

ประเทศไทย

ยุติปัญหาเอดส์



รายงานความก้าวหน้าของประเทศไทย
ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ปี พ.ศ. 2558



คณะกรรมการแห่งชาติ
ว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์
NATIONAL AIDS COMMITTEE

รายงานความก้าวหน้าของประเทศไทย
ในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเอดส์
รอบปีพ.ศ. 2558



ความนำ

ประเทศไทยได้ให้คำมั่นสัญญาตามข้อตกลงของปฏิญญาทางการเมืองเรื่องเอชไอวีและเอดส์ในที่ประชุมใหญ่สหประชาชาติพ.ศ. 2554 (Political Declaration on HIV/AIDS in 2011) ที่จะมุ่งมั่นในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์รวมทั้งแสดงเจตน์จำนงต่อวิสัยทัศน์ “มุ่งสู่เป้าหมายที่เป็นศูนย์” ได้แก่ 1) ไม่มีผู้ติดเชื้อรายใหม่ 2) ไม่มีการตายเนื่องจากเอดส์และ 3) ไม่มีการตีตราและเลือกปฏิบัติ โดยแผนยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ (พ.ศ. 2557-2559) กำหนดเป้าหมายเมื่อสิ้นปี พ.ศ. 2559 จะลดผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ลงสองในสาม ลดการติดเชื้อทารกเมื่อแรกเกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีให้เหลือน้อยกว่าร้อยละ 2 ลดการเสียชีวิตจากเอดส์ลงครึ่งหนึ่ง และลดการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อและกลุ่มประชากรหลักที่มีความเปราะบางลงครึ่งหนึ่งจากเดิม

นอกจากนี้คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ได้เห็นชอบกับนโยบายการยุติปัญหาเอดส์ประเทศไทยภายในปี พ.ศ. 2573 เมื่อวันที่ 28 พฤศจิกายน พ.ศ. 2557 ซึ่งมีเป้าหมายที่จะยุติปัญหาเอดส์ ดังนี้ 1) ไม่มีเด็กแรกเกิดติดเชื้อเอชไอวี 2) การติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่น้อยกว่าปีละ 1,000 คน 3) ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีทุกคนเข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและ 4) ไม่มีการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและประชากรหลักที่มีภาวะเปราะบางต่อการติดเชื้อเอชไอวี ทั้งนี้ได้กำหนดให้องค์กรทุกระดับทั้งส่วนกลาง เขตและพื้นที่ ร่วมกันระดมทรัพยากรและรับผิดชอบให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว นอกจากนี้ยังได้พัฒนาเครื่องมือที่สำคัญๆและจัดทำแผนปฏิบัติการเร่งรัดการยุติปัญหาเอดส์ประเทศไทยปี พ.ศ. 2558 –2562 โดยใช้ยุทธศาสตร์เอดส์ชาติเป็นกรอบหลักในการกำหนดเป้าหมายกิจกรรมหลักหรือวิธีการดำเนินงาน ซึ่งมุ่งเน้นการเชื่อมโยงและผสมผสานการดำเนินงานด้านการป้องกันให้ต่อเนื่องกับงานด้านการรักษา ตั้งแต่การเข้าถึงบริการป้องกัน การเข้าสู่ระบบบริการ การตรวจวินิจฉัย การรักษาและการคงอยู่ในระบบ (R-R-T-T-R) ในกลุ่มประชากรหลัก เพื่อใช้เป็นแนวทางหลักในการดำเนินงานในทุกๆระดับ ทั้งระดับประเทศ เขตและจังหวัด เพื่อให้ประเทศไทยสามารถบรรลุเป้าหมายการยุติปัญหาเอดส์ให้ได้ภายในปี พ.ศ. 2573

รายงานความก้าวหน้าระดับประเทศในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ปี พ.ศ. 2558 ฉบับนี้ เป็นการรายงานความก้าวหน้าครั้งที่ 8 ของประเทศไทย นับตั้งแต่มีการรายงานครั้งแรกในปี พ.ศ. 2545 ตามข้อตกลงของปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องเอชไอวี/เอดส์ในที่ประชุมใหญ่สหประชาชาติ รายงานฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์โดยได้รับความร่วมมือจากองค์กรและภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคประชาสังคม องค์กรพัฒนาเอกชน ภาควิชาการ องค์กรระหว่างประเทศ และผู้แทนจากเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์แห่งประเทศไทยเข้ามามีส่วนร่วมที่จะตอบคำถามตามตัวชี้วัดที่กำหนด โดยร่วมกันทำหน้าที่รวบรวมข้อมูลการดำเนินงานในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 และร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลและแปลผล รวมทั้งการร่างรายงานภาคบรรยายจนกระทั่งเสร็จสมบูรณ์ รายงานความก้าวหน้าฉบับนี้เป็นรายงานระดับประเทศที่ได้ผ่านการพิจารณาและได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการระดับประเทศด้านข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์แล้ว

สารบัญ

ความนำ	I
สารบัญ	II
สารบัญตารางและแผนภูมิ	III
คำย่อ	IV
สรุปความก้าวหน้าของประเทศไทยในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในปี พ.ศ. 2557	8
1. สถานการณ์การระบาดของเชื้อเอชไอวี/เอดส์	10
2. ยุทธศาสตร์เอดส์ชาติและการตอบสนองต่อปัญหาเอดส์ของประเทศไทย	13
3. ความก้าวหน้าของประเทศไทยในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ตามเป้าหมายระดับโลก	16
เป้าหมายที่ 1: ลดการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีผ่านการมีเพศสัมพันธ์	16
เป้าหมายที่ 2: ลดการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด	31
เป้าหมายที่ 3: จัดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกหมดไป	36
เป้าหมายที่ 4: การรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ	40
เป้าหมายที่ 5: ลดการเสียชีวิตจากวัณโรคในผู้ติดเชื้อเอชไอวี	43
เป้าหมายที่ 6: งบประมาณค่าใช้จ่ายในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์มีเพียงพอ	46
เป้าหมายที่ 7: จัดความเหลื่อมล้ำทางเพศ	51
เป้าหมายที่ 8: จัดการติตราและเลือกปฏิบัติ	57
เป้าหมายที่ 9: จัดการกีดกันการเดินทางของผู้ติดเชื้อเอชไอวี	61
เป้าหมายที่ 10: สร้างเสริมความเข้มแข็งของการบูรณาการเอชไอวี	61
4. ภาพรวม: ข้อมูลตัวชี้วัดความก้าวหน้าในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศไทย ระหว่างปี พ.ศ.2552-2557	63

สารบัญตารางและแผนภูมิ

ตารางที่ 1	จำนวนการคาดประมาณของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้เสียชีวิตจากเอดส์ในประเทศไทย	10
รูปที่ 1	การคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่บนพื้นฐานของการตอบสนองต่อเอชไอวีในปัจจุบัน	11
รูปที่ 2	การคาดประมาณจำนวนผู้เสียชีวิตจากเอดส์บนพื้นฐานของการตอบสนองต่อเอชไอวี/เอดส์ในปัจจุบัน	12
รูปที่ 3	กรอบแนวคิดแผนยุทธศาสตร์เอดส์ชาติ (พ.ศ. 2557-2557) และแผนปฏิบัติการยุติปัญหาเอดส์ (พ.ศ. 2558-2562)	15
รูปที่ 4	ร้อยละของผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด ที่รายงานว่าใช้เข็มและอุปกรณ์ฉีดยาที่สะอาดเมื่อฉีดยาครั้งสุดท้าย	32
รูปที่ 5	ร้อยละของผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด ที่ได้รับการตรวจเอชไอวีและทราบผลตรวจในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา	32
รูปที่ 6	ร้อยละของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อทั้งเด็กและผู้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ	38

คำย่อ

ภาษาไทย

กลุ่มประชากรหลัก:	กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย พนักงานบริการ ผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีด
กองทุนโลก:	กองทุนโลกเพื่อต่อสู้กับเอดส์ วัณโรค และมาลาเรีย
คชปอ:	คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์
สปสช:	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ภาษาอังกฤษ

AEM:	AIDS Epidemic Model (ตัวแบบจำลองการระบาดของ การติดเชื้อเอชไอวี)
AIDS:	Acquired immunodeficiency syndrome (โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง)
ANC:	Antenatal care (คลินิกฝากครรภ์)
ART:	Anti-retroviral therapy (การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี)
ARV:	Anti - retroviral drugs (ยาต้านไวรัสเอชไอวี)
ASO:	AIDS-response Standard Organization (มาตรฐานการป้องกันและบริหารจัดการ ด้านเอดส์ในสถานประกอบกิจการ)
BATS:	Bureau of AIDS, TB and STIs (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์)
BSS:	Behavioural surveillance survey (การสำรวจเฝ้าระวังพฤติกรรม)
CHAMPION:	The project entitled: Comprehensive HIV Prevention among Most at Risk Populations by Promoting integrated Outreach and Networking (ชื่อโครงการ ป้องกันการติดเชื้อในกลุ่ม MSM, FSW, PWID ผู้ต้องขัง และแรงงานข้ามชาติ)
CSO:	Civil Society organization (ภาคประชาสังคม)
FSW:	Female sex workers (พนักงานบริการหญิง)
HCT:	HIV counseling and testing (การให้บริการปรึกษาและตรวจการติดเชื้อเอชไอวี)
HIV:	Human immunodeficiency virus (เชื้อไวรัสที่ทำให้เกิดภูมิคุ้มกันบกพร่อง)
HSS:	HIV sentinel sero-surveillance (การเฝ้าระวังความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี)
IBBS:	Integrated biological and behavioural surveillance (ระบบเฝ้าระวังบูรณาการการ ติดเชื้อเอชไอวี/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อ)
Joint KPI:	Joint Key performance indicator (ตัวชี้วัดระหว่างกระทรวงที่มีเป้าหมายร่วมกัน)

LAO:	Local administrative organization (องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น)
M&E:	Monitoring and evaluation (การติดตามและประเมินผล)
MHW:	Migrant health worker (พนักงานงานสาธารณสุขข้ามชาติ)
MW:	Migrant worker (แรงงานข้ามชาติ)
MMT:	Methadone maintenance therapy (การบำบัดรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาว)
MOL:	Ministry of Labour (กระทรวงแรงงาน)
MOPH:	Ministry of Public Health (กระทรวงสาธารณสุข)
MSDHS:	Ministry of Social Development and Human Security (กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์)
MSM:	Men who have sex with men (ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย)
MSW:	Male sex workers (พนักงานบริการชาย)
NAC:	National AIDS Committee (คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไข ปัญหาเอดส์)
NAP:	Software for treatment and care for PLHIV: National AIDS Programme (โปรแกรมบันทึกข้อมูลการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี)
NASP:	National AIDS strategic plan (ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไข ปัญหาเอดส์)
NCPI:	National commitment and policy instrument (เครื่องมือการวัดดัชนีรวมนโยบาย การป้องกันและแก้ไขปัญหเอดส์)
NFM:	New funding model (การให้ทุนสนับสนุนการดำเนินงานของกองทุนโลกรูปแบบ ใหม่ ที่บูรณาการ 3 โรค เอชไอวี วัณโรค และมาลาเรีย)
NGO:	Non-governmental organization (องค์กรเอกชน)
NHSO:	National Health Security Office (สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ)
NSP:	Needle and syringe programme (โครงการเข็มและอุปกรณ์ฉีดยาเสพติด)
OSCC:	One Stop Crisis Center (ศูนย์พึ่งได้)
PCR:	Polymerase chain reaction (ชื่อวิธีการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี)
PHAMIT:	The project entitled: Prevention of HIV and AIDS among Migrant in Thailand (ชื่อโครงการป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย)

PHIMS:	Perinatal HIV information monitoring system (ระบบข้อมูลติดตามการติดเชื้อเอชไอวีในช่วงตั้งครรภ์ การคลอด และหลังคลอด)
PICT:	Provider initiated counseling and testing (การให้บริการปรึกษาและตรวจการติดเชื้อเอชไอวี โดยการริเริ่มจากผู้ให้บริการสุขภาพ)
PLHIV:	People living with HIV and AIDS (ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี /ผู้ติดเชื้อเอชไอวี)
PMTCT:	Prevention of mother-to-child HIV transmission (การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก)
PSI:	Population services international
PWID:	People who inject drugs (ผู้ฉีดยาเสพติดด้วยวิธีการฉีด)
RH:	Reproductive Health (อนามัยการเจริญพันธุ์)
RDS:	Respondent driven sampling (วิธีการสุ่มตัวอย่างเพื่อรวบรวมข้อมูลผ่านเครือข่ายทางสังคม)
RHIS:	Routine HIV information system (ระบบข้อมูลการติดตามบริการประจำที่บูรณาการ/เชื่อมโยงงานบริการป้องกันในชุมชน และบริการดูแลรักษาในสถานพยาบาล)
RIHIS:	Routine integrated HIV information system (ระบบข้อมูลการติดตามการดำเนินงานด้านเอชไอวีแบบบูรณาการ)
S&D:	Stigma and discrimination (การตีตราและเลือกปฏิบัติ)
STI:	Sexually transmitted infection (โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์)
TB:	Tuberculosis (วัณโรค)
TBCA:	Thailand Business Coalition on AIDS (สมาคมแนวร่วมภาคธุรกิจไทยต้านภัยเอดส์)
TG:	Transgender people (สาวประเภทสอง)
TUC:	Thailand MoPH-US CDC Collaboration (ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐด้านสาธารณสุข)
UNAIDS:	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (โครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ)
UNGASS:	United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS (การประชุมใหญ่สหประชาชาติวาระพิเศษเกี่ยวกับ HIV/AIDS)
UNICEF:	United Nations Children Fund (กองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ)

UNWOMEN:	United Nation Women (องค์การสตรีสากล)
USAID:	United States Agency for International Development (องค์การความร่วมมือระหว่างประเทศสหรัฐอเมริกา)
VCT:	Voluntary counseling and testing (การให้บริการปรึกษาและตรวจการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ)
WHO:	World Health Organization (องค์การอนามัยโลก)
WLHIV:	Women living with HIV (ผู้หญิงที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี)

สรุปความก้าวหน้าของประเทศไทยในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในปี พ.ศ. 2557

 REDUCE SEXUAL TRANSMISSION		เป้าหมายที่ 1: การดำเนินงานมีความก้าวหน้ามากขึ้นแต่ยังไม่ครอบคลุมเพียงพอที่จะส่งผลให้บรรลุเป้าหมายในเชิงผลกระทบได้ตามต้องการโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสอง จำเป็นต้องเพิ่มความพยายามและเพิ่มทรัพยากรการลงทุน ในการดำเนินงานให้มากขึ้น เพื่อเร่งรัดขยายความครอบคลุมบริการนอกจากนั้นการปรับปรุงแผนงาน ออกแบบวิธีการให้บริการใหม่เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย 90-90-90 ในกลุ่มประชากรหลักรวมถึงในกลุ่มแรงงานข้ามชาติกลุ่มประชากรหลักที่มีอายุน้อย กลุ่มพนักงานบริการที่ไม่มีหลักแหล่ง (non venue) มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องปรับการดำเนินงานที่เฉพาะเจาะจง ตรงกับความต้องการและบริบทของกลุ่มเป้าหมายนั้น
 PREVENT HIV AMONG DRUG USERS		เป้าหมายที่ 2: มีความคืบหน้าเกี่ยวกับความชัดเจนเชิงนโยบายของรัฐที่มีการสนับสนุนดีขึ้นในการดำเนินงาน ลดอันตรายจากการใช้ยา ในขณะที่ยังคงมีการใช้ยาเสพติด มีวิวัฒนาการอย่างรวดเร็วและมีความหลากหลายมากขึ้น ดังนั้นจะต้องเร่งรัดดำเนินการลดอันตรายจากการใช้ยา ที่รวมถึง การบำบัดด้วยสารทดแทนฝิ่น และการบริการเข็มและอุปกรณ์ฉีดยาสะอาด อย่างรวดเร็วและสอดคล้องกับความต้องการและบริบทของแต่ละพื้นที่
 ELIMINATE NEW HIV INFECTIONS AMONG CHILDREN		เป้าหมายที่ 3: ประเทศไทยเป็นหนึ่งในกลุ่มประเทศแรกของโลกที่จะขจัดปัญหาการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกได้สำเร็จ อัตราการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกในปี 2557 เท่ากับร้อยละ 2.1 แสดงถึง ประเทศไทยจะสามารถบรรลุเป้าหมายได้ตามที่กำหนดไว้
 15 MILLION ACCESSING TREATMENT		เป้าหมายที่ 4: ประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศแรกของภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิกที่กำหนดนโยบายและตั้งเป้าหมายให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสแก่ผู้ติดเชื้อโดยไม่คำนึงถึงระดับ CD4 ซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็นต้องดำเนินการ คือ การให้บริการรักษาด้วยยาต้าน ในกลุ่มประชากรหลักแต่เนิ่นๆและปรับปรุงระบบบริการ เพื่อให้กลุ่มแรงงานข้ามชาติที่ติดเชื้อ ได้เข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัส
 AVOID TB DEATHS		เป้าหมายที่ 5: ประเทศไทยมีความก้าวหน้าอย่างมาก ในการดำเนินงาน TB/HIV แต่ยังคงมีความจำเป็นที่จะต้องปรับปรุงงานที่สำคัญ ได้แก่ การบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ในผู้ป่วย TB/HIV การติดตามและปรับปรุงการจัดบริการคัดกรอง HIV และ/หรือผู้ป่วย TB แต่เนิ่นๆ รวมทั้งการป้องกันไม่ให้อุบัติการณ์ TB/HIV หลุดออกจากระบบบริการป้องกันและดูแลรักษาที่ต่อเนื่องระหว่าง TB และ HIV
 CLOSE THE RESOURCE GAP		เป้าหมายที่ 6: ประเทศไทยได้มีการระดมทรัพยากรภายในประเทศมากขึ้นเพื่อรองรับนโยบายยุติปัญหาเอดส์ประเทศไทย การสนับสนุนให้มีการดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งจำเป็น สำหรับการเตรียมความพร้อมในการเปลี่ยนผ่านไปสู่การพึ่งพาตนเองและเกิดความยั่งยืนในการดำเนินงาน โดย การทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่องของภาคประชาสังคม (CSO) และชุมชน ในการจัดบริการป้องกันที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มประชากรหลัก

 ELIMINATE GENDER INEQUALITIES		เป้าหมายที่ 7: มีความก้าวหน้าด้านการสนับสนุนและขับเคลื่อนของภาคประชาสังคม และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับประเด็นเพศสภาวะในกลุ่มสาวประเภทสอง ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย และผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทยจำเป็นต้องจัดการโดยคำนึงถึงความอ่อนไหวทางเพศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการบริการ ตรวจเลือดเอชไอวี การป้องกัน การรักษาและการดูแลโดยมีนโยบายที่เหมาะสม และมีการควบคุมคุณภาพบริการด้วยการทำงานร่วมกันกับภาคประชาสังคม ชุมชนอย่างมีความหมาย
 ELIMINATE STIGMA AND DISCRIMINATION		เป้าหมายที่ 8: มีการดำเนินงาน แก้ไข ปรับปรุงกฎหมายนโยบาย เพื่อลดอุปสรรค การดำเนินงาน ได้แก่ การตรวจเอชไอวีในเยาวชน โดยไม่จำเป็นต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง นโยบายการลดอันตรายจากการใช้ยา และนโยบายการดูแลสุขภาพแรงงานข้ามชาติ มีการพัฒนาและขยายมาตรการดำเนินงานเพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ และประเทศไทยกำลังวางแผนดำเนินงานปรับทัศนคติในสังคมให้มองเอชไอวีเป็นเรื่องปกติ ซึ่งถือเป็นมาตรการสำคัญในการสร้างสถานะแวดล้อมให้อึดต่อดำเนินงาน
 ELIMINATE TRAVEL RESTRICTIONS		เป้าหมายที่ 9: ประเทศไทยไม่มีข้อจำกัดการเดินทางของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
 STRENGTHEN HIV INTEGRATION		เป้าหมายที่ 10: การออกแบบบริการที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ใหม่สามารถเป็นตัวอย่างสำหรับการบูรณาการงานทางสุขภาพทั่วโลก โดยผ่านการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ (task-shifting) และการแบ่งบทบาทหน้าที่การทำงาน (task-sharing) ในการทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่าย ใหม่ ระหว่าง ระหว่างภาครัฐ ภาคประชาสังคมและภาคเอกชน

1. สถานการณ์การระบาดของเอชไอวี

ภาระโรคของเอชไอวี

จากการคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้เสียชีวิตจากเอดส์ ในประเทศไทยพบว่าในปี พ.ศ. 2557 มีผู้ติดเชื้อรายใหม่จำนวนทั้งหมด 7,816 คน ผู้เสียชีวิตจากเอดส์จำนวน 20,492 คน และมีผู้ติดเชื้อ(ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี) จำนวน 445,504 คน ในกลุ่มผู้ติดเชื้อผู้ใหญ่ ร้อยละ 39 เป็นผู้หญิง และในกลุ่มผู้ติดเชื้อที่เป็นเด็ก ร้อยละ 47 เป็นเด็กผู้หญิง

ตารางที่ 1 จำนวนคาดประมาณผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้เสียชีวิตจากเอดส์ในประเทศไทย (พ.ศ. 2543-2557)

จำนวนคาดประมาณ	2543	2548	2553	2555	2557
จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ทั้งหมด	29,619	16,014	10,215	8,877	7,816
● จำนวนผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อรายใหม่*	28,241	15,266	10,011	8,719	7,965
- เป็นผู้หญิง*	15,716	7,237	3,294	2,576	1,944
● จำนวนเด็กที่ติดเชื้อรายใหม่	1,378 [#]	748 [#]	204 [@]	158 [@]	121 [@]
- เป็นเด็กผู้หญิง	669 [#]	363 [#]	99 [@]	76 [@]	59 [@]
จำนวนผู้เสียชีวิตจากเอดส์ทั้งหมด	55,531	31,211	20,670	20,447	20,492
● จำนวนผู้ใหญ่ที่เสียชีวิตจากเอดส์*	55,079	30,805	20,422	20,270	20,325
- เป็นผู้หญิง*	12,036	7,153	6,079	6,166	6,127
● จำนวนเด็กที่ติดเชื้อรายใหม่	452 [#]	406 [#]	248 [@]	207 [@]	167 [@]
- เป็นเด็กผู้หญิง	221 [#]	199 [#]	133 [@]	114 [@]	94 [@]
จำนวนผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวีทั้งหมด	683,841	555,808	493,932	471,811	445,504
● จำนวนผู้ใหญ่ที่อยู่ร่วมกับเอชไอวี*	676,005	544,743	485,646	464,086	438,629
- เป็นผู้หญิง*	217,860	212,351	199,978	198,013	172,454
● จำนวนเด็กที่อยู่ร่วมกับเอชไอวี	7,836 [#]	11,065 [#]	8,286 [@]	7,725 [@]	6,875 [@]
- เป็นเด็กผู้หญิง	3,843 [#]	5,428 [#]	3,998 [@]	3,697 [@]	3,262 [@]
จำนวนประชากรทั้งหมด (ล้านคน)	60.6	63.1	63.9	64.5	65.1

* คาดประมาณโดยใช้ AEM สำหรับผู้ใหญ่ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปในปีพ.ศ. 2555,

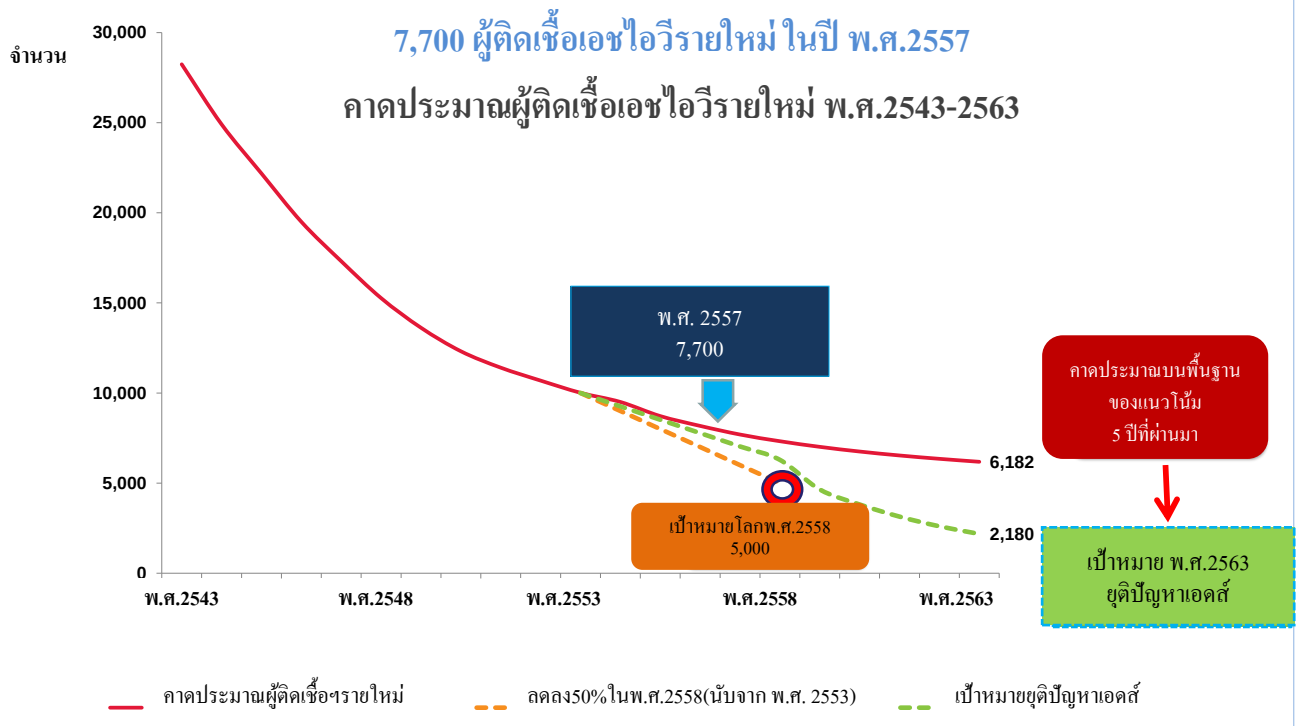
[#] คาดประมาณโดยใช้ Spectrum สำหรับเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี ในปีพ.ศ. 2556,

[@]คาดประมาณโดยใช้ Spectrum ในปีพ.ศ.2557

การติดเชื้อรายใหม่ลดลง แต่ยังไม่ถึงเป้าหมายระดับประเทศและระดับโลก

การติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในผู้ใหญ่ยังคงลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่อยู่ในอัตราที่ช้าลง ในช่วงปี พ.ศ. 2543-2553 โดยการติดเชื้อรายใหม่ลดลงร้อยละ 66 แต่ในปี พ.ศ.2557 การติดเชื้อรายใหม่ลดลงเพียงร้อยละ 23 เท่านั้น นับจากปี พ.ศ.2553 ซึ่งการลดลงนี้ยังต่ำกว่าเป้าหมายระดับประเทศที่กำหนดให้ลดลง 2 ใน 3 หรือเป้าหมายระดับโลกที่กำหนดลดลงร้อยละ 50

รูปที่ 1.การคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่บนพื้นฐานของการตอบสนองต่อเอชไอวีในปัจจุบัน



การจัดปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีในเด็กใกล้บรรลุเป้าหมาย

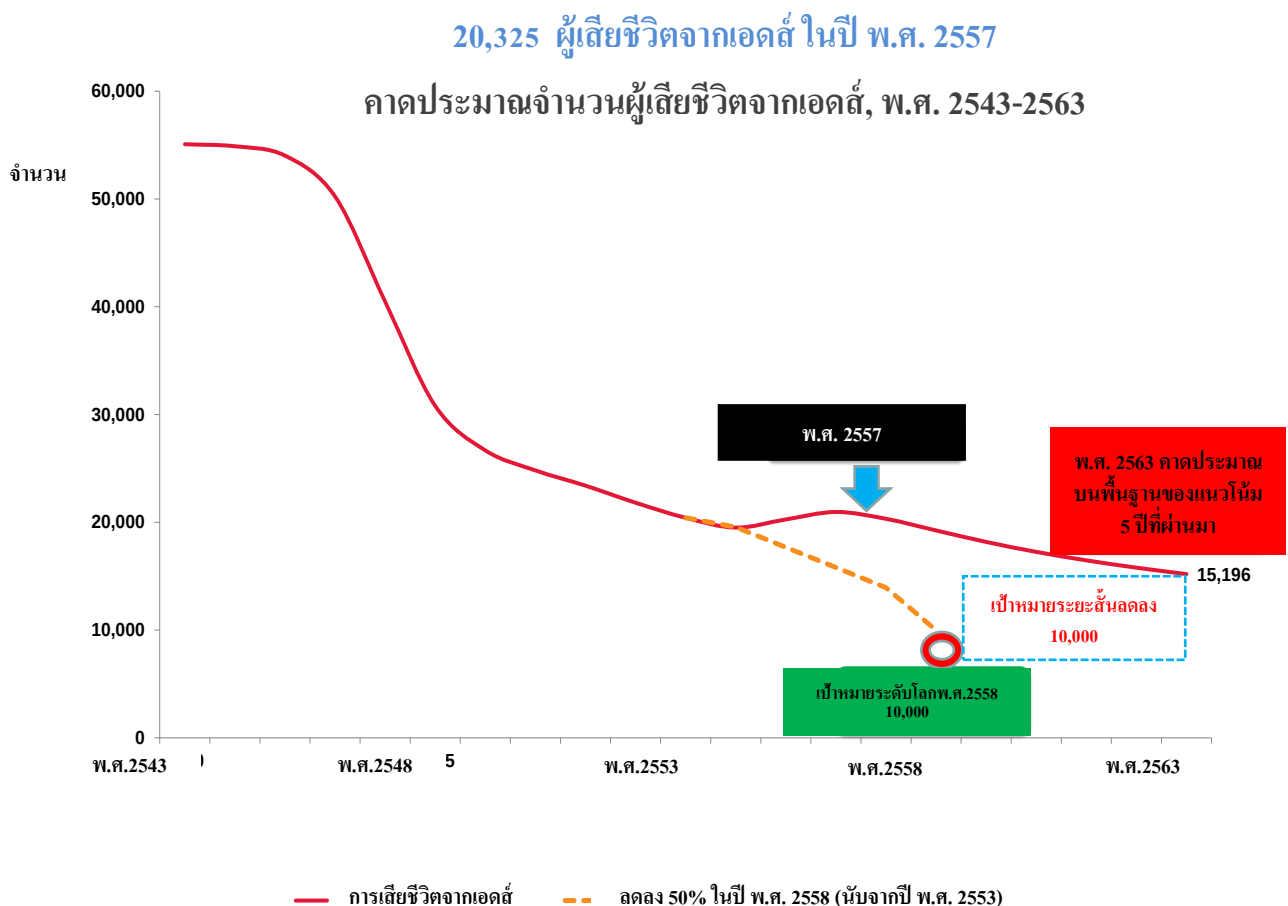
ความก้าวหน้าของการจัดปัญหาการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกในปี พ.ศ.2557 มีเด็กทารกเกิดใหม่ที่คาดว่าจะได้รับเชื้อจากแม่จำนวน 121 คน คิดเป็นอัตราการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกร้อยละ 2.1 ซึ่งลดลงร้อยละ 41 เมื่อเปรียบเทียบกับปี พ.ศ. 2553 แสดงให้เห็นว่า ประเทศไทยใกล้จะประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ในปี พ.ศ. 2559 และประเทศไทยจะเป็นหนึ่งในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ระดับปานกลางกลุ่มแรกของโลกที่จะสามารถจัดปัญหาการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกได้สำเร็จ

