

การติดตามผลสำเร็จของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้าถึงบริการยาต้านเอชไอวี (๙๐ที่สอง)  
ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ - ๒๕๖๓

นางสาวรวิพร เสาร์อินทร์  
นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ ๓๓๙๐  
กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค

# สารบัญ

	หน้า
<b>บทที่ ๑ บทนำ</b>	
๑.๑ ที่มาและความสำคัญ	๑
๑.๒ วัตถุประสงค์ของการศึกษา	๓
๑.๓ ขอบเขตการศึกษา	๓
๑.๔ นิยามศัพท์เฉพาะ	๓
๑.๕ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	๔
<b>บทที่ ๒ แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง</b>	
๒.๑ ส่วนที่ ๑ นโยบาย และแนวทางการดำเนินงานงานยุติปัญหาเอดส์	๕
๒.๒ ส่วนที่ ๒ แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง	๙
๒.๓ ส่วนที่ ๓ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	๑๐
<b>บทที่ ๓ วิธีดำเนินการศึกษา</b>	
๓.๑ รูปแบบการศึกษา	๑๓
๓.๒ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	๑๓
๓.๓ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	๑๓
๓.๔ การรวบรวมข้อมูล	๑๔
๓.๕ การวิเคราะห์ข้อมูล	๑๔
<b>บทที่ ๔ ผลการศึกษา</b>	
๔.๑ สถานการณ์การดำเนินงานการเข้าถึงระบบบริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี	๑๕
๔.๒ ภาพรวมการเข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี (๙๐ที่สอง) ของประเทศไทย	๓๑
๔.๓ ผลสำเร็จการเข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี (๙๐ที่สอง) จำแนกตามพื้นที่	๓๕
<b>บทที่ ๕ สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ</b>	
๕.๑ สรุปผลการศึกษา	๔๕
๕.๒ อภิปรายผลการศึกษา	๔๘
๕.๓ ข้อเสนอแนะ	๕๔
<b>บรรณานุกรม</b>	๕๖

## สารบัญแผนภูมิ

	หน้า
แผนภูมิที่ ๑ สถานการณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและการเข้าถึงระบบบริการดูแลรักษา ด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี ปีงบประมาณพ.ศ.๒๕๖๑ – ๒๕๖๓	๑๖
แผนภูมิที่ ๒ จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีที่ยังอยู่ในระบบ (Currently receiving ART) และจำนวนผู้ติดเชื้อฯ ที่ได้รับการรักษาด้วยยา ต้านไวรัสเอชไอวีใหม่ในปี (Newly receiving ART) ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ – ๒๕๖๓	๑๖
แผนภูมิที่ ๓ จำนวนผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยและรู้สถานะการติดเชื้อเอชไอวีของตนเอง (Positive) และผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีรายใหม่ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ – ๒๕๖๓	๑๗
แผนภูมิที่ ๔ สัดส่วน CD4 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหลังการวินิจฉัย ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ – ๒๕๖๓	๑๘
แผนภูมิที่ ๕ สัดส่วน CD4 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหลังการวินิจฉัย จำแนกตามเพศ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓	๑๙
แผนภูมิที่ ๖ สัดส่วน CD4 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหลังการวินิจฉัย จำแนกตามกลุ่มอายุ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓	๑๙
แผนภูมิที่ ๗ สัดส่วน CD4 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหลังการวินิจฉัย จำแนกตามกลุ่มประชากรหลัก ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓	๒๐
แผนภูมิที่ ๘ สัดส่วน CD4 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีก่อนเริ่มยาต้านเอชไอวี ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ – ๒๕๖๓	๒๐
แผนภูมิที่ ๙ สัดส่วน CD4 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีก่อนเริ่มยาต้านเอชไอวี จำแนกตามเพศ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓	๒๑
แผนภูมิที่ ๑๐ สัดส่วน CD4 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีก่อนเริ่มยาต้านเอชไอวี จำแนกตามกลุ่มอายุ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓	๒๑
แผนภูมิที่ ๑๑ สัดส่วน CD4 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีก่อนเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี จำแนกตาม กลุ่มประชากรหลัก ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓	๒๒
แผนภูมิที่ ๑๒ สัดส่วนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี และผู้ติดเชื้อเอชไอวี หลุดออกจากระบบการรักษา ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ - ๒๕๖๓	๒๓
แผนภูมิที่ ๑๓ สัดส่วนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เสียชีวิต และขาดการติดตามการรักษาขณะรักษา ด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ – ๒๕๖๓	๒๔
แผนภูมิที่ ๑๔ สัดส่วนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เสียชีวิต และขาดการติดตามการรักษาขณะรักษา ด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี จำแนกตามเพศ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ – ๒๕๖๓	๒๕
แผนภูมิที่ ๑๕ สัดส่วนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เสียชีวิต และขาดการติดตามการรักษาขณะรักษา ด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี จำแนกตามกลุ่มอายุ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓	๒๕
แผนภูมิที่ ๑๖ สัดส่วนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เสียชีวิตและขาดการติดตามการรักษาขณะรักษา ด้วยยาต้านเอชไอวีรายใหม่ (Newly received ART) จำแนกตามเพศ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ – ๒๕๖๓	๒๖

## สารบัญแผนภูมิ (ต่อ)

	หน้า	
แผนภูมิที่ ๑๗	สัดส่วนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เสียชีวิต และขาดการติดตามการรักษา ขณะรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีรายใหม่ (Newly received ART) จำแนกตามกลุ่มอายุ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓	๒๗
แผนภูมิที่ ๑๘	สัดส่วนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีหลุดออกจาก ระบบการรักษา จำแนกตามกลุ่มประชากรหลัก ปีงบประมาณ ๒๕๖๓	๒๘
แผนภูมิที่ ๑๙	สัดส่วนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เสียชีวิต และขาดการติดตามการรักษา ขณะรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี จำแนกตามกลุ่มประชากรหลัก ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓	๒๘
แผนภูมิที่ ๒๐	สัดส่วนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีรายใหม่ (Newly receiving ART) หลุดออกจากระบบการรักษา จำแนกตาม กลุ่มประชากรหลัก ปีงบประมาณ ๒๕๖๓	๒๙
แผนภูมิที่ ๒๑	สัดส่วนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เสียชีวิต และขาดการติดตามการรักษา ขณะรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีรายใหม่ (Newly received ART) จำแนกตามกลุ่มประชากรหลัก ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓	๒๙
แผนภูมิที่ ๒๒	สัดส่วนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี หลุดออกจาก ระบบการรักษา จำแนกตามสิทธิการรักษา ปีงบประมาณ ๒๕๖๓	๓๐
แผนภูมิที่ ๒๓	สัดส่วนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีในปี (Newly receiving ART) หลุดออกจากระบบการรักษา จำแนกตาม สิทธิการรักษา ปีงบประมาณ ๒๕๖๓	๓๐
แผนภูมิที่ ๒๔	ผลสำเร็จการเข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี (๙๐ที่สอง) ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ – ๒๕๖๓	๓๑
แผนภูมิที่ ๒๕	ผลสำเร็จการเข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี (๙๐ที่สอง) จำแนกตามเพศ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ – ๒๕๖๓	๓๑
แผนภูมิที่ ๒๖	ผลสำเร็จการเข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี (๙๐ที่สอง) จำแนกเด็กและผู้ใหญ่ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ – ๒๕๖๓	๓๒
แผนภูมิที่ ๒๗	ผลสำเร็จการเข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี (๙๐ที่สอง) จำแนกตามกลุ่มอายุ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ – ๒๕๖๓	๓๒
แผนภูมิที่ ๒๘	ผลสำเร็จการเข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี (๙๐ที่สอง) จำแนกตามกลุ่มประชากรหลัก ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ – ๒๕๖๓	๓๓
แผนภูมิที่ ๒๙	ผลสำเร็จการเข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี (๙๐ที่สอง) จำแนกตามสิทธิการรักษา ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ – ๒๕๖๓	๓๔
แผนภูมิที่ ๓๐	ผลสำเร็จด้านการดูแลรักษา (๙๐ – ๙๐ – ๙๐) ประเทศไทย ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ – ๒๕๖๓	๓๔
แผนภูมิที่ ๓๑	ผลสำเร็จการเข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี (๙๐ที่สอง) จำแนกตามเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ – ๒๕๖๓	๓๕

## สารบัญแผนภูมิ (ต่อ)

	หน้า	
แผนภูมิที่ ๓๒	สัดส่วนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รักษาด้วยยาต้านเอชไอวี และผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่หลุดออกจากระบบการรักษา จำแนกตามเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓	๓๖
แผนภูมิที่ ๓๓	สัดส่วนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เสียชีวิต และการขาดติดตามการรักษาขณะรักษา ด้วยยาต้านเอชไอวีจำแนกตามเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓	๓๖
แผนภูมิที่ ๓๔	สัดส่วนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รักษาด้วยยาต้านเอชไอวีรายใหม่ และผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่หลุดออกจากระบบการรักษา จำแนกตามเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓	๓๗
แผนภูมิที่ ๓๕	สัดส่วนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เสียชีวิต และการขาดติดตามการรักษาขณะรักษา ด้วยยาต้านเอชไอวีรายใหม่ (Newly received ART) จำแนกตามเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓	๓๗
แผนภูมิที่ ๓๖	สัดส่วน CD4 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีก่อนเริ่มยาต้านเอชไอวี จำแนกตามเขตสุขภาพ ปีงบประมาณพ.ศ. ๒๕๖๓	๓๘
แผนภูมิที่ ๓๗	ผลสำเร็จการเข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี (๙๐ที่สอง) จำแนกแหล่งทุนสนับสนุน ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓	๔๑

## สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ ๑ จำนวนและร้อยละของผลการดำเนินงานการเข้าถึงระบบบริการดูแลรักษา ที่ลดลงในแต่ละปี	๑๘
ตารางที่ ๒ จังหวัดที่มีผลสำเร็จการเข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี (๙๐ที่สอง) มากกว่าผลการดำเนินงานของประเทศ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓ จำแนกตาม จังหวัดภายใต้งบประมาณสนับสนุนของประเทศ	๔๒
ตารางที่ ๓ จังหวัดที่มีผลสำเร็จการเข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี (๙๐ที่สอง) มากกว่า ผลการดำเนินงานของประเทศ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓ จำแนกตามจังหวัดภายใต้ งบประมาณกองทุนโลก	๔๓
ตารางที่ ๔ จังหวัดที่มีผลสำเร็จการเข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี (๙๐ที่สอง) มากกว่า ผลการดำเนินงานของประเทศ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓ จำแนกตามจังหวัดภายใต้ งบประมาณจากแผนฉุกเฉินของประธานาธิบดีสหรัฐอเมริกา	๔๔

## สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ ๑ แผนที่ผลสำเร็จการเข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี (๙๐ที่สอง) จำแนกรายจังหวัด ที่มีผลสำเร็จฯ มากที่สุด ๑๐ อันดับแรก ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓	๓๙
ภาพที่ ๒ แผนที่ผลสำเร็จการเข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี (๙๐ที่สอง) จำแนกรายจังหวัด ที่มีผลสำเร็จฯ น้อยที่สุด ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓	๔๐

## บทที่ ๑ บทนำ

### ๑.๑ ที่มาและความสำคัญ

สถานการณ์การระบาดของเอชไอวีในประเทศไทย ปี ๒๕๖๓ ภาพรวมยังคงไม่เปลี่ยนแปลง โดยการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรทั่วไปมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงมีการติดเชื้อฯ สูงในกลุ่มประชากรหลัก โดยความชุกของการติดเชื้อฯ ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์อยู่ที่ร้อยละ ๐.๕ และร้อยละ ๐.๔ ข้อมูลปี ๒๕๖๑ และ ๒๕๖๒ ตามลำดับ และไม่มีข้อมูลรายงานในปี ๒๕๖๓ (ข้อมูลการเฝ้าระวังความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี (HIV Sentinel Sero - surveillance: HSS) กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค) ในขณะที่ความชุกในกลุ่มประชากรหลักยังคงสูง โดยเฉพาะกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย จากข้อมูลเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ร่วมกับพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี (Biologic and Behavioral Surveillance: BBS) กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ปี ๒๕๖๑ อยู่ที่ร้อยละ ๑๑.๙ และกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด อยู่ที่ร้อยละ ๗.๘ ในปี ๒๕๖๓ (ข้อมูลรายงานสถานการณ์และพฤติกรรมในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด โดยวิธี “การสุ่มตัวอย่างแบบส่งต่อ” (RDS PWID ปี ๒๕๖๒ - ๒๕๖๓)) จากการคาดประมาณของคณะกรรมการคาดประมาณสถานการณ์เอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทย โดยใช้แบบจำลองทางคณิตศาสตร์ Spectrum-AEM (ปรับปรุง ณ ๖ เมษายน ๒๕๖๓) พบว่า เมื่อสิ้นปี ๒๕๖๓ ประเทศไทยจะมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ จำนวน ๔,๘๕๕ คนต่อปี (เฉลี่ย ๑๓ คนต่อวัน) จำนวนผู้ติดเชื้อที่เสียชีวิตจากเอชไอวี ๑๑,๘๘๒ คนต่อปี (เฉลี่ย ๓๒ คนต่อวัน) และมีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่ ๔๖๒,๓๗๖ คน สำหรับสถานการณ์การตีตราและการเลือกปฏิบัติยังคงไม่ลดลง จากข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ ๕ (Thai National Health Examination Survey, NHES V) ปี ๒๕๕๗ - ๒๕๕๘ พบว่า กลุ่มประชาชนทั่วไป ร้อยละ ๕๘.๖ ยังคงมีทัศนคติเชิงลบในการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี

อนึ่ง ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๗๓<sup>(๑)</sup> ซึ่งเป็นยุทธศาสตร์ในระยะเร่งรัด (Fast-track phase) เน้นเรื่องการผลักดันให้ประเทศบรรลุเป้าหมายระดับโลกในการตรวจและรักษาให้ได้ ๙๐ - ๙๐ - ๙๐<sup>(๒)</sup> ภายในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ โดยยุทธศาสตร์แห่งชาติฯ ฉบับนี้ กำหนดเป้าหมายหลัก ๓ ประการในการยุติปัญหาเอดส์ ได้แก่ ลดผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ให้เหลือไม่เกิน ๑,๐๐๐ รายต่อปี ลดการเสียชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวีเหลือไม่เกิน ๔,๐๐๐ รายต่อปี รวมถึงลดการเลือกปฏิบัติอันเกี่ยวเนื่องจากเอชไอวีและเพศภาวะลงจากเดิมร้อยละ ๙๐ ภายในปี พ.ศ. ๒๕๗๓ ซึ่งการจะบรรลุเป้าหมายทั้ง ๓ ประการได้นั้น ได้กำหนดการดำเนินงานตาม ๖ ยุทธศาสตร์สำคัญ ดังนี้ ยุทธศาสตร์ที่ ๑ มุ่งเน้นและเร่งรัดจัดชุดบริการที่มีประสิทธิภาพสูงและรอบด้านให้ครอบคลุมพื้นที่และประชากรที่อยู่ในภาวะเสี่ยง และมีโอกาสรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีสูง ยุทธศาสตร์ที่ ๒ ยกระดับคุณภาพและบูรณาการการดำเนินงานป้องกันที่มีประสิทธิผลเดิมให้เข้มข้นและยั่งยืนในระบบ ยุทธศาสตร์ที่ ๓ พัฒนาและเร่งรัดการรักษา ดูแลช่วยเหลือทางสังคมให้มีคุณภาพรอบด้านและยั่งยืน ยุทธศาสตร์ที่ ๔ ปรับภาพลักษณ์ ความเข้าใจ เสริมสร้างความเข้มแข็งระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน รวมทั้งกลไกการคุ้มครองสิทธิ เพื่อลดการรังเกียจกีดกัน การเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวเนื่องกับเอชไอวีและเพศภาวะ ยุทธศาสตร์ที่ ๕ เพิ่มความร่วมมือรับผิดชอบ การลงทุนและประสิทธิภาพการจัดการในทุกภาคส่วนทั้งระดับนานาชาติ ระดับชาติ ระดับจังหวัด และระดับพื้นที่ และยุทธศาสตร์ที่ ๖ ส่งเสริมและพัฒนาการเข้าถึง และการใช้ประโยชน์ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์และการวิจัยที่รอบด้านและมีประสิทธิภาพ นอกจากนั้นในการดำเนินงานเพื่อยุติปัญหาเอดส์ยังได้มุ่งเน้นการดำเนินงานในกลุ่มประชากรหลักและกลุ่มประชากรเปราะบางที่ยังคงมีความชุกของการติดเชื้อฯสูง ภายใต้การใช้กลยุทธ์การรักษาเพื่อการป้องกัน (Treatment as Prevention) โดยใช้กรอบการดำเนินงานการให้บริการแบบผสมผสานที่มุ่งเน้นความต่อเนื่องของการเข้าถึงระบบบริการ - การเข้าสู่บริการ



- การตรวจเอชไอวี - ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี - ได้รับการส่งเสริมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีที่เหมาะสม - การคงอยู่ในระบบดูแลรักษา (Reach – Recruit – Test – Treat – Prevention – Retain: RRTTPR)<sup>(๓)</sup> เพื่อการเข้าถึงกลุ่มประชากรหลักและกลุ่มประชากรเปราะบางให้ได้ครอบคลุมมากที่สุด เพื่อให้ได้รับการวินิจฉัยและหากมีผลเลือดบวกต้องได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีโดยเร็วที่สุด การดำเนินงานด้านการดูแลรักษาในประเทศไทยต้องบรรลุเป้าหมายระดับโลกในการตรวจและรักษา ๙๐ – ๙๐ – ๙๐ ในปี ๒๕๖๓ และจะเริ่มขยับเป้าหมายเพิ่มขึ้นเป็น ๙๕ – ๙๕ – ๙๕ ในปี ๒๕๖๔ ต่อไป

ในการดำเนินงานตามกลยุทธ์ การรักษาเพื่อเป็นการป้องกัน (Treatment as Prevention) นั้นในระดับสากล โครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) ได้กำหนดเป้าหมายในการตรวจและรักษา ๙๐ – ๙๐ – ๙๐ เป็นเป้าหมายสำคัญ เพื่อเร่งรัดการยุติปัญหาเอดส์ ประกอบด้วย (๑) ร้อยละ ๙๐ ของผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการตรวจวินิจฉัย และทราบสถานะการติดเชื้อ โดยการเข้าถึงกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงและนำเข้าสู่บริการตรวจและวินิจฉัยเอชไอวี หากพบว่ามีติดเชื้อ จะต้องได้รับการรักษาที่เหมาะสม หรือผู้ที่มีผลตรวจว่าไม่ติดเชื้อหรือมีผลเลือดเป็นลบแต่ยังคงมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ก็จะได้รับบริการปรึกษาเพื่อป้องกันการติดเชื้อต่อไป (๒) ร้อยละ ๙๐ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รู้สถานะตนเองและได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี เป็นสิ่งสำคัญที่มีผลต่อการรักษาชีวิตผู้ติดเชื้อ โดยทำให้ผู้ติดเชื้อทุกรายได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีตามแนวทางที่เหมาะสมโดยเร็วที่สุด โดยไม่คำนึงถึงปริมาณเม็ดเลือดขาว CD4 และ (๓) ร้อยละ ๙๐ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีสามารถกดปริมาณไวรัสในกระแสเลือดได้ตามเกณฑ์ โดยการกินยาต้านไวรัสเอชไอวีที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่องจะสามารถกดปริมาณเชื้อไวรัสในกระแสเลือดได้ ซึ่งผลของการกินยาต้านไวรัสเอชไอวีจนกดปริมาณไวรัสในกระแสเลือดได้จะสามารถป้องกันการถ่ายทอดเชื้อสู่คู่นอนได้ แต่หากผู้ติดเชื้อ ที่มีปริมาณไวรัสในกระแสเลือดสูงกว่าเกณฑ์ ไม่ว่าจะกินยาต้านไวรัสเอชไอวีแล้วก็ตาม ผู้ติดเชื้อ จะยังมีโอกาสถ่ายทอดเชื้อไปสู่คู่นอนได้ และมีผลต่อการยุติปัญหาเอดส์

ทั้งนี้ จากผลการดำเนินงาน ๙๐ – ๙๐ – ๙๐ ภาพรวมของประเทศที่ผ่านมา ในปี ๒๕๖๐ พบว่าประเทศไทยยังไม่สามารถบรรลุได้ตามเป้าหมายและยังมีช่องว่างที่ต้องได้รับการพัฒนาแก้ไข โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการตรวจและทราบสถานะการติดเชื้อเอชไอวี (๙๐ ที่หนึ่ง) มีผลการดำเนินงานอยู่ที่ร้อยละ ๙๘.๓ ในส่วนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ทราบสถานะตนเองและได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี (๙๐ ที่สอง) มีผลการดำเนินงานอยู่ที่ร้อยละ ๗๔.๙ และผู้ติดเชื้อ ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีสามารถกดระดับไวรัสในเลือดได้สำเร็จ (๙๐ ที่สาม) ผลอยู่ที่ร้อยละ ๘๔.๓ (ข้อมูลจากรายงานความก้าวหน้าของประเทศไทยในการยุติปัญหาเอดส์ (Global AIDS Monitoring Report: GAM Report) ปี พ.ศ.๒๕๖๑)

จากข้อมูลผลสำเร็จด้านการดูแลรักษาดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นว่า แม้ว่าจะมีการกำหนดนโยบายและมาตรการด้านการดูแลรักษา รวมทั้งการดำเนินงานตามนโยบาย ยุทธศาสตร์ของประเทศและระดับโลกแล้ว แต่ผลสำเร็จของการเข้าถึงระบบบริการ โดยเฉพาะผู้ติดเชื้อ ที่ทราบสถานะตนเองและได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี (๙๐ ที่สอง) ยังคงไม่บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ซึ่งเป็นช่องว่างที่สำคัญมากต่อการบรรลุเป้าหมายการยุติปัญหาเอดส์ หากผู้ติดเชื้อ ไม่ได้ได้รับการรักษาหรือได้รับการรักษาช้าจะมีโอกาสเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสทำให้ผู้ติดเชื้อ เสียชีวิตได้ ทั้งยังส่งผลให้การดำเนินงานให้ผู้ติดเชื้อได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีสามารถกดระดับไวรัสในเลือดได้สำเร็จ (๙๐ ที่สาม) ไม่บรรลุเป้าหมายตามไปด้วย ดังนั้น การวิเคราะห์ ติดตามความก้าวหน้าผลสำเร็จของการดำเนินงานตามเป้าหมาย ๙๐ ที่สอง ทั้งภาพรวมประเทศ และพื้นที่ รวมถึงช่องว่าง ประเด็นท้าทายที่มียังคงอยู่ จึงมีความสำคัญต่อการเพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีในระบบบริการดูแลรักษาเอชไอวี เพื่อบรรลุเป้าหมาย ๙๐ – ๙๐ – ๙๐ และเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนติดตาม ปรับปรุง แก้ไข แผนงานยุติปัญหาเอดส์ของประเทศไทย ต่อไป

## ๑.๒ วัตถุประสงค์ของการศึกษา

๑) เพื่อทราบสถานการณ์ ความก้าวหน้า การดำเนินงานการเข้าถึงระบบบริการดูแลรักษา และผลสำเร็จของการดำเนินงานตามเป้าหมาย ๙๐ที่สอง (ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ทราบสถานะตนเองและได้เข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอชไอวี) และของประเทศไทย ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ – ๒๕๖๓

๒) เพื่อทราบ ช่องว่าง ประเด็นท้าทายในการดำเนินงาน ๙๐ที่สอง ของประเทศไทย ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ – ๒๕๖๓

## ๑.๓ ขอบเขตการศึกษา

๑) การติดตามผลสำเร็จของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้าถึงบริการยาต้านเอชไอวี (๙๐ที่สอง) ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ – ๒๕๖๓ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาโดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิ เพื่อติดตามความก้าวหน้าผลสำเร็จการดำเนินงานการเข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีตามเป้าหมาย ๙๐ที่สอง ในภาพรวมประเทศและพื้นที่ รวมถึงการติดตามสถานการณ์การดำเนินงานการเข้าถึงระบบบริการดูแลรักษาในประเด็นที่เกี่ยวข้อง

๒) กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกคน ทุกสิทธิประโยชน์ที่มารับบริการที่หน่วยบริการทั้งภาครัฐและเอกชน และได้ถูกบันทึกข้อมูลการรับบริการอยู่ในระบบบริการข้อมูลสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ป่วยเอดส์ (NAP Web Report) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ – ๒๕๖๓ ทั้งนี้ การวิเคราะห์ข้อมูลรายละเอียดการดำเนินงานเป็นไปตามข้อมูลที่มีอยู่ในระบบบริการข้อมูลสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ป่วยเอดส์ (NAP Web Report) เท่านั้น

๓) การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ แนวโน้มของผลการดำเนินงานการเข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ (๙๐ที่สอง) ในภาพรวมเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ – ๒๕๖๓ และการวิเคราะห์ผลสำเร็จการเข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีให้เห็นช่องว่าง ประเด็นท้าทาย ตามลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ กลุ่มอายุ กลุ่มประชากรหลัก สิทธิประโยชน์ และพื้นที่ (เขตสุขภาพ และจังหวัด) รวมถึงประเด็นที่เกี่ยวข้อง ที่ส่งผลกระทบต่อผลการดำเนินงาน เป็นการวิเคราะห์จากข้อมูลผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓

## ๑.๔ นิยามศัพท์เฉพาะ

๑) การติดตามผลสำเร็จของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้าถึงบริการยาต้านเอชไอวี (๙๐ที่สอง) หมายถึง การติดตามความก้าวหน้าถึงผลสำเร็จการดำเนินงานการได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีตามเป้าหมาย ๙๐ที่สอง ในภาพรวมของประเทศไทย และพื้นที่ รวมถึงการติดตามการดำเนินงานการเข้าถึงระบบบริการดูแลรักษา ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ – ๒๕๖๓ โดยการวิเคราะห์ใช้ข้อมูลจากระบบบริการข้อมูลสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ป่วยเอดส์ (NAP Web Report)

๒) กรอบการดำเนินงาน RRTTPR คือ กรอบการดำเนินงานการให้บริการแบบผสมผสานที่มุ่งเน้นความต่อเนื่องของการเข้าถึงระบบบริการ – การเข้าสู่บริการ – การตรวจเอชไอวี – ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี – ได้รับการส่งเสริมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีที่เหมาะสม – การคงอยู่ในระบบดูแลรักษา (Reach – Recruit – Test – Treat – Prevention – Retain: RRTTPR) เพื่อปิดช่องว่างระหว่างการป้องกันและการรักษา

๓) เป้าหมายการเข้าถึงบริการตรวจและรักษา (Treatment target) คือ เป้าหมายระดับโลกในการตรวจและรักษา เป็นเป้าหมายสำคัญเพื่อปิดช่องว่างการเข้าถึงบริการดูแลรักษา ซึ่งถูกกำหนดขึ้นโดยโครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) เพื่อเร่งรัดการยุติปัญหาเอดส์ โดยจะต้องบรรลุเป้าหมายภายในปี พ.ศ.๒๕๖๓ ประกอบด้วย ๓ ตัวชี้วัดสำคัญ ดังนี้ (๑) ร้อยละ ๙๐ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการตรวจหาเชื้อเอชไอวีและทราบ

สถานะการติดเชื้อ<sup>๑</sup> ของตนเอง (๙๐ ที่หนึ่ง) (๒) ร้อยละ ๙๐ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ทราบสถานะการติดเชื้อเอชไอวี ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี (๙๐ ที่สอง) และ (๓) ร้อยละ ๙๐ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส เอชไอวีสามารถตรวจระดับไวรัสในเลือดได้สำเร็จ (<๑,๐๐๐ copies/ml) (๙๐ ที่สาม)

**๔) ผู้ติดเชื้อเอชไอวี** หมายถึง ผู้ที่มีเชื้อไวรัสเอชไอวีในกระแสเลือด ทั้งผู้ที่รู้ว่าติดเชื้อเอชไอวี (ได้รับการวินิจฉัยแล้ว/รู้ว่าผลเลือดบวกแล้ว) และที่ยังไม่รู้ตัวว่าติดเชื้อเอชไอวีหรือยังไม่ได้การวินิจฉัย เฉพาะที่ยังมีชีวิตอยู่ ณ ปีที่รายงาน โดยจะทราบข้อมูลจากการคาดประมาณด้วยวิธีทางคณิตศาสตร์ ประเทศไทยใช้วิธีการ คาดประมาณด้วยแบบจำลองทางคณิตศาสตร์ Spectrum-AEM

**๕) ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี** หมายถึง ผู้ที่ได้รับการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี และมีผลเลือดบวกทั้งหมดที่ยังมีชีวิตอยู่ ณ สิ้นปีที่รายงาน (ปีงบประมาณ) หรือ ณ ช่วงเวลาที่รายงาน โดยใช้ข้อมูล ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในสถานพยาบาล/โรงพยาบาล ทั้งภาครัฐและเอกชน ที่อยู่ในระบบประกันสุขภาพทุกสิทธิการรักษา ที่มีข้อมูลบันทึกและรายงานในระบบสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์แห่งชาติ (NAP Plus) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

**๖) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอชไอวี** หมายถึง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษา ด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีและยังอยู่ในระบบการบริการรักษาทั้งหมด ณ สิ้นปีที่รายงาน (ตามปีงบประมาณ) หรือ ณ ช่วงเวลาที่รายงาน โดยใช้ข้อมูลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี จากสถานพยาบาล/ โรงพยาบาล ทั้งภาครัฐ และเอกชนที่อยู่ในระบบประกันสุขภาพทุกสิทธิการรักษา ที่มีข้อมูลบันทึกและรายงาน ในระบบสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์แห่งชาติ (NAP Plus) ของสำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

**๗) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่สามารถกดปริมาณไวรัสในกระแสเลือดได้ตามเกณฑ์** หมายถึง ผู้ติดเชื้อ เอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีสามารถควบคุมปริมาณไวรัสในกระแสเลือดได้ โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีได้ตรวจหาปริมาณไวรัสในกระแสเลือด (Viral load) และมีปริมาณไวรัสใน กระแสเลือด <๑๐๐๐ copies/ml ณ สิ้นปีที่รายงาน (ตามปีงบประมาณ) หรือ ณ ช่วงเวลาที่รายงาน โดยใช้ข้อมูล ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในสถานพยาบาล/โรงพยาบาลทั้งภาครัฐ และเอกชนที่อยู่ในระบบประกันสุขภาพทุกสิทธิการรักษา ที่มีข้อมูลบันทึกและรายงานในระบบสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์แห่งชาติ (NAP Plus) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

**๘) การหลุดออกจากระบบบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี (Dropout)** หมายถึง การที่ผู้ติดเชื้อ เอชไอวีออกจากระบบบริการขณะรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี ได้แก่ การเสียชีวิต (Death) และขาดการติดตาม การรักษา (Loss to follow-up) คือการที่ผู้ติดเชื้อ<sup>๑</sup> หายจากระบบบริการ/ไม่มารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี อย่างสม่ำเสมอ

## ๑.๕ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

๑) ทราบสถานการณ์ แนวโน้มผลการดำเนินงาน ๙๐ ที่สอง และประเด็นที่เกี่ยวข้อง ของประเทศ และพื้นที่

๒) ใช้เป็นข้อมูลสำหรับการวางแผนพัฒนาและปรับปรุงมาตรการหรือโครงการที่เกี่ยวข้องของ กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ให้มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ประเทศไทยตามบรรลุเป้าหมาย ๙๐ ที่สอง

๓) ใช้เป็นข้อมูลสำหรับประกอบการตัดสินใจในการสนับสนุน จัดสรรทรัพยากรให้ตรงกับพื้นที่ และกำหนดนโยบายเร่งรัดได้ตรงตามกลุ่มเป้าหมาย

## บทที่ ๒

### เอกสาร แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การติดตามผลสำเร็จของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้าถึงบริการยาต้านเอชไอวี (๙๐ที่สอง) ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ – ๒๕๖๓ ผู้ศึกษาได้มีการทบทวนเอกสาร แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีสาระสำคัญดังต่อไปนี้

ส่วนที่ ๑ นโยบาย และแนวทางการดำเนินงานงานยุติปัญหาเอดส์

๑) นโยบาย และแนวทางการดำเนินงานงานเพื่อยุติปัญหาเอดส์

๒) กรอบการดำเนินงานแบบผสมผสาน RRTTPR

๓) แนวทางการดำเนินงานระดับโลก เป้าหมายการตรวจและรักษา (Treatment target)

๔) การสนับสนุนการดำเนินงานจากแหล่งทุนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ ๒ แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ ๓ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ ๑ นโยบาย และแนวทางการดำเนินงานงานยุติปัญหาเอดส์

#### ๑.๑ ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๗๓

ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๗๓ คือกรอบทิศทางการทำงาน เพื่อให้ประเทศไทยบรรลุเป้าหมายในการยุติปัญหาเอดส์ กำหนดเป้าหมายหลัก ๓ ประการ ได้แก่ ลดผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ให้เหลือไม่เกิน ๑,๐๐๐ รายต่อปี ลดการเสียชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวีเหลือไม่เกิน ๔,๐๐๐ รายต่อปี รวมถึงลดการเลือกปฏิบัติอันเกี่ยวเนื่องจากเอชไอวีและเพศภาวะลงจากเดิมร้อยละ ๙๐ ภายในปี พ.ศ. ๒๕๗๓ ซึ่งการจะบรรลุเป้าหมายทั้ง ๓ ประการได้นั้น ได้กำหนดการดำเนินงานตาม ๖ ยุทธศาสตร์และแผนงานที่สำคัญ ดังนี้

**ยุทธศาสตร์ที่ ๑** มุ่งเน้นและเร่งรัดจัดชุดบริการที่มีประสิทธิภาพสูงและรอบด้านให้ครอบคลุมพื้นที่และประชากรที่อยู่ในภาวะเสี่ยงและมีโอกาสรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีสูง ประกอบด้วยแผนงานสำคัญ ได้แก่

- แผนงานกลุ่มประชากรหลัก ได้แก่ ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย หญิงข้ามเพศ พนักงานบริการชาย พนักงานบริการหญิง ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด ผู้ต้องขัง ประชากรข้ามชาติ
- แผนงานเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลักที่บูรณาการกับบริการด้านสุขภาพอื่น

**ยุทธศาสตร์ที่ ๒** ยกระดับคุณภาพและบูรณาการการดำเนินงานป้องกันที่มีประสิทธิผลเดิมให้เข้มข้นและยั่งยืนในระบบ ประกอบด้วยแผนงานสำคัญ ได้แก่

- แผนงานป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก
- แผนงานสร้างความรู้ความเข้าใจเรื่องเอชไอวี

**ยุทธศาสตร์ที่ ๓** พัฒนาและเร่งรัดการรักษา ดูแลช่วยเหลือทางสังคมให้มีคุณภาพรอบด้านและยั่งยืน ประกอบด้วยแผนงานสำคัญ ได้แก่

- แผนงานตรวจเอชไอวี
- แผนงานรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ
- แผนงานบูรณาการวัณโรคและเอชไอวี
- แผนงานช่วยเหลือทางสังคมและเศรษฐกิจ

**ยุทธศาสตร์ที่ ๔** ปรับภาพลักษณ์ ความเข้าใจ เสริมสร้างความเข้มแข็งระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน รวมทั้งกลไก การคุ้มครองสิทธิ เพื่อลดการรังเกียจกีดกัน การเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีและเพศภาวะ ประกอบด้วยแผนงานสำคัญ ได้แก่

- แผนงานสิทธิมนุษยชนที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีและเพศภาวะ และการตีตราและการเลือกปฏิบัติ

**ยุทธศาสตร์ที่ ๕** เพิ่มความร่วมมือรับผิดชอบ การลงทุนและประสิทธิภาพการจัดการในทุกภาคส่วนทั้งระดับนานาชาติ ระดับชาติ ระดับจังหวัดและระดับพื้นที่ ประกอบด้วยแผนงานสำคัญ ได้แก่

