

THAILAND GETTING TO ZERO

รายงานผลการทบทวนความก้าวหน้าของประเทศไทย
ตามเป้าหมายปฏิญญาการเมืองว่าด้วย
เรื่องเอชไอวีและเอดส์
จากที่ประชุมใหญ่สมัชชาสหประชาชาติ พ.ศ. 2554

พฤษภาคม 2556



THAILAND
GETTING TO ZERO

รายงานผลการทบทวนความก้าวหน้าของประเทศไทย
ตามเป้าหมายปณิธานการเมืองว่าด้วยเรื่องเอชไอวีและเอดส์
จากที่ประชุมใหญ่สมัชชาสหประชาชาติ พ.ศ. 2554

พฤษภาคม 2556

สารบัญ

I.	คำย่อ.....	1
II.	ความเป็นมาและบริบท.....	2
III.	สาระสำคัญโดยสรุป.....	5
IV.	เป้าหมายตามปฏิญญาการเมือง.....	6
	เป้าหมายที่ 1.....	6
	เป้าหมายที่ 2.....	9
	เป้าหมายที่ 3.....	11
	เป้าหมายที่ 4.....	13
	เป้าหมายที่ 5.....	15
	เป้าหมายที่ 6.....	17
	เป้าหมายที่ 7.....	19
	เป้าหมายที่ 8.....	21
	เป้าหมายที่ 10.....	23
V.	ภาพรวมตัวชี้วัด ถึงปี 2555.....	29
VI.	ภาคผนวก.....	39
	ผนวก 1: รายชื่อการประเมินผลและการประเมินสถานการณ์.....	39
	ผนวก 2: คณะทำงานวิเคราะห์และร่างผลการทบทวน.....	40
	ผนวก 3: รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมปรึกษาหารือระดับชาติ วันที่ 28 พฤษภาคม 2556.....	41
	ผนวก 4: คณะทำงานพิจารณาผลการทบทวนตามเป้าหมายในการประชุมปรึกษาหารือ ระดับชาติ วันที่ 28 พฤษภาคม 2556.....	45

คำย่อ

SW	Sex Worker พนักงานบริการ
GARPR	Global AIDS Response Progress Report รายงานความก้าวหน้าระดับโลก
IBBS	Integrated Biological and Behavioral Surveillance การเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีและพฤติกรรม
MSM	Men who have Sex with Men ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย
MSW	Male Sex Worker พนักงานบริการชาย
NCPI	National Commitment and Policy Instruments เครื่องมือสำรวจดัชนีรวมด้านนโยบาย
	PrEP Pre-Exposure Prophylaxis การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีด้วยการให้ยาต้านไวรัสก่อนสัมผัสเชื้อ
STI	Sexually Transmitted Infection โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
UNAIDS	Joint United Nations Development Programme on HIV/AIDS สำนักงานโครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ
VCT	Voluntary Counseling and Testing การให้การศึกษาและตรวจการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ
KPI	Key Performance Indicator ตัวชี้วัดที่มีเป้าหมายร่วมกัน

II. ความเป็นมาและบริบท

ปฏิญญาการเมืองว่าด้วยเรื่องเอชไอวีและเอดส์ จากที่ประชุมใหญ่สมัชชาแห่งสหประชาชาติ พ.ศ. 2554 ได้กำหนดเป้าหมายที่จะบรรลุผลสัมฤทธิ์ภายในปี พ.ศ. 2558 ไว้ในระดับที่สูงมาก พร้อมกับได้พัฒนากรอบตัวชี้วัดหลักเพื่อสะท้อนถึงเป้าหมายใหม่และความมุ่งมั่นในการยุติปัญหาเอดส์ (End AIDS) ในปฏิญญาการเมืองดังกล่าวได้กำหนดให้รายงานความก้าวหน้าร่วมไปกับการรายงานระดับโลกของเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ ที่จะมีการทบทวนเป้าหมายในเดือนกันยายน พ.ศ. 2556 นี้

ด้วยเหตุนี้ ในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2555 ผู้อำนวยการโครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ หรือ ยูเอ็นเอดส์ (UNAIDS) ได้มีหนังสือไปยังผู้แทนถาวรของทุกประเทศ ในสำนักงานองค์การสหประชาชาติ นครเจนีวา ขอความร่วมมือให้ประเทศสมาชิกทบทวนความก้าวหน้าระดับชาติ ในช่วงระยะเวลาที่กลางแผน โดยเปรียบเทียบกับเป้าหมายของปฏิญญาการเมืองว่าด้วยเรื่องเอชไอวีและเอดส์ หรือที่เรียกกันว่า “เป้าหมาย 10 ประการ”

ในการทบทวนความก้าวหน้าระดับชาติในช่วงระยะเวลาที่กลางแผน ได้ประมวลข้อมูลจากการประเมินความก้าวหน้าที่เป็นประเด็นสำคัญ เปรียบเทียบตามตัวชี้วัดการรายงานความก้าวหน้าระดับโลก (Global AIDS Response Progress Report: GARP) และจากแหล่งข้อมูลอื่นๆ เพื่อชี้แจงจำกัดและช่องว่างในการดำเนินงานของประเทศ และกำหนดข้อเสนอการแก้ไขและความมุ่งมั่นที่จะดำเนินการต่อไป

"การมุ่งสู่เป้าหมายที่เป็นศูนย์" ของประเทศไทยได้เริ่มขึ้นเมื่อหลายปีก่อน ด้วยการกำหนดเป้าหมายที่จะลดจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ให้การรักษาดูแลผู้ติดเชื้อ โดยที่ผู้ติดเชื้อไม่ต้องจ่ายค่ารักษา ทั้งยังมีการดำเนินงานลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ ประเทศไทยประสบความสำเร็จในหลายเรื่อง และได้รับการยอมรับในระดับโลกในฐานะที่เป็นประเทศที่ "มีการดำเนินงานที่ดี" หรือ "best practice" ในการป้องกันการติดเชื้อ และการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ

ยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2555 - 2559 ได้กล่าวถึงความสำเร็จในการป้องกัน อาทิเช่น จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ลดลงมากกว่าร้อยละ 25 จากปี พ.ศ. 2544 ถึง ปี พ.ศ. 2552 ลูกค้าใช้ถุงยางอนามัยกับพนักงานบริการ (Sex worker) ในอัตราสูง วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์กับพนักงานบริการน้อยลง ในขณะที่อัตราความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี ในช่วงระยะ 5 ปีที่ผ่านมาของกลุ่มพนักงานบริการชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย และผู้ขายด้วยวิธีฉีดยา มีอัตราสูงคงที่ ทั้งนี้ ในช่วงระหว่างปี พ.ศ.2555-2559 คาดประมาณว่าจำนวนผู้ติดเชื้อ รายใหม่ ในกลุ่มพนักงานบริการ ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ผู้ขายด้วยวิธีฉีดยา และในกลุ่มคู่อื่นที่มีผลเลือดต่าง รวมแล้วคิดเป็นร้อยละ 94 ของการติดเชื้อ รายใหม่ในประเทศไทย

ปัจจัยด้านสังคม การเมือง กฎหมาย และสภาพแวดล้อมบางส่วน ยังคงส่งผลให้เกิดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการป้องกัน เช่น การลดอันตรายจากการใช้ยาสำหรับผู้ขายด้วยวิธีฉีดยา การรักษาและดูแลผู้ติดเชื้อที่ไม่ใช่คนไทย ได้แก่กลุ่มแรงงานต่างชาติที่ไม่ได้จดทะเบียน การตีตราและเลือกปฏิบัติ รวมถึงประเด็นที่เกี่ยวข้องกับเพศภาวะ สิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์และสิทธิทางเพศ ซึ่งแม้ว่าจะลดลงไปบ้างแล้ว แต่ก็ยังคงมีผลกระทบในเชิงลบต่อผู้ติดเชื้อ และผู้ได้รับผลกระทบจากเอดส์

ยุทธศาสตร์ฯเอตส์แห่งชาติ พ.ศ.2555-2559 กำหนดเป้าหมายที่เป็นแนวเดียวกันกับเป้าหมาย 10 ประการ ของปฏิญญาการเมืองฯ ดังกล่าว ด้วยเป้าหมายที่สูงกว่า โดยกำหนดยุทธศาสตร์ทั้งที่เป็น การป้องกัน การรักษาดูแลและช่วยเหลือผู้ติดเชื้อฯ และผู้ได้รับผลกระทบ แม้ว่าการทบทวนความก้าวหน้าครั้งนี้ จะมีใช้การทบทวนยุทธศาสตร์ฯ เอตส์แห่งชาติ แต่ก็ยังเป็นโอกาสที่ประเทศจะได้ตรวจสอบประเด็นหลัก ๆ ในการดำเนินงานของประเทศไปสู่เป้าหมายปี พ.ศ. 2559

กระบวนการทบทวน

การทบทวนความก้าวหน้าครั้งนี้ ใช้ข้อมูลจากการประเมินผลและการประเมินสถานการณ์ ที่ดำเนินการหลายชั้น และข้อเสนอแนะจากการประชุมภาคีผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน และการประชุมหารือ หลายครั้ง (ผนวก 1)

ประเทศไทยได้ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมจากภาคีผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนในการทบทวนและตรวจสอบ ข้อมูล ในการจัดทำรายงานความก้าวหน้ารอบนี้ มีการประชุมหารือหลายครั้ง ในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2556 ทบทวนผลการประเมินผลโดยหน่วยงานภายนอก สำหรับการป้องกันในกลุ่ม ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ผู้ใช้ยา ด้วยวิธีฉีด และพนักงานบริการ และได้จัดทำข้อเสนอเพื่อกำหนดวิธีการดำเนินงานใหม่ นอกจากนี้ ได้ดำเนินการศึกษาเพื่อทบทวนและวิเคราะห์ข้อมูลในประเด็นของกฎหมาย และนโยบายของประเทศ และ ผลกระทบ ต่อการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอตส์ของประเทศ

สืบเนื่องจากการประชุมปรึกษาหารือระดับชาติ เรื่อง การใช้ยาต้านไวรัสฯเชิงยุทธศาสตร์ ในเดือน สิงหาคม พ.ศ. 2555 คณะทำงานที่จัดตั้งขึ้นประกอบด้วยภาคีผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนได้พิจารณาจัดทำ ข้อเสนอในการพัฒนาการดำเนินงานในประเด็นสำคัญๆ ได้แก่ การให้คำปรึกษาและตรวจการติดเชื้อเอชไอวี การให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯแก่แม่ต่อเนื่องหลังจากการคลอด (Option B+) การรักษาที่มีผลต่อการ ป้องกันการติดเชื้อรายใหม่ การให้ยาต้านไวรัสฯเพื่อป้องกันก่อนสัมผัสเชื้อฯ (Pre-Exposure Prophylaxis: PrEP) และการสร้างตัวแบบทางด้านงบประมาณและด้านระบาดวิทยา คณะทำงานได้ประชุมและจัดทำ รายงานข้อค้นพบและข้อเสนอ ในช่วง เดือน มกราคม - เมษายน พ.ศ. 2556 ซึ่งได้นำมาพิจารณารวมอยู่ ในรายงานฉบับนี้

ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอตส์แห่งชาติได้ประสานการทำงานของคณะทำงาน 13 คณะ (ผนวก 2) จัดเตรียม (ร่าง) ผลการทบทวน และจัดประชุมหารือระดับชาติกับภาคีที่เกี่ยวข้องจากหน่วยงาน ต่างๆ ทั้งในส่วนกลางและพื้นที่ ทบทวนและสรุปรายงานนี้เมื่อวันที่ 28 พฤษภาคม 2556

การทบทวน

ใช้เป้าหมายของปฏิญญาการเมืองฯ พ.ศ.2554 เป็นโครงสร้างของการทบทวน ผลการทบทวน ประกอบด้วยข้อค้นพบสำคัญ สรุปข้อค้นพบและข้อเสนอที่สำคัญ ได้จัดลำดับความสำคัญของข้อเสนอ โดยเลือกมาใน 3 ลำดับแรก และกำหนดระยะเวลาที่เป็นไปได้ในการดำเนินงาน

ในรายงานได้ใช้สัญลักษณ์แสดงให้เห็นว่าโอกาสที่ประเทศไทยจะบรรลุเป้าหมายมีมากน้อยเพียงใด

- ✔ เครื่องหมายถูกในวงกลมสีเขียว หมายความว่า เป้าหมายนั้นๆ จะมีโอกาสบรรลุได้ โดยที่ต้องมีการดำเนินงานที่เข้มข้นและเพียงพอ
- ⚠ เครื่องหมายระวัง หมายความว่า เป้าหมายนั้นๆ จะไม่สามารถบรรลุได้ ยกเว้นว่าจะใช้การทำงานแบบใหม่
- ❓ เครื่องหมายคำถาม เตือนว่าในเป้าหมายนั้นๆ ยังมีข้อมูลไม่เพียงพอที่จะวิเคราะห์ประเด็นจำเพาะที่จะนำมากำหนดวิธีการดำเนินงานได้ชัดเจน

การปรึกษาหารือระดับชาติ

การประชุมปรึกษาหารือระดับชาติในวันที่ 28 พฤษภาคม พ.ศ. 2556 มีผู้เข้าร่วมประชุมจำนวน 120 คน (ผนวก 3) ได้จัดประชุมกลุ่ม 7 กลุ่ม พิจารณา (ร่าง) ผลการทบทวนในแต่ละเป้าหมาย โดยมุ่งเน้นในส่วนของกิจกรรมที่จะดำเนินการต่อไป 3 ลำดับแรกของแต่ละเป้าหมาย

มีประเด็นที่เป็นประเด็นร่วม สรุปได้ดังนี้

- **ความมุ่งมั่นของฝ่ายการเมือง:** มีความเห็นที่เป็นฉันทามติว่า ประเทศไทยมีความสามารถและด้วยความเข้มแข็งของทุกภาคส่วนจะร่วมกัน “ยุติปัญหาเอดส์” (End AIDS) ในประเทศไทยได้ภายใน 2 ทศวรรษนี้ หากฝ่ายการเมืองจะมีความมุ่งมั่นและสนับสนุนการลงทุนจัดสรรทรัพยากรในส่วนที่จำเป็นและให้กรอบนโยบายที่จะ “ยุติปัญหาเอดส์” อย่างจริงจัง
- **แผนงาน:** มีความจำเป็นที่จะต้องดำเนินงานด้วยมาตรการที่มากกว่าการให้ความรู้เพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ การกระจายอุปกรณ์ป้องกัน และการส่งต่อรับบริการ ทั้งนี้ด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ มีความชัดเจนว่าแผนงานของประเทศต้องเปลี่ยนแปลงจากการแยกงานป้องกันจากงานรักษา เป็นการบูรณาการการป้องกันและการรักษา ทำให้กลุ่มประชากรหลักที่มีภาวะเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อ “เข้าถึง – ตรวจการติดเชื้อ – รักษา - คงอยู่ในระบบบริการ”
- **รูปแบบใหม่ของการทำงานร่วมกันของภาคี:** เจือปนใจของความสำเร็จที่จะยุติปัญหาเอดส์อยู่ที่การต้องกำหนดวิธีใหม่ในการทำงานที่บูรณาการการป้องกันและการรักษา ด้วยระบบให้บริการที่เป็นทางเลือกใหม่ ที่ต้องพิจารณาการปรับเปลี่ยนบทบาทการทำงานและการทำงานร่วมกันของภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม
- **การติดตามและเลือกปฏิบัติ:** ยังเป็นอุปสรรคสำคัญที่สุดในการเข้าถึงบริการ ของทั้งผู้ติดเชื้อฯ และกลุ่มประชากรหลัก แนวคิดของการเปลี่ยนทัศนคติจากการที่เป็นเอดส์แล้วตาย ไปเป็นการดูแลโรคเรื้อรัง ยังต้องการแนวทางที่มีความสมดุล เพราะความเข้าใจโดยทั่วไปของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่เพียงพอต่อความเข้าใจในชีวิตของผู้ติดเชื้อฯ

