

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ผลการรักษาของผู้เข้าโครงการการปรับปรุงการเข้าถึงระบบบริการการดูแลรักษา
ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ในประเทศไทย
Treatment outcomes of patients in the National Access to Antiretroviral Program
for people living with HIV/AIDS, the Extension Phase (NAPHA Extension)

ชีวันท์ เลิศพิริยสุวัฒน์ พ.บ., ส.ม.

Cheewanan Lertpiriyasuwat M.D., M.P.H.

พรทิพย์ ยุक्तานนท์ วท.บ. (พยาบาล), วท.ม.
(จิตวิทยา)Pornthip Yuktanon B.Sc. (Nursing), M.Sc.
(Psychiatry)

ศรียล เรืองชัย วท.บ.

Srilai Ruengchai B.Sc.

สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
กรมควบคุมโรคBureau of AIDS, Tuberculosis and Sexually
Transmitted Infections,
Department of Disease Control

บทคัดย่อ

โครงการการเข้าถึงระบบบริการยาต้านไวรัสระดับชาติ สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (NAPHA) ได้เริ่มในปี พ.ศ. 2547 เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงยาต้านไวรัสเพิ่มขึ้น และได้ขยายโครงการในปี พ.ศ. 2549 ชื่อโครงการ NAPHA Extension โดยมีกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงสิทธิระบบประกันสุขภาพ การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการรักษาของผู้เข้าโครงการ NAPHA Extension เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากฐานข้อมูลการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ในโครงการ ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2549 จนถึง 30 กันยายน 2558 ซึ่งไม่รวมประชากรที่อายุน้อยกว่า 15 ปี และประชากรที่เป็นหญิงตั้งครรภ์ หรือผู้หญิงที่มา รับยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ผลการศึกษาพบว่า มีผู้ป่วยลงทะเบียนในโครงการทั้งสิ้น 7,026 ราย ในจำนวนนี้เป็นเพศหญิงร้อยละ 52.4 เพศชายร้อยละ 47.6 มีอายุเฉลี่ย 35 ปี (SD = 8.4) เป็นประชากรข้ามชาติร้อยละ 61.7 และร้อยละ 70.3 ของผู้ที่ยังไม่เคยกินยาต้านไวรัสมาก่อน มีระดับ CD4 เมื่อแรกเข้าโครงการ <200 cells/mm³ อัตราความครอบคลุมของการตรวจหาปริมาณระดับไวรัสใน กระแสเลือด (VL) เพื่อประเมินผลการรักษาในหนึ่งปีแรกหลังเริ่มยาต้านไวรัส เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.9 ของ ผู้ป่วยในปี 2549 เป็นร้อยละ 30.2 ในปี 2557 และสัดส่วนของผู้ป่วยที่สามารถกดระดับ VL <50 copies/ml เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 75.0 ในปี 2549 เป็นร้อยละ 84.3 ในปี 2557 อัตราการเสียชีวิตอยู่ที่ร้อยละ 4.0 ในปี 2558 สำหรับอัตราการขาดการติดตามการรักษา >90 วัน หลังวันนัดครั้งสุดท้าย มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก ร้อยละ 5.3 ในปี 2549 เป็นร้อยละ 50.5 ในปี 2558 สรุปได้ว่า ประสิทธิภาพของการรักษาผู้ป่วยในช่วงหนึ่งปีแรก หลังเริ่มยามีแนวโน้มดีขึ้น แต่ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาช้า มีการขาดการติดตามการรักษาเพิ่มขึ้น และความครอบคลุม ของการจัดบริการตรวจ VL ยังคงต่ำ คณะผู้วิจัยให้ข้อเสนอแนะว่า ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สถานะการติดเชื้อเอชไอวี โดยเร็ว และเริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัสทันที ควรพัฒนาคุณภาพการให้บริการ เพื่อเพิ่มความครอบคลุมของ การให้บริการตรวจ VL และเพิ่มการให้คำปรึกษาและติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันการออกจากโครงการ

Abstract

National Access to Antiretroviral Program for people living with HIV/AIDS was established in 2004 in order to increase access of patients to antiretroviral drugs; and extension of the program or NAPHA Extension was implemented in 2006. Its target group was the patients who were uninsured and with limited rights. This study aimed to evaluate treatment outcomes of the patients. It was conducted as a descriptive study using secondary data of the NAPHA Extension program's database from October 2006 to September 2015. Patients aged <15 years or pregnant women or patients enrolled in the program for PMTCT were excluded from this study. It was found that cumulative number of patients registered in the program was 7,026. Of these, 52.4% were female and 47.6% were male. The mean age was 35 years (SD = 8.4). Most of them were migrants (61.7%). Altogether 70.3% of ARV naïve patients had CD4 level before starting antiretroviral treatment (ART) <200 cells/mm³. Viral load (VL) testing coverage to assess treatment outcome at the first year after ART initiation increased from 3.9% of patients in 2006 to 30.2% in 2014. Proportion of patients with VL suppression (VL <50 copies/ml) increased from 75.0% in 2006 to 84.3% in 2014. Death rate was 4.0% in 2015. Loss to follow-up >90 days after the last appointment date rose from 5.3% in 2006 to 50.5% in 2015. It can be concluded that effectiveness in the first year after ART had increased. However, treatment delay was observed. Furthermore, loss to follow-up rate had increased and VL testing coverage rates were still low. Promotion of early HIV testing and prompted ART were recommended. In addition, quality improvement of services to increase VL testing coverage, counseling and closed monitoring of patients to prevent drop-outs should be conducted.

คำสำคัญ

ผลการรักษา, การรักษาด้วยยาต้านไวรัส,
เอชไอวี/เอดส์

Key words

treatment outcomes, antiretroviral treatment,
HIV/AIDS

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มให้บริการการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535⁽¹⁾ และได้มีการพัฒนาการให้บริการอย่างต่อเนื่องจนในปี พ.ศ. 2547 สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (สอวพ.) กรมควบคุมโรค ได้เริ่มโครงการการเข้าถึงระบบบริการยาต้านไวรัสระดับชาติ สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (National Access to Antiretroviral Program for people living with HIV/AIDS หรือ NAPHA) ซึ่งทำให้ผู้ป่วยชาวไทยได้เข้าถึงยาต้านไวรัสเพิ่มขึ้นอย่างกว้างขวางและทั่วถึง ต่อมาในปี พ.ศ. 2549 การบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสได้ถูกบรรจุเข้าเป็นสิทธิประโยชน์ในโครงการ

