

MANAGEMENT OF THE HIV/AIDS FUND



OF THE NATIONAL HEALTH SECURITY OFFICE

การบริหารจัดการกองทุนเอชไอวี/เอดส์
ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



GLOSSARY

คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

THE NATIONAL COMMITTEE FOR HIV AND AIDS PREVENTION AND ALLEVIATION

จัดตั้งขึ้นครั้งแรกเมื่อปี 2534 โดยใช้ชื่อว่า “คณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ” มีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดนโยบาย แผนงาน มาตรการสำหรับหน่วยงานภาครัฐและเอกชนในการป้องกัน แก้ไข และบริหารจัดการปัญหาเอดส์ของประเทศ ตลอดจนควบคุมกำกับดูแลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ให้เป็นไปตามนโยบายที่กำหนด ต่อมาเปลี่ยนเป็นชื่อที่ใช้ในปัจจุบัน คือ “คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์”

กองทุนโลกเพื่อต่อสู้โรคเอดส์ วัณโรค และมาลาเรีย (กองทุนโลก)

THE GLOBAL FUND TO FIGHT AIDS, TUBERCULOSIS AND MALARIA [THE GLOBAL FUND]

ก่อตั้งขึ้นเมื่อปี 2545 ทำหน้าที่เป็นกลไกด้านการเงินสำหรับสนับสนุนโครงการด้านการลดผลกระทบจากเอชไอวี/เอดส์ วัณโรค และมาลาเรีย ในประเทศรายได้ปานกลางและต่ำ

โครงการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอ็ดส์ระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

NATIONAL ACCESS TO ARV FOR PEOPLE WITH HIV/AIDS [NAPHA]

โครงการขยายโอกาสการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอ็ดส์ระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุข เมื่อปี 2544 โครงการนี้ทำให้เกิดบริการที่ครอบคลุมผู้ป่วยเอดส์อย่างกว้างขวางและทั่วถึง และถือเป็นโครงการด้านเอชไอวี/เอดส์ ที่สำคัญก่อนที่ชุดสิทธิประโยชน์เอชไอวี/เอดส์ ได้รับการบรรจุเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ระบบสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ป่วยเอดส์แห่งชาติ

NATIONAL AIDS PROGRAM [NAP] INFORMATION SYSTEM

ระบบสารสนเทศซึ่งรวบรวมข้อมูลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์และช่วยในการบริหารจัดการงานด้านเอชไอวี/เอดส์ 3 ด้าน ได้แก่ 1) การบริการ 2) ด้านวิชาการ และ 3) การตัดสินใจเชิงนโยบาย

เป้าหมาย 90-90-90

90-90-90 TREATMENT CASCADE

เป้าหมายสำหรับติดตามความก้าวหน้าของการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วย

TABLE OF CONTENTS

06	สถานการณ์เอชไอวี/เอดส์ ในประเทศไทย
08	พัฒนาการการดำเนินงานป้องกันและควบคุมเอชไอวี/เอดส์ ในประเทศไทย
14	การดำเนินการป้องกันและแก้ปัญหาเอชไอวี/เอดส์ของประเทศไทย
18	สิทธิประโยชน์และกลไกการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ ภายใต้กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
22	การจัดบริการเชิงรุก (REACH, RECRUIT, TEST, TREAT, AND RETAIN: RRTTR)
26	การบริหารจัดการยาต้านไวรัสในระดับประเทศ
28	หน่วยบริการด้านเอชไอวี/เอดส์

30	ระบบสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ป่วย เอดส์แห่งชาติ [NAP] และการติดตามและประเมินผล
36	การบูรณาการสามกองทุนสำหรับบริการเอชไอวี/เอดส์
38	ผลการดำเนินงาน
42	ความท้าทาย
46	สรุป
48	เอกสารอ้างอิง

1

สถานการณ์
เอชไอวี/เอดส์
ในประเทศไทย

SITUATION

จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้น ถึงจุดสูงสุดในปี 2535 ด้วยจำนวนถึง 115,000 ราย

เอชไอวี/เอดส์ พบในประเทศไทยครั้งแรกเมื่อเกือบสี่ทศวรรษที่ผ่านมา จากการตรวจพบคนไทยที่ติดเชื้อเอชไอวีรายแรกในปี 2527¹ การคาดประมาณอุบัติการณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทยพบว่า จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้นถึงจุดสูงสุดในปี 2535 ด้วยจำนวนถึง 115,000 ราย² ในระยะแรก การระบาดของเอชไอวีพบในประชากรเฉพาะกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ชายและหญิงขายบริการ และได้รับบาดเจ็บเข้าสู่กลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีดเข้าเส้นเลือด³ และกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดได้กลายเป็นกลุ่มที่พบการระบาดสูงสุด ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังเฉพาะกลุ่มเสี่ยงและประชากรเสี่ยง (Sentinel Surveillance) ชี้ว่า อัตราติดเชื้อในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดระหว่างปี 2531-2535 สูงถึงร้อยละ 30-40¹

เอชไอวี/เอดส์ ส่งผลกระทบต่อทั้งสุขภาพของผู้ป่วย เศรษฐกิจ และการบริการสาธารณสุข ด้วยเอชไอวี/เอดส์ เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลรักษาตลอดชีวิต ฉะนั้นจึงต้องใช้เงินในการรักษาเป็นจำนวนมาก ค่ายาที่ต้องใช้สำหรับการรักษาอาการป่วยอยู่ที่ประมาณ 6 หมื่นบาท/คน/ปี (ข้อมูลปี 2538) ส่วนค่าใช้จ่ายที่โรงพยาบาลต้องใช้เฉลี่ยเพียงละ 3 แสนบาท/ปี³ นอกจากนี้ยังมีรายจ่ายทางอ้อมอื่น ๆ เช่น ค่าเสียโอกาสในการทำงานและค่าเดินทางมารับการรักษาที่สถานพยาบาล เป็นต้น อีกทั้งการรักษาด้วยยาต้านไวรัสมีผลข้างเคียงสูง จึงส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย นอกจากนี้ โครงสร้างระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศไทยในอดีตยังไม่เอื้ออำนวยต่อการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ด้วยจำนวนผู้ป่วยรายใหม่และผู้ป่วยสะสมเดิมจำนวนมาก³

2

พัฒนาการการดำเนินงาน

ป้องกันและควบคุม

เอชไอวี/เอดส์ ในประเทศไทย

CONDOM 100%

ระบบสาธารณสุขของประเทศไทยเริ่มกิจกรรมด้านการควบคุมเอชไอวี/เอดส์ นับตั้งแต่มีการรายงานผู้ติดเชื้อรายแรก เริ่มต้นจากการก่อตั้งกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งอยู่ภายใต้กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข เมื่อปี 2530 เพื่อดำเนินงานด้านเอชไอวี/เอดส์ ในระดับชาติ และในปี 2532 มีการจัดตั้งระบบเฝ้าระวังเฉพาะกลุ่ม Sentinel Surveillance ขึ้นทั่วประเทศ เพื่อเฝ้าระวังและติดตาม ประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี จนกระทั่งในปี 2535 ในสมัยการบริหารของนายกรัฐมนตรี นายอานันท์ ปันยารชุน การป้องกันและควบคุมเอชไอวี/เอดส์ ได้กลายมาเป็นระเบียบวาระแห่งชาติที่มีความสำคัญสูงสุด นายกรัฐมนตรีเข้ามามีบทบาทในฐานะประธานสำหรับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมเอชไอวี/เอดส์ นโยบายต่าง ๆ เน้นที่การส่งเสริมพฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัย โดยเป็นการผนึกกำลังของภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาสังคม⁴ โครงการหนึ่งที่สำคัญในช่วงเวลานี้ คือ การรณรงค์การใช้ถุงยางอนามัย 100% ทั่วประเทศโดย นายแพทย์วิวัฒน์ โรจนพิทยากร ในช่วงปลายปี 2534 แผนงานนี้เป็นการส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่ใช้บริการทางเพศ ซึ่งขยายการดำเนินการที่เริ่มต้นครั้งแรกในจังหวัดราชบุรีเมื่อปี 2532 ผลของการรณรงค์การใช้ถุงยางอนามัย 100% ทำให้การระบาดของเอชไอวี/เอดส์ ในประชากรกลุ่มเสี่ยงลดลงอย่างมาก รวมถึงอุบัติการณ์ของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในประชาชนทั่วไปก็ลดต่ำลงด้วยเช่นกัน⁵

ประเทศไทยได้ขยายการควบคุมและป้องกันเอชไอวี/เอดส์ ไปยังกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ในการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก โดยให้บริการตรวจหาเชื้อ ให้ยาต้านไวรัสสำหรับหญิงตั้งครรภ์และทารก พร้อมทั้งให้นมผสมสำหรับทารกโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายเป็นระยะเวลา 1 ปี งบประมาณเพื่อการป้องกันและควบคุมเอชไอวี/เอดส์ เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่มีการดำเนินงานด้านเอชไอวี/เอดส์ จากเกือบ 5 ล้านบาท (2 แสนเหรียญสหรัฐ) ในปี 2531 และเพิ่มขึ้นถึงประมาณ 2 พันล้านบาท (80 ล้านเหรียญสหรัฐ) ในปี 2539 การทุ่มงบประมาณจำนวนมากนี้สะท้อนให้เห็นถึงความมุ่งมั่นในการจัดการควบคุมเอชไอวี/เอดส์ ของรัฐบาลไทย ในปี 2546 “กองทุนโลก” (Global Fund) ได้สนับสนุนงบประมาณสำหรับกิจกรรมด้านเอชไอวี/เอดส์ ในประเทศไทย โดยมีโครงการสำคัญหนึ่ง คือ โครงการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (National Access to ARV for People with HIV/AIDS: NAPHA) เพื่อขยายการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวี/เอดส์ ไปทั่วประเทศ^{5,6}

กองทุนโลก

กองทุนโลก หรือกองทุนโลกเพื่อต่อสู้โรคเอดส์ วัณโรค และมาลาเรีย (The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria) ก่อตั้งขึ้นเมื่อปี 2545 ทำหน้าที่เป็นกลไกด้านการเงินสำหรับสนับสนุนโครงการด้านการลดผลกระทบจากเอชไอวี/เอดส์ วัณโรค และมาลาเรีย ในประเทศรายได้ปานกลางและต่ำ⁷

ประเทศไทยได้รับงบประมาณเพื่อดำเนินการสนับสนุนการป้องกันและการดูแลรักษาในระดับประเทศด้านโรคเอดส์ 2 รอบ โดยรอบที่ 1 ได้รับงบประมาณเมื่อปี 2546 เพื่อใช้ดำเนินงานด้านเอดส์ในระยะเวลา 5 ปี (ปีงบประมาณ 2547-2551) และยังได้รับการสนับสนุนให้ดำเนินการต่อเนื่องอีก 6 ปี (ปีงบประมาณ 2552-2557) หรือที่รู้จักกันในนาม โครงการด้านเอดส์ รอบที่ 1 Rolling Continuation Channel (1 - RCC) โดยเป็นโครงการที่เน้นการบูรณาการจัดบริการเชิงรุกและกระจายอำนาจ ด้วยการจัดตั้งเครือข่ายการทำงานในแต่ละจังหวัดให้ครอบคลุมถ้วนทั่วทุกกลุ่มเป้าหมายและส่งผลอย่างยั่งยืน โครงการด้านเอดส์ทั้งรอบที่ 1 และรอบที่ 1 - RCC เน้นการป้องกันในกลุ่มเยาวชนและการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ส่วนรอบที่ 2 คือ โครงการส่งเสริมการป้องกันเอดส์ในแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย (โครงการพามิตร-1 หรือ Prevention of HIV/AIDS among Migrant Worker in Thailand: PHAMIT-1) มีระยะเวลาดำเนินงาน 5 ปี (ปีงบประมาณ 2547-2551) เน้นที่กลุ่มเป้าหมายแรงงานข้ามชาติ 3 สัญชาติ คือ เมียนมา กัมพูชา และลาว⁸

ถึงแม้ในปี 2545 ประเทศไทยเริ่มต้นระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่ไม่สามารถบรรจยาด้านไวรัสเอชไอวี/เอดส์เข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ ด้วยในระยะแรกประเทศไทยให้ยาด้านไวรัสแบบชนิดเดียว คือ Zidovudine (AZT) Monotherapy ซึ่งเป็นยาที่ต้องนำเข้าจากต่างประเทศ มีราคาสูง และไม่มีความคุ้มค่าในทางเศรษฐศาสตร์ จุดเปลี่ยนสำคัญของประเทศไทย คือ เมื่อองค์การเภสัชกรรมสามารถผลิตยาด้านไวรัสชนิดรวมยาพื้นฐานได้เอง คือ Stavudine, Lamivudine, และ Nevirapine ไวโนเม็ดเดี่ยว และจดทะเบียนสิทธิบัตรยาด้วยชื่อ GPO-VIR® ในปี 2545 เพื่อช่วยแก้ปัญหาการรับประทายาไม่ครบถ้วนและช่วยลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยได้เป็นอย่างมาก จากเดิมประมาณเดือนละ 10,000-20,000 บาท เหลือเพียงเดือนละ 1,200 บาท

