

**โครงการประเมินผล
การพัฒนาระบบบริการยาต้านไวรัสเอดส์
แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย**

**The Evaluation service system and following up
the HIV patient therapy result**

**ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่**

สนับสนุนโดย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

และ

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

พฤศจิกายน 2547

โครงการประเมินผลการพัฒนาระบบบริการยาต้านไวรัสเอดส์

แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย

ที่ปรึกษาโครงการ

น. พ. วิพุธ พูลเจริญ ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

น. พ. สมบัติ แทนประเสริฐสุข ผู้อำนวยการสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ผู้ประสานงานโครงการ

น. พ. เกษม เวชสุวานนท์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

หัวหน้าโครงการ

รศ. พ. ญ. รัตนา พันธุ์พานิช

ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ทีมผู้ประเมิน

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

รศ. พ. ญ. รัตนา พันธุ์พานิช

น. พ. อานันท์ จิตราภิบาล

ผศ. จิราพร สุวรรณธีรานุ

ผศ. กรรณิกา วิทยสุภากร

รศ. พ. ญ. อุพา สุมิตสวรรค์

Liverpool School of Tropical Medicine, UK

น. พ. เกรียงไกร พิริยะสุพงศ์

โรงพยาบาลนครพิงค์ เชียงใหม่

พ. ญ. เพ็ญพักตร์ สร้อยชัย

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

รศ. วิลาวัลย์ เสนารัตน์

คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผศ. ศักดิ์ชัย เตชะดริยรัตน์

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ดร. ปวีณา สนธิสมบัติ

ผู้ทรงคุณวุฒิสถาบันสนับสนุนด้านวิชาการ

รศ. น. พ. วิชัย โปษยะจินดา

สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

น. พ. เกียรติ วัชรรุ่งธรรม

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Professor Paul Garner

Liverpool School of Tropical Medicine, UK

ผู้สนับสนุนด้านข้อมูล และการประสานงาน

น. พ. สัญชัย ขาสสมบัติ

สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

พ. ญ. ชีวันนัท เลิศพิริยสุวัฒน์

สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

น. พ. พิระเมน นิงสานนท์

สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

คุณจิตรา อ่อนน้อม

สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

คุณพิมพ์ใจ ศาทสิทธิ์	กองทุนโลก ประเทศไทย
คุณอุดม ลิขิตวรรณวุฒิ	มูลนิธิรักษไทยภาคเหนือ
คุณบุญนิยม วงศ์ใจคำ	เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีภาคเหนือ
คุณทิพวรรณ วานิชสันต์	สำนักงานป้องกันและควบคุมโรคเขต 1
คุณมลวิทย์ แก้วมะเริง	สำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 2
คุณจิราพรรณ รัฐประเสริฐ	สำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 3
คุณชนิษฐา อติรัตน	สำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 4
น. พ. ธวัช บูรณาการสม คุณดวงจันทร์ จันทร์เมือง	สำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 5
คุณก้องกาญจน์ จงใจหาญ	สำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 6
คุณพลสินธ์ นาควิเชียร	สำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 7
คุณกาญจนา กองโคก คุณวาธีร์ วิรุฬห์รัตน์	สำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 8
น. พ. ศักดิ์ชัย ไชยมหาพฤกษ์	สำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 9
พ. อ. ทัศนาศ หลิวเสรี คุณพรทิพย์ เข้มเงิน	สำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 10
น. พ. ภานุมาศ ญาณเวทย์สกุล	สำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 11
น. พ. นกมล ไพบุลย์สิน คุณนันทอนงค์ ไทยเจริญ	สำนักงานป้องกันและควบคุมโรคเขต 12
คุณชวเรศ หลุกแก้ว	ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
คุณแก้วตา วิศวาบำรุงชัย	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
ผู้ประสานงานโครงการในโรงพยาบาล 36 แห่งที่เยี่ยมสำรวจ	

สารบัญ

บทที่ 1	บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	1
บทที่ 2	แนวคิดและประเด็นการประเมิน	12
บทที่ 3	ทิศทางและการดำเนินนโยบายยาด้านไวรัสเอดส์	16
บทที่ 4	ระบบบริการยาด้านไวรัสเอดส์ในโรงพยาบาล	33
บทที่ 5	ผลที่เกิดขึ้นในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รักษาด้วยยาด้านไวรัสเอดส์	57
บทที่ 6	พฤติกรรมกรรมการกินยาด้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี	74

สารบัญตาราง

บทที่ 1	บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	
ตารางที่ 1.1	ต้นทุนรวมการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ แยกตามโรงพยาบาล	10
ตารางที่ 1.2	ประสิทธิผลของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์แยกตามตัวชี้วัด	10
ตารางที่ 1.3	ต้นทุน-ร้อยละประสิทธิผล แยกตามโรงพยาบาลและตัวชี้วัดประสิทธิผล	11
บทที่ 2	แนวคิดและประเด็นการประเมิน	
ตารางที่ 2.1	ประเด็นการประเมินระบบบริการยาต้านไวรัสเอดส์	13
ตารางที่ 2.2	ประเด็น คำถาม และตัวชี้วัดสิ่งนำเข้า (Input) และกระบวนการ (Process)	14
ตารางที่ 2.3	ประเด็น คำถาม และตัวชี้วัดผลที่เกิดขึ้นจากกระบวนการ (Output)	14
ตารางที่ 2.4	ประเด็น คำถาม และตัวชี้วัดผลลัพธ์ (Outcomes & Impact)	15
บทที่ 3	ทิศทางและการดำเนินนโยบายยาต้านไวรัสเอดส์	
ตารางที่ 3.1	จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการและผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์ ปี 2544-46	26
ตารางที่ 3.2	การจัดสรรยาต้านไวรัสเอดส์ในโครงการ ATC แยกรายเขต ปี 2544-47	27
ตารางที่ 3.3	ลักษณะของโครงการยาต้านไวรัสเอดส์ในโรงพยาบาล ปี 2544-46	27
ตารางที่ 3.4	แนวโน้มการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์ในโครงการ ATC เมื่อเทียบกับเป้าหมายปี 2547	28
ตารางที่ 3.5	แนวโน้มการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์ในโครงการ ATC แยกตามพื้นที่รายเขต	28
บทที่ 4	ระบบบริการยาต้านไวรัสเอดส์ในโรงพยาบาล	
ตารางที่ 4.1	รายชื่อโรงพยาบาล 36 แห่ง ที่ได้รับการเยี่ยมสำรวจแยกรายจังหวัด	34
ตารางที่ 4.2	แนวทางการประเมินคุณภาพของการให้บริการ	35
ตารางที่ 4.3	ประเด็นและองค์ประกอบในการประเมินคุณภาพบริการยาต้านไวรัสเอดส์	36
ตารางที่ 4.4	ลักษณะการจัดคลินิกบริการยาต้านไวรัสเอดส์ในโรงพยาบาล 36 แห่ง	40

ตารางที่ 4.5	วิธีการตรวจสอบความครบถ้วนของการกินยา	46
ตารางที่ 4.6	ประเภทของแบบบันทึกรายงานที่โรงพยาบาลจัดทำขึ้นใช้เอง	47
ตารางที่ 4.7	คุณภาพของการบริการแต่ละด้าน แยกตามโรงพยาบาลและคะแนนที่ได้รับ	53
ตารางที่ 4.8	มุมมองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อบริการที่ได้รับ	54
บทที่ 5	ผลที่เกิดขึ้นในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์	
ตารางที่ 5.1	ลักษณะของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเมื่อแรกเริ่มเข้าโครงการ	59
ตารางที่ 5.2	โรคหรือภาวะที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหลังการรักษา	63
ตารางที่ 5.3	อัตราการเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหลังการรักษา แยกตามระยะของโรค และ CD4 เมื่อแรกเริ่ม	63
ตารางที่ 5.4	โรคติดเชื้อฉวยโอกาส ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีหลังการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์	64
ตารางที่ 5.5	โรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบในผู้ติดเชื้อเอชไอวีหลังการรักษา	65
ตารางที่ 5.6	อัตราโรคติดเชื้อฉวยโอกาสแยกตามลักษณะของผู้ติดเชื้อเมื่อแรกเริ่ม	66
ตารางที่ 5.7	ค่าเฉลี่ยของน้ำหนักตัวเมื่อแรกเริ่มและ 6 เดือนหลังการรักษา	67
ตารางที่ 5.8	ระดับ CD4 เมื่อแรกเริ่มและหลังการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์	67
ตารางที่ 5.9	การรับรู้ผลที่เกิดขึ้นต่อสุขภาพของผู้ติดเชื้อหลังการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์	68
ตารางที่ 5.10	การรับรู้ของผู้ติดเชื้อต่อการเกิดผลข้างเคียงจากยาต้านไวรัสเอดส์	69
ตารางที่ 5.11	การรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อความสามารถในการทำงานก่อนและหลังการรักษา	69
ตารางที่ 5.12	การรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อทำที่และการปฏิบัติของชุมชน	70
ตารางที่ 5.13	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีกับการมีเพศสัมพันธ์หลังการรักษา	71
บทที่ 6	พฤติกรรมการกินยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี	
ตารางที่ 6.1	พื้นที่ศึกษา และจำนวนตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ให้สัมภาษณ์	75
ตารางที่ 6.2	ลักษณะทางประชากรและสังคมของกลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อที่ให้สัมภาษณ์	76
ตารางที่ 6.3	สถานะทางเศรษฐกิจของกลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อที่ให้สัมภาษณ์	
ตารางที่ 6.4	ระยะเวลาที่กินยาต้านไวรัสเอดส์	78
ตารางที่ 6.5	ความครบถ้วนและการกินยาตามเวลาที่กำหนด	79
ตารางที่ 6.6	ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกินยาต้านไวรัสเอดส์	80
ตารางที่ 6.7	เหตุผลที่ไม่ได้กินยาค้างครั้งล่าสุด	81
บทที่ 7	ต้นทุน-ประสิทธิผลของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์	
ตารางที่ 7.1	ต้นทุนการบริการ ณ คลินิกบริการยาต้านไวรัสเอดส์ และแหล่งข้อมูล	87
ตารางที่ 7.2	ต้นทุนผู้มารับบริการยาต้านไวรัส และแหล่งข้อมูล	88
ตารางที่ 7.3	ตัวชี้วัด และเกณฑ์การประเมินประสิทธิผลของการรักษาด้วยยาต้านไวรัส	89
ตารางที่ 7.4	ประเภทและจำนวนบุคลากรและผู้มารับบริการแยกตามโรงพยาบาล	91
ตารางที่ 7.5	การให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีแยกตามโรงพยาบาล	92
ตารางที่ 7.6	ต้นทุนรวม และต้นทุนเฉลี่ยของการบริการ แยกตามแผนกบริการ โรง	92

	พยาบาล ก	
ตารางที่ 7.7	ต้นทุนรวม และต้นทุนเฉลี่ยของการบริการ แยกตามแผนกบริการ โรง	94
	พยาบาล ข	
ตารางที่ 7.8	ต้นทุนรวม และต้นทุนเฉลี่ยของการบริการ แยกตามแผนกบริการ โรง	94
	พยาบาล ค	
ตารางที่ 7.9	ต้นทุนต่อหน่วยการบริการที่คลินิกยาต้านไวรัสเอดส์ แยกตามโรงพยาบาล และลักษณะโครงการ	95
ตารางที่ 7.10	ราคายาต้านไวรัสเอดส์แยกตามชนิด	96
ตารางที่ 7.11	ราคายาต้านไวรัสแยกตามสูตรยาในโครงการ ATC สำหรับผู้ที่มีน้ำหนักตัว ตั้งแต่ 60 กิโลกรัมขึ้นไป	97
ตารางที่ 7.12	ราคายาต้านไวรัสแยกตามสูตรยาในโครงการ ATC สำหรับผู้ที่มีน้ำหนักตัว น้อยกว่า 60 กิโลกรัม	97
ตารางที่ 7.13	ต้นทุนค่ายาต้านไวรัสเอดส์แยกตามโรงพยาบาล และชนิดของยาที่ผู้ป่วย ได้รับ	97
ตารางที่ 7.14	ประมาณการต้นทุนเมื่อมีการใช้ยาในแต่ละประเภทที่แตกต่างกัน	98
ตารางที่ 7.15	ต้นทุนการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	98
ตารางที่ 7.16	ต้นทุนรวมของการตรวจ CD4 cell count แยกตามโรงพยาบาล	98
ตารางที่ 7.17	ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นของผู้รับบริการในการมารับยาต้านไวรัสเอดส์ครั้งล่าสุด แยกตามโรงพยาบาล	99
ตารางที่ 7.18	ต้นทุนรวมการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ แยกตามโรงพยาบาล	99
ตารางที่ 7.19	ประสิทธิผลของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์แยกตามตัวชี้วัด	100
ตารางที่ 7.20	ต้นทุน-ร้อยละประสิทธิผล แยกตามโรงพยาบาลและตัวชี้วัดประสิทธิผล	100

สารบัญรูป

บทที่ 3	ทิศทางและการดำเนินนโยบายยาต้านไวรัสเอดส์	
รูปที่ 3.1	ประเด็นการประเมินระบบบริการยาต้านไวรัสเอดส์	25
บทที่ 4	ระบบบริการยาต้านไวรัสเอดส์ในโรงพยาบาล	
รูปที่ 4.1	องค์ประกอบของระบบบริการยาต้านไวรัสเอดส์ในโรงพยาบาล	39
รูปที่ 4.2	กระบวนการให้ข้อมูลและการเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มการรักษา	42
บทที่ 5	ผลที่เกิดขึ้นในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์	
รูปที่ 5.1	กราฟแสดงอัตราการรอดชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหลังการรักษาด้วยยา ต้านไวรัสเอดส์	60
รูปที่ 5.2	กราฟแสดงอัตราการรอดชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี แยกตามระยะของ โรคเมื่อแรกรับ	61
รูปที่ 5.3	อัตราการรอดชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี แยกตามระดับ CD4 เมื่อแรกรับ	61

รูปที่ 5.4	อัตราการรอดชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี แยกตามชนิดของโรงพยาบาลที่ให้บริการ	62
รูปที่ 5.5	การเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสในแต่ละช่วงเวลาหลังการรักษา	65
บทที่ 7	ต้นทุน-ประสิทธิผลของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์	
รูปที่ 7.1	การกระจายต้นทุนโดยอ้อม (Step down indirect cost allocation)	90

บทคัดย่อ

ความเป็นมา

กระทรวงสาธารณสุขได้มีการดำเนินโครงการพัฒนาระบบบริการโดยให้ยาต้านไวรัสเอดส์ (HART) แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 ในปัจจุบันประมาณ 2547 เป็นต้นมา มีการขยายโอกาสการเข้าถึงยาโดยกำหนดเป้าหมายอย่างต่ำ 50,000 คน ทั่วประเทศ การพัฒนาคุณภาพของระบบบริการยาต้านไวรัสเอดส์แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจึงจำเป็นต้องมีการติดตามประเมินผล เพื่อให้ได้ทราบถึงสถานภาพ จุดแข็ง จุดอ่อน ในประเด็นต่างๆ ทั้งด้านนโยบาย แผนงาน และการดำเนินงานโครงการต่างๆ รวมทั้งความพร้อมและศักยภาพของสถานบริการและบุคลากร เพื่อวางแผนในการขยายบริการให้ยาต้านไวรัสเอดส์ ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ 4 ประการ ได้แก่ 1) ทบทวนกระบวนการนโยบาย และการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขในการขยายบริการยาต้านไวรัสเอดส์แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี 2) ประเมินคุณภาพของระบบบริการยาต้านไวรัสเอดส์ในโรงพยาบาล 3) ประเมินผลที่เกิดขึ้นในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ทั้งทางด้านคลินิกและด้านสังคมและพฤติกรรม และ 4) ศึกษาต้นทุน-ประสิทธิผล ของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ เปรียบเทียบโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลระดับจังหวัด

วิธีการ

การศึกษากระบวนการนโยบายและการดำเนินโครงการ เป็นการทบทวนเอกสาร การสัมภาษณ์ผู้บริหาร และผู้ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานโครงการ การประเมินคุณภาพระบบบริการในโรงพยาบาล ใช้วิธีการเยี่ยมสำรวจพื้นที่ โดยสุ่มเลือกเขตละ 1 จังหวัด รวมเป็น 12 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดอยุธยา ลพบุรี ปราจีนบุรี ประจวบคีรีขันธ์ สุรินทร์ อุดรธานี อำนาจเจริญ สุโขทัย น่าน เชียงใหม่ กระบี่ และสงขลา ในแต่ละจังหวัดเลือกโรงพยาบาลประจำจังหวัด 1 แห่ง และสุ่มเลือกโรงพยาบาลชุมชน/ทั่วไปอีก 2 แห่ง รวมโรงพยาบาลทั้งสิ้น 36 แห่ง เก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษา เจ้าหน้าที่ชั้นสูตร รวมทั้งการใช้แบบบันทึกและการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง การประเมินผลที่เกิดขึ้นในผู้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ในด้านสังคมและพฤติกรรม เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้าโครงการตั้งแต่ปีงบประมาณ 2546 การศึกษาผลที่เกิดขึ้นด้านคลินิก ได้แก่ การเกิดโรคฉวยโอกาส การตาย การหยุดยา ปริมาณ CD4 เก็บข้อมูลจากแบบบันทึกและเวชระเบียนโรงพยาบาล ส่วนการศึกษาต้นทุน-ประสิทธิผลของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ เป็นกรณีศึกษาในโรงพยาบาล 3 แห่ง ในจังหวัดเชียงใหม่ ต้นทุนรวมของการรักษาในโครงการ ATC ได้แก่ ต้นทุนการบริการที่คลินิกยาต้านไวรัส ต้นทุนยาต้านไวรัสเอดส์ และต้นทุนของผู้รับบริการ เก็บข้อมูลจากบันทึกรายงานของโรงพยาบาล และการสัมภาษณ์ และคำนวณสัดส่วนต้นทุน-ร้อยละประสิทธิผล จากข้อมูลดังกล่าว

ผลการศึกษา

การจัดสรรยาต้านไวรัสเอดส์ภายใต้โครงการ ATC ในปีงบประมาณ 2547 กระทรวงสาธารณสุขได้ขยายบริการแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยได้กำหนดเป้าหมายจำนวน 50,000 ราย พบว่า ในระยะเวลา 7 เดือนแรกของการดำเนินนโยบาย มีการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้เข้ารับยาใหม่ ในอัตราผู้รับยาใหม่แต่ละเดือนในอัตราเฉลี่ยร้อยละ 5 โดยมีผู้ติดเชื้อที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์แล้ว จำนวน 33,381 ราย หรือร้อยละ 66.7 เมื่อเทียบกับจำนวนเป้าหมาย อย่างไรก็ตาม ตัวเลขดังกล่าวเป็นตัวเลขสะสมของผู้เข้าร่วมโครงการทั้งหมด ซึ่งพบว่าหลังจากนั้นต่อมา มีผู้ป่วยจำนวน

หนึ่งที่มีเหตุให้ต้องหยุดยาและออกจากโครงการ ทำให้จำนวนผู้ที่รับยาจริงมีอยู่ 29,549 ราย หรือร้อยละ 59 เมื่อเทียบกับเป้าหมาย

การคัดกรองผู้ติดเชื้อเข้าร่วมโครงการ ใช้เกณฑ์ทางคลินิกเป็นหลักในการพิจารณา คือผู้ติดเชื้อที่ป่วยเป็นเอดส์แล้ว หรือผู้ติดเชื้อที่ไม่มีอาการแต่มีปริมาณ CD4 ต่ำกว่า 200/ลูกบาศก์เซนติเมตร โรงพยาบาล 20 ใน 36 แห่ง (ร้อยละ 55.6) พบว่ามีการกำหนดเงื่อนไขอื่นเพิ่มเติม ได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มผู้ติดเชื้อ การไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ เช่น ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ ไม่ติดสารเสพติด เป็นต้น รูปแบบการบริการพบว่า โรงพยาบาล ส่วนใหญ่จัดเป็นคลินิกเฉพาะ และกำหนดวันนัดหมายผู้รับบริการเฉลี่ยเดือนละครั้ง โรงพยาบาล 18 ใน 36 แห่ง มีการให้บริการที่คลินิกผู้ป่วยนอกทั่วไปควบคู่ไปด้วย สำหรับผู้รับบริการรายที่ยังไม่พร้อมจะเปิดเผยตัว การจัดคลินิกบริการแบบเบ็ดเสร็จ ณ จุดบริการเดียว (One Stop Service) พบได้ในโรงพยาบาล 9 แห่ง โดยเรียกตัวเองว่า ศูนย์ดูแลสุขภาพกลางวัน (Day Care Center) คุณภาพของการจัดบริการให้คำปรึกษา การติดตามผลการรักษา การตรวจสอบและการส่งเสริมการกินยา พบว่าในภาพรวม โรงพยาบาลส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับดี คือเริ่มมีการปฏิบัติที่เป็นระบบและมีการพัฒนากระบวนการ ถึงแม้ยังไม่สามารถเห็นผลได้ชัดเจนโดยเฉพาะในโรงพยาบาลที่เพิ่งเริ่มต้นการบริการยาต้านไวรัสได้ไม่ถึงปี ผู้ให้บริการร้อยละ 98 มีทัศนคติที่ดีมากต่อการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์

กลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับยาต้านไวรัส จำนวน 1,042 คน พบว่า มีผู้เสียชีวิตจำนวน 67 ราย (ร้อยละ 6.4) อัตราการรอดชีวิตหลังการรักษา ณ เวลา 1 ปี ในกลุ่มที่เริ่มยาต้านไวรัสเอดส์ขณะไม่มีอาการ เท่ากับ ร้อยละ 95 เปรียบเทียบกับ ร้อยละ 90 ในกลุ่มที่มีอาการหรือป่วยเป็นเอดส์แล้ว อุบัติการณ์โรคฉวยโอกาส ในกลุ่มที่มีปริมาณ CD4 ต่ำกว่า 50/Cu.mm. เท่ากับ ร้อยละ 10.0 ส่วนกลุ่มที่มี CD4 200/Cu.mm. หรือมากกว่า พบได้ร้อยละ 4.6 ปริมาณ CD4 หลังการรักษาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ค่าเฉลี่ยของส่วนต่างของ CD4 ที่ 0 และ 6 เดือนหลังการรักษา เท่ากับ 112.29/ลูกบาศก์เซนติเมตร (95% CI 99.90, 124.69) การรับรู้ของผู้ติดเชื้อต่อผลที่เกิดขึ้นกับตัวเองหลังการรักษา พบว่า มากกว่าครึ่งยอมรับว่าแข็งแรงขึ้น สามารถกลับไปทำงานได้เหมือนเดิม และได้รับการยอมรับจากชุมชนมากขึ้น ร้อยละ 50 มีสุขภาพทางเพศดีขึ้น และมีเพศสัมพันธ์ ในระยะ 3 เดือนที่ผ่านมา อัตราผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่กินยาต้านไวรัสครบถ้วน ในระยะ 5 วันก่อนการสัมภาษณ์ พบได้ ร้อยละ 96.2 และไม่มีความแตกต่างกันระหว่างภูมิภาค

ผลการศึกษาต้นทุนพบว่า ต้นทุนค่ายาต้านไวรัสเอดส์ เป็นสัดส่วนประมาณ ร้อยละ 60-80 ของต้นทุนรวมทั้งหมดของการบริการ ยาสูตรพื้นฐานที่ใช้ในโครงการ ATC ซึ่งได้แก่ GPO-Vir จะมีต้นทุนค่ายาที่ต่ำกว่ามาก เมื่อเทียบกับยาต้านไวรัสสูตรอื่นๆ การเปรียบเทียบต้นทุนรวมเฉลี่ยต่อคนต่อปี ของโรงพยาบาล 3 แห่ง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ 1 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก 1 แห่ง พบว่ามีความแตกต่างกันระหว่างโรงพยาบาล คือเท่ากับ 25,163.53 บาท 44,272.73 บาท และ 21,602.18 บาท ต่อคนต่อปี ตามลำดับ ทั้งนี้ปัจจัยสำคัญที่ทำให้แตกต่างคือสูตรยาต้านไวรัสที่ใช้ในการรักษา โรงพยาบาลที่มีสัดส่วนการใช้จ่ายยาต้านไวรัสที่มีราคาแพงมากกว่าจะมีต้นทุนรวมที่สูงกว่า ส่วนประสิทธิผลของการรักษาพบว่าไม่มีความแตกต่างกันระหว่างโรงพยาบาล ดังนั้นการมีต้นทุนการให้บริการที่ต่ำกว่าในโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก จึงทำให้ต้นทุนต่อร้อยละประสิทธิผลของการรักษามีสัดส่วนที่ดีกว่าเมื่อเทียบกับโรงพยาบาลอีกสองแห่ง

อภิปรายผล

โครงสร้างของระบบบริการที่มุ่งเน้นการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ทำให้ดูเหมือนว่าให้ความสำคัญของการดูแลในมิติอื่นน้อยลง ระบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรเป็นการบูรณาการทั้งในด้านการรักษาและการป้องกันรวมทั้งการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ กระบวนการให้ข้อมูลแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะแรก ยังไม่สามารถครอบคลุมถึงผู้

ติดเชื้อเอชไอวี และกลุ่มที่ควรดูแลติดตาม เช่น กลุ่มเสี่ยงที่มารับบริการและมีผลตรวจเลือดเป็นลบ ซึ่งถือได้ว่าเป็นกลุ่มที่มีความสำคัญและอาจกลายเป็นผู้ติดเชื้อได้ในอนาคตหากไม่ได้รับการดูแลที่ดี โรงพยาบาลควรประสานเครือข่ายการให้บริการในระดับสถานีนามัย หรือศูนย์สุขภาพชุมชนในพื้นที่ รวมทั้งหน่วยงานท้องถิ่น องค์กรชุมชน เพื่อเสริมการดูแลผู้ติดเชื้อในทุกด้านและติดตามอย่างต่อเนื่อง การพัฒนาศักยภาพของผู้ให้บริการควรดำเนินการอย่างต่อเนื่อง สนับสนุนให้มีระบบปรึกษาด้านการรักษา และการให้บริการเป็นทีม

โรงพยาบาลชุมชนมีความพร้อมในการให้บริการยาต้านไวรัสเอดส์และมีต้นทุนที่ต่ำกว่า ในระยะแรกพบว่าผลที่เกิดขึ้นไม่แตกต่างจากการให้บริการในโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ แต่ทั้งนี้ต้องอยู่ภายใต้เงื่อนไขที่โรงพยาบาลมีบุคลากรเพียงพอ และมีการใช้ยาต้านไวรัสสูตร GPO-Vir อย่างไรก็ดีตาม ต้นทุนดังกล่าวไม่อยู่คงที่ และมีการแปรผันไปตามสูตรยาที่ใช้ ซึ่งในอนาคตคาดการณ์ได้ว่าต้นทุนมีแนวโน้มสูงขึ้นหากจำเป็นต้องเปลี่ยนใช้สูตรยาอื่นที่มีราคาแพงขึ้น

โรงพยาบาลควรมีการพัฒนาระบบฐานข้อมูลการให้บริการ เพื่อบันทึกติดตามผู้มารับบริการทุกรายที่มีผลเลือดบวกยาใหม่อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง เพื่อติดตามดูการเปลี่ยนแปลงระยะของโรค และให้การรักษาได้ในเวลาที่เหมาะสม รวมทั้งการติดตามเฝ้าระวังการดื้อยาของเชื้อ เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการวางแผนและกำหนดเป้าหมายจำนวนผู้ที่ต้องการยาในอนาคต

Abstract

Background

The provision of antiretroviral therapy (ARV) for people with HIV/AIDS by the Access To Care (ATC) of Ministry of Health was first initiated in the year 2000. As the project expands to reach the target 50,000 people in the year 2004, it is necessary to have a better understanding of operational issues related to expansion of existing project. The strength and weakness of service structure should be assessed to provide information for quality improvement.

Objectives

1) to review the policy and process of implementation for provision of antiretroviral therapy, 2) to assess quality and adequacy of hospital services for ARV provision. 3) to assess the effects

on health and behavior of people with HIV/AIDS receiving ARV and 4) to study costs and cost-effectiveness for provision of ARV therapy comparing between provincial and district hospitals.

Methods

The documents relevant to national HIV policy was analyzed, and in-depth interview was performed with people responsible for ATC project. The 12 provinces stratified by region were randomly selected: Ayutthaya, Lopburi, Prachinburi, Prachuabkeyrehun, Surin, Udonthani, Aumnatthareon, Sukothai, Nan, Chiang Mai, Krabi and Songkla. In each province, a provincial hospital was purposively selected and two district hospitals were randomly selected. The total numbers was 36 hospitals. The hospital visits was performed by the research team to assess quality of services for ARV. Practice guidelines, record form, and documents relevant to ATC project were reviewed. Focus group discussions and individual interviews were conducted with hospital personnel including doctors, nurses, counselor and laboratory technician, who provide care for people with HIV/AIDS. The hospital records of people enrolled in the ATC project during the fiscal year 2003 were reviewed. Survivals, incidence of opportunistic infections, clinical failure, changes of CD4 cell count at six months after treatment initiated, were analyzed. People with HIV/AIDS who currently receives ARV treatment were interviewed for their perceptions on health status, adherence, social and behavior impacts of ARV medication. The costs and cost-effectiveness study was conducted in three hospitals in Chiang Mai province. The overall cost of ARV provision was a combination of provider cost at ARV clinic, laboratory cost, ARV drug cost and patients cost. The overall costs/person/year and cost-effectiveness were analyzed.

Results

At present, after seven months of expansion of existing ATC project to reach the target of 50,000 in the year 2004, an average enrollment of new cases was 5 percent per month. The 33,381 people with HIV/AIDS were enrolled and this was about 66.7 percent of the project target. However, a number of people were with some reason dropout from the project and 29,549 people remained in the project during this period of time

The selection criteria for ARV treatment was a case with symptomatic HIV or AIDS or asymptomatic with CD4 less than 200/Cu.mm. Twenty of 36 hospitals visited (55.6%) considered some additional social criteria such as to be consented to attend activities of people with HIV/AIDS group (PLHA), not alcoholic or drug abuse. Most hospitals ran special clinic for ARV provision with a month of follow-up in average for each case. Eighteen of 36 hospitals also provided ARV medication at general out patient clinic for the cases that were not yet ready to disclose themselves to the PLHA group. Nine hospitals provided a model of one stop services known as Day Care Center (DCC). In most hospitals, the overall pictures of quality of counseling and education services, follow-up and monitoring system, adherence promotion and assessment for ARV provision were impressive. Most hospitals initiated the system for HIV care and quality improvement, although some of them had just started the project this year. Ninety eight percents of health providers had good attitudes towards ARV treatment.

Of 1,042 PLHA, at one year following after ARV treatment, 67 (6.4%) died. Most of death cases had CD4 less than 50/Cu/mm. Asymptomatic PLHA had one year survival rate 95 percent compared to 90 percent of those with symptomatic or AIDS. Opportunistic infection after ARV medication occurred most frequently in the first six months. The OI incidence in a group with CD4 less than 50/Cu.mm. was 10.0 percent compared to 4.6 percent of those with CD4 200/Cu.mm. or higher. Tuberculosis was common. The rising of CD4 cell count after six months of ARV treatment was significant. The mean difference was 112.29/Cu.mm. (95% Confident Interval 99.90, 124.69). The self reported adherence of PLHA during the past five

days was 96.2 percent and had no difference between regions. More than half of PLHA perceived their better health and were able to get back for work and have sexual relationship after a few month of ARV treatment.

The cost of ARV drugs was approximately 60-80 percent of overall costs of ARV services. The fundamental ARV formula in the ATC project was GPO-Vir which was cheapest compared to the others. The cost of ARV services was compared between the three hospitals; one provincial and two district hospitals with different context. The overall costs/case/year in provincial hospital was 25,163.53 baht compared to 44,272.73 baht of a big district hospital and 21,602.18 baht of a small district hospital. ARV formula was a major factor for the difference of costs. The hospital which had higher proportion of complicated cases prescribed expensive ARV had to be responsible for the higher cost of ARV services. The treatment outcomes were not significantly different between the hospitals. Therefore, the cost per percent of effectiveness in a small district hospital had a better proportion than in the other two hospitals.

Discussion

The structure of services for PLHA in most hospitals emphasizes the need of ARV medication that sometimes other aspects of care are considered less important. The care system should be comprehensive, HIV prevention and health behavior should be promoted. Counseling services which mainly focused on cases with ARV treatment should expand to provide education to others PLHA and people with risk behavior who come for HIV test even if the negative results. This group is always at risk and soon would come back with the disease if they are ignored by the hospital service system at the early stage. The quality of continuation of care could be improved by strengthening the network of PLHA, local health centers, and community organizations. Continuous education for health providers and development of consultation system for HIV care at local could build up competency and confidence of health providers as well as improve quality of care.

The structure of services at community hospitals is appropriate for ARV provision. The outcomes are not different from that of general hospitals but with lower costs. This is under assumptions of adequate numbers of doctors and cases are not complicated and be handled by the fundamental ARV formula. However, the overall cost of ARV provision is not static and tends to be higher if there are cases need to switch to more expensive drugs in the future. Service information system for HIV care at hospitals should be developed in order to follow-up all cases at earlier stage from the first visit. This could help to ensure that ARV treatment can be initiated at the right time. The information can also be used for project planning to extend the ARV service in the future.

บทที่ 1

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

1. แนวโน้มการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอ็ดส์

ข้อสังเกตที่สำคัญ

สถานการณ์ปัจจุบัน

สถานการณ์การใช้ยาต้านไวรัสในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนา พบว่าในจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่จำเป็นต้องใช้ยาต้านไวรัสเอ็ดส์ มีเพียงร้อยละ 10 เท่านั้นที่สามารถเข้าถึงยาได้ องค์การอนามัยโลกจึงได้กำหนดยุทธศาสตร์โดยคาดหวังว่าในปี 2005 จำนวนครึ่งหนึ่งของผู้ที่ต้องการยาต้านไวรัส (3 ล้านคน) ทั่วโลกจะสามารถเข้าถึงยาได้ ในประเทศไทยปี 2547 พบผู้ติดเชื้อเอชไอวีรวมกว่า 1.07 ล้านคน และเสียชีวิตไปแล้วกว่า 500,000 คน ในปีนี้คาดว่าจะมีผู้ติดเชื้อรายใหม่ 19,500 คน และผู้ป่วยเอ็ดส์จำนวน 49,500 คน กระทรวงสาธารณสุขได้มีการดำเนินโครงการพัฒนาระบบบริการโดยให้ยาต้านไวรัสเอ็ดส์ (HART) แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอ็ดส์มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 โดยในระยะแรกได้มีการกำหนดในพื้นที่เฉพาะและจำกัดจำนวนผู้รับบริการ ในปัจจุบันมีการขยายโอกาสการเข้าถึงยาโดยกำหนดเป้าหมายอย่างต่ำ 50,000 คน ทั่วประเทศ ใน ปีงบประมาณ 2547

การเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอ็ดส์

การจัดสรรยาต้านไวรัสในปีงบประมาณ 2547 ได้ดำเนินการให้สอดคล้องกับขนาดปัญหาที่อ้างอิงจากอัตราป่วยและอัตรารายในแต่ละพื้นที่ สถานการณ์การเข้าถึงบริการจนถึง ณ เดือนเมษายน 2547 มีผู้ติดเชื้อที่ได้รับการคิดเป็นร้อยละ 66.7 เมื่อเทียบกับเป้าหมาย อย่างไรก็ตามในแต่ละพื้นที่พบว่าอัตราการเข้ารับบริการ ยังมีความแตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากประสิทธิภาพของการดำเนินงาน และวิธีการกำหนดเป้าหมายอาจไม่สะท้อนจำนวนผู้ที่ต้องการรับยาที่แท้จริง

การกำหนดเป้าหมายการให้บริการยาต้านไวรัสในปีที่ผ่านมาพิจารณาจากขนาดปัญหาในพื้นที่คือความชุกของโรคและอัตรารายจากโรคเอ็ดส์ ส่งผลให้การดำเนินงานในบางพื้นที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด ทั้งนี้เนื่องจากบางแห่งยังไม่มีความพร้อมในด้านการบริการเชิงรุก ในการคัดกรองผู้ติดเชื้อเข้าร่วมโครงการ ส่วนใหญ่เป็นในลักษณะตั้งรับ การกำหนดเป้าหมายในปัจจุบันเป็นการประมาณ เนื่องจากไม่มีตัวเลขที่แท้จริงของผู้ติดเชื้อซึ่งเป็นตัวสะท้อนจำนวนผู้ที่ต้องการยาต้านไวรัสในอนาคต กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขกำลังอยู่ระหว่างการพัฒนากระบวนการฐานข้อมูล เพื่อใช้ในการติดตามผู้ป่วย และรวมถึงผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่หรือผู้ที่ยังไม่มีอาการที่จะต้องมีการติดตามเฝ้าระวังปริมาณ CD4 อย่างต่อเนื่อง เพื่อดูการเปลี่ยนแปลงระยะของโรค และให้ผู้ติดเชื้อสามารถเข้ารับการรักษาได้ในเวลาที่เหมาะสม ฐานข้อมูลนี้สามารถนำมาใช้ในการวางแผนและกำหนดเป้าหมายจำนวนผู้ที่ต้องการยาในอนาคตได้อีกด้วย

โครงสร้างพื้นฐานของระบบบริการ

โครงสร้างพื้นฐานของระบบบริการปัจจุบันมีความพร้อมระดับหนึ่งในการให้บริการยาต้านไวรัสเอดส์ โรงพยาบาลชุมชนสามารถให้บริการยาต้านไวรัสเอดส์แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ดี และผลที่เกิดขึ้นไม่แตกต่างจากการให้บริการในโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ โดยมีต้นทุนที่ต่ำกว่าภายใต้เงื่อนไขต่าง ๆ ได้แก่ โรงพยาบาลมีบุคลากรเพียงพอ และมีการสนับสนุนจากองค์กรชุมชนและกลุ่มผู้ติดเชื้อ ยาต้านไวรัสที่ใช้เป็นสูตร GPO-Vir และยังไม่มีปัญหาการเกิดเชื้อดื้อยา โดยเกิดผลดีแก่ผู้มารับบริการทั้งด้านสุขภาพโดยรวม การมีระดับ CD4 เพิ่มขึ้น ความพึงพอใจต่อบริการ อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้เป็นข้อสรุปที่เกิดขึ้นในระยะ 1-2 ปีแรกของการรักษาเท่านั้น

การให้บริการยาต้านไวรัสในโรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน ทำให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวก ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ลดจำนวนวันลางาน ทำให้ต้นทุนด้านผู้รับบริการลดลงได้มาก อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยที่ไม่ต้องการเปิดเผยตัว พบว่าจะไปแสวงหาการรักษาจากโรงพยาบาลที่อยู่ห่างไกล ดังนั้น โรงพยาบาลจึงควรมีมาตรการรองรับปัญหาและให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยในกรณีดังกล่าวด้วย

การมีบุคลากรที่มีศักยภาพอย่างเพียงพอ ประกอบด้วยผู้ให้บริการด้านต่าง ๆ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล ผู้ให้คำปรึกษา และผู้ประสานงานนั้น เป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงโอกาสแห่งความสำเร็จในเบื้องต้น แต่ในความเป็นจริงการคลาดเคลื่อนบุคลากรทั้งระบบ โดยเฉพาะแพทย์ สิ่งที่ได้เห็นในโรงพยาบาลทั่ว ๆ ไป คือการที่แพทย์มีภาระในการให้บริการ และไม่สามารถให้เวลากับผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ และเนื่องจากการเคลื่อนย้ายของแพทย์และบุคลากรด้านอื่น ๆ ให้ความรู้ความเชี่ยวชาญ และความมั่นใจการให้บริการยาต้านไวรัสลดลง ผู้ให้บริการอื่น ๆ เช่นเจ้าหน้าที่พยาบาลก็อาจมีข้อจำกัดในเรื่องของความสามารถหรือทักษะในการดูแลและการตัดสินใจในบางกรณีที่มีความซับซ้อน จำเป็นต้องได้รับคำปรึกษาจากแพทย์ ฉะนั้นควรมีมาตรการรองรับในการเตรียมความพร้อมด้านบุคคลกรเพื่อรองรับกับจำนวนผู้มารับบริการที่จะมีเพิ่มมากขึ้นในอนาคตอย่างแน่นอน

ระบบการให้คำปรึกษานั้นเป็นระบบบริการขั้นพื้นฐานและยังเป็นหนึ่งในมาตรการที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงโรค การตรวจเลือด การดูแลสุขภาพ วิธีการกินยาและเข้าใจถึงเหตุผลของการกินยาอย่างต่อเนื่อง โดยนับว่าการบริการให้คำปรึกษานั้นเป็นบริการที่สำคัญในทุกช่วงของการดูแลผู้ป่วย ในปัจจุบันลักษณะของการให้คำปรึกษานี้ ยังคงมีความแตกต่างกันสูง และที่ยังมีปัญหามาตรฐานเพราะขึ้นกับความสามารถของผู้ให้บริการเป็นหลัก

ความพร้อมของบุคลากรและเครื่องมือที่ใช้ในการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อติดตามผลการรักษายังอยู่ในระดับที่จำกัด โรงพยาบาลมากกว่าร้อยละ 50 ยังไม่สามารถให้บริการการตรวจ CD4 ได้ และโรงพยาบาลที่สามารถตรวจ Viral load ได้ก็มีจำนวนน้อยมาก และจำกัดเฉพาะในโรงพยาบาลใหญ่เท่านั้น การตรวจเพื่อหาระดับ CD4 นั้นเครื่องมือก็มีความจำกัด เพราะจะได้กระจายอยู่ในบางแห่งเท่านั้น การติดต่อเพื่อรับบริการและขั้นตอนนั้นยุ่งยากและเสียเวลามากโดยเฉพาะขั้นตอนการส่งตรวจ และในบางครั้งการใช้งานที่หนักเกินไปทำให้เกิดความบกพร่องของเครื่องมือ และมาตรฐานในการตรวจต่ำลง

ข้อเสนอแนะ

1. ระบบโครงสร้างพื้นฐานของการให้บริการควรมุ่งเน้นการพัฒนาในทุก ๆ ด้าน ทั้งในส่วนของการบริการ และการพัฒนาบุคลากร ระบบการให้คำปรึกษา และควรมีความยืดหยุ่นในแต่ละพื้นที่ให้สอดคล้องกับทรัพยากรที่มีอยู่ และไม่เพียงแต่มุ่งเน้นเรื่องยาต้านไวรัสเพียงอย่างเดียว

2. ควรมีการพัฒนากระบวนการเฝ้าระวังการติดยาของเชื้อโดยเฝ้าระวังทั้งในกลุ่มผู้ติดเชื้อที่รับยาและไม่ได้รับยาต้านไวรัส ควรตระหนักไว้เสมอว่าการติดยาเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ และจะกระตุ้นให้เกิดได้เร็วขึ้นด้วยปัจจัยต่าง ๆ เช่น การไม่กินยาต่อเนื่อง เป็นต้น
3. ควรมีการตรวจสอบและการส่งเสริมการกินยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วย เพื่อลดปัญหาการรักษาที่ไม่ได้ผล และชะลอการติดยาของเชื้อ เพราะหากเกิดปัญหาดังกล่าวแล้ว ทำให้มีความจำเป็นต้องใช้ยาชนิดที่มีราคาแพงขึ้น ทำให้ต้นทุนในการรักษามีแนวโน้มสูงขึ้นในอนาคต
4. ควรมีการพัฒนากระบวนการฐานข้อมูลการให้บริการ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความสม่ำเสมอต่อเนื่องและถูกต้องทันสมัยตลอดเวลา และครอบคลุมตัวแปรที่จำเป็นและลดการซ้ำซ้อน และมีการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการติดตามการให้บริการด้วย
5. ควรมีการพัฒนาปรับปรุงคู่มือแนวทางปฏิบัติในการให้การดูแลผู้ป่วยด้วยยาต้านไวรัส ให้มีความทันสมัยและมีหลักฐานทางวิชาการที่เป็นปัจจุบันอ้างอิง คู่มือแนวทางปฏิบัติควรครอบคลุมถึงวิธีการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน การเฝ้าระวังเชื้อติดยา เกณฑ์ที่ใช้พิจารณาการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และแนวทางปฏิบัติในการส่งต่อผู้ป่วยโดยให้สอดคล้องกับทรัพยากรที่มีอยู่จำกัด
6. พัฒนาศักยภาพและความพอเพียงของการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อใช้ในการติดตามผลการรักษา การขยายเครื่องมือให้มีจุดตรวจมากขึ้นจึงมีความสำคัญ การตรวจเพื่อหาระดับไวรัสในกระแสเลือดมีความสำคัญเพื่อผลการติดตามที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น การเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับเทคโนโลยีในอนาคต ต้องพิจารณาร่วมด้วย
7. การกำหนดเป้าหมายในปัจจุบันเป็นการกำหนดโดยการประมาณ เนื่องจากไม่มีตัวเลขที่แท้จริงของผู้ติดเชื้อซึ่งเป็นตัวสะท้อนจำนวนผู้ที่ต้องการยาต้านไวรัสในอนาคต ฉะนั้นจึงควรมีการพัฒนากระบวนการติดตามผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่หรือผู้ที่ยังไม่มีอาการอย่างสม่ำเสมอ และมีการจัดทำระบบฐานข้อมูลติดตามทั้งทางด้านคลินิกและระดับ CD4 อย่างต่อเนื่องเป็นระยะ เพื่อติดตามดูการเปลี่ยนแปลงระยะของโรค และให้ผู้ติดเชื้อสามารถเข้ารับการรักษาได้ในเวลาที่เหมาะสม ฐานข้อมูลนี้สามารถนำมาใช้ในการวางแผนและกำหนดเป้าหมายจำนวนผู้ที่ต้องการยาในอนาคตได้อีกด้วย