III. สารสำคัญโดยสรุป

 REDUCE SEXUAL TRANSMISSION		<p>เป้าหมาย 1: ประเทศไทยจะบรรลุเป้าหมายลดการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีทางเพศสัมพันธ์ได้ ต่อเมื่อร้อยละ 90 ของกลุ่มประชากรหลักได้รับการให้บริการให้การศึกษา และตรวจการติดเชื้อฯ และใช้ยาต้านไวรัสเชิงยุทธศาสตร์ กล่าวคือ เริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯแต่เนิ่นๆ ไม่ว่าจะมียกระดับ CD4 เท่าใด เพื่อให้มีผลในเชิงป้องกันด้วย และพิจารณาให้ยาต้านไวรัสฯก่อนสัมผัสเชื้อฯในกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงสูงมากต่อการติดเชื้อฯ</p>
 PREVENT HIV AMONG DRUG USERS		<p>เป้าหมาย 2: ประเทศไทยจะบรรลุเป้าหมายป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้เข้ายาด้วยวิธีฉีดได้ ต่อเมื่อขยายบริการลดอันตรายจากการใช้ยาอย่างมีคุณภาพ ที่รวมการให้การรักษาด้วยสารทดแทนฝิ่น และการสนับสนุนให้ใช้เข็มและอุปกรณ์ฉีดที่ปลอดเชื้อ</p>
 ELIMINATE NEW HIV INFECTIONS AMONG CHILDREN		<p>เป้าหมาย 3: ประเทศไทยจะเป็นประเทศในกลุ่มแรกของโลกที่จะไม่มีเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีจากแม่ที่ติดเชื้อฯ</p>
 15 MILLION ACCESSING TREATMENT		<p>เป้าหมาย 4: ประเทศไทยดำเนินการให้การรักษาผู้ติดเชื้อฯได้ดี แต่ต้องมุ่งเน้นให้การรักษาแต่เนิ่นๆ กับกลุ่มประชากรหลัก และดูแลให้ประชากรที่ไม่ใช่คนไทยที่อาศัยอยู่บนแผ่นดินไทยเข้าถึงบริการ</p>
 AVOID TB DEATHS		<p>เป้าหมาย 5: ประเทศไทยต้องจัดทำแนวปฏิบัติแห่งชาติเรื่องการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี และวัณโรคเป็นรายบุคคล และจัดการให้มีการนำไปดำเนินการ เป็นการเร่งด่วน</p>
 CLOSE THE RESOURCE GAP		<p>เป้าหมาย 6: ประเทศไทยยังคงจำเป็นต้องจัดทรัพยากรบุคคลและงบประมาณ ในการดำเนินงานป้องกัน และดูแลรักษา ให้เพียงพอทั้งในระดับประเทศและระดับพื้นที่</p>
 ELIMINATE GENDER INEQUALITIES		<p>เป้าหมาย 7: ประเทศไทยต้องจัดการให้มีความเหมาะสมและกำกับคุณภาพของการให้บริการต่างๆ ได้แก่ การให้การปรึกษาและตรวจการติดเชื้อฯ การป้องกัน การดูแลรักษา ให้มีความละเอียดอ่อนในเรื่องเพศภาวะ</p>
 ELIMINATE STIGMA AND DISCRIMINATION		<p>เป้าหมาย 8: ประเทศไทยต้องวางแผนและดำเนินการรณรงค์ที่มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อเปลี่ยนความคิดและทัศนคติของผู้คนในสังคมว่า “เอดส์เป็นเรื่องปกติ” ในฐานะที่เป็นโรคเรื้อรังทางการแพทย์อย่างหนึ่งที่ต้องการการรักษาที่ต่อเนื่อง เช่นเดียวกับโรคเรื้อรังอื่นๆ</p>
 ELIMINATE TRAVEL RESTRICTIONS		<p>เป้าหมาย 9: ประเทศไทยไม่ห้ามผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้าประเทศ</p>
 STRENGTHEN HIV INTEGRATION		<p>เป้าหมาย 10: ประเทศไทยจะต้องวางระบบบริการที่บูรณาการเรื่องเอดส์เข้าไปในเรื่องสุขภาพโดยรวม โดยต้องมีการปรับเปลี่ยนภารกิจและการจัดให้เป็นการบริหารร่วมกันของภาคีภาครัฐ ภาคประชาสังคม และภาคเอกชน</p>

IV. เป้าหมายตามปฏิญญาการเมือง

เป้าหมายที่ 1

โอกาสที่จะบรรลุเป้าหมาย



ปฏิญญาการเมือง: ลดการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีทางเพศสัมพันธ์ร้อยละ 50 ในปี พ.ศ. 2558

ยุทธศาสตร์ชาติ : ลดการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีทางเพศสัมพันธ์ลง 2 ใน 3 ในปี พ.ศ. 2559

ข้อค้นพบสำคัญ

- สาเหตุสำคัญของการระบาดของการติดเชื้อเอชไอวีในปัจจุบันของประเทศไทยเป็นการติดเชื้อฯ ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ทั้งนี้ ร้อยละ 94 ของการติดเชื้อฯ รายใหม่เกิดขึ้นในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (ร้อยละ 41) กลุ่มคู่อรอมที่มีผลเลือดต่าง (ร้อยละ 32) พนักงานบริการ (Sex worker) และผู้มาใช้บริการ (ร้อยละ 11) และผู้ขายด้วยวิธีฉีดยา (ร้อยละ 10)
- ร้อยละ 65 ของการติดเชื้อฯ รายใหม่เกิดขึ้นใน 31 จังหวัด และร้อยละ 25 ของการติดเชื้อฯ รายใหม่เกิดขึ้นในพื้นที่กรุงเทพมหานคร
- อัตราใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดคงที่ อยู่ที่ประมาณร้อยละ 86 ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย และร้อยละ 94 ในกลุ่มพนักงานบริการหญิง (Female sex worker)
- ความครอบคลุมในการได้รับบริการป้องกันของกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย พนักงานบริการชาย (Male sex worker) และพนักงานบริการหญิง (Female sex worker) คิดเป็น ร้อยละ 53, 74 และ 54 ตามลำดับ
- การติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ส่วนใหญ่เป็นการรับและถ่ายทอดเชื้อฯ มาจากกลุ่มคนที่ไม่รู้สถานภาพการติดเชื้อฯ ของตนเอง การรับบริการให้การปรึกษาและตรวจการติดเชื้อฯ ยังต่ำมาก โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรหลัก
- รัฐให้บริการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีฟรีสำหรับผู้ที่มีสัญชาติไทย แต่การส่งเสริมให้เป็นที่รู้จักกันอย่างกว้างขวางยังไม่ดีพอ แรงงานต่างชาตินี้ไม่มีประกันสุขภาพและคนไทยที่ไม่มีเลข 13 หลัก ยังต้องจ่ายเงินเอง
- การให้บริการเชิงรุกในพื้นที่สำหรับกลุ่มประชากรหลัก ส่วนใหญ่ดำเนินการโดยองค์การพัฒนาเอกชนและองค์กรชุมชน และร้อยละ 90 ของงบประมาณสำหรับโครงการป้องกันในกลุ่มประชากรหลักมาจากแหล่งภายนอก และส่วนใหญ่มาจากกองทุนโลกฯ
- การประสานงานและการเชื่อมต่อการบริการระหว่างผู้ให้บริการทั้งองค์การพัฒนาเอกชน ภาครัฐ ภาคเอกชน ในด้านต่าง ๆ ยังไม่เข้มแข็งเท่าที่ควร
- การใช้ตัวแบบจำลองและการประเมินทางเศรษฐศาสตร์ แสดงให้เห็นถึงประโยชน์เชิงป้องกันอย่างชัดเจน หากให้รักษาด้วยยาต้านไวรัสแก่ผู้ติดเชื้อแต่เนิ่นๆ ไม่ว่าจะมียาระดับเซลล์ซีดี 4 เท่าใด และเมื่อ

ใช้ตัวแปรการมีพฤติกรรมป้องกัน พบว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเท่านั้น ไม่สามารถทำให้บรรลุเป้าหมายการลดการติดเชื้อฯรายใหม่ ที่กำหนดไว้ได้

ข้อสรุปสำคัญ

ประเทศไทยจะไม่สามารถลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ได้ตามเป้าหมายด้วยมาตรการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพียงอย่างเดียว แต่ต้องมีรูปแบบใหม่ของการป้องกันแบบผสมผสาน กล่าวคือ ยังคงส่งเสริมการมีพฤติกรรมป้องกัน แต่ต้องดำเนินการส่งเสริมให้กลุ่มประชากรหลัก ต้องการและเข้ารับบริการตรวจการติดเชื้อฯ มีการใช้ยาต้านไวรัสฯเชิงยุทธศาสตร์ให้มีผลต่อการป้องกัน และส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อฯกินยาสม่ำเสมอ

การกำหนดพื้นที่เร่งรัดในการทำงานจะช่วยให้สามารถดำเนินงานป้องกันแบบผสมผสานได้เข้มข้น และทำให้การดำเนินงานครอบคลุมในระดับที่เพียงพอต่อการลดการติดเชื้อฯรายใหม่

ประเทศไทยต้องจัดรูปแบบนวัตกรรมการให้บริการที่ทำให้ประชากรเป้าหมายเข้าสู่ระบบบริการและคงอยู่ในระบบบริการป้องกัน รักษา และดูแล นวัตกรรมดังกล่าวประกอบด้วย ก) การสร้างความต้องการและจัดบริการเชิงรุกให้กลุ่มประชากรเป้าหมายได้ตรวจการติดเชื้อเอชไอวี ข) การลดปริมาณงานของผู้ให้บริการสุขภาพ ด้วยการปรับบทบาทการให้บริการเพื่อการทำงานร่วมกันของภาคส่วนต่างๆ ค) การประกันคุณภาพบริการที่จัดให้เหมาะสมกับกลุ่มประชากรหลักแต่ละกลุ่ม ง) การสร้างกระบวนการทำงานร่วมกันกับภาคีเครือข่ายใหม่กับภาคเอกชนและชุมชน อาทิ คลินิกห้องปฏิบัติการของเอกชน ร้านขายยา และ จ) การสนับสนุนการดำเนินงานด้วยงบประมาณของประเทศ

กิจกรรมสำคัญที่ต้องดำเนินการ

- | กิจกรรม | กรอบระยะเวลา |
|--|--|
| <p>➤ กำหนดวิธีดำเนินงานป้องกันแบบผสมผสานใหม่ ให้คงรักษาระดับของพฤติกรรมป้องกัน และเพิ่มวิธีการที่เป็นนวัตกรรมในการทำให้กลุ่มประชากรหลักรับบริการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี รักษาด้วยยาต้านไวรัสฯแต่เนิ่นๆ และทำให้อยู่ในระบบบริการต่อเนื่อง ด้วยมาตรการสร้างความต้องการรู้สถานภาพการติดเชื้อฯของตนเอง ผ่านกระบวนการทางสังคม และกลไกการสร้างแรงจูงใจ มาตรการปรับบทบาทการทำงานเพื่อการทำงานร่วมกัน มาตรการสร้างภาพลักษณ์ของบริการเฉพาะที่มีคุณภาพ และมาตรการตรวจและวินิจฉัยโรคที่ทราบผลในวันเดียว จุดให้บริการ</p> | ภายในเดือนกันยายน 2556 |
| <p>➤ เพิ่มทรัพยากรทั้งด้านบุคลากรและงบประมาณให้เพียงพอต่อการดำเนินงานมาตรการป้องกันแบบผสมผสานที่มีความครอบคลุมมากพอที่จะมีผลต่อการลดการติดเชื้อฯรายใหม่</p> | ปีงบประมาณ 2558 และมีกลไกเชื่อมต่อกันในปีงบประมาณ 2557 |
| <p>➤ ดำเนินงานเข้มข้นในจังหวัดที่เป็นพื้นที่เร่งรัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรุงเทพมหานคร และในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย</p> | เริ่มต้นภายในเดือนตุลาคม 2556 |
| <p>➤ สร้างระบบการคาดประมาณจำนวนการติดเชื้อฯรายใหม่ การติดตามงาน การรวบรวมข้อมูล และการใช้ข้อมูลเพื่อวัดผลสำเร็จของการดำเนินงานในระดับพื้นที่</p> | ภายในเดือนธันวาคม 2556 |
| <p>➤ จัดให้มีถุงยางอนามัยและบริการให้การปรึกษาและตรวจการติดเชื้อเอชไอวีสำหรับประชากรที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทุกกลุ่มให้เพียงพอและทั่วถึง</p> | พ.ศ.2556-2559 |

เป้าหมายที่ 2

โอกาสที่จะบรรลุเป้าหมาย



ปฏิญญาการเมืองฯ: ลดการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ขายด้วยวิธีฉีดยาร้อยละ 50 ในปี พ.ศ. 2558

ยุทธศาสตร์ชาติ: ลดการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ขายด้วยวิธีฉีดยา 2 ใน 3 ในปี พ.ศ.2559

ข้อค้นพบสำคัญ

- รูปแบบการใช้ยาและสารเสพติดเปลี่ยนแปลงไป มีแนวโน้มที่มากขึ้นในการใช้สารกระตุ้นประเภทแอมเฟตามีน และการฉีดยาและสารเสพติดหลายชนิด
- ความชุกการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ขายด้วยวิธีฉีดยาสูงอย่างต่อเนื่อง (ร้อยละ 25 ในปี 2555)
- การบังคับใช้กฎหมายส่งผลกระทบต่อการทำงานขององค์การพัฒนาเอกชน และองค์กรชุมชนที่ทำงานกับผู้ขายด้วยวิธีฉีดยา ในบางพื้นที่แกนนำให้ความรู้กับกลุ่มเพื่อนผู้ขาย และเจ้าหน้าที่ทำงานเชิงรุกถูกควบคุมตัว และกลุ่มผู้ขายด้วยวิธีฉีดยาไม่กล้าเข้ามาใช้บริการลดอันตรายจากการใช้ยา อย่างไรก็ตาม มีตัวอย่างที่ดีในบางพื้นที่ที่มีความร่วมมือที่ดีระหว่างตำรวจ องค์การพัฒนาเอกชนและองค์กรชุมชน ทำให้มีผลดีต่อการทำงาน
- การบำบัดด้วยเมทาโดน เป็นสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไม่ครอบคลุมผู้ที่อยู่ในระบบประกันอื่น และในบางพื้นที่ที่มีผู้ต้องการบริการให้บริการบำบัดด้วยเมทาโดน
- การดำเนินงานเชิงรุกเพื่อเข้าถึงกลุ่มผู้ขายด้วยวิธีฉีดยา โดยองค์การพัฒนาเอกชนและองค์กรชุมชนได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนโลกฯ เป็นหลัก แต่ความครอบคลุมในการกระจายเข็มและอุปกรณ์ฉีดขาดเหลือให้แก่ผู้ขายด้วยวิธีฉีดยา ยังน้อยมาก
- ตามคำสั่งศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดแห่งชาติที่ 30/2555 เรื่องแนวปฏิบัติแผนการแก้ไขปัญหาผู้เสพยาเสพติด กำหนดให้มีการคัดกรองและบำบัดผู้ขายตามระดับของการพึ่งพิงยา และอยู่ระหว่างการพัฒนาระบบการดำเนินการ หากแต่การมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคมในกระบวนการพัฒนาน้อย ในขณะที่การบังคับบำบัดในศูนย์บำบัดไม่สามารถทำให้ผู้ขายเลิกยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- การประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหาเสพยาเสพติดยังต้องปรับปรุง ทั้งนี้ผู้บริหาร หน่วยงานด้านบังคับใช้กฎหมาย และนโยบายมุ่งเน้นเรื่องการให้ผู้ขายเลิกใช้ยา โดยมีความเข้าใจเรื่องการลดอันตรายจากการใช้ยาน้อย

