

แผนติดตามและประเมินผล
การยุติปัญหาเอดส์แห่งชาติ
พ.ศ. 2564 - 2568



กรมควบคุมโรค

ชื่อเรื่อง	แผนติดตามและประเมินผลการยุติปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2564 – 2568	
ที่ปรึกษา	นายแพทย์โอภาส การย์กวินพงศ์ นายแพทย์ปรีชา เปรมปรี แพทย์หญิงชีวันนัท เลิศพิริยสุวัฒน์	อธิบดีกรมควบคุมโรค รองอธิบดีกรมควบคุมโรค กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
บรรณาธิการ	แพทย์หญิงเพชรศรี ศิรินิรันดร์ นางพรทิพย์ เข้มเงิน นางสาวอารีรัตน์ ยุทธปรีชานันท์	นักวิชาการอิสระ กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
หน่วยงานรับผิดชอบ	ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี โทรศัพท์ 0 2590 3828 โทรสาร 0 2956 9153 http://www.ddc.moph.go.th	



ความนำ

แผนติดตามและประเมินผลการยุติปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2564 - 2568 ฉบับนี้ เป็นผลของการทำงานร่วมกัน ของภาคส่วนต่าง ๆ ในทุกระดับ ทำให้ได้ข้อคิดเห็นและประเด็นจากหน่วยงานภาครัฐ องค์กรภาคประชาสังคม ตลอดจนองค์กรระหว่างประเทศที่กว้างขวาง โดยผ่านความเห็นชอบจากคณะอนุกรรมการพัฒนาข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ และการติดตามและประเมินผลระดับชาติ

แผนติดตามและประเมินผลฯ ฉบับนี้ พัฒนาจากการทบทวนเป้าประสงค์ การดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560 - 2573 และเป็นแผนติดตามและประเมินผลฯ ฉบับที่สองของประเทศไทย ต่อเนื่องจากฉบับแรก ที่ครอบคลุมการดำเนินงานระหว่าง พ.ศ. 2555 - 2559

จากเป้าประสงค์ที่จะยุติปัญหาเอดส์ในยุทธศาสตร์ฉบับปัจจุบัน กำหนดว่าภายใน พ.ศ. 2573 จะลดจำนวนผู้ติดเชื้อฯ รายใหม่ เหลือน้อยกว่า 1,000 ราย ลดการเสียชีวิตจากเอดส์ เหลือไม่เกิน 4,000 ราย ลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ ไม่เกินร้อยละ 10 ซึ่งเป็นเป้าหมายที่ท้าทายในการดำเนินงานเป็นอย่างมาก ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์จากการติดตามและประเมินผลตามรายละเอียดในแผนติดตามและประเมินผลฯ ฉบับนี้ จะช่วยให้ทราบความก้าวหน้า และตัดสินใจวางแผน และปรับปรุงงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ฯ ฉบับปัจจุบัน มีระยะเวลาในการดำเนินงานอีกไม่ถึงสิบปี ดังนั้น ในช่วง พ.ศ. 2564 - 2568 เป็นกรอบเวลาสำคัญที่ต้องเร่งรัดการดำเนินงานมากขึ้น แผนติดตามและประเมินผลฯ ฉบับนี้ ได้เพิ่มการกำหนดกรอบตัวชี้วัดสำคัญและเป้าหมาย เพื่อใช้ติดตามแบบเข้มข้นหวังผลให้มีข้อมูลประกอบการตัดสินใจได้ทันเวลา

การจัดทำแผนติดตามและประเมินผลฯ ฉบับนี้จะไม่ประสบความสำเร็จหากปราศจากซึ่งจิตวิญญาณแห่งการทำงานร่วมกันของภาคี จึงขอขอบคุณผู้ที่มีส่วนร่วมในกระบวนการจัดทำแผนติดตามและประเมินผลฯ ฉบับนี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข (TUC) ที่ได้ให้การสนับสนุนทางวิชาการ และสำนักงานบริหารโครงการกองทุนโลก กรมควบคุมโรค (PR-DDC) ที่ได้ให้การสนับสนุนงบประมาณในการแปลเอกสารและการจัดพิมพ์

หวังว่าแผนติดตามและประเมินผลฯ ฉบับนี้ ภาคีที่ร่วมกันดำเนินงานจะใช้เป็นกรอบอ้างอิงในการผนึกกำลังทำงานสู่เป้าหมายยุติปัญหาเอดส์ของประเทศไทยให้ได้ตามกำหนดต่อไป

นายแพทย์โอภาส การย์กวินพงศ์
อธิบดีกรมควบคุมโรค

สารบัญ

ความนำ.....	II
คำย่อภาษาอังกฤษ.....	1
คำย่อภาษาไทย.....	3
บทนำ.....	4
1. สรุปยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560 - 2573.....	5
2. กรอบการติดตามและประเมินผลระดับชาติ.....	6
2.1 รายชื่อตัวชี้วัดทั้งหมด.....	8
2.2 ตัวชี้วัดผลกระทบและเป้าหมาย.....	14
2.3 ตัวชี้วัดผลลัพธ์และเป้าหมาย.....	16
2.4 ตัวชี้วัดผลผลิต/ความครอบคลุม และเป้าหมาย.....	25
3. กลยุทธ์เร่งรัดการยุติปัญหาเอดส์และตัวชี้วัดหลักเพื่อบรรลุเป้าหมายเอดส์โลก พ.ศ. 2568.....	35
4. การติดตามผลกระทบของโควิด-19 ต่อบริการและแผนงานเอชไอวี.....	41
5. โครงสร้างองค์กรในการติดตามและประเมินผลสถานการณ์และการดำเนินงานเอชไอวี.....	44
6. แผนกิจกรรมการติดตามและประเมินผล พ.ศ. 2564 - 2568.....	47
6.1 การติดตามการระบาดของเอชไอวี.....	47
6.2 การติดตามการจัดการปัญหาเอชไอวี.....	49
6.3 การประเมินผล การศึกษาและการวิจัย.....	53
6.4 การเสริมสร้างความเข้มแข็งในการติดตามการดำเนินงาน.....	54
ภาคผนวก.....	59
ผนวกที่ 1 คำนิยามของตัวชี้วัด.....	60
ผนวกที่ 2 คำนิยามที่ใช้ในการทำงานสำหรับกลุ่มประชากรหลักและกลุ่มประชากร.....	122
ที่มีภาวะเปราะบาง.....	122
ผนวกที่ 3 สรุปเป้าหมายการดำเนินงานเอดส์โลก พ.ศ. 2568 (Global AIDS Targets 2025).....	123
ผนวกที่ 4 รายชื่อคณะผู้จัดทำ/ผู้มีส่วนร่วม.....	130

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1 ผลลัพธ์ของแต่ละงานที่จะนำไปสู่การบรรลุวิสัยทัศน์ของยุทธศาสตร์.....	6
ตารางที่ 2 รายการตัวชี้วัดผลกระทบ ผลลัพธ์ และผลผลิต/ความครอบคลุม.....	8
ตารางที่ 3 ตัวชี้วัดและเป้าหมายรายปีของเป้าประสงค์และผลกระทบ พ.ศ. 2564 - 2568	14
ตารางที่ 4 ตัวชี้วัดและเป้าหมายรายปีของวัตถุประสงค์และผลลัพธ์ พ.ศ. 2564 - 2568.....	16
ตารางที่ 5 ตัวชี้วัดและเป้าหมายรายปีของยุทธศาสตร์ แผนงานและผลผลิต พ.ศ. 2564 - 2568.....	25
ตารางที่ 6 ตัวชี้วัดหลักและเป้าหมายตามกลยุทธ์เร่งรัดการยุติปัญหาเอดส์เพื่อบรรลุเป้าหมายเอดส์โลก พ.ศ. 2568....	37
ตารางที่ 7 ตัวชี้วัดติดตามผลกระทบจากโควิด-19 ต่อแผนงานเอชไอวี.....	43
ตารางที่ 8 แผนกิจกรรมติดตามการระบาดของเอชไอวี พ.ศ. 2564 - 2568.....	47
ตารางที่ 9 แผนกิจกรรมติดตามบริการเอชไอวี พ.ศ. 2564 - 2568.....	50
ตารางที่ 10 แผนกิจกรรมติดตามบริการบูรณาการเอชไอวีกับบริการอื่น พ.ศ. 2564 - 2568.....	51
ตารางที่ 11 แผนกิจกรรมติดตามการดำเนินงานด้านปัจจัยเกื้อหนุนทางสังคม พ.ศ. 2564 - 2568.....	52
ตารางที่ 12 แผนกิจกรรมติดตามการสนับสนุนทรัพยากรการทำงานเอชไอวี พ.ศ. 2564 - 2568	53
ตารางที่ 13 แผนกิจกรรมการประเมินผล การศึกษาและวิจัย พ.ศ. 2564 - 2568	53
ตารางที่ 14 แผนกิจกรรมสร้างความเข้มแข็งของระบบติดตามงาน พ.ศ. 2564 - 2568	54

สารบัญภาพ

ภาพที่ 1.1-1.2 ผลกระทบจากโควิด-19 ต่อบริการเอชไอวีในประเทศไทย.....	41
ภาพที่ 2 โครงสร้างองค์กรในระบบการติดตามงานบริการเอชไอวี.....	46
ภาพที่ 3 ข้อมูลที่แสดงในศูนย์รวมข้อมูลเอชไอวีออนไลน์ (Web-based HIV INFO HUB)	58

คำย่อภาษาอังกฤษ

AEM	AIDS Epidemic Model	แบบจำลองคาดการณ์การระบาดของเอชไอวี
ART	Anti-retroviral Therapy	การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี
BBS	Biobehavioral Survey	การสำรวจชีวพฤติกรรม
BSS	Behavioral Surveillance Survey	การสำรวจเฝ้าระวังด้านพฤติกรรม
CRS	Crisis Response System	ระบบรับเรื่องร้องเรียนและคุ้มครองการละเมิดสิทธิ ที่เกี่ยวข้องกับเอดส์และเพศภาวะ
CSO	Civil Society Organization	องค์กรภาคประชาสังคม
EIIS	Epidemic Intelligence Information System	ระบบข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวังโรค
FAR	Foundation for AIDS Rights	มูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์
FSW	Female sex worker	พนักงานบริการหญิง
GAM	Global AIDS Monitoring	การติดตามสถานการณ์เอดส์โลก
HCV	Hepatitis C virus	ไวรัสตับอักเสบซี
HSS	HIV Sentinel Surveillance	การเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี
IHRI	Institute of HIV Research and Innovation	สถาบันเพื่อการวิจัยและนวัตกรรมด้านเอชไอวี
KPLHIV	Key Population Living with HIV	กลุ่มประชากรหลักที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี
M&E	Monitoring and Evaluation	การติดตามและประเมินผล
MICS	Multiple Indicator Cluster Surveys	การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรี
MMT	Methadone Maintenance Therapy	บริการรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาว
MSM	Men who have sex with men	ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย
MSW	Male sex worker	พนักงานบริการชาย
MTCT	Mother-to-Child-Transmission	การถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก
MW	Migrant worker	แรงงานข้ามชาติ
NA	Not available	ไม่มีข้อมูล
NAP	National AIDS Program Database System	ฐานข้อมูลแผนงานเอดส์แห่งชาติ
NASA	National AIDS Spending Assessment	การประเมินค่าใช้จ่ายด้านเอดส์ของประเทศ
NCPI	National Commitments and Policy Instruments	เครื่องมือการวัดดัชนีรวม นโยบายการป้องกันและ แก้ไขปัญหาเอดส์

NHES	National Health Examination Survey	การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย
NRCT	National Research Council of Thailand	สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ
NSO	National Statistical Office of Thailand	สำนักงานสถิติแห่งชาติ
NTIP	National Tuberculosis Information Program	ระบบข้อมูลวัณโรคแห่งชาติ
PCM	Provincial Coordinating Mechanism	กลไกประสานงานระดับจังหวัด
PEPFAR	The U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief	แผนฉุกเฉินของประธานาธิบดีแห่งสหรัฐอเมริกาเพื่อบรรเทาปัญหาเอดส์
PEP	Post-Exposure Prophylaxis	ยาต้านไวรัสเพื่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีภายหลังสัมผัสเชื้อ
PHIMS	Perinatal HIV Intervention Monitoring System	รายงานการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี ซิฟิลิส วัณโรคตับอักเสบ บี จากแม่สู่ลูก
PLHIV	People living with HIV	ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี
PMTCT	Prevention of mother-to-child transmission	การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก
PR-DDC	Principal Recipient, Department of Disease Control	สำนักงานบริหารโครงการกองทุนโลก
PrEP	Pre-Exposure Prophylaxis	ยาต้านไวรัสเพื่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนการสัมผัสเชื้อ
PWID	People who Inject Drugs	ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด
RTCM	Real Time Cohort Monitoring System	ระบบข้อมูลบริการที่บูรณาการการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี
S&D	Stigma and Discrimination	การตีตราและการเลือกปฏิบัติ
SI	Strategic information	ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์
STI	Sexually transmitted infections	โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
SW	Sex Worker	พนักงานบริการ
TB	Tuberculosis	วัณโรค
TBD	To be determined	จะกำหนดภายหลัง
TGW	Transgender Women	หญิงข้ามเพศ
TNP+	Thai Network of People Living with HIV/AIDS	เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประเทศไทย
TPT	TB Preventive Therapy	การรักษาเพื่อป้องกันวัณโรค
TUC	Thailand MoPH-U.S.CDC Collaboration	ศูนย์ความร่วมมือ ไทย-สหรัฐอเมริกา ด้านสาธารณสุข

UNAIDS	The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS	โครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ
UNICEF	United Nations Children's Fund	องค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ
VCT	Voluntary counseling and testing	การให้การศึกษาและตรวจการติดเชื้อ เอชไอวีโดยสมัครใจ
WHO	World Health Organization	องค์การอนามัยโลก

คำย่อภาษาไทย

กบรส.	กองบริหารการสาธารณสุข
กอพ.	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
คช.ปอ.	คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์
วช.	สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ
ศทส.	ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (ICT) กระทรวงสาธารณสุข
ศบ.จอ.	ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ
สวรส.	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
สบยช.	สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
สปสช.	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
สปคม.	สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง
สคร.	สำนักงานป้องกันควบคุมโรค
สสจ.	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
สสส.	สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

บทนำ

แผนติดตามและประเมินผลการยุติปัญหาเอดส์แห่งชาติฉบับนี้ ใช้เป็นกรอบการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานแผนงานเอดส์ทุกแผนงานของประเทศ ที่มีเป้าหมายยุติปัญหาเอดส์ ระหว่าง พ.ศ. 2564 - 2568

การจัดทำแผนติดตามและประเมินผลฯ มีวัตถุประสงค์ให้ประเทศมีข้อมูลที่จำเป็นและมีคุณภาพที่เข้าถึงได้ เพื่อใช้เป็นแนวทางกำหนดแผนงานและพิจารณาลงทุนการดำเนินงานที่มีประสิทธิผล สู่การยุติปัญหาเอดส์ของประเทศ ประเด็นสำคัญเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการติดตามความก้าวหน้าของการบรรลุเป้าประสงค์และวัตถุประสงค์ระดับชาติให้ได้ทันเวลา

แผนติดตามและประเมินผลฉบับนี้กำหนดหัวข้อไว้ 6 ข้อ กล่าวคือ หลังจากบทนำจะเป็นบทสรุปยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560 - 2573 หัวข้อที่ 2 เป็นกรอบการติดตามและประเมินผล ซึ่งแสดงตัวชี้วัดหลักในระดับผลกระทบ ผลลัพธ์และผลผลิตหรือความครอบคลุมของการดำเนินงาน พร้อมกับเป้าหมายที่กำหนดในแต่ละปี โดยมีรายละเอียดของแหล่งข้อมูล และองค์กรที่รับผิดชอบในการรวบรวมข้อมูลในแต่ละตัวชี้วัด หัวข้อที่ 3 เป็นส่วนของกลยุทธ์เร่งรัดการดำเนินงานสู่เป้าหมายการยุติปัญหาเอดส์ระดับโลก หัวข้อที่ 4 เป็นกรอบการติดตามผลกระทบจากโควิด-19 ต่อการดำเนินงานเอดส์ เพื่อให้สามารถปรับเปลี่ยนวิธีดำเนินงานได้ทันท่วงที หัวข้อที่ 5 เป็นเรื่องโครงสร้างองค์กรในการติดตามประเมินผลระดับชาติ ระดับเขตและระดับจังหวัด หัวข้อที่ 6 แสดงแผนกิจกรรมการดำเนินงานติดตามและประเมินผลสำหรับติดตามสถานการณ์การระบาด ผลการดำเนินงาน การประเมินผล การสร้างความเข้มแข็งของระบบติดตามและประเมินผล และผลผลิตของการติดตามและประเมินผลที่เผยแพร่เพื่อการใช้ประโยชน์

ภาคผนวกประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ คำนิยามตัวชี้วัด คำนิยามที่ใช้ในการทำงานสำหรับกลุ่มประชากรหลักและกลุ่มประชากรที่มีภาวะเปราะบาง และสรุปสาระสำคัญของเป้าหมายยุทธศาสตร์เอดส์โลก พ.ศ. 2568 ตามที่ระบุไว้ในเอกสารของโครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) เรื่อง “ชัยชนะเหนือการระบาดด้วยการวางคนเป็นศูนย์กลาง”¹ และรายชื่อผู้จัดทำและผู้มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนฯ

เป็นที่คาดหวังว่า แผนติดตามและประเมินผลการยุติปัญหาเอดส์ระดับชาติฉบับนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อการนำไปใช้เป็นแนวทางและอ้างอิงให้แก่ภาคีทำงานเอดส์ในระยะ 5 ปีข้างหน้า ด้วยเป้าหมายที่ชัดเจนและเป็นพื้นฐานสู่การนำข้อมูลเชิงประจักษ์ไปใช้ในการตัดสินใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ

¹ Prevailing against Pandemics by Putting People at the Centre, UNAIDS



1. สรุปยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560 - 2573

คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ (คช.ปอ.) ได้ประกาศยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560 - 2573 เมื่อวันที่ 13 กันยายน พ.ศ. 2560 โดยที่ยุทธศาสตร์ฯ ระยะ 13 ปี นี้ ได้กำหนดเส้นทางการดำเนินงานเพื่อยุติการระบาดของเอดส์ไม่ให้เป็นภัยคุกคามทางสาธารณสุขของประเทศไทยภายใน พ.ศ. 2573 ทั้งนี้ประเทศไทยได้ใช้เป้าหมายระดับโลกมาพิจารณากำหนดเป้าหมายและยุทธศาสตร์ในบริบทของประเทศไทย เพื่อให้สามารถรับมือกับปัญหาและผลกระทบของเอชไอวีได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยการลงทุนที่คุ้มค่า

ยุทธศาสตร์ฯ กำหนดเป้าประสงค์ที่จะลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่อย่างต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายภายใน พ.ศ. 2573 จากเดิมที่มีผู้ติดเชื้อ 6,500 ราย ใน พ.ศ. 2559 ให้เหลือน้อยกว่า 1,000 ราย ลดจำนวนผู้เสียชีวิตที่เกี่ยวข้องเนื่องจากเอดส์ จากเกือบ 13,000 ราย ใน พ.ศ. 2559 ให้เหลือน้อยกว่า 4,000 ราย และลดการเลือกปฏิบัติอันเกี่ยวเนื่องมาจากเอชไอวีและเพศภาวะลง จาก พ.ศ. 2559 ให้ได้ร้อยละ 90

หลักการพื้นฐานของยุทธศาสตร์ฯ ดังนี้

- การสร้างความเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำ และไม่มีประชากรกลุ่มใดถูกละเลย
- การเคารพ ปกป้อง คุ้มครอง สิทธิมนุษยชน และความเสมอภาคทางเพศ
- การเป็นเจ้าของ และร่วมรับผิดชอบของภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ ภาคประชาสังคม และภาคเอกชน

ยุทธศาสตร์ฯ ระยะ 13 ปี กำหนดยุทธศาสตร์ 6 ด้าน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการยุติปัญหาเอดส์ภายใน พ.ศ. 2573 ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1: มุ่งเน้นและเร่งรัดจัดชุดบริการที่มีประสิทธิภาพสูงและรอบด้านให้ครอบคลุมพื้นที่และประชากรที่อยู่ในภาวะเสี่ยงและมีโอกาสรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีสูง

ยุทธศาสตร์ที่ 2: ยกระดับคุณภาพและบูรณาการการดำเนินงานป้องกันที่มีประสิทธิผลเดิมให้เข้มข้นและยั่งยืนในระบบ

ยุทธศาสตร์ที่ 3: พัฒนาและเร่งรัดการรักษา ดูแลช่วยเหลือทางสังคมที่ให้มีคุณภาพรอบด้านและยั่งยืน

ยุทธศาสตร์ที่ 4: ปรับภาพลักษณ์ ความเข้าใจ เสริมสร้างความเข้มแข็งระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชนรวมทั้งกลไกการคุ้มครองสิทธิ เพื่อลดการรังเกียจกีดกัน การเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีและเพศภาวะ

ยุทธศาสตร์ที่ 5: เพิ่มความร่วมมือรับผิดชอบ การลงทุนและประสิทธิภาพการจัดการในทุกภาคส่วน ทั้งระดับนานาชาติ ระดับชาติ ระดับจังหวัดและระดับพื้นที่

ยุทธศาสตร์ที่ 6: ส่งเสริมและพัฒนาการเข้าถึง และการใช้ประโยชน์ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์และการวิจัยที่รอบด้านและมีประสิทธิภาพ

ทั้งนี้ คช.ปอ. ได้กำหนดให้ทบทุนยุทธศาสตร์และมาตรการต่าง ๆ ของยุทธศาสตร์ระยะ 13 ปี ทุก 5 ปี ในปี 2566 และปี 2571 โดยที่หน่วยงานและภาคีจะใช้ยุทธศาสตร์ฯ นี้ ในการจัดทำแผนและดำเนินงานเพื่อการบรรลุเป้าหมายร่วมกัน แผนติดตามประเมินผลก็จะเป็นการติดตามและประเมินผลตามระยะเวลาของยุทธศาสตร์แห่งชาติฉบับนี้ด้วยเช่นกัน



2. กรอบการติดตามและประเมินผลระดับชาติ

กรอบการติดตามและประเมินผลระดับชาติ กำหนดตามยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ ระยะ 13 ปี ที่มีเป้าหมายให้ประเทศสามารถยุติปัญหาเอดส์ ภายใน พ.ศ. 2573

ยุทธศาสตร์ฯ ฉบับปัจจุบัน เป็นยุทธศาสตร์ในระยะเร่งรัด (fast-track phase) ซึ่งมุ่งไปที่การผลักดันให้ประเทศบรรลุเป้าหมายระดับโลกในการตรวจและรักษาให้ได้เป้าหมาย “90-90-90²” ภายใน พ.ศ. 2563 ทั้งนี้เป้าหมายเอดส์โลก พ.ศ. 2568 ได้กำหนดเป้าหมายใหม่ เพิ่มความครอบคลุมในการตรวจและรักษาเป็น “95-95-95” ภายใน พ.ศ. 2568

กรอบการติดตามและประเมินผลระดับชาติฉบับนี้ กำหนดช่วงเวลาระหว่าง พ.ศ. 2564-2568 และ ได้ปรับสาระให้สอดคล้องกับเป้าหมายที่ระบุในเอกสารเป้าหมายเอดส์โลก พ.ศ. 2568 โดยสรุปในผนวกที่ 3

เพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายเอดส์โลก พ.ศ. 2568 ในการติดตามงานได้วางกรอบการติดตามผลลัพธ์ 8 ข้อ ของการดำเนินงาน 4 ด้าน กล่าวคือ (ก) การให้บริการเอชไอวี (ข) การบูรณาการบริการเอชไอวีกับบริการอื่น (ค) ปัจจัยเกื้อหนุนทางสังคม และ (ง) การสนับสนุนทรัพยากร แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลลัพธ์ของแต่ละงานที่จะนำไปสู่การบรรลุวิสัยทัศน์ของยุทธศาสตร์

งาน	ผลลัพธ์
ก. บริการเอชไอวี	1. ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กลุ่มประชากรหลัก และกลุ่มที่มีภาวะเปราะบางอื่น ๆ รัฐสถานะการติดเชื้อ ของตนเอง ได้รับการรักษาทันที และได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ด้วยค่าใช้จ่ายที่สามารถจ่ายได้
	2. เยาวชนเข้าถึงการป้องกันเอชไอวีผสมผสานอย่างต่อเนื่อง
	3. ประชากรหลักเข้าถึงและได้รับบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีผสมผสาน ที่มีลักษณะจำเพาะกับแต่ละกลุ่มประชากรได้จำนวนมากขึ้น
ข. การบูรณาการบริการเอชไอวีกับบริการอื่น	4. ยุติการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี ซิฟิลิส และไวรัสตับอักเสบบี จากแม่สู่ลูก
	5. บริการเอชไอวีเป็นบริการที่บูรณาการกับบริการสุขภาพอื่น และเป็นบริการที่เท่าเทียมกัน ด้วยหลักการให้คนเป็นศูนย์กลาง เพื่อสนับสนุนให้บรรลุเป้าหมายยุติปัญหาเอดส์ ภายใต้ระบบสุขภาพที่เข้มแข็งและยืดหยุ่น

² ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีร้อยละ 90 ได้รับการวินิจฉัย ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่รู้ว่าติดเชื้อ ร้อยละ 90 ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่รักษาด้วยยาต้านไวรัส ร้อยละ 90 กดปริมาณไวรัสได้

งาน	ผลลัพธ์
ค. ปัจจัยเกื้อหนุนทางสังคม	6. ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี กลุ่มประชากรหลัก และกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ได้รับการคุ้มครองสิทธิมนุษยชน สามารถดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี ไม่มีการตีตราหรือเลือกปฏิบัติ และสามารถเข้าถึงความยุติธรรมและอยู่ในสภาพแวดล้อมทางกฎหมายที่เอื้อต่อการได้รับการคุ้มครองสิทธิ
	7. ผู้หญิงและเด็กผู้หญิง ผู้ชายและเด็กผู้ชาย ในทุกความหลากหลายทางเพศภาวะ สามารถปฏิบัติและได้รับการสนับสนุนในฐานทางสังคมที่มีความเสมอภาคและเท่าเทียมทางเพศภาวะ รวมถึงได้ทำงานร่วมกันเพื่อยุติการใช้ความรุนแรงเนื่องจากเพศภาวะและเพื่อลดความเสี่ยงและผลกระทบจากเอชไอวี
ง. ทรัพยากร	8. การดำเนินงานเอชไอวีที่นำโดยชุมชน ได้รับการยอมรับ ส่งเสริม สนับสนุน ทรัพยากร และบูรณาการกับการดำเนินงานของประเทศในการต่อสู้กับปัญหาเอดส์อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

กรอบการติดตามงาน กำหนดไว้เป็น 3 ระดับ คือ (1) การติดตามความก้าวหน้าของเป้าประสงค์ 3 ข้อ ซึ่งใช้ตัวชี้วัดระดับผลกระทบ (Impact indicators) (2) การติดตามความก้าวหน้าของวัตถุประสงค์ในการดำเนินงาน 4 ด้าน ซึ่งใช้ตัวชี้วัดระดับผลลัพธ์ (Outcome indicators) และ (3) การติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ 6 ข้อ ที่พิจารณาตามแผนงานในแต่ละยุทธศาสตร์ ซึ่งใช้ตัวชี้วัดระดับผลผลิต/ความครอบคลุม (Output/Coverage indicators)

ตารางที่ 2 แสดงภาพรวมของตัวชี้วัดทั้งหมด ทั้งในระดับผลกระทบ ผลลัพธ์ และผลผลิต/ความครอบคลุม ส่วนตารางที่ 3, 4 และ 5 แสดงตัวชี้วัดพร้อมข้อมูลที่ใช้เป็นพื้นฐานในการตั้งเป้าหมาย และเป้าหมายรายปี ระหว่าง พ.ศ. 2564 - 2568 รวมถึงแหล่งข้อมูลและหน่วยงานรับผิดชอบในตัวชี้วัดแต่ละข้อของการติดตามงานในระดับผลกระทบ ผลลัพธ์ และผลผลิต/ความครอบคลุม ของการดำเนินงาน ตามลำดับ

รายละเอียดของตัวชี้วัดแต่ละข้อ แสดงในผนวกที่ 1 และคำนิยามเชิงปฏิบัติการของประชากรหลัก และประชากรที่มีภาวะเปราะบาง แสดงในผนวกที่ 2

2.1 รายชื่อตัวชี้วัดทั้งหมด

ตารางที่ 2 รายการตัวชี้วัดผลกระทบ ผลลัพธ์ และผลผลิต/ความครอบคลุม

เป้าประสงค์/ผลลัพธ์/ยุทธศาสตร์/แผนงาน		ตัวชี้วัด
เป้าประสงค์		ตัวชี้วัดผลกระทบ
1	ลดจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ให้ต่ำกว่า 1,000 รายต่อปี ภายในปี พ.ศ. 2573	G1.1 จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ต่อประชากรที่ไม่ติดเชื้อ 1,000 คน G1.2 คาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ G1.3 ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี
2	ลดจำนวนผู้เสียชีวิตที่เกี่ยวข้องเนื่องจากเอดส์ให้ต่ำกว่า 4,000 รายต่อปี ภายในปี พ.ศ. 2573	G2.1 จำนวนผู้เสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับเอดส์ต่อประชากร 100,000 คน G2.2 คาดประมาณจำนวนผู้เสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับเอดส์ G2.3 อัตราเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อวัณโรคร่วมกับเอชไอวี ต่อประชากร 100,000 คน
3	ลดการเลือกปฏิบัติเนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวีและเพศภาวะจากปี พ.ศ. 2559 ลงร้อยละ 90 ภายในปี พ.ศ. 2573	G3.1 ร้อยละของหญิงและชายอายุ 15-49 ปี ที่มีทัศนคติเลือกปฏิบัติต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี G3.2 ร้อยละของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่เคยมีประสบการณ์ถูกเลือกปฏิบัติ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา
ผลลัพธ์		ตัวชี้วัดผลลัพธ์
ก. บริการเอชไอวี		
1	ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กลุ่มประชากรหลัก และกลุ่มที่มีภาวะเปราะบางอื่น ๆ รู้สถานะการติดเชื้อของตนเอง ได้รับการรักษาทันทีและได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ด้วยค่าใช้จ่ายที่สามารถจ่ายได้	R1.1 ร้อยละของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่รู้สถานะการติดเชื้อฯ เมื่อสิ้นสุดช่วงเวลาของรายงาน R1.2 ร้อยละของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่รู้สถานะการติดเชื้อฯ ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ เมื่อสิ้นสุดช่วงเวลาของรายงาน R1.3 ร้อยละของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ กดปริมาณไวรัสฯ ได้ เมื่อสิ้นสุดช่วงเวลาของรายงาน
2	เยาวชนเข้าถึงการป้องกันเอชไอวีผสมผสานได้อย่างต่อเนื่อง	R2.1 ร้อยละของหญิงและชาย (อายุ 15-24 ปี) ที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่ไม่ใช่คู่สมรส หรือ คู่ที่ไม่ได้ใช้ชีวิตอยู่ด้วยกัน ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ที่ตอบว่าใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด R2.2 ร้อยละของหญิงและชาย (อายุ 15-24 ปี) ที่ระบุวิธีป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากการมีเพศสัมพันธ์ ได้ถูกต้อง และตอบถูกสำหรับคำถามการติดต่อเชื้อเอชไอวีที่ไม่ถูกต้อง

เป้าประสงค์/ผลลัพธ์/ยุทธศาสตร์/แผนงาน		ตัวชี้วัด
3	ประชากรหลักเข้าถึงและได้รับบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีผสมผสานที่มีลักษณะจำเพาะกับแต่ละกลุ่มประชากรได้จำนวนมากขึ้น	<p>R3.1 ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันเอชไอวี</p> <p>R3.2 ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่ได้รับยาเพรีพ (PrEP)</p> <p>R3.3 ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่ได้ตรวจเอชไอวีและรู้ผลตรวจ หรือ รู้อยู่แล้วว่าติดเชื้อฯ</p> <p>R3.4 ร้อยละของกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายที่ตอบว่าใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักกับผู้ที่ไม่ใช่คู่ประจำ ครั้งล่าสุด</p> <p>R3.5 ร้อยละของกลุ่มหญิงข้ามเพศที่ตอบว่าใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักกับชายที่ไม่ใช่คู่ ครั้งล่าสุด</p> <p>R3.6 ร้อยละของกลุ่มพนักงานบริการที่ตอบว่าใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์กับลูกค้า ครั้งล่าสุด</p> <p>R3.7 ร้อยละของกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีดที่ตอบว่าใช้อุปกรณ์การฉีดปลอดเชื้อในการฉีด ครั้งล่าสุด</p> <p>R3.8 ร้อยละของกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีดที่ตอบว่าใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ ครั้งล่าสุด</p> <p>R3.9 ร้อยละของกลุ่มประชากรข้ามชาติที่ตอบว่าใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ ครั้งล่าสุด</p>
ข. การบูรณาการบริการเอชไอวีกับบริการอื่น		
4	ยุติการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี ซิฟิลิส และไวรัสตับอักเสบบี จากแม่สู่ลูก	<p>R4.1 ร้อยละของเด็กเกิดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวีใน 12 เดือนที่ผ่านมา ที่ติดเชื้อเอชไอวี</p> <p>R4.2 อัตราป่วยซิฟิลิสแต่กำเนิด (รวมเกิดมีชีพและตายคลอด) ต่อเด็กเกิดมีชีพ 100,000 ราย</p> <p>R4.3 อัตราความชุกการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในเด็กอายุ 5 ปี</p>
5	บริการเอชไอวีเป็นบริการที่บูรณาการกับบริการสุขภาพอื่นและเป็นบริการที่เท่าเทียมกัน ด้วยหลักการให้คนเป็นศูนย์กลาง เพื่อสนับสนุนให้บรรลุเป้าหมายเอดส์ ภายใต้ระบบสุขภาพที่เข้มแข็งและยืดหยุ่น	<p>R5.1 ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบรวมกับเอชไอวี</p> <p>R5.2 ร้อยละของผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวีที่เริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ป่วยด้วยวัณโรค</p> <p>R5.3 ร้อยละของกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายที่ตรวจซิฟิลิสให้ผลบวก</p> <p>R5.4 ร้อยละของกลุ่มพนักงานบริการที่ตรวจซิฟิลิสให้ผลบวก</p>

เป้าประสงค์/ผลลัพธ์/ยุทธศาสตร์/แผนงาน		ตัวชี้วัด
ค. ปัจจัยเกื้อหนุนทางสังคม		
6	ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี กลุ่มประชากรหลัก และกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ได้รับการคุ้มครองสิทธิมนุษยชน สามารถดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี ไม่มีการตีตราหรือเลือกปฏิบัติ และสามารถเข้าถึงความยุติธรรมและอยู่ในสภาพแวดล้อมทางกฎหมายที่เอื้อต่อการได้รับการคุ้มครองสิทธิ	<p>R6.1 ร้อยละของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/ประชากรหลักที่ตอบว่ามีประสบการณ์ถูกเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีในสถานพยาบาล</p> <p>R6.2 ร้อยละของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/ประชากรหลักที่ตอบว่าเคยหลีกเลี่ยงการใช้บริการสุขภาพเนื่องจากกลัวถูกรังเกียจและเลือกปฏิบัติ</p> <p>R6.3 ร้อยละของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/ประชากรหลักที่ตอบว่ามีประสบการณ์ถูกเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีในสถานที่ทำงาน</p> <p>R6.4 ร้อยละของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/ประชากรหลักที่ตีตราตนเอง</p> <p>R6.5 ร้อยละของผู้ให้บริการสุขภาพรายงานว่าเคยเห็นการรังเกียจผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีในโรงพยาบาลในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา</p> <p>R6.6 ร้อยละของผู้ให้บริการสุขภาพรายงานว่าทัศนคติไม่ดีต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี</p> <p>R6.7 ร้อยละของผู้ให้บริการสุขภาพกังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวีระหว่างการให้บริการผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี</p>
7	ผู้หญิงและเด็กผู้หญิง ผู้ชายและเด็กผู้ชาย ในทุกความหลากหลายทางเพศภาวะ สามารถปฏิบัติและได้รับการสนับสนุนในฐานทางสังคมที่มีความเสมอภาคและเท่าเทียมทางเพศภาวะ รวมถึงได้ทำงานร่วมกันเพื่อยุติการใช้ความรุนแรงเนื่องจากเพศภาวะและเพื่อลดความเสี่ยงและผลกระทบจากเอชไอวี	<p>R7.1 ร้อยละของหญิงอายุ 15-49 ปี ที่เคยแต่งงานหรือมีคู่ที่มีประสบการณ์ถูกใช้ความรุนแรงทางกายหรือทางเพศจากคู่ที่เป็นชายในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา</p> <p>R7.2 ร้อยละของหญิงอยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่มีประสบการณ์ถูกใช้ความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับเพศภาวะ</p>
ง. ทรัพยากร		
8	การดำเนินงานเอชไอวีที่นำโดยชุมชน ได้รับการยอมรับ ส่งเสริม สนับสนุนทรัพยากร และบูรณาการกับการดำเนินงานของประเทศในการต่อสู้กับปัญหาเอดส์อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน	R8.1 ร้อยละของงบประมาณของประเทศในการป้องกันเอชไอวีที่สนับสนุนการดำเนินงานขององค์กรภาคประชาสังคม

เป้าประสงค์/ผลลัพธ์/ยุทธศาสตร์/แผนงาน		ตัวชี้วัด
แผนงาน		ตัวชี้วัดผลผลิต/ความครอบคลุม
ยุทธศาสตร์ที่ 1: มุ่งเน้นและเร่งรัดจัดชุดบริการที่มีประสิทธิภาพสูงและรอบด้านให้ครอบคลุมพื้นที่และประชากรที่อยู่ในภาวะเสี่ยงและมีโอกาสรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีสูง		
A	แผนงานกลุ่มประชากรหลัก ได้แก่ ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย หญิงข้ามเพศ พนักงานบริการชาย พนักงานบริการหญิง ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด ผู้ต้องขัง ประชากรข้ามชาติ	S1A.1 ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันผสมผสาน S1A.2 เฉลี่ยจำนวนเข็มและกระบอกฉีดปลอดเชื้อที่แจกให้ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีดต่อคนต่อปี S1A.3 ร้อยละของผู้รับการบำบัดรักษาด้วยสารทดแทนอนุพันธ์ฝิ่น ที่รับการรักษาอย่างน้อย 6 เดือน S1A.4 ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่ได้ตรวจเอชไอวีในช่วงเวลาของรายงาน และรู้ผลตรวจของตนเอง S1A.5 ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่มีผลตรวจเอชไอวีเป็นบวกในช่วงเวลาของรายงาน ได้รับทราบผล S1A.6 ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่วินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ที่ได้เริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ S1A.7 ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าเกณฑ์ได้รับยาเพร็พ (PrEP) ได้เริ่มใช้ยา PrEP ชนิดรับประทาน ในช่วงเวลาของรายงาน
B	แผนงานเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลักที่บูรณาการกับบริการด้านสุขภาพอื่น	S1B.1 สัดส่วนของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่เริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ที่ได้ตรวจไวรัสตับอักเสบบี ซี S1B.2 สัดส่วนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับไวรัสตับอักเสบบี ซี ที่ได้เริ่มต้นรักษาไวรัสตับอักเสบบี ซี S1B.3 ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่ได้ตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
ยุทธศาสตร์ที่ 2: ยกระดับคุณภาพและบูรณาการการดำเนินงานป้องกันที่มีประสิทธิผลเดิมให้เข้มข้นและยั่งยืนในระบบ		
A	แผนงานป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก	S2A.1 ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่รู้สถานะการติดเชื้อเอชไอวีของตนเอง S2A.2 ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่รู้สถานะการติดเชื้อเอชไอวี S2A.3 ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีได้รับยาต้านไวรัสฯ ระหว่างตั้งครรภ์ และ/หรือ ระหว่างเจ็บท้องคลอดและระหว่างคลอด S2A.4 ร้อยละของทารกที่สัมผัสเชื้อเอชไอวีได้ตรวจการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีภายใน 2 เดือนหลังคลอด S2A.5 ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้ตรวจซีฟิลิส ตรวจพบมีผลเลือดบวก และได้รับการรักษา S2A.6 จำนวนจังหวัดที่บรรลุเป้าหมายการยุติการติดเชื้อเอชไอวีและซีฟิลิสจากแม่สู่ลูก

เป้าประสงค์/ผลลัพธ์/ยุทธศาสตร์/แผนงาน		ตัวชี้วัด
B	แผนงานสร้างความรู้ความเข้าใจเรื่องเอชไอวี	S2B.1 ร้อยละของสถานศึกษาที่มีครูอย่างน้อยร้อยละ 20 ผ่านการรับรองว่าได้เข้าอบรมออนไลน์ เรื่องการจัดการหลักสูตรเพศศึกษาสำหรับนักเรียนในสถานศึกษา
ยุทธศาสตร์ที่ 3: พัฒนาและเร่งรัดการรักษา ดูแลช่วยเหลือทางสังคมที่ให้มีคุณภาพรอบด้านและยั่งยืน		
A	แผนงานตรวจเอชไอวี	S3A.1 ร้อยละของการตรวจเอชไอวีที่มีผลบวก S3A.2 ร้อยละของผู้ใหญ่และเด็กติดเชื้อเอชไอวีที่ตรวจพบใหม่ ที่มีค่า CD4 ที่ตรวจครั้งแรกต่ำ (<200 เซลล์/ลบ.มม. / <350 เซลล์/ลบ.มม.)
B	แผนงานรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ	S3B.1 ลำดับการรับบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ (ART cascade) ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ตรวจพบใหม่ ในช่วงเวลาของรายงาน S3B.2 ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ตรวจพบใหม่ในช่วงเวลาของรายงานได้เริ่ม ART ภายใน 7 วัน หลังการวินิจฉัย
C	แผนงานบูรณาการวินิจฉัยโรคและเอชไอวี	S3C.1 ร้อยละของผู้ป่วยวัณโรคทั้งรายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียนรักษา S3C.2 ร้อยละของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่อยู่ในการดูแล ได้ตรวจคัดกรองวัณโรค S3C.3 ร้อยละของผู้ป่วยวัณโรคร่วมกับเอชไอวีตามการคาดประมาณ ที่ได้รับการทั้งวัณโรคและเอชไอวี S3C.4 ร้อยละของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่กำลังรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ และเข้าเกณฑ์รักษาวัณโรค เพื่อป้องกัน (Treatment Preventive Therapy: TPT) ได้เริ่ม TPT
D	แผนงานช่วยเหลือทางสังคมและเศรษฐกิจ	S3D.1 สัดส่วนของครัวเรือนที่เข้าเกณฑ์ได้รับการสนับสนุนทางการเงิน ที่ได้รับการช่วยเหลือ
ยุทธศาสตร์ที่ 4: ปรับภาพลักษณ์ ความเข้าใจ เสริมสร้างความเข้มแข็งระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชนรวมทั้งกลไกการคุ้มครองสิทธิ เพื่อลดการรังเกียจกีดกัน การเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีและเพศภาวะ		
A	แผนงานสิทธิมนุษยชนที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีและเพศภาวะ และการตีตราและการเลือกปฏิบัติ	S4A.1 จำนวนจังหวัดที่ดำเนินงานกลไกคุ้มครองสิทธิมนุษยชนด้านเอชไอวี S4A.2 จำนวนโรงพยาบาลที่ดำเนินงานลดการตีตราและเลือกปฏิบัติเนื่องจากเอชไอวีและเพศภาวะ S4A.3 จำนวนองค์กร/หน่วยงาน (รัฐ เอกชน องค์กรพัฒนาเอกชน) ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติแห่งชาติ ว่าด้วยการป้องกันและบริหารจัดการด้านเอดส์ ในสถานที่ทำงาน S4A.4 ร้อยละของประชากรทั่วไปได้รับความรู้ทางกฎหมาย การตีตราและเลือกปฏิบัติ ความเท่าเทียมทางเพศภาวะ และกลไกการปกป้องคุ้มครองสิทธิมนุษยชน

เป้าประสงค์/ผลลัพธ์/ยุทธศาสตร์/แผนงาน		ตัวชี้วัด
		S4A.5 ร้อยละของผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวีและประชากรหลักที่ได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องรู้สิทธิของตนเอง ความเท่าเทียมทางเพศภาวะ และกลไกการป้องกันคุ้มครองสิทธิมนุษยชน S4A.6 ประเด็นทางกฎหมาย/กฎ/ระเบียบที่เป็นปัญหาอุปสรรคในการเข้าถึงบริการของผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวีและประชากรหลัก
ยุทธศาสตร์ที่ 5: เพิ่มความร่วมมือรับผิดชอบ การลงทุนและประสิทธิภาพการจัดการในทุกภาคส่วน ทั้งระดับนานาชาติ ระดับชาติ ระดับจังหวัดและระดับพื้นที่		
A	การสนับสนุนงบประมาณ	S5A.1 ร้อยละของค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานเอดส์ของประเทศ ที่มาจากงบประมาณภายในประเทศ S5A.2 ร้อยละของค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานเอดส์ของประเทศ ที่ใช้สำหรับการป้องกัน S5A.3 ร้อยละของค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานเอดส์ของประเทศ สำหรับแผนงานป้องกัน ในกลุ่มประชากรหลักที่มาจากงบประมาณภายในประเทศ S5A.4 ร้อยละของค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานเอดส์ของประเทศ ที่ใช้สำหรับการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ S5A.5 ร้อยละของเงินกองทุนสุขภาพตำบล ที่ใช้สำหรับการดำเนินงานเอดส์ S5A.6 จำนวนจังหวัดที่มีแผนยุติปัญหาเอดส์
B	การรับรองคุณภาพ	S5B.1 ร้อยละขององค์กรภาคประชาสังคมรับทุนสนับสนุนการทำงานเอชไอวี ที่ได้รับการรับรองคุณภาพ
ยุทธศาสตร์ที่ 6: ส่งเสริมและพัฒนาการเข้าถึง และการใช้ประโยชน์ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์และการวิจัยที่รอบด้านและมีประสิทธิภาพ		
A	ระบบข้อมูลข้อเสนอแนะในการบริหารงานสุขภาพ	S6A.1 จำนวนจังหวัดที่จัดทำรายงานวิเคราะห์การดำเนินงานยุติปัญหาเอดส์ ตามที่กำหนด
B	การติดตามงานระดับชุมชน	S6B.1 ร้อยละของรายงานผลการติดตามระดับชุมชน ที่ได้นำเสนอต่อกลไกการกำกับดูแลที่เกี่ยวข้อง
C	การวิจัยและประเมินผล	S6C.1 จำนวนและประเด็นของรายงานการวิจัยและการประเมินผล

2.2 ตัวชี้วัดผลกระทบและเป้าหมาย

ตารางที่ 3 ตัวชี้วัดและเป้าหมายรายปีของเป้าประสงค์และผลกระทบ พ.ศ. 2564 - 2568

เป้าประสงค์ ตัวชี้วัดผลกระทบและเป้าหมาย									
ตัวชี้วัด	ข้อมูลพื้นฐาน		เป้าหมาย					แหล่งข้อมูล	หน่วยงานรับผิดชอบ
	ค่า	พ.ศ.	2564	2565	2566	2567	2568		
เป้าประสงค์ที่ 1: ลดจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ให้ต่ำกว่า 1,000 รายต่อปี ภายในปี พ.ศ. 2573									
G1.1 จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ต่อประชากรที่ไม่ติดเชื้อ 1,000 คน	0.10	2563	0.07	0.06	0.06	0.05	0.04	Spectrum-AEM	กองระบาดวิทยา
G1.2 คาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่	6,600	2563	5,000	4,200	3,600	3,300	3,000	Spectrum-AEM	กองระบาดวิทยา
G.1.3 ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี									
ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย	7.3	2563		6.8		6.0		BBS	กองระบาดวิทยา
หญิงข้ามเพศ	4.2	2563		3.9		3.5		BBS	กองระบาดวิทยา
พนักงานบริการชาย	3.8	2561		3.0		2.5		BBS	กองระบาดวิทยา
พนักงานบริการหญิง ในสถานบริการ	0.7	2561	<1		<1		<1	BBS	กองระบาดวิทยา
พนักงานบริการหญิง นอกสถานบริการ	2.8	2562		2.0		1.5		BBS	กองระบาดวิทยา
ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด	7.8	2562		7.2		6.7		BBS	กองระบาดวิทยา

เป้าประสงค์ ตัวชี้วัดผลกระทบและเป้าหมาย									
ตัวชี้วัด	ข้อมูลพื้นฐาน		เป้าหมาย					แหล่งข้อมูล	หน่วยงานรับผิดชอบ
	ค่า	พ.ศ.	2564	2565	2566	2567	2568		
ผู้ต้องขัง	0.9	2563	<1	<1	<1	<1	<1	บันทึกบริการ	กรมราชทัณฑ์
ประชากรข้ามชาติ	0.2	2563			<1			BBS	กองระบาศ วิทยา
เป้าประสงค์ที่ 2: ลดจำนวนผู้เสียชีวิตที่เกี่ยวข้องเนื่องจากเอดส์ให้ต่ำกว่า 4,000 รายต่อปี ภายในปี พ.ศ. 2573									
G2.1 จำนวนผู้เสียชีวิตที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับเอดส์ ต่อประชากร 100,000 คน	17.4	2563	14.3	11.5	10.0	9.1	8.2	Spectrum-AEM	กองระบาศ วิทยา
G2.2 คาดประมาณจำนวนผู้เสียชีวิตที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับเอดส์	12,115	2563	8,600	8,200	7,800	7,400	7,000	Spectrum-AEM	กองระบาศ วิทยา
G2.3 อัตราเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อไวรัสโรคร่วมกับเอชไอวี ต่อประชากร 100,000 คน	20.1	2562	18	16	15	12	10	EIIS	กองระบาศ วิทยา
เป้าประสงค์ที่ 3: ลดการเลือกปฏิบัติเนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวีและเพศภาวะจากปี พ.ศ. 2559 ลงร้อยละ 90 ภายในปี พ.ศ. 2573									
G3.1 ร้อยละของหญิงและชายอายุ 15-49 ปี ที่มีทัศนคติเลือกปฏิบัติต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี	26.7	2562		20			10	การสำรวจ MICS	สำนักงานสถิติ แห่งชาติ
G3.2 ร้อยละของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่เคยมีประสบการณ์ถูกเลือกปฏิบัติ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา	NA			TBD			<10	การสำรวจ Stigma Index	คณะทำงานกลุ่ม ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อ เอชไอวี

2.3 ตัวชี้วัดผลลัพธ์และเป้าหมาย

ตารางที่ 4 ตัวชี้วัดและเป้าหมายรายปีของวัตถุประสงค์และผลลัพธ์ พ.ศ. 2564 - 2568

วัตถุประสงค์ ตัวชี้วัดผลลัพธ์และเป้าหมาย									
ตัวชี้วัด	ข้อมูลพื้นฐาน		เป้าหมาย					แหล่งข้อมูล	หน่วยงานรับผิดชอบ
	ค่า	พ.ศ.	2564	2565	2566	2567	2568		
ก. บริการเอชไอวี									
ผลลัพธ์ที่ 1: ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มประชากรหลัก และกลุ่มที่มีภาวะเปราะบางอื่น ๆ รู้สถานะการติดเชื้อ ของตนเอง ได้รับคำแนะนำเรื่องการรักษาทันที และได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ด้วยค่าใช้จ่ายที่สามารถจ่ายได้									
R1.1 ร้อยละของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่รู้สถานะการติดเชื้อ เมื่อสิ้นสุดช่วงเวลาของรายงาน	94.3	2563	95	95	95	97	97	NAP plus Spectrum-AEM	กอพ./สปสช.
R1.2 ร้อยละของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่รู้สถานะการติดเชื้อ ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ เมื่อสิ้นสุดช่วงเวลาของรายงาน	83.5	2563	90	90	91	92	93	NAP plus	กอพ./สปสช.
R1.3 ร้อยละของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ กดปริมาณไวรัสฯ ได้ เมื่อสิ้นสุดช่วงเวลาของรายงาน	97.2	2563	99	99	99	99	99	NAP plus	กอพ./สปสช.

