



ยุทธศาสตร์กำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ พ.ศ. 2565–2573

Thailand National Strategies to Eliminate
Viral Hepatitis 2022–2030

คณะกรรมการด้านการป้องกันโรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัส
กระทรวงสาธารณสุข

ยุทธศาสตร์กำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ

พ.ศ. 2565 – 2573

Thailand National Strategies to Eliminate
Viral Hepatitis 2022 – 2030

คณะกรรมการด้านการป้องกันโรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัส

กระทรวงสาธารณสุข

เรื่อง ยุทธศาสตร์กำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ พ.ศ. 2565 – 2573

Thailand National Strategies to Eliminate Viral Hepatitis 2022 – 2030

ที่ปรึกษา

นายแพทย์วัลลภ ไทยเหนือ	อดีตผู้ช่วยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
นายแพทย์สมบัติ แทนประเสริฐสุข	ที่ปรึกษากรมควบคุมโรค
นายแพทย์โอภาส การย์กวินพงศ์	อธิบดีกรมควบคุมโรค
นายแพทย์ปรีชา เปรมปรี	รองอธิบดีกรมควบคุมโรค
นายแพทย์วิวัฒน์ โรจนพิทยากร	ที่ปรึกษาสถาบันสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บรรณาธิการ

แพทย์หญิงชีวันนัท เลิศพิริยสุวัฒน์	ผู้อำนวยการกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
แพทย์หญิงสุชาดา เจียมศิริ	ศูนย์ประสานงานโรคตับอักเสบจากไวรัส

หน่วยงานที่รับผิดชอบ

ศูนย์ประสานงานโรคตับอักเสบจากไวรัส
กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
โทร 0 2590 3216

ISBN 978-616-11-5035-8

วันเดือนปี ม.ค. 2566

จำนวนเล่ม 1,000 เล่ม

พิมพ์ บริษัท เอส.พี.เค การพิมพ์ จำกัด
92/6 ม.3 ต.บางพลีใหญ่ อ.บางพลี จ.สมุทรปราการ 10540
โทรศัพท์ 0 2178 8794 - 5

สารจากผู้บริหาร

ไวรัสตับอักเสบบี และ ซี เป็นปัญหาสุขภาพสำคัญที่ส่งผลกระทบระยะยาว เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตด้วยภาวะแทรกซ้อนและโรคมะเร็งตับ ก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษาจำนวนมาก ที่ผ่านมามีประเทศไทยมีความพยายาม ในการดำเนินงานด้านต่าง ๆ เพื่อกำจัดไวรัสตับอักเสบบีให้หมดไป เช่น การส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อได้รับการตรวจคัดกรองเพื่อทราบสถานะการติดเชื้อของตนเอง และสามารถเข้าถึงการรักษาได้เร็วที่สุด ส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ในการป้องกันและคัดกรองความเสี่ยงของตนเอง อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานดังกล่าว จำเป็นต้องมีการทบทวนความก้าวหน้า ติดตาม กำกับ และประเมินผลการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ

กระทรวงสาธารณสุขเล็งเห็นความจำเป็นดังกล่าว จึงได้จัดทำ “แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบี พ.ศ. 2560 – 2564” (Thailand National Strategy on Viral Hepatitis Prevention and Control, 2017 – 2021) ฉบับแรกขึ้นใน พ.ศ. 2559 เพื่อใช้เป็นกรอบในการกำกับทิศทางให้ทุกภาคส่วนสามารถดำเนินงานกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบีได้อย่างประสานสอดคล้อง และเกิดประโยชน์สูงสุดในการป้องกันและแก้ไขปัญหาไวรัสตับอักเสบบีของประเทศ กระทรวงสาธารณสุข ได้ใช้ยุทธศาสตร์และมาตรการตามแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบีฉบับแรกมาสู่การปฏิบัติงานมีความคืบหน้าในการดำเนินงานในหลายประการและพบว่ายังมีประเด็นยุทธศาสตร์ที่ต้องดำเนินการต่อเนื่อง รวมถึงมาตรการใหม่อื่น ๆ ที่ต้องนำมาปฏิบัติเพื่อให้ประเทศไทยบรรลุเป้าหมายในการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบีภายในปี 2573 กระทรวงสาธารณสุขจึงจัดทำยุทธศาสตร์ฉบับที่ 2 ขึ้น โดยใช้ชื่อว่า “ยุทธศาสตร์กำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบี พ.ศ. 2565 - 2573” โดยคงหลักการสำคัญที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์กำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบีระดับโลก (Global health sector strategy on viral hepatitis 2016-2021) ขององค์การอนามัยโลก และใช้หลักการยกระดับบริการและการบูรณาการมาเป็นกรอบแนวคิด อีกทั้งมีการพัฒนากลยุทธ์ รวมถึงแผนปฏิบัติการให้มีความชัดเจน เป็นรูปธรรม และมีความเหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยด้วย

กระทรวงสาธารณสุขหวังว่า หน่วยงานภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนจะนำยุทธศาสตร์ฉบับใหม่นี้เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบี จนเกิดการดำเนินงานอย่างจริงจังและประสบความสำเร็จ เพื่อบ่มเพาะบรรลุเป้าประสงค์ในการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ซึ่งเป็นภัยคุกคามสำคัญต่อสุขภาพและชีวิตของประชาชนไทย ภายใน พ.ศ. 2573 ต่อไป



(นายแพทย์เกียรติภูมิ วงศ์รจิต)

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สรุปสาระสำคัญ

ยุทธศาสตร์กำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ พ.ศ. 2565 – 2573

“ยุทธศาสตร์กำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ พ.ศ. 2565 - 2573” ได้จัดทำขึ้นโดยมีความต่อเนื่องกับแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบ พ.ศ. 2560 – 2564 ซึ่งเป็นยุทธศาสตร์ฉบับแรกที่ประเทศไทยพัฒนาขึ้นในปี พ.ศ. 2559 โดยยังคงยึดแนวคิดและหลักการเดิมที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์กำจัดไวรัสตับอักเสบบระดับโลก (Global Health Sector Strategy on Viral Hepatitis 2016 – 2021) ขององค์การอนามัยโลก และ Regional Strategy for the Prevention and Control of Viral Hepatitis ขององค์การอนามัยโลกภูมิภาคเอเชียใต้และตะวันออก ที่ให้ความสำคัญกับการยกระดับบริการ (Leverage) และการดำเนินงานอย่างบูรณาการ (Integrate) ในการจัดการแก้ไขปัญหาไวรัสตับอักเสบบ แต่มีการพัฒนาต่อยอดโดยการเพิ่มยุทธศาสตร์ กลยุทธ์ มาตรการ กิจกรรมหลัก และแผนปฏิบัติการ เพื่อมุ่งเร่งรัดการดำเนินงานให้สอดคล้องกับสถานการณ์การระบาดของไวรัสตับอักเสบบ โดยเฉพาะไวรัสตับอักเสบบ บี และ ซี และแก้ไขปัญหาที่พบในการดำเนินงานที่ผ่านมา จากการวิเคราะห์สถานการณ์และการดำเนินงานป้องกัน และแก้ไขปัญหาไวรัสตับอักเสบบ บี และ ซี ของประเทศไทยที่ผ่านมา พบช่องว่างและความท้าทายที่สำคัญหลายประการ ดังนี้

ประการแรก การกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบยังขาดความเชื่อมโยงการดำเนินงานกับงานที่เกี่ยวข้องกัน ได้แก่ เอชไอวี/ เอ็ดส์ (HIV/ AIDS) โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STIs) และผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID) ทำให้ขาดการดำเนินงานอย่างมีบูรณาการ อีกทั้งแม้แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบ พ.ศ. 2560 – 2564 จะกล่าวถึงการเพิ่มการเข้าถึงบริการต่าง ๆ อย่างครอบคลุมในทุกกลุ่มประชากร แต่ยังขาดยุทธศาสตร์ที่ให้ความสำคัญกับการลดความเหลื่อมล้ำและไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงบริการป้องกัน และดูแลสุขภาพโรคไวรัสตับอักเสบบในกลุ่มประชากรเฉพาะ ทำให้ยังคงพบปัญหาในการเข้าถึงการดูแลสุขภาพในบางกลุ่มประชากร

ประการที่สอง มีข้อจำกัดที่ไม่เอื้อต่อการเข้าถึงมาตรการป้องกันไวรัสตับอักเสบบ เช่น ยังมีข้อจำกัดเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ในการเข้าถึงวัคซีน และการดูแลสุขภาพสำหรับประชากรเสี่ยงสูงบางกลุ่ม เช่น การเข้าถึงวัคซีนและการรักษาไวรัสตับอักเสบบ บี ในผู้ที่เกิดก่อนมีโครงการวัคซีนฉีดให้แก่เด็กแรกเกิดทุกราย คือ ก่อน พ.ศ. 2535 และในผู้มีประวัติการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบ บี ในครอบครัว นอกจากนี้ ยังพบช่องว่างของความรู้ ครอบคลุมในการป้องกันและดูแลสุขภาพแม้แต่ในประชากรที่ได้รับการดูแลตามชุดสิทธิประโยชน์แล้ว เช่น ในจังหวัดน่านรณรงค์โครงการกำจัดกาฬโรคไวรัสตับอักเสบบ บี จากแม่สู่ลูก พบว่าทารกที่เกิดจากมารดาติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบ บี ยังไม่ได้รับ HBIG เพื่อป้องกันโรคนี้อย่างครบถ้วน

ประการที่สาม ประชาชนยังเข้าถึงการตรวจคัดกรองได้น้อย และผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงการรักษาได้ทุกคน เนื่องจากประเทศไทยยังขาดแนวทางที่ชัดเจนในการตรวจคัดกรองประชากรที่เคยมีความเสี่ยง รวมถึงยังขาดสิทธิประโยชน์เรื่องการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี สำหรับประชาชนทั่วไป ทำให้ผู้ที่ติดเชื้อแล้วไม่ทราบสถานะการติดเชื้อ นอกจากนี้การเข้าถึงการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบีและซียังมีข้อจำกัด แม้จะมีการบรรจุยา Sofosbuvir/Velpatasvir เป็นยารักษาโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี เรื้อรัง ในบัญชียาหลักแห่งชาติ แต่ผู้ป่วยต้องได้รับการตรวจเพิ่มเติมและเข้าเกณฑ์ตามที่กำหนดไว้จึงจะเข้าสู่การรักษาได้ ทำให้ยังคงมีผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี จำนวนหนึ่งไม่สามารถเข้าถึงการรักษา

ประการสุดท้าย ประเทศไทยยังขาดแผนปฏิบัติงานด้านการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบี (Action plan) แม้ประเทศไทยจะมีแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบี พ.ศ. 2560 – 2564 แต่พบว่า ภายใต้ยุทธศาสตร์ดังกล่าวไม่มีการพัฒนาแผนปฏิบัติการเพื่อนำยุทธศาสตร์และกลยุทธ์ที่เขียนไว้สู่การปฏิบัติจริง นอกจากนี้ ประเทศไทยยังขาดการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์อย่างเป็นทางการ อีกทั้ง ยังขาดข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ระดับประเทศ ข้อมูลสถานการณ์ และข้อมูลผลการดำเนินงานที่สามารถนำมาใช้ในการวางแผนหรือปรับปรุงการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพอีกด้วย

จากช่องว่างและความท้าทายข้างต้น “ยุทธศาสตร์กำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบี พ.ศ. 2565 - 2573” จึงเป็นยุทธศาสตร์ที่จัดทำขึ้น โดยมีความมุ่งหวังให้เกิดการแก้ไขปัญหาและพัฒนากิจกรรมกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบีในประเทศไทยให้มีประสิทธิภาพ เพื่อบรรลุเป้าประสงค์ในการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ซึ่งเป็นภัยคุกคามสำคัญต่อสุขภาพและชีวิตของประชาชนไทย ภายใน พ.ศ. 2573 ยุทธศาสตร์ฉบับนี้ มีกรอบแนวคิดในการผลักดันให้การแก้ไขปัญหาไวรัสตับอักเสบบี และ ซี เป็นแผนงานโรคที่มีความสำคัญลำดับสูงของระบบสาธารณสุขในประเทศไทย เพื่อยกระดับบริการ (Leverage) การป้องกันแก้ไขและการดูแลรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ให้ประชากรกลุ่มเป้าหมายสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างครอบคลุม ต่อเนื่อง มีคุณภาพ และยั่งยืน ภายใต้การทำงานแบบบูรณาการ (Integrate) ระหว่างแผนงานที่มีวิธีการติดเชื่อมร่วมกัน ได้แก่ โรคไวรัสตับอักเสบบี เอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การอนามัยเจริญพันธุ์ และการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด โดยการพัฒนาโครงสร้างและกลไกที่ก่อให้เกิดการประสานความร่วมมือขององค์กรในภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และองค์กรท้องถิ่นในการดำเนินงานเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ด้วยความตระหนักในการเป็นเจ้าของปัญหาาร่วมกัน (Partnership) อีกทั้งยังมุ่งเน้นเรื่องความเท่าเทียมด้านสุขภาพโดยปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อประชากรกลุ่มเป้าหมายและสมาชิกในครอบครัวอีกด้วย

วิสัยทัศน์ของยุทธศาสตร์ฉบับนี้ คือ “ประเทศไทยปลอดจากโรคไวรัสตับอักเสบบีที่เป็นภัยคุกคามต่อสุขภาพและชีวิตของประชาชน” และมีพันธกิจในการ “ดำเนินการกำจัดไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทยอย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืน ด้วยการยกระดับบริการการป้องกันแก้ไข และการดูแลรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ให้สามารถเข้าถึงได้อย่างครอบคลุม เท่าเทียม/เป็นธรรม ต่อเนื่อง มีคุณภาพ ภายใต้การทำงานแบบบูรณาการระหว่างโรค/ ปัญหาที่มีสาเหตุร่วมกันกับไวรัสตับอักเสบบี และ ซี

โดยมีกรมควบคุมโรคเป็นหน่วยงานหลักในการประสานงานกับหน่วยงาน และองค์กรในภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ เอกชน ภาคประชาสังคม และท้องถิ่น เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการ รวมทั้งการกำกับติดตามและประเมินผล ในลักษณะการร่วมกันเป็นเจ้าของปัญหา โดยมีเป้าหมายเพื่อกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี ซึ่งเป็นภัยคุกคามสำคัญต่อสุขภาพและชีวิตของประชาชน ภายใน พ.ศ. 2573 และมีเป้าหมายเพื่อ 1) ลดอุบัติการณ์ของโรคไวรัสตับอักเสบ บี ร้อยละ 95 ภายใน พ.ศ. 2573 2) ลดอุบัติการณ์ของโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ร้อยละ 80 ภายใน พ.ศ. 2573 และ 3) ลดอัตราการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี ร้อยละ 65 ภายใน พ.ศ. 2573

โดยยุทธศาสตร์ฉบับนี้มีกรอบยุทธศาสตร์ ที่ครอบคลุม 5 ยุทธศาสตร์ ดังนี้

- ยุทธศาสตร์ที่ 1** เร่งรัดการจัดบริการป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี รายใหม่
- ยุทธศาสตร์ที่ 2** ส่งเสริมการเข้าถึง ความครอบคลุม และคุณภาพการดูแลรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี
- ยุทธศาสตร์ที่ 3** ลดความเหลื่อมล้ำ และไม่เท่าเทียมกันทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี
- ยุทธศาสตร์ที่ 4** พัฒนาระบบเฝ้าระวัง ระบบข้อมูล วิจัย และนวัตกรรม เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี
- ยุทธศาสตร์ที่ 5** พัฒนาโครงสร้างและกลไกที่บูรณาการ ร่วมกันเป็นเจ้าของ และการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ

สำหรับรายละเอียดของมาตรการจะได้กล่าวต่อไป ในบทถัดไป

Executive Summary

Thailand National Strategies to Eliminate Viral Hepatitis 2022 - 2030

The Thailand National Strategies to Eliminate Viral Hepatitis 2022 - 2030 have been developed with continuity with Thailand National Strategy on Viral Hepatitis Prevention and Control, 2017-2021, which is the first strategy developed in 2016. The new national strategy continues to adhere to the same concepts and principles that are consistent with the Global Health Sector Strategy on Viral Hepatitis 2016 – 2021 of the World Health Organization and the Regional Strategy for the Prevention and Control of Viral Hepatitis of the World Health Organization South-East Asia which emphasize on service leverage and integrated operations in the management of viral hepatitis B and C. This second strategic plan includes additional strategies, measures, core activities and action plans that expedite operations and fill gaps of the previous strategy which ended in 2021.

The review of viral hepatitis prevention and control in Thailand revealed several key gaps and challenges. Firstly, Thailand lacked the clarity in integrating measures and actions with associated programs, including HIV, STIs, reproductive health and harm reduction among injecting drug users. The national strategy also lacked clarity in planning to minimize stigma and discrimination caused by viral hepatitis, which results to inequitable access to care.

Secondly, there are limit access to viral hepatitis prevention for some high-risk populations. Those who have a family history of viral hepatitis B infection and those who were born before nationwide HBV vaccine program implementation still cannot access to free viral hepatitis B vaccine under national health benefit package. There are also reports of infants, born to HBV infected mothers, who did not receive HBIG to prevent mother to child transmission of HBV due to scarce supply of HBIG. Thirdly, there are gaps in screening and treatment of viral hepatitis. Even though HBV and HCV screening tools are affordable, proactive screening for viral hepatitis B and C is still limited. Lack of conclusive guideline for viral hepatitis screening and different HBV and HCV screening policy between health benefit packages contributed to unaware HBV and HCV infection. In addition to limit case finding, there are also restrictions to access to pangenotypic DAAs due to the indication of use that limited to those who had advance disease.

Lastly, there was no action plan to translate viral hepatitis elimination policies into action. There was no proper assessment of progression of viral hepatitis elimination due to the lacks of strategic information, including information on burden of diseases and program management. The current information system is unable to reflect the actual size of epidemic or monitor the continuity and completeness of prevention and care for people infected with viral hepatitis B and C. The lack of these crucial information creates uncertainty and difficulty for evidence-based decision-making, planning as well as program improvement.



“Thailand National Strategies to Eliminate Viral Hepatitis 2022 – 2030” was developed to serve as a framework and direction for effective prevention and control of viral hepatitis B and C in order to achieve the goal of eliminating hepatitis B and C as a major health threat to Thai people by 2030. The essence of “Thailand National Strategies to Eliminate Viral Hepatitis 2022 - 2030” can be summarized as follows:

The conceptual framework of this second national hepatitis strategy emphasizes on the need to change priority of viral hepatitis B and C control to a higher level and intensify viral hepatitis B and C elimination effort. By leveraging current health structures and network, prevention and care of viral hepatitis B and C will be enhanced to ensure keys population can equitably access to high quality and comprehensive services. The prevention and control of viral hepatitis will be integrated with other diseases control programs, such as HIV, sexually transmitted diseases, reproductive health and harm reduction. In addition, this strategy employs new approaches to strengthen commitment to achieve health equity without stigma and discrimination against the target population and their family members. In order to foster those changes, partnership among organizations in various sectors, including government, private sector, civil society, and local authorities will be a strengthened to work against viral hepatitis B and C.

The new strategy envisions that “Thailand is free from viral hepatitis as a health threat to the people”. It has a mission to “Eliminate viral hepatitis B and C as public health threat in a concrete and sustainable manner, by improving prevention and treatment services of viral hepatitis B and C to be more comprehensive, accessible, equitable, sustainable, and high quality under the syndemic concept between diseases/problems that share route of transmission with viral hepatitis B and C. The Department of Disease Control will serve as the coordinating unit between departments and organizations in various sectors, including public, private, civil society and local authorities, to implement strategies according to action plan and participates in monitoring, evaluation and supervision, in a partnership manner”.

The goal of this national strategy is to eliminate viral hepatitis B and C as major public health threats by 2030, with three target goals to: 1) reduce 95% viral hepatitis B incidence by 2030, 2) reduce 80% of viral hepatitis C incidence by 2030 and 3) reduce 65% of the mortality associated with viral hepatitis B and C by 2030.

The strategic framework of the Thailand National Strategies to Eliminate Viral Hepatitis 2022 – 2030 consisted of 5 strategies as follows:

- Strategy 1 :** Accelerate the provision of prevention services for viral hepatitis B and C infections
- Strategy 2 :** Promote access, coverage and quality of care for viral hepatitis B and C patient
- Strategy 3 :** Reduce health inequality and inequity regarding viral hepatitis B and C
- Strategy 4 :** Develop surveillance and information systems, research and innovations related to viral hepatitis B and C
- Strategy 5 :** Develop an integrated mechanism for effective viral hepatitis B and C management

สารบัญ

	หน้า
สารจากผู้บริหาร	ก
สรุปสาระสำคัญ	ข
Executive Summary	จ
สารบัญ	ช
สารบัญภาพ	ณ
สารบัญตาราง	ญ
1. ความเป็นมา	1
2. สถานการณ์และการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาไวรัสตับอักเสบ	4
2.1 สถานการณ์ไวรัสตับอักเสบทั่วโลก	4
2.2 สถานการณ์ไวรัสตับอักเสบในประเทศไทย	5
3. การทบทวนยุทธศาสตร์/ มาตรการ/ ทิศทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบ	10
3.1 ยุทธศาสตร์/ มาตรการ/ ทิศทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบของนานาชาติ	10
3.2 ยุทธศาสตร์/ มาตรการ/ ทิศทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบของประเทศไทย	16
4. ความก้าวหน้าการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบในประเทศไทย	25
4.1 ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์กำจัดโรคไวรัสตับอักเสบของโลก	25
4.2 ความก้าวหน้าในการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบ พ.ศ. 2560 – 2564	26
4.3 ผลการดำเนินงานด้านการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ ปี	26
5. ประเด็นท้าทายในการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ และกรอบแนวคิดในการพัฒนายุทธศาสตร์กำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ พ.ศ. 2565 – 2573	31
5.1 ประเด็นท้าทายในการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบในประเทศไทย	31
5.2 กรอบแนวคิดของยุทธศาสตร์กำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ พ.ศ. 2565 – 2573	32
5.3 กระบวนการพัฒนายุทธศาสตร์กำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ พ.ศ. 2565 – 2573	33

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ยุทธศาสตร์กำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ พ.ศ. 2565 – 2573	35
วิสัยทัศน์และเป้าหมาย	35
ยุทธศาสตร์ที่ 1 เร่งรัดการจัดบริการป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี รายใหม่	37
ยุทธศาสตร์ที่ 2 ส่งเสริมการเข้าถึง ความครอบคลุม และคุณภาพการดูแลรักษา โรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี	40
ยุทธศาสตร์ที่ 3 ลดความเหลื่อมล้ำและไม่เท่าเทียมกันทางสุขภาพเกี่ยวกับ โรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี	43
ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาระบบเฝ้าระวัง ระบบข้อมูล วิจัย และ นวัตกรรม เกี่ยวกับ โรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี	45
ยุทธศาสตร์ที่ 5 พัฒนาโครงสร้างและกลไกที่บูรณาการ การร่วมกันเป็นเจ้าของ และการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ	48
แผนปฏิบัติการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ พ.ศ. 2565 – 2567 ภายใต้แผนยุทธศาสตร์ กำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ พ.ศ. 2565 – 2573	51
เอกสารอ้างอิง	79
ภาคผนวก	
1. แนวทางการกำกับติดตามโรคไวรัสตับอักเสบขององค์การอนามัยโลก (WHO)	83
2. ขั้นตอนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์กำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ พ.ศ. 2565 – 2573 และ แผนปฏิบัติการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ พ.ศ. 2565 – 2567	85
3. คณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558	86
4. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการด้านการป้องกันควบคุมโรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัส	88
5. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี ประเทศไทย	91
6. รายชื่อคณะผู้จัดทำ	93

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1	จำนวนผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี รายใหม่ (new infections) และจำนวนผู้เสียชีวิตจากไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี (mortality) ในภูมิภาคต่าง ๆ ของโลก	5
ภาพที่ 2	อัตราป่วยของโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี ต่อประชากรแสนคน ระหว่าง พ.ศ. 2553 – 2562	7
ภาพที่ 3	ผลการดำเนินงานคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี จากการณรงค์เนื่องในวันตับอักเสบโลก	9
ภาพที่ 4	กรอบการทำงานสำหรับยุทธศาสตร์สุขภาพระดับโลกเรื่องไวรัสตับอักเสบ พ.ศ. 2559 – 2564	12
ภาพที่ 5	เป้าหมายและผลการดำเนินงานตาม The Global Health Sector Strategy on Viral Hepatitis 2016 – 2021 Towards Ending Viral Hepatitis	25
ภาพที่ 6	ผลการดำเนินงานโครงการกำจัดการถ่ายทอดโรคไวรัสตับอักเสบ บี จากแม่สู่ลูก ในจังหวัดน่าน พ.ศ. 2561 – 2564	27
ภาพที่ 7	กระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์กำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ พ.ศ. 2565 – 2573	85

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ย่อยของแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบ พ.ศ. 2560 – 2564 และช่องว่างที่พบจากการสำรวจสำนักงานป้องกันควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาล ทั่วประเทศไทย	28
ตารางที่ 2 มาตรการที่ 1 การสื่อสารเพื่อสร้างความรอบรู้และความตระหนักเรื่องไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ให้กับประชาชน	54
ตารางที่ 3 มาตรการที่ 2 เร่งรัดการตรวจคัดกรองและทราบสถานะการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ของตนเอง	56
ตารางที่ 4 มาตรการที่ 3 เพิ่มการเข้าถึงวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี	58
ตารางที่ 5 มาตรการที่ 4 สนับสนุนการป้องกันความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และ ซี	59
ตารางที่ 6 มาตรการที่ 1 เร่งรัดให้ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ได้รับการประเมินภาวะโรคเพื่อการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม	62
ตารางที่ 7 มาตรการที่ 2 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบี และผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคตับอักเสบบี เช่น ตับอักเสบริ้วรัง ตับแข็ง มะเร็งตับ ได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานอย่างรวดเร็ว ครบถ้วน มีคุณภาพ และลดความรุนแรงจากภาวะของโรค	64
ตารางที่ 8 มาตรการที่ 3 พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี	65
ตารางที่ 9 มาตรการที่ 4 พัฒนาและรับรองคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี	66
ตารางที่ 10 มาตรการที่ 1 ลดการติดยาและเลือกปฏิบัติ และการติดยาตนเองในผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และ ซี และประชาชนกลุ่มเสี่ยง	68
ตารางที่ 11 มาตรการที่ 2 ส่งเสริมความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการป้องกัน ตรวจคัดกรอง และดูแลรักษาไวรัสตับอักเสบบีที่ครบวงจร	69
ตารางที่ 12 มาตรการที่ 1 พัฒนาระบบข้อมูลและกลไก ในการเฝ้าระวังโรคและพฤติกรรมเสี่ยง รวมทั้งการติดตามประเมินผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาไวรัสตับอักเสบบี และ ซี	72
ตารางที่ 13 มาตรการที่ 2 พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการเฝ้าระวังโรค และพฤติกรรมเสี่ยง รวมทั้งการติดตามประเมินผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาไวรัสตับอักเสบบี และ ซี	73
ตารางที่ 14 มาตรการที่ 3 สนับสนุนการพัฒนา งานวิจัย นวัตกรรม และมาตรการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการป้องกัน การตรวจคัดกรองและวินิจฉัย และการดูแลรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี	74
ตารางที่ 15 มาตรการที่ 1 พัฒนาโครงสร้าง ระบบงาน กลไก เครือข่ายการดำเนินงาน และแผนงาน โดยเพิ่มการร่วมเป็นเจ้าของ (partnership) จากองค์กร ได้แก่ ภาคประชาสังคม และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	77
ตารางที่ 16 มาตรการที่ 2 พัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องในทุกระดับให้มีทักษะและความรอบรู้ในการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ และพร้อมรับการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี	78
ตารางที่ 17 ตัวชี้วัดด้านผลกระทบและความครอบคลุม ค่าเป้าหมาย และแนวทางการกำกับติดตามโรคไวรัสตับอักเสบบี ภายในปี 2573	83

1. ความเป็นมา

โรคไวรัสตับอักเสบบีเป็นโรคติดต่อชนิดหนึ่ง มีสาเหตุมาจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีซึ่งมีอยู่หลายชนิด ได้แก่ ชนิด เอ บี ซี ดี และ อี โดยเฉพาะโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก เนื่องจากสามารถติดเชื้อเรื้อรังและติดเชื้อร่วมกับเอชไอวี เนื่องจากมีช่องทางในการติดเชื้อเหมือนกัน โดยพบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ที่เป็นคร่วมเอชไอวีและไวรัสตับอักเสบบี คือ ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีการฉีด และชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเป็นประชากรที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (Jin, Dore, Matthews, Luhmann, Macdonald, Bajis, et al., 2021) การติดเชื้อร่วมกันดังกล่าวจะส่งผลให้ประสิทธิภาพในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอ็ดส์ลดลง และส่งผลให้มีภาวะโรคไวรัสตับอักเสบบี หรือ ซี รุนแรงขึ้น นำไปสู่การเกิดโรคมะเร็งตับและเสียชีวิตได้มากขึ้น นอกจากนี้ หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับไวรัสตับอักเสบบี ยังเพิ่มความเสี่ยงในการถ่ายทอดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จากแม่สู่ลูกได้ถึงสองเท่า (WHO, 2017)

ปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี นับเป็นภัยเงียบของทุกภูมิภาคทั่วโลก ดังจะเห็นได้จากองค์การอนามัยโลกซึ่งคาดการณ์ว่า ณ ปัจจุบันมีประชากรทั่วโลกประมาณ 325 ล้านคน ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี หรือ ซี (WHO, 2021) นอกจากนี้จากการรายงานล่าสุดขององค์การอนามัยโลก พบว่าในปี ค.ศ. 2019 ทั่วโลกมีผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี รายใหม่ประมาณ 1.5 ล้านคน (เฉลี่ย 1.1 – 2.6 ล้านคน) และมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคไวรัสตับอักเสบบี ในปีนี้ประมาณ 820,000 คน (เฉลี่ย 450,000 – 950,000 คน) อีกทั้งพบว่าในปีเดียวกัน คือ ปี 2019 มีผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี รายใหม่ใกล้เคียงกัน คือ ประมาณ 1.5 ล้านคน (เฉลี่ย 1.3 – 1.8 ล้านคน) และมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคไวรัสตับอักเสบบี ในปีเดียวกันนี้ประมาณ 290,000 คน (เฉลี่ย 230,000 – 580,000 คน) (WHO, 2021)

โรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี นับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยเช่นกัน โดยกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2563) คาดการณ์ว่า ณ พ.ศ. 2563 ประเทศไทยมีจำนวนผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เรื้อรัง ประมาณ 2.2–3 ล้านคน มีความชุกประมาณร้อยละ 4–5 ของประชากรที่เกิดก่อน พ.ศ. 2535 ทำให้ปัจจุบันพบการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เรื้อรัง ในประชากรที่อายุ 30 ปีขึ้นไป เป็นส่วนมาก ส่วนประชากรที่เกิดหลัง พ.ศ. 2535 พบว่าปัญหานี้มีแนวโน้มลดลง เนื่องจากได้มีการบรรจุวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี ในแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนแก่เด็กแรกเกิดของประเทศ ทำให้พบอัตราความชุกที่ลดลงเหลือเพียงประมาณ ร้อยละ 0.6 สำหรับผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซี พบว่ามีประมาณ 7.5 แสนคน โดยส่วนใหญ่พบในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด

แม้ว่าโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี จะเป็นปัญหาที่พบการติดเชื้อในอัตราที่สูง และเป็นสาเหตุสำคัญในการเสียชีวิตของประชาชนทั่วโลก แต่ในปัจจุบันมีการพัฒนาแนวทางการป้องกันและบำบัดรักษาโรคนี้ได้ อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังที่องค์การอนามัยโลกคาดประมาณว่า ภายในปี ค.ศ. 2030 จะมีประชากรทั่วโลกประมาณ 4.5 ล้านคนในประเทศฐานะเศรษฐกิจต่ำ และปานกลาง ซึ่งสามารถป้องกันการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคไวรัสตับอักเสบบีได้ โดยใช้มาตรการรณรงค์ป้องกันและดูแลรักษาที่สำคัญ ได้แก่ การให้ความรู้ การให้วัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี การตรวจคัดกรองและวินิจฉัยโดยเร็ว และการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพ (WHO, 2021)

สำหรับการดำเนินงานป้องกัน และแก้ไขปัญหาระบาดโรคไวรัสตับอักเสบบีของประเทศไทย พบว่าเกือบสามสิบปีที่ผ่านมา มีการดำเนินงานด้านสาธารณสุขในลักษณะต่าง ๆ โดยหน่วยงานในหลายภาคส่วน เพื่อการป้องกันควบคุม และลดความรุนแรงของปัญหาระบาดโรคไวรัสตับอักเสบบี และมีความคืบหน้าตามลำดับแต่อาจมีช่องว่างและความท้าทายในการดำเนินงานแบบแยกส่วน และขาดการประสาน เชื่อมโยง และบูรณาการ โดยประเทศไทยมีความพยายามในการเติมเต็มช่องว่างดังกล่าวนี้มาอย่างต่อเนื่องเป็นรูปธรรมมากขึ้น ด้วยการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาระบาดโรคไวรัสตับอักเสบบี พ.ศ. 2560 – 2564 ซึ่งเป็นยุทธศาสตร์ฉบับแรกของประเทศไทย ประกอบด้วย 5 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ 1) การเฝ้าระวังโรคและระบบข้อมูล 2) การป้องกันควบคุมโรคและการสื่อสารความเสี่ยง 3) การค้นหาและดูแลผู้ป่วย 4) การวิจัยพัฒนาเพื่อการป้องกันควบคุมโรค และ 5) การบริหารและการจัดการทรัพยากร ซึ่งครอบคลุม 17 กลยุทธ์ เพื่อใช้เป็นกรอบยุทธศาสตร์สำหรับการดำเนินงานโดยหน่วยงานและบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาระบาดโรคไวรัสตับอักเสบบี ในทุกภาคส่วน ให้ดำเนินงานไปในทิศทางเดียวกัน มีความสอดคล้องและส่งเสริมซึ่งกันและกัน จนเกิดประสิทธิภาพและประโยชน์สูงสุดในการลดการป่วยและการเสียชีวิตจากโรคไวรัสตับอักเสบบี

แผนยุทธศาสตร์ฉบับนี้มุ่งขับเคลื่อนโดยใช้กลไกด้านการบริหารจัดการผ่านคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ และคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อถ่ายทอดนโยบายและยุทธศาสตร์ รวมถึงมอบหมายบทบาทหน้าที่แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้นำไปปฏิบัติและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นความร่วมมือและบูรณาการระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ในทุกระดับ แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาระบาดโรคไวรัสตับอักเสบบี พ.ศ. 2560- 2564 นับว่าเป็นแผนยุทธศาสตร์ฉบับแรกซึ่งช่วยให้ประเทศไทยมีกรอบการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาระบาดโรคไวรัสตับอักเสบบีที่ชัดเจนและมีทิศทางมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยยังขาดแผนปฏิบัติงานรองรับ ทำให้เกิดข้อจำกัดในการนำยุทธศาสตร์และกลยุทธ์ที่เขียนไว้สู่การปฏิบัติในระดับต่าง ๆ อีกทั้งเมื่อสิ้นสุดแผนยุทธศาสตร์ฉบับแรก ประเทศไทยยังจำเป็นต้องติดตามประเมินผลในภาพรวมว่าสามารถดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ฉบับนี้ได้เพียงใด บรรลุตัวชี้วัดและเป้าหมายของยุทธศาสตร์ทั้งฉบับ และแต่ละยุทธศาสตร์ย่อย รวมถึงบรรลุวัตถุประสงค์ของกลยุทธ์ในแต่ละยุทธศาสตร์ หรือไม่เพียงใด

จากความเป็นมาและความสำคัญข้างต้น ประเทศไทยจึงจัดทำ ยุทธศาสตร์กำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบี พ.ศ. 2565 – 2573 ฉบับนี้ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดำเนินงานป้องกัน และแก้ไขปัญหาระบาดโรคไวรัสตับอักเสบบีของประเทศไทย และแก้ไขช่องว่างรวมทั้งความท้าทายของการดำเนินงานที่ผ่านมา โดยใช้กระบวนการจัดทำที่เป็นความร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาระบาดโรคไวรัสตับอักเสบบี ซึ่งมีกรอบและทิศทางสอดคล้องกับหลักสากล เน้นการบูรณาการและการทำงานร่วมกันอย่างยั่งยืนของหน่วยงาน ซึ่งรับผิดชอบโรคซึ่งมีช่องทางการติดต่อและสาเหตุของการติดเชื้อร่วมกัน ได้แก่ ไวรัสตับอักเสบบี เอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการใช้สารเสพติดด้วยวิธีการฉีด อีกทั้ง มีแผนปฏิบัติงานซึ่งมีความเหมาะสมและเป็นจริงในการนำไปปฏิบัติในบริบทของประเทศไทยรองรับ อันจะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายลดการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เพิ่มการเข้าถึงการดูแลรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบีที่มีประสิทธิภาพ และลดการเสียชีวิตจากโรคไวรัสตับอักเสบบี ส่งผลต่อการบรรลุเป้าประสงค์ของยุทธศาสตร์ฉบับใหม่ในการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบี บี และ ซี ซึ่งเป็นภัยคุกคามสำคัญต่อสุขภาพและชีวิตของประชาชน ภายใน พ.ศ. 2573 ในที่สุด

