

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

โครงการปรับปรุงการเข้าถึงระบบบริการการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์
และการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ในประเทศไทย สำหรับผู้ป่วยที่มีข้อจำกัด
ในการเข้าถึงสิทธิและผู้ป่วยที่อยู่นอกสิทธิระบบประกันสุขภาพ

National Antiretroviral Access for People with HIV/AIDS, the Extension Phase to
Reach Uninsured and Limited Rights Patients

สมบัติ แทนประเสริฐสุข พ.บ., ส.ม.*

Sombat Thanprasertsuk M.D., M.P.H.*

สัชชัย ชาสสมบัติ พ.บ. บธ.ม.**

Sanchai Chasombat M.D., E.M.B.A.**

พรทิพย์ ยุktanนท์ วท.บ. (พยาบาล)

Pornthip Yuktanon B.Sc. (Nursing),

วท.ม. (จิตวิทยา)***

M.Sc. (Psychiatry) ***

ณัฐพร กองสกุลไกร ภ.บ.***

Nattaporn Kongsakunkrai B.Pharm.***

กมล เกษธรรม วท.บ.***

Kamol Kesthom B.Sc.***

* กรมควบคุมโรค

* Department of Disease Control

** สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

** Emergency Medical Institute of Thailand

*** สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

*** Bureau of AIDS, TB and STIs,

กรมควบคุมโรค

Department of Disease Control

บทคัดย่อ

ประเทศไทยได้เริ่มโครงการจัดบริการยาต้านไวรัสให้แก่ผู้ป่วยเอดส์ที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงสิทธิ และผู้ป่วยที่อยู่นอกสิทธิระบบประกันสุขภาพ (ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นคนข้ามชาติมาตั้งแต่ปี 2549 โดยได้รับทุนสนับสนุนบางส่วนจากกองทุนโลกฯ และมีเป้าหมายผู้ป่วย 2,000 ราย ผลการดำเนินงานจากเดือน ตุลาคม 2549 - กันยายน 2554 พบมีผู้ป่วยสะสมในโครงการฯ 6,148 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย 4,414 ราย (ร้อยละ 71.8) และเป็นผู้ป่วยคนไทย 1,734 ราย (ร้อยละ 28.2) ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายร้อยละ 51.82 มีระดับซีดี 4 ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 200 เซลล์/มม³ และร้อยละ 68.4 ไม่เคยได้รับยาต้านไวรัสมาก่อน ส่วนผู้ป่วยคนไทย ร้อยละ 37.77 มีระดับซีดี 4 ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 200 เซลล์/มม³ และร้อยละ 30.8 ไม่เคยได้รับยาต้านไวรัสมาก่อน

ในเดือนกันยายน 2554 มีผู้ป่วยที่กำลังได้รับการรักษา 3,051 ราย (ร้อยละ 49.6 ของผู้ป่วยสะสม) ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย 2,834 ราย (ร้อยละ 64.2 ของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายสะสม) และเป็นผู้ป่วยคนไทย 217 ราย (ร้อยละ 12.5 ของผู้ป่วยคนไทยสะสม) โดยผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายได้รับยาต้านไวรัสสูตรที่ 1 จำนวน 2,564 ราย (ร้อยละ 90.5 ของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย) ส่วนผู้ป่วยคนไทย ได้รับยาต้านไวรัสสูตรที่ 1 จำนวน 165 ราย (ร้อยละ 76.0 ของผู้ป่วยคนไทย)

การบริการยาต้านไวรัสตามโครงการฯ เป็นบริการสุขภาพในเชิงมนุษยธรรม เพื่อลดความเจ็บป่วย และการเสียชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย บั-หาและความท้าทาย รวมทั้งข้อเสนอแนะในการดำเนินงานโครงการฯ ที่สำคัญได้แก่

(1) ความยั่งยืนของโครงการฯ เนื่องจากการสนับสนุนทุนจากกองทุนโลกฯ กำลังจะสิ้นสุดในปี 2557 ซึ่งจะต้องมีการพิจารณาหาแนวทางเสริมสร้างความยั่งยืนของการบริการต่อไป

(2) ควรมีการคาดการณ์จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการบริการ และจัดทำเป็นแผนงานเพื่อ

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรที่จำเป็น เพื่อให้จัดบริการได้ครอบคลุม

(3) ผู้ป่วยคนไทยขอรับบริการจากโครงการฯ เพราะอยู่ระหว่างการเปลี่ยนแปลงสิทธิ หรือ กังวลในการสูญเสียความลับจากบริการตามสิทธิปกติ ผลจากการทำความเข้าใจทำให้ผู้ป่วยคนไทยกลับไปใช้สิทธิของตนได้เป็นจำนวนมาก และ

(4) การออกจากโครงการฯ ของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการศึกษาหาวิธีการที่เหมาะสมเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถรับบริการอย่างต่อเนื่องเพิ่มขึ้น

Abstract

Thailand initiated a project to provide ART to people with HIV/AIDS who were un-insured and with limited rights, mostly non-Thai immigrants, in 2006. The project was partially supported by the Global Fund with a target of 2,000 cases. From October 2006 to September 2011, there were 6,148 cases cumulatively received service for the project. Of these, 4,414 cases (71.8 %) were non-Thai targeted patients, and 1,734 (28.2 %) were Thais. At enrollment, 51.82 % of targeted and 37.77 % of Thai patients had CD4 cell count equal to or less than 200 cell/mm³. 68.4 % of targeted and 37.77 % of Thai patients had never received ART before. In September 2011, there were 2,834 targeted cases (64.2 % of cumulative targeted patients) and 217 cases of Thais (12.5 % of cumulative Thai patients) actively participated in the project. Number of cases treated with first-line regimen among targeted and Thai patients were 2,564 (90.5 %) and 165 (76.0 %) respectively.

ART services provided in this project had been developed based on humanitarian reason in order to reduce morbidity and mortality related to HIV and AIDS. Challenges and recommendations for future development included:

(1) Financial support from GFATM would end in 2014, therefore, the provision of sustainable ART service for this targeted patient should be developed.

(2) For future plan, attempt to estimate number of needed cases should be made in order to request sufficient resources to implement project.

(3) Thai patients were enrolled due to gap during changes in health insurance scheme or fear of losing confidentiality, however, with explanation on the objective of the project, almost Thai cases had been referred out.

(4) Since there had been a number of losses to follow up, there should be a study to identify more appropriate means to retain cases for long-term treatment programme.