ทำให้สามารถลดราคายาเอชไอวี/เอดส์ ในบัญชียาหลักแห่งชาติหลายตัวลง ช่วยให้โรงพยาบาลของรัฐประหยัดงบประมาณในการจัดหาได้อย่างมาก^{9, 10} ด้วย GPO-VIR® ประเทศไทยจึงสามารถขยายการเข้าถึงยาด้านไวรัสให้กับผู้ติดเชื้อ ได้มากขึ้น ผลจากราคายาด้านไวรัสที่ถูกกลงนี้ เครือข่ายผู้ติดเชื้อและภาคประชาสังคมจึงเห็นเป็นโอกาสในการเรียกร้องให้ยาด้านไวรัสเป็นสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และประสบผลสำเร็จในปี 2549¹¹ ทั้งนี้ กองทุนโลกยังคงเป็นองค์กรสำคัญที่ให้การสนับสนุนด้านการเงินในการดำเนินงานด้านการเข้าถึงยาด้านไวรัสด้วย^{9, 11}

จุดเปลี่ยนสำคัญของประเทศไทย คือ เมื่อองค์การเภสัชกรรมสามารถผลิตยาด้านไวรัสชนิดรวมยาพื้นฐานได้เอง คือ

Stavudine, Lamivudine, และ Nevirapine

ไวโนเม็ดเดี่ยว และจดทะเบียน

สิทธิบัตรยาด้วยชื่อ GPO-VIR® ในปี 2545

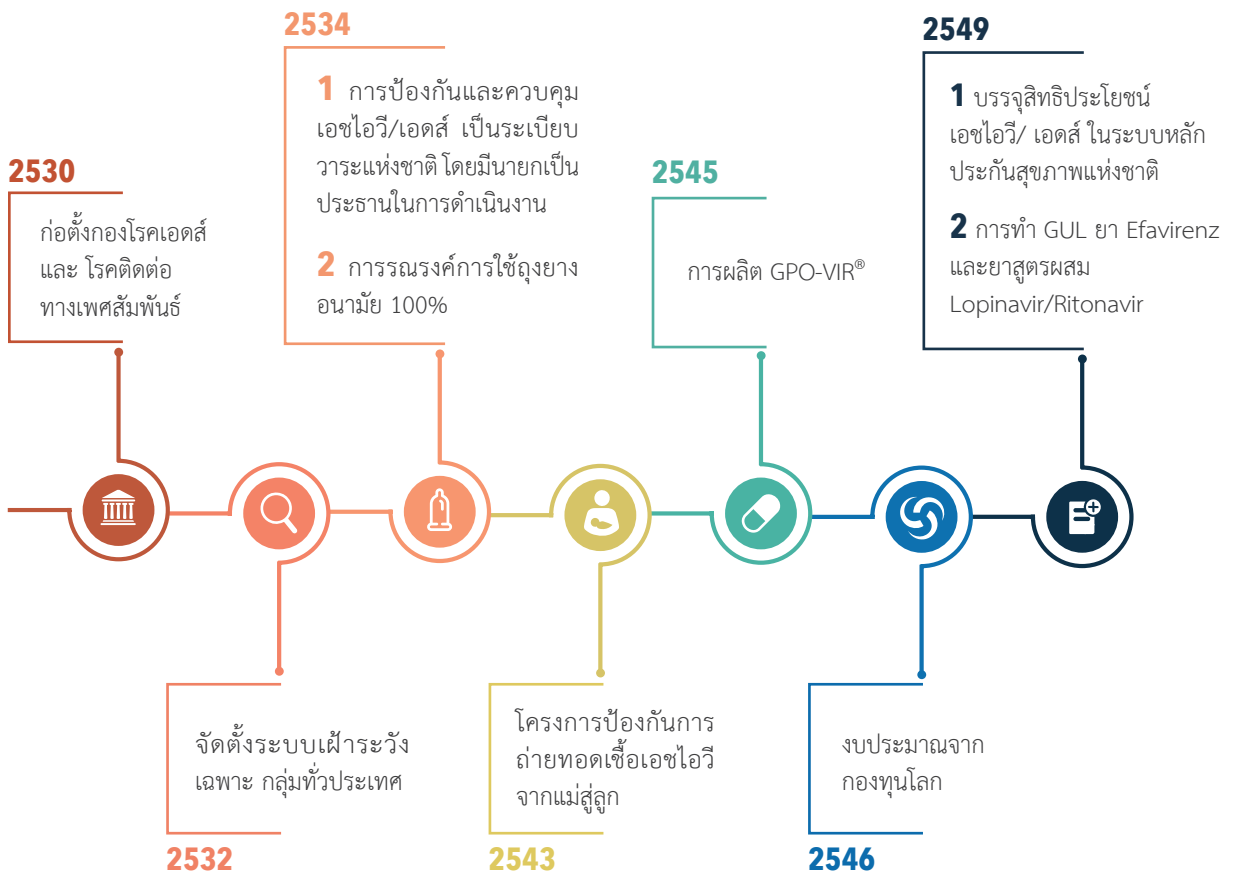
แม้ว่าองค์การเภสัชกรรมจะประสบความสำเร็จในการผลิตยาสูตรขั้นพื้นฐานดังกล่าว แต่ด้วยเอชไอวี/เอดส์ เป็นโรคเรื้อรังจำเป็นต้องรับประทานยาด้านไวรัสตลอดชีวิต ผู้ป่วยบางคนทนผลข้างเคียงและอาการไม่พึงประสงค์ของยาไม่ได้ อีกทั้งปัญหาการดื้อยา ซึ่งต้องใช้ยาราคาแพงที่ติดสิทธิบัตร ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงยาจำเป็นได้อย่างต่อเนื่อง กระทรวงสาธารณสุข โดย นายแพทย์มิ่งคล ภู สงขลา รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในเวลานั้น จึงประกาศใช้สิทธิสิทธิบัตรยาเพื่อประโยชน์สาธารณะ (Government Use Licensing: GUL) กับยา 2 ชนิด คือ Efavirenz และยาสูตรผสม Lopinavir/Ritonavir ระหว่างปี 2549-2550 การทำ GUL ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงยาทั้งสองได้มากขึ้น¹²

การประกาศใช้สิทธิตามสิทธิบัตร เพื่อประโยชน์สาธารณะยาต้านไวรัส

การทำ GUL สำหรับยาต้านไวรัสสูตรดื้อยา 2 รายการ คือ Efavirenz และยาสูตรผสม Lopinavir/Ritonavir มุ่งที่จะให้ประชาชนไทยได้รับยาจำเป็นที่มีคุณภาพได้อย่างถ้วนหน้า ด้วยข้อจำกัดด้านงบประมาณของประเทศที่มีอยู่อย่างจำกัด ผลลัพธ์ที่เห็นได้จากการทำ GUL คือ ราคา ยา Efavirenz ลดลงจากเดิม 1,300 บาท/เดือน เหลือเพียง 650 บาท/เดือน¹¹ ในระยะเวลา 4 ปีหลังการทำ GUL ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงยาเพิ่มขึ้น กล่าวคือ มีผู้ป่วยเข้าถึงยา Efavirenz เพิ่มขึ้น 17,959 ราย และทำให้ผลได้ด้านสถานะทางสุขภาพเพิ่มขึ้นคิดเป็น 2,694 ปีสุขภาวะที่เพิ่มขึ้น (QALYs gained) ส่วนผู้ป่วยเข้าถึงยาสูตรผสม Lopinavir/Ritonavir จำนวน 3,421 ราย (ยังไม่มีผลการศึกษาอรรถประโยชน์ของ Lopinavir/Ritonavir จึงไม่สามารถหาผลได้ด้านสถานะสุขภาพที่เพิ่มขึ้นได้)¹³

ภาพที่ 1

การดำเนินงานด้าน เอชไอวี/เอดส์ ที่สำคัญ



90-90-90

การป้องกันและแก้ปัญหาเอชไอวี/เอดส์ เป็นประเด็นปัญหาที่ทั่วโลกให้ความสำคัญและหลาย ๆ ประเทศได้ตั้งเป้าหมายการยุติปัญหาเอดส์ตามปฏิญญาทางการเมืองฉบับล่าสุดที่ประกาศเมื่อปี 2559 ณ ที่ประชุมระดับสูงว่าด้วยโรคเอดส์ นิวยอร์ก สหรัฐอเมริกา โดยได้ตั้งเป้าหมายที่จะยุติปัญหาเอดส์ภายในปี 2573 ประเทศไทยได้เข้าร่วมข้อตกลงนี้เช่นกัน เป้าหมายระยะแรกที่ต้องดำเนินการให้สำเร็จภายในปี 2563 มี 3 เป้าหมาย เรียกว่า เป้าหมาย 90-90-90 (90-90-90 Treatment Cascade) ประกอบด้วย

- 1 ร้อยละ 90 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับทราบสถานะการติดเชื้อ
- 2 ร้อยละ 90 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับยาต้านไวรัส และ
- 3 ร้อยละ 90 ของผู้ติดเชื้อฯ ที่ได้รับยาต้านไวรัสสามารถกดปริมาณไวรัสสำเร็จ ($VL \leq 1,000$ copies/mL)¹⁴

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ สปสช. เป็นหน่วยงานหนึ่งที่สนับสนุนให้ประเทศไทยบรรลุเป้าหมายการยุติปัญหาเอดส์ โดยเป็นกลไกด้านการเงินและการคลัง

90-90-90 Treatment Cascade

เป้าหมาย 90-90-90

เป้าหมายในการควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี โดย UNAIDS เมื่อปี 2554 ได้มุ่งไปที่การเข้าถึงการรักษา 15 ล้านคนทั่วโลก ภายในปี 2558 ส่วน เป้าหมาย 90-90-90 คือ ก้าวต่อไปที่มุ่งเน้นไปยังคุณภาพและผลลัพธ์ ของการรักษาด้วยยาต้านไวรัส นอกเหนือจากการเข้าถึง นอกจากนี้ยังเป็นการช่วยเร่งให้บรรลุเป้าหมายการยุติปัญหาเอดส์ภายในปี 2573 ได้รวดเร็วยิ่งขึ้น¹⁵

เป้าหมาย 90-90-90 ติดตามความก้าวหน้าของการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ตั้งแต่การเข้าสู่การรักษาไปจนถึงการกดปริมาณเชื้อไวรัส เน้นการช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวควบคู่ไปกับการป้องกันการแพร่เชื้อสู่ผู้อื่นด้วย อีกทั้งยังเป็นเป้าหมายที่ให้น้ำหนักกับความเป็นธรรมในการเข้าถึงการรักษา พยายามปิดช่องโหว่ของการเข้าไม่ถึงการรักษาโดยเฉพาะในกลุ่มเด็กวัยรุ่นและประชากรกลุ่มเสี่ยงปัญหาเอดส์จะไม่หมดไปหากผู้ติดเชื้อยังไม่สามารถเข้าถึงการรักษาและป้องกันอย่างเป็นธรรมและเท่าเทียม¹⁵

3

การดำเนินการป้องกัน และแก้ไขปัญหาเอชไอวี/เอดส์ ของประเทศไทย

ความสำเร็จในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จะเป็นไปไม่ได้ หากขาดการมีส่วนร่วมและการ เป็นเจ้าของร่วมกันของหน่วยงานภาครัฐภาคเอกชนและภาคประชาสังคมที่ต้องบูรณาการการดำเนินงาน ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ร่วมกัน ประเทศไทยจัดตั้ง “คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์” โดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน เพื่อทำหน้าที่กำหนดทิศทางและยุทธศาสตร์สำหรับแก้ไขปัญหาเอชไอวี/เอดส์ คณะกรรมการฯ ประกอบด้วยตัวแทนจากหน่วยงานทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และภาคประชาสังคม โดยแต่ละภาคส่วนต่างมีบทบาทและภารกิจที่สอดคล้องกับพันธกิจของแต่ละหน่วยงานของตน

ประเทศไทยจัดตั้ง

“คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการ ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์”

ประกอบด้วยตัวแทนจากหน่วยงานทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และภาคประชาสังคม

กระทรวงสาธารณสุข และ สปสช. เป็นหน่วยงานสำคัญด้านบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยกระทรวงสาธารณสุขมีหน้าที่กำหนดมาตรฐานของหน่วยบริการสำหรับให้บริการ สาธารณสุขและกำหนดให้หน่วยบริการภายใต้กระทรวงสาธารณสุขมีหน้าที่ให้บริการผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ส่วน สปสช. เป็นกลไกทางการเงินการคลังและการจัดการระบบบริการสุขภาพในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยจัดทำค่าของงบประมาณและจัดสรรงบประมาณ เพื่อให้ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพเข้าถึงบริการทั่วถึงครอบคลุม และได้รับบริการที่มีคุณภาพ นอกจากนี้ยังสนับสนุนและสร้างเสริมศักยภาพของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กลุ่มอาสาสมัคร ผู้ติดเชื้อ และกลไกการทำงานในทุกระดับให้สามารถ ใช้งบประมาณทั้งด้านการรักษา ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรคได้อย่างเหมาะสม

