

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

# ประเทศไทยประสบความสำเร็จมากน้อยเพียงใด ภายใต้แผนยุทธศาสตร์เอดส์ชาติ พ.ศ. 2550 - 2554

สุพัตรา ศรีวิเศษชกร พ.บ., วว. (ระบดวทยา)\*

บ้งอร เทพเทียน ปร.ด. (วิจัยพฤติกรรมาศรตร์ประยุกต์)\*

พักรรวิมล ศุภลักรรณศึกรรกร พ.บ.\*\*

กุมารี่ พัชนี ศศ.บ., ร.ม.\*\*\*

ภูษิต ปรกรรองสาย พ.บ., อว. (สาธาณสุขศรตร์), ปร.ด. (นโยบายสาธาณสุข)\*\*\*

\* สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\* คณะแพทยศรตร์รามธิบตี มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\*\* สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

**บทคัดย่อ** การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลนโยบายและการบริหารจัดการแผนงานการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศตามแผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550-2554 ในด้านของความสำเร็จ ข้อจำกัดและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหา ทั้งนี้เพื่อนำผลการประเมินมาจัดทำยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2555 - 2559 ต่อไป วิธีการศึกษาประกอบด้วย การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในภาคส่วนต่างๆ ทั้งภาครัฐ เอกชน และภาคประชาสังคม ทั้งในกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงอื่นๆ รวมทั้งการเก็บข้อมูลในพื้นที่ 5 จังหวัด ซึ่งกระจายใน 4 ภูมิภาค เพื่อศึกษาในเชิงลึกเกี่ยวกับกระบวนการดำเนินงานและการแปลงนโยบายและแผนไปสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ โดยเป็นการศึกษาทั้งแบบย้อนหลังและไปข้างหน้า ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2554 ผลการศึกษาพบว่า ประเทศไทยยังไม่ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายการเข้าถึงบริการหลักเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ เนื่องจากการป้องกันการติดเชื้อของประชากรทั่วไปและกลุ่มเสี่ยงต่างๆ อยู่ในระดับต่ำ ยกเว้น การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกที่สามารถครอบคลุมได้เกือบร้อยละ 100 ของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ สำหรับการเข้าถึงบริการด้านการดูแลรักษาความครอบคลุมของการได้รับยาต้านไวรัสเอดส์สูงถึงร้อยละ 76 ของผู้ติดเชื้อที่สมควรได้รับยาด้านๆ และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจน สำหรับเป้าหมายการลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ให้ได้ครึ่งหนึ่งเมื่อสิ้นแผนฯ ยังไม่บรรลุเป้าหมาย เนื่องจากพฤติกรรมเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในประชากรกลุ่มต่างๆ อยู่ในระดับต่ำกว่าเป้าหมาย และยังไม่มีความก้าวหน้าเพิ่มขึ้นตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้ในโมเดลการคาดประมาณเมื่อเริ่มต้นแผนฯ อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยสามารถชะลอและลดการติดเชื้อเอชไอวีลงได้ตามเป้าหมายหลักที่ 6 ของการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (MDG6) ส่วนผลในการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์อย่างทั่วถึงและความเท่าเทียมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการรักษานั้น ดีขึ้นมาก จากนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้มีผู้ติดเชื้อที่ได้รับยาต้านไวรัสสูงถึงประมาณ 240,000 คน ในปีพ.ศ. 2556 จุดอ่อนที่สำคัญในแผนฯ ที่ผ่านมา คือ ค่าใช้จ่ายด้านเอดส์ของประเทศส่วนใหญ่ยังเป็นไปเพื่อการรักษาพยาบาลมากกว่าร้อยละ 70 โดยค่าใช้จ่ายด้านการป้องกันการติดเชื้อมีเพียงร้อยละ 13 นอกจากนี้การขาดประสิทธิภาพในการแปลงแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติไปสู่ผู้ปฏิบัติการในระดับจังหวัด รวมทั้งความอ่อนแอของระบบการติดตามและประเมินผล โดยพบว่า โครงสร้างและกลไกติดตามและประเมินผล มีการกำหนด

ขึ้นในระดับส่วนกลาง แต่การดำเนินงานให้เกิดผลในทางปฏิบัติทำได้ค่อนข้างจำกัด กลไกระดับชาติ ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ ยังขาดศักยภาพทั้งในด้านการบริหารจัดการและในด้านวิชาการ รวมทั้งขาดการติดตามผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ต่างๆ ในทุกระดับ ผลการประเมินดังกล่าวได้ถูกนำเสนอต่อผู้บริหารศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งปัญหาอุปสรรคและข้อจำกัดต่างๆ ได้ถูกนำไปปรับปรุงและแก้ไขในแผนยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2555 - 2559

**คำสำคัญ:** แผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ, การพัฒนาแห่งสหสวรรค์, การเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์, เอชไอวี, เอดส์

## บทนำ

ประเทศไทยได้พัฒนาและใช้แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ เพื่อเป็นเครื่องมือในการกำหนดทิศทางการดำเนินงานในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์มาตั้งแต่ พ.ศ. 2532 ซึ่งเป็นทศวรรษแรกที่มีการระบาดของโรคเอดส์ กระทั่งเป็นแผนลำดับที่ 5 ที่มีชื่อว่า “แผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550 - 2554”<sup>(1)</sup> ซึ่งแผนนี้ได้ถูกพัฒนาขึ้นโดยกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ในฐานะเลขานุการของคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ (คช.ปอ.) และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งในปัจจุบันถึงแม้ว่าประเทศไทยจะประสบความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จนเป็นที่ประจักษ์แก่นานาประเทศในการลดอัตราการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในประชากรโดยรวม การป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก และความสำเร็จในการขยายผลระบบการดูแลรักษา การเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์อย่างถ้วนหน้าแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จนสามารถเข้าไปสู่ระบบการดูแลสุขภาพของรัฐภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งประกอบด้วยสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ประกันสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลความสำเร็จ ข้อจำกัดและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศไทยในช่วงปี พ.ศ. 2550-2554 ทั้งนี้เพื่อนำผลการประเมินมาใช้พิจารณาการจัดทำยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหา

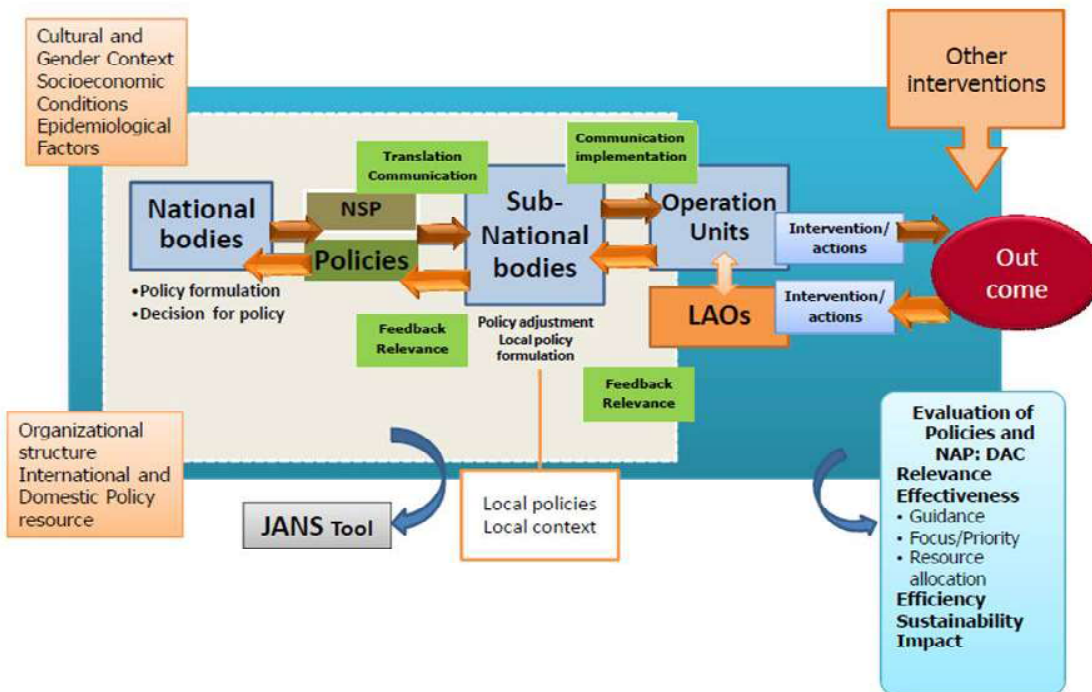
เอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2555 - 2559 ต่อไป

## วิธีการศึกษา

ประกอบด้วยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เช่น แผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550-2554 แผนพัฒนาจังหวัด และรายงานการประชุมของคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ และคณะทำงานที่เกี่ยวข้องทั้งในส่วนกลางและจังหวัด ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เป็นต้น โดยมีการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในภาคส่วนต่างๆ ทั้งภาครัฐ เอกชน และภาคประชาสังคม ทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข เช่น นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดและบุคลากรที่ทำงานด้านเอดส์ รวมทั้งมีการศึกษาและเก็บข้อมูลในพื้นที่ 5 จังหวัดซึ่งกระจายใน 4 ภูมิภาคซึ่งเป็นพื้นที่กลุ่มเป้าหมาย โดยใช้เกณฑ์การคัดเลือกจังหวัดที่มีขนาดประชากร สภาพเศรษฐกิจและสังคมที่แตกต่างกัน และมีกลุ่มประชากรที่มีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีครบทุกกลุ่ม แต่มีภาวะการติดเชื้อเอชไอวีที่แตกต่างกัน รวมทั้งเป็นจังหวัดที่ได้รับและไม่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากโครงการกองทุนโลก เพื่อเป็นตัวอย่งกระบวนการดำเนินงานและการแปลงนโยบายและแผนไปสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ โดยเป็นการศึกษาทั้งแบบย้อนหลังและไปข้างหน้า ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนธันวาคม 2554

ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการประเมินผลนโยบายป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ระหว่างปี พ.ศ.2550-2554 และการบริหารจัดการโดยประเมินความสำเร็จ

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการประเมินผล



ที่มา : ทีมประเมิน โครงการการประเมินผลนโยบายประเทศและการบริหารจัดการแผนงานการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศไทย 2554

หมายเหตุ: NSP = national plan for strategic and integrated HIV and AIDS prevention and alleviation

LAOs = local administrative organization

NAP = national AIDS policy

DAC = Development Assistance Committee

## ผลการศึกษา

การประเมินผลนโยบายประเทศและการบริหารจัดการแผนงานการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ เมื่อพิจารณาในรายละเอียดของตัวชี้วัดตามเป้าหมาย ทั้ง 3 ส่วน คือ (1) แผนการเข้าถึงบริการป้องกัน ดูแลรักษาและสนับสนุนของประเทศไทย (2) การพัฒนาแห่งสหสวรรค์เป้าหมายหลักที่ 6 ภายในปี 2558<sup>(2)</sup> และ (3) การลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ลงครึ่งหนึ่งเมื่อสิ้นแผนซึ่งจากตัวชี้วัดทั้งหมดนี้ นักวิจัยได้กำหนดเป็นประเด็นหลักสำหรับการตอบ ความสำเร็จของการดำเนินงานตามนโยบาย ดังนี้

1. ความสำเร็จตามเป้าหมายด้านการเข้าถึงบริการในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในภาพรวม พบว่าความครอบคลุมในการเข้าถึงบริการหลัก ด้านการป้องกันโรคเอดส์ในประชากรทั่วไปและประชากรกลุ่มเสี่ยงยังต่ำกว่าร้อยละ 50 และแนวโน้มความครอบคลุมยังไม่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน (ตารางที่ 1) ยกเว้น การตรวจ

หาการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก ซึ่งพบว่าประสบความสำเร็จเป็นที่น่าพอใจ ทั้งในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และเด็กที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี ตั้งแต่ก่อนปี 2550 โดยความครอบคลุมของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับคำปรึกษาและตรวจเลือดเอชไอวีอยู่ระหว่างร้อยละ 99-100 ของหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดในสถานพยาบาลทั้งหมดระหว่างปี พ.ศ. 2548-2552 และร้อยละ 99-100 ของเด็กที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อระหว่างปีพ.ศ. 2549-2552 ได้รับยาต้านไวรัส (ตารางที่ 2) อย่างไรก็ตาม อัตราความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์มีแนวโน้มลดลง ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2544 เป็นต้นมา (ภาพที่ 2)

ส่วนการเข้าถึงบริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างมากตั้งแต่ปีพ.ศ. 2549 เนื่องจากได้บูรณาการยาต้านไวรัสเอดส์เข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบของประเทศ<sup>(3)</sup> ทำให้มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับยาต้านไวรัสประมาณ

## ตารางที่ 1 การเข้าถึงบริการด้านการป้องกันโรคเอดส์ในประชากรทั่วไปและประชากรกลุ่มเสี่ยง

ประเด็น	ผลสำเร็จด้านการเข้าถึง
การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี	- เยาวชน/พนักงานในสถานประกอบกิจการ น้อยกว่าร้อยละ 30.0 - พนักงานบริการหญิงและชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ร้อยละ 45.0-55.0 - หญิงตั้งครรภ์ เกือบร้อยละเปอร์เซ็นต์
การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก	หญิงตั้งครรภ์ที่คลอดในสถานพยาบาลได้รับคำปรึกษาและตรวจเลือดเอชไอวีมากกว่าร้อยละ 99.0 และเด็กที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อได้รับยาต้านไวรัสร้อยละ 99.0 เช่นกัน
การเข้าถึงถุงยางอนามัย	นร.ชั้น ม.2 ส่วนใหญ่ได้รับถุงยางอนามัย (ฟรี) จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ครูพยาบาล ส่วนกลุ่มที่มีอายุมากขึ้น เช่น ระดับปวช. มีสัดส่วนของการหาซื้อถุงยางอนามัยเองมากกว่าการได้รับสนับสนุน (ฟรี)
ความรู้เกี่ยวกับเอดส์	นร.ม.5 และ ปวช. มีความรู้เกี่ยวกับเอดส์ ตามเกณฑ์ รายงานความก้าวหน้าระดับประเทศตามปฏิญญาวาดด้วยพันธกรณีเรื่องเอชไอวี/เอดส์ (UNGASS Report) ไม่ถึงร้อยละ 40.0
การบริการตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	ร้อยละ 20.7 ของทหารคัดเลือกใหม่เข้ากองประจำการ และร้อยละ 32.2, 17.6 ในกลุ่มพนักงานในสถานประกอบกิจการชายและหญิง จะไปพบแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติหรือสงสัยว่าเป็นกามโรค