ข้อสรุปสำคัญ

ประเทศไทยจะสามารถลดการติดเชื้อฯรายใหม่ในกลุ่มผู้ช้ยาด้วยวิธีฉีดได้ ต่อเมื่อมีการดำเนินงานมาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาแบบผสมผสานที่รวมถึงการสนับสนุนให้ใช้เข็มและอุปกรณ์ฉีดยาที่ปลอดเชื้อ และการบำบัดด้วยเมทาโดน อนึ่ง หลักฐานเชิงประจักษ์ทั่วโลกพบว่าการเข้าถึงกลุ่มผู้ช้ยาด้วยวิธีฉีดที่ได้ผลที่สุดเป็นการดำเนินการผ่านเครือข่ายเพื่อนผู้ช้ยาและองค์กรภาคประชาสังคม

ควรส่งเสริมการบำบัดโดยสมัครใจ โดยใช้ฐานการบำบัดในชุมชนด้วยวิธีการที่มีหลักฐานสนับสนุนทางวิชาการ

กิจกรรมสำคัญที่ต้องดำเนินการ

กิจกรรม	กรอบระยะเวลา
➤ ทบทวนกฎหมาย นโยบายและการปฏิบัติ มาตรการทางเลือกของการลดทอนความเป็นอาชญากรของผู้ช้ยา เพื่อให้มั่นใจว่า ก) มีการคุ้มครองสิทธิมนุษยชน โดยเฉพาะสิทธิด้านสุขภาพ และ ข) เป็นการบำบัดด้วยความสมัครใจ	ภายในเดือนกุมภาพันธ์ 2557
➤ รัฐต้องทำให้มั่นใจว่านโยบายยาเสพติดมีเรื่องการลดอันตรายจากการใช้ยาเป็นองค์ประกอบสำคัญ และมีการวางแผนดำเนินงานร่วมกันของหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้องและภาคประชาสังคม ที่จะจัดบริการคุ้มครองและส่งเสริมสุขภาพของผู้ช้ยาด้วยวิธีฉีดในแนวทางที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่ามีประสิทธิผล	ภายในเดือนกันยายน 2556
➤ ต้องกำหนดวิธีการใหม่ในการจัดบริการจำเป็นขั้นพื้นฐานในการลดอันตรายจากการใช้ยา ได้แก่การสนับสนุนให้ใช้เข็มและกระบอกฉีดยาที่ปลอดเชื้อ การมุ่งเน้นให้ผู้ช้ยาด้วยวิธีฉีดต้องการและรับบริการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี และได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ แต่เนิ่นๆ รวมถึงการดูแลเรื่องการรักษาตับอักเสบบ	ภายในเดือนกันยายน 2556
➤ สร้างความเข้มแข็งให้กลุ่มผู้ช้ยาด้วยวิธีฉีดเพื่อให้ ก) เป็นผู้นำในการลดอันตรายที่เกิดการใช้ยา ข) มีส่วนร่วมที่สำคัญในการเสนอนโยบายและติดตามผล ค) สนับสนุนการบำบัดโดยสมัครใจในชุมชนและ ง) ทำงานร่วมกับฝ่ายรักษากฎหมาย ชุมชน และเจ้าหน้าที่ในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ	พ.ศ.2556-2559



เป้าหมายที่ 3

โอกาสที่จะบรรลุเป้าหมาย

ปฏิญญาการเมือง: การถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกหมดไป และการเสียชีวิตของแม่ที่มีเหตุเนื่องจากเอ็ดส์ลดลงอย่างมีนัยยะสำคัญ

ยุทธศาสตร์ชาติ: อัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก น้อยกว่าร้อยละ 2

ข้อค้นพบสำคัญ

- การให้บริการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกมีความครอบคลุมและมีคุณภาพดี หญิงรับบริการฝากครรภ์ ร้อยละ 99 ได้ตรวจการติดเชื้อเอชไอวี (กลุ่มที่ไม่ได้ฝากครรภ์ได้ตรวจการติดเชื้อฯ ร้อยละ 97) ร้อยละ 94 ของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีได้รับยาต้านไวรัสฯ (กลุ่มที่ไม่ได้ฝากครรภ์ได้รับยาต้านไวรัสฯ ร้อยละ 55) โดยที่ลูกของแม่ติดเชื้อฯ ได้รับยาต้านไวรัสฯ เพื่อการป้องกันเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 99) คาดประมาณอัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกขณะนี้ ลดลงเป็น ร้อยละ 2.7 แต่ยังคงสูงกว่าเป้าหมายระดับชาติ
- องค์ประกอบของบริการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกบางส่วนยังต้องปรับปรุง หญิงรับบริการฝากครรภ์ที่คู่ได้ตรวจการติดเชื้อฯ ใน 12 เดือนที่ผ่านมา ยังคงมีสัดส่วนต่ำอยู่ที่ร้อยละ 32 สัดส่วนของทารกที่สัมผัสเชื้อฯ ได้รับการตรวจการติดเชื้อฯ ทางไวรัสวิทยาภายใน 2 เดือนหลังจากแรกเกิด คิดเป็นร้อยละ 77 ซึ่งเพิ่มขึ้นทุกปี แต่การตรวจยืนยันผลบวกในทันทียังมีสัดส่วนน้อย ทำให้การวินิจฉัยและเริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯล่าช้า ทารกที่ติดเชื้อเอชไอวีน้อยกว่าร้อยละ 30 ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ในช่วงอายุที่น้อยกว่า 6 เดือน หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีสัญชาติไทย และกลุ่มชาติพันธุ์เข้าถึงบริการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อฯ จากแม่สู่ลูกน้อยกว่าผู้มีสัญชาติไทย เนื่องจากปัญหาการย้ายถิ่นฐาน และข้อจำกัดด้านการเงิน
- ความเป็นไปได้ที่จะใช้ทางเลือก B+ สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อฯ ให้ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ต่อเนื่องหลังคลอด เพื่อพัฒนาผลสัมฤทธิ์ของบริการทางการแพทย์สำหรับแม่และลดการติดต่อไปยังคู่ที่ยังคงไม่ติดเชื้อฯ เป็นประเด็นอยู่ระหว่างการหารือ
- ความครอบคลุมของการรายงานการให้บริการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ลดลงในหลายปีที่ผ่านมา (ความครอบคลุมการรายงานในปัจจุบันประมาณร้อยละ 50 – 60)

ข้อสรุปสำคัญ

บริการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกมีประสิทธิภาพเกือบทุกแง่มุม แต่ยังมีบางประเด็นที่ต้องปรับปรุงได้แก่ การเพิ่มความครอบคลุมของการรับบริการฝากครรภ์ของกลุ่มที่ติดเชื้อฯ และผู้ไม่มีสัญชาติไทย การเพิ่มอัตราการให้การศึกษาและตรวจการติดเชื้อฯ แก่หญิงตั้งครรภ์และคู่ และการเพิ่มความครอบคลุมในการตรวจการติดเชื้อฯทางไวรัสวิทยา และการดูแลทารกของแม่ที่ติดเชื้อฯ

ควรจัดกลไกหาแนวทางเพิ่มประสิทธิผลของการให้บริการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก รวมถึงการพิจารณาใช้ทางเลือก B+ ที่กำหนดให้แม่ที่ติดเชื้อฯได้รับยาต้านไวรัสฯต่อหลังคลอด

กิจกรรมสำคัญที่ต้องดำเนินการ

กิจกรรม	กรอบระยะเวลา
➤ เพิ่มความครอบคลุมในการรับบริการฝากครรภ์ให้ได้ 100% ทั้งคนไทยและกลุ่มที่ไม่มีสัญชาติไทย และให้มารับบริการตั้งแต่อายุครรภ์น้อยๆ เพิ่มประสิทธิผลของการให้ยาต้านไวรัสฯ เพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อฯสู่ลูก และดำเนินการเรื่องการให้การศึกษาและตรวจการติดเชื้อฯ แก่หญิงตั้งครรภ์และคู่ อย่างเข้มข้นในพื้นที่เร่งรัดที่มีอัตราและ/หรือจำนวนการถ่ายทอดเชื้อฯจากแม่สู่ลูกสูง	เริ่มดำเนินงานเดือนตุลาคม 2556
➤ ส่งเสริมการดูแลแม่ที่ติดเชื้อฯต่อเนื่องเพื่อป้องกันการติดเชื้อฯของคู่ ด้วยการให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯต่อเนื่องหลังคลอด และตรวจการติดเชื้อเอชไอวีแก่คู่ของหญิงตั้งครรภ์ให้มากขึ้น	เริ่มในเดือนตุลาคม 2556
➤ เพิ่มประสิทธิผลการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีในทารกแต่เนิ่นๆ (Early Infant Diagnosis: EID) โดยการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีทางไวรัสวิทยา ก่อนอายุ 2 เดือน ให้มากกว่าร้อยละ 90 และตรวจยืนยันครั้งที่สองให้เร็วที่สุด	ภายในเดือนกันยายน 2557
➤ ลดอายุเฉลี่ยของทารกที่ติดเชื้อเอชไอวี ที่เริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ให้น้อยกว่า 6 เดือน โดยตรวจยืนยันการติดเชื้อฯ ให้เร็วขึ้น และเตรียมความพร้อมที่จะเริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ	ภายในเดือนกันยายน 2556
➤ พัฒนาระบบติดตามและประเมินผลแผนงานป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกให้เข้มแข็งมากขึ้น รวมถึงความครอบคลุมในการรายงาน การวิเคราะห์และการใช้ข้อมูล	พ.ศ.2556-2557



เป้าหมายที่ 4

โอกาสที่จะบรรลุเป้าหมาย

ปฏิญญาการเมือง: ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลก 15 ล้านคนได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ

ยุทธศาสตร์ชาติ : - ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกคนที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยได้รับการปกป้องทางสังคมและเข้าถึงการรักษาและดูแล
- การเสียชีวิตเนื่องจากเอดส์ลดลงครึ่งหนึ่ง ในปี พ.ศ.2559

ข้อค้นพบสำคัญ

- ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย ให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯฟรีแก่ผู้ติดเชื้อที่เป็นคนไทย และในเดือนตุลาคม 2555 มีนโยบายปรับปรุงการให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม และสวัสดิการข้าราชการ ให้ได้มาตรฐานเดียวกัน
- ในปัจจุบันผู้ติดเชื้อที่เป็นคนไทยประมาณ 240,000 คน หรือ ร้อยละ 70 ของจำนวนผู้ติดเชื้อที่เข้าเกณฑ์การรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ อยู่ระหว่างการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ผู้ติดเชื้อฯ ที่ไม่มีสัญชาติไทยได้แก่ประชากรข้ามชาติ ส่วนหนึ่งได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ภายใต้การสนับสนุนจากกองทุนโลกฯ บางคนจ่ายเงินเอง บางคนไม่สามารถเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ในขณะที่จำนวนผู้รับบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯเพิ่มขึ้นมากในช่วง 7 ปีที่ผ่านมา แต่จำนวนผู้ให้บริการของหน่วยบริการภาครัฐยังคงเท่าเดิม
- ประเทศไทยผลิตยาต้านไวรัสฯ ชื่อสามัญ (generic drug) และผลิตยาต้านไวรัสฯ ภายใต้การบังคับใช้สิทธิบัตร (compulsory licensing) 2 รายการ และนำเข้ายาต้านไวรัสฯ บางตัวที่ใช้ในสูตรที่ 2 จากบริษัทยาในต่างประเทศ
- ในปี 2555 อัตราเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อฯ น้อยกว่าร้อยละ 10 ผู้ติดเชื้อฯ ที่รับยาต้านไวรัสฯ ครบ 12 เดือน กินยาสม่ำเสมอ ร้อยละ 82 อัตราเสียชีวิตในกลุ่มผู้ติดเชื้อฯ ที่ยังไม่ได้รับยาต้านไวรัสฯ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับยาต้านไวรัสฯ 3 เท่า
- ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา การเข้าสู่กระบวนการดูแลและเริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ล่าช้า ยังคงเป็นที่น่ากังวลว่า ประมาณร้อยละ 50 ของผู้ติดเชื้อฯ เข้าถึงบริการดูแลรักษา มีปริมาณซีดี4 น้อยกว่า 100 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิลิตร
- สัดส่วนการใช้ยาสูตรที่ 2 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6 ในปี 2552 เป็นร้อยละ 10 ในปี 2555 และค่าใช้จ่ายสำหรับสูตรที่ 2 มากกว่าสูตรที่ 1 ถึง 4 - 10 เท่า
- หน่วยบริการสุขภาพจำนวนหนึ่งมีภาระงานสูงมาก โรงพยาบาลชุมชนบางแห่งได้ดำเนินการปรับบทบาทในการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์และการสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุขอย่างเป็นทางการ

ข้อสรุปสำคัญ

ประเทศไทยมีระบบสุขภาพที่เข้มแข็งในการให้บริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ความท้าทายหลักอยู่ที่การทำให้ตรวจพบผู้ติดเชื้อเอชไอวีแต่เนิ่นๆ เริ่มให้บริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ เร็วที่สุด และให้บริการรักษาที่ต่อเนื่อง ซึ่งจำเป็นต้องมีการปรับบทบาทการให้บริการเพื่อการทำงานร่วมกันของภาครัฐ ภาคประชาสังคมและภาคเอกชน

ข้อจำกัดทางด้านบุคลากร ทำให้ภาระงานสูงซึ่งทำให้มีความเสี่ยงที่จะมีผลต่อคุณภาพของบริการ ทั้งนี้ปริมาณงานสามารถลดลงได้ และบริการใกล้ผู้รับบริการมากขึ้น โดยการพิจารณาปรับบทบาทการให้บริการให้สามารถดำเนินการได้โดยชุมชน

กิจกรรมสำคัญที่ต้องดำเนินการ

กิจกรรม	กรอบระยะเวลา
➤ กำหนดนโยบาย “การใช้ยาต้านไวรัสฯเชิงยุทธศาสตร์” เพื่อใช้ประโยชน์ของยาต้านไวรัสฯในเชิงป้องกันให้มากที่สุด เพื่อลดการตายที่เกี่ยวข้องจากเอดส์ และลดการติดเชื้อฯรายใหม่	ภายในเดือนกันยายน 2556
➤ เพิ่มการเข้าถึง การเข้ารับบริการแต่เนิ่นๆ และความต่อเนื่องในการดูแลและการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ด้วยการขยายการให้บริการปรึกษาและตรวจการติดเชื้อเอชไอวี และสร้างความต้องการใช้บริการสำหรับกลุ่มประชากรหลัก	เริ่มเดือนตุลาคม 2556
➤ ดำเนินการนำนโยบายสู่การปฏิบัติจริง ในเรื่องการปรับบทบาทการให้บริการให้ทำงานร่วมกัน การเพิ่มการใช้การตรวจ ณ จุดบริการ ทั้งที่หน่วยบริการภาครัฐและในชุมชน ในการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี การดูแล การให้ยาต้านไวรัสฯ การดูแลด้านจิตใจ และสนับสนุนการกินยาสม่ำเสมอ	เริ่มเดือนตุลาคม 2556

เป้าหมายที่ 5

โอกาสที่จะบรรลุเป้าหมาย



ปฏิญญาการเมือง: ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเสียชีวิตจากวัณโรคลดลง ร้อยละ 50 ในปี 2558

ยุทธศาสตร์ชาติ: ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเสียชีวิตจากวัณโรคลดลง ร้อยละ 50 ในปี 2559

ข้อค้นพบสำคัญ

- การให้การปรึกษาและตรวจการติดเชื้อเอชไอวีด้วยการแนะนำจากผู้ให้บริการ (Provider-initiated HIV testing and counseling: PITC) สำหรับผู้ป่วยวัณโรคได้บูรณาการอยู่ในแนวทางการดำเนินงานระดับชาติและมีการดำเนินการทั่วประเทศ
- กำหนดให้ตรวจการติดเชื้อเอชไอวี แก่ผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนทุกคน ในปี 2554 ร้อยละ 74 ของผู้ป่วยวัณโรคได้ตรวจการติดเชื้อเอชไอวี และตรวจพบว่าติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 15
- ในปี 2554 ร้อยละ 36 ของผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี (จากอุบัติการณ์ที่คาดประมาณ) ได้รับการรักษาทั้งวัณโรคและเอชไอวี แต่หากคำนวณจากจำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่ตรวจพบการติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมด จะได้รับการรักษาทั้ง 2 โรค มากกว่าร้อยละ 60
- ยังคงพบว่าการเริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ล่าช้า และ/หรือ การดูแลทางคลินิกไม่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยวัณโรคและติดเชื้อเอชไอวี ทั้งนี้อัตราเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นวัณโรคในระยะ 12 เดือนหลังจากเข้าสู่ระบบการดูแลรักษา คิดเป็นร้อยละ 53 ในกลุ่มที่ไม่ได้รับยาต้านไวรัสฯ และร้อยละ 11 ในกลุ่มที่ได้รับยาต้านไวรัสฯ
- การประสานงาน การติดตาม และการดูแลงานรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ป่วยด้วยวัณโรคจำเป็นต้องได้รับการแก้ไข

