

การเข้าถึงนโยบายยาต้านไวรัส HIV ในประเทศไทยจากอดีตสู่ยุคดิจิทัล
(Policy Access to Antiretroviral Therapy in Thailand from the Past to
the Digital Age)

พิเชษฐ พิณฑทอง*และจารุวรรณ บำรุงรักษ์**

คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

E-mail Address: justice_nida2549@hotmail.com, jaruwan@kreiving.com

บทคัดย่อ

ประเทศไทยเคยเป็นประเทศที่มีการแพร่ระบาดเชื้อเอชไอวีมากที่สุดในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ในปีคริสต์ศักราชที่ 1990 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีถึง 520,000 คน แต่สถานการณ์ความรุนแรงนั้นลดลงเหลือเพียง 10,853 คน ในปีคริสต์ศักราช 2010 ปัจจัยสำคัญหนึ่งมาจากนโยบายการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวี ในอดีตผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูงมาก ทำให้คนรายมีโอกาสรอดชีวิตมากกว่าคนยากจน ต่อมารัฐบาลไทยได้มีการจัดสรรรายจ่ายสาธารณะในเรื่องการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวีมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้คนยากจนมีโอกาเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวีมากขึ้น ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงนโยบายอย่างต่อเนื่อง ทำให้อัตราการตายและการติดเชื้อรายใหม่ลดลงอย่างเห็นได้ชัด อย่างไรก็ตามพบว่า แม้ปัจจุบันจะเข้าสู่ยุคสมัยที่เรียกว่า “ยุคดิจิทัล” ที่ผู้คนทั่วไปสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้ง่าย แต่ก็มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวนมากที่ยังไม่สามารถเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวีได้ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายพัฒนาการทางด้านนโยบายการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวีในอดีตถึงยุคดิจิทัลของไทยว่ามีลักษณะเป็นอย่างไร

คำสำคัญ: การเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวี, ยุคดิจิทัล, รายจ่ายสาธารณะ, นโยบาย

* นักศึกษาหลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

**วิทยากรอิสระ/อาจารย์พิเศษมหาวิทยาลัย/นักบริหาร

การเข้าถึงนโยบายยาต้านไวรัส HIV ในประเทศไทยจากอดีตสู่ยุคดิจิทัล

(Policy Access to Antiretroviral Therapy in Thailand from the Past to the Digital Age)

พิเชษฐ พิณฑทอง*และจารุวรรณ บำรุงรักษ์

บทนำ

ปัญหาโรคเอดส์เป็นปัญหาสำคัญหนึ่งที่ทั่วโลกมีความพยายามในการแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งได้ถูกกำหนดให้เป็นหนึ่งในเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals :SDGs) ด้วยเช่นกัน (UNAIDS, 2018)¹ UNAIDS (2018)² ได้รายงานสถิติการติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลก ในปี พ.ศ.2560-กรกฎาคม 2561 (2017-July 2018) พบว่า มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่จำนวน 36.9 ล้านคน เสียชีวิตจากเอดส์จำนวน 940,000 คน มีผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้น 1.8 ล้านคน สามารถเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีได้เพียง 21.7 ล้านคน แต่เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ.2559 (2016) ถึง 2.3 ล้านคน ปัญหาเรื่องของการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวีจึงเป็นวิกฤติของโลกที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Christian Timmermann and Henk van den Belt, 2013: 53)³

จากปัญหาดังกล่าวทำให้องค์การสหประชาชาติมีความพยายามที่จะให้ทุกประเทศร่วมกันจัดปัญหาดังกล่าวให้ลดลงมากที่สุด หรือสามารถยุติปัญหานี้ได้ โดยในปี พ.ศ.2559 (2016) ผู้บริหารประเทศ ผู้แทนแห่งรัฐต่างๆ ทั่วโลกจึงมีมติร่วมกันในที่ประชุมระดับสูงของสหประชาชาติเมื่อเดือนมิถุนายน 2559 มีการกำหนดเป้าหมายที่จะยุติปัญหาโรคเอดส์ที่เรียกว่า “Ending AIDS” โดยกำหนดห้วงเวลาที่จะยุติการแพร่ระบาดของเอดส์ให้ได้ภายในปีพ.ศ. 2573 (2030) เพื่อบูรณาการไปสู่เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (The Sustainable

¹ UNAIDS, 2018. THE AIDS RESPONSE IN THE 2030 AGENDA FOR SUSTAINABLE DEVELOPMENT: JOINT WORK, SHARED GAINS. http://www.unaids.org/en/AIDS_SDGs, 4 December, 2018.

² UNAIDS. 2018. FACT SHEET-July 2018. UNAIDS. Switzerland: UNAIDS.

³ Cristian Timmermann and Henk van den Belt, 2013. Intellectual Property and Global Health: From Corporate Social Responsibility to the Access to Knowledge Movement. Liverpool Law Rev. Springer. 34, 47-73.

Development Goals) (UNAIDS, 2016: 1)⁴ โดยมติดังกล่าวเรียกว่า “ปฏิญญาการเมืองด้านเอชไอวีในการประชุมระดับสูงสหประชาชาติ (Political Declaration on HIV/AIDS 2016)” ซึ่งได้กำหนดให้ทุกประเทศร่วมกันดำเนินการอย่างเร่งด่วน (Fast-Track) ในการต่อสู้เพื่อหยุดการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีและการยุติเอดส์ให้ได้ในห้วงเวลาที่กำหนด (UNAIDS, 2016: 9)⁵ โดยมีการกำหนดเป้าหมายการยุติเอดส์ 3 เป้าหมายหลัก ประกอบไปด้วย 1) ลดผู้ติดเชื้อรายใหม่ให้เหลือน้อยกว่า 500,000 คนจากทั่วโลก 2) ลดการตายอันมีสาเหตุมาจากเอดส์ให้เหลือน้อยกว่า 500,000 คนจากทั่วโลก 3) ขจัดการตีตรา และการเลือกปฏิบัติกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี (UNAIDS, 2016: 1)⁶ โดยมีมาตรการดำเนินการอย่างเร่งด่วน (Fast-Track) ที่เรียกว่า “กลุ่มเป้าหมาย 90-90-90 (90-90-90 TARGETS)” ซึ่งทั่วโลกต้องร่วมดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายภายในปี 2020 ประกอบไปด้วย 3 กลุ่มเป้าหมาย คือกลุ่มเป้าหมายแรกคือ ร้อยละ 90 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่ทราบสถานะตนเองว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มเป้าหมายที่สอง ร้อยละ 90 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่ทราบสถานะตนเองและได้รับการดูแลรักษา/ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี และกลุ่มเป้าหมายที่สาม ร้อยละ 90 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการดูแลรักษา/ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีสามารถกดไวรัสได้สำเร็จ (UNAIDS, 2017: 8⁷, กรมควบคุมโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร, 2560: 14⁸)

เป้าหมายดังกล่าวข้างต้นนั้นถือว่าเป็นเป้าหมายร่วมที่ทุกประเทศจะดำเนินการร่วมกันภายในประเทศของตน ให้สามารถบรรลุเป้าหมายได้ตามจำนวนและห้วงเวลาที่กำหนดให้ได้ โดยที่ประเทศไทยซึ่งเป็นหนึ่งในประเทศสมาชิกของสหประชาชาติได้นำมาสู่การปฏิบัติและส่งผลให้ประเทศไทยมีการกำหนดแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์เปลี่ยนไปจากเดิมที่เคยมุ่งเน้นการดำเนินงานในระยะสั้นก็ได้มีการปรับเปลี่ยนมาเป็นการกำหนดเป้าหมายของการดำเนินนโยบายเป็นระยะยาวมากขึ้น เรียกว่า ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ.2560-2573 หรือที่เรียกว่า นโยบายการยุติปัญหาเอดส์ (Ending AIDS Policy) และมอบหมายให้ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปเป็นกรอบแนวทางการดำเนินการป้องกันและแก้ไข

⁴ UNAIDS. 2016. GLOBAL AIDS UPDATE 2016. Switzerland: UNAIDS.