นอกจากกระทรวงสาธารณสุข และ สปสช. แล้ว เครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ และภาคประชาสังคมยัง เป็นภาคส่วนสำคัญในบริการสาธารณสุขด้านเอชไอวี/เอดส์ เริ่มตั้งแต่การผลักดันให้บรรจุยาต้านไวรัสเอชไอวี เข้าสู่สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตั้งที่ได้กล่าวไปแล้ว และยังเป็นส่วนหนึ่งในกระบวนการกำหนดนโยบายด้านเอชไอวี/เอดส์ ตลอดจนการเข้ามามีส่วนร่วมในระบบบริการสุขภาพ ทั้งการให้บริการในเชิงรุก และการดำเนินงานในศูนย์องค์รวม (Comprehensive and Continuous Care Center: CCC) ในสถานพยาบาล เพื่อให้คำปรึกษาด้านการดูแลรักษาสุขภาพและด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องพร้อมทั้งให้บริการติดตามเยี่ยมบ้าน และติดตามผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัสด้วย^{11, 16}

องค์กรพัฒนาเอกชนระดับนานาชาติ และระดับชาติที่สำคัญ

มูลนิธิเข้าถึงเอดส์

The AIDS ACCESS Foundation

ก่อตั้งในปี 2534 ทำงานร่วมกับสื่อมวลชน เพื่อกระตุ้นให้เกิดนโยบายลดการกีดกันผู้ติดเชื้อ ตั้งแต่ปี 2546 เป็นต้นมา มูลนิธินี้ได้สร้างโครงการฝึกสอนการดูแลรักษาผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ ส่วนภูมิภาค (Regional HIV/AIDS care and treatment training project) ซึ่งเป็นโครงการที่พัฒนาขึ้นร่วมกับ MSF และ TNP+ และเป็นการร่วมมือกับสถานพยาบาล องค์กรพัฒนาเอกชนอื่นๆ เครือข่ายผู้ป่วยและอาสาสมัครเพื่อกระตุ้นให้เกิดการตระหนักในเชิงสาธารณะต่อเด็กและผู้เยาว์ที่ติดเชื้อ ¹⁶

องค์กรแพทย์ไร้พรมแดน

Médecins sans Frontières: MSF

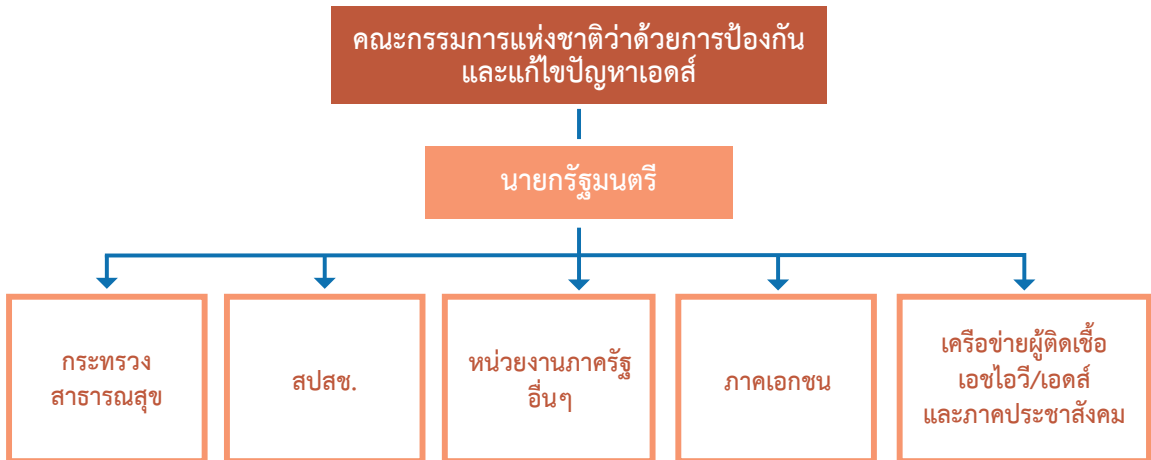
ช่วยสนับสนุนโครงการด้านเอชไอวี/เอดส์ ในประเทศไทยตั้งแต่ปี 2537 กิจกรรมที่สำคัญได้แก่ การสนับสนุนในเชิงเทคนิค การผลักดันให้เกิดการเข้าถึงยาต้านไวรัส และโครงการที่ช่วยพัฒนามาตรฐานการดูแลรักษา ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขของไทย ¹⁶

เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทย

TNP+

ก่อตั้งเมื่อปี 2541 เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีถูกกีดกันออกจากสังคม วิสัยทัศน์ของกลุ่มคือ ผู้ติดเชื้อควรมีชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรีและเป็นกำลังสำคัญในสังคม เมื่อปี 2549 มีจำนวนเครือข่ายผู้ติดเชื้อกว่า 900 กลุ่ม และมีสมาชิกใน TNP+ ประมาณ 2 หมื่นราย ทั่วประเทศ ¹⁶

หน่วยงานหลักในคณะกรรมการแห่งชาติ ว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ โดยสังเขป



4

สิทธิประโยชน์และกลไก

การจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์

ภายใต้กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สิทธิประโยชน์และการจ่าย ชดเชยแบ่งออกเป็น 3 หมวด ได้แก่

- 1 ด้านการรักษาและ
บริการที่เกี่ยวข้อง
- 2 ด้านการป้องกัน
- 3 ด้านการสนับสนุนและ
ส่งเสริมการจัดบริการ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นหน่วยงานที่เป็นกลไกด้านการเงินการคลังสำหรับงานด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวี/เอดส์ ของประเทศ ร่วมกับหน่วยงานทั้งในและต่างประเทศ อาทิ กระทรวงสาธารณสุข กรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม กองทุนโลก องค์กรเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศของสหรัฐอเมริกา (USAID) และองค์การแพมีลีเฮลท์อินเตอร์เนชันแนล เป็นต้น งบประมาณดำเนินงานด้านเอดส์ของประเทศไทยมาจากแหล่งเงินในประเทศเป็นส่วนใหญ่ คือ มากกว่าร้อยละ 85 ของรายจ่ายดำเนินงานด้านเอดส์ทั้งหมด ส่วนแหล่งเงินภายนอกประเทศนอกจากจะมีสัดส่วนน้อยกว่าภายในประเทศแล้ว ยังมีแนวโน้มลดลงด้วย โดยเฉพาะงบประมาณจากกองทุนโลก ด้วยกองทุนโลกพิจารณาแล้วว่า ประเทศไทยมีสถานะทางด้านเศรษฐกิจดีขึ้น^{17, 18}

สปสช. จัดสรรงบประมาณที่ได้รับสำหรับการจัดบริการดูแล ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นลักษณะการจ่ายชดเชยเพิ่มเติมให้กับหน่วยบริการ โดยชดเชยเป็นเงินหรือเวชภัณฑ์ ตามสิทธิประโยชน์ที่ได้กำหนดไว้ นอกจากนี้ยังจ่ายเงินสำหรับสนับสนุนการจัดบริการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างแรงจูงใจให้หน่วยบริการจัดบริการที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมให้กลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน¹⁹ อย่างไรก็ตาม งบประมาณจ่ายรายหัวยังคงใช้สำหรับกรณีบริการด้านการส่งเสริมและป้องกันโรค การเจ็บป่วยจากโรคแทรกซ้อน และการเจ็บป่วยทั่วไปด้วย^{20, 21} สิทธิประโยชน์และการจ่ายชดเชยแบ่งออกเป็น 3 หมวด ได้แก่ 1) ด้านการรักษาและบริการที่เกี่ยวข้อง 2) ด้านการป้องกัน และ 3) ด้านการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการ ดังแสดงไว้ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สรุปสิทธิประโยชน์และการจ่ายชดเชย

◆ ด้านการรักษาและบริการที่เกี่ยวข้อง

บริการ	การจ่าย
ยาด้านไวรัสและยาลดไขมัน	สนับสนุนเป็นยา
การตรวจชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการ	จ่ายตามผลงาน
การให้คำปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ (Voluntary counselling and testing: VCT)	จ่ายตามผลงาน
บริการรักษาและให้คำปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	จ่ายตามผลงาน
ตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบบี (HEP C)	จ่ายตามผลงาน

◆ ด้านการป้องกันและทำให้ผู้ติดเชื้อยังคงอยู่ในกระบวนการรักษา

บริการ	การจ่าย
ถุงยางอนามัย	สนับสนุนเป็นถุงยาง
ให้ความรู้ด้านการป้องกัน คัดกรอง พร้อมส่งต่อการรักษา (การจัดบริการเชิงรุก หรือ Reach, Recruit, Test, Treat, and Retain: RRTTR)	เหมาจ่ายค่าบริการ ตามกลุ่มเป้าหมายและชุดบริการ
บริการในศูนย์องค์รวม	เหมาจ่ายค่าบริการ ตามกลุ่มเป้าหมายและชุดบริการ
โครงการนำร่องบริการยาป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนการสัมผัสเชื้อ (PrEP)	สนับสนุนเป็นยา
บริการยาด้านไวรัสเพื่อการป้องกันภายหลังสัมผัสเชื้อ (PEP)	สนับสนุนเป็นยา

◆ ด้านการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการ

บริการ	การจ่าย
พัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	จ่ายเพิ่มเติมตามเกณฑ์คุณภาพ ผลงานบริการ

ที่มา: สปสช. (2559 และ 2563)

งบประมาณที่ สปสช.จัดสรรไว้ ให้กับภาคประชาสังคม และ เครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ

ปีงบประมาณ 2562 :

200 ล้านบาท

ปีงบประมาณ 2563 :

226 ล้านบาท

ปีงบประมาณ 2564 :

235 ล้านบาท

ด้วยภาคประชาสังคมและเครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ เป็นผู้ปฏิบัติงานที่สำคัญด้านการบริการการป้องกัน คัดกรอง และส่งต่อการรักษา และบริการในศูนย์องค์รวม เพราะเป็นกลุ่มที่มีศักยภาพในการเข้าถึงประชากรกลุ่มเสี่ยง (กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย หญิงข้ามเพศ หญิงขายบริการ และผู้ใช้ยาเสพติดแบบฉีดเข้าเส้นเลือด) รู้ถึงแหล่งรวมตัวของประชากรกลุ่มดังกล่าว และเข้าใจปัญหาการเจ็บป่วยจากเอชไอวี/เอดส์ ได้ดีกว่าเจ้าหน้าที่ของรัฐ ดังนั้น สปสช. จึงให้การสนับสนุนด้านการเงินตั้งที่ได้ระบุไว้ในสิทธิประโยชน์ข้างต้น โดยในปีงบประมาณ 2562 สปสช. สนับสนุนเงินทั้งสิ้น 200 ล้านบาท ให้กับภาคประชาสังคมและเครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ งบประมาณส่วนหนึ่ง (172 ล้านบาท) สนับสนุนให้กับกิจกรรมด้านการป้องกัน คัดกรอง และส่งต่อการรักษา (Reach, Recruit, Test, Treat, and Retain: RRTTR) โดยภาคประชาสังคมและเครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ ทำการค้นหาและคัดกรองประชากรกลุ่มเสี่ยงในเชิงรุก (รายละเอียดการทำงานเชิงรุกนี้จะอธิบายในหัวข้อถัดไป) ส่วนงบประมาณส่วนที่เหลือ (28 ล้านบาท) เป็นการสนับสนุนการให้บริการในศูนย์องค์รวม¹⁷ ทั้งนี้ปีงบประมาณที่ สปสช. สนับสนุนให้กับภาคประชาสังคมและเครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ เพื่อดำเนินกิจกรรมดังกล่าวเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในปีงบประมาณ 2563 สปสช. จัดสรรไว้ที่ 226 ล้านบาท²² และปีงบประมาณ 2564 จัดสรรอยู่ที่ 235 ล้านบาท²³

5

การจัดบริการเชิงรุก

(Reach, Recruit, Test,

Treat, and Retain: RRTTR)

RRTTR

การจัดบริการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เจริญ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน โดยเป็นการดำเนินงานของภาคประชาสังคมและเครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ ขั้นตอนดังกล่าวประกอบด้วย

1

Reach

การเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย

2

Recruit to Test

การส่งต่อเพื่อรับบริการที่สถานพยาบาล และการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