ประเด็นสำคัญ-	Keywords
ระบบบริการการดูแลรักษา เอชไอวี/เอดส์	<i>Development of the Extension Phase, HIV/AIDS</i>
การเข้าถึงสิทธิและผู้ป่วยที่อยู่นอกสิทธิ	<i>Uninsured and Limited Rights Patients</i>

บทนำ

การระบาดของเอชไอวีในประเทศไทยเป็นปีที่ 19 ปีที่มีความรุนแรงสูง จากการคาดการณ์ของ

คณะทำงานคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ประเทศไทย⁽¹⁾ ได้คาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ. 2553 มีผู้ป่วยเอดส์ที่ต้องการรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ประมาณ 280,000 ราย และนับจากปี 2554

เป็นต้นไป จะมีผู้ติดเชื้อที่ทยอยป่วยและต้องการยาต้านไวรัสปีละประมาณ 20,000-30,000 รายไปอีกอย่างน้อย 5 ปี กระทรวงสาธารณสุขได้ริเริ่มให้บริการยาต้านไวรัส แก่ผู้ป่วยเอดส์มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535⁽²⁾ และได้มีการพัฒนาโครงการการให้บริการยาต้านไวรัสมาเป็นลำดับ จนในปี พ.ศ. 2544 ก็ได้เริ่มการดำเนินโครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ (National Access to ART for People with HIV and AIDS, NAPHA)⁽³⁾ ทำให้เกิดบริการที่ครอบคลุมผู้ป่วยเอดส์อย่างกว้างขวางและทั่วถึง กระทั่งในปี พ.ศ. 2547 การบริการยาต้านไวรัสเอดส์ก็ได้ถูกบรรจุเข้าเป็นสิทธิประโยชน์ในโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และโครงการประกันสุขภาพอื่นๆ ทำให้ผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นคนไทย สามารถเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ได้โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย และนับจนถึงเดือนกันยายน 2552 มีผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นคนไทยได้รับยาต้านไวรัสจากโครงการหลักประกันสุขภาพภาครัฐในทุกระบบ รวมทั้งจากโครงการวิจัยต่างๆ แล้วทั้งสิ้น 216,118 ราย หรือร้อยละ 75.8 ของผู้ป่วยที่ต้องการยาต้านไวรัส⁽⁴⁾ อย่างไรก็ตาม ยังคงมีผู้ป่วยเอดส์ที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยอีกกลุ่มหนึ่งที่ไม่มียกสิทธิในการได้รับยาต้านไวรัสเอดส์จากโครงการหลักประกันสุขภาพ ได้แก่ ผู้ป่วยที่ไม่ใช่คนไทย หรือเป็นผู้ที่ยังไม่มีสัญชาติไทย ประกอบด้วยแรงงานข้ามชาติที่ได้รับการผ่อนผันให้เข้าเมืองและสามารถทำงานได้ตามเงื่อนไขที่กำหนด แรงงานข้ามชาติและผู้ติดตามที่เข้าเมืองมาโดยไม่ผ่านกระบวนการตรวจคนเข้าเมืองอย่างถูกต้อง (แรงงานข้ามชาติและผู้ติดตาม) ผู้หนีภัยสงครามจากประเทศเพื่อนบ้าน กลุ่มชาติพันธุ์ซึ่งเป็นชนกลุ่มน้อยที่ไม่มีสัญชาติไทยตามกฎหมาย และอื่นๆ กล่าวได้ว่าผู้ป่วยเหล่านี้เป็นผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงสิทธิ และผู้ป่วยที่อยู่นอกสิทธิระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่ในประเทศไทย ข้อมูลจากองค์การระหว่างประเทศเพื่อการโยกย้ายถิ่นฐาน (International Organization of Migration, IOM)⁽⁵⁾ แจ้งว่า ในปี 2552 มีแรงงานข้ามชาติและผู้ติดตาม

เฉพาะจากประเทศเพื่อนบ้านของประเทศไทย 3 ประเทศ ได้แก่ พม่า ลาว และกัมพูชา ประมาณ 2,000,000 คน นอกจากนี้ สำนักงานข้าหลวงใหญ่ผู้ลี้ภัยแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย (United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR), Thailand) ได้รายงานว่ามีผู้หนีภัยสงคราม ประมาณ 102,000 คน และผู้ลี้ภัยอีก 9,000 คนในที่พักพิงชั่วคราวตามชายแดน⁽⁶⁾ กลุ่มคนเหล่านี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพต่างๆ รวมทั้งมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี เช่นเดียวกับคนไทย แต่ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างเต็มที่ เมื่อเทียบกับประชากรไทย หากพิจารณาเฉพาะปี-หาค่าการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ สำนักกระบาดวิทยา⁽⁷⁾ ได้รายงานผลการเฝ้าระวังในปี 2551 พบการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มแรงงานข้ามชาติในภาพรวม ร้อยละ 0.94 ซึ่งให้เห็นถึงระดับของปี-หาค่าการติดเชื้อเอชไอวี ว่ามีขนาดสูงไม่น้อยกว่าคนไทยทั่วไป จึงเป็นความจำเป็นอย่างยิ่งในการจัดบริการยาต้านไวรัส ให้แก่ผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่ใช่คนไทยเหล่านี้

ในปี 2549 กรมควบคุมโรค ได้พัฒนาระบบบริการยาต้านไวรัสสำหรับผู้ป่วยเอดส์ซึ่งเป็นผู้ที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงสิทธิ และเป็นผู้ป่วยที่อยู่นอกสิทธิระบบประกันสุขภาพ (National Antiretroviral Access for People with HIV/AIDS, the Extension Phase (NAPHA Extension)) โดยได้ปรับปรุงโครงการการปรับปรุงการเข้าถึงระบบบริการการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ในประเทศไทย ซึ่งเป็นโครงการที่ได้รับทุนจากกองทุนโลกเพื่อต่อสู้กับโรคเอดส์วัณโรค และมาลาเรีย (กองทุนโลก) ตามโครงการรอบที่ 1⁽⁸⁾ ซึ่งมีระยะเวลาดังตั้งปี 2546 ถึง 2551 การปรับปรุงนี้ เกิดขึ้นในปีที่ 3 ของโครงการรอบที่ 1 โดยกรมควบคุมโรคได้อนุมัติ เมื่อวันที่ 19 มิถุนายน 2549⁽⁹⁾ ถือได้ว่าเป็นจุดเริ่มต้นของโครงการ NAPHA Extension ต่อมากองทุนโลก ได้อนุมัติงบประมาณสนับสนุนโครงการนี้ โดยเป็นส่วนหนึ่งภายใต้โครงการรอบ Rolling Continuation Channel (RCC)

ซึ่งมีกำหนดระยะเวลา 6 ปี นับตั้งแต่ ปี 2552-2557⁽⁹⁾ ทั้งนี้ โครงการได้กำหนดเป้าหมายให้การบริการด้วยยาต้านไวรัส ในช่วง 3 ปีแรกเป็นจำนวน 2,000 ราย

รายงานการศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอข้อมูลการพัฒนาโครงการบริการยาต้านไวรัส แก่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งเป็นผู้มีข้อจำกัดในการเข้าถึงสิทธิ และเป็นผู้ป่วยที่อยู่นอกสิทธิระบบประกันสุขภาพ (โครงการ NAPHA Extension (โครงการฯ)) รวมทั้งได้นำเสนอแนวทางการดำเนินงาน ผลของโครงการฯ และยังได้อภิปรายวิเคราะห์สภาพปัญหาและบทเรียนในการดำเนินงาน ตลอดจนประเด็นท้าทายในด้านต่างๆ พร้อมทั้งได้เสนอแนะแนวทางการดำเนินงานระยะต่อไป อนึ่งเนื่องจากมีผู้ป่วยคนไทยที่ขอรับบริการจากโครงการฯ ด้วยจำนวนหนึ่ง ดังนั้นในการนำเสนอผลของโครงการฯ จึงได้นำเสนอข้อมูลในส่วนของผู้ป่วยคนไทยไว้ด้วย