ข้อสรุปสำคัญ

ในขณะที่ประเทศไทยมีความก้าวหน้าที่ชัดเจนในการดำเนินงาน ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ป่วยเป็นวัณโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในเรื่องการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรค แต่อัตราเสียชีวิตจากวัณโรคในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวียังคงสูงอยู่

กิจกรรมสำคัญที่ต้องดำเนินการ

- | กิจกรรม | กรอบระยะเวลา |
|--|------------------------|
| ➤ เริ่มให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯไม่ว่าจะมีระดับซีดี 4 เท่าใด จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัส และเริ่มให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯในผู้ที่ติดเชื้อไวรัสและเอชไอวีให้เร็วที่สุด จะทำให้อัตราเสียชีวิตลดลง | ภายในเดือนธันวาคม 2556 |
| ➤ ปรับปรุงแนวทางระดับชาติและปรับปรุงการจัดการดูแลรักษาผู้ป่วยไวรัส | ภายในเดือนกันยายน 2556 |
| ➤ สร้างความเข้มแข็งของระบบการประสานและติดตามงาน การให้บริการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและไวรัสในทุกระดับ | ภายในเดือนกรกฎาคม 2557 |
| ➤ บูรณาการการดูแลผู้ติดเชื้อไวรัสและเอชไอวี การค้นหา และการจัดการการดูแล เข้าไปในแผนงานป้องกันแบบผสมผสานที่จะกำหนดวิธีการทำงานใหม่ | ภายในเดือนกันยายน 2556 |

เป้าหมายที่ 6

โอกาสที่จะบรรลุเป้าหมาย



ปฏิญญาการเมือง: งบประมาณใช้จ่ายในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์สำหรับประเทศที่มีรายได้ระดับต่ำและปานกลาง ปีละ ๒๒-๒๔ พันล้านเหรียญสหรัฐ

ยุทธศาสตร์ชาติ : เพิ่มสัดส่วนงบประมาณการป้องกันในจังหวัดพื้นที่เร่งรัดภายในปี พ.ศ. 2559

ข้อค้นพบสำคัญ

- ร้อยละ 83 ของค่าใช้จ่ายของประเทศไทยในการดำเนินงานเอดส์ ใช้จากงบประมาณของประเทศ เป็นงบประมาณจากจากแหล่งทรัพยากรภายนอก ร้อยละ 17 และเป็นงบประมาณจากกองทุนโลกฯ เป็นหลัก ค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่ (ร้อยละ 73) เป็นเรื่องการรักษาและการดูแลผู้ติดเชื้อฯ ร้อยละ 13 เป็นค่าใช้จ่ายด้านการป้องกัน
- กองทุนโลกฯ เป็นแหล่งทรัพยากรหลักและแหล่งเดียวในการป้องกันสำหรับกลุ่มประชากรหลัก ได้แก่ ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย พนักงานบริการ (Sex worker) และผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีด และการป้องกันและดูแลสำหรับประชากรข้ามชาติ
- สืบเนื่องจากนโยบายการกระจายอำนาจ งบประมาณจากส่วนกลางจะจัดสรรโดยตรงไปที่จังหวัด ซึ่งก็จะมี การตัดสินใจว่าจะใช้งบประมาณในเรื่องอะไรที่อยู่ในลำดับความสำคัญของพื้นที่ หรือหากจังหวัดให้ลำดับความสำคัญกับเรื่องเอดส์ ก็จะระดมทรัพยากรในพื้นที่เพื่อดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี
- ในขณะที่ประเทศได้คาดประมาณว่าร้อยละ 25 ของการติดเชื้อฯรายใหม่ในช่วงปี 2555-2559 เกิดขึ้นในพื้นที่กรุงเทพมหานคร แต่งบประมาณที่ กทม.ได้รับเพื่อทำงานเอดส์ลดลงจาก 134 ล้านบาท ในปี 2554 เหลือ 34 ล้านบาทในปี 2556
- การศึกษาในปี 2551 ในจังหวัดภาคกลาง พบว่างบประมาณสนับสนุนการทำงานเอดส์ได้รับ จัดสรรจากกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานงบประมาณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และอื่น ๆ คิดเป็นร้อยละ 31, 20, 17, 12 และร้อยละ 20 ตามลำดับ
- การศึกษาค่าใช้จ่ายด้านเอดส์ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ 2 จังหวัดในภาคเหนือ และภาคอีสาน พบว่าสัดส่วนหลักของการใช้จ่ายงบประมาณทั้งหมดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในช่วงปี 2549 - 2551 เป็นเรื่อง การบริหารจัดการ โครงสร้างพื้นฐาน การศึกษา สุขภาพ สิ่งแวดล้อม บริการทางสังคม และอื่น คิดเป็นร้อยละ 29, 19, 12, 4, 2, 15 และ ร้อยละ 9 ตามลำดับ ค่าใช้จ่ายด้านเอดส์โดยเฉลี่ย ของแต่ละองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ปีละ 39,000 - 81,000 บาท ส่วนใหญ่เป็นเบี้ยยังชีพสำหรับผู้ติดเชื้อฯ กิจกรรมรณรงค์ การประชุมหรือกิจกรรมกลุ่มและอื่น ๆ ในสัดส่วนร้อยละ 90, 5, 2 และ 3 ตามลำดับ
- จังหวัดตระหนักในสถานการณ์เอดส์ และมีความเข้าใจยุทธศาสตร์ชาติ และมาตรการหลักในการดำเนินงาน แต่ประสบปัญหาในการระดมทรัพยากรสำหรับการดำเนินงานในกลุ่มประชากรหลักให้มีความครอบคลุมเพียงพอ

- ทิศนคติด้านลบต่อเพศวิถีและต่อกลุ่มประชากรหลักเป็นความท้าทายสำคัญต่อการระดมการสนับสนุนจากหน่วยงานในพื้นที่รวมถึงผู้เกี่ยวข้องในภาคส่วนอื่นในระดับพื้นที่

ข้อสรุปสำคัญ

ในระดับพื้นที่ การจัดทำโครงการเอดส์โดยเฉพาะการป้องกันสำหรับกลุ่มประชากรหลัก อยู่ในลำดับความสำคัญค่อนข้างต่ำ และไม่ได้รับความสนใจเพียงพอในการระดมทรัพยากรทั้งที่เป็นงบประมาณและกำลังคน เพื่อแก้ไขปัญหาและความท้าทายต่างๆ

กลไกการรวมงบประมาณที่มาจากแหล่งสนับสนุนต่างๆในระดับชาติ แล้วใช้กระบวนการบริหารจัดการจากส่วนกลาง อาจช่วยทำให้สามารถดำเนินงานในเชิงยุทธศาสตร์ ที่ทำให้มีการทำงานในกลุ่มประชากรหลักในพื้นที่เร่ร่อนได้ครอบคลุมพอที่จะลดการติดเชื้อรายใหม่ได้จริง

กิจกรรมสำคัญที่ต้องดำเนินการ

- | กิจกรรม | กรอบระยะเวลา |
|---|------------------------|
| ➤ วางกลไกด้านการเงินที่เหมาะสมทั้งในระดับประเทศและระดับพื้นที่ เพื่อจะสนับสนุนการป้องกันแบบผสมผสานในวิธีการใหม่ และการดูแลที่มุ่งเน้นในกลุ่มประชากรหลัก | ภายในเดือนธันวาคม 2556 |
| ➤ ขยายขอบเขตของกองทุนเอดส์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการสนับสนุนการดำเนินงานป้องกันในกลุ่มประชากรหลักด้วย | ภายในเดือนธันวาคม 2556 |
| ➤ ระดมทรัพยากรทั้งในระดับประเทศและพื้นที่ รวมถึงภาคเอกชน ในส่วนทั้งที่เป็นกำลังคน และงบประมาณ เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ | ปีงบประมาณ 2556-2559 |



เป้าหมายที่ 7

โอกาสที่จะบรรลุเป้าหมาย

- ปณิธานการเมือง:** ขจัดความเหลื่อมล้ำทางเพศและความรุนแรงทางเพศ และเพิ่มศักยภาพของผู้หญิงและเด็กผู้หญิงในการป้องกันตนเองจากเอชไอวี
- ยุทธศาสตร์ชาติ :** ลดความเหลื่อมล้ำทางเพศภาวะลงครึ่งหนึ่ง ในปี พ.ศ. 2559

ข้อค้นพบสำคัญ

- ยังไม่มีการสำรวจระดับชาติที่เป็นปัจจุบันในเรื่องของความรุนแรงจากคู่ครอง การศึกษาล่าสุด ในปี 2546 ที่ดำเนินการในพื้นที่กรุงเทพมหานคร และจังหวัดหนึ่งในภาคเหนือตอนล่าง พบว่าเกือบร้อยละ 50 ของกลุ่มตัวอย่างตอบว่าเคยถูกระทำ ความรุนแรงทางร่างกายและทางเพศโดยคู่ของตน
- ประเทศไทยจัดบริการ “ศูนย์พึ่งได้” (One Stop Crisis Center: OSCC) ในโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อช่วยเหลือผู้ที่ถูกทำร้ายทางเพศและความรุนแรงที่เกิดขึ้นในครอบครัว
- การศึกษาเชิงคุณภาพพบว่า กรณีที่ผู้หญิงติดเชื้อเอชไอวีจากคู่ครอง เป็นเหตุจากการที่ฝ่ายหญิงไม่สามารถต่อรองการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยกับคู่ตนเองประจำของตนได้
- การสำรวจเฝ้าระวังพฤติกรรมและการติดเชื้อฯ ในปี 2553 พบว่าผู้หญิงที่ใช้จ่ายด้วยวิธีฉีดยาใช้น้อยกว่าเมื่อเทียบกับชายที่ใช้จ่ายด้วยวิธีฉีดยา
- มีหลักฐานที่เป็นเรื่องเล่า ว่ามีการกระทำความรุนแรงและการล่วงละเมิดในกลุ่มสาวประเภทสองและชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ในปัจจุบันกำลังมีการดำเนินงานโครงการนำร่องในเรื่องการช่วยเหลือการถูกระทำความรุนแรงของกลุ่มพนักงานบริการชาย (Male sex worker) และสาวประเภทสอง
- ค่าใช้จ่ายในการส่งเสริมให้เกิดสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการดำเนินงานสู่เป้าหมายไม่มีการติดตามและเลือกปฏิบัติในเรื่องเพศภาวะ ในปี 2554 เป็นสัดส่วนเพียงร้อยละ 1.4 ของค่าใช้จ่ายในการทำงานเอ็ดส์ทั้งหมด

ข้อสรุปสำคัญ

การวิเคราะห์ข้อมูลข้อเสนอแนะที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงที่เกิดขึ้นเนื่องจากเพศภาวะยังมีลักษณะแยกส่วนทั้งในระดับประเทศและพื้นที่

กิจกรรมสำคัญที่ต้องดำเนินการ

กิจกรรม	กรอบระยะเวลา
➤ กำหนดเนื้อหาสำหรับการศึกษาวิจัยและศึกษาข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงจากคู่ และการเข้าถึงบริการหลักด้านเอชไอวีของผู้หญิง เด็กผู้หญิง และสาวประเภทสอง เพื่อใช้ข้อมูลในการรณรงค์และวางแผนงานให้เหมาะสม	ภายในเดือนกรกฎาคม 2557
➤ จัดบริการที่ตอบสนองต่อความแตกต่างทางเพศภาวะ โดยเฉพาะในเรื่องของการให้การปรึกษาและตรวจการติดเชื้อเอชไอวี การรักษาและการดูแล ด้วยนโยบายที่เหมาะสม และการดำเนินการที่มีการควบคุมคุณภาพ	ภายในเดือนกันยายน 2556
➤ บูรณาการความต้องการบริการการอนามัยเจริญพันธุ์และสิทธิของผู้หญิงและเด็กผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีในนโยบายและยุทธศาสตร์ของประเทศที่เกี่ยวข้องกับอนามัยการเจริญพันธุ์	ภายในเดือนมิถุนายน 2557



เป้าหมายที่ 8

โอกาสที่จะบรรลุเป้าหมาย

ปฏิญญาการเมือง: จัดการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ได้รับผลกระทบ โดยการส่งเสริมกฎหมายและนโยบายที่ให้ความสำคัญกับสิทธิมนุษยชนและเสรีภาพขั้นพื้นฐาน

ยุทธศาสตร์ชาติ : ขยายสภาพแวดล้อมป้องกันทางสังคมและทางกฎหมายที่จำเป็นต่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและการดูแลรักษา

ข้อค้นพบสำคัญ

- กฎหมายและนโยบายในปัจจุบันที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด การบริการทางเพศ การที่เยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปี ต้องมีใบยินยอมของพ่อแม่หรือผู้ปกครองจึงจะตรวจการติดเชื้อเอชไอวีได้ และที่เกี่ยวข้องกับสถานะการจดทะเบียนของผู้ไม่มีสัญชาติไทย ยังเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเข้าถึงบริการ
- มีการร่างกฎหมายใหม่ที่ส่งเสริมบริการสุขภาพ เช่น พระราชบัญญัติส่งเสริมโอกาสและความเสมอภาคทางเพศ พระราชบัญญัติการมีส่วนร่วมของประชาชนในนโยบายสาธารณะ และการมีส่วนร่วมของประชาชนในการบริหารราชการส่วนท้องถิ่น
- ยังคงมีกรณีการตีตราและเลือกปฏิบัติเกิดขึ้นในสถานที่ทำงาน ในสถาบันการศึกษา และหน่วยงานสุขภาพ และในประเด็นของการรักษาความลับในขณะที่เข้ารับบริการทางการแพทย์และบริการทางสังคม
- การเข้าถึงบริการป้องกันและดูแลรักษา สำหรับผู้ต้องขัง ยังคงมีอยู่อย่างจำกัด
- คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ได้แต่งตั้ง คณะอนุกรรมการส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ เพื่อดูแลในเรื่องการตีตราและเลือกปฏิบัติ รวมถึงการละเมิดสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานของกลุ่มประชากรหลักและผู้ติดเชื้อฯ
- ประเทศไทยกำลังอยู่ในช่วงการพัฒนาระบบการติดตามการดำเนินงานในประเด็นการตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกิดขึ้นกับกลุ่มประชากรหลักและผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการรับบริการสุขภาพ

ข้อสรุปสำคัญ

ยังคงมีกฎหมายและนโยบายที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการด้านเอชไอวีซึ่งต้องการ การแก้ไขอย่างเร่งด่วน แม้ว่า การตีตราและเลือกปฏิบัติต่อกลุ่มประชากรหลักและผู้ติดเชื้อเอชไอวีในรูปแบบต่างๆยังไม่มีข้อมูลเชิงปริมาณที่จะบอกขนาดของปัญหาได้ แต่ก็มี ความชัดเจนว่ากลุ่มประชากรดังกล่าวถูกเลือกปฏิบัติ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขเพื่อให้สามารถขยายการบริการเอชไอวีได้ครอบคลุม