- การสนับสนุนงบประมาณ
- การรับรองคุณภาพ

**ยุทธศาสตร์ที่ ๖** ส่งเสริมและพัฒนาการเข้าถึง และการใช้ประโยชน์ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์และการวิจัยที่รอบด้าน และมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วยแผนงานสำคัญ ได้แก่

- ระบบข้อมูลข้อสนเทศในการบริหารงานสุขภาพ
- การติดตามงานระดับชุมชน
- การวิจัยและประเมินผล

### ๑.๒ นโยบายการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวีของประเทศไทย<sup>(๔)</sup>

ยาต้านไวรัสเอชไอวีเข้ามาสู่ระบบการรักษาของรัฐใน ปี พ.ศ. ๒๕๓๕ โดยเริ่มต้นจากการจัดทำ เป็นโครงการภายใต้ชื่อ “โครงการให้บริการการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี ด้วยยาชนิดเดียว (AZT)” หรือ (Monotherapy) ซึ่งกำหนดกลุ่มเป้าหมายคนที่เข้าถึงการรักษาต้องเป็นคนยากจน สำหรับค่าใช้จ่ายในการเข้าถึง ยาต้านไวรัสเอชไอวีในขณะนั้นมีค่าใช้จ่ายอยู่ที่สูงมากจึงเป็นข้อจำกัดสำคัญในการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวี จนมาถึง ปี พ.ศ. ๒๕๔๓ การเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวียังคงเป็นรูปแบบโครงการ ยังไม่ได้เป็นนโยบาย แต่อย่างไร ซึ่งโครงการดังกล่าวเรียกว่า “โครงการพัฒนาระบบบริการและติดตามผลการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ หรือการรักษาแบบใช้ยาสามชนิด (Triple therapy)” ต่อมา มีการจัดทำโครงการเข้าถึงการดูแลรักษา (Access to Care-ATC) (การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี) มีการกำหนดโควตาในการให้ยาต้านไวรัสเอชไอวี แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน ๓,๐๐๐ คน ใน ๑๐๙ โรงพยาบาล ต่อมาได้มีการขยายจำนวนผู้ที่ได้รับการให้ยาต้านไวรัส เอชไอวีเพิ่มขึ้นเป็น ๑๓,๐๐๐ คนและ ๒๘,๐๐๐ คน ตามลำดับ

จุดเปลี่ยนสำคัญของการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวี คือ ช่วง ปี พ.ศ. ๒๕๔๕ ซึ่งองค์การเภสัชกรรม ของไทยสามารถผลิตยาต้านไวรัสเอชไอวีได้เอง ทำให้ยาต้านไวรัสมีราคาที่ถูกอย่างมาก อีกทั้งรัฐบาลในขณะนั้นได้ เล็งเห็นถึงความสำคัญ จึงได้มีการขยายโอกาสการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวี โดยกำหนดกลุ่มเป้าหมายเพิ่มขึ้น เป็นผู้ใหญ่จำนวน ๒๑,๐๐๐ คน และเป็นเด็ก ๒,๐๐๐ คน ต่อมา ปี พ.ศ. ๒๕๔๖ รัฐบาลได้มีการประกาศรับรองอย่างเป็นทางการว่า ผู้ติดเชื้อฯ จะได้รับการรักษาอย่างทั่วถึง ขยายโอกาสการเข้าถึงบริการ มีการสนับสนุนยาต้านไวรัส เอชไอวีให้กับโรงพยาบาลของรัฐ ๔๐๐ แห่งทั่วประเทศ และมีการจัดตั้งโครงการพัฒนาการเข้าถึงบริการยาต้าน ไวรัสเอชไอวีระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อฯ และผู้ป่วยเอดส์ (NAPHA) หรือที่เรียกว่า “โครงการนกเขา” ขึ้น และในปีต่อมา ได้มีการประกาศให้การเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีกลายเป็นนโยบายระดับชาติ จากนั้น ปี พ.ศ. ๒๕๔๙ ได้มีการกำหนดให้รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีเป็นสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นคนไทย และมีเลขบัตรประชาชน ๑๓ หลัก) ทำให้ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาใน ปี พ.ศ. ๒๕๕๗ มีมติจากคณะรัฐมนตรีในขณะนั้น ให้ตรวจเลือดได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ปีละ ๒ ครั้ง และให้ยาต้าน ไวรัสเอชไอวีได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายในทุกสิทธิ์การรักษาโดยไม่คำนึงถึงค่าเม็ดเลือดขาว (CD4) ซึ่งก่อนหน้านั้นได้ กำหนดค่าเม็ดเลือดขาว (CD4) ที่ต้องเป็นไปตามเกณฑ์ จึงจะได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี

ต่อมาในปี พ.ศ.๒๕๖๐ มีปรับเปลี่ยนการกำหนดเป้าหมายแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไข ปัญหาเอดส์เปลี่ยนไปจากเดิมที่เคยมุ่งเน้นการดำเนินงานในระยะสั้น เป็นการกำหนดเป้าหมายของการดำเนิน นโยบายในระยะยาว เรียกว่า ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๗๓ ซึ่งเป็นกรอบ แนวทางการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ประกอบด้วยเป้าหมายหลัก ๓ ประการ ได้แก่ ลดผู้ติดเชื้อ เอดส์รายใหม่ให้เหลือไม่เกิน ๑,๐๐๐ รายต่อปี ลดการเสียชีวิตในผู้ติดเชื้อเอดส์ให้เหลือไม่เกิน ๔,๐๐๐ รายต่อปี รวมถึงลดการเลือกปฏิบัติอันเกี่ยวเนื่องจากเอดส์และเพศภาวะลงจากเดิมร้อยละ ๙๐ และมีการกำหนดว่าผู้ติดเชื้อฯ ต้องได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ร้อยละ ๙๐ ภายในปี พ.ศ.๒๕๖๓ จากนโยบายการเข้าถึงยาต้านไวรัส เอดส์ของประเทศไทยดังกล่าว ทำให้ปัจจุบันผู้ติดเชื้อเอดส์ทุกคนซึ่งเป็นคนไทยได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส เอดส์โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายแต่อย่างใด ตั้งแต่ค่าตรวจเลือด การวินิจฉัยอาการ รวมถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์

## ๒. กรอบการดำเนินงานแบบผสมผสาน RRTTPR

กรอบการดำเนินงาน RRTTPR: Reach – Recruit – Test – Treat – Prevention – Retain คือ กรอบการดำเนินงานภายใต้แผนปฏิบัติการยุติปัญหาเอดส์ เป็นการให้บริการแบบผสมผสานโดยการบูรณาการ การป้องกัน ควบคุม และรักษาโรคเข้าไว้ด้วยกัน มุ่งเน้นความต่อเนื่องและเน้นการค้นหา เข้าถึง ในประชากรที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเอดส์ (Reach) ให้เข้าสู่ระบบบริการป้องกัน ดูแล และการรักษา (Recruit) ผู้ที่มีความเสี่ยงได้รับการตรวจเอดส์ (Test) ผู้ที่มีผลเลือดบวกได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์โดยไม่คำนึงถึงระดับ เม็ดเลือดขาว (CD4) (Treat) รวมถึงได้รับการส่งเสริมป้องกันการติดเชื้อเอดส์ที่เหมาะสมทั้งผู้ที่มีสถานะผลการ ตรวจเป็นบวกและลบ (Prevention) และทำให้กลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูงที่อยู่ในระบบทั้งที่ไม่ติดเชื้อเอดส์ และติดเชื้อเอดส์คงอยู่ในระบบบริการป้องกัน ดูแล และรักษาอย่างต่อเนื่อง (Retain) ประกอบด้วย รายละเอียดการดำเนินงานที่สำคัญตามบริการ ดังต่อไปนี้

### ๒.๑) การเข้าถึง (Reach)

การให้บริการเชิงรุกเพื่อการเข้าถึงประชากรที่มีความเสี่ยงสูง โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกัน การติดเชื้อเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง รวมถึงการให้บริการอุปกรณ์ป้องกัน ได้แก่ ถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่น

### ๒.๒) การชักชวนเข้าสู่ระบบบริการ (Recruit)

ประชากรที่มีความเสี่ยงสูงเข้าสู่ระบบบริการป้องกัน ดูแล และรักษาเอดส์และโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์ ได้แก่ ได้รับการปรึกษาเพื่อตรวจเอดส์ (Pre-test counseling) โดยอาจตรวจหรือยังไม่ตรวจการติดเชื้อเอดส์ ได้รับการปรึกษาการตรวจคัดกรองและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และบริการบำบัดด้วย สารทดแทนเมธาโดน (Methadone Maintenance Treatment)

### ๒.๓) บริการให้คำปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอดส์ (Test)

ประชากรที่มีความเสี่ยงสูงได้รับการปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอดส์ ซึ่งหน่วยบริการ ทุกหน่วยควรจะต้องดำเนินการให้กลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจแบบรู้ผลตรวจภายในวันเดียว (Same day Result)<sup>(๕)</sup> ตามนโยบาย แนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอดส์/เอดส์ ประเทศไทย เพื่อให้ผู้ที่มีผลบวกนั้นได้รับการที่ต่อเนื่อง เพื่อเป็นการป้องกัน หรือลดการที่ผู้ติดเชื้อฯ ออกจากระบบการรักษา

### ๒.๔) การรักษาผู้ติดเชื้อเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ (Treat)

การรักษาผู้ติดเชื้อเอดส์ ให้ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ที่เหมาะสมตามแนวทางการดูแลรักษา ผู้ติดเชื้อฯ โดยไม่คำนึงถึงระดับเม็ดเลือดขาวซีดี4 (CD4) ซึ่งหน่วยบริการควรจัดบริการให้ผู้ติดเชื้อฯ ได้รับการรักษาด้วย ยาต้านไวรัสเอดส์ในวันเดียวกับการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอดส์ (Same-day ART)<sup>(๖)</sup> ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอดส์ ได้รับการรักษาตั้งแต่เนิ่น ๆ และได้รับการที่ต่อเนื่อง และเป็นการป้องกัน หรือลดการหลุดออกจากระบบการรักษา ซึ่งจะส่งผลดีต่อการรักษาและเป็นการลดการถ่ายทอดเชื้อให้กับผู้อื่นอีกด้วย

## ๒.๕) การส่งเสริมการป้องกันที่เหมาะสม (Prevention)

การส่งเสริมการป้องกันที่เหมาะสมให้กับประชากรที่มีความเสี่ยงสูง เช่น การให้การปรึกษาให้เข้าใจ และตระหนักถึงความเสี่ยง และการให้บริการฉวยอนามัยและสารหล่อลื่น รวมถึงการให้บริการยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (Pre-Exposure Prophylaxis: PrEP)<sup>(๓)</sup> หรือเพิร์พ เพื่อเป็นการป้องกันกรณีผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงที่ไม่สามารถใช้ฉวยอนามัยได้ และยาป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีหลังการสัมผัส (Post-Exposure Prophylaxis: PEP)<sup>(๔)</sup> หรือเป็บ ตามแนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อฯ เป็นต้น

## ๒.๖) การคงอยู่ในระบบบริการป้องกัน การดูแล และการรักษาอย่างต่อเนื่อง (Retain)

การติดตามดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี และประชากรที่มีความเสี่ยงสูงให้ได้รับบริการป้องกัน การดูแล และการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นให้ผู้ที่ผลการตรวจเอชไอวีเป็นลบ (Retain negative) ยังคงป้องกันและตรวจเอชไอวีอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง เพื่อให้คงสถานะไม่ติดเชื้อต่อไป ในส่วนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังไม่ได้เริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีต้องมีการติดตามเพื่อให้เริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีให้เร็วที่สุด และสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้าสู่ระบบการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีต้องกินยาสม่ำเสมอ (Retain positive) เพื่อเป็นการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อ และในกรณีที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีจนกระทั่งสามารถกดปริมาณไวรัสในกระแสเลือดได้สำเร็จ และตรวจไม่พบเชื้อไวรัสเอชไอวี (Undetectable) ก็จะไม่สามารถแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่นได้ (Untransmittable) ทั้งนี้ ควรใช้อุปกรณ์ป้องกัน เช่น ฉวยอนามัยร่วมด้วย เพื่อเป็นการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

## ๓. แนวทางการดำเนินงานระดับโลก เป้าหมายการตรวจและรักษา (Treatment target)

เป้าหมายระดับโลกในการตรวจและรักษา ๙๐ - ๙๐ - ๙๐ คือเป้าหมายสำคัญเพื่อปิดช่องว่างการเข้าถึงบริการดูแลรักษา ซึ่งถูกกำหนดขึ้นโดยโครงการเอตส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) เพื่อเร่งรัดการยุติปัญหาเอตส์โดยจะต้องบรรลุเป้าหมาย ภายในปี พ.ศ.๒๕๖๓ ประกอบด้วย ๓ ตัวชี้วัดสำคัญ ดังนี้

### ๓.๑) เป้าหมายตัวชี้วัด ๙๐ ที่หนึ่ง

ร้อยละ ๙๐ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการตรวจหาเชื้อเอชไอวีและทราบสถานะการติดเชื้อฯ ของตนเอง โดยวัดผลจากผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีต่อจำนวนคาดประมาณผู้อยู่ร่วมกับเชื้อที่มีชีวิตมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๙๐ การได้รับวินิจฉัยว่าติดหรือไม่ติดเอชไอวีนั้นเป็นสิ่งสำคัญมาก เพราะเมื่อทราบผลตรวจจะทำให้ผู้ที่ได้รับการตรวจว่าติดเชื้อได้รับการรักษาที่เหมาะสม หรือผู้ที่มีผลตรวจไม่ติดเชื้อแต่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อฯ ได้รับการบริการป้องกันที่เหมาะสมต่อไป

### ๓.๒) เป้าหมายตัวชี้วัด ๙๐ ที่สอง

ร้อยละ ๙๐ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ทราบสถานะการติดเชื้อเอชไอวีได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี โดยวัดผลจากผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๙๐ โดยผู้ติดเชื้อฯ ที่มีผลเลือดบวกทุกรายต้องได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีโดยเร็วที่สุด โดยไม่คำนึงถึงปริมาณเม็ดเลือดขาว (CD4) ซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญมาก ทั้งนี้ หากได้รับการรักษาช้าจะมีโอกาสในการถ่ายทอดเชื้อให้กับผู้อื่น รวมถึงมีโอกาสในการติดเชื้อฉวยโอกาสที่อาจทำให้ผู้ติดเชื้อฯ เสียชีวิตได้

### ๓.๓) เป้าหมายตัวชี้วัด ๙๐ ที่สาม ร้อยละ ๙๐ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี

สามารถกดระดับไวรัสในเลือดได้สำเร็จ (<๑,๐๐๐ copies/ml) โดยวัดผลจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่สามารถควบคุมปริมาณไวรัสในกระแสเลือดได้น้อยกว่า ๑,๐๐๐ copies/ml ต่อผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างต่อเนื่องที่ยังอยู่ในระบบ มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๙๐ แสดงถึงคุณภาพของการดูแลรักษาที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีคงอยู่ในระบบการรักษา โดยการกินยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างต่อเนื่อง จนสามารถกดปริมาณเชื้อไวรัสในกระแสเลือดและตรวจไม่พบเชื้อ มีโอกาสที่จะไม่ถ่ายทอดเชื้อให้ผู้อื่นและส่งผลกระทบต่อผลการติดเชื้อฯ รายใหม่ อย่างไรก็ตาม ควรใช้อุปกรณ์ป้องกัน เช่น ฉวยอนามัย เพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

#### ๔. การสนับสนุนการดำเนินงานจากแหล่งทุนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

การสนับสนุนงบประมาณสำหรับการดำเนินงานเร่งรัดการยุติปัญหาเอดส์ และวางกลไกที่จำเป็นเพื่อก้าวไปสู่การบูรณาการการลงทุนจากทรัพยากรภายในประเทศ โดยใช้ประโยชน์จากความร่วมมือระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม เพื่อปรับปรุงการเข้าถึงบริการของประชากรเป้าหมายหลักอย่างยั่งยืน โดยใช้มาตรการการดำเนินงาน RRTTPR เพื่อดำเนินงานและติดตามความก้าวหน้าในการยุติปัญหาเอดส์ ตามยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๗๓ โดยมีพื้นที่เป้าหมายซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีจำนวนผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและมีการระบาดด้านเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลักสูง ในการดำเนินงานของแต่ละแหล่งทุนในปี พ.ศ.๒๕๖๑ - ๒๕๖๓ ดังนี้

**๔.๑) กองทุนโลก (The Global Fund หรือ GF) จำนวน ๒๙ จังหวัด ได้แก่** กรุงเทพมหานคร เชียงใหม่ เชียงราย แม่ฮ่องสอน พิชณุโลก ตาก นครสวรรค์ นนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา นครปฐม สมุทรสาคร ชลบุรี สมุทรปราการ ระยอง ตราด ขอนแก่น กาฬสินธุ์ นครศรีธรรมราช ภูเก็ต สุราษฎร์ธานี พัทลุง ระนอง สงขลา นราธิวาส ปัตตานี ยะลา ตรัง และสตูล

**๔.๒) แผนฉุกเฉินของประธานาธิบดีสหรัฐอเมริกาเพื่อบรรเทาปัญหาเอดส์ (President's Emergency Plan for AIDS Relief หรือ PEPFAR) จำนวน ๑๓ จังหวัด ได้แก่** กรุงเทพมหานคร นนทบุรี ปทุมธานี สมุทรปราการ ชลบุรี เชียงใหม่ เชียงราย ขอนแก่น อุบลราชธานี อุตรดิตถ์ นครราชสีมา สงขลา และภูเก็ต

#### ๕. งบประมาณผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

งบประมาณผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ประกอบด้วย ๒ หมวดใหญ่ คือ งบประมาณผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และงบประมาณป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายการให้บริการสนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุข สำหรับบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีเป็นมาตรการที่มีความสอดคล้องตามเป้าหมายของแผนปฏิบัติการยุติปัญหาเอดส์ประเทศไทย พ.ศ.๒๕๕๘ - ๒๕๖๒ ที่มุ่งเน้นเรื่องการลดผู้ติดเชื้อฯ ภายใต้งบประมาณ โดยในระยะเริ่มต้นเน้นในผู้ที่มีความเสี่ยงสูงที่จะติดเชื้อ โดยดำเนินการให้มีการเข้าถึงและนำประชากรที่มีพฤติกรรมเสี่ยงเข้ารับบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างต่อเนื่อง ตามกรอบการดำเนินงาน RRTTPR: Reach – Recruit – Test – Treat – Prevention – Retain มีกลุ่มเป้าหมายคือ บุคคลสัญชาติไทยที่มีเลขประจำตัวประชาชน ๑๓ หลัก และกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) กลุ่มหญิงข้ามเพศ (TG) กลุ่มพนักงานบริการชาย (MSW) กลุ่มพนักงานบริการหญิง (FSW) และกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID) ได้มีการกำหนดชุดบริการที่เหมาะสมกับแต่ละกลุ่ม ซึ่งมีความแตกต่างกันไปตามบริบทของพื้นที่ จำนวนกลุ่มประชากรเป้าหมาย และความรุนแรงของสถานการณ์ปัญหา

#### ส่วนที่ ๒ แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

การติดตาม (Monitoring) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลการปฏิบัติงานตามแผนที่มีการกำหนดไว้แล้ว เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการตัดสินใจ แก้ไข ปรับปรุงวิธีการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามแผน หรือกำหนดวิธีการดำเนินงานให้เกิดผลดียิ่งขึ้น ดังนั้น จุดเน้นที่สำคัญของการติดตาม คือ การดำเนินการเพื่อตรวจสอบ ควบคุม กำกับ การปฏิบัติงานของโครงการ ซึ่งการติดตามจะเกิดขึ้นในขณะที่โครงการกำลังดำเนินงานตามแผนที่กำหนดไว้ ส่วนการประเมินผล (Evaluation) เป็นกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นระบบ และนำผลมาใช้ในการเพิ่มคุณภาพและประสิทธิภาพของโครงการ การประเมินผลจะเกิดขึ้นในทุกขั้นตอนของการดำเนินโครงการ และเมื่อดำเนินโครงการเสร็จสิ้นอาจมีการประเมินผลกระทบบที่เกิดขึ้นเพื่อนำมาใช้ในการประเมินความสำเร็จของการดำเนินงานในมิติต่างๆ เช่น การบรรลุตามวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายที่ตั้งไว้ และปัญหาอุปสรรคที่ค้นพบ



การติดตามและประเมินผลตามของ Robert S. Kaplan และ David P. Norton<sup>(๙)</sup> เสนอแนวคิด Balanced Scorecard เพื่อใช้ในการวัดผลของกิจการที่จะทำให้ผู้บริหารระดับสูงเห็นภาพรวมขององค์กรได้ชัดเจนขึ้น องค์กรประกอบในการวัดผลตามแนวคิดของ Balanced Scorecard ภายใต้มุมมองแต่ละด้านนั้นประกอบด้วยประเด็นต่างๆ ได้แก่ (๑) วัตถุประสงค์ (objective) เพื่อเป็นการกำหนดวัตถุประสงค์ที่วัด (๒) ตัวชี้วัด (Performance Indicators) คือ ตัวชี้วัดที่แสดงให้เห็นว่าองค์กรได้บรรลุถึงวัตถุประสงค์ในแต่ละด้านหรือไม่ (๓) เป้าหมาย (Target) คือ เป้าหมาย หรือค่าตัวเลขที่กำหนดไว้เพื่อให้องค์กรบรรลุผลถึงค่านั้นๆ (๔) แผนงาน โครงการ (Initiatives) คือ แผนการปฏิบัติงานที่มีการลำดับเป็นขั้นตอนกิจกรรม

ดังนั้น การติดตามและประเมินผล (Monitoring and Evaluation) จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ช่วยให้ทราบว่า โครงการที่ดำเนินการบรรลุวัตถุประสงค์ เป้าหมายที่ต้องการมากน้อยเพียงใด มีประสิทธิภาพหรือไม่ ผลจากการติดตามและประเมินผลจะให้ข้อมูลที่แสดงให้เห็นถึงความสำเร็จ จุดแข็ง จุดอ่อน และแนวทางในการปรับปรุงแก้ไข การดำเนินงาน ช่วยให้การบริหารแผนงานและโครงการมีประสิทธิภาพสูงขึ้น

### ส่วนที่ ๓ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ที่ผ่านมาพบว่าการศึกษาวิจัยที่กล่าวถึงผลการดำเนินงานด้านการดูแลรักษา ๙๐ - ๙๐ - ๙๐ ในประเทศไทยยังคงมีน้อย เนื่องจากไม่ได้เป็นเรื่องของระบบบริการดูแลรักษาเพียงอย่างเดียว แต่เป็นเรื่องนโยบายด้านสาธารณสุขที่ควบคู่กับงานบริการการดูแลรักษาพร้อมกัน อีกทั้งนโยบายการดำเนินงานด้านการดูแลรักษา ๙๐ - ๙๐ - ๙๐ ยังอยู่ในช่วงการดำเนินงานระยะแรก ซึ่งจากการศึกษาที่ค้นพบโดยส่วนใหญ่เป็นการเชื่อมโยงกับรูปแบบและคุณภาพของระบบบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อฯ รวมถึงปัญหาอุปสรรคที่มีผลต่อการได้รับการกินยาสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ดังนี้

วิลาวรรณ ชมาฤกษ์ และคณะ<sup>(๑๐)</sup> ศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ผลการศึกษาด้านความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ อยู่ในระดับที่สูงกว่าเป้าหมาย ( $\geq$ ร้อยละ๙๐) และอัตราการเสียชีวิตในช่วง ๑๒ เดือนแรกหลังเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีลดลง นอกจากนี้ หลังการพัฒนาพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อจำแนกคุณภาพชีวิตรายด้าน พบว่า ความผาสุกด้านสังคมและครอบครัวอยู่ในระดับสูงสุด รองลงมา คือ ความผาสุกด้านจิตใจ/อารมณ์ ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม และความผาสุกด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้ ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า การพัฒนาระบบบริการที่มีรูปแบบชัดเจนในการส่งเสริมการเข้าถึงระบบบริการ เพิ่มความครอบคลุมในการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี และเพิ่มความปลอดภัยจากการใช้ยา รวมทั้งเฝ้าระวังติดตามการเกิดเชื้อเอชไอวีดื้อยาต้านไวรัสเอชไอวี ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เข้าถึงระบบบริการมากขึ้น เกิดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และส่งผลให้อัตราตายจากโรคเอดส์ลดลง

อรทัย ศรีทองธรรม และคณะ<sup>(๑๑)</sup> ศึกษาการพัฒนาแบบการให้บริการสนับสนุนการกินยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวีในพื้นที่ภาคอีสาน ประเทศไทย พบว่า รูปแบบการให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีของคลินิกยาต้านไวรัสเอชไอวี ประกอบด้วย ๔ องค์ประกอบ คือ ๑) การบริการที่มีความครอบคลุมในมิติกาย จิตใจ และสังคม ๒) การบริการโดยทีมสหวิชาชีพและอาสาสมัครแกนนำผู้ติดเชื้อฯ ๓) การบริการที่มีความต่อเนื่องจากคลินิกถึงครอบครัวผู้ติดเชื้อฯ และในชุมชน และการบริการในคลินิกโรงพยาบาลที่เน้นให้บริการแบบเบ็ดเสร็จในจุดเดียว ทั้งนี้ แม้วารูปแบบการให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีในคลินิก การดูแลต่อเนื่องถึงชุมชน และในโรงพยาบาลทั่วไปจะมีองค์ประกอบที่ครบถ้วนตามหลักการให้บริการ รวมทั้งกระบวนการให้บริการที่สอดคล้องกับแนวทางการให้บริการที่ควรจะเป็น แต่ยังพบว่า ผู้ติดเชื้อฯ ส่วนหนึ่งที่ขาดการกินยาและหรือกินยาไม่ต่อเนื่อง โดยเกิดจาก

๑) ปัญหาขาดการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเรื่องการกินยาต้านไวรัสซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยไม่เห็นความสำคัญของการกินยาต่อเนื่อง ๒) ปัญหาการสื่อสารเรื่องผลการรักษาระหว่างแพทย์และเภสัชกรกับผู้ป่วยติดเชื้อฯ เรื่องผลการตรวจ CD4 และหรือ Viral Load ที่พบว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าหายจากการติดเชื้อฯ และไม่ยอมกินยาต่อเนื่อง ส่งผลต่อการเป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและบางรายถึงกับเสียชีวิตในที่สุด ๓) การเปลี่ยนสิทธิการรักษา ทั้งความล่าช้าและความยุ่งยากในการติดต่อประสานงาน บางกรณีต้องเขียนประวัติการเจ็บป่วยลงในเอกสาร ทำให้ผู้ป่วยติดเชื้อฯ ที่ไม่ต้องการเปิดเผยตัว เลือกที่จะไม่ดำเนินการต่อเนื่องเพื่อรับสิทธิการรักษาจึงเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยติดเชื้อฯ ขาดยา ๔) ปัญหาเรื่องค่าตอบแทนกลุ่มอาสาสมัครเพื่อนผู้ป่วยติดเชื้อฯ ที่ทำงานในคลินิกยาต้านไวรัส ๕) การเปิดเผยข้อมูลการเป็นผู้ติดเชื้อฯ เนื่องจากการส่งข้อมูลผู้ป่วยให้กับ รพ.สต. เพื่อติดตามมารับการรักษาต่อเนื่อง หรือการส่งข้อมูลผู้ป่วยติดเชื้อฯ เพื่อประกอบการขอรับเบี้ยยังชีพจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในขณะที่เจ้าหน้าที่รพ.สต. ไม่ปกปิดข้อมูลให้ผู้ป่วย และท้องถิ่นไม่เข้าใจสิทธิ์ผู้ป่วยและการปกปิดความลับของผู้ป่วย ทำให้ข้อมูลผู้ป่วยติดเชื้อฯ ถูกเผยแพร่ในชุมชน ๖) ปัญหาการไม่ยอมรับว่าเป็นผู้ป่วยติดเชื้อฯ พบในผู้ป่วยติดเชื้อฯ รายใหม่ ซึ่งมีความจำเป็นต้องอาศัยอาสาสมัครเพื่อเข้าไปพูดคุยเพื่อให้ผู้ป่วยติดเชื้อฯ รายใหม่ สามารถยอมรับและเข้าสู่ระบบการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ๗) ปัญหาการให้บริการยังไม่เป็น One Stop Service อย่างแท้จริง ผู้รับบริการยังต้องไปรับยากับผู้ป่วยทั่วไป ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ ล้วนเป็นอุปสรรคที่ส่งผลต่อการรับยาต่อเนื่องและการขาดการรักษาของผู้ติดเชื้อฯ

กัญญา พงษ์สืบ<sup>(๑๒)</sup> ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการขาดนัดการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการขาดยาต้านไวรัสเอชไอวี ร้อยละ ๒๒.๔ มีประวัติเคยขาดยา ในช่วง ๑๒ เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ ๔.๓ ปัจจัยที่ส่งผลต่อการขาดนัดการรักษาเป็นเพศชายมากที่สุด ร้อยละ ๕๕.๒ มีอายุระหว่าง ๒๑ - ๔๑ ปี ร้อยละ ๕๓.๗ และจากการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านโครงสร้างสถานบริการ บุคคล/ชุมชนที่มีผลต่อการขาดนัดไม่มาตามนัดพบว่า (๑) ด้านการเข้าถึงบริการ ได้แก่ มีระยะทางไกลจากบ้านพักหรือที่ทำงาน พบมากที่สุด ร้อยละ ๕๖.๐ (๒) ด้านคุณภาพคลินิก พบว่า ไม่มีความเป็นส่วนตัวมากที่สุด ร้อยละ ๕๓.๘ และกลัวถูกเปิดเผยเลือดให้ผู้อื่นรู้ ร้อยละ ๓๐.๘ (๓) ด้านการทำงานและครอบครัวพบว่า ทำงานยุ่ง พบมากที่สุด ร้อยละ ๖๗.๖ ต้องดูแลครอบครัว ร้อยละ ๓๘.๒ (๔) ด้านสุขภาพ พบว่า มียารับประทานเหลือพบมากที่สุด ร้อยละ ๔๘.๓ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ ๓๑.๐ และไม่จำเป็นต้องกินยา ร้อยละ ๓.๔ และ (๕) ด้านการรับรู้ข้อมูลอื่น ๆ การย้ายกลับบ้าน พบมากที่สุด ร้อยละ ๑๐๐

ทั้งนี้ พบการศึกษาที่กล่าวถึงผลการดำเนินงานด้านการดูแลรักษา ๙๐ - ๙๐ - ๙๐ ในระดับพื้นที่ และผลการศึกษาพบว่าปัญหาส่วนใหญ่ของการไม่บรรลุเป้าหมายด้านการดูแลรักษา ๙๐ - ๙๐ - ๙๐ ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการวินิจฉัยบางส่วนยังไม่เริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี และผู้ที่ขาดการรักษาในระบบเป็นจำนวนมาก โดยการขาดการรักษาเกิดขึ้นทั้งก่อนและหลังรับยาต้านไวรัสเอชไอวี โดยมีรายละเอียดดังนี้

สามารถ พันธุ์เพชร<sup>(๑๓)</sup> ศึกษาเรื่องการพัฒนาคุณภาพข้อมูลโดยใช้เครื่องมือ DQI (Data-driven Continuous for Quality Improvement) ในพื้นที่ ๔ จังหวัดเป้าหมาย ได้แก่ ขอนแก่น อุดรธานี นครราชสีมา และภูเก็ต โดยมีเป้าหมายการเข้าถึงบริการตามตัวชี้วัด ๙๐ - ๙๐ - ๙๐ โดยใช้เครื่องมือ DQI ในโรงพยาบาล นำร่องดังกล่าว เพื่อทราบสถานการณ์การดำเนินงานด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และทราบช่องว่างของระบบข้อมูล ซึ่งเป็นข้อมูลในการตัดสินใจวางแผนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในระดับพื้นที่ ผลการศึกษา พบว่า ผลต่างของจำนวนข้อมูลผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตทั้งหมด (Reported alive) ที่มีการรายงานในระบบสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์แห่งชาติ (NAP Plus) มีการรายงานน้อยกว่าระบบสารสนเทศในโรงพยาบาล (Health Information System: HIS) เพียงเล็กน้อย (ร้อยละ ๑.๗)

อย่างไรก็ตาม พบผลต่างของจำนวนข้อมูลผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี ณ ปัจจุบัน สูงที่สุด (ร้อยละ ๖.๓) จากข้อมูลผู้ขาดการรักษาทั้งหมดจาก NAP web report ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ พบว่า ภาพรวมโรงพยาบาล นำร่องใน ๔ จังหวัดเป้าหมายมีผู้ที่ขาดการรักษาลดลงจากไตรมาสที่ ๑ จำนวน ๘๕๐ ราย จำแนกเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยติดเชื้อเอชไอวีแต่ยังไม่ได้ลงทะเบียนลดลง ๕๑๕ ราย ผู้ที่ลงทะเบียนดูแลรักษาที่มีชีวิตแต่ไม่ได้รับยาต้านไวรัสเพิ่มขึ้น ๒๐๖ ราย และผู้ที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวีที่ขาดการรักษาลดลง ๕๕๖ ราย ผลการตรวจสอบเฉพาะข้อมูลผู้ที่ขาดการรักษาที่เชื่อมโยงฐานข้อมูลด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Health Data Center: HDC) พบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้ขาดการรักษาหลังได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี (ร้อยละ ๕๑.๙) รองลงมาเป็นผู้ขาดการรักษา ก่อนได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี (ร้อยละ ๓๐.๔) อย่างไรก็ตาม ยังพบผู้ที่มีข้อมูลการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี ในปัจจุบันที่ระบบ NAP Plus รายงานว่าขาดการติดตามบางส่วน (ร้อยละ ๑๒.๖) ทั้งนี้ ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า ข้อมูลการรายงานในระบบ NAP Plus ในกลุ่ม PLHIV มีความครอบคลุมสูงและสอดคล้องกับการบันทึกข้อมูล ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระบบสารสนเทศในโรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม ผลสัมฤทธิ์ด้านการดูแลรักษาตามเป้าหมาย ตัวชี้วัด ๙๐ที่สอง และ ๙๐ที่สาม ยังคงไม่บรรลุเป้าหมายที่กำหนด ปัญหาส่วนใหญ่เกิดจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการวินิจฉัยบางส่วนยังไม่เริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีและผู้ที่ขาดการรักษาในระบบเป็นจำนวนมาก ควรเร่งรัด ติดตามผู้ขาดการรักษาให้เข้าสู่ระบบการรักษาโดยเร็ว พร้อมทั้งส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างถูกต้อง สม่าเสมอ พร้อมกับบูรณาการงานพัฒนาคุณภาพบริการด้านการดูแลรักษาและการติดตามผู้ขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง

## บทที่ ๓

### วิธีดำเนินการศึกษา

การติดตามผลสำเร็จของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้าถึงบริการยาต้านเอชไอวี (๙๐ที่สอง) ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ – ๒๕๖๓ ผู้ศึกษาได้กำหนดวิธีดำเนินการศึกษา ดังต่อไปนี้

- ๓.๑ รูปแบบการศึกษา
- ๓.๒ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- ๓.๓ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา
- ๓.๔ การรวบรวมข้อมูล
- ๓.๕ การวิเคราะห์ข้อมูล

#### ๓.๑ รูปแบบการศึกษา

การติดตามผลสำเร็จของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวี (๙๐ที่สอง) ของประเทศไทย ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ – ๒๕๖๓ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Study) โดยการวิเคราะห์ผลสำเร็จการดำเนินงานการเข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ – ๒๕๖๓ ของประเทศไทยทั้งภาพรวมประเทศ และพื้นที่ รวมถึงวิเคราะห์สถานการณ์ การดำเนินงานการเข้าถึงระบบบริการดูแลรักษา เพื่อทราบความก้าวหน้า ติดตามแนวโน้มการดำเนินงานที่ผ่านมา ตลอดจนประเด็นท้าทาย ช่องว่างที่ยังต้องการการพัฒนา เพื่อให้การดำเนินงานการเข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี (๙๐ที่สอง) บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

