

# ประเทศไทย

## ยุติปัญหาเอดส์



รายงานความก้าวหน้าของประเทศไทย  
ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ปี พ.ศ. 2561



คณะกรรมการแห่งชาติ  
ว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์  
NATIONAL AIDS COMMITTEE

รายงานความก้าวหน้าของประเทศไทย  
ในการยุติปัญหาเอดส์

ปี 2561

(รอบการดำเนินงาน 1 ตุลาคม 2559 - 30 กันยายน 2560)

ชื่อเรื่อง	รายงานความก้าวหน้าของประเทศไทยในการยุติปัญหาเอดส์ ปี 2561
ผู้รับผิดชอบ	กลุ่มติดตามและประเมินผลระดับชาติ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
ที่ปรึกษา	นายแพทย์สุวรรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย อธิบดีกรมควบคุมโรค นายแพทย์ภาณุมาศ ญาณเวทย์สกุล รองอธิบดีกรมควบคุมโรค นายแพทย์สมาน พุตระกูล ผู้อำนวยการสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
กองบรรณาธิการ	นางพรทิพย์ เข้มเงิน ดร.ดุสิตา พึ่งสำราญ นายธนพล ฉายประทีป
พิมพ์ครั้งแรก	700 เล่ม เดือนกันยายน 2561
โรงพิมพ์	NC Concept Co., Ltd.
ผู้จัดพิมพ์	กลุ่มติดตามและประเมินผลระดับชาติ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

## ความนำ

ประเทศไทย ได้ดำเนินการตามนโยบายและแผนยุทธศาสตร์แห่งชาติในการป้องกันและแก้ไข ปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2557-2559 ที่มีเป้าหมายที่จะยุติปัญหาเอดส์ภายในปี 2573 กล่าวคือ ไม่มีเด็ก ติดเชื้อเอชไอวีเมื่อแรกเกิด การติดเชื้อรายใหม่น้อยกว่าปีละ 1,000 คน ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกคน เข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ เพื่อลดการตายเนื่องจากเอดส์ลงให้ได้ปีละไม่เกิน 4,000 ราย และไม่มี การตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อฯ และประชากรหลัก เป้าหมายการยุติปัญหาเอดส์ ที่ประเทศไทยได้ประกาศ ถือเป็นนโยบายที่ทุกประเทศทั่วโลกได้ขานรับตามปฏิญญาทางการเมือง ฉบับล่าสุดที่ประกาศเมื่อเดือนมิถุนายน 2559 ณ ที่ประชุมระดับสูงว่าด้วยโรคเอดส์ กรุงนิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยได้ตั้งเป้าหมายที่จะยุติปัญหาเอดส์ภายในปี 2573 ไว้เช่นกัน

ความพยายามในการแก้ปัญหาเอดส์ของประเทศไทย อาศัยกรอบแนวทางการปฏิบัติที่ระบุไว้ใน แผนปฏิบัติการเร่งรัดการยุติปัญหาเอดส์ประเทศไทย พ.ศ. 2558 - 2562 ซึ่งมุ่งเน้นการให้บริการ แบบผสมผสานที่มีประสิทธิภาพ และเชื่อมโยงการป้องกันให้ต่อเนื่องกับการรักษาอย่างครอบคลุม ในกลุ่มประชากรหลัก โดยเริ่มต้นจากการเข้าถึงเพื่อให้ความรู้และอุปกรณ์ป้องกัน การชักชวนเข้าสู่ ระบบบริการ การคัดกรองและตรวจเอชไอวี การรักษาด้วยยาต้านไวรัสในผู้ที่พบผลเลือดบวก และการ คงอยู่ในระบบดูแลต่อเนื่อง (Reach-Recruit-Test-Treat-Retain) เพื่อให้ประเทศไทยสามารถบรรลุ เป้าหมายการยุติปัญหาเอดส์ให้ได้ภายในปี 2573

รายงานความก้าวหน้าระดับประเทศในการยุติปัญหาเอดส์ ปี 2561 ฉบับนี้ เป็นการรายงาน การดำเนินงานในช่วงระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2559 - 30 กันยายน พ.ศ. 2560 และเป็นรายงาน ครั้งที่ 11 ของประเทศไทย นับตั้งแต่มีการรายงานครั้งแรกในปี 2545 ตามข้อตกลงของปฏิญญาว่า ด้วยพันธกรณีเรื่องเอชไอวี/เอดส์ในที่ประชุมใหญ่สหประชาชาติ รายงานฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์โดยได้ รับความร่วมมือจากองค์กรและภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคประชาสังคม องค์กรพัฒนา เอกชน ภาควิชาการ องค์กรระหว่างประเทศ และผู้แทนจากเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ แห่งประเทศไทย โดยร่วมกันทำหน้าที่รวบรวมวิเคราะห์แปลความข้อมูลเพื่อตอบคำถามตามตัวชี้วัด ที่กำหนด และร่างรายงานภาคบรรยายจนกระทั่งเสร็จสมบูรณ์ ต้องขอขอบคุณเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้



## สารบัญ

สรุปประเด็นสำคัญการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560	xi
สถานการณ์เอดส์ประเทศไทย	1
การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์	7
เป้าหมายที่ 1 ผู้ติดเชื้อเอชไอวี 30 ล้านคน ได้เข้าถึงการรักษา และบรรลุเป้าหมาย 90-90-90 ภายใน ปี 2563	7
1.1 สถานการณ์ปัจจุบัน	7
1.2 ความก้าวหน้าที่สำคัญ	8
1.3 ความท้าทายและแนวทางการดำเนินงานต่อไป	10
เป้าหมายที่ 2 ขจัดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในเด็ก ภายในปี 2563 และทำให้เด็กอยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี 1.6 ล้านคน เข้าถึงการรักษาภายในปี 2561	13
2.1 สถานการณ์ปัจจุบัน	13
2.3 ความก้าวหน้าที่สำคัญ	14
2.3 ความท้าทายและแนวทางการดำเนินงานต่อไป	17
เป้าหมายที่ 3: กลุ่มประชากรหลักเกินกว่าร้อยละ 90 ได้เข้าถึงบริการป้องกันแบบผสมผสาน (โดยเฉพาะกลุ่มผู้หญิงที่มีอายุน้อยและเยาวชน) ภายในปี 2563	20
3.1 สถานการณ์ปัจจุบัน	20
3.2 ความก้าวหน้าที่สำคัญ	25
3.2 ความท้าทายและแนวทางการดำเนินงานต่อไป	31
เป้าหมายที่ 4 ขจัดความไม่เสมอภาค ยุติความรุนแรง-การเลือกปฏิบัติ ภายในปี 2563	35
4.1 สถานการณ์	35
4.2 ความก้าวหน้าที่สำคัญ	38
4.3 ความท้าทายและสิ่งที่ต้องดำเนินการต่อไป	40

เป้าหมายที่ 5 เยาวชน มีทักษะในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและเข้าถึงการอนามัย เจริญพันธุ์ ครอบคลุม 90% ในปี 2563	41
5.1 สถานการณ์ปัจจุบัน	41
5.2 ความก้าวหน้าที่สำคัญ	43
5.3 ความท้าทายและสิ่งที่ต้องดำเนินการต่อไป	45
เป้าหมายที่ 8 เพิ่มค่าใช้จ่ายในการลงทุนด้านเอชไอวี (1/4 เป็นด้านป้องกัน และร้อยละ 6 เป็นเรื่องการสร้างความเข้มแข็งทางสังคม)	47
เป้าหมายที่ 10 การจัดระบบบริการเอชไอวีและโรคร่วมอื่นๆ แบบบูรณาการ	49
10.1 สถานการณ์	49
10.2 ความก้าวหน้าที่สำคัญ	51
10.3 ความท้าทายและแนวทางการดำเนินงานต่อไป	54

## สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่ 1	คาดประมาณการติดเชื้อรายใหม่ในแต่ละกลุ่มประชากร และตามช่องทางการติดเชื้อ	2
แผนภูมิที่ 2	จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในรอบรายงานต่อประชากรไม่ติดเชื้อ 1,000 คน (New infection) และจำนวนผู้ติดเชื้อที่เสียชีวิตจากการป่วยที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ต่อประชากร 100,000 คน	3
แผนภูมิที่ 3	ความก้าวหน้าผลสัมฤทธิ์การเข้าถึงบริการรักษาตาม cascade 90-90-90	5
แผนภูมิที่ 4	จำนวนผู้ที่กำลังรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสทั้งหมด เปรียบเทียบกับ คาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี	8
แผนภูมิที่ 5	จำนวนผู้ติดเชื้อฯ ที่รู้สถานะเอชไอวี เข้าถึงการวินิจฉัย การรักษา และการกดไวรัสสำเร็จ พ.ศ. 2560	9
แผนภูมิที่ 6	อัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก (จากการคาดประมาณตาม แบบจำลองทางคณิตศาสตร์ (Spectrum-AEM 2560)	13
แผนภูมิที่ 7	ร้อยละของทารกติดเชื้อซิฟิลิสเมื่อแรกเกิด (เกิดมีชีพและเกิดไร้ชีพ) ใน 12 เดือนที่ผ่านมา (congenital syphilis)	14
แผนภูมิที่ 8	ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่รู้สถานะเอชไอวี	15
แผนภูมิที่ 9	ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสเพื่อลด การถ่ายทอดเชื้อฯ จากแม่สู่ลูก	16
แผนภูมิที่ 10	ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้ตรวจการติดเชื้อซิฟิลิสที่มีผลตรวจเป็นบวก	17
แผนภูมิที่ 11	อัตราความชุกของเอชไอวีจากการสำรวจ IBBS ในกลุ่มประชากรหลัก	21
แผนภูมิที่ 12	จำนวนผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ต้องขัง	23
แผนภูมิที่ 13	อัตราการใช้ถุงยางอนามัยจากการสำรวจ IBBS ในกลุ่มประชากรหลัก	24
แผนภูมิที่ 14	ความครอบคลุมของบริการตรวจและรู้ผลเลือดเอชไอวี	25
แผนภูมิที่ 15	ความครอบคลุมของบริการป้องกันเอชไอวีเชิงรุก	26
แผนภูมิที่ 16	อัตราส่วนของผู้รับบริการเชิงรุกที่ได้รับบริการตรวจเลือดเอชไอวี (Reach to test ratio) และอัตราการตรวจพบผู้ติดเชื้อเอชไอวี (Yield HIV)	27



แผนภูมิที่ 17	จำนวนผู้เข้ารับการบำบัดด้วยสารทดแทนฝิ่น (OST)	29
แผนภูมิที่ 18	จำนวนการแจกเข็มสะอาดให้แก่ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีดตามแผนงานแจกเข็มและอุปกรณ์ฉีดยาสะอาด (NSP) ปี 2560	
แผนภูมิที่ 19	ผลการศึกษาทัศนคติการเลือกปฏิบัติต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชาชนทั่วไป จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย (HES)	36
แผนภูมิที่ 20	ผลการสำรวจการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพสำรวจในผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ (ข้อมูลเฉพาะพื้นที่เฝ้าระวัง 13 จังหวัดรอบแรก 5 จังหวัด รอบสอง 13 จังหวัด)	36
แผนภูมิที่ 21	รายงานประสบการณ์การถูกตีตรา เลือกปฏิบัติ และละเมิดในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา (National estimates for S&D for FSW, MSM, MSW and TG - IBBS SURVEYS 2016)	38
แผนภูมิที่ 22	ร้อยละของนักเรียนชายหญิงที่เคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว	42
แผนภูมิที่ 23	ร้อยละของนักเรียนชายหญิงที่มีเพศสัมพันธ์ก่อนอายุ 15 ปี	42
แผนภูมิที่ 24	ร้อยละของการใช้ถุงยางอนามัยในเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด	43
แผนภูมิที่ 25	จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยที่เป็นวัณโรคระยะลุกลาม ในช่วงเวลารายงาน	49
แผนภูมิที่ 26	อัตราป่วยโรคหนองในและโรคซิฟิลิสต่อประชากรแสนคน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2556-2560	50
แผนภูมิที่ 27	อัตราป่วยเฉพาะกลุ่มอายุ 15-24 ปี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ประเทศไทย ปีงบประมาณ 2557-2561	50
แผนภูมิที่ 28	ร้อยละของจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นวัณโรคตามการคาดประมาณ ได้รับการรักษาทั้งวัณโรคและเอชไอวี	52
แผนภูมิที่ 29	อัตราการตรวจพบโรคหนองในแท้ (gonorrhoea) ของผู้ชายในประเทศ โดยวิธีการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่มีศักยภาพในการวินิจฉัย	53

## สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	การคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ผู้เสียชีวิต และที่ยังคงมีชีวิต	1
ตารางที่ 2	ข้อมูลคาด ประมาณจำนวนกลุ่มประชากรหลัก พ.ศ. 2560	20
ตารางที่ 3	รายจ่ายด้านเอดส์ของประเทศไทย พ.ศ. 2551-2561	48
ตารางข้อมูลตัวชี้วัดความก้าวหน้าการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์		57

## คำย่อ

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

## สรุปประเด็นสำคัญการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560

เป้าหมาย	สถานะและ โอกาสบรรลุ ผลสำเร็จ	ประเด็นสำคัญ
<p>การดูแลรักษา ถ่วงหน้า</p>  <p>15 MILLION ACCESSING TREATMENT</p>		<p>ความครอบคลุมของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมาอย่างต่อเนื่อง สำหรับการบรรลุเป้าหมาย 90-90-90 ช่องว่างใหญ่ ยังอยู่ที่ 90 ที่ 2 (ผู้ติดเชื้อที่ได้รับการวินิจฉัยที่ได้รับการรักษา) ประเด็นท้าทายคือเรื่องคุณภาพของข้อมูลและการผลักดันเรื่องการให้บริการข้ามสิทธิ์เพื่อขยายความครอบคลุมของการรักษาได้เร็วมากขึ้น</p>
<p>การจัดการติดเชื้อ ในเด็กให้หมดไป</p>  <p>ELIMINATE NEW HIV INFECTIONS AMONG CHILDREN</p>		<p>ประเทศไทยได้รับการรับรองจากองค์การอนามัยโลกว่าบรรลุเป้าหมายขจัดปัญหาการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสจากแม่สู่ลูกในปี 2558 โดยอัตราการถ่ายทอดเชื้อฯ จากแม่สู่ลูกลดลงจากร้อยละ 1.79 ในปี 2559 เหลือร้อยละ 1.68 ในปี 2560</p>
<p>การป้องกันใน ประชากรหลัก</p>  <p>REDUCE SEXUAL TRANSMISSION</p>		<p>ความครอบคลุมของบริการยังต่ำในบางกลุ่มประชากร สะท้อนว่ายังมีความท้าทายที่ต้องเร่งค้นหาระบบการใหม่ๆ ในการเข้าถึงกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูงให้ได้มากขึ้น โดยเฉพาะผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีด และการให้บริการโดยชุมชนเป็นกลไกสำคัญที่จะช่วยขยายความครอบคลุมในการให้บริการได้มากขึ้น แต่ก็มี ความท้าทายในเรื่องความยั่งยืนของงบประมาณสนับสนุนจากภายนอกและความยุ่งยากของการจัดการงบประมาณในประเทศที่ยังส่งผลการดำเนินงานและความครอบคลุมของบริการ และมีความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาและจัดการระบบข้อมูลที่มีความเชื่อมโยงกันในระดับประเทศด้วย</p>

เป้าหมาย	สถานะและโอกาสบรรลุผลสำเร็จ	ประเด็นสำคัญ
<p>ขจัดความไม่เสมอภาคทางเพศและยุติความรุนแรง/การเลือกปฏิบัติ</p> 		<p>ประเทศไทยมีความก้าวหน้าในการพัฒนาระบบการติดตามสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติและทราบสถานการณ์ ณ ปัจจุบัน รวมถึงมีการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานเพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติโดยเฉพาะในระบบบริการสุขภาพ อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานยังอยู่ในระยะเริ่มต้น และยังมีความจำเป็นต้องพัฒนาแนวทางการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในกลุ่มประชากรทั่วไป รวมถึงการลดการตีตราตนเองในกลุ่มผู้ติดเชื้อฯ และกลุ่มประชากรหลัก</p>
<p>การป้องกันในเยาวชน</p> 		<p>จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ของประเทศไทยเกือบครึ่งหนึ่งเป็นเยาวชนอายุ 15- 24 ปีสะท้อนความจำเป็นในการพัฒนากลยุทธ์ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีที่เข้มข้น รวมถึงการจัดบริการที่เป็นมิตรและสอดคล้องกับความต้องการของเยาวชนอย่างยั่งยืน โดยบูรณาการกับระบบบริการปกติของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</p>
<p>การให้บริการเอชไอวีโดยชุมชน</p> 		<p>การให้บริการเอชไอวีโดยชุมชนยังเป็นเพียงการเริ่มต้นดำเนินการภายใต้โครงการเฉพาะ ซึ่งยังไม่ครอบคลุมเพียงพอ ในขณะที่ภาครัฐยังไม่มึนโยบายที่ชัดเจน ถึงแม้จะเริ่มมีการลงทุนในประเทศมากขึ้น ประเทศไทยจำเป็นต้องปรับปรุงและพัฒนาแนวทางการถ่ายโอนภารกิจ/แบ่งปันภารกิจระหว่างภาครัฐและภาคประชาสังคม ออกแบบบริการให้มีการบูรณาการระหว่างระบบสุขภาพและระบบชุมชนที่เอื้อต่อการทำงานร่วมกันในระยะยาวอย่างต่อเนื่อง</p>

เป้าหมาย	สถานะและโอกาสบรรลุผลสำเร็จ	ประเด็นสำคัญ
 <p>ปิดช่องว่างทางทรัพยากร</p>		<p>ประเทศไทยได้จัดสรรงบประมาณภายในเพิ่มขึ้นในการดำเนินงานการป้องกันในกลุ่มประชากรหลัก และการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ แต่ยังมีอุปสรรคในระเบียบและวิธีการใช้จ่ายให้ถูกต้อง การปรับปรุงกลไกบริหารจัดการงบประมาณอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการเปลี่ยนผ่านไปสู่การพึ่งพาตนเองและความยั่งยืนของการทำงานร่วมกันขององค์กรภาครัฐ ประชาสังคมและชุมชน</p>
<p>ปกป้องคุ้มครองสิทธิและพัฒนาศักยภาพผู้ติดเชื้อ</p> 		<p>ประเทศไทยไม่มีกฎหมายในการปกป้องคุ้มครองทางสังคมให้แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยตรง แต่เริ่มมีความก้าวหน้าในการจัดตั้งกลไกการคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ระดับจังหวัดแล้วในบางจังหวัด ที่มีการดำเนินการนำร่อง</p>
<p>จัดระบบบริการเอชไอวีและโรคร่วมแบบบูรณาการ</p> 		<p>มีความก้าวหน้าของการดำเนินงานผสมผสาน TB/HIV โดยปรับปรุงประสิทธิภาพในการค้นหาTB ในผู้ติดเชื้อฯ ด้วยนวัตกรรมในการคัดกรอง (Gene X-pert) แต่ยังคงมีประเด็นท้าทายในการให้ยาป้องกันวัณโรคในระยะแฝง (IPT) รวมทั้งการคัดกรองและรักษาไวรัสตับอักเสบบี (HCV) ตลอดจนสร้างความเข้มแข็งให้กับการคัดกรองและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์รวมถึงการคัดกรองดูแลรักษาซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์และโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด</p>



## สถานการณ์เอดส์ประเทศไทย

ประเทศไทยได้ตั้งเป้าหมายที่จะยุติปัญหาเอดส์ให้ได้ภายในปี 2573 และได้ประกาศแผนปฏิบัติการเร่งรัดการยุติปัญหาเอดส์ ปี 2558 - 2562 เพื่อเป็นแนวทางให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการทำงานเพื่อบรรลุเป้าหมายร่วมกัน ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560-2573 ได้กำหนดเป้าหมาย ลดการติดเชื้อรายใหม่ให้เหลือปีละไม่เกิน 1,000 ราย ลดการเสียชีวิตในติดเชื้อเอชไอวีเหลือปีละไม่เกิน 4,000 ราย และ ลดการเลือกปฏิบัติอันเกี่ยวเนื่องจากเอชไอวีและเพศภาวะลง ร้อยละ 90

ตารางที่ 1 การคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ผู้เสียชีวิต และที่ยังคงมีชีวิต

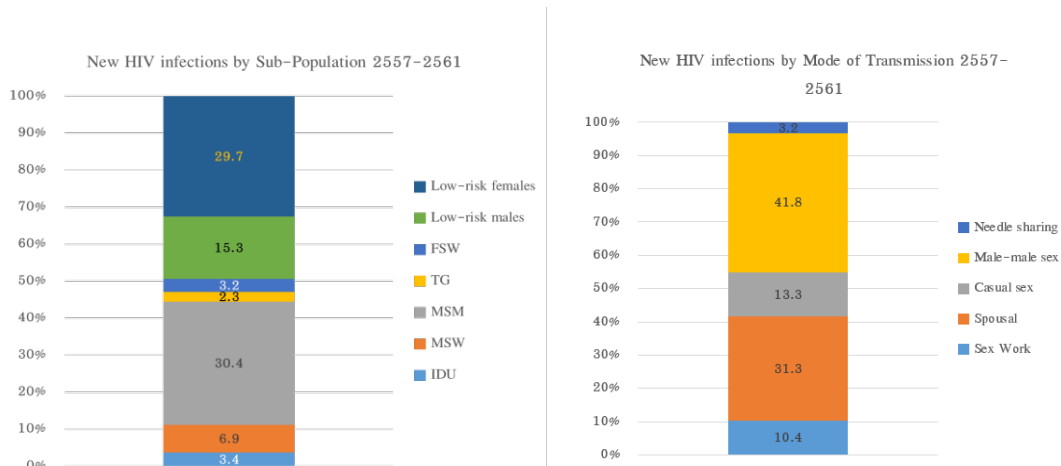
การคาดประมาณ	2543	2548	2553	2558	2559	2560
จำนวนผู้ติดเชื้อ รายใหม่ทั้งหมด	29,619	16,014	10,215	6,900	6,471	5,529
- เป็นเพศหญิง	16,385	7,600	3,393	2,050	2,139	1,822
จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่วัยผู้ใหญ่	28,241	15,266	10,011	6,800	6,396	5,461
- เป็นเพศหญิง	15,716	7,237	2,294	2,000	2,103	1,789
จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่วัยเด็ก	1,378	748	204	<100	75	68
- เป็นเพศหญิง	669	363	99	<50	36	33
จำนวนผู้ติดเชื้อ ที่เสียชีวิตทั้งหมดต่อปี	55,531	31,211	20,670	16,100	12,862	14,731
- เป็นเพศหญิง	12,257	7,352	6,212	4,630	4,564	5,561
จำนวนผู้ติดเชื้อที่เสียชีวิตวัยผู้ใหญ่	55,079	30,805	20,422	16,040	12,771	14,648
- เป็นเพศหญิง	12,036	7,153	6,079	4,600	4,520	5,521
จำนวนผู้ติดเชื้อที่เสียชีวิตวัยเด็ก	452	406	248	<60	92	83
- เป็นเพศหญิง	221	199	133	<30	44	40
จำนวนผู้ติดเชื้อที่ยังมีชีวิตอยู่ทั้งหมด	683,841	555,808	493,932	437,700	449,309	439,610
- เป็นเพศหญิง	221,703	217,779	203,976	181,600	198,483	196,051
จำนวนผู้ติดเชื้อที่มีชีวิตวัยผู้ใหญ่	676,005	544,743	485,646	433,600	445,289	436,222
- เป็นเพศหญิง	217,860	212,351	199,978	179,600	196,503	194,383
จำนวนผู้ติดเชื้อที่มีชีวิตวัยเด็ก	7,836	11,065	8,286	4,100	4,019	3,388
- เป็นเพศหญิง	3,843	5,428	3,998	2,000	1,980	1,668

แหล่งข้อมูล การคาดประมาณเอชไอวีสำหรับปี 2543-2558 ใช้ AEM และการคาดประมาณเอชไอวีสำหรับปี 2559 ใช้ Thailand Spectrum-AEM วันที่ 11 กรกฎาคม 2560 และการคาดประมาณสำหรับปี 2560 ใช้ Thailand Spectrum-AEM วันที่ 26 มีนาคม 2561



การคาดประมาณด้วย Spectrum-AEM (26 มีนาคม 2561) พบว่า ณ สิ้นปี 2560 ประเทศไทย มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่จำนวน 439,610 คน (เป็นผู้หญิง 196,051 คน เป็นเด็ก 3,388 คน) ผู้ติดเชื้อรายใหม่จำนวน 5,529 คน (เป็นผู้หญิง 1,822 และ เป็นเด็ก 68 คน) และจากการคาดประมาณด้วย AEM วันที่ 24 มกราคม 2561 พบว่า โดยกว่าครึ่งหนึ่งเกิดขึ้นในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูง โดยในจำนวนนี้ ประมาณ 40% เป็นกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (รวม TG และ MSW) 3.4% เป็นผู้เข้ายาเสพติดด้วยวิธีฉีด และ 3.2% เป็นพนักงานบริการทางเพศหญิง และข้อมูลยังชี้ให้เห็นว่า ช่องทางการติดเชื้อ<sup>1</sup> ที่พบมากที่สุด คือ การมีเพศสัมพันธ์ระหว่างชายกับชาย ถึง 41.8% รองลงมาคือ การมีเพศสัมพันธ์กับคู่ประจำ (Spousal) 31.3% และ การมีเพศสัมพันธ์กับคูชั่วคราว 13.3% (แผนภูมิที่ 1) c] และสัดส่วนของผู้ติดเชื้อรายใหม่ประมาณ 45% เกิดขึ้นในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงต่ำทั้งหญิงและชาย (Low risk)

แผนภูมิที่ 1 คาดประมาณการติดเชื้อรายใหม่ในแต่ละกลุ่มประชากรและตามช่องทางการติดเชื้อ



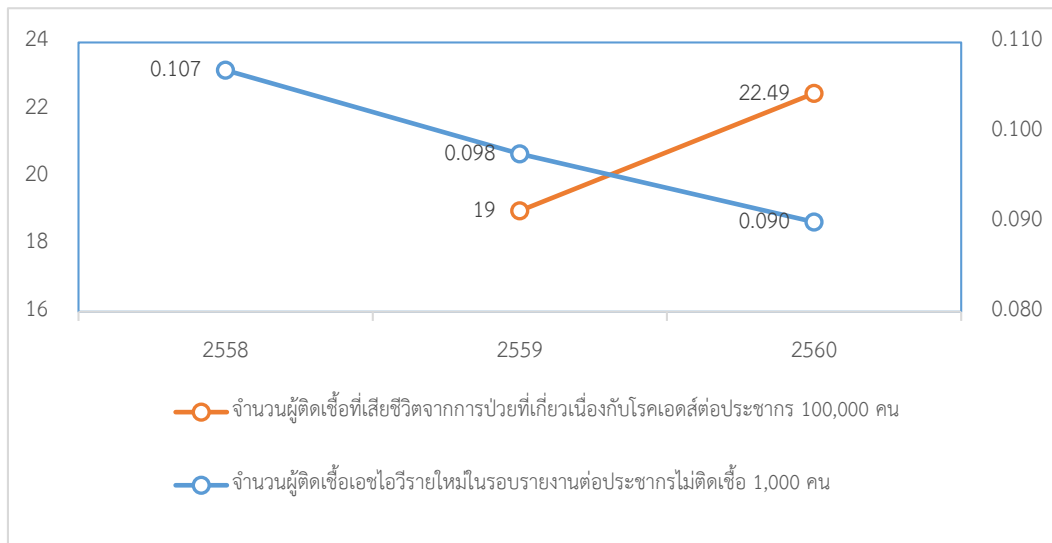
แหล่งข้อมูล: AEM (24 มกราคม 2561)

ในขณะที่ข้อมูลจากระบบ NAP พบว่ามีผู้ติดเชื้อที่ได้รับการตรวจเอชไอวีหรือทราบสถานะการติดเชื้อจำนวน 432,084 คน (คิดเป็นร้อยละ 98.29% ของจำนวนคาดประมาณผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่) และเป็นผู้ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (ART) จำนวน 323,784 (คิดเป็นร้อยละ 74.94% ของผู้ติดเชื้อที่ทราบสถานะการติดเชื้อ) และเป็นผู้ที่สามารถกดปริมาณไวรัสในกระแสเลือดได้ ( $\leq 1,000$ /มิลลิลิตร) จำนวน 273,045 คน<sup>1</sup> (คิดเป็น 84.33% ของผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส)

<sup>1</sup> จำนวนนี้เป็นข้อมูลที่มีการ Blow up ความครอบคลุมของการตรวจระดับไวรัส (Viral test)

เมื่อคำนวณจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ (New Infection) ในรอบรายงานต่อประชากรไม่ติดเชื้อ 1,000 คนอยู่ที่ 0.090 ราย ในปี 2560 ซึ่งลดลงจากปี 2559 และ 2558 ซึ่งอยู่ที่ 0.098 และ 0.107 ราย แต่ในขณะเดียวกันก็พบว่า จำนวนผู้ติดเชื้อที่เสียชีวิตจากการป่วยที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ต่อประชากร 100,000 คน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คือ เพิ่มขึ้นเป็น 22.49 รายต่อประชากร 100,000 คนในปี 2560 เพิ่มขึ้นจาก 19 รายในปี 2559 (แผนภูมิที่ 2) หรือเมื่อคิดเป็นจำนวน (จากแบบจำลอง) พบว่ามีจำนวนการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ 14,731 รายในปี 2560 เพิ่มขึ้นจาก 12,863 รายในปี 2559 เปรียบเทียบกับข้อมูลในระบบบริการรายงาน จำนวนผู้เสียชีวิตที่เป็นผู้อยู่ร่วมกับเชื้อที่เกี่ยวข้องกับเอดส์ในปี พ.ศ. 2560 มีจำนวน 10,787 คน ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี 2559 ที่มีผู้เสียชีวิตจากเอดส์ 11,063 คน

**แผนภูมิที่ 2** จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในรอบรายงานต่อประชากรไม่ติดเชื้อ 1,000 คน (New infection) และจำนวนผู้ติดเชื้อที่เสียชีวิตจากการป่วยที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ต่อประชากร 100,000 คน



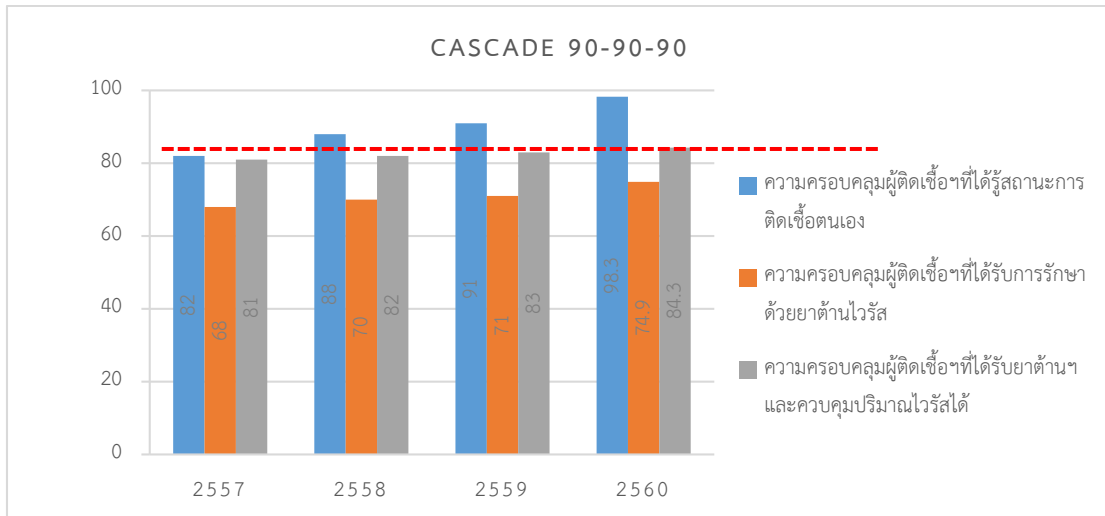
แหล่งข้อมูล: การคาดประมาณเอชไอวีสำหรับปี 2559 ใช้ Thailand Spectrum-AEM วันที่ 11 กรกฎาคม 2560 และการคาดประมาณสำหรับปี 2560 ใช้ Thailand Spectrum-AEM วันที่ 26 มีนาคม 2561

สถานการณ์ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี จากผลการสำรวจและเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี และพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อ (Integrated Biological Behavioral Surveillance หรือ IBBS) พบว่า อัตราความชุกของเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลักยังคงสูงอยู่ (ยกเว้นกลุ่มผู้ให้บริการทางเพศที่สังกัดสถานบริการที่พบอัตราความชุกลดลง) โดยเฉพาะกลุ่มประชากรหลักที่อายุน้อย (Young Key Population) หรืออายุต่ำกว่า 25 ปี พบว่ามีอัตราการติดเชื้อเอชไอวีสูงกว่ากลุ่มอายุมากกว่า 25 ปีขึ้นไป การสำรวจ IBBS ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ปี 2559 พบว่า มีอัตราความชุกเอชไอวีอยู่ที่ 21.61% กลุ่มสาวประเภทสองหรือหญิงข้ามเพศมีอัตราความชุกเอชไอวีอยู่ที่ 10.16% และพนักงานบริการชาย 14.11% ในขณะที่