2. ระบบบริการยาต้านไวรัสเอดส์ในโรงพยาบาล

ข้อสังเกตที่สำคัญ

การจัดคลินิกบริการยาต้านไวรัสเอดส์

โรงพยาบาลทุกแห่งมีการจัดคลินิกยาต้านไวรัสเอดส์เพื่อรองรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีในโครงการ ATC โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีการจัดตั้งคลินิกเอชไอวีอยู่เดิม และเพิ่มวันนัดตรวจสำหรับผู้ติดเชื้อที่รับยาต้านไวรัสเอดส์ในโครงการ ATC การให้บริการในโรงพยาบาลทั่วไป/ศูนย์ แพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยจะเป็นแพทย์เฉพาะทางอายุรกรรม ซึ่งมีการกำหนดตัวผู้รับผิดชอบเฉพาะ ยกเว้นบางโรงพยาบาลที่แพทย์หมุนเวียนกันออกตรวจ การให้บริการในโรงพยาบาลชุมชน จะเป็นแพทย์ทั่วไปหรือบางแห่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลจะทำหน้าที่ในการให้บริการผู้ป่วยเอง ปัญหาที่พบโดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชน คือ การขาดแคลนแพทย์ เนื่องจากแพทย์ที่มีอยู่ต้องมีการะงานบริการด้านอื่นๆ ด้วย ซึ่งในกรณีนี้เจ้าหน้าที่พยาบาลจะทำหน้าที่ตรวจและให้การรักษาเบื้องต้น และปรึกษาแพทย์เฉพาะรายที่มีปัญหาและไม่สามารถจัดการได้เท่านั้น

โรงพยาบาลหลายแห่งมีการให้บริการแบบเบ็ดเสร็จ ณ จุดบริการเดียว (One Stop Service) ผู้รับบริการได้รับความสะดวกเนื่องจากผู้ให้บริการทุกด้าน ทั้งแพทย์ พยาบาล และเภสัชกรจะมาให้บริการ ณ บริเวณเดียวกัน และที่พบเห็นได้เสมอในเกือบทุกโรงพยาบาลคือ การจัดกิจกรรมกลุ่มผู้ติดเชื้อควบคู่ไปด้วยเพื่อให้ข้อมูลคำปรึกษาแบบกลุ่มระหว่างที่รอพบแพทย์จากการเยี่ยมสำรวจพบว่าโรงพยาบาลจำนวน 9 ใน 36 แห่งให้บริการในลักษณะดังกล่าว และเรียกตัวเองว่า ศูนย์ดูแลสุขภาพกลางวัน (Day Care Center) ในขณะที่โรงพยาบาล 6 ใน 36 แห่งมีการจัดคลินิกให้คำปรึกษาที่ให้บริการโดยอาสาสมัครผู้ติดเชื้อในวันที่ผู้ป่วยมารับยาต้านไวรัสด้วย

การจัดบริการยาต้านไวรัสเอดส์แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีนั้น ในโรงพยาบาลส่วนใหญ่จะดำเนินการในหลายลักษณะ ไม่ยึดติดรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการแต่ละประเภท เช่น นอกจากการให้บริการที่คลินิกยาต้านไวรัสแล้ว ยังมีการให้บริการที่คลินิกผู้ป่วยนอกทั่วไป ซึ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมาใช้บริการปะปนกับผู้ป่วยอื่น ๆ ซึ่งเหมาะสมในกรณีที่ผู้รับบริการยังไม่พร้อมที่จะเปิดเผยตัวหรือเข้ากลุ่ม จากการเยี่ยมสำรวจโรงพยาบาลจำนวน 36 แห่ง พบว่า 18 ใน 36 แห่ง (ร้อยละ 50.0) มีการจัดบริการแก่ผู้ติดเชื้อที่ยังไม่พร้อมจะเปิดเผยตัวในลักษณะคลินิกผู้ป่วยนอกดังกล่าว อย่างไรก็ตามการให้บริการในกรณีเช่นนี้ ผู้ให้บริการยอมรับว่าทำให้เกิดภาระมากกว่าการให้บริการแก่ผู้ที่เปิดเผยตัวและเข้ากลุ่ม

การคัดเลือกผู้ติดเชื้อเข้าร่วมโครงการ

การคัดเลือกผู้ติดเชื้อเข้าร่วมโครงการเพื่อให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสนั้น ทางโรงพยาบาลมีการใช้เกณฑ์ทางคลินิกที่กำหนดไว้ในคู่มือปฏิบัติงานของกระทรวงสาธารณสุข แต่เป็นเพียงแนวทาง ไม่ได้ปฏิบัติอย่างเคร่งครัด เกณฑ์ทางคลินิกเป็นหลักในการพิจารณา ได้แก่ ผู้ติดเชื้อที่ป่วยเป็นเอดส์แล้วไม่ว่าระดับ CD4 เป็นเท่าใดก็ตาม หรือผู้ติดเชื้อที่ไม่มีอาการแต่มีระดับ CD4 ต่ำกว่า 200 cell/cu.mm. บางแห่งอนุโลมให้ถึง 250 cell/cu.mm. นอกจากเกณฑ์ทางคลินิกดังกล่าวแล้ว ในโรงพยาบาลที่เยี่ยมสำรวจจำนวน 20 ใน 36 แห่ง (ร้อยละ 55.6) พบว่ามีการกำหนดเงื่อนไขอื่นเพิ่มเติมในการคัดเลือกผู้เข้ารับยาต้านไวรัสด้วย ตัวอย่างเช่น การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม การเปิดเผยตัวและเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มผู้ติดเชื้อ การยอมรับของบุคคลในครอบครัว หรือการไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ เช่น ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ ไม่ติดสารเสพติด เป็นต้น

โรงพยาบาลบางแห่งให้ความสำคัญของการเปิดเผยตัวและเข้าร่วมกลุ่มผู้ติดเชื้อเป็นเงื่อนไขสำคัญที่ต้องมี และได้พยายามโน้มน้าวให้ผู้ติดเชื้อที่สมัครเข้าโครงการ เห็นถึงข้อดีของการเปิดเผยตัวและการเข้าร่วมกลุ่ม ผลปรากฏให้เห็นได้ว่าผู้ติดเชื้อจำนวนไม่น้อยที่สุดในที่สุดท้ายยอมเปิดเผยตัว แต่เฉพาะกับผู้ให้บริการและกลุ่มผู้ติดเชื้อที่รับบริการด้วยกันที่โรงพยาบาลเท่านั้น

การให้บริการปรึกษา

การจัดบริการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสในโรงพยาบาล มีได้ในสองลักษณะคือ แบบที่ 1 เป็นการให้คำปรึกษารายบุคคล (Individual counseling) และแบบที่ 2 เป็นการให้คำปรึกษารายกลุ่ม (Group counseling) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะแรกที่สมัครเข้าร่วมโครงการทุกราย จะได้รับการชี้แจงข้อมูลที่เกี่ยวข้องเป็นรายบุคคลเพื่อประกอบการตัดสินใจการรักษาด้วยยาต้านไวรัส การให้บริการคำปรึกษารายกลุ่มเป็นกิจกรรมที่พบเห็นได้เสมอในโรงพยาบาลที่มีการรวมกลุ่มของผู้ติดเชื้อในพื้นที่ โดยจะมีการจัดกิจกรรมในวันที่มีคลินิกบริการยาต้านไวรัสเฉลี่ยเดือนละครั้ง ตัวแทนกลุ่มผู้ติดเชื้อมีบทบาทร่วมกับเจ้าหน้าที่พยาบาลในการนำกิจกรรมกลุ่ม ให้คำแนะนำ และอำนวยความสะดวกให้กับสมาชิกโดยเฉพาะรายใหม่

จากการเยี่ยมสำรวจโรงพยาบาล 36 แห่ง พบว่า 9 ใน 36 แห่งมีการจัดระบบบริการสายด่วน (Hotline) เพื่อให้คำปรึกษานอกเวลาคลินิกบริการ อย่างไรก็ตามถึงแม้ในโรงพยาบาลที่ไม่มีระบบ Hotline ดังกล่าว ผู้ให้บริการในโรงพยาบาล 12 แห่ง ระบุว่าได้อนุญาตให้ผู้ติดต่อทางโทรศัพท์เพื่อปรึกษาได้ตลอดเวลาหากมีปัญหาเร่งด่วน

การติดตามและตรวจสอบความครบถ้วนของการกินยา

วิธีการตรวจสอบความครบถ้วนของการกินยาด้านไวรัสของผู้ป่วย พบว่ามีปฏิบัติในรูปแบบต่างๆ เช่น วิธีการนับเม็ดยา การใช้แบบบันทึก โดยผู้ติดเชือลงบันทึกทุกครั้งที่ยกยา หรือการสอบถามผู้ป่วยโดยตรง อย่างไรก็ตามยังไม่มีระบบหรือแนวทางปฏิบัติชัดเจน ขึ้นกับตัวบุคคลมากกว่า จากการเยี่ยมสำรวจโรงพยาบาลหลายแห่งในพื้นที่ภาคใต้ พบว่ามีผู้ใช้แบบบันทึก หรือการตรวจสอบโดยการนับเม็ดยาน้อยมาก เมื่อเทียบกับโรงพยาบาลในภาคอื่นๆ การปฏิบัติไม่ได้อิงกับเครื่องมือการตรวจสอบใดๆ แต่ใช้วิธีการพูดคุยสอบถามเท่านั้น โดยผู้ให้บริการยืนยันว่าการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยให้ข้อมูลที่เป็ความจริง อนึ่ง ผลการศึกษาความร่วมมือในการกินยา (Adherence) ในผู้รับบริการ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันระหว่างภูมิภาค

การให้บริการเป็นทีมในโครงการ ATC

ผู้ให้บริการในโครงการ ATC ประกอบด้วยบุคลากรที่รับผิดชอบงาน 5 ด้านคือ แพทย์ พยาบาล ผู้ให้คำปรึกษา เภสัชกร และเจ้าหน้าที่ทางห้องปฏิบัติการ ในโรงพยาบาลที่เยี่ยมสำรวจ 36 แห่ง พบว่าในคลินิกบริการแต่ละครั้งส่วนใหญ่จะมีแพทย์ออกให้บริการ 1 คน พยาบาล 1-2 คน ผู้ให้บริการปรึกษา และเภสัชกรอย่างละ 1 คน อย่างไรก็ตามคลินิกบริการในโรงพยาบาลชุมชน 2 แห่ง พบว่าไม่มีแพทย์ประจำ พยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้ให้บริการหลัก และปรึกษาแพทย์เฉพาะผู้ป่วยบางรายที่มีปัญหาเท่านั้น การประสานงานในทีมผู้ให้บริการ เป็นไปเพื่อการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย หรือการปรึกษาหารือกรณีผู้ป่วยเฉพาะราย รูปแบบของการประสานงานเป็นไปแบบไม่เป็นทางการมากกว่า บางโรงพยาบาลที่เยี่ยมสำรวจพบว่ามีภาระงานที่ไม่เหมาะสม แพทย์และพยาบาลมีภาระรับผิดชอบมากหลายด้าน เนื่องจากความไม่พร้อมของทีมงานด้านการให้คำปรึกษา และจำนวนเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ นโยบายของผู้บริหารโรงพยาบาลในการจัดสรรบุคลากรแก่หน่วยงาน ก็มีส่วนสำคัญในการสร้างความพร้อมของทีมงาน

ทัศนคติของผู้ให้บริการ

ผู้ให้บริการส่วนใหญ่ (ร้อยละ 98.6) มีทัศนคติที่ดีต่อโครงการ และเห็นด้วยกับการดำเนินงานให้บริการยาต้านไวรัสเอดส์ ส่วนทัศนคติต่อการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ในการรักษานั้น พบว่า ผู้ให้บริการร้อยละ 97.7 มีความเชื่อและมั่นใจในประสิทธิผลของยา

ผู้ให้บริการร้อยละ 71.4 ระบุว่า การเข้าร่วมโครงการ ATC มีผลทำให้ต้องมีการงานที่เพิ่มขึ้น แต่อยู่ในระดับที่สามารถปรับตัวได้ในภาวะปัจจุบัน ผู้ให้บริการจำนวน 29 ใน 141 ราย (ร้อยละ 21.0) ระบุว่าตัวเองเคยมีความคิดอยากย้ายงานใน 1 เดือนที่ผ่านมา สาเหตุเนื่องจากภาระงานที่เพิ่มมากขึ้น และเกินกว่าที่จะรับผิดชอบได้

ผลการประเมินระดับคุณภาพบริการ

ผลการเยี่ยมสำรวจของทีมประเมินในโรงพยาบาล 36 แห่ง ในพื้นที่ 12 จังหวัด พบว่าในแต่ละด้านของการให้บริการยาต้านไวรัส โรงพยาบาลส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์ในระดับ 3 จากคะแนนสูงสุด 5 (ตารางที่ 4.3) ซึ่งหมายถึงระดับที่ยอมรับได้ คือโรงพยาบาลเริ่มมีการวางระบบและการพัฒนากระบวนการให้บริการ แต่อาจยังไม่ได้เห็นผลลัพธ์ได้ชัดเจน โรงพยาบาลหลายแห่งยังมีจุดอ่อนของปฏิบัติเฉพาะบางด้าน คือยังไม่มีระบบที่ชัดเจน เป็นการแก้ปัญหาเฉพาะราย ทำให้ไม่สามารถแน่ใจได้ว่าผู้รับบริการจะได้รับการดูแลตามมาตรฐานหรือแนวทางที่ควรเป็น

หรือไม่ อย่างไรก็ตาม ก็ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขด้วยว่า โรงพยาบาลมีการดำเนินงานมานานเท่าใดแล้ว หากเป็นโรงพยาบาลที่เพิ่งเริ่มต้น ก็อาจยังไม่สามารถมองเห็นระบบได้ชัดเจน ในขณะที่โรงพยาบาลที่มีการให้บริการยาต้านไวรัสมาก่อนหลายปี ทำให้เกิดการพัฒนาระบบบริการ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นได้ ดังนั้นจึงไม่สามารถเปรียบเทียบระดับคุณภาพระหว่างโรงพยาบาลได้ ทั้งนี้เพราะเงื่อนไขดังกล่าวต่างกัน

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

1. ควรมีการทบทวนแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย การกำหนดเกณฑ์ในการส่งต่อผู้ป่วย การติดตามผลการรักษา แนวทางการดูแลกลุ่มผู้ป่วยเฉพาะ เช่น กลุ่มผู้ติดเชื้อเอดส์ เด็กผู้ถูกทารุณกรรม กลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคซับซ้อน เป็นต้น รวมทั้งเกณฑ์การให้ หรือการหยุด Primary chemoprophylaxis เพื่อป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ต้องระบุให้มีความชัดเจน และมีหลักฐานองค์ความรู้ที่เป็นปัจจุบัน เพื่อความมั่นใจในการปฏิบัติ
2. ในแต่ละพื้นที่ในระดับจังหวัดควรมีการจัดระบบปรึกษาแก่แพทย์ในโครงการ ทั้งนี้เนื่องจากแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยในโครงการมีพื้นฐานความรู้และทักษะแตกต่างกัน โดยเฉพาะในส่วนของแพทย์ทั่วไปและแพทย์ใช้ทุนที่ยังไม่มีประสบการณ์ด้านการดูแลรักษาผู้ป่วย การมีแนวทางการรักษา และแนวทางการส่งต่อที่ชัดเจน จะช่วยลดปัญหาดังกล่าว รวมถึงการมีระบบปรึกษาแก่แพทย์เหล่านี้ได้ตลอดเวลากรณีที่มีปัญหาเร่งด่วน หรือเกินขีดความสามารถในการรักษา จะช่วยลดปัญหาความผิดพลาดในการทำงาน การใช้ทรัพยากรที่ไม่คุ้มค่า เสริมสร้างความมั่นใจในการทำงานให้แก่ผู้ปฏิบัติ
3. ส่งเสริมสนับสนุนให้มีการทำงานเป็นทีมของผู้ให้บริการ ในลักษณะสหวิชาชีพ (Patient Care Team) มีการกำหนดบทบาทของผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน และจัดทีมผู้ให้การดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสผสมผสานเป็นส่วนหนึ่งของระบบปกติของการบริการ
4. ควรให้ความสำคัญของการให้บริการคำปรึกษาและเพิ่มบทบาทของผู้ให้คำปรึกษา ในทุกระยะของการรับบริการ ทั้งนี้ที่เป็นอยู่ในปัจจุบันพบว่าบทบาทของผู้ให้คำปรึกษาจำกัดเฉพาะในระยะเตรียมการ
5. ควรมีการประสานการดำเนินงานโครงการเข้ากับระบบบริการที่มีอยู่ เช่น สถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชนในพื้นที่ และพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือกับหน่วยงานท้องถิ่น องค์กรชุมชน และองค์กรเอกชนในพื้นที่ เพื่อช่วยเหลือในการดำเนินงานโครงการ และเสริมการดูแลผู้ติดเชื้อในทุกด้านอย่างต่อเนื่อง
6. ควรมีการดำเนินการอย่างจริงจังในการพัฒนาศักยภาพของผู้ให้บริการอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีความรู้ทักษะใหม่ๆ ในการให้บริการยาต้านไวรัสเอดส์ รวมทั้งกิจกรรมทางวิชาการที่จะเพิ่มพูนทักษะในการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย เช่น การประชุม case conferences เพื่อร่วมกันอภิปรายปัญหาของผู้ป่วย
7. ควรมีการพัฒนากระบวนการติดตามโครงการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรมีบทบาทเพิ่มขึ้น ในด้านการช่วยเหลือทางเทคนิค การประสานงาน และการติดตามกำกับ

3. ผลที่เกิดขึ้นในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์

ข้อสังเกตที่สำคัญ

อัตราการรอดชีวิต

การศึกษาผลที่เกิดขึ้นในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับยาต้านไวรัส จำนวน 1,042 คน ที่เข้าโครงการในระหว่างปีงบประมาณ 2546 ในโรงพยาบาล 36 แห่ง ใน 12 จังหวัดที่สุ่ม เมื่อแรกพบว่ามีร้อยละ 77.0 มีอาการแล้ว และ

กว่าครึ่งมีอาการเอดส์เพิ่มขึ้นแล้ว ค่า Median CD4 เมื่อแรกเข้าโครงการก่อนกินยาต้านไวรัส เท่ากับ 40.0/cu.mm. (Range 0–591) ผู้ติดเชื้อจำนวน 561 ราย (ร้อยละ 53.8) มีระดับ CD4 เมื่อแรกเข้าโครงการต่ำกว่า 50 อัตราการรอดชีวิตของผู้ติดเชื้อที่กินยาต้านไวรัสเอดส์ หลังการรักษา ณ เวลา 1 ปี เท่ากับ ร้อยละ 92 โดยผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีปริมาณ CD4 ต่ำกว่า 50/cu.mm. ซึ่งยืนยันว่าปริมาณ CD4 เมื่อแรกเริ่มเข้าโครงการเป็นตัวพยากรณ์ผลที่เกิดขึ้น ส่วนลักษณะทางคลินิกหรือระยะของโรคที่ต่างกัน ระหว่างกลุ่มที่มีอาการ ไม่มีอาการ หรือมีอาการโรคเอดส์แล้ว พบว่าไม่มีความแตกต่างกันในอัตราการเสียชีวิต หรือการเกิดโรคฉวยโอกาส

อัตราการเกิดโรคฉวยโอกาสหลังการรักษา

อุบัติการณ์รวม (Cumulative incidence) ของการเกิดโรคฉวยโอกาส เท่ากับ ร้อยละ 7.6 อัตราอุบัติการณ์ (Incidence rate) เท่ากับ 9.8 ต่อ 1000 Person-months เมื่อจำแนกตามระยะเวลาหลังได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ พบว่า อัตราการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสพบสูงถึงร้อยละ 20–25 ในช่วงเวลา 3 เดือนแรกของการกินยาต้านไวรัส และลดต่ำลงในเวลาต่อมา จนถึงต่ำกว่าร้อยละ 10 หลังการรักษานานกว่า 6 เดือน ในกลุ่มผู้ที่มีการเกิดโรคฉวยโอกาส พบว่ามีสาเหตุจากเชื้อวัณโรคได้บ่อยสุด ซึ่งเน้นให้เห็นความสำคัญของปัญหาการแพร่ระบาดของเชื้อวัณโรคในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี

การเปลี่ยนแปลงของปริมาณ CD4 และน้ำหนักตัวหลังการรักษา

ปริมาณ CD4 หลังการรักษาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ค่าเฉลี่ยของส่วนต่างของ CD4 ที่ 0 และ 6 เดือนหลังการรักษา เท่ากับ 112.29 (95% CI 99.90, 124.69) และค่าเฉลี่ยของส่วนต่างของ CD4 ที่ 6 และ 12 เดือนหลังการรักษา เท่ากับ 52.86/cu.mm. (95% CI 36.07, 69.65) ส่วนการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวหลังการรักษา พบว่า เมื่อใช้เกณฑ์การเพิ่มขึ้น 10% ขึ้นไปของน้ำหนักตัว ที่ 6 เดือนหลังการรักษา จะพบผู้ติดเชื้อเพียง ร้อยละ 34.1 มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นในอัตราดังกล่าว

การรับรู้ของผู้ติดเชื้อต่อผลที่เกิดขึ้นหลังการรักษา

การรับรู้ของผู้ติดเชื้อต่อผลที่เกิดขึ้นกับตัวเองหลังการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ พบว่า ส่วนใหญ่ยอมรับว่ามีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น ทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ และจำนวนมากกว่าครึ่งยอมรับว่าตัวเองแข็งแรงขึ้น และสามารถกลับไปทำงานได้เหมือนเดิม ในกลุ่มผู้ติดเชื้อที่เปิดเผยต่อชุมชน หลังการรักษาเมื่อมีสภาพร่างกายที่ดีขึ้น ทำให้ได้รับการยอมรับจากเพื่อนบ้านและคนในชุมชนมากขึ้น ซึ่งก็เป็นผลดีประการหนึ่งต่อการมีชีวิตร่วมกันในสังคม อย่างไรก็ตามในส่วนผู้ที่ไม่เปิดเผยตัวก็ยังคงไม่ได้รับผลดังกล่าว เนื่องจากในบางพื้นที่ โดยเฉพาะภาคกลางและภาคใต้ ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่ยังไม่กล้าเปิดเผยเรื่องการติดเชื้อแก่คนในชุมชน

ผลที่เกิดขึ้นด้านพฤติกรรมทางเพศ

ผลที่เกิดขึ้นด้านพฤติกรรมทางเพศ การศึกษานี้ได้แสดงให้เห็นว่า ผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์กว่าร้อยละ 50 กลับมามีสุขภาพทางเพศที่ดีขึ้น เนื่องจากสภาพร่างกายที่กลับคืนปกติ และยอมรับว่ามีเพศสัมพันธ์ ในระยะ 3 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งส่วนใหญ่อีกจะมีเพศสัมพันธ์กับสามี/ภรรยา หรือคู่นอนคนเดียว อย่างไรก็ตามผู้ติดเชื้อบางส่วน (ร้อยละ 4.5) ที่พบว่ายังมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมทางเพศ คือมีการเปลี่ยนคู่นอนมากกว่า 1 คน และการป้องกันการแพร่เชื้อโดยใช้ถุงยางอนามัยก็ยังคงถูกละเลย และให้ความสำคัญน้อย ซึ่งในระยะยาวอาจเป็นปัญหาได้ และส่งผลให้มีการแพร่กระจายของการติดเชื้อมากขึ้น อาจถือได้ว่า เป็นผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์ของโครงการยาต้านไวรัสเอดส์ ผู้เกี่ยวข้องทั้งในระดับนโยบายและผู้ปฏิบัติควรได้มีการพิจารณาทบทวนแนวทางปฏิบัติ และมาตรการต่างๆ เพื่อป้องกันผลกระทบดังกล่าว

พฤติกรรมการกินยาต้านไวรัสเอดส์

อัตราผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่กินยาต้านไวรัสครบถ้วนอยู่ในระดับที่สูง คือ ร้อยละ 96.2 เมื่อประเมินจากพฤติกรรมการกินยาใน 5 วันก่อนการสัมภาษณ์ และ ร้อยละ 91.1 เมื่อประเมินใน 1 เดือนที่ผ่านมา และไม่มีความแตกต่างกันระหว่างภูมิภาค ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้เป็นการรายงานตนเองของผู้ป่วย ซึ่งอาจทำให้สูงกว่าความเป็นจริงได้ อัตราผู้ติดเชื้อกินยาครบถ้วนที่ได้จากการศึกษานี้ สูงกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกับผลการศึกษาในอดีต ในกลุ่มผู้ติดเชื้อที่เข้าโครงการ ATC ระยะแรก ๆ ในปี 2544-45 ซึ่งพบได้ร้อยละ 87 ในเขตภาคเหนือตอนบน เมื่อประเมินจากพฤติกรรมการกินยาใน 4 วันที่ผ่านมา มีข้ออธิบายได้หลายประการคือ เรื่องสูตรยา ที่แต่เดิมนั้นเป็นการใช้ยาแยกชนิดต่าง ๆ ซึ่งวิธีการกินยายุ่งยาก และพบว่ามีอาการข้างเคียงเกิดขึ้นมากกว่าร้อยละ 50 ของผู้รับยา ในระดับที่กระทบต่อชีวิตประจำวันเป็นอย่างมาก จึงเป็นเหตุให้มีการหยุดยาชั่วคราว ในขณะที่ปัจจุบันสูตรยา GPO-Vir ให้ความสะดวกในการกิน และเกิดผลข้างเคียงน้อย ส่วนปัจจัยอื่น ๆ อย่างไรก็ตาม สัดส่วนของผู้ที่กินยาคลาดเคลื่อน ไม่ตรงเวลาที่กำหนด ยังพบได้สูงถึง ร้อยละ 30.4 เมื่อประเมินจากพฤติกรรมการกินยาใน 1 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งก็ต้องให้ความสำคัญในข้อกำหนดต่าง ๆ ของการกินยา ไม่เช่นนั้นในระยะยาวอาจส่งผลต่อประสิทธิภาพของยาได้

เหตุผลหรือสาเหตุของการที่ผู้ป่วยไม่สามารถกินยาได้ครบถ้วนตามกำหนด พบว่าในการศึกษาคั้งนี้ ก็ได้ข้อมูลใกล้เคียงกันกับการศึกษาอื่นๆ คือประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยจะบอกว่าลืม ส่วนเหตุผลอื่นที่พบได้แก่ ต้องการหลีกเลี่ยงอาการข้างเคียงของยา งานยุ่งหรือไม่สะดวกที่จะกินเพราะไม่มียาอยู่ติดตัวในขณะนั้น จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถกินยาได้ครบถ้วนตามกำหนดนั้นเป็นเรื่องที่สลับซับซ้อนกว่าที่คิด ดังเช่น การลืมกินยา เป็นผลที่เกิดขึ้นจากปัญหาทั้งด้านการระลึกรู้ และแรงจูงใจ ซึ่งไม่สามารถจะแก้ไขได้โดยการช่วยเหลืออย่างเดียว ในขณะเดียวกันผู้ให้บริการก็ต้องให้ความสำคัญกับสาเหตุอื่นๆ ด้วย และแก้ไขเฉพาะราย เพื่อปรับสภาพการกินยาให้เข้ากับชีวิตประจำวันของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

1. การติดตามผลการรักษาควรดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ควรมีการทบทวนและกำหนดตัวชี้วัดไว้ให้ชัดเจน เพื่อวางแผนในการเก็บข้อมูลล่วงหน้า ให้ความครบถ้วน ถูกต้อง แม่นยำ และสามารถนำมาวิเคราะห์ใช้ได้ทันที ตัวชี้วัดแต่ละชนิดควรมีการกำหนดคำนิยามไว้ให้ชัดเจน
2. ตัวชี้วัดด้านการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวมีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้อ และที่พบเห็นได้เสมอคือการที่ผู้ติดเชื้อบางรายพยายามควบคุมน้ำหนักตัวหลังการรักษา ดังนั้น หากจะดูการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวหลังการรักษา อาจไม่สามารถบอกประสิทธิภาพที่แท้จริงได้
3. ควรพัฒนาศักยภาพและขยายการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อใช้ในการติดตามผลการรักษา การตรวจเพื่อหาระดับไวรัสในกระแสเลือดมีความสำคัญ เพื่อผลการติดตามที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น การเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับเทคโนโลยีในอนาคต ต้องพิจารณาร่วมด้วย
4. การตรวจสอบความครบถ้วนในการกินยาของผู้ป่วยในเวชปฏิบัติ ตามหลักการควรเป็นวิธีที่ใช้ได้ง่าย ไม่แพง และมีการติดตามตรวจสอบเป็นระยะ เพื่อประเมินได้ว่ามาตรการส่งเสริมการกินยาแก่ผู้ป่วยนั้นได้เกิดผลอย่างไร โดยทำได้หลายวิธี เช่น การนับเม็ดยา ซึ่งหากไม่มีการบอกกล่าวล่วงหน้า อาจจะช่วยให้ได้ข้อมูลที่ใกล้เคียงความจริงมากกว่า การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้ป่วย มีส่วนสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยไว้วางใจ และพูดความจริง และเมื่อประกอบกับการมีแบบรายงานที่ดีและกำหนดกรอบคำถามที่เหมาะสม น่าจะบอกได้ถูกต้องมากขึ้น
5. การติดตามตรวจสอบความร่วมมือในการกินยาของผู้ป่วย ควรจะได้มีการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอเป็นระยะ เนื่องจากการประเมินเพียงครั้งเดียวในระยะแรกเข้าโครงการนั้น ไม่สามารถบอกความครบถ้วนในการ

กินยาในระยะยาวได้ ในการกินยาระยะยาวหรือตลอดชีวิต ความครบถ้วนในการกินยาอาจลดลงได้เมื่อเวลาผ่านไป หากผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่ายและขาดแรงจูงใจ

6. ในการใช้แบบรายงานตนเองที่จะเฝ้าติดตามการกินยา ควรเป็นแบบสอบถามสั้น ๆ ประมาณ 4-6 ข้อ และมีข้อความนำที่ส่งเสริมและโน้มน้าวให้ผู้ป่วยบอกความจริง และควรถามถึงการกินยาที่เวลาล่าสุด เช่น จำนวนวันที่ไม่ได้กินใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา การใช้กิจวัตรประจำวัน หรือเหตุการณ์สำคัญบางอย่าง ช่วยในการย้อนความจำ และทุกครั้งพบว่าผู้ป่วยไม่ได้กินยา ควรต้องถามเสมอถึงเหตุผลว่าเพราะเหตุใด เพื่อใช้ข้อมูลดังกล่าวมาวางแผนแก้ไข สิ่งสำคัญที่สุดคือผู้ให้บริการจะต้องมีท่าทีที่เห็นใจว่าการกินยาให้ครบและตรงตามกำหนดเป็นเรื่องยาก และไม่ควรรพยายามตัดสินผู้ป่วยอย่างจริงจังว่าเป็นความผิด เพราะอาจทำให้ไม่ได้รับความร่วมมือได้

5. ต้นทุน-ประสิทธิผลของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอ็ดส์

ข้อสังเกตที่สำคัญ

ต้นทุนการบริการยาต้านไวรัสเอ็ดส์

การศึกษานี้มุ่งเน้นการประมาณการต้นทุนของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอ็ดส์ ในโครงการ ATC ในส่วนทั้งต้นทุนการบริการที่คลินิกยาต้านไวรัส และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งเป็นต้นทุนที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล และส่วนที่เป็นต้นทุนยาต้านไวรัสเอ็ดส์ ที่ได้รับการสนับสนุนจากกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งส่วนที่เป็นต้นทุนของผู้รับบริการ ซึ่งหมายถึงค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นด้านผู้ป่วยในการมารับบริการที่โรงพยาบาล ในส่วนของต้นทุนที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลนั้น พบว่า ต้นทุนการบริการมีความแตกต่างกันไปตามแต่ละสภาพของโรงพยาบาล ปัจจัยต่างๆ เช่น จำนวนแพทย์ บุคลากร และการลงทุนในด้านต่าง ๆ เพื่อให้สอดคล้องกับจำนวนผู้รับบริการเป็นตัวกำหนดต้นทุนที่สำคัญอย่างยิ่ง ต้นทุนในการบริการที่คลินิกยาต้านไวรัสในโรงพยาบาล ได้มากจากปีนส่วนของค่าบริการผู้ป่วยนอกทั้งหมด และพบว่าต้นทุนในส่วนนี้คลินิกยาต้านไวรัสยังคงไม่สูงมากนักในปีที่ทำการศึกษา ต้นทุนที่เกิดจากผู้รับบริการนั้น ส่วนใหญ่เป็นต้นทุนที่เกิดจากการสูญเสียรายได้จากการทำงาน เพราะต้องหยุดงานเพื่อมารับยาที่โรงพยาบาล และค่าเดินทาง อย่างไรก็ตาม โดยภาพรวมค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นทั้งในส่วนการจัดบริการของโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นด้านผู้รับบริการ นับเป็นสัดส่วนที่น้อยมากเมื่อเทียบกับต้นทุนค่ายาต้านไวรัสเอ็ดส์

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าต้นทุนในการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัสเอ็ดส์นั้น ต้นทุนค่ายาเป็นส่วนประกอบที่สำคัญคิดเป็นประมาณ ร้อยละ 60-80 ซึ่งต้นทุนค่ายาในโครงการ ATC เป็นต้นทุนที่ทางส่วนกลาง คือ กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมควบคุมโรคเป็นผู้รับผิดชอบในการดำเนินการด้านงบประมาณ และการจัดซื้อยาให้กับทางโรงพยาบาล ตามประมาณการจำนวนผู้มารับบริการ ซึ่งแตกต่างกันในแต่ละโรงพยาบาล ต้นทุนค่ายาต้านไวรัสแต่ละสูตรจะมีความแตกต่างกันมาก ยาสูตรพื้นฐานที่ใช้ในโครงการ ATC ซึ่งได้แก่ GPO-Vir หรือยาสูตร 2 (3TC+d4T+EFV) และ สูตร 3 (3TC+d4T+IDV+RTV) จะมีต้นทุนค่ายาที่ต่ำกว่ามาก เมื่อเทียบกับยาต้านไวรัสสูตรอื่นๆ เช่น COMBID+FORTOVASE+NORVIR หรือ IDV+SQV+EFV โดยมีต้นทุนสูงถึงประมาณ 26,000 บาทต่อเดือนต่อผู้ป่วยหนึ่งราย ซึ่งทำให้ต้นทุนโดยรวมสูงขึ้นอย่างมาก

ต้นทุนรวมของการบริการยาต้านไวรัสเอ็ดส์ หมายถึง ต้นทุนที่ได้จากการรวมต้นทุนสามส่วนใหญ่เข้าด้วยกัน ได้แก่ ต้นทุนของของการให้บริการ ต้นทุนของการมารับบริการของผู้ป่วย และ ต้นทุนยาต้านไวรัสเอ็ดส์ ในการศึกษา

เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลจากตัวอย่างโรงพยาบาล 3 แห่ง ที่มีขนาดต่างกัน ซึ่งพบว่าต้นทุนรวมเฉลี่ยต่อคนต่อปี แตกต่างกันระหว่างโรงพยาบาล (ตารางที่ 1.1) ปัจจัยสำคัญคือ สูตรยาต้านไวรัสที่ใช้ในการรักษา ซึ่งโรงพยาบาล ข มีสัดส่วนของผู้ที่ใช้ยาราคาแพงมากกว่าเมื่อเทียบกับโรงพยาบาลอื่น

ตารางที่ 1.1 ต้นทุนรวมการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอ็ดส์ แยกตามโรงพยาบาล

ประเภทของต้นทุน	โรงพยาบาล ก (530 เตียง)	โรงพยาบาล ข (120 เตียง)	โรงพยาบาล ค (30 เตียง)
ต้นทุนการให้บริการในคลินิกยาต้านไวรัส ในปีงบประมาณ 2547	700,591.72	1,299,872.38	323,609.20
ต้นทุนยาต้านไวรัสโดยรวมในปีงบประมาณ 2547	2,712,180.72	7,809,626.52	1,478,880.00
ต้นทุนทางห้องปฏิบัติการ	195,600.00	166,116.00	71,628.00
ต้นทุนของผู้มารับบริการ ในระยะเวลา 1 ปี	493,283.64	375,840.72	156,487.44
ต้นทุนรวมในปีงบประมาณ 2547	4,101,656.08	9,651,455.62	2,030,604.64
ต้นทุนรวมเฉลี่ยต่อคนต่อปี	25,163.53	44,272.73	21,602.18

ประสิทธิผลของการรักษา

ประสิทธิผลของการรักษาเป็นการประเมินโดยใช้ตัวชี้วัดทั้งทางด้านคลินิก และทางห้องปฏิบัติการ รวมทั้งตัวชี้วัดด้านผู้รับบริการ ได้แก่ คุณภาพชีวิตหลังการรักษา และความพึงพอใจต่อบริการ โดยให้ผู้รับบริการเป็นผู้ให้ข้อมูล (ตารางที่ 1.2) ผลการศึกษาพบว่าประสิทธิผลที่ประเมินโดยตัวชี้วัดทางห้องปฏิบัติการ ระดับ CD4 ที่เพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 30 หลังการรักษา 6 เดือน พบได้ถึง ร้อยละ 66-86 ในขณะที่เมื่อใช้คุณภาพชีวิตเป็นตัววัดผล พบเพียง ร้อยละ 20-36 เท่านั้น ซึ่งอาจแปลผลได้ว่า ผู้ป่วยยังไม่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมที่ดีขึ้นจริง ๆ ทั้งนี้การให้ยาต้านไวรัสไม่ได้เป็นสิ่งเดียวที่จำเป็นในการดูแลรักษา เพราะยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตอีกมาก หรืออาจเป็นไปได้ว่า เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินในการศึกษานี้ อาจไม่มีความไวและแม่นยำพอที่จะตรวจวัดได้ถูกต้อง อย่างไรก็ตาม ประสิทธิผลของการรักษาตามตัวชี้วัดต่างๆ ก็พบว่าไม่แตกต่างกันมากระหว่างโรงพยาบาล

ตารางที่ 1.2 ประสิทธิผลของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอ็ดส์แยกตามตัวชี้วัดแต่ละประเภท

ตัวชี้วัด	ประสิทธิผลของการรักษา		
	โรงพยาบาล ก	โรงพยาบาล ข	โรงพยาบาล ค
การมีคุณภาพชีวิตที่ดี	20 (20%)	43 (35.2%)	19 (23.8%)
การกินยาครบถ้วน (Adherence) มากกว่าร้อยละ 95	87 (87%)	118 (96.7%)	77 (96.3%)
ความพึงพอใจต่อการบริการในระดับสูง	54 (54%)	68 (55.7%)	41 (51.9%)
การเพิ่มขึ้นของระดับ CD4 ร้อยละ 30 ขึ้นไป	31 (86.1%)	58 (65.9%)	42 (80.8%)
น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นร้อยละ 10 ขึ้นไป	9 (23.1%)	24 (24.2%)	20 (37%)

ต้นทุน-ร้อยละประสิทธิผล (Cost per Percentage of Effectiveness)

ผลการศึกษาพบว่า ต้นทุนต่อร้อยละประสิทธิผลของการรักษาในโรงพยาบาล ค มีสัดส่วนที่ดีกว่าในโรงพยาบาล ก และโรงพยาบาล ข กล่าวคือ หากจะให้เกิดประสิทธิผลในปริมาณที่ใกล้เคียงกัน โรงพยาบาล ค จะลงทุนน้อยกว่า (ตารางที่ 1.3) อย่างไรก็ตาม ต้นทุนดังกล่าวไม่ยู่คงที่ และมีการแปรผันไปตามสูตรยาที่ใช้ ซึ่งในอนาคตคาดการณ์ได้ว่าต้นทุนมีแนวโน้มสูงขึ้น จากการรักษาด้วยยาสูตรเดิมไม่ได้ผล และต้องใช้สูตรยาอื่นที่มีราคาแพงขึ้น การศึกษานี้เป็นเพียงการแสดงให้เห็นถึงทรัพยากร (ต้นทุน) ที่ใช้ในการให้บริการ และความสำเร็จของโครงการ ในระหว่างที่โครงการดำเนินไปในช่วงระยะเวลาและบริบทที่เฉพาะ ซึ่งอาจไม่สามารถอ้างอิงได้หากเวลาและเงื่อนไขด้านสถานการณ์โรค และระบบบริการมีการเปลี่ยนแปลง

ตารางที่ 1.3 ต้นทุน-ร้อยละประสิทธิผล แยกตามโรงพยาบาลและตัวชี้วัดประสิทธิผล

ตัวชี้วัดประสิทธิผล	ต้นทุน-ร้อยละประสิทธิผล		
	โรงพยาบาล ก	โรงพยาบาล ข	โรงพยาบาล ค
การมีคุณภาพชีวิตที่ดี	205,082.80	274,189.08	85,319.52
การกินยาครบถ้วน (Adherence) มากกว่าร้อยละ 95	47,145.47	99,808.23	21,086.24
ความพึงพอใจต่อการบริการในระดับสูง	75,956.59	173,275.68	39,125.33
การเพิ่มขึ้นของระดับ CD4 ร้อยละ 30 ขึ้นไป	47,638.28	146,456.08	25,131.25
น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นร้อยละ 10 ขึ้นไป	177,560.87	398,820.48	54,881.21

ข้อเสนอแนะ

1. ต้นทุนค่ายาเป็นต้นทุนที่มีสัดส่วนสูงสุดถึง ร้อยละ 60-80 ของต้นทุนรวมทั้งหมด การเลือกสูตรยาด้านไวรัสที่เหมาะสม และเวลาที่เหมาะสมในการเริ่มยาด้านไวรัสเป็นสิ่งที่ต้องพิจารณา แนวทางการรักษา และการตัดสินใจในการเลือกสูตรยา และการติดตามการรักษา ควรมีความชัดเจน และมีหลักฐานจากความรู้ที่เป็นปัจจุบัน นอกจากนี้ ต้องให้ความสำคัญกับการติดตามตรวจสอบการกินยาของผู้ป่วยในระยะยาวอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพของการรักษาสูงสุด และลดโอกาสการเกิดเชื้อดื้อยา เพราะหากต้องปรับเปลี่ยนใช้สูตรยาที่มีราคาแพงขึ้น ก็ส่งผลให้ต้นทุนโดยรวมของการรักษาเพิ่มขึ้นด้วย
2. การศึกษาต้นทุน-ประสิทธิผล ในโครงการยาด้านไวรัสเอดส์ที่ดำเนินโดยกระทรวงสาธารณสุข ควรได้มีการศึกษาในรายละเอียดและแยกประเภทสูตรยาด้านไวรัส และศึกษาติดตามผลเป็นระยะและต่อเนื่อง และการศึกษาควรครอบคลุมประสิทธิภาพของการดำเนินงานในส่วนของภาคเอกชนด้วย
3. การประเมินคุณภาพชีวิตหลังการรักษา ควรได้มีการพัฒนาเครื่องมือการประเมิน และตัวชี้วัดที่สามารถวัดผลได้ถูกต้องและเหมาะสมกับบริบทของสังคมไทย เพื่อเป็นการสร้างพื้นฐานของการกำกับดูแลงาน และสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องต่อการวัดผล ทั้งผู้รับผิดชอบโครงการ และผู้ปฏิบัติงาน

บทที่ 2

แนวคิด และประเด็นการประเมิน

ความเป็นมา

จากแนวโน้มที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์สามารถเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์ได้อย่างกว้างขวางมากขึ้นเนื่องจากราคาที่ลดลงอย่างมากในช่วงเวลาที่ผ่านมา รวมถึงการเคลื่อนไหวทางสังคมช่วยผลักดันการเข้าถึงยาต้านไวรัสของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นในหลายประเทศรวมทั้งประเทศไทย ปรากฏการณ์ดังกล่าวทำให้เกิดคำถามในประเด็นสำคัญต่างๆ ในการจัดระบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ด้านโครงสร้างระบบพื้นฐานที่จำเป็นต่อการให้บริการดูแลรักษาผู้รับยาต้านไวรัส รวมทั้งประเด็นที่เป็นกระบวนการทางสังคมว่าลักษณะใด และปัจจัยอะไรบ้างที่มีส่วนสนับสนุนและส่งเสริมให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการใช้ยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เพื่อที่จะสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตได้อย่างแท้จริง

ในประเทศไทย สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินโครงการให้บริการยาต้านไวรัสแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 จนถึงปัจจุบัน ในการพัฒนาคุณภาพของระบบบริการยาต้านไวรัสเอดส์แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำเป็นต้องมีการติดตามประเมินผล เพื่อให้ได้ทราบถึงสถานภาพ จุดแข็ง จุดอ่อน ในประเด็นต่างๆ ทั้งด้านนโยบาย แผนงาน และการดำเนินงานโครงการต่างๆ รวมทั้งความพร้อมและศักยภาพของสถานบริการและบุคลากร เพื่อใช้ในการวางแผนในการขยายบริการให้ยาต้านไวรัสแก่ผู้ป่วยให้ครอบคลุม และมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

แนวคิดการประเมิน

การประเมินโครงการครั้งนี้ มีแนวคิดเพื่อที่จะศึกษามองย้อนตั้งแต่จุดเริ่มต้นหรือที่มาของนโยบาย แผนงาน ก่อนที่จะมาเป็นโครงการยาต้านไวรัสเอดส์ และศึกษากลวิธี และกระบวนการดำเนินงานในทุกด้าน ทุกระดับทั้งส่วนกลาง ระดับเขต และระดับโรงพยาบาล ตลอดจนถึงการติดตามผลที่เกิดขึ้นในกลุ่มเป้าหมายในโครงการ ดังนั้นเมื่อวางแผนการประเมิน เพื่อกำหนดประเด็นและคำถามการประเมิน จึงได้เริ่มต้นคิดจากกรอบขององค์ประกอบที่จำเป็นต้องมีในแต่ละขั้นตอนของการดำเนินโครงการ ในการกำหนดประเด็นของการศึกษา จึงได้ครอบคลุมทุกระดับตั้งแต่ สิ่งนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) ผลที่เกิดขึ้นจากกระบวนการ (Outputs) และผลลัพธ์ (Outcomes & Impact) ที่เกิดขึ้นในกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโครงการ ในการนี้ผู้ประเมินได้ศึกษาทบทวนขั้นตอนการดำเนินงานของโครงการยาต้านไวรัสเอดส์ดังกล่าวอย่างละเอียด เพื่อให้ทราบว่าในแต่ละระดับนั้นมีประเด็นสำคัญใดบ้างที่ต้องศึกษา จากนั้นจึงตั้งคำถามสำคัญในแต่ละประเด็นไว้ และกำหนดตัวชี้วัดหลักให้สอดคล้องกับคำถามนั้นๆ อนึ่ง ทางกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นผู้ที่จะใช้ผลการประเมินครั้งนี้ ได้เข้ามามีส่วนร่วมกับทีมผู้ประเมินในระยะเริ่มต้น ในการกำหนดประเด็นและพัฒนาตัวชี้วัดของการประเมินด้านกระบวนการและผลลัพธ์ด้วย