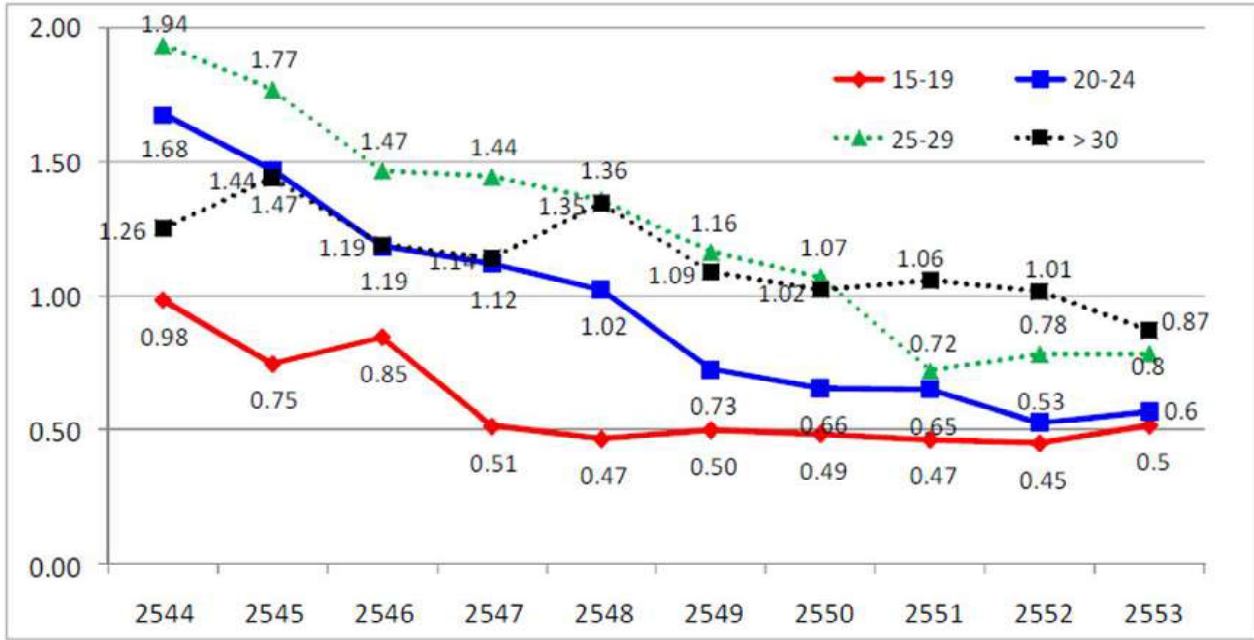
ที่มา: ทีมประเมิน โครงการประเมินผลนโยบายประเทศและการบริหารจัดการแผนงานการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศไทย 2554

## ตารางที่ 2 ผลการดำเนินงานโครงการ การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก (PMTCT) ปี 2548-2552

ตัวชี้วัด	พ.ศ.				
	2548	2549	2550	2551	2552
1. จำนวนหญิงคลอด	694,049	587,888*	794,406	797,356	787,739
2. จำนวนหญิงคลอดที่ได้รับการให้คำปรึกษาและตรวจหาเชื้อเอชไอวี	690,587(99.5%)	585,536(99.6%)	792,022(99.6%)	794,964(99.7%)	785,376(99.7%)
3. หญิงคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี	6,215(0.90%)	4,977(0.85%)	6,177(0.78%)	5,883(0.74%)	5,026(0.64%)
4. หญิงคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีและได้รับยาต้านไวรัส	5,568(89.6%)	4,569(91.8%)	5,732(92.8%)	5,518(93.8%)	4,966(93.5%)
5. เด็กที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวีและได้รับยาต้านไวรัสเอดส์	5,699(91.7%)	4,977(100%)	6,146(99.5%)	5,854(99.5%)	5,005(99.6%)
6. เด็กที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวีและได้รับนมผสม	5,699(91.7%)	4,499(90.4%)	5,775(93.5%)	5,824(99.0%)	5,005(99.6%)

แหล่งที่มา: กรมอนามัย (การสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 13)

ภาพที่ 2 ค่าเฉลี่ยความชุกการติดเชื้อในหญิงตั้งครรภ์จำแนกตามกลุ่มอายุ

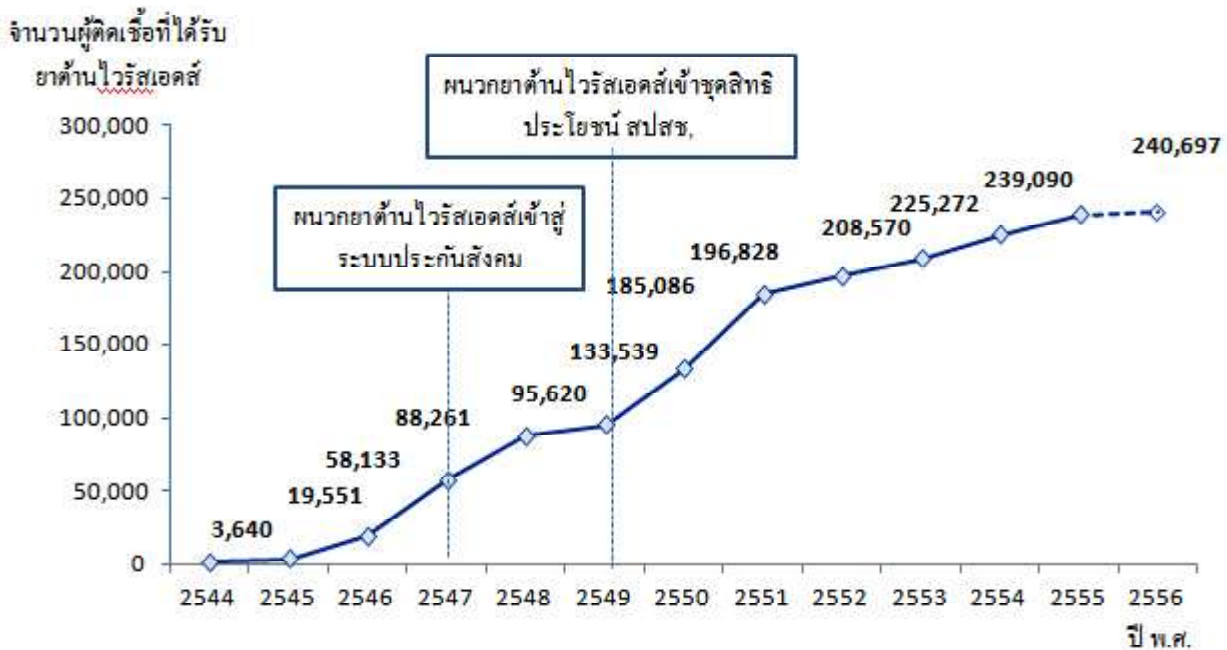


ที่มา สรุปรายงานสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 13 ระหว่างวันที่ 29-31 มีนาคม 2554