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และโครงการประกันสุขภาพอื่น ๆ⁽²⁻⁴⁾ ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงยาต้านไวรัสโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย และนับถึง 31 พฤษภาคม 2559 มีผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสจากทุกสิทธิของระบบประกันสุขภาพ จำนวนทั้งสิ้น 272,750 ราย⁽⁵⁾ แต่ยังคงมีผู้ป่วยอีกกลุ่มหนึ่งที่ไม่มีความสามารถในการรักษา หรือมีข้อจำกัดในการเข้าถึงสิทธิ เช่น กลุ่มประชากรข้ามชาติ ผู้ที่รอพิสูจน์สิทธิ ชนกลุ่มน้อย เป็นต้น โดยเฉพาะกลุ่มแรงงานข้ามชาติ และผู้ติดตามจากประเทศเพื่อนบ้าน ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง และมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีเช่นเดียวกัน

ในปี 2549 กรมควบคุมโรคได้อนุมัติให้ สอวพ. จัดทำโครงการการปรับปรุงการเข้าถึงระบบบริการการ

ดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ในประเทศไทย (NAPHA Extension) เพื่อให้บริการยาต้านไวรัสสำหรับผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงสิทธิ หรืออยู่นอกสิทธิระบบประกันสุขภาพ โดยได้รับทุนจากกองทุนโลกเพื่อต่อสู้กับโรคเอดส์ วัณโรค และมาลาเรีย⁽⁶⁻⁸⁾ โครงการนี้ได้รับการสนับสนุนทุนอย่างต่อเนื่องจนถึงสิ้นปีงบประมาณ 2559 โดยในช่วงปี พ.ศ. 2549-2554 ได้กำหนดเป้าหมายให้บริการด้วยยาต้านไวรัสเป็นจำนวน 2,000 รายต่อปี และได้ปรับเพิ่มจำนวนเป้าหมายในช่วงปี พ.ศ. 2555 เป็น 2,300 รายต่อปี พ.ศ. 2556 เป็น 2,700 รายต่อปี และตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 เป็น 3,700 รายต่อปี

หน่วยงานที่ร่วมโครงการ NAPHA Extension ประกอบด้วย (1) หน่วยงานที่ทำหน้าที่บริหารโครงการพัฒนาวิชาการ ติดตาม บริหารข้อมูล ได้แก่ สอวพ. สำนักงานป้องกันควบคุมโรค (สคร.) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) กองควบคุมโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร (2) หน่วยงานที่ให้บริการดูแลรักษา ได้แก่ โรงพยาบาลของรัฐที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ และมีผู้ป่วยมารับบริการ จำนวน 489 แห่ง ในทุกภาคของประเทศไทย และ (3) หน่วยงานที่ประสาน ส่งต่อและดูแลผู้ป่วยในชุมชน ได้แก่ องค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ เช่น มูลนิธิรักษ์ไทย เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

การบริหารจัดการโครงการประกอบด้วย กิจกรรมการพัฒนาศักยภาพของหน่วยงานที่เข้าร่วมโครงการ เพื่อชี้แจงแนวทางการบริหารโครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากร และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหน่วยงาน มีกิจกรรมการลงพื้นที่ นิเทศติดตามปัญหาอุปสรรคในการดำเนินโครงการ พร้อมให้ข้อเสนอแนะ มีการพัฒนาระบบบริหารจัดการยา และนำยาตรวจทางห้องปฏิบัติการต้านเอชไอวี รวมทั้งการพัฒนาระบบข้อมูลติดตามการดูแลรักษาผู้ป่วยในโครงการ

กลุ่มเป้าหมายของโครงการ ได้แก่ กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ที่มีข้อจำกัดในการเข้า

ถึงสิทธิ หรือเป็นผู้ป่วยที่อยู่นอกสิทธิระบบประกันสุขภาพ การบริการประกอบด้วย

1. การให้บริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสสำหรับผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การรักษา ซึ่งหมายถึง ผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยของระยะเอดส์หรือมีอาการทางคลินิก โดยไม่ต้องคำนึงถึงระดับเม็ดเลือดขาว ซีดี 4 (CD4) หรือเป็นผู้ป่วยที่มีระดับ CD4 <200 cells/mm³ แม้จะไม่มีอาการทางคลินิก (ช่วงปีงบประมาณ 2549-2555) หรือ <350 cells/mm³ (ช่วงปีงบประมาณ 2556-2557) หรือเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกคน (ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2558 เป็นต้นมา)

สูตรยาต้านไวรัสที่ใช้ในโครงการ กำหนดให้สอดคล้องกับแนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของประเทศไทย ได้แก่ สูตรพื้นฐาน ซึ่งมีองค์ประกอบของยาในกลุ่ม nucleoside reverse transcriptase inhibitor (NRTIs) 2 ชนิด ร่วมกับยาในกลุ่ม non-nucleoside reverse transcriptase inhibitor (NNRTI) 1 ชนิด และสูตรทางเลือก ใช้ในกรณีเชื้อเอชไอวีดื้อยาสูตรพื้นฐาน ซึ่งมีองค์ประกอบของยาในกลุ่ม NRTIs 2 ชนิด ร่วมกับยาในกลุ่ม protease inhibitor (PI) 1 ชนิด

2. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดังนี้ การตรวจหาความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC) จำนวน 2 ครั้ง/ปี การตรวจระดับ CD4 จำนวน 2 ครั้ง/ปี และในกรณีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสแล้ว จะได้รับการตรวจหาปริมาณไวรัสในเลือด หรือ viral load (VL) จำนวน 2 ครั้ง/ปี และในกรณีที่มี VL >2,000 copies/ml จะได้รับการตรวจหาเชื้อดื้อต่อยาต้านไวรัส (genotyping test) จำนวน 1 ครั้ง/ปี

3. ผู้ที่ยังไม่เข้าเกณฑ์รับยาต้านไวรัส จะได้รับคำแนะนำให้ติดตามอาการและตรวจติดตามทางห้องปฏิบัติการ⁽⁷⁻⁸⁾

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการดำเนินงานโครงการ และผลการรักษาของผู้เข้าโครงการ NAPHA Extension

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิ จากฐานข้อมูลการรักษาผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือป่วยเป็นเอดส์ในโครงการ NAPHA Extension ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2549 จนถึง 30 กันยายน 2558 ซึ่งไม่รวมประชากรที่อายุน้อยกว่า 15 ปี และประชากรที่ถูกรายงานว่า เป็นหญิงตั้งครรภ์หรือผู้ที่มารับยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก

การบันทึกข้อมูลในฐานข้อมูลการดูแลรักษาของโครงการ ทำโดยเจ้าหน้าที่ที่คลินิกยาต้านไวรัสที่ได้รับมอบหมาย เช่น พยาบาล เภสัชกร โดยในระยะแรกเจ้าหน้าที่จะบันทึกข้อมูลการรักษาผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลทุกครั้ง ลงในแบบบันทึกข้อมูล มีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลทุกหนึ่งเดือน และจัดส่งให้ สสจ. เพื่อประมวลผลเป็นภาพรวมระดับจังหวัด และส่งให้ สคร. เพื่อประมวลผลข้อมูลเป็นภาพรวมระดับเขต และส่งให้ สอวพ. จัดทำข้อมูลภาพรวมระดับประเทศ ตามลำดับ ต่อมาในปี พ.ศ. 2552 ได้มีการพัฒนาโปรแกรมบันทึกข้อมูลออนไลน์ ที่อยู่บนเว็บไซต์ www.gfaidsca.com ทำให้หน่วยงานบริหารโครงการแต่ละระดับสามารถดูข้อมูลของหน่วยงานในพื้นที่ได้⁽⁷⁻⁸⁾