ประเด็นของการศึกษาสิ่งนำเข้า (Input) เป็นการศึกษาทบทวนนโยบาย ได้แก่ ทิศทางและกระบวนการนโยบาย กลวิธีการนำนโยบายลงสู่การปฏิบัติ และความพร้อมของโครงสร้างระบบที่มีอยู่เดิม ประเด็นการประเมินกระบวนการ

การ (Process) เป็นการศึกษาด้านความพร้อมของบุคลากร การพัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการ และการเตรียมความพร้อมด้านการผลิตยาต้านไวรัส การจัดสรรและการกระจายยา ประเด็นการประเมินผลที่เกิดขึ้นจากกระบวนการ (Outputs) เป็นการศึกษาความครอบคลุม และคุณภาพของบริการ ส่วนการประเมินผลลัพธ์ (Outcomes & Impact) เป็นการศึกษาประโยชน์ที่กลุ่มเป้าหมายได้รับจากโครงการ พฤติกรรมการกินยา ผลต่อชีวิตและสุขภาพ และผลด้านสังคมและเศรษฐกิจของผู้รับยาต้านไวรัสในโครงการ (ตารางที่ 2.1)

ตารางที่ 2.1 ประเด็นการประเมินระบบบริการยาต้านไวรัสเอ็ดส์

ระดับ	ประเด็น
สิ่งนำเข้า (Input)	นโยบาย กลวิธีการนำสู่การปฏิบัติ โครงสร้างระบบที่รองรับ
กระบวนการ (Process)	ความพร้อมของบุคลากร การพัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการ การเตรียมความพร้อมด้านการผลิตยา การจัดสรรและการกระจายยา
ผลที่เกิดขึ้นจากกระบวนการ (Outputs)	การเข้าถึงบริการ คุณภาพของบริการ
ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับกลุ่มเป้าหมาย (Outcomes & Impact)	ประโยชน์ที่กลุ่มเป้าหมายได้รับจากโครงการ พฤติกรรมการกินยา ผลที่เกิดขึ้นต่อชีวิตและสุขภาพ ผลกระทบด้านสังคม และเศรษฐกิจ

ประเด็น คำถาม และตัวชี้วัดในการประเมิน

การประเมินโครงการครั้งนี้ ได้กำหนดคำถามหลักในแต่ละประเด็นของการศึกษา และกำหนดตัวชี้วัดหลักในการประเมินไว้ ในประเด็นนโยบายยาต้านไวรัสเอ็ดส์ มีคำถามหลักที่จะศึกษาทบทวนทิศทาง และกระบวนการนโยบายของประเทศ ปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องต่อการกำหนดนโยบาย โครงสร้างระบบที่มีอยู่เดิมในการรองรับการให้บริการ และการประสานงาน ซึ่งได้กำหนดตัวชี้วัดเชิงคุณภาพเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา ได้แก่ การมีคู่มือและแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและเป็นมาตรฐาน ความพร้อมของระบบบริการที่มีอยู่ และกลไกการประสานงานในการดำเนินโครงการ ส่วนการประเมินกระบวนการได้กำหนดประเด็นศึกษาด้านการผลิตยาต้านไวรัสว่า กำลังการผลิตจะสามารถรองรับบริการได้พอเพียงหรือไม่ และด้านการเตรียมความพร้อมด้านบุคลากรว่าเพื่อให้มีศักยภาพในการให้บริการยาต้านไวรัส (ตารางที่ 2.2)

การประเมินผลที่เกิดขึ้นจากกระบวนการ (Outputs) ประเด็นการประเมินคือ ระบบการให้บริการยาต้านไวรัสในโรงพยาบาล และการสนับสนุนหรือการมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้ติดเชื้อ และองค์กรเอกชนในพื้นที่ โดยมีคำถามหลักที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพของการให้บริการยาต้านไวรัสในโรงพยาบาล กระบวนการให้ความรู้ ข้อมูล และคำปรึกษาแก่ผู้ป่วย การเข้าถึงบริการของผู้ป่วย การติดตามผลการรักษา และการมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้ติดเชื้อ และองค์กรเอกชนในการให้บริการ (ตารางที่ 2.3)

ตารางที่ 2.2 ประเด็น คำถาม และตัวชี้วัดสิ่งนำเข้า (Input) และกระบวนการ (Process)

ประเด็น	คำถามหลัก	ตัวชี้วัดหลัก
นโยบายยาต้านไวรัสเอ็ดส์ โครงสร้างระบบที่รองรับ การนำนโยบายลงสู่การปฏิบัติ	- ทิศทางและกระบวนการนโยบายระดับประเทศเป็นอย่างไร - ปัจจัยอะไรบ้างที่มีส่วนเกี่ยวข้องต่อการกำหนดนโยบาย - โครงสร้างระบบที่มีอยู่เดิมจะสามารถรองรับการให้บริการได้หรือไม่ - การประสานงานระหว่างส่วนกลางและพื้นที่เป็นอย่างไร	- คู่มือและแนวทางปฏิบัติ - ความพร้อมของระบบบริการที่มีอยู่ - กลไกการประสานงานระหว่างส่วนกลางและพื้นที่
การผลิตยาต้านไวรัส	- การผลิตยาต้านไวรัสในประเทศสามารถรองรับการให้บริการได้พอเพียงหรือไม่ - การจัดสรร และการกระจายยามีความเหมาะสมและเป็นธรรมเพียงใด	- ความพอเพียงของยา - คู่มือ/แนวทางปฏิบัติในการให้ยาต้านไวรัส
การเตรียมความพร้อมด้านบุคลากร	- มีการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรผู้ให้บริการหรือไม่ อย่างไร	- จำนวนหรือสัดส่วนของบุคลากรที่ได้รับการอบรม

ตารางที่ 2.3 ประเด็น คำถาม และตัวชี้วัดผลที่เกิดขึ้นจากกระบวนการ (Output)

ประเด็น	คำถามหลัก	ตัวชี้วัดหลัก
ระบบการให้บริการยาต้านไวรัสในโรงพยาบาล	- การให้บริการยาต้านไวรัสในโรงพยาบาลมีคุณภาพเพียงพอมหรือไม่	- คุณภาพของการให้บริการในแต่ละด้าน
การสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอก	- กระบวนการให้ความรู้ ข้อมูล และคำปรึกษาแก่ผู้ป่วยพอเพียงหรือไม่ - ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้ง่ายและสะดวกหรือไม่ - การติดตามผลการรักษา และการกินยาของผู้ป่วยเป็นอย่างไร - กลุ่มผู้ติดเชื้อ และองค์กรเอกชน ให้การสนับสนุนโรงพยาบาลหรือไม่ อย่างไร	- ความพร้อมของบุคลากร - ความพอเพียงของการให้บริการคำปรึกษา - ทักษะคติของผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ - ความพึงพอใจของผู้รับบริการ - บทบาทของของกลุ่มผู้ติดเชื้อ และองค์กรเอกชน

ประเด็นการประเมินในระดับ Outcomes & Impact เป็นการศึกษาผลที่เกิดขึ้นจากโครงการโดยรวม ได้แก่ อัตราผู้ป่วยรับยาต่อเนื่อง อัตราการกินยาสม่ำเสมอ และผลที่เกิดขึ้นทางคลินิก และชีวภาพ โดยการติดตามการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว การเจ็บป่วย การตาย และการเปลี่ยนแปลงของผลทางห้องปฏิบัติการ (CD4 cell count)

นอกจากนี้ ยังได้ศึกษาผลที่เกิดขึ้นด้านสังคม และเศรษฐกิจของผู้ที่รับยาต้านไวรัสในโครงการ ได้แก่ การยอมรับของครอบครัวและชุมชน การมีงานทำและรายได้ อย่างไรก็ดีตาม เนื่องด้วยการประเมินครั้งนี้ดำเนินไปในระยะแรกของการดำเนินโครงการ ผลการศึกษาครั้งนี้จึงเป็นผลที่เกิดขึ้นในผู้ที่รับยาต้านไวรัสในระยะ 1-2 ปีแรกของการรักษา (ตารางที่ 2.4)

ตารางที่ 2.4 ประเด็น คำถาม และตัวชี้วัดผลลัพธ์ (Outcomes & Impact)

ประเด็น	คำถามหลัก	ตัวชี้วัดหลัก
การได้รับประโยชน์จากโครงการ และประสิทธิภาพของการรักษา	- กลุ่มเป้าหมายได้รับประโยชน์จากโครงการหรือไม่ อย่างไร - ต้นทุนการให้บริการยาต้านไวรัสเป็นอย่างไร	- จำนวน/สัดส่วนผู้ได้รับยาต้านไวรัสในกลุ่มเป้าหมาย - จำนวนผู้ที่ยังคงรับยาอยู่ใน 1 ปี หลังเข้าโครงการ - ต้นทุน-ประสิทธิผลของการรักษาด้วยยาต้านไวรัส
พฤติกรรม	- พฤติกรรมการกินยาของผู้เข้าร่วมโครงการเป็นอย่างไร - พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์เปลี่ยนแปลงหรือไม่	- พฤติกรรมการกินยาต้านไวรัส - อัตราการกินยาสม่ำเสมอ (Adherence) - พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์หลังการรักษา
ผลต่อชีวิตและสุขภาพ และผลด้านสังคม และเศรษฐกิจ	- ภาวะสุขภาพโดยรวมของผู้เข้าร่วมโครงการเป็นอย่างไร - การได้กินยาต้านไวรัสมีผลด้านสังคมและเศรษฐกิจต่อผู้เข้าร่วมโครงการหรือไม่ อย่างไร	- อัตราการตาย - อัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคฉวยโอกาส - การเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัว และค่า CD4 cell count - การมีงานทำ และรายได้ - การยอมรับของครอบครัว และชุมชน

บรรณานุกรม

1. CDC. Framework for program evaluation in public health. MMWR: 1999; vol.48; No. RR-11
2. Basic guide of program evaluation. www.mapnp.org/library/evaluation/fnl_eval.htm
3. The Logic Model: A program performance framework. www.uwex.edu/ces/pdande/evaluation
4. Habicht J, Victora C, Vaughan J. Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. International Epidemiological Association: 1999; 28: 10-18.
5. World Health Organization. Treating 3 million by 2005; making it happen: The WHO strategy. Geneva. WHO: 2003.
6. World Health Organization. Scaling up antiretroviral therapy in resource-limited settings. Geneva. WHO: 2002.
7. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการปฏิบัติงานการพัฒนาระบบบริการและติดตามผลการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ด้วยยาต้านไวรัสในประเทศไทย ปี 2546. กรุงเทพมหานคร. เจ เอส การพิมพ์, 2546.
8. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง. กรุงเทพมหานคร. เจ เอส การพิมพ์, 2545.

บทที่ 3

ทิศทางและการดำเนินนโยบายยาต้านไวรัสเอดส์

เป้าหมายเชิงนโยบายของประเทศไทยในการให้บริการยาต้านไวรัสเอดส์ คือการที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ มีสิทธิในการรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสกันอย่างถ้วนหน้า เท่าเทียมกัน และไม่ถูกกีดกันด้วยค่ายาที่มีราคาแพง การจะนำนโยบายนี้ไปปฏิบัติให้เป็นจริงได้นั้น จำเป็นที่จะต้องเป็นนโยบายที่หลายฝ่ายมีความรู้สึกรับผิดชอบ และมีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการนโยบายร่วมกัน และต้องเป็นสิ่งที่สามารถติดตามตรวจสอบได้ เพื่อให้เป็นนโยบายที่มีประโยชน์ต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อย่างแท้จริง

รายงานในบทนี้จะได้นำเสนอประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในกระบวนการนโยบายยาต้านไวรัสเอดส์ของประเทศไทย รวมทั้งส่วนที่เกี่ยวข้องในนโยบายระดับสากล โดยจะได้กล่าวถึงประเด็นต่างๆ เช่น องค์ประกอบที่มีผลต่อทิศทางนโยบาย ผู้มีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบาย การนำนโยบายสู่การปฏิบัติ และโอกาสแห่งความสำเร็จตามเป้าหมาย

วัตถุประสงค์

- 1) ทบทวนกระบวนการนโยบายและองค์ประกอบที่เกี่ยวข้อง ในการกำหนดทิศทางนโยบายการให้บริการยาต้านไวรัสเอดส์แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์
- 2) ประเมินการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในโครงการ Access To Care (ATC) ของกระทรวงสาธารณสุข

วิธีการศึกษา

การศึกษาในส่วนนี้เป็นการสังเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิที่ได้จากเอกสารและบันทึกรายงานต่างๆ ร่วมกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับโครงการ ได้แก่

- การศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับแผนงานนโยบาย ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข บันทึกการประชุมต่างๆ และบันทึกรายงานการดำเนินงานโครงการ ทั้งในระดับสำนักงานเขต และส่วนกลาง
- การค้นคว้าทบทวนเอกสารรายงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ และทิศทางนโยบายการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ทั้งในและต่างประเทศ
- การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงานโครงการในกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ผู้ประสานงานโครงการ และเจ้าหน้าที่โครงการในระดับเขต ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ในองค์กรเภสัชกรรมด้านการผลิตยาต้านไวรัสเอดส์

ข้อสนเทศที่ได้จากการศึกษา

1. องค์ประกอบหลักที่มีผลต่อทิศทางนโยบาย

องค์ประกอบที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทิศทางนโยบายดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์ ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาที่สำคัญได้แก่

1) ลักษณะการระบาดของโรคที่เปลี่ยนแปลงไป

ในช่วงแรกของการระบาดของเชื้อเอชไอวีนั้นเป็นการแพร่กระจายเชื้อในกลุ่มชายรักร่วมเพศ หรือกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดฉีดเข้าเส้น ซึ่งต่อมาพบว่าทิศทางของการระบาดได้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมอย่างมาก จนถึงในปัจจุบันพบว่าผู้ที่ได้รับผลกระทบของการระบาดคือกลุ่มรักต่างเพศ ในประเทศไทยเห็นได้ชัดเจนในทศวรรษที่ผ่านมาว่า การติดเชื้อเอชไอวีได้แพร่ระบาดไปสู่ครอบครัว และล่าสุดนี้มีการแพร่ระบาดอย่างต่อเนื่องไปสู่กลุ่มเยาวชน ซึ่งเนื่องมาจากพฤติกรรม และค่านิยมทางเพศของวัยรุ่นปัจจุบันที่เปลี่ยนแปลงไป นอกจากนี้ ยังมีปัญหาการระบาดของเชื้อในกลุ่มคนด้อยโอกาสในสังคม เช่น กลุ่มที่มีปัญหาทางเชื้อชาติ ตามเขตชายแดน หรือกลุ่มประชาชนที่มีฐานะยากจน เป็นต้น ลักษณะทางการระบาดที่เปลี่ยนแปลงสู่ประชากรดังกล่าว ได้มีส่วนในการกำหนดทิศทางนโยบาย การแก้ปัญหาทั้งในด้านการป้องกันการติดเชื้อ และการรักษาผู้ป่วยเอดส์ในปัจจุบัน

2) ประสิทธิภาพของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์

ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2539 เป็นต้นมา การใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ในการรักษาผู้ป่วยเอดส์ในประเทศที่พัฒนาแล้ว ได้แสดงให้เห็นถึงทั้งประสิทธิผลและประสิทธิภาพของยาต้านไวรัสในการลดการป่วยและการตาย รวมถึงการเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทำให้เกิดเป็นมาตรฐานใหม่ของการรักษาผู้ป่วยเอดส์ และเป็นจุดเปลี่ยนแห่งการปฏิรูปนโยบาย ด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีในหลายๆ ประเทศ รวมทั้งประเทศที่กำลังพัฒนาด้วย ถึงแม้ว่าผลกระทบระยะยาวจากการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์จะยังมีข้อมูลไม่มากนัก และยังคงจำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมอย่างใกล้ชิดตาม ในปัจจุบันยาต้านไวรัสเอดส์นับได้ว่าเป็นส่วนประกอบที่สำคัญและขาดไม่ได้ ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์

3) ระบบประกันสุขภาพ

ระบบการเงินและงบประมาณในการจัดบริการยาต้านไวรัสเอดส์แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ ในปัจจุบันพบว่า ประเทศที่มีรายได้สูง (High-income countries) เช่น สหรัฐอเมริกา และประเทศต่างๆ ในแถบยุโรปตะวันตก มีการจัดบริการยาต้านไวรัสเอดส์ ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงได้โดยง่าย บางประเทศพบว่า ยาต้านไวรัสเอดส์เป็นการบริการขั้นพื้นฐานที่รัฐจัดหาให้ โดยไม่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากผู้รับบริการ ตัวอย่างการให้บริการยาต้านไวรัสในประเทศอังกฤษ เป็นในลักษณะรัฐอุปถัมภ์ (Social welfare) โดยประชาชนสามารถรับการบริการที่จัดให้โดยรัฐ และงบประมาณที่ใช้ในการดูแลนั้นมาจากการเก็บภาษีจากประชาชน

ในประเทศไทย ถึงแม้ว่าจะได้มีการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อเปิดโอกาสให้ประชาชนทั่วประเทศสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึง ทั้งกรณีเมื่อเจ็บป่วย และการรับบริการด้านการป้องกันโรค โดยรัฐแบกรับค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่ทั้งหมด สิทธิประโยชน์ของประชาชนในโครงการหลักประกันสุขภาพดังกล่าว ก็ยังไม่ได้ครอบคลุมถึงยาต้านไวรัสเอดส์แต่อย่างใด งบประมาณในการให้บริการยาต้านไวรัสเอดส์ ยังคงเป็นเงินงบประมาณพิเศษที่รัฐจัดสรรให้ เพื่อไปดำเนินการภายใต้แผนงานเอดส์ ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข นอกจากงบประมาณที่ได้จากรัฐแล้ว ยังมีเงินอุดหนุนส่วนหนึ่งจากกองทุนโลก (Global fund) อีกด้วย จึงทำให้สามารถขยายโอกาสการให้บริการได้เพิ่มขึ้นถึง 50,000 ราย ในปีงบประมาณ 2547 นี้

สรุปโดยภาพรวมแล้ว นโยบายการให้บริการยาต้านไวรัสเอดส์แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีของประเทศไทย ได้มีการปรับเปลี่ยนทิศทาง จากเดิมที่เป็นการพิจารณารักษารายบุคคล และผู้รับบริการต้องร่วมแบกรับค่าใช้จ่ายด้วย กลายเป็นนโยบายสาธารณะที่รัฐต้องรับผิดชอบจัดหาให้ แก่ประชาชนที่มีความจำเป็นต้องใช้นี้อย่างทั่วถึง

2. นโยบายการเมือง และสิทธิของประชาชนในการรับบริการ

ในการพัฒนานโยบายด้านการดูแลสุขภาพของประชาชนโดยรัฐบาลสมัยต่างๆ นั้น ได้คำนึงถึงความสำคัญเร่งด่วนของการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ในแต่ละยุคสมัยได้กำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ในการพัฒนาประเทศ โดยวางอยู่บนฐานความจริงที่ว่าปัญหาโรคเอดส์เป็นปัญหาทางสังคม และมีปัจจัยที่กำหนดความรุนแรงของปัญหาหลายส่วนด้วยกัน รวมทั้งปัญหาทางสังคม เช่น ความไม่รู้ ความยากจน ความเจ็บป่วย ปัญหายาเสพติด และความอ่อนแอของระบบครอบครัว

ในการแก้ไขปัญหานี้ รัฐบาลจำเป็นต้องเข้ามารับผิดชอบอย่างจริงจัง เพราะคงเป็นการยากที่จะสำเร็จได้ หากกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบดำเนินงานเพียงฝ่ายเดียว ดังนั้นแนวคิดในการดำเนินงานที่ผ่านมาจึงมุ่งเน้นการดำเนินงานที่เป็นในลักษณะบูรณาการ มีการปรับบทบาทการทำงาน และการเรียนรู้ร่วมกันของภาคส่วนต่างๆ ได้แก่ ภาคการเมือง ซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้กำหนดนโยบาย ซึ่งนโยบายนั้นต้องตั้งอยู่บนหลักวิชาการ และสอดคล้องกับความต้องการของประชาชน ได้รับความเห็นชอบจากประชาชน ภาคราชการ ซึ่งมีหน้าที่นำนโยบายรัฐบาลไปปฏิบัติสู่ประชาชน โดยมียุทธศาสตร์ของการปฏิบัติเพื่อประโยชน์แก่ประชาชน และภาคองค์กรสาธารณประโยชน์ และประชาชน ที่ต้องมีส่วนร่วมทั้งในกระบวนการกำหนดนโยบาย และการนำนโยบายไปปฏิบัติด้วย

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยประจําพุทธศักราช 2540 ได้กำหนดไว้ในหมวด 3 เรื่องสิทธิและเสรีภาพของปวงชนชาวไทย มาตรา 52 อันเป็นเรื่องเกี่ยวกับการสาธารณสุขว่า บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติ การบริการทางสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเอกชนมีส่วนร่วมด้วยเท่าที่จะกระทำได้ การป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตราย รัฐต้องจัดให้แก่ประชาชนโดยไม่คิดมูลค่าและทันต่อเหตุการณ์ ทั้งนี้ตามที่กฎหมายกำหนดตามบทบัญญัติในหมวด 5 แนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ มาตรา 82 ซึ่งกำหนดว่า รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง ดังนั้นการจัดหาและให้บริการยาต้านไวรัสเอดส์นั้น จึงถือได้ว่าเป็นสิทธิของประชาชนชาวไทย ที่พึงจะได้รับ เช่นเดียวกับการบริการพื้นฐานอื่นๆ และเป็นหน้าที่ของรัฐที่จะต้องจัดหาซึ่งการบริการดังกล่าว

3. สถานการณ์การรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัสเอดส์

องค์การอนามัยโลกได้มีการประมาณการตัวเลขที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ ในเดือนธันวาคม ปี พ.ศ. 2546 ว่าจำนวนผู้ติดเชื้อทั้งหมดทั่วโลกมีประมาณ 40 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นผู้ติดเชื้อรายใหม่ ประมาณ 5 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์ถึง 3 ล้านคน โดยทั้งผู้ติดเชื้อใหม่และผู้เสียชีวิตจากเอดส์ จำนวนเกินกว่าครึ่งอาศัยอยู่ในทวีปแอฟริกา ส่วนอื่นๆ ที่คาดว่าแนวโน้มปัญหาการดูแลรักษาโรคเอดส์จะเพิ่มขึ้น เนื่องจากพบว่าได้มีการแพร่ระบาดอย่างหนัก ได้แก่ประเทศ จีน อินเดีย เอเชีย ปาปัวนิวกินี และเวียดนาม

ในการลดระดับความรุนแรงของปัญหา การใช้เทคโนโลยีต่างๆ รวมทั้งยาต้านไวรัสเอดส์ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการนำไปปรับใช้ในการปฏิบัติอย่างเร่งด่วน รวมทั้งมาตรการที่จำเป็นที่ขาดไม่ได้ คือการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ และมาตรการในการป้องกันไม่ให้ผู้ติดเชื้อเกิดอาการหรือป่วยเป็นเอดส์ หรือการยืดระยะเวลาของการไม่มีอาการให้นานที่สุด เท่าที่จะเป็นไปได้ เนื่องจากต้นทุนในการป้องกันมีราคาที่ถูกกว่าการรักษา ในปัจจุบันพบว่าในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนา ร้อยละ 90 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีความจำเป็นต้องใช้ยาต้านไวรัส

เอดส์ ยังไม่มีโอกาสเข้าถึงการบริการได้เลย ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกพบว่า เมื่อสิ้นสุดปี พ.ศ.2545 มีการคาดประมาณจำนวนผู้ต้องการยาต้านไวรัสเอดส์ในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาทั่วโลก สูงถึง 6 ล้านคน แต่พบว่ามีราว 230,000 คนเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงยาดังกล่าวได้ และพบว่าจำนวนกว่าครึ่งที่สามารถเข้าถึงยาต้านไวรัสได้นั้นอยู่ในประเทศบราซิล ซึ่งได้มีนโยบายสาธารณะในการให้บริการยาต้านไวรัส แก่ผู้ติดเชื้อทุกรายที่มีความจำเป็นต้องใช้ยา

เป็นที่ทราบกันแล้วว่า องค์การอนามัยโลกได้มีการกำหนดยุทธศาสตร์เพื่อต่อสู้กับโรคเอดส์ คือ ยุทธศาสตร์ 3 by 5 โดยที่ 3 นั้นหมายถึง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีซึ่งคาดประมาณจำนวน 3 ล้านคนทั่วโลกที่มีความจำเป็นต้องได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ และ 5 นั้นหมายถึงระยะเวลาที่กำหนดไว้คือ ปี 2005 นอกเหนือจากยุทธศาสตร์หลักที่กล่าวมาแล้ว องค์การอนามัยโลกยังได้มีการกำหนดยุทธศาสตร์ เพื่อให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเกิดสัมฤทธิ์ผล และสามารถให้บริการครอบคลุมประชาชนได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนาดังกล่าว ยุทธศาสตร์ที่ว่านี้ ได้แก่ การทำให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์เป็นมาตรฐานของการรักษา การหากลวิธีในการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ และวิธีการให้ยาต้านไวรัสเอดส์ตั้งอยู่บนพื้นฐานของการมีหลักการทางวิชาการที่สนับสนุน เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาการรักษาที่ไม่ได้ผลหรือล้มเหลว ที่อาจนำไปสู่การที่เชื้อมีความต้านทานในอนาคต รวมทั้งมาตรการในการเจรจาต่อรองกับผู้ผลิตยาต้านไวรัส เพื่อให้ยาราคาถูกลง มาตรการดังกล่าวได้มีการรวมตัวของแหล่งทุนเพื่อต่อสู้กับโรคเอดส์ วัณโรคและมาลาเรีย โดยจัดตั้งเป็นกองทุน (Global Fund) ขึ้นเพื่อหาเงินสนับสนุนการดูแลรักษาผู้ป่วยในประเทศที่กำลังพัฒนา

โดยภาพรวมแล้วทั้งประเทศที่พัฒนาแล้ว และประเทศที่กำลังพัฒนาได้มีแนวโน้มของการให้ยาต้านไวรัสเอดส์เป็นมาตรฐานของการรักษาผู้ป่วย องค์การสากล หรือองค์กรระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น องค์การอนามัยโลก (WHO) และ องค์การสหประชาชาติว่าด้วยเรื่องเอดส์ (UNAIDS) ต่างก็มุ่งเน้นและส่งเสริมการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี แต่ทั้งนี้ก็มีกรอบปฏิบัติที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับทรัพยากรของแต่ละประเทศด้วย การให้ยาต้านไวรัสแม้จะมีต้นทุนที่สูง แต่หากเปรียบเทียบกับการลดลงของอัตราการเจ็บป่วย อัตราการครองเตียงในโรงพยาบาล และอัตราการตาย หลังการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์แล้ว นับเป็นสิ่งที่น่าลงทุน อย่างไรก็ตาม ยังคงเป็นประเด็นที่ถกเถียงกันได้ว่า การที่ต้องใช้เงินทุนงบประมาณจำนวนมากในการจัดสรรยาต้านไวรัสเอดส์ให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีนั้น ความเป็นธรรมเพียงใดกับผู้ป่วยโรคอื่น เพราะยาและระบบบริการสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็นอีกหลายอย่างอาจยังมีไม่เพียงพอ ดังนั้นในการกำหนดทิศทางการนโยบายในการดูแลรักษาผู้ป่วยของประเทศ ปัญหาการใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสมและเป็นธรรมยังคงเป็นสิ่งที่ต้องพิจารณาควบคู่กันไป

สิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึงเสมอ คือ ยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ได้เป็นปัจจัยเดียวที่สำคัญ และมีผลต่อการรักษาผู้ป่วยเอดส์ หากแต่ยังมีส่วนประกอบอื่นๆ ของการดูแลรักษาที่ต้องพิจารณาร่วมด้วย ทั้งโครงสร้างพื้นฐานของระบบบริการสถานพยาบาล ระบบสาธารณสุขปโภค ศักยภาพของบุคลากรผู้ให้บริการ ความพร้อมด้านการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เครื่องมือและวัสดุที่จำเป็น เหล่านี้เป็นปัจจัยที่สำคัญ และไม่สามารถมองข้ามไปได้เลย การบริการยาต้านไวรัสเอดส์นั้น มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ให้บริการจะต้องเป็นผู้มีความรู้ความเข้าใจอย่างดี ทั้งในเรื่องของทางวินิจฉัยโรค การให้คำปรึกษา วิธีปฏิบัติเมื่อเริ่มให้ยา การตัดสินใจหยุดยา การปรับเปลี่ยนสูตรยา การดูแลเรื่องความเจ็บป่วยและผลข้างเคียงที่อาจเกิดจากยา การปฏิบัติเมื่อเกิดมีปฏิกิริยาต่อกันของยา (Drug interaction) นอกจากนี้ ผู้ให้บริการยังต้องมีทักษะในการสื่อสาร เพื่อให้ข้อมูลความรู้แก่ผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ทั้งในด้านการป้องกันและการดูแลตัวเองเมื่อเกิดปัญหาอาการข้างเคียงจากยา กลวิธีดำเนินงานในโครงการให้บริการยาต้านไวรัสเอดส์จึงจำเป็นที่จะต้องคำนึงถึงเรื่อง การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรเป็นสำคัญ เมื่อเริ่มต้นโครงการ โดยต้องจัดให้มีการอบรมเพื่อพัฒนาความรู้และทักษะอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้รับทราบข้อมูลด้านวิชาการใหม่ๆ และทันสมัยอยู่

เสมอ หากขาดส่วนนี้แล้วการให้ยาต้านไวรัสแก่ผู้ป่วยอาจไม่เกิดประสิทธิผลดังคาด อีกทั้งอาจเป็นหนทางที่ก่อให้เกิดปัญหาการที่เชื้อติดอยู่ในภายหลังได้ ดังนั้น การขยายการบริการยาต้านไวรัสเอ็ดส์ให้ครอบคลุมทั่วประเทศ จึงต้องดำเนินการไปด้วยความรอบคอบและละเอียดถี่ถ้วน เพื่อให้แน่ใจได้ว่า การจัดบริการดังกล่าวสามารถดำเนินการไปอย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

4. บทบาทขององค์กรภาคเอกชนต่อการดำเนินนโยบาย

ในปัจจุบัน องค์กรในระดับนานาชาติ ได้เข้ามามีบทบาทอย่างมากในการผลักดันนโยบายการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอ็ดส์ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอ็ดส์ ในอดีต องค์การอนามัยโลก (WHO) มีบทบาทสำคัญในการกำหนดนโยบาย ยุทธวิธี และการดำเนินงาน แต่ต่อมาพบว่า การแก้ไขปัญหาระบาดของโรคเอ็ดส์ไม่สามารถแก้ไขให้ลุกลามไปได้โดยองค์กรใดองค์กรหนึ่ง และเนื่องด้วยระดับความรุนแรงของปัญหามีเพิ่มขึ้นอย่างมาก จึงต้องมีการร่วมมือร่วมใจ และผนึกกำลังกันจากหลายฝ่าย ที่เกี่ยวข้อง หน่วยงานต่าง ๆ ภายใต้ต้องการสหประชาชาติ (United Nation) จึงได้ร่วมกันจัดตั้งองค์กรว่าด้วยเรื่องโรคเอ็ดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) ขึ้นมาเพื่อทำงานร่วมกับภาครัฐ ประชาคม รวมทั้งเครือข่ายผู้ติดเชื้อในประเทศต่างๆ กว่า 60 ประเทศ โดยองค์กรดังกล่าวได้มุ่งเน้นเป้าหมายในกลุ่มประเทศที่ยากจนและกำลังพัฒนา องค์กรว่าด้วยเรื่องโรคเอ็ดส์แห่งสหประชาชาติมีลักษณะเป็นองค์กรพหุภาคี ที่เป็นองค์กรหลักในการดูแลปัญหาด้านโรคเอ็ดส์โดยเฉพาะ ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรต่างๆ ที่เป็นภาคีรวม 9 องค์กร ได้แก่ UNICEF, WFP, UNDP, UNFPA, UNODC, ILO, UNESCO, WHO และ World Bank นอกจากองค์กรดังกล่าวแล้ว ยังมีองค์กรภาคเอกชนอื่นๆ ที่มีบทบาทในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยเอ็ดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวีในหลายๆ ด้านด้วยกัน รวมถึงความร่วมมือและช่วยเหลือจากสถาบันวิจัยและมหาวิทยาลัยต่างๆ ด้วย

กองทุนโลกเป็นองค์กรนานาชาติที่ให้ความช่วยเหลือแก่ประเทศต่างๆ ในการดำเนินกิจกรรมด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับโรคเอ็ดส์ รวมทั้งโรคติดเชื้ออื่นๆ ได้แก่ วัณโรค และมาลาเรีย ในประเทศไทย หน่วยงานภาครัฐที่มีส่วนรับผิดชอบในการดำเนินโครงการภายใต้การสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนโลก คือกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข โดยในปี 2546-47 นี้ มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการป้องกัน และลดการแพร่เชื้อเอชไอวี ในกลุ่มเยาวชน นอกจากนี้ ยังมีเป้าหมายในการสร้างความเข้มแข็ง และขยายความครอบคลุมของการให้บริการยาต้านไวรัสให้แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั่วไปด้วย

ในส่วนของภาคเอกชน มูลนิธิริษัทไทย (CARE) เป็นองค์กรที่มีบทบาทสำคัญ ในการดำเนินโครงการเพื่อการป้องกัน ดูแล และรักษาผู้ป่วยเอ็ดส์ ภายใต้การสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนโลก เป็นการดำเนินโครงการที่เกี่ยวกับการค้นหาและคัดกรองผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอ็ดส์ เพื่อให้การรักษาได้อย่างเหมาะสมและทันเวลา เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพของการรักษา โดยเฉพาะในกลุ่มมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี สามีหรือคู่ครอง และทารกที่ได้รับเชื้อเอชไอวี นอกจากนี้ยังได้มีการกำหนดเป้าหมาย ในกลุ่มคนงานต่างชาติดอพยพที่เข้ามาทำงานในประเทศ ซึ่งปัจจุบันมีจำนวนประมาณกว่า 500,000 คน โดยส่วนใหญ่มาจากประเทศเพื่อนบ้าน เช่น ประเทศเมียนมาร์ กัมพูชา และลาว การสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนโลกยังครอบคลุมถึงโครงการต่างๆ ที่เป็นการพัฒนารูปแบบการป้องกัน และการดูแลรักษาในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และอันตรายอื่น ๆ ที่สัมพันธ์กับกลุ่มผู้เสพยาเสพติดชนิดฉีด การขยายการบำบัดรักษาในกลุ่มผู้เสพยาเสพติด

ชนิดฉีด และการเพิ่มศักยภาพของผู้ให้บริการในการบำบัดรักษา รวมทั้งการพัฒนาผู้บริหารและกำหนดนโยบายให้มุ่งเน้นไปสู่การสร้างนโยบายสุขภาพสำหรับกลุ่มผู้เสพยาเสพติด และผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วย

5. บทบาทของเครือข่ายและกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ปัจจุบันในประเทศไทย การเคลื่อนไหวและการรวมกลุ่มของผู้ติดเชื้อ โดยมีองค์กรภาคเอกชนให้การช่วยเหลือสนับสนุน ก่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้และการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ และการดูแลตัวเอง รวมทั้งการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ระหว่างผู้ติดเชื้อด้วยกันเองอย่างกว้างขวาง ตัวแทนกลุ่มและเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี นับวันจะมีการพัฒนาทางความคิด และเปลี่ยนแปลงบทบาทตัวเองจากผู้รับบริการ มาเป็นผู้มีส่วนร่วมในการวางแผนและผลักดัน ทั้งในระดับนโยบายและการปฏิบัติ คณะกรรมการแก้ปัญหาเอดส์ระดับชาติได้มีตัวแทนของเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี และภาคส่วนที่เป็นองค์กรสาธารณประโยชน์ เข้าเป็นกรรมการร่วมกับภาครัฐด้วย และมีบทบาทสำคัญ ส่งผลต่อการกำหนดทิศทางนโยบายระดับชาติ

การดำเนินโครงการขยายโอกาสการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ในโรงพยาบาลทั้งในระดับจังหวัดและระดับอำเภอ พบว่าเจ้าหน้าที่องค์กรเอกชนและเครือข่ายหรือกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีในพื้นที่ ได้มีบทบาทร่วมกับหน่วยงานต่างๆ ได้แก่ สำนักงานป้องกันควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาล ในการร่วมกันพัฒนาเครื่องมือและกระบวนการในการให้บริการด้านต่างๆ เช่น การให้ข้อมูลผู้ป่วย การติดตามการรักษา การส่งเสริมการกินยา และการให้บริการคำปรึกษา เป็นต้น บทบาทและการมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีดังกล่าวมีส่วนสำคัญยิ่งในการทำให้เกิดความเข้มแข็งของระบบติดตามผู้ป่วยต่อเนื่อง การประสานงานกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลในการติดตามผู้ติดเชื้อด้วยกันเองที่บ้าน บางแห่งมีการจัดตั้งหน่วยบริการให้คำปรึกษาในโรงพยาบาล ทั้งนี้ในกรณีที่ได้รับ การสนับสนุนจากทางโรงพยาบาล และหรือแหล่งทุนภายนอก เช่น กองทุนโลก กิจกรรมเหล่านี้ ได้ก่อให้เกิดการเรียนรู้ และการพัฒนาศักยภาพในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างมาก ในการที่จะพึ่งตนเองและสามารถดูแลช่วยเหลือกันได้ อย่างไรก็ตาม การดำรงอยู่ได้ของกลุ่มผู้ติดเชื้อยังขึ้นกับการยอมรับของชุมชนนั้นๆ ด้วย องค์กรภาคเอกชนต่างๆ นับได้ว่ามีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการสนับสนุนการจัดตั้งกลุ่มผู้ติดเชื้อ และมีส่วนช่วยให้ชุมชนเกิดความเข้าใจและเกิดการ ยอมรับผู้ติดเชื้อและครอบครัวได้มากขึ้น รวมทั้งช่วยพัฒนากลไกด้านชุมชน ที่จะก่อให้เกิดการสนับสนุนบทบาทของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและครอบครัว เป็นการเสริมเติมส่วนขาดของระบบการให้บริการ โดยภาครัฐ ทำให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง จากการใช้กลยุทธ์ด้านชุมชน โดยระบบพี่เลี้ยง และอาสาสมัครที่เป็นเครือข่าย ที่คอยให้ข้อมูลความรู้ และให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

6. การพัฒนาสูตรยาต้านไวรัสเอดส์ในประเทศ

การผลิตยาต้านไวรัสเอดส์โดยองค์การเภสัชกรรม ได้มีการดำเนินการวิจัยเพื่อค้นคว้า พัฒนาสูตรตำรับยาต้านเชื้อเอชไอวี รวมทั้งยาสำหรับรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส โดยมีเป้าหมายเพื่อลดต้นทุนยา และทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการรักษาได้มากขึ้น สถาบันวิจัยและพัฒนาขององค์การเภสัชกรรมได้เริ่มวิจัยสูตรยาต้านไวรัสเอดส์มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 และมีการผลิตยาต้านไวรัสเอดส์ชนิดแรกคือ ยา AZT capsule 100mg ออกจำหน่ายเมื่อ ปี พ.ศ. 2538 ทั้งนี้ การวิจัยพัฒนาสูตรยา AZT ในระยะนั้นประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี ในการป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก มาถึงปัจจุบัน การพัฒนาสูตรยาต้านไวรัสเอดส์ที่สร้างชื่อให้กับประเทศไทย และเป็นที่ยอมรับกันดีในเวทีโลก เพื่อช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอดส์ให้สามารถเข้าถึงยาต้านไวรัสได้อย่างทั่วถึง นั่นคือการผลิตยาต้านไวรัสสูตร GPO-Vir

ยาด้านไวรัสสูตร GPO-Vir เป็นยาที่ตอบสนองต่อความสะอาดในการใช้ยาของผู้ป่วย เนื่องจากการใช้ยาชนิดแยก มีความไม่สะดวกและยุ่งยากต่อผู้ป่วยหลายประการ และเป็นสาเหตุสำคัญอันหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถกินยาได้ตามกำหนด อย่างต่อเนื่องได้ ยาสูตร GPO-Vir มีการผลิตออกมา 2 ขนาด คือ S30 และ S40 โดยการให้แตกต่างกันตามน้ำหนักของผู้รับยา ยาที่ผลิตนี้มีราคาถูกลง 50-90% จากราคายาต้นแบบ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงยาได้มากขึ้น การสร้างสูตรคือกเทลยา GPO-Vir จึงเป็นการลดต้นทุนการผลิตของรัฐบาล และทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาด้วยยาสูตรดังกล่าวนี้ลดลง เหลือเพียงเดือนละ 1,200 บาท

ความสัมพันธ์ระหว่างองค์การเภสัชกรรม และกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ดูเป็นความสัมพันธ์กันในเชิงธุรกิจ เปรียบว่าองค์การเภสัชกรรมเป็นผู้ผลิตและจำหน่ายสินค้า ซึ่งหมายถึงยาด้านไวรัสเอชไอวี ในขณะที่กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ซื้อสินค้า การผลิตยา GPO-Vir นั้นเป็นถือเป็นการลงทุน เนื่องจากได้มีการตกลงในความร่วมมือกันระดับนโยบาย ระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและองค์การเภสัชกรรม ทางองค์การเภสัชกรรมจึงได้มีการลงทุนในการผลิต รวมทั้งได้มีการสั่งซื้อเครื่องจักรเพื่อเพิ่มการผลิตในอนาคต และเนื่องจากได้มีการจดอนุสิทธิบัตรของยานี้โดยองค์การเภสัชกรรม ทำให้ยาดังกล่าวไม่สามารถผลิตโดยผู้ผลิตรายอื่นได้ และไม่สามารถนำเข้ายาที่มีสูตรเดียวกันกับ GPO-Vir มาขายในประเทศไทยได้ในระยะเวลา 10 ปี ความคุ้มครองด้านสิทธิบัตรดังกล่าวจึงทำให้ องค์การเภสัชกรรมจึงเป็นผู้ผลิตและจำหน่ายยาแต่เพียงผู้เดียว ให้กับกระทรวงสาธารณสุข ตามระยะเวลาที่กำหนดไว้ดังกล่าว แม้จะพบว่ามีการจำหน่ายยาในสูตรเดียวกันจากผู้ผลิตรายอื่น เช่น บริษัท Cipla ในประเทศอินเดีย ในราคาที่ถูกลงกว่ากันมากก็ตาม

ปัจจุบัน สายการผลิตยาด้านไวรัส GPO-Vir ขององค์การเภสัชกรรม ยังเป็นสายการผลิตเดิม แต่ก็ได้มีการปรับปรุงและขยายอาคารสำหรับผลิตยาด้านไวรัสเอชไอวีโดยเฉพาะ ทำให้สามารถเพิ่มกำลังการผลิตเพื่อรองรับความต้องการของผู้ป่วยจำนวนกว่า 50,000 คน ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข และด้วยเหตุนี้ องค์การเภสัชกรรม จึงได้เริ่มมีการก่อสร้างอาคารผลิตยาด้านไวรัสเอชไอวีมาตรฐานโลกแห่งใหม่ เพื่อพัฒนาคุณภาพการผลิตให้อยู่ในระดับสากล ควบคู่กับการเพิ่มปริมาณผลิตรองรับความต้องการใช้ยาของผู้ป่วยเอชไอวีในประเทศ รวมถึงการส่งยาออกต่างประเทศ เมื่อเสร็จสิ้นโครงการ องค์การเภสัชกรรมจะมีกำลังการผลิตสูงถึง 200 ล้านเม็ดต่อปี และสามารถรองรับผู้ป่วยโรคเอชไอวีได้มากถึง 150,000 - 200,000 คน

คุณภาพของสายการผลิตยา GPO-Vir ขององค์การเภสัชกรรมนั้น ปัจจุบันยังไม่ผ่านการรับรอง GMP ขององค์การอนามัยโลก (WHO-GMP) ซึ่งประเด็นนี้ถือเป็นจุดอ่อน ที่ส่งผลกระทบต่อมาคือ ความไม่มั่นใจในมาตรฐานการผลิต และทำให้จำกัดในการส่งขายให้กับประเทศอื่น ในกรณีกองทุนโลก (Global Fund) ซึ่งเป็นผู้สนับสนุนงบประมาณยาด้านไวรัสเอชไอวีส่วนหนึ่งแก่ประเทศไทย ได้กำหนดหลักเกณฑ์การซื้อยาว่าต้องเป็นยาที่มาจากแหล่งผลิตที่ได้ตามมาตรฐาน WHO-GMP เท่านั้น โดยการกำหนดมาตรฐานมีการพิจารณาในหลายส่วน ได้แก่ ด้านแหล่งวัตถุดิบ เครื่องจักรที่ต้องผ่านการรับรองโดยองค์การอนามัยโลก การจัดทำเอกสารและรายงานประสิทธิภาพของยา การทดสอบความคงตัวของยา และการทดสอบประสิทธิภาพของยาเทียบกับยาต้นแบบ โดยการวัดระดับยาในกระแสเลือด อย่างไรก็ตาม ในระยะแรกทางองค์การเภสัชกรรมได้รับการผ่อนผันให้ผลิตได้ แต่มีข้อแม้ว่าต้องมีการพัฒนาการผลิตให้ผ่านมาตรฐานภายในปี พ.ศ. 2547

