

ประเทศไทย ยุติปัญหาเอดส์



รายงานความก้าวหน้าของประเทศไทย
ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ปี พ.ศ. 2560



คณะกรรมการแห่งชาติ
ว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์
NATIONAL AIDS COMMITTEE

รายงานความก้าวหน้าของประเทศไทย ในการยุติปัญหาเอดส์

ปี พ.ศ. ๒๕๖๐

(รอบการดำเนินงาน ๑ ตุลาคม ๒๕๕๘ - ๓๐ กันยายน ๒๕๕๙)



UNAIDS
JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS

UNHCR
UNICEF
WFP
UNDP
UNFPA

UNODC
ILO
UNESCO
WHO
WORLD BANK



ชื่อเรื่อง	รายงานความก้าวหน้าของประเทศไทยในการยุติปัญหาเอดส์ ปี พ.ศ. ๒๕๖๐	
ที่ปรึกษา	นายแพทย์เจษฎา โชคดำรงสุข นายแพทย์ภาณุมาศ ญาณเวทย์สกุล นายแพทย์สมาน พุตระกูล	อธิบดีกรมควบคุมโรค รองอธิบดีกรมควบคุมโรค ผู้อำนวยการสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
คณะกรรมการ	นายแพทย์ทวีทรัพย์ ศิรประภาศิริ นางพรทิพย์ เข้มเงิน นางอรทัย หรุเจริญพรพานิช นางสาวสิริพร มนยฤทธิ์	ผู้ทรงคุณวุฒิกรมควบคุมโรค นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ นักวิชาการอิสระ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
พิมพ์ครั้งที่ ๑	จำนวน ๒๓๐ เล่ม กันยายน ๒๕๖๐	
สถานที่พิมพ์	บริษัท หกหนึ่งเจ็ด จำกัด	
ผู้เผยแพร่	ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐	

ISBN

ความนำ

ประเทศไทย ได้ดำเนินการตามนโยบายและแผนยุทธศาสตร์แห่งชาติในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ พ.ศ. ๒๕๕๗-๒๕๕๙ ที่มีเป้าหมายที่จะยุติปัญหาเอดส์ภายในปี พ.ศ. ๒๕๗๓ กล่าวคือ ไม่มีเด็กติดเชื้อเอชไอวีเมื่อแรกเกิด การติดเชื้อรายใหม่ต่ำกว่าปีละ ๑,๐๐๐ คน ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกคนเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ เพื่อลดการตายเนื่องจากเอดส์ลงให้ได้ปีละไม่เกิน ๔,๐๐๐ ราย และไม่มีกรณีติตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อฯ และประชากรหลัก เป้าหมายการยุติปัญหาเอดส์ที่ประเทศไทยได้ประกาศ ถือเป็นนโยบายที่ทุกประเทศทั่วโลกได้ขานรับตามปฏิญญาทางการเมืองฉบับล่าสุดที่ประกาศเมื่อเดือนมิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๙ ณ ที่ประชุมระดับสูงว่าด้วยโรคเอดส์ กรุงนิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยได้ตั้งเป้าหมายที่จะยุติปัญหาเอดส์ภายในปี พ.ศ. ๒๕๗๓ ไว้เช่นกัน

ความพยายามในการแก้ปัญหาเอดส์ของประเทศไทย อาศัยกรอบแนวทางการปฏิบัติที่ระบุไว้ในแผนปฏิบัติการเร่งรัดการยุติปัญหาเอดส์ประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๘ - ๒๕๖๒ ซึ่งมุ่งเน้นการให้บริการแบบผสมผสานที่มีประสิทธิผล และเชื่อมโยงการป้องกันให้ต่อเนื่องกับการรักษาอย่างครอบคลุมในกลุ่มประชากรหลัก โดยเริ่มต้นจากการเข้าถึงเพื่อให้ความรู้และอุปกรณ์ป้องกัน การชักชวนเข้าสู่ระบบบริการ การคัดกรองและตรวจเอชไอวี การรักษาด้วยยาต้านไวรัสในผู้ที่พบผลเลือดบวก และการคงอยู่ในระบบดูแลต่อเนื่อง (Reach-Recruit-Test-Treat-Retain) เพื่อให้ประเทศไทยสามารถบรรลุเป้าหมายการยุติปัญหาเอดส์ให้ได้ภายในปี พ.ศ. ๒๕๗๓

รายงานความก้าวหน้าระดับประเทศในการยุติปัญหาเอดส์ ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ ฉบับนี้ เป็นการรายงานการดำเนินงานในช่วงระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๘ - ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๙ และเป็นรายงานครั้งที่ ๑๐ ของประเทศไทย นับตั้งแต่มีการรายงานครั้งแรกในปี พ.ศ. ๒๕๔๕ ตามข้อตกลงของปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องเอชไอวี/เอดส์ในที่ประชุมใหญ่สหประชาชาติ รายงานฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์โดยได้รับความร่วมมือจากองค์กรและภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคประชาสังคม องค์กรพัฒนาเอกชน ภาควิชาการ องค์กรระหว่างประเทศ และผู้แทนจากเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์แห่งประเทศไทย โดยร่วมกันทำหน้าที่รวบรวมวิเคราะห์แปลความข้อมูลเพื่อตอบคำถามตามตัวชี้วัดที่กำหนด และร่างรายงานภาคบรรยายจนกระทั่งเสร็จสมบูรณ์ ต้องขอขอบคุณเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้

สารบัญ

ความนำ	๓
สารบัญ.....	๕
สารบัญตารางและแผนภูมิ	๖
คำย่อ.....	๗
สรุปประเด็นสำคัญการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์พ.ศ. ๒๕๕๙.....	๘
สถานการณ์เอดส์.....	๑๐
การดำเนินงานการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์	๑๒
๑. การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี.....	๑๒
๒. การยุติการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสจากแม่สู่ลูก.....	๑๕
๓. การป้องกันเอชไอวีในประชากรหลัก.....	๑๗
๔. การขจัดความไม่เสมอภาคทางเพศ และยุติความรุนแรง/การเลือกปฏิบัติ.....	๒๔
๕. การป้องกันเอชไอวีในเยาวชน.....	๒๗
๖. การปกป้องทางสังคมให้แก่ผู้ได้รับผลกระทบจากเอดส์	๓๐
๗. การให้บริการด้านเอชไอวีโดยชุมชน.....	๓๒
๘. การใช้จ่ายต้านเอดส์ ปิดช่องว่างทางทรัพยากร.....	๓๓
๙. การปกป้องคุ้มครองสิทธิ และพัฒนาศักยภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี	๓๔
๑๐. การจัดระบบบริการเอชไอวีและโรคร่วมแบบบูรณาการ.....	๓๕
ตารางข้อมูลตัวชี้วัดความก้าวหน้าการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์.....	๔๐

สารบัญตารางและแผนภูมิ

ตารางที่ ๑	การคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย.....	๑๑
แผนภูมิที่ ๑	จำนวนผู้ที่กำลังรักษาด้วยยาต้านไวรัสเปรียบเทียบกับคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี	๑๒
แผนภูมิที่ ๒	จำนวนและสัดส่วนการเข้าถึงการวินิจฉัย การรักษา และการกดไวรัสสำเร็จ.....	๑๓
แผนภูมิที่ ๓	การสำรวจบูรณาการเอชไอวีในชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ผู้หญิงข้ามเพศ และพนักงานบริการชาย	๑๘
แผนภูมิที่ ๔	อัตราความชุกของเอชไอวีจากการสำรวจ IBBS ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ผู้หญิงข้ามเพศ และพนักงานบริการปี พ.ศ. ๒๕๕๙	๑๘
แผนภูมิที่ ๕	การสำรวจบูรณาการเอชไอวี (IBBS) ในพนักงานบริการหญิงโดยวิธี cluster และ RDS.....	๒๐
แผนภูมิที่ ๖	การสำรวจบูรณาการเอชไอวี (IBBS) โดยใช้วิธีการ RDS ในผู้ขายเสฟติดด้วยวิธีฉีด.....	๒๑
แผนภูมิที่ ๗	การสำรวจทัศนคติของประชาชนเกี่ยวกับเอชไอวีปี พ.ศ. ๒๕๕๗.....	๒๖
แผนภูมิที่ ๘	การสำรวจพฤติกรรมทางเพศของนักเรียนใน ๒๔ จังหวัด.....	๒๘
แผนภูมิที่ ๙	การใช้จ่ายด้านเอดส์จำแนกตามประเภทการใช้จ่ายในแต่ละด้าน.....	๓๓
แผนภูมิที่ ๑๐	ค่าใช้จ่ายด้านการป้องกัน จำแนกตามแหล่งทุนภายในประเทศและต่างประเทศ.....	๓๔
แผนภูมิที่ ๑๑	อัตราป่วยโรคหนองในและโรคซิฟิลิสต่อประชากรแสนคน พ.ศ. ๒๕๔๘ - ๒๕๕๕.....	๓๖
แผนภูมิที่ ๑๒	อัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในเยาวชน อายุ ๑๕ - ๒๔ ปี พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๕๙.....	๓๗
แผนภูมิที่ ๑๓	จำนวนผู้ป่วยซิฟิลิสในเด็กอายุ ๐ - ๒ ปี พ.ศ. ๒๕๕๐ - ๒๕๕๘.....	๓๘

คำย่อ

ภาษาไทย







ประชากรหลัก	หมายถึงกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย พนักงานบริการ ผู้ใช้ยาด้วยวิธีการฉีด และผู้ต้องขัง
กองทุนโลกฯ	กองทุนโลกเพื่อต่อสู้กับเอ็ดส์ วัณโรค และมาลาเรีย
คช.ปอ.	คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอ็ดส์

ภาษาอังกฤษ

AEM:	AIDS Epidemic Model (แบบจำลองการระบาดของเอชไอวี)
AIDS:	Acquired immunodeficiency syndrome (โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง)
ANC:	Ante-natal Clinic (คลินิกฝากครรภ์)
ART:	Anti-retroviral therapy (การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอ็ดส์)
ARV:	Anti-retroviral drugs (ยาต้านไวรัสเอ็ดส์)
BSS:	Behavioral surveillance survey (การสำรวจเฝ้าระวังพฤติกรรม)
FSW:	Female sex workers (พนักงานบริการหญิง)
HBV	Hepatitis B Virus (ไวรัสตับอักเสบบี)
HCV	Hepatitis C Virus (ไวรัสตับอักเสบซี)
HIV	Human Imuno-deficiency Virus (ไวรัสเอชไอวี)
HSS	HIV sero-surveillance (การเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี)
IBBS:	Integrated behavior-biological surveillance (การเฝ้าระวังบูรณาการ)
MSM	Men who have sex with men (ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย)
MSW	Male sex workers (พนักงานบริการชาย)
PWHA	People who living with HIV/AIDS (ผู้อยู่กับเอชไอวี/เอ็ดส์)
PWID	People who injecting drugs (ผู้ฉีดยาเสพติดวิธีฉีด)
TB	Tuberculosis (วัณโรค)
TG	Transgender person (บุคคลข้ามเพศ)

สรุปประเด็นสำคัญการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวี พ.ศ. ๒๕๕๙

เป้าหมาย	สถานะและโอกาสบรรลุผลสำเร็จ	ประเด็นสำคัญ
การดูแลรักษา ถ้วนหน้า  15 MILLION ACCESSING TREATMENT		ประเทศไทยกำหนดนโยบายและให้บริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสแก่ผู้ติดเชื้อฯ โดยไม่คำนึงถึงระดับ CD4 ทำให้ความครอบคลุมของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ แต่ยังคงมีประเด็นท้าทายในการเข้าถึงของกลุ่มประชากรหลัก และการเข้ารับการรักษาล่าช้า จึงควรให้ความสำคัญกับการได้รู้สถานะการติดเชื้อเร็ว เพื่อให้ได้รับการรักษาแต่เนิ่นๆ
การจัดการติดเชื้อใน เด็กให้หมดไป  ELIMINATE NEW HIV INFECTIONS AMONG CHILDREN		ประเทศไทยได้รับการรับรองจากองค์การอนามัยโลกว่า บรรลุเป้าหมายขจัดปัญหาการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสจากแม่สู่ลูกในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ โดยอัตราการถ่ายทอดเชื้อฯ จากแม่สู่ลูก เท่ากับร้อยละ ๑.๙ และในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ ยังคงอยู่ระดับเดิม เท่ากับร้อยละ ๑.๘
การป้องกันใน ประชากรหลัก  REDUCE SEXUAL TRANSMISSION		การดำเนินงานด้านการป้องกันในกลุ่มประชากรหลัก นับว่ามีความก้าวหน้ามากขึ้น กำหนดพื้นที่และกลุ่มเป้าหมายสำคัญที่ต้องเร่งรัดมีกิจกรรมที่หลากหลายและตอบสนองตามบริบทพื้นที่และกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น แต่ความครอบคลุมของการดำเนินงาน ยังไม่เพียงพอและยังไม่บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ จำเป็นต้องระดมทรัพยากรและเพิ่มความพยายามให้มากขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มประชากรหลักที่ยังมีอายุน้อย หรือเยาวชนที่มีความเสี่ยงสูง (young key population) รวมถึงพนักงานบริการทางเพศที่ไม่สังกัดสถานบริการ
ขจัดความไม่เสมอภาค ทางเพศและยุติความ รุนแรง/การเลือก ปฏิบัติ  ELIMINATE GENDER INEQUALITIES		ประเทศไทยมีความก้าวหน้าในการพัฒนาระบบการติดตามสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติและทราบสถานการณ์ ณ ปัจจุบัน รวมถึงมีการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานเพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติโดยเฉพาะในระบบบริการสุขภาพ อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานยังอยู่ในระยะเริ่มต้น และยังคงมีความจำเป็นต้องพัฒนาแนวทางการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในกลุ่มประชากรทั่วไป รวมถึงการลดการตีตราตนเองในกลุ่มผู้ติดเชื้อฯ และกลุ่มประชากรหลัก
การป้องกันในเยาวชน  REDUCE SEXUAL TRANSMISSION		ความชุกการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มเยาวชนลดลงช้าๆ แต่มีโอกาสดับมาสูงขึ้นอีก เนื่องจากแนวโน้มการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้น แม้เยาวชนจะใช้ถุงยางอนามัยในเพศสัมพันธ์ล่าสุดมากขึ้น แต่ต้องมีการพัฒนากลยุทธ์ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีที่เข้มข้น รวมถึงการจัดบริการที่เป็นมิตรและสอดคล้องกับความต้องการของเยาวชนอย่างยั่งยืน โดยบูรณาการกับระบบบริการปกติของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
การปกป้องทางสังคม แก่ผู้ได้รับผลกระทบ จากเอชไอวี 		ประเทศไทยยังไม่มีระบบข้อมูลสำหรับการติดตามและการวางแผนยุทธศาสตร์ที่ชัดเจนและเหมาะสมสำหรับประชากรกลุ่มที่ได้รับกระทบจากเอชไอวี/เอดส์ การช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรมมีเพียงการจัดสวัสดิการของรัฐให้แก่ผู้ที่ได้รับผลกระทบเท่านั้น ยังต้องพัฒนาและออกแบบบริการที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ใหม่แบบต่อเนื่องระยะยาวให้บูรณาการกับระบบสุขภาพและระบบชุมชน โดยการเปลี่ยนผ่านและร่วมรับผิดชอบในบทบาท/หน้าที่/การทำงาน รวมทั้งการเป็นหุ้นส่วนของภาครัฐ ภาคประชาสังคมและภาคเอกชน
การให้บริการเอชไอวี โดยชุมชน  STRENGTHEN HIV INTEGRATION		การให้บริการเอชไอวีโดยชุมชนยังเป็นเพียงการเริ่มต้นดำเนินการภายใต้โครงการเฉพาะ ซึ่งยังไม่ครอบคลุมเพียงพอ ในขณะที่ภาครัฐเองยังไม่มีนโยบายที่ชัดเจนประเทศไทยจำเป็นต้องปรับปรุงและพัฒนาแนวทางการถ่ายโอนภารกิจ/แบ่งปันภารกิจระหว่างภาครัฐและภาคประชาสังคมรวมทั้งออกแบบบริการให้มีการบูรณาการระหว่างระบบสุขภาพและระบบชุมชนที่เอื้อต่อการทำงานร่วมกันในระยะยาวอย่างต่อเนื่อง

เป้าหมาย	สถานะและโอกาสบรรลุผลสำเร็จ	ประเด็นสำคัญ
<p>ปิดช่องว่างทางทรัพยากร</p>  <p>CLOSE THE RESOURCE GAP</p>		<p>ประเทศไทยได้จัดสรรงบประมาณภายในประเทศเพิ่มขึ้นสำหรับการดำเนินงานการป้องกันในกลุ่มประชากรหลัก และการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ แต่ยังมีอุปสรรคในระเบียบและวิธีการใช้จ่ายให้ถูกต้อง การปรับปรุงกลไกบริหารจัดการงบประมาณอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการเปลี่ยนผ่านไปสู่การพึ่งพาตนเองและความยั่งยืนของการดำเนินงานร่วมกันขององค์กรภาครัฐ ประชาสังคมและชุมชน</p>
<p>ปกป้องคุ้มครองสิทธิและพัฒนาศักยภาพผู้ติดเชื้อ</p>  <p>ELIMINATE STIGMA AND DISCRIMINATION</p>		<p>ประเทศไทยไม่มีกฎหมายในการปกป้องคุ้มครองทางสังคมให้แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยตรง แต่เริ่มมีความก้าวหน้าในการจัดตั้งกลไกการคุ้มครองสิทธิด้านเอ็ดส์ระดับจังหวัดแล้วในบางจังหวัด ที่มีการดำเนินการนำร่อง</p>
<p>จัดระบบบริการเอชไอวีและโรคร่วมแบบบูรณาการ</p>  <p>AVOID TB DEATHS</p>		<p>มีความก้าวหน้าของการดำเนินงานผสมผสาน TB/HIV โดยปรับปรุงประสิทธิภาพในการค้นหา TB ในผู้ติดเชื้อฯ ด้วยนวัตกรรมในการคัดกรอง (Gene X-pert) แต่ยังคงมีประเด็นท้าทายในการให้ยาป้องกันวัณโรคในระยะแฝง (IPT) รวมทั้งการคัดกรองและรักษาไวรัสตับอักเสบบี (HCV) ตลอดจนสร้างความเข้มแข็งให้กับการคัดกรองและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์รวมถึงการคัดกรองดูแลรักษาซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์และโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด</p>

สถานการณ์เอดส์ประเทศไทย

ประเทศไทยได้ตั้งเป้าหมายที่จะยุติปัญหาเอดส์ให้ได้ภายในปี พ.ศ. ๒๕๗๓ และได้ประกาศแผนปฏิบัติการเร่งรัดการยุติปัญหาเอดส์ ปี ๒๕๕๘ - ๒๕๖๒ เพื่อเป็นแนวทางให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการทำงานเพื่อบรรลุเป้าหมายร่วมกัน โดยต้องการลดผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ให้น้อยกว่า ๑,๐๐๐ รายต่อปีภายในปี ๒๕๗๓ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกคนสามารถเข้าถึงบริการปรึกษาและตรวจหาเชื้อเอชไอวีรวมทั้งได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส เพื่อลดจำนวนการตายเนื่องจากเอดส์ให้ไม่เกิน ๔,๐๐๐ รายต่อปี และไม่มีการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและกลุ่มประชากรหลัก นอกจากนี้ ยังได้วางเป้าหมายระยะแรกในปี ๒๕๖๓ ไว้ ๓ เป้าหมาย กล่าวคือ ร้อยละ ๙๐ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับทราบสถานการณ์ติดเชื้อ ร้อยละ ๙๐ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และร้อยละ ๙๐ ของผู้ติดเชื้อที่ได้รับยาต้านไวรัสสามารถควบคุมระดับ viral load ให้อยู่ในระดับที่ต่ำที่สุด ซึ่งนับเป็นความท้าทายอย่างมากของประเทศไทยที่จะต้องทำให้ถึงเป้าหมายดังกล่าว

แม้ว่าแนวโน้มการแพร่ระบาดของเอชไอวีได้ลดลงในกลุ่มประชากรทั่วไป โดยปัจจุบันอัตราการความชุกในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และกลุ่มชายที่มารับการเกณฑ์ทหารลดลงเหลือเพียงร้อยละ ๐.๖ เท่านั้น แต่อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลักได้แก่ กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) กลุ่มหญิงข้ามเพศ (TG) กลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID) และกลุ่มผู้ชายบริการทางเพศทั้งหญิงและชาย (SW) ยังคงสูงอยู่ ในขณะที่ข้อมูลของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรข้ามชาติมีอยู่จำกัดจากการคาดการณ์จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยใช้ตัวแบบจำลอง Thailand Spectrum-AEM Model ครั้งล่าสุดเมื่อเดือนกรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๐ พบว่า ในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ (ตารางที่ ๑) ประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อรายใหม่จำนวน ๖,๔๗๑ คน (เป็นผู้หญิง ๒,๑๓๙ และ เป็นเด็ก ๗๕ คน) และการคาดการณ์จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่จำแนกตามพฤติกรรมเสี่ยง โดยใช้ AEM สำหรับปี พ.ศ. ๒๕๕๙ พบว่าประมาณร้อยละ ๔๔ ของการติดเชื้อรายใหม่ในวัยผู้ใหญ่ เป็นกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (รวม TG) ร้อยละ ๑๑ เป็นผู้ที่ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด และร้อยละ ๑๐ เป็นผู้ให้บริการทางเพศและลูกค้าและยังคงคาดการณ์ว่า ในอีก 5 ปีข้างหน้า มากกว่าครึ่งหนึ่งของการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่จะอยู่ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (รวม TG) ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจและเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีและพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อ (Integrated Biological Behavioral Surveillance หรือ IBBS) ที่พบอัตราการความชุกของเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลักยังคงสูงอยู่ (ยกเว้นกลุ่มผู้ให้บริการทางเพศที่สังกัดสถานบริการที่พบอัตราการความชุกลดลง) กล่าวคือพบค่ามัธยฐานของอัตราการความชุกเอชไอวีในปี พ.ศ. ๒๕๕๗ ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย หญิงข้ามเพศ และพนักงานบริการชายสูงร้อยละ ๙ ร้อยละ ๑๓ และร้อยละ ๑๒ ตามลำดับส่วนอัตราการความชุกเอชไอวีในผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีดสูงร้อยละ ๒๐ ในขณะที่พนักงานบริการหญิงที่สังกัดสถานบริการมีอัตราการความชุกร้อยละ ๑

นอกจากนี้ข้อมูลในปี พ.ศ. ๒๕๕๗ ยังแสดงให้เห็นว่า มีความแตกต่างเชิงพื้นที่ของอัตราการความชุกเอชไอวีและการเข้าถึงบริการสุขภาพในกลุ่มประชากรหลัก โดยพบว่ากรุงเทพมหานครมีอัตราการความชุกเอชไอวีของกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายสูงที่สุด (ร้อยละ ๒๐) และมีอัตราการตรวจหาเอชไอวีต่ำที่สุด (เพียงร้อยละ ๑๗) ในขณะที่พบอัตราการความชุกเอชไอวีของกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายในจังหวัดชลบุรีและราชบุรีเพียงร้อยละ ๒-๓ เท่านั้น การเข้าถึงกลุ่มประชากรเหล่านี้เพื่อให้บริการป้องกันเอชไอวีแบบผสมผสานที่เชื่อมโยงกับการรักษาตามแนวทาง RRTTR (Reach-Recruit-Test-Treat-Retain) จึงเป็นความท้าทายอย่างยิ่งโดยเฉพาะในกรุงเทพมหานครที่มีจำนวนชายมีเพศสัมพันธ์กับชายมากที่สุด ในขณะที่รูปแบบของพฤติกรรมเสี่ยงและการติดต่อสื่อสาร (connection) เพื่อแลกเปลี่ยนทางเพศ (sex exchanges) เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมมาก จากที่เคยพบปะกันตามแหล่งบริการหรือในพื้นที่เสี่ยง (hot spots) ที่การให้บริการด้านสุขภาพสามารถเข้าถึงได้ เปลี่ยนเป็นการติดต่อผ่านเครือข่ายสื่อสารทางออนไลน์หรืออินเทอร์เน็ตที่ยากต่อการเข้าถึงซึ่งรูปแบบนี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ

ในเรื่องของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ประเทศไทยเป็นประเทศแรกที่มีนโยบายให้ยาต้านไวรัสฟรีแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกคนที่เป็นคนไทยความครอบคลุมของยาต้านไวรัสอยู่ในระดับสูง Spectrum-AEM คาดประมาณว่า ณ สิ้นปี ๒๕๕๙ ประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่จำนวน ๔๔๙,๓๐๙ คน (เป็นผู้หญิง ๑๙๘,๔๘๓ คน เป็นเด็ก ๔,๐๑๙ คน) จากข้อมูล NAP พบว่ามีผู้ติดเชื้อที่ได้รับการตรวจเอชไอวีหรือทราบสถานะการติดเชื้อจำนวน ๔๑๐,๕๗๖ คน (คิดเป็นร้อยละ ๙๑.๔ ของจำนวนคาดประมาณผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่) เป็นผู้ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (ART) จำนวน ๓๐๗,๖๖๗ (คิดเป็นร้อยละ ๗๔.๙ ของผู้ที่ทราบสถานะการติดเชื้อ) และเป็นผู้ที่มีปริมาณไวรัสในเลือดน้อยกว่า ๑,๐๐๐/มิลลิลิตร จำนวน ๒๔๒,๙๗๙ คน (คิดเป็นร้อยละ ๗๙ ของผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส) ทำให้จำนวนผู้ที่เสียชีวิตจากเอดส์ลดลงเรื่อยๆ โดยในปีพ.ศ. ๒๕๕๙ ประมาณว่ามีผู้เสียชีวิตจากเอดส์จำนวน ๑๒,๘๖๒ คน ลดลงถึงร้อยละ ๗๗ เมื่อเทียบจากปีพ.ศ. ๒๕๔๓ ที่เคยเสียชีวิตเป็นจำนวนมากกว่า ๕๕,๕๐๐ คนรายละเอียดแสดงตามตารางที่ ๑

อย่างไรก็ตามการที่จะถึงเป้าหมาย ๙๐-๙๐-๙๐ ในอีก ๓ ปีข้างหน้า (ภายในปี พ.ศ. ๒๕๖๓) ประเทศไทยจำเป็นต้องเพิ่มการเข้าถึงกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังไม่ทราบสถานะการติดเชื้อฯ โดยเฉพาะกลุ่มประชากรหลักที่ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อนำเข้าสู่ระบบการป้องกันและการดูแลรักษา ขจัดปัญหาอุปสรรคในการเข้าถึงระบบการป้องกันและรักษาดูแล พร้อมๆ กับต้องลดหรือขจัดการรังเกียจตีตราและเลือกปฏิบัติในกลุ่มผู้ให้บริการด้านสุขภาพที่มีต่อผู้ติดเชื้อฯ และประชากรหลักให้ได้โดยเร็ว

ตารางที่ ๑ การคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ผู้เสียชีวิต และผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวีที่ยังคงมีชีวิต