ที่การสำรวจ IBBS ในกลุ่มพนักงานบริการหญิง พบอัตราความชุกเอชไอวีในกลุ่มพนักงานบริการหญิงที่ไม่สังกัดสถานบริการ (non-venue) ก็ยังคงสูงกว่าในกลุ่มพนักงานบริการหญิงที่สังกัดสถานบริการ (Venue) การสำรวจ IBBS ในปี 2560 รายงานอัตราความชุกเอชไอวีที่ 2.3% ในกลุ่มพนักงานบริการหญิงไม่สังกัดสถานบริการ เปรียบเทียบกับ 1.0% ในกลุ่มพนักงานบริการหญิงที่สังกัดสถานบริการที่เคยมีการสำรวจมาก่อนนี้ นอกจากนี้ ยังพบว่ามีความแตกต่างเชิงพื้นที่ คือ กรุงเทพมหานครมีอัตราความชุกเอชไอวีสูงที่สุดในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (30.2%) และสาวประเภทสอง (16.7%) และจังหวัดชลบุรีเป็นจังหวัดที่มีอัตราการติดเชื้อในกลุ่มพนักงานบริการชายสูงที่สุด (13.42%) ในแง่ของการเข้าถึงบริการตรวจหาเอชไอวี พบว่า พนักงานบริการหญิงนอกสถานบริการ (non-venue) และชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย มีอัตราการตรวจหาเชื้อเอชไอวี ต่ำที่สุด คือ 58.3% (IBBS 2560) และ 58.75% (IBBS 2559) ตามลำดับ ส่วนพนักงานบริการทางเพศชาย และสาวประเภทสอง มีอัตราการตรวจหาเชื้อเอชไอวีอยู่ที่ 77.63% (IBBS 2559) และ 72.3% (IBBS 2559) ตามลำดับ

ความก้าวหน้าผลสัมฤทธิ์การเข้าถึงบริการรักษาตาม cascade 90-90-90 ในปี 2563 ที่ใช้เป็นกลยุทธ์สำคัญ ในการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อสู่ผู้อื่นเพื่อสนับสนุนการยุติปัญหาเอดส์ จากระบบข้อมูล NAP ในปี 2560 พบว่าประเทศไทย สามารถบรรลุเป้าหมาย 90 ที่ 1 ผู้ติดเชื้อได้รับการวินิจฉัยและรู้สถานะการติดเชื้อตนเอง 98.3% ในขณะที่ 90 ที่ 2 ผู้ติดเชื้อที่รู้ว่าติดเชื้อแล้วได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ยังคงต่ำ 74.9% ซึ่งเป็นช่องว่างที่ต้องการการพัฒนาเพื่อเพิ่มการเข้าถึงให้ได้ตามเป้าหมาย ส่วน 90 ที่ 3 ผู้ติดเชื้อที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านฯ สามารถกดปริมาณไวรัสในกระแสเลือดได้ ยังไม่บรรลุเป้าหมาย คือ อยู่ที่ระดับ 84.3% สรุปผลสัมฤทธิ์การดำเนินงานตาม cascade 90-90-90 ในปี 2560 เป็นดังนี้ 98 - 75 - 84 นั้น ประเด็นท้าทาย คือ การบรรลุเป้าหมาย 90 ที่ 2 ที่ยังคงต่ำ และ 90 ที่ 3 ที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย อย่างไรก็ตาม ผลการดำเนินงาน 3 ปีที่ผ่านมา มีแนวโน้มสูงขึ้นทีละน้อยอย่างต่อเนื่อง

### แผนภูมิที่ 3 ความก้าวหน้าผลสัมฤทธิ์การเข้าถึงบริการรักษาตาม cascade 90-90-90



แหล่งข้อมูล NAP Report องค์กรเมสซ์ และการคาดประมาณเอชไอวีสำหรับปี 2559 ใช้ Thailand Spectrum-AEM วันที่ 11 กรกฎาคม 2560 และการคาดประมาณสำหรับปี 2560 ใช้ Thailand Spectrum-AEM วันที่ 26 มีนาคม 2561

สำหรับสถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ประเทศไทย จากรายงานการเฝ้าระวังโรค 506 (รง.506) สำนักระบาดวิทยา พบว่าอัตราป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรคสำคัญ ปี 2555-2560 เพิ่มขึ้นจาก 18.9 เป็น 28.8 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ และอัตราป่วยเฉพาะกลุ่มอายุ 15-24 ปี 2556 - 2560 มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จาก 52.4 เป็น 99.6 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ เมื่อจำแนกตามชนิดโรคพบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยเป็นโรคหนองในมากที่สุด และรองลงมาป่วยเป็นโรคซิฟิลิสโดยมีอัตราป่วยแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน

สถานการณ์การตีตราและการเลือกปฏิบัติอันเนื่องมาจากเอชไอวี ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพประชาชนทั่วประเทศที่ดำเนินการทุก 5 ปี โดยครั้งล่าสุดเมื่อปี พ.ศ. 2557 พบว่า ประชาชนไทย 58.6% มีเจตคติที่ไม่เหมาะสมในการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อฯ ส่วนข้อมูลจากการสำรวจสถานการณ์การตีตราและการเลือกปฏิบัติในระบบบริการสุขภาพ ในปี 2558 และ 2560 โดยสำนักโรคเอดส์ฯ พบว่า ยังคงสังเกตเห็นบุคลากรในโรงพยาบาลมีการแสดงพฤติกรรมรังเกียจ และเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อฯ 23.7% และ 27.0% ตามลำดับ และพบว่าผู้ติดเชื้อฯ เคยมีประสบการณ์การถูกเลือกปฏิบัติจากการมารับบริการที่โรงพยาบาล ใน 12 เดือนที่ผ่านมา 12.1% และ 11.1% สำหรับสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติ ที่สำรวจในกลุ่มประชากรหลัก ปี 2559 พบว่า กลุ่ม MSM TG ถูกตีตราจากสถานที่ทำงาน 12.8% และ 18.9% และกลุ่ม MSM TG MSW และ FSW ยังคงถูกตีตราจากครอบครัว 1.4-2.3% และถูกตีตรา จากระบบบริการ 6.2-9.9% ตามลำดับ กลุ่มประชากรหลักเคยตัดสินใจไม่ไปโรงพยาบาลหรือไปล่าช้าเพราะกลัวถูกตีตรา 1.7-8.4 และมีการตีตราตนเอง 22.1-52.2% นอกจากนี้ เคยถูกล่วงละเมิดทางเพศ 6.6 -13.2%

สรุปได้ว่า ประเทศไทยมีอุบัติการณ์ของการติดเชื้อเอชไอวีลดลง และอัตราความชุกของเอชไอวียังคงสูงอยู่ในกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูง ความครอบคลุมของการดำเนินงานที่ทำให้ผู้ติดเชื้อได้รู้สถานะเอชไอวีของตนเองได้และนำเข้าสู่บริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสได้มากขึ้น แต่ก็ยังมีช่องว่างในการดำเนินงานอยู่อีกมาก โดยเฉพาะการทำให้ผู้ติดเชื้อที่รู้สถานะ แล้วเข้าสู่ระบบการรักษาแต่เนิ่นๆ และผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสแล้วต้องควบคุมให้ไม่สามารถถ่ายทอดเชื้อสู่ผู้อื่นได้ ซึ่งประเด็นท้าทายยังคงอยู่ในกลุ่มประชากรหลักที่ยังไม่ทราบสถานะการติดเชื้อของตนเอง ทำให้ความครอบคลุมของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในภาพรวม และในประชากรกลุ่มนี้ยังต่ำกว่าเป้าหมายมาก จึงควรส่งเสริมให้ประชากรหลักที่มีความเสี่ยงเข้าสู่ระบบบริการตรวจและรักษาเอชไอวีให้มากขึ้น เพื่อเพิ่มความครอบคลุมของการรักษาด้วยยาต้านไวรัส รวมทั้งการปรับปรุงคุณภาพระบบบริการและประสิทธิภาพการรักษา ไปพร้อมๆ กัน เพื่อให้ถึงเป้าหมาย 90-90-90 ภายในปี 2563

## การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

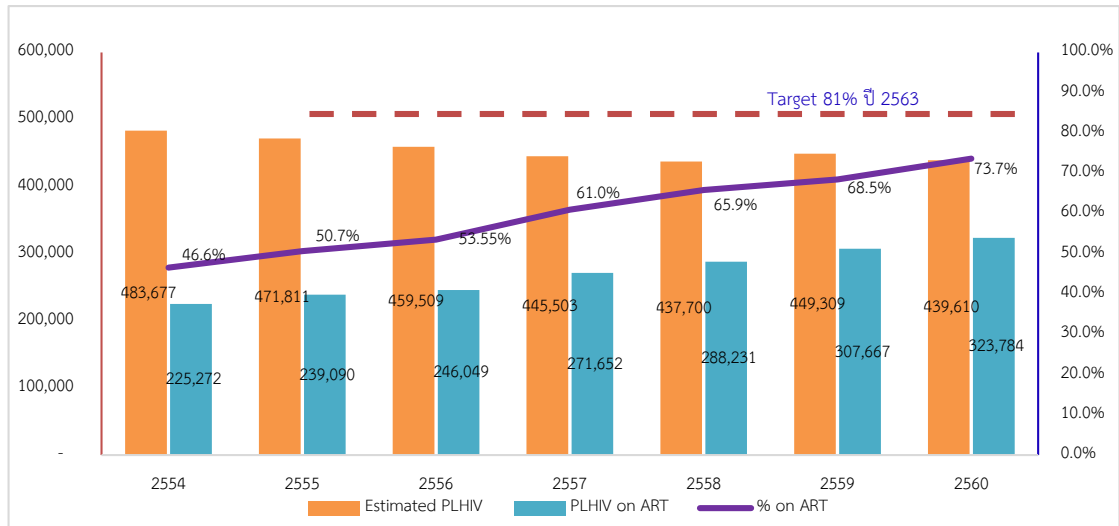
**เป้าหมายที่ 1 ผู้ติดเชื้อเอชไอวี 30 ล้านคน ได้เข้าถึงการรักษา และบรรลุเป้าหมาย 90-90-90 ภายใน ปี 2563**

ประเทศไทยได้ขยายการให้บริการยาต้านไวรัสแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระบบบริการสุขภาพมาตั้งแต่ปีพ.ศ. 2545 และตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2557 เป็นต้นมา ได้ประกาศใช้เกณฑ์เริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัสแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยไม่จำกัดระดับเม็ดเลือดขาว (CD4) เมื่อผู้ติดเชื้อฯ พร้อมทั้งจะเริ่มกินยาต้านไวรัส ตามกลยุทธ์ “การรักษาเป็นการป้องกัน (Treatment as Prevention)” ควบคู่ไปกับการส่งเสริมให้ผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงมาเข้ารับการรักษาเอชไอวีด้วยวิธีการตรวจแบบรู้ผลภายในวันเดียว (Same day result ) จากการใช้เกณฑ์ใหม่นี้ เพื่อจะเพิ่มประสิทธิภาพ การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี เพื่อมุ่งสู่เป้าหมาย การยุติปัญหาเอดส์

### 1.1 สถานการณ์ปัจจุบัน

การคาดประมาณด้วย Spectrum-AEM (26 มีนาคม 2561) พบว่า ณ สิ้นปี 2560 ประเทศไทย มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่จำนวน 439,610 คน และมีผู้ติดเชื้อฯ ที่รู้สถานะเอชไอวีของตนเองแล้ว 98.29% หรือ 432,084 คน โดยผู้ติดเชื้อรายใหม่ในปี 2560 มีจำนวน 5,529 คน (เป็นผู้หญิง 1,822 และ เป็นเด็ก 68 คน) มีจำนวนของผู้ติดเชื้อฯ ที่กำลังได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสอยู่ทั้งสิ้น 323,784 คน เป็นผู้ติดเชื้อฯ ที่อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพของรัฐ ทั้งระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบประกันสังคม และระบบสวัสดิการข้าราชการ ทั้งหมด 309,245 คน ส่วนที่เหลือเป็นผู้ติดเชื้อฯ ที่อยู่นอกระบบประกันสุขภาพ ที่มีการจ่ายค่ายาต้านไวรัสเอง (แผนภูมิที่ 4) ปัจจุบันประเทศไทยมีอัตราการเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อจากการป่วยที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ต่อแสนประชากรเท่ากับ 22.49 (หรือ 14,731 ราย จากแบบจำลอง Spectrum AEM ปี 2560) ในขณะที่ตัวเลขจำนวนผู้เสียชีวิตของผู้ติดเชื้อที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์จากระบบบริการเท่ากับ 10,787 ราย

#### แผนภูมิที่ 4 จำนวนผู้ที่กำลังรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสทั้งหมด เปรียบเทียบกับคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี



แหล่งข้อมูล: การคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อฯ โดย Thailand Spectrum-AEM และข้อมูลผู้เข้ารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสจากระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช., NAP - พ.ค. 2561) NAPHA-EX - สอวพ องค์การเภสัชกรรม สำนักระบาดวิทยา

### 1.2 ความก้าวหน้าที่สำคัญ

ปี 2560 ประเทศไทยมีความก้าวหน้าในการขยายความครอบคลุมในการให้บริการดูแลรักษาให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยผลสำเร็จของการดำเนินงานเพื่อให้กลุ่มผู้ติดเชื้อได้เข้าถึงบริการ ตามเป้าหมาย 90-90-90 (ในปี 2563) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ แต่ทั้งนี้ก็มีความแตกต่างกันในแต่ละเป้าหมาย ผลการดำเนินงานของประเทศไทยในปี 2560 อยู่ที่ 98-75-83 สำหรับเป้าหมาย 90 แรก สัดส่วนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการวินิจฉัยและรู้สถานะการติดเชื้อเอชไอวีตนเอง เพิ่มขึ้นมากที่สุดจากร้อยละ 91.4 ในปี 2559 เป็น ร้อยละ 98.3 ในปี 2560 โดยมีจำนวนผู้ติดเชื้อ 432,084 คน ที่รู้สถานะการติดเชื้อจากผู้ติดเชื้อฯ ที่มีชีวิตอยู่ทั้งหมด 439,610 คน ซึ่งเกินกว่าเป้าหมายมาก

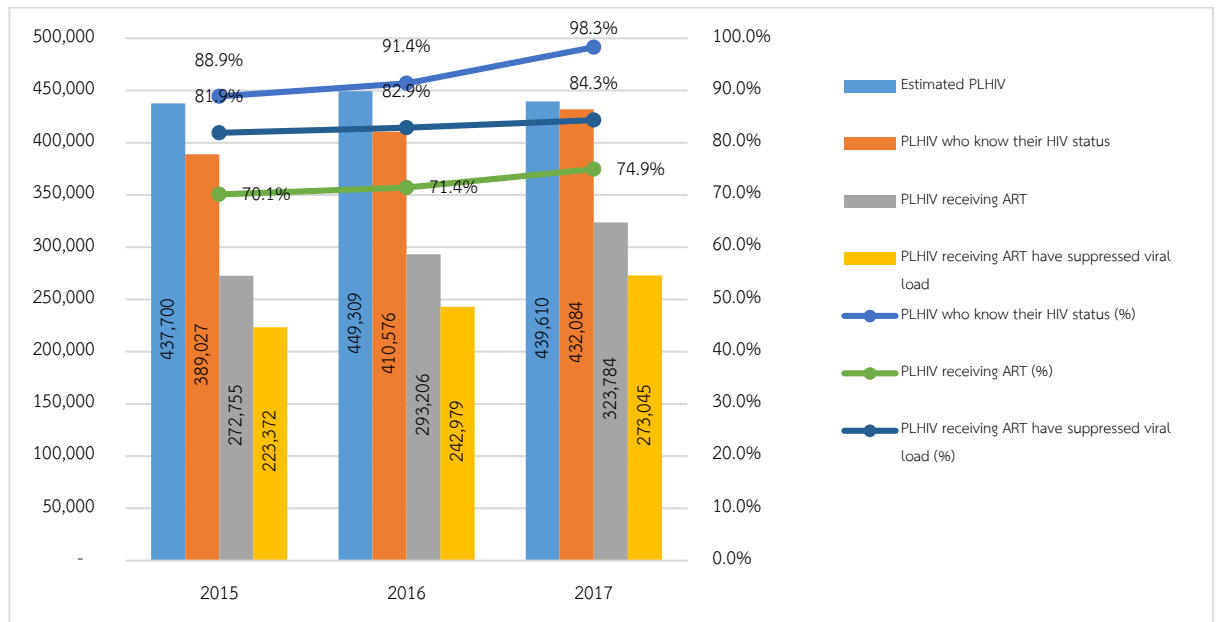
ในขณะที่ 90 ที่สอง สัดส่วนของผู้ติดเชื้อที่รู้สถานะการติดเชื้อฯ และได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส เป็นช่องว่างที่กว้างที่สุด ที่ต้องเร่งรัดในการปรับปรุงแก้ไข โดยพบว่าสัดส่วนของผู้ติดเชื้อที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส มีความก้าวหน้าเพิ่มขึ้น แต่ยังเป็นไปค่อนข้างช้า ซึ่งอาจจะไม่เป็นตามเป้าหมาย จากร้อยละ 71 ในปีที่ผ่านมา เป็นร้อยละ 74.9 คิดเป็นความครอบคลุมร้อยละ 73.7 ทั้งนี้มีจำนวนผู้ติดเชื้อที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสทั้งสิ้น 323,784 คน ซึ่งข้อมูลนี้เป็นผู้ติดเชื้อเฉพาะคนไทยที่บันทึกในระบบข้อมูล National AIDS Program (NAP) ที่มีสิทธิ์การรักษาอยู่ในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม และข้าราชการ รวมถึงผู้ติดเชื้อนอกระบบประกันสุขภาพที่จ่ายค่ายาต้านไวรัสเองอีกจำนวน 14,461 คนด้วย อย่างไรก็ตามยังมีผู้ติดเชื้อ ที่ไม่ใช่คนไทย ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส อีก 3,350 คน (ข้อมูลจากโครงการ NAPHA-Extention และผู้ซื้อบัตรประกันสุขภาพ) แต่ไม่ได้รวมอยู่ในข้อมูลดังกล่าว

ความครอบคลุมในการให้ยาต้านและการกดปริมาณเชื้อไวรัส จากข้อมูลระบบ NAP พบว่ามีรายงานกลุ่มประชากรหลักที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย 3,311 คน พนักงานบริการ 80 คน และผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีดยา 69 คน

สุดท้าย 90 ที่สาม สัดส่วนของผู้ติดเชื้อที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และสามารถกดปริมาณไวรัสในกระแสเลือดได้สำเร็จ (มี VL เท่ากับหรือน้อยกว่า 1,000 copies/mL) ยังคงอยู่ในระดับคงที่ โดยพบว่าสัดส่วนผู้ติดเชื้อที่สามารถกดปริมาณไวรัสในกระแสเลือดได้ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 83 ในปีที่ผ่านมา เป็นร้อยละ 84.3 ทั้งนี้มีจำนวนผู้ติดเชื้อ ที่กดปริมาณไวรัสฯ ได้มีจำนวนทั้งสิ้น 273,045 คน คิดเป็นความครอบคลุม ร้อยละ 62.1 (รายละเอียด ตามแผนภูมิที่ 4)

**แผนภูมิที่ 5 จำนวนผู้ติดเชื้อ ที่รู้สถานะเอชไอวี เข้าถึงการวินิจฉัย การรักษา และการกดไวรัสสำเร็จ พ.ศ.**

2560



**แหล่งข้อมูล:** การคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อ โดย Thailand Spectrum-AEM และข้อมูลผู้เข้ารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสจากระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช., NAP – พ.ศ. 2561) NAPHA-EX – สอวพ องค์การเภสัชกรรม สำนักระบาดวิทยา

จากข้อมูลข้างต้นชี้ให้เห็นว่ายังมีผู้ติดเชื้อที่ยังมีชีวิตอยู่อีกจำนวนถึง 166,565 คน คิดเป็น 37.9% ที่มีโอกาสถ่ายทอดเชื้อสู่ผู้อื่นได้ ทั้งที่อยู่ในระบบบริการแล้ว และยังไม่เข้าสู่ระบบบริการ เป็นช่องว่างของการดำเนินงานที่ต้องเร่งรัดปรับปรุงแก้ไข

คุณภาพของระบบบริการเมื่อพิจารณาถึงข้อมูลระบุว่าระบบบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสประเทศไทย ยังอยู่ในระดับสูงและเพิ่มขึ้นมาอย่างต่อเนื่อง แต่ก็ยังมีช่องว่างที่ยังต้องการพัฒนา โดยข้อมูลจาก NAP พบว่า ในปี 2560 ผู้ติดเชื้อเอชไอวี (ทั้งผู้ใหญ่และเด็ก) ที่ยังคงอยู่ในระบบการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ อย่างน้อย 12 เดือน 24 เดือน และ 60 เดือน หลังเริ่มการรักษา อยู่ที่ 89.82% 88.56% และ 83%



เพิ่มขึ้นเล็กน้อยจากปี 2559 ซึ่งอยู่ที่ 89.49% 88.56% และ 82.71% ตามลำดับ โดยพบว่าสาเหตุการออกจากระบบบริการรักษา ส่วนใหญ่ ยังเกิดจากการเสียชีวิต ร้อยละ 6 loss follow up ร้อยละ 4 ทั้งนี้ พบว่า ผู้ติดเชื้อมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 53.7) ที่ยังมีระดับ CD4 หลังการวินิจฉัย <200 cells/ $\mu$ L และค่ามัธยฐาน CD4 ทั้งหลังการวินิจฉัย และก่อนเริ่มยาต้านฯ ยังคงต่ำ ต่ำกว่า 200 cells/ $\mu$ L (167 และ 176 cells/ $\mu$ L ตามลำดับ) สะท้อนถึงความล่าช้าของการเข้ารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีทำให้ ประสิทธิภาพของการรักษาไม่ดีเท่าที่ควรมีโอกาสเสียชีวิตได้มากกว่าผู้ติดเชื้อฯ ที่เริ่มยาต้านเมื่อค่าระดับ CD4 ยังสูงอยู่ นอกจากนี้ พบว่า ความครอบคลุมในการตรวจระดับไวรัสในกระแสเลือด (viral test) มีความครอบคลุมเพียง 83% เป็นความท้าทายสำคัญที่ต้องพัฒนาระบบบริการและระบบการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อเพิ่มความครอบคลุมให้ผู้ติดเชื้อที่ได้รับยาต้านไวรัสได้รับการตรวจระดับไวรัสในกระแสเลือด

นอกจากนี้ ในปี 2560 ประเทศไทย ยังมีความท้าทายที่สำคัญ คือ การจัดทำและเผยแพร่ แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทยปี 2560 เพื่อใช้เป็นแนวทางให้กับ บุคลากรในระบบบริการสุขภาพ และเครือข่ายภาคีทุกภาคส่วน โดยแนวทางในปี 2560 ฉบับล่าสุดนี้มีความ ชัดเจนในการบูรณาการแนวทางการให้บริการที่รอบด้านมากขึ้น ทั้งด้านบริการป้องกันที่รวมถึงแนวทางการ ให้บริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสก่อนการสัมผัสเชื้อ (PrEP) และให้แนวทางที่จำเพาะในการดูแลรักษาที่ ผู้ติดเชื้อที่มีความซับซ้อนของโรคเป็นรายกรณีที่หลากหลายมากขึ้น การกำหนดสูตรยาพื้นฐานที่ใช้ TDF/ FDC รวมทั้งให้แนวทางในการจัดระบบบริการเพื่อให้หน่วยบริการในระดับชุมชนร่วมให้บริการดูแลรักษา ผู้ติดเชื้อ (Task sharing , Differentiated care) ตามแนวทาง WHO เพื่อลดภาระงานระดับโรงพยาบาล เนื่องจากมีจำนวนผู้ติดเชื้อที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องตลอดชีวิตเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ นอกจากนี้ยังมีการ ให้แนวทางในการสนับสนุนจัดบริการที่มีคุณภาพที่ต้องคำนึงประเด็น สิทธิและการตีตราและเลิกปฏิบัติ รวมทั้งแนวทางการให้บริการป้องกันเชิงรุก (Reach) ด้วย

### 1.3 ความท้าทายและแนวทางการดำเนินงานต่อไป

ถึงแม้ว่า ประเทศไทยจะมีความก้าวหน้า ในนโยบาย การให้ยาต้านไวรัสในทุกๆระดับ CD4 เพื่อให้ผู้ติดเชื้อได้เข้าถึงยาต้านไวรัสได้เร็วที่สุด แต่จากข้อมูลในปี 2560 แสดงให้เห็นว่านโยบายยังไม่เกิด ผลในทางปฏิบัติเท่าที่ควร ยังคงพบว่าผู้ติดเชื้อยังคงเข้าสู่ระบบบริการล่าช้า และยังมีผู้ติดเชื้อที่ยังมีชีวิต อยู่อีกถึงร้อยละ 37.9 ที่มีโอกาสถ่ายทอดเชื้อสู่ผู้อื่นได้ ซึ่งส่งผลให้โอกาสของลดการติดเชื้อรายใหม่ และ ยุติปัญหาเอดส์ ยังคงเป็นความท้าทายที่เห็นได้ชัดเจนที่จะต้องแก้ไขทั้งในด้านการพัฒนาระบบบริการ และ ระบบข้อมูล ซึ่งสาเหตุ ของประเด็นความท้าทาย มาจาก

- ระบบและคุณภาพข้อมูล ที่สะท้อนสถานการณ์การดำเนินงานตามเป้าหมาย 90-90-90 ได้ อย่างเป็นจริง ที่ต้องหาความชัดเจน ทั้งระบบข้อมูลบริการและข้อมูลการคาดประมาณ

### ข้อมูลจากระบบบริการ

- ระบบข้อมูลหลักในการติดตามการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อยังขาดความครบถ้วนของงานที่ยังไม่ครอบคลุมทุกระบบเข้าด้วยกัน คือ NAP ที่ยังไม่ครอบคลุมระบบอื่น เช่น ประกันสังคม สวัสดิการข้าราชการ รวมถึงหน่วยบริการเอกชน และชุมชน ภาคประชาสังคมด้วย
- การถ่ายโอนข้อมูลผู้ติดเชื้อที่รับบริการจากฐานข้อมูลโครงการฯ (NAPHA project) มาสู่ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าภายใต้ฐานข้อมูล NAP มีปัญหาจากการบันทึกที่ต่างกัน ทำให้เกิดการนับซ้ำ (double counting) ทำให้จำนวนผู้ติดเชื้อในระบบบริการอาจมากกว่าความเป็นจริงได้
- ข้อมูลการติดตามสถานะผลการดำเนินงานตามเป้าหมาย 90-90-90 ที่แยกรายกลุ่มประชากรหลักได้เริ่มจากปี 2559 แต่ยังขาดความครบถ้วนของข้อมูลของปีก่อนหน้านั้น
- ระบบข้อมูลของประเทศในการติดตามให้บริการป้องกันเชิงรุกซึ่งอยู่ที่ฐานข้อมูล RTCM และการติดตามบริการการตรวจเลือด รวมถึงบริการรักษาฯ รวมอยู่ที่ฐานข้อมูล NAP และยังไม่สามารถเชื่อมต่อเพื่อให้เห็นข้อมูลที่ครบถ้วนตลอดลำดับขั้นบริการ R-R-T-T-R ได้

### ข้อมูลจากการคาดประมาณ

- การคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อที่มีชีวิตอยู่ในประเทศไทยที่ดูเหมือนต่ำกว่าความเป็นจริง (พบว่าสัดส่วนของผู้ติดเชื้อที่ได้รับการวินิจฉัยและรู้สถานะตนเอง เกินเป้าหมาย 95% และเข้าใกล้ 100% ) จำเป็นต้องทบทวนและปรับปรุงเพื่อความแม่นยำในการคาดประมาณ ทั้งภาพรวมและการจำแนกเพศ และรายกลุ่มอายุ
- คุณภาพของระบบบริการ ที่ยังคงพบว่าผู้ติดเชื้อที่ได้รับยาต้านไวรัสหลุดจากการรักษา และการเสียชีวิตยังสูง การติดตามและเลือกปฏิบัติในระบบบริการสุขภาพ ผู้ติดเชื้อและกลุ่มประชากรหลักมีประสบการณ์การถูกเลือกปฏิบัติจากระบบบริการ ทำให้ตัดสินใจไปรับบริการล่าช้า หรือไม่ไปเพราะกลัวถูกตีตรา และเลือกปฏิบัติ
- ข้อจำกัดในสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า การรักษานอกพื้นที่สิทธิ์ทำให้ผู้รักษาต้องเสียค่าใช้จ่ายบางอย่างเอง และผู้ติดเชื้อในระบบประกันสังคมที่รับบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสได้เฉพาะโรงพยาบาลแม่ข่าย (main contractor) ไม่สามารถรับบริการในโรงพยาบาลเครือข่ายที่ผู้ติดเชื้อต้องการได้ เหล่านี้มีผลต่อการเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัส
- กลุ่มแรงงานข้ามชาติที่ในทางปฏิบัติยังมีข้อจำกัดที่ไม่สามารถเข้าถึงและหรือได้รับบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสได้อย่างต่อเนื่อง ยั่งยืน ตามนโยบายการซื้อบัตรประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติ

- แม้ว่านโยบายการให้บริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในทุกกระดับ CD4 ยังคงมีปัญหาในทางปฏิบัติในบางพื้นที่ ที่แพทย์ผู้ให้การรักษายังไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติ หรือมีทัศนคติที่ไม่สอดคล้องกับนโยบายดังกล่าว โดยต้องรอระดับ CD4 ที่ลดลง จึงให้การรักษา

### ในความท้าทายเหล่านี้ สิ่งที่เราควรมีการดำเนินการเพื่อปรับปรุงสถานการณ์ให้ดีขึ้น ได้แก่

- การปรับปรุงคุณภาพข้อมูลและระบบการรายงานในระบบบริการ โดยเร่งรัดการทบทวนข้อมูลจากฐานข้อมูล NAP และพัฒนาระบบข้อมูลและการรายงานให้ครอบคลุมทุกสิทธิประโยชน์หรือทุกระบบประกันสุขภาพ รวมทั้งการหาแนวทางในการพัฒนาระบบข้อมูล 90-90-90 ที่จำแนกกลุ่มประชากรหลักที่ครบถ้วนและครอบคลุมตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน และพัฒนาให้มีการเชื่อมต่อฐานข้อมูล NAP -RTCM เพื่อให้ติดตามการดำเนินงาน R-R-T-T-R ในกลุ่มผู้ติดเชื้อและกลุ่มประชากรหลักได้
- ทบทวนและปรับปรุงข้อมูลการคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี และคาดประมาณจำนวนกลุ่มประชากรหลัก โดยแผนการดำเนินงานในปี 2562 จะมีการทบทวนรูปแบบและข้อมูลที่ใช้ในการคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี และคาดประมาณจำนวนกลุ่มประชากรหลัก เพื่อให้มีความแม่นยำมากขึ้น
- พัฒนาระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ในระดับพื้นที่ ที่มีความจำเพาะ สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่และกลุ่มประชากร โดยเฉพาะข้อมูลที่ต้องการจำแนกให้เห็นรายละเอียดของการเข้าถึงบริการ รายบริการ และรายกลุ่มประชากรรายอายุ เพศ เป็นต้น รวมถึงการพัฒนา ระบบข้อมูลที่สามารถเชื่อมต่อบริการได้ตลอดทั้ง cascade RRTR และการปรับปรุงระบบการรายงาน ให้ครอบคลุมหน่วยบริการทั้งของภาครัฐ เอกชน และภาคประชาสังคม
- การผลักดันนโยบายการรับบริการรักษาข้ามสิทธิ์ และการปรับนโยบายโดยเพิ่มสิทธิประโยชน์ให้สามารถใช้บริการได้ในทุกพื้นที่ โดยไม่ต้องเปลี่ยนสถานพยาบาลตามสิทธิ์ หรือใช้บริการทุกแห่งได้โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง เป็นสิ่งที่จำเป็นที่ต้องดำเนินการต่อไป
- ปรับปรุงระบบบริการและนโยบาย การซื้อบัตรประกันสุขภาพสำหรับแรงงานข้ามชาติ เพื่อส่งเสริมการเข้าถึง และหรือได้รับบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสได้อย่างต่อเนื่อง ยั่งยืน
- การสร้างความเข้าใจเรื่องแนวทางในการให้การดูแลรักษาแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี พัฒนาองค์ความรู้ บุคลากรทางการแพทย์ ในด้านการรักษาให้นำไปสู่การบรรลุเป้าหมาย 90-90-90 ได้อย่างรวดเร็ว
- ปรับปรุงคุณภาพการให้บริการ โดยการดำเนินงานลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติ ในระบบบริการสุขภาพ โดยการพัฒนากุศลกรเพื่อลดทัศนคติ และ ลดการเลือกปฏิบัติ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการดูแลรักษาและมารับบริการดูแลรักษาได้อย่างต่อเนื่องมากที่สุด

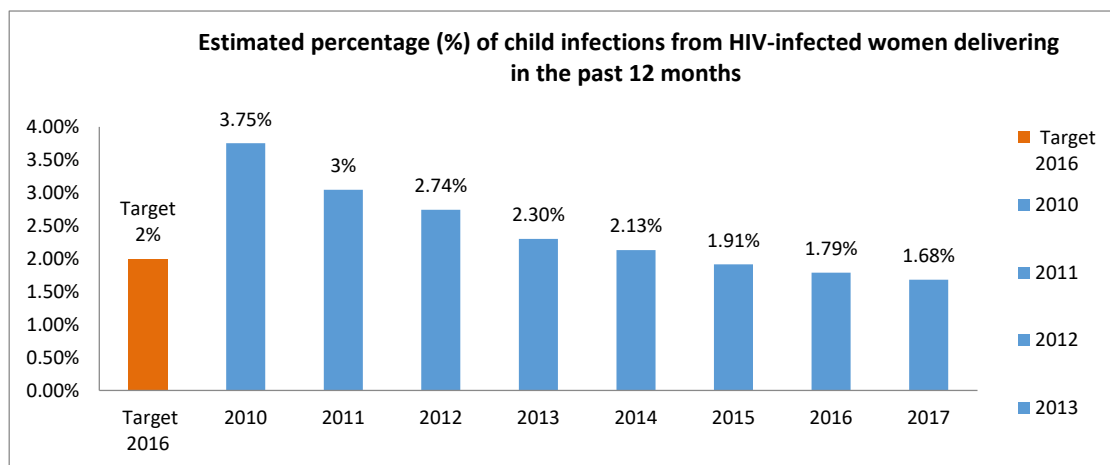
## เป้าหมายที่ 2 ขจัดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในเด็ก ภายในปี 2563 และทำให้เด็กอยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี 1.6 ล้านคน เข้าถึงการรักษาภายในปี 2561