วัตถุประสงค์ ตัวชี้วัดผลลัพธ์และเป้าหมาย									
ตัวชี้วัด	ข้อมูลพื้นฐาน		เป้าหมาย					แหล่งข้อมูล	หน่วยงาน รับผิดชอบ
	ค่า	พ.ศ.	2564	2565	2566	2567	2568		
ผลลัพธ์ที่ 2: เยาวชนเข้าถึงการป้องกันเอชไอวีผสมผสานได้อย่างต่อเนื่อง									
R2.1 ร้อยละของหญิงและชาย (อายุ 15–24 ปี) ที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่ไม่ใช่คู่สมรส หรือ คู่ที่ไม่ได้ใช้ชีวิตอยู่ด้วยกัน ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ที่ตอบว่าใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย	80.3	2562	83	86	90	90	90	BSS	กองระบาดวิทยา
R2.2 ร้อยละของหญิงและชาย (อายุ 15–24 ปี) ที่ระบุวิธีป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากการมีเพศสัมพันธ์ได้ถูกต้อง และตอบถูกสำหรับคำถามการติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่ถูกต้อง	52.3	2562	60			70		MICS	สำนักงานสถิติแห่งชาติ
ผลลัพธ์ที่ 3: ประชากรหลักเข้าถึงและได้รับบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีผสมผสานที่มีลักษณะจำเพาะกับแต่ละกลุ่มประชากรได้จำนวนมากขึ้น									
R3.1 ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันเอชไอวี									
ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย	49.5	2563		91		92		BBS	กองระบาดวิทยา
หญิงข้ามเพศ	62.0	2563		91		92		BBS	กองระบาดวิทยา
พนักงานบริการชาย	74.3	2561		75		75		BBS	กองระบาดวิทยา



วัตถุประสงค์ ตัวชี้วัดผลลัพธ์และเป้าหมาย									
ตัวชี้วัด	ข้อมูลพื้นฐาน		เป้าหมาย					แหล่งข้อมูล	หน่วยงาน รับผิดชอบ
	ค่า	พ.ศ.	2564	2565	2566	2567	2568		
พนักงานบริการหญิง	68.6	2561	91		92		93	BBS	กองระบาด วิทยา
ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด	32	2562		70		78		BBS	กองระบาด วิทยา
R3.2 ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่ได้รับยาเพร็พ (PrEP)									
ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย	NA					TBD		BBS	กองระบาด วิทยา
หญิงข้ามเพศ	NA					TBD		BBS	กองระบาด วิทยา
พนักงานบริการชาย	NA					TBD		BBS	กองระบาด วิทยา
พนักงานบริการหญิง	NA						TBD	BBS	กองระบาด วิทยา
ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด	NA					TBD		BBS	กองระบาด วิทยา
R3.3 ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่ได้ตรวจเอชไอวีและ รู้ผลตรวจ หรือ รู้อยู่แล้วว่าติดเชื้อฯ									
ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย	52.8	2563		77		80		BBS	กองระบาด วิทยา
หญิงข้ามเพศ	68.4	2563		77		80		BBS	กองระบาด วิทยา

วัตถุประสงค์ ตัวชี้วัดผลลัพธ์และเป้าหมาย									
ตัวชี้วัด	ข้อมูลพื้นฐาน		เป้าหมาย					แหล่งข้อมูล	หน่วยงาน รับผิดชอบ
	ค่า	พ.ศ.	2564	2565	2566	2567	2568		
พนักงานบริการชาย	69.0	2561		80		85		BBS	กองระบาด วิทยา
พนักงานบริการหญิง	45.5	2561	60		70		80	BBS	กองระบาด วิทยา
ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด	38.1	2562		55		70		BBS	กองระบาด วิทยา
R3.4 ร้อยละของกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายที่ตอบว่า ใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก กับผู้ที่ไม่ใช่คู่ประจำ ครั้งล่าสุด	77.8	2563		90		91		BBS	กองระบาด วิทยา
R3.5 ร้อยละของกลุ่มหญิงข้ามเพศที่ตอบว่าใช้ถุงยางอนามัย ในการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักกับชายที่ไม่ใช่คู่ ครั้งล่าสุด	78.8	2563		90		91		BBS	กองระบาด วิทยา
R3.6 ร้อยละของกลุ่มพนักงานบริการที่ตอบว่าใช้ถุงยาง อนามัยในการมีเพศสัมพันธ์กับลูกค้าครั้งล่าสุด									
พนักงานบริการหญิง ในสถานบริการ	80.6	2561	90		90		90	BBS	กองระบาด วิทยา
พนักงานบริการหญิง นอกสถานบริการ	85.1	2562		90		90		BBS	กองระบาด วิทยา
พนักงานบริการชาย	90.3	2561		95		95		BBS	กองระบาด วิทยา

วัตถุประสงค์ ตัวชี้วัดผลลัพธ์และเป้าหมาย									
ตัวชี้วัด	ข้อมูลพื้นฐาน		เป้าหมาย					แหล่งข้อมูล	หน่วยงานรับผิดชอบ
	ค่า	พ.ศ.	2564	2565	2566	2567	2568		
R3.7 ร้อยละของกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีดที่ตอบว่าใช้อุปกรณ์การฉีดปลอดเชื้อในการฉีดครั้งล่าสุด	95.0	2562		>95			>95	BBS	กองระบาดวิทยา
R3.8 ร้อยละของกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีดที่ตอบว่าใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด	39.6	2562		50			70	BBS	กองระบาดวิทยา
R3.9 ร้อยละของกลุ่มประชากรข้ามชาติที่ตอบว่าใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด	29.0	2562			50			BBS	กองระบาดวิทยา
ข. การบูรณาการบริการเอชไอวีกับบริการอื่น									
ผลลัพธ์ที่ 4: ยุติการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี ซิฟิลิส และไวรัสตับอักเสบบี จากแม่สู่ลูก									
R4.1 ร้อยละของเด็กเกิดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวีใน 12 เดือนที่ผ่านมา ที่ติดเชื้อเอชไอวี	1.65	2563	<2	<2	<2	<2	<2	ประมาณการจำนวนหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อโดย Spectrum	กรมอนามัย
R4.2 อัตราป่วยซิฟิลิสแต่กำเนิด (รวมเกิดมีชีพและตายคลอด) ต่อเด็กเกิดมีชีพ 100,000 ราย	46	2562	<50	<50	<50	<50	<50	รายงานการเฝ้าระวัง 506	กองระบาดวิทยา
R4.3 อัตราความชุกการติดเชื้อ HBsAg ในเด็กอายุ 5 ปี	NA						TBD	การสำรวจเฝ้าระวังระดับชาติ	กอพ.
ผลลัพธ์ที่ 5: บริการเอชไอวีเป็นบริการที่บูรณาการกับบริการสุขภาพอื่น และเป็นบริการที่เท่าเทียมกัน ด้วยหลักการให้คนเป็นศูนย์กลาง เพื่อสนับสนุนให้บรรลุเป้าหมายเอดส์ภายใต้ระบบสุขภาพที่เข้มแข็งและยืดหยุ่น									
R5.1 ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบรวมกับเอชไอวี								BBS	กองระบาดวิทยา

วัตถุประสงค์ ตัวชี้วัดผลลัพธ์และเป้าหมาย									
ตัวชี้วัด	ข้อมูลพื้นฐาน		เป้าหมาย					แหล่งข้อมูล	หน่วยงานรับผิดชอบ
	ค่า	พ.ศ.	2564	2565	2566	2567	2568		
ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย	NA					TBD			
หญิงข้ามเพศ	NA					TBD			
พนักงานบริการชาย	NA					TBD			
พนักงานบริการหญิง	NA						TBD		
ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด	42.2	2562		30		20			
R5.2 ร้อยละของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่เริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ป่วยด้วยวัณโรค	NA			TBD	TBD	TBD	TBD	บันทึกบริการ	กอพ.
R5.3 ร้อยละของกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายที่ตรวจซีฟิลิสให้ผลบวก	6.0	2561		4.5		3.9		BBS	กองระบาดวิทยา
R5.4 ร้อยละของกลุ่มพนักงานบริการที่ตรวจซีฟิลิสให้ผลบวก	1.8	2562	1.6		<1.5		<1.5	BBS	กองระบาดวิทยา
ค. ปัจจัยเกื้อหนุนทางสังคม									
ผลลัพธ์ที่ 6: ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี กลุ่มประชากรหลัก และกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ได้รับการคุ้มครองสิทธิมนุษยชน สามารถดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี ไม่มีการตีตราหรือเลือกปฏิบัติ และสามารถเข้าถึงความยุติธรรมและอยู่ในสภาพแวดล้อมทางกฎหมายที่เอื้อต่อการได้รับการคุ้มครองสิทธิ									
R6.1 ร้อยละของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/ประชากรหลักที่ตอบว่ามีประสบการณ์ถูกเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีในสถานพยาบาล	11.1	2562	10		8		5	การเฝ้าระวังในสถานพยาบาล	กอพ.



วัตถุประสงค์ ตัวชี้วัดผลลัพธ์และเป้าหมาย									
ตัวชี้วัด	ข้อมูลพื้นฐาน		เป้าหมาย					แหล่งข้อมูล	หน่วยงาน รับผิดชอบ
	ค่า	พ.ศ.	2564	2565	2566	2567	2568		
R6.2 ร้อยละของผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวี/ประชากรหลัก ที่ตอบว่าเคยหลีกเลี่ยงการใช้บริการสุขภาพ เนื่องจากกลัวถูกรังเกียจและเลือกปฏิบัติ									
ผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวี	5.2	2562	5		4.5		≤4	การเฝ้าระวังใน สถานพยาบาล	กอพ.
ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย	3.3	2561		2.5		≤2		BBS	กองระบาด วิทยา
หญิงข้ามเพศ	4.4	2561		3		≤3		BBS	กองระบาด วิทยา
พนักงานบริการชาย	4.7	2561		4		≤3.5		BBS	กองระบาด วิทยา
พนักงานบริการหญิง ในสถานบริการ	1.8	2559			1.4		≤1	BBS	กองระบาด วิทยา
ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด	8.0	2563		6		≤5		BBS	กองระบาด วิทยา
R6.3 ร้อยละของผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวี/ประชากรหลัก ที่ตอบว่ามีประสบการณ์ถูกเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวเนื่อง กับเอชไอวีในสถานที่ทำงาน									
ผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวี	3.7	2562	2.5		≤2		≤2	การเฝ้าระวังใน สถานพยาบาล	กอพ.
ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย	5.0	2561		4		≤3		BBS	กองระบาด วิทยา
หญิงข้ามเพศ	12.1	2561		8		≤6		BBS	กองระบาด วิทยา

วัตถุประสงค์ ตัวชี้วัดผลลัพธ์และเป้าหมาย									
ตัวชี้วัด	ข้อมูลพื้นฐาน		เป้าหมาย					แหล่งข้อมูล	หน่วยงาน รับผิดชอบ
	ค่า	พ.ศ.	2564	2565	2566	2567	2568		
พนักงานบริการชาย	6.6	2559		5		≤4		BBS	กองระบาด วิทยา
พนักงานบริการหญิง	NA				TBD		TBD	BBS	กองระบาด วิทยา
ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด	2.1	2563		1.8		≤1		BBS	กองระบาด วิทยา
R6.4 ร้อยละของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/ประชากรหลัก ที่ตีตราตนเอง									
ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี	36.1	2562	30		28		25	การเฝ้าระวังใน สถานพยาบาล	กอพ.
ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย	19.4	2560		18		16		BBS	กองระบาด วิทยา
หญิงข้ามเพศ	22.1	2560		20		18		BBS	กองระบาด วิทยา
พนักงานบริการชาย	19.9	2560		18		16		BBS	กองระบาด วิทยา
พนักงานบริการหญิง	52.2	2560	40		30		20	BBS	กองระบาด วิทยา
ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด	61.1	2562			58			BBS	กองระบาด วิทยา

วัตถุประสงค์ ตัวชี้วัดผลลัพธ์และเป้าหมาย									
ตัวชี้วัด	ข้อมูลพื้นฐาน		เป้าหมาย					แหล่งข้อมูล	หน่วยงานรับผิดชอบ
	ค่า	พ.ศ.	2564	2565	2566	2567	2568		
R6.5 ร้อยละของผู้ให้บริการสุขภาพรายงานว่าเคยเห็นการรังเกียจผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีในโรงพยาบาลในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา	27.0	2560		20		10		การเฝ้าระวังในสถานพยาบาล	กอพ.
R6.6 ร้อยละของผู้ให้บริการสุขภาพรายงานว่าทัศนคติไม่ดีต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี	83.5	2560		60		30		การเฝ้าระวังในสถานพยาบาล	กอพ.
R6.7 ร้อยละของผู้ให้บริการสุขภาพกังวลว่าจะติดเชื้อระหว่างการให้บริการผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี	49.7	2560		30		10		การเฝ้าระวังในสถานพยาบาล	กอพ.
ผลลัพธ์ที่ 7: ผู้หญิงและเด็กผู้หญิง ผู้ชายและเด็กผู้ชาย ในทุกความหลากหลายทางเพศภาวะ สามารถปฏิบัติและได้รับการสนับสนุนในฐานะทางสังคมที่มีความเสมอภาคและเท่าเทียมทางเพศภาวะ รวมถึงได้ทำงานร่วมกันเพื่อยุติการใช้ความรุนแรงเนื่องจากเพศภาวะและเพื่อลดความเสี่ยงและผลกระทบจากเอชไอวี									
R7.1 ร้อยละของหญิงอายุ 15-49 ปีที่เคยแต่งงานหรือมีคู่ที่มีประสบการณ์ถูกใช้ความรุนแรงทางกายหรือทางเพศจากคู่ที่เป็นชายในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา	15	2561		TBD			10	MICS	NSO
R7.2 ร้อยละของหญิงอยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่มีประสบการณ์ถูกใช้ความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับเพศภาวะ	NA			TBD			10	การสำรวจ Stigma Index	คณะทำงานกลุ่มผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี
ง. ทรัพยากร									
ผลลัพธ์ที่ 8: การดำเนินงานเอชไอวีที่นำโดยชุมชน ได้รับการยอมรับ ส่งเสริม สนับสนุนทรัพยากร และบูรณาการกับการดำเนินงานของประเทศในการต่อสู้กับปัญหาเอดส์อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน									
R8.1 ร้อยละของงบประมาณของประเทศในการป้องกันเอชไอวีที่สนับสนุนการดำเนินงานขององค์กรภาคประชาสังคม	64.0	2562	70	75	80	85	90	สปสช.	สปสช.

2.4 ตัวชี้วัดผลผลิต/ความครอบคลุม และเป้าหมาย

ตารางที่ 5 ตัวชี้วัดและเป้าหมายรายปีของยุทธศาสตร์ แผนงานและผลผลิต พ.ศ. 2564 - 2568

ยุทธศาสตร์ แผนงานและตัวชี้วัดผลผลิต									
ตัวชี้วัด	ข้อมูลพื้นฐาน		เป้าหมาย					แหล่งที่มา	หน่วยงานรับผิดชอบ
	ค่า	ปี	2564	2565	2566	2567	2568		
ยุทธศาสตร์ที่ 1: มุ่งเน้นและเร่งรัดจัดชุดบริการที่มีประสิทธิภาพสูงและรอบด้านให้ครอบคลุมพื้นที่และประชากรที่อยู่ในภาวะเสี่ยงและมีโอกาสรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีสูง									
A. แผนงานกลุ่มประชากรหลัก (KP)									
S1A.1 ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันผสมผสาน								RTCM, E-cascade, NAP plus	กอพ./สปสช.
ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย	64.8	2563	91	91	92	92	93		
หญิงข้ามเพศ	44.8	2563	91	91	92	92	93		
พนักงานบริการชาย	28.0	2563	70	75	75	80	80		
พนักงานบริการหญิง	23.0	2563	91	92	92	93	93		
ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด	23.5	2562	50	52	58	70	75		
ผู้ต้องขัง	97.3	2563	>95	>95	>95	>95	>95	บันทึกบริการ	กรมราชทัณฑ์
ประชากรข้ามชาติ	87.5	2563	96	97	97	97	98	RTCM	กอพ.
S1A.2 เฉลี่ยจำนวนเข็มและกระบอกฉีดปลอดเชื้อที่แจกให้ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีดต่อคนต่อปี	12.2	2563	30	31	35	40	48	RTCM	กอพ.
S1A.3 ร้อยละของผู้รับการรักษาด้วยสารทดแทนอนุพันธ์ฝิ่น ที่รับการรักษาน้อยกว่า 6 เดือน	64	2562	30	50	60	70	75	บันทึกบริการ	สยช.

ยุทธศาสตร์ แผนงานและตัวชี้วัดผลผลิต										
ตัวชี้วัด	ข้อมูลพื้นฐาน		เป้าหมาย					แหล่งที่มา	หน่วยงานรับผิดชอบ	
	ค่า	ปี	2564	2565	2566	2567	2568			
S1A.4 ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่ได้ตรวจเอชไอวีใน ช่วงเวลาของรายงาน และรู้ผลตรวจของตนเอง									E-cascade, NAP plus	กอพ.
ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย	77.4	2563	73	77	78	85	92			
หญิงข้ามเพศ	54.4	2563	73	77	78	85	85			
พนักงานบริการชาย	49.9	2563	56	64	64	89	90			
พนักงานบริการหญิง	28.8	2563	91	91	92	92	93			
ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด	15.0	2563	34	42	55	78	80			
ผู้ต้องขัง	35.4	2563	80	84	88	90	92	บันทึกบริการ		กรมราชทัณฑ์
ประชากรข้ามชาติ	28.3	2563	50	55	60	62	65	RTCM		กอพ.
S1A.5 ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่มีผลตรวจเอชไอวี เป็นบวกในระยะเวลาของรายงาน ได้รับทราบผล									E-cascade, NAP plus	กอพ.
ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย	6.7	2563	8.5	8	7.5	7	6.5			
หญิงข้ามเพศ	4.1	2563	5	5	5	4	3.5			
พนักงานบริการชาย	4.9	2563	2	3	3	2	<2			
พนักงานบริการหญิง	0.9	2563	>1	>1	>1	1	1			
ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด	3.0	2563	>5	>6	>6	6	6			
ผู้ต้องขัง	1.2	2563	1.2	1.2	1.2	1.2	1	บันทึกบริการ		กรมราชทัณฑ์
ประชากรข้ามชาติ	0.8	2563	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	RTCM		กอพ.
S1A.6 ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่วินิจฉัยว่าติดเชื้อ เอชไอวีรายใหม่ที่ได้เริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัส									NAP plus	กอพ./สปสช.
ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย	NA		90	92	95	95	96			
หญิงข้ามเพศ	NA		90	92	95	95	96			
พนักงานบริการชาย	NA		90	92	95	95	96			

ยุทธศาสตร์ แผนงานและตัวชี้วัดผลผลิต									
ตัวชี้วัด	ข้อมูลพื้นฐาน		เป้าหมาย					แหล่งที่มา	หน่วยงานรับผิดชอบ
	ค่า	ปี	2564	2565	2566	2567	2568		
พนักงานบริการหญิง	NA		90	92	95	95	96		
ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด	NA		90	92	95	95	96		
ผู้ต้องขัง	NA		90	92	95	95	96	บันทึกบริการ	กรมราชทัณฑ์
ประชากรข้ามชาติ	NA		90	92	95	95	96	บันทึกบริการ	กอพ.
S1A.7 ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าเกณฑ์ได้รับยาเพรีพ (PrEP) ได้เริ่มใช้ยา PrEP ชนิดรับประทานในช่วงเวลาของรายงาน								NAP plus	กอพ./สปสช.
รวม	9.3	2563	20	30	40	50	60		
คู่ผลเลือดต่าง	40.2	2563	50	70	80	90	98		
ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย	10.3	2563	20	30	40	50	60		
หญิงข้ามเพศ	11.4	2563	15	20	25	30	30		
ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด	0.04	2563	8	15	20	25	25		
B. การบูรณาการบริการเอชไอวีกับบริการสุขภาพอื่น									
S1B.1 สัดส่วนของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่เริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ที่ได้ตรวจไวรัสตับอักเสบบี ซี	ตัวชี้วัดใหม่				TBD	TBD	TBD	บันทึกบริการ	สปสช.
S1B.2 สัดส่วนของกลุ่มประชากรหลักติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับไวรัสตับอักเสบบี ซี ที่ได้เริ่มต้นรักษาไวรัสตับอักเสบบี ซี	ตัวชี้วัดใหม่				TBD	TBD	TBD	บันทึกบริการ	สปสช.

ยุทธศาสตร์ แผนงานและตัวชี้วัดผลผลิต										
ตัวชี้วัด	ข้อมูลพื้นฐาน		เป้าหมาย					แหล่งที่มา	หน่วยงานรับผิดชอบ	
	ค่า	ปี	2564	2565	2566	2567	2568			
S2A.4 ร้อยละของทารกที่สัมผัสเชื้อเอชไอวีได้ตรวจการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีภายใน 2 เดือนหลังคลอด									PHIMS	กรมอนามัย
ไทย	51.6	2563	60	70	75	80	90			
ต่างชาติ	50.4	2563	60	70	75	80	90			
S2A.5 ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้ตรวจซีฟิลิส ตรวจพบมีผลเลือดบวก และได้รับการรักษา										
(1) ร้อยละของหญิงคลอดบุตรในช่วงของรายงานได้ตรวจซีฟิลิส									PHIMS	กรมอนามัย
ไทย	99.5	2563	>99.5	>99.5	>99.5	>99.5	>99.5			
ต่างชาติ	99.4	2563	>99.5	>99.5	>99.5	>99.5	>99.5			
(2) ร้อยละของหญิงคลอดบุตรในช่วงของรายงานที่ได้ตรวจพบเชื้อซีฟิลิส									PHIMS	กรมอนามัย
ไทย	0.63	2563	<0.5	<0.5	<0.5	<0.5	<0.5			
ต่างชาติ	0.22	2563	<0.2	<0.2	<0.2	<0.2	<0.2			
(3) ร้อยละของหญิงคลอดบุตรในช่วงของรายงานที่ตรวจพบเชื้อซีฟิลิสได้รับการรักษา									PHIMS	กรมอนามัย
ไทย	98	2563	99	>99	>99	>99	>99			
ต่างชาติ	99	2563	99	>99	>99	>99	>99			
S2A.6 จำนวนจังหวัดที่บรรลุเป้าหมายการยุติการติดเชื้อเอชไอวีและซีฟิลิสจากแม่สู่ลูก	63	2563	70	77	77	77	77		PHIMS	กรมอนามัย

ยุทธศาสตร์ แผนงานและตัวชี้วัดผลผลิต									
ตัวชี้วัด	ข้อมูลพื้นฐาน		เป้าหมาย					แหล่งที่มา	หน่วยงานรับผิดชอบ
	ค่า	ปี	2564	2565	2566	2567	2568		
B. แผนงานสร้างความรู้ความเข้าใจเรื่องเอชไอวี									
S2B.1 ร้อยละของสถานศึกษาที่มีครูอย่างน้อยร้อยละ 20 ผ่านการรับรองว่าได้เข้าอบรมออนไลน์เรื่องการจัดการหลักสูตรเพศศึกษาสำหรับนักเรียนในสถานศึกษา สถานศึกษา	NA				TBD	TBD	TBD	บันทึกการดำเนินงาน	กระทรวงศึกษาธิการ กรมส่งเสริมการปกครอง ท้องถิ่น
ยุทธศาสตร์ที่ 3: พัฒนาและเร่งรัดการรักษา ดูแลช่วยเหลือทางสังคมที่ให้มีคุณภาพรอบด้านและยั่งยืน									
A. แผนงานตรวจเอชไอวี (Differentiated HIV testing)									
S3A.1 ร้อยละของการตรวจเอชไอวีที่มีผลบวก	2.2	2563	2	1.8	1.5	1.2	1	NAP plus	สปสช./กอฟ.
S3A.2 ร้อยละของผู้ใหญ่และเด็กติดเชื้อเอชไอวี ตรวจพบใหม่ ที่มีค่า CD4 ที่ตรวจครั้งแรก ต่ำ								NAP plus	สปสช./กอฟ.
CD4 <200 เซลล์/ลบ.มม.	52.7	2563	45	40	35	30	25		
CD4 <350 เซลล์/ลบ.มม.	72.7	2563	65	60	55	50	45		
B. แผนงานรักษาด้วยยาต้านไวรัส (ART)									
S3B.1 ลำดับการรับบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ (ART cascade) ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ตรวจพบใหม่ในช่วงเวลาของรายงาน								NAP plus	สปสช./กอฟ.
(1) ร้อยละของผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ตรวจพบใหม่ที่ได้เริ่ม ART	NA		90	92	95	95	96		
(2) ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ตรวจพบใหม่และได้เริ่ม ART ที่ขาดการรักษา	NA		12	10	8	6	4		
(3) ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีตรวจพบใหม่และได้เริ่ม ART ที่ได้ตรวจปริมาณไวรัสฯ	NA		80	85	90	92	95		

ยุทธศาสตร์ แผนงานและตัวชี้วัดผลผลิต									
ตัวชี้วัด	ข้อมูลพื้นฐาน		เป้าหมาย					แหล่งที่มา	หน่วยงานรับผิดชอบ
	ค่า	ปี	2564	2565	2566	2567	2568		
(4) ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ตรวจพบใหม่ที่ได้เริ่ม ART และตรวจปริมาณไวรัสฯ สามารถกดปริมาณไวรัสฯ ได้	NA		95	>95	>95	>95	>95		
S3B.2 ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ตรวจพบใหม่ในช่วงเวลาของรายงานได้เริ่ม ART ภายใน 7 วัน หลังการวินิจฉัย	NA		40	50	60	70	80	NAP plus	สปสช./กอฟ.
C. แผนงานบูรณาการบริการวัณโรคและเอชไอวี									
S3C.1 ร้อยละของผู้ป่วยวัณโรคทั้งรายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียนรักษา	78.2	2563	95	95	95	95	95	NTIP	กองวัณโรค
S3C.2 ร้อยละของผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่อยู่ในการดูแล ได้ตรวจคัดกรองวัณโรค	NA		70	80	90	95	95	DAS-TBHIV	กอฟ.
S3C.3 ร้อยละของผู้ป่วยวัณโรคร่วมกับเอชไอวีตามการคาดประมาณ ที่ได้รับการทั้งวัณโรคและเอชไอวี	50.5	2563	55	60	65	70	75	NTIP, NAP plus	กองวัณโรค/กอฟ.
S3C.4 ร้อยละของผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่กำลังรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ และเข้าเกณฑ์รักษาวัณโรคเพื่อป้องกัน (Treatment Preventive Therapy: TPT) ได้เริ่ม TPT	6.6	2563	30	35	40	50	60	DAS-TBHIV	กอฟ.

ยุทธศาสตร์ แผนงานและตัวชี้วัดผลผลิต									
ตัวชี้วัด	ข้อมูลพื้นฐาน		เป้าหมาย					แหล่งที่มา	หน่วยงานรับผิดชอบ
	ค่า	ปี	2564	2565	2566	2567	2568		
ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี	NA			TBD			90	การสำรวจ Stigma Index	คณะทำงานกลุ่มผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี
กลุ่มประชากรหลัก	NA			TBD		80		BBS	กองระบาดวิทยา
S4A.6 ประเด็นทางกฎหมาย/กฎ/ระเบียบที่เป็นปัญหาอุปสรรคในการเข้าถึงบริการของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและประชากรหลัก (ระบุ)	1. การลดอันตรายจากยาเสพติด 2. พนักงันบริการ 3. ประกันสุขภาพประชากรข้ามชาติ 4. LGBTQI 5. การเปิดเผยการติดเชื้อเอชไอวี	2563					1	NCPI	กอพ.
ยุทธศาสตร์ที่ 5: : เพิ่มความร่วมมือรับผิดชอบ การลงทุนและประสิทธิภาพการจัดการในทุกภาคส่วน ทั้งระดับนานาชาติ ระดับชาติ ระดับจังหวัดและระดับพื้นที่									
A. การสนับสนุนงบประมาณ									
S5A.1 ร้อยละของค่าใช้จ่าย ในการดำเนินงานเอดส์ของ ประเทศ ที่มาจากงบประมาณภายในประเทศ	90.0	2562	91	91	92	92	93	NASA	กอพ.
S5A.2 ร้อยละของค่าใช้จ่าย ในการดำเนินงานเอดส์ของ ประเทศ ที่ใช้สำหรับการป้องกัน	14.0	2562			18		20	NASA	กอพ.
S5A.3 ร้อยละของค่าใช้จ่าย ในการดำเนินงานเอดส์ของ ประเทศ สำหรับแผนงานป้องกัน ในกลุ่ม	22.0	2562			35		40	NASA	กอพ.

ยุทธศาสตร์ แผนงานและตัวชี้วัดผลผลิต									
ตัวชี้วัด	ข้อมูลพื้นฐาน		เป้าหมาย					แหล่งที่มา	หน่วยงานรับผิดชอบ
	ค่า	ปี	2564	2565	2566	2567	2568		
ประชากรหลักที่มาจากงบประมาณภายในประเทศ									
S5A.4 ร้อยละของค่าใช้จ่าย ในการดำเนินงานเอดส์ของประเทศไทย ที่ใช้สำหรับการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ	0.6	2562			3		6	NASA	กอพ.
S5A.5 ร้อยละของเงินกองทุนสุขภาพตำบล ที่ใช้สำหรับการดำเนินงานเอดส์	NA			TBD	TBD	TBD	TBD	บันทึกการดำเนินงาน	สปสช.
S5A.6 จำนวนจังหวัดที่มีแผนยุติปัญหาเอดส์	3	2563	14	24	36	>36	>36	บันทึกการดำเนินงาน	กอพ.
B. การรับรองคุณภาพ									
S5B.1 ร้อยละขององค์กรภาคประชาสังคมรับทุนสนับสนุนการทำงานเอชไอวี ที่ได้รับการรับรองคุณภาพ	0	2563	40	50	70	80	90	บันทึกการดำเนินงาน	กอพ.
ยุทธศาสตร์ที่ 6: ส่งเสริมและพัฒนาการเข้าถึง และการใช้ประโยชน์ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์และการวิจัยที่รอบด้านและมีประสิทธิภาพ									
A. ระบบสารสนเทศว่าด้วยการบริหารงานสุขภาพ									
S6A.1 จำนวนจังหวัดที่จัดทำรายงานวิเคราะห์การดำเนินงานยุติเอดส์ ตามที่กำหนด	เริ่มดำเนินการปี 2565			18	35	60	77	บันทึกข้อมูลโปรแกรม	กอพ.
B. การติดตามระดับชุมชน									
S6B.1 ร้อยละของรายงานผลการติดตามระดับชุมชน ที่ได้นำเสนอต่อกลไกการกำกับดูแลที่เกี่ยวข้อง	NA			TBD	TBD	TBD	TBD	บันทึกการดำเนินงาน	กอพ.
C. การวิจัยและการประเมินผล									
S6C.1 จำนวนและประเด็นของรายงานการวิจัยและการประเมินผล	NA			TBD	TBD	TBD	TBD	NASA	กอพ.

3. กลยุทธ์เร่งรัดการยุติปัญหาเอดส์และตัวชี้วัดหลักเพื่อบรรลุเป้าหมายเอดส์โลก พ.ศ. 2568

ประเทศไทยได้กำหนดกลยุทธ์เร่งรัดปิดช่องว่างเพื่อยุติปัญหาเอดส์ ให้บรรลุตามเป้าหมายเอดส์โลก พ.ศ. 2568 (2025 Global AIDS Targets) และได้คัดเลือกตัวชี้วัดหลักสำหรับติดตามการดำเนินงานตามมาตรการเร่งรัดเพื่อให้มั่นใจว่า ประเทศไทยจะสามารถบรรลุเป้าหมายเอดส์โลก พ.ศ. 2568 ที่มีความมุ่งมั่นที่จะลดความไม่เท่าเทียม ประกอบด้วยเป้าหมาย ดังนี้³

เป้าหมาย “น้อยกว่าร้อยละ 10” กล่าวคือ

- ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและกลุ่มประชากรหลักมีประสบการณ์ถูกตีตราและเลือกปฏิบัติน้อยกว่าร้อยละ 10
- สตรี เด็กผู้หญิงและกลุ่มประชากรหลักที่มีประสบการณ์การถูกปฏิบัติที่มีความไม่เท่าเทียมทางเพศภาวะและได้รับความรุนแรงเนื่องจากเพศภาวะ น้อยกว่าร้อยละ 10
- ประเทศที่มีกฎหมายหรือนโยบายลงโทษที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีและเพศภาวะ น้อยกว่าร้อยละ 10

เป้าหมาย “มากกว่าร้อยละ 95” กล่าวคือ

- ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีใช้วิธีการป้องกันแบบผสมผสาน ร้อยละ 95
- ผู้ใหญ่และเด็กที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ได้ตรวจเอชไอวี ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ และกดปริมาณไวรัสฯ ได้สำเร็จ ร้อยละ 95-95-95 ตามลำดับ
- สตรีเข้าถึงการให้บริการอนามัยทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ ร้อยละ 95
- การบริการจัดการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก ครอบคลุมร้อยละ 95
- ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีได้รับการรักษาเพื่อป้องกันวัณโรค ร้อยละ 90
- ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและผู้มีความเสี่ยงเข้าถึงบริการสุขภาพอื่นที่บูรณาการกับเอชไอวี ร้อยละ 90

ประเทศไทยได้กำหนดกลยุทธ์เพื่อปิดช่องว่างและเร่งรัดให้เกิดความก้าวหน้าตามเป้าหมายเอดส์โลก พ.ศ. 2568 โดยกำหนดแนวทางการทำงานที่มีลำดับความสำคัญสูง 4 ด้าน ดังนี้

1. บริการเอชไอวี

เร่งรัดให้การป้องกันแบบผสมผสานที่มีคนเป็นศูนย์กลาง และการดำเนินการตรวจและรักษาทันที (Test and Treat) เพื่อให้เกิดผลกระทบในการป้องกันสูงสุด ด้วยการดำเนินการ ดังนี้

(1) ขยายการดำเนินการอย่างรวดเร็ว ในการให้บริการยาต้านไวรัสเอชไอวีแก่ผู้ที่ยังไม่ติดเชื้อเอชไอวี ก่อนมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการสัมผัสเชื้อฯ (PrEP) ร่วมกับการตรวจและรักษาทันที (Test and Treat) การกระจายถุงยางอนามัยถ่วงหน้า และการจัดการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มประชากรหลัก โดยเฉพาะกลุ่มประชากรหลักที่เป็นเยาวชน

(2) ขยายบริการที่จำเป็นและเพิ่มการเข้าถึงการป้องกันแบบผสมผสานที่มีเยาวชนเป็นศูนย์กลางด้วยการมีส่วนร่วมของเยาวชน โดยกลวิธีที่เป็นนวัตกรรมออนไลน์ รวมถึงการเข้าถึงทางดิจิทัล ครอบคลุมบริการอนามัยทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ การเรียนรู้เพศศึกษาผสมผสาน การป้องกันเอชไอวี การลดอันตรายจากยาเสพติด การจัดการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

(3) เพิ่มการเข้าถึงบริการเอชไอวีที่ปรับวิธีการบริการให้เหมาะสมกับแต่ละกลุ่มประชากรในแต่ละบริบท (Differentiated services) ด้วยนวัตกรรมการตรวจเอชไอวี ได้แก่ การตรวจเอชไอวีด้วยตนเอง

³ End Equalities. End AIDS. Global AIDS strategy 2021-2026, UNAIDS 2021

(HIV Self-test: HIVST) การตรวจเอชไอวีในคู่/เครือข่ายผู้อยู่ร่วมกับเชื้อฯ (Index partner testing) การเริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ภายในวันเดียว (Same-Day ART) การจ่ายยาต้านไวรัสฯ ให้กับผู้อยู่ร่วมกับเชื้อฯ นาน 6 เดือน (Multi-Month Dispensing: MMD) การใช้เทคโนโลยีการดูแลด้วยระบบทางไกล/โทรเวชกรรม (Telehealth/Telemedicine) และการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง

2. บริการบูรณาการเอชไอวีกับโรคอื่น ๆ

ขยายบริการด้านเอชไอวีที่ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง โดยบูรณาการเอชไอวีกับบริการวัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และไวรัสตับอักเสบ โดยผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ด้วยการดำเนินการ ดังนี้

- (1) ส่งเสริมให้จังหวัดดำเนินการยุติการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี ซิฟิลิส และไวรัสตับอักเสบ บี จากแม่สู่ลูก ในลักษณะความเป็นเจ้าของ ให้จังหวัดตนเองบรรลุเป้าหมายการจัดการถ่ายทอดเชื้อฯ จากแม่สู่ลูก
- (2) ขยายการคัดกรองการป่วยวัณโรค และรักษาวัณโรคระยะแฝง
- (3) ขยายบริการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี ในชุมชน

3. ปัจจัยเกื้อหนุนทางสังคม

จัดการรังเกียจและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีและเพศภาวะทุกรูปแบบ ด้วยการดำเนินการ ดังนี้

- (1) ขยายการดำเนินงานยุติการรังเกียจและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีและเพศภาวะในทุกรูปแบบ และส่งเสริมสิทธิมนุษยชนและความเท่าเทียมทางเพศภาวะ

4. การพัฒนาระบบ

4.1 การสร้างเสริมความเข้มแข็งของระบบการทำงานและบริการโดยชุมชน ด้วยการดำเนินการ ดังนี้

- (1) จัดระบบการบริการและขยายระบบสร้างผู้ให้บริการสุขภาพชุมชนและองค์กรชุมชน ให้เป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพ (CBO certification)
- (2) สร้างระบบการติดตามงานโดยชุมชน เพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ ที่นำไปใช้พัฒนาคุณภาพบริการและผลักดันนโยบายสำคัญ

4.2 การสนับสนุนทรัพยากรให้เพียงพอและต่อเนื่องในระบบสุขภาพ การคุ้มครองทางสังคม และการจัดการภาวะวิกฤติภัยโรคระบาด ด้วยการดำเนินการ ดังนี้

- (1) สนับสนุนงบประมาณป้องกันเอชไอวีให้เพียงพอ
- (2) สนับสนุนงบประมาณการให้บริการโดยชุมชนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเต็มที่และต่อเนื่อง ด้วยรูปแบบของการสนับสนุนการเงินที่มีประสิทธิผลแก่องค์กรชุมชน (Social contracting model)
- (3) เพิ่มสมรรถนะการดำเนินงานของบุคลากรด้านสุขภาพ
- (4) สนับสนุนการช่วยเหลือทางมนุษยธรรมในกรณีของการเกิดโรคระบาดที่มีผลกระทบต่อการทำงาน แนวทางการดำเนินงานตามกลยุทธ์เร่งรัดนี้ มุ่งหมายให้เกิดผลกระทบและผลลัพธ์สำหรับประเทศไทย ใน พ.ศ. 2568 ดังนี้

- ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ น้อยกว่า 3,000 ราย
- ผู้เสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับเอดส์ น้อยกว่า 7,000 ราย
- ผู้ใหญ่ที่มีทัศนคติที่เป็นการเลือกปฏิบัติต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี น้อยกว่าร้อยละ 10

ทั้งนี้ เพื่อให้สามารถปรับตัวในการดำเนินงานได้เร็วขึ้น จึงคัดเลือกตัวชี้วัดที่จะนำข้อมูลผลการดำเนินงานมาพิจารณาถี่มากขึ้น กล่าวคือ ใช้ติดตามผลการดำเนินงานรายไตรมาสในระดับแผนงาน และติดตามผลการดำเนินงานทุก 6 เดือน ในระดับชาติ ตัวชี้วัดและเป้าหมายรายปีของกลยุทธ์เร่งรัดในแต่ละด้าน แสดงในตารางที่ 6 ดังนี้

ตารางที่ 6 ตัวชี้วัดหลักและเป้าหมายตามกลยุทธ์เร่งรัดการยุติปัญหาเอดส์เพื่อบรรลุเป้าหมายเอดส์โลก พ.ศ. 2568

ตัวชี้วัดหลักและเป้าหมายตามกลยุทธ์เร่งรัดการยุติปัญหาเอดส์เพื่อบรรลุเป้าหมายเอดส์โลก พ.ศ. 2568										
ตัวชี้วัด	ข้อมูลพื้นฐาน		เป้าหมาย (ปีงบประมาณ พ.ศ.)					แหล่งข้อมูล	หน่วยงานรับผิดชอบ	
	ค่า	พ.ศ.	2564	2565	2566	2567	2568			
ก. บริการเอชไอวี: เร่งรัดให้การป้องกันแบบผสมผสานที่มีคนเป็นศูนย์กลาง และการดำเนินการตรวจและรักษาทันที (Test and Treat) เพื่อให้เกิดผลกระทบในการป้องกันสูงสุด										
1. ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่ได้ตรวจเอชไอวีในช่วงเวลาของรายงาน และรู้ผลตรวจของตนเอง (S1A.4)									NAP plus, RTCM, E-cascade	กอพ.
ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย	77.4	2563	82	85	88	90	92			
หญิงข้ามเพศ	54.4	2563	68	75	80	82	85			
พนักงานบริการชาย	49.9	2563	60	65	70	75	80			
พนักงานบริการหญิง	28.8	2563	40	50	60	70	75			
ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด	15.0	2563	30	40	50	55	60			
ผู้ต้องขัง	35.4	2563	80	84	88	90	92			
ประชากรข้ามชาติ	28.3	2563	50	55	60	62	65			
2. ร้อยละของเยาวชนที่ได้ตรวจเอชไอวีและรู้ผลการตรวจของตนเอง (S1A.4)									NAP plus RTCM, E-cascade	กอพ.
เยาวชน (15-24 ปี)	NA			TBD	TBD	TBD	TBD			
ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย อายุ < 25 ปี	NA			TBD	TBD	TBD	TBD			
พนักงานบริการชาย อายุ < 25 ปี	NA			TBD	TBD	TBD	TBD			
หญิงข้ามเพศ อายุ < 25 ปี	NA			TBD	TBD	TBD	TBD			
ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด อายุ < 25 ปี	NA			TBD	TBD	TBD	TBD			

ตัวชี้วัดหลักและเป้าหมายตามกลยุทธ์เร่งรัดการยุติปัญหาเอดส์เพื่อบรรลุเป้าหมายเอดส์โลก พ.ศ. 2568										
ตัวชี้วัด	ข้อมูลพื้นฐาน		เป้าหมาย (ปีงบประมาณ พ.ศ.)					แหล่งข้อมูล	หน่วยงานรับผิดชอบ	
	ค่า	พ.ศ.	2564	2565	2566	2567	2568			
3. ร้อยละของผลตรวจเอชไอวีที่มีผลเป็นบวก (S1A.5)									NAP plus, E-cascade,	กอพ.
ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย	6.7	2563	8.5	8	7.5	7	6.5			
หญิงข้ามเพศ	4.1	2563	5	5	5	4	3.5			
พนักงานบริการชาย	4.9	2563	2	3	3	2	<2			
พนักงานบริการหญิง	0.9	2563	>1	>1	>1	1	1			
ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด	3.0	2563	>5	>6	>6	6	6			
ผู้ต้องขัง	1.2	2563	1.2	1.2	1.2	1.2	1			
ประชากรข้ามชาติ	0.8	2563	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8			
เยาวชน	2.7	2563	3	3.2	3.4	3.5	3.5			
4. ร้อยละของผู้ใหญ่และเด็กติดเชื้อเอชไอวีที่ตรวจพบใหม่ ที่มีค่า CD4 ที่ตรวจครั้งแรก ต่ำ (S3A.2)									NAP plus	สปสช.
CD4 <200 เซลล์/ลบ.มม.	52.7	2563	45	40	35	30	25			
CD4 <350 เซลล์/ลบ.มม.	72.7	2563	65	60	55	50	45			
5. ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ตรวจพบใหม่ในช่วงของรายงานได้เริ่ม ART ภายใน 7 วันหลังการวินิจฉัย (S3B.2)	NA		40	50	60	70	80		NAP plus	สปสช.
6. จำนวนผู้ที่เข้าเกณฑ์ฯ ได้เริ่มใช้ยาเพร็พ (PrEP) ชนิดรับประทานในช่วงที่รายงาน (S1A.7)	13,769	2563	28,000	42,000	57,000	71,000	84,000		NAP Plus	สปสช.