การคาดประมาณ	๒๕๔๓	๒๕๔๔	๒๕๕๓	๒๕๕๔	๒๕๕๙
จำนวนผู้ติดเชื้อฯ รายใหม่ทั้งหมด - เป็นเพศหญิง	๒๙,๖๑๙ ๑๖,๓๘๕	๑๖,๐๑๔ ๗,๖๐๐	๑๐,๒๑๕ ๓,๓๙๓	๖,๙๐๐ ๒,๐๕๐	๖,๔๗๑ ๒,๑๓๙
จำนวนผู้ติดเชื้อฯ รายใหม่วัยผู้ใหญ่ - เป็นเพศหญิง	๒๘,๒๔๑ ๑๕,๗๑๖	๑๕,๒๖๖ ๗,๒๓๗	๑๐,๐๑๑ ๒,๒๙๔	๖,๘๐๐ ๒,๐๐๐	๖,๓๙๖ ๒,๑๐๓
จำนวนผู้ติดเชื้อฯ รายใหม่วัยเด็ก - เป็นเพศหญิง	๑,๓๗๘ ๖๖๙	๗๔๘ ๓๖๓	๒๐๔ ๙๙	<๑๐๐ <๕๐	๗๕ ๓๖
จำนวนผู้ติดเชื้อฯ ที่เสียชีวิตทั้งหมดต่อปี - เป็นเพศหญิง	๕๕,๕๓๑ ๑๒,๒๕๗	๓๑,๒๑๑ ๗,๓๕๒	๒๐,๖๗๐ ๖,๒๑๒	๑๖,๑๐๐ ๔,๖๓๐	๑๒,๘๖๒ ๔,๕๖๔
จำนวนผู้ติดเชื้อฯ ที่เสียชีวิตวัยผู้ใหญ่ - เป็นเพศหญิง	๕๕,๐๗๙ ๒,๐๓๖	๓๐,๘๐๕ ๗,๑๕๓	๒๐,๔๒๒ ๖,๐๗๙	๑๖,๐๔๐ ๔๖,๐๐	๑๒,๗๗๑ ๔,๕๒๐
จำนวนผู้ติดเชื้อฯ ที่เสียชีวิตวัยเด็ก - เป็นเพศหญิง	๔๕๒ ๒๒๑	๔๐๖ ๑๙๙	๒๔๘ ๑๓๓	<๖๐ <๓๐	๙๒ ๔๔
จำนวนผู้ติดเชื้อฯ ที่ยังมีชีวิตอยู่ทั้งหมด - เป็นเพศหญิง	๖๘๓,๘๔๑ ๒๒๑,๗๐๓	๕๕๕,๘๐๘ ๒๑๗,๗๗๙	๔๙๓,๙๓๒ ๒๐๓,๙๗๖	๔๓๗,๗๐๐ ๑๘๑,๖๐๐	๔๔๙,๓๐๙ ๑๙๘,๔๘๓
จำนวนผู้ติดเชื้อฯ ที่มีชีวิตวัยผู้ใหญ่ - เป็นเพศหญิง	๖๗๖,๐๐๕ ๒๑๗,๘๖๐	๕๔๔,๗๔๓ ๒๑๒,๓๕๑	๔๘๕,๖๔๖ ๑๙๙,๙๗๘	๔๓๓,๖๐๐ ๑๗๙,๖๐๐	๔๔๕,๒๘๙ ๑๙๖,๕๐๓
จำนวนผู้ติดเชื้อฯ ที่มีชีวิตวัยเด็ก - เป็นเพศหญิง	๗,๘๓๖ ๓,๘๓๓	๑๑,๐๖๕ ๕,๔๒๘	๘,๒๘๖ ๓,๙๕๘	๔,๑๐๐ ๒,๐๐๐	๔,๐๑๙ ๑,๙๘๐

หมายเหตุ: การคาดประมาณเอชไอวีสำหรับปี พ.ศ. ๒๕๔๓-๒๕๕๘ ใช้ AEM และการคาดประมาณเอชไอวีสำหรับปี พ.ศ. ๒๕๕๙ ใช้ Thailand Spectrum-AEM

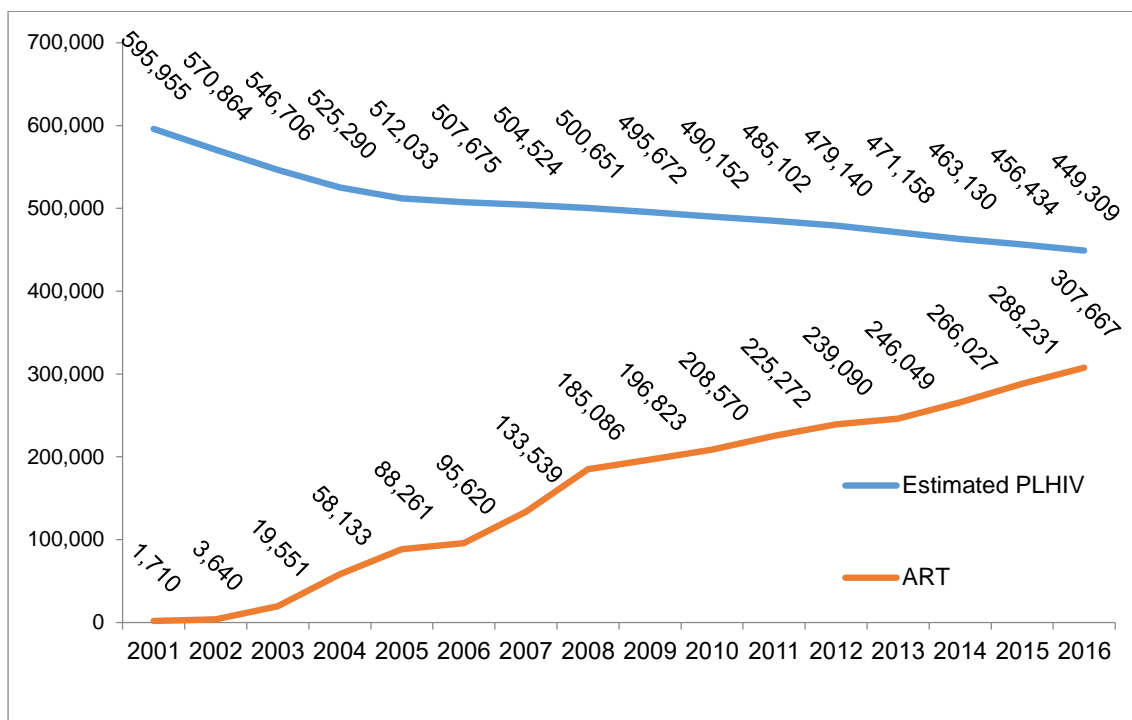
การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

๑. การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ประเทศไทยได้ขยายการให้บริการยาต้านไวรัสแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระบบบริการสุขภาพมาตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๕ นับตั้งแต่องค์การเภสัชกรรม สามารถผลิตยาต้านไวรัสผสม ๓ ชนิดในเม็ดเดียว (GPO-vir) ร่วมกับการบังคับใช้สิทธิบัตรยาบางชนิดที่มีความจำเป็น จนทำให้ยามีราคาถูกลงมาก และสามารถบูรณาการให้การรักษายาต้านไวรัสอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ในปี พ.ศ. ๒๕๔๙ ทำให้จำนวนผู้ติดเชื้อที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเพิ่มจำนวนขึ้นจากปีละประมาณ ๓,๐๐๐ คนก่อนปี ๒๕๔๓ เพิ่มเป็นจำนวนกว่า ๓๐๐,๐๐๐ คน ในปัจจุบัน

ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๗ เป็นต้นมา ประเทศไทยประกาศใช้เกณฑ์เริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัสแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยไม่จำกัดระดับเม็ดเลือดขาว (CD๔) เมื่อผู้ติดเชื้อพร้อมที่จะเริ่มกินยาต้านไวรัส ทั้งนี้เป็นไปตามแนวคิด “การรักษาเป็นการป้องกัน” ซึ่งนับเป็นประเทศแรกๆ ของโลกที่มีการใช้มาตรการดังกล่าวควบคู่ไปกับการส่งเสริมให้ผู้ที่มีความเสี่ยงมาเข้ารับการตรวจหาเอชไอวีด้วยวิธีการตรวจแบบรู้ผลภายในวันเดียวจากการใช้เกณฑ์ใหม่นี้ ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ มีจำนวนทั้งสิ้น ๓๐๗,๖๖๗ คน (คิดเป็นความครอบคลุมร้อยละ ๖๘.๕ ของจำนวนคาดการณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีชีวิต) โดยจำแนกเป็นผู้รับการรักษาจากระบบหลักประกันสุขภาพของรัฐทั้งการประกันสังคม สวัสดิการบุคลากรของรัฐ และการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งหมด ๒๙๓,๒๐๖ คน และนอกระบบประกันสุขภาพ ๑๔,๔๖๑ คน (ประมาณจากการจำหน่ายยาต้านไวรัสขององค์การเภสัชกรรม) ดังในแผนภูมิที่ ๑

แผนภูมิที่ ๑ จำนวนผู้ที่กำลังได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสทั้งหมด เปรียบเทียบกับคาดการณ์จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี

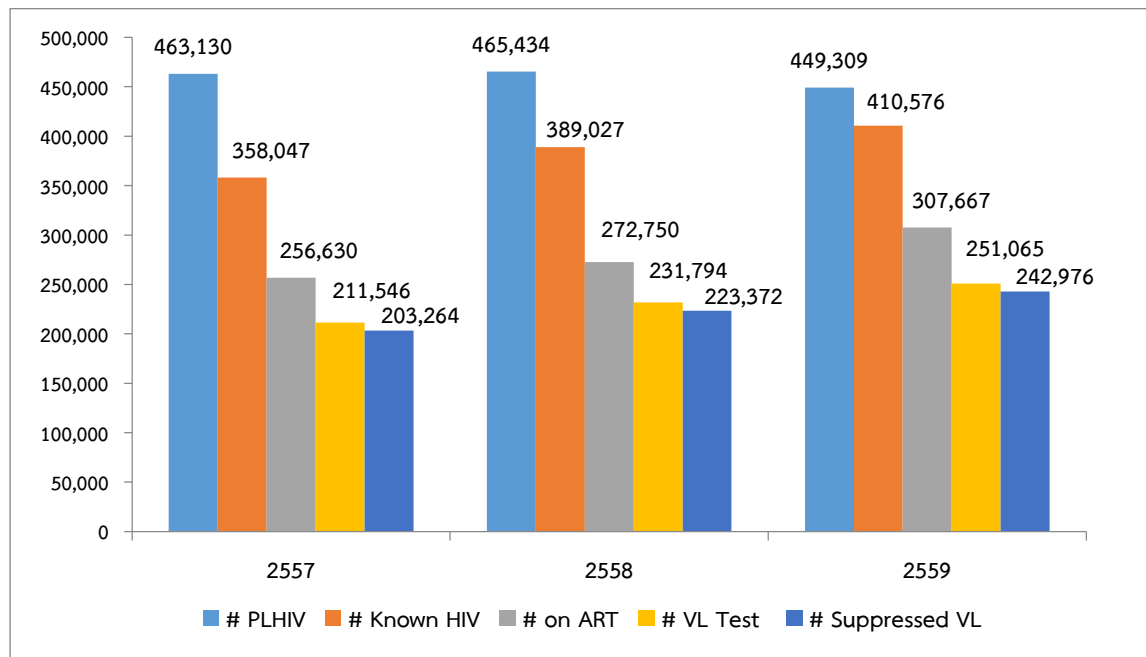


แหล่งข้อมูล: การคาดการณ์จำนวนผู้ติดเชื้อฯ โดย Thailand Spectrum-AEM และข้อมูลผู้เข้ารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสจากระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช., NAP)

แผนภูมิที่ ๒ เป็นข้อมูลการเข้าถึงบริการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี จากการคาดประมาณของ Spectrum-AEM พบว่า ความครอบคลุมของผู้ที่รู้สถานะการติดเชื้อของตนเองมีสัดส่วนที่สูง ในปี ๒๕๕๙ มีผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีแล้ว ๔๑๐,๕๗๖ คน (คิดเป็นร้อยละ ๙๑.๔ ของผู้ติดเชื้อฯ ที่คาดประมาณว่ามีชีวิตอยู่ทั้งหมด ๔๔๙,๓๐๙ คน) และมีจำนวนผู้ที่กำลังได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสอยู่ทั้งหมด ๓๐๗,๖๖๗ คน ในจำนวนนี้รวมผู้ที่ซื้อยากินเองอยู่ด้วยจำนวน ๑๔,๔๖๑ คน คิดเป็นความครอบคลุมของผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสร้อยละ ๖๘.๕ ของจำนวนผู้ติดเชื้อฯ ที่คาดประมาณฯ ทั้งหมด และจากผู้ที่กำลังได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสอยู่ในระบบการบันทึกข้อมูล NAP มีจำนวน ๒๙๓,๒๐๖ คน (คิดเป็นร้อยละ ๗๑.๔ ของผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อฯ และคิดเป็น ร้อยละ ๖๕.๒ ของจำนวนผู้ติดเชื้อฯ ที่คาดประมาณฯ) ในจำนวนผู้ติดเชื้อฯ ที่กำลังได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในระบบข้อมูล NAP นั้น ได้ตรวจหาปริมาณไวรัสในกระแสเลือดทั้งสิ้น ๒๕๑,๐๖๕ คนและมีผู้ติดเชื้อฯที่สามารถควบคุม/กดปริมาณไวรัสได้สำเร็จจำนวน ๒๔๒,๙๗๖ คน (คิดเป็นร้อยละ ๘๓ ของผู้ที่กำลังได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และคิดเป็นร้อยละ ๕๔.๑ ของจำนวนผู้ติดเชื้อฯ ที่คาดประมาณฯ) โดยมีอัตราการคงอยู่ในระบบบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ครบ ๑๒ เดือน คิดเป็นร้อยละ ๘๙.๕

อย่างไรก็ตาม ความล่าช้าของการเข้ารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวียังเป็นความท้าทายของประเทศไทยต่อไป เนื่องจากยังพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ ๕๔) มาเริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเมื่อระดับ CD4 น้อยกว่า ๒๐๐ cells/mm³ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ ซึ่งทำให้ประสิทธิภาพของการรักษาไม่ดีเท่าที่ควรมีโอกาสเสียชีวิตได้มากกว่าผู้ติดเชื้อฯ ที่เริ่มยาต้านเมื่อค่าระดับ CD4 ยังสูงอยู่ ซึ่งการประมาณการเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ (AIDS mortality) ในประชากรไทยในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ มีอัตราเท่ากับ ๑๙.๓ ต่อแสนประชากร

แผนภูมิที่ ๒ จำนวนผู้ติดเชื้อฯ ที่เข้าถึงการวินิจฉัย การรักษา และการกดไวรัสสำเร็จ พ.ศ. ๒๕๕๗ - ๒๕๕๙



แหล่งข้อมูล: จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สปสช. (NAP)

ความครอบคลุมของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสยังขึ้นอยู่กับสัดส่วนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ทราบสถานะการติดเชื้อฯ ของตนเองโดยเฉพาะกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีสูง จากผลการสำรวจ IBBS พ.ศ. ๒๕๕๗ พบว่าการเข้าถึงระบบบริการตรวจและรักษาเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลักยังมีสัดส่วนไม่มากนัก โดยพบว่าร้อยละ ๖๑ ของผู้เข้ายาเสพติดด้วยวิธีฉีด ร้อยละ ๓๑ ของชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย และร้อยละ ๕๔ ของผู้ให้บริการทางเพศเท่านั้นที่เคยตรวจหาเอชไอวีและทราบผลการตรวจในช่วง ๑ ปีที่ผ่านมาในขณะที่การวิเคราะห์ข้อมูล National AIDS Program (NAP) ของ สปสช. ในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๕๑-๒๕๕๖ พบว่ามีเพียงร้อยละ ๕๙ ของผู้เข้ายาเสพติดด้วยวิธีฉีดที่ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ ๔๔ ของชายมีเพศสัมพันธ์กับชายที่ติดเชื้อเอชไอวีและร้อยละ ๕๑ ของหญิงบริการทางเพศที่ติดเชื้อฯ เท่านั้นที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

โดยสรุป จากการศึกษาที่ประเทศไทยมีนโยบายการเริ่มให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสในทุกระดับ CD๔ ช่วยสนับสนุนให้ความครอบคลุมของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากร้อยละ ๕๓.๕, ๖๐.๙, ๖๕.๘ และ ๖๘.๕ ในปี ๒๕๕๕ - ๒๕๕๙ ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาผลการดำเนินงานตามเป้าหมายมาตรการ ๙๐-๙๐-๙๐ นั้น ณ ปี ๒๕๕๙ ประเทศไทย อยู่ที่ ๙๑.๕ - ๗๑.๔ - ๘๓ และหากเปรียบเทียบกับเป้าหมาย ๙๐-๘๑-๗๓ จะอยู่ที่ ๙๑.๕ - ๖๘.๕- ๕๔.๑ จะเห็นว่ายังมีช่องว่างในการดำเนินงานเพื่อยุติปัญหาเอ็ดส์อยู่อีกมาก โดยเฉพาะการทำให้ผู้ติดเชื้อที่รู้ว่าติดเชื้อฯ แล้วเข้าสู่ระบบการรักษาแต่เนิ่นๆ และผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสแล้วต้องควบคุมให้ไม่สามารถถ่ายทอดเชื้อสู่ผู้อื่นได้ ซึ่งประเด็นท้าทายที่สำคัญยังคงอยู่ในกลุ่มประชากรหลักที่ยังไม่ทราบสถานะการติดเชื้อของตนเอง ทำให้ความครอบคลุมของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในภาพรวม และในประชากรกลุ่มนี้ยังต่ำกว่าเป้าหมายมาก ดังนั้น จึงควรส่งเสริมให้ประชากรหลักที่มีความเสี่ยงเข้าสู่ระบบบริการตรวจและรักษาเอชไอวีให้มากขึ้น เพื่อเพิ่มความครอบคลุมของการรักษาด้วยยาต้านไวรัส รวมทั้งการปรับปรุงคุณภาพระบบบริการและประสิทธิภาพการรักษา ไปพร้อมๆ กัน เพื่อให้ถึงเป้าหมาย ๙๐-๙๐-๙๐ ภายในปี ๒๕๖๓ โดยประเด็นพิจารณาในการปรับปรุงระบบบริการ มีดังนี้

แม้ว่านโยบายการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในทุกระดับ CD๔ จะดำเนินการมาตั้งแต่ ปีงบประมาณ ๒๕๕๗ แต่พบว่าในทางปฏิบัติ ยังไม่เกิดขึ้นจริงในบางพื้นที่ เนื่องจากผู้ให้บริการไม่ได้ปฏิบัติตามแนวทางรักษา รวมทั้งยังมีการตีตราและเลือกปฏิบัติในระบบบริการสุขภาพอยู่ นอกจากนี้ยังมีประเด็นปัญหาในการใช้สิทธิการรักษานอกพื้นที่ ทำให้ผู้ติดเชื้อฯ ต้องเสียค่าใช้จ่ายในบริการบางอย่างเอง ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้ผู้ติดเชื้อฯ เข้าไม่ถึงบริการรักษาหรือมารับการรักษาล่าช้า ดังนั้น การปรับปรุงคุณภาพบริการ การปรับนโยบายโดยเพิ่มสิทธิประโยชน์ให้สามารถใช้บริการได้ในทุกพื้นที่ โดยไม่ต้องเปลี่ยนสถานพยาบาลตามสิทธิ์ หรือใช้บริการทุกแห่งได้ โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง เป็นสิ่งที่จำเป็นต้องดำเนินการต่อไป

ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ถึงแม้ว่าปัจจุบันจะมีนโยบายสนับสนุนการเข้าถึงบริการด้วยการขายบัตรประกันสุขภาพให้กับประชากรกลุ่มนี้ แต่ในทางปฏิบัติ ยังมีข้อจำกัดจากการที่หน่วยบริการไม่ปฏิบัติตามนโยบายดังกล่าว

อย่างไรก็ตาม ในการวางแผนและปรับปรุงบริการรักษาที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับประเด็นปัญหาที่มีความสลับซับซ้อนมากขึ้นเรื่อยๆ จำเป็นต้องมีและใช้ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ที่มีจำเพาะ สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่และกลุ่มประชากร โดยเฉพาะข้อมูลที่ต้องการจำแนกให้เห็นรายละเอียดของการเข้าถึงบริการ รายบริการ และรายกลุ่มประชากรรายอายุ เพศ เป็นต้น รวมถึงการพัฒนาระบบข้อมูลที่สามารถเชื่อมต่อบริการได้ตลอดทั้ง cascade RRTTR และการปรับปรุงระบบการรายงาน ให้ครอบคลุมหน่วยบริการทั้งของภาครัฐ เอกชน และภาคประชาสังคม

๒. การยุติการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสจากแม่สู่ลูก

ในการประชุมผู้นำระดับสูงสหประชาชาติเรื่องเอชไอวี เมื่อเดือนมิถุนายน พ.ศ.๒๕๕๙ องค์การอนามัยโลก ได้ให้การรับรองประเทศไทยว่าประสบความสำเร็จในการยุติการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสจากแม่สู่ลูก ตามเป้าหมายขององค์การอนามัยโลก ซึ่งเป็นประเทศแรกของเอเชีย และเป็นประเทศที่สองของโลกถัดจากประเทศคิวบา จึงนับเป็นความสำเร็จขั้นต้นของทั้งภาครัฐ ภาคประชาสังคม และประชาชนที่มุ่งสู่การทำให้ประเทศไทยบรรลุเป้าหมายยุติปัญหาเอดส์ภายในปี พ.ศ. ๒๕๗๓

ประเทศไทยได้ดำเนินการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการให้การปรึกษาเพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีให้หญิงตั้งครรภ์และคู่ ในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีจะได้รับยาต้านไวรัส HAART และให้ยาต่อเนื่องในหญิงติดเชื้อเอชไอวีทุกรายหลังคลอด ทารกที่คลอดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวี จะได้รับการป้องกันด้วยยาต้านไวรัส งดนมแม่และตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีโดยเร็ว ตามความเสี่ยงของทารกแต่ละราย ประเทศไทยมีระบบกำกับ ติดตามการดำเนินการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ระดับประเทศ (Perinatal HIV Intervention Monitoring System, PHIMS) พบว่าความครอบคลุมของการตรวจเลือดของคู่หญิงตั้งครรภ์ (partner testing) อยู่ที่ร้อยละ ๔๑.๕ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๙

อัตราการชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์อยู่ที่ร้อยละ ๐.๕๙ ความครอบคลุมของยาต้านไวรัสแก่หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับสูง เท่ากับร้อยละ ๙๕ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ และร้อยละ ๙๖ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ อัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกลดลงจากร้อยละ ๑.๙ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ เหลือร้อยละ ๑.๘ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ ประเทศไทยมีโครงการจัดการเชิงรุกเพื่อยุติการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและเริ่มยาต้านไวรัสในเด็กทารกโดยเร็ว ตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๕๗พบว่าอัตราการวินิจฉัยทารกที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวีมีความครอบคลุมสูง และทารกที่ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการวินิจฉัยและเริ่มยาต้านไวรัสโดยเร็วที่สุดเพื่อลดการเจ็บป่วยการตาย

ประเทศไทยได้ตั้งเป้าหมายเพื่อที่จะลดอัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกลงให้ต่ำกว่าร้อยละ ๑ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ และไม่มีการติดเชื้อรายใหม่ในปี พ.ศ.๒๕๗๓ จากผลดำเนินการของโครงการเชิงรุกเพื่อยุติการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและเริ่มยาต้านไวรัสในเด็กทารกโดยเร็วซึ่งพบว่าสาเหตุหลักของการติดเชื้อเอชไอวีในทารก ๑ ใน ๓ เกิดจากการมาฝากครรภ์ล่าช้าหรือไม่มาฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีทำให้ไม่ได้รับยาต้านไวรัสอีก ๑ ใน ๓ เกิดจากการกินยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอหรือขาดการติดตามการรักษาซึ่งกลุ่มนี้อาจมีปัญหาสุขภาพทางจิตใจปัญหาด้านสังคมและเศรษฐกิจเคยมีประสบการณ์ถูกรังเกียจตีตราเลือกปฏิบัติทำให้ไม่มารับบริการอย่างต่อเนื่อง หลายรายไม่ทราบว่าสถานการณ์ติดเชื้อของตนเองหรือมีคู่ผลเลือดต่าง นอกจากนี้ยังมีทารกร้อยละ ๑๕ ติดเชื้อจากแม่ที่ตรวจไม่พบการติดเชื้อเอชไอวีระหว่างตั้งครรภ์แต่มาติดเชื้อเอชไอวีในช่วงใกล้คลอดหรือหลังคลอดจากการกินนมแม่ ทำให้หญิงตั้งครรภ์ไม่ได้รับยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก

การดำเนินการถ่ายทอดเชื้อซิฟิลิสจากแม่สู่ลูก จากรายงาน PHIMS ในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ พบว่ามีความครอบคลุมของการตรวจเลือดในหญิงตั้งครรภ์สูง ร้อยละ ๙๙.๒ และมากกว่าร้อยละ ๙๗.๘ ของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสได้รับการรักษาซิฟิลิสแม้ว่าอัตราการติดเชื้อซิฟิลิสแต่กำเนิดจะต่ำกว่าเป้าหมายขององค์การอนามัยโลก แต่อัตราความชุกของการติดเชื้อซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๐.๐๘ในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ เป็นร้อยละ ๐.๑๑ ในปี พ.ศ.๒๕๕๙ และจำนวนทารกติดเชื้อซิฟิลิสแต่กำเนิด เพิ่มขึ้นจาก ๘๐ ราย ในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ เป็น ๑๐๕ รายในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลความชุกของซิฟิลิสที่เพิ่มขึ้นในกลุ่มประชากรวัยเจริญพันธุ์อื่นๆ

สำหรับการถ่ายทอดเชื้อซิฟิลิสจากแม่สู่ลูก ประเทศไทยได้ตั้งเป้าหมายลดอัตราการถ่ายทอดเชื้อซิฟิลิสจากแม่สู่ลูกให้ต่ำกว่า ๐.๕ ต่อ ๑,๐๐๐ เด็กเกิดมีชีวิต จากอัตราความชุกของซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ที่สูงขึ้น สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้จัดการอบรมให้กับบุคลากรสาธารณสุข ๔ ภาค เพื่อฟื้นฟู

ความรู้ด้านการดูแลซิฟิลิสในแม่และทารก กรมควบคุมโรคและกรมอนามัยได้ลงไปพบทวนประวัติทารกติดเชื้อซิฟิลิสแต่กำเนิดใน ๙ จังหวัด พบว่าการรายงานตามระบบ ICD๑๐ และระบบ passive case surveillance report ยังพบปัญหาทั้ง over และ under report ของจำนวนเด็กที่เป็นซิฟิลิสแต่กำเนิด

สิ่งท้าทายและข้อเสนอแนะ

แม้ประเทศไทยจะมีนโยบายฝากครรภ์ทุกที่ฟรีทุกสิทธิ์แต่ระบบนี้ยังไม่เป็นจริงทุกที่ หากไปรับบริการในสถานพยาบาลที่ไม่ตรงตามสิทธิ์อาจจะต้องเสียค่าใช้จ่ายบางอย่างเอง สำหรับแนวทางการแก้ไข คือ ควรมีการปรับปรุงบริการเพื่อส่งเสริมการฝากครรภ์แต่เนิ่นๆ และควรส่งเสริมการเข้าถึงบริการอนามัยเจริญพันธุ์และการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสจากแม่สู่ลูก โดยบูรณาการกองทุนทุกระบบให้ผู้รับบริการสามารถใช้บริการได้ โดยไม่ต้องเปลี่ยนสถานพยาบาลตามสิทธิ์

ในการลดอัตราการความชุกของการติดเชื้อซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ และการลดการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์ในช่วงใกล้คลอดจากคู่ผลเลือดต่าง ภาครัฐได้ส่งเสริมบทบาทผู้ชายให้มีส่วนร่วมในการดูแลบุตร เช่น โรงเรียนพ่อแม่ ควรส่งเสริมให้เพิ่มความครอบคลุมของการตรวจเลือดเอชไอวีและซิฟิลิสก่อนแต่งงานและมีบุตร ส่งเสริมให้พาคู่มาตรวจและเพิ่มการตรวจคัดกรองซิฟิลิสในคู่ของหญิงตั้งครรภ์อย่างไรก็ตามการตรวจคัดกรองซิฟิลิสในคู่ของหญิงตั้งครรภ์ยังไม่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ดังนั้นคู่ของหญิงตั้งครรภ์ยังต้องจ่ายเงินเอง จึงควรมีการผลักดันให้การตรวจคัดกรองซิฟิลิสของสามีอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์

แนวทางสำหรับ พ.ศ. ๒๕๖๐ กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมอนามัย จะจัดทำแนวทางการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกระดับชาติโดยมุ่งเน้นมาตรการส่งเสริมการให้การปรึกษาแบบคู่ทั้งในคลินิกฝากครรภ์และหลังคลอด มีการกำหนดเป้าหมายและขยายความครอบคลุมของการให้บริการปรึกษาแบบคู่พร้อมทั้งกำกับติดตามการดำเนินงานให้ได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้เพื่อส่งเสริมการให้บริการปรึกษาแบบคู่และการตรวจหาการติดเชื้อฯ ของสามีและการรู้สถานะการติดเชื้อเอชไอวีของคู่ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด

สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ล่าช้าหรือมีระดับไวรัสในเลือดสูงเมื่อใกล้คลอดซึ่งมีความเสี่ยงสูงต่อการถ่ายทอดเชื้อสู่ทารก แนวทางการดำเนินงานในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ จะมุ่งเน้นการให้ยา HAART ในหญิงตั้งครรภ์โดยเร็วที่สุดและให้ยา Raltegravir เพิ่มจากยา HAART ปกติในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ช้าหลัง ๓๒ สัปดาห์หรือหญิงตั้งครรภ์ที่กินยาต้านไวรัสมานานแต่ไม่สามารถกดระดับไวรัสได้เพื่อลดระดับไวรัสโดยเร็วที่สุด โดยในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ - ๒๕๖๐ กองทุนพระองค์โสม สภากาชาดไทย ได้ให้การสนับสนุนยา Raltegravir ในโครงการวิจัยเพื่อติดตามประสิทธิภาพและผลข้างเคียงจากยาในคนไทย จากผลการศึกษาเบื้องต้นพบว่า ยา Raltegravir ที่เพิ่มเติมจาก สูตร HAART ปกติสามารถลดอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในทารกที่คลอดจากแม่เสี่ยงสูงได้มากขึ้น ในปัจจุบันยา Raltegravir ยังไม่อยู่ในบัญชียาหลัก ทางภาครัฐร่วมกับสมาคมโรคเอดส์ได้ทำการผลักดันให้สามารถเบิกจ่ายยา raltegravir สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีข้อบ่งชี้ได้ในบัญชียาหลักในอนาคต

จากข้อมูลสำรวจสาเหตุการติดเชื้อเอชไอวีในทารกวัยใหม่ พบว่า ทารกหลายรายมีการจำแนกความเสี่ยงที่ผิด เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีบางรายแม้กินยาต้านไวรัสมานาน แต่กินยาไม่สม่ำเสมอ และไม่มีผลการตรวจ viral load ทำให้ทารกไม่ได้รับการจำแนกความเสี่ยงและดูแลอย่างเหมาะสม จึงควรส่งเสริมการตรวจ viral load ในหญิงตั้งครรภ์ทุกรายเมื่อใกล้คลอดให้อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์

เพื่อลดปัญหาการฝากครรภ์ช้าและการไม่มาตามนัดของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ควรส่งเสริมให้มีการประเมินและจัดอบรมเพื่อลดการรังเกียจ ตีตรา หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีในงานแม่และเด็ก

จากข้อมูล การวิเคราะห์สาเหตุของการติดเชื้อซิฟิลิสแต่กำเนิดในทารกพบว่า ส่วนใหญ่ของทารกที่ติดเชื้อซิฟิลิสพบในพ่อแม่ที่มีอายุน้อย และวัยรุ่นไทยมีอัตราการท้องไม่พร้อมสูง มีการเพิ่มขึ้นของโรคติดต่อทาง

เพศสัมพันธ์ จึงควรส่งเสริมการลดการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ในผู้หญิงวัยรุ่นและวัยเจริญพันธุ์ และลดอัตราการติดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสในหญิงวัยเจริญพันธุ์ ให้ความรู้เพื่อเตรียมผู้หญิงก่อนการตั้งครรภ์การสอนเพศศึกษา และอนามัยการเจริญพันธุ์อย่างครอบคลุมรอบด้านตั้งแต่วัยรุ่น อบรมเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลทุกแห่งเรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ การวางแผนครอบครัวตั้งแต่วัยรุ่น เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ โดยใช้การอบรม online หรือใช้ role model เข้ามามีบทบาทในการแนะนำเยาวชน สอนพ่อแม่ให้มีการสื่อสารเรื่องเพศกับลูก

ในหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นประชากรข้ามชาติแม้จะมีการพัฒนาการดำเนินงานในเรื่องการประกันสุขภาพทั้งโดยระบบประกันสังคมและบัตรประกันสุขภาพในกลุ่มที่ไม่ได้อยู่ในระบบประกันสังคมให้มีประสิทธิภาพและครอบคลุมแต่ยังมีปัญหาเรื่องการซื้อบัตรในประชากรข้ามชาติที่ไม่มีนายจ้างและไม่มีเงินเพียงพอที่จะซื้อบัตรเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นประชากรข้ามชาติเข้าถึงบริการการป้องกันการถ่าย

ทอดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสจากแม่ ควรมีระบบให้แรงงานข้ามชาติทุกรายจดทะเบียนอย่างถูกกฎหมายและในรายที่ไม่มีนายจ้าง ควรสามารถซื้อบัตรประกันสุขภาพได้เอง หรือมีระบบผ่อนชำระเพื่อเปิดโอกาสให้แรงงานข้ามชาติสามารถเข้าถึงบริการได้ กรมควบคุมโรคอยู่ระหว่างหารือกับทางสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในการขอสนับสนุนงบประมาณด้านไวรัสให้แรงงานต่างด้าว รวมทั้งหญิงตั้งครรภ์ โดยจัดทำโครงการต่อจาก NAPHA extension นอกจากนี้ควรส่งเสริมการวางแผนครอบครัวและให้การปรึกษาเรื่องการคุมกำเนิดที่เหมาะสมหรือเพื่อเว้นระยะการมีบุตรในผู้ที่ต้องการจะตั้งครรภ์ใหม่

ระบบข้อมูลตัวชี้วัดการยุติการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสจากแม่สู่ลูกในปัจจุบันได้มาจากรายงาน PHIMS รายงาน NAP และ passive case report ของซิฟิลิส ซึ่งบางรายงานยังมีความคลาดเคลื่อน ทางกระทรวงสาธารณสุขมีแผนจะทบทวนประวัติคนไข้ที่รายงาน congenital syphilis โดยใช้แบบฟอร์มมาตรฐานให้ครอบคลุมทั่วประเทศและมีการจัดทำระบบรายงานหาสาเหตุการติดเชื้อซิฟิลิสแต่กำเนิดรายใหม่ให้เป็นระบบทางกรมอนามัยมีแผนจะเพิ่มตัวชี้วัดเรื่อง stillbirth ในรายงาน PHIMS เพื่อสามารถติดตามจำนวน stillbirth จากซิฟิลิสได้อย่างมีระบบในอนาคต และควรมีการสื่อสารในทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการจัดทำตัวชี้วัดมาตรฐานของการยุติการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสจากแม่สู่ลูก อย่างเป็นระบบ และให้แต่ละจังหวัดมีบทบาทในการติดตามตัวชี้วัดของตนเองให้ได้ตามเป้าหมายของประเทศในอนาคต

๓. การป้องกันเอชไอวีในประชากรหลัก

ประชากรหลักในรายงานฉบับนี้ ได้แก่ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) ผู้หญิงข้ามเพศ (TG) พนักงานบริการทางเพศทั้งชายและหญิง (MSW&FSW) ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID) และผู้ต้องขัง (Prisoner)

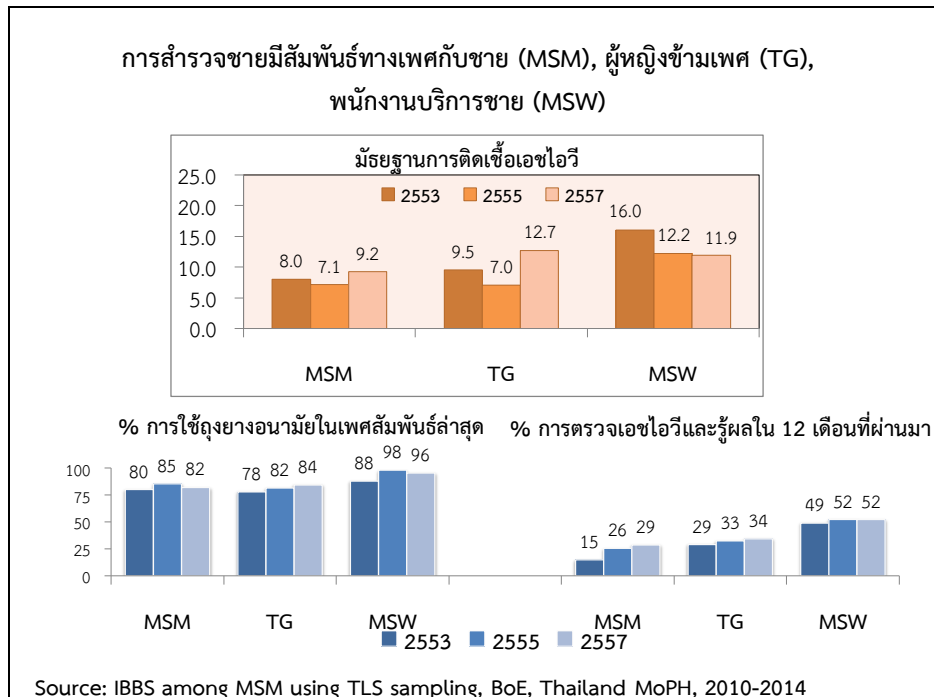
กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM, TG, MSW)

การคาดประมาณในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ ระบุจำนวนชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในประเทศไทยว่ามีประมาณ ๕๙๐,๗๐๐ คน คิดเป็นสัดส่วนเท่ากับร้อยละ ๓.๓ ของประชากรชายวัยผู้ใหญ่อายุ ๑๕ - ๕๙ ปี จำแนกเป็นชายที่เป็นสาวประเภทสองหรือหญิงข้ามเพศ (TG) ๖๒,๘๐๐ คน เป็นเกย์หรือชายที่มีสัมพันธ์ทางเพศกับชาย (MSM) ๕๒๗,๙๐๐ คน ส่วนพนักงานบริการทางเพศชายการคาดประมาณจากข้อมูลปี พ.ศ. ๒๕๕๘ พบว่ามีอยู่ราวๆ ๑๕,๐๐๐ คน

อัตราความชุกของเอชไอวีในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายทั้ง 3 กลุ่ม (MSM TG และ MSW) ยังคงอยู่ในระดับสูงแม้ว่าจะเห็นแนวโน้มที่ลดลงในกลุ่ม MSW แล้วก็ตาม แต่อัตราความชุกของเอชไอวีในกลุ่ม MSM และ TG ยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ผลการสำรวจ Integrated Behavior and Biological surveillance หรือ IBBS ใน

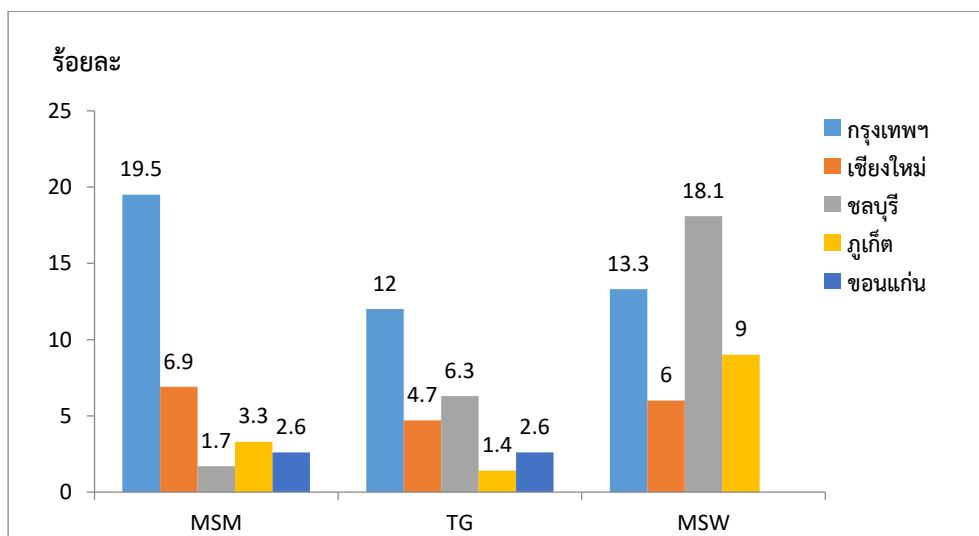
กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายใน ๕ จังหวัด ในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๕๓ - ๒๕๕๗ (แผนภูมิที่ ๓) แสดงให้เห็นอัตราความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๘.๑ ในปี ๒๕๕๓ เป็นร้อยละ ๙.๒ ในปี ๒๕๕๗ และกลุ่มผู้หญิงข้ามเพศ (TG) อัตราความชุกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๙.๕ ในปี ๒๕๕๓ เป็นร้อยละ ๑๒.๗ ในปี ๒๕๕๗ ส่วนกลุ่มพนักงานบริการทางเพศชาย (MSW) พบว่าอัตราความชุกมีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ ๑๖ ในปี ๒๕๕๓ เป็นร้อยละ ๑๒.๒ ในปี ๒๕๕๕ และเหลือร้อยละ ๑๑.๙ ในปี ๒๕๕๗

แผนภูมิที่ ๓ การสำรวจบูรณาการเอชไอวีในชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ผู้หญิงข้ามเพศ และพนักงานบริการชาย



แหล่งข้อมูล: สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

แผนภูมิที่ ๔ อัตราความชุกของเอชไอวีจากการสำรวจIBBS ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ผู้หญิงข้ามเพศและพนักงานบริการชาย ปี พ.ศ. ๒๕๕๙



แหล่งข้อมูล: สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

สำหรับผลการสำรวจ IBBS ปีล่าสุด (พ.ศ. ๒๕๕๙) ยังคงพบอัตราความชุกของเอชไอวีในระดับสูงเช่นเดียวกัน และพบความแตกต่างของอัตราการติดเชื้อเอชไอวีเชิงพื้นที่ระหว่างเมืองใหญ่และเมืองรอง โดยพบว่ากรุงเทพมหานครมีอัตราความชุกเอชไอวีในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายและหญิงข้ามเพศสูงที่สุด กล่าวคือพบอัตราความชุกร้อยละ ๑๙.๕ ในกลุ่ม MSM และร้อยละ ๑๒ ในกลุ่ม TG รองลงมา คือ เชียงใหม่ พบอัตราความชุกเท่ากับร้อยละ ๖.๙ ในกลุ่ม MSM และ ๔.๗ ในกลุ่ม TG ส่วนจังหวัดชลบุรี พบอัตราความชุกเอชไอวีในกลุ่ม MSM ต่ำสุด คือ ร้อยละ ๑.๗ และจังหวัดภูเก็ตพบอัตราความชุกในกลุ่ม TG ต่ำสุด คือ ร้อยละ ๑.๔ สำหรับกลุ่ม MSW พบอัตราความชุกเอชไอวีสูงสุดในจังหวัดชลบุรี (ร้อยละ ๑๘.๑) รองลงมา คือ กรุงเทพฯ (ร้อยละ ๑๓.๓) ภูเก็ต (ร้อยละ ๙) และเชียงใหม่ (ร้อยละ ๖) ตามลำดับ (แผนภูมิที่ ๔)

สำหรับผลการสำรวจ IBBS พ.ศ. ๒๕๕๗ สำหรับการได้รับบริการป้องกันเอชไอวีในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายพบว่า กลุ่มพนักงานบริการทางเพศชายเข้าถึงบริการป้องกันมากที่สุด กล่าวคือ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายน้อยกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ ๔๓.๖) และครึ่งหนึ่งของผู้หญิงข้ามเพศ (ร้อยละ ๕๐.๘) เข้าถึงบริการด้านป้องกัน ในขณะที่ ๒ ใน ๓ (ร้อยละ ๖๗.๓) ของพนักงานบริการทางเพศชาย (MSW) เข้าถึงบริการด้านป้องกัน ส่วนการเข้าถึงบริการตรวจหาเอชไอวีและทราบผลการตรวจ พบแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกกลุ่มแต่เป็นสัดส่วนที่ไม่มากนัก โดยพบว่า ประมาณ ๑ ใน ๓ ของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและผู้หญิงข้ามเพศ (ร้อยละ ๒๘.๗ และร้อยละ ๓๔.๔ ตามลำดับ) เท่านั้นที่ได้รับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและทราบผลตรวจในช่วง ๑๒ เดือนที่ผ่านมา ส่วนกลุ่มพนักงานบริการทางเพศชายพบมากกว่าครึ่งที่ได้รับการตรวจเอชไอวี (ร้อยละ ๕๒.๔) สำหรับการใช้อย่างอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดพบสัดส่วนมากกว่าร้อยละ ๘๐ ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและผู้หญิงข้ามเพศ ส่วนกลุ่มพนักงานบริการทางเพศชายพบอัตราการใช้อย่างอนามัยสูงเกือบร้อยละ ๑๐๐

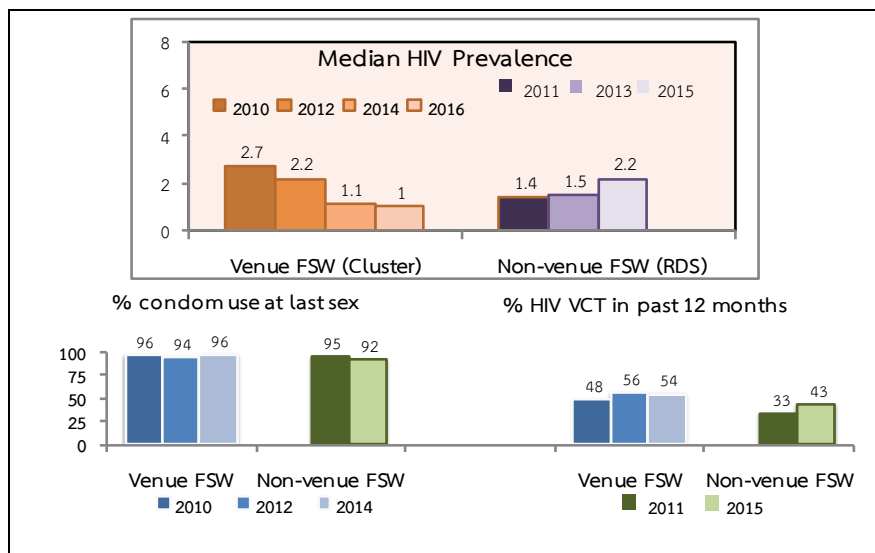
กลุ่มพนักงานบริการทางเพศหญิง

ประชากรกลุ่มนี้ จากการประมาณในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ พบว่ามีจำนวนราว ๑๓๒,๐๐๐ คน ข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยงและพฤติกรรมมารับบริการของประชากรกลุ่มนี้ ได้จากการสำรวจ IBBSกลุ่มพนักงานบริการหญิงที่สังกัดสถานบริการ (venue FSW) ใน ๑๒ จังหวัดช่วง ปีพ.ศ. ๒๕๕๓ - ๒๕๕๗ และสำรวจกลุ่มผู้ให้บริการที่ไม่สังกัดสถานบริการ (non-venue FSW) ด้วยวิธีการสุ่มแบบเครือข่าย (Respondent Driven Sampling หรือ RDS) ใน ๖ จังหวัด ช่วงปี พ.ศ. ๒๕๕๔ - ๒๕๕๘ (แผนภูมิที่ ๕) พบว่ากลุ่มพนักงานบริการหญิงที่ไม่สังกัดสถานบริการ (non-venue FSW) มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ สูงกว่า และเข้าถึงบริการด้านป้องกันน้อยกว่ากลุ่มพนักงานบริการที่สังกัดสถานบริการ (Venue FSW) โดยพบอัตราความชุกของเอชไอวีมีแนวโน้มลดลงเป็นลำดับในกลุ่มพนักงานบริการหญิงที่สังกัดสถานบริการ (venue FSW) จากร้อยละ ๒.๗ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๓ เหลือร้อยละ ๑.๑๓ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๗ และร้อยละ ๑ ในปีพ.ศ. ๒๕๕๙ ในขณะที่กลุ่มที่ไม่สังกัดสถานบริการ (non-venue FSW) พบแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๑.๔ เป็น ร้อยละ ๒.๒ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๔ และ พ.ศ. ๒๕๕๘ ตามลำดับ เช่นเดียวกับอัตราการติดเชื้อหนองในที่พบในกลุ่มที่ไม่สังกัดสถานบริการ (non-venue FSW) สูงกว่ากลุ่มที่สังกัดสถานบริการ (ร้อยละ ๗.๓ vs. ร้อยละ ๔.๒)

สำหรับการได้รับบริการด้านป้องกันเอชไอวีในรอบ ๑ ปีที่ผ่านมา พบว่าร้อยละ ๕๗.๗ ของพนักงานบริการหญิงที่สังกัดสถานบริการ (venue FSW) เคยได้รับบริการด้านป้องกัน ส่วนการตรวจหาเอชไอวีพบสัดส่วนของกลุ่มที่สังกัดสถานบริการ (venue FSW) ที่เคยตรวจหาเอชไอวีและทราบผลในช่วง ๑๒ เดือนที่ผ่านมาสูงกว่ากลุ่มที่ไม่สังกัดสถานบริการ (non-venue FSW) (ร้อยละ ๕๔.๒ vs. ร้อยละ ๔๓) ในขณะที่อัตราการใช้อย่าง

อนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับลูกค้าครั้งล่าสุดของกลุ่มที่สังกัดสถานบริการและกลุ่มที่ไม่ได้สังกัดบริการไม่แตกต่างกันมากนัก (ร้อยละ ๙๖.๑ และร้อยละ ๙๑.๖ ตามลำดับ)

แผนภูมิที่ ๕ การสำรวจบูรณาการเอชไอวี (IBBS) ในพนักงานบริการหญิงโดยวิธี cluster และ RDS

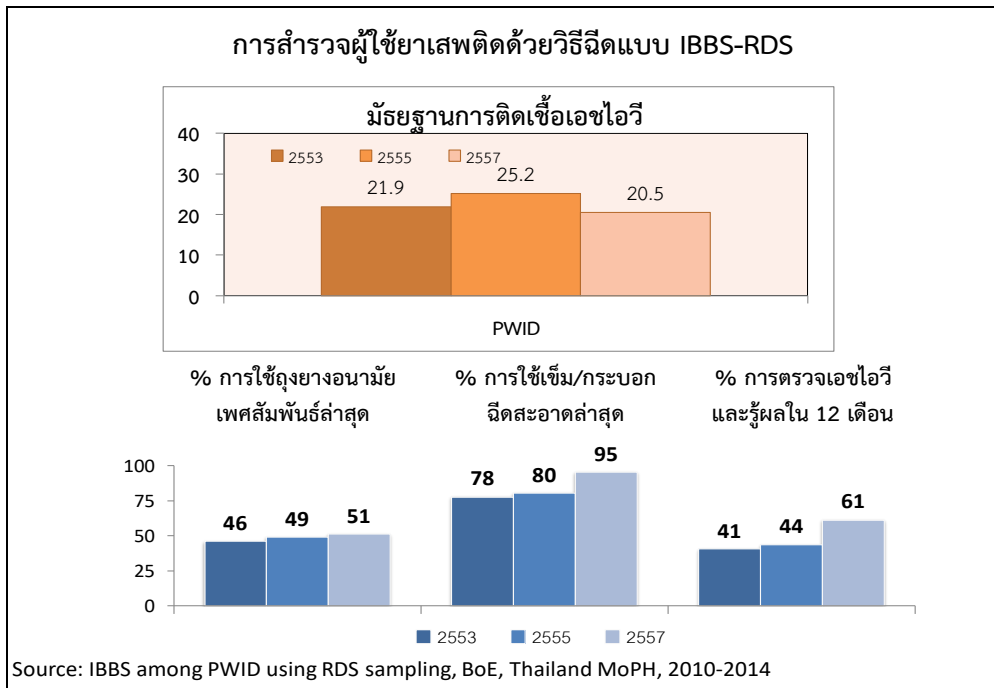


แหล่งข้อมูล: สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID)

การคาดประมาณระบุว่า จำนวนผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีดมีอยู่ประมาณ ๗๑,๐๐๐ คนเป็นผู้ที่ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีดอย่างน้อยเดือนละครั้งประมาณร้อยละ ๖๐ คิดเป็นจำนวน ๔๒,๖๕๐ คน ข้อมูลจากการสำรวจ IBBS ใน ๓ จังหวัดโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเครือข่าย (RDS) ในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๕๗ (แผนภูมิที่ ๖) แสดงให้เห็นแนวโน้มที่ลดลงของอัตราความชุกของเอชไอวีเมื่อเปรียบเทียบกับ การสำรวจในปี พ.ศ. ๒๕๕๓ และ พ.ศ. ๒๕๕๕ โดยพบอัตราความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในปี พ.ศ. ๒๕๕๗ เท่ากับร้อยละ ๒๐.๕ (ลดจากร้อยละ ๒๑.๙ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๓ และร้อยละ ๒๕.๒ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๕) ในขณะที่สัดส่วนของผู้ใช้ยาที่เคยได้รับการป้องกันเอชไอวีมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกช่วงปีของการสำรวจ โดยพบสัดส่วนผู้ใช้ยา ที่ได้รับการตรวจหาเอชไอวี และทราบผลตรวจในช่วง ๑๒ เดือนที่ผ่านมาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๔๑ และร้อยละ ๔๔ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๓ และ พ.ศ. ๒๕๕๕ เป็นร้อยละ ๖๑.๓ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๗ อัตราการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดเพิ่มขึ้นไม่มากนัก กล่าวคือ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๔๖ และร้อยละ ๔๙ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๓ และ พ.ศ. ๒๕๕๕ เป็นร้อยละ ๕๑.๒ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๗ รายงานการใช้เข็มและกระบอกฉีดสะอาดพบสัดส่วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๗๘ และร้อยละ ๘๐ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๓ และ พ.ศ. ๒๕๕๕ เป็นร้อยละ ๙๕.๓ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๗ สำหรับการเข้ารับบริการลดอันตรายจากการใช้ยา (harm reduction program) ในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ และ พ.ศ. ๒๕๕๙ พบว่าจำนวนผู้ที่เข้ารับการรักษาด้วยสารทดแทนฝิ่น (OST) มีจำนวนทั้งสิ้น ๕,๙๕๖ คน และ ๕,๒๕๘ คน ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาเฉพาะผู้เข้ารับการรักษา OST ที่เป็นผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด พบว่ามีจำนวนเพียง ๗๕๔ รายในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ และ ๘๑๓ รายในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ เท่านั้น ส่วนการแจกจ่ายเข็มและกระบอกฉีดสะอาดในช่วง ๑๒ เดือนพบว่ามีการแจกจ่ายเป็นจำนวนมากกว่า ๒๖๖,๐๐๐ ชุดหรือเฉลี่ย ๖.๓ ชุด/คน/ปี ในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ ส่วนในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ การแจกจ่ายเข็มและอุปกรณ์ฉีดยาสะอาดเพิ่มขึ้นมากกว่าเท่าตัว กล่าวคือ มีจำนวน ๕๗๑,๙๓๗ ชุด หรือเฉลี่ย ๑๓ ชุด/คน/ปี

แผนภูมิที่ ๖ การสำรวจบูรณาการเอชไอวี (IBBS) โดยใช้วิธีการ RDS ในผู้ขายเสพติดด้วยวิธีฉีดยา



แหล่งข้อมูล: สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มผู้ต้องขัง

จากฐานข้อมูลของกระทรวงยุติธรรมปี พ.ศ. ๒๕๕๘ พบว่า ผู้ต้องขังมีจำนวนทั้งสิ้น ๓๔๑,๗๖๐ คน แยกเป็นผู้ต้องขังในเรือนจำ ๓๑๐,๓๙๙ คน ส่วนใหญ่เป็นผู้ชาย มีผู้หญิงจำนวนเพียง ๔๔,๓๕๑ คน ผู้ต้องขังที่เป็นเยาวชนถูกคุมขังในสถานพินิจและคุ้มครองเยาวชนมีจำนวน ๓๑,๓๖๑ คน เป็นชาย ๒๙,๒๕๒ คน เป็นหญิง ๒,๑๐๙ คน ข้อมูลการตรวจเอชไอวีโดยสมัครใจในเรือนจำปี พ.ศ. ๒๕๕๘ และ พ.ศ. ๒๕๕๙ พบอัตราความชุกร้อยละ ๑.๘ (๒๐๖/๑๓,๑๙๖) และร้อยละ ๑.๕ (๔๐๙/๒๖,๗๕๕) ตามลำดับ

ความก้าวหน้าของการดำเนินงาน

สำหรับการดำเนินงานป้องกันและการดูแลรักษาเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลักที่ผ่านมา ประเทศไทยมีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนในการดำเนินงานป้องกันที่บูรณาการควบคู่ไปกับการรักษาตามกรอบบริการ RRTTR โดยตั้งเป้าหมายของการทำงานให้ครอบคลุมกลุ่มประชากรหลักในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ ที่ร้อยละ ๗๙ สำหรับการเข้าถึงบริการป้องกัน (Reach) ร้อยละ ๗๐ สำหรับการเข้าสู่ระบบการดูแล (Recruit) ร้อยละ ๖๔ สำหรับการตรวจเอชไอวี (Test) ร้อยละ ๗๐ สำหรับการได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (Treat) และร้อยละ ๙๐ สำหรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง (Retain) มีการจัดระบบการติดตามผลการดำเนินงานป้องกันและดูแลรักษาในกลุ่มประชากรหลักที่เรียกว่า ระบบบริการที่บูรณาการการป้องกันและดูแลรักษาเอชไอวี (Routinely Integrated HIV Information System หรือ RIHIS) ข้อมูลที่ได้จากระบบ RIHIS แสดงให้เห็นว่า ความครอบคลุมของบริการป้องกันและตรวจเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลักที่เข้ามาในระบบยังต่ำกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้มาก ความครอบคลุมของการบริการป้องกัน (Reach) ในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ สำหรับกลุ่มพนักงานบริการชาย (MSW) มีความใกล้เคียงกับเป้าหมายมากที่สุดคือร้อยละ ๗๒ ส่วนกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM รวม TG) และกลุ่มผู้ต้องขัง มีความครอบคลุมของการบริการป้องกันร้อยละ ๕๙ ส่วนกลุ่มพนักงานบริการหญิง (FSW) และกลุ่มผู้ขายยา (PWID) ความครอบคลุมของการบริการป้องกันยังต่ำมาก กล่าวคือมีความครอบคลุมของการบริการป้องกันเพียงร้อยละ ๒๒ และ ร้อยละ ๓๖ เท่านั้น อย่างไรก็ตาม

