



แผนและมาตรการ การบริหารจัดการสถานการณ์ โรคโควิด 19 สู่โรคประจำถิ่น

**Endemic
Approach to
COVID-19**

กระทรวงสาธารณสุข

สารจากผู้บริหาร



จากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ตลอดระยะเวลากว่า 2 ปีที่ผ่านมา ประเทศไทยต้องเผชิญกับวิกฤติการแพร่ระบาดใหญ่ของโรคอุบัติใหม่ ทำให้เกิดการระดมสรรพกำลัง ความรู้ ความสามารถ และทรัพยากรในการจัดการกับวิกฤติดังกล่าว ด้วยความร่วมมือร่วมใจจากทุกภาคส่วน ทำให้สามารถก้าวผ่านสถานการณ์วิกฤติมาได้ในทุกระลอกของการระบาด และในท้ายที่สุดการระบาดของโรคโควิด 19 จะกลายเป็น “โรคประจำถิ่น” ซึ่งในขณะนี้หลายประเทศได้เตรียมการเปลี่ยนผ่านสู่โรคประจำถิ่น อาทิ สเปน อินเดีย รัฐแคลิฟอร์เนีย

อย่างไรก็ตาม เราต้องเร่งจัดทำแผนและมาตรการเชิงรุกให้ครอบคลุมทุกมิติตามระดับสถานการณ์

ทั้งด้านสาธารณสุข ด้านการแพทย์ ด้านกฎหมายและสังคม ด้านการสื่อสารและประชาสัมพันธ์ เพื่อให้ประชาชนกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติ ด้วยการปรับการบริหารจัดการโรคโควิด 19 สู่โรคประจำถิ่น ซึ่งมีปัจจัยสำคัญ คือ การเพิ่มความครอบคลุมในการฉีดวัคซีนให้กับประชาชน ประกอบกับความร่วมมือในการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรค ทั้งระดับบุคคล และองค์กรเป็นอย่างดี อันจะช่วยป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาด ตลอดจนลดความรุนแรงและการเสียชีวิตจากโรคโควิด 19

กระทรวงสาธารณสุข จึงได้จัดทำแผนและมาตรการการบริหารจัดการสถานการณ์โรคโควิด 19 สู่โรคประจำถิ่น (Endemic Approach to COVID-19) หวังเป็นอย่างยิ่งว่าประชาชนจะกลับมาดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับโควิดได้ ภายใต้การใช้ชีวิตวิถีปกติใหม่ เพิ่มคุณค่าทางสังคมและเศรษฐกิจให้กับประชาชนและประเทศ เดินหน้าขับเคลื่อนสู่เป้าหมาย “ประชาชนปลอดภัย เศรษฐกิจไทยเข้มแข็ง ประเทศไทยแข็งแรง”

(นายเกียรติภูมิ วงศ์รจิต)
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

คำนำ

กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำแผนและมาตรการการบริหารจัดการสถานการณ์โรคโควิด 19 สู่วิถีประจำถิ่น (Endemic Approach to COVID-19) เพื่อให้ประชาชนเกิดความเชื่อมั่นและสร้างความสมดุลทางสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจของประเทศ โดยการจะดำเนินการให้สำเร็จลุล่วงได้นั้น ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน รวมทั้งต้องมีการควบคุม กำกับ มาตรการอย่างมีประสิทธิภาพ

ทั้งนี้ คณะผู้จัดทำ ได้ดำเนินการทบทวน วิเคราะห์ เอกสารวิชาการ ยุทธศาสตร์ มาตรการ และแผนงาน โดยความร่วมมือจากกรมการแพทย์ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กรมควบคุมโรค กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมสุขภาพจิต กรมอนามัย สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สำนักวิชาการ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในการจัดทำแผนและมาตรการการบริหารจัดการสถานการณ์โรคโควิด 19 สู่วิถีประจำถิ่น (Endemic Approach to COVID-19) ที่มีความครอบคลุมและเป็นประโยชน์สูงสุดต่อการนำไปปฏิบัติอย่างแท้จริง

โดยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า แผนและมาตรการการบริหารจัดการสถานการณ์โรคโควิด 19 สู่วิถีประจำถิ่น (Endemic Approach to COVID-19) ฉบับนี้จะเป็นกรอบแนวทางในดำเนินงานบริหารจัดการสถานการณ์โรคโควิด 19 สู่วิถีประจำถิ่น ที่จะช่วยให้สร้างความสมดุลทางสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจของประเทศ ประชาชนเกิดความเชื่อมั่นและกลับมาดำเนินชีวิตตามเดิมและอยู่ร่วมกับโควิดได้ (Living with COVID) ภายใต้การใช้วิถีวิถีใหม่ (New Normal)

กระทรวงสาธารณสุข
เมษายน 2565

สารบัญ

สารจากผู้บริหาร

คำนำ

บทสรุปผู้บริหาร

บทที่ 1	สรุปสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ในประเทศไทย	1
บทที่ 2	นโยบายการบริหารจัดการสถานการณ์โรคโควิด 19 สู่โรคประจำถิ่น	4
บทที่ 3	แผนและมาตรการการบริหารจัดการสถานการณ์โรคโควิด 19 สู่โรคประจำถิ่น (Endemic Approach to COVID-19)	8
	ยุทธศาสตร์ที่ 1 บริหารจัดการสถานการณ์โรคโควิด 19 สู่โรคประจำถิ่น (Endemic Approach to COVID-19) ด้านสาธารณสุข	10
	ยุทธศาสตร์ที่ 2 บริหารจัดการสถานการณ์โรคโควิด 19 สู่โรคประจำถิ่น (Endemic Approach to COVID-19) ด้านการแพทย์	12
	ยุทธศาสตร์ที่ 3 บริหารจัดการสถานการณ์โรคโควิด 19 สู่โรคประจำถิ่น (Endemic Approach to COVID-19) ด้านกฎหมายและสังคม	15
	ยุทธศาสตร์ที่ 4 บริหารจัดการสถานการณ์โรคโควิด 19 สู่โรคประจำถิ่น (Endemic Approach to COVID-19) ด้านการสื่อสารและประชาสัมพันธ์	18
	สรุปแผนและมาตรการการบริหารจัดการสถานการณ์โรคโควิด 19 สู่โรคประจำถิ่น (Endemic Approach to COVID-19)	19

ภาคผนวก

- ภาคผนวก ก. QR Code รายละเอียดที่เกี่ยวข้อง	21
- ภาคผนวก ข. คำสั่งที่เกี่ยวข้อง	24

บทสรุปผู้บริหาร

ประเทศไทยเผชิญกับวิกฤติการแพร่ระบาดใหญ่ของโรคอุบัติใหม่ “โควิด 19” เป็นระยะเวลา กว่า 2 ปี ที่ผ่านมา เกิดเหตุการณ์การระบาดที่เป็นกลุ่มก้อนขนาดใหญ่ ในพื้นที่ที่มีความแออัดและมีการรวมกลุ่มคนจำนวนมาก ทำให้เกิดการแพร่ระบาดได้อย่างรวดเร็วในหลายพื้นที่ทั่วประเทศ อาทิ การระบาดที่สนามมวยและสถานบันเทิง ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร การระบาดที่ตลาดกลางกุ้ง จังหวัดสมุทรสาคร การระบาดในบ่อนการพนัน แคมป์คนงาน ตลาด และเรือนจำ เป็นต้น มีการกลายพันธุ์ของเชื้อโควิด 19 ตั้งแต่สายพันธุ์ฮันเป็นสายพันธุ์ดั้งเดิมที่พบครั้งแรก สายพันธุ์อังกฤษ แอฟริกา เดลต้า และสายพันธุ์โอไมครอน ซึ่งเป็นสายพันธุ์ที่พบการแพร่ระบาดในปัจจุบัน ในการรับมือการแพร่ระบาด รัฐบาลได้ระดมสรรพกำลัง ความรู้ ความสามารถ และทรัพยากรในการจัดการกับวิกฤติครั้งนี้ อาศัยพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 ร่วมกับการใช้พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ซึ่งมีศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ศบค.) เป็นกลไกหลักในการบริหารเพื่อแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินให้เป็นไปอย่างบูรณาการ สอดคล้องและทันต่อการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ ประกอบกับการใช้ยุทธศาสตร์เชิงพื้นที่ที่ได้มีประสิทธิภาพ จึงทำให้ประเทศไทยสามารถก้าวผ่านสถานการณ์วิกฤติมาได้ในทุกระลอกของการระบาด

การรับมือสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ได้เกิดองค์ความรู้ นวัตกรรมและเทคโนโลยีในการบริหารจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดอย่างมีประสิทธิภาพ จึงปรับทิศทางการบริหารจัดการโรคโควิด 19 สู่ “โรคประจำถิ่น” โดยการจัดทำแผนและมาตรการบริหารจัดการสถานการณ์โรคโควิด 19 สู่โรคประจำถิ่น (Endemic Approach to COVID-19) ซึ่งครอบคลุมในทุกมิติ ควบคู่ไปกับการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทุกภาคส่วน

โดยมีเป้าหมาย (1) การเข้าถึงการดูแลรักษาได้อย่างรวดเร็ว มีคุณภาพ อัตราป่วยตาย ไม่เกินร้อยละ 0.1 (2) ความครอบคลุมวัคซีนเข็มกระตุ้น $\geq$ ร้อยละ 60 และ (3) สร้างความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องและความร่วมมือของประชาชน ในการรับมือ และปรับตัว เพื่ออยู่ร่วมกับโควิด 19 จาก Pandemic สู่ Endemic อย่างปลอดภัย โดยกำหนดมาตรการในการดำเนินงาน ดังนี้

1. มาตรการการบริหารจัดการสถานการณ์โรคโควิด 19 สู่โรคประจำถิ่น (Endemic Approach to COVID-19) ด้านสาธารณสุข ประกอบด้วย การแจ้งเตือนภัยโควิด 19 สำหรับประชาชนตามระดับสถานการณ์ การเฝ้าระวังและจัดการผู้เดินทางจากต่างประเทศ การเฝ้าระวังและสอบสวนโรค และวัคซีนเข็มกระตุ้น
2. มาตรการการบริหารจัดการสถานการณ์โรคโควิด 19 สู่โรคประจำถิ่น (Endemic Approach to COVID-19) ด้านการแพทย์ ประกอบด้วย การตรวจวินิจฉัย การให้บริการกลุ่มที่มีอาการ รวมถึงการให้บริการกลุ่มเสี่ยงเช่น กลุ่ม 608 เป็นต้น การให้บริการกลุ่มที่มีปอดอักเสบ และ Long Covid-19
3. มาตรการการบริหารจัดการสถานการณ์โรคโควิด 19 สู่โรคประจำถิ่น (Endemic Approach to COVID-19) ด้านกฎหมายและสังคม ประกอบด้วย การบริหารจัดการด้านกฎหมาย และมาตรการสังคม
4. มาตรการการบริหารจัดการสถานการณ์โรคโควิด 19 สู่โรคประจำถิ่น (Endemic Approach to COVID-19) ด้านการสื่อสารและประชาสัมพันธ์ ประกอบด้วย การสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารในรูปแบบต่างๆ

ทั้งนี้ แผนและมาตรการการบริหารจัดการสถานการณ์โรคโควิด 19 สู่โรคประจำถิ่น (Endemic Approach to COVID-19) ดังกล่าว กำหนดไว้เป็นกรอบแนวทางเพื่อนำไปปรับใช้ให้เหมาะสมในแต่ละพื้นที่