⁵ UNAIDS. 2016. GLOBAL AIDS Monitoring 2017. Switzerland: UNAIDS.

⁶ UNAIDS. 2016. STATEMENT 2016 United Nations Political Declaration on Ending AIDS sets world on the Fast-Track to end the epidemic by 2030.

http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2016/june/20160608_P_S_HLM_PoliticalDeclaration 1 October, 2018.

⁷ UNAIDS, 2017. ENDING AIDS Progress Toward The 90-90-90 TARGETS. Switzerland: UNAIDS.

⁸ กรมควบคุมโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. 2560. ยุทธศาสตร์ยุติปัญหาเอดส์ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร พ.ศ.2560-2573. กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพมหานคร.

ปัญหาเอดส์ต่อไป (คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์, 2560: ความนำ)⁹ จากประเด็นดังกล่าวข้างต้นมานั้น จึงทำให้ผู้เขียนมีประเด็นที่จะนำเสนอข้อเท็จจริงและมุมมองในทางวิชาการเกี่ยวกับนโยบายการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวีในประเทศไทยในบริบทต่างๆ โดยความขึ้นนี้เป็นบทความวิชาการ มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายพัฒนาการทางดำนนโยบายการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวีในอดีตถึงยุคดิจิทัลของไทยว่ามีลักษณะเป็นอย่างไร ซึ่งจะนำเสนอเนื้อหาจากนี้ไป

สถานการณ์เอชไอวีและความสำคัญของยาต้านไวรัส

ประเทศไทยพบผู้ป่วยเอดส์รายแรกของไทยเมื่อปี 2527 จนมาถึงปีพ.ศ. 2558 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์สะสม จำนวนทั้งสิ้น 1,526,028 คน โดยยังมีชีวิตอยู่ทั้งหมด 437,700 คน เป็นเพศหญิง 181,600 คน เพศชาย 256,100 คน แยกเป็นอายุ 15 ปีขึ้นไป 433,600 คน และอายุไม่เกิน 15 ปี 4,100 คน (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสร้างสุขภาพ, 2561)¹⁰ ในปีคริสต์ศักราชที่ 1990 เคยเป็นประเทศที่มีการแพร่ระบาดมากที่สุดในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีความชุกของ การแพร่ระบาดถึง 520,000 คน แต่สถานการณ์ความรุนแรงของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ลดลงจาก 143,000 คน ในปีคริสต์ศักราช 1991 เหลือเพียง 10,853 คน ในปีคริสต์ศักราช 2010 โดยองค์การอนามัยโลกให้การสนับสนุนและตอบสนองต่อการแก้ไขปัญหของประเทศไทยด้วยการให้การช่วยเหลือทางเทคนิค ได้รับการช่วยเหลือจากสหประชาชาติและกองทุนโลก โดยเฉพาะสิ่งสำคัญคือ การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี (World Health Organization Thailand, 2018)¹¹

ในช่วงแรกของการระบาดของโรคเอดส์นั้น เนื่องจากยังไม่มียารักษา ผู้รับเชื้อเอชไอวีจึงมีผู้ที่เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์หรือโรคแทรกซ้อนจำนวนมาก ทำให้ทั่วโลกรวมถึงประเทศไทยมีความพยายามในการคิดค้นวิธีการรักษาโรคเอดส์ด้วยรูปแบบต่างๆ โดยเฉพาะการรักษาด้วยการให้ยาต้านไวรัสเอชไอวี มีหลักฐานยืนยันทางวิทยาศาสตร์ว่าการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี จะทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายสามารถกลับคืนมาดี

⁹ คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์, 2560. ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ.2560-257. บริษัท เอ็นซี คอนเซ็ปส์ จำกัด. กรุงเทพมหานคร.

¹⁰ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสร้างสุขภาพ, 2561. สถานการณ์นำห่วงใยรุ่นไทยติดเชื้อเอชไอวีสูงขึ้น. <http://www.thaihealth.or.th/Content/41145-> 12 ธันวาคม 2561.

¹¹World Health Organization Thailand. (2018, December, 13). HIV and AIDS. Retrieved from <http://www.searo.who.int/thailand/areas/hiv aids/en/>.

ขึ้น และสามารถลดการแพร่เชื้อไปยังผู้อื่นได้ (World Health Organization, 2011: 3)¹² การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีจะสามารถช่วยชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและลดอัตราการเสียชีวิตจากเอดส์ได้ (Sarada, Padam, Julian, Jennifer and Edwin, 2012: 1)¹³ ยาต้านไวรัสเอชไอวีมีผลทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีชีวิตที่ยืนยาวขึ้นเท่าอายุขัยคนปกติ หากดูแลตัวเอง ไม่รับเชื้อเพิ่ม กินยาตรงตามเวลา ซึ่งถือว่าการให้ยาต้านไวรัสเอชไอวีเป็นการป้องกันที่ดีที่สุด (ประพันธ์ ภาณุภาค, ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย, 2555)¹⁴ การให้ยาต้านไวรัสเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันการติดเชื้อ เพราะสามารถลดจำนวนไวรัสและสามารถลดอัตราการถ่ายทอดไปยังผู้อื่นได้ (นิตยา ภาณุภาค, ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย, 2555)¹⁵ จากการศึกษาวิจัยของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทั้งในประเทศและต่างประเทศพบว่า “หากผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับยาต้านไวรัสเร็วไม่เกิน 1 เดือนหลังวินิจฉัยว่าได้รับเชื้อเอชไอวี และกินยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างต่อเนื่อง จะมีประสิทธิผลในการลดการติดเชื้อเอชไอวีได้สูงร้อยละ 96 จนไม่สามารถแพร่เชื้อต่อไปได้ รวมถึงสามารถที่จะลดการเสียชีวิตได้อีกด้วย” (สมศักดิ์ ชุนหรัศม์, 2557) การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีจะสามารถยืดชีวิตให้ผู้ได้รับเชื้อเอชไอวีสามารถมีชีวิตที่ยืนยาวนานขึ้นได้และมีการรอดชีพสูงขึ้น นอกจากนี้สำหรับผู้ที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวีก็สามารถกินยาต้านไวรัสเอชไอวีเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้ (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2557: 1) จากการศึกษา HPTN 052 ที่มีผู้เข้าร่วมโครงการเป็นคู่ผลเลือดต่างๆ 1,763 คู่ใน 9 ประเทศ ส่วนใหญ่เป็นคู่ต่างเพศ พบว่า การรักษาฝ่ายที่มีผลเลือดบวกโดยเร็วด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีโดยไม่ต้องรอให้ระดับ CD 4 ลดต่ำลง มีประสิทธิผลถึงร้อยละ 96 ในการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อไปยังฝ่ายที่มีผลเลือดเป็นลบ และยังคงอัตราการเจ็บป่วยโดยเฉพาะการติดเชื้อวัณโรค นอกปอดลงได้ด้วย เมื่อเทียบกับผู้เริ่มยาต้านไวรัสเมื่อระดับ CD 4 ลดต่ำแล้ว และหลักฐานจาก Observation cohorts และ mathematical models ของหลายประเทศที่สนับสนุนว่า การรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัสมีประสิทธิภาพในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในรายใหม่ในประเทศนั้นๆ ได้อีกด้วย การให้ยาต้าน

¹² Sarada P. Wast, Padam Simkhada, Julian Randall, Jennifer V. Freeman and Edwin van Teijlingen, 2012. Factor Influenceing Adherence to Antiretroviral Treatment in Nepal: A Mixed-Methods Study. Plos ONE. Vol, 7 issue 5, May.