กิจกรรมสำคัญที่ต้องดำเนินการ

กิจกรรม	กรอบระยะเวลา
➤ กำหนดวิธีการและดำเนินการรณรงค์และสื่อสารสาธารณะอย่างต่อเนื่องเพื่อ “ทำให้เอ็ดส์เป็นเรื่องปกติ” ในฐานะที่เป็นโรคเรื้อรังทางการแพทย์อย่างหนึ่ง และเพื่อแก้ไขปัญหาการตีตราและเลือกปฏิบัติ	ปีงบประมาณ 2556-2559
➤ รณรงค์เพื่อยุติการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีโดยไม่สมัครใจ และการที่ผู้ให้บริการสุขภาพบางคนกำหนดให้ต้องเปิดเผยผลการตรวจการติดเชื้อเป็นเงื่อนไขที่จะได้รับบริการ	ปีงบประมาณ 2556-2559
➤ สร้างกลไกการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนด้านเอ็ดส์และการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในพื้นที่ โดยเริ่มต้นในพื้นที่เร่งรัด 33 จังหวัด	ปีงบประมาณ 2556-2559
➤ ติดตามการดำเนินงานใช้แนวปฏิบัติแห่งชาติในการบริหารจัดการด้านเอ็ดส์ในสถานที่ทำงาน	ปีงบประมาณ 2556-2559
➤ ลดทอนความเป็นอาชญากรรมของการบริการทางเพศ และการใช้ยาเสพติด	



เป้าหมายที่ 10

โอกาสที่จะบรรลุเป้าหมาย

ปฏิญญาการเมือง: จัดระบบการให้บริการด้านเอชไอวีที่ดำเนินการคู่ขนานกับบริการอื่น เพื่อให้การ บูรณาการ การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์กับงานสุขภาพและการพัฒนาโดยรวม

ยุทธศาสตร์ชาติ : ไม่มีเป้าหมายเฉพาะ

ข้อค้นพบสำคัญ

- บริการด้านเอชไอวีในประเทศไทยส่วนใหญ่ได้บูรณาการเข้าไปกับระบบบริการสุขภาพและการพัฒนา โดยรวมอย่างเต็มรูปแบบแล้ว (อาทิ การพัฒนา สุขภาพ การช่วยเหลือทางสังคม การศึกษา และ แรงงาน) อย่างไรก็ตาม ทรัพยากรทั้งงบประมาณและบุคลากรสำหรับดำเนินงานเอดส์ ลดลงอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะในภาคส่วนที่ไม่ใช่ด้านสุขภาพและสำหรับองค์กรภาคประชาสังคม ทั้งในระดับประเทศและพื้นที่ ซึ่งก่อให้เกิดความท้าทายที่สำคัญต่อการบรรลุเป้าหมายสูงสุดในการหยุด ปัญหาเอดส์ของประเทศไทย
- กระทรวงสาธารณสุข และภาคี (มูลนิธิเข้าถึงเอดส์, องค์กรแพธ, เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี ระดับชาติ และ 29 จังหวัด) ได้เริ่มดำเนินการสร้างความเข้มแข็งและเชื่อมต่อระบบชุมชน ระบบ สุขภาพ และระบบปกป้องทางสังคม ในการดูแลเด็กที่มีภาวะเปราะบางและเด็กที่ได้รับผลกระทบ จากเอดส์ แต่การเชื่อมต่อกับผู้ให้บริการภาคเอกชนยังมีน้อยมาก
- การบูรณาการการทำงานที่มีเป้าหมายร่วมกัน โดยใช้ตัวชี้วัดหลักร่วม (Joint KPIs) สำหรับผลสัมฤทธิ์ และการติดตามงานร่วมกันในองค์กรภาครัฐ ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ถูกยกเลิกไปในปีที่แล้ว เนื่องจากมีงานหลักอื่นเข้ามาแทนที่ และความรู้สึกของผู้มีอำนาจตัดสินใจว่าเรื่องนี้ไม่มีความ จำเป็นอีกต่อไป
- การประเมินกระบวนการดำเนินงานของจังหวัดเรื่องเอชไอวีและเอดส์ในปี 2555 พบว่าการ ประสานงาน การบูรณาการ และเชื่อมต่อกิจกรรมเชิงรุกที่ดำเนินการโดยภาคประชาสังคมกับบริการ ของหน่วยงานสุขภาพภาครัฐ มีประสิทธิภาพปานกลาง

ข้อสรุปสำคัญ

แม้ว่าประเทศไทยมีความก้าวหน้าในการบูรณาการบริการด้านเอชไอวีแล้วก็ตาม สิ่งที่ต้องพิจารณาในอนาคต ได้แก่ การแยกส่วนการทำงาน การประสานงานกับภาคีใหม่ และรูปแบบใหม่ของการทำงานร่วมกัน ในทุกระดับ

กิจกรรมสำคัญที่ต้องดำเนินการ

กิจกรรม	กรอบระยะเวลา
➤ สร้างกระบวนการใช้ ตัวชี้วัดร่วม เป็นเครื่องมือการทำงานร่วมกันของหน่วยงานภาครัฐ และสร้างแรงจูงใจในการให้ภาคเอกชนและภาคประชาสังคมร่วมใช้ตัวชี้วัดร่วมด้วย	ภายในเดือนกันยายน 2556 เพื่อเริ่มดำเนินการในปีงบประมาณ 2557
➤ บูรณาการงานเอดส์ในภารกิจหลักของหน่วยงานที่ไม่ใช่สาธารณสุข โดยทำให้มั่นใจว่าจะมีทรัพยากรเพียงพอในการดำเนินงาน	ปีงบประมาณ 2557
➤ พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดำเนินงานภารกิจหลักในรูปแบบที่เป็นการบูรณาการ	ภายในเดือนกันยายน 2556

V. ภาพรวมตัวชี้วัด พ.ศ. 2552 - 2555

เป้าหมาย 1: ลดการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีทางเพศสัมพันธ์

ปฏิญญาการเมือง	ลดการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีทางเพศสัมพันธ์ร้อยละ 50 ในปี พ.ศ. 2558									
ยุทธศาสตร์ชาติ	ลดการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีทางเพศสัมพันธ์ลง 2 ใน 3 ในปี พ.ศ. 2559									
กลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัด	GARPR	UA	เป้าหมายประเทศ ปี 2559	2552	2553	2554	2555		
ประชากรทั่วไป	1.1	ร้อยละของเยาวชนอายุ 15-24 ปี ที่ที่บอกริธีการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีทางเพศสัมพันธ์ได้ถูกต้องและไม่เห็นด้วยกับความเชื่อผิดๆเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี	●	●		ไม่มีข้อมูล				
	1.2	ร้อยละของเยาวชนอายุ 15-24 ปี ที่เคยมีเพศสัมพันธ์ก่อนอายุ 15 ปี	●	●		ไม่มีข้อมูล				
	1.3	ร้อยละของประชากรหญิงและชายอายุ 15-49 ปี ที่มีคู่อุปสมัตต์มากกว่า 1 คน ใน 12 เดือนที่ผ่านมา	●	●		ไม่มีข้อมูล				
	1.4	ร้อยละของประชากรหญิงและชายอายุ 15-49 ปี ที่มีคู่อุปสมัตต์มากกว่า 1 คน ใน 12 เดือนที่ผ่านมา รายงานว่าใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย	●	●		ไม่มีข้อมูล				
	1.5	ร้อยละของประชากรหญิงและชายอายุ 15-49 ปี ที่ได้ตรวจและรู้ผลการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีใน 12 เดือนที่ผ่านมา	●	●		ไม่มีข้อมูล				
	1.6	ร้อยละของเยาวชนหญิงอายุ 15-24 ปี ที่ติดเชื้อเอชไอวี	●	●	0.33%	0.58%	0.44%	0.44%	0.40%	
พนักงานบริการหญิง	1.7	ร้อยละของพนักงานบริการหญิงที่เข้าถึงแผนงานป้องกัน	●	●	80.0%		50.4%		53.9%	
	1.8	ร้อยละของพนักงานบริการหญิงรายงานว่าใช้ถุงยางอนามัยกับลูกค้าครั้งสุดท้าย	●	●	95.0%		95.6%		93.6%	
	1.9	ร้อยละของพนักงานบริการหญิงที่ได้ตรวจและรู้ผลการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีใน 12 เดือนที่ผ่านมา	●	●	90.0%		47.8%		55.6%	
	1.10	ร้อยละของพนักงานบริการหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี	●	●	1.0%		2.7%		2.2%	
พนักงานบริการชาย	1.7	ร้อยละของพนักงานบริการชายที่เข้าถึงแผนงานป้องกัน	●	●	80.0%		61.0%		73.8%	
	1.8	ร้อยละของพนักงานบริการชายรายงานว่าใช้ถุงยางอนามัยกับลูกค้าครั้งสุดท้าย	●	●	95.0%		88.0%		98.2%	
	1.9	ร้อยละของพนักงานบริการชายที่ได้ตรวจและรู้ผลการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีใน 12 เดือนที่ผ่านมา	●	●	90.0%		49.0%		52.4%	
	1.10	ร้อยละของพนักงานบริการชายที่ติดเชื้อเอชไอวี	●	●	10.2%		16.0%		12.2%	

เป้าหมาย 1: ลดการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีทางเพศสัมพันธ์

เป้าหมาย	ตัวชี้วัด	GARPR	UA	เป้าหมาย ประเทศ ปี 2559	2552	2553	2554	2555		
ปฏิบัติ การเมือง	ลดการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีทางเพศสัมพันธ์ร้อยละ 50 ในปี พ.ศ. 2558									
ยุทธศาสตร์ชาติ	ลดการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีทางเพศสัมพันธ์ลง 2 ใน 3 ในปี พ.ศ. 2559									
ชายมี เพศสัมพันธ์กับ ชาย	1.11	ร้อยละของชายมีเพศสัมพันธ์กับชายที่เข้าถึงแผนงานป้องกัน	●	●	80.0%		43.8%	52.6%		
	1.12	ร้อยละของชายมีเพศสัมพันธ์กับชายที่รายงานว่าใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักกับคูที่เป็นชายครั้งล่าสุด	●	●	95.0%		80.2%	85.5%		
	1.13	ร้อยละของชายมีเพศสัมพันธ์กับชายที่ได้ตรวจและรู้ผลการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีใน 12 เดือนที่ผ่านมา	●	●	90.0%		14.9%	25.6%		
	1.14	ร้อยละของชายมีเพศสัมพันธ์กับชายที่ติดเชื้อเอชไอวี	●	●	7.5%		8.0%	7.1%		
การให้การ ปรึกษาและ ตรวจการติดเชื้อ เอชไอวี	1.16	จำนวนประชากรหญิงและชายอายุ 15 ปี ขึ้นไปได้ตรวจและรู้ผลการติดเชื้อเอชไอวี ใน 12 เดือนที่ผ่านมา (รวมการตรวจในหญิงตั้งครรภ์)		●			1,054,334	1,146,093		
		จำนวนที่ตรวจพบว่าติดเชื้อเอชไอวี		●			22,339	21,907		
		จำนวนประชากรหญิงและชายอายุ 15 ปี ขึ้นไปได้ตรวจและรู้ผลการติดเชื้อเอชไอวี ใน 12 เดือนที่ผ่านมา (ไม่รวมการตรวจในหญิงตั้งครรภ์)		●			307,114	356,816		
		จำนวนที่ตรวจพบว่าติดเชื้อเอชไอวี		●			17,464	16,984		
โรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์	1.17	1.17.1. ร้อยละของหญิงรับบริการฝากครรภ์ที่ได้ตรวจซีฟิลิสเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก		●				91.6%		
		1.17.2 ร้อยละของหญิงรับบริการฝากครรภ์ที่มีผลการตรวจซีฟิลิสเป็นบวก		●				0.1%		
		1.17.3 ร้อยละของหญิงรับบริการฝากครรภ์ที่มีผลการตรวจซีฟิลิสเป็นบวกแล้วได้รับการรักษา		●					93.1%	
		1.17.4 ร้อยละของพนักงานบริการที่ติดเชื้อซีฟิลิส (active syphilis)	ค่ามัธยฐาน		●				0.3%	0.0%
			ค่าเฉลี่ย		●				0.6%	0.5%
		1.17.5 ร้อยละของชายมีเพศสัมพันธ์กับชายที่ติดเชื้อซีฟิลิส (active syphilis)		●					ไม่มีข้อมูล	

วันที่รายงาน : 31 พ.ค. 2556

เป้าหมาย 1: ลดการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีทางเพศสัมพันธ์

เป้าหมาย	ตัวชี้วัด		GARPR	UA	เป้าหมาย ประเทศ ปี 2559	2552	2553	2554	2555	
ปฏิกิริยาการเมือง	ลดการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีทางเพศสัมพันธ์ร้อยละ 50 ในปี พ.ศ. 2558									
ยุทธศาสตร์ชาติ	ลดการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีทางเพศสัมพันธ์ลง 2 ใน 3 ในปี พ.ศ. 2559									
ชายมีเพศสัมพันธ์ กับชาย	1.11	ร้อยละของชายมีเพศสัมพันธ์กับชายที่เข้าถึงแผนงานป้องกัน	●	●	80.0%		43.8%		52.6%	
	1.12	ร้อยละของชายมีเพศสัมพันธ์กับชายที่รายงานว่าใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักกับคู่อที่เป็นชายครั้งล่าสุด	●	●	95.0%		80.2%		85.5%	
	1.13	ร้อยละของชายมีเพศสัมพันธ์กับชายที่ได้ตรวจและรู้ผลการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีใน 12 เดือนที่ผ่านมา	●	●	90.0%		14.9%		25.6%	
	1.14	ร้อยละของชายมีเพศสัมพันธ์กับชายที่ติดเชื้อเอชไอวี	●	●	7.5%		8.0%		7.1%	
การให้การปรึกษา และตรวจการติดเชื้อ เอชไอวี	1.16	จำนวนประชากรหญิงและชายอายุ 15 ปี ขึ้นไปได้ตรวจและรู้ผลการติดเชื้อเอชไอวี ใน 12 เดือนที่ผ่านมา (รวมการตรวจในหญิงตั้งครรภ์)		●				1,054,334	1,146,093	
		จำนวนที่ตรวจพบว่าติดเชื้อเอชไอวี		●					22,339	
		จำนวนประชากรหญิงและชายอายุ 15 ปี ขึ้นไปได้ตรวจและรู้ผลการติดเชื้อเอชไอวี ใน 12 เดือนที่ผ่านมา (ไม่รวมการตรวจในหญิงตั้งครรภ์)		●				307,114	356,816	
		จำนวนที่ตรวจพบว่าติดเชื้อเอชไอวี		●					17,464	
โรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์	1.17	1.17.1 ร้อยละของหญิงรับบริการฝากครรภ์ที่ได้ตรวจซีฟิลิสเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก		●					91.6%	
		1.17.2 ร้อยละของหญิงรับบริการฝากครรภ์ที่มีผลการตรวจซีฟิลิสเป็นบวก		●					0.1%	
		1.17.3 ร้อยละของหญิงรับบริการฝากครรภ์ที่มีผลการตรวจซีฟิลิสเป็นบวกแล้วได้รับการรักษา		●						93.1%
		1.17.4 ร้อยละของพนักงานบริการที่ติดเชื้อซีฟิลิส (active syphilis)	ค่ามัธยฐาน		●				0.3%	0.0%
			ค่าเฉลี่ย		●				0.6%	0.5%
		1.17.5 ร้อยละของชายมีเพศสัมพันธ์กับชายที่ติดเชื้อซีฟิลิส (active syphilis)		●						ไม่มีข้อมูล
วันที่รายงาน : 31 พ.ค. 2556										