วิธีการดำเนินโครงการ

แบ่งตามลักษณะของกิจกรรม เป็นกลุ่มต่างๆ ได้ดังนี้

1. การพัฒนาโครงสร้างการบริหาร และการดำเนินโครงการ
2. การสำรวจความพร้อมของหน่วยบริการ และการสมัครเข้าร่วมโครงการ
3. การพัฒนาศักยภาพของหน่วยบริการ
4. การพัฒนาระบบบริการ
5. การพัฒนาระบบข้อมูล

โดยมีข้อมูลการพัฒนาและการดำเนินงานของแต่ละกลุ่มกิจกรรมดังนี้

1. การพัฒนาโครงสร้างการบริหาร และการดำเนินโครงการฯ

หน่วยงานที่เข้าร่วมได้แก่ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (สอวพ.) เป็นหน่วยบริหาร ประสานงาน พัฒนาระบบ และประมวลผลข้อมูลในส่วนกลาง และ สำนักงานป้องกันควบคุมโรค (สคร.) เป็นหน่วยบริการ ประสาน และ พัฒนาระบบในระดับเขต โดยมีกองควบคุมโรคเอดส์

สำนักอนามัย กทม. (หรือกองควบคุม โรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักอนามัย กทม. ในปัจจุบัน) ทำหน้าที่นี้ในพื้นที่จังหวัดกรุงเทพฯ สำหรับการดำเนินงานในระดับจังหวัด ได้ขอความร่วมมือจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ที่มีโรงพยาบาลในพื้นที่ร่วมเป็นหน่วยบริการ ให้เข้าร่วมโครงการฯ โดยมีบทบาทในการประสานงาน พัฒนาระบบ และประมวลผลข้อมูลในระดับจังหวัด สำนักงานบริหารโครงการ กองทุนโลกฯ กรมควบคุมโรค ซึ่งเป็นหน่วยงานบริหารงบประมาณจากทุนซึ่งได้รับจากกองทุนโลกฯ พิจารณาจัดสรรงบประมาณ ให้แก่ สอวพ. เพื่อดำเนินงานตามโครงการฯ ซึ่งได้รับอนุมัติจากกรมควบคุมโรคเป็นรายปี หน่วยบริการได้แก่ โรงพยาบาลที่ให้บริการยาต้านไวรัส เอดส์และบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องแก่ผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งเป็นผู้มีข้อจำกัดในการเข้าถึงสิทธิ และเป็นผู้ป่วยที่อยู่นอกสิทธิระบบประกันสุขภาพ และสมัครเข้าร่วมโครงการ NAPHA Extension

ในการจัดบริการ ได้รับความร่วมมือจากองค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ เช่น มูลนิธิรักไทย ที่ได้ทำงานกับเครือข่ายผู้ใช้แรงงานข้ามชาติ และกลุ่มอื่นๆ ที่เป็นเป้าหมายของโครงการฯ ในด้านการประสานส่งต่อผู้ป่วย การช่วยเหลือในด้านอาสาสมัครสื่อสารกับผู้ป่วย และการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

2. การสำรวจความพร้อมของหน่วยบริการ และการสมัครเข้าร่วมโครงการฯ

ในปี 2550 สอวพ. ได้สำรวจความคิดเห็นของโรงพยาบาลที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์อยู่แล้วมากกว่า 900 แห่ง โดยแจ้งข้อมูลรายละเอียดวิธีการดำเนินงานของโครงการฯ พร้อมทั้งสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการฯ ผลพบว่า มีโรงพยาบาลประมาณ 600 แห่งที่สมัครเข้าร่วมโครงการ อย่างไรก็ตาม ในการปฏิบัติงานจริง มีโรงพยาบาลที่มีผู้ป่วยและได้จัดบริการนับจนถึงเดือนกันยายน 2554 รวม 464 โรงพยาบาล และเฉพาะในเดือนกันยายน 2554 มีโรงพยาบาลที่จัดบริการให้ผู้ป่วยในโครงการฯ 402 โรงพยาบาล

3. การพัฒนาศักยภาพของหน่วยบริการ เพื่อให้โรงพยาบาลที่สมัครเข้าร่วมโครงการฯ มีความรู้ความเข้าใจในการดำเนินงานโครงการร่วมกัน และสามารถจัดบริการต่างๆ ตามที่กำหนด สอวพ. ได้จัดการจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการชี้แจงแนวทางการดำเนินโครงการฯ และพัฒนาบุคลากร เป็นประจำทุกปี ปีละ 1 ครั้ง ในระดับเขต ศร. ยังได้จัดการประชุมเชิงปฏิบัติการระหว่างผู้เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาวิธีการดำเนินงานการประสานงาน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในประเด็น ต่างๆ ปีละ 1 ครั้ง

4. การพัฒนาระบบบริการ

ในการพัฒนาระบบบริการ ภายใต้โครงการ NAPHA Extension นี้ สามารถแบ่งเป็นระบบด้านต่างๆ ได้ดังนี้

4.1 ระบบบริหารจัดการยา และน้ำยา ตรวจทางห้องปฏิบัติการด้านเอชไอวี โครงการฯ ให้บริการยาต้านไวรัสสูตรพื้นฐาน และสูตรทางเลือก รวมทั้ง น้ำยาตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นสำหรับการติดตามการดูแลรักษา โดยมีการจัดซื้อยาต้านไวรัส และ น้ำยาตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตามแผนและด้วยวิธีการการจัดซื้อที่กองทุนโลกฯ และกรมควบคุมโรค อนุมัติ

4.2 การพัฒนาบริการในโครงการฯ ประกอบด้วย

(1) การสนับสนุนการดำเนินงานค้นหาผู้ติดเชื้อในกลุ่มประชากรเคลื่อนย้าย (Mobile Population VCT (MPVCT))

โครงการฯ สนับสนุนการค้นหาผู้ติดเชื้อในกลุ่มเป้าหมาย ภายใต้กรอบงานการค้นหาผู้ติดเชื้อในกลุ่มประชากรเคลื่อนย้าย โดยสนับสนุนงบประมาณแก่ ศร. และโรงพยาบาล ให้จัดกิจกรรมเสริมสร้างแรงจูงใจ การเข้ารับบริการในกลุ่มเป้าหมาย

(2) การสื่อสารกับกลุ่มเป้าหมาย

เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายในโครงการฯ ส่วนใหญ่ไม่ใช่คนไทย จึงอาจมีข้อจำกัดในเรื่องการสื่อสาร สอวพ. ได้จัดทำสื่อให้ความรู้ต่างๆ เพื่อให้

กลุ่มเป้าหมายมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง และการป้องกัน เช่น แผ่นพับ "คุยกันเรื่อง...เอดส์" และภาพพลิก "คุยกันเรื่อง...เอดส์" เป็นต้น ซึ่งสื่อเหล่านี้ได้แปลเป็นภาษาพม่า และ กัมพูชา เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเข้าใจได้