ในการประชุมผู้นำระดับสูงสหประชาชาติเรื่องเอชไอวี เมื่อเดือนมิถุนายน พ.ศ.2559 องค์การอนามัยโลก ได้ให้การรับรองประเทศไทยว่าประสบความสำเร็จในการยุติการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสจากแม่สู่ลูกตามเป้าหมายขององค์การอนามัยโลก ซึ่งเป็นประเทศแรกของเอเชีย และเป็นประเทศที่สองของโลกถัดจากประเทศคิวบา จึงนับเป็นความสำเร็จขั้นต้นของทั้งภาครัฐ ภาคประชาสังคม และประชาชนที่มุ่งสู่การทำให้ประเทศไทยบรรลุเป้าหมายยุติปัญหาเอดส์ภายในปี 2573

### 2.1 สถานการณ์ปัจจุบัน

ในช่วง 2559-2560 อัตราการแพร่เชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก (MTCT) ที่คำนวณโดย Spectrum ลดลงจาก 1.9% ในปี 2558 เป็น 1.79% ในปี 2559 และ 1.68% ในปี 2560 (แผนภูมิที่ 6) ในขณะที่ข้อมูลจากระบบบริการพบว่า ร้อยละของทารกที่ติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาติดเชื้อที่คลอดภายใน 12 เดือนที่ผ่านมาอยู่ที่ 1.41% ในปี 2560 ซึ่งลดลงจาก 1.63% และ 1.43% ในปี 2558 และ 2559 ตามลำดับ เมื่อคิดต่อจำนวนทารก 100,000 ราย พบว่า การติดเชื้อเอชไอวีในทารกแรกเกิดลดลงจาก 11.5 ต่อจำนวนทารก 100,000 รายที่เกิดในปี 2558 เป็น 10.65 ในปี 2559 และ 9.68 ในปี 2560 (จำนวนเด็กติดเชื้อจาก spectrum 68 คน จากจำนวนหญิงคลอดทั้งหมด 702,755 คน)

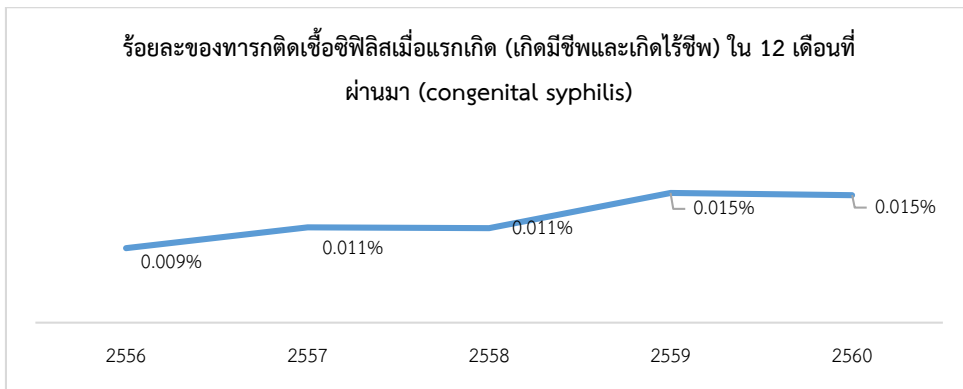
แผนภูมิที่ 6 อัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก (จากการคาดประมาณตามแบบจำลองทางคณิตศาสตร์ (Spectrum-AEM 2560))



แหล่งข้อมูล: Thailand Spectrum-AEM วันที่ 26 มีนาคม 2561

อัตราทารกติดเชื้อซิฟิลิสแต่กำเนิด (congenital syphilis) ในปี 2560 อยู่ที่ระดับต่ำกว่า 15 รายต่อจำนวนการเกิดมีชีพ 100,000 ราย เพิ่มขึ้นเล็กน้อยจากปี 2558 ซึ่งอยู่ที่ 11 รายต่อจำนวนการเกิดมีชีพ 100,000 ราย ระบบรายงาน 506 พบว่า อัตราการตายคลอด (stillbirth) จากมารดาที่มี VDRL และ/หรือ TPHA positive เท่ากับ 6.09 ต่อ 100,000 คนและ 3.3 ต่อ 100,000 คนในปี 2559-2560 อย่างไรก็ตาม อัตราการตายคลอดนี้อาจจะเป็นการคาดประมาณที่สูงเกินไป ซึ่งเกิดจากความเป็นไปได้ของความผิดพลาดของผลตรวจซิฟิลิส แต่ถึงประนั้น อัตราดังกล่าว ก็ยังถือว่าต่ำกว่าเป้าหมายแล้วอยู่ที่

**แผนภูมิที่ 7** ร้อยละของทารกติดเชื้อซิฟิลิสเมื่อแรกเกิด (เกิดมีชีพและเกิดไร้ชีพ) ใน 12 เดือนที่ผ่านมา (congenital syphilis)

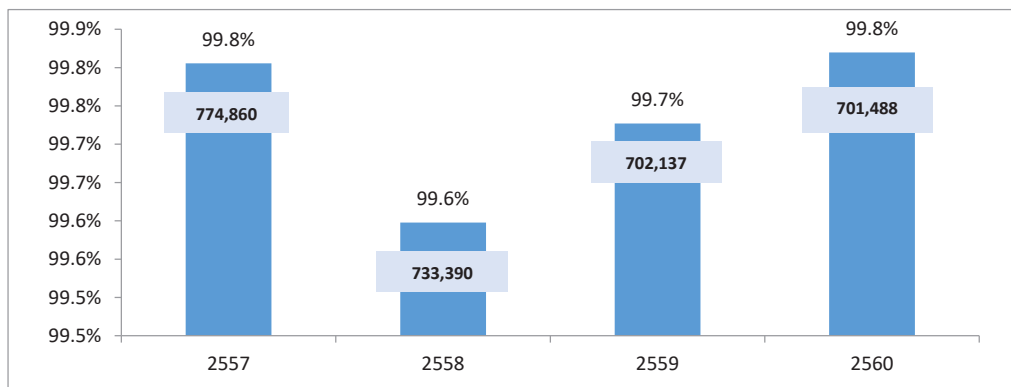


แหล่งข้อมูล รายงาน 506

## 2.2 ความก้าวหน้าที่สำคัญ

ข้อมูลจากระบบกำกับติดตามการดำเนินงานการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ระดับประเทศ (Perinatal HIV Intervention Monitoring System, PHIMS) รายงานว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจเอชไอวีในปี 2560 มีจำนวน 701,488 คน คิดเป็น 99.82% ของหญิงตั้งครรภ์ที่รับบริการก่อนคลอดทั้งหมด (แผนภูมิที่ 8) และความครอบคลุมของการตรวจเลือดของคู่หญิงตั้งครรภ์ (partner testing) อยู่ที่ 42.3% ในปี 2560 เพิ่มขึ้นจาก 41.5% ในปี 2559 ในเรื่องความครอบคลุมของบริการในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีจะได้รับยาต้านไวรัส HAART และให้ยาต่อเนื่องในหญิงติดเชื้อเอชไอวีทุกรายหลังคลอด ทารกที่คลอดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวีจะได้รับการป้องกันด้วยยาต้านไวรัส งดนมแม่และตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีโดยเร็ว ตามความเสี่ยงของทารกแต่ละราย ในปี 2560 นี้ 98.47% ของทารกที่เกิดจากแม่ติดเชื้อฯ ได้รับการตรวจหาเชื้อเอชไอวี (PCR) ภายใน 2 เดือนหลังคลอด

### แผนภูมิที่ 8 ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่รัฐสถานะเอชไอวี

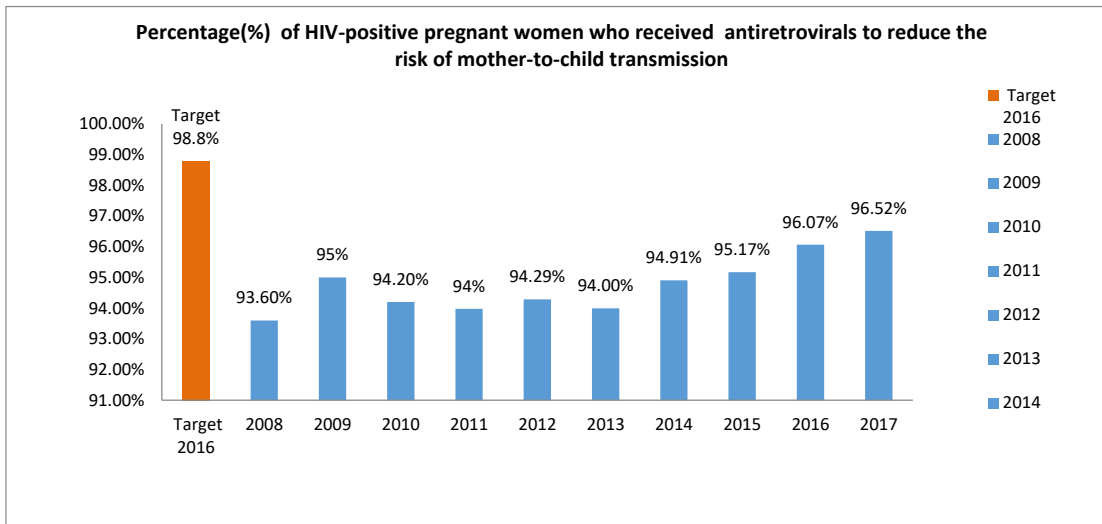


แหล่งข้อมูล: ระบบ PHIMS

ใน พ.ศ. 2560 ความครอบคลุมของการได้รับยาต้านไวรัสฯ เพื่อลดการถ่ายทอดเชื้อฯ จากแม่สู่ลูกของหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวีสูงถึง 96.52% (Spectrum-AEM ปี 2560) เพิ่มขึ้นเล็กน้อยจากปี 2559 ซึ่งอยู่ที่ 96.07% (แผนภูมิที่ 9) ซึ่งหญิงมีครรภ์ทุกรายในประเทศไทยสามารถเข้าถึงบริการดูแลก่อนคลอด (Antenatal care) ได้ฟรีจากสถานพยาบาลรัฐทุกแห่ง โดยเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพ ซึ่งทำให้ความครอบคลุมของการรับบริการดูแลก่อนคลอด (อย่างน้อยหนึ่งครั้ง) สูงถึง 98.5% โดย 66.6% ของหญิงตั้งครรภ์ได้มารับบริการดูแลก่อนสัปดาห์ที่สิบสองของอายุครรภ์ และร้อยละ 53.5 รับบริการมากกว่า 5 ครั้ง และเกินกว่า 98% ของทารกได้เกิดในสถานบริการการดูแลสุขภาพ โดยในปี 2560 ข้อมูลจากโรงพยาบาลเอกชน ความครอบคลุมของการรับยาต้านไวรัสสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีอยู่ที่ระดับ 91.57% ใน 2559 และ 86.11% ใน 2560 ซึ่งความครอบคลุมของการรับยาต้านไวรัส ต่ำกว่า 95% ในโรงพยาบาลเอกชนเนื่องจากโรงพยาบาลเอกชนได้มีการส่งตัวไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลรัฐบาล

ความก้าวหน้าในเชิงนโยบายในปี 2560 กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมอนามัย ได้จัดทำแนวทางการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกระดับชาติโดยมุ่งเน้นมาตรการส่งเสริมการให้การปรึกษาแบบคู่ทั้งในคลินิกฝากครรภ์และหลังคลอด มีการกำหนดเป้าหมายและขยายความครอบคลุมของการให้บริการปรึกษาแบบคู่พร้อมทั้งกำกับติดตามการดำเนินงานให้ได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้เพื่อส่งเสริมการให้บริการปรึกษาแบบคู่และการตรวจหาการติดเชื้อฯ ของสามีและการรู้สถานะการติดเชื้อเอชไอวีของคู่ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด

**แผนภูมิที่ 9** ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสเพื่อลดการถ่ายทอดเชื้อฯ จากแม่สู่ลูก



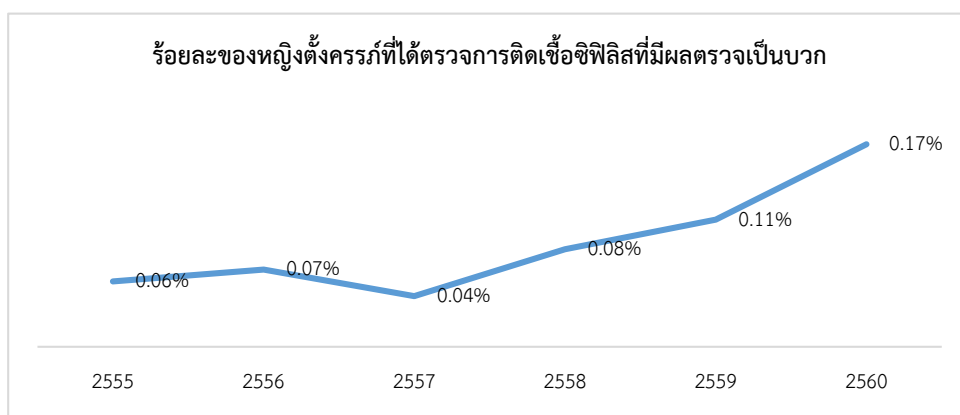
แหล่งข้อมูล: ระบบรายงาน PHIMS

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ได้มีการดำเนินกิจกรรมเพื่อยุติการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ได้แก่การประเมินการดำเนินงานการยุติการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสจากแม่สู่ลูก ระดับจังหวัด มีจำนวน 55 จังหวัดที่ผ่าน“องค์กรยุติการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสในทารกแรกเกิด” การดำเนินโครงการการจัดการเชิงรุกเพื่อยุติการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก และการเริ่มยาต้านไวรัสแก่ทารกที่ติดเชื้อเอชไอวีให้เร็วที่สุด ร่วมกับ กรมควบคุมโรคและการวินิจฉัยทารกโดยเร็ว (Early Infant Diagnosis) โดยวิธี HIV-PCR (DBS) และ การสืบค้นสาเหตุการติดเชื้อเอชไอวีในทารกแรกเกิด โดยงบประมาณในการการวินิจฉัยสำหรับทารกที่เกิดจากหญิงตั้งครรภ์คนไทย ได้รับสนับสนุนจากโครงการจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ส่วนทารกต่างด้าวได้รับงบประมาณสนับสนุนจากสภาอากาศไทย ภายใต้โครงการการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์ต่างด้าวในประเทศไทย

สำหรับการถ่ายทอดเชื้อซิฟิลิสจากแม่สู่ลูก ประเทศไทยได้ตั้งเป้าหมายลดอัตราการถ่ายทอดเชื้อซิฟิลิสจากแม่สู่ลูกให้ต่ำกว่า 0.5 ต่อ 1,000 เด็กเกิดมีชีวิต การดำเนินการถ่ายทอดเชื้อซิฟิลิสจากแม่สู่ลูก จากรายงาน PHIMS ในปี 2560 พบว่า มีความครอบคลุมของการตรวจเลือดในหญิงตั้งครรภ์สูงร้อยละ 99.14 และมากกว่าร้อยละ 97 ของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสได้รับการรักษาซิฟิลิสแม้ว่าอัตราการติดเชื้อซิฟิลิสแต่กำเนิดจะต่ำกว่าเป้าหมายขององค์การอนามัยโลก แต่อัตราความชุกของการติดเชื้อซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.08 ในปี 2558 เป็น ร้อยละ 0.11 ในปี 2559 และ 0.17 ในปี 2560 และจำนวนทารกติดเชื้อซิฟิลิสแต่กำเนิด เพิ่มขึ้นจาก 80 ราย ในปี 2558 เป็น 105 รายในปี 2559 และ 103 รายในปี 2560 ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลความชุกของซิฟิลิสที่เพิ่มขึ้นในกลุ่มประชากรวัยเจริญพันธุ์อื่นๆ

จากอัตราความชุกของซีฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ที่สูงขึ้น สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้จัดการอบรมให้กับบุคลากรสาธารณสุข 4 ภาค เพื่อเพิ่มพูนความรู้ด้านการดูแลซีฟิลิสในแม่และทารก กรมควบคุมโรคและกรมอนามัยได้ลงไปทบทวนประวัติทารกติดเชื้อซีฟิลิสแต่กำเนิดใน 9 จังหวัด พบว่าการรายงานตามระบบ ICD10 และระบบ passive case surveillance report ยังพบปัญหาทั้ง over และ under report ของจำนวนเด็กที่เป็นซีฟิลิสแต่กำเนิด

**แผนภูมิที่ 10** ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้ตรวจการติดเชื้อซีฟิลิสที่มีผลตรวจเป็นบวก



แหล่งข้อมูล: ระบบรายงาน PHIMS

การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์ต่างด้าวที่อาศัยในประเทศไทย โดยกรมอนามัยงบประมาณสนับสนุนจากสภาอากาศไทย ภายใต้โครงการยาราลเทกราเวียร์สำหรับหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวีเสี่ยงสูง ในการอุปถัมภ์ของพระเจ้าวรวงศ์เธอพระองค์เจ้าโสมสวลี พระวรราชาธินัดดามาตุ จัดการสนับสนุนยาและค่าซื้อบัตรประกันสุขภาพต่างด้าวและให้บริการตามมาตรฐานเช่นเดียวกันกับหญิงตั้งครรภ์ไทย ผลการดำเนินงานปี 2560 หญิงต่างด้าวได้รับบริการจำนวน 8 โรงพยาบาล 15 คน โดยพบว่าหญิงต่างด้าวที่ไม่มีบัตรและไม่สามารถเบิกได้และที่ขอสนับสนุนยามีจำนวนน้อย

### 2.3 ความท้าทายและแนวทางการดำเนินงานต่อไป

การดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการจัดการติดเชื้อเอชไอวีในเด็กยังมีข้อท้าทาย ในระบบการให้บริการอนามัยแม่และเด็ก ดังนี้

- นโยบายฝากครรภ์ทุกที่ฟรีทุกสิทธิ์ ที่ยังไม่ครอบคลุมทุกสถานบริการ พบว่าหากไปรับบริการในสถานพยาบาลที่ไม่ตรงตามสิทธิ์อาจจะต้องเสียค่าใช้จ่ายบางอย่างเอง
- การลดอัตราความชุกของการติดเชื้อซีฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์และการลดการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์ในช่วงใกล้คลอดจากคู่ผลเลือดต่าง



- การจำแนกความเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวีในทารกวัยใหม่ พบว่า เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีบางรายแม้กินยาต้านไวรัสมานานแต่กินยาไม่สม่ำเสมอและไม่มีผลการตรวจ viral load ทำให้ทารกไม่ได้รับการจำแนกความเสี่ยงและดูแลอย่างเหมาะสม
- ความครอบคลุมในการบริการแก่หญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นประชากรข้ามชาติ ที่เป็นผลมาจากปัญหาในทางปฏิบัติในเรื่องการประกันสุขภาพทั้งโดยระบบประกันสังคมและบัตรประกันสุขภาพแรงงาน ทำให้หญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นประชากรข้ามชาติอาจไม่สามารถเข้าถึงบริการการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสจากแม่ได้เท่าที่ควร
- ระบบข้อมูลตัวชี้วัดการยุติการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสจากแม่สู่ลูกในปัจจุบันได้แก่ รายงาน PHIMS รายงาน NAP และ passive case report ของซิฟิลิส ซึ่งยังมีความคลาดเคลื่อน กระทรวงสาธารณสุขมีแผนจะทบทวนประวัติคนไข้ที่รายงาน congenital syphilis โดยใช้แบบฟอร์มมาตรฐานให้ครอบคลุมทั่วประเทศและมีการจัดทำระบบรายงานหาสาเหตุการติดเชื้อซิฟิลิสแต่กำเนิดรายใหม่ให้เป็นระบบทางกรมอนามัยมีแผนจะเพิ่มตัวชี้วัดเรื่อง stillbirth ในรายงาน PHIMS เพื่อสามารถติดตามจำนวน stillbirth จากซิฟิลิสได้อย่างมีระบบในอนาคต

### แนวทางการดำเนินงานต่อไป

- ควรมีการปรับปรุงบริการส่งเสริมการฝากครรภ์โดยเร็ว (ก่อน 12 สัปดาห์) ส่งเสริมการเข้าถึงบริการอนามัยเจริญพันธุ์ และบูรณาการกองทุนทุกระบบให้ผู้รับบริการสามารถใช้บริการได้โดยไม่ต้องเปลี่ยนสถานพยาบาลตามสิทธิ์
- ควรส่งเสริมให้เพิ่มความครอบคลุมของการตรวจเลือดเอชไอวีและซิฟิลิสก่อนแต่งงานและมีบุตรส่งเสริมให้พาคู่มาตรวจและเพิ่มการตรวจคัดกรองซิฟิลิสในคู่ของหญิงตั้งครรภ์ และควรมีการผลักดันให้การตรวจคัดกรองซิฟิลิสในคู่ของหญิงตั้งครรภ์และการตรวจคัดกรองซิฟิลิสของสามีอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์
- ผลักดันให้สามารถเบิกจ่ายยา Raltegravir สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีข้อบ่งชี้ได้ในบัญชียาหลักในอนาคตเนื่องจากโครงการวิจัยเพื่อติดตามประสิทธิภาพและผลข้างเคียงจากยาในคนไทย จากผลการศึกษาเบื้องต้นพบว่า การให้ยา Raltegravir เพิ่มจากยา HAART ปกติในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ช้าหลัง 32 สัปดาห์หรือหญิงตั้งครรภ์ที่กินยาต้านไวรัสมานานแต่ไม่สามารถกดระดับไวรัสได้ จะช่วยลดระดับไวรัสได้เร็วที่สุด
- ควรส่งเสริมการตรวจ viral load ในหญิงตั้งครรภ์ทุกรายเมื่อใกล้คลอดให้อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ เพื่อลดปัญหาการฝากครรภ์ช้าและการไม่มาตามนัดของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีควรส่งเสริมให้มีการประเมินและจัดอบรมเพื่อลดการรังเกียจตีตราหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีในงานแม่และเด็ก

- การติดเชื้อซิฟิลิสแต่กำเนิดในทารกมักพบในพ่อแม่ที่มีอายุน้อย และวัยรุ่นไทยมีอัตราการท้องไม่พร้อมสูง และมีความเสี่ยงของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จึงควรส่งเสริมการลดการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ในผู้หญิงวัยรุ่นและวัยเจริญพันธุ์ และลดอัตราการติดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสในหญิงวัยเจริญพันธุ์ ให้ความรู้เพื่อเตรียมผู้หญิงก่อนการตั้งครรภ์การสอนเพศศึกษาและอนามัยการเจริญพันธุ์อย่างครอบคลุมรอบด้านตั้งแต่วัยรุ่น อบรมเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลทุกแห่งเรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ การวางแผนครอบครัวตั้งแต่วัยรุ่น เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ โดยใช้การอบรมonline หรือใช้ role model เข้ามามีบทบาทในการแนะนำเยาวชน สอนพ่อแม่ให้มีการสื่อสารเรื่องเพศกับลูก
- ควรแก้ปัญหาในทางปฏิบัติของระบบประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติเพื่อเปิดโอกาสให้แรงงานข้ามชาติสามารถเข้าถึงบริการได้ กรมควบคุมโรคอยู่ระหว่างหารือกับทางสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในการขอสนับสนุนงบประมาณด้านไวรัสให้แรงงานต่างด้าวรวมทั้งหญิงตั้งครรภ์ โดยจัดทำโครงการต่อจาก NAPHA extension นอกจากนี้ควรส่งเสริมการวางแผนครอบครัวและให้การปรึกษาเรื่องการคุมกำเนิดที่เหมาะสมหรือเพื่อเว้นระยะการมีบุตรในผู้ที่ต้องการจะตั้งครรภ์ใหม่
- ควรมีการสื่อสารในทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการจัดทำตัวชี้วัดมาตรฐานของการยุติการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสจากแม่สู่ลูก อย่างเป็นระบบ และให้แต่ละจังหวัดมีบทบาทในการติดตามตัวชี้วัดของตนเองให้ได้ตามเป้าหมายของประเทศในอนาคต

**เป้าหมายที่ 3: กลุ่มประชากรหลักเกินกว่าร้อยละ 90 ได้เข้าถึงบริการป้องกันแบบผสมผสาน (โดยเฉพาะกลุ่มผู้หญิงที่มีอายุน้อยและเยาวชน) ภายในปี 2563**

เป้าหมายคือ ประชาชนไม่น้อยกว่า 90% เข้าถึงบริการป้องกันแบบผสมผสานโดยเฉพาะกลุ่มประชากรหลัก (ชายมีเพศสัมพันธ์กับชายหญิงข้ามเพศพนักงานบริการทางเพศและลูกค้าผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีดและผู้ต้องขัง)

### 3.1 สถานการณ์ปัจจุบัน

ข้อมูลจากการคาดการณ์จำนวนกลุ่มประชากรหลักในประเทศไทยในปี 2560 ล่าสุด (ตารางที่ 2) ระบุว่า มีจำนวนชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสอง รวมกันประมาณ 527,900 คน แต่ถ้าคาดการณ์แยกเป็นกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย มีจำนวน 527,900 คน และสาวประเภทสอง 62,800 คน โดยในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายนั้น ได้มีการคาดการณ์ว่า เป็นกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มีความเสี่ยงสูง (High risk MSM) อยู่ 159,600 คน (ระดับความเสี่ยงคิดจากการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา) ในกลุ่มของพนักงานบริการทางเพศ คาดการณ์ว่ามีจำนวนรวมทั้งสิ้น 144,000 คนทั่วประเทศ เป็นพนักงานบริการหญิง (FSW) 129,000 คน และพนักงานบริการชาย (MSW) 15,000 คน และกลุ่มประชากรหลักอื่นๆ ได้แก่ ผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีด (PWID) ประมาณ 42,650 คนทั่วประเทศ และปี 2560 ข้อมูลจากกรมราชทัณฑ์รายงานจำนวนผู้ต้องขังทั้งหมด 311,587 คน โดยคิดเป็นผู้ต้องขังชายเกินกว่า 80%

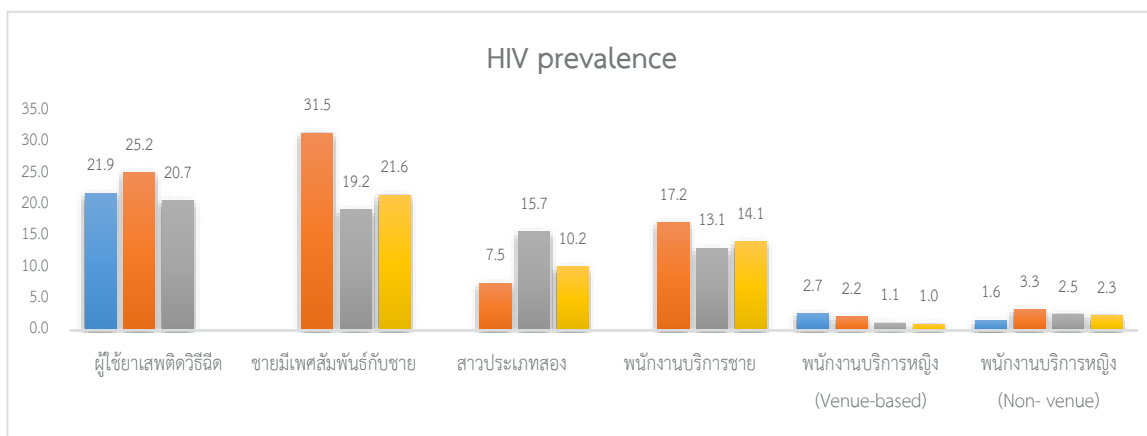
ตารางที่ 2 ข้อมูลคาดการณ์จำนวนกลุ่มประชากรหลัก พ.ศ. 2560

กลุ่มประชากรหลัก	คาดการณ์จำนวนประชากร
พนักงานบริการ (SW)	144,000
พนักงานบริการหญิง (FSW)	129,000
พนักงานบริการชาย (MSW)	15,000
ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM)	527,900
ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มีความเสี่ยงสูง (High risk MSM)	159,600
ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายรวมหญิงข้ามเพศ (MSM-TG)	590,700
หญิงข้ามเพศ (TG) (Had active sex)	62,800
ผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีด (PWID)	42,650
ผู้ต้องขัง (Immates+detainees)	311,587

แหล่งข้อมูล: ทีมคาดการณ์จำนวนประชากรหลักที่ใช้เป็นข้อมูลในการคาดการณ์จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี (Spectrum AEM) สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

**ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลัก** รายงานด้วยข้อมูลจากผลการสำรวจและเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีและพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อ<sup>๑</sup> (Integrated Biological Behavioral Surveillance หรือ IBBS) ซึ่งมีการดำเนินการในทุก 2 ปี ในช่วงปีที่แตกต่างกันไปในแต่ละกลุ่มประชากร

**แผนภูมิที่ 11** อัตราความชุกของเอชไอวีจากการสำรวจ IBBS ในกลุ่มประชากรหลัก



**แหล่งข้อมูล:** สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

**หมายเหตุ:** ผลการสำรวจต่างกันตามกลุ่มประชากร

- ผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีด ปี 2553 2555 และ 2557
- ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย สาวประเภทสอง และพนักงานบริการชาย ปี 2555 2557 และ 2559
- พนักงานบริการหญิง (Venue-based) ปี 2553 2555 2557 และ 2559
- พนักงานบริการหญิง (Non-venue) ปี 2554 2556 2558 และ 2560

ข้อมูลสถานการณ์สถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีด มีการสำรวจครั้งล่าสุดในปี 2557 ดังนั้น ในการรายงานรอบนี้ จึงยังคงเป็นการรายงานด้วยข้อมูลเดียวกับการรายงานในรอบที่ผ่านมา และคาดว่า ประเทศไทยจะสามารถดำเนินการสำรวจสถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรนี้ได้อีกครั้งภายในปี 2562 ข้อมูลจากการสำรวจ IBBS ใน 3 จังหวัดโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเครือข่าย (RDS) ในช่วงปีพ.ศ. 2553-2557 แสดงให้เห็นแนวโน้มที่ลดลงของอัตราความชุกของเอชไอวีเมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจในปี 2553 และ พ.ศ. 2555 โดยพบอัตราความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในปี 2557 เท่ากับ 20.5% (ลดจาก 21.9% ในปี 2553 และ 25.2% ในปี 2555)

อัตราความชุกของเอชไอวีในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายทั้ง 3 กลุ่ม (MSM TG และ MSW) ยังคงอยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะกลุ่ม MSM และ MSW ที่พบอัตราการติดเชื้อที่กลับมาเพิ่มสูงขึ้นอีกครั้ง

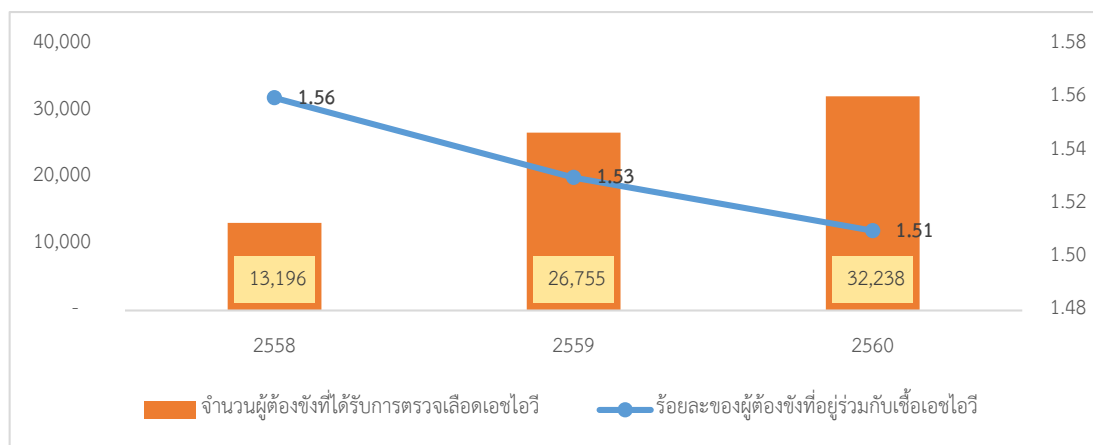
หลังจากที่เคยมีแนวโน้มลดลงในรอบรายงานก่อนหน้านี้ ในขณะที่ TG มีอัตราการติดเชื้อที่ลดลงหลังจากที่เคยมีการเพิ่มขึ้นมาอย่างต่อเนื่องในหลายปีที่ผ่านมา ผลการสำรวจ IBBS ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ใน 5 จังหวัด ปี 2559 พบว่า อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่ม MSM และ MSW เพิ่มขึ้นจากการสำรวจในปีก่อนหน้านั้น กล่าวคือ MSM เพิ่มขึ้นจาก 19.2% ในปี 2557 เป็น 21.6% ปี 2559 และ MSW เพิ่มขึ้นจาก 11.9% ในปี 2557 เป็น 14.1% ในปี 2559 เปรียบเทียบกับกลุ่ม TG ที่พบว่า มีอัตราการติดเชื้อเอชไอวีลดลงจาก 15.7% เป็น 10.2% นอกจากนั้น ผลการสำรวจ IBBS ปีล่าสุด (พ.ศ. 2559) ยังพบความแตกต่างของอัตราการติดเชื้อเอชไอวีเชิงพื้นที่ระหว่างเมืองใหญ่และเมืองรอง โดยพบว่า กรุงเทพมหานคร มีอัตราความชุกเอชไอวีในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายและหญิงข้ามเพศสูงที่สุด กล่าวคือพบอัตราความชุก 19.5% ในกลุ่ม MSM และร้อยละ 12 ในกลุ่ม TG รองลงมา คือ เชียงใหม่ พบอัตราความชุก 6.9% ในกลุ่ม MSM และ 4.7% ในกลุ่ม TG ส่วนจังหวัดชลบุรี พบอัตราความชุกเอชไอวีในกลุ่ม MSM ต่ำสุดคือ ร้อยละ 1.7 และจังหวัดภูเก็ตพบอัตราความชุกในกลุ่ม TG ต่ำสุด คือ 1.4% สำหรับกลุ่ม MSW พบอัตราความชุกเอชไอวีสูงสุดในจังหวัดชลบุรี (18.1%) รองลงมา คือ กรุงเทพฯ (13.3%) ภูเก็ต (9%) และเชียงใหม่ (6%) ตามลำดับ