ก็ตามในช่วงปีที่ผ่านมามีความพยายามในการปรับกลยุทธ์การเข้าถึงให้เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย MSM ผ่านทาง Social Media (Online Approach) ซึ่งทำให้การเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้มากขึ้นกว่าเดิม

ส่วนความครอบคลุมของการตรวจเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลัก ข้อมูล RHIS ระบุความครอบคลุมของการตรวจเอชไอวี (Test) เป็นสัดส่วนที่ต่ำมากในทุกกลุ่ม กล่าวคือ มีสัดส่วนเพียงร้อยละ ๒๐ ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (รวม TG) ร้อยละ ๘ - ๑๐ ในกลุ่มพนักงานบริการชายและหญิง ร้อยละ ๕ - ๖ ในกลุ่มผู้ขายยา และกลุ่มผู้ต้องขัง ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่า ประชากรกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เคยตรวจเอชไอวีและทราบผลการตรวจมาแล้ว หรือเคยไปรับการตรวจเอชไอวีในสถานบริการสุขภาพของภาคเอกชน ดังจะเห็นได้จากสัดส่วนของผู้ที่ทราบสถานะการติดเชื้อเอชไอวีสูงในทุกกลุ่มกล่าวคือ พบถึงร้อยละ ๘๐ ในพนักงานบริการหญิงร้อยละ๗๓ ในพนักงานบริการชาย ร้อยละ ๖๓ ในชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (รวม TG) ร้อยละ ๖๑ ในผู้ขายยา และร้อยละ ๕๑ ในกลุ่มผู้ต้องขัง อย่างไรก็ตามในช่วงปีที่ผ่านมา มีความพยายามในการสร้างทางเลือกเพื่อเพิ่มการเข้าถึงการตรวจเอชไอวี โดยพัฒนารูปแบบการให้บริการตรวจเอชไอวีที่หลากหลายมากขึ้น เช่น การให้บริการตรวจเอชไอวีเคลื่อนที่ (Mobile HCT) การให้บริการตรวจเอชไอวีในชุมชนโดยภาคประชาสังคม (Community Led HCT)

สำหรับการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัสก่อนการสัมผัสเชื้อ (Pre-Exposure Prophylaxis) หรือ PrEP ของประเทศไทยมีความก้าวหน้าไปมาก โดยในปีที่ผ่านมา (มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๙) กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำ “คำแนะนำการให้บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัสก่อนสัมผัสเชื้อ (PrEP) เพื่อให้โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจัดให้บริการ PrEP แก่ผู้ที่มีความจำเป็นจะต้องได้รับ อาทิเช่น กลุ่มคูรักร่วมเพศต่าง (serodiscordant couples) กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย กลุ่มหญิงข้ามเพศ กลุ่มพนักงานบริการทางเพศ และกลุ่มผู้ขายยาเสพติดด้วยวิธีฉีด โดยให้ผู้รับบริการออกค่าใช้จ่ายเอง เนื่องจากยังไม่ได้อยู่ภายใต้สิทธิการรักษาใดๆ ซึ่งค่าใช้จ่ายในการขอรับบริการ PrEP จะอยู่ประมาณ ๖๐๐ - ๒,๐๐๐ ต่อเดือน นอกจากนี้ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ยังได้จัดทำโครงการเสริมสร้างความเข้มแข็งระบบบริการสาธารณสุขเพื่อเพิ่มการเข้าถึงการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัสก่อนการสัมผัสเชื้อ (PrEP) สำหรับปีงบประมาณ ๒๕๖๐ - ๒๕๖๒ ดำเนินการใน ๗ จังหวัดนำร่อง (นนทบุรี ปทุมธานี ภูเก็ต สงขลา อุตรดิตถ์ ขอนแก่น นครราชสีมา) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดระบบบริการ PrEPอย่างเป็นทางการเพิ่มเติม การเข้าถึงบริการ PrEP ในกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีสูง และยังเป็นการพัฒนาบริการ PrEP เพื่อนำไปขยายผลหรือผลักดันให้เกิดระบบบริการ PrEP ทั่วประเทศในอนาคต ซึ่งปัจจุบันประเทศไทยมีการจัดบริการ PrEP ภายใต้โครงการต่างๆ อาทิเช่น โครงการ Princess PrEP หรือ PrEP พระองค์เสมอฯ ดำเนินการโดยศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย โครงการ PrEP@PIMAN ซึ่งเป็นโครงการวิจัยนำร่องที่ให้บริการ PrEP แก่ MSM โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โครงการวิจัยนำร่องการให้ยาในกลุ่ม MSM ที่ดำเนินการในโรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ โดยความร่วมมือของภาคประชาสังคม ได้แก่ SWING SISTER ฟาส์รุ่ง และการจัดให้บริการ PrEP ในคลินิกเอกชนบางแห่ง รวมทั้งโครงการนำร่องใน ๗ จังหวัดของกระทรวงสาธารณสุข (เริ่มปี พ.ศ. ๒๕๖๐) โดยในปีที่ผ่านมา (พ.ศ. ๒๕๕๙) มีผู้มาขอรับบริการ PrEPเป็นจำนวนทั้งสิ้น ๓,๓๖๕ คน

ความท้าทายและแนวทางแก้ไข

ผลการดำเนินงานทั้งจากการสำรวจ IBBS และ ข้อมูลจากระบบ RHIS แสดงให้เห็นช่องว่างของการบริการ RRTTR ที่ยังไม่ครอบคลุมเพียงพอ โดยเฉพาะกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายที่พบความครอบคลุมของการเข้าถึงบริการป้องกันประมาณครึ่งหนึ่ง ความครอบคลุมยังต่ำมากในกลุ่มหญิงบริการทางเพศและผู้ขายยาเสพติดด้วยวิธีฉีด ในขณะที่การเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัส พบความครอบคลุมร้อยละ ๔๒-๕๔ ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย และพนักงานบริการเพศหญิงเท่านั้นและหากจะให้บรรลุตามเป้าหมาย ๙๐-๙๐-๙๐ หรือ Three 90s ภายในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ โดยเฉพาะในสองเป้าหมายแรกคือ ร้อยละ ๙๐ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการตรวจหาเอชไอวีเพื่อให้

ทราบสถานะการติดเชื้อ และร้อยละ ๘๐ ของผู้ติดเชื้อที่ทราบสถานะการติดเชื้อได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ประเทศไทยจำเป็นต้องปรับกลยุทธ์การทำงานแนวใหม่แบบเร่งรัด (New Fast Track Strategies) ตามกรอบการทำงาน RRTTR โดยขยายการดำเนินงานผ่านเครือข่ายชุมชนของกลุ่มประชากรหลัก เน้นการทำงานแบบหุ้นส่วน (partnership) ปรับปรุงการบริการให้มีความเป็นมิตรในสถานบริการของภาครัฐให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของกลุ่มประชากรหลักสถานบริการสุขภาพควรตั้งอยู่ใกล้ไปมาสะดวก มีความเป็นส่วนตัว ปรับทัศนคติและพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการปรึกษาแนะนำแก่กลุ่มประชากรหลักที่มีความหลากหลายทางเพศรวมถึงปรับปรุงความเป็นหุ้นส่วน (partnerships) ระหว่างภาครัฐและภาคประชาสังคมในการให้บริการด้านเอชไอวี เช่น การให้คำปรึกษาและตรวจหาเอชไอวีหรือบริการอื่นๆ ปรับปรุงระบบเชื่อมต่อหรือการส่งต่อให้เป็นไปโดยง่าย สะดวกและรวดเร็ว เพื่อสนับสนุนผู้ติดเชื้อ ให้เข้ามาในระบบและคงอยู่ในระบบการป้องกันและดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องซึ่งแนวทางเหล่านี้มีอยู่ในแผนปฏิบัติการเร่งรัดการยุติปัญหาเอดส์ประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๘ - ๒๕๖๒ แล้ว เพียงแต่ต้องทำให้เกิดการปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมและเกิดประสิทธิผลโดยเร็ว

ความท้าทายอีกประการ ก็คือ มีผู้ติดเชื้อฯ ที่เป็นชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย หญิงข้ามเพศหรือพนักงานบริการจำนวนไม่น้อยที่ไปรับบริการตรวจเอชไอวีจากสถานบริการหรือคลินิกของภาคเอกชนซึ่งข้อมูลเหล่านี้ไม่ได้ถูกรายงานเข้าในระบบการรายงานของภาครัฐ ทำให้ความครอบคลุมของการตรวจและรักษาเอชไอวีในระบบการรายงานต่ำกว่าความเป็นจริง ดังนั้นการแสวงหาความร่วมมือแบบหุ้นส่วน (partnership) จากสถานบริการหรือคลินิกเอกชนโดยชักชวนให้มาเข้าร่วมเป็นเครือข่ายการให้บริการเอชไอวี เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลและผลลัพธ์ (outcome) ในเรื่องการตรวจวินิจฉัยเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลักมีความครบถ้วนสมบูรณ์มากขึ้น อาจทำให้อัตราการตรวจเอชไอวีของประชากรกลุ่มนี้เพิ่มขึ้นด้วย

ในด้านงบประมาณ ประเทศไทยได้ทุ่มเทงบประมาณในการปรับปรุงการบริการภาครัฐให้ได้มาตรฐาน แต่โครงการจำนวนมากที่ดำเนินการโดยชุมชนเพื่อปรับปรุงการทำงานแบบ RRTTR ในการให้บริการแก่กลุ่มประชากรหลักกลับได้รับการสนับสนุนงบประมาณภายในประเทศเป็นส่วนน้อยโดยเป็นงบประมาณที่ได้จาก สปสช. จำนวนประมาณ ๒๐๐ ล้านบาท เพื่อสนับสนุนการป้องกันและรักษาสำหรับกลุ่มพนักงานบริการทางเพศหญิงเท่านั้น งบประมาณดำเนินการกับกลุ่มประชากรหลักโดยชุมชนเกือบทั้งหมดได้รับการสนับสนุนจาก Global Fund และ PEPFAR จึงเป็นความท้าทายในเรื่องความยั่งยืนของการดำเนินงานในกรณีที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากแหล่งทุนภายนอกประเทศในอนาคต

ความท้าทายในเรื่องการให้บริการสุขภาพโดยภาคประชาสังคม อาทิเช่น การตรวจหาเอชไอวีให้แก่กลุ่มประชากรหลักยังคงมีปัญหา เนื่องจากการตรวจเอชไอวีถือเป็นงานบริการทางการแพทย์ที่บุคลากรทางการแพทย์เท่านั้นที่สามารถทำได้ จึงยังเป็นช่องว่างในการดำเนินงานตามกรอบ RRTTR โดยภาคประชาสังคม การพัฒนาศักยภาพให้แก่ภาคประชาสังคมเพื่อสามารถให้บริการตรวจหาเอชไอวีได้อย่างมีประสิทธิภาพการรับรองกระบวนการคุณภาพตามมาตรฐาน (accreditation) งบประมาณการดำเนินงาน และความยั่งยืน เหล่านี้ล้วนเป็นความท้าทายที่จะต้องได้รับการปรับปรุงแก้ไข

ในส่วนของการดำเนินงานในผู้ขายเสฟติดด้วยวิธีฉีด การเปลี่ยนผ่านของการดำเนินงานที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลกจาก โครงการ CHAMPION สู่ โครงการ STAR และการหมดอายุลงของคำสั่งศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินฯ ส่งผลให้การปฏิบัติงานขาดความต่อเนื่องในบางพื้นที่ แม้ว่าภาครัฐได้พยายามแสวงหางบประมาณให้การทำงานเพื่อความต่อเนื่อง แต่กฎระเบียบทางงบประมาณยังเป็นอุปสรรคในการสนับสนุนภาคประชาสังคม รวมไปถึงการปรับแก้กฎหมายเพื่อเอื้อต่อการทำงานกับกลุ่มผู้ติดเชื้อที่ใช้ยาเสฟติดด้วยวิธีฉีด ซึ่งการแก้กฎหมายนี้อยู่ในระหว่างการดำเนินการ ซึ่งคาดว่าจะใช้ระยะเวลาานาน นอกจากนี้ปัญหาไวรัสตับอักเสบบีและซี ในกลุ่มผู้ใช้สารเสฟติดชนิดฉีดที่มีการติดเชื้อในระดับสูง มีข้อจำกัดในการตรวจคัดกรองและการรักษา จึงควรมีการศึกษาเพื่อพัฒนาระบบบริการต่อไป

ความท้าทายในเรื่องระบบการติดตามการดำเนินงานในกลุ่มประชากรหลัก ที่ยังคงเป็นปัญหาเนื่องจาก ระบบข้อมูลยังไม่สามารถเชื่อมต่อให้เห็นภาพรวมทั้งหมดของการได้รับบริการ RRTR (Cascade RRTR) ซึ่ง ประเด็นนี้จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน

กลุ่มแรงงานข้ามชาติ

ยังมีประชากรอีกกลุ่มหนึ่งที่ไม่ได้ถูกจัดเป็นประชากรหลักในความหมายของประเทศไทย เนื่องจากไม่ได้ เป็นคนไทย แต่เป็นกลุ่มที่เคลื่อนย้ายจากประเทศเพื่อนบ้านเพื่อเข้ามาทำงานในประเทศไทย คือ แรงงานข้ามชาติ ซึ่งคาดว่าจะมีจำนวนมากกว่า ๓ ล้านคน ข้อมูลเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีที่ได้จากการสำรวจแรงงานข้ามชาติ ๓ สัญชาติ กัมพูชา พม่า และลาว ใน ๑๐ จังหวัด (IBBS) ปี พ.ศ.๒๕๕๗ พบอัตราความชุกของเอชไอวีในระดับต่ำ คือ ร้อยละ ๑.๐, ๐.๗ และ ๐.๒ ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ผลการสำรวจBSS ล่าสุดปี พ.ศ. ๒๕๕๙ พบว่าประชากร กลุ่มนี้ยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์อยู่ โดยเฉพาะผู้ชายที่รายงานว่ามีการมีคู่นอนเพศสัมพันธ์มากกว่า ๑ คนพบสัดส่วนประมาณ ๑ ใน ๓ ในขณะที่อัตราการการใช้ถุงยางอนามัยมีเพียงร้อยละ ๔๐ ในผู้ชายและ ร้อยละ ๒๙ ในผู้หญิง

สำหรับการดำเนินงานด้านเอชไอวีในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ แม้จะมีนโยบายการให้หลักประกันสุขภาพแก่ แรงงาน ๓ สัญชาติ กัมพูชา พม่า และลาว โดยการเปิดการจดทะเบียน และซื้อประกันสุขภาพจากหน่วยบริการ สาธารณสุขของภาครัฐได้ แต่ในทางปฏิบัติยังประสบปัญหาข้อจำกัดที่สถานบริการไม่เต็มใจขายการประกันสุขภาพ โดยเฉพาะกับผู้ที่ไม่เห็นว่ามีอาการเจ็บป่วย สถานบริการมีข้อจำกัดในการจ้างเจ้าหน้าที่ที่เป็นแรงงานข้ามชาติเพื่อเป็น อาสาสมัครสุขภาพ และเป็นล่าม การขาดระบบบันทึกข้อมูลที่เป็นมาตรฐานเดียว และสอดคล้องกับระบบของ โรงพยาบาลที่ใช้ในปัจจุบัน จึงเป็นประเด็นที่ต้องพัฒนาและปรับปรุงต่อไป นอกจากนี้ประเทศไทยยังคงต้องพัฒนา เรื่องการป้องกันเอชไอวี/เอดส์และโรคที่เกี่ยวข้องในประชากรกลุ่มนี้ให้มีความต่อเนื่องและยั่งยืนสามารถเข้าไปอยู่ในระบบการดำเนินงานปกติของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่างๆได้

๔. การขจัดความไม่เสมอภาคทางเพศ และยุติความรุนแรง/การเลือกปฏิบัติ

ประเทศไทยให้ความสำคัญกับประเด็นเรื่องการขจัดความไม่เสมอภาคและไม่เท่าเทียมทางเพศ ดังจะเห็น ได้จากแผนยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๗ - ๒๕๕๙ ที่กำหนดให้การทำงานเอดส์ ทุกด้านต้องมีประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการเคารพสิทธิและตอบสนองต่อความจำเพาะด้านเพศภาวะหรือความ หลากหลายทางเพศอยู่ด้วย ในช่วงสองปีที่ผ่านมา มีความก้าวหน้าทางด้านนโยบายที่เกี่ยวข้องกับเพศภาวะและ ความเท่าเทียมทางเพศได้แก่ การออกพระราชบัญญัติความเท่าเทียมทางเพศ พ.ศ. ๒๕๕๘ โดยกระทรวงพัฒนา สังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ที่เปิดโอกาสให้กลุ่มบุคคลข้ามเพศได้รับการส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิให้มี ความเท่าเทียมชายหญิงมากขึ้นการออกพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ พ.ศ. ๒๕๕๙ ของ กระทรวงสาธารณสุขที่ส่งเสริมให้เยาวชนสามารถตัดสินใจในเรื่องเพศของตนเอง และเข้าถึงการเรียนเพศศึกษา อย่างเหมาะสมในขณะที่แนวปฏิบัติแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและบริหารจัดการเอดส์ในสถานที่ทำงาน ซึ่งเป็น นโยบายสำคัญที่นำมาใช้ในลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ ได้เริ่มดำเนินการอย่างจริงจังในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ โดยเริ่ม จากการส่งเสริมให้หน่วยงานภาครัฐนำนโยบายไปปฏิบัติเพื่อเป็นตัวอย่างที่ดีกับสังคมในการเคารพสิทธิ ไม่ตีตรา และเลือกปฏิบัติต่อเอชไอวี/เอดส์

อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติ กลับพบว่ายังไม่มีกระบวนการทำงานในประเด็นการส่งเสริมความเท่าเทียม ทางเพศภาวะ สิทธิทางเพศ และความรุนแรงทางเพศเข้ากับการทำงานด้านเอชไอวีอย่างเป็นรูปธรรม ประเด็นเรื่อง ความเท่าเทียมทางเพศ เป็นประเด็นที่ถูกระบุไว้ในยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ แต่ไม่ได้ กำหนดแนวทางหรือมาตรการที่ชัดเจนซึ่งสามารถนำไปปฏิบัติได้ และไม่ได้จัดสรรงบประมาณในการดำเนินงาน ในขณะที่ประเด็นการส่งเสริมสิทธิทางเพศในกลุ่มประชากรหลัก ยังคงเป็นเพียงแค่การจัดอบรมเจ้าหน้าที่

ผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขและผู้ให้บริการสุขภาพ เพื่อปรับทัศนคติและส่งเสริมมุมมองในเรื่องความเท่าเทียมทางเพศภาวะ และความรุนแรงอันเนื่องมาจากเพศภาวะ รวมถึงการเคารพในสิทธิด้านวิถีทางเพศและอัตลักษณ์ทางเพศ (sexual orientation and gender identity) เพื่อนำมาปรับใช้ในการบริการเท่านั้น

สำหรับประเด็นเรื่องการรังเกียจ ตีตราและเลือกปฏิบัตินั้นถือได้ว่าเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเข้าถึง การตรวจวินิจฉัยเอชไอวีและการเข้ารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและกลุ่มประชากรหลัก ซึ่งประเทศไทยให้ความสำคัญในประเด็นนี้เป็นอย่างมาก โดยได้ตั้งเป็นเป้าหมายระดับชาติ เป้าหมายหนึ่ง ใน ๓ เป้าหมายของยุทธศาสตร์การยุติปัญหาเอดส์ประเทศไทย ที่จะต้องจัดปัญหาการรังเกียจตีตราและเลือกปฏิบัติต่อ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้หมดไปภายในปี พ.ศ.๒๕๗๓ ถึงแม้ว่าการดำเนินงานที่ผ่านมาจะมีความพยายามทำการรณรงค์ เรื่องนี้อย่างมาก แต่ยังมีเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ครอบครัวของผู้ติดเชื้อ ประชากรหลัก ในเรื่องการรังเกียจ ตีตราและเลือกปฏิบัติอยู่เนืองๆ ทั้งในชุมชน สถานที่ทำงาน สถานประกอบการ สถานศึกษา สถานรับเลี้ยงเด็ก และ สถานบริการสุขภาพ อีกทั้งยังมีหน่วยงานราชการหรืออื่นๆอีกหลายแห่ง มีกฎเกณฑ์และวิธีการทั้งทางตรงและ ทางอ้อมที่จะปฏิเสธ/กีดกันผู้ติดเชื้อเอชไอวีในการสมัครและรับเข้าทำงานหรือบางครั้งให้ออกจากงานด้วย

ผลการสำรวจสุขภาพประชาชนทั่วประเทศครั้งที่ ๕ (the 5th National Health Examination Survey) ปี พ.ศ. ๒๕๕๗ ได้สอบถามประชาชนอายุระหว่าง ๒๐ - ๕๙ ปี จำนวน ๑๐,๔๒๒ คน เกี่ยวกับความคิดเห็นหรือ ทัศนคติที่มีต่อเอชไอวี โดยมีข้อความที่สามารถตอบตัวชี้วัดของ UNAIDS ๕ ข้อ ได้แก่

๑) การถูกรังเกียจถ้าติดเชื้อ (Anticipated Stigma) จากข้อความว่า “คุณเห็นด้วยหรือไม่ว่าคนส่วนใหญ่ ลังเลที่จะไปตรวจเลือดหาเอชไอวีเนื่องจากกังวลว่าคนรอบข้างจะรู้ ?”

๒) การรับรู้ว่าคุณติดเชื้อ (Perceived Stigma) จากข้อความว่า “คุณเห็นด้วยหรือไม่ว่าคนที่ ติดเชื้อเอชไอวีหรือเอดส์ หรือถูกสงสัยว่าติดเชื้อ มักจะถูกรังเกียจหรือถูกเหยียดหยามจากคนรอบข้าง?”

๓) ความกลัวที่จะติดเชื้อเอชไอวี (Fear of HIV infection) จากข้อความว่า “คุณกลัวว่าจะติดเชื้อ เอชไอวี หากไปสัมผัสน้ำลายของผู้ติดเชื้อหรือไม่ ?”

๔) การตัดสินทางสังคม (Social Judgement) จากข้อความว่า “คุณเห็นด้วยหรือไม่กับประโยคที่ว่า ฉันคงอาย ถ้าคนในครอบครัวเป็นเอดส์ ?”

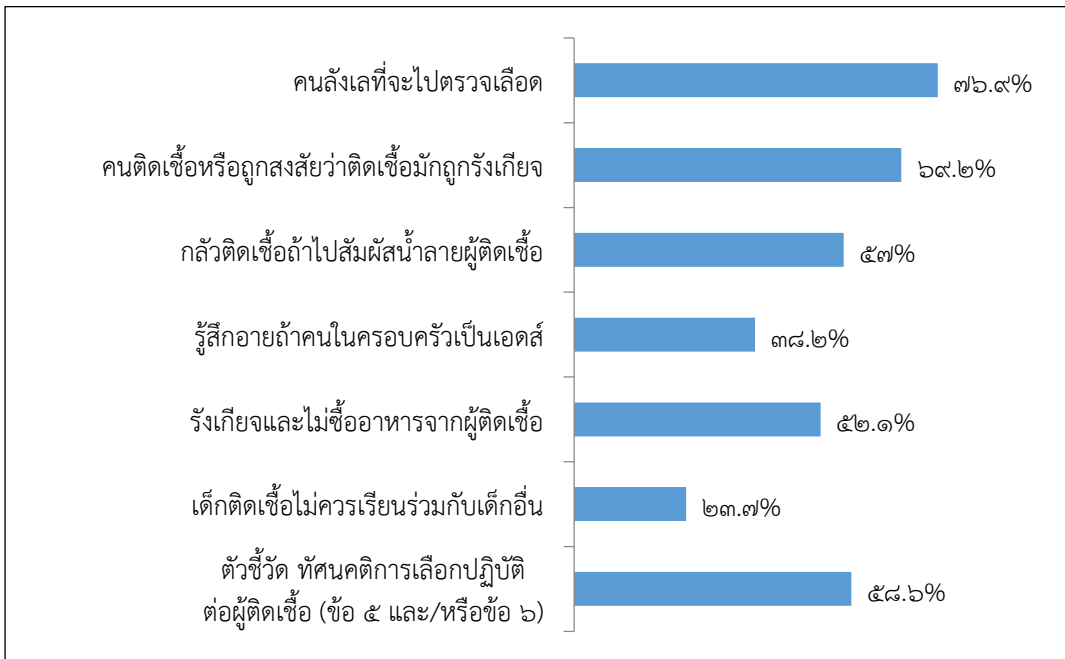
๕) ทัศนคติการเลือกปฏิบัติ (Discriminatory attitudes) จากข้อความว่า “คุณรู้สึกรังเกียจ (ไม่ต้องการ) ที่จะซื้ออาหารสดหรืออาหารพร้อมปรุงจากคนชายที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่ ?”

๖) ทัศนคติการเลือกปฏิบัติ (Discriminatory attitudes) จากข้อความว่า “คุณคิดว่าเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี ไม่ควรอยู่ร่วมชั้นเรียนกับเด็กอื่น ?”