(3) การพัฒนาระบบบริการ

ก. ข้อกำหนดสำหรับการคัดเลือกผู้ป่วยเข้ารับบริการ

โครงการฯ มีกลุ่มเป้าหมายได้แก่ กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งเป็นผู้ที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงสิทธิ และเป็นผู้ป่วยที่อยู่นอกสิทธิระบบประกันสุขภาพจำนวน 2,000 ราย ข้อกำหนดทั่วไปสำหรับการคัดเลือกผู้ป่วยเข้ารับบริการภายใต้การสนับสนุนจากกองทุนโลก ด้านการดูแลสุขภาพ ปีที่ 6 ระยะ RCC⁽¹⁰⁾ มีดังนี้

1) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ที่ประสงค์เข้ารับบริการ และลงนามสมัครเข้ารับบริการกับหน่วยบริการ

2) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งผู้ใหญ่-และเด็กที่จะได้รับการประเมินความพร้อมในการกินยาต้านไวรัส และสามารถติดตามผลการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง

3) เกณฑ์การรักษาด้วยยาต้านไวรัส ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยของระยะเอดส์ หรือมีอาการทางคลินิก โดยไม่ต้องคำนึงถึงระดับเม็ดเลือดขาว ซีดี 4 และผู้ป่วยที่มีระดับเม็ดเลือดขาวซีดี 4 น้อยกว่า 200 เซลล์/มม³ แม้จะไม่มีอาการทางคลินิก ส่วนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีระดับเม็ดเลือดขาว ซีดี 4 สูงกว่า 200 เซลล์/มม³ ยังไม่ให้อาการไวรัสและแนะนำให้ติดตามอาการ และตรวจระดับเม็ดเลือดขาว ซีดี 4

ข. บริการยาต้านไวรัส

สูตรยาแนะนำสำหรับการรักษาผู้ป่วยที่เข้าโครงการฯ จำแนกได้เป็นสูตรยาพื้นฐาน (first-line regimen หรือ สูตรแรก) มีองค์ประกอบของยาต้านไวรัส ได้แก่ ยาในกลุ่ม Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitor 2 ชนิด ร่วมกับยาในกลุ่ม Non-nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitor 1 ชนิด (2 NRTIs +

1 NNRTI) และสูตรทางเลือก ใช้ในกรณีเชื้อเอชไอวี ต่อยาสู่ตรพื้นฐาน มื้อองค์ประกอบของยาต้านไวรัส ได้แก่ ยาในกลุ่ม NRTI 2 ชนิด ร่วมกับยาในกลุ่ม Protease Inhibitor (2 NRTIs + PIs)

การพิจารณาเลือกสูตรยาในโครงการฯ ได้รับคำแนะนำจากคณะผู้เชี่ยวชาญ- และผู้แทนจากหน่วยงานระดับเขต และหน่วยบริการ โดยเป็นสูตรยาที่รับประทานง่าย และให้มีผลข้างเคียงน้อย เพื่อเพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานได้อย่างต่อเนื่อง (adherence) นอกจากนี้ยังได้มีการพัฒนายาในสูตรยาที่ใช้ให้สอดคล้องกับแนวทางการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสระดับชาติเป็นระยะด้วย

ค. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้าร่วมโครงการฯ จะได้รับการติดตามด้านการตรวจทางห้องปฏิบัติการใน 4 รายการดังนี้

- การตรวจหาความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC) จำนวน 2 ครั้ง/ปี ตั้งแต่เริ่มเข้าโครงการฯ
- การตรวจหาปริมาณเซลล์เม็ดเลือดขาว ชนิด CD4 จำนวน 2 ครั้ง/ปี ตั้งแต่เริ่มเข้าโครงการฯ
- การตรวจหาปริมาณไวรัสในเลือด (Viral load) จำนวน 2 ครั้ง/ปี หลังจากได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสแล้ว
- การตรวจหาเชื้อดื้อยาต้านไวรัส (HIV Drug Resistance Genotyping Test) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มี viral load > 2,000 copies/มม³ จำนวน 1 ครั้ง/ปี คาดว่า จะมีผู้ป่วยประมาณ ร้อยละ 10 ของผู้ป่วยที่เข้าข่ายจะต้องตรวจหาเชื้อดื้อยาต้านไวรัส

ง. การบริการปรึกษา

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้าร่วมโครงการฯ ทุกรายจะได้รับบริการปรึกษา (Counseling) ประกอบด้วย บริการปรึกษาเรื่องโรค การรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ การติดตามการรักษา การดูแลสุขภาพด้วยตนเอง รวมถึงการดูแลรักษาจิตใจ

5. การพัฒนาระบบข้อมูล

การจัดเก็บข้อมูลของโครงการฯ ในช่วงแรก ดำเนินการโดยหน่วยบริการบันทึกข้อมูลการบริการดูแลรักษาด้วยมือ (manual) และรวบรวมข้อมูลในเดือนนั้นๆ จัดส่งให้ สสจ. เพื่อประมวลผลเป็นข้อมูลรวมระดับจังหวัด แล้วจัดส่งให้ สคร. เพื่อประมวลผลเป็นข้อมูลรวมระดับเขต จากนั้นจัดส่งให้ สอวพ. ตามลำดับ

ต่อมาในปี 2552 ได้มีการปรับปรุงระบบการบันทึกข้อมูลเป็นแบบอิเล็กทรอนิกส์ ด้วยโปรแกรม NAPHA EXTENSION⁽¹¹⁾ หน่วยบริการสามารถจัดส่งโดยแนบแฟ้มข้อมูลผ่านจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ ส่งให้กับ สสจ. สคร. และกองควบคุมโรคเอดส์ กทม. เพื่อประมวลผลในระดับพื้นที่และจัดส่งให้กับ สอวพ. จนกระทั่งในปัจจุบันหน่วยบริการสามารถบันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม NAPHA EXTENSION ออนไลน์ โดยหน่วยงานบริหารโครงการฯ ในแต่ละระดับสามารถดูข้อมูลของหน่วยบริการภายใต้การประสานงานหน่วยงานนั้นๆ ได้

ในช่วงเปลี่ยนผ่านของการจัดเก็บข้อมูลเป็นการบันทึกลงในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์นั้น โรงพยาบาลได้บันทึกข้อมูลผู้ป่วยเอดส์ในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ด้วย

ผลการดำเนินงาน

นับตั้งแต่เริ่มต้นโครงการ NAPHA Extension ในปี 2549 จนถึง เดือนกันยายน 2554 มีผู้ป่วยสะสมในโครงการฯ ทั้งสิ้น 6,148 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย (ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งเป็นผู้มีข้อจำกัดในการเข้าถึงสิทธิ และเป็นผู้ป่วยที่อยู่นอกสิทธิระบบประกันสุขภาพ) 4,414 ราย (ร้อยละ 71.8) และเป็นผู้ป่วยคนไทย แต่มาขอรับบริการ ภายใต้โครงการฯ ด้วยเหตุผลความจำเป็นต่างๆ จำนวน 1,734 ราย (ร้อยละ 28.2)