อัตราความชุกของเอชไอวีในพนักงานบริการหญิงมีแนวโน้มลดลง ทั้งในกลุ่มพนักงานบริการหญิงที่สังกัดสถานบริการ (venue-based FSW) และกลุ่มพนักงานบริการหญิงที่ไม่สังกัดสถานบริการ (non-venue FSW) แต่โดยรวมก็ยังพบว่ากลุ่มพนักงานบริการหญิงที่ไม่สังกัดสถานบริการมีอัตราความชุกของเอชไอวีในสูงกว่ากลุ่มที่สังกัดสถานบริการมาโดยตลอด ข้อมูลล่าสุด พบว่า พนักงานบริการหญิงที่สังกัดสถานบริการมีอัตราการติดเชื้อเอชไอวี 1% (ปี 2559) ในขณะที่พนักงานบริการหญิงที่ไม่สังกัดสถานบริการ อยู่ที่ 2.3% (ปี 2560) ข้อมูลและแนวโน้มดังกล่าวทำให้ยืนยันสถานการณ์เดิมที่ว่า กลุ่มพนักงานบริการหญิงที่ไม่สังกัดสถานบริการมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ สูงกว่ากลุ่มพนักงานบริการที่สังกัดสถานบริการ และโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผลการสำรวจ IBBS พบว่า พนักงานบริการหญิงที่ไม่สังกัดสถานบริการ ในกรุงเทพมหานคร มีอัตราการติดเชื้อเอชไอวีสูงถึง 3% ซึ่งสูงกว่าภาพรวมของประเทศ

ข้อมูลจำนวนผู้ต้องขังที่รายงานในรอบนี้ เป็นข้อมูล ณ วันที่ 1 ต.ค.60 อ้างอิงจาก [www.correct.go.th](http://www.correct.go.th) (เนื่องจากไม่มีข้อมูล ณ 30 กันยายน 2560) ซึ่งกรมราชทัณฑ์รายงานว่า มีจำนวนผู้ต้องขังทั่วประเทศ 311,587 คน และมีผู้ต้องขังที่มีผลเลือดบวกทั้งหมด 4,939 คน คิดเป็นอัตราความชุกที่ 1.59% ซึ่งเป็นการบันทึกทั้งคนไทยที่ใช้สิทธิการรักษาทุกประเภทและรวมคนต่างชาติด้วย ในขณะที่ข้อมูลจากระบบฐานข้อมูล NAP รายงานว่า ในปี 2560 มีอัตราความชุกของเอชไอวีในกลุ่มผู้ต้องขังอยู่ที่ 1.5% จากจำนวนผู้ต้องขังที่ได้รับการตรวจเลือด 32,238 คน ซึ่งทั้งจำนวนผู้ต้องขังที่ได้รับการตรวจเอชไอวีและอัตราความชุกได้ลดลงจากปี 2558 (แผนภูมิที่ 12) นอกจากนั้น ระบบฐานข้อมูล NAP ยังรายงานว่า ผู้ต้องขังที่มี

ไวรัสตับบี หรือ ไวรัสตับซี (อย่างใดอย่างหนึ่ง) ปี 2560 อยู่ที่ 2.91% และ 5.22% ตามลำดับ และพบผู้ต้องขังที่เป็นวัณโรคหรือมีโรคร่วมทั้งวัณโรคและเอชไอวีอยู่ที่ 0.98%

### แผนภูมิที่ 12 จำนวนผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ต้องขัง



แหล่งข้อมูล กรมราชทัณฑ์ และระบบฐานข้อมูล NAP

ข้อมูลจาก RIHIS-VCT พบว่า ผู้ต้องขังทั้งหมดรวมคนไทยและต่างชาติ 22,007 คน ได้รับการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีเป็นครั้งแรก และในจำนวนนี้ 264 คน พบผลเลือดเป็นบวก คิดเป็น 1.2% ของผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ต้องขัง

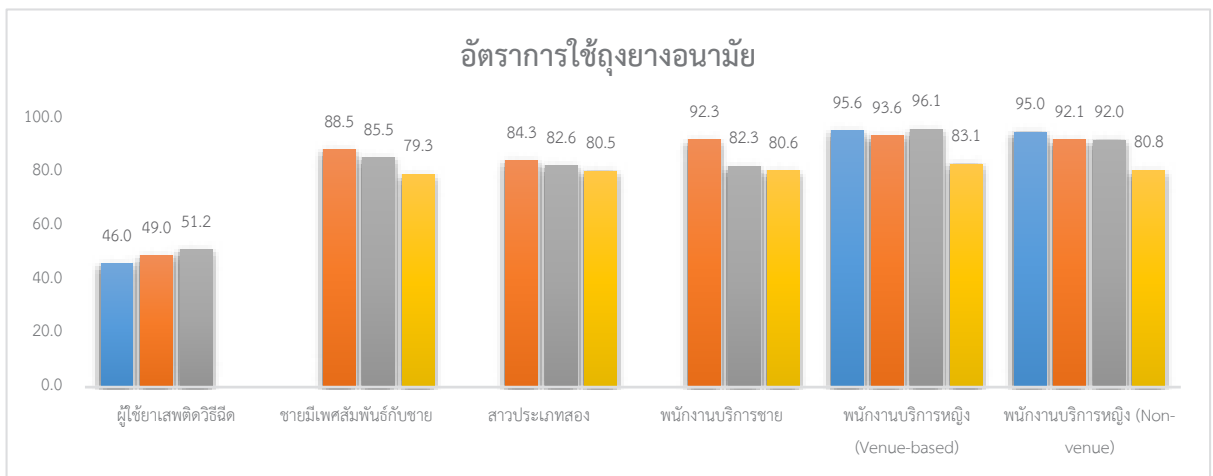
แรงงานข้ามชาติคาดว่าจะมีจำนวนมากกว่า 3 ล้านคน ข้อมูลเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีที่ได้จากการสำรวจแรงงานข้ามชาติ 3 สัญชาติ กัมพูชา พม่า และลาว ใน 10 จังหวัด (IBBS) ปี 2557 พบอัตราความชุกของเอชไอวีในระดับต่ำ คือ 1.0%, 0.7% และ 0.2% ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ผลการสำรวจ BSS ล่าสุดปี 2559 พบว่าประชากรกลุ่มนี้ยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์อยู่โดยเฉพาะผู้ชายที่รายงานว่ามีความเสี่ยงมากกว่า 1 คนพบสัดส่วนประมาณ 1 ใน 3 ในขณะที่อัตราการใช้ถุงยางอนามัยมีเพียง 40% ในผู้ชายและ 29% ในผู้หญิง

สถานการณ์การใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด ในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีดมีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดเพิ่มขึ้นไม่มากนัก กล่าวคือ เพิ่มขึ้นจาก 46% และ 49% ในปี 2553 และ พ.ศ. 2555 เป็น 51.2% ในแง่ของพฤติกรรมเสี่ยงจากการใช้ยาเสพติด พบว่ามีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นของการรายงานการใช้เข็มและกระบอกฉีดสะอาด โดยเพิ่มขึ้นจาก 78% และ 80% ในปี 2553 และ ปี 2555 เป็น 95.3% ในปี 2557 (ไม่มีข้อมูลสำหรับปี 2558-2560)

ในกลุ่ม MSM TG และ MSW ซึ่งพบว่า มีอัตราที่ลดลงในทั้งสามกลุ่ม โดย MSW มีการใช้ถุงยางอนามัยลดลงมากที่สุด คือ จาก 92.3% ในปี 2555 เป็น 81.9% และ 80.6% ในปี 2557 และ 2559 ตามลำดับ รองลงมาคือ MSM ซึ่งลดลงจาก 88.5% เหลือ 85.5% และ 79.3% ในช่วงปีเดียวกัน ส่วน TG มีแนวโน้มของการใช้ถุงยางอนามัยที่ลดลงเช่นเดียวกันแต่ในสัดส่วนที่น้อยกว่าอีกสองกลุ่มดังกล่าว

ในขณะที่อัตราการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับลูกค้าครั้งล่าสุดของกลุ่มที่สังกัดสถานบริการและกลุ่มที่ไม่ได้สังกัดบริการไม่แตกต่างกันมากนัก แต่ก็พบว่า มีแนวโน้มที่ลดลงในทั้งสองกลุ่ม โดยพบว่า พนักงานบริการหญิงที่ไม่สังกัดสถานบริการ (non-venue FSW) มีการใช้ถุงยางอนามัยกับลูกค้าคนล่าสุด 80.8% (ปี 2560) ลดลงจากปีที่ผ่านมาซึ่งมีการใช้ถุงยางอนามัย 92% และยังเป็นอัตราที่ต่ำกว่ากลุ่มที่สังกัดสถานบริการที่มีการใช้ถุงยางอนามัยกับลูกค้าคนล่าสุด 83.1% (ปี 2559) ซึ่งก็เป็นอัตราที่ลดลงค่อนข้างมากจาก 96.9% ในปีก่อนหน้านี้ แต่สถานการณ์ในกรุงเทพมหานคร กลับดีกว่าภาพรวมของประเทศ กล่าวคือ พนักงานบริการหญิงที่ไม่สังกัดสถานบริการ มีการใช้ถุงยางอนามัยกับลูกค้าคนล่าสุดสูงถึง 92% (ปี 2560)

### แผนภูมิที่ 13 อัตราการใช้ถุงยางอนามัยจากการสำรวจ IBBS ในกลุ่มประชากรหลัก



แหล่งข้อมูล: สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ: ผลการสำรวจต่างกันตามกลุ่มประชากร

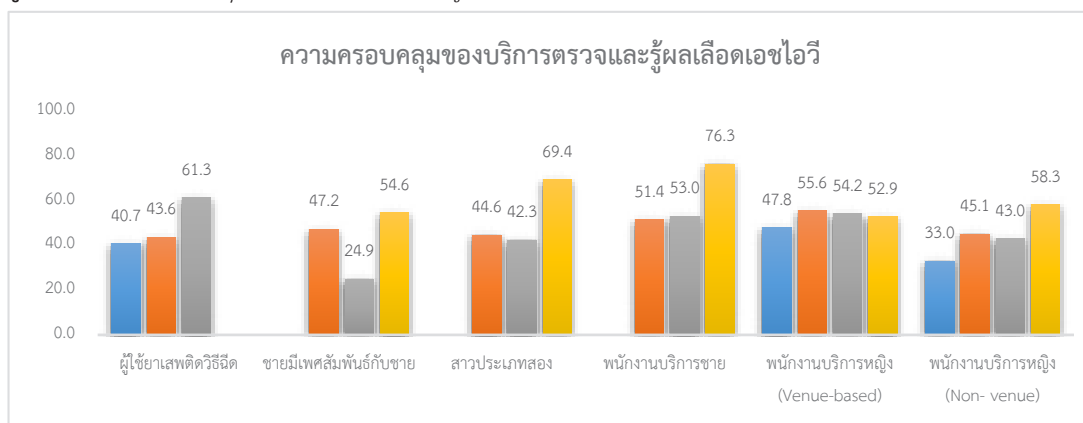
- ผู้ขายด้วยวีจี ปี 2553 2555 และ 2557
- ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย สาวประเภทสอง และพนักงานบริการชาย ปี 2555 2557 และ 2559
- พนักงานบริการหญิง (Venue-based) ปี 2553 2555 2557 และ 2559
- พนักงานบริการหญิง (Non-venue) ปี 2554 2556 2558 และ 2560

### 3.2 ความก้าวหน้าที่สำคัญ

ความครอบคลุมของบริการตรวจและรู้ผลเลือดเอชไอวี ปี 2560 นี้ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย มีการรับบริการตรวจและรู้ผลเลือดเอชไอวีน้อยที่สุดมีอัตราเพียง 54.6% ในปี 2560 คือ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มสาวประเภทสองและพนักงานบริการชาย ที่อยู่ในอัตรา 69.4% และ 76.3% ตามลำดับ การตรวจและรู้ผลเลือดเอชไอวีในกลุ่มพนักงานบริการหญิง มีแนวโน้มลดลง ที่ในกลุ่มพนักงานบริการหญิงที่สังกัดสถานบริการ (venue-based FSW) และกลุ่มพนักงานบริการหญิงที่ไม่สังกัดสถานบริการ (non-venue FSW) ยังถือว่า มีอัตราที่ต่ำกว่าเป้าหมายอยู่มากทั้งสองกลุ่ม กล่าวคืออยู่ที่ 52.86% และ 58.3% ในทั้งสองกลุ่มตามลำดับ ถึงแม้ว่าจะมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นบ้างในกลุ่มไม่สังกัดสถานบริการ แต่ก็ยังเป็นความท้าทายในการดำเนินงานที่ต้องเร่งปรับปรุงให้บรรลุเป้าหมายให้ได้ สำหรับข้อมูลของกรุงเทพมหานคร พบว่า มีการตรวจและรู้ผลเลือดของพนักงานบริการหญิงที่ไม่สังกัดสถานบริการสูงกว่าภาพรวมของประเทศ คือ อยู่ในระดับ 76.6%

สัดส่วนผู้เข้าด้วยวิธีฉีดที่ได้รับการตรวจหาเอชไอวีและทราบผลตรวจในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาเพิ่มขึ้นจาก 41% และ 44% ในปี 2553 และ ปี 2555 เป็น 61.3% ในปี 2557 อัตราการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดเพิ่มขึ้นไม่มากนัก กล่าวคือ เพิ่มขึ้นจาก 46% และ 49% ในปี 2553 และ ปี 2555 เป็น 51.2% ในแง่ของพฤติกรรมเสี่ยงจากการใช้ยาเสพติด พบว่ามีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นของการรายงานการใช้เข็มและกระบอกฉีดสะอาด โดยเพิ่มขึ้นจาก 78% และ 80% ในปี 2553 และ ปี 2555 เป็น 95.3% ในปี 2557 (ไม่มีข้อมูลสำหรับปี 2558-2560)

แผนภูมิที่ 14 ความครอบคลุมของบริการตรวจและรู้ผลเลือดเอชไอวี



แหล่งข้อมูล: สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ: ผลการสำรวจต่างกันตามกลุ่มประชากร

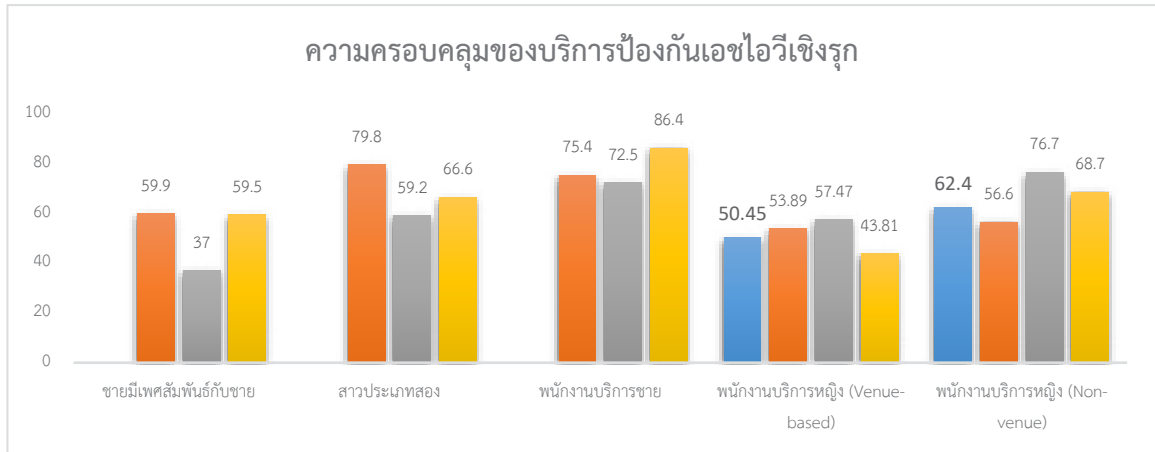
- ผู้เข้าด้วยวิธีฉีด ปี 2553 2555 และ 2557
- ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย สาวประเภทสอง และพนักงานบริการชาย ปี 2555 2557 และ 2559
- พนักงานบริการหญิง (Venue-based) ปี 2553 2555 2557 และ 2559
- พนักงานบริการหญิง (Non-venue) ปี 2554 2556 2558 และ 2560



ความครอบคลุมของบริการป้องกันเอชไอวีเชิงรุกสำหรับกลุ่มประชากรหลัก กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ได้รับบริการป้องกันเอชไอวีในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา ในอัตราที่ต่ำกว่าอีกสองกลุ่มเช่นกัน กล่าวคือ เป็นอัตราความครอบคลุมของการให้บริการป้องกันเอชไอวีอยู่ที่ 59.5% 66.5% และ 86.4% ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย สาวประเภทสองและพนักงานบริการชาย ตามลำดับ

อาจกล่าวได้ว่าการที่การตรวจและรู้ผลเลือดเอชไอวีในกลุ่มพนักงานบริการหญิงยังไม่อยู่ในอัตราที่สูงและยังมีแนวโน้มลดลงอาจเป็นผลมาจากความครอบคลุมของการให้บริการเอชไอวีเชิงรุกในประชากรกลุ่มนี้ ก็มีอัตราที่ยังไม่น่าพอใจด้วย โดยเฉพาะในกลุ่มสังกัดสถานบริการซึ่งพบว่าข้อมูลล่าสุดของปี 2559 อยู่ที่ 43.81% เท่านั้น ซึ่งลดลงจากปีก่อนหน้ากว่า 10% เช่นเดียวกับสถานการณ์ของพนักงานบริการหญิงที่ไม่สังกัดสถานบริการที่มีการใช้บริการเอชไอวีเชิงรุกเพียง 68.7% ในปี 2560 ซึ่งก็ลดลงจากปีที่ผ่านมาเกือบ 10% ด้วย ในขณะที่การเข้าถึงบริการเอชไอวีเชิงรุกในกรุงเทพมหานคร ยังคงสูงถึง 91.6% ถึงแม้สถานการณ์เหล่านี้จะสะท้อนให้เห็นว่า ประเทศไทยได้ลดระดับความเข้มข้นของการให้บริการแก่กลุ่มพนักงานบริการหญิงลงไปมาก เมื่อเทียบกับหลายปีที่ผ่านมา แต่กรุงเทพมหานครซึ่งยังคงได้รับการสนับสนุนการทำงานอย่างต่อเนื่องก็สามารถทำให้การเข้าถึงบริการเอชไอวีเชิงรุกเป็นไปได้ตามเป้าหมาย

แผนภูมิที่ 15 ความครอบคลุมของบริการป้องกันเอชไอวีเชิงรุก



แหล่งข้อมูล: สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

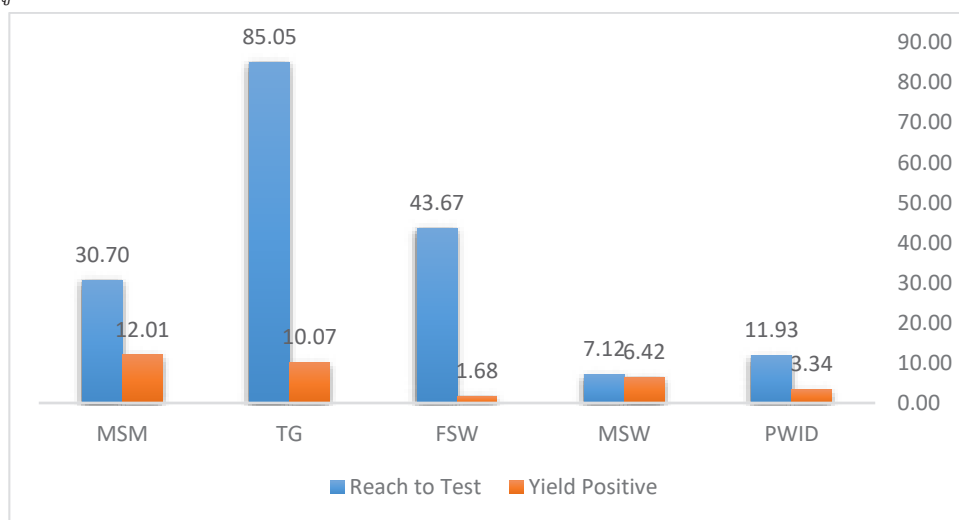
หมายเหตุ: ผลการสำรวจต่างปีกันตามกลุ่มประชากร

- ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย สาวประเภทสอง และพนักงานบริการชาย ปี 2555 2557 และ 2559
- พนักงานบริการหญิง (Venue-based) ปี 2553 2555 2557 และ 2559
- พนักงานบริการหญิง (Non-venue) ปี 2554 2556 2558 และ 2560

การรายงานข้อมูลจากทุกโครงการที่ดำเนินงานทั่วประเทศเข้าสู่ระบบข้อมูลของประเทศ พบว่า กลุ่มประชากรหลักได้เข้าถึงบริการป้องกันเอชไอวีเชิงรุก โดยในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย 120,376 คน และสาวประเภทสอง 4,215 คน พนักงานบริการชาย 18,134 คน ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีดยา 9,535 คน พนักงานบริการหญิง 27,333 คน จากจำนวนนี้ได้มีการตรวจเอชไอวีทำให้กลุ่มประชากรหลักที่ทำให้ทราบสถานะการติดเชื้อของตนเอง ในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย 36,951 คน สาวประเภทสอง 3,585 คน พนักงานบริการชาย 1,292 คน ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีดยา 1,138 คน พนักงานบริการหญิง 11,935 คน คิดเป็นอัตราการตรวจเลือดเอชไอวีต่อคนที่เข้าถึงบริการเชิงรุก หรือ Reach to test ratio ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย 30% สาวประเภทสอง 85% พนักงานบริการหญิง 44% พนักงานบริการชาย 7% ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีดยา 12%

และจากจำนวนนี้ มีการค้นพบกลุ่มประชากรหลักที่ติดเชื้อเอชไอวี (Yield HIV) สูงที่สุดในกลุ่ม MSM (12.01%) รองลงมาคือ TG (10.07%) สำหรับข้อมูลความครอบคลุมของบริการป้องกันในกลุ่มประชากรข้ามชาติ การดำเนินงานงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนโลก ให้บริการป้องกันแก่แรงงานข้ามชาติได้ 104,221 คน ในปี 2560 พบการติดเชื้อเอชไอวี 49,870 คน และสามารถทำให้กลุ่มประชากรข้ามชาติได้รับการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัส 3,279 คน

**แผนภูมิที่ 16** อัตราส่วนของผู้รับบริการเชิงรุกที่ได้รับบริการตรวจเลือดเอชไอวี (Reach to test ratio) และอัตราการตรวจพบผู้ติดเชื้อเอชไอวี (Yield HIV)



แหล่งข้อมูล RTCM, RHIS-Outreach, RTF

นอกจากนั้น ยังมีการดำเนินงานที่ได้รับการสนับสนุนจากองค์การเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศของสหรัฐอเมริกา (USAID) ภายใต้แผนฉุกเฉินของประธานาธิบดีสหรัฐอเมริกาเพื่อบรรเทาปัญหา

เอตส์ (PEPFAR) โดยร่วมมือกับศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย เป็นโครงการพัฒนาศักยภาพด้านการบริการสุขภาพเพื่อชุมชน (USAID Community Partnership) ระยะเวลา 3 ปี และได้เปิดตัวไปเมื่อเดือนพฤศจิกายน 2560 มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศักยภาพด้านการบริการสุขภาพชุมชนในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและดูแลรักษาแก่กลุ่มประชากรหลัก ได้แก่ ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย สาวประเภทสอง และผู้ให้บริการทางเพศใน 13 จังหวัด การดำเนินงานโครงการนี้จะเป็นการเพิ่มช่องทางในการเข้าถึงบริการของกลุ่มประชากรเป้าหมายให้มากขึ้นด้วย นอกจากนั้น

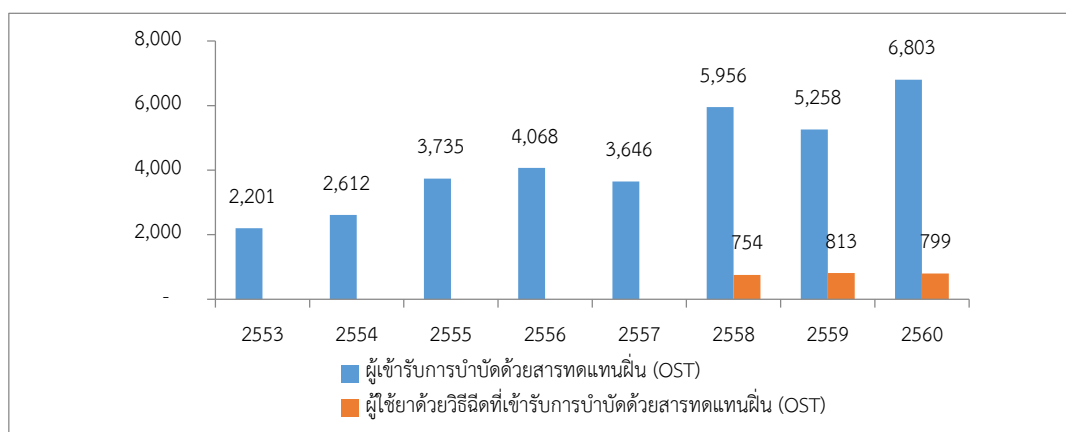
ปีงบประมาณ 2560 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้สนับสนุนงบประมาณเพื่อดำเนินงานยุติปัญหาเอดส์ในกลุ่มประชากรหลัก RRTTR โดยใช้งบประมาณจากกองทุนเอตส์ (โครงการ 200 ล้าน) ภายใต้กรอบแผนยุติปัญหาเอดส์ชาติในประเทศไทย มีข้อมูลรายงานการเข้าถึงบริการเชิงรุกในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสอง 50,380 คน พนักงานบริการหญิง 26,930 คน พนักงานบริการชาย 4,472 คน ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด 4,870 คน

**บริการสำหรับผู้ที่ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด** ความก้าวหน้าในการจัดหน่วยบริการสำหรับผู้ที่ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด พบว่า ในปี 2560 นี้ 11.74% ของผู้ที่ใช้ยาด้วยวิธีฉีดที่ได้รับการบำบัดด้วยสารอนุพันธ์ฝิ่นทดแทน (OST) (799 คนที่เป็นผู้ที่ใช้ยาด้วยวิธีฉีดที่ได้รับการบำบัดด้วยสารอนุพันธ์ฝิ่นทดแทน (OST) และ 6,803 คนที่เป็นผู้ได้รับการบำบัดด้วยสารอนุพันธ์ฝิ่นทดแทน (OST) ทั้งหมด) โดยประเทศไทยมีจำนวนหน่วยบริการที่ให้การบำบัดด้วยสารอนุพันธ์ฝิ่นทดแทนลดลงเหลือ 131 แห่ง จาก 147 แห่งในปี 2559 จำนวนและจังหวัดที่มีการบำบัดด้วยสารอนุพันธ์ฝิ่นทดแทนลดลงจาก 77 จังหวัดในปี 2559 เหลือเพียง 32 จังหวัดในปี 2561 ในทางกลับกันกลับมีความก้าวหน้าในการขยายจำนวนหน่วยบริการตามแผนงานแจกซึมและอุปกรณฉีดยาสะอาด (NSP) ซึ่งเพิ่มขึ้นเป็น 30 แห่งจากเดิม 17 แห่งในปี 2559 เป็นการดำเนินงานโดยหน่วยงานภาครัฐ (ตามแผนงานของประเทศ) 13 แห่ง และภาคประชาสังคม 17 แห่ง และมีการดำเนินงานครอบคลุม 13 จังหวัด เพิ่มขึ้น 1 จังหวัดจากปี 2559 ในทางนโยบาย พบว่า ในปี 2560 มีการออกคำสั่งทางการเพื่อสนับสนุนบริการสำหรับผู้ที่ใช้ยาด้วยวิธีฉีด และมีการจัดงบประมาณ และการจัดตั้งคณะทำงานในระดับจังหวัดมากขึ้นความครอบคลุมมีความก้าวหน้ามากขึ้น ผู้ให้บริการลงไปถึง รพสต. และ refer ไปได้ดีขึ้น และมีโครงการขยายผล ของกรมการแพทย์

การเข้ารับบริการลดอันตรายจากการใช้ยา (Harm reduction program) ในปี 2560 ในขณะที่จำนวนผู้ที่เข้ารับการบำบัดด้วยสารทดแทนฝิ่น (OST) มีจำนวนทั้งสิ้น 6,803 คน ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี 2558 และ 2559 พบว่าจำนวนผู้ที่เข้ารับการบำบัดด้วยสารทดแทนฝิ่น (OST) มีจำนวนทั้งสิ้น 5,956 คน และ 5,258 คน ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาเฉพาะผู้เข้ารับการบำบัด OST ที่เป็นผู้ที่ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด พบว่า มีจำนวน 799 คน ในปี 2560 เปรียบเทียบกับ 754 รายในปี 2559 และ 813 รายในปี

2560 (แผนภูมิที่ 23) ทั้งนี้ มีการคาดประมาณสำหรับปี 2560 ว่า จำนวนผู้ใช้จ่ายด้วยวิธีฉีดที่จำเป็นต้องพึ่งการบำบัดด้วย OST ทั่วประเทศมีทั้งสิ้น 19,256 คน (คาดประมาณจากร้อยละผู้ที่ใช้จ่ายด้วยวิธีฉีดที่ได้รับการบำบัดด้วยสารอนุพันธ์ฝิ่นทดแทน (OST) จากจำนวนผู้รับการบำบัดที่ใช้ฝิ่นและเฮโรอีนทั้งหมดจากรายงาน บสต. คูณด้วยจำนวนผู้ใช้จ่ายฝิ่นและเฮโรอีนทั้งหมดในประเทศจากการผลการสำรวจครัวเรือนเพื่อคาดประมาณจำนวนประชากรผู้โดยสารเสพติดของประเทศไทย ปี 2559 (มานพ คณะโต และคณะ)

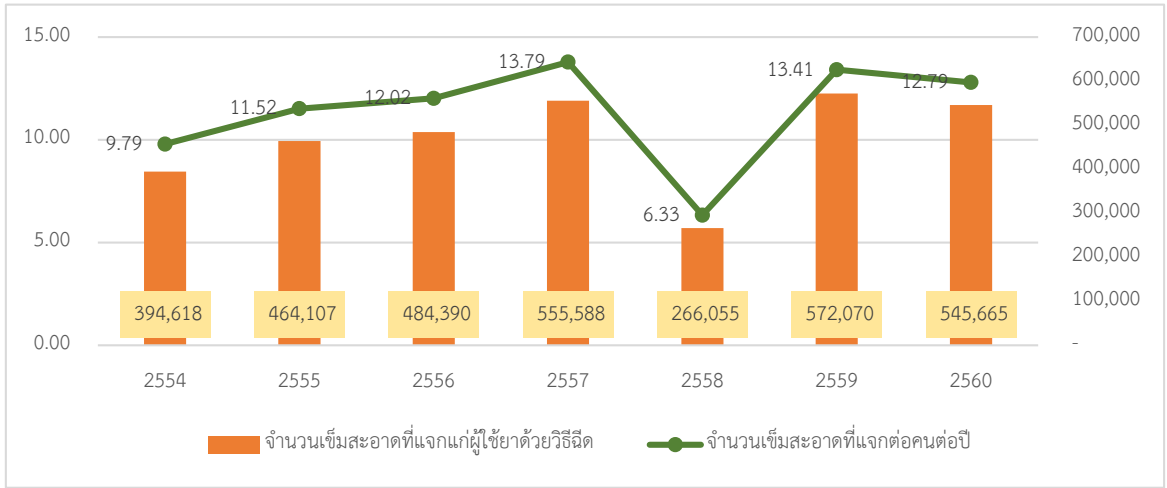
แผนภูมิที่ 17 จำนวนผู้เข้ารับการบำบัดด้วยสารทดแทนฝิ่น (OST)



แหล่งข้อมูล: National OST monitoring report from Department of Health Service Support, MOPH (รายงาน บสต.)