ตัวชี้วัดหลักและเป้าหมายตามกลยุทธ์เร่งรัดการยุติปัญหาเอดส์เพื่อบรรลุเป้าหมายเอดส์โลก พ.ศ. 2568									
ตัวชี้วัด	ข้อมูลพื้นฐาน		เป้าหมาย (ปีงบประมาณ พ.ศ.)					แหล่งข้อมูล	หน่วยงาน รับผิดชอบ
	ค่า	พ.ศ.	2564	2565	2566	2567	2568		
ข. บริการบูรณาการเอชไอวีกับโรคอื่น: ขยายบริการด้านเอชไอวีที่ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง โดยบูรณาการเอชไอวีกับบริการวัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และไวรัสตับอักเสบบ โดยผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง									
1. จำนวนจังหวัดที่บรรลุเป้าหมายการยุติการติดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสจากแม่สู่ทารกในครรภ์ (S2A.6)	63	2563	70	77	77	77	77	PHIMS รง.506	กรมอนามัย
2. จำนวน PLHIV ที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ และเข้าเกณฑ์ฯ ได้เริ่ม TPT (S3C.4)	290 (รายใหม่)	2563	26,000	45,000	63,000	70,000	72,000	DAS-TBHIV	กอพ.
3. จำนวนคนที่ได้ตรวจไวรัสตับอักเสบบ ซี (S1B.1)								บันทึกบริการ	สปสช.
ประชากรหลัก	NA			TBD	TBD	TBD	TBD		
ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี	NA			TBD	TBD	TBD	TBD		
4. ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่ได้ตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (S1B.3)	19.2	2563	28	34	41	45	52	NAP plus	กอพ.
ค. ปัจจัยเกื้อหนุนทางสังคม: ขจัดการรังเกียจและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีและเพศภาวะทุกรูปแบบ									
1. จำนวนโรงพยาบาลใหม่ที่ดำเนินงานลดการตีตราและเลือกปฏิบัติเนื่องจากเอชไอวีและเพศภาวะ (S4A.2)	52	2563	214	396	173	175	177	บันทึกแผนงาน	กอพ.
2. จำนวนองค์กร/หน่วยงาน (รัฐ เอกชน องค์กรพัฒนาเอกชน) ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและบริหารจัดการด้านเอดส์ในสถานที่ทำงาน (S4A.3)	308	2563	1192	5936	5731	9264	5807	บันทึกแผนงาน	กอพ.

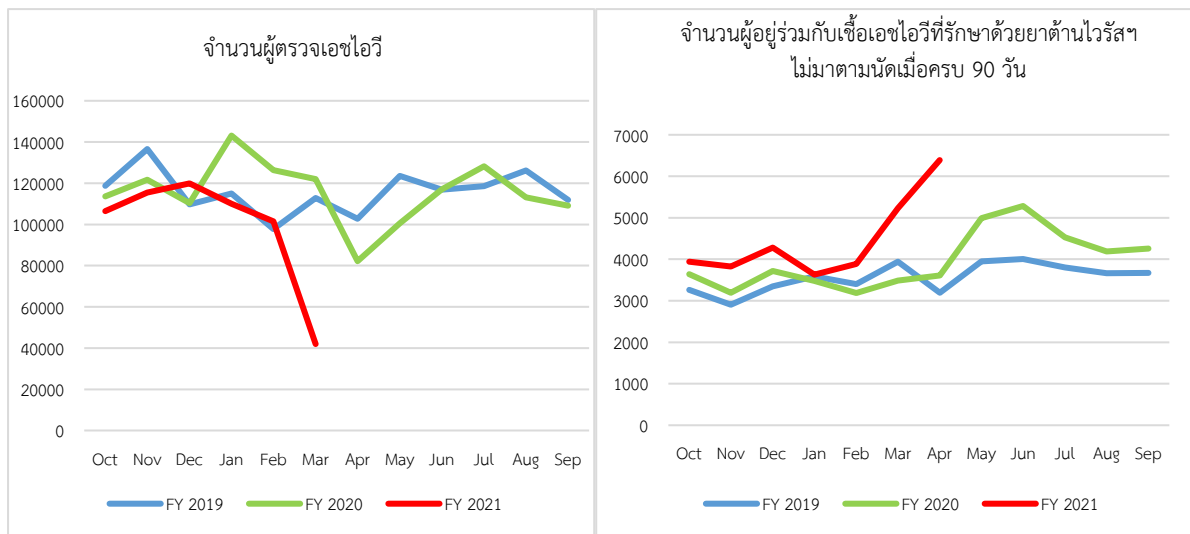
ตัวชี้วัดหลักและเป้าหมายตามกลยุทธ์เร่งรัดการยุติปัญหาเอดส์เพื่อบรรลุเป้าหมายเอดส์โลก พ.ศ. 2568									
ตัวชี้วัด	ข้อมูลพื้นฐาน		เป้าหมาย (ปีงบประมาณ พ.ศ.)					แหล่งข้อมูล	หน่วยงาน รับผิดชอบ
	ค่า	พ.ศ.	2564	2565	2566	2567	2568		
ง. การพัฒนาระบบ									
ง.1 การสร้างเสริมความเข้มแข็งของระบบการทำงานและบริการโดยชุมชน									
1. ร้อยละขององค์กรประชาสังคมรับทุนสนับสนุนการทำงานเอชไอวี ที่ได้รับการรับรองคุณภาพ (S5B.1)	0.0	2563	40	50	70	80	90	บันทึกแผนงาน	กอพ.
2. ร้อยละของงบประมาณประเทศในการป้องกันเอชไอวีที่สนับสนุนการดำเนินงานขององค์กรภาคประชาสังคม (R9.1)	64.0	2563	70	75	80	85	90	สปสช.	สปสช.
3. จำนวนรายงานการติดตามระดับชุมชน (S6B.1)	NA		TBD	TBD	TBD	TBD	TBD	บันทึกโปรแกรม	กอพ.
ง.2 การสนับสนุนทรัพยากรให้เพียงพอและต่อเนื่องในระบบสุขภาพ การคุ้มครองทางสังคม และการจัดการภาวะวิกฤติภัยโรคระบาด									
1. งบประมาณสำหรับถุงยางอนามัย (ล้านบาท)	127	2563	238	255	270	285	300	บันทึกแผนงาน	กอพ. สปสช.
2. ร้อยละของค่าใช้จ่าย ในการดำเนินงานเอดส์ของประเทศ ที่ใช้สำหรับการป้องกัน (S5A.2)	14.0	2562			18		20	NASA	กอพ.
3. ร้อยละของค่าใช้จ่าย ในการดำเนินงานเอดส์ของประเทศ ที่ใช้สำหรับการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ (S5A.4)	0.6	2562			3		6	NASA	กอพ.



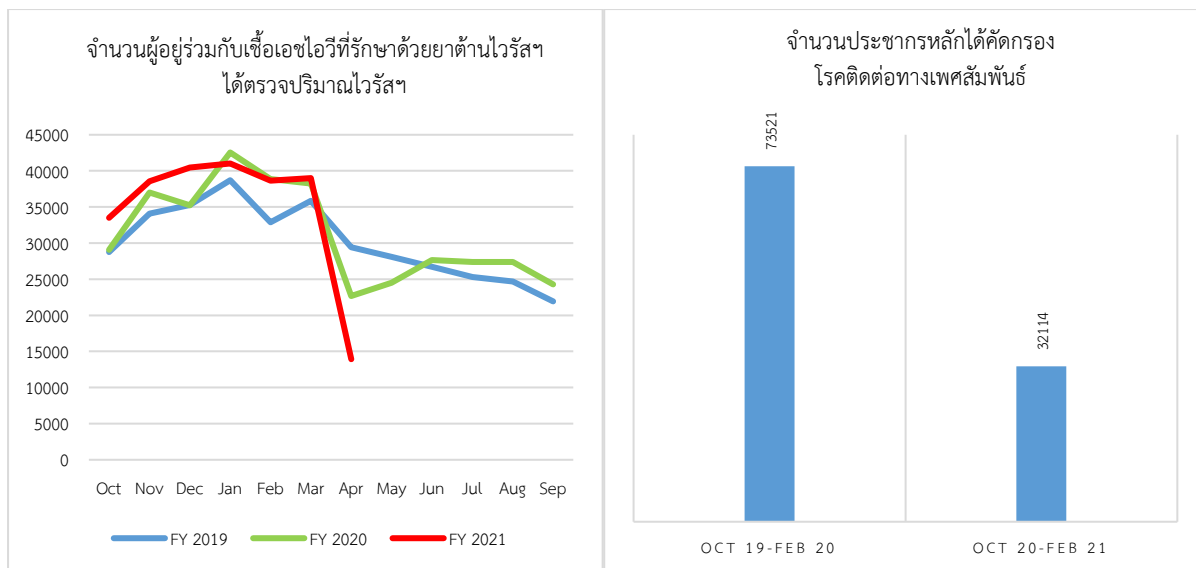
4. การติดตามผลกระทบของโควิด-19 ต่อบริการและแผนงานเอชไอวี

ประเทศไทยก็เช่นเดียวกับประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกที่ประสบกับการระบาดของโควิด-19 ต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานพอควร นับตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2563 เป็นต้นมา ประเทศไทยได้ประสบกับการระบาดใหญ่ของโรค 3 ช่วง ในการรับมือกับสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 นั้น ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพที่ชัดเจน หนึ่งในมาตรการสำคัญที่ได้รับผลกระทบคือลดการนัดคนไข้ที่ไม่เร่งด่วน เพื่อลดความหนาแน่น ลดการแพร่เชื้อในโรงพยาบาล และเตรียมการปรับเปลี่ยนการใช้ทรัพยากรในกรณีจำเป็นเมื่อมีกรณีจำเป็นเร่งด่วน ด้วยเหตุนี้จึงมีการเสนอให้สถานพยาบาลภาครัฐปรับการให้บริการและการใช้ทรัพยากรปรับเปลี่ยนนี้รวมถึงการเลื่อนการคัดกรองมะเร็งไว้ก่อนจนกว่าจะควบคุมสถานการณ์โควิด-19 ได้ การเลื่อนนัดแพทย์กรณีคนไข้ที่ไม่เร่งด่วน การปรึกษาแพทย์ด้วยเทคโนโลยีการดูแลด้วยระบบทางไกล/โทรเวชกรรม (Telehealth/Telemedicine) การส่งยาทางไปรษณีย์ไปให้คนไข้ที่มีอาการคงที่ ทั้งนี้มาตรการรักษาระยะห่าง (social distancing) ร่วมกับการจำกัดการเดินทางก็ส่งผลกระทบต่อการให้บริการและแผนงานเอชไอวีเช่นกัน

จำนวนผู้รับบริการเอชไอวีลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งการรับบริการตรวจเอชไอวี การตรวจปริมาณไวรัสฯ ของกลุ่มผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ การตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของกลุ่มประชากรหลัก และยังพบว่าผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ไม่ได้ไปพบแพทย์ตามนัดเมื่อครบ 90 วันมีจำนวนมากขึ้น (ภาพที่ 1.1 และ 1.2)



ภาพที่ 1.1 ผลกระทบจากโควิด-19 ต่อบริการเอชไอวีในประเทศไทย



ภาพที่ 1.2 ผลกระทบจากโควิด-19 ต่อบริการเอชไอวีในประเทศไทย

การสำรวจโรงพยาบาลทางออนไลน์ที่ดำเนินการโดยกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (กอพ.) ระหว่างการระบาดของโควิด-19 ระลอกที่ 2 และการสำรวจของ กอพ. ร่วมกับศูนย์ควบคุมโรคติดต่อแห่งสหรัฐ (U.S. Centers for Disease Control and Prevention: CDC) ประจำประเทศไทย ระหว่างการระบาดของโควิด-19 ระลอกที่ 3 พบว่า โรงพยาบาลที่ถูวยางอนามัยขาดสต็อก ร้อยละ 19 (30 แห่งจากทั้งหมด 156 แห่ง) และร้อยละ 17 (47 แห่งจากทั้งหมด 276 แห่ง) ระหว่างการระบาดของโควิด-19 ระลอกที่ 2 และ 3 ตามลำดับ การขาดสต็อกเกิดขึ้นกับยาต้านไวรัสฯ ด้วย ซึ่งมีสาเหตุจากการจ่ายยาต้านไวรัสฯ ให้กับผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีไประยะยาวหลายเดือน (MMD) นอกจากนี้เจ้าหน้าที่ประจำคลินิกเอชไอวีบางส่วนโดยเฉพาะในกรณีโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ต้องให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 ด้วย ส่งผลให้แพทย์ที่ดูแลกลุ่มผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีมีจำนวนน้อยลง

การติดตามผลกระทบจากการระบาดของโควิด-19 ต่อบริการและแผนงานเอชไอวีนั้น เป็นการติดตามผลกระทบกับบริการสำคัญรวมถึงยาและเวชภัณฑ์ อย่างสม่ำเสมอและในระยะเวลาที่ถี่มากขึ้น โดยจะติดตามเป็นรายเดือน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงที่มีการระบาดของโควิด-19 ซึ่งจำเป็นต้องจำแนกข้อมูลเพื่อระบุได้ว่าบริการใด หรือในพื้นที่ใด โรงพยาบาลใด อยู่ในลำดับความสำคัญที่ต้องการการแก้ไข และควรประเมินเชิงคุณภาพ เพื่อให้การสนับสนุนการดำเนินการเฉพาะด้านได้อย่างเหมาะสม รายละเอียดของตัวชี้วัดแหล่งข้อมูลและการจำแนกข้อมูลของแต่ละบริการ แสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ตัวชี้วัดติดตามผลกระทบจากโควิด-19 ต่อแผนงานเอชไอวี

บริการ	ตัวชี้วัด	แหล่งข้อมูล	การจำแนกข้อมูล
การตรวจเอชไอวี	<ul style="list-style-type: none"> • จำนวนผู้ตรวจเอชไอวี 	NAP plus, RTCM plus, E-cascade	<ul style="list-style-type: none"> -กลุ่มประชากรหลัก -จังหวัด -หน่วยบริการ
การป้องกันเอชไอวี	<ul style="list-style-type: none"> • จำนวนผู้ตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ • จำนวนถุงยางอนามัยที่สำรองไว้ 	NAP plus, DAS-report	<ul style="list-style-type: none"> -กลุ่มประชากรหลัก -จังหวัด -หน่วยบริการ
การดูแลรักษาเอชไอวี	<ul style="list-style-type: none"> • จำนวนผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ที่ไม่ได้มาตามนัดเมื่อครบ 90 วัน • จำนวนผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ได้ตรวจปริมาณไวรัสฯ • จำนวนยาต้านไวรัสฯ ที่สำรองไว้ 	NAP plus	<ul style="list-style-type: none"> -จังหวัด -หน่วยบริการ

5. โครงสร้างองค์กรในการติดตามและประเมินผลสถานการณ์และการดำเนินงานเอชไอวี

องค์กรที่มีบทบาทความรับผิดชอบในการติดตามและประเมินผลสถานการณ์การระบาดของเอชไอวี และการดำเนินงานเอชไอวี จัดเป็น 3 ระดับ คือ ระดับชาติ ระดับเขต และระดับจังหวัด อย่างไรก็ตาม เพื่อให้การติดตามและประเมินผลเกิดประโยชน์สูงสุด หน่วยงานที่ให้บริการโดยตรงทั้งภาครัฐ เอกชน และภาคประชาสังคม มีบทบาทสำคัญที่นอกเหนือจากการบันทึกบริการ ก็จะใช้วิเคราะห์และใช้ประโยชน์ เพื่อปรับปรุงการดำเนินงานของตนเองด้วย

ระดับชาติ

ในระดับชาติต้ององค์กรหลักรับผิดชอบการติดตามและประเมินผลแผนงานเอชไอวี ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังต่อไปนี้

1. การติดตามการระบาดของเอชไอวี (know your epidemic) กองระบาดวิทยาเป็นหน่วยงานหลักในการจัดทำแนวทางและดำเนินการเฝ้าระวังความชุกการติดเชื้อเอชไอวี (HIV Sentinel Surveillance: HSS) การสำรวจชีวพฤติกรรม (Biobehavioral Survey: BBS) และกิจกรรมอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เข้าใจสถานการณ์การระบาดของเอชไอวีในปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคต ในระหว่างนี้กำลังพัฒนาแนวทางการใช้การสำรวจพฤติกรรมทาง online ร่วมกับการสำรวจทางชีวภาพแบบ offline ใน BBS

2. การติดตามการดำเนินงานระดับชาติ (know your response) กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (กอพ.) ร่วมกับสำนักบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นหน่วยงานหลักในระดับชาติประสานกับภาคีทั้งภาครัฐนอกกระทรวงสาธารณสุข ภาคเอกชนและภาคประชาสังคม ในการจัดระบบและรวบรวมข้อมูลการดำเนินงาน

องค์กรหลักทั้งสาม (กองระบาดวิทยา กอพ. และ สปสช.) ดำเนินการภายใต้แนวทางทั้งด้านปฏิบัติการและด้านวิชาการที่กำหนดโดยคณะอนุกรรมการระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ ในการประชุมทุก 6 เดือน ของคณะอนุกรรมการฯ เป็นการพิจารณาประเด็นสำคัญเพื่อสื่อสารไปยังคณะอนุกรรมการยุติปัญหาเอดส์ระดับชาติ และรายงานไปยังคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ (คช.ปอ.) ต่อไปตามลำดับ กระทรวงสาธารณสุขโดยความร่วมมือและสนับสนุนทางวิชาการจากภาคีพัฒนา ได้แก่ กองทุนโลก PEPFAR และ UNAIDS ในการพัฒนา ดำเนินการตามระบบ ติดตามงาน เพื่อนำมาพิจารณาใช้ปรับปรุงคุณภาพการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

ระดับเขตสุขภาพ

ภายใต้กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้สำนักงานป้องกันควบคุมโรค (สคร.) รวมทั้งหมด 12 แห่ง โดยแต่ละ สคร. รับผิดชอบ 5 - 8 จังหวัด และสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง (สปคม.) ที่รับผิดชอบการทำงานในเขตกรุงเทพมหานคร เป็นผู้สนับสนุนทางวิชาการ กับจังหวัดในแต่ละเขตสุขภาพและในกรุงเทพมหานคร ในขณะที่ สปสช. กำหนดให้สำนักงาน สปสช.เขต 13 แห่งบริหารจัดการสนับสนุนงบประมาณให้แก่จังหวัดและ กทม.ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ ซึ่งเป็นเขตสุขภาพเช่นเดียวกันกับส่วนของกระทรวงสาธารณสุข

โดยการทำงานร่วมกับกองระบาดวิทยา สคร. และ สปคม. ทำหน้าที่ติดตามสถานการณ์การระบาดของเอชไอวีในเขตจังหวัดที่รับผิดชอบ และร่วมมือกับสำนักงาน สปสช. เขต ในการติดตามการดำเนินงานแผนงานเอชไอวีในจังหวัดที่รับผิดชอบ

ระดับจังหวัด

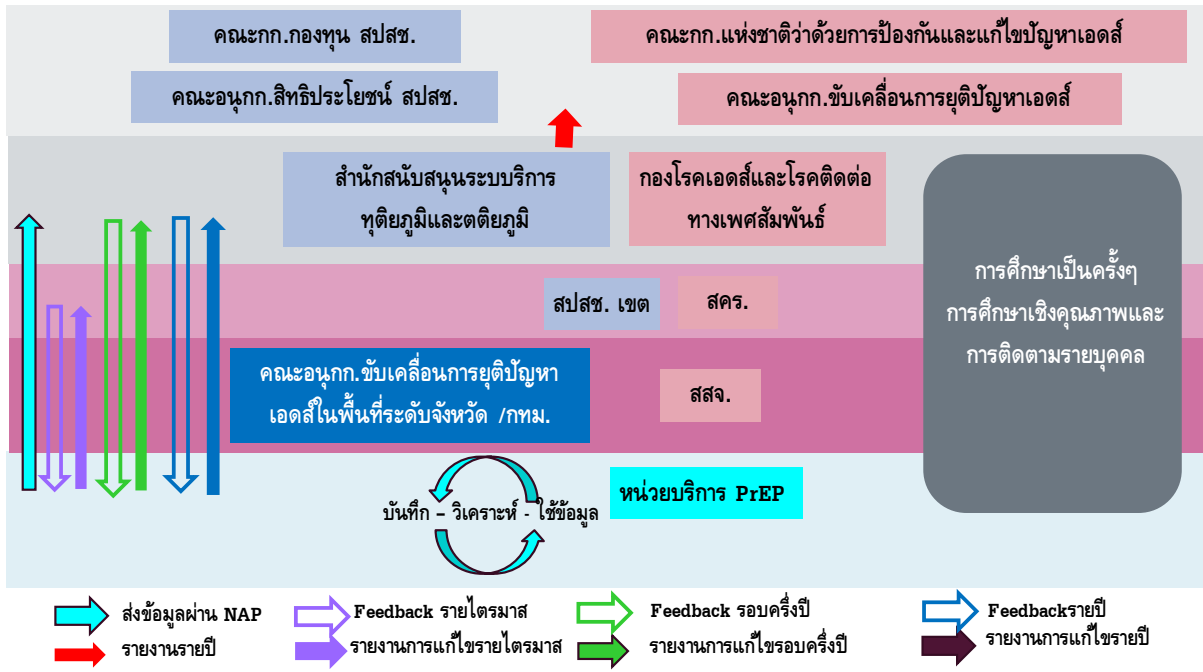
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ทำหน้าที่เป็นฝ่ายเลขานุการของคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัด/กรุงเทพมหานคร และรับผิดชอบกลไกประสานงานระดับจังหวัด (Provincial Coordinating Mechanism: PCM) โครงสร้างของ สสจ. มีกลุ่มงานควบคุมโรค โดยฝ่ายป้องกันควบคุมโรค และกลุ่มงานนโยบายและแผน ที่จะทำหน้าที่รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องทั้งในลักษณะของการติดตามสถานการณ์การระบาดระดับจังหวัดและการดำเนินงานตามระบบของกระทรวงสาธารณสุขและข้อมูลจากหน่วยงานภาคี เช่นเดียวกันกับกองควบคุมโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ซึ่งรับผิดชอบในการติดตามการระบาดและการดำเนินการในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

การติดตามการดำเนินงานแผนงานเอชไอวีที่ดำเนินการเป็นประจำ (ROUTINE HIV PROGRAM MONITORING)

หน่วยงานที่ดำเนินงานแผนงานเอชไอวี ไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนงบประมาณจากภาครัฐ ผู้ให้ทุนในประเทศหรือระหว่างประเทศ จะร่วมดำเนินการในกระบวนการทบทวนผลการดำเนินงานรายไตรมาส เพื่อพิจารณาว่าจะสามารถบรรลุเป้าหมายของแผนหรือไม่ รวมทั้งกำหนดแผนการปรับปรุงการดำเนินงาน

ภาพที่ 2 แสดงโครงสร้างของการรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ และใช้ข้อมูลในระดับหน่วยบริการ จังหวัด เขตสุขภาพ และระดับชาติ โดยที่บริการเอชไอวีหลัก ๆ จะบันทึกในระบบ NAP plus ของ สปสช. ที่มีลักษณะเป็น centralized database ที่ช่วยให้เชื่อมต่อข้อมูลผู้รับบริการจากหน่วยบริการต่าง ๆ ที่สามารถประมวลผลได้ในลักษณะ Real time ณ เวลาที่บันทึกข้อมูล สามารถจัดการประมวลผลการรับบริการที่ต่อเนื่องจากการเข้าถึงบริการป้องกัน ตรวจเอชไอวี รักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ กรณีพบผลบวก และรักษาต่อเนื่อง จนกดปริมาณไวรัสฯ ได้

หน่วยบริการทั้งภาครัฐ เอกชน และองค์กรภาคประชาสังคม บันทึกบริการเป็นรายบุคคล ซึ่งสามารถแจกแจงข้อมูลเป็นรายบุคคลเพื่อการติดตามความต่อเนื่องของการรับบริการ หากแต่ หน่วยงานในภูมิภาค ระดับจังหวัดและเขตสุขภาพ ได้แก่ สสจ. กทม. สคร./สปคม. สำนักงานสปสช.เขต และหน่วยงานส่วนกลาง ได้แก่ กอพ. สปสช. สามารถเข้าถึงเฉพาะข้อมูลที่เป็นจำนวน ไม่ใช่รายบุคคล ซึ่งจะประมวลผลแสดงในรูปแบบ Dashboard และคาดหวังให้หน่วยงานส่วนกลางและเขตสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลและส่งข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะกลับไปจังหวัดและหน่วยบริการเป็นรายไตรมาส ควบคู่ไปกับการติดตามการดำเนินงานปรับปรุงแก้ไขของจังหวัด และประมวลภาพรวมของประเทศ เสนอต่อคณะกรรมการระดับนโยบายทั้งส่วนของคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ และคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



ภาพที่ 2 โครงสร้างองค์กรในระบบการติดตามงานบริการเอชไอวี

6. แผนกิจกรรมการติดตามและประเมินผล พ.ศ. 2564 - 2568

แผนกิจกรรมการติดตามและประเมินผล ระหว่างปี พ.ศ. 2564 - 2568 ได้กำหนดกรอบการทำงาน เป็น 4 ด้าน คือ (1) การติดตามการระบาดของเอชไอวี (2) การติดตามการจัดการปัญหาเอชไอวี (3) การประเมินผล และ (4) การเสริมสร้างความเข้มแข็งในการติดตามการดำเนินงาน

6.1 การติดตามการระบาดของเอชไอวี

การสำรวจเฝ้าระวังเพื่อติดตามแนวโน้มความชุกการติดเชื้อเอชไอวี (HIV Surveillance Survey: HSS) ในประชากรกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำและเสี่ยงสูงได้มีการดำเนินการมาโดยต่อเนื่อง ในขณะที่การสำรวจชีวพฤติกรรม (Biobehavioral Survey: BBS) ติดตามทั้งความชุกการติดเชื้อของเอชไอวีและพฤติกรรมเสี่ยง ในกลุ่มประชากรหลัก ช่วยทำให้มีความเข้าใจในสถานการณ์การระบาดของเอชไอวีดีขึ้น ในปี พ.ศ. 2563 กองระบาดวิทยา ร่วมกับ ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข เริ่มนำร่องการสุ่มตัวอย่างด้วย web-based respondent driven sampling ในการสำรวจชีวพฤติกรรมในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ซึ่งจะได้พิจารณาขยายดำเนินการในพื้นที่อื่นเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ก็จะริเริ่มการศึกษา การติดเชื้อเอชไอวีใหม่ (Recent HIV infection) ในกลุ่มประชากรหลักในพื้นที่เฝ้าระวัง 13 พื้นที่ สำหรับการติดตามสถานการณ์การระบาดของเอชไอวี วัณโรค และตับอักเสบบี ในกลุ่มผู้ต้องขัง ใช้ข้อมูลจากการให้บริการ ในการคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ และการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับเอดส์ ยังคงใช้ตัวแบบจำลอง Spectrum AIDS Epidemic Model

แผนกิจกรรม ปีที่จะดำเนินการ หน่วยงานรับผิดชอบ และแหล่งงบประมาณที่คาดว่าจะสนับสนุน งบประมาณดำเนินงาน แสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 แผนกิจกรรมติดตามการระบาดของเอชไอวี พ.ศ. 2564 - 2568

กิจกรรม	หน่วยงาน รับผิดชอบ	แหล่ง งบประมาณ	ปี พ.ศ. ดำเนินการ					
			2564	2565	2566	2567	2568	
1	การสำรวจ/การเฝ้าระวัง							
1.1	สำรวจเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี (HSS) ในกลุ่มประชากร 6 กลุ่ม ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่คลินิกฝากครรภ์ ทหาร (ชาย) คัดเลือกใหม่เข้ากองประจำการ ผู้รับบริการชายที่คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พนักงานบริการชายและหญิงในสถานบริการ ผู้บริจาคโลหิต ประชากรข้ามชาติ	กองระบาดวิทยา กรมแพทย์ทหารบก	กรมควบคุมโรค กรมแพทย์ทหารบก	X	X	X	X	X
1.2	สำรวจเฝ้าระวังทางพฤติกรรม (BSS) ในกลุ่มประชากร 4 กลุ่ม	กองระบาดวิทยา	กรมควบคุมโรค					

กิจกรรม	หน่วยงาน รับผิดชอบ	แหล่ง งบประมาณ	ปี พ.ศ. ดำเนินการ					
			2564	2565	2566	2567	2568	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ นักเรียนระดับชั้นมัธยมปีที่ 2 และ 5 ▪ นักเรียนในสถาบัน อาชีวศึกษา ▪ แรงงานชายหญิงในโรงงาน ▪ ทหารคัดเลือกใหม่กองประจำการ 			X		X			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ▪ พนักงานบริการหญิง ▪ พนักงานบริการหญิง ในและนอกสถานบริการ ▪ ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด ▪ ประชากรข้ามชาติ 	กองระบาดวิทยา	กรมควบคุมโรค กองทุนโลก (พ.ศ. 2564-66)		X		X		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ นำร่องในพื้นที่ กทม. ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ▪ พิจารณาขยายในพื้นที่อื่น 	กองระบาดวิทยา กองระบาดวิทยา	PEPFAR TBD	X	TBD	TBD	TBD	TBD	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ การศึกษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมด และวิเคราะห์ จำแนกกลุ่มประชากรหลัก ▪ ดำเนินการในพื้นที่เฝ้าระวัง 13 จังหวัด 	กองระบาดวิทยา กองระบาดวิทยา	PEPFAR TBD	X	TBD	TBD	TBD	TBD	
2	บันทึกบริการ							
2.1	ศึกษาความชุกการติดเชื้อเอชไอวี วัณโรค ไวรัสตับอักเสบบี ในกลุ่มผู้ต้องขัง	กรมราชทัณฑ์	สปสช. กรมราชทัณฑ์	X	X	X	X	X
2.2	ศึกษาสาเหตุการเสียชีวิตของผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวี	กอพ.	สปสช. กอพ.	X	X	X	X	X

กิจกรรม	หน่วยงาน รับผิดชอบ	แหล่ง งบประมาณ	ปี พ.ศ. ดำเนินการ					
			2564	2565	2566	2567	2568	
3	การใช้ตัวแบบจำลอง							
3.1	คาดประมาณจำนวนประชากรหลัก ▪ ระดับชาติ ▪ ระดับจังหวัด	กอพ. กองระบาด วิทยา	กรมควบคุมโรค PEPFAR กองทุนโลก (พ.ศ. 2564-66)	X	X			
3.2	คาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อ เอชไอวีรายใหม่ปัจจุบันและ อนาคต ▪ ระดับชาติ ▪ ระดับจังหวัด	กองระบาด วิทยา	กรมควบคุมโรค PEPFAR	X	X	X	X	X
3.3	การถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี และ ซิฟิลิส จากแม่สู่ลูก	สปสช. กรมอนามัย กอพ.	กรมควบคุมโรค	X	X	X	X	X

6.2 การติดตามการจัดการปัญหาเอชไอวี

การติดตามการจัดการปัญหาเอชไอวี ดำเนินการในรอบงาน 4 ข้อ คือ การบริการเอชไอวี การบูรณาการบริการเอชไอวีกับบริการอื่น ปัจจัยเกื้อหนุนทางสังคม และการสนับสนุนทรัพยากร ดังนี้

(1) การให้บริการเอชไอวี

การติดตามการให้บริการเอชไอวีส่วนใหญ่จะเป็นการติดตามจากบันทึกการให้บริการ ส่วนการติดตามความครอบคลุมของประชากรหลักที่เข้าถึงบริการจะติดตามจากการสำรวจชีวพฤติกรรม (BBS) แผนกิจกรรมนี้จะมุ่งเน้นที่การวิเคราะห์และใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงบริการ โดยที่การติดตามการดำเนินงานสำหรับประชากรวัยรุ่นซึ่งเป็นกลุ่มประชากรเป้าหมายสำคัญที่ระบุในกลยุทธ์เร่งรัดของประเทศสู่การยุติปัญหาเอดส์ตามเป้าหมายระดับโลก พ.ศ. 2568 จะได้หารือในกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียว่าจะติดตามอย่างไรและโดยใคร

แผนกิจกรรม ปีที่จะดำเนินการ หน่วยงานรับผิดชอบ และแหล่งงบประมาณที่คาดว่าจะสนับสนุนงบประมาณดำเนินงาน แสดงในตารางที่ 9

(2) การบูรณาการบริการเอชไอวีกับบริการอื่น

แม้ว่าการบูรณาการบริการเอชไอวีกับวัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จะเป็นประเด็นที่กำหนดว่าเป็นเรื่องจำเป็นมานาน แต่ก็ยังมีได้พัฒนาระบบบันทึกบริการที่ดีพอ ในช่วง 3 ปีแรกของแผนนี้จะเป็นการจัดระบบบริการบูรณาการเรื่องเอชไอวี วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ทั้งนี้จะพัฒนาระบบบันทึกบริการเอชไอวีและตับอักเสบบี ซี ไปพร้อมกับการเริ่มต้นการให้บริการตับอักเสบบี ซี

แผนกิจกรรม ปีที่จะดำเนินการ หน่วยงานรับผิดชอบ และแหล่งงบประมาณที่คาดว่าจะสนับสนุนงบประมาณดำเนินงาน แสดงในตารางที่ 10

ตารางที่ 9 แผนกิจกรรมติดตามการให้บริการเอชไอวี พ.ศ. 2564 - 2568

กิจกรรม	หน่วยงาน รับผิดชอบ	แหล่ง งบประมาณ	ปี พ.ศ. ดำเนินการ					
			2564	2565	2566	2567	2568	
1	การให้บริการเอชไอวีสำหรับกลุ่มประชากรหลัก ได้แก่ MSM, TGW, MSW, FSW, PWID และ MW							
1.1	สำรวจ BBS ทุก 2 ปี ติดตามความครอบคลุมการได้รับบริการป้องกันเอชไอวี และการตรวจเอชไอวีของกลุ่มประชากรหลักกลุ่มต่าง ๆ ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> ▪ MSM, TGW, MSW ▪ FSW ในสถานบริการและนอกสถานบริการ ▪ PWID ▪ ประชากรข้ามชาติ 	กองระบาดวิทยา	กรมควบคุมโรค					
				X	X	X	X	X
1.2	วิเคราะห์ข้อมูล แสดงผลการให้บริการ RRTTPR รายไตรมาส เพื่อใช้ในการหารือ จากฐานข้อมูลดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> ▪ NAP plus ▪ RTCM plus ▪ E-cascade 	สปสช. กอพ. FHI360	สปสช. กอพ. PEPFAR	X	X	X	X	X
2	การดูแลรักษา							
2.1	วิเคราะห์ข้อมูลการให้บริการและข้อมูลคาดประมาณจำนวนผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/กลุ่มประชากรหลักที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี เพื่อติดตามผลการดำเนินงานรายปี ตามเป้าหมาย 95-95-95	สปสช. กอพ. TUC	สปสช. กอพ. PEPFAR	X	X	X	X	X
3	ป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก							
3.1	วิเคราะห์ข้อมูลการให้บริการ (PHIMS) แสดงผลการดำเนินงานและหารือรายไตรมาส	กรมอนามัย, กรมวิทย์ ศาสตร์ การแพทย์	กรมอนามัย	X	X	X	X	X
4	การป้องกันเอชไอวีในกลุ่มเยาวชน เจ้าหน้าที่ในเครื่องแบบ (uniform workers) และพนักงานสถานประกอบการ							
4.1	รื้อพิจารณา							

ตารางที่ 10 แผนกิจกรรมติดตามบริการบูรณาการเอชไอวีกับบริการอื่น พ.ศ. 2564 - 2568

กิจกรรม	หน่วยงาน รับผิดชอบ	แหล่ง งบประมาณ	ปี พ.ศ. ดำเนินการ					
			2564	2565	2566	2567	2568	
1	การบูรณาการของการบริการด้านเอชไอวีและวัณโรค (บูรณาการ)							
1.1	จัดทำกรอบข้อมูลบริการบูรณาการ เอชไอวีกับบริการวัณโรค	กอพ. กองวัณโรค	กองทุนโลก	X	X			
1.2	จัดทำระบบข้อมูลการบริการ ด้านเอชไอวีและวัณโรค	กอพ. กองวัณโรค	กองทุนโลก		X	X		
2	การบูรณาการของการบริการด้าน HIV และ HCV							
2.1	จัดทำกรอบการทำงานด้าน ข้อมูลของการบูรณาการการ บริการด้านเอชไอวีและไวรัสตับซี	กอพ.	กรมควบคุมโรค และ สปสช.		X	X		
2.2	จัดทำระบบข้อมูลของการ บูรณาการบริการด้านเอชไอวี และไวรัสตับซี	กอพ.	กรมควบคุมโรค และ สปสช.			X	X	X
3	การบูรณาการของการบริการด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์							
3.1	จัดทำกรอบการทำงานด้าน ข้อมูลของการบูรณาการ การบริการด้านเอชไอวีและ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	กอพ.	กรมควบคุมโรค	X	X			
3.2	จัดทำระบบข้อมูลของการ บริการของการบูรณาการ การบริการด้านเอชไอวีและ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	กอพ.	กรมควบคุมโรค		X	X		

(3) ปัจจัยเกื้อหนุนทางสังคม

การติดตามสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีและเพศภาวะ ด้วยการเพิ่มประเด็นนี้ในการสำรวจระดับชาติ ได้แก่ การสำรวจ MICS ทุก 3 ปี การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ทุก 5 ปี และเพิ่มประเด็นนี้ในการสำรวจชีวพฤติกรรม (BBS) ในกลุ่มประชากรหลัก ทุก 2 ปี และเพื่อความเข้าใจมากขึ้นในประเด็นของกฎหมายและระเบียบที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการเอชไอวีและบริการอื่นของผู้ที่อยู่ร่วมกับเชื้อฯ และกลุ่มประชากรหลัก ใช้เครื่องมือของ UNAIDS ในการสำรวจ National Composite Policy Index (NCPI) ทุก 2 ปี

นอกจากนั้น เป็นการเฝ้าระวังการตีตราและเลือกปฏิบัติในหน่วยบริการสุขภาพ ทุก 2 ปี และเครือข่ายผู้ที่อยู่ร่วมกับเชื้อฯ และภาคีจะสำรวจดัชนีชี้วัดการตีตรา (stigma index survey) ใน พ.ศ. 2565

คณะอนุกรรมการคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ ของคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไข
ปัญหาเอดส์ จะเป็นผู้ติดตามกิจกรรมและผลผลิตที่กำหนดในแผนปฏิบัติการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติของ
ประเทศโดยสม่ำเสมอ

แผนกิจกรรม ปีที่จะดำเนินการ หน่วยงานรับผิดชอบ และแหล่งงบประมาณที่คาดว่าจะสนับสนุน
งบประมาณดำเนินงาน แสดงในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 แผนกิจกรรมติดตามการดำเนินงานด้านปัจจัยเกื้อหนุนทางสังคม พ.ศ. 2564 - 2568

กิจกรรม	หน่วยงาน รับผิดชอบ	แหล่งงบประมาณ	ปี พ.ศ. ดำเนินการ					
			2564	2565	2566	2567	2568	
1	บูรณาการเรื่องการตีตราและการเลือกปฏิบัติเนื่องจากเอชไอวี (HIV-related S&D) เข้ากับการสำรวจอื่น ๆ							
1.1	การสำรวจสุขภาพประชาชน ไทยโดยการตรวจร่างกายทุก 5 ปี (National Health Examination Survey: NHES)	สำนักงาน สำรวจสุขภาพ ประชาชนไทย โดยการตรวจ ร่างกาย	กบรส. สสส. วช.				X	
1.2	การสำรวจสถานการณ์เด็ก และสตรีในประเทศไทย (Multiple Indicator Cluster Services: MICS)	NSO	UNICEF และ NSO	X			X	
1.3	การสำรวจ BBS ในกลุ่ม ประชากรหลักทุก 2 ปี ■ MSM, TGW, MSW ■ FSW ในและนอกสถาน บริการ ■ PWID ■ MW	กองระบาด วิทยา	กรมควบคุมโรค กองทุนโลก (พ.ศ. 2564-66)	X	X	X	X	X
1.4	การสำรวจดัชนีรวม นโยบาย การป้องกันและแก้ไขปัญห เอดส์ โดยใช้แบบสำรวจของ UNAIDS (National Commitments and Policy Instrument: NCPI)	กอพ.	กรมควบคุมโรค		X		X	
2	การสำรวจการตีตราและการเลือกปฏิบัติ							
2.1	การสำรวจการตีตราและ เลือกปฏิบัติในโรงพยาบาล ในพื้นที่เฝ้าระวัง 13 จังหวัด ทุก 2 ปี	กอพ.	กรมควบคุมโรค	X		X		X
2.2	การสำรวจดัชนีชี้วัดการตีตรา (Stigma index survey)	เครือข่ายผู้อยู่ ร่วมกับเชื้อเอช ไอวี	กองทุนโลก		X			
3	ข้อมูลแผนงาน							
3.1	การติดตามการแก้ไขปัญห ในภาวะวิกฤติ	กอพ. และ มูลนิธิศูนย์ คุ้มครองสิทธิ ด้านเอดส์	กรมควบคุมโรค กองทุนโลก (พ.ศ. 2564-66)	X	X	X	X	X