เมื่อพิจารณาปัจจัยต่างๆ เมื่อแรกเริ่มของผู้ป่วย (ตารางที่ 1) พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย เป็นเพศชาย 2,031 ราย (ร้อยละ 46.01) และเพศหญิง 2,383 ราย (ร้อยละ 53.99) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 15-44 ปี จำนวน 3,803 ราย (ร้อยละ 86.16) มีผู้ป่วยที่ได้ตรวจ

ระดับเม็ดเลือดขาว ซีดี 4 จำนวน 3,426 ราย (ร้อยละ 77.62) ผลการตรวจพบว่า มีผู้ป่วยที่มีระดับเม็ดเลือดขาว ซีดี 4 ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 200 เซล/มม³ จำนวน 2,287 ราย (ร้อยละ 51.81) และค่าเฉลี่ยผลการตรวจเท่ากับ 197.10 ± 222.40 เซล/มม³

ส่วนผู้ป่วยคนไทย เป็นเพศชาย 1,086 ราย ร้อยละ 62.63 และเพศหญิง 648 ราย (ร้อยละ 37.37) ส่วนให้-มีอายุอยู่ระหว่าง 15-44 ปี จำนวน 1,394 ราย (ร้อยละ 80.39) มีผู้ป่วยที่ได้ตรวจระดับ เม็ดเลือดขาว

ตารางที่ 1 ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในโครงการ NAPHA Extension ตามปัจจัยต่าง ๆ เมื่อแรกรับ จำแนกระหว่างผู้ป่วย กลุ่มเป้าหมายของโครงการฯ กับ ผู้ป่วยคนไทย ต.ค. 2549 - ก.ย. 2554

ปัจจัย	ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย (4,414 ราย)	ผู้ป่วยคนไทย (1,734 ราย)
เพศ - ชาย	2,031 (46.01 %)	1,086 (62.63 %)
- หญิง	2,383 (53.99 %)	648 (37.37 %)
กลุ่มอายุ		
0 - 4 ปี	40 (0.91 %)	4 (0.23 %)
5 - 14 ปี	136 (3.08 %)	46 (2.65 %)
15 - 44 ปี	3,803 (86.16 %)	1,394 (80.39 %)
≥ 45 ปี	435 (9.86 %)	290 (16.72 %)
ระดับเม็ดเลือดขาว ซีดี 4 (เซล/มม ³)		
≤ 50	1,015 (23.00 %)	269 (15.51 %)
51 - 100	481 (10.90 %)	122 (7.04 %)
101 - 200	791 (17.92 %)	264 (15.22 %)
201 - 350	520 (11.78 %)	313 (18.05 %)
351 - 500	296 (6.71 %)	230 (13.26 %)
> 501	323 (7.32 %)	246 (14.19 %)
ไม่ทราบ/ไม่ได้ตรวจ	988 (22.38 %)	290 (16.72 %)
ค่าเฉลี่ย (Mean ± SD)	197.10±222.40	285.76±251.67
ประวัติการเคยได้รับการรักษา		
- ไม่เคย	3019 (68.40 %)	534 (30.80 %)
- เคยรับยาต้านไวรัส		
- เพื่อการรักษา	463 (10.49 %)	714 (41.18 %)
- เพื่อการป้องกันจากแม่สู่ลูก	121 (2.74 %)	16 (0.92 %)
- อื่น ๆ	811 (18.37 %)	470 (27.10 %)

เมื่อพิจารณาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับข้อจำกัด ในการเข้าถึงสิทธิของระบบประกันสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วย กลุ่มเป้าหมายเป็นคนต่างด้าวที่มีหลักฐานการเข้าเมือง 1,279 ราย (ร้อยละ 28.98) เป็นคนต่างด้าวที่ไม่มี

ซีดี 4 จำนวน 1,444 ราย (ร้อยละ 83.27) ผลการตรวจ พบว่า มีผู้ป่วยที่มีระดับเม็ดเลือดขาว ซีดี 4 ต่ำกว่า หรือ เท่ากับ 200 เซล/มม³ จำนวน 655 ราย (ร้อยละ 37.77) ค่าเฉลี่ยผลการตรวจเท่ากับ 285.76 ± 251.67 เซล/มม³

ในด้านประวัติการรักษา พบว่า ผู้ป่วยกลุ่ม เป้าหมาย ไม่เคยรับยาต้านไวรัสมาก่อน 3,019 ราย (ร้อยละ 68.4) ส่วนกลุ่มผู้ป่วยคนไทย ไม่เคยรับยา ต้านไวรัสมาก่อน 534 ราย (ร้อยละ 30.80)

หลักฐานการเข้าเมือง 1,262 ราย (ร้อยละ 28.59) เป็นแรงงานต่างด้าวที่มีหลักประกันสุขภาพ 864 ราย (ร้อยละ 19.57) เป็นคนที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยที่ไม่มี สิทธิหรือการพิสูจน์สิทธิ 857 ราย (ร้อยละ 19.42)

ผู้เสียชีวิต 45 ราย (ร้อยละ 1.02) และอื่นๆ 107 ราย ร้อยละ 2.42

ผู้ป่วยเหล่านี้มีรายงานว่า มาจากประเทศพม่า จำนวน 2,310 ราย (ร้อยละ 52.33) เป็นคนไทยที่รอการพิสูจน์สัญชาติ 845 ราย (ร้อยละ 19.14) ลาว 414 ราย (ร้อยละ 9.38) กัมพูชา 303 ราย (ร้อยละ 6.86) ประเทศอื่นๆ 62 ราย (ร้อยละ 1.40) และเป็นผู้ที่ไม่ทราบ หรือไม่สามารถระบุสัญชาติได้ 480 ราย (ร้อยละ 10.87)

ส่วนผู้ป่วยคนไทย มีข้อมูลว่าเป็นผู้มีสิทธิตามระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 827 ราย (ร้อยละ 47.69) ระบบประกันสังคม จำนวน 593 ราย (ร้อยละ 34.20) ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ จำนวน 218 ราย (ร้อยละ 12.57) และอื่นๆ 96 ราย (ร้อยละ 5.54)

จากจำนวนผู้ป่วยสะสมทั้งหมดในโครงการฯ มีผู้ป่วยที่ยังคงรับยาอยู่ในเดือนกันยายน 2554 จำนวน 3,051 ราย ร้อยละ 49.6 ของผู้ป่วยสะสม ในจำนวนนี้

ตารางที่ 2 สาเหตุที่ผู้ป่วยในโครงการ NAPHA Extension ออกจากโครงการฯ จำแนกตามผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย กับผู้ป่วยคนไทย

ตค 2549 - กย 2554

สาเหตุที่ออกจากโครงการฯ	ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย (1,658 ราย)	ผู้ป่วยคนไทย (1,524 ราย)
- ไม่มารับการติดตามการรักษาตามนัด	680 (41.0 %)	130 (8.5 %)
- ส่งต่อไปรับการรักษาที่อื่น	612 (36.9 %)	1,228 (80.5 %)
- หยุดการรักษา	133 (8.0 %)	114 (7.5 %)
* รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง	29 ราย	7 ราย
* ขอดอนตัวเอง	21 ราย	61 ราย
* มีอาการข้างเคียง	13 ราย	2 ราย
* การรักษาล้มเหลว	2 ราย	2 ราย
* อื่น ๆ	68 ราย	42 ราย
- เสียชีวิต	233 (14.1 %)	52 (3.4 %)
* สาเหตุจากเอดส์	192 ราย	45 ราย
* สาเหตุไม่เกี่ยวกับเอดส์	41 ราย	7 ราย