จากการระบาดระลอกที่ 1 หรือระลอกแรก ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นการระบาดของเชื้อไวรัสสายพันธุ์ใหม่ เกิดขึ้นที่เมืองอู่ฮั่น สาธารณรัฐประชาชนจีน เมื่อวันที่ 30 ธันวาคม 2562 ทำให้การระบาดแพร่กระจายอย่างรวดเร็วไปทั่วโลก ส่งผลให้มีผู้ป่วยหนักและผู้เสียชีวิตจำนวนมาก สำหรับประเทศไทยพบผู้ติดเชื้อโควิด 19 ตั้งแต่เดือน มกราคม 2563 จนเมื่อวันที่ 11 มีนาคม 2563 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้โรคโควิด 19 เป็นโรคที่มีการระบาดใหญ่ไปทั่วโลก (Pandemic) ในขณะที่ประเทศไทยพบการติดเชื้อเป็นกลุ่มก้อน มีการแพร่ระบาดในสนามมวย และสถานบันเทิง จึงได้ประกาศปิดเมืองในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ครั้งแรก เมื่อเดือนมีนาคม 2563 และประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในทุกเขตท้องที่ทั่วราชอาณาจักร ตาม พ.ร.ก.การบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ.2548 ตั้งแต่วันที่ 26 มีนาคม 2563 เป็นต้นมา ทุกคนที่เดินทางเข้าประเทศไทยต้องถูกกักกันในสถานกักกันของรัฐ คัดกรองและติดตามการสัมผัสและค้นหาผู้ป่วย เน้นการรักษาความสะอาดโดยเฉพาะ การล้างมือ เว้นระยะห่าง การเลี่ยงฝูงชน ใส่หน้ากากอนามัย สถานการณ์ค่อยๆ ดีขึ้นตามลำดับ จนสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ พบผู้ติดเชื้อในประเทศไทยสุดท้ายเมื่อวันที่ 25 พฤษภาคม 2563 และไม่พบผู้ติดเชื้อในประเทศไทยยาวนานติดต่อกันกว่า 100 วัน ต่อมาการระบาดระลอกที่ 2 หรือระลอกใหม่เกิดขึ้นอีกครั้ง เมื่อกลางเดือนธันวาคม 2563 มีศูนย์กลางการระบาดอยู่ที่ตลาดกลางกุ้ง จังหวัดสมุทรสาคร ซึ่งเป็นศูนย์กลางการค้าอาหารทะเลขนาดใหญ่ของประเทศ ต่อมาการแพร่ระบาดเชื่อมโยงไปในสถานประกอบการ โรงงาน และชุมชน ใกล้เคียง เป็นสะเก็ดไฟเล็กๆ ในหลายจังหวัดทั่วประเทศ โดยเฉพาะภาคกลาง และทางภาคตะวันออก การระบาดระลอกใหม่นี้หนักเป็น 1.8 เท่าของระลอกแรกที่จุดวิกฤตที่สุด แต่ด้วยมาตรการจาก ศบค. และยุทธศาสตร์การจัดการเชิงพื้นที่ที่ระดับจังหวัดที่เข้มแข็ง จึงสามารถควบคุมสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ระลอกใหม่ให้อยู่ในภาวะสงบ ไม่เกินศักยภาพระบบสาธารณสุขรองรับได้ ซึ่งการระบาดในระลอกนี้ใช้ช่วงระยะเวลาสั้นๆ เพียง 3 เดือน (15 ธันวาคม 2563 – 31 มีนาคม 2564) หลังจากนั้นการระบาดระลอกที่ 3 เมื่อต้นเดือนเมษายน 2564 พบคลัสเตอร์การระบาดใหม่จากสถานบันเทิงย่านทองหล่อ-เอกมัย กรุงเทพมหานคร คลัสเตอร์แคมป์คนงาน ในกรุงเทพมหานคร และคลัสเตอร์เรือนจำนราธิวาส โดยช่วงแรกของการระบาดระลอกนี้เกิดจากสายพันธุ์กลายพันธุ์ในประเทศอังกฤษ อันเป็นสายพันธุ์ที่มีความสามารถในการแพร่เชื้อสูง เป็นเหตุให้จำนวนยอดผู้ป่วยโควิด 19 รายวันสูงขึ้น และพื้นที่การแพร่ระบาดที่ขยายเป็นวงกว้าง ซึ่งคาบเกี่ยวกับช่วงการเดินทางกลับภูมิลำเนา และการท่องเที่ยวในเทศกาลสงกรานต์ อย่างไรก็ตาม การระบาดระลอกนี้ พบว่าเกิดการระบาดจากหลายสายพันธุ์ โดยเฉพาะสายพันธุ์เดลต้าที่กลายมาเป็นสายพันธุ์หลักครอบคลุมนกว่าร้อยละ 80 ของผู้ติดเชื้อ ซึ่งสายพันธุ์นี้มีความสามารถจับเซลล์ของมนุษย์ได้ง่ายขึ้น แพร่กระจายเชื้อได้รวดเร็ว และลงปอดได้เร็วขึ้น ทั้งนี้ การเพิ่มขึ้นของสายพันธุ์ที่น่ากังวลที่แพร่เชื้อได้ง่ายขึ้นและอันตรายมากขึ้นนี้ ได้ทำให้จำนวนยอดผู้ติดเชื้อกลับมาเพิ่มขึ้นอีกในหลายหลายประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ที่ยังไม่ได้รับวัคซีน มีผู้ป่วยอาการรุนแรงทำให้สถานพยาบาลต้องรับภาระที่หนักมากขึ้นไปอีก

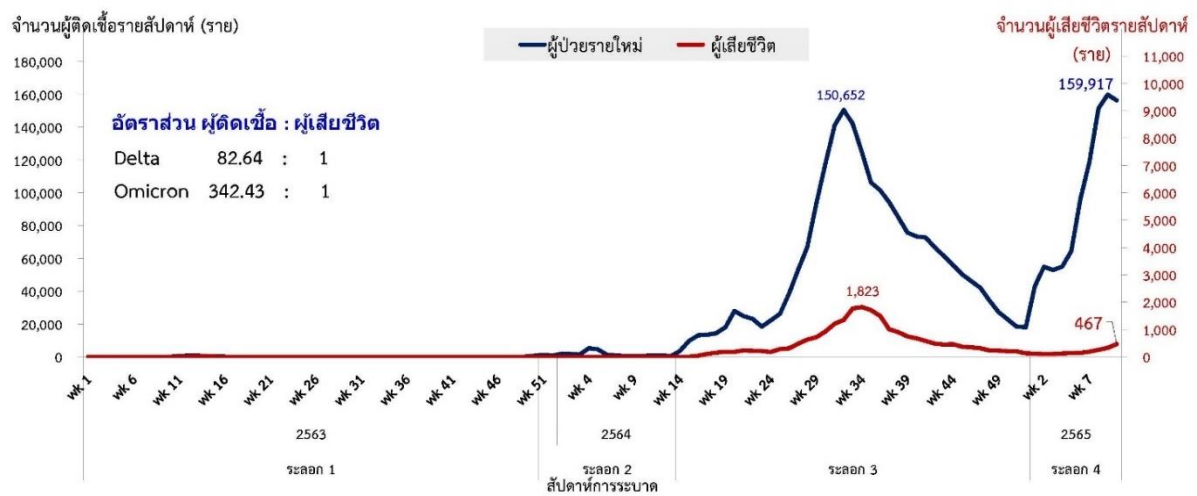
ในขณะที่การระบาดระลอกที่ 4 หรือระลอกมกราคม 2565 (1 มกราคม 2565 ถึงปัจจุบัน) จะต่อเนื่องมาจากในช่วงปลายเดือนพฤศจิกายน 2564 องค์การอนามัยโลก (WHO) ประกาศชื่อโควิดสายพันธุ์ใหม่ B.1.1.529 ว่า “โอไมครอน” พร้อมจัดให้อยู่ในกลุ่มเชื้อกลายพันธุ์ที่น่ากังวล (Variants of Concern : VOC) ตรวจพบครั้งแรกในแอฟริกาใต้ ซึ่งเป็นสายพันธุ์ของเชื้อที่มีการกลายพันธุ์มากถึง 32 จุด หลายประเทศ

ในยุโรปและเอเชีย รวมถึงประเทศไทยเริ่มใช้มาตรการต่าง ๆ รวมถึงการคุมเข้มการเดินทางจากประเทศในทวีปแอฟริกาใต้ ซึ่งมีการแพร่ระบาดของโควิดสายพันธุ์โอไมครอน สำหรับประเทศไทย พบผู้ติดเชื้อสายพันธุ์โอไมครอนรายแรก ในวันที่ 6 ธันวาคม 2564 เป็นชายไทย เดินทางมาจากสเปน และมีการติดเชื้อในประเทศรายแรก ซึ่งเป็นภรรยาของชายคนดังกล่าว ประกอบกับพบผู้ติดเชื้อที่เดินทางเข้าประเทศในรูปแบบ Test and Go เพิ่มขึ้น 2 เท่า จึงมีการระงับการลงทะเบียนเข้าราชอาณาจักรในรูปแบบ Test and Go ตั้งแต่วันที่ 22 ธันวาคม 2564

วันที่ 27 ธันวาคม 2564 พบการติดเชื้อโควิดสายพันธุ์โอไมครอน 92 ราย กระทรวงสาธารณสุขแถลงเตือนภัยโรคโควิด 19 ในระดับ 3 โดยเป็นสัญญาณเตือนว่ามีการติดเชื้อจากต่างประเทศ และวันที่ 1 มกราคม 2565 ได้ปรับพื้นที่สีของจังหวัดตามระดับสถานการณ์ ปรับมาตรการเข้าราชอาณาจักรและการตรวจหาเชื้อโควิดทั้งในรูปแบบ Sandbox Programme และ Test and Go และได้ยกระดับการเตือนภัยโรคโควิด 19 เป็นระดับที่ 4 ในวันที่ 9 มกราคม 2565 โดยมีการปรับพื้นที่สีของจังหวัดตามระดับสถานการณ์ ให้สถานประกอบการที่มีลักษณะคล้ายสถานบริการ สถานบันเทิง ผับ บาร์ คาราโอเกะ เปิดในรูปแบบร้านอาหารได้ โดยต้องได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด ต่อมา มีการแพร่ระบาดเป็นกลุ่มก้อนในจังหวัดกาฬสินธุ์ จังหวัดอุบลราชธานี และพบการแพร่ระบาดไปหลายจังหวัดทั่วประเทศ ทั้งนี้ พบว่าอาการของผู้ป่วยโควิด 19 สายพันธุ์โอไมครอน ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่มีอาการไม่รุนแรง อาจไม่จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาล หรืออยู่โรงพยาบาลเพียงระยะสั้น ๆ แล้วไปพักฟื้นที่บ้านหรือสถานที่รัฐจัดให้ จึงปรับการบริหารจัดการโรคโควิด 19 สู่วิถีประจำถิ่น (Endemic) ด้วย 4 มาตรการหลัก คือ มาตรการสาธารณสุขมีเป้าหมายเพื่อให้อัตราการติดเชื้ออยู่ในระดับที่สามารถรองรับได้และประชากรมีภูมิคุ้มกันมากขึ้น มาตรการการแพทย์มีเป้าหมายเพื่อลดการป่วยตายจากโรคโควิด 19 และมุ่งเน้น Home base และ Community base มาตรการสังคมมีเป้าหมายเพื่อลดความเสี่ยงของสิ่งแวดล้อม ในการป้องกัน ควบคุม การแพร่ระบาดในระดับบุคคล องค์กร และสถานที่ และกลไกการสนับสนุนมีเป้าหมายเพื่อสนับสนุนด้านสาธารณสุขและการแพทย์ให้เกิดความคล่องตัวมากขึ้น

การระบาดระลอกมกราคม 2565 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2565 ถึง 29 มีนาคม 2565 พบผู้ติดเชื้อในประเทศรวม 1,351,963 ราย เสียชีวิต 3,260 ราย (ร้อยละ 0.24) หายป่วยสะสม 1,136,792 ราย ผู้ป่วยกำลังรักษา 245,154 ราย สถานการณ์โรคโควิด 19 ประเทศไทย มีแนวโน้มพบผู้ติดเชื้อในระดับสูงคงตัวแนวโน้มสถานการณ์ยังสอดคล้องกับการคาดการณ์ตามฉากทัศน์ ยังคงระดับการเตือนภัยในระดับที่ 4 ทั่วประเทศ และเร่งดำเนินมาตรการ SAVE 608 by booster dose รวมทั้งกำกับมาตรการป้องกันควบคุมโรค VUCA โดยเฉพาะในสถานที่เสี่ยง เพื่อลดความเสี่ยงต่อการระบาดเป็นวงกว้าง หรือแพร่โรคไปยังกลุ่มเสี่ยง

ภาพที่ 1 แสดงจำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตที่ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ในประเทศไทย รายสัปดาห์ จำแนกตามวันที่ แฉลง ข้อมูลระหว่างวันที่ 1 ม.ค. – 12 มี.ค. 2565 (ระลอก 1 – 4)