3

Treat or Prevent

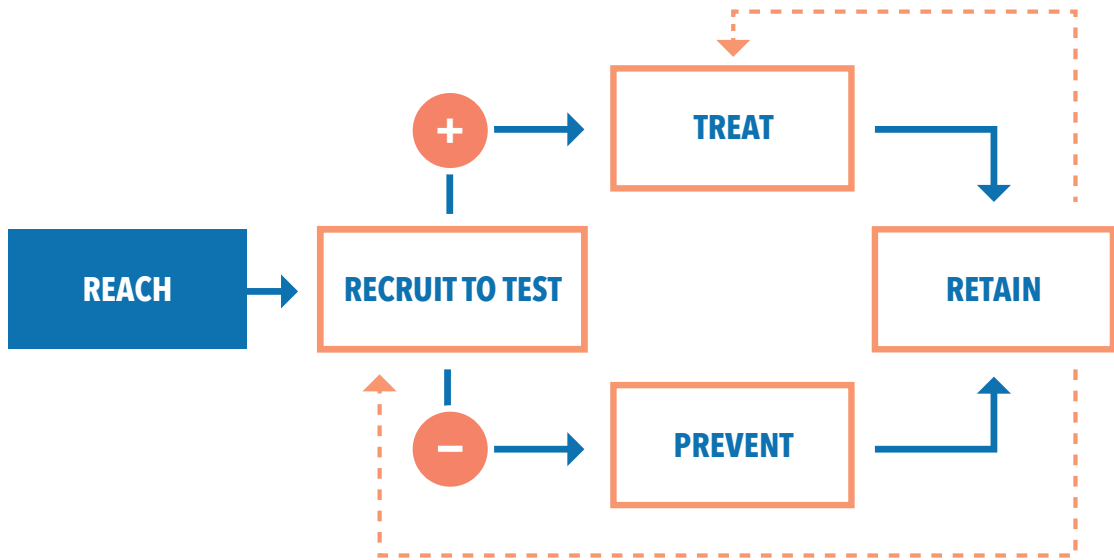
การรักษาด้วยยาต้านไวรัสหรือการป้องกัน

4

Retain

การทำให้คงอยู่ในระบบบริการ

ภาพที่ 3 แผนผังการจัดบริการเชิงรุก (RRTTR)



REACH

Reach คือ การดำเนินงานค้นหาและเข้าถึงประชากรเป้าหมาย โดยการทำงานเชิงรุกในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงเข้ารับบริการที่จำเป็น มีกิจกรรมดังต่อไปนี้

1 การทำงานเชิงรุกด้วยกิจกรรม เช่น เครือข่ายเพื่อน เครือข่ายสังคมออนไลน์ หรือการออกหน่วยสาธารณสุขเคลื่อนที่โดยเจ้าหน้าที่ภาครัฐหรือประชาสังคม กิจกรรมเหล่านี้เป็นการให้บริการนอกสถานพยาบาล เพื่อเปิดโอกาสให้ประชากรกลุ่มเสี่ยง ซึ่งมักไม่ต้องการเปิดเผยสถานะของตน เข้าถึงการตรวจคัดกรอง นอกจากนี้ยังครอบคลุมผู้ที่ไม่สามารถไปรับบริการที่สถานพยาบาลได้ด้วยตนเอง เพื่อให้กลุ่มดังกล่าวได้รับบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี รวมถึงความช่วยเหลืออื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

2 การสนับสนุนอุปกรณ์เพื่อป้องกัน ได้แก่ ถุงยางอนามัย ถุงยางอนามัยสตรี เข็มฉีดยาและกระบอกฉีดยาที่สะอาด พร้อมทั้งสร้างการตระหนักรู้ในการใช้ถุงยางอนามัยและสอนวิธีการใช้ถุงยางอนามัยด้วย

3 การจัดทำสื่อสาธารณะ เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับเอดส์ สร้างความตระหนักถึงประโยชน์ของการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี และประโยชน์ของยาต้านไวรัสต่อตนเองและชุมชน รวมถึงระบุแหล่งที่สามารถเข้ารับบริการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องได้²⁴

RECRUIT TO TEST

Recruit to Test หลังจากเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายแล้ว จึงเข้าสู่กระบวนการส่งต่อกลุ่มเป้าหมาย เพื่อดำเนินการตรวจหาเชื้อต่อไป เมื่อผู้รับบริการตรวจพบเชื้อจะเริ่มต้นเข้าสู่กระบวนการดูแลรักษา กระบวนการนี้ถือเป็นหัวใจสำคัญของการบูรณาการบริการด้านการป้องกันและดูแลรักษาเอชไอวี/เอดส์ เพราะเป็นการเชื่อมโยงบริการต่าง ๆ เข้าด้วยกัน เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายได้รับบริการที่ต้องการอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง ระบบส่งต่อที่ดีก่อให้เกิดการประสานงานระหว่างหน่วยงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดความร่วมมือในการให้บริการอย่างเป็นระบบ และตอบสนองต่อผู้รับบริการได้อย่างมีคุณภาพ²⁴

TREAT OR PREVENT

Treat or Prevent หลังผ่านการตรวจคัดกรองเชื้อแล้ว หากผู้เข้ารับการตรวจเชื้อมีผลการตรวจเป็นบวก ผู้นั้นจะเข้าสู่กระบวนการรักษาต่อไป การเริ่มยาต้านไวรัสแต่เนิ่น ๆ เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของผู้ติดเชื้อที่กินยาและเกิดประโยชน์ต่อชุมชนในการลดโอกาสการถ่ายทอดเชื้อสู่ผู้อื่น ส่วนผู้ที่มีผลตรวจเป็นลบจะเข้าสู่กระบวนการป้องกัน โดยมีหลากหลายวิธีที่ได้รับการพิสูจน์แล้วว่ามีความมีประสิทธิภาพในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งแต่ละวิธีเหมาะสมกับกลุ่มเสี่ยงแตกต่างกันไป เช่น การป้องกันการติดเชื้อก่อนการสัมผัส (Pre-exposure prophylaxis: PrEP) การป้องกันการติดเชื้อหลังการสัมผัส (Post-exposure prophylaxis: PEP) การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในบุคลากรทางการแพทย์หลังการสัมผัสจากการทำงาน (HIV occupational post-exposure prophylaxis: HIV oPEP) การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีหลังการสัมผัสที่ไม่ใช่จากการทำงาน (HIV non-occupational post-exposure prophylaxis: HIV nPEP) และการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก (Prevention of mother-to-child HIV transmission: PMTCT)²⁴

RETAIN

Retain เนื่องจากผู้ติดเชื้อต้องกินยาด้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอและเข้ารับการตรวจสุขภาพตามนัดหมายทุกครั้ง เพื่อลดจำนวนไวรัสในร่างกายให้อยู่ในระดับที่ไม่ส่งผลเสียต่อสุขภาพตนเองและคู่ครองหรือคู่สัมผัส และป้องกันการดื้อยาด้านไวรัส การทำให้คงอยู่ในระบบจึงเป็นขั้นตอนสำคัญอีกขั้นตอนหนึ่งที่จะส่งผลต่อความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วย กรณีผู้ที่มีผลเลือดเป็นลบ จะให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวในการป้องกันการติดเชื้อฯ และนัดกลับมาตรวจเลือดซ้ำเป็นระยะเพื่อให้คงสถานะผลเลือดเป็นลบ ทั้งนี้ อุปสรรคที่ขัดขวางการคงอยู่ในระบบการรักษามีมากมาย เช่น การเดินทางเพื่อมารับยา ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ผลข้างเคียงของยา ฯลฯ ดังนั้น ข้อมูลและการสื่อสารเกี่ยวกับยาด้านไวรัสระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับยาด้านไวรัส สามารถช่วยให้เกิดการรับการรักษาอย่างต่อเนื่องดีขึ้นได้ การสื่อสารจะช่วยให้ผู้รับยาด้านไวรัสเกิดความไว้วางใจให้ผู้ให้บริการ²⁴

6

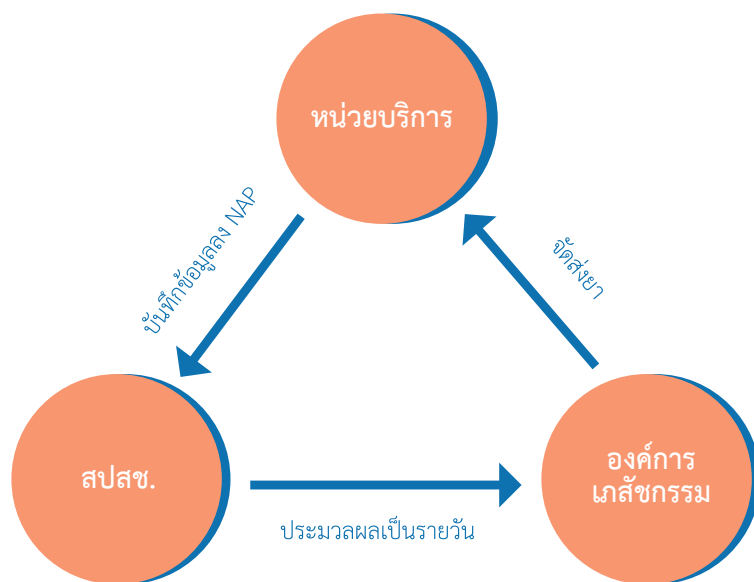
การบริหารจัดการยาต้านไวรัส ในระดับประเทศ

การบริหารจัดการยาต้านไวรัสในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติใช้แนวทางการบริหารจัดการยาในระดับประเทศ ซึ่งเป็นแนวทางการแก้ปัญหาการเข้าถึงยาจำเป็นที่มีราคาแพง ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงยาของผู้มีสิทธิ ยาราคาแพงยังส่งผลกระทบต่อหน่วยบริการที่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายภายใต้ระบบการจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว หากหน่วยบริการที่มีปัญหาด้านการเงินมาก ก็อาจหลีกเลี่ยงการนำยาเข้าสู่บัญชียาของหน่วยบริการ หรืออาจขอร้องให้ผู้ป่วยต้องจ่ายเงินสำหรับยาราคาแพงนั้น ๆ การบริหารจัดการยาในระดับประเทศนี้ยังช่วยให้ผู้ติดเชื้อสามารถรับยาต้านไวรัสในหน่วยบริการที่ไหนก็ได้ตามความสะดวก^{21, 25} ประเด็นสำคัญอีกประการ คือ ผู้ป่วยเอดส์ต้องรับประทานยาตลอดชีวิต ดังนั้นยาจึงต้องได้รับการควบคุมทั้งขนาด รูปแบบ สีของเม็ดยา ถ้าโรงพยาบาลต่าง ๆ มียาที่แตกต่างกัน จะมีผลต่อการรับประทานยาอย่างถูกต้อง หากรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง จะเกิดปัญหาการดื้อยา ต้องเปลี่ยนไปใช้ยาที่มีราคาแพง จึงเป็นการเพิ่มภาระด้านงบประมาณโดยไม่สมควร

กระบวนการบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับโรคเอชไอวี/เอดส์ ในระดับประเทศ ครอบคลุมตั้งแต่การคัดเลือกยา การประมาณการจัดซื้อ การจัดซื้อจัดหา การเก็บรักษา และการกระจาย องค์การเภสัชกรรมเป็นหน่วยงานที่มีบทบาทสำคัญในการบริหารจัดการยาด้านไวรัส เอชไอวี/เอดส์ ทั้งการผลิต การจัดซื้อ การบริหารคลังยา และการกระจายยาไปยังหน่วยบริการ ขั้นตอนการเก็บรักษาและกระจายยาด้านไวรัสเป็นส่วนสำคัญในการลดการสูญเสียเนื่องจากยาหมดอายุ จากการสำรองมากเกินไป ลดต้นทุนในการสำรองยา และมีการสำรองยาในปริมาณที่เหมาะสม ต่อเนื่องและสม่ำเสมอ สำหรับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติใช้ระบบจัดการพัสดุคงคลังที่จัดการ โดยผู้ส่งมอบ (Vendor Managed Inventory: VMI) เริ่มต้นใช้ครั้งแรกในปีงบประมาณ 2549 ²¹

กระบวนการกระจายยาด้านไวรัสไปยังหน่วยบริการ เริ่มต้นจากการที่หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการ ให้ยาด้านไวรัสเข้าสู่ระบบสารสนเทศ NAP ซึ่งพัฒนาโดย สปสช. (รายละเอียดในหัวข้อที่ 8) จากนั้น สปสช. จะประมวลผลการบันทึกข้อมูลแบบรายวัน แล้วส่งต่อไปยังองค์การเภสัชกรรม เพื่อให้องค์การ เภสัชกรรมจัดส่งยาให้กับหน่วยบริการต่อไป ²¹ (ภาพที่ 4)

ภาพที่ 4 กรอบการสำรองและกระจายยาด้านไวรัส



ที่มา: Bhakeecheep (2017)