เมื่อวิเคราะห์จำนวนผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนเข้ารับการรักษาใหม่ เป็นรายไตรมาส ตั้งแต่ปี 2549 เป็นต้นมา พบว่า มีผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่รับยาต่อเนื่อง มาก่อน และรับไว้เป็นผู้ป่วยในโครงการฯ 134 ราย

เป็นผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย 2,834 ราย (ร้อยละ 64.2) ของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายสะสม และมีผู้ป่วยที่ออกจากโครงการฯ 1,658 ราย (ร้อยละ 37.6) ในจำนวนผู้ป่วยที่เคยออกจากโครงการฯ ไป มี 78 ราย ที่กลับมาเข้าโครงการฯ ใหม่ สำหรับสาเหตุที่ผู้ป่วยออกจากโครงการฯ ที่พบมากที่สุดและได้รายงานไว้ ได้แก่ ไม่มารับการติดตามการรักษาตามนัด 680 ราย (ร้อยละ 41.0 ของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ออกจากโครงการฯ) สำหรับกลุ่มผู้ป่วยคนไทย มีผู้ป่วยที่ยังรับยา อยู่ในเดือนกันยายน 2554 จำนวน 217 ราย (ร้อยละ 12.5 ของผู้ป่วยคนไทยสะสม) และมีผู้ป่วยที่ออกจากโครงการฯ ด้วยสาเหตุต่างๆ จำนวน 1,524 ราย (ร้อยละ 87.9) ในจำนวน ผู้ป่วยที่เคยออกจากโครงการฯ ไป มี 7 ราย ที่ได้กลับ มาเข้ารับการรักษาในโครงการฯ ใหม่ สำหรับสาเหตุที่ผู้ป่วยออกจากโครงการฯ ที่ได้รายงานไว้มากที่สุด ได้แก่ ส่งต่อไปรับการรักษาที่อื่น 1,228 ราย (ร้อยละ 80.5 ของกลุ่มผู้ป่วยคนไทยที่ออกจากโครงการฯ) (ตารางที่ 2)

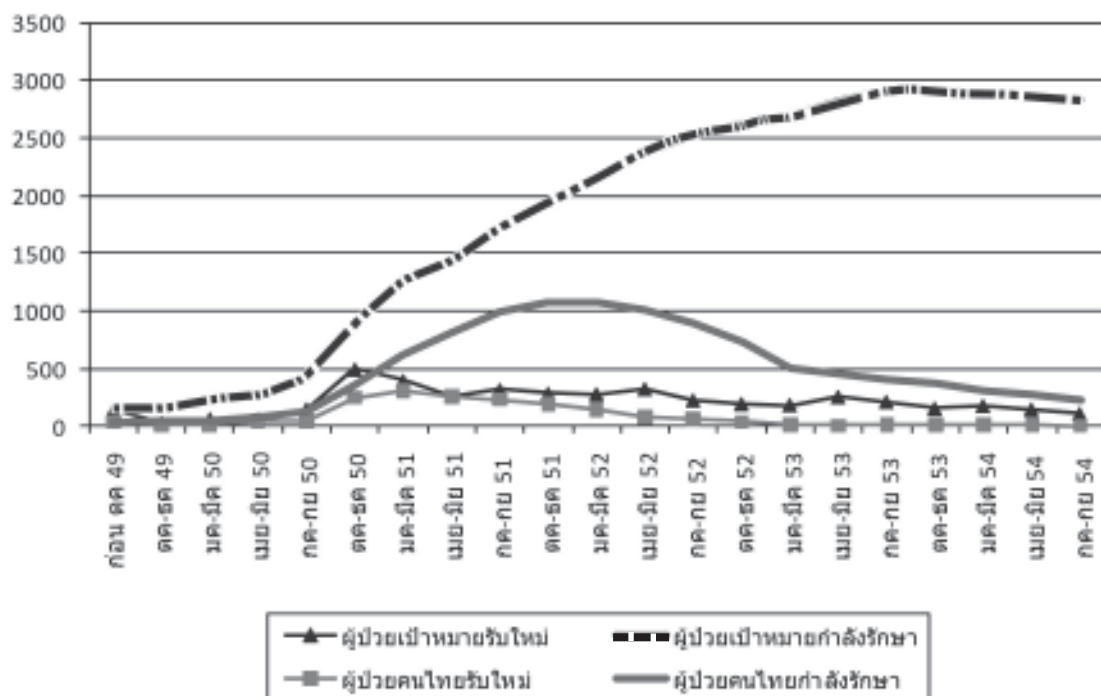
ในไตรมาสถัดไประหว่างเดือน ตุลาคม-ธันวาคม 2549 มีผู้ป่วยรายใหม่ 25 ราย ต่อจากนั้น จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ เพิ่มขึ้นตามลำดับในไตรมาสต่อๆ มา จนมีผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายรับใหม่สูงสุดในไตรมาสระหว่างเดือน ตุลาคม-

ธันวาคม 2550 จำนวน 495 ราย แล้วค่อยๆ ลดลง (รูปที่ 1)

ในขณะเดียวกัน แต่ละไตรมาสก็มีผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายออกจากโครงการฯ ด้วยสาเหตุต่างๆ ดังนั้น เมื่อวิเคราะห์จำนวนผู้ป่วยที่กำลังได้รับการรักษาในแต่ละไตรมาส (ณ เวลาลิ้นสุดไตรมาส) พบว่า ผู้ป่วยที่กำลังได้รับการรักษามีจำนวนสูงสุดในไตรมาสระหว่างเดือน ตุลาคม-ธันวาคม 2553 เท่ากับ 2,923 ราย หลังจากนั้น จำนวนผู้ป่วยที่กำลังได้รับการรักษาในไตรมาสต่อๆ มา จึงค่อยมีแนวโน้มลดลง

ส่วนผู้ป่วยคนไทย พบว่า เมื่อเริ่มต้น โครงการฯ ในเดือนตุลาคม 2549 มีผู้ป่วยที่รับยาต่อเนื่องมาก่อน 33 ราย หลังจากนั้น ผู้ป่วยคนไทย รับใหม่ค่อยๆ เพิ่มขึ้น จนมีมากที่สุดไนไตรมาสระหว่าง เดือน มกราคม-มีนาคม 2551 เท่ากับ 309 ราย จากนั้นจึงลดลง เมื่อวิเคราะห์ ผู้ป่วยคนไทยที่กำลังได้รับการรักษาในแต่ละไตรมาส พบ จำนวนผู้ป่วยสูงสุดในไตรมาสระหว่างเดือน มกราคม-มีนาคม 2552 เท่ากับ 1,068 ราย หลังจากนั้น มีแนวโน้มลดลง จนกระทั่งไนไตรมาสระหว่างเดือน กรกฎาคม-กันยายน 2554 มีผู้ป่วยคนไทยไนโครงการฯ 217 ราย