#### ๓.๒ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีทั้งหมด ณ สิ้นปีที่รายงาน (ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ – ๒๕๖๓) จากสถานพยาบาล/โรงพยาบาล ทั้งภาครัฐ และเอกชนที่อยู่ในระบบประกันสุขภาพทุกสิทธิการรักษา ที่มีข้อมูลบันทึกและรายงานในระบบบริการข้อมูลสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ (NAP Web Report) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

#### ๓.๓ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) จากระบบบริการข้อมูลสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ (NAP Web Report) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ – ๒๕๖๓ จากเว็บไซต์ [http://napdl.nhso.go.th/NAPWebReport/main\\_rep.jsp](http://napdl.nhso.go.th/NAPWebReport/main_rep.jsp) โดยมีรายละเอียดข้อมูลสำคัญที่ใช้ในการวิเคราะห์ ดังนี้

##### ส่วนที่ ๑ ก่อนลงทะเบียน

- จำนวนผู้ที่ได้รับการตรวจเอชไอวีและรู้ผลการตรวจเลือดใน ๑๒ เดือนที่ผ่านมา

##### ส่วนที่ ๒ ลงทะเบียนแต่ยังไม่รับยาต้านไวรัสเอชไอวี

- จำนวนผู้รับยาต้านไวรัสฯ รายใหม่ที่มีระดับ CD4 หลังการวินิจฉัย
- จำนวนผู้รับยาต้านไวรัสฯ รายใหม่ที่มีระดับ CD4 ก่อนเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี

### ส่วนที่ ๓ หลังรับยาต้านไวรัสเอชไอวี

- จำนวนผู้ใหญ่และเด็กที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ในปัจจุบัน
- จำนวนผู้ใหญ่และเด็กที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ รายใหม่
- จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี สามารถกดปริมาณไวรัสลงได้ (<๑,๐๐๐ copies/ml)
- จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังคงมีชีวิตอยู่
- จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เสียชีวิต

#### ๓.๔ การรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) จากระบบบริการข้อมูลสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ (NAP Web Report) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ – ๒๕๖๓ ซึ่งเป็นข้อมูลเชิงปริมาณจากหน่วยบริการหรือโรงพยาบาลที่มีการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและมีการบันทึกเข้าสู่ระบบข้อมูลดังกล่าว มีจำนวนทั้งสิ้น ๓๕๖ แห่ง นอกจากนี้ ได้ทบทวนวรรณกรรม นโยบาย แนวทางการดำเนินงานเอชไอวีของประเทศ และบทความทางวิชาการเพื่อใช้ในการวิเคราะห์และสรุปผลร่วมด้วย

#### ๓.๕ การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา (Descriptive) ที่แสดงให้เห็นถึงสถานการณ์ แนวโน้มของผลการดำเนินงานการเข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ (๙๐ที่สอง) โดยจำแนกข้อมูลให้เห็นถึงช่องว่าง ประเด็นท้าทาย ในรายละเอียดดังนี้

- ๑) ตามลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ กลุ่มประชากรหลัก สิทธิประโยชน์ และพื้นที่ (เขตสุขภาพและจังหวัด)
- ๒) ประเด็นที่เกี่ยวข้อง ที่ส่งผลต่อผลการดำเนินงานการเข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี (๙๐ที่สอง) ได้แก่ ผู้ติดเชื้อฯ ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีและอยู่ในระบบบริการดูแลรักษา ผู้ติดเชื้อฯ ที่หลุดออกจากระบบการรักษา (Dropout) ได้แก่ การเสียชีวิต (Death) และขาดการติดตามการรักษา (Loss to follow-up)
- ๓) ผลการวิเคราะห์ข้อมูล แสดงผลในรูปแบบจำนวน ร้อยละ (Percentage) นำเสนอผลการศึกษา ทั้งรูปแบบแผนภูมิ ตาราง และแผนที่ ร่วมกับการวิเคราะห์จากผลการดำเนิน และเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง

## บทที่ ๔

### ผลการศึกษา

การศึกษาผลสำเร็จของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้าถึงบริการยาต้านเอชไอวี (๙๐ที่สอง) ของประเทศไทย ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ – ๒๕๖๓ ในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบสถานการณ์ การดำเนินงานการเข้าถึงระบบบริการดูแลรักษา และผลสำเร็จการดำเนินงานการเข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี (๙๐ที่สอง) ตามเป้าหมาย๙๐ที่สอง ทั้งภาพรวมประเทศและพื้นที่ รวมถึงช่องว่าง ประเด็นท้าทาย ในการดำเนินงานตามเป้าหมาย ๙๐ที่สอง ของประเทศไทย ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ – ๒๕๖๓ ผลการศึกษาดังนี้

#### ๔.๑ สถานการณ์การดำเนินงานการเข้าถึงระบบบริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี

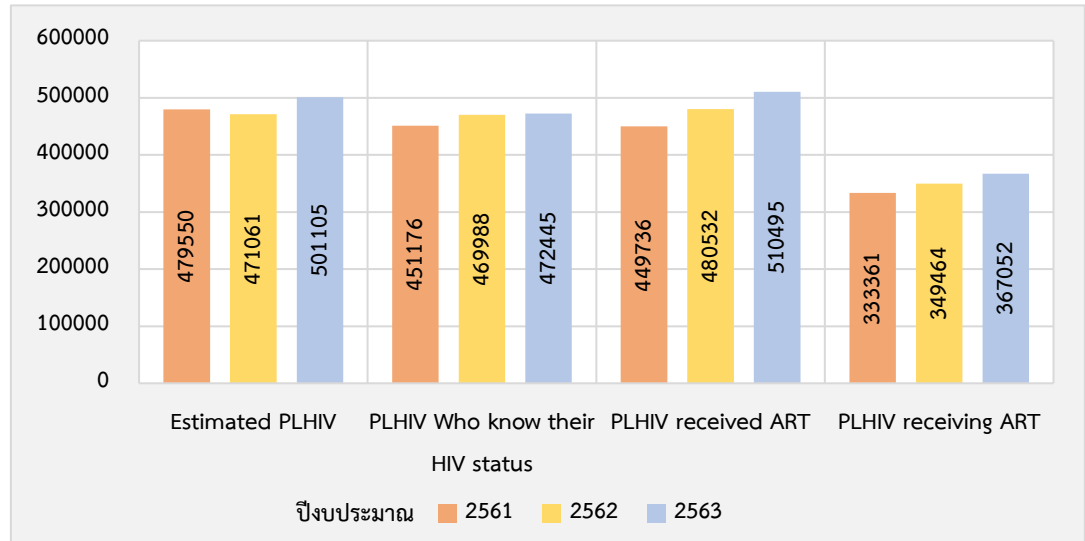
เพื่อให้เห็นภาพสถานการณ์การดำเนินงานการเข้าถึงระบบบริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี ของประเทศไทย ซึ่งมีความเชื่อมโยงถึงผลสำเร็จของการดำเนินงานการเข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (๙๐ที่สอง) ผู้ศึกษาจึงได้วิเคราะห์ตั้งแต่การเข้าถึงบริการตรวจเอชไอวีที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการวินิจฉัยและรู้สถานะการติดเชื้อฯ ของตนเอง จนถึงผู้ติดเชื้อฯ ได้เข้าถึงและได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี รวมทั้งการที่ผู้ติดเชื้อฯ ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีแล้วหลุดออกจากระบบการรักษา ดังนี้

##### ๔.๑.๑) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้ตรวจและทราบสถานะการติดเชื้อของตนเอง และผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้เข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี

ภาพรวมสถานการณ์การดำเนินงานเอดส์ประเทศไทย โดยการคาดประมาณ ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ – ๒๕๖๓ พบว่าประเทศไทยมีจำนวนผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่ (Estimated PLHIV) จำนวน ๔๗๙,๕๕๐ คน ๔๗๑,๐๖๑ คน และ ๕๐๑,๑๐๕ คน ตามลำดับ (ข้อมูลการคาดประมาณโดยใช้แบบจำลองทางคณิตศาสตร์ Spectrum – AEM โดยคณะกรรมการคาดประมาณสถานการณ์เอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทย) ซึ่งการคาดประมาณ ในปี ๒๕๖๒ มีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีชีวิตอยู่ลดลงจากปี ๒๕๖๑ จำนวน ๘,๔๘๙ คน แต่ในปี ๒๕๖๓ กลับเพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๖๒ เป็นจำนวน ๓๐,๐๔๔ คน และเมื่อเทียบกับปี ๒๕๖๑ ยังคงเพิ่มขึ้นเป็นจำนวน ๒๑,๕๕๕ คน

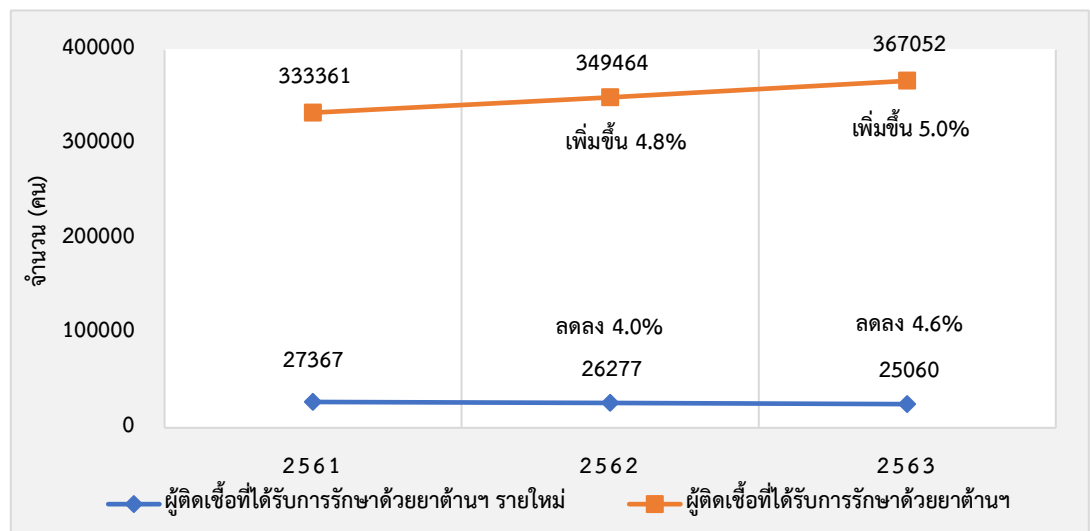
ในขณะที่แนวโน้มของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้เข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยและรู้สถานะการติดเชื้อเอชไอวีแล้ว (PLHIV know their HIV status) ทั้งหมดในแต่ละปีเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตามลำดับ มีจำนวน ๔๕๑,๑๗๖ คน ๔๖๙,๙๘๘ คน และ ๔๗๒,๔๔๕ คน ตามลำดับ นอกจากนั้นจำนวนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้เริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีทั้งหมด (PLHIV received ART) มีจำนวนเพิ่มขึ้น จำนวน ๔๔๙,๗๓๖ คน ๔๘๐,๕๓๒ คน ๕๑๐,๔๙๕ คน ตามลำดับ และจำนวนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีที่ยังอยู่ในระบบ (PLHIV receiving ART) เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นเดียวกัน มีจำนวน ๓๓๓,๓๖๑ คน ๓๔๙,๔๖๔ คน และ ๓๖๗,๐๕๒ คน ตามลำดับ ดังแสดงในแผนภูมิที่ ๑

**แผนภูมิที่ ๑** สถานการณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและการเข้าถึงระบบบริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ – ๒๕๖๓



ทั้งนี้เมื่อวิเคราะห์ถึงอัตราการเพิ่มขึ้นของผู้ติดเชื้อฯ ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีที่ยังอยู่ในระบบแต่ละปี พบว่า ในปี ๒๕๖๒ เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๖๑ จำนวน ๑๖,๑๐๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๔.๘ และปี ๒๕๖๓ เพิ่มขึ้นจาก ปี ๒๕๖๒ จำนวน ๑๗,๕๘๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๕.๐ ในขณะที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ใหม่ในปีที่ยังอยู่ในระบบ (Newly receiving ART) ในแต่ละปีลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยมีจำนวน ๒๗,๓๖๗ คน ๒๖,๒๗๗ คน และ ๒๕,๐๖๐ คน ตามลำดับ ดังแสดงในแผนภูมิที่ ๒

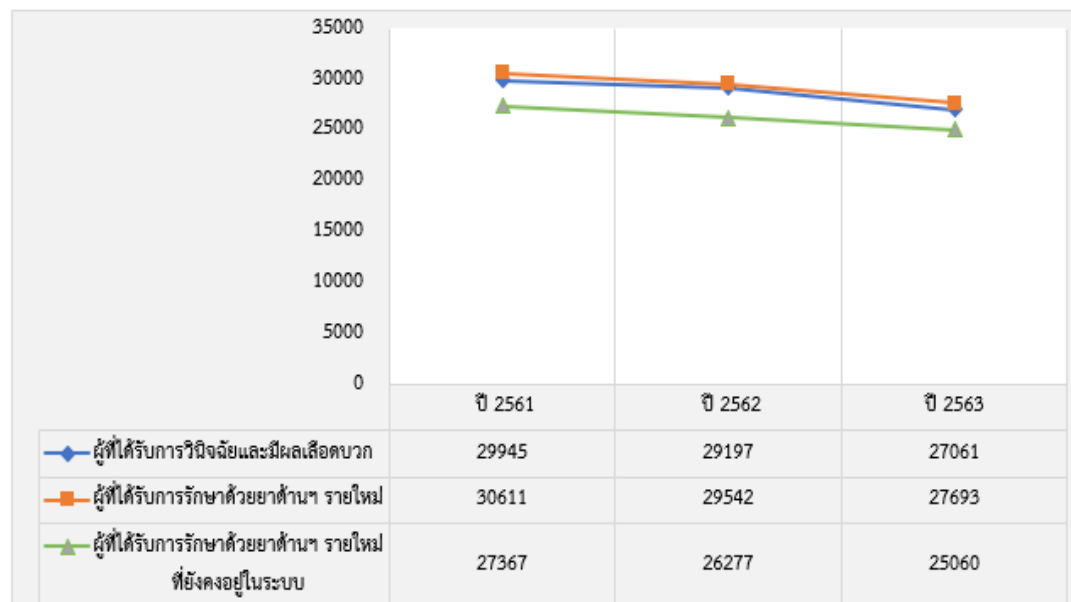
**แผนภูมิที่ ๒** จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีที่ยังอยู่ในระบบ (Currently receiving ART) และจำนวนผู้ติดเชื้อฯ ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีใหม่ในปี (Newly receiving ART) ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ – ๒๕๖๓



หากพิจารณาผลการดำเนินงานในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการใหม่ในปี พบว่าในแต่ละปี มีผู้ติดเชื้อฯ ที่ได้รับการทดลองอย่างต่อเนื่องทุกบริการ ตั้งแต่จำนวนผู้ได้ตรวจเอชไอวีและมีผลบวก (ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการวินิจฉัยและรู้สถานะการติดเชื้อฯ ของตนเอง) และผู้ติดเชื้อฯ ที่ได้เข้าสู่ระบบบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการวินิจฉัยและรู้สถานะการติดเชื้อฯ ของตนเอง (Positive) มีจำนวน ๒๙,๙๔๕ คน ๒๙,๑๙๗ คน และ ๒๗,๐๖๑ คน ตามลำดับ สำหรับผู้ติดเชื้อฯ ที่ได้เข้าถึงหรือเริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี รายใหม่ (Newly received ART) ในแต่ละปี มีจำนวน ๓๐,๖๑๑ คน ๒๙,๕๔๒ คน และ ๒๗,๖๙๓ คน ตามลำดับ ส่วนผู้ติดเชื้อฯ ที่กำลังได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีใหม่ในปี ที่ยังอยู่ในระบบ (Newly receiving ART) มีจำนวน ๒๗,๓๖๗ คน ๒๖,๒๗๗ คน และ ๒๕,๐๖๐ คน ตามลำดับ จากข้อมูลแสดงให้เห็นว่าในแต่ละปีภาพรวมจำนวนผู้ที่ตรวจพบผลเอชไอวีบวกในปี และจำนวนผู้ติดเชื้อฯ ที่ได้เริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีรายใหม่ (ทุกราย) มีจำนวนใกล้เคียงกัน จากข้อมูลปี ๒๕๖๓ มีจำนวน ๒๗,๐๖๑ คน และ ๒๗,๖๙๓ คน ตามลำดับ ดังแสดงในแผนภูมิที่ ๓

เมื่อพิจารณาผลการดำเนินงานในกลุ่มที่เข้ารับบริการใหม่ในปี ที่ลดลงอย่างต่อเนื่องในแต่ละปี พบว่าปี ๒๕๖๓ มีผลการดำเนินงานที่ลดลงมากที่สุด โดยการตรวจพบผู้ติดเชื้อฯ ใหม่ในปี ๒๕๖๒ ลดลงจากปี ๒๕๖๑ จำนวน ๗๔๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๒.๕ และปี ๒๕๖๓ ลดลงจากปี ๒๕๖๒ จำนวน ๒,๑๓๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๗.๓ เช่นเดียวกับกับผู้ติดเชื้อฯ ที่ได้เข้าถึงหรือเริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี ในปี ๒๕๖๒ ลดลงจำนวน ๑,๐๖๙ คน คิดเป็นร้อยละ ๓.๕ และในปี ๒๕๖๓ ลดลงมากขึ้นเป็นจำนวน ๑,๘๔๙ คน คิดเป็นร้อยละ ๖.๓ ส่วนผู้ติดเชื้อฯ ที่กำลังรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ในปี ๒๕๖๒ ลดลงจำนวน ๑,๐๙๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๔.๐ และในปี ๒๕๖๓ ลดลงจำนวน ๑,๒๑๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๔.๖ ดังแสดงในตารางที่ ๑

**แผนภูมิที่ ๓** จำนวนผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยและรู้สถานะการติดเชื้อเอชไอวีของตนเอง (Positive) และผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีรายใหม่ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ - ๒๕๖๓



**หมายเหตุ** จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ รายใหม่ ฐานข้อมูลจะรวมผู้ที่มีผลบวกมาจากปีก่อนๆ แต่เพิ่งได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในปีที่รายงาน



**ตารางที่ ๑** จำนวนและร้อยละของผลการดำเนินงานการเข้าถึงระบบบริการดูแลรักษา ที่ลดลงในแต่ละปี

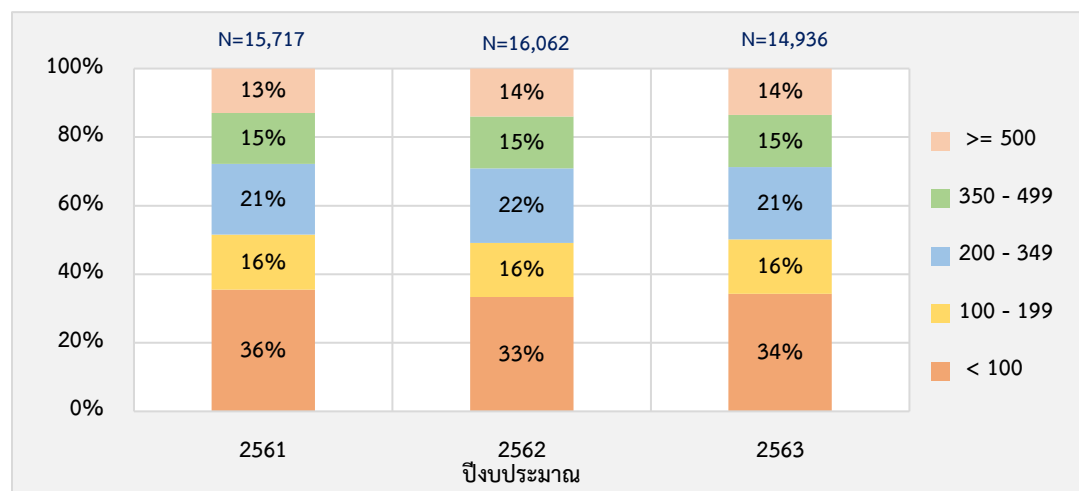
การเข้าถึงระบบบริการดูแลรักษา	ปี ๒๕๖๒ ลดจาก ปี ๒๕๖๑	ปี ๒๕๖๓ ลดจาก ปี ๒๕๖๒	ปี ๒๕๖๓ ลดจาก ปี ๒๕๖๑
ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยและรู้สถานะการติดเชื้อฯ	๗๔๘ (๒.๕%)	๒,๑๓๖ (๗.๓%)	๒,๘๔๔ (๙.๖%)
ผู้ติดเชื้อฯ ที่ได้เริ่มรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ	๑,๐๖๙ (๓.๕%)	๑,๘๔๙ (๖.๓%)	๒,๙๑๘ (๙.๕%)
ผู้ติดเชื้อฯ ที่กำลังรับการรักษาด้วยยาต้านฯ ที่ยังคงอยู่ในระบบ	๑,๐๙๐ (๔.๐%)	๑,๒๑๗ (๔.๖%)	๒,๓๐๗ (๘.๔%)
ผู้ติดเชื้อฯ ที่ได้รับการรักษาหลุดจากระบบ การรักษา	๓,๒๔๔ (๑๐.๖%)	๓,๒๖๕ (๑๑.๑%)	๒,๖๓๓ (๙.๕%)

**๔.๑.๒) การเข้าถึงบริการดูแลรักษา และระดับเม็ดเลือดขาวซีดี 4 (CD4)**

การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้เข้าถึงบริการดูแลรักษาเร็วหรือช้า จะมีผลกระทบโดยตรงต่อการได้รับการรักษา อัตราการเสียชีวิต และผลทางอ้อมต่อความต่อเนื่องในการรักษา โดยวัดจากระดับ CD4 ซึ่งระบบบริการมีการวัด ใน ๒ ช่วง คือ เมื่อผู้ติดเชื้อฯ ทราบสถานะการติดเชื้อเอชไอวีของตนเองแล้ว และก่อนเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี แม้ว่าประเทศไทยจะมีการขยายการให้บริการยาต้านไวรัสเอชไอวีแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระบบบริการสุขภาพ และมีนโยบายการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีแก่ผู้ติดเชื้อฯ โดยไม่จำกัดระดับ CD4 (Any CD4) เมื่อผู้ติดเชื้อฯ พร้อมทั้งจะเริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี ตามกลยุทธ์“การรักษาเป็นการป้องกัน (Treatment as Prevention)” แล้วก็ตาม แต่พบว่า ยังมีผู้ติดเชื้อฯ ที่เข้าถึงบริการล่าช้าตั้งแต่การตรวจและทราบสถานะการติดเชื้อเอชไอวีของตนเอง โดยพบว่าระดับ CD4 หลังการวินิจฉัย และก่อนเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี เป็นดังนี้

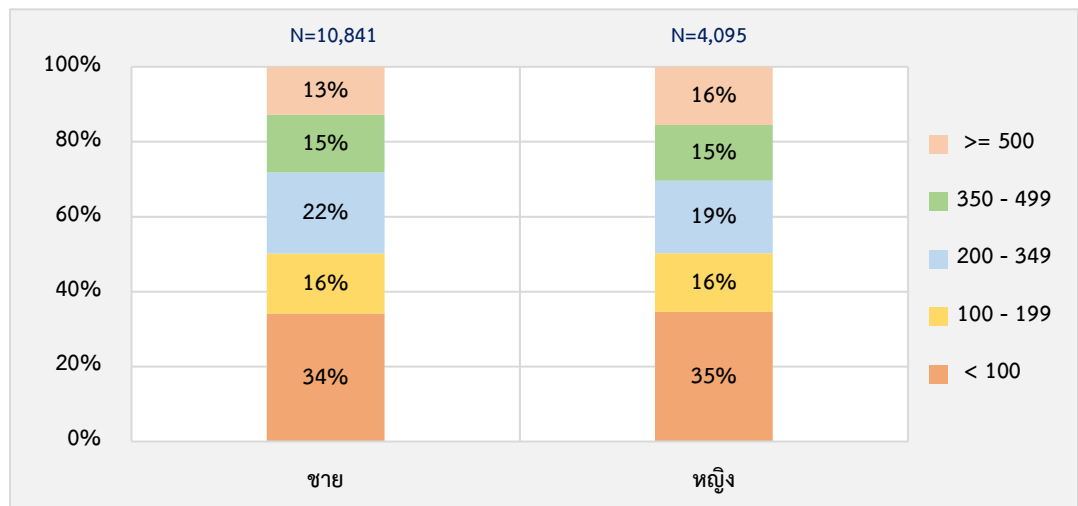
ระดับ CD4 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหลังการวินิจฉัย (First CD4 after diagnosis) ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๓ พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่ มากกว่าครึ่ง มี CD4 น้อยกว่า ๒๐๐ cells/mm<sup>3</sup> ได้ทราบสถานะการติดเชื้อเอชไอวีของตนเองล่าช้า ซึ่งอาจมีอาการป่วยหรือมีโรคติดเชื้อฉวยโอกาสร่วมด้วย จึงได้มาตรวจเอชไอวีและทราบว่าติดเชื้อ โดยมีสัดส่วนอยู่ที่ร้อยละ ๕๒ ร้อยละ ๔๙ และ ร้อยละ ๕๐ ตามลำดับ ในขณะที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพียงร้อยละ ๑๓ ร้อยละ ๑๔ และร้อยละ ๑๔ ที่ได้ทราบสถานะการติดเชื้อเอชไอวีของตนเองในขณะที่ยังมีสุขภาพแข็งแรง (CD4 มากกว่าหรือเท่ากับ ๕๐๐ cells/mm<sup>3</sup>) ดังแสดงในแผนภูมิที่ ๔

**แผนภูมิที่ ๔** สัดส่วน CD4 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหลังการวินิจฉัย ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ – ๒๕๖๓

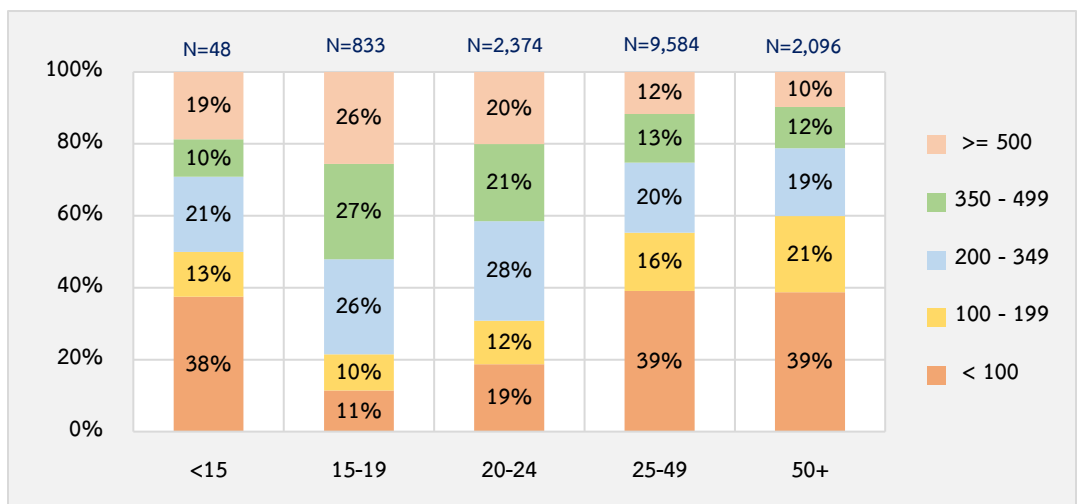


เมื่อพิจารณาสัดส่วน CD4 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหลังการวินิจฉัย จำแนกตามเพศ จากข้อมูลปี ๒๕๖๓ พบว่า ทั้งเพศชายและเพศหญิงมีสัดส่วน CD4 กว่าครึ่ง น้อยกว่า ๒๐๐ cells/mm<sup>3</sup> โดยมีสัดส่วนใกล้เคียงกันอยู่ที่ ร้อยละ ๕๐ และร้อยละ ๕๑ ตามลำดับ (ดังแสดงในแผนภูมิที่ ๕) และเมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่า กลุ่มอายุที่มี สัดส่วน CD4 น้อยกว่า ๒๐๐ cells/mm<sup>3</sup> ได้แก่ อายุ ๕๐ ปีขึ้นไป มีสัดส่วนอยู่ที่ร้อยละ ๖๐ รองลงคือ กลุ่มอายุ ๒๕ - ๔๙ ปี และอายุน้อยกว่า ๑๕ ปี โดยมีสัดส่วนอยู่ที่ร้อยละ ๕๕ และ ร้อยละ ๕๑ ตามลำดับ ในขณะที่กลุ่มอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี และ ๒๐ - ๒๔ ปี มีสัดส่วน CD4 อยู่ในระดับที่มากกว่า ๒๐๐ cells/mm<sup>3</sup> อยู่ที่ร้อยละ ๗๙ และ ร้อยละ ๖๙ ตามลำดับ (ข้อมูลปี ๒๕๖๓) ดังแสดงในแผนภูมิที่ ๖

**แผนภูมิที่ ๕** สัดส่วน CD4 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหลังการวินิจฉัย จำแนกตามเพศ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓



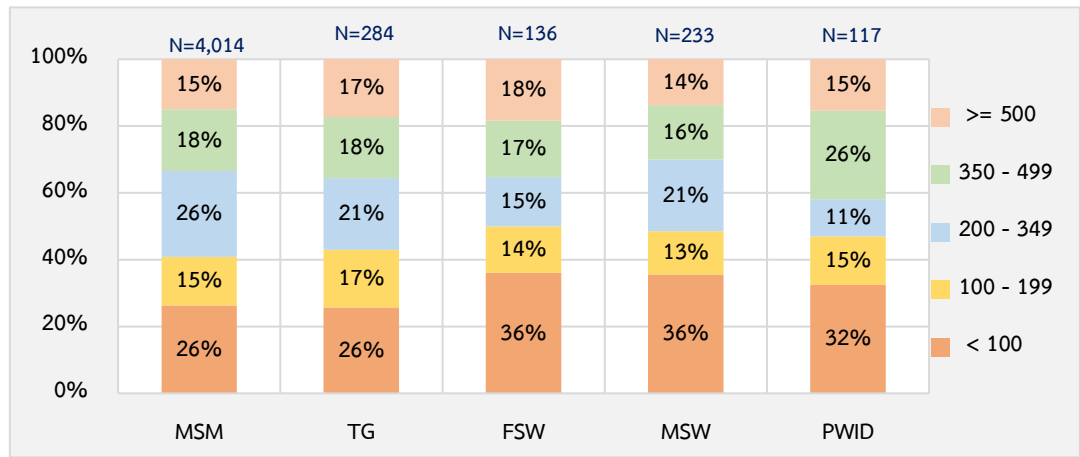
**แผนภูมิที่ ๖** สัดส่วน CD4 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหลังการวินิจฉัย จำแนกตามกลุ่มอายุ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓



และเมื่อวิเคราะห์ข้อมูล สัดส่วน CD4 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหลังการวินิจฉัย จำแนกตามกลุ่มประชากรหลัก ปี ๒๕๖๓ โดยจำแนกเป็นกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) กลุ่มหญิงข้ามเพศ (TG) กลุ่มพนักงานบริการชาย (MSW) พนักงานบริการหญิง (FSW) และกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID) พบว่า กลุ่มพนักงานบริการทั้งหญิงและชาย และกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด มีสัดส่วน CD4 หลังการวินิจฉัยเกือบครึ่งที่น้อยกว่า ๒๐๐ cells/mm<sup>3</sup> อยู่ที่ร้อยละ ๕๐ ร้อยละ ๔๘ และร้อยละ ๔๗ ตามลำดับ ในขณะที่กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย และกลุ่มหญิงข้ามเพศ มีสัดส่วน CD4 อยู่ในระดับที่มากกว่า ๒๐๐ cells/mm<sup>3</sup> อยู่ที่ร้อยละ ๕๕ และร้อยละ ๕๖ ตามลำดับ ดังแสดงในแผนภูมิที่ ๗

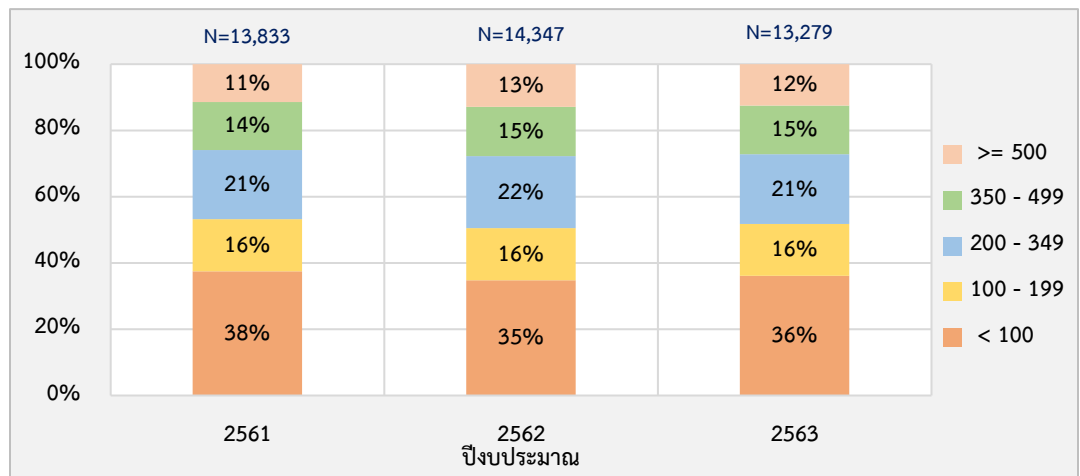
**แผนภูมิที่ ๗** สัดส่วน CD4 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหลังการวินิจฉัย จำแนกตามกลุ่มประชากรหลัก ปีงบประมาณ

พ.ศ.๒๕๖๓



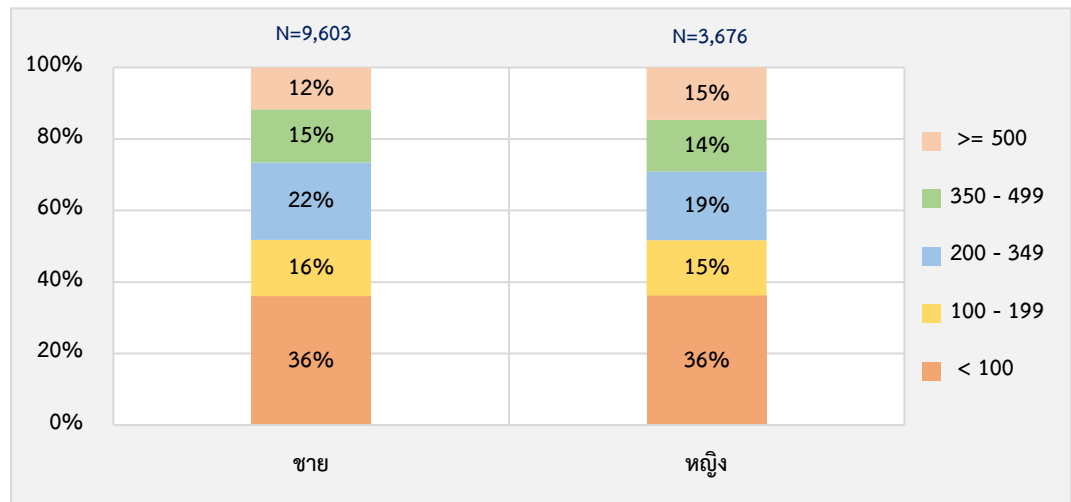
ในส่วนของระดับ CD4 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีก่อนเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี (ARV initiation) เป็นประเด็นที่ต้องให้ความสำคัญมาก ดังได้กล่าวแล้วว่ามีผลต่อคุณภาพชีวิต การเสียชีวิต และความต่อเนื่องในการรักษา ซึ่งพบว่า สัดส่วน CD4 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีก่อนเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี (ARV initiation) ปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓ มากกว่าครึ่งมี CD4 น้อยกว่า ๒๐๐ cells/mm<sup>3</sup> เช่นเดียวกับสัดส่วน CD4 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหลังการวินิจฉัย (First CD4 after diagnosis) โดยมีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกันในแต่ละปีอยู่ที่ร้อยละ ๕๔ ร้อยละ ๕๑ และ ร้อยละ ๕๒ ตามลำดับ ดังแสดงในแผนภูมิที่ ๘