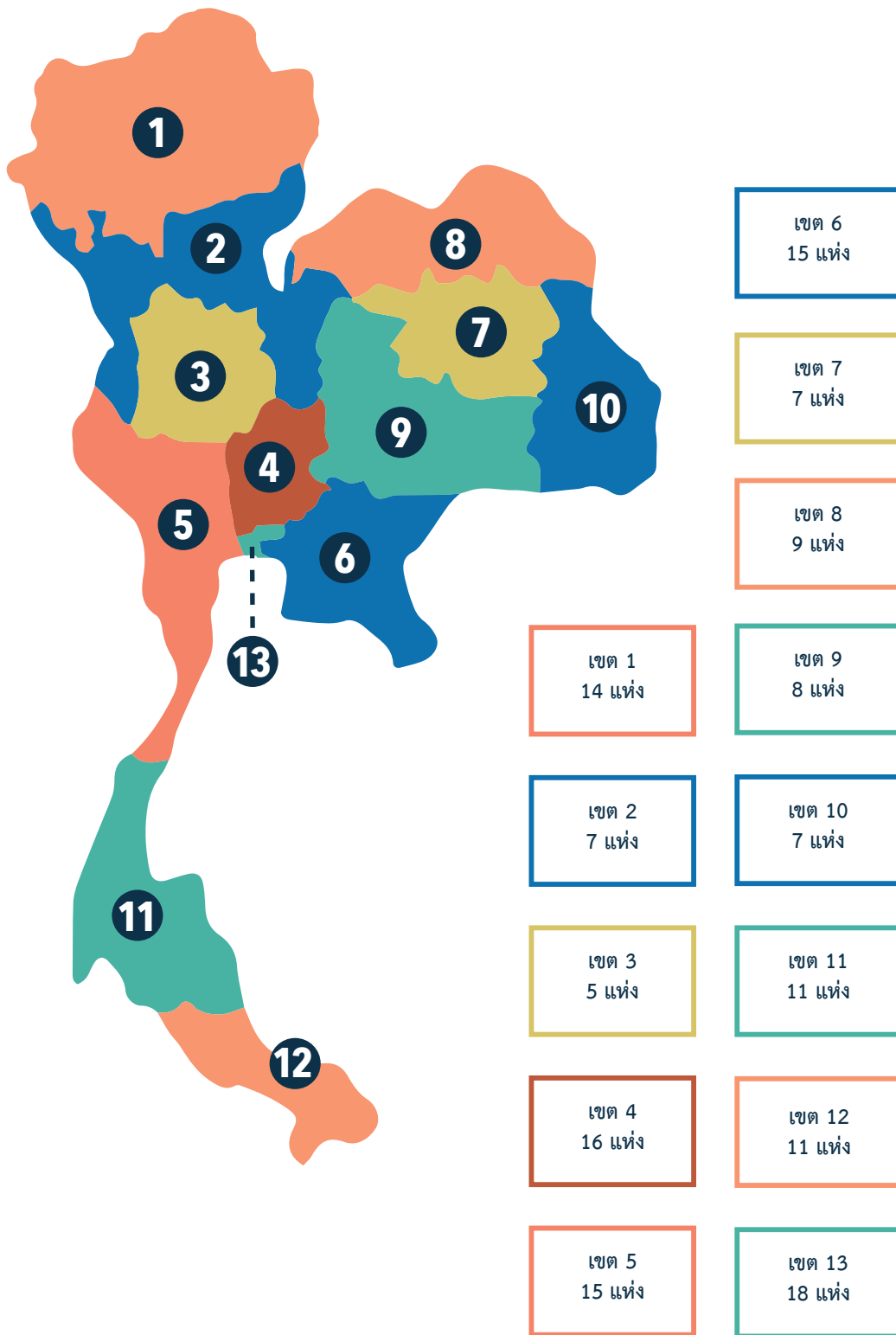
7

หน่วยบริการด้าน เอชไอวี/เอดส์

หน่วยบริการที่สามารถรับการจ่ายชดเชยค่าบริการด้านเอชไอวี/เอดส์ ได้ ต้องผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่ สปสช. กำหนด หน่วยบริการสามารถแบ่งออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่

- 1 หน่วยบริการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและการให้ยาต้านไวรัส
- 2 หน่วยบริการให้การปรึกษาและตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ
- 3 หน่วยตรวจทางห้องปฏิบัติการเอชไอวี

หน่วยบริการแต่ละประเภทมีศักยภาพในการดำเนินงานด้านเอชไอวี/เอดส์ มากน้อยแตกต่างกันไป โดยหน่วยบริการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและการให้ยาต้านไวรัสให้บริการได้ครอบคลุมมากที่สุด ตั้งแต่การคัดกรอง ให้คำปรึกษา ให้ยาต้านไวรัสทั้งที่เป็นยาต้านไวรัสพื้นฐานและยาต้านไวรัส 3rd line และการรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสต่าง ๆ ทั้งนี้ หน่วยบริการที่สามารถจ่ายยาต้านไวรัส 3rd line ต้องมีแพทย์ที่สามารถอนุมัติการใช้ยาต้านไวรัส 3rd line หน่วยบริการดังกล่าวมีทั้งสิ้น 143 แห่งทั่วประเทศกระจายอยู่ในแต่ละเขตบริการสุขภาพต่างกัน ไป^{19, 26} ดังแสดงไว้ในภาพที่ 5



ภาพที่ 5 จำนวนหน่วยบริการที่สามารถจ่ายยาต้านไวรัส 3rd line (3rd line ARV center) ที่มา: สปสช. (2559)

8

ระบบสารสนเทศการให้บริการ
ผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ป่วยเอดส์แห่งชาติ [NAP]
และการติดตามและประเมินผล

8.1

ระบบสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ป่วย เอดส์แห่งชาติ (NATIONAL AIDS PROGRAM [NAP] INFORMATION SYSTEM)

เมื่อ สปสช. ได้กำหนดสิทธิประโยชน์สำหรับผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์
ขึ้นในปี 2549 ระบบข้อมูลและสารสนเทศเป็นส่วนสำคัญใน
การช่วยบริหารจัดการและรวบรวมข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อ
การรักษา ป้องกัน รวมทั้งการศึกษาวินิจฉัย และพัฒนาคุณภาพ
การบริการต่อไป ดังนั้น ระบบสารสนเทศนี้จึงได้ถูกพัฒนา
ขึ้นเพื่อตอบสนองการดำเนินงาน 3 ด้าน ดังนี้

1 ด้านการให้บริการ หน่วยที่มีหน้าที่ให้บริการดูแลรักษาผู้
ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ สามารถนำระบบข้อมูลและ
รายงานนี้ไปวางแผนจัดระบบการให้บริการ และเพื่อใช้ในการ
ติดตามผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ให้รับบริการที่เป็นไป
ตามแนวทางการรักษาของประเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2 ด้านวิชาการ หน่วยงานด้านวิชาการหรือหน่วยที่มีหน้าที่
ในการควบคุมกำกับการทำงานทั้งในระดับจังหวัด ระดับ
เขตและระดับประเทศ สามารถนำข้อมูลและระบบรายงาน
ไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการ และสนับสนุนแนวคิดในการ
พัฒนาองค์ความรู้ด้านเอชไอวีเอดส์ต่อไปได้

3 ด้านการตัดสินใจเชิงนโยบาย หน่วยงานระดับประเทศที่
มีหน้าที่วางแผนกำหนดนโยบายทั้งทางด้านการศึกษา ระบบ
บริการ และการให้บริการสามารถนำข้อมูลและรายงานไปใช้
ประกอบการตัดสินใจในการผลักดันและกำหนดนโยบายต่อไป
ได้²⁷

8.2

ปัญหาของระบบเดิมและการพัฒนาระบบสารสนเทศ NAP

ระบบเดิมของการจัดการข้อมูลด้านเอชไอวี/เอดส์ คือ
โครงการ NAPHA เป็นระบบ offline ซึ่งมีข้อจำกัดมากมาย
เช่น ระบบไม่สามารถตรวจสอบข้อมูลส่วนบุคคล สิทธิ
ประโยชน์ จำนวนครั้งการเข้ารับบริการ และการเบิกจ่าย
ชดเชย การประมวลผล ซึ่งไม่ใช่ระบบ real-time ก่อให้เกิด
ข้อมูลซ้ำ และนำไปสู่ความคลาดเคลื่อนของการคำนวณค่า
ใช้จ่ายและการวิเคราะห์ข้อมูล นอกจากนี้ ยังส่งผลกระทบต่อระบบ
การขนส่งยาไปยังหน่วยบริการ ระบบสารสนเทศ NAP จึงได้
พัฒนาแทนที่²⁷

ระบบสารสนเทศ NAP ทำงานแบบ online สามารถประมวล
ผลข้อมูลแบบทันที (real-time centralized database
system) ดังนั้น ข้อมูลในระบบจึงเป็นปัจจุบันเสมอ ตัวระบบ
ยังเชื่อมโยงกับฐานทะเบียนราษฎร เพื่อติดตามการเกิดและ
การตายอย่างต่อเนื่อง และครอบคลุมผู้ติดเชื้อฯ ของทุกสิทธิ
นอกจากนี้ ความลับของผู้ติดเชื้อได้ถูกเก็บรักษาไว้เป็นอย่างดี
โดยนำเลขประชาชน 13 หลัก ของผู้ป่วยเข้ารหัส
(encrypted) จากนั้นเลขประชาชนที่เข้ารหัสแล้วจะถูกแปลง
เป็นรหัสที่ใช้ในระบบ NAP เท่านั้น⁶

ระบบสารสนเทศ NAP ได้บูรณาการข้อมูลจาก 3 ฐานข้อมูล
ด้านเอชไอวี/เอดส์ เดิม ได้แก่ 1) NAPHA 2) โครงการเอดส์-
โรคติดเชื้อฉวยโอกาส โดย สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุม
โรค และ 3) ระบบติดตามผลการดำเนินงานเพื่อป้องกันการ
ถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก (Perinatal HIV
Intervention Monitoring System: PHIMS) เข้าไว้ด้วยกัน
ในการพัฒนาระบบได้ดึงตัวแปรที่สำคัญจากฐานข้อมูลดัง
กล่าว ฉะนั้นฐานข้อมูล NAP จึงครอบคลุมข้อมูลในทุกมิติ
ของเอชไอวี/เอดส์²⁷

ระบบสารสนเทศ NAP เก็บข้อมูลที่สำคัญ ดังนี้

1

ประวัติผู้ติดเชื้อฯ

2

ประวัติการรับคำปรึกษาและตรวจเลือด

3

การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก

4

การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์และผลตรวจ

5

ข้อมูลการรักษาและติดตามอาการ โดยเก็บข้อมูลจากจำนวนครั้งของการเข้ารับบริการตั้งแต่การให้คำปรึกษา การคัดกรองการติดเชื้อฉวยโอกาส และการให้ยาที่เกี่ยวข้องกับการรักษาทั้งหมด

6

ข้อมูลการแจกจ่ายถุงยางอนามัย

7

การป้องกันการรับเชื้อเอชไอวีของคู่รัก ที่ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งมีผลเลือดเป็นบวก (Positive prevention for serodiscordant couples)

8

การป้องกันการติดเชื้อ (Prophylaxis) สำหรับการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก (PMTCT)