240,000 คนในปีพ.ศ. 2546 ดังแสดงในภาพที่ 3 แต่อย่างไรก็ตามพบว่า กลุ่มผู้ติดเชื้อที่สุขภาพแข็งแรง หรือยังไม่เจ็บป่วยจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาส จะเข้าสู่การขึ้นทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพไม่มากเท่าที่ควร

และมากกว่าร้อยละ 50.0 ของผู้ติดเชื้อที่ลงทะเบียนรับยาต้านไวรัส มีระดับ CD4 ต่ำกว่า 100 cell/mm<sup>3</sup> ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ายังมีช่องว่างของการรณรงค์ให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ระบบบริการโดยเร็วแต่เนิ่นๆ

ภาพที่ 3 พัฒนาการของนโยบายการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในประเทศไทย ระหว่างปี พ.ศ.2530-2554



ที่มา สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2556

ส่วนกลุ่มที่เข้าไม่ถึงบริการด้านการดูแลรักษาอย่างชัดเจน คือ กลุ่มคนที่ไม่มียุทธศาสตร์ไทยและกลุ่มคนไร้รัฐไร้สัญชาติ เนื่องจากไม่มีระบบหลักประกันสุขภาพใดๆ รองรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์

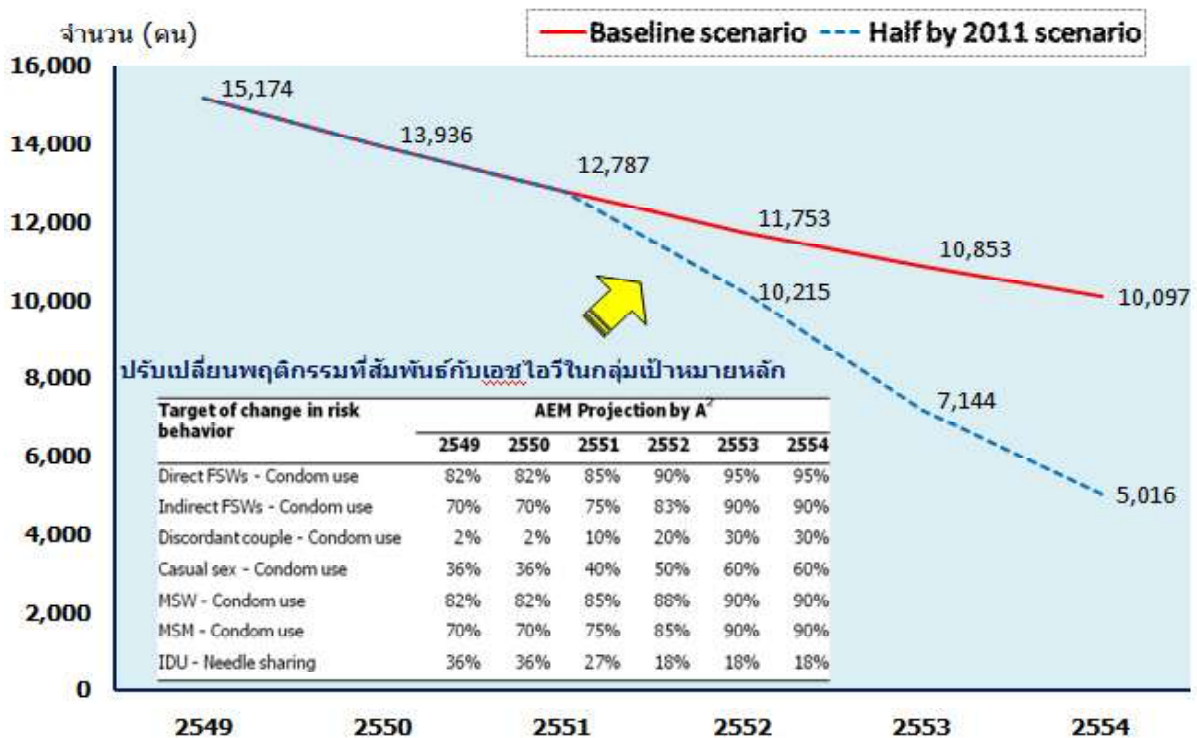
2. การลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ลงครึ่งหนึ่ง เป้าหมายในการลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ลงครึ่งหนึ่งตามที่กำหนดไว้ในแผนฯ นั้น ในที่นี้จะยึดตามกรอบแนวคิดของการคาดประมาณอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีโดยใช้โปรแกรมที่เรียกว่า Asian Epidemic Model (AEM) พัฒนาโดยคณะทำงานโครงการเอสแควร์ (A2)<sup>(4)</sup> ซึ่งได้เคยคำนวณไว้ว่าถ้าจะลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ลงครึ่งหนึ่งภายในปี พ.ศ.2554 จะต้องมียุทธศาสตร์ป้องกันโรคของประชากรต่างๆ สูงขึ้นตามเป้าหมาย ดังแสดงในภาพที่ 4

แนวโน้มการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในประชากรกลุ่มหลักๆ ตามที่ได้กำหนดไว้ในเงื่อนไขของโมเดล

การคาดประมาณ โดยสรุป ดังแสดงในตารางที่ 3 พบว่าพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยมีแนวโน้มค่อนข้างต่ำในเกือบทุกกลุ่ม ซึ่งไม่เป็นไปตามเงื่อนไขของการคาดประมาณ รวมถึงพฤติกรรมการใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่นในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด

ในด้านนโยบาย มาตรการ การดำเนินโครงการหรือกิจกรรมต่างๆ ที่ผ่านมา พบว่า ประเทศไทยมีนโยบายมาตรการเร่งรัดลดการติดเชื้อรายใหม่ และลดอันตราย (harm reduction) จากการใช้สารเสพติด<sup>(1)</sup> แต่นโยบายและแผนดังกล่าวได้เริ่มประกาศออกมาชัดเจนในช่วงกลางของแผนฯ จึงอาจจะยังไม่เห็นผลที่ชัดเจนมากต่อการลดการติดเชื้อเอชไอวี นอกจากนี้ยังพบว่า การให้บริการที่สถาน บริการสุขภาพภาครัฐส่วนใหญ่เป็นการทำงานในเชิงตั้งรับ ยังไม่พบการพัฒนารูปแบบการทำงานเชิงรุกเพื่อค้นหา และเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายหลักๆ อย่างชัดเจน ขณะที่การดำเนินงานอย่างจริงจังในกลุ่มพนักงานกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย กลุ่มชายให้บริการทางเพศ

ภาพที่ 4 การคาดประมาณการลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ลงครึ่งหนึ่งระหว่างปี พ.ศ.2550-2554



ที่มา: The Asian Epidemic Model (AEM) Projections for HIV/AIDS in Thailand 2005-2025 by The Analysis and Advocacy Project (A<sup>2</sup>), The Thai Working on HIV/AIDS Projections, USAID.