**แผนภูมิที่ ๘** สัดส่วน CD4 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีก่อนเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ - ๒๕๖๓

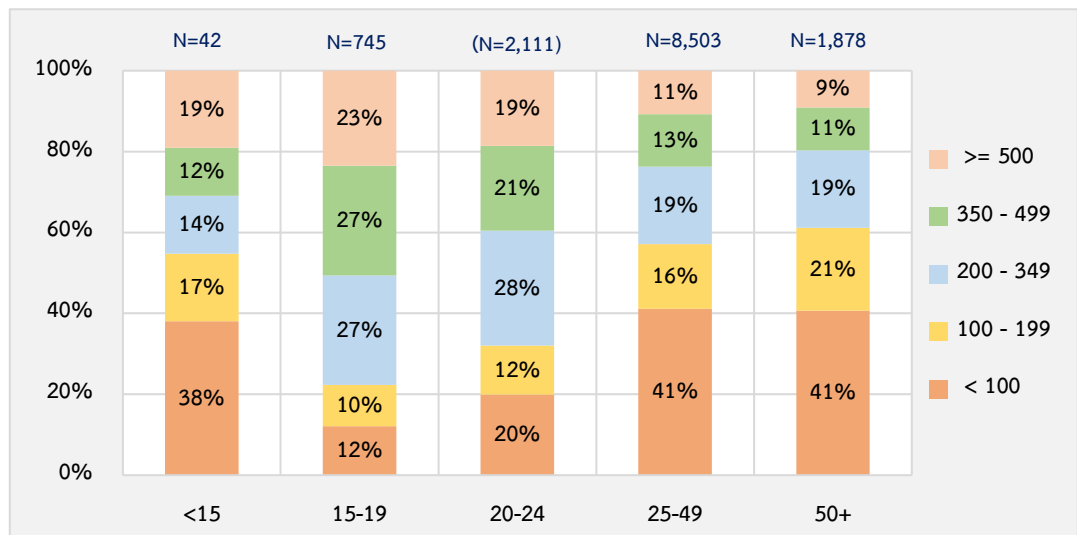


โดยสัดส่วน CD4 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีก่อนเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี จำแนกตามเพศ จากข้อมูลปี ๒๕๖๓ พบว่า ทั้งเพศชายและเพศหญิงมีสัดส่วน CD4 กว่าครึ่ง น้อยกว่า ๒๐๐ cells/mm<sup>3</sup> โดยมีสัดส่วนใกล้เคียงกันอยู่ที่ร้อยละ ๕๒ และร้อยละ ๕๑ ตามลำดับ (ดังแสดงในแผนภูมิที่ ๙) และเมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่า กลุ่มอายุที่มีสัดส่วน CD4 น้อยกว่า ๒๐๐ cells/mm<sup>3</sup> ได้แก่ อายุ ๕๐ ปีขึ้นไป มีสัดส่วนอยู่ที่ร้อยละ ๖๒ รองลงคือ กลุ่มอายุ ๒๕ - ๔๙ ปี และอายุน้อยกว่า ๑๕ ปี โดยมีสัดส่วนอยู่ที่ร้อยละ ๕๗ และร้อยละ ๕๕ ตามลำดับ ในขณะที่กลุ่มอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี และกลุ่มอายุ ๒๐ - ๒๔ ปี มีสัดส่วน CD4 กว่าครึ่งมากกว่า ๒๐๐ cells/mm<sup>๓</sup> อยู่ที่ร้อยละ ๓๗ และร้อยละ ๖๘ (ข้อมูลปี ๒๕๖๓) ดังแสดงในแผนภูมิที่ ๑๐

**แผนภูมิที่ ๙** สัดส่วน CD4 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีก่อนเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี จำแนกตามเพศ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓

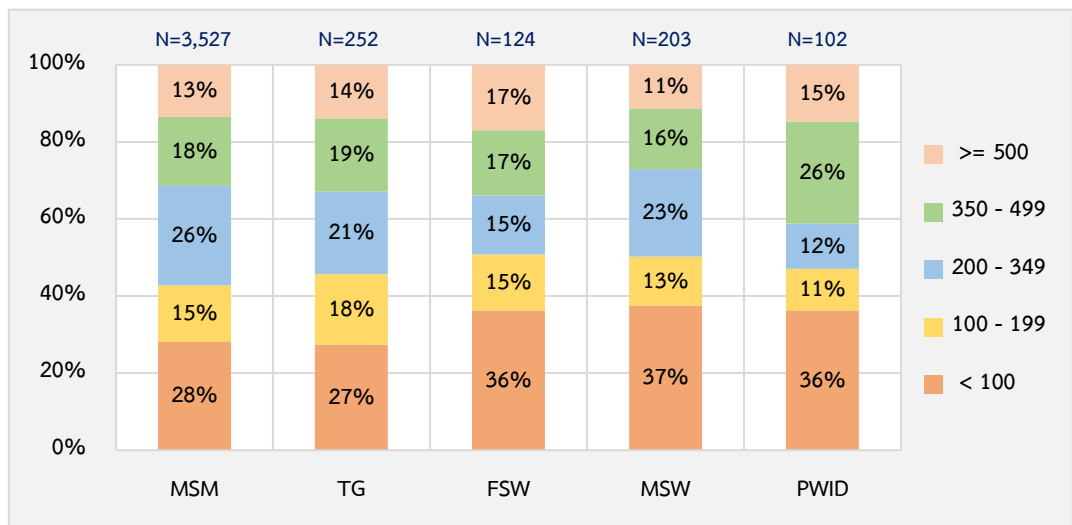


**แผนภูมิที่ ๑๐** สัดส่วน CD4 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีก่อนเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี จำแนกตามกลุ่มอายุ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓



และเมื่อวิเคราะห์ข้อมูลสัดส่วน CD4 ของผู้ติดเชื้อฯ ก่อนเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี จำแนกตามกลุ่มประชากรหลัก ปี ๒๕๖๓ โดยจำแนกเป็นกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) กลุ่มหญิงข้ามเพศ (TG) กลุ่มพนักงานบริการชาย (MSW) กลุ่มพนักงานบริการหญิง (FSW) และกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID) พบว่า กลุ่มพนักงานบริการหญิงและกลุ่มพนักงานบริการชาย เป็นกลุ่มที่มีสัดส่วน CD4 ก่อนเริ่มยาต้านเอชไอวีต่ำกว่าครึ่งน้อยกว่า ๒๐๐ cells/mm<sup>3</sup> อยู่ที่ร้อยละ ๕๑ และร้อยละ ๕๐ ในขณะที่กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย กลุ่มหญิงข้ามเพศ และกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีดกว่าครึ่งมีสัดส่วน CD4 ก่อนเริ่มยาต้านเอชไอวี มากกว่า ๒๐๐ cells/mm<sup>3</sup> อยู่ที่ร้อยละ ๕๗ ร้อยละ ๕๔ และร้อยละ ๕๓ ตามลำดับ ดังแสดงในแผนภูมิที่ ๑๑

**แผนภูมิที่ ๑๑** สัดส่วน CD4 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีก่อนเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี จำแนกตามกลุ่มประชากรหลัก ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓

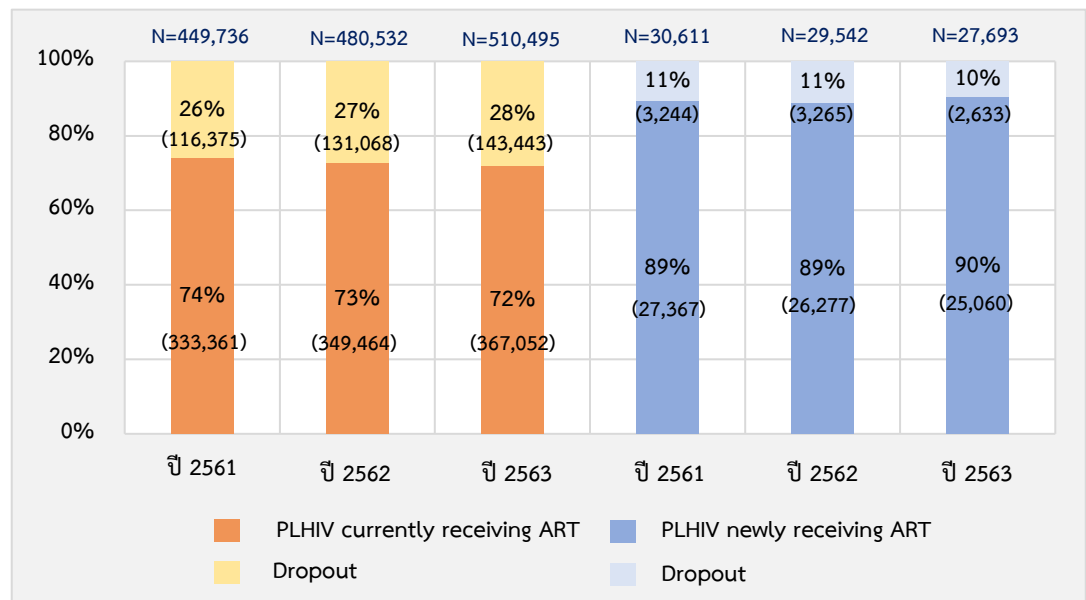


**๔.๑.๓) การหลุดออกจากระบบการรักษา (Dropout)**

การหลุดออกจากระบบการรักษา เป็นอีกประเด็นสำคัญที่มีผลต่อจำนวนผู้ติดเชื้อฯ ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีที่ยังอยู่ในระบบ เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลสัดส่วนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีที่ออกจากระบบบริการดูแลรักษา จากข้อมูลปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓ พบว่า ปี ๒๕๖๑ มีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีทั้งหมด ๔๔๙,๗๓๖ คน ผู้ติดเชื้อฯ หลุดออกจากระบบฯ จำนวน ๑๑๖,๓๗๕ คน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๒๖ เหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่กำลังรักษา จำนวน ๓๓๓,๓๖๑ คน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๗๔ ในส่วน ปี ๒๕๖๒ จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีทั้งหมด ๔๘๐,๕๓๒ คน ผู้ติดเชื้อฯ หลุดออกจากระบบฯ จำนวน ๑๓๑,๐๖๘ คน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๒๗ เหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่กำลังรักษา จำนวน ๓๔๙,๔๖๔ คน คิดเป็นสัดส่วน ร้อยละ ๗๓ และปี ๒๕๖๓ มีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีทั้งหมด ๕๑๐,๔๙๕ คน ผู้ติดเชื้อฯ หลุดออกจากระบบฯ จำนวน ๑๔๓,๔๔๓ คน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๒๘ เหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่กำลังรักษา จำนวน ๓๖๗,๐๕๒ คน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๗๒ จะเห็นได้ว่าแนวโน้มการหลุดออกจากระบบฯ เพิ่มขึ้นร้อยละ ๑ ต่อปี โดยปี ๒๕๖๒ เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๖๑ จำนวน ๑๔,๖๙๓ คน และปี ๒๕๖๓ เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๖๒ จำนวน ๑๒,๓๗๕ คน

ในขณะที่จำนวนผู้ติดเชื้อฯ ที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีรายใหม่ ปี ๒๕๖๑ มีจำนวนทั้งหมด ๓๐,๖๑๑ คน ผู้ติดเชื้อฯ หลุดออกจากระบบฯ จำนวน ๓,๒๔๔ คน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๑๑ เหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่กำลังรักษา จำนวน ๒๗,๓๖๗ คน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๘๙ ในส่วน ปี ๒๕๖๒ จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีรายใหม่ทั้งหมด ๒๙,๕๔๒ คน ผู้ติดเชื้อฯ ออกจากระบบฯ จำนวน ๓,๒๖๕ คน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๑๑ เหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่กำลังรักษา จำนวน ๒๖,๒๗๗ คน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๘๙ และปี ๒๕๖๓ มีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีรายใหม่ทั้งหมด ๒๗,๖๙๓ คน ผู้ติดเชื้อฯ หลุดออกจากระบบฯ จำนวน ๒,๖๓๓ คน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๑๐ เหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่กำลังรักษา จำนวน ๒๕,๐๖๐ คน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๙๐ แนวโน้มการหลุดออกจากระบบฯ มีแนวโน้มใกล้เคียงกันในแต่ละปี ดังแสดงในแผนภูมิที่ ๑๒

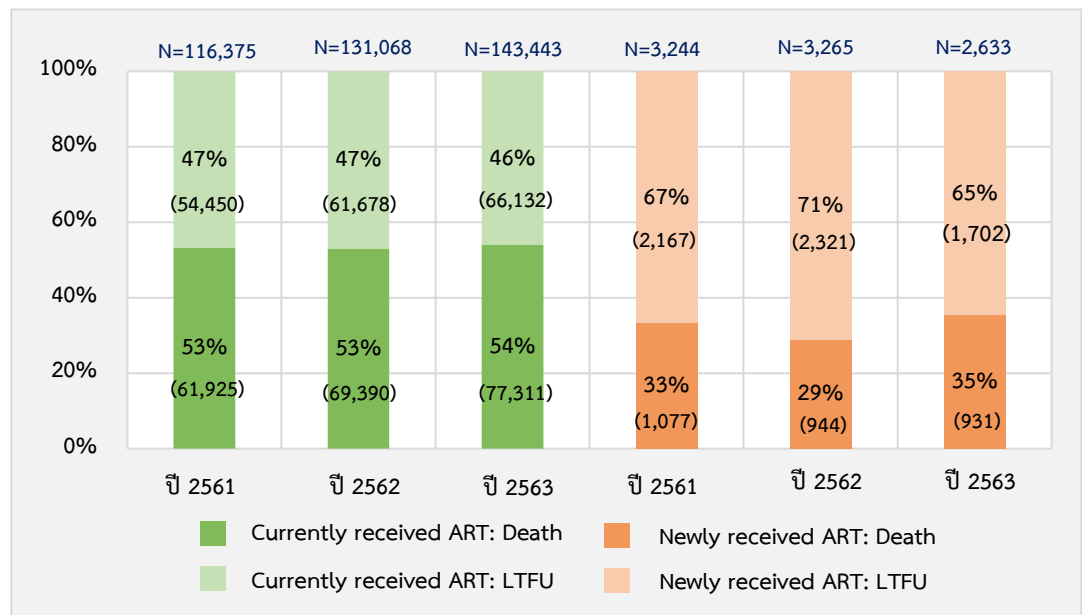
**แผนภูมิที่ ๑๒** สัดส่วนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี และผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่หลุดออกจากระบบบริการดูแลรักษา ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ - ๒๕๖๓



เมื่อจำแนกสาเหตุของการหลุดออกจากระบบการรักษา (Dropout) จากข้อมูลปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓ พบว่า ปี ๒๕๖๑ มีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีหลุดออกจากระบบฯ ทั้งหมด ๑๑๖,๓๗๕ คน สาเหตุจากการเสียชีวิต จำนวน ๖๑,๙๒๕ คน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๕๓ ขาดการติดตามการรักษา จำนวน ๕๔,๔๕๐ คน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๔๗ ปี ๒๕๖๒ มีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีหลุดออกจากระบบฯ ทั้งหมด ๑๓๑,๐๖๘ คน สาเหตุจากการเสียชีวิต จำนวน ๖๙,๓๙๐ คน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๕๓ ขาดการติดตามการรักษา จำนวน ๖๑,๖๗๘ คน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๔๗ และปี ๒๕๖๓ มีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีหลุดออกจากระบบฯ ทั้งหมด ๑๔๓,๔๔๓ คน สาเหตุจากการเสียชีวิต จำนวน ๗๗,๓๑๑ คน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๕๔ ขาดการติดตามการรักษา จำนวน ๖๖,๑๓๒ คน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๔๖ โดยสาเหตุส่วนใหญ่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีหลุดออกจากระบบฯ มาจากการเสียชีวิต

ในส่วนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีรายใหม่หลุดออกจากระบบฯ ปี ๒๕๖๑ มีจำนวนทั้งหมด ๓,๒๔๔ คน สาเหตุจากการเสียชีวิต จำนวน ๑,๐๗๗ คน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๓๓ ขาดการติดตามการรักษา จำนวน ๒,๑๖๗ คน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๖๗ ปี ๒๕๖๒ มีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีรายใหม่หลุดออกจากระบบฯ ทั้งหมดจำนวน ๓,๒๖๕ คน สาเหตุจากการเสียชีวิต จำนวน ๙๔๔ คน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๒๙ ขาดการติดตามการรักษา จำนวน ๒,๓๒๑ คน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๗๑ และปี ๒๕๖๓ มีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีรายใหม่หลุดออกจากระบบฯ ทั้งหมดจำนวน ๒,๖๓๓ คน สาเหตุจากการเสียชีวิต จำนวน ๙๓๑ คน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๓๕ ขาดการติดตามการรักษา จำนวน ๑,๗๐๒ คน คิดเป็นสัดส่วน ร้อยละ ๖๕ สาเหตุส่วนใหญ่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีรายใหม่หลุดออกจากระบบฯ มาจากการขาดการรักษา ดังแสดงในแผนภูมิที่ ๑๓

**แผนภูมิที่ ๑๓** สัดส่วนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เสียชีวิต และขาดการติดตามการรักษาขณะรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ – ๒๕๖๓



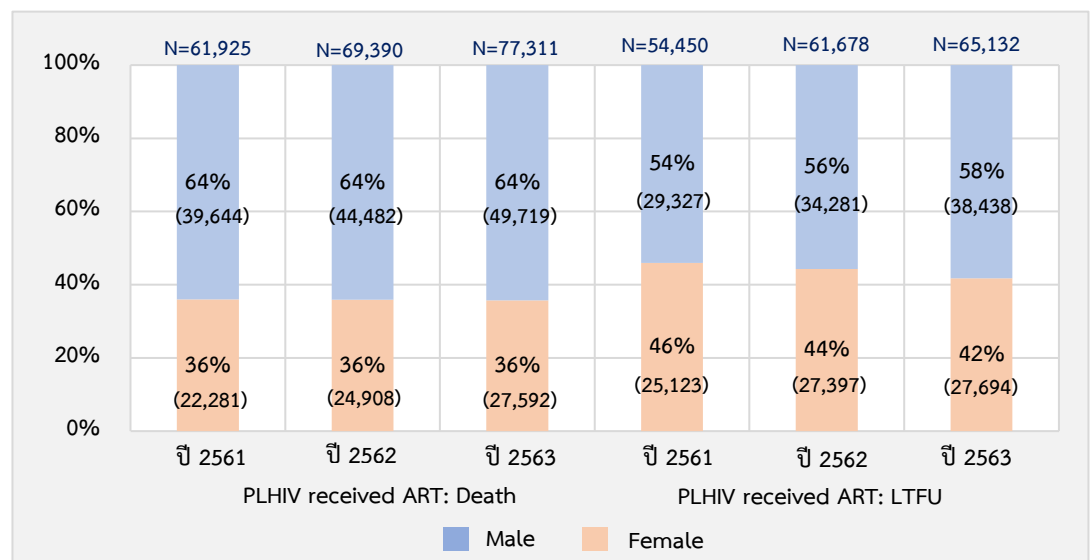
เมื่อพิจารณาสัดส่วนการเสียชีวิตและการขาดการติดตามการรักษาขณะรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี จำแนกตามเพศ ข้อมูลปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๓ พบว่า ภาพรวมเพศชายมีสัดส่วนการเสียชีวิตมากกว่าเพศหญิง โดยมีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีเสียชีวิตทั้งหมด ๖๑,๙๒๕ คน ๖๙,๓๙๐ คน และ ๗๗,๓๑๑ คน ปี ๒๕๖๑ มีเพศชาย จำนวน ๓๙,๖๔๔ คน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๖๔ เพศหญิง จำนวน ๒๒,๒๘๑ คน คิดเป็นสัดส่วน ร้อยละ ๓๖ ปี ๒๕๖๒ มีเพศชาย จำนวน ๔๔,๔๘๒ คน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๖๔ เพศหญิง จำนวน ๒๔,๙๐๘ คน คิดเป็นสัดส่วน ร้อยละ ๓๖ และปี ๒๕๖๓ มีเพศชาย จำนวน ๔๙,๗๑๙ คน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๖๔ เพศหญิงจำนวน ๒๗,๕๙๒ คน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๓๖

ในส่วนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ขาดการติดตามการรักษาขณะรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี พบว่า ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๓ มีจำนวนทั้งหมด ๕๔,๔๕๐ คน ๖๑,๖๗๘ คน และ ๖๕,๑๓๒ คน ตามลำดับ ปี ๒๕๖๑ มีเพศชาย จำนวน ๒๙,๓๒๗ คน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๕๔ เพศหญิง จำนวน ๒๕,๑๒๓ คน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๔๖ ปี ๒๕๖๒ มีเพศชาย จำนวน ๓๔,๒๘๑ คน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๕๖ เพศหญิง จำนวน ๒๗,๓๙๗ คน คิดเป็นสัดส่วน

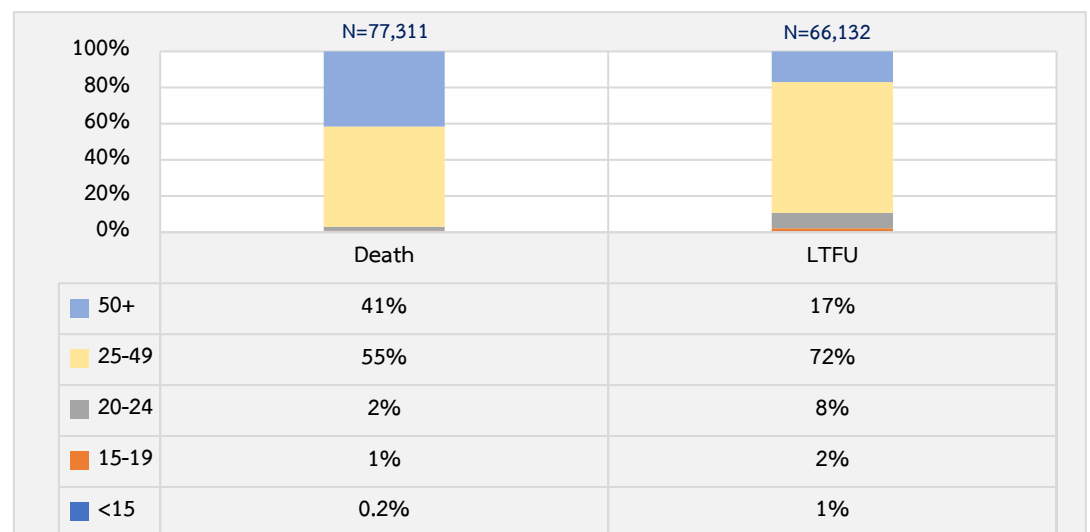
ร้อยละ ๔๔ และปี ๒๕๖๓ มีเพศชาย จำนวน ๓๘,๔๓๘ คน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๕๘ เพศหญิง จำนวน ๒๗,๖๙๔ คน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๔๒ ทั้งนี้ พบว่าสัดส่วนการขาดการติดตามการรักษาทั้งเพศชายและเพศหญิง มีแนวโน้มใกล้เคียงกันในแต่ละปี ดังแสดงในแผนภูมิที่ ๑๔

และเมื่อจำแนกผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เสียชีวิตและขาดการติดตามการรักษาขณะรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี จำแนกตามกลุ่มอายุ จากข้อมูล ปี ๒๕๖๓ พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เสียชีวิตขณะรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี พบมากในกลุ่มอายุ ๒๕ - ๔๙ ปี และ อายุ ๕๐ ปีขึ้นไป มีสัดส่วนอยู่ที่ร้อยละ ๕๕ และร้อยละ ๔๑ ตามลำดับ ในส่วนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ขาดการติดตามการรักษาขณะรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี พบมากในกลุ่มอายุ ๒๕ - ๔๙ ปี และ อายุ ๕๐ ปีขึ้นไป เช่นเดียวกัน โดยมีสัดส่วนอยู่ที่ร้อยละ ๒๒ และร้อยละ ๑๗ ตามลำดับ ดังแสดงในแผนภูมิที่ ๑๕

**แผนภูมิที่ ๑๔** สัดส่วนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เสียชีวิต และขาดการติดตามการรักษาขณะรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี จำแนกตามเพศ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ - ๒๕๖๓



**แผนภูมิที่ ๑๕** สัดส่วนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เสียชีวิต และขาดการติดตามการรักษาขณะรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี จำแนกตามกลุ่มอายุ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓



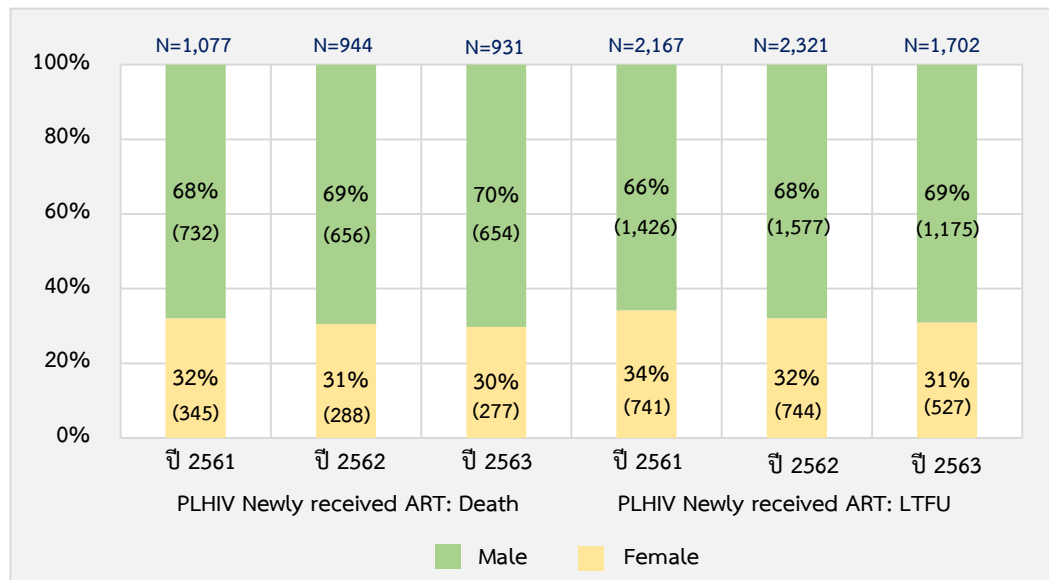


ในส่วนของสัดส่วนการเสียชีวิตและการขาดการติดตามการรักษาขณะรับการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีรายใหม่ (Newly received ART) จำแนกตามเพศ ข้อมูลปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓ พบว่า ภาพรวมเพศชายมีสัดส่วนการเสียชีวิตมากกว่าหญิง โดยมีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีรายใหม่ เสียชีวิตทั้งหมด ๑,๐๗๗ คน ๙๔๔ คน และ ๙๓๑ คน ตามลำดับ ในปี ๒๕๖๑ มีจำนวนเพศชาย ๗๓๒ คน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๖๘ เพศหญิง จำนวน ๓๔๕ คน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๓๒ ปี ๒๕๖๒ มีจำนวนเพศชาย ๖๕๖ คน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๖๙ เพศหญิง จำนวน ๒๘๘ คน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๓๑ และปี ๒๕๖๓ มีจำนวนเพศชาย จำนวน ๖๕๔ คน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๗๐ เพศหญิง จำนวน ๒๗๗ คน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๓๐

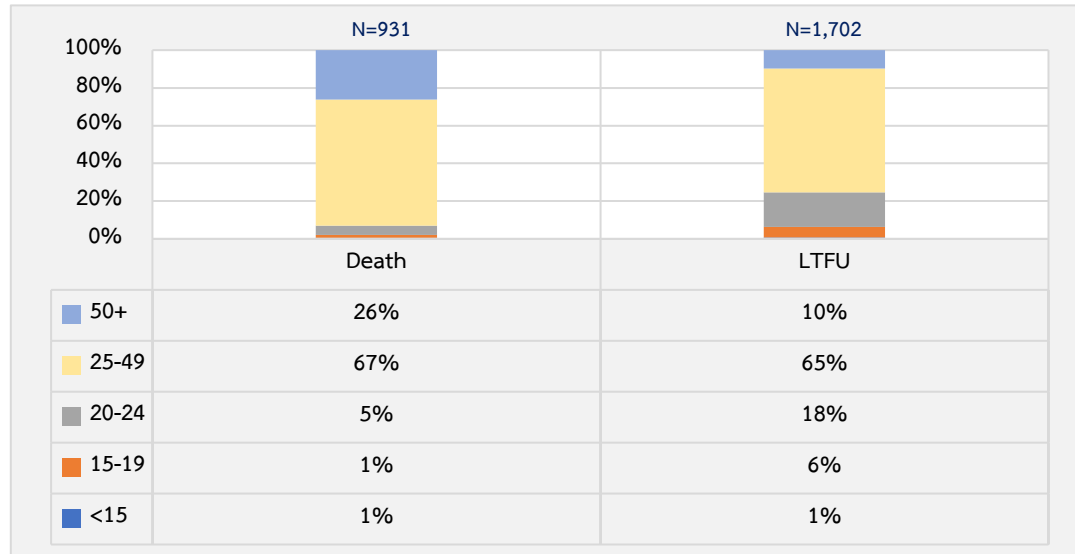
ในขณะที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีขาดการติดตามการรักษาขณะรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีรายใหม่ ปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓ มีจำนวนทั้งหมด ๒,๑๖๗ คน ๒,๓๒๑ คน และ ๑,๗๐๒ คน ตามลำดับ โดยปี ๒๕๖๑ มีเพศชายจำนวน ๑,๔๒๖ คน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๖๖ เพศหญิง จำนวน ๗๔๑ คน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๓๔ ปี ๒๕๖๒ มีเพศชาย จำนวน ๑,๕๗๗ คน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๖๘ เพศหญิง จำนวน ๗๔๔ คน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๓๒ และปี ๒๕๖๓ มีเพศชาย จำนวน ๑,๑๗๕ คน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๖๙ เพศหญิง จำนวน ๕๒๗ คน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๓๑ ดังแสดงในแผนภูมิที่ ๑๖

และเมื่อจำแนกผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เสียชีวิตและขาดการติดตามการรักษาขณะรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีรายใหม่ จำแนกตามกลุ่มอายุ จากข้อมูล ปี ๒๕๖๓ พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เสียชีวิตขณะรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีรายใหม่ พบมากในกลุ่มอายุ ๒๕ - ๔๙ ปี และ อายุ ๕๐ ปีขึ้นไป มีสัดส่วนอยู่ที่ร้อยละ ๖๗ และร้อยละ ๒๖ ตามลำดับ ในส่วนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ขาดการติดตามการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีรายใหม่ พบมากในกลุ่มอายุ ๒๕ - ๔๙ ปี และ ๒๐ - ๒๔ ปี มีสัดส่วนอยู่ที่ร้อยละ ๖๕ และร้อยละ ๑๘ ตามลำดับ ดังแสดงในแผนภูมิที่ ๑๗

**แผนภูมิที่ ๑๖** สัดส่วนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เสียชีวิตและขาดการติดตามการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีรายใหม่ (Newly received ART) จำแนกตามเพศ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ - ๒๕๖๓



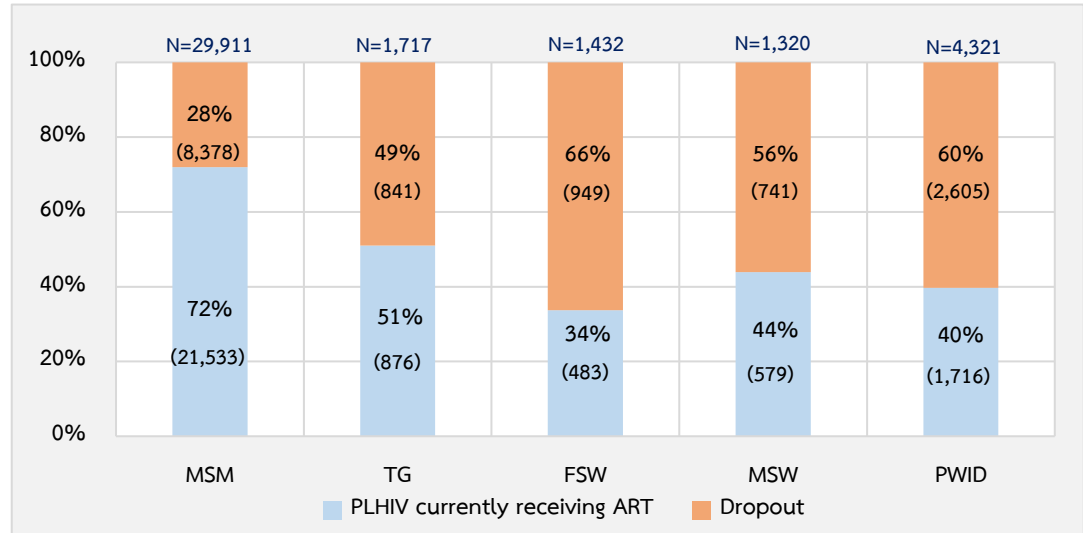
**แผนภูมิที่ ๑๗** สัดส่วนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เสียชีวิต และขาดการติดตามการรักษาขณะรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีรายใหม่ (Newly received ART) จำแนกตามกลุ่มอายุ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓



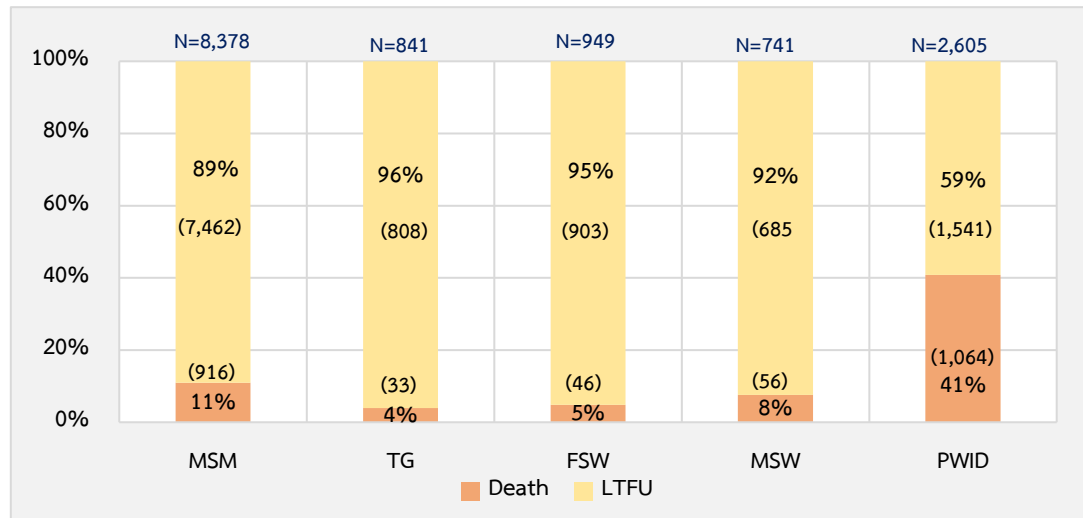
เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลสัดส่วนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีที่หลุดออกจากระบบการรักษา จำแนกตามกลุ่มประชากรหลัก โดยจำแนกเป็นกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) กลุ่มหญิงข้ามเพศ (TG) กลุ่มพนักงานบริการชาย (MSW) กลุ่มพนักงานบริการหญิง (FSW) และกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID) จากข้อมูลปี ๒๕๖๓ พบว่า กลุ่มประชากรหลักที่หลุดออกจากระบบการรักษา มากที่สุด ๓ อันดับแรก ได้แก่ (๑) กลุ่มพนักงานบริการหญิง มีจำนวนทั้งหมด ๑,๔๓๒ คน หลุดออกจากระบบฯ จำนวน ๙๔๙ คน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๖๖ เหลือผู้ที่กำลังรักษา จำนวน ๔๘๓ คน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๓๔ (๒) กลุ่มผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID) มีจำนวนทั้งหมด ๔,๓๒๑ คน หลุดออกจากระบบฯ จำนวน ๒,๖๐๕ คน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๖๐ เหลือผู้ที่กำลังรักษา จำนวน ๑,๗๑๖ คน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๔๐ และ (๓) กลุ่มพนักงานบริการชาย มีจำนวนทั้งหมด ๑,๓๒๐ คน หลุดออกจากระบบฯ จำนวน ๗๔๑ คน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๕๖ เหลือผู้ที่กำลังรักษา จำนวน ๕๗๙ คน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๔๔ ดังแสดงในแผนภูมิที่ ๑๘