นิยามศัพท์ที่ใช้ในการบันทึกข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่

1. ระยะการติดเชื้อเอชไอวีของผู้ป่วยเมื่อแรกเข้าโครงการ แบ่งเป็น
 - ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่มีอาการ (asymptomatic HIV) หมายถึง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังไม่มีอาการหรืออาการแสดงของภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง
 - ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ (symptomatic HIV) หมายถึง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการหรืออาการแสดง 1 ใน 11 ตามนิยามของรายงานการเฝ้าระวังโรค 506/1⁽⁸⁻⁹⁾
 - ผู้ป่วยเอดส์ (AIDS) หมายถึง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคติดเชื้อฉวยโอกาส หรือมะเร็ง 1 ใน 28 โรคตามนิยามของรายงานการเฝ้าระวังโรค 506/1⁽⁸⁻⁹⁾

2. การหยุดการใช้ยาต้านไวรัส หมายถึง ผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยหยุด หรือพักการกินยาต้านไวรัส เช่น เกิดจากการรักษาล้มเหลว หรือมีอาการข้างเคียงจากยา หรือผู้ป่วยขอถอนตัวจากการกินยา

3. การกินยาไม่ต่อเนื่อง หมายถึง ผู้ป่วยไม่สามารถกินยาต้านไวรัสได้ต่อเนื่องสม่ำเสมอ ทำให้ผู้ป่วยต้องหยุดยาต้านไวรัส ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์ผู้รักษา

4. การขาดนัด หมายถึง ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยที่ยังไม่ได้กินยาต้านไวรัส ขาดการติดต่อกับโรงพยาบาลเกินวันนัดในครั้งต่อไปนานเกิน 1 เดือน หรือผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยที่ได้กินยาต้านไวรัส ขาดการติดต่อโรงพยาบาลเกินวันนัดในครั้งต่อไปนานเกิน 180 วัน

5. การรักษาล้มเหลว หมายถึง กรณีดังต่อไปนี้

- Clinical failure หมายถึง ผู้ป่วยมีโรคติดเชื้อฉวยโอกาสหรือมะเร็ง 1 ใน 28 โรคตามแบบ รายงาน 506/1 ของสำนักกระบาดวิทยา เกิดขึ้น

- Immunological failure หมายถึง ตรวจ CD4 count 2 ครั้ง พบมีจำนวนน้อยกว่า 30% ของค่า CD4 ที่ขึ้นสูงสุดในระหว่างการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และระดับ CD4 ลดลงต่ำก่อนการเริ่มรักษา

- Virological failure หมายถึง เมื่อตรวจพบปริมาณ VL >1,000 copies/ml หลังกินยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ 6 เดือน เคยมีผลการรักษาที่ปริมาณ VL <50 copies/ml แล้วกลับมาสูง >1,000 copies/ml

- ตรวจพบเชื้อเอชไอวีตื้อยาจากการตรวจหาการตื้อยาต้านไวรัส⁽⁶⁾

6. ค่าระดับ CD4 เมื่อแรกเข้าโครงการ หมายถึง ค่าระดับ CD4 ที่ถูกตรวจในช่วงตั้งแต่ 3 เดือนแรกก่อนเริ่มยา จนถึง 1 เดือนแรกหลังเริ่มยา

7. การตรวจหาปริมาณระดับไวรัสในกระแสเลือด (VL) อย่างน้อย 1 ครั้ง ในปีแรกหลังเริ่มยาต้านไวรัส หมายถึง การตรวจ VL อย่างน้อย 1 ครั้ง ในช่วง 3-13 เดือน หลังเริ่มยาต้านไวรัส

8. การขาดการติดตามการรักษา หมายถึง การที่ผู้ป่วยไม่มาตามนัด >90 วัน หลังวันนัดครั้งสุดท้าย การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา เพื่อหาค่าร้อยละและค่าเฉลี่ย โดยวิเคราะห์แยกตามปีงบประมาณ

ผลการศึกษา

นับตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2549 จนถึง 30 กันยายน 2558 มีผู้ป่วยลงทะเบียนสะสมในโครงการ NAPHA Extension ทั้งสิ้น 7,026 ราย ในจำนวนนี้พบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.4 (3,679 ราย) เป็นเพศชาย ร้อยละ 47.6 (3,347 ราย) มีอายุเฉลี่ย 35 ปี (SD = 8.4) มีอายุระหว่าง 25-34 ปี มากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 43.6 รองลงมาคือ 35-44 ปี ร้อยละ 35.9 มีสัญชาติพม่ามากที่สุด ร้อยละ 40.1 รองลงมา

เป็นสัญชาติไทย ร้อยละ 24.5 คนรอปิสุจน์สัญชาติ ร้อยละ 12.9 ลาว ร้อยละ 8.5 ไม่ระบุสัญชาติ ร้อยละ 7.4 กัมพูชา ร้อยละ 5.7 ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาข้อจำกัดในการเข้าถึงการรักษา ตามสิทธิของระบบประกันสุขภาพพบว่า เป็นประชากรข้ามชาติที่มีหลักฐานเข้าเมือง ร้อยละ 37.5 ประชากรข้ามชาติไม่มีหลักฐานเข้าเมือง/ผู้ลี้ภัย ร้อยละ 24.2 เป็นคนที่รอกการพิสูจน์สิทธิ ร้อยละ 11.6

เมื่อพิจารณาระยะการติดเชื้อเอชไอวีขณะที่ลงทะเบียนพบว่า ร้อยละ 39.2 เป็นผู้ป่วยเอดส์ ร้อยละ 24.8 เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ และ ร้อยละ 36.0 เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่มีอาการ ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ไม่เคยกินยาต้านไวรัสมาก่อน ร้อยละ 55.9 และมีเพียงร้อยละ 80.1 ที่ได้เริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ในปีเดียวกันกับปีที่ลงทะเบียนเข้าโครงการ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ลักษณะทางประชากรของผู้ลงทะเบียนเข้ารับการดูแลรักษาในโครงการ NAPHA Extension