(4) ทรัพยากร

การศึกษาการใช้จ่ายสำหรับงานเอดส์รายปีของประเทศ จะดำเนินการทุก 2 ปี เพื่อติดตามความเพียงพอของการสนับสนุนด้านการเงินในการจัดการปัญหาเอดส์ การสำรวจ National Composite Policy Index (NCPI) ทุก 2 ปี ช่วยทำให้เข้าใจบริบททางนโยบายสนับสนุนการดำเนินงาน

แผนกิจกรรม ปีที่จะดำเนินการ หน่วยงานรับผิดชอบ และแหล่งงบประมาณที่คาดว่าจะสนับสนุนงบประมาณดำเนินงาน แสดงในตารางต่อไป ดังนี้

ตารางที่ 12 แผนกิจกรรมติดตามการสนับสนุนทรัพยากรการทำงานเอชไอวี พ.ศ. 2564 - 2568

กิจกรรม	หน่วยงาน รับผิดชอบ	แหล่ง งบประมาณ	ปี พ.ศ. ดำเนินการ				
			2564	2565	2566	2567	2568
1 การสำรวจค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานด้านเอดส์ของประเทศ (National AIDS Spending Assessment: NASA)	กอพ.	กรมควบคุมโรค		X		X	
2 การสำรวจดัชนีรวม นโยบายการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ โดยใช้แบบสำรวจของ UNAIDS (National Commitments and Policy Instrument: NCPI)	กอพ.	กรมควบคุมโรค		X		X	

6.3 การประเมินผล การศึกษาและการวิจัย

แผนการทบทวนการดำเนินงาน การวิจัยประเมินผล และการศึกษาต่าง ๆ จัดทำขึ้นจากผลการประเมินช่องว่างและกลยุทธ์การเร่งรัดยุติปัญหาเอดส์ แผนกิจกรรม ปีที่จะดำเนินการ หน่วยงานรับผิดชอบ และแหล่งงบประมาณที่คาดว่าจะสนับสนุนงบประมาณดำเนินงาน แสดงในตารางต่อไป ดังนี้

ตารางที่ 13 แผนกิจกรรมการประเมินผล การศึกษาและวิจัย พ.ศ. 2564 - 2568

กิจกรรม	หน่วยงาน รับผิดชอบ	แหล่ง งบประมาณ	ปี พ.ศ. ดำเนินการ				
			2564	2565	2566	2567	2568
1 การทบทวนการดำเนินงาน (Program review)							
1.1 แผนงานกลุ่มประชากรหลัก	กอพ.	กองทุนโลก		X			
1.2 การบรรลุเป้าหมาย 95-95-95	กอพ.	กองทุนโลก		X	X		
1.3 การบริหารจัดการถุงยางอนามัย	กอพ.	กองทุนโลก กรมควบคุมโรค		X			
1.4 ยุทธศาสตร์ด้านถุงยางอนามัย	กอพ.	กรมควบคุมโรค				X	
1.5 การรับรององค์กรชุมชนในการทำงานเอดส์	กอพ.	กองทุนโลก		X			
1.6 ยุทธศาสตร์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	กอพ.	กรมควบคุมโรค					X

กิจกรรม	หน่วยงาน รับผิดชอบ	แหล่ง งบประมาณ	ปี พ.ศ. ดำเนินการ					
			2564	2565	2566	2567	2568	
1.7	ยุทธศาสตร์ไวรัสตับอักเสบบ	กอพ.	กรมควบคุมโรค					X
2 การวิจัยประเมินผล								
2.1	แผนงานบริการยาเพร็พ (PrEP)	กอพ.	UNAIDS PEPFAR กองทุนโลก			X		
2.2	แผนงานลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ	กอพ.	UNAIDS PEPFAR					X
2.3	แผนงานบริการ TPT	กอพ.	กรมควบคุมโรค กองทุนโลก			X		
3 การศึกษาและวิจัย								
3.1	การใช้ชุดตรวจการติดเชื้อใหม่ชนิดทราบผลเร็ว (rapid recency) เพื่อเฝ้าระวังอุบัติการณ์ของเอชไอวี	กองระบาดวิทยา	PEPFAR กรมควบคุมโรค		X		X	

6.4 การเสริมสร้างความเข้มแข็งในการติดตามการดำเนินงาน

การพัฒนาระบบติดตามงาน ประกอบด้วย การทบทวนระเบียบวิธีการคาดประมาณจำนวนผู้อยู่ร่วมกับเชื้อฯ การคาดประมาณล่วงหน้า และการสำรวจชีวพฤติกรรม การจัดระบบติดตามฐานชุมชน การดำเนินงานตรวจสอบคุณภาพข้อมูลบริการ การเชื่อมต่อข้อมูลที่เกี่ยวข้องจากฐานข้อมูลต่าง ๆ การพัฒนาสมรรถนะการใช้ข้อมูลของผู้เกี่ยวข้องทั้งในระดับชาติ เขตสุขภาพ และจังหวัด รวมถึงการจัดการทำให้การบันทึกข้อมูลในระบบ electronic เป็นปัจจุบัน และการช่วยให้การเข้าถึงข้อมูลเพื่อการใช้ประโยชน์ของผู้ต้องการใช้เป็นไปได้กว้างขวางมากขึ้น

แผนกิจกรรม ปีที่จะดำเนินการ หน่วยงานรับผิดชอบ และแหล่งงบประมาณที่คาดว่าจะสนับสนุนงบประมาณดำเนินงาน แสดงในตารางต่อไป ดังนี้

ตารางที่ 14 แผนกิจกรรมสร้างความเข้มแข็งของระบบติดตามงาน พ.ศ. 2564 - 2568

กิจกรรม	หน่วยงาน รับผิดชอบ	แหล่ง งบประมาณ	ปี พ.ศ. ดำเนินการ					
			2564	2565	2566	2567	2568	
1 การติดตามการระบาดของเอชไอวี								
1.1	ทบทวนระเบียบวิธีการคาดประมาณจำนวนประชากรหลัก	กอพ.	กรมควบคุมโรค กองทุนโลก (พ.ศ. 2564-66)	X				X
1.2	ทบทวนการคาดประมาณการติดเชื้อเอชไอวี	กองระบาดวิทยา	กรมควบคุมโรค กองทุนโลก	X				
1.3	ทบทวนวิธีการศึกษา BBS ในกลุ่มประชากรหลัก	กองระบาดวิทยา	กองทุนโลก		X			

กิจกรรม	หน่วยงาน รับผิดชอบ	แหล่ง งบประมาณ	ปี พ.ศ. ดำเนินการ					
			2564	2565	2566	2567	2568	
2	การพัฒนาระบบการติดตามฐานชุมชน							
2.1	พัฒนาคลังสมองชุมชน (community think tank) สำหรับการยุติปัญหาเอดส์และ วัณโรค	IHRI	กองทุนโลก	X	X	X		
3	การพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรในการติดตามและประเมินผลงานเอชไอวี							
3.1	จัดอบรมวิทยากรระดับเขต สุขภาพ	กอพ.	กองทุนโลก (พ.ศ. 2564-66) PEPFAR กรมควบคุมโรค	X	X	X	X	X
3.2	จัดอบรมให้กับหน่วยติดตาม ประเมินผลจังหวัด	กอพ.	กองทุนโลก (พ.ศ. 2564-66) PEPFAR กรมควบคุมโรค	X	X	X	X	X
4	ฐานข้อมูลระดับชาติและระดับเขตสุขภาพ							
4.1	เชื่อมโยงข้อมูลบริการ RRTTPR สำหรับกลุ่มประชากรหลัก ระหว่างฐานข้อมูล (NAP-RTCM-E-cascade)	สปสช.	สปสช.	X	X			
4.2	พัฒนาระบบข้อมูลผสมผสาน การบำบัดรักษาในระบบการ ติดตามกลุ่มผู้ใช้สารเสพติด	กบรส.	กองทุนโลก	X				
5	การตรวจสอบข้อมูลและการรับรองคุณภาพข้อมูล							
5.1	ฐานข้อมูล NAP plus	กอพ.	กองทุนโลก (พ.ศ. 2564-66) PEPFAR	X	X	X	X	X
5.2	ฐานข้อมูล RTCM	กอพ.	กองทุนโลก	X				
5.3	ฐานข้อมูล PHIMS	กรมอนามัย และ กอพ.	กรมอนามัย PEPFAR			X	X	X
5.4	ฐานข้อมูล MMT	สปสช.	สปสช.		X	X	X	X
6	การแสดงผลเผยแพร่ข้อมูลและการใช้ข้อมูล							
6.1	ดูแล ปรับปรุง ดูแลฐานข้อมูล และการแสดงผลข้อมูล ▪ HIV Info Hub ▪ EIS	กอพ. กองระบาด วิทยา	กรมควบคุมโรค PEPFAR กรมควบคุมโรค ศทส. PEPFAR	X	X	X	X	X

กิจกรรม		หน่วยงาน รับผิดชอบ	แหล่ง งบประมาณ	ปี พ.ศ. ดำเนินการ				
				2564	2565	2566	2567	2568
6.2	รายงานการวิเคราะห์ผลงาน	กอพ.	กรมควบคุมโรค	X	X	X	X	X
6.3	จัดทำรายงาน (ตามหัวข้อใน แผนกิจกรรมข้อ 6.5)	กอพ.	กรมควบคุมโรค	X	X	X	X	X
6.4	จัดทำแนวทางการจัดทำ รายงานประจำปีของเขต สุขภาพและจังหวัด	กอพ.	กองทุนโลก		X	X		
6.5	การประชุมประจำปี							
	ระดับชาติ	กอพ.	กองทุนโลก (พ.ศ. 2564-66) กรมควบคุมโรค	X	X	X	X	X
	ระดับเขตสุขภาพ	กอพ.	กองทุนโลก (พ.ศ. 2564-66) กรมควบคุมโรค	X	X	X	X	X
	ระดับจังหวัด	กอพ. และ กบรส.	กองทุนโลก (พ.ศ. 2564-66)	X	X	X	X	X

รายงานข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์

แผนติดตามประเมินผลระดับชาติ กำหนดแนวทางการรวบรวมข้อมูลโดยภาคีที่นำมาจัดทำรายงานข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์เป็นระยะ ๆ เพื่อนำไปใช้ในการวางแผนและปรับปรุงการดำเนินงาน การจัดทำรายงานเชิงยุทธศาสตร์ต่าง ๆ จะสำเร็จได้ด้วยความมุ่งมั่นที่จริงจังของภาคี ทั้งนี้ ผู้ที่จะใช้ประโยชน์ของรายงานข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ ได้แก่ คณะอนุกรรมการป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ระดับจังหวัด คณะอนุกรรมการข้อมูลยุทธศาสตร์และการติดตามประเมินผลระดับชาติ คณะอนุกรรมการยุติเอดส์แห่งชาติ และคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ โดยนำไปใช้ในการวางแผนที่อยู่บนพื้นฐานของข้อมูล และเห็นภาพรวมของการติดตามการจัดการปัญหาเอดส์ รายงานข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์หลัก มีดังนี้

1. รายงานบริการรายไตรมาสและระยะครึ่งปี
2. รายงานการติดตามโดยชุมชนรายงานสถานการณ์เอดส์ประเทศไทยประจำปี (GAM report)
4. รายงานออนไลน์
5. รายงานเฉพาะเรื่อง

รายละเอียดมีดังนี้

1. รายงานบริการรายไตรมาสและระยะครึ่งปี

การจัดทำรายงานนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อแสดงภาพรวมของความครอบคลุมของการให้บริการที่เป็นปัจจุบัน และชี้ให้เห็นช่องว่างของการดำเนินงาน โดยประเมินผลการดำเนินงานเทียบกับเป้าหมายที่กำหนด กอพ. จะพัฒนาแนวทางการจัดทำรายงานมาตรฐานที่ใช้ทั่วประเทศ กำหนดค่านิยมและแนวทางการรายงาน

ตัวชี้วัดหลัก การแจกแจงข้อมูลและรูปแบบการรายงานที่กำหนดให้ส่งรายงานเป็นประจำ หน่วยงานดำเนินการจะรายงานข้อมูลเป็นจำนวนมายังหน่วยติดตามและประเมินผลของจังหวัด ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

หน่วยบริการควรรวมจำนวนการให้บริการเป็นรายเดือน และรายงานมายังหน่วยติดตามและประเมินผลของจังหวัดรายไตรมาส โดยแจกแจงข้อมูลรายเดือนและรายอำเภอ คณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัด ในระดับเขต และระดับชาติ ควรประชุมรายไตรมาสเพื่อพิจารณาความก้าวหน้าของการดำเนินงาน

เมื่อสิ้นปีงบประมาณ จะต้องจัดทำรายงานประจำปีเพื่อรายงานผลงานที่เกิดขึ้นในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม ถึง 30 กันยายนของทุกปี นอกจากการติดตามผลการบริการเทียบกับเป้าหมายแล้ว ควรพิจารณาความครอบคลุมของกลุ่มประชากรที่ได้รับการบริการ และเปรียบเทียบกับเป้าหมายความครอบคลุม

2. รายงานการติดตามโดยชุมชน

ด้วยการสนับสนุนจากกองทุนโลก ระหว่าง พ.ศ. 2564 - 2566 จะพัฒนาคลังสมองชุมชนของประเทศไทย (Thailand Community Think Tank: TCTT) สำหรับแผนงานเอดส์และวัณโรค โดยคาดหวังช่วยเสริมให้เกิดความยั่งยืนในการดำเนินงานเอดส์และวัณโรค ด้วยการพัฒนาสมรรถนะทางวิชาการให้กับชุมชน ช่วยให้สามารถติดตามผลการดำเนินงานเพื่อปรับปรุงการดำเนินงานของประเทศ วัตถุประสงค์หลักคือการทำให้เกิดเวทีทางวิชาการในระดับชาติเพื่อพัฒนาสมรรถนะของชุมชนเอดส์และวัณโรค ยกกระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนทั้งในระดับชาติและพื้นที่ในการติดตามความก้าวหน้าของการให้บริการเอดส์และวัณโรค เพื่อให้มั่นใจว่ากลุ่มประชากรหลักจะเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพโดยครอบคลุม และเพื่อช่วยให้ประเทศสามารถพัฒนายุทธศาสตร์และนโยบายเพื่อยุติปัญหาเอดส์และวัณโรค

ผลการพัฒนาคลังสมองชุมชนของประเทศไทย (TCTT) จะทำให้ได้รายงานการติดตามโดยชุมชนซึ่งสามารถใช้ในการสื่อสารกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รวมถึงใช้ในการผลักดันนโยบายที่ทำให้เอื้อต่อการให้บริการ

3. การจัดทำรายงานสถานการณ์เอดส์ประเทศไทยประจำปี (GAM report) เนื่องจากการติดตามสถานการณ์เอดส์โลก (Global AIDS Monitoring: GAM)

วัตถุประสงค์ของรายงานประจำปี เพื่อให้ภาพรวมที่ครบถ้วนของการจัดการปัญหาเอดส์ทั้งระดับประเทศและระดับเขต รายงานจะแสดงผลการสังเคราะห์ตัวชี้วัดระดับชาติทั้งหมดที่กำหนดอยู่ในแผนติดตามประเมินผลระดับชาติและข้อมูลเพิ่มเติมอื่น ๆ เช่น ข้อมูลการระบาดของเอชไอวี การประเมินผลแผนงาน การศึกษาวิจัยและการศึกษาทางเศรษฐศาสตร์ รายงานประจำปี GAM report นี้ยังถือเป็นรายงานการติดตามของ UNAIDS ที่จะนำไปแลกเปลี่ยนระดับนานาชาติด้วย กอพ. เป็นหน่วยงานหลักในการจัดเตรียมรายงาน GAM report ด้วยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสีย

ในระดับชาตินั้น กอพ. เป็นหน่วยงานหลักในการเตรียมการจัดทำรายงานประจำปี และคาดหวังให้ กอพ. จะเป็นผู้ให้การสนับสนุนทางวิชาการแก่หน่วยติดตามและประเมินผลระดับจังหวัด ในการจัดทำรายงานในลักษณะเดียวกันของจังหวัด

รายงานประจำปี จะต้องเสนอต่อ คช.ปอ. ในระดับชาติ และเสนอต่อคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัด/กทม. เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจในการปรับปรุงการดำเนินงาน รวมถึงการปรับเป้าหมายในระดับชาติ และ/หรือ ระดับจังหวัด

4. รายงานออนไลน์

4.1 HIV INFO HUB

การพัฒนาศูนย์ข้อมูลออนไลน์ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้มีการเข้าถึงข้อมูลที่มีคุณภาพมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้มีการใช้หลักฐานในการตัดสินใจเพิ่มขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้การตัดสินใจดีขึ้นทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ ศูนย์ข้อมูลนี้เป็นฐานข้อมูลที่เก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ และแสดงข้อมูลในลักษณะที่เป็น Dashboard เพื่อให้เกิดความสะดวกในการใช้งาน ข้อมูลและ Dashboard ใน HIV INFO HUB จัดเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ การระบาด ทรัพยากร (Inputs) และการจัดการปัญหาเอดส์ (responses) โดยรายละเอียดแสดงไว้ตามแผนภาพต่อไปนี้

HIV INFO HUB



ภาพที่ 3 ข้อมูลที่แสดงในศูนย์รวมข้อมูลเอชไอวีออนไลน์ (Web-based HIV INFO HUB)

4.2 EIS (Epidemic Intelligence Information System)

กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ร่วมกับศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (ICT) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จัดทำฐานข้อมูลของระบบรายงานการติดตาม การติดเชื้อร่วมของเอชไอวีกับโรคอื่น และการเสียชีวิต โดยแสดงข้อมูลตามระยะเวลา และพื้นที่ เพื่อสนับสนุนการใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงการดูแลรักษาผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี

5. รายงานเฉพาะเรื่อง

ในระหว่างการทำนิยามตามยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2555 - 2573 จะมีการจัดทำรายงานต่าง ๆ ได้แก่ รายงานการสำรวจและการเฝ้าระวัง รายงานการศึกษาวินิจฉัยและประเมินผล กอพ. จะเป็นผู้รับผิดชอบระบบการเก็บรวบรวมผลการศึกษาศึกษาและรายงานต่าง ๆ ของไทยและต่างประเทศ และจัดทำเป็นฐานข้อมูล เพื่อให้ผู้ที่สนใจสามารถเข้าถึงได้

ภาคผนวก



ผนวกที่ 1 คำนิยามของตัวชี้วัด

1. ตัวชี้วัดผลกระทบ

เป้าประสงค์ที่ 1: ลดจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ให้ต่ำกว่า 1,000 รายต่อปี ภายในปี พ.ศ. 2573

G1.1 จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ต่อประชากรที่ไม่ติดเชื้อ 1,000 คน

G1.2 คาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่

สิ่งที่วัด

ความก้าวหน้าในการบรรลุเป้าหมายยุติปัญหาเอดส์

หลักการและเหตุผล

เป้าประสงค์ในภาพรวมของการยุติปัญหาเอดส์ระดับชาติคือ การลดจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ให้ต่ำกว่า 1,000 รายต่อปี ภายในปี พ.ศ. 2573 การติดตามคู่อัตราการติดเชื้อฯ รายใหม่ ตามระยะเวลา เป็นการวัดจากความก้าวหน้าที่จะบรรลุเป้าหมายยุติปัญหาเอดส์

ตัวตั้ง

จำนวนผู้ติดเชื้อฯ รายใหม่ ทั้งเด็กและผู้ใหญ่ ในช่วงเวลาของรายงาน

ตัวหาร

จำนวนประชากรที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี ทั้งเด็กและผู้ใหญ่

วิธีคำนวณ

ตัวตั้ง/ตัวหาร x 1,000

วิธีการวัด

ตัวตั้ง: คาดประมาณโดยตัวแบบจำลอง spectrum-AEM 2020

ตัวหาร: คาดประมาณโดยใช้จำนวนประชากรของประเทศ (WPP: World Population Projection) ลบด้วยจำนวนผู้อยู่ร่วมกับเชื้อฯ ที่คาดประมาณโดยตัวแบบจำลอง AEM

ความถี่ในการวัด

รายปี

การจำแนกข้อมูล

- เพศ (ชายและหญิง)
- อายุ (0-14, 15-24, 25-49 และ 50+ ปี)

G1.3 ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี

สิ่งที่วัด

ความก้าวหน้าในการลดความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลัก ได้แก่ ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) หญิงข้ามเพศ (TGW) พนักงานบริการชาย (MSW) พนักงานบริการหญิง (FSW) ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID) ผู้ต้องขัง ประชากรข้ามชาติ

หลักการและเหตุผล

เนื่องจากการระบาดของเอชไอวีในประเทศไทยมีลักษณะกระจุกตัวโดยมีความชุกของการติดเชื้อฯ สูงในกลุ่มประชากรหลัก จึงจำเป็นต้องติดตามความชุกของการติดเชื้อฯ ในกลุ่ม MSM TGW MSW FSW PWID ผู้ต้องขังและประชากรข้ามชาติ แม้ว่าความชุกของการติดเชื้อฯ ในกลุ่มประชากรหลักจะลดลงแต่ก็ยังสูงกว่ากลุ่มประชากรทั่วไป ดังนั้นการดำเนินการในกลุ่มประชากรหลักจึงเป็นส่วนสำคัญในการดำเนินงานระดับชาติ

ตัวตั้ง

จำนวนประชากรหลักแต่ละกลุ่มที่มีผลตรวจเอชไอวีเป็นบวก

ตัวหาร

จำนวนประชากรหลักที่ตรวจเอชไอวี

วิธีคำนวณ

ตัวตั้ง/ตัวหาร x 100

- MSM, TGW ถ่วงน้ำหนักโดยใช้จำนวนประชากรในแต่ละกลุ่มตัวอย่างย่อย
- MSW ถ่วงน้ำหนักโดยใช้จำนวนประชากรในแต่ละกลุ่มตัวอย่างย่อย และระดับความเสี่ยงของพื้นที่
- Venue-based FSW ใช้ค้ำมีธฐาน
- Non venue-based FSW ใช้ค้ำมีธฐาน
- PWID ถ่วงน้ำหนักโดยใช้จำนวนประชากรในแต่ละกลุ่มตัวอย่างย่อย

วิธีการวัด

ตัวชี้วัดนี้คำนวณโดยใช้ข้อมูลจากผลการตรวจเอชไอวีของผู้ตอบแบบสำรวจ ในการสำรวจชีวพฤติกรรม (BBS) โดยมีวิธีการสุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มประชากร ในพื้นที่เฝ้าระวัง ดังนี้

- MSM: สุ่มตัวอย่างด้วยวิธี Venue-Date-Time (VDT) ในพื้นที่ 4 จังหวัด ได้แก่ กรุงเทพฯ เชียงใหม่ ภูเก็ตและชลบุรี
- TGW: สุ่มตัวอย่างด้วยวิธี Venue-Date-Time (VDT) ในพื้นที่ 4 จังหวัด ได้แก่ กรุงเทพฯ เชียงใหม่ ภูเก็ตและชลบุรี
- MSW: สุ่มตัวอย่างด้วยวิธี Venue-Date-Time (VDT) ในพื้นที่ 4 จังหวัด ได้แก่ กรุงเทพฯ เชียงใหม่ ภูเก็ตและชลบุรี
- Venue-based FSW: สุ่มตัวอย่างแบบ cluster sampling ในพื้นที่ 10 จังหวัด ได้แก่ กรุงเทพฯ เชียงราย นครสวรรค์ ลพบุรี ระยอง อุตรธานี บุรีรัมย์ ศรีสะเกษ ภูเก็ตและสงขลา
- Non venue-based FSW: สุ่มตัวอย่างแบบ Respondent Driven Sampling ในพื้นที่ 6 แห่ง ได้แก่ กรุงเทพฯ เชียงใหม่ ภูเก็ต ชลบุรี นครราชสีมาและประจวบคีรีขันธ์
- PWID: สุ่มตัวอย่างแบบ Respondent Driven Sampling ในพื้นที่ 3 จังหวัด ได้แก่ กรุงเทพฯ เชียงใหม่และสงขลา
- ประชากรข้ามชาติ: สุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple random sampling) ในพื้นที่ 12 จังหวัด ได้แก่ กรุงเทพฯ เชียงใหม่ ตาก นนทบุรี ปทุมธานี สมุทรสาคร สมุทรปราการ ชลบุรี ระยอง ตรัง ภูเก็ตและสงขลา
- ผู้ต้องขัง: ตัวชี้วัดนี้คำนวณโดยใช้ข้อมูลบันทึกการให้บริการ

ความถี่ในการวัด

- สำรวจ BBS ทุก 2 ปี ในกลุ่ม MSM, TGW, MSW, FSW, PWID และประชากรข้ามชาติ
- รวบรวมจากบันทึกบริการรายปี ในกลุ่มผู้ต้องขัง

การจำแนกข้อมูล

- อายุในแต่ละกลุ่มประชากรหลัก (<25 และ 25+ ปี)
- ประชากรหลัก (MSM, TGW, MSW, FSW, PWID, ผู้ต้องขัง และประชากรข้ามชาติ)

เป้าประสงค์ที่ 2: ลดจำนวนผู้เสียชีวิตที่เกี่ยวข้องเนื่องจากเอดส์ให้ต่ำกว่า 4,000 รายต่อปี ภายในปี พ.ศ. 2573

G2.1 จำนวนผู้เสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับเอดส์ต่อประชากร 100,000 คน

G2.2 คาดประมาณจำนวนผู้เสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับเอดส์

สิ่งที่วัด

ผลกระทบจากแผนงานป้องกัน ดูแลรักษาเอชไอวี

หลักการและเหตุผล

ประเทศไทยได้เริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ให้กับผู้ที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ทุกคนไม่ว่าจะมีค่า CD4 เท่าใด ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 การดำเนินการดังกล่าวควรทำให้จำนวนผู้เสียชีวิตเนื่องจากเอดส์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ หากการบริการเหล่านั้นสามารถเข้าถึงและจัดบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงควรประเมินผลกระทบจากการดำเนินการเอชไอวี เพื่อติดตามความเปลี่ยนแปลงในด้านการเสียชีวิตเนื่องจากเอดส์ตามช่วงระยะเวลา

ตัวตั้ง

จำนวนผู้เสียชีวิตเนื่องจากเอดส์ ทั้งเด็กและผู้ใหญ่

ตัวหาร

จำนวนประชากรทั้งหมด รวมเด็กและผู้ใหญ่ ไม่ว่าจะมียุทธศาสตร์การติดเชื้อเอชไอวีใด ๆ

วิธีคำนวณ

ตัวตั้ง/ตัวหาร x 100,000

วิธีการวัด

ตัวตั้ง: คาดประมาณโดยตัวแบบจำลอง spectrum-AEM 2020

ตัวหาร: จำนวนประชากรของประเทศ (WPP: World Population Projection)

ความถี่ในการวัด

รายปี

การจำแนกข้อมูล

- เพศ (ชายและหญิง)

- อายุ (<5 ปี 5-14 ปี และ 15+ ปี)

G2.3 อัตราเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อไวรัสโรคร่วมกับเอชไอวี ต่อประชากร 100,000 คน

สิ่งที่วัด

ผลกระทบของแผนงานบูรณาการระหว่างไวรัสโรคร่วมกับเอชไอวี

หลักการและเหตุผล

ไวรัสโรคร่วมกับเอชไอวีเป็นการติดเชื้อที่ร้ายแรงซึ่งทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี เสียชีวิต รวมถึงผู้ที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ด้วยการตรวจคัดกรองไวรัสโรคร่วมกับเอชไอวีประจำปีและการรักษาไวรัสโรคร่วมกับการเริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ตั้งแต่ต้น จึงมีความสำคัญต่อการลดจำนวนการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับไวรัสโรคร่วมกับเอชไอวี และต้องถือเป็นกิจกรรมที่มีความสำคัญในลำดับต้นๆ สำหรับแผนงานเอดส์และไวรัสโรค ตัวชี้วัดข้อนี้จะแสดงถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมที่บูรณาการระหว่างเอชไอวีกับไวรัสโรค

ตัวตั้ง

จำนวนผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่เสียชีวิตเนื่องจากเอดส์โดยมีวิธโรคเป็นสาเหตุร่วม

ตัวหาร

จำนวนประชากรทั้งประเทศ

วิธีคำนวณ

ตัวตั้ง/ตัวหาร x 100,000

วิธีการวัด

ตัวตั้ง: บันทึกข้อมูลแผนงานในฐานข้อมูล NAP plus และตรวจสอบกับฐานข้อมูลทะเบียนราษฎรกรณีการแจ้งเสียชีวิตของกระทรวงมหาดไทย

ตัวหาร: จำนวนประชากรทั้งประเทศ (WPP: World Population Projection)

ความถี่ในการวัด

รายปี

การจำแนกข้อมูล

การรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ (ได้ หรือ ไม่ได้)

เป้าประสงค์ที่ 3: ลดการเลือกปฏิบัติเนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวีและเพศภาวะจากปี พ.ศ. 2559 ลงร้อยละ 90 ภายในปี พ.ศ. 2573

G3.1 ร้อยละของหญิงและชายอายุ 15-49 ปี ที่มีทัศนคติเลือกปฏิบัติต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี

สิ่งที่วัด

ความก้าวหน้าของการลดทัศนคติที่เป็นการเลือกปฏิบัติและการสนับสนุนนโยบายการเลือกปฏิบัติ

หลักการและเหตุผล

การเลือกปฏิบัติถือเป็นการละเมิดสิทธิมนุษยชนตามกฎหมายสิทธิมนุษยชนสากลและรัฐธรรมนูญของประเทศต่าง ๆ การเลือกปฏิบัติในบริบทด้านเอชไอวี หมายถึง การปฏิบัติที่ไม่เป็นธรรมหรือไม่ยุติธรรม ทั้งการกระทำหรือละเว้นไม่กระทำ ด้วยเหตุผลจากการติดเชื้อเอชไอวี การเลือกปฏิบัติเพิ่มความเสี่ยงและลดทอนสิทธิตลอดจนสิ่งที่บุคคลควรได้รับ ซึ่งส่งผลให้การระบาดของเอชไอวีมากขึ้น ตัวชี้วัดข้อนี้ไม่ได้วัดการเลือกปฏิบัติโดยตรง แต่ประเมินทัศนคติที่เป็น การเลือกปฏิบัติที่อาจนำไปสู่การกระทำที่เป็นการเลือกปฏิบัติ ทั้งการกระทำหรือละเว้นไม่กระทำ

ตัวตั้ง

จำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม (อายุ 15-49 ปี) ที่ตอบว่า “ไม่ใช่” สำหรับคำถามต่อไปนี้ข้อใดข้อหนึ่ง

1. ท่านจะซื้อผักสดจากคนชายหรือพ่อค้าแม่ค้าที่ทราบว่าติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่ (ใช่/ไม่ใช่/ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ/อาจจะ)
2. ท่านคิดว่าเด็กที่มีเชื้อเอชไอวีสามารถเข้าเรียนหนังสือกับเด็กที่ไม่มีเชื้อเอชไอวีได้หรือไม่ (ใช่/ไม่ใช่/ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ/อาจจะ)

ตัวหาร

จำนวนของผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด (อายุ 15-49 ปี) ที่เคยได้ยินเกี่ยวกับเอชไอวี

วิธีคำนวณ

ตัวตั้ง/ตัวหาร x 100

วิธีการวัด

การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรี (Multiple Indicator Cluster Survey: MICS)

ความถี่ในการวัด

ทุก 3 ปี

การจำแนกข้อมูล

- อายุ (15–19 ปี 20–24 ปี และ 25–49 ปี)
- เพศ (ชายและหญิง)

G3.2 ร้อยละของผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่เคยมีประสบการณ์ถูกเลือกปฏิบัติ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

สิ่งที่วัด

ความก้าวหน้าของการลดทัศนคติที่เป็นการเลือกปฏิบัติและการสนับสนุนนโยบายการเลือกปฏิบัติ

หลักการและเหตุผล

การเลือกปฏิบัติถือเป็นการละเมิดสิทธิมนุษยชนตามกฎหมายสิทธิมนุษยชนสากลและรัฐธรรมนูญของประเทศต่าง ๆ การเลือกปฏิบัติในบริบทด้านเอชไอวี หมายถึง การปฏิบัติที่ไม่เป็นธรรมหรือไม่ยุติธรรม ทั้งการกระทำหรือละเว้นไม่กระทำให้ ด้วยเหตุผลจากการติดเชื้อเอชไอวี การเลือกปฏิบัติเพิ่มความเสี่ยงและลดทอนสิทธิตลอดจนสิ่งที่บุคคลควรได้รับ ซึ่งส่งผลให้การระบาดของเอชไอวีมากขึ้น ตัวชี้วัดข้อนี้ไม่ได้วัดการเลือกปฏิบัติโดยตรง แต่ประเมินทัศนคติที่เป็น การเลือกปฏิบัติที่อาจนำไปสู่การกระทำที่เป็นการเลือกปฏิบัติ ทั้งการกระทำหรือละเว้นไม่กระทำให้

ตัวตั้ง

จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามที่ตอบ “ใช่” ต่อคำถามว่าเคยมีประสบการณ์การถูกเลือกปฏิบัติ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

ตัวหาร

จำนวนของผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด

วิธีคำนวณ

ตัวตั้ง/ตัวหาร x 100

วิธีการวัด

การสำรวจดัชนีการตีตรา (Stigma Index Survey)

ความถี่ในการวัด

ทุก 5 ปี

การจำแนกข้อมูล

- อายุ (15–19 ปี 20–24 ปี และ 25–49 ปี)
- เพศ (ชายและหญิง)

2. ตัวชี้วัดผลลัพธ์

ก. บริการเอชไอวี

ผลลัพธ์ที่ 1: ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มประชากรหลัก และกลุ่มที่มีภาวะเปราะบางอื่น ๆ รัฐสถานการณ์ติดเชื้อฯ ของตนเอง ได้รับคำแนะนำเรื่องการรักษาทันทีและได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ด้วยค่าใช้จ่ายที่สามารถจ่ายได้

R1.1 ร้อยละของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่รัฐสถานการณ์ติดเชื้อฯ เมื่อสิ้นสุดช่วงเวลาของรายงาน

สิ่งที่วัด

ความก้าวหน้าในการเพิ่มสัดส่วนของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่รัฐสถานการณ์ติดเชื้อฯ และประสิทธิผลของบริการตรวจเอชไอวี

หลักการและเหตุผล

ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่รัฐสถานการณ์ติดเชื้อฯ จะสามารถเข้าถึงบริการดูแลและรักษาที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตที่มีสุขภาพดี สามารถทำงานและลดความเป็นไปได้ในการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีไปสู่ผู้อื่น

ตัวชี้วัดนี้เป็นเกณฑ์ 95 แรกของเป้าหมาย 95-95-95 ของ UNAIDS กล่าวคือ ภายในปี พ.ศ. 2568 ร้อยละ 95 ของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่รัฐสถานการณ์ติดเชื้อเอชไอวีของตนเอง อย่างไรก็ตาม สิ่งสำคัญสำหรับประเทศไทยในฐานะที่เป็นประเทศที่มีการกระจุกตัวของการระบาด จำเป็นต้องติดตามสัดส่วนของกลุ่มประชากรหลักที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีแต่ละกลุ่ม ที่รัฐสถานการณ์ติดเชื้อฯ

ตัวตั้ง

จำนวนผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่รัฐสถานการณ์ติดเชื้อฯ เมื่อสิ้นสุดช่วงเวลาของรายงาน

ตัวหาร

จำนวนผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีทั้งหมด

วิธีคำนวณ

ตัวตั้ง/ตัวหาร x 100

วิธีการวัด

ตัวตั้ง: บันทึกข้อมูลบริการ ในฐานข้อมูล NAP plus โดยนับจำนวนผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีและยังมีชีวิตอยู่

ตัวหาร: คาดประมาณโดยตัวแบบจำลอง AIDS Epidemic Model สำหรับผู้ที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี MSM TGW MSW FSW และ PWID

ความถี่ในการวัด

รายปี

การจำแนกข้อมูล

- เด็กอายุ 0-14 ปี และผู้ที่อายุ 15 ปีขึ้นไป แบ่งตามเพศ (ชายและหญิง) กรณีผู้ใหญ่
- การจำแนกข้อมูลตามอายุและเพศ ได้แก่ เด็กอายุ <1 ปี 1-4 ปี 5-9 ปี และ 10-14 ปี และผู้ใหญ่อายุ 15-19 ปี 20-24 ปี 25-49 ปี และ 50 ปีขึ้นไปแบ่งตามเพศ (ชายและหญิง)
- กรุงเทพฯและจังหวัดอื่น ๆ สำหรับข้อมูลผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีทั้งหมด
- กลุ่มประชากรหลัก (MSM, TGW, MSW, FSW, PWID)

R1.2 ร้อยละของผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่รู้สถานะการติดเชื้อ ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ เมื่อสิ้นสุดช่วงเวลา ของรายงาน

สิ่งที่วัด

ความก้าวหน้าของการจัดการการรักษารักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ให้กับผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวี

หลักการและเหตุผล

การรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ แก่ผู้เข้าร่วมกับเชื้อฯ สามารถลดการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตเนื่องจากเอชไอวี และ ช่วยหยุดการถ่ายทอดเชื้อไวรัสให้ผู้อื่น การศึกษาต่าง ๆ ได้แสดงให้เห็นว่า การเริ่มต้นการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ตั้งแต่ระยะแรก ๆ ไม่ว่าจะผู้ป่วยจะมีค่า CD4 เท่าใดก็ตามจะเกิดประโยชน์ในการรักษาและช่วยรักษาชีวิตของผู้ป่วย ด้วยแนวทางปฏิบัติระดับชาติได้ แนะนำให้ใช้ยาต้านไวรัสฯ ไม่ว่าจะจะมีค่า CD4 เท่าใด

หากพิจารณาสัดส่วนของตัวชี้วัด R1.1 ตัวชี้วัดข้อนี้เป็นการติดตามความก้าวหน้าของการบรรลุเป้าหมาย 95 ที่ 2 ของ เป้าหมาย UNAIDS 95-95-95 นั่นคือ ภายในปี พ.ศ. 2568 ร้อยละ 95 ของผู้รู้สถานะการติดเชื้อเอชไอวีได้รับการ รักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ สิ่งสำคัญสำหรับประเทศไทยในฐานะที่เป็นประเทศที่มีการกระจุกตัวของภาระโรค จำเป็นต้อง ติดตามสัดส่วนของการได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ของกลุ่มประชากรหลักที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี

ตัวตั้ง

จำนวนผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ เมื่อสิ้นสุดช่วงเวลาของรายงาน

ตัวหาร

- กรณีติดตามความครอบคลุมของการได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ใช้จำนวนผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวีทั้งหมด
- กรณีติดตามเป้าหมาย 95 ที่ 2 ใช้จำนวนผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่รู้สถานะการติดเชื้อฯ

วิธีคำนวณ

ตัวตั้ง/ตัวหาร x 100

วิธีการวัด

ตัวตั้ง: บันทึกข้อมูลบริการในฐานะข้อมูล NAP plus โดยนับจำนวนเด็กและผู้ใหญ่ MSM TGW MSW FSW และ PWID ที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ เมื่อสิ้นสุดช่วงเวลาของรายงาน

ตัวหาร:

- กรณีติดตามความครอบคลุมของการได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ใช้จำนวนคาดประมาณโดย AIDS Epidemic Model สำหรับผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวีทุกคน MSM TGW MSW FSW และ PWID
- กรณีติดตามเป้าหมาย 95 ที่ 2 ใช้ข้อมูลจากบันทึกข้อมูลแผนงานในฐานะข้อมูล NAP plus โดยนับจำนวนของผู้ใหญ่ และเด็กที่รู้สถานะการติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มประชากรหลัก ได้แก่ MSM TGW MSW FSW และ PWID ที่รู้สถานะการ ติดเชื้อเอชไอวี

ความถี่ในการวัด

รายปี

การจำแนกข้อมูล

- เด็กอายุ 0-14 ปี และ 15 ปีขึ้นไป แบ่งตามเพศ (ชายและหญิง) กรณีผู้ใหญ่
- การจำแนกข้อมูลแบ่งตามรายละเอียดกลุ่มอายุกรณีเด็ก ได้แก่ กลุ่มที่อายุ <1 ปี 1-4 ปี 5-9 ปี และ 10-14 ปี และ แบ่งตามรายละเอียดกลุ่มอายุกรณีผู้ใหญ่ ได้แก่ 15-19 ปี 20-24 ปี 25-49 ปี และ 50 ปีขึ้นไป
- กรุงเทพมหานครและจังหวัดอื่น ๆ สำหรับผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวีทั้งหมด
- กลุ่มประชากรหลัก (MSM TGW MSW FSW และ PWID)

R1.3 ร้อยละของผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ กดปริมาณไวรัสฯ ได้ เมื่อสิ้นสุดช่วงเวลา ของรายงาน

สิ่งที่วัด

ความก้าวหน้าของการเพิ่มสัดส่วนของผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ที่กดปริมาณไวรัสฯ ได้

หลักการและเหตุผล

การตรวจปริมาณไวรัสเอชไอวีของผู้เข้าร่วมกับเชื้อฯ แต่ละคนเป็นการวัดประสิทธิผลของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ การกินยาต่อเนื่อง และความเสถียรต่อการถ่ายทอดเชื้อฯ ให้ผู้อื่น ผู้ที่มีปริมาณไวรัสฯ ต่ำกว่า 1,000 copies/mL ถือว่าสามารถกดปริมาณไวรัสฯ ได้

หากพิจารณาสัดส่วนของผู้ที่กำลังได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ตัวชี้วัดข้อนี้เป็นการติดตามความก้าวหน้าของการบรรลุเป้าหมาย 95 ที่ 3 ของเป้าหมาย UNAIDS 95-95-95 นั่นคือ ภายในปี พ.ศ. 2568 ร้อยละ 95 ของผู้ที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ สามารถกดปริมาณไวรัสฯ ได้ สิ่งสำคัญสำหรับประเทศไทยในฐานะที่เป็นประเทศที่มีการกระจุกตัวของภาระโรค จำเป็นต้องติดตามสัดส่วนของกลุ่มประชากรหลักที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ สามารถกดปริมาณไวรัสฯ ได้

ตัวตั้ง

จำนวนของผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่กดปริมาณไวรัสฯ (<1,000 copies/mL) เมื่อสิ้นสุดช่วงเวลาของรายงาน

ตัวหาร

- กรณีติดตามความครอบคลุมของการกดปริมาณไวรัสฯ ทั้งหมด ใช้จำนวนผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวีทั้งหมด
- กรณีติดตามเป้าหมาย 95 ที่ 3 ใช้จำนวนผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่อยู่ระหว่างการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ

วิธีคำนวณ

ตัวตั้ง/ตัวหาร × 100

วิธีการวัด

ตัวตั้ง: บันทึกข้อมูลแผนงานในฐานะข้อมูล NAP plus โดยนับจำนวนผู้ใหญ่และเด็กที่อยู่ระหว่างการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ เมื่อสิ้นสุดช่วงเวลาของรายงาน ที่มีค่าปริมาณไวรัสฯ ตรวจครั้งล่าสุด < 1,000 cells/mL

ตัวหาร:

- กรณีติดตามความครอบคลุมของการกดปริมาณไวรัสฯ ทั้งหมด ใช้จำนวนคาดประมาณโดย AIDS Epidemic Model สำหรับผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวีทุกคน MSM TGW MSW FSW และ PWID
- กรณีติดตามเป้าหมาย 95 ที่ 3 ใช้ข้อมูลจากบันทึกข้อมูลแผนงานในฐานะข้อมูล NAP plus โดยนับจำนวนของผู้ใหญ่และเด็กที่ตรวจปริมาณไวรัสฯ ในปีนั้น ๆ ทั้งหมด และในกลุ่มประชากรหลัก ได้แก่ MSM TGW MSW FSW และ PWID ที่ตรวจปริมาณไวรัสฯ

ความถี่ในการวัด รายปี

การจำแนกข้อมูล

- เด็กอายุ 0-14 ปี และ 15 ปีขึ้นไป โดยแบ่งตามเพศ (ชายและหญิง) สำหรับผู้ใหญ่ ถ้าเป็นข้อมูลที่ไม่ทราบกลุ่มอายุหรือเพศควรแยกข้อมูลตามกลุ่มอายุหรือเพศโดยใช้หลักการกระจายข้อมูลเช่นเดียวกันกับกลุ่มที่ทราบอายุและเพศ
- การจำแนกข้อมูลโดยใช้ร้อยละเอดส์ของอายุและเพศ ได้แก่ เด็กอายุ <1 ปี 1-4 ปี 5-9 ปี 10-14 ปี และกรณีผู้ใหญ่แบ่งเป็น อายุ 15-19 ปี 20-24 ปี 25-49 ปี และ 50 ปีขึ้นไป แยกตามเพศ (ชายและหญิง)
- กรุงเทพฯและจังหวัดอื่น ๆ
- กลุ่มประชากรหลัก (MSM TGW MSW FSW และ PWID)

ผลลัพธ์ที่ 2: เยาวชนเข้าถึงการป้องกันเอชไอวีผสมผสานได้อย่างต่อเนื่อง

R2.1 ร้อยละของหญิงและชาย (อายุ 15–24 ปี) ที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่ไม่ใช่คู่อุปถัมภ์ หรือ คู่ที่ไม่ได้ใช้ชีวิตอยู่ด้วยกัน ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ที่ตอบว่าใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดกับแต่ละกลุ่ม