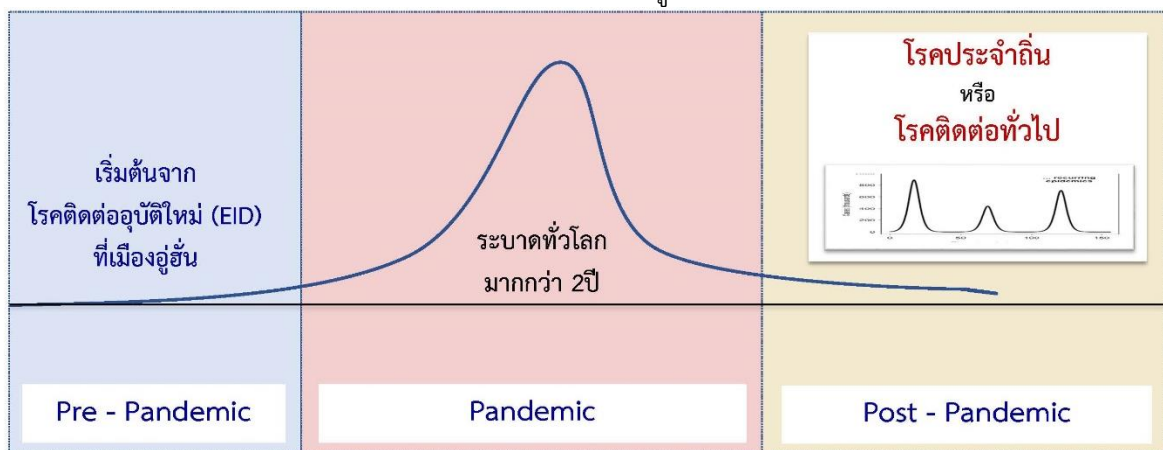


ที่มา ทะเบียนผู้เสียชีวิต กรมควบคุมโรค

ประเทศไทยและทั่วโลกต้องเผชิญกับวิกฤติการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ตั้งแต่ต้นปี 2563 จนถึงปัจจุบัน ซึ่งส่งผลกระทบต่อประชาชนทั้งด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจ สำหรับประเทศไทยพบผู้ติดเชื้อในประเทศรวม 3,575,398 ราย ผู้เสียชีวิต 24,958 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.7 (ข้อมูล ณ 29 มีนาคม 2564) อย่างไรก็ตาม สถานการณ์โรคโควิด 19 ประเทศไทย มีแนวโน้มพบผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้น ในขณะที่การเปรียบเทียบอัตราป่วยตาย หรืออัตราส่วนผู้ติดเชื้อต่อผู้เสียชีวิตด้วยโรคโควิด 19 สายพันธุ์ Omicron ต่ำกว่า สายพันธุ์ Delta ถึง 4 เท่า ประกอบกับความครอบคลุมในการฉีดวัคซีน ซึ่งให้บริการฉีดวัคซีนแล้ว 126,431,235 โดส ความครอบคลุมเข็ม 1 ร้อยละ 79.5 เข็ม 2 ร้อยละ 72.2 และเข็ม 3 ขึ้นไป ร้อยละ 33.3 (ข้อมูลกรมควบคุมโรค ณ วันที่ 28 มีนาคม 2565) รวมทั้งประชาชนให้ความร่วมมือปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคส่วนบุคคลเป็นอย่างดี กระทรวงสาธารณสุข จึงปรับการบริหารจัดการโรคโควิด 19 สู่โรคประจำถิ่น (Endemic) เพื่อให้ประชาชนกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติ

องค์การอนามัยโลก ได้กำหนดระยะการเปลี่ยนผ่านจาก COVID – 19 Pandemic สู่ Endemic Disease แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะ Pre-Pandemic เป็นระยะเริ่มต้นจากโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่เมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน ระยะต่อมาเป็น Pandemic ซึ่งเกิดการระบาดทั่วโลก ซึ่งเป็นระยะเวลากว่า 2 ปีที่ผ่านมา โดยองค์การอนามัยโลก ได้ประกาศให้โรคโควิด 19 เป็น Pandemic เมื่อวันที่ 11 มีนาคม 2563 และเมื่อการแพร่ระบาดเริ่มลดลงจะเข้าสู่ ระยะ Post-Pandemic กลายเป็นโรคประจำถิ่นหรือโรคติดต่อทั่วไป ประเทศที่เตรียมการเปลี่ยนผ่านสู่โรคประจำถิ่น เช่น ประเทศสเปน ประเทศอินเดีย รัฐแคลิฟอร์เนีย ประเทศสหรัฐอเมริกา เป็นต้น

ภาพที่ 2 แสดงการเปลี่ยนผ่านจาก COVID – 19 Pandemic สู่ Endemic Disease



ที่มา กรมควบคุมโรค

การวางแผนรองรับสถานการณ์เมื่อการแพร่ระบาดเริ่มลดลงจะเข้าสู่ระยะ Post-Pandemic กลายเป็นโรคประจำถิ่นหรือโรคติดต่อทั่วไปการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 องค์การอนามัยโลก ได้มีการวางแผนโดยใช้ 3 ฉากทัศน์ ดังนี้

ฉากทัศน์ที่ 1 โรคโควิด 19 กลายเป็นโรคประจำถิ่นหรือโรคติดต่อทั่วไปของไวรัสโคโรนาตัวที่ 5 (The 5th endemic coronavirus) ซึ่งมีโอกาสเป็นไปได้สูง เนื่องมาจากมีความครอบคลุมการฉีดวัคซีนในประชากรมากในระดับโลก

ฉากทัศน์ที่ 2 พฤติกรรมการเกิดโรคโควิด 19 เหมือนไข้หวัดตามฤดูกาล (Flu-Like) มีลักษณะการระบาดเป็นครั้งคราวตามฤดูกาล เพราะตัวไวรัสมีการเปลี่ยนแปลง

ฉากทัศน์ที่ 3 เกิดการระบาดใหญ่อย่างต่อเนื่องจากไวรัสตัวใหม่ของสายพันธุ์ที่น่ากังวล (Ongoing pandemic through new VOCs) เป็นสายพันธุ์ที่สามารถหลบภูมิคุ้มกันได้

Three potential scenarios used for planning



Scenario N°1: 5th endemic coronavirus

SARS-CoV-2 remains highly contagious but causes mild illness in the majority of cases. The virus can be grouped with the 4 other coronaviruses that circulate endemically. This scenario is not unrealistic, but it may take many years to be realized.

Scenario N°2: “Flu-Like”

The disease presents itself as recurring epidemics when the conditions of transmission are favorable (similar to seasonal influenza). Since the population has basic immunity, severe forms of the disease are observed only in people at risk. It will be important to continue to vaccinate at-risk groups and adopt preventive measures when transmission is high.



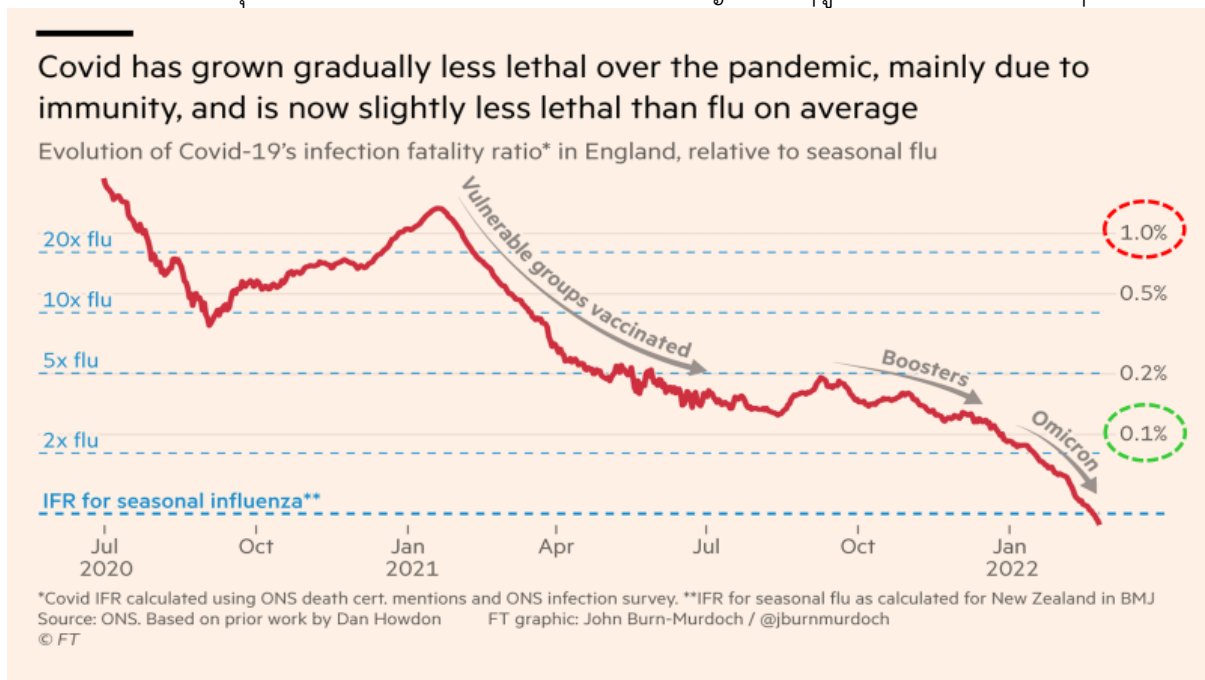
Scenario 3: Ongoing pandemic through new VOCs

A new variant emerges evading acquired immunity and resulting in a large number of cases. The health system is overloaded and therefore there are more deaths. The situation is very similar to what was experienced at the beginning of 2020 in many regions of the world.

ที่มา องค์การอนามัยโลก

เมื่อพิจารณาสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ณ วันที่ 13 มีนาคม 2565 (รายงานจำนวนผู้ติดเชื้อ องค์การอนามัยโลก) พบว่าสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคโควิด 19 สายพันธุ์โอมิครอนทั่วโลกอยู่ในช่วงขาลง ในขณะที่ประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ซึ่งมีประเทศไทยรวมอยู่ด้วย พบว่ามีการแพร่ระบาดโรคโควิด 19 ซึ่งอยู่ในช่วงขาขึ้น ทั้งนี้ จำนวนผู้ติดเชื้อโควิดสายพันธุ์โอมิครอนในประเทศไทยสูงกว่าสายพันธุ์เดลต้าไม่มาก ประกอบกับ ข้อมูลความรุนแรงระหว่าง โรคโควิด 19 และไข้หวัดใหญ่ประจำฤดูกาลของประเทศอังกฤษ ในช่วงปี พ.ศ. 2564 ที่ผ่านมา มีการระบาดโรคโควิด 19 สายพันธุ์แอลฟา ซึ่งในขณะนั้น ความครอบคลุมการฉีดวัคซีนโควิด 19 ยังไม่มาก จึงพบว่าอัตราป่วยตายสูง ประมาณร้อยละ 1 ต่อมาในช่วงกลางปี 2564 มีความครอบคลุมการฉีดวัคซีนโควิด 19 มากขึ้น ทำให้อัตราป่วยตายลดลงเหลือร้อยละ 0.2 และช่วงปลายปี (พฤศจิกายน – ธันวาคม 2564) เริ่มมีการระบาดโควิด 19 สายพันธุ์โอมิครอน ซึ่งขณะนั้นมีการฉีดวัคซีนโควิด 19 เข้มกระตุ้น ทำให้อัตราป่วยตายลดลงต่ำกว่าร้อยละ 0.1 ซึ่งใกล้เคียงกับอัตราการป่วยตายของไข้หวัดใหญ่ประจำฤดูกาล ประเด็นที่น่าสนใจ คือ อัตราป่วยตายที่ลดลงจากการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้น ประมาณร้อยละ 50 ของประชากรอัตราป่วยตายจากโรคโควิด 19

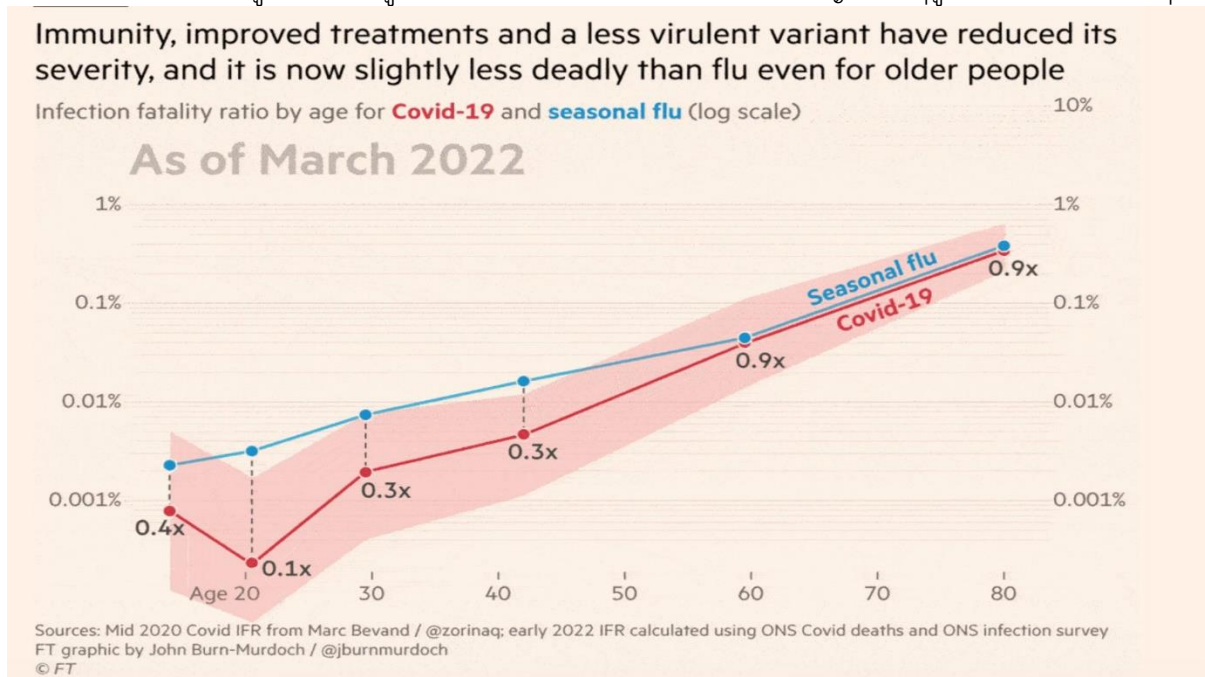
ภาพที่ 4 แสดงความรุนแรงระหว่าง โรคโควิด 19 และไข้หวัดใหญ่ประจำฤดูกาล ของประเทศอังกฤษ