ปีงบประมาณ ข้อมูลทั่วไป	2549		2550		2551		2552		2553		2554		2555		2556		2557		2558		รวม	
	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
เพศ																						
ชาย	78	49.1	167	47.4	1,199	50.7	792	54.0	406	48.3	255	42.9	126	36.1	88	33.8	175	37.2	61	35.9	3,347	47.6
หญิง	81	50.9	185	52.6	1,164	49.3	676	46.0	434	51.7	340	57.1	223	63.9	172	66.2	295	62.8	109	64.1	3,679	52.4
อายุเฉลี่ย																						
SD	35		35		36		35		35		34		33		34		35		34		35	
	7.91		8.4		8.3		8.2		8.3		7.9		8.2		8.8		9.5		9.4		8.4	
15-24 ปี	9	5.7	28	8.0	139	5.9	121	8.2	66	7.9	58	9.7	40	11.4	32	12.3	56	11.9	31	18.2	580	8.3
25-34 ปี	81	50.9	159	45.2	1,006	42.6	668	45.5	380	45.2	258	43.4	166	47.6	108	41.5	173	36.8	64	37.7	3,063	43.6
35-44 ปี	51	32.1	117	33.2	901	38.1	505	34.4	298	35.5	223	37.5	114	32.7	90	34.6	172	36.6	51	30.0	2,522	35.9
45-54 ปี	14	8.8	36	10.2	250	10.6	149	10.2	78	9.3	49	8.2	23	6.6	26	10.0	52	11.1	18	10.6	695	9.9
55-64 ปี	4	2.5	10	2.8	60	2.5	20	1.4	12	1.4	7	1.2	5	1.4	3	1.2	13	2.8	6	3.5	140	2.0
65 ปีขึ้นไป	0	0	2	0.6	7	0.3	5	0.3	6	0.7	0	0.0	1	0.3	1	0.4	4	0.8	0	0.0	26	0.3
สัญชาติ																						
พม่า	69	43.4	150	42.6	702	29.7	468	31.9	455	54.2	325	54.6	176	50.4	149	57.3	245	52.1	80	47.1	2,819	40.1
ลาว	8	5.1	16	4.6	97	4.1	102	7.0	97	11.5	76	12.8	57	16.3	36	13.9	73	15.5	37	21.8	599	8.5
กัมพูชา	4	2.5	22	6.3	94	4.0	108	7.4	41	4.9	20	3.4	24	6.9	19	7.3	51	10.9	18	10.6	401	5.7
ไทย	31	19.5	92	26.1	1,004	42.5	470	32.0	60	7.1	31	5.2	11	3.2	7	2.7	12	2.6	1	0.6	1,719	24.5
รอพิสูจน์	35	22.0	46	13.1	315	13.3	191	13.0	104	12.4	64	10.7	40	11.5	31	11.9	56	11.9	21	12.3	903	12.9
ชนกลุ่มน้อย	1	0.6	2	0.5	28	1.2	9	0.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	40	0.6
ชาติอื่น	0	0.0	4	1.1	9	0.4	5	0.3	4	0.5	1	0.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	23	0.3
ไม่ระบุ	11	6.9	20	5.7	114	4.8	115	7.8	79	9.4	78	13.1	41	11.7	18	6.9	33	7.0	13	7.6	522	7.4
สิทธิการรักษา																						
ประชากรข้ามชาติ	62	39.0	136	38.6	636	26.9	487	33.2	411	48.9	298	50.1	195	55.9	118	45.4	210	44.7	84	49.4	2,637	37.5
มีหลักฐานเข้าเมือง																						
ประชากรข้ามชาติ	24	15.1	74	21.0	365	15.4	313	21.3	262	31.2	203	34.1	101	28.9	103	39.6	192	40.9	64	37.7	1,701	24.2
ไม่มีหลักฐานเข้าเมือง/ผู้เสียชีวิต																						
รอการพิสูจน์สิทธิ	34	21.4	34	9.7	290	12.3	175	11.9	97	11.5	58	9.8	36	10.3	26	10.0	46	9.8	21	12.4	817	11.6
ไม่ระบุ	3	1.9	4	1.2	19	0.8	6	0.4	4	0.5	6	1.0	3	0.9	1	0.4	4	0.9	1	0.6	51	0.7
คนไทย	36	22.6	104	29.5	1,053	44.6	487	33.2	66	7.9	30	5.0	14	4.0	12	4.6	18	3.8	0	0	1,820	25.9

164 ตารางที่ 1 ลักษณะทางประชากรของผู้ลงทะเบียนเข้ารับการศึกษาในโครงการ NAPHA Extension (ต่อ)

ปีงบประมาณ ข้อมูลทั่วไป	2549		2550		2551		2552		2553		2554		2555		2556		2557		2558		รวม	
	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
ระยะการติดเชื้อ																						
Asymptomatic	35	22.0	125	35.5	826	35.0	486	33.1	324	38.6	199	33.5	144	41.3	115	44.2	196	41.7	80	47.1	2,530	36.0
Symptomatic	56	35.2	74	21.0	634	26.8	328	22.3	213	25.3	121	20.3	86	24.6	64	24.6	120	25.5	44	25.9	1,740	24.8
AIDS	68	42.8	153	43.5	903	38.2	654	44.6	303	36.1	275	46.2	119	34.1	81	31.2	154	32.8	46	27.0	2,756	39.2
ประวัติเคยกินยาต้านไวรัส																						
เคยกินยามาก่อน	92	57.9	224	63.6	1,354	57.3	582	39.7	282	33.6	176	29.6	90	25.8	77	29.6	178	37.9	46	27.1	3,101	44.1
ไม่เคยกินยา	67	42.1	128	36.4	1,009	42.7	886	60.3	558	66.4	419	70.4	259	74.2	183	70.4	292	62.1	124	72.9	3,925	55.9
การเริ่มยาต้านไวรัสในปีที่ลงทะเบียน																						
ได้เริ่มยา	97	61.0	253	71.9	2,022	85.6	1,202	81.9	632	75.2	423	71.1	249	71.4	202	77.7	386	82.1	160	94.1	5,626	80.1
ไม่ได้เริ่มยา	62	39.0	99	28.1	341	14.4	266	18.1	208	24.8	172	28.9	100	28.6	58	22.3	84	17.9	10	5.9	1400	19.9
รวม	159	100	352	100	2,363	100	1,468	100	840	100	595	100	349	100	260	100	470	100	170	100	7,026	100

เมื่อพิจารณาการเข้าถึงการรักษาพบว่า ระดับ CD4 เมื่อแรกเข้าโครงการของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังไม่เคยกินยาต้านไวรัสมาก่อน จำนวน 3,925 ราย ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2549 ถึง 2558 พบว่า มีข้อมูลผลการตรวจ CD4 เพียง 3,405 ราย (ร้อยละ 86.8) แสดงผล ดังนี้ ค่ามัธยฐานของ CD4 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 140 cells/mm³ ในปี 2549 เป็น 226 cells/mm³ ในปี 2558 และสัดส่วนของผู้ติดเชื้อที่มีระดับ CD4 เมื่อแรกเข้าโครงการ <200 cells/mm³ มีแนวโน้มลดลงจากปี 2549 ร้อยละ 84.6 ลดลงเหลือร้อยละ 47.8 ในปี 2558 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ระดับ CD4 เมื่อแรกเข้าโครงการ NAPHA Extension ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังไม่เคยกินยาต้านไวรัสมาก่อน