ยุทธศาสตร์กำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ พ.ศ. 2565 – 2573 ได้พัฒนาต่อเนื่องมาจากแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบ พ.ศ. 2560 – 2564 ของประเทศไทย โดยยังให้ความสำคัญกับการนำหลักการสำคัญของยุทธศาสตร์กำจัดไวรัสตับอักเสบบระดับโลก (Global Health Sector Strategy on Viral Hepatitis 2016 – 2021) ที่เสนอโดยองค์การอนามัยโลกมาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาต่อ โดยเน้นที่หลักการสำคัญ 2 ประการ คือ การยกระดับบริการ (Leverage) และการบูรณาการ (Integrate) เพื่อแก้ไขช่องว่างที่พบจากการดำเนินงานที่ผ่านมา ดังนี้

1) การยกระดับบริการ (Leverage) เป็นแนวคิดที่จะช่วยให้การป้องกันแก้ไขและการดูแลรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี ของประเทศไทยได้รับการพัฒนาเพื่อเพิ่มการเข้าถึง ความครอบคลุม ความเท่าเทียม เป็นธรรม ความต่อเนื่อง และมีคุณภาพ ซึ่งเป็นข้อจำกัดและความท้าทายที่ยังคงพบได้ในผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี

2) การบูรณาการ (Integrate) โดยเน้นที่ความร่วมมือกันเป็นเจ้าของ (Partnership) และความรับผิดชอบ (accountability) เพื่อให้เกิดโครงสร้างและกลไกการดำเนินงาน รวมถึงการติดตามประเมินผล (Monitoring and evaluation) อย่างบูรณาการระหว่างโรคที่มีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกันทั้งในแง่ของสาเหตุและการป้องกันการติดเชื้อ ได้แก่ โรคตับอักเสบ เอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อนามัยแม่และเด็ก และการป้องกันอันตรายในผู้ใช้สารเสพติด อีกทั้งเน้นการส่งเสริมให้เกิดความยั่งยืนในการดำเนินงานด้วยการใช้ชุมชนเป็นฐาน โดยเฉพาะความร่วมมือรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ยุทธศาสตร์ฉบับนี้ยังกำหนดกลยุทธ์ กิจกรรมหลัก รวมถึงการจัดทำแผนปฏิบัติการภายใต้ยุทธศาสตร์กำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ พ.ศ. 2565 – 2573 ฉบับใหม่นี้ด้วย โดยมีการนำเนื้อหาสาระจากแผนยุทธศาสตร์ไวรัสตับอักเสบบระดับชาติ ปี ค.ศ. 2021 – 2025 ของประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งพบว่ามี ความชัดเจนและเป็นรูปธรรมในแง่ของกิจกรรมการดำเนินงาน มาประยุกต์เพื่อให้มีความเหมาะสมและสามารถดำเนินการได้จริงในบริบทของประเทศไทย

2. สถานการณ์และการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหา ไวรัสตับอักเสบ

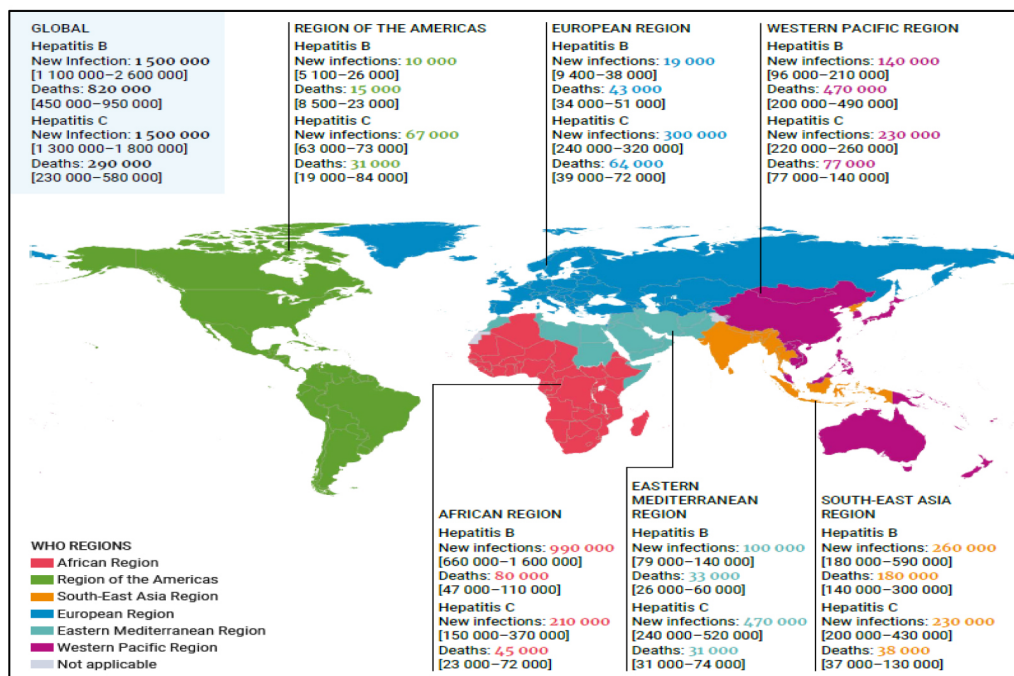
2.1 สถานการณ์ไวรัสตับอักเสบทั่วโลก

ไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี เป็นภัยคุกคามทางสุขภาพและชีวิตของประชาชนทั่วโลก ดังจะเห็นได้จาก รายงานความก้าวหน้าสถานการณ์เอชไอวีไวรัสตับอักเสบ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก ฉบับล่าสุดซึ่งเผยแพร่ใน พ.ศ. 2564 (Global progress report on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections, 2021) โดยองค์การอนามัยโลก (WHO, 2021) พบว่าใน พ.ศ. 2562 (ค.ศ. 2019) ทั่วโลก มีผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี เรื้อรัง รายใหม่ จำนวนประมาณ 1.5 ล้านคน (เฉลี่ย 1.1 – 2.6 ล้านคน) และผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี จำนวนใกล้เคียงกัน คือ ประมาณ 1.5 ล้านคน (เฉลี่ย 1.3 – 1.8 ล้านคน) และในปีเดียวกันนี้ มีผู้เสียชีวิตด้วยไวรัสตับอักเสบ บี ประมาณ 820,000 คน (เฉลี่ย 450,000 – 950,000 คน) และจากไวรัสตับอักเสบ ซี ประมาณ 290,000 คน (เฉลี่ย 230,000 – 580,000 คน)

จากภาพที่ 1 เมื่อพิจารณาจำนวนผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบและผู้เสียชีวิตจากโรคนี้อำนาจตามภูมิภาค จะพบว่าไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี มีการแพร่กระจายทั่วโลก โดยในปี ค.ศ. 2019 พบจำนวนผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี รายใหม่สูงสุดในภูมิภาคแอฟริกา จำนวน 990,000 คน (เฉลี่ย 660,000 – 1,600,000 คน) รองลงมา คือ ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ จำนวน 260,000 คน (เฉลี่ย 180,000 – 590,000 คน) และ ภูมิภาคแปซิฟิกตะวันตก จำนวน 140,000 คน (เฉลี่ย 96,000 – 210,000 คน) และเมื่อพิจารณาถึงจำนวน การเสียชีวิตด้วยโรคนี้นี้ในปีเดียวกัน พบว่ามีจำนวนสูงสุดในภูมิภาคแปซิฟิกตะวันตก จำนวน 470,000 คน (เฉลี่ย 200,000 – 490,000 คน) รองลงมา คือ ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ จำนวน 180,000 คน (เฉลี่ย 140,000 – 300,000 คน) และภูมิภาคแอฟริกา จำนวน 80,000 คน (เฉลี่ย 47,000 – 1,100,000 คน)

สำหรับไวรัสตับอักเสบ ซี พบว่าในปี ค.ศ. 2019 มีจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่สูงสุดในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และภูมิภาคแปซิฟิกตะวันตก จำนวนเท่ากัน คือ 230,000 คน (เฉลี่ย 200,000 – 430,000 คน และ 220,000 – 260,000 คน ตามลำดับ) รองลงมา คือ ภูมิภาคแอฟริกา จำนวน 210,000 คน (เฉลี่ย 150,000 – 370,000 คน) และเมื่อพิจารณาถึงจำนวนการเสียชีวิตด้วยโรคนี้นี้ในปีเดียวกัน พบว่ามีจำนวนสูงสุดในภูมิภาคแปซิฟิกตะวันตก จำนวน 77,000 คน (เฉลี่ย 77,000 – 140,000 คน) รองลงมา คือ ภูมิภาคแอฟริกา จำนวน 45,000 คน (เฉลี่ย 23,000 – 72,000 คน) และภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ จำนวน 38,000 คน (เฉลี่ย 37,000 – 130,000 คน)

ภาพที่ 1 จำนวนผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี รายใหม่ (new infections) และจำนวนผู้เสียชีวิตจากไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี (mortality) ในภูมิภาคต่าง ๆ ของโลก



ที่มา องค์การอนามัยโลก (WHO, 2021, page 13)

2.2 สถานการณ์ไวรัสตับอักเสบในประเทศไทย

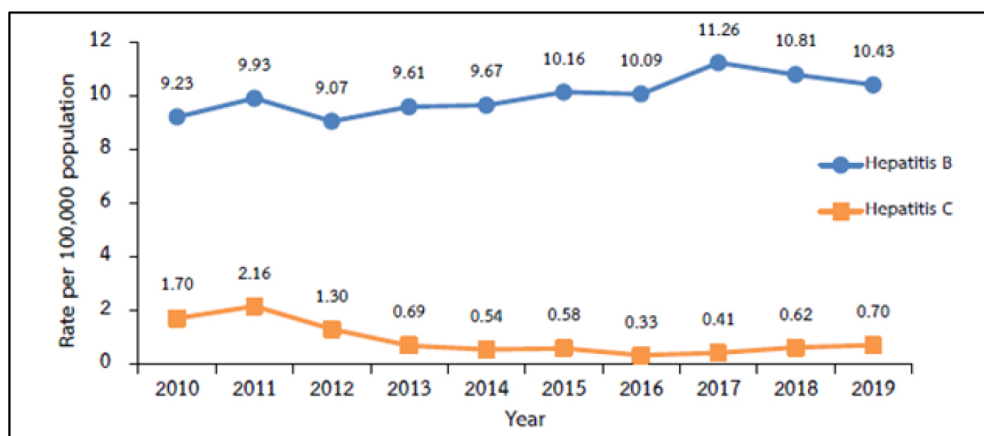
2.2.1 สถานการณ์ไวรัสตับอักเสบ บี

ในแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบ พ.ศ. 2560 – 2564 กล่าวถึงรายงานการศึกษาความชุกทางซีโรโลยีของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี โดยพบว่าประเทศไทยมีอัตราความชุกของผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี เรื้อรัง ประมาณร้อยละ 4.5 ของประชากรที่เกิดก่อน พ.ศ. 2535 ซึ่งเป็นปีที่ประเทศไทยเริ่มมีนโยบายการฉีดวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบ บี ให้ทารกแรกเกิดทุกราย โดยบรรจุอยู่ในแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศ ส่วนประชากรที่เกิดหลัง พ.ศ. 2535 พบอัตราความชุกของโรคนี้เพียงร้อยละ 0.6 สะท้อนให้เห็นว่าการป้องกันโดยฉีดวัคซีนให้ทารกแรกเกิดส่งผลให้ปัญหาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี จากแม่สู่ลูกของประเทศไทยลดลงอย่างมาก แต่ปัญหาผู้ติดเชื้อเรื้อรังนั้นยังคงอยู่ ซึ่งการศึกษาเรื่องเดียวกันนี้ได้คาดประมาณว่าประเทศไทยน่าจะมีจำนวนผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี เรื้อรัง ประมาณ 2.2 – 3 ล้านคน ทั่วประเทศ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Posuwan et al. (2018) พบว่าอัตราความชุกของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี ใน พ.ศ. 2557 อยู่ที่ร้อยละ 0.104 โดยในอดีต การติดเชื้อจากแม่สู่ลูกเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักของการแพร่กระจายโรคไวรัสตับอักเสบ บี แต่ปัจจุบันพบว่าประชากรกลุ่มเสี่ยงที่มีความชุกของโรคไวรัสตับอักเสบ บี สูงสุด ได้แก่ ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด ร้อยละ 8.50 รองลงมาคือผู้ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 8.07 และชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ร้อยละ 8.0

Posuwan et al. (2016) ซึ่งเป็นทิมวิจัยที่ศึกษาเรื่องไวรัสตับอักเสบบายาวนาน ได้ทำการศึกษาเพื่อประเมินผลการดำเนินงานให้วัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี ตามแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศไทยในช่วง 22 ปีที่ผ่านมา ผลการศึกษาพบว่าจากการตรวจเลือดคัดกรองประชากรในภูมิภาคต่าง ๆ ทั่วประเทศในปี 2014 (พ.ศ. 2557) จำนวน 5,964 ราย พบว่าความชุกของผู้ที่เคยติดเชื้อและผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เรื้อรัง ในผู้ที่เกิดหลังเริ่มให้บริการวัคซีนดังกล่าว ลดลงอย่างเห็นได้ชัด โดยพบอัตราการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในประชากรกลุ่มอายุต่าง ๆ ได้แก่ อายุ 6 เดือนถึง 5 ปี ร้อยละ 0.1 อายุ 5-10 ปี ร้อยละ 0.29 อายุ 11-20 ปี ร้อยละ 0.69 อายุ 21-30 ปี ร้อยละ 3.12 อายุ 31-40 ปี ร้อยละ 3.78 อายุ 41-50 ปี ร้อยละ 4.67 และอายุมากกว่า 50 ปี ร้อยละ 5.99 ซึ่งเมื่อทำการเปรียบเทียบผลการตรวจเลือดหาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg) ระหว่างประชากรที่เกิดก่อนและหลังมีโครงการวัคซีนไวรัสตับอักเสบบี พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ โดยมีอัตราการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในประชากรที่เกิดก่อนและหลังเริ่มให้บริการวัคซีน ในอัตราร้อยละ 4.5 และ 0.6 ตามลำดับ ซึ่งการศึกษานี้ได้เสนอตัวเลขการคาดการณ์ว่า ณ พ.ศ. 2557 ประเทศไทยน่าจะมีผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จำนวน 2.22 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 3.48 ของประชากรทั้งประเทศ การศึกษาเรื่องนี้ให้ข้อสรุปว่าวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี มีประสิทธิภาพระยะยาวในการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ดังนั้นการฉีดวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี ในเด็กทุกคนให้ได้อย่างครอบคลุมจะมีส่วนช่วยในการกำจัดโรคนี้ให้หมดไปจากประเทศไทยได้ในที่สุด

นอกจากการศึกษาข้างต้นแล้ว พบว่าในรายงานการเฝ้าระวังโรคประจำ พ.ศ. 2562 กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้นำข้อมูลจากระบบรายงาน 506 (รง. 506) ร่วมกับข้อมูลจากระบบบริการของกระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center) มาทำการวิเคราะห์และสังเคราะห์เพื่อรายงานอัตราป่วยของโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ระหว่าง พ.ศ. 2553 – 2562 พบว่าอัตราป่วยไวรัสตับอักเสบบี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 9.23 ต่อประชากรแสนคนใน พ.ศ. 2553 เป็น 10.16 ต่อประชากรแสนคนใน พ.ศ. 2558 และเพิ่มขึ้นสูงสุดเป็น 11.26 ต่อประชากรแสนคนใน พ.ศ. 2560 หลังจากนั้นลดลงมาเหลือ 10.43 ต่อประชากรแสนคนใน พ.ศ. 2562 (ภาพที่ 2) โดยใน พ.ศ. 2562 มีรายงานผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบี จำนวน 6,936 ราย เป็นเพศชาย 3,881 ราย และเพศหญิง 3,055 ราย ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 45-54 ปี รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 35 – 44 ปี พบในอาชีพรับจ้างมากที่สุด คือ 2,810 ราย (ร้อยละ 40.51) รองลงมา คือ เกษตรกร 1,412 ราย (ร้อยละ 20.36) ภาคเหนือมีอัตราป่วยสูงสุด คิดเป็น 15.80 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (10.32) ภาคกลาง (8.73) และภาคใต้ (7.93) อย่างไรก็ตามไม่พบรายงานผู้ป่วยเสียชีวิตจากไวรัสตับอักเสบบี ใน พ.ศ. 2562 นี้

ภาพที่ 2 อัตราป่วยของโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ต่อประชากรแสนคน ระหว่าง พ.ศ. 2553 – 2562



ที่มา กองระบาดวิทยา (2562, หน้า 190)

2.2.2 สถานการณ์ไวรัสตับอักเสบบี

สำหรับไวรัสตับอักเสบบี ซี ในประเทศไทย มีรายงานความชุกผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซี เรื้อรัง ใน พ.ศ. 2557 ร้อยละ 0.39 และมีการคาดประมาณว่ามีผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี เรื้อรังประมาณ 356,670 ราย ทั่วประเทศ พบความชุกของโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี เรื้อรังมากที่สุด ในประชากรอายุ 41-50 ปี ร้อยละ 1.69 รองลงมา ได้แก่ กลุ่มอายุมากกว่า 50 ปี ร้อยละ 0.93 กลุ่มอายุ 31-40 ปี ร้อยละ 0.13 ตามลำดับ โดยพบความชุกมากที่สุดที่จังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 0.89 ภาคกลาง ร้อยละ 0.26 และภาคเหนือ ร้อยละ 0.21 ซึ่งประชากรกลุ่มเสี่ยงที่พบว่ามี ความชุกของโรคไวรัสตับอักเสบบีซีเรื้อรังสูงสุด คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 8.7 ผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น ร้อยละ 3.94 และผู้ที่เคยได้รับการฉีดยาจาก ผู้ที่ไม่ใช่บุคลากรสาธารณสุข ร้อยละ 3.62 (Jittiwutikarn et al., 2006; Phuangchoei, Chotiyaputta, and Chayakulkeeree, 2015)

Wasitthanasem et al. (2016) ซึ่งเป็นทีมวิจัยเกี่ยวกับการศึกษาผลของโปรแกรมให้ วัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี ซี ข้างต้น ได้ศึกษาความชุกของไวรัสตับอักเสบบี ซี ของประเทศไทยใน พ.ศ. 2557 จากตัวอย่างเลือดจำนวน 5,964 ตัวอย่าง ของประชากรไทยอายุระหว่าง 6 เดือน ถึง 71 ปี ซึ่งได้มาจาก 7 จังหวัด ใน 4 ภูมิภาคของประเทศไทย โดยตัวอย่างเลือดที่ได้รับการคัดกรอง Anti-HCV แล้วพบผลบวกในเบื้องต้น จะได้รับการตรวจต่อด้วย RT-PCR เพื่อวิเคราะห์หาสายพันธุ์ของไวรัสตับอักเสบบีซี (HCV genotypes) ผลการศึกษาพบว่า 56 ตัวอย่างมีผล Anti-HCV เป็นบวก คิดเป็นร้อยละ 0.94 ในตัวอย่างเลือดที่คัดกรอง เบื้องต้นแล้วพบผลบวกนี้ เมื่อตรวจ HCV RNA พบผลเป็นบวกต่อ core และ NS5B subgenomic regions จำนวน 23 ตัวอย่าง (ร้อยละ 41) และ 19 ตัวอย่าง (ร้อยละ 34) ตามลำดับ ทั้งนี้พบว่าอัตราความชุกมีแนวโน้ม เพิ่มขึ้นในตัวอย่างของประชากรที่มีอายุมากขึ้น และพบอัตราสูงสุดในกลุ่มอายุ 41-50 ปี ผลการศึกษา เรื่องนี้มีการคาดประมาณว่าในปัจจุบันน่าจะมีประชากรไทยที่มีผลบวกต่อการคัดกรอง Anti-HCV ประมาณ 759,000 - 800,000 ราย และในจำนวนนี้ประมาณ 357,000 ราย น่าจะมีผลการตรวจยืนยันว่า

ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี (Viremic HCV infection) นอกจากการศึกษาข้างต้นแล้ว ในรายงานการเฝ้าระวังโรคประจำ พ.ศ. 2562 กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่าไวรัสตับอักเสบ ซี มีอัตราป่วยเพิ่มขึ้นจาก 1.70 ต่อประชากรแสนคนใน พ.ศ. 2558 เป็น 2.16 ต่อประชากรแสนคนใน พ.ศ. 2559 หลังจากนั้นแนวโน้มลดลงตามลำดับ และลดลงต่ำสุด คือ 0.33 ต่อประชากรแสนคนใน พ.ศ. 2559 แล้วกลับมามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นใหม่ จนกระทั่งมีอัตราป่วย 0.70 ต่อประชากรแสนคนใน พ.ศ. 2562 (รูปที่ 3) โดยใน พ.ศ. 2562 พบรายงานผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบ ซี จำนวน 466 ราย เป็นผู้ป่วยเพศชาย 295 ราย และเพศหญิง 171 ราย พบมากสุดในกลุ่มอายุ 55–64 ปี รองลงมา คือ 45–54 ปี และ 65–69 ปี ผู้ป่วยมีอาชีพรับจ้างมากที่สุด จำนวน 223 ราย (ร้อยละ 47.85) รองลงมา คือ เกษตรกร 114 ราย (ร้อยละ 24.46) ภาคใต้พบอัตราป่วยสูงสุด คิดเป็น 2.21 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คิดเป็น 2.21 ต่อประชากรแสนคน ทั้งนี้ไม่พบรายงานผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยไวรัสตับอักเสบ ซี ใน พ.ศ. 2562 เช่นกัน

2.2.3 สถานการณ์ไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี จากผลการศึกษาที่เกี่ยวข้อง

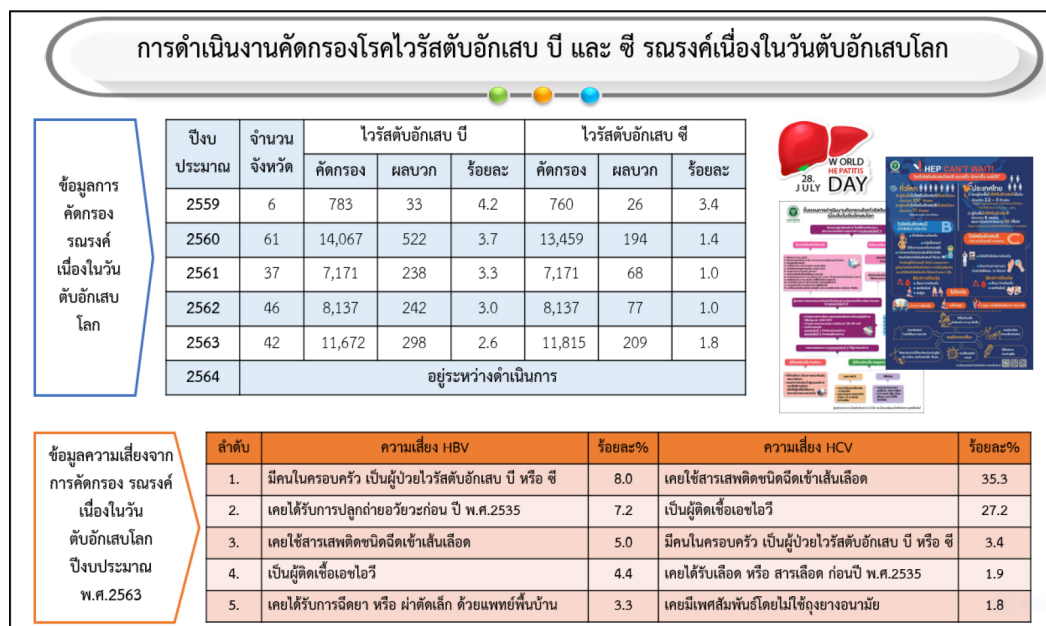
จากการทบทวนข้อมูลล่าสุดถึงการศึกษสถานการณ์ไวรัสตับอักเสบในประเทศไทย ณ พ.ศ. 2563 พบว่ากองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้ดำเนินงานคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ ซี (HCV) โดยจัดทำเป็นโครงการในลักษณะต่าง ๆ (กองโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2564) ได้แก่ โครงการคัดกรองโรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี ในพนักงานคัดแยกขยะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 77 จังหวัดทั่วประเทศ พ.ศ. 2563 ซึ่งรายงานผลการดำเนินงานที่ได้รับจาก 58 จังหวัด พบว่ามีพนักงานคัดแยกขยะได้รับการคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ ซี จำนวน 15,911 ราย พบผลเป็นบวกต่อไวรัสตับอักเสบ ซี รวม 162 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.02 เมื่อพิจารณาการพบผลเป็นบวกต่อไวรัสตับอักเสบ ซี จำแนกตามเพศ พบอัตราการติดเชื้อเรียงลำดับจากสูงไปต่ำ ดังนี้ เพศทางเลือก ร้อยละ 11.1 (1 ราย จาก 9 ราย) ไม่ระบุเพศ ร้อยละ 2.96 (17 ราย จาก 575 ราย) เพศชาย ร้อยละ 1.14 (125 ราย จาก 10,960 ราย) และ เพศหญิง ร้อยละ 0.44 (19 ราย จาก 4,367 ราย)

โครงการคัดกรองโรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี ในประชากรกลุ่มเสี่ยง เพื่อส่งต่อเข้าสู่ระบบการรักษาในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ใน พ.ศ. 2563 ซึ่งจากรายงานที่ได้รับของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 24 แห่ง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 40 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 57 แห่ง พบว่ามีประชากรกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ ซี จำนวน 5,236 ราย พบผลเป็นบวกต่อไวรัสตับอักเสบ ซี รวม 48 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.92 และเมื่อพิจารณาจำแนกตามเพศ พบเพศชายมีอัตราการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี ร้อยละ 1.74 (32 ราย จาก 1,836 ราย) สูงกว่าในเพศหญิง ซึ่งพบในอัตรา ร้อยละ 0.50 (16 ราย จาก 3,197 ราย) ทั้งนี้การตรวจในกลุ่มเพศทางเลือก จำนวน 3 ราย และไม่ระบุเพศ จำนวน 200 ราย ไม่พบว่ามี การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี ทั้งสองกลุ่ม

การรณรงค์คัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี เนื่องในสัปดาห์ตับอักเสบโลก โดยประเทศไทยได้ดำเนินการสำรวจและคัดกรองในประชาชนทั่วไปในช่วงสัปดาห์สุดท้ายของเดือนกรกฎาคมของทุกปี นับตั้งแต่ พ.ศ. 2559 เป็นต้นมา โดยในปีแรก คือ พ.ศ. 2559 มีจังหวัดที่ดำเนินการคัดกรอง 6 จังหวัด สามารถคัดกรองไวรัสตับอักเสบ บี ได้ 783 ราย พบผลเป็นบวก 33 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.2 และคัดกรองไวรัสตับอักเสบ ซี ได้ 760 ราย พบผลเป็นบวก 26 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.4 ซึ่งในปีต่อ ๆ มา จำนวนการ

คัดกรองอาจทำได้มากหรือน้อยขึ้นอยู่กับจำนวนจังหวัดที่ดำเนินการ โดยในปีถัดมา คือ ปี พ.ศ. 2560 มีจังหวัดที่ดำเนินการเพิ่มขึ้นเป็น 61 จังหวัด ทำให้สามารถคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี ได้ถึง 14,067 ราย พบผลเป็นบวก 522 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.7 และคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี ซี ได้ 13,459 ราย พบผลเป็นบวก 194 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.4 ซึ่งแม้ว่าข้อมูลการคัดกรองช่วงเวลาเดียวกันของทุกปี ในวันรณรงค์ตับอักเสบลโลก จะไม่สามารถสรุปเป็นอุบัติการณ์ของการติดเชื้อรายใหม่ได้เนื่องจากข้อจำกัดของกระบวนการคัดกรองให้ได้ตัวแทนที่แท้จริงของประชากรไทย อย่างไรก็ตามผลการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี ทั้งสองชนิดชี้ให้เห็นว่าร้อยละของการตรวจพบผลเป็นบวกมีแนวโน้มลดลง โดยไวรัสตับอักเสบบี ลดลงจาก ร้อยละ 4.2 ใน พ.ศ. 2559 เป็น 2.6 ใน พ.ศ. 2563 ส่วนไวรัสตับอักเสบบี ซี ลดลงจากร้อยละ 3.4 ใน พ.ศ. 2559 เป็น 1.0 ใน พ.ศ. 2562 แต่มีอัตราเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 1.8 ใน พ.ศ. 2563 นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาความเสี่ยงของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี 5 อันดับแรก พบว่าความเสี่ยงของการติดเชื้อไวรัส บี ได้แก่ มีคนในครอบครัวเป็นผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบี หรือ ซี (ร้อยละ 8.0) เคยได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะก่อน พ.ศ. 2535 (ร้อยละ 7.2) เคยใช้สารเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นเลือด (ร้อยละ 5.0) เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี (ร้อยละ 4.4) และเคยได้รับการฉีดยาหรือผ่าตัดเล็กโดยแพทย์พื้นบ้าน (ร้อยละ 3.3) ส่วนความเสี่ยงของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซี ได้แก่ เคยใช้สารเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นเลือด (ร้อยละ 35.3) เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี (ร้อยละ 27.2) มีคนในครอบครัวเป็นผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบี บี หรือ ซี (ร้อยละ 3.4) เคยได้รับเลือด หรือสารเลือดก่อน พ.ศ. 2535 (ร้อยละ 1.9) และเคยมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย (ร้อยละ 1.8) ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีหลายปัจจัยเสี่ยงซึ่งอาจเป็นปัจจัยร่วมที่พบได้ทั้งในผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี บี และ ซี (ภาพที่ 3)

ภาพที่ 3 ผลการดำเนินงานคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี จากการรณรงค์เนื่องในวันตับอักเสบลโลก



ที่มา กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค (2564)

3. การทบทวนยุทธศาสตร์ / มาตรการ / ทิศทาง การป้องกัน และแก้ไขปัญหาระบาดโรคไวรัสตับอักเสบ

3.1 ยุทธศาสตร์/ มาตรการ/ ทิศทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาระบาดโรคไวรัสตับอักเสบ ของนานาชาติ

3.1.1 Global Health Sector Strategy on Viral Hepatitis 2016–2021 Towards Ending Viral Hepatitis

ใน พ.ศ. 2558 (ค.ศ. 2016) องค์การอนามัยโลก ได้เผยแพร่ยุทธศาสตร์เรื่องไวรัสตับอักเสบเป็นครั้งแรก และถือเป็นกลยุทธ์หนึ่งซึ่งนำไปสู่การบรรลุความสำเร็จของวาระการพัฒนาที่ยั่งยืน ในปี ค.ศ. 2030 (The 2030 Agenda for Sustainable Development) ยุทธศาสตร์ฉบับนี้ครอบคลุม หกปีแรกต่อการประกาศวาระสุขภาพ พ.ศ. 2558 คือ ระหว่าง พ.ศ. 2559-2564 (ค.ศ. 2016-2021) โดยพัฒนามาจากแนวคิดการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ภายใต้กรอบการดำเนินงานทั่วโลก (Framework for global action) และข้อสรุปจากมติการประชุมสมัชชาอนามัยโลกเกี่ยวกับไวรัสตับอักเสบ (World Health Assembly) ใน พ.ศ. 2553 และ 2557

ยุทธศาสตร์ฉบับนี้กล่าวถึงไวรัสตับอักเสบทั้งห้าชนิด ได้แก่ ตับอักเสบ เอ, บี, ซี, ดี และ อี แต่เน้นที่ไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี โดยเฉพาะ เนื่องจากเป็นไวรัสตับอักเสบที่ก่อให้เกิดภาระด้านสาธารณสุขมากที่สุด ยุทธศาสตร์นี้อธิบายถึงการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการต่อสู้และการกำจัดปัญหาไวรัสตับอักเสบที่เป็นภัยคุกคามต่อสุขภาพของประชาชน นอกจากนี้ยังเน้นการส่งเสริมให้เกิดการทำงานร่วมกันระหว่างปัญหาไวรัสตับอักเสบกับปัญหาสุขภาพอื่น ๆ อีกทั้งปรับการตอบสนองปัญหาไวรัสตับอักเสบให้สอดคล้องกับกลยุทธ์ แผนด้านสุขภาพ และเป้าหมายของการพัฒนาระดับโลกอื่น ๆ ที่มีอยู่ ด้วยการวางตำแหน่งของการตอบสนองต่อไวรัสตับอักเสบให้อยู่ภายใต้บริบทของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมถึงเป้าหมายด้านสุขภาพเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนในปี ค.ศ. 2030 ยุทธศาสตร์ได้กำหนดทิศทางการดำเนินงานไว้โดยครอบคลุมสาระสำคัญ ดังนี้

วิสัยทัศน์ (Vision)

หยุดการแพร่ระบาดของไวรัสตับอักเสบทุกที่ทั่วโลก และผู้ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบทุกคนมีการเข้าถึง การดูแลรักษาที่ปลอดภัย ราคาไม่แพง และมีประสิทธิภาพ

เป้าประสงค์ (Goal)

กำจัดไวรัสตับอักเสบซึ่งเป็นภัยคุกคามสำคัญต่อสุขภาพ ภายในปี ค.ศ. 2030

เป้าหมาย (Targets):

1. ลดอุบัติการณ์ของโรคไวรัสตับอักเสบเรื้อรัง จากปัจจุบันซึ่งมีผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบเรื้อรังทั่วโลก ประมาณ 6-10 ล้านคน ให้เหลือผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบเรื้อรัง 0.9 ล้านคน ภายในปี ค.ศ. 2030
2. ลดการเสียชีวิตจากโรคไวรัสตับอักเสบเรื้อรังจาก 1.4 ล้านคนต่อปี ให้เหลือน้อยกว่า 0.5 ล้านคน ต่อปี ภายในปี ค.ศ. 2030

หลักการ

ในการบรรลุเป้าหมายข้างต้นจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงวิธีการตอบสนองต่อการแก้ไขปัญหาไวรัสตับอักเสบบ่อยอย่างเข้มข้นและจริงจัง ด้วยการยกระดับให้โรคไวรัสตับอักเสบบเป็นปัญหาที่มีความสำคัญในลำดับที่สูงของการตอบสนองด้านสาธารณสุข นอกจากนี้ยุทธศาสตร์จำเป็นต้องใช้วิธีการรูปแบบใหม่ ๆ ได้แก่ การเพิ่มความตระหนักรู้ของประชาชน การพัฒนาความก้าวหน้าด้านการแพทย์เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบ ทั้งการรักษา การวินิจฉัย และเทคโนโลยีอื่น ๆ รวมทั้งการเสริมสร้างความมุ่งมั่นเพื่อให้บรรลุความเท่าเทียมกันด้านสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ฉบับนี้กำหนดชุดของการดำเนินการตามลำดับความสำคัญ เพื่อใช้เป็นแนวทางการดำเนินงานสำหรับประเทศต่าง ๆ ทั้งนี้การดำเนินการดังกล่าวมีความสอดคล้องกับการจัดลำดับความสำคัญและการสนับสนุนที่องค์การอนามัยโลกจะมีให้กับประเทศสมาชิก โดยมีลำดับความสำคัญของการดำเนินการภายใต้กลยุทธ์ 5 ทิศทาง (five strategic directions) ดังนี้

กลยุทธ์ที่ 1 ข้อมูลสำหรับการดำเนินงานที่มุ่งเน้น (Strategic direction 1 – Information for focused action) เป็นการตอบคำถามว่าสถานการณ์คืออะไร (what is the situation?) ด้วยการพัฒนาระบบสารสนเทศเชิงกลยุทธ์ (strategic information system) ในการทำความเข้าใจกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสตับอักเสบบ และการดำเนินการเพื่อตอบสนองต่อปัญหานี้ทั้งในแง่การสนับสนุนความมุ่งมั่นเชิงนโยบาย การวางแผนระดับประเทศ การระดมและจัดสรรทรัพยากร การดำเนินงาน และการปรับปรุงคุณภาพโครงการ ดังนั้น กลยุทธ์ที่ 1 จึงสะท้อนหลักการของการจัดการเชิงยุทธศาสตร์ที่เรียกว่า “Know epidemics, know responses” หรือการรู้ถึงสถานการณ์ และการตอบสนองต่อสถานการณ์นั้น