¹³ World Health Organization, 2011. World Health Organization brief on Antiretroviral Treatment (ART) in and TB prevention. January, 2011. Switzerland: World Health Organization.

¹⁴ ประพันธ์ ภาณุภาค, 2555. ยาต้านไวรัสชีวิตใหม่ของผู้ติดเชื้อ HIV. <https://www.redcross.or.th/article/50961> ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย.

¹⁵ นิตยา ภาณุภาค, สรุปประเด็นสำคัญในการเสวนาเอดส์ ครั้งที่ 1-4 วันจันทร์ที่ 9 มกราคม 2555 ณ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข <https://www.redcross.or.th/article/15421>

ไวรัสจึงเป็นแนวทางของการรักษาเสมือนการป้องกัน (Treatment as Prevention: T as P) (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2557)¹⁶

ราคากับปัญหาการเข้าถึง

ในระยะแรกของการระบาดของโรคเอดส์ยาต้านไวรัสที่ถูกคิดค้นขึ้นมานั้นมีราคาที่สูงมาก ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีฐานะทางเศรษฐกิจที่ร่ำรวยจึงมีโอกาสดำเนินการเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสสามารถยืดชีวิตให้ชีวิตที่ยาวนานขึ้นกว่าผู้ที่มีฐานะยากจน โดยก่อนที่ประเทศไทยสามารถผลิตยาต้านไวรัสเอชไอวีได้เองโดยองค์การเภสัชกรรมและก่อนการต่อสู้เรียกร้องเรื่องของยกลิขสิทธิ์ยาหรือซีแอล (Compulsory Licensing: CL) ซึ่งเรื่องสิทธิบัตรยานั้นเป็นปัญหาหนึ่งในการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวี โดยซีแอล (Compulsory Licensing: CL) เป็นมาตรการยืดหยุ่นในข้อตกลงทางการค้าว่าด้วยทรัพย์สินทางปัญญา (TRIPS Flexibilities) ที่อนุญาตให้ทุกประเทศสามารถป้องกันสาธารณสุขของประเทศได้และส่งเสริมการเข้าถึงยาของมวลชน โดยให้ประเทศสามารถผลิตหรือนำเข้าผลิตภัณฑ์ยาที่ติดสิทธิบัตรได้ หากเกิดความจำเป็นเร่งด่วน เกิดวิกฤติภายในประเทศ หรือเพื่อประโยชน์ต่อสาธารณะ (โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ, 2561)¹⁷ เนื่องจากยาต้านไวรัสเอชไอวีส่วนใหญ่จะต้องนำเข้าจากต่างประเทศทำให้มีราคาที่ค่อนข้างสูง ราคาต้านไวรัสที่แพงนั้นจึงเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงการรักษา (Christian Timmermann and Henk van den Belt, 2013: 53; โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ, 2561) เช่น ยาต้านไวรัสสูตรผสมโลพินาเวียร์และรีโทนาเวียร์ จากราคาเดิม 74.23 บาท/เม็ด หลังประกาศซีแอลเหลือ 18.18 บาท/เม็ด และปี 2559 ลดลงเหลือเพียง 12.35 บาท/เม็ด, ยาต้านไวรัสเอฟฟาเวเรนซ์ มีขนาดยาต่างๆ อาทิ ขนาด 600 มิลลิกรัม จากราคา 65.78 บาท/เม็ด หลังประกาศซีแอลลดลงเหลือ 10.37 บาท/เม็ด และปี 2559 เหลือเพียง 4.578 บาท/เม็ด เป็นต้น และยาโคลพิโดเกรล จากราคา 70 บาท/เม็ด หลังประกาศซีแอลเหลือเพียง 1.08 บาท/เม็ด (อรรถพร ลิ้มปัญญาเลิศ, 2559)¹⁸ โดยเฉพาะยา Efavirenz Tablets 600 mg เป็นยาต้านไวรัสเอชไอวีรายการแรกของประเทศไทยและเป็นประเทศเดียวในกลุ่มประเทศสมาชิกเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ที่ได้รับรองมาตรฐานสากล

¹⁶ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2557. แนวทางการตรวจรักษาป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประจำปี 2557. กระทรวงสาธารณสุข.

¹⁷ โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ, 2561. ครั้งหนึ่งเราเคยมีประกาศใช้ CL ยา ท่ามกลางความขัดแย้งมากมาย. สืบค้นที่ <http://www.hitap.net/168376> วันที่สืบค้น 21 ตุลาคม 2561

¹⁸ อรรถพร ลิ้มปัญญาเลิศ, 2559. 10 ปี ซีแอล ช่วยประเทศประหยัดบ้ายากกว่า 1.6 หมื่นล้านบาท ผู้ป่วยเข้าถึงยามากสืบค้นที่ <http://www.hfocus.org/content/2016/12/13089> วันที่ สืบค้น 24 พฤษภาคม 2560.

WHO Prequalification Program (WHO PQ) จากองค์การอนามัยโลก (WHO) (องค์การเภสัชกรรม, 2561)¹⁹ เมื่อองค์การเภสัชกรรมไทยสามารถผลิตได้ทำให้จากราคาเดิมกระปุกละ 1,000 บาท เหลือเพียง 180 บาท โดยมีผู้ที่ได้รับยาต้านชนิดนี้ประมาณ 80,00 คน (ไทยโพสต์, 2561)²⁰ การที่ราคายาต้านไวรัสถูกลงทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีฐานะทางเศรษฐกิจที่ยากจนจึงมีโอกาสดูแลการเข้าถึงบริการสาธารณสุขมากขึ้น

พัฒนาการทางนโยบายในอดีต: จากการจำกัดการเข้าถึงสู่การรักษาฟรี

ประเทศไทยได้เข้าถึงการบริการด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีครั้งแรกเมื่อปี 2535 โดยได้รับการช่วยเหลือจากกองทุนโลกต่อเนื่องเรื่อยมา “สำหรับค่าใช้จ่ายในการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวีในขณะนั้นมีค่าใช้จ่ายอยู่ที่ประมาณ 25,000-30,000 บาท/คน/เดือนซึ่งถือว่าสูงมาก” (ผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรม 2561)²¹ จนมาถึงปี 2543 มีการจัดทำเป็นโครงการที่เรียกว่า การพัฒนาระบบบริการ และติดตามผลการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ปีต่อมาได้มีการกำหนดโควตาการให้ยาต้านไวรัสผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวนทั้งสิ้น 3,000 คน ใน 109 โรงพยาบาล สองปีต่อมาได้มีการขยายจำนวนผู้ที่ได้รับการให้ยาต้านไวรัสเพิ่มขึ้นเป็น 13,000 คนและ 28,000 คนตามลำดับ ปี 2546 รัฐบาลได้มีนโยบายให้การครอบคลุมการรักษาด้วยยาต้านไวรัส จึงส่งผลให้รายจ่ายของรัฐจึงเน้นไปที่การดูแลรักษาร้อยละ 64.4 ปี 2547 การให้ยาต้านไวรัสกลายเป็นนโยบายระดับชาติ มีการยกเลิกการให้แบบระบบโควตา ซึ่งในช่วงเวลาดังกล่าวจนถึงปี 2551 ประเทศไทยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนโลกระยะที่ 1 ภายใต้โครงการการเข้าถึงระบบบริการยาต้านไวรัสระดับชาติ (NAPHA) ในปี 2548 มีการกำหนดเป้าหมายการให้ยาต้านไวรัสผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้ได้ถึง 120,000 คน ซึ่งช่วงเวลาดังกล่าวมีแนวโน้มเป็นหนึ่งในนโยบายหลักประกันสุขภาพ มีความชัดเจนของนโยบายการขยายการเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัส จากเดิมผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องมีค่าภูมิคุ้มกันของร่างกายหรือค่าเม็ดเลือดขาว (CD 4) น้อยกว่า 200 เซลล์/มม. หรือเมื่อมีอาการ จึงจะสามารถเข้ารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสได้ ซึ่งเป็น