เป้าหมายที่ 2: ลดการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีด									
ปฏิญญาการเมือง	ลดการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีดร้อยละ 50 ในปี พ.ศ. 2558								
ยุทธศาสตร์ชาติ	ลดการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีดลง 2 ใน 3 ในปี พ.ศ.2559								
กลุ่ม เป้าหมาย	ตัวชี้วัด	GARPR	UA	เป้าหมายประเทศ ปี 2559	2552	2553	2554	2555	
	2.1	จำนวนกระบอกฉีดยาที่แจกจากแผนงานเข็มและกระบอกฉีดยาต่อผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีด 1 คน	●	●	88			9.8	11.5
	2.2	ร้อยละของผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีดที่รายงานว่าใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย	●	●	95.0%	39.2%	46.0%		49.1%
	2.3	ร้อยละของผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีดที่รายงานว่าใช้อุปกรณ์ฉีดปลอดเชื้อในการฉีดครั้งสุดท้าย	●	●	82.0%	42.0%	77.7%		80.4%
	2.4	ร้อยละของผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีดที่ได้ตรวจและรู้ผลการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี ใน 12 เดือนที่ผ่านมา	●	●	90.0%	40.0%	40.7%		43.6%
	2.5	ร้อยละของผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีดที่ติดเชื้อเอชไอวี	●	●	21.0%	17.2%	21.9%		25.2%
	2.6	คาดประมาณจำนวนผู้ใช้ยาประเภทฝิ่น (กลุ่มที่ใช้วิธีฉีด และ กลุ่มที่ไม่ได้ใช้วิธีฉีด) และ จำนวนผู้รับการบำบัดด้วยสารทดแทนฝิ่น (Opioid Substitution therapy: OST)							
		2.6.1	คาดประมาณจำนวนผู้ใช้ยาประเภทฝิ่น (กลุ่มที่ใช้วิธีฉีด และ กลุ่มที่ไม่ได้ใช้วิธีฉีด)		●				ไม่มีข้อมูล
		2.6.2	จำนวนผู้รับการบำบัดด้วยสารทดแทนฝิ่น (Opioid Substitution therapy: OST)		●		2,201	2612	3,735
	2.7	จำนวนหน่วยบริการเข็มและกระบอกฉีดยา และ จำนวนหน่วยบริการบำบัดด้วยสารทดแทนฝิ่น							
		2.7.1	จำนวนหน่วยบริการเข็มและกระบอกฉีดยา		●		39	49	42
	2.7.2	จำนวนหน่วยบริการบำบัดด้วยสารทดแทนฝิ่น		●		49	ไม่มีข้อมูล	147	147

หมายเหตุ: ตัวชี้วัด 1-5 ปี 2552 เป็นข้อมูลจาก IBBS ที่ดำเนินการใน กรุงเทพมหานคร และ จ.เชียงใหม่

วันที่รายงาน : 31 พ.ค. 2556

เป้าหมายที่ 3: การหยุดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก

ปฏิญญาการเมือง	การถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกหมดไป และการเสียชีวิตของแม่ที่มีเหตุเนื่องจากเอ็ดส์ลดลงอย่างมีนัยยะสำคัญ
ยุทธศาสตร์ชาติ	อัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก น้อยกว่าร้อยละ 2

กลุ่ม เป้าหมาย	ตัวชี้วัด	GARPR	UA	เป้าหมายประเทศ ปี 2559	2551	2552	2553	2554	2555
3.1	ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการบำบัดด้วยยาต้านไวรัสเพื่อลดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก	●	●	98.8%	93.6%	95.0%	94.2%	94.0%	93.8%
3.2	ร้อยละของทารกเกิดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวี ได้รับการตรวจไวรัสเอชไอวีภายใน 2 เดือนหลังคลอด	●	●	90.0%			75.8%	73.1%	77.2%
3.3	คาดประมาณร้อยละของการติดเชื้อเอชไอวีของเด็กจากแม่ที่ติดเชื้อที่คลอดใน 12 เดือนที่ผ่านมา	●	●	2.0%			3.8%	3.0%	2.7%
3.4	ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้ตรวจและรู้ผลการติดเชื้อเอชไอวี ทั้งที่ตรวจระหว่างตั้งครรภ์ ระหว่างเจ็บท้องคลอด คลอด และหลังคลอด (ภายใน 72 ชั่วโมง) รวมทั้งผู้ที่รู้ว่าติดเชื้อมาก่อนแล้ว		●		99.7%	99.3%	99.5%	99.9%	99.1%
3.5	ร้อยละของหญิงรับบริการฝากครรภ์ที่ได้ตรวจการติดเชื้อเอชไอวีใน 12 เดือนที่ผ่านมา		●						32.3%
3.6	ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวี ที่ได้รับการประเมินว่าควรได้รับการรักษาด้วยยาด้านไวรัสฯ หรือไม่ ด้วยกรประเมินทางคลินิก หรือการตรวจ CD4		●			44.0%			85.6%
3.7	ร้อยละของทารกที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี ได้รับการบำบัดด้วยยาต้านไวรัสฯ เพื่อลดความเสี่ยงต่อการได้รับถ่ายทอดเชื้อจากแม่ ในช่วง 6 สัปดาห์แรก		●		96.5%	99.3%	99.4%	99.0%	99.2%
3.8	ร้อยละของทารกที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี ได้รับการบำบัดด้วยยาต้านไวรัสฯ โดยแม่หรือทารก เพื่อลดการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก ในระหว่างเลี้ยงลูกด้วยนมแม่		●		ตัวชี้วัดไม่สอดคล้องกับประเทศไทย				
3.9	ร้อยละของทารกที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี ที่ได้เริ่มกินยา CTX เพื่อการป้องกัน ภายใน 2 เดือนหลังคลอด		●			35.9%		42.0%	52.0%
3.10	วิธีการเลี้ยงลูก (กินนมแม่อย่างเดียว กินนมแม่พร้อมกับนมผสมหรือกับอาหารอื่น) สำหรับทารกที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี เวลาที่ทารกมารับวัคซีน DPT เข็มที่ 3		●		ตัวชี้วัดไม่สอดคล้องกับประเทศไทย				
3.11	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์อย่างน้อย 1 ครั้ง ในช่วงระยะเวลารายงาน		●				772,772	747,967	783,305

วันที่รายงาน : 31พ.ค. 2556

เป้าหมายที่ 4: การรักษาด้วยยาต้านไวรัส									
ปฏิญญาการเมือง	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลก 15 ล้านคนได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส								
ยุทธศาสตร์ชาติ	- ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกคนที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยได้รับการป้องกันสังคมและเข้าถึงการรักษาและดูแล - การเสียชีวิตเนื่องจากเอดส์ลดลงครึ่งหนึ่ง ในปี พ.ศ.2559								
กลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัด	GARP R	UA	เป้าหมายประเทศ ปี 2559	2552	2553	2554	2555	
4.1	ร้อยละของผู้ใหญ่และเด็กติดเชื้อเอชไอวีที่เข้าเกณฑ์รักษาด้วยยาต้านไวรัสที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส	●	●	90.0%	75.8%	71.8%	77.0%		
	- (CD4 <200 cell/ml)					59.1%	64.6%	70.0%	
	- (CD4 <350 cell/ml)								
	ร้อยละของผู้ใหญ่และเด็กติดเชื้อเอชไอวีที่ยังคงมีชีวิตและรักษาอยู่หลังเริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัส 12 เดือน	●	●	95.0%	85.1%	80.7%	83.1%	82.1%	
	ร้อยละของผู้ใหญ่และเด็กติดเชื้อเอชไอวีที่ยังคงมีชีวิตและรักษาอยู่หลังเริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัส 24 เดือน (สำหรับปี 2555 เป็นกลุ่มที่เริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสในปี 2553)					79.8%	79.8%	78.9%	
	ร้อยละของผู้ใหญ่และเด็กติดเชื้อเอชไอวีที่ยังคงมีชีวิตและรักษาอยู่หลังเริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัส 60 เดือน (สำหรับปี 2555 เป็นกลุ่มที่เริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสในปี 2550)							NA	
	จำนวนสถานพยาบาลที่ให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัส (ส่งจ่ายยา และ/หรือติดตามการรักษาทางคลินิก)			●		1,014	943	937	949
	ร้อยละของสถานพยาบาลที่จ่ายยาต้านไวรัส ในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ที่เคยมีการขาดยาต้านไวรัสจากสต็อกอย่างน้อย 1 ตัว ใน 12 เดือนที่ผ่านมา			●				3.1%	3.1%
4.5	ร้อยละของผู้ใหญ่และเด็กที่ลงทะเบียนรักษาและเข้าเกณฑ์รับยา co-trimoxazole (CTX) เพื่อการป้องกัน (ตามแนวทางของประเทศ) ได้รับยา CTX เพื่อการป้องกัน		●			89.0%	89.3%	92.5%	
4.6	การดูแลรักษา								
4.6.1	จำนวนผู้ใหญ่ติดเชื้อเอชไอวีที่ลงทะเบียนในระยะก่อนการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ในช่วงระยะเวลา รายงาน		●					10,646	
4.6.2	จำนวนผู้ใหญ่ติดเชื้อเอชไอวีที่ลงทะเบียนรักษาทั้งหมด ทั้งระยะก่อนการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และรักษาด้วยยาต้านไวรัส ในช่วงระยะเวลา รายงาน		●					24,654	
วันที่รายงาน : 18 เม.ย. 2556									

เป้าหมายที่ 5: ลดการเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีจากวัณโรค									
ปฎิบัติการเมือง		ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเสียชีวิตจากวัณโรคลดลง ร้อยละ 50 ในปี 2558							
ยุทธศาสตร์ชาติ		ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเสียชีวิตจากวัณโรคลดลง ร้อยละ 50 ในปี 2559							
กลุ่ม เป้าหมาย	ตัวชี้วัด		GARPR	UA	เป้าหมาย ประเทศ ปี 2559	2552	2553	2554	2555
	5.1	ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นวัณโรคตามการคาด ประมาณได้รับการรักษาทั้งวัณโรคและเอชไอวี	●	●	50.0%	25.5 %	26.1%	36.2%	27.8%
	5.2	จำนวนสถานพยาบาลที่ให้บริการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ฯ ที่มีการดำเนินการควบคุมการติดเชื้อในสถานพยาบาล รวมถึงวัณโรคด้วย(WHO)		●			ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
	5.3	ร้อยละของผู้ใหญ่และเด็กที่เริ่มเข้าสู่ระบบการรักษาเอช ไอวี เริ่มกินยา Isoniazid เพื่อการป้องกันวัณโรค (IPT)		●			ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
	5.4	ร้อยละของผู้ใหญ่และเด็กที่อยู่ในทะเบียนการรักษาเอช ไอวีได้รับการประเมินการติดเชื้อวัณโรคและมีการบันทึก เมื่อมาตรวจครั้งสุดท้าย		●			95.0%	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
หมายเหตุ: ปรับผลงานตัวชี้วัด 5.1 ปี 2554 จาก 27.7% เป็น 36.2%									
วันที่รายงาน : 31 พ.ค. 2556									

เป้าหมายที่ 6: ปิดช่องว่างของทรัพยากร

ปฏิญญาการเมือง	งบประมาณใช้จ่ายในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์สำหรับประเทศที่มีรายได้ระดับต่ำและปานกลาง ปีละ ๒๒-๒๔ พันล้านเหรียญสหรัฐ									
ยุทธศาสตร์ชาติ	เพิ่มสัดส่วนงบประมาณการป้องกันในจังหวัดพื้นที่เร่งรัดภายในปี พ.ศ. 2559									
กลุ่ม เป้าหมาย	ตัวชี้วัด		GARPR	UA	เป้าหมาย ประเทศ ปี 2559	2551	2552	2553	2554	2555
	6.1	รายจ่ายการทำงานเอดส์ทั้งหมด (ล้านบาท)	●			6,728	6,928	7,208	7,733	9,922
	6.2	รายจ่ายการป้องกันทั้งหมด (ล้านบาท)	●			950	1,500	987	1,015	1,334
		ร้อยละของรายจ่ายทั้งหมดที่ใช้ในการป้องกัน			25.0%	14%	22%	14%	13%	13%
	6.3	รายจ่ายที่ใช้ในแผนงานป้องกันในกลุ่ม ผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีดยา พนักงานบริการ และชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (ล้านบาท)	●			38	24	52	135	271
		ร้อยละของรายจ่ายทั้งหมดที่ใช้ในแผนงานป้องกันในกลุ่ม ผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีดยา พนักงานบริการ และชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย				4%	2%	5%	13%	20%
	6.4	รายจ่ายที่ใช้ในการติดตามและประเมินผล และวิจัยปฏิบัติการ ไม่รวมงานวิจัยทางชีวการแพทย์และวิทยาศาสตร์พื้นฐาน (ล้านบาท)	●			199	50	67	73	137
		ร้อยละของรายจ่ายทั้งหมดที่ใช้ในการติดตามและประเมินผล และวิจัยปฏิบัติการ			5.0%	3%	1%	1%	1%	1%
วันที่รายงาน : 31 พ.ค. 2013										

แบบสอบถามพิเศษสำหรับรายงานรอบปี พ.ศ.2556

ส่วนที่ 1: มุมมองภาครัฐ

1) ประเทศได้คาดประมาณจำนวนของกลุ่มประชากรหลักหรือไม่

กลุ่มประชากรหลัก	มีการคาดประมาณหรือไม่	ปีที่มีการคาดประมาณ	จำนวนคาดประมาณ
ก) ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย	มี	2555	550,571
ข) ผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีด	มี	2555	40,300
ค) พนักงานบริการ (Sex worker)	มี	2555	123,530
ง) กลุ่มอื่นๆ			
จ) หมายเหตุ	คาดประมาณจำนวนประชากรข้ามชาติ 3.2 -3.7 ล้านคน (2555)		

2) หน่วยบริการสุขภาพจัดบริการสำหรับเอชไอวีบูรณาการกับบริการสุขภาพอื่นๆหรือไม่

บริการ	หน่วยบริการหลายแห่ง	หน่วยบริการบางแห่ง	ไม่มีเลย
ก) บริการให้การปรึกษาและตรวจการติดเชื้อเอชไอวีกับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์	•		
ข) บริการให้การปรึกษาและตรวจการติดเชื้อเอชไอวีกับบริการวัณโรค	•		
ค) บริการให้การปรึกษาและตรวจการติดเชื้อเอชไอวีกับบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป		•	
ง) บริการให้การปรึกษาและตรวจการติดเชื้อเอชไอวีกับบริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง			•
จ) บริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและบริการวัณโรค	•		
ฉ) บริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป		•	
ช) บริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและบริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง			•
ซ) บริการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกกับบริการดูแลก่อนคลอดและอนามัยแม่และเด็ก	•		
ฌ) อื่นๆ			

3) มีการเปลี่ยนแปลงนโยบายสำคัญจากการสำรวจ NCPI เมื่อต้นปี 2555 หรือไม่

1. ยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ

คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ได้เห็นชอบยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2555-2559 และแผนพัฒนาข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์และการติดตามประเมินผลการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ระดับประเทศ พ.ศ.2555-2559 ซึ่งได้จัดปฐมนิเทศน์ให้แก่หน่วยงานภาครัฐ ภาคประชาสังคม ภาคธุรกิจ ในส่วนกลางและจังหวัด

ความท้าทาย

สำนักงาน ก.พ.ร. ได้ยกเลิกให้การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีเป็นตัวชี้วัดที่มีเป้าหมายร่วมกัน (Joint KPI) ในปี พ.ศ. 2556 ด้วยเหตุผลว่ามีการร่วมมือระหว่างหน่วยงานดีแล้ว แต่คณะทำงานจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเห็นว่ายังคงมีความจำเป็นที่ต้องกำหนดเรื่องเอดส์เป็น Joint KPI เพื่อทำให้ความร่วมมือระหว่างกระทรวงยังคงต่อเนื่องไปอีกช่วงหนึ่ง อีกทั้งน่าจะเป็นตัวอย่างของการบูรณาการการทำงานให้กับประเด็นอื่น รวมถึงเป็นกรณีศึกษาให้กับนานาชาติด้วย