ปีงบประมาณ ที่เริ่มยา	Median CD4 (cells/mm ³)	CD4 <100		CD4 100- <200		CD4 200- <350		CD4 ≥350		รวม
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	(คน)
2549	140	24	61.5	9	23.1	3	7.7	3	7.7	39
2550	76	52	50.0	32	30.8	12	11.5	8	7.7	104
2551	121	442	59.0	202	27.0	70	9.4	35	4.7	749
2552	147	369	51.8	160	22.5	102	14.3	81	11.4	712
2553	124	261	52.1	105	21.0	69	13.8	66	13.2	501
2554	137	170	40.2	82	19.4	90	21.3	81	19.2	423
2555	162	91	38.6	44	18.6	53	22.5	48	20.3	236
2556	178	78	38.6	31	15.4	37	18.3	56	27.7	202
2557	200	100	39.5	52	20.6	53	21.0	48	19.0	253
2558	226	64	34.4	25	13.4	40	21.5	57	30.7	186
รวม		1,651	48.5	742	21.8	529	15.5	483	14.2	3,405

สรุปสถานะของผู้เข้าโครงการ

ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2549 ถึง 2558 มีจำนวนผู้เข้าโครงการรายใหม่ทุกปี และ ณ สิ้นปีงบประมาณ 2558 มีผู้เข้าโครงการสะสมทั้งหมด 7,026 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ที่ยังไม่เริ่มยาต้านไวรัส ร้อยละ 0.2 (15 ราย) ผู้ที่กินยาต้านไวรัสต่อเนื่อง ร้อยละ 25.1 (1,765 ราย) ถูกส่งต่อไปรับการรักษาที่อื่นหรือย้ายสิทธิ ร้อยละ 30.0 (2,105 ราย) หยุดการใช้ยาต้านไวรัส ร้อยละ 2.1 (145 ราย) กินยาไม่ต่อเนื่อง/ขาดนัด ร้อยละ 36.8 (2,583 ราย) และเสียชีวิต ร้อยละ 5.9 (413 ราย) (ตารางที่ 3 และภาพที่ 1)

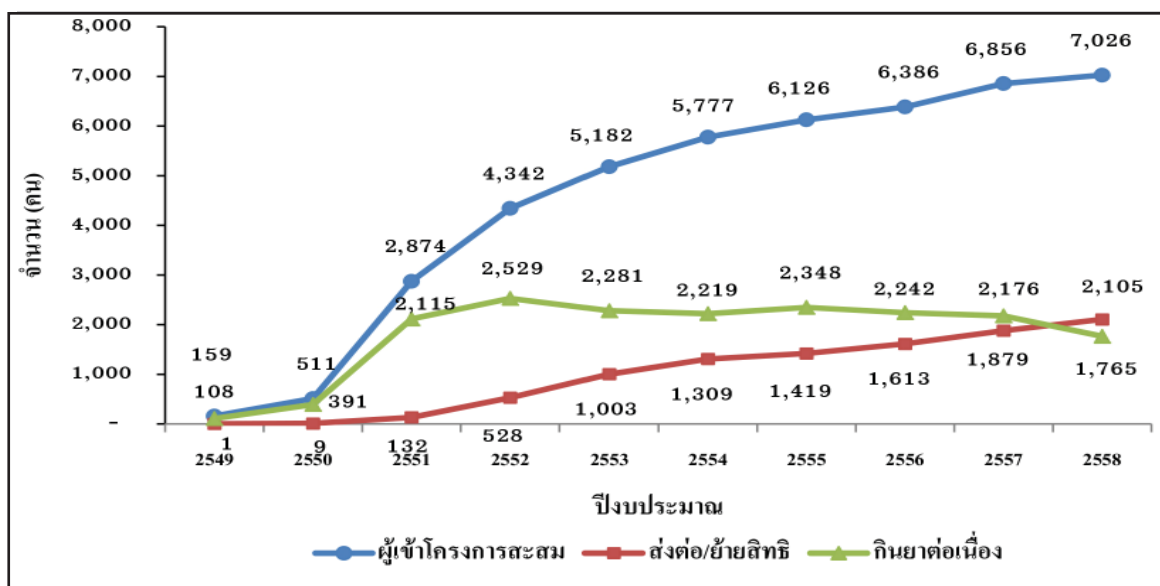
สาเหตุของการหยุดยาต้านไวรัส ส่วนใหญ่คือการขอลอนตัวจากการกินยา คิดเป็นร้อยละ 69.0

(100 ราย) รองลงมา ได้แก่ หยุดยาจากสาเหตุอื่น เช่น รักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส เป็นต้น คิดเป็นร้อยละ 23.4 (34 ราย) หยุดยาเพราะเกิดผลข้างเคียงจากยา ร้อยละ 4.1 (6 ราย) และหยุดยาเพราะการรักษาล้มเหลว ร้อยละ 3.5 (5 ราย)

ในแต่ละปีจะมีผู้กินยาต้านไวรัสในโครงการที่ต้องเปลี่ยนสูตรยา ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2549 ถึง 2558 มีผู้เปลี่ยนสูตรยาทั้งสิ้น จำนวน 779 ราย ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาหายหมดจากคลังยา คิดเป็นร้อยละ 43.8 (341 ราย) รองลงมาเกิดจากผลข้างเคียงจากยาต้านไวรัส ร้อยละ 51.1 (398 ราย) การรักษาล้มเหลว ร้อยละ 4.2 (33 ราย) และผลข้างเคียงจากยาอื่นเช่นยารักษาโรค ร้อยละ 0.9 (7 ราย) ตามลำดับ

ตารางที่ 3 สรุปสถานะของผู้เข้าโครงการ NAPHA Extension ณ สิ้นปีงบประมาณ 2549-2558

ปีงบประมาณ	จำนวน (คน)						
	ผู้เข้าโครงการ การสะสม	ยังไม่เริ่มยา	กินยา ต่อเนื่อง	หยุดยา	ส่งต่อ/ ย้ายสิทธิ	กินยาไม่ต่อเนื่อง/ ขาดนัด	เสียชีวิต
2549	159	16	108	0	1	34	0
2550	511	37	391	1	9	72	1
2551	2,874	176	2,115	22	132	365	64
2552	4,342	220	2,529	43	528	890	132
2553	5,182	181	2,281	76	1,003	1,424	217
2554	5,777	159	2,219	81	1,309	1,734	275
2555	6,126	111	2,348	102	1,419	1,835	311
2556	6,386	86	2,242	125	1,613	1,967	353
2557	6,856	60	2,176	135	1,879	2,231	375
2558	7,026	15	1,765	145	2,105	2,583	413