หมายเหตุ: FSW = พนักงานบริการหญิง MSW = พนักงานบริการชาย  
MSM = ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย IDU = ผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด



## ตารางที่ 3 การลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ลงครึ่งหนึ่ง

ประชากรหลัก	เงื่อนไขการปรับพฤติกรรมในโมเดลการคาดประมาณ	
	ผลสำเร็จตามโมเดล	การปรับพฤติกรรมเสี่ยง
พนักงานบริการหญิง - ตรง/แฝง	ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้ตามเงื่อนไขในโมเดล	การใช้ถุงยางอนามัย - ข้อมูลจากพนักงานบริการหญิง พบว่า การใช้ถุงยาง- อนามัยค่อนข้างสูงแต่แนวโน้มไม่เพิ่ม - ข้อมูลจากชายที่มีเพศสัมพันธ์กับพนักงานบริการหญิง พบว่า มีการใช้ถุงยางอนามัยค่อนข้างต่ำ และแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อย
ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย - MSM - MSW	ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้ตามเงื่อนไข	อัตราการใช้ถุงยางอนามัยค่อนข้างต่ำ แต่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น
ผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น	ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้ตามเงื่อนไข	มีการใช้เข็มฉีดยาร่วมกันค่อนข้างสูง และแนวโน้มไม่ลดลง
คู่อุปถัมภ์ต่าง	ไม่ชัดเจน	ยังไม่มีข้อมูลที่บอกได้ชัดเจนว่าปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ตามเงื่อนไขในโมเดลหรือไม่
คู่อุปถัมภ์กันผิวเผิน	ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้ตามเงื่อนไข	อัตราการใช้ถุงยางอนามัยต่ำ แต่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เล็กน้อย

ที่มา: ดัดแปลงจากทีมประเมิน โครงการประเมินนโยบายประเทศและการบริหารจัดการแผนงานการป้องกันและแก้ไข  
ปัญหาเอดส์ของประเทศไทย 2554

และผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด ส่วนใหญ่เป็นโครงการที่  
ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลก รอบ 8 ที่เน้นเรื่อง  
ของการป้องกันในประชากรกลุ่มเสี่ยง

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใน  
ประชากรกลุ่มเป้าหมายหลักๆ มีแนวโน้มที่ยังไม่เป็น  
ไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ และอนุมานได้ว่า ผลสำเร็จ  
ของการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีในการลด  
การติดเชื้อรายใหม่ลงครึ่งหนึ่ง เมื่อสิ้นสุดแผนในปี พ.ศ.  
2554 นั้นยังไม่บรรลุเป้าหมาย

### 3. เป้าหมายการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (MDG 6) ภายในปี พ.ศ. 2558

ข้อมูลสถานการณ์ความชุกและพฤติกรรมเสี่ยงต่อ  
การติดเชื้อเอชไอวีในประชากรอายุ 15–24 ปี แสดงให้  
เห็นว่า ในช่วงที่ผ่านมา ประเทศไทยสามารถชะลอการ

ติดเชื้อเอชไอวีลงได้ตามเป้าหมายหลักที่ 6<sup>(2)</sup> นี้ แต่  
ปัญหาอาจจะมีแนวโน้มกลับมา ซึ่งในช่วงหลายปี  
ที่ผ่านมา ประเทศไทยมีแผนงานโครงการที่เน้นการ  
ป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มเยาวชนอย่างครอบคลุม  
ทั้งจากหน่วยงานภาครัฐที่พยายามบูรณาการสอด  
แทรกเนื้อหาเรื่องเอชไอวี/เอดส์ไปกับการสอนทักษะชีวิต  
และจากภาคประชาสังคมภายใต้โครงการที่ได้รับการ  
สนับสนุนจากกองทุนโลก ซึ่งน่าจะเป็นผลให้เกิด  
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี  
แต่ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวียังคงมีอยู่ เพราะ  
พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยซึ่งเป็นวิธีการเดียว  
ที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีใน  
ขณะนี้<sup>(5)</sup> ความครอบคลุมต่ำจนไม่สามารถนำไปสู่ผล  
สำเร็จในการลดการติดเชื้อเอชไอวี อีกทั้งเยาวชนกว่าครึ่ง  
ที่ยังมีความรู้ที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเอดส์

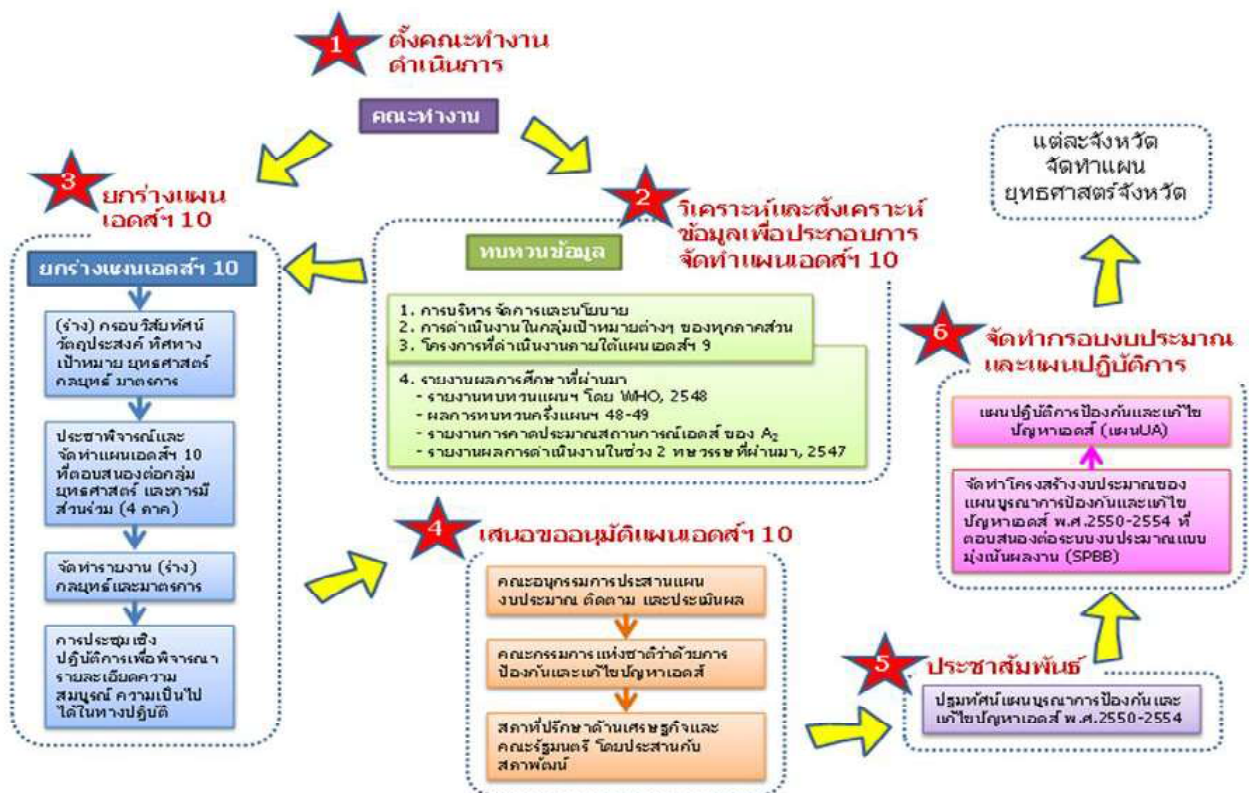
การจัดทำแผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550-2554 กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขในฐานะฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ (คช.ปอ.) และเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบประสานดำเนินการในปี พ.ศ.2548-2549 ร่วมกับภาคีเครือข่ายและภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องรวมทั้งนักวิชาการ ซึ่ง คช.ปอ. มีมติให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมดำเนินการและจัดทำแผนปฏิบัติการพร้อมงบประมาณเป็นระยะเวลา 5 ปีให้ชัดเจนและให้ท้องถิ่นร่วมรับผิดชอบตั้งงบประมาณรวมทั้งมีกรมการพัฒนาระบบติดตามประเมินผลโรคเอดส์ให้ชัดเจน เพื่อติดตามประเมินผลการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ.2550-2554 ต่อไป และในปี พ.ศ.2551 ได้พัฒนาแผนปฏิบัติงานพร้อมกับกรอบวงเงินที่จำเป็น เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานให้บรรลุ