การเสียชีวิตจากเอดส์ยังคงไม่เปลี่ยนแปลงในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา

จากการคาดประมาณจำนวนผู้เสียชีวิตจากเอดส์พบว่า ลดลงอย่างรวดเร็วในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2543-2553 ลดลงถึงร้อยละ 63 (จาก 55,531 คน เป็น 20,670 คน) และยังคงที่ไม่เปลี่ยนแปลงจนถึงปี พ.ศ. 2557 (20,492 คน) ซึ่งข้อมูลเหล่านี้แสดงให้เห็นว่า โครงการการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ (ART)

ซึ่งเริ่มในช่วงต้นทศวรรษ พ.ศ. 2543 และขยายการดำเนินงานอย่างรวดเร็ว ช่วยลดจำนวนการเสียชีวิตจากเอดส์นับจากนั้นเป็นต้นมา อย่างไรก็ตาม แม้ว่าความครอบคลุมของการให้ยาต้านไวรัสยังคงเพิ่มขึ้นในช่วงปี พ.ศ. 2553-2557 แต่ผู้ติดเชื้อ จำนวนมากยังไม่ทราบสถานะการติดเชื้อ ของตนเองและเข้ามารับการรักษาล่าช้า ทำให้ประสิทธิผลของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสลดลง นอกจากนี้ความครอบคลุมของการคัดกรองโรคติดเชื้อร่วม เช่น วัณโรคไม่ได้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้น สัดส่วนผู้ที่เสียชีวิตจากเอดส์ ภายใน 6 เดือนแรกหลังจากได้รับการวินิจฉัยจึงยังคงมีมากอย่างมีนัยสำคัญ ถึงแม้ว่าจะได้เข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสแล้วก็ตาม

รูปที่ 2. การคาดประมาณจำนวนผู้เสียชีวิตจากเอดส์ บนพื้นฐานของการตอบสนองต่อเอชไอวี/เอดส์ในปัจจุบัน



2. ยุทธศาสตร์เอดส์ชาติและการตอบสนองต่อปัญหาเอดส์ของประเทศไทย

ประเทศไทยมีความมุ่งมั่นที่จะยุติปัญหาเอดส์ให้ได้ภายในปี พ.ศ. 2573 คณะรัฐมนตรีและคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ (NAC) ได้อนุมัติแผนยุทธศาสตร์เอดส์ชาติ (NASP) พ.ศ. 2557-2559 ซึ่งปรับมาจากแผนยุทธศาสตร์เอดส์ชาติเดิม พ.ศ. 2555 – 2559 โดยปรับกลยุทธ์และเพิ่มมาตรการที่จะช่วยให้ประเทศไทยสามารถบรรลุเป้าหมายการยุติปัญหาเอดส์ภายในปี พ.ศ. 2573 แผนปฏิบัติการยุติปัญหาเอดส์ของประเทศไทย พ.ศ. 2558-2562 ได้รับการพัฒนาและได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ (NAC) เมื่อเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2557 ประเทศไทยได้ดำเนินการรักษาด้วยยาต้านไวรัสตามแนวทางใหม่ โดยให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสกับผู้ติดเชื้อทุกคนโดยไม่คำนึงถึงระดับ CD4 ทั่วประเทศมาตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2557

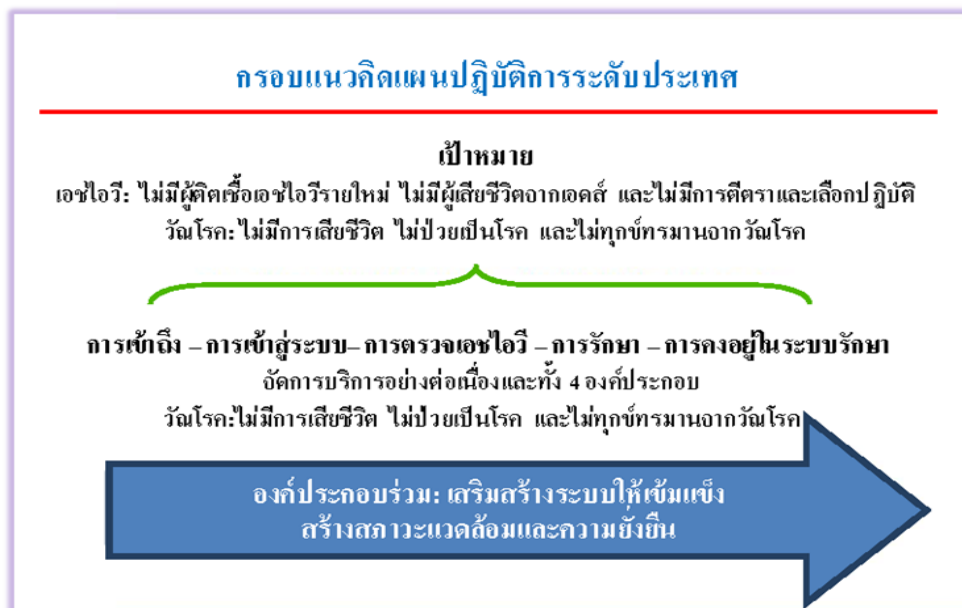
แผนยุทธศาสตร์เอดส์ชาติ (พ.ศ. 2557-2559) กำหนดทิศทางยุทธศาสตร์หลักไว้ 2 ทิศทางคือ 1) นวัตกรรมและการเปลี่ยนแปลง และ 2) การเพิ่มประสิทธิภาพและการผนึกรวม เพื่อให้มาตรการและแผนงานปัจจุบันให้มีคุณภาพ เข้มข้นและมีความยั่งยืน โดยมีแนวคิดหลักที่ประกอบด้วย การส่งเสริมความเสมอภาคการทำงานที่ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง การมีเป้าหมายที่ชัดเจน การสร้างความเป็นเจ้าของร่วม และความเป็นผู้นำ การเสริมสร้างพลัง ความเข้มแข็งและการรู้คุณค่าในตนเองให้กับประชาชน รวมทั้งการทำงานร่วมกันระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาสังคม โดยแผนฯ มุ่งเน้นไปที่ประชากรกลุ่มเปราะบาง ได้แก่ กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย สาวประเภทสอง พนักงานบริการชาย พนักงานบริการหญิง และลูกค้าผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด โดยดำเนินงานในพื้นที่เฝ้าระวัง 33 จังหวัดเป้าหมาย

แผนยุทธศาสตร์เอดส์ชาติ (พ.ศ. 2557-2559) กำหนดเป้าหมายที่ท้าทาย ได้แก่ (1) การติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ลดลงสองในสาม (2) การถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก หรือการติดเชื้อเมื่อแรกเกิด ลดลงเหลือน้อยกว่าร้อยละ 2 (3) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้าถึงการปกป้องทางสังคมและการดูแลรักษาที่มีคุณภาพ (4) การเสียชีวิตเนื่องจากเอดส์ลดลงร้อยละ 50 (5) การเสียชีวิตจากวัณโรคในผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีลดลงร้อยละ 50 (6) ทบทวนและแก้ไขกฎหมายและนโยบายที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงการป้องกันการรักษา การดูแลสุขภาพและบริการอื่นๆ ของภาครัฐ (7) สิทธิมนุษยชนและความต้องการเฉพาะเจาะจงบนพื้นฐานของเพศภาวะซึ่งได้ระบุไว้ในทุกเรื่องของการป้องกันและแก้ไขปัญหามาตรา 60 และ (8) จำนวนของการเลือกปฏิบัติและ/หรือการละเมิดสิทธิมนุษยชนต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี และกลุ่มประชากรหลักลดลงร้อยละ 50

แผนปฏิบัติการยุติปัญหาเอดส์ (พ.ศ. 2558-2562) ได้รับการพัฒนาขึ้นเพื่ออธิบายรายละเอียดกิจกรรมสำคัญเพื่อให้แน่ใจว่าประเทศไทย จะประสบความสำเร็จ บรรลุตามเป้าหมายของการยุติปัญหาเอดส์ภายในปี พ.ศ. 2573 โดยเนื้อหาของการจัดทำแผนฯ พัฒนามาจากองค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาถึงผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในเชิงป้องกัน (HPTN 052) การประเมินผลต่างๆ และการประชุมหารือระดับชาติเรื่องการยุติปัญหาเอดส์ในประเทศไทยโดยใช้องค์ความรู้และหลักฐานเชิงประจักษ์จากการป้องกันและแก้ไขปัญหามาตรา 60

แผนปฏิบัติการฯ ระบุพื้นที่ดำเนินการใน 30 จังหวัดที่มีภาระโรคสูง(รวมถึงกรุงเทพมหานครและปริมณฑล) และเน้นการใช้ประโยชน์จากการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันซึ่งจัดเป็นการดำเนินงานที่มีประสิทธิผลในการลดการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลัก ประเทศไทยใช้กรอบการดำเนินงานใหม่เพื่อปิดช่องว่างและเชื่อมโยงระบบบริการป้องกันและการรักษาโดยมุ่งเน้นให้เกิดความต่อเนื่องของบริการ ตั้งแต่การเข้าถึงบริการ - การเข้าสู่ระบบบริการ - การตรวจเอชไอวี - การรักษา - การคงอยู่ในระบบการรักษา (Reach-Recruit-Test-Treat-Retain หรือ RRTTR) ซึ่งทั้ง 5 องค์ประกอบที่สำคัญดังกล่าวมีความเชื่อมต่อกัน แผนฯกำหนดให้มีการจัดชุดบริการที่เหมาะสมกับกลุ่มประชากรหลักแต่ละกลุ่ม และกำหนดเกณฑ์การจัดชุดบริการในระดับจังหวัด ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่แต่ละจังหวัดด้วย นอกจากนี้ แผนฯ ยังได้กำหนดกรอบงบประมาณ เป็นจำนวนเงิน 9,214,862,566 บาท สำหรับดำเนินงาน ในระยะเวลา 5 ปี เพื่อจัดสรรให้กับพื้นที่เป้าหมาย สำหรับการจัดบริการ RRTTR ร้อยละ 77 การเสริมสร้างสุขภาพ และระบบชุมชนร้อยละ 4 การเสริมสร้างสภาวะแวดล้อมที่เอื้อต่อการให้บริการร้อยละ 6 และสำหรับการบริหารจัดการร้อยละ 13

รูปที่ 3 กรอบแนวคิดแผนยุทธศาสตร์เอดส์ชาติ (พ.ศ. 2557-2559) และแผนปฏิบัติการเพื่อ
ยุติปัญหาเอดส์ (พ.ศ. 2558-2562)



3. ความก้าวหน้าของประเทศไทยในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในปีพ.ศ. 2557

เป้าหมายที่ 1: ลดการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีผ่านการมีเพศสัมพันธ์

ปฏิญญาการเมือง: ลดการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีผ่านการมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 50 ในปี พ.ศ. 2558

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

กลุ่มประชากรหลัก (พนักงานบริการหญิง พนักงานบริการชาย ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย และสาวประเภทสอง)

กลุ่มพนักงานบริการหญิง

เป้าหมายของประเทศใน ปี พ.ศ. 2557

- ร้อยละ 70 ของพนักงานบริการหญิงเข้าถึงบริการป้องกันในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา
- ร้อยละ 70 ของพนักงานบริการหญิงได้รับการตรวจเอชไอวีและทราบผลตรวจในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา
- ร้อยละ 95 ของพนักงานบริการหญิงรายงานว่าจะใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย

ความสำเร็จของการดำเนินงานในปี พ.ศ. 2557

ในปี พ.ศ. 2553 มีการคาดประมาณมีจำนวนพนักงานบริการหญิงในประเทศไทยอยู่ทั้งหมด 123,530 คน ประมาณ หนึ่งในสี่เป็นพนักงานบริการหญิงที่ให้บริการทางเพศนอกสถานบริการ หรือเรียกว่า พนักงานบริการหญิงประเภทอิสระ (non-venue based FSW) จากข้อมูลพื้นฐานของโครงการที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลกระบุว่า สัดส่วนของพนักงานบริการหญิงที่ไม่ใช่คนไทย มีประมาณร้อยละ 21 (ตามรายงานการติดตามงานจากเว็บไซต์กองทุนโลกในปี พ.ศ. 2557) ความซุกซนของการติดเชื้อมีใน กลุ่มพนักงานบริการหญิงในสถานบริการมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 2.7 ในปี พ.ศ. 2553 เป็น ร้อยละ 2.2 ในปี พ.ศ. 2555 และ ร้อยละ 1.1 ในปี พ.ศ. 2557 และจากการสำรวจกลุ่มพนักงานบริการหญิง ประเภทอิสระในเชียงใหม่ ภูเก็ต และชลบุรี ในปีพ.ศ. 2553 พบความซุกซนของการติดเชื้อมีประมาณ ร้อยละ 5, 1.4 และ 1.2 ตามลำดับ สำหรับการสำรวจ IBBS รอบต่อไปในกลุ่มพนักงานบริการหญิงประเภท อิสระจะดำเนินการในปีนี้ (พ.ศ. 2558)

การให้บริการป้องกันเชิงรุกในกลุ่มประชากรหลัก โดยอาสาสมัคร (peer-led outreach) ที่ดำเนินการ ใน 41 จังหวัด ส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนโลกและสำนักงานหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ (สปสช.) กิจกรรมบริการป้องกันเชิงรุกมุ่งเน้นในพื้นที่ที่มีกลุ่มเป้าหมายอยู่จำนวนมาก ดำเนินการ โดย peer educator เจ้าหน้าที่และอาสาสมัครภาคสนามขององค์กรภาคประชาสังคม จำนวน 445 คนการ ดำเนินงานประกอบด้วย กิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในศูนย์ดริอปอิน การเผยแพร่ข้อมูลและแจกจ่าย อุปกรณ์ป้องกันรวมทั้งถุงยางอนามัย จากข้อมูลการสำรวจ IBBS ใน 11 จังหวัดความครอบคลุมของการ

เข้าถึงบริการป้องกันเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 51 ในปีพ.ศ. 2553 เป็นร้อยละ 54 ในปี พ.ศ. 2555 และ ร้อยละ 58 ในปี พ.ศ. 2557 แต่ยังไม่เพียงพอที่จะบรรลุเป้าหมายของประเทศตามที่ตั้งไว้ คือ ร้อยละ 70 จากรายงานของผู้รับทุนกองทุนโลก พบว่าจำนวนพนักงานบริการหญิงที่เข้าถึงบริการป้องกันเพิ่มขึ้นจาก 43,504 คนในปี พ.ศ. 2553 เป็น 49,756 คนในปี พ.ศ.2557 และมีพนักงานบริการหญิงที่ไม่ใช่คนไทยจำนวน 8,253 คนที่เข้าถึงบริการป้องกัน จากข้อมูลการสำรวจ IBBS ในปี พ.ศ. 2557 พบความสำเร็จของการเข้าถึงบริการป้องกัน บรรลุเป้าหมายของประเทศในบางจังหวัด ได้แก่ ลพบุรี (ร้อยละ83) ศรีสะเกษ (ร้อยละ 98) อุตรธานี (ร้อยละ 69) และจังหวัดภูเก็ต (ร้อยละ75)

จากข้อมูลการสำรวจ IBBS พบว่าการเข้าถึงบริการให้คำปรึกษาและตรวจเอชไอวี (HCT) เพิ่มขึ้นแต่ยังคงต่ำกว่าเป้าหมายของประเทศในปีพ.ศ. 2557 คือร้อยละ 70 โดยในปี พ.ศ. 2553 ร้อยละ 48 ของพนักงานบริการหญิงในสถานบริการได้รับการตรวจเอชไอวีและทราบผลตรวจในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 57 ในปีพ.ศ. 2555 แต่กลับลดลงเป็นร้อยละ 54 ในปีพ.ศ. 2557 จากการสำรวจพบว่า มี 3 จังหวัด จากจำนวน 11 จังหวัดที่เป็นพื้นที่เฝ้าระวัง มีความครอบคลุมของการตรวจเอชไอวีเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในช่วงระหว่าง พ.ศ. 2553-2557 ได้แก่ศรีสะเกษ (เพิ่มจากร้อยละ 31 เป็นร้อยละ 94) ภูเก็ต (เพิ่มจากร้อยละ 66 เป็นร้อยละ 82)และสงขลา (เพิ่มจากร้อยละ 56 เป็นร้อยละ 88) ข้อมูลจากการประเมินผลระดับประเทศเรื่องการให้บริการ HCTและการรักษาในกลุ่มพนักงานบริการหญิง ใน 7 จังหวัดในปี พ.ศ. 2556 พบว่าร้อยละ 85.6 เคยได้รับการตรวจเอชไอวี และร้อยละ 68.3 ได้รับการตรวจในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา และแม้ว่าจะมีการให้บริการ HCT เคลื่อนที่ในบางจังหวัด แต่ความไม่สะดวกในการเข้ารับบริการและระยะเวลารอคอยในการรับรู้ผลการตรวจ ยังถือเป็นอุปสรรคสำคัญนอกจากความกลัวในการรู้ผลตรวจ (สำรวจประเมินผลโดย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม พ.ศ. 2556) นอกจากนี้ยังพบว่ามีพนักงานบริการหญิงในสัดส่วนไม่น้อย (ร้อยละ 30) ที่ไม่ได้กลับมาฟังผลตรวจ (ข้อมูลจาก สวท. ปี พ.ศ. 2558) สำหรับอัตราการใช้ถุงยางอนามัยของพนักงานบริการหญิงเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับลูกค้าครั้งล่าสุดพบว่าสูงกว่าร้อยละ 95 และอยู่ในระดับคงที่ ซึ่งเป็นไปตามเป้าหมายของประเทศ

ข้อมูลความสำเร็จของการดำเนินงาน เป็นข้อมูลจากกลุ่มพนักงานบริการหญิงในสถานบริการเท่านั้น ส่วนข้อมูลที่แสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงของการเข้าถึงบริการในกลุ่มพนักงานบริการหญิงประเภทอิสระยังมีอยู่อย่างจำกัด จากข้อมูลการสำรวจในปี พ.ศ. 2553 และพ.ศ. 2550 แสดงให้เห็นว่าการเข้าถึงกิจกรรมและบริการด้านป้องกัน อาทิ ถุงยางอนามัยและการสื่อสารเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มพนักงานบริการหญิงประเภทอิสระต่ำกว่าพนักงานบริการหญิงในสถานบริการ เช่นเดียวกับการเข้าถึงบริการตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการตรวจเอชไอวี ที่พบว่าพนักงานบริการหญิงประเภทอิสระเข้าถึงบริการได้น้อยกว่าพนักงานบริการหญิงในสถานบริการ

พนักงานบริการชาย (MSW)

เป้าหมายของประเทศในปี พ.ศ. 2557

- ร้อยละ 70 ของพนักงานบริการชายเข้าถึงบริการป้องกันในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา
- ร้อยละ 70 ของพนักงานบริการชายได้รับการตรวจเอชไอวีและทราบผลตรวจในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา
- ร้อยละ 99 ของพนักงานบริการชายรายงานว่าใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย

ความสำเร็จของการดำเนินงานในปี พ.ศ. 2557

จากการคาดประมาณพบว่าในปี พ.ศ. 2553 ประเทศไทยมีจำนวนพนักงานบริการชายอยู่ 18,239 คนส่วนใหญ่อยู่ในจังหวัดที่มีขนาดใหญ่และเป็นเมืองท่องเที่ยว เช่น กรุงเทพฯ ชลบุรี เชียงใหม่ และภูเก็ต ความชุกของเอชไอวีในกลุ่มนี้มีแนวโน้มลดลงแต่ยังคงอยู่ในระดับสูง กล่าวคือร้อยละ 16 ในปี พ.ศ. 2553 ร้อยละ 12.2 ในปี พ.ศ. 2555 และร้อยละ 11.9 ในปี พ.ศ. 2557

การให้บริการป้องกันโดยอาสาสมัครเพื่อน (Peer-led outreach interventions) สำหรับกลุ่มพนักงานบริการชายใน 5 จังหวัดได้รับงบประมาณสนับสนุนหลักจากรัฐบาลสหรัฐ และกองทุนโลก ในปี พ.ศ. 2557 USAID ได้จัดทำโครงการ/กิจกรรมเชิงรุกเพื่อค้นหากลุ่มเป้าหมายเป็นรายบุคคลโดยให้ค่าตอบแทน (incentivized case-finding) สำหรับกลุ่มพนักงานบริการชายในกรุงเทพฯ ชลบุรีและเชียงใหม่ ในขณะที่ศูนย์ควบคุมโรคสหรัฐอเมริกา (US CDC) ให้ความช่วยเหลือทางด้านวิชาการ ในจังหวัดภูเก็ตและราชบุรี สัดส่วนของพนักงานบริการชายที่ได้รับถุงยางอนามัย (โดยอาสาสมัครเพื่อน) เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจากร้อยละ 73 ในปี พ.ศ. 2553 เป็นร้อยละ 90 ในปี พ.ศ. 2555 และร้อยละ 94 ในปี พ.ศ. 2557 แนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นนี้มีความคล้ายคลึงกันในทุกจังหวัด อย่างไรก็ตามโครงการดังกล่าวไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการครอบคลุมของการได้รับบริการป้องกันได้ ตามนิยาม "การได้รับถุงยางอนามัยและรับรู้ว่าจะไปตรวจเอชไอวีได้ที่ไหน" และเมื่อเปรียบเทียบความครอบคลุมของการเข้าถึงบริการป้องกันในกลุ่มพนักงานบริการชายพบว่า ลดลงจากร้อยละ 74 ในปี พ.ศ. 2555 เหลือเพียงร้อยละ 67 ในปีพ.ศ. 2557

การเข้าถึงการตรวจเอชไอวีและทราบผลการตรวจในกลุ่มพนักงานบริการชายเพิ่มขึ้นเล็กน้อยจากร้อยละ 49 ในปี พ.ศ. 2553 เป็นร้อยละ 52 ในปี พ.ศ. 2555 และร้อยละ 52 ในปี พ.ศ. 2557 แต่ยังไม่บรรลุเป้าหมายของประเทศตามที่กำหนดไว้ ร้อยละ 70 ในปี พ.ศ. 2557 ดังนั้น ควรจะมีการนำกลยุทธ์การแจ้งผลตรวจอย่างรวดเร็ว ในวันเดียว และการให้บริการที่เป็นมิตรมาเป็นมาตรฐานการดำเนินงานในศูนย์ดริอปอินสำหรับพนักงานบริการชายในจังหวัดเป้าหมาย โดยคาดว่าจะช่วยเติมเต็มช่องว่าง และเพิ่มการเข้าถึงการตรวจเอชไอวีและทราบผล ในกลุ่มพนักงานบริการชาย ให้เป็นไปตามเป้าหมายประเทศในปีพ.ศ. 2558 ได้

ทั้งนี้ การใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับลูกค้าครั้งสุดท้ายอยู่ในระดับสูงและเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 88 ในปี พ.ศ. 2553 เป็นร้อยละ 98 ในปี พ.ศ. 2555 และร้อยละ 96 ในปีพ.ศ. 2557

กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) และสาวประเภทสอง (TG)

เป้าหมายของประเทศในปี พ.ศ. 2557

- ร้อยละ 50 ของ MSM และ TG เข้าถึงบริการด้านป้องกัน
- ร้อยละ 60 ของ MSM และ TG ได้รับการตรวจเอชไอวีและทราบผลตรวจในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา
- ร้อยละ 90 ของ MSM และ TG รายงานว่าใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย

ความสำเร็จของการดำเนินงานในปี พ.ศ. 2557

กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM)

จากการคาดประมาณ ในปี พ.ศ. 2553 มีจำนวนประชากรกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) ในประเทศไทยประมาณ 550,000 คน(ไม่รวมพนักงานบริการชาย) อัตราความชุกของเอชไอวีโดยเฉลี่ยในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายยังคงสูงและไม่ลดลง จากร้อยละ 8 ในปี พ.ศ. 2553 ร้อยละ 7.1 ในปี พ.ศ. 2555 และสูงขึ้นเป็น ร้อยละ 9.2 ในปี พ.ศ. 2557 (ข้อมูลจากสำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2558) การสำรวจ IBBS ในรอบปีพ.ศ.2557 ดำเนินการเฉพาะใน 5 จังหวัด ซึ่งลดลงจากเดิมที่ผ่านมาได้ดำเนินการในพื้นที่ 12 จังหวัดในปี พ.ศ. 2553 และ พ.ศ. 2555 ดังนั้น การแปลความและการใช้ข้อมูล จึงควรใช้ด้วยความระมัดระวัง ซึ่งการเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างปี พ.ศ. 2553 และพ.ศ. 2557 ในรายงานฉบับนี้ จะเปรียบเทียบเฉพาะใน 5 จังหวัด เท่านั้น

การสำรวจเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายในกรุงเทพฯ พบว่าทั้งอัตราความชุกของการติดเชื้อและอุบัติการณ์ของการติดเชื้อเอชไอวี แนวโน้มยังไม่ลดลงหรือเปลี่ยนแปลงไปมาก จากข้อมูลการเฝ้าระวังและการศึกษาแบบตัดขวางในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาพบว่าความชุกของเอชไอวีในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายมีอัตราสูงคงที่ประมาณร้อยละ 20-30 อัตราความชุกของเอชไอวีที่ค่อนข้างสูงนี้ มีข้อมูลสนับสนุนจากอัตราอุบัติการณ์ของการติดเชื้อเอชไอวีที่คล้ายคลึงกันคือ พบได้สูงถึง 5-6 คน ต่อ 100 คนต่อปี (person-year)จากจำนวนกลุ่มที่เข้ามาใช้บริการ จากการศึกษาแบบสังเกตการณ์เชิงสังเคราะห์ (synthetic cohort study) นี้ ดำเนินการในกรุงเทพฯ ในช่วงเวลาเดียวกัน

การดำเนินโครงการป้องกันเอชไอวีสำหรับกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายได้ดำเนินการใน 29 จังหวัดที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลก รัฐบาลสหรัฐ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ซึ่งชุดบริการหลักประกอบด้วย โครงการอาสาสมัครเพื่อนการส่งเสริมให้ข้อมูล การศึกษา การสื่อสาร และสื่อประชาสัมพันธ์ (IEC/media) ส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย และการกระจายถุงยางอนามัย การส่งเสริมการตรวจเอชไอวีและส่งต่อเข้ารับการรักษา HIV และ STIs ในปี พ.ศ. 2557 มีการดำเนินการค้นหาเป้าหมายเป็นรายบุคคลโดยให้ค่าตอบแทน (incentivized case-finding) เพื่อส่งเสริมกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสองให้เข้ารับบริการด้านการป้องกัน นอกจากนี้ยังมีการณรงค์เพื่อการสื่อสารสาธารณะผ่านทางอินเทอร์เน็ตและสื่อทางสังคมโดยเปิด

ตัวอย่างเป็นระบบ อย่างไรก็ตามความครอบคลุมโดยรวมของการเข้าถึงบริการป้องกันไม่ได้เพิ่มขึ้นในช่วงระยะเวลาของการรายงาน จากข้อมูลการสำรวจ IBBS ใน 5 จังหวัด (กรุงเทพฯ ชลบุรี เชียงใหม่ ราชบุรีและภูเก็ต) พบว่ากลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายเข้ารับการบริการป้องกันเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 44 ในปี พ.ศ. 2553 เป็นร้อยละ 53 ในปี พ.ศ. 2555 แต่กลับลดลงในปี พ.ศ. 2557 อยู่ที่ร้อยละ 44 ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้ยังไม่ถึงเป้าหมายของประเทศที่กำหนดไว้ จากการปรึกษาหารือกับคณาจารย์ในชุมชนในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย พบว่าสาเหตุที่การดำเนินงานที่ยังไม่ครอบคลุมหรือไม่ก้าวหน้าเท่าที่ควร ส่วนหนึ่งอาจเนื่องมาจากการสนับสนุนงบประมาณ จากกองทุนโลกลดลง และการใช้วิธีการที่แตกต่างกันในการเข้าถึงกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ได้แก่การเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายในชุมชนหรือสถานที่โดยอาสาสมัครเพื่อน การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ผ่านเครือข่ายทางสังคมหรือเครือข่ายเพื่อน นอกจากนี้การสำรวจ IBBS เพื่อตอบตัวชี้วัดนี้ดำเนินการโดยใช้กรอบการสุ่มตัวอย่างจากสถานที่ที่กลุ่มเป้าหมายมักไปอยู่ร่วมกัน (day time sampling frame) ซึ่งเป็นกลุ่มที่รู้สถานะว่าเป็นชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ซึ่งไม่ครอบคลุมกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายทั้งหมดโดยเฉพาะกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายที่ไม่เปิดเผยตัวหรือไม่เคยเข้าไปในสถานที่ที่กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายรวมตัวกัน (non-venue based MSM)