รูปที่ 1 จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับเข้าโครงการ และจำนวนผู้ป่วยที่กำลังได้รับการรักษาในแต่ละไตรมาส โครงการ NAPHA Extension จำแนกตามผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย และผู้ป่วยคนไทย ตค 2549 - กย 2554



วิจารณ์

การดำเนินงานโครงการ NAPHA Extension นี้ ถือได้ว่าเป็นความริเริ่มของประเทศไทยที่สอดคล้องและตอบสนองต่อมติของสมัชชาอนามัยโลก⁽¹²⁾ ในประเด็น สุขภาพของผู้ย้ายถิ่น (Health of migrants) จากการ ประชุมครั้งที่ 61 เมื่อวันที่ 24 พฤษภาคม 2551

ซึ่งได้เรียกร้องให้ประเทศสมาชิกสนับสนุนให้ประชากร ที่เป็นผู้อพยพ สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพทั้งไนด้านการ ส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการดูแลรักษา อย่างครอบคลุมโดยไม่มีทางเลือกปฏิบัติ

ไนการดำเนินงานของประเทศไทยตาม โครงการฯ นี้ ได้รับการสนับสนุนงบประมาณไนส่วน

ของค่ายา ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ และค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานบางส่วนจากกองทุนโลกฯ โดยบุคลากรและโครงสร้างพื้นฐานในการจัดบริการหน่วยงานในประเทศไทยเป็นผู้สนับสนุน

ผลการดำเนินงาน ตลอดระยะเวลา 5 ปี นับตั้งแต่เดือนตุลาคม 2549 ถึงกันยายน 2554 ได้แสดงให้เห็นว่า โรงพยาบาลที่เป็นหน่วยบริการในโครงการฯ สามารถจัดบริการแก่ผู้ป่วยที่มีที่มาหลากหลายได้ดี และถือได้ว่าการดำเนินงานของโครงการฯ ประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย อย่างไรก็ตาม ยังคงมีประเด็นสำคัญ-ซึ่งสมควรได้รับการพิจารณาเพื่อสรุปบทเรียน และมีประเด็นความท้าทายที่ควรได้รับการพิจารณาปรับปรุงให้การดำเนินงานด้านต่างๆ ของโครงการฯ มีความเข้มแข็งเพิ่มขึ้น ดังนี้

1. การดำเนินงานโครงการ NAPHA Extension ได้ให้บริการยาต้านไวรัสแก่ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายซึ่งส่วนใหญ่-ไม่ใช่คนไทย และมาจากหลายชาติ ผู้ป่วยเหล่านี้อยู่ในสถานะที่เป็นข้อจำกัดในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ แม้จะมีผู้ป่วยที่เป็นแรงงานข้ามชาติที่ขึ้นทะเบียนและได้รับความคุ้มครองจากระบบประกันสุขภาพ แต่ระบบประกันสุขภาพสำหรับแรงงานข้ามชาติดังกล่าวในปัจจุบัน ก็ไม่ได้ครอบคลุมบริการยาต้านไวรัสเอ็ดส์แต่อย่างใด จากลักษณะดังกล่าวจึงถือได้ว่า โครงการฯ นี้ได้จัดบริการเพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยเอ็ดส์ที่เข้าไม่ถึงบริการยาต้านไวรัส หากขาดซึ่งบริการเหล่านี้ ผู้ป่วยอาจต้องเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตได้ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากทุนสนับสนุนจากกองทุนโลกฯ จะครบกำหนดสิ้นสุด ในปี 2557 และโอกาสที่ประเทศไทยจะได้รับทุนสนับสนุนต่อเนื่อง น่าจะลดลงเพราะข้อจำกัดด้านงบประมาณของกองทุนโลกฯ และฐานะทางเศรษฐกิจของประเทศไทยที่ดีขึ้น ดังนั้นจึงเป็นความจำเป็นเร่งด่วนที่จะต้องพิจารณาหาแนวทางที่ชัดเจน และยั่งยืนในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายยังคงเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสได้อย่างต่อเนื่อง แนวทางดังกล่าว ควรครอบคลุมบริการสุขภาพอื่นๆ ที่เกี่ยวเนื่องให้ครบถ้วน เช่น การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

ในกลุ่มผู้ติดเชื้อ การตรวจและรักษาโรคติดเชื้อและโรคฉวยโอกาสต่างๆ เป็นต้น

2. ในการจัดบริการของโครงการฯ พบว่ามีผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการบริการมากกว่าจำนวนเป้าหมายที่กำหนด โดยพบว่า จากเป้าหมายที่กำหนดไว้ 2,000 ราย แต่มีผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายรับบริการสะสมถึง 4,414 ราย และมีผู้ป่วยที่กำลังรับบริการในเดือนกันยายน 2554 จำนวน 2,834 ราย การที่มีผู้ป่วยมากกว่าเป้าหมาย ทำให้ต้องมีการปรับปรุงวิธีการบริหารจัดการ โดยในระยะแรกของการดำเนินงานสามารถนำทรัพยากร ส่วนที่คงค้างจากโครงการ NAPHA มาใช้ได้ แต่ในระยะยาวจะมีข้อจำกัดอย่างมาก และจะส่งผลให้เกิดปัญหาในการรับผู้ป่วยรายใหม่ ซึ่งจะเป็นปี-หาที่รุนแรง

มีข้อสังเกตว่า การที่จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายรายใหม่มีแนวโน้มลดลงเหลือเพียงไตรมาสละ 100-200 ราย ในช่วงปี 2554 นั้น โดยข้อเท็จจริงแล้ว มีผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย ต้องการเข้ารับบริการมากกว่านี้ แต่หน่วยบริการไม่สามารถรับผู้ป่วยรายใหม่ที่มีมากเข้าสู่โครงการฯ ได้ เนื่องจากข้อจำกัดเรื่องยาต้านไวรัสที่ไม่เพียงพอ ปี-หานี้ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำระหว่างผู้ป่วยที่อยู่ในโครงการฯ อยู่แล้ว กับผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าโครงการฯ ได้

แนวทางการแก้ไขได้แก่ การคาดการณ์จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย แล้วนำไปกำหนดเป็นเป้าหมายบริการในโครงการฯ ในระยะต่อไป และจัดทำเป็นแผนงานซึ่งจะช่วยทำให้ได้งบประมาณ และทรัพยากรที่เพียงพอต่อการจัดบริการ

3. ผลจากการดำเนินงานพบว่า มีผู้ป่วยคนไทยที่ขอเข้ารับบริการจากโครงการฯ เป็นจำนวนมาก ในประเด็นนี้ พบว่าโรงพยาบาลไม่สามารถปฏิเสธการขอรับบริการโดยกลุ่มผู้ป่วยคนไทยได้ สาเหตุของการขอรับบริการส่วนใหญ่-เป็นเพราะผู้ป่วยเหล่านี้อยู่ในช่วงระยะของการเปลี่ยนแปลงสิทธิในการเข้ารับการรักษาพยาบาล หรือประสบปี-หาในการเข้าถึงสิทธิประกันสุขภาพของตน เช่น เป็นผู้ต้องขัง