universal access แต่ไม่ได้เป็นงบที่จัดสรรจริงเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน ดังแสดงในภาพที่ 5

#### 4. แนวโน้มค่าใช้จ่ายการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2551-2554

รายงานการศึกษาค่าใช้จ่ายด้านเอดส์ในประเทศไทย พ.ศ. 2551-2554 โดยคณะทำงานบัญชีรายจ่ายเอดส์-ชาติ พ.ศ. 2553-2554<sup>(6)</sup> พบว่ารายจ่ายในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศเพิ่มขึ้นจาก 6,928 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2551 เป็น 9,922 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2554 หรือประมาณ 154 บาทต่อประชากร โดยรายจ่ายด้านเอดส์ ปี พ.ศ. 2554 คิดเป็นร้อยละ 0.09 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ หรือร้อยละ 2.4 ของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด โดยใช้แหล่งการคลังสุขภาพภายในประเทศเป็นหลักในการดูแลรักษาโรคเอดส์ โดยคิดเป็นร้อยละ 84.29 ในปี 2553 และร้อยละ 83.93 ในปี พ.ศ.2554 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมดสำหรับแหล่งการคลังสุขภาพนอกประเทศมีสัดส่วนของ

ภาพที่ 5 กระบวนการจัดทำแผนบูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ พ.ศ.2550-2554 (ระดับประเทศ)



ที่มา: ทีมประเมิน โครงการการประเมินผลนโยบายประเทศและการบริหารจัดการแผนงานการป้องกันและแก้ไขปัญหเอดส์ของประเทศไทย 2554



ร่ายจ่ายในกิจกรรมเพื่อการป้องกันโรคมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.56 สัดส่วนในการรักษามีเพียงร้อยละ 8.98 ทั้งนี้ ผู้รับประโยชน์หลักจากการใช้จ่ายด้านเอดส์ คือกลุ่มผู้ใหญ่และวัยหนุ่มสาวโดยไม่แบ่งเพศ โดยรายจ่ายส่วนใหญ่ถูกใช้กับกิจกรรมด้านการรักษาเป็นหลัก

ในช่วง 4 ปีที่ผ่านมา รายจ่ายในการดำเนินการด้านเอดส์ปรับตัวสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะรายจ่ายต่อผู้ติดเชื้อที่ยังมีชีวิต พบว่ามีมูลค่าสูงขึ้นอย่างเห็นได้ชัด กล่าวคือเพิ่มขึ้นจาก 14,275 บาทต่อรายในปี พ.ศ. 2551 เป็น 20,594 ในปี พ.ศ. 2554 เนื่องจากจำนวนผู้ติดเชื้อที่ยังมีชีวิตอยู่ที่มีจำนวนลดลงซึ่งเป็นผลมาจากความสำเร็จในการควบคุมการระบาดและจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ที่มีแนวโน้มลดลง แต่ต้นทุนยาต้านไวรัสฯ ต่อผู้ป่วยต่อปีกลับเพิ่มสูงขึ้น ประกอบกับจำนวนผู้รับยาต้านไวรัสฯ ที่ถือยาสูตรมาตรฐานและต้องเปลี่ยนไปใช้ยาสูตรที่สองมีเพิ่มมากขึ้น อย่างไรก็ตาม รายจ่ายด้านเอดส์ของประเทศส่วนใหญ่ยังเป็นไปเพื่อการรักษาพยาบาลมากกว่าร้อยละ 70 โดยค่าใช้จ่ายด้านการป้องกันการติดเชื้อมีเพียงร้อยละ 13 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 รายจ่ายด้านเอดส์ของประเทศ ปี 2551–2554

รายการ	ปี พ.ศ. (ร้อยละ)			
	2551	2552	2553	2554
รายจ่ายเอดส์ในด้านการดูแลรักษาทั้งหมด (ล้านบาท)	4,560	5,483	5,676	7,261
● ผู้ป่วยนอก	79	81	74	79
การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์	45	57	54	58
การป้องกันและการรักษาการติดเชื้อฉวยโอกาส	4	4	2	1
การติดตามการรักษาด้วยการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	15	7	12	15
การดูแลผู้ป่วยนอก	9	9	5	5
อื่นๆ	6	4	1	1
● ผู้ป่วยใน	21	19	26	20
การดูแลผู้ป่วยใน	21	19	0	0
อื่นๆ	0	0	26	20
● รายจ่ายด้านการดูแลรักษาอื่น ๆที่ไม่สามารถแยกประเภทได้	0	0	0	0
รวมทั้งสิ้น (%)	100	100	100	100

ที่มา รายจ่ายการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในประเทศไทย พ.ศ. 2551–2554

## 5. การแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติ

ด้านการแปลงและการนำแผนยุทธศาสตร์ฯ ไปสู่การปฏิบัตินั้น จากการติดตามและประเมินแผนยุทธศาสตร์แห่งชาติด้านเอดส์ในพื้นที่ 5 จังหวัด พบว่า ภายหลังจากการให้ความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี และการประกาศใช้แผนยุทธศาสตร์ในปีพ.ศ. 2549 กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุขได้จัดส่งเอกสารแผนยุทธศาสตร์ฯ ให้กับหน่วยงานต่างๆ ได้รับทราบและนำไปสู่การจัดทำแผนปฏิบัติการระดับจังหวัด แต่พบว่าไม่มีการจัดประชุมชี้แจงหรือทำความเข้าใจในแผนฯให้กับผู้ปฏิบัติงานในภูมิภาคแต่อย่างใด เป็นเพียงการส่งมอบเอกสารให้จังหวัดนำไปศึกษาด้วยตนเอง แต่พบว่ามีบางจังหวัดใช้แผนยุทธศาสตร์ดังกล่าวในการนำไปจัดทำแผนปฏิบัติการระดับจังหวัด ในขณะที่บางจังหวัดไม่ได้มีการนำไปใช้ในการวางแผนแต่อย่างใด โดยในช่วงระยะเวลา 5 ปี ของการดำเนินงานตามแผนฯ ของหน่วยงานต่างๆ มีเพียงการติดตามการดำเนินงานในส่วนที่ต้องรายงาน เป็นเฉพาะเรื่องหรือเป็นประเด็นต่างๆ จากกระทรวงสาธารณสุขเพียงเท่านั้น โดยส่วนกลางมีการ