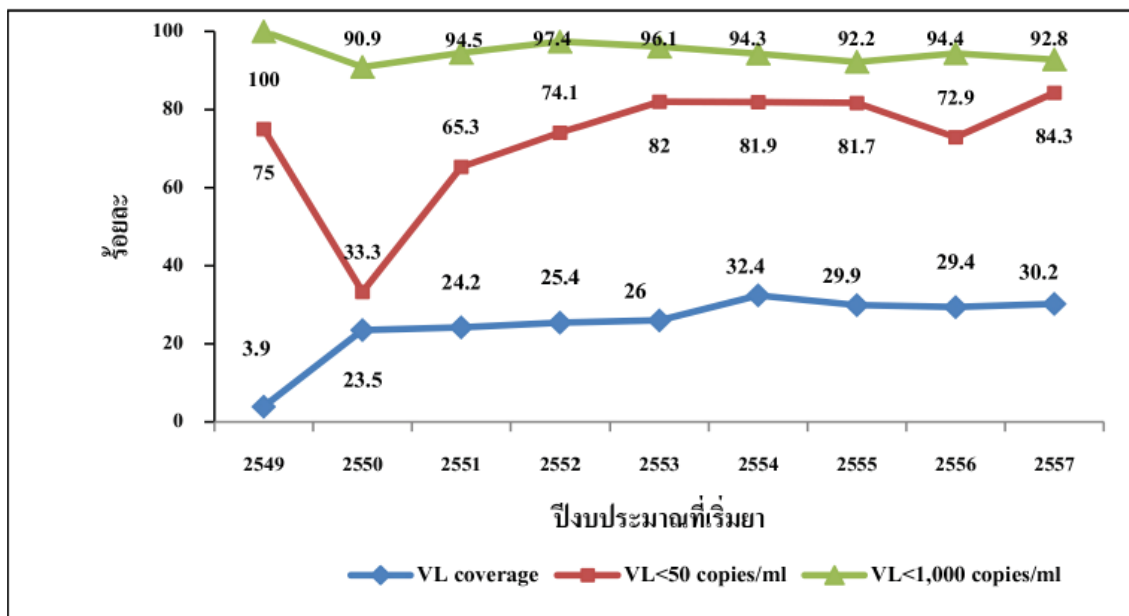


ภาพที่ 1 กราฟแสดงจำนวนของผู้ที่เข้าโครงการ NAPHA Extension การส่งต่อ/ย้ายสิทธิ และการกินยาต่อเนื่อง ณ สิ้นปีงบประมาณ 2549-2558

อัตราความครอบคลุมของการตรวจหาปริมาณระดับไวรัสในกระแสเลือด (VL) อย่างน้อย 1 ครั้ง ในปีแรกหลังเริ่มยาต้านไวรัสในกลุ่มผู้เข้าโครงการที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสครบหนึ่งปี (ไม่รวมผู้เสียชีวิตระหว่างปี) ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2549 ถึง 2557 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.9 ในปี 2549 เป็นร้อยละ 32.4 ในปี 2554 และเริ่มลดลงเหลือร้อยละ 30.2 ในปี 2557

ผลของการรักษาในกลุ่มผู้ได้รับการตรวจ VL พบว่า ในกลุ่มผู้เริ่มยาในปี 2557 มีระดับไวรัสใน

กระแสเลือด <50 copies/ml ในหนึ่งปีแรกหลังเริ่มยา คิดเป็นร้อยละ 84.3 และ <1,000 copies/ml คิดเป็นร้อยละ 92.8 ในช่วงปี 2549-2557 มีแนวโน้มขึ้น ๆ ลง ๆ โดยสัดส่วนของผู้ที่มี VL <50 copies/ml อยู่ระหว่างร้อยละ 33.3-84.3 และผู้ที่มี VL <1,000 copies/ml ร้อยละ 90.9-100.0 ซึ่งมีสัดส่วนที่สูงที่สุดในปี 2557 คิดเป็นร้อยละ 84.3 ที่มี VL <50 copies/ml และในปี 2549 ร้อยละ 100.0 ที่มี VL <1,000 copies/ml (ภาพที่ 2)

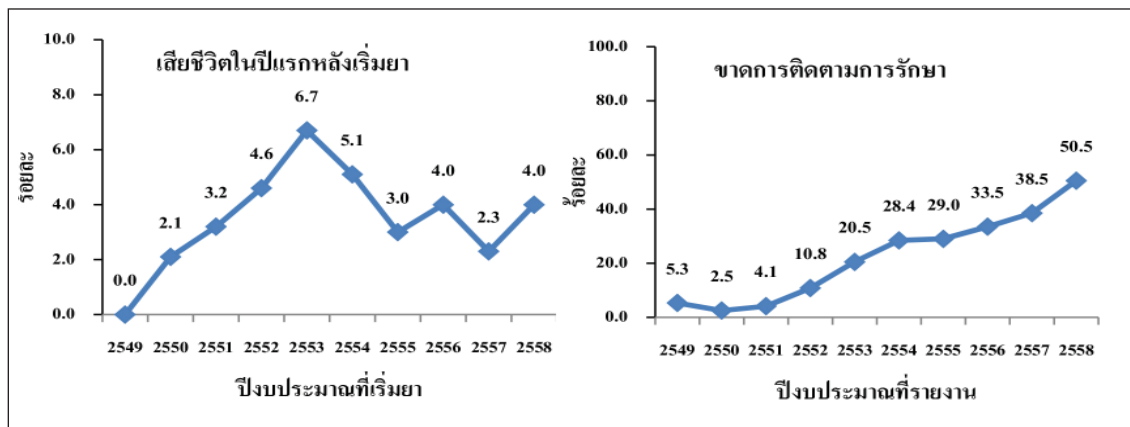


ภาพที่ 2 ความครอบคลุมของการตรวจระดับปริมาณไวรัสในกระแสเลือด และประสิทธิภาพของการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ในปีแรกหลังเริ่มยาต้านไวรัส ของผู้ที่เข้าโครงการ NAPHA Extension

เมื่อเปรียบเทียบอัตราการเสียชีวิตในปีแรกหลังเริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัส ระหว่างกลุ่มที่เริ่มยา ในแต่ละปีงบประมาณพบว่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.0 ในปี 2549 เป็นร้อยละ 6.7 ในปี 2553 ต่อมาลดลงอย่างต่อเนื่อง อยู่ที่ร้อยละ 2.3 ในปี 2557 และกลับมา

เพิ่มขึ้นอีกครั้งในปี 2558 เป็นร้อยละ 4.0

อัตราการขาดการติดตามการรักษาของกลุ่มผู้ที่กำลังรับการรักษาในโรงพยาบาลที่รายงาน มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 5.3 ในปี 2549 เป็นร้อยละ 50.5 ในปี 2558 (ภาพที่ 3)



ภาพที่ 3 อัตราการเสียชีวิตในปีแรกหลังเริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัส และอัตราการขาดการติดตามการรักษาในปีที่รายงานของผู้ที่เข้าโครงการ NAPHA Extension