กลยุทธ์ที่ 2 การแทรกแซง/การจัดกระทำที่ก่อให้เกิดผลกระทบ (Strategic direction 2 – Interventions for impact) เป็นการตอบคำถามว่าบริการใดบ้างที่ประชาชนควรจะได้รับ (what services should be delivered?) ซึ่งถือเป็นการเน้นย้ำมิติแรกของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้วยการกำหนดการแทรกแซงที่จำเป็นและมีผลกระทบสูงต่อการให้บริการไวรัสตับอักเสบบอย่างต่อเนื่อง และควรกำหนดไว้ในแพ็คเกจสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ

กลยุทธ์ที่ 3 การให้บริการอย่างเท่าเทียม (Strategic direction 3 – Delivering for equity) เป็นการตอบคำถามว่าจะจัดบริการอย่างไรให้ประชาชนได้รับบริการที่ควรได้รับ (how can these services be delivered?) ซึ่งถือเป็นการเน้นย้ำมิติที่สองของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้วยการสร้างความเข้มแข็งให้แก่อะบบสุขภาพและระบบชุมชน เพื่อการให้บริการที่มีคุณภาพสูง แก่ประชากรกลุ่มต่าง ๆ ในสถานที่และบริบทต่าง ๆ แบบถ้วนหน้า เท่าเทียม ต่อเนื่อง และเกิดผลกระทบสูงสุด

กลยุทธ์ที่ 4 การจัดหาทุนเพื่อความยั่งยืน (Strategic direction 4 – Financing for sustainability) เป็นการตอบคำถามว่าจะบรรลุค่าใช้จ่ายในการให้บริการตามชุดบริการได้อย่างไร (how can the costs of delivering the package of service be met?) ซึ่งถือเป็นการเน้นย้ำมิติที่สามของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้วยการพัฒนาโมเดลที่ยั่งยืนใหม่และเป็นนวัตกรรมในการตอบสนองต่อปัญหาไวรัสตับอักเสบบที่สามารถลดต้นทุนทางสุขภาพ ส่งผลให้มีการเพิ่มประสิทธิภาพและลดความเสี่ยงเกี่ยวกับปัญหาทางการเงินของผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบที่ต้องการใช้บริการด้านสุขภาพ

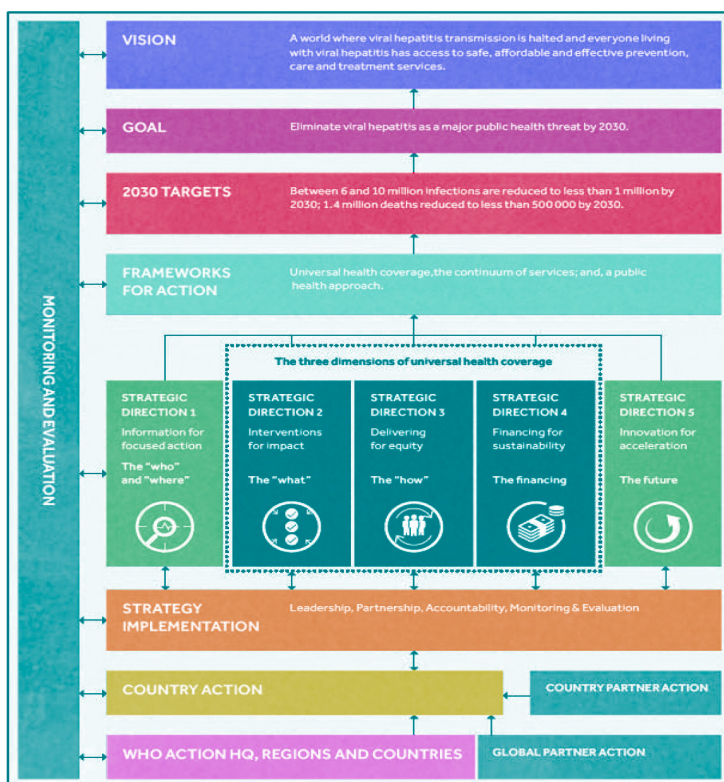
กลยุทธ์ที่ 5 นวัตกรรมเพื่อเร่งการดำเนินงาน (Strategic direction 5 – Innovation for acceleration)

เป็นการตอบคำถามว่าจะเปลี่ยนแปลงวิธีการตอบสนองต่อปัญหาไวรัสตับอักเสบได้อย่างไร (how can the trajectory of the response be changed?) มุ่งที่การส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดนวัตกรรมเพื่อขับเคลื่อนความก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว ด้วยการค้นหามีช่องว่างอะไรบ้างเกี่ยวกับความรู้และเทคโนโลยี รวมถึงช่องว่างเกี่ยวกับนวัตกรรมที่จำเป็นในการเปลี่ยนแปลงการตอบสนองต่อปัญหาไวรัสตับอักเสบ ทั้งนี้ เพื่อจัดลำดับความสำคัญและเร่งรัดการตอบสนองที่จำเป็นเหล่านั้น จนนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายปี ค.ศ. 2020 (พ.ศ. 2563) และปี ค.ศ. 2030 (พ.ศ. 2573) ได้อย่างประสบความสำเร็จ

กรอบการดำเนินงาน (Framework for actions):

ยุทธศาสตร์ขององค์การอนามัยโลกฉบับนี้ใช้กรอบการดำเนินงานที่ครอบคลุมหลักการสำคัญ 3 ประการ คือ 1) หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal health coverage) 2) การบริการที่ต่อเนื่อง (the continuum of services) และ 3) แนวทางด้านสาธารณสุข (a public health approach) ทั้งนี้ ในการนำกลยุทธ์ไปใช้ (strategy implementation) ต้องคำนึงถึงแนวคิดที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะผู้นำ (leadership) การเป็นหุ้นส่วน/ การร่วมเป็นเจ้าของ (partnership) ความรับผิดชอบ (accountability) และการติดตามประเมินผล (monitoring and evaluation) โดยมีภาพรวมของยุทธศาสตร์ฯ ตามกรอบการทำงานใน ภาพที่ 4

ภาพที่ 4 กรอบการทำงานสำหรับยุทธศาสตร์สุขภาพระดับโลกเรื่องไวรัสตับอักเสบ พ.ศ. 2559-2564



ที่มา: WHO. (2016). Global Health Sector Strategy on Viral Hepatitis 2016–2021, p. 9.

3.1.2 Viral Hepatitis National Strategic Plan for the United States: A Roadmap to Elimination (2021–2025)

ประเทศสหรัฐอเมริกาเล็งเห็นว่าไวรัสตับอักเสบเป็นภัยคุกคามด้านสาธารณสุขที่ร้ายแรง ซึ่งทำให้ผู้ที่ติดเชื้อมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคมะเร็งตับและมีการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นตามมา แต่เป็นการติดเชื้อที่ป้องกันได้ จึงมีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ไวรัสตับอักเสประดับชาติ ปี ค.ศ. 2021 – 2025 ขึ้น ทั้งนี้เพื่อใช้เป็นกรอบการทำงานและหนทางสู่การกำจัดไวรัสตับอักเสบซึ่งเป็นภัยคุกคามด้านสาธารณสุขของประเทศสหรัฐอเมริกา โดยมีการกำหนดเป้าหมายที่สอดคล้องกับการกำหนดโดยองค์การอนามัยโลก (WHO) คือ ลดการติดเชื้อเรื้อรังรายใหม่ลงร้อยละ 90 และลดอัตราการเสียชีวิตลง ร้อยละ 65 เมื่อสิ้นสุดแผนยุทธศาสตร์ฉบับนี้ ในปี ค.ศ. 2025 โดยเทียบกับข้อมูลพื้นฐานในปี ค.ศ. 2015

แผนยุทธศาสตร์ไวรัสตับอักเสประดับชาติ ปี ค.ศ. 2021 – 2025 ของสหรัฐอเมริกา มีความจำเป็นต้องพัฒนาต่อเนื่องมาจากแผนยุทธศาสตร์สามฉบับที่ผ่านมา และมุ่งเน้นไปที่ไวรัสตับอักเสบ เอ ไวรัสตับอักเสบ บี และไวรัสตับอักเสบ ซี ซึ่งเป็นไวรัสตับอักเสบสามชนิดซึ่งพบบ่อยที่สุดและมีผลกระทบมากที่สุดต่อสุขภาพของประชาชนชาวอเมริกัน อีกทั้ง ประเทศสหรัฐอเมริกาต้องเผชิญกับสภาพปัญหาเกี่ยวกับไวรัสตับอักเสบทั้งสามชนิด ได้แก่ มีการระบาดหนักของไวรัสตับอักเสบ เอ ที่ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน ความซับซ้อนในการป้องกันปัญหาโรคตับอักเสบ บี มีการหยุดชะงัก และอัตราการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี เพิ่มขึ้นเกือบสามเท่าจากปี ค.ศ. 2011 ถึงปี ค.ศ. 2018 โดยมีการคาดการณ์ว่า ในปี ค.ศ. 2016 มีประชาชนในประเทศอเมริกา ประมาณ 3.3 ล้านคนที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบเรื้อรัง ซึ่งในจำนวนนี้ จำแนกเป็นการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี จำนวน 862,000 คน และไวรัสตับอักเสบ ซี จำนวน 2.4 ล้านคน

แม้ว่าพัฒนาการและความก้าวหน้าด้านการแพทย์ในปัจจุบันจะช่วยให้ไวรัสตับอักเสบ เอ และไวรัสตับอักเสบ บี สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน และไวรัสตับอักเสบ ซี สามารถรักษาให้หายขาดได้ด้วยสูตรการรักษาระยะสั้น อย่างไรก็ตามพบว่าการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของไวรัสตับอักเสบ การป้องกันการติดเชื้อรายใหม่ รวมทั้งการปรับปรุงการดูแลและการรักษาผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ จำเป็นต้องมีแนวทางเชิงกลยุทธ์และการประสานความร่วมมือระหว่างพันธมิตรของรัฐบาลกลางกับหน่วยงานด้านสุขภาพของรัฐ และท้องถิ่น ชุมชนกลุ่มน้อย/ ผู้อพยพ/ ผู้ลี้ภัย องค์กรในชุมชน รวมถึงพันธมิตรและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่ไม่ใช่ภาครัฐ ด้วยเหตุนี้ ประเทศสหรัฐอเมริกาจึงพัฒนาและจัดทำแผนยุทธศาสตร์ไวรัสตับอักเสประดับชาติ ปี ค.ศ. 2021 – 2025 ขึ้น ภายใต้การกำกับดูแลของสำนักงานนโยบายโรคติดเชื้อและเอชไอวี/ เอ็ดส์ (The Office of Infectious Disease and HIV/AIDS Policy: OIDP) ในสำนักงานผู้ช่วยเลขาธิการด้านสุขภาพ (The Office of the Assistant Secretary for Health: OASH) กรมสาธารณสุขและบริการมนุษย์ของสหรัฐอเมริกา (Department of Health and Human Services: HHS) โดยอาศัยความร่วมมือของผู้เชี่ยวชาญเรื่องไวรัสตับอักเสบจากหน่วยงานต่าง ๆ ของภาครัฐ และการใช้ข้อมูลจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่หลากหลายรวมถึงสาธารณชน ดังนั้น จุดเด่นของแผนยุทธศาสตร์ฉบับนี้ คือ ทำหน้าที่เป็นกลไกเพื่อให้เกิดการทำงานและการใช้ทรัพยากรร่วมกัน และเพื่อหลีกเลี่ยงความซ้ำซ้อนจากความพยายามในการดำเนินงานของหน่วยงานต่าง ๆ ด้วยการกำหนดวัตถุประสงค์เชิงเป้าหมายและกลยุทธ์ ซึ่งสามารถนำไปใช้ได้โดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ที่หลากหลายในทุกระดับและในหลายภาคส่วน ทั้งภาครัฐและเอกชน โดยแผนยุทธศาสตร์ไวรัสตับอักเสบระดับชาติ ปี ค.ศ. 2021 – 2025 ของประเทศสหรัฐอเมริกา มีสาระสำคัญ สรุปได้ดังนี้

วิสัยทัศน์ (Vision):

สหรัฐอเมริกาจะเป็นประเทศที่สามารถป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบรรดาใหม่ได้ ประชาชนทุกคนรู้สถานะการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบนของตนเอง และทุกคนที่มีไวรัสตับอักเสบบนได้รับการดูแลและรักษาที่มีคุณภาพสูงและมีชีวิตที่ปราศจากการตีตราและการเลือกปฏิบัติ วิสัยทัศน์นี้รวมถึงประชาชนทุกคน โดยไม่คำนึงถึงอายุ เพศ อัตลักษณ์ทางเพศ รสนิยมทางเพศ เชื้อชาติ ชาติพันธุ์ ศาสนา ความทุพพลภาพ ที่ตั้งทางภูมิศาสตร์ หรือสถานะทางเศรษฐกิจสังคม

เป้าหมาย (Goals):

วิสัยทัศน์ของแผนยุทธศาสตร์ไวรัสตับอักเสบบนฯ ดังข้างต้น มาพร้อมกับเป้าหมายระดับสูง (high-level goals) 5 ประการ ซึ่งใช้กำหนดกรอบวัตถุประสงค์เฉพาะของแผน ทั้งนี้ลำดับของเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่จะกล่าวถึงต่อไปนี้ ไม่ได้บ่งชี้ถึงการจัดลำดับความสำคัญใด ๆ และอาจมีความเชื่อมโยงกัน ซึ่งเป้าหมายทั้ง 5 ประการ และวัตถุประสงค์ที่เกี่ยวข้อง มีดังนี้

เป้าหมายที่ 1: ป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบน

(Prevent new viral hepatitis infections)

ประกอบด้วยวัตถุประสงค์ 5 ข้อ ได้แก่

- 1.1 เพิ่มความตระหนักเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบน
- 1.2 เพิ่มการได้รับวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบน และการพัฒนาวัคซีน
- 1.3 กำจัดการถ่ายทอดเชื้อไวรัสตับอักเสบบน บี และ ซี จากแม่สู่ลูก
- 1.4 เพิ่มการป้องกันและรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบนสำหรับผู้ชายเสพติด
- 1.5 เพิ่มขีดความสามารถด้านสาธารณสุข ระบบบริการสุขภาพ และบุคลากรด้านสุขภาพในการป้องกันและจัดการโรคไวรัสตับอักเสบบน

เป้าหมายที่ 2: ปรับปรุงผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับไวรัสตับอักเสบบนของผู้ที่เป็นไวรัสตับอักเสบบน

(Improve viral hepatitis-related health outcomes of people with viral hepatitis)

ประกอบด้วยวัตถุประสงค์ 4 ข้อ ได้แก่

- 2.1 เพิ่มสัดส่วนของผู้ที่ได้รับการตรวจและผู้ที่ตระหนักถึงผลการตรวจไวรัสตับอักเสบบนของตนเอง
- 2.2 ปรับปรุงคุณภาพการดูแลและเพิ่มจำนวนผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบน บี ที่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องหรือผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบน ซี ที่ได้รับการรักษาครบถ้วน รวมถึงผู้ชายเสพติดและผู้ที่อยู่ในสถานกักกัน
- 2.3 เพิ่มขีดความสามารถของสาธารณสุข การให้บริการด้านสุขภาพ และบุคลากรด้านสาธารณสุขในการจำแนก วินิจฉัย และให้การดูแลและรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบนแบบองค์รวมอย่างมีประสิทธิภาพ
- 2.4 สนับสนุนการพัฒนาและการใช้เทคโนโลยีการวินิจฉัยโรค ยารักษา และการแทรกแซงอื่น ๆ เพื่อการจำแนก และการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบน

เป้าประสงค์ที่ 3: ลดความเหลื่อมล้ำและความไม่เท่าเทียมด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับไวรัสตับอักเสบ
(Reduce viral hepatitis-related disparities and health inequities)

ประกอบด้วยวัตถุประสงค์ 4 ข้อ ได้แก่

- 3.1 ลดการตีตราและเลือกปฏิบัติที่ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบและผู้ที่มีความเสี่ยงต้องเผชิญ
- 3.2 ลดความเหลื่อมล้ำในผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบริายใหม่ การรู้สถานะการติดเชื้อ และการได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง
- 3.3 ขยายความสามารถในบริการป้องกัน ดูแล และรักษาโรคไวรัสตับอักเสบที่มีความเหมาะสมทางวัฒนธรรมและความเหมาะสมทางภาษา
- 3.4 ค้นหาปัจจัยทางสังคมที่เป็นตัวกำหนดภาวะสุขภาพและสภาวะที่เกิดขึ้นร่วมกัน

เป้าประสงค์ที่ 4: ปรับปรุงการเฝ้าระวังและการใช้ข้อมูลเกี่ยวกับไวรัสตับอักเสบ
(Improve viral hepatitis surveillance and data usage)

ประกอบด้วยวัตถุประสงค์ 4 ข้อ ได้แก่

- 4.1 ปรับปรุงการเฝ้าระวังด้านสาธารณสุขผ่านการรวบรวมข้อมูล การรายงานกรณีและการสอบสวนโรคในระดับต่าง ๆ ได้แก่ ระดับประเทศ รัฐ ชนเผ่า ท้องถิ่น และรอยต่อของประเทศ
- 4.2 ปรับปรุงการรายงาน การแบ่งปันข้อมูล และการใช้ข้อมูลทางคลินิกของไวรัสตับอักเสบ
- 4.3 ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลไวรัสตับอักเสบเป็นประจำและเผยแพร่ข้อค้นพบเพื่อ
- 4.4 ชี้แนะการดำเนินการด้านสุขภาพและสาธารณสุข

เป้าประสงค์ที่ 5: บรรลุความพยายามในการบูรณาการและการประสานงานเพื่อจัดการกับการแพร่ระบาดของไวรัสตับอักเสบในพันธมิตรความร่วมมือและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมด

ประกอบด้วยวัตถุประสงค์ 4 ข้อ ได้แก่

- 5.1 บูรณาการโปรแกรมเพื่อจัดการกับโรคที่มีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกัน คือ ไวรัสตับอักเสบ เอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และความผิดปกติในการใช้สารเสพติด
- 5.2 จัดตั้งและเพิ่มความร่วมมือและการประสานงานโครงการและกิจกรรมไวรัสตับอักเสบบetween ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งภาครัฐและภาคเอกชน
- 5.3 ระบุน ประเมิน และขยายแนวปฏิบัติที่ดีที่สุดผ่านการดำเนินการและการสื่อสารวิจัยด้านวิทยาศาสตร์
- 5.4 ปรับปรุงกลไกในการวัด กำกับติดตาม ประเมิน รายงาน และเผยแพร่ความก้าวหน้าสู่การบรรลุเป้าหมายขององค์กร ระดับท้องถิ่น และระดับชาติ

3.2 ยุทธศาสตร์/ มาตรการ/ ทิศทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบ ของประเทศไทย

สาระสำคัญของแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบ พ.ศ. 2560 – 2564

ประเทศไทยได้มีการจัดทำยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบฉบับแรกขึ้น ใต้ชื่อว่า “แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบ พ.ศ. 2560 – 2564” ซึ่งเริ่มพัฒนาขึ้นใน พ.ศ. 2559 โดยคณะกรรมการพัฒนาแผนงานป้องกันและควบคุมโรคตับอักเสบจากไวรัส ซึ่งจัดทำแผนยุทธศาสตร์ดังกล่าวขึ้น เนื่องจากโรคไวรัสตับอักเสบเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศ โดยเฉพาะไวรัสตับอักเสบบี และ ซี แม้ว่าในระยะที่ก่อนหน้านี้ ประเทศไทยมีการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบี โดยหน่วยงานในหลายภาคส่วน เพื่อการป้องกัน ควบคุม และลดความรุนแรงของปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบี และมีความคืบหน้าตามลำดับ แต่ประเทศไทยไม่เคยมียุทธศาสตร์ของประเทศเพื่อใช้เป็นกรอบและทิศทางในการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบีมาก่อน จึงเกิดช่องว่างและความท้าทายในการดำเนินงานแบบแยกส่วน ขาดการประสาน เชื่อมโยง และบูรณาการ ทำให้เกิดความพยายามในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวอย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้น

การจัดทำแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบี พ.ศ. 2560 – 2564 นี้ มีจุดมุ่งหมายให้ผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข สถานพยาบาลภาครัฐภาคเอกชน และองค์กรภาคประชาชนที่เกี่ยวข้องกับงานควบคุมป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ใช้เป็นแนวทางในการกำหนด เป้าหมายและการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบีให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยแผนยุทธศาสตร์ฉบับนี้ได้เชื่อมโยงกับแนวคิดและหลักการ Global Health Sector Strategy on Viral Hepatitis 2016 – 2021 ขององค์การอนามัยโลก และ Regional Strategy for the Prevention and Control of Viral Hepatitis ขององค์การอนามัยโลกภูมิภาคเอเชียใต้และตะวันออก แล้วมีการนำมาปรับให้เข้ากับบริบทของประเทศไทยด้วย

องค์ประกอบของแผนยุทธศาสตร์

แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบี พ.ศ. 2560 – 2564 ประกอบด้วย องค์ประกอบ 3 ส่วนหลัก คือ

1. ข้อมูลพื้นฐาน ซึ่งเป็นการทบทวนเกี่ยวกับสถานการณ์โรคและการดำเนินการป้องกันการควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบบี ทั้งในระดับโลก ระดับภูมิภาค และระดับประเทศ รวมถึงการป้องกันควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบบีของประเทศไทยในแง่มุมต่าง ๆ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดนโยบาย
2. ตัวยุทธศาสตร์ ซึ่งมีเนื้อหาประกอบด้วย วิสัยทัศน์ เป้าหมาย พันธกิจ หลักการและกรอบยุทธศาสตร์โดยการกำหนดวิสัยทัศน์ เป้าหมาย พันธกิจ จะพัฒนาตามกรอบแนวคิดที่กล่าวข้างต้น และมีการกำหนดยุทธศาสตร์และกลยุทธ์ โดยใช้ข้อมูลจากการวิเคราะห์จุดอ่อนและจุดแข็งของการป้องกันควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบบีที่มีอยู่ในปัจจุบัน
3. การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์เป็นเนื้อหาที่ประกอบด้วย กลไกการบริหารจัดการเพื่อขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ การติดตามและประเมินผล และการรายงานผล เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์การป้องกันควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบบี ให้เป็นไปตามแนวทางที่กำหนดและประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ อีกทั้งสามารถใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบีฉบับต่อไป

วิสัยทัศน์ เป้าหมาย พันธกิจ และหลักการ

แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบี พ.ศ. 2560 – 2564 มีการกำหนดวิสัยทัศน์ เป้าหมาย พันธกิจ และหลักการ ดังนี้

วิสัยทัศน์

การแพร่ระบาดของไวรัสตับอักเสบลดลง และผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบีได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม

เป้าหมาย

1. ลดการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี โดยเน้นการให้วัคซีนแก่เด็กแรกเกิดด้วยความครอบคลุมไม่น้อยกว่าร้อยละ 90
2. ลดการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีชนิด ซี โดยเน้นการตรวจคัดกรองเลือด ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 ของเลือดที่บริจาคทั้งหมด
3. ให้ผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังสามารถเข้าถึงการรักษาเพิ่มขึ้นอย่างน้อยร้อยละ 50 ภายใน พ.ศ. 2564

พันธกิจ

การป้องกัน ควบคุม และแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบี ต้องดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรม ภายใต้การทำงานร่วมกันระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ โดยการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข มีกรมควบคุมโรคเป็นหน่วยงานหลัก ในการประสานงานกับหน่วยงาน และองค์กรในภาคส่วนต่าง ๆ เพื่อขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์ ในการป้องกันควบคุมและแก้ไขปัญหาการแพร่ระบาดของไวรัสตับอักเสบบี โดยเฉพาะอย่างยิ่งไวรัสตับอักเสบบี และซี ที่มีขนาดปัญหาและภาระโรคสูง ดังนั้น พันธกิจหลักของกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

1. เร่งรัดดำเนินการเพื่อกำจัดการแพร่ระบาด ด้วยการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคไวรัสตับอักเสบบี และซี
2. ส่งเสริม สนับสนุน และขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพของระบบบริการสุขภาพ ให้ผู้ป่วยโรคตับอักเสบบี โดยเฉพาะจากไวรัสตับอักเสบบี และ ซี เข้าถึงการรักษาอย่างครอบคลุมทั่วถึง เพื่อลดการป่วยและภาวะแทรกซ้อน (เช่น ภาวะตับวายเฉียบพลัน ตับแข็ง มะเร็งตับ เป็นต้น)

หลักการ

การป้องกันและควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบบีมีเป้าหมายเพื่อลดการป่วยและการเสียชีวิต และผลกระทบทางสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี โดยยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบีฉบับนี้จะมุ่งเน้นการป้องกันการติดเชื้อรายใหม่ และการดูแลรักษาผู้ที่ติดเชื้อแล้ว รวมถึงผู้ที่ภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง โดยจะกำหนดกรอบการดำเนินงานอย่างเชื่อมโยง ตั้งแต่การป้องกันโรคสำหรับประชาชนทั่วไป การค้นหาผู้ติดเชื้อ การส่งต่อผู้ป่วยให้เข้ารับการรักษาที่เหมาะสม และมีการติดตามผลการรักษา ภายใต้ต้นนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่รัฐจัดให้แก่ประชาชนทุกคนอย่างทั่วถึง และเป็นธรรม

กรอบยุทธศาสตร์

แผนยุทธศาสตร์ฉบับนี้ มุ่งเน้นทั้งการป้องกันการติดเชื้อรายใหม่และการดูแลรักษาผู้ที่ติดเชื้อแล้ว โดยการดำเนินงานอย่างบูรณาการ ตั้งแต่การป้องกันโรค การเฝ้าระวัง ค้นหา และรักษาผู้ติดเชื้อ ภายใต้

นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อให้บริการแก่ประชาชนอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม โดยมีกรอบยุทธศาสตร์ ที่ครอบคลุม 5 ยุทธศาสตร์ และ 17 กลยุทธ์ ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การเฝ้าระวังโรคและระบบข้อมูล

โรคไวรัสตับอักเสบบีจัดอยู่ในกลุ่มโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และถูกกำหนดให้มีการรายงานในระบบการเฝ้าระวังโรค ตั้งแต่ปี 2523 จึงได้รับการเฝ้าระวังต่อเนื่องมาเป็นระยะเวลานานแต่ข้อมูลในระบบนี้ยังไม่สามารถสะท้อนสภาพปัญหาและภาระโรคในภาพรวมได้ถูกต้องชัดเจน เพราะมีข้อจำกัดในระบบการรายงานโรค ศักยภาพการวินิจฉัยและยืนยันชนิดของโรคไวรัสตับอักเสบบีในสถานบริการสาธารณสุข และขาดความครอบคลุมของการรายงานโรคจากสถานบริการในภาคเอกชน รวมถึงระบบข้อมูลทางสุขภาพที่ยังไม่เป็นเอกภาพระหว่างเครือข่ายบริการสุขภาพของภาครัฐ เอกชน และมหาวิทยาลัย

กลยุทธ์และมาตรการหลัก

กลยุทธ์ที่ 1 การพัฒนาระบบข้อมูลโรคไวรัสตับอักเสบบี เพื่อการเฝ้าระวังโรคและติดตามประเมินผลการดำเนินงาน

- 1) ทบทวนและปรับปรุงระบบเฝ้าระวังโรค รวมถึงระบบข้อมูลเพื่อการกำกับ ติดตามและประเมินผลการป้องกันควบคุมและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบี ในระบบบริการสาธารณสุขทุกระดับ
- 2) จัดทำคู่มือแนวทางมาตรฐานการเฝ้าระวังโรคไวรัสตับอักเสบบีเพื่อการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ ทันเวลา ลดความซ้ำซ้อน และเผยแพร่คู่มือดังกล่าวให้ครอบคลุมหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน รวมทั้งมหาวิทยาลัย
- 3) จัดการระบบสารสนเทศโดยเลือกใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย และเหมาะสม ในการรวบรวม จัดเก็บ และวิเคราะห์ข้อมูลแบบบูรณาการ ระหว่างระบบบริการสุขภาพภาครัฐ และเอกชน รวมทั้งมหาวิทยาลัย เพื่อยกระดับการบริหารข้อมูลโรคไวรัสตับอักเสบบีให้มีประสิทธิภาพสูงสุด

กลยุทธ์ที่ 2 การพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อขับเคลื่อนและเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานในพื้นที่

- 1) พัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้รับผิดชอบทุกระดับในการดำเนินงานเฝ้าระวังโรค และการใช้ประโยชน์ข้อมูลในการวิเคราะห์สถานการณ์โรคเพื่อใช้ในการวางแผน กำหนดนโยบาย และเพิ่มประสิทธิภาพดำเนินงานป้องกันควบคุมและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบีในพื้นที่ โดยจัดการฝึกอบรม รวมถึงระบบการเรียนรู้ด้วยตนเอง และระบบที่ปรึกษา
- 2) ส่งเสริมบทบาทของหน่วยงานทางวิชาการและสถาบันการศึกษาในการฝึกอบรมบุคลากร และเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบีแก่ประชาชน

กลยุทธ์ที่ 3 การยกระดับการใช้ข้อมูลโรคไวรัสตับอักเสบบี

- 1) จัดทำทะเบียนเครือข่ายองค์กรและข้อมูลข่าวสารด้านโรคไวรัสตับอักเสบบี
- 2) ส่งเสริมการเข้าถึงและการใช้ประโยชน์จากข้อมูลข่าวสารโรคไวรัสตับอักเสบบี ตามพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารทางราชการ พ.ศ. 2540 รวมทั้งเผยแพร่ข้อมูลทางระบาดวิทยา และผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบี ผ่านทางช่องทางสื่อต่าง ๆ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การป้องกันควบคุมโรคและการสื่อสารความเสี่ยง

ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายในการป้องกันควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบบีหลายวิธี เช่น การตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี ในหญิงมีครรภ์ การให้วัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี แก่เด็กทุกคน มีมาตรฐานความปลอดภัยของเปลี่ยนถ่ายโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต มีแนวทางป้องกันการติดเชื้อที่เกิดขึ้นจากการให้บริการทางสาธารณสุข มีการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น และระบบสุขภาพได้รับการพัฒนามาอย่างต่อเนื่อง

อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันหน่วยงานผู้รับผิดชอบการป้องกันควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบบีต่างดำเนินการอย่างแยกส่วน ขาดบูรณาภาพ และยังคงพบผู้ติดเชื้อรายใหม่อันบ่งชี้ให้เห็นถึงช่องว่างในการป้องกัน ควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบบี นอกจากนี้ พบว่าประชาชนส่วนหนึ่งยังคงขาดความตระหนักถึงอันตรายของโรคไวรัสตับอักเสบบี อันส่งผลต่อการป้องกันควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบบีไม่ได้ผลดี

กลยุทธ์และมาตรการหลัก

กลยุทธ์ที่ 1 ส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีที่จำเป็น

- 1) พัฒนาระบบบริการ เพื่อเพิ่มความครอบคลุมของวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ในประชากรเป้าหมาย ตามเกณฑ์ที่กำหนด
- 2) ส่งเสริมการให้วัคซีนตับอักเสบบี เพื่อป้องกันการติดเชื้อในบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีความเสี่ยง
- 3) ประเมินความจำเป็นและความเหมาะสมของการให้วัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี เอ รวมถึงการให้ Hepatitis B immunoglobulin เพื่อลดการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จากแม่สู่ลูก ในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

กลยุทธ์ที่ 2 ยกระดับการบริการทางสาธารณสุขให้ปลอดภัยจากไวรัสตับอักเสบบี

- 1) สนับสนุนให้สถานพยาบาลทุกแห่งใช้โลหิตและส่วนประกอบของโลหิตที่ได้รับการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ตามมาตรฐานที่กำหนด
- 2) ส่งเสริมให้สถานพยาบาลทุกแห่งทั้งภาครัฐและเอกชนให้บริการโดยมีการป้องกันการติดเชื้อ (universal precaution) อย่างเคร่งครัด

กลยุทธ์ที่ 3 ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในประชาชน

- 1) ส่งเสริมให้ผู้ที่ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดเข้ารับการบำบัดการเสพติดเพื่อลดความเสี่ยงจากการใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน
- 2) ส่งเสริมให้ผู้ที่ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดที่ยังไม่สามารถเลิกได้ สามารถเข้าถึงเข็มและกระบอกฉีดที่สะอาดปลอดภัย
- 3) เร่งรัดให้กิจการที่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น กิจการสักผิวหนัง เจาะหู เจาะอวัยวะอื่น ๆ ดำเนินงานตามมาตรฐานการควบคุมกิจการสักผิวหนังการเจาะหูหรือเจาะอวัยวะอื่นที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด
- 4) ส่งเสริมให้ประชาชนใช้ถุงยางอนามัย ในการมีเพศสัมพันธ์เพื่อป้องกันการติดเชื้อ
- 5) ส่งเสริมให้ประชาชนบริโภคอาหารสุกสะอาดรวมถึงดื่ม น้ำ และน้ำแข็งที่สะอาด ปลอดภัยจากเชื้อโรค
- 6) พัฒนาแนวทางการลดการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีจากแม่สู่ลูก

กลยุทธ์ที่ 4 พัฒนาการสื่อสารความเสี่ยง เพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรค

- 1) รณรงค์เผยแพร่ความรู้ และจัดกิจกรรมสร้างกระแสสังคม เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมที่ปลอดภัยจากโรคไวรัสตับอักเสบบและลดการตีตรา
- 2) ส่งเสริมการพัฒนา จัดทำและเผยแพร่สื่อสุขภาพ ผ่านช่องทางต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง เพื่อสนับสนุนการสร้างพฤติกรรมสุขภาพและป้องกันโรค
- 3) พัฒนายุทธศาสตร์และรูปแบบการสื่อสารสาธารณสุข รวมถึง การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารที่ทันสมัย และสนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย ในการสื่อสารสาธารณสุข เพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค อย่างยั่งยืน

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การค้นหาและดูแลผู้ป่วย

ปัจจุบันมีผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบรวมถึงจำนวนมากที่ไม่ทราบสถานะการติดเชื้อของตน เนื่องจากไม่สามารถเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองและการรักษา ผู้ติดเชื้อกลุ่มนี้จึงเสี่ยงต่อการเป็นโรคตับแข็ง และมะเร็งตับในอนาคต ถึงแม้ผู้ติดเชื้อบางส่วนจะได้รับการตรวจจนทราบสถานะการติดเชื้อของตน แต่ก็อาจไม่ได้รับการรักษาทั้งที่ยาที่ใช้ในการรักษาได้รับการบรรจุเข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติ และเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาอยู่แล้ว ปัญหาสำคัญ คือ การขาดความเชื่อมโยงระหว่างการตรวจ และการรักษา และข้อบ่งชี้ยาที่กำหนดไว้ตามบัญชียาหลักแห่งชาติมีความจำเพาะสูง ทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการตรวจเพิ่มเติมที่ซับซ้อน และต้องมีผู้เชี่ยวชาญในการประเมินผู้ป่วยก่อนรับการรักษา แต่ผู้เชี่ยวชาญยังคงมีจำนวนไม่เพียงพอ กับจำนวนผู้ป่วยในปัจจุบัน นอกจากนี้ ถึงแม้ยาที่จำเป็นบางชนิดจะอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติและอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาแล้ว แต่ยาชนิดใหม่ ๆ ที่มีประสิทธิภาพดีและผลข้างเคียงต่ำกว่ายาเดิมยังคงมีราคาแพง ผู้ป่วยจึงยังไม่สามารถเข้าถึงยาดังกล่าวได้

กลยุทธ์และมาตรการหลัก

กลยุทธ์ที่ 1 สนับสนุนให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบที่มีคุณภาพ

- 1) กำหนดมาตรฐานชุดตรวจคัดกรองการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบ และการตรวจปริมาณไวรัสตับอักเสบบ และจัดการควบคุมคุณภาพชุดตรวจที่มีในท้องตลาดให้เป็นไปตามมาตรฐาน เพื่อให้การวินิจฉัยและตรวจรักษามีประสิทธิภาพ
- 2) สนับสนุนให้สถานพยาบาลสามารถจัดหาชุดตรวจคัดกรองการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบ และการตรวจปริมาณไวรัสที่มีราคาเหมาะสมและมีประสิทธิภาพสูง มาให้บริการ
- 3) สนับสนุนให้การตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบรวมถึงบรรจุอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ ตามโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- 4) เร่งค้นหาผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบ โดยเฉพาะในประชากรกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มที่มีการดำเนินโรคเร็ว เช่น ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคมะเร็ง ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย และ สมาชิกในครอบครัวผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบบีหรือซี เป็นต้น
- 5) สื่อสารประชาสัมพันธ์สร้างความตระหนักแก่ประชาชน ถึงความเสี่ยงต่อโรคไวรัสตับอักเสบรวมถึง และความจำเป็นของการตรวจคัดกรอง
- 6) สนับสนุนการพัฒนาชุดตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบที่มีคุณภาพและราคาที่เหมาะสม