จำนวนการแจกเข็มสะอาดให้แก่ผู้ใช้จ่ายยาเสพติดด้วยวิธีฉีดตามแผนงานฯ ลดลงเล็กน้อยจากปี 2559 ทั้งจำนวนรวมอุปกรณ์ที่แจกทั้งหมดและจำนวนเฉลี่ยต่อผู้ใช้จ่ายด้วยวิธีฉีดหนึ่งคน โดยในปี 2560 นี้ ได้แจกเข็มสะอาดไปทั้งสิ้น 545,665 ชุด คิดเป็น 12.79 ชุดต่อคนต่อปี ทั้งนี้เป็นเพราะบริการนี้ยังคงสามารถทำได้เฉพาะภาคประชาสังคม และไม่อยู่ในระบบบริการของภาครัฐอย่างเต็มรูปแบบ ถึงแม้จะมีคำสั่งเรื่องการลดอันตรายจากการใช้ยาในปี 2560 ให้จัดบริการนำร่อง 37 จังหวัด เพื่อให้สามารถรายงานผลการทำงานอย่างเข้มข้น แต่ยังคงพบว่าบางพื้นที่ก็ไม่สามารถทำงานได้จริง

**แผนภูมิที่ 18** จำนวนการแจกเข็มสะอาดให้แก่ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีดตามแผนงานแจกเข็มและอุปกรณ์ฉีดยาสะอาด (NSP) ปี 2560



แหล่งข้อมูล: มูลนิธิริชชีไทย และสำนักโรคเอดส์ฯ

บริการยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนสัมผัส ประเทศไทยมีความก้าวหน้าในการจัดบริการยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนสัมผัส (pre-exposure prophylaxis- PrEP) โดยเป็นประเทศแรกในเอเชียที่ใช้นโยบายการให้ยาต้านไวรัสฟรีแก่ผู้มีเชื้อเอชไอวีทุกรายทันทีหลังรู้ว่ามีเชื้อ โดยเป็นการให้บริการในโครงการตรวจเอชไอวีและรักษาด้วยยาต้านไวรัสทันทีในชุมชนและสถานบริการสาธารณสุข และโครงการประเมินการกินยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และสาวประเภทสอง ซึ่งเป็นโครงการที่ได้รับการสนับสนุนจากแผนการฉุกเฉินของประธานาธิบดีเพื่อบรรเทาปัญหาเอดส์ (PEPFAR) รวมทั้ง USAID และ U.S. CDC จะช่วยให้ภาคีเครือข่ายในประเทศไทยสามารถดำเนินงานตามนโยบายดังกล่าวได้ในสถานที่ทำการวิจัยใน 7 จังหวัดทั่วประเทศ โดยเน้นในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และสาวประเภทสอง

ในปี 2560 ประเทศไทยมีผู้มารับบริการยา PrEP อย่างน้อย 1 ครั้ง เป็นจำนวนทั้งสิ้น 1,865 คน เป็นกลุ่มประชากรหลัก 1,706 คน (ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย 1,549 คน พนักงานบริการ 13 คน หญิงข้ามเพศ 144 คน) และในจำนวน 1,865 คน นี้เป็นผู้ที่มารับบริการยา PrEP เป็นครั้งแรกในปี 2560 จำนวน 198 คน ความก้าวหน้าในส่วนนี้ถือได้ว่า ภาคประชาสังคมมีส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนเป็นอย่างยิ่ง ในฐานะผู้ให้บริการ (community-led services) โดยสามารถให้บริการได้ในสัดส่วนถึง 88% (หรือ 1,642 คน) ของจำนวนผู้รับบริการทั้งหมดในระบบ ขณะที่ในเชิงนโยบาย หลังจากองค์การอนามัยโลกแนะนำให้ประเทศสมาชิกจ่ายยาต้านไวรัสให้กับกลุ่มเสี่ยงที่มีอัตราการติดเชื้อรายใหม่เกินร้อยละ 3 ต่อปีขึ้นไป โดยเฉพาะกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสอง เพื่อให้กินก่อนสัมผัสเชื้อป้องกันการติดเชื้อนั้น สำหรับประเทศไทยยังไม่มี การจัดให้เพรีพอย์ในสิทธิประโยชน์ในกองทุนรักษาพยาบาลใดๆ

แต่ในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2559 กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำ “คำแนะนำการจัดบริการ การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัสก่อนสัมผัสเชื้อ (PrEP) เพื่อให้โรงพยาบาลสังกัดกระทรวง สาธารณสุขจัดให้บริการ PrEP แก่ผู้ที่มีความจำเป็นจะต้องได้รับ อาทิเช่น กลุ่มคูรัักผลเลือดต่าง (serodiscordant couples) กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย กลุ่มหญิงข้ามเพศ กลุ่มพนักงานบริการทาง เพศ และกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด โดยให้ผู้ใช้บริการออกค่าใช้จ่ายเอง เนื่องจากยังไม่ได้อยู่ภายใต้สิทธิ การรักษาใดๆ ซึ่งค่าใช้จ่ายในการขอรับบริการ PrEP จะอยู่ประมาณ 600 - 2,000 ต่อเดือน นอกจากนี้ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ยังได้จัดทำโครงการเสริมสร้างความเข้มแข็งระบบ บริการสาธารณสุขเพื่อเพิ่มการเข้าถึงการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัสก่อนการสัมผัสเชื้อ (PrEP) สำหรับปีงบประมาณ 2560 - 2562 ดำเนินการใน 7 จังหวัดนำร่อง (นนทบุรี ปทุมธานี ภูเก็ต สงขลา อุตรธานี ขอนแก่น นครราชสีมา) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดระบบบริการ PrEP อย่างเป็นทางการ เพิ่มการเข้าถึงการบริการ PrEP ในกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีสูง และยังเป็น การพัฒนาระบบบริการ PrEP เพื่อนำไปขยายผลหรือผลักดันให้เกิดระบบบริการ PrEP ทั่วประเทศใน อนาคต ซึ่งปัจจุบันประเทศไทยมีการจัดบริการ PrEP ภายใต้โครงการต่างๆ อาทิเช่น โครงการ Princess PrEP หรือ PrEP พระองค์โสมฯ ดำเนินการโดยศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย โดยความร่วมมือของ ภาคประชาสังคม ได้แก่ SWING SISTER ฟาสีรุ้ง โครงการ PrEP@PIMAN ซึ่งเป็นโครงการวิจัยนำร่องที่ให้ บริการ PrEP แก่ MSM โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โครงการวิจัยนำร่องการให้ยาในกลุ่ม MSM ที่ดำเนินการในโรง พยาบาลเลิดสินโรงพยาบาลธรรมศาสตร์ และการจัดให้บริการ PrEP ในคลินิกเอกชนบางแห่ง

การขยายพื้นที่ให้บริการโดยกลุ่มประชากรหลัก หรือ Key-population-led HIV service ซึ่ง ในปี 2560 นี้ได้มีบริการที่จัดโดยกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย สาวประเภทสองและพนักงานบริการแล้ว และมีการเริ่มต้นสำหรับการจัดบริการโดยผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีดด้วย โดยประเภทของบริการมีความสอดคล้อง กับความต้องการของกลุ่มประชากรหลัก เช่น บริการเฉพาะสำหรับสาวประเภทสอง หรือ บริการตรวจและ รักษา Hep C สำหรับกลุ่มผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีด

### 3.3 ความท้าทายและแนวทางการดำเนินงานต่อไป

**บริการป้องกันเอชไอวีและการเข้าถึงบริการตรวจเอชไอวี** ความท้าทายประการหนึ่งคือ การ เข้าถึงบริการตรวจเอชไอวีของกลุ่มประชากรหลักซึ่งยังคงต่ำในหลายกลุ่มประชากร ซึ่งก็จะส่งผลไปถึง บริการด้านอื่นๆด้วย ไม่ว่าจะเป็นเพิร์พ หรือการรักษาด้วยยาต้าน ดังนั้น จึงจำเป็นต้องหาแนวทางหรือ วิธีการเข้าถึงกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูงเพื่อชักนำให้เข้ารับการตรวจเลือดและรู้สถานะการติด เชื้อเอชไอวี โดยจำเป็นต้องทำความเข้าใจลักษณะความเสี่ยงที่อาจมีความซับซ้อนมากขึ้นด้วย เช่น ข้อมูล จากภาคประชาสังคม (ซึ่งยังไม่มีข้อมูลสำรวจอย่างเป็นทางการยืนยัน) ว่า มีสถานการณ์ของ MSM ที่ใช้

ยาเสพติดและใช้เข็มร่วมมากขึ้น ทำให้จำเป็นต้องออกแบบหรือลงทุนกับการให้บริการมากขึ้นเพื่อให้สามารถเข้าถึงกลุ่มประชากรหลักที่มีรูปแบบของพฤติกรรมเสี่ยงที่หลากหลายมากขึ้นได้ นอกจากนี้มีความท้าทายจากการบังคับใช้กฎหมายหรือการดำเนินนโยบาย การเข้าถึงกลุ่มพนักงานบริการที่มีความซ่อนเร้นมากขึ้นจากผลการดำเนินงานนโยบายปราบปรามการค้ามนุษย์และการค้าประเวณีอย่างหนักในช่วงปีที่ผ่านมา รวมทั้งการมีช่องทางในการขายบริการทางเพศที่เพิ่มมากขึ้น ไม่ว่าจะผ่านทางอินเทอร์เน็ตและสื่อออนไลน์ต่างๆ เป็นต้น สำหรับผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีด การกำหนดทิศทางการทำงานไม่มีความชัดเจน นโยบายยังไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้จริงๆ นโยบายลดอันตรายจากการใช้ยา (Harm reduction policy) มีระยะเวลาจำกัด และที่ผ่านมามีการเว้นช่วง ทำให้เกิดความไม่ต่อเนื่องในการทำงาน กฎระเบียบทางงบประมาณยังเป็นอุปสรรคในการสนับสนุนภาคประชาสังคม รวมไปถึงการปรับแก้กฎหมายเพื่อเอื้อต่อการทำงานกับกลุ่มผู้ติดเชื้อที่ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด

**การติดตามประเมินผล** ระบบข้อมูลยังไม่ครอบคลุมในอีกหลายประเด็นและไม่มีความทันสมัย เช่น ข้อมูลการคาดประมาณจำนวนประชากร เป็นต้น ระบบข้อมูลยังไม่สามารถเชื่อมต่อให้เห็นภาพรวมทั้งหมดของการได้รับบริการ (Cascade RRTTR) และยังไม่ทำให้ระบบข้อมูลที่บูรณาการระหว่างหน่วยงานหรือมีความเชื่อมโยงกัน ซึ่งจำเป็นจะต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน มีผู้ติดเชื้อ ที่เป็นชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย หญิงข้ามเพศหรือพนักงานบริการจำนวนไม่น้อยที่ไปรับบริการตรวจเอชไอวีจากสถานบริการหรือคลินิกของภาคเอกชนซึ่งข้อมูลเหล่านี้ไม่ได้ถูกรายงานเข้าในระบบการรายงานของภาครัฐ ทำให้ความครอบคลุมของการตรวจและรักษาเอชไอวีในระบบการรายงานต่ำกว่าความเป็นจริง

**การให้บริการยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนสัมผัส (pre-exposure prophylaxis- PrEP)** ยังคงจำกัดเฉพาะกลุ่ม MSM และ TG และเป็นการให้บริการผ่านโครงการวิจัยที่ครอบคลุมพื้นที่จำกัด อย่างไรก็ตามกระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มขับเคลื่อนนโยบาย เพื่อให้บริการยา PrEP รวมอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการ นอกจากนี้ยังจัดทำแนวทางการให้บริการ และวางแผนดำเนินการพัฒนาศักยภาพหน่วยบริการในพื้นที่ที่พร้อมบริการ เพื่อเพิ่มความครอบคลุมของพื้นที่บริการ ในขณะเดียวกันความสำคัญและการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคมในการขับเคลื่อนงานบริการยา PrEP มีความสำคัญ เนื่องจากสามารถช่วยให้บริการมีความครอบคลุม และเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้มากขึ้น การพัฒนาศักยภาพในส่วนของการให้บริการยา PrEP จึงต้องทำควบคู่ไปกับการให้บริการจากภาครัฐ

**การให้บริการยาต้านไวรัสหลังการสัมผัสเชื้อที่ไม่ใช่จากการทำงาน (HIV non-occupational Post-Exposure Prophylaxis : HIV nPEP)** ยังไม่ถูกจัดให้เป็นเป็นส่วนหนึ่งของ comprehensive prevention package และการให้บริการในโรงพยาบาลรัฐ จัดให้เฉพาะกรณีคดีข่มขืน แต่สำหรับผู้ที่ประสบสถานการณ์ฉุกเฉินอย่างอนามัยฉีกขาด หรือไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัยอาจขอรับบริการยา nPEP แต่ต้องจ่ายค่ายาเอง

**บริการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดและการบำบัดยาเสพติด** พบว่า แนวทางการลดอันตรายจากการใช้ยา ของ สปส. กับกระทรวงสาธารณสุข ไม่เหมือนกัน ผู้ปฏิบัติมักจะยึดชุดบริการของกระทรวงสาธารณสุข คือ ไม่มีบริการเข็มและอุปกรณ์สะอาด ทำให้ในปัจจุบันยังคงมีเฉพาะภาคประชาสังคมที่ให้บริการเข็มสะอาดได้ และไม่อยู่ในระบบบริการของภาครัฐไม่มีงบประมาณและไม่มีการประเมินผล 43 แพ้มนอกจากนั้น การบำบัดการติดยาเสพติดสำหรับ PWID มีเพียงเมธาโดน แต่ยังไม่ครอบคลุมตัวยาอื่น และไม่มีหลักฐานทางวิชาการที่ยืนยันได้ว่า ระบบบำบัดเดิมทำให้มีการเลิกยาเสพติดได้จริงหรือไม่ หรือจะมีสารทดแทนอื่นสามารถช่วยให้ลดหรือเลิกยาเสพติดได้หรือไม่ ซึ่งกลายเป็นข้อท้าทายเพราะไม่สามารถที่จะผลิตยาอื่นขึ้นมาใช้แทนได้ และระบบการบำบัดแบบรับยาไปกินที่บ้าน (take home) ที่มีการดำเนินการมาหลายปีแล้ว แต่ยังไม่สามารถทำได้เพียงบางแห่ง ไม่ครอบคลุมและขึ้นอยู่กับทัศนคติของผู้ให้บริการเป็นหลัก ทั้งนี้ ที่มีข้อมูลว่า คนที่ได้รับแบบ take home สามารถลดปริมาณการใช้ยาได้

**ผู้ต้องขัง** พบว่า ยังไม่มีแนวทางหรือมาตรการการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV ที่ไร้สิทธิการรักษา และต่างชาติที่ชัดเจนและต่อเนื่องระยะยาวในเรือนจำคนไข้ไม่ได้รับยา ARV ไม่ได้ทุกระดับ CD4 (Any CD4) และผู้ต้องขังต่างชาติยังไม่ได้รับยา ARV ทุกรายการ และจัดบริการ TB/HIV ขึ้นอยู่กับการพิจารณาของแพทย์เป็นรายๆ ไป ยังไม่สามารถทำตามแนวทางการรักษาได้ความต่อเนื่องของการรับ ARV ในผู้ต้องขังที่พ้นสภาพจากเรือนจำ ซึ่งยังไม่มีชัดเจนในการปฏิบัติงานและระบบการส่งต่อที่ใช้การได้จริง

**ด้านงบประมาณและความยั่งยืนในการดำเนินงาน** ประเทศไทยได้ทุ่มเทงบประมาณในการปรับปรุงการบริการภาครัฐให้ได้มาตรฐาน แต่โครงการจำนวนมากที่ดำเนินการโดยชุมชนเพื่อปรับปรุงการทำงานแบบ RRTRR ในการให้บริการแก่กลุ่มประชากรหลัก กลับได้รับการสนับสนุนงบประมาณภายในประเทศเป็นส่วนน้อย เช่น งบประมาณที่ได้จาก สปสช. จำนวนประมาณ 200 ล้านบาท งบประมาณดำเนินการกับกลุ่มประชากรหลักโดยชุมชนเกือบทั้งหมดได้รับการสนับสนุนจาก Global Fund และ PEPFAR การเตรียมความพร้อมในด้านงบประมาณในประเทศ และแผนงานเพื่อการดำเนินงานป้องกันในกลุ่มประชากรหลักอย่างต่อเนื่องภายหลังเสร็จสิ้นการดำเนินงานของ Global Fund และ PEPFAR จึงเป็นประเด็นที่ประเทศไทยต้องให้ความสำคัญภายในระยะเวลา 2 - 5 ปีข้างหน้า และที่สำคัญคือ การจัดการงบประมาณของ สปสช. เพื่อการดำเนินงานมีความยุ่งยาก ส่งผลต่อการรายงานความครอบคลุมของบริการ

**แรงงานข้ามชาติ** เป็นประชากรกลุ่มเดียวที่ไม่มีงบประมาณของประเทศในการดำเนินงานเลย นอกจากนั้นนโยบายแรงงานรวมทั้ง กฎหมายที่ทำให้ต้องผลักดันกลับประเทศยังเป็นปัญหาและส่งผลกระทบต่อเข้าถึงบริการ โดยเฉพาะสำหรับแรงงานที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียน หรือไม่มีเอกสารการจัดการประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติ (Migrant health insurance) ยังมีปัญหาในการปฏิบัติ นอกจากนั้น ระบบข้อมูลของแรงงาน ก็ไม่ครอบคลุมเหมือนกลุ่มประชากรอื่น ระบบรายงานของประเทศไม่รองรับสถานการณ์แรงงานที่เป็นกลุ่มประชากรหลัก อาจจะมีการเคลื่อนย้ายสูงกว่าแรงงานทั่วไป ทำให้เข้าสู่ระบบบริการยากมากขึ้นไปอีก จำเป็นต้องมี cross intervention ให้มากขึ้น เพื่อเข้าถึงกลุ่มเหล่านี้เพิ่มมากขึ้น และเริ่มพบว่า สถานการณ์ co-infection เริ่มมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

สิ่งที่ต้องดำเนินการต่อไปเพื่อปรับปรุงความครอบคลุมของการป้องกันเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลักที่สำคัญคือ ประเทศไทยจำเป็นต้องปรับกลยุทธ์การทำงานแนวใหม่แบบเร่งรัด (New Fast Track Strategies) ตามกรอบการทำงาน RRTRR โดยขยายการดำเนินงานผ่านเครือข่ายชุมชนของกลุ่มประชากรหลัก เน้นการทำงานแบบหุ้นส่วน (partnership) ระหว่างภาครัฐและภาคประชาสังคม



ในการให้บริการด้านเอชไอวี โดยส่งเสริมให้มีการพัฒนาศักยภาพให้แก่ภาคประชาสังคมในการให้บริการตรวจหาเอชไอวีได้ การสนับสนุนให้มีกระบวนการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน (accreditation) และสนับสนุนงบประมาณเพื่อให้เกิดความยั่งยืน ในขณะเดียวกันก็ต้องปรับปรุงการบริการในสถานบริการของภาครัฐให้มีความเป็นมิตรให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของกลุ่มประชากรหลักมากขึ้น สถานบริการสุขภาพควรตั้งอยู่ใกล้ไปมาสะดวก มีความเป็นส่วนตัว ปรับทัศนคติและพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการปรึกษาแนะนำแก่กลุ่มประชากรหลักที่มีความหลากหลายทาง ปรับปรุงระบบเชื่อมต่อหรือการส่งต่อให้เป็นไปโดยง่าย สะดวกและรวดเร็ว เพื่อสนับสนุนผู้ติดเชื้อฯ ให้เข้ามาในระบบและคงอยู่ในระบบการป้องกันและดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องการแสวงหาความร่วมมือแบบหุ้นส่วน (partnership) จากสถานบริการหรือคลินิกเอกชนโดยชักชวนให้มาเข้าร่วมเป็นเครือข่ายการให้บริการเอชไอวี เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลและผลลัพธ์ (outcome) ในเรื่องการตรวจวินิจฉัยเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลักมีความครบถ้วนสมบูรณ์มากขึ้น

นอกจากนั้น ควรผลักดันให้การให้บริการยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนสัมผัส (pre-exposure prophylaxis- PrEP) และ nPEP เป็นชุดบริการภายใต้สิทธิประโยชน์ด้านการดูแลรักษา และการปรับปรุงระเบียบ นโยบายที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงาน รวมทั้งสร้างความชัดเจนในนโยบายเพื่อให้การดำเนินงานมีทิศทางและความยั่งยืน เช่น กำหนดนโยบาย ในการตรวจสุขภาพผู้ต้องขังแรกรับและวิธีการคัดกรอง HIV การให้การรักษาที่เหมาะสมในเรือนจำและระบบการส่งต่อเมื่อพ้นโทษ เป็นต้น

## เป้าหมายที่ 4 ขจัดความไม่เสมอภาค ยุติความรุนแรง-การเลือกปฏิบัติ ภายในปี 2563

เรื่องการรังเกียจ ตีตราและเลือกปฏิบัตินั้นถือได้ว่าเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเข้าถึงการตรวจวินิจฉัยเอชไอวีและการเข้ารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและกลุ่มประชากรหลัก ซึ่งประเทศไทยให้ความสำคัญในประเด็นนี้เป็นอย่างมาก โดยได้ตั้งเป้าหมายระดับชาติ เป้าหมายหนึ่งใน 3 เป้าหมายของยุทธศาสตร์การยุติปัญหาเอดส์ประเทศไทย ที่จะต้องขจัดปัญหาการรังเกียจตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้หมดไปภายในปี พ.ศ.2573 โดยกำหนดตัวชี้วัดการติดตามในเรื่องทัศนคติของประชาชนทั่วไปในการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อ โดยมีเป้าหมายลดลง 90% จากข้อมูลพื้นฐาน ถึงแม้ว่าการดำเนินงานที่ผ่านมาจะมีความพยายามทำการณรงค์เรื่องนี้อย่างมาก แต่ยังมีเหตุการณ์ที่เกิดกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ครอบครัวของผู้ติดเชื้อ ประชากรหลัก ในเรื่องการรังเกียจตีตราและเลือกปฏิบัติอยู่เนืองๆ ทั้งในชุมชน สถานที่ทำงาน สถานประกอบการ สถานศึกษา สถานรับเลี้ยงเด็ก และสถานบริการสุขภาพ อีกทั้งยังมีหน่วยงานราชการหรืออื่นๆ อีกหลายแห่ง มีกฎเกณฑ์และวิธีการทั้งทางตรงและทางอ้อมที่จะปฏิเสธ/กีดกันผู้ติดเชื้อเอชไอวีในการสมัครและรับเข้าทำงานหรือบางครั้งให้ออกจากงานด้วย

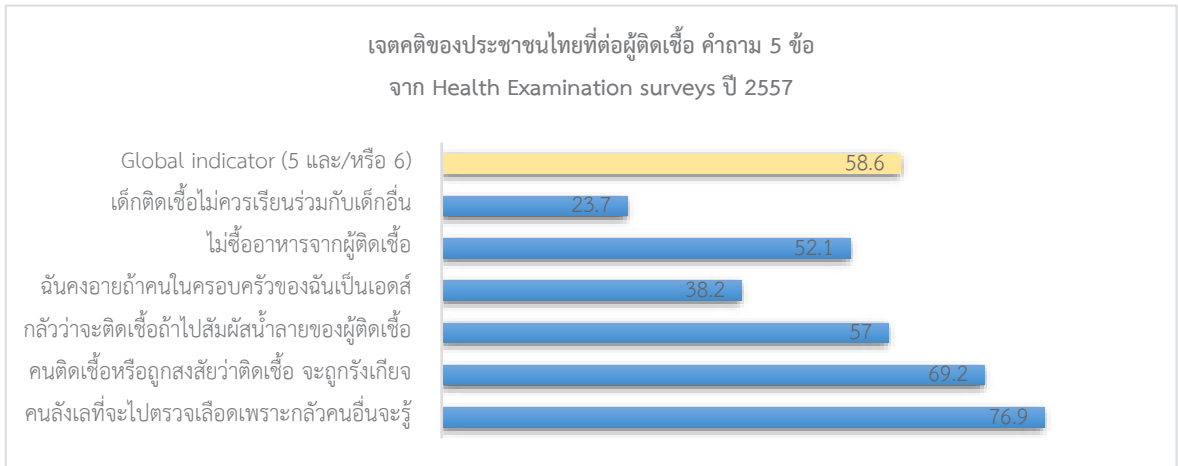
### 4.1 สถานการณ์

ในปี 2560 สถานการณ์ที่สะท้อนถึงผลกระทบของการดำเนินงานลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ ยังไม่มีข้อมูลรายงานสถานการณ์เพิ่มเติม เนื่องจากยังไม่ถึงรอบการสำรวจ ซึ่งข้อมูลในปีที่ก่อนหน้านี้ จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย (Health Examination Survey) ในปี 2558 พบว่า ประชาชนไทยมีทัศนคติการเลือกปฏิบัติต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีเรื่องใดเรื่องหนึ่ง (คิดว่าจะไม่ซื้อผักหรืออาหารจากคนชายที่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี และ/หรือ คิดว่าเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีไม่ควรเรียนหนังสือร่วมกับเด็กทั่วไป) สูงถึง 58.6% และการสำรวจจากกลุ่มประชากรทั่วไปโดยข้อมูลจาก MICS Survey 2558-2559 พบว่า กลุ่มตัวอย่างชาย-หญิงอายุ 15-49 ปี รายงานทัศนคติของประชาชนทั่วไป (ชาย-หญิงอายุ 15-49 ปี) ที่เป็นการเลือกปฏิบัติต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี สูงถึง 26.08% ในขณะ

แต่อย่างไรก็ตาม ในปี 2560 มีข้อมูลที่สะท้อนสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติในระบบบริการสุขภาพ ซึ่งมีการสำรวจเป็นรอบที่ 2 ในพื้นที่เฝ้าระวัง 13 จังหวัด พบว่า ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี

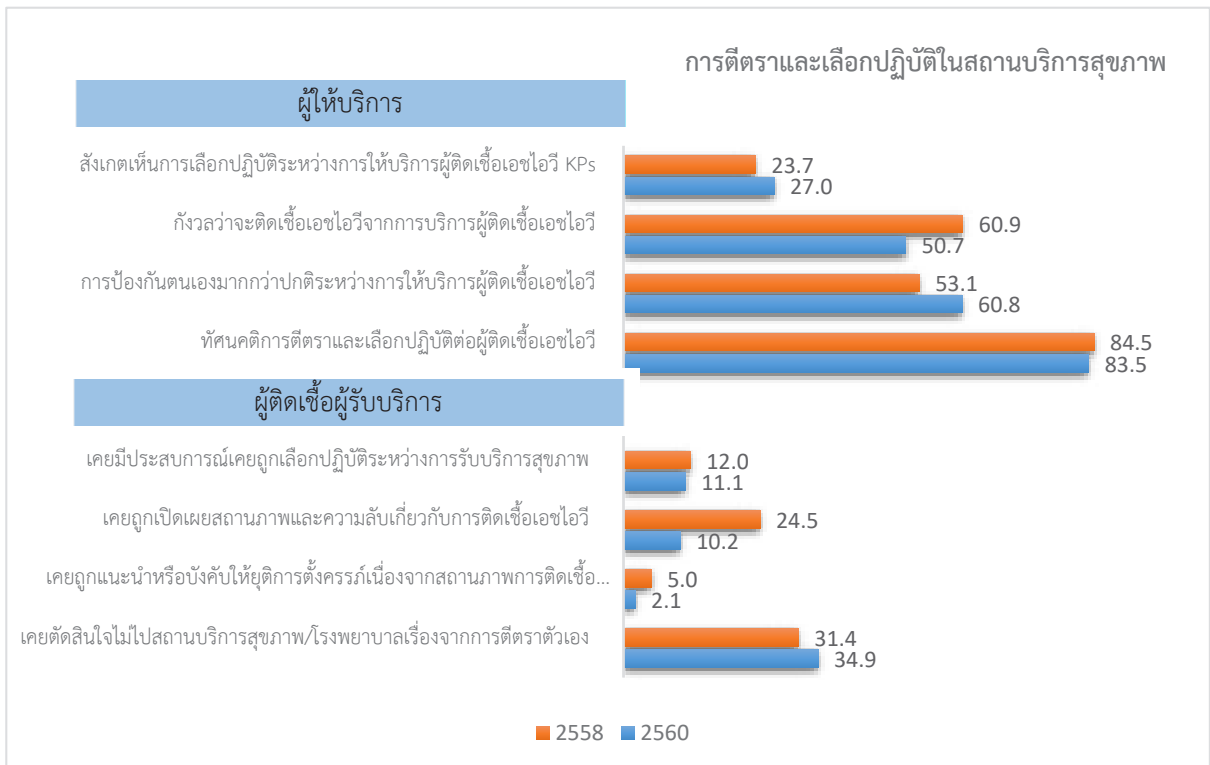
11.1% มีประสบการณ์ถูกตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีในสถานบริการสุขภาพในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งลดลงเล็กน้อยจากปี 2558 ซึ่งอยู่ที่ 12%

**แผนภูมิที่ 19 ผลการศึกษาทัศนคติการเลือกปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชาชนทั่วไป จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย (HES)**



แหล่งข้อมูล: สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย (สสท.)