วิจารณ์

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงสิทธิการดูแลรักษา เข้ามารับบริการในโครงการ NAPHA Extension มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปี นอกจากนี้ยังพบปัญหาผู้ป่วยเข้ารับบริการดูแลรักษาช้า มีแนวโน้มการขาดการติดตามการรักษาสูงขึ้น ถึงแม้ความครอบคลุมของการจัดบริการตรวจหา VL ในช่วงหนึ่งปีแรกหลังเริ่มยามีแนวโน้มสูงขึ้น แต่สัดส่วนยังต่ำกว่าเป้าหมายร้อยละ 90.0 สำหรับประสิทธิผลของการรักษาผู้ป่วยในช่วงหนึ่งปีแรกหลังเริ่มยาในกลุ่มผู้ที่ได้รับการตรวจ VL พบว่า มีแนวโน้มดีขึ้น

จำนวนผู้ป่วยที่กินยาต้านไวรัสต่อเนื่องในโครงการในช่วงปี พ.ศ. 2551-2555 มีค่าเกินกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ (2,000 รายต่อปี ช่วงปี 2551-2554 และ 2,300 รายต่อปี ในปี 2555) แต่มีผู้ป่วยในโครงการจำนวนหนึ่งที่ไม่สามารถกินยาได้ต่อเนื่อง ทำให้สามารถบริหารจัดการยา เพื่อจัดบริการให้กับจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มกว่าเป้าหมายได้ หลังจากปี พ.ศ. 2556 เป็นต้นมา

จำนวนผู้ป่วยที่กินยาต่อเนื่องในโครงการมีค่าต่ำกว่าเป้าหมายและมีแนวโน้มลดลง และมีจำนวนการส่งต่อ/ย้ายสิทธิเพิ่มขึ้น ทั้งๆ ที่มีการเพิ่มจำนวนเป้าหมาย เนื่องจากต้องมีการเตรียมการก่อนที่กองทุนโลกฯ จะหยุดการสนับสนุนในปี พ.ศ. 2559 จึงส่งต่อ/ย้ายผู้ป่วยคนไทยไปรับการรักษาตามสิทธิ มีการเริ่มขยายบัตรประกันสุขภาพสำหรับประชากรข้ามชาติ ซึ่งรวมบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และในปี พ.ศ. 2558 ได้เริ่มพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศเพื่อนบ้าน ทำให้ผู้ป่วยบางคนถูกส่งต่อกลับไปรักษายังประเทศของตน

มีผู้ป่วยคนไทยเข้ารับบริการในโครงการจำนวนมาก ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงระยะของการเปลี่ยนแปลงสิทธิการรักษาพยาบาล รอพิสูจน์สิทธิ หรือสาเหตุอื่น เช่น เป็นผู้ต้องขัง ซึ่งยังไม่มีสิทธิประกันสุขภาพที่ให้บริการยาต้านไวรัสในเรือนจำ

ผู้ป่วยในโครงการเข้าถึงบริการดูแลรักษาช้า ดังจะเห็นได้จาก สัดส่วนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยัง

ไม่เคยกินยาต้านไวรัสมาก่อน มีระดับ CD4 เมื่อแรกเข้าโครงการต่ำกว่า 200 cells/mm³ มากกว่าร้อยละ 50.0 ซึ่งระยะนี้เป็นช่วงที่ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีมานานหลายปี จนทำให้เข้าสู่ระยะที่ระดับเม็ดเลือดขาว CD4 ต่ำลง ทำให้ติดเชื้อจากโรคฉวยโอกาสต่าง ๆ ได้ง่าย ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับฐานข้อมูลการให้บริการยาต้านไวรัสของประชาชนไทยที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพในปี พ.ศ. 2556-2559 ที่พบมากกว่าร้อยละ 50.0 ของผู้เริ่มยาต้านไวรัสมีระดับ CD4 ต่ำกว่า 200 cells/mm³ และค่ามัธยฐานของ CD4 ในปี 2559 อยู่ที่ 194 cells/mm³(5) ดังนั้นควรปรับปรุงวิธีการดำเนินงานของประเทศให้ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สถานะการติดเชื้อเอชไอวีโดยเร็ว และได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสทันทีที่รู้ว่าติดเชื้อ เพื่อประสิทธิผลการรักษาที่ดี ลดการป่วยด้วยโรคฉวยโอกาส ลดการเสียชีวิต และส่งผลต่อการลดการถ่ายทอดเชื้อไปสู่ผู้อื่นตามแนวทางการดูแลรักษาของประเทศไทย และองค์การอนามัยโลก⁽¹⁰⁻¹¹⁾

เมื่อพิจารณาการจัดบริการของโครงการในช่วงปี 2549-2557 พบว่า ความครอบคลุมของการให้บริการตรวจหา VL ในปีแรกหลังจากผู้ป่วยเริ่มยาต้านไวรัสมีแนวโน้มสูงขึ้นถึงร้อยละ 30.2 ในปี 2557 แต่ก็ยังมีความครอบคลุมต่ำกว่าการให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพของรัฐที่พบว่า ณ สิ้นเดือนพฤษภาคม 2559 มีร้อยละ 85.0 ของผู้ป่วยที่กินยาต้านไวรัสได้รับการตรวจ VL⁽⁵⁾ ดังนั้นควรเพิ่มการให้บริการตรวจ VL ให้ครอบคลุมผู้ป่วยทุกราย เพื่อประโยชน์ในการประเมินผลการรักษา

ผลการรักษาในหนึ่งปีแรกหลังเริ่มยาต้านไวรัส พบว่า ในกลุ่มผู้ที่ได้รับการตรวจ VL ประสิทธิภาพของการรักษามีแนวโน้มดีขึ้นกว่าในช่วงเริ่มต้นโครงการ ดังจะเห็นได้จาก สัดส่วนของผู้ป่วยที่สามารถลดระดับ VL ให้ต่ำกว่า 50 copies/ml เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 84.3 ในปี 2557

เมื่อเปรียบเทียบกับค่าเป้าหมายของโลกที่กำหนดให้การบริการดูแลรักษาผู้ป่วย ควรมีสัดส่วนของผู้ป่วยที่มี VL <1,000 copies/ml ในหนึ่งปีแรก