ที่มา องค์การอนามัยโลก

เมื่อพิจารณาข้อมูลอัตราป่วยตายจากโรคโควิด 19 ของประเทศอังกฤษ แยกตามกลุ่มอายุ พบว่าการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่โรคประจำถิ่น ควรต้องเร่งฉีดวัคซีน ในประชากรกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป เนื่องจากอัตราป่วยตายยังเกินร้อยละ 0.1 อยู่เล็กน้อย ในขณะที่กลุ่มประชากรที่อายุต่ำกว่า 60 อัตราป่วยตายต่ำกว่าไข้หวัดใหญ่มาก (ภาพรวมเฉลี่ยอัตราป่วยตายของประชากรทุกช่วงอายุร้อยละ 0.1) ดังนี้

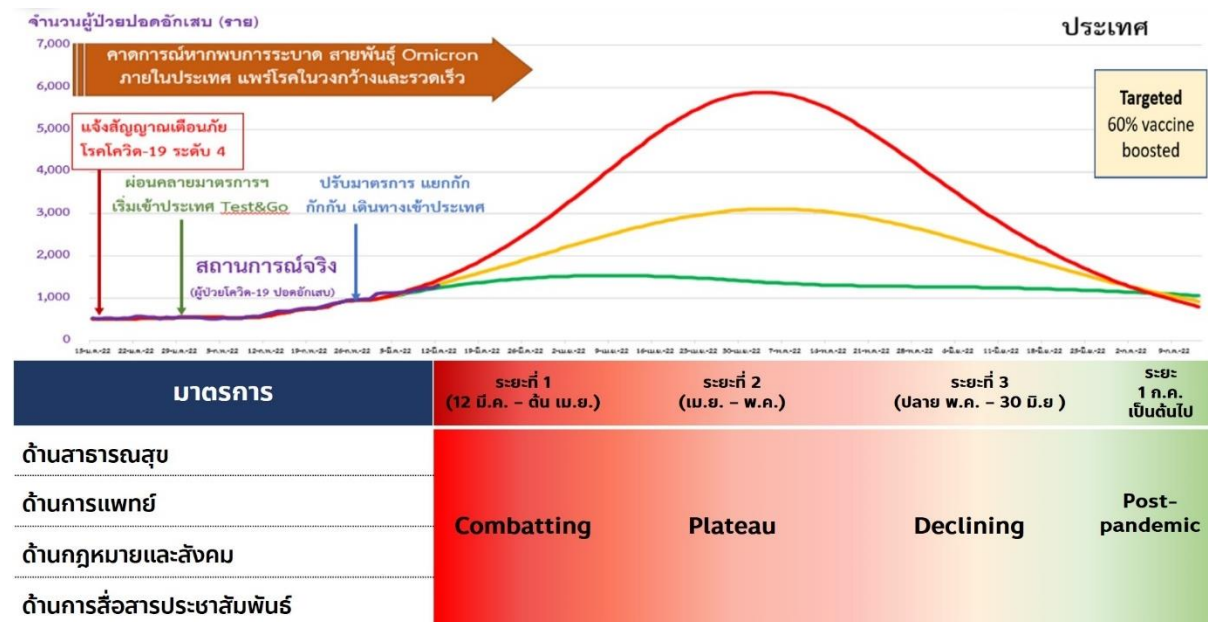
ภาพที่ 5 สัดส่วนจำนวนผู้เสียชีวิตต่อผู้ติดเชื้อระหว่าง โรคโควิด 19 และไข้หวัดใหญ่ประจำฤดูกาล ของประเทศอังกฤษ



ที่มา องค์การอนามัยโลก

สำหรับประเทศไทย การเปลี่ยนผ่านเข้าสู่โรคประจำถิ่นจำเป็นต้องเร่งฉีดวัคซีนในประชากรกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป เนื่องจากอัตราป่วยตายยังเกินร้อยละ 0.1 อยู่เล็กน้อย ในขณะที่กลุ่มประชากรที่อายุน้อยกว่า 60 อัตราป่วยตายต่ำกว่าร้อยละ 0.1 มาก และจากข้อมูลการฉีดวัคซีนของประเทศอังกฤษ พบว่ามีการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้นประมาณร้อยละ 50 ขณะที่ตอนนี้ประเทศไทยได้ทำการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้นมากกว่าร้อยละ 30 จึงคาดว่าจะสามารถลดอัตราป่วยตายให้เป็นไปตามเป้าหมายได้ โดยได้คาดการณ์สถานการณ์หากพบการระบาดของสายพันธุ์ Omicron ภายในประเทศ แพร่โรคในวงกว้างและรวดเร็ว ดังนี้ โดยขณะนี้ได้ดำเนินการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้นมากกว่าร้อยละ 30 ของประชากร

ภาพที่ 6 แสดงการคาดการณ์สถานการณ์หากพบการระบาดของสายพันธุ์ Omicron ภายในประเทศไทย แพร่โรคในวงกว้างและรวดเร็ว



การบริหารจัดการสถานการณ์โรคโควิด 19 สูโรคประจำถิ่น ประเทศไทย มุ่งหวังให้ประชาชนสามารถดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับโควิดได้ ภายใต้การใช้ชีวิตวิถีปกติใหม่ ขับเคลื่อนสังคมและเศรษฐกิจของประเทศให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยภาพรวมกระบวนการเปลี่ยนผ่านสู่โรคประจำถิ่น แบ่งระยะดำเนินการออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะ Combatting (12 มีนาคม - ต้น เมษายน 2565) ระยะ Plateau (เมษายน - พฤษภาคม 2565) ระยะ Declining (ปลาย พฤษภาคม - 30 มิถุนายน 2565) ระยะ Post – pandemic (1 กรกฎาคม 2565 เป็นต้นไป) โดยจำเป็นต้องมีมาตรการรองรับทั้งด้านสาธารณสุข ด้านการแพทย์ ด้านกฎหมายและสังคม และด้านการสื่อสารและประชาสัมพันธ์ ทั้งนี้ จำเป็นต้องสื่อสารให้ประชาชนเข้าใจรูปแบบในการใช้ชีวิตวิถีปกติใหม่ ซึ่งจะเน้นให้ใกล้เคียงการใช้ชีวิตปกติ และปกป้องกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรครุนแรง เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นต้น

แผนและมาตรการการบริหารจัดการสถานการณ์โรคโควิด 19 สู่โรคประจำถิ่น (Endemic Approach to COVID-19) เป็นกรอบแนวทางการดำเนินงานเพื่อให้ประชาชนเกิดความเชื่อมั่นและสร้างความสมดุลทางสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจของประเทศ โดยการจะดำเนินการให้สำเร็จลุล่วงได้นั้น ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน รวมทั้งต้องมีการควบคุม กำกับ มาตรการอย่างมีประสิทธิภาพ

3.1 เป้าหมาย

การบริหารจัดการสถานการณ์โรคโควิด 19 สู่โรคประจำถิ่น มีเป้าหมายในการดำเนินงานที่สำคัญ 2 ประการ หรือเรียกว่า 2U ได้แก่ Universal Prevention คือ การป้องกันตนเองแบบครอบจักรวาล และ Universal Vaccination คือ การฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ในทุกกลุ่ม โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มโรคเรื้อรัง ให้ได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์ และได้รับเข็มกระตุ้นตามระยะเวลาที่กำหนด

แผนและมาตรการการบริหารจัดการสถานการณ์โรคโควิด 19 สู่โรคประจำถิ่น (Endemic Approach to COVID-19) มีเป้าหมาย ดังนี้

3.1.1 การเข้าถึงการดูแลสุขภาพได้อย่างรวดเร็ว มีคุณภาพ อัตราป่วยตาย ไม่เกิน ร้อยละ 0.1

3.1.2 ความครอบคลุมวัคซีนเข็มกระตุ้น $\geq$ ร้อยละ 60

3.1.3 สร้างความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องและความร่วมมือของประชาชน ในการรับมือ และปรับตัว เพื่อยู่ร่วมกับโควิด 19 จาก Pandemic สู่ Endemic อย่างปลอดภัย

3.2 ระยะดำเนินการ

ระยะดำเนินการ แบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่

3.2.1 ระยะ Combatting (12 มีนาคม – ต้น เมษายน 2565) เป็นระยะต่อสู้ เพื่อลดการระบาด ลดความรุนแรงลง จะมีมาตรการต่างๆ ออกไป การดำเนินการให้กักตัวลดลง

3.2.2 ระยะ Plateau (เมษายน – พฤษภาคม 2565) เป็นการคงระดับผู้ติดเชื้อไม่ให้สูงขึ้น ให้เป็นระนาบจนลดลงเรื่อย ๆ

3.2.3 ระยะ Declining (ปลาย พฤษภาคม – 30 มิถุนายน 2565) เป็นการลดจำนวนผู้ติดเชื้อลงให้เหลือ 1,000 - 2,000 คน

3.2.4 ระยะ Post-pandemic 1 กรกฎาคม 2565 เป็นต้นไป คือ ออกจากโรคระบาด เข้าสู่โรคประจำถิ่น

3.3 ยุทธศาสตร์

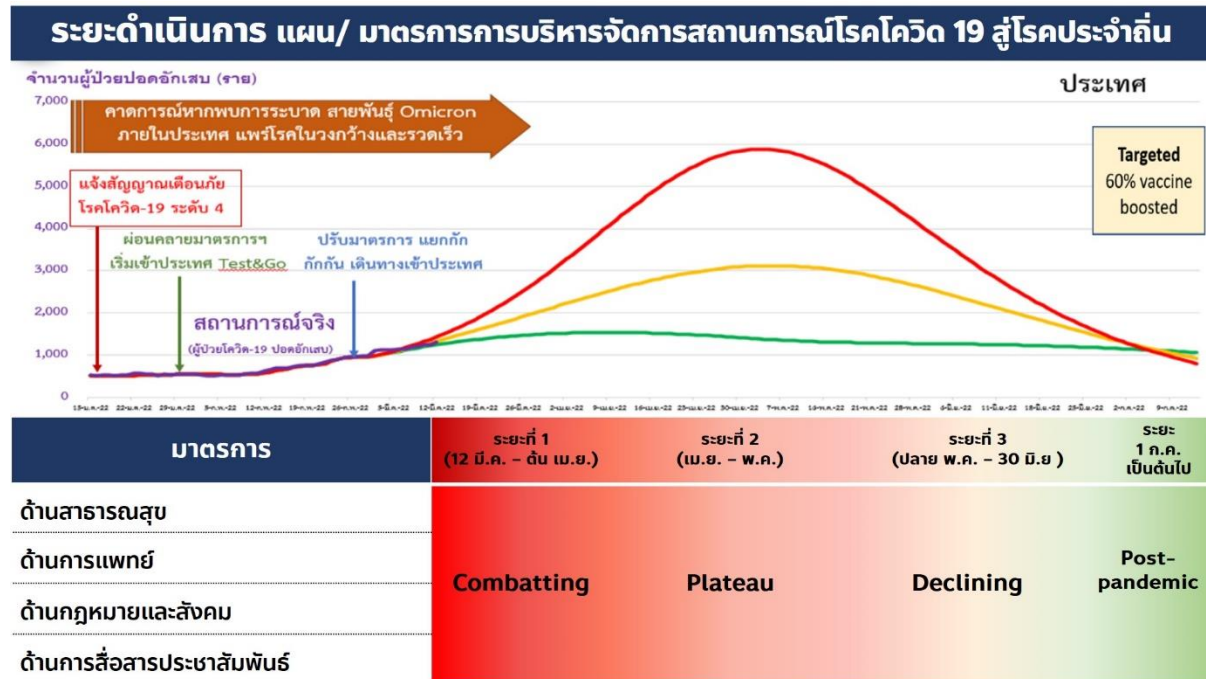
3.3.1 ยุทธศาสตร์การบริหารจัดการสถานการณ์โรคโควิด 19 สู่โรคประจำถิ่น (Endemic Approach to COVID-19) ด้านสาธารณสุข

3.3.2 ยุทธศาสตร์การบริหารจัดการสถานการณ์โรคโควิด 19 สู่โรคประจำถิ่น (Endemic Approach to COVID-19) ด้านการแพทย์

3.3.3 ยุทธศาสตร์การบริหารจัดการสถานการณ์โรคโควิด 19 สู่วิถีประจำถิ่น (Endemic Approach to COVID-19) ด้านกฎหมายและสังคม