กำหนดให้รายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่ ส่วนกลางให้ความสำคัญ<sup>(7)</sup> ส่วนในด้านงบประมาณนั้น แม้ว่าจะมีการกำหนดนโยบายให้แต่ละหน่วยงานตั้ง งบประมาณด้านเอดส์ แต่จากข้อมูลในระดับจังหวัด พบว่ามีบางหน่วยงานที่มีการตั้งงบประมาณ เพื่อการ ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แยกออกมาเฉพาะ แม้ว่าจะมีการกำกับและติดตามผลการดำเนินงานในภาพรวม แต่เป็นเพียงการรวบรวมแผนหรือโครงการเฉพาะใน

ส่วนของหน่วยงานภาครัฐเท่านั้น

นอกจากนี้จากการประเมินผลฯ ใน 5 จังหวัดซึ่ง กระจายใน 4 ภูมิภาค เพื่อศึกษาในเชิงลึกเกี่ยวกับ กระบวนการดำเนินงานและการแปลงนโยบายและแผน ไปสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ พบว่า มีความแตกต่างกัน ระหว่างจังหวัด ทั้งในด้านการบูรณาการ การป้องกันดูแล รักษาและติดตามประเมินผล (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ผลการดำเนินงานด้านเอดส์ในระดับจังหวัด

การดำเนินงานแต่ละด้าน	จังหวัดกลุ่มเป้าหมาย				
	ภาคเหนือ 1	ภาคอีสาน 1	ภาคใต้ 1	ปริมณฑล 1	ภาคเหนือล่าง 1
1. การบูรณาการ					
- ภาคีนอกกระทรวงสาธารณสุข	+++	+	++	++	+
- ท้องถิ่น	++	+	++	++++	+++
2. การป้องกัน					
- การถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก	+++	+++	+++	+++	+++
- ประชากรทั่วไป	-	-	-	-	-
- เยาวชน	+++	+	+++	+	++
- ประชากรกลุ่มเฉพาะ	++++	+	+++	+	+
3. การให้การปรึกษาและตรวจ การติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ	+	+	+	+	+
4. การดูแลรักษา					
- รักษา	+++	+++	+++	+++	+++
- ดูแลสนับสนุน	++	++	++	++	++
5. สิทธิด้านเอดส์	++	-	+	-	+
6. วิจัย	++	-	++	-	+
7. ติดตามประเมินผล	+++	++	++	+++	+
8. การจัดการข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวัง	++++	++	++	+++	+
9. แผนเอดส์จังหวัด	แผนยุทธศาสตร์เอดส์ และแผนจังหวัด	ไม่มีแผน เอดส์เฉพาะ	ไม่มีแผนเอดส์	มีแผนยุทธศาสตร์ เอดส์ของ สสจ.	แผนที่ยุทธ- ศาสตร์เอดส์

ที่มา: ทีมประเมิน โครงการการประเมินผลนโยบายประเทศไทยและการบริหารจัดการแผนงานการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของ ประเทศไทย 2554

หมายเหตุ: เครื่องหมาย + หมายถึง ระดับของการให้คะแนนโดยการพิจารณาของทีมประเมินฯ ซึ่งแบ่ง ดังนี้

+ คือระดับน้อย ++ คือระดับปานกลาง +++ คือระดับดี ++++ คือระดับดีมาก

ส่วนเครื่องหมาย - หมายถึง ในพื้นที่ไม่มีการดำเนินงานในด้านนั้นๆ

## วิจารณ์

จากการศึกษาพบว่า การดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550–2554 ยังไม่บรรลุผลตามเป้าประสงค์เท่าที่ควร โดยพิจารณาจากผลงานต่อไปนี้

1. เป้าหมายการเข้าถึงบริการด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีหลัก (core program of HIV prevention) ยังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร ยกเว้นการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก สำหรับการเข้าถึงบริการด้านการดูแลรักษา ความครอบคลุมของการได้รับยาต้านไวรัสเอดส์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน

2. เป้าหมายการลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่เมื่อสิ้นสุดแผนฯ ยังไม่บรรลุเป้าหมาย

เนื่องจากพฤติกรรมเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในประชากรกลุ่มต่างๆ ยังไม่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้ในโมเดลการคาดประมาณเมื่อต้นแผนฯ

3. ประเทศไทยสามารถชะลอการติดเชื้อเอชไอวีลงได้ตามเป้าหมายหลักที่ 6 ของการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (MDG6) บางส่วนแต่ยังมีสัญญาณที่บ่งบอกว่าปัญหาอาจมีแนวโน้มกลับมา

ผลการประเมินยังพบว่า ข้อมูลที่ตอบถึงความสำคัญตามเป้าหมายการเข้าถึงบริการด้านการป้องกันยังไม่ใช่ข้อมูลโดยตรงทั้งหมด เนื่องจากหน่วยบริการส่วนใหญ่จัดเก็บเฉพาะจำนวนคนที่รับบริการหรือจำนวนครั้งในการให้บริการ แต่ขาดตัวหารเพื่อบอกอัตราการเข้าถึงบริการ ดังนั้นข้อมูลที่น่ามาใช้จึงเป็นข้อมูลทางอ้อมเป็นหลัก นอกจากนี้ ข้อมูลพฤติกรรมความครอบคลุมของการใช้ถุงยางอนามัย พบว่าข้อมูลทุติยภูมิบางส่วนที่ได้มานี้ ยังมีข้อจำกัดเรื่องความครอบคลุมหรือเป็นเพียงข้อมูลระดับโครงการเท่านั้น

ข้อค้นพบทั้งหมดในการศึกษานี้ แสดงให้เห็นว่ามีข้อจำกัดในการแปลงแผนยุทธศาสตร์และแนวทางในการแก้ไขปัญหาเอดส์ไปสู่การปฏิบัติที่มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพ ทั้งที่เนื้อหาของแผนฯมีความครอบคลุมประเด็นปัญหาในประชากรกลุ่มเสี่ยงทุกกลุ่ม แต่

แผนนี้มีผลต่อการกำหนดทิศทางการทำงานของหน่วยงานในระดับประเทศ ระดับจังหวัด และในพื้นที่ค่อนข้างน้อย ไม่สามารถทำให้องค์กรต่างๆ มีการปรับงานให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ ในด้านความสอดคล้องต่อสังคมและบริบทต่างๆ ในเนื้อหาของแผนฯ ยังไม่มีการระบุกลยุทธ์หรือยุทธศาสตร์ต่อการดำเนินงานที่แตกต่างกันในบริบทที่แตกต่างกัน ทั้งบริบทเรื่องความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีสูงหรือต่ำ