องค์การเภสัชกรรมได้มีแผนการเตรียมพร้อมและวิจัยเพื่อผลิตยาตัวใหม่เพิ่มเติม โดยเฉพาะยาในกลุ่ม Protease Inhibitor เพื่อเพิ่มความหลากหลายในการใช้ยา โดยเฉพาะกับผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้ยาสูตรพื้นฐานตามที่ระบุในคู่มือแนวทางปฏิบัติในการให้ยาด้านไวรัสของกระทรวงสาธารณสุข ส่วนยาบางสูตรเช่น Efavirenz นั้นเนื่องจากยานี้ยังคงอยู่ในความควบคุมของสิทธิบัตร เป็นเวลาอย่างน้อยอีก 10 ปี จึงทำให้ยังไม่สามารถผลิตได้ ทั้ง ๆ ที่ยาสูตรนี้

มีความจำเป็นที่เข้าร่วมกับยาอื่นๆ อย่างไรก็ตาม องค์การเภสัชกรรมก็ได้มีการศึกษาวิจัย และเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับการผลิตไว้ หากมีความจำเป็นในอนาคต

7 การดำเนินนโยบายยาต้านไวรัสเอดส์

(1) โครงการพัฒนาระบบบริการและติดตามผลการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์

ประเทศไทย ในปี 2546 พบว่า มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีประมาณ 1,054,684 ราย และได้เสียชีวิตไปแล้วเป็นจำนวน 450,742 ราย แนวโน้มของโรคโดยรวมมีทิศทางที่ลดลง แต่การให้การดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งมีการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์อย่างแพร่หลาย ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีชีวิตยืนยาวขึ้น ส่งผลให้จำนวนผู้ที่ต้องการการดูแลรักษาในระยะยาวเพิ่มมากขึ้น การประมาณการจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2549 จะมีจำนวนราว 508,323 คน และคาดว่าจำนวน 60,052 คน มีความจำเป็นต้องได้รับยาต้านไวรัสเอดส์

ในปี พ.ศ.2543 กระทรวงสาธารณสุข ได้เริ่มโครงการพัฒนาระบบบริการและติดตามผลการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ ด้วยการรักษาแบบใช้ยาสามชนิดพร้อมกัน (Triple therapy หรือ Highly Active Anti Retroviral Therapy -HAART) โดยใช้ชื่อโครงการว่า ACCESS TO CARE (ATC) เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ ได้มีโอกาสได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสได้มากขึ้น กลวิธีในการดำเนินโครงการนี้ ประกอบด้วยระบบการจัดซื้อยาารวมที่ส่วนกลาง เพื่อต่อรองราคาทำให้ราคายาถูกลง ทำให้ความครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายได้มากขึ้น นอกจากนี้ ในระยะแรกที่เริ่มโครงการ ได้มีการคัดเลือกหน่วยงานที่มีความพร้อมทั้งด้านการบริการทางการแพทย์ และการพยาบาล การให้บริการปรึกษา ความพร้อมของระบบส่งต่อผู้ป่วย ระบบการบันทึกรายงานที่มีประสิทธิภาพ ในการดำเนินโครงการได้มีการจัดทำคู่มือแนวทางปฏิบัติเพื่อให้ปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน ต่อมาในปี พ.ศ. 2545 ได้มีการค้นคว้าพัฒนาสูตรยาต้านไวรัสเอดส์ชนิดต่างๆ และสามารถผลิตยาได้เองในประเทศโดยองค์การเภสัชกรรม สามารถผลิตยาต้านไวรัสเอดส์ได้หลายชนิด รวมทั้งการต่อรองราคา ทำให้ราคายาลดลง จึงเป็นโอกาสสำคัญของประเทศในการขยายการบริการยาต้านไวรัสเอดส์ แก่ผู้ป่วยโรคเอดส์ได้มากขึ้น

กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการเร่งรัดขยายบริการยาต้านไวรัสให้แก่ผู้ป่วยเอดส์ โดยงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรโดยรัฐ สามารถให้การรักษาส่งต่อผู้ป่วยได้ครอบคลุมจำนวน 40,000 ราย และได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนโลกอีก 8,500 ราย รวมเป็นเป้าหมายที่จะครอบคลุมในปี 2547 ได้ถึง 48,500 ราย อย่างไรก็ตามตัวเลขนี้เป็นเป้าหมายขั้นต่ำเท่านั้น ไม่มีขีดจำกัดหากมีจำนวนผู้ที่ต้องการมากขึ้น นโยบายดังกล่าว ได้เปลี่ยนแปลงจากการจำกัดจำนวนผู้ติดเชื้อที่จะได้รับยาต้านไวรัส โดยระบบโควตาในแต่ละพื้นที่ มาเป็นการกำหนดเป้าหมายชัดเจนคือให้ได้เป้าหมายผู้รับยาต้านไวรัสเอดส์รวมในทุกโครงการ ทั้งในผู้ใหญ่ เด็ก หญิงหลังคลอด และครอบครัว รวมทั้งสิ้นไม่น้อยกว่า 50,000 ราย และถือเป็นจุดเริ่มต้นแห่งความหวังที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จะเข้าถึงยาต้านไวรัสได้อย่างครอบคลุมต่อไป

แนวทางในการดำเนินการโครงการดังกล่าว ได้จัดตั้งคณะทำงานด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้องจากทั้งหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุข และจากมหาวิทยาลัย เพื่อร่วมกันพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ นอกจากนี้ได้มีการประสานกับองค์กรสาธารณะประโยชน์ ต่างๆ และเครือข่าย/กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้เข้ามามีส่วนร่วม ในการกำหนดแนวทางวิธีการปฏิบัติ รวมทั้งร่วมกันในการพัฒนาระบบการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การดำเนินงานเกิดประสิทธิภาพสูงสุด

ปัจจุบัน การให้บริการยาต้านไวรัสเอดส์ถือเป็นนโยบายที่โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขกว่า 850 แห่งสามารถให้บริการได้ จำนวนผู้ที่ได้เข้าโครงการและรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ณ เดือน เมษายน 2547 พบว่ามีถึงกว่า 30,000 ราย และยังคงมีการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง กลุ่มเป้าหมายหลักคือผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่เคยได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ใดๆ มาก่อน ยกเว้นกรณีหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยาเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก การตัดสินใจเข้าร่วมโครงการเป็นสิทธิของผู้ป่วยที่จะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วม สูตรยาที่ใช้มี 3 สูตร โดยเริ่มต้นการรักษาจากสูตรที่ 1 คือ d4T+3TC+Nevirapine หรือ GPO-Vir สูตรที่ 2 คือ d4T+3TC+Efavirenz และสูตรยาที่ 3 คือ d4T+3TC+(Indinavir+Ritonavir)²⁰ หากกรณีที่ผู้ป่วยเกิดการข้างเคียงรุนแรง หรือกรณีที่การรักษาไม่ได้ผล จึงมีการพิจารณาปรับเปลี่ยนให้ใช้ยาในสูตรที่ 2 และสูตรที่ 3 เป็นลำดับ

(2) การบริหารยาต้านไวรัสเอดส์ในโครงการ ATC

ในการคาดประมาณจำนวนยาต้านไวรัสเอดส์ที่ต้องใช้ในโครงการในปี พ.ศ. 2546 ทางผู้บริหารโครงการโดยสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (สอวพ.) ได้ดำเนินการโดยการจัดตั้งคณะกรรมการประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญจากสถาบันต่างๆ เพื่อคาดประมาณจำนวนยาที่ต้องใช้ในแต่ละสูตร โดยได้ข้อสรุปเบื้องต้นในปีแรกว่า การใช้ยาในสูตรที่ 1 ประมาณร้อยละ 80 ของการใช้ทั้งหมด โดยคาดว่าจะมีผู้ป่วยที่แพ้ยา ร้อยละ 10-15 ส่วนสูตรที่ 2 มีการคาดประมาณการใช้ร้อยละ 15 และสูตรที่ 3 ร้อยละ 5 การคาดประมาณอัตราการใช้ยาในแต่ละสูตรอิงตามข้อมูลจากเอกสารรายงานทางวิชาการจากต่างประเทศ เนื่องจากประเทศไทยยังไม่มีข้อมูลดังกล่าว อย่างไรก็ตาม ในอนาคตหลังหากมีการดำเนินโครงการไปได้สักระยะหนึ่ง ข้อมูลที่ได้มีการบันทึกติดตามผลการให้บริการยาต้านไวรัสในโครงการ ATC ก็จะสามารถนำไปใช้อ้างอิง เพื่อปรับเปลี่ยนการคาดประมาณอัตราการใช้ยาแต่ละสูตร ให้ได้ใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากขึ้น

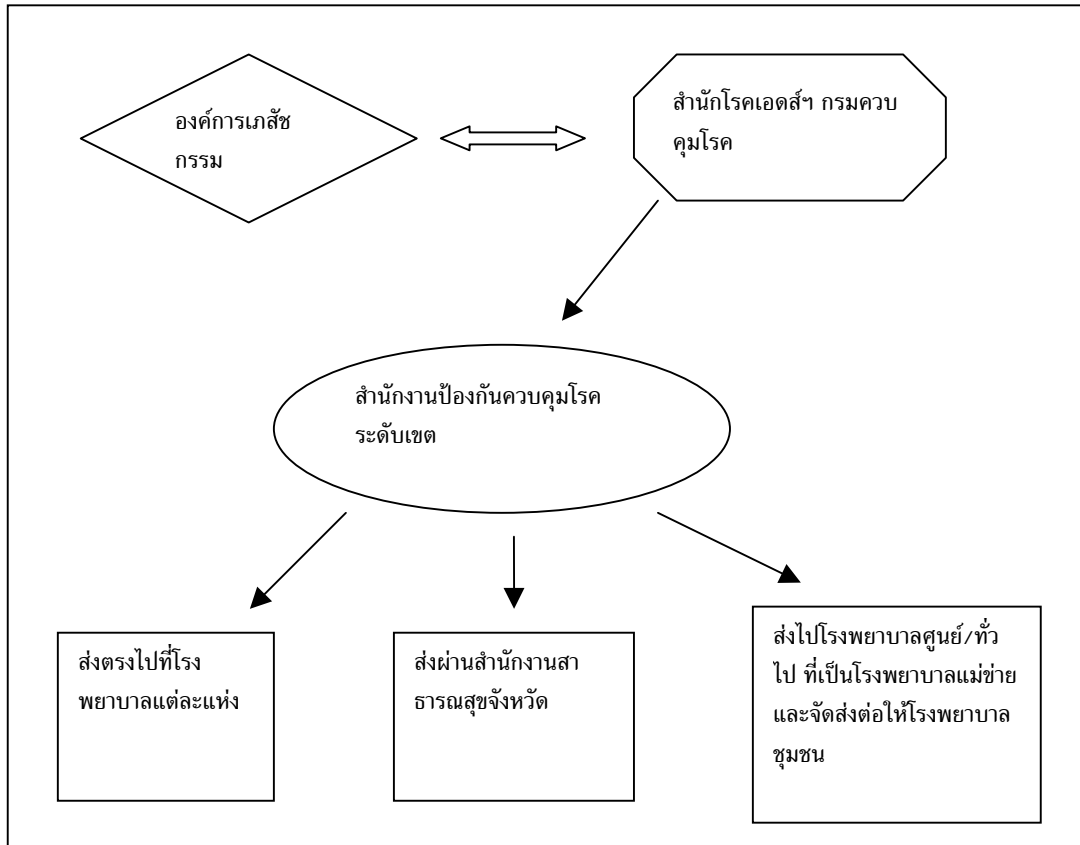
แนวทางปฏิบัติที่ทางกรมควบคุมโรคได้กำหนดไว้คือ ให้มีการทำแผนคาดประมาณการใช้ยา โดยสำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีผู้รับผิดชอบจัดทำแผนคาดประมาณการใช้ยาตามสูตรที่กำหนดไว้ มีการปฏิบัติในลักษณะที่มีการจัดซื้อยารวม โดยรวบรวมความต้องการหรือการคาดประมาณการใช้ในแต่ละพื้นที่ และดำเนินการจัดซื้อจากองค์กรเภสัชกรรม ให้มีการใช้ที่เพียงพอ อย่างน้อย 4 เดือนสำหรับสำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขต และอย่างน้อย 3 เดือนสำหรับโรงพยาบาล กล่าวคือการกระจายยาจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคไปยังโรงพยาบาลนั้นมีการกำหนดให้เบิกจ่ายยาเป็น 4 งวด งวดละ 3 เดือน โดยงวดแรก ทางสำนักงานป้องกันควบคุมโรคเป็นผู้จัดสรรให้แต่ละโรงพยาบาลตามจำนวนผู้ป่วยที่มี โดยประมาณการใช้ 3 เดือน ส่วนงวดถัดไปจัดสรรยาตามจำนวนที่มีการตั้งเบิกจากโรงพยาบาล โดยใช้แบบรายงาน ATC3 ซึ่งเป็นการรายงานยาคงคลังและการเบิกจ่ายยาต้านไวรัส โดยในการจัดส่งยาแต่ละงวดจะใช้เวลาไม่นานเกิน 4 สัปดาห์ วิธีการบริหารยาใกล้หมดอายุ การส่งคืนยา การแลกเปลี่ยนยา กำหนดข้อปฏิบัติไว้ในคู่มือโครงการ

ส่วนกลางโดยสำนักเอดส์ฯ กรมควบคุมโรค จัดส่งยาไปยังสำนักงานป้องกันและควบคุมโรคระดับเขต เพื่อกระจายยาไปสู่โรงพยาบาลในพื้นที่ๆ รับผิดชอบ การจัดส่งยาในระดับเขตมีได้หลายแบบ เช่น การจัดส่งตรงไปยังโรงพยาบาล การจัดส่งผ่านสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือบางแห่งอาจมีการจัดส่งยาไปยังโรงพยาบาลที่เป็นแม่ข่ายในจังหวัด และเบิกจ่ายให้กับโรงพยาบาลในเครือข่ายอีกทอดหนึ่ง ทั้งนี้การปฏิบัติขึ้นกับเงื่อนไข และแต่ละข้อตกลงในแต่ละจังหวัด (รูปที่ 3.1)

ในทางปฏิบัติในระดับพื้นที่พบว่า การจัดส่งยายังมีปัญหาอยู่บ้าง เช่น ความล่าช้าของการจัดส่งยา หรือบางครั้งเป็นยาที่อยู่ในระยะใกล้หมดอายุ ซึ่งทำให้ไม่สามารถใช้ได้ทัน การแก้ปัญหาโดยการประสานงานกันในพื้นที่ ทั้งในระดับสำนักงานเขต จังหวัด และโรงพยาบาล เพื่อจัดการส่งคืนหรือแลกเปลี่ยนยาในพื้นที่ เพื่อไม่ให้เกิดการสูญเสีย

เสียจากการที่ยาหมดอายุ เนื่องจากไม่สามารถใช้ได้ทัน ปัญหาดังกล่าวนี้สะท้อนให้เห็นว่าระบบการบริหารยาและการกระจายยา ควรได้มีการพิจารณาปรับปรุง ให้เกิดความคล่องตัว และไม่ก่อให้เกิดภาระแก่โรงพยาบาลในการที่ต้องตามแก้ปัญหาโดยไม่จำเป็น

รูปที่ 3.1 ขั้นตอนการจัดส่งยาต้านไวรัสเอดส์ในโครงการ ATC



หมายเหตุ: เขต 1 ได้แก่ นนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา อ่างทอง สมุทรปราการ, เขต 2 ได้แก่ สระบุรี ลพบุรี สิงห์บุรี ชัยนาท นครนายก สุพรรณบุรี, เขต 3 ได้แก่ ชลบุรี ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี สระแก้ว ตราด จันทบุรี ระยอง, เขต 4 ได้แก่ ราชบุรี นครปฐม กาญจนบุรี เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์ สมุทรสาคร สมุทรสงคราม, เขต 5 ได้แก่ นครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ สุรินทร์ มหาสารคาม, เขต 6 ได้แก่ ขอนแก่น เลย หนองคาย อุดรธานี หนองบัวลำภู สกลนคร กาฬสินธุ์, เขต 7 ได้แก่ อุบลราชธานี อำนาจเจริญ นครพนม มุกดาหาร ร้อยเอ็ด ศรีสะเกษ ยโสธร, เขต 8 ได้แก่ นครสวรรค์ อุทัยธานี ตาก สุโขทัย กำแพงเพชร, เขต 9 ได้แก่ พิษณุโลก พิจิตร เพชรบูรณ์ แพร่ น่าน อุตรดิตถ์, เขต 10 ได้แก่ เชียงใหม่ ลำปาง เชียงราย พะเยา ลำพูน แม่ฮ่องสอน, เขต 11 นครศรีธรรมราช สุราษฎร์ธานี ชุมพร ระนอง พังงา ภูเก็ต กระบี่, เขต 12 ได้แก่ สงขลา พัทลุง ตรัง สตูล ยะลา ปัตตานี นราธิวาส

8. โอกาสแห่งความสำเร็จและการบรรลุเป้าหมาย

การจัดสรรยาต้านไวรัสเอดส์

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการและผู้ป่วยเอดส์ ในปี 2544-46 พบว่าการรายงานทั้งสิ้น 53,879 ราย และจำนวนผู้ที่เสียชีวิต 12,366 ราย ขนาดของปัญหาพบว่ากระจายไปทั่วทุกภาคของประเทศ (ตารางที่ 3.1) การจัดสรรยาต้านไวรัสภายใต้โครงการ ATC ได้มีการดำเนินงานตั้งแต่ปี 2544 โดยได้มีการจัดสรรยาต้านไวรัสกระจายตามเขตต่างๆ 12 เขต ในภูมิภาค และกรุงเทพมหานคร ซึ่งในระหว่างปีงบประมาณ 2544-46 เนื่องจากมีจำนวนยาไม่เพียงพอกับความต้องการ จึงเป็นการกำหนดโควตาจำนวนผู้ได้รับยาต้านไวรัสในแต่ละพื้นที่ ส่วนในปีงบประมาณ 2547 เป็นปีที่รัฐบาลมีนโยบายขยายโอกาสการเข้าถึงยา จึงได้มีการกำหนดเป้าหมาย 50,000 ราย (ตารางที่ 3.2)

การจัดสรรยาต้านไวรัสเอดส์ในแต่ละปี เมื่อนำมาพิจารณาพร้อมกับจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในช่วงระยะเวลาเดียวกัน จะพบว่าการจัดสรรยาต้านไวรัสในระหว่างปี 2544-2546 นั้นไม่สอดคล้องกับระดับปัญหาในแต่ละพื้นที่ ส่วนการจัดสรรในปี 2547 ซึ่งเป็นการกำหนดเป้าหมายเชิงนโยบายว่าต้องให้ได้ถึง 50,000 ราย เพื่อขยายโอกาสในการเข้าถึงยาได้มากขึ้น ทำให้มีทิศทางที่สอดคล้องกับจำนวนผู้ป่วยที่ต้องการยาต้านไวรัสในพื้นที่

ลักษณะของโครงการที่ให้บริการยาต้านไวรัสเอดส์ในโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข ปัจจุบัน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นโครงการที่ผสมผสานไปในระบบบริการปกติ โดยมีสัดส่วนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาจากโครงการในลักษณะนี้กว่าร้อยละ 87 ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 8.3 และ ร้อยละ 4.3 เป็นการให้ยาในโครงการวิจัย และโครงการร่วมจ่าย (Co-payment) ดังแสดงในตารางที่ 3.3

ตารางที่ 3.1 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการและผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์ ปี 2544-2546

เขต	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ (ราย) ปี 2544-2546	ผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์ (ราย) ปี 2544-2546
กทม	6,368	1,495
1	3,696	738
2	2,157	478
3	5,351	1,273
4	5,133	1,272
5	3,142	550
6	3,624	680
7	3,097	686
8	2,116	554
9	3,000	742
10	9,787	2,382
11	3,351	654
12	3,057	862
รวม	53,879	12,366

ที่มา สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค และสำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 3.2 การจัดสรรยาต้านไวรัสเอดส์ในโครงการ ATC แยกรายเขต ปี 2544-2547

เขต	ปี 2544	ปี 2545	ปี 2546	ปี 2547
กทม	433	1,055	0	5,830
1	123	381	315	4,020
2	42	418	400	2,237
3	45	856	625	5,304
4	63	540	600	4,679
5	69	458	850	2,821
6	134	734	1,000	3,386
7	102	903	3,000	2,701
8	43	710	293	1,988
9	91	425	700	2,812
10	803	2,047	2,500	6,613
11	95	596	1,500	3,224
12	89	430	900	2,885
PHPT	0	0	0	1,500
รวม	2,132	9,553	12,683	50,000

ที่มา สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 3.3 ลักษณะของโครงการยาต้านไวรัสเอดส์ในโรงพยาบาล ปี 2544-46

ลักษณะโครงการ	จำนวนผู้เข้าโครงการ (ราย)	จำนวนผู้ที่ยังคงรับยา ณ กันยายน 46
โครงการในระบบบริการ	12,830 (87.4%)	11,562 (87.1%)
ATC1	1,680	955
ATC2 (GPO-vir)	9,406	9,126
PATC1	463	280
PATC2	1,158	1,079
PMTCT plus	123	122
โครงการวิจัยต่าง ๆ	1,223 (8.3%)	1,160 (8.7%)
โครงการร่วมจ่าย (Co-payment)	624 (4.3%)	557 (4.2%)
รวม	14,677 (100.0%)	13,279 (100.0%)

ที่มา สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

แนวโน้มของการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์

แนวโน้มของจำนวนการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์เมื่อเทียบกับเป้าหมาย 50,000 ราย เมื่อสิ้นปีงบประมาณ 2547 พบว่า ในระยะ 7 เดือนแรกหลังการดำเนินนโยบายดังกล่าว มีการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้เข้ามารับยาใหม่ ในอัตราผู้รับยาใหม่แต่ละเดือนประมาณร้อยละ 5

สรุปข้อมูล ณ เดือนเมษายน 2547 พบว่ามีผู้ติดเชื้อที่เข้าโครงการและรับยาต้านไวรัสแล้วจำนวน 33,381 ราย หรือร้อยละ 66.7 เมื่อเทียบกับจำนวนเป้าหมาย อย่างไรก็ตาม ตัวเลขดังกล่าวเป็นตัวเลขสะสมของผู้เข้าร่วมโครงการทั้งหมด ซึ่งพบว่าหลังจากนั้นต่อมาได้มีผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่มีเหตุให้ต้องหยุดยาและออกจากโครงการ ทำให้

จำนวนผู้ที่รับยาจริง ณ เมษายน 2547 มีอยู่ 29,549 ราย หรือร้อยละ 59 เมื่อเทียบกับเป้าหมาย (ตารางที่ 3.4) ส่วนข้อมูลการเข้าร่วมโครงการ ATC ณ เดือนเมษายน 2547 เพื่อรับยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี แยกตามพื้นที่รายเขตได้แสดงในตารางที่ 3.5

ตารางที่ 3.4 แนวโน้มการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์ในโครงการ ATC เมื่อเทียบกับเป้าหมายปี 2547

รายการ	ต.ค. 46	พ.ย. 46	ธ.ค. 46	ม.ค. 47	ก.พ. 47	มี.ค. 47	เม.ย. 47
จำนวนผู้รับยาใหม่ในแต่ละเดือน	1,900	2,314	2,555	2,503	3,293	3,615	2,750
ร้อยละของการเข้ารับยาใหม่ในแต่ละเดือน	3.80	4.63	5.11	5.01	6.59	7.23	5.50
ผู้รับยาต้านไวรัสสะสม	15,307	16,201	19,551	23,158	26,858	30,421	33,381
ร้อยละของผู้รับยาสะสมเมื่อเทียบกับเป้าหมาย	30.61	32.40	39.10	46.32	53.72	60.84	66.76
จำนวนผู้รับยา ณ ปัจจุบัน	12,548	15,285	18,136	20,896	23,776	26,891	29,547
ร้อยละผู้รับยา ณ ปัจจุบันเทียบกับเป้าหมาย	25.10	30.57	36.27	41.79	47.55	53.78	59.09

ที่มา สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 3.5 แนวโน้มการเข้าถึงยาต้านไวรัสในโครงการ ATC แยกตามพื้นที่รายเขต

เขต	เป้าหมาย (ราย)	จำนวนผู้รับยา รายใหม่	จำนวนผู้รับยา สะสม	จำนวนผู้รับยา ณ ปัจจุบัน	% สะสมเทียบกับเป้าหมาย	% ผู้รับยา ณ ปัจจุบันเทียบกับเป้าหมาย
1	4,020	87	1,774	1,596	44	40
2	2,237	109	1,316	1,104	59	49
3	5,304	247	2,828	2,510	53	47
4	4,679	239	2,078	2,004	44	43
5	2,821	252	2,118	1,866	75	66
6	3,386	285	3,160	2,887	93	85
7	2,701	201	2,527	2,237	94	83
8	1,988	73	1,150	958	58	48
9	2,812	144	1,754	1,439	62	51
10	6,613	678	7,232	6,274	109	95
11	3,224	150	2,063	1,775	64	55
12	2,885	117	1,564	1,302	54	45
กทม.	5,830	162	3,060	2,885	52	49

ที่มา สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

9. อภิปราย และข้อเสนอแนะ

การกำหนดเป้าหมายในการขยายโอกาสการเข้าถึงบริการ

การกำหนดเป้าหมายการให้บริการยาต้านไวรัสที่สอดคล้องกับระดับความต้องการของพื้นที่นั้น จำเป็นต้องอาศัยปัจจัยหลายอย่างรวมกัน ไม่ควรพิจารณาแต่เฉพาะขนาดปัญหาในพื้นที่เท่านั้น เพราะอาจทำให้กลายเป็นภาระหนัก หากโรงพยาบาลในพื้นที่ยังไม่มีความพร้อมในการให้บริการ ซึ่งจะทำให้ด้อยประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย และส่งผลต่อความต่อเนื่องในการกินยาของผู้ป่วยในระยะยาวได้

การกำหนดเป้าหมายในปัจจุบันเป็นการกำหนดโดยการประมาณ เนื่องจากไม่มีตัวเลขที่แท้จริงของผู้ติดเชื้อซึ่งเป็นตัวสะท้อนจำนวนผู้ที่ต้องการยาต้านไวรัสในอนาคต ฉะนั้นจึงควรมีการพัฒนาระบบติดตามผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่หรือผู้ที่ยังไม่มีอาการอย่างสม่ำเสมอ และมีการจัดทำระบบฐานข้อมูลติดตามทั้งทางด้านคลินิกและทางห้องปฏิบัติการอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงระยะของโรค และให้ผู้ติดเชื้อสามารถเข้ารับการรักษาได้ในเวลาที่เหมาะสม ฐานข้อมูลนี้สามารถนำมาใช้ในการวางแผนและกำหนดเป้าหมายจำนวนผู้ที่ต้องการยาในอนาคตได้อีกด้วย

โครงสร้างพื้นฐานของระบบบริการสาธารณสุข ควรต้องพิจารณาว่าในพื้นที่นั้น ๆ สถานพยาบาลที่จะต้องรองรับการบริการมีความพร้อมเพียงใด เนื่องจากว่าในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์นั้น ไม่ได้หมายถึงการจัดคลินิกบริการเท่านั้น แต่หากต้องประกอบด้วยบริการด้านอื่น ๆ ที่มีความสำคัญไม่น้อยไปกว่ากัน ได้แก่ การให้บริการคำปรึกษา การเตรียมความพร้อม การส่งเสริมการกินยา การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่มีคุณภาพ และระบบติดตามผู้ป่วยต่อเนื่อง เป็นต้น โรงพยาบาลและผู้ให้บริการจำเป็นต้องมีการพัฒนาขีดความสามารถในการให้บริการทุก ๆ ด้าน ไม่เพียงแต่มุ่งเน้นเรื่องยาต้านไวรัสเพียงอย่างเดียว ดังนั้นการดำเนินงานโครงการให้บริการยาต้านไวรัสเอดส์จึงควรค่อยเป็นไป และขึ้นกับเงื่อนไขความพร้อมของโรงพยาบาลด้วย ไม่ใช่กำหนดเป้าหมายบริการจากปัญหาในพื้นที่เพียงอย่างเดียว หากโรงพยาบาลที่อยู่ใกล้เคียงที่มีความพร้อมมากกว่า อาจเป็นหนทางที่เหมาะสมในการแก้ปัญหา การใช้ทรัพยากรร่วมกันในพื้นที่ใกล้เคียงและเป็นเครือข่ายการให้บริการ จะช่วยแบ่งเบาภาระและลดต้นทุนการให้บริการได้

การดำเนินงานโครงการในระดับโรงพยาบาล

การมีบุคลากรที่มีศักยภาพอย่างเพียงพอ ประกอบด้วยผู้ให้บริการด้านต่าง ๆ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล ผู้ให้คำปรึกษา และผู้ประสานงานนั้น เป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงโอกาสแห่งความสำเร็จในเบื้องต้น แต่ในความเป็นจริงการคลาดเคลื่อนบุคลากรทั้งระบบ โดยเฉพาะแพทย์ สิ่งที่ได้เห็นในโรงพยาบาลทั่วไป คือการที่แพทย์มีภาระในการให้บริการ และไม่สามารถให้เวลากับผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ และเนื่องจากการเคลื่อนย้ายของแพทย์และบุคลากรด้านอื่นๆ ทำให้ความเชี่ยวชาญ และความมั่นใจการให้บริการยาต้านไวรัสลดลง ผู้ให้บริการอื่นๆ เช่นเจ้าหน้าที่พยาบาลก็อาจมีข้อจำกัดในเรื่องของความสามารถหรือทักษะในการดูแลและการตัดสินใจในบางกรณีที่มีความซับซ้อน จำเป็นต้องได้รับคำปรึกษาจากแพทย์ ฉะนั้นควรต้องมีมาตรการรองรับในการเตรียมความพร้อมด้านบุคลากรเพื่อรองรับกับจำนวนผู้มารับบริการที่จะมีเพิ่มมากขึ้นในอนาคตอย่างแน่นอน

การเตรียมพร้อมและพัฒนาระบบการให้คำปรึกษา โดยที่ระบบการให้คำปรึกษานั้นเป็นระบบบริการขั้นพื้นฐาน และยังเป็นหนึ่งในมาตรการที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงโรค การตรวจเลือด การดูแลสุขภาวะ วิธีการกินยาและเข้าใจถึงเหตุผลของการกินยาอย่างต่อเนื่อง โดยนับว่าการบริการให้คำปรึกษานั้นเป็นบริการที่สำคัญในทุกช่วงของการดูแลผู้ป่วย ในปัจจุบันลักษณะของการให้คำปรึกษานี้ ยังคงมีความแตกต่างกันสูง และที่มียังมีปัญหาเรื่องมาตรฐาน เพราะขึ้นกับความสามารถของผู้ให้บริการเป็นหลัก

การพัฒนากระบวนการข้อมูลการให้บริการต้องมีการดำเนินการอย่างจริงจังและต่อเนื่อง ในปัจจุบันพบว่าระบบรายงานมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา การเก็บข้อมูลบกพร่องและไม่ครบถ้วน จึงควรพิจารณาปรับปรุงวิธีการเก็บข้อมูลให้มีความสม่ำเสมอต่อเนื่องและถูกต้องเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ทันสมัยตลอดเวลา และครอบคลุมตัวแปรที่จำเป็นและลดการซ้ำซ้อน

การพัฒนาปรับปรุงคู่มือแนวทางปฏิบัติในการให้การดูแลผู้ป่วยด้วยยาต้านไวรัส ให้มีความทันสมัย ครอบคลุมเนื้อหาที่จำเป็น และมีหลักฐานทางวิชาการที่เป็นปัจจุบันอ้างอิง การจัดทำคู่มือแนวทางปฏิบัติควรให้ผู้ปฏิบัติในระดับโรงพยาบาลทุกระดับ มีส่วนร่วมในการกำหนดเพื่อให้มีทางเลือกที่สอดคล้องกับทรัพยากรที่มีอยู่และมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ อีกทั้งควรได้มีการวางแผนแนวทางปฏิบัติ และกำหนดขั้นตอนของการส่งต่อผู้ป่วย ระบบการปรึกษาหารือระหว่างแพทย์ เพื่อให้ได้การรักษาที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

การบริหารยาต้านไวรัสเอดส์ควรแยกการบริหารยาที่มีอายุสั้น ยาที่มีปริมาณการใช้ต่ำ และมีราคาแพง (Salvage treatment) และควรลดขั้นตอนการเก็บยาในคลังส่วนกลางเพื่อลดการสูญเสียจากปัญหาหามาตอายุ และความยุ่งยากซับซ้อนในการส่งจ่ายยาไปยังส่วนภูมิภาค ยาที่มีปริมาณการใช้ต่ำ เช่น ยาสูตรที่ 2 และสูตรที่ 3 หรือยาต้านไวรัสชนิดอื่นๆ ที่ไม่ใช่ GPO-Vir ควรมีระบบการบริหารยาที่แยกจำเพาะ ไม่ควรรวมไว้ด้วยกันหมด เพราะจะทำให้ยาที่มีอัตราการใช้ต่ำตกค้างอยู่ตามโรงพยาบาลต่างๆ โดยไม่มีความจำเป็น อีกทั้งการจัดส่งยาต้านไวรัสควรเน้นเรื่องความรวดเร็ว และให้มีขั้นตอนน้อยที่สุด การเก็บยาไว้ในคลังที่ส่วนกลางไม่น่าจะเหมาะสม น่าจะให้มีระบบการจัดส่งโดยตรงจากบริษัทยาหรือองค์การเภสัชกรรมไปยังพื้นที่ ทำให้ลดระยะเวลาภาระในการบริหารยาที่ใกล้หมดอายุด้วย

ขีดจำกัดด้านการตรวจเพื่อติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ

ความพร้อมของบุคลากรและเครื่องมือที่ใช้ในการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อติดตามผลการรักษายังอยู่ในระดับที่จำกัด โรงพยาบาลมากกว่าร้อยละ 50 ยังไม่สามารถให้บริการการตรวจ CD4 ได้ และโรงพยาบาลที่สามารถตรวจ Viral load ได้ก็มีจำนวนน้อยมาก และจำกัดเฉพาะในโรงพยาบาลใหญ่เท่านั้น นอกจากนี้ยังต้องคำนึงถึงความพร้อมและคุณภาพของการตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานด้วย เช่น ความเข้มของเลือด การตรวจหาไวรัสโรค การทำงานของตับ เป็นต้น ซึ่งผลการตรวจเหล่านี้มีความสำคัญในการเริ่มยา การตรวจเพื่อหาระดับ CD4 นั้น เครื่องมือก็มีความจำกัด เพราะจะได้กระจายอยู่ในบางแห่งเท่านั้น การติดต่อเพื่อรับบริการและขั้นตอนนั้นยุ่งยากและเสียเวลามากโดยเฉพาะขั้นตอนการส่งตรวจ และในบางครั้งการใช้งานที่หนักเกินไปทำให้เกิดความบกพร่องของเครื่องมือ และมาตรฐานในการตรวจต่ำลง การขยายเครื่องมือให้มีจุดตรวจมากขึ้นจึงมีความสำคัญ ในปัจจุบันการตรวจเพื่อหาระดับของไวรัสในกระแสเลือดก็มีความสำคัญเพื่อผลการติดตามที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น การเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับเทคโนโลยีในอนาคต ต้องพิจารณาร่วมด้วย

การเตรียมรับมือกับปัญหาอุปสรรคในอนาคต

(1) ปัญหาการดื้อยา

ปัญหาการดื้อยาซึ่งต้องเกิดขึ้นอย่างแน่นอนในอนาคต ควรต้องมีการตรวจสอบและเฝ้าระวังการดื้อยาอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง การตรวจสอบและส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อมีการกินยาต้านไวรัสสม่ำเสมอ และตรงเวลา เป็นการลดโอกาสการดื้อยาได้อย่างมาก หากแต่ว่าระดับของการกินยาครบถ้วน (Adherence) ที่ต้องการ เพื่อป้องกันการดื้อยานั้นต้องสูงถึง 95 % และด้วยเหตุว่ายาต้านไวรัสเป็นยาที่ต้องกินไปตลอดชีวิต การกินยาได้อย่างต่อเนื่องระยะเวลานานจึงเป็นเรื่องที่ยาก และควรต้องมีการเน้นย้ำอยู่ตลอดเวลา เพื่อลดปัญหาการรักษาที่ไม่ได้ผล และชะลอ

การดียาของเชื้อ เพราะหากเกิดปัญหาดังกล่าวแล้ว ก็จะส่งผลทำให้ต้องใช้ยานิตที่มีราคาแพงขึ้น ทำให้ต้นทุนในการรักษามีแนวโน้มสูงขึ้นในอนาคต

ในประเทศไทยการรองรับเรื่องการดียายังคงเป็นประเด็นที่ใหม่ และเทคโนโลยีเพื่อตรวจสอบการดียายังคงมีราคาแพง การตรวจสอบการดียานี้ปัจจุบันพบว่าจะใช้ในกรณีที่มีความจำเป็นต้องเปลี่ยนสูตรยา (Switch regimen) และตรวจติดตามเมื่อการรักษาล้มเหลว (Treatment failure) ผู้ป่วยต้องออกค่าใช้จ่ายในตัวเอง และสถานที่ยังคงจำกัดอยู่แต่สถาบันใหญ่ๆ เท่านั้น ในอนาคตจำเป็นต้องมีการวางแผนเรื่องการรองรับการดียาไว้เป็นส่วนหนึ่งนโยบายการให้ยาต้านไวรัสเอ็ดส์ด้วย

(2) ต้นทุนยาที่เพิ่มขึ้นในอนาคต

แนวโน้มด้านราคาของการให้ยาต้านไวรัสในปัจจุบันของประเทศต่างๆ รวมถึงประเทศไทย มีทิศทางที่ดีขึ้น ราคายาที่ถูกกลบมาอย่างมาเนื่องจากการต่อสู้ด้านราคายาทำให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสในปัจจุบันเป็นสิ่งที่สามารถทำได้ในหลายๆประเทศ ประเทศไทยเองเมื่อมีการผลิตยาต้านไวรัสออกมาได้เอง ก็เป็นการประหยัดค่าใช้จ่ายเรื่องต้นทุนราคายาที่ไม่ต้องนำเข้าจากต่างประเทศ แต่อย่างไรก็ตาม ยาต้านไวรัสอีกส่วนหนึ่งก็ยังคงต้องนำเข้าและซื้อจากบริษัทต่างชาติ การมองไปในระยะ 5 ถึง 10 ปีข้างหน้า การใช้ยาต้านไวรัสเพียง 3 สูตรมาตรฐานที่มีอยู่ในปัจจุบัน อาจไม่มีความเพียงพอ เนื่องจากโอกาสของการดียายังคงเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ และหากว่ามีความจำเป็นต้องใช้ยาต้านไวรัสสูตรอื่นๆ นอกเหนือจากที่ได้กล่าวมา คงมีความจำเป็นที่จะต้องพยายามสนองความต้องการต่อไป ถ้าหากว่าการผลิตยาต้านไวรัสโดยผู้ผลิตในประเทศไทยไม่สามารถทำได้แล้ว นั่นหมายถึงการต้องนำเข้าและสั่งซื้อจากต่างประเทศ ค่าใช้จ่ายในการดูแลการรักษาผู้ป่วยก็อาจสูงกว่า ที่เป็นอยู่จากการประมาณการในปัจจุบัน อนึ่งการรักษาด้วยยาต้านไวรัส มีผลทำให้ผู้ติดเชื้อเปลี่ยนสภาพเป็นเพียงผู้ป่วยโรคเรื้อรังชนิดหนึ่ง เท่ากับให้ปริมาณการรักษาผู้ป่วยในอนาคตมีสูงขึ้น ทำให้ค่ารักษาด้วยยาต้านไวรัสโดยรวมสูงขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

ต้นทุนการให้ยาต้านไวรัสเป็นปัจจัยที่ต้องนำมาพิจารณาในการกำหนดขอบเขตการดำเนินโครงการ เพราะเป็นตัวบ่งถึงทรัพยากรที่มี และในอนาคตหากการรักษามีความความซับซ้อนมากขึ้น ต้นทุนก็จะสูงขึ้นเป็นเงาตามตัวอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ในขณะเดียวกันเมื่อเปรียบกับการลงทุนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ก็จะมีคำถามว่าการจัดสรรทรัพยากรมีความเท่าเทียมกันเพียงใด ในปัจจุบันผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับยาต้านไวรัสเอ็ดส์ แม้จะไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการมารับบริการ เนื่องจากเป็นโครงการที่มีงบประมาณแยกเฉพาะ แต่ก็ยังไม่ถือว่าอยู่ในสิทธิประโยชน์ของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแต่อย่างใด ดังนั้น ในระยะยาวควรต้องมีวางแผนการปรับเปลี่ยนรูปแบบการจ่ายเงินเพื่อให้เกิดความยุติธรรม และการจัดสรรทรัพยากรอย่างเหมาะสม อาจต้องพิจารณาทางเลือกอื่นๆ เช่น การจ่ายเงินร่วม ในลักษณะ Co-payment หรือการนำงบประมาณจากท้องถิ่นเข้ามาร่วมด้วย (resource mobilization) ซึ่งการมีส่วนร่วมของชุมชนจะเป็นส่วนที่ส่งเสริมความยั่งยืน (sustainability) ของโครงการด้วย

บรรณานุกรม

1. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการปฏิบัติงานการพัฒนาระบบบริการและติดตามผลการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ด้วยยาต้านไวรัสในประเทศไทย ปี 2546. กรุงเทพมหานคร. เจ เอส การพิมพ์, 2546.
2. Palella FJ, Jr., Delaney KM, Moorman AC, Loveless MO, Fuhrer J, Satten GA, et al. Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. HIV Outpatient Study Investigators. *N Engl J Med* 1998;338(13):853-60.
3. Who is getting AIDS drugs?: www.avert.org.
4. The Global Fund: Portfolio of Grants in Thailand: The Global Fund.
5. Keruly JC, Conviser R, Moore RD. Association of medical insurance and other factors with receipt of antiretroviral therapy. *Am J Public Health* 2002;92(5):852-7.
6. UNAIDS/WHO. AIDS epidemic update, 2003.
7. Hutton G, Wyss K, N'Diekhon Y. Prioritization of prevention activities to combat the spread of HIV/AIDS in resource constrained settings: a cost-effectiveness analysis from Chad, Central Africa. *Int J Health Plann Manage* 2003;18(2):117-36.
8. Holtgrave DR, Pinkerton SD, Merson M. Estimating the cost of unmet HIV-prevention needs in the United States. *Am J Prev Med* 2002;23(1):7-12.
9. WHO. Scaling up antiretroviral therapy in resource-limited settings, 2002.
10. WHO. Treating 3 million by 2005 Making it happen the WHO strategy, 2003.
11. The Global Fund: The Global Fund, 2004.
12. Galvao J. Access to antiretroviral drugs in Brazil. *Lancet* 2002;360(9348):1862-5.
13. Smith DE, Walker BD, Cooper DA, Rosenberg ES, Kaldor JM. Is antiretroviral treatment of primary HIV infection clinically justified on the basis of current evidence? *Aids* 2004;18(5):709-18.
14. Ford N, Wilson D, Bunjunong O, von Schoen Angerer T. The role of civil society in protecting public health over commercial interests: lessons from Thailand. *Lancet* 2004;363(9408):560-3.
15. Stone VE, Jordan J, Tolson J, Miller R, Pilon T. Perspectives on Adherence and Simplicity for HIV-Infected Patients on Antiretroviral Therapy: Self-Report of the Relative Importance of Multiple Attributes of Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART) Regimens in Predicting Adherence. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2004;36(3):808-816.