สิ่งที่วัด

ความก้าวหน้าของการป้องกันการสัมผัสกับเชื้อเอชไอวี ในกรณีมีเพศสัมพันธ์ที่มีการสอดใส่โดยไม่ป้องกันกับผู้ที่ไม่ใช่คู่สมรสหรือคู่ที่ไม่ได้อาศัยอยู่ด้วยกัน

หลักการและเหตุผล

การใช้ถุงยางอนามัยเป็นวิธีสำคัญในการป้องกันเอชไอวีโดยเฉพาะในกลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์กับคู่อุปถัมภ์เป็นประจำ

ตัวตั้ง

จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามที่ระบุว่า ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดกับผู้ที่ไม่ใช่คู่สมรสหรือคู่ที่ไม่ได้อาศัยอยู่ด้วยกัน

ตัวหาร

จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามที่ระบุว่า มีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่ไม่ใช่คู่สมรสหรือคู่ที่ไม่ได้อาศัยอยู่ด้วยกัน ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

วิธีคำนวณ

ตัวตั้ง/ตัวหาร x 100

วิธีการวัด

การสำรวจพฤติกรรมในกลุ่มประชากรเฝ้าระวัง (Behavioral Surveillance Survey: BSS) ในกลุ่มนักเรียน

ความถี่ในการวัด

ทุก 3-5 ปี

การจำแนกข้อมูล

- เพศ (ชายและหญิง)
- อายุ (15–19 ปี 20–24 ปี และ 25–49 ปี)
- ระดับการศึกษา (มัธยมศึกษาปีที่ 2 และ 4 และ ปวช. ปี 1)

R2.2 ร้อยละของหญิงและชาย (อายุ 15–24 ปี) ที่ระบุวิธีป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากการมีเพศสัมพันธ์ได้ถูกต้อง และตอบถูกสำหรับคำถามการติดต่อเชื้อเอชไอวีที่ไม่ถูกต้อง

สิ่งที่วัด

ความก้าวหน้าของการมีความรู้และข้อเท็จจริงที่สำคัญของการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี

หลักการและเหตุผล

การระบาดของเอชไอวีนั้นส่วนใหญ่เป็นการติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในคนหนุ่มสาวรุ่นต่อไป การมีความรู้เกี่ยวกับเอชไอวีและเอดส์ที่เพียงพอจึงเป็นสิ่งจำเป็น แม้จะไม่เพียงพอในการสร้างพฤติกรรมลดความเสี่ยงการติดเชื้อเอชไอวี

ตัวตั้ง

จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามอายุ 15–24 ปี ที่สามารถตอบคำถามต่อไปนี้ได้ถูกต้องทุกข้อ

1. ความเสี่ยงในการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีลดลงหรือไม่ หากมีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่ไม่ใช่คู่อุปถัมภ์กับคนอื่น

2. การใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทุกครั้งช่วยลดความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีได้หรือไม่
3. ผู้ที่ดูแลสุขภาพแข็งแรงมีเชื้อเอชไอวีได้หรือไม่
4. คนติดเชื้อเอชไอวีเนื่องจากยุงกัดได้หรือไม่
5. คนติดเชื้อเอชไอวีเนื่องจากการรับประทานอาหารร่วมกันกับผู้มีเชื้อฯ ได้หรือไม่

ตัวหาร

จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามอายุ 15–24 ปีทั้งหมด

วิธีคำนวณ

ตัวตั้ง/ตัวหาร x 100

วิธีการวัด

การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย (Multiple Indicator Cluster Survey: MICS)

ความถี่ในการวัด

ทุก 3 ปี

การจำแนกข้อมูล

- อายุ (15–19 ปี และ 20–24 ปี)
- เพศ (ชายและหญิง)

ผลลัพธ์ที่ 3: ประชากรหลักเข้าถึงและได้รับบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีผสมผสานที่มีลักษณะจำเพาะกับแต่ละกลุ่มประชากรได้จำนวนมากขึ้น

R3.1 ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันเอชไอวี

สิ่งที่วัด

ความก้าวหน้าของความพยายามในการเพิ่มความครอบคลุมกลุ่มประชากรหลัก (MSM TGW MSW FSW PWID และ ประชากรข้ามชาติ) ให้ได้รับชุดบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

หลักการและเหตุผล

ความสำเร็จในการเผชิญหน้ากับการระบาดของเอชไอวี ต้องการการดำเนินงานทั้งการสร้างพฤติกรรมเชิงป้องกัน ร่วมกับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ความครอบคลุมของแผนงานป้องกันที่มีหลักฐานสนับสนุนการดำเนินงาน เป็นองค์ประกอบสำคัญของการรับมือกับปัญหาเอดส์ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ระบุไว้ในยุทธศาสตร์ชาติ

ตัวตั้ง

- จำนวนประชากรหลัก (MSM TGW และ PWID) ที่ตอบว่าได้รับชุดบริการป้องกันเอชไอวี ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ดังนี้
 - ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้รับถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่นหรือไม่
 - ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้รับบริการให้คำปรึกษาเรื่องการใช้ถุงยางอนามัยและการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยหรือไม่
 - ท่านได้ตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่
 - ท่านได้รับเข็มและกระบอกฉีดยาใหม่และปลอดภัยในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่ (ผู้ใช้น้ำยาเสพติดด้วยวิธีฉีด)

- จำนวนประชากรหลัก (FSW และประชากรข้ามชาติ) ที่ตอบว่า ได้รับชุดบริการป้องกันเอชไอวี 2 ใน 3 ของบริการ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ได้แก่ การสร้างความรู้ความเข้าใจเรื่องเอดส์ ถุงยางอนามัย และรู้ว่าจะตรวจเอชไอวีได้ที่ไหน

ตัวหาร

จำนวนประชากรหลักที่ตอบแบบสอบถาม

วิธีคำนวณ

ตัวตั้ง/ตัวหาร x 100

วิธีการวัด

แบบสำรวจ BBS

ศึกษารายละเอียดในตัวชี้วัด G1.2

ความถี่ในการวัด

ทุก 2 ปี

การจำแนกข้อมูล

- อายุ (<25 ปี และ 25+ ปี)

- กลุ่มประชากรหลัก (MSM TGW MSW FSW PWID และประชากรข้ามชาติ)

R3.2 ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่ได้รับบริการยาเพร็พ (PrEP)

สิ่งที่วัด

ความก้าวหน้าของการให้บริการยาเพร็พ (PrEP) แก่ประชากรหลัก ได้แก่ MSM TGW MSW FSW และ PWID

หลักการและเหตุผล

ตัวชี้วัดนี้เป็นหลักในการประเมินการมีบริการยาเพร็พ (PrEP) รวมถึงการใช้บริการยาเพร็พ (PrEP) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อ ได้แก่ MSM TGW MSW FSW และ PWID การใช้ยาต้านไวรัสฯ ของผู้ที่มีผลตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีเป็นลบ ก่อนการสัมผัสเชื้อฯ จะช่วยป้องกันการติดเชื้อฯ ทั้งนี้มีข้อมูลที่ยังกว้างขวางถึงประสิทธิผลของยาเพร็พ (PrEP) ในการป้องกันสำหรับกลุ่มที่มีผลตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีเป็นลบ

ตัวตั้ง

จำนวนประชากรหลักที่รายงานว่าได้รับยาเพร็พ (PrEP) ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

ตัวหาร

จำนวนประชากรหลักที่ตอบคำถามในการสำรวจ

วิธีคำนวณ

ตัวตั้ง/ตัวหาร x 100

วิธีการวัด

การสำรวจชีพพฤติกรรม (BBS) ดูรายละเอียดใน ตัวชี้วัด G1.2

ความถี่ในการวัด

ทุก 2 ปี

การจำแนกข้อมูล

- ประชากรหลัก (MSM TGW MSW FSW และ PWID)

- อายุ <25 ปี และ 25 ปี ขึ้นไป

R3.3 ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่ได้ตรวจเอชไอวีและรู้ผลตรวจ หรือ รู้อยู่แล้วว่าติดเชื้อ

สิ่งที่วัด

ความก้าวหน้าของการให้บริการตรวจเอชไอวีแก่กลุ่มประชากรหลัก (MSM TGW MSW FSW และ PWID)

หลักการและเหตุผล

การที่ประชากรหลักที่ติดเชื้อเอชไอวี จะได้รับการดูแลรักษาที่จำเป็นเพื่อให้การดำรงชีวิตและสุขภาพดี ทำงานได้และลดโอกาสในการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี สิ่งสำคัญคือการทำให้รู้สถานะการติดเชื้อเอชไอวีของตน ตัวชี้วัดนี้แสดงประสิทธิผลของบริการตรวจเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

ตัวตั้ง

จำนวนประชากรหลักที่ตอบแบบสอบถาม รายงานว่าได้ตรวจเอชไอวี ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

ตัวหาร

จำนวนประชากรหลักที่ตอบแบบสอบถามการสำรวจ

วิธีคำนวณ

ตัวตั้ง/ตัวหาร × 100

วิธีการวัด

การสำรวจชีวิตพฤติกรรม (BBS) กระจายละเอียดใน ตัวชี้วัด G1.2

ความถี่ในการวัด

ทุก 2 ปี

การจำแนกข้อมูล

-ประชากรหลัก (MSM TGW MSW FSW และ PWID)

-อายุ <25 ปี และ 25+ ปี

R3.4 ร้อยละของกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) ที่ตอบว่าใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักกับผู้ที่ไม่ใช่คู่ประจำ ครั้งล่าสุด

สิ่งที่วัด

ความก้าวหน้าของการป้องกันการสัมผัสเชื้อเอชไอวีในกลุ่ม MSM ทางทวารหนักโดยไม่ป้องกันกับคู่อที่เป็นเพศชาย

หลักการและเหตุผล

ถุงยางอนามัยสามารถลดความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีจากการมีเพศสัมพันธ์ได้อย่างมีนัยสำคัญ ด้วยเหตุนี้การใช้ถุงยางอนามัยเป็นประจำและอย่างถูกต้อง จึงมีความสำคัญกับกลุ่ม MSM ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเอชไอวีระหว่างการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักโดยไม่ป้องกัน ทั้งนี้ชายที่มีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักกับชายอื่นก็อาจมีคู่อเป็นหญิง ซึ่งอาจติดเชื้อได้ด้วยเช่นกัน การใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักกับชายที่ครั้งล่าสุดถือเป็นตัวชี้วัดพฤติกรรมระยะยาวที่น่าเชื่อถือได้

ตัวตั้ง

จำนวน MSM ที่ตอบว่า ใช้ถุงยางอนามัยระหว่างการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักครั้งล่าสุด

ตัวหาร

จำนวน MSM ที่ตอบว่ามีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักกับชาย ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

วิธีคำนวณ

ตัวตั้ง/ตัวหาร × 100

ถ่วงน้ำหนักด้วยจำนวนกลุ่มตัวอย่างของแต่ละกลุ่มย่อย

วิธีการวัด

การสำรวจชีพพฤติกรรม (BBS)

การสอบถามกลุ่มตัวอย่างที่เป็น MSM เกี่ยวกับประวัติการมีเพศสัมพันธ์กับคู่อีกในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา การมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักกับชาย และการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักครั้งล่าสุด การใช้ถุงยางอนามัย รวมทั้งกรณีเป็นฝ่ายรับหรือฝ่ายรุก

ความถี่ในการวัด

ทุก 2 ปี

การจำแนกข้อมูล

อายุ (<25 และ 25+ ปี)

R3.5 ร้อยละของกลุ่มหญิงข้ามเพศ (TGW) ที่ตอบว่าใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักกับชายที่ไม่ใช่คู่ ครั้งล่าสุด

สิ่งที่วัด

ความก้าวหน้าของการป้องกันการสัมผัสกับเอชไอวีในกลุ่ม TGW เมื่อมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน

หลักการและเหตุผล

ถุงยางอนามัยช่วยลดความเสี่ยงติดเชื้อเอชไอวีเนื่องจากการมีเพศสัมพันธ์ได้อย่างมีนัยสำคัญ ด้วยเหตุนี้การใช้ถุงยางอนามัยอยู่เป็นประจำและถูกต้องจึงมีความสำคัญกับกลุ่ม TGW เนื่องจากความเสี่ยงว่าด้วยการติดเชื้อเอชไอวีมีสูงระหว่างการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักกับชายโดยไม่ป้องกัน การใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ที่มีการสอดใส่กับคู่อื่นถือเป็นตัวชี้วัดพฤติกรรมระยะยาวที่น่าเชื่อถือได้

ตัวตั้ง

จำนวน TGW ที่ตอบว่า ใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ที่มีการสอดใส่หรือเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักครั้งล่าสุด

ตัวหาร

จำนวน TGW ที่ตอบว่ามีเพศสัมพันธ์ที่มีการสอดใส่หรือทางทวารหนักกับชายที่ไม่ใช่คู่ ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

วิธีคำนวณ

ผลเป็นร้อยละใช้การคำนวณและถ่วงน้ำหนักตามสัดส่วนของความเสี่ยงสูงและความเสี่ยงต่ำ

วิธีการวัด

สำรวจ BBS ในพื้นที่ 4 จังหวัด ได้แก่ กรุงเทพฯ เชียงใหม่ ภูเก็ต และชลบุรี โดยใช้วิธี VDT (สถานที่-วัน-เวลา-ตำแหน่ง :Venue Date Time Location)

ความถี่ในการวัด

ทุก 2 ปี

การจำแนกข้อมูล

อายุ (<25 ปี และ 25+ ปี)

R3.6 ร้อยละของกลุ่มพนักงานบริการ (SW) ที่ตอบว่าใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์กับลูกค้าครั้งล่าสุด

สิ่งที่วัด

ความก้าวหน้าของการป้องกันการสัมผัสเชื้อเอชไอวีของ SW เนื่องจากการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน

หลักการและเหตุผล

มีปัจจัยหลายประการที่เพิ่มความเสี่ยงในการสัมผัสเชื้อเอชไอวีในกลุ่มพนักงานบริการ (SW) ได้แก่การมีคู่มือประจำหลายคน และการมีเพศสัมพันธ์บ่อย ๆ อย่างไรก็ตาม กลุ่มพนักงานบริการ (SW) สามารถลดความเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างมีนัยสำคัญ ทั้งจากลูกค้าหรือตนเอง ด้วยการใชถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอและถูกต้อง

ตัวตั้ง

จำนวนพนักงานบริการ (SW) ที่ตอบว่า ใช้ถุงยางอนามัยกับลูกค้าคนล่าสุด

ตัวหาร

จำนวนพนักงานบริการ (SW) ที่ตอบว่า ได้ให้บริการทางเพศในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

วิธีคำนวณ

ตัวตั้ง/ตัวหาร x 100

วิธีการวัด

การสำรวจ BBS ในพื้นที่ 4 จังหวัด ได้แก่ กรุงเทพฯ เชียงใหม่ ภูเก็ต และชลบุรี สุ่มตัวอย่างโดยวิธี VDT (สถานที่-วัน-เวลา-ตำแหน่ง :Venue Date Time Location)

ความถี่ในการวัด

ทุก 2 ปี

การจำแนกข้อมูล

- เพศภาวะ (หญิง ชาย และหญิงข้ามเพศ)
- อายุ (<25 ปี และ 25+ ปี)

R3.7 ร้อยละของกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID) ที่ตอบว่าใช้อุปกรณ์การฉีดปลอดเชื้อในการฉีดครั้งล่าสุด
R4.6 PWID ที่ระบุว่าจะใช้อุปกรณ์การฉีดที่ปลอดเชื้อในการใช้สารเสพติดครั้งล่าสุด (ร้อยละ)

สิ่งที่วัด

ความก้าวหน้าของการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากการฉีดสารเสพติด ในกลุ่ม PWID

หลักการและเหตุผล

ความปลอดภัยทั้งในการฉีดสารเสพติดและการมีเพศสัมพันธ์ของกลุ่ม PWID เป็นสิ่งจำเป็น ความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีจากการใช้อุปกรณ์ฉีดที่ปนเปื้อนมีสูงมาก ทำให้ PWID สามารถถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีผ่านการมีเพศสัมพันธ์ไปสู่ประชากรกลุ่มที่ใหญ่ขึ้นได้

ตัวตั้ง

จำนวนผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID) ที่ตอบว่า ใช้อุปกรณ์การฉีดปลอดเชื้อในการเสพครั้งล่าสุด

ตัวหาร

จำนวนผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID) ที่ตอบว่า ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด ในช่วงเดือนที่ผ่านมา

วิธีคำนวณ

ตัวตั้ง/ตัวหาร x 100

วิธีการวัด

การสำรวจ BBS ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบ Respondent Driven Sampling (RDS) ให้ครอบคลุมกลุ่มตัวอย่างเพศชาย เพศหญิง และเยาวชน การสำรวจดำเนินการในพื้นที่ 3 จังหวัดได้แก่ กรุงเทพฯ เชียงใหม่ (ภาคเหนือ) และสงขลา (ภาคใต้)

ความถี่ในการวัด

ทุก 2 ปี

การจำแนกข้อมูล

- เพศ (หญิง ชาย และหญิงข้ามเพศ)
- อายุ (<25 และ 25+ ปี)

R3.8 ร้อยละของกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID) ที่ตอบว่าใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด

สิ่งที่วัด

ความก้าวหน้าของการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากเพศสัมพันธ์ในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID)

หลักการและเหตุผล

ความปลอดภัยทั้งในการฉีดสารเสพติดและการมีเพศสัมพันธ์ของกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID) เป็นสิ่งจำเป็น ความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี จากการใช้อุปกรณ์ฉีดที่ปนเปื้อนมีสูงมาก ทำให้ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID) สามารถถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีผ่านการมีเพศสัมพันธ์ ไปสู่ประชากรกลุ่มที่ใหญ่ขึ้นได้

ตัวตั้ง

จำนวนผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID) ที่ตอบว่า ใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด

ตัวหาร

จำนวนผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID) ที่ตอบว่า ได้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีดและมีเพศสัมพันธ์ ในช่วงเดือนที่ผ่านมา

วิธีคำนวณ

ตัวตั้ง/ตัวหาร x 100

วิธีการวัด

การสำรวจชีวพฤติกรรม (BBS) ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบ Respondent Driven Sampling (RDS) ให้ครอบคลุมกลุ่มตัวอย่างเพศชาย เพศหญิง และเยาวชน การสำรวจดำเนินการในพื้นที่ 3 จังหวัดได้แก่ กรุงเทพฯ เชียงใหม่ (ภาคเหนือ) และสงขลา (ภาคใต้)

ความถี่ในการวัด

ทุก 2 ปี

การจำแนกข้อมูล

- เพศภาวะ (หญิง ชาย ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย และหญิงข้ามเพศ)
- อายุ (<25 ปี และ 25+ ปี)

R3.9 ร้อยละของกลุ่มประชากรข้ามชาติที่ตอบว่าใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย

สิ่งที่วัด

ความก้าวหน้าของการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากเพศสัมพันธ์ในกลุ่มประชากรข้ามชาติที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

หลักการและเหตุผล

กลุ่มประชากรข้ามชาติที่มีความเสี่ยงต่อเอชไอวี ได้แก่ ประชากรข้ามชาติจากสาขาอาชีพ 5 สาขา คือ แรงงานประมง แรงงานต่อเนื่องประมง แรงงานในโรงงาน แรงงานก่อสร้างและพนักงานบริการหญิงจากประเทศเมียนมา กัมพูชา และสปป.ลาว

ตัวตั้ง

จำนวนประชากรข้ามชาติเพศชายที่ตอบว่า ได้ใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายกับพนักงานบริการหญิง

ตัวหาร

จำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม

วิธีคำนวณ

ตัวตั้ง/ตัวหาร x 100

วิธีการวัด

การสำรวจชีวิตพฤติกรรม (BBS) ดูรายละเอียดในตัวชี้วัด G1.2

ความถี่ในการวัด

ทุก 2 ปี

การจำแนกข้อมูล

- เพศ (หญิง ชาย และหญิงข้ามเพศ)
- อายุ (<25 ปี และ 25+ ปี)

ข. การบูรณาการบริการเอชไอวีกับบริการอื่น

ผลลัพธ์ที่ 4: ยุติการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี ซิฟิลิส และไวรัสตับอักเสบบี จากแม่สู่ลูก

R4.1 ร้อยละของเด็กเกิดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวีใน 12 เดือนที่ผ่านมา ที่ติดเชื้อเอชไอวี

สิ่งที่วัด

ความก้าวหน้าของการให้ยาต้านไวรัสเอชไอวี แก่หญิงตั้งครรภ์เพื่อลดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก

หลักการและเหตุผล

ความพยายามในการทำให้การเข้าถึงการให้บริการผสมผสานของยาต้านไวรัสฯ เพื่อการป้องกันและการรักษา รวมถึง การเสริมสร้างความเข้มแข็งของการให้บริการปรึกษาในการให้นมเด็กทารกที่เพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้สามารถลดติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกได้อย่างมีนัยสำคัญ การติดตามผลกระทบจากการดำเนินการเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกเพื่อลดจำนวนเด็กติดเชื้อฯ รายใหม่จึงเป็นสิ่งจำเป็น

ตัวตั้ง

จำนวนเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่จากการถ่ายทอดจากแม่ที่ติดเชื้อฯ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

ตัวหาร

จำนวนเด็กที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

วิธีการวัด

คาดประมาณโดยใช้ตัวแบบจำลอง Spectrum

ความถี่ในการวัด

รายปี

การจำแนกข้อมูล

คนไทยและต่างชาติ

R4.2 อัตราป่วยซิฟิลิสแต่กำเนิด (รวมเกิดมีชีพและตายคลอด) ต่อเด็กเกิดมีชีพ 100,000 ราย

สิ่งที่วัด

ความก้าวหน้าของการกำจัดการติดเชื้อซิฟิลิสจากแม่สู่ลูก

หลักการและเหตุผล

การติดเชื้อซิฟิลิสระหว่างตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รักษาไม่เพียงแต่จะเพิ่มความเสี่ยงในการติดเชื้อซิฟิลิสของแม่กับทารกและการได้รับเชื้อเอชไอวีเท่านั้น แต่ยังสามารถนำไปสู่ภาวะตายคลอด (Stillbirth) การตายในระยะแรกเกิด (neonatal death) และโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด หากพิจารณาจากการตรวจและรักษาซิฟิลิสที่ประสิทธิผลสูง ไม่ซับซ้อนและมีค่าใช้จ่ายต่ำแล้ว ได้มีการริเริ่มในระดับโลกและระดับภูมิภาคที่จะกำจัดการติดเชื้อซิฟิลิสจากแม่สู่ลูก อัตราการเกิดซิฟิลิสแต่กำเนิดเป็นตัวชี้วัดผลกระทบของมาตรการกำจัดการติดเชื้อซิฟิลิสจากแม่สู่ลูก

ตัวตั้ง

จำนวนเด็กที่เป็นซิฟิลิสแต่กำเนิดรวมทั้งคลอดแล้วมีชีพิตและภาวะตายคลอด ที่รายงาน ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

ตัวหาร

จำนวนเด็กที่คลอดมีชีพิตทั้งหมด ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

วิธีคำนวณ

ตัวตั้ง/ตัวหาร x 1,000

วิธีการวัด

ตัวตั้ง: ใช้ข้อมูลจากบันทึกบริการ ที่ได้สอบสวนเพื่อยืนยันการวินิจฉัยว่าเป็นซิฟิลิสแต่กำเนิด ตามเกณฑ์ต่อไปนี้

1. การรักษาซิฟิลิสของแม่ไม่เป็นไปตามมาตรฐาน ไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ รักษาล่าช้า หรือไม่ทราบว่า ได้รับการรักษาหรือไม่
2. ค่าไตเตอร์ (titer) RPR/VDRL ในเด็ก มีค่าเท่ากับ 4 เท่าหรือมากกว่า ของค่าไตเตอร์ (titer) RPR/VDRL ของแม่
3. ความสอดคล้องด้านคลินิกและการสอบสวนกับโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด
4. ภาวะตายคลอดและการพบเชื้อซิฟิลิสในแม่

ตัวหาร: ใช้ข้อมูลจากบันทึกบริการ

ความถี่ในการวัด รายปี

การจำแนกข้อมูล

คนไทยและต่างชาติ

R4.3 อัตราความชุกการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในเด็กอายุ 5 ปี

สิ่งที่วัด

ความก้าวหน้าของการกำจัดการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จากแม่สู่ลูก

หลักการและเหตุผล

ในระดับโลก ร้อยละ 90 ของการถ่ายทอดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เป็นการถ่ายทอดเชื้อฯ จากแม่สู่ลูก และส่วนใหญ่เกิดในประเทศที่มีทรัพยากรขาดแคลน ซึ่งมีความชุกการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในระดับสูง ประเทศในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก ได้รับรองที่จะดำเนินงานในช่วง พ.ศ. 2561 - 2573 ตามกรอบงานขององค์การอนามัยโลก ในเรื่องการกำจัดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี ซิฟิลิส และไวรัสตับอักเสบบี จากแม่สู่ลูก ทั้งนี้ เป้าหมายและยุทธศาสตร์มีความสอดคล้องกับเป้าหมายแผนงานขององค์การอนามัยโลกในภาพรวมของยุทธศาสตร์โลกของโรคไวรัสตับอักเสบบี พ.ศ. 2559 - 2564 ที่มุ่งเป้าหมายที่จะลดความชุกการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในเด็กอายุ 5 ปี จาก \leq ร้อยละ 1 ในปี 2563 ลงเหลือ \leq ร้อยละ 0.1 ในปี 2573

ประเทศไทยได้รับการรับรองว่ามีการกำจัดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสจากแม่สู่ลูกในปี 2559 และในปี 2563 สำหรับเด็กที่เกิดระหว่าง พ.ศ. 2562 - 2563 ในขณะที่เป้าหมายการกำจัดการถ่ายทอดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จากแม่สู่ลูก ได้รับการรับรองใน พ.ศ. 2561 โดยลดความชุกการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในเด็กอายุ 5 ปี ลงให้ต่ำกว่าร้อยละ 1 ใน พ.ศ. 2568

ประเทศไทยเริ่มให้วัคซีนไวรัสตับอักเสบบี แก่เด็กเกิดใหม่ มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 โดยให้เข็มแรกเมื่อแรกเกิด เข็มที่ 2 เมื่ออายุ 1 เดือน และเข็มที่ 3 เมื่ออายุ 6 เดือน การสำรวจความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนของประเทศใน พ.ศ. 2561 พบว่าเด็กได้รับวัคซีนฯ เข็มแรกเมื่อแรกเกิด ร้อยละ 99.6 และได้รับวัคซีนฯ เข็มที่ 3 ครอบคลุมร้อยละ 96.5 แต่ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข พบว่าความครอบคลุมการได้รับวัคซีนเข็มแรกเป็น ร้อยละ 94.8 และเข็มที่ 3 ครอบคลุมเพียง ร้อยละ 86.7

ตัวตั้ง

จำนวนเด็กอายุ 5 ปี ตรวจ HBsAg ให้ผลลบ

ตัวหาร

จำนวนเด็กอายุ 5 ปี ตรวจ HBsAg

วิธีคำนวณ

ตัวตั้ง/ตัวหาร \times 1,000

วิธีการวัด

การสำรวจเฝ้าระวังระดับชาติ

ความถี่ในการวัด

ทุก 5 ปี

ผลลัพธ์ที่ 5: บริการเอชไอวีเป็นบริการที่บูรณาการกับบริการสุขภาพอื่น และเป็นบริการที่เท่าเทียมกัน ด้วยหลักการให้คนเป็นศูนย์กลาง เพื่อสนับสนุนให้บรรลุเป้าหมายเอดส์ ภายใต้ระบบสุขภาพที่เข้มแข็งและยืดหยุ่น

R5.1 ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบรวมกับเอชไอวี

สิ่งที่วัด

โรคที่เกิดร่วมกับเอชไอวีและความจำเป็นที่อาจต้องได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม

หลักการและเหตุผล

ปรากฏการณ์การติดเชื้อร่วมของไวรัสตับอักเสบรวมกับเอชไอวีมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นเมื่อไม่นานมานี้ ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีกำลังเสียชีวิตจากโรคตับอักเสบรวม เนื่องจากไม่ได้ได้รับการรักษาไวรัสตับอักเสบรวม การดูแลรักษาเอชไอวีสามารถปรับเพื่อรักษาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบรวมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปัจจุบันการรักษาไวรัสตับอักเสบรวม ซี แบบใหม่มีประสิทธิภาพสูง มีอัตราการลดปริมาณไวรัสได้ดี ไม่ว่าจะเป็นไวรัสตับอักเสบรวม ซี สายพันธุ์ใดก็ตาม การประเมินภาวะจากโรคไวรัสตับอักเสบรวมของกลุ่มประชากรหลักอยู่ร่วมกับเอชไอวี จะช่วยให้ผู้วางแผนระดับชาติได้พิจารณาทรัพยากรที่จำเป็นต่อการรับมือการระบาดร่วม

ตัวตั้ง

จำนวนประชากรหลักที่ผลตรวจไวรัสตับอักเสบรวม ซี เป็นบวก หรือ ไวรัสตับอักเสบรวม บี เป็นบวก และมีผลตรวจเอชไอวีเป็นบวก

ตัวหาร

จำนวนประชากรหลักที่ตรวจทั้งเอชไอวีและไวรัสตับอักเสบรวม บี หรือ ซี หรือทั้ง บี และ ซี

วิธีคำนวณ

ตัวตั้ง/ตัวหาร x 100

วิธีการวัด

พิจารณา การรวมในการสำรวจ BBS

ความถี่ในการวัด

ทุก 2 ปี

การจำแนกข้อมูล

- อายุ (<25 ปี และ 25+ ปี)
- เพศภาวะ (ชาย หญิง และหญิงข้ามเพศ)
- กลุ่มประชากรหลัก (MSM TGW MSW FSW และ PWID)

R5.2 ร้อยละของผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวีที่เริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ป่วยด้วยวัณโรค

สิ่งที่วัด

ภาระของการป่วยด้วยวัณโรคของผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวีที่เข้ารับการรักษารายใหม่ ซึ่งยังเป็นการวัดความพยายามในการตรวจการป่วยด้วยวัณโรคร่วมกับเอชไอวีให้ได้ตั้งแต่ระยะแรก



หลักการและเหตุผล

วัตถุประสงค์หลักของการพยายามค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในส่วนของบริการเอชไอวี และตรวจเอชไอวีในส่วนของบริการวัณโรค เพื่อการตรวจพบผู้ป่วยโรคร่วมของวัณโรคและเอชไอวีได้โดยเร็ว และจะได้เริ่มรักษาวัณโรคและรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ได้เร็วขึ้น แม้ว่าควรตรวจวัณโรคในกลุ่มผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีทุกครั้งที่มาพบแพทย์หรือนัดที่สถานพยาบาล แต่การตรวจคัดกรองวัณโรคในผู้ที่ลงทะเบียนเอชไอวีรายใหม่มีความสำคัญเป็นพิเศษ เนื่องจากผู้ลงทะเบียนใหม่มีความเสี่ยงจากวัณโรคมากกว่าผู้ที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ แล้ว ยิ่งไปกว่านั้นผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่ลงทะเบียนรายใหม่อาจไม่ตระหนักเกี่ยวกับอาการของวัณโรคและความสำคัญของการตรวจและรักษาตั้งแต่ระยะแรก และอาจไม่สนใจที่จะตรวจเมื่อมีอาการทั่วไปหรืออาการของวัณโรค การตรวจวัณโรคแบบเข้มข้นเป็นโอกาสของการให้ความรู้แก่ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีในการตรวจวัณโรคตั้งแต่ระยะแรก

ตัวตั้ง

จำนวนผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่ลงทะเบียนรายใหม่ที่มีวัณโรคระยะแสดงอาการ ในช่วงที่รายงาน

ตัวหาร

จำนวนผู้ลงทะเบียนดูแลรักษาเอชไอวีรายใหม่

วิธีคำนวณ

ตัวตั้ง/ตัวหาร x 100

วิธีการวัด

ตัวตั้ง: บันทึกข้อมูลบริการในฐานข้อมูล NAP plus โดยนับจำนวนผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่ลงทะเบียนเข้ารับการรักษาเอชไอวีรายใหม่ที่ตรวจพบวัณโรคระยะแสดงอาการ ทั้งนี้ควรตรวจสอบข้อมูลกับโปรแกรมรายงานข้อมูลวัณโรคของประเทศไทย (National Tuberculosis Information Program: NTIP)

ตัวหาร: บันทึกข้อมูลบริการในฐานข้อมูล NAP plus โดยนับจำนวนของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่ลงทะเบียนดูแลรักษาเอชไอวีรายใหม่

ความถี่ในการวัด

รายปี

การจำแนกข้อมูล

กรุงเทพและจังหวัดอื่น ๆ

R5.3 ร้อยละของกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) ที่เป็นโรคซิฟิลิส

สิ่งที่วัด

ความก้าวหน้าของการลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและความพยายามในการควบคุมซิฟิลิสในกลุ่ม MSM

หลักการและเหตุผล

การตรวจซิฟิลิสในกลุ่ม MSM มีความสำคัญต่อสุขภาพและใช้ในการเฝ้าระวังรุ่นที่สอง (second-generation surveillance)

ตัวตั้ง

จำนวน MSM ที่ตรวจพบซิฟิลิสระยะ active

ตัวหาร

จำนวน MSM ที่ตรวจซิฟิลิส

วิธีคำนวณ

ตัวตั้ง/ตัวหาร x 100

วิธีการวัด

- รวมอยู่ในการสำรวจ BBS
- การตรวจด้วยวิธี Rapid treponemal test เป็นวิธีที่ง่าย จึงใช้วิธีตรวจนี้ในการคัดกรอง แต่ควรตรวจร่วมกับการตรวจด้วยวิธี non-treponemal test ที่ตรวจ reaginic antibody ตัวชี้วัดนี้กำหนดว่า การตรวจด้วยวิธี non-treponemal test ที่มีผลบวก และการตรวจด้วยวิธี treponemal test ที่มีผลเป็นบวก ให้ถือเป็นการยืนยันว่าเป็น active syphilis

ความถี่ในการวัด

ทุก 2 ปี

การจำแนกข้อมูล

อายุ (<19 ปี 19-24 ปี และ 25+ ปี)

R5.4 ร้อยละของกลุ่มพนักงานบริการ (SW) ที่ตรวจซีฟิลิสให้ผลบวก

สิ่งที่วัด

ความก้าวหน้าของการลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและความพยายามในการควบคุมซีฟิลิสในกลุ่ม SW

หลักการและเหตุผล

การตรวจซีฟิลิสในกลุ่ม SW มีความสำคัญสำหรับสุขภาพของกลุ่มนี้และตามเป้าหมายของการเฝ้าระวังรุ่นที่สอง (second-generation surveillance)

ตัวตั้ง

จำนวน SW ที่ตรวจพบซีฟิลิสระยะ active

ตัวหาร

จำนวน SW ที่ตรวจซีฟิลิส

วิธีคำนวณ

ตัวตั้ง/ตัวหาร x 100

วิธีการวัด

- รวมอยู่ในการสำรวจ BBS
- การตรวจด้วยวิธี Rapid treponemal test เป็นวิธีที่ง่าย จึงใช้วิธีตรวจนี้ในการคัดกรอง แต่ควรตรวจร่วมกับการตรวจด้วยวิธี non-treponemal test ที่ตรวจ reaginic antibody ตัวชี้วัดนี้กำหนดว่า การตรวจด้วยวิธี non-treponemal test ที่มีผลบวก และการตรวจด้วยวิธี treponemal test ที่มีผลเป็นบวก ให้ถือเป็นการยืนยันว่าเป็น active syphilis

ความถี่ในการวัด

ทุก 2 ปี

การจำแนกข้อมูล

เพศภาวะ (หญิง ชาย และหญิงข้ามเพศ)

อายุ (<19 ปี 19-24 ปี และ 25+ ปี)

ค. ปัจจัยเกื้อหนุนทางสังคม

ผลลัพธ์ที่ 6: ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ผู้มีความเสี่ยงหรือได้รับผลกระทบ เข้าถึงการคุ้มครองและการสนับสนุนทางสังคม

R6.1 ร้อยละของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/ประชากรหลักที่ตอบว่ามีประสบการณ์ถูกเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีในสถานพยาบาล

สิ่งที่วัด

ความก้าวหน้าของการลดการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เพศภาวะ/การทำงานด้านบริการทางเพศ/การใช้สารเสพติดในกลุ่มผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี และกลุ่มประชากรหลักประสบเมื่อเข้ารับบริการสุขภาพ

หลักการและเหตุผล

หน่วยบริการสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งในกลุ่มผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี และกลุ่มประชากรหลักได้พบกับการเลือกปฏิบัติตัวชี้วัดข้อนี้ประเมินการเลือกปฏิบัติที่กลุ่มผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี และกลุ่มประชากรหลักมีประสบการณ์ตรงเมื่อเข้ารับบริการในหน่วยบริการสุขภาพ

ตัวตั้ง

จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามที่ตอบว่า “ใช่” ต่อคำถามอย่างน้อย 1 ข้อ ในแต่ละประเด็น ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

ตัวหาร

จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด

วิธีคำนวณ

ตัวตั้ง/ตัวหาร x 100

วิธีการวัด

- การสำรวจในพื้นที่เฝ้าระวัง ประกอบด้วย 1 จังหวัด/เขตสุขภาพ กล่าวคือ กรุงเทพฯทั้งพื้นที่ และอีก 12 จังหวัด (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 4 จังหวัด ภาคเหนือ 3 จังหวัด ภาคกลาง 3 จังหวัด และภาคใต้ 2 จังหวัด)
- กลุ่มประชากรที่สำรวจคือ เจ้าหน้าที่ซึ่งทำงานด้านสุขภาพ และกลุ่มผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่รับยาต้านไวรัสฯ ที่โรงพยาบาล
- คำถามสำหรับผู้อยู่ร่วมกับเชื้อฯ: เมื่อรับการบริการสุขภาพ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา เคยประสบกับการเลือกปฏิบัติเนื่องจากการมีเชื้อเอชไอวีดังต่อไปนี้หรือไม่

- ปฏิเสธการให้การดูแลรักษาเนื่องจากมีเชื้อเอชไอวี
- เปลี่ยนให้เป็นลำดับสุดท้ายในการรับบริการ
- ได้รับความสนใจน้อยกว่าคนอื่น ๆ
- ถูกขอให้แยกเสื้อผ้าที่ใส่แล้วเก็บไว้ในจุดอื่น ด้วยตัวเอง
- ถูกแนะนำไม่ให้มีเพศสัมพันธ์เนื่องจากมีเชื้อเอชไอวี
- ถูกแนะนำไม่ให้มีบุตร
- จะได้รับการด้วยยาต้านไวรัสฯ ต่อเมื่อคุมกำเนิดหรือทำหมัน
- เปิดเผยสถานะการมีเชื้อเอชไอวีให้ผู้อื่นทราบโดยไม่ได้รับการยินยอม
- ตกเป็นเป้าในการนินทาหรือพูดเรื่องไม่ดีเนื่องจากมีเชื้อเอชไอวี

ความถี่ในการวัด

ทุก 2 ปี

การจำแนกข้อมูล

- ประเภทของการบริการสุขภาพ (ด้านเอชไอวี และด้านอื่น ๆ)
- เพศภาวะ (ชาย หญิง และหญิงข้ามเพศ)
- กลุ่มประชากรหลัก (MSM TGW MSW FSW และ PWID)
- กลุ่มอายุ (15-19 ปี 20-24 ปี หรือ 25-49 ปี)
- ระยะเวลาที่ใช้ชีวิตโดยมีเชื้อเอชไอวี (0-<1 ปี 1-4 ปี 5-9 ปี 10-14 ปี หรือ 15+ ปี)

R6.2 ร้อยละของผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวี/ประชากรหลักที่ตอบว่าเคยหลีกเลี่ยงการใช้บริการสุขภาพเนื่องจากกลัวถูกรังเกียจและเลือกปฏิบัติ

สิ่งที่วัด

ความก้าวหน้าของการลดการหลีกเลี่ยงที่จะมาใช้บริการสุขภาพ เนื่องจากกลัวถูกรังเกียจและเลือกปฏิบัติ ของผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวี และประชากรหลัก

หลักการและเหตุผล

การตีตราและเลือกปฏิบัติขัดขวางและลดการเข้าถึงบริการป้องกัน ดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ความกลัวที่จะถูกรังเกียจ และ/หรือการเคยมีประสบการณ์ถูกรังเกียจและเลือกปฏิบัติ ของผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวีและประชากรหลัก เป็นอุปสรรคสำคัญในการแสวงหาบริการเอชไอวี รวมถึงบริการสุขภาพอื่น ๆ ด้วย

ตัวตั้ง

จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามที่ตอบว่า “ใช่” ต่อคำถามว่าเคยหลีกเลี่ยงการรับบริการ เหตุเนื่องจากการตีตราและเลือกปฏิบัติ

ตัวหาร

จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด

วิธีคำนวณ

ตัวตั้ง/ตัวหาร × 100

วิธีการวัด

- สำหรับผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวี เป็นกลุ่มประชากรหนึ่งของการสำรวจสถานการณ์การตีตราและการเลือกปฏิบัติ ในสถานบริการสุขภาพภาครัฐ
- สำหรับประชากรหลัก (MSM TGW MSW FSW PWID และประชากรข้ามชาติ) เป็นส่วนหนึ่งของการสำรวจชีวพฤติกรรม (BBS) ในกลุ่มประชากรหลักแต่ละกลุ่ม

ความถี่ในการวัด

ทุก 2 ปี

การจำแนกข้อมูล

- เพศภาวะ (ชาย หญิง และหญิงข้ามเพศ)
- กลุ่มอายุ (15-19 ปี 20-24 ปี หรือ 25-49 ปี)

R6.3 ร้อยละของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/ประชากรหลักที่ตอบว่ามีประสบการณ์ถูกเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีในสถานที่ทำงาน

สิ่งที่วัด

ความก้าวหน้าในการลดการเลือกปฏิบัติต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและประชากรหลัก (MSM TGW MSW FSW PWID และประชากรข้ามชาติ)

หลักการและเหตุผล

การตีตราและเลือกปฏิบัติมิได้ขัดขวางต่อการเข้าถึงบริการเอชไอวีเท่าที่ควร แต่ยังมีผลต่อการทำงานด้วย ทั้ง ๆ ที่การรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ช่วยทำให้ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อฯ สามารถมีชีวิตที่เป็นปกติ การเลือกปฏิบัติในสถานที่ทำงาน รวมถึงการรับเข้าทำงาน การส่งเสริมความก้าวหน้าในสายงาน หรือการปฏิบัติที่แตกต่างจากผู้อื่น ที่มีผลจากการมีเชื้อเอชไอวีหรือการเป็นประชากรหลักกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง เป็นการละเมิดสิทธิมนุษยชนแบบหนึ่ง

ตัวตั้ง

จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามที่รายงานการเคยมีประสบการณ์ถูกเลือกปฏิบัติเนื่องจากเอชไอวีในที่ทำงาน ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

ตัวหาร

จำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม

วิธีคำนวณ

ตัวตั้ง/ตัวหาร x 100

วิธีการวัด

ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อ: stigma index survey

ประชากรหลัก (MSM TGW MSW FSW PWID และประชากรข้ามชาติ): เป็นส่วนหนึ่งของการสำรวจชีวพฤติกรรม (BBS) ในกลุ่มประชากรหลักแต่ละกลุ่ม

ความถี่ในการวัด

ทุก 5 ปี สำหรับ stigma index survey

ทุก 2 ปี สำหรับ BBS

การจำแนกข้อมูล

- กลุ่มอายุ (<25 ปี, 25 ปีและมากกว่า)
- เพศภาวะ (ชาย หญิง และหญิงข้ามเพศ)
- ประชากรหลัก (MSM TGW MSW FSW PWID และประชากรข้ามชาติ)

R6.4 ร้อยละของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/ประชากรหลักที่ตีตราตนเอง

สิ่งที่วัด

ความก้าวหน้าในการลดการตีตราตนเองในกลุ่มผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี และกลุ่มประชากรหลัก (MSM TGW MSW FSW PWID และประชากรข้ามชาติ)

หลักการและเหตุผล

การตีตราและเลือกปฏิบัติขัดขวางและลดการเข้าถึงบริการป้องกัน ดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ความกลัวที่จะถูกรังเกียจ และ/หรือการเคยมีประสบการณ์ถูกรังเกียจและเลือกปฏิบัติ ของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและประชากรหลัก เป็นอุปสรรคสำคัญในการแสวงหาบริการเอชไอวี รวมถึงบริการสุขภาพอื่น ๆ ด้วย

ตัวตั้ง

จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามที่ตอบว่า “ใช่” ต่อคำถามอย่างน้อย 1 ข้อ ในแต่ละประเด็น ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

ตัวหาร

จำนวนของผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด

วิธีคำนวณ

ตัวตั้ง/ตัวหาร x 100

วิธีการวัด

- สำหรับผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี เป็นส่วนหนึ่งของการสำรวจเฝ้าระวังการตีตราและเลือกปฏิบัติในหน่วยบริการสุขภาพ
- สำหรับประชากรหลัก (MSM TGW MSW FSW PWID และประชากรข้ามชาติ) เป็นส่วนหนึ่งของการสำรวจชีวิตพฤติกรรม (BBS) ในกลุ่มประชากรหลักแต่ละกลุ่ม

ความถี่ในการวัด

ทุก 2 ปี

การจำแนกข้อมูล

- กลุ่มอายุ (<25 ปี, 25 ปีและมากกว่า)
- เพศภาวะ (ชาย หญิง และหญิงข้ามเพศ)
- ประชากรหลัก (MSM TGW MSW FSW PWID และประชากรข้ามชาติ)

R6.5 ร้อยละของผู้ให้บริการสุขภาพรายงานว่าเคยเห็นการรังเกียจผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีในโรงพยาบาล ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