กลยุทธ์ที่ 2 พัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบ

- 1) พัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติมาตรฐาน สำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบ เพื่อให้แพทย์ในสถานบริการทุกระดับรวมถึงโรงพยาบาลชุมชน สามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้จริง โดยลดการพึ่งพาการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ยุ่งยากราคาแพง ให้เหมาะสมกับบริบทในระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ
- 2) สร้างความตระหนักแก่บุคลากรทางการแพทย์ถึงสภาพปัญหาและผลกระทบของโรคไวรัสตับอักเสบเรื้อรัง และความจำเป็นของการรักษาผู้ป่วย
- 3) พัฒนาระบบบริการให้เชื่อมโยงการตรวจคัดกรอง การดูแลรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบเรื้อรัง และการป้องกันการติดเชื้อซ้ำ เช่น ระบบทะเบียนแบบออนไลน์ เพื่อเพิ่มความครอบคลุมของการรักษา และระบบบริการให้คำปรึกษา โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคไวรัสตับอักเสบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม
- 4) สนับสนุนการสร้างเครือข่ายความร่วมมือของหน่วยงาน บุคลากร และประชาสังคม เพื่อพัฒนาดูแลรักษา และให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบ

กลยุทธ์ที่ 3 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบเรื้อรังและผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคไวรัสตับอักเสบ ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

- 1) สนับสนุนให้นำยาที่มีประสิทธิภาพสูงและมีอัตราการดื้อยาลด ที่จำเป็นในการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี ทุกสายพันธุ์ บรรจุในบัญชียาหลักแห่งชาติ
- 2) สนับสนุนการพัฒนาและผลิตยาที่จำเป็นในการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบเรื้อรังขึ้นในประเทศ

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การวิจัยพัฒนา

ในปัจจุบันมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับไวรัสตับอักเสบอยู่มากโดยเฉพาะในภาคมหาวิทยาลัย อย่างไรก็ตามมีความจำเป็นที่จะนำผลการศึกษามาใช้เป็นข้อมูลสำคัญในการพัฒนานโยบาย ยุทธศาสตร์ และแนวทางปฏิบัติ ในการดำเนินงานป้องกัน ควบคุม และแก้ไขปัญหาระบาดของโรคไวรัสตับอักเสบ รวมทั้งการพัฒนาเครื่องมือในการวินิจฉัย ค้นหา รักษา และป้องกันโรค จึงต้องมีการพัฒนาระบบจัดการความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบ รวมถึงการวิจัยพัฒนา ซึ่งครอบคลุมกระบวนการอย่างครบวงจร ตั้งแต่การกำหนดกรอบและหัวข้อการวิจัย การพัฒนาเครือข่ายผู้วิจัย การประสานสนับสนุนให้ผู้วิจัยได้รับการจัดสรรทุนวิจัยที่เหมาะสมและการส่งเสริมการใช้ประโยชน์ของผลการวิจัย เพื่อให้บังเกิดผลในทางปฏิบัติอย่างแท้จริง

กลยุทธ์และมาตรการหลัก

กลยุทธ์ที่ 1 พัฒนาเครือข่ายผู้วิจัยที่เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบ

- 1) สร้างเสริมความเข้มแข็งของเครือข่ายผู้วิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคไวรัสตับอักเสบ โดยสนับสนุนเวทีแลกเปลี่ยนความรู้ และประสบการณ์ทางวิชาการรวมถึงการสร้างกลไก ระดมสมอง เพื่อพัฒนาทางวิชาการเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบอย่างต่อเนื่อง

- 2) สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพผู้วิจัย ผู้ช่วยนักวิจัย ผู้จัดการงานวิจัย และกลไกประสานจัดการงานวิจัยเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบ
- 3) พัฒนายุทธศาสตร์และแนวทางการจัดหา และสนับสนุนความก้าวหน้าของบุคลากรด้านการวิจัยให้มีจำนวนมากพอ ที่จะผลิตผลงานวิจัยที่จำเป็นและสามารถดำเนินงานด้านการวิจัยได้อย่างต่อเนื่อง

กลยุทธ์ที่ 2 พัฒนารอบห้วข้อการวิจัยเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบที่จำเป็น

- 1) รวบรวมหัวข้อและจัดทำแผนที่การวิจัยที่สำคัญ เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบโดยความร่วมมือของผู้เชี่ยวชาญ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในทุกภาคส่วนและทบทุนให้ทันสมัยอยู่เสมอ
- 2) พัฒนาช่องทางการเผยแพร่หัวข้อการวิจัยที่สำคัญ เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบทั้งที่อยู่ระหว่างดำเนินการวิจัย และที่ยังไม่มีผู้ดำเนินการวิจัย เพื่อให้เครือข่ายผู้วิจัยได้รับทราบอย่างทั่วถึง
- 3) สนับสนุนให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จัดทำแผนการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบ โดยเน้นหัวข้อการวิจัยที่มีความสำคัญและเร่งด่วน และดำเนินการวิจัยตามแผน

กลยุทธ์ที่ 3 ส่งเสริมให้ผู้วิจัยได้รับการจัดสรรทุนเพื่อทำการวิจัยที่สำคัญ

- 1) พัฒนากลไกระดมทุนและบริหารจัดการทุนวิจัยเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบ
- 2) พัฒนากลไกกำกับติดตาม และประเมินผลสัมฤทธิ์ของโครงการวิจัยเพื่อสร้างความมั่นใจแก่ผู้ให้การสนับสนุนทุนวิจัย

กลยุทธ์ที่ 4 การส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากผลการวิจัย

- 1) ส่งเสริมการเผยแพร่ผลการศึกษาวิจัยที่สำคัญ เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบ เพื่อให้หน่วยงานทุกภาคส่วนได้รับทราบ และพิจารณาใช้ประโยชน์จากผลการศึกษา
- 2) สนับสนุนความร่วมมือระหว่างภาครัฐ และภาคเอกชน (Public-Private Partnership) ในการนำผลการวิจัยมาใช้ประโยชน์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการพัฒนาเครื่องมือ และนวัตกรรมสำหรับการป้องกันควบคุม และแก้ไขปัญหาระบาดโรคไวรัสตับอักเสบ

ยุทธศาสตร์ที่ 5 การบริหารและจัดการทรัพยากร

แม้ว่าโรคไวรัสตับอักเสบเป็นปัญหาสุขภาพ ที่เป็นที่รับรู้อย่างกว้างขวางและมีการดำเนินงาน ทั้งด้านการเฝ้าระวัง การป้องกันควบคุม และการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่องมาเป็นเวลานาน แต่ยังคงขาดการจัดการปัญหาที่เป็นระบบและการบูรณาการอย่างเพียงพอ เช่น ขาดกรอบทางนโยบายและยุทธศาสตร์ของประเทศ ที่จะให้ทิศทางและกรอบการทำงานร่วมกันระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ บุคลากรผู้รับผิดชอบงานในระดับต่าง ๆ มีจำนวนจำกัด ไม่สามารถขยายบริการแก่ประชาชนอย่างทั่วถึง โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล บุคลากรหลายส่วนยังมีความรู้ความเข้าใจไม่เพียงพอ งบประมาณและทรัพยากรที่จำเป็นมีการกระจายไม่สอดคล้องกับสภาพปัญหาการดำเนินงานในแต่ละภาคส่วนยังขาดการประสานเชื่อมโยงส่งผลให้การขับเคลื่อนงานดำเนินไปอย่างจำกัด ไม่เพียงพอที่จะรองรับสถานการณ์ของปัญหา ดังนั้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนาการบริหารจัดการระบบและทรัพยากร เพื่อยกระดับการป้องกันควบคุมและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบ

กลยุทธ์และมาตรการหลัก

กลยุทธ์ที่ 1 พัฒนาโครงสร้างระบบงาน และเครือข่ายการป้องกันควบคุม และแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบ

- 1) จัดตั้งคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ ตลอดจนคณะทำงาน เพื่อพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบาย และยุทธศาสตร์การป้องกันควบคุม และแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบในระดับประเทศ
- 2) บูรณาการโรคไวรัสตับอักเสบเข้าในระบบบริการสุขภาพ (service plan) ของกระทรวงสาธารณสุข
- 3) ปรับปรุงโครงสร้างการบริหารจัดการ และกำหนดผู้รับผิดชอบงานป้องกันควบคุม และแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบในระดับประเทศ จังหวัด และอำเภอ เพื่อดำเนินการตามนโยบายและแนวทางปฏิบัติ
- 4) พัฒนาเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญ เพื่อสนับสนุนทางวิชาการ และเป็นที่ปรึกษาในการแก้ปัญหา แก่ผู้ปฏิบัติงาน

กลยุทธ์ที่ 2 พัฒนาการจัดการด้านงบประมาณ

- 1) ผลักดันให้การป้องกันควบคุมและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบเป็นนโยบายสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ เพื่อให้ได้รับการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนอย่างเหมาะสม
- 2) วางแผนการขอรับงบประมาณสนับสนุนและการใช้งบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีการวิเคราะห์ความเป็นไปได้และความคุ้มค่า และการหารือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างเหมาะสม

กลยุทธ์ที่ 3 พัฒนาบุคลากร เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบ

- 1) พัฒนาศักยภาพผู้รับผิดชอบงานป้องกันควบคุมและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบในทุกกระดับ ให้สามารถเป็นผู้ดำเนินการ และขับเคลื่อนการป้องกันควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบในพื้นที่รับผิดชอบ
- 2) พัฒนาบุคลากรสหสาขาวิชา ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบ ให้มีความรู้ ความชำนาญ และสามารถทำงานร่วมกันเป็นเครือข่ายอย่างบูรณาการ
- 3) สนับสนุนให้บุคลากรด้านการเฝ้าระวังโรค สามารถวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อประเมิน ติดตาม และวิเคราะห์สถานการณ์โรคไวรัสตับอักเสบ และสามารถจัดเตรียมข้อมูลทางระบาดวิทยาที่จำเป็น สำหรับการวางแผนแก้ไขปัญหาในพื้นที่รับผิดชอบของตน
- 4) ส่งเสริมให้บุคลากรด้านเทคนิคการแพทย์ทั่วประเทศ สามารถตรวจคัดกรอง และตรวจยืนยันโรคไวรัสตับอักเสบ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- 5) พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านรังสีวินิจฉัยให้สามารถตรวจประเมินภาวะแทรกซ้อนของตับ จากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบได้
- 6) พัฒนาศักยภาพแพทย์ทั่วไป ให้สามารถวินิจฉัยรักษาโรคไวรัสตับอักเสบด้วยยาที่จำเป็น ได้ตามมาตรฐาน รวมถึงสามารถบันทึกข้อมูลการวินิจฉัยและรักษาได้อย่างถูกต้อง พัฒนาเพิ่มศักยภาพพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบ เพื่อให้สามารถให้การดูแลและคำปรึกษา แก่ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบได้อย่างเหมาะสม

การขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์

แผนยุทธศาสตร์ฉบับนี้ มีการขับเคลื่อนโดยใช้กลไกด้านการบริหารจัดการผ่านคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ และคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อถ่ายทอดนโยบายและยุทธศาสตร์ และมอบหมาย บทบาทหน้าที่แก่งานที่เกี่ยวข้องให้นำไปปฏิบัติและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นความร่วมมือและ บูรณาการระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ในทุกระดับ โดยมีกลไกการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ จำแนกเป็น 2 ด้าน ได้แก่

1) กลไกการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ด้านการบริหารจัดการและการประสานงาน ได้แก่ โครงสร้างการบริหารงาน รวมทั้งคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ ตลอดจนคณะทำงานชุดต่าง ๆ ที่จะร่วมกันขับเคลื่อน นโยบายและยุทธศาสตร์ โดยการถ่ายทอดนโยบาย การมอบหมายบทบาทหน้าที่ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รับไปปฏิบัติ ในการป้องกันควบคุมและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบ และยังครอบคลุมถึงการพัฒนายุทธศาสตร์ มาตรการแนวทางการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง การบูรณาการแผนงานและการปฏิบัติงาน ในทุกระดับการสื่อสาร การจัดการด้านงบประมาณ รวมถึงการพัฒนาความสัมพันธ์และการติดต่อสื่อสาร ระหว่างหน่วยงานเพื่อการประสานงานที่ดี เป็นต้น

2) กลไกการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ด้านการติดตาม ประเมินผล และรายงานผล ได้แก่ กลไกพัฒนาวิธีการจัดเก็บข้อมูล ตามตัวชี้วัดระดับยุทธศาสตร์ ที่ต้องใช้ในการติดตามกำกับและประเมินผล การกำหนด ลำดับขั้นของการประเมินผล การกำหนดระยะเวลาดำเนินการในการประเมินผล การจัดเก็บข้อมูลและการ รายงานข้อมูลผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดระดับยุทธศาสตร์ การวิเคราะห์ข้อมูลผลการประเมิน ระดับยุทธศาสตร์ การจัดทำรายงานผลการประเมิน การส่งผลการประเมินย้อนกลับเพื่อพัฒนาปรับปรุง ยุทธศาสตร์และมาตรการ เป็นต้น

4. ความก้าวหน้าการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบในประเทศไทย

4.1 ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์กำจัดโรคไวรัสตับอักเสบของโลก

ตามที่องค์การอนามัยโลกได้ประกาศยุทธศาสตร์กำจัดโรคไวรัสตับอักเสบตั้งแต่ พ.ศ. 2558 ใช้ชื่อว่า “Global Health Sector Strategy on Viral Hepatitis 2016–2021 Towards Ending Viral Hepatitis” โดยประเทศสมาชิกทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยได้นำยุทธศาสตร์ฉบับนี้มาผลักดันการดำเนินงานในประเทศของตนนั้น ใน พ.ศ. 2564 องค์การอนามัยโลกได้ประมวลผลรายงานซึ่งได้รับจากประเทศสมาชิกทั่วโลก สรุปเป็นผลการดำเนินงานกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยพบว่า ณ พ.ศ. 2563 (ค.ศ. 2020) สามารถดำเนินงานได้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้เพียงการตรวจคัดกรองเลือดที่บริจาค ในขณะที่เป้าหมายอื่นที่เหลือยังไม่บรรลุ ได้แก่ การใช้เข็มและอุปกรณ์ที่สะอาดในผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด ส่วนตัวชีวิตอื่น ๆ มีการรายงานเป็นจำนวนโดยไม่ได้คิดสัดส่วนไว้ ได้แก่ การรู้สถานะของผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี และการได้รับการรักษาของผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี ดังภาพที่ 5

ภาพที่ 5 เป้าหมายและผลการดำเนินงานตาม The Global Health Sector Strategy on Viral Hepatitis 2016 – 2021 Towards Ending Viral Hepatitis

Impact	
Targets (by 2020 and 2030)	Status
30% reduction in new cases of chronic viral hepatitis B and C infections by 2020, 90% reduction by 2030 10% reduction in viral hepatitis B and C deaths by 2020, 65% reduction by 2030	1.5 million [1.1 million–2.6 million] people were newly infected with chronic hepatitis B infection in 2019 1.5 million [1.3 million–1.8 million] people were newly infected with chronic hepatitis C infection in 2019 820 000 [450 000–950 000] people died from hepatitis B infection–related causes in 2019 290 000 [230 000–580 000] people died from hepatitis C infection–related causes in 2019
Service coverage	
90% coverage of hepatitis B virus vaccine (third dose) by 2020 50% coverage of prevention of mother-to-child transmission of hepatitis B virus by 2020, 90% coverage by 2030 95% of blood donations screened in a quality-assured manner by 2020, 100% screened by 2030 50% of injections administered with safety-engineered devices in and out of health facilities by 2020, 90% by 2030 200 sterile needles and syringes provided per person who injects drugs per year by 2020, 300 by 2030 30% of chronic viral hepatitis B and C infections diagnosed by 2020, 90% by 2030 80% of eligible people with chronic hepatitis B and C virus infection treated by 2030, respectively	85% coverage of hepatitis B vaccine (third dose) in 2019 43% global coverage for timely birth dose of hepatitis B vaccine in 2019 - Only baseline data available: 97% of donations screened with quality assurance in 2015 3.9% reuse of injection equipment in 2017 33 syringes or needle sets per person who injects drugs per year in 2017 30.4 million [24.3 million–38.0 million] people living with hepatitis B knew their hepatitis B status in 2019 6.6 million [5.3 million–8.3 million] people diagnosed with hepatitis B received treatment in 2019 15.2 million [11.2 million–19.0 million] people living with hepatitis C knew their hepatitis C status in 2019 9.4 million [7.5 million–11.7 million] people diagnosed with hepatitis C infection had been treated using direct-acting antiviral drugs between 2015 and 2019

ที่มา องค์การอนามัยโลก (WHO, 2021, page 4)

4.2 ความก้าวหน้าในการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบ พ.ศ. 2560 – 2564

ใน พ.ศ. 2564 ซึ่งเป็นปีสุดท้ายของแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบ พ.ศ. 2560 – 2564 กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ดำเนินการสำรวจความก้าวหน้าในการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ฉบับจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรค 12 เขต สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 33 จังหวัด และโรงพยาบาลทั่วประเทศจำนวน 54 โรงพยาบาล ผลการสำรวจในภาพรวมพบว่าการดำเนินงานเกือบครบถ้วนในทุกยุทธศาสตร์ย่อย แต่ส่วนใหญ่เป็นการดำเนินงานในช่วงแรก ๆ จึงยังไม่มี การติดตามประเมินผลว่าสามารถบรรลุเป้าหมายในแต่ละยุทธศาสตร์ได้มากน้อยเพียงใด ยกเว้นยุทธศาสตร์ที่ 4 การวิจัยพัฒนาเพื่อป้องกันควบคุมโรค ซึ่งดำเนินการได้ค่อนข้างจำกัด เนื่องจากขาดงบประมาณสนับสนุน และ อาจเป็นการดำเนินงานของหน่วยงานวิชาการอื่น ๆ นอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งไม่ได้ทำการสำรวจ ในครั้งนี้ รายละเอียดดังตารางที่ 1

4.3 ผลการดำเนินงานด้านการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ บี

แผนยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาไวรัสตับอักเสบ พ.ศ. 2560 – 2564 มีการทบทวนและสรุปว่าประเทศไทยได้รับการยอมรับในฐานะประเทศผู้นำด้านการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เนื่องจากมีการนำวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี มาใช้ก่อนที่จะมีคำแนะนำของ องค์การอนามัยโลก โดยนับแต่ พ.ศ. 2530 ประเทศไทยได้เริ่มนำร่องให้บริการวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบ บี ใน 2 จังหวัด และต่อมาขยายการให้บริการเพิ่มเป็น 12 จังหวัด จนกระทั่งสามารถขยายการให้บริการ ครอบคลุมทั่วประเทศโดยบรรจุวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบ บี ในแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของ กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ พ.ศ. 2535 เป็นต้นมา นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศนโยบาย ในการป้องกันควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบ บี หลายวิธี ได้แก่ การตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบ บี ในหญิงมีครรภ์ ทุกคน อีกทั้งมีการกำหนดให้วัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี แก่เด็กแรกเกิดและทารกทุกคน จำนวน 4 ครั้ง คือ เมื่อแรกเกิด อายุ 2 เดือน อายุ 4 เดือน และอายุ 6 เดือน และพบว่ามีครอบคลุมในการได้รับวัคซีน ในปัจจุบันที่สูงกว่าร้อยละ 99 นอกจากนี้ผลการทบทวนประสิทธิผลของวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี ใน พ.ศ. 2549 ซึ่งครบรอบ 12 ปี ของการให้วัคซีนแก่เด็กแรกเกิดในประเทศไทย พบว่าอัตราการ เป็นพาหะไวรัสตับอักเสบ บี ในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี ลดลงจากร้อยละ 4.3 เหลือร้อยละ 0.73 และ ต่อมาใน พ.ศ. 2557 พบว่าอัตราการติดเชื้อในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เท่ากับร้อยละ 0.6

สำหรับการรักษาผู้ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี ซึ่งถือเป็นการป้องกันระดับทุติยภูมิสำหรับผู้ ที่ติดเชื้อแล้วนั้น แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขจะได้บรรจุต้านไวรัส ได้แก่ Lamivudine และ Tenofovir อยู่ใน บัญชียาหลักแห่งชาติเพื่อให้ผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบ บี เรื้อรัง สามารถเข้าถึงยาที่จะสามารถลดการป่วยและ เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อน เช่น ตับแข็ง และมะเร็งตับ แต่ประเทศไทยยังพบความท้าทายเกี่ยวกับความ ครอบคลุมของการรักษาผู้ที่ติดเชื้อแล้ว เนื่องจากสาเหตุหลายประการ ได้แก่ พบว่ามีผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบ บี เรื้อรัง จำนวนไม่น้อยที่ยังไม่ทราบสถานะการติดเชื้อของตนเอง เนื่องจากเข้าไม่ถึงการตรวจคัดกรอง อีกทั้ง ผู้ติดเชื้อที่ได้รับการตรวจคัดกรองจนทราบสถานะการติดเชื้อของตนเองแล้วบางส่วนยังไม่สามารถเข้าสู่ การดูแลรักษาได้ จากข้อจำกัดในเรื่องสิทธิประโยชน์สำหรับประชากรบางกลุ่มและขาดระบบการส่งต่อที่มี ประสิทธิภาพ

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำ “โครงการกำจัดการถ่ายทอดโรคไวรัสตับอักเสบบี จากแม่สู่ลูก” มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมในการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อและลดอุบัติการณ์ การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จากแม่สู่ลูก โดยเริ่มดำเนินการเมื่อเดือนพฤษภาคม 2561 ในพื้นที่ 12 จังหวัดนำร่อง ได้แก่ เชียงใหม่ พิษณุโลก นครสวรรค์ นนทบุรี ราชบุรี ฉะเชิงเทรา ขอนแก่น อุดรธานี สุรินทร์ อุบลราชธานี นครศรีธรรมราช และสงขลา ซึ่งประเทศไทยนับเป็นประเทศแรกในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ที่มีการดำเนินงานในลักษณะนี้และโครงการได้ขยายการดำเนินงานเพิ่มเป็น 15, 28 และ 33 จังหวัด ใน พ.ศ. 2562, 2563 และ 2564 ตามลำดับ ผลการดำเนินงานในจังหวัดนำร่อง พบว่ามีหญิงคลอดที่ได้รับการตรวจหาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg) จำนวน 12,758 ราย 25,487 ราย 27,646 ราย และ 9,537 ราย คิดเป็น 72.3%, 99.5%, 99.3% และ 99.5% ของหญิงคลอดทั้งหมด และในจำนวนนี้พบมีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี คิดเป็น 2.7%, 2.4%, 1.8% และ 1.5% ใน พ.ศ. 2561 - 2564 ตามลำดับ

ซึ่งหากพิจารณาผลการดำเนินงานของจังหวัดนำร่องเฉพาะในกลุ่มมารดาจะพบว่าโครงการ สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังจะเห็นได้จากมีอัตราการตรวจหาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เพิ่มขึ้นตามลำดับ ในขณะที่อัตราการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่เมื่อพิจารณา การดำเนินงานในทารกซึ่งเกิดจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จะพบว่าทารกกลุ่มนี้ได้รับวัคซีน HBIG ในอัตรา 25.4%, 47.9%, 74.8% และ 74.3% ใน พ.ศ. 2561 - 2564 ตามลำดับ ซึ่งถือว่ายังมีช่องว่างของ การดำเนินงานในทารกกลุ่มนี้ ส่วนการดำเนินงานเพื่อการป้องกันไวรัสตับอักเสบบี ด้วยการฉีดวัคซีน HB vaccine ให้กับทารกแรกคลอดนั้นพบว่าสามารถดำเนินการได้ค่อนข้างครอบคลุม ในอัตรา 92.4%, 92.5%, 96.7% และ 95.2% ใน พ.ศ. 2561 - 2564 ตามลำดับ ดังรายละเอียดในภาพที่ 6

นอกเหนือจากผลการดำเนินงานดังกล่าวข้างต้น กระทรวงสาธารณสุขยังมีความพยายาม ในการผลักดันนโยบายและสิทธิประโยชน์ด้านการการป้องกันรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบี ที่มีความก้าวหน้า จากในอดีต ตัวอย่างเช่น การตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี ในผู้ที่เกิดก่อน พ.ศ. 2535 เป็นสิทธิประโยชน์ ในผู้ประกันตน การผลักดันการใช้ยา Tenofovir ในหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นผู้ติดเชื้อเรื้อรังเพื่อป้องกันการ ถ่ายทอดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จากมารดาสู่ทารก การให้บริการวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี ในบุคลากร ทางการแพทย์ และนักเรียนนักศึกษาด้านการแพทย์และสาธารณสุข เป็นต้น

ภาพที่ 6 ผลการดำเนินงานโครงการกำจัดการถ่ายทอดโรคไวรัสตับอักเสบบี จากแม่สู่ลูกในจังหวัดนำร่อง พ.ศ. 2561 – 2564



(ที่มา กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค (2564))

ตารางที่ 1 ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ย่อยของแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหโรคไวรัสตับอักเสบ พ.ศ. 2560 – 2564 และช่องทางที่พบจากการสำรวจสำนักงานป้องกันควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาล ทัวประเทศไทย

ยุทธศาสตร์ที่	การดำเนินงาน	ช่องทาง
1. การเฝ้าระวังโรคและระบบข้อมูล	- ใช้ฐานข้อมูลเดิมที่มีอยู่ (HB-WTCT, รง 506, HDC) พัฒนาแบบรายงานและระบบข้อมูลการคัดกรอง เฝ้าระวัง และ M&E ใช้เอง ในรพ. จังหวัด และเขต - พัฒนาศักยภาพบุคลากรรวมถึงแนวทางการส่งต่อในระดับจังหวัด - สร้างเครือข่ายผู้รับผิดชอบงานในระดับ รพ. จังหวัด และเขต - ส่งเสริมการใช้ข้อมูลเพื่อวางแผนดำเนินงานในพื้นที่	- ระบบข้อมูลและกลไกเฝ้าระวังโรคและติดตามประเมินผลการดำเนินงานที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน
2. การป้องกันควบคุมโรคและการสื่อสารความเสี่ยง	- จัดหาวัคซีนป้องกันฯ แก่กลุ่มเป้าหมายตามเกณฑ์ที่กำหนด - ตรวจภูมิคุ้มกัน HBV และฉีดวัคซีนแก่บุคลากรการแพทย์ - ส่งเสริม/ ติดตามให้เด็กได้รับวัคซีนฯ ตามเกณฑ์มาตรฐาน - ขับเคลื่อน/ผลักดันผ่านคณะกรรมการต่าง ๆ เช่น MCH board จังหวัด คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อใน รพ. - มีมาตรฐานป้องกันโรคติดเชื้อในสถานพยาบาล - ประชาสัมพันธ์ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในประชาชน	- การให้วัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี - ยังไม่ครอบคลุมประชากรกลุ่มเสี่ยง - การรณรงค์สื่อสารสร้างความรอบรู้และความตระหนักแก่ประชาชนในวงกว้าง
3. การค้นหา และดูแลผู้ป่วย	- คัดกรองเชิงรุกแก่ประชาชนในสัปดาห์ตับอักเสบโลก - ตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบ บี แก่หญิงที่มีฝากครรภ์ - คัดกรองในกลุ่มเสี่ยง เช่น PLHIV, PWID, MSM/ TG ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและโรคเมะเร็ง - ครอบครัวยุติเชื้อ HVB, HCB - พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบ - พัฒนาระบบติดตามและส่งต่อให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสม - เยี่ยมบ้านและดูแลอย่างต่อเนื่องโดยทีมสหวิชาชีพ	- การคัดกรองเชิงรุกอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง - โดยวิธีการ ช่องทางที่เหมาะสม - การป้องกันการป่วยซ้ำและการติดเชื้อซ้ำ - โครงสร้างและกลไกที่ส่งเสริมการเข้าถึงและดูแลรักษาอย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง
4. การวิจัยพัฒนาเพื่อป้องกันควบคุมโรค	- บางเขตพัฒนางานวิจัยโดยร่วมมือกับเครือข่ายในพื้นที่ - รพ. ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย	- งานวิจัยเพื่อพัฒนา การปฏิบัติงาน นวัตกรรม - Evidence-based practice
5. การบริหารและจัดการทรัพยากร	- จัดโครงสร้างและกระบวนการทำงานที่ชัดเจนทุกระดับ - ขับเคลื่อนนโยบายผ่านคณะกรรมการ/ คณะอนุกรรมการ/ คณะทำงานที่มีเดิมและจัดตั้งใหม่ - พัฒนากลไกการดำเนินงานของภาคีเครือข่าย - บูรณาการงานฯ เข้ากับระบบบริการสุขภาพ กสอ/ สสจ.	- โครงสร้างและกลไกการดำเนินงานซึ่งบูรณาการโรคที่เกี่ยวข้องอย่างรวมรับผิดชอบและมีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ

4.4 ผลการดำเนินงานด้านการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ ซี

เนื่องจากไวรัสตับอักเสบ ซี มีการติดต่อหลักทางเลือด อีกทั้งเป็นโรคที่พบมีการติดเชื้อร่วมกับการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีได้บ่อย โดยเฉพาะในผู้ที่ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีการฉีด ดังนั้น ประเทศไทยจึงให้ความสำคัญการป้องกันควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ผ่านแนวทางหลักที่สำคัญสองแนวทาง คือ การใช้มาตรฐานความปลอดภัยของการเปลี่ยนถ่ายโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต และนโยบายลดอันตรายจากการใช้ยา (Harm reduction) เพื่อให้ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีดสามารถเข้าถึงเข็มฉีดยาและอุปกรณ์ที่สะอาด ซึ่งแม้ว่าจะสามารถดำเนินงานตามมาตรฐานความปลอดภัยในการเปลี่ยนถ่ายโลหิตและส่วนประกอบของโลหิตได้อย่างครบถ้วน แต่ยังมีช่องว่างอย่างมากในการกระจายเข็มและอุปกรณ์สะอาดให้ผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด ซึ่งทำได้ต่ำกว่าร้อยละ 30 เนื่องจากเป็นประชากรที่หลบซ่อนและเข้าถึงยาก

สำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้ให้ความสำคัญกับการดูแลรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ ซี โดยมีการจัดหาต้านไวรัส Sofosbuvir/Ledipasvir และต่อมาเปลี่ยนเป็น Sofosbuvir/Velpatasvir เพื่อรักษาผู้ป่วยมีการกำหนดแนวทาง หลักเกณฑ์ และเงื่อนไขการเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการการตรวจคัดกรอง และการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ปีงบประมาณ 2564 (ฉบับแก้ไข) ในกลุ่มเป้าหมาย 2 กลุ่ม คือ

- 1) กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ลงทะเบียนรับการรักษาในโปรแกรม NAP หรือ ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด ที่มารับบริการให้คำปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ ซึ่งจะได้รับการชดเชยค่าบริการในการตรวจคัดกรอง และการตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี และการตรวจประเมินก่อนการรักษา รวมถึงการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ทุกรายที่เข้ารับบริการ

- 2) กลุ่มประชาชนทั่วไป จะได้รับการชดเชยค่าบริการในการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบ ซี ซึ่งจะรวมอยู่ในงบเหมาจ่ายรายหัวที่ได้จัดสรรให้หน่วยบริการแล้ว โดยค่าตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี ค่าตรวจประเมินก่อนการรักษา และค่ารักษาโรคไวรัสตับอักเสบ ซี จะจ่ายชดเชยเฉพาะผู้ที่ตรวจยืนยันพบการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี ที่ได้รับการรักษาแล้วเท่านั้น ซึ่งในทางปฏิบัติพบว่าปัจจุบันยังมีข้อจำกัดเช่นกัน เนื่องจากโรงพยาบาลอาจมีความจำเป็นต้องนำงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวที่ได้รับจัดสรรไปใช้จ่ายในบริการอื่น ๆ ที่มีความจำเป็นเร่งด่วนกว่า ทำให้ประชาชนทั่วไปมีข้อจำกัดในการได้รับการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบ ซี

จากผลการดำเนินงานในประเทศไทยจากฐานข้อมูล National AIDS Program (NAP) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ณ วันที่ 28 พฤษภาคม 2564 (อ้างอิงใน กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค, 2564) พบว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวีสะสมจำนวน 137,564 ราย ที่ได้รับการตรวจคัดกรองการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี (Anti-HCV) ในจำนวนนี้พบผลเป็นบวก จำนวน 9,537 ราย (ร้อยละ 6.9) ผู้ที่พบผลบวกได้รับการตรวจหาปริมาณเชื้อไวรัสในกระแสเลือด (Viral load) จำนวน 2,781 ราย (ร้อยละ 29.2) และมีผู้ที่พบผลบวกได้รับการรักษาไวรัสตับอักเสบ ซี 141 ราย (ร้อยละ 5.1) ส่วนในผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด พบว่ามีความครอบคลุมในการเข้าถึงการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบซีมากกว่าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยได้รับการตรวจคัดกรองการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี จำนวน 9,627 ราย พบผลเป็นบวก



จำนวน 2,063 ราย (ร้อยละ 21.4) ได้รับการตรวจหาปริมาณเชื้อไวรัสในกระแสเลือด จำนวน 1,316 ราย (ร้อยละ 63.8) และผู้ที่พบผลบวกได้รับการรักษาไวรัสตับอักเสบบี จำนวน 391 ราย (ร้อยละ 29.7) (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2564)

ใน พ.ศ. 2564 กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้ขับเคลื่อนให้สิทธิประโยชน์ในการดูแลรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบี ขยายครอบคลุมไปยังประชากรกลุ่มเสี่ยงอื่น ๆ ได้แก่ ผู้ต้องขังชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย พนักงานบริการชาย และพนักงานคัดแยกขยะ โดยเรื่องนี้ยังอยู่ระหว่างรอการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพัฒนาบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์และโรคติดต่อเรื้อรังอื่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

5. ประเด็นท้าทายในการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ และกรอบแนวคิดในการพัฒนายุทธศาสตร์กำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ พ.ศ. 2565 – 2573

5.1 ประเด็นท้าทายในการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบในประเทศไทย

1. การกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบังขาดความเชื่อมโยงการดำเนินงานกับงานที่เกี่ยวข้องกัน

แม้ว่าประเทศไทยจะให้ความสำคัญกับการบริหารและจัดการทรัพยากรเพื่อให้เกิดโครงสร้างระบบงานและเครือข่ายการป้องกันและควบคุมและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบ ซึ่งสะท้อนการสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในเชิงระบบ แต่การกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบังขาดการเน้นถึงการดำเนินงานเพื่อเชื่อมประสานความร่วมมือหรือการทำงานแบบไม่แยกส่วนตามแนวคิดของ “Syndemic” ระหว่างโรคที่มีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับไวรัสตับอักเสบ ได้แก่ เอชไอวี/ เอ็ดส์ (HIV/ AIDS) โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STIs) และผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID) ทำให้ขาดการดำเนินงานอย่างมีบูรณาภาพ และยังคงแยกส่วนอยู่

2. ประชากรกลุ่มเสี่ยงยังเข้าถึงการตรวจคัดกรองได้น้อย

ประเทศไทยยังมีความท้าทายในการควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบ ซี เนื่องจากขาดแนวทางที่ชัดเจนในการตรวจคัดกรองประชากรที่เคยมีความเสี่ยง ทำให้ผู้ที่ติดเชื้อแล้วไม่ทราบสถานะการติดเชื้อของตนเอง และยังไม่เข้าถึงการรักษา รวมถึงยังขาดสิทธิประโยชน์เรื่องการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี สำหรับประชาชนทั่วไป จากข้อมูลระหว่าง พ.ศ. 2559 – 2564 ที่พบว่าสามารถคัดกรองผู้มีความเสี่ยงต่อไวรัสตับอักเสบ บี จากการด่าตั้งครรภ์ และการคัดกรองในสัปดาห์หลังคลอดวันดับโลก รวมจำนวน 109,958 ราย โดยพบอัตราการติดเชื้อสูงสุดในผู้มีประวัติโรคไวรัสตับอักเสบในครอบครัว (ร้อยละ 8.0) รองลงมา คือ ผู้ที่เคยได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะก่อน พ.ศ. 2535 (ร้อยละ 7.2) สำหรับการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบ ซี นั้นสามารถคัดกรองผู้มีความเสี่ยง ได้แก่ ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และกลุ่มเสี่ยงอื่นผ่านโครงการต่าง ๆ รวมจำนวน 209,680 ราย โดยพบอัตราการติดเชื้อสูงสุดในผู้เคยใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีดเข้าเส้นเลือด (ร้อยละ 35.3) รองลงมา คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี (ร้อยละ 27.2) ซึ่งข้อมูลดังกล่าวนี้ สะท้อนให้เห็นว่ามีผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี จำนวนมากที่ยังไม่ได้รับการคัดกรองและรู้สถานะการติดเชื้อของตนเอง จึงยังไม่สามารถเข้าถึงการรักษาที่เหมาะสมได้

3. ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ไม่สามารถเข้าถึงการรักษาได้ทุกคน

แม้จะมีการบรรจุยา Sofosbuvir/Velpatasvir ในบัญชียาหลักแห่งชาติ แต่ผู้ป่วยต้องได้รับการตรวจเพิ่มเติมและเข้าเกณฑ์ตามข้อบ่งใช้ที่กำหนดไว้ก่อนเข้าสู่การรักษา ทำให้มีผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบ ซี จำนวนหนึ่งไม่สามารถเข้าถึงการรักษาได้

4. ประเทศไทยยังขาดยุทธศาสตร์ที่มุ่งเน้นเรื่องการลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ

แม้แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบ พ.ศ. 2560 – 2564 จะกล่าวถึงการเพิ่มการเข้าถึงบริการต่าง ๆ อย่างครอบคลุมในทุกกลุ่มประชากร แต่ยุทธศาสตร์ที่ให้ความสำคัญกับการลดความเหลื่อมล้ำ และไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงบริการป้องกัน และดูแลรักษาโรคไวรัสตับอักเสบในกลุ่มประชากรเฉพาะ ทำให้ยังคงพบปัญหาในการเข้าถึงการดูแลรักษาในบางกลุ่มประชากร

5. ประเทศไทยยังขาดแผนปฏิบัติงานด้านการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ (Action plan)

แม้ประเทศไทยจะมีแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบ พ.ศ. 2560 – 2564 แต่พบว่าภายใต้ยุทธศาสตร์ดังกล่าวไม่มีการพัฒนาแผนปฏิบัติการเพื่อนำยุทธศาสตร์และกลยุทธ์ที่เขียนไว้สู่การปฏิบัติจริงของผู้ที่เกี่ยวข้องในระดับต่าง ๆ ทำให้การดำเนินงานขาดแนวทางอย่างเป็นรูปธรรม

6. ประเทศไทยยังขาดข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ระดับประเทศ

ปัจจุบันประเทศไทยยังขาดข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ระดับประเทศ ทั้งข้อมูลสถานการณ์ และข้อมูลผลการดำเนินงาน ที่สามารถนำมาใช้ในการวางแผนหรือปรับปรุงการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ เนื่องจากยังขาดระบบและกลไกการเฝ้าระวังสถานการณ์ของโรคไวรัสตับอักเสบที่มีรายละเอียดมากพอ ทำให้เกิดอุปสรรคในการคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี ที่มีอยู่จริงในประเทศไทย โดยจากการคาดประมาณจากผลการศึกษาต่าง ๆ ว่าปัจจุบันประเทศไทยน่าจะมีผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี ประมาณ 2.2 – 3 ล้านคน และผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี ประมาณ 357,000 คน นอกจากนี้ ประเทศไทยยังขาดระบบฐานข้อมูลเพื่อติดตามกำกับความต่อเนื่อง และครบถ้วนในการป้องกันและดูแลรักษาผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบทั้งสองชนิดนี้ด้วย

7. ประเทศไทยยังขาดการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์อย่างเป็นทางการ

แม้ว่าแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบ พ.ศ. 2560 – 2564 ช่วยให้ประเทศไทยมีการดำเนินงานที่ชัดเจนและมีทิศทางมากขึ้น แต่พบว่าใน พ.ศ. 2564 ซึ่งเป็นปีสิ้นสุดของแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบฉบับแรก แต่ประเทศไทยยังขาดการติดตามประเมินผลอย่างเป็นทางการว่าภาพรวมการดำเนินงานเป็นไปตามแผนยุทธศาสตร์ฉบับนี้ได้เพียงใด บรรลุตัวชี้วัด และเป้าหมายของยุทธศาสตร์ทั้งฉบับ และยุทธศาสตร์ย่อย รวมถึงบรรลุวัตถุประสงค์ของกลยุทธ์ในแต่ละยุทธศาสตร์ หรือไม่เพียงใด มีเพียงข้อมูลจากกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งทำการติดตามเพื่อประเมินเบื้องต้นถึงความคืบหน้าในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเท่านั้น ซึ่งแม้จะพบว่าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องส่วนใหญ่มีการรายงานตนเองว่าได้ดำเนินงานตามกลยุทธ์ย่อย ๆ ของทั้ง 5 ยุทธศาสตร์ ตามกรอบยุทธศาสตร์ฉบับนี้ แต่เป็นความพยายามในการดำเนินงานระยะแรก ๆ จึงรายงานได้เพียงความคืบหน้าของกิจกรรมการดำเนินงาน และยังไม่สามารถตอบการบรรลุตัวชี้วัด เป้าหมาย และวัตถุประสงค์ของยุทธศาสตร์และกลยุทธ์ได้

5.2 กรอบแนวคิดของยุทธศาสตร์กำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ พ.ศ. 2565 – 2573

ยุทธศาสตร์กำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ พ.ศ. 2565 – 2573 ได้พัฒนาต่อเนื่องมาจากแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบ พ.ศ. 2560 – 2564 ของประเทศไทย โดยยังให้ความสำคัญกับการนำหลักการสำคัญของยุทธศาสตร์กำจัดไวรัสตับอักเสบบระดับโลก (Global health sector strategy on viral hepatitis 2016 – 2021) ที่เสนอโดยองค์การอนามัยโลก (2016) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาต่อ โดยเน้นที่หลักการสำคัญ 2 ประการ คือ การยกระดับบริการ (Leverage) และการบูรณาการ (Integrate) เพื่อแก้ไขช่องว่างที่พบจากการดำเนินงานที่ผ่านมา ดังนี้

1) **การยกระดับบริการ (Leverage)** เป็นแนวคิดที่จะช่วยให้การป้องกันแก้ไขและการดูแลรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ของประเทศไทยได้รับการพัฒนาเพื่อเพิ่มการเข้าถึง ความครอบคลุม ความเท่าเทียม/ เป็นธรรม ความต่อเนื่อง และมีคุณภาพ ซึ่งเป็นข้อจำกัดและความท้าทายที่พบจากการดำเนินงานที่ผ่านมาของประเทศไทย

2) **การบูรณาการ (Integrate)** โดยเน้นที่ความร่วมมือกันเป็นเจ้าของ (partnership) และความรับผิดชอบ (accountability) เพื่อให้เกิดโครงสร้างและกลไกการดำเนินงาน รวมถึงการติดตามประเมินผล (monitoring and evaluation) อย่างบูรณาการระหว่างโรคที่มีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกันทั้งในแง่ของสาเหตุและการป้องกันการติดเชื้อ ได้แก่ โรคตับอักเสบบี เอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อนามัยแม่และเด็ก และการป้องกันอันตรายในผู้ใช้สารเสพติด อีกทั้ง เน้นการส่งเสริมให้เกิดความยั่งยืนในการดำเนินงานด้วยการใช้ชุมชนเป็นฐาน โดยเฉพาะความร่วมมือรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคม ชุมชน ในการร่วมจัดบริการการรักษา ติดตาม และดูแลผู้ป่วย

นอกจากนี้ การพัฒนากลยุทธ์และกิจกรรมหลัก รวมถึงการจัดทำแผนปฏิบัติการภายใต้ยุทธศาสตร์กำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบี พ.ศ. 2565 – 2573 ฉบับใหม่นี้ ได้มีการนำเนื้อหาสาระจากแผนยุทธศาสตร์ไวรัสตับอักเสบบีระดับชาติ ปี ค.ศ. 2021 – 2025 ของประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งพบว่ามีความชัดเจนและเป็นรูปธรรมในแง่ของกิจกรรมการดำเนินงาน มาประยุกต์เพื่อให้มีความเหมาะสม และสามารถดำเนินการได้จริงในบริบทของประเทศไทย

5.3 กระบวนการพัฒนายุทธศาสตร์กำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบี พ.ศ. 2565 – 2573

ยุทธศาสตร์กำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบี พ.ศ. 2565 – 2573 ฉบับนี้ ถือเป็นยุทธศาสตร์ที่บูรณาการและรอบด้านที่พัฒนาต่อเนื่องมาจากแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบี พ.ศ. 2560 – 2564 ซึ่งได้รับการพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในประเทศไทย โดยในการพัฒนายุทธศาสตร์ฉบับใหม่นี้ยังยึดหลักการบูรณาการกับโรคที่มีความเชื่อมโยงกันกับไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ได้แก่ เอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อนามัยแม่และเด็ก และผู้ใช้สารเสพติด ด้วยความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาคีหลักที่เกี่ยวข้องซึ่งรับผิดชอบโรคดังกล่าวทั้งภายในกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กองระบาดวิทยา และกองโรคติดต่อทั่วไปกรมควบคุมโรค รวมถึงผู้แทนจากกรมอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กรมอนามัย กรมการแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และกองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องภายนอกกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ นายกสอ.โรคตับแห่งประเทศไทย นายกสอ.โรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย ผู้แทนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผู้แทนสำนักงานประกันสังคม ผู้แทนกรมการปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้แทนองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย และที่สำคัญซึ่งเป็นจุดเด่นของการมีส่วนร่วมในยุทธศาสตร์ฉบับใหม่นี้ คือ การมีส่วนร่วมจากภาคประชาสังคม เช่น ผู้แทนมูลนิธิเข้าถึงเอดส์ และผู้แทนมูลนิธิรักษ์ไทย ในการประชุมระดมสมองเพื่อตักตวงความคิดเห็นร่วมกันหลายครั้ง นอกจากนี้ ยังมีที่ปรึกษาโครงการจากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และมหาวิทยาลัยมหิดล ที่คอยให้ข้อเสนอแนะตลอดกระบวนการและขั้นตอนในการพัฒนา ดังนี้

1. ทบทวนการดำเนินงานจากผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ช่องว่าง และข้อเสนอแนะ จากการดำเนินงานตามโปรแกรม/ โครงการที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวัง ป้องกัน ตรวจ วินิจฉัย ดูแลรักษา ควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของสาธารณสุขโดยเฉพาะการป้องกันและควบคุมโรคตับอักเสบ ตับแข็ง และมะเร็งตับ อันมีสาเหตุจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และ ซี โดยใช้กระบวนการดังต่อไปนี้

1.1 ทบทวนจากเอกสารและรายงานที่เกี่ยวข้อง (desk review) วิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันและช่องว่าง เพื่อนำมาเป็นข้อมูลประกอบการจัดทำยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบี พ.ศ. 2565 – 2573

1.2 ทบทวนแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบี พ.ศ. 2560 – 2564 ฉบับเดิม เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบในการจัดทำร่างยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการฉบับใหม่

1.3 การออกแบบ กำกับ สกัดและสรุปผลการประชุมระดมสมองผู้เกี่ยวข้องตามกลุ่มเป้าหมายที่กำหนดการดำเนินงานการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบี

2. รวบรวม วิเคราะห์ และสังเคราะห์เนื้อหาที่ได้จากการดำเนินการทบทวนและระดมสมองเพื่อจัดทำเป็นร่างยุทธศาสตร์ด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบี พ.ศ. 2565 – 2573 และร่างแผนปฏิบัติการ (Action plan) และการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบี

3. นำเสนอร่างยุทธศาสตร์ด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบี พ.ศ. 2565 – 2573 และร่างแผนปฏิบัติการ (Action plan) และการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบี ต่อที่ประชุมคณะกรรมการและคณะทำงานด้านวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการจัดทำยุทธศาสตร์ด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบี และผู้เกี่ยวข้องเพื่อรับฟังข้อเสนอแนะ

4. ปรับปรุงแก้ไขยุทธศาสตร์ด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบี พ.ศ. 2565 – 2573 รวมถึงร่างแผนปฏิบัติการ (Action plan) และการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบี ตามข้อเสนอแนะของที่ประชุมดังกล่าว และจัดทำบทสรุปสำหรับผู้บริหาร เพื่อจัดทำเป็นรายงานฉบับสมบูรณ์

ยุทธศาสตร์กำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ พ.ศ. 2565 – 2573

วิสัยทัศน์และเป้าหมาย

ยุทธศาสตร์กำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ พ.ศ. 2565 – 2573 มีการกำหนดวิสัยทัศน์เป้าประสงค์ เป้าหมาย พันธกิจ และหลักการ ดังนี้

วิสัยทัศน์ (Vision)

“ประเทศไทยปลอดจากโรคไวรัสตับอักเสบที่เป็นภัยคุกคามต่อสุขภาพและชีวิตของประชาชน”

เป้าประสงค์ (Goal)

กำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี ซึ่งเป็นภัยคุกคามสำคัญต่อสุขภาพและชีวิตของประชาชน ภายใน พ.ศ. 2573

เป้าหมาย (Target Goals)

- ลดอุบัติการณ์ของโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี ดังนี้
 - ลดอุบัติการณ์ของ HBV ร้อยละ 95 ภายใน พ.ศ. 2573 เทียบจากคาดการณ์ในปี 2557
 - ลดอุบัติการณ์ของ HCV ร้อยละ 80 ภายใน พ.ศ. 2573 เทียบจากคาดการณ์ในปี 2557
- ลดอัตราการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี ร้อยละ 65 ภายใน พ.ศ. 2573

พันธกิจ (Missions)

ดำเนินการกำจัดไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทยอย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืน ด้วยการยกระดับบริการการป้องกันแก้ไขและการดูแลรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี ให้สามารถเข้าถึงได้อย่างครอบคลุม เท่าเทียม/ เป็นธรรม ต่อเนื่อง มีคุณภาพ ภายใต้การทำงานแบบบูรณาการระหว่างโรค/ปัญหาที่มีสาเหตุร่วมกันกับไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี โดยมีกรมควบคุมโรคเป็นหน่วยงานหลัก ในการประสานงานกับหน่วยงาน และองค์กรในภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ เอกชน ประชาสังคม และท้องถิ่น เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการ รวมทั้งการกำกับติดตามและประเมินผล ในลักษณะการร่วมกันเป็นเจ้าของปัญหา

หลักการ

ในการบรรลุเป้าหมายข้างต้น ยุทธศาสตร์กำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ พ.ศ. 2565 – 2573 ให้ความสำคัญกับความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงวิธีการตอบสนองต่อการแก้ไขปัญหาไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี อย่างเข้มข้น และจริงจัง ด้วยการยกระดับให้โรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี เป็นปัญหาที่มีความสำคัญลำดับที่สูงในการตอบสนองด้านสาธารณสุขของประเทศไทย อันจะส่งผลให้เกิดการยกระดับบริการ (Leverage) ทั้งการป้องกันแก้ไขและการดูแลรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี เพื่อให้ประชากรกลุ่มเป้าหมายสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างครอบคลุม เท่าเทียม/ เป็นธรรม ต่อเนื่อง มีคุณภาพ และยั่งยืน ภายใต้การทำงานแบบบูรณาการ (Integrate) ระหว่างโรคและปัญหาที่มีสาเหตุการติดเชื่อร่วมกัน ได้แก่ โรคไวรัสตับอักเสบ เอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การอนามัยเจริญพันธุ์ การใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด โดยมีการขับเคลื่อนการดำเนินงาน

ตามยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการ ด้วยการพัฒนาโครงสร้างและกลไกที่ก่อให้เกิดการประสานความร่วมมือขององค์กรในภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ เอกชน ประชาสังคม และท้องถิ่น ในการดำเนินงานเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี ด้วยความตระหนักในการเป็นเจ้าของปัญหาร่วมกัน (partnership) นอกจากนี้ยุทธศาสตร์จำเป็นต้องใช้วิธีการรูปแบบใหม่ ๆ ได้แก่ การเพิ่มความตระหนักรู้ของประชาชน การพัฒนาความก้าวหน้าด้านการแพทย์เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบ ทั้งการรักษา การวินิจฉัย และเทคโนโลยีอื่น ๆ รวมทั้งการเสริมสร้างความมุ่งมั่นเพื่อให้บรรลุความเท่าเทียมกันด้านสุขภาพ โดยปราศจากการตีตรา และเลือกปฏิบัติต่อประชากรกลุ่มเป้าหมายและสมาชิกในครอบครัว

ยุทธศาสตร์

ยุทธศาสตร์กำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ พ.ศ. 2565 – 2573 มุ่งเน้นทั้งการป้องกันการติดเชื้อรายใหม่ และการดูแลสุขภาพผู้ที่ติดเชื้อแล้ว รวมถึงการป้องกันการป่วยซ้ำ และการติดเชื้อซ้ำ โดยการดำเนินงานอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง ตั้งแต่การป้องกันโรค การเฝ้าระวัง ค้นหา และการบำบัดรักษาผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อีกทั้งมีการบูรณาการกับโรค/ ปัญหาที่มีสาเหตุของการติดเชื้อร่วมกัน โดยใช้กระบวนการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วมแบบเป็นเจ้าของปัญหาร่วมกันของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ เพื่อให้บริการแก่ประชากรกลุ่มเป้าหมายได้อย่างครอบคลุม เท่าเทียม/ เป็นธรรม ต่อเนื่อง มีคุณภาพ และยั่งยืน

โดยมีกรอบยุทธศาสตร์ ที่ครอบคลุม 5 ยุทธศาสตร์ย่อย ดังนี้

- ยุทธศาสตร์ที่ 1** เร่งรัดการจัดบริการป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี รายใหม่
- ยุทธศาสตร์ที่ 2** ส่งเสริมการเข้าถึง ความครอบคลุม และคุณภาพการดูแลสุขภาพโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี
- ยุทธศาสตร์ที่ 3** ลดความเหลื่อมล้ำและไม่เท่าเทียมกันทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี
- ยุทธศาสตร์ที่ 4** พัฒนาระบบเฝ้าระวัง ระบบข้อมูล วิจัย และนวัตกรรม เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี
- ยุทธศาสตร์ที่ 5** พัฒนาโครงสร้างและกลไกที่บูรณาการ ร่วมกันเป็นเจ้าของ และการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ

สำหรับรายละเอียดมาตรการของแต่ละยุทธศาสตร์นั้น ประกอบด้วย 16 มาตรการ ซึ่งมีเป้าหมายวัตถุประสงค์ และมาตรการย่อยพร้อมทั้งตัวชี้วัดมาตรการและกิจกรรมหลัก ดังต่อไปนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 เร่งรัดการจับบริการป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี รายใหม่

ปัจจุบันยังมีประชาชนไทยจำนวนไม่น้อยที่มีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซี โดยไม่ทราบสถานะการติดเชื้อของตน เนื่องจากยังขาดความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบีและซี ทำให้เกิดช่องว่างในการเข้าถึงการตรวจคัดกรอง และการได้รับการวินิจฉัยเพื่อรับการดูแลรักษาที่เหมาะสม ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อกลุ่มนี้เป็นบุคคลที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคตับแข็งและมะเร็งตับในอนาคต ด้วยเหตุนี้ ยุทธศาสตร์ที่ 1 จึงมุ่งหวังที่จะส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงชุดบริการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซี แบบเข้มข้น ครอบคลุม และมีประสิทธิภาพ ตั้งแต่การได้รับการส่งเสริมให้เกิดความรู้ (Health literacy) เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบีและซี จนเกิดความตระหนักในการประเมินความเสี่ยงด้วยตนเองและแสวงหาการตรวจคัดกรองได้ อีกทั้งมีการเร่งรัดการค้นหาและคัดกรองผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซี ด้วยรูปแบบและช่องทางบริการที่เอื้อให้กลุ่มเป้าหมายสามารถเข้าถึงการตรวจคัดกรองและทราบสถานะการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซีของตนเองได้ง่าย สะดวก และรวดเร็ว รวมทั้งการเร่งรัดให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้รับวัคซีนในการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีและซี ตามชุดสิทธิประโยชน์ และการเร่งรัดการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันถ่ายทอดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซี ในประชาชนกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ และการป้องกันในสถานบริการสุขภาพ

เป้าหมาย ประชาชนกลุ่มเป้าหมายเข้าถึงชุดบริการป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซี อย่างครอบคลุม และครอบคลุม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ประชาชนรู้เท่าทัน และสามารถประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซี
2. เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการตรวจคัดกรองและทราบสถานะการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซีของตนเอง
3. เพื่อให้ประชาชนได้รับวัคซีนในการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี
4. เพื่อให้ประชาชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสามารถป้องกันการถ่ายทอดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซี ได้

มาตรการ

มาตรการที่ 1 การสื่อสารเพื่อสร้างความรอบรู้และความตระหนักเรื่องไวรัสตับอักเสบบีและซี ให้กับประชาชน

ตัวชี้วัดมาตรการ

1. ประชาชนทั่วไปมีความรอบรู้และความตระหนักเรื่องไวรัสตับอักเสบบีและซี ร้อยละ 80
2. ประชากรกลุ่มเสี่ยงมีความรอบรู้และความตระหนักเรื่องไวรัสตับอักเสบบีและซี ร้อยละ 90

กิจกรรมหลัก

1. ประชาสัมพันธ์สร้างความรอบรู้ (Health Literacy) เรื่องไวรัสตับอักเสบบีและซี ในวงกว้างทุกช่องทางการสื่อสาร
2. สร้างความตระหนักในการป้องกันไวรัสตับอักเสบบีและซีของประชาชนกลุ่มเสี่ยง
3. สร้างการมีส่วนร่วมของพื้นที่ในการสื่อสารประชาสัมพันธ์ป้องกันไวรัสตับอักเสบบีและซี

มาตรการที่ 2 เร่งรัดการตรวจคัดกรองเพื่อทราบสถานะการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ของตนเอง

ตัวชี้วัดมาตรการ

1. ประชาชนกลุ่มเสี่ยง ทราบสถานะการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ร้อยละ 90
2. บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานไวรัสตับอักเสบบี สามารถตรวจคัดกรองและให้คำปรึกษาแก่ผู้ที่มีผลคัดกรองเป็นบวกได้ ร้อยละ 90

กิจกรรมหลัก

1. ส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี และ ซี และทราบสถานะการติดเชื้อของตนเอง
2. เพิ่มขีดความสามารถของหน่วยบริการทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคมในการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี และ ซี

มาตรการที่ 3 เพิ่มการเข้าถึงวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี

ตัวชี้วัดมาตรการ

1. เด็กแรกเกิดทุกคนได้รับวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี เมื่อแรกเกิด ร้อยละ 100
2. เด็กอายุครบ 1 ปี ทุกคนได้รับวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ครบสามครั้ง ร้อยละ 90
3. บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ตรวจไม่พบภูมิคุ้มกันต่อโรคไวรัสตับอักเสบบี ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ร้อยละ 100
4. ประชากรกลุ่มเสี่ยง ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ใช้สารเสพติด และกลุ่มประชากรหลักในเอชไอวี ที่ผ่านการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี แต่ไม่พบภูมิคุ้มกัน ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี ร้อยละ 90

กิจกรรมหลัก

1. ส่งเสริมให้เด็กแรกเกิด และเด็กทารกทุกคนได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ตามแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
2. ส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนไวรัสตับอักเสบบี สำหรับประชากรกลุ่มเสี่ยง

มาตรการที่ 4 สนับสนุนการป้องกันความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

ตัวชี้วัดมาตรการ

1. เด็กที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี มีอัตราการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ไม่เกิน 2 ต่อแสนทารกคลอดมีชีวิต
2. ประชากรผู้ใช้สารเสพติด PWUD/ PWID และผู้เคยใช้สารเสพติด ได้รับชุดบริการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด ร้อยละ 100

- 
3. กลุ่มประชากรหลักในเอชไอวี ได้แก่ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) สาวประเภทสอง (TG) ผู้ใช้สารเสพติด (PWUD/ PWID) ผู้ต้องขัง (Prisoner) แรงงานข้ามชาติ (MW) ได้รับการสนับสนุนอย่างอนามัย สารหล่อลื่น และชุดอุปกรณ์ป้องกัน เพียงพอแก่ความต้องการ

กิจกรรมหลัก

1. หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และทารก ได้รับการป้องกันการถ่ายทอดจากแม่สู่ลูกอย่างครบถ้วน และมีประสิทธิภาพ
2. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์ในการป้องกันไวรัสตับอักเสบบี และ ซี

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ส่งเสริมการเข้าถึง ความครอบคลุม และคุณภาพการดูแลรักษา โรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี

นอกจากช่องว่างในการเข้าถึงการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีแล้ว ประเทศไทยยังมีช่องว่างในการเข้าถึงการดูแลรักษาสำหรับผู้ติดเชื้อที่เข้าถึงการตรวจพบทราบสถานะการติดเชื้อของตน ซึ่งแม้ว่าปัจจุบันยาที่ใช้ในการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบีจะถูกบรรจุเข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติ และเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาแล้ว แต่ในทางปฏิบัติยังพบข้อจำกัดหลายประการที่ไม่เอื้อต่อการเข้าถึงการรักษาได้อย่างถ้วนหน้า อาทิ ขาดการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพระหว่างการตรวจวินิจฉัยและการรักษา ขอบ่งชี้ยาที่กำหนดไว้ตามบัญชียาหลักแห่งชาติซึ่งมีความจำเพาะสูงและต้องผ่านการตรวจเพิ่มเติมที่ซับซ้อน อีกทั้งต้องผ่านการประเมินโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่มีจำนวนจำกัด และมีอยู่เฉพาะในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ นอกจากนี้แม้จะมีความก้าวหน้าด้วยการรักษาด้วยยาชนิดใหม่ ๆ ที่มีประสิทธิภาพดีและผลข้างเคียงต่ำ แต่ยังไม่ถูกบรรจุอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติและในชุดสิทธิประโยชน์ด้านการรักษา ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงยาที่มีราคาแพงดังกล่าวได้ ด้วยเหตุนี้ ในยุทธศาสตร์ที่ 2 จึงมุ่งหวังที่จะส่งเสริมให้ประชาชนที่ผ่านการคัดกรองการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ทุกคนได้รับการตรวจยืนยันการวินิจฉัย และประเมินภาวะโรคอย่างครบถ้วนทันเวลา เพื่อเข้าถึงการดูแลรักษาที่ได้มาตรฐานจากบุคลากรสุขภาพที่มีศักยภาพอย่างเหมาะสม รวดเร็ว และครอบคลุม ทั้งการติดเชื้อในระยะเฉียบพลัน และการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยเรื้อรัง เพื่อลดการเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนและการเป็นมะเร็งตับในระยะยาว รวมถึงการป้องกันการป่วยซ้ำและการติดเชื้อซ้ำในอนาคต

เป้าหมาย ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ทุกคนได้รับการตรวจยืนยันการวินิจฉัยและประเมินภาวะโรค และสามารถเข้าถึงการดูแลรักษาที่มีคุณภาพอย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ที่มีผลการตรวจคัดกรองพบการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ทุกคนได้รับการตรวจยืนยันการวินิจฉัยและประเมินภาวะโรค
2. เพื่อให้ผู้ที่มีผลตรวจยืนยันและได้รับการวินิจฉัยไวรัสเป็นโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ทุกคนสามารถเข้าถึงการดูแลรักษาที่เหมาะสมโดยเร็ว
3. เพื่อให้ผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบี ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพ ลดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิต
4. เพื่อให้ผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบี ได้รับการรักษาอย่างครบถ้วนและพ้นหายจากโรคนี้
5. เพื่อให้บุคลากรภาครัฐและภาคประชาสังคมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบี ได้รับการพัฒนาศักยภาพ
6. เพื่อให้โรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ได้รับการรับรองมาตรฐานรายโรค (DSC)

มาตรการ

มาตรการที่ 1 เร่งรัดให้ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี ได้รับการประเมินภาวะโรคเพื่อการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม

ตัวชี้วัดมาตรการ

1. ผู้ที่มีผลการตรวจคัดกรองพบการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี ได้รับการตรวจยืนยันการวินิจฉัยและประเมินภาวะโรค ร้อยละ 100
2. ผู้ที่มีผลตรวจยืนยันและได้รับการวินิจฉัยไวรัสเป็นโรคไวรัสตับอักเสบ บี หรือ ซี สามารถเข้าถึงการดูแลรักษา ร้อยละ 100

กิจกรรมหลัก

1. สนับสนุนให้ผู้ที่มีผลการตรวจคัดกรองว่าติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี เข้าถึงการดูแลรักษาอย่างเหมาะสมและครอบคลุม
2. พัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบที่เอื้อต่อการเข้าถึง มีความครอบคลุม และสามารถให้การดูแลและรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบแบบองค์รวมอย่างมีประสิทธิภาพ

มาตรการที่ 2 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบ และผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคตับอักเสบ เช่น ตับอักเสบเรื้อรัง ตับแข็ง มะเร็งตับ ได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานอย่างรวดเร็ว ครบถ้วน มีคุณภาพ และลดความรุนแรงจากภาวะของโรค

ตัวชี้วัดมาตรการ

1. ผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบ ซี มีอัตราการรักษาหาย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90
2. ผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบ บี ได้รับการรักษาต่อเนื่องอย่างมีคุณภาพ มากกว่าร้อยละ 90
3. สัดส่วนผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี ที่ได้รับการรักษา และสามารถควบคุมปริมาณไวรัสได้มีมากกว่า ร้อยละ 90

กิจกรรมหลัก

1. พัฒนาระบบการดูแลรักษาและส่งต่อผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี ที่มีประสิทธิภาพ
2. จัดชุดบริการเฉพาะสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี
3. พัฒนาเครือข่ายความร่วมมือในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี ภายในเขตสุขภาพ

มาตรการที่ 3 พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบ

ตัวชี้วัดมาตรการ

1. บุคลากรทางสาธารณสุขและผู้ร่วมจัดบริการที่เกี่ยวข้องในทุกระดับได้รับการพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบ ร้อยละ 100

กิจกรรมหลัก

1. พัฒนาศักยภาพบุคลากรสุขภาพที่ให้การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี ในหน่วยบริการทุกระดับ
2. ส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาวิชาการและการใช้เทคโนโลยีในการวินิจฉัยโรค ยารักษาเพื่อการจำแนก และการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี ที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย

มาตรการที่ 4 พัฒนาและรับรองคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี

ตัวชี้วัดมาตรการ

1. โรคไวรัสตับอักเสบได้รับการรับรองมาตรฐานรายโรค (DSC)

กิจกรรมหลัก

1. พัฒนาให้โรคไวรัสตับอักเสบได้รับการรับรองมาตรฐานรายโรค (DSC)

ยุทธศาสตร์ที่ 3 ลดความเหลื่อมล้ำและไม่เท่าเทียมกันทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี

ที่ผ่านมาการป้องกันและการดูแลรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบีในประเทศไทยยังมีช่องว่างในเรื่องความเหลื่อมล้ำและไม่เท่าเทียมกันทางสุขภาพ ทำให้ประชากรที่มีความเสี่ยงบางกลุ่มยังไม่สามารถเข้าถึงการตรวจคัดกรองและการดูแลรักษาได้อย่างถ้วนหน้า ซึ่งช่องว่างดังกล่าวนี้มีสาเหตุมาจากการกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่จะได้รับการดูแลตามชุดสิทธิประโยชน์ยังมีความจำกัดในประชากรเสี่ยงเฉพาะกลุ่มแต่ยังไม่ครอบคลุมประชากรกลุ่มเสี่ยงทั้งหมด นอกจากนี้ยังอาจมีสาเหตุมาจากการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีและประชากรที่เสี่ยงต่อโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี รวมถึงการตีตราตนเองของผู้ป่วยโรคนี้ ซึ่งนับเป็นประเด็นที่ค่อนข้างใหม่และยังไม่ค่อยมีความชัดเจนหรือมีการให้ความสำคัญเท่าใดนักในบริบทของประเทศไทย แต่เป็นประเด็นที่พบในหลาย ๆ ประเทศว่าทำให้เกิดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้มีความเสี่ยงและผู้ป่วยด้วยโรคไวรัสตับอักเสบบี และซี ด้วยเหตุนี้ ยุทธศาสตร์ที่ 3 จึงมุ่งให้ความสำคัญต่อการส่งเสริมให้ประชากรที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ทุกกลุ่มสามารถเข้าถึงการตรวจคัดกรองและการดูแลรักษาอย่างเท่าเทียม โดยปราศจากอคติ การตีตรา และเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวกับกลุ่มประชากร เชื้อชาติ ศาสนา อาชีพ และบริบทพื้นที่

เป้าหมาย ผู้ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และ ซี สามารถเข้าถึงการตรวจคัดกรองและการดูแลรักษาอย่างเท่าเทียม โดยปราศจากอคติในเรื่องกลุ่มประชากร เชื้อชาติ ศาสนา อาชีพ และบริบทพื้นที่

วัตถุประสงค์

1. เพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และ ซี และประชาชนกลุ่มเสี่ยงในสถานบริการสุขภาพ
2. เพื่อลดการตีตราตนเองในผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และ ซี และประชาชนกลุ่มเสี่ยง
3. เพื่อส่งเสริมความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการป้องกัน ตรวจคัดกรอง และดูแลรักษาไวรัสตับอักเสบบีที่ครบวงจรของประชาชนกลุ่มต่าง ๆ

มาตรการ

มาตรการที่ 1 ลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ และการตีตราตนเองในผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และ ซี และประชาชนกลุ่มเสี่ยง

ตัวชี้วัดมาตรการ

1. สถานการณ์เรื่องการตีตราและเลือกปฏิบัติในผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และ ซี และประชาชนกลุ่มเสี่ยง ในสถานพยาบาล ลดลงร้อยละ 95
2. ไม่มีการรายงานตีตราตนเองในกลุ่มผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ประชาชนกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มประชากรหลักในเอชไอวี ได้แก่ ชายรักชาย (MSM) สาวประเภทสอง (TG) พนักงานบริการ (SW) ผู้ใช้สารเสพติด (PWUD/PWID) ผู้ต้องขัง (Prisoner) และประชากรข้ามชาติ (Migrant)

กิจกรรมหลัก

1. ส่งเสริมการให้บริการสุขภาพ ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี และประชาชนกลุ่มเสี่ยง
2. ลดการตีตราตนเองในผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี ประชาชนกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มประชากรหลักในเอชไอวี (MSM, TG, SW, PWUD, MW)

มาตรการที่ 2 ส่งเสริมความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการป้องกัน ตรวจคัดกรอง และดูแลรักษาไวรัสตับอักเสบที่ครบวงจร

ตัวชี้วัดมาตรการ

1. ไม่มีความเหลื่อมล้ำ (ได้แก่ เชื้อชาติ ศาสนา วัฒนธรรม และกลุ่มประชากรที่เข้าถึงยาก) ในการเข้าถึงบริการป้องกัน ตรวจคัดกรอง และดูแลรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี

กิจกรรมหลัก

1. ค้นหาปัจจัยทางสังคมและสร้างความเข้าใจเรื่องบริการป้องกันรักษาโรคไวรัสตับ บี และ ซี ในกลุ่มประชากรเข้าถึงยาก
2. พัฒนาระบบบริการเพื่อให้ประชาชนได้รับการป้องกัน การตรวจคัดกรองและการดูแลรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ ที่ครบวงจรอย่างเท่าเทียม

ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาระบบเฝ้าระวัง ระบบข้อมูล วิจัย และ นวัตกรรม เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี

แม้ว่าโรคไวรัสตับอักเสบบีจะเป็นโรคติดต่อที่ต้องมีการเฝ้าระวังตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 จึงถูกกำหนดให้มีการรายงานในระบบการเฝ้าระวังโรค ตั้งแต่ พ.ศ. 2523 เป็นต้นมา แต่อย่างไรก็ตามที่ผ่านมาข้อมูลในระบบนี้ยังไม่สามารถสะท้อนสถานการณ์ทางระบาดวิทยา และการดำเนินงานเพื่อตอบสนองและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบีของประเทศได้อย่างถูกต้องและชัดเจน เนื่องจากข้อจำกัดหลายประการ ทั้งจากระบบการรายงานโรค ศักยภาพของสถานบริการสุขภาพในการวินิจฉัยและยืนยันชนิดของโรคไวรัสตับอักเสบบี และการขาดความร่วมมือในการรายงานจากภาคีเครือข่ายบริการสุขภาพนอกกระทรวงสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงอื่น ๆ และโรงพยาบาลเอกชน นอกจากนี้ยังขาดระบบและฐานข้อมูลการเฝ้าระวังเฉพาะโรคและการติดตามการบำบัดรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบีที่เป็นเอกภาพของประเทศ นำไปสู่การเกิดช่องว่างสำคัญทั้งสองประการ คือ “การรู้สถานการณ์ปัญหา” (know epidemic) และ “การรู้ถึงการตอบสนองต่อปัญหา” (know responses) ส่งผลให้ประเทศไทยยังขาดข้อมูลที่น่าเชื่อถือซึ่งสามารถนำมาใช้ในการกำหนดเป้าหมาย และวางแผนการดำเนินงานเพื่อกำจัดไวรัสตับอักเสบบีให้หมดไปจากประเทศไทยได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การพัฒนานวัตกรรมและงานวิจัยเพื่อประโยชน์ในการป้องกันและบำบัดรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบียังมีอยู่จำกัดและดำเนินการค่อนข้างกระจัดกระจายตามความสนใจของผู้วิจัยและแหล่งทุน จึงไม่เกิดการนำไปใช้ประโยชน์เท่าที่ควรและไม่ส่งผลต่อการบรรลุเป้าหมายยุทธศาสตร์ของประเทศในภาพรวมได้ ด้วยเหตุนี้ ยุทธศาสตร์ที่ 4 จึงมุ่งพัฒนาให้เกิดระบบเฝ้าระวังสถานการณ์ และระบบข้อมูลติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงานป้องกันแก้ไขและดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ที่เป็นเอกภาพของประเทศ รวมถึงพัฒนาและใช้ประโยชน์จากงานวิจัยและนวัตกรรมเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานที่สอดคล้องกับทิศทางในยุทธศาสตร์ของประเทศ อันจะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายในการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบีให้หมดไปจากประเทศไทยได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