จากข้อมูล ปี ๒๕๖๓ พบว่าสาเหตุของการหลุดออกจากระบบการรักษาส่วนใหญ่มาจากการขาดการรักษา (Loss to follow-up) สูงสุดในกลุ่มหญิงข้ามเพศ และกลุ่มพนักงานบริการหญิง มีสัดส่วนอยู่ที่ร้อยละ ๙๖ (จำนวน ๘๐๘ คน) และร้อยละ ๙๕ (จำนวน ๙๐๓ คน) ตามลำดับ และมีความแตกต่างกันเล็กน้อยในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด ที่แม้ว่าจะมีสัดส่วนการขาดการรักษาที่สูง เท่ากับร้อยละ ๕๙ (จำนวน ๑,๕๔๑ คน) แต่กลับพบว่าการเสียชีวิตก็มีสัดส่วนที่สูงใกล้เคียงกัน อยู่ที่ร้อยละ ๔๑ (จำนวน ๑,๐๖๔ คน) ดังแสดงในแผนภูมิที่ ๑๙

**แผนภูมิที่ ๑๘** สัดส่วนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีที่หลุดออกจากระบบการรักษา จำแนกตามกลุ่มประชากรหลัก ปีงบประมาณ ๒๕๖๓



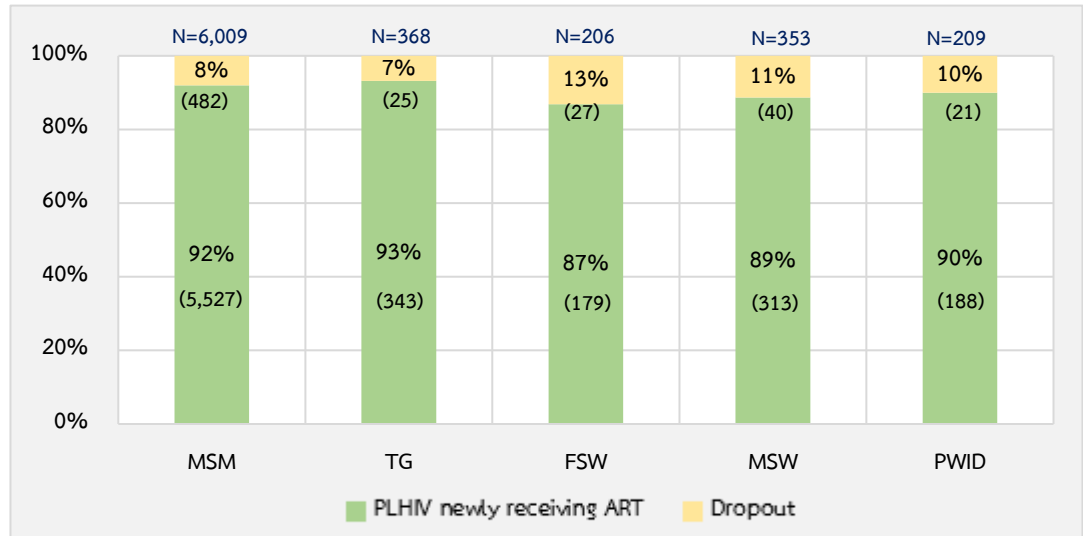
**แผนภูมิที่ ๑๙** สัดส่วนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เสียชีวิต และขาดการติดตามการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี จำแนกตามกลุ่มประชากรหลัก ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓



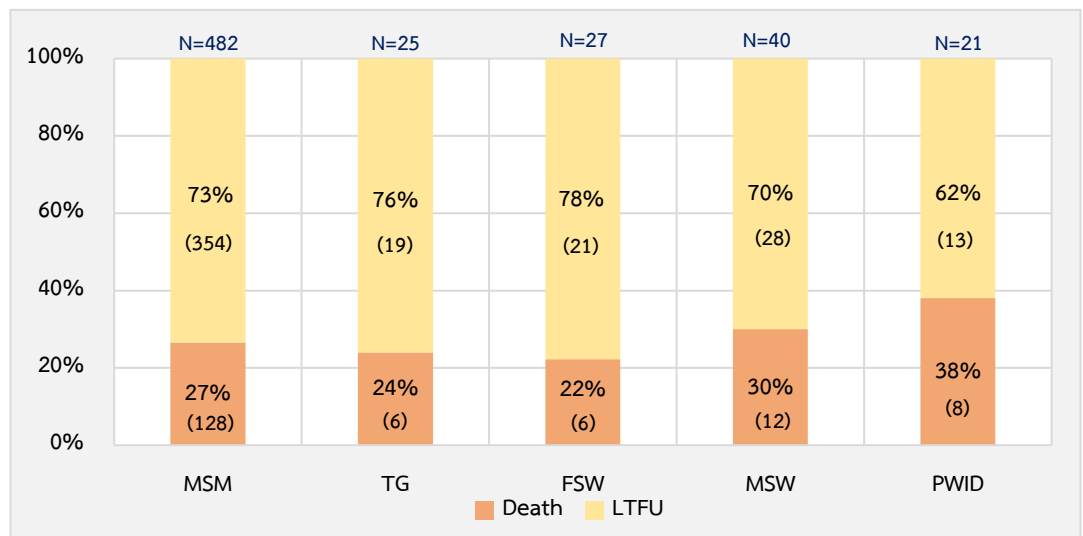
ในขณะที่จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีรายใหม่ หลุดออกจากระบบการรักษา จากข้อมูลปี ๒๕๖๓ พบว่า กลุ่มประชากรหลักที่หลุดออกจากระบบการรักษา มากที่สุด ๓ อันดับแรก ได้แก่ (๑) กลุ่มพนักงานบริการหญิง มีจำนวนทั้งหมด ๒๐๖ คน หลุดออกจากระบบฯ จำนวน ๒๗ คน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๑๓ เหลือผู้ที่กำลังรักษา จำนวน ๑๗๙ คน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๘๗ (๒) กลุ่มพนักงานบริการชาย มีจำนวนทั้งหมด ๓๕๓ คน หลุดออกจากระบบฯ จำนวน ๔๐ คน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๑๑ เหลือผู้ที่กำลังรักษา จำนวน ๓๑๓ คน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๘๙ และ (๓) กลุ่มผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด มีจำนวนทั้งหมด ๒๐๙ คน หลุดออกจากระบบฯ จำนวน ๒๑ คน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๑๐ เหลือผู้ที่กำลังรักษา จำนวน ๑๘๘ คน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๙๐ ดังแสดงในแผนภูมิที่ ๒๐

เมื่อพิจารณาข้อมูล ปี ๒๕๖๓ พบว่าสาเหตุของการหลุดออกจากระบบการรักษาส่วนใหญ่มาจากการขาดการติดตามการรักษา (Loss to follow -up) เช่นเดียวกับกลุ่มประชากรหลักที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีทั้งหมด โดยกลุ่มประชากรหลักที่ขาดการติดตามการรักษาส่งสุด ๓ กลุ่มแรก ได้แก่ กลุ่มพนักงานบริการหญิง กลุ่มหญิงข้ามเพศ และกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย มีสัดส่วนอยู่ที่ร้อยละ ๗๘ (จำนวน ๒๑ คน) ร้อยละ ๗๖ (จำนวน ๑๙ คน) และร้อยละ ๗๓ (จำนวน ๓๕๔ คน) ตามลำดับ ดังแสดงในแผนภูมิที่ ๒๑

**แผนภูมิที่ ๒๑** สัดส่วนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีรายใหม่ (Newly receiving ART) ที่หลุดออกจากระบบการรักษา จำแนกตามกลุ่มประชากรหลัก ปีงบประมาณ ๒๕๖๓



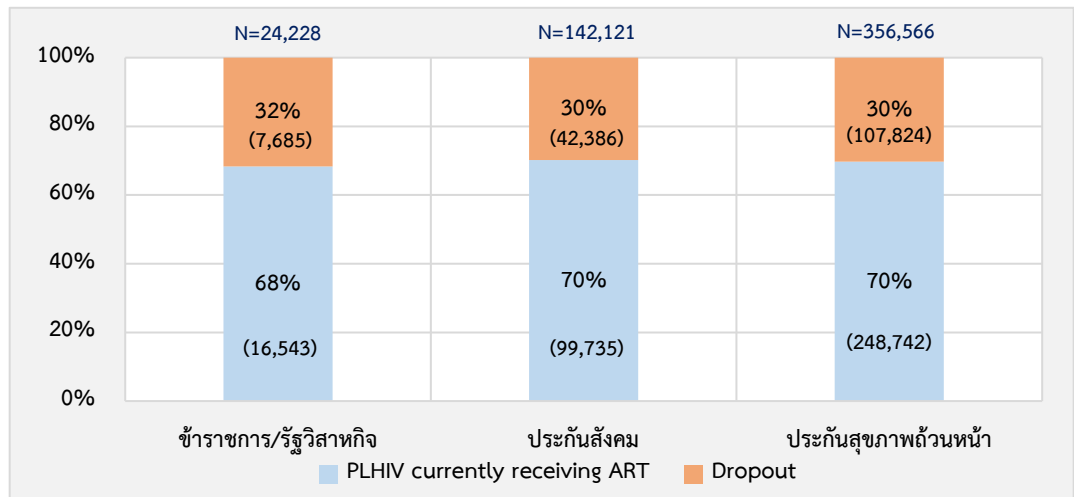
**แผนภูมิที่ ๒๒** สัดส่วนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เสียชีวิต และขาดการติดตามการรักษาขณะรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีรายใหม่ (Newly received ART) จำแนกตามกลุ่มประชากรหลัก ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓



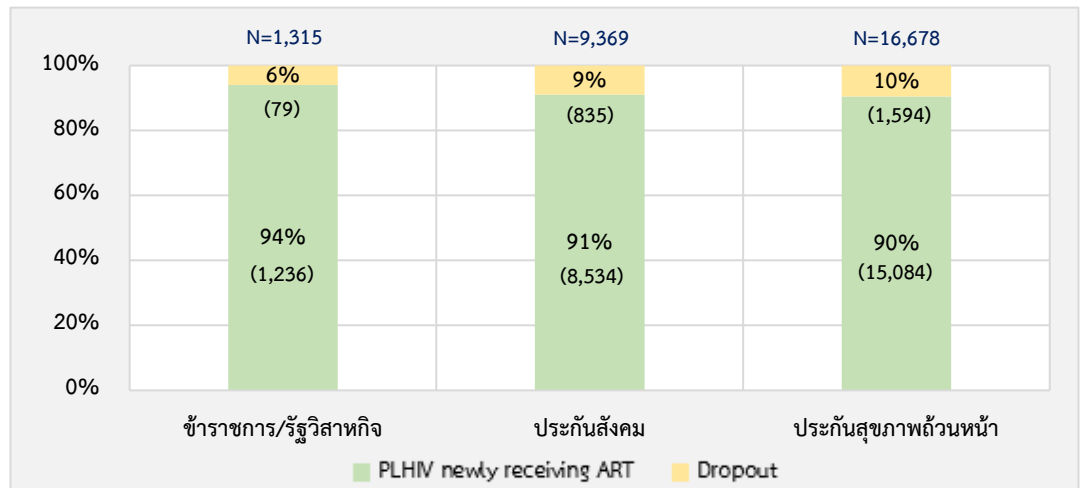
และเมื่อวิเคราะห์ข้อมูลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีที่หลุดออกจากระบบการรักษา จำแนกตามสิทธิการรักษา จากข้อมูลปี ๒๕๖๓ พบว่า สัดส่วนของการหลุดออกจากระบบการรักษาใกล้เคียงกันในทุกสิทธิอยู่ที่ร้อยละ ๓๐ - ๓๒ โดยสิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ มีการออกจากระบบมากที่สุด อยู่ที่ร้อยละ ๓๒ (จำนวน ๗,๖๘๕ คน) ในส่วนสิทธิประกันสังคม และสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีสัดส่วนเท่ากันที่ร้อยละ ๓๐ ดังแสดงในแผนภูมิที่ ๒๒

สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีรายใหม่ที่หลุดออกจากระบบการรักษาทุกสิทธิ อยู่ที่ร้อยละ ๖ - ๑๐ สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีสัดส่วนการหลุดออกจากระบบมากที่สุด อยู่ที่ร้อยละ ๑๐ (จำนวน ๑,๕๙๔ คน) รองลงมาคือ สิทธิประกันสังคม มีสัดส่วนใกล้เคียงกัน อยู่ที่ร้อยละ ๙ (จำนวน ๘๓๕ คน) และสิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ มีการหลุดออกจากระบบน้อยที่สุดใน อยู่ที่ร้อยละ ๖ (จำนวน ๗๙ คน) ดังแสดงในแผนภูมิที่ ๒๓

**แผนภูมิที่ ๒๒** สัดส่วนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีที่หลุดออกจากระบบการรักษา จำแนกตามสิทธิการรักษา ปีงบประมาณ ๒๕๖๓



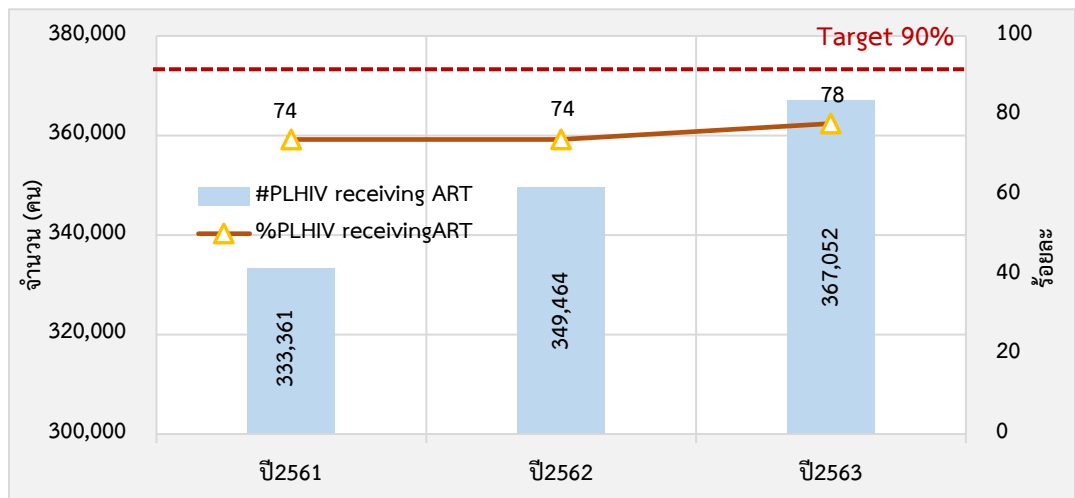
**แผนภูมิที่ ๒๓** สัดส่วนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีในปี (Newly receiving ART) ที่หลุดออกจากระบบการรักษา จำแนกตามสิทธิการรักษา ปีงบประมาณ ๒๕๖๓



**๔.๒ ภาพรวมการเข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี (๙๐ที่สอง) ของประเทศไทย**

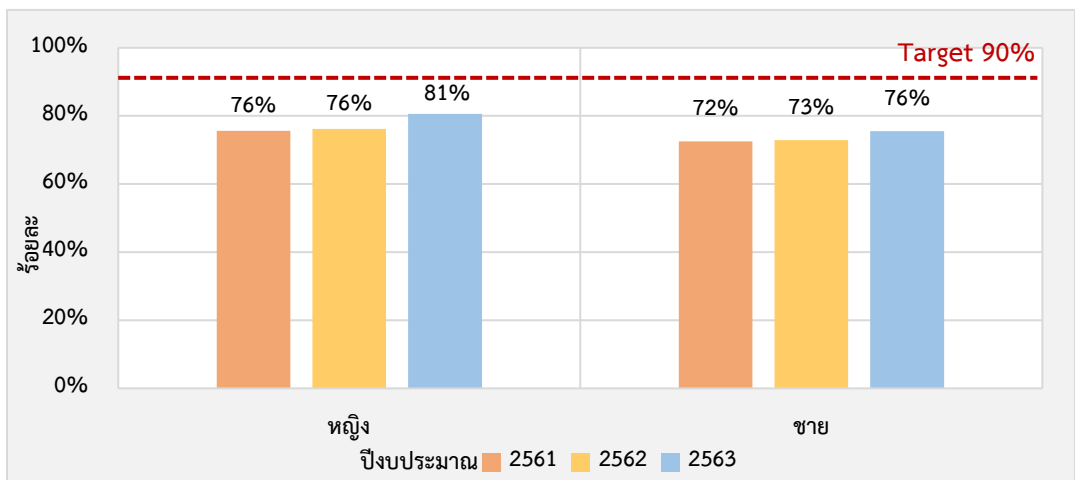
ผลการดำเนินงานการเข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี ในภาพรวมประเทศไทย ระหว่างปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓ พบว่า ในแต่ละปีมีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี ทั้งเด็กและผู้ใหญ่ ทั้งสิ้น ๓๓๓,๓๖๑ คน ๓๔๙,๔๖๔ คน และ ๓๖๗,๐๕๒ คน ตามลำดับ และเมื่อวิเคราะห์ตามเป้าหมาย ๙๐ที่สอง ผลการดำเนินงานในปี ๒๕๖๑ ปี ๒๕๖๒ และปี ๒๕๖๓ มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ คิดเป็นร้อยละ ๗๔ ร้อยละ ๗๔ และร้อยละ ๗๘ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการวินิจฉัยทั้งหมด ซึ่งยังมีช่องว่างที่ต้องเร่งรัดการดำเนินงานเพื่อให้ไปถึงเป้าหมายอยู่ที่ร้อยละ ๑๖ ร้อยละ ๑๖ และร้อยละ ๑๒ ตามลำดับ ดังแสดงในแผนภูมิที่ ๒๔

**แผนภูมิที่ ๒๔** ผลสำเร็จการเข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี (๙๐ที่สอง) ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ - ๒๕๖๓



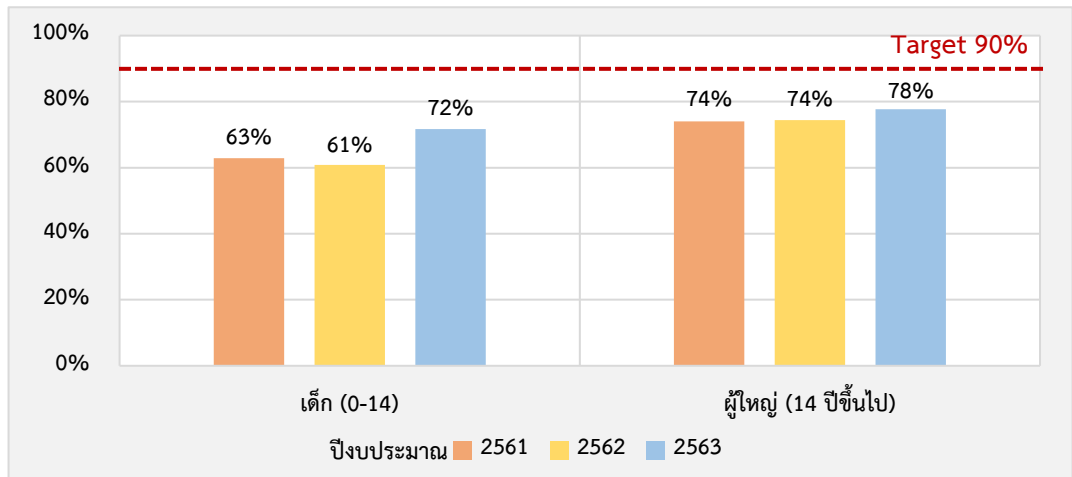
ในช่วงระยะเวลา ๓ ปีที่ผ่านมา (ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ - ๒๕๖๓) พบว่า ผลสำเร็จการเข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี (๙๐ที่สอง) เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งในเพศหญิงและเพศชาย โดยผู้หญิงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๗๖ ในปี ๒๕๖๑ เป็นร้อยละ ๘๑ ในปี ๒๕๖๓ ส่วนผู้ชายเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๗๒ ในปี ๒๕๖๑ เป็นร้อยละ ๗๖ ในปี ๒๕๖๓ ดังแสดงในแผนภูมิที่ ๒๕

**แผนภูมิที่ ๒๕** ผลสำเร็จการเข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี (๙๐ที่สอง) จำแนกตามเพศ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓



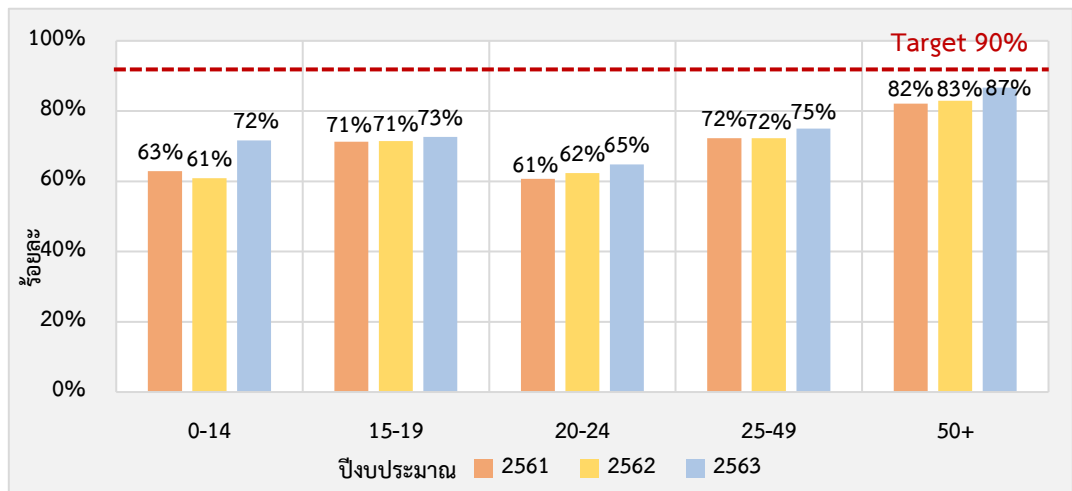
เมื่อจำแนกผลสำเร็จการเข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี (๙๐ที่สอง) จำแนกเด็กและผู้ใหญ่ โดยแบ่งวัยเด็ก คือ ช่วงอายุ ๐ - ๑๔ ปี และวัยผู้ใหญ่ คือ ช่วงอายุ ๑๕ - ๕๐ ปีขึ้นไป ในปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓ พบว่า ผลสำเร็จการเข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี (๙๐ที่สอง) ในเด็กอยู่ที่ร้อยละ ๖๓ ร้อยละ ๖๑ และร้อยละ ๗๒ ตามลำดับ ในส่วนของผู้ใหญ่อยู่ที่ร้อยละ ๗๔ ร้อยละ ๗๔ และร้อยละ ๗๘ ตามลำดับ ดังแสดงในแผนภูมิที่ ๒๖

**แผนภูมิที่ ๒๖** ผลสำเร็จการเข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี (๙๐ที่สอง) จำแนกเด็กและผู้ใหญ่ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ - ๒๕๖๓



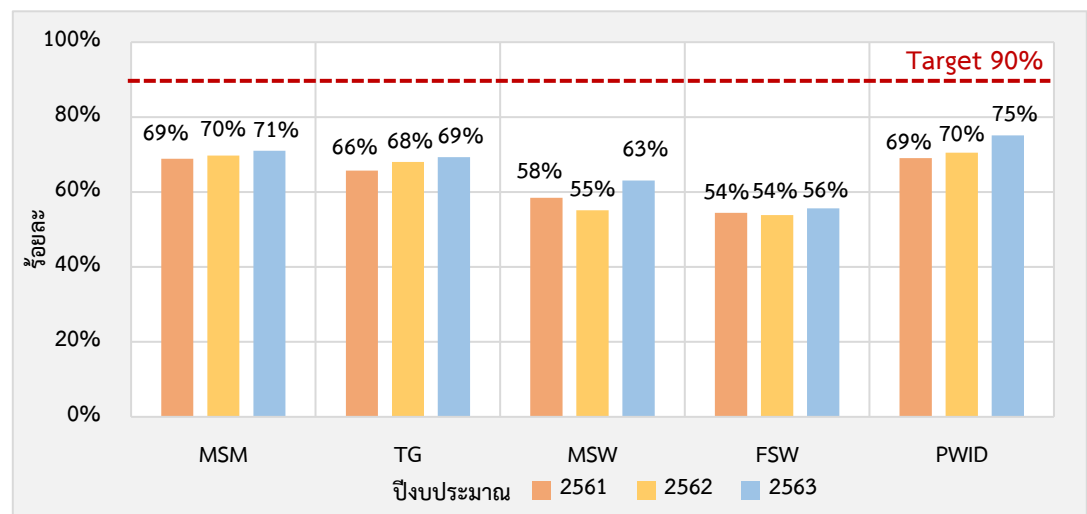
ในขณะที่ผลสำเร็จการเข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี (๙๐ที่สอง) ตามกลุ่มอายุ โดยจำแนกเป็น ๕ กลุ่มอายุ คือ ๐ - ๑๔ ปี ๑๕ - ๑๙ ปี ๒๐ - ๒๔ ปี ๒๕ - ๔๙ ปี และ ๕๐ ปีขึ้นไป พบว่า ผลสำเร็จการเข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี (๙๐ที่สอง) ส่วนใหญ่เพิ่มขึ้นเล็กน้อยจากปีที่ผ่านมา จากข้อมูลปี ๒๕๖๓ พบว่า กลุ่มอายุที่มีผลสำเร็จฯ ใกล้เคียงกับเป้าหมาย (ร้อยละ ๙๐) มากที่สุด คือ กลุ่มอายุ ๕๐ ปีขึ้นไป อยู่ที่ร้อยละ ๘๗ รองลงมาคือ กลุ่มอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี อยู่ที่ร้อยละ ๗๓ และกลุ่มที่มีผลสำเร็จฯ ยังน้อยเพียงร้อยละ ๖๕ เท่านั้น คือ กลุ่มอายุ ๒๐ - ๒๔ ปี ดังแสดงในแผนภูมิที่ ๒๗

**แผนภูมิที่ ๒๗** ผลสำเร็จการเข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี (๙๐ที่สอง) จำแนกตามกลุ่มอายุ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓



เมื่อพิจารณาผลสำเร็จการเข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี (๙๐ที่สอง) จำแนกตามกลุ่มประชากรหลัก (Key population) ได้แก่ กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) กลุ่มหญิงข้ามเพศ (TG) กลุ่มพนักงานบริการชาย (MSW) พนักงานบริการหญิง (FSW) และกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID) พบว่าผลสำเร็จการเข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี (๙๐ที่สอง) ส่วนใหญ่เพิ่มขึ้นทุกกลุ่มจากปีที่ผ่านมา โดยในปี ๒๕๖๑ กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย กลุ่มหญิงข้ามเพศ กลุ่มพนักงานบริการชาย พนักงานบริการหญิง และกลุ่มผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีด อยู่ที่ร้อยละ ๖๙ ร้อยละ ๖๖ ร้อยละ ๕๘ ร้อยละ ๕๔ และร้อยละ ๕๔ ตามลำดับ และเพิ่มสูงขึ้นในปี ๒๕๖๓ เป็นร้อยละ ๗๑ ร้อยละ ๖๙ ร้อยละ ๖๓ ร้อยละ ๕๖ และ ร้อยละ ๗๕ ตามลำดับ กลุ่มประชากรหลักที่มีผลสำเร็จการเข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี (๙๐ที่สอง) ใกล้เคียงกับเป้าหมาย (ร้อยละ ๙๐) มากที่สุดคือ กลุ่มผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีด กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย และกลุ่มหญิงข้ามเพศ อยู่ที่ร้อยละ ๗๕ ร้อยละ ๗๑ ร้อยละ ๖๙ ตามลำดับ (ปี ๒๕๖๓) ดังแสดงในแผนภูมิที่ ๒๘

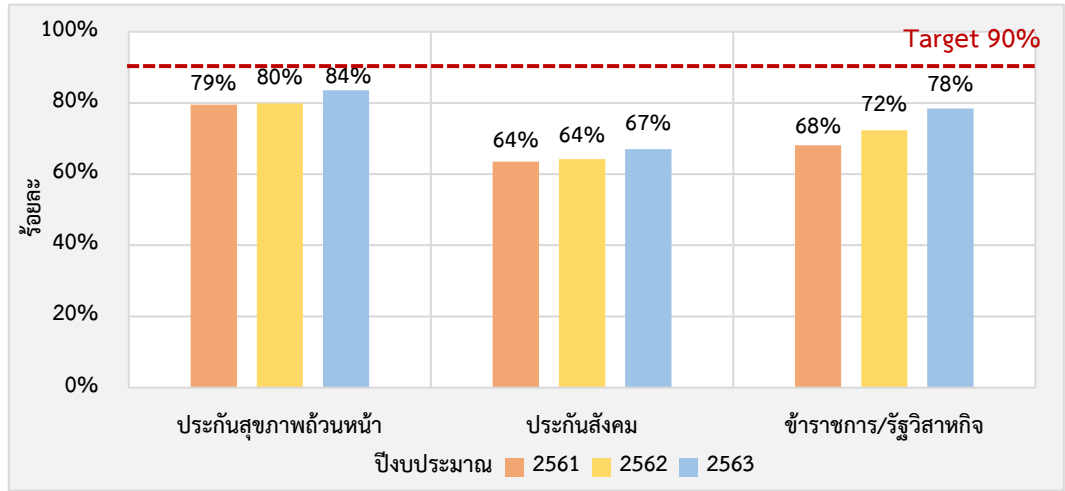
**แผนภูมิที่ ๒๘** ผลสำเร็จการเข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี (๙๐ที่สอง) จำแนกตามกลุ่มประชากรหลัก  
ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ – ๒๕๖๓



เมื่อจำแนกผลสำเร็จการเข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี (๙๐ที่สอง) ตามสิทธิการรักษา ได้แก่ สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) สิทธิประกันสังคม (SSO) สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ (CSMB) โดยภาพรวมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกสิทธิ จากข้อมูล ปี ๒๕๖๓ พบว่า สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีผลสำเร็จการเข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี (๙๐ที่สอง) สูงที่สุด อยู่ที่ร้อยละ ๘๔ รองลงมาคือ สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ สิทธิประกันสังคม อยู่ที่ร้อยละ ๗๘ และร้อยละ ๖๗ ตามลำดับ ดังแสดงในแผนภูมิที่ ๒๙

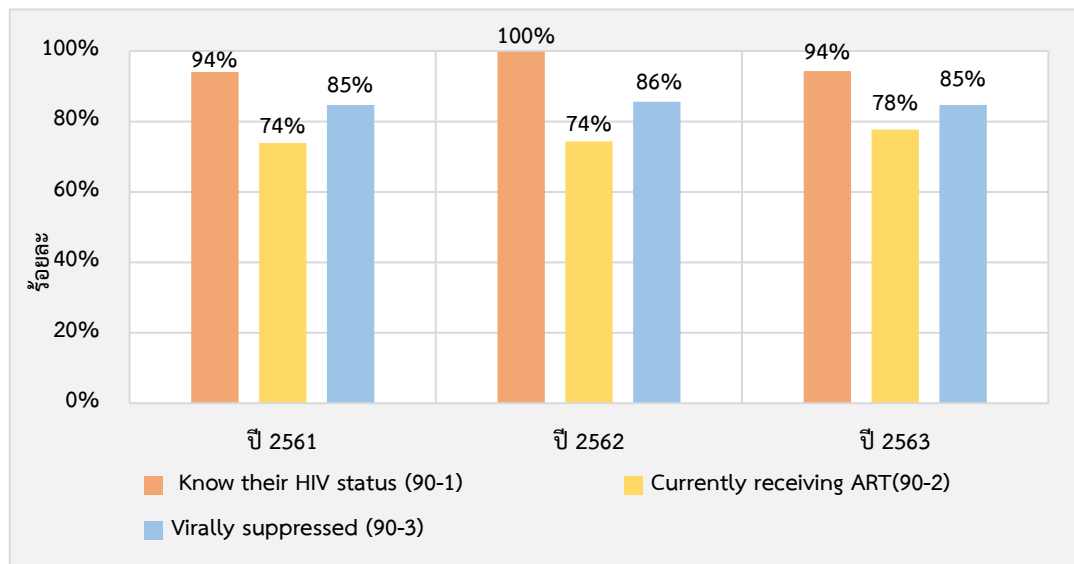


**แผนภูมิที่ ๒๙** ผลสำเร็จการเข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี (๙๐ที่สอง) จำแนกตามสิทธิการรักษา ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ - ๒๕๖๓



โดยสรุปภาพรวมความก้าวหน้าผลสำเร็จด้านการดูแลรักษา ๙๐ - ๙๐ - ๙๐ ของประเทศไทย ๙๐ ที่หนึ่ง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการวินิจฉัยและรู้สถานะการติดเชื้อฯ ของตนเอง อยู่ที่ร้อยละ ๙๔ ร้อยละ ๑๐๐ และ ร้อยละ ๙๔ ตามลำดับ ในขณะที่ ๙๐ที่สอง ผู้ติดเชื้อฯ ที่ทราบสถานะการติดเชื้อเอชไอวีได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี ยังคงต่ำ อยู่ที่ร้อยละ ๗๔ ร้อยละ ๗๔ และ ร้อยละ ๗๘ ตามลำดับ และในส่วน ๙๐ที่สาม ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีสามารถกดระดับไวรัสในเลือดได้สำเร็จตามเกณฑ์ อยู่ที่ร้อยละ ๘๕ ร้อยละ ๘๖ และ ร้อยละ ๘๕ ตามลำดับ โดยผลสำเร็จด้านการดูแลรักษา ๙๐ - ๙๐ - ๙๐ ในปี ๒๕๖๓ เป็นต้นนี้ ๙๔ - ๗๘ - ๘๕ ดังแสดงในแผนภูมิที่ ๓๐

**แผนภูมิที่ ๓๐** ผลสำเร็จด้านการดูแลรักษา (๙๐ - ๙๐ - ๙๐) ประเทศไทย ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ - ๒๕๖๓



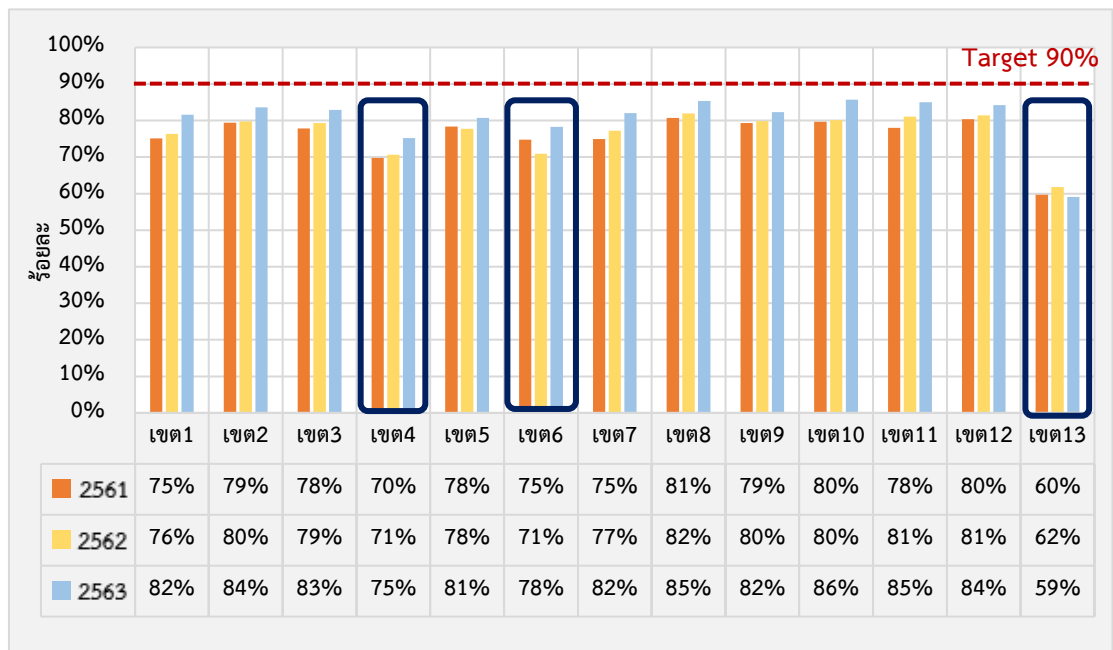
### ๔.๓ ผลสำเร็จการเข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี (๙๐ที่สอง) จำแนกตามพื้นที่