๗) ตัวชี้วัดระดับโลก “ทัศนคติการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี” ตอบ “ใช่” ข้อใดข้อหนึ่ง ระหว่างข้อ ๕ และ/หรือ ข้อ ๖

แผนภูมิที่ ๗ แสดงผลการสำรวจซึ่งพบว่า ประชาชนร้อยละ ๗๖.๙ ลังเลที่จะไปตรวจเลือดหาการติดเชื้อ เอชไอวีเนื่องจากกังวลว่าคนรอบข้างจะรู้ (Anticipated Stigma) ร้อยละ ๖๙.๒ เห็นด้วยว่าคนที่ติดเชื้อ หรือถูก สงสัยว่าติดเชื้อ มักจะถูกรังเกียจหรือถูกเหยียดหยามจากคนรอบข้าง (Perceived Stigma) ร้อยละ ๕๗ มีความกลัว การติดเชื้อถ้าต้องไปสัมผัสน้ำลายผู้ติดเชื้อ (Fear of HIV Infection) ร้อยละ ๓๘.๒ เห็นด้วยว่าคนที่ติดเชื้อ จะ ได้รับการรังเกียจจากคนรอบข้าง (Social Judgement) ร้อยละ ๕๒.๑ รู้สึกรังเกียจที่จะซื้ออาหารสดหรืออาหาร พร้อมปรุงจากผู้ชายหรือผู้ประกอบการที่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี (Discriminatory attitudes) เห็นด้วยว่า เด็กติดเชื้อไม่ควรเรียนร่วมกับเด็กอื่น (Discriminatory attitudes) ร้อยละ ๒๓.๗ และสรุปทัศนคติการเลือก ปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อ (ตอบข้อ ๕ และ/หรือข้อ ๖) ร้อยละ ๕๘.๖

แผนภูมิที่ ๗ การสำรวจทัศนคติของประชาชนเกี่ยวกับเอชไอวีปี พ.ศ. ๒๕๕๗



แหล่งข้อมูล: รายงาน Stigmatizing attitudes towards people living with HIV among general adult Thai population

ส่วนสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ ได้จากการสำรวจผู้ติดเชื้อเอชไอวีและบุคลากรในสถานบริการสุขภาพใน ๑๘ จังหวัด ช่วงปี พ.ศ. ๒๕๕๗-๒๕๕๙ พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ ๑๒ ระบุว่า เคยได้รับการตีตราและเลือกปฏิบัติจากสถานบริการสุขภาพในช่วง ๑๒ เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ ๒๔ รายงานว่า เคยถูกเปิดเผยสถานะการติดเชื้อ (ทั้งทางตรงและทางอ้อม) จากสถานบริการทางสุขภาพ และร้อยละ ๕ ของผู้ติดเชื้อที่ตั้งครรภ์ เคยถูกบังคับหรือได้รับการแนะนำให้ยุติการตั้งครรภ์

สำหรับสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อฯ ในกลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการด้านสุขภาพในช่วง ๑๒ เดือนที่ผ่านมาพบว่า ร้อยละ ๒๔ เคยประสบเหตุการณ์ที่เจ้าหน้าที่ไม่เต็มใจให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ ๗๐ เคยมีประสบการณ์ส่วนตัวว่า รู้สึกกลัวติดเชื้อจากการให้บริการผู้ติดเชื้อฯ ในขณะที่ร้อยละ ๕๓ เคยประสบเหตุการณ์ที่เจ้าหน้าที่ ใช้อุปกรณ์ป้องกันที่ไม่จำเป็นเพื่อหลีกเลี่ยงการติดเชื้อจากผู้ติดเชื้อฯ

นอกจากการตีตราและเลือกปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีแล้ว การตีตรายังรวมถึงกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีได้ง่ายอีกด้วย การสำรวจชุดเดียวกันพบว่าผู้ให้บริการเคยประสบเหตุการณ์ที่เจ้าหน้าที่ไม่เต็มใจให้บริการกลุ่มประชากรหลัก โดยพบว่า ร้อยละ ๔.๒ ไม่เต็มใจให้บริการกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและหญิงข้ามเพศ ร้อยละ ๔.๘ ไม่เต็มใจให้บริการกลุ่มพนักงานบริการหญิง และร้อยละ ๘ ไม่เต็มใจให้บริการกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด

ส่วนประสบการณ์การเคยได้รับการตีตราและเลือกปฏิบัติจากเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการด้านสุขภาพในมุมมองของกลุ่มประชากรหลัก การสำรวจ IBBS ปีล่าสุด พ.ศ. ๒๕๕๙ ได้เพิ่มข้อคำถามเกี่ยวกับการตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกิดขึ้นกับประชากรหลัก (MSM TG MSW FSW) เกี่ยวกับประสบการณ์ การได้รับการตีตราจากครอบครัวจากสังคม และจากบุคลากรผู้ให้บริการด้านสุขภาพในช่วง ๑๒ เดือนที่ผ่านมา ผลการสำรวจพบว่า ร้อยละ ๑.๗ ของพนักงานบริการทางเพศหญิง ร้อยละ ๓.๕ ของชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ร้อยละ ๑.๔ ของพนักงานบริการ

ทางเพศชาย และร้อยละ ๒.๓ ของหญิงข้ามเพศ รายงานว่าเคยได้รับการรังเกียจตีตราจากครอบครัว ส่วนการเคยได้รับการตีตราจากเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสุขภาพพบ ร้อยละ ๖.๒ ในกลุ่มพนักงานบริการหญิง ร้อยละ ๘.๙ ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ร้อยละ ๖.๖ ในกลุ่มพนักงานบริการชาย และร้อยละ ๙.๙ ในกลุ่มหญิงข้ามเพศ สำหรับการเคยได้รับการตีตราจากสถานที่ทำงานหรือสถานศึกษาพบ ร้อยละ ๑๒.๘ ในชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย และร้อยละ ๑๘.๙ ในกลุ่มหญิงข้ามเพศ

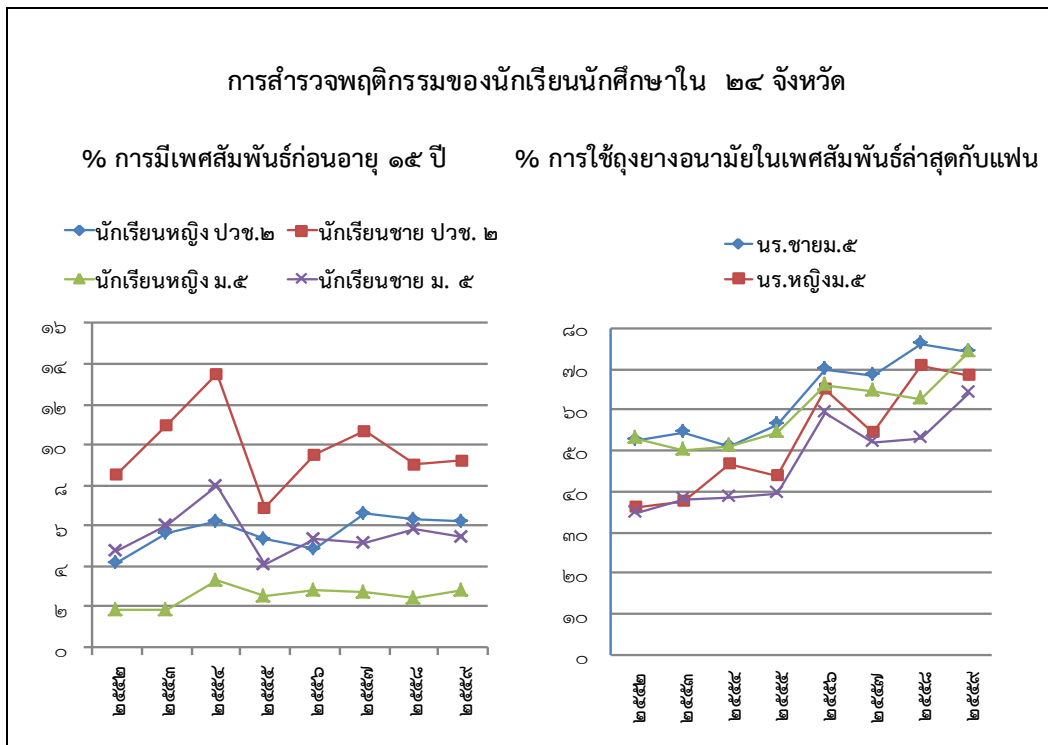
ความกลัวรังเกียจและตีตราจากผู้ให้บริการสุขภาพ เป็นความท้าทายที่ถูกระบุว่าเป็นปัญหาและอุปสรรคสำคัญของการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชากรหลัก ผลการสำรวจพบว่า พนักงานบริการหญิงเพียงร้อยละ ๑.๘ ชายมีเพศสัมพันธ์กับชายร้อยละ ๗.๙ พนักงานบริการชายร้อยละ ๑๐ และหญิงข้ามเพศร้อยละ ๗.๔ ที่รายงานว่าจะไปใช้บริการสุขภาพเนื่องจากกลัวถูกรังเกียจ ในขณะที่รายงานเรื่องการตีตราตนเอง กลับพบสัดส่วนที่สูงในกลุ่มพนักงานบริการทางเพศหญิง คือพบมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ ๕๕.๒๗) ที่ตีตราตนเอง ส่วนชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย พนักงานบริการชาย และหญิงข้ามเพศ พบการตีตราตนเอง ร้อยละ ๑๙.๔ ร้อยละ ๑๙.๙ และร้อยละ ๒๒.๑ ตามลำดับ

สำหรับความก้าวหน้าของการดำเนินงานเพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัตินั้น ประเทศไทยถือเป็นผู้นำในการพัฒนาระบบการติดตามประเมินผลระดับชาติเรื่องการตีตราและเลือกปฏิบัติที่มีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและกลุ่มประชากรหลัก โดยเพิ่มข้อคำถามเพื่อสามารถประเมินและติดตามสถานการณ์การตีตรา เลือกปฏิบัติในกลุ่มประชาชนทั่วไป ในแบบสอบถามการสำรวจสุขภาพประชาชนระดับชาติ ที่เริ่มใช้ในปี พ.ศ. ๒๕๕๗ และแบบสำรวจ IBBS สำหรับกลุ่มประชากรหลัก ซึ่งเริ่มใช้ในปีที่ผ่านมา (พ.ศ. ๒๕๕๙) เพื่อนำผลการประเมินมาพัฒนา ปรับปรุงมาตรการและแนวทางในการลดหรือจัดการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและกลุ่มประชากรหลักของประเทศไทย นอกจากนี้ ยังได้ดำเนินงานด้านลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในจังหวัดน่านร่อง เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างความเข้าใจและลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพควบคู่ไปกับการพัฒนากลไกการคุ้มครองสิทธิในจังหวัดน่านร่องมีการจัดณรงค์ “วันลดการตีตราและเลือกปฏิบัติสากล (Zero discrimination day)” เป็นครั้งแรกในประเทศไทยเพื่อให้สาธารณชนมีความเข้าใจและมีทัศนคติเชิงบวกต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ ขจัดความรุนแรง และส่งเสริมความเสมอภาคทางเพศ อย่างไรก็ตาม ควรมีการขยายการดำเนินงานเรื่องการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติไปยังสถานศึกษาและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดสวัสดิการของผู้ติดเชื้อ

๕. การป้องกันเอชไอวีในเยาวชน

เยาวชนเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญของการดำเนินงานป้องกันเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของประเทศไทย ข้อมูลจากการคาดประมาณผู้ติดเชื้อรายใหม่โดยใช้ Thailand Spectrum-AEM ปี พ.ศ. ๒๕๕๙ พบว่าร้อยละ ๔๗ เป็นกลุ่มอายุ ๑๕-๒๔ ปี โครงการป้องกันส่วนใหญ่ จึงมุ่งเน้นไปที่กลุ่มเยาวชนอายุต่ำกว่า ๒๔ ปี ที่อยู่ในสถานะแวดล้อมแตกต่างกัน อาทิเช่น เยาวชนในระบบโรงเรียน เยาวชนในชุมชน เยาวชนในสถานประกอบการ และกลุ่มเยาวชนที่มีภาวะเปราะบางต่อการติดเชื้อเอชไอวีสูง (Young key population)

แผนภูมิที่ ๘ การสำรวจพฤติกรรมทางเพศของนักเรียนใน ๒๔ จังหวัดแสดงร้อยละการมีเพศสัมพันธ์ก่อนอายุ ๑๕ ปี และการใช้ถุงยางอนามัยในเพศสัมพันธ์ล่าสุดกับแฟน/คู่นอน ๑๒ เดือนที่ผ่านมา



แหล่งข้อมูล: สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

การดำเนินงานที่ผ่านมา ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านนโยบายเพื่อให้เกิดสถานะแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการทำงานกับเยาวชน โดยมีความพยายามที่จะผลักดันพระราชบัญญัติการอนามัยเจริญพันธุ์ เพื่อให้มีความคุ้มครองเยาวชนและประชากรทุกช่วงวัยในเรื่องที่เกี่ยวกับการอนามัยเจริญพันธุ์ การทำงานแบบบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่างๆโดยการใช้ตัวชี้วัดร่วม การสนับสนุนการสอนเพศศึกษาและทักษะชีวิตในโรงเรียนและสถานศึกษาอย่างครอบคลุม และการจัดบริการทางสุขภาพที่เป็นมิตรต่อเยาวชน เป็นต้น ซึ่งการดำเนินการเหล่านี้ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกในพฤติกรรมเยาวชนที่สามารถวัดผลได้บ้าง จากผลสำรวจพฤติกรรมในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ ๕ และนักเรียนอาชีวศึกษาปีที่ ๒ พบว่า สัดส่วนของนักเรียนที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุต่ำกว่า ๑๕ ปี มีแนวโน้มคงที่ในกลุ่มนักเรียนมัธยม และแนวโน้มลดลงในกลุ่มนักเรียนอาชีวศึกษา ในขณะที่อัตราการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ (ดูแผนภูมิที่ ๘) นอกจากนี้ ผลการสำรวจเรื่องสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย (MICS) ช่วงปี พ.ศ. ๒๕๕๘-๒๕๕๙ พบว่า เยาวชนอายุระหว่าง ๑๕ - ๒๔ ปี ร้อยละ ๔๕.๖ (เพศชายร้อยละ ๔๕.๑ และเพศหญิงร้อยละ ๔๖) มีความรู้ในเรื่องการป้องกันเอชไอวี/เอดส์ โดยสามารถระบุวิธีป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีทางเพศสัมพันธ์และระบุข้อที่มักเข้าใจผิดเกี่ยวกับการแพร่เชื้อเอชไอวีได้อย่างถูกต้อง

สำหรับการดำเนินงานในช่วงปีที่ผ่านมา มีความก้าวหน้าของการทำงานเพื่อสนับสนุนการป้องกันในกลุ่มเยาวชนที่สำคัญ ได้แก่ การออกพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. ๒๕๕๙ ซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ ๒๙ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๙ สารสำคัญของกฎหมายฉบับนี้ คือ

๑. ให้สถานศึกษาจัดให้มีการสอนเพศวิถีศึกษาอย่างเหมาะสมกับช่วงวัยของนักเรียนและนักศึกษา จัดหาและพัฒนาผู้สอนเพศวิถีศึกษาให้สามารถให้คำปรึกษาช่วงเหลือและสนับสนุนคุ้มครองวัยรุ่นที่ตั้งครรถ์ให้ได้รับการศึกษาต่อเนื่องและเหมาะสม

๒. ให้สถานบริการสุขภาพต้องให้ข้อมูล ความรู้และจัดบริการอนามัยเจริญพันธุ์รวมทั้งส่งต่อให้ได้รับสวัสดิการสังคม

๓. ให้สถานประกอบกิจการ ต้องให้ข้อมูล ความรู้ และส่งเสริมให้เข้าถึงบริการอนามัยเจริญพันธุ์รวมทั้งการส่งต่อให้ได้รับสวัสดิการสังคม

๔. ให้มีการจัดบริการสวัสดิการสังคมเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรถ์ และ ให้ราชการส่วนท้องถิ่นมีอำนาจออกข้อบัญญัติท้องถิ่นเพื่อคุ้มครองสิทธิของวัยรุ่น

จะเห็นว่าพระราชบัญญัติฉบับนี้ ช่วยสนับสนุนและเอื้อต่อการทำงานป้องกันเอชไอวีที่บูรณาการเข้ากับงานอนามัยเจริญพันธุ์ และสามารถเข้าถึงเยาวชนทุกกลุ่มทั้งที่อยู่ในระบบการศึกษาและนอกระบบการศึกษา และยังเอื้อต่อการทำงานกับเยาวชนให้กับทุกภาคส่วนและทุกกระทรวงที่เกี่ยวข้อง อาทิเช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงแรงงาน และกระทรวงมหาดไทย โดยกระทรวงสาธารณสุข มีการทำงานแบบบูรณาการร่วมกันของ ๓ กรมคือ กรมควบคุมโรค กรมสุขภาพจิต และกรมอนามัย เพื่อดำเนินงานป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรถ์ในเยาวชน โดยมีการตั้งงบประมาณของกระทรวงเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานดังกล่าว ซึ่งประกอบด้วย การรณรงค์ป้องกันให้แก่กลุ่มเยาวชน การสนับสนุนถุงยางอนามัยและอุปกรณ์คุมกำเนิดโดยกรมอนามัยได้รับการจัดสรรงบประมาณอนามัยจำนวน ๒๐ ล้านชิ้นจาก สปสช. เพื่อแจกจ่ายให้กับเป็นหน่วยงานต่างๆ ได้แก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้ง ๗๖ จังหวัด ซึ่งได้รับการจัดสรรงบประมาณอนามัยตามความรุนแรงของปัญหาการตั้งครรถ์ในวัยรุ่นในแต่ละจังหวัด โรงเรียนที่สอนเพศวิถีศึกษา (เครือข่าย PATH) จำนวน ๒,๔๐๖ แห่ง สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย สมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน มูลนิธิสร้างความรู้เข้าใจเรื่องผู้หญิง สำนักงานอนามัยเจริญพันธุ์ และศูนย์อนามัยต่างๆ รวมทั้งการจัดบริการให้คำปรึกษาและบริการสุขภาพทางเพศที่เป็นมิตรแก่เยาวชนในสถานบริการสุขภาพของรัฐ เป็นต้น

นอกจากนี้ ยังมีการจัดทำมาตรฐานการให้บริการสุขภาพที่เป็นมิตรแก่เยาวชน (Youth Friendly Health Services: YFHS) โดยใช้แนวทางขององค์การอนามัยโลกซึ่งมีองค์ประกอบ ๔ ด้าน คือ การบริหารจัดการ การเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย การบริการที่ครอบคลุมความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย และการบริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น ผลการดำเนินงานในเรื่องมาตรฐานของบริการพบว่าโรงพยาบาลภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ ๗๕ มีการจัดบริการสุขภาพทางเพศที่เป็นมิตรแก่วัยรุ่นได้ตามมาตรฐานที่กำหนดแต่ในเรื่องประสิทธิผลหรือผลลัพธ์ (outcome) ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน ยังไม่พบผลลัพธ์เชิงบวก เนื่องจากอัตราการคลอดของวัยรุ่นในภาพรวมยังไม่ได้ลดลงแต่อย่างใด ซึ่งสะท้อนว่าปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยหรือการมีเพศสัมพันธ์แบบไม่ป้องกันในวัยรุ่นยังไม่ได้ลดลง หรืออีกนัยหนึ่งอาจสะท้อนว่าวัยรุ่นส่วนใหญ่ยังไม่ไปใช้บริการสุขภาพทางเพศหรืออาจมีปัญหาและอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศของภาครัฐ จึงจำเป็นที่จะต้องทบทวนมาตรการแนวทางการดำเนินงานใหม่เพื่อปรับปรุงบริการให้เป็นมิตรและสอดคล้องกับปัญหาความต้องการของวัยรุ่นมากขึ้น รวมถึงการขยายบริการออกไปยังภาคเอกชนหรือภาคประชาสังคมเพื่ออำนวยความสะดวกต่อเยาวชนในการเข้าถึงได้ง่าย มีความเป็นส่วนตัว และครอบคลุมมากยิ่งขึ้น ในขณะที่การจัดบริการให้คำปรึกษาแก่นักเรียนในโรงเรียนยังมีอุปสรรคเรื่องการรักษาความลับของนักเรียน จึงควรปรับแนวทางใหม่ โดยการจัดให้คลินิกตั้งอยู่นอกโรงเรียน และให้เจ้าหน้าที่ประจำคลินิกมาให้ความรู้แก่นักเรียนในโรงเรียน และประชาสัมพันธ์เพื่อให้นักเรียนสามารถไปรับบริการที่คลินิกได้

ผลลัพธ์ (outcome) ดังกล่าวยังสะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิผลและประสิทธิภาพของการสอนเพศวิถีศึกษาในโรงเรียนด้วยเช่นกันจากรายงานของยูนิเซฟ ระบุว่าผลการสำรวจครูและนักเรียนในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาและอาชีวศึกษา ๓๙๘ แห่ง จำนวนกว่า ๘,๐๐๐ คน ดำเนินการโดยศูนย์นโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล ในช่วงเดือนกันยายน พ.ศ. ๒๕๕๘ - มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๙ พบประเด็นท้าทายเรื่องการสอนเพศศึกษาในโรงเรียนอยู่หลายประเด็นได้แก่

- ประเด็นเรื่องครูผู้สอน พบว่า จำนวนครูไม่เพียงพอ การพัฒนาครูผู้สอนยังไม่ดีเท่าที่ควร ครูยังไม่ได้รับการอบรมอย่างเพียงพอที่จะสอนเรื่องเพศได้อย่างเหมาะสม ครูยังมีปัญหาทัศนคติและความสะดวกใจที่จะพูดคุยเรื่องเพศอย่างเปิดเผย

- ประเด็นเรื่องหลักสูตร เนื้อหาที่สอนในโรงเรียนยังเป็นมุมมองด้านลบ เช่นผลกระทบของการมีเพศสัมพันธ์ นักเรียนยังตอบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับเรื่องเพศผิด และส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยกับความเท่าเทียมทางเพศ ซึ่งหลักสูตรควรให้ความสำคัญกับการเคารพสิทธิทางเพศซึ่งกันและกัน การยินยอมพร้อมใจ ความเท่าเทียมทางเพศ และทักษะในการป้องกันและการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย (Safe Sex)

- ประเด็นเรื่องวิธีการสอนที่ส่วนใหญ่ยังเน้นการบรรยาย ครูควรพัฒนาวิธีการสอนจากเดิมที่เน้นการบรรยายมาใช้สื่อช่วยในการสอน และให้นักเรียนมีส่วนร่วมในการสนทนาและอภิปรายให้มากขึ้น และควรมีการประเมินติดตามอย่างสม่ำเสมอ

ประเด็นท้าทายเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการปรับปรุงแก้ไข ซึ่งเป็นที่น่ายินดีที่ปัจจุบันองค์การแพธได้ให้การสนับสนุนกระทรวงศึกษาธิการในเรื่องหลักสูตรเพศวิถีศึกษา ซึ่งเน้นกระบวนการให้คิดวิเคราะห์ได้มากขึ้น โดยไม่หลุดจากกรอบเนื้อหาของหลักสูตรนอกจากนี้ ยังมีประเด็นท้าทายในเรื่องการเข้าถึงสื่อลามกอนาจารได้โดยง่ายของเด็กและเยาวชน การแพร่หลายของอินเทอร์เน็ต การสื่อสารการส่งข้อความหรือรูปภาพกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ การล่วงละเมิดทางเพศ และความรุนแรงทางเพศแม้ว่าจะมีความพยายามในการควบคุมไม่ให้เด็กและเยาวชนเข้าถึงสื่อลามกอนาจาร แต่ในความเป็นจริงเด็กและเยาวชนยังเข้าถึงสื่อเหล่านี้ได้ง่าย แนวทางแก้ไขก็คือการให้ความรู้แก่เด็กนักเรียนเกี่ยวกับความท้าทายและผลกระทบของสื่อ ควบคู่ไปกับการเสริมสร้างพลังให้แก่เยาวชนให้สามารถรับมือกับสถานการณ์ทางเพศและความรุนแรงทางเพศได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ แนวทางการดำเนินงานขั้นต่อไปควรมุ่งเน้นไปที่การสร้างความร่วมมือของภาคีเครือข่ายสุขภาพในระดับอำเภอหรือตำบล เพื่อให้การตอบสนองต่อนโยบาย/หลักสูตร ตามพรบ. อนามัยการเจริญพันธุ์ เป็นไปอย่างครอบคลุม การสนับสนุนให้มี drop in center หรือ youth friendly services ในชุมชนโดยใช้ทรัพยากรจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น

๖. การปกป้องทางสังคมให้แก่ผู้ได้รับผลกระทบจากเอชไอวี/เอดส์

เนื่องจากประเทศไทยยังไม่มีระบบการจับเก็บตัวชีวิตระดับประเทศของเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ ไม่ว่าจะเป็นสถิติจำนวนคนหรือครอบครัวที่ได้รับผลกระทบ รวมถึงจำนวนที่ต้องการความช่วยเหลือด้านสวัสดิการสังคมหรือต้องการได้รับการปกป้องทางสังคม อย่างไรก็ตามข้อมูลที่ได้จากการสำรวจของยูนิเซฟด้านสถานการณ์เด็กและสตรี จากรายงาน Multiple Indicators Cluster Survey (MICS) ในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ แสดงให้เห็นว่า แนวโน้มของเด็กกำพร้า (ในทุกกรณี) ลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ กล่าวคือลดลงจากร้อยละ ๔.๗ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๗ เป็นร้อยละ ๓.๕ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ ซึ่งอาจประเมินได้ว่าแนวโน้มเด็กกำพร้าที่พ่อแม่เสียชีวิตจากเอดส์อาจลดลง เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้าถึงการรักษาได้มากขึ้น ทำให้สามารถลดการเสียชีวิตลงได้มาก ผู้ติดเชื้อเอชไอวียังคงมีสุขภาพแข็งแรงสามารถอยู่กับครอบครัว สังคมหรือทำงานได้ตามปกติ ทำให้เด็กยังสามารถอาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัวได้

สำหรับการดำเนินงานด้านการปกป้องทางสังคมให้แก่ผู้ได้รับผลกระทบจากเอดส์ ประเทศไทยยังไม่มีมาตรการและแผนงานที่ชัดเจนในเรื่องนี้มีความช่วยเหลือด้านสวัสดิการสังคมซึ่งเป็นไปตามภารกิจของหน่วยงานภายใต้สังกัดกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้แก่ การดำเนินงานปกป้องคุ้มครองเด็ก และจัดสวัสดิการทางสังคมเพื่อช่วยเหลือแก่เด็กและครอบครัวที่ด้อยโอกาสและประสบปัญหาทางเศรษฐกิจอย่างต่อเนื่องตามพรบ. คุ้มครองเด็ก พ.ศ. ๒๕๔๖ ซึ่งครอบคลุมความช่วยเหลือกลุ่มเด็กที่มีภาวะเปราะบาง เด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีและได้รับผลกระทบจากเอดส์ และกลุ่มด้อยโอกาสอื่นๆ เพียงแต่ยังคงมีความท้าทายในเรื่องการจัดบริการดูแลช่วยเหลือแบบองค์รวมและต่อเนื่องในขณะที่ประเทศไทย ยังไม่มีระบบข้อมูลเพื่อใช้สำหรับการวางแผนยุทธศาสตร์ที่เหมาะสมสำหรับประชากรกลุ่มนี้

นอกจากนี้ ยังมีการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเอดส์ในรูปแบบของเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ (เบี้ยยังชีพ) เป็นจำนวนเงิน ๕๐๐ บาทต่อคนต่อเดือน ซึ่งแต่เดิมเป็นภาระกิจของกรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ แต่ได้ถ่ายโอนภาระกิจนี้ให้แก่ กรมปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ดำเนินการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพให้แก่ ผู้สูงอายุ คนพิการและผู้ป่วยเอดส์ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งพบว่าการดำเนินงานยังมีปัญหาอุปสรรคอยู่ เช่น มีการนำงบประมาณไปใช้ในด้านอื่นๆ ทำให้มีงบประมาณไม่เพียงพอ หรือไม่ดำเนินงานตามภารกิจ มีปัญหาในเรื่องค่านิยามของ “ผู้ป่วยเอดส์” ที่ผู้ขอรับเงินสงเคราะห์ต้องมีใบรับรองจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งแพทย์จะให้ค่านิยามนี้ก็ต่อเมื่อมีค่า CD4 น้อยกว่า ๒๐๐/ลบ.มล. ทำให้ผู้ติดเชื้อหลายคนที่มีภาวะยากลำบากไม่สามารถรับเงินเบี้ยยังชีพได้ รวมไปถึงการที่ผู้ติดเชื้อต้องเปิดเผยสถานการณติดเชื้อในภูมิลำเนาของตนเองทำให้เกิดปัญหาการรังเกียจ/ตีตราตามมา ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้ผู้ติดเชื้อฯ ตัดสินใจไม่ขอรับเบี้ยยังชีพ ดังนั้นการสร้างความรู้ความเข้าใจในเรื่องเอชไอวี และการปรับทัศนคติเชิงบวกต่อผู้ติดเชื้อฯ ให้กับเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น และคนในชุมชน เพื่อลดปัญหาการตีตรารังเกียจจึงเป็นเรื่องจำเป็นที่จะต้องเร่งดำเนินการให้ครอบคลุมทุกพื้นที่

ในส่วนของเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยเฉพาะเด็กที่ขาดคนดูแลเนื่องจากพ่อ/แม่เสียชีวิต หรือครอบครัวเหลือแต่ปู่ย่า/ตายายซึ่งไม่สามารถดูแลได้เด็กกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากสถานสงเคราะห์ซึ่งมีทั้งของภาครัฐและเอกชน ข้อมูลจากรายงานของยูนิเซฟ ที่ได้สำรวจสถานสงเคราะห์ของภาครัฐจำนวน ๓๔ แห่ง และภาคเอกชนจำนวน ๓๗ แห่งเมื่อเดือนมีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๘ พบว่าในสถานสงเคราะห์ภาครัฐมีเด็กติดเชื้อเอชไอวีจำนวน ๒๕๔ คนจากจำนวนเด็กทั้งหมด ๗,๓๑๓ คิดเป็นร้อยละ ๓.๕ และมีสถานสงเคราะห์ของภาครัฐเพียง ๔ แห่ง (จาก ๓๔ แห่ง) เท่านั้นที่ได้รับการกำหนดให้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีโดยเฉพาะ โดยมีการกระจายอยู่ในทุกภาคทั่วประเทศ (ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้) ในขณะที่สถานสงเคราะห์ภาคเอกชนมีเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน ๑๗๘ คน จากจำนวนเด็กทั้งหมด ๒,๓๒๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๗.๗ ซึ่งจะเห็นว่าสัดส่วนของเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์ภาคเอกชนสูงกว่าสถานสงเคราะห์ภาครัฐถึง ๒ เท่า ซึ่งบ่งชี้ถึงจำนวนที่ไม่สมดุลในสถานสงเคราะห์ภาคเอกชน