**แผนภูมิที่ 20 ผลการสำรวจการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ สํารวจในผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ (ข้อมูลเฉพาะพื้นที่เฝ้าระวัง 13 จังหวัด รอบแรก 5 จังหวัด รอบสอง 13 จังหวัด)**



แหล่งข้อมูล: สำนักเอดส์ฯ กรมควบคุมโรค

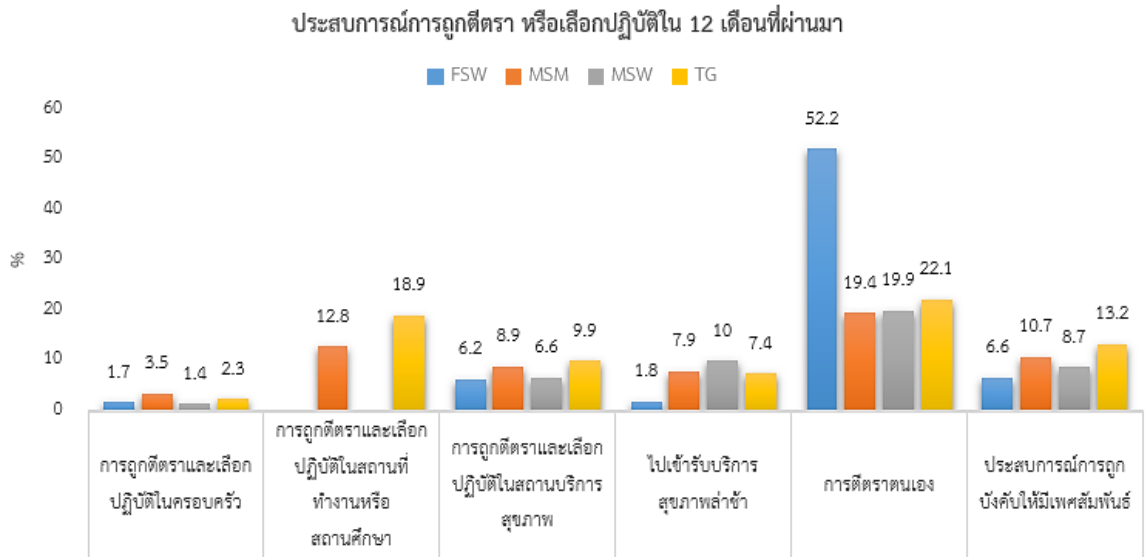
สถานการณ์ที่ยังคงเป็นปัญหาคือ การที่ผู้รับบริการเคยตัดสินใจที่จะไม่ไปรับบริการสุขภาพ เนื่องจากมีการตีตราตนเองนั้น เพิ่มขึ้นเป็น 34.9% (จาก 31.4% ในปี 2558) ผู้ติดเชื้อที่มาใช้บริการ 10.2% เคยถูกเปิดเผยสถานะและความลับเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี และ 2.1% ได้รับการแนะนำให้ยุติการตั้งครรภ์เพราะผู้ตั้งครรภ์มีเชื้อเอชไอวี ประสบการณ์เหล่านี้ส่งผลให้ 34.9% ของผู้รับบริการระบุว่า เคยตัดสินใจไม่ไปรับบริการที่สถานบริการสุขภาพในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งประสบการณ์การถูกตีตราหรือเลือกปฏิบัติข้ออื่นๆ มีสถานการณ์ที่ดีขึ้น กล่าวคือ ผู้ติดเชื้อที่มาใช้บริการมีประสบการณ์ถูกตีตราหรือเลือกปฏิบัติในสถานพยาบาลลดลงจากข้อมูลที่รายงานเมื่อปี 2558 แต่ก็กลับพบว่า การตัดสินใจไม่ไปรับบริการที่สถานบริการสุขภาพในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมากลับยังคงเพิ่มขึ้น

ในขณะที่การสำรวจจากผู้ให้บริการก็สะท้อนสถานการณ์ที่ยังไม่ดีขึ้นในส่วนของการสังเกตเห็นว่ามีผู้ให้บริการที่เลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อและกลุ่มประชากรหลักอยู่อีก 27% ในปี 2560 เพิ่มขึ้นจาก 23.7% ในปี 2558 โดยเฉพาะในเรื่องการป้องกันตนเองมากกว่าปกติเมื่อให้บริการแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพิ่มขึ้นเป็นกว่า 60% ในปี 2560 เพิ่มขึ้นจาก 53% ในปี 2558 สรุปได้ว่า ผู้รับบริการยังคงมีการตีตราตนเองและผู้ให้บริการก็ยังคงมีการเลือกปฏิบัติอยู่ด้วยการป้องกันตัวเองเป็นพิเศษ

นอกจากนั้น สถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติในประชากรหลัก (MSM TG MSW FSW) ในการสำรวจ IBBS ปีล่าสุด พ.ศ. 2559 พบว่า กลุ่มประชากรหลักยังคงประสบปัญหาการถูกตีตราและเลือกปฏิบัติโดยครอบครัว ในสถานที่ทำงาน/สถานศึกษา ในสถานบริการสุขภาพ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา โดยกลุ่มสาวประเภทสองประสบปัญหาหนักที่สุดในสถานที่ทำงาน/สถานศึกษา (18.9%) และสถานบริการสุขภาพ (9.9%) และในการรับบริการด้านสุขภาพในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาโดยพบว่า พนักงานบริการชายตัดสินใจไปเข้ารับบริการสุขภาพล่าช้าในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา สูงถึง 10% รองลงมาคือ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย 7.9% สาวประเภทสอง 7.4% ในขณะที่พนักงานบริการหญิงตัดสินใจไปเข้ารับบริการสุขภาพล่าช้าในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาเพียง 1.8%

การมีประสบการณ์ถูกล่วงละเมิดหรือกระทำความรุนแรงทางเพศ สูงถึง 13.2% ในกลุ่มสาวประเภทสอง รองลงมาคือ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย 10.7% พนักงานบริการชาย 8.7% และพนักงานบริการหญิง 5.6%

แผนภูมิที่ 21 รายงานประสบการณ์การถูกตีตรา เลือกปฏิบัติ และละเมิดในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา (National estimates for S&D for FSW, MSM, MSW and TG - IBBS SURVEYS 2016)



แหล่งข้อมูล สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

#### 4.2 ความก้าวหน้าที่สำคัญ

ประเทศไทยให้ความสำคัญกับประเด็นเรื่องการขจัดความไม่เสมอภาคและไม่เท่าเทียมทางเพศ ดังจะเห็นได้จากแผนยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2557 - 2559 ที่กำหนดให้การทำงานเอดส์ทุกด้านต้องมีประเด็นที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการเคารพสิทธิและตอบสนองต่อความจำเพาะด้านเพศภาวะหรือความหลากหลายทางเพศอยู่ด้วย ในช่วงสองปีที่ผ่านมา มีความก้าวหน้าทางด้านนโยบายที่เกี่ยวข้องกับเพศภาวะและความเท่าเทียมทางเพศได้แก่ การประกาศใช้ พ.ร.บ.ความเท่าเทียมระหว่างเพศ พ.ศ.2558 (มีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 9 กันยายน 2558) เหตุผลในการประกาศใช้คือ เพื่อกำหนดมาตรการคุ้มครองผู้ถูกเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมระหว่างเพศ และป้องกันมิให้มีการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมระหว่างเพศ เพื่อให้สอดคล้องกับปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ตามพันธกรณีที่ประเทศไทยได้ตกลงเข้าเป็นประเทศภาคีสมาชิกของปฏิญญาฯดังกล่าว โดยการห้ามการเลือกปฏิบัตินี้ไม่จำกัดเฉพาะด้วยสาเหตุความเป็นเพศชายหญิง แต่ยักรวมถึงผู้ “มีการแสดงออกที่แตกต่างจากเพศโดยกำเนิด” โดยมาตรา 3 ในพระราชบัญญัตินี้ “การเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมระหว่างเพศ” หมายถึง การกระทำหรือไม่กระทำการใด อันเป็นการแบ่งแยก กีดกัน หรือจำกัดสิทธิประโยชน์ใด ๆ ไม่ว่าจะทางตรงหรือทางอ้อม โดยปราศจากความชอบธรรม เพราะเหตุที่บุคคลนั้นเป็นเพศชายหรือเพศหญิง หรือมีการแสดงออกที่แตกต่างจากเพศโดยกำเนิด

พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ พ.ศ. 2559 ของกระทรวงสาธารณสุขที่ส่งเสริมให้เยาวชนสามารถตัดสินใจในเรื่องเพศของตนเอง และเข้าถึงการเรียนรู้เพศศึกษาอย่างเหมาะสม นอกจากนี้ยังมีแนวปฏิบัติแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและบริหารจัดการเอ็ดส์ในสถานที่ทำงาน ซึ่งเป็นนโยบายสำคัญที่นำมาใช้ในลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ ได้เริ่มดำเนินการอย่างจริงจังในปี 2558 โดยเริ่มจากการส่งเสริมให้หน่วยงานภาครัฐนำนโยบายไปปฏิบัติเพื่อเป็นตัวอย่างที่ดีกับสังคมในการเคารพสิทธิ ไม่ตีตราและเลือกปฏิบัติต่อเอชไอวี/เอดส์ มีการดำเนินโครงการ “องค์กรห่วงใย ใส่ใจป้องกันเอ็ดส์ในที่ทำงาน” โดยมีนโยบาย 1. ไม่ใช้สถานการณ์ติดเชื้อเอชไอวี และเพศภาวะเป็นเงื่อนไขในการคัดเลือกและรับบุคลากรเข้าทำงาน 2. สนับสนุนบุคลากรที่มีเชื้อเอชไอวีให้ทำงานและมีความก้าวหน้าในการทำงานได้ตามปกติ และไม่ใช้ผลการติดเชื้อเอชไอวีเป็นเหตุผลในการเลิกจ้าง หรือให้ออก 3. รักษาความลับส่วนบุคคลของบุคลากรในองค์กร 4. ส่งเสริมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี การส่งเสริมการเข้าถึงบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีแบบสมัครใจ และส่งเสริมการอยู่ร่วมกันในสถานที่ทำงาน 5. ช่วยเหลือดูแลบุคลากรที่ติดเชื้อเอชไอวีผู้ป่วยเอดส์ และครอบครัวให้ได้รับสวัสดิการอย่างเท่าเทียมกับบุคคลอื่นและส่งเสริมการเข้าถึงบริการดูแลรักษาเอดส์

สำหรับความก้าวหน้าของการดำเนินงานเพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัตินั้น ประเทศไทยถือเป็นผู้นำในการพัฒนาระบบการติดตามประเมินผลระดับชาติเรื่องการตีตราและเลือกปฏิบัติที่มีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและกลุ่มประชากรหลัก โดยเพิ่มข้อคำถามเพื่อสามารถประเมินและติดตามสถานการณ์การตีตราเลือกปฏิบัติในกลุ่มประชาชนทั่วไปในแบบสอบถามการสำรวจสุขภาพประชาชนระดับชาติ ตั้งแต่ปี 2557 และในปี 2559 ได้เพิ่มข้อคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์ การได้รับการตีตราจากครอบครัว จากสังคม และจากบุคลากรผู้ให้บริการด้านสุขภาพในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาลงในแบบสำรวจ IBBS สำหรับกลุ่มประชากรหลัก เพื่อนำผลการประเมินมาพัฒนา ปรับปรุงมาตรการและแนวทางในการลดหรือขจัดการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและกลุ่มประชากรหลักของประเทศไทย

นอกจากนั้น ยังได้ดำเนินงานด้านลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในจังหวัดน่านรื่องเพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างความเข้าใจและลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพควบคู่ไปกับการพัฒนากลไกการคุ้มครองสิทธิในจังหวัดน่านรื่องมีการจัดณรงค์ “วันลดการตีตราและเลือกปฏิบัติสากล (Zero discrimination day)” เป็นครั้งแรกในประเทศไทยเพื่อให้สาธารณสุขชนมีความเข้าใจและมีทัศนคติเชิงบวกต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ ขจัดความรุนแรง และส่งเสริมความเสมอภาคทางเพศ อย่างไรก็ตาม ควรมีการขยายการดำเนินงานเรื่องการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติไปยังสถานศึกษาและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดสวัสดิการของผู้ติดเชื้อฯ

### 4.3 ความท้าทายและสิ่งที่ต้องดำเนินการต่อไป

การรังเกียจกีดกันและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อหรือสงสัยว่าติดเชื้อรวมทั้งต่อประชากรหลักที่ได้รับความกระทบ ยังเป็นปัญหาที่สร้างความทุกข์รุนแรงมากกว่าภาวะของโรค และเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเข้าถึงบริการ การบูรณาการประเด็นเพศภาวะและสิทธิมนุษยชนในแผนงานต่างๆ ของประเทศไทยยังไม่มี ความชัดเจน ทำให้การดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยได้กำหนด กิจกรรมเร่งรัดดำเนินการลดการรังเกียจ กีดกัน และเลือกปฏิบัติเป็นประเด็นสำคัญ รวมทั้งการใช้ข้อมูล มาช่วยการตัดสินใจ การทำให้ “เอชไอวีและเอดส์” เป็นเหมือนโรคเรื้อรังทั่วไป ปรับทัศนคติแก่ผู้ให้บริการ สุขภาพและประชากร รวมทั้งพัฒนาและการขยายกลไกรับเรื่องร้องทุกข์และปกป้องคุ้มครองสิทธิให้ทั่วถึง มากขึ้น

ถึงแม้จะมีการกำหนดเรื่องการขจัดความไม่เสมอภาคทางเพศ และยุติความรุนแรง/การเลือกปฏิบัติไว้ในยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560-2573 แต่ก็ยังไม่มี ความชัดเจนใน แนวทางการดำเนินงาน งบประมาณสนับสนุนและมาตรการที่สามารถนำไปปฏิบัติเพื่อแก้ไขสถานการณ์ ความไม่เสมอภาคทางเพศ และยุติความรุนแรง/การเลือกปฏิบัติได้จริง กิจกรรมส่วนใหญ่ยังคงเป็นการจัด อบรมเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขและผู้ให้บริการสุขภาพ เพื่อปรับทัศนคติและส่งเสริมมุมมอง ในเรื่องความเท่าเทียมทางเพศภาวะ และความรุนแรงอันเนื่องมาจากเพศภาวะ รวมถึงการเคารพในสิทธิ ด้านวิถีทางเพศและอัตลักษณ์ทางเพศ (sexual orientation and gender identity) เพื่อนำมาปรับใช้ ใน การบริการเท่านั้น ดังนั้น ควรมีการขยายการดำเนินงานเรื่องการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติไปยังสถาน ศึกษาและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดสวัสดิการของผู้ติดเชื้อฯ ประเด็นการ เชื่อมต่อ หรือทำอย่างไรให้เครือข่ายสามารถนำนโยบายองค์กรห่วงใยฯ มาทำให้อย่างยั่งยืน

## เป้าหมายที่ 5 เยาวชน มีทักษะในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและเข้าถึงการอนามัยเจริญพันธุ์ ครอบคลุม 90% ในปี 2563

เป้าหมายระดับโลก คือ ร้อยละ 90 ของประชากรหนุ่มสาวมีทักษะความรู้และความสามารถในการป้องกันตนเองจากเอชไอวีและเข้าถึงบริการด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ได้ภายในปี 2563 เพื่อลดจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ที่เป็นกลุ่มวัยรุ่นหญิงและผู้หญิงให้ต่ำกว่า 100,000 คนต่อปี

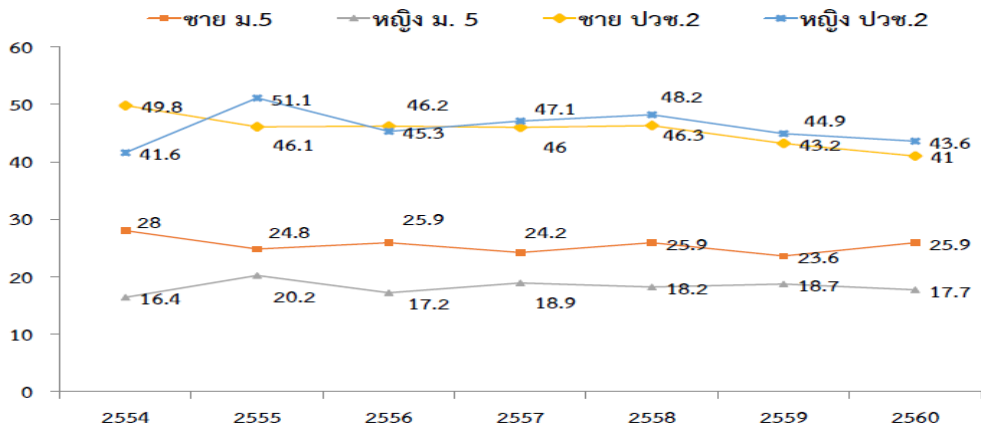
### 5.1 สถานการณ์ปัจจุบัน

เยาวชนเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญของการดำเนินงานป้องกันเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของประเทศไทย ข้อมูลจากการคาดประมาณผู้ติดเชื้อรายใหม่โดยใช้ AEM พบว่า สัดส่วนผู้ติดเชื้อรายใหม่ที่มีอายุ 15-24 ปี คิดเป็นประมาณ 47% ของผู้ติดเชื้อรายใหม่ทั้งหมด หรือมีจำนวนทั้งสิ้น 2,602 ราย เป็นชาย 1803 คน และหญิง 799 คน จำนวนเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี และยังคงมีชีวิตอยู่ 30,754 คน อัตราการตายที่เกี่ยวข้องกับสำหรับกลุ่มเยาวชนอยู่ที่ 3.32 ต่อประชากร 100,000 คน

รายงานผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มนักเรียน ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560 โดยสำนักระบาดวิทยา ซึ่งได้ทำการศึกษาและติดตามแนวโน้มพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 และอาชีวศึกษา ชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพปีที่ 2 ใน 42 จังหวัดที่เป็นหน่วยเฝ้าระวัง พบว่า นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 และนักเรียนระดับ ปวช. ทั้งชายและหญิงไม่ได้มีแนวโน้มที่จะมีเพศสัมพันธ์เพิ่มมากขึ้น แต่อย่างชัดเจน นักเรียนระดับ ปวช. ทั้งชายและหญิงมีเพศสัมพันธ์แล้วในสัดส่วนที่มากกว่านักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ทั้งผู้ชายและผู้หญิง (แผนภูมิที่ 22) ในขณะที่ข้อมูลของกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 พบว่า นักเรียนชายและนักเรียนหญิงมีอายุเฉลี่ยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกใกล้เคียงกัน ที่ประมาณ 13 ปี และเป็นแนวโน้มคงที่สำหรับนักเรียนหญิงในขณะที่มีแนวโน้มลดลงสำหรับนักเรียนชาย โดยพบว่า สัดส่วนของนักเรียนที่มีเพศสัมพันธ์แล้วก็ใกล้เคียงกันคือ ประมาณ 3% อย่างไรก็ตาม เมื่อดูข้อมูลของเด็กที่มีเพศสัมพันธ์ก่อนอายุ 15 ปี (แผนภูมิที่ 23) ก็ดูเหมือนว่า นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 และนักเรียนระดับ ปวช. ทั้งชายและหญิง มีแนวโน้มลดลงที่จะมีเพศสัมพันธ์ก่อนอายุ 15 ปี

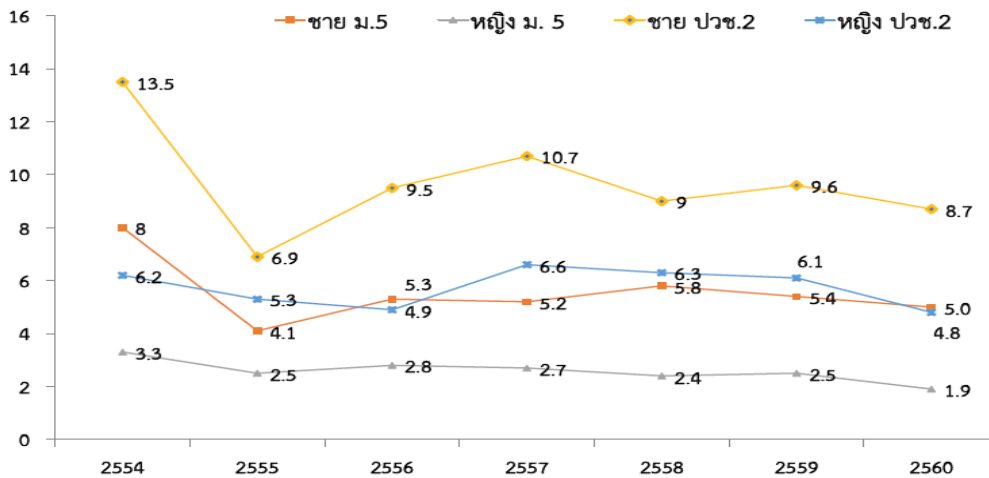


แผนภูมิที่ 22 ร้อยละของนักเรียนชายหญิงที่เคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว



แหล่งข้อมูล: สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค

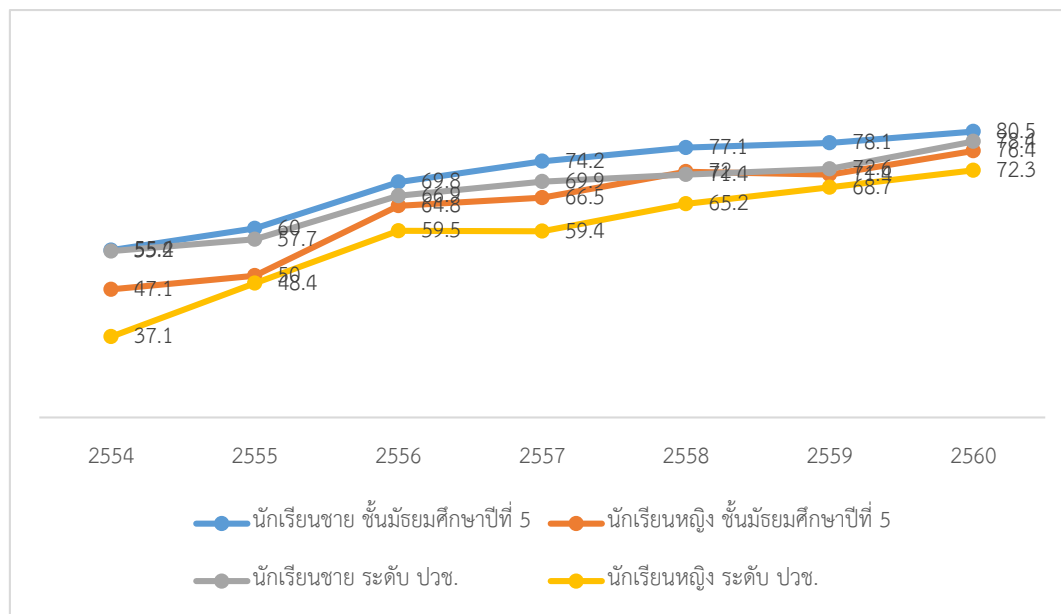
แผนภูมิที่ 23 ร้อยละของนักเรียนชายหญิงที่มีเพศสัมพันธ์ก่อนอายุ 15 ปี



แหล่งข้อมูล: สำนักกระบวนวิชา กระทรวงสาธารณสุข

ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยพบว่า นักเรียนทั้งชายและหญิงมีแนวโน้มในการใช้ถุงยางอนามัยที่ดี โดยทุกกลุ่มรายงานว่าได้ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดเพิ่มขึ้นกว่าปีที่ผ่านมา โดยในปี 2560 รายงานว่า นักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 5 ชาย 80.5% หญิง 76.4% และนักเรียนชั้น ปวช. ชาย 78.4% หญิง 72.3% ได้ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด

แผนภูมิที่ 24 ร้อยละของการใช้ถุงยางอนามัยในเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย



แหล่งข้อมูล: สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

## 5.2 ความก้าวหน้าที่สำคัญ

ในเรื่องระดับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของเยาวชน ผลการสำรวจเรื่องสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย (MICS) ช่วงปี 2558-2559 พบว่า เยาวชนอายุระหว่าง 15 - 24 ปี ร้อยละ 45.6 (เพศชายร้อยละ 45.1 และเพศหญิงร้อยละ 46) มีความรู้ในเรื่องการป้องกันเอชไอวี/เอดส์ โดยสามารถระบุวิธีป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีทางเพศสัมพันธ์และระบุข้อที่มัก เข้าใจผิดเกี่ยวกับการแพร่เชื้อเอชไอวีได้อย่างถูกต้อง และ พบว่า เยาวชนหญิงกลุ่มตัวอย่างอายุ 15-19 ปี 97.8% ของ และ อายุ 20-24 ปี 96.1% (ที่สมรสหรืออยู่กินฉันสามีภรรยา) มีความต้องการวางแผนครอบครัว และคุมกำเนิดด้วยวิธีแบบใหม่

รายงานผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มนักเรียน ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560 โดยสำนักระบาดวิทยา มีการสำรวจระดับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ พบว่า ข้อคำถามที่ตอบถูกน้อยที่สุดทั้งนักเรียนชายและนักเรียนหญิง คือ คนติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้จากการกินอาหารร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์” ซึ่งตอบคำถามถูกเพียงร้อยละ 44.8 และ 39.7 ตามลำดับ ข้อคำถามที่ทั้งนักเรียนชายและนักเรียนหญิงตอบถูกมากที่สุด คือ “การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งขณะมีเพศสัมพันธ์ลดความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้” ตอบถูก ร้อยละ 91.1 และ 90.8 ส่วนความรู้และความตระหนักเรื่องโรคเอดส์ 5 ข้อ พบว่านักเรียนชายตอบถูกทั้ง 5 ข้อ ร้อยละ 13.5 นักเรียนหญิงตอบถูกต้องทั้ง 5 ข้อ ร้อยละ

14.1 ซึ่งการตอบถูกต้องทั้ง 5 ข้อ ลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา และการตอบคำถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคเอดส์อื่นๆ พบว่า คำถามที่นักเรียนตอบถูกต้องน้อยที่สุด คือ “โรคเอดส์สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน” นักเรียนชายตอบถูกร้อยละ 53.9 นักเรียนหญิงตอบถูกร้อยละ 58.9 และคำถามที่ตอบถูกมากที่สุด คือ “ยาคุมฉุกเฉินใช้ป้องกันโรคเอดส์ได้” นักเรียนชายตอบถูกร้อยละ 75.7 นักเรียนหญิงตอบถูกร้อยละ 85.0

การให้บริการวางแผนครอบครัวและคุมกำเนิดมีความครอบคลุมสูง ข้อมูลจาก MICS รายงานว่า 96.5% ของ หญิงวัยเจริญพันธุ์ 15-49 ปี (ที่สมรสหรืออยู่กินฉันสามีภรรยา) ที่มีความต้องการวางแผนครอบครัว และได้คุมกำเนิดด้วยวิธีแบบใหม่

การดำเนินงานที่ผ่านมา ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านนโยบายเพื่อให้เกิดสภาวะแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการทำงานกับเยาวชน โดยมีความพยายามที่จะผลักดันพระราชบัญญัติการอนามัยเจริญพันธุ์ เพื่อให้ความคุ้มครองเยาวชนและประชากรทุกช่วงวัยในเรื่องที่เกี่ยวกับการอนามัยเจริญพันธุ์ การทำงานแบบบูรณาการร่วมกันระหว่างกรมควบคุมโรค กรมอนามัยและกรมสุขภาพจิต การสนับสนุนการสอนเพศศึกษาและทักษะชีวิตในโรงเรียนและสถานศึกษาอย่างครอบคลุม และการจัดบริการทางสุขภาพที่เป็นมิตรต่อเยาวชน เป็นต้น ซึ่งการดำเนินการเหล่านี้ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกในพฤติกรรมเยาวชนที่สามารถวัดผลได้บ้างสำหรับการดำเนินงานในช่วงปีที่ผ่านมา มีความก้าวหน้าของการทำงานเพื่อสนับสนุนการป้องกันในกลุ่มเยาวชนที่สำคัญๆ ได้แก่ การออกพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 ซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 29 กรกฎาคม พ.ศ. 2559 ถือว่าพระราชบัญญัตินี้ช่วยสนับสนุนและเอื้อต่อการทำงานป้องกันเอชไอวีที่บูรณาการเข้ากับงานอนามัยเจริญพันธุ์ และสามารถเข้าถึงเยาวชนทุกกลุ่มทั้งที่อยู่ในระบบการศึกษาและนอกระบบการศึกษา และยังเอื้อต่อการทำงานกับเยาวชนให้กับทุกภาคส่วนและทุกกระทรวงที่เกี่ยวข้อง อาทิเช่น กระทรวงสาธารณสุข ศึกษานิเทศน์ พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ แรงงาน และมหาดไทย นอกจากนี้ มีการทำงานแบบบูรณาการร่วมกันของ 3 กรมคือ กรมควบคุมโรค กรมสุขภาพจิต และกรมอนามัย เพื่อดำเนินงานป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ในเยาวชน ซึ่งประกอบด้วย การรณรงค์ป้องกันให้แก่กลุ่มเยาวชน การสนับสนุนถุงยางอนามัยและอุปกรณ์คุมกำเนิดโดยกรมอนามัยได้รับการจัดสรรถุงยางอนามัยจำนวน 20 ล้านชิ้นจาก สปสช. เพื่อแจกจ่ายให้กับเป็นหน่วยงานต่างๆ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้ง 76 จังหวัด ซึ่งได้รับการจัดสรรถุงยางอนามัยตามความรุนแรงของปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในแต่ละจังหวัด โรงเรียนที่สอนเพศวิถีศึกษา (เครือข่าย PATH) จำนวน 2,406 แห่ง สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย สมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน มูลนิธิสร้างเสริมความเข้าใจเรื่องผู้หญิง สำนักงานอนามัยเจริญพันธุ์ และศูนย์อนามัยต่างๆ รวมทั้งการจัดบริการให้คำปรึกษาและบริการสุขภาพทางเพศที่เป็นมิตรแก่เยาวชนในสถานบริการสุขภาพของรัฐ เป็นต้น รวมทั้ง ยังมีการจัดทำมาตรฐานการให้บริการสุขภาพที่เป็นมิตรแก่เยาวชน (Youth Friendly Health Services: YFHS) โดยใช้แนวทางขององค์การอนามัยโลกซึ่งมีองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ การบริหารจัดการ การเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย การบริการที่ครอบคลุมความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย และ

การบริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น ผลการดำเนินงานในเรื่องมาตรฐานของบริการพบว่าโรงพยาบาลภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุขร้อยละ 75 มีการจัดบริการสุขภาพทางเพศที่เป็นมิตรแก่วัยรุ่นได้ตามมาตรฐานที่กำหนดแต่ในเรื่องประสิทธิผลหรือผลลัพธ์ (outcome) ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน ยังไม่พบผลลัพธ์เชิงบวก เนื่องจากอัตราการคลอดของวัยรุ่นในภาพรวมยังไม่ได้ลดลงแต่อย่างใด

นอกจากนั้น สำนักปลัดกระทรวงศึกษาธิการ ระบุว่า ปี 2560 นี้อยู่ระหว่างดำเนินการจัดทำคู่มือส่งเสริมสิทธิด้านเอ็ดส์ในสถานศึกษากระทรวงศึกษาธิการ เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับสิทธิเอ็ดส์ และสร้างทัศนคติที่ดีต่อผู้ติดเชื้อ HIV ให้แก่บุคลากร นักเรียน/นักศึกษา และหน่วยงานในสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ ไม่ตีตราและไม่เลือกปฏิบัติ

### 5.3 ความท้าทายและสิ่งที่ต้องดำเนินการต่อไป

ปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยหรือการมีเพศสัมพันธ์แบบไม่ป้องกันในวัยรุ่นยังไม่ได้ลดลง หรืออีกนัยหนึ่งอาจสะท้อนว่าวัยรุ่นส่วนใหญ่ยังไม่ไปใช้บริการสุขภาพทางเพศหรืออาจมีปัญหาและอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศของภาครัฐ จึงจำเป็นที่จะต้องทบทวนมาตรการ แนวทางการดำเนินงานใหม่เพื่อปรับปรุงบริการให้เป็นมิตรและสอดคล้องกับปัญหาความต้องการของวัยรุ่นมากขึ้น รวมถึงการขยายบริการออกไปยังภาคเอกชนหรือภาคประชาสังคมเพื่ออำนวยความสะดวกต่อเยาวชนในการเข้าถึงได้ง่าย มีความเป็นส่วนตัว และครอบคลุมมากยิ่งขึ้น ในขณะที่การจัดบริการให้คำปรึกษาแก่นักเรียนในโรงเรียนยังมีอุปสรรคเรื่องการรักษาความลับของนักเรียน จึงควรปรับแนวทางใหม่ โดยการจัดให้คลินิกตั้งอยู่นอกโรงเรียน และให้เจ้าหน้าที่ประจำคลินิกมาให้ความรู้แก่นักเรียนในโรงเรียน และประชาสัมพันธ์เพื่อให้นักเรียนสามารถไปรับบริการที่คลินิกได้

ส่วนบริการด้านการป้องกันเอชไอวีและบริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ทั่วไป มุ่งเน้นไปที่กลุ่มเยาวชนอายุต่ำกว่า 24 ปี ที่อยู่ในสถานะแวดล้อมแตกต่างกัน อาทิเช่น เยาวชนในระบบโรงเรียน เยาวชนในชุมชน เยาวชนในสถานประกอบการ และกลุ่มเยาวชนที่มีภาวะเปราะบางต่อการติดเชื้อเอชไอวีสูง (Young key population) ดังนั้น การดำเนินงานขั้นต่อไปควรมุ่งเน้นไปที่การสร้างความร่วมมือของภาคีเครือข่ายสุขภาพในระดับอำเภอหรือตำบลเพื่อให้การตอบสนองต่อนโยบาย/หลักสูตร ตามพ.ร.บ. อนามัยการเจริญพันธุ์ เป็นไปอย่างครอบคลุม การสนับสนุนให้มี drop in center หรือ youth friendly services ในชุมชน โดยใช้ทรัพยากรจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้นการจัดการสอนเรื่องเพศศึกษาในโรงเรียน พบประเด็นท้าทายอยู่หลายประเด็น จากรายงานผลการวิจัยเพื่อทบทวนการสอนเพศวิถีศึกษาในสถานศึกษาไทยของยูนิเซฟ ได้แก่ จำนวนและคุณภาพของครูผู้สอน เนื้อหาหรือหลักสูตรที่สอนในโรงเรียนยังมีมุมมองด้านลบต่อเรื่องเพศ และ วิธีการสอนที่ส่วนใหญ่ยังเน้นการบรรยาย ประเด็นท้าทายเหล่านี้จำเป็นต้องได้

รับการปรับปรุงแก้ไข โดยปัจจุบัน องค์การแพธได้ให้การสนับสนุนกระทรวงศึกษาธิการในเรื่องหลักสูตรเพศวิถีศึกษา ซึ่งเน้นกระบวนการให้คิดวิเคราะห์ได้มากขึ้น โดยไม่หลุดจากกรอบเนื้อหาของหลักสูตร

ยังมีประเด็นท้าทายในเรื่องการเข้าถึงสื่อลามกอนาจารได้โดยง่ายของเด็กและเยาวชน การแพร่หลายของอินเทอร์เน็ต การสื่อสารการส่งข้อความหรือรูปภาพกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ การล่อลวงละเมิดทางเพศ และความรุนแรงทางเพศแม้ว่าจะมีความพยายามในการควบคุมไม่ให้เด็กและเยาวชนเข้าถึงสื่อลามกอนาจาร แต่ในความเป็นจริงเด็กและเยาวชนยังเข้าถึงสื่อเหล่านี้ได้ง่าย แนวทางแก้ไขก็คือการให้ความรู้แก่เด็กนักเรียนเกี่ยวกับความท้าทายและผลกระทบของสื่อ ควบคู่ไปกับการเสริมสร้างพลังให้แก่เยาวชนให้สามารถรับมือกับสถานการณ์ทางเพศและความรุนแรงทางเพศได้อย่างเหมาะสม

**เป้าหมายที่ 8 เพิ่มค่าใช้จ่ายในการลงทุนด้านเอชไอวี (1/4 เป็นด้านป้องกัน และร้อยละ 6 เป็นเรื่องการสร้างความเข้มแข็งทางสังคม)**

การจัดทำบัญชีรายจ่ายเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2559-2560 มีวัตถุประสงค์เพื่อประมาณการรายจ่ายในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในประเทศไทยระหว่าง พ.ศ. 2559 และ พ.ศ. 2560 โดยเป็นการจัดทำข้อมูลต่อเนื่องจากมีก่อนหน้านี้ ทำให้มีอนุกรมเวลาของข้อมูลรายจ่ายด้านเอดส์ของประเทศไทย รวมทั้งสิ้น 10 ปี (พ.ศ. 2551-2561) รูปแบบการศึกษาอ้างอิงตามแนวทางของโครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) โดยนำเสนอเฉพาะข้อมูลทรัพยากรภาครัฐ และองค์กรเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศ (international development partners) ไม่รวมค่าใช้จ่ายด้านเอดส์ของครัวเรือนและภาคเอกชน เนื่องจากข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลดังกล่าว

ผลการศึกษาพบว่า รายจ่ายในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศ พ.ศ. 2559 และ 2560 เท่ากับ 7,914 ล้านบาท และ 8,436 ล้านบาท ตามลำดับ หรือเท่ากับ 120 บาท และ 127 บาท ต่อประชากร หรือ คิดเป็น 17,613 บาท และ 19,191 บาทต่อผู้ติดเชื้อ 1 ราย ในช่วงสองปีดังกล่าว ทั้งนี้ เมื่อพิจารณารายจ่ายด้านเอดส์ต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) และรายจ่ายสุขภาพรวม พบว่า รายจ่ายด้านเอดส์มีสัดส่วนไม่ถึงร้อยละ 1 ของ GDP (0.05 ของ GDP ในปี 2559-2560) และมีสัดส่วนประมาณ 1.4 ของรายจ่ายสุขภาพรวมในช่วงสองปีที่ทำการศึกษา