สัดส่วนของกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายที่ได้รับการตรวจเอชไอวีและทราบผลตรวจในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 15 ในปี พ.ศ. 2553 เป็นร้อยละ 26 ในปี พ.ศ. 2555 และร้อยละ 29 ในปี พ.ศ. 2557 การสำรวจกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายใน 7 จังหวัดจากการประเมินผลระดับประเทศ เรื่อง บริการตรวจเลือด เอชไอวี (HCT) และการรักษาในปี พ.ศ. 2556 พบว่าร้อยละ 61.8 เคยได้รับการตรวจเอชไอวีและร้อยละ 41.6 ได้รับการตรวจเอชไอวีในรอบปีที่ผ่านมา อย่างไรก็ตาม ความครอบคลุมของการตรวจเอชไอวียังคงอยู่ในระดับต่ำกว่าเป้าหมายของประเทศ คือ ร้อยละ 60 การวิเคราะห์ในระดับจังหวัดแสดงให้เห็นว่ามีความคืบหน้าในบางจังหวัดที่เป็นเป้าหมายของการเฝ้าระวัง อาทิเช่น ความครอบคลุม HCTในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายในจังหวัดชลบุรีเพิ่มเป็นสองเท่าเมื่อเปรียบเทียบระหว่างปี พ.ศ. 2553 และพ.ศ. 2557 (ร้อยละ 14 เทียบกับ ร้อยละ 29) ในจังหวัดเชียงใหม่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน (ร้อยละ 30 เทียบกับร้อยละ 46) จังหวัดราชบุรีเพิ่มขึ้นเกือบสี่เท่า (ร้อยละ 8 เทียบกับร้อยละ 28) และภูเก็ตเพิ่มขึ้นสองเท่า (ร้อยละ 15 เทียบกับร้อยละ 32) การเพิ่มขึ้นเหล่านี้ อาจเป็นผลมาจากการนำวิธีการตรวจที่รู้ผลเร็วมาใช้ โดยสามารถฟังผลการตรวจเลือดได้ในวันเดียวกัน รวมถึงการจัดให้บริการ HCT ในศูนย์ดริอปอินสำหรับเป้าหมายกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย สาวประเภทสองและพนักงานบริการชาย นอกจากนี้ยังมีการจัดให้บริการ HCT เคลื่อนที่ในสถานที่ที่กลุ่มเป้าหมายมารวมตัวกันอยู่มาก (hotspots) โดยได้รับความร่วมมือจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาลทั่วไป อย่างไรก็ตามยังคงมีช่องว่างระหว่างความครอบคลุมที่ดำเนินงานกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ของประเทศ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการบริการยังคงมีข้อจำกัดและไม่ครอบคลุมเพียงพอที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่เห็นผลชัดเจนในระดับประเทศได้

ทั้งนี้ การใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายอยู่ในระดับสูงคงที่ ประมาณร้อยละ 80-82 ในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2553-2557

เยาวชนชายมีเพศสัมพันธ์กับชายในเขตเมือง (YMSM)

ข้อมูลจากการศึกษาแบบสังเกตการณ์เชิงสังเคราะห์เป็นรุ่นประชากร (synthetic cohort study) โดย Van Griensven (พ.ศ. 2558) พบว่าความชุกของเอชไอวีในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายอายุ 25 ปีขึ้นไป ในกรุงเทพฯ สูงกว่าร้อยละ 40 และอุบัติการณ์ของเอชไอวีในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายอายุไม่เกิน 21 ปี อยู่ระหว่าง 8.8–12.2 ต่อ 100 คนต่อปี (person-year)

เยาวชนชายมีเพศสัมพันธ์กับชายในเขตเมือง (อายุระหว่าง 15-22 ปี) ได้รับการพิจารณาว่ามีความเสี่ยงสูงสุดต่อการติดเชื้อเอชไอวี การวิเคราะห์เชิงลึกแสดงให้เห็นว่าอุบัติการณ์ของเอชไอวีเพิ่มขึ้น 4.1-7.6 ต่อ 100 คนต่อปี ในช่วงปี พ.ศ. 2546-2557 การมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักลดลงจากร้อยละ 99 ในปี พ.ศ. 2546 เป็นร้อยละ 82 ในปี พ.ศ. 2557 และการเล่นบทบาทเป็นผู้รับเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 55 เป็นร้อยละ 74 อัตราการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ประมาณร้อยละ 50 แต่พบว่ามีอัตราเพิ่มขึ้นในผู้ที่รายงานว่าใช้ยาเสพติด สัดส่วนผู้ที่เคยตรวจเอชไอวีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 29 ในปี พ.ศ. 2546 เป็นร้อยละ 47 ในปี พ.ศ. 2557 แต่การตรวจเอชไอวีในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้เพิ่มขึ้น และยังอยู่ในระดับคงที่ประมาณ ร้อยละ 27 ในปี พ.ศ. 2557

จากผลการวิเคราะห์นี้แสดงให้เห็นว่าการกำหนด ตั้งเป้าหมาย การป้องกันเอชไอวีให้มีความเข้มข้น และจริงจังมากขึ้น มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะหยุดยั้งการแพร่ระบาดของเอชไอวีในกลุ่ม YMSM ในเขตเมือง

สาวประเภทสอง (TG)

ประเทศไทย ใช้ตัวเลขประมาณการคร่าว ๆ ของสาวประเภทสองสำหรับการวางแผน ซึ่งคาดว่าจะมีประมาณ 75,626 คนโครงการการคาดประมาณจริงจะดำเนินการในอนาคตอันใกล้ กลุ่มสาวประเภทสอง ส่วนใหญ่อยู่ตามเมืองใหญ่ อัตราความชุกของเอชไอวีสำหรับกลุ่มนี้ในกรุงเทพฯ ชลบุรี เชียงใหม่ ราชบุรี และภูเก็ตมีระดับสูง อยู่ที่ร้อยละ 11.8 ในปี พ.ศ. 2557

จากข้อมูลการสำรวจที่มีอยู่ใน 5 จังหวัดในปีพ.ศ. 2557 อัตราการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มสาวประเภทสองเท่ากับร้อยละ 84 การเข้าถึงบริการป้องกันอยู่ที่ร้อยละ 59 และได้รับการตรวจเอชไอวีร้อยละ 34

ข้อมูลแนวโน้มมีเฉพาะใน 4 จังหวัดเฝ้าระวัง คือ กรุงเทพฯ เชียงใหม่ และภูเก็ต ในปี พ.ศ. 2548-2557 และชลบุรีในปี พ.ศ. 2555-2557 จากข้อมูลแสดงให้เห็นว่าการเข้าถึงบริการป้องกันเอชไอวีไม่ได้เพิ่มขึ้นในกรุงเทพฯ เชียงใหม่และภูเก็ต หรือในชลบุรีในช่วงระยะเวลาดังกล่าว เชียงใหม่เป็นจังหวัดเดียวที่ความครอบคลุมของ HCT เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 22 ในปี พ.ศ. 2548 เป็นร้อยละ 43 ในปี พ.ศ. 2557 ผลลัพธ์เหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่า การออกแบบการดำเนินงานป้องกันสำหรับสาวประเภทสองในประเทศไทยทั้งใน

ด้านการเข้าถึงบริการป้องกัน และการเข้าถึง HCT ที่ตอบสนองความต้องการของกลุ่มนี้ยังน้อยและมีอยู่อย่างจำกัด

ปัจจัยสนับสนุนความสำเร็จ

ความชัดเจนเชิงนโยบายของรัฐและการจัดสรรงบประมาณของประเทศ

ประเทศไทยให้ความสำคัญระดับสูงในการลดการติดเชื้อเอชไอวีทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย สาวประเภทสองพนักงานบริการชายและหญิง และได้กำหนดมาตรการและแนวทางปฏิบัติในแผนปฏิบัติการยุติปัญหาเอดส์แล้ว

ประเทศไทยได้ส่งเสริมการดำเนินการ “ตรวจเอชไอวีและทราบผลในวันเดียว” ในสถานบริการสุขภาพทั่วประเทศ ในขณะเดียวกัน ได้จัดทำคู่มือแนะแนวทางแห่งชาติสำหรับการตรวจเอชไอวีอย่างรวดเร็ว ความพยายามเหล่านี้จะทำให้การบริการ HCT ในชุมชนมีความเป็นไปได้และเป็นที่ยอมรับมากขึ้น สปสช. และสสส. จัดสรรงบประมาณในการขยายการดำเนินงานป้องกันให้แก่ กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (25 ล้านบาทจากสปสช.) ใน 11 จังหวัด และได้รับการสนับสนุนสำหรับการจัดทำสื่อและสื่อสารทางสังคม สำหรับกลุ่มเป้าหมายนี้จำนวน 30 ล้านบาท จากสสส. รัฐบาลสหรัฐได้อนุมัติงบประมาณเพิ่มเติมเพื่อฟื้นฟูโปรแกรม MSM, TG และ MSW ซึ่งเริ่มดำเนินการในปี พ.ศ. 2557 และคาดว่าจะดำเนินการต่อไป

ความเข้มแข็งของภาคประชาสังคม

ด้วยเงินทุนสนับสนุนจากกองทุนโลกและ USAID ภาคประชาสังคมยังคงเป็นแกนหลักสำหรับการให้บริการในชุมชน การดูแลการเข้าถึงการรักษา การจัดการเป็นรายกรณีเพื่อให้ กลุ่ม MSM, TG และ MSW คงอยู่ในระบบการรักษาและการบริการที่สำคัญอย่างต่อเนื่องรวมทั้งยังเข้ามาเป็นส่วนร่วมอย่างชัดเจนในการออกแบบ/วางแผนโครงการ พัฒนานโยบายและบริบททางกฎหมายสำหรับกลุ่มคนเหล่านี้โดยองค์กรสำคัญที่ดำเนินโครงการเหล่านี้ ได้แก่ ฟาสีรุ้ง, SWING, M-Plus, Poz, Home Center, Care-Mat, Sisters และ สภาภาคไทย

- ศักยภาพขององค์กรภาคประชาสังคม ในการเข้าถึงและการชักจูงกลุ่มเป้าหมายให้เข้ารับบริการ มีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ นอกจากนี้อีกหนึ่งองค์กรภาคประชาสังคม ส่วนใหญ่ ยังต้องเผชิญกับปัญหาการหมุนเวียนและเปลี่ยนเจ้าหน้าที่รวมถึงอาสาสมัครบ่อย
- การถ่ายโอนภารกิจ ไปสู่องค์กรภาคประชาสังคม และชุมชนให้เข้ามามีบทบาท เพื่อขยายความครอบคลุมในการให้บริการ HCT เพื่อนำไปสู่การรักษาแต่เนิ่นๆ อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานดังกล่าว ถือเป็นความท้าทายเนื่องจากกฎหมายในประเทศไทย ไม่เอื้อให้องค์กรชุมชนสามารถให้บริการ HCT นอกสถานบริการสุขภาพ และเจ้าหน้าที่องค์กรภาคประชาสังคม ส่วนใหญ่ยังมีข้อจำกัดด้าน

ความสามารถทางวิชาการ ในการให้บริการ HCT จึงอาจกล่าวได้ว่าการให้บริการโดยชุมชนยังไม่เข้มแข็งพอ

- การดำเนินงานการจัดบริการป้องกัน ควรจะต้องขยายให้ครอบคลุมกลุ่มประชากรหลัก (FSW, MSW, MSM และ TG) โดยเฉพาะพนักงานบริการที่อยู่นอกสถานบริการ หรือนอกพื้นที่ (non-venue based) รวมทั้งกลุ่มที่ไม่ใช่คนไทย
- การออกแบบแผนงานเฉพาะ รวมทั้งการกำหนดชุดบริการที่เหมาะสม ที่ชุดบริการที่เหมาะสม กลุ่มเป้าหมายหรือพื้นที่ มีความจำเป็น เพื่อตอบสนองการดำเนินงาน สำหรับกลุ่ม MSM ที่ยังอายุน้อย, TG และพนักงานบริการที่เป็นเยาวชน
- มีความจำเป็นที่จะทำให้มั่นใจว่าประเทศ จะให้การสนับสนุนงบประมาณสำหรับองค์กรประชาสังคมและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดบริการสำหรับกลุ่มประชากรหลัก (MSM, TG และ SW)

สรุป

รายงานการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายในกลุ่มพนักงานบริการชาย-หญิง และชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย พบว่าสาวประเภทสองยังคงมีการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายอยู่ในระดับสูงในขณะที่การเข้าถึงบริการป้องกันและการบริการตรวจเลือดเอชไอวี (HCT) เพิ่มขึ้นอย่างช้าๆ ความครอบคลุมของบริการยังไม่เพียงพอที่จะมีผลให้บรรลุเป้าหมายของประเทศได้ อย่างไรก็ตาม มีความคืบหน้าในการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายพนักงานบริการหญิงในสถานบริการ แต่การเข้าถึงกลุ่มพนักงานบริการหญิงประเภทอิสระ (NVB-FSW) ยังมีข้อจำกัด ความซุกและอุปนิสัยของเอชไอวียังคงสูงหรือเพิ่มขึ้นในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสอง รวมทั้ง ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มีอายุน้อย ดังนั้น การบริการจำเป็นต้องปรับให้เข้ากับบริบทของพื้นที่และตอบสนองความต้องการเฉพาะของกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายในแต่ละกลุ่มย่อย เพื่อเพิ่มการเข้ารับบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีให้มากขึ้น

แนวทางการดำเนินงานต่อไป/กิจกรรมสำคัญ

1. เร่งความพยายามและระดมทรัพยากรอย่างเร่งด่วนเพื่อเร่งขยายชุดบริการที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย สาวประเภทสอง พนักงานบริการชาย-หญิง ในจังหวัดเป้าหมายเร่งรัด เพื่อให้บรรลุเป้าหมายภายในปี พ.ศ. 2559
2. ปรับและประยุกต์ใช้วิธีการใหม่ๆ ในการเข้าถึงและชักชวนให้กลุ่มเป้าหมายได้สู่ระบบบริการ และให้กลุ่มพนักงานบริการทั้งชาย-หญิง กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสองเข้ารับบริการมากขึ้น รวมถึงการค้นหากลุ่มเป้าหมายเป็นรายบุคคลโดยให้คำตอบแทนการขยายทางเลือกในการบริการทั้งการให้บริการ HCT ในชุมชน และการตรวจเอชไอวีด้วยตัวเอง เพื่อเพิ่มสัดส่วนของการรู้สถานะการติดเชื้อเอชไอวีให้มากขึ้น

3. พัฒนาระบบการติดตามและประเมินผลและดำเนินโครงการที่เป็นนวัตกรรม รวมถึงการติดตามกลุ่มประชากรหลักแบบ real-time โดยการใช้รหัสระบุตัวตน และดำเนินการบูรณาการฐานข้อมูล RHIS เข้ากับฐานข้อมูล NAP

กลุ่มเยาวชนและประชากรทั่วไป

เป้าหมายของประเทศสำหรับปี พ.ศ. 2557

- ร้อยละ 60 ของเยาวชนอายุ 15-24 ปี ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย
- ร้อยละ 55 ของประชากรอายุ 15-49 ปี ที่มีคู่นอนมากกว่า 1 คน ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย

ความสำเร็จของการดำเนินงานในปี พ.ศ. 2557

ในปี พ.ศ. 2557 ความชุกของเอชไอวีในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์อายุ 15-24 ปี และชายที่ได้รับการคัดเลือกเป็นทหารอยู่ในระดับคงที่ประมาณร้อยละ 0.5

ในปัจจุบัน พฤติกรรมเสี่ยงต่อเอชไอวีสำหรับประชากรวัยเจริญพันธุ์ไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ การเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยง (BSS) รอบปี พ.ศ. 2557 พบว่าพนักงานโรงงานชายที่มีคู่นอนมากกว่าหนึ่งอยู่ระหว่างร้อยละ 16-22 และพนักงานโรงงานหญิงร้อยละ 4-5 นอกจากนี้การใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย อยู่ที่ร้อยละ 48-54 ในกลุ่มผู้ชาย และในกลุ่มผู้หญิงร้อยละ 27-31 สัดส่วนของพนักงานโรงงานที่ได้รับการตรวจเอชไอวีในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาคงที่ประมาณร้อยละ 18-19

การดำเนินงานป้องกันเอชไอวีสำหรับเด็กและเยาวชนได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลก (Global Fund : GF) ผ่านโครงการ ACHIEVED การประเมินผลภายนอกของโครงการในกลุ่มตัวอย่างเยาวชนอายุ 12-24 ปี ในโรงเรียน โรงงานและชุมชนในกรุงเทพฯ อุดรธานี เพชรบุรี นครสวรรค์ นครปฐม และพัทลุง พบว่าเยาวชนมีความรู้ในการใช้ถุงยางอนามัยระดับที่สูงพอควร แต่ความรู้เรื่องเอ็ดสียังคงอยู่ในระดับที่ไม่สูงเช่นเดิม โดยที่เยาวชนในสถานศึกษา มีความรู้ความเข้าใจ และมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระดับต่ำกว่าเยาวชนในสถานประกอบการและในชุมชน ร้อยละ 32 ของเยาวชนในโรงเรียนใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งกับคู่นอนไม่ประจำใน 12 เดือนที่ผ่านมา และพบว่าอัตราการใช้ถุงยางอนามัยของเยาวชนในชุมชนและสถานประกอบการคิดเป็นร้อยละ 41.7 และร้อยละ 25 ตามลำดับ

ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของเป้าหมาย

การปรับนโยบาย

- ประเทศไทย ประสบความสำเร็จในการผลักดันแนวการปฏิบัติของแพทย์ในการตรวจเอชไอวีสำหรับเยาวชนที่อายุต่ำกว่า 18 ปี โดยไม่จำเป็นต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง หากผู้ที่มาขอตรวจมีความรู้และเข้าใจเรื่องการติดเชื้อและความหมายของการตรวจเลือด และระบบบริการต้องกำหนด

แนวทางปฏิบัติในการเปิดเผยผลการตรวจ การรักษาความลับ การส่งต่อเข้าสู่ระบบการรักษา ซึ่งแนวทางปฏิบัติดังกล่าวจะช่วยให้เยาวชนที่มีความเสี่ยงติดเชื้อเอชไอวีสามารถเข้าสู่ระบบการตรวจ วินิจฉัย และการรักษาได้อย่างเร็วที่สุดรวมทั้งช่วยให้ผู้จัดบริการสามารถจัดบริการได้อย่างเหมาะสม

- มีการจัดทำยุทธศาสตร์ถุงยางอนามัยแห่งชาติ (National Condom Strategy) พ.ศ. 2558-2562 เพื่อใช้เป็นกรอบและทิศทางการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยชาย หรือถุงอนามัยสตรี และสารหล่อลื่น ครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญของการดำเนินงานที่ครบถ้วนและมีประสิทธิภาพ ทั้งด้านอุปสงค์ (Demand) และอุปทาน (Supply) และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย (Enabling environment) ต่อการดำเนินงาน ซึ่งได้แก่ 5 ยุทธศาสตร์ย่อย ได้แก่ 1) การส่งเสริมความยอมรับ และลดอคติเกี่ยวกับถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่น 2) การส่งเสริมการเข้าถึง และการใช้ถุงยาง อนามัยและสารหล่อลื่น 3) การพัฒนาระบบการบริหารจัดการ และการควบคุมคุณภาพ ถุงยางอนามัย 4) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยและ 5) การติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย

การจัดการเรียนการสอนเพศศึกษา

- การจัดการเรียนการสอนเรื่องเอดส์และเพศศึกษาให้กับเด็กและเยาวชนในสถานศึกษามีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องและหลากหลายรูปแบบในพื้นที่ 43 จังหวัดที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก กองทุนโลก และอีก 34 จังหวัดที่ได้รับงบประมาณจากสสส. ดำเนินการโดยมูลนิธิแพथทูเฮลท์ ในปี พ.ศ. 2557 มีสถานศึกษาที่สามารถจัดการเรียนการสอนเรื่องเพศศึกษาได้ 6-16 คาบ ในหนึ่งปี การศึกษาจำนวน 1,380 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 28 (จากจำนวนสถานศึกษาเป้าหมายรวม 5,001 แห่ง ใน 43 จังหวัดที่เป็นพื้นที่ดำเนินการ) และมีนักเรียนที่ได้เรียนเพศศึกษาในโรงเรียน รวม 372,599 คน
- กำหนดให้การสอนเพศศึกษาเป็นหนึ่งในองค์ประกอบของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพที่จะผ่านการ ประเมิน ทำให้สถานศึกษามีความตื่นตัวในการจัดการเรียนการสอนมากขึ้น จากการประเมินพบว่า หลักสูตรเพศศึกษารอบด้านเป็นที่ยอมรับของสถานศึกษา สอดคล้องกับระบบการประกันคุณภาพ ของสถานศึกษาเชื่อมโยงกับนโยบายหลักด้านการส่งเสริมสุขภาพและระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียน มีการมอบหมายผู้รับผิดชอบเรื่องการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาอย่างชัดเจน
- ในปีพ.ศ. 2557 มีการประเมินผลการเรียนรู้ของนักเรียนในด้านความรู้ ทักษะคิด การรับรู้ตนเอง การ รับรู้โอกาสเสี่ยงและทักษะชีวิตในโรงเรียนที่จัดการเรียนการสอนเพศศึกษาที่ได้รับการสนับสนุนจาก กองทุนโลกครบ 16 คาบต่อปี พบว่า ในที่ผ่านมา มีการเปลี่ยนแปลงทางบวกและแตกต่างจาก โรงเรียนกลุ่มควบคุมที่ยังไม่ได้ใช้หลักสูตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้การประเมินผล ภายนอกโครงการ ACHIEVED พบว่าหลักสูตรเพศศึกษาแบบรอบด้านเป็นที่ยอมรับของ

สถานศึกษา ครูได้รับการพัฒนาสมรรถนะการจัดการเรียนการสอนแบบกระบวนการ มีทักษะเชิงบวกในเรื่องเพศ และเกิดเครือข่ายการทำงานด้านเยาวชนเชิงบวกของบุคลากรในพื้นที่ ดังนั้นการขยายความสำเร็จเหล่านี้ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่โดยใช้งบประมาณสนับสนุนภายในประเทศเป็นสิ่งจำเป็น

การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มเยาวชน

- สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (BATS) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับสถานศึกษาทุกระดับทั้งในส่วนกลางและภูมิภาค จัดโครงการ “สถานศึกษา ร่วมใจ เยาวชนไทย ไร้เอดส์” (Anti AIDS Academy: AAA) เพื่อเผยแพร่ความรู้ความเข้าใจ สร้างความตระหนักในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ให้กับเยาวชนในหลากหลายรูปแบบ รวมทั้งการบริการด้านสุขภาพที่เป็นมิตร เพื่ออำนวยความสะดวกให้เยาวชนสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพทางเพศได้สะดวกยิ่งขึ้น
- การสื่อสารสาธารณะเพื่อส่งเสริมภาพลักษณ์ของเยาวชนให้เป็นอุปกรณีสุขอนามัยเพื่อความปลอดภัยสุขภาพทางเพศให้แก่ประชาชนทั่วไป และในปีนี้ได้ขอความร่วมมือให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคทุกเขต จัดกิจกรรมรณรงค์ป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ เนื่องในวันวาเลนไทน์ โดยใช้แนวคิดหลัก “SEX ปลอดภัย ตอบ OK” พร้อมกันทั่วประเทศ

การทำงานแบบบูรณาการสำหรับเยาวชน

กรมควบคุมโรค กรมสุขภาพจิตและกรมอนามัย ร่วมกันทำงานแบบบูรณาการสำหรับกลุ่มเยาวชนครอบคลุมปัจจัยเสี่ยงในด้านต่างๆ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ปัญหาอนามัยการเจริญพันธุ์ และความผิดปกติด้านสุขภาพจิต โดยกำหนดยุทธศาสตร์ไว้อย่างหลากหลาย ได้แก่ การสร้างเสริมสภาวะแวดล้อมที่เอื้อต่อการทำงานโดยเฉพาะมาตรการทางกฎหมายที่สนับสนุนการทำงาน การบูรณาการเรียนการสอนเรื่องทักษะชีวิต เพศศึกษา และการคัดกรองช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงในโรงเรียน มีการจัดบริการที่เป็นมิตรในโรงพยาบาลรวมทั้งการคุมกำเนิดในแม่วัยรุ่นนอกจากนี้มีการสนับสนุนชุมชนให้จัดพื้นที่สำหรับเยาวชนจัดบริการเชิงรุกและดำเนินการเรื่อง “โรงเรียนพ่อแม่” เพื่อพัฒนาทักษะการเลี้ยงลูก การสื่อสาร การให้คำปรึกษา และดูแลลูกวัยรุ่น

ความท้าทาย/ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อความสำเร็จ

- การออกแบบการดำเนินงานป้องกันในกลุ่มเยาวชนและประชากรวัยเจริญพันธุ์ยังขาดทิศทางการยุทธศาสตร์ มาตรการ และแผนงานที่ตอบโจทย์เป้าหมายด้านเอดส์อย่างเหมาะสมและเป็นเอกภาพ ขาดการบูรณาการทำงานร่วมกันและยังไม่มีเจ้าภาพร่วมอย่างเป็นทางการ
- การสร้างความตระหนักในการป้องกันการติดเชื้อ และการจัดบริการที่เป็นมิตรและเข้าถึงได้ง่าย จำเป็นต้องมีการคัดกรองและขยายให้ครอบคลุมกับเยาวชนกลุ่มเปราะบางและมีความเสี่ยงสูง (Young KAP) ซึ่งมีความหลากหลายทางอัตลักษณ์และพฤติกรรม นอกจากนี้ต้องพัฒนารูปแบบและกระบวนการทำงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เพื่อให้สามารถเข้าถึงกลุ่มเยาวชนที่มีความเสี่ยงและจำเป็นต้องใช้บริการ
- การผลักดันให้เกิดการบูรณาการการทำงานเอดส์ ไปกับแผนงานด้านสุขภาวะและอนามัยการเจริญพันธุ์อย่างเป็นทางการสำหรับเยาวชนในทุกระดับ (ทั้งในระดับประเทศและระดับพื้นที่)

สรุป

กิจกรรมสำหรับกลุ่มเยาวชนมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง แต่แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกด้านความตระหนักพฤติกรรมเสี่ยง และอุบัติการณ์ ยังมีข้อจำกัด ประชาชนยังไม่ได้รับกระตุ้น และส่งเสริมมากพอเพื่อให้ทราบสถานะการติดเชื้อเอชไอวีและการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

แนวทางการดำเนินงานต่อไป/กิจกรรมสำคัญ

1. ปรับนโยบายการประสานงานและกลยุทธ์/มาตรการในการป้องกันเอชไอวีสำหรับเยาวชน โดยการบูรณาการประเด็นเรื่องสุขภาวะทางเพศ อนามัยเจริญพันธุ์ ยาเสพติดและประเด็นอื่นๆ
2. เร่งรัดตรึงทรัพยากรที่ส่งผลในวงกว้างเพื่อสร้างความตระหนักและแรงจูงใจให้มีพฤติกรรมป้องกันการโดยเฉพาะอย่างยิ่งการรับรู้สิทธิในการตรวจเอชไอวีปีละสองครั้ง
3. สนับสนุนและประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง องค์กรที่ร่วมรับผิดชอบและติดตามความก้าวหน้าในกลุ่มประชากรเป้าหมายที่เป็นเยาวชนและประชาชนทั่วไป โดยใช้ตัวชี้วัดร่วมในผลการปฏิบัติงานหลักร่วมกัน
4. สนับสนุนให้หน่วยงานภาครัฐต่างๆ เป็นแบบอย่างที่ดี เพื่อให้หน่วยงานภาครัฐกิจและเอกชนสร้างสภาพแวดล้อมที่ดีต่อการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในสถานประกอบการ

แรงงานข้ามชาติ (MW)

ปัจจุบันยังไม่ทราบจำนวนที่แท้จริงของแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย แต่การคาดประมาณแรงงานข้ามชาติครั้งล่าสุดในปี พ.ศ. 2556 ระบุว่า มีจำนวนแรงงานข้ามชาติในประเทศไทยอยู่ประมาณ 3.7 ล้านคน (รายงานการย้ายถิ่น ปี พ.ศ. 2557) เป็นแรงงานข้ามชาติจากประเทศเมียนมา กัมพูชา และลาว

จำนวน 2.7 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นแรงงานที่จดทะเบียนและได้รับใบอนุญาตทำงาน 1.1 ล้านคน และเป็นแรงงานที่ไม่ถูกกฎหมาย 1.6 ล้านคน ซึ่งแรงงานข้ามชาติที่จดทะเบียนสามารถเข้าถึงระบบประกันสุขภาพไทยผ่านระบบการประกันสังคม (SSS) หรือโครงการประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติ (MHI)

เมื่อเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2556 กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศนโยบายการประกันสุขภาพ (รวมถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัส) สำหรับแรงงานข้ามชาติบริเวณชายแดนที่ไม่ได้รับการคุ้มครองโดยระบบประกันสังคม ซึ่งครอบคลุมทั้งแรงงานที่จดทะเบียนและไม่จดทะเบียน โดยข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2557 พบว่ามีแรงงานข้ามชาติที่จดทะเบียนกับระบบประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติเพิ่มขึ้น 1,423,831 คน

ความก้าวหน้าในการดำเนินงาน

ความก้าวหน้าที่สำคัญเกี่ยวกับนโยบายสุขภาพแรงงานข้ามชาติ คือในเดือนสิงหาคมปี พ.ศ. 2556 ที่ผ่านมา คณะรัฐมนตรีได้มีการทบทวนและปรับนโยบายการตรวจสุขภาพและขยายชุดสิทธิประโยชน์ให้ครอบคลุมถึงการบริการ ARV โดยมีนโยบายสนับสนุนงบประมาณ 500 บาทต่อคนสำหรับแรงงานที่มาลงทะเบียนเข้าสู่ระบบครั้งแรก ครอบคลุมทั้งแรงงานข้ามชาติที่จดทะเบียนและไม่ได้จดทะเบียนจากประเทศเมียนมา ลาว และกัมพูชา

ในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2557 รัฐบาลจัดตั้งศูนย์บริการจดทะเบียนแรงงานต่างด้าวแบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จหรือ One stop service center สำหรับการลงทะเบียนแรงงานข้ามชาติในขณะเดียวกันกระทรวงสาธารณสุขก็ได้ประกาศลดค่าบัตรประกันสุขภาพ รวมทั้งมีการขยายผล “สมุทรสาคร โมเดล” ซึ่งเป็นศูนย์บริการเบ็ดเสร็จเป็นสถานที่ที่แรงงานข้ามชาติสามารถลงทะเบียนและซื้อบัตรประกันสุขภาพได้ ไปในจังหวัดอื่นๆ