เป้าหมาย มีระบบเฝ้าระวัง ระบบข้อมูล รวมถึงงานวิจัยและนวัตกรรม เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบีได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้มีระบบข้อมูลและกลไกในการเฝ้าระวังโรคและพฤติกรรมเสี่ยง รวมทั้งการติดตามประเมินผลการดำเนินงานกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี
2. เพื่อให้บุคลากรในการเฝ้าระวังโรคมีศักยภาพสามารถติดตามประเมินผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ได้
3. เพื่อให้เกิดนวัตกรรม และมาตรการป้องกัน การตรวจคัดกรองและวินิจฉัย และการดูแลรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ที่มีประสิทธิภาพ

มาตรการ

มาตรการที่ 1 พัฒนาระบบข้อมูลและกลไก ในการเฝ้าระวังโรคและพฤติกรรมเสี่ยง รวมทั้งการติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี

ตัวชี้วัดมาตรการ

1. มีระบบและฐานข้อมูลระดับประเทศซึ่งสามารถติดตามแนวโน้ม ตรวจจับ และแจ้งเตือน สถานการณ์โรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งในแง่ ความครบถ้วน ถูกต้องและทันเวลา
2. มีระบบและกลไกการเฝ้าระวังสถานการณ์และติดตามการดำเนินงานป้องกันและ ดูแลรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ที่มีประสิทธิภาพ

กิจกรรมหลัก

1. พัฒนาระบบและกลไกเฝ้าระวังสถานการณ์ และติดตามการดำเนินงานป้องกันและ ดูแลรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ที่ครบวงจรของประเทศ

มาตรการที่ 2 พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการเฝ้าระวังโรค และพฤติกรรมเสี่ยง รวมทั้งการติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาไวรัสตับอักเสบบี และ ซี

ตัวชี้วัดมาตรการ

1. ความครอบคลุมของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพในการเฝ้าระวังและสอบสวนโรค และการติดตามประเมินผลการดำเนินงานด้านไวรัสตับอักเสบบี ร้อยละ 90
2. มีโครงการที่มีการนำข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังและฐานข้อมูลไวรัสตับอักเสบบีมาใช้ในการวางแผนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาไวรัสตับอักเสบบี อย่างน้อย เขตละ 1 โครงการ

กิจกรรมหลัก

1. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการเฝ้าระวังโรคการสอบสวนโรคและการติดตามประเมินผล การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ในทุกระดับ
2. ยกระดับการใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี

มาตรการที่ 3 สนับสนุนการพัฒนา งานวิจัย นวัตกรรม และมาตรการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการป้องกัน การตรวจคัดกรองและวินิจฉัย และการดูแล รักษาโรคไวรัสตับอักเสบ

ตัวชี้วัดมาตรการ

1. จำนวนนักวิจัย/ นวัตกรรม/ มาตรการป้องกันควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบ ที่ได้รับทุนสนับสนุนให้ดำเนินการในระดับต่าง ๆ อย่างน้อย 1 ทุน ต่อระดับต่อปี
2. มีเครือข่ายผู้วิจัยและนวัตกรรมที่มีการเผยแพร่เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอย่างน้อย 1 เครือข่าย ในทุกระดับทุกปี
3. มีผลงานวิจัยเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบที่ได้รับการเผยแพร่ อย่างน้อย 1 เรื่อง/ ระดับ/ ปี
4. มีโครงการวิจัยที่นำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ในการกำหนดนโยบาย และการปรับปรุง บริการป้องกันและแก้ไขปัญหาไวรัสตับอักเสบ ปี และ ซี อย่างน้อย 1 โครงการ ในทุกระดับต่อปี

กิจกรรมหลัก

1. สนับสนุนการพัฒนา งานวิจัย นวัตกรรม และการจัดกระทำเกี่ยวกับการป้องกันและ แก้ไขปัญหาไวรัสตับอักเสบ ปี และ ซี
2. สนับสนุนการใช้ประโยชน์จากงานวิจัย นวัตกรรม และการจัดกระทำ เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบที่มีการพัฒนาขึ้น

ยุทธศาสตร์ที่ 5 พัฒนาโครงสร้างและกลไกที่บูรณาการ การร่วมกันเป็นเจ้าของ และ การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ

ที่ผ่านมาการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบของประเทศไทย ยังมีข้อจำกัดในการจัดการปัญหาที่เป็นระบบและการบูรณาการอย่างเพียงพอ แม้ว่าในแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบ พ.ศ. 2560 – 2564 จะให้ความสำคัญกับการขับเคลื่อนโดยใช้กลไกด้านการบริหารจัดการผ่านคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ และคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อถ่ายทอดนโยบายและยุทธศาสตร์และมอบหมายบทบาทหน้าที่แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้นำไปปฏิบัติและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นความร่วมมือและบูรณาการระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ในทุกระดับ แต่ยังพบช่องว่างของการดำเนินงานที่สำคัญหลายประการ ได้แก่ ขาดโครงสร้างรองรับการบริหารจัดการที่จะเอื้อให้เกิดการดำเนินงานอย่างบูรณาการและมีประสิทธิภาพในทุกระดับ อีกทั้งการบูรณาการยังมีความจำกัดอยู่เฉพาะการสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานหรือองค์กรที่รับผิดชอบดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบเท่านั้น ยังขาดการบูรณาการงาน (Integrate) กับโรคหรือปัญหาอื่น ๆ ที่มีสาเหตุของการติดเชื้อร่วมกับโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี ได้แก่ เอชไอวี/ เอ็ดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การอนามัยเจริญพันธุ์ และการใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด นอกจากนี้การบริหารจัดการทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพเพื่อความยั่งยืนของการดำเนินงานยังพบเป็นช่องว่างด้วยเช่นกัน ด้วยเหตุนี้ ยุทธศาสตร์ ที่ 5 จึงมุ่งพัฒนาให้เกิดโครงสร้างพื้นฐานที่จำเป็นในทุกระดับ รวมถึงการปรับปรุง/แก้ไข/ ผลักดัน นโยบาย กฎหมาย มาตรการ หรือระเบียบที่เกี่ยวข้อง เพื่อรองรับและขับเคลื่อนการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์กำจัดไวรัสตับอักเสบ พ.ศ. 2565 - 2573 อีกทั้งพัฒนากลไกที่ทำให้เกิดความร่วมมืออย่างจริงจังจากภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในลักษณะของ “การร่วมกันเป็นเจ้าของ” (partnership) ทั้งการเป็นเจ้าของปัญหาและเจ้าของพื้นที่ เพื่อเร่งรัดและยกระดับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี รวมถึงการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคนี้ได้อย่างบูรณาการและมีการบริหารจัดการรวมถึงการติดตามกำกับและประเมินผลการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ

เป้าหมาย เกิดโครงสร้างและกลไกในการดำเนินงานกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี ของประเทศที่มีการบูรณาการ สร้างความร่วมมือเป็นเจ้าของและมีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาโครงสร้าง กลไกการประสานและบูรณาการการดำเนินงานระหว่างโรคที่เกี่ยวข้องทุกระดับ รวมถึงภาคประชาสังคมและชุมชน
2. เพื่อให้พื้นที่มีแผนงาน ระบบติดตามและประเมินผลที่บูรณาการกับโรคที่เกี่ยวข้อง และการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพและยืดหยุ่นในการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบทั้งในภาวะปกติและฉุกเฉิน
3. เพื่อให้หน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องร่วมรับผิดชอบและจัดสรรงบประมาณ ทรัพยากรที่เพียงพอในการดำเนินงานกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบอย่างมีประสิทธิภาพ
4. เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องในทุกระดับให้มีทักษะและความรอบรู้ในการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพและพร้อมรับการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ

มาตรการ

มาตรการที่ 1 พัฒนาโครงสร้าง ระบบงาน กลไก เครือข่ายการดำเนินงาน และแผนงาน โดยเพิ่มการร่วมเป็นเจ้าของ (partnership) จากองค์กรชุมชน ได้แก่ ภาวประชาสังคม และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ตัวชี้วัดมาตรการ

1. มีเครือข่ายผู้รับผิดชอบงานไวรัสตับอักเสบบในระดับชาติ ทุกเขต และทุกจังหวัด
2. มีหน่วยงานภาคีที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานกำจัดไวรัสตับอักเสบบี 1 แห่ง

กิจกรรมหลัก

1. การพัฒนาโครงสร้าง ระบบงาน กลไก และเครือข่ายการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี
2. สนับสนุนให้หน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องร่วมรับผิดชอบและจัดสรรงบประมาณ/ทรัพยากรที่เพียงพอในการดำเนินงานกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี อย่างมีประสิทธิภาพ

มาตรการที่ 2 พัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องในทุกกระดับให้มีทักษะและความรอบรู้ในการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพและพร้อมรับการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบี

ตัวชี้วัดมาตรการ

1. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดสรรงบประมาณในการดำเนินงานกำจัดไวรัสตับอักเสบบี เพิ่มขึ้นทุกปี
2. จำนวนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ดำเนินงานกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี อย่างน้อย 1 อบต./ จังหวัด/ ปี
3. ความครอบคลุมของบุคลากรที่ดำเนินงานด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบีได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านการบริหารจัดการโครงการ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90

กิจกรรมหลัก

1. พัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกระดับ ด้านการบริหารจัดการและการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี
2. ส่งเสริมและสนับสนุนบทบาทภาคประชาสังคมในการพัฒนาและยกระดับบริการที่บูรณาการให้มีมาตรฐานและเป็นส่วนหนึ่งหรือเป็นหน่วยบริการในระบบสุขภาพของประเทศ



แผนปฏิบัติการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ

พ.ศ. 2565 – 2567

ภายใต้แผนยุทธศาสตร์กำจัด

โรคไวรัสตับอักเสบ พ.ศ. 2565 – 2573



ยุทธศาสตร์ที่ 1 เร่งรัดการจัดบริการป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี รายใหม่

เป้าหมาย ประชาชนกลุ่มเป้าหมายเข้าถึงชุดบริการป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี อย่างครบถ้วน และครอบคลุม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ประชาชนรู้เท่าทันและสามารถประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี
2. เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการตรวจคัดกรองและทราบสถานะการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบของตนเอง
3. เพื่อให้ประชาชนได้รับวัคซีนในการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี
4. เพื่อให้ประชาชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสามารถป้องกันการถ่ายทอดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี ได้

มาตรการ

- มาตรการที่ 1 การสื่อสารเพื่อสร้างความรอบรู้และความตระหนักรู้เรื่องไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี ให้กับประชาชน
- มาตรการที่ 2 เร่งรัดการตรวจคัดกรองและทราบสถานะการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี ของตนเอง
- มาตรการที่ 3 เพิ่มการเข้าถึงวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี
- มาตรการที่ 4 สนับสนุนการป้องกันความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ

มาตราที่ 2 การสื่อสารเพื่อสร้างความรอบรู้และความตระหนักรู้เรื่องไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี ให้กับประชาชน

ยุทธศาสตร์กำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ พ.ศ. 2565 – 2573
THAILAND NATIONAL STRATEGIES TO ELIMINATE VIRAL HEPATITIS 2022 – 2030

กิจกรรมหลัก	วิธีการดำเนินงาน	ตัวชี้วัดกิจกรรม	ความครอบคลุมเป้าหมาย	งบประมาณ (บาท)			หน่วยงานรับผิดชอบ
				2565	2566	2567	
3. สร้างการมีส่วนร่วมของพื้นที่ในการสื่อสารประชาสัมพันธ์ป้องกันไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี	2. จัดประชุมสนับสนุนองค์ความรู้เพื่อพัฒนาเทคนิคในการเข้าถึงกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติด ด้วยวิธีคิดและประชากรกลุ่มเสี่ยงให้กับทีมเครือข่ายสุขภาพ ได้แก่ สสร. สสจ. รพ. และองค์กรภาคประชาสังคม เป็นต้น	จำนวนครั้งของการประชุม/จำนวนผู้เข้าร่วม	1 ครั้ง/100คน/ ปี	150,000	150,000	150,000	
	1. สร้างภาคีเครือข่ายและระดมทุนการสื่อสารประชาสัมพันธ์ป้องกันไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี 1.1 สร้างการเสนอต่อที่ประชุมระดับพื้นที่ เช่น ผู้มีชุมชน อปท. พชอ. ฯลฯ เพื่อ 1) เสนอความสำคัญของการประชาสัมพันธ์ป้องกันและควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบ 2) ขอความร่วมมือในการสร้างภาคีเครือข่ายประชาสัมพันธ์สื่อเรื่องโรคไวรัสตับอักเสบ	จำนวนครั้งการประชุมที่มีวาระเรื่องไวรัสตับอักเสบ	1 ครั้ง/จังหวัด/ ปี	20,000	20,000	20,000	
	1.2 จัดกิจกรรมเพื่อการสื่อสารประชาสัมพันธ์ป้องกันไวรัสตับอักเสบ โดยได้รับการสนับสนุนทรัพยากรจากภาคีเครือข่าย อปท. ภาคเอกชน ผู้มีท้องถิ่นและประชาสังคม ในพื้นที่	จำนวนครั้งของกิจกรรม	2 ครั้ง/จังหวัด/ ปี	80,000	80,000	80,000	

ยุทธศาสตร์ที่ 1 เร่งรัดการจัดบริการป้องกันกาติดต่อไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี รายใหม่

ตารางที่ 3 มาตรการที่ 2 เร่งรัดการตรวจคัดกรองและทราบสถานะกาติดต่อไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ของตนเอง

กิจกรรมหลัก	วิธีการดำเนินงาน	ตัวชี้วัดกิจกรรม	งบประมาณ (บาท)			หน่วยงานรับผิดชอบ
			2565	2566	2567	
1. ส่งเสริมให้ประชาชนเข้ารับการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี และ ซี และทราบสถานะกาติดต่อของตนเอง	1. สนับสนุนให้หน่วยบริการจัดรณรงค์ให้ประชาชนเข้ารับกาตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีและซีฟรี	จำนวนครั้ง การจัดรณรงค์ระดับสถานพยาบาล	300,000	300,000	300,000	หน่วยงานหลัก กรมควบคุมโรค หน่วยงานสนับสนุน - สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) - สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) - องค์การนาชาติ - สมาคมโรคตับ - สำนักงานป้องกันควบคุมโรค (สคร.) - สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) - โรงพยาบาล (รพ.) - องค์การกรรส่วนท้องถิ่น (อปท.) - คณะกรรการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พอบ.) - กรมประชาสัมพันธ์ - กองบริหารการสาธารณสุข (กบรส.) - สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.) - กรมอนามัย - NGOs - ภาคเอกชน - ทบม - สำนักงานประกันสังคม - กรมบัญชีกลาง
	2. เสนอแนะให้ผู้ประกอบการเชิงนโยบายของ สปสช. เพื่อผลักดันการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีและซีฟรีให้ประชาชนทั่วไปได้อยู่ในทุกสิทธิประโยชน์	จำนวนครั้งการประชุม สปสช. ที่มีวาระเรื่องไวรัสตับอักเสบบี	10,000	10,000	10,000	
	3. จัดหาและสนับสนุนชุดตรวจคัดกรองให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยง	จำนวนกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการคัดกรอง HBV	18,000,000	18,000,000	18,000,000	
	3.1 ผู้ที่เสี่ยงต่อการติดต่อเชื้อไวรัสตับอักเสบบี	จำนวนกลุ่มเสี่ยง HBV	18,000,000	18,000,000	18,000,000	
	3.2 ผู้ที่เสี่ยงต่อการติดต่อเชื้อไวรัสตับอักเสบบี	จำนวนกลุ่มเสี่ยง HCV	18,000,000	18,000,000	18,000,000	
4. ส่งเสริมการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีและซีฟรี และให้บริการให้คำปรึกษาแก่ผู้ได้รับการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี	- รพ. ระดับต่าง ๆ ของรัฐ และหน่วยบริการปฐมภูมิ - ศูนย์บริการชุมชน Drop in center ของภาคประชาสังคม - Mobile service โดยสหสาขาวิชาชีพ รวมถึงโครงการรณรงค์เป็นสื่ - หน่วยงาน อปท.	จำนวนกลุ่มเสี่ยงเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรอง	120,000,000 60,000,000	120,000,000 60,000,000	120,000,000 60,000,000	
	5. ส่งเสริมให้ผู้ตรวจคัดกรองด้วยตนเองได้รับการชี้แนะเป็นอย่างดีถูกต้อง	จำนวนชุดตรวจคัดกรองด้วยตนเองที่ขึ้นทะเบียนอย่างถูกต้อง	-	-	-	

กิจกรรมหลัก	วิธีการดำเนินงาน	ตัวชี้วัดกิจกรรม	ความครอบคลุมเป้าหมาย	งบประมาณ (บาท)			หน่วยงานรับผิดชอบ
				2565	2566	2567	
2. เพิ่มขีดความสามารถของหน่วยบริการทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคมในการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี	1. พัฒนาศักยภาพบุคลากรและองค์กร ให้ความสามารถและทักษะการให้บริการด้านรักษาและการคัดกรองเบื้องต้น รวมถึงการอ่านผลและรายงานผลไวรัสตับอักเสบได้โดยใช้ชุดทดสอบแบบทราบผลทันที (Rapid test) 1.1 พัฒนาแนวปฏิบัติ/ คู่มือ การตรวจไวรัสตับอักเสบโดยใช้ชุดทดสอบแบบทราบผลทันที (Rapid test) สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิ 1.2 จัดอบรมพัฒนาทักษะการให้บริการด้านการคัดกรองเบื้องต้น การอ่านและรายงานผลไวรัสตับอักเสบโดยใช้ Rapid test ให้แก่บุคลากร และภาคประชาสังคม	จำนวนแนวปฏิบัติ/ คู่มือ จำนวนครั้งการอบรม/ จำนวนเป้าหมาย	1 แนวปฏิบัติ/ คู่มือ 1 ครั้ง/ จังหวัด/ ปี	975,000	975,000	975,000	
	2. พัฒนาระบบส่งต่อผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ เพื่อเข้าสู่การดูแลรักษาที่เหมาะสม 2.1 สร้างเครือข่ายผู้ดูแลรักษาผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบและเครือข่ายส่งต่อบริการผู้รับบริการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบที่มีเสถียรภาพ 2.2 พัฒนาเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญที่ปรึกษาด้านไวรัสตับอักเสบ 2.3 พัฒนานโยบาย/ คู่มือการส่งต่อผู้ได้รับการตรวจไวรัสตับอักเสบที่มีเสถียรภาพ	จำนวนเครือข่ายส่งต่อผู้ติดเชื้อ จำนวนเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญ จำนวนแนวปฏิบัติ/ คู่มือ	2 ระบบ/ 2 เขตสุขภาพ/ ปี 1 เครือข่าย/ จังหวัด 1 แนวปฏิบัติ/ คู่มือ	100,000	100,000	100,000	

ยุทธศาสตร์ที่ 1 เร่งรัดการจัดบริการป้องกันโรคติดต่อไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี รายใหม่
ตารางที่ 4 มาตราที่ 3 เพิ่มการเข้าถึงวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี

กิจกรรมหลัก	วิธีการดำเนินงาน	ตัวชี้วัดกิจกรรม	ความครอบคลุมเป้าหมาย	งบประมาณ (บาท)			หน่วยงานรับผิดชอบ
				2565	2566	2567	
1. ส่งเสริมให้เด็กแรกเกิด และเด็กทารกทุกคนได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี ตามแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค	1. ประเมินนโยบายอยู่ภายใต้ไวรัสตับอักเสบ บี ในเด็กแรกเกิดและเด็กทารก	นโยบายที่มีการประกาศสั่งการ	1 ครั้ง				
	2. เปรียบเทียบและติดตามการดำเนินงานของโรงพยาบาลทุกระดับและทุกสังกัดในการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี แก่เด็กแรกเกิดและเด็กทารกทุกคนตามแผนป้องกันโรค	การมีหนังสือติดตามการดำเนินงานโดย สสจ.	76 จังหวัด	1,500,000	1,500,000	1,500,000	
2. ส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนไวรัสตับอักเสบ บี สำหรับประชากรกลุ่มเสี่ยง	1. จัดหาและกระจายวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี สำหรับบุคลากรทางการแพทย์	ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนในบุคลากรทางการแพทย์	ร้อยละ 90	18,000,000	18,000,000	18,000,000	
	2. ส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนไวรัสตับอักเสบ บี ในประชากรกลุ่มเสี่ยงทุกสัญชาติ 2.1 จัดหาและกระจายวัคซีนให้กับประชากรกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ผู้มีประวัติในครอบครัว ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และกลุ่มประชากรหลัก (PVLUD, MSMTC, prisoner, SW, MW) ที่ได้รับการตรวจคัดกรองแต่ไม่พบภูมิคุ้มกันต่อไวรัสตับอักเสบ บี 2.2 จัดให้คลินิกบริการวัคซีนไวรัสตับอักเสบ บี สำหรับประชาชนทั่วไปวัยผู้ใหญ่ ในสถานพยาบาล	จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับวัคซีน สถานพยาบาลมีคลินิกวัคซีนสำหรับผู้ใหญ่	100,000 ราย/ ปี 1 คลินิก/ โรงพยาบาล	18,000,000	18,000,000	6,000,000	

ยุทธศาสตร์ที่ 1 เร่งรัดการจัดบริการป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี รายใหม่
ตารางที่ 5 มาตรการที่ 4 สนับสนุนการป้องกันความเสียหายต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ

กิจกรรมหลัก	วิธีการดำเนินงาน	ตัวชี้วัดกิจกรรม	ความครอบคลุมเป้าหมาย	งบประมาณ (บาท)			หน่วยงานรับผิดชอบ
				2565	2566	2567	
1. หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี และทารก ได้รับการป้องกันการถ่ายทอดจากแม่สู่ลูกอย่างครบถ้วนและมีประสิทธิภาพ	1. ผลักดันให้ขาด้านไวรัสตับอักเสบ บี อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี จากแม่สู่ลูก	ขาด้านไวรัสตับอักเสบ บี ถูกบรรจุในชุดสิทธิประโยชน์การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี จากแม่สู่ลูก	1 ชนิด	-	-	-	
	2. ปรับปรุงแนวทางการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี จากแม่สู่ลูก	แนวทางฉบับปรับปรุง	1 ฉบับ	300,000			
	3. โรงพยาบาลทุกระดับดำเนินการป้องกันกิจกรรมป้องกันการถ่ายทอดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี จากแม่สู่ลูก ได้แก่ - ตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบ บี ในหญิงตั้งครรภ์ทุกราย - ให้ความรู้ด้านไวรัสแก่หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี - ให้วัคซีนไวรัสตับอักเสบ บี แก่ทารกที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อ - ให้ HBIG แก่ทารกที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อ	จำนวนโรงพยาบาลที่ดำเนินกิจกรรมป้องกันการถ่ายทอดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี จากแม่สู่ลูก	ทุกโรงพยาบาล	5,000,000	5,000,000	5,000,000	
	4. ติดตาม เฝ้าระวัง และกำกับกับการดำเนินงานให้เด็กที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี ได้รับการประเมินและติดตามภาวะโรค และสามารถได้รับการรักษาระดับสูงสุด	การมีหนังสือติดตามการดำเนินงานโดย สสจ. และ รพ.แม่ข่าย	ทุกจังหวัด	4,600,000	4,600,000	4,600,000	

กิจกรรมหลัก	วิธีดำเนินการ	ตัวชี้วัดกิจกรรม	ความครอบคลุมเป้าหมาย	งบประมาณ (บาท)			หน่วยงานรับผิดชอบ
				2565	2566	2567	
2. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์ในการป้องกันไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี	1. สนับสนุนให้ประชากรผู้ใช้สารเสพติด ได้รับความรู้และการตรวจคัดกรองการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ใน 2. เพิ่มช่องทาง/วิธีการให้ประชากรผู้ใช้สารเสพติด (PWUD/ PWID) เข้าถึงเข็มและอุปกรณ์สะอาดได้ง่าย และทั่วถึงขึ้น เช่น กระจายผ่านจุดกระจายยาใกล้บ้าน เช่น สถานบริการสุขภาพ ร้านขายยาใกล้บ้าน หรือส่งทางพัสดุ 3. ขับเคลื่อน ปลดล็อก ข้อจำกัดทางด้านกฎหมายในการเข้าถึงเข็มและอุปกรณ์สะอาด 4. องค์การภาคประชาสังคมสนับสนุน เข็มและอุปกรณ์ฉีดที่สะอาดให้กับผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด ในระหว่างที่อยู่ระหว่างการรักษาบำบัดทางยาที่ยังไม่สามารถเลิกใช้ยาได้ในทันที 5. จัดให้มีพื้นที่ที่ปลอดภัย (Drop in center) ในการดำเนินกิจกรรมลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน	จำนวนอุปกรณ์ป้องกันที่สนับสนุน/ คน	เป้าหมายตั้งตามตัวชี้วัดและใช้ประมาณของโครงการหลักเช่น NRS สำหรับ PWID ในโครงการ STAR-3 สนับสนุนโดยกองทุนโลก				
	2. ประชาชนหลักที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี 1) ส่งเสริมการตรวจคัดกรองอย่างสม่ำเสมอในการส่งเสริมให้ประชากรหลักเข้าถึงและใช้ถุงยางอนามัย 2) จัดหาและกระจายถุงยางอนามัยให้กลุ่มประชากรหลักอย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง	จำนวนถุงยางอนามัยที่สนับสนุน/ คน	10 ชิ้น/ คน/ สัปดาห์	100 สป.	100 สป.	100 สป.	

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ส่งเสริมการเข้าถึง ความครอบคลุม และคุณภาพการดูแลรักษาไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี

เป้าหมาย

ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี ทุกราชได้รับการตรวจยืนยันการวินิจฉัยและประเมินภาวะโรค และสามารถเข้าถึงการดูแลรักษาที่มีคุณภาพอย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ที่มีผลการตรวจคัดกรองพบการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี ทุกราชได้รับการตรวจยืนยันการวินิจฉัยและประเมินภาวะโรค
2. เพื่อให้ผู้ที่มีผลตรวจยืนยันและได้รับการวินิจฉัยไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี ทุกราชสามารถเข้าถึงการดูแลรักษาที่เหมาะสมโดยเร็ว
3. เพื่อให้ผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบ บี ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพ ลดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิต
4. เพื่อให้ผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบ ซี ได้รับการรักษาอย่างครบถ้วนและฟื้นฟูสุขภาพโรคนี้
5. เพื่อให้บุคลากรภาครัฐและภาคประชาสังคมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบ บี ได้รับการพัฒนาศักยภาพ
6. เพื่อให้โรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี ได้รับการรับรองมาตรฐานโรค (DSC)

มาตรการ

- มาตรการที่ 1 เร่งรัดให้ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี ได้รับการประเมินภาวะโรคเพื่อการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม
- มาตรการที่ 2 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบ และผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคตับอักเสบ เช่น ตับอักเสบเรื้อรัง ตับแข็ง มะเร็งตับ ได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานอย่างรวดเร็ว ครบถ้วน มีคุณภาพ และลดความรุนแรงจากภาวะของโรค
- มาตรการที่ 3 พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบ
- มาตรการที่ 4 พัฒนาและรับรองคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ส่งเสริมการเข้าถึง ความครอบคลุม และคุณภาพการดูแลรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี

ตารางที่ 6 มาตรการที่ 1 เร่งรัดให้ผู้ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี ได้รับการประเมินภาวะโรคเพื่อการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม

กิจกรรมหลัก	วิธีการดำเนินงาน	ตัวชี้วัดกิจกรรม	ความครอบคลุมเป้าหมาย	งบประมาณ (บาท)		หน่วยงานรับผิดชอบ
				2565	2566	
1. สนับสนุนให้ผู้ที่มีผลการตรวจคัดกรองว่าติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี เข้าถึงการดูแลรักษาอย่างเหมาะสมและครอบคลุม	1. พัฒนาระบบแสดงต่อะกับจังหวัดและเขตสุขภาพให้ผู้ที่มีผลการตรวจคัดกรองว่าติดเชื้อไวรัสตับอักเสบเข้าสู่การดูแลรักษาที่เหมาะสม	จังหวัดที่มีระบบส่งต่อ	1 ระบบ/จังหวัด	32,500	32,500	- กรมควบคุมโรค - กรมการแพทย์ - กรมอนามัย - สำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุข - สำนักงาน แพทย์ กทม. - สสจ. - สสจ. - รพ. ทุกระดับ
	2. พัฒนาระบบการตรวจทางห้องปฏิบัติการด้านไวรัสตับอักเสบ	จำนวนจังหวัดที่ร่วมในเครือข่ายห้องปฏิบัติการ	76 จังหวัด	3,500,000	3,500,000	
	2.1 พัฒนาระบบเครือข่ายห้องปฏิบัติการทางโมเลกุล (Molecular Laboratory) เพื่อตรวจหาและ/หรือยืนยันผลด้วยเทคนิคทางโมเลกุล	จำนวนครั้งการอบรม	76 จังหวัด	500,000	500,000	
	2.2 เพิ่มศักยภาพเครือข่ายห้องปฏิบัติการในหน่วยบริการระดับจังหวัดให้สามารถตรวจไวรัสตับอักเสบได้	จำนวนชิ้นแนวทางที่ได้รับการพัฒนา	1 ฉบับ	300,000	300,000	
	3. พัฒนาแนวทางให้คำปรึกษาเรื่องการตัดสินใจการรักษาในผู้ที่ยืนยันการวินิจฉัยเป็นบวก และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันในผู้ที่ยืนยันการวินิจฉัยเป็นลบ					

กิจกรรมหลัก	วิธีการดำเนินงาน	ตัวชี้วัดกิจกรรม	ความครอบคลุมเป้าหมาย	งบประมาณ (บาท)			หน่วยงานรับผิดชอบ
				2565	2566	2567	
2. พัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีที่เอื้อต่อการเข้าถึง มีความครอบคลุม และสามารถให้การดูแลและรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีแบบองค์รวมอย่างมีประสิทธิภาพ	1. ปรับปรุงแนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ให้เป็นปัจจุบัน และสามารถนำไปปฏิบัติโดยแพทย์ทั่วไป	จำนวนชิ้นแนวทางที่ได้รับ การปรับปรุง	3 ชิ้น	300,000			
	2. พัฒนาระบบปฏิบัติงานอย่างง่ายเพื่อให้ผู้ให้บริการวินิจฉัยโรคไวรัสตับอักเสบบี สามารถเข้าถึงการรักษาได้ ใน รพ. ชุมชน และรพ. ทวีไป ที่ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง	จำนวนชิ้นแนวปฏิบัติ ที่ได้รับการพัฒนา	1 ชิ้น		100,000		
	3. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคม ในการดูแล และบำบัดรักษาผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และ ซี รวมถึงการส่งเสริมการกินยาอย่างต่อเนื่อง การป้องกัน การติดยา การป้องกันโรคติดต่อซ้ำ	จำนวนจังหวัดที่มีภาค ประชาสังคมดำเนินงาน ด้านไวรัสตับอักเสบบี	30 จังหวัด	200,000	200,000	200,000	
	4. ผลักดันนโยบายที่เอื้อให้ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และ ซี เข้าถึงการรักษาได้ อย่างครอบคลุมทุกกลุ่มประชากร ได้แก่ 4.1 TDF เป็น Firstline drug ในการรักษา ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และหญิง ตั้งครรภ์ 4.2 DAAs ใช้รักษาผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซี ทุกราย 4.3 สนับสนุนให้มีการแจ้งขั้นตอนการคัดเลือกรักษา HCV ให้มากขึ้น เพื่อจะทำให้ราคาถูกลง	ปัญหาหลักแห่งชาติ ปัญหาหลักแห่งชาติ ปัญหาหลักแห่งชาติ จำนวนยี่ห้อ DAA ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนในไทย/ DAA 1 ชนิด	ปัญหาหลักแห่งชาติ ระบุ TDF เป็นยา Firstline drug มี DAAs เป็นยาบัญชี ก 3 ยี่ห้อ	5,000 5,000 200,000	5,000 5,000 200,000	5,000 5,000 200,000	
	5. จัดทำโครงการเพิ่มการเข้าถึงยาต้านไวรัสสำหรับผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี เรื้อรัง เพื่อเร่งรัดให้ผู้ป่วยที่ไม่ถึงระบบการรักษาสามารถเข้าถึงการรักษาได้	จำนวนจังหวัดที่ร่วมมือโครงการ	30 จังหวัด	30 ล้านบาท	30 ล้านบาท	30 ล้านบาท	

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ส่งเสริมการเข้าถึง ความครอบคลุม และคุณภาพการดูแลรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี
 ตารางที่ 7 มาตราการที่ 2 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี ได้รับความปลอดภัยจากโรคตับอักเสบ บี และ ซี
 ได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานอย่างรวดเร็ว ครบถ้วน มีคุณภาพ และลดความรุนแรงจากภาวะของโรค

กิจกรรมหลัก	วิธีการดำเนินงาน	ตัวชี้วัดกิจกรรม	ความครอบคลุมเป้าหมาย	งบประมาณ (บาท)			หน่วยงานรับผิดชอบ
				2565	2566	2567	
1. พัฒนาระบบการดูแลรักษาและ ส่งต่อผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี ที่มีประสิทธิภาพ	1. พัฒนาคู่มือ/มาตรฐานการบำบัด รักษา และส่งต่อผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี ที่มีภาวะแทรกซ้อน ของประเทศที่มี คุณภาพและเป็นปัจจุบัน	จำนวนคู่มือ/ มาตรฐานที่พัฒนา	1 ฉบับ		100,000		- กรมควบคุมโรค - กรมการแพทย์ - กรมอนามัย - สำนักงานเขต กระทรวงสาธารณสุข - สำนักงาน แพทย์ ออ. - สดร. - สสจ. - รพ. ทุกระดับ
	2. เร่งรัดและกำกับการให้บริการดูแลรักษา ผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี ที่มี ภาวะแทรกซ้อน ตามคู่มือ/มาตรฐานการ บำบัดรักษาและส่งต่อผู้ป่วยโรค ไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี ในทุกระดับ	จำนวนครั้งการมีเหตุติดตาม การดำเนินงาน รพ.	สสจ. 3 ครั้ง/ ปี สสจ. 1 ครั้ง/ ปี รพ. แม่ข่าย 2 ครั้ง/ ปี	50,000	50,000	50,000	
	3. พัฒนาระบบการรักษาทางไกล (Telemedicine) ผู้ติดต่อโรคไวรัสตับ อักเสบ บี และ ซี ที่มีภาวะแทรกซ้อนโดยเครือข่าย ผู้เชี่ยวชาญ	จำนวนจังหวัดที่ใช้ร่วม Telemedicine	30 จังหวัด	50,000	50,000	50,000	
2. จัดพบบริการเฉพาะสำหรับผู้ป่วย ที่มีภาวะ แทรกซ้อนจากไวรัส ตับอักเสบ บี และ ซี	1. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแล ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากไวรัสตับ อักเสบ บี และ ซี	อบรมบุคลากร	50 คน/ เขต/ ปี		975,000		
	2. กำกับติดตามการให้การดูแลรักษาผู้ป่วย ที่มีภาวะแทรกซ้อนจากไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี ตามคู่มือ/ แนวทางที่พัฒนาขึ้น	จำนวนครั้งมีเหตุติดตาม การดำเนินงานของ รพ.	สสจ. 3 ครั้ง/ ปี สสจ. 1 ครั้ง/ ปี/ เขต รพ. แม่ข่าย 2 ครั้ง/ ปี/ เขต	50,000	50,000	50,000	
3. พัฒนาเครือข่ายความร่วมมือ ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไวรัส ตับอักเสบ บี และ ซี ภายใน เขตสุขภาพ	1. กำหนดนโยบายสนับสนุนการดำเนินงาน ดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบแบบ เครือข่ายความร่วมมือระดับพื้นที่ทุกเขต สุขภาพ	เขตสุขภาพที่มีนโยบาย	12 เขต				
	2. แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาเครือข่ายและ ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบ อย่างครบถ้วนมีประสิทธิภาพในระดับ เขตสุขภาพ และประชุมอย่างต่อเนื่อง	จำนวนครั้งการประชุม คณะทำงาน	2 ครั้ง/ เขต/ ปี	260,000	260,000	260,000	