นโยบายให้การครอบคลุมการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ในปี 2546 ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายด้านเอดส์ส่วนใหญ่จะถูกใช้ไปในด้านการดูแลรักษา คิดเป็นร้อยละ 68.0 ใน พ.ศ. 2559 และร้อยละ 70.5 ใน พ.ศ. 2560 ของค่าใช้จ่ายด้านเอดส์ทั้งหมด ในขณะที่รายจ่ายเพื่อการป้องกันค่อนข้างคงที่ ประมาณร้อยละ 15 ของรายจ่ายเอดส์ทั้งหมด ส่วนรายจ่ายอื่นๆ ที่เหลือ ต่างมีสัดส่วนไม่ถึงร้อยละ 10 ของรายจ่ายรวมด้านเอดส์ในปี 2559 และ 2560 ทั้งนี้ แหล่งการเงินในประเทศจะจ่ายเงินส่วนใหญ่ไปในด้านการรักษา ส่วนแหล่งเงินต่างประเทศจะมีรายจ่ายหลักที่สองกิจกรรมได้แก่การป้องกัน และการบริหารและการเสริมความเข้มแข็งการบริหารแผนงาน ทั้งนี้ การลดการสนับสนุนเงินทุนจากกองทุนโลกอาจส่งผลกระทบต่อการทำงานด้านการป้องกันและการบริหารจัดการเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของการบริหารแผนงานในอนาคต

ตารางที่ 3 รายจ่ายด้านเอดส์ของประเทศไทย พ.ศ. 2551-2561

	2551	2552	2553	2554	2555	2556	2557	2558	2559	2560
รายจ่ายในการดำเนินงานเอดส์ทั้งหมด(ล้านบาท)	6,928	7,208	7,733	9,922	8,793	8,827	8,710	8,248	7,914	8,436
รายจ่ายในการดำเนินงานเอดส์										
· ต่อประชากร 1 คน (บาท)	109	113	121	155	136	137	134	125	120	127
· ต่อผู้ติดเชื้อ 1 คน (บาท)										
· % ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ (GDP)	13,010	13,953	15,487	20,594	18,808	19,209	19,551	18,844	17,613	19,191
· % ของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (THE)	0.07	0.07	0.07	0.09	0.07	0.07	0.07	0.06	0.05	0.05
<b>แหล่งเงิน</b>										
ภายในประเทศ, ร้อยละของรายจ่ายดำเนินการด้านเอดส์	85	93	85	86	90	89	76	89	90	89
ต่างประเทศ, ร้อยละของรายจ่ายดำเนินการด้านเอดส์	15	7	15	14	10	11	24	11	10	11
<b>โครงสร้างรายจ่าย</b>										
รายจ่ายด้านการป้องกัน, % ของรายจ่ายดำเนินการด้านเอดส์	21.7	13.7	13.1	13.4	16.7	17.1	17.4	17.3	15.5	14.9
รายจ่ายด้านการรักษา, % ของรายจ่ายดำเนินการด้านเอดส์	65.8	76.1	73.4	73.2	70.2	67.5	64.6	66.9	68.0	70.5

## เป้าหมายที่ 10 การจัดระบบบริการเอชไอวีและโรคร่วมอื่นๆ แบบบูรณาการ

เป้าหมายคือ การจัดระบบบริการเอชไอวีและโรคร่วม (วัณโรค มะเร็งปากมดลูก ไวรัสตับอักเสบบี และซี) แบบบูรณาการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง เพื่อพัฒนาระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

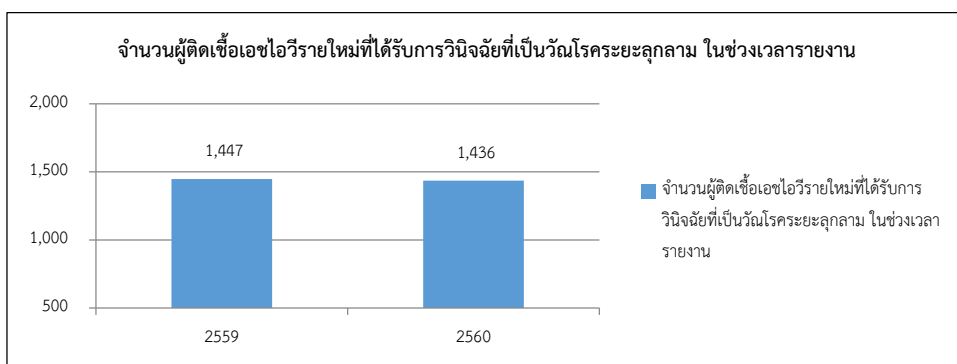
### 10.1 สถานการณ์

#### เอชไอวีและวัณโรค

แนวโน้มการตายจากวัณโรคร่วมกับเอดส์ (TB-HIV) ลดลงอย่างมาก โดยเฉพาะในช่วงหลังจากประเทศไทยได้ขยายการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้ออย่างครอบคลุม โดยอัตราการตายลดลงจาก 20.4 ต่อแสนประชากรในปี 2544 เหลือเพียง 3.3 ต่อแสนประชากรในปี 2555

ปี 2560 ประเทศไทยมีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นวัณโรคตามการคาดประมาณด้วยวิธีการของ WHO อยู่ที่ 10,000 คน ในจำนวนนี้มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นผู้ป่วยวัณโรครายใหม่หรือเป็นซ้ำเริ่มรับการรักษาวัณโรคในช่วงเวลารายงานที่ได้รับยาต้านไวรัสแล้วหรือเริ่มยาต้านไวรัสในระหว่างรับการรักษาวัณโรคภายในปีที่รายงาน อยู่ที่ 4,577 คน หรือคิดเป็น 45.8% ของจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นวัณโรคตามการคาดประมาณ ในขณะเดียวกัน ข้อมูลจากสำนักโรคเอดส์ที่รวบรวมจากโรงพยาบาลที่มีการบันทึกข้อมูล 459 แห่ง รายงานว่า มีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยที่เป็นวัณโรคระยะเยลุลูกกลม ในช่วงเวลารายงาน 1,436 คน หรือคิดเป็น 13% ของจำนวนผู้ติดเชื้อที่เข้าสู่ระบบการดูแลรักษาพยาบาลทั้งหมดในปีนี้ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 11,077 คน

**แผนภูมิที่ 25** จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยที่เป็นวัณโรคระยะเยลุลูกกลม ในช่วงเวลารายงาน



แหล่งข้อมูล สำนักโรคเอดส์ฯ กรมควบคุมโรค

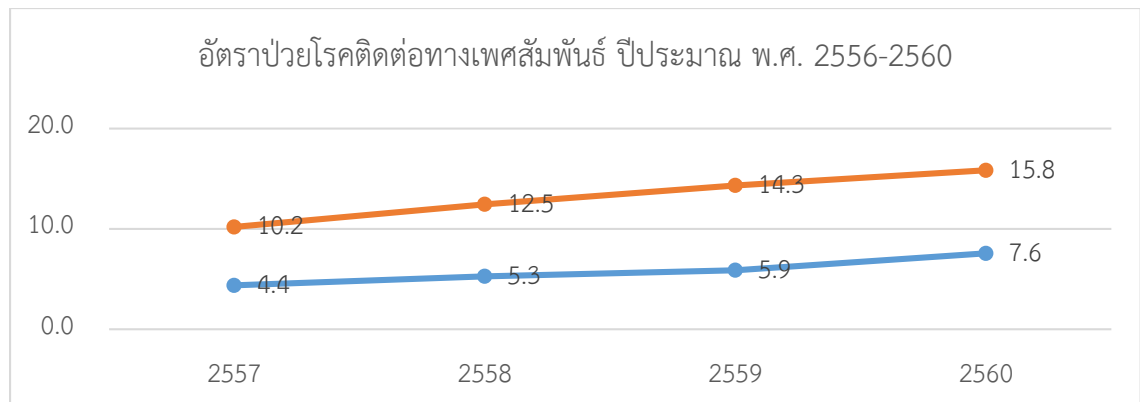
#### โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ในช่วงระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา (ปีงบประมาณ 2557-2560) กล่าวคือ พบอัตราการติดเชื้อซิฟิลิสในปี 2560 เท่ากับ 7.6 ต่อแสนประชากร เพิ่มขึ้นเกือบเท่าตัวจากอัตราการติดเชื้อในปี 2556 ซึ่งเท่ากับ



4.4 ต่อแสนประชากร ส่วนอัตราการติดเชื้อหนองในเพิ่มขึ้นจากอัตรา 10.2 เป็น 15.8 ต่อแสนประชากร ในช่วงเวลาเดียวกัน

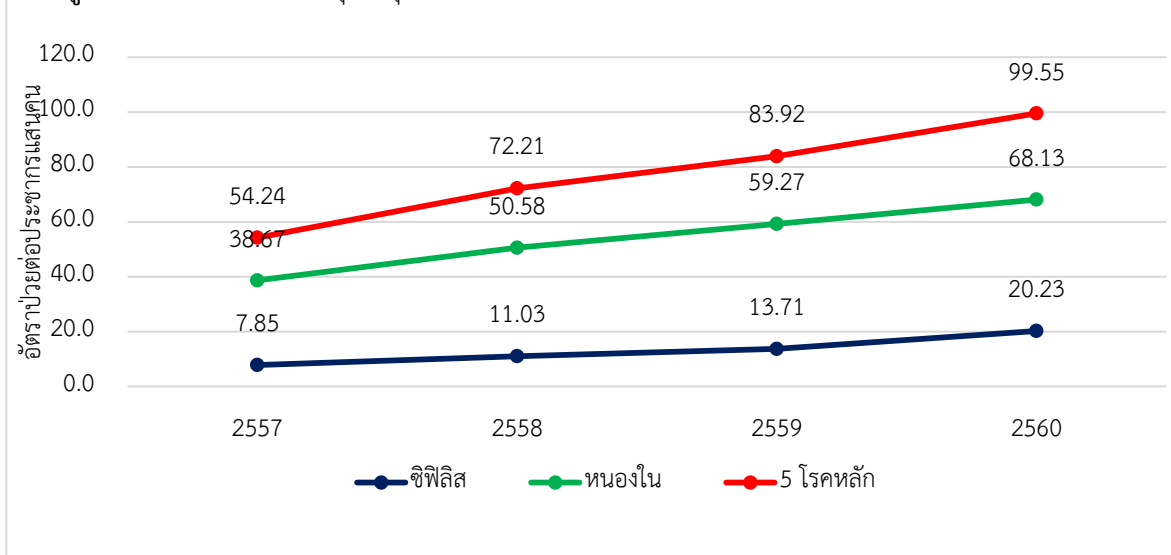
**แผนภูมิที่ 26** อัตราป่วยโรคหนองในและโรคซิฟิลิสต่อประชากรแสนคน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2556-2560



แหล่งข้อมูล: วิเคราะห์จากฐานข้อมูล 506 ปรับปรุง ณ วันที่ 4 ตุลาคม 2561

เมื่อดูข้อมูลสำหรับอัตราป่วยเฉพาะกลุ่มอายุ 15-24 ปี พบว่า เพิ่มสูงขึ้นกว่าเท่าตัวในช่วง 3-4 ปีที่ผ่านมา จากรายงาน 506 โดยสำนักระบาดวิทยา พบว่า อัตราป่วยด้วยโรคซิฟิลิส เพิ่มจาก 7.85 ในปี 2557 เป็น 20.23 ในปี 2560 ต่อประชากรแสนคน หนองในเพิ่มจาก 38.67 ในปี 2557 เป็น 68.13 ในปี 2560 และในภาพรวมสำหรับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรคหลัก ก็เพิ่มขึ้นจาก 54.24 เป็น 99.55 ต่อประชากรแสนคนในรอบปีเดียวกันด้วย ซึ่งบ่งชี้ว่า กลุ่มเยาวชนที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีสูง ยังคงมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ปลอดภัยอยู่

**แผนภูมิที่ 27** อัตราป่วยเฉพาะกลุ่มอายุ 15-24 ปี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ประเทศไทย ปีงบประมาณ 2557-2561



แหล่งข้อมูล: รายงาน 506 สำนักระบาดวิทยา

ส่วนอัตราการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มประชากรหลัก การสำรวจ IBBS ในปี 2557 พบอัตราความชุกของการติดเชื้อหนองในและหนองในเทียมในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย เท่ากับ 1.3% และ 5.9% ตามลำดับ ในกลุ่มหญิงข้ามเพศ พบอัตราความชุกของการติดเชื้อหนองใน 0.8% และหนองในเทียม 4.2% ส่วนพนักงานบริการทางเพศชายพบความชุกสูงของการติดเชื้อหนองใน 3% และหนองในเทียม 14.1%

สำหรับพนักงานบริการทางเพศหญิง พบความชุกของการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สูง เช่นเดียวกัน โดยพบอัตราความชุกของการติดเชื้อหนองใน 4.2% และหนองในเทียม 18.6% ในกลุ่มที่สังกัดสถานบริการ (Venue FSW) ส่วนกลุ่มที่ไม่สังกัดสถานบริการ (non Venue FSW) พบอัตราความชุกของการติดเชื้อหนองใน 7.3% และหนองในเทียม 4%

### ไวรัสตับอักเสบบี (HBV) และ ซี (HCV)

สถานการณ์ไวรัสตับอักเสบบี (HBV) การศึกษาพบว่า มีอัตราความชุกของผู้ติดเชื้อ HBV เรื้อรัง ประมาณ 4.5% ของประชากรที่เกิดก่อนปี 2535 (หรือก่อนที่จะมีวัคซีนป้องกัน HBV) ส่วนประชากรที่เกิดหลังจากนั้นพบอัตราความชุกที่ 0.6% และคาดประมาณว่าประเทศไทยมีจำนวนผู้ติดเชื้อ HBV เรื้อรัง ประมาณ 2.2-3 ล้านคนทั่วประเทศ ในขณะที่ไวรัสตับอักเสบบี (HCV) มีรายงานความชุกของการติดเชื้อเรื้อรังประมาณ 1-2% และคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อประมาณ 1 ล้านคน โดยพบความชุกมากที่สุดที่จังหวัดในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และความเสี่ยงที่สำคัญของการติดเชื้อ HCV คือ การใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด และพบว่ามี การติดเชื้อร่วมกับไวรัสเอชไอวีในระดับสูงด้วย

อัตราความชุกของ HCV และ HBV และ ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีพบประมาณร้อยละ 3 และร้อยละ 8 แต่ในผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีดที่ติดเชื้อฯ พบอัตราความชุกของ HCV สูงถึงร้อยละ 90 และ HBV ร้อยละ 12 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบรวมด้วย มีโอกาสที่จะพัฒนาเป็นตับอักเสбреื้อรัง ตับแข็งและตับวาย สูงกว่าผู้ไม่ติดเชื้อเอชไอวีประมาณ 3 เท่า และประมาณ 2 ใน 3 ของการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับโรคตับในผู้ติดเชื้อเอชไอวี เกิดจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HCV)

## 10.2 ความก้าวหน้าที่สำคัญ

### เอชไอวีและวัณโรค

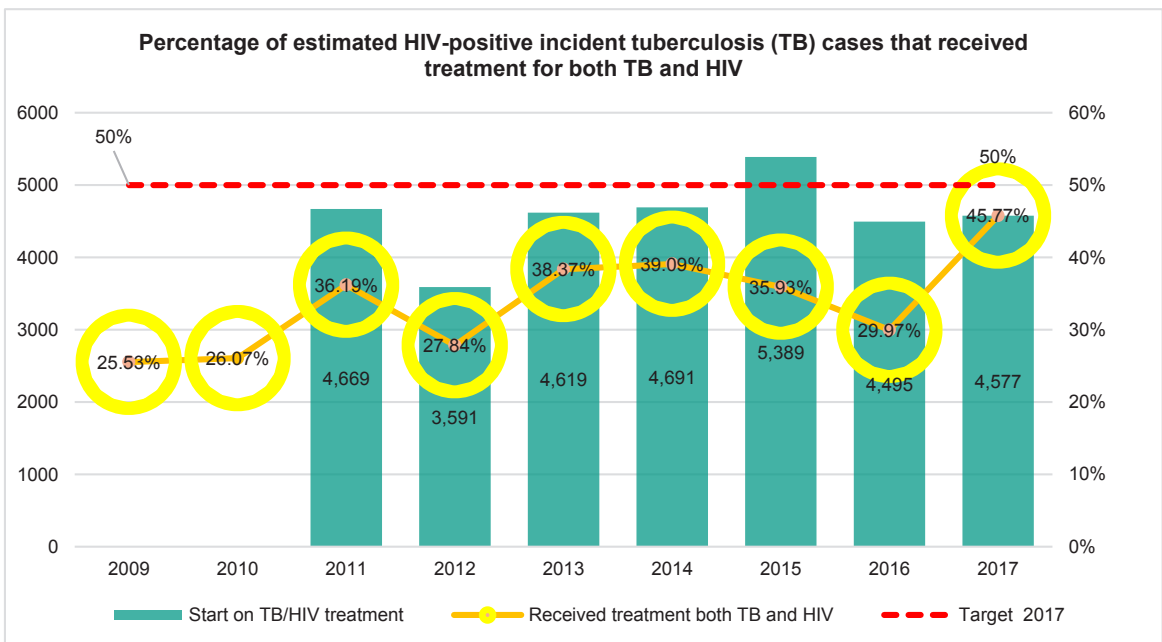
การจัดระบบบริการเอชไอวีและโรคร่วม (วัณโรค มะเร็งปากมดลูก ไวรัสตับอักเสบบีและซี) แบบบูรณาการโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางเพื่อพัฒนาระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตั้งแต่ปี 2558 ประเทศไทยดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์และวัณโรค โดยใช้งบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลก (New Funding Model หรือ STAR) และงบประมาณภายในประเทศ ดำเนินงานด้านเอดส์และวัณโรคใน 38 จังหวัด และดำเนินงานด้านวัณโรคใน 27 จังหวัด โดยเน้นมาตรการการคัดกรอง

เอชไอวีในผู้ป่วยวัณโรค (HIV screening in TB patients) และการตรวจหาวัณโรคในผู้ติดเชื้อเอชไอวี (TB screening in PLHIV) เพื่อค้นหาผู้ที่ป่วยโรคเอดส์และวัณโรคให้เข้ารับการรักษาแต่เนิ่นๆ เพื่อลดอัตราตายด้วยวัณโรคในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและมีบริการให้ยาป้องกันวัณโรคระยะแฝงด้วยการให้ยาไอโซนาซิด (Isoniazid Prevention Therapy or IPT) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีในโรงพยาบาลของรัฐบางแห่งในพื้นที่นำร่องใน 5 จังหวัด ศรีสะเกษ ระยอง ปทุมธานี นครสวรรค์ เชียงใหม่ ใน 6 รพ. ได้แก่ รพ.ชูนันท์ รพ.ปทุมธานี รพ.บ้านค่าย รพ.เสวยรายประชาชนนครราชสีมา รพ.เชียงดาว รพ.สันป่าตอง ซึ่งผลการดำเนินงานภายใต้โครงการนำร่องมีจำนวนผู้ที่ได้รับ IPT ทั้งหมด 110 คน

ปี 2560 มีความชัดเจนว่า ผู้บริหารระดับกระทรวงฯ ให้ความสำคัญกับการแก้ปัญหาวัณโรคโดยจัดให้เป็นนโยบายที่ต้องเร่งรัดการยุติปัญหา โดยกำหนดเป็นตัวชี้วัดในการดำเนินงานของจังหวัด และมีนโยบายการดำเนินงาน ที่ให้พื้นที่ทั้งประเทศดำเนินงานโดยเฉพาะในเรือนจำ และจัดทำแนวทางการบูรณาการบริการด้านเอชไอวีและวัณโรคที่มีผลการวิจัยในประเทศไทยสนับสนุน

ผลของความก้าวหน้าในการบูรณาการบริการด้านเอชไอวีและวัณโรค พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นผู้ป่วยวัณโรครายใหม่หรือเป็นซ้ำเริ่มรับการรักษาวัณโรคในช่วงเวลารายงานที่ได้รับยาต้านไวรัสแล้วหรือเริ่มยาต้านไวรัสในระหว่างรับการรักษาวัณโรคปี 2560 (ข้อมูลจาก TB data center) มีจำนวน 4,577 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 45.8 ของจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นวัณโรคตามการคาดประมาณด้วยวิธีการของ WHO ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี 2559 ซึ่งอยู่ที่ร้อยละ 29.97

แผนภูมิที่ 28 ร้อยละของจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นวัณโรคตามการคาดประมาณได้รับการรักษาทั้งวัณโรคและเอชไอวี



แหล่งข้อมูล: TB data center

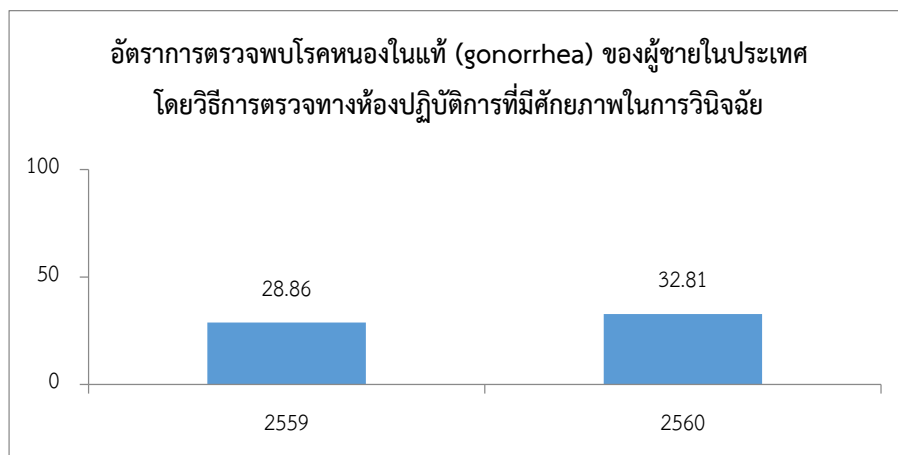
ปี 2560 มีการขยายหน่วยบริการในการให้บริการให้ยาป้องกันวัณโรคระยะแฝงด้วยการให้ยาไอโซนาซิด (Isoniazid Prevention Therapy - IPT) แต่เป็นลักษณะของโครงการนำร่องใน 5 จังหวัด ศรีสะเกษ ระยอง ปทุมธานี นครสวรรค์ เชียงใหม่ ใน 6 รพ. ได้แก่ รพ. ชูชนันท์ รพ. ปทุมธานี รพ. บ้านค่าย รพ. เชียงราย ประชาณุเคราะห์ รพ. เชียงดาว รพ. สันป่าตอง ซึ่งผลการดำเนินงานภายใต้โครงการนำร่องมีจำนวนผู้ที่ได้รับ IPT ทั้งหมด 110 คน

อัตราการคัดกรองอาการสงสัยวัณโรคและส่งตรวจเพื่อวินิจฉัยวัณโรคโดยการถ่ายภาพเอกซเรย์ปอดอยู่ที่ 90.59% และอัตราอัตราการได้รับบริการให้ยาป้องกันวัณโรคระยะแฝงด้วยการให้ยาไอโซนาซิด (Isoniazid Prevention Therapy or IPT) อยู่ที่ 1.61%

### โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบว่า อัตราการตรวจพบโรคหนองในแท้ (gonorrhoea) ของผู้ชายในประเทศโดยวิธีการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่มีศักยภาพในการวินิจฉัยที่มารายงาน 506 สำนัก ระบาดวิทยา อยู่ที่ 32.81% ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมาซึ่งอยู่ที่ 28.86% (แผนภูมิที่ 29)

**แผนภูมิที่ 29** อัตราการตรวจพบโรคหนองในแท้ (gonorrhoea) ของผู้ชายในประเทศ โดยวิธีการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่มีศักยภาพในการวินิจฉัย



แหล่งข้อมูล รายงาน 506 สำนักระบาดวิทยา

### ไวรัสตับอักเสบนิตปี (HBV) และ นิตซี (HCV)

ความก้าวหน้าที่สำคัญสำหรับการจัดการปัญหาไวรัสตับอักเสบนิตปี คือ กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบนิตปี พ.ศ. 2560 - 2564 ขึ้น โดยได้กำหนดกรอบยุทธศาสตร์ 5 ประการ ได้แก่ การเฝ้าระวังโรคและระบบข้อมูล การป้องกันและควบคุมโรคและการสื่อสารความเสี่ยง การค้นหาและดูแลผู้ป่วย การวิจัยพัฒนาเพื่อป้องกันควบคุมโรค และการบริหาร

จัดการทรัพยากร โดยยุทธศาสตร์ดังกล่าวมีเป้าหมายที่จะลดการติดเชื้อดื้อยาต้านไวรัส HIV-1 โดยเน้นการให้วัคซีนแก่เด็กแรกเกิดด้วยความครอบคลุมไม่น้อยกว่า 90% ลดการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีโดยเน้นการตรวจคัดกรองเลือดไม่น้อยกว่า 90% ของเลือดที่บริจาคทั้งหมด และให้ผู้ป่วยไวรัสตับเรื้อรังสามารถเข้าถึงการรักษาเพิ่มขึ้นอย่างน้อย 50% ภายในปี 2564

กระทรวงสาธารณสุขได้มีการจัดสัปดาห์รณรงค์ดับอักเสบลูก ประจำปี 2560 ภายใต้คำขวัญ “ตรวจเร็ว รักษาได้ ห่างไกลมะเร็งตับ” โดยเปิดให้ประชาชนขอรับการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี และซี ได้ฟรี ระหว่างวันที่ 31 กรกฎาคม ถึง 4 สิงหาคม 2560 ณ โรงพยาบาลในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุขที่เข้าร่วมโครงการ จำนวน 104 แห่ง ในทุกจังหวัด ทั่วประเทศ และให้ความสำคัญกับประชาชนที่สงสัยว่าจะมีเชื้อไวรัสตับอักเสบบี โดยเฉพาะ โดยเฉพาะ 1. ผู้ที่เกิดก่อนปี พ.ศ.2535 2. ผู้ที่เคยใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด 3. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี 4. ผู้ที่เคยได้รับเลือดหรือสารเลือด 5. ผู้ที่เคยได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะ 6. ผู้ที่เคยพอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 7. ผู้ที่เคยมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย 8. ผู้ที่มีคนในครอบครัวป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบีหรือซี 9. ผู้ที่เคยสักผิวหนัง เจาะหู ฝังเข็ม ในที่ที่ไม่ใช่สถานพยาบาล 10. ผู้ที่เคยได้รับการฉีดยาหรือผ่าตัดเล็กด้วยแพทย์พื้นบ้าน 11. ผู้ที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่เคยถูกเข็มหรือของมีคมตำ 12. ผู้ที่เคยใช้อุปกรณ์บางชนิดร่วมกับผู้อื่น เช่น แปรงสีฟัน มีดโกน กรรไกรตัดเล็บ เข็มฉีดยา เป็นต้น

### 10.3 ความท้าทายและแนวทางการดำเนินงานต่อไป

#### เอชไอวีและวัณโรค

การดำเนินงานการป้องกันและการรักษา HIV-TB พบว่า ความครอบคลุมของการให้การรักษาเอชไอวีและการรักษาวัณโรคในผู้ที่คาดว่าป่วยเป็นวัณโรคและติดเชื้อเอชไอวีไม่เพิ่มขึ้นการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในผู้ป่วย HIV-TB ยังล่าช้าในขณะที่การวางแผนและดำเนินงานร่วมกันระหว่างวัณโรคและเอชไอวียังมีน้อยในทุกระดับ

อย่างไรก็ตาม ประเทศไทย ยังมีความพยายามที่จะดำเนินการด้าน HIV-TB เพื่อปิดช่องว่างความท้าทาย โดยมุ่งเน้นการทำงานในเรื่อง 1) การใช้เทคโนโลยีใหม่ๆ ที่ทันสมัยในการตรวจหาวัณโรคในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อวินิจฉัยและเริ่มต้นรักษาได้รวดเร็วขึ้น 2) การจัดบริการให้แก่กลุ่มประชากรที่เข้าถึงการรักษาหรือไม่สามารถเข้าถึงระบบการรักษาได้ เช่น ผู้ต้องขังในเรือนจำ และประชากรข้ามชาติที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ 3) การพัฒนาคู่มือการให้ยาป้องกันวัณโรคระยะแฝง (IPT) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี 4) การอบรมแพทย์และทีมงานเพื่อวางระบบการดำเนินงานและประสานความร่วมมือระหว่างวัณโรคและเอชไอวี 5) การจัดประชุมเพื่อวางแผนและแลกเปลี่ยนข้อมูลร่วมกันในทุกระดับของพื้นที่ และ 6) การพัฒนาระบบฐานข้อมูลเอชไอวีและวัณโรคเพื่อใช้ในการติดตามประเมินผลและวางแผนงานร่วมกันซึ่งความพยายามเหล่านี้ จำเป็นต้องมีการติดตามและประเมินผลอย่างใกล้ชิดว่ามีความก้าวหน้าไปมากน้อยเพียงใด

## โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของประเทศไทยยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร ดังจะเห็นได้จากแนวโน้มของ STI ที่เพิ่มขึ้นในช่วง 4- 5 ปีที่ผ่านมา โดยเฉพาะการติดเชื้อ STI ในกลุ่มเยาวชนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และเป็นกลุ่มที่มีสัดส่วนมากที่สุดในรายงานจำนวนผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในแต่ละปียังมีประเด็นท้าทายที่เป็นช่องว่างของการดำเนินงานด้าน STI หลายประเด็น ได้แก่

1) ยังไม่มีระบบค้นหา การทำความเข้าใจ การเข้าถึง การเชิญชวน การออกแบบและจัดบริการ ให้กลุ่มเป้าหมายเฉพาะที่เป็นเยาวชน (อายุ 15-24 ปี) ทั้งในประชากรทั่วไป เช่น กลุ่มทหารเกณฑ์ และพนักงานในสถานประกอบการ และในกลุ่มประชากรหลัก เช่น กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย และพนักงานบริการทางเพศ

2) ไม่มีการกำหนดบริการที่จำเป็นด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

3) ยังไม่มีระบบข้อมูลที่ใช้สำหรับการติดตามบริการป้องกันและควบคุม STI

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

นอกจากนั้น ความก้าวหน้าสำคัญของประเทศไทยคือการมียุทธศาสตร์ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แห่งชาติ พ.ศ. 2560-2564 และยุทธศาสตร์รณรงค์อย่างอนามัยแห่งชาติ พ.ศ. 2558-2562 แต่ยังมีประเด็นความท้าทายที่ยังต้องดำเนินการในเรื่องของการปฏิบัติงานเพื่อตอบยุทธศาสตร์

## ไวรัสตับอักเสบบี (HBV) และ ซี (HCV)

การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซี จะคล้ายกับไวรัส HIV คือ สามารถติดต่อผ่านทางเลือดและสารคัดหลั่ง การใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่สวมถุงยางอนามัย และติดต่อจากแม่สู่ลูก ทั้งนี้ ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีส่วนใหญ่มักไม่มีอาการ ทำให้ผู้ติดเชื้อมักไม่ทราบว่าตนติดเชื้อแต่จะทราบอีกทีก็เมื่อเริ่มมีอาการรุนแรง หรือเป็นตับแข็งและมะเร็งตับแล้ว ซึ่งล่าช้าเกินไป ความรู้ความเข้าใจของประชาชนจึงมีความสำคัญต่อการป้องกันควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบบีที่มีประสิทธิภาพ

สถานการณ์ไวรัสตับอักเสบบี (HBV) และไวรัสตับอักเสบบี (HCV) ในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นซึ่งเป็นผลมาจากความพยายามของการดำเนินงานที่ผ่านมา ได้แก่ การคัดกรอง HBV ในหญิงตั้งครรภ์ทุกคนการให้วัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีแก่เด็กทุกคน (จำนวน 4 ครั้ง คือ แรกเกิด อายุ 2 เดือน 4 เดือนและ 6 เดือน) การคัดกรองเลือดบริจาค และการเพิ่มมาตรฐานความปลอดภัยในเรื่องการเปลี่ยนถ่ายโลหิตและส่วนประกอบโลหิตเป็นต้น เป็นผลให้อัตราความชุกของ HBV และ HCV ในประชากรไทยลดลง

ร้อยละ 4 และร้อยละ 2 ตามลำดับในปี 2547 เหลือร้อยละ 2 และร้อยละ 1 ตามลำดับในปี 2557 อย่างไรก็ตาม ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีและเอดส์ HBV และ HCV ได้รับความสนใจในฐานะเป็นโรคติดเชื้อร่วมกับเอชไอวี (HIV co-infection) ที่สำคัญและพบได้บ่อยในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีเนื่องจากช่องทางการติดต่อเป็นช่องทางเดียวกัน คือทางเลือดและทางเพศสัมพันธ์

สำหรับการให้การรักษาผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบนั้น ปัจจุบันประเทศไทยได้อนุมัติให้มีการรักษาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบทุกสายพันธ์ รวมถึงผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในระบบประกันสุขภาพทั้ง 3 กองทุน (ข้าราชการ สุขภาพถ้วนหน้า และประกันสังคม) ตั้งแต่ปี 2558 เป็นต้นไปผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะได้รับการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบดีได้ 1 ครั้งตลอดชีวิต รวมทั้งได้รับการรักษาด้วยยาแบบมาตรฐาน คือ Peginterferon และ Ribavirin อย่างไรก็ตาม ยังมีข้อจำกัดในการเข้าถึงการรักษาอยู่ เนื่องจากข้อบ่งชี้ของการรักษาไวรัสตับอักเสบสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีระบุว่า “ผู้ติดเชื้อฯที่ได้ยาต้านไวรัสจะได้รับการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบกี้ต่อเมื่อตรวจพบไวรัสเอชไอวีในเลือดน้อยกว่า 1,000 copies/mm<sup>3</sup> หรือมีระดับของ CD4 ตั้งแต่ 350 เซลล์/ลบ.มม. ขึ้นไป และผู้ติดเชื้อฯที่ไม่ได้รับยาต้านไวรัส ต้องมีระดับ CD4 ตั้งแต่ 500 เซลล์/ลบ.มม. ขึ้นไป” จึงเป็นช่องว่างและลดโอกาสการเข้าถึงการรักษาไวรัสตับอักเสบในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่อยู่ในข้อบ่งชี้ดังกล่าวจึงมีความจำเป็นที่ประเทศไทยต้องมีการศึกษาและพัฒนาระบบการป้องกันและการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบในผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้มีความครอบคลุมมากยิ่งขึ้นลดข้อจำกัดของการรักษาไวรัสตับอักเสบสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีควบคู่ไปกับการพัฒนาศักยภาพของหน่วยบริการให้สามารถคัดกรองและให้บริการรักษา HCV ได้อย่างครอบคลุมมากขึ้น รวมถึงการพัฒนาที่ใช้ในการรักษาโรค HIV-HBV/HCV ให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น ลดผลข้างเคียงของยาและการดื้อยา เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้เข้าถึงการรักษาและอยู่ในระบบการรักษา HIV-HBV/HCV อย่างต่อเนื่อง