¹⁹ องค์การเภสัชกรรม, 2561, ยาต้านไวรัสเอดส์ ขององค์การเภสัชกรรม(จีพีโอ) ได้รับการรับรองมาตรฐานสากล จาก WHO รายการแรกของไทยและอาเซียน, สืบค้นที่

<https://www.gpo.or.th/Default.aspx?tabid=88&mid=446&ctl=ArticleView&articleId=1219>, 16 พฤศจิกายน 2561.

²⁰ ไทยโพสต์, 2561. ยาต้านไวรัสเอดส์ ของอภ.ได้รับรางวัลมาตรฐานสากล จากองค์การอนามัยโลก รายการแรกของอาเซียน, สืบค้นที่ <https://www.thaipost.net/main/detail/21222>, 16 พฤศจิกายน 2561.

²¹ ผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรม, 2561. การให้สัมภาษณ์ของผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรมในรายการเดินหน้าประเทศ ไทย หัวข้อยาต้านไวรัสเอดส์, 28 ธันวาคม 2561.

เกณฑ์ที่องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้แนะนำให้ประเทศต่างๆ ทั่วโลก ควรที่จะให้ยาต้านไวรัสเอชไอวีแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี (Pascal, David, Salal and Till, 2015: 2)²² จนเมื่อสิ้นปี 2548 ประเทศไทยกลายเป็นประเทศหลักในการขับเคลื่อนการให้ยาต้านไวรัสเอชไอวีแก่ประชาชนในประเทศได้มากกว่าร้อยละ 70 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้รวมกัน (World Health Organization, 2006: 7)²³ นับตั้งแต่รัฐบาลได้มีนโยบายผนวกยาต้านไวรัสเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายในการเข้าถึงการรักษาตั้งแต่ปี 2548 เป็นต้นมา พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จาก 98,109 รายในปี 2551 เพิ่มขึ้นเป็น 150,125 รายในปี 2554 จนกระทั่งมาถึงปี 2555 มีผู้ได้รับยาต้านไวรัสถึง 162,455 ราย ผู้ใหญ่ 156,725 ราย คิดเป็นร้อยละ 96.5 และเป็นเด็กจำนวน 5,730 ราย

จนมาถึงปี 2549 มีการกำหนดการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอชไอวีให้อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่เป็นคนไทย และมีหมายเลข 13 หลัก) นอกจากนี้ในช่วงปี 2550-2557 มีการให้กำหนดการเข้าถึงการบริการด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีกับผู้ที่ยอยู่นอกสิทธิระบบประกันสุขภาพต่างๆ ซึ่งเป็นงบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลก โดยมีการขยายการสนับสนุนจากโครงการกองทุนโลก ต่อเนื่อง ระยะที่ 1 ในระหว่างปี 2552-2554 และการให้การสนับสนุนในระยะที่ 2 ในระหว่างปี 2554-2557 อีกด้วย แต่ในระหว่างปี 2553-2555 มีการปรับเปลี่ยนนโยบายการให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเมื่อระดับ CD 4 น้อยกว่า 350 เซลล์/มม. ซึ่งเกณฑ์ที่ได้รับอิทธิพลมาจากการที่ WHO ได้แนะนำ เมื่อปี 2553 ให้ประเทศต่างๆ ทั่วโลก ควรที่จะให้ยาต้านไวรัสเอชไอวีแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี (Pascal, David, Salal and Till, 2015: 2) ส่งผลให้มีความครอบคลุมการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 70

นโยบายรัฐบาลปัจจุบันในยุคดิจิทัล

นโยบายการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขของไทยด้วยการให้ยาต้านไวรัสเอชไอวีและการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีรัฐบาลแต่ละชุดต่างก็ได้มีการดำเนินการแตกต่างกันออกไป แต่ก็ไม่ได้มีการยกเลิกนโยบายดังกล่าวแต่ประการใด ตรงกันข้ามกลับมีการดำเนินนโยบายกันอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าจะมีการปรับเปลี่ยนบางส่วนของนโยบายไปบ้างก็ตาม นโยบายการเข้ายาต้านไวรัสเอชไอวีก็ยังคงมีการดำเนินการเรื่อยมาจนถึงปี 2557

²² Pascal Geldsetzer, David E. Bloom, Salal Humail and Till Barnighausen, 2015. Benefit and costs of the HIV/AIDS Targets for the Post-2015 Development Agenda. Copenhagen Consensus Center. Working paper as of 11 March.

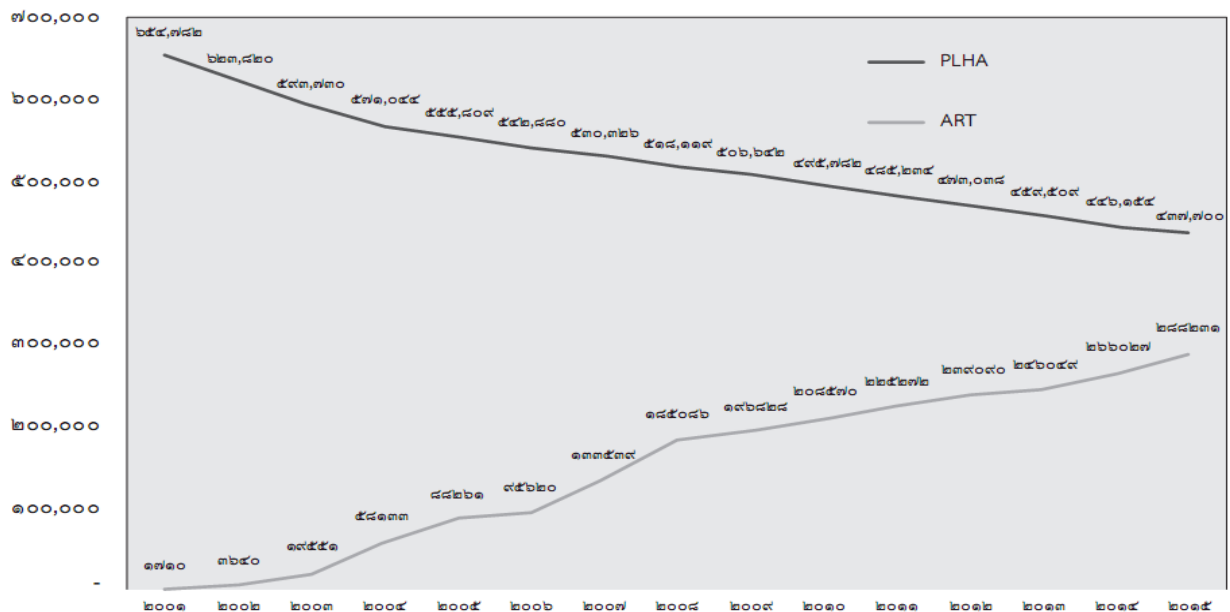
²³ World Health Organization, 2006. Progress on Global Access to HIV Antiretroviral Therapy A Report on “3 by 5” Beyond March 2006. Switzerland: World Health Organization.