หลังเริ่มยา ควรมีค่าสูงกว่าร้อยละ 90.0⁽¹²⁾ พบว่า ตลอดช่วงแปดปีของโครงการ ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจ VL มีผลเกินกว่าค่าเป้าหมาย ซึ่งผลเหมือนกับข้อมูลการให้บริการยาต้านไวรัสในผู้ป่วยที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ⁽¹³⁾ จากข้อมูลนี้ ได้แสดงถึงโรงพยาบาลมีการจัดบริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่มีคุณภาพ อย่างไรก็ตาม สัดส่วนของผู้ป่วยในโครงการที่สามารถลดระดับไวรัสได้ เริ่มมีแนวโน้มที่อาจจะต่ำลง และอัตราการขาดการติดตามการรักษามีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นสัญญาณที่บ่งชี้ถึงการเกิดการรักษาล้มเหลว และเกิดเชื้อดื้อยาได้ในอนาคต ปัญหาการขาดการติดตามการรักษาจะเกิดจากการที่ผู้เข้าโครงการส่วนใหญ่เป็นประชากรข้ามชาติที่มีการเคลื่อนย้ายถิ่นฐาน และส่วนหนึ่งเป็นคนไทยที่มีการย้ายสิทธิการรักษา ดังนั้นควรส่งเสริมให้มีการติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ประเมินการกินยาอย่างต่อเนื่อง และให้คำปรึกษาแก่ผู้ที่มีปัญหาต่อการกินยา รวมถึงพัฒนาระบบข้อมูลการดูแลรักษาให้มีการเชื่อมต่อข้อมูลของผู้ป่วยที่เป็นประชากรข้ามชาติ หรือยังไม่ระบุสิทธิการรักษาที่ย้ายไปรักษาที่สถานพยาบาลอื่น ทั้งในและนอกประเทศ เพื่อให้สามารถติดตามการดูแลรักษาได้อย่างต่อเนื่อง

ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือ เรื่องความไม่ครบถ้วนของข้อมูลการดูแลรักษาผู้ป่วยในโครงการ และผู้ป่วยบางรายอาจมีการเคลื่อนย้ายไปรับการรักษาในสถานพยาบาลหลายแห่ง ซึ่งไม่สามารถตรวจสอบความซ้ำซ้อนของข้อมูลได้

ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานที่สำคัญ ได้แก่

1. ควรสร้างความยั่งยืนของการจัดบริการดูแลรักษา สำหรับผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดของการใช้สิทธิประกันสุขภาพ หลังจากหยุดการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนโลกฯ เช่น มีการจัดทำแผนงาน/โครงการเพื่อขอสนับสนุนทุนจากกองทุนโลกฯ หรืองบประมาณภาครัฐ หรือแหล่งทุนอื่น ๆ และควรส่งเสริมให้กลุ่มประชากรข้ามชาติเข้าถึงบัตรประกันสุขภาพให้มากขึ้น สร้างความมั่นคง และกำหนดแนวทางที่ชัดเจนของระบบ

ประกันสุขภาพสำหรับประชากรข้ามชาติ และพัฒนาระบบการจัดบริการส่งต่อ รวมถึงการร่วมพัฒนาคุณภาพบริการด้านเอดส์ในประเทศเพื่อนบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยได้กลับไปรับการรักษาที่มีคุณภาพที่ประเทศของตนเอง

2. ควรส่งเสริมและเร่งรัดการเปลี่ยนแปลงสิทธิการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยคนไทย ให้สามารถเข้าถึงระบบประกันสุขภาพ เพื่อถ่ายโอนผู้ป่วยให้กลับไปใช้สิทธิประกันสุขภาพของตนเอง

3. ควรพัฒนาคุณภาพการจัดบริการ ได้แก่ การให้บริการตรวจ VL การติดตามผู้ป่วยเพื่อให้มารับยาต่อเนื่อง การจัดบริการให้คำปรึกษา รวมถึงจัดบริการให้ครอบคลุมบริการสุขภาพอื่นๆ อย่างครบถ้วน และต่อเนื่อง เช่น การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี การตรวจและรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และโรคร่วมอื่น เป็นต้น

4. ควรพัฒนาระบบข้อมูลการดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์ให้มีการบริหารจัดการข้อมูลที่มีประสิทธิภาพและมีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้ศึกษาขอขอบคุณ คณะเจ้าหน้าที่โครงการในทุกระดับที่ได้บริหารจัดการโครงการให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ได้เข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัส รวมถึงการบันทึกข้อมูลการรักษา อันเป็นประโยชน์ต่อการศึกษานี้

เอกสารอ้างอิง

1. Thanprasertsuk S, Lertpiriyasuwat C, Chasombat S. Developing a national antiretroviral programme for people with HIV/AIDS: the experience of Thailand. In: Jai P Narain, editor. AIDS in Asia: the challenge ahead. New Delhi: SAGE Publications India Pvt; 2004. p. 312-22.
2. Chasombat S, Lertpiriyasuwat C, Thanprasertsuk S, Suebsaeng L, Lo YR. The National Access to Antiretroviral Program for PHA (NAPHA) in Thailand. Southeast Asian J Trop Med Public Health 2006;37:704-15.
3. Lolekha R, Chunwimaleung S, Hansudewechakul R, Leawsrisook P, Prasitsuebsai W, Srisamang P, et al. Pediatric HIVQUAL-T: measuring and improving the quality of pediatric HIV care in Thailand, 2005-2007. Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety 2010;36:541-51.
4. McConnell MS, Chasombat S, Siangphoe U, Yuktanont P, Lolekha R, Pattarapayoon N, et al. National program scale-up and patient outcomes in a pediatric antiretroviral treatment program, Thailand, 2000-2007. J Acquir Immune Defic Syndr 2010;54:423-9.
5. กรมควบคุมโรค, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ระบบบริการข้อมูลสารสนเทศ การให้บริการผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 9 พ.ย. 2559]. แหล่งข้อมูล: http://napdl.nhso.go.th/NAPPWebReport/jsp/new_home.jsp
6. กลุ่มโรคเอดส์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. หนังสือกลุ่มโรคเอดส์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ที่ สธ 0424.4/7/GF2195 ลงวันที่ 14 มิถุนายน 2549 เรื่อง ขออนุมัติโครงการการปรับปรุงการเข้าถึงบริการการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ และการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ปีที่ 3 (1 ตุลาคม 2548-30 กันยายน 2549) และแผนดำเนินงานโครงการ.
7. สมบัติ แทนประเสริฐสุข, สัญชัย ชาสสมบัติ, พรทิพย์ ยุกตานนท์, ญัฐพร ก้องสกุลไกร, กมล เกษธรรม. โครงการปรับปรุงการเข้าถึงระบบบริการการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ในประเทศไทย สำหรับผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงสิทธิและผู้ป่วยที่อยู่นอกสิทธิระบบประกันสุขภาพ. วารสารควบคุมโรค 2555; 38:97-108.

8. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. โครงการกองทุนโลก ด้านการดูแลรักษา [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 30 ต.ค. 2559]. แหล่งข้อมูล: <http://www.gfaidscares.com/naphax/>
9. กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. นิยามผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการที่ใช้ในการเฝ้าระวังโรค. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2536.
10. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2557. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2557.
11. World Health Organization. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach. Geneva: World Health Organization; 2013.
12. UNAIDS. 90-90-90 An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic [Internet]. [cited 2016 Nov 15]. Available from: <http://www.unaids.org/en/resources/documents/2014/90-90-90>
13. กรมควบคุมโรค, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานผลการดำเนินงาน Global AIDS Response Progress Reporting: การรักษาและติดตามผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 9 พ.ย. 2559]. แหล่งข้อมูล: http://napdl.nhso.go.th/NAPPWebReport/report/new_report_garp4.jsp