3.3.4 ยุทธศาสตร์การบริหารจัดการสถานการณ์โรคโควิด 19 สู่วิถีประจำถิ่น (Endemic Approach to COVID-19) ด้านการสื่อสารและประชาสัมพันธ์

ภาพที่ 7 แสดงระยะดำเนินการแผนและมาตรการการบริหารจัดการสถานการณ์โรคโควิด 19 สู่วิถีประจำถิ่น (Endemic Approach to COVID-19)



โดยมีรายละเอียด แผนและมาตรการการบริหารจัดการสถานการณ์โรคโควิด 19 สู่วิถีประจำถิ่น (Endemic Approach to COVID-19) ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 บริหารจัดการสถานการณ์โรคโควิด 19 สู่โรคประจำถิ่น (Endemic Approach to COVID-19) ด้านสาธารณสุข

กลยุทธ์

1. เร่งการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้น $\geq 60\%$
2. ปรับระบบการเฝ้าระวัง เน้นการระบาดเป็นกลุ่มก้อนและผู้ป่วยปอดอักเสบ
3. ผ่อนคลายมาตรการสำหรับผู้เดินทางจากต่างประเทศ
4. ปรับแนวทางแยกกักผู้ป่วย และกักกันผู้สัมผัส

โดยมีรายละเอียดมาตรการแบ่งตามระยะดำเนินการ ดังนี้

มาตรการ	ระยะ Combatting (12 มี.ค. – ต้น เม.ย. 65)	ระยะ Plateau (เม.ย. – พ.ค. 65)	ระยะ Declining (ปลาย พ.ค. – มิ.ย. 65)	ระยะ Post pandemic (1 ก.ค. 65 เป็นต้นไป)
1.1 การแจ้งเตือนภัยโควิด 19 สำหรับประชาชน ตามระดับสถานการณ์	ระดับ 4	ระดับ 3	ระดับ 2	ระดับ 1
1.2 ผ่อนคลายมาตรการสำหรับผู้เดินทางจากต่างประเทศ	ผู้เดินทาง positive D0 $>3\%$ ตรวจ PCR D0 + self ATK D5 ผู้ไม่ได้รับวัคซีนให้กักตัว 10 วัน	ผู้เดินทาง positive D0 1-3% ตรวจ PCR D0 ผู้ไม่ได้รับวัคซีนให้กักตัว 5 วัน	ผู้เดินทาง positive D0 $<1\%$ ตรวจ Prof ATK D0 สำหรับผู้เดินทางที่ไม่ได้รับวัคซีน	ไม่ตรวจ ATK/PCR
1.3 ปรับระบบการเฝ้าระวัง เน้นการระบาดเป็นกลุ่มก้อนและผู้ป่วยปอดอักเสบ	- เฝ้าระวังผู้ติดเชื้อ ผู้เสียชีวิต การระบาดเป็นกลุ่มก้อนที่เสี่ยงต่อการแพร่กระจายในวงกว้าง หรือเสี่ยงต่อโรครุนแรง และเชื้อไวรัสสายพันธุ์ใหม่ - สอบสวนโรคเพื่อควบคุมการระบาด และค้นหาปัจจัยการเกิดโรครุนแรง			
1.4 วัคซีนเข็มกระตุ้น	- เร่งการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้น (Booster) $\geq 45\%$ ของประชากรทั้งหมด - เร่งการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้น (Booster) กลุ่ม 608 $\geq 60\%$	เร่งการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้น (Booster) $\geq 50\%$ ของประชากรทั้งหมด	เร่งการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้น (Booster) $\geq 60\%$ ของประชากรทั้งหมด	วัคซีนในกลุ่มเสี่ยงประจำปี

มาตรการ	ระยะ Combatting (12 มี.ค. – ต้น เม.ย. 65)	ระยะ Plateau (เม.ย. – พ.ค. 65)	ระยะ Declining (ปลาย พ.ค. – มิ.ย 65)	ระยะ Post pandemic (1 ก.ค. 65 เป็นต้นไป)
1.5 ปรับแนวทางแยกกักผู้ป่วย และกักกันผู้สัมผัส	- แยกกักผู้ป่วย กักกันผู้สัมผัส (พิจารณาตามประวัติวัคซีน) - พิจารณาจำกัดการเคลื่อนย้ายข้ามพื้นที่เพื่อควบคุมการระบาด		- เน้นแยกกักผู้ป่วยแบบ self isolation มากขึ้น - พิจารณาจำกัดการเคลื่อนย้ายข้ามพื้นที่เพื่อควบคุมการระบาด	

ยุทธศาสตร์ที่ 2 บริหารจัดการสถานการณ์โรคโควิด 19 สุโรคประจำถิ่น (Endemic Approach to COVID-19) ด้านการแพทย์

กลยุทธ์

1. ปรับแนวทางการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยนอก (OPD)
2. ดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงอาการรุนแรง และมีอาการรุนแรงรวมทั้งภาวะ Long COVID

โดยมีรายละเอียดมาตรการแบ่งตามระยะดำเนินการ ดังนี้

มาตรการ	ระยะ Combatting (12 มี.ค. – ต้น เม.ย. 65)	ระยะ Plateau (เม.ย. – พ.ค. 65)	ระยะ Declining (ปลาย พ.ค. – มิ.ย 65)	ระยะ Post pandemic (1 ก.ค. 65 เป็นต้นไป)
2.1 ปรับแนวทางการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยนอก (OPD)				
2.1.1 การตรวจวินิจฉัย	- ให้คำปรึกษาความเสี่ยงโดย 3 หมอ - Self ATK โดยประชาชน ทั่วไป - Professional ATK/RT-PCR ในสถานพยาบาล	- ให้คำปรึกษาความเสี่ยงโดย 3 หมอ - Self ATK โดยประชาชน ทั่วไป - Professional ATK/RT-PCR ในสถานพยาบาล *(ตามมาตราฐานกรมวิทยาศาสตร์ การแพทย์)	- ให้คำปรึกษาความเสี่ยงโดย 3 หมอ - Professional ATK/RT-PCR ในสถานพยาบาล *(ตามมาตราฐานกรมวิทยาศาสตร์ การแพทย์)	- ให้คำปรึกษาความเสี่ยงโดย 3 หมอ - Professional ATK/RT-PCR ในสถานพยาบาล *(ตามมาตราฐานกรมวิทยาศาสตร์ การแพทย์)
2.1.2 การดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด	ตาม CPG กรมการแพทย์** ให้ระมัดระวัง ถึง MIS-C ในเด็ก	ตาม CPG กรมการแพทย์** ให้ระมัดระวัง ถึง MIS-C ในเด็ก	ตาม CPG กรมการแพทย์**	ตาม CPG กรมการแพทย์**
2.1.3 ระบบส่งต่อผู้ป่วยโควิด	ตามระบบส่งต่อ	ตามระบบส่งต่อ	ตามระบบส่งต่อ	ตามระบบส่งต่อ
2.1.4 การให้บริการกลุ่มไม่มี อาการ	- OP with Self Isolation - Home Isolation	- OP with Self Isolation - Home Isolation	- OP with Self Isolation - Home Isolation	- Self care with UP/ (+/- Self Isolation)
2.1.5 การให้บริการกลุ่มที่มี อาการ รวมถึงการให้บริการ กลุ่มเสี่ยง เช่น กลุ่ม 608 เป็นต้น	- OP with Self Isolation - Home Isolation - Community Isolation - Hotel Isolation	- OP with Self Isolation - Home Isolation - Community Isolation - Hotel Isolation	- OP with Self Isolation - Home Isolation	- OP with Self Isolation - ARI clinic

มาตรการ	ระยะ Combatting (12 มี.ค. – ต้น เม.ย. 65)	ระยะ Plateau (เม.ย. – พ.ค. 65)	ระยะ Declining (ปลาย พ.ค. – มิ.ย 65)	ระยะ Post pandemic (1 ก.ค. 65 เป็นต้นไป)
2.1.6 การให้บริการกลุ่มที่มี ปอดอักเสบ	- Cohort ward - Semi ICU - AIIR-ICU - Extended Covid ICU	- Cohort ward - Semi ICU - AIIR-ICU - Extended Covid ICU	- Semi ICU - AIIR-ICU	- บริหารจัดการแบบกลุ่ม ผู้ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ตาม SOP ของ ID
2.1.7 มาตรการสำหรับ HCWs	- HCWs vaccination > 90% (booster) - Standard Precautions - บุคลากรสัมผัสเสี่ยงสูง ดำเนินการตามแนวทางของ กรมการแพทย์	- HCWs vaccination > 95% (booster) - Standard Precautions - บุคลากรสัมผัสเสี่ยงสูง ดำเนินการตามแนวทางของ กรมการแพทย์	- HCWs vaccination > 98% (booster) - Standard Precautions - บุคลากรสัมผัสเสี่ยงสูง ดำเนินการตามแนวทางของ กรมการแพทย์	- HCWs vaccination > 98% (booster) - Standard Precautions - บุคลากรสัมผัสเสี่ยงสูง ดำเนินการตามแนวทางของ กรมการแพทย์
2.2 ดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงอาการรุนแรง และมีอาการรุนแรงรวมทั้งภาวะ Long COVID				
2.2.1 การคัดกรอง/ประเมิน เบื้องต้น ตามแนวทาง ของ กรมการแพทย์	- ประชาชนคัดกรองตนเอง เบื้องต้นด้วยแบบประเมิน - บุคลากรสาธารณสุขคัดกรอง ผู้ที่ต้องสงสัยภาวะ Long COVID	- ประชาชนคัดกรองตนเอง เบื้องต้นด้วยแบบประเมิน - บุคลากรสาธารณสุขคัดกรอง ผู้ที่ต้องสงสัยภาวะ Long COVID	- ประชาชนคัดกรองตนเอง เบื้องต้นด้วยแบบประเมิน - บุคลากรสาธารณสุขคัดกรอง ผู้ที่ต้องสงสัยภาวะ Long COVID	- ประชาชนคัดกรองตนเอง เบื้องต้นด้วยแบบประเมิน - บุคลากรสาธารณสุขคัดกรอง ผู้ที่ต้องสงสัยภาวะ Long COVID
2.2.2 การดูแลรักษา/ ระบบติดตามอาการ	- หน่วยบริการปฐมภูมิ สามารถให้การประเมินและ ดูแลเบื้องต้น - รพ.ระดับ A,S มี Long COVID clinic/unit - มีระบบติดตามเฝ้าระวัง อาการผู้ป่วยใน หมอพร้อม	- หน่วยบริการปฐมภูมิ สามารถ ให้การประเมินและดูแล เบื้องต้น - รพ.มี Long COVID clinic/unit - Long COVID network with consultant ทุกจังหวัด	- หน่วยบริการปฐมภูมิ . สามารถให้การประเมินและ ดูแลเบื้องต้น - รพ.มี Long COVID clinic/unit - Long COVID network with consultant ทุกจังหวัด	- หน่วยบริการปฐมภูมิ สามารถให้การประเมินและ ดูแลเบื้องต้น - รพ.มี Long COVID clinic/unit - Long COVID network with consultant ทุกจังหวัด

มาตรการ	ระยะ Combatting (12 มี.ค. – ต้น เม.ย. 65)	ระยะ Plateau (เม.ย. – พ.ค. 65)	ระยะ Declining (ปลาย พ.ค. – มิ.ย 65)	ระยะ Post pandemic (1 ก.ค. 65 เป็นต้นไป)
		- มีระบบติดตามเฝ้าระวัง อาการผู้ป่วยใน หมอพร้อม	- มีระบบติดตามเฝ้าระวัง อาการผู้ป่วยใน หมอพร้อม	- มีระบบติดตามเฝ้าระวัง อาการผู้ป่วยใน หมอพร้อม

หมายเหตุ

* แนวทางการวินิจฉัย ตามกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

** แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด 19 และแนวทางปฏิบัติสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่สัมผัสผู้ป่วยยืนยันโควิด 19 ของกรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข จะมีการปรับปรุงเป็นระยะตามข้อมูลทางด้านวิชาการและสถานการณ์ของโรค

ยุทธศาสตร์ที่ 3 บริหารจัดการสถานการณ์โรคโควิด 19 สู่วิถีประจำถิ่น (Endemic Approach to COVID-19) ด้านกฎหมายและสังคม

กลยุทธ์

1. บริหารจัดการด้านกฎหมายในทุกหน่วยงาน ให้สอดคล้องกับการปรับตัวเข้าสู่ Post - pandemic
2. ผ่อนคลายมาตรการทางสังคม ลดการ “จำกัดการเดินทางและการรวมตัวของคนหมู่มาก”
3. ทุกภาคส่วนส่งเสริมมาตรการ UP, COVID Free Setting