ความท้าทาย/ปัจจัยที่อุปสรรคต่อความสำเร็จ

แรงงานข้ามชาติ ยังคงมีข้อจำกัดในด้านการเข้าถึงการวินิจฉัยและดูแลรักษาเอชไอวี เนื่องจากอุปสรรคทางข้อกฎหมาย การเงินและภาษา ความกลัวที่จะต้องสูญเสียงานและกลัวการถูกจับกุมจากกระทรวงแรงงาน ตำรวจ และเจ้าหน้าที่ตรวจคนเข้าเมือง ซึ่งนับเป็นอุปสรรค ของการแสวงหาบริการสุขภาพในกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่ไม่ได้จดทะเบียน

การดำเนินการโครงการประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติ (MHI) ดำเนินไปอย่างต่อเนื่องแต่ยังดำเนินการไม่ได้เต็มที่ เนื่องจากความท้าทายด้านการบริหารจัดการและด้านการเงินของสถานบริการสุขภาพ นอกจากนี้ยังมีช่องว่างในเรื่องความครอบคลุม ซึ่งโรงพยาบาลยังคงลังเลที่จะจำหน่ายบัตรประกันสุขภาพให้แก่แรงงานข้ามชาติเพราะกลัวขาดทุนหรือมีปัญหาในขั้นตอนการบริหารจัดการ ดังนั้นการเข้าถึงบริการป้องกันและการดูแลรักษาเอชไอวีและวัณโรคของแรงงานข้ามชาติจึงยังคงมีข้อจำกัด

เพื่อส่งเสริมให้แรงงานข้ามชาติเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพ จำเป็นต้องทำให้บุคคลเหล่านี้มองเห็นประโยชน์ในการซื้อบัตรประกันสุขภาพการพัฒนาบริการที่เป็นมิตรสำหรับแรงงานข้ามชาติ ได้แก่ การจัดจ้างพนักงานบริการสุขภาพที่เป็นแรงงานข้ามชาติและการให้บริการเชิงรุกในชุมชนซึ่งกระบวนการเหล่านี้ ได้มีการดำเนินการบ้างแล้วในสถานบริการสุขภาพ แต่ยังมีความจำเป็นที่จะต้องหาแนวทางและรูปแบบที่มีโครงสร้างการบริหารจัดการ (Institutionalization) ชัดเจน

สรุป

การบริหารจัดการของโครงการประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติจำเป็นต้องมีการพัฒนาต่อไปเพื่อให้โรงพยาบาลยินดีที่จะให้บริการกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ครอบคลุมถึงผู้ติดตามและครอบครัว ควรมีการผลักดันให้เกิดการปรับเปลี่ยนนโยบายเพื่อลดความเสี่ยงของโรงพยาบาลทั้งในด้านบริหารจัดการ และการเงิน เพื่อให้โรงพยาบาลมั่นใจว่ามีกลไกทางการเงินที่พร้อม และสามารถให้บริการสุขภาพสำหรับแรงงานข้ามชาติได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการบริการป้องกันเอชไอวีและการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี

แนวทางการดำเนินงานต่อไป/กิจกรรมสำคัญ

1. ปรับกลไกการประสานงานและการบริหารจัดการการประกันสุขภาพให้กับแรงงานข้ามชาติ การประกันสังคมจากส่วนกลาง เพื่อที่จะแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. จัดระเบียบการบริหารจัดการกองทุนการประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติใหม่ เพื่อเป็นหลักประกันให้โรงพยาบาลมั่นใจว่าจะไม่ขาดทุน
3. ดำเนินการให้สามารถจัดจ้างแรงงานข้ามชาติเป็นพนักงานผู้ช่วยด้านสุขภาพและอาสาสมัครสาธารณสุขแรงงานข้ามชาติในการให้บริการด้านสุขภาพของรัฐบาลที่ให้บริการแรงงานข้ามชาติ

ผู้ลี้ภัย

ความสำเร็จที่สำคัญในปี พ.ศ. 2557

ณ วันที่ 31 ธันวาคมพ.ศ. 2557 ประเทศไทยมีผู้ลี้ภัยอาศัยอยู่มากกว่า 118,000 คน ซึ่งผู้ลี้ภัย 110,000 คนมาจากประเทศเมียนมาและอาศัยอยู่ในศูนย์ที่พักพิงชั่วคราวจำนวน 9 แห่งตามแนวชายแดนไทย-เมียนมาอีกประมาณ 8,560 คน เป็นผู้ลี้ภัยและผู้ขอลี้ภัยจากหลากหลายประเทศและอาศัยอยู่ในเขตเมืองทั่วประเทศไทย ซึ่งความชุกของเอชไอวีในกลุ่มผู้ลี้ภัยอยู่ในระดับต่ำทั้งที่อาศัยอยู่ในศูนย์พักพิงและในเขตเมือง

ผู้ลี้ภัยเข้าถึงการบริการป้องกันเอชไอวี การดูแลและรักษาผ่านกิจกรรมที่สนับสนุนโดย UNHCR และองค์กรเครือข่ายอื่นๆ ภายใต้รัฐบาลไทย จากข้อมูลพบว่าผู้ลี้ภัยและผู้ขอลี้ภัยสามารถเข้าถึงบริการ

ถุยกยอนามัยชาย ข้อมูล และการสื่อสาร (IEC) เรื่องเอชไอวี เพื่อเสริมสร้างเรื่องการเรียนรู้การป้องกัน เอชไอวี/เอดส์ และลดการตีตรา รวมทั้งการส่งเสริมความเสมอภาคทางเพศภาวะและไม่ใช้ความรุนแรงซึ่ง ทำให้มั่นใจได้ว่าผู้หญิงและเด็กก็อยู่ในกลุ่มเป้าหมายที่จะได้รับข่าวสารจากสื่อเหล่านี้

การรับบริการ HCT สำหรับผู้ลี้ภัยนั้น ไม่มีค่าใช้จ่าย และไม่ได้มุ่งเน้นเฉพาะกลุ่มประชากรหลัก ผู้อพยพที่เข้ามาใหม่และสตรีมีครรภ์เท่านั้น มีข้อเสนอให้การดูแลและการรักษาเอชไอวี/เอดส์อย่างรอบด้าน (Comprehensive) แก่ผู้ลี้ภัย โดยส่วนหนึ่งอยู่ภายใต้โครงการการรักษาด้วยยาต้านไวรัสระดับชาติที่ เฉพาะเจาะจงสำหรับแรงงานข้ามชาติและประชากรที่ไม่ใช่คนไทย (NAPHA extension programme) และ อีกส่วนหนึ่งอยู่ภายใต้การสนับสนุนทางการเงินของผู้บริจาคระหว่างประเทศ ส่งผลให้ผู้ลี้ภัยเกือบ 100 คนที่ อาศัยอยู่ในศูนย์ที่พักพิงชั่วคราวและผู้ลี้ภัยจำนวน 11 คนที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพฯ ได้รับยาต้านไวรัสฯ ตาม แนวทางแห่งชาติว่าด้วยการวินิจฉัยและการรักษาเอชไอวี/เอดส์ของประเทศไทย

สำหรับการวางแผนการส่งกลับผู้ลี้ภัยในอนาคต บนพื้นฐานโดยความสมัครใจของผู้ลี้ภัยที่อาศัยอยู่ ในศูนย์พักพิงชั่วคราวในปี พ.ศ. 2557 UNHCR ได้พัฒนาระบบการประสานงานและอำนวยความสะดวกใน การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างโครงการเอดส์ระดับชาติของเมียนมากับองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานใน ประเทศไทย โดยได้มีการร่างและจัดทำอนุสัญญาการส่งต่อ (referral protocol) ขึ้นแล้ว

แนวทางการดำเนินงานต่อไป/กิจกรรมสำคัญ

การจัดลำดับความสำคัญและการกำหนดให้เอชไอวีเป็นวาระด้านสุขภาพ รวมทั้งการเตรียมการใน ทุกขั้นตอนของกระบวนการส่งกลับ ยังคงต้องการการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

เป้าหมายที่ 2: ลดการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด

ปฏิกิริยาการเมือง: ลดการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีดร้อยละ 50 ในปี พ.ศ. 2558

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

ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID) มีแนวโน้มลดลง แต่ยังคงสูง (ร้อยละ 21.9, 25.2 และ 19.0 ในปี พ.ศ. 2553, 2555 และ 2557 ตามลำดับ) มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการใช้ยาเสพติดที่หลากหลายเป็นไปตามบริบทพื้นที่และในบางพื้นที่มีการใช้ยาเสพติดด้วยวิธีอื่นๆ ทดแทนการฉีด

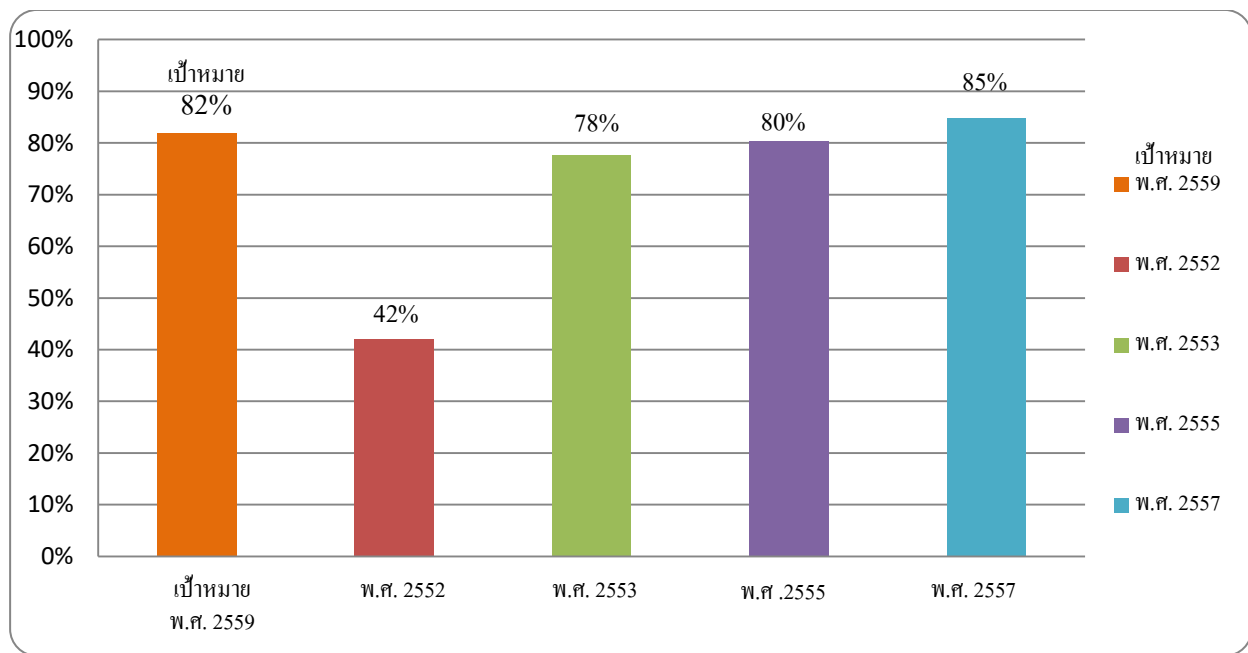
เป้าหมายของประเทศในปี พ.ศ. 2557

- ร้อยละ 65 ของผู้ใช้อย่าง เข้าถึงบริการป้องกัน
- ร้อยละ 60 ของผู้ใช้อย่าง ได้รับการตรวจเอชไอวีและทราบผลตรวจในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา
- ร้อยละ 65 ของผู้ใช้อย่าง รายงานว่าใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย
- ร้อยละ 82 ของผู้ใช้อย่าง รายงานว่าใช้เข็มและอุปกรณ์ฉีดยาสะอาดเมื่อฉีดยาครั้งสุดท้าย

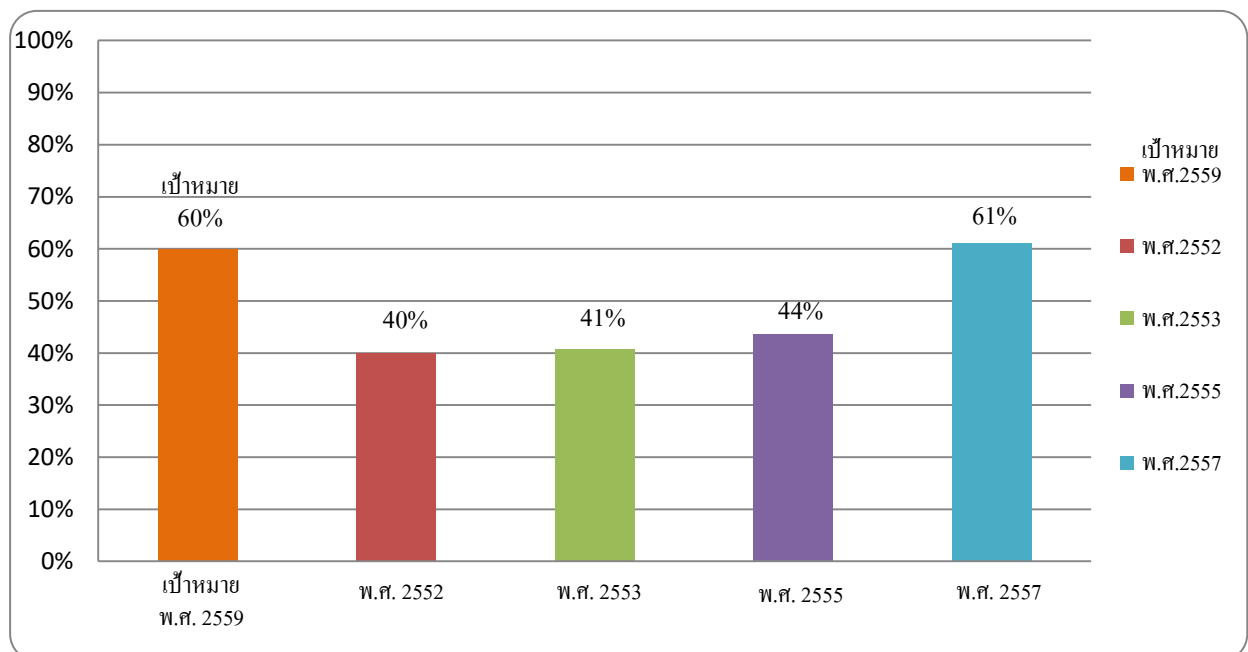
ความสำเร็จจากการดำเนินงานในปี พ.ศ. 2557

จากการคาดประมาณ ประเทศไทยมีผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีดประมาณ 40,300 คน ข้อมูลจากการสำรวจ IBBS ใน 3 จังหวัด คือ กรุงเทพฯ เชียงใหม่ และสงขลา พบว่าร้อยละ 51 ของผู้ใช้อย่าง รายงานว่าใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย และมีการใช้อุปกรณ์ฉีดยาที่สะอาดเมื่อฉีดยาครั้งสุดท้ายเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 42 ในปี พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 85 ในปีพ.ศ. 2557 (รูปที่ 4) สัดส่วนของผู้ใช้อย่าง ที่ได้รับการตรวจเอชไอวีและรู้ผลตรวจเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 40 ในปี พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 61.0 ในปี พ.ศ. 2557 (รูปที่ 5) ค่าเฉลี่ยมัธยฐานของอัตราความชุกของเอชไอวีลดลงจากร้อยละ 25.2 ในปี พ.ศ. 2555 เป็นร้อยละ 20.5 ในปี พ.ศ. 2557 อย่างไรก็ตามการใช้และแปลความข้อมูลต้องคำนึงถึงข้อจำกัดของการสำรวจ IBBS เนื่องจากเป็นการสำรวจทำในพื้นที่ 3 จังหวัดเท่านั้น

รูปที่ 4 ร้อยละของผู้ใช้ยาฯ ที่รายงานว่าใช้เข็มและอุปกรณ์ฉีดยาสะอาดเมื่อฉีดยาครั้งสุดท้าย



รูปที่ 5 ร้อยละของผู้ใช้ยาฯ ที่ได้รับการตรวจเอชไอวีและทราบผลตรวจในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา



ในปี พ.ศ. 2557 มีหน่วยบริการที่เป็นแหล่งกระจายเข็มและอุปกรณ์ฉีดยาที่สะอาดฟรี จำนวน 42 แห่ง รวมถึงร้านขายยาบางแห่งที่เข้าร่วมโครงการ จำนวนเข็มฉีดยาโดยเฉลี่ยที่แจกจ่ายให้ผู้ใช้อาย ในปี พ.ศ. 2557 คือ 14 ชิ้นต่อคน เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมาแต่ยังห่างไกลจากเป้าหมายของประเทศที่ตั้งไว้มาก คือ 88 ชิ้นต่อคนต่อปี มีสถานที่ให้บริการบำบัดยาเสพติดด้วยสารทดแทนฝิ่น (OST) จำนวน 140 แห่งในปี

พ.ศ. 2557 ลดลงจากจำนวน 147 แห่งในปี พ.ศ. 2556 และจำนวนของผู้ใช้ยาฯ ที่เข้ารับการบำบัดลดลงจากจำนวน 4,068 คน ในปี พ.ศ. 2556 เป็นจำนวน 3,646 คน ในปีพ.ศ. 2557

เป็นที่สังเกตว่าการบำบัดด้วยสารทดแทนฝิ่น (OST) มีความเหมาะสมในการบำบัดรักษาผู้ใช้น้ำอัดประเภทเฮโรอีนและฝิ่น ในขณะที่ยังไม่มีการพัฒนาการบำบัดรักษาที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ใช้น้ำอัดประเภท ATS และ MA

ปัจจัยสนับสนุนความสำเร็จ

ความชัดเจนเชิงนโยบายของรัฐ

ประเทศไทยได้แสดงให้เห็นถึงความชัดเจนเชิงนโยบายของรัฐเพื่อลดการแพร่ระบาดของเอชไอวีอย่างต่อเนื่องและเป็นหนึ่งในประเทศแรกๆ ที่ตั้งเป้าหมายไปสู่การยุติปัญหาเอดส์ภายในปี พ.ศ. 2573 ในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2557 สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ปปส.) ได้เปิดตัวกลยุทธ์การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction: HR) ซึ่งนับเป็นครั้งแรกที่ต้องมีการประสานการทำงานร่วมกันกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหลายภาคส่วนทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคม

ในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2557 คณะกรรมการฯ เอดส์ชาติ (NAC) เห็นชอบนโยบายและมาตรการการลดอันตรายจากการใช้ยาเพื่อสนับสนุนนโยบายยุติปัญหาเอดส์ นับเป็นครั้งแรกที่การลดอันตรายจากการใช้ยาได้รับการอนุมัติเห็นชอบอย่างเป็นทางการ หลังจากที่มีความพยายามในการผลักดันเรื่องการตีความกฎหมายมาอย่างยาวนาน จากคณะกรรมการกฤษฎีกาที่ไม่สนับสนุนการดำเนินงานลดอันตรายจากการใช้ยา นอกจากนี้คณะกรรมการฯ เอดส์ชาติ มีคำสั่งให้กรมควบคุมโรคซึ่งงบประมาณของรัฐบาลในการจัดหาเข็มและอุปกรณ์ฉีดยาที่สะอาดเพื่อสนับสนุนโครงการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด

การจัดสรรงบประมาณของประเทศ

งบประมาณเพื่อการลดอันตรายจากการใช้ยาเช่น กิจกรรมการเข้าถึงผู้ใช้น้ำอัด (outreach) และการแจกจ่ายเข็มและอุปกรณ์ฉีดยาที่สะอาด ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลกผ่านองค์กร PSI ในโครงการ CHAMPION ซึ่งดำเนินการใน 19 จังหวัดในช่วงปีที่ผ่านมา แต่การสนับสนุนสิ้นสุดลง เมื่อสิ้นปีพ.ศ. 2557 จึงมีการจัดลำดับความสำคัญใหม่โดยดำเนินการในจังหวัดที่มีผู้ใช้น้ำอัดจำนวนมากในปี พ.ศ. 2558 กองทุนโลกให้การสนับสนุนกิจกรรมการเข้าถึงผู้ใช้น้ำอัดใน 12 จังหวัดขณะที่งบประมาณภายในประเทศสนับสนุนการให้บริการการบำบัดรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาว (MMT) โดยขอการสนับสนุนเงินทุนจากรัฐบาลและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ดำเนินการใน 7 จังหวัดน่าน

ความเข้มแข็งของภาคประชาสังคม

ภาคประชาสังคมมีบทบาทสำคัญอย่างมากในการทำให้กลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุเข้าถึงบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการดำเนินกิจกรรมเพื่อลดอันตรายจากการใช้ยา รวมทั้งการให้ความรู้โดยเพื่อน ผู้สูงอายุ อาสาสมัครเพื่อนผู้สูงอายุ ที่เป็นผู้เผยแพร่ข้อมูลการป้องกันและการให้บริการ รวมทั้งชักชวนผู้สูงอายุให้เข้ารับบริการตรวจเอชไอวีและบริการลดอันตรายจากการใช้ยา นอกจากนี้ภาคประชาสังคมยังเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในโครงการแลกเปลี่ยนเข็มฉีดยาและการให้บริการ MMT ในชุมชน

ความท้าทาย/ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อความสำเร็จของเป้าหมาย

- การปิดตัวลงของโครงการ CHAMPION ใน 7 จังหวัด (จาก 19 จังหวัด) ส่งผลให้พื้นที่ให้บริการเชิงรุก (outreach) และหน่วยบริการแลกเปลี่ยนเข็มฉีดยาลดลง อย่างไรก็ตามการกำหนดตัวเลขเป้าหมายที่เสนอต่อแหล่งทุนก่อนหน้านี้ยังคงเดิม
- กฎหมายและนโยบายเกี่ยวกับยาเสพติดมักจะขัดแย้งกันเอง ทำให้เกิดความสับสนและการปฏิบัติที่แตกต่างกันในการดำเนินงานลดอันตรายจากการใช้ยา กล่าวคือ แนวทางการลดอันตรายจากการใช้ยา มีแนวคิดว่าคุณคนที่ต้องพึ่งพิงยาเสพติด คือคนที่มีปัญหาสุขภาพจำเป็นต้องได้รับการรักษาและดูแล แต่พรบ.ยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ระบุว่าการใช้ยาเสพติดเป็นอาชญากรรมที่ต้องถูกจับกุมและจำคุก
- แม้ว่าประเทศไทยจะมีนโยบายลดอันตรายจากการใช้ยา แต่ในทางปฏิบัติการดำเนินงานตามนโยบายนี้ยังไม่สมบูรณ์ เนื่องจากหน่วยงานที่รับผิดชอบและผู้ปฏิบัติงานในระดับจังหวัดยังเข้าใจนโยบายและแนวทางการดำเนินงานไม่ถ่องแท้และยังไม่มีที่ตั้งเป้าหมายการดำเนินงานในระดับจังหวัด ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางการเมืองในปีที่ผ่านมา นอกจากนี้ยังมีคนจำนวนมากที่มีความรู้ความเข้าใจที่ยังไม่เข้าใจและยังมีทัศนคติเชิงลบ ออกตักกับผู้สูงอายุและต่อต้านการลดอันตรายจากการใช้ยา
- การจัดบริการลดอันตรายจากการใช้ยาในปัจจุบัน ยังไม่สอดคล้องกับความต้องการและบริบทในพื้นที่ที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่และพบว่ามีช่องว่างของการทำงานเชิงรุกของภาคประชาสังคมและการจัดบริการของภาครัฐ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการบูรณาการทำงานร่วมกันระหว่างสองภาคส่วน เพื่อเชื่อมโยงบริการเชิงรุกของภาคประชาสังคมกับการจัดบริการของภาครัฐซึ่งจะช่วยเพิ่มความครอบคลุมในการแจกจ่ายเข็มและอุปกรณ์ฉีดยาสะอาด และกระตุ้นให้มีการเข้ารับบริการ MMT เพิ่มขึ้นทั้งในสถานบริการสุขภาพและในชุมชน

สรุป

มีความก้าวหน้าของการดำเนินงานทั้งในด้านนโยบายและกิจกรรมการลดอันตรายจากการใช้ยา ซึ่งเห็นได้จากการเข้าถึงบริการต่างๆที่เกี่ยวข้องเพิ่มมากขึ้น อย่างไรก็ตามยังมีความท้าทายคือ จะทำอย่างไรให้เกิดการดำเนินงานลดอันตรายจากการใช้ยา ได้อย่างเต็มรูปแบบตามนโยบายและยุทธศาสตร์ที่ตั้งไว้ เพื่อให้เกิดความครอบคลุม นอกจากนี้ผู้ปฏิบัติงานโดยเฉพาะในภาครัฐตั้งแต่ระดับสูงจนถึงผู้ปฏิบัติในพื้นที่ ยังขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องการลดอันตรายจากการใช้ยา ดังนั้นการแปลงยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติให้ได้ อย่างแท้จริงจึงมีความจำเป็น รวมถึงแก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้องให้สอดคล้องกับแนวคิดเรื่องผู้เสพยาคือ ผู้ป่วย หรือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพ ไม่ใช่ผู้กระทำผิดกฎหมายอาชญากรรม และควรยกเลิกนโยบายบังคับบำบัด ในขณะเดียวกันควรมีการเพิ่มช่องทางให้ผู้เสพยาเข้าถึงการบริการที่มีคุณภาพและปกป้องผู้เสพยาตามหลัก สิทธิมนุษยชน

แนวทางการดำเนินงานต่อไป/กิจกรรมสำคัญ

1. สนับสนุนการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานลดอันตรายจากการใช้ยาใน 19 จังหวัดนำร่อง เพื่อเป็นตัวอย่างการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติที่มีประสิทธิผลได้อย่างแท้จริง
2. เพิ่มบทบาทของภาครัฐในการขยายการให้บริการลดอันตรายจากการใช้ยา และลดทัศนคติเชิงลบ ของบุคลากรภาครัฐที่มีต่อผู้เสพยาเสพติด
3. พัฒนาและปรับปรุงรูปแบบการให้บริการทั้งเชิงรุกและการจัดบริการเชิงรับ เช่น บทบาทของภาครัฐ ในการกระจายเข็มและอุปกรณ์ฉีดยาสะอาด การบำบัดรักษาด้วยเมธาโดนระยะยาวโดยชุมชน การให้ความรู้เรื่องเอชไอวี และไวรัสตับอักเสบบี การป้องกันการใช้ยาเกินขนาด และปรับบริการให้ สอดคล้องกับวิถีชีวิตและบริบทของพื้นที่ จัดทำแนวทางการดำเนินงานในการลดอันตรายจากการใช้ ยาโดยเน้นการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และกลุ่มผู้เสพยา
4. ผลักดันให้มีการแก้ไขกฎหมายที่ยังขัดแย้งกับนโยบาย เพื่อสร้างสถานะแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อ การป้องกันให้มากยิ่งขึ้น และควรพิจารณายกเลิกนโยบายที่มีแนวคิดที่ผู้เสพยาเป็นอาชญากร รวมถึงมีข้อกำหนดให้มีบริการรักษาด้วยเมธาโดนระยะยาวกับผู้ต้องขังในเรือนจำ

เป้าหมายที่ 3: จัดการติดเชื้อเมื่อแรกเกิด(การถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก)ให้หมดไป

ปฏิญญาการเมือง: การจัดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกให้หมดไป และลดการเสียชีวิตของแม่ที่มีเหตุเนื่องจากเอดส์ลงอย่างมีนัยสำคัญ

ยุทธศาสตร์ชาติ: อัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก น้อยกว่าร้อยละ 2

เป้าหมายของประเทศสำหรับปี พ.ศ. 2557

- ร้อยละ 95.5 ของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อทั้งคนไทยและต่างด้าวได้รับยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก
- ร้อยละ 80 ของทารกคลอดจากแม่ที่ติดเชื้อได้รับการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อภายใน 2 เดือนหลังคลอด
- ร้อยละ 2.5 ของทารกที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อ ติดเชื้อเอชไอวี

ความสำเร็จของการดำเนินงานในปี พ.ศ. 2557

อัตราการติดเชื้อเมื่อแรกเกิด อัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ลดลงจากร้อยละ 2.3 ในปี พ.ศ. 2556 เป็นร้อยละ 2.1 ในปี พ.ศ.2557ซึ่งอาจนำไปสู่เป้าหมายของประเทศที่ตั้งไว้คือต่ำกว่าร้อยละ 2 ในปี พ.ศ. 2559 จากข้อมูลปี พ.ศ.2557 พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ยาต้านไวรัสสูตรใดเลยลดลงจากร้อยละ 4.9 ในปี พ.ศ. 2556 เป็นร้อยละ 4.2 ในปี พ.ศ. 2557

สัดส่วนของทารกที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อได้รับการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีด้วยวิธี PCR ภายใน 2 เดือนแรกหลังคลอดพบว่ามีอัตราเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 73 ในปี พ.ศ. 2556เป็นร้อยละ 76 ในปี พ.ศ. 2557 อย่างไรก็ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ในปี พ.ศ.2559 สูงถึงร้อยละ 90 จึงมีความจำเป็นที่ต้องปรับเปลี่ยนกลยุทธ์และวิธีการดำเนินงานให้ดียิ่งขึ้น เพื่อส่งเสริมการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีในทารกที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อ ให้เป็นไปตามเป้าหมาย

สำหรับความครอบคลุมของกลุ่มหรือสามีของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจเอชไอวีพบว่าเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 38 ในปี พ.ศ. 2556 เป็นร้อยละ 41 ในปี พ.ศ. 2557 แต่ยังห่างไกลจากเป้าหมายที่ตั้งไว้ในปี พ.ศ. 2559 คือถึงร้อยละ 60 ดังนั้นการเพิ่มความครอบคลุมให้ถึงเป้าหมายที่กำหนดไว้ในปี 2559 ถือเป็นสิ่งที่ท้าทาย

ปัจจัยสนับสนุนความสำเร็จ

ความครอบคลุมการบริการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกเพิ่มขึ้น

- กระทรวงสาธารณสุขได้เพิ่มความครอบคลุมของการบริการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก (PMTCT) โดยการประกาศนโยบาย“ฝากครรภ์ทุกที่ฟรีทุกสิทธิ์” สนับสนุนให้มาฝากครรภ์เป็นคู่ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ เพื่อลดปัญหาการฝากครรภ์ล่าช้าและการไม่ฝากครรภ์

- ตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2557 กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินโครงการเชิงรุก เพื่อวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีของทารกแรกเกิดและส่งเสริมการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯแต่เนิ่นๆในทารกที่ติดเชื้อ โดยได้สนับสนุนการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องใน PMTCT และการตรวจเลือดของทารกที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อทันที
- ในเดือนตุลาคมปี พ.ศ. 2557 มีการนำเสนอแนวทางใหม่ในการรักษาเอชไอวี และปรับเปลี่ยนสูตรยาป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก จาก AZT+3TC+LPV/r ซึ่งเป็นสูตรยาแนะนำสำหรับหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวี เป็น TDF+3TC+EFV โดยเริ่มยาทันทีไม่คำนึงถึงอายุครรภ์และระดับ CD4 นอกจากนี้มีการให้ยาต้านไวรัสฯในหญิงหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีทุกรายเพื่อให้สอดคล้องกับแนวทางการรักษาในผู้ใหญ่ การดำเนินงานตามแนวทางดังกล่าวคาดว่าจะช่วยลดปัญหาการไม่ได้รับยาต้านไวรัสฯหรือเริ่มยาต้านไวรัสฯช้า ในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อทั้งที่ตั้งครรภ์ครั้งแรกและตั้งครรภ์ซ้ำ ซึ่งจะส่งผลให้การติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกน้อยลงในปีต่อไป
- จัดทำโครงการพัฒนาระบบกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงานป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก โดยกิจกรรมภายใต้โครงการประกอบด้วย
 1. ประชุมคณะกรรมการระดับส่วนกลางและระดับพื้นที่ (ศูนย์อนามัยเขต) เพื่อพัฒนาระบบและจัดทำคู่มือการใช้ประโยชน์จากข้อมูลระบบติดตามและประเมินผลการดำเนินงานป้องกันการถ่ายทอดเชื้อ เอชไอวีจากแม่สู่ลูก
 2. ประชุมคณะทำงานเพื่อส่งเสริมการติดตามความก้าวหน้า วางแผนพัฒนาระบบติดตาม และดูแลระบบข้อมูล(Database Maintenance) รวมทั้งการประยุกต์และส่งเสริมการใช้ข้อมูลในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ โดยป้อนข้อมูลเข้าสู่ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์(Geographic Information System : GIS) และเว็บไซต์ที่แสดงผลในรูปแบบกราฟเพื่อใช้ประโยชน์ประกอบการตัดสินใจและส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานใช้ประโยชน์จากข้อมูล PHIMS และ NAP
 3. ประชุมเชิงปฏิบัติการคณะกรรมการและผู้เกี่ยวข้องทั้งระดับส่วนกลางและระดับพื้นที่(ศูนย์อนามัยเขต) เพื่อพัฒนาความรู้ในการใช้ประโยชน์จากข้อมูล กำกับติดตามการดำเนินงาน
 4. ตรวจสอบข้อมูลและส่งข้อมูลย้อนกลับให้กับผู้บริหารและผู้ที่เกี่ยวข้อง
 5. นำเสนอผลการดำเนินงานป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกต่อผู้บริหารและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่าย

พัฒนาระบบบริการให้การปรึกษาแบบคู่เพื่อตรวจหาการติดเชื้อสำหรับหญิงตั้งครรภ์และสามี

1. พัฒนาและผลิตคู่มือแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมและขยายเครือข่ายการให้การปรึกษาแบบคู่สำหรับหญิงตั้งครรภ์และสามี
2. สนับสนุนการจัดบริการ ณ สถานบริการ เช่น การสนับสนุนสื่อ ภาพพริกการตรวจเลือดสำหรับหญิงตั้งครรภ์ คู่มือการจัดบริการให้การปรึกษาแบบคู่ วิดีโอการตรวจเลือดหญิงตั้งครรภ์และสามี
3. ติดตามการดำเนินงานการให้การปรึกษาแบบคู่ จากโปรแกรม PHIMS เพื่อประเมินความครอบคลุม ค้นหาช่องว่างของการดำเนินงาน เพื่อกำหนดพื้นที่เป้าหมายสำหรับการนิเทศ
4. นิเทศติดตามระดับเขตและสถานบริการ โดยเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบโครงการและผู้ให้บริการเพื่อเพิ่มความรู้และเข้าใจ รวมถึงความมั่นใจในการจัดเตรียมการให้บริการ

ความท้าทาย/ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อความสำเร็จ

- ความครอบคลุมของสถานบริการที่ให้บริการการปรึกษาแบบคู่ ในปี พ.ศ. 2557 มีเพียงร้อยละ 60 ทั้งนี้มีผลทำให้ความครอบคลุมในการค้นหาคู่ผลเลือดต่างยังเป็นไปได้น้อย กล่าวคือ พบว่าคู่ของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจเลือดเพียงร้อยละ 40 เท่านั้น ซึ่งสถานการณ์เช่นนี้ถือเป็นภาวะคุกคามต่อการติดเชื้อในคู่ ทำให้มีคำถามต่อคุณภาพของระบบบริการ และความจำเป็นที่จะต้องเพิ่มการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้ให้บริการให้การปรึกษาแบบคู่
- ยังคงมีหญิงตั้งครรภ์จำนวนไม่น้อยที่ไม่มาฝากครรภ์ทำให้ไม่ทราบสถานการณ์ภาพรวมการติดเชื้อ ซึ่งเป็นอุปสรรคในการให้บริการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ในระหว่างตั้งครรภ์ ระหว่างการคลอด และทารกหลังคลอด ซึ่งเป็นข้อจำกัดที่ทำให้ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้
- หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 40 ไม่มาติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องหลังคลอด
- รายงานระบบติดตามการดำเนินงานป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกไม่ครอบคลุมข้อมูลจากโรงพยาบาลเอกชน และโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่ไม่ได้อยู่ภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งอาจมีผลการดำเนินงานที่แตกต่างจากโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

สรุป

ประเทศไทยประสบความสำเร็จในการดำเนินการลดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกโดยอัตราการถ่ายทอดเชื้อ ลดลงเหลือเพียงร้อยละ 2.1 ในปีพ.ศ. 2557 ซึ่งใกล้เคียงกับเป้าหมายที่ตั้งไว้คือต่ำกว่าร้อยละ 2 ในปี พ.ศ. 2559 ดังนั้นประเทศไทยอาจเป็นประเทศกลุ่มแรก ๆ ของโลกที่จะประสบความสำเร็จในการลดการถ่ายทอดเชื้อ จากแม่สู่ลูกให้เป็นศูนย์ หรือไม่มีทารกติดเชื้อที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อ

แนวทางการดำเนินงานต่อไป/กิจกรรมสำคัญ

1. ทบทวนข้อมูลการดำเนินงานป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกและนำข้อมูลมาใช้สะท้อนกลับให้พื้นที่ที่มีความครอบคลุมของตัวชี้วัดต่ำกว่าเป้าหมายของประเทศเพื่อกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาการให้บริการ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และขยายความครอบคลุมสิทธิของผู้รับบริการในกลุ่มเป้าหมาย เพื่อมุ่งสู่เป้าหมายการยุติการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก
2. เพิ่มความครอบคลุมของบริการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ โดยเพิ่มความครอบคลุมการประกันสุขภาพ โดยสนับสนุนให้ซื้อบัตรสุขภาพสำหรับคนต่างด้าวเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ต่างด้าวที่ติดเชื้อและทารกได้รับบริการป้องกันอย่างเสมอภาคและการดูแลที่มีคุณภาพตามมาตรฐานของประเทศ
3. จัดการประเมินผลเพื่อศึกษาผลกระทบจากการปรับเปลี่ยนนโยบาย เพื่อดูความครอบคลุมและการคงอยู่ในระบบการรักษาด้วยยาต้านไวรัสของหญิงติดเชื้อฯ และอุปสรรคของการให้การปรึกษาแบบคู่ เพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุงนโยบายและกลยุทธ์การดำเนินงานป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น

เป้าหมายที่ 4: การรักษาด้วยยาต้านไวรัส

ปฏิญญาการเมือง: ผู้ติดเชื้อเอชไอวี 15 ล้านคนได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

ยุทธศาสตร์ชาติ: การเสียชีวิตเนื่องจากเอดส์ลดลงครึ่งหนึ่ง ในปี พ.ศ. 2559

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกคนที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยได้รับการปกป้องทางสังคมและเข้าถึงการดูแลรักษาที่มีคุณภาพ

เป้าหมายของประเทศสำหรับปี พ.ศ. 2557

- ร้อยละ 75 ของผู้ติดเชื้อทั้งผู้ใหญ่และเด็ก ($CD4 \leq 350$) ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส
- ร้อยละ 60 ของผู้ติดเชื้อทั้งผู้ใหญ่และเด็กได้รับยาต้านไวรัส(OP target)
- ร้อยละ 86 ของผู้ติดเชื้อทั้งผู้ใหญ่และเด็กยังคงมีชีวิตอยู่ภายหลังจากรับยาต้านไวรัสนาน 12 เดือน
- ร้อยละ 81 ของผู้ที่รับยาต้านไวรัสมีผลตรวจ viral load $\leq 1,000$ copies/ml หลัง 12 เดือนของการรักษา

ความสำเร็จของการดำเนินงานในปี พ.ศ. 2557

ประเทศไทยเป็นหนึ่งในกลุ่มประเทศแรกๆ ที่นำกลยุทธ์ Test&Treat มาปรับใช้ โดยปรับแนวทางการรักษาเอชไอวีให้เริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัสแก่ผู้ติดเชื้อทุกคนโดยไม่คำนึงถึงระดับ CD4 นโยบายดังกล่าวได้ดำเนินการทั่วประเทศเมื่อวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2557 ซึ่งที่ผ่านมาประเทศไทยมีแนวทางเริ่มต้นให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัส ที่ระดับ CD4 เท่ากับหรือน้อยกว่า $350/mm^3$ โดยในปี พ.ศ. 2556 มีความครอบคลุมของผู้ติดเชื้อ ที่ได้รับยาต้านไวรัสร้อยละ 80.3

ผู้ติดเชื้อทั้งเด็กและผู้ใหญ่จำนวน 426,274 คนได้รับการดูแลรักษาเอชไอวีในปี พ.ศ. 2557 ซึ่งผู้ติดเชื้อจำนวน 271,652 คนได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส เป็นผู้ใหญ่จำนวน 267,150 คน และเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีจำนวน 4,502 คน มีผู้ติดเชื้อ รายใหม่ที่ได้รับการรักษาในปี พ.ศ. 2557 จำนวน 35,282 คน ความครอบคลุมของการได้รับยาต้านไวรัส ในผู้ติดเชื้อ ทั้งหมด (เด็กและผู้ใหญ่) คิดเป็นร้อยละ 61

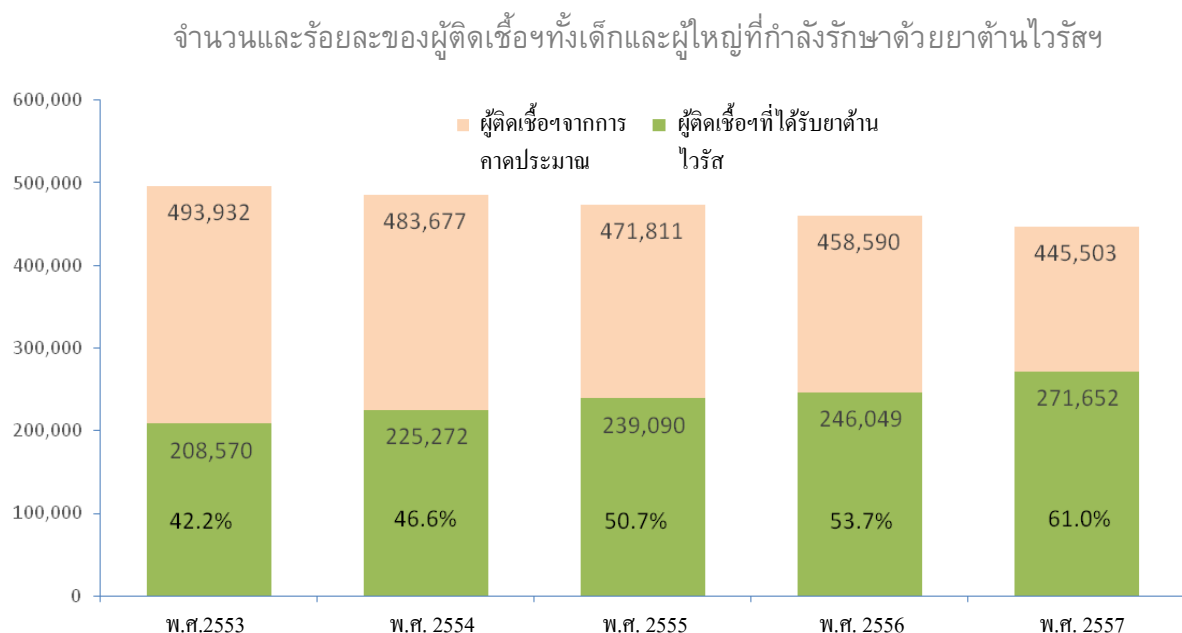
สถานพยาบาลที่ให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสมีจำนวน 949 แห่ง (ที่สามารถเริ่มต้นให้การรักษาและติดตามผู้รับยาต้านไวรัส) อัตราการคงอยู่ในการรักษาที่ 12 เดือนหลังรับยาต้านฯ คิดเป็นร้อยละ 83.0 อัตราการคงอยู่ในผู้หญิงและผู้ชายมีความแตกต่างกันเพียงเล็กน้อย (ร้อยละ 82.4 ในผู้ชาย และร้อยละ 83.8 ในผู้หญิง) และในเด็กสูงกว่าผู้ใหญ่ (ร้อยละ 87.3 และร้อยละ 82.9 ตามลำดับ) เมื่อเปรียบเทียบอัตราการคงอยู่ในการรักษาในปี พ.ศ. 2557 กับปีพ.ศ. 2556 พบว่ามีค่าใกล้เคียงกันมาก (ร้อยละ 83.0 ในปี พ.ศ. 2557 และ ร้อยละ 82.7 ในปี พ.ศ. 2556) โดยมีผู้ขาดการรักษาร้อยละ 8.5 เสียชีวิตร้อยละ 8.3 และร้อยละ 0.13 หยุดการรักษา แนวโน้มของอัตราการตาย การขาดการรักษาและหยุดการรักษาค่อนข้างคงที่ ส่วนผู้ติดเชื้อที่ยังคงอยู่ในการรักษาระยะยาว ณ 24 เดือน และ 600 เดือน ร้อยละ 77.9 และ ร้อยละ 74.6 ตามลำดับ

อย่างไรก็ตาม มีผู้เสียชีวิตที่ 24 เดือนร้อยละ 11.5 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 17.4 ที่ 60 เดือน หลังการได้รับยาต้านไวรัส

ความครอบคลุมของยาต้านไวรัส

อัตราการเข้าถึงยาต้านไวรัสเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและรวดเร็วในประเทศไทย ความครอบคลุมของยาต้านไวรัสเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 64.6 ในปี พ.ศ. 2554 เป็นร้อยละ 80.3 ในปี พ.ศ. 2556 ซึ่งเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 15 ในระยะเวลาเพียงสองปี เป็นที่น่าสังเกตว่าความครอบคลุมที่เพิ่มขึ้นนี้เป็นผลจากเกณฑ์การเริ่มต้นให้การรักษาที่เปลี่ยนไปในปัจจุบัน นอกเหนือจากการปรับปรุงบริการเพื่อให้การเข้าถึงการรักษาและอัตราการคงอยู่ในการรักษาอยู่ในระดับสูงแล้ว ประเทศไทยยังมีความท้าทายอย่างมากในการปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพของการบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเห็นได้จากอัตราการเข้าถึงการตรวจ viral load และผลการติดตามการกดปริมาณไวรัสที่ 12 เดือน ในปี พ.ศ. 2557 เท่ากับร้อยละ 96.1 ของผู้ที่รับยาต้านไวรัส นอกจากนี้พบว่าปัญหาขาดแคลนยาต้านไวรัสขาดคลัง (ART stock-out) ในประเทศไทยมีน้อยมาก โดยในปี พ.ศ. 2556 มีหน่วยบริการ ร้อยละ 3.1 เท่านั้นที่รายงานว่ายาด้านไวรัสขาดคลัง

รูปที่ 6. จำนวนและร้อยละของผู้ติดเชื้อทั้งเด็กและผู้ใหญ่ที่กำลังรักษาด้วยยาต้านไวรัส



มีผู้ติดเชื้อ จำนวนมากที่ยังไม่ทราบสถานะการติดเชื้อและเข้าสู่ระบบบริการรักษาเอชไอวีล่าช้า จึงมีความจำเป็นที่จะต้องจัดบริการให้ผู้ติดเชื้อได้รับการวินิจฉัยเอชไอวีที่รวดเร็วขึ้น และขยายการให้การปรึกษาและตรวจหาเชื้อเอชไอวีให้เพิ่มมากยิ่งขึ้น รวมถึงการเชื่อมโยงบริการเพื่อให้ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสแต่เนิ่นๆ และทำให้ผู้ติดเชื้อได้คงอยู่ในระบบการรักษา ทั้งนี้การดำเนินงานดังกล่าวจะเกิดขึ้นได้

จำเป็นต้องมีระบบการส่งต่อที่ดี มีการแบ่งบทบาท มีแนวทางส่งเสริมให้คนเข้ารับการตรวจวินิจฉัยโดยเร็ว และได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯแต่เนิ่นๆ รวมทั้งคงอยู่ในระบบการรักษาอย่างต่อเนื่อง

ปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จ

ความชัดเจนเชิงนโยบายของรัฐ

ประเทศไทยได้แสดงให้เห็นถึงความชัดเจนเชิงนโยบายของรัฐที่จะลดการแพร่ระบาดของเอชไอวี และเป็นหนึ่งในกลุ่มประเทศแรกที่ประกาศยุทธศาสตร์ ตั้งเป้าหมายไปสู่การยุติปัญหาเอดส์ภายในปี พ.ศ. 2573 โดยประเทศไทยได้ใช้ประโยชน์จากนวัตกรรมทางวิทยาศาสตร์และสามารถแปลงไปสู่นโยบาย และการปฏิบัติได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งเห็นได้จากแผนปฏิบัติการยุติปัญหาเอดส์ประเทศไทยปีพ.ศ. 2558-2562 ที่มุ่งเน้นการบูรณาการป้องกันและการรักษาแต่เนิ่นๆ (รวมถึงการใช้มาตรการทางด้านชีววิทยาทาง การแพทย์) แผนปฏิบัติการดังกล่าวฯ ได้ผ่านความเห็นชอบจาก คช.ปอ. แล้ว

การจัดสรรงบประมาณของประเทศ

การตอบสนองต่อปัญหาเอดส์ของประเทศไทยส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากแหล่งทุนในประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งค่าใช้จ่ายด้านการรักษาจะใช้งบประมาณของประเทศทั้งหมดระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบของประเทศไทย (หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หลักประกันสังคม และสิทธิสวัสดิการข้าราชการ) ครอบคลุมสิทธิประโยชน์ทั้งด้านการตรวจวินิจฉัย การรักษาและการติดตาม (รวมถึงการได้รับยาต้านไวรัสฯ โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายทั้งสูตร 1 และสูตร 2 สูตรสำหรับดื้อยา การตรวจจำนวนเชื้อไวรัสในกระแสเลือด และการติดตามการดื้อยาต้านไวรัสฯ)

สรุป

ประเทศไทยอยู่ระหว่างดำเนินการมุ่งสู่เป้าหมายระดับโลกและเป้าหมายของประเทศเพื่อลดการ เสียชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยทำให้ผู้ติดเชื้อสามารถเข้าถึงยาต้านไวรัสฯได้ตามเป้าหมาย ซึ่งประเทศไทย สามารถดำเนินการได้ดี ทั้งในแง่ของความครอบคลุมและคุณภาพของการบริการยาต้านไวรัสฯ

แนวทางดำเนินงานต่อไป/กิจกรรมสำคัญ

1. เพิ่มสัดส่วนของผู้ที่รู้สถานะการติดเชื้อฯ โดยลงทุนเพื่อสร้างความต้องการในการตรวจเอชไอวีและ ลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ
2. ปรับปรุงให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงเทคโนโลยีการตรวจวินิจฉัยอย่างง่าย และกระจายเทคโนโลยี การตรวจวินิจฉัยตลอดจนระบบส่งต่อเพื่อเข้ารับการดูแลและรักษาที่สมบูรณ์ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่
3. ปรับกลไกเพื่อสนับสนุนการคงอยู่ในการรักษาตลอดชีวิต ให้เป็นส่วนหนึ่งของกลยุทธ์ Test&Treat
4. ช่วยให้งานข้ามชาติที่ไม่ได้จดทะเบียนสามารถเข้าถึงยาต้านไวรัสฯอย่างทั่วถึงและได้รับการ รักษาที่มีคุณภาพ

เป้าหมายที่ 5: ลดการเสียชีวิตจากวัณโรคในผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ปฏิญญาการเมือง: ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เสียชีวิตจากวัณโรคลดลงร้อยละ 50 ในปี พ.ศ. 2558

ยุทธศาสตร์ชาติ: ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เสียชีวิตจากวัณโรคลดลงร้อยละ 50 ในปี พ.ศ. 2559

เป้าหมายของประเทศสำหรับปี พ.ศ. 2557

- ร้อยละ 32 ของผู้ติดเชื้อที่เป็นวัณโรค (ตามการคาดประมาณ) ได้รับการรักษาทั้งวัณโรคและเอชไอวี
- ผู้ติดเชื้อทั้งหมดได้รับการตรวจคัดกรองวัณโรคทุกครั้งที่มาคลินิกดูแลเอชไอวี
- ร้อยละ 95 ของผู้ป่วยวัณโรคได้รับการตรวจเอชไอวี และบันทึกผลการตรวจในทะเบียนวัณโรค
- ร้อยละ 8 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและวัณโรคร่วมเสียชีวิตหลังเข้ารับการรักษา

ความสำเร็จของการดำเนินงานในปี พ.ศ. 2557

สำนักวัณโรครายงานข้อมูล ณ สิ้นปี พ.ศ. 2557 ว่ามีผู้ป่วยวัณโรค 50,670 คนที่ได้รับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีพร้อมกับการวินิจฉัยวัณโรคหรือได้รู้สถานะการติดเชื้อเอชไอวีของตนเองในจำนวนนี้พบว่ามี 6,831 คนที่มีผลตรวจเอชไอวีเป็นบวกโดยได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ จำนวน 4,691 คนและได้รับการรักษาด้วย co-trimoxazole เพื่อการป้องกันจำนวน 4,359 คน

การรายงานตัวชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีวัณโรคร่วมด้วย(HIV-TB)ในประเทศไทยยังไม่สมบูรณ์ และการรายงานการตรวจการรักษาเอชไอวีในผู้ป่วยวัณโรคจากโรงพยาบาล/สถานพยาบาลบางแห่งยังต่ำกว่าความเป็นจริง เพราะข้อมูลการรายงานตัวชีวิต HIV-TB ข้อ 5.2, 5.3 และ 5.4 ในรายงาน GARP ไม่มีการเก็บข้อมูลเป็นประจำที่เป็นตัวแทนระดับประเทศ อย่างไรก็ตามข้อมูลจากบางแหล่งช่วยให้ข้อสรุปบางอย่างได้ ยกตัวอย่างเช่นการวัดประสิทธิภาพของการดูแลรักษาเอชไอวีเพื่อการปรับปรุงคุณภาพของโรงพยาบาล หรือ HIVQUAL-T จะดำเนินการโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างจากทะเบียนของผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการในคลินิกในช่วงระยะเวลาการตรวจสอบ และนำมาสรุปผลด้วยค่าความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 90 (ข้อผิดพลาดแบบสุ่มจะเกิดได้ประมาณ+/- ร้อยละ 8) ซึ่งฐานข้อมูลนี้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาทั้งที่คลินิกเอชไอวีและได้รับการตรวจคัดกรองวัณโรคด้วยอย่างน้อย 1 ครั้งในช่วงปีที่รายงาน และในปี พ.ศ. 2557 จากข้อมูล HIV-QUAL พบว่าความครอบคลุมของการตรวจคัดกรองวัณโรคอย่างน้อย 1 ครั้ง คือ ร้อยละ 98.8 ทั้งนี้ ข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองวัณโรคในการเข้ารับบริการแต่ละครั้ง ไม่ได้มีการเก็บข้อมูลเป็นประจำและไม่มีการรายงานในขณะนี้

ความครอบคลุมของ ART สำหรับผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อ HIV

มีการคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและวัณโรคร่วมด้วยในประเทศไทย ไว้ 12,000 คน และ สัดส่วนของผู้ป่วยเอชไอวีและวัณโรคที่ได้รับการรักษาทั้งวัณโรคและเอชไอวีเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 26.07 ในปี พ.ศ. 2553 เป็น ร้อยละ 39.1 ในปีพ.ศ.2557 (จำนวน 4,691/12,000) ในขณะที่สัดส่วนของผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นวัณโรคและเอชไอวีมีร้อยละ 68.6 (จำนวน 4,691/6,831) ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2556 ที่มีสัดส่วนอยู่ที่ร้อยละ 59.6 อย่างไรก็ตามการเพิ่มขึ้นในสัดส่วนนี้เป็นผลมาจากการลดลงของจำนวนผู้ป่วยวัณโรค เพราะผู้ป่วยวัณโรคที่ตรวจพบเชื้อเอชไอวีจะได้รับการบันทึกในระบบรายงานเพื่อนับเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งการลดลงของผู้ป่วยวัณโรคเกิดขึ้นจากการรายงานที่น้อยกว่าความเป็นจริงมากกว่าที่จะเป็นการลดลงของอัตราการตรวจวินิจฉัยที่เป็นผลบวกที่เกิดขึ้นจริง

ปัจจัยสนับสนุนความสำเร็จ

การจัดสรรงบประมาณของประเทศ

งบประมาณการตอบสนองต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีการติดเชื้อวัณโรคร่วมด้วยของประเทศไทย ส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากแหล่งทุนภายในประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งงบประมาณการรักษาทั้งหมดมาจากแหล่งทุนภายในประเทศ โดยหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 กองทุน ของไทยกำหนดให้เป็นชุดบริการที่ครอบคลุมสิทธิประโยชน์รอบด้าน มีการให้บริการอย่างต่อเนื่องตั้งแต่การวินิจฉัยการรักษาและการติดตามการรักษา(รวมถึงยาต้านไวรัสฟรีทั้งสูตร 1 และ 2 ยารักษาวัณโรคสูตร 1 และ 2 การวินิจฉัยระดับโมเลกุล การตรวจ viral load และการติดตามการดื้อยา) ทั้งนี้ การตรวจเอชไอวียังเป็นบริการที่ไม่เสียค่าใช้จ่ายสำหรับคนไทยและแรงงานข้ามชาติที่จดทะเบียนถูกต้องตามกฎหมาย

ความท้าทาย/ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคความสำเร็จ

การวินิจฉัยวัณโรคในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่เพียงพอโดยเฉพาะผู้ติดเชื้อวัณโรคจำนวนมากที่ผลการเพาะเชื้อจากเสมหะเป็นลบ (smear negative case) วัณโรคนอกปอดและวัณโรคที่ไม่แสดงอาการ (ซึ่งมาจากการวินิจฉัยที่ขาดประสิทธิภาพในขั้นตอนการตรวจคัดกรองที่จำเป็นประจำด้วยการซักถามอาการเพื่อค้นหาผู้ที่สงสัยจะเป็นวัณโรค) ดังนั้น มาตรการดำเนินงานหลักเพื่อลดช่องว่างในการค้นหาผู้ติดเชื้อวัณโรคคือการปรับปรุงคุณภาพของการวินิจฉัยโดยใช้ Gene-Xpert ซึ่งแม้ว่าเป็นผู้ป่วยที่ไม่มีอาการ ก็ควรต้องได้รับการประเมินและคัดกรองโรคต่อไป

อัตราการตรวจเอชไอวีในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคโดยรวมอยู่ในระดับสูง แต่ยังไม่ครอบคลุมและต้องใช้ความพยายามอย่างมากเพื่อให้แน่ใจว่า ผู้ป่วยวัณโรคทุกคนได้รับการตรวจหาเชื้อเอชไอวี สุดท้ายในทางปฏิบัติผู้ให้บริการดูแลผู้ป่วยวัณโรคอาจจะนำไปสู่การเริ่มต้นให้ยาต้านไวรัสล่าช้าในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี ต้องได้รับการพิจารณาและแก้ไขใหม่ ในขณะเดียวกันปัจจุบันได้มีการแก้ไข

ปัญหานี้ โดยจัดทำแนวทางการรักษาเอชไอวีและวัณโรคแห่งชาติ ก็ยังมีความจำเป็นที่จะต้องให้คำปรึกษา และพัฒนาศักยภาพของแพทย์เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯแต่เนิ่นๆ

สรุป

ประเทศไทยมีความก้าวหน้าในการดำเนินงานด้านเอชไอวีและวัณโรคตลอดช่วงเวลาที่ผ่านมา โดยภาพรวม สัดส่วนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและวัณโรคร่วมด้วยที่ได้รับยาต้านไวรัสฯในประเทศไทย ยังคงอยู่ในระดับต่ำ จึงควรจزمุ่งเน้นการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและจริงจังเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ในปี พ.ศ.2559 สิ่งที่เป็นข้อสังเกตคือ สัดส่วนที่ยังคงอยู่ในระดับต่ำนี้ไม่ใช่เกิดจากปัญหาด้านงบประมาณหรือเทคนิคการปฏิบัติงาน เนื่องจากมีเครื่องมือด้านการเงิน และทางเทคนิคที่เพียงพออยู่แล้ว ดังนั้น ประเทศไทยควรเน้นให้ความสำคัญที่การติดตามและการปรับปรุงการปฏิบัติทางคลินิกเพื่อให้แน่ใจว่ามีการค้นหาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและ/หรือผู้ติดเชื้อวัณโรคได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก และป้องกันผู้ป่วยออกจากการรักษา

แนวทางการดำเนินงานต่อไป/กิจกรรมสำคัญ

1. ปรับวิธีการค้นหาผู้ติดเชื้อวัณโรคในผู้ติดเชื้อเอชไอวีรวมทั้งการวินิจฉัยโรคที่มีประสิทธิภาพมากพอในผู้ป่วยที่ผลการเพาะเชื้อจากเสมหะเป็นลบและผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดเพื่อให้แน่ใจว่ามีการวินิจฉัยตั้งแต่เริ่มแรกและให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯโดยใช้เทคโนโลยีใหม่ที่มีการวินิจฉัยระดับโมเลกุลแล้วเริ่มต้นการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ
2. พัฒนาให้มีการตรวจเอชไอวีในผู้ป่วยวัณโรคอย่างทั่วถึงทุกรายและผู้ที่มีผลตรวจเอชไอวีเป็นบวกทุกคนได้รับการส่งต่อเข้ารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ
3. ปรับปรุงและประสานเชื่อมโยงระบบสารสนเทศของการดำเนินกิจกรรมร่วมในประเด็นของวัณโรคและเอชไอวีเพื่อติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงานและระบุช่องว่างสำหรับการปรับปรุงต่อไป