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ส่งเสริมการเข้าถึง ความครอบคลุม และคุณภาพการดูแลโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี
 ตารางที่ 8 มาตรการที่ 3 พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบ

กิจกรรมหลัก	วิธีการดำเนินงาน	ตัวชี้วัดกิจกรรม	ความครอบคลุม เป้าหมาย	งบประมาณ (บาท)			หน่วยงานรับผิดชอบ
				2565	2566	2567	
1. พัฒนาศักยภาพบุคลากรสุขภาพที่ให้การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี ในหน่วยบริการทุกระดับ	1. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้แบบเข้มข้นแก่บุคลากรในทุกระดับที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบ	จำนวนบุคลากรที่ได้รับการพัฒนา	50 คน/ เขต/ ปี	975,000		975,000	
	2. พัฒนาหลักสูตรอบรมระยะสั้นเพื่อให้แพทย์ทั่วไปมีศักยภาพในการรักษาผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบได้	จำนวนหลักสูตรที่พัฒนา	1 หลักสูตร		500,000		
	3. พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการให้สามารถตรวจโรคไวรัสตับอักเสบได้	จำนวนบุคลากรที่ได้รับการพัฒนา	50 คน/ เขต/ ปี	975,000		975,000	
	4. พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่พยาบาลให้สามารถดูแลผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบได้	จำนวนบุคลากรที่ได้รับการพัฒนา	50 คน/ เขต/ ปี	975,000		975,000	
2. ส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาวิชาการและการใช้เทคโนโลยีในการวินิจฉัยโรค ยารักษา เพื่อการจำแนก และการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี ที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย	1. จัดประชุมวิชาการนำเสนอการปฏิบัติที่ดีและนวัตกรรมในการดูแลรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี	จำนวนครั้งการจัดประชุม	1 ครั้ง/ ปี	500,000	500,000	500,000	
	2. พัฒนาระบบช่องทางสื่อสารออนไลน์แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี	จำนวนเว็บไซต์ที่พัฒนา	1 เว็บไซต์		50,000		

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ส่งเสริมการเข้าถึง ความครอบคลุม และคุณภาพการดูแลรักษาไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี

ตารางที่ 9 มาตรการที่ 4 พัฒนาและรับรองคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี

กิจกรรมหลัก	วิธีการดำเนินงาน	ตัวชี้วัดกิจกรรม	งบประมาณ (บาท)			หน่วยงานรับผิดชอบ
			2565	2566	2567	
1. พัฒนาให้โรคไวรัสตับอักเสบได้รับการรับรองมาตรฐานรายโรค (DSC)	1. สนับสนุนกระบวนการพัฒนาการรับรองมาตรฐานรายโรคของโรคไวรัสตับอักเสบ 1.1 จัดทำมาตรฐานการรับรองโรคไวรัสตับอักเสบ 1.2 พัฒนาแนวทางกรประเมินโรงพยาบาลเพื่อรับรองมาตรฐานโรคไวรัสตับอักเสบ 1.3 แต่งตั้งคณะกรรมการ/ คณะทำงานประเมินเพื่อรับรองมาตรฐานโรคไวรัสตับอักเสบ 1.4 ขึ้นทะเบียนโรงพยาบาลผ่านการรับรองมาตรฐานโรคไวรัสตับอักเสบ 1.5 สนับสนุนการดำเนินงานของโรงพยาบาลเพื่อการรับรองมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง (Re-accredited)	จำนวนรพ. ที่เข้าโครงการพัฒนาเพื่อการรับรองมาตรฐานโรคไวรัสตับอักเสบ	650,000	650,000	650,000	- กรมควบคุมโรค - กรมการแพทย์ - กรมอนามัย - สำนักงานเลขาธิการสภาวิชาชีพ - กระทรวง อว. - สสจ. - สสจ. - รพ. ทุกระดับ - กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ - สถาบันพัฒนาโรงพยาบาลมาตรฐาน
	2. ผลักดันการรับรองมาตรฐานโรคไวรัสตับอักเสบให้เข้าสู่ระบบ HA	มาตรฐาน HA		500,000	500,000	

ยุทธศาสตร์ที่ 3 ลดความเหลื่อมล้ำและไม่เท่าเทียมกันทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี

เป้าหมาย

ผู้เสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และ ซี สามารถเข้าถึงการตรวจคัดกรองและการดูแลรักษาอย่างเท่าเทียม โดยปราศจากอคติในเรื่องกลุ่มประชากร เชื้อชาติ ศาสนา อาชีพ และบริบทพื้นที่

วัตถุประสงค์

1. เพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และ ซี และประชาชนกลุ่มเสี่ยง ในสถานบริการสุขภาพ
2. เพื่อลดการตีตราตนเองในผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และ ซี และประชาชนกลุ่มเสี่ยง
3. เพื่อส่งเสริมความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการป้องกัน ตรวจคัดกรอง และดูแลรักษาไวรัสตับอักเสบบีที่ครบวงจร ของประชาชนกลุ่มต่าง ๆ

มาตรการ

- มาตรการที่ 1 ลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ และการตีตราตนเองในผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และ ซี และประชาชนกลุ่มเสี่ยง
- มาตรการที่ 2 ส่งเสริมความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการป้องกัน ตรวจคัดกรอง และดูแลรักษาไวรัสตับอักเสบบีที่ครบวงจร

ยุทธศาสตร์ที่ 3 ลดความเหลื่อมล้ำและไม่เท่าเทียมกันทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี

ตารางที่ 10 มาตราการที่ 1 ลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ และการตีตราตนเองในผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซี และ ซี และประชาชนกลุ่มเสี่ยง

กิจกรรมหลัก	วิธีการดำเนินงาน	ตัวชี้วัดกิจกรรม	ความครอบคลุมเป้าหมาย	งบประมาณ (บาท)			หน่วยงานรับผิดชอบ
				2565	2566	2567	
1. ส่งเสริมการให้บริการสุขภาพปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และ ซี และประชาชนกลุ่มเสี่ยง	1. สำรวจสถานการณ์และปัจจัยที่ทำให้เกิดการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และ ซี และประชาชนกลุ่มเสี่ยง ในสถานบริการสุขภาพ	ผลการสำรวจ	1 ชิ้น			300,000	- กอพ. กรมควบคุมโรค - มูลนิธิศูนย์เครื่องเสียงเพื่อชีวิต - สศร. - สสจ. - ผู้แทน รพ. - ภาคประชาสังคม - ผู้ให้บริการ/ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และ ซี
	2. จัดทำโครงการส่งเสริมทัศนคติและการจัดการที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และ ซี และประชาชนกลุ่มเสี่ยง ในสถานบริการ	จำนวนโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ	1 รพ./ จังหวัด/ ปี	760,000	760,000	760,000	
	3. กำหนดและประกาศนโยบายส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และ ซี และกลุ่มเสี่ยง	จำนวนโรงพยาบาลที่เข้าร่วมประกาศ	1 รพ./ จังหวัด/ ปี				
	4. บูรณาการระบบ กลไกการร้องเรียนและจัดการเรื่องร้องเรียน เช่น โปรแกรมระบบรับเรื่องร้องเรียนและศูนย์โครงการละเมิดสิทธิด้านอดีต (Crisis Response System: CRS) ให้รองรับโรคไวรัสตับอักเสบบี	ระบบ	ระบบรองรับได้				
2. ลดการตีตราตนเองในผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ประชาชนกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มประชากรหลักในเอชไอวี (MSM, TG, SW, PWUD, MW)	1. ประเมินสถานการณ์การรับรู้การตีตราตนเองของผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และ ซี และประชาชนกลุ่มเสี่ยง	จำนวนเครื่องมือที่พัฒนาขึ้น	1 ชิ้น 1 ชิ้น			400,000	
	1.1 พัฒนาเครื่องมือการรับรู้การตีตราตนเอง	รายงาน					
	1.2 สร้างสถานการณ์การรับรู้การตีตราตนเอง	จำนวนครั้งของกิจกรรม	ดำเนินการร่วมกับกิจกรรมรณรงค์	ใช้เข้าร่วมกับกิจกรรมรณรงค์	ใช้เข้าร่วมกับกิจกรรมรณรงค์	ใช้เข้าร่วมกับกิจกรรมรณรงค์	
	2. เผยแพร่ข้อมูลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ประชาชน และกลุ่มเสี่ยงเห็นคุณค่าและลดการตีตราตนเอง	จำนวนโครงการ/ กิจกรรมที่มี	1 โครงการ/ จังหวัด (ค่าใช้จ่ายการนิเทศ 5,000 บาท/ จังหวัด/ ปี)	3,800,000			
	3. บูรณาการการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และ ซี และกลุ่มเสี่ยงกับโครงการที่มีอยู่เช่น องค์การห่วงใยเสียงอดส์	การบูรณาการ					

ยุทธศาสตร์ที่ 3 ลดความเหลื่อมล้ำและไม่เท่าเทียมกันทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี

ตารางที่ 11 มาตราการที่ 2 ส่งเสริมความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการป้องกัน ตรวจคัดกรอง และดูแลรักษาไวรัสตับอักเสบบีที่ครบวงจร

กิจกรรมหลัก	วิธีการดำเนินงาน	ตัวชี้วัดกิจกรรม	ความครอบคลุมเป้าหมาย	งบประมาณ (บาท)			หน่วยงานรับผิดชอบ
				2565	2566	2567	
1. ค้นหาปัจจัยทางสังคมและสร้าง ความเข้าใจเรื่องบริการป้องกัน รักษาโรคไวรัสตับ บี และ ซี ในกลุ่มประชากรเข้าถึงยาก	1. ศึกษาปัจจัยที่ก่อให้เกิดความไม่เท่าเทียม ในการเข้าถึงบริการป้องกันรักษาโรคไวรัส ตับอักเสบบี และ ซี	ผลการศึกษา	1 ชิ้น		200,000		- กอ.พ. - กรมควบคุมโรค - มูลนิธิศูนย์เครื่องเสียงเพื่อเด็ดส์ - สป.สช. - สสจ. - สสจ. - กรมราชทัณฑ์ - กรมอนามัย - กองตรวจสุขภาพและ หลักประกันสุขภาพ สป. - กรมวิทย์ กลาง - ประกันสังคม - ผู้แทน รพ. - ภาคประชาสังคม - อปท.
	2. ให้ข้อมูลความรู้เรื่องโรคและการเข้าถึง การรักษาอย่างครอบคลุมประชากร 2.1 พัฒนาสื่อในการให้ข้อมูลความรู้เรื่อง โรคและการเข้าถึงการรักษาโดยใช้ ภาษาที่หลากหลายเข้าใจง่ายตามบริบท ของเชื้อชาติ ศาสนา วัฒนธรรม และ กลุ่มประชากรที่เข้าถึงยาก	จำนวนสื่อที่พัฒนา	5 ชิ้น	100,000			
	2.2 กระจ่ายสื่อในการให้ข้อมูลความรู้ ให้ทั่วถึงทุกกลุ่มประชากร 2.3 สื่อสารเชิงรุกในหลากหลายช่องทาง ให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงรับรู้ เข้าใจวิธี การใช้สิทธิ และไปใช้บริการเมื่อจำเป็น	จำนวนสื่อที่กระจาย	33,000 ชิ้น/ ปี	20,000	20,000	20,000	
2. พัฒนาระบบบริการเพื่อให้ ประชาชนได้รับบริการป้องกัน การตรวจคัดกรองและการดูแล รักษาโรคไวรัสตับอักเสบบี ที่ครบ วงจอย่างเท่าเทียม	1. ส่งเสริม/ เพิ่มระดับการมีส่วนร่วมในการ จัดบริการป้องกันตรวจคัดกรองและ ดูแลรักษาไวรัสตับที่ร่วมจัดบริการอีกเส บปี และ ซี โดยองค์กรภาคประชาสังคม	จำนวนภาคประชาสังคม	1 องค์กร/ เขต	200,000	200,000	200,000	
	2. ส่งเสริมการทำงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเส บบีแบบบูรณาการของเครือข่ายภาครัฐ เอกชน และประชาสังคม 2.1 บูรณาการการทำงานป้องกันโรคไวรัส ตับอักเสบบีร่วมกับเครือข่ายดำเนินงาน ไม่โรคและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องได้แก่ การตั้งครรภ์วัยรุ่น โรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์ ผู้ใช้สารเสพติด ผู้ต้องขัง เรือนจำและสถานพินิจ กลุ่มหลากหลาย ทางเพศ และประชาชนกลุ่มเสี่ยง	จำนวนแผนงานบูรณาการ ระดับจังหวัด	1 แผนงาน/ จังหวัด/ ปี	380,000	380,000	380,000	

กิจกรรมหลัก	วิธีการดำเนินงาน	ตัวชี้วัดกิจกรรม	ความครอบคลุมเป้าหมาย	งบประมาณ (บาท)			หน่วยงานรับผิดชอบ
				2565	2566	2567	
	2.2 ออกแบบระบบการส่งต่อการป้องกัน การตรวจคัดกรอง และการดูแลรักษา โรคไวรัสตับอักเสบบะระหว่างหน่วยงาน ภายในและภายนอก และกลุ่มเป้าหมาย ที่เข้าถึงยาก เช่น ผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์ เรื้อรัง ผู้ต้องขัง ผู้ป่วยที่ใช้ยาเสพติด	รูปแบบระบบส่งต่อ	1 ชิ้น		100,000		

ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาระบบเฝ้าระวัง ระบบข้อมูล วิจัย และ นวัตกรรม เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี

เป้าหมาย มีระบบเฝ้าระวัง ระบบข้อมูล รวมถึงงานวิจัยและนวัตกรรม เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ 1. เพื่อให้มีระบบข้อมูลและกลไกในการเฝ้าระวังโรคและพฤติกรรมเสี่ยง รวมทั้งการติดตามประเมินผลการดำเนินงานกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี

2. เพื่อให้บุคลากรในการเฝ้าระวังโรคมีศักยภาพสามารถติดตามประเมินผลการทำงานป้องกันและแก้ไขปัญหาไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี ได้
3. เพื่อให้เกิด นวัตกรรม และมาตรการป้องกัน การตรวจคัดกรองและวินิจฉัย และการดูแลรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี ที่มีประสิทธิภาพ

มาตรการ

- มาตรการที่ 1** พัฒนาระบบข้อมูลและกลไก ในการเฝ้าระวังโรคและพฤติกรรมเสี่ยง รวมทั้งการติดตามประเมินผลการดำเนินงานป้องกัน และแก้ไขปัญหาไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี
- มาตรการที่ 2** พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการเฝ้าระวังโรค และพฤติกรรมเสี่ยง รวมทั้งการติดตามประเมินผลการดำเนินงานป้องกัน และแก้ไขปัญหาไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี
- มาตรการที่ 3** สนับสนุนการพัฒนา งานวิจัย นวัตกรรม และมาตรการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการป้องกัน การตรวจคัดกรองและวินิจฉัย และการดูแลรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี

ตารางที่ 12 มาตราการที่ 1 พัฒนาระบบข้อมูลและกลไก ในการเฝ้าระวังโรคและพหุวิทยาการตามประเมินผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี

กิจกรรมหลัก	วิธีการดำเนินงาน	ตัวชี้วัดกิจกรรม	ความครอบคลุมเป้าหมาย	งบประมาณ (บาท)			หน่วยงานรับผิดชอบ
				2565	2566	2567	
1. พัฒนาระบบและกลไกเฝ้าระวังสถานการณ์ และติดตามการดำเนินงานป้องกันและดูแลรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี ที่ตรงวงจร ของประเทศ	1. แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาระบบและกลไกการเฝ้าระวังสถานการณ์และติดตามการดำเนินงานป้องกันและดูแลรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี ในระดับประเทศและระดับจังหวัด	จำนวนคณะกรรมการที่แต่งตั้ง	5 ชุด		50,000		กรมควบคุมโรค (กองระบาดวิทยา, กองโรคติดต่อ, ศูนย์สารสนเทศ, สคร.) - กรมอนามัย - กรมการแพทย์ - สป.สช. - สสจ. - รพ.
	2. พัฒนาระบบและฐานข้อมูลการเฝ้าระวังสถานการณ์ และติดตามการดำเนินงานดูแลรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี โดยเชื่อมโยงฐานข้อมูลต่าง ๆ ที่มี	จำนวนระบบข้อมูลพัฒนา	1 ระบบ	50,000	200,000	50,000	
	3. พัฒนาแบบจำลองคณิตศาสตร์เพื่อประเมินภาระโรคไวรัสตับอักเสบเรื้อรังที่แท้จริงในประเทศไทย	จำนวนแบบจำลอง	2 แบบจำลอง		300,000	300,000	
	4. พัฒนากลไกการเฝ้าระวังและติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน ป้องกันแก้ไข ปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบอย่างครบวงจร						
	5. ทดสอบใช้ระบบและกลไกการเฝ้าระวังสถานการณ์และติดตามการดำเนินงาน ป้องกันและดูแลรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี ที่พัฒนาขึ้นในพื้นที่นำร่อง และขยายผล	จำนวนจังหวัดที่ร่วมโครงการ	5 จังหวัด/ปี	350,000	350,000	350,000	

ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาระบบเฝ้าระวัง ระบบข้อมูล วิจัย และ นวัตกรรม เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี
 ตารางที่ 13 มาตราการที่ 2 พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการเฝ้าระวังโรค และพฤติกรรมเสี่ยง รวมทั้งการติดตามประเมินผลการดำเนินงานป้องกันและ
 แก้ไขปัญหาไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี

กิจกรรมหลัก	วิธีการดำเนินงาน	ตัวชี้วัดกิจกรรม	ความครอบคลุมเป้าหมาย	งบประมาณ (บาท)			หน่วยงานรับผิดชอบ
				2565	2566	2567	
1. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการเฝ้าระวังโรคการสอบสวนโรคและการติดตามประเมินผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี ในทุกระดับ	1. พัฒนาศักยภาพนักระบาดวิทยา 1.1 จัดอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพบุคลากรใหม่ในการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคไวรัสตับอักเสบ 1.2 ฟื้นฟูความรู้แก่บุคลากรที่ยังปฏิบัติงานอยู่อย่างต่อเนื่องผ่านช่องทางต่าง ๆ ในเรื่อง - หลักการเฝ้าระวังและสอบสวน สวมโรคที่เป็นปัจจุบัน - การใช้ประโยชน์จากงาน 506 - New technology ที่เกี่ยวข้องกับ การเฝ้าระวังและสอบสวนโรค	จำนวนครั้งการอบรม/ จำนวนกลุ่มเป้าหมาย	100 คน/ปี	150,000	150,000	150,000	- กรมควบคุมโรค (กองระบาดฯ, กองโรคติดต่อ, ศูนย์สารสนเทศ, สคร.) - กรมอนามัย - กรมการแพทย์ - สสส. - สสจ. - พพ.
	2. พัฒนาศักยภาพด้านการติดตามประเมินผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี ของบุคลากรในระดับโรงพยาบาล สสจ. และ สคร. 2.1 จัดอบรมเชิงปฏิบัติการการใช้ฐานข้อมูลที่มีการพัฒนาขึ้นใหม่ รวมถึงการวิเคราะห์และใช้ประโยชน์จากข้อมูล	จำนวนครั้งการอบรม/ จำนวนกลุ่มเป้าหมาย	100 คน/2 ปี		150,000		
2. ยกระดับการใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี	1. สนับสนุนให้เกิดการนำข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังและฐานข้อมูลระดับอำเภอมาใช้ในการวางแผนงานด้านดำเนินงาน 2.1 อบรม/ ประชุมพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการใช้ประโยชน์จากข้อมูล 2.2 จัดทำแนวทาง/ คู่มือการติดตามประเมินผลและการใช้ประโยชน์จากข้อมูลระดับอำเภอ	จำนวนครั้งการอบรม/ประชุม จำนวนแนวทาง/ คู่มือที่พัฒนา	1 ครั้ง/จังหวัด/ปี 1 ชิ้น	380,000 100,000	380,000	380,000	
	2. จัดทำและเผยแพร่ฐานข้อมูลการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบทั้งของประเทศไทยและต่างประเทศ	ฐานข้อมูลที่มีการพัฒนา	1	25,000	25,000	25,000	

ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาระบบเฝ้าระวัง ระบบข้อมูล วิจัย และ นวัตกรรม เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี ตารางที่ 14 มาตราการที่ 3 สนับสนุนการพัฒนา งานวิจัย นวัตกรรม และมาตรการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการป้องกัน การตรวจคัดกรองและวินิจฉัย และการดูแลรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ

กิจกรรมหลัก	วิธีการดำเนินงาน	ตัวชี้วัดกิจกรรม	ความครอบคลุมเป้าหมาย	งบประมาณ (บาท)			หน่วยงานรับผิดชอบ
				2565	2566	2567	
1. สนับสนุนการพัฒนา งานวิจัย นวัตกรรม และการจัดการทำเกี่ยวกับ การป้องกันและแก้ไข ปัญหาไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี	1. พัฒนาเครือข่ายวิจัยและนวัตกรรมเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบ บี ในระดับนานาชาติ ระดับประเทศ ระดับเขตสุขภาพ และระดับจังหวัด	จำนวนเครือข่ายนักวิจัย และนวัตกรรมฯ	1 เครือข่าย/ ระดับ	25,000	25,000	25,000	- สกว. - สสส. - สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข - กระทรวง อ. - องค์การระหว่างประเทศ - กรมควบคุมโรค - กรมการแพทย์ - กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ - สปสช.
	2. พัฒนากลอบหิ้วการ วิจัย/ นวัตกรรมและจัดสรรงบประมาณสนับสนุนเกี่ยวกับการยุติปัญหา ป้องกันแก้ไขและดูแลรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ บี ในทุกระดับ ได้แก่	จำนวนงานวิจัย/นวัตกรรม	3-5 เรื่อง/ ปี	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
	2.1 พัฒนาชุดตรวจคัดกรองด้วยตนเอง (Self test) 2.2 พัฒนาชุดตรวจที่มีประสิทธิภาพในการรักษา ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี 2.3 พัฒนาระบบ/ รูปแบบการดูแลรักษา (Model) ที่เข้าถึงงานและมีประสิทธิภาพ โดยชุมชน เช่น Community-Led Model 2.4 ส่งเสริมการพัฒนาการวิจัยในงาน (R&D) ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบ บี	จำนวนงานวิจัยได้รับทุน	มีงานวิจัย/ นวัตกรรม ได้รับการสนับสนุน อย่างน้อย 3-5 เรื่อง/ ปี	25,000	25,000	25,000	

กิจกรรมหลัก	วิธีการดำเนินงาน	ตัวชี้วัดกิจกรรม	ความครอบคลุมเป้าหมาย	งบประมาณ (บาท)			หน่วยงานรับผิดชอบ
				2565	2566	2567	
2. สนับสนุนการใช้ประโยชน์จากงานวิจัย นวัตกรรม และการจัด กระทำเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบที่มีการพัฒนาขึ้น	1. พัฒนาระบบจัดการความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโรคไวรัสตับอักเสบที่ครอบคลุม เป็นปัจจุบัน และสามารถเข้าถึงเพื่อการใช้ประโยชน์ได้ง่าย 1.1 ทบทวนและจัดทำฐานข้อมูลงานวิจัย นวัตกรรม และการจัดการกระทำที่มีประสิทธิภาพ เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบของประเทศไทยและนานาชาติ 1.2 เผยแพร่ข้อมูลผลงานวิจัย นวัตกรรม และการจัดการกระทำที่มีประสิทธิภาพ ที่มีการ รวบรวมผ่านช่องทางต่าง ๆ ที่เข้าถึงง่าย 1.3 สนับสนุนการเผยแพร่ผลงานวิจัย นวัตกรรม และการปฏิบัติที่ดีผ่านวารสารวิชาการ และช่องทางออนไลน์ต่าง ๆ 1.4 จัดเวทีแลกเปลี่ยนความรู้และถอดบทเรียน การปฏิบัติที่ดีในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาระดับอีกเสบ	จำนวนฐานข้อมูลวิจัย จำนวนงานวิจัย/ นวัตกรรม ที่ได้รับการเผยแพร่	ฐานข้อมูลวิจัย 1 ฐาน 1-3 เรื่อง/ ปี	25,000	25,000	25,000	
		จำนวนครั้งการจัดเวทีแลกเปลี่ยน/ถอดบทเรียน ระดับประเทศ	1 ครั้ง/ ปี	500,000	500,000	500,000	
	2. สนับสนุนให้หน่วยงานทุกระดับนำผลการวิจัย นวัตกรรม และการจัดการกระทำที่มีประสิทธิภาพ ไปใช้ในวางแผนดำเนินงานป้องกันและแก้ไข ปัญหาไวรัสตับอักเสบ	จำนวนงานวิจัย/นวัตกรรม ที่ถูกนำไปใช้พัฒนาแผนงาน	1 ชิ้น/ ปี	-	-	-	
	3. พัฒนาระบบปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based practice) จากผลการวิจัย นวัตกรรม และการจัดการกระทำที่มีประสิทธิภาพ และเผยแพร่ให้หน่วยบริการที่เกี่ยวข้องได้ใช้ ประโยชน์	จำนวนแนวปฏิบัติโดยใช้ หลักฐานเชิงประจักษ์ ที่ได้รับการพัฒนา	1 เรื่อง/ ปี	25,000	25,000	25,000	

ยุทธศาสตร์ที่ 5 พัฒนาโครงสร้างและกลไกที่บูรณาการ การร่วมเป็นเจ้าของ และการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ

เป้าหมาย

เกิดโครงสร้างและกลไกในการดำเนินงานกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี ของประเทศ ที่มีการบูรณาการ สร้างความร่วมมือเป็นเจ้าของและมีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาโครงสร้าง กลไกการประสานและบูรณาการดำเนินงานระหว่างโรคที่เกี่ยวข้องทุกระดับรวมถึงภาคประชาสังคมและชุมชน
2. เพื่อให้มีแผนงาน ระบบติดตามและประเมินผลที่บูรณาการกับโรคที่เกี่ยวข้อง และการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพและยืดหยุ่นในการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบทั้งในภาวะปกติและฉุกเฉิน
3. เพื่อให้หน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องร่วมรับผิดชอบและจัดสรรงบประมาณ ทรัพยากรที่เพียงพอในการดำเนินงานกำจัดไวรัสตับอักเสบอย่างมีประสิทธิภาพ
4. เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องในทุกระดับให้มีความรู้ในการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพและพร้อมรับการจัดโรคไวรัสตับอักเสบ

มาตรการ

- มาตรการที่ 1 พัฒนากลไกโครงสร้าง ระบบงาน กลไก เครือข่ายการดำเนินงาน และแผนงาน โดยเพิ่มการร่วมเป็นเจ้าของ (partnership) จากองค์กรชุมชน ได้แก่ ภาคประชาสังคม และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- มาตรการที่ 2 พัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องในทุกระดับให้มีความรู้ในการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพและพร้อมรับการจัดโรคไวรัสตับอักเสบ

ยุทธศาสตร์ที่ 5 พัฒนาโครงสร้างและกลไกที่บูรณาการ การร่วมเป็นเจ้าของ และการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ

ตารางที่ 15 มาตราการที่ 1 พัฒนาโครงสร้าง ระบบงาน กลไก เครือข่ายการดำเนินงาน และแผนงาน โดยเพิ่มการร่วมเป็นเจ้าของ (partnership) จากองค์กรชุมชน ได้แก่ ภาคประชาสังคม และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

กิจกรรมหลัก	วิธีการดำเนินงาน	ตัวชี้วัดกิจกรรม	ความครอบคลุมเป้าหมาย	งบประมาณ (บาท)			หน่วยงานรับผิดชอบ
				2565	2566	2567	
1. การพัฒนาโครงสร้าง ระบบงาน กลไก และเครือข่ายการป้องกันและแก้ไข ปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี	1. พัฒนาเครือข่ายผู้รับผิดชอบงานไวรัสตับอักเสบ บีในระดับประเทศ เขต จังหวัด และโรงพยาบาลให้เป็นรูปธรรม	จำนวนผู้รับผิดชอบงานไวรัสตับอักเสบ บี	1 คน/ หน่วยงาน	-	-	-	หน่วยงานหลัก - กอพ. - สคร/ สปค. - สปสช. - สสจ. ภาคีเครือข่าย - ภาคประชาสังคม - กรมอนามัย/ ศูนย์อนามัย - กรมแพทย์ - อปท.
	2. ใช้กลไก MCH Board ในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน HBV จากแม่สู่ลูก ทุกระดับ (Triple EMCT)	จำนวนจังหวัดที่ MCH board มีนโยบาย Triple EMCT	MCH board ของทุกจังหวัด มีนโยบาย Triple EMCT	-	-	-	
	3. จัดทำแผนปฏิบัติการในการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี	จำนวนแผนปฏิบัติการ	1 แผน	-	-	100,000	
	4. จัดทำแผนการติดตามและประเมินผลระดับประเทศ	จำนวนแผนการติดตาม	1 แผน	-	100,000	-	
2. สนับสนุนให้หน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องรับผิดชอบและจัดสรรงบประมาณ/ ทรัพยากรที่เพียงพอในการดำเนินงานกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี อย่างมีประสิทธิภาพ	1. สร้างและเพิ่มความร่วมมือ ร่วมรับผิดชอบจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ เอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผ่านการจัดทำข้อตกลงความร่วมมือ	จำนวน MOU	1 MOU	200,000	380,000	380,000	
	2. ส่งเสริมให้ อปท. ชุมชน และภาคประชาสังคมเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการแก้ไขโรคตับอักเสบ บี	จำนวน อปท. และภาคประชาสังคม ที่เข้าร่วมดำเนินงาน	1 หน่วยงาน/ จังหวัด/ ปี	100,000	100,000	100,000	
	3. แต่งตั้งผู้ของ อปท. และภาคประชาสังคม เข้าร่วมเป็นคณะกรรมการและ/ หรือ คณะทำงานเพื่อพัฒนา/ ปรับปรุงระบบงาน และกลไกการดำเนินงาน	จำนวนคณะทำงาน คณะกรรมการที่มี อปท. หรือภาคประชาสังคม เข้าร่วมมีส่วนร่วม	2 คณะ	-	-	-	
	4. ระดมทรัพยากรจากเครือข่ายต่าง ๆ เพื่อสนับสนุนการป้องกันควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบ บี	จำนวนแหล่งทรัพยากร ที่เข้ามามีส่วนร่วม	2 แหล่ง	10,000	10,000	10,000	

ยุทธศาสตร์ที่ 5 พัฒนาโครงสร้างและกลไกที่บูรณาการ การร่วมเป็นเจ้าของ และการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ

ตารางที่ 16 แผนพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องในทุกระดับใหม่ที่จะและความรอบรู้ในการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพและพร้อมรับการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ

กิจกรรมหลัก	วิธีการดำเนินงาน	ตัวชี้วัดกิจกรรม	ความครอบคลุมเป้าหมาย	งบประมาณ (บาท)			หน่วยงานรับผิดชอบ
				2565	2566	2567	
1. พัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกระดับด้านการบริหารจัดการและการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับแก้ไขปัญหาระบาดไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี	1. พัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกระดับเกี่ยวกับการบริหารจัดการ การจัดทำแผนงาน/โครงการติดตามประเมินผล การระดมทรัพยากร และการประสานความร่วมมือการทำงานร่วมกับระหว่างภาคีเครือข่าย	จำนวนครั้งการจัดอบรมและถอดบทเรียน	1 ครั้ง/ เขต/ ปี	1,500,000	1,500,000	1,500,000	หน่วยงานหลัก - กอพ. - สศร/ สปคม. - สปสช. - สสจ. ภาคีเครือข่าย - ภาคประชาสังคม - กรมอนามัย/ ศูนย์อนามัย - กรมแพทย์ - อปท.
	1.1 จัดอบรมในรูปแบบต่าง ๆ รวมถึงระบบ E-Learning 1.2 จัดระบบการสอนแนะ (Coaching) หรือระบบพี่เลี้ยง ในระดับจังหวัด เขต และประเทศ 1.3 จัดเวทีถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงานในระดับต่าง ๆ						
2. ส่งเสริมและสนับสนุนบทบาทภาคประชาสังคมในการพัฒนาและยกระดับบริการที่บูรณาการให้มีมาตรฐานและเป็นส่วนหนึ่งหรือเป็นหน่วยบริการในระบบสุขภาพของประเทศ	1. ประชุมเพื่อบูรณาการการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาระบาดไวรัสตับอักเสบในหลักสูตรการพัฒนาศักยภาพภาคประชาสังคม	จำนวนครั้งการประชุม	การประชุมภาคีระดับส่วนกลาง 1 ครั้ง/ ปี	500,000	500,000	500,000	
	2. สร้างเสริมสมรรถนะและพัฒนาศักยภาพขององค์กรในพื้นที่ ทั้งองค์กรชุมชนองค์กรเอกชน องค์กรประชาสังคม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรภาครัฐ ในการจัดการเพื่อกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี ที่เป็นเอกภาพ ครบวงจร ทั้งด้านการจัดทำแผนงาน งบประมาณ กำลังคน การดำเนินงาน และการติดตามประเมินผล เพื่อเป็นหลักประกันในการดำเนินงานที่ได้มาตรฐาน มีคุณภาพ และครอบคลุมประชากรเป้าหมาย โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบางพื้นที่		สศร. 1 ครั้ง/ จังหวัด/ ปี สสจ. 2 ครั้ง/ ปี	750,000 300,000	750,000 300,000	750,000 300,000	

เอกสารอ้างอิง

- กองระบาดวิทยา. (2562). สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค ประจำปี 2562 Annual Epidemiological Surveillance Report 2019. นนทบุรี: กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. (2564). ความก้าวหน้าการดำเนินงานการจัดโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี. เอกสารนำเสนอต่อที่ประชุมคณะกรรมการขับเคลื่อนการจัดโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี ประเทศไทย วันพฤหัสบดีที่ 2 กันยายน 2564 เวลา 13.00 – 16.30 น.
- คณะกรรมการพัฒนาแผนงานป้องกันและควบคุมโรคตับอักเสบจากไวรัส กระทรวงสาธารณสุข. (2559). แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบ พ.ศ. 2560 - 2564: Thailand National Strategy on Viral Hepatitis Prevention and Control, 2017-2021. นนทบุรี: เจ.เอส. การพิมพ์.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2564). การบำบัดรักษาไวรัสตับอักเสบ ซี ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี และ ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด. ฐานข้อมูล National AIDS Program ณ วันที่ 28 พฤษภาคม 2564.
- Jittiwutikarn, J. et al. (2006). Hepatitis C infection among drug users in northern Thailand. *Am. J. Trop. Med. Hyg.*, 74 (6), 1111-1116.
- Phuangchoei, P., Chotiyaputta, W., and Chayakulkeeree, M. (2015). Clinical characteristics of hepatitis B and C virus infections in HIV-infected patients. *J Med Assoc Thai*, 98 (3), 226-231.
- Posuwan, N. et al. (2016). The success of a universal hepatitis B immunization program as part of Thailand's EPI after 22 years' implementation. *PLOS ONE*, March 3, 2016: 1-14. DOI:10.1371/journal.pone.0150499
- Sangmala, P., Chaikledkaew, U., Tanwandee, T., and Pongchareonsuk, P. (2014). Economic evaluation and budget impact analysis of the surveillance program for hepatocellular carcinoma in Thai chronic hepatitis B patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, Vol 15, 8993-9004.
- U.S. Department of Health and Human Services. 2020. *Viral Hepatitis National Strategic Plan for the United States: A Roadmap to Elimination (2021–2025)*. Washington, DC.
- Wasitthanasem, R. (2016). Decreasing hepatitis C virus infection in Thailand in the past decade : Evidence from the 2014 national survey. *PLOS ONE*, February 12, 2016: 1-14. DOI:10.1371/journal.pone.0149362
- World Health Organization. (2016). *Global Health Sector Strategy on Viral Hepatitis 2016–2021: Towards ending viral hepatitis*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2021). *Global progress report on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections, 2021. Accountability for the global health sector strategies 2016 –2021: actions for impact*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2022). *Global health sector strategies on, respectively, HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections for the period 2022-2030*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization Regional Office for South-East Asia. (2013). *Regional strategy for the prevention and control of viral hepatitis* [cited 2016 July 13]. Available from: www.searo.who.int/entity/emerging_diseases/topics/CD_282.pdf

ภาคผนวก



1. แนวทางการกำกับติดตามโรคไวรัสตับอักเสบขององค์การอนามัยโลก (WHO)