โดยมีรายละเอียดมาตรการแบ่งตามระยะดำเนินการ ดังนี้

มาตรการ	ระยะ Combatting (12 มี.ค. – ต้น เม.ย. 65)	ระยะ Plateau (เม.ย. – พ.ค. 65)	ระยะ Declining (ปลาย พ.ค. – มิ.ย. 65)	ระยะ Post pandemic (1 ก.ค. 65 เป็นต้นไป)
3.1 บริหารจัดการด้านกฎหมายในทุกหน่วยงาน ให้สอดคล้องกับการปรับตัวเข้าสู่ Post pandemic	ทบทวนกฎหมายของแต่ละกรมสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ใช้บังคับอยู่ก่อน	พิจารณาทบทวนแก้ไขปรับปรุงกฎหมายแต่ละฉบับของกรม ดังนี้ - กรมควบคุมโรค 9 ฉบับ - กรมอนามัย 5 ฉบับ - กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ประกาศฯ 3 ฉบับ - สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา 33 ฉบับ	- เสนอประกาศยกเลิก โรค COVID – 19 จากเป็นโรคติดต่ออันตรายเป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง - เสนอกฎหมายที่ต้องแก้ไขปรับปรุงเพื่อเสนอลงนามในประกาศฯ	มีผลบังคับใช้
<u>หมายเหตุ</u> สำหรับกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด 19 ที่กระทรวงอื่นได้ประกาศไว้ควรเสนอนายกรัฐมนตรีพิจารณาสั่งการให้ทบทวนกฎหมายดังกล่าวตามอำนาจการบริหารราชการแผ่นดินต่อไป				

มาตรการ	ระยะ Combatting (12 มี.ค. – ต้น เม.ย. 65)	ระยะ Plateau (เม.ย. – พ.ค. 65)	ระยะ Declining (ปลาย พ.ค. – มิ.ย 65)	ระยะ Post pandemic (1 ก.ค. 65 เป็นต้นไป)
3.2 ผ่อนคลายมาตรการทางสังคม ลดการ “จำกัดการเดินทางและการรวมตัวของคนหมู่มาก”				
3.2.1 ลดปัจจัยเสี่ยงกิจกรรมที่มีคนจำนวนมาก	ทุกคน - เลี่ยงใกล้ชิดผู้อื่นนอกบ้าน - งดรวมกิจกรรมกลุ่ม	กลุ่มเสี่ยง 608/ผู้ที่ได้รับวัคซีน <u>ไม่</u> ครบตามเกณฑ์ - เลี่ยงรวมกิจกรรมที่รวมกลุ่ม จำนวนมาก	กลุ่มเสี่ยง 608/ผู้ที่ได้รับวัคซีน <u>ไม่</u> ครบตามเกณฑ์ - เลี่ยงรวมกิจกรรมที่รวมกลุ่ม จำนวนมาก	ร่วมกิจกรรมได้แบบ New Normal
3.2.2 การไปสถานที่เสี่ยง	ทุกคน - งดไปทานอาหารร่วมดื่มสุรา ในร้าน - งดเข้าสถานที่เสี่ยงทุกประเภท	ทุกคน - งดเข้าสถาบันเทিং - เลี่ยงเข้าสถานที่ระบบปิด/แออัด	กลุ่ม 608/ผู้ที่ได้รับวัคซีน <u>ไม่</u> ครบตามเกณฑ์ - งดเข้าสถาบันเทিং - เลี่ยงเข้าสถานที่ระบบปิด/แออัด	ใช้บริการได้ทุกแห่ง (ป้องกันตนเอง UP และมาตรการ COVID Free Setting)
3.2.3 การเดินทางข้ามพื้นที่/ ข้ามจังหวัด	ทุกคน - งดโดยสารขนส่งสาธารณะ ทุกประเภท	กลุ่มเสี่ยง 608/ผู้ที่ได้รับวัคซีน <u>ไม่</u> ครบตามเกณฑ์ - เลี่ยงโดยสารขนส่งสาธารณะ ทุกประเภท	กลุ่มเสี่ยง 608/ผู้ที่ได้รับวัคซีน <u>ไม่</u> ครบตามเกณฑ์ - เลี่ยงโดยสารขนส่งสาธารณะ ทุกประเภท	โดยสารขนส่งสาธารณะได้
3.3 ทุกภาคส่วนส่งเสริม มาตรการ UP, COVID Free Setting	1. ป้องกันตนเอง UP มาตรการ COVID Free Setting 2. หน้ากากอนามัย - ต้องสวมหน้ากากอนามัย 100% 3. ล้างมือ - ทุกสถานที่ จัดแอลกอฮอล์ ล้างมือ 100% และส่งเสริม การล้างมือ	1. ป้องกันตนเอง UP มาตรการ COVID Free Setting 2. หน้ากากอนามัย - ต้องสวมหน้ากากอนามัย 100% - ผู้มีความเสี่ยง/ติดเชื้อต้อง สวมหน้ากากอนามัย 100% ป้องกันการแพร่เชื้อสู่ผู้อื่น/ รับผิดชอบต่อสังคม	1. ป้องกันตนเอง UP มาตรการ COVID Free Setting 2. หน้ากากอนามัย - แนะนำใส่หน้ากากอนามัย เมื่ออยู่ในสถานที่เสี่ยง เช่น สถานที่แออัด รถโดยสาร สาธารณะ - ผู้มีความเสี่ยง/ติดเชื้อต้อง สวมหน้ากากอนามัย 100%	1. ป้องกันตนเอง UP มาตรการ COVID Free Setting 2. หน้ากากอนามัย - แนะนำใส่หน้ากากอนามัย เมื่ออยู่ในสถานที่เสี่ยง เช่น สถานที่แออัด รถโดยสาร สาธารณะ - ผู้มีความเสี่ยง/ติดเชื้อต้อง สวมหน้ากากอนามัย 100%

มาตรการ	ระยะ Combatting (12 มี.ค. – ต้น เม.ย. 65)	ระยะ Plateau (เม.ย. – พ.ค. 65)	ระยะ Declining (ปลาย พ.ค. – มิ.ย 65)	ระยะ Post pandemic (1 ก.ค. 65 เป็นต้นไป)
		3. ล้างมือ - ทุกสถานที่จัดแอลกอฮอล์ล้างมือ 100% และส่งเสริมการล้างมือ	ป้องกันการแพร่เชื้อสู่ผู้อื่น/ รับผิดชอบต่อสังคม 3. ล้างมือ - สถานประกอบการเสี่ยงยกตัวอย่าง เช่น ร้านอาหาร รพ. ตลาด จัดแอลกอฮอล์ล้างมือ 100% และส่งเสริมการล้างมือ	ป้องกันการแพร่เชื้อสู่ผู้อื่น/ รับผิดชอบต่อสังคม 3. ล้างมือ - สถานประกอบการเสี่ยงยกตัวอย่าง เช่น ร้านอาหาร รพ. ตลาด จัดแอลกอฮอล์ล้างมือ 100% และส่งเสริมการล้างมือ

ยุทธศาสตร์ที่ 4 บริหารจัดการสถานการณ์โรคโควิด 19 สุโรคระจำถิ่น (Endemic Approach to COVID-19) ด้านการสื่อสารและประชาสัมพันธ์
กลยุทธ์

1. ทุกภาคส่วนร่วมสร้างความรู้ความเข้าใจ และพฤติกรรม ให้ประชาชนสามารถดำเนินชีวิตร่วมกับโควิด 19 อย่างปลอดภัย (Living with COVID-19)
2. สื่อสารประชาสัมพันธ์ เชิงรุก อย่างครอบคลุม ให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง และสร้างความร่วมมือของประชาชนในแต่ละช่วงเวลา

โดยมีรายละเอียดมาตรการแบ่งตามระยะดำเนินการ ดังนี้

มาตรการ	ระยะ Combatting (12 มี.ค. – ต้น เม.ย. 65)	ระยะ Plateau (เม.ย. – พ.ค. 65)	ระยะ Declining (ปลาย พ.ค. – มิ.ย 65)	ระยะ Post pandemic (1 ก.ค. 65 เป็นต้นไป)
1. ทุกภาคส่วนร่วมสร้างความรู้ความเข้าใจ และพฤติกรรม ให้ประชาชนสามารถดำเนินชีวิตร่วมกับโควิด 19 อย่างปลอดภัย (Living with COVID-19) 2. สื่อสารประชาสัมพันธ์ เชิงรุก อย่างครอบคลุม ให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง และสร้างความร่วมมือของประชาชนในแต่ละช่วงเวลา	ประเด็นการสื่อสาร - ทำความเข้าใจสถานการณ์โรค (ผู้ติดเชื้อเพิ่ม / อาการรุนแรงน้อย/ กลุ่มเสี่ยงคือ 608) - รณรงค์ฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้น โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง 608 - ย้ำความร่วมมือมาตรการ VUCA - แนวทางการรักษา (HI, CI, OPSI) - UCEP COVID Plus	ประเด็นการสื่อสาร - ทำความเข้าใจสถานการณ์โรค (ผู้ติดเชื้อเพิ่ม/ อาการรุนแรงน้อย/ กลุ่มเสี่ยงคือ 608) - สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการเป็นโรคประจำถิ่น - รณรงค์ฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้น โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง 608 - ย้ำความร่วมมือมาตรการ VUCA - แนวทางการรักษา (HI, CI, OPSI) - UCEP COVID Plus	ประเด็นการสื่อสาร - สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการเป็นโรคประจำถิ่น - Living with COVID	ประเด็นการสื่อสาร - Living with COVID

รูปแบบการสื่อสารประชาสัมพันธ์

- การแถลงข่าวในรูปแบบถ่ายทอดสดทางเฟซบุ๊กเพจ ข่าวแจก Infographic / Key Message
- สกู๊ปข่าวโทรทัศน์ / สัมภาษณ์ผู้บริหารในรายการ
- ข่าววิทยุ / สัมภาษณ์ผู้บริหารทางรายการวิทยุ
- คลิปวิดีโอ รณรงค์ฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้น / สร้างกำลังใจเข้าสู่การใช้ชีวิตปกติแบบ new normal (สสส.)

สรุปแผนและมาตรการการบริหารจัดการสถานการณ์โรคโควิด 19 สุโรคระจำถิ่น (Endemic Approach to COVID-19)

มาตรการ	ระยะ Combatting (12 มี.ค. – ต้น เม.ย.)	ระยะ Plateau (เม.ย. – พ.ค.)	ระยะ Declining (ปลาย พ.ค. – มิ.ย.)	ระยะ Post pandemic (1 ก.ค. เป็นต้นไป)
ด้านสาธารณสุข				
• การแจ้งเตือนภัยโควิด 19 สำหรับประชาชนตามระดับสถานการณ์	ระดับ 4	ระดับ 3	ระดับ 2	ระดับ 1
• การเฝ้าระวังและจัดการผู้เดินทางจากต่างประเทศ	ตรวจ PCR D0 + self ATK D5 ผู้ไม่ได้รับวัคซีนให้กักตัว 10 วัน	ตรวจ Prof ATK D0, +/- D5 ผู้ไม่ได้รับวัคซีนให้กักตัว 5 วัน	ตรวจ Prof ATK ที่สนามบินสำหรับ ผู้เดินทางที่ไม่ได้รับวัคซีน	ไม่ตรวจ ATK/PCR
• การเฝ้าระวังและสอบสวนโรค	เฝ้าระวังผู้ติดเชื้อ ผู้เสียชีวิต การระบาดเป็นกลุ่มก้อนที่เสี่ยงต่อการแพร่กระจายในวงกว้าง หรือเสี่ยงต่อโรครุนแรง และเชื้อไวรัสสายพันธุ์ใหม่, สอบสวนโรคเพื่อควบคุมการระบาด และค้นหาปัจจัยการเกิดโรครุนแรง			
• วัคซีนเข็มกระตุ้น	Booster ≥45% Booster 608 ≥60%	Booster ≥50%	Booster ≥60%	วัคซีนในกลุ่มเสี่ยงประจำปี
ด้านการแพทย์				
• การตรวจวินิจฉัย	Self ATK, Professional ATK/RT-PCR ในสถานพยาบาล			Professional ATK/RT-PCR ในสถานพยาบาล
• การให้บริการกลุ่มที่มีอาการ รวมถึงการให้บริการกลุ่มเสี่ยงเช่น กลุ่ม 608 เป็นต้น	OP with Self Isolation, HI, CI, Hotel Isolation		OP with Self Isolation, HI	OP with Self Isolation, ARI-Clinic
• การให้บริการกลุ่มที่มีปอดอักเสบ	Cohort ward, Semi ICU, AIIR-ICU, Extended Covid ICU		Semi ICU, AIIR-ICU	บริหารจัดการแบบกลุ่มผู้ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ตาม SOP ของ ID
• Long Covid-19	sw.ระดับ A,S มี Long COVID clinic, ติดตามด้วย หมอพร้อม	sw.สต.สามารถให้การประเมินและดูแลเบื้องต้น, sw.มี Long COVID clinic/unit, ติดตามด้วย หมอพร้อม		
ด้านกฎหมายและสังคม				
• บริหารจัดการด้านกฎหมาย	พิจารณาบทกฏแก้ไขปรับปรุงกฎหมายแต่ละฉบับของกรมที่เกี่ยวข้อง		ยกเลิก โรค COVID - 19 จากโรคติดต่ออันตรายเป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง และเสนอกฎหมายที่ต้องแก้ไข	มีผลบังคับใช้
• มาตรการสังคม	UP, COVID Free Setting, สวมหน้ากากอนามัย 100%, ล้างมือ			UP, COVID Free Setting, ล้างมือ 100%, กลุ่มเสี่ยงหรือผู้ติดเชื้อสวมหน้ากากอนามัย 100%
ด้านการสื่อสารประชาสัมพันธ์				
การสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารในรูปแบบต่างๆ	สื่อสารประชาสัมพันธ์ตามประเด็นในแต่ละช่วงเวลา			