เป้าหมายที่ 6: งบประมาณค่าใช้จ่ายในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์มีเพียงพอ

ปฏิกิริยาการเมือง : งบประมาณค่าใช้จ่ายในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์สำหรับประเทศที่มีรายได้ระดับต่ำและปานกลางปีละ 22 - 24 พันล้านเหรียญสหรัฐ

ยุทธศาสตร์ชาติ: เพิ่มสัดส่วนงบประมาณการป้องกันในจังหวัดพื้นที่เร่งรัดภายในปี พ.ศ. 2559

ข้อมูลจากการประเมินค่าใช้จ่ายด้านเอดส์ในปี พ.ศ. 2556 พบว่าค่าใช้จ่ายด้านเอดส์ทั้งหมดของประเทศไทยเท่ากับ 8,827 ล้านบาท เพิ่มขึ้นร้อยละ 14 จากปี พ.ศ. 2553 (7,733 ล้านบาท) และค่าใช้จ่ายร้อยละ 89 ของค่าใช้จ่ายด้านเอดส์ทั้งหมดมาจากแหล่งทุนภายในประเทศ ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2553 ร้อยละ 85 หรือ 6,588 ล้านบาท

ค่าใช้จ่ายด้านการป้องกันเพิ่มขึ้นจาก 1,015 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2553 เป็น 1,506 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2556 และร้อยละ 78 ของค่าใช้จ่ายด้านป้องกันในปี พ.ศ. 2556 มาจากแหล่งทุนภายในประเทศ อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาค่าใช้จ่ายที่สนับสนุนการดำเนินงานป้องกันในกลุ่มประชากรหลัก ได้แก่ ชายมีเพศสัมพันธ์กับชายพนักงานบริการหญิง-ชาย และผู้ขายยาเสพติดด้วยวิธีฉีดยาพบว่า มีสัดส่วนค่าใช้จ่ายเทียบกับค่าใช้จ่ายด้านป้องกันทั้งหมดเพียงร้อยละ 13 (134 ล้านบาท) ในปี พ.ศ. 2553 ร้อยละ 18 (247 ล้านบาท) ในปี พ.ศ. 2554 ร้อยละ 11 (116 ล้านบาท) ในปี พ.ศ. 2555 และร้อยละ 11 (167 ล้านบาท) ในปี พ.ศ. 2556

กองทุนโลกเป็นแหล่งทุนหลักที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานป้องกันในกลุ่มประชากรหลัก โดยมีสัดส่วนถึงร้อยละ 73, 86, 86 และ 78 ในปี พ.ศ. 2553, 2554, 2555 และ 2556 ตามลำดับ แม้ว่าสัดส่วนของเงินสนับสนุนจากแหล่งทุนในประเทศสำหรับการป้องกันในกลุ่มประชากรหลักจะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6 ในปี พ.ศ. 2553 เป็นร้อยละ 14 ในปี พ.ศ. 2556 แต่ยังคงมีช่องว่างที่ใหญ่พอสมควรที่ประเทศไทยจะก้าวไปสู่การพึ่งพาตนเองโดยใช้แหล่งทุนภายในประเทศเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในกลุ่มประชากรหลัก

การดำเนินงานที่สำคัญของประเทศสำหรับปี พ.ศ. 2557

ประเทศไทยให้ความสำคัญอย่างยิ่งในการปิดช่องว่างของทรัพยากรในการดำเนินงานด้านเอดส์ในการให้บริการป้องกันในกลุ่มประชากรหลัก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้บริการในชุมชนในจังหวัดเป้าหมายถือเป็นประเด็นที่ให้ความสำคัญในระดับชาติประเทศไทยใช้ความพยายามผ่านกลไกต่างๆ ของระบบการจัดทำงบประมาณกลางรวมทั้งกองทุนเอดส์ (สปสช.) และกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เพื่อสนับสนุนการบริการด้านป้องกัน ในขณะที่เดียวกันประเทศก็ต้องเตรียมความพร้อมเพื่อเปลี่ยนผ่านไปสู่การพึ่งพาตนเองอย่างยั่งยืนโดยใช้งบประมาณจากภายในประเทศในดำเนินงานด้านเอดส์ แทนการของงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนโลก นอกจากนี้ประเทศไทยอยู่ระหว่างดำเนินการสนับสนุน ผลักดัน และเร่งสร้างความเป็นผู้นำให้กับทุกภาคส่วนรวมถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมและเอื้อต่อการสนับสนุนงบประมาณเพื่อตอบสนองต่อปัญหาเอดส์ในท้องถิ่น

ความสำเร็จของการดำเนินงานที่สำคัญในปี พ.ศ.2557

ความชัดเจนเชิงนโยบายของรัฐ

1. แผนปฏิบัติการยุติปัญหาเอดส์ประเทศไทยพร้อมกรอบงบประมาณระยะ 5 ปี ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการฯเอดส์ชาติ ซึ่งแผนปฏิบัติการนี้ใช้ข้อมูลและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีคุณภาพ และทันสมัยเป็นกรอบในการดำเนินงานที่เน้นให้ความสำคัญกับการป้องกันแบบบูรณาการ (รวมถึงการรักษาเพื่อการป้องกัน) โดยการให้บริการรักษาแต่เนิ่นๆ การลดติตราและเลือกปฏิบัติ และให้ความสำคัญอย่างมากในการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพในกลุ่มประชากรหลัก ได้แก่ กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด พนักงานบริการทางเพศและแรงงานข้ามชาติ รวมทั้งส่งเสริม/สนับสนุนระบบการให้บริการเชิงรุกในชุมชนมากขึ้น
2. คณะกรรมการฯเอดส์ชาติได้อนุมัติให้มีการใช้ตัวชี้วัดระหว่างกระทรวงที่มีเป้าหมายร่วมกัน(Joint KPI) เพื่อวัดผลความก้าวหน้าในการตอบสนองต่อการติดเชื้อเอชไอวีของกระทรวงต่างๆและองค์กรภาคีที่เกี่ยวข้องในปี พ.ศ. 2558-2559
3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.) โดยการเห็นชอบของคณะกรรมการฯเอดส์ชาติเห็นชอบในการให้มีงบประมาณด้านการป้องกัน เพื่อสนับสนุนการจัดบริการป้องกันในกลุ่มประชากรหลักไว้ในกองทุนเอดส์ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 ซึ่งมีการตั้งงบประมาณเริ่มต้นจำนวน 500 ล้านบาทเพื่อดำเนินงานป้องกันในกลุ่มประชากรหลัก แต่ด้วยข้อจำกัดทางด้านเศรษฐกิจทำให้ในปี 2558 สปสช.ไม่ได้รับการจัดสรรงบประมาณเพิ่มขึ้น ดังนั้นงบประมาณสำหรับการป้องกันเอชไอวีในปี พ.ศ. 2558 จึงถูกเลื่อนการพิจารณาออกไป อย่างไรก็ตามปีงบประมาณ 2559 สปสช.ได้มีการของบประมาณด้านการป้องกันอีกครั้งและได้รับการอนุมัติครั้งแรกจำนวน 186 ล้านบาทสำหรับการจัดบริการป้องกันและอีกจำนวน 14 ล้านบาทสำหรับการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบบริการ

การจัดสรรงบประมาณของประเทศ

- กองทุนโลกได้ปรับรูปแบบการให้ทุนสนับสนุนการดำเนินงานในประเทศไทยใหม่ (NFM) โดยใช้กลยุทธ์ให้การสนับสนุนในระยะสั้นเพื่อรองรับการเปลี่ยนผ่านอย่างเต็มรูปแบบโดยมุ่งเน้นการระดมทุนจากแหล่งทุนต่างๆที่มีอยู่หลากหลายภายในประเทศ เพื่อให้เกิดความยั่งยืนและขยายผลการดำเนินการตอบสนองต่อเอชไอวีและโรคติดต่อทั้งนี้งบประมาณสนับสนุนที่ได้รับจากกองทุนโลกฯ เป็นจำนวนทั้งสิ้น 75.39 ล้านดอลลาร์สหรัฐ โดยมีระยะเวลาดำเนินงาน 2 ปี ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2558 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2559 มีการจัดสรรเงินทุนประมาณ 24 ล้านดอลลาร์สหรัฐ สนับสนุนการจัดบริการป้องกันในกลุ่มประชากรหลักในพื้นที่จังหวัดที่เป็นเป้าหมายเร่งรัดการดำเนินงาน เนื่องจากข้อมูลทางระบาดวิทยาและผลการวิเคราะห์การลงทุนที่คุ้มค่าแสดงให้เห็นว่า

ผลตอบแทนสูงสุดที่ได้รับจากการลงทุนควรมุ่งเน้นการทำงานกับกลุ่มประชากรหลักในพื้นที่ที่มีการติดเชื้อเอชไอวีสูง ดังนั้นงบประมาณมากกว่า 1 ใน 3 (ร้อยละ 38) ที่ได้รับการจัดสรรจะสนับสนุนกิจกรรมการจัดบริการป้องกันและตรวจการติดเชื้อในกลุ่มประชากรหลัก โดยงบประมาณส่วนใหญ่จะสนับสนุนการดำเนินงานในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย และสาวประเภทสองซึ่งพบว่ามีความชุกของการติดเชื้อสูงสุด รองลงมาคือกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด และส่วนที่เหลือใช้สำหรับการดำเนินงาน สนับสนุนการจัดบริการป้องกันในกลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ใช่เพศเดียวกัน (heterosexual transmission)

- สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องสำหรับการป้องกันและการบริการการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STIs) ในกลุ่มประชากรหลักจำนวน 22 ล้านบาท ในปีที่ผ่านมา (ปีงบประมาณ 2557) กิจกรรมการป้องกันที่ได้รับการสนับสนุนประกอบด้วย กิจกรรมป้องกันที่ดำเนินการโดยอาสาสมัคร การขับเคลื่อนชุมชน การสร้างความต้องการให้รับบริการ HCT ผ่านเครือข่ายทางสังคมและเครือข่ายสุขภาพ และการเชื่อมโยงบริการในระดับอำเภอ ตำบลและชุมชน รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพของการบริการให้การศึกษาในชุมชนและสถานบริการสุขภาพ
- ขั้นตอนที่เริ่มดำเนินการแล้วบางส่วนคือการเตรียมความพร้อมเพื่อการเปลี่ยนผ่านไปสู่การพึ่งพาตนเองอย่างยั่งยืน โดยมุ่งเน้นระดมทุนจากแหล่งทุนภายในประเทศมาใช้ในการตอบสนองต่อการระบาดของเอชไอวี ขณะนี้กำลังดำเนินการทบทวนกลไกการระดมทุนและแหล่งเงินทุนทางเลือกอื่นๆและการบริหารจัดการ ตลอดจนการจัดลำดับความสำคัญของการให้บริการ นอกจากนี้มีการจัดตั้งกลุ่มพันธมิตรร่วมกับองค์กรบริการชุมชนเพื่อสนับสนุนการวิเคราะห์ศักยภาพของกลไกการระดมทุนและแหล่งทุนที่มีอยู่ภายในประเทศที่มีอยู่เดิมรวมทั้งการพิจารณารูปแบบการจัดสรรงบประมาณขององค์กรภาครัฐและองค์กรพัฒนาเอกชนที่สามารถนำมาปรับใช้กับบริบทของประเทศไทยได้

เพิ่มการมีส่วนร่วมและความเป็นเจ้าของร่วมในระดับท้องถิ่น

- ตลอดปี พ.ศ. 2557 คณะอนุกรรมการระดับประเทศด้านการส่งเสริมการเป็นเจ้าของร่วมของจังหวัดและท้องถิ่น ได้ดำเนินการอย่างเต็มที่ เพื่อพัฒนาและส่งเสริมความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมของท้องถิ่น เพื่อยุติการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ อาทิเช่น
 1. ทำบันทึกความเข้าใจ (MOU) ระหว่างกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย และกระทรวงสาธารณสุขเพื่อบูรณาการงานเอดส์เข้าไปกับ “ระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System)”
 2. BATS และ UNAIDS สนับสนุนโครงการนำร่อง “ASEAN Cities Getting to Zero” ดำเนินการใน 4 จังหวัด ได้แก่ กรุงเทพฯ อุบลราชธานี ลพบุรี และพะเยา เพื่อศึกษา

ความเป็นไปได้ของการแปลงยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติที่มีประสิทธิผล โดยระดมทรัพยากรและความร่วมมือจากหุ้นส่วนหลักและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วนของแต่ละจังหวัดเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานเพื่อยุติปัญหาเอดส์ได้อย่างเหมาะสมและเกิดประสิทธิผล

3. ส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากเครื่องมือ“AIDS Zero Portal” ซึ่งเป็นนวัตกรรมที่สามารถให้ข้อมูลเชิงกลยุทธ์ที่มีคุณภาพ/ทันต่อสถานการณ์ต่อผู้กำหนดนโยบายและผู้จัดการโครงการและใช้เป็นแนวทางในการวางแผนดำเนินงานตอบสนองต่อปัญหาเอดส์ในระดับภูมิภาค
 4. แปลงแผนปฏิบัติการเพื่อยุติปัญหาเอดส์ไปสู่กิจกรรมการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรม รวมทั้งโครงการสำคัญ (Flagship Project) เพื่อเร่งรัดการดำเนินงานใน 13 จังหวัดเป้าหมาย
 5. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ให้การสนับสนุนงบประมาณเพื่อดำเนินการยุติปัญหาเอดส์ในสามจังหวัด โดยได้มีการระดมความร่วมมือจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งกระบวนการและผลการดำเนินงานทั้งหมดได้มีการจัดทำเป็นรายงานเพื่อใช้ขยายผลต่อไปในอนาคต
- จังหวัดนครราชสีมา ประสบความสำเร็จในการระดมทุนสนับสนุนการตอบสนองต่อเอชไอวี/เอดส์จากองค์กรส่วนท้องถิ่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการป้องกันเอชไอวีในเด็กและเยาวชน ในช่วงต้นปี พ.ศ. 2558 ร้อยละ 75 ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (จำนวน 165 จาก 232 แห่ง)ให้การสนับสนุนงบประมาณเอดส์จำนวน 30 ล้านบาท หรือโดยเฉลี่ยแห่งละประมาณ 182,000 บาทต่อปี ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมากเมื่อเปรียบเทียบกับช่วงปี พ.ศ. 2549-2551 ที่มีการสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยเฉลี่ยเพียงแห่งละประมาณ 39,000-81,000 บาทต่อปีเท่านั้น นอกจากนี้ยังมีการจัดทำตัวชี้วัดระหว่างกระทรวงที่มีเป้าหมายร่วมกัน (Joint KPI) ในระดับจังหวัดโดยการกำหนดกรอบยุทธศาสตร์ที่ชัดเจนและขั้นตอนการดำเนินงานมาตรฐานเพื่อสนับสนุนกิจกรรมการดำเนินงานด้านเอดส์ในระดับท้องถิ่น

ความท้าทาย/ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อความสำเร็จ

- ความยั่งยืนในการจัดสรรงบประมาณภายในประเทศ เพื่อให้ภาคประชาสังคมและชุมชนเข้าร่วมในการทำงานเอดส์ในกลุ่มประชากรหลัก ได้แก่ ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย พนักงานบริการ ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด และแรงงานข้ามชาติอย่างต่อเนื่อง
- ศักยภาพ/สมรรถนะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการระดมทรัพยากรยังมีไม่มากพอ จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาวิธีการที่เป็นระบบมากขึ้นรวมถึงการพัฒนาทักษะการเรียนรู้/แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการทำงานร่วมกันระหว่างจังหวัด

สรุป

ประเทศไทยประสบความสำเร็จในด้านความชัดเจนเชิงนโยบายโดยผู้กำหนดนโยบายระดับสูงให้การสนับสนุนนโยบายการยุติปัญหาเอดส์ภายในปี พ.ศ. 2573 และมีความก้าวหน้าของการดำเนินงานและจัดสรรงบประมาณภายในประเทศเพิ่มเติมเพื่อใช้ในการดำเนินงานป้องกันในกลุ่มประชากรชายมีเพศสัมพันธ์กับชายและพนักงานบริการหญิง ในปีที่ผ่านมางบประมาณยังคงมีจำกัด อย่างไรก็ตามประเทศไทยกำลังจัดทำหมวดงบประมาณด้านการป้องกันจากกองทุนเอดส์ของสปสช. ในการสนับสนุนการจัดบริการในกลุ่มประชากรหลัก เพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการเปลี่ยนผ่านไปสู่การพึ่งพาตนเอง ทั้งกลไกที่มีอยู่เดิมและที่มีการปรับรูปแบบใหม่มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะทำให้เกิดความยั่งยืนของการจัดหาเงินทุนเพื่อคงไว้ซึ่งความต่อเนื่องในการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคมและชุมชนในการให้บริการป้องกันที่เหมาะสมในกลุ่มประชากรหลัก นอกจากนี้อีกกลไกสำคัญที่จะช่วยสนับสนุนยุทธศาสตร์การยุติปัญหาเอดส์ของประเทศไทย คือการขยายผลแนวทางปฏิบัติที่ดี (good practice) ในการสร้างความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของร่วมของท้องถิ่นและการใช้ประโยชน์จากงบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนเพื่อตอบสนองต่อเอชไอวีในระดับพื้นที่

แนวทางดำเนินการต่อไป/กิจกรรมสำคัญ

1. พัฒนากลไกการจัดสรรงบประมาณใหม่สำหรับแหล่งทุนภายในประเทศให้มีความยืดหยุ่นและยั่งยืนเพื่อการตอบสนองต่อเอชไอวีโดยเฉพาะอย่างยิ่งในการดำเนินกิจกรรมขององค์กรบริการชุมชน
2. พัฒนาศักยภาพให้กับองค์กรชุมชนและชุมชนในการมีส่วนร่วมในการทำงานเชิงนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการจัดหางบประมาณเพื่อตอบสนองต่อปัญหาเอดส์อย่างยั่งยืน
3. ส่งเสริมความเป็นผู้นำ สร้างการมีส่วนร่วม และเร่งพัฒนาสมรรถนะการทำงานในระดับจังหวัด รวมถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อเสริมสร้างความเป็นเจ้าของร่วมในการตอบสนองต่อปัญหาเอดส์ ตลอดจนสร้างโอกาสให้องค์กรบริการชุมชนและชุมชนมากยิ่งขึ้น

เป้าหมายที่ 7: จัดความเหลื่อมล้ำทางเพศ

ปณิญาการเมือง: จัดความเหลื่อมล้ำทางเพศและความรุนแรงทางเพศ และเพิ่มศักยภาพของผู้หญิง และเด็กผู้หญิงในการป้องกันตนเองจากเอชไอวี

ยุทธศาสตร์ชาติ: การทำงานด้านเอดส์ทุกด้านมีประเด็นที่เกี่ยวเนื่องกับการเคารพสิทธิและสนองตอบ ต่อความจำเพาะด้านเพศสภาวะ

ข้อมูลเกี่ยวกับความรุนแรงต่อผู้หญิง (VAW) และความรุนแรงจากคู่ (IPV)

- รายงานการสำรวจสถานภาพของผู้หญิงและเด็กในประเทศไทยจัดทำโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ โดยการกลุ่มตัวอย่างจำนวน 27,000ครัวเรือน พบว่าร้อยละ 13.1 ของผู้หญิงอายุ 15-49 ปี คิดว่าการถูกทำร้ายร่างกายโดยสามีเป็นสิ่งที่ยอมรับได้ ในกรณีที่ภรรยาออกจากบ้านโดยไม่บอกสามี ไม่ดูแลเอาใจใส่ลูกปฏิเสธที่จะมีเพศสัมพันธ์กับสามี และปรุงอาหารใหม่
- ข้อมูลจากศูนย์พึ่งได้ (OSCC) ในโรงพยาบาล 829 แห่งสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2556 แสดงให้เห็นว่า ผู้หญิงจำนวน 12,637 คน และเด็กจำนวน 19,229 คนถูกทำร้ายร่างกาย หรือกระทำความรุนแรงทางเพศจากคู่สมรสหรือแฟน ผู้หญิงที่ถูกกระทำความรุนแรงส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 24-45 ปี และร้อยละ 53 ของผู้กระทำความรุนแรงคือสามี ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับการสำรวจระดับชาติโดยกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (MSDHS) ในปี พ.ศ. 2556 ที่ทำการสำรวจกลุ่มที่ได้รับความรุนแรงในครอบครัวจำนวน 2,976 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง เด็ก และคนชรา ในจำนวนนี้ ร้อยละ 85.2 ถูกกระทำความรุนแรงทางอารมณ์ ร้อยละ 69.9 ถูกทำร้ายร่างกาย และร้อยละ 21.6 ถูกกระทำความรุนแรงทางเพศ ผู้กระทำความรุนแรงส่วนใหญ่คือ สามี/คู่ ทายาท และแฟนหรือคู่รัก

ความสำเร็จของการดำเนินงานที่สำคัญในปี 2557

พัฒนาศักยภาพให้กับเครือข่ายผู้หญิงที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี

- การมีส่วนร่วมในบริการอนามัยการเจริญพันธุ์(RH):เครือข่ายผู้หญิงที่อยู่ร่วมกับเชื้อได้รับการพัฒนาศักยภาพโดยการมีส่วนร่วมในการให้บริการ RH แก่หญิงตั้งครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์ในโรงพยาบาล 13 แห่งใน 9 จังหวัด ซึ่งการบริการ RH ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน และการดูแลรักษาเอชไอวี/เอดส์ ข้อมูลข่าวสารด้านสิทธิมนุษยชน การช่วยเหลือในกรณีที่ได้รับความรุนแรงที่เกิดจากเพศสภาวะและการวางแผนสำหรับชีวิตคู่มุมมองทางเพศสภาวะถูกนำมาประยุกต์ในการแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคเอดส์ อนามัยการเจริญพันธุ์ และสิทธิมนุษยชน

- การเสริมสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายและพัฒนาศักยภาพของผู้หญิงที่อยู่ร่วมกับเอชไอวี (WLHIV): ในเดือนธันวาคม พ.ศ.2557 มีการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการโดยความร่วมมือจากองค์กร UNWOMEN มหาวิทยาลัยมหิดล มูลนิธิริรักษ์ไทย เครือข่ายผู้หญิงติดเชื้อเอชไอวี (WLHIV) และหน่วยงานภาครัฐซึ่งมีผู้เข้าร่วมประชุมที่เป็นผู้หญิงที่อยู่ร่วมกับเอชไอวีจำนวน 36 คน วัตถุประสงค์ของการประชุม คือ เพื่อระดมความคิดเห็นเกี่ยวกับความก้าวหน้า ช่องว่าง ความท้าทาย บทเรียนและทิศทางเชิงกลยุทธ์ในการทำงานของเครือข่าย WLHIV จากการประชุมในครั้งนี้ได้ระบุประเด็นสำคัญ 3 ประเด็น ได้แก่ 1) เครือข่าย WLHIV มีรูปแบบการจัดตั้งแบบหลวมๆ การทำกิจกรรมขึ้นอยู่กับเงินทุนที่เข้ามาสนับสนุน การพัฒนาขีดความสามารถเกิดขึ้นในระดับบุคคลมากกว่าระดับองค์กร ซึ่งเครือข่าย WLHIV จำเป็นต้องมีการจัดโครงสร้างองค์กรใหม่ เพื่อสะท้อนศักยภาพขององค์กร โดยต้องการจัดตั้งเครือข่ายในรูปแบบของสมาคม/ มูลนิธิ ทั้งในระดับท้องถิ่นและระดับชาติ 2) ตัวแทนเครือข่าย WLHIV เห็นว่ามีความท้าทายการสร้างผู้นำรุ่นใหม่ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาศักยภาพและเตรียมความพร้อมให้กับผู้นำ WLHIV รุ่นใหม่ต่อไป 3) เครือข่ายกลุ่ม WLHIV ระบุพื้นที่การดำเนินงานเรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์และสิทธิ รวมทั้งการขับเคลื่อนเรื่องสิทธิอื่นๆ เช่น สิทธิทางเศรษฐกิจสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งสะท้อนให้เห็นในบางกิจกรรมของโครงการ "เสริมสร้างความเข้มแข็งและพัฒนาศักยภาพของผู้หญิงร่วมกับเอชไอวี/เอดส์ในประเทศไทยในการตอบสนองต่อเอชไอวี/เอดส์ บนพื้นฐานของสิทธิมนุษยชนและความอ่อนไหวทางเพศภาวะ" ที่เริ่มดำเนินการในปี พ.ศ. 2558 โดยมหาวิทยาลัยมหิดล และมูลนิธิริรักษ์ไทย และได้รับการสนับสนุนจาก UNWOMEN และ UNAIDS

การยกร่างกฎหมายเพื่อความเสมอภาคทางเพศภาวะ

มีการเสนอร่างกฎหมายความเสมอภาคทางเพศภาวะไปยังสมัชชาแห่งชาติ (National Assembly) ในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2557 และได้รับการอนุมัติในเดือนมกราคม พ.ศ. 2558 โดยในมาตรา 3 บัญญัติไว้ว่า การแสดงออกทางเพศที่แตกต่างจากสถานภาพทางเพศโดยกำเนิดเป็นรากฐานก่อให้เกิดการเลือกปฏิบัติทางเพศ ซึ่งเป็นสิ่งที่ควรละเว้น (ห้ามการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมระหว่างเพศ)¹ นอกจากนี้ยังมีการผลักดันนโยบายเกี่ยวกับกฎหมายที่เกี่ยวกับ "คู่สมรส"

การสร้างองค์ความรู้และหลักฐานเชิงประจักษ์

มหาวิทยาลัยมหิดลได้รับการสนับสนุนจาก UNWOMEN และ UNAIDS ทำการศึกษาเอกสารและวิเคราะห์สาเหตุและผลกระทบของเอชไอวีที่เกี่ยวข้องกับเพศภาวะ และขอบเขตปัญหาทางเพศภาวะ

¹มาตรา 3: การเลือกปฏิบัติทางเพศภาวะอย่างไม่เป็นธรรม หมายถึงการกระทำหรือการละเลยการกระทำ, ยกเว้นหรือจำกัดผลประโยชน์, ทั้งทางตรงและทางอ้อมที่ไม่เป็นธรรมในพื้นที่ของการระบุตัวตนทางเพศ หรือการแสดงออกทางเพศที่แตกต่างจากเพศโดยกำเนิด

ซึ่งผลการศึกษาได้รับการพิจารณาและบูรณาการในนโยบายเอตส์แห่งชาติ และการดำเนินงานเอชไอวีทั้งในระดับชาติและในระดับท้องถิ่น รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในปี พ.ศ. 2558

ปัจจัยที่เอื้อต่อความสำเร็จ

ความชัดเจนเชิงนโยบายของรัฐ

ความเสมอภาคทางเพศสภาวะเป็นหนึ่งในแนวคิดหลักของยุทธศาสตร์เอตส์ชาติ (NAS) พ.ศ. 2557-2559 ที่เกี่ยวข้องกับความเป็นธรรมทางสังคมและ "ส่งเสริมให้เกิดความเสมอภาคในสังคม โดยการส่งเสริมการเคารพสิทธิ ป้องกันการละเมิดสิทธิมนุษยชนทุกรูปแบบและส่งเสริมความเสมอภาคทางเพศสภาวะ ทั้งนี้ มีการรวมประเด็นเพศสภาวะไว้ในยุทธศาสตร์ที่ 1 ของแผนยุทธศาสตร์เอตส์ชาติ พ.ศ. 2557-2559 โดยอาศัยอำนาจของ "การขยายบริการป้องกันที่คำนึงถึงสิทธิมนุษยชนและความอ่อนไหวทางเพศสภาวะอย่างรอบด้านสำหรับประชากร/พฤติกรรมเสี่ยงสูงสุดต่อการติดเชื้อเอชไอวี" นอกจากนี้กฎหมายความเสมอภาคทางเพศสภาวะได้ถูกนำเสนอต่อสมัชชาแห่งชาติในช่วงปลายปี พ.ศ. 2557 และได้รับการอนุมัติเมื่อเดือนมกราคม พ.ศ. 2558

การมีส่วนร่วมในนโยบายของผู้หญิงที่อยู่ร่วมกับเอชไอวี (WLHIV)

ในปี พ.ศ. 2557 เครือข่าย WLHIV มีส่วนร่วมผลักดันนโยบายในการร่างกฎหมายความเสมอภาคทางเพศสภาวะ (GEL) ในการประชุมหารือที่จัดขึ้นและได้รับการสนับสนุนจาก UNWOMEN รวมทั้งการให้ข้อมูลของภาคประชาสังคมเพื่อเสนอให้คณะทำงานสมัชชาแห่งชาติพิจารณา เครือข่ายของ WLHIV ยังได้เข้าร่วมในการประชุมหารือเพื่อพิจารณาความก้าวหน้าของปฏิบัติการปักกิ่ง (Beijing Platform for Action) ซึ่งนำมาใช้ในการประชุมสตรีระดับโลกครั้งที่ 4 ณ กรุงปักกิ่ง ประเทศจีน เมื่อปี พ.ศ. 2537 รวมทั้งได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้หญิงและสุขภาพ ในการประชุมที่จัดโดยมูลนิธิสำหรับผู้หญิงและการเฝ้าระวังทางสังคม ซึ่งได้รับการสนับสนุนจาก UNWOMEN นอกจากนี้ เครือข่ายของ WLHIV ยังเข้าร่วมในการประชุมปรึกษาหารือกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อระบุปัญหาสำคัญและยื่นข้อเสนอของกลุ่มสตรีต่อคณะกรรมการร่างรัฐธรรมนูญ (สนับสนุนโดย UNWOMEN และเครือข่ายการปฏิรูปสตรี)

ความท้าทาย/ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อความสำเร็จ

ความท้าทายโดยรวมที่เป็นอุปสรรคต่อความสำเร็จของเป้าหมายคือการไม่นำนโยบายเรื่องความเสมอภาคทางเพศสภาวะที่ได้กำหนดไว้ไปดำเนินการต่อ