ทั้งนี้คณะผู้ศึกษามีข้อเสนอแนะต่อการดำเนินงานเพื่อตอบสนองต่อนโยบายเอดส์ ดังนี้

1. การดำเนินงานป้องกันเอดส์ดำเนินการได้ดีในการป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูกและการป้องกันการติดเชื้อในบริการทางการแพทย์ แต่การป้องกันในกลุ่มประชากรต่างๆ ของประเทศ ยังไม่สามารถทำให้บรรลุความสำเร็จตามเป้าหมาย ด้วยข้อจำกัดของการขาดกลไกที่ดีในการจัดการป้องกันในภาพรวม ซึ่งควรมีการพัฒนา กลไกการบริหารงานด้านการป้องกันเอดส์ในระดับกลยุทธ์ที่ชัดเจน และเร่งรัดให้มีการพัฒนาระบบราชการ การจัดการความรู้ และการประเมินผล เพื่อพัฒนาการป้องกันความเสี่ยงที่มีประสิทธิผลสำหรับประชากรกลุ่มต่างๆ

2. คช.ปอ. และกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ควรปรับเปลี่ยนบทบาทในการเป็นผู้กำหนดเป้าหมาย ทิศทางในภาพรวมที่สอดคล้องกับเป้าหมายของประเทศและเป้าหมายในระดับสากล มากกว่าการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ที่ลงลึกในรายละเอียด และต้องใช้ทรัพยากรที่ค่อนข้างมาก โดยเน้นการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน

3. การกระจายงบประมาณสู่ภาคส่วนต่างๆ ต้องมีการจัดระบบฐานข้อมูลที่ดีและมีประสิทธิภาพในการประมวลผลเพื่อประโยชน์ในการตัดสินใจเชิงนโยบายงบประมาณด้านเอดส์ส่วนใหญ่ยังเน้นเรื่องการรักษาในสัดส่วนที่มากกว่างานด้านการส่งเสริมป้องกันโดยงบประมาณร้อยละ 75 ของค่าใช้จ่ายด้านเอดส์ทั้งหมดถูกใช้ในการรักษาพยาบาลและซื้อยาต้านไวรัส ดังนั้นในแผนเอดส์ชาติฉบับต่อไป ควรกำหนดเป้าหมาย

ในการเพิ่มสัดส่วนของงบประมาณด้านการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีในสัดส่วนที่เพิ่มมากขึ้น รวมทั้งกำหนดให้มีการติดตามการจัดสรรงบประมาณตามลำดับของความสำคัญของปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่

4. มีความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาระบบการจัดการฐานข้อมูลเพื่อตอบตัวชี้วัดในแต่ละด้านให้ครอบคลุมเพิ่มขึ้นและเป็นข้อมูลที่ติดตามได้อย่างต่อเนื่อง เช่น ข้อมูลการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีในประชากรกลุ่มเสี่ยงกลุ่มใหม่ เพื่อใช้ในการประเมินสถานการณ์ได้อย่างเป็นระบบ

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และผู้ให้ข้อมูลทั้งในส่วนกลางและในระดับจังหวัดทั้ง 5 จังหวัด ซึ่งกระจายใน 4 ภูมิภาคที่เป็นจังหวัดกลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้ รวมทั้งผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้ข้อมูลและเก็บข้อมูลในพื้นที่ 5 จังหวัดทุกท่าน

### เอกสารอ้างอิง

1. เพชรศรี ศิริรินทร์, วิพุธ พูลเจริญ, สมบัติ แทนประเสริฐสุข, บรรณาธิการ. แผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550-2554 เล่ม 1. กรุงเทพมหานคร: คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์, 2550.

2. Office of The National Economic and Social Development Board. Thailand millennium development goals report 2004. Bangkok: NESDB; 2004.
3. สำนักโรคเอดส์. ยาด่านไวรัส. [Internet]. 2556 [สืบค้นเมื่อ 12 พฤศจิกายน 2556]. แหล่งข้อมูล: <http://www.aidsthai.org/th/contents/view/11>
4. The Thai working Group on HIV/AIDS Projections. The Asian Epidemic Model (AEM) Projections for HIV/AIDS in Thailand 2005-2025. [Bangkok]: Family Health International; 2008.
5. สวัสดิ์ พุ่มวิจิตร. อุทยานอนามัยกับการแพร่ระบาดของโรคเอดส์. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, 2540.
6. ชาสีดา วิริยาทร, ธนะวิรัช ปานน้อย, กัญญา ดิษยาธิคม, จิตต์ปราณี วาศวิท, ภูษิต ประคองสาย. รายงานการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในประเทศไทย พ.ศ. 2551-2554. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2556; 22:1069-79.
7. Srivanichakron S, Thepthien B, Prakongsai P, Yongpanichkul S, Chusri D, Subhaluksuksakron P, et al. Evaluation of the National AIDS Response in Thailand. Nakhon Pathom: ASEAN Institute of Health Development; 2011.

**Abstract: Achievements and Key Challenges in the National AIDS Policies and Responses of Thailand 2007–2011**

Supattra Srivanichakorn, M.D., M.P.H, (Certified Board in Epidemiology)\*; Bang-on Thepthien, Ph.D. (Behavioral Science and Research)\*; Pakwimon Subhaluksuksakron, M.D.\*\*; Kumaree Pachanee, B.A., M.A.\*\*\*; Phusit Prakongsai, M.D., Ph.D.\*\*\*

\* ASEAN Institute for Health Development, Mahidol University; \*\* Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University; \*\*\* International Health Policy Program, Ministry of Public Health of Thailand

*Journal of Health Science 2014;23:158–70.*

The objectives of this study were to assess the achievements and key challenges in the National HIV/AIDS responses during 2007–2011, and propose recommendations from the findings to introduce effective mechanisms towards the subsequent five-year national AIDS plan 2012–2016. The methodology of this study comprised both qualitative and quantitative approaches: documentary reviews; focus group discussion and in-depth interviews with key actors and policy makers at national and local levels. The assessment was conducted in five provinces among four regions of Thailand from February to December 2011. It was found that access to essential HIV prevention and control programs among target population (female sex workers – FSW, men who have sex with men – MSM), youth, factory workers) was lower than 50%; and the trends had not increased except for HIV testing for pregnant women and the prevention of mother-to-child transmission. However, access to care and treatment with antiretroviral drugs had increased steadily to almost 240,000 cases of people living with HIV since the inclusion of antiretroviral therapy into the universal health coverage benefit package in 2005. On the target of halving HIV incidence, condom use rates among FSW, MSM, youth and casual couples were low and inadequate to achieve the target. For achieving MDG6, Thailand was on track to reduce and halt the spread of HIV infection, but there were some indications that the HIV epidemic could re-emerge. Findings from health financing show that over 70% of total spending on HIV/AIDS in 2011 was spent on care and treatment, and less than 13% was spent on prevention activities. Policy recommendations for the next five-year plan were to improve policy planning and implementation processes, with effective mechanisms to translate policies into action and practices at national and provincial levels. More financial resources had to be allocated for HIV prevention and control programs and activities. There was an urgent need to improve the HIV/AIDS database and strengthening monitoring and evaluation system.

**Key words: National AIDS policy and responses, universal access to ARV, Thailand, Millennium Development Goals (MDG), HIV/AIDS**