ในเรือนจำซึ่งยังไม่มีบริการยาต้านไวรัส ส่วนสาเหตุที่สำคัญอีกสาเหตุหนึ่งคือการเกรงว่าการเข้ารับบริการยาต้านไวรัสตามสิทธิปกติอาจจะเกิดการสูญเสียความลับ

ในประเด็นผู้ป่วยคนไทยในโครงการฯ นี้ หน่วยงานบริหารโครงการฯ ได้ทำความเข้าใจกับโรงพยาบาล ให้สื่อสารกับผู้ป่วยคนไทย เพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องต่อวัตถุประสงค์ของโครงการฯ รวมทั้งขอความร่วมมือในการส่งต่อผู้ป่วยคนไทยไปรับบริการตามสิทธิของตนเอง ซึ่งผลการขอความร่วมมือก็ประสบความสำเร็จ โดยจะเห็นได้ว่ามีผู้ป่วยคนไทยลดลงจากที่เคยสูงถึงมากกว่า 1,000 ราย ในปี 2552 เหลือเพียง 217 ราย ในไตรมาสระหว่างเดือนกรกฎาคม-กันยายน 2554

4. การออกจากโครงการฯ จะเห็นได้อย่างชัดเจนว่าในระยะเวลา 5 ปีที่วิเคราะห์ข้อมูลนี้ ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายออกจากโครงการฯ 1,658 ราย (ร้อยละ 37.6 ของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายสะสม) แม้ว่าหน่วยบริการจะได้ให้ข้อมูล และจัดบริการปรึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจในการรับประทายยาต่อเนื่องแล้วก็ตาม การออกจากโครงการฯ ในกลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้มีความสำคัญ-เพราะไม่มีข้อมูลว่า ผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อเนื่องที่ใดหรือไม่ และจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดเชื้อดื้อยามากน้อยเท่าใด

การออกจากโครงการฯ ของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายแตกต่างจากผู้ป่วยคนไทย ซึ่งส่วนใหญ่ออกจากโครงการฯ โดยการส่งต่อ (ร้อยละ 80.5 ของผู้ป่วยคนไทยที่ออกจากโครงการฯ) และคาดการณ์ได้ว่าผู้ป่วยคนไทยที่ออกจากโครงการฯ สามารถเข้ารับบริการยาต้านไวรัสจากโรงพยาบาลต่างๆ ตามสิทธิของตนเองได้

ดังนั้น แนวทางหนึ่งในการพัฒนาโครงการฯ ในระยะต่อไป จึงได้แก่ การศึกษาหาวิธีการที่เหมาะสมในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยกลับมาใช้บริการอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งควรพัฒนาช่องทางในการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย เพื่อให้คำแนะนำและข้อมูลอื่นๆ ที่จำเป็นเพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย สามารถรับบริการยาต้านไวรัสได้อย่างถูกต้องต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้ศึกษาขอขอบคุณ คณะเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริหารโครงการฯ ทุกระดับ และในหน่วยบริการทุกแห่งที่ได้จัดบริการยาต้านไวรัสและบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องให้แก่ผู้ป่วยเอดส์ซึ่งเป็นผู้ที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงสิทธิ และเป็นผู้ป่วยที่อยู่นอกสิทธิระบบประกันสุขภาพ จนทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้ได้รับบริการที่จำเป็นและทำให้กลับมามีสุขภาพดี นอกจากนี้ขอขอบคุณ นายสมสกุล วงษ์เสริมศรี เจ้าหน้าที่โปรแกรมเมอร์ โครงการ NAPHA Extension ที่ได้ช่วยวิเคราะห์ข้อมูลบางส่วนที่ได้นำมาใช้ประกอบการจัดทำรายงานผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. The Thai Working Group on HIV/AIDS Projections (2005). The Asian Epidemic Model (AEM). Projections for HIV/AIDS in Thailand: 2005-2025. Family Health International (FHI) and Bureau of AIDS, TB and STIs, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Thailand. 2008 ISBN: 978-974-314-141-1
2. Thanprasertsuk S, Lertpiriyasuwat C, Chasombat S. Developing a National Antiretroviral Programme for People with HIV/AIDS: The Experience of Thailand. In AIDS in Asia: the challenge ahead. Editor, Jai P Narain, New Delhi. SAGE Publications India Pvt. 2004: 312-322.
3. Chasombat S, Lertpiriyasuwat C, Thanprasertsuk S, Suebsaeng L, Lo Y R. The National Access to Antiretroviral Program for PHA (NAPHA) in Thailand. Southeast Asian J Trop Med Public Health. 2006 Jul; 37(4): 704-15
4. เพชรศรี ศิริรินทร์ พัทธา เบ-จรัตน์ภรณ์ อรทัย หรุเจริญ-พาณิชย์ และ พรทิพย์ เข้มเงิน. รายงานความก้าวหน้าระดับประเทศตามปฏิ-ว่าด้วย

- พันธกรณี เรื่อง เอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทย, มกราคม 2551 - ธันวาคม 2552. คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหเอดส์. 2553 ISBN 978-974-297-922-5
5. Sciortino, R., and Punpuing, S. International Migration in Thailand 2009. Bangkok: International Organization for Migration; International Labour Organization; Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; United Nations Development Programme; United Nations Development Fund for Women; United Nations Population Fund; United Nations High Commissioner for Refugees; World Health Organization; United Nations Children's Fund; World Bank; United Nations Country Team in Thailand, 2009.
 6. UNHCR Thailand. <http://www.unhcr.or.th/th/node/3>. สืบค้นเมื่อ 30 กันยายน 2554
 7. สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค. ผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีเฉพาะพื้นที่ประเทศไทย รอบที่ 26 (มิถุนายน 2551). http://www.boe.moph.go.th/files/report/20110407_34092086.pdf สืบค้นเมื่อ 26 สิงหาคม 2554
 8. โครงการ GF รอบที่ 1 และ RCC <http://portfolio.theglobalfund.org/en/Grant/Index/THA-102-G01-H-00> สืบค้นเมื่อ 26 สิงหาคม 2554
 9. หนังสือ กลุ่มโรคเอดส์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ที่ สธ 0424.4/7/GF 2195 ลงวันที่ 14 มิถุนายน 2549 เรื่อง ขออนุมัติโครงการการปรับปรุงการเข้าถึงบริการการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์และการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ปีที่ 3 (1 ตุลาคม 2548 - 30 กันยายน 2549) และแผนดำเนินงานโครงการ
 10. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. แนวทางการดำเนินงาน การให้บริการยาต้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ภายใต้การสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนโลก ด้านการดูแลรักษา ปีที่ 6 ระยะ RCC. 2552
 11. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. คู่มือการติดตั้งและใช้งาน NAPHA EXTENSION Software. 2552
 12. Sixty-First World Health Assembly. Health of migrants. WHA61.17, Agenda item 11.9, 24 May 2008.