เมื่อจำแนกผลสำเร็จการเข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี (๙๐ที่สอง) ตามเขตสุขภาพของประเทศไทย ทั้ง ๑๓ เขต พบว่า ปี ๒๕๖๓ เขตสุขภาพ ๕ อันดับแรก ที่มีผลสำเร็จการเข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี (๙๐ที่สอง) สูงที่สุด ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๑๐ เขตสุขภาพที่ ๘ เขตสุขภาพที่ ๑๑ เขตสุขภาพที่ ๑๒ และเขตสุขภาพที่ ๒ อยู่ที่ร้อยละ ๘๖ ร้อยละ ๘๕ ร้อยละ ๘๕ ร้อยละ ๘๔ และร้อยละ ๘๔ ตามลำดับ ในส่วนของเขตสุขภาพที่มีผลสำเร็จ น้อยที่สุด ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๑๓ เขตสุขภาพที่ ๔ และเขตสุขภาพที่ ๖ ข้อมูล ปี ๒๕๖๓ อยู่ที่ร้อยละ ๕๙ ร้อยละ ๗๕ ร้อยละ ๗๘ ตามลำดับ ดังแสดงในแผนภูมิที่ ๓๑

ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาผลสำเร็จการเข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี (๙๐ที่สอง) ของเขตสุขภาพที่มีผลสำเร็จ น้อยที่สุด จำนวน ๓ เขตสุขภาพ ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๑๓ เขตสุขภาพที่ ๔ และเขตสุขภาพที่ ๖ พบว่า จังหวัดที่มีผลการดำเนินงานน้อยที่สุดคือ กรุงเทพมหานคร (เขตสุขภาพที่ ๑๓) อยู่ที่ร้อยละ ๕๙ ในส่วนเขตสุขภาพที่ ๔ ได้แก่ จ.ปทุมธานี จ.นนทบุรี และจ.นครนายก อยู่ที่ร้อยละ ๖๐ ร้อยละ ๗๕ และร้อยละ ๘๐ ตามลำดับ และเขตสุขภาพที่ ๖ ได้แก่ จ.สมุทรปราการ จ.ชลบุรี และจ.ฉะเชิงเทรา อยู่ที่ร้อยละ ๗๒ ร้อยละ ๗๕ และร้อยละ ๗๘ ตามลำดับ

#### **แผนภูมิที่ ๓๑** ผลสำเร็จการเข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี (๙๐ที่สอง) จำแนกตามเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ

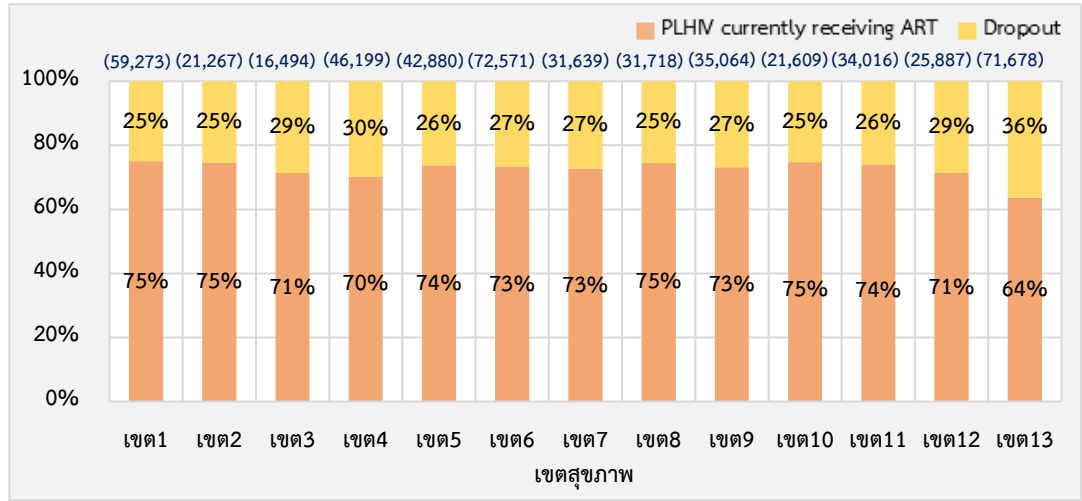
พ.ศ.๒๕๖๑ - ๒๕๖๓



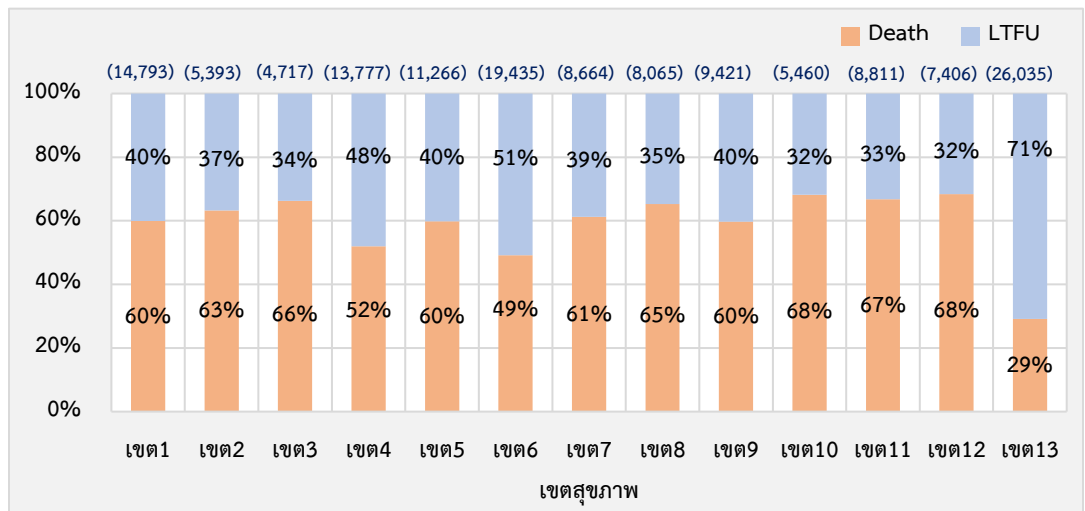
เมื่อพิจารณาสัดส่วนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี และผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่หลุดออกจากระบบการรักษา จำแนกเขตสุขภาพ พบว่า สัดส่วนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่หลุดออกจากระบบการรักษาอยู่ระหว่าง ร้อยละ ๒๕ ถึงร้อยละ ๓๖ โดยเขตสุขภาพที่ ๑๓ และเขตสุขภาพที่ ๔ มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ออกจากระบบบริการดูแลรักษามากเป็นอันดับต้น ๆ อยู่ที่ร้อยละ ๓๖ และร้อยละ ๓๐ ตามลำดับ (ข้อมูลปี ๒๕๖๓) ดังแสดงในแผนภูมิที่ ๓๒

จากข้อมูลปี ๒๕๖๓ พบว่า สาเหตุของการหลุดออกจากระบบการรักษา (Dropout) ส่วนใหญ่ มาจากการเสียชีวิต โดยเขตสุขภาพที่มีจำนวนผู้ติดเชื้อฯ เสียชีวิตมากที่สุด ๒ อันดับแรก ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๑๐ (จำนวน ๓,๗๒๒ คน) และเขตสุขภาพที่ ๑๒ (จำนวน ๕,๐๖๖ คน) มีสัดส่วนอยู่ที่ร้อยละ ๖๘ เท่ากัน และมีความแตกต่างในเขตสุขภาพที่ ๖ และเขตสุขภาพที่ ๑๓ ที่มีสัดส่วนการขาดการติดตามการรักษามากกว่าเสียชีวิต อยู่ที่ร้อยละ ๕๑ (จำนวน ๙,๘๗๗ คน) และร้อยละ ๗๑ (จำนวน ๑๘,๔๔๑ คน) ตามลำดับ ดังแสดงในแผนภูมิที่ ๓๓

**แผนภูมิที่ ๓๒** สัดส่วนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รักษาด้วยยาต้านเอชไอวี และผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่หลุดออกจากระบบการรักษา จำแนกตามเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓



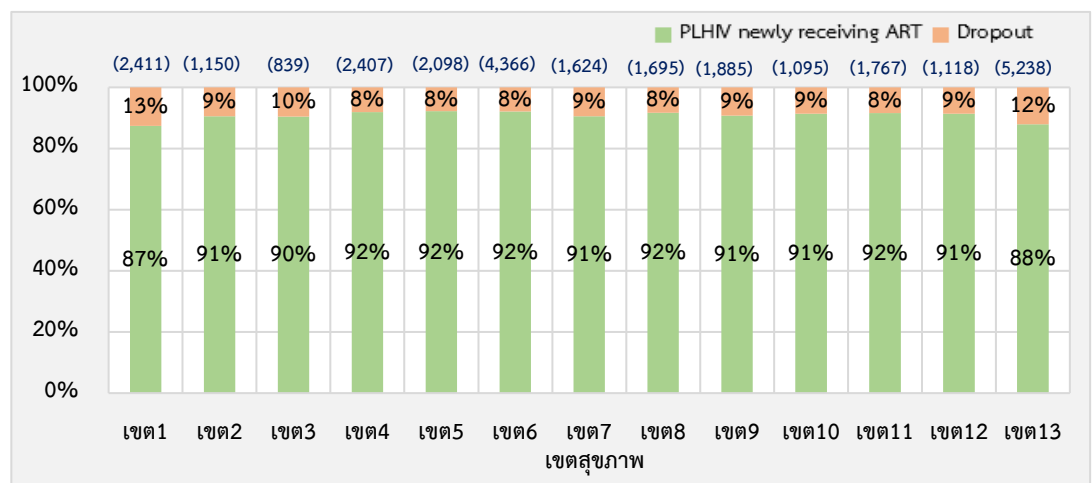
**แผนภูมิที่ ๓๓** สัดส่วนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เสียชีวิตและการขาดการติดตามการรักษาขณะรักษาด้วยยาต้านเอชไอวี จำแนกตามเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓



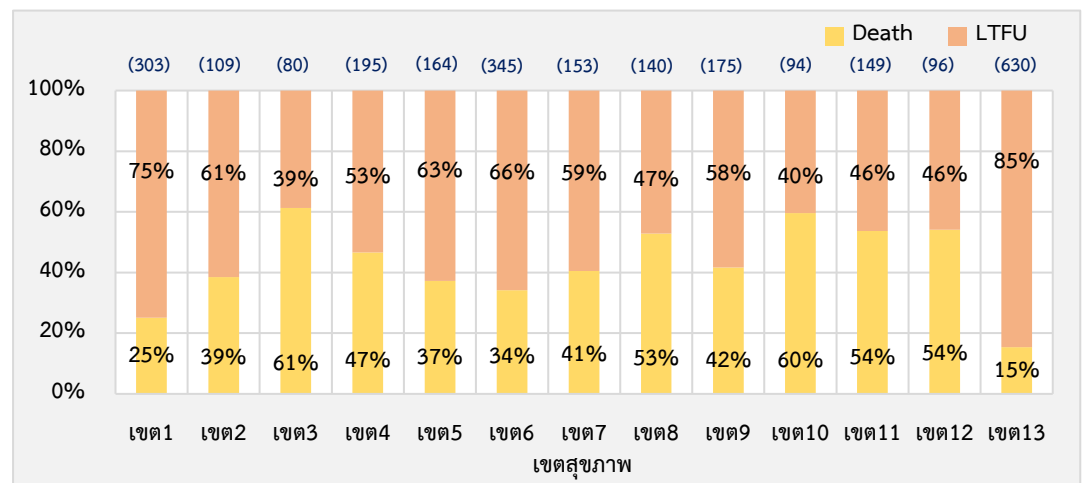
ในส่วนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีรายใหม่ (Newly received ART) และผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่หลุดออกจากระบบการรักษา จำแนกเขตสุขภาพ พบว่า สัดส่วนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่หลุดออกจากระบบการรักษาอยู่ระหว่างร้อยละ ๘ ถึงร้อยละ ๑๓ โดยเขตสุขภาพที่ ๑ และเขตสุขภาพที่ ๑๓ มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่หลุดออกจากระบบรักษามากเป็นอันดับต้นๆ อยู่ที่ร้อยละ ๑๓ (จำนวน ๓๐๓ คน) และร้อยละ ๑๒ (จำนวน ๖๓๐ คน) ตามลำดับ (ข้อมูลปี ๒๕๖๓) ดังแสดงในแผนภูมิที่ ๓๔

โดยพบว่า สาเหตุของการหลุดออกจากระบบการรักษา (Dropout) ส่วนใหญ่มาจากการขาดการติดตามการรักษา จากข้อมูลปี ๒๕๖๓ พบว่า เขตสุขภาพที่มีการขาดการติดตามการรักษา มากที่สุด ๒ อันดับแรก ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๑๓ และเขตสุขภาพที่ ๑ อยู่ที่ร้อยละ ๘๕ (จำนวน ๕๓๓ คน) และร้อยละ ๗๕ (จำนวน ๒๒๗ คน) และมีความแตกต่างในเขตสุขภาพที่ ๓ เขตสุขภาพที่ ๘ เขตสุขภาพที่ ๑๐ เขตสุขภาพที่ ๑๑ และเขตสุขภาพที่ ๑๒ ที่มีสัดส่วนการเสียชีวิตมากกว่าการขาดการติดตามการรักษา อยู่ที่ร้อยละ ๖๒ ร้อยละ ๕๓ ร้อยละ ๖๐ ร้อยละ ๕๔ และร้อยละ ๕๔ ตามลำดับ ดังแสดงในแผนภูมิที่ ๓๕

**แผนภูมิที่ ๓๔** สัดส่วนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รักษาด้วยยาต้านเอชไอวีรายใหม่ และผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่หลุดออกจากระบบการรักษา จำแนกตามเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓



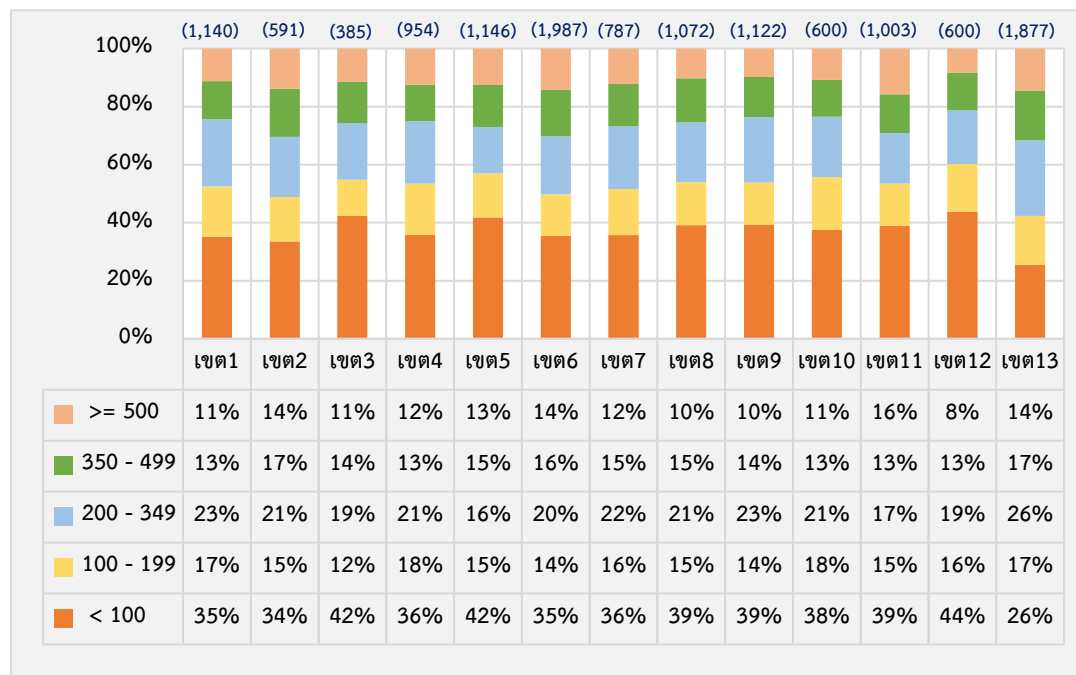
**แผนภูมิที่ ๓๕** สัดส่วนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เสียชีวิต และการขาดการติดตามการรักษาขณะรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีรายใหม่ (Newly received ART) จำแนกตามเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓



เมื่อพิจารณาสัดส่วน CD4 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีก่อนเริ่มยาต้านเอชไอวี ปี ๒๕๖๓ จำแนกตามเขตสุขภาพ ทั้ง ๑๓ เขต พบว่า ภาพรวมเกือบทุกเขตสุขภาพมีสัดส่วนผู้ติดเชื้อเอชไอวีกว่าครึ่ง ที่มี CD4 น้อยกว่า ๒๐๐ cells/mm<sup>3</sup> ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลภาพรวมของประเทศ (แผนภูมิที่ ๘) โดยเขตสุขภาพที่มีสัดส่วนผู้ติดเชื้อเอชไอวีกว่าครึ่งมี CD4 น้อยกว่า ๒๐๐ cells/mm<sup>3</sup> มีจำนวนมากถึง ๑๐ เขตสุขภาพ โดยเขตสุขภาพที่มีสัดส่วนสูงเป็นอันดับแรก ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๑๒ เขตสุขภาพที่ ๕ เขตสุขภาพที่ ๑๐ เขตสุขภาพที่ ๑๑ และเขตสุขภาพที่ ๓ อยู่ที่ร้อยละ ๖๐ ร้อยละ ๕๗ ร้อยละ ๕๖ ร้อยละ ๕๔ และร้อยละ ๕๔ ตามลำดับ ดังแสดงในแผนภูมิที่ ๓๖

**แผนภูมิที่ ๓๖** สัดส่วน CD4 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีก่อนเริ่มยาต้านเอชไอวี จำแนกตามเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ

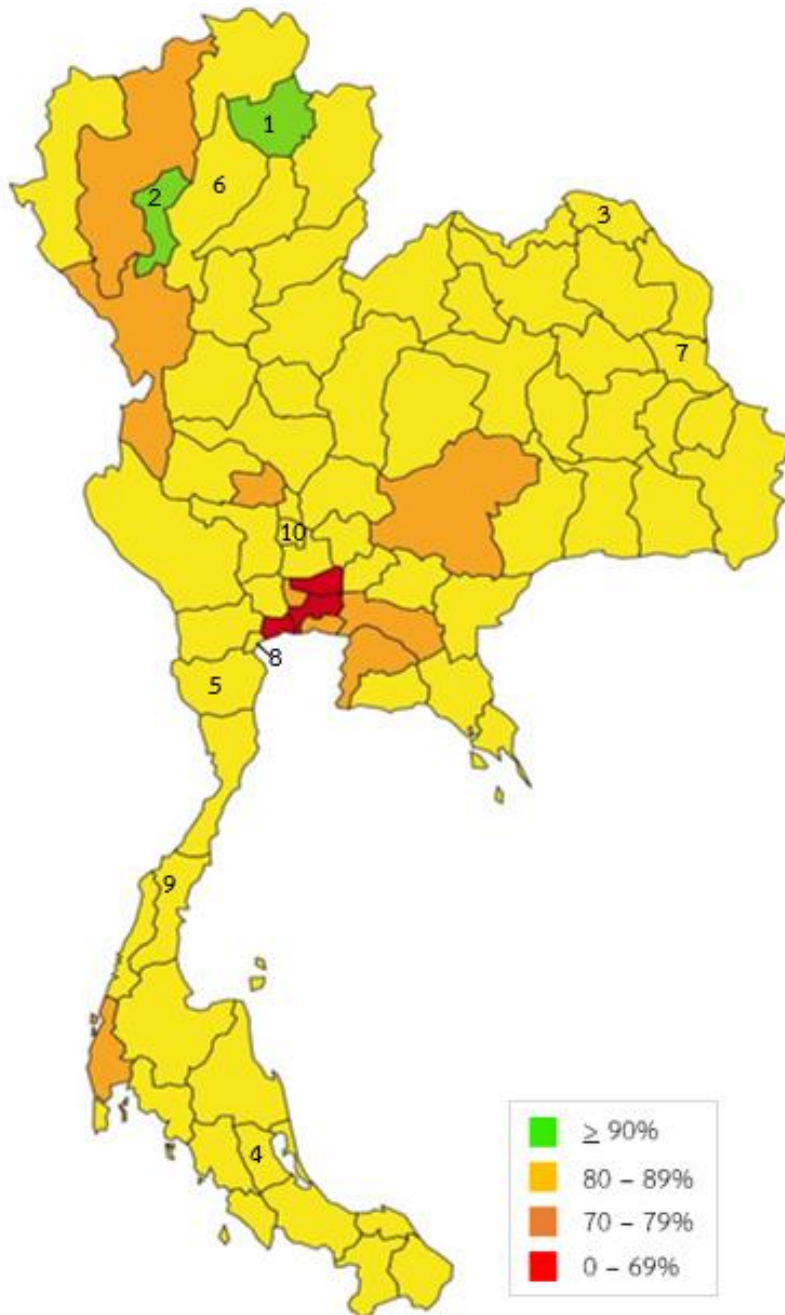
พ.ศ. ๒๕๖๓



เมื่อจำแนกผลสำเร็จการเข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี (๙๐ที่สอง) รายจังหวัด ปี ๒๕๖๓ พบว่า มีจังหวัดที่บรรลุเป้าหมายร้อยละ ๙๐ เพียง ๒ จังหวัด (แสดงเป็นพื้นที่สีเขียว) จังหวัดโดยส่วนใหญ่อยู่ในพื้นที่สีเหลือง ซึ่งมีผลสำเร็จฯ อยู่ที่ร้อยละ ๘๐ - ๘๙ มีจำนวน ๖๓ จังหวัด ในส่วนพื้นที่สีส้ม มีผลสำเร็จฯ อยู่ที่ร้อยละ ๗๐ - ๗๙ มีจำนวน ๙ จังหวัด และพื้นที่สีแดง อยู่ที่ร้อยละ ๐ - ๖๙ มีจำนวน ๓ จังหวัด เมื่อพิจารณาจัดลำดับพื้นที่จังหวัดที่มีผลสำเร็จฯ ๙๐ที่สอง สูงที่สุดเรียงตามลำดับ ๑๐ ลำดับแรก ได้แก่ จ.พะเยา และจ.ลำพูน รองลงมาคือ จ.บึงกาฬ จ.พัทลุง จ.เพชรบุรี จ.ลำปาง จ.มุกดาหาร จ.สมุทรสงคราม จ.ชุมพร และ จ.อ่างทอง ดังแสดงในภาพที่ ๑

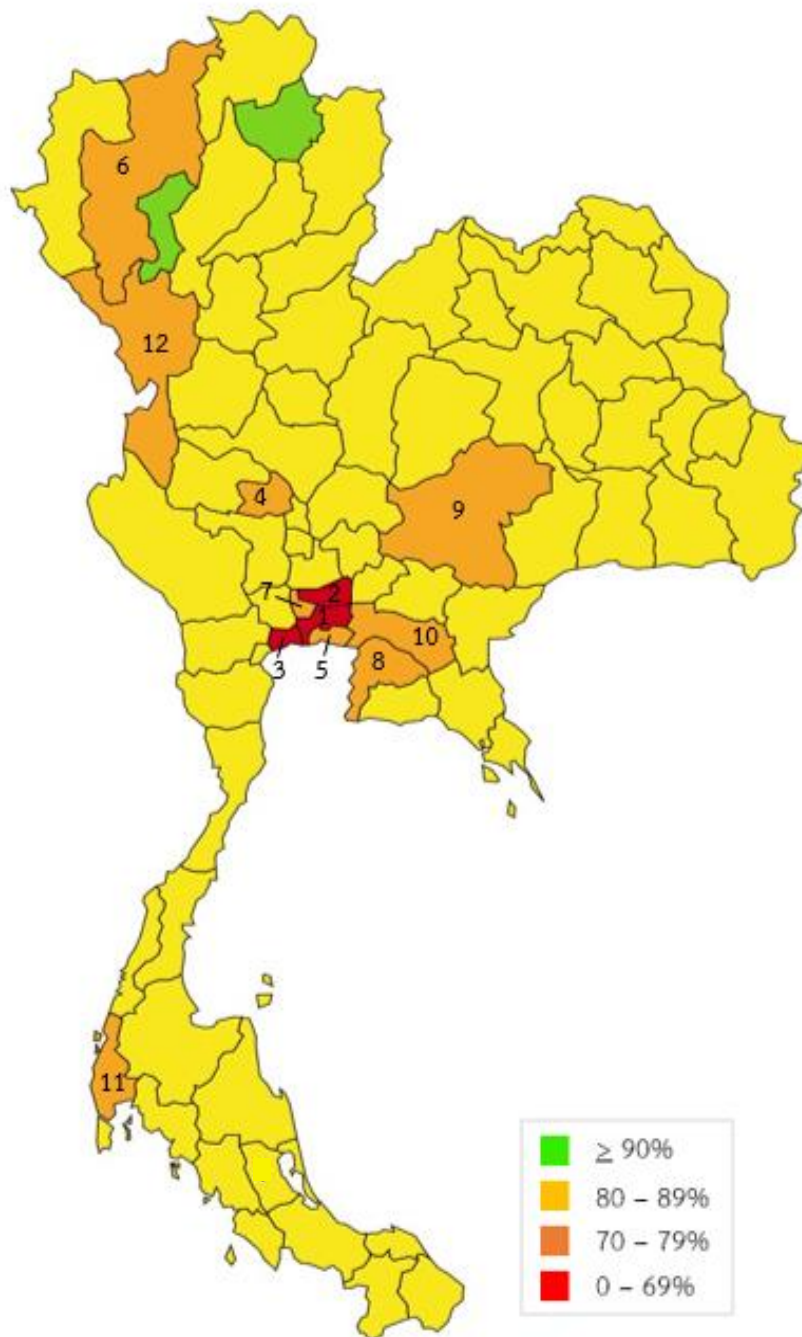
ในส่วนของจังหวัดที่มีผลสำเร็จการเข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี (๙๐ที่สอง) น้อยที่สุด (พื้นที่สีแดงและสีส้ม) มีจำนวน ๑๒ จังหวัด ได้แก่ กรุงเทพมหานคร จ.ปทุมธานี และจ.สมุทรสาคร จ.ชัยนาท จ.สมุทรปราการ จ.เชียงใหม่ จ.นนทบุรี จ.ชลบุรี จ.นครราชสีมา จ.ฉะเชิงเทรา จ.พังงา และจ.ตาก ดังแสดงในภาพที่ ๒

**ภาพที่ ๑** แผนที่ผลสำเร็จการเข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี (๙๐ที่สอง) จำแนกรายจังหวัดที่มีผลสำเร็จมากที่สุด ๑๐ อันดับแรก ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓



ลำดับ	จังหวัด	๙๐ที่สอง
๑	พะเยา	๙๑%
๒	ลำพูน	๙๑%
๓	บึงกาฬ	๘๙%
๔	พัทลุง	๘๙%
๕	เพชรบุรี	๘๙%
๖	ลำปาง	๘๙%
๗	มุกดาหาร	๘๘%
๘	สมุทรสงคราม	๘๘%
๙	ชุมพร	๘๘%
๑๐	อ่างทอง	๘๘%

ภาพที่ ๒ แผนที่ผลสำเร็จการเข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี (๙๐ที่สอง) จำแนกรายจังหวัดที่มีผลสำเร็จฯ น้อยที่สุด ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓



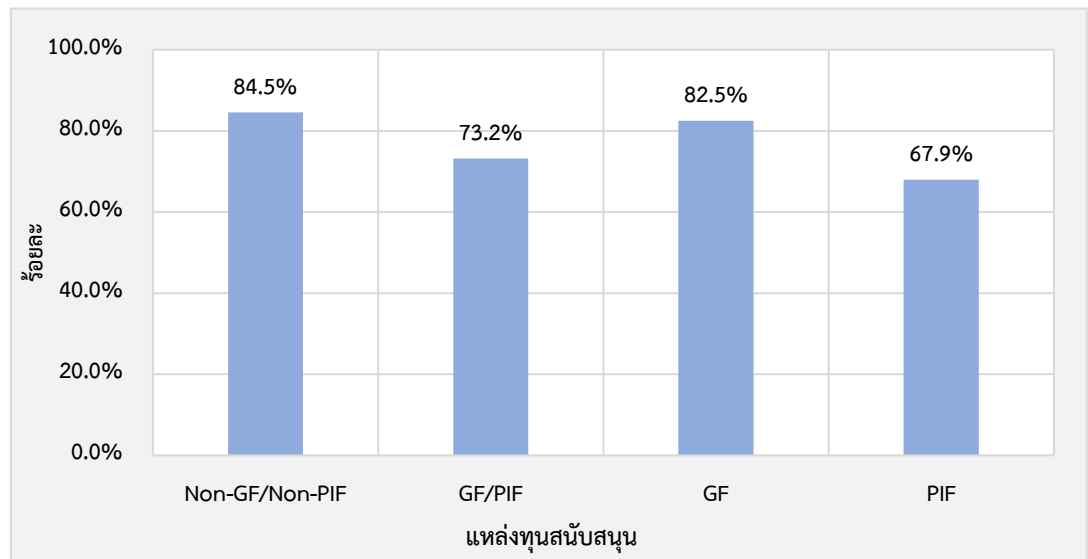
ลำดับ	จังหวัด	๙๐ที่สอง
๑	กรุงเทพมหานคร	๕๙%
๒	ปทุมธานี	๖๐%
๓	สมุทรสาคร	๖๗%
๔	ชัยนาท	๗๐%
๕	สมุทรปราการ	๗๑%
๖	เชียงใหม่	๗๒%
๗	นนทบุรี	๗๕%
๘	ชลบุรี	๗๕%
๙	นครราชสีมา	๗๗%
๑๐	ฉะเชิงเทรา	๗๘%
๑๑	พังงา	๗๙%
๑๒	ตาก	๗๙%



จากการวิเคราะห์ผลสำเร็จการเข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี (๙๐ที่สอง) ตามแหล่งทุนที่สนับสนุนให้จังหวัดในภาพรวม ปี ๒๕๖๓ พบว่า มีค่าเฉลี่ยและจำนวนจังหวัดที่มีผลสำเร็จฯ มากกว่าผลการดำเนินงานของประเทศ (ร้อยละ ๗๘) ดังนี้ งบประมาณของประเทศ (Non-GF/Non-PIF) ร้อยละ ๘๓.๗ (จำนวน ๔๕ จังหวัด) งบประมาณจากกองทุนโลก (GF) ร้อยละ ๘๓.๒ (จำนวน ๑๘ จังหวัด) และงบประมาณจากแผนฉุกเฉินของประธานาธิบดีสหรัฐอเมริกาเพื่อบรรเทาปัญหาเอ็ดส์ (PIF) ร้อยละ ๘๐.๔ (จำนวน ๔ จังหวัด) รายละเอียดจังหวัดที่มีผลสำเร็จฯ มากกว่าผลการดำเนินงานของประเทศ (ร้อยละ ๗๘) ดังแสดงในตารางที่ ๒ - ๔

และเมื่อพิจารณาผลสำเร็จฯ (๙๐ที่สอง) พบว่า ผลการดำเนินงานของจังหวัดที่ได้รับการสนับสนุนโดยงบประมาณของประเทศ (Non-GF/Non-PIF) มีผลสำเร็จการเข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี (๙๐ที่สอง) สูงที่สุด อยู่ที่ร้อยละ ๘๔.๕ ได้แก่ จ.พะเยา จ.ลำพูน และจ.บึงกาฬ (ร้อยละ ๙๑ ร้อยละ ๙๑ และร้อยละ ๘๙ ตามลำดับ) รองลงมาคือ จังหวัดที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนโลก (GF) อยู่ที่ร้อยละ ๘๒.๕ ได้แก่ จ.พัทลุง จ.สตูล และจ.นครศรีธรรมราช (ร้อยละ ๘๙ ร้อยละ ๘๘ และร้อยละ ๘๖ ตามลำดับ) และจังหวัดที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากแผนฉุกเฉินของประธานาธิบดีสหรัฐอเมริกาเพื่อบรรเทาปัญหาเอ็ดส์ (PIF) มีผลสำเร็จฯ น้อยที่สุด อยู่ที่ร้อยละ ๖๗.๙ ได้แก่ กรุงเทพมหานคร จ.ปทุมธานี และจ.นนทบุรี (ร้อยละ ๕๙ ร้อยละ ๖๐ และร้อยละ ๗๕ ตามลำดับ) ดังแสดงในแผนภูมิที่ ๓๗

**แผนภูมิที่ ๓๗** ผลสำเร็จการเข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี (๙๐ที่สอง) จำแนกแหล่งทุนสนับสนุน  
ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓





**ตารางที่ ๒** จังหวัดที่มีผลสำเร็จการเข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี (๙๐ที่สอง) มากกว่าผลการดำเนินงานของประเทศ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓ จำแนกตามจังหวัดภายใต้การสนับสนุนงบประมาณของประเทศ

ลำดับ	จังหวัด	ผลการดำเนินงาน ๙๐ที่สอง (> ร้อยละ ๗๘)
๑	พังงา	๗๙%
๒	นครนายก	๘๐%
๓	มหาสารคาม	๘๐%
๔	ยโสธร	๘๑%
๕	ลพบุรี	๘๑%
๖	กาญจนบุรี	๘๒%
๗	อุทัยธานี	๘๓%
๘	กระบี่	๘๓%
๙	ประจวบคีรีขันธ์	๘๓%
๑๐	แพร่	๘๓%
๑๑	สระบุรี	๘๓%
๑๒	นครพนม	๘๔%
๑๓	อุดรดิตถ์	๘๔%
๑๔	พิจิตร	๘๔%
๑๕	ราชบุรี	๘๔%
๑๖	ปราจีนบุรี	๘๔%
๑๗	สกลนคร	๘๕%
๑๘	กำแพงเพชร	๘๕%
๑๙	สระแก้ว	๘๕%
๒๐	อุดรธานี	๘๕%
๒๑	บุรีรัมย์	๘๕%
๒๒	ร้อยเอ็ด	๘๕%
๒๓	เพชรบูรณ์	๘๖%
๒๔	อุบลราชธานี	๘๖%
๒๕	เลย	๘๖%
๒๖	สิงห์บุรี	๘๖%
๒๗	น่าน	๘๖%
๒๘	สุพรรณบุรี	๘๗%
๒๙	หนองบัวลำภู	๘๗%
๓๐	หนองคาย	๘๗%
๓๑	ศรีสะเกษ	๘๗%
๓๒	สุรินทร์	๘๗%

ลำดับ	จังหวัด	ผลการดำเนินงาน ๙๐ที่สอง (> ร้อยละ ๗๘)
๓๓	สุโขทัย	๘๗%
๓๔	ชัยภูมิ	๘๗%
๓๕	อำนาจเจริญ	๘๗%
๓๖	จันทบุรี	๘๘%
๓๗	อ่างทอง	๘๘%
๓๘	ชุมพร	๘๘%
๓๙	สมุทรสงคราม	๘๘%
๔๐	มุกดาหาร	๘๘%
๔๑	ลำปาง	๘๙%
๔๒	เพชรบุรี	๘๙%
๔๓	บึงกาฬ	๘๙%
๔๔	ลำพูน	๙๑%
๔๕	พะเยา	๙๑%

**ตารางที่ ๓** จังหวัดที่มีผลสำเร็จการเข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี (๙๐ที่สอง) มากกว่าผลการดำเนินงานของประเทศ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓ จำแนกตามจังหวัดภายใต้งบประมาณกองทุนโลก