รัฐบาลได้มีมติคณะรัฐมนตรีให้คนไทยทุกคนสามารถได้รับยาต้านไวรัสโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายในทุกสิทธิ์การรักษา ครอบคลุมตามหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกอบไปด้วย สิทธิ์ประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือบัตรทอง สิทธิ์ประกันสังคม สิทธิ์ข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ) โดยกำหนดให้คนไทยทุกคนสามารถตรวจเลือดได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายปีละ 2 ครั้ง ณ โรงพยาบาลของรัฐทุกแห่งทั่วประเทศ ซึ่งประเทศไทยถือว่าเป็นประเทศแรกในภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิกที่ให้ยาต้านไวรัสแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยไม่คำนึงถึงเม็ดเงินเลือดขาวหรือภูมิคุ้มกัน (CD 4) ตั้งแต่ปี 2557 ตามมติคณะรัฐมนตรีดังกล่าวด้วย ซึ่งการดำเนินนโยบายการให้ยาต้านไวรัสเอชไอวีและการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีของประเทศไทยได้รับอิทธิพลมาจากองค์การสหประชาชาติที่มีเป้าหมายที่จะยุติปัญหาโรคเอดส์ที่เรียกว่า “Ending AIDS” ให้ได้ภายในปีค.ศ.2030 (พ.ศ.2573) โดยมีการเร่งให้เกิดขึ้นเร็วขึ้นในปี 2020 ซึ่งประเทศไทยได้นำมาสู่การปฏิบัติ เรียกว่า ยุทธศาสตร์เป้าหมาย 3 ลด ในปี 2573 คือ 1) ลดผู้ติดเชื้อรายใหม่ให้เหลือปีละไม่เกิน 1,000 คน (ประชาชนทั่วไป) 2) ลดการตายอันมีสาเหตุมาจากเอดส์ปีละไม่เกิน 4,000 คน (ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและกลายเป็นผู้ป่วยเอดส์แล้ว) 3) ลดการรังเกียจและการเลือกปฏิบัติอันเกี่ยวเนื่องจาก HIVและเพศภาวะลง ร้อยละ 90 (ผู้ติดเชื้อเอชไอวี) (คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเอดส์, 2560: ความนำ)²⁴

จากที่กล่าวข้างต้นจะพบว่า ประเทศไทยมีพัฒนาการทางนโยบายการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างต่อเนื่อง จากในช่วงแรกของการเกิดนโยบายการเข้าถึงบริการสาธารณสุขด้วยการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากกองทุนโลก ราคายาต้านไวรัสมีราคาที่สูงมากเป็นอุปสรรคสำคัญหนึ่งในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขอย่างมาก จนในระยะเวลาต่อมาได้มีการเปลี่ยนแปลงนโยบายการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างต่อเนื่อง จากที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีนั้นถูกจำกัดการเข้าถึงบริการทางการแพทย์พัฒนามาเป็นการเปลี่ยนแปลงการเข้าถึงบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึงและไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาแต่ประการใด ผลที่เกิดขึ้นตามมาหลังจากการนำนโยบายการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวีไปสู่การปฏิบัติจากสถิติพบว่า ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถเข้าถึงยาต้านไวรัสได้เพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเจน (ดูแผนภูมิ 1)

²⁴ คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเอดส์, 2560. ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหา

แผนภูมิ 1 จำนวนผู้ติดเชื้อที่ยังมีชีวิตอยู่และเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี



ที่มา : คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ (2560: 15)

หมายเหตุ

PLHA ย่อมาจาก people living with HIV/AIDS หมายถึง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่

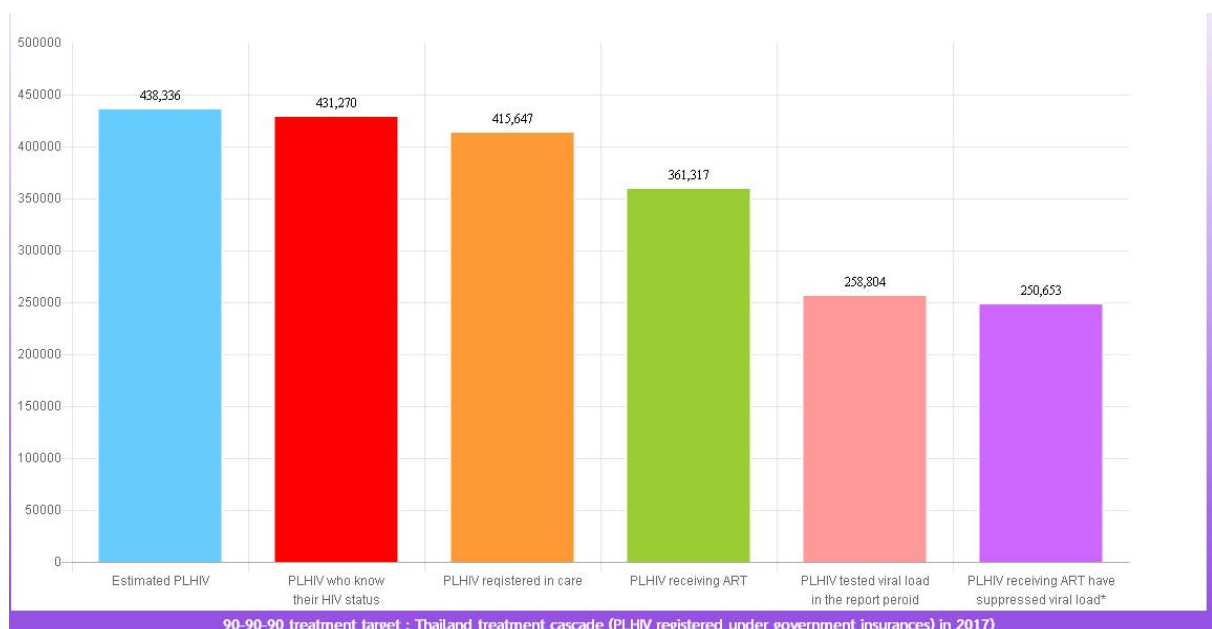
ART ย่อมาจาก Antiretroviral Therapy หมายถึง การรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยการให้ยาต้านไวรัสเอชไอวี

นอกจากนี้ข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2560) พบว่า ประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ยังมีชีวิตอยู่จากการประมาณการพบว่า น่าจะมีประมาณ 438,336 คน ทราบสถานะว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี 431,270 คน ลงทะเบียนเข้าสู่ระบบการรักษา 415,647 คน แต่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีเพียง 361,317 คน สามารถดไวรัสได้ 250,653 คน (แผนภูมิ 2) จะเห็นได้ชัดว่านโยบายการส่งเสริมการเข้าถึงบริการสาธารณสุขหรือการเข้าถึงยาต้านไวรัสของประเทศไทยนั้นมีการเปลี่ยนแปลงนโยบายอย่างต่อเนื่องซึ่งมีผลต่อจำนวนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้มีโอกาสในการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขมากยิ่งขึ้น