สิ่งที่วัด

ความก้าวหน้าของการลดการละเมิดสิทธิมนุษยชนในหน่วยบริการสุขภาพ

หลักการและเหตุผล

หน่วยบริการสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งที่กลุ่มผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี และกลุ่มประชากรหลักได้พบกับการเลือกปฏิบัติ ตัวชี้วัดข้อนี้ประเมินการเลือกปฏิบัติที่กลุ่มผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี และกลุ่มประชากรหลักมีประสบการณ์ตรงเมื่อเข้ารับบริการในหน่วยบริการสุขภาพ

ตัวตั้ง

จำนวนผู้ให้บริการสุขภาพที่ตอบแบบสอบถามว่า “ใช่” ต่อคำถามอย่างน้อย 1 ข้อ ต่อคำถามการเคยเห็นการรังเกียจ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

ตัวหาร

จำนวนผู้ให้บริการสุขภาพที่ตอบคำถามทั้งหมด

วิธีคำนวณ

ตัวตั้ง/ตัวหาร x 100



วิธีการวัด

- การสำรวจในพื้นที่เฝ้าระวัง ประกอบด้วย 1 จังหวัด/เขตสุขภาพ กล่าวคือ กรุงเทพมหานครทั้งพื้นที่ และอีก 12 จังหวัด (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 4 จังหวัด ภาคเหนือ 3 จังหวัด ภาคกลาง 3 จังหวัด และภาคใต้ 2 จังหวัด)
- กลุ่มประชากรที่สำรวจ คือ เจ้าหน้าที่ซึ่งทำงานด้านสุขภาพ และกลุ่มผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่รับยาต้านไวรัสฯ ที่โรงพยาบาล
- คำถามสำหรับผู้ให้บริการสุขภาพ: เคยเห็นการรังเกียจของผู้ให้บริการสุขภาพในโรงพยาบาลของท่าน ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ดังต่อไปนี้หรือไม่
 1. ไม่เต็มใจให้บริการแก่ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี หรือผู้ที่สงสัยว่าจะมีเชื้อฯ
 2. ให้บริการผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี หรือผู้ที่สงสัยว่าจะมีเชื้อฯ ด้วยคุณภาพต่ำ

ความถี่ในการวัด

ทุก 2 ปี

การจำแนกข้อมูล

จังหวัด

R6.6 ร้อยละของผู้ให้บริการสุขภาพรายงานถึงทัศนคติไม่ดีต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี

สิ่งที่วัด

ความก้าวหน้าของการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในบริการสุขภาพ

หลักการและเหตุผล

หน่วยบริการสุขภาพเป็นจุดหลักจุดหนึ่งที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี และประชากรหลักมีประสบการณ์การถูกเลือกปฏิบัติ ทัศนคติเชิงลบของผู้ให้บริการสุขภาพต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีทำให้เกิดการเลือกปฏิบัติต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่มาใช้บริการสุขภาพ

ตัวตั้ง

จำนวนผู้ให้บริการสุขภาพที่ตอบแบบสอบถามว่า “ใช่” ต่อคำถามอย่างน้อย 1 ข้อ ต่อคำถามเรื่องทัศนคติเชิงลบต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี

ตัวหาร

จำนวนผู้ให้บริการสุขภาพที่ตอบแบบสอบถาม

วิธีคำนวณ

ตัวตั้ง/ตัวหาร x 100

วิธีการวัด

- การสำรวจในพื้นที่เฝ้าระวัง ประกอบด้วย 1 จังหวัด/เขตสุขภาพ กล่าวคือ กรุงเทพมหานครทั้งพื้นที่ และอีก 12 จังหวัด (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 4 จังหวัด ภาคเหนือ 3 จังหวัด ภาคกลาง 3 จังหวัด และภาคใต้ 2 จังหวัด)
- กลุ่มประชากรที่สำรวจคือ เจ้าหน้าที่ซึ่งทำงานด้านสุขภาพ และกลุ่มผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่รับยาต้านไวรัสฯ ที่โรงพยาบาล
- คำถามผู้ให้บริการสุขภาพ: เห็นด้วยกับข้อความต่อไปนี้หรือไม่
 1. ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีโดยส่วนใหญ่ไม่ตระหนักว่าเราอาจถ่ายทอดเชื้อฯ ให้ผู้อื่นได้
 2. ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีควรมีความอายที่ตนเองติดเชื้อเอชไอวี
 3. คนติดเชื้อเอชไอวีเพราะขาดความรับผิดชอบและมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม
 4. ไม่เห็นด้วยว่าหญิงที่อยู่ร่วมกับเอชไอวีสามารถมีลูกได้ถ้าต้องการ

ความถี่ของการวัด

ทุก 2 ปี

การจำแนกข้อมูล

จังหวัด

R6.7 ร้อยละของผู้ให้บริการสุขภาพกังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวีระหว่างการให้บริการผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวี

สิ่งที่วัด

ความก้าวหน้าของการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในบริการสุขภาพ

หลักการและเหตุผล

การให้บริการสุขภาพเป็นส่วนสำคัญที่ผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวีและประชากรหลักมีประสบการณ์ถูกเลือกปฏิบัติ ความกังวลของผู้ให้บริการสุขภาพที่จะติดเชื้อฯ จากผู้เข้าร่วมกับเชื้อฯ อาจทำให้ป้องกันเกินความจำเป็น ในระหว่างการให้บริการ ซึ่งสามารถมีผลให้ผู้เข้าร่วมกับเชื้อฯ หลีกเลี่ยงการมาใช้บริการสุขภาพ

ตัวตั้ง

จำนวนผู้ให้บริการสุขภาพที่ตอบแบบสอบถามว่า “ใช่” ต่อคำถามอย่างน้อย 1 ข้อ ต่อคำถามเรื่องความกังวลที่จะติดเชื้อเอชไอวีระหว่างการให้บริการแก่ผู้เข้าร่วมกับเชื้อฯ

ตัวหาร

จำนวนผู้ให้บริการสุขภาพที่ตอบคำถามทั้งหมด

วิธีคำนวณ

ตัวตั้ง/ตัวหาร x 100

วิธีการวัด

- การสำรวจในพื้นที่เฝ้าระวัง ประกอบด้วย 1 จังหวัด/เขตสุขภาพ กล่าวคือ กรุงเทพมหานครทั้งพื้นที่ และอีก 12 จังหวัด (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 4 จังหวัด ภาคเหนือ 3 จังหวัด ภาคกลาง 3 จังหวัด และภาคใต้ 2 จังหวัด)

- กลุ่มประชากรที่สำรวจคือ เจ้าหน้าที่ซึ่งทำงานด้านสุขภาพ และกลุ่มผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่รับยาต้านไวรัสฯ ที่โรงพยาบาล - คำถามผู้ให้บริการสุขภาพ: มีความกังวลที่จะติดเชื้อเอชไอวีจากผู้เข้าร่วมกับเชื้อฯ ระหว่างการให้บริการต่อไปนี้หรือไม่

1. สัมผัสเสื้อผ้าหรือของใช้ส่วนตัวอื่น ๆ ของผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวี
2. ทำแผลให้ผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวี
3. เจาะเลือดผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวี

ความถี่ของการวัด

ทุก 2 ปี

การจำแนกข้อมูล

จังหวัด

ผลลัพธ์ที่ 7: ผู้หญิงและเด็กผู้หญิง ผู้ชายและเด็กผู้ชาย ในทุกความหลากหลายทางเพศภาวะ สามารถปฏิบัติและได้รับการสนับสนุนในฐานะทางสังคมที่มีความเสมอภาคและเท่าเทียมทางเพศภาวะ รวมถึงได้ทำงานร่วมกันเพื่อยุติการใช้ความรุนแรงเนื่องจากเพศภาวะและเพื่อลดความเสี่ยงและผลกระทบจากเอชไอวี

R7.1 ร้อยละของหญิงอายุ 15-49 ปี ที่เคยแต่งงานหรือมีคู่ที่มีประสบการณ์ถูกใช้ความรุนแรงทางกายหรือทางเพศจากคู่ที่เป็นชายในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

สิ่งที่วัด

ความก้าวหน้าในการลดอัตราการกระทำ ความรุนแรงต่อสตรีโดยคู่ของตนเอง ซึ่งนับเป็นผลลัพธ์โดยตรง และเป็นตัวชี้วัดทางอ้อมของความไม่เท่าเทียมกันทางเพศภาวะ คู่ หมายถึง คู่ที่อาศัยอยู่ด้วยกัน อาจแต่งงานหรือไม่แต่งงาน แต่ทั้งนี้การถูกกระทำ ความรุนแรงอาจเกิดขึ้นหลังจากแยกกันอยู่ก็ได้

หลักการและเหตุผล

ในระดับโลก การที่อัตราติดเชื้อเอชไอวีที่สูงในสตรี ได้ให้ความสำคัญกับปัญหาการกระทำ ความรุนแรงต่อสตรี เป็นที่ตระหนักมากขึ้นว่า ความไม่เท่าเทียมกันทางเพศภาวะ โดยเฉพาะในเรื่องการกระทำ ความรุนแรงต่อสตรีและเด็กผู้หญิง ทำให้มีความเสี่ยงและความเปราะบางต่อการติดเชื้อเอชไอวี ความรุนแรงและเอชไอวีเชื่อมต่อกันโดยตรงและโดยอ้อม การศึกษาในหลายประเทศพบว่าสตรีเคยมีประสบการณ์การถูกกระทำ ความรุนแรงรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง ณ เวลาใดเวลาหนึ่งในช่วงชีวิต องค์การอนามัยโลกคาดประมาณว่า 1 ใน 3 ของสตรีในโลกมีประสบการณ์การถูกกระทำ ความรุนแรงทางเพศจากคู่ และ/หรือ ชายที่ไม่ใช่คู่

ตัวตั้ง

จำนวนหญิงอายุ 15-49 ปี ที่มีหรือเคยมีคู่อุปถัมภ์ ที่รายงานว่ามีประสบการณ์ถูกกระทำ ความรุนแรงทางร่างกายหรือทางเพศจากคู่ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

ตัวหาร

จำนวนหญิงอายุ 15-49 ปี ที่มีหรือเคยมีคู่อุปถัมภ์ ที่สำรวจทั้งหมด

วิธีคำนวณ

ตัวตั้ง/ตัวหาร x 100

วิธีการวัด

พิจารณาว่าจะรวมอยู่ใน MICS หรือ National Health Examination Survey

ความถี่ของการวัด

ทุก 3 ปี (MICS)

ทุก 5 ปี (National Health Examination Survey)

การจำแนกข้อมูล

- อายุ (15-19 ปี 20-24 ปี และ 25-49 ปี)

R7.2 ร้อยละของหญิงอยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่มีประสบการณ์ถูกใช้ความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับเพศภาวะ

สิ่งที่วัด

ความก้าวหน้าในการลดอัตราการกระทำ ความรุนแรงต่อผู้หญิงอยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีโดยคู่ของตนเอง คู่ หมายถึง คู่ที่อาศัยอยู่ด้วยกัน อาจแต่งงานหรือไม่แต่งงาน แต่ทั้งนี้การถูกกระทำ ความรุนแรงอาจเกิดขึ้นหลังจากแยกกันอยู่ก็ได้

หลักการและเหตุผล

ในระดับโลก การที่อัตราติดเชื้อเอชไอวีที่สูงในสตรี ได้ให้ความสำคัญกับปัญหาการกระทำ ความรุนแรงต่อสตรี เป็นที่ตระหนักมากขึ้นว่า ความไม่เท่าเทียมกันทางเพศภาวะ โดยเฉพาะในเรื่องการกระทำ ความรุนแรงต่อสตรีและ เด็กผู้หญิง ทำให้มีความเสี่ยงและความเปราะบางต่อการติดเชื้อเอชไอวี จึงควรติดตามการที่หญิงอยู่ร่วมกับเชื้อฯ ถูกกระทำ ความรุนแรงที่เกี่ยวเนื่องกับเพศภาวะโดยสม่ำเสมอ

ตัวตั้ง

จำนวนผู้หญิงอยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี อายุ 15-49 ปี ที่มีหรือเคยมีคู่อุปถัมภ์ รายงานว่าเคยมีประสบการณ์ถูกกระทำ ความรุนแรงทางกายหรือทางเพศจากคู่อุปถัมภ์ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

ตัวหาร

จำนวนผู้หญิงอยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี อายุ 15-49 ปี ที่มีหรือเคยมีคู่อุปถัมภ์ ที่สำรวจทั้งหมด

วิธีคำนวณ

ตัวตั้ง/ตัวหาร x 100

วิธีการวัด

Stigma index survey

ความถี่ของการวัด

ทุก 3 ปี

การจำแนกข้อมูล

- อายุ (15-19 ปี 20-24 ปี และ 25-49 ปี)

ง. ทรัพยากร

ผลสัมฤทธิ์ที่ 8: การดำเนินงานเอชไอวีที่นำโดยชุมชน ได้รับการยอมรับ ส่งเสริม สนับสนุนทรัพยากร และ บูรณาการกับการดำเนินงานของประเทศในการต่อสู้กับปัญหาเอดส์อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

R8.1 ร้อยละของงบประมาณของประเทศในการป้องกันเอชไอวีที่สนับสนุนการดำเนินงานขององค์กรภาค ประชาสังคม

สิ่งที่วัด

ความก้าวหน้าในการจัดให้การดำเนินงานโดยชุมชนเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพแห่งชาติ

หลักการและเหตุผล

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้สนับสนุนงบประมาณป้องกันเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลักมาตั้งแต่ พ.ศ. 2559 แต่การจัดสรรทรัพยากรให้แก่องค์กรประชาสังคมยังมีจำกัดเนื่องจากระเบียบราชการ การเพิ่มสัดส่วนการ สนับสนุนให้แก่องค์กรภาคประชาสังคมเป็นการวัดการเพิ่มการยอมรับการดำเนินงานโดยองค์กรภาคประชาสังคม

ตัวตั้ง

จำนวนงบประมาณที่สนับสนุนองค์กรภาคประชาสังคมเพื่อป้องกันเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลัก

ตัวหาร

จำนวนงบประมาณทั้งหมดที่ใช้เพื่อป้องกันเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลัก

วิธีคำนวณ

ตัวตั้ง/ตัวหาร x 100

วิธีการวัด

ข้อมูลจาก สปสช.

ความถี่ในการวัด รายปี

การจำแนกข้อมูล

- กลุ่มประชากรหลัก (MSM TGW MSW FSW และ PWID)
- กรุงเทพฯและจังหวัดอื่น ๆ

3. ตัวชี้วัดผลผลิต/ความครอบคลุม

ยุทธศาสตร์ที่ 1: มุ่งเน้นและเร่งรัดจัดชุดบริการที่มีประสิทธิภาพสูงและรอบด้านให้ครอบคลุมพื้นที่และประชากรที่อยู่ในภาวะเสี่ยงและมีโอกาสรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีสูง

ก. แผนงานกลุ่มประชากรหลัก ได้แก่ ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย หญิงข้ามเพศ พนักงานบริการชาย พนักงานบริการหญิง ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด ผู้ต้องขัง ประชากรข้ามชาติ

S1A.1 ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันแบบผสมผสาน

สิ่งที่วัด

ความก้าวหน้าของความครอบคลุมในการได้รับชุดบริการป้องกันเอชไอวีของกลุ่มประชากรหลัก (MSM TGW MSW FSW PWID ผู้ต้องขัง และประชากรข้ามชาติ)

หลักการและเหตุผล

ความสำเร็จในการเผชิญหน้ากับการระบาดของเอชไอวี ต้องการการดำเนินงานทั้งการสร้างพฤติกรรมเชิงป้องกัน ร่วมกับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ความครอบคลุมของแผนงานป้องกันที่มีหลักฐานสนับสนุนการดำเนินงาน เป็นองค์ประกอบสำคัญของการรับมือกับปัญหาเอดส์ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ระบุไว้ในยุทธศาสตร์ชาติ

ตัวตั้ง

จำนวนประชากรหลักที่ได้รับชุดบริการป้องกันเอชไอวีในช่วงที่รายงาน

ชุดบริการป้องกันเอชไอวีของแต่ละกลุ่มประชากรหลัก ดังนี้

- MSM TGW MSW และ FSW ได้แก่ ความรู้เรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่น ข้อมูลหน่วยบริการ รวมทั้ง การลงทะเบียนด้วย UIC ผ่านบริการเชิงรุกหรือผ่านสื่อสังคม
- PWID ได้แก่ ความรู้เรื่องเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การลดอันตรายจากใช้สารเสพติด และไวรัสตับอักเสบบี ข้อมูลจุดบริการเข็มและกระบอกฉีด รวมทั้ง การลงทะเบียนด้วย UIC ผ่านบริการเชิงรุกหรือผ่านสื่อสังคม (ไม่มีเข็มและกระบอกฉีดสำหรับช่องทางนี้)

ตัวหาร

จำนวนประชากรหลักโดยประมาณ

วิธีคำนวณ

ตัวตั้ง/ตัวหาร x 100

วิธีการวัด

- ตัวตั้ง: บันทึกบริการ (RTCM, NAP, E-cascade) ด้วยการนับจำนวนประชากรหลักที่ได้รับชุดบริการป้องกันเอชไอวี ในช่วงของรายงาน
- ตัวหาร ได้แก่ จำนวนประชากรหลักแต่ละกลุ่มโดยประมาณ

ความถี่ในการวัด

รายปี

การจำแนกข้อมูล

- อายุ (<25 ปี และ 25+ ปี)
- หน่วยบริการ (บริการภาครัฐ องค์กรที่มีกลุ่มประชากรหลักเป็นแกนนำ องค์กรเอกชน สาธารณประโยชน์ (NGO) และอื่น ๆ)
- กรุงเทพฯ และจังหวัดอื่น ๆ
- แหล่งงบประมาณ

S1A.2 จำนวนเข็มและกระบอกฉีดปลอดเชื้อที่แจกให้ผู้ใช้สารด้วยวิธีฉีด (PWID) ต่อคนต่อปี

สิ่งที่วัด

ความก้าวหน้าในการเพิ่มความครอบคลุมในการได้รับเข็มและกระบอกฉีดปลอดเชื้ออย่างเพียงพอ ของ PWID

หลักการและเหตุผล

ในระดับโลก การใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีดเป็นสาเหตุหลักของการติดเชื้อเอชไอวี ถึงร้อยละ 12 การป้องกันการถ่ายทอดการติดเชื้อเอชไอวีจากการใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีดเป็นความท้าทายสำคัญประการหนึ่ง ในการลดภาระด้านเอชไอวี โครงการแจกเข็มและกระบอกฉีดปลอดเชื้อ เป็น 1 ใน 9 วิธีการของชุดบริการสำหรับการป้องกันและดูแลรักษาในกลุ่ม PWID ที่กำหนดโดย องค์การอนามัยโลก (WHO) สำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC) และโครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) การแจกเข็มและกระบอกฉีดปลอดเชื้อ ช่วยยกระดับการป้องกันโรคเอดส์ใน PWID อย่างมากและมีหลักฐานเชิงประจักษ์มากมายที่แสดงประสิทธิผลในการป้องกันและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี

ตัวตั้ง

จำนวนเข็มและกระบอกฉีดปลอดเชื้อแจกจ่ายจากแผนงานเข็มและกระบอกฉีด ในช่วงเวลาของรายงาน

ตัวหาร

จำนวน PWID ในประเทศโดยประมาณ

วิธีคำนวณ

ตัวตั้ง/ตัวหาร

วิธีการวัด

ตัวตั้ง: บันทึกข้อมูลบริการในฐานข้อมูล RTCM, NAP plus โดยนับจำนวนของชุดเข็มและกระบอกฉีดปลอดเชื้อที่แจก โดยแผนงานในช่วงระยะเวลารายงาน

ตัวหาร: คาดประมาณจำนวน PWID ในประเทศ

ความถี่ในการวัด

รายปี

การจำแนกข้อมูล

- ผู้ให้บริการ (ภาครัฐ องค์กรที่มีประชากรหลักเป็นแกนนำ องค์กรพัฒนาเอกชน หรือองค์กรอื่น ๆ)
- แหล่งงบประมาณ

S1A.3 ร้อยละของผู้รับบริการบำบัดรักษาด้วยสารทดแทนอนุพันธ์ฝิ่น ที่ได้รับการรักษาอย่างน้อย 6 เดือน

สิ่งที่วัด

การให้บริการบำบัดรักษาด้วยสารทดแทนฝิ่นและอนุพันธ์ฝิ่น (Opioid Substitution Therapy: OST) แก่ผู้ใช้สารเสพติดประเภทฝิ่น เฮโรอีน และอนุพันธ์ฝิ่น

หลักการและเหตุผล

การบำบัดด้วยสารทดแทนฝิ่นและอนุพันธ์ฝิ่น (OST) เป็นความมุ่งมั่นเพื่อลดการควมเสี่ยงของใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีดและเป้าหมายคือการหยุดฉีด OST เป็นมาตรการที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ต่อประสิทธิผลของการลดการฉีดสารเสพติดในกลุ่มโอปิออยด์ อีกทั้งช่วยสนับสนุนการดูแลสุขภาพสถานะอื่น ๆ ได้แก่ เอชไอวี วัณโรค และไวรัสตับอักเสบบ

ตัวตั้ง

จำนวนผู้ลงทะเบียนรักษาด้วยสารทดแทนฝิ่นและอนุพันธ์ฝิ่น ในช่วงระยะเวลารายงาน อย่างน้อย 6 เดือน

ตัวหาร

จำนวนผู้ที่เริ่มลงทะเบียนรักษาด้วยสารทดแทนฝิ่นและอนุพันธ์ฝิ่น ในช่วงเวลาของรายงาน

วิธีคำนวณ

ตัวตั้ง/ตัวหาร x 100

วิธีการวัด

บันทึกข้อมูลการให้บริการทั้งตัวตั้งและตัวหาร

ความถี่ในการวัด

รายปี

การจำแนกข้อมูล

- เพศภาวะ (ชาย หญิง และหญิงข้ามเพศ)
- อายุ (<25 ปี และ 25+ ปี)
- วิธีการเสพ (การฉีดและอื่น ๆ)

S1A.4 ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่ได้ตรวจเอชไอวีในช่วงเวลาของรายงาน และรู้ผลตรวจของตนเอง

สิ่งที่วัด

ความก้าวหน้าของบริการตรวจเอชไอวีให้กับกลุ่มประชากรหลัก (MSM TGW MSW FSW PWID ผู้ต้องขัง และประชากรข้ามชาติ)

หลักการและเหตุผล

การที่ประชากรหลักที่ติดเชื้อเอชไอวี จะได้รับการดูแลรักษาที่จำเป็นเพื่อให้การดำรงชีวิตและสุขภาพดี ทำงานได้และลดโอกาสในการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี สิ่งสำคัญคือการทำใหู้สถานะการติดเชื้อเอชไอวีของตน ตัวชี้วัดนี้แสดงประสิทธิผลของบริการตรวจเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

ตัวตั้ง

จำนวนประชากรหลักที่ได้ตรวจเอชไอวี รวมการตรวจคัดกรองด้วยน้ำในช่องปาก การเจาะปลายนิ้ว การตรวจที่สถานพยาบาลภาครัฐ ภาคเอกชน โดยการบริการที่ชุมชนเป็นผู้จัดหรือที่หน่วยตรวจเคลื่อนที่ และรู้ผลตรวจของตน

ตัวหาร

จำนวนประชากรหลักโดยประมาณ ลบด้วยจำนวนประชากรหลักที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี

วิธีคำนวณ

ตัวตั้ง/ตัวหาร x 100

วิธีการวัด

ตัวตั้ง: บันทึกข้อมูลบริการในฐานข้อมูล RTCM, NAP, และ E-cascade

ตัวหาร: คาดประมาณจำนวนประชากรหลักทั้งหมดในประเทศ ลบด้วยจำนวนประชากรหลักที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่คาดประมาณ

ความถี่ในการวัด

รายปี

การจำแนกข้อมูล

- เพศภาวะ (หญิง ชาย และหญิงข้ามเพศ)
- อายุ (<25 ปี และ 25+ ปี)
- ประเภทของผู้สนับสนุน/ให้บริการ (การบริการภาครัฐ องค์กรที่มีประชากรหลักเป็นแกนนำ องค์กรเอกชน สาธารณประโยชน์ (NGO) หรือองค์กรอื่น ๆ)
- แหล่งงบประมาณ (สำหรับดำเนินงาน)

**S1A.5 ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่มีผลการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีเป็นบวกในช่วงเวลาของรายงาน
ได้รับทราบผล**

สิ่งที่ประเมิน

แนวโน้มของจำนวนการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและประสิทธิผลของบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ในการเข้าถึงผู้มีเชื้อเอชไอวี

หลักการและเหตุผล

ข้อมูลการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นบวกและทราบผล ช่วยตรวจสอบจำนวนผู้อยู่ร่วมกับเชื้อฯ ที่วินิจฉัยใหม่ที่ได้จากระบบรายงาน และจากความชุกการติดเชื้อฯ จากการสุ่มสำรวจ เมื่อจำแนกข้อมูลตามอายุ เพศ รูปแบบการตรวจ และผลการตรวจ จะเป็นประโยชน์ในการประเมินประสิทธิผลของการจัดบริการตรวจเอชไอวี และช่วยชี้ให้เห็นช่องว่างในจัดบริการ บริบทและประชากรแต่ละกลุ่ม

ตัวตั้ง

จำนวนการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีที่ให้ผลเป็นบวกและแจ้งผลต่อผู้รับการตรวจ

ตัวหาร

จำนวนการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ทั้งหมดที่แจ้งผลต่อผู้รับการตรวจ

วิธีคำนวณ

ตัวตั้ง/ตัวหาร x 100

วิธีการวัด

ตัวตั้งและตัวหาร ใช้ข้อมูลจากบันทึกบริการ ในฐานข้อมูล NAP plus

ความถี่ในการวัด

รายปี

การจำแนกข้อมูล

- อายุ (15-19 ปี 20-24 ปี และ 25+ ปี)
- กลุ่มประชากรหลัก (MSM TGW MSW FSW PWID ผู้ต้องขัง และประชากรข้ามชาติ)
- รูปแบบการจัดบริการตรวจ
 - การตรวจในชุมชน ได้แก่
 - หน่วยเคลื่อนที่ (เช่น ใช้รถหรืออาคารตรวจชั่วคราว)
 - ศูนย์บริการชุมชน
 - การตรวจในสถานพยาบาล ได้แก่
 - การตรวจที่ผู้ให้บริการแนะนำ (Provider-initiated testing) ในคลินิกหรือห้องฉุกเฉิน
 - คลินิกฝากครรภ์ (รวมการคลอด)
 - คลินิกตรวจเอชไอวี (อยู่ในโรงพยาบาล)
 - คลินิกกัมโรค
 - คลินิกวางแผนครอบครัว

S1A.6 ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่วินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ที่ได้เริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัส

สิ่งที่วัด

ความก้าวหน้าในการจัดบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี ให้กับกลุ่มประชากรหลักอยู่ร่วมกับเชื้อฯ (MSM TGW MSW FSW PWID ผู้ต้องขัง และประชากรข้ามชาติ)

หลักการและเหตุผล

การรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ทำให้ลดการป่วยและเสียชีวิตของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อฯ รวมถึงการลดการถ่ายทอดเชื้อฯ ให้ผู้อื่นอีกด้วย ประชากรหลักที่อยู่ร่วมกับเชื้อฯ ควรเข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ โดยไม่กลัวว่าจะถูกรังเกียจหรือเลือกปฏิบัติ และได้รับบริการจากผู้ให้บริการสุขภาพที่มีความรู้ทางคลินิกที่สามารถให้บริการตรงกับความต้องการที่จำเพาะกับแต่ละบุคคล การติดตามความครอบคลุมของการได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ เป็นส่วนสำคัญที่ประเมินการเข้าถึงบริการหลัก

ตัวตั้ง

จำนวนประชากรหลักที่วินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ในช่วงระยะเวลาของรายงาน ที่ได้เริ่มต้นรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ

ตัวหาร

จำนวนประชากรหลักที่วินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ทั้งหมด ในช่วงระยะเวลาของรายงาน

วิธีคำนวณ

ตัวตั้ง/ตัวหาร x 100

วิธีการวัด

ตัวตั้งและตัวหาร: บันทึกข้อมูลบริการ

- MSM TGW MSW FSW PWID และ ผู้ต้องขัง ใช้ฐานข้อมูล NAP plus
- ประชากรข้ามชาติ ใช้ฐานข้อมูลของกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานประกันสังคม และกระทรวงแรงงาน

ความถี่ในการวัด

รายปี

การจำแนกข้อมูล

- กลุ่มประชากรหลัก (MSM TGW MSW FSW PWID ผู้ต้องขัง และประชากรข้ามชาติ)
- อายุ (<25 ปี และ 25+ ปี)
- กรุงเทพฯและจังหวัดอื่น ๆ

S1A.7 ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าเกณฑ์ได้รับยาเพร็พ (PrEP) ได้เริ่มใช้ยา PrEP ชนิดรับประทาน ในช่วงเวลาของรายงาน

สิ่งที่วัด

ความก้าวหน้าของการขยายการให้บริการยาเพร็พ (PrEP) ในระดับชาติ

หลักการและเหตุผล

ตัวชี้วัดนี้เป็นหลักในการประเมินการมีบริการยาเพร็พ (PrEP) รวมถึงการใช้บริการยาเพร็พ (PrEP) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อฯ ได้แก่ MSM TGW MSW FSW และ PWID การใช้ยาต้านไวรัสฯ ของผู้ที่มีผลตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีเป็นลบ ก่อนการสัมผัสเชื้อฯ จะช่วยป้องกันการติดเชื้อฯ ทั้งนี้มีข้อมูลที่กว้างขวางถึงประสิทธิผลของยาเพร็พ (PrEP) ในการป้องกันสำหรับกลุ่มที่มีผลตรวจเอชไอวีเป็นลบ

ตัวตั้ง

จำนวนประชากรหลักที่ได้เริ่มใช้ยาเพร็พ (PrEP) ชนิดรับประทานในแต่ละปีงบประมาณ รวมถึงผู้ที่ใช้ยาเพร็พ (PrEP) มาก่อนโดยให้นับเมื่อรับยาครั้งแรก ในปีงบประมาณนั้น

ตัวหาร

จำนวนประชากรหลักที่เข้าเกณฑ์ได้รับยาเพร็พ (PrEP) ในปีงบประมาณนั้น

วิธีคำนวณ

ตัวตั้ง/ตัวหาร x 100

วิธีการวัด

ตัวตั้ง: บันทึกข้อมูลบริการในฐานข้อมูล NAP plus

ตัวหาร: ประมาณการเป้าหมายการใช้ยาเพร็พ (PrEP) สำหรับกลุ่มประชากรหลัก ในประเทศไทยระหว่างปี 2563 - 2565

ความถี่ในการวัด

รายปี

การจำแนกข้อมูล

- จำนวนผู้ที่ได้รับยาเพร็พ (PrEP) เป็นครั้งแรกในชีวิต
- เพศภาวะ (ชาย หญิง หรือ หญิงข้ามเพศ)
- อายุ (<25 ปี และ 25+ ปี)
- กลุ่มประชากรหลัก (MSM TGW SW PWID และผู้ต้องขัง)
- ลักษณะการให้บริการ (โดยองค์กรชุมชน องค์กรชุมชนร่วมกับโรงพยาบาล และโรงพยาบาล)

ข. แผนงานเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลักที่บูรณาการกับบริการด้านสุขภาพอื่น

S1B.1 สัดส่วนของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่เริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ที่ได้ตรวจไวรัสตับอักเสบบี ซี

สิ่งที่วัด

แนวโน้มของการตรวจไวรัสตับอักเสบบี ซี ซึ่งเป็นมาตรการสำคัญที่จะประเมินความจำเป็นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลและจัดการปัญหาไวรัสตับอักเสบบี ซี

หลักการและเหตุผล

การตรวจไวรัสตับอักเสบบี ซี ทำให้วินิจฉัยการติดเชื้อโรคร่วมเอชไอวีและไวรัสตับอักเสบบี ซี ที่นำไปสู่การปรับการรักษาให้เหมาะสม พบว่าผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีหลายคนที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี ต้องมาเสียชีวิตเนื่องจากโรคตับที่มีสาเหตุจากการเป็นตับอักเสบบีจากไวรัสแล้วไม่ได้รับการรักษา ปัจจุบันมีการรักษาไวรัสตับอักเสบบี ซี วิธีใหม่ที่มีประสิทธิภาพสูง ทำให้การขจัดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซี ได้ในอัตราสูงไม่ว่าจะเป็นสายพันธุ์ย่อยใด

ตัวตั้ง

จำนวนผู้ใหญ่และเด็กที่เริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี ในช่วงระยะเวลารายงาน ที่ได้ตรวจไวรัสตับอักเสบบี ซี

ตัวหาร

จำนวนผู้ใหญ่และเด็กที่เริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีทั้งหมด ในช่วงระยะเวลารายงาน

วิธีคำนวณ

ตัวตั้ง/ตัวหาร x 100

วิธีการวัด

บันทึกข้อมูลบริการในฐานข้อมูล NAP plus

ความถี่ในการวัด

รายปี

การจำแนกข้อมูล

- เพศภาวะ (ชาย หญิง และหญิงข้ามเพศ)
- อายุ (<15 ปี และ 15+ ปี)
- ประชากรหลัก (MSM TGW MSW FSW และ PWUD)

S1B.2 สัดส่วนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับไวรัสตับอักเสบบี ซี ที่ได้เริ่มต้นรักษาไวรัสตับอักเสบบี ซี

สิ่งที่วัด

การเริ่มต้นรักษาไวรัสตับอักเสบบี ซี ให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับไวรัสตับอักเสบบี ซี ในกลุ่มที่เข้าระบบการดูแลเอชไอวี

หลักการและเหตุผล

สำหรับประเทศไทย ความชุกของการติดเชื้อร่วมเอชไอวีและไวรัสตับอักเสบบี ซี สูง เนื่องจากการใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด การรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับไวรัสตับอักเสบบี ซี มีผลต่อคุณภาพชีวิต อายุคาดเฉลี่ยและการเสียชีวิตของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี

ตัวตั้ง

จำนวนผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีและไวรัสตับอักเสบบี ร่วมกัน ในช่วงระยะเวลารายงาน ที่ได้เริ่มการรักษาไวรัสตับอักเสบบี

ตัวหาร

จำนวนผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีและไวรัสตับอักเสบบี ร่วมกัน ทั้งหมด ในช่วงระยะเวลารายงาน

วิธีคำนวณ

ตัวตั้ง/ตัวหาร x 100

วิธีการวัด

บันทึกข้อมูลบริการ ทั้งตัวตั้งและตัวหาร

ความถี่ในการวัด

รายปี

การจำแนกข้อมูล

- เพศ (หญิง ชาย และหญิงข้ามเพศ)
- อายุ (<25 ปี และ 25+ ปี)
- ประชากรหลัก (MSM TGW MSW FSW PWUD)

S1B.3 ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่ได้ตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

สิ่งที่วัด

ความก้าวหน้าของความครอบคลุมการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มประชากรหลัก (MSM TGW MSW FSW และ PWID)

หลักการและเหตุผล

กลุ่มประชากรหลักได้แก่ MSM TGW MSW FSW และ PWID มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มากกว่ากลุ่มอื่น จึงควรตรวจคัดกรองเป็นประจำเพื่อตรวจวินิจฉัยและรักษาตั้งโดยเร็ว

ตัวตั้ง

จำนวนประชากรหลักที่ได้ตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ตามแนวทางปฏิบัติระดับชาติ (รายละเอียดในหมายเหตุ)

- MSW FSW และ TGSW ตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อย่างน้อย 4 ครั้ง/ปี และตรวจ VDRL/RPR ทุกปี
- MSM และ TGW ตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และตรวจ VDRL/RPR ปีละครั้ง

ตัวหาร

จำนวนประชากรหลักทั้งหมดในประเทศ

วิธีคำนวณ

ตัวตั้ง/ตัวหาร x 100

วิธีการวัด

ตัวตั้ง: บันทึกข้อมูลบริการ (พัฒนาฐานข้อมูลใหม่)

ตัวหาร: คาดประมาณจำนวน MSM TGW MSW FSW และ TGSW ทั้งหมดในประเทศ

ความถี่ในการวัด

รายปี

การจำแนกข้อมูล

- อายุ (<19 ปี 19-24 ปี และ 25+ ปี)
- ประชากรหลัก (MSM TGW MSW FSW และ TGSW)

หมายเหตุ

แนวปฏิบัติแห่งชาติว่าด้วยการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

MSM/MSW: เก็บตัวอย่างจาก

- ท่อปัสสาวะ: ย้อม gram stain เพื่อหา PMNs และเพาะเชื้อ GC
- Rectum: (กรณีเป็นฝ่ายรับและมีการสอดใส่): ย้อม gram stain เพื่อหา PMNs และเพาะเชื้อ GC
- คอ: เพาะเชื้อ GC

FSW/TGSW: ตรวจช่องคลอด และเก็บตัวอย่างจาก

- ท่อปัสสาวะ ปากมดลูกด้านใน และช่องคลอด: ย้อม gram stain เพื่อหา PMNs และเพาะเชื้อ GC
- Wet smear ในช่องคลอด: ตรวจพยาธิในช่องคลอด (Trichomonas vaginalis) และ clue cells
- เก็บตัวอย่างจากจุดที่เกี่ยวข้องกับเพศสัมพันธ์อื่น ๆ

ยุทธศาสตร์ที่ 2: ยกระดับคุณภาพและบูรณาการการดำเนินงานป้องกันที่มีประสิทธิผลเดิมให้เข้มข้นและยั่งยืนในระบบ

ก. แผนงานป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก

S2A.1 ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่รู้สถานะการติดเชื้อเอชไอวีของตนเอง

สิ่งที่วัด

ความครอบคลุมของการรู้สถานะการติดเชื้อเอชไอวีของหญิงตั้งครรภ์เป็นขั้นตอนแรกของแผนงานป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก แม่ที่ติดเชื้อฯ ควรจะต้องได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ โดยเร็ว จำนวนหญิงที่รู้สถานะการติดเชื้อเอชไอวี ที่ได้รับบริการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อฯ จากแม่สู่ลูก

หลักการและเหตุผล

ความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกสามารถลดลงได้อย่างมีนัยสำคัญ โดย (a) ให้อาต้านไวรัสฯ แก่แม่ อาจเป็นการรักษาตลอดชีวิตหรือการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อฯ สู่ลูก (b) ให้อาต้านไวรัสฯ แก่ลูก และแม่หรือลูกช่วงการให้นมลูก (c) ส่งเสริมการคลอดที่ปลอดภัยและการให้นมบุตรที่ปลอดภัยมากขึ้น

ตัวตั้ง

จำนวนหญิงตั้งครรภ์รับบริการที่คลินิกฝากครรภ์และ/หรือคลอดที่สถานพยาบาล ที่ได้ตรวจเอชไอวีระหว่างตั้งครรภ์ เจ็บท้องคลอด และ/หรือระหว่างคลอด หรือผู้ที่รู้อยู่แล้วว่าติดเชื้อเอชไอวี ระหว่างที่ฝากครรภ์ครั้งแรก

ตัวหาร

จำนวนหญิงตั้งครรภ์รับบริการคลินิกฝากครรภ์หรือคลอดที่สถานพยาบาลทั้งหมด ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

วิธีคำนวณ $\text{ตัวตั้ง} / \text{ตัวหาร} \times 100$

วิธีการวัด

ตัวตั้ง: บันทึกข้อมูลบริการ (PHIMS)

ตัวหาร: บันทึกข้อมูลบริการ (PHIMS)



ความถี่ในการวัด

รายปี

การจำแนกข้อมูล

- สถานะการติดเชื้อเอชไอวี
 - รู้ว่าติดเชื้อแล้ว ที่คลินิกฝากครรภ์
 - ตรวจพบว่าติดเชื้อ เมื่อรับบริการครั้งแรก ช่วงฝากครรภ์หรือเจ็บท้องคลอดหรือระหว่างคลอด
 - ตรวจครั้งแรกที่คลินิกฝากครรภ์หรือเจ็บท้องคลอดหรือระหว่างคลอดได้ผลลบ แล้วมีผลบวกเมื่อตรวจซ้ำ
- หญิงมีครรภ์ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด
- คนไทยและต่างชาติ
- กรุงเทพมหานครและจังหวัดอื่น ๆ

S2A.2 ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่คู่ได้ตรวจเอชไอวี

สิ่งที่วัด

ความก้าวหน้าของความครอบคลุมในการให้การปรึกษาและตรวจคู่ของหญิงตั้งครรภ์ที่รับบริการฝากครรภ์

หลักการและเหตุผล

คู่ของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีมีโอกาสมากที่จะมีผลเลือดบวกด้วย การให้การปรึกษาและตรวจเอชไอวีแบบคู่ (couple counseling and testing) แก่ผู้ที่มาฝากครรภ์จะช่วยเตรียมตัวคู่ให้พร้อมกับการรับรู้ผลตรวจและสิ่งที่เหมาะสมทำในกรณีที่คูมีผลเลือดเป็นลบ คูมีผลเป็นบวก และคูที่มีผลเลือดต่าง

ตัวตั้ง

จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่คลินิกฝากครรภ์ ในช่วงระยะเวลารายงาน ซึ่งชายที่เป็นคู่ได้ตรวจเอชไอวีหรือรู้อยู่แล้วว่าติดเชื้อเอชไอวี

ตัวหาร

จำนวนหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมดที่เข้าฝากครรภ์ในช่วงระยะเวลาของรายงาน

วิธีคำนวณ

ตัวตั้ง/ตัวหาร x 100

วิธีการวัด

บันทึกข้อมูลบริการ ทั้งตัวตั้งและตัวหาร (PHIMS)

ความถี่ในการวัด

รายปี

การจำแนกข้อมูล

- อายุ (<24 ปี และ 25+ ปี)
- คนไทยและต่างชาติ
- กรุงเทพมหานครและจังหวัดอื่น ๆ

S2A.3 ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีได้รับยาต้านไวรัสฯ ระหว่างตั้งครรภ์ และ/หรือ ระหว่าง เจ็บท้องคลอดและระหว่างคลอด

สิ่งที่วัด

ความก้าวหน้าของการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก โดยการให้ยาต้านไวรัสฯ ระหว่างตั้งครรภ์และ
การคลอด

หลักการและเหตุผล

การให้ยาต้านไวรัสเอชไอวีแก่หญิงที่มีเชื้อเอชไอวี ไม่ว่าจะก่อนการตั้งครรภ์ ระหว่างตั้งครรภ์หรือเมื่อคลอด ช่วยลดความ
เสี่ยงในการถ่ายทอดเชื้อฯ จากแม่สู่ลูกได้อย่างมีนัยสำคัญ การให้ยาต้านไวรัสฯ ระหว่างตั้งครรภ์ คลอดและให้นมลูก
เช่นนี้มีประสิทธิภาพสูงมากที่สุด หากนำวิธีการคลอดที่ปลอดภัยและการให้นมแก่ทารกที่ปลอดภัยมากขึ้นมาใช้

ตัวตั้ง

จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ที่คลอดในช่วง 12 เดือนที่มา ได้รับยาต้านไวรัสฯ เพื่อลดความเสี่ยงในการ
ถ่ายทอดเชื้อฯ จากแม่สู่ลูก

ตัวหาร

จำนวนของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่คลอดทั้งหมด ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

วิธีคำนวณ

ตัวตั้ง/ตัวหาร x 100

วิธีการวัด

บันทึกข้อมูลบริการ ในฐานข้อมูล PHIMS ทั้งตัวตั้งและตัวหาร

ความถี่ในการวัด

รายปี

การจำแนกข้อมูล

- คนไทยและต่างชาติ
- กรุงเทพมหานครและจังหวัดอื่น ๆ
- ตัวตั้งควรแยกตามสูตรยาต้านไวรัสฯ

S2A.4 ร้อยละของทารกที่สัมผัสเชื้อเอชไอวีได้ตรวจการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีภายใน 2 เดือนหลังคลอด

สิ่งที่วัด

ความก้าวหน้าของความครอบคลุมในการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี ภายใน 2 เดือนหลังคลอด ของทารกที่เกิด
จากแม่ที่มีเชื้อเอชไอวี เพื่อพิจารณาสถานะการติดเชื้อเอชไอวีของเด็กและความพร้อมในการรับยาต้านไวรัสฯ

หลักการและเหตุผล

ทารกที่ได้รับเชื้อเอชไอวีระหว่างอยู่ในครรภ์ คลอดหรือหลังคลอดช่วงแรก มักเสียชีวิตก่อนที่จะรู้ว่าติดเชื้อเอชไอวี
องค์การอนามัยโลก (WHO) แนะนำให้ประเทศต่าง ๆ พัฒนาขีดความสามารถในการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีที่อายุ
6 สัปดาห์ หรือเร็วที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ เพื่อตัดสินใจเรื่องการดูแลทารกโดยเร็ว การติดเชื้อเอชไอวีในเด็กจะมีอาการ
รวดเร็ว เด็กติดเชื้อฯ ต้องการการรักษาโดยเร็ว ประมาณ ร้อยละ 50 จะเสียชีวิตที่อายุ 2 ปี หากไม่ได้รับการรักษาโดยเร็ว

ตัวตั้ง

จำนวนทารกของหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวี ที่คลอดในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ที่ได้ตรวจเอชไอวีภายใน 2 เดือนแรก หลังคลอด

ตัวหาร

จำนวนทารกของหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวี ที่คลอดในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ทั้งหมด

วิธีคำนวณ

ตัวตั้ง/ตัวหาร x 100

วิธีการวัด

ตัวตั้งและตัวหารจากบันทึกข้อมูลบริการในฐานข้อมูล PHIMS

ความถี่ในการวัด

รายปี

การจำแนกข้อมูล

ตัวตั้งควรจำแนกโดยใช้ผล ได้แก่ บวก ลบ หรือกำกวม (indeterminate)

