ความพึงพอใจ					สาเหตุไม่พึงพอใจ (ให้ระบุ)
	4 พอใจมากที่สุด	3 พอใจมาก	2 พอใจน้อย	1 พอใจน้อยที่สุด	0 ไม่พึงพอใจ	
1. ความพึงพอใจต่อเนื้อหา						
มีความเป็นปัจจุบัน						
สอดคล้องตามวัตถุประสงค์						
ตรงตามความต้องการของท่าน						
ครบถ้วนตามความต้องการ						
เข้าใจง่าย						
มีความถูกต้องตามหลักวิชาการ						
ลำดับเนื้อหาต่อเนื่อง						

ประเด็นความพึงพอใจ	ความพึงพอใจ					สาเหตุ ไม่พึงพอใจ (ให้ระบุ)
	4 พอใจมาก ที่สุด	3 พอใจมาก	2 พอใจน้อย	1 พอใจน้อย ที่สุด	0 ไม่พึงพอใจ	
2. รูปแบบของผลิตภัณฑ์						
กรณีหนังสือ/เอกสาร						
ปกน่าสนใจ						
ขนาดตัวอักษรอ่านง่าย						
ขนาดรูปเล่ม						
ภาพประกอบสอดคล้องกับเนื้อหา						
*3. โดยภาพรวมท่านมีความ พึงพอใจในระดับใด						

ส่วนที่ 3

ท่านมีข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงต่อแนวทางการนิเทศ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ดังนี้

➤ ด้านเนื้อหา.....

.....

.....

.....

➤ ด้านรูปแบบ.....

.....

.....

.....

ท่านต้องการผลิตภัณฑ์อะไรอีกบ้าง จากกรมควบคุมโรค

.....

.....

.....



กรมควบคุมโรค

Department of Disease Control

แนวทางการนิเทศ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน ด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