9

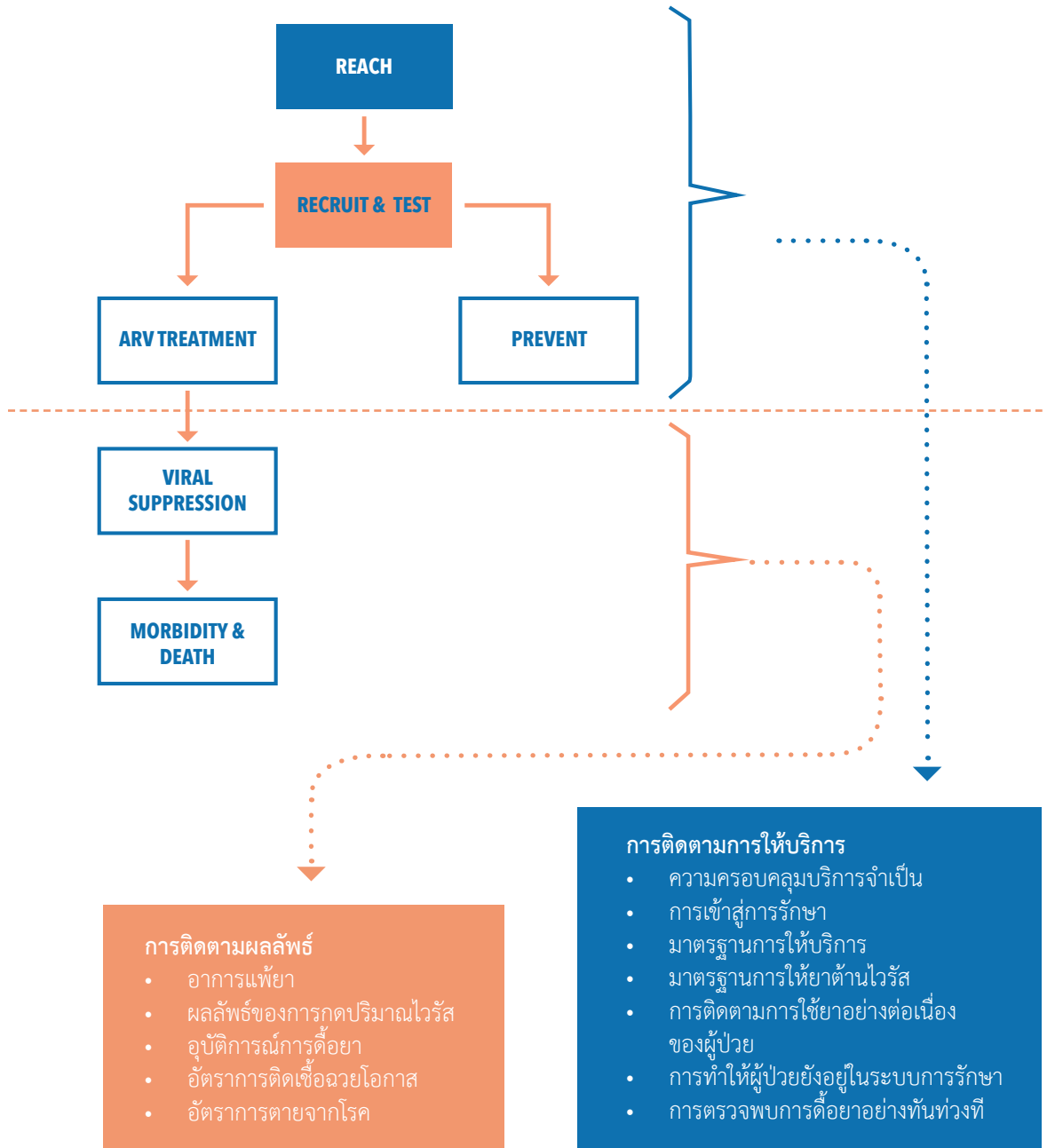
การให้ยาป้องกันการติดเชื้อก่อนการสัมผัส (Pre-exposure prophylaxis: PrEP) และการป้องกันการติดเชื้อหลังการสัมผัส (Post-exposure prophylaxis: PEP)

8.3

การติดตามและประเมินผล

สปสช. ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข และศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข (Thailand MOPH - U.S. CDC Collaboration: TUC) ดำเนินการติดตามและประเมินผล กิจกรรมด้านเอชไอวี/เอดส์ เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบายและการพัฒนาคุณภาพการบริการ การติดตาม เป็นการตรวจสอบตามตัวชี้วัดสำคัญ ครอบคลุมตั้งแต่การเริ่ม ค้นหาผู้ป่วยจนถึงผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ส่วนการ ประเมินผลเป็นการประเมินหน่วยบริการและผลสัมฤทธิ์ของ กิจกรรมด้านเอชไอวี/เอดส์ ฉะนั้นกรอบการติดตามและ ประเมินผลจึงครอบคลุมตั้งแต่การให้คำปรึกษา การตรวจ คัดกรอง การรักษาด้วยยาต้านไวรัส ผลลัพธ์ของการกด ปริมาณไวรัส การลดอัตราการป่วย และการประเมินผลของ กิจกรรมด้านเอชไอวี/เอดส์ ณ ปัจจุบัน เพื่อใช้พัฒนาคุณภาพ บริการต่อไป กรอบการติดตามและประเมินผลดังกล่าวมี เป้าหมายสูงสุด คือ ยุติปัญหาเอดส์ในประเทศไทย²⁸

ภาพที่ 6 กรอบการติดตามและประเมินผล



ที่มา: Teeraratkul (2017)

การติดตามและประเมินผลอาศัยชุดข้อมูล 4 ชุด ดังนี้

1

ฐานข้อมูลจากระบบสารสนเทศ NAP
ซึ่งรายละเอียดได้อธิบายไว้แล้วข้างต้น

2

ART Facility Annual Survey คือ การสำรวจระดับประเทศประจำปี จัดทำโดยสำนักเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปี 2554 เพื่อตรวจสอบระบบการดำเนินงานของบริการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและ การให้ยาต้านไวรัส และห้องปฏิบัติการเอชไอวี

3

HIVQUAL-T Annual Survey คือการประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ ของหน่วยบริการโดยใช้โปรแกรม HIVQUAL-T โดยมีตัวชี้วัด 5 กลุ่มคือ

- 1 การติดตามระดับ CD4
- 2 การติดตาม หลังการกินยาต้านไวรัส
- 3 การป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส
- 4 การคัดกรองโรคร่วม
- 5 การส่งเสริมสุขภาพ

4

Sentinel surveillance คือ การสำรวจประจำปีหรือสองปีครั้ง ดำเนินการโดยสำนักโรคบาดวิทยา และสำนักเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กระทรวงสาธารณสุข เพื่อติดตามการให้คำปรึกษาและตรวจคัดกรองกลุ่มประชากรตัวอย่าง และการเฝ้าระวังการดื้อยาในโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง

9

การบูรณาการสามกองทุน
สำหรับบริการเอชไอวี/เอดส์

ประเทศไทยสามารถสร้างระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้วย 3 ระบบหลักประกันภาครัฐ ได้แก่

- 1 ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ
- 2 การประกันสุขภาพในระบบประกันสังคม
- 3 ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ซึ่งระบบหลักประกันสุขภาพทั้งสามมีสิทธิประโยชน์และวิธีการจ่ายชดเชยแตกต่างกันอยู่บ้าง จึงก่อให้เกิดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพของประเภทของสมาชิกในระบบทั้งสาม และด้วยผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ต้องได้รับการดูแลตลอดชีวิต ระหว่างการรับการรักษาอยู่นั้น ผู้ป่วยอาจย้ายสิทธิการรักษาระหว่างกองทุนทั้งสาม ในปี 2555 ประเทศไทยจึงได้บูรณาสิทธิประโยชน์ด้านเอชไอวี/เอดส์ของทั้งสามกองทุนดังกล่าวเข้าไว้ด้วยกัน เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องด้วยมาตรฐานเดียวกัน แม้ย้ายสิทธิประกันสุขภาพไปยังกองทุนอื่น โดยมีระบบสารสนเทศ NAP เก็บรวบรวมข้อมูลการรักษาของผู้ที่รับบริการในระบบประกันสุขภาพทั้งสามกองทุน^{29, 30,}

^{31, 32}

10

ผลการดำเนินงาน

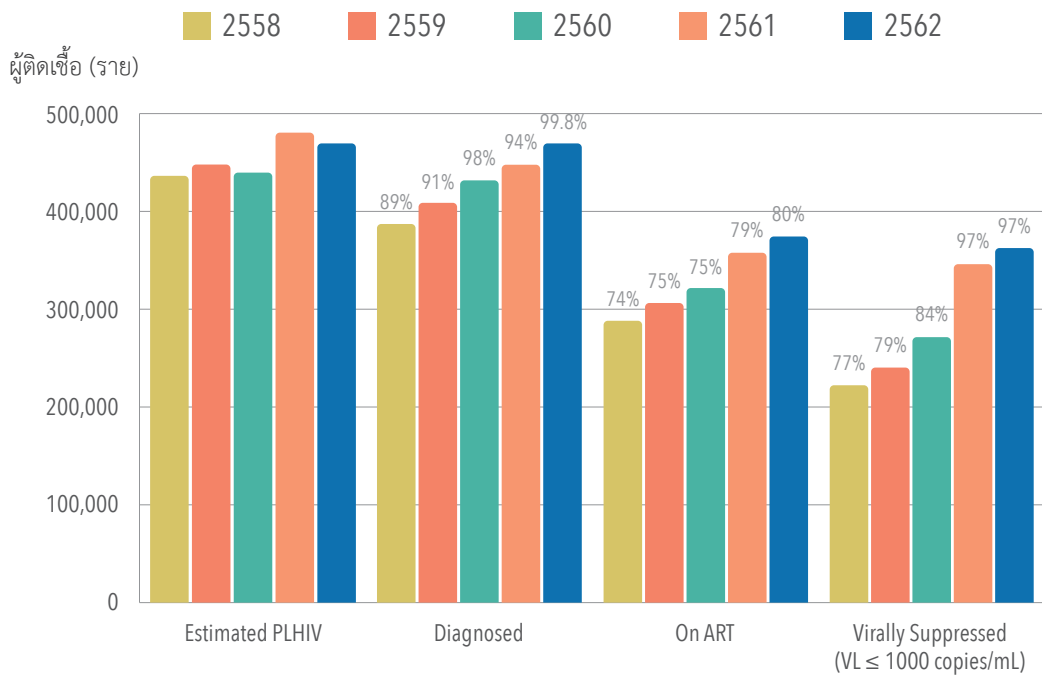
90 90 90

ผลการดำเนินงานตามเป้าหมาย 90-90-90 ระหว่างปี 2558-2562 ของประเทศไทย (ภาพที่ 7) พบว่า ประเทศไทย บรรลุเป้าหมาย 90 ที่หนึ่ง คือ ร้อยละ 90 ของผู้ติดเชื้อ เอชไอวีได้ทราบสถานะการติดเชื้อ ตั้งแต่ปี 2559 เป็นต้นมา ความสำเร็จนี้เป็นผลมาจากการทำงานเชิงรุกของทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และเครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ โดยเฉพาะภาคประชาสังคมและเครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ ที่เป็นกำลัง สำคัญในการเข้าถึงประชากรกลุ่มต่างๆ เพื่อให้พวกเขา เหล่านั้นได้รับการคัดกรองเชื้อเอชไอวี

ถึงแม้เป้าหมาย 90 ที่สอง คือ ร้อยละ 90 ของผู้ติดเชื้อ เอชไอวีได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ยังไม่บรรลุตามเป้าหมาย โดยมีสัดส่วนผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการรักษาด้วยยา ต้านไวรัสตั้งแต่ปี 2558-2562 คิดเป็นร้อยละ 70-80 เท่านั้น แต่สัดส่วนเพิ่มขึ้นทุกปีจนสามารถดำเนินการได้ใกล้เป้าหมาย การผลิตยา GPO-VIR® ถือเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญที่ส่งผลให้ ราคายาถูกลงมาก จนทำให้ประเทศไทยสามารถบรรลุ สิทธิประโยชน์ด้านยาต้านไวรัสสู่สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งช่วยให้ผู้ติดเชื้อฯ ที่มีรายได้น้อยเข้าถึงยาได้มาก

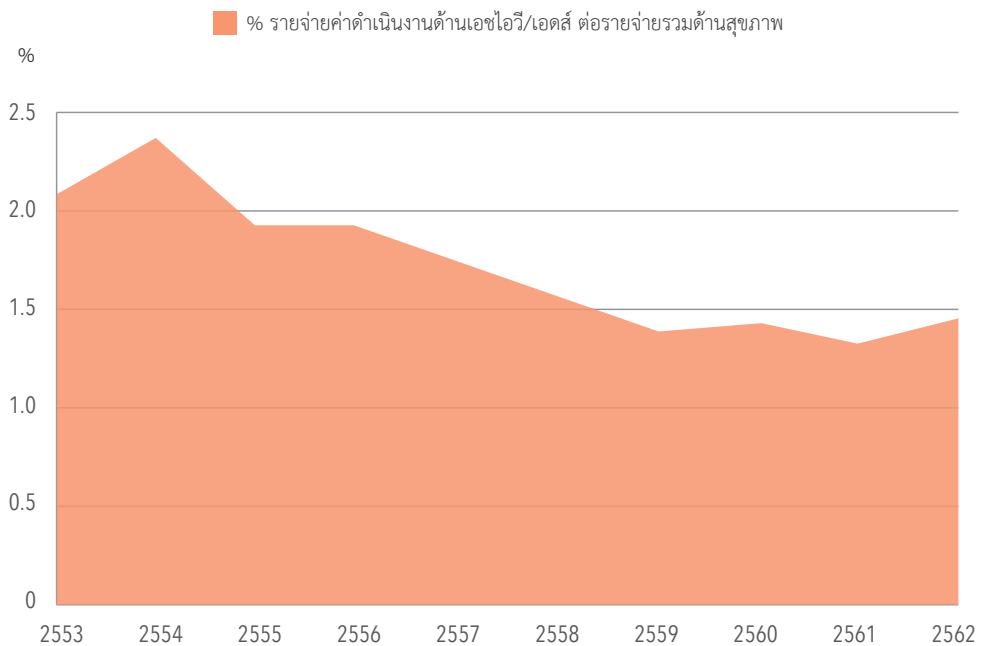
เป้าหมายด้านการควบคุมปริมาณไวรัส (เป้าหมาย 90 ที่สาม) ประสบความสำเร็จตั้งแต่ปี 2561 เป็นต้นมา ด้วยร้อยละ 97 ของผู้ติดเชื้อฯ ที่ได้รับยาต้านไวรัสสามารถกดปริมาณไวรัส สำเร็จ ($VL \leq 1,000$ copies/mL) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วย เอคส์จำเป็นต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง ฉะนั้นการติดตามให้ผู้ ป่วยเข้ารับการรักษาดำเนินการอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งสำคัญ อย่างยิ่ง การทำให้คงอยู่ในระบบจึงเป็นขั้นตอนสำคัญอีกขั้น หนึ่งที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วย แต่ด้วย อุปสรรคที่ขัดขวางการคงอยู่ในระบบการรักษามีมากมาย ไม่ ว่าจะเป็นการเดินทางเพื่อมารับยา ผลข้างเคียงของยา ฯลฯ ดังนั้น ข้อมูลและการสื่อสารเกี่ยวกับยาต้านไวรัสระหว่างผู้ ให้บริการกับผู้รับยาต้านไวรัสสามารถช่วยให้เกิดการรับ การรักษาอย่างต่อเนื่องดีขึ้นได้ การสื่อสารจะช่วยให้ผู้รับยา ต้านไวรัสเกิดความไว้วางใจผู้ให้บริการ บทบาทสำคัญในการให้ข้อมูล จึงเป็นหน้าที่ของภาคประชาสังคมและเครือข่ายผู้ป่วยด้วย กันเอง ด้วยความเข้มแข็งของกลุ่มเหล่านี้ จึงทำให้ผู้ติดเชื้อฯ สามารถรับยาได้อย่างต่อเนื่องและช่วยการกดปริมาณไวรัส ได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้ ยังเป็นผลจากการเข้าถึงยาต้าน ไวรัสกรณีและผู้ติดเชื้อไม่สามารถทนผลไม่พึงประสงค์ของยา และที่ดื้อยาต้านไวรัส 1st line ด้วยการประกาศใช้สิทธิบัตร ยา Efavirenz และยาสูตรผสม Lopinavir/Ritonavir