ลำดับ	จังหวัด	ผลการดำเนินงาน ๙๐ที่สอง (> ร้อยละ ๗๘)
๑	ตาก	๗๙%
๒	นครปฐม	๘๐%
๓	ยะลา	๘๐%
๔	นราธิวาส	๘๑%
๕	ระนอง	๘๑%
๖	ปัตตานี	๘๑%
๗	แม่ฮ่องสอน	๘๑%
๘	พระนครศรีอยุธยา	๘๒%
๙	พิษณุโลก	๘๒%
๑๐	กาฬสินธุ์	๘๔%
๑๑	ตราด	๘๕%
๑๒	ระยอง	๘๕%
๑๓	นครสวรรค์	๘๕%
๑๔	สุราษฎร์ธานี	๘๖%
๑๕	ตรัง	๘๖%
๑๖	นครศรีธรรมราช	๘๖%

ลำดับ	จังหวัด	ผลการดำเนินงาน ๙๐ที่สอง (> ร้อยละ ๗๘)
๑๗	สตูล	๘๘%
๑๘	พัทลุง	๘๙%

**ตารางที่ ๔** จังหวัดที่มีผลสำเร็จการเข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี (๙๐ที่สอง) มากกว่าผลการดำเนินงานของประเทศ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓ จำแนกตามจังหวัดภายใต้งบประมาณจากแผนฉุกเฉินของประธานาธิบดีสหรัฐอเมริกาฯ

ลำดับ	จังหวัด	ผลการดำเนินงาน ๙๐ที่สอง (> ร้อยละ ๗๘)
๑	ขอนแก่น	๘๑%
๒	สงขลา	๘๓%
๓	ภูเก็ต	๘๓%
๔	เชียงราย	๘๕%

## บทที่ ๕

### สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การติดตามผลสำเร็จของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้าถึงบริการยาต้านเอชไอวี (๙๐ที่สอง) ของประเทศไทย ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ – ๒๕๖๓ มีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามความก้าวหน้าผลสำเร็จของการดำเนินงาน ๙๐ ที่สอง (ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี) ของประเทศไทย และเพื่อทราบช่องว่าง ประเด็นปัญหาการดำเนินงาน ๙๐ ที่สอง และการดำเนินงานตามเป้าหมาย ๙๐ – ๙๐ – ๙๐ ของประเทศไทย รวมถึง การอภิปรายผลการศึกษา โดยใช้ข้อมูลผลการศึกษา ร่วมกับการวิเคราะห์จากผลการดำเนิน เอกสารวิชาการ โดยสรุป ผลการศึกษาและอภิปรายผลตามลำดับ ดังนี้

#### ๕.๑ สรุปผลการศึกษา

##### ภาพรวมสถานการณ์การเข้าถึงระบบบริการดูแลรักษาปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ – ๒๕๖๓

ประเทศไทยมีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งจากการคาดประมาณ และข้อมูลจากระบบบริการ โดยจำนวนผู้ติดเชื้อฯ ที่มีชีวิตอยู่จากข้อมูลการคาดประมาณ มีจำนวนมากกว่าข้อมูลจากระบบบริการเล็กน้อย ปี ๒๕๖๓ มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่จำนวน ๕๐๑,๑๐๕ คน (ข้อมูลคาดประมาณ) และผู้ติดเชื้อฯ ที่เข้าสู่ระบบบริการที่ยังมีชีวิตอยู่ (ข้อมูลจากระบบบริการ) มีจำนวน ๔๗๒,๔๔๕ คน ในขณะที่จำนวนผู้ติดเชื้อฯ ที่ได้เข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีที่ยังอยู่ในระบบ (Currently receiving ART) มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นกัน โดยในปี ๒๕๖๓ เพิ่มขึ้นเป็น ๓๖๗,๐๕๒ คน โดยในแต่ละปีมีผู้ติดเชื้อฯ ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีแล้วหลุดออกจากระบบการรักษา (Dropout) มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องปีละประมาณ ๑๑๐,๐๐๐ - ๑๔๐,๐๐๐ คน คิดเป็นการเพิ่มขึ้นร้อยละ ๑ ทุกปี ปี ๒๕๖๓ มีจำนวนผู้ติดเชื้อฯ ๑๔๓,๔๔๓ คนที่หลุดออกจากระบบการรักษา คิดเป็นร้อยละ ๒๘ ซึ่งเป็นการเสียชีวิต (Death) และขาดการรักษา (Loss to follow-up) เท่าๆ กัน (ร้อยละ ๕๔ และร้อยละ ๔๖ ตามลำดับ) สำหรับการหลุดออกจากระบบการรักษาในกลุ่มประชากรหลักที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีทั้งหมดนั้น กลุ่มพนักงานบริการหญิง และกลุ่มผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีดมีสัดส่วนการหลุดออกจากระบบการรักษา (Dropout) มากที่สุดอยู่ที่ร้อยละ ๖๖ (จำนวน ๙๔๙ คน) และร้อยละ ๖๐ (จำนวน ๒,๖๐๕ คน) ตามลำดับ ในส่วนผู้ติดเชื้อฯ ตามสิทธิการรักษา ทั้งสิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ สิทธิประกันสังคม และสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีการหลุดออกจากระบบการรักษาใกล้เคียงกันระหว่างร้อยละ ๓๐ – ๓๒ โดยพบว่า สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ หลุดออกจากระบบการรักษามากที่สุด จำนวน ๗,๖๘๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๓๒

ทั้งนี้ สถานการณ์การเข้าถึงระบบบริการในกลุ่มผู้ติดเชื้อฯ ที่เข้ามารับบริการรายใหม่ในแต่ละปี จะทำให้เห็นภาพของการดำเนินงานในปัจจุบันได้ชัดเจนขึ้น พบว่าในช่วงระยะเวลาสามปีของการศึกษานี้ ในแต่ละปีพบว่า มีจำนวนผู้ที่ตรวจพบผลบวกเอชไอวีรายใหม่ (HIV Positive) และผู้ติดเชื้อฯ ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีรายใหม่ในปีมีจำนวนลดลงอย่างต่อเนื่องทุกปี โดยเฉพาะในปี ๒๕๖๓ ที่มีอัตราการลดลงมากที่สุดในทุกบริการ ตั้งแต่จำนวนผู้ติดเชื้อฯ ที่ตรวจพบเอชไอวีรายใหม่ในปีมีจำนวนลดลง จากปีละประมาณ ๓๐,๐๐๐ คน เหลือ ๒๗,๐๖๑ คน ในปี ๒๕๖๓ ซึ่งเป็นปีที่มีการลดลงอย่างชัดเจนมากกว่าทุกปี คิดเป็นอัตราการลดลงจากปี ๒๕๖๒ ร้อยละ ๗.๓ ในขณะที่ปี ๒๕๖๒ ลดลงจากปี ๒๕๖๑ เพียงร้อยละ ๒.๕ โดยลดลงมากกว่าปี ๒๕๖๑ ถึงเกือบ ๓ เท่า

สำหรับการเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี จำนวนผู้ติดเชื้อฯ ที่ได้เข้าถึงและได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีรายใหม่ทั้งหมด (Newly received ART) ในแต่ละปีลดน้อยลงอย่างต่อเนื่องจากเดิมมีจำนวนผู้ติดเชื้อฯ ที่ได้เริ่มรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี ปีละประมาณ ๓๐,๐๐๐ คน เหลือปีละ ๒๗,๖๙๓ ใน ปี ๒๕๖๓ คิดเป็นอัตราการลดลงจากปี ๒๕๖๒ จำนวน ๑,๘๔๙ คน (ร้อยละ ๖.๓) และลดลงจากปี ๒๕๖๑ จำนวน ๒,๙๑๘ คน (ร้อยละ ๙.๕) ในขณะที่จำนวนผู้ติดเชื้อฯ ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีรายใหม่ที่ยังอยู่ในระบบ (Newly receiving ART) ในแต่ละปีลดลงสอดคล้องกัน ในปี ๒๕๖๓ ลดลงจากปี ๒๕๖๑ ร้อยละ ๘.๔ จากปีละประมาณ ๒๗,๐๐๐ คน เหลือ ๒๕,๐๖๐ คน แต่ในกลุ่มประชากรหลักทุกกลุ่มกลับพบว่า มีจำนวนผู้ติดเชื้อฯ ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีรายใหม่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี ทำให้จำนวนผู้ติดเชื้อฯ ที่ได้เข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีที่ยังอยู่ในระบบ (Currently receiving ART) เพิ่มขึ้นต่อเนื่องด้วยเช่นกัน โดยเฉพาะกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) ที่มีจำนวนผู้ติดเชื้อฯ ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีรายใหม่ในปีมากที่สุด โดยเพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๖๑ จำนวน ๔,๘๖๗ คน เป็น ๕,๕๒๗ คน ในปี ๒๕๖๓

ประเด็นที่สำคัญ พบว่าผู้ติดเชื้อฯ ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีรายใหม่ในปี (Newly receiving ART) หลุดออกจากระบบการรักษา (Dropout) ปีละประมาณ ๒,๖๐๐ - ๓,๓๐๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๐ - ๑๑ แต่ในปี ๒๕๖๓ อัตราการหลุดออกจากระบบฯ เริ่มลดน้อยลงกว่าทุกปี เหลือเพียงร้อยละ ๙.๕ (จำนวน ๒,๖๓๓ คน) ซึ่งส่วนใหญ่ประมาณ ๒ ใน ๓ เป็นการขาดการติดตามการรักษา (Loss to follow-up) และกลุ่มที่ออกจากระบบการรักษามากที่สุดเกือบร้อยละ ๗๐ เป็นเพศชาย และร้อยละ ๖๕ อยู่ในกลุ่มอายุ ๒๕ - ๔๙ ปี สำหรับกลุ่มประชากรหลักที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีรายใหม่ในปีนั้น กลับพบว่ากลุ่มพนักงานบริการ (SW) เป็นกลุ่มที่หลุดออกจากระบบการรักษาที่สุดทั้งพนักงานบริการหญิง (FSW) และพนักงานบริการชาย (MSW) อยู่ที่ร้อยละ ๑๓ และร้อยละ ๑๑ ตามลำดับ โดยที่การออกจากระบบฯ ส่วนใหญ่ร้อยละ ๖๒ - ๗๘ เป็นการขาดการติดตามการรักษา (Loss to follow-up) มากกว่าเสียชีวิต ส่วนผู้ติดเชื้อฯ ที่อยู่ในแต่ละสิทธิการรักษา พบว่าผู้ติดเชื้อฯ ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) หลุดออกจากระบบการรักษา มากที่สุดอยู่ที่ร้อยละ ๑๐ (จำนวน ๑,๕๙๔ คน) รองลงมาคือ สิทธิประกันสังคม (SSO) อยู่ที่ร้อยละ ๙ (จำนวน ๘๓๕ คน)

นอกจากนั้น ยังคงพบสถานการณ์การเข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีที่ล่าช้าอย่างต่อเนื่อง ทั้งระดับ CD4 หลังการวินิจฉัยและก่อนเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยในปี ๒๕๖๓ พบว่าผู้ติดเชื้อฯ ส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ ๕๐ เข้าถึงบริการรักษาซ้ำ มารักษาเมื่อระดับ CD4 ต่ำกว่า ๒๐๐ cells/mm<sup>3</sup> ทั้งเพศชายและหญิง ในขณะที่ร้อยละ ๖๒ เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ (มากกว่า ๕๐ ปีขึ้นไป) ส่วนกลุ่มที่มีการเข้าถึงบริการรักษาค่อนข้างเร็วได้แก่กลุ่มอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี และ ๒๐ - ๒๔ ปี ที่ยังพบมีระดับ CD4 ต่ำกว่า ๒๐๐ cells/mm<sup>3</sup> เพียงร้อยละ ๒๒ และร้อยละ ๓๒ ตามลำดับ โดยพบว่าส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ ๕๐ มีระดับ CD4 อยู่ระหว่าง ๒๐๐ - ๕๐๐ cells/mm<sup>3</sup> และประมาณร้อยละ ๒๐ มีระดับ CD4 มากกว่า ๕๐๐ cells/mm<sup>3</sup> สำหรับสถานการณ์ในกลุ่มประชากรหลัก กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) และกลุ่มหญิงข้ามเพศ (TG) ร้อยละ ๔๓ และร้อยละ ๔๕ ที่ยังมีระดับ CD4 ต่ำกว่า ๒๐๐ cells/mm<sup>3</sup> ส่วนใหญ่ร้อยละ ๔๐ มีระดับ CD4 อยู่ระหว่าง ๒๐๐ - ๕๐๐ cells/mm<sup>3</sup> ในขณะที่กลุ่มพนักงานบริการ (SW) และกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID) ยังคงมีสถานการณ์คล้ายกับภาพรวมประมาณร้อยละ ๕๐ ที่ยังพบว่า มีระดับ CD4 ต่ำกว่า ๒๐๐ cells/mm<sup>3</sup>

สำหรับสถานการณ์การเข้าถึงบริการในระดับเขตสุขภาพ เขตที่มีจำนวนผู้ติดเชื้อฯ ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีรายใหม่ในปีที่ยังอยู่ในระบบ (Newly receiving ART) เพิ่มขึ้นจำนวนสูงสุด ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๔ เขตสุขภาพที่ ๕ เขตสุขภาพที่ ๖ เขตสุขภาพที่ ๘ และเขตสุขภาพที่ ๑๑ มีจำนวน ๒,๒๑๒ คน ๑,๙๓๔ คน ๔,๐๒๑ คน ๑,๕๕๕ คน และ ๑,๖๑๘ คน ตามลำดับ คิดเป็นสัดส่วนเท่ากันอยู่ที่ร้อยละ ๙๒ ของจำนวนผู้ติดเชื้อฯ ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ รายใหม่ในปีทั้งหมด (Newly received ART) ในส่วนของผู้ติดเชื้อฯ ที่ได้รับการรักษาฯ หลุดออกจากระบบการรักษา (Dropout) ในระดับเขตสุขภาพ อยู่ระหว่างร้อยละ ๒๕ - ๓๖ เขตสุขภาพที่มีผู้ติดเชื้อฯ หลุดออกจากระบบมากที่สุด ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๑๓ และเขตสุขภาพที่ ๔ คิดเป็นร้อยละ ๓๖ (จำนวน ๒๖,๐๓๕ คน) และร้อยละ ๓๐ (จำนวน ๑๓,๗๗๗ คน) ตามลำดับ ซึ่งการหลุดออกจากระบบการรักษา (Dropout) ในระดับเขตสุขภาพส่วนใหญ่ร้อยละ ๖๐ - ๖๘ เป็นการเสียชีวิต (Death) แต่มีเพียง ๓ เขตเท่านั้นที่มีความแตกต่าง ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๑๓ และเขตสุขภาพที่ ๖ ที่ส่วนใหญ่เป็นการขาดการติดตามการรักษา (Loss to follow-up) มากกว่าการเสียชีวิต (Death) และในปี ๒๕๖๓ พบว่า เพียงร้อยละ ๘ - ๑๐ ของผู้ติดเชื้อฯ ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีรายใหม่ในปี (Newly received ART) เท่านั้นที่มีการหลุดออกจากระบบฯ (Dropout) มีเพียงเขตสุขภาพที่ ๑ และ เขตสุขภาพที่ ๑๓ ที่สูงสุดถึงร้อยละ ๑๓ และร้อยละ ๑๒ ตามลำดับ แต่การหลุดออกจากระบบการรักษา (Dropout) มีความแตกต่างกัน เขตสุขภาพที่มีการขาดการติดตามการรักษา (Loss to follow-up) มากกว่าการเสียชีวิต ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๑๓ เขตสุขภาพที่ ๑ และเขตสุขภาพที่ ๖ อยู่ที่ร้อยละ ๘๕ ร้อยละ ๗๕ และร้อยละ ๖๖ ตามลำดับ ส่วนเขตสุขภาพที่มีการเสียชีวิต (Death) มากกว่า ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๓ เขตสุขภาพที่ ๑๐ เขตสุขภาพที่ ๑๒ เขตสุขภาพที่ ๘ อยู่ที่ร้อยละ ๖๑ ร้อยละ ๖๐ ร้อยละ ๕๔ ร้อยละ ๕๔ และร้อยละ ๕๓ ตามลำดับ

### **ผลสำเร็จของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี (๙๐ที่สอง) ของประเทศไทย ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓**

ผลสำเร็จของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี (๙๐ที่สอง) นั้นมีผลมาจากการเพิ่มขึ้นหรือลดลงของจำนวนผู้ติดเชื้อฯ ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีที่ยังอยู่ในระบบ (Currently receiving ART) และจำนวนผู้ติดเชื้อฯ ที่รู้สถานะตนเองและยังมีชีวิตอยู่ ซึ่งจะเชื่อมโยงถึงผลสำเร็จการดำเนินงานการเข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี (๙๐ที่สอง) ดังที่จะกล่าวต่อไป

ภาพรวมผลสำเร็จของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี (๙๐ที่สอง) ของประเทศไทยที่ผ่านมาในช่วงระยะเวลาสามปีที่ศึกษา ยังคงไม่บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ (ร้อยละ ๙๐) แต่มีความก้าวหน้าของผลการดำเนินงานเพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมาอย่างต่อเนื่อง โดยในปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓ อยู่ที่ร้อยละ ๗๔ ร้อยละ ๗๔ และร้อยละ ๗๘ ตามลำดับ สถานการณ์ล่าสุดในปี ๒๕๖๓ ประเทศไทยยังมีช่องว่างที่ต้องเร่งรัดการดำเนินงานเพื่อให้ไปถึงเป้าหมายอยู่อีกประมาณร้อยละ ๑๒ โดยผลสำเร็จฯ ในปี ๒๕๖๓ เพศหญิงสูงกว่าเพศชายเล็กน้อย อยู่ที่ร้อยละ ๘๑ และ ๗๖ ตามลำดับ วัยผู้ใหญ่ (๑๕ ปีขึ้นไป) มีผลสำเร็จฯ ร้อยละ ๗๘ มากกว่าวัยเด็ก (๐ - ๑๔ ปี) ซึ่งอยู่ที่ร้อยละ ๗๒ เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุพบว่า ผลสำเร็จฯ สูงที่สุดอยู่ที่กลุ่มอายุ ๕๐ ปีขึ้นไป ร้อยละ ๘๗ รองลงมาอยู่ที่กลุ่มอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี อยู่ที่ร้อยละ ๗๓ และต่ำที่สุดร้อยละ ๖๕ ในกลุ่มอายุ ๒๐ - ๒๔ ปี และสิทธิการรักษาที่มีผลสำเร็จฯ มากที่สุด คือ สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า อยู่ที่ร้อยละ ๘๔ สิทธิประกันสังคมมีผลสำเร็จฯ ต่ำสุด อยู่ที่ร้อยละ ๖๗ สำหรับผลสำเร็จฯ ในกลุ่มประชากรหลัก พบว่า กลุ่มผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID) สูงที่สุด อยู่ที่ร้อยละ ๗๕ ส่วนกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) และกลุ่มหญิงข้ามเพศ (TG) อยู่ที่ร้อยละ ๗๑ และร้อยละ ๖๙ ตามลำดับ กลุ่มที่มีผลสำเร็จฯ ต่ำสุด ได้แก่ กลุ่มพนักงานบริการ (SW) ทั้งหญิงและชาย (FSW และMSW) อยู่ที่ร้อยละ ๕๖ และร้อยละ ๖๓ ตามลำดับ

ทั้งนี้ ผลสำเร็จของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี (๙๐ที่สอง) ในระดับพื้นที่ตามเขตสุขภาพ ทั้ง ๑๓ เขต พบว่า ยังไม่มีเขตสุขภาพที่สามารถบรรลุได้ตามเป้าหมาย (ร้อยละ ๙๐) เช่นเดียวกับภาพรวมของประเทศ แต่ภาพรวมเกือบทุกเขตสุขภาพมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี ๒๕๖๓ เขตสุขภาพส่วนใหญ่มีความก้าวหน้ามากขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยผลสำเร็จฯ ๙๐ที่สอง เพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ ๘๐ แต่ยังมีเขตสุขภาพที่ยังมีผลสำเร็จฯ อยู่ ๓ เขตเท่านั้นที่ยังไม่ถึงร้อยละ ๘๐ โดยเขตสุขภาพที่มีผลสำเร็จฯ น้อยที่สุด ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๑๓ กรุงเทพมหานคร เขตสุขภาพที่ ๔ สระบุรี และเขตสุขภาพที่ ๖ ชลบุรี อยู่ที่ร้อยละ ๕๙ ร้อยละ ๗๕ ร้อยละ ๗๘ ตามลำดับ สำหรับเขตสุขภาพที่มีผลสำเร็จฯ ๙๐ที่สอง สูงที่สุดได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๑๐ อุบลราชธานี เขตสุขภาพที่ ๘ อุดรธานี เขตสุขภาพที่ ๑๑ นครศรีธรรมราช เขตสุขภาพที่ ๑๒ สงขลา และเขตสุขภาพที่ ๒ พิษณุโลก อยู่ที่ร้อยละ ๘๖ ร้อยละ ๘๕ ร้อยละ ๘๕ ร้อยละ ๘๔ และร้อยละ ๘๔ ตามลำดับ

สำหรับผลการดำเนินงานในระดับจังหวัด ปี ๒๕๖๓ พบว่า ผลสำเร็จฯ ของจังหวัดส่วนใหญ่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย (ร้อยละ ๙๐) เช่นเดียวกัน มีเพียงจ.พะเยา และจ.ลำพูน เท่านั้น ที่สามารถบรรลุเป้าหมาย อยู่ที่ร้อยละ ๙๑ เท่ากัน โดยจังหวัดส่วนใหญ่มีผลสำเร็จฯ อยู่ที่ร้อยละ ๘๐ - ๘๙ เมื่อจัดลำดับ ๑๐ จังหวัดแรกที่มีผลสำเร็จสูงสุด ได้แก่ จ.บึงกาฬ จ.พัทลุง จ.เพชรบุรี จ.ลำปาง จ.มุกดาหาร จ.สมุทรสงคราม จ.ชุมพร และจ.อ่างทอง และจังหวัดที่มีผลสำเร็จฯ น้อยที่สุด ได้แก่ กรุงเทพมหานคร (เขตสุขภาพที่ ๑๓) อยู่ที่ร้อยละ ๕๙ จ.ปทุมธานี (เขตสุขภาพที่ ๔) อยู่ที่ร้อยละ ๖๐ และจ.สมุทรปราการ (เขตสุขภาพที่ ๖) อยู่ที่ร้อยละ ๗๒ ตามลำดับ

นอกจากนั้นผลสำเร็จฯ จากการดำเนินงานในพื้นที่ที่มีแหล่งงบประมาณภายนอกสนับสนุน ในปี ๒๕๖๓ ภายใต้โครงการ GF มีผลสำเร็จฯ ในภาพรวมเฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ ๘๓.๒ จังหวัดที่สูงที่สุด คือ จ.พัทลุง เท่ากับร้อยละ ๘๙ พื้นที่โครงการ PIF เฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ ๘๐.๔ จังหวัดที่สูงที่สุด คือ จ.เชียงราย เท่ากับร้อยละ ๘๕ และพื้นที่ที่ไม่มีแหล่งงบประมาณภายนอกสนับสนุนเฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ ๘๓.๗ จังหวัดที่สูงที่สุด ได้แก่ จ.พะเยา และจ.ลำพูน อยู่ที่ร้อยละ ๙๑ เท่ากัน

ภาพรวมความก้าวหน้าผลสำเร็จด้านการดูแลรักษา ตามเป้าหมาย ๙๐ - ๙๐ - ๙๐ ของประเทศไทย ในระหว่างปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓ มีความก้าวหน้าของการดำเนินงานที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และในปี ๒๕๖๓ ผลสำเร็จ ๙๐ที่หนึ่ง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการวินิจฉัยและรู้สถานะการติดเชื้อฯ ของตนเองสามารถบรรลุเป้าหมาย อยู่ที่ร้อยละ ๙๔ ในขณะที่ ๙๐ที่สอง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ทราบสถานะการติดเชื้อฯ ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี ยังคงต่ำและไม่บรรลุเป้าหมาย และ ๙๐ที่สาม ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีสามารถกดระดับไวรัสในเลือดได้สำเร็จยังไม่บรรลุเป้าหมายเช่นเดียวกัน อยู่ที่ร้อยละ ๗๘ และร้อยละ ๘๕ ตามลำดับ โดยสรุปการดำเนินงานตามเป้าหมาย ๙๐ - ๙๐ - ๙๐ ปี ๒๕๖๓ เป็นดังนี้ ๙๔ - ๗๘ - ๘๕

## ๕.๒ อภิปรายผลการศึกษา

จากผลการศึกษาการติดตามผลสำเร็จฯ (๙๐ที่สอง) ในภาพรวมประเทศ พบว่ามีความก้าวหน้าเพิ่มขึ้นเล็กน้อยอย่างต่อเนื่องจากปีที่ผ่านมา แต่ยังไม่บรรลุเป้าหมายร้อยละ ๙๐ ภายในปี ๒๕๖๓ ตามที่กำหนดไว้ โดยปี ๒๕๖๓ มีผลสำเร็จฯ อยู่ที่ร้อยละ ๗๘ เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๖๒ ร้อยละ ๔ เมื่อเทียบกับปี ๒๕๖๒ ที่ผลสำเร็จฯ ยังคงที่อยู่ร้อยละ ๗๔ เท่ากับปี ๒๕๖๑ จากการวิเคราะห์สถานการณ์การเข้าถึงระบบการรักษา ข้อมูลที่แสดงถึงผลสำเร็จฯ ดังกล่าวเกิดจากจำนวนผู้ติดเชื้อฯ ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีและยังอยู่ในระบบการรักษา (Currently receiving ART) ยังน้อยกว่าจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รู้สถานะของตนเองที่มีชีวิตอยู่ทั้งหมด กล่าวคือ ปี ๒๕๖๓ มีจำนวนผู้ติดเชื้อฯ ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างต่อเนื่อง (Currently receiving ART) จำนวน ๓๖๗,๐๕๒ คน แม้ว่าจะมีอัตราเพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๖๒ ร้อยละ ๕ แต่ยังมีจำนวนน้อยเมื่อเทียบกับจำนวนผู้ติดเชื้อฯ ที่รู้สถานะของตนเองและยังมี

ชีวิตอยู่ทั้งหมดที่มีจำนวนถึง ๔๗๒,๔๔๕ คน ดังนั้น ยังมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รู้สถานะของตนเองฯ แต่ยังไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีและยังอยู่ในระบบอย่างต่อเนื่อง (Currently receiving on ART) อีกประมาณ ๑๐๕,๐๐๐ คน จึงจะครอบคลุมผู้ติดเชื้อฯ ทุกคน สำหรับการจะบรรลุเป้าหมายร้อยละ ๙๐ ในปี ๒๕๖๓ ยังมีช่องว่างที่เหลืออยู่อีกร้อยละ ๑๒ ซึ่งหมายถึงยังมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รู้สถานะของตนเองแล้ว แต่ยังไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี หรือได้รับแล้วแต่หลุดออกจากระบบการรักษา อีกประมาณ ๕๘,๑๔๘ คน ที่จำเป็นต้องปรับปรุงการดำเนินงานเพื่อเพิ่มจำนวนผู้ติดเชื้อฯ ให้ได้เข้ารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ และยังอยู่ในระบบอย่างต่อเนื่อง (Currently receiving ART) เพื่อให้ได้จำนวนถึง ๔๒๕,๒๐๐ คน ประเทศไทยจึงจะสามารถบรรลุเป้าหมายร้อยละ ๙๐ ได้สำเร็จ และมีโอกาสที่จะยุติปัญหาเอดส์ได้ตามเป้าหมายปี ๒๕๗๓ ซึ่งจำนวนผู้ที่ยังไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี หรือรักษาแล้วแต่ยังหลุดออกจากระบบการรักษามีความสำคัญมากที่จำเป็นต้องเร่งรัดการดำเนินงานให้เข้ามารับการรักษาอย่างต่อเนื่องจนสามารถกดปริมาณไวรัสในกระแสเลือดได้ เนื่องจากผู้ติดเชื้อฯ กลุ่มนี้มีโอกาสที่จะถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีไปยังคู่นอนได้ต่อไป

ทั้งนี้ ปี ๒๕๖๓ มีความก้าวหน้าในการดำเนินงานตามเป้าหมาย ๙๐ ที่สอง เพิ่มมากขึ้น ถึงร้อยละ ๗๘ แต่ยังไม่บรรลุเป้าหมายร้อยละ ๙๐ เนื่องจาก ยังไม่สามารถทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รู้สถานะของตนเองอีกจำนวน ๕๘,๑๔๘ คน ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างต่อเนื่องได้ หรือจำนวนผู้ติดเชื้อฯ รู้สถานะตนเองฯ แล้ว แต่ยังไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างต่อเนื่อง (Currently receiving ART) ไม่มากพอที่จะส่งผลให้บรรลุ ๙๐ ที่สอง จากการศึกษาได้ติดตามผลการดำเนินงานการเข้าถึงระบบบริการรักษาในระยะ ๓ ปี พบว่า แม้ในภาพรวมของการดำเนินงานจะมีความก้าวหน้ามากขึ้น โดยมีผู้ติดเชื้อฯ ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างต่อเนื่องระหว่างปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓ จำนวน ๓๓๓,๓๖๑ คน ๓๔๙,๔๖๔ คน และ ๓๖๗,๐๕๒ คน ตามลำดับ ด้วยอัตราการเพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา ร้อยละ ๔.๐ - ๔.๖ ก็ตาม แต่สถานการณ์การเข้าถึงระบบบริการรักษาฯ รายใหม่ในปีที่ลดลงในแต่ละปีนั้น ทำให้เห็นชัดว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้เข้าสู่ระบบบริการจำนวนลดน้อยลงทั้งระบบ นับตั้งแต่การตรวจพบผู้มีผลบวกใหม่ (HIV positive) จนถึงการได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ที่ต่อเนื่อง (Newly receiving ART) ในขณะที่พบว่า การหลุดออกจากการรักษา (Dropout) ยังไม่ลดลง คงที่เท่าๆ เดิมในแต่ละปี โดยเฉพาะสถานการณ์ ปี ๒๕๖๓ ที่มีความรุนแรงมากขึ้น ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับสถานการณ์ของประเทศและทั่วโลกที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ซึ่งเป็นช่วงแรกของการระบาด โดยที่ระบบบริการยังปรับตัวไม่ทัน ทำให้เป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ ซึ่งการที่จำนวนผู้ติดเชื้อฯ ลดลงทั้งระบบ (ทุกบริการ) ทำให้มีผลต่อการเพิ่มขึ้นของผลสำเร็จฯ กล่าวคือ ทำให้จำนวนผู้ติดเชื้อฯ ที่รู้สถานะของตนเองที่เคยตรวจพบได้มากในปีก่อนลดลงด้วย ส่งผลให้จำนวนผู้ติดเชื้อฯ ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีมีจำนวนใกล้เคียงกับจำนวนผู้ติดเชื้อฯ ที่รู้สถานะของตนเองมากขึ้น ผลสำเร็จฯ ๙๐ ที่สอง ในปี ๒๕๖๓ จึงสูงขึ้นกว่าปีก่อน โดยสถานการณ์ในแต่ละบริการที่มีผลต่อผลสำเร็จฯ ในปี ๒๕๖๓ พบว่า การตรวจพบผู้มีผลบวกใหม่ลดลงจากปี ๒๕๖๑ ถึงเกือบร้อยละ ๑๐ จากที่ตรวจพบปีละประมาณ ๓๐,๐๐๐ คน เหลือปีละประมาณ ๒๗,๐๐๐ คน ซึ่งเชื่อมโยงไปถึงการเข้าถึงและได้เริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีรายใหม่ทั้งหมดในปี จากปี ๒๕๖๑ ปีละประมาณ ๓๐,๐๐๐ คน เหลือปีละประมาณ ๒๗,๐๐๐ คน ลดลงถึงเกือบร้อยละ ๑๐ เช่นกัน ประเด็นสำคัญ คือ สถานการณ์การออกจากระบบบริการรักษา (Dropout) ที่พบว่ายังอยู่ในระดับเท่า ๆ เดิม ในกลุ่มผู้ติดเชื้อฯ ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีรายใหม่ในปี พบประมาณร้อยละ ๑๐ ที่หลุดออกจากระบบการรักษา ปีละประมาณ ๒,๐๐๐ - ๓,๐๐๐ คน แต่ในปี ๒๕๖๓ พบว่าลดน้อยลงเหลือร้อยละ ๙.๖ มีผลทำให้จำนวนติดเชื้อที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีที่อยู่ในระบบอย่างต่อเนื่อง (Currently receiving ART) โดยรวมเพิ่มขึ้นมากกว่าในสองปีแรก เป็นปัจจัยสำคัญหนึ่งที่ทำให้ผลสำเร็จฯ เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๗๘ แต่การดำเนินงานที่ดีขึ้นทั้งหมดยังคงไม่มากพอที่จะบรรลุเป้าหมายได้



ผลสำเร็จฯ (๙๐ที่สอง) ในกลุ่มอายุ ๒๐ - ๒๔ ปี อยู่ที่ร้อยละ ๖๕ น้อยที่สุดเมื่อเทียบกับทุกกลุ่มอายุ และยิ่งห่างไกลเป้าหมาย ยิ่งเหลือช่องว่างอีกร้อยละ ๒๕ ผลสำเร็จฯ ๙๐ที่สอง ในกลุ่มวัยนี้มีผลมาจากจำนวนผู้ติดเชื้อที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยและรู้สถานะตนเองที่ยังมีชีวิตอยู่มากกว่าจำนวนผู้ติดเชื้อฯ ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างเนื่อง โดยมีจำนวนผู้ติดเชื้อฯ ที่รู้สถานะของตนเองอยู่ที่ ๒๕,๒๓๙ คน มีจำนวนผู้ติดเชื้อฯ ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี (Currently receiving ART) ทั้งหมด ๑,๖๓๕๔ คน ซึ่งยังเหลือช่องว่างที่ยังไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างต่อเนื่อง อยู่ถึงจำนวน ๘,๘๘๕ คน คือช่องว่างร้อยละ ๒๕ ที่จะบรรลุเป้าหมาย (๙๐ที่สอง) ซึ่งเป็นผู้ติดเชื้อฯ ที่ยังไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี หรือเคยได้รับการรักษาแล้วแต่ออกจากการรักษา การที่กลุ่มอายุ ๒๐ - ๒๔ ปีที่ติดเชื้อฯ ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างต่อเนืงน้อยมาจากผู้ติดเชื้อฯ ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีรายใหม่ในปีมีน้อย จำนวนปีละ ๓,๕๐๐ - ๔,๐๐๐ คน เท่านั้น เนื่องจากการกลัวการตีตราจากสังคมและจากหน่วยบริการ บางคนครอบครัวยังไม่ทราบ ยังมีการปกปิดสถานะ ปัญหาด้านเศรษฐกิจ ปัญหาด้านเวลาที่เหมาะสมในการมารับการรักษา เนื่องจากเป็นวัยเรียน วัยรุ่นที่มีกิจกรรมมากมายในชีวิต ซึ่งเป็นอุปสรรคที่ทำให้ไม่ได้เข้ามาใช้บริการรักษา และเป็นอุปสรรคในการมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องทำให้หลุดออกจากการรักษา สอดคล้องกับการการศึกษาของกัญญา พฤษสิขี<sup>(๑๒)</sup> ในบางคนที่เคยได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีแล้ว แม้ว่าการหลุดออกจากการรักษา (Dropout) ในกลุ่มนี้แต่ละปีจะไม่สูงก็ตาม ทั้งนี้การที่กลุ่มอายุ ๒๐ - ๒๔ ปี ที่มีจำนวนผู้ติดเชื้อฯ ที่ได้รับการวินิจฉัยและรู้สถานะของตนเองอยู่ในระบบจำนวนมาก ส่วนหนึ่งของจำนวนทั้งหมดนี้ อาจเป็นกลุ่มประชากรหลักด้วย แต่การวิเคราะห์ที่ไม่สามารถแยกบอกได้ในช่วงระยะเวลาสามปีของการศึกษานี้มีการดำเนินงานโครงการ GF และโครงการ PIF ที่ช่วยเสริมความเข้มแข็งและเร่งรัดการดำเนินงานในกลุ่มประชากรหลักให้ได้ตรวจเอชไอวี และเข้าสู่ระบบการรักษา โดยเฉพาะในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) และกลุ่มหญิงข้ามเพศ (TG) ซึ่งการดำเนินงานนี้ช่วยเพิ่มจำนวนผู้มีผลบวกได้อีกจำนวนหนึ่ง แต่เมื่อพบผู้ติดเชื้อฯ แล้วการเชื่อมและส่งต่อให้เข้ารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีนั้นยังพัฒนาได้น้อย ส่งผลต่อจำนวนผู้ติดเชื้อฯ ที่ได้เข้ารับการรักษาที่มีจำนวนน้อยกว่า อีกทั้งในระดับพื้นที่ยังมีการดำเนินงานเฝ้าระวังเอชไอวีในกลุ่มนักเรียน ม.๕ (การเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี (Behavioral surveillance system : BSS)) มาอย่างต่อเนื่องทุกปี ซึ่งเมื่อพบผลบวกจะมีการบันทึกในระบบข้อมูล ทำให้จำนวนผู้ติดเชื้อฯ ที่รู้สถานะของตนเองในกลุ่มอายุ ๑๕ - ๒๔ ปี มีจำนวนมากขึ้น นอกจากนั้นผู้ติดเชื้อฯ แรกเกิดช่วงสิบปีถึงยี่สิบปีก่อนที่ตรวจพบผลบวกตั้งแต่เด็กที่มีชีวิตอยู่ถึงปัจจุบัน มีอายุมากขึ้นถึงช่วงอายุ ๑๕ - ๒๔ ปี บางคนยังไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี ทำให้จำนวนผู้ติดเชื้อฯ ที่รู้สถานะของตนเองทั้งหมดที่มีชีวิตอยู่สะสมมากขึ้นเป็นลำดับจนถึงปี ๒๕๖๓