อย่างไรก็ตาม เป็นที่น่าสังเกตว่าแม้ปัจจุบันจะเข้าสู่ยุคสมัยที่เรียกว่า “ยุคดิจิทัล” ที่ผู้คนทั่วไปสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้ง่าย แต่ก็มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวนมากที่ยังไม่สามารถเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวีได้ หากนำตัวเลขการประเมินผู้ติดเชื้อเอชไอวีกับตัวเลขผู้ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีพบว่า มีผู้ที่ยังไม่ได้เข้ารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสสูงถึง 77,019 คน จึงเป็นโจทย์ที่รัฐบาลจะต้องพิจารณาอย่างมาก เนื่องจากปัจจุบันประเทศไทยได้มีนโยบายการรักษาด้วยยาต้านไวรัสรวมถึงการเข้าถึงระบบบริการทางสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับเชื้อเอชไอวีหรือโรค

เอดส์ที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายแต่อย่างใด ตั้งแต่การตรวจเลือดได้ฟรีปีละ 2 ครั้งในทุกโรงพยาบาลของรัฐ การติดตามการรักษา ได้แก่ การตรวจค่าภูมิคุ้มกันของร่างกาย (CD 4) การตรวจระบบการทำงานของอวัยวะภายในของร่างกาย การตรวจโรคฉวยโอกาส เป็นต้น ซึ่งรัฐบาลได้จัดสรรรายจ่ายสาธารณะเฉพาะในการต้านป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์โดยเฉพาะ จึงเป็นคำถามที่รัฐบาลจะต้องหาคำตอบว่าทำไมผู้ติดเชื้อเอชไอวีอีกจำนวนมากจึงไม่เข้าสู่ระบบการรักษา แม้ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายแล้วเหมือนในอดีต และรัฐบาลจะมีมาตรการหรือวิธีการอย่างไรที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกรายได้เข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขของรัฐจะใช้เทคโนโลยีดิจิทัลอย่างไรในการเพิ่มการเข้าถึงการรักษา

แผนภูมิ 2 จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีของประเทศไทยปี 2560



ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, บริการข้อมูลข่าวสารสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี สืบค้น <http://napdl.nhso.go.th/NAPWebReport/LoginServlet>, วันที่ 25 กันยายน 2561.²⁵

²⁵ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2560. บริการข้อมูลข่าวสารสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี สืบค้น <http://napdl.nhso.go.th/NAPWebReport/LoginServlet>, วันที่ 25 กันยายน 2561

รายจ่ายสาธารณะด้านเอชไอวี/เอดส์ในประเทศไทย

จากการดำเนินนโยบายการเข้าถึงบริการสาธารณสุขในการแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ที่ประเทศไทยได้มีการแปลงไปสู่การปฏิบัติ นับตั้งแต่ปี 2535-2561 พบว่า ในช่วงแรกของการนโยบายการส่งเสริมการเข้าถึงบริการสาธารณสุขนั้น งบประมาณที่ใช้ในการดำเนินนโยบายจะได้รับการสนับสนุนจากต่างประเทศเป็นระยะๆ และส่วนหนึ่งได้รับการสนับสนุนงบประมาณแผ่นดินจากทางรัฐบาลอย่างต่อเนื่อง ตัวอย่างเช่น จำนวนงบประมาณรายจ่ายที่เกี่ยวกับด้านเอชไอวี/เอดส์ในหน่วยงานราชการของไทย ปีพ.ศ.2540-2546 (ค.ศ. 1997-2003) พบว่า งบประมาณส่วนใหญ่จะอยู่ที่กระทรวงสาธารณสุข โดยในปี 2540 (1997) หากรวมงบประมาณรายจ่ายที่เกี่ยวกับด้านเอชไอวี/เอดส์ของทุกหน่วยงานราชการของไทยจะพบว่าสูงถึง 1,982.02 ล้านบาท โดยระหว่างปี 2541-2544 จะอยู่ระหว่าง 1,400-1,500 ล้านบาท แต่พอปี 2545 เป็นต้นมางบที่ได้รับการจัดสรรก็ลดลง (ตาราง 1) จนมาถึงปี 2550 เป็นต้นมาพบว่า รายจ่ายด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์พบว่า มีแนวโน้มที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 6,605,794,147.35 บาท หรือ 200,000,000 USD เพิ่มขึ้นเป็น 9,479,314,601.45 บาท หรือ 287,000,000 USD ในปี 2556 (2013) (UNAIDS, 2018)²⁶ สำหรับงบประมาณปี 2559 ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์รัฐบาลได้จัดสรรให้ งบประมาณให้ทั้งสิ้น 6,026,523,441 บาท และปี 2560 จัดสรรให้จำนวนทั้งสิ้น 6,448,750,747 บาท ซึ่งการจัดสรรรายจ่ายสาธารณะด้านเอชไอวีหรือเอดส์มีความเกี่ยวข้องกับนโยบายการเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย เนื่องจากตั้งแต่ปี 2548 เป็นต้นมาถึงปัจจุบัน รัฐบาลได้มีนโยบายกำหนดให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์สามารถที่จะทำการรักษาได้ โดยรัฐเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายให้ทั้งหมด ทำให้รายจ่ายสาธารณะด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์มีแนวโน้มที่สูงขึ้น แต่ผลที่ตามมาก็คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยากจนก็มีโอกาสในการเข้าถึงการรักษาได้มากขึ้นตามไปด้วย

²⁶ UNAIDS, 2018. Total HIV Expenditure (Country-reported) Global AIDS Monitoring,

search <http://aidsinfo.unaids.org/> 27 October, 2018.

ตาราง 1 จำนวนงบประมาณรายจ่ายที่เกี่ยวกับด้านเอชไอวี/เอดส์ในหน่วยงานราชการของไทย ปีพ.ศ.2540-2546

(ค.ศ. 1997-2003) หน่วยเป็นล้านบาท

Agencies	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Office of Prime Minister	27.84	32.25	29.15	27.45	17.79	0	0
Ministry of Defence	44.10	10.39	20.99	19.58	18.90	18.12	16.55
Ministry of Interior	95.78	33.64	22.33	23.67	17.85	30.10	41.65
Ministry of Justice	0.43	0.18	0.90	0.48	0	0	0
Ministry of Education	31.49	24.66	21.93	20.50	0.43	0	0
Ministry of Public Health	1,369.86	1,009.01	1,149.68	1,080.20	1,132.49	767.85	743.51
Ministry of University Affairs	233.31	181.03	168.19	174.20	166.31	154.78	114.52
Ministry of Labour and Social Welfare	90.90	108.07	100.34	88.02	83.64	6.99	5.66
Ministry of Social Development and Human Security	-	-	-	-	-	76.50	75.00
Office of Attorney General	2.32	2.32	2.73	2.53	0.95	0.45	0
National Police Bureau	-	-	-	5.46	5.48	5.94	6.34
Total	1,986.02	1,481.54	1,516.24	1,442.07	1,443.84	1,060.73	1,003.24

ที่มา: United Nations Development Programme (2017: 34)

โอกาสในการดิจิทัลเพื่อการเข้าถึงนโยบายต่อต้านไวรัสเอชไอวี

จากข้อมูลของ We Are Social ดิจิทัลเอเจนซี และ Hootsuite ผู้ให้บริการระบบจัดการ Social Media และ Marketing Solutions ได้รวบรวมสถิติการใช้งานอินเทอร์เน็ตทั่วโลก (2018) พบว่า ประเทศไทยเป็นประเทศที่ใช้อินเทอร์เน็ตมากที่สุดในโลก โดยประชากร 69.11 ล้านคน มีผู้ใช้งานอินเทอร์เน็ตถึง 57 ล้านคน ใช้งาน Social Media มากถึง 51 ล้านคน มีผู้ใช้งานโทรศัพท์มือถือสูงถึง 93.61 ล้านเลขหมายมากกว่าจำนวนประชากรทั้งประเทศ ในจำนวนผู้ใช้งานอินเทอร์เน็ตทั้งหมด มีผู้ใช้ Social Media เป็นประจำผ่าน Smart Device 46 ล้านคน สำหรับพฤติกรรมการดูทีวีออนไลน์พบว่า ร้อยละ 57 ดูวิดีโอออนไลน์ทุกวัน ร้อยละ 27 ดูวิดีโอออนไลน์ทุกสัปดาห์ ร้อยละ 96 ดูทีวีผ่านเครื่องโทรทัศน์ สำหรับแอปพลิเคชันที่มีการใช้งานสูงสุดในไทยอันดับ 1 LINE อันดับ 2 Facebook