ภาพที่ 7 ผลการดำเนินงานตาม เป้าหมาย 90-90-90 ของประเทศไทย ปี 2558-2562



ที่มา: 1) NAP Web Report โดย สปสช. 2) องค์การเภสัชฯ และ 3) กรมบัญชีกลาง (25 มี.ค. 2563)

ภาพที่ 8 ใช้จ่ายการดำเนินงานด้านเอชไอวี/เอดส์ ของประเทศไทย ปี 2553-2562



ที่มา: ยาวลักษณ์ แหวนวงษ์, ซาศีดา วิทยาทร, และวุฒิพันธ์ วงษ์มงคล (ม.ป.ป.)

โครงการเพื่อควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีของประเทศไทยที่ผ่านมา การช่วยให้การควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีได้เป็นอย่างดี อาทิ การรณรงค์การใช้ถุงยางอนามัย 100% ทำให้อัตราการใช้ถุงยางอนามัยในสถานบริการทางเพศเพิ่มสูงขึ้น จากร้อยละ 14 ในปี 2532 เป็นร้อยละ 94 ในปี 2536 และช่วยให้อัตราการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ลดลงถึงร้อยละ 79 และการศึกษาในทหารเกณฑ์พบว่า อุบัติการณ์ของเอชไอวีลดลงจาก 2.48/100 คน/ปี ในช่วงปี 2534 – 2536 เหลือเพียง 0.55/100 คน/ปี ในช่วงปี 2536-2538 และในปี 2558 หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยและแรงงานต่างด้าวที่มีผลเอชไอวีเป็นบวกได้รับยาเพื่อลดการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกถึงร้อยละ 95.8 และผลตรวจเลือดของทารกที่เกิดจากจากหญิงเหล่านี้พบว่า มีเพียงร้อยละ 2.1 เท่านั้นที่ติดเชื้อเอชไอวี⁴

ระบบสารสนเทศ NAP เป็นเครื่องมือสนับสนุนสำคัญที่ช่วยให้ผู้ติดเชื้อฯ เข้าถึงยาต้านไวรัสไม่ว่าผู้ป่วยจะอยู่ที่ไหนก็ตาม ด้วยระบบจัดเก็บฐานข้อมูลไว้ที่ส่วนกลางแบบ real time ช่วยให้หน่วยบริการทุกแห่ง สามารถเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยได้ ทั้งข้อมูลการตรวจวินิจฉัย การรักษา และการใช้ยา ผู้ติดเชื้อฯ สามารถเข้ารับยาด้านไวรัสได้ในหน่วยบริการที่ตนสะดวกเข้ารับบริการ ระบบนี้จึงช่วยอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ติดเชื้อ และทำให้พวกเขายังคงอยู่ในกระบวนการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง

รายจ่ายสำหรับดำเนินงานด้านเอชไอวี/เอดส์ ของประเทศไทย ในรอบหนึ่งทศวรรษที่ผ่านมา (พ.ศ. 2553-2562) ค่อนข้างคงที่ คือ ประมาณ 7,000-9,000 ล้านบาท ขณะที่รายจ่ายรวมด้านสุขภาพของประเทศเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากประมาณ 380,000 ล้านบาท ในปี 2553 เป็นประมาณ 660,000 ล้านบาท ในปี 2562 เมื่อเปรียบเทียบรายจ่ายสำหรับดำเนินงานด้านเอชไอวี/เอดส์กับรายจ่ายรวมด้านสุขภาพของประเทศแล้ว (ภาพที่ 8) แสดงให้เห็นว่า สัดส่วนรายจ่ายสำหรับดำเนินงานด้านเอชไอวี/เอดส์ลดลงอย่างต่อเนื่อง จากประมาณร้อยละ 2 ในปี 2553 ลดลงเหลือประมาณร้อยละ 1.5¹⁸ เมื่อพิจารณาร่วมกับผลการดำเนินงานตามเป้าหมาย 90-90-90 ที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านการตรวจคัดกรองเพื่อนำผู้ติดเชื้อเข้าสู่ระบบการรักษา การให้ยาด้านไวรัส และการกวดปริมาณไวรัส สะท้อนให้เห็นประเทศไทยใช้งบประมาณสำหรับกิจกรรมด้านเอชไอวี/เอดส์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

11

ความท้าทาย

1

การดื้อยา

การดื้อยาด้านไวรัสยังคงเป็นความท้าทายของการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อฯ การดื้อยาจะส่งผลกระทบต่อระบบบริการสาธารณสุข โดยเฉพาะในด้านค่าใช้จ่าย เพราะจะนำมาซึ่งการตรวจคัดกรองเพิ่มเติมสำหรับการเริ่มต้นให้ยาด้านไวรัส และยาด้านไวรัส 1st line อาจจะไม่ได้อีกต่อไป อย่างไรก็ตาม ได้มีความพยายามที่จะป้องกันการดื้อยาในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยส่งเสริมการติดตามให้รับยาด้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ และเฝ้าระวังปัจจัยที่จะก่อให้เกิดการดื้อยา เพื่อชะลออุบัติการณ์การดื้อยา ในปัจจุบันมีผู้ป่วยจำนวนมากที่เกิดอาการดื้อยาและต้องการยาด้านไวรัส 2nd line และ 3rd line ซึ่งจะต้องได้รับการติดตามอย่างใกล้ชิดต่อไป

การตีตราผู้ติดเชื้อ

การตีตราผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ยังคงเป็นปัญหาใหญ่ที่ส่งผลกระทบต่อประชากรกลุ่มเสี่ยงหรือคนทั่วไปหลีกเลี่ยงการคัดกรองเชื้อเอชไอวี เพราะรู้สึกอับอาย หากผู้อื่นรู้ว่าตนเป็นผู้ติดเชื้อ ซึ่งการตรวจคัดกรองแต่เนิ่น ๆ จะช่วยให้ผู้ติดเชื้อทราบผลการติดเชื้อของตนได้เร็วและเข้าสู่กระบวนการรักษาได้อย่างทันที่³³

2

3

การควบคุมการติดเชื้อเอชไอวี รายใหม่

การควบคุมไม่ให้อำนาจผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มสูงขึ้นยังคงเป็นประเด็นท้าทายของประเทศไทย โดยเฉพาะในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และผู้ติดเชื้อรายใหม่ยังพบมากในกลุ่มประชากรที่อายุน้อยกว่าในอดีตด้วย ข้อมูลจากสำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ชี้ว่า การติดเชื้อรายใหม่ในกลุ่มประชากรเฉพาะทั้งสองมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในช่วงเวลาปัจจุบัน³⁵ โดยจำนวนการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มพนักงานบริการชายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี 2557 ซึ่งเป็นภาพสะท้อนถึงการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีในหมู่ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย นอกจากนี้ ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในภาพรวม กลุ่มหญิงที่มาฝากครรภ์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี 2559 ด้วยสัดส่วนร้อยละ 0.55 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 0.60 ในปี 2561 โดยเฉพาะในกลุ่มหญิงลำดับครรภ์ที่ 1 และ 2 ซึ่งบ่งชี้ให้เห็นถึงการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์³⁵

การสนับสนุนภาคประชาสังคมและกลุ่มผู้ติดเชื้อฯ ในการทำงานเชิงรุก

4

ภาคประชาสังคมและกลุ่มผู้ติดเชื้อฯ เป็นกำลังสำคัญในกระบวนการทำงานเชิงรุก ด้วยศักยภาพในการเข้าถึงประชากรกลุ่มเสี่ยงได้ดีกว่าเจ้าหน้าที่ของรัฐ และยิ่งในสถานการณ์ที่ผู้ติดเชื้อฯ ไม่สามารถเดินทางไปรับบริการที่หน่วยบริการได้ เช่น กรณีมหาอุทกภัย ปี 2554 หรือช่วงการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด 19 เป็นต้น ภาคประชาสังคมและกลุ่มผู้ติดเชื้อฯ สามารถเดินทางเยี่ยมผู้ติดเชื้อฯ หรือนำยาต้านไวรัสไปให้พวกเขาได้ โดย สบสช. จ่ายค่าบริการให้กับภาคประชาสังคมและกลุ่มผู้ติดเชื้อฯ แบบเหมาจ่ายค่าบริการตามกลุ่มเป้าหมาย แต่เงินเหมาจ่ายจำนวนนี้ไม่ครอบคลุมต้นทุนการดำเนินงาน ทำให้คนทำงานกลุ่มดังกล่าวจำเป็นต้องหาเงินจากแหล่งทุนอื่น ๆ เพื่อให้ครอบคลุมต้นทุนการดำเนินงานและสามารถดำเนินงานได้ตามแผนต่อไป¹⁷ การจ่ายค่าบริการที่เหมาะสมให้เพียงพอต่อการดำเนินงานจะทำให้ภาคประชาสังคมและกลุ่มผู้ติดเชื้อฯ ทำงานเชิงรุกได้โดยไม่ลำบาก และนอกจากแรงจูงใจที่เป็นตัวเงิน (Financial incentives) แล้ว แรงจูงใจที่ไม่ใช่ตัวเงิน (Non-financial incentive) เช่น การให้การยอมรับในสังคม (social recognition) ยังเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่จะช่วยกระตุ้นให้ภาคประชาสังคมและกลุ่มผู้ติดเชื้อฯ เข้ามาทำงานเชิงรุกมากขึ้น¹⁷

5

กำลังคนในระบบบริการสุขภาพ

ตลอดสองทศวรรษที่ประเทศไทยเริ่มดำเนินการให้ยาต้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวนผู้ที่ต้องการรับยาเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และจะเพิ่มมากขึ้นไปอีกในอนาคต เพราะประเทศไทยได้ดำเนินการค้นหาและให้คำปรึกษาแก่ประชากรกลุ่มเสี่ยงในเชิงรุก อย่างไรก็ตาม บุคลากรที่สามารถให้บริการต้านยาต้านไวรัสมีจำนวนคงเดิม แนวทางการแก้ไขอย่างหนึ่ง คือ การปรับลดความถี่ในการเข้ารับบริการทางการแพทย์สำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่มีอาการค่อนข้างคงที่³⁴ หรือให้ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางดำเนินการให้คำปรึกษากับผู้ป่วยผ่านทางระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine) ไปยังหน่วยบริการที่ยังขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทาง นอกจากนี้ การให้บริการที่ไม่ต้องอาศัยความเชี่ยวชาญเฉพาะทางอาจต้องโยกย้ายไปให้บุคลากรที่ไม่ต้องใช้เวลาเชี่ยวชาญเฉพาะทาง หนึ่งในบุคลากรเหล่านั้น คือ กลุ่มผู้ติดเชื้อด้วยตนเอง³⁴

12

สรุป

ประเทศไทยพบผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายแรกเมื่อปี 2527 การควบคุมและป้องกันการแพร่ระบาดของเอชไอวี/เอดส์จึงเป็นสิ่งจำเป็นและเป็นเรื่องท้าทายของประเทศ โดยเฉพาะการเข้าถึงยาต้านไวรัส ด้วยเอชไอวี/เอดส์ ส่งผลต่อทั้งคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและเศรษฐกิจของประเทศ ประเทศไทยได้จัดตั้ง “คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์” เพื่อดำเนินการควบคุมและป้องกันการแพร่ระบาดของเอชไอวี/เอดส์ ซึ่งเป็นการรวมตัวกันจากหลายภาคส่วน ทั้งภาครัฐ เอกชน ประชาสังคม และเครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ สปสข. เป็นองค์การหนึ่งในคณะกรรมการฯ ซึ่งทำหน้าที่เป็นกลไกทางการเงินและการคลัง เพื่อสนับสนุนให้การดำเนินงานควบคุมและป้องกันบรรลุผลสำเร็จ