บทที่ 4

ระบบบริการยาต้านไวรัสเอดส์ในโรงพยาบาล

สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินโครงการให้บริการยาต้านไวรัสแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 และในปัจจุบัน ปีงบประมาณ 2547 ได้มีการขยายโอกาสการเข้าถึงบริการแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีความจำเป็นต้องใช้ยาต้านไวรัส โดยกำหนดเป้าหมาย 50,000 รายทั่วประเทศ และกำหนดให้มีการขยายการบริการยาต้านไวรัสเอดส์ไปถึงระดับโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศ อีกทั้งได้มีการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านต่างๆ เพื่อให้พร้อมรับกับการให้บริการดังกล่าวด้วย ในการดำเนินโครงการดังกล่าว จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานเพื่อให้ได้ทราบถึงสถานภาพ ปัญหาอุปสรรค หรือจุดอ่อนของโครงการในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการในโรงพยาบาล ศักยภาพและความพร้อมของบุคลากร เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนพัฒนาคุณภาพบริการให้มีประสิทธิภาพสูงสุด และเกิดประโยชน์แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้อย่างแท้จริง

รายงานในบทนี้เป็นการนำเสนอผลการศึกษากิจการบริการยาต้านไวรัสเอดส์ภายใต้การดำเนินงานโครงการ ATC ของกระทรวงสาธารณสุข ใน โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้เห็นภาพของการให้บริการแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในโรงพยาบาลทุกระดับ และศึกษาในด้านคุณภาพ และความพอเพียงของบริการที่จำเป็นในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์

วัตถุประสงค์

1. ศึกษารูปแบบการจัดบริการยาต้านไวรัสเอดส์ในโครงการ Access To Care (ATC) ของกระทรวงสาธารณสุข ในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน
2. ประเมินคุณภาพ และความพอเพียงของการให้บริการด้านต่างๆ ได้แก่ รูปแบบการจัดคลินิกบริการ กระบวนการให้ข้อมูลและคำปรึกษา การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนเริ่มยา การติดตามผลการรักษา การส่งเสริมและตรวจสอบการกินยา และการบริหารยาต้านไวรัสในโรงพยาบาล
3. ประเมินบทบาท ศักยภาพ การทำงานเป็นทีม และทัศนคติของผู้ให้บริการ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ และผู้ให้บริการคำปรึกษา ที่ให้บริการยาต้านไวรัสแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในโครงการ
4. ศึกษาการมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและองค์กรเอกชน ในการสนับสนุนการให้บริการ และการดูแลผู้ที่รับยาต้านไวรัสในโครงการ

รูปแบบการศึกษา

รูปแบบการศึกษาเป็นการศึกษาเชิงสำรวจ ณ ช่วงเวลาหนึ่ง (Cross-sectional study) ในระหว่างที่โครงการกำลังดำเนินไปในระยะแรก ประกอบด้วยการศึกษาทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ

พื้นที่ศึกษา และกลุ่มตัวอย่าง

สุ่มเลือกพื้นที่โดยแบ่งพื้นที่ตามเขตสาธารณสุข จำนวน 12 เขตๆละ 1 จังหวัด ในแต่ละจังหวัดเจาะจงเลือกโรงพยาบาลจังหวัด 1 แห่ง และสุ่มเลือกโรงพยาบาลชุมชน 2 แห่ง จากจำนวนโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการยาต้านไวรัสเอดส์ของกระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่ปี 2546 รวมจำนวนโรงพยาบาลทั้งสิ้น 36 แห่ง เป็นโรงพยาบาลศูนย์ 5 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 10 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน 21 แห่ง ดังแสดงในตารางที่ 4.1

(หมายเหตุ: ยกเว้นในจังหวัดเชียงใหม่ เจาะจงเลือกโรงพยาบาลชุมชนที่มีความพร้อมในการศึกษาต้นทุนยาต้านไวรัสเอดส์ในการประเมินผลครั้งนี้ด้วย)

กลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลคือผู้ให้บริการในโครงการ ATC ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ผู้ให้บริการคำปรึกษา และเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ รวมทั้งตัวแทนกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีในพื้นที่ ที่มาร่วมให้บริการที่โรงพยาบาล (หากมี) และผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้าร่วมโครงการ ATC ในระหว่างปีงบประมาณ 2546 ทุกรายที่สามารถติดตามได้ในโรงพยาบาล 36 แห่ง ดังกล่าว

ตารางที่ 4.1 โรงพยาบาล 36 แห่ง ที่ได้รับการเยี่ยมชมสำรวจแยกรายจังหวัด

จังหวัด	โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป	โรงพยาบาลชุมชน
อยุธยา	พระนครศรีอยุธยา	อุทัย
ลพบุรี	ลพบุรี	ชัยบาดาล
ปราจีนบุรี	เจ้าพระยาอภัยภูเบศร์	ลำสนธิ
ประจวบคีรีขันธ์	ประจวบคีรีขันธ์	ศรีมหาโพธิ
สุรินทร์	สุรินทร์	กบินทร์บุรี
อุดรธานี	อุดรธานี	บางสะพาน
อำนาจเจริญ	อำนาจเจริญ	ชุมพลบุรี
สุโขทัย	สุโขทัย	สังขะ
น่าน	น่าน	บ้านดุง
เชียงใหม่	นครพิงค์	กุมภวาปี
กระบี่	กระบี่	ลืออำนาจ
สงขลา	สงขลา	หัวตะพาน
	หาดใหญ่	ศรีมหา
		ทุ่งเสลี่ยม
		เวียงสา
		เชียงใหม่
		สันทราย
		สันป่าตอง
		อ่าวลึก
		เกาะพีพี
		ระโนด

ประเด็นการประเมิน

การประเมินในส่วนนี้เป็นการประเมินคุณภาพ และความพอเพียง ของระบบการให้บริการยาต้านไวรัสเอดส์ในโรงพยาบาล ทั้งระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน การให้คะแนนระดับคุณภาพอิงตามแนวทางการประเมินคุณภาพโรงพยาบาล ดังในตารางที่ 4.2 ประเด็นที่ศึกษา ได้แก่ รูปแบบการจัดคลินิกบริการ กระบวนการให้ข้อมูล/คำปรึกษา และการเตรียมความพร้อมผู้ป่วย วิธีการส่งเสริมและตรวจสอบการกินยา การบริหารยาต้านไวรัสเอดส์ในโรงพยาบาล ระบบบันทึกรายงาน รวมทั้งการมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ดังแสดงในตารางที่ 4.3 คุณภาพบริการพิจารณาตามองค์ประกอบที่ควรมี ในแต่ละประเด็นของการบริการ

เครื่องมือการประเมิน

ทีมผู้ประเมินได้มีการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในศึกษาและประเมินระบบบริการ โดยได้ศึกษาประเด็น และองค์ประกอบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการยาต้านไวรัสเอดส์ เพื่อนำมาออกแบบเครื่องมือการประเมิน ในการกำหนดประเด็นและองค์ประกอบของการประเมินนั้น ได้มีบุคคลฝ่ายต่างๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการนำผลการประเมินไปใช้ ได้เข้ามามีส่วนร่วมโดยการจัดประชุมร่วมกับทุกฝ่ายทั้งผู้บริหารระดับกระทรวง ระดับเขต ผู้ให้บริการ รวมทั้งตัวแทนองค์กรภาคเอกชนและเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี เครื่องมือในการประเมินประกอบด้วย

- 1) ประเด็นการสนทนากลุ่ม
- 2) แบบประเมินคุณภาพบริการ
- 3) แบบสอบถามผู้ให้บริการด้านบทบาท ศักยภาพ ความคิดเห็นและทัศนคติต่อโครงการ
- 4) แบบสัมภาษณ์ผู้รับบริการด้านความพึงพอใจและความคิดเห็นต่อบริการที่ได้รับ
- 5) แบบสัมภาษณ์ผู้ประสานงานโครงการด้านการบริหารโครงการ รูปแบบของการจัดระบบบริการ

ตารางที่ 4.2 แนวทางการประเมินคุณภาพของการให้บริการ

ระดับความพร้อม	ระดับของการปฏิบัติ	แนวทางการประเมิน
0	ไม่มีการปฏิบัติ	
1	ไม่มีรูปแบบการปฏิบัติที่แน่นอนหรือเป็นทางการ	ไม่มีหลักฐานของการปฏิบัติอย่างเป็นระบบ ไม่มีการวัดผล หรือผลลัพธ์ที่ได้ไม่ดี
2	เป็นการปฏิบัติแบบตอบสนองเท่านั้น	เป็นการปฏิบัติเชิงตอบสนองต่อปัญหา แต่ไม่มีหรือมีหลักฐานน้อยมากของการปรับปรุงให้ดีขึ้น
3	มีรูปแบบของการปฏิบัติที่เป็นระบบและค่อนข้างลงตัว	เป็นการปฏิบัติบนพื้นฐานของกระบวนการที่เป็นระบบ เริ่มมีกระบวนการปรับปรุงให้ดีขึ้นอย่างเป็นระบบ มีข้อมูลความสอดคล้องต่อเป้าหมายที่กำหนดและมีแนวโน้มในการเปลี่ยนแปลงดีขึ้น
4	มุ่งเน้นการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง	มีการใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพ ได้ผลลัพธ์ที่ดีและมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นตลอดเวลา
5	มีผลการปฏิบัติที่เป็นเลิศ	มีกระบวนการปรับปรุงคุณภาพแบบผสมผสานที่เข้มแข็งได้ผลลัพธ์ที่แสดงถึงความเป็นเลิศ

แหล่งที่มา: สิทธิศักดิ์ พฤษชัยติกุล คู่มือการตรวจสอบคุณภาพโรงพยาบาล 2542

ตารางที่ 4.3 ประเด็นและองค์ประกอบในการประเมินคุณภาพบริการยาต้านไวรัสเอ็ดส์

ประเด็น	องค์ประกอบที่ควรมี
การให้ข้อมูลเมื่อแรกเข้าโครงการ เพื่อเตรียมความพร้อมด้านจิตใจ และความร่วมมือในการรักษา	การให้ข้อมูลผลดี ผลเสียที่จะเกิดขึ้นจากการกินยาต้านไวรัส การสร้างความเข้าใจด้วยการสื่อสารสองทาง อาจทำเป็นรายกลุ่มหรือรายบุคคล การใช้สื่ออุปกรณ์ต่าง ๆ เช่น วีดีโอ แผ่นภาพ แผ่นพับ หนังสือคู่มือ การตรวจสอบความเข้าใจเพื่อแน่ใจว่ารับรู้ได้ถูกต้อง การบันทึกข้อมูลและสิ่งที่เกิดขึ้นในกระบวนการ เพื่อนำมาใช้ในการปรับปรุง
การเตรียมความพร้อมด้านสภาพร่างกาย ก่อนเริ่มการรักษา	การซักประวัติ ตรวจร่างกายอย่างละเอียด การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นที่ระบุไว้ในคู่มือแนวทางปฏิบัติงาน
การปฏิบัติเมื่อเริ่มให้ยาต้านไวรัสแก่ผู้ป่วย	การเริ่มยาครั้งแรกด้วยการกินยาแยกชนิดในช่วง 2 สัปดาห์แรก การให้ข้อมูลผู้ป่วยเรื่องอาการแพ้ยาที่อาจพบได้ เช่น ผื่น ตับอักเสบ และวิธีการดูแลตัวเองเมื่อเกิดอาการ การให้ข้อมูลผู้ป่วยเรื่องความสำคัญของการกินยาสม่ำเสมอ การวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคที่อาจทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถกินยาได้ต่อเนื่อง และวางแผนช่วยเหลือ
การติดตามผลการรักษา	การติดตามผลด้านคลินิก และรวบรวมจัดเก็บไว้อย่างเป็นระบบ การติดตามผลทางห้องปฏิบัติการตามเวลาและจัดเก็บผลอย่างเป็นระบบ การติดตามผู้ป่วยขาดนัด บันทึกข้อมูลดังกล่าวอย่างเป็นระบบ การเฝ้าระวังติดตามอาการที่ไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัส
การตรวจสอบและการส่งเสริมการกินยาสม่ำเสมอ	การสร้างสัมพันธภาพและข้อตกลงระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการในการกินยาที่ต้องต่อเนื่องและสม่ำเสมอ การสอบถามปัจจัยด้านครอบครัวและอื่นๆ ที่อาจเป็นเหตุขัดขวางการกินยาต่อเนื่องเพื่อวางแผนรับมือกับปัญหา การทดสอบการกินยาสม่ำเสมอของผู้ป่วยก่อนเริ่มยาต้านไวรัส การประเมินพฤติกรรมและความเข้าใจของผู้ป่วยเรื่องการกินยาเป็นระยะ
การทำงานเป็นทีมของผู้ให้บริการ	การกำหนดบทบาท และความรับผิดชอบของผู้ให้บริการแต่ละคน การประสานงานในทีมผู้ให้บริการ มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน การมีระบบปรึกษากรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาเร่งด่วน
การประสานงานกับกลุ่มผู้ติดเชื้อ และองค์กรเอกชน	การร่วมมือกับกลุ่มผู้ติดเชื้อหรือองค์กรต่างๆ ในการติดตามผู้ป่วย การมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้ติดเชื้อในการส่งเสริมการกินยาและการให้บริการปรึกษา
ระบบบันทึกและรายงาน	ข้อมูลสำคัญของผู้รับบริการได้มีการบันทึกและจัดเก็บไว้อย่างเหมาะสม มีการบันทึกการให้บริการและผลที่เกิดขึ้นด้านคลินิกเพื่อเป็นฐานข้อมูลเพื่อนำมาใช้ในการติดตามผลการรักษา มีการสรุปผลการทำงานและรายงานความก้าวหน้าของโครงการ
การบริหารยาต้านไวรัสเอ็ดส์ในโรงพยาบาล	มีการเบิกจ่ายยาอย่างเป็นระบบ สามารถตรวจสอบยอดคงเหลือในบัญชีได้ มีการเบิกจ่ายยาในคลังโดยยึดหลักการ FIRST IN FIRST OUT มีการเก็บรักษาในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม มีแนวทางปฏิบัติในการส่งคืนหรือแลกเปลี่ยนยาใกล้หมดอายุ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเยี่ยมชมสำรวจโรงพยาบาลแต่ละแห่ง มีขั้นตอนดำเนินงานดังนี้

1. สันทนากลุ่มร่วมกับผู้ให้บริการประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ผู้ให้คำปรึกษา และเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ และผู้บริหารที่เกี่ยวข้อง ตามหัวข้อหรือประเด็นที่ประเมิน
2. สัมภาษณ์ผู้ประสานงานโครงการ ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการบริหารโครงการ การดำเนินงาน และการประสานงาน
3. สัมภาษณ์เภสัชกรและตรวจเยี่ยมห้องยา เพื่อดูการจัดการด้านเวชภัณฑ์ยาต้านไวรัสในโรงพยาบาล
4. ศึกษาเอกสาร ข้อมูลรายงานของโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้อง และเก็บข้อมูลผลการดำเนินงานโครงการจากรายงาน ATC
5. ผู้ให้บริการแต่ละคนตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับบทบาทและความรับผิดชอบในการให้บริการ ความคิดเห็นและทัศนคติต่อโครงการ
6. ในการเยี่ยมชมสำรวจโรงพยาบาลแต่ละแห่ง ผู้ประเมินแต่ละคนจะบันทึกคะแนนลงในแบบประเมิน และเป็นอิสระต่อกัน โดยพิจารณาจากข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม ประกอบกับหลักฐานบันทึกงานที่เกี่ยวข้อง มีการประชุมกลุ่มเพื่ออภิปรายสรุป และหามติร่วมในการให้คะแนนตามเกณฑ์คุณภาพที่กำหนด
7. สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับยาต้านไวรัสในโครงการ เพื่อทราบความคิดเห็นต่อการจัดบริการ และความพึงพอใจต่อระบบบริการที่ได้รับ การเก็บข้อมูลในส่วนนี้ดำเนินการโดยอาสาสมัครผู้ติดเชื้อในพื้นที่แต่ละแห่งละ 1-2 คน ที่ได้รับการอบรมโดยผู้ประเมิน เป็นผู้ทำการสัมภาษณ์

ผลการศึกษา

องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการ

องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการยาต้านไวรัสเอ็ดส์สามารถแบ่งได้ออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ด้านบริการ (Service component) และด้านโครงสร้างระบบพื้นฐาน (Infrastructure component)

ในด้านการบริการนั้นมีองค์ประกอบหลักและขั้นตอนของการให้บริการเป็นไปตามที่กำหนดในคู่มือแนวทางการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข2 ในระยะแรกก่อนเข้าโครงการ เป็นการคัดกรองกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งการให้ข้อมูลโครงการ ผลดีผลเสียของยาต้านไวรัสเอ็ดส์ การดูแลตัวเองสุขภาพตัวเอง การแนะนำกลุ่มผู้ติดเชื้อและแหล่งช่วยเหลือ และการตรวจเลือดระดับ CD4 ในเลือดเพื่อประเมินระยะโรค กิจกรรมในขั้นตอนนี้มีทั้งแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม การให้บริการหลังจากที่ผู้ติดเชื้อผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้แล้ว จะเป็นการตรวจประเมินสภาพร่างกายโดยแพทย์ การตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อฉวยโอกาส เพื่อให้การป้องกันและรักษา นอกจากนี้ผู้รับบริการจะได้รับการตรวจสอบความพร้อมด้านจิตใจ การทดสอบความต่อเนื่องของการกินยาในระยะ 2 สัปดาห์แรกก่อนเริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัส การติดตามหลังกินยาจะมีระยะติดตามโดยประมาณทุก 1 เดือน เพื่อตรวจสอบการกินยา ผลข้างเคียงที่เกิดจากยา ภาวะแทรกซ้อนจากโรค รวมทั้งให้บริการคำปรึกษา ในส่วนของการให้บริการดังกล่าวพบว่า ทุกโรงพยาบาลมีการปฏิบัติเป็นขั้นตอนในทำนองเดียวกัน แต่จะแตกต่างกันในระดับคุณภาพของการให้บริการ ซึ่งจะได้กล่าวในหัวข้อต่อไป

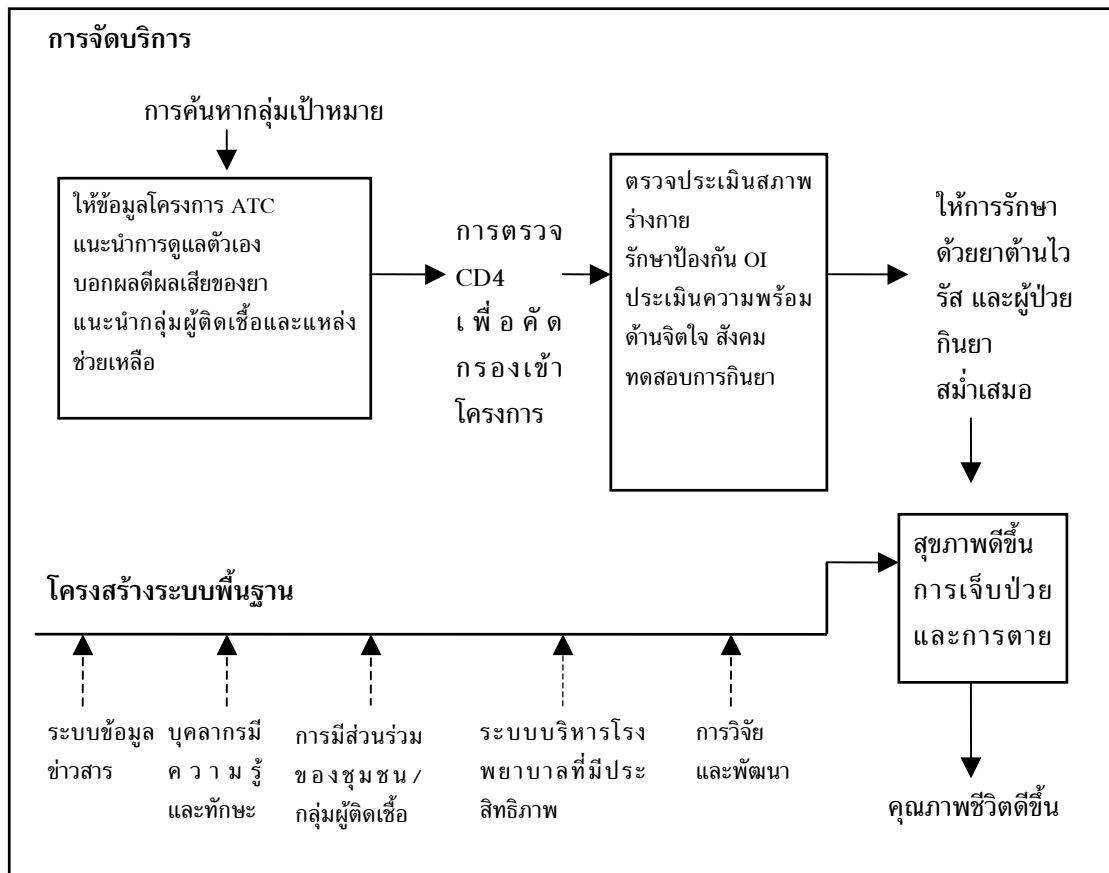
องค์ประกอบของระบบบริการด้านที่เป็นโครงสร้างพื้นฐาน (Infrastructure component) หมายถึงโครงสร้างองค์กร บุคลากร และสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีความสำคัญต่อคุณภาพของบริการ เช่น ความรู้และทักษะของบุคลากร ประสิทธิภาพระบบบริหาร ระบบการพัฒนาคูณภาพโรงพยาบาล ระบบข้อมูลข่าวสาร และระบบสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอก หากโรงพยาบาลมีความพร้อมในสิ่งเหล่านี้ ก็จะส่งเสริมการจัดบริการให้ดำเนินไปได้ด้วยดีและมีคุณภาพ นำไปสู่เป้าหมายของการมีสุขภาพดีขึ้นของผู้ป่วย ดังแสดงในรูปที่ 4.1

การจัดคลินิกบริการยาต้านไวรัสเอดส์

โรงพยาบาลทุกแห่งมีการจัดคลินิกยาต้านไวรัสเอดส์ เพื่อรองรับการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีในโครงการ ATC โรงพยาบาลระดับจังหวัดหรือโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ ที่มีการรักษาผู้ติดเชื้อด้วยยาต้านไวรัสอยู่ก่อนแล้ว ได้ใช้คลินิกเอชไอวีที่มีอยู่เดิม และเพิ่มวันนัดตรวจสำหรับผู้ติดเชื้อในโครงการ ATC ส่วนโรงพยาบาลที่ไม่เคยให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสมาก่อน ก็มีการจัดตั้งคลินิกเฉพาะสำหรับบริการผู้ป่วยในโครงการ ATC ขึ้น

ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ แพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยจะเป็นแพทย์เฉพาะทางอายุรกรรม โดยมีผู้รับผิดชอบเฉพาะ ยกเว้นบางโรงพยาบาลที่แพทย์หมุนเวียนกันออกตรวจ การให้บริการในโรงพยาบาลชุมชน แพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นแพทย์ทั่วไป หรือบางแห่งผู้อำนวยการโรงพยาบาล จะทำหน้าที่แพทย์ให้บริการผู้ป่วยในโครงการ ATC ปัญหาจำนวนแพทย์ไม่เพียงพอ ทำให้ไม่มีแพทย์ประจำคลินิกบริการ พบได้ในโรงพยาบาลชุมชนบางแห่ง ซึ่งในกรณีนี้เจ้าหน้าที่พยาบาลจะทำหน้าที่ตรวจคัดกรอง และให้การรักษาเบื้องต้น และปรึกษาแพทย์ในกรณีเฉพาะรายที่มีปัญหาและไม่สามารถจัดการเองได้ อนึ่ง พยาบาลที่ทำหน้าที่ดังกล่าวนี้เป็นผู้ที่ได้ผ่านการฝึกอบรมทักษะการดูแลผู้ป่วยเอดส์ โดยทั่วไปจะนัดหมายผู้ป่วยประมาณเดือนละครั้ง โรงพยาบาลที่มีจำนวนผู้ป่วยมากวันให้บริการอาจเพิ่มถี่ขึ้นเป็นเดือนละ 2-4 ครั้ง เป็นต้น

รูปที่ 4.1 องค์ประกอบของระบบบริการยาต้านไวรัสเอดส์ในโรงพยาบาล



โรงพยาบาลหลายแห่งมีการให้บริการแบบเบ็ดเสร็จ ณ จุดบริการเดียว (One stop service) ผู้รับบริการได้รับความสะดวกเนื่องจากผู้ให้บริการทุกด้าน ทั้งแพทย์ พยาบาล และเภสัชกรจะมาให้บริการ ณ บริเวณเดียวกัน และที่พบเห็นได้เสมอในเกือบทุกโรงพยาบาลคือ การจัดกิจกรรมกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ควบคู่ไปด้วยเพื่อให้ข้อมูลคำปรึกษาแบบกลุ่มระหว่างที่รอพบแพทย์ จากการเยี่ยมชมสำรวจพบว่าโรงพยาบาลจำนวน 9 ใน 36 แห่งให้บริการในลักษณะดังกล่าว และเรียกตัวเองว่า ศูนย์ดูแลสุขภาพกลางวัน (Day care center) ในขณะที่โรงพยาบาล 6 ใน 36 แห่งมีการจัดคลินิกให้คำปรึกษาที่ให้บริการโดยอาสาสมัครผู้ติดเชื้อในวันที่ผู้ป่วยมารับยาต้านไวรัสด้วย โดยเรียกชื่อว่าศูนย์สุขภาพองค์รวม (Holistic care center) ซึ่งได้รับการสนับสนุนงบประมาณดำเนินการจากกองทุนโลก (Global Fund)

การจัดบริการยาต้านไวรัสเอดส์แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีนั้น ในโรงพยาบาลส่วนใหญ่จะดำเนินการในหลายลักษณะ ไม่ยึดติดรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง (ตารางที่ 4.4) เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการแต่ละประเภท เช่น นอกจากการให้บริการที่คลินิกเอชไอวี หรือคลินิกยาต้านไวรัสแล้ว อาจเป็นการให้บริการที่คลินิกผู้ป่วยนอกทั่วไป ซึ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมารับบริการปะปนกับผู้ป่วยอื่นๆ ซึ่งเหมาะสมในกรณีที่ยังไม่พร้อมที่จะเปิดเผยตัวหรือเข้ากลุ่ม โดยทั่วไปการให้บริการในลักษณะนี้ จะใช้วิธีนัดหมายให้ผู้ป่วยมาในวันที่แพทย์ในโครงการ ATC เข้าเวรตรวจที่คลินิกผู้ป่วยนอก

จากการเยี่ยมสำรวจโรงพยาบาลจำนวน 36 แห่ง พบว่า 18 ใน 36 แห่ง (ร้อยละ 50.0) มีการจัดบริการแก่ผู้ติดเชื้อที่ยังไม่พร้อมจะเปิดเผยตัวในลักษณะคลินิกผู้ป่วยนอกดังกล่าว ส่วนใหญ่นัดให้บริการที่คลินิกอายุรกรรมทั่วไป อย่างไรก็ตามการให้บริการในกรณีเช่นนี้ ผู้ให้บริการยอมรับว่าทำให้เกิดภาระมากกว่าการให้บริการแก่ผู้เปิดเผยตัวและเข้ากลุ่ม

ตารางที่ 4.4 ลักษณะการจัดคลินิกบริการยาต้านไวรัสเอ็ดส์ในโรงพยาบาล 36 แห่ง

ลักษณะการจัดคลินิกบริการ	โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป	โรงพยาบาลชุมชน
OPD ทั่วไป	6	12
คลินิกพิเศษ	11	14
ศูนย์ดูแลสุขภาพกลางวัน (Day care center)	3	6
ศูนย์สุขภาพองค์รวม (Holistic care center)	3	3

หมายเหตุ: โรงพยาบาลแต่ละแห่งมีรูปแบบการจัดคลินิกบริการได้มากกว่า 1

การคัดเลือกผู้ติดเชื้อเข้าร่วมโครงการ

การคัดเลือกผู้ติดเชื้อเข้าร่วมโครงการเพื่อให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัส นั้น ทางโรงพยาบาลมีการใช้เกณฑ์ทางคลินิกที่กำหนดไว้ในคู่มือปฏิบัติงานของกระทรวงสาธารณสุข แต่เป็นเพียงแนวทาง ไม่ได้ปฏิบัติอย่างเคร่งครัด มีการใช้เกณฑ์ทางคลินิกเป็นหลักในการพิจารณา ได้แก่ ผู้ติดเชื้อที่ป่วยเป็นเอดส์แล้วไม่وارهดับ CD4 เป็นเท่าใด หรือผู้ติดเชื้อที่ไม่มีอาการแต่มีระดับ CD4 ต่ำกว่า 200 cell/cu.mm. อย่างไรก็ตามในโรงพยาบาลบางแห่งอนุโลมให้ถึง 250 cell/cu.mm.

นอกจากเกณฑ์ทางคลินิกดังกล่าวแล้ว ในโรงพยาบาลที่เยี่ยมสำรวจจำนวน 20 ใน 36 แห่ง (ร้อยละ 55.6) พบว่ามีการกำหนดเงื่อนไขอื่นเพิ่มเติม ในการคัดเลือกผู้เข้ารับยาต้านไวรัสด้วย ซึ่งแตกต่างกันในแต่ละโรงพยาบาล ตัวอย่างเช่น การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม การเปิดเผยตัวและเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มผู้ติดเชื้อ การยอมรับของบุคคลในครอบครัว การไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ เช่น ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ ไม่ติดสารเสพติด เป็นต้น บางโรงพยาบาลมีการจำกัดรับผู้เข้าร่วมโครงการ เฉพาะผู้ที่อยู่ในเขตพื้นที่บริการตามระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าเท่านั้น ทั้งนี้ในการเพิ่มเงื่อนไขต่าง ๆ ดังกล่าวได้มีการอ้างถึงเหตุผลด้านการติดตามเพื่อให้เกิดผลดีต่อการรักษา

โรงพยาบาลบางแห่งให้ความสำคัญของการเปิดเผยตัวและเข้าร่วมกลุ่มผู้ติดเชื้อเป็นเงื่อนไขสำคัญ ที่ต้องมี และมีวิธีการในการโน้มน้าวให้ผู้ติดเชื้อที่สมัครเข้าโครงการ เห็นถึงข้อดีของการเปิดเผยตัวและการเข้าร่วมกลุ่ม ผลปรากฏให้เห็นได้ว่า ผู้ติดเชื้อจำนวนไม่น้อยที่สุดในที่สุดท้ายยินยอมเปิดเผยตัว แต่เฉพาะกับผู้ให้บริการและกลุ่มผู้รับบริการด้วยกันที่โรงพยาบาลเท่านั้น แต่ไม่เปิดเผยต่อเพื่อนบ้านหรือชุมชน ดังนั้นจึงพบเห็นได้เสมอในทุกโรงพยาบาลว่า ผู้ติดเชื้อมารับบริการข้ามพื้นที่หรืออำเภอ เพื่อหลีกเลี่ยงการพบปะกับคนในพื้นที่เดียวกัน

กระบวนการให้ข้อมูลเมื่อแรกเข้าโครงการ

การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการยาต้านไวรัสเอ็ดส์ ผลดีผลเสียของยา และวิธีการกินยาที่ถูกต้อง และการปฏิบัติตัวขณะที่กินยาต้านไวรัส มีวิธีการที่แตกต่างกันไปบ้างในแต่ละโรงพยาบาล ส่วนใหญ่จะมีการใช้สื่อในลักษณะที่เป็นเอกสารแผ่นพับแจก หรือมีอุปกรณ์ประกอบในการอธิบายเรื่องต่างๆ เช่น วิดีทัศน์ รูปภาพ เป็นต้น โรงพยาบาล

จำนวนมากมีการใช้วิธีการทำกลุ่ม และให้แกนนำผู้ติดเชื้อเข้ามามีส่วนร่วมในการให้ข้อมูล ถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์ในการกินยาต้านไวรัส กระบวนการดังกล่าวทำให้เกิดการสื่อสารสองทาง เปิดให้ผู้รับบริการได้ซักถามเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง

การใช้แบบประเมิน/แบบทดสอบ เพื่อตรวจสอบหรือวัดความเข้าใจของผู้ติดเชื้อหลังผ่านกระบวนการให้ข้อมูล พบได้ในโรงพยาบาลบางแห่ง บุคลากรผู้รับผิดชอบในขั้นตอนนี้คือ เจ้าหน้าที่พยาบาลที่ผ่านการอบรมทักษะการให้คำปรึกษา ในโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปบางแห่ง อาจมีเจ้าหน้าที่ผู้ให้คำปรึกษา (Counselor) เป็นผู้รับผิดชอบ ส่วนผู้ให้บริการอื่นๆ เช่น เภสัชกร และแพทย์ ก็พบว่ามีส่วนร่วมอยู่บ้างแต่ไม่ใช่ผู้รับผิดชอบหลัก กระบวนการให้ข้อมูลผู้ติดเชื้อเมื่อแรกเข้าโครงการนั้น โรงพยาบาลบางแห่งได้รับการสนับสนุนจากองค์กรเอกชนในพื้นที่ ทั้งในด้านกำลังคนและด้านวิชาการ ซึ่งเกิดผลให้มีการพัฒนาวิธีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

การมีแบบแผนและขั้นตอนในการปฏิบัติที่เป็นระบบ ทำให้มั่นใจได้ว่าผู้รับบริการทุกราย จะได้รับทราบข้อมูลและได้รับความรู้เช่นเดียวกันทุกคน โดยทั่วไป เนื้อหาที่มีการพูดคุยกันในกระบวนการให้ข้อมูลในระยะแรกนี้จะแบ่งย่อยเป็น 3 ลำดับขั้น ได้แก่ ขั้นตอนแรกเป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการยาต้านไวรัส ซึ่งส่วนใหญ่จะทำในลักษณะเป็นกลุ่ม ขั้นตอนที่ 2 เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับยาต้านไวรัสเอ็ดสในแง่มุมต่างๆ โดยมีเภสัชกรและพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบ ในขั้นตอนนี้ส่วนใหญ่เป็นการพูดคุยรายบุคคล ในระหว่างนี้จะมีการเจาะเลือดส่งตรวจหาระดับ CD4 หลังจากนั้นขั้นตอนที่ 3 เป็นการทบทวนตรวจสอบความเข้าใจที่ถูกต้องของผู้รับบริการ ซึ่งเป็นเวลาเดียวกับที่มีการรายงานผลระดับ CD4 ผู้รับบริการก็จะได้รับทราบถึงผลการตรวจ และความสำคัญของการตรวจ CD4 เพื่อติดตามดูระยะของโรค ในแต่ละขั้นตอนมีระยะห่างกันโดยประมาณ 1-2 สัปดาห์ และใช้เวลาโดยรวมตลอดกระบวนการจนถึงเริ่มรับยาต้านไวรัสประมาณ 3 -6 สัปดาห์ บางรายอาจต้องใช้เวลานานกว่านี้ขึ้นอยู่กับความพร้อม และเงื่อนไขปัจจัยด้านผู้รับบริการเองด้วย

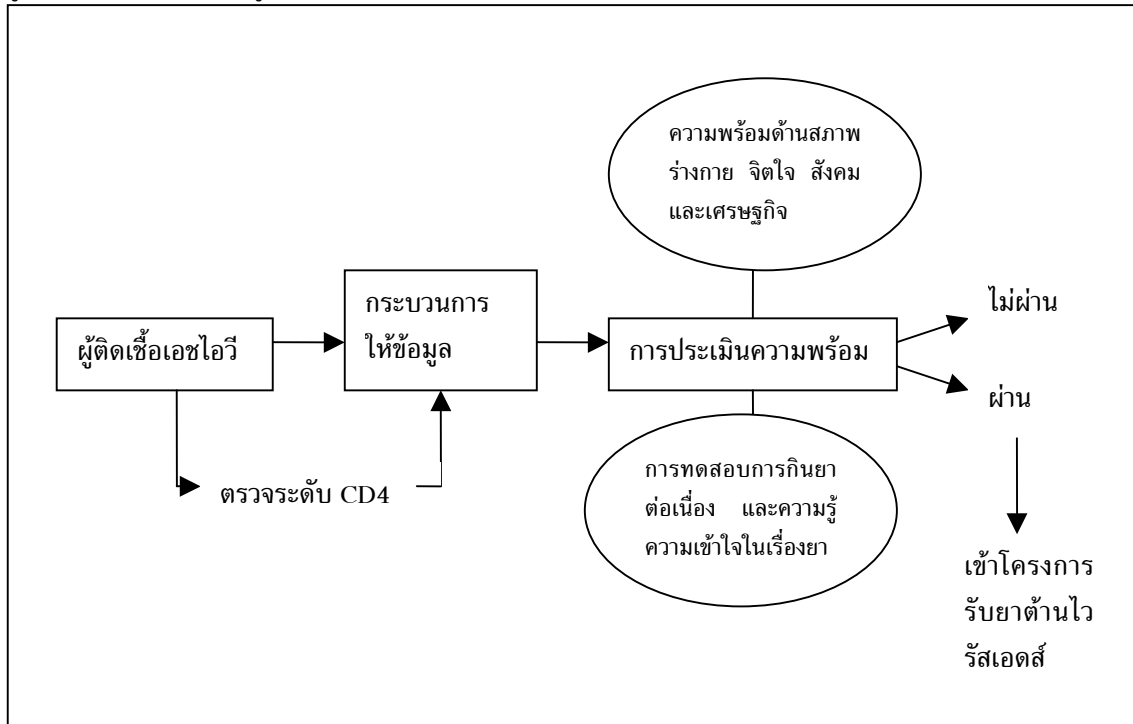
การเตรียมความพร้อมก่อนการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

การให้ข้อมูลและเตรียมความพร้อมทั้งด้านสภาพร่างกาย และจิตใจของผู้ติดเชื้อเมื่อแรกเข้าโครงการ ถือเป็นกระบวนการเริ่มแรกที่สำคัญในการสร้างความเข้าใจอันดีเกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัส และมีผลระยะยาวถึงความร่วมมือในการรักษา ความสม่ำเสมอในการกินยา และการรู้จักดูแลสุขภาพตนเอง กระบวนการให้ข้อมูลและการประเมินความพร้อมก่อนการรักษาด้วยยาต้านไวรัส สามารถสรุปเป็นขั้นตอนได้ดังแสดงในรูปที่ 4.2 ผลจากการเยี่ยมสำรวจโรงพยาบาลทั้ง 36 แห่ง พบว่ารายละเอียดของวิธีการปฏิบัติในแต่ละโรงพยาบาล มีความหลากหลาย และมีความแตกต่างกันของระดับคุณภาพ ซึ่งขึ้นกับเงื่อนไขความพร้อมของโรงพยาบาล และปัจจัยสนับสนุนในพื้นที่นั้นๆ ซึ่งจะได้กล่าวต่อไป

เมื่อผ่านขั้นตอนของกระบวนการให้ข้อมูล และเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายแล้ว จะมีการตรวจสอบความพร้อมในการกินยาใน 2 สัปดาห์ก่อนเริ่มให้ยาต้านไวรัส โดยประเมินจากการกินยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสว่าผู้ป่วยให้ความร่วมมือ และกินยาถูกต้องมากน้อยเพียงใดอีกประการหนึ่งในระยะ 2 สัปดาห์แรกของการรักษาด้วยยาต้านไวรัส จะมีการส่งยาชนิดแยกให้รับประทานก่อน เพื่อตรวจสอบผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นของยา Nevirapine หากไม่มีปัญหาจึงเริ่มยาสูตรผสม GPO-Vir

พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทมากในการวางแผนการกินยาร่วมกับผู้ติดเชื้อ เพื่อให้เข้ากับวิถีการดำเนินชีวิตของแต่ละคน ถือเป็นกระบวนการที่สำคัญก่อนเริ่มการรักษา เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าผู้ติดเชื้อจะสามารถปฏิบัติได้ นอกจากนี้ยังมีการวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ เช่น ปัจจัยด้านครอบครัว การยอมรับจากญาติ ฐานะการเงิน และความพร้อมของสภาพจิตใจ ซึ่งจะส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาและความต่อเนื่องของการกินยา ในการเยี่ยมสำรวจโรงพยาบาลชุมชนหลายแห่ง พบว่าเภสัชกรมีส่วนร่วมอย่างมากในการเตรียมผู้ติดเชื้อในขณะนี้ด้วย

รูปที่ 4.2 กระบวนการให้ข้อมูลและการเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มการรักษา



การให้บริการปรึกษา

การให้คำปรึกษาแก่ผู้มารับบริการเป็นเรื่องที่สำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากโรคเอดส์เป็นโรคที่ต้องการการดูแลรักษาไปตลอดชีวิต อีกทั้งการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอ็ดส์จะเกิดผลได้ดั้นนั้น จำเป็นต้องได้รับความร่วมมืออย่างมากจากผู้ป่วย ทั้งในเรื่องการกินยาที่ถูกรวี่ การกินยาต่อเนื่อง และการดูแลสุขภาพตัวเองด้านอื่นๆ ด้วย ระบบการให้คำปรึกษาจึงเป็นปัจจัยสำคัญอันหนึ่ง ที่จะทำให้เกิดความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการรักษา โดยทั่วไปพบว่าในโรงพยาบาลต่างๆ มีรูปแบบของการจัดคลินิกให้บริการปรึกษาเป็น 2 ลักษณะ ดังนี้

1) คลินิกให้คำปรึกษาทั่วไป

คลินิกให้คำปรึกษาทั่วไปเป็นการให้บริการไม่เฉพาะแต่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เท่านั้น แต่รวมถึงผู้ป่วยที่มารับบริการอื่นๆ ด้วย เป็นการให้บริการปรึกษาทั้งทางด้านครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยและการรักษา และรวมถึงการให้บริการให้คำปรึกษาก่อนและหลังการเจาะเลือด (Pre and post test counseling) เพื่อตรวจเอชไอวีด้วย นอกจากนี้ยังให้บริการปรึกษาในกลุ่มที่มีลักษณะเฉพาะ เช่น ผู้ติดยาเสพติด ผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต เป็นต้น เวลาของการบริการเป็นการกำหนดตารางไว้ชัดเจน และการมารับบริการเป็นการนัดหมายหรือส่งต่อจากหน่วยบริการอื่นๆ ในโรงพยาบาล

2) คลินิกให้คำปรึกษาเฉพาะเอชไอวีและยาต้านไวรัส

การจัดบริการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสในโรงพยาบาลที่เห็นได้มีสองลักษณะคือ แบบที่ 1 เป็นการให้คำปรึกษารายบุคคล (Individual counseling) และแบบที่ 2 เป็นการให้คำปรึกษารายกลุ่ม (Group counseling) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะแรกที่สมัครเข้าร่วมโครงการทุกราย จะได้รับการชี้แจงข้อมูลที่เกี่ยวข้องเป็นรายบุคคลเพื่อประกอบการตัดสินใจการรักษาด้วยยาต้านไวรัส การให้บริการคำปรึกษารายกลุ่มเป็นกิจกรรมที่พบเห็นได้เสมอในโรงพยาบาลที่มีการรวมกลุ่มของผู้ติดเชื้อในพื้นที่ โดยจะมีการจัดกิจกรรมในวันที่มีคลินิกบริการยาต้านไวรัสเฉลี่ยเดือนละครั้ง แกนนำหรือตัวแทนกลุ่มผู้ติดเชื้อมีบทบาทร่วมกับเจ้าหน้าที่พยาบาล ในการเป็นผู้นำการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ให้คำแนะนำ และอำนวยความสะดวกให้กับสมาชิกโดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายใหม่

การผสมผสานบริการให้คำปรึกษาเข้ากับกิจกรรมกลุ่มผู้ติดเชื้อก่อให้เกิดความผูกพัน และเห็นอกเห็นใจระหว่างสมาชิก จนเกิดพัฒนาเป็นระบบการดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน พบเห็นได้ในโรงพยาบาลหลายแห่ง เช่นระบบเพื่อนช่วยเพื่อน (Buddy system) คือสมาชิกจับคู่กันเพื่อดูแลซึ่งกันและกัน เป็นทั้งการส่งเสริมด้านกำลังใจ และเป็นการช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ในการติดตาม เนื่องจากสามารถดำเนินการผ่านกลุ่มหรือ Buddy ได้ ผู้ให้บริการที่รับผิดชอบหลักในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มในโรงพยาบาลส่วนใหญ่คือเจ้าหน้าที่พยาบาล และมีเภสัชกร รวมทั้งผู้ให้บริการอื่นๆ เข้าร่วมกิจกรรมด้วยเป็นครั้งคราว บางแห่งมีเจ้าหน้าที่ขององค์กรเอกชนในพื้นที่เข้าร่วมด้วย เจ้าหน้าที่พยาบาลทำหน้าที่ดังกล่าวเป็นผู้ที่ได้รับการอบรมระยะสั้นด้านการให้คำปรึกษา ซึ่งจะมีอย่างน้อย 1-2 คนในแต่ละโรงพยาบาล ผลจากการเยี่ยมสำรวจโรงพยาบาล 36 แห่ง พบว่า 9 ใน 36 แห่งมีการจัดระบบบริการสายด่วน (Hotline) เพื่อให้คำปรึกษานอกเวลาคลินิกบริการ อย่างไรก็ตามถึงแม้ในโรงพยาบาลที่ไม่มีระบบ Hotline ดังกล่าว ผู้ให้บริการในโรงพยาบาล 12 แห่ง ระบุว่าได้อนุญาตให้ผู้ติดเชื้อติดต่อทางโทรศัพท์เพื่อปรึกษาได้ตลอดเวลาหากมีปัญหาเร่งด่วน

วิธีปฏิบัติด้านการรักษาและการติดตามผล

แนวทางเวชปฏิบัติ

วิธีการในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัสและการติดตามผลด้านคลินิก มีแพทย์เป็นผู้รับผิดชอบหลัก การปฏิบัติในโรงพยาบาลชุมชนโดยทั่วไปจะยึดถือตามคู่มือแนวทางการปฏิบัติของกระทรวงสาธารณสุข ส่วนในโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ก็เช่นกัน อย่างไรก็ตาม การมีแพทย์เฉพาะทางด้านอายุรกรรม ซึ่งมีความรู้ความสามารถเฉพาะด้าน สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ในขอบเขตที่กว้างกว่า วิธีการดูแลติดตามผู้ป่วยจะมีการอ้างอิงถึงแนวทางปฏิบัติจากแหล่งอื่นด้วยทั้งในและต่างประเทศ เนื่องจากคู่มือแนวทางปฏิบัติของกระทรวงฯ ไม่มีความสมบูรณ์ และไม่ได้ครอบคลุมถึงหัวข้อสำคัญหลายเรื่องที่เป็น ตัวอย่าง เช่น วิธีการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นเพื่อติดตามผลการรักษา การเฝ้าระวังเชื้อดื้อยา และแนวทางการส่งต่อผู้ป่วย เป็นต้น เพื่อให้สอดคล้องกับทรัพยากรที่มีอยู่จำกัดของโรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม การตัดสินใจในการรักษายังพบว่ามีแตกต่างในแต่ละบุคคลด้วย

ระบบการปรึกษาด้านการรักษา (Consultation)

ในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะซับซ้อน จำเป็นต้องมีการปรึกษาหรือขอความเห็นร่วมระหว่างแพทย์ โดยเฉพาะแพทย์ที่มีประสบการณ์น้อยในโรงพยาบาลชุมชน หรือในโรงพยาบาลบางแห่งที่พยาบาลต้องทำหน้าที่แทนแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย ในกรณีเช่นนี้พบว่ายังไม่มีระบบที่ชัดเจน ระบบการให้คำปรึกษาด้านการรักษาในระดับเขตก็ยังไม่มีความชัดเจน การปรึกษากันขึ้นกับความสัมพันธ์ส่วนบุคคลมากกว่า ซึ่งแตกต่างจากการดำเนินงานในโครงการ

อื่นๆ ที่มีการจัดระบบการให้คำปรึกษาไว้ชัดเจน และมีกิจกรรมวิชาการที่ต่อเนื่องเป็นประจำ เช่น การจัดทำ Case conference ในรายผู้ป่วยที่มีปัญหา เป็นต้น

ผู้ประเมินมีความเห็นว่าหากโรงพยาบาลในเครือข่ายระบบส่งต่อในพื้นที่เดียวกัน มีกิจกรรมดังเช่นว่านี้ จะทำให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน และการพัฒนาทักษะในการให้บริการอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ในแต่ละพื้นที่ควรต้องมีการกำหนดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนว่า จะต้องทำอะไรหากเกิดปัญหาเร่งด่วน ที่ต้องการคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ เพื่อช่วยในการตัดสินใจ การจัดตั้งเครือข่ายนักวิชาการ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญในพื้นที่ การมีแนวทางการในการขอรับคำปรึกษาที่ชัดเจนและเป็นระบบ จะช่วยทำให้เกิดความมั่นใจแก่ผู้ปฏิบัติงานในการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลที่อยู่ห่างไกล อีกทั้งเป็นการเสริมสร้างขวัญและกำลังใจอีกทางหนึ่งด้วยการดำเนินการดังกล่าวนี้ จำเป็นต้องมีการวางแผนและกำหนดกลวิธี ในแต่ละพื้นที่โดยผู้รับผิดชอบระดับเขต จึงจะทำให้ระบบการให้คำปรึกษาด้านการรักษาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