S2A.5 ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้ตรวจซีฟิลิส ตรวจพบมีผลเลือดบวก และได้รับการรักษา

สิ่งที่วัด

- A. ความครอบคลุมของการตรวจซีฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ที่รับบริการฝากครรภ์
- B. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่รับบริการฝากครรภ์ ซึ่งมีผลตรวจซีฟิลิสเป็นบวก
- C. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่รับบริการฝากครรภ์ และผลตรวจซีฟิลิสเป็นบวก ได้รับการรักษาซีฟิลิส

หลักการและเหตุผล

- A. การตรวจซีฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่ระยะแรก ๆ มีความสำคัญต่อสุขภาพของแม่และทารกในครรภ์ เราสามารถใช้ข้อมูลการตรวจซีฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ในการติดตามคุณภาพบริการฝากครรภ์และการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก และเป็นตัวชี้วัดกระบวนการในการตรวจสอบการกำจัดการถ่ายทอดเชื้อซีฟิลิสจากแม่สู่ลูก
- B. เราสามารถใช้ข้อมูลการติดเชื้อซีฟิลิสของผู้รับบริการฝากครรภ์เป็นแนวทางการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และอาจให้สัญญาณเตือนของการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรทั่วไป
- C. การรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่ผลตรวจซีฟิลิสเป็นบวก เป็นการวัดโดยตรงของแผนงานสามารถจัดการติดเชื้อซีฟิลิสจากแม่สู่ลูกและความพยายามในการยกระดับการป้องกันเอชไอวีระดับปฐมภูมิและเป็นตัวชี้วัดกระบวนการในการตรวจสอบการกำจัดการถ่ายทอดเชื้อซีฟิลิสจากแม่สู่ลูก

ตัวตั้ง

- A. จำนวนหญิงตั้งครรภ์รับบริการฝากครรภ์ ที่ได้ตรวจซีฟิลิส
- B. จำนวนหญิงตั้งครรภ์รับบริการฝากครรภ์ ที่ได้ตรวจซีฟิลิสให้ผลบวก
- C. จำนวนหญิงตั้งครรภ์รับบริการฝากครรภ์ ที่ได้ตรวจซีฟิลิสให้ผลบวก ได้รับการรักษาตามมาตรฐาน

ตัวหาร

- A. จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่รับบริการฝากครรภ์ทั้งหมด
- B. จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่รับบริการฝากครรภ์ที่ได้ตรวจซีฟิลิสทั้งหมด
- C. จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่รับบริการฝากครรภ์ที่ผลตรวจซีฟิลิสเป็นบวกทั้งหมด

วิธีคำนวณ

ตัวตั้ง/ตัวหาร (กรณี A B และ C ตามลำดับ)

วิธีการวัด

- A. บันทึกข้อมูลบริการในฐานข้อมูล PHIMS เป็นการตรวจ VDRL หรือ RPR หรือ TPHA
- B. บันทึกข้อมูลบริการในฐานข้อมูล PHIMS อาจใช้ผลตรวจอย่างใดอย่างหนึ่ง แต่ถ้าตรวจทั้ง treponemal และ nontreponemal ให้นับผลบวกกรณีที่มีผลบวกทั้ง 2 วิธีตรวจ
- C. บริการในฐานข้อมูล PHIMS

ความถี่ในการวัด

รายปี

การจำแนกข้อมูล

- A. ตรวจเมื่อไปใช้บริการครั้งใดก็ได้ และตรวจเมื่อมาใช้บริการครั้งแรก
- B. อายุ (15–24 ปี และ 25+ ปี)
- C. ไม่มี

S2A.6 จำนวนจังหวัดที่บรรลุเป้าหมายการยุติการติดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสจากแม่สู่ลูก

สิ่งที่วัด

ความยั่งยืนในการบรรลุเป้าหมายการจัดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสจากแม่สู่ลูก

หลักการและเหตุผล

ประเทศไทยบรรลุเป้าหมายการจัดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสจากแม่สู่ลูก ตั้งแต่ พ.ศ. 2559 การประเมินครั้งล่าสุด โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) และ UNICEF ใน พ.ศ. 2562 (2019) พบว่า อัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก คิดเป็นร้อยละ 1.97 ใน พ.ศ. 2563 พบว่ามี 61 จังหวัดที่ไม่มีเด็กแรกเกิดที่ติดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสเลย เพื่อให้ประเทศสามารถบรรลุเป้าหมายการจัดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสจากแม่สู่ลูกอย่างต่อเนื่อง จำนวนจังหวัดที่บรรลุเป้าหมายดังกล่าวควรเพิ่มขึ้น

ตัวตั้ง

จำนวนจังหวัดที่ไม่มีเด็กแรกเกิดในช่วงระยะเวลารายงาน ที่ติดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิส

ตัวหาร

จำนวนจังหวัดทั้งหมด (77 จังหวัด)

วิธีคำนวณ

ตัวตั้ง/ตัวหาร x 100

วิธีการวัด

บันทึกข้อมูลบริการในฐานข้อมูล PHIMS

ความถี่ในการวัด

รายปี

การจำแนกข้อมูล

เขตสุขภาพ

ข. แผนงานสร้างความรู้ความเข้าใจเรื่องเอชไอวี

S2B.1 ร้อยละของสถานศึกษาที่มีครูอย่างน้อยร้อยละ 20 ผ่านการรับรองว่าได้เข้าอบรมออนไลน์เรื่อง การจัดการหลักสูตรเพศศึกษาสำหรับนักเรียนในสถานศึกษา

สิ่งที่วัด

ความก้าวหน้าของความครอบคลุมในการจัดการเรียนการสอนเพศศึกษาและทักษะชีวิตที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี ให้กับ
วัยรุ่นอายุ 10-24 ปี ในสถานศึกษา

หลักการและเหตุผล

การระบาดของเอชไอวียังมีต่อเนื่องได้จากการรับและถ่ายทอดเชื้อฯ ทางเพศสัมพันธ์ ดังนั้นเด็กวัยรุ่นจึงควรได้รับความ
ความรู้ทางเพศศึกษาอย่างครบถ้วน ดังที่ระบุในพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาคาการตั้งครรภในวัยรุ่น พ.ศ.
2559 การอบรมระบบออนไลน์ (e-learning) ให้กับครูเพื่อจัดหลักสูตรเพศศึกษาให้กับนักเรียนในสถานศึกษา
ที่สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ และมูลนิธิแพชทูเฮลท์ (P2H Foundation)
ร่วมกันจัดทำขึ้นโดยได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้มีการขยาย
โครงการไปยังโรงเรียนต่าง ๆ ที่อยู่ภายใต้สังกัดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและโรงเรียนเอกชน ระบบการเรียน
ออนไลน์สำหรับอาจารย์ถือเป็นส่วนหนึ่งของการรับรองครูอาจารย์ที่เข้าอบรมระบบออนไลน์นี้
ตัวชี้วัดนี้เป็นตัวชี้วัดข้างเคียง (proxy indicator) ที่สะท้อนถึงความครอบคลุมวัยรุ่นอายุ 10-24 ปี ในสถานศึกษา
ซึ่งสามารถเข้าถึงการเรียนการสอนหลักสูตรเพศศึกษาและทักษะชีวิตที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีได้

ตัวตั้ง

จำนวนสถานศึกษาที่มีครูอย่างน้อยร้อยละ 20 ที่ผ่านการรับรองการอบรมหลักสูตรระบบออนไลน์ในการจัดการเรียน
การสอนหลักสูตรเพศศึกษาสำหรับนักเรียนในสถานศึกษา

ตัวหาร

จำนวนของสถานศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาทั้งหมด (ป.1 - ม.6)

วิธีคำนวณ

ตัวตั้ง/ตัวหาร x 100

วิธีการวัด

ตัวตั้ง: บันทึกข้อมูลแผนงานของกระทรวงศึกษาธิการ

ตัวหาร: บันทึกข้อมูลแผนงานของกระทรวงศึกษาธิการ

ความถี่ในการวัด

รายปี

การจำแนกข้อมูล

ประเภทของสถานศึกษา (โรงเรียนรัฐบาล โรงเรียนภายใต้การกำกับขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงเรียนเอกชน)

ยุทธศาสตร์ที่ 3: พัฒนาและเร่งรัดการรักษา ดูแลช่วยเหลือทางสังคมที่ให้มีคุณภาพรอบด้านและยั่งยืน

ก. แผนงานตรวจเอชไอวี

S3A.1 ร้อยละของการตรวจเอชไอวีที่มีผลบวก

สิ่งที่วัด

แนวโน้มจำนวนการตรวจเอชไอวีที่มีประสิทธิภาพ ในการเข้าถึงผู้ติดเชื้อเอชไอวี

หลักการและเหตุผล

ปริมาณการตรวจและข้อมูลผลที่เป็นบวกเป็นสิ่งที่มีประโยชน์ในการติดตามการดำเนินงานของแผนงาน ข้อมูลจำนวนตรวจเอชไอวีรายปี และรูปแบบการตรวจหรือการตรวจเอชไอวีด้วยตนเองเป็นสิ่งสำคัญต่อการประมาณการทรัพยากร ทั้งวัสดุอุปกรณ์และกำลังคน ข้อมูลผลบวกช่วยให้สามารถตรวจสอบจำนวนของผู้ที่ระบุว่า เป็นผู้ติดเชื้อตรวจพบรายใหม่ โดยใช้ระบบการรายงานที่ใช้ตามปกติและประมาณการความชุกของเอชไอวีจากข้อมูลการสำรวจ

ตัวตั้ง

จำนวนครั้งของการตรวจเอชไอวีที่มีผลบวก

ตัวหาร

จำนวนครั้งของการตรวจเอชไอวีทั้งหมด

วิธีคำนวณ

ตัวตั้ง/ตัวหาร × 100

วิธีการวัด

บันทึกข้อมูลบริการ ในฐานข้อมูล RTCM, e-cascade และ NAP plus

ข้อมูลที่รายงานให้นับจากจำนวนตรวจเอชไอวีซึ่งได้แจ้งผลกลับไปให้ผู้รับการตรวจ ไม่ใช่จำนวนคนที่ตรวจ อย่างน้อย 1 ครั้งระหว่างปีงบประมาณ ถ้าผู้ที่มีผลเลือดบวกโดยตรวจที่หน่วยเคลื่อนที่หนึ่งครั้ง และตรวจอีกครั้งที่คลินิกในปีงบประมาณเดียวกัน ให้นับ 2 ครั้งสำหรับตัวตั้งและนับ 2 ครั้งสำหรับตัวหาร ในอีกกรณี ถ้าผู้ที่มีผลเลือดลบเมื่อตรวจที่หน่วยเคลื่อนที่แต่ได้ผลเป็นบวกจากการตรวจที่อื่น ให้นับเป็น 1 ครั้งสำหรับตัวตั้ง แต่นับเป็น 2 ครั้งสำหรับตัวหาร

การตรวจด้วยตนเองให้แยกออกไป เป็นจำนวนชุดตรวจที่ซื้อและที่แจกในปีงบประมาณ

การจำแนกข้อมูล

- อายุ (0-14 ปีกรณีเด็ก และอายุ 15 ปีขึ้นไป)
- เพศ (ชายและหญิง) กรณีผู้ใหญ่
- รูปแบบวิธีการตรวจ
 - การให้บริการตรวจเอชไอวีในชุมชน ได้แก่
 - บริการหน่วยตรวจเคลื่อนที่
 - ศูนย์บริการชุมชน (Community Drop-in centers)
 - โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
 - การตรวจในสถานพยาบาล ได้แก่
 - Provider-initiated HIV testing ในโรงพยาบาล หรือ กรณีฉุกเฉิน
 - คลินิกฝากครรภ์ (เจ็บท้องและคลอด)



- คลินิกการให้การศึกษาและตรวจโดยสมัครใจ (VCT)
- คลินิกวินิจฉัยโรค
- คลินิกวางแผนครอบครัว

S3A.2 ร้อยละของผู้ใหญ่และเด็กติดเชื้อเอชไอวีที่ตรวจพบใหม่ ที่มีค่า CD4 <200 เซลล์/ลบ.มม. / <350 เซลล์/ลบ.มม.

สิ่งที่วัด

ผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยเอชไอวีโดยเร็ว

หลักการและเหตุผล

ในขณะที่ประเทศต่าง ๆ ขยายการให้บริการเอชไอวี มีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะต้องติดตามว่าผู้เข้าร่วมกับเชื้อฯ ได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ยังมีผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยในระยะท้ายเป็นสัดส่วนมากน้อยเพียงใด การได้รับการวินิจฉัยช้ามีผลเสียต่อสุขภาพและผู้ที่มียาค่า CD4 ต่ำ มีโอกาสที่จะแพร่เชื้อไวรัสได้มากกว่า

ตัวตั้ง

จำนวนผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวี (ผู้ใหญ่ อายุ 15 ปีขึ้นไป) ที่มีค่า CD4 ครั้งแรก (ภายใน 1 เดือนนับจากวันที่วินิจฉัย) น้อยกว่า 200 และ น้อยกว่า 350 เซลล์/มม³

ตัวหาร

จำนวนผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวี ที่มีผลการตรวจ CD4 ณ เวลาที่วินิจฉัย ในช่วงระยะเวลารายงาน

วิธีคำนวณ

ตัวตั้ง/ตัวหาร x 100

วิธีการวัด

บันทึกข้อมูลแผนงานในฐานข้อมูล NAP plus

ความถี่ในการวัด

รายปี

การจำแนกข้อมูล

- อายุ 0-14 ปี (แบ่งเป็นกลุ่มอายุ 12-35 เดือน 36-59 เดือน และ 5-14 ปี)
- อายุ 15 ปีขึ้นไป (ชายและหญิง)

S3B.1 ลำดับการรับบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ (ART cascade) ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ตรวจพบใหม่ ในช่วงเวลาของรายงาน

ข. แผนงานรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ (ART)

สิ่งที่วัด

- A. ความครอบคลุมของผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการวินิจฉัยในช่วงเวลาของรายงานได้เริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ แล้ว
- B. การขาดการรักษาของผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการวินิจฉัยในช่วงเวลาของรายงาน
- C. ความครอบคลุมของผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการวินิจฉัยในช่วงเวลาของรายงานและอยู่ระหว่างการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ที่ได้ตรวจปริมาณไวรัสฯ

D. ความครอบคลุมของผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการวินิจฉัยในช่วงเวลาของรายงานและได้ตรวจปริมาณไวรัสฯ ที่สามารถกดปริมาณไวรัสฯ ได้

หลักการและเหตุผล

การรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ สามารถลดการเจ็บป่วยและเสียชีวิตของผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวีได้ชัดเจน อีกทั้งยังลดการถ่ายทอดเชื้อให้ผู้อื่นด้วย การศึกษาต่าง ๆ แสดงให้เห็นว่า การเริ่มต้นรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ตั้งแต่ระยะแรกๆ ที่พบว่ามีเชื้อติดเชื้อ ไม่ว่าจะบุคคลนั้นจะมีค่า CD4 เท่าใดก็ตาม สามารถช่วยยกระดับการรักษาและการรอดชีวิตได้

การรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ที่ต่อเนื่องทำให้มั่นใจได้ว่าจะได้ผลการรักษาที่ดี ระดับปริมาณไวรัสฯของแต่ละบุคคลเป็นการวัดประสิทธิผลของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ และบ่งชี้ถึงการกินยาสม่ำเสมอรวมถึงความเสี่ยงในการถ่ายทอดเชื้อฯ ให้ผู้อื่น ผู้ที่มีปริมาณไวรัสฯ ต่ำกว่า 1,000 copies/mL ถือว่ากดปริมาณไวรัสฯ ได้

แนวทางการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ของประเทศ กำหนดให้รักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ไม่ว่าค่า CD4 จะอยู่ในระดับใด ในปัจจุบันการตรวจเอชไอวี การรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ และการตรวจปริมาณไวรัสฯ อยู่ในชุดบริการภายใต้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม และสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ สำหรับคนไทยทุกคน สำหรับประชากรข้ามชาติ มีเพียงประชากรข้ามชาติตามกฎหมายที่มีประกันสังคมเท่านั้น ที่ได้รับสิทธิประโยชน์เช่นเดียวกับคนไทย การประเมินลำดับการรักษาผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่วินิจฉัยรายใหม่ในช่วงเวลาของรายงาน มุ่งหวังให้สะท้อนระบบการบริการในปัจจุบัน

ตัวตั้ง

- A. จำนวนผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่วินิจฉัยรายใหม่ในช่วงเวลาของรายงานที่ได้เริ่มต้นรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ
- B. จำนวนผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่วินิจฉัยรายใหม่ในช่วงเวลาของรายงานที่ไม่ไปพบแพทย์ตามนัด (90 วันหลังกำหนดนัด)
- C. จำนวนผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวีวินิจฉัยรายใหม่ในช่วงเวลาของรายงานที่ได้ตรวจปริมาณไวรัสฯ
- D. จำนวนผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวีวินิจฉัยรายใหม่ในช่วงเวลาของรายงานที่ได้ตรวจปริมาณไวรัสฯ ที่มีผลตรวจปริมาณไวรัสฯ <1,000 copies/mL

ตัวหาร

- A. จำนวนผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่วินิจฉัยรายใหม่ในช่วงเวลาของรายงาน
- B และ C จำนวนผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่วินิจฉัยรายใหม่ในช่วงเวลาของรายงานที่ได้เริ่มต้นรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ
- D. จำนวนผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวีวินิจฉัยรายใหม่ในช่วงเวลาของรายงานที่ได้ตรวจปริมาณไวรัสฯ

วิธีคำนวณ

ตัวตั้ง/ตัวหาร x 100 (A B C และ D ตามลำดับ)

วิธีการวัด

บันทึกข้อมูลบริการในฐานข้อมูล NAP plus

ความถี่ในการวัด

รายปี

การจำแนกข้อมูล

- อายุ (<15 และ 15 ปี)

- เพศ (ชายและหญิง)
- กลุ่มประชากรหลัก (MSM TGW MSW FSW TGSW PWID ผู้ต้องขัง และประชากรข้ามชาติ)
- กรุงเทพมหานครและจังหวัดอื่น ๆ

S3B.2 ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ตรวจพบใหม่ในช่วงเวลาของรายงานได้เริ่ม ART ภายใน 7 วันหลังการวินิจฉัย

สิ่งที่วัด

ความก้าวหน้าของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ภายในวันเดียว (same-day ART intervention)

หลักการและเหตุผล

การรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ สามารถลดการเจ็บป่วยและเสียชีวิตของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีได้ชัดเจน และหยุดการถ่ายทอดเชื้อไวรัสฯ ให้ผู้อื่นอีกด้วย การศึกษาต่าง ๆ แสดงให้เห็นว่า การเริ่มต้นการรักษาตั้งแต่ระยะแรก ๆ ไม่ว่าจะ บุคคลนั้นจะมีค่า CD4 เท่าใดก็ตาม สามารถช่วยยกระดับประโยชน์ของการรักษาและการรอดชีวิตได้ แนวทางการดำเนินงานระดับชาติ เรื่องการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ กำหนดให้เริ่มยาต้านไวรัสฯ ไม่ว่าจะค่า CD4 จะอยู่ในระดับใด ตัวชี้วัดนี้เน้นไปที่ ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่วินิจฉัยรายใหม่ ในช่วงเวลาของรายงาน ซึ่งสะท้อนระบบบริการในปัจจุบัน

ตัวตั้ง

จำนวนผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่วินิจฉัยรายใหม่ที่ ในช่วงเวลาของรายงาน ที่ได้เริ่มรับยาต้านไวรัสฯ ภายใน 7 วันหลัง การวินิจฉัย

ตัวหาร

จำนวนผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่วินิจฉัยรายใหม่ที่ ในช่วงเวลาของรายงาน

วิธีคำนวณ

ตัวตั้ง/ตัวหาร x 100

วิธีการวัด

ตัวตั้ง: บันทึกข้อมูลบริการในฐานข้อมูล NAP plus

ตัวหาร: บันทึกข้อมูลบริการในฐานข้อมูล NAP plus

ความถี่ในการวัด

รายปี

การจำแนกข้อมูล

- ระยะเวลาหลังการวินิจฉัย (1 3 และ 7 วัน)
- อายุ (<15 ปี และ 15 ปี)
- เพศ (ชายและหญิง)
- กลุ่มประชากรหลัก (MSM TGW MSW FSW PWID ผู้ต้องขัง และประชากรข้ามชาติ)

ค. แผนงานบูรณาการวินิจฉัยโรคและเอชไอวี

S3C.1 ร้อยละของผู้ป่วยวัณโรคทั้งรายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียนรักษา

สิ่งที่ประเมิน

ความครอบคลุมของผู้ป่วยวัณโรคที่ได้ตรวจเอชไอวี

หลักการและเหตุผล

เป้าหมายหลักของการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในสถานบริการเอชไอวี การให้การปรึกษาและแนะนำการตรวจเอชไอวีในผู้ป่วยวัณโรค จะช่วยให้ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและป่วยด้วยวัณโรคได้รับการตรวจวินิจฉัยได้รวดเร็วขึ้น อีกทั้งยังได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ และรักษาวัณโรคทันที

ตัวตั้ง

จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และที่กลับมาเป็นซ้ำ ที่ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียนรักษา ในระบบข้อมูลในช่วงเวลาของรายงาน

ตัวหาร

จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และที่กลับมาเป็นซ้ำในทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค ในช่วงเวลาของรายงาน

วิธีคำนวณ

ตัวตั้ง/ตัวหาร x 100

วิธีการวัด

ตัวตั้ง: บันทึกข้อมูลบริการในฐานข้อมูล NTIP ของกองวัณโรค

ตัวหาร: บันทึกข้อมูลบริการในฐานข้อมูล NTIP ของกองวัณโรค

ความถี่ในการวัด

รายปี

การจำแนกข้อมูล

กรุงเทพมหานครและจังหวัดอื่น ๆ

S3C.2 ร้อยละของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่อยู่ในการดูแล ได้ตรวจคัดกรองวัณโรค

สิ่งที่วัด

ความครอบคลุมของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่ได้ตรวจคัดกรองวัณโรค

หลักการและเหตุผล

เป้าหมายหลักของการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในสถานบริการเอชไอวี การให้การปรึกษาและแนะนำการตรวจเอชไอวีในผู้ป่วยวัณโรค จะช่วยให้ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและป่วยด้วยวัณโรคได้รับการตรวจวินิจฉัยได้รวดเร็วขึ้น อีกทั้งยังได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ และรักษาวัณโรคทันที

ในขณะที่การให้การรักษาคัดเชื้อวัณโรคระยะแฝง (Treatment Preventive Therapy: TPT) แก่ผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวีที่ตรวจไม่พบการป่วยด้วยวัณโรค เพื่อป้องกันการป่วยเป็นวัณโรคในอนาคต ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่วินิจฉัยรายใหม่ทุกราย จะต้องตรวจคัดกรองวัณโรคด้วยการเอกซเรย์ทรวงอก ส่วนผู้ที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ จะคัดกรองวัณโรคด้วยการซักถามอาการ และถ้ามีข้อบ่งชี้ที่ควรสงสัยสงสัยก็ต้องการเอกซเรย์ทรวงอกด้วย

ตัวตั้ง

จำนวนผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่ได้ตรวจคัดกรองวัณโรคด้วยการเอกซเรย์ทรวงอก ในช่วงเวลาของรายงาน

ตัวหาร

จำนวนผู้ที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่ลงทะเบียนกับคลินิกรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ทั้งหมด ในช่วงเวลาของรายงาน

วิธีคำนวณ

ตัวตั้ง/ตัวหาร x 100

วิธีการวัด

ตัวตั้ง: บันทึกข้อมูลบริการ

ตัวหาร: บันทึกข้อมูลบริการในฐานะข้อมูล NAP plus

ความถี่ในการวัด รายปี

การจำแนกข้อมูล

- ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการวินิจฉัยรายใหม่ และผู้ที่อยู่ระหว่างการรักษาด้วยยาต้านไวรัส
- กรุงเทพมหานครและจังหวัดอื่น ๆ

S3C.3 ร้อยละของผู้ป่วยวัณโรคร่วมกับเอชไอวีตามการคาดประมาณ ที่ได้รับการทั้งวัณโรคและเอชไอวี

สิ่งที่วัด

ความก้าวหน้าของการตรวจและรักษาวัณโรคและเอชไอวีในผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่ป่วยด้วยวัณโรค

หลักการและเหตุผล

วัณโรคเป็นสาเหตุหลักของการเจ็บป่วยและเสียชีวิตในผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี รวมถึงผู้ที่กำลังรักษาด้วยยาต้านไวรัส การให้การรักษาวัณโรคทันทีและรักษาด้วยยาต้านไวรัส โดยเร็ว ซึ่งช่วยลดการเสียชีวิต เป็นมาตรการที่มีความสำคัญสูงสุด สำหรับแผนงานเอดส์และแผนวัณโรคแห่งชาติ การวัดความครอบคลุมคิดเป็นร้อยละของผู้ป่วยวัณโรคที่มีเอชไอวีที่เข้าถึงการดูแลรักษาวัณโรคและเอชไอวีที่เหมาะสมจึงมีความสำคัญมาก

ตัวตั้ง

จำนวนผู้ป่วยวัณโรคทั้งรายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่มีเชื้อเอชไอวี ที่ได้เริ่มรักษาวัณโรค และได้เริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีที่หรือเริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัส ในช่วงเวลาของรายงาน

ตัวหาร

จำนวนผู้ป่วยวัณโรคทั้งรายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่มีเชื้อเอชไอวีที่ลงทะเบียน ในช่วงเวลาของรายงาน และจำนวนคาดประมาณผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี

วิธีคำนวณ

ตัวตั้ง/ตัวหาร x 100

วิธีการวัด

ตัวตั้ง: บันทึกข้อมูลบริการในฐานะข้อมูล NTIP และฐานข้อมูล NAP plus โดยนับจำนวนผู้ป่วยวัณโรคทั้งรายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่มีเชื้อเอชไอวี ที่ได้เริ่มรักษาวัณโรคทั้งหมด (ตามที่บันทึกใน NTIP) และรักษาด้วยยาต้านไวรัส หรือผู้ที่อยู่ระหว่างการรักษาด้วยยาต้านไวรัส อยู่แล้ว (ตามที่บันทึกไว้ใน NAP plus) ทั้งนี้ต้องเปรียบเทียบข้อมูลในฐานข้อมูล NTIP กับ NAP เป็นรายไตรมาสและรายปี

ตัวหาร: คาดประมาณจำนวนผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่ป่วยด้วยวัณโรค

ความถี่ในการวัด

ดำเนินการต่อเนื่องในระดับสถานบริการ เปรียบเทียบกับทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคเป็นรายไตรมาสและรายปี

การจำแนกข้อมูล

- เพศ (ชายและหญิง)
- อายุ (<15 ปี และ 15+ ปี)
- กรุงเทพมหานครและจังหวัดอื่น ๆ

S3C.4 ร้อยละของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่กำลังรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ และเข้าเกณฑ์รักษาวัณโรคเพื่อป้องกัน (Treatment Preventive Therapy: TPT) ได้เริ่ม TPT

สิ่งที่วัด

ความครอบคลุมของผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ได้รับการคัดกรองและเข้าเกณฑ์ต้องให้ TPT และได้เริ่ม TPT

หลักการและเหตุผล

การให้ยารักษาเพื่อการป้องกันวัณโรค (TPT) ช่วยลดความเสี่ยงต่อการป่วยจากวัณโรคและเพิ่มโอกาสในการมีชีวิตรอดของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีควรตรวจคัดกรองวัณโรคเมื่อไปใช้บริการทุกครั้ง ตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก (WHO) ทั้งนี้ ผู้ใหญ่และวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ซึ่งไม่ได้รายงานอาการของวัณโรค เช่น ไอ มีไข้ น้ำหนักลดหรือเหงื่อออกในเวลากลางคืน ซึ่งไม่น่าจะป่วยด้วยวัณโรค จึงควรให้รับ TPT ในทำงานองเดียวกันเด็กอยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ซึ่งไม่ได้มีปัญหาในการเพิ่มน้ำหนัก มีไข้หรือไอควรให้ TPT เช่นกันไม่ว่าในขณะนั้นจะรับยาต้านไวรัสฯ หรือไม่ก็ตาม

ตัวตั้ง

จำนวนของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ และเข้าเกณฑ์ต้องให้ TPT ที่ได้เริ่ม TPT ในช่วงเวลาของรายงาน

ตัวหาร

จำนวนของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ และเข้าเกณฑ์ต้องให้ TPT ในช่วงเวลาของรายงาน

วิธีคำนวณ

ตัวตั้ง/ตัวหาร x 100

วิธีการวัด

ตัวตั้ง: นับรวมจำนวนผู้ที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ทั้งหมดในช่วงเวลาของรายงานที่เข้าเกณฑ์ต้องให้ TPT และได้เริ่มต้น TPT

ตัวหาร: สูตรการคำนวณจำนวนผู้ที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ที่เข้าเกณฑ์ต้องให้ TPT ในช่วงเวลาของรายงาน ทำได้ดังนี้ คือ ใช้จำนวนผู้ที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ เมื่อสิ้นสุดระยะการรายงานรอบก่อน [ลบด้วย] จำนวนผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่ได้รับ TPT ถ้ามีข้อมูล (ตามจริง หรืออิงตามค่าประมาณการของประเทศ) [ลบด้วย] จำนวนจริง/จำนวนคาดประมาณ ของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ที่ไม่เข้าเกณฑ์รับ TPT เนื่องจากมีโรคเกิดร่วม ได้แก่ ไวรัสตับอักเสบ พิษสุราเรื้อรัง และ/หรือความผิดปกติของเส้นประสาท

ความถี่ในการวัด

รายไตรมาสและรายปี

การจำแนกข้อมูล

- การเริ่มใช้ยาต้านไวรัสฯ (ผู้ใช้ยาต้านไวรัสฯ รายใหม่ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา หรือใช้ยาต้านไวรัสฯ >12 เดือน)
- เพศภาวะ (ชาย หญิง หรือ หญิงข้ามเพศ)
- อายุ (<5 ปี 5-14 ปี และ 15 ปีขึ้นไป)

- กรุงเทพมหานครและจังหวัดอื่น ๆ
- ประเภทของยาที่ใช้สำหรับ TPT (6H, 3HP, 1HP, และอื่น ๆ) ["HP" หมายถึง ยาไอโซไนอาซิด (isoniazid) และไรฟาเพนทีน (rifapentine)]

ง. แผนงานช่วยเหลือทางสังคมและเศรษฐกิจ

S3D.1 สัดส่วนของครัวเรือนที่เข้าเกณฑ์ได้รับการสนับสนุนทางการเงินที่ได้รับการช่วยเหลือ

สิ่งที่วัด

ความครอบคลุมของครัวเรือนที่มีคุณสมบัติที่จะได้รับการสนับสนุนทางเศรษฐกิจได้รับการช่วยเหลือ

หลักการและเหตุผล

แม้ว่าผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ส่วนใหญ่มีสุขภาพแข็งแรง แต่ก็ยังมีบางส่วนที่ไม่สามารถหารายได้เพียงพอที่จะดูแลตนเองและครอบครัว การสนับสนุนทางเศรษฐกิจจึงยังจำเป็นสำหรับบางครอบครัว

ในประเทศไทยมีแผนงานสนับสนุนทางเศรษฐกิจ 3 แผน ได้แก่ เงินดำรงชีพรายเดือนจากกระทรวงมหาดไทย การสนับสนุนด้านอาชีพแก่ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีหรือครอบครัว และการสนับสนุนอาชีพแก่หญิงอยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี โดยกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ตัวตั้ง

จำนวนของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีหรือครอบครัวที่ได้รับการสนับสนุนทางเศรษฐกิจ (เงินดำรงชีพหรือการสนับสนุนด้านอาชีพ) ในปีงบประมาณ

ตัวหาร

จำนวนผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่ลงทะเบียนรับเงินดำรงชีพและครอบครัว/หญิงที่มีเชื้อเอชไอวีที่ร้องขอการสนับสนุนด้านอาชีพในปีงบประมาณ

วิธีคำนวณ

ตัวตั้ง/ตัวหาร x 100

วิธีการวัด

บันทึกข้อมูลแผนงานของกระทรวงมหาดไทย และกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ความถี่ในการวัด

รายปี

การจำแนกข้อมูล

- เพศ (ชายและหญิง)
- อายุ (<15 ปี 15-24 ปี 25-60 ปี และ >60 ปี)



ยุทธศาสตร์ที่ 4: ปรับภาพลักษณ์ ความเข้าใจ เสริมสร้างความเข้มแข็งระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชนรวมทั้งกลไกการคุ้มครองสิทธิ เพื่อลดการรังเกียจกีดกัน การเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีและเพศภาวะ แผนงานสิทธิมนุษยชนที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีและเพศภาวะ และการตีตราและการเลือกปฏิบัติ

ก. แผนงานสิทธิมนุษยชนที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีและเพศภาวะ และการตีตราและการเลือกปฏิบัติ

S4A.1 จำนวนจังหวัดที่ดำเนินงานกลไกคุ้มครองสิทธิมนุษยชนด้านเอชไอวี

สิ่งที่วัด

ความครอบคลุมของจังหวัดที่ดำเนินงานกลไกคุ้มครองสิทธิมนุษยชนที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีและเพศภาวะ

หลักการและเหตุผล

การลดการเลือกปฏิบัติเนื่องจากการเอชไอวีและเพศภาวะให้ได้ร้อยละ 90 เป็นเป้าหมายหนึ่งของยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560 - 2573 หนึ่งในผลลัพธ์ที่ต้องการของยุทธศาสตร์คุ้มครองสิทธิมนุษยชนที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีและเพศภาวะ และลดการตีตราและเลือกปฏิบัติคือการจัดตั้งกลไกในระดับจังหวัดเพื่อดำเนินการกับกรณีละเมิดสิทธิมนุษยชน รวมทั้งการเลือกปฏิบัติที่ผู้ที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและกลุ่มประชากรหลักได้รับ

ตัวตั้ง

จำนวนจังหวัดที่ได้จัดตั้งและใช้กลไกคุ้มครองสิทธิมนุษยชนที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีและเพศภาวะ

วิธีการวัด

รายงานจากจากระบบการรับมือวิกฤติ (Crisis Response System: CRS)

ความถี่ในการวัด

รายปี

การจำแนกข้อมูล

พื้นที่เขตสุขภาพ

S4A.2 จำนวนโรงพยาบาลที่ดำเนินงานลดการตีตราและเลือกปฏิบัติเนื่องจากเอชไอวีและเพศภาวะ

สิ่งที่วัด

ความก้าวหน้าของการขยายการดำเนินงานลดการตีตราและเลือกปฏิบัติเนื่องจากเอชไอวีและเพศภาวะในโรงพยาบาล

หลักการและเหตุผล

การลดการเลือกปฏิบัติเนื่องจากการเอชไอวีและเพศภาวะให้ได้ร้อยละ 90 เป็นเป้าหมายหนึ่งของยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560 - 2573 หน่วยบริการสุขภาพเป็นหนึ่งในพื้นที่หลักพื้นที่หนึ่งซึ่งผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและกลุ่มประชากรหลักประสบกับการเลือกปฏิบัติ

การดำเนินการเพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ ของประเทศไทยใช้เทคนิคการอบรมแบบมีส่วนร่วม ในหลักสูตรชุดมาตรฐานการ 3x4 ซึ่งมีประสิทธิผลในการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในกลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพ การดำเนินงานมี 3 ระดับ ได้แก่ ระดับบุคคล สำหรับบุคลากรของหน่วยบริการ ระดับระบบ/โครงสร้างสถานพยาบาล และการเชื่อมโยงของโรงพยาบาลกับชุมชน ปัจจัยผลักดันการดำเนินการลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติ 4 ข้อ ประกอบด้วย การเพิ่ม

ความตระหนักรู้ ลดความกลัวติดเชื้อเอชไอวี ทักษะชีวิตที่เป็นการตีตราทางสังคม (การโทษ การทำให้ละอาย) และสภาพแวดล้อมของโรงพยาบาล

ตัวตั้ง

จำนวนโรงพยาบาลที่ได้เริ่มดำเนินการหลักสูตรชุดมาตรการ 3x4 ในการลดตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีและเพศภาวะ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

วิธีการวัด

รายงานของกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ความถี่ในการวัด

รายปี

การจำแนกข้อมูล

กรุงเทพมหานครและพื้นที่เขตสุขภาพ

S4A.3 จำนวนองค์กร/หน่วยงาน (รัฐ เอกชน องค์กรพัฒนาเอกชน) ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและบริหารจัดการด้านเอดส์ ในสถานที่ทำงาน

สิ่งที่วัด

ความก้าวหน้าของการนำแนวปฏิบัติแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและบริหารจัดการด้านเอดส์ ในสถานที่ทำงานไปใช้

หลักการและเหตุผล

คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ได้สนับสนุนการนำแนวปฏิบัติแห่งชาติ ว่าด้วยการป้องกันและบริหารจัดการด้านเอดส์ ในสถานที่ทำงาน รวมองค์กร/หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และองค์กรภาคประชาสังคม การดำเนินการข้อหนึ่งคือ การส่งเสริมการใช้แนวทางปฏิบัติแห่งชาติด้านเอชไอวีในสถานที่ทำงาน ให้แก่องค์กร/หน่วยงานที่ปฏิบัติตามนโยบายด้านเอชไอวีในสถานที่ทำงาน

ตัวตั้ง

จำนวนองค์กร/หน่วยงาน (ภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรพัฒนาเอกชน) ที่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและบริหารจัดการด้านเอดส์ ในสถานที่ทำงาน

วิธีการวัด

การประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและบริหารจัดการด้านเอดส์ในสถานที่ทำงาน ที่ดำเนินการโดยกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ความถี่ในการวัด

รายปี

การจำแนกข้อมูล

การจัดกลุ่ม: ภาครัฐ (สาธารณสุขและอื่น ๆ) ภาคเอกชน (สาธารณสุขและอื่น ๆ) และองค์กรภาคประชาสังคม

S4A.4 ร้อยละของประชากรทั่วไปได้รับความรู้ทางกฎหมาย การตีตราและเลือกปฏิบัติ ความเท่าเทียมทางเพศภาวะ และกลไกการปกป้องคุ้มครองสิทธิมนุษยชน

สิ่งที่วัด

ความก้าวหน้าของการดำเนินงานแผนงานสร้างความรอบรู้ด้านกฎหมาย การตีตราและเลือกปฏิบัติ และสิทธิมนุษยชน

หลักการและเหตุผล

ความเข้าใจของประชาชนทั่วไปถึงผลกระทบในทางลบของการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและประชากรหลัก รวมถึงความเข้าใจประเด็นทางกฎหมายและสิทธิมนุษยชนจะช่วยสร้างเสริมปัจจัยเอื้อหนุนทางสังคมที่เพิ่มประสิทธิผลของการดำเนินงานเพื่อบรรลุเป้าหมายยุติปัญหาเอดส์ของประเทศ

ตัวตั้ง

จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามที่รายงานว่าจะเข้าร่วมแผนงานสร้างความรอบรู้ด้านกฎหมาย การตีตราและเลือกปฏิบัติ และสิทธิมนุษยชน

ตัวหาร

จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด

วิธีคำนวณ

ตัวตั้ง/ตัวหาร × 100

วิธีการวัด

การสำรวจ Multiple Index Cluster survey (MICS)

ความถี่ในการวัด

ทุก 3 ปี

การจำแนกข้อมูล

- เพศ (ชาย และหญิง)

- อายุ (<15 15-24 และ 25-49 ปี)

S4A.5 ร้อยละของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและประชากรหลักที่ได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องรู้สิทธิของตนเอง (Know Your Rights) ความเท่าเทียมทางเพศภาวะ และกลไกการปกป้องคุ้มครองสิทธิมนุษยชน

สิ่งที่วัด

ความก้าวหน้าของการดำเนินงานแผนงานสร้างความรอบรู้ด้านกฎหมาย การตีตราและเลือกปฏิบัติ และสิทธิมนุษยชน

หลักการและเหตุผล

เพิ่มเติมจากการที่ทำให้ประชาชนทั่วไปมีความเข้าใจประเด็นสิทธิมนุษยชนและไม่มีทัศนคติเชิงลบต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและประชากรหลัก การทำให้ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อฯ และประชากรหลักมีความรู้ในเรื่องสิทธิของตนเองและวิธีการเข้าถึงการปกป้องคุ้มครองสิทธิมนุษยชน จะทำให้พวกเขาไม่ถูกละเมิดสิทธิมนุษยชน

ตัวตั้ง

จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามที่รายงานจะเข้าร่วมแผนงานสร้างความรอบรู้ด้านกฎหมาย การตีตราและเลือกปฏิบัติ และสิทธิมนุษยชน

ตัวหาร

จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด

วิธีคำนวณ

ตัวตั้ง/ตัวหาร × 100

วิธีการวัด

การสำรวจดัชนีชี้วัดการตีตรา (Stigma Index Survey)

ความถี่ในการวัด

ทุก 3 ปี

การจำแนกข้อมูล

- เพศภาวะ (ชาย หญิง และหญิงข้ามเพศ)
- อายุ (<15 15-24 และ 25-49 ปี)
- สถานะการติดเชื้อเอชไอวี
- กลุ่มประชากรหลัก (MSM TGW MSW FSW และ PWID)

**S4A.6 จำนวนของประเด็นทางกฎหมาย/กฎ/ระเบียบที่เป็นปัญหาอุปสรรคในการเข้าถึงบริการของ
ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและประชากรหลัก**

สิ่งที่วัด

ความคืบหน้าว่าด้วยการลดอุปสรรคทางกฎหมายเพื่อให้เกิดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเข้าถึงและการใช้บริการ
ด้านเอชไอวี

หลักการและเหตุผล

กฎหมาย/กฎ/ระเบียบบางฉบับสร้างอุปสรรคสำหรับผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและกลุ่มประชากรหลักในการเข้าถึง
การบริการยังปรากฏอยู่ หากอ้างอิงเป้าหมายเอดส์โลก ปี 2025 (2025 Global AIDS target) ที่ระบุว่า ประเทศควร
มีสภาพแวดล้อมทางกฎหมายและนโยบายที่เน้นการลงโทษ ซึ่งจำกัดการเข้าถึงการบริการให้น้อยกว่าร้อยละ 10 มีผู้ที่
อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและกลุ่มประชากรหลักที่ประสบกับการตีตราและการเลือกปฏิบัติน้อยกว่าร้อยละ 10 และมีสตรี
เด็กหญิง ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและกลุ่มประชากรหลักน้อยกว่าร้อยละ 10 ที่ได้ประสบกับความไม่เท่าเทียมและ
การใช้ความรุนแรงเนื่องจากเพศภาวะ มีการจัดทำแบบจำลองเพื่อคาดการณ์ผลกระทบที่อาจมีต่อทิศทางการระบ
การบรรลุเป้าหมายที่สูงคือ ให้มีการติดเชื้อเอชไอวีเหลือเพียง 370,000 รายและการเสียชีวิตเนื่องจากเอดส์เพียง
250,000 รายภายในปี พ.ศ. 2568 (ค.ศ. 2025) และทำให้โลกกลับสู่เป้าหมายการยุติการระบาดในทุกแห่งและ
สำหรับทุกคนได้ในปี พ.ศ. 2573 (ค.ศ. 2030)

ตัวตั้ง

จำนวนของกฎหมาย/กฎ/ระเบียบซึ่งนำไปสู่อุปสรรคในการเข้าถึงการบริการของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและ
กลุ่มประชากรหลัก

วิธีการวัด

รวบรวมไว้ในการเก็บข้อมูล: การสำรวจดัชนีรวมนโยบายการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศโดยใช้แบบ
สำรวจของ UNAIDS (National Commitments and Policy Instrument: NCPI)

กำหนดและระบุองค์การที่รับผิดชอบในด้านกฎหมาย/กฎ/ระเบียบเหล่านี้

ความถี่ในการวัด

ทุก 2 ปี

การจำแนกข้อมูล

กฎหมาย/กฎ/ระเบียบเฉพาะทาง
การจัดกลุ่ม (กฎหมาย กฎ ระเบียบ)

ยุทธศาสตร์ที่ 5: เพิ่มความร่วมมือรับผิดชอบ การลงทุนและประสิทธิภาพการจัดการในทุกภาคส่วน ทั้งระดับนานาชาติ ระดับชาติ ระดับจังหวัด และระดับพื้นที่

ก. การลงทุนของทรัพยากร

S5A.1 ร้อยละของค่าใช้จ่าย ในการดำเนินงานเอดส์ของประเทศ ที่มาจากงบประมาณภายในประเทศ

สิ่งที่วัด

จำนวนงบประมาณภาครัฐในประเทศทั้งหมดที่ได้รับการจัดสรรและใช้ในการดำเนินงานเอดส์ทั้งในระดับประเทศและพื้นที่

หลักการและเหตุผล

การติดตามการใช้งบประมาณภาครัฐของประเทศและการประมาณการระยะสั้นมีจุดมุ่งหมายเพื่อสนับสนุนความพยายามระดับชาติด้านการกระจายทรัพยากรเพื่อให้บรรลุเป้าหมายยุติปัญหาเอดส์ให้ได้ภายใน พ.ศ. 2573 ซึ่งสะท้อนให้เห็นความยั่งยืนของการจัดการปัญหาเอดส์ของประเทศ

ตัวตั้ง

จำนวนงบประมาณใช้จ่ายในการจัดการปัญหาเอดส์ที่มาจากภาครัฐในปีงบประมาณ

ตัวหาร

จำนวนงบประมาณใช้จ่ายในการจัดการปัญหาเอดส์ทั้งหมดในปีงบประมาณ

วิธีคำนวณ

ตัวตั้ง/ตัวหาร x 100

วิธีการวัด

การวิเคราะห์การใช้งบประมาณ: รายงานค่าใช้จ่ายการดำเนินงานด้านเอดส์ของประเทศ (National AIDS Spending Assessment: NASA)