อันดับ 3 Facebook Messenger อันดับ 4 Instagram อันดับ 5 K-Mobile Banking อันดับ 6 Joox Music
อันดับ 7 LAZADA อันดับ 8 Twitter อันดับ 9 WHOSCALL อันดับ 10 My AIS (www.brandbuffet.in.th)²⁷

การที่ประชาชนได้มีการใช้เทคโนโลยีจำนวนมากจึงถือว่าเป็นโอกาสที่รัฐบาลจะสามารถใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและโซเชียลมีเดีย เป็นเครื่องมือในการทำให้ประชาชนเข้าถึงนโยบายการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีมากขึ้น โดยรัฐบาลสามารถที่จะเสนอข้อมูลข่าวสารผ่านช่องทางต่างๆ ข้างต้นได้ในรูปแบบต่างๆ นอกจากนี้การที่เทคโนโลยีดิจิทัลและโซเชียลมีเดียที่ได้มีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบันนั้นถือว่าเป็นการเปิดโอกาสให้ใช้ดิจิทัลเป็นเครื่องมือในการก่อให้เกิดผลกระทบในเชิงบวกและผลลัพธ์ในการให้ข้อมูลข่าวสาร สนับสนุนให้ประชาชนมาตรวจเลือดนอกจากนั้นยังเป็นการเชื่อมโยงข้อมูลและการรักษาให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในการดูแลรักษาของรัฐได้มากขึ้นอีกด้วย (The White House, 2015)²⁸

สำหรับองค์การของรัฐที่ได้มีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการส่งเสริมการเข้าถึงนโยบายการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีของไทย พบว่า มีหลายหน่วยงานด้วยกัน เช่น ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย ได้มีการจัดทำกรลงทะเบียนออนไลน์เพื่อให้ประชาชนทั่วไปสามารถที่จะลงทะเบียนจองลำดับในการตรวจเลือดเพื่อทราบสถานะว่าตนนั้นเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่ รวมถึงตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ ซึ่งทำให้ประชาชนไม่ต้องเสียเวลาในการมานั่งรอเพื่อเข้าทำการตรวจเลือด รวมถึงโรงพยาบาลของรัฐในอีกหลายแห่งได้มีการให้ลงทะเบียนออนไลน์เช่นกัน โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลรามา โรงพยาบาลทหาร เป็นต้น นอกจากนี้สำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สปสช.) ได้มีการบริการข้อมูลออนไลน์ที่ประชาชนทั่วไปสามารถเข้าถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องทางสาธารณสุขได้หลายประเภท เช่น การตรวจสอบสิทธิในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี พื้นที่ในการให้บริการ เป็นต้น หรืออาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ซึ่งปัจจุบันมีการใช้สื่อทางสังคมอิเล็กทรอนิกส์ (Social network) หรือ Mobile Application ในการติดต่อสื่อสารแจ้งข้อมูลข่าวสารทางสาธารณสุขต่างๆ หรือมีการติดต่อกันระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุข หรือระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขกับหน่วยงานทางสาธารณสุข โดยใช้ชื่อ อสม.Com หรือ <http://xn--y3cri.com/>

²⁷ Brandbuffet. (2561). สถิติผู้ใช้ดิจิทัลทั่วโลก “ไทย” เสพติดเน็ตมากสุดในโลก-“กรุงเทพ” เมืองผู้ใช้ Facebook สูงสุด. สืบค้นที่ <https://www.brandbuffet.in.th/2018/02/global-and-thailand-digital-report-2018/>. 12 ธันวาคม 2561.

²⁸ The White House (2015). FACT SHEET: The National HIV/AIDS Strategy: Updated to 2020.

<https://whitehouse.archives.gov/the-press-office/fact-sheet-national-hiv-aids-strategy-updated-2020>

12 ธันวาคม 2561.

สำหรับในต่างประเทศเทคโนโลยีดิจิทัลในงานสาธารณสุขหลายประเภทที่เกี่ยวกับเอชไอวีหรือเอดส์ เช่นงานวิจัยของ Jana Daher et al., (2017: 7)²⁹ พบว่า จากการศึกษาการใช้นวัตกรรมดิจิทัล ประกอบไปด้วย การส่งข้อความผ่านมือถือ (SMS) การใช้โซเชียลมีเดีย เพื่อลดต้นทุนทางสาธารณสุขในสหรัฐอเมริกาและยุโรป แอฟริกาและเอเชีย นวัตกรรมดิจิทัลมีผลต่อการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงการติดเชื้อเอชไอวี สามารถป้องกันความเสี่ยงและติดตามการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้มารับยาต้านไวรัสได้ โดยเฉพาะการที่มีการโต้ตอบกับโซเชียลมีเดียมีผลอย่างมากในการลดพฤติกรรมเสี่ยงการติดเชื้อเอชไอวี สอดคล้องกับการศึกษา Rathbone AL, Prescott J (2017)³⁰; Vodopivec-Jamsek V, de Jongh T, Gurol-Urganci I & Atun R, Car J, (2012)³¹; Shruta Rawat, et al., (2018)³² โดย Horvath T, Azman H, Kennedy GE & Rutherford GW, (2012)³³ อธิบายว่า จากการทดลองหนึ่งครั้งในการส่งข้อความมือถือรายสัปดาห์ของเจ้าหน้าที่จะมีประสิทธิภาพในการลดการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสเอชไอวี ผู้กำหนดนโยบายควรพิจารณาโครงการจัดหาเงินทุนเพื่อเสนอการส่งข้อความ SMS เป็นรายสัปดาห์เพื่อใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมการรักษาด้วยยาต้านไวรัส รวมถึงคลินิกและโรงพยาบาลควรพิจารณาใช้โปรแกรมดังกล่าวด้วย

²⁹ Jana Daher, Rohit Vijih, Blake Linthwaita, Saily Dave, John Kim, Keertan Dheda, Trevor Peter and Nitika OPant Pai (2017). Do digital innovations for HIV and sexually transmitted infections work? Results from a systematic review (1990-2017). BMJ. doi: 10.1136/bmjopen-2017-017604.

³⁰ Rathbone AL, Prescott J (2017). The Use of Mobile Apps and SMS Messaging as Physical and Mental Health Interventions: Systematic Review. the Journal of Medical Internet Research. Aug 24;19(8):e295. doi: 10.2196/jmir.7740.

³¹ Vodopivec-Jamsek V, de Jongh T, Gurol-Urganci I, Atun R and Car J. (2012). Mobile phone messaging for preventive health care. The *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 12;12:CD007457. doi: 10.1002/14651858.CD007457.pub2.