เป้าหมายโรคไวรัสตับอักเสบ

ตารางที่ 17 ตัวชี้วัดด้านผลกระทบและความครอบคลุม ค่าเป้าหมาย และแนวทางการกำกับติดตามโรคไวรัสตับอักเสบ ภายในปี 2573

	ตัวชี้วัด	ข้อมูลอ้างอิง ปี 2563	เป้าหมาย ปี 2568	เป้าหมาย ปี 2573
ผลกระทบ	ความชุกของ HBsAg ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี	0.94%	0.5%	0.1%
	จำนวนผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี รายใหม่ ต่อปี	ผู้ป่วยรายใหม่ 1.5 ล้านคน 20 ต่อแสน ประชากร	ผู้ป่วยรายใหม่ 8.5 แสนคน 11 ต่อแสน ประชากร	ผู้ป่วยรายใหม่ 1.7 แสนคน 2 ต่อแสน ประชากร
	จำนวนผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี รายใหม่ ต่อปี	1.575 ล้าน ผู้ป่วยใหม่ 20 ต่อแสน ประชากร	1 ล้าน ผู้ป่วยใหม่ 13 ต่อแสน ประชากร	3.5 แสน ผู้ป่วยใหม่ 5 ต่อแสน ประชากร
	จำนวนผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี รายใหม่ ในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด ต่อปี	8 ต่อ 100	3 ต่อ 100	2 ต่อ 100
	จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคไวรัสตับอักเสบ บี ต่อปี	820,000 ราย 10 ต่อแสน ประชากร	530,000 ราย 7 ต่อแสน ประชากร	310,000 ราย 4 ต่อแสน ประชากร
	จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ต่อปี	290,000 ราย 5 ต่อแสน ประชากร	240,000 ราย 3 ต่อแสน ประชากร	140,000 ราย 2 ต่อแสน ประชากร
ความครอบคลุม	ร้อยละของผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบ บี ที่ได้รับการวินิจฉัย และรักษา	30%/30%	60%/50%	90%/80%
	ร้อยละของผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ที่ได้รับการวินิจฉัย และรักษาหาย	30%/30%	60%/50%	90%/80%
	ร้อยละของทารกแรกเกิดที่ได้รับวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบ ตอนแรกคลอด และจากวิธีอื่น ๆ เพื่อป้องกันการถ่ายทอด เชื้อไวรัสตับอักเสบ บี จากแม่สู่ลูก	50%	70%	90%
	ความครอบคลุมของวัคซีนไวรัสตับอักเสบ บี ในเด็ก (เข็ม 3)	90%	90%	90%
	จำนวนการกระจายเข็มและกระบอกฉีดยาต่อผู้ใช้ สารเสพติดชนิดฉีด	200	200	200
	สัดส่วนของหน่วยโลหิตที่คัดกรองโรคติดต่อทางเลือด	95%	100%	100%
	สัดส่วนของการฉีดยาที่ปลอดภัย	95%	100%	100%

	ตัวชี้วัด	ข้อมูลอ้างอิง ปี 2563	เป้าหมาย ปี 2568	เป้าหมาย ปี 2573
แนวทางการกำกับ ติดตาม	การวางแผน – จำนวนประเทศที่มีแผนงบประมาณ การจัดโรคไวรัสตับอักเสบ	ยังไม่ได้กำหนด	30	50
	การเฝ้าระวัง – จำนวนประเทศที่จัดทำรายงานการเฝ้าระวัง โรคประจำปี	130	150	170
	การเข้าถึงยาต้านไวรัสตับอักเสบ ซี – ร้อยละเฉลี่ยของ	20%	50%	60%
	ราคายาที่ลดลง (เทียบกับราคาทั่วไปภายในปี 2568) การเข้าถึงยาต้านไวรัสตับอักเสบ บี – ร้อยละเฉลี่ยของ ราคายาที่ลดลง (สอดคล้องกับราคายาต้านไวรัสเอชไอวี ภายในปี 2568)	20%	50%	60%
	การจัดการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก – จำนวนประเทศ ที่ได้รับการรับรองในการจัดการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก ของโรคใดโรคหนึ่ง ดังนี้ เอชไอวี ตับอักเสบ หรือ ซิฟิลิส	15	50	100
	การจัด – จำนวนประเทศที่ได้รับการรับรองในการจัด เชื้อตับอักเสบ ซี และหรือ ตับอักเสบ บี	0	5	20
	การบูรณาการ – สัดส่วนของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ได้รับ การตรวจไวรัสตับอักเสบ ซี/ และรักษาไวรัสตับอักเสบ ซี จนหาย	ยังไม่ได้กำหนด	60%/50%	90%/80%

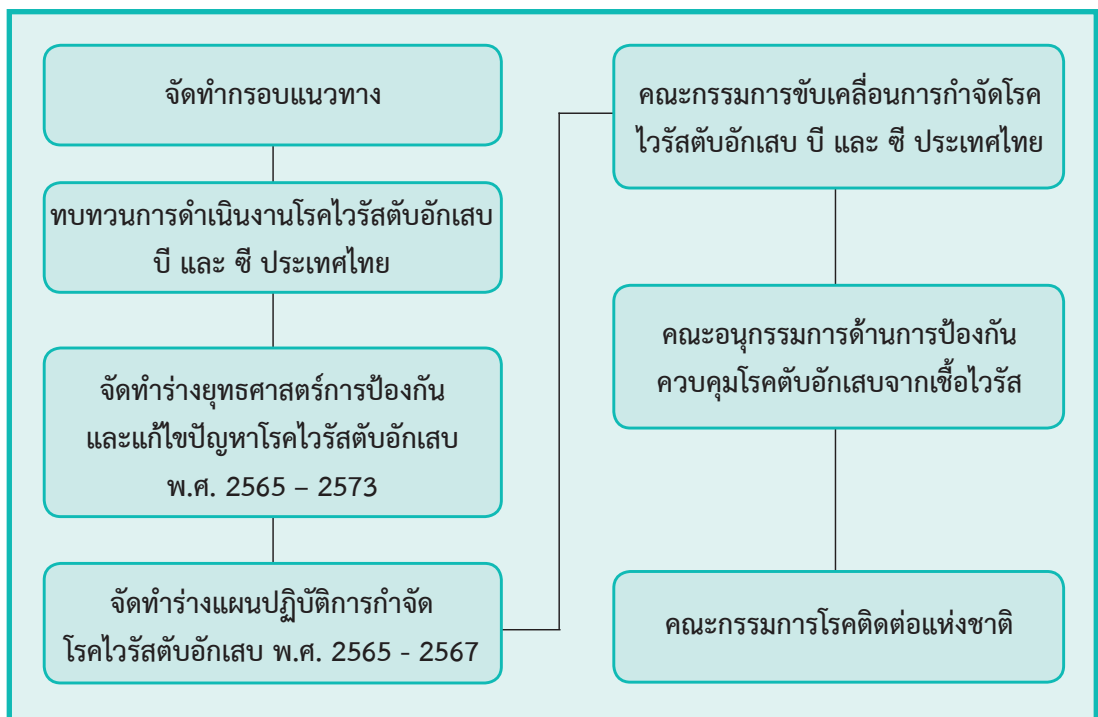
แหล่งที่มา : Global health sector strategies on, respectively, HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections for the period 2022-2030 (p.62-63)

2. ขั้นตอนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์กำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ พ.ศ. 2565 – 2573 และ แผนปฏิบัติการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ พ.ศ. 2565 - 2567

แผนยุทธศาสตร์กำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ พ.ศ. 2565 – 2573 นี้ พัฒนาต่อเนื่องมาจากแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบ พ.ศ. 2560 – 2564 โดยศูนย์ประสานงานโรคตับอักเสบจากไวรัสของโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้หารือกับภาคีเครือข่ายภาคส่วนต่าง ๆ รวมถึงภาคประชาสังคม ในการจัดทำร่างยุทธศาสตร์กำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ พ.ศ. 2565 – 2573 และแผนปฏิบัติการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ พ.ศ. 2565 - 2567 นี้ และเสนอให้คณะกรรมการขับเคลื่อนการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี ประเทศไทย เพื่อพิจารณาร่างยุทธศาสตร์ฯ และแผนปฏิบัติการฯ เพื่อให้ข้อคิดเห็น และเสนอร่างยุทธศาสตร์ฯ และแผนปฏิบัติการฯ ให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียประชาพิจารณ์ร่วมกันเพื่อนำมาปรับปรุงร่างยุทธศาสตร์ฯ และแผนปฏิบัติการฯ

ภายหลังมีรวบรวมผลการประชาพิจารณ์และปรับแก้ร่างยุทธศาสตร์ฯ แล้ว จึงได้เสนอร่างยุทธศาสตร์กำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ พ.ศ. 2565 – 2573 และ แผนปฏิบัติการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ พ.ศ. 2565 - 2567 นี้ เพื่อคณะกรรมการด้านการป้องกันควบคุมโรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัส ภายใต้คณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติพิจารณา เมื่อเพิ่มเติมประเด็นที่คณะกรรมการเสนอแก้ไขแล้ว จึงได้เสนอให้คณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติรับทราบ และมีมติเห็นชอบต่อร่างยุทธศาสตร์ฯและแผนปฏิบัติการฯ

ภาพที่ 7 กระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์กำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ พ.ศ. 2565 – 2573



3. คณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558



ประธาน



กรรมการโดยตำแหน่ง



กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ



กรรมการจาก
สภาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง



กรรมการและเลขานุการ



กรรมการ
และผู้ช่วยเลขานุการ

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

๑. ปลัดกระทรวงกลาโหม
๒. ปลัดกระทรวงการต่างประเทศ
๓. ปลัดกระทรวงคมนาคม
๔. ปลัดกระทรวงมหาดไทย
๕. ปลัดกระทรวงแรงงาน
๖. ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ
๗. ปลัดกระทรวงสาธารณสุข
๘. เลขาธิการคณะกรรมการกฤษฎีกา
๙. ผู้บัญชาการตำรวจแห่งชาติ
๑๐. อธิบดีกรมการแพทย์
๑๑. อธิบดีกรมประชาสัมพันธ์
๑๒. อธิบดีกรมปศุสัตว์
๑๓. อธิบดีกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย
๑๔. อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
๑๕. อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น
๑๖. อธิบดีกรมอนามัย
๑๗. อธิบดีกรมอุทยานแห่งชาติ สัตว์ป่า และพันธุ์พืช
๑๘. ปลัดกรุงเทพมหานคร

รัฐมนตรีแต่งตั้งจากผู้มีความรู้ ความเชี่ยวชาญ และมีประสบการณ์เป็น
ที่ประจักษ์ในด้านการสาธารณสุข การควบคุมโรค และด้านอื่นที่เป็น
ประโยชน์ในการป้องกันควบคุมโรคติดต่อ จำนวน ๔ คน โดยในจำนวนนี้
ต้องแต่งตั้งจากองค์กรพัฒนาเอกชน ซึ่งมีวัตถุประสงค์ที่มีใช่เป็นการ
แสวงหาผลกำไรและดำเนินกิจกรรมด้านการสาธารณสุข อย่างน้อย
๑ คน

๑. ผู้แทนแพทยสภา
๒. ผู้แทนสภาการพยาบาล
๓. ผู้แทนสภาเทคนิคการแพทย์
๔. ผู้แทนสมาคมโรงพยาบาลเอกชน

อธิบดีกรมควบคุมโรค

๑. ผู้อำนวยการสำนักโรคติดต่อทั่วไป
๒. ผู้อำนวยการสำนักโรคระบาดวิทยา

มาตรา ๑๔ อำนาจหน้าที่

กำหนดนโยบาย วางระบบ และแนวทางปฏิบัติในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อ เพื่อให้หน่วยงานของรัฐ คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด/โรคติดต่อจังหวัด/ กรุงเทพมหานคร ดำเนินการให้เป็นไปตามพระราชบัญญัตินี้

พิจารณาให้ความเห็นชอบแผนปฏิบัติการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อหรือโรคระบาด และเสนอคณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบ

เสนอความเห็นต่อรัฐมนตรีในการออกกฎกระทรวง ระเบียบ ประกาศ และแนวทางปฏิบัติเพื่อปฏิบัติตามพระราชบัญญัตินี้

ให้คำปรึกษา แนะนำ และประสานงานแก่หน่วยงานของรัฐและเอกชน เกี่ยวกับการเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อ

ติดตาม ประเมินผล และตรวจสอบการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด/ กรุงเทพมหานคร เพื่อให้ปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการตามข้อ ๒

พิจารณาให้ความเห็นชอบหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขเกี่ยวกับการเบิกจ่ายค่าชดเชย ค่าทดแทน ค่าตอบแทน หรือค่าใช้จ่ายอื่นที่จำเป็นในการดำเนินการเฝ้าระวัง การสอบสวนโรค การป้องกัน หรือการควบคุมโรคติดต่อ

แต่งตั้งคณะกรรมการด้านวิชาการหรือคณะอนุกรรมการ เพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัตินี้

ปฏิบัติการอื่นใดตามที่พระราชบัญญัตินี้หรือกฎหมายอื่นบัญญัติให้เป็นอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติหรือตามที่คณะรัฐมนตรีมอบหมาย



4. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการด้านการป้องกันควบคุมโรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัส



คำสั่งคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ

ที่ ๑ / ๒๕๖๕

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการด้านการป้องกันควบคุมโรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัส

ตามคำสั่งคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ ที่ ๑/๒๕๖๑ ลงวันที่ ๒๗ สิงหาคม ๒๕๖๑ ได้แต่งตั้งคณะกรรมการด้านการป้องกันควบคุมโรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัส นั้น

คณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ ประชุมครั้งที่ ๑๒/๒๕๖๔ เมื่อวันที่ ๒๔ ธันวาคม ๒๕๖๔ มีมติให้แก้ไขเพิ่มเติมองค์ประกอบของคณะกรรมการด้านการป้องกันควบคุมโรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัส อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๔ (๗) แห่งพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘ คณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ จึงมีคำสั่ง ดังนี้

๑. ยกเลิกคำสั่งคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ ที่ ๑/๒๕๖๑ ลงวันที่ ๒๗ สิงหาคม ๒๕๖๑

๒. แต่งตั้งคณะกรรมการด้านการป้องกันควบคุมโรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัส โดยมีองค์ประกอบและอำนาจหน้าที่ ดังนี้

๒.๑ องค์ประกอบ

๒.๑.๑	นายวัลลภ ไทยเหนือ	ที่ปรึกษา
๒.๑.๒	ศาสตราจารย์ยง ภูวรวรรณ หัวหน้าศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านไวรัสวิทยาคลินิก คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	ที่ปรึกษา
๒.๑.๓	นายมานิต ฮีระตันติกานนท์ ที่ปรึกษากรมควบคุมโรค	ที่ปรึกษา
๒.๑.๔	นายศุภมิตร ชุณหสวัณ ที่ปรึกษากรมควบคุมโรค	ที่ปรึกษา
๒.๑.๕	อธิบดีกรมควบคุมโรค	ประธาน
๒.๑.๖	รองอธิบดีกรมควบคุมโรค ที่กำกับงานด้านโรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัส	รองประธาน
๒.๑.๗	นายสมบัติ แทนประเสริฐสุข	อนุกรรมการ
๒.๑.๘	ศาสตราจารย์ประเสริฐ เอื้อวรากุล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล	อนุกรรมการ
๒.๑.๙	ศาสตราจารย์ทวีศักดิ์ แทนวันดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล	อนุกรรมการ
๒.๑.๑๐	รองศาสตราจารย์วัฒนา สุชีไพศาลเจริญ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	อนุกรรมการ

๒.๑.๑๑ นางอัญชลี...

๒.๑.๑๑	นางอัญชลี อวิหิงสานนท์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย	อนุกรรมการ
๒.๑.๑๒	นางสาวศุภรัตน์ เข็มนาคร สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค	อนุกรรมการ
๒.๑.๑๓	นายกสภาเทคนิคการแพทย์	อนุกรรมการ
๒.๑.๑๔	นายกสมาคมโรคตับแห่งประเทศไทย	อนุกรรมการ
๒.๑.๑๕	นายกสมาคมโรคติดต่อแห่งประเทศไทย	อนุกรรมการ
๒.๑.๑๖	ผู้แทนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	อนุกรรมการ
๒.๑.๑๗	ผู้แทนกรมการแพทย์	อนุกรรมการ
๒.๑.๑๘	ผู้แทนกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	อนุกรรมการ
๒.๑.๑๙	ผู้แทนกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	อนุกรรมการ
๒.๑.๒๐	ผู้แทนกรมอนามัย	อนุกรรมการ
๒.๑.๒๑	ผู้แทนกรมบัญชีกลาง	อนุกรรมการ
๒.๑.๒๒	ผู้แทนสำนักงานประกันสังคม	อนุกรรมการ
๒.๑.๒๓	ผู้แทนกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น	อนุกรรมการ
๒.๑.๒๔	ผู้แทนเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประเทศไทย	อนุกรรมการ
๒.๑.๒๕	ผู้แทนมูลนิธิรณรงค์ไทย	อนุกรรมการ
๒.๑.๒๖	ผู้อำนวยการกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค	อนุกรรมการ
๒.๑.๒๗	ผู้อำนวยการกองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค	อนุกรรมการ
๒.๑.๒๘	หัวหน้าโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบาย ด้านสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	อนุกรรมการ
๒.๑.๒๙	ผู้แทนกองยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	อนุกรรมการ
๒.๑.๓๐	ผู้อำนวยการกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค	อนุกรรมการ และเลขานุการ
๒.๑.๓๑	หัวหน้าศูนย์ประสานงานโรคตับอักเสบจากไวรัส กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค	อนุกรรมการ และผู้ช่วยเลขานุการ

๒.๒ อำนาจหน้าที่

๒.๒.๑ ศึกษา พิจารณาข้อมูลและประมวลผลข้อมูลด้านวิชาการที่เกี่ยวข้องกับโรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัส เพื่อใช้ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัส

๒.๒.๒ เสนอความเห็นหรือให้ข้อเสนอแนะทางวิชาการด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัส

๒.๒.๓ สนับสนุนให้หน่วยงานดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์กำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ พ.ศ. ๒๕๖๕ - ๒๕๗๓ และติดตามประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง โดยขับเคลื่อนภายใต้กลไกการขับเคลื่อนระดับประเทศและระดับจังหวัด ตามที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘

๒.๒.๔ รายงาน...

๒.๒.๔ รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงาน รวมถึงปัญหาอุปสรรคต่อคณะกรรมการ
ด้านวิชาการตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘ เพื่อพิจารณาในส่วนที่เกี่ยวข้องหรือพิจารณา
ตามที่เห็นสมควร

๒.๒.๕ ปฏิบัติงานอื่น ตามที่ได้รับมอบหมาย
ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๑ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๕

ว.ช.น.

(นายอนุทิน ชาญวีรกูล)

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
ประธานกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ

5. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี ประเทศไทย



คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๒๓๕ / ๒๕๖๔

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี ประเทศไทย

ตามคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๘๘๗/๒๕๖๔ ลงวันที่ ๑๘ สิงหาคม ๒๕๖๔ ได้แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี ประเทศไทย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อขับเคลื่อนนโยบาย ยุทธศาสตร์ และมาตรการในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบของประเทศไทยอย่างบูรณาการ และเป็นรูปธรรม ไปแล้ว นั้น

เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงองค์ประกอบของคณะกรรมการฯ เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปด้วยความเรียบร้อยและมีประสิทธิภาพ อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๑ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ ๕) พ.ศ. ๒๕๔๕ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข จึงมีคำสั่ง ดังนี้

๑. ให้ยกเลิกคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๘๘๗/๒๕๖๔ ลงวันที่ ๑๘ สิงหาคม ๒๕๖๔

๒. แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี ประเทศไทย โดยมีองค์ประกอบ หน้าที่และอำนาจ ดังนี้

๒.๑ องค์ประกอบ

๒.๑.๑ นายวัลลภ ไทยเหนือ	ที่ปรึกษา
๒.๑.๒ ศาสตราจารย์ยง ภู่วรวรรณ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	ที่ปรึกษา
๒.๑.๓ นายศุภมิตร ชุณหสวัณ	ที่ปรึกษา
๒.๑.๔ นายสมบัติ แทนประเสริฐสุข	ที่ปรึกษา
๒.๑.๕ อธิบดีกรมควบคุมโรค	ประธานกรรมการ
๒.๑.๖ รองอธิบดีกรมควบคุมโรค ที่กำกับงานด้านโรคไวรัสตับอักเสบ	รองประธานกรรมการ
๒.๑.๗ นายวิศิษฐ์ มูลศาสตร์ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค	กรรมการ
๒.๑.๘ นายพรศักดิ์ อยู่เจริญ รักษาการนายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค	กรรมการ
๒.๑.๙ ผู้อำนวยการกองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค	กรรมการ
๒.๑.๑๐ ผู้แทนกองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ

๒.๑.๑๑...

๒.๑.๑๑	ผู้แทนกรมการแพทย์	กรรมการ
๒.๑.๑๒	ผู้แทนกรมอนามัย	กรรมการ
๒.๑.๑๓	ผู้แทนกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	กรรมการ
๒.๑.๑๔	ผู้แทนสมาคมเทคนิคการแพทย์	กรรมการ
๒.๑.๑๕	นายกสมาคมโรคตับแห่งประเทศไทย	กรรมการ
๒.๑.๑๖	นายกสมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย	กรรมการ
๒.๑.๑๗	นายกสมาคมโรคติดเชื้อในเด็กแห่งประเทศไทย	กรรมการ
๒.๑.๑๘	ผู้แทนกรมบัญชีกลาง	กรรมการ
๒.๑.๑๙	ผู้แทนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	กรรมการ
๒.๑.๒๐	ผู้แทนสำนักงานประกันสังคม	กรรมการ
๒.๑.๒๑	ผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	กรรมการ
๒.๑.๒๒	ผู้แทนกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น	กรรมการ
๒.๑.๒๓	ผู้แทนองค์การอนามัยโลก	กรรมการ
๒.๑.๒๔	นายเฉลิมศักดิ์ กิตติตระกูล มูลนิธิเข้าถึงเอดส์	กรรมการ
๒.๑.๒๕	ผู้อำนวยการกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค	กรรมการ และเลขานุการ
๒.๑.๒๖	รองผู้อำนวยการกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ที่กำกับดูแลงานด้านโรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัส กรมควบคุมโรค	กรรมการ และผู้ช่วยเลขานุการ
๒.๑.๒๗	หัวหน้าศูนย์ประสานงานโรคตับอักเสบจากไวรัส กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค	กรรมการ และผู้ช่วยเลขานุการ

๓. หน้าที่และอำนาจ

๓.๑ กำหนดทิศทาง นโยบาย และมาตรการในการป้องกันและควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบ เพื่อขับเคลื่อนการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี ในประเทศไทย

๓.๒ ให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อขับเคลื่อนการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี ในประเทศไทย

๓.๓ แต่งตั้งคณะกรรมการ และคณะทำงานเพิ่มเติมตามความเหมาะสม

๓.๔ ปฏิบัติหน้าที่อื่น ๆ ตามที่เกี่ยวข้อง

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๑๙ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๔



(นายธงชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์)
รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข
หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการสาธารณสุข
ปฏิบัติราชการแทน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

6. รายชื่อคณะผู้จัดทำ

1. ที่ปรึกษา

- | | |
|--|---|
| 1.1 นายแพทย์วัลลภ ไทยเหนือ | อดีตผู้ช่วยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข |
| 1.2 นายแพทย์สมบัติ แทนประเสริฐสุข | ที่ปรึกษากรมควบคุมโรค |
| 1.3 นายแพทย์โอภาส การย์กวินพงศ์ | อธิบดีกรมควบคุมโรค |
| 1.4 นายแพทย์ปรีชา เปรมปรี | รองอธิบดีกรมควบคุมโรค |
| 1.5 นายแพทย์วิวัฒน์ โรจนพิทยากร | ที่ปรึกษาสถาบันสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 1.6 รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ | คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |

2. บรรณาธิการ

- | | |
|---|---|
| 2.1 แพทย์หญิงชีวันนันท เลิศพิริยสุวัฒน์ | ผู้อำนวยการกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ |
| 2.2 แพทย์หญิงสุชาดา เจียมศิริ | รองผู้อำนวยการกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ |

3. รายชื่อผู้จัดทำ

- | | |
|---|---|
| 3.1 นายแพทย์พรศักดิ์ อยู่เจริญ | ผู้ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค |
| 3.2 แพทย์หญิงมณฑินี วสันตอุโปภาคาร | รองผู้อำนวยการกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ |
| 3.3 ศาสตราจารย์นายแพทย์พิสิฐ ตั้งกิจวานิชย์ | สมาคมโรคตับแห่งประเทศไทย |
| 3.4 แพทย์หญิงอัญชลี อวิหิงสานนท์ | ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย |
| 3.5 นายแพทย์รัฐพล เตรียมวิชานนท์ | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ |
| 3.6 Dr. B.B. Rewari | WHO SEARO |
| 3.7 นายแพทย์ฐิติพงษ์ ยิ่งยง | กองระบาดวิทยา |
| 3.8 นางนุชนารถ แก้วดำเกิง | กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ |
| 3.9 แพทย์หญิงดารินดา รอดชะ | กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ |
| 3.10 นางพรทิพย์ เข้มเงิน | กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ |
| 3.11 นางปาริชาติ จันทร์จรัส | กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ |
| 3.12 นางสาวฉวีวรรณ คล้ายนาค | กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ |
| 3.13 นางพัชรภรณ์ ภาณุตานนท์ | กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ |
| 3.14 นางเครือทิพย์ จันทธานิวัฒน์ | กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ |
| 3.15 นางสาวเพลินพิศ พรหมมะลิ | กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ |
| 3.16 นายชัยสุข ตั้งวงศ์จุลนิยม | กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ |
| 3.17 นางอัจฉรา ภักดีพินิจ | กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ |

3.18 นางสาวลาวัลย์ สันติชินกุล	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
3.19 นางสาววรรณรัตน์ มากำเนิด	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
3.20 นางสาวศิริลักษณ์ กองพลี	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
3.21 นายยุทธภูมิ ศรีคำจัน	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
3.22 นางสาวบุญยานุช ทองคำดี	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
3.23 นางสาวรวิพร เสาร์อินทร์	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
3.24 นายพิชพันธ์ พงษ์สกุล	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
3.25 นางสาวปรีศนา บัวสกุล	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
3.26 นางสาววันทนี ดิษฐปาน	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
3.27 นางสาววรรณณ กลิ่นสุภา	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
3.28 ว่าที่ ร.ต.หญิงจุฑารัตน์ ชูเอียด	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
3.29 นางสาวสุตาภรณ์ กู่ทอง	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
3.30 นางสาวณัฐนิชา วัฒนนานนท์	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
3.31 นางสาววัชรินทร์ ใจช่วง	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
3.32 นางศิริน ประสมสุข	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
3.33 นางสาวภาวัญ กาญจนภา	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
3.34 นายณัฐพร โสมเสมอสุวรรณ	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
3.35 นางสาวคันสนีย์ วงศ์ม่วย	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
3.36 นางสาวจารุวรรณ รูปทอง	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
3.37 นางสาวศรัณยา สีโรส	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
3.38 นายกรกฎ ดวงผาสุข	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
3.39 นางสาวจิราพร นวนงาม	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
3.40 นางสาวบังอร สมดี	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
3.41 นางสาวสมจิตต์ บัวบาน	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
3.42 นายสมยศ เจริญสุข	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
3.43 นายกันตินันท์ รุ่งธนาตา	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
3.44 คุณพุกษา เชื้อสุภา	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
3.45 คุณอมิสัย สวัสดิการ	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
3.46 คุณกัลยาณี แผลมภู	ผู้ประสานงานองค์การอนามัยโลกประเทศไทย
3.47 นางสาวสุเมธา เสงประเสริฐ	ผู้ประสานงานองค์การอนามัยโลกประเทศไทย

3.48 นางสาวสุภาวดี ประทาน
 3.49 นางสาวมนต์ทิศา สุนันตา
 3.50 นางสาวพรรณธันส์ โปฏก
 3.51 นางธัญญารัตน์ วงศ์ชนะ
 3.52 นางดุขฎี นรศาตวัด
 3.53 นางสาวจุฑามาศ มากกุญชร
 3.54 นายภาณุวัฒน์ เสี่ยมจิตต์เกษม
 3.55 นางจุฬาลักษณ์ จิตินันท์วัฒน์
 3.56 นางสาวกัทลี ทารคุโน
 3.57 นางสาวสุรางรัตน์ เบ็ญจวรรณ
 3.58 นางสาววราพร คร่ำกระโทก
 3.59 นางสาวมยุรา เอื้องหล้า
 3.60 นางสาวพิสมัย สุระกาญจน์
 3.61 นางสาวจิราภา ตาลหยง
 3.62 นางสาวสุนันทา แสนวงษ์
 3.63 นางสาวดวงเดือน จันทะโชติ
 3.64 นางดวงจันทร์ จันทรเมือง
 3.65 นางพรพรรณชนก อินทร์หงษ์ษา
 3.66 นางผ่องศรี สืบท้วม
 3.67 นายชนพล ฉายประทีป
 3.68 นางฟาริตะห์ มุหาหมัด
 3.69 นางวิภาวดี ทัพย์ปัญญา
 3.70 นางสาวจันทร์เพ็ญ เผือกไร่
 3.71 นายสันติ ตำนนริภัย
 3.72 คุณณัฐพร ไชยประดิษฐ์กุล
 3.73 ดร.นภาพร พิมพ์สิงห์
 3.74 นายทนาศักดิ์ ปันทรัพย์
 3.75 คุณสุภาณี นันทะเสน
 3.76 นางเนตรณพิศ มณีโชติ
 3.77 นางบุญช่วย นาสูงเนิน

สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง
 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่
 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่
 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 พิษณุโลก
 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 นครสวรรค์
 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 นครสวรรค์
 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 นครสวรรค์
 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 นครสวรรค์
 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 สระบุรี
 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 ราชบุรี
 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ชลบุรี
 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ชลบุรี
 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น
 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 อุดรธานี
 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 อุดรธานี
 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 อุดรธานี
 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา
 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี
 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 นครศรีธรรมราช
 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 นครศรีธรรมราช
 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 สงขลา
 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่
 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน
 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท
 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี
 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์
 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราดบุรี
 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี
 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

3.78	นางณัฐฉิณี เสือโต	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร
3.79	นางสายสิญจน์ อุไทย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก
3.80	นางสาวอุมาร มณีวงษ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี
3.81	นางฉวีวรรณ คำคำหา	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี
3.82	นางจิราวัฒน์ นันไชย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
3.83	นายณัฐชัย แสงสุขขา	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์
3.84	นางสาวอาทิตย์ยา วรรณธาดา	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์
3.85	นางสมสมัย โคตรชุม	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ
3.86	นางณัฐชญา รามจันทร์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง
3.87	นายวิสูตร จอมสวัสดิ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี
3.88	นายแพทย์โอฬาร วิวัฒนาช่าง	โรงพยาบาลอุดรธานี
3.89	คุณนริศรา ศรีตะปัญญา	โรงพยาบาลนครนายก
3.90	นางพรพรรณ มะกรุดอินทร์	โรงพยาบาลศรีประจันต์
3.91	นายเฉลิมศักดิ์ กิตติตระกูล	มูลนิธิเข้าถึงเอดส์
3.92	คุณนิภา ชมภูป่า	มูลนิธิรักษ์ไทย
3.93	คุณกฤษฎากร สอทอง	มูลนิธิรักษ์ไทย
3.94	คุณจุฑารัตน์ วงศ์สุวรรณ	มูลนิธิรักษ์ไทย
3.95	คุณอัญชลี จำอ่อง	มูลนิธิรักษ์ไทย จังหวัดสุราษฎร์ธานี
3.96	นางสาวกษมา आयิ	กลุ่ม ค คน เพื่อการเปลี่ยนแปลง จังหวัดเชียงราย
3.97	คุณชัยยะ บุญเต็ม	ศูนย์ประสานงานกลาง เครือข่ายผู้เฒ่าประเทศไทย
3.98	คุณอดุลย์ สกาวัญ	ศูนย์ลดอันตรายจากยาเสพติด จังหวัดนครราชสีมา
3.99	คุณพัชรกัญญา ตู๋ทวีทรัพย์	เครือข่ายผู้เฒ่าประเทศไทย
3.100	คุณกนกวรรณ เพชรเครือ	เครือข่ายผู้เฒ่าประเทศไทย
3.101	คุณกิตติชัย ช่มแก้ว	เครือข่ายผู้เฒ่าประเทศไทย จังหวัดเชียงใหม่
3.102	นางสาวปิ่นธนา ซาซี	ผู้จัดการกลุ่ม Together จังหวัดนราธิวาส
3.103	คุณชูฮานงค์ สมาชิก	กลุ่ม Care Term จังหวัดสงขลา
3.104	Dr. Niclolas Durier	โครงการวิจัย C – Free
3.105	Dr. Tanyaporn Wansom	โครงการวิจัย C – Free

4. รายชื่อผู้เข้าร่วมประชาพิจารณ์

4.1 ศาสตราจารย์นายแพทย์ยง ภู่วรวรรณ	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
4.2 ทนพ.สมชัย เจิดเสริมอนันต์	สภาเทคนิคการแพทย์
4.3 นายสุชสันต์ จิตติมณี	สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง
4.4 นางสาวจิรพรรณ บุญฤทธิ์	สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง
4.5 นายแพทย์จิตติสันต์ ปาลกะวงศ์ ณ อยุธยา	ศูนย์บริการสาธารณสุข 28 กรุงเทพมหานคร
4.6 แพทย์หญิงฉันทพัทธ์ พฤกษ์วัน	ศูนย์บริการสาธารณสุข 26 เจ้าคุณพระประยูรวงศ์
4.7 นายแพทย์สธน ชมพูพันธ์	ศูนย์บริการสาธารณสุข 51 วัดไผ่ตัน
4.8 แพทย์หญิงปวีณา อังคนานุกิจ	ศูนย์บริการสาธารณสุข 6 สโมสรวัฒนธรรมหญิง
4.9 นางกนกรัตน์ เลิศไทรภาพ	กองควบคุมโรคเอดส์ฯ สำนักงานมัย กทม
4.10 นางสาวนิตยา อินทร์ศรี	กองควบคุมโรคเอดส์ฯ สำนักงานมัย กทม.
4.11 Dr.B.B. Rewari	WHO SEARO
4.12 Dr.Olufunmilayo Lesi (Funmi)	Hepatitis – WHO HQ
4.13 Dr.Niklas Luhmann	HIV & Hepatitis – WHO HQ
4.14 Dr.Deyer Gopinath	Malaria and Border Health, WHO Thailand
4.15 Dr.Joe Woodring	WHO Thailand
4.16 คุณกัลยาณี แหลมภู	ผู้ประสานงานองค์การอนามัยโลกประเทศไทย
4.17 นางสาวเบญจมาศ ใจงาม	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
4.18 นางอำพร จุ้ยอ่อน	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
4.19 นายสรายุทธิ์ อินทร	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
4.20 นางจิตรา อ่อนน้อม	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
4.21 นางสาวนิรมล ปัญสุวรรณ	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
4.22 นางสาวภาณีจ สวงโท	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
4.23 นางสาวนภัสชญารู้ อธิธิประเวศ	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
4.24 นางสาวเกศรา แยมบุญเรือง	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 จังหวัดเชียงใหม่
4.25 นางสาวกาญจนา มากะนิตย์	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก
4.26 นายไพศาล บัวลา	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี
4.27 นางสาวสุภรณ์ โมราผล	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครราชสีมา
4.28 นางนิมอนงค์ ไทยเจริญ	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา
4.29 นางสาวน้ำผึ้ง มูลพฤษ	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา

- 
- 4.30 นายวัชรินทร์ ทองดี
4.31 นางสาวอรณี หมะสัน
4.32 นายวีระพันธ์ งามมี
4.33 นายธรรมรัตน์ อนันตสุวรรณ
4.34 นายนัฐวุฒิ ศรีเจิมทอง
4.35 Dr.Nicolas Durier
4.36 Dr.Tanyaporn Wansom
4.37 Miss Benjamas Intharabut
4.38 นายกฤษดากร สอทอง
4.39 นางสาวจุฑารัตน์ วงศ์สุวรรณ
4.40 คุณศรีสัจฉายณ์ ปัญญาเป็ง

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี
โรงพยาบาลจะนะ
มูลนิธิโอโซน
มูลนิธิโอโซน
มูลนิธิโอโซน
โครงการวิจัย C-Free
โครงการวิจัย C-Free
โครงการวิจัย C-Free
มูลนิธิรักษ์ไทย
มูลนิธิรักษ์ไทย
มูลนิธิรักษ์



ศูนย์ประสานงานโรคตับอักเสบจากไวรัส
กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

โทรศัพท์ 0-2590-3216 โทรสาร 0-2591-8413
Email : Hepatitis.bats@gmail.com