การบันทึกผลการรักษา

การเปลี่ยนแปลงทางคลินิกและทางห้องปฏิบัติการหลังการรักษา จะมีการบันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ผู้ป่วยมารับบริการ ในแบบบันทึกผู้ป่วยแต่ละรายที่ทางโรงพยาบาลจัดทำขึ้น โดยลงข้อมูลด้านอาการ อาการแสดง และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แบบบันทึกนี้ ทั้งแพทย์และพยาบาลจะใช้ควบคู่ไปกับบัตรผู้ป่วยนอกในการติดตามผลการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยในแต่ละครั้งที่มาใช้บริการ ในขณะเดียวกันพยาบาลจะลงข้อมูลดังกล่าวในแบบรายงาน ATC 1 เพื่อนำส่งสำนักงานป้องกันและควบคุมโรคเขตด้วย ดูแล้วเหมือนเป็นการทำงานซ้ำซ้อน ประเด็นนี้ทางผู้ปฏิบัติให้เหตุผลว่าแบบฟอร์มรายงาน ATC 1 ไม่มีรายละเอียดพอ จึงต้องทำแบบบันทึกผู้ป่วยขึ้นใช้เองในโรงพยาบาล ให้สอดคล้องกับความต้องการของแพทย์และพยาบาล เพื่อสะดวกในการติดตามผล อย่างไรก็ตาม แบบรายงาน ATC 1 ก็เป็นสิ่งที่ต้องทำเพื่อรายงานให้ส่วนกลางทราบ ผู้ประเมินมีความเห็นว่า ควรได้มีการปรับปรุงพัฒนารูปแบบ และเนื้อหาของแบบบันทึกในการติดตามผู้ป่วยให้เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของโรงพยาบาลด้วย เพื่อสามารถใช้ประโยชน์ได้อย่างเต็มที่ นำข้อมูลที่มีการติดตามไปใช้ในการแก้ปัญหาได้ทันที ลดการบันทึกซ้ำซ้อนและภาระงานที่ไม่จำเป็นลง

การเฝ้าระวังอาการที่ไม่พึงประสงค์จากยา

ในโรงพยาบาลแทบทุกแห่ง เกสซ์กรได้จัดทำแบบบันทึกอย่างง่าย ๆ เพื่อใช้ในการเฝ้าระวังอาการข้างเคียง รวมถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหาจากการใช้ยา การบันทึกข้อมูลในส่วนนี้จะแยกจากส่วนอื่น และเกสซ์กรเป็นผู้มีบทบาทและความรับผิดชอบในส่วนนี้ โดยมีการแยกเก็บบันทึกข้อมูลทั้งในสิ่งที่ตรวจพบเอง และจากคำบอกเล่าของผู้ติดเชื้อ และในบางกรณีมีการนำข้อมูลเหล่านี้ไปประสานงานกับแพทย์ เพื่อวางแผนการดูแลรักษาด้วย ในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์สูตร GPO-Vir พบว่ามีการรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากยาน้อยกว่ามากเมื่อเทียบกับยาสูตรแยกอื่นๆ ที่เคยใช้ก่อนหน้านี้ ข้อมูลดังกล่าวในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ไม่ได้มีการจัดเก็บและวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ จึงไม่สามารถนำมาแสดงในภาพรวมได้ อย่างไรก็ตาม ทางผู้ประเมินได้มีการสอบถามข้อมูลในประเด็นนี้กับผู้รับบริการด้วย ข้อมูลในส่วนที่ได้จากผู้ติดเชื้อที่ระบุถึงอาการข้างเคียงที่เกิดจากยาได้แสดงไว้ในบทที่ 6

การส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาล

การส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลมีเหตุผลในการส่งต่อหลายประการ เช่น ผู้ป่วยที่อาจจำเป็นต้องพิจารณาเปลี่ยนสูตรยา ผู้ป่วยที่มีอาการข้างเคียงรุนแรง หรือมีภาวะแทรกซ้อนจากโรค เพื่อมารับการรักษาต่อ และการส่ง

ต่อรายที่มีปัญหาในการกินยาเพื่อไปรับค่าปรึกษา นอกจากนี้ยังมีการส่งต่อเพื่อไปรับบริการที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน กรณีย้ายกลับภูมิลำเนา

การติดตามผู้ป่วยขาดนัด

การติดตามผู้ติดเชื้อในกรณีที่ไม่มาตรวจตามนัด มีได้หลายวิธีและมีการปฏิบัติที่แตกต่างกันในแต่ละโรงพยาบาล ขึ้นกับเงื่อนไขความพร้อมของเจ้าหน้าที่ โครงสร้างของระบบบริการ และการสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอก รวมทั้งกลุ่มผู้ติดเชื้อในพื้นที่ วิธีการในการติดตามที่พบได้ทั่วไป ได้แก่ การโทรศัพท์ หรือส่งจดหมายติดตาม นอกจากนี้ ยังมีการติดตามที่บ้านโดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล และอาสาสมัครกลุ่มต่างๆ ข้อมูลจากโรงพยาบาล 36 แห่ง ที่เยี่ยมสำรวจ พบว่า 10 ใน 36 แห่งมีการประสานงานกับกลุ่มผู้ติดเชื้อในพื้นที่ในการติดตามผู้ป่วยขาดนัด และโรงพยาบาล 21 ใน 36 แห่ง ระบุว่าได้รับความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย และ/หรืออาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ในการติดตามผู้ติดเชื้อที่มีภูมิลำเนาในเขตที่รับผิดชอบ

มุมมองของผู้ติดเชื้อที่เคยขาดนัด

จากการสัมภาษณ์ผู้รับบริการยาต้านไวรัสเอตส์ในโครงการ ATC จำนวน 1,092 ราย พบว่า ผู้ติดเชื้อจำนวน 61 ราย (ร้อยละ 5.6) ให้ข้อมูลว่า เคยไม่ไปรับยาตามนัดที่โรงพยาบาลในระยะ 3 เดือนที่ผ่านมา เมื่อถามถึงวิธีการติดตามที่ได้รับจากโรงพยาบาลเมื่อขาดนัด พบว่าผู้ติดเชื้อ 26 ใน 62 ราย (ร้อยละ 37.7) ระบุว่า หลังขาดนัดไม่ได้รับการติดต่อใดๆ จากโรงพยาบาล นอกนั้น 22 ราย (ร้อยละ 31.9) ระบุว่าได้รับโทรศัพท์ตามที่บ้าน และ 9 ราย (ร้อยละ 13) มีจดหมายไปตาม อีก 8 ราย (ร้อยละ 11.6) ระบุว่าโรงพยาบาลส่งคนไปตามที่บ้านเพื่อให้กลับไปรับยาต่อ

การติดตามและตรวจสอบความครบถ้วนของการกินยา

การติดตามความสม่ำเสมอในการกินยาของผู้ป่วย มีความสำคัญมากเนื่องจากเป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะบอกถึงประสิทธิภาพของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอตส์ ทั้งในด้านการลดปริมาณไวรัส และเพิ่มระดับภูมิคุ้มกัน และความยาวนานในการรักษาที่ได้ผลและยืดระยะเวลาการดื้อยาของเชื้อ การที่จะทำให้ผู้ป่วยกินยาอย่างสม่ำเสมอจะต้องอาศัยปัจจัยหลายอย่าง เช่น ผู้ป่วยมีความพร้อมในการกินยา ยาที่ได้ไม่รบกวนชีวิตความเป็นอยู่มากเกินไป ผู้ป่วยต้องได้รับข้อมูลและเข้าใจดีว่าการขาดยาบ่อยๆ จะทำให้เชื้อไวรัสดื้อยาและนำไปสู่การรักษาที่ล้มเหลว การมีคู่สมรสเพื่อนหรือคนในครอบครัวสนับสนุน และการที่ผู้ป่วยสามารถกินยาได้โดยไม่ต้องหลบซ่อน

วิธีการตรวจสอบความครบถ้วนของการกินยาต้านไวรัสของผู้ป่วย ในแต่ละครั้งที่มารับบริการ พบว่ามีการปฏิบัติในรูปแบบต่างๆ เช่น วิธีการนับเม็ดยา การใช้แบบบันทึกการกินยา โดยผู้ติดเชื้อลงบันทึกทุกครั้งที่ยากินยา หรือการสอบถามผู้ป่วยโดยตรง อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีระบบหรือแนวทางปฏิบัติชัดเจน ขึ้นกับตัวบุคคลมากกว่า จากการเยี่ยมสำรวจโรงพยาบาลหลายแห่งในพื้นที่ภาคใต้ พบว่ามีการใช้แบบบันทึก หรือการตรวจสอบโดยการนับเม็ดยาน้อยมาก เมื่อเทียบกับโรงพยาบาลในภาคอื่นๆ การปฏิบัติไม่ได้อิงกับเครื่องมือการตรวจสอบใดๆ แต่ใช้วิธีการพูดคุยซักถามเท่านั้น โดยผู้ให้บริการยืนยันว่า การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยเท่านั้น ที่จะทำให้ได้ข้อมูลการกินยาที่แท้จริงของผู้ป่วย จะต้องทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และกล้าที่จะบอกความจริง ไม่โกหก

นอกจากนี้โรงพยาบาลจำนวน 23 ใน 36 แห่งที่เยี่ยมสำรวจจะระบุว่ามีการจัดระบบพี่เลี้ยงโดยให้ญาติ หรือผู้ใกล้ชิดเป็นผู้ตรวจสอบการกินยาของผู้ป่วยอีกทางหนึ่งด้วย ส่วนวิธีการนับเม็ดยานั้น ถึงแม้ว่าจะมีการปฏิบัติอยู่ในโรงพยาบาลหลาย ๆ แห่ง แต่ก็ยังมีข้อสงสัยในความถูกต้องหากผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ

การติดตามความครบถ้วนของการกินยาของผู้ป่วย ในโรงพยาบาลทุกแห่งพบว่าเภสัชกรเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญ และมีการบันทึกปัญหาและประเด็นที่มีการพูดคุยปรึกษากับผู้ป่วยทุกครั้ง และมีการใช้ข้อมูลในการติดตามเมื่อผู้ป่วยมารับบริการครั้งต่อไป วิธีการที่ใช้มากที่สุดในการตรวจสอบการกินยาของผู้ป่วยคือ การสอบถามในวันที่มารับบริการ รองลงมาคือการนับเม็ดยา ในโรงพยาบาลหลายแห่งพบว่ามีวิธีการปฏิบัติมากกว่าหนึ่งอย่างขึ้นไป ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.5 อย่างไรก็ตาม คุณภาพในการปฏิบัติยังมีความแตกต่างกันในแต่ละโรงพยาบาล ดังจะกล่าวในหัวข้อต่อไป

ตารางที่ 4.5 วิธีการตรวจสอบความครบถ้วนของการกินยา

วิธีการตรวจสอบการกินยา*	จำนวนโรงพยาบาลที่ปฏิบัติ
การนับเม็ดยาในวันที่มารับบริการ	21
การใช้แบบรายงานตนเองโดยผู้ติดตามข้อมูลทุกครั้งที่ยกยา	2
การสอบถามผู้ป่วยย้อนหลังในวันที่มารับบริการ	29
ไม่มีการตรวจสอบ	2
ไม่มีข้อมูล	2

* จำนวนโรงพยาบาลที่สำรวจ 36 แห่ง

ระบบติดตามกำกับโครงการ

จากการเยี่ยมสำรวจโรงพยาบาล พบว่าโรงพยาบาลจำนวน 34 ใน 36 แห่ง (ร้อยละ 94.4) มีการดำเนินงานโครงการในรูปแบบของคณะกรรมการประกอบด้วยฝ่ายผู้ให้บริการ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ผู้ให้คำปรึกษา และฝ่ายตัวแทนชุมชน ตัวแทนกลุ่มผู้ติดเชื้อ และองค์กรเอกชนในพื้นที่ บางโรงพยาบาลมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการ อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีหลักฐานชัดเจนว่าคณะกรรมการชุดดังกล่าวมีบทบาทหรือความรับผิดชอบในการบริหารจัดการ หรือการติดตามการดำเนินงานแต่อย่างใด ส่วนที่แสดงให้เห็นได้ชัดเป็นรูปธรรมเป็นกิจกรรมการให้บริการเสียมากกว่า ซึ่งส่วนใหญ่มีการดำเนินการโดยแพทย์ และเจ้าหน้าที่พยาบาล ซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานโครงการ ควบคู่กับการให้บริการ การดำเนินโครงการยังดูเป็นลักษณะของการบริหารจัดการโดยบุคคลฝ่ายโรงพยาบาล มากกว่าในรูปของคณะกรรมการ ถึงแม้ว่าจะมีการจัดตั้งคณะกรรมการที่ประกอบไปด้วยฝ่ายต่างๆ แล้วก็ตาม

การติดตามนิเทศงาน

การติดตามผลโครงการโดยผู้นิเทศจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคระดับเขต และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด พบได้น้อยปีละ 1-2 ครั้ง เป็นการติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงาน คุณภาพของการให้บริการ และปัญหาอุปสรรคที่พบ กิจกรรมการนิเทศส่วนใหญ่เป็นการจัดประชุมระดับเขต และให้ตัวแทนโรงพยาบาลมานำเสนอความก้าวหน้าของการดำเนินงานให้รับทราบ นอกจากนี้มีการติดตามงานเฉพาะเรื่อง เช่น การนิเทศด้านระบบรายงาน และการบริหารยา อย่างไรก็ตาม ต่อคำถามที่ว่ากรณีการนิเทศติดตามในลักษณะดังกล่าว มีประโยชน์ต่อทางโรงพยาบาลหรือไม่ ข้อมูลจากโรงพยาบาลที่เยี่ยมสำรวจ 36 แห่ง พบว่า 27 ใน 36 แห่ง (ร้อยละ 75) เห็นด้วยว่าการนิเทศงานที่ได้รับจากสำนักงานระดับเขตมีประโยชน์ในการพัฒนางาน ในขณะที่อีก 9 แห่ง (ร้อยละ 25) เห็นว่าเกิดประโยชน์น้อยและควรปรับปรุง

การติดตามกำกับโครงการในส่วนที่เป็นการตรวจเยี่ยมโดยผู้แทนนั้น ในความเห็นของผู้ประเมิน ยังเป็นเพียงกิจกรรมการตรวจเยี่ยมประจำปี ที่ไม่ได้มีการกำหนดวัตถุประสงค์ของการนิเทศไว้ชัดเจน และไม่มีการติดตามผลอย่างจริงจัง การนิเทศแต่ละครั้งก็ไม่สามารถลงถึงระดับโรงพยาบาลได้ ทำให้ไม่เห็นปัญหาและไม่เข้าใจระบบการทำงานในโรงพยาบาลได้อย่างแท้จริงอย่างไรก็ตาม การติดตามงานในลักษณะการนิเทศ หากการตรวจเยี่ยมเป็นไปในทางที่สร้างสรรค์มากกว่าการไปจับผิดหรือหาข้อบกพร่อง จะก่อให้เกิดการสร้างขวัญกำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติงานได้อย่างมาก

การบันทึกรายงาน

ระบบการบันทึกรายงานที่ต้องจัดทำเพื่อติดตามผลการดำเนินโครงการคือ การลงทะเบียนผู้ติดเชื้อในโครงการ การบันทึกข้อมูลเพื่อติดตามผลการรักษาทั้งทางด้านคลินิกและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการสำคัญต่างๆ ในแต่ละครั้งที่มารับบริการ ทางโรงพยาบาลมีการลงข้อมูลดังกล่าวในแบบบันทึก และนำส่งข้อมูลไปยังระดับเขตและกระทรวงฯ ทุก 3 เดือน ซึ่งในทางปฏิบัติพบว่าทุกโรงพยาบาลมีการจัดส่งข้อมูลตามกำหนดเวลา แต่ความครบถ้วนหรือความถูกต้องของข้อมูลไม่สามารถประเมินได้ ผู้ประเมินมีความเห็นว่า การติดตามโครงการโดยใช้แบบรายงานนั้น ยังมีความไม่พร้อมอยู่มาก รูปแบบไม่คงที่มีการปรับเปลี่ยนอยู่ตลอดเวลา การขอข้อมูลเฉพาะการณั้เร่งด่วนจากส่วนกลางพบมีบ่อยครั้ง เป็นการแสดงให้เห็นว่าการบันทึกรายงานข้อมูลในระบบปกติยังไม่มีความสะดวกเพียงพอ ทำให้ไม่สามารถติดตามข้อมูลได้ครบถ้วน

อนึ่ง นอกเหนือจากแบบบันทึกในการติดตามผลที่เกิดขึ้นด้านคลินิกและห้องปฏิบัติการแล้ว โรงพยาบาลส่วนใหญ่ได้มีการจัดทำแบบบันทึกรายงานขึ้นเอง เพื่อใช้ในการติดตามผลกิจกรรมบริการด้านต่างๆ ดังแสดงในตารางที่ 4.6 ในการเยี่ยมสำรวจโรงพยาบาล ก็ได้มีการพิจารณาแบบบันทึกต่างๆ เหล่านี้ด้วย ส่วนใหญ่การออกแบบเป็นไปอย่างง่าย ๆ และได้ใช้ประโยชน์จริง ยกเว้นแบบบันทึกการนับเม็ดยา และแบบรายงานตนเองในการกินยาของผู้ป่วย ซึ่งหลังจากได้มีการทดลองปฏิบัติแล้ว โรงพยาบาลส่วนใหญ่ประเมินเองว่าได้ประโยชน์น้อย

ตารางที่ 4.6 ประเภทของแบบบันทึกรายงานที่โรงพยาบาลจัดทำขึ้นใช้เอง

ประเภทของบันทึกหรือรายงาน	จำนวนโรงพยาบาลที่มีการจัดทำ(N=36)
แบบบันทึกผู้ติดเชื้อที่สมัครเข้าโครงการ	28
แบบบันทึกผู้ติดเชื้อรับยา	18
แบบบันทึกการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับยาต้านไวรัส	21
แบบบันทึกการให้คำปรึกษาทั่วไป	29
แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน	21
แบบบันทึกการนับเม็ดยา	12
แบบรายงานตนเองในการกินยาของผู้ป่วย	8

การบริหารเวชภัณฑ์ยาต้านไวรัสเอ็ดส์

การบริหารเวชภัณฑ์ยาต้านไวรัสในโรงพยาบาล โดยปกติการเบิกจ่ายยาจากคลังยา จะเป็นในลักษณะที่ว่า ยางวดที่เข้ามาก่อนจะต้องจำหน่ายก่อน (First in first out) เพื่อให้โอกาสยาที่ใกล้หมดอายุก่อนถูกนำไปใช้ก่อน การบริหารคลังยาจะต้องมีการตรวจสอบวันหมดอายุ การเก็บรักษาในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม มีการบันทึกการ

เบิกจ่าย การส่งคืนและแลกเปลี่ยนยา โดยเภสัชกรเป็นผู้รับผิดชอบ และใช้แบบบันทึกรายงาน ATC 3 ที่กระทรวงฯจัดทำขึ้น เพื่อสามารถตรวจสอบยอดคงเหลือและส่งรายงานให้ทางจังหวัดตามกำหนด

จากการเยี่ยมชมสำรวจโรงพยาบาลพบว่า ส่วนใหญ่มีการจัดการคลังยาที่เป็นระบบ แม้จะประสบกับปัญหาใกล้หมดอายุ หรือยาขาด ก็สามารถตรวจสอบและแก้ปัญหาได้ทันทั่วทั้ง การแก้ไขปัญหาเช่น การแลกเปลี่ยนยาระหว่างโรงพยาบาลในพื้นที่ใกล้เคียง การเกลี่ยยาแบ่งให้ผู้ป่วยอย่างทั่วถึง และปรับระยะเวลานัดครั้งต่อไป การบริหารยาด้านไวรัสในโครงการ ATC ไม่มีความยุ่งยากเนื่องจากมียาในโครงการไม่กี่ชนิด ในการเยี่ยมชมสำรวจห้องยาในโรงพยาบาล 36 แห่งไม่พบปัญหาการจัดเก็บยาที่ไม่เหมาะสม อย่างไรก็ตามในแต่ละโรงพยาบาลก็มีการปฏิบัติที่แตกต่างกันบ้าง บางโรงพยาบาลจะบริหารยาด้านไวรัสในโครงการ ATC แยกส่วนจากระบบคลังยาปกติของโรงพยาบาล เพื่อให้ง่ายต่อการตรวจสอบ บางโรงพยาบาลนำเข้าไว้ในระบบคลังยาปกติของโรงพยาบาล แต่ควบคุมการเบิกจ่ายแต่ก็มีความสะดวกในการตรวจสอบเช่นกัน โดยภาพรวมแล้วผู้ประเมินมีความเห็นว่า การบริหารเวชภัณฑ์ยาด้านไวรัสในโรงพยาบาลอยู่ในระดับดี

ความพร้อมด้านการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ข้อมูลที่ได้จากการสอบถามโรงพยาบาล 34 แห่ง พบว่าทุกแห่งสามารถดำเนินการตรวจ Anti-HIV ได้เอง ส่วนการตรวจระดับ CD4 cell count พบว่ามีโรงพยาบาลเพียง 2 ใน 34 แห่งเท่านั้น ที่สามารถดำเนินการได้เอง นอกนั้นต้องส่งต่อไปตรวจที่โรงพยาบาลอื่น อย่างไรก็ตามส่วนใหญ่ (25 ใน 34 แห่ง) ทราบผลการตรวจภายใน 1 สัปดาห์ ส่วนโรงพยาบาลอีก 9 แห่งระบุว่าต้องรอผลการตรวจนานถึง 2-4 สัปดาห์ ส่วนการตรวจ Viral load พบว่ามีเพียงโรงพยาบาลเดียวที่เป็นโรงพยาบาลศูนย์สามารถดำเนินการตรวจได้เอง นอกนั้นต้องส่งตรวจที่อื่น อย่างไรก็ตามการส่งตรวจยังจำกัดเฉพาะบางรายเท่านั้น

โรงพยาบาลทุกแห่งมีความพร้อมในการตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ เช่น การตรวจเม็ดเลือด CBC การตรวจทางเคมี ได้แก่ระดับ Cholesterol, SGPT, BUN และ Amylase ถึงแม้ว่า จะมีโรงพยาบาลชุมชน 1 ใน 34 แห่งระบุว่าไม่ได้ดำเนินการเอง แต่ก็มีความสะดวกในการส่งตรวจที่อื่น การตรวจทางห้องปฏิบัติการดังกล่าวพบว่าทางโรงพยาบาลมีการควบคุมคุณภาพภายใน และได้รับการประเมินคุณภาพจากภายนอกด้วย ภาระในการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการโดยเฉพาะที่มีความสำคัญ เช่น การตรวจระดับ CD4 ยังเป็นปัญหาที่พบได้ในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ เนื่องจากไม่สามารถตรวจ CD4 ได้เอง ทำให้เกิดความไม่สะดวก และอีกทั้งมีปัญหาค่าใช้จ่ายของการตรวจครั้งแรกที่ไม่ได้ครอบคลุมโดยโครงการ ผู้ติดเชื้อที่ไม่สามารถแบกรับค่าใช้จ่ายได้ ก็เป็นภาระที่โรงพยาบาลต้องรับ บางแห่งมีการสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานภาคเอกชน การทราบผลระดับ CD4 มีความจำเป็นในการตัดสินใจเริ่มรักษา ระยะเวลาในการรอรับผลการตรวจในโรงพยาบาลบางแห่ง ส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการเริ่มยาด้านไวรัสในผู้ป่วยบางราย โรงพยาบาลที่เยี่ยมชม 22 ใน 36 แห่ง เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการระบุว่า ภาระงานในการตรวจต่างๆ เพิ่มขึ้น ในระดับตั้งแต่เพิ่มเล็กน้อยจนถึงมากที่สุด อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาล 7 ใน 36 แห่งประเมินตนเองว่ามีความพร้อมด้านบุคลากรห้องปฏิบัติการ และสามารถตรวจ CD4 ได้เองทันที หากได้รับการสนับสนุนงบประมาณด้านเครื่องมือและน้ำยา

บทบาทขององค์กรชุมชนและองค์กรเอกชน

การมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี

บทบาทและการมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้ติดเชื้อในระบบบริการยาต้านไวรัส นั้น มีความหลากหลายและมากน้อยแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ พื้นที่ใดที่มีการจัดตั้งกลุ่มมานานและมีการดำเนินงานในลักษณะเครือข่ายกับระดับจังหวัดและประเทศ ก็จะมีพัฒนาการของกลุ่ม จากการที่ได้รับกำลังสนับสนุนทั้งทางด้านการวิชาการ การพัฒนาศักยภาพด้านการบริหารจัดการ รวมทั้งได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณจากองค์กรเอกชน ทั้งในและต่างประเทศ ในกรณีเช่นนี้ กลุ่มสามารถพึ่งพาตัวเองและให้การช่วยเหลือสมาชิกในกลุ่มได้ และมีศักยภาพในการเสริมสร้างระบบการดูแลต่อเนื่องร่วมกับทางโรงพยาบาล

โรงพยาบาล 29 ใน 36 แห่ง พบว่ามีการทำงานร่วมกับกลุ่มผู้ติดเชื้อในพื้นที่ โดยเฉพาะในการติดตามผู้ติดเชื้อในกรณีไม่ได้มารับยาตามนัด นอกจากนี้ยังมีการจัดประชุมกลุ่มที่โรงพยาบาลเป็นประจำทุกเดือนในวันที่มีคลินิกบริการยาต้านไวรัส อาสาสมัครผู้ติดเชื้อที่ผ่านการอบรมแล้ว จะมาช่วยเหลือดูแล แนะนำและให้คำปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อด้วยกันเองด้วย ในบางแห่งกลุ่มผู้ติดเชื้อได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนโลกในการจัดตั้งศูนย์ดูแลสุขภาพองค์รวม (Holistic care center) เพื่อให้บริการคำปรึกษาและมีกิจกรรมในด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อร่วมกับทางโรงพยาบาลด้วย

ข้อมูลที่ได้จากการสอบถามอาสาสมัครผู้ติดเชื้อจำนวน 96 ราย ที่เข้าร่วมให้บริการปรึกษาที่โรงพยาบาล พบว่าร้อยละ 50 ยืนยันว่า ตัวเองและกลุ่มผู้ติดเชื้อมีส่วนร่วมในการวางแผนพัฒนาการจัดระบบบริการในโรงพยาบาลด้วย และร้อยละ 30 ระบุว่ามีส่วนร่วมให้ข้อคิดเห็นในการกำหนดแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยด้วย การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครผู้ติดเชื้อในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ เป็นการร่วมในกิจกรรมด้านบริการมากกว่าในด้านการบริหารจัดการ

การพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน

โครงการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง (Comprehensive and Continuum Care; CCC) ของกระทรวงสาธารณสุขที่เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 และขยายโครงการไปทั่วทุกภาคของประเทศในปี พ.ศ. 2543-2544 นั้น เป็นตัวอย่างของการดำเนินงานที่ได้ผลในการเป็นแรงผลักดันให้เกิดการรวมกลุ่มของผู้ติดเชื้อ และครอบคลุมในการทำกิจกรรมร่วมกัน สร้างเครือข่ายการดูแลสุขภาพที่บ้าน และในชุมชนที่เชื่อมต่อจากโรงพยาบาล โรงพยาบาล 28 ใน 36 แห่งที่ผู้ประเมินเยี่ยมสำรวจ มีการดำเนินงานในโครงการ CCC มาก่อน และปัจจุบันเมื่อมีโครงการให้บริการยาต้านไวรัสเอดส์ ก็ได้ผสมผสานการบริการเข้ากับระบบการดูแลต่อเนื่องในโครงการดังกล่าว เนื่องจากมีฐานของการสร้างเครือข่ายที่ช่วยเหลือในชุมชนมาแต่เดิม ทั้งจากกลุ่มผู้ติดเชื้อ องค์กรชุมชน องค์กรเอกชน รวมทั้งครอบครัวผู้ติดเชื้อ ทำให้สามารถติดตามการกินยาต้านไวรัสของผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง

บทบาทขององค์กรเอกชนที่มีส่วนสนับสนุนในระบบบริการ

การสนับสนุนจากองค์กรเอกชนในพื้นที่ระดับปฏิบัติ เป็นการประสานงานกับทางโรงพยาบาล และมีการเชื่อมต่อกับหน่วยงานอื่นทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ติดเชื้อและครอบครัวทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ การสนับสนุนการทำกิจกรรมกลุ่มผู้ติดเชื้อ ทั้งด้านงบประมาณ และการพัฒนาทักษะด้านต่างๆ ของผู้ติดเชื้อ การ

สนับสนุนกิจกรรมเยี่ยมบ้าน รวมถึงการช่วยเหลือผู้ป่วยเฉพาะรายที่ยากจน โดยมีเงินทุนช่วยเหลือในการมารับยา เช่น ค่าเดินทาง ค่าอาหาร เป็นต้น

มูลนิธิรักไทย (CARE) เป็นตัวอย่างหนึ่งขององค์กรพัฒนาเอกชนระดับสากล ที่มีการดำเนินงานในระดับพื้นที่ ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน ในแทบทุกภาคของประเทศไทย โดยเฉพาะในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน การดำเนินงานในโครงการต่างๆ จะมีการประสานความร่วมมือกับทางโรงพยาบาล และองค์กรชุมชนในพื้นที่ เพื่อช่วยเหลือและบรรเทาปัญหาต่างๆ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์รวมทั้งผู้ได้รับผลกระทบจากเอดส์ นอกจากนี้ยังเป็นไปเพื่อให้เกิดการยอมรับจากชุมชนมากขึ้นด้วย ตัวอย่างเช่น โครงการอยู่ร่วมกันกับผู้ติดเชื้อเอดส์ เป็นโครงการที่ให้ความช่วยเหลือด้านค่ารักษาพยาบาล พ้นฟูสภาพจิตใจ แนะนำอาชีพ และช่วยเหลือสตรีที่ตั้งครรภ์ หรืออีกตัวอย่างหนึ่ง เช่น โครงการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ ซึ่งมีการจัดกิจกรรมและการอบรมให้ความรู้ ที่ถูกต้อง เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยแก่เยาวชน กลุ่มผู้ใช้แรงงาน และกลุ่มบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ หรือการดำเนินโครงการกองทุนนมเพื่อลูกน้อยและมารดาที่ติดเชื้อเอดส์ เป็นกองทุนที่จัดตั้งขึ้นเพื่อหามาแบ่งให้แก่ทารกที่ไม่สามารถดื่มนมมารดาได้ นอกจากนั้นแล้ว ยังรวมถึงการพัฒนาอาชีพของกลุ่มแม่บ้านเพื่อให้มีรายได้เพียงพอต่อการดูแลลูกของตนได้

ตัวอย่างของการเข้ามามีส่วนร่วมขององค์กรพัฒนาเอกชนในลักษณะดังกล่าว เป็นการเสริมสร้างสภาพแวดล้อมที่ดีในชุมชน ให้เกิดความเข้าใจและการยอมรับผู้ติดเชื้อและครอบครัว รวมทั้งการสร้างกลไกทางชุมชน ที่จะก่อให้เกิดการสนับสนุนบทบาทของผู้ติดเชื้อและครอบครัว ตลอดจนให้การช่วยเหลือผู้ติดเชื้อในด้านต่างๆ เนื่องจากทางด้านโรงพยาบาลอาจมีข้อจำกัดบางประการ ทั้งทางด้านทรัพยากร และศักยภาพ ซึ่งการมีองค์กรภาคเอกชนเข้ามาเชื่อมประสานทำให้เกิดการทำงานที่คล่องตัวขึ้น และก่อให้เกิดการพัฒนาในส่วนที่ขาด ทำให้เกิดเครือข่ายในระดับชุมชน มีอาสาสมัครและระบบพี่เลี้ยงที่คอยติดตามให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ติดเชื้อเอดส์และครอบครัว

ศักยภาพและทัศนคติของผู้ให้บริการ

ความพร้อมของผู้ให้บริการเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของระบบบริการ และเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการดำเนินงานโครงการ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรจึงเป็นสิ่งจำเป็น และต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องเพื่อให้มีความรู้ที่ทันสมัยอยู่ตลอดเวลา นอกจากนี้ ทัศนคติที่ดีของผู้ปฏิบัติงานต่อโครงการ ก็มีผลทำให้โครงการดำเนินไปได้ด้วยดีเช่นกัน

บทบาทและประสบการณ์การทำงาน

ความพร้อมของบุคลากรขึ้นกับปัจจัยหลายอย่าง เช่น สาขาวิชาชีพหรือหลักสูตรที่จบการศึกษา ประสบการณ์ในการทำงานกับผู้ป่วยเอดส์ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโครงการ ATC และโอกาสที่ได้รับการศึกษาและฝึกอบรมด้านทักษะที่ต่อเนื่อง จากข้อมูลของโรงพยาบาล 36 แห่ง มีแพทย์ที่เข้าร่วมให้บริการในโครงการจำนวนทั้งสิ้น 76 คน ในจำนวนนี้เป็นแพทย์เฉพาะทาง 40 คน แพทย์ทั่วไป 21 คน และแพทย์จบใหม่ 15 คน ส่วนผู้ให้บริการสาขาวิชาชีพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในโครงการ ได้แก่ เภสัชกรจำนวน 50 คน พยาบาล 76 คน พยาบาลผู้ให้บริการคำปรึกษา 102 คนและเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ 59 คน

ในระดับโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป จะมีจำนวนผู้ให้บริการที่เข้าร่วมในโครงการมากกว่าในโรงพยาบาลชุมชน ในกรณีที่มิมีแพทย์มากกว่าหนึ่งคน ก็จะมีการหมุนเวียนออกให้บริการ หรือแบ่งจำนวนผู้รับบริการ

ให้แพทย์แต่ละคนรับผิดชอบในการดูแลติดตาม อนึ่ง ในกรณีการหมุนเวียนแพทย์ออกตรวจ อาจทำให้เกิดความไม่ต่อเนื่อง และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์อาจไม่ดีเท่ากับการที่มีแพทย์ดูแลประจำ

จากการสอบถามผู้ให้บริการจำนวน 141 ราย ที่ปฏิบัติงานในโครงการ ATC (แพทย์ 33 ราย พยาบาล 53 ราย เภสัชกร 28 ราย และผู้ให้คำปรึกษา 17 ราย และอื่นๆ 10 ราย) ระหว่างการเยี่ยมชมสำรวจโรงพยาบาล พบว่าแพทย์มีประสบการณ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์มานานเฉลี่ย 4.8 ปี และประสบการณ์เฉพาะด้านการรักษาด้วยยาต้านไวรัสนานเฉลี่ย 2.2 ปี

ปัจจัยด้านระยะเวลาที่เคยทำงานมาก่อน อาจเป็นส่วนหนึ่งที่บอกถึงศักยภาพของผู้ให้บริการ การได้เห็นผลการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นในผู้ป่วยหลังการรักษา ทำให้ผู้ให้บริการเกิดความมั่นใจในประสิทธิภาพของยา และวิธีการรักษา การมีประสบการณ์กับผู้ป่วยที่มีปัญหาภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ทำให้เกิดการเรียนรู้ และการพัฒนาทักษะในระยะยาว นอกจากนี้ การได้เรียนรู้ชีวิตผู้ป่วยและปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรักษา จะช่วยให้เข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น นอกจากจะเป็นการสร้างความสัมพันธ์ที่ดี ให้เกิดความร่วมมือในการกินยาแล้ว ผู้ให้บริการยังได้เรียนรู้ และเกิดการพัฒนาด้านความคิดและทักษะ ในการรับมือกับปัญหาที่จะเกิดขึ้นในผู้ป่วยรายอื่นๆ ได้

นอกจากประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยแล้ว การได้รับการศึกษาอบรมต่อเนื่องจะทำให้ผู้ให้บริการมีความรู้เท่าทันทางด้านวิชาการใหม่ๆ อยู่เสมอ นอกจากนี้ยังเป็นการแลกเปลี่ยนเทคโนโลยีและถ่ายทอดประสบการณ์ระหว่างผู้ให้บริการด้วยกันอีกด้วย ในการประเมินครั้งนี้ ได้มีการสอบถามผู้ให้บริการถึงการได้รับการฝึกอบรมในระยะเวลาที่ผ่านมา ในหัวข้อต่างๆ ที่เกี่ยวกับการให้บริการยาต้านไวรัส พบว่า ร้อยละ 80.7 ระบุว่า เคยได้รับการอบรมในหัวข้อการดูแลและรักษาผู้ป่วยเอดส์ ร้อยละ 79.3 เคยอบรมในหัวข้อ การดูแลรักษาและป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ร้อยละ 86.3 เคยอบรมในหัวข้อการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ และอีกร้อยละ 65.7 เคยได้รับการอบรมด้านการให้คำปรึกษาขั้นพื้นฐานแก่ผู้ติดเชื้อเอดส์

การทำงานเป็นทีมของผู้ให้บริการในโครงการ ATC

ผู้ให้บริการในโครงการ ATC ประกอบด้วยบุคลากรที่รับผิดชอบงาน 5 ด้านคือ แพทย์ พยาบาล ผู้ให้คำปรึกษา เภสัชกร และเจ้าหน้าที่ทางห้องปฏิบัติการ ในโรงพยาบาลที่เยี่ยมชมสำรวจ 36 แห่ง พบว่าในคลินิกบริการแต่ละครั้งส่วนใหญ่จะมีแพทย์ออกให้บริการ 1 คน พยาบาล 1-2 คน ผู้ให้บริการปรึกษา และเภสัชกรอย่างละ 1 คน อย่างไรก็ตามคลินิกบริการในโรงพยาบาลชุมชน 2 แห่ง พบว่าไม่มีแพทย์ประจำ พยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้ให้บริการหลัก และปรึกษาแพทย์เฉพาะผู้ป่วยบางรายที่มีปัญหาเท่านั้น การประสานงานในทีมผู้ให้บริการ เป็นไปเพื่อการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย หรือการปรึกษาหารือกรณีผู้ป่วยเฉพาะราย รูปแบบของการประสานงานเป็นไปแบบไม่เป็นทางการมากกว่า การปรึกษาจะใช้โทรศัพท์ติดต่อหรือนัดปรึกษาหารือแบบไม่มีกำหนดการล่วงหน้า การปรึกษาหารือพบได้ระหว่างแพทย์และพยาบาล หรือพยาบาลและเภสัชกร ส่วนใหญ่ในกรณีผู้ป่วยที่มีภาวะซับซ้อนหรือมีปัญหาการให้ยา

บางโรงพยาบาลที่เยี่ยมชมสำรวจ ถึงแม้จะมีการให้บริการอยู่ในระดับที่ดี แต่พบว่าการกระจายงานที่ไม่เหมาะสม แพทย์และพยาบาลมีบทบาทเด่นในการให้บริการ และมีภาระรับผิดชอบมากหลายด้าน เนื่องจากความไม่พร้อมของทีมงานด้านการให้คำปรึกษา และจำนวนเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ นโยบายของผู้บริหารโรงพยาบาลในการกระจาย หรือการจัดสรรบุคลากรแก่หน่วยงาน ก็มีส่วนสำคัญในการสร้างความพร้อมของทีมงาน ดังได้พบเห็นตัวอย่างในโรงพยาบาลจังหวัดแห่งหนึ่งทางภาคใต้ ที่ผู้บริหารฝ่ายการพยาบาลให้การสนับสนุนการดำเนินงานโครง

การอย่างมาก โดยการจัดสรรบุคลากรมาเสริมทีมเพื่อให้การบริการได้อย่างพอเพียง และมีการพัฒนาทักษะบุคลากรอย่างต่อเนื่อง ทำให้การให้บริการมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ทัศนคติของผู้ให้บริการ

ผู้ให้บริการส่วนใหญ่ (ร้อยละ 98.6) มีทัศนคติที่ดีต่อโครงการ และเห็นด้วยกับการดำเนินงานให้บริการยาต้านไวรัสเอดส์ ส่วนทัศนคติต่อการใช้จ่ายด้านไวรัสเอดส์ในการรักษานั้น พบว่า ผู้ให้บริการร้อยละ 97.7 มีความเชื่อและมั่นใจในประสิทธิผลของยา

ผู้ให้บริการร้อยละ 71.4 ระบุว่า การเข้าร่วมโครงการ ATC มีผลทำให้ต้องมีการะงานที่เพิ่มขึ้น แต่อยู่ในระดับที่สามารถปรับตัวได้ในภาวะปัจจุบัน ผู้ให้บริการจำนวน 29 ใน 141 ราย (ร้อยละ 21.0) ระบุว่าตัวเองเคยมีความคิดอยากย้ายงานใน 1 เดือนที่ผ่านมา สาเหตุเนื่องจากภาระงานที่เพิ่มมากขึ้น และเกินกว่าที่จะรับผิดชอบได้

คุณภาพของการบริการยาต้านไวรัสเอดส์

การประเมินคุณภาพบริการ

ผลการเยี่ยมสำรวจของผู้ประเมินในโรงพยาบาล 36 แห่ง ในพื้นที่ 12 จังหวัด ซึ่งทีมผู้ประเมินได้ให้คะแนนระดับคุณภาพ ของการปฏิบัติในแต่ละด้าน (ตารางที่ 4.7) ในแต่ละประเด็นของการให้บริการในโครงการยาต้านไวรัส นั้น โรงพยาบาลส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์คะแนนคุณภาพในระดับ 3 ซึ่งหมายถึงการเริ่มมีการปฏิบัติที่เป็นระบบ มีการพัฒนากระบวนการ แต่อาจยังไม่ได้เห็นผลชัดเจน โรงพยาบาลหลายแห่งยังมีจุดอ่อนของการปฏิบัติในบางด้าน หรือยังไม่มีระบบชัดเจน เป็นการแก้ปัญหาเฉพาะราย ทำให้ไม่สามารถแน่ใจได้ว่าผู้รับบริการจะได้รับการดูแลตามมาตรฐานหรือแนวทางที่ควรเป็นหรือไม่ อย่างไรก็ตาม ก็เป็นเงื่อนไขของโรงพยาบาลด้วยว่า ได้มีการดำเนินการให้บริการยาต้านไวรัสมานานเท่าใดแล้ว โรงพยาบาลที่เพิ่งเริ่มต้นให้บริการยาต้านไวรัสเป็นปีแรก ก็อาจยังไม่สามารถมองเห็นผลลัพธ์ได้ชัดเจน ในขณะที่โรงพยาบาลที่มีการให้บริการยาต้านไวรัสมาก่อนหลายปี ก็ทำให้ผู้ประเมินมองเห็นการพัฒนาการของการจัดระบบบริการ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นได้ ดังนั้นจึงไม่สามารถเปรียบเทียบระดับคุณภาพระหว่างโรงพยาบาลได้ ทั้งนี้เพราะเงื่อนไขดังกล่าวต่างกัน ผลการประเมินระดับคุณภาพในแต่ละด้านที่ได้แสดงนี้ ก็เป็นเสมือนข้อมูลพื้นฐานที่ควรต้องมีการติดตามดูพัฒนาการต่อไป

มุมมองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อบริการที่ได้รับ

มุมมองของผู้รับบริการ จากการสัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับยาต้านไวรัสเอดส์ในโครงการ ATC จำนวน 1,135 ราย เพื่อเป็นข้อมูลสะท้อนกลับต่อระบบบริการที่ได้รับ พบว่า โดยรวมแล้วผู้รับบริการส่วนใหญ่มีความพึงพอใจระดับหนึ่งต่อการบริการที่ได้รับจากโรงพยาบาล (ตารางที่ 4.8) อย่างไรก็ตามในส่วนของผู้รับบริการในโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ร้อยละ 35 มีความเห็นว่า ระยะเวลาของการรับบริการแต่ละครั้ง ใช้เวลานานเกินไป ในขณะที่ที่โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 22 ของผู้มารับบริการ มีความเห็นเช่นเดียวกันคือแต่ละครั้งที่มาโรงพยาบาลใช้เวลานานเกินไป ร ๖ ย ๖ เวลาประมาณการโดยผู้รับบริการพบว่า ในโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ระยะเวลาเฉลี่ยในการมารับบริการแต่ละครั้ง เท่ากับ 4.45 ชั่วโมง (SD 88.80) และโรงพยาบาลชุมชน เท่ากับ 3.85 ชั่วโมง (SD 143.90) (P=0.001)

ผู้รับบริการส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 90) ให้ข้อมูลว่าในการมารับบริการที่โรงพยาบาลนั้น ผู้ให้บริการได้บอกถึง ผลดีผลเสียของยาต้านไวรัสเอดส์ อย่างไรก็ตามมีเพียงประมาณร้อยละ 60 เท่านั้น ของผู้รับบริการทั้งในโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ที่ยอมรับว่าสามารถเข้าใจได้ดีในข้อมูลที่ได้รับ

การให้บริการในโรงพยาบาลชุมชนบางแห่ง พบว่า บางครั้งแพทย์ไม่สามารถมาปฏิบัติงานที่คลินิกบริการได้ และให้พยาบาลทำหน้าที่แทน ทั้งนี้ด้วยเหตุผลทั้งด้านการขาดแคลนแพทย์ ทำให้จำนวนไม่เพียงพอกับการะงาน บริการที่มีมาก ข้อมูลจากผู้รับบริการพบว่า มีเพียง ร้อยละ 62 ของผู้รับบริการในโรงพยาบาลชุมชน ระบุว่าได้รับการตรวจจากแพทย์ ในขณะที่โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ร้อยละ 95 ของผู้รับบริการ ระบุว่าได้รับการตรวจจากแพทย์ ในการไปรับบริการครั้งสุดท้ายที่ผ่านมา ผู้รับบริการระบุระยะเวลาโดยประมาณ ในการพบแพทย์แต่ละ ครั้ง ในโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป เท่ากับ 7.81 (SD 8.36) และโรงพยาบาลชุมชน เท่ากับ 8.59 (7.81) ซึ่งไม่มี ความแตกต่างกัน ($P>0.05$)