นอกจากนี้ ข้อมูลจากรายงานฉบับนี้ ยังระบุว่าเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี ได้รับการปฏิบัติที่แตกต่างไปจากเด็กคนอื่นในเชิงการดูแลเป็นพิเศษ และมีแผนพัฒนารายบุคคลที่มีรายละเอียดมากกว่า อย่างไรก็ตาม พบว่ายังขาดรายละเอียดในเรื่องของการพัฒนาด้านสังคมและอารมณ์ และประเด็นทางเพศภาวะ ยังมีช่องว่างในการช่วยเหลือเด็กที่ติดเชื้อฯ ให้สามารถรับมือกับสถานการณ์ติดเชื้อในขณะที่เติบโตขึ้น โดยเฉพาะทักษะในด้านต่างๆ เช่น การเปิดเผยสถานะการติดเชื้อของตนเอง การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ความต่อเนื่องในการรักษาหลังจากที่ไม่ได้อยู่ในความดูแลของผู้ดูแลแล้ว การรับมือและก้าวผ่านการตีตราตัวเอง ในเรื่องการติดเชื้อเอชไอวีและการอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์การพัฒนาทักษะในการสร้างสายสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเมื่อพวกเขาเติบโตขึ้น รวมถึง

ความสัมพันธ์ที่จะนำไปสู่ความสัมพันธ์ทางเพศเป็นต้น ซึ่งช่องว่างของความท้าทายเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการปรับปรุงแก้ไข เพื่อช่วยให้เด็กที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีเหล่านี้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องออกแบบการดำเนินงานในด้านความช่วยเหลือดูแลและปกป้องทางสังคมแบบองค์รวมให้แก่เด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ที่มีได้เน้นเฉพาะการดูแลในสถานสงเคราะห์หรือการให้เงินช่วยเหลือเท่านั้น ในขณะที่เดียวกัน ก็ต้องเร่งพัฒนาระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ เด็กที่ติดเชื้อฯ รวมถึงเด็กที่มีสถานะเปราะบางอื่นๆ เพื่อนำมาใช้ในการวางแผนและกำหนดมาตรการช่วยเหลือดูแลประชากรกลุ่มนี้ควบคู่ไปกับการลดปัญหาการรังเกียจ ตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อฯ และครอบครัว เพื่อให้เด็กที่ได้รับผลกระทบเหล่านี้สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัว ชุมชนได้อย่างปกติสุข

๗. การให้บริการด้านเอชไอวีโดยชุมชน

การเข้าถึงกลุ่มประชากรที่เข้าถึงยากเพื่อให้ความรู้และอุปกรณ์ป้องกัน ตรวจหาเอชไอวี และให้ยาต้านไวรัสเมื่อตรวจพบว่าเป็นติดเชื้อ รวมทั้งให้การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องหรือ RRTTR (Reach-Recruit-Test-Treat-Retain) ของภาครัฐยังคงมีปัญหาอุปสรรคและข้อจำกัดอยู่มาก การทำงานร่วมกับภาคประชาสังคมแบบหุ้นส่วน (partnership) จึงเป็นยุทธศาสตร์ระดับชาติที่สำคัญเพื่อปิดช่องว่างดังกล่าว

ประเทศไทยได้เริ่มดำเนินโครงการนำร่องเพื่อพัฒนารูปแบบการบริการเอชไอวีโดยชุมชน ดังตัวอย่างโครงการ Community Led HIV Services (CLHS) ซึ่งได้รับการผลักดันและขับเคลื่อน โดยศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย โครงการนี้เป็นการจัดบริการด้านเอชไอวีที่ทำโดยชุมชนเอง ผู้ให้บริการไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์ แต่เป็นสมาชิกชุมชนของกลุ่มประชากรหลักที่มีความเข้าใจวิถีชีวิตของชุมชนตนเองเป็นอย่างดี ปัจจุบันมีศูนย์บริการสุขภาพด้านเอชไอวีที่ดำเนินการโดยชุมชน (CLHS) ทั้งหมด ๗ แห่ง ใน ๔ จังหวัด ได้แก่ ศูนย์สุขภาพชุมชนฟ้าสีรุ้ง ๒ แห่งดำเนินการในกรุงเทพมหานคร และอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ศูนย์สุขภาพมูลนิธิสิวิง ๒ แห่ง ดำเนินการในกรุงเทพมหานคร และเมืองพัทยา จังหวัดชลบุรี ศูนย์สุขภาพมูลนิธิซิสเตอร์ ดำเนินการในเมืองพัทยา จังหวัดชลบุรี และศูนย์สุขภาพองค์กรแคร์แมท และมูลนิธิเอ็มพลัสดำเนินการในจังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งผลการดำเนินงานบริการด้านเอชไอวีของ CLHS เหล่านี้แสดงให้เห็นว่ามีประสิทธิภาพ เพราะสามารถตรวจวินิจฉัยเอชไอวี ให้บริการป้องกันและรักษาเอชไอวีได้เร็วขึ้นโดยพบค่าเฉลี่ยของระดับ CD4 เมื่อแรกรับยาต้านไวรัสสูงกว่า ๓๗๐ cells/mm³ และร้อยละ ๘๖ ของผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีตกลงใจรับยาต้านไวรัสฯ

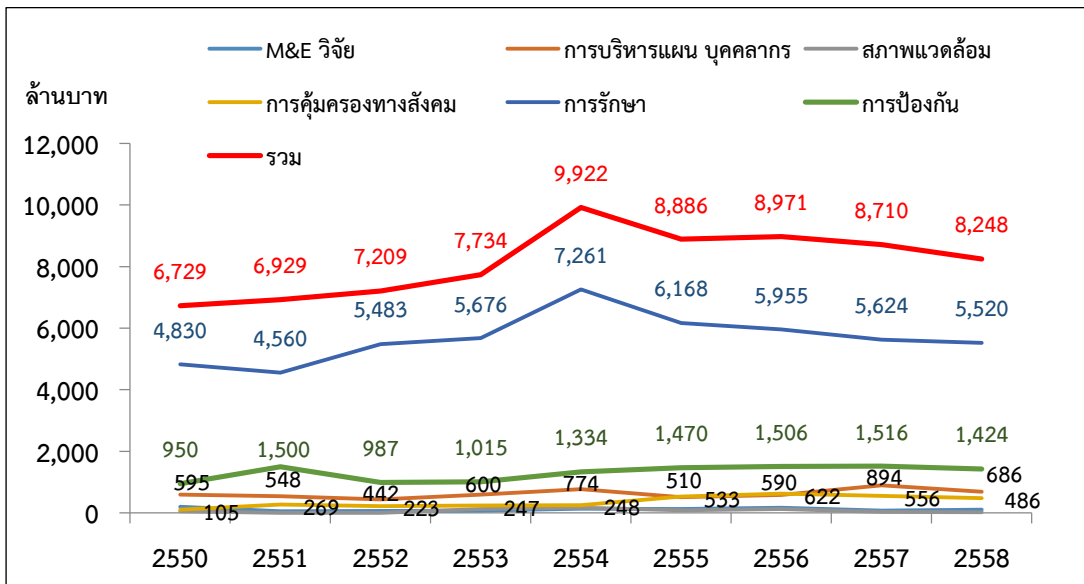
ถึงแม้ว่าการดำเนินงานด้านบริการเอชไอวีโดยชุมชน จะช่วยเสริมการดำเนินงานของภาครัฐและช่วยปิดช่องว่างในการเข้าถึงบริการเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลักก็ตาม แต่การดำเนินงานดังกล่าวยังเป็นเพียงการวิจัยเชิงปฏิบัติการเท่านั้นไม่ได้มีการดำเนินงานอย่างเต็มรูปแบบหรือขยายการทำงานออกไปให้ครอบคลุมเพียงพอ ในขณะที่ภาครัฐเองยังไม่มีนโยบายและมาตรการที่ชัดเจนที่จะสนับสนุนงานบริการด้านเอชไอวีโดยชุมชน ไม่มีกฎหมายรับรองให้ชุมชนสามารถตรวจเอชไอวีเองได้ และไม่มีกรอบด้านคุณภาพให้กับสถานบริการของชุมชน จึงเป็นความท้าทายของประเทศไทยที่จะต้องปรับปรุงและพัฒนามาตรการและแนวทางในการถ่ายโอนภารกิจหรือแบ่งปันภารกิจระหว่างภาครัฐและภาคประชาสังคมรวมทั้งออกแบบบริการให้มีการบูรณาการระหว่างระบบสุขภาพและระบบชุมชนที่เอื้อต่อการทำงานร่วมกันในระยะยาวได้อย่างต่อเนื่อง เพื่อร่วมรับผิดชอบและร่วมกันทำงานแบบหุ้นส่วนของภาครัฐ ภาคประชาสังคมและภาคเอกชนในการทำงานเอดส์ของประเทศอย่างยั่งยืนต่อไป

๘. การใช้จ่ายด้านเอดส์ และการปิดช่องว่างทางทรัพยากร

เนื่องจากประเทศไทยไม่ได้ทำการประเมินค่าใช้จ่ายด้านเอดส์สำหรับปี พ.ศ. ๒๕๕๙ การรายงานรอบนี้ จึงใช้ข้อมูลจากการประเมินค่าใช้จ่ายด้านเอดส์ของปี พ.ศ. ๒๕๕๗ และ พ.ศ. ๒๕๕๘ พบว่าประเทศไทยมีการใช้จ่ายการดำเนินงานด้านเอดส์จำนวนทั้งสิ้น ๘,๗๑๐ ล้านบาท และ ๘,๒๔๘ ล้านบาทตามลำดับ ลดลงกว่าปี พ.ศ. ๒๕๕๔ที่มีการใช้จ่ายสูงสุดคือ ๙,๙๒๒ ล้านบาท ทั้งนี้เนื่องจากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้เริ่มลดลงอย่างต่อเนื่อง ค่าใช้จ่ายด้านเอดส์ส่วนใหญ่(ร้อยละ ๘๙)เป็นงบประมาณจากภาครัฐในประเทศ ส่วนที่เหลือร้อยละ ๑๑ เป็นงบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนจากต่างประเทศ

เมื่อจำแนกประเภทของค่าใช้จ่ายด้านเอดส์ในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ (แผนภูมิที่ ๙) พบว่าเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อการดูแลรักษาามากที่สุด คือ ๕,๕๒๐ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๖๗ ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด ส่วนค่าใช้จ่ายเพื่อการป้องกันเป็นจำนวน ๑,๔๒๔ ล้านบาท (ร้อยละ ๑๗) นอกนั้นเป็นค่าใช้จ่ายในการช่วยเหลือคุ้มครอง ดูแลทางสังคม ๔๘๖ ล้านบาท (ร้อยละ ๖) การสร้างสภาวะแวดล้อมทางสังคม ๒๑ ล้านบาท (ร้อยละ ๐.๓) การวิจัย ๑๑๑ ล้านบาท (ร้อยละ ๑.๓) การบริหารแผนงาน ค่าตอบแทนและติดตามประเมินผล ๖๘๖ ล้านบาท (ร้อยละ ๘)

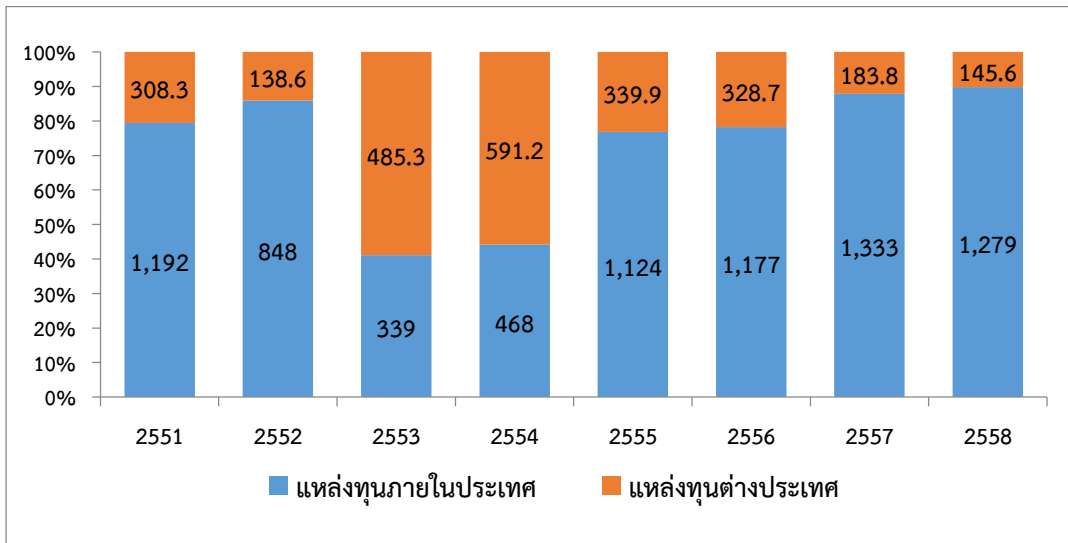
แผนภูมิที่ ๙ การใช้จ่ายด้านเอดส์จำแนกตามประเภทการใช้จ่ายในแต่ละด้าน



แหล่งข้อมูล: รายงาน Thailand National AIDS Spending Assessment (NASA) 2014-2015

จะเห็นว่า ค่าใช้จ่ายด้านเอดส์ส่วนใหญ่เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษา ซึ่งมีสัดส่วนเกือบร้อยละ ๗๐ ของค่าใช้จ่ายด้านเอดส์ทั้งหมด แต่ก็มีแนวโน้มที่ลดลงนับตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๕ เป็นต้นมา ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาเกือบทั้งหมด (ร้อยละ ๙๐) มาจากแหล่งทุนภายในประเทศ ส่วนค่าใช้จ่ายด้านการป้องกัน ซึ่งมีสัดส่วนอยู่ประมาณร้อยละ ๑๗ (ของค่าใช้จ่ายด้านเอดส์ทั้งหมด) ส่วนใหญ่มาจากแหล่งทุนภายในประเทศเช่นเดียวกัน ยกเว้นในปี พ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๕๔ ที่ค่าใช้จ่ายประมาณร้อยละ ๖๐ มาจากแหล่งทุนต่างประเทศ อย่างไรก็ตาม สัดส่วนของค่าใช้จ่ายด้านการป้องกันที่ได้รับการสนับสนุนจากแหล่งทุนภายในประเทศมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นทุกปีนับตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๕ เป็นต้นมา โดยมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๗๗ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ เป็นร้อยละ ๘๘ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๗ และร้อยละ ๙๐ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ (แผนภูมิที่ ๑๐)

แผนภูมิที่ ๑๐ ค่าใช้จ่ายด้านการป้องกัน จำแนกตามแหล่งทุนภายในประเทศและต่างประเทศ



แหล่งข้อมูล: รายงาน Thailand National AIDS Spending Assessment (NASA) 2014-2015

๙. การปกป้องคุ้มครองสิทธิและพัฒนาศักยภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายหรือกลไกหลักในการปกป้องคุ้มครองทางสังคม ให้แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยตรง มีแต่กลไกที่ทำหน้าที่ส่งเสริมและปกป้องคุ้มครองสิทธิมนุษยชนของทุกคน ซึ่งได้แก่ คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ (กสม.) ที่มีอำนาจตรวจสอบ รายงาน และให้ข้อเสนอแนะในกรณีที่เกิดการละเมิดสิทธิเท่านั้น ไม่มีอำนาจตัดสินใจ หรือเอาผิดกับหน่วยงานที่ละเมิดสิทธิ แต่หากเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการละเมิดสิทธิด้านเอชไอวี/เอดส์ มักจะไม่ได้รับการตอบสนอง หรือไม่ได้รับการแก้ไขปัญหาอย่างจริงจังจาก กสม. กลไกการคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ของประเทศไทย จึงเป็นเพียงกลไกที่อยู่ในรูปของคณะกรรมการส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ ที่ได้รับการแต่งตั้งจากคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ (คช.ปอ.) เมื่อ ปี พ.ศ. ๒๕๕๕ เพื่อทำหน้าที่ดูแลงานด้านการส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิที่เกี่ยวข้องกับประเด็นเอชไอวี/เอดส์ ซึ่งเป็นกลไกที่มีการจัดตั้งทั้งในระดับชาติและระดับจังหวัด

การดำเนินงานด้านคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ที่ผ่านมา เกิดจากการผลักดันและขับเคลื่อนของภาคประชาสังคมเป็นส่วนใหญ่ เช่น การปรับปรุงแก้ไขกฎหมายและนโยบายการลดอันตรายจากการใช้ยาเพื่อลดทอนความเป็นอาชญากรให้แก่ผู้ใช้ยา และเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงการบริการที่จำเป็นเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และช่วยลดอันตรายจากการใช้ยา นโยบายการเริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีเม็ดเลือดขาว (CD4) ทุกกระดับเพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้เข้าถึงระบบการรักษาแต่เนิ่นๆ เพื่อลดการเจ็บป่วย/การตายเนื่องจากเอดส์ และลดโอกาสในการแพร่เชื้อเอชไอวีไปยังบุคคลอื่นๆ รวมทั้งการดำเนินงานติดตามและประสานงานเพื่อแก้ไขปัญหาการถูกละเมิดสิทธิที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี โดยในปีที่ผ่านมา (พ.ศ. ๒๕๕๙) มีการผลักดันนโยบายไม่เลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในการสมัคร การคัดเลือก การเรียน หรือศึกษาต่อในสถานศึกษาซึ่ง คช.ปอ. ได้มีมติเห็นชอบเมื่อปี พ.ศ. ๒๕๕๙ และประกาศใช้อย่างเป็นทางการในเดือนมกราคม พ.ศ. ๒๕๖๐ โดยหน่วยงานที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับนโยบายนี้ ประกอบด้วย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย สำนักงานตำรวจแห่งชาติ และกรุงเทพมหานคร ซึ่งจะต้องจัดทำแนวปฏิบัติสำหรับหน่วยงานในสังกัดให้สอดคล้องกับนโยบายนี้ นอกจากนี้ยังได้ดำเนินการจัดตั้งกลไกการคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ในระดับจังหวัดสำเร็จแล้ว ๖ จังหวัด ได้แก่ กรุงเทพฯ

เชียงใหม่ ตาก สงขลา ระยอง และชลบุรี แม้ว่าจะยังต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ฯ เอดส์ชาติ พ.ศ. ๒๕๕๗ - ๒๕๕๙ อยู่มาก (แผนยุทธศาสตร์ฯ ได้ตั้งเป้าหมายให้มีการจัดตั้งกลไกการคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ในระดับจังหวัดจำนวน ๓๓ จังหวัดภายในปี ๒๕๕๙) แต่ก็ถือเป็นความก้าวหน้าที่สำคัญของการดำเนินงานด้านเอดส์ ในด้านการคุ้มครองสิทธิของผู้ได้รับผลกระทบจากเอดส์ของประเทศไทย เนื่องจากนับเป็นครั้งแรกที่มีการจัดตั้ง กลไกการคุ้มครองสิทธิที่เกี่ยวข้องกับประเด็นเอชไอวี/เอดส์อย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรม

ยังมีกฎหมายอีกฉบับที่ยังไม่ถูกปรับปรุงแก้ไข นั่นก็คือ พระราชบัญญัติป้องกันและปราบปราม การค้าประเวณี พ.ศ. ๒๕๓๙ ที่ส่งผลกระทบต่อการละเมิดสิทธิและตีตราต่อพนักงานบริการทางเพศ และเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการป้องกันและดูแลรักษาต้านเอชไอวีของคนกลุ่มนี้ตลอดจนการเพิ่มกฎหมายเฉพาะ เพื่อปกป้องและแก้ไขปัญหากลุ่มนี้ และจัดให้มีระบบการติดตามและรายงานการแจ้งเหตุการละเมิด สิทธิและมีกลไกการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นเอกภาพ

อย่างไรก็ตาม การมีกฎหมายหรือนโยบายที่ดี ก็อาจไม่ช่วยแก้ปัญหา หากไม่นำไปใช้ปฏิบัติอย่างจริงจัง ยังมีอุปสรรคและความท้าทายในช่วงระหว่างการแปลงกฎหมายไปสู่การปฏิบัติ ในขณะที่กฎหมายแต่ละฉบับยังมี ช่องว่างให้ตีความได้ว่าอาจจะไม่คุ้มครองบางกลุ่มหรือต้องอาศัยกลไกรองรับหลายส่วนที่จะทำให้กฎหมายและ นโยบายมีผลในทางปฏิบัติ การปรับทัศนคติและทำความเข้าใจให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนเพื่อให้เข้าใจ บทบาทของตนในการนำกฎหมายมาบังคับใช้จึงมีความจำเป็น รวมไปถึงการกำหนดผู้รับผิดชอบหลักให้ชัดเจน เพื่อให้เกิดผลในทางปฏิบัติอย่างเป็นทางการ

๑๐. การจัดระบบบริการเอชไอวีและโรคร่วมอื่นๆ แบบบูรณาการ

เอชไอวีและวัณโรค (HIV-TB)

แม้ว่าแนวโน้มการตายจากวัณโรคร่วมกับเอดส์ (TB-HIV) ลดลงอย่างมาก โดยเฉพาะในช่วงหลังจาก ประเทศไทยได้ขยายการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้ออย่างครอบคลุม โดยอัตราการตายลดลงจาก ๒๐.๔ ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. ๒๕๔๔ เหลือเพียง ๓.๓ ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ อัตราความชุกของวัณโรค ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีใน ปี พ.ศ. ๒๕๕๙ เท่ากับร้อยละ ๑๔ (๑,๔๔๗/ ๑๐,๓๕๙ คน) และมีผู้ติดเชื้อ HIV-TB ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและยารักษาวัณโรคจำนวน ๔,๘๔๐ คน อย่างไรก็ตาม ยังมีประเด็นท้าทายที่ต้อง ปรับปรุงการทำงานด้านการป้องกันและการรักษา HIV-TB อยู่หลายด้าน อาทิเช่น ความครอบคลุมของการให้ การรักษาเอชไอวีและการรักษาวัณโรคในผู้ที่คาดว่าป่วยเป็นวัณโรคและติดเชื้อเอชไอวีไม่เพิ่มขึ้นการรักษาด้วย ยาต้านไวรัสในผู้ป่วย HIV-TB ยังล่าช้าในขณะที่การวางแผนและดำเนินงานร่วมกันระหว่างวัณโรคและเอชไอวียังมี น้อยในทุกระดับ

ในช่วง ๒ ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. ๒๕๕๘-พ.ศ. ๒๕๕๙) ประเทศไทยดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ และวัณโรค โดยใช้งบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลก (New Funding Model หรือ STAR) และ งบประมาณภายในประเทศ ดำเนินงานด้านเอดส์และวัณโรคใน ๓๘ จังหวัด และดำเนินงานด้านวัณโรคใน ๒๗ จังหวัด โดยเน้นมาตรการการคัดกรองเอชไอวีในผู้ป่วยวัณโรค (HIV screening in TB patients) และการตรวจหา วัณโรคในผู้ติดเชื้อเอชไอวี (TB screening in PLHIV) เพื่อค้นหาผู้ที่ป่วยโรคเอดส์และวัณโรคให้เข้ารับการรักษาแต่ เนินๆ เพื่อลดอัตราการตายด้วยวัณโรคในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและมีบริการให้ยาป้องกันวัณโรคระยะแฝง (Isoniazid Prevention Therapy or IPT) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีในโรงพยาบาลของรัฐบางแห่งในพื้นที่นำร่อง

อย่างไรก็ตาม ประเทศไทย ยังมีความพยายามที่จะดำเนินการด้าน HIV-TB เพื่อปิดช่องว่างความท้าทาย โดยมุ่งเน้นการทำงานในเรื่อง ๑) การใช้เทคโนโลยีใหม่ๆ ที่ทันสมัยในการตรวจหาวัณโรคในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อวินิจฉัยและเริ่มต้นรักษาได้รวดเร็วขึ้น ๒) การจัดบริการให้แก่มูลนิธิประชาชนที่เข้าถึงการรักษาน้อยหรือไม่

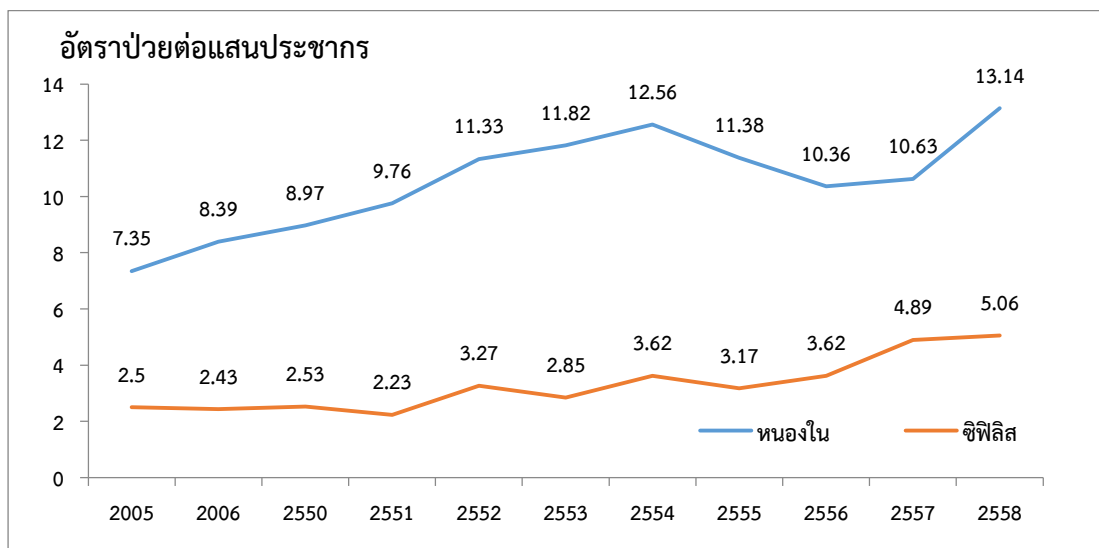
สามารถเข้าถึงระบบการรักษาได้ เช่น ผู้ต้องขังในเรือนจำ และประชากรข้ามชาติที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ ๓) การพัฒนาคู่มือการให้ยาป้องกันวัณโรคระยะแฝง (IPT) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ๔) การอบรมแพทย์และทีมงานเพื่อวางระบบการดำเนินงานและประสานความร่วมมือระหว่างวัณโรคและเอดส์ ๕) การจัดประชุมเพื่อวางแผนและแลกเปลี่ยนข้อมูลร่วมกันในทุกระดับของพื้นที่ และ ๖) การพัฒนาระบบฐานข้อมูลเอดส์และวัณโรคเพื่อใช้ในการติดตามประเมินผลและวางแผนงานร่วมกันซึ่งความพยายามเหล่านี้ จำเป็นต้องมีการติดตามและประเมินผลอย่างใกล้ชิดว่ามีความก้าวหน้าไปมากน้อยเพียงใด

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STI)

ในช่วง ๒ ปีที่ผ่านมา อัตราการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในประชากรไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ข้อมูลจากรายงาน ๕๐๖ พบว่าในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ มีผู้ป่วยโรคหนองในและโรคซิฟิลิสจำนวน ๘,๕๖๐ ราย และ ๓,๒๙๖ ตามลำดับ คิดเป็นอัตราป่วยเท่ากับ ๑๓.๑๔ และ ๕.๐๖ ต่อประชากรหนึ่งแสนคน ในจำนวนผู้ป่วยโรคหนองใน ปี ๒๕๕๗ (แผนภูมิที่ ๑๑) มากกว่า ๒ ใน ๓ (หรือร้อยละ ๗๓) เป็นเยาวชนอายุต่ำกว่า ๒๕ ปี ในขณะที่สัดส่วนของเยาวชนในผู้ป่วยซิฟิลิสมีประมาณ ๑ ใน ๓ และเมื่อพิจารณาข้อมูลผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เฉพาะกลุ่มที่มีอายุระหว่าง ๑๕ - ๒๔ ปี (แผนภูมิที่ ๑๒) พบอัตราการติดเชื้อหนองในและซิฟิลิสมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจน ในช่วงระยะเวลา ๕ ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. ๒๕๕๕ - พ.ศ. ๒๕๕๙) กล่าวคือ พบอัตราการติดเชื้อซิฟิลิสในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ เท่ากับ ๑๔.๕๓ ต่อแสนประชากร เพิ่มขึ้นถึง ๓ เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการติดเชื้อในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ ซึ่งเท่ากับ ๔.๔ ต่อแสนประชากร ส่วนอัตราการติดเชื้อหนองในเพิ่มขึ้นร้อยละ ๕๙ เพิ่มขึ้นจากอัตรา ๑๑.๔๓ เป็น ๖๑.๑๑ ต่อแสนประชากร ในช่วงเวลาเดียวกัน ซึ่งบ่งชี้ว่า กลุ่มเยาวชนที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีสูงยังคงมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ปลอดภัยอยู่