2. การป้องกัน

การประชุมปรึกษาหารือระดับชาติ ในเดือนสิงหาคม 2555 เรื่องการใช้จ่ายด้านไวรัสฯเชิงยุทธศาสตร์ มีข้อสรุปว่าประเทศไทยจำเป็นต้องใช้กลยุทธ์ของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯเพื่อการป้องกัน จึงจะทำให้สามารถลดการติดเชื้อเอชไอวีได้ 2 ใน 3 จากที่คาดประมาณในปี 2559 กลยุทธ์สำคัญประกอบด้วย การตรวจพบผู้ติดเชื้อฯและเริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯแต่เนิ่นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่ม ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย พนักงานบริการ และผู้ใช้จ่ายด้วยวิธีฉีดยา ทั้งนี้มีความจำเป็นต้องปรับปรุงและขยายบริการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี การดูแลที่ต่อเนื่อง การพัฒนาบทบาทการให้บริการโดยภาคประชาสังคม และการเพิ่มความสามารถของกลุ่มประชากรหลักในการเข้าถึงบริการ โดยวางแผนที่จะจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายในเรื่องการใช้จ่ายด้านไวรัสฯเชิงยุทธศาสตร์ในระหว่างปี 2556

ประเทศไทยได้ร่วมกับสำนักงานใหญ่กองทุนโลกฯ ดำเนินการประเมินผลการป้องกันในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย พนักงานบริการ และผู้ใช้จ่ายด้วยวิธีฉีดยา ซึ่งทำให้มีข้อมูลสำคัญที่ใช้ในการปรับปรุงมาตรการและแผนการดำเนินงานโครงการทั้งในส่วนที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลกฯและจากงบประมาณของประเทศ

ความท้าทาย

นโยบายลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดที่กำหนดชุดบริการผสมผสาน 10 บริการ ที่ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ และคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดระดับประเทศได้กำหนดให้การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดเป็นมาตรการทางเลือก ในปี 2553 ไม่สามารถนำไปสู่การดำเนินงานได้จริง คณะกรรมการกฤษฎีกา ได้ให้ความเห็นว่า แผนงานแจกเข็มและอุปกรณ์ฉีดยาปลอดภัย เป็นการสนับสนุนการใช้ยาเสพติด อนึ่ง คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์เห็นชอบให้กระทรวงที่เกี่ยวข้อง ได้แก่กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงยุติธรรม กระทรวงมหาดไทย และสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ได้ร่วมกันวางแนวทางการทำงานในพื้นที่ที่ได้รับการ

สนับสนุนงบประมาณจากกองทุนโลกฯ และการพัฒนาพื้นที่สาธิตปฏิบัติการ ใน กรุงเทพมหานคร สงขลาและ เชียงใหม่ เพื่อแสดงให้เห็นวิธีการทำงานที่มีประสิทธิผล ซึ่งยังอยู่ในระหว่างการเตรียมการ

3. การรักษา ดูแล ช่วยเหลือผู้ติดเชื้อและผู้ได้รับผลกระทบจากเอดส์

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สป.สช.) ได้ปรับเกณฑ์เริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ให้รักษาเร็วขึ้น โดยปรับเกณฑ์ให้เริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ จากระดับ CD4 ต่ำกว่า 200 เป็น ต่ำกว่า 350 เซลล์/ลบ.มม. นอกจากนี้ สป.สช.ก็ได้สนับสนุนงบประมาณในการพัฒนาระบบบริการและคุณภาพการให้การปรึกษา เพื่อช่วยให้ตรวจพบผู้ติดเชื้อเร็วขึ้น

รัฐบาลได้ประกาศนโยบายให้การให้การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อฯ ของ 3 กองทุน ได้แก่ สปสช. ประกันสังคม และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ให้มีสิทธิประโยชน์และเป็นมาตรฐานเดียวกัน ได้มีการทบทวน ปรับปรุงระบบฐานข้อมูล ให้เป็นระบบเดียว โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2555

กระทรวงสาธารณสุขได้รับมอบหมายให้พิจารณาการประกันสุขภาพให้กับประชากรข้ามชาติ ทั้งที่ลงทะเบียนและไม่ลงทะเบียน รวมถึงการดูแลในเรื่องการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ให้กับประชากรข้ามชาติที่ติดเชื้อฯ

4. การติดตามและเลือกปฏิบัติ

คณะอนุกรรมการส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ ที่แต่งตั้งโดยคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ มีการดำเนินการที่เข้มแข็ง โดยดำเนินงานในเรื่องต่างๆ ดังนี้

- รวบรวมข้อมูล และจัดสัมมนาเพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายต่อคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในประเด็นสำคัญ ได้แก่ การบังคับตรวจการติดเชื้อเอชไอวี และผลกระทบจากนโยบายยาเสพติดต่อการดำเนินมาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด
- วางแผนและดำเนินการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ รวมถึงแผนรณรงค์เพื่อส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ ปี 2555-2556

ความท้าทาย

แม้ว่าคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จะได้ประกาศแนวปฏิบัติแห่งชาติว่าด้วยการบริหารจัดการงานเอดส์ในสถานที่ทำงาน ที่กำหนดให้สถานที่ทำงานทั้งภาครัฐและภาคเอกชนเคารพสิทธิของพนักงาน และประธานกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ก็ได้มีหนังสือแจ้งไปยังหน่วยงานต่างๆ หากแต่การดำเนินงานตามแนวปฏิบัติฯ นี้ยังไม่ขยายไปทั่วประเทศ

ส่วนที่ 2: มุมมองภาคประชาสังคม

ภาครัฐได้สนับสนุนให้ภาคประชาสังคมมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศ ในระหว่างปี พ.ศ. 2554-2555 ผู้แทนภาคประชาสังคมได้ร่วมพัฒนาทิศทางและยุทธศาสตร์ของยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2555-2559 รวมถึงแผนพัฒนาข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์และการติดตามประเมินการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ระดับประเทศ อย่างไรก็ตามยังคงมีช่องว่างในการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคมในการแก้ไขอุปสรรคที่เกี่ยวกับกฎหมาย นโยบาย และการแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติ การดำเนินงานที่เป็นความก้าวหน้าและความท้าทายที่ยังคงมีอยู่ ดังนี้

- การประกาศนโยบายให้การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อฯ ของทั้ง 3 กองทุนมีมาตรฐานเดียว โดยเริ่มดำเนินการในวันที่ 1 ตุลาคม 2555
- การปรับเกณฑ์การเริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ของ สปสช. จาก ต่ำกว่า 200 เป็น ต่ำกว่า 350 เซลล์/ลบ.มม. โดยเริ่มดำเนินการในวันที่ 1 ตุลาคม 2555
- กฎหมายยาเสพติด ยังคงกำหนดโทษผู้ขายให้จำคุก 6 เดือนถึง 3 ปี ในขณะที่รัฐบาลมีนโยบายที่มองว่าการติดยาเป็นปัญหาสุขภาพ ความไม่ชัดเจนในกฎหมายและนโยบายมีผลทำให้ผู้ขายยาเข้าไม่ถึงบริการ และการดำเนินงานเชิงรุกตามมาตรฐานบางอย่างถูกมองว่าเป็นเรื่องผิดกฎหมาย
- นโยบายลดอันตรายจากการใช้ยาได้รับการกล่าวถึงโดยนายกรัฐมนตรีในการประชุมเอตส์นานาชาติที่กรุงเทพมหานคร เมื่อปี พ.ศ.2547 หลังจากนั้นหน่วยงานที่ดำเนินงานกับกลุ่มผู้ขายยาด้วยวิธีฉีด จึงได้มีความพยายามขยายการดำเนินงานให้ผสมผสานมากขึ้น รวมถึงแผนงานสนับสนุนให้ใช้เข็มและกระบอกฉีดยาปลอดเชื้อ ซึ่งเป็นองค์ประกอบของบริการที่มีแรงต่อต้านจากหน่วยงานภาครัฐบางหน่วย ที่มองว่าการแจกเข็มฉีดยาเป็นการสนับสนุนให้ใช้ยาเสพติด ซึ่งคณะกรรมการกฤษฎีกาก็มีความเห็นเช่นนี้ จึงทำให้เป็นความยากลำบากมากขึ้นในการดำเนินงานลดอันตรายจากการใช้ยา แม้ว่ากรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขจะสนับสนุนการดำเนินงานลดอันตรายจากการใช้ยาที่ผสมผสาน แต่การทำงานจริงในพื้นที่ก็เป็นเรื่องยาก ในขณะเดียวกัน แนวปฏิบัติมาตรฐานขององค์ประกอบอื่น ได้แก่ การบำบัดด้วยสารทดแทนเมทาโดน ก็อยู่ระหว่างการเปลี่ยนแปลง ในเรื่องเกณฑ์ของผู้ที่ควรได้รับ ขั้นตอน วิธีการ ขนาดยา และการให้ยากกลับไปกินที่บ้าน ที่ผ่านมามีบ่อยครั้งที่การเปลี่ยนแปลงนั้นไม่ได้ส่งผลให้บริการที่คุณภาพที่ดีขึ้น และผู้ขายยาด้วยวิธีฉีดมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นเล็กน้อย แรงจูงใจในเครือข่ายสนับสนุนผู้ขายยาด้วยวิธีฉีดลดลง ส่วนหนึ่งเนื่องมาจากข้อขัดแย้งทางนโยบายที่ชัดเจน การสนับสนุนจากภายนอกก็ดูจะลดลง
- นโยบายบางอย่างก็ดูจะขัดแย้งกันเอง ได้แก่ กรณีของยุทธศาสตร์ของการให้การรักษาเพื่อการป้องกัน ซึ่งพยายามที่จะให้ประชากรที่มีพฤติกรรมเสี่ยงได้ตรวจการติดเชื้อเอชไอวี และเข้าสู่การรักษาหากพบว่าติดเชื้อฯ หากแต่ก็มีกฎระเบียบที่ห้ามผู้ที่อายุต่ำกว่า 18 ปีตรวจการติดเชื้อฯ ถ้าไม่มีคำยินยอมจากพ่อแม่ แพทย์สภายังไม่ได้ทบทวนแนวปฏิบัติที่ต้องได้รับคำยินยอมจากพ่อแม่ ซึ่งกำหนดไว้ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2526 แต่ในขณะที่ยังมีการบังคับตรวจการติดเชื้อเอชไอวีในนักศึกษาพยาบาลในมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง และหากพบว่าติดเชื้อฯ ก็จะทำให้ออกจากคณะพยาบาล (กรณีนี้กำลังอยู่ระหว่างการฟ้องร้อง) ในวันที่ 31 พฤษภาคม 2555 ได้มีการเปิดศูนย์ให้การปรึกษาทางโทรศัพท์แห่งชาติ (หมายเลข 1663) อย่างเป็นทางการ ด้วยความร่วมมือของ มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ กรมควบคุมโรค ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย และ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- การตีตราและเลือกปฏิบัติยังคงเป็นประเด็นที่ทำให้กลุ่มประชากรที่มีภาวะเปราะบางหลายกลุ่มเข้าไม่ถึงบริการป้องกันและการดูแลรักษา การถูกตีตราทำให้หลายคนไม่ได้ใช้สิทธิการรับบริการ บางคนถูกปฏิเสธในการใช้บริการ หรือแม้กระทั่งถูกละเมิดสิทธิ แม้กระทั่งในปัจจุบัน ผู้ประกอบการหลายรายยังคงต้องการผลการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีในการสมัครงาน บางรายไม่ให้การดูแลกรณีถูกจ้างติดเชื้อฯ หรือพยายามหาทางไล่ออกจากงาน บ่อยครั้งที่เหตุการณ์เหล่านี้เป็นผลมาจากความไม่ใส่ใจในเรื่องของสิทธิมนุษยชนและการปฏิบัติที่เป็นธรรมต่อผู้ติดเชื้อฯ องค์การภาคประชาสังคมเป็นแกนนำในการ

ขับเคลื่อนการรณรงค์และผลักดันนโยบายเพื่อจัดการตีตราและเลือกปฏิบัติ ผ่านกลไกของคณะกรรมการส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิด้านเอ็ดส์ ที่แต่งตั้งโดยคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอ็ดส์เมื่อปี พ.ศ.2554 มูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอ็ดส์และกลุ่มภาคประชาสังคม UNDP, UNAIDS, เครือข่ายที่ทำงานกับผู้ติดเชื้อฯ หรือกับพนักงานบริการชาย ได้แก่ องค์การ SWING ได้ร่วมมือกับ กองบัญชาการการศึกษา สำนักงานตำรวจแห่งชาติ จัดทำหลักสูตรการอบรม เรื่อง การตีตราและสิทธิด้านเอ็ดส์ของประชากรกลุ่มต่างๆ เป้าหมายของการอบรมเพื่อสร้างกลุ่มเจ้าหน้าที่ตำรวจที่มีความเข้าใจและทัศนคติที่ดีให้มีจำนวนมากพอที่จะกระจายความรู้ความเข้าใจให้กับเพื่อน จนทำให้เป็นบรรทัดฐานของการปฏิบัติที่ดีต่อประชากรที่มีภาวะเปราะบางและผู้ติดเชื้อฯ UNDP และ UNAIDS ได้สนับสนุนเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอ็ดส์ ประเทศไทย และมูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอ็ดส์ ให้พัฒนาแนวทางการคุ้มครองสิทธิด้านเอ็ดส์ และดำเนินการในพื้นที่นำร่อง 7 จังหวัด ได้แก่ อุบลราชธานี ศรีสะเกษ ชัยภูมิ พะเยา น่าน นครสวรรค์ และลพบุรี ในปี พ.ศ. 2555 มีบันทึกกรณีที่มีการละเมิดสิทธิ จำนวน 47 กรณี ในจังหวัดที่เป็นพื้นที่โครงการ

สำหรับงานด้านการป้องกัน ในช่วงปี 2554-2555 ด้วยงบประมาณจากกองทุนโลกฯ ภาคประชาสังคม มีบทบาทสำคัญในการดำเนินงาน และสามารถเข้าถึงกลุ่มประชากรหลักในวงกว้าง ทั้งนี้หากประเทศไม่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนโลกฯ ก็ยังไม่มีความชัดเจนว่าจะสามารถดำเนินงานเรื่องนี้อย่างต่อเนื่องได้อย่างไร

ประเทศไทยมีความก้าวหน้าอย่างมีนัยยะสำคัญ ในการให้การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อฯ ความครอบคลุมในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ค่อนข้างดี หากแต่ได้มีความพยายามส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อฯ มาตรวจการติดเชื้อฯ แต่เนิ่นๆ มากกว่าจะรอให้มีอาการหรือป่วยก่อนแล้วจึงเข้ามาตรวจการติดเชื้อฯ ซึ่งทำให้ประสิทธิผลของการรักษาดีขึ้นและยังช่วยในการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อฯ อีกด้วย ภาคประชาสังคมและชุมชนที่เกี่ยวข้องมีบทบาทสำคัญและได้ดำเนินการรณรงค์และสร้างศักยภาพในการส่งเสริมการตรวจการติดเชื้อฯ และเข้าสู่การรักษาแต่เนิ่นๆ เป็นความจำเป็นที่รัฐต้องสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานของภาคประชาสังคม อย่างไรก็ตามรัฐยังไม่พร้อมที่จะดำเนินการ ให้กลุ่มประชากรข้ามชาติมีหลักประกันสุขภาพที่ครอบคลุมบริการเอชไอวีที่จำเป็น ให้ครอบคลุมกลุ่มประชากรข้ามชาติจาก ประเทศเมียนมาร์ กัมพูชา และ ส.ป.ป.ลาว ที่มีจำนวนมากขึ้น

- การแต่งตั้งคณะกรรมการส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิด้านเอ็ดส์เป็นก้าวสำคัญในการผลักดันนโยบาย หากแต่งบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานไม่เพียงพอ โดยเฉพาะสำหรับกิจกรรมการสื่อสารสาธารณะที่จะจัดการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อและกลุ่มประชากรหลัก

ข้อจำกัดและความท้าทาย

การสนับสนุนจากผู้มีอำนาจฝ่ายการเมืองและภาวะผู้นำ: การเปลี่ยนแปลงรัฐบาลในปี พ.ศ. 2554 ทำให้เปลี่ยนแปลงประธานคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอ็ดส์ เป็นรองนายกรัฐมนตรี ซึ่งเปลี่ยนหลายคน ทำให้ขาดความต่อเนื่อง มีผลกระทบต่อกรอบนโยบายและยุทธศาสตร์สู่เป้าหมายที่เป็นศูนย์ (Getting to Zero)

การปรับปรุงและขยายบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯให้ครอบคลุมทุกคนในแผ่นดินไทย: เรื่องนี้มีความสำคัญอย่างยิ่งกับกลุ่มประชากรที่ไม่ใช่คนไทย หรือกลุ่มคนไทยที่ไม่มีเลข 13 หลัก ซึ่งไม่สามารถเข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เนื่องจากแรงงานข้ามชาติรวมถึงกลุ่มที่ไม่มีหลักฐานเอกสาร เป็นทรัพยากรบุคคลในการพัฒนาด้านเศรษฐกิจของประเทศ ในขณะนี้การดูแลกลุ่มนี้ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนโลกฯ ซึ่งมีความไม่แน่นอนว่ากองทุนโลกฯ จะยังคงสนับสนุนต่อเนื่องหรือไม่ และจะมีแหล่งทุนใดมาทดแทน ความร่วมมือระหว่างประเทศในชายแดนเป็นปัจจัยสำคัญอีกประการในเรื่องนี้

ภาคผนวก

ผนวก 1: รายชื่อการประเมินผลและการประเมินสถานการณ์

เรื่อง	ผู้ดำเนินการ	ปีที่รายงาน
Harm Reduction Assessment	Mark Tyndall and Sutayut Osornprasop	ส.ค. 2554
Evaluation of the national AIDS response in Thailand	ASEAN Institute for Health Development (AIHD), The International Health Policy Program (IHPP), Health Counterparts Consulting and HLSP, UK	พ.ย. 2554
Monitoring and Evaluation System Strengthening (MESS) Assessment	Institute for Population and Social Research, Mahidol University	มี.ค. 2555
Situation analysis in support of Global Fund supported programming (Round 10)	Yves Bourny and Nonthathorn Chaipheth for ICF International	ธ.ค. 2555
Cost study of comprehensive HIV Prevention program targeting Most at Risk Populations by promoting Integrated Outreach and Network	Health Intervention and Technology Assessment Program (HITAP)	ธ.ค. 2555
Evaluation of HIV programmes among female sex workers, people who inject drugs and men who have sex with men	International consultants for Institute for Population and Social Research, Mahidol University	ธ.ค. 2555
การประเมินผลแผนงานป้องกันในกลุ่มประชากรหลักและผู้ต้องขัง	Institute for Population and Social Research, Mahidol University	มี.ค. 2556
The way forward of Thailand's HIV/AIDS Programmes after being weaned off from the Global Fund Support	The International Health Policy Program (IHPP),	นำเสนอ: มี.ค. 2556
การปรึกษาหารือ:		
Development Cooperation Seminar on "Harm Reduction and Drug Treatment, a choice, a right or a duty"?	Ministry of Justice and UN Country Team Thailand	เม.ย. 2556
การปรึกษาหารือระดับชาติเรื่องการใช้ยาต้านไวรัสฯเชิงยุทธศาสตร์	Ministry of Public Health, UN Joint Team on AIDS in Thailand	ส.ค. 2555
รายงานความก้าวหน้าในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของประเทศไทย รอบปี พ.ศ.2556	กระทรวงสาธารณสุขและภาคีภาครัฐและภาคประชาสังคม	มี.ค. 2556
National Law and Policy Review Thailand	UNAIDS	พ.ค. 2556

ผนวก 2: คณะทำงานวิเคราะห์และร่างรายงานผลการทบทวน

- คณะทำงานด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี
- คณะทำงานด้านการให้การศึกษาและตรวจการติดเชื้อเอชไอวี
- คณะทำงานด้านการรักษาและดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี
- คณะทำงานด้านการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก
- คณะทำงานด้านดูแลผู้ติดเชื้อวัณโรคและติดเชื้อเอชไอวี
- คณะทำงานด้านดูแลเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์
- คณะทำงานทบทวนการทำงานของจังหวัด
- คณะทำงานทบทวนกฎหมาย
- คณะทำงานด้านการให้ยาต้านไวรัสก่อนสัมผัสเชื้อ (PrEP)
- คณะทำงานวิเคราะห์ด้านเศรษฐศาสตร์
- คณะทำงานเรื่อง Option B+ ในการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก
- คณะทำงานด้านการจัดบริการ
- คณะทำงานเรื่องการใช้ยาต้านไวรัสฯเชิงยุทธศาสตร์

ผนวก 3: รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมปรึกษาหารือระดับชาติ
วันที่ 28 พฤษภาคม 2556 ณ โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ กรุงเทพมหานคร

- | | |
|---------------------------------------|---|
| 1. นายแพทย์สมศักดิ์ อรรฆศิลป์ | กรมควบคุมโรค |
| 2. แพทย์หญิงเพชรศรี ศิริรินทร์ | ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ |
| 3. นายแพทย์สมบัติ แทนประเสริฐสุข | กรมควบคุมโรค |
| 4. นายแพทย์สุเมธ องค์กรธรณี | สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ |
| 5. นายแพทย์ทวีทรัพย์ ศิรประภาศิริ | สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ |
| 6. แพทย์หญิงชีวันนัท เลิศพิริยสุวัฒน์ | สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ |
| 7. แพทย์หญิงมณฑินี วสันตอุโปภาคาร | สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ |
| 8. คุณจิราภรณ์ ยาขมภู | สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ |
| 9. คุณวรรณรัตน์ มากำเนิด | สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ |
| 10. คุณสุนีย์ ใหม่สุวรรณ | สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ |
| 11. คุณจิตรา อ่อนน้อม | สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ |
| 12. คุณชัยสุข ตั้งวงศ์จุลเนียม | สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ |
| 13. นายแพทย์เฉวตสรร นามวาท | สำนักวัณโรค |
| 14. แพทย์หญิงศรีประภา เนตรนิยม | สำนักวัณโรค |
| 15. คุณณัฐธิสา บุญเจริญ | สำนักวัณโรค |
| 16. คุณสหภาพ พูลเกษร | สำนักระบาดวิทยา |
| 17. นายแพทย์สรารุฒิ บุญสุข | สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย |
| 18. คุณไฉไล เลิศวานางกูร | สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย |
| 19. คุณอารีรัตน์ คำดอนหัน | สำนักบริหารการสาธารณสุข |
| 20. คุณอัญชรา ตัญญูสิทธิ | สำนักบริหารการสาธารณสุข |
| 21. คุณวิศิษย์ศักดิ์ ทวีวัฒนะปรีชา | ศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติด สธ. |
| 22. คุณฉวีวรรณ ปัญญาบุศย์ | สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี |
| 23. คุณจำเรียง เรืองมาก | สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี |
| 24. ดร.นารีรัตน์ ผุดผ่อง | สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) |
| 25. เกสัชกรหญิงศันฉวี โทสงวน | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายสุขภาพ (HITAP) |
| 26. นายแพทย์สรกิจ ภาศิชีพ | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ |
| 27. คุณระชะวรรณ เลชะคณะกุล | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ |
| 28. คุณอาทิตย์ ผู้สำอางค์ | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ |
| 29. คุณณัฐพร ก้องสกุลไกร | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ |
| 30. พ.อ.หญิง การดี ลรรพรัตน์ | กรมแพทย์ทหารบก |
| 31. พ.ต.หญิง พุทธชาติ พึ่งพิบูลย์ | กรมแพทย์ทหารบก |
| 32. นาวาโทเงิน พวงนาค | กรมแพทย์ทหารเรือ กองเวชกรรมป้องกัน |

33. นาวาอากาศเอกนิวัติ อินทวิเชียร	กรมแพทย์ทหารอากาศ (ฝ่ายกำลังพล)
34. พ.ต.อ.อรุณ อมรวีริยะกุล	กองบัญชาการตำรวจปราบปรามยาเสพติด
35. พ.ต.อ.หญิง ปิยมน สุนทรภา	โรงพยาบาลตำรวจ
36. พ.ต.ท.หญิงวันเพ็ญ ปรีดิยาธร	คลินิกส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ
37. คุณสรเดช สุวรรณ	สภาที่ปรึกษาสังคมและเศรษฐกิจ
38. คุณอมรารวรรณ ทิวถนอม	สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
39. คุณปานัน วรวัฒน์สกุล	สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
40. คุณกัญญารัตน์ จิรจินดา	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
41. วรณภา ลำเจียกเทศ	สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองเด็กแห่งชาติ สำนักงานปลัดกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
42. คุณอภิสมชา ชาญสีบกุล	สำนักมาตรฐานค่าตอบแทนสวัสดิการ กรมบัญชีกลาง
43. คุณจากรวรรณ สกุลอุดมศักดิ์	สำนักมาตรฐานค่าตอบแทนสวัสดิการ กรมบัญชีกลาง
44. คุณวรีพรรณ วัชรวงศ์กุล	สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ
45. คุณสร้อยกร พุฒนวล	สำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา
46. คุณพิกุล เฉลยโภชน	กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กระทรวงแรงงาน
47. คุณจิตรนรา นวรัตน์	อัยการพิเศษฝ่ายคดียาเสพติด
48. จำสิปเอกหญิงจิรพร บุญกาญจน์	กองควบคุมโรคเอดส์ สำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร
49. คุณอุบลรัตน์ ธนรุจิวงศ์	กองควบคุมโรคเอดส์ สำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร
50. คุณภัทรานี ภูประภาชาติ	กองควบคุมโรคเอดส์ สำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร
51. คุณกนกรัตน์ เลิศไตรภพ	กองควบคุมโรคเอดส์ สำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร
52. คุณวนิดา ปาวรีย์	กองควบคุมโรคเอดส์ สำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร
53. คุณจรรยา นวลละออง	กองควบคุมโรคเอดส์ สำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร
54. คุณสุพจน์ ชูดีดำรง	สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด
55. คุณเกศสุตา หอมสุวรรณ	สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด
56. แพทย์หญิงอรศรี วิทวัสมงคล	คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล
57. คุณพิทยา จินาวัฒน์	นักวิชาการอิสระ
58. Ms. Vladanka Anleccra	UNAIDS RST
59. Ms. Amala Reddy	UNAIDS RST
60. Dr. Michael Hahn	UNAIDS
61. Ms. Orawan Bettenhausen	UNAIDS
62. ดร. พัชรา เบญจรัตน์นาภรณ์	UNAIDS
63. นายสมพงษ์ เจริญสุข	UNAIDS
64. Mr. Robert Gass	UNICEF
65. คุณนงลักษณ์ บุญยพุทธิ	UNICEF

66. Dr. Mukta Sharma	WHO
67. แพทย์หญิงอัจฉรา ธีรรัตน์กุล	TUC
68. คุณพาริตา ลังกาฟ้า	TUC
69. คุณธนันดา นัยวัฒน์กุล	TUC
70. คุณสมบูรณ์ หนูไข่	TUC
71. คุณสุภัทรา นาคะผิว	คณะกรรมการองค์การพัฒนาเอกชนด้านเอดส์
72. คุณจารุณี ศิริพันธ์	มูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์
73. คุณพุทธิณี โกพัฒนา	มูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์
74. คุณลาวัลย์ สาโรวาท	เครือข่าย 12D
75. คุณจำรอง แพงหนองยาง	มูลนิธิเพื่อนพนักงานบริการ (SWING)
76. คุณลัดดา จิรวัฒน์แพทย์	สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย
77. คุณสมเจตน์ ศรีกนก	สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย
78. คุณสาที รัตนโชติ	สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย
79. คุณอรทัย จุลสุวรรณรักษ์	สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย
80. คุณนิตยา พร้อมพ้อชื่นบุญ	โครงการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์
81. คุณสุพจน์ ตั้งเสรีทรัพย์	มูลนิธิพีเอสไอ ประเทศไทย
82. คุณปิยะบุตร นาคะผิว	มูลนิธิพีเอสไอ ประเทศไทย
83. คุณต้องพิศ ภิญโญสินวัฒน์	มูลนิธิรักษ์ไทย
84. คุณเย็นจิต สมเพาะ	มูลนิธิเอดส์แห่งประเทศไทย
85. คุณวิจักขณา หุตานนท์	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพฯ
86. คุณวราภรณ์ คุยนา	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 สระบุรี
87. คุณสมปอง โรจน์รุ่งศศิธร	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 ชลบุรี
88. คุณปนัดดา ไชยขมภู	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา
89. คุณเกียรติชัย สารเสวต	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น
90. คุณเสถียร เชื้อลี	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 อุบลราชธานี
91. คุณฉนรส จำคำ	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 พิษณุโลก
92. คุณอังคณา ธีระสวัสดิ์	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่
93. คุณนันธิทา วงศ์สุวรรณ	ศูนย์อนามัยที่ 2 สระบุรี
94. คุณรัตนา เพชรพรรณ	ศูนย์อนามัยที่ 3 ชลบุรี
95. คุณจารุณี จตุรพรเพิ่ม	ศูนย์อนามัยที่ 4 ราชบุรี
96. คุณพัชราภรณ์ โตสงค์	ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี
97. คุณวันเพ็ญ ประเสริฐศรี	ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์
98. คุณฉัญญาภรณ์ คุณสมบัติ คุบูลโชค	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี
99. ว่าที่ร้อยตรีศรัณย์ ยอดนิล	องค์กรพิ้งม้งก็ เพื่อความหลากหลายทางเพศ จังหวัดลพบุรี
100. คุณยุวดี ศรีประมาณ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี

101. คุณบังอร แจ่มฤกษ์แจ้	โรงพยาบาลสมุทรปราการ
102. คุณธีรรา คุณาวุฒิ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง
103. คุณพรนิภา ศิลานนท์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร
104. คุณศันสนีย์ ภัทรศรีวงษ์ชัย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์
105. คุณนฤภัค พิษณุธนกร	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
106. คุณไพจิตร พุทธิศรี	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์
107. คุณเสาวคนธ์ พรหมพิทักษ์	โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์
108. คุณบุญยานุช เดชบริบูรณ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก
109. คุณชลลิสสา จรียาเลิศศักดิ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่
110. คุณสนั่น วุฒิ	พันธกิจเอตส์ สภาคริสตจักรในประเทศไทย
111. คุณเสาวนีย์ พันธุ์พัฒนกุล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา
112. คุณมณฑา เพชรพันธ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช
113. คุณเสาวนีย์ รัตนติลก ณ ภูเก็ต	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต
114. คุณอรณีส ยวงทอง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี
115. คุณหญิง ฟุ้งสร้อยระย้า	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง
116. คุณเจริญสุข ชะโนวรรณะ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา
117. คุณเสริม บัวทอง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง
118. คุณภริตา ก่วยเกียรติกุล	ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ
119. คุณพรทิพย์ เข้มเงิน	ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ
120. คุณบุษบา วรคามิน	ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ

ผนวก 4: คณะทำงานพิจารณาผลการทบทวนตามเป้าหมาย ในการประชุมปรึกษาหารือระดับชาติ วันที่ 28 พฤษภาคม 2556

- กลุ่ม 1: เป้าหมายที่ 1 – การลดการรับและถ่ายทอดเชื้อฯทางเพศสัมพันธ์
- กลุ่ม 2: เป้าหมายที่ 2 – การป้องกันในกลุ่มผู้ขายยา
- กลุ่ม 3: เป้าหมายที่ 3 – การจัดการติดเชื้อฯ รายใหม่ในกลุ่มเด็ก
- กลุ่ม 4: เป้าหมายที่ 4 – การเข้าถึงการรักษา
- กลุ่ม 5: เป้าหมายที่ 5 – การรักษาผู้ติดเชื้อ TB และ HIV
- กลุ่ม 6: เป้าหมายที่ 6 – ทรัพยากร
เป้าหมายที่ 10 – การบูรณาการแผนงานเอดส์
- กลุ่ม 7: เป้าหมายที่ 7 – ความไม่เท่าเทียมกันทางเพศภาวะ
เป้าหมายที่ 8 – การตีตราและเลือกปฏิบัติ