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก. QR Code รายละเอียดที่เกี่ยวข้อง

เอกสาร	ลิงค์	QR Code
นิตยสารการเฝ้าระวังโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus Disease 2019: COVID-19) กรมควบคุมโรค ฉบับวันที่ 10 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 ปรับปรุง ณ วันที่ 8 มีนาคม พ.ศ. 2565	https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_surveillance/g_surveillance_080365.pdf	
แนวทางการรายงานและตรวจสอบข้อมูล ผู้เสียชีวิตที่ตรวจพบเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) กรมควบคุมโรค ฉบับวันที่ 11 มีนาคม 2565	https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_srrt/g_srrt_110365.pdf	
รายงานการให้บริการวัคซีน COVID – 19 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สป.สธ.	https://dashboard-vaccine.moph.go.th/	
แนวทางการตรวจวินิจฉัยผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในสถานการณ์ปัจจุบัน กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ฉบับวันที่ 10 มกราคม 2565	https://www3.dmsc.moph.go.th/post-view/1462	
คำแนะนำการตรวจทางห้องปฏิบัติการ สำหรับไวรัสก่อโรคโควิด 19 (SARS-CoV-2) กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ฉบับวันที่ 7 มีนาคม 2565	https://www3.dmsc.moph.go.th/post-view/1500	

เอกสาร	ลิงค์	QR Code
แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข กรมการแพทย์ ฉบับปรับปรุง วันที่ 22 มีนาคม 2565	https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Covid_Health/Attach/25650324144250PM_CPG%2022มีนา.pdf	
แนวทางปฏิบัติสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่สัมผัสผู้ป่วยยืนยัน COVID-19 กรมการแพทย์ ฉบับปรับปรุง วันที่ 5 มีนาคม พ.ศ. 2565	https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Covid_Health/Attach/25650305125125PM_HCWX%20V4_n_20220305.pdf	
แนวทางปฏิบัติสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ในการให้คำแนะนำผู้ป่วยและการจัดบริการผู้ป่วยโควิด 19 แบบ Home Isolation กรมการแพทย์ ฉบับปรับปรุง วันที่ 4 มกราคม พ.ศ. 2565	https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Covid_Health/Attach/25650105175718PM_แนวทางhomelso.pdf	
การดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด-19 หลังรักษาหาย (Post COVID syndrome) หรือภาวะ Long COVID สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข กรมการแพทย์ ฉบับ วันที่ 16 ธันวาคม พ.ศ. 2564	https://covid19.dms.go.th/Content/Select_Landding_page?contentId=157	
พระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548	https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/laws/laws_08.pdf	

เอกสาร	ลิงค์	QR Code
ข้อกำหนด/ประกาศ/คำสั่ง ตามพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548	https://www.thaigov.go.th/news/contents/details/27963	
พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558	https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor/c74d97b01eae257e44aa9d5bade97baf/files/001_1gcd.PDF	

ภาคผนวก ข. คำสั่งที่เกี่ยวข้อง

สำเนา

คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข

ที่ ๒๓๕ / ๒๕๖๕

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการบริหารจัดการสถานการณ์โรคโควิด 19 สุโรคระจำถิ่น (Endemic)

ด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในประเทศไทย พบการกลายพันธุ์ของเชื้อโรคโควิด 19 (SARS-CoV-2 virus mutations and variants) สายพันธุ์ Omicron มีการแพร่ระบาดไปทั่วประเทศ

เพื่อให้การบริหารจัดการโรคโควิด 19 สุโรคระจำถิ่น (Endemic) เป็นไปอย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพ และเป็นที่เชื่อมั่นของประชาชน อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๑ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ปลัดกระทรวงสาธารณสุขจึงแต่งตั้งคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการบริหารจัดการสถานการณ์โรคโควิด 19 สุโรคระจำถิ่น (Endemic) โดยมีองค์ประกอบหน้าที่และอำนาจ ดังนี้

ข้อ ๑ คณะกรรมการบริหารจัดการสถานการณ์โรคโควิด 19 สุโรคระจำถิ่น (Endemic)

๑.๑ องค์ประกอบ

(๑)	ปลัดกระทรวงสาธารณสุข	ประธาน
(๒)	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ด้านบริหาร)	กรรมการ
(๓)	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข (หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านการพัฒนาการแพทย์)	กรรมการ
(๔)	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข (หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านการพัฒนาการสาธารณสุข)	กรรมการ
(๕)	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข (หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านสนับสนุนบริการสุขภาพ)	กรรมการ
(๖)	อธิบดีกรมการแพทย์	กรรมการ
(๗)	อธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	กรรมการ
(๘)	อธิบดีกรมควบคุมโรค	กรรมการ
(๙)	อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	กรรมการ
(๑๐)	อธิบดีกรมสุขภาพจิต	กรรมการ
(๑๑)	อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรรมการ
(๑๒)	อธิบดีกรมอนามัย	กรรมการ
(๑๓)	เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา	กรรมการ
(๑๔)	เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	กรรมการ
(๑๕)	หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ

(๑๖) หัวหน้า...

(๑๖) หัวหน้าสำนักวิชาการสาธารณสุข	กรรมการ
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	
(๑๗) ผู้ช่วยปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้รับมอบหมาย	กรรมการ
	และเลขานุการ
(๑๘) รองอธิบดีกรมควบคุมโรค ที่ได้รับมอบหมาย	กรรมการ
	และเลขานุการร่วม
(๑๙) ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน	กรรมการ
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	และผู้ช่วยเลขานุการ
(๒๐) ผู้อำนวยการกองระบาดวิทยา	กรรมการ
กรมควบคุมโรค	และผู้ช่วยเลขานุการ
(๒๑) ผู้อำนวยการกองโรคติดต่อทั่วไป	กรรมการ
กรมควบคุมโรค	และผู้ช่วยเลขานุการ
(๒๒) หัวหน้ากลุ่มพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายด้านสุขภาพ	กรรมการ
กองยุทธศาสตร์และแผนงาน	และผู้ช่วยเลขานุการ
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	

๑.๒ หน้าที่และอำนาจ

- (๑) พิจารณาแผนและมาตรการเพื่อบริหารจัดการสถานการณ์โรคโควิด 19
สู่โรคประจำถิ่น (Endemic)
- (๒) กำกับ ติดตาม และให้ข้อเสนอแนะเพื่อแก้ไขปัญหาบริหารจัดการสถานการณ์
โรคโควิด 19 สู่โรคประจำถิ่น (Endemic)
- (๓) แต่งตั้งคณะอนุกรรมการและคณะทำงานได้ตามความเหมาะสม
- (๔) ปฏิบัติหน้าที่อื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๒ คณะอนุกรรมการบริหารจัดการสถานการณ์โรคโควิด 19 สู่โรคประจำถิ่น (Endemic)
ด้านสาธารณสุข

๒.๑ องค์ประกอบ

(๑) อธิบดีกรมควบคุมโรค	ประธาน
(๒) ผู้แทนกระทรวงการต่างประเทศ	อนุกรรมการ
(๓) ผู้แทนกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย	อนุกรรมการ
กระทรวงมหาดไทย	
(๔) ผู้แทนกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย	อนุกรรมการ
(Uhosnet)	
(๕) รองอธิบดีกรมการแพทย์ ที่ได้รับมอบหมาย	อนุกรรมการ
(๖) รองอธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	อนุกรรมการ
ที่ได้รับมอบหมาย	
(๗) รองอธิบดีกรมควบคุมโรค ที่ได้รับมอบหมาย	อนุกรรมการ

(๘) รองอธิบดี...

(๘) รองอธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่ได้รับมอบหมาย	อนุกรรมการ
(๙) รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ที่ได้รับมอบหมาย	อนุกรรมการ
(๑๐) รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต ที่ได้รับมอบหมาย	อนุกรรมการ
(๑๑) รองอธิบดีกรมอนามัย ที่ได้รับมอบหมาย	อนุกรรมการ
(๑๒) รองเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา ที่ได้รับมอบหมาย	อนุกรรมการ
(๑๓) นายทวีทรัพย์ ศิรประภาศิริ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค	อนุกรรมการ
(๑๔) ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	อนุกรรมการ
(๑๕) ผู้อำนวยการกองด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ กรมควบคุมโรค	อนุกรรมการ
(๑๖) ผู้อำนวยการกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค	อนุกรรมการ และเลขานุการ
(๑๗) ผู้อำนวยการกองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค	อนุกรรมการ และเลขานุการร่วม

๒.๒ หน้าที่และอำนาจ

(๑) จัดทำแผน มาตรการ แนวทางด้านสาธารณสุขเพื่อดำเนินการขับเคลื่อนการบริหารจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 สุโรโรคประจำถิ่น (Endemic) ตลอดจนติดตามกำกับ และประเมินผลการดำเนินงาน

(๒) รายงานผลการดำเนินงานต่อคณะกรรมการบริหารจัดการสถานการณ์โรคโควิด 19 สุโรโรคประจำถิ่น (Endemic)

(๓) แต่งตั้งคณะทำงานได้ตามความเหมาะสม

(๔) ปฏิบัติหน้าที่อื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๓ คณะอนุกรรมการบริหารจัดการสถานการณ์โรคโควิด 19 สุโรโรคประจำถิ่น (Endemic) ด้านการแพทย์

๓.๑ องค์ประกอบ

(๑) อธิบดีกรมการแพทย์	ประธาน
(๒) นายณัฐพงศ์ วงศ์วิวัฒน์ รองอธิบดีกรมการแพทย์	รองประธาน
(๓) ผู้แทนกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (Uhosnet) ที่ได้รับมอบหมาย	อนุกรรมการ
(๔) ผู้ทรงคุณวุฒิสำนักวิชาการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้รับมอบหมาย	อนุกรรมการ
(๕) ผู้ทรงคุณวุฒิกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ที่ได้รับมอบหมาย	อนุกรรมการ
(๖) ผู้ทรง...	

(๖)	ผู้ทรงคุณวุฒิกรมควบคุมโรค ที่ได้รับมอบหมาย	อนุกรรมการ
(๗)	ผู้ทรงคุณวุฒิกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่ได้รับมอบหมาย	อนุกรรมการ
(๘)	ผู้ทรงคุณวุฒิกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ที่ได้รับมอบหมาย	อนุกรรมการ
(๙)	ผู้ทรงคุณวุฒิกรมสุขภาพจิต ที่ได้รับมอบหมาย	อนุกรรมการ
(๑๐)	ผู้ทรงคุณวุฒิกรมอนามัย ที่ได้รับมอบหมาย	อนุกรรมการ
(๑๑)	ผู้แทนสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร	อนุกรรมการ
(๑๒)	ผู้แทนสำนักงานอนามัย กรุงเทพมหานคร	อนุกรรมการ
(๑๓)	ผู้แทนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	อนุกรรมการ
(๑๔)	ผู้แทนแพทยสภา	อนุกรรมการ
(๑๕)	ผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	อนุกรรมการ
(๑๖)	ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	อนุกรรมการ
(๑๗)	ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์	อนุกรรมการ
(๑๘)	ผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์	อนุกรรมการ
(๑๙)	ผู้อำนวยการสำนักกึ่งระบบการแพทย์ กรมการแพทย์	อนุกรรมการ
(๒๐)	หัวหน้ากลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ กองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์	อนุกรรมการ และเลขานุการ
(๒๑)	นายวีรวัฒน์ อุดรอนันท์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง	อนุกรรมการ และผู้ช่วยเลขานุการ
(๒๒)	นายชาญชัย ชงพานิช ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอภัยภูธรขอนแก่น	อนุกรรมการ และผู้ช่วยเลขานุการ

๓.๒ หน้าที่และอำนาจ

- (๑) ทบทวน และจัดทำ แนวทาง ประเด็นการบริหารจัดการ ด้านการรักษาพยาบาล สถานการณ์โรคโควิด 19 สุโรครประจำถิ่น (Endemic)
- (๒) ติดตาม และประเมินผลการบริหารจัดการ สถานการณ์โรคโควิด 19 สุโรครประจำถิ่น (Endemic)
- (๓) รายงานผลการดำเนินงานต่อคณะกรรมการบริหารจัดการสถานการณ์โรคโควิด 19 สุโรครประจำถิ่น (Endemic)
- (๔) แต่งตั้งคณะทำงานได้ตามความเหมาะสม
- (๕) ปฏิบัติหน้าที่อื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๔ ...