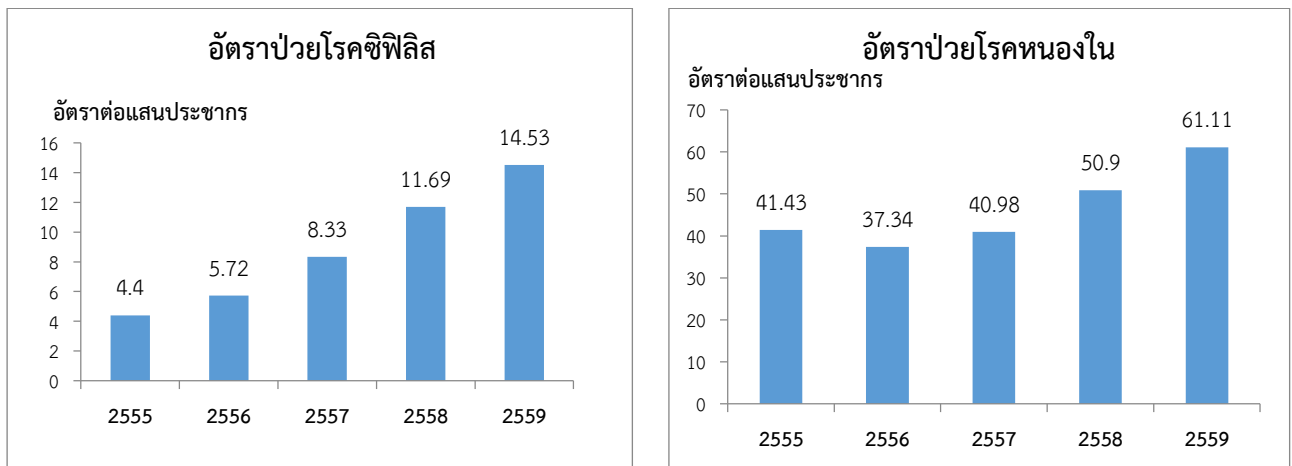
ส่วนอัตราการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มประชากรหลัก การสำรวจ IBBS ในปี พ.ศ. ๒๕๕๗ พบอัตราความชุกของการติดเชื้อหนองในและหนองในเทียมในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย เท่ากับ ร้อยละ ๑.๓ และ ร้อยละ ๕.๙ ตามลำดับ ในกลุ่มหญิงข้ามเพศ พบอัตราความชุกของการติดเชื้อหนองใน ร้อยละ ๐.๘ และ หนองในเทียมร้อยละ ๔.๒ ส่วนพนักงานบริการทางเพศชายพบความชุกสูงของการติดเชื้อหนองในร้อยละ ๓ และ หนองในเทียมร้อยละ ๑๔.๑

แผนภูมิที่ ๑๑ อัตราป่วยโรคหนองในและโรคซิฟิลิสต่อประชากรแสนคนพ.ศ. ๒๕๔๘-๒๕๕๕



แหล่งข้อมูล: สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

แผนภูมิที่ ๑๒ อัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในเยาวชน อายุ ๑๕-๒๔ ปี พ.ศ. ๒๕๕๕-พ.ศ. ๒๕๕๙



แหล่งข้อมูล: สำนักเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กระทรวงสาธารณสุข

สำหรับพนักงานบริการทางเพศหญิง พบความชุกของการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สูงเช่นเดียวกัน โดยพบอัตราความชุกของการติดเชื้อหนองในร้อยละ ๔.๒ และหนองในเทียมร้อยละ ๑๘.๖ ในกลุ่มที่สังกัดสถานบริการ (Venue FSW) ส่วนกลุ่มที่ไม่สังกัดสถานบริการ (non Venue FSW) พบอัตราความชุกของการติดเชื้อหนองในร้อยละ ๗.๓ และหนองในเทียมร้อยละ ๔

โดยสรุป การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของประเทศไทยยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร ดังจะเห็นได้จากแนวโน้มของ STI ที่เพิ่มขึ้นในช่วง ๔- ๕ ปีที่ผ่านมา โดยเฉพาะการติดเชื้อ STI ในกลุ่มเยาวชนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และเป็นกลุ่มที่มีสัดส่วนมากที่สุดในรายงานจำนวนผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในแต่ละปียังมีประเด็นท้าทายที่เป็นช่องว่างของการดำเนินงานด้าน STI หลายประเด็น ได้แก่

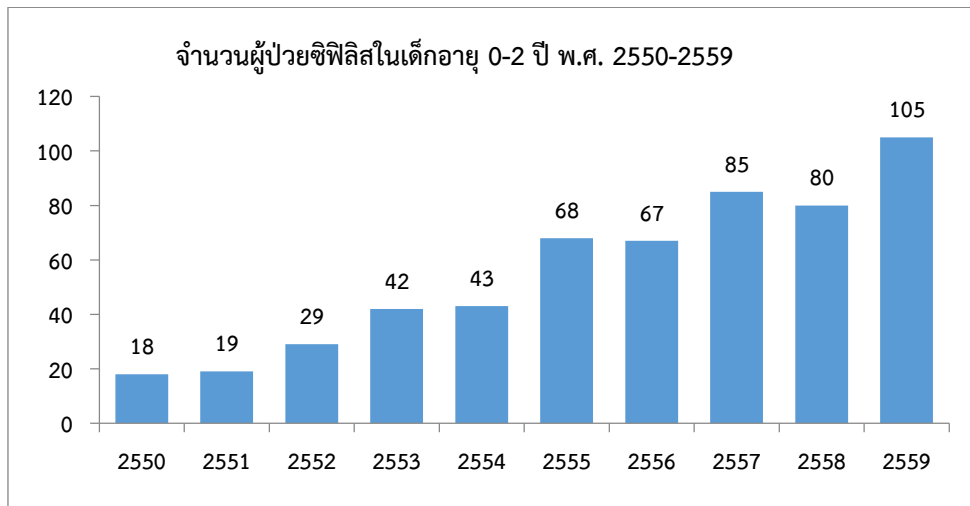
- ๑) ยังไม่มีระบบค้นหา การทำความเข้าใจ การเข้าถึง การเชิญชวน การออกแบบและจัดบริการให้กลุ่มเป้าหมายเฉพาะที่เป็นเยาวชน (อายุ ๑๕-๒๔ ปี) ทั้งในประชากรทั่วไป เช่น กลุ่มทหารเกณฑ์ และพนักงานในสถานประกอบการ และในกลุ่มประชากรหลัก เช่น กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย และพนักงานบริการทางเพศ
- ๒) ไม่มีการกำหนดบริการที่จำเป็นด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- ๓) ไม่มีคลังข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ในระดับชาติเพื่อป้องกันและควบคุม STI

การแก้ไขปัญหาความท้าทายเหล่านี้จึงต้องมุ่งไปที่การส่งเสริมให้ใช้กระบวนการ RRTTR ในการทำงานด้าน STI โดยบูรณาการงานด้านเอชไอวีและ STI เข้าด้วยกัน การจัดทำยุทธศาสตร์เพื่อให้เกิดความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการดำเนินงานไปในทิศทางเดียวกัน และการพัฒนาหรือจัดทำข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ด้าน STI ในระดับชาติ เป็นต้น

โรคซิฟิลิสแต่กำเนิด (Congenital Syphilis)

ประเทศไทยมีการป้องกันและควบคุมซิฟิลิสแต่กำเนิดตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๓๓ โดยทำการตรวจคัดกรองซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่มีฝากครรภ์ในสถานบริการด้านสาธารณสุข ในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ อัตราความครอบคลุมของการตรวจซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์สูงถึงร้อยละ ๙๘.๕ ความครอบคลุมของการรักษาซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์เท่ากับร้อยละ ๙๖.๒ และอัตราความชุกของการติดเชื้อซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์เท่ากับร้อยละ ๐.๐๘

แผนภูมิที่ ๑๓ จำนวนผู้ป่วยซีฟิลิสในเด็กอายุ ๐-๒ ปี พ.ศ. ๒๕๕๐-พ.ศ. ๒๕๕๘



แหล่งข้อมูล: สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

ส่วนปัญหาการถ่ายทอดเชื้อซีฟิลิสจากแม่สู่ลูก พบว่าร้อยละ ๘๐ เกิดจากการมาฝากครรภ์ล่าช้า/ไม่ได้ฝากครรภ์ ไม่ได้ตรวจเลือดซีฟิลิส หรือไม่ได้กลับไปฟังผลเลือด รวมถึงการไม่มียารักษา และมีการติดเชื้อใหม่จากคู่นอน ในขณะที่ระบบการติดตามและควบคุมโรคซีฟิลิสไม่เข้มแข็งเหมือนกับเอชไอวี ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยโรคซีฟิลิสแต่กำเนิดในเด็กอายุ ๐ - ๒ ปี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยเฉพาะในช่วง ๔-๕ ปีมานี้ จำนวนผู้ป่วยได้เพิ่มขึ้นจาก ๑๘ รายในปี พ.ศ. ๒๕๕๐ เป็น ๑๐๕ ราย ในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ (แผนภูมิที่ ๑๓)

สำหรับแนวทางในการแก้ไขปัญหาซีฟิลิสแต่กำเนิดนั้น ประเทศไทยได้รับรองการยุติซีฟิลิสจากแม่สู่ลูก เมื่อเดือนมิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๙ และได้ตั้งเป้าหมายที่จะควบคุมอัตราการเกิดโรคซีฟิลิสแต่กำเนิดในประเทศไทยไม่ให้เกิน ๐.๐๕ คน ต่อเด็กเกิดมีชีวิต ๑,๐๐๐ รายภายในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ มีการจัดทำแนวทางระดับชาติเรื่องการกำจัดซีฟิลิสแต่กำเนิดในประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๐ เพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติงานของบุคลากรด้านสาธารณสุขในการขจัดโรคซีฟิลิสแต่กำเนิด รวมทั้งการคัดกรองดูแลรักษาซีฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์และโรคซีฟิลิสแต่กำเนิด นอกจากนี้ ประเทศไทยยังต้องสร้างความเข้มแข็งของระบบการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อซีฟิลิสจากแม่สู่ลูกทั้งด้านนโยบาย งบประมาณ การจัดหาเครื่องมือตรวจ การฟื้นฟูเจ้าหน้าที่ พัฒนาการให้บริการที่ได้มาตรฐานทั้งในด้านคลินิก ห้องปฏิบัติการ และพัฒนาระบบการเฝ้าระวัง ติดตามประเมินสถานการณ์อย่างต่อเนื่อง

ไวรัสตับอักเสบบี (HBV) และ ซี (HCV)

สถานการณ์ไวรัสตับอักเสบบี (HBV) และไวรัสตับอักเสบบีซี (HCV) ในประเทศไทยมีแนวโน้มดีขึ้นซึ่งเป็นผลมาจากความพยายามของการดำเนินงานที่ผ่านมา ได้แก่ การคัดกรอง HBV ในหญิงตั้งครรภ์ทุกคนการให้วัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีแก่เด็กทุกคน (จำนวน ๔ ครั้ง คือ แรกเกิด อายุ ๒ เดือน ๔ เดือนและ ๖ เดือน) การคัดกรองเลือดบริจาค และการเพิ่มมาตรฐานความปลอดภัยในเรื่องการเปลี่ยนถ่ายโลหิตและส่วนประกอบโลหิตเป็นต้น เป็นผลให้อัตราความชุกของ HBVและHCV ในประชากรไทยลดลงร้อยละ ๔ และร้อยละ ๒ ตามลำดับในปี ๒๕๔๗เหลือร้อยละ ๒ และร้อยละ ๑ ตามลำดับในปี ๒๕๕๗อย่างไรก็ตาม ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีและเอดส์ HBV และ HCV ได้รับความสนใจในฐานะเป็นโรคติดเชื้อร่วมกับเอชไอวี (HIV co-infection) ที่สำคัญและพบได้บ่อยในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีเนื่องจากช่องทางการติดต่อเป็นช่องทางเดียวกัน คือทางเลือดและทางเพศสัมพันธ์

อัตราความชุกของ HCV และ HBV และ ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีประมาณร้อยละ ๓ และร้อยละ ๘ แต่ในผู้เข้ายาเสพติดด้วยวิธีฉีดที่ติดเชื้อพบอัตราความชุกของ HCV สูงถึงร้อยละ ๙๐ และ HBV ร้อยละ ๑๒ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบรวมด้วย มีโอกาสที่จะพัฒนาเป็นตับอักเสบริ้วรัง ตับแข็งและตับวาย สูงกว่าผู้ไม่ติดเชื้อเอชไอวีประมาณ ๓ เท่า และประมาณ ๒ ใน ๓ ของการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับโรคตับในผู้ติดเชื้อเอชไอวี เกิดจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HCV)

สำหรับการให้การรักษาผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบนั้น ปัจจุบันประเทศไทยได้อนุมัติให้มีการรักษาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบทกสายพันธ์ รวมถึงผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในระบบประกันสุขภาพทั้ง ๓ กองทุน (ข้าราชการ สุขภาพถ้วนหน้า และประกันสังคม) ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๘ เป็นต้นไปผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะได้รับการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีได้ ๑ ครั้งตลอดชีวิต รวมทั้งได้รับการรักษาด้วยยาแบบมาตรฐาน คือ Peginterferon และ Ribavirin อย่างไรก็ตาม ยังมีข้อจำกัดในการเข้าถึงการรักษาอยู่ เนื่องจากข้อบ่งชี้ของการรักษาไวรัสตับอักเสบบีสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีระบุว่า “ผู้ติดเชื้อฯ ที่ได้ยาต้านไวรัสจะได้รับการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบีต่อเมื่อตรวจพบไวรัสเอชไอวีในเลือดน้อยกว่า ๑,๐๐๐ copies/mm³” หรือมีระดับของ CD4 ตั้งแต่ ๓๕๐ เซลล์/ลบ.มม. ขึ้นไป และผู้ติดเชื้อฯ ที่ไม่ได้รับยาต้านไวรัส ต้องมีระดับ CD4 ตั้งแต่ ๕๐๐ เซลล์/ลบ.มม. ขึ้นไป” จึงเป็นช่องว่างและลดโอกาสการเข้าถึงการรักษาไวรัสตับอักเสบบีในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่อยู่ในข้อบ่งชี้ดังกล่าวจึงมีความจำเป็นที่ประเทศไทยต้องมีการศึกษาและพัฒนากระบวนการป้องกันและการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบีในผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้มีความครอบคลุมมากยิ่งขึ้นลดข้อจำกัดของการรักษาไวรัสตับอักเสบบีสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีควบคู่ไปกับการพัฒนาศักยภาพของหน่วยบริการให้สามารถคัดกรองและให้บริการรักษา HCV ได้อย่างครอบคลุมมากขึ้น รวมถึงการพัฒนายาที่ใช้ในการรักษาโรค HIV-HBV/HCV ให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น ลดผลข้างเคียงของยาและการดื้อยา เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้เข้าถึงการรักษาและอยู่ในระบบการรักษา HIV-HBV/HCV อย่างต่อเนื่อง

ตารางข้อมูลตัวชี้วัดความก้าวหน้าการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวี

พันธสัญญาที่ 1 การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี

เป้าหมายระดับโลก: ผู้ติดเชื้อเอชไอวี 30 ล้านคน ได้เข้าถึงระบบการดูแลรักษา และบรรลุเป้าหมาย 90-90-90 ภายในปี 2563

หมวด	ตัวชี้วัด	GAM	UA	เป้าหมายประเทศปี 2559	2552	2553	2554	2555	2556	2557	2558	2559		
PLHIV รู้สถานะ การติดเชื้อ	1.1 ร้อยละของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่รู้สถานะการติดเชื้อเอชไอวีตนเอง (90 แรก : ใช้ข้อมูลเฉพาะในระบบ NAP)									81.7%	88.88%	91.38%		
	จำนวน									364,060	389,027	410,576		
รับการรักษาด้วย ยาต้าน ไวรัส	1.2 ร้อยละของผู้ใหญ่และเด็กที่กำลังรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส - CD4 <200 cells/ml	•	•	90.0%	75.76%	71.80%	77.00%							
	- CD4 <350 cells/ml					59.10%	64.61%	69.96%	80.25%					
	- any CD4 Level								53.55%	60.98%	65.85%	68.48%		
	จำนวน							225,272	239,090	246,049	271,652	288,231	307,667	
	ร้อยละของผู้ใหญ่และเด็กที่กำลังรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (90 ที่สองใช้ข้อมูลเฉพาะ ในระบบข้อมูล NAP)										68.3%	70.11%	71.41%	
	จำนวน							206,530	220,628	227,372	256,630	272,755	293,206	
	จำนวนผู้ใหญ่และเด็กที่กำลังรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในกลุ่มประชากรต่างชาติ											2,938	3,047	
คงอยู่ใน ระบบการ รักษาด้วย ยาต้านฯ	1.3 ร้อยละของผู้ใหญ่และเด็กติดเชื้อเอชไอวีที่ยังคงอยู่ในระบบการรักษาด้วยยาต้านไวรัส อย่างน้อย 12 เดือนหลังเริ่มการรักษา	•	•	95.0%	85.14%	80.70%	83.12%	82.11%	82.70%	83.03%	86.90%	89.49%		
	ร้อยละของผู้ใหญ่และเด็กติดเชื้อเอชไอวีที่ยังคงอยู่ในระบบการรักษาด้วยยาต้านไวรัสอย่างน้อย 24 เดือน หลังเริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัส <i>(ไม่เป็นตัวชี้วัด ปี 2559)</i>		•					79.80%	79.80%	78.89%	78.38%	77.90%	89.95%	85.86%
	ร้อยละของผู้ใหญ่และเด็กติดเชื้อเอชไอวีที่ยังคงอยู่ในระบบการรักษาด้วยยาต้านไวรัสอย่างน้อย 60 เดือน หลังเริ่มการรักษา		•						NA	75.91%	74.59%	82.88%	82.71%	

พันธะสัญญาที่ 1 การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี

เป้าหมายระดับโลก: ผู้ติดเชื้อเอชไอวี 30 ล้านคน ได้เข้าถึงระบบการดูแลรักษา และบรรลุเป้าหมาย 90-90-90 ภายในปี 2563

หมวด	ตัวชี้วัด	GAM	UA	เป้าหมายประเทศปี 2559	2552	2553	2554	2555	2556	2557	2558	2559
	ด้วยยาต้านไวรัส (ไม่เป็นตัวชี้วัดปี 2559)											
กตไวรัสสำเร็จ	1.4 ร้อยละของผู้รับยาต้านฯ ที่ได้ตรวจ viral load และสามารถกดปริมาณไวรัสสำเร็จ (VL ≤ 1000 copies/mL) ในช่วงเวลาของการรายงาน (ไม่เป็นตัวชี้วัดปี 2559)		•					95.38%	96.09%	96.37%	96.78%	
	ร้อยละของผู้รับยาต้านฯที่สามารถกดปริมาณไวรัสสำเร็จ (VL ≤ 1000 copies/mL) (90 ที่ 3) (ตัวตั้งใช้ข้อมูลเฉพาะในระบบNAP ตัวหารผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านฯ)								80.71%	81.89%	82.87%	
	ร้อยละของผู้รับยาต้านฯ ได้ตรวจ viral load และผลการตรวจพบ VL < 1,000 copies/ml หลังจากการรักษา 12 เดือน (ไม่เป็นตัวชี้วัด ปี 2559)		•					92.54%	94.81%			
	ร้อยละของผู้รับยาต้านฯ ได้ตรวจ viral load (VL) ผลการตรวจพบ (VL level ≤ 50 copies/mlใน ช่วงเวลาของการรายงาน (ไม่เป็นตัวชี้วัด ปี 2559)		•						90.72%	76.27%		
	1.4 ร้อยละของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อฯที่ได้รับการรักษาด้วยยาไวรัสและสามารถกดปริมาณไวรัสได้สำเร็จ (VL ≤1000 copies/mL) (ตัวหารจากคาดประมาณผู้อยู่ร่วมกับเชื้อฯทั้งหมด) (ใหม่)											
	จำนวน										223,372	242,979
การวินิจฉัยล่าช้า	1.5 ร้อยละของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ที่มีระดับ CD4 cells count < 200 cells/μL และ CD4 cell count < 350 cells/μL ในช่วงเวลารายงาน											

พันธะสัญญาที่ 1 การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี

เป้าหมายระดับโลก: ผู้ติดเชื้อเอชไอวี 30 ล้านคน ได้เข้าถึงระบบการดูแลรักษา และบรรลุเป้าหมาย 90-90-90 ภายในปี 2563

หมวด	ตัวชี้วัด	GAM	UA	เป้าหมาย ประเทศ ปี 2559	2552	2553	2554	2555	2556	2557	2558	2559	
	- สัดส่วนของ CD4 cell count หลังการวินิจฉัย < 200 cells/ μ L										57.03%	57.45%	55.54%
	- สัดส่วนของ CD4 หลังการวินิจฉัย < 350 cells/ μ L												73.86%
	- มัธยฐานของ CD4 cell count หลังการวินิจฉัย (cells/ μ L) (ข้อมูลรวมทุกสิทธิ์)				95	102	98	98	109	121	ไม่มีข้อมูล		
	- มัธยฐาน CD4 cell count ก่อนเริ่มยาต้านฯ (cells/ μ L) (ข้อมูลรวมทุกสิทธิ์)				73	81	96	91	133	130	186	194	
ยาต้านฯ ขาดคลัง	1.6	ร้อยละของสถานพยาบาลที่ให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯประสบ ปัญหาขาดยาคลังชั่วคราวอย่างน้อย 1 ครั้งใน 12 เดือนที่ผ่านมา		.			3.14%	NA	3.55%	3.05%	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	
เสียชีวิต เนื่องจาก โรคเอดส์	1.7	อัตราการเสียชีวิตของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อจากการป่วยที่เกี่ยวข้องกับ โรคเอดส์ต่อแสนประชากร (จากแบบจำลอง spectrum) (ใหม่)		.									19.27
		จำนวน (จากแบบจำลอง)		.							14,214	12,863	
		จำนวนผู้เสียชีวิตของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ (จากระบบบริการ)									10,513	11,063	

พันธะสัญญาที่ 2 การจัดการติดเชื้อเอชไอวีในเด็ก

เป้าหมายระดับโลก: จัดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในเด็ก ภายในปี 2563 และทำให้เด็กอยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี 1.6 ล้านคน เข้าถึงการรักษา ภายในปี 2561

หมวด	ตัวชี้วัด	GAM	UA	เป้าหมาย ประเทศ 2559	2551	2552	2553	2554	2555	2556	2557	2558	2559
การวินิจฉัย การติดเชื้อ ในทารก	2.1 ร้อยละของทารกที่เกิดจากแม่ติดเชื้อได้รับการ ตรวจหาเชื้อเอชไอวี (PCR) ภายใน 2 เดือนหลังคลอด	•	•	90.00%			75.80%	73.13%	77.23%	72.87%	76.14%	92.80%	89.97%
การถ่ายทอด เชื้อเอชไอวี จากแม่สู่ลูก	2.2 อัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก (จากแบบจำลอง spectrum)	•	•	2.00%			3.75%	3.04%	2.74%	2.30%	2.13%	1.91%	1.79%
	จำนวน						149	135	117	98	86	75	
	ร้อยละของทารกที่ติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาติดเชื้อที่ คลอดภายใน 12 เดือนที่ผ่านมา (จากระบบบริการ)	•										1.63%	1.43%
	จำนวน											68	59
ป้องกันการ ถ่ายทอดเชื้อ จากแม่สู่ลูก	2.3 ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวีได้รับยาต้าน ไวรัสเพื่อลดการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก	•	•	98.80%	93.60%	95.00%	94.20%	93.98%	93.75%	95.15%	95.78%		
	(เริ่มใช้แบบจำลองในปี 2555)								94.29%	94.00%	94.91%	95.17%	
	(ปรับแบบจำลอง spectrum ใหม่ ปี 2559)												96.07%
ซิฟิลิส	2.4 ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่ได้ตรวจการ ติดเชื้อซิฟิลิส ที่มีผลเป็นบวก และได้รับการรักษา												
	ก. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้ตรวจการติดเชื้อซิฟิลิส เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก		•						91.55%	99.33%	98.91%	99.13%	99.22%
	ข. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้ตรวจการติดเชื้อซิฟิลิสที่ มีผลตรวจเป็นบวก		•						0.06%	0.07%	0.04%	0.08%	0.11%
	ค. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสและได้รับการรักษา		•						93.10%	94.51%	98.10%	95.94%	97.84%

พันธสัญญาที่ 2 การจัดการติดเชื้อเอชไอวีในเด็ก

เป้าหมายระดับโลก: จัดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในเด็ก ภายในปี 2563 และทำให้เด็กอยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี 1.6 ล้านคน เข้าถึงการรักษา ภายในปี 2561

หมวด	ตัวชี้วัด	GAM	UA	เป้าหมาย ประเทศ 2559	2551	2552	2553	2554	2555	2556	2557	2558	2559
2.5	ร้อยละของทารกติดเชื้อซิฟิลิสเมื่อแรกเกิด (เกิดมีชีพและเกิดไร้ชีพ) ใน 12 เดือนที่ผ่านมา (congenital syphilis)	•	•							0.01%	0.01%	0.01%	0.01%
	จำนวน									67	85	80	105

พันธสัญญาที่ 3 การป้องกันเอชไอวีในประชากรหลัก

เป้าหมายระดับโลก: ประชากรหลักไม่น้อยกว่า 90% เข้าถึงบริการป้องกันแบบผสมผสาน (โดยเฉพาะกลุ่มผู้หญิงที่มีอายุน้อย และเยาวชน)

(ประชากรหลัก: ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย, หญิงข้ามเพศ, พนักงานบริการทางเพศและลูกค้า, ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีดยา และผู้ต้องขัง)

ตัวชี้วัด	GAM	UA	เป้าหมาย ประเทศ 2559	2552	2553	2554	2555	2556	2557	2558	2559
3.1 จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในรอบรายงานต่อประชากรไม่ติดเชื้อ 1,000 คน (New Infection)	•									0.11	0.10
3.2 การคาดประมาณจำนวนประชากรหลัก(Size estimation)											
ก. พนักงานบริการทางเพศ (ชายและหญิง) (Sex Worker)	•				141,769		141,769		141,769	147,000	155,000
พนักงานบริการทางเพศหญิง (FSW)									123,530	132,000	129,000
พนักงานบริการทางเพศชาย (MSW)									18,239	15,000	26,000
ข. ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM-TG)	•				550,000		550,000		550,000	571,000	590,700
ค. ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีดยา (PWID)	•			40,300	40,300		40,300		40,300	42,650	42,650
ง. หญิงข้ามเพศ (TG)	•									50,000	62,800
จ. ผู้ต้องขัง	•									341,760	306,700

พันธะสัญญาที่ 3 การป้องกันเอชไอวีในประชากรหลัก

เป้าหมายระดับโลก: ประชากรหลักไม่น้อยกว่า 90% เข้าถึงบริการป้องกันแบบผสมผสาน (โดยเฉพาะกลุ่มผู้หญิงที่มีอายุน้อย และเยาวชน)
(ประชากรหลัก: ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย, หญิงข้ามเพศ, พนักงานบริการทางเพศและลูกค้า, ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด และผู้ต้องขัง)