ความถี่ในการวัด

ทุก 2 ปีงบประมาณ สำหรับข้อมูลรายปี

การจำแนกข้อมูล

- รายละเอียดของการใช้จ่ายในแต่ละแผนงาน
- แหล่งงบประมาณ (สำหรับดำเนินงาน)

S5A.2 ร้อยละของค่าใช้จ่าย ในการดำเนินงานเอดส์ของประเทศ ที่ใช้สำหรับการป้องกัน

สิ่งที่วัด

การเพิ่มขึ้นของงบประมาณสนับสนุนจากภาครัฐสำหรับแผนงานป้องกัน

หลักการและเหตุผล

การตรวจเอชไอวีและการรักษาผู้อยู่ร่วมกับเชื้อฯ อยู่ในสิทธิประโยชน์ของ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ซึ่งการดูแลรักษาของประเทศไทยเป็นส่วนสำคัญของการใช้จ่ายสูงสุด ส่วนใช้จ่ายสำหรับการป้องกันมีเพียง ร้อยละ 14 และส่วนใหญ่เป็นการใช้จ่ายสำหรับความปลอดภัยของโลหิต งบประมาณสำหรับการป้องกันในกลุ่มประชากรหลัก ส่วนใหญ่มาจากการสนับสนุนจากต่างประเทศ

ตัวตั้ง

จำนวนงบประมาณที่ใช้จ่ายสำหรับแผนงานป้องกันเอชไอวีจากภาครัฐในปีงบประมาณ

ตัวหาร

จำนวนงบประมาณที่ใช้จ่ายในการจัดการปัญหาเอดส์ทั้งหมดในปีงบประมาณ

วิธีคำนวณ

ตัวตั้ง/ตัวหาร x 100

วิธีการวัด

การวิเคราะห์การใช้จ่ายงบประมาณ: รายงานค่าใช้จ่ายการดำเนินงานด้านเอดส์ของประเทศ (National AIDS Spending Assessment: NASA)

ความถี่ในการวัด

ทุก 2 ปีงบประมาณ สำหรับข้อมูลรายปี

การจำแนกข้อมูล

- รายละเอียดของการป้องกัน
- แหล่งงบประมาณ (สำหรับดำเนินงาน) (ภายในประเทศ และต่างประเทศ)

S5A.3 ร้อยละของค่าใช้จ่าย ในการดำเนินงานเอดส์ของประเทศ สำหรับแผนงานป้องกัน ในกลุ่มประชากรหลักที่มาจากงบประมาณภายในประเทศ

สิ่งที่วัด

การเพิ่มขึ้นของการสนับสนุนงบประมาณภาครัฐ สำหรับแผนงานป้องกันเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลัก

หลักการและเหตุผล

การติดตามงบประมาณภาครัฐในประเทศ สำหรับแผนงานป้องกันเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลัก ซึ่งเป็นแผนงานในลำดับความสำคัญตามยุทธศาสตร์ชาติ มีจุดมุ่งหมายผลักดันการสนับสนุนของประเทศในการกระจายทรัพยากรเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการยุติปัญหาเอดส์ให้ได้ภายในปี พ.ศ. 2573 ซึ่งจะสะท้อนให้เห็นถึงความยั่งยืนในการจัดการปัญหาเอดส์ของประเทศ

ตัวตั้ง

จำนวนงบประมาณที่ใช้จ่ายสำหรับแผนงานป้องกันเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลักจากภาครัฐในปีงบประมาณ

ตัวหาร

จำนวนงบประมาณทั้งหมดที่ใช้จ่ายสำหรับแผนงานป้องกันเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลักในปีงบประมาณ

วิธีคำนวณ

ตัวตั้ง/ตัวหาร x 100

วิธีการวัด

การวิเคราะห์การใช้จ่ายงบประมาณ: รายงานค่าใช้จ่ายการดำเนินงานด้านเอดส์ของประเทศ (National AIDS Spending Assessment: NASA)

ความถี่ในการวัด

ทุก 2 ปีงบประมาณ สำหรับข้อมูลรายปี

การจำแนกข้อมูล

- แหล่งงบประมาณ (สำหรับดำเนินงาน)
- ประชากรหลัก (ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย หญิงข้ามเพศ พนักงานบริการหญิง พนักงานบริการชาย ผู้ใช้ยาเสพติด ด้วยวิธีฉีด ผู้ต้องขัง และประชากรข้ามชาติ)

S5A.4 ร้อยละของค่าใช้จ่าย ในการดำเนินงานเอดส์ของประเทศ ที่ใช้สำหรับการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ

สิ่งที่วัด

การเพิ่มขึ้นของการสนับสนุนงบประมาณภาครัฐสำหรับแผนงานลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ รวมการส่งเสริมและปกป้องคุ้มครองสิทธิ

หลักการและเหตุผล

การตรวจเอชไอวีและการรักษาผู้อยู่ร่วมกับเชื้อฯ อยู่ในสิทธิประโยชน์ของ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ซึ่งการดูแลรักษาของประเทศไทยเป็นสัดส่วนของการใช้จ่ายสูงสุด สัดส่วนใช้จ่ายสำหรับการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ มีเพียงร้อยละ 0.6 เจตนารมณ์ในระดับโลกกำหนดเป้าหมายการลงทุนในเรื่องการส่งเสริมปัจจัยเกื้อหนุนทางสังคมสูงถึงร้อยละ 6

ตัวตั้ง

จำนวนงบประมาณที่ใช้จ่ายสำหรับการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ การส่งเสริมและปกป้องคุ้มครองสิทธิจากภาครัฐ ในปีงบประมาณ

ตัวหาร

จำนวนงบประมาณทั้งหมดที่ใช้จ่ายสำหรับการดำเนินงานเอดส์ในปีงบประมาณ

วิธีคำนวณ

ตัวตั้ง/ตัวหาร x 100

วิธีการวัด

การวิเคราะห์การใช้จ่ายงบประมาณ: รายงานค่าใช้จ่ายการดำเนินงานด้านเอดส์ของประเทศ (National AIDS Spending Assessment: NASA)

ความถี่ในการวัด

ทุก 2 ปีงบประมาณ สำหรับข้อมูลรายปี

การจำแนกข้อมูล

- กิจกรรมตามแผนปฏิบัติการที่มีงบประมาณกำกับเพื่อลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติอันเนื่องมาจากเอชไอวีและเพศสภาพทุกรูปแบบพ.ศ. 2565 - 2569
- แหล่งงบประมาณ (สำหรับดำเนินงาน)

S5A.5 ร้อยละของเงินกองทุนสุขภาพชุมชน ที่ใช้สำหรับการดำเนินงานเอดส์

สิ่งที่วัด

การเพิ่มขึ้นของงบประมาณด้านเอชไอวีจากกองทุนประกันสุขภาพชุมชน (Community Health Security Funds)

หลักการและเหตุผล

กองทุนประกันสุขภาพชุมชน เป็นงบประมาณร่วมกันของ สปสช. กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คณะกรรมการท้องถิ่นเป็นผู้บริหารกองทุน โดยใช้ในขอบเขตที่กำหนดโดย สปสช. การสนับสนุนจากกองทุนฯ เป็นการสะท้อนความตระหนักของชุมชนต่อปัญหาเอดส์

ตัวตั้ง

จำนวนงบประมาณที่กองทุนสุขภาพชุมชนสนับสนุนการดำเนินงานเอดส์

ตัวหาร

จำนวนงบประมาณทั้งหมดของกองทุนประกันสุขภาพชุมชนทั้งหมด

วิธีคำนวณ

ตัวตั้ง/ตัวหาร x 100

วิธีการวัด

รายงานจากกองทุนประกันสุขภาพชุมชนที่ส่งให้ สปสช.

ความถี่ในการวัด

รายปี

การจำแนกข้อมูล

กรุงเทพมหานครและจังหวัดอื่น ๆ

S5A.6 จำนวนจังหวัดที่มีแผนยุติปัญหาเอดส์ของจังหวัด

สิ่งที่วัด

โอกาสของการระดมทรัพยากรโดยจังหวัด

หลักการและเหตุผล

เป็นที่คาดหวังว่า การจัดทำแผนยุติปัญหาเอดส์ของจังหวัด จะเพิ่มพูนความรู้สึกเป็นเจ้าของภายในจังหวัดที่มีเป้าหมายร่วมกันในการยุติปัญหาเอดส์ของจังหวัด การจัดทำแผนยุติปัญหาเอดส์จังหวัดจะประมาณการงบประมาณที่จะต้องใช้ด้วย ซึ่งจะช่วยให้จังหวัดทราบช่องว่างของทรัพยากรที่จังหวัดควรระดมจากภายในจังหวัด หรือจากแหล่งทุนอื่น กอพ. ได้พัฒนาแนวทางการจัดทำแผนยุติปัญหาเอดส์ของจังหวัดสำหรับการดำเนินงานของจังหวัดไว้ด้วยแล้ว

ตัวตั้ง

จำนวนจังหวัดที่จัดทำแผนยุติปัญหาเอดส์ของจังหวัด

ตัวหาร

จำนวนจังหวัดทั้งหมดในประเทศไทย (กรุงเทพและจังหวัดอื่นอีก 76 จังหวัด)

วิธีคำนวณ

ตัวตั้ง/ตัวหาร x 100

วิธีการวัด

รายงานการดำเนินงาน (กอพ.)

ความถี่ในการวัด

รายปี

การจำแนกข้อมูล

กรุงเทพมหานครและจังหวัดในพื้นที่เขตสุขภาพ

ข. การรับรองคุณภาพ

S5B.1 ร้อยละขององค์กรภาคประชาสังคมรับทุนสนับสนุนการทำงานเอชไอวี ที่ได้รับการรับรองคุณภาพ

สิ่งที่วัด

ความก้าวหน้าของการจัดตั้งระบบการรับรองคุณภาพ การดำเนินงานให้บริการเอชไอวี โดยชุมชน (community-led HIV services)

หลักการและเหตุผล

เป็นที่ทราบกันดีว่า การให้บริการเอชไอวีโดยชุมชนเพิ่มการเข้าถึงบริการของกลุ่มประชากรหลัก อย่างไรก็ตามระบบการรับรองคุณภาพจะช่วยสร้างความเชื่อมั่นในการให้บริการเอชไอวีโดยชุมชน และพร้อมที่จะรวมการให้บริการเอชไอวีโดยชุมชน ให้เป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพของประเทศ ที่มีงบประมาณสนับสนุนอย่างยั่งยืน ในปัจจุบัน สปสช. ได้จัดงบประมาณสนับสนุนองค์กรภาคประชาสังคม/องค์กรชุมชนในการให้บริการเอชไอวี และอาศัยเพียงผลการดำเนินงานในเชิงปริมาณเป็นเกณฑ์คัดเลือกหน่วยงานรับการสนับสนุนงบประมาณ

ประเทศไทยได้พยายามดำเนินการให้เกิดระบบการส่งเสริมสมรรถนะของการให้บริการโดยชุมชน ในระหว่าง พ.ศ. 2564 - 2566 กองทุนโลก สนับสนุนการยกระดับการพัฒนาสมรรถนะใน 3 กลุ่ม คือ i) กลุ่มผู้ให้บริการทางคลินิก ii) กลุ่มผู้ให้บริการชุมชน รวมผู้ให้บริการกลุ่มประชากรหลัก พนักงานสุขภาพชุมชน และอสม. iii) กลุ่มเพื่อนผู้ให้บริการ และผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี คณะอนุกรรมการเร่งรัดการยุติปัญหาเอดส์ระดับชาติได้แต่งตั้งคณะทำงานระดับชาติ เพื่อเป็นแกนนำในการดำเนินการ โดยใช้แนวทางการรับรองและแผนงานพัฒนาพนักงานสุขภาพชุมชนงานเอชไอวี/เอดส์ เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการให้ประกาศนียบัตรและรับรองคุณภาพการดำเนินงาน

ตัวตั้ง

จำนวนองค์กรภาคประชาสังคม/องค์กรชุมชนที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก สปสช. ที่ได้รับการรับรองคุณภาพมาตรฐาน

ตัวหาร

จำนวนองค์กรภาคประชาสังคม/องค์กรชุมชนทั้งหมด ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก สปสช. ในปีงบประมาณนั้น

วิธีคำนวณ

ตัวตั้ง/ตัวหาร × 100

วิธีการวัด

กอพ. จัดการการประเมินคุณภาพขององค์กรภาคประชาสังคม/องค์กรชุมชน สปสช. ให้รายชื่อองค์กรภาคประชาสังคม/องค์กรชุมชน ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก สปสช.

ความถี่ในการวัด

รายปี

การจำแนกข้อมูล

แผนงาน

- แผนงานกลุ่มประชากรหลัก: ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย หญิงข้ามเพศ พนักงานบริการชาย พนักงานบริการหญิง ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด
- บริการโดยกลุ่มประชากรหลัก: การตรวจเอชไอวี การให้ยาเพร็พ (PrEP) และการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

ยุทธศาสตร์ที่ 6: ส่งเสริมและพัฒนาการเข้าถึง และการใช้ประโยชน์ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์และการวิจัยที่รอบด้านและมีประสิทธิภาพ

ก. ระบบข้อมูลสารสนเทศในการบริหารงานสุขภาพ

S6A.1 จำนวนจังหวัดที่จัดทำรายงานวิเคราะห์การดำเนินงานยุติปัญหาเอดส์ ตามที่กำหนด

สิ่งที่วัด

การใช้ข้อมูลในการปรับปรุงการดำเนินงาน

หลักการและเหตุผล

วัตถุประสงค์การรวบรวมข้อมูลไม่เพียงเพื่อการรายงานแต่เป็นการใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงการดำเนินงาน จังหวัดเป็นระดับที่เหมาะสมในการวิเคราะห์ข้อมูลและใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงการดำเนินงานในจังหวัดของตนได้อย่างทันท่วงที

ตัวตั้ง

จำนวนจังหวัดที่จัดทำรายงานวิเคราะห์ประจำปี

วิธีการวัด

รายงานที่ส่งไปยังกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ความถี่ในการวัด

รายปี

การจำแนกข้อมูล

เขตสุขภาพ

ข. การติดตามระดับชุมชน

S6B.1 ร้อยละของรายงานผลการติดตามระดับชุมชน ที่ได้นำเสนอต่อกลไกการกำกับดูแลที่เกี่ยวข้อง

สิ่งที่วัด

การใช้ข้อมูลฐานชุมชนในการวางแผนและปรับปรุงการดำเนินงาน

หลักการและเหตุผล

การติดตามการดำเนินงานระดับชุมชน จะช่วยให้เกิดความเข้าใจแผนงานในระดับการปฏิบัติได้มากขึ้น ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นต่อการวางแผนทางการดำเนินงาน ระหว่าง พ.ศ. 2564 - 2566 กองทุนโลก สนับสนุนการจัดตั้ง “คลังสมองชุมชน” (Community Think Tank) เพื่อสนับสนุนการจัดตั้งโครงสร้างการสนับสนุนทางวิชาการระดับชาติ “คลังสมองชุมชน” จะส่งเสริมการใช้ข้อมูลในการติดตาม/กำกับดูแลระดับชุมชน และจัดการให้เกิดการสนับสนุนทางวิชาการที่ทันท่วงทีสำหรับประเด็นสำคัญที่มีผลต่อการดำเนินงาน โดยการสร้างพื้นที่ของความร่วมมือให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทั้งทางวิชาการและชุมชน รวมทั้งนักวิจัย นักวิชาการและหน่วยงานภาครัฐ ร่วมกันทบทวนและวิเคราะห์ข้อมูลสนับสนุนกิจกรรมการติดตามระดับชุมชน ที่นำไปผลักดันนโยบายระดับชาติ ด้วยกระบวนการสร้างสรรค์และเสริมให้ชุมชนติดตามผลการดำเนินงาน และใช้ข้อมูลในการปรับปรุงแผนและการดำเนินงานในระดับชาติ ทั้งเอชไอวีและวัณโรค

ตัวตั้ง

จำนวนรายงานการติดตามระดับชุมชนที่เสนอต่อคณะกรรมการกำกับดูแลของ CCM หรือคณะอนุกรรมการยุติปัญหาเอดส์แห่งชาติ

ตัวหาร

จำนวนรายงานการติดตามระดับชุมชนทั้งหมด

วิธีคำนวณ

ตัวตั้ง/ตัวหาร x 100

วิธีการวัด

รายงานการดำเนินงาน

ความถี่ในการวัด

รายปี

การจำแนกข้อมูล

แผนงาน

ค. การวิจัยและการประเมินผล

S6C.1 จำนวนและประเด็นของรายงานการวิจัยและการประเมินผล

สิ่งที่วัด

การมีข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์เพื่อนำไปใช้กำหนดนโยบายหรือพัฒนาแผนงาน

หลักการและเหตุผล

การเฝ้าระวังและการสำรวจที่เหมาะสมในการติดตามการระบาดและการรายงานข้อมูลบริการจากสถานพยาบาล หน่วยงานที่ไม่ใช่ด้านสาธารณสุขและองค์กรระดับชุมชน สามารถให้ข้อมูลที่สำคัญแต่ยังไม่เพียงพอต่อการนำไป กำหนดแนวทางการจัดการปัญหาเอดส์ การประเมินผลและการศึกษาวิจัยที่มีคุณภาพสูงจะทำให้มีหลักฐาน เชิงประจักษ์ สำหรับการวางแผนการจัดการปัญหาเอดส์ได้ดีขึ้น รวมถึงการจัดลำดับความสำคัญและพิจารณา มาตรการและแผนงานที่ถูกต้อง เพื่อให้เกิดผลกระทบและความคุ้มค่าจากการลงทุนในการจัดการการระบาดของ เอชไอวี ได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

ตัวตั้ง

จำนวนรายงานการประเมินผลและการวิจัยที่ดำเนินการในช่วงปีงบประมาณ (ระบุหัวข้อ)

วิธีการวัด

เพิ่มประเด็นในคำถามการประเมินการใช้จ่ายของประเทศในการจัดการปัญหาเอดส์ (National AIDS Spending Assessment: NASA) ในหัวข้อการศึกษาวิจัยและการประเมินผล

ความถี่ในการวัด

รายปี

การจำแนกข้อมูล

ประเภทของการศึกษา (ด้านคลินิก ทางชีววิทยา และการประเมินผล)

ผนวกที่ 2 คำนิยามที่ใช้ในการทำงานสำหรับกลุ่มประชากรหลักและกลุ่มประชากร ที่มีภาวะเปราะบาง

ก. กลุ่มประชากรหลัก (Key population: KP)

กลุ่มประชากรหลัก คือ ผู้ที่อยู่ในภาวะเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มนี้ส่งผลต่อพลวัตของการระบาดของเอชไอวี และต่อวิธีการจัดการที่มีประสิทธิผล ภาวะเสี่ยงของกลุ่มประชากรหลักที่รวมถึงพฤติกรรมและอุปสรรคทางสังคมและกฎหมาย ทำให้ภาวะเปราะบางของกลุ่มเพิ่มขึ้น

ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560 - 2573 ได้ระบุกลุ่มประชากรหลัก ดังนี้

- 1) **ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (Men who have Sex with Men: MSM)** หมายถึง ชายทุกช่วงวัยที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย โดยอาจมีหรือไม่มีความรัก
- 2) **หญิงข้ามเพศ (Transgender women: TGW)** หมายถึง ผู้ที่เกิดมาามีเพศทางชีวภาพเป็นชาย ซึ่งปัจจุบันมีอัตลักษณ์ทางเพศและการแสดงออกเป็นหญิง โดยคำนิยามนี้หมายรวมถึง ทั้งผู้ที่ได้ผ่าตัดและไม่ได้ผ่าตัดแปลงเพศเป็นหญิง
- 3) **พนักงานบริการ (Sex Worker: SW)** หมายถึง ผู้ใหญ่ทั้งหญิง ชาย และหญิงข้ามเพศ ที่รับเงินหรือสิ่งตอบแทนแลกเปลี่ยนกับการให้บริการทางเพศ ไม่ว่าจะกระทำเป็นประจำ หรือเป็นบางโอกาส โดยที่ผู้รับบริการอาจเป็นเพศชายหรือเพศหญิงก็ได้
- 4) **ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด (People Who Inject Drugs: PWID)** หมายถึง ผู้ที่ใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทเพื่อเป้าหมายอื่นที่มีใช้เป้าหมายทางการแพทย์ สารเสพติดได้แก่ ผีน อนุพันธ์ฝิ่น แอมเฟตามีน โคเคน ยานอนหลับหรือระงับประสาท สารหลอนประสาท การฉีดอาจใช้วิธีฉีดเข้าเส้นเลือด ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ฉีดเข้าใต้ผิวหนังหรืออื่น ๆ
- 5) **ผู้ใช้สารเสพติด (People who Use Drugs: PWUD)** หมายถึง ผู้ที่ใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทด้วยวิธีการใด ๆ ได้แก่ การฉีด การสูดดม การซึมผ่านเยื่อ (อมใต้ลิ้น สอดใส่ทวารหนัก สอดรูจมูก) หรือผ่านผิวหนัง แต่คำนิยามนี้ไม่ได้หมายรวมถึงการดื่มสุรา หรืออาหาร/เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน
- 6) **ผู้ต้องขังและผู้ต้องโทษในสถานกักกันอื่น** ได้แก่ ผู้ต้องโทษทั้งชายและหญิง ในเรือนจำประเภทต่าง ๆ รวมถึงผู้ถูกควบคุมตัวที่เป็นเยาวชนทั้งชายและหญิง ซึ่งมีอายุน้อยกว่า 18 ปี ในสถานพินิจและคุ้มครองเด็ก

ข. ประชากรที่มีภาวะเปราะบาง (Vulnerable populations)

ประชากรที่มีภาวะเปราะบาง หมายถึง กลุ่มคนที่มีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีสูง ในสถานการณ์หรือบริบทจำเพาะ ได้แก่

- 1) **ประชากรข้ามชาติ (Migrant)** หมายถึง คนต่างชาติที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย หมายรวมผู้ที่เข้ามาโดยถูกต้องและไม่ถูกต้อง และมีสัญชาติ เมียนมา กัมพูชา ลาว หรืออื่น ๆ ทั้งนี้แผนงานเอชไอวีจะเน้นไปที่กลุ่มอาชีพประมง ต่อเนื่องประมง คนงานโรงงาน คนงานก่อสร้าง และแรงงานอื่น ๆ รวมถึงพนักงานบริการ
- 2) **วัยรุ่น (Adolescent)** หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 10-19 ปี ทั้งที่ยังอยู่ในระบบการศึกษา ในสถานที่ทำงาน หรือในชุมชน



หมายเหตุ

- แต่ละบุคคลอาจจัดอยู่ในกลุ่มต่าง ๆ มากกว่า 1 กลุ่ม ตัวอย่างเช่น MSM และ TGW อาจทำงานบริการทางเพศ หรือ ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด
- กลุ่มประชากรหลัก หมายถึงรวมทั้งประชากรไทยและประชากรข้ามชาติ

ผนวกที่ 3 สรุปเป้าหมายการดำเนินงานเอดส์โลก พ.ศ. 2568 (Global AIDS Targets 2025)

การสรุปเป้าหมายการดำเนินงานเอดส์ในภาพรวมของประเทศต่าง ๆ พ.ศ. 2568 ที่ UNAIDS ได้ประสานการกำหนดขึ้น ในภาคผนวกนี้ เพื่อให้ภาคีในประเทศไทยมีความเข้าใจในกรอบการดำเนินงาน ที่ประเทศต่าง ๆ ได้วางแนวทางรวมถึงการติดตามและประเมินผลด้วย

เป้าหมายภาพรวม ในรอบปี พ.ศ. 2568 มุ่งเน้นการกำหนดเป้าหมาย โดยมีผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวี และชุมชนที่มีภาวะเสี่ยง เป็นศูนย์กลาง

กรอบการลงทุนเพื่อการพัฒนาของเป้าหมายเอดส์ 2025

- I. **บริการเอชไอวี (HIV Services)** เป็นบริการที่พิสูจน์แล้วว่าสามารถป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี หรือการเสียชีวิตเนื่องจากเอดส์
- II. **ปัจจัยเอื้อหนุน (Enablers)** ได้แก่ กฎหมาย ระบบ หรือกิจกรรมที่ช่วยทำให้บริการเอชไอวีมีประสิทธิภาพ
 - **ปัจจัยเอื้อหนุนด้านสังคม (Societal enablers)** หมายถึงถึงกฎหมายและนโยบายที่สนับสนุนการดำเนินงาน และภาวะทางสังคมที่เคารพความเท่าเทียมกันทางเพศภาวะ และไม่มีการเลือกปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมกับเชื้อฯ และประชากรหลัก
 - **ปัจจัยเอื้อหนุนด้านบริการ (Service enablers)** หมายถึงถึงการเชื่อมต่อหรือบูรณาการบริการ การบริการที่ปรับให้เหมาะสมกับแต่ละกลุ่ม และการบริการโดยชุมชน
 - **ปัจจัยเอื้อหนุนด้านระบบ (System enablers)** หมายถึงถึงโครงสร้างพื้นฐานของบริการ การวางแผนยุทธศาสตร์ ระบบงบประมาณและการบริหาร ระบบการติดตามและประเมินผล และระบบการสื่อสาร
- III. **การรวมพลังการพัฒนา (Development synergies)** เป็นการพัฒนาในภาคส่วนต่าง ๆ กว้างขวางมากขึ้นเพื่อช่วยส่งเสริมการจัดการปัญหาเอดส์ได้ดีขึ้น ได้แก่ การต่อสู้กับความยากจนและการเติมเต็มสิทธิด้านสุขภาพและสิทธิมนุษยชน เป็นพัฒนาการที่เสริมบริการเอชไอวี

เป้าหมายสูงสุด ในปี พ.ศ. 2568

I. บริการเอชไอวี (HIV services)

- บรรลุเป้าหมาย 95-95-95 ของการตรวจและรักษา ในกลุ่มประชากรย่อยและกลุ่มอายุเป้าหมายทุกกลุ่ม
- ร้อยละ 95 ของสตรีวัยเจริญพันธุ์ ได้รับบริการเอชไอวี และสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ ตามความจำเป็น ร้อยละ 95 ของหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวีและให้นมบุตรสามารถลดปริมาณไวรัสฯ ได้ และร้อยละ 95 ของเด็กที่สัมผัสกับเชื้อเอชไอวีได้ตรวจเอชไอวี

- ร้อยละ 95 ของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ได้รับชุดป้องกันผสมผสานที่มีประสิทธิภาพเหมาะสม อยู่ในลำดับความสำคัญ โดยมีคนเป็นศูนย์กลาง

II. บริการบูรณาการ (Integration)

ใช้แนวทางของบริการที่มีคนเป็นศูนย์กลางและใช้การบูรณาการในบริบทเฉพาะต่าง ๆ เพื่อสนับสนุนการบรรลุเป้าหมาย พ.ศ. 2568 และส่งผลให้ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและผู้ที่มีความเสี่ยงสูง อย่างน้อยร้อยละ 90 เชื่อมต่อกับบริการอื่น ๆ ทั้งโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ ความรุนแรงเนื่องจากเพศภาวะ สุขภาพจิตและบริการอื่น ๆ ที่จำเป็นสำหรับสุขภาพโดยรวม และความเป็นอยู่ที่ดี

III. ปัจจัยเกื้อหนุนด้านสังคม (Social enablers)

เป้าหมาย 10-10-10 ในการขจัดอุปสรรคทางสังคมและกฎหมายที่ทำให้เกิดข้อจำกัดในการใช้บริการเอชไอวี กล่าวคือ

- ประเทศน้อยกว่าร้อยละ 10 มีภาวะแวดล้อมทางกฎหมายและนโยบาย ที่ปฏิเสธหรือจำกัดการเข้าถึงบริการ
- ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและประชากรหลักน้อยกว่าร้อยละ 10 มีประสบการณ์ถูกเลือกปฏิบัติ
- สตรี เด็กผู้หญิง ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและประชากรหลัก มีประสบการณ์ต่อการปฏิบัติที่ไม่เท่าเทียมกันและการถูกระงับความรุนแรง

การจัดทำแบบจำลองผลกระทบต่อการระบาดของเอชไอวี หากบรรลุเป้าหมายดังกล่าวข้างต้น พบว่าสามารถลดการติดเชื้อเอชไอวี 370,000 ราย ลดการเสียชีวิตเนื่องจากเอดส์ 250,000 ราย ในปี พ.ศ. 2568 ซึ่งจะทำให้โลกอยู่ในแนวทางที่จะบรรลุเป้าประสงค์ของการยุติปัญหาเอดส์ในทุกพื้นที่และประชากรทุกกลุ่มได้ในปี พ.ศ. 2573

เป้าหมายการตรวจเอชไอวีและการรักษา

เด็ก (อายุ 0-14 ปี)	วัยรุ่นและผู้ใหญ่ เพศหญิง (อายุ 15-24 ปี)	วัยรุ่นและผู้ใหญ่ เพศชาย (อายุ 15-24 ปี)	ผู้ใหญ่เพศหญิง (อายุ 25 ปีขึ้นไป)	ผู้ใหญ่เพศชาย (อายุ 25 ปีขึ้นไป)	ประชากร ข้ามชาติ
ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย	คนข้ามเพศ	พนักงานบริการ	ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด	ผู้ต้องขังและผู้ต้องโทษในสถานกักกัน	
ร้อยละ 95 ของประชากรแต่ละกลุ่มที่ติดเชื้อเอชไอวี รู้สถานะการติดเชื้อฯ ของตนเอง					
ร้อยละ 95 ของประชากรแต่ละกลุ่มที่ติดเชื้อเอชไอวีและรู้สถานะการติดเชื้อฯ ของตนเอง ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ					
ร้อยละ 95 ของประชากรแต่ละกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ สามารถกดปริมาณไวรัสฯ ได้					



เป้าหมายบริการสุขภาพทางเพศ อนามัยการเจริญพันธุ์ และการกำจัดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก

กลุ่มประชากร	เป้าหมาย
สตรีวัยเจริญพันธุ์ในพื้นที่ที่มีความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีสูง ที่มีกลุ่มประชากรหลักและผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวี	ร้อยละ 95 ได้รับการเอชไอวี สุขภาวะทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ ตามความจำเป็น
หญิงมีครรภ์และหญิงให้นมบุตร	ร้อยละ 95 ของหญิงตั้งครรภ์ได้ตรวจเอชไอวี ซีฟิลิส และไวรัสตับอักเสบบี อย่างน้อย 1 ครั้งและตรวจโดยเร็ว ในพื้นที่ที่มีภาระโรคจากเอชไอวีสูง หญิงตั้งครรภ์และหญิงให้นมบุตรที่ไม่รู้สถานะการติดเชื้อเอชไอวีหรือตรวจผลเป็นลบในครั้งก่อน ควรตรวจซ้ำในไตรมาส 3 และในช่วงหลังคลอด
หญิงมีครรภ์และหญิงให้นมบุตรที่ติดเชื้อเอชไอวี	ร้อยละ 90 ของหญิงอยู่ร่วมกับเอชไอวีที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ก่อนการตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์อยู่ร่วมกับเอชไอวีทุกคนต้องได้รับการวินิจฉัยและได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ และร้อยละ 95 กดปริมาณไวรัสฯ ได้ก่อนคลอด หญิงอยู่ร่วมกับเอชไอวีที่ให้นมบุตรต้องได้รับการวินิจฉัยและรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ และร้อยละ 95 กดปริมาณไวรัสฯ ได้ (ต้องตรวจปริมาณไวรัสฯ ที่ 6-12 เดือน)
เด็ก (อายุ 0-14 ปี)	ร้อยละ 95 ของทารกที่สัมผัสเชื้อเอชไอวีได้ตรวจไวรัสฯ ภายในอายุ 2 เดือนและแจ้งผลแก่พ่อแม่ ร้อยละ 95 ของทารกที่สัมผัสเชื้อเอชไอวีได้ตรวจไวรัสฯ ระหว่างอายุ 9-18 เดือนและแจ้งผลแก่พ่อแม่ เด็กอยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี บรรลุเป้าหมาย 95-95-95 ในการตรวจและรักษา

เกณฑ์ขั้นต่ำในการจัดลำดับความสำคัญของวิธีการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

ประชากร	เกณฑ์	สูงมาก	สูง	ปานกลางและต่ำ
พนักงานบริการ	ความชุกของเอชไอวีทั้งประเทศสำหรับกลุ่มผู้ใหญ่ (อายุ 15-49 ปี)	>3%	>0.3%	<0.3%
ผู้ต้องขัง	ความชุกของเอชไอวีทั้งประเทศกรณีกลุ่มผู้ใหญ่(อายุ 15-49 ปี)	>10%	>1%	<1%

ประชากร	เกณฑ์	สูงมาก		สูง	ปานกลางและต่ำ
ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย	การวิเคราะห์ของ UNAIDS ประเทศและภูมิภาค	สัดส่วนประชากรคาดประมาณว่า มีอุบัติการณ์ >3%		สัดส่วนประชากรคาดประมาณว่า มีอุบัติการณ์ 0.3-3%	สัดส่วนประชากรคาดประมาณว่า มีอุบัติการณ์ <0.3%
คนข้ามเพศ	สะท้อนภาพในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย หากไม่มีข้อมูล	สัดส่วนประชากรคาดประมาณว่า อุบัติการณ์ >3%		สัดส่วนประชากรคาดประมาณว่า มีอุบัติการณ์ 0.3-3%	สัดส่วนประชากรคาดประมาณว่า มีอุบัติการณ์ <0.3%
ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด	การวิเคราะห์ของ UNAIDS ประเทศและภูมิภาค	ความครอบคลุมของการกระจายเข็มและอุปกรณ์ฉีดปลอดเชื้อ และการรักษาด้วยสารทดแทนฝิ่น ต่ำ		มีการดำเนินงานแผนงานเข็มและอุปกรณ์ฉีดปลอดเชื้อ และการรักษาด้วยสารทดแทนฝิ่น บ้าง	ความครอบคลุมของการกระจายเข็มและอุปกรณ์ฉีดปลอดเชื้อสูง จำนวนเข็มและอุปกรณ์ฉีดปลอดเชื้อต่อประชากรเพียงพอ และมีการให้บริการรักษาด้วยสารทดแทน
วัยรุ่นเพศหญิง และสตรีวัยสาว	เกณฑ์ร่วมกันของอุบัติการณ์ของสตรีอายุ 15-24 ปี และรายงานพฤติกรรมจากการสำรวจ DHS หรือแบบอื่น (คู่เพศสัมพันธ์ >2 หรือรายงานว่าเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ใน 12 เดือนที่ผ่านมา	อุบัติการณ์ 1-3% และ รายงานพฤติกรรมเสี่ยงสูง	อุบัติการณ์ > 3%	อุบัติการณ์ 0.3-<1% หรือ รายงานพฤติกรรมเสี่ยงสูง หรือ อุบัติการณ์ 1-3% และรายงานพฤติกรรมเสี่ยงต่ำ	อุบัติการณ์ < 0.3 % หรือ อุบัติการณ์ 0.3-<1% และรายงานพฤติกรรมเสี่ยงต่ำ
วัยรุ่นชาย และชายวัยหนุ่ม	เกณฑ์ร่วมกันของอุบัติการณ์ของชายอายุ 15-24 ปี และรายงานพฤติกรรมจากการสำรวจ DHS หรือแบบอื่น (คู่เพศสัมพันธ์ >2 หรือรายงานว่าเป็นโรคติดต่อทาง	อุบัติการณ์ 1-3% และ รายงานพฤติกรรมเสี่ยงสูง	อุบัติการณ์ > 3%	อุบัติการณ์ 0.3-<1% หรือ รายงานพฤติกรรมเสี่ยงสูง หรือ อุบัติการณ์ 1-3% และรายงาน	อุบัติการณ์ < 0.3 % หรือ อุบัติการณ์ 0.3-<1% และรายงานพฤติกรรมเสี่ยงต่ำ



ประชากร	เกณฑ์	สูงมาก		สูง	ปานกลางและต่ำ
	เพศสัมพันธ์ ใน 12 เดือนที่ผ่านมา			พฤติกรรมเสี่ยงต่ำ	
ผู้ใหญ่ (อายุ 25 ปีขึ้นไป)	เกณฑ์ร่วมกันของอุบัติการณ์ของชายอายุ 15-24 ปี และรายงานพฤติกรรมจากการสำรวจ DHS หรือแบบอื่น (คู่เพศสัมพันธ์ >2 หรือรายงานว่าเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ใน 12 เดือนที่ผ่านมา	อุบัติการณ์ 1-3% และ รายงาน พฤติกรรมเสี่ยงสูง	อุบัติการณ์ > 3%	อุบัติการณ์ 0.3- $<1\%$ หรือ รายงาน พฤติกรรมเสี่ยงสูง หรือ อุบัติการณ์ 1-3% และรายงาน พฤติกรรมเสี่ยงต่ำ	อุบัติการณ์ < 0.3 % หรือ อุบัติการณ์ 0.3- $<1\%$ % และรายงาน พฤติกรรมเสี่ยงต่ำ
คู่ผลเลือดต่าง	จำนวนคาดประมาณของผู้ที่มีผลตรวจเอชไอวีเป็นลบ ซึ่งมีคูที่เริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัส	การจัดลำดับความเสี่ยงขึ้นอยู่กับคู ได้แก่ ระยะเวลาและสูตรยาต้านไวรัสฯ ของคูที่มีผลตรวจเอชไอวีเป็นบวก พฤติกรรมใช้ถุงยางอนามัย ความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์ การใช้ยาเพร็พ (PrEP)			

เป้าหมายการป้องกันเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลัก

กลุ่มประชากรหลัก	พนักงานบริการ	ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย	ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด	คนข้ามเพศ	ผู้ต้องขังและผู้ต้องโทษในสถานกักกัน
คนที่ไม่ใช้ PrEP ใช้ถุงยางอนามัย/สารหล่อลื่น ระหว่างการมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดกับคูที่ไม่ใช่คูประจำ และไม่รู้ว่าจะลดปริมาณไวรัสฯ ได้หรือไม่ รวมผู้มีผลเลือดลบด้วย	--	95%	95%	95%	--
การใช้ถุงยางอนามัย/สารหล่อลื่น เมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดกับลูกค้า หรือคูที่ไม่ใช่คูประจำ	90%	--	--	--	90%
การใช้ยาเพร็พ (PrEP) (ตามกลุ่มความเสี่ยง)					

กลุ่มประชากรหลัก	พนักงาน บริการ	ชายมีเพศ สัมพันธ์กับ ชาย	ผู้ใช้สารเสพติด ด้วยวิธีฉีด	คนข้าม เพศ	ผู้ต้องขังและ ผู้ต้องโทษใน สถานกักกัน
<ul style="list-style-type: none"> • สูงมาก • สูง • ปานกลางและต่ำ 	80%	50%	15%	50%	15%
	15%	15%	5%	15%	5%
	0%	0%	0%	0%	0%
การใช้เข็มฉีดยาและกระบอกฉีด ปลอดเชื้อ			90%		90%
การบำบัดรักษาด้วยสารทดแทน ฝิ่น			50%		
การตรวจคัดกรองและการรักษา โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	80%	80%		80%	
การเข้าถึงระบบสุขภาพที่ เหมาะสมหรือการให้บริการโดย ชุมชนโดยสมัครใจ	90%	90%	90%	90%	100%
การเข้าถึงยาเป๊ป (PEP) ที่ถือเป็น ส่วนหนึ่งของชุดประเมินความ เสี่ยงและการสนับสนุน	90%	90%	90%	90%	90%

เป้าหมายการป้องกันเอชไอวีในกลุ่มประชากรทั่วไป

กลุ่มประชากรทั่วไป		ลำดับความเสี่ยง		
		สูงมาก	ปานกลาง	ต่ำ
ทุกช่วงอายุและ ทุกเพศภาวะ	คนที่ไม่ใช่ยาเพริฟ (PrEP) ใช้ถุงยางอนามัย/ สารหล่อลื่น ระหว่างการมีเพศสัมพันธ์ครั้ง ล่าสุดกับผู้ที่ไม่ใช่คู่อุปถัมภ์ และไม่รู้ว่ากต ปริมาณไวรัสฯ ได้หรือไม่ รวมผู้มีผลเลือดลบ ด้วย	95%	70%	50%
	การใช้ยาเพริฟ (PrEP) (ตามประเภทกลุ่ม ความเสี่ยง)	50%	5%	0%
	การตรวจคัดกรองและการรักษาโรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์	80%	10%	10%
วัยรุ่นและคนหนุ่ม สาว	การสอนหลักสูตรเพศศึกษาที่ครบถ้วนใน สถานศึกษา โดยมีเนื้อหาสอดคล้องกับแนว ปฏิบัติทางวิชาการขององค์การสหประชาชาติ	90%	90%	90%



กลุ่มประชากรทั่วไป		ลำดับความเสี่ยง			
		สูงมาก	ปานกลาง	ต่ำ	
กลุ่มประชากรทั่วไป		ลำดับตามพื้นที่ทางภูมิศาสตร์เท่านั้น			
		สูงมาก (>3%)	สูง (1-3%)	ปานกลาง (0.3-1%)	ต่ำ (<0.3%)
ทุกช่วงอายุและ ทุกเพศภาวะ	การเข้าถึงยาเป๊ป (PEP) (ไม่ใช่กรณีที่ ทำงานบริการทางเพศ) ที่เป็นส่วน หนึ่งของชุดประเมินความเสี่ยงและ การสนับสนุน	90%	50%	5%	0%
	การเข้าถึงยาเป๊ป (PEP) (กรณี ให้บริการในสถานพยาบาล) ที่เป็น ส่วนหนึ่งของชุดประเมินความเสี่ยง และการสนับสนุน	90%	80%	70%	50%
วัยรุ่นหญิงและ หญิงสาว	การเสริมสร้างพลังทางเศรษฐกิจ	20%	20%	0%	0%
วัยรุ่นชายและ ชายหนุ่ม	การขริบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชาย (Voluntary Medical Male Circumcision: VMMC)	ร้อยละ 90 ของกลุ่มประเทศที่อยู่ในลำดับ ความสำคัญ 15 ประเทศ			
คู่ผลเลือดต่าง	คนที่ไม่ใช่ยาเพรีพ (PrEP) ใช้ถุงยาง อนามัย/สารหล่อลื่น ระหว่างการมี เพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดกับผู้ที่ไม่ใช่คู่ ประจำ และไม่รู้ว่าการทดสอบไวรัสฯ ได้หรือไม่	95%			
	ใช้ยาเพรีพ (PrEP) จนกว่าคู่นี้มีผล เลือดบวกการทดสอบไวรัสฯ ได้	30%			
	ใช้ยาเป๊ป (PEP)	100% หลังการสัมผัสที่มีความเสี่ยงสูง			

ผนวกที่ 4 รายชื่อคณะผู้จัดทำ/ผู้มีส่วนร่วม

แผนติดตามและประเมินผลการยุติปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2564 - 2568

คณะผู้จัดทำ

- | | |
|-----------------------------------|---|
| 1. แพทย์หญิงเพชรศรี ศิริรินทร์ | นักวิชาการอิสระ |
| 2. นายแพทย์ทวีทรัพย์ ศิรประภาศิริ | สำนักงานโครงการบริหารกองทุนโลก |
| 3. นางบุษบา ตันตศักดิ์ | สำนักงานโครงการบริหารกองทุนโลก |
| 4. ดร. พัชรา เบญจรัตน์ภรณ์ | โครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) |
| 5. ผศ.ดร.ดุสิตา พึ่งสำราญ | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 6. นางธันนดา นัยวัฒน์กุล | ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข |
| 7. แพทย์หญิงอัจฉรา อีรัตน์กุล | ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข |
| 8. แพทย์หญิงรังสิมา โฉ่เลขา | ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข |
| 9. นางพรทิพย์ เข้มเงิน | กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ |
| 10. นางสาวอารีรัตน์ ยุทธปรีชานนท์ | กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ |
| 11. นางสาวบุษบา วรรคามิน | กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ |

ผู้มีส่วนร่วมในการพิจารณากรอบและแผนการติดตามและประเมินผลฯ

- | | |
|---------------------------------|--|
| 1. นายแพทย์ปรีชา เปรมปรี | กรมควบคุมโรค |
| 2. นายวรวิช ลิ้มมณีวิจิตร | สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ |
| 3. นางสาวอังคณา ฉายวิริยะ | สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ |
| 4. นางฉัตรภัทร คูหา | กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| 5. นางสุปรียา จันทรมณี | กองระบาดวิทยา |
| 6. นางพิมพ์พรพรรณ ต่างวิวัฒน์ | กรมอนามัย |
| 7. นายอุเทน ชนะกุล | กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ |
| 8. นายแพทย์รัฐพล เตรียมวิชานนท์ | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ |
| 9. นายปฏิภาศ นมะหุต | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ |
| 10. นางยุวดี อัครนิวรรณ | สำนักงานประกันสังคม |
| 11. นายสิทธิานต์ รัตนวงศ์ | กรมบัญชีกลาง |
| 12. นางสาวบุญยาพร หาญยืนยงสกุล | กรมบัญชีกลาง |
| 13. นายสมธนิก โชติช่วงฉัตรชัย | สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) |
| 14. นายวีรสิทธิ์ สิทธิไทรย์ | ที่ปรึกษารัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงศึกษา |
| 15. นายนิมิต เทียนอุดม | คณะกรรมการองค์การพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ |
| 16. นายอภิวัฒน์ กวางแก้ว | เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ |
| 17. นางสาวต้องพิศ ภิญโญสินวัฒน์ | มูลนิธิรักษ์ไทย |
| 18. นางสาวจุฑารัตน์ วงษ์สุวรรณ | มูลนิธิรักษ์ไทย |