ข้อ ๔ คณะอนุกรรมการบริหารจัดการสถานการณ์โรคโควิด 19 สู่วิถีประจำถิ่น (Endemic)
ด้านกฎหมายและสังคม

๔.๑ องค์ประกอบ

(๑)	นายธงชัย กิริติหัตถยากร รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข (หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านสนับสนุนงานบริการสุขภาพ)	ประธาน
(๒)	นายรุ่งเรือง กิจผาติ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)	รองประธาน
(๓)	ผู้แทนกรมควบคุมโรค	อนุกรรมการ
(๔)	ผู้แทนกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	อนุกรรมการ
(๕)	ผู้แทนกรมอนามัย	อนุกรรมการ
(๖)	ผู้อำนวยการกองกฎหมาย กรมควบคุมโรค	อนุกรรมการ
(๗)	ผู้อำนวยการกองกฎหมาย กรมอนามัย	อนุกรรมการ
(๘)	ผู้อำนวยการกองกฎหมาย สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	อนุกรรมการ
(๙)	ผู้อำนวยการกองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	อนุกรรมการ
(๑๐)	ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	อนุกรรมการ
(๑๑)	ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	อนุกรรมการ
(๑๒)	ผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	อนุกรรมการ
(๑๓)	ผู้อำนวยการสำนักสรีรเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	อนุกรรมการ
(๑๔)	ผู้แทนสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ	อนุกรรมการ
(๑๕)	ผู้แทนชมรมนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด	อนุกรรมการ
(๑๖)	ผู้แทนชมรมโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป	อนุกรรมการ
(๑๗)	ผู้แทนชมรมผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทย	อนุกรรมการ
(๑๘)	ผู้แทนชมรมสาธารณสุขอำเภอ	อนุกรรมการ
(๑๙)	ผู้แทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	อนุกรรมการ
(๒๐)	ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	อนุกรรมการ และเลขานุการ
(๒๑)	ผู้อำนวยการกองกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	อนุกรรมการ และเลขานุการร่วม

(๒๒) นาง...

- | | |
|-------------------------------------|---------------------|
| (๒๒) นางณปภัช นฤคนธ์ | อนุกรรมการ |
| รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข | และผู้ช่วยเลขานุการ |
| สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | |

๔.๒ หน้าที่และอำนาจ

- (๑) ทบทวน วิเคราะห์ ปรับปรุง ข้อกำหนด กฎระเบียบ กฎหมาย ที่เกี่ยวข้องกับ การรักษาพยาบาล ควบคุมเฝ้าระวัง ฟื้นฟู การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19
- (๒) จัดทำแผนงาน มาตรการ ข้อเสนอทางสังคม กฎหมาย ระเบียบ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อดำเนินการขับเคลื่อนการบริหารจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 สู่วิถีประจำถิ่น (Endemic) ตลอดจนติดตาม กำกับ และประเมินผลการดำเนินงาน
- (๓) รายงานผลการดำเนินงานต่อคณะกรรมการบริหารจัดการสถานการณ์โรคโควิด 19 สู่วิถีประจำถิ่น (Endemic)
- (๔) แต่งตั้งคณะทำงานได้ตามความเหมาะสม
- (๕) ปฏิบัติหน้าที่อื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๕ คณะอนุกรรมการบริหารจัดการสถานการณ์โรคโควิด 19 สู่วิถีประจำถิ่น (Endemic) ด้านการสื่อสารและประชาสัมพันธ์

๕.๑ องค์ประกอบ

- | | |
|--|-----------------|
| (๑) นายณรงค์ สายวงศ์ | ประธาน |
| รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข | |
| (หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านการพัฒนาการแพทย์) | |
| (๒) นายสุเทพ เพชรมาก | รองประธาน |
| หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข | |
| (๓) นายทวีศิลป์ วิษณุโยธิน โฆษกกระทรวงสาธารณสุข | อนุกรรมการ |
| (๔) นายรุ่งเรือง กิจผาติ โฆษกกระทรวงสาธารณสุข | อนุกรรมการ |
| (๕) รองอธิบดีกรมการแพทย์ ที่ได้รับมอบหมาย | อนุกรรมการ |
| (๖) รองอธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ที่ได้รับมอบหมาย | อนุกรรมการ |
| (๗) รองอธิบดีกรมควบคุมโรค ที่ได้รับมอบหมาย | อนุกรรมการ |
| (๘) รองอธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่ได้รับมอบหมาย | อนุกรรมการ |
| (๙) รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ที่ได้รับมอบหมาย | อนุกรรมการ |
| (๑๐) รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต ที่ได้รับมอบหมาย | อนุกรรมการ |
| (๑๑) รองอธิบดีกรมอนามัย ที่ได้รับมอบหมาย | อนุกรรมการ |
| (๑๒) รองเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา ที่ได้รับมอบหมาย | อนุกรรมการ |
| (๑๓) ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๑ - ๑๒ | อนุกรรมการ |
| (๑๔) หัวหน้ากลุ่มงานประชาสัมพันธ์ สำนักงานเลขานุการกรม กรมการแพทย์ | อนุกรรมการ |
| | (๑๕) หัวหน้า... |

- | | |
|--|--------------------------------|
| (๑๕) หัวหน้ากลุ่มงานสื่อสารองค์กร
กองวิชาการและแผนงาน
กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก | อนุกรรมการ |
| (๑๖) หัวหน้าฝ่ายประชาสัมพันธ์
สำนักงานเลขาธิการกรม กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ | อนุกรรมการ |
| (๑๗) หัวหน้ากลุ่มสื่อสารและประชาสัมพันธ์
สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต | อนุกรรมการ |
| (๑๘) หัวหน้ากลุ่มประชาสัมพันธ์
สำนักงานเลขาธิการกรม กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ | อนุกรรมการ |
| (๑๙) ผู้อำนวยการกองส่งเสริมความรอบรู้และสื่อสารสุขภาพ
กรมอนามัย | อนุกรรมการ |
| (๒๐) หัวหน้ากลุ่มสื่อสารองค์กร
กองพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา | อนุกรรมการ |
| (๒๑) ผู้อำนวยการสำนักสารนิเทศ
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | อนุกรรมการ
และเลขานุการ |
| (๒๒) ผู้อำนวยการสำนักสื่อสารความเสี่ยงและ
พัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค | อนุกรรมการ
และเลขานุการร่วม |

๕.๒ หน้าที่และอำนาจ

- (๑) จัดทำแผน มาตรการ แนวทางด้านการสื่อสารและประชาสัมพันธ์เพื่อดำเนินการขับเคลื่อนการบริหารจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 สุโรครประจำถิ่น (Endemic)
- (๒) สร้างการรับรู้ที่ถูกต้องแก่ประชาชนและสังคมในประเด็นการบริหารจัดการสถานการณ์โรคโควิด 19 สุโรครประจำถิ่น (Endemic)
- (๓) แต่งตั้งคณะทำงานได้ตามความเหมาะสม
- (๔) ปฏิบัติหน้าที่อื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

(ลงชื่อ) เกียรติภูมิ วงศ์รจิต
(นายเกียรติภูมิ วงศ์รจิต)
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สำเนาถูกต้อง



(นางธิติภัทร คูหา)

นักวิเคราะห์นโยบายและแผนเชี่ยวชาญ

หัวหน้ากลุ่มพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายด้านสุขภาพ

สำเนา

คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข

ที่ ๒๗๓ /๒๕๖๔

เรื่อง แก้ไขคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการและคณะกรรมการบริหารจัดการสถานการณ์โรคโควิด 19
สู่โรคประจำถิ่น (Endemic)

อนุสนธิคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๒๓๕/๒๕๖๔ ลงวันที่ ๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ เรื่อง แต่งตั้ง
คณะกรรมการและคณะกรรมการบริหารจัดการสถานการณ์โรคโควิด 19 สู่โรคประจำถิ่น (Endemic) นั้น

เพื่อให้การบริหารจัดการโรคโควิด 19 สู่โรคประจำถิ่น (Endemic) เป็นไปอย่างต่อเนื่อง
มีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุด อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๑ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบ
บริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ประกอบกับมติคณะกรรมการบริหารจัดการ
สถานการณ์โรคโควิด 19 สู่โรคประจำถิ่น (Endemic) ครั้งที่ ๑/๒๕๖๔ เมื่อวันที่ ๒ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๔
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข จึงให้ยกเลิกความในข้อ ๑.๑ (๒) ของคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๒๓๕/๒๕๖๔
ลงวันที่ ๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“(๒) รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ด้านบริหาร)

รองประธาน”

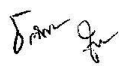
นอกนั้นให้เป็นไปตามคำสั่งเดิมทุกประการ

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๘ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๔

(ลงชื่อ) เกียรติภูมิ วงศ์รจิต
(นายเกียรติภูมิ วงศ์รจิต)
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สำเนาถูกต้อง



(นางธิดาภัทร คูหา)

นักวิเคราะห์นโยบายและแผนเชี่ยวชาญ

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ที่ปรึกษา

นายแพทย์เกียรติภูมิ วงศ์รจิต	ปลัดกระทรวงสาธารณสุข
นายแพทย์สุระ วิเศษศักดิ์	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข
นายแพทย์ธงชัย กีรติหัตถยากร	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข
นายแพทย์ณรงค์ สายวงศ์	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข
นายแพทย์ธงชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ผู้ร่วมจัดทำ

คณะกรรมการบริหารจัดการสถานการณ์โรคโควิด 19 สุโรครประจำถิ่น (Endemic)
คณะอนุกรรมการบริหารจัดการสถานการณ์โรคโควิด 19 สุโรครประจำถิ่น (Endemic) ด้านสาธารณสุข
คณะอนุกรรมการบริหารจัดการสถานการณ์โรคโควิด 19 สุโรครประจำถิ่น (Endemic) ด้านการแพทย์
คณะอนุกรรมการบริหารจัดการสถานการณ์โรคโควิด 19 สุโรครประจำถิ่น (Endemic) ด้านกฎหมายและสังคม
คณะอนุกรรมการบริหารจัดการสถานการณ์โรคโควิด 19 สุโรครประจำถิ่น (Endemic) ด้านการแพทย์และสาธารณสุข
กรมการแพทย์
กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
กรมควบคุมโรค
กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
กรมสุขภาพจิต
กรมอนามัย
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
นพ.รุ่งเรือง กิจผาติ ที่ปรึกษาระดับกระทรวง นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)
นพ.ภูวเดช สุระโคตร ผู้ช่วยปลัดกระทรวงสาธารณสุข
นพ.ณัฐพงศ์ วงศ์วิวัฒน์ รองอธิบดีกรมการแพทย์
พญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ ที่ปรึกษากกรมการแพทย์
นพ.จิตติ แสงธรรม รองอธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
นพ.โสภณ เอี่ยมศิริถาวร รองอธิบดีกรมควบคุมโรค
นพ.จักรรัฐ พิทยาวงศ์อานนท์ ผู้อำนวยการกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค
นพ.วิชาญ ปาวัน ผู้อำนวยการกองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค
นพ.บัลลังก์ อุปพงษ์ รองอธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
นพ.อัศวินพร ศุภสาตรา ผู้ช่วยอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
นพ.ชินรอส ลีสวัสดิ์ รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต
นพ.มณฑิร คณาสวัสดิ์ รองอธิบดีกรมอนามัย
กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
กองกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
สำนักงานสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข



QR Code :

แผนและมาตรการ

การบริหารจัดการสถานการณ์โรคโควิด 19

สู่โรคประจำถิ่น

(Endemic Approach to COVID-19)

บรรณาธิการ

นายแพทย์เกียรติภูมิ วงศ์รจิต ปลัดกระทรวงสาธารณสุข
กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กองบรรณาธิการ

นายแพทย์สุภโชค เวชภัณฑ์เภสัช ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน
กลุ่มพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายด้านสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน

นางอิทธิภัทร คูหา	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนเชี่ยวชาญ
นางสาวนริศรา เสนารินทร์	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ
นางสาวอัญจิรา เพ็ญศิริกุล	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ
นางสาวรัชนก พิมพ์สะอาด	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
นางสาวจิราพร อธิชัยวัฒนา	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
นายธีรทัต บุรณวิเศษกุล	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน

พิมพ์ครั้งที่ 1

ปี พ.ศ. 2565

จำนวนพิมพ์

จัดพิมพ์โดย

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

Website

<http://bps.moph.go.th>

ISBN (E - Book)

978-616-11-4859-1