หนทางในการบรรจยาด้านไวรัสลงในสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่่ง่ายนัก แต่ประเทศไทยก็บรรลุผลสำเร็จได้ในปี 2549 จากปัจจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ อาทิ การสนับสนุนเงินทุนจากกองทุนโลก การผลิต GPO-VIR® โดยองค์การเภสัชกรรม และการผลักดันและการช่วยเหลือกันเองของเครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ เป็นต้น

สปสข. ในฐานะองค์กรที่เป็นกลไกด้านการเงินและการคลัง ไม่ได้สนับสนุนเพียงการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในหน่วยบริการเท่านั้น แต่ยังสนับสนุนงบประมาณให้กับภาคประชาสังคมและเครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ เพื่อดำเนินงานเชิงรุกและการทำงานในศูนย์อ้อมครวม ซึ่งภาคประชาสังคมและเครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ ถือเป็นภาคส่วนที่มีศักยภาพในการเข้าถึงผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์สูงกว่าบุคลากรทางการแพทย์

ด้านเป้าหมายระดับนานาชาติ ตามเป้าหมาย 90-90-90 ประเทศไทยบรรลุ 2 เป้าหมาย คือ ร้อยละ 90 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ทราบสถานะการติดเชื้อและร้อยละ 90 ของผู้ติดเชื้อฯ ที่ได้รับยาต้านไวรัสสามารถกดปริมาณไวรัสสำเร็จ ($VL \leq 1,000$ copies/mL) แม้เป้าหมายร้อยละ 90 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสยังไม่ประสบความสำเร็จ แต่สัดส่วนของผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัสยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยยังคงเผชิญกับความท้าทายในการป้องกันและแก้ปัญหาเอชไอวี/เอดส์ ไม่ว่าจะเป็นด้านทัศนคติต่อผู้ติดเชื้อฯ ซึ่งทำให้ผู้ติดเชื้อฯ ไม่กล้าเข้ารับการตรวจคัดกรอง เพราะรู้สึกอับอาย จนส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเข้าสู่การรักษาช้าเกินไป การควบคุมการติดเชื้อรายใหม่ที่ต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง การตียอด้านไวรัสก็เป็นอีกความท้าทายหนึ่งในด้านการรักษา ซึ่งส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายในระบบบริการสาธารณสุข เพราะจะนำมาซึ่งการตรวจคัดกรองเพิ่มเติมสำหรับการเริ่มต้นให้ยาต้านไวรัส นอกจากนี้ ปัญหาด้านบุคลากรในการให้บริการผู้ติดเชื้อฯ ก็เป็นอีกปัญหาใหญ่ที่ต้องได้รับการแก้ไข ทั้งจำนวนบุคลากรเฉพาะทางที่ไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้ที่เข้ารับการรักษาที่เพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง และปัญหาการสนับสนุนภาคประชาสังคมและกลุ่มผู้ติดเชื้อฯ ของสปสข. ซึ่งอาจไม่ส่งเสริมให้ภาคประชาสังคมและกลุ่มผู้ติดเชื้อฯ เข้ามาทำงานเชิงรุกมากนัก

เอกสารอ้างอิง

1. UNAIDS. Thailand Epidemiological Fact Sheets on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections. https://data.unaids.org/publications/fact-sheets01/thailand_en.pdf. Accessed April, 11 2021.
2. Punyacharoensin N, Viwatwongkasem C. Trends in three decades of HIV/AIDS epidemic in Thailand by nonparametric backcalculation method. *AIDS* 23(9); 2009. doi: 10.1097/QAD.0b013e32832baa1c.
3. ชัยยศ คุณานุสนธิ์. เอดส์: ปัญหา ผลกระทบและการตอบสนองของประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข; 2543.
4. Siraprasasiri T, Ongwangdee S, Benjarattanaporn P, Peerapatanapokin W, Sharma M. The impact of Thailand's public health response to the HIV epidemic 1984-2015: understanding the ingredients of success. *Journal of virus Eradication*. 2016;2 (Supplement 4):7-14.
5. Rojanapithayakorn W. The 100% Condom Use Programme in Asia. *Reproductive Health Matters*. 2006; 14(28). doi: 10.1016/S0968-8080(06)28270-3.
6. Ingun P, Narkpaichit C, Laowahutanon T, Rekakanakul R, Pusamang A, Kesthom K. Integrated National Health Information System of HIV/AIDS in Thailand: Case of NAP application. *Journal of the Thai Medical Informatics Association*. 2015;2.
7. Celina S. Overview of the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. <https://www.cgdev.org/sites/default/files/archive/doc/HIVAIDSMonitor/OverviewGlobalFund.pdf>. Accessed December 5, 2020.
8. เฉลิมพล แจ่มจันทร์, กัญญา อภิพรชัยสกุล, อภิชาติ จำรัสสุทธิรงค์, สุรีย์พร พันพืง, นคร เปรมศรี, และ บุษยา ตันติศักดิ์. ความสำเร็จและข้อท้าทายงานด้านเอดส์ กลุ่มประชากรข้ามชาติในประเทศไทย ภายใต้โครงการกองทุนโลก. พิมพ์ครั้งที่ 1. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2559.
9. Revenga A, Over M, Masaki E, Peerapatanapokin W, Gold J, Tangcharoensathien V, Thanprasertsuk S. The Economics of Effective AIDS Treatment: Evaluating Policy Options for Thailand. Washington DC: World Bank; 2006.

10. องค์การเภสัชกรรม. รายงานประจำปี 2545. <https://www2.gpo.or.th/Default.aspx?tabid=96>. เข้าถึงเมื่อ 28 พฤศจิกายน 2563.
11. Tantivess S, Walt G. The role of state and non-state actors in the policy process: The contribution of policy networks to the scale-up of antiretroviral therapy in Thailand. *Health Policy and Planning*. 2008(23). doi:10.1093/heapol/czn023.
12. ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล, วีรวรรณ แต่งแก้ว, นิภาภรณ์ จัยวัฒน์, วินิต อัครกิจวิรี, นีรัตน์ เตยสุวรรณ, ดารณี เพ็ญเจริญ, สุชาติ จองประเสริฐ, พรพักตร์ วงศ์ทองแถม, ศิริกุล อำพนธ์, ผุสดี เวชพิพัฒน์, วิษณุ โรจน์เรืองโร, จุฬาลักษณ์ นิพนธ์แก้ว และสุขศรี อึ้งบริบูรณ์ไพศาล. ประสบการณ์การเจรจาต่อรองราคายาจำเป็นที่มีสิทธิบัตร. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข; 2552.
13. Yamabhai I, Mohara A, Tantivess S, Chaisiri K, Teerawattananon Y. Government use licenses in Thailand: an assessment of the health and economic impacts. *Globalization and Health*. 2011;7(28). doi: 10.1186/1744-8603-7-28.
14. คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์. รายงานความก้าวหน้าของประเทศไทยในการยุติปัญหาเอดส์ ปี พ.ศ. 2560. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
15. UNAIDS. 90-90-90 an ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_en.pdf. Accessed January 6, 2021.
16. Ford N, Wilson D, Cawthorne P, Kumphitak A, Kasi-Sedapan S, Kaetkaew S, Teemanka S, Donmon B, Preuanbuapan C. Challenge and co-operation: civil society activism for access to HIV treatment in Thailand. *Tropical Medicine and International Health*. 2009;14(3):258-266. doi: 10.1111/j.1365-3156.2009.02218.x.
17. Pudpong N, Patcharanarumol W, Tangcharoensathien V, Viriyathorn S, Kulthanmanusorn A, Witthayapipopsakul W, Wanwong Y, Wangbanjongkun W, Pongkantha W. *Effective Contracting Model for HIV Service Delivery in Thailand*. 1st ed. Nonthaburi: International Health Policy Program (IHPP); 2019.

18. เยาวลักษณ์ แหวนวงษ์, ชาฮีดา วิริยาทร, และวุฒิพันธ์ วงษ์มงคล. รายงานดำเนินงานด้านเอดส์ของประเทศไทย พ.ศ. 2561-2562: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข; ม.ป.ป.
19. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2560 เล่มที่ 2 การบริหารงบประมาณผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และการบริหารงบประมาณผู้ป่วยวัณโรค. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2559.
20. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2564. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2563.
21. Bhakeecheep S. The universal access to antiretroviral treatment programme. In: Quan A, ed. The Journey of Universal Access to Antiretroviral Treatment in Thailand. Bangkok: United Nations Development; 2017. p. 39-49.
22. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2563. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2562.
23. (ประกาศ สปสช. ปีงบประมาณ 64) คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ พ.ศ. 2563. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 138, ตอนพิเศษ 38ง (ลงวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2564).
24. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2557. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
25. ชูติมา อรรถสิทธิ์, พัชรา ลิขหรรค์, จิรวิญญู ยาดี, ชูติมา คำดี, อรพรรณ อ่อนจร, และกมลวรรณ เขียวนิล. รายงานการศึกษาฉบับสมบูรณ์ การศึกษาทบทวนระบบและพัฒนาข้อเสนอการบริหารเวชภัณฑ์จำเป็นที่มีปัญหาการเข้าถึงภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. <https://www.hitap.net/documents/178704>. เข้าถึงเมื่อ 29 ธันวาคม 2562.
26. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2559 เล่มที่ 2 การบริหารงบประมาณผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และการบริหารงบประมาณผู้ป่วยวัณโรค. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2559.

27. Poosam-ang A. The information system for the universal access to ART programme. In: Quan A, ed. The Journey of Universal Access to Antiretroviral Treatment in Thailand. Bangkok: United Nations Development; 2017:51-53.
28. Teeraratkul A. Monitoring and evaluation framework for the universal access to ART programme. In: Quan A, ed. The Journey of Universal Access to Antiretroviral Treatment in Thailand. Bangkok: United Nations Development; 2017:55-60.
29. Piya H. UNICO Study Series 20 Health Financing Reform in Thailand: Toward Universal Coverage under Fiscal Constraints. Washington DC: The World Bank; 2013.
30. Tangcharoensathien V, editor. The Kingdom of Thailand health system review, Health Systems in Transition vol. 5 no. 5. Geneva: World Health Organization; 2015.
31. Division of AIDS and STIs, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Thailand Getting to Zero. https://hivhub.ddc.moph.go.th/Download/Report/APR/2011/AIDS%20progress%20report_2011.pdf. Accessed February 28, 2021.
32. คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด. รายงานความก้าวหน้าของประเทศไทยในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด รอบปี พ.ศ. 2557 (ฉบับย่อ ไทย อังกฤษ). พิมพ์ครั้งที่ 1.นนทบุรี: ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการการป้องกันยาเสพติดแห่งชาติ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
33. Kwangkaew A. Strategy for a comprehensive continuum of care: perspectives from people living with HIV in Thailand. In: Quan A, ed. The Journey of Universal Access to Antiretroviral Treatment in Thailand. Bangkok: United Nations Development; 2017:79-82.
34. Thanprasertsuk S. The universal access to ART programme in Thailand: Challenges. In: Quan A, ed. The Journey of Universal Access to Antiretroviral Treatment in Thailand. Bangkok: United Nations Development; 2017:89-90.
35. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ความชุกการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย พ.ศ. 2561. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2562.

การบริหารจัดการกองทุนเอชไอวี/เอดส์ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

โครงการจัดกระบวนการสร้างองค์ความรู้และถอดบทเรียนพร้อมทั้งจัดทำเอกสารเพื่อเผยแพร่งานระบบหลักประกันสุขภาพฯ

ผู้แต่ง นายมงคล ธงชัยธนาวุฒิ

ปีที่พิมพ์ 2564

พิมพ์ครั้งที่ 1 e-book

จัดพิมพ์เผยแพร่โดย

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

120 หมู่ 3 ชั้น 2-4 อาคารรวมหน่วยราชการ ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550

ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ 10210

Website: www.nhso.go.th

ผู้ให้ข้อมูลหลัก

นายแพทย์จเด็จ ธรรมธัชอารี
ดร. กันตินันท์ รุ่งธนธาดา
นายอาทิตย์ ผู้สำอางค์

ผู้ทรงคุณวุฒิ

นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์
นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ
นายแพทย์วินัย สวัสดิ์ดิวิ
เภสัชกรหญิง ดร. วลัยพร พัชรนฤมล

ผู้แต่ง

นายมงคล รัชชานาวุฒิ

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร. ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา
นางประทีป นัยนา
นางสาวปานฉัตร ทิพย์สุข