³² Shruta Rawat, J Michael Wilkerson, Sylvia M Lawler, Pallav Patankar, BR Simon Rosser, Kanjani Shukla, Seyram Butame, and Maria L Ekstrand. (2018). Recommendations for the Development of a Mobile HIV Prevention Intervention for Men Who Have Sex With Men and Hijras in Mumbai: Qualitative Study. *JMIR Public Health and Surveillance*. May 3. doi: [10.2196/publichealth.9088](https://doi.org/10.2196/publichealth.9088)

³³ Horvath T, Azman H, Kennedy GE & Rutherford GW. (2012). Mobile phone text messaging for promoting adherence to antiretroviral therapy in patients with HIV infection. The *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Mar 14;(3):CD009756. doi: 10.1002/14651858.CD009756.

สรุป

แม้ประเทศไทยจะมีการเข้าถึงยาต้านไวรัสตั้งแต่ปี พ.ศ.2535 แต่ถือว่าไม่ได้เป็นนโยบายของรัฐบาลเนื่องจากการให้การสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนโลกในการให้ยาต้านไวรัสผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย แม้ต่อมารัฐบาลจะมีนโยบายการเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสโดยมีการใช้งบประมาณจากภาครัฐมากขึ้นจนมีพัฒนาการทางนโยบายด้วยการกำหนดให้การรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้เข้าไปสู่หลักประกันสุขภาพแห่งชาติส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้เข้าถึงการรักษาโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายแต่อย่างใดทั้งสิ้น ทำให้คนยากจนมีโอกาสดำเนินการเข้าถึงยาต้านไวรัสมากขึ้นซึ่งก่อนหน้านี้ยาต้านไวรัสเอชไอวีมีราคาที่สูงมากจึงเป็นอุปสรรคสำคัญในการจำกัดการเข้าถึงบริการสาธารณสุขในประเทศไทยถือว่าประสบผลสำเร็จในการเรื่องการเข้าถึงยาต้านไวรัสอย่างมาก จนได้รับการรับรองจากองค์การอนามัยโลก รวมถึงเป็น 1 ใน 15 ประเทศแรกๆ โลกที่ไม่กำหนดค่าเม็ดเลือดขาวหรือค่าภูมิคุ้มกัน (CD 4) ในการให้สิทธิการได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี (คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์, 2560: 17) กำหนดให้คนไทยทุกคนสามารถตรวจเลือดได้ปีละ 2 ครั้ง ในสถานพยาบาลของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย แม้พัฒนาการทางด้านนโยบายการเข้าถึงยาต้านไวรัสของไทยจะมีการพัฒนาที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่อดีตจนถึงยุคดิจิทัล แต่ก็เป็นที่น่าสังเกตว่าแม้จะเข้าสู่ยุคดิจิทัลที่ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้อย่างสะดวกรวดเร็ว แต่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวนมากที่ยังไม่ได้เข้าสู่ระบบการรักษาทั้งที่จากการสำรวจการใช้อินเทอร์เน็ตและโซเชียลมีเดียคนไทยใช้สื่อดังกล่าวมากที่สุดในโลก รัฐบาลจึงต้องใช้อีกโอกาสนี้ในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเป็นเครื่องมือในการทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้เข้าถึงบริการสาธารณสุขมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1) ด้วยปัจจุบันเป็นสังคมแห่งดิจิทัลคนส่วนใหญ่ใช้เวลาไปกับสิ่งดังกล่าวค่อนข้างมากทั้งทางบันเทิง การเสพข้อมูลข่าวสาร หรือการติดต่อสื่อสาร ดังนั้นรัฐบาลจึงควรใช้โอกาสนี้ในการนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับนโยบายการเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสรวมถึงระบบการรักษาทางแพทย์ที่ประชาชนไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย รวมถึงนำเสนอข้อเท็จจริงเกี่ยวกับความแตกต่างระหว่างเอชไอวีกับเอดส์ ผ่านช่องทางหรือ Application ต่างๆ เพื่อให้ถึงประชาชนทุกช่วงวัย นำเสนอข้อดีของการตรวจเลือดเพื่อทราบสถานะว่าตนติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่ เพื่อให้เข้าสู่ระบบการรักษาอย่างทันท่วงทีเพื่อไม่ให้กลายเป็นผู้ป่วยเอดส์ เนื่องจากยาต้านไวรัสเอชไอวีในปัจจุบันสามารถที่จะยับยั้งการกลายเป็นผู้ป่วยเอดส์ได้แล้ว ทั้งยังเป็นการใช้โอกาสนี้ในการเผยแพร่ข้อมูลแก่ประชาชนทั่วไปว่าการติดเชื้อเอชไอวีนั้นไม่สามารถติดต่อได้ในการชีวิตร่วมกันโดยปกติ เพื่อลดการตีตราหรือการแสดงการรังเกียจหรือเลือกปฏิบัติ รวมถึงส่ง

ข้อมูลข่าวสารถึงการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและการปฏิบัติตัวหากเมื่อทราบว่าติดเชื้อเอชไอวีสามารถที่จะขอคำปรึกษาจากหน่วยงานใด มีขั้นตอนการดำเนินการอย่างไร

2) รัฐบาลควรมอบหมายกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สปสช.) ร่วมกับบริษัทขายโทรศัพท์มือถือในการจัดทำระบบเพื่อส่งข้อมูลการติดตามหรือการแจ้งเตือนให้ผู้ติดเชื้อที่มาเข้าสู่ระบบการรักษาแต่ไม่ได้รับการรักษาหรือไม่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี เพื่อกระตุ้นหรือติดตามให้เข้ามาสู่ระบบของการรักษา รวมถึงเป็นระบบที่ใช้ในการเตือนผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั่วไปเพื่อให้มารับการรักษาตามวัน เวลาที่กำหนด หรือการขอเลื่อนนัดการพบแพทย์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเนื่องจากติดภารกิจ หรือจัดทำระบบการสื่อสารแบบทันที (Real-time) ในการสอบถามข้อสงสัยต่างๆ หรือข้อที่ควรปฏิบัติต่างๆ ในการดูแลสุขภาพตนเองและผู้อื่น รวมถึงให้มีแบบฟอร์มให้ผู้ที่มาทำการตรวจเลือดรอกข้อมูลต่างๆ อย่างละเอียด เพื่อนำไปวิเคราะห์เข้ากับระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ (Geographic Information System : GIS) ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ระบบข้อมูลและสารสนเทศด้วยระบบคอมพิวเตอร์ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับตำแหน่งในเชิงพื้นที่ เช่น ที่อยู่ บ้านเลขที่ สัมพันธ์กับตำแหน่งในแผนที่ (ศูนย์วิจัยภูมิสารสนเทศเพื่อประเทศไทย, 2561)³⁴ รวมถึงการวิเคราะห์ด้วยระบบระบุตำแหน่งบนพื้นโลก (Global Positioning System: GPS) ซึ่งถูกพัฒนาให้เข้ากับโซเชียลมีเดียต่างๆ ทำให้ทราบตำแหน่งที่อยู่จริงขณะที่ใช้โทรศัพท์มือถือหรือขณะที่ใช้โซเชียลมีเดียอยู่ ซึ่งทำให้เจ้าหน้าที่รัฐสามารถหาพิกัดของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังไม่ได้เข้ามาทำการรักษาในระบบได้ โดยเจ้าหน้าที่อาจส่งข้อมูลเพื่อให้ทราบรายละเอียดการรักษาต่าง อันเป็นการใช้ดิจิทัลในการทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้เข้าถึงนโยบายการรักษาด้วยยาต้านไวรัสมากยิ่งขึ้น

³⁴ ศูนย์วิจัยภูมิสารสนเทศเพื่อประเทศไทย, 2561. ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์. <http://www.gisthai.org/about-gis/gis.html>. 16 ธันวาคม 2561.

<https://www.global5thailand.com/thai/gps.htm>