การตีตราและเลือกปฏิบัติและการละเมิดสิทธิมนุษยชนต่อ WLHIV

- แม้ว่าประเทศไทยจะมีนโยบายที่ดี เพื่อให้มีการเข้าถึงยาต้านไวรัสและการบริการสุขภาพอย่างทั่วถึงมีการบริการแบบรอบด้านสำหรับ PLHIV และทางเลือกในการดูแลสุขภาพแต่กลุ่ม WLHIV ยังคงต้องเผชิญกับทัศนคติการเลือกปฏิบัติในการให้บริการ จากการบอกเล่าของ WLHIV ส่วนใหญ่ระบุว่า มีหลายกรณีที่ผู้ให้บริการใช้อำนาจของตนเองในการให้คำปรึกษาและตัดสินใจแทน WLHIV รวมไปถึงการตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์หรือการตั้งครรภ์ต่อ ในกรณีของการป้องกันก็พบว่า มี WLHIV จำนวนมากถูกบังคับให้นำคูสมรส/คู่มาเข้ารับบริการ ซึ่งการเปิดเผยสถานะของเอชไอวีส่วนใหญ่มักนำไปสู่ความรุนแรงจากคู่ทั้งทางวาจาและการทำร้ายร่างกาย โดยมักถูกมองว่าทำให้เกิดการติดเชื้อในสามี/คูสมรสโดยไม่คำนึงถึงความเป็นจริงนอกจากนี้ WLHIV ที่สามีเสียชีวิตแล้วยังถูกกดดันให้ออกจากบ้านเด็กที่แม่ติดเชื้อและเด็กผู้หญิงที่อยู่ร่วมกับเชื้อก็ยังได้รับการตีตราและมักจะถูกเลือกปฏิบัติจากชุมชน
- กลุ่ม WLHIV ยังเผชิญกับการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานประกอบกิจการโดยได้รับค่าจ้างต่ำกว่าลูกจ้างอื่นๆ/ค่าจ้างขั้นต่ำ และถูกบังคับให้ทำงานในตำแหน่งที่ไม่สมควรใจ

ข้อจำกัดด้านความสามารถ และการขับเคลื่อนนโยบายโดยเครือข่ายWLHIV

ในขณะที่การดำเนินงานด้านเอชไอวีมีความก้าวหน้า แต่เครือข่าย WLHIV ยังมีจุดอ่อนในการผลักดันนโยบายที่มีอิทธิพลต่อการให้บริการที่คำนึงถึงความอ่อนไหวทางเพศภาวะ การลดตีตราและเลือกปฏิบัติ และความรุนแรงในผู้หญิง รวมทั้งความรุนแรงในคู่ เครือข่าย WLHIV ซึ่งจัดตั้งขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 ยังคงเป็นเครือข่ายที่เกิดขึ้นแบบหลวมๆและไม่เป็นทางการ และมี WLHIVจำนวนหนึ่งที่มีความมุ่งมั่น ส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางวิชาการจากมูลนิธิริรักษ์ไทย ส่วนขาดที่พบ ได้แก่ ความเข้าใจและการเข้าถึงเรื่องสิทธิที่ไม่เพียงพอและไม่ต่อเนื่อง โดยเฉพาะสิทธิด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และสิทธิด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับความเท่าเทียมทางเพศภาวะสิทธิมนุษยชนของผู้หญิง ปัญหาการเลือกปฏิบัติ และข้อจำกัดของความสามารถในการบริหารจัดการองค์กร เนื่องจากเครือข่าย WLHIV มีขนาดเล็ก การจัดตั้งไม่เป็นทางการและประสิทธิภาพของการทำงานของเครือข่ายขึ้นอยู่กับเงินทุนตามโครงการ ดังนั้น การสรรหาคนรุ่นใหม่เข้ามาเป็นสมาชิกเครือข่าย WLHIV และการเสริมสร้างโอกาสและพื้นที่เพื่อการขับเคลื่อนในระดับนโยบายอย่างเป็นทางการรวมทั้งพัฒนาศักยภาพให้ตรงกับงานที่ทำอยู่จึงเป็นสิ่งจำเป็นและท้าทาย

ความรุนแรงในคู่ (IPV)

ผู้หญิงที่อยู่ร่วมกับเอชไอวีหลายคนมีประสบการณ์ถูกกระทำความรุนแรงจากคู่ ซึ่งส่วนใหญ่มักถูกทำร้ายร่างกายเมื่อเปิดเผยสถานะเอชไอวีให้แก่คู่ของตน

ไม่มีตัววัดด้านเพศภาวะและความรุนแรงทางเพศ

- ปัญหาเพศภาวะถูกรวมอยู่ในการทบทวนแนวทางการดำเนินงานระหว่างการจัดเตรียมและพัฒนา ยุทธศาสตร์ฯ เอดส์แห่งชาติ พ.ศ.2557-2558 แม้ว่าประเทศไทยจะประสบความสำเร็จในการมีอนุสัญญาว่าด้วยการขจัดความรุนแรงต่อผู้หญิงในทุกรูปแบบและมีการกล่าวถึงเพศภาวะใน

ยุทธศาสตร์เอดส์ชาติ แต่ก็ยังไม่มีการติดตามกลยุทธ์และกิจกรรมการดำเนินงานที่เฉพาะเจาะจง

- ในขณะนี้ไม่มีตัวชี้วัดที่เฉพาะเจาะจงในเรื่องเพศภาวะแต่อยู่ระหว่างการพัฒนาตัวชี้วัด อย่างไรก็ตาม ตัวชี้วัดทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับเพศภาวะเป็นตัวชี้วัดเชิงปริมาณและมุ่งเน้นเฉพาะในกลุ่มประชากรหลักและคู่สมรส รวมถึงคู่รักผลเลือดต่าง และผู้อยู่ร่วมกับเชื้อฯ ทำให้เป็นเรื่องยากที่จะประเมินติดตามสถานการณ์และแนวโน้มของความไม่เสมอภาคทางเพศภาวะที่ครอบคลุมในบริบทของเอชไอวี นอกจากนี้ยังไม่มีตัวชี้วัดที่ใช้ประเมินติดตามการละเมิดสิทธิมนุษยชนและการเลือกปฏิบัติต่อ WLHIV รวมทั้งการประเมินความเสี่ยงและความเปราะบางของผู้หญิงต่อความรุนแรงที่เกิดจากเพศภาวะ (GBV)
- ไม่มีตัวชี้วัดในการประเมินความรุนแรงทางเพศในผู้หญิงและผู้ชายความรุนแรงต่อผู้หญิงความรุนแรงต่อคนที่มีความหลากหลายทางเพศหรือความรุนแรงในหมู่คู่รักเพศเดียวกัน

ขาดการประสานงานเพื่อให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมาย

ไม่มีกลไกเชิงสถาบันเพื่อใช้ในการดำเนินงานในประเด็นที่เกี่ยวกับเพศภาวะและเอชไอวีระหว่างหน่วยงานภาครัฐต่างๆที่เกี่ยวข้อง ในขณะที่ยุทธศาสตร์เอดส์ชาติ พ.ศ. 2557-2559 กระตุ้นให้เกิดการใช้onusสัญญาว่าด้วยการขจัดความรุนแรงต่อผู้หญิงในทุกรูปแบบเพื่อเป็นทิศทางในการให้บริการที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีและโรคเอดส์ แต่ไม่มีการดำเนินการที่ชัดเจนหรือกลไกการติดตามการบูรณาการเรื่องเพศภาวะในมาตรการการดำเนินงานในยุทธศาสตร์นี้ ในทำนองเดียวกันแผนเอดส์แห่งชาติเกี่ยวกับความก้าวหน้าของผู้หญิงพ.ศ. 2555 –2557 กล่าวถึงเรื่องเอชไอวี/เอดส์ในกลยุทธ์ที่ 3 เรื่องการสนับสนุนความเป็นอยู่ที่ดี มีคุณภาพและความปลอดภัยของชีวิต แต่ส่วนใหญ่มาจากมุมมองด้านสุขภาพและการป้องกัน นอกจากนี้ยังมีการอ้างอิงถึงการทำงานเอดส์ในแผนและกรอบการดำเนินงานเพียงเล็กน้อย โดยสรุปยังไม่มีมาตรฐานรูปแบบการดำเนินหรือกลไกการประสานงานอย่างเป็นทางการในการทำงานด้านเพศภาวะและเอชไอวีในประเทศไทย ทำให้ไม่มีกรอบในการการอภิปรายด้านนโยบายและข้อเสนอแนะต่อวิสัยทัศน์ "การยุติการตีตราและเลือกปฏิบัติ" ของประเทศไทยซึ่งเป้าหมายในปี พ.ศ. 2559 กล่าวว่า "การทำงานด้านเอดส์ทุกด้านมีประเด็นที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการเคารพสิทธิและสนองตอบต่อความจำเพาะด้านเพศภาวะ"

ขาดข้อมูลจำแนกเพศ

ประเทศไทยไม่มีการจัดเก็บข้อมูลจำแนกเพศอย่างเป็นระบบในฐานะข้อมูลเกี่ยวกับความรุนแรงในคู่ของกลุ่มอื่นๆที่นอกเหนือจากกลุ่มผู้หญิงที่แต่งงานแล้ว ความรุนแรงต่อผู้หญิง ความเปราะบางของผู้หญิงต่อการติดเชื้อเอชไอวีหรือความเปราะบางของผู้หญิงที่ได้รับผลกระทบจากเอชไอวี

สรุป

ความรุนแรงต่อผู้หญิง และความรุนแรงในคู่ยังคงเป็นปัญหาที่พบบ่อยในประเทศไทย แต่ข้อมูลเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบเรื่องความรุนแรงทางเพศทั้งในระดับชาติและระดับท้องถิ่นยังคงมีอยู่จำกัด และยุทธศาสตร์เอดส์ชาติยังขาดกลไกในการแปลงยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ นอกจากนี้ยังไม่มีความชัดเจนว่ามุมมองด้านเพศสภาพจะได้รับการบูรณาการเข้ากับกลยุทธ์และมาตรการการดำเนินงานอย่างไร

แนวทางการดำเนินงานต่อไป/กิจกรรมสำคัญ

1. สร้างรูปแบบการดำเนินงานอย่างเป็นทางการสำหรับการประสานการทำงานด้านเพศภาวะและเอชไอวี เสริมความเข้มแข็งการประสานงานในระดับชาติระหว่างหน่วยงานภาครัฐในการปกป้องสิทธิของ WLHIV และการเข้าถึงความอ่อนไหวทางเพศภาวะอย่างเต็มรูปแบบรวมทั้งการเข้าถึงบริการที่อยู่บนพื้นฐานของสิทธิมนุษยชนและการให้บริการที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งการดำเนินงานให้เกิดกลไกการประสานงานระหว่างภาคส่วนต่างๆในระดับจังหวัด
2. เสริมสร้างศักยภาพของเครือข่ายผู้หญิงและเด็กผู้หญิงที่อยู่ร่วมกับเอชไอวีในระดับชาติและระดับท้องถิ่นทั้งในระดับปัจเจกบุคคลและองค์กรรวมทั้งการสนับสนุนงบประมาณจากรัฐบาลผลักดันให้เครือข่ายผู้หญิงและเด็กผู้หญิงที่อยู่ร่วมกับเอชไอวีเข้ามามีส่วนร่วมในเวทีระดับชาติเพื่อร่วมแสดงความคิดเห็น และลดความไม่เสมอภาคทางเพศภาวะนอกจากนี้ยังต้องผลักดันให้เครือข่ายผู้หญิงและเด็กผู้หญิงที่อยู่ร่วมกับเอชไอวีเข้ามามีส่วนร่วมในการทำงานหลักในกลุ่มผู้ติดเชื้อ (PLHIV)
3. ปรับทัศนคติของผู้ให้บริการเพื่อไม่ให้เกิดการเลือกปฏิบัติ และเคารพสิทธิของผู้หญิงที่อยู่ร่วมกับเอชไอวีรวมทั้งให้มีการจัดบริการโดยคำนึงถึงความอ่อนไหวทางเพศภาวะ และให้เกิดการมีส่วนร่วมในการจัดบริการของ WLHIV นอกจากนี้คือมีการจัดบริการที่เน้นเสริมสร้างศักยภาพแก่ผู้หญิงแทนการให้บริการแบบสวัสดิการสังคม
4. เสริมสร้างความเข้มแข็งของกรอบการดำเนินงานและกลไกความรับผิดชอบประกอบด้วย การตั้งเป้าหมายที่ชัดเจน สร้างตัวชี้วัดการดำเนินงาน การเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลโดยจำแนกเพศซึ่งจะช่วยให้การรายงานตัวชี้วัดภายใต้เป้าหมายที่ 7 เป็นการสนับสนุนการใช้ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการบริการบนพื้นฐานของความอ่อนไหวทางเพศภาวะ และการปกป้องความรุนแรงต่อผู้หญิง

เป้าหมายที่ 8: จัดการติตราและเลือกปฏิบัติ

ปฏิญญาการเมือง: จัดการติตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อและผู้ได้รับผลกระทบโดยการส่งเสริมกฎหมายและนโยบายที่ให้ความสำคัญกับสิทธิมนุษยชนและเสรีภาพขั้นพื้นฐาน

ยุทธศาสตร์ชาติ: -การเลือกปฏิบัติหรือละเมิดสิทธิในผู้ติดเชื้อและประชากรหลักลดลงไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ภายในปี พ.ศ. 2559

- ขยายการดำเนินงานปกป้องคุ้มครองทางสังคม และ ทางกฎหมาย สภาพแวดล้อมที่จำเป็นต่อการป้องกันการค้าติดเชื้อเอชไอวีและการดูแลรักษา

ภารกิจสำคัญของประเทศ

การติตราและเลือกปฏิบัติ (S&D) เป็นอุปสรรคสำคัญของความก้าวหน้าในการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ของประเทศไทย การไม่เลือกปฏิบัติและการส่งเสริมสิทธิมนุษยชนและความเสมอภาคทางเพศภาวะ ถือเป็นภารกิจสำคัญของประเทศในการตอบสนองต่อปัญหาเอชไอวี ซึ่งแผนฯเอชไอวีชาติมุ่งเน้นการแก้ไขกฎหมายและนโยบายเกี่ยวกับการใช้ยาเสพติด การยินยอมให้เยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปีได้รับการตรวจเอชไอวีโดยไม่ต้องขอความยินยอมจากผู้ปกครอง นโยบายสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับคนต่างด้าวในการเข้าถึงบริการที่สำคัญ การขยายการดำเนินงานแนวปฏิบัติแห่งชาติเพื่อลดการติตราและเลือกปฏิบัติในสถานประกอบกิจการ การดำเนินการรณรงค์ให้เอชไอวีเป็นเรื่องปกติ และการพัฒนาเครื่องมือสำรวจและประเมินการติตรา และเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อ รวมถึงการละเมิดสิทธิมนุษยชน

ความสำเร็จของการดำเนินงานในปี พ.ศ. 2557

ความชัดเจนเชิงนโยบายของรัฐ

- มีความก้าวหน้าในการแก้ไขกฎหมาย/นโยบายที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการดำเนินงานที่สำคัญดังต่อไปนี้
 1. ปปส.มีคำสั่งและแผนปฏิบัติการสำหรับการดำเนินการลดอันตรายจากการใช้ยา (HR) ใน 19 จังหวัดสำหรับปี พ.ศ. 2557-2558 และคณะกรรมการฯ เอชไอวีแห่งชาติ (NAC) เห็นชอบนโยบายและกลยุทธ์การลดอันตรายจากการใช้ยาสำหรับผู้ที่ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีดในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2557 โดยมีการจัดตั้งคณะทำงานเฉพาะกิจเพื่อทำหน้าที่ในการประสานงานที่มีประสิทธิภาพและเพิ่มการสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือกันระหว่างองค์กรที่เกี่ยวข้องทั้งหมดพื้นที่ดำเนินงานใน 19 จังหวัดที่ได้รับการจัดลำดับความสำคัญได้ดำเนินโครงการลดอันตรายจากการใช้ยาอย่างครอบคลุมและมีการประเมินผลเพื่อสรุปผลการดำเนินงานเมื่อสิ้นสุดการดำเนินงานในปีแรก

2. แพทย์สภาได้ประกาศให้เยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปี สามารถเข้ารับการตรวจเอชไอวีโดยไม่ต้องขอความยินยอมจากผู้ปกครองคณะกรรมการฯ เอดส์แห่งชาติ จึงได้เผยแพร่คำประกาศนี้ออกไป

- เนื่องจากการตีตราและเลือกปฏิบัติยังคงมีอยู่ในหลายหน่วยงาน สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (BATS) และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคทั้ง 12 เขต ร่วมกันสนับสนุนและดำเนินการให้นำ “แนวปฏิบัติแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและบริหารจัดการด้านเอดส์ในสถานประกอบกิจการ (National Codes of Practice on AIDS)” ไปใช้ในสถานประกอบกิจการทั่วประเทศ ซึ่งประเด็นสำคัญพื้นฐานที่มุ่งดำเนินการ ในช่วงการรายงานนี้ คือการส่งเสริมสิทธิมนุษยชน ความเสมอภาคทางเพศ สภาวะ และขจัดการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อฯ โดยมีสถานประกอบกิจการจำนวน 93 แห่งเข้าร่วมดำเนินการ มีการประกาศเกียรติคุณและให้รางวัลแก่หน่วยงานที่มีแนวทางปฏิบัติที่ดีในที่ประชุมการสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ พ.ศ.2557 เพื่อเป็นแบบอย่างให้สถานประกอบกิจการ/หน่วยงานอื่นๆนำไปปฏิบัติ นอกจากนี้ยังมีการมอบใบประกาศเกียรติคุณ/รับรอง “มาตรฐานการบริหารจัดการปัญหาเอดส์ในสถานประกอบกิจการ (ASO)” เพื่อเป็นเครื่องมือส่งเสริมนโยบายเอดส์แก่บริษัท/สถานประกอบกิจการของเอกชนที่ไม่มีการตรวจเอชไอวีในผู้สมัครงาน และให้การสนับสนุนพนักงานที่ติดเชื้อฯ
- มีความก้าวหน้าของการพัฒนาเครื่องมือสำหรับวัดสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นความร่วมมือจากการนำของศูนย์บริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ (ศบ.จอ.) ร่วมกับความมีที่เข้มแข็งของภาคประชาสังคม เครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ กลุ่มประชากรหลัก สถาบันการศึกษาและองค์กรระหว่างประเทศ (RTI/USAID/UN Joint team on AIDS) ดังต่อไปนี้
 1. ประสบความสำเร็จในการนำคำถาม 6 ข้อ ในการวัดการตีตราและเลือกปฏิบัติ รวมทั้งตัวชี้วัดที่ใช้วัดทัศนคติต่อผู้ติดเชื้อฯ ในประชากรทั่วไป ที่บรรจุเป็นครั้งแรกในคู่มือแนวทางการจัดทำรายงานความก้าวหน้าด้านเอดส์ปี พ.ศ. 2557 และยังเป็นครั้งแรกที่มีการสำรวจในกลุ่มประชาชนทั่วไปของประเทศไทย
 2. พัฒนาเครื่องมือเพื่อใช้ติดตามสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติในระบบบริการสุขภาพและที่มีการวัดทั้งในกลุ่มผู้ให้บริการและกลุ่มผู้ติดเชื้อฯ อย่างต่อเนื่องพร้อมจัดทำคู่มือการใช้งาน มีการอบรมการใช้เครื่องมือให้กับเจ้าหน้าที่ จำนวน 51 คน จาก 22 จังหวัด ดำเนินการโดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรคทั้ง 10 แห่ง ปัจจุบันเครื่องมือถูกใช้ในการประเมินสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติของประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน 8 จังหวัดที่ได้แสดงเจตจำนงเข้าร่วมดำเนินการเพื่อใช้เป็นระบบติดตามของประเทศในการประเมินและการตอบสนองต่อปัญหาการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อฯ ในสถานบริการสุขภาพ ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อฯ และกลุ่มประชากร

หลักมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ในการพัฒนาเครื่องมือและการสำรวจ โดยผลจากการสำรวจนำมาใช้เป็นแนวทางการดำเนินงานเพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติทั้งในระดับชาติและระดับจังหวัด

3. ชุดคำถามที่ใช้ในการสำรวจ IBBS (Integrated Biological and Behavior Survey) ในกลุ่มประชากรหลัก (MSM, SW, PWID) และแรงงานข้ามชาติ ได้ถูกพัฒนาขึ้นอย่างสมบูรณ์

การจัดสรรงบประมาณของประเทศ

ผลจากการศึกษานำร่องใน 2 จังหวัดแสดงให้เห็นว่าการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีในสถานบริการสุขภาพเป็นเรื่องที่พบเห็นได้ทั่วไป แม้ว่าประเทศไทยจะเป็นพื้นที่ที่มีการแพร่ระบาดของโรคเอดส์อยู่ทั่วไปก็ตาม นอกจากนี้พบว่ายังคงมีบุคลากรด้านสาธารณสุขอีกจำนวนมากที่แสดงให้เห็นถึงสภาวะการตีตราต่อผู้ติดเชื้อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีรายงานว่ามีประสบการณ์เกี่ยวกับการตีตราและเลือกปฏิบัติ และมักหลีกเลี่ยงที่จะเข้ารับบริการสุขภาพเพราะกลัวถูกรังเกียจและตีตรา ซึ่งข้อมูลนี้ถือเป็นข้อมูลที่มีความสำคัญอย่างมาก และถูกนำมาใช้ในการออกแบบแผนปฏิบัติการฯ ระดับชาติในปี พ.ศ. 2557 กระทรวงสาธารณสุขได้ออกแบบและจัดทำหลักสูตรอบรมเพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อและประชากรหลักและมีการฝึกอบรมให้แก่บุคลากรสาธารณสุขผู้ให้บริการด้านสุขภาพรวมถึงยกระดับการดำเนินงานในการป้องกันการติดเชื้อในสถานบริการสุขภาพอย่างครอบคลุม (universal precaution) และมีการพัฒนากลยุทธ์การสื่อสารเพื่อสร้างความตระหนักเรื่องการตีตราและเลือกปฏิบัติ สิทธิผู้ติดเชื้อ และประชากรหลัก สำหรับกิจกรรมในปี พ.ศ. 2558 ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลกรอบใหม่ประกอบด้วย การขยายกลไกปกป้องการละเมิดสิทธิมนุษยชนและการตีตราเลือกปฏิบัติใน 4 จังหวัด และการสร้างสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการดำเนินงานซึ่งเป็นหนึ่งในวิธีการหลักภายใต้แผนปฏิบัติการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2558-2562 ในด้านงบประมาณขณะนี้อยู่ระหว่างการบริหารจัดการเพื่อให้สามารถใช้สนับสนุนการดำเนินกิจกรรมอย่างครอบคลุมตามแผนที่ได้กำหนดไว้

การมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคม

การลดตีตราและเลือกปฏิบัติเป็นประเด็นหลักของการรณรงค์เรื่องเอดส์ระดับชาติ/กิจกรรมในวันเอดส์โลกปี พ.ศ. 2557 ซึ่งภาคประชาสังคมและชุมชนมีการรณรงค์เพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ และมีการรณรงค์ผ่านสื่อต่างๆ โดยการรณรงค์อย่างเข้มข้นได้จัดขึ้นในที่ประชุมสัมมนาโรคเอดส์แห่งชาติ และภาคประชาสังคมจัดทำชุดการรับรู้ของประชาชนและกิจกรรมการรณรงค์เพื่อขับเคลื่อนสังคมโดยมีผู้แทนสื่อและองค์กรสื่อที่เกี่ยวข้องมาเข้าร่วม นอกจากนี้ยังมีการผลิตสื่อเพื่อแจกจ่ายให้จังหวัดใช้ในการรณรงค์ ซึ่งทำให้เกิดความร่วมมือระหว่างภาคประชาสังคมและสื่อมวลชนมากขึ้นและทำให้การรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการลดตีตราและเลือกปฏิบัติเพิ่มขึ้นตลอดปีพ.ศ. 2557 ในขณะเดียวกันเครือข่ายกลุ่มประชากรหลักนำโดยองค์กรพัฒนาเอกชน 12D และ TDN ได้ดำเนินการรณรงค์และเผยแพร่ประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมการใช้เข็มและอุปกรณ์ฉีดยาสะอาดและลดการตีตราผู้ติดยาเสพติดด้วยวิธีฉีด

ความท้าทายและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อความสำเร็จ

- การทบทวนกฎหมายและนโยบายที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด รวมทั้งแนวทางการปฏิบัติการลดอันตรายจากการใช้ยาที่มีความขัดแย้งกันเองเช่น นโยบายการลดอันตรายจากการใช้ยาพิจารณาผู้ขายยาเป็นผู้ป่วย ในขณะที่กฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2522 กำหนดให้การใช้ยาเสพติดเป็นอาชญากรรม ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการแก้ไข เนื่องจากเป็นอุปสรรคต่อการกระจายเข็มฉีดยาสะอาดให้ผู้ขายยาในจังหวัดเป้าหมาย
- ข้อมูลการจัดกระจายอยู่ตามศูนย์บำบัดรักษาผู้ขายยาเสพติดประเภทต่างๆซึ่งข้อมูลเหล่านี้สามารถนำมาใช้ประโยชน์ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนผ่านที่มีประสิทธิภาพไปสู่การบำบัดผู้ขายยาโดยชุมชนและสนับสนุนการให้บริการ

สรุป

ประเทศไทยมีความก้าวหน้าในการปรับแก้กฎหมายและนโยบายเพื่อขจัดอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการที่สำคัญในกลุ่มประชากรหลักและผู้อยู่ร่วมกับเชื้อฯ และยังคงมีความจำเป็นต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพในระดับจังหวัด/ท้องถิ่น

มีการพัฒนาเครื่องมือเพื่อวัดการติดตามเลือกปฏิบัติอย่างต่อเนื่องเป็นระบบทั้งในประชากรทั่วไปในสถานบริการสุขภาพและในกลุ่มประชากรหลักเครื่องมือเหล่านี้แสดงให้เห็นความก้าวหน้าอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งการออกแบบโครงการและมาตรการการดำเนินงานเพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพและการรณรงค์ให้เกิดการรับรู้ของประชาชนอยู่ในระหว่างการดำเนินการ

แนวทางดำเนินงานต่อไป/กิจกรรมสำคัญ

1. ยกเลิกกฎหมายและนโยบายที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดและพนักงานบริการทางเพศที่ขัดแย้งกันเอง
2. พัฒนาหลักสูตร “การลดตีตราและเลือกปฏิบัติ” สำหรับบุคลากรที่ทำงานในสถานบริการสุขภาพทุกระดับและดำเนินการอบรมในจังหวัดเป้าหมายให้ครบทุกจังหวัด นอกจากนี้ควรขยายการดำเนินงานตาม “แนวปฏิบัติแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและบริหารจัดการด้านเอดส์ในสถานประกอบกิจการ” ในสถานประกอบกิจการทั้งของภาครัฐและเอกชน
3. สร้างกลไกที่มีประสิทธิภาพในการตอบสนองต่อปัญหาการละเมิดสิทธิมนุษยชน การตีตราและเลือกปฏิบัติในจังหวัดเป้าหมาย รวมทั้งเสริมสร้างศักยภาพเกี่ยวกับการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยเอดส์ และลดการตีตรา ให้แก่ประชากรหลักและผู้ติดเชื้อฯ
4. สร้างสภาวะแวดล้อมที่เอื้ออำนวย การสื่อสารสาธารณะและจัดการรณรงค์ให้แก่ประชาชนว่า “เอดส์เป็นเรื่องปกติ ที่สามารถจัดการได้”

เป้าหมายที่ 9: ขจัดการกีดกันการเดินทางของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ปฏิญญาการเมือง: ขจัดการกีดกันการเดินทางของผู้ติดเชื้อ

ยุทธศาสตร์ชาติ: ประเทศไทยไม่มีการห้ามผู้ติดเชื้อฯ เดินทางเข้าออกประเทศ

เป้าหมายที่ 10: สร้างเสริมความเข้มแข็งของการบูรณาการเอชไอวี

ปฏิญญาการเมือง: ขจัดระบบการให้บริการด้านเอชไอวีที่ดำเนินการคู่ขนานกับบริการอื่นเพื่อให้เกิดการบูรณาการการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์กับงานสุขภาพและการพัฒนาโดยรวม

ยุทธศาสตร์ชาติ: ไม่มีเป้าหมายเฉพาะ

ภาพรวม

โครงการ CHILDLIFE สนับสนุนโดยกองทุนโลก มีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างระบบชุมชนโดยการเสริมสร้างสมรรถนะและให้การสนับสนุนการดำเนินงานของคณะทำงานเด็ก(Child Action Groups:CAGs) จำนวน 1,160 กลุ่ม 257 อำเภอใน 29 จังหวัด โดย CAGs ทำงานเป็นจุดแรกรับของเด็กที่มีภาวะเปราะบาง และประเมินความต้องการของเด็กเพื่อเข้ารับบริการที่เหมาะสม รวมทั้งการส่งต่อเด็กเพื่อเข้ารับบริการการปกป้องทางสังคม นอกจากนี้ CAGs ยังติดตามเด็กที่ได้รับการส่งต่อเพื่อให้แน่ใจว่าเด็กได้รับการบริการจริง สำหรับกิจกรรมและการให้บริการโดย CAGs ประกอบด้วยการจัดค่ายสำหรับเด็กเพื่อให้การสนับสนุนด้านจิตสังคมในรูปแบบของกิจกรรมกลุ่ม การสนับสนุนกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนปีละ 4 ครั้ง และจัดฝึกอบรมผู้ปกครองและผู้ดูแลรวมทั้งการให้บริการเฉพาะในแต่ละกรณี ซึ่งขึ้นอยู่กับความต้องการเฉพาะเจาะจงของแต่ละราย ตลอดระยะเวลา 3 ปีของโครงการ มีเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ (CABA) และเด็กที่เปราะบางอื่น ๆ (OVC) ได้รับการเข้าถึงโดย CAGs รวมทั้งสิ้นจำนวน 107,200 คน

ความสำเร็จของการดำเนินงานในปี พ.ศ. 2557

ในช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2555 – กันยายน พ.ศ. 2557 มีเด็กอายุ 0-18 ปี เข้าร่วมโครงการ CHILDLIFE และร้อยละ 83 ของเด็กที่ได้รับเลือกเข้าสู่โครงการเป็นเด็กที่มีภาวะเปราะบางตามคำนิยามของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (MSDHS) โดยมีเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์และเด็กที่มีภาวะเปราะบางเกือบ 70,000 คนใน 29 จังหวัดได้รับการบริการจาก CAGs ภายใต้โครงการ CHILDLIFE

กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ได้ให้การสนับสนุนผู้ได้รับผลกระทบจากเอดส์ รวมทั้งเด็กที่ได้รับผลกระทบในปี พ.ศ. 2557 รวมทั้งสิ้น 15,674 คน การสนับสนุนที่ให้ ได้แก่ การจัดหาที่พักอาศัยในสถานเลี้ยงเด็กกำพร้า 4 แห่งในกรุงเทพฯ เชียงใหม่ อุตรดิตถ์ และสงขลา ซึ่งเด็กได้รับการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานการศึกษา และมีการหาครอบครัวอุปถัมภ์ โดยในปี พ.ศ. 2557 มีการจัดหาครอบครัวอุปถัมภ์ให้แก่เด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์จำนวน 211 คน

มีการสำรวจสถานะความเป็นอยู่ของเด็กโดยใช้ดัชนีชี้วัดสถานะความเป็นอยู่ (Child Status Index :CSI) ใน 902 ครอบครัวที่มีเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์และเด็กเปราะบางใน 5 จังหวัดผลการสำรวจพบว่า เด็กเพียงร้อยละ 29.7 เท่านั้นที่มีสถานะความเป็นอยู่ที่น่าพอใจ และร้อยละ 79.1 ของครอบครัวที่มีเด็กที่ได้รับผลกระทบและเด็กเปราะบางได้รับการสนับสนุนทางเศรษฐกิจในช่วง 3 เดือนก่อนการสำรวจ

ความท้าทาย และปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อความสำเร็จ

การที่กองทุนโลกหยุดให้การสนับสนุนในโครงการ CHILDLIFE ถือเป็นความท้าทายสำคัญที่สุด เนื่องจากความเชื่อมโยงระหว่างระบบชุมชนและระบบบริการสนับสนุนของภาครัฐยังอยู่ในระยะเริ่มต้น อย่างไรก็ตามยังมีความพยายามอย่างต่อเนื่องเพื่อสนับสนุนให้กลไกเหล่านี้ยังคงอยู่โดยอาศัยการระดมทรัพยากรในท้องถิ่น

สรุป

จำเป็นต้องมีการเสริมสร้างความเข้มแข็งและประสานความร่วมมือของภาคส่วนต่างๆ (เช่น ชุมชนองค์กรด้านสุขภาพ และการปกป้องทางสังคม) รวมทั้งการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์และเด็กเปราะบาง นอกจากนี้การสิ้นสุดการสนับสนุนจากกองทุนโลกถือเป็นความท้าทาย และเป็นโอกาสสำคัญที่จะส่งเสริมให้ชุมชนเข้ามามีบทบาทดูแลเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์และเด็กเปราะบางในจังหวัดที่ได้รับผลกระทบจากเอชไอวีอย่างเป็นองค์รวม

แนวทางการดำเนินงานต่อไป/กิจกรรมสำคัญ

1. สนับสนุนคณะกรรมการเด็ก (CAGs) ให้ทำงานได้อย่างต่อเนื่อง ภายใต้ความร่วมมือของกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์และบูรณาการการทำงานเหล่านี้ให้เกิดเป็นโครงสร้างในกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
2. ผลักดันให้เกิดคณะกรรมการคุ้มครองเด็กจังหวัด (PCPC) ซึ่งเป็นกลไกที่ถูกต้องตามกฎหมาย ที่มีผลผูกพันกับกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เพื่อให้การแก้ไขปัญหาของเด็กและเยาวชนเป็นแบบเชิงรุกมากขึ้นและแปลงพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กมาเป็นกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการในระดับจังหวัดโดยการมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งของ CAGs
3. ปรับโครงสร้างของหน่วยงาน/กรมกิจการเด็กและเยาวชนภายใต้กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เพื่อให้การดำเนินการตามพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กมีประสิทธิภาพมากขึ้น และขยายให้มีการสนับสนุนครอบคลุมเด็กที่ไม่มีสัญชาติไทย

ภาพรวม: ข้อมูลตัวชี้วัดความก้าวหน้าการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศไทย

เป้าหมายที่ 1: ลดการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีผ่านการมีเพศสัมพันธ์

ปฏิญญาการเมือง: ลดการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีผ่านการมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 50 ในปี พ.ศ. 2558

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

เป้าหมาย		ตัวชี้วัด	GARP	UA	เป้าหมาย ชาติ 2559	2552	2553	2554	2555	2556	2557
ประชากร ทั่วไป	1.1	ร้อยละของเยาวชนชายและหญิงอายุ 15-24 ปี ที่บอกวิธีการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีทางเพศสัมพันธ์ได้ถูกต้อง และไม่เห็นด้วยกับความเชื่อผิดๆ เกี่ยวกับการรับและถ่ายทอดเชื้อ	☐	☐		ไม่มีข้อมูลตามนิยาม					
	1.2	ร้อยละของเยาวชนชายและหญิงอายุ 15-24 ปี ที่มีเพศสัมพันธ์ก่อนอายุ 15 ปี	☐	☐		ไม่มีข้อมูลตามนิยาม					
	1.3	ร้อยละของประชากรชายและหญิงอายุ 15-49 ปี ที่มีคู่อุปสมพันธ์มากกว่า 1 คนในปีที่ผ่านมา	☐	☐		ไม่มีข้อมูลตามนิยาม					
	1.4	ร้อยละของประชากรชายและหญิงอายุ 15-49 ปี ที่มีคู่อุปสมพันธ์มากกว่า 1 คน ในปีที่ผ่านมา รายงานว่าใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย	☐	☐		ไม่มีข้อมูลตามนิยาม					
	1.5	ร้อยละของประชากรชายและหญิงอายุ 15-49 ปี ได้ตรวจและรู้ผลการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี ใน 12 เดือนที่ผ่านมา	☐	☐		ไม่มีข้อมูลตามนิยาม					
	1.6	ร้อยละของเยาวชน(หญิง) อายุ 15-24 ปีติดเชื้อเอชไอวี	☐	☐	0.33%	0.58%	0.44%	0.44%	0.40%	0.43%	0.52%
พนักงาน บริการ	B1	คาดประมาณจำนวนพนักงานบริการทางเพศ (ชายและหญิง)	☐	☐			141,769		141,769		141,769

เป้าหมาย		ตัวชี้วัด	GARP	UA	เป้าหมาย ชาติ 2559	2552	2553	2554	2555	2556	2557
พนักงาน บริการหญิง	1.7	ร้อยละของพนักงานบริการที่ได้รับการป้องกัน	☐	☐	80.00%		50.45%		53.89%		57.74%
	1.8	ร้อยละของพนักงานบริการรายงานที่ใช้ถุงยางอนามัยกับลูกค้าคน ล่าสุด	☐	☐	95.00%		95.56%		93.60%		96.09%
	1.9	ร้อยละของพนักงานบริการที่ได้รับการตรวจเอชไอวีและรู้ผลตรวจใน 12 เดือนที่ผ่านมา	☐	☐	90.00%		47.76%		55.60%		54.19%
	1.10	ร้อยละของพนักงานบริการที่ติดเชื้อเอชไอวี	☐	☐	1.00%		2.69%		2.16%		1.13%
พนักงาน บริการชาย	1.7	ร้อยละของพนักงานบริการที่ได้รับการป้องกัน	☐	☐	80.00%		61.00%		73.77%		67.26%
	1.8	ร้อยละของพนักงานบริการ รายงานว่าใช้ถุงยางอนามัยกับลูกค้าคน ล่าสุด	☐	☐	99.00%		88.00%		98.18%		95.52%
	1.9	ร้อยละของพนักงานบริการ ได้รับการตรวจเอชไอวีและรู้ผลตรวจใน 12 เดือนที่ผ่านมา	☐	☐	90.00%		49.00%		52.38%		52.35%
	1.10	ร้อยละของพนักงานบริการที่ติดเชื้อเอชไอวี	☐	☐	10.20%		16.00%		12.20%		11.90%
ชายมี เพศสัมพันธ์ กับชาย	B2	คาดประมาณจำนวนชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย	☐				550,000		550,000		550,000
	1.11	ร้อยละของชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ที่ได้รับการป้องกัน	☐	☐	80.00%		43.79%		52.65%		43.60%
	1.12	ร้อยละของชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย รายงานว่าใช้ถุงยางอนามัยใน การมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักครั้งล่าสุดกับคู่นอนชาย	☐	☐	95.00%		80.22%		85.49%		82.08%
	1.13	ร้อยละของชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ได้รับการตรวจเอชไอวีและรู้ผล ตรวจใน 12 เดือนที่ผ่านมา	☐	☐	90.00%		14.93%		25.58%		28.70%
	1.14	ร้อยละของชายมีเพศสัมพันธ์กับชายที่ติดเชื้อเอชไอวี	☐	☐	6.00%		8.02%		7.13%		9.15%

เป้าหมาย		ตัวชี้วัด	GARP	UA	เป้าหมาย ชาติ 2559	2552	2553	2554	2555	2556	2557
การให้ คำปรึกษา และตรวจการ ติดเชื้อ	1.15	ร้อยละของสถานบริการสุขภาพที่จัดบริการ HCT จำนวนสถานบริการสุขภาพ		☐				100% 1,324	100% 1,365		100% 1,480
	1.16	จำนวนชายและหญิงอายุ 15 ปีขึ้นไปได้รับการตรวจเอชไอวี และรู้ผล ตรวจ ใน 12 เดือนที่ผ่านมา (รวมหญิงตั้งครรภ์) จำนวนคนที่มีผลเลือด HIV+	☐	☐				1,054,334 22,339	1,146,093 21,907	1,344,165 22,122	1,357,350 22,650
		จำนวนชายและหญิงอายุ 15 ปีขึ้นไปได้รับการตรวจเอชไอวี และรู้ผล ตรวจ ใน 12 เดือนที่ผ่านมา (ไม่รวมหญิงตั้งครรภ์) จำนวนคนที่มีผลเลือด HIV +	☐	☐				307,114 17,464	356,816 16,984	527,373 17,031	609,079 18,061
	1.16.1	ร้อยละของสถานบริการสุขภาพ ที่ตรวจการติดเชื้อด้วยชุด ตรวจ rapid test kits และประสบปัญหาการขาดคลัง ชั่วคราวใน 12 เดือนที่ผ่านมา		☐						ไม่มีข้อมูล	
โรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์	1.17	การติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STIs)									
	1.17.1	ร้อยละของหญิงที่มาฝากครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์ได้ตรวจ การติดเชื้อซิฟิลิสเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก		☐					91.55%	95.78%	96.84%
	1.17.2	ร้อยละของหญิงที่มาฝากครรภ์ ตรวจการติดเชื้อซิฟิลิส ได้ผลเป็นบวก		☐					0.06%	0.05%	0.07%
	1.17.3	ร้อยละของหญิงที่มาฝากครรภ์ติดเชื้อซิฟิลิสและได้รับการ รักษา		☐					93.10%	97.87%	97.79%
	1.17.4	ร้อยละของพนักงานบริการติดเชื้อซิฟิลิสระยะเฉียบพลัน		☐			ค่ามัธยฐาน	0.26%	0.00%	0.00%	ไม่มีข้อมูล
							ค่าเฉลี่ย	0.62%	0.54%	0.69%	ไม่มีข้อมูล

เป้าหมาย		ตัวชี้วัด	GARP	UA	เป้าหมาย ชาติ 2559	2552	2553	2554	2555	2556	2557
	1.17.5	ร้อยละของ MSM ติดเชื้อซิฟิลิสระยะเฉียบพลัน		☐				ไม่มีข้อมูล		24.36%	ไม่มีข้อมูล
	1.17.6	จำนวนผู้ติดเชื้อซิฟิลิส (ระยะปฐมภูมิ ระยะทุติยภูมิ และระยะแฝง/ไม่ทราบ) ใน 12 เดือนที่ผ่านมา		☐						2,273	2,990
	1.17.7	จำนวนทารกติดเชื้อซิฟิลิสเมื่อแรกเกิด (เกิดมีชีพและเกิดไร้ชีพ) ใน 12 เดือนที่ผ่านมา		☐						ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
	1.17.8	จำนวนชายที่ตรวจพบโรคหนองในแท้ (gonorrhea) ใน 12 เดือนที่ผ่านมา		☐						6,409	5,210
	1.17.9	จำนวนชายที่ตรวจพบสิ่งคัดหลั่งจากท่อปัสสาวะใน 12 เดือนที่ผ่านมา		☐						ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
	1.17.10	จำนวนผู้ที่ตรวจพบแผลที่อวัยวะสืบพันธุ์ใน 12 เดือนที่ผ่านมา		☐						ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
	1.19	การวินิจฉัยเอชไอวีและเอดส์		☐							
	1.19.1	จำนวนผู้ที่ได้รับวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีจำแนกอายุและเพศ ระหว่างปี 2553-2557		☐			40,069	38,602	37,922	54,840	37,287
	1.19.2	จำนวนผู้ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเอดส์จำแนกอายุและเพศ ระหว่างปี 2553-2557		☐			28,759	39,753	25,598	27,424	29,627

เป้าหมายที่ 2: ลดการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มผู้ขายยาเสพติดด้วยวิธีฉีดยา

ปฏิญญาการเมือง: ลดการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ขายยาเสพติดด้วยวิธีฉีดยาร้อยละ 50 ในปี พ.ศ. 2558

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

ตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	GARP	UA	เป้าหมาย ชาติ 2559	2552	2553	2554	2555	2556	2557
B3	จำนวนคาดประมาณผู้ขายยาเสพติดด้วยวิธีฉีดยา (PWID)	☐			40,300	40,300		40,300		40,300
2.1	จำนวนการแจกเข็มสะอาดต่อคนต่อปี ให้แก่ผู้ขายยาเสพติดด้วยวิธีฉีดยา ตามแผนงานแจกเข็มและอุปกรณ์ฉีดยาสะอาด (NSP)	☐	☐	88.0			9.79	11.52	12.02	13.79
2.2	ร้อยละของผู้ขายยา รายงานว่าใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด	☐	☐	95.0%	39.18%	46.02%		49.06%		51.20%
2.3	ร้อยละของผู้ขายยา รายงานว่าใช้อุปกรณ์ฉีดยาสะอาดเมื่อฉีดยาครั้งล่าสุด	☐	☐	82.0%	42.02%	77.68%		80.45%		95.30%
2.4	ร้อยละของผู้ขายยา ได้ตรวจและรู้ผลการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี ใน 12 เดือนที่ผ่านมา	☐	☐	90.0%	39.99%	40.71%		43.65%		61.30%
2.5	ร้อยละของผู้ขายยา ที่ติดเชื้อเอชไอวี	☐	☐	21.0%	17.20%	21.87%		25.20%		20.50%
2.6	คาดประมาณจำนวนผู้ใช้สารเสพติดประเภทฝิ่น (โดยวิธีการฉีดและไม่ฉีด) จำนวนผู้ได้รับสารทดแทนอนุพันธ์ฝิ่น (OST)									
	2.6a คาดประมาณจำนวนผู้ใช้สารเสพติดประเภทฝิ่น (โดยวิธีการฉีดและไม่ฉีด)		☐		ไม่มีข้อมูล					
	2.6b จำนวนผู้ได้รับสารทดแทนอนุพันธ์ฝิ่น (OST)		☐	4,500		2,201	2,612	3,735	4,068	3,646
2.7	จำนวนสถานที่ให้บริการแจกเข็มและอุปกรณ์สะอาด (NSP) จำนวนสถานที่ให้บริการสารทดแทนอนุพันธ์ฝิ่น (OST) (WHO)									
	2.7a จำนวนสถานที่ให้บริการแจกเข็มและอุปกรณ์สะอาด		☐		39	49	42	36	38	42
	2.7b จำนวนสถานที่ให้บริการสารทดแทนอนุพันธ์ฝิ่น		☐		49	ไม่มีข้อมูล	147	147	147	140

เป้าหมายที่ 3: จัดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกหมดไป

ปฏิญญาการเมือง: การถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกหมดไป และการเสียชีวิตของแม่ที่มีเหตุเนื่องจากเอดส์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ

ยุทธศาสตร์ชาติ: อัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก น้อยกว่าร้อยละ 2

ตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	GARP	UA	เป้าหมายชาติ 2559	2551	2552	2553	2554	2555	2556	2557
3.1	ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวี ได้รับยาต้านไวรัส เพื่อลดความเสี่ยงต่อการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก	☐	☐	98.80%	93.60%	95.00%	94.20%	93.98%	93.75%	95.15%	95.78%
	3.1a ร้อยละของผู้หญิงอยู่ร่วมกับเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสสำหรับตนเองหรือลูกในช่วงระยะเวลาของการให้นมบุตร									ตัวชี้วัดไม่สอดคล้องกับการดำเนินงานในประเทศไทย	
3.2	ร้อยละของทารกที่เกิดจากแม่ติดเชื้อ ได้รับการตรวจการติดเชื้อ ภายใน 2 เดือนหลังคลอด	☐	☐	90.00%			75.80%	73.13%	77.23%	72.87%	76.14%
3.3	อัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก	☐	☐	2.00%			3.75%	3.04%	2.74%	2.30%	2.13%
3.4	ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้ตรวจเอชไอวีและรู้ผลการตรวจ ระหว่างตั้งครรภ์ ระหว่างคลอด ระยะเวลาหลังคลอด (น้อยกว่า 72 ชั่วโมง) รวมถึงผู้ที่ทราบสถานะการติดเชื้อ มาก่อน		☐		99.70%	99.30%	99.50%	99.87%	99.14%	99.74%	99.83%
3.5	ร้อยละของสามีของหญิงที่มาฝากครรภ์ ได้ตรวจการติดเชื้อเอชไอวีใน 12 เดือนที่ผ่านมา		☐	60.00%					32.30%	38.41%	41.08%
3.6	ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการตรวจคัดกรองด้วย CD4 หรือเกณฑ์ทางคลินิก เข้าเกณฑ์เริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัส		☐			44.00%			85.56%	88.16%	88.30%

ตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	GARP	UA	เป้าหมายชาติ 2559	2551	2552	2553	2554	2555	2556	2557
3.7	ร้อยละของทารกเกิดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี ได้รับการยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกในช่วง 6 สัปดาห์หลังคลอด		☐		96.50%	99.30%	99.40%	99.00%	99.17%	99.47%	99.48%
3.8	ร้อยละของทารกเกิดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส(ไม่ว่าแม่หรือลูก) เพื่อลดการถ่ายทอดเชื้อ ในช่วงระยะเวลาการให้นมแม่		☐		ตัวชี้วัดไม่สอดคล้องกับการดำเนินงานในประเทศไทย						
3.9	ร้อยละของทารกเกิดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี ได้ยา co-trimoxazole (CTX) เพื่อป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสในระยะ 2 เดือนหลังคลอด		☐			35.90%		42.00%	51.99%	57.34%	52.55%
3.10	ผลลัพธ์ของทารกที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี (WHO)		☐								
3.10.1	จำนวนทารกที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวีในปี 2557 (หรือข้อมูลล่าสุด)		☐								4,589
3.10.2	จำนวนทารกที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวีในปี 2557 ที่สูญหาย หรือตายก่อนได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี		☐								1,103
3.10.3	จำนวนทารกที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวีในปี 2557 ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี		☐								70
3.10.4	จำนวนทารกที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวีในปี 2557 ที่ได้รับการวินิจฉัยว่า <u>ไม่</u> ติดเชื้อเอชไอวี		☐								3,416
3.11	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์อย่างน้อย 1 ครั้ง		☐				772,772	747,967	783,305	804,484	737,150

ตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	GARP	UA	เป้าหมายชาติ 2559	2551	2552	2553	2554	2555	2556	2557
3.12	ANC and EID Facilities (WHO)										
	3.12.1 จำนวนสถานบริการ ANC ที่ให้บริการ HCT		☐								1,468
	3.12.2 จำนวนสถานบริการ ANC ที่ให้บริการ HCTและยาด้านไวรัสฯ		☐								949
	3.12.3 ร้อยละของสถานพยาบาลที่ให้บริการทดสอบไวรัสวิทยา (เช่น วิธี polymerase chain reaction) สำหรับการวินิจฉัยของเอชไอวีในเด็กทารกในสถานที่หรือจาก dried blood spots จำนวนสถานพยาบาล		☐								77% 700

เป้าหมายที่ 4: การรักษาด้วยยาต้านไวรัส

ปัญหาการเมือง: ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 15 ล้านคนได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

ยุทธศาสตร์ชาติ: ผู้ติดเชื้อทุกคนที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยเข้าถึงการรักษาดูแล และการเสียชีวิตเนื่องจากเอดส์ลดลงครึ่งหนึ่ง ในปี พ.ศ. 2559

ตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	GARP	UA	เป้าหมาย ชาติ 2559	2552	2553	2554	2555	2556	2557
4.1	ร้อยละของผู้ใหญ่และเด็กที่กำลังได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส	☐	☐	90.0%	75.76%	71.80%	77.00%			
	- CD4 $\leq$ 200 cell/ml					59.10%	64.61%	69.96%	80.25%	
	- CD4 $\leq$ 350 cell/ml								53.55%	60.98%
	- any CD4 Level									
	จำนวนของผู้ใหญ่และเด็กที่กำลังได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส							225,272	239,090	246,049
4.2	4.2a ร้อยละของผู้ใหญ่และเด็กติดเชื้อเอชไอวี ที่ยังคงรักษาด้วยยาต้านไวรัส อย่างน้อย 12 เดือนหลังเริ่มการรักษา	☐	☐	95.0%	85.14%	80.70%	83.12%	82.11%	82.70%	83.03%
	4.2b ร้อยละของผู้ใหญ่และเด็กติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่อย่างน้อย 24 เดือน หลังเริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (ในกลุ่มที่เริ่มการรักษาด้วยยาต้านเมื่อปี พ.ศ. 2553)		☐			79.80%	79.80%	78.89%	78.38%	77.90%
	4.2c ร้อยละของผู้ใหญ่และเด็กติดเชื้อเอชไอวี ที่ยังมีชีวิตอยู่อย่างน้อย 60 เดือน หลังเริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (ในกลุ่มที่เริ่มการรักษาด้วยยาต้านเมื่อปี พ.ศ. 2550)		☐					ไม่มีข้อมูล	75.91%	74.59%
4.3	จำนวนสถานบริการสุขภาพที่ให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัส		☐		1,014	943	937	949	978	949
	- สำหรับผู้ใหญ่							672	675	640
	- สำหรับเด็ก									

ตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	GARP	UA	เป้าหมาย ชาติ 2559	2552	2553	2554	2555	2556	2557
4.4	ร้อยละของสถานพยาบาลที่ให้การรักษาดูแลด้วยยาต้านไวรัสฯ ประสบ ปัญหาขาดคลังยาชั่วคราวอย่างน้อย 1 ครั้งใน 12 เดือนที่ผ่านมา (WHO)		☐				3.14%	ไม่มีข้อมูล	3.55%	3.05%
4.5	ร้อยละของผู้ติดเชื้อ HIV ที่ตรวจครั้งแรกพบระดับ CD4 cell count < 200 cells/ μ L ในปี 2557		☐							57.03%
	CD4 หลังการวินิจฉัย (cells/ μ L) (รวมทุกสิทธิ์)				95	102	98	98	109	121
	CD4 ก่อนเริ่มยาต้านฯ (cells/ μ L) (รวมทุกสิทธิ์)				73	81	96	91	133	130
4.6	การดูแลเอชไอวี									
4.6a	จำนวนผู้ใหญ่และเด็กติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมดที่ได้รับการดูแล เอชไอวี ภายในปีที่รายงาน		☐						407,046	426,274
4.6b	จำนวนผู้ใหญ่และเด็กติดเชื้อเอชไอวี ที่เริ่มเข้ารับการดูแล เอชไอวีในช่วงระยะเวลาของการรายงาน		☐						52,521	35,282
4.7	การตรวจจำนวนเชื้อไวรัสในเลือด (Viral Load)									
4.7a	ร้อยละของผู้รับยาต้านฯ ได้ตรวจ viral load และผลการ ตรวจ พบ VL < 50 copies/mL ในช่วงเวลาของการรายงาน		☐						95.38%	96.09%
4.7b	ร้อยละของผู้รับยาต้านฯ ได้ตรวจ viral load และผลการตรวจ พบ VL ☐ 1,000 copies/ml ภายหลัง 12 เดือนของการรักษา		☐						92.54%	94.81%
4.7c	ร้อยละของผู้รับยาต้านฯ ได้ตรวจ viral load (VL)แต่ไม่ รายงานปริมาณไวรัสในช่วงเวลาของการรายงาน		☐							90.72%

เป้าหมายที่ 5: ลดการเสียชีวิตจากวัณโรคในผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ปฏิกิริยาการเมือง: ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เสียชีวิตจากวัณโรคลดลงร้อยละ 50 ในปี พ.ศ. 2558

ยุทธศาสตร์ชาติ: ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เสียชีวิตจากวัณโรคลดลงร้อยละ 50 ในปี พ.ศ. 2559

ตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	GARP	UA	เป้าหมายชาติ 2559	2552	2553	2554	2555	2556	2557
5.1	ร้อยละของจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นวัณโรค ตาม การคาดประมาณ ได้รับการรักษาทั้งวัณโรคและเอชไอวี	☐	☐	50.00%	25.53%	26.07%	36.19%	27.84%	38.37%	39.09%
5.2	ร้อยละของผู้ใหญ่และเด็กติดเชื้อเอชไอวี ที่เริ่มเข้ารับ การดูแลเอชไอวี และป่วยเป็นวัณโรคระยะแพร่กระจาย		☐						ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
5.3	ร้อยละของผู้ใหญ่และเด็กติดเชื้อเอชไอวี ที่เริ่มเข้ารับ การดูแล เอชไอวี และได้รับยา Isoniazid เพื่อป้องกัน วัณโรค (Isoniazid preventive therapy หรือ IPT)		☐			ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
5.4	ร้อยละของผู้ใหญ่และเด็กติดเชื้อเอชไอวี ที่อยู่ในระบบ การดูแลเอชไอวี ได้รับการคัดกรองวัณโรคในครั้งล่าสุด ที่มาเข้ารับบริการ (last visit)		☐			94.98%	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล

เป้าหมายที่ 7: จัดความเหลื่อมล้ำทางเพศ

ปฏิบัติการเมือง: จัดความเหลื่อมล้ำและความรุนแรงทางเพศ และเพิ่มศักยภาพของผู้หญิง และเด็กผู้หญิงในการป้องกันจากเอชไอวี

ยุทธศาสตร์ชาติ: การทำงานด้านเอดส์ทุกด้านมีประเด็นที่เกี่ยวเนื่องกับการเคารพสิทธิและสนองตอบต่อความจำเพาะด้านเพศสภาวะ

ตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	GARP	UA	เป้าหมายชาติ 2559	2555	2556	2557
7.1	สัดส่วนของสตรีอายุ 15-49 ปี ที่แต่งงานหรือมีคู่แล้ว ที่ถูกทำร้ายร่างกายหรือได้รับความรุนแรงทางเพศจากคู่ใน 12 เดือนที่ผ่านมา	☐		NA		ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล

เป้าหมายที่ 8 : จัดการติตราและเลือกปฏิบัติ

ปฏิญญาการเมือง: จัดการติตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ได้รับผลกระทบ โดยการส่งเสริมกฎหมายและนโยบายที่ให้ความสำคัญกับสิทธิมนุษยชนและเสรีภาพขั้นพื้นฐาน

ยุทธศาสตร์ชาติ: - จำนวนการถูกเลือกปฏิบัติหรือละเมิดสิทธิในผู้ติดเชื้อและประชากรหลักลดลงไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ภายในปี 2559

- ขยายสภาพแวดล้อมป้องกันทางสังคมและทางกฎหมายที่จำเป็นต่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและการดูแลรักษา

ตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	GARP	UA	เป้าหมาย ชาติ 2559	2549	2555	2557
8.1	ร้อยละของชาย-หญิงอายุ 15-49 ปีที่รายงานทัศนคติการเลือกปฏิบัติ ต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี	☐		TBD		ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
8.1.1	ร้อยละของสตรีอายุ 15-49 ปีที่จะซื้อผักสดจากเจ้าของร้านหรือคนขายที่มีเชื้อเอชไอวี					58.7%	
8.1.2	ร้อยละของสตรีอายุ 15-49 ปี ที่คิดว่าเด็กที่อยู่ร่วมกับเอชไอวีควรจะสามารถเข้าเรียนในโรงเรียน					ไม่มีข้อมูล	
8.1.3	ร้อยละของสตรีอายุ 15-49 ปีที่ไม่ต้องการที่จะเก็บความลับถ้าสมาชิกในครอบครัวมีเอชไอวี					53.6%	
8.1.4	ร้อยละของสตรีอายุ 15-49 ปีที่เชื่อว่าครูผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีควรได้รับอนุญาตให้ทำการสอนต่อไปได้					70.0%	
8.1.5	ร้อยละของสตรีอายุ 15-49 ปีที่มีความเต็มใจในการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ติดเชื้อเอชไอวีในบ้านของตนเอง					92.1%	

เป้าหมายที่ 10: สร้างเสริมความเข้มแข็งของการบูรณาการเอชไอวี

ปฏิญญาการเมือง: จัดระบบการให้บริการด้านเอชไอวีที่ดำเนินการคู่ขนานกับบริการอื่นเพื่อให้การบูรณาการการป้องกันและแก้ไขปัญหเอดส์
กับงานสุขภาพและการพัฒนาโดยรวม

ยุทธศาสตร์ชาติ: ไม่มีเป้าหมายเฉพาะ

ตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	GARP	UA	เป้าหมาย ชาติ 2559	2549	2555	2557
10.1	การเข้าเรียนในโรงเรียนในปัจจุบันของเด็กกำพร้าและไม่ใช่เด็กกำพร้า (อายุ 10-14 ปี) ชั้นประถมและมัธยม	☐		NA			
	Part A: อัตราการเข้าเรียนในโรงเรียนในปัจจุบัน ของเด็กกำพร้า (อายุ 10-14 ปี) ชั้นประถมและมัธยม				93.6%	91.70%	ไม่มีข้อมูล
	Part B: อัตราการเข้าเรียนในโรงเรียนในปัจจุบัน ของเด็ก (อายุ 10-14 ปี) ชั้นประถมและมัธยมผู้ที่พ่อและแม่ยังมีชีวิตอยู่ และผู้ที่อยู่กับพ่อหรือแม่คนใดคนหนึ่ง				96.3%	97.70%	ไม่มีข้อมูล
10.2	สัดส่วนของครัวเรือนยากจนที่สุด ได้รับการช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจใน 3 เดือนที่ผ่านมา	☐				80.19%	ไม่มีข้อมูล