ตารางที่ 4.7 คุณภาพของการบริการแต่ละด้าน แยกตามโรงพยาบาลและคะแนนที่ได้รับ

ประเด็น	โรงพยาบาล	จำนวนโรงพยาบาล แยกตามระดับคะแนนที่ได้รับ					
		0	1	2	3	4	5
กระบวนการให้ข้อมูลแก่ผู้ติดเชื้อแรกเข้า โครงการ	ทั่วไป/ศูนย์	-	-	3	9	3	-
	ชุมชน	-	1	-	15	5	-
การเตรียมความพร้อมด้านร่างกายก่อน รับยา	ทั่วไป/ศูนย์	-	-	-	15	-	-
	ชุมชน	-	-	1	19	1	-
แนวทางการปฏิบัติเมื่อเริ่มให้ยาต้านไวรัส	ทั่วไป/ศูนย์	-	-	-	13	2	-
	ชุมชน	-	1	1	19	-	-
การติดตามประสิทธิภาพของการรักษา	ทั่วไป/ศูนย์	-	-	-	12	3	-
	ชุมชน	-	1	-	16	4	-
การติดตาม/การส่งเสริมการกินยา สม่ำเสมอ	ทั่วไป/ศูนย์	-	-	3	8	4	-
	ชุมชน	-	-	3	14	4	-
การทำงานเป็นทีมของผู้ให้บริการ	ทั่วไป/ศูนย์	-	-	8	6	1	-
	ชุมชน	-	1	6	12	2	-
ระบบสนับสนุน/การประสานกับองค์กร ภายนอก	ทั่วไป/ศูนย์	-	1	3	10	1	-
	ชุมชน	1	1	6	6	7	-
ระบบบันทึกและการรายงาน	ทั่วไป/ศูนย์	-	1	2	11	1	-
	ชุมชน	-	1	2	15	3	-
การบริหารเวชภัณฑ์ยา	ทั่วไป/ศูนย์	-	-	-	13	2	-
	ชุมชน	-	-	2	18	1	-

โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป 15 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 21 แห่ง

ตารางที่ 4.8 มุมมองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อบริการที่ได้รับ

ประเด็นของการให้บริการ	ผู้รับบริการในโรงพยาบาลทั่วไป/ศูนย์ (n=499)		ผู้รับบริการในโรงพยาบาลชุมชน (n=636)		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ได้รับบริการ						
น้อยเกินไป	2	0.4	8	1.3	10	0.9
พอดี	320	64.4	487	76.6	807	71.2
มากเกินไป	173	35.2	141	22.2	316	27.3
การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผลดีผลเสียของยา						
ไม่ได้รับ	18	3.6	15	2.4	33	2.9
ได้รับ	481	96.4	619	97.6	1,100	97.1
ความเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับการกินยาที่ได้รับ						
ไม่เข้าใจเลย	2	0.4	2	0.3	4	0.4
เข้าใจบ้าง	172	36.0	238	38.0	410	37.1
เข้าใจดี	304	63.6	387	61.7	691	62.5
การได้พบแพทย์เมื่อไปรับบริการครั้งสุดท้าย						
ไม่ได้พบ	22	4.4	240	37.7	262	23.1
ได้พบ	477	95.6	396	62.3	873	76.9
การได้รับความสะดวก						
ไม่ได้รับ	24	4.8	37	5.8	61	5.4
ได้รับ	474	95.2	599	94.2	1073	94.6
การแสดงความรังเกียจจากผู้ให้บริการ						
ไม่เคยได้รับ	460	92.2	594	93.8	1,054	93.1
มีบ้างบางครั้ง	37	7.4	36	5.7	73	6.4
มีบ่อยครั้ง	2	0.4	3	0.5	5	0.5
ความพึงพอใจต่อระบบบริการโดยรวม						
ไม่พอใจมาก	1	0.2	1	0.2	2	0.2
ไม่พอใจ	2	0.4	6	1.0	8	0.7
พอใจ	208	42.2	274	43.6	482	43.0
พอใจมาก	282	57.2	348	55.3	630	56.1

หมายเหตุ ผู้ให้ข้อมูลรวมทั้งสิ้น 1,135 ราย ยกเว้นบางประเด็นการให้ข้อมูลไม่ครบถ้วน

อภิปราย และข้อเสนอแนะ

ระบบการบริหารจัดการภายในโรงพยาบาลมีส่วนเกี่ยวข้องกับคุณภาพบริการ โรงพยาบาลที่มีการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง หรือโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองจากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) พบว่า มีจุดเด่นที่แตกต่างจากโรงพยาบาลอื่นที่เห็นได้ชัด ตัวอย่างเช่น การให้บริการเป็นทีม การมีระบบการดูแลติดตามตรวจสอบการกินยาของผู้ป่วย การบันทึกรายงานที่เป็นระบบ และการมีแนวทางเวชปฏิบัติในกิจกรรมบริการด้านต่างๆ เป็นต้น

อุปสรรคในการให้บริการที่พบเห็นได้ในบางแห่ง คือปัญหาการขาดแคลนบุคลากร โดยเฉพาะแพทย์ ทำให้ผู้ให้บริการที่มีอยู่ไม่สามารถแบกรับภาระงานในโครงการได้อย่างเต็มที่ เนื่องจากต้องรับผิดชอบงานหลายด้าน ในการ

เยี่ยมสำรวจโรงพยาบาลครั้งนี้ พบมีโรงพยาบาล 2 แห่ง ที่ไม่มีแพทย์มาปฏิบัติหน้าที่ ณ คลินิกบริการ หรือบางโรงพยาบาลไม่มีแพทย์ประจำ แต่ใช้การหมุนเวียนแพทย์ออกตรวจ นอกจากนี้บางแห่งยังพบกับปัญหาแพทย์โยกย้ายบ่อย ภาระงานหลายด้านจึงตกอยู่ที่พยาบาล ซึ่งต้องทำหน้าที่หลายด้าน ทั้งในบทบาทของแพทย์ และการให้บริการทางการแพทย์ รวมทั้งการให้คำปรึกษาแนะนำด้วย ซึ่งปัญหาด้านการขาดแคลนบุคลากรน่าจะเป็นสิ่งที่แก้ไขได้ในระบบภายในของโรงพยาบาลเอง หากผู้บริหารโรงพยาบาลมองเห็นความสำคัญ และมีการจัดสรรบุคคล หรือการกระจายงานที่เหมาะสม การนำเสนอรายงานผลการปฏิบัติงานที่ก่อให้เกิดผลดีต่อทั้งผู้ป่วยและโรงพยาบาล เช่น คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วย อัตราการเข้านอนโรงพยาบาลด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่ลดลง อัตราการครองเตียงของผู้ป่วยเอดส์ ลดลง ซึ่งส่งผลต่อค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลที่ต้องแบกรับในผู้ป่วยเอดส์ลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับกรณีที่ไม่ได้ใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ในการรักษา จะช่วยให้ผู้บริหารมีความสนใจและให้การสนับสนุนอย่างจริงจังมากขึ้น

ระบบบริการยาต้านไวรัสเอดส์ มีจุดเด่นและข้อด้อยที่แตกต่างกันไปในแต่ละโรงพยาบาล โครงสร้างพื้นฐานของโรงพยาบาลที่เป็นส่วนสำคัญในการผลักดันให้โครงการดำเนินไปด้วยดี สิ่งที่พบเห็นในทุกโรงพยาบาลคือ การที่ผู้ให้บริการมีทัศนคติที่ดีต่อโครงการ และมีเจตคติที่ดีต่อการให้บริการแก่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ถึงแม้ว่าจะมีภาระงานที่เพิ่มมากขึ้น แต่ก็มีความมุ่งมั่นในการให้บริการ และมองหาโอกาสในการพัฒนางานอยู่เสมอ การมีทัศนคติที่ดีต่อโครงการของผู้ให้บริการถือเป็นนิมิตหมายที่ดีของความสำเร็จในการดำเนินงาน อย่างไรก็ตามการเสริมสร้างความเข้มแข็งทั้งด้านความรู้และทักษะในการให้บริการ การเพิ่มขวัญและกำลังใจของผู้ปฏิบัติงานก็ควรต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

ข้อด้อยของการจัดบริการยาต้านไวรัสเอดส์ พบว่า ยังไม่มีความชัดเจนของแนวทางการปฏิบัติในบางประเด็น เช่น เกณฑ์การส่งต่อผู้ป่วย การติดตามผลการรักษา แนวทางการดูแลกลุ่มผู้ป่วยเฉพาะ เช่น กลุ่มผู้ติดเชื้อเสพติด เด็กผู้ถูกทารุณกรรม กลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคซับซ้อน เป็นต้น รวมทั้งเกณฑ์การให้ หรือการหยุด Primary chemoprophylaxis เพื่อป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสยังไม่มีรายละเอียด และบางครั้งเนื้อความที่ไม่มีความชัดเจน และไม่สอดคล้องในเรื่องเดียวกันระหว่างบท เช่น ระยะเวลาในการส่งตรวจ SGPT และ CD4 เป็นต้น ทำให้เกิดความสับสนในทางปฏิบัติ แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยควรจัดทำแยกจากคู่มือดำเนินงานโครงการ และให้มีเนื้อหากระชับ และระบุแหล่งที่มาของหลักฐานทางวิชาการหรืองานวิจัยที่ใช้อ้างอิง เพื่อสามารถสืบค้นต่อได้

การไม่มีการจัดระบบปรึกษาด้านการรักษา (consultation) แก่แพทย์เมื่อประสบปัญหา ทำให้เกิดความยากลำบากในการตัดสินใจ และไม่เกิดผลดีต่อการรักษา ในแต่ละพื้นที่ในระดับจังหวัดควรมีการจัดระบบปรึกษาแก่แพทย์ในโครงการ ทั้งนี้เนื่องจากแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยในโครงการมีพื้นฐานความรู้และทักษะแตกต่างกัน โดยเฉพาะในส่วน of แพทย์ทั่วไปและแพทย์จบใหม่ที่ยังไม่มีประสบการณ์ด้านการดูแลรักษาผู้ป่วย การมีแนวทางการรักษา และแนวทางการส่งต่อที่ชัดเจน จะช่วยลดปัญหาดังกล่าว รวมถึงการมีระบบปรึกษาแก่แพทย์เหล่านี้ได้ตลอดเวลากรณีที่มีปัญหาเร่งด่วน หรือเกินขีดความสามารถในการรักษา โดยจะต้องมีการกำหนดผู้รับผิดชอบด้านการให้คำปรึกษาที่ชัดเจน และสามารถเข้าถึงได้ง่าย เช่น มีผู้รับผิดชอบติดตามความเปลี่ยนแปลงทางวิชาการ และมีระบบ Online ให้ผู้ปฏิบัติสามารถเข้าไปสอบถามปัญหาที่เกิดจากการปฏิบัติจริงได้ตลอดเวลาซึ่งจะช่วยลดปัญหาความผิดพลาดในการทำงาน การใช้ทรัพยากรที่ไม่คุ้มค่า เสริมสร้างความมั่นใจในการทำงานให้แก่ผู้ปฏิบัติ

การทำงานเป็นทีมของผู้ให้บริการเป็นเรื่องสำคัญ ควรจัดให้ทีมมีการดำเนินงานเป็นแบบสหวิชาชีพ (Patient Care Team) มีการกำหนดบทบาทของผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน และจัดทีมผู้ให้การดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสผสมผสานเป็นส่วนหนึ่งของระบบปกติของการบริการ การจัดการอบรมที่ต่อเนื่อง พอเพียง และครอบคลุมก็เป็นอีกส่วนหนึ่งที่จะพัฒนาความรู้ความสามารถของบุคลากรเหล่านี้ อีกทั้งการจัดการอบรมควรมีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายของผู้อบรมให้ชัดเจน

ถึงแม้ว่าเวลาการประเมินมีจำกัด ทำให้ไม่สามารถกำหนดเวลาเยี่ยมชมสำรวจให้ได้ตรงกับวันที่มีคลินิกบริการได้ในทุกโรงพยาบาล และมีหลายแห่งที่ไม่ได้สังเกตการปฏิบัติงานจริง ผู้ประเมินก็ได้มีความพยายามในการศึกษาข้อมูล การปฏิบัติงานให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ใกล้เคียงกับความเป็นจริง โดยการจัดสนทนากลุ่มกับผู้ให้บริการด้านต่างๆ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ผู้ให้คำปรึกษา และเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ นอกจากนี้ มีการเยี่ยมชมสำรวจงานบริการบางด้านที่สามารถทำได้ เช่น ด้านห้องปฏิบัติการ การบริหารเวชภัณฑ์ยา การจัดสถานที่คลินิกบริการ การทำกิจกรรมกลุ่ม และศึกษาเอกสารรายงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาล ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม ได้นำมาตรวจสอบกับหลักฐานจากเอกสารต่างๆ และแบบสอบถามผู้ให้บริการรายบุคคล รวมทั้งข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้รับบริการด้วย เพื่อนำมาประกอบการพิจารณาประเมินคุณภาพของระบบบริการ ผู้ประเมินมีความมั่นใจระดับหนึ่งว่า ภาพด้านระบบบริการยาต้านไวรัสเอ็ดส์ในโรงพยาบาลที่น่าเสนอนี้ เป็นภาพที่ใกล้เคียงความจริง

บรรณานุกรม

1. สิทธิศักดิ์ พฤษภัตติกุล. คู่มือการตรวจสอบคุณภาพโรงพยาบาล. 2542
2. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการปฏิบัติงานการพัฒนาระบบบริการและติดตามผลการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ด้วยยาต้านไวรัสในประเทศไทย ปี 2546. กรุงเทพมหานคร. เจ เอส การพิมพ์, 2546
3. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง. กรุงเทพมหานคร. เจ เอส การพิมพ์, 2545.
4. CDC. Framework for program evaluation in public health. MMWR: 1999: vol.48; No. RR-11
5. Basic guide of program evaluation. www.mapnp.org/library/evaluatn/fnl_eval.htm
6. World Health Organization. Treating 3 million by 2005; making it happen: The WHO strategy. Geneva. WHO: 2003.
7. World Health Organization. Scaling up antiretroviral therapy in resource-limited settings. Geneva. WHO: 2002

บทที่ 5

ผลที่เกิดขึ้นในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์

บทนำ

ปัจจุบันยาต้านไวรัสเอดส์ถือได้ว่าเป็นสิ่งที่จำเป็นในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ด้วยความเชื่อที่ว่ายาต้านไวรัสเอดส์จะช่วยทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และสามารถลดการเจ็บป่วยและการตายจากโรคเอดส์ได้ ผลดีของการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์นั้นได้มีการยืนยันจากงานวิจัยในผู้ติดเชื้อเอชไอวีเรื้อรัง ที่เกิดผลดีทั้งด้านคลินิกและผลการเปลี่ยนแปลงของตัวชี้วัดทางห้องปฏิบัติการ การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์กลุ่มที่เป็น Highly active antiretroviral therapy (HAART) พบว่า สามารถลดการเพิ่มจำนวนของเชื้อไวรัส ป้องกันการลดลงของระดับภูมิคุ้มกันของร่างกาย และชะลอการเกิดอาการทางคลินิกได้ในระยะยาว แต่ทั้งนี้ประสิทธิผลของยาดังกล่าวก็ขึ้นกับความต่อเนื่องและความครบถ้วนของการกินยาของผู้ป่วยด้วย การดำเนินงานโครงการให้บริการยาต้านไวรัสเอดส์แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์นั้น จำเป็นต้องมีการติดตามผลที่เกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมโครงการ โดยกำหนดตัวชี้วัดผลในด้านต่างๆ ทั้งด้านชีวภาพ สังคม และพฤติกรรม รวมทั้งผลกระทบต่อครอบครัวและชุมชนด้วย รายงานในบทนี้เป็นผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ในโครงการ ATC เป็นการติดตามผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นของโครงการ ได้แก่ อัตราการคงรับยาในโครงการ การเสียชีวิต การเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ภาวะสุขภาพ และการเปลี่ยนแปลงของผลทางห้องปฏิบัติการ (CD4) หลังการรักษา และการรับรู้ต่อสุขภาพตัวเองของผู้รับยา รวมทั้งศึกษาผลที่เกิดขึ้นด้านสังคมด้วย

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษา

1. ผลที่เกิดขึ้นด้านคลินิก ได้แก่ อัตราการเสียชีวิต การติดเชื้อฉวยโอกาส อัตราการรับยาต่อเนื่อง การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวหลังการรักษา
2. เปรียบเทียบระดับระดับ CD4 cell count เมื่อแรกรับ และที่ 6 เดือน และ 12 เดือน หลังการรักษา
3. การรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อสุขภาพของตนเอง และผลที่เกิดขึ้นด้านสังคม ได้แก่ การยอมรับของครอบครัว/ชุมชน พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์และการป้องกัน

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

การศึกษาในวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 และข้อที่ 2 เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) ชนิดติดตามไปข้างหน้า โดยศึกษาข้อมูลทุติยภูมิจากเวชระเบียนรายงานของโรงพยาบาลในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่เข้าโครงการระหว่างปีงบประมาณ 2546 ตั้งแต่เริ่มการรักษา และติดตามข้อมูลของการมารับบริการในแต่ละเดือน สิ้นสุดถึงเดือนกุมภาพันธ์ ปี 2547

การศึกษาในวัตถุประสงค์ข้อที่ 3 เป็นการศึกษาโดยการสำรวจ (Cross sectional survey) เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้าโครงการ ATC ในช่วงระหว่างปีงบประมาณ 2546 ที่สามารถติดตามได้

พื้นที่ศึกษา และกลุ่มตัวอย่าง

โรงพยาบาล 36 แห่ง ในเขตพื้นที่ 12 จังหวัด ที่สุ่มเลือกมาเขตละ 1 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดอยุธยา ลพบุรี ปราจีนบุรี ประจวบคีรีขันธ์ สุรินทร์ อุตรดิตถ์ อำนาจเจริญ สุโขทัย น่าน เชียงใหม่ กระบี่ และสงขลา (พื้นที่เดียวกันกับการประเมินด้านระบบบริการ ในบทที่ 4) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกรายที่รับยาต้านไวรัสเอดส์ในโครงการ ATC ในระหว่างปีงบประมาณ 2546 ที่มารับบริการในโรงพยาบาลดังกล่าว

วิธีการเก็บข้อมูล

1. ออกแบบเก็บข้อมูลเพื่อใช้เก็บข้อมูลจากบันทึกรายงาน และเวชระเบียนผู้ป่วยของโรงพยาบาล ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปประวัติการติดเชื้อเมื่อแรกเข้าโครงการ ข้อมูลการมารับบริการแต่ละครั้งของผู้ป่วย เพื่อติดตามอาการ การวินิจฉัย การเกิดโรคฉวยโอกาส การหยุดยา การขาดนัด การเกิดอาการข้างเคียง การเสียชีวิต และการเปลี่ยนแปลงของระดับ CD4
2. ตรวจสอบความถูกต้อง และความครบถ้วนของข้อมูลที่ได้ กับบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วย และแบบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ในกรณีที่ข้อมูลที่ได้ไม่ชัดเจนหรือครบถ้วน ได้สอบถามเพิ่มเติมจากเจ้าหน้าที่พยาบาลผู้รับผิดชอบคลินิกบริการยาต้านไวรัส เพื่อตรวจสอบข้อมูลซ้ำ
3. จัดทำฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้รับบริการแต่ละราย ในแต่ละครั้งที่มารับบริการ เก็บข้อมูลตั้งแต่แรกเข้าโครงการในระหว่างปี 2545-2546 และติดตามข้อมูลจนถึงเดือนกุมภาพันธ์ ปี 2547

ผลการศึกษา

ลักษณะของผู้ติดเชื้อเอชไอวีก่อนรับยาต้านไวรัสเอดส์

ระยะของโรคเมื่อแรกรับ

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 1,042 ราย พบว่าเมื่อแรกรับ 165 ราย (ร้อยละ 15.8) ยังไม่มีอาการ (Asymptomatic HIV) ผู้ติดเชื้อจำนวน 355 ราย (ร้อยละ 34.1) เป็นผู้ที่มีอาการ (Symptomatic HIV) และจำนวน 477 ราย (ร้อยละ 42.9) เป็นผู้ที่มีอาการ AIDS และไม่ได้ระบุ 75 ราย (ร้อยละ 7.2) ดังแสดงในตารางที่ 5.1

ระดับ CD4 cell count เมื่อแรกรับ

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี 1,042 ราย พบว่า 561 ราย (ร้อยละ 53.8) มี CD4 เมื่อแรกรับต่ำกว่า 50/cu.mm. ผู้ที่มี CD4 เมื่อแรกรับอยู่ระหว่าง 50-199/cu.mm. มีจำนวน 375 ราย (ร้อยละ 36.0) ส่วนผู้ที่มี CD4 แรกรับมากกว่า 200/cu.mm. มีจำนวน 65 ราย (ร้อยละ 6.2) และจำนวน 41 ราย (ร้อยละ 3.9) ไม่มีข้อมูลระบุ (ตารางที่ 5.1) ในผู้ติดเชื้อ 65 รายที่มี CD4 มากกว่า 200/cu.mm. นี้ พบว่า 13 ราย มี CD4 ตั้งแต่ 300/cu.mm ขึ้นไป ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ที่เคยรับยาต้านไวรัสมาก่อน ทั้งจากการซื้อยากินเอง หรือเคยเข้าร่วมโครงการในโรงพยาบาลอื่น

ประสบการณ์การกินยาต้านไวรัสเอดส์

ผู้ติดเชื้อจำนวน 854 (ร้อยละ 82.0) ไม่เคยได้รับยาต้านไวรัสเอดส์มาก่อนเข้าโครงการ ATC ผู้ติดเชื้อจำนวน 188 ราย (ร้อยละ 18.0) เคยกินยาต้านไวรัสเอดส์มาก่อน และอีก 76 ราย (ร้อยละ 7.3) ไม่มีข้อมูลระบุไว้

ตารางที่ 5.1 ลักษณะของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเมื่อแรกรับเข้าโครงการ

ลักษณะของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเมื่อแรกรับ	จำนวน	ร้อยละ
ปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อ		
เพศสัมพันธ์	957	91.8
ยาเสพติดฉีดเข้าเส้น	35	3.4
รับเลือดที่ติดเชื้อ	3	0.3
ไม่ทราบ	2	0.2
อื่นๆ	3	0.3
ระยะของการติดเชื้อ		
Asymptomatic HIV	165	15.8
Symptomatic HIV	355	34.1
AIDS	477	42.9
ไม่ได้ระบุ	75	7.2
ค่า CD4 แรกรับ		
ต่ำกว่า 50	561	53.8
50-199	375	36.0
200 ขึ้นไป	65	6.2
ไม่ได้ระบุ	41	3.9
ประสบการณ์การกินยาต้านไวรัส		
ไม่เคย	854	82.0
เคยกินยาในโครงการ PMTCT	34	3.3
กินยาในโครงการ ATC ในระยะแรก	43	4.1
อื่นๆ	35	3.3
ไม่ระบุ	76	7.3

หมายเหตุ จำนวนตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวี 1,042 ราย ข้อมูลในบางประเด็นไม่ครบถ้วน

อัตราการรอดชีวิต (Survival rate)

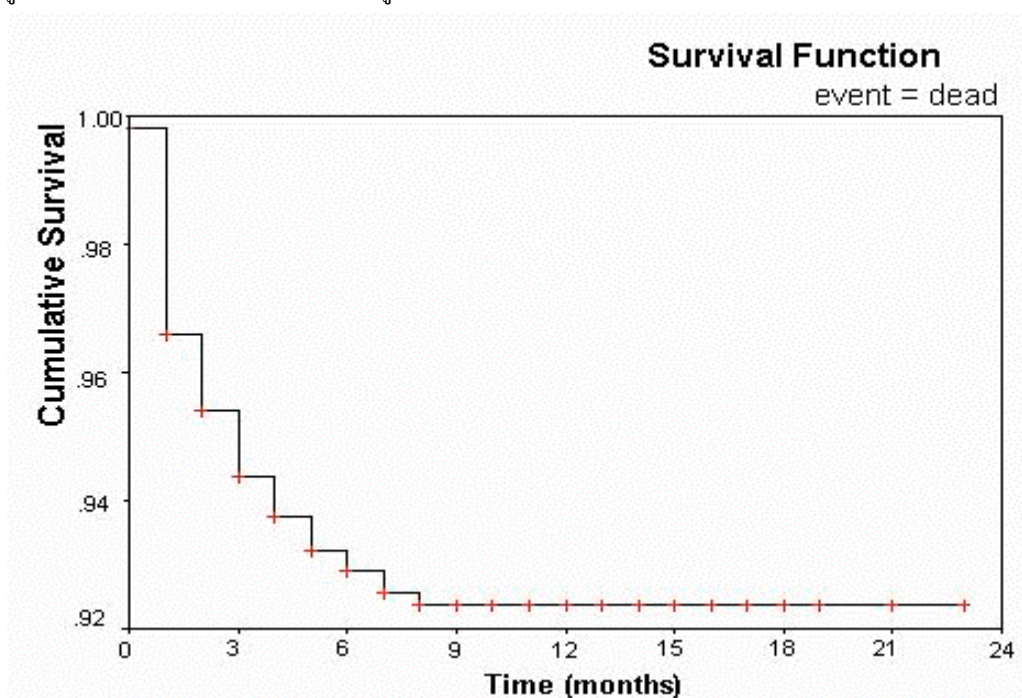
ผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 1,042 ราย เมื่อติดตามผลหลังการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ พบว่า อัตราการรอดชีวิตหลังการรักษา ณ เวลา 1 ปี เท่ากับ ร้อยละ 92 และอัตราการรอดชีวิตยังคงที่ในปีที่ 2 ในช่วงเวลา 6 เดือนแรกของการรักษา พบว่าเป็นช่วงเวลาที่มียอัตราการเสียชีวิตสูงสุด และเริ่มคงที่หลังการรักษาด้วยยาต้านไวรัสไปแล้วเป็นเวลา 9 เดือน ดังแสดงในกราฟรูปที่ 5.1

อัตราการรอดชีวิตของผู้ติดเชื้อแยกตามระยะของโรคเมื่อแรกรับ พบว่า กลุ่มที่ไม่มีอาการ (Asymptomatic) และ กลุ่มที่มีอาการ (Symptomatic) มียอัตราการรอดชีวิต ณ 1 ปี หลังการรักษาเท่ากับ ร้อยละ 95 ส่วนกลุ่มที่มีอาการ AIDS พบว่ามียอัตราการรอดชีวิตเท่ากับร้อยละ 90 เมื่อพิจารณาอัตราการรอดชีวิตแยกตามระดับ CD4 ของผู้ติดเชื้อเมื่อ

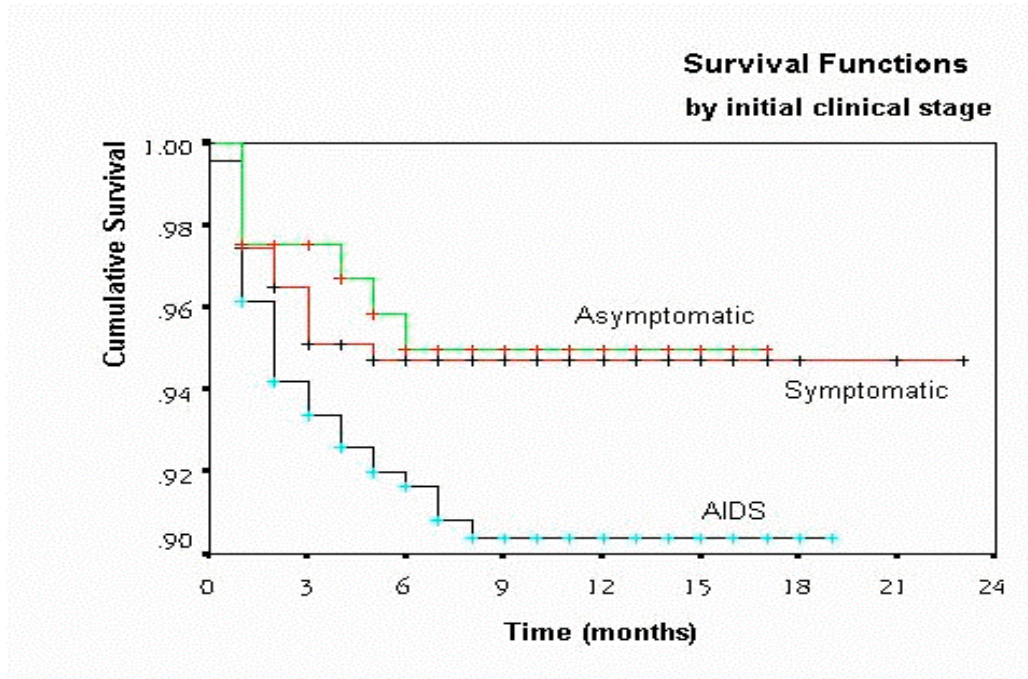
แรกเริ่ม พบว่า กลุ่มที่มีระดับ CD4 ต่ำมักจะมีอัตราการรอดชีวิตที่ต่ำกว่า กลุ่มที่มีระดับ CD4 ที่สูง กล่าวคือ กลุ่มที่มีระดับ CD4 เมื่อแรกเริ่มต่ำกว่า 50/cu.mm มีอัตราการรอดชีวิตร้อยละ 89 กลุ่มที่มีระดับ CD4 50-199/cu.mm มีอัตราการรอดชีวิตอยู่ระหว่างร้อยละ 95-98 ส่วนกลุ่มที่มีระดับ CD4 มากกว่า 200/cu.mm. มีอัตราการรอดชีวิตเท่ากับร้อยละ 100 (รูปที่ 5.2 และ 5.3)

อัตราการรอดชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เปรียบเทียบระหว่างชนิดของโรงพยาบาลที่ให้บริการ พบว่ากลุ่มที่รับบริการทางด้านไวรัสเอดส์จากโรงพยาบาลทั่วไป/ศูนย์ และโรงพยาบาลชุมชน ณ 1 ปี หลังการรักษามีอัตราการรอดชีวิตเท่ากับร้อยละ 94 เปรียบเทียบกับกลุ่มที่รับบริการจากโรงพยาบาลชุมชน ที่มีอัตราการรอดชีวิตเท่ากับ ร้อยละ 90 ดังแสดงในกราฟรูปที่ 5.4

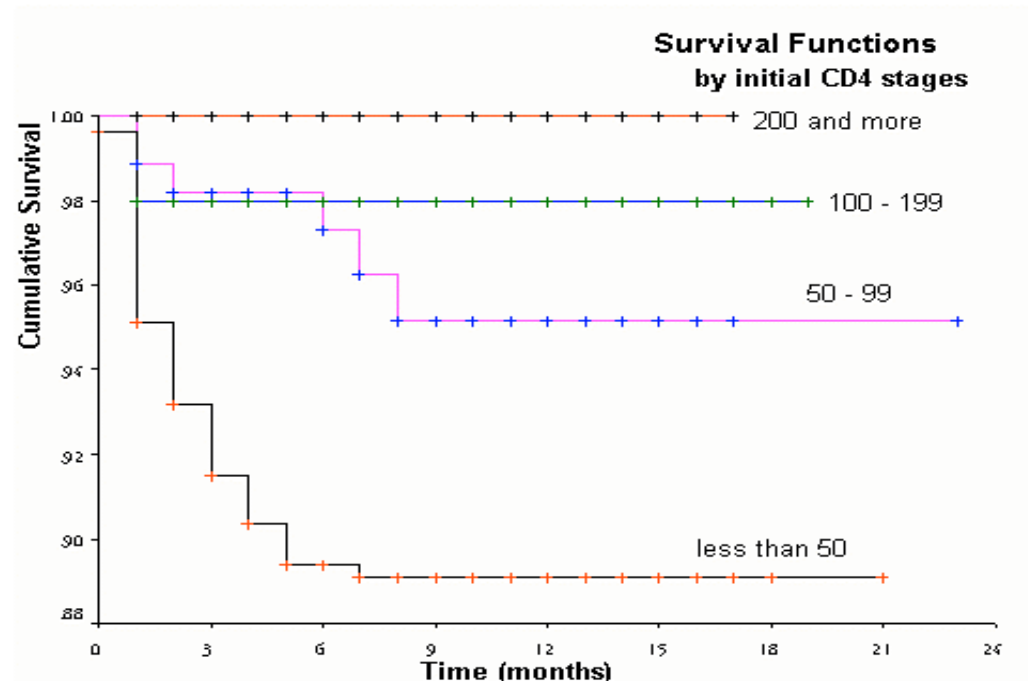
รูปที่ 5.1 กราฟแสดงอัตราการรอดชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหลังการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์



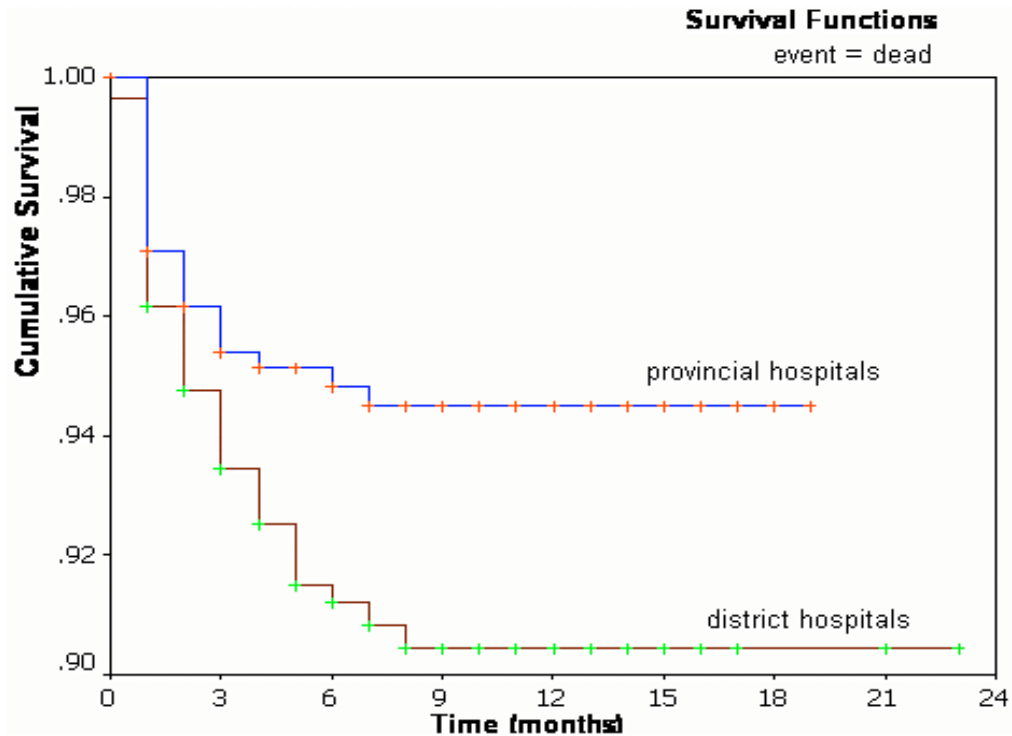
รูปที่ 5.2 กราฟแสดงอัตราการรอดชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี แยกตามระยะของโรคเมื่อแรกรับ



รูปที่ 5.3 อัตราการรอดชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี แยกตามระดับ CD4 เมื่อแรกรับ



รูปที่ 5.4 อัตราการรอดชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี แยกตามชนิดของโรงพยาบาลที่ให้บริการ



การเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหลังการรักษา

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 1,042 ราย ที่ศึกษา พบว่ามีผู้เสียชีวิตรวมทั้งสิ้น 67 ราย (ร้อยละ 6.4) การเสียชีวิตส่วนใหญ่เกิดขึ้นภายในระยะ 6 เดือนแรกของการรักษา การเสียชีวิตในผู้ติดเชื้อจำนวน 56 ใน 67 ราย (ร้อยละ 84) เป็นการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ ส่วน 11 ใน 67 ราย เป็นการเสียชีวิตจากสาเหตุอื่น

ในผู้ติดเชื้อจำนวน 56 รายที่เสียชีวิตจากโรคเอดส์ พบว่า 47 ใน 56 ราย การเสียชีวิตเกิดขึ้นในขณะที่ยังรับประทานไวรัสเอดส์ ผู้ติดเชื้อจำนวน 7 ราย ได้รับการวินิจฉัยว่าการรักษาล้มเหลว และ 2 ราย เกิดอาการข้างเคียงรุนแรง และต้องหยุดยาด้านไวรัส ต่อมาจึงเสียชีวิต สาเหตุของการเสียชีวิตเท่าที่สามารถติดตามได้ แสดงไว้ในตารางที่ 5.2

การเสียชีวิตแยกตามระยะของโรคเมื่อแรกรับ

อัตราการเสียชีวิตในกลุ่มผู้ติดเชื้อที่ไม่มีอาการ (Asymptomatic HIV) เมื่อแรกรับ พบได้ร้อยละ 4.3 (7/162 ราย) กลุ่มผู้ติดเชื้อที่มีอาการ (Symptomatic HIV) และ กลุ่มที่เป็นเอดส์ (AIDS) พบได้ ร้อยละ 4.8 (17/352 ราย) และ ร้อยละ 8.3 (37/444) ตามลำดับ อัตราการเสียชีวิตระหว่างกลุ่มดังกล่าว พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}=0.067$)

การเสียชีวิตแยกตาม CD4 เมื่อแรกรับ

อัตราการเสียชีวิตเนื่องมาจากการติดเชื้อเอชไอวี แยกตามระดับระดับของ CD4 พบว่าในกลุ่มผู้ติดเชื้อที่มีค่า CD4 ต่ำกว่า 50 เมื่อแรกรับ พบได้ร้อยละ 9.9 ผู้ที่มีค่า CD4 ระหว่าง 50-199 และ 200 ขึ้นไป พบได้ ร้อยละ 8.1 ร้อยละ

2.2 และ ร้อยละ 0.0 ตามลำดับ ความแตกต่างของอัตราการเสียชีวิตระหว่างกลุ่มดังกล่าวพบว่า มีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.0001) ดังแสดงในตารางที่ 5.3

ตารางที่ 5.2 โรคหรือภาวะที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหลังการรักษา

โรค/ภาวะที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิต	จำนวน	ร้อยละ
Cryptococcal meningitis	12	17.9
Pneumocystis Carinii Pneumonia	7	10.4
Tuberculosis	6	9.0
Penicillosis	2	3.0
Wasting	8	11.9
Anaphylactic shock	1	1.5
Non-specific infection	12	17.9
ไม่มีข้อมูล ไม่สามารถติดตามได้	19	28.4
รวม	67	100.0

ตารางที่ 5.3 อัตราการเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหลังการรักษา แยกตามระยะของโรคและ CD4 เมื่อแรกรับ

ลักษณะเมื่อแรกรับ	จำนวนตัวอย่าง (ราย)	จำนวนที่เสียชีวิต (ร้อยละ)
ระยะของโรค		
ไม่มีอาการ (Asymptomatic)	165	7 (4.2)
มีอาการ (Symptomatic)	355	17 (4.8)
AIDS	477	37 (7.8)
ระดับ CD4 เมื่อแรกรับ (/cu.mm.)*		
น้อยกว่า 50	561	55 (9.8)
50-199	375	10 (2.7)
200 ขึ้นไป	65	0 (0.0)

* P-value<0.001

การรักษาแผลและการเกิดอาการข้างเคียงจากยา

ผู้ติดเชื้อทั้งหมด 1,042 ราย พบว่า 26 ราย (ร้อยละ 2.5) ได้รับการวินิจฉัยว่าการรักษาแผล ผู้ติดเชื้อ 15 รายใน 1,042 ราย (ร้อยละ 1.5) ได้รับการวินิจฉัยว่ามีผลข้างเคียงรุนแรงจากยาต้านไวรัส เช่น ฝื่นคันรุนแรง ไข้สูง และ Steven Johnson Syndrome ผู้ติดเชื้อจำนวน 11 ใน 15 ราย ต้องหยุดยาต้านไวรัส ส่วนอีก 4 ราย ได้รับการเปลี่ยนสูตรยา

ผู้ติดเชื้อที่ยังคงรับยาในโครงการ (Retention rate)

การติดตามข้อมูลผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 1,042 ราย ที่รับเข้าโครงการ ในระหว่างปีงบประมาณ 2546 พบว่าการติดตามข้อมูลถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2547 มีผู้ติดเชื้อที่ยังคงรับยาต่อเนื่องถึงปัจจุบันจำนวน 903 ราย (ร้อยละ 86.7)

การเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (Opportunistic infections)

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับยาต้านไวรัส จำนวน 1,042 ราย พบการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสจำนวน 80 ครั้ง ในผู้ติดเชื้อ 80 ราย (1 ครั้ง/ราย) ในระหว่างการติดตามถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2547 คิดเป็นอุบัติการณ์รวม (Cumulative incidence) เท่ากับ ร้อยละ 7.6 ผลรวมของระยะเวลาติดตามกลุ่มตัวอย่าง 1,042 ราย เท่ากับ 8,157 เดือน อัตราอุบัติการณ์ (Incidence rate) ของการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส เท่ากับ 9.8 ต่อ 1000 Person-months (ตารางที่ 5.4)

ตารางที่ 5.4 โรคติดเชื้อฉวยโอกาส ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีหลังการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์

การเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสหลังการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์	
จำนวนตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมด (ราย)	1,042
จำนวนผู้ที่เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (ราย)	80
อุบัติการณ์รวม (Cumulative incidence, %)	7.6%
ผลรวมระยะเวลาในการติดตามผู้ติดเชื้อ 1,042 ราย (Person-months)	8,157
อัตราอุบัติการณ์ (Incidence rate; /Person-months)	9.8/1,000

การเกิดโรคฉวยโอกาสในแต่ละช่วงเวลาหลังการรักษา

เมื่อจำแนกตามระยะเวลาหลังรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ พบว่า อัตราการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสพบสูงถึงร้อยละ 20-25 ในช่วงระยะเวลา 3 เดือนแรกของการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และมีแนวโน้มลดต่ำลงในเวลาต่อมา อัตราการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสหลังการรักษานานกว่า 6 เดือน พบได้ต่ำกว่าร้อยละ 10 ดังแสดงในรูปที่ 5.5

ชนิดของโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

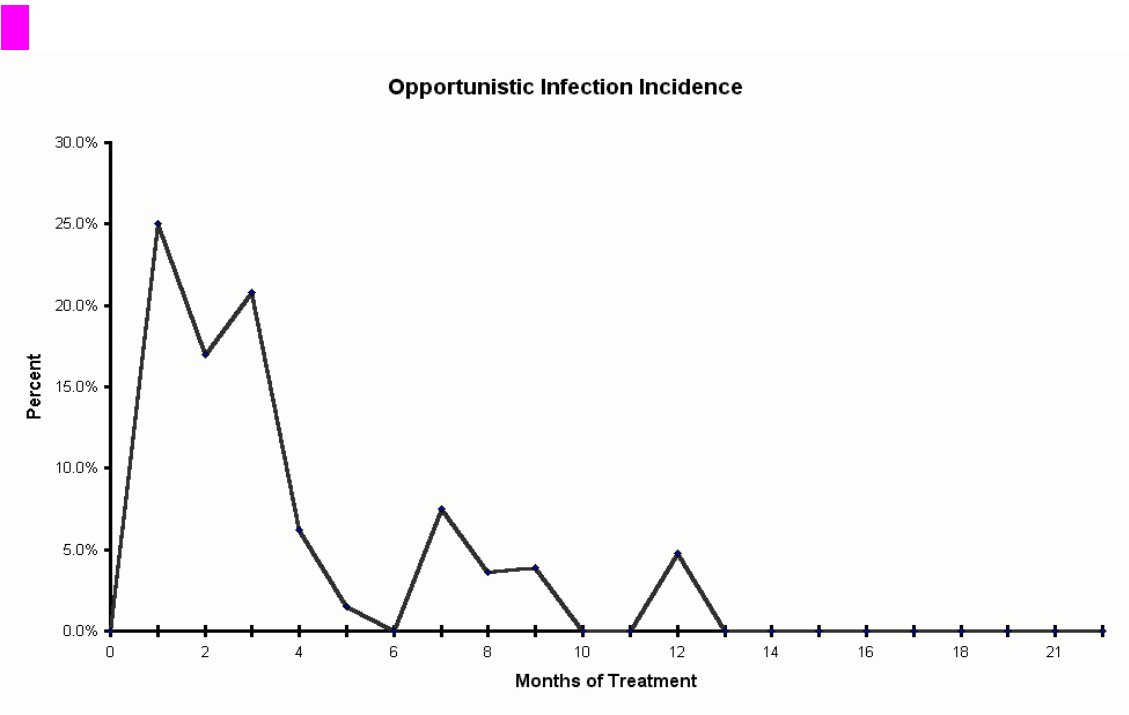
ผู้ติดเชื้อจำนวน 80 ใน 1,042 ราย เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสระหว่างกินยาต้านไวรัส โรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบได้บ่อยที่สุดคือ วัณโรค คือพบได้ในอัตราร้อยละ 1.5 ของผู้ติดเชื้อที่กินยาต้านไวรัส รองลงมาพบได้ที่พบแสดงไว้ในตารางที่ 5.5

ตารางที่ 5.5 โรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบในผู้ติดเชื้อเอชไอวีหลังการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์

ชนิดของโรคติดเชื้อฉวยโอกาส	จำนวนการเกิดโรค (ราย)	อัตราโรค (ร้อยละ)
Cytomegalovirus	3	0.3
Herpes zoster	5	0.5
Tuberculosis	16	1.5
Oral candidiasis	12	1.2
Cryptococcosis	13	1.2
Toxoplasmosis	1	0.1
Pneumocystis carinii pneumonia	4	0.4
Penicillosis	1	0.1
Not specify	27	2.5

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 1,042 ราย

รูปที่ 5.5 การเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสในแต่ละช่วงเวลาหลังการรักษา



การเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสแยกตามระยะของโรคเมื่อแรกรับ

ผู้ติดเชื้อที่ไม่มีอาการ (Asymptomatic HIV) เมื่อแรกรับ พบอัตราโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ร้อยละ 7.9 ผู้ติดเชื้อที่มีอาการ (Symptomatic HIV) พบได้ร้อยละ 5.9 และผู้ติดเชื้อที่เป็น AIDS พบได้ ร้อยละ 8.7 ตามลำดับ ความแตกต่างของอัตราโรคติดเชื้อฉวยโอกาสระหว่างกลุ่มดังกล่าวพบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}=0.32$) (ตารางที่ 5.5)

การเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสแยกตามระดับ CD4 เมื่อแรกรับ