ตัวชี้วัด		GAM	UA	เป้าหมาย ประเทศ 2559	2552	2553	2554	2555	2556	2557	2558	2559
3.3	ร้อยละของประชากรหลักแต่ละกลุ่มที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี											
	ก. พนักงานบริการทางเพศ (ชายและหญิง)											
	ร้อยละของพนักงานบริการทางเพศหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี	•	•	1.0%		2.69%		2.16%		1.13%		1.0%
	ร้อยละของพนักงานบริการทางเพศชายที่ติดเชื้อเอชไอวี	•	•	10.2%		16.00%		12.20%		11.90%		ไม่มีข้อมูล
	ข. ร้อยละของชายมีเพศสัมพันธ์กับชายที่ติดเชื้อเอชไอวี	•	•	6.0%		8.02%		7.13%		9.15%		ไม่มีข้อมูล
	ค. ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด	•	•	21.0%	17.20%	21.87%		25.20%		20.50%		ไม่มีข้อมูล
	ง. หญิงข้ามเพศ	•				9.5%		7.0%		12.7%		ไม่มีข้อมูล
	จ. ผู้ต้องขัง (จากระบบบริการ)	•									1.56%	1.53%
3.4	ประชากรหลักที่รู้สถานะการติดเชื้อเอชไอวี											
	ก. พนักงานบริการทางเพศที่รู้สถานะการติดเชื้อเอชไอวี											
	ร้อยละของพนักงานบริการทางเพศหญิงที่ได้ตรวจเอชไอวีและรู้ผลใน 12 เดือนที่ผ่านมา	•	•	90.0%		47.76%		55.60%		54.19%		52.86%
	ร้อยละของพนักงานบริการทางเพศชายที่ได้ตรวจเอชไอวีและรู้ผลใน 12 เดือนที่ผ่านมา	•	•	90.0%		49.00%		52.38%		52.35%		ไม่มีข้อมูล
	ข. ร้อยละของชายมีเพศสัมพันธ์กับชายที่ได้ตรวจเอชไอวีและรู้ผลใน 12 เดือนที่ผ่านมา	•	•	90.0%		14.93%		25.58%		28.70%		ไม่มีข้อมูล
ค. ร้อยละของผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีดที่ได้ตรวจเอชไอวีและรู้ผลตรวจใน 12 เดือนที่ผ่านมา	•	•	90.0%	39.99%	40.71%		43.65%		61.30%		ไม่มีข้อมูล	

พันธะสัญญาที่ 3 การป้องกันเอชไอวีในประชากรหลัก

เป้าหมายระดับโลก: ประชากรหลักไม่น้อยกว่า 90% เข้าถึงบริการป้องกันแบบผสมผสาน (โดยเฉพาะกลุ่มผู้หญิงที่มีอายุน้อย และเยาวชน)
(ประชากรหลัก: ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย, หญิงข้ามเพศ, พนักงานบริการทางเพศและลูกค้า, ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีดยา และผู้ต้องขัง)

ตัวชี้วัด		GAM	UA	เป้าหมาย ประเทศ 2559	2552	2553	2554	2555	2556	2557	2558	2559
ง.	ร้อยละของหญิงข้ามเพศที่ได้รับการตรวจเอชไอวีและรู้ผลตรวจใน 12 เดือนที่ผ่านมา (ใหม่)	.				29.1%		32.5%		34.4%		ไม่มีข้อมูล
3.5	ความครอบคลุมของการได้รับยาต้านไวรัสในกลุ่มประชากรหลักที่ติดเชื้อเอชไอวี (ใหม่)											
ก.	ร้อยละของพนักงานบริการทางเพศที่ติดเชื้อเอชไอวีและได้รับยาต้านไวรัสใน 12 ที่ผ่านมา	.										ไม่มีข้อมูล
ข.	ร้อยละของชายมีเพศสัมพันธ์กับชายที่ติดเชื้อเอชไอวีและได้รับยาต้านไวรัสใน 12 ที่ผ่านมา	.										ไม่มีข้อมูล
ค.	ร้อยละของผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีดยาที่ติดเชื้อเอชไอวีและได้รับยาต้านไวรัสใน 12 ที่ผ่านมา	.										ไม่มีข้อมูล
ง.	ร้อยละของหญิงข้ามเพศที่ติดเชื้อเอชไอวีและได้รับยาต้านไวรัสใน 12 ที่ผ่านมา	.										ไม่มีข้อมูล
จ.	ร้อยละของผู้ต้องขังที่ติดเชื้อเอชไอวีและได้รับยาต้านไวรัสใน 12 ที่ผ่านมา	.										ไม่มีข้อมูล
3.6	การใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มประชากรหลัก											
ก.	ร้อยละของพนักงานบริการรายงานว่าใช้ถุงยางอนามัยกับลูกค้าคนล่าสุด											
	ร้อยละของพนักงานบริการหญิงรายงานที่ใช้ถุงยางอนามัยกับลูกค้าคนล่าสุด	.	.	95.0%		95.56%		93.60%		96.09%		83.1%
	ร้อยละของพนักงานบริการชายรายงานที่ใช้ถุงยางอนามัยกับลูกค้าคนล่าสุด	.	.	99.0%		88.00%		98.18%		95.52%		ไม่มีข้อมูล

พันธะสัญญาที่ 3 การป้องกันเอชไอวีในประชากรหลัก

เป้าหมายระดับโลก: ประชากรหลักไม่น้อยกว่า 90% เข้าถึงบริการป้องกันแบบผสมผสาน (โดยเฉพาะกลุ่มผู้หญิงที่มีอายุน้อย และเยาวชน)

(ประชากรหลัก: ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย, หญิงข้ามเพศ, พนักงานบริการทางเพศและลูกค้า, ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด และผู้ต้องขัง)

ตัวชี้วัด		GAM	UA	เป้าหมาย ประเทศ 2559	2552	2553	2554	2555	2556	2557	2558	2559												
ข.	ร้อยละของชายมีเพศสัมพันธ์กับชายรายงานว่าใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักครั้งสุดท้ายกับคู่นอนชาย	•	•	95.0%		80.22%		85.49%		82.08%		ไม่มีข้อมูล												
ค.	ร้อยละของผู้ใช้ยาฯรายงานว่าใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย	•	•	95.0%	39.18%	46.02%		49.06%		51.20%		ไม่มีข้อมูล												
ง.	ร้อยละของหญิงข้ามเพศ รายงานว่าใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ (รวมทั้งทางทวารหนัก) ครึ่งล่าสุด					78.0%		81.6%		84.4%		ไม่มีข้อมูล												
3.7	ความครอบคลุมของการให้บริการป้องกันเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลัก																							
ก.	ร้อยละของพนักงานบริการที่ได้รับบริการป้องกัน																							
	ร้อยละของพนักงานบริการหญิงที่ได้รับบริการป้องกัน												•	•	80.0%		50.45%		53.89%		57.74%		43.81%	
	ร้อยละของพนักงานบริการชายที่ได้รับบริการป้องกัน												•	•	80.0%		61.00%		73.77%		67.26%		ไม่มีข้อมูล	
ข.	ร้อยละของชายมีเพศสัมพันธ์กับชายที่ได้รับบริการป้องกัน												•	•	80.0%		43.79%		52.65%		43.60%		ไม่มีข้อมูล	
ค.	ร้อยละของผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีดที่ได้รับบริการป้องกัน (ใหม่)												•											ไม่มีข้อมูล
	1)	ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีดที่เข้าถึงชุดบริการป้องกันเอชไอวีแบบรายบุคคลและ/หรือกลุ่มย่อย (ข้อมูลจากระบบบริการ)																					ไม่มีข้อมูล	
	2)	จำนวนเข็มและอุปกรณ์ฉีดยาสะอาดที่แจกให้ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด ตามแผนงานแจกเข็มและอุปกรณ์ฉีดยาสะอาด (NSP) (ข้อมูลจากระบบบริการ)																					572,070	
ง.	ร้อยละของหญิงข้ามเพศที่ได้รับบริการป้องกัน (ใหม่)												•								50.8			ไม่มีข้อมูล

พันธะสัญญาที่ 3 การป้องกันเอชไอวีในประชากรหลัก

เป้าหมายระดับโลก: ประชากรหลักไม่น้อยกว่า 90% เข้าถึงบริการป้องกันแบบผสมผสาน (โดยเฉพาะกลุ่มผู้หญิงที่มีอายุน้อย และเยาวชน)
(ประชากรหลัก: ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย, หญิงข้ามเพศ, พนักงานบริการทางเพศและลูกค้า, ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีดยา และผู้ต้องขัง)

ตัวชี้วัด		GAM	UA	เป้าหมาย ประเทศ 2559	2552	2553	2554	2555	2556	2557	2558	2559
3.7.1	จำนวนหน่วยบริการสำหรับผู้ชายเสพติดด้วยวิธีฉีดยา	.	.									
ก.	จำนวนหน่วยบริการสำหรับผู้ชายเสพติดด้วยวิธีฉีดยา	.	.									164
1)	จำนวนหน่วยบริการที่ให้บริการบำบัดด้วยสารอนุพันธ์ฝิ่น ทดแทน				49	ไม่มีข้อมูล	147	147	147	140		147
	ดำเนินการโดยภาครัฐ (ตามแผนงานของประเทศ)											147
	ดำเนินการโดยภาคประชาสังคม/องค์กรพัฒนาเอกชน											0
2)	จำนวนหน่วยบริการตามแผนงานแจกเข็มและอุปกรณ์ฉีดยาสะอาด (NSP)				39	49	42	36	38	42	16	17
	ดำเนินการโดยภาครัฐ (ตามแผนงานของประเทศ)											3
	ดำเนินการโดยภาคประชาสังคมองค์กรพัฒนาเอกชน											14
ข.	จำนวนพื้นที่ที่ดูแลรับผิดชอบทั่วประเทศ	.	.									89
1)	จำนวนพื้นที่รับผิดชอบดูแลงานการบำบัดด้วยสารอนุพันธ์ฝิ่นทดแทน (จังหวัด)											77
2)	จำนวนพื้นที่รับผิดชอบแผนงานแจกเข็มและอุปกรณ์ฉีดยาสะอาด (NSP)											12
3.8	ร้อยละของผู้ใช้ยา รายงานว่าใช้อุปกรณ์ฉีดยาสะอาดเมื่อฉีดยาครั้งสุดท้ายล่าสุด	.	.	82.0%	42.02%	77.68%		80.45%		95.30%	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
3.9	จำนวนการแจกเข็มสะอาดต่อคนต่อปีให้แก่ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีดยาตามแผนงานแจกเข็มและอุปกรณ์ฉีดยาสะอาด (NSP)	.	.	88.0			9.79	11.52	12.02	13.79	6.33	13.41

พันธสัญญาที่ 3 การป้องกันเอชไอวีในประชากรหลัก

เป้าหมายระดับโลก: ประชากรหลักไม่น้อยกว่า 90% เข้าถึงบริการป้องกันแบบผสมผสาน (โดยเฉพาะกลุ่มผู้หญิงที่มีอายุน้อย และเยาวชน)
(ประชากรหลัก: ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย, หญิงข้ามเพศ, พนักงานบริการทางเพศและลูกค้า, ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด และผู้ต้องขัง)

ตัวชี้วัด		GAM	UA	เป้าหมาย ประเทศ 2559	2552	2553	2554	2555	2556	2557	2558	2559	
3.10	ร้อยละของผู้ที่ใช้ยาด้วยวิธีฉีดที่ได้รับการบำบัดด้วยสารอนุพันธ์พันธุพันทดแทน (OST) ตัวหารคือคนที่ได้รับการบำบัดทั้งหมด	.									12.66%	15.46%	
	จำนวน										754	813	
คาดประมาณจำนวนผู้ใช้สารเสพติดประเภทฝิ่น(โดยวิธีการฉีดและไม่ฉีด) จำนวนผู้ได้รับสารทดแทนอนุพันธ์พัน (OST) (not required in 2016)													
ก. คาดประมาณจำนวนผู้ใช้สารเสพติดประเภทฝิ่น (โดยวิธีการฉีดและไม่ฉีด)			.		ไม่มีข้อมูล								
ข. จำนวนผู้ได้รับสารทดแทนอนุพันธ์พัน (OST)			.	4,500		2,201	2,612	3,735	4,068	3,646	5,956	5,258	
3.11	ร้อยละของพนักงานบริการที่ติดเชื้อซิฟิลิสระยะเฉียบพลัน		.		ค่ามัธยฐาน		0.26%	0.00%	0.00%	ไม่มีข้อมูล		ไม่มีข้อมูล	
					ค่าเฉลี่ย		0.62%	0.54%	0.69%	ไม่มีข้อมูล		ไม่มีข้อมูล	
3.12	ร้อยละของชายมีเพศสัมพันธ์กับชายติดเชื้อซิฟิลิสระยะเฉียบพลัน		.				NA	NA	24.36%	NA		ไม่มีข้อมูล	
3.13	แผนงานการให้บริการป้องกันเอชไอวีและรักษาผู้ติดเชื้อที่ให้กับผู้ต้องขังระหว่างถูกคุมขัง (ใหม่)												
	ก. ร้อยละของผู้ที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ต้องขัง												1.53%
	ข. ร้อยละของผู้ต้องขังติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีหรือมีโรคร่วมทั้งเอชไอวีและไวรัสตับอักเสบบี												ไม่มีข้อมูล
	ค. ร้อยละของผู้ต้องขังที่เป็นวัณโรคหรือมีโรคร่วมทั้งวัณโรคและเอชไอวี												0.64%
3.14	ความชุกของโรคไวรัสตับอักเสบบีและการเป็นโรคร่วมไวรัสตับอักเสบบีกับเอชไอวี ในกลุ่มประชากรหลัก (ใหม่)												
	ก.	ความชุกของโรคไวรัสตับอักเสบบีและการเป็นไวรัสตับอักเสบบีร่วมกับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลัก											ไม่มีข้อมูล

พันธสัญญาที่ 3 การป้องกันเอชไอวีในประชากรหลัก

เป้าหมายระดับโลก: ประชากรหลักไม่น้อยกว่า 90% เข้าถึงบริการป้องกันแบบผสมผสาน (โดยเฉพาะกลุ่มผู้หญิงที่มีอายุน้อย และเยาวชน)
 (ประชากรหลัก: ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย, หญิงข้ามเพศ, พนักงานบริการทางเพศและลูกค้า, ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด และผู้ต้องขัง)

ตัวชี้วัด			GAM	UA	เป้าหมาย ประเทศ 2559	2552	2553	2554	2555	2556	2557	2558	2559		
	•	พนักงานบริการทางเพศ (ชายและหญิง) (Sex Worker)											ไม่มีข้อมูล		
		ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM)												ไม่มีข้อมูล	
		ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID)												ไม่มีข้อมูล	
		หญิงข้ามเพศ												ไม่มีข้อมูล	
		ผู้ต้องขัง (นักโทษและผู้ถูกคุมขัง)												ไม่มีข้อมูล	
	ข.	ความชุกของโรคไวรัสตับอักเสบบีและการเป็นไวรัสตับอักเสบบี ร่วมกับการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มประชากรหลัก												ไม่มีข้อมูล	
		•	พนักงานบริการทางเพ (ชายและหญิง)(Sex Worker)												ไม่มีข้อมูล
			ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM)												ไม่มีข้อมูล
			ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID)												ไม่มีข้อมูล
			หญิงข้ามเพศ												ไม่มีข้อมูล
			ผู้ต้องขัง (นักโทษและผู้ถูกคุมขัง)												ไม่มีข้อมูล
3.15	จำนวนผู้ที่รับยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนสัมผัส เป็นครั้งแรก ในช่วงเวลาของการรายงาน (ใหม่)												1,224		
3.18	ร้อยละของผู้ที่ใช้ถุงยางอนามัยครั้งสุดท้ายเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอน ที่ไม่ใช่คู่สมรสหรือคู่ประจำใน 12 เดือนที่ผ่านมา (ใหม่)												ไม่มีข้อมูล		

พันธะสัญญาที่ 4 การจัดการความไม่เสมอภาคทางเพศ และยุติความรุนแรง/การเลือกปฏิบัติ

เป้าหมายระดับโลก: จัดความไม่เท่าเทียมทางเพศ ยุติความรุนแรงและการเลือกปฏิบัติทุกรูปแบบต่อผู้หญิง เด็กผู้หญิงที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและกลุ่มประชากรหลัก ภายในปี พ.ศ. 2563

หมวด	ตัวชี้วัด	GAM	UA	เป้าหมาย ประเทศ 2559	2552	2553	2554	2555	2556	2557	2558	2559
การ ตีตรา และ เลือก ปฏิบัติ	4.1 ร้อยละของชาย-หญิงอายุ 15-49 ปีที่รายงานทัศนคติการเลือกปฏิบัติต่อผู้ อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี	.		52.7%					ไม่มีข้อมูล		58.60%	ไม่มีข้อมูล
	4.2 การหลีกเลี่ยงการเข้ารับบริการเอชไอวีอันเนื่องมาจากการตีตราและเลือก ปฏิบัติในประชากรหลัก											คำถามไม่ สอดคล้อง
	ก. พนักงานบริการทางเพศที่หลีกเลี่ยงการเข้ารับบริการเอชไอวีอัน เนื่องมาจากการตีตราและเลือกปฏิบัติ											คำถามไม่ สอดคล้อง
	พนักงานบริการหญิงตัดสินใจไปเข้ารับบริการสุขภาพล่าช้าในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา											1.8%
	พนักงานบริการชายตัดสินใจไปเข้ารับบริการสุขภาพล่าช้าในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา											10.0%
	ข. การหลีกเลี่ยงการเข้ารับบริการเอชไอวีอันเนื่องมาจากการตีตราและ เลือกปฏิบัติในชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย											คำถามไม่ สอดคล้อง
	ชายมีเพศสัมพันธ์กับชายตัดสินใจไปเข้ารับบริการสุขภาพล่าช้าในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา											7.9%
	ค. การหลีกเลี่ยงการเข้ารับบริการเอชไอวีอันเนื่องมาจากการตีตราและ เลือกปฏิบัติในผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด											คำถามไม่ สอดคล้อง
	ง. การหลีกเลี่ยงการเข้ารับบริการเอชไอวีอันเนื่องมาจากการตีตราและ เลือกปฏิบัติในหญิงข้ามเพศ											คำถามไม่ สอดคล้อง
	หญิงข้ามเพศตัดสินใจไปเข้ารับบริการสุขภาพล่าช้าในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา											7.4%

พันธะสัญญาที่ 4 การจัดการความไม่เสมอภาคทางเพศ และยุติความรุนแรง/การเลือกปฏิบัติ

เป้าหมายระดับโลก: จัดความไม่เท่าเทียมทางเพศ ยุติความรุนแรงและการเลือกปฏิบัติทุกรูปแบบต่อผู้หญิง เด็กผู้หญิงผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและกลุ่มประชากรหลัก ภายในปี พ.ศ. 2563

หมวด	ตัวชี้วัด	GAM	UA	เป้าหมาย ประเทศ 2559	2552	2553	2554	2555	2556	2557	2558	2559
	จ. การหลีกเลี่ยงหรือการไปเข้ารับบริการด้านสุขภาพล่าช้าเนื่องจากกลัวการตีตราและเลือกปฏิบัติในผู้หญิงอยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่เคยตั้งครภ์											12.0%
ความรุนแรง	4.3 สัตว์ส่วนของสตรีอายุ 15-49 ปี ที่แต่งงานหรือมีคู่แล้วที่ถูกทำร้ายร่างกายหรือได้รับความรุนแรงทางเพศจากคู่นอนใน 12 เดือนที่ผ่านมา	.							ไม่มีข้อมูล			

พันธะสัญญาที่ 5 การป้องกันเอชไอวีในเยาวชน

เป้าหมายระดับโลก: 90% ของประชากรหนุ่มสาว มีทักษะ ความรู้และความสามารถในการป้องกันตนเองจากเอชไอวีและเข้าถึงบริการด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ได้ ภายในปี พ.ศ. 2563 เพื่อลดจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในกลุ่มวัยรุ่นหญิงและผู้หญิงให้ต่ำกว่า 100,000 คนต่อปี

หมวด	ตัวชี้วัด	GAM	UA	เป้าหมาย ประเทศ 2559	2552	2553	2554	2555	2556	2557	2558	2559
ความรู้เกี่ยวกับเอชไอวี	5.1 ร้อยละของเยาวชนชายและหญิงอายุ 15-24 ปีที่บอกวิธีการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีทางเพศสัมพันธ์ได้ถูกต้องและไม่เห็นด้วยกับความเชื่อผิดๆ เกี่ยวกับการรับและถ่ายถอดเชื้อฯ (ปี 59 ข้อมูลจาก MICS)	.	.		ไม่มีข้อมูล							43.3%
อนามัยการเจริญพันธุ์	5.2 ร้อยละของหญิงวัยเจริญพันธุ์ 15-49 ปี (ที่สมรสหรืออยู่กินฉันสามีภรรยา) ที่มีความต้องการวางแผนครอบครัวและคุมกำเนิดด้วยวิธีแบบใหม่ (MICS)	.										91.0%
	1.6 ร้อยละของเยาวชน (หญิง) อายุ 15 -24 ปี ติดเชื้อเอชไอวี (ไม่เป็นตัวชี้วัดปี 2559)	.	.	0.33%	0.58%	0.44%	0.44%	0.40%	0.43%	0.52%	0.43%	0.32%

พันธสัญญาที่ 8 การใช้จ่ายด้านเอดส์ ปิดช่องว่างทางทรัพยากร

เป้าหมายระดับโลก: เพิ่มการลงทุนในการดำเนินงานด้านเอชไอวี ให้ถึง 26,000 ล้านดอลลาร์สหรัฐ ภายในปี พ.ศ.2563

โดยให้ 1 ใน 4 เป็นค่าใช้จ่ายในด้านการป้องกัน และร้อยละ 6 เป็นค่าใช้จ่ายในการสร้างสถานะแวดล้อมทางสังคม

ตัวชี้วัด		GAM	UA	2552	2553	2554	2555	2556	2557	2558
8.1	ค่าใช้จ่ายด้านเอดส์ทั้งภายในและต่างประเทศจำแนกตามแผนงาน และแหล่งเงิน (ล้านบาท)	•		7,208.49	7,733.28	9,921.65	8,793.06	8,826.93	8,710.15	8,247.93
ก	ค่าใช้จ่ายในการจัดบริการการให้คำปรึกษาและตรวจหาเชื้อเอชไอวี	•		0.51%	0.47%	1.02%	0.96%	0.83%	1.78%	1.60%
ข	การรักษาด้วยยาต้านไวรัส	•		43.35%	39.63%	42.38%	36.01%	31.16%	50.33%	48.53%
ค	การติดตามผลการรักษาด้วยผลทางห้องปฏิบัติการ (CD4, VL, Cholesterol)	•		5.18%	8.81%	10.73%	10.70%	10.20%	10.25%	13.95%
ง	การรักษาและป้องกันในผู้ติดเชื้อเอชไอวี - วัณโรค(TB/HIV)	•		ไม่มีข้อมูล					0.24%	0.70%
จ	ค่าใช้จ่ายใน 5 หมวดหลัก ของการป้องกันเอชไอวีแบบผสมผสาน	•								
	1) ค่าใช้จ่ายในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในผู้หญิงและวัยรุ่นหญิง 10-24 ปี (เฉพาะในประเทศที่มีความชุกการติดเชื้อเอชไอวีสูง)									
	2) ค่าใช้จ่ายในการขลิบอวัยวะเพศชายโดยสมัครใจ (เฉพาะในประเทศที่มีความชุกการติดเชื้อเอชไอวีสูง)									
	3) ค่าใช้จ่ายในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีด้วยการให้ยาต้านไวรัสก่อนสัมผัสเชื้อ (PrEP) จำแนกตามกลุ่มประชากรหลัก			ไม่มีข้อมูล						
	4) ค่าใช้จ่ายเรื่องถุงยางอนามัย									
	• การส่งเสริมการมีและเข้าถึงถุงยางอนามัย			0.32%	0.00%	0.00%	0.37%	0.36%	0.02%	0.00%
	• ถุงยางอนามัย female condom			0.01%	0.01%	0.01%	0.05%	0.02%	NA	NA
	• การรณรงค์ทางสังคม (social marketing) เรื่องถุงยางอนามัย			0.00%	0.34%	0.45%	0.00%	0.00%	0.55%	0.37%

พันธะสัญญาที่ 8 การใช้จ่ายด้านเอดส์ ปิดช่องว่างทางทรัพยากร

เป้าหมายระดับโลก: เพิ่มการลงทุนในการดำเนินงานด้านเอชไอวี ให้ถึง 26,000 ล้าน ดอลลาร์สหรัฐ ภายในปี พ.ศ.2563

โดยให้ 1 ใน 4 เป็นค่าใช้จ่ายในด้านการป้องกัน และร้อยละ 6 เป็นค่าใช้จ่ายในการสร้างสภาวะแวดล้อมทางสังคม

ตัวชี้วัด		GAM	UA	2552	2553	2554	2555	2556	2557	2558	
5)	ค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานป้องกันในกลุ่มประชากรหลัก	•									
	• แผนงานป้องกันสำหรับพนักงานบริการและลูกค้า			0.05%	0.79%	0.68%	0.55%	0.51%	0.69%	0.05%	
	• แผนงานป้องกันสำหรับชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย			0.11%	0.71%	1.10%	0.76%	0.94%	0.69%	0.77%	
	• แผนงานป้องกันสำหรับหญิงข้ามเพศ								0.02%	0.02%	
	• แผนงานลดอันตรายจากการใช้ยาสำหรับผู้ใช้ยาเสพติดวิธีฉีด			0.50%	0.24%	0.71%	0.58%	0.44%	0.24%	0.32%	
	• แผนงานป้องกันสำหรับผู้ต้องขัง			ไม่มีข้อมูล							
6)	ค่าใช้จ่ายในการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก	•		1.82%	0.98%	0.85%	0.80%	0.82%	0.50%	0.43%	
7)	ค่าใช้จ่ายต่อปัจจัยแวดล้อมสนับสนุน	•		0.12%	1.60%	1.70%	0.93%	1.48%	0.44%	0.25%	
8)	ค่าใช้จ่ายในการให้เงินช่วยเหลือ(cash) กับเด็กผู้หญิงและสตรี	•		ไม่มีข้อมูล							

พันธสัญญาที่ 10 การจักระบบบริการเอชไอวีและโรคร่วมแบบบูรณาการ

เป้าหมายระดับโลก: จักระบบบริการเอชไอวีและโรคร่วม (วัณโรค มะเร็งปากมดลูก ไวรัสตับอักเสบบี และซี) แบบบูรณาการ โดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง เพื่อพัฒนาระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

หมวด	ตัวชี้วัด	GAM	UA	เป้าหมาย ชาติ 2559	2552	2553	2554	2555	2556	2557	2558	2559
เอชไอวีและ วัณโรค	10.1 ร้อยละของจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นวัณโรคตามการคาดประมาณ ได้รับการรักษาทั้งวัณโรคและเอชไอวี	.	.	50.00%	25.5%	26.1%	36.2%	27.8%	38.4%	39.1%	35.9%	30.0%
	- จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ หรือเป็นซ้ำเริ่มรับการรักษาวัณโรคในช่วงเวลารายงาน ที่ได้รับยาต้านไวรัสแล้วหรือเริ่มยาต้านไวรัสในระหว่างรับการรักษาวัณโรค ภายในปีที่รายงาน	.	.				4,669	3,591	4,619	4,691	5,389	4,495
	10.2 จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นวัณโรคระยะแพร่กระจายที่เข้ารับการรักษา ในช่วงเวลารายงาน	.	.						ไม่มีข้อมูล			14.0%
	10.3 ร้อยละของผู้ป่วยเริ่มรับการรักษาวัณโรคระยะแฝง ในช่วงเวลารายงาน	.	.						ไม่มีข้อมูล			
โรคติดต่อ ทาง เพศสัมพันธ์ อื่นๆ	10.4 จำนวนชายที่ตรวจพบสิ่งคัดหลั่งจากท่อปัสสาวะใน 12 เดือนที่ผ่านมา	.	.						ไม่มีข้อมูล			
	10.5 อัตราการตรวจพบโรคหนองในแท้ (gonorrhea) ของผู้ชายในประเทศ โดยวิธีการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่มีศักยภาพในการวินิจฉัย (ใหม่)	.	.									
ไวรัสตับ อักเสบบี และซี	10.6 ร้อยละ (สัดส่วน)ของผู้อยู่ร่วมกับการดูแลรักษาเอชไอวีที่เริ่มรับยาต้านไวรัสได้รับการตรวจหาไวรัสตับอักเสบบี	.	.									ไม่มีข้อมูล
	10.7 ร้อยละ (สัดส่วน)ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและไวรัสตับอักเสบบีที่ได้รับการรักษาควบคู่กันอยู่	.	.									ไม่มีข้อมูล
	10.8 ร้อยละ (สัดส่วน)ของผู้อยู่ร่วมกับการดูแลรักษาเอชไอวีที่เริ่มรับยาต้านไวรัสได้รับการตรวจหาไวรัสตับอักเสบบี	.	.									ไม่มีข้อมูล
	10.9 ร้อยละ (สัดส่วน) ของผู้อยู่ร่วมกับการดูแลรักษาเอชไอวีและไวรัสตับอักเสบบีเริ่มรับการรักษาไวรัสตับอักเสบบี ในช่วงระยะเวลาที่กำหนด (เช่น 12 เดือน)	.	.									
มะเร็งปาก มดลูก	10.1 การคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกในผู้หญิงที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี (ใหม่)	.	.									ไม่มี ข้อมูล