ตารางข้อมูลตัวชี้วัดความก้าวหน้าการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวี

เป้าหมายที่ 1 การเข้าถึงระบบการดูแลสุขภาพ													
เป้าหมายระดับโลก : ผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวี 30 ล้านคน ได้เข้าถึงระบบการดูแลสุขภาพ และบรรลุเป้าหมาย 90-90-90 ภายในปี 2563													
หมวด	ตัวชี้วัด	GAM	UA	เป้าหมาย ประเทศ ปี 2560	2552	2553	2554	2555	2556	2557	2558	2559	2560
PLHIV ผู้สถานะ การติดเชื้อ	คาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี (เด็กและผู้ใหญ่)								459,509	445,503	437,700	449,309	439,610
	ร้อยละของผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่รู้สถานะการติดเชื้อเอชไอวีตนเอง (90 แรก)										88.88%	91.38%	98.29%
รับการรักษาดวย ยาต้านไวรัส	1.1 ร้อยละของผู้ใหญ่และผู้ติดเชื้อเอชไอวี (เด็กและผู้ใหญ่) จำนวน												
	1.2 ร้อยละของผู้ใหญ่และเด็กที่กำลังรับการรักษาดวยยาด้านไวรัส (ปี 2560 รวมเชื้อยาคินนง) (ตัวหารคือ PLHIV Target 81 %)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	90.0%	75.76%	71.80%	77.00%						
	- CD4 <200 cell/ml					59.10%	64.61%	69.96%	80.25%				
	- CD4 <350 cell/ml											68.48%	73.65%
คงอยู่ในระบบการ รักษา	จำนวนผู้ใหญ่และผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รู้สถานะตนเอง												
	จำนวนผู้ใหญ่และเด็กที่กำลังรับการรักษาดวยยาด้านไวรัส (ปี 2560 รวมเชื้อยาคินนง) (90 ที่สอง)						225,272	239,090	246,049	271,652	288,231	307,667	323,784
	จำนวนผู้ใหญ่และเด็กที่รู้สถานะตนเอง												
	จำนวนผู้ใหญ่และเด็กที่กำลังรับการรักษาดวยยาด้านไวรัสในกลุ่มประชากรต่างๆ							206,530	220,628	227,372	272,755	293,206	323,784
คงอยู่ในระบบการ รักษา	1.3 ร้อยละของผู้ใหญ่และเด็กติดเชื้อเอชไอวีที่ยังคงอยู่ในระบบรักษาดวยยาด้านไวรัส อย่างน้อย 12 เดือนหลังเริ่มการรักษา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	95.0%	85.14%	80.70%	83.12%	82.11%	82.70%	83.03%	86.90%	89.49%	89.82%
	ร้อยละของผู้ใหญ่และเด็กติดเชื้อเอชไอวีที่ยังคงอยู่ในระบบรักษาดวยยาด้านไวรัสอย่างน้อย 24 เดือน หลังเริ่มการรักษาด้วยยาด้านไวรัส (ไม่เป็นตัวชี้วัด ปี 2559)		<input type="checkbox"/>			79.80%	79.82%	78.89%	78.38%	77.90%	89.95%	85.86%	88.56%



ตารางข้อมูลตัวชี้วัดความก้าวหน้าการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาคัด

เป้าหมายที่ 1 การเข้าถึงระบบการดูแลสุขภาพ													
เป้าหมายระดับโลก : ผู้ร่วมกับเชื้อเอชไอวี 30 ล้านคน ได้เข้าถึงระบบการดูแลสุขภาพ และบรรลุเป้าหมาย 90-90-90 ภายในปี 2563													
หมวด	ตัวชี้วัด	GAM	เป้าหมาย ประเทศ ปี 2560	2552	2553	2554	2555	2556	2557	2558	2559	2560	
กตไวรัสสำเริง	ร้อยละของผู้ใหญ่และเด็กติดเชื้อเอชไอวีที่ยังคงอยู่ในระบบการรักษาด้วยต้านไวรัสอย่างน้อย 60 เดือน หลังเริ่มการรักษาด้วยต้านไวรัส (ไม่เป็นตัวชี้วัดปี 2559)	<input type="checkbox"/>					ไม่มีข้อมูล	75.91%	74.59%	82.88%	82.71%	83.00%	
	1.4 ร้อยละของผู้รับยาด้านา ที่ตรวจ viral load และสามารถกดปริมาณไวรัสสำเริง (VL ≤ 1000 copies/mL) ในช่วงเวลาของการรายงาน (ข้อมูลเฉพาะ NAP report)	<input type="checkbox"/>						95.38%	96.09%	96.37%	96.78%	96.85%	
	ร้อยละของผู้รับยาด้านาที่สามารถกดปริมาณไวรัสสำเริง (VL ≤ 1000 copies/mL) (90 ที่ 3) (ปี 2560 ตัวตั้งข้อมูล blow up คนช้อยากมองทั้งได้ test ตัวหารผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาด้านา)								92.54%	94.81%	81.89%	82.87%	84.33%
	ร้อยละของผู้รับยาด้านา ที่ตรวจ viral load และผลการตรวจ พบ VL < 1,000 copies/mL ภายหลัง 12 เดือนของการรักษา (ไม่ใช่ตัวชี้วัด ปี 2559)	<input type="checkbox"/>									76.27%	92.71%	92.78%
การวินิจฉัยยาค้า	1.4 ร้อยละของผู้ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยไวรัสและสามารถกดปริมาณไวรัสได้สำเริง (VL ≤ 1000 copies/mL) (ตัวหารจากค่าประมาณผู้ร่วมกับเชื้อฯ ทั้งหมด) Target 73% (ตัวหารคือ PLHIV)										54.08%	62.11%	
	จำนวน									223,372	242,979	273,045	
การวินิจฉัยยาค้า	1.5 ร้อยละของผู้ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ที่มีระดับ CD4 cell count < 200 cells/ $\mu$ L และ CD4 cell count < 350 cells/ $\mu$ L ในช่วงเวลารายงาน												
	สัดส่วนของ CD4 cell count หลังการวินิจฉัย < 200 cells/ $\mu$ L									57.03%	55.54%	53.72%	

ตารางข้อมูลตัวชี้วัดความก้าวหน้าการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

เป้าหมายที่ 1 การเข้าถึงระบบการดูแลสุขภาพ															
เป้าหมายระดับโลก : ผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวี 30 ล้านคน ได้เข้าถึงระบบการดูแลสุขภาพ และบรรลุเป้าหมาย 90-90-90 ภายในปี 2563															
หมวด	ตัวชี้วัด	GAM	UA	เป้าหมายประเทศปี 2560	2552	2553	2554	2555	2556	2557	2558	2559	2560		
	สัดส่วนของ CD4 หลังการวินิจฉัย < 350 cells/ $\mu$ L มีคุณภาพของ CD4 cell count หลังการวินิจฉัย (cells/ $\mu$ L) (ข้อมูลรวมทุกสิทธิ์) มีปริมาณ CD4 cell count ก่อนเริ่มยาต้านฯ (cells/ $\mu$ L) (ข้อมูลรวมทุกสิทธิ์)				95	102	98	98	109	121	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	72.87%		
					82	91	113	105	131	129	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	174		
														167	
ยาด้านฯ ขาดคลัง	ร้อยละของสถานพยาบาลที่ให้บริการด้วยต้านไวรัสฯ ประสบปัญหาขาดคลังชั่วคราวอย่างน้อย 1 ครั้งใน 12 เดือนที่ผ่านมา							3.14%	3.55%	3.05%	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล		
เสียชีวิตเนื่องจากโรคเอดส์	อัตราการเสียชีวิตของผู้ร่วมกับเชื้อจากการป่วยที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ต่อแสนประชากร (จากแบบจำลอง spectrum AEM ปี 2560 )		<input type="checkbox"/>									19.27	22.49		
				<input type="checkbox"/>								14,214	12,863	14,731	
	จำนวนผู้เสียชีวิตของผู้ร่วมกับเชื้อที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ (จากระบบบริการ)												10,513	11,063	10,787

ตารางข้อมูลตัวชี้วัดความก้าวหน้าการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวี

เป้าหมายที่ 2 การจัดการติดเชื้อเอชไอวีในเด็ก														
เป้าหมายระดับโลก : จัดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในเด็ก ภายในปี 2563 และทำให้เด็กอยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี 1.6 ล้านคน เข้าถึงการรักษา ภายในปี 2561														
หมวด	ตัวชี้วัด	GAM	UA	เป้าหมาย ประเทศ ปี 2560	2551	2552	2553	2554	2555	2556	2557	2558	2559	2560
การวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก	2.1 ร้อยละของการเกิดจากแม่ติดเชื้อ ได้รับการตรวจหาเชื้อเอชไอวี (PCR) ภายใน 2 เดือนหลังคลอด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	90.00%			75.80%	73.13%	77.23%	72.87%	76.14%	92.80%	91.81%	98.61%
	2.2 อัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก (จากแบบจำลอง spectrum)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.00%			3.75%	3.04%	2.74%	2.30%	2.13%	1.91%	1.79%	1.68%
การถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก	จำนวนร้อยละของการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาติดเชื้อที่คลอดภายใน 12 เดือนที่ผ่านมา (จากระบบบริการ)	<input type="checkbox"/>						149	135	117	98	86	75	68
	จำนวนร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวีได้รับยาต้านไวรัสเพื่อลดการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก (เริ่มใช้แบบจำลองในปี 2555)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	98.80%	93.60%	95.00%	94.20%	93.98%		93.75%	95.15%	95.78%		56
ป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก	2.3 ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่นำฝากครรภ์ที่ได้รับการติดเชื้อซิฟิลิส ที่นับเป็นบวก และได้รับการรักษา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
	2.4 ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่นำฝากครรภ์ที่ได้รับการติดเชื้อซิฟิลิส ที่นับเป็นบวก และได้รับการรักษา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
ซิฟิลิส	ก. ความครอบคลุมของการตรวจการติดเชื้อซิฟิลิสของหญิงตั้งครรภ์ที่มีฝากครรภ์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						91.55%	99.33%	98.91%	99.13%	99.22%	99.14%
	ข. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการติดเชื้อซิฟิลิสที่ไม่ผลตรวจเป็นบวก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						0.06%	0.07%	0.04%	0.08%	0.11%	0.17%
	ค. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสและได้รับการรักษา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						93.10%	94.51%	98.10%	95.94%	97.84%	97.54%
ซิฟิลิส	2.5 ร้อยละของการติดเชื้อซิฟิลิสเมื่อแรกเกิด (เกิดมีชีพและเกิดไร้ชีพ) ใน 12 เดือนที่ผ่านมา (congenital syphilis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							0.009%	0.011%	0.011%	0.015%	0.015%
	2.6 ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่รู้สถานะเอชไอวี (ใหม่ 2560)									67	85	80	105	103
											99.81%	99.60%	99.73%	99.82%

ตารางข้อมูลตัวชี้วัดความก้าวหน้าการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาคอรัปชัน

จำนวน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								774,860	733,390	702,137	701,488
-------	--------------------------	--------------------------	--	--	--	--	--	--	--	---------	---------	---------	---------

เป้าหมายที่ 3 การป้องกันเอชไอวีในประชากรหลัก													
เป้าหมายระดับโลก: ประชาชนไม่น้อยกว่า 90% เข้าถึงบริการป้องกันแบบผสมผสาน โดยเฉพาะกลุ่มประชากรหลัก (ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย, หญิงข้ามเพศ, พนักงานบริการทางเพศและลูกค้า, ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด และผู้ต้องขัง)													
หมวด	ตัวชี้วัด	GAM	UA	เป้าหมายประเทศ ปี 2560	2552	2553	2554	2555	2556	2557	2558	2559	2560
อุปการณ์	3.1 จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในรบบรายงานต่อประชากรไม่ติดเชื้อ 1,000 คน (New Infection)	<input type="checkbox"/>									0.11	0.10	0.09
	3.2 การคาดประมาณจำนวนประชากรหลัก (Size estimation)												
คาดประมาณจำนวนประชากรหลัก	ก. พนักงานบริการทางเพศ (ชายและหญิง) (Sex Worker)	<input type="checkbox"/>			141,769	141,769		141,769		141,769	147,000	155,000	144,000
	พนักงานบริการทางเพศหญิง (FSW)	<input type="checkbox"/>						123,530		123,530	132,000	129,000	129,000
	พนักงานบริการทางเพศชาย (MSM)	<input type="checkbox"/>								18,239	15,000	15,000	15,000
	ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM และ TG)	<input type="checkbox"/>				550,000		550,000		550,000	521,000	590,700	590,700
	ชายมีเพศสัมพันธ์กับชายที่มีความเสี่ยงสูง (High risk MSM)	<input type="checkbox"/>											159,600
	ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID)	<input type="checkbox"/>				40,300		40,300		40,300	42,650	42,650	42,650
	หญิงข้ามเพศ (TG)	<input type="checkbox"/>									50,000	62,800	62,800
จ. ผู้ต้องขัง	<input type="checkbox"/>									341,760	306,700	311,587	
ร้อยละของประชากรหลักแต่ละกลุ่มที่รู้ร่วมกับเชื้อเอชไอวี	ก. พนักงานบริการทางเพศ (ชายและหญิง)												
	พนักงานบริการทางเพศหญิง (FSW)	<input type="checkbox"/>		1.0%		2.69%		2.16%		1.13%		1.0%	
	พนักงานบริการทางเพศหญิง (FSW) non-venue										2.45%		
ประชากรหลักที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี									3.33%				กพ. 3.0% รวม 5

ตารางข้อมูลตัวชี้วัดความก้าวหน้าการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาดอลส์

เป้าหมายที่ 3 การป้องกันเอวีในประชากรหลัก														
เป้าหมายระดับโลก: ประชาชนไม่น้อยกว่า 90% เข้าถึงบริการป้องกันแบบผสมผสาน โดยเฉพาะกลุ่มประชากรหลัก (ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย, หญิงข้ามเพศ, พนักงานบริการทางเพศและลูกค้า, ผู้ใช้แอปพลิเคชันโซเชียลมีเดีย และผู้ต้องขัง)														
หมวด	ตัวชี้วัด	GAM	UA	เป้าหมายประเทศ ปี 2560	2552	2553	2554	2555	2556	2557	2558	2559	2560	
ประชากรหลักที่รู้สถานะการติดเชื้อเอชไอวี	พนักงานบริการทางเพศชาย (MSW)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10.2%		16.00%		17.20%		13.11%		14.11%		
	ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6.0%		8.02%		31.52%		19.23%		21.61%		
	ผู้ใช้แอปพลิเคชันโซเชียลมีเดีย (PWID)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21.0%	17.20%	21.87%		25.20%		20.50%		ไม่ได้สำรวจ	ไม่มีข้อมูล	
	หญิงข้ามเพศ (TG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					7.49%		15.68%		10.16%		
	ผู้ต้องขัง (จากระบบบริการ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									1.56%	1.53%	1.51%
3.4	ประชากรหลักที่รู้สถานะการติดเชื้อเอชไอวี													
ประชากรหลักที่รู้สถานะการติดเชื้อเอชไอวี	พนักงานบริการทางเพศชายที่รู้สถานะการติดเชื้อเอชไอวี													
	ร้อยละของพนักงานบริการทางเพศหญิงที่ตรวจเอชไอวีและรู้ผล ใน 12 เดือนที่ผ่านมา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	90.0%		47.76%		55.60%		54.19%		52.86%		
	พนักงานบริการทางเพศหญิง (FSW) non-venue												กทม. 76.6% รวม 5 จว.RDS = 58.3%	
	ร้อยละของพนักงานบริการทางเพศชายที่ตรวจเอชไอวีและรู้ผลใน 12 เดือนที่ผ่านมา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	90.0%		14.93%		47.25%		52.93%		76.30%		
	ร้อยละของผู้ใช้แอปพลิเคชันโซเชียลมีเดียที่ตรวจเอชไอวีและรู้ผลตรวจใน 12 เดือนที่ผ่านมา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	90.0%		40.71%		43.65%		24.88%		54.62%		
	ร้อยละของผู้ใช้แอปพลิเคชันโซเชียลมีเดียที่ตรวจเอชไอวีและรู้ผลตรวจใน 12 เดือนที่ผ่านมา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	90.0%	39.99%	40.71%		43.65%		61.30%		ไม่ได้สำรวจ	ไม่มีข้อมูล	

ตารางข้อมูลตัวชี้วัดความก้าวหน้าการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาดอลล์

เป้าหมายที่ 3 การป้องกันเอชไอวีในประชากรหลัก														
เป้าหมายระดับโลก: ประชาชนไม่น้อยกว่า 90% เข้าถึงบริการป้องกันแบบผสมผสาน โดยเฉพาะกลุ่มประชากรหลัก (ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย, หญิงข้ามเพศ, พนักงานบริการทางเพศและลูกค้า, ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด และผู้ต้องขัง)														
หมวด	ตัวชี้วัด	GAM	UA	เป้าหมายประเทศ ปี 2560	2552	2553	2554	2555	2556	2557	2558	2559	2560	
การรับยาด้านในกลุ่มประชากรหลัก	จ. ร้อยละของหญิงข้ามเพศได้รับการตรวจเอชไอวีและรู้ผลตรวจใน 12 เดือนที่ผ่านมา (TG)							44.62%		42.30%		69.47%		
	3.5 ความครอบคลุมของการได้รับยาด้านไวรัสในกลุ่มประชากรหลักที่ติดเชื้อเอชไอวี													
	ก. ร้อยละของพนักงานบริการทางเพศที่ติดเชื้อเอชไอวีและได้รับยาด้านไวรัสใน 12 ที่ผ่านมา	<input type="checkbox"/>											ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
	ข. ร้อยละของชายมีเพศสัมพันธ์กับชายที่ติดเชื้อเอชไอวีและได้รับยาด้านไวรัสใน 12 ที่ผ่านมา	<input type="checkbox"/>											ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
	ค. ร้อยละของผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีดที่ติดเชื้อเอชไอวีและได้รับยาด้านไวรัสใน 12 ที่ผ่านมา	<input type="checkbox"/>											ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
	ง. ร้อยละของหญิงข้ามเพศที่ติดเชื้อเอชไอวีและได้รับยาด้านไวรัสใน 12 ที่ผ่านมา	<input type="checkbox"/>											ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
การใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มประชากรหลัก	จ. ร้อยละของผู้ต้องขังที่ติดเชื้อเอชไอวีและได้รับยาด้านไวรัสใน 12 ที่ผ่านมา	<input type="checkbox"/>										ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	
	3.6 การใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มประชากรหลัก												IBBS	
การใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มประชากรหลัก	ก. ร้อยละของพนักงานบริการรายวันที่ใช้ถุงยางอนามัยกับลูกค้าล่าสุด													
	ข. ร้อยละของพนักงานบริการหญิงรายวันที่ใช้ถุงยางอนามัยกับลูกค้าล่าสุด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	95.0%		95.56%		93.60%		96.09%		83.1%		
	ค. พนักงานบริการทางเพศหญิง (FSW) non-venue												กพม. 92.0% รวม 5 จว.RDS = 80.8%	



ตารางข้อมูลตัวชี้วัดความก้าวหน้าการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

เป้าหมายที่ 3 การป้องกันเอชไอวีในประชากรหลัก														
เป้าหมายระดับโลก: ประชาชนไม่น้อยกว่า 90% เข้าถึงบริการป้องกันแบบผสมผสาน โดยเฉพาะกลุ่มประชากรหลัก (ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย, หญิงข้ามเพศ, พนักงานบริการทางเพศและลูกค้า, ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด และผู้ต้องขัง)														
หมวด	ตัวชี้วัด	GAM	UA	เป้าหมายประเทศ ปี 2560	2552	2553	2554	2555	2556	2557	2558	2559	2560	
	a.	ผู้เข้าเสพติดด้วยวิธีฉีดที่ใช้ถึงจุดบริการป้องกันเอชไอวีแบบรายบุคคลและ/หรือกลุ่มย่อย (ข้อมูลจากระบบบริการ)										ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	
	b.	จำนวนเข็มและอุปกรณ์ฉีดยาสะอาดที่แจกให้ผู้เข้าเสพติดด้วยวิธีฉีด ตามแผนงานแจกเข็มและอุปกรณ์ฉีดยาสะอาด (NSP) (ข้อมูลจากระบบบริการ)					394,618	464,107	484,390	555,588	266,055	572,070	545,665	
	จ.	ร้อยละของหญิงข้ามเพศที่ได้รับบริการป้องกัน	<input type="checkbox"/>					79.81%		59.24%		66.60%		
	3.7.1	จำนวนหน่วยบริการสำหรับผู้เข้าเสพติดด้วยวิธีฉีด	<input type="checkbox"/>											
หน่วยบริการสำหรับผู้เข้าเสพติดด้วยวิธีฉีด	ก.	จำนวนหน่วยบริการสำหรับผู้เข้าเสพติดด้วยวิธีฉีด	<input type="checkbox"/>									164	161	
	1)	จำนวนหน่วยบริการที่ให้การบำบัดด้วยสารอนุพันธ์ในทดแทน			49	ไม่มีข้อมูล	147	147	147	147	140		147	131
		ดำเนินการโดยภาครัฐ (ตามแผนงานของประเทศ)											147	131
		ดำเนินการโดยภาคประชาสังคม/องค์กรพัฒนาเอกชน											0	0
	2)	จำนวนหน่วยบริการตามแผนงานแจกเข็มและอุปกรณ์ฉีดยาสะอาด (NSP)				39	49	42	36	38	42	16	17	30
		ดำเนินการโดยภาครัฐ (ตามแผนงานของประเทศ)											3	13
ดำเนินการโดยภาคประชาสังคม/องค์กรพัฒนาเอกชน												14	17	
ข.	จำนวนพื้นที่ที่ได้รับการฉีดของทั้งประเทศ	<input type="checkbox"/>										89	45	
	1)	จำนวนพื้นที่รับผิดชอบดูแลงานการบำบัดด้วยสารอนุพันธ์ในทดแทน (จังหวัด)										77	32	
	2)	จำนวนพื้นที่รับผิดชอบแผนงานแจกเข็มและอุปกรณ์ฉีดยาสะอาด (NSP)										12	13	



ตารางข้อมูลตัวชี้วัดความก้าวหน้าการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

เป้าหมายที่ 3 การป้องกันข้อเฝ้าระวังในประชากรหลัก													
เป้าหมายระดับโลก: ประชาชนไม่น้อยกว่า 90% เข้าถึงบริการป้องกันแบบผสมผสาน โดยเฉพาะกลุ่มประชากรหลัก (ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย, หญิงข้ามเพศ, พนักงานบริการทางเพศและลูกค้า, ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด และผู้ต้องขัง)													
หมวด	ตัวชี้วัด	GAM	UA	เป้าหมายประเทศปี 2560	2552	2553	2554	2555	2556	2557	2558	2559	2560
ผู้ใช้อาสาสมัครด้วยวิธีฉีด	3.8 ร้อยละของผู้ใช้ยาารามานกว่าใช้อุปกรณ์ฉีดยาสะอาดเมื่อฉีดยาครั้งแรก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	82.0%	42.02%	77.68%		80.45%		95.30%			ไม่มีข้อมูล
	3.9 จำนวนการแจกเข็มสะอาดต่อปีให้แก่ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด ตามแผนงานแจกเข็มและอุปกรณ์ฉีดยาสะอาด (NSP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	88.0			9.79	11.52	12.02	13.79	6.33	13.41	12.79
	3.10 ร้อยละของผู้ที่ใช้เข็มด้วยวิธีฉีดที่ได้รับการบำบัดด้วยสารอนุพันธ์อินทผดัม (OST) ตัวหารคือคนที่ได้รับการบำบัดทั้งหมด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									12.66%	15.46%
	จำนวนผู้ใช้เข็มด้วยวิธีการฉีด ที่ได้รับการบำบัดด้วยสารอนุพันธ์อินทผดัม(OST)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								754	813	799
ผู้ใช้อาสาสมัครด้วยวิธีฉีด	คาดประมาณจำนวนผู้ใช้สารเสพติดประเภทฝิ่น (โดยวิธีการฉีดและฉีด) จำนวนผู้ได้รับสารทดแทนอนุพันธ์ฝิ่น (OST) (ไม่เป็นตัวชี้วัดในปี 2560)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						Data not available				
	ก. คาดประมาณจำนวนผู้ใช้สารเสพติดประเภทฝิ่น (โดยวิธีการฉีดและฉีด)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
	ข. จำนวนผู้ได้รับสารทดแทนอนุพันธ์ฝิ่น (OST)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4,500		2,201	2,612	3,735	4,068	3,646	5,956	5,258	6,246
พนักงานบริการ	จำนวนผู้ใช้เข็มด้วยวิธีฉีดที่จำเป็นต้องพึ่งการบำบัดด้วย OST	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										19,256
	Number of opioid-dependent people who inject drugs in the country	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย	3.11 ร้อยละของพนักงานบริการที่ติดเชื้อซิฟิลิสระยะเฉียบพลัน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		ค่าเฉลี่ยฐาน		0.26%	0.00%	0.00%				ไม่มีข้อมูล
	3.12 ร้อยละของชายมีเพศสัมพันธ์กับชายติดเชื้อซิฟิลิสระยะเฉียบพลัน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		ค่าเฉลี่ย		0.62%	0.54%	0.69%				ไม่มีข้อมูล
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	24.36%				ไม่มีข้อมูล





ตารางข้อมูลตัวชี้วัดความก้าวหน้าการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาดอล

เป้าหมายที่ 4 การบริหารจัดการความเสี่ยงไม่เสมอภาคทางเพศ และยุติความรุนแรง/การเลือกปฏิบัติ														
เป้าหมายระดับโลก: ขจัดความไม่เท่าเทียมทางเพศยุติความรุนแรงและการเลือกปฏิบัติทุกรูปแบบต่อผู้หญิง เด็กผู้หญิงผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี และกลุ่มประชากรหลัก ภายในปี 2563														
หมวด	ตัวชี้วัด	GAM	UA	เป้าหมาย ประเทศ ปี 2560	2552	2553	2554	2555	2556	2557	2558	2559	2560	
การติดตามและเลือก ปฏิบัติ	4.1 ร้อยละของชาย-หญิงอายุ 15-49 ปีที่รายงานทัศนคติการเลือกปฏิบัติต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี	<input type="checkbox"/>		52.7%					ไม่มีข้อมูล		58.60%	ยังไม่ถึง รอบการ สำรวจ	ยังไม่ถึง รอบการ สำรวจ	
		ข้อมูลจาก MICS Survey 2558-2559											26.08%	
	4.2 การทบทวนการเข้ารับบริการเอชไอวีอื่นเนื่องมาจากกรณี ตราและเลือกปฏิบัติในประชากรหลัก	<input type="checkbox"/>											คำถามไม่ สอดคล้อง	คำถามไม่ สอดคล้อง
	ก. พนักงานบริการทางเพศที่หลีกเลี่ยงการเข้ารับบริการเอชไอวีอื่นเนื่องมาจากกรณีตราและเลือกปฏิบัติ												คำถามไม่ สอดคล้อง	คำถามไม่ สอดคล้อง
	พนักงานบริการหญิงตัดสินใจไปเข้ารับบริการสุขภาพ ล่าช้าในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา (จาก IBBS) venue FSW												1.8%	
	non-venue FSW													10.51%
	พนักงานบริการชายตัดสินใจไปเข้ารับบริการสุขภาพ ล่าช้าในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา (จาก IBBS)													10.0%
	ข. การหลีกเลี่ยงการเข้ารับบริการเอชไอวีอื่นเนื่องมาจาก การตีตราและเลือกปฏิบัติในชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย	<input type="checkbox"/>												คำถามไม่ สอดคล้อง
	ชายมีเพศสัมพันธ์กับชายตัดสินใจไปเข้ารับบริการ สุขภาพล่าช้าในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา (จาก IBBS)													7.9%
	ค. การหลีกเลี่ยงการเข้ารับบริการเอชไอวีอื่นเนื่องมาจาก การตีตราและเลือกปฏิบัติในผู้ขายเสฟตีควียวีซีดี	<input type="checkbox"/>												คำถามไม่ สอดคล้อง



ตารางข้อมูลตัวชี้วัดความก้าวหน้าการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

เป้าหมายที่ 5 การป้องกันเอชไอวีในเยาวชน													
เป้าหมายระดับโลก: 90% ของประชากรหนุ่มสาว มีทักษะ ความรู้และความสามารถในการป้องกันตนเองจากเอชไอวีและเข้าถึงบริการด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ได้ภายในปี 2563													
เพื่อลดจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ที่เป็นกลุ่มวัยรุ่นหญิงและผู้หญิงให้ต่ำกว่า 100,000 คนต่อปี													
หมวด	ตัวชี้วัด	GAM	UA	เป้าหมายประเทศปี 2560	2552	2553	2554	2555	2556	2557	2558	2559	2560
ความรู้เกี่ยวกับเอชไอวี	5.1 ร้อยละของเยาวชนชายและหญิงอายุ 15-24 ปี ที่บอกวิธีการป้องกันการใช้เข็มฉีดยาทางเพศที่ปลอดภัยได้ถูกต้อง และไม่เห็นด้วยกับความเชื่อผิดๆ เกี่ยวกับการรับและถ่ายถอดเชื้อเอชไอวี (MICS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									45.56%	ไม่มีข้อมูลใหม่
	5.2 ร้อยละของหญิงวัยเจริญพันธุ์ 15-49 ปี (ที่สมรสหรืออยู่กินฉันสามีภรรยา) ที่มีความต้องการวางแผนครอบครัวและคุมกำเนิดด้วยวิธีแบบใหม่ (MICS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										96.5%

ตารางข้อมูลตัวชี้วัดความก้าวหน้าการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวี

เป้าหมายที่ 10 การจากระบบบริการเอชไอวีและโรคเอดส์และโรคมะเร็งแบบบูรณาการ													
เป้าหมายระดับโลก: จากระบบบริการเอชไอวีและโรคเอดส์ (รวมโรค มะเร็งปากมดลูก ไวรัสตับอักเสบ บี และซี) แบบบูรณาการ โดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง เพื่อพัฒนาระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า													
หมวด	ตัวชี้วัด	GAM	UA	เป้าหมายประเทศ ปี 2560	2552	2553	2554	2555	2556	2557	2558	2559	2560
เอชไอวีและ วัณโรค	10.1 ร้อยละของจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นวันโรคตามการคาดประมาณ ได้รับการรักษาทั้งวันโรคและเอชไอวี	<input type="checkbox"/>		50.00%	25.5%	26.1%	36.2%	27.8%	38.4%	39.1%	35.9%	30.0%	45.8%
	จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ หรือเป็นผู้เริ่มรับการรักษาวัณโรคในช่วงเวลารายงาน ที่ได้รับยาต้านไวรัสแล้วหรือเริ่มยาต้านไวรัสในระหว่างรับการรักษาวัณโรค ภายในปีที่รายงาน						4,669	3,591	4,619	4,691	5,389	4,495	4,577
โรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์อื่นๆ	10.2 จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยที่เป็นวันโรคระยะลุกลาม ในช่วงเวลารายงาน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							ไม่มีข้อมูล		1,447	1,436
	ร้อยละของผู้ป่วยเริ่มรับการรักษาวัณโรคระยะแฝง ในช่วงเวลารายงาน											14.0	13.0
โรคมะเร็งปากมดลูก และซี	10.3 ร้อยละของผู้ป่วยเริ่มรับการรักษาวัณโรคระยะแฝง ในช่วงเวลารายงาน	<input type="checkbox"/>								ไม่มีข้อมูล			ไม่มีข้อมูล
	10.4 จำนวนชายที่ตรวจพบสิ่งคัดหลั่งจากท่อปัสสาวะใน 12 เดือนที่ผ่านมา	<input type="checkbox"/>										ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
ไวรัสตับอักเสบบี และซี	10.5 อัตราการตรวจพบโรคหนองในแท้ (gonorrhoea) ของผู้ชายในประเทศ โดยวิธีการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่มีศักยภาพในการวินิจฉัย	<input type="checkbox"/>										28.9	32.8
	10.6 ร้อยละ (สัดส่วน) ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เริ่มรับยาต้านไวรัสที่ได้รับการตรวจหาไวรัสตับอักเสบบี	<input type="checkbox"/>										ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
โรคมะเร็งปากมดลูก	10.7 ร้อยละ (สัดส่วน) ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นโรคมะเร็งไวรัสตับอักเสบบีที่ได้รับการรักษาทั้งสองโรค	<input type="checkbox"/>										ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
	10.8 ร้อยละ (สัดส่วน) ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เริ่มรับยาต้านไวรัสที่ได้รับการตรวจหาไวรัสตับอักเสบบี	<input type="checkbox"/>										ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
มะเร็งปากมดลูก	10.9 ร้อยละ (สัดส่วน) ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นโรคมะเร็งไวรัสตับอักเสบบีที่ได้รับการรักษาไวรัสตับอักเสบบี	<input type="checkbox"/>										ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
	10.10 ร้อยละ (สัดส่วน) ของหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีอายุ 30-49 ปีที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธีการ VIA, Pap smear หรือ HPV test	<input type="checkbox"/>											ไม่มีข้อมูล