ผลสำเร็จฯ (๙๐ที่สอง) ในกลุ่มประชากรหลักที่มีความสำคัญต่อการยุติปัญหาเอดส์ ประเทศไทย มีความก้าวหน้าที่เพิ่มขึ้นเล็กน้อย และยังไม่บรรลุเป้าหมาย เช่นเดียวกับภาพรวมในทุกกลุ่มประชากร จำนวนผู้ติดเชื้อฯ ที่ตรวจพบเอชไอวีมีจำนวนเพิ่มขึ้นมาอย่างต่อเนื่อง แม้สถานการณ์ในปี ๒๕๖๓ ในภาพรวมทุกกลุ่มประชากร จะมีจำนวนการตรวจพบเอชไอวีใหม่ลดลง แต่ในกลุ่มประชากรหลัก เช่น กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) และกลุ่มหญิงข้ามเพศ (TG) กลับพบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้น โดยในแต่ละปีตรวจพบผู้ที่มีผลบวกเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากที่กล่าวแล้วว่ามีโครงการสำคัญจากงบประมาณภายนอกทั้ง GF และ PIF สนับสนุนการดำเนินงาน และเสริมความเข้มแข็งของระบบบริการให้มีการดำเนินงานทั้งระบบบริการ RRTTR กับกลุ่มประชากรหลัก โดยเฉพาะกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) กลุ่มหญิงข้ามเพศ (TG) และกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID) นอกจากนั้น ในช่วงเวลานี้ยังมีงบประมาณของประเทศไทยที่สำคัญ คือ งบประมาณผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้เริ่มให้การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน RRTTR

กับกลุ่มประชากรหลักอีกด้วย แม้ว่าจะเผชิญกับสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) แต่ทุกองค์กรชุมชนมีเป้าหมายในการทำงานที่จะต้องบรรลุการตรวจเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลักที่องค์กรรับผิดชอบ รวมทั้งการเข้าสู่ระบบการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีด้วยกลวิธีต่าง ๆ ที่ต้องปรับตัว จึงทำให้กลุ่มประชากรหลัก เช่น กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) และกลุ่มหญิงข้ามเพศ (TG) ในภาพรวมประเทศมีผลการดำเนินงานที่เพิ่มขึ้นตั้งแต่การตรวจพบผู้ติดเชื้อ และการช่วยให้ผู้ติดเชื้อ แล้วได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าจะยังต้องพัฒนาในส่วนนี้ต่อไปก็ตาม สำหรับจำนวนผู้ติดเชื้อ ในกลุ่มประชากรหลักที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีและอยู่ในระบบต่อเนื่อง (Currently receiving ART) ที่ยังมีจำนวนน้อยและยังไม่ครอบคลุมผู้ติดเชื้อ ในกลุ่มประชากรหลักทั้งหมดที่มีชีวิตอยู่ได้ตามเป้าหมาย (ยังเหลืออีก ๑,๐๔๘๘ คน) นั้น ส่วนหนึ่งเนื่องจากระบบการส่งต่อระหว่างหน่วยบริการที่รักษากักบังค์กรชุมชนที่พบกลุ่มประชากรหลักที่ตรวจพบเอชไอวีแล้วยังไม่เชื่อมประสานกัน ทำให้มีผู้ติดเชื้อ ที่ตรวจพบแล้วยังไม่เข้าสู่ระบบการรักษา นอกจากนี้ การที่ผู้ติดเชื้อ กลุ่มประชากรหลักจะเข้ารับการรักษาที่หน่วยบริการ ยังมีความกลัวเรื่องการตีตรา ทั้งในมุมของการเป็นผู้ติดเชื้อ และผู้มีวิถีชีวิตในแบบของกลุ่มประชากรหลักอีกด้วย จึงทำให้กลุ่มนี้เข้าสู่ระบบการรักษาได้น้อย หรือเข้าไปรับการรักษาแล้วมีการหลุดออกจากระบบได้ง่าย และยังมีเรื่องของคุณภาพข้อมูลในการบันทึกในระบบข้อมูล NAP Plus ที่ระบบยังอยู่ในช่วงการปรับปรุงให้รองรับการบันทึกในส่วนของกลุ่มประชากรหลักได้อย่างมีประสิทธิภาพ หน่วยบริการอาจยังมีการบันทึกข้อมูลไม่ถูกต้อง หรือยังไม่เข้าใจนิยามของประชากรหลักบางกลุ่ม ทำให้จำนวนผู้ติดเชื้อ ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีที่อยู่ในระบบต่อเนื่องยังคงมีจำนวนน้อย ทำให้ผลสำเร็จฯ ยังไม่บรรลุตามเป้าหมาย

แต่เมื่อแยกรายกลุ่มประชากรหลัก พบว่าเกือบทุกกลุ่มมีแนวโน้มผลสำเร็จฯ ๙๐ ที่สอง เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี ๒๕๖๓ กลุ่มผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID) มีผลสำเร็จฯ สูงสุด ร้อยละ ๗๕ ในขณะที่กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) และกลุ่มหญิงข้ามเพศ (TG) รองลงมาอยู่ที่ร้อยละ ๗๑ และร้อยละ ๖๙ ตามลำดับ กลุ่มผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID) มีผลสำเร็จสูงเนื่องจากการตรวจพบจำนวนผู้มีผลบวกในแต่ละปีเพิ่มขึ้นน้อย และจำนวนภาพรวมทั้งหมดของผู้ติดเชื้อ ที่เป็นกลุ่มนี้ที่มีชีวิตอยู่มีจำนวนน้อย จากข้อมูลการหลุดออกจากระบบพบว่า กลุ่มผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID) หลุดออกจากระบบฯ ถึงร้อยละ ๔๐ ส่วนใหญ่ร้อยละ ๔๑ เป็นการเสียชีวิต ทำให้กลุ่มผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID) ที่มีชีวิตมีจำนวนน้อยจึงมีผลให้ผลสำเร็จฯ สูง ในขณะที่กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) และกลุ่มหญิงข้ามเพศ (TG) เป็นไปตามสถานการณ์ที่กล่าวข้างต้นแล้ว และในกลุ่มพนักงานบริการ (SW) เป็นกลุ่มที่มีผลสำเร็จต่ำสุด ปี ๒๕๖๓ ผลสำเร็จฯ ของกลุ่มพนักงานบริการหญิง (FSW) อยู่ที่ร้อยละ ๕๖ เท่านั้น และมีความก้าวหน้าค่อนข้างน้อย อยู่ที่ร้อยละ ๕๔ ร้อยละ ๕๔ และร้อยละ ๕๖ ตามลำดับ (ข้อมูลปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๓) ซึ่งเหลือช่องว่างที่จะถึงเป้าหมายถึงร้อยละ ๓๕ เนื่องจากกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่เข้าถึงยากอีกกลุ่มหนึ่ง และยังไม่มียุทธศาสตร์นอกสนับสนุนการทำงานเหมือนดังเช่นกลุ่มอื่น ๆ ที่กล่าวไปแล้วข้างต้น ดังนั้นการทำงานในการเข้าถึงและตรวจเอชไอวีต้องใช้การดำเนินงานเชิงรุกเข้ามาช่วย ซึ่งโอกาสที่หน่วยบริการจะดำเนินการได้มีน้อย แม้ว่างบบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จะมีการสนับสนุนแต่องค์กรชุมชนที่สนใจในการทำงานกับกลุ่มนี้มีน้อยมาก ไม่สามารถครอบคลุมเรื่องการตรวจพบและได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างต่อเนื่องได้ โดยในแต่ละปี พบว่ามีกลุ่มพนักงานบริการ (SW) ทั้งหญิงและชาย (FSW และ MSW) เข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีจำนวนไม่มาก (Newly receiving ART) ในขณะที่มีการหลุดออกจากการรักษา (Dropout) สูงถึงร้อยละ ๖๖ และร้อยละ ๕๖ ในผู้ติดเชื้อ ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีทั้งหมด และในผู้ติดเชื้อ ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีรายใหม่ในปี ร้อยละ ๑๓ และร้อยละ ๑๑ แต่ในปี ๒๕๖๓ มีผลสำเร็จเพิ่มขึ้นเล็กน้อยมาจากสถานการณ์เช่นเดียวกัน คือ การตรวจพบเอชไอวีใหม่ในปีได้น้อยลง ในขณะที่การได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีรายใหม่ในปีเพิ่มขึ้นด้วยอัตราเท่า ๆ เดิม

หากรวมจำนวนประชากรหลักทุกกลุ่ม ซึ่งเป็นกลุ่มที่เข้าถึงยากและมีโอกาสสูงในการถ่ายทอดเชื้อ ถ้าหากยังไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าช่องว่างจะมีจำนวนไม่มาก เมื่อเทียบกับกลุ่มประชากรทั่วไป แต่ด้วยอัตราความชุกในกลุ่มเหล่านี้ที่สูงกว่าประชากรทั่วไป จึงต้องให้ความสำคัญในการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อและการระบาดอย่างเข้มข้น

ในส่วนผลสำเร็จฯ (๙๐ที่สอง) ของกลุ่มผู้ติดเชื้อฯ ตามสิทธิการรักษา พบว่าทุกสิทธิการรักษา มีความก้าวหน้าเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สิทธิประกันสังคมยังน้อยที่สุดในปี ๒๕๖๓ อยู่ที่ร้อยละ ๖๗ สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ อยู่ที่ร้อยละ ๗๘ ส่วนสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า สูงสุดอยู่ที่ร้อยละ ๘๔ ซึ่งผลสำเร็จฯ ที่ต่ำกว่า ๆ มาจากการบันทึกข้อมูลมากกว่าประเด็นอื่น ๆ เนื่องจากนโยบายและระบบบริการที่ให้กับผู้ติดเชื้อฯ ทุกรายมีความเท่าเทียมกันในทุกสิทธิการรักษา

ผลสำเร็จฯ ของจังหวัดส่วนใหญ่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย (ร้อยละ ๙๐) เช่นเดียวกับประเทศมีเพียง จ.พะเยา และจ.ลำพูน เท่านั้น ที่สามารถบรรลุเป้าหมาย อยู่ที่ร้อยละ ๙๑ เท่ากัน เมื่อพิจารณาการดำเนินงานในพื้นที่ ที่มีแหล่งบประมาณภายนอกสนับสนุน ในปี ๒๕๖๓ พบว่า จังหวัดที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากแผนฉุกเฉินของประธานาธิบดีสหรัฐอเมริกาเพื่อบรรเทาปัญหาเอ็ดส์ (PIF) มีผลสำเร็จฯ น้อยที่สุด อยู่ที่ร้อยละ ๖๗.๙ ทั้งนี้ ในภาพรวมระดับจังหวัดที่ยังไม่บรรลุเป้าหมายสอดคล้องกับผลการศึกษาค้นคว้าข้อมูลโดยใช้เครื่องมือ DQI ของสามารถ พันธุ์เพชร<sup>(๑๓)</sup> ที่พบว่า ผลสำเร็จฯ (๙๐ที่สอง) ในโรงพยาบาลนำร่อง พื้นที่ ๔ จังหวัด ภายใต้โครงการ PIF ได้แก่ จังหวัดอุดรธานี ขอนแก่น นครราชสีมา และภูเก็ต ซึ่งผลการศึกษาน่าจะพออนุมานไปถึงผลสำเร็จฯ ในระดับจังหวัดได้ เนื่องจากโรงพยาบาลที่ดำเนินการมีผู้ติดเชื้อฯ จำนวนมาก ผลการศึกษา พบว่า แม้ว่าจะมีการปรับปรุงข้อมูลให้มีคุณภาพดีขึ้นกว่าเดิมแล้วแต่ผลสำเร็จฯ ก็ยังไม่บรรลุเป้าหมายร้อยละ ๙๐ เช่นกัน

ผลสำเร็จฯ (๙๐ที่สอง) ที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาค้นคว้า ดังที่นำเสนอทั้งหมดเป็นไปตามข้อมูลที่หน่วยบริการบันทึกลงในระบบข้อมูล NAP Plus ซึ่งข้อมูลอาจจะมีการคลาดเคลื่อนจากผลการดำเนินงานที่แท้จริงได้ เนื่องจากผลสำเร็จฯ จากการศึกษาที่พบขึ้นอยู่กับคุณภาพข้อมูลในระบบข้อมูล NAP Plus ด้วย โดยเฉพาะในส่วนของการหลุดออกจากการรักษา (Dropout) ทั้งการขาดการรักษาและเสียชีวิต ซึ่งอาจมีความคลาดเคลื่อนได้มาก เนื่องจากการบันทึกข้อมูลที่ทำให้เกิดการนับซ้ำ การติดตามผู้ติดเชื้อฯ ไม่ได้ ผู้ติดเชื้อฯ เสียชีวิตแล้วแต่ในระบบยังคงมีข้อมูลอยู่ หรือไปรับบริการรักษาที่อื่นแล้วแต่ระบบข้อมูลติดตามไม่ได้ เป็นต้น ซึ่งผลการศึกษาค้นคว้าข้อมูลโดยใช้เครื่องมือ DQI ของสามารถ พันธุ์เพชร<sup>(๑๓)</sup> พบว่าข้อมูลจำนวนผู้ติดเชื้อฯ ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี ในระบบข้อมูล NAP Plus และระบบข้อมูล HIS ของโรงพยาบาลมีความแตกต่างกัน ร้อยละ ๖.๓ และจากการตรวจสอบและปรับปรุงคุณภาพข้อมูลโดยใช้เครื่องมือ DQI แล้ว พบว่า ผู้ติดเชื้อฯ ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีที่ขาดการรักษา ลดลงจากที่รายงานในระบบ NAP Plus จำนวน ๕๕๖ คน นอกจากนี้ในกลุ่มประชากรหลัก ก็อาจมีความคลาดเคลื่อนจากบริการที่ได้รับด้วยเช่นกัน มีผู้ติดเชื้อฯ ที่เป็นกลุ่มประชากรหลักมารับบริการ แต่ไม่มีการบันทึกแยกเป็นรายกลุ่มตามอัตลักษณ์ของประชากรหลักนั้น ๆ เนื่องจากระบบข้อมูล NAP Plus ถูกสร้างมานานก่อนที่ประเทศจะมีนโยบายการดำเนินงานในกลุ่มประชากรหลัก ดังนั้น ผู้ติดเชื้อฯ ที่มารับบริการที่เป็นกลุ่มประชากรหลักที่มารับบริการในช่วงก่อนหน้าอาจจะไม่ได้ถูกบันทึกตามอัตลักษณ์ แต่บันทึกเป็นเพียงตามกลุ่มอายุ เป็นต้น รวมถึงผู้ติดเชื้อฯ ในสิทธิประกันสังคมหรือสิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจที่ยังขาดความครบถ้วนในการบันทึกข้อมูล ดังนั้น คุณภาพข้อมูลจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ต้องคำนึงถึงในการแปลผลการศึกษา และให้ความสำคัญในการพัฒนาต่อไป ซึ่งผลการดำเนินงานผลสำเร็จฯ ในภาพรวมของประเทศ (ที่มาจากระดับพื้นที่) อาจจะเปลี่ยนไปสู่สูงกว่าหรือต่ำกว่าที่นำเสนอหากมีการประเมินและปรับปรุงคุณภาพข้อมูลในระบบข้อมูล NAP Plus ให้มีความถูกต้องทั้งระบบ ทั้งนี้ หากประเทศหรือทุกพื้นที่ได้ดำเนินการประเมินและปรับปรุงคุณภาพข้อมูลผลอาจมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม

สรุปช่องว่าง ประเด็นท้าทาย ผลสำเร็จของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัส เอชไอวี (๙๐ที่สอง) ของประเทศไทย ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ – ๒๕๖๓ ที่ภาพรวมของประเทศยังไม่บรรลุเป้าหมาย ตามที่กำหนดไว้ (ร้อยละ ๙๐) มีประเด็นท้าทาย ดังนี้

๑. หากจะบรรลุเป้าหมายผลสำเร็จ ๙๐ที่สอง ในปี ๒๕๖๓ ยังมีช่องว่างที่เหลืออีก ร้อยละ ๑๒ หรือยังมีจำนวนผู้ติดเชื้อฯ เกือบ ๖๐,๐๐๐ คน ที่ยังไม่ได้เข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ และอยู่ในระบอบอย่างต่อเนื่อง (Currently receiving ART) และประเด็นท้าทายในการดำเนินงานเพื่อปิดช่องว่างดังกล่าว ได้แก่

๑.๑) จำนวนผู้ที่มีผลบวกและรู้สถานะตนเองในแต่ละปียังน้อย ต้องเพิ่มจำนวนผู้ที่ตรวจพบ ผลบวกฯรายใหม่ในแต่ละปีให้มากขึ้น เพื่อนำเข้าสู่ระบบการรักษาให้ได้มากขึ้นโดยเร็ว โดยมีระดับ CD4 ที่สูง มากกว่า ๓๕๐ cells/mm<sup>3</sup>

๑.๒) จำนวนผู้ติดเชื้อฯ ที่ออกจากระบบการรักษาในแต่ละปีที่ยังไม่ลดลงร้อยละ ๑๐ ต้องลด ทั้งการขาดการรักษา (Loss to follow-up) และการเสียชีวิต (Death) ให้เหลือน้อยลงต่อเนื่อง

๑.๓) จำนวนและสัดส่วนของผู้ติดเชื้อฯ ที่เข้าถึงการรักษาล่าช้า ยังคงสูงอย่างต่อเนื่อง (ระดับ CD4 ต่ำกว่า ๒๐๐ cells/mm<sup>3</sup>) ต้องเร่งรัดการเข้าถึงผู้ติดเชื้อฯ และนำเข้าสู่ระบบรักษาโดยเร็วตั้งแต่ผู้ติดเชื้อฯ ยังแข็งแรง

๒. กลุ่มประชากรที่ควรเร่งรัดให้มีผลสำเร็จฯ เพิ่มขึ้นจนบรรลุเป้าหมาย ได้แก่ กลุ่มอายุ ๑๕-๒๔ ปี และ ๒๕-๔๙ ปี และกลุ่มประชากรหลัก โดยกลุ่มอายุ ๑๕ - ๒๔ ปี และ ๒๕ - ๔๙ ปี ทั้งสองกลุ่มวัยเป็นกลุ่มที่มี ผู้ติดเชื้อฯ จำนวนมากที่สุด หากยังมีช่องว่างในกลุ่มนี้จำนวนมาก โอกาสเสี่ยงที่จะถ่ายทอดเชื้อจะสูงตามไปด้วย แม้ว่า อัตราความชุกจะไม่สูงแต่มีจำนวนมาก

๒.๑) กลุ่มอายุ ๒๕ - ๔๙ ปี เร่งรัดประเด็นการออกจากรักษา (Dropout) ให้ลดลงเนื่องจาก กลุ่มนี้มีการออกจากระบบการรักษาสูงมากทั้งเสียชีวิต (Death) และขาดการรักษา (Loss to follow-up) และส่วนใหญ่ ร้อยละ ๕๗ เข้าถึงการรักษาช้า

๒.๒) กลุ่มอายุ ๑๕ - ๒๔ ปี เร่งรัดการเข้าถึงและได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี รายใหม่ในปี เพิ่มขึ้น

๒.๓) กลุ่มประชากรหลัก เร่งรัดทุกบริการตั้งแต่การเพิ่มการตรวจหาผู้ติดเชื้อฯ เอชไอวีรายใหม่ในปี และการนำเข้าสู่การรักษาให้ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างต่อเนื่อง และลดการออกจากการรักษา ดังกล่าวแล้วว่า เป็นกลุ่มสำคัญที่มีโอกาสในการถ่ายทอดเชื้อสูงหากไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี อย่างต่อเนื่อง แม้ว่าจะมีจำนวนผู้ติดเชื้อฯ ไม่มากก็ตาม

๓. พื้นที่สำคัญที่ควรเร่งรัด

๓.๑) เขตสุขภาพที่ ๑๓ เขตสุขภาพที่ ๔ และเขตสุขภาพที่ ๖ ผลสำเร็จฯ ยังต่ำมากเพียง ร้อยละ ๕๙ ร้อยละ ๗๕ และร้อยละ ๗๘ แต่เป็นพื้นที่สำคัญที่มีจำนวนผู้ติดเชื้อฯ ที่รู้สถานะตนเองอยู่จำนวนมาก มีผู้ติดเชื้อฯ ออกจากการระบบการรักษา (Dropout) สูงมาก โดยเฉพาะเขตสุขภาพที่ ๑๓

๓.๒) เขตสุขภาพที่ ๑ เป็นอีกเขตที่ต้องให้ความสำคัญ เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีจำนวนผู้ติดเชื้อฯ ที่รู้สถานะตนเองแล้วจำนวนมาก แม้ว่าในปี ๒๕๖๓ จะมีผลสำเร็จในระดับที่สูงแล้วก็ตาม (ร้อยละ ๘๑)

๓.๓) เขตสุขภาพที่มีผู้ติดเชื้อฯ ส่วนใหญ่เข้าถึงการรักษาช้า ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๑๒ เขตสุขภาพที่ ๑๑ และเขตสุขภาพที่ ๑๐ ผู้ติดเชื้อฯ ส่วนใหญ่ มีระดับ CD4 น้อยกว่า ๒๐๐ cells/mm<sup>3</sup> อยู่ที่ร้อยละ ๖๐ ร้อยละ ๕๔ และร้อยละ ๕๖ ตามลำดับ และมีจำนวนผู้ติดเชื้อฯ ที่มีระดับ CD4 สูงกว่า ๓๕๐ cells/mm<sup>3</sup> น้อย ทำให้การหลุดออก จากการรักษาจากสาเหตุการเสียชีวิตสูง

### ๕.๓ ข้อเสนอแนะ

#### • ด้านระบบบริการ

๑. เร่งรัดการเพิ่มจำนวนผู้ตรวจพบผลบวก (HIV Positive) ในแต่ละปีให้มากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรหลัก ได้แก่ ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) และกลุ่มหญิงข้ามเพศ (TG) เพื่อให้เข้าสู่บริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี เพื่อเพิ่มความครอบคลุมในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี

๒. ขยายผลการจัดบริการเพื่อส่งเสริมการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี เพื่อรักษาภายในวันเดียวกับการตรวจวินิจฉัย (Same-day ART) เพื่อลดผู้ติดเชื้อฯ หลุดออกจากระบบการรักษา เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้ตรวจเลือดและรู้ผลบวกได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีเร็วที่สุด และป้องกันผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่มาเริ่มรับการรักษาตามนัด

๓. ควรให้ความสำคัญกับการปรับปรุงระบบบริการที่เป็นมิตรให้กับกลุ่มเยาวชน และกลุ่มประชากรหลัก เพื่อให้กลุ่มเหล่านี้ได้เข้าถึงบริการได้สะดวก รวมทั้งลดการออกจากระบบการรักษา

๔. พัฒนาระบบการนัดและการแจ้งเตือนให้ผู้ติดเชื้อฯ มารับบริการตามนัด รวมทั้งการจัดระบบการให้คำปรึกษา การสื่อสารที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต โดยเฉพาะในกลุ่มอายุ ๒๕ – ๔๙ ปี ที่มีการขาดการรักษาสูงสุด เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ติดเชื้อฯ หลุดออกจากระบบการรักษา รวมทั้งหามาตรการเพื่อลดการออกจากระบบบริการรักษา ทั้งการป้องกันการขาดการรักษา ลดการป่วย และการเสียชีวิตที่เหมาะสมในกลุ่มอายุ ๒๕ – ๔๙ ปี ที่อยู่ในวัยทำงาน

๕. เพิ่มความสำคัญและเร่งรัดการหามาตรการในการสร้างความตระหนัก และช่องทาง โอกาสในการเข้าสู่บริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีให้เหมาะสมกับช่วงวัย รวมถึงการสร้างความตระหนักในการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อสู่คู่นอน ในกลุ่มผู้ติดเชื้อฯ อายุ ๒๐ – ๒๔ ปี ทั้งที่เป็นประชากรทั่วไป และกลุ่มประชากรหลักอย่างเข้มข้น เช่น การใช้ถุงยางอนามัย การขยายการให้บริการยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี ตามนโยบายของประเทศให้ครอบคลุม เป็นต้น ซึ่งผลการศึกษาพบว่ากลุ่มอายุ ๒๐ – ๒๔ ปี เป็นกลุ่มที่ผลสำเร็จฯ (๙๐ที่สอง) อยู่ในระดับน้อยที่สุด ยังมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่ได้รับการรักษา หรือได้รับการรักษาแล้วออกจากระบบที่มีโอกาสถ่ายทอดเชื้อฯ ต่อได้

๖. เพื่อให้แน่ใจถึงผลสำเร็จฯ ๙๐ – ๙๐ – ๙๐ ของประเทศว่ามีความถูกต้อง ควรมีนโยบายส่งเสริม และสนับสนุนให้มีการประเมินคุณภาพข้อมูลการดำเนินงานด้านเอชไอวี DQAs (Data Quality Assessment) ในหน่วยบริการ โดยเฉพาะการประเมินคุณภาพข้อมูลระบบสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์แห่งชาติ (NAP Plus) เพื่อให้หน่วยงานทุกระดับทราบสถานการณ์ และผลสำเร็จฯ ที่ถูกต้องตามการดำเนินงานที่เกิดขึ้นจริง และเพื่อการปรับปรุงคุณภาพข้อมูล DQI (Data Quality Improvement)

๗. เพิ่มการสื่อสารอย่างสม่ำเสมอ และสร้างความตระหนักถึงคุณภาพของข้อมูล จากระบบสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์แห่งชาติ (NAP Plus) ให้กับหน่วยบริการทุกหน่วยได้ปฏิบัติในทิศทางเดียวกัน ในการบันทึกข้อมูลการเข้ารับบริการรักษาทุกราย ทุกสิทธิการรักษา ให้ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา โดยเฉพาะผู้ติดเชื้อฯ ในสิทธิประกันสังคม สิทธิข้าราชการ และควรสนับสนุนส่งเสริมให้มีการใช้ข้อมูลอย่างถูกต้องเหมาะสม

๘. ส่วนกลางควรมีการติดตาม สนับสนุน และส่งเสริมระดับพื้นที่ เพื่อหาสาเหตุของการเสียชีวิต และการขาดการรักษาเพิ่มเติม รวมทั้งติดตามการบันทึกข้อมูลในพื้นที่ เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งในการดำเนินงานให้ระดับพื้นที่

- ด้านการศึกษา

๑. การศึกษาเรื่องการติดตามเฉพาะผลสำเร็จการเข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี (๙๐ที่สอง) ในครั้งนี้ เป็นการศึกษาจากระบบบริการข้อมูลสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ (NAP Web Report) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกับเอกสารทางวิชาการ ดังนั้น เพื่อให้เห็นช่องว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ มากขึ้น ควรวิเคราะห์ข้อมูลจากระบบอื่น ๆ ร่วมด้วย

๒. ผู้ติดเชื้อฯ กลุ่มอายุ ๒๐ - ๒๔ ปี ที่มีผลสำเร็จฯ น้อย ควรมีการศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมว่าเป็นกลุ่มประชากรใด พื้นที่สำคัญที่ควรเร่งรัดอยู่ที่ไหน วิถีชีวิตความเป็นอยู่ มาตรการ หรือวิธีการใดที่จะทำให้เข้าสู่ระบบบริการรักษาได้อย่างเหมาะสมกับกลุ่มอายุนี้

๓. การศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นความสัมพันธ์ระหว่างการขาดการรักษา และการเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อฯ ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีในกลุ่มอายุ ๒๕ - ๔๙ ปี ที่พบว่าเป็นกลุ่มที่มีสัดส่วนของการออกจากระบบการรักษาสูงสุด

๔. เพื่อให้มีการแก้ไข ปรับปรุงระบบบริการระดับพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพและปิดช่องว่างการดำเนินงานให้บรรลุผลสำเร็จฯ ตามเป้าหมาย จากผลการศึกษาพบว่า

๔.๑) เขตสุขภาพที่มีผลสำเร็จฯ น้อย ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงรายละเอียดการดำเนินงานในระดับพื้นที่ เช่น การจำแนกข้อมูลเชิงลึกถึงผลสำเร็จฯ และรายละเอียดการเข้าถึงในแต่ละบริการ โดยเฉพาะการออกจากระบบการรักษาที่แต่ละเขตสุขภาพมีความแตกต่างกัน บางพื้นที่มีการเสียชีวิตสูง ในขณะที่บางพื้นที่มีการขาดการรักษาสูง ซึ่งจำเป็นต้องหาสาเหตุเพิ่มเติมเพื่อทราบพื้นที่ระดับจังหวัด และหน่วยบริการที่มีความสำคัญ เป็นต้น

๔.๒) จังหวัดที่มีผลสำเร็จการเข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี (๙๐ที่สอง) น้อย ส่วนใหญ่เป็นจังหวัดที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากแหล่งอื่น ๆ เช่น งบประมาณจากกองทุนโลก (GF) และงบประมาณจากแผนฉุกเฉินของประธานาธิบดีสหรัฐอเมริกาเพื่อบรรเทาปัญหาเอดส์ (PIF) ในการดำเนินงานนอกเหนือจากงบประมาณประเทศ ในขณะที่บางจังหวัดที่ไม่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากแหล่งอื่น ๆ กลับมีผลสำเร็จฯ มากกว่าเป้าหมาย (ร้อยละ ๙๐) ดังนั้น ควรหาสาเหตุในเชิงลึกเพื่อนำไปพัฒนา หรือปิดช่องว่างการดำเนินงาน

๕. เนื่องจากเป็นการติดตามเฉพาะผลสำเร็จการเข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี (๙๐ที่สอง) เพื่อให้ได้ประเด็นที่ครบถ้วน ควรศึกษาในส่วนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่สามารถกดปริมาณไวรัสในกระแสเลือดได้ตามเกณฑ์ (๙๐ที่สาม) เพิ่มเติม เพื่อให้ทราบถึงประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้องกับผลสำเร็จด้านการดูแลรักษา ๙๐ - ๙๐ - ๙๐ ของประเทศไทย

## บรรณานุกรม

๑. กรมควบคุมโรค. ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ.๒๕๖๐ – ๒๕๗๓. นนทบุรี: ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์; ๒๕๖๐.
๒. UNAIDS. ๙๐-๙๐-๙๐ An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic. [อินเทอร์เน็ต]. UNAIDS; ๒๕๕๗ [เข้าถึงเมื่อ ๒๘ กันยายน ๒๕๖๕]. เข้าถึงได้จาก [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/๙๐-๙๐-๙๐\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/๙๐-๙๐-๙๐_en.pdf)
๓. กรมควบคุมโรค. แผนปฏิบัติการเร่งรัดการยุติปัญหาเอดส์ ประเทศไทย พ.ศ.๒๕๕๘ – ๒๕๖๒. นนทบุรี: ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์; ๒๕๕๗.
๔. พิเชษฐ พิณทอง. พัฒนาการทางนโยบายการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวีในประเทศไทยและผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงนโยบาย: จากยุคจำกัดการเข้าถึงสู่ยุคการรักษาฟรี. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ ๓๐ กรกฎาคม ๒๕๖๖]. เข้าถึงได้จาก <https://soom.tci-thaijo.org/index.php/jopag/article/view/๒๕๕๙๕๗/๑๗๒๙๓๔>
๕. กรมควบคุมโรค. แนวทางการให้บริการปรึกษาและตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี แบบทราบผลในวันเดียว (Guideline on HIV Counseling & Testing for Same day result). นนทบุรี: กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์; ๒๕๕๖.
๖. กรมควบคุมโรค. คู่มือการจัดบริการเพื่อส่งเสริมการเริ่มยาต้านเอชไอวีเพื่อการรักษาภายในวันเดียวกับการตรวจวินิจฉัย (Service Manual for Promoting Same-day Antiretroviral Treatment Initiation). นนทบุรี: กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์; ๒๕๖๔.
๗. กรมควบคุมโรค. แนวทางการจัดบริการยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีประเทศไทย ปี ๒๕๖๔ (Thailand National Guidelines for Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP)) 2021. นนทบุรี: กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์; ๒๕๖๔.
๘. กรมควบคุมโรค. แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี ๒๕๖๔/๒๕๖๕ (Thailand National Guidelines on HIV/AIDS Treatment and Prevention 2021/2022). นนทบุรี: กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์; ๒๕๖๕.
๙. อัญชนา ณ ระนอง. เอกสารการบรรยาย วิชา ร๐.๗๐๑ การจัดการปฏิบัติการ.สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ ๓๐ กรกฎาคม ๒๕๖๖] เข้าถึงได้จาก [http://www.geocities.com/dol\\_nida/Strategic\\_๐๗\\_๑.html](http://www.geocities.com/dol_nida/Strategic_๐๗_๑.html)
๑๐. วิลาวรรณ ชมาฤกษ์. ประสิทธิภาพของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ ๑๕ ตุลาคม ๒๕๖๕]. เข้าถึงได้จาก <https://he๐๒.tci-thaijo.org/index.php/MJSSBH/article/view/๑๒๗๓๒๒/๙๖๐๗๖>

## บรรณานุกรม (ต่อ)

๑๑. อรทัย ศรีทองธรรม. การพัฒนารูปแบบการให้บริการสนับสนุนการกินยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวีในพื้นที่ภาคอีสาน ประเทศไทย. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ ๑๕ ตุลาคม ๒๕๖๕]. เข้าถึงได้จาก <https://heo๒.tci-haijo.org/index.php/odpc๑๐ubon/article/view/๒๕๐๔๒๐/๑๗๐๒๓๙>
๑๒. กัญญา พฤตสิบ. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการขาดนัดการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชิริระภูเก็ด. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ ๓๐ กรกฎาคม ๒๕๖๖]. เข้าถึงได้จาก <https://heo๒.tci-thaijo.org/index.php/ThaiAIDSJournal/article/view/๒๕๑๓๗๓/๑๗๒๒๔๕>
๑๓. สามารถ พันธุ์เพชร. รายงานการวิเคราะห์ผลการพัฒนาคุณภาพข้อมูล เพื่อการวางแผนและการติดตามผลการดำเนินงานด้านการป้องกันและดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลัก ปี ๒๕๖๓ โดยใช้เครื่องมือ Data – driven Continuous for Quality Improvement. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ ๑๕ ตุลาคม ๒๕๖๕]. เข้าถึงได้จาก [https://ddc.moph.go.th/das/journal\\_detail.php?publish=๑๑๖๘๘](https://ddc.moph.go.th/das/journal_detail.php?publish=๑๑๖๘๘)