ผู้ติดเชื้อที่มีระดับ CD4 cell count เมื่อแรกรับต่ำกว่า 50/cu.mm. พบว่า มีอัตราการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ร้อยละ 10.0 ผู้ที่มีระดับ CD4 อยู่ระหว่าง 50-99, 100-199 และ 200/cu.mm. ขึ้นไป พบได้ ร้อยละ 8.5 ร้อยละ 2.5 และ ร้อยละ 4.6 ตามลำดับ ความแตกต่างของอัตราโรคติดเชื้อฉวยโอกาสระหว่างกลุ่มดังกล่าวพบว่ามีความนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value } 0.003$) (ตารางที่ 5.6)

ตารางที่ 5.6 อัตราโรคติดเชื้อฉวยโอกาสแยกตามลักษณะของผู้ติดเชื้อเมื่อแรกรับ

ลักษณะของผู้ติดเชื้อเอชไอวีแรกรับ	จำนวนตัวอย่าง (ราย)	การเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส จำนวน (ร้อยละ)
ระยะโรคเมื่อแรกรับ*		
Asymptomatic	165	13 (7.9)
Symptomatic	355	21 (5.9)
AIDS	447	39 (8.7)
CD4**		
ต่ำกว่า 50	561	56 (10.0)
50-99	176	15 (8.5)
100-199	199	5 (2.5)
200 ขึ้นไป	65	3 (4.6)

* $P\text{-value } 0.32$, ** $P\text{-value } 0.003$

การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวหลังการรักษา

ผู้ติดเชื้อจำนวน 1,009 ราย เมื่อแรกรับ ค่าเฉลี่ยของน้ำหนักตัว เท่ากับ 50.4 กิโลกรัม โดยมีน้ำหนักต่ำสุดที่ 25 กิโลกรัม และสูงสุดที่ 103 กิโลกรัม ผู้ติดเชื้อจำนวน 549 ราย ที่มีการติดตามน้ำหนักตัวที่ 6 เดือนหลังกินยา พบว่า ค่าเฉลี่ยของน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเป็น 54.84 กิโลกรัม ($P\text{-value}<0.001$) ผู้ติดเชื้อแต่ละรายหลังกินยาต้านไวรัส จะมีการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวมากน้อยต่างกัน ข้อมูลจากผู้ติดเชื้อจำนวน 536 ราย พบว่า ค่าเฉลี่ยของส่วนต่างของน้ำหนักตัวเมื่อแรกรับและที่ 6 เดือนหลังกินยาเท่ากับ 3.93 กิโลกรัม (95%CI 3.47-4.39) ดังแสดงในตารางที่ 5.7 เมื่อพิจารณาการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวตั้งแต่ 10% ขึ้นไป พบว่า ผู้ติดเชื้อที่มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นในอัตราดังกล่าวมีจำนวน 183 ราย (ร้อยละ 34.1)

ตารางที่ 5.7 ค่าเฉลี่ยของน้ำหนักตัวเมื่อแรกรับและ 6 เดือนหลังการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

การวัดน้ำหนักตัว	แรกรับ	เดือนที่ 6 หลังการรักษา
จำนวนตัวอย่าง (ราย)	1,009	549
Mean Weight (กิโลกรัม)*	50.41	54.34
Standard Deviation	9.832	9.292
Range	25-103	31-105
ค่าเฉลี่ยของส่วนต่าง (Mean difference) ของน้ำหนักตัวที่แรกรับ และ 6 เดือนหลังการรักษา (n=536)	3.93 (95%CI 3.47, 4.39)	

* P-value<0.001

การเปลี่ยนแปลงของ CD4 cell count หลังการรักษา

ค่า Median CD4 เมื่อแรกรับของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 975 ราย เท่ากับ 35/cu.mm. ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งได้รับการตรวจ CD4 ซ้ำที่เวลา 6, และ 12 เดือน หลังการรักษา มีค่าเท่ากับ 153 และ 206/cu.mm. ตามลำดับ การเปลี่ยนแปลงของระดับ CD4 พบว่า ค่าเฉลี่ยของส่วนต่างของ CD4 ที่ 0 และ 6 เดือนหลังการรักษา เท่ากับ 112.29 (95% CI 99.90, 124.69) และค่าเฉลี่ยของส่วนต่างของ CD4 ที่ 6 และ 12 เดือนหลังการรักษา เท่ากับ 52.86/cu.mm. (95% CI 36.07, 69.65) ดังแสดงในตารางที่ 5.8

ตารางที่ 5.8 ระดับ CD4 เมื่อแรกรับและหลังการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

การวัดค่า CD4	แรกรับ	เดือนที่ 6	เดือนที่ 12
จำนวนตัวอย่าง (ราย)	975	235	125
Median CD4	39.0	153	206
ค่าต่ำสุด	0	5	24
ค่าสูงสุด	591	698	857
Mean CD4*	67.01	170.58	240.85
Standard Deviation	75.51	109.24	143.75
ค่าเฉลี่ยของส่วนต่าง (Mean difference) ของ CD4 ที่แรกรับ และ 6 เดือนหลังการรักษา (n=231)	112.29 (95% CI 99.90, 124.69)		
ค่าเฉลี่ยของส่วนต่าง (Mean difference) ของ CD4 ที่ 6 และ 12 เดือนหลังรักษา (n=77)	52.86 (95% CI 36.07, 69.65)		

* P-value <0.0001

การรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อผลที่เกิดขึ้นหลังการรักษา

ผลการศึกษาในส่วนที่จะได้กล่าวต่อไปนี้ ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในโครงการ ATC ในโรงพยาบาล 36 แห่งที่ได้เยี่ยมสำรวจ ถือว่าเป็นข้อมูลที่ได้จากกลุ่มเป้าหมายโดยตรง เป็นมุมมองด้านผู้รับบริการ เพื่อแสดงให้เห็นว่าผู้ที่รับยาต้านไวรัสเอดส์มีการรับรู้อย่างไร ต่อผลที่เกิดขึ้นต่อตัวเอง ทั้งด้านสุขภาพ พฤติกรรม สังคม

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ให้ข้อมูล จำนวน 1,137 ราย มีภูมิลำเนาอยู่ในภาคกลาง ร้อยละ 30.4 ภาคเหนือ ร้อยละ 42.5 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 16.5 และภาคใต้ ร้อยละ 10.6 และเป็นเพศหญิง 616 ราย (ร้อยละ 54.3) เพศชาย 519 ราย (ร้อยละ 45.7) อายุเฉลี่ย 35.5 ปี (SD 7.53) โดยร้อยละ 71.0 มีอายุอยู่ในช่วง 20-39 ปี ระดับการศึกษาพบว่า 154 ราย (ร้อยละ 13.6) ไม่ได้เรียนหนังสือ และส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 49.1) อาชีพของกลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูล พบว่า ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 48.1) ไม่มีงานทำ 136 ราย (ร้อยละ 12.0) อาชีพเกษตรกร 198 ราย (ร้อยละ 17.5) และจำนวน 619 ราย (ร้อยละ 54.7) ระบุว่าเป็นผู้หารายได้หลักของครอบครัว รายละเอียดอื่นๆ ของกลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูล ได้แสดงไว้ในบทที่ 6 ตารางที่ 6.1 และ ตารางที่ 6.2

การรับรู้ผลที่เกิดขึ้นต่อสุขภาพ

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่กินยาต้านไวรัสส่วนใหญ่ยอมรับว่า มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นหลังการรักษา ทั้งด้านร่างกาย ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของผิวพรรณ หน้าตาที่ดูสดใสขึ้น (ร้อยละ 74.9) การที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นกว่าเดิม (ร้อยละ 74.9) และการมีสภาพจิตใจที่ดีขึ้น (ร้อยละ 78.6) ดังแสดงในตารางที่ 5.9

ตารางที่ 5.9 การรับรู้ผลที่เกิดขึ้นต่อสุขภาพของผู้ติดเชื้อหลังการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์

การรับรู้ผลที่เกิดขึ้นต่อสุขภาพ	จำนวน (ร้อยละ)
การเปลี่ยนแปลงของผิวพรรณหน้าตา	
แย่ลง	42 (3.7)
ไม่เปลี่ยนแปลง	242 (21.4)
ดีขึ้น	847 (74.9)
การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ แต่งตัว	
แย่ลง	15 (1.3)
ไม่เปลี่ยนแปลง	334 (29.5)
ดีขึ้น	847 (74.9)
สภาวะจิตใจ	
แย่ลง	35 (3.1)
ไม่เปลี่ยนแปลง	207 (18.3)
ดีขึ้น	889 (78.6)

ผู้ติดเชื้อให้ข้อมูลจำนวน 1,133 ราย

การรับรู้ต่อการเกิดผลข้างเคียงจากยาต้านไวรัสเอดส์

การเกิดอาการข้างเคียงจากการกินยาต้านไวรัส ที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน และการทำงานของผู้รับยา พบว่ามีได้แตกต่างกันในแต่ละคน ผู้ติดเชื้อ 556 ราย (ร้อยละ 50.0) ยืนยันว่าหลังกินยาแล้ว ไม่เกิดอาการข้างเคียงใดๆ ในขณะที่ ร้อยละ 10.1 ยอมรับว่าเกิดการเกิดอาการข้างเคียงในระดับที่ไม่สามารถทำงานได้ (ตารางที่ 5.10)

ตารางที่ 5.10 การรับรู้ของผู้ติดเชื้อต่อการเกิดผลข้างเคียงจากยาต้านไวรัสเอดส์

การเกิดผลข้างเคียงจากยาต้านไวรัส	จำนวน (ร้อยละ)
อาการข้างเคียงจากยา	
ไม่มี	556 (50.0)
มีบ้าง แต่ทำงานได้	443 (39.9)
มีจนไม่สามารถทำงานได้	112 (10.1)
การหยุดยาเมื่อมีอาการข้างเคียง	
ไม่หยุด	559 (91.5)
หยุดชั่วคราว	52 (8.5)

ผู้ติดเชื้อให้ข้อมูลจำนวน 1,111 ราย

ผลที่เกิดขึ้นด้านสังคมหลังการรักษา

ความสามารถในการทำงาน

ก่อนเริ่มการรักษา ผู้ติดเชื้อจำนวน 368 ราย (ร้อยละ 32.5) ยอมรับว่าตัวเองอยู่ในสภาพที่ไม่มีแรง และไม่สามารถทำงานได้ ผู้ติดเชื้อจำนวน 470 ราย (ร้อยละ 41.5) ระบุว่าไม่สบาย แต่ก็ยังพอทำงานได้บ้าง และ 295 ราย (ร้อยละ 26.0) สามารถทำงานได้ตามปกติ ในกลุ่มผู้ติดเชื้อ 368 ราย ที่ก่อนเริ่มยาอยู่ในสภาพที่ไม่มีแรง และไม่สามารถทำงานได้นั้น พบว่า 255 ใน 368 ราย (ร้อยละ 69.3) ยอมรับว่าหลังกินยาต้านไวรัสแล้ว ตัวเองมีร่างกายแข็งแรงขึ้นกว่าเดิม และสามารถกลับไปทำงานได้เหมือนเดิม (ตารางที่ 5.11)

ตารางที่ 5.11 การรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อความสามารถในการทำงานก่อนและหลังการรักษา

ความสามารถในการทำงาน	จำนวน ราย (ร้อยละ)
ก่อนการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์	
ไม่มีแรง ทำงานไม่ได้เลย	368 (32.5)
พอทำงานได้บ้าง	470 (41.5)
ทำงานได้ตามปกติ	295 (26.0)
หลังการรักษา (n=368)	
ไม่เปลี่ยนแปลง ทำงานไม่ได้เหมือนเดิม	113 (30.7)
ทำงานได้ดีขึ้น	255 (69.3)

การได้รับการยอมรับจากชุมชน

ผู้ติดเชื้อ 158 ใน 965 ราย (ร้อยละ 16.4) ยอมรับว่าตัวเองยังปิดบังเรื่องการติดเชื้อเอชไอวี กับคู่่นอนหรือสามี/ภรรยา และร้อยละ 45.8 ระบุว่าไม่ได้เปิดเผยตัวเองต่อเพื่อนบ้านและชุมชนที่อาศัยอยู่ การเปิดเผยเรื่องการติดเชื้อเอชไอวีแก่ผู้อื่น พบว่ามีความแตกต่างกันมากระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มาจากแต่ละพื้นที่ ผู้ที่มีภูมิลำเนาอยู่ภาคใต้ (n=121 ราย) มีอัตราการเปิดเผยต่อชุมชนน้อยที่สุด เมื่อเทียบกับภาคอื่นๆ คือพบได้ร้อยละ 40.5 ส่วนผู้ติดเชื้อภาคเหนือ (n=483 ราย) พบว่ามีอัตราการเปิดเผยตัวสูงสุดคือ ร้อยละ 71.0 ผู้ติดเชื้อที่มีภูมิลำเนาอยู่ในภาคกลาง (n=344 ราย) และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (n=187 ราย) พบได้ร้อยละ 32.6 และร้อยละ 59.4 ตามลำดับ (P-value <0.0001)

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 887 ราย ระบุว่าเพื่อนบ้านหรือคนในชุมชนที่อาศัยอยู่ ทราบเรื่องที่ตัวเองติดเชื้อเอชไอวี ถึงแม้บางรายจะไม่ได้เป็นการตั้งใจเปิดเผยตัว และจำนวน 253 ราย (ร้อยละ 28.5) เคยได้รับทำหัตถ์รึงเกียจากเพื่อนบ้าน ซึ่งหลังการรักษาด้วยยาต้านไวรัสแล้ว พบว่า มากกว่าครึ่งของผู้ที่เคยถูกเพื่อนบ้านรึงเกีย ได้รับการยอมรับมากขึ้น (ตารางที่ 5.12)

ตารางที่ 5.12 การรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อทำหัตถ์และการปฏิบัติของชุมชน

การยอมรับจากชุมชน	จำนวน ราย (ร้อยละ)
เพื่อนบ้านและชุมชนเคยมีทำหัตถ์รึงเกียและไม่ยอมรับ	
รึงเกีย	253 (22.7)
ไม่รึงเกีย	444 (39.9)
ไม่แน่ใจ	190 (17.1)
ชุมชนไม่ทราบว่าติดเชื้อ	227 (20.4)
การได้รับการยอมรับจากชุมชนหลังการรักษา (n=253)	
มากขึ้น	146 (57.7)
ไม่เปลี่ยนแปลง	68 (26.9)
ไม่แน่ใจ	35 (13.8)
ไม่ระบุ	4 (1.6)

ผลที่เกิดขึ้นด้านพฤติกรรมทางเพศ

หลังการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอ็ดส์ พบว่าผู้ติดเชื้อ 513 ใน 1,094 ราย (ร้อยละ 46.9) มีเพศสัมพันธ์ในช่วงเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา โดยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 95) จะมีเพศสัมพันธ์กับสามี/ภรรยา หรือคู่นอน มีจำนวน 23 ราย (ร้อยละ 4.5) ที่ยอมรับว่ามีจำนวนคู่นอนมากกว่า 1 คน ส่วนการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันระหว่างการมีเพศสัมพันธ์ พบว่า มีเพียงร้อยละ 76.4 ที่ยืนยันว่ามีการใช้ทุกครั้ง และร้อยละ 9.3 ยอมรับว่าไม่เคยใช้เลย (ตารางที่ 5.13)

ตารางที่ 5.13 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีกับการมีเพศสัมพันธ์หลังการรักษา

พฤติกรรมทางเพศ	จำนวน (ร้อยละ)
การมีเพศสัมพันธ์ใน 3 เดือนที่ผ่านมา	
ไม่มี	581 (53.1)
มี	513 (46.9)
จำนวนคู่นอนใน 3 เดือนที่ผ่านมา	
1 คน	482 (95.4)
2-3 คน	17 (3.4)
4-5 คน	4 (0.8)
มากกว่า 5 คนขึ้นไป	2 (0.4)
การใช้ถุงยางอนามัย	
ไม่ใช้เลย	52 (9.3)
ใช้บางครั้ง	34 (6.1)
ใช้เป็นส่วนใหญ่	46 (8.2)
ใช้ทุกครั้ง	427 (76.4)

อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า อัตราการรอดชีวิตของผู้ติดเชื้อที่กินยาต้านไวรัสเอ็ดส์ หลังการรักษา ณ เวลา 1 ปี เท่ากับ ร้อยละ 92 โดยผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีปริมาณ CD4 ต่ำกว่า 50/cu.mm ซึ่งยืนยันว่าปริมาณ CD4 เมื่อแรกเริ่มเข้าโครงการ เป็นตัวพยากรณ์ผลที่เกิดขึ้น ส่วนลักษณะทางคลินิกหรือระยะของโรคที่ต่างกัน ระหว่างกลุ่มที่มีอาการ ไม่มีอาการ หรือมีอาการโรคเอดส์แล้ว พบว่าไม่มีความแตกต่างกันในอัตราการเสียชีวิต หรือการเกิดโรคฉวยโอกาส อาจเป็นได้ว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีบางรายที่มีระดับ CD4 ต่ำ อาจไม่แสดงอาการให้ตรวจพบได้ การที่จะให้ผู้ป่วยได้เริ่มยาต้านไวรัสเอ็ดส์ในเวลาที่เหมาะสม จำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการติดตามระดับ CD4 เป็นระยะอย่างต่อเนื่อง เพื่อสามารถคัดกรองผู้ป่วยได้

การเกิดโรคฉวยโอกาสพบได้ลดลงหลังการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอ็ดส์ โดยเฉพาะหลัง 6 เดือนไปแล้ว อย่างไรก็ตาม ยังมีข้อสงสัยในเรื่องของเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรค ซึ่งในโรงพยาบาลบางแห่งที่ยังไม่มีความพร้อมด้านการตรวจทางห้องปฏิบัติการ อาจมีปัญหาในการวินิจฉัยยืนยันการเกิดโรค ทำให้อุบัติการณ์ที่ได้ต่ำกว่าความเป็นจริงได้ ในกลุ่มผู้ที่มีการเกิดโรคฉวยโอกาส พบว่ามีสาเหตุจากเชื้อวัณโรคได้บ่อยสุด ซึ่งเน้นให้เห็นความสำคัญของปัญหาการแพร่ระบาดของเชื้อวัณโรคในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในทางปฏิบัติอาจต้องมีการพิจารณาการตรวจเลือดคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี ในผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกวัณโรคด้วย เพื่อจะได้ให้การดูแลรักษาที่เหมาะสมและทันเวลา ทั้งนี้วัณโรคที่พบร่วมกับการติดเชื้อเอชไอวีมักพบอัตราการดื้อต่อยาสูง อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ไม่ได้ครอบคลุมถึงประเด็นดังกล่าว

การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวหลังการรักษา เป็นตัวชี้วัดหนึ่งที่เป็น Intermediate outcome ที่องค์การอนามัยโลกเสนอแนะให้ใช้ในการติดตามผลการรักษา การศึกษานี้พบว่า เมื่อใช้เกณฑ์การเพิ่มขึ้น 10% ขึ้นไปของน้ำหนักตัว ที่ 6

เดือนหลังการรักษา จะพบว่าผู้ติดเชื้อเพียง ร้อยละ 34.1 มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นในอัตราดังกล่าว จึงยังมีข้อสงสัยว่าตัวชี้วัดนี้จะมีความเหมาะสมหรือไม่ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวมีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้อ และที่พบเห็นได้เสมอคือคนที่ผู้ติดเชื้อบางรายพยายามควบคุมน้ำหนักตัวหลังการรักษา ดังนั้น หากจะดูการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวหลังการรักษา อาจไม่สามารถบอกประสิทธิภาพที่แท้จริงได้

การรับรู้ของผู้ติดเชื้อต่อผลที่เกิดขึ้นกับตัวเองหลังการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ พบว่า ส่วนใหญ่ยอมรับว่ามีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น ทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ และจำนวนมากกว่าครึ่งยอมรับว่าตัวเองแข็งแรงขึ้น และสามารถกลับไปทำงานได้เหมือนเดิม ในกลุ่มผู้ติดเชื้อที่เปิดเผยตัวต่อชุมชน หลังการรักษาเมื่อมีสภาพร่างกายที่ดีขึ้น ทำให้ได้รับการยอมรับจากเพื่อนบ้านและคนในชุมชนมากขึ้น ซึ่งก็เป็นผลดีประการหนึ่งต่อการมีชีวิตร่วมกันในสังคม อย่างไรก็ตามในส่วนผู้ที่ไม่เปิดเผยตัวก็ยังคงไม่ได้รับผลดังกล่าว เนื่องจากในบางพื้นที่ โดยเฉพาะภาคกลางและภาคใต้ ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่ยังไม่กล้าเปิดเผยเรื่องการติดเชื้อแก่คนในชุมชน

ผลที่เกิดขึ้นด้านพฤติกรรมทางเพศ การศึกษานี้ได้แสดงให้เห็นว่า ผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์กว่าร้อยละ 50 กลับมามีสุขภาพทางเพศที่ดีขึ้น เนื่องจากสภาพร่างกายที่กลับคืนปกติ และยอมรับว่ามีเพศสัมพันธ์ ในระยะ 3 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งส่วนใหญ่ก็จะมีเพศสัมพันธ์กับสามี/ภรรยา หรือคู่นอนคนเดียว อย่างไรก็ตามผู้ติดเชื้อบางส่วน (ร้อยละ 4.5) ที่พบว่ายังมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมทางเพศ คือมีการเปลี่ยนคู่นอนมากกว่า 1 คน และการป้องกันการแพร่เชื้อโดยใช้ถุงยางอนามัยก็ยังถูกละเลย และให้ความสำคัญน้อย ซึ่งในระยะยาวอาจเป็นปัญหาได้ และส่งผลให้มีการแพร่กระจายของการติดเชื้อมากขึ้น อาจถือได้ว่า เป็นผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์ของโครงการยาต้านไวรัสเอดส์ ผู้เกี่ยวข้องทั้งในระดับนโยบายและผู้ปฏิบัติควรได้มีการพิจารณาทบทวนแนวทางปฏิบัติ และหามาตรการต่างๆ เพื่อป้องกันผลกระทบดังกล่าว

บรรณานุกรม

1. Karim SA, Karim QA, Friedland G, et al. Implementing antiretroviral therapy in resource constrained settings: opportunities and challenges in integrating HIV and tuberculosis care. AIDS 2004; 18:975-79.
2. Smith DE, Walker BD, Cooper D, et al. Is antiretroviral treatment of primary HIV infection clinically justified on the basis of current evidence? AIDS 2004; 18:709-18.
3. Stone VE. Strategies for Optimizing Adherence to Highly Active Antiretroviral Therapy: Lessons from Research and Clinical Practice. CID 2001; 33:865-72.
4. Wood E, Montaner J SG, Chan K, et al. Socioeconomic status, access to triple therapy and survival from HIV disease since 1996. AIDS 2002; 16:2065-072.
5. Smith DE, Walker BD, Cooper DA, Rosenberg ES, Kaldor JM. Is antiretroviral treatment of primary HIV infection clinically justified on the basis of current evidence? Aids 2004;18(5):709-18.

6. Ford N, Wilson D, Bunjumnong O, von Schoen Angerer T. The role of civil society in protecting public health over commercial interests: lessons from Thailand. *Lancet* 2004;363(9408):560–3.
7. Stone VE, Jordan J, Tolson J, Miller R, Pilon T. Perspectives on Adherence and Simplicity for HIV–Infected Patients on Antiretroviral Therapy: Self–Report of the Relative Importance of Multiple Attributes of Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART) Regimens in Predicting Adherence. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2004;36(3):808–816.

บทที่ 6

พฤติกรรมการกินยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

การจะให้เกิดประสิทธิผลของยาต้านไวรัสในการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์นั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่การกินยาของผู้ป่วยจะต้องครบถ้วนสมบูรณ์ตามชนิด ขนาดยา และเวลาที่กำหนด หากกินยาไม่ได้ตามที่กำหนด จะเป็นการเพิ่มโอกาสของการรักษาล้มเหลว และเกิดเชื้อดื้อยาได้ในที่สุด ดังนั้นการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับยาต้านไวรัส จำเป็นอย่างยิ่งที่แพทย์ พยาบาล และผู้ให้คำปรึกษาจะต้องมีมาตรการที่ชัดเจนในการส่งเสริมและจูงใจให้ผู้ป่วยกินยาได้ครบถ้วนสมบูรณ์มากที่สุด

ผลจากงานวิจัยยืนยันว่าผู้ป่วยควรต้องกินยาให้ได้ครบถ้วนไม่น้อยกว่าร้อยละ 95 จึงจะมั่นใจได้ว่ายาจะสามารถยับยั้งการขยายตัวของเชื้อไวรัสเอดส์ได้ ข้อกำหนดในการกินยาหรือสูตรยาที่ยังมีความซับซ้อนมากเพียงใด ก็จะมีผลทำให้ adherence ลดลง ความยุ่งยากซับซ้อนเหล่านี้ บางครั้งทำให้ผู้ป่วยต้องเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การกิน และการนอนและด้านอื่นๆ ในการดำรงชีวิต ทำให้เกิดความขัดข้อง และท้อแท้ในการกินยาได้ นอกจากนี้ อาการข้างเคียงจากยาก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่เป็นอุปสรรคต่อการกินยา ผู้ป่วยที่มีอาการข้างเคียงมากมีแนวโน้มที่จะมีหยุดยาชั่วคราวในระหว่างที่มีอาการ ทำให้การกินยาไม่สม่ำเสมอได้

การประเมินความครบถ้วนของการกินยานั้น ในต่างประเทศมีหลายวิธี ได้แก่ การตรวจวัดระดับยาในเลือด และการวัดการกินยาโดยเครื่องมือที่เรียกว่า Medication Event Monitoring System (MEMS) การนับเม็ดยา (Pill count) นอกจากนี้แล้วยังมีการประเมินที่แบบอัตวิสัย (Subjective) โดยวิธีการใช้แบบรายงานตนเอง (Self-reported) การใช้แบบสัมภาษณ์ (Questionnaire) แบบบันทึกของผู้ดูแล (Cares giver report) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) เป็นต้น ในประเทศไทย การประเมินการกินยาของผู้ป่วยที่ปฏิบัติกัน ส่วนใหญ่เป็นการประเมินโดยใช้แบบรายงานตนเอง หรือแบบสัมภาษณ์

รายงานในบทนี้เป็นการศึกษาความครบถ้วนในการกินยาของผู้ป่วยและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยการใช้แบบสัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับยาต้านไวรัสเอดส์ในโครงการ ATC การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของการประเมินผลโครงการดังกล่าว โดยหวังว่าจะเป็นประโยชน์ในการวางแผนพัฒนาระบบการให้บริการปรึกษาและการส่งเสริมการกินยาของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาพฤติกรรมการกินยาต้านไวรัสเอดส์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ความร่วมมือในการกินยา และการรับรู้ผลที่เกิดขึ้นต่อชีวิตและสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี หลังการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

การศึกษาโดยการสำรวจ (Cross sectional survey)

พื้นที่ศึกษา และกลุ่มตัวอย่าง

โรงพยาบาล 36 แห่ง ในเขตพื้นที่ 12 จังหวัด ที่สุ่มเลือกมาเขตละ 1 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดอยุธยา ลพบุรี ปราชินบุรี ประจวบคีรีขันธ์ สุรินทร์ อุดรธานี อำนาจเจริญ สุโขทัย น่าน เชียงใหม่ กระบี่ และสงขลา (พื้นที่เดียวกันกับการประเมินด้านระบบบริการ ในบทที่ 4) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกรายที่รับยาต้านไวรัสเอ็ดส์ในโครงการ ATC ในระหว่างปีงบประมาณ 2546 ที่สามารถติดตามได้

วิธีการเก็บข้อมูล

ออกแบบสัมภาษณ์เพื่อใช้เก็บข้อมูลทั่วไป ข้อมูลด้านประชากร ชนิดของยาต้านไวรัสที่ใช้ พฤติกรรมการกินยา ความครบถ้วนของการกินยา การกินยาตรงเวลา ในกรอบเวลา 5 วันที่ผ่านมา และ 1 เดือนที่ผ่านมา และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง การสัมภาษณ์ดำเนินการโดยอาสาสมัครผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการอบรมการใช้แบบสัมภาษณ์ ซึ่งเป็นบุคคลผู้ที่ถูกสัมภาษณ์คุ้นเคย และเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มด้วยกัน

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ให้ข้อมูลมีจำนวนทั้งสิ้น 1,137 ราย เป็นผู้รับบริการยาต้านไวรัสในโครงการ ATC ในโรงพยาบาล 36 แห่ง ดังแสดงในตารางที่ 6.1

ตารางที่ 6.1 พื้นที่ศึกษา และจำนวนตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ให้สัมภาษณ์

จังหวัด	จำนวน (ราย)
กระบี่	38
เชียงใหม่	300
น่าน	128
ประจวบคีรีขันธ์	100
ปราชินบุรี	83
พระนครศรีอยุธยา	117
ลพบุรี	45
สงขลา	83
สุโขทัย	55
สุรินทร์	63
อำนาจเจริญ	47
อุดรธานี	78
รวม	1,137

ตารางที่ 6.2 ลักษณะทางประชากรและสังคมของกลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อที่ให้สัมภาษณ์

ลักษณะของผู้ให้ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	519	45.7
หญิง	616	54.3
อายุ		
น้อยกว่า 20 ปี	13	1.1
20-39	807	71.0
40-59	311	27.4
60 ปีขึ้นไป	6	0.5
ศาสนา		
พุทธ	1100	96.7
อื่นๆ	37	3.3
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้เรียน	154	13.6
ประถม	554	49.1
มัธยม	348	30.8
อนุปริญญา	51	4.5
ปริญญาตรีขึ้นไป	22	1.9
สถานภาพสมรส		
โสด	206	18.2
สมรส	364	32.2
แยกกันอยู่	74	6.5
ม่าย	300	26.5
หย่า	44	3.9
อยู่ด้วยกันแต่ไม่ได้แต่งงาน	143	12.6
สิทธิการรักษาพยาบาล		
จ่ายเงินเอง	55	4.9
สิทธิบัตรทอง	905	79.9
ประกันสังคม	138	12.2
สวัสดิการข้าราชการ	22	1.9
ประกันเอกชน	1	0.1
สถานภาพการเป็นสมาชิกกลุ่มผู้ติดเชื้อ		
ไม่ได้เป็น	187	16.5
เป็น	949	83.5

ลักษณะทางประชากรและสังคมของกลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ให้ข้อมูล จำนวน 1,137 ราย พบว่า 616 ราย (ร้อยละ 54.3) เป็นเพศหญิง และ 519 ราย (ร้อยละ 45.7) เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ยของผู้ให้ข้อมูล 35.5 ปี (SD 7.53) โดยร้อยละ 71.0 มีอายุอยู่ในช่วง 20-39 ปี การศึกษาพบว่าผู้ติดเชื้อ 154 ราย (ร้อยละ 13.6) ไม่ได้รับการศึกษา ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 49.1) อยู่ในระดับประถมศึกษา (ตารางที่ 6.2)

สถานภาพสมรสของผู้ให้ข้อมูล พบว่า มีสถานภาพสมรส 364 ราย (32.2%) มีคู่และอาศัยอยู่ด้วยกันแต่ไม่ได้สมรส 143 ราย (12.6%) อยู่เป็นโสด 206 ราย (18.2%) และเป็นม่าย 300 ราย (26.5%) สำหรับสิทธิในระบบประกันสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า จำนวน ผู้ที่ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) มีจำนวน 905 ราย (79.9%) ประกันสังคม 138 ราย (12.2%) ผู้ติดเชื้อฯ จำนวน 949 ราย (ร้อยละ 83.5) เข้าร่วมเป็นสมาชิกกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีในพื้นที่ (ตารางที่ 6.2)

สถานะทางเศรษฐกิจของกลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูล พบว่าผู้ติดเชื้อ 136 ราย (ร้อยละ 12.0) ไม่มีงานทำ จำนวน 198 ราย (ร้อยละ 17.5) มีอาชีพเกษตรกร ผู้ติดเชื้อจำนวน 619 ราย (ร้อยละ 54.7) พบว่าเป็นผู้หารายได้หลักของครอบครัว ลักษณะของที่อยู่อาศัยในปัจจุบัน พบว่า จำนวน 537 (ร้อยละ 47.4) ต้องอาศัยอยู่กับคนอื่น และจำนวน 3 ราย (ร้อยละ 0.3) ที่ไม่มีที่อยู่อาศัย (ตารางที่ 6.2)

การมารับบริการยาต้านไวรัสที่โรงพยาบาลแต่ละครั้ง พบว่า ผู้ติดเชื้อฯ จำนวน 655 ราย (ร้อยละ 57.6) เดินทางมาโรงพยาบาลโดยรถจักรยานยนต์ ระยะทางเฉลี่ย 18.5 กิโลเมตร (SD 31.82) และเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการเดินทาง 37.3 นาที (SD 45.09)

ตารางที่ 6.3 สถานะทางเศรษฐกิจของกลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อที่ให้สัมภาษณ์

สถานะทางเศรษฐกิจ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพหลัก		
ไม่มีงานทำ	136	12.0
เกษตรกร	198	17.5
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	19	1.7
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	130	11.5
รับจ้าง	545	48.1
แม่บ้าน	100	8.8
อื่นๆ	6	0.5
ความรับผิดชอบต่อครอบครัว		
เป็นผู้หารายได้หลัก	619	54.7
ไม่ได้เป็น	513	45.3
ลักษณะที่อยู่อาศัย		
เป็นเจ้าของเอง	494	43.6
เช่าบ้าน/เช่าห้อง	79	7.0
อาศัยคนอื่น	537	47.4
ไม่มีที่อยู่	3	0.3
อื่นๆ	21	1.9

ชนิดของยาต้านไวรัสเอดส์ ที่กลุ่มตัวอย่างได้รับในปัจจุบัน พบว่า จำนวน 983 ราย (ร้อยละ 87.7) กินยาต้านไวรัสสูตร GPO-Vir (สูตร 1) ผู้ติดเชื้อจำนวน 72 ราย (ร้อยละ 6.4) กินยาสูตร D4T+3TC+EFV (สูตร 2) และจำนวน 14 ราย (ร้อยละ 1.2) กินยาสูตร D4T+3TC+IDV+RTV (สูตร 3) เป็นสูตรยาอื่นๆ 52 ราย (ร้อยละ 4.6) และไม่ได้ระบุ 16 ราย

ตารางที่ 6.4 ระยะเวลาที่กินยาต้านไวรัสเอดส์

ระยะเวลาที่กินยา	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 เดือน	264	23.3
7-12 เดือน	356	31.3
มากกว่า 1 ปี	417	36.7
ไม่ได้ระบุ	100	8.8
รวม	1137	100

การรับรู้การติดเชื้อเอชไอวี พบว่าผู้ติดเชื้อ 777 ราย (ร้อยละ 68.5) ตรวจเลือดเนื่องจากตัวเองมีอาการป่วย และ/หรือเพราะคู่นอนติดเชื้อ นอกนั้นเป็นการตรวจพบขณะไม่มีอาการในกรณีต่างๆ เช่น ก่อนแต่งงาน ก่อนสมัครงาน ก่อนบริจาคเลือด พบได้ร้อยละ 1.9, ร้อยละ 2.2 และร้อยละ 1.9 ตามลำดับ ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นเพศหญิงจำนวน 616 ราย พบว่า 170 ราย (ร้อยละ 27.6) ตรวจพบการติดเชื้อเอชไอวีเมื่อมาฝากครรภ์

ผู้ติดเชื้อจำนวน 68 ราย (ร้อยละ 6.0) ให้ข้อมูลว่าในครอบครัวมีเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีอย่างน้อย 1 คน ผู้ติดเชื้อจำนวน 180 ราย (ร้อยละ 16.0) ยอมรับว่าเคยได้รับยาต้านไวรัสมาก่อน ส่วนอีก 947 ราย (ร้อยละ 84.0) ไม่เคยได้รับก่อนเข้าโครงการ ATC

พฤติกรรมการกินยาต้านไวรัสเอดส์

การกินยาในระยะเวลา 5 วันที่ผ่านมา

ผู้ติดเชื้อ 1,068 ใน 1,100 รายที่ให้ข้อมูล (ร้อยละ 96.2) ระบุว่าตัวเองกินยาครบทุกครั้งใน 5 วันที่ผ่านมา ผู้ติดเชื้อจำนวน 42 ราย (ร้อยละ 3.8) ยอมรับว่าเคยขาดยาอย่างน้อย 1 ครั้ง ผู้ติดเชื้อที่กินยาตรงเวลาทุกครั้งในระยะเวลาดังกล่าว มีจำนวน 951 ราย (ร้อยละ 85.5) ผู้ติดเชื้อ 161 ราย (ร้อยละ 14.5) ยอมรับว่าเคยกินยาช้ากว่ากำหนดเกิน 30 นาทีอย่างน้อย 1 ครั้ง ใน 5 วันที่ผ่านมา ดังแสดงในตารางที่ 6.5

การกินยาในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา

ผู้ติดเชื้อ 1,002 ใน 1,100 รายที่ให้ข้อมูล (ร้อยละ 91.1) ระบุว่าตัวเองกินยาครบทุกครั้งใน 1 เดือนที่ผ่านมา ผู้ติดเชื้อจำนวน 100 ราย (ร้อยละ 8.9) ยอมรับว่าเคยขาดยาอย่างน้อย 1 ครั้ง ผู้ติดเชื้อที่กินยาตรงเวลาทุกครั้งในระยะเวลาดังกล่าว มีจำนวน 764 ราย (ร้อยละ 69.6) ผู้ติดเชื้อ 333 ราย (ร้อยละ 30.4) ยอมรับว่าเคยกินยาช้ากว่ากำหนดเกิน 30 นาทีอย่างน้อย 1 ครั้ง ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ดังแสดงในตารางที่ 6.5

ตารางที่ 6.5 ความครบถ้วนและการกินยาตามเวลาที่กำหนด

พฤติกรรมกรกินยาด้านไวรัสเอดส์	5 วันที่ผ่านมา	1 เดือนที่ผ่านมา
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ความครบถ้วนของการกินยา*		
กินยาครบทุกครั้ง	1068 (96.2)	1002 (91.1)
เคยขาดยา 1 ครั้ง	29 (2.6)	61 (5.5)
เคยขาดยามากกว่า 1 ครั้ง	13 (1.2)	37 (3.4)
การกินยาตามเวลาที่กำหนด**		
กินยาตรงเวลาทุกครั้ง	951 (85.5)	764 (69.6)
เคยกินยาช้ากว่ากำหนดเกิน 30 นาที 1 ครั้ง	98 (8.8)	134 (12.2)
เคยกินยาช้ากว่ากำหนดเกิน 30 นาที มากกว่า 1 ครั้ง	63 (5.7)	199 (18.2)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกินยา

ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล เช่น ระดับการศึกษา เศรษฐฐานะ ภูมิสำเนาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีภูมิสำเนาอยู่ทางภาคเหนือ มีอัตราผู้ติดเชื้อมียาครบถ้วนใน 5 วันที่ผ่าน เท่ากับร้อยละ 95.7 ส่วนภาคใต้ เท่ากับร้อยละ 96.7 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เท่ากับร้อยละ 92.0 และภาคกลาง เท่ากับร้อยละ 91.6 ซึ่งความแตกต่างนี้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}=0.854$) และพฤติกรรมกรกินยาไม่เกี่ยวข้องกับระดับการศึกษาด้วย ($P\text{-value}=0.626$) แต่มีความสัมพันธ์กับระดับรายได้ต่อเดือนของครัวเรือน ($P\text{-value}=0.004$) ดังแสดงในตารางที่ 6.6

ปัจจัยด้านสูตรยาด้านไวรัส พบว่า ผู้ที่กินยาสูตรที่ 1 (GPO Vir) มีอัตราผู้ติดเชื้อมียาครบถ้วนใน 5 วันที่ผ่านมา เท่ากับ ร้อยละ 96.8 ส่วนยาสูตรที่ 2 (D4T+3TC+EFV) และสูตรที่ 3 (D4T+3TC+IDV+RTV) พบได้ร้อยละ 94.4 และ ร้อยละ 85.7 ตามลำดับ ซึ่งความแตกต่างนี้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}=0.063$) (ตารางที่ 6.6)

ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ และสถานบริการ พบว่า อัตราผู้ติดเชื้อมียาครบถ้วนในระยะ 5 วันที่ผ่านมา ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่รับบริการจากโรงพยาบาลชุมชน และกลุ่มที่รับบริการจากโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ กล่าวคือในโรงพยาบาลชุมชนพบได้ ร้อยละ 96.9 ส่วนโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์พบได้ ร้อยละ 95.3

ปัจจัยด้านสังคม พบว่าอัตราการกินยาครบถ้วน ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่มีการเปิดเผยตัวต่อชุมชน และกลุ่มที่ไม่เปิดเผยตัว อีกทั้งอัตราการกินยาครบถ้วน ไม่พบว่ามี ความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มผู้ติดเชื้อ (ตารางที่ 6.6)

ระยะเวลาของการกินยาด้านไวรัส พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในระยะ 6 เดือนแรกของการกินยา พบมีอัตราการกินยาครบถ้วน ร้อยละ 91.7 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่กินยาในระยะ 6-12 เดือน พบได้ร้อยละ 94.9 ส่วนกลุ่มที่กินยามานานเกิน 1 ปี พบได้ ร้อยละ 96.6

ตารางที่ 6.6 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกินยาต้านไวรัสเอตส์

ปัจจัย	จำนวนผู้ให้ข้อมูล (ราย)	จำนวน (ร้อยละ) ผู้ที่กินยา ครบถ้วนใน 5 วันที่ผ่านมา	P-value
ปัจจัยส่วนบุคคล			
ภูมิภาค			
ภาคกลาง	345	316 (91.6)	0.854
ภาคใต้	121	117 (96.7)	
ภาคเหนือ	483	462 (95.7)	
ภาคอีสาน	188	173 (92.0)	
ระดับการศึกษา			
ไม่ได้เรียน	154	146 (94.8)	0.626
ประถมศึกษา	544	518 (93.5)	
มัธยมศึกษา	348	330 (94.8)	
อนุปริญญาขึ้นไป	73	67 (91.8)	
รายได้ครอบครัวต่อเดือน			
น้อยกว่า 10,000 บาท	961	930 (96.8)	0.004
10,000 บาทขึ้นไป	105	94 (89.5)	
ปัจจัยด้านสังคม			
การเข้าร่วมเป็นสมาชิกกลุ่มผู้ติดเชื้อ			
ไม่เป็น	187	175 (93.6)	0.223
เป็น	949	892 (94.0)	
การเปิดเผยตัวต่อชุมชน			
ไม่เปิดเผย	520	493 (94.8)	0.310
เปิดเผย	615	574 (93.3)	
ปัจจัยด้านบริการ			
ประเภทโรงพยาบาลที่ไปรับบริการ			
โรงพยาบาลชุมชน	638	600 (94.0)	0.123
โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป	499	468 (93.8)	
สูตรยาที่ได้รับ			
GPO Vir	963	932 (96.8)	0.063 (Fisher's Exact Test)
D4T+3TC+EFV	72	68 (94.4)	
D4T+3TC+IDV+RTV	14	12 (85.7)	
อื่นๆ	51	48 (94.1)	
ระยะเวลาที่กินยา			
น้อยกว่า 6 เดือน	276	253 (91.7)	0.489
6-12 เดือน	356	338 (94.9)	
มากกว่า 12 เดือน	417	403 (96.6)	

เหตุผลที่ไม่ได้กินยาต้านไวรัสครั้งล่าสุด

ผู้ติดเชื้อจำนวน 191 รายให้ข้อมูลว่าเคยขาดยา สาเหตุของการที่ไม่ได้กินยาค้างครั้งล่าสุด พบว่าบ่อยที่สุดคือ ลืมกิน (ร้อยละ 61.3) ส่วนสาเหตุอื่นๆ ได้แก่ ตั้งใจไม่กิน เนื่องจากไม่สะดวกในเวลานั้น (ร้อยละ 11.0) ขาดยาเนื่อง

จากไม่ได้ไปโรงพยาบาลตามวันนัด (ร้อยละ 6.3) หยุดกินยาชั่วคราวเนื่องจากป่วยหรือแพ้ยา (ร้อยละ 7.3) และอื่น ๆ (ร้อยละ 14.1)

ตารางที่ 6.7 เหตุผลที่ไม่ได้กินยาค้างครั้งล่าสุด

สาเหตุของการไม่กินยาค้างครั้งล่าสุด	จำนวน (ร้อยละ)
ลืม	117 (61.3)
ตั้งใจไม่กิน	21 (11.0)
ไม่มียาเพราะไม่ได้ไปตามวันนัด	12 (6.3)
มีการแพ้ยา/ป่วย	14 (7.3)
อื่น ๆ	27 (14.1)

ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 191 ราย

สรุป และอภิปรายผล

ผลจากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า อัตราผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่กินยาต้านไวรัสครบถ้วนอยู่ในระดับที่สูง คือ ร้อยละ 96.2 เมื่อประเมินจากพฤติกรรมการกินยาใน 5 วันก่อนการสัมภาษณ์ และ ร้อยละ 91.1 เมื่อประเมินใน 1 เดือนที่ผ่านมา ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้เป็นการรายงานตนเองของผู้ป่วย ซึ่งอาจทำให้สูงกว่าความเป็นจริงได้ อัตราผู้ติดเชื้อกินยาครบถ้วนที่ได้จากการศึกษานี้ สูงกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกับผลการศึกษาในอดีต ในกลุ่มผู้ติดเชื้อที่เข้าโครงการ ATC ระยะแรกๆ ในปี 2544-45 ซึ่งพบได้ร้อยละ 87 เมื่อประเมินจากพฤติกรรมการกินยาใน 4 วันที่ผ่านมา มีข้ออธิบายได้หลายประการคือ เรื่องสูตรยา ที่แต่เดิมนั้นเป็นการใช้ยาสูตรแยกชนิดต่างๆ ซึ่งพบว่ามีความยุ่งเหยิงเกิดขึ้นมากกว่าร้อยละ 50 ของผู้รับยา และมีความรุนแรงในระดับที่กระทบต่อชีวิตประจำวันเป็นอย่างมาก จึงเป็นเหตุให้มีการหยุดยาชั่วคราว ในขณะที่ปัจจุบันสูตรยา GPO-Vir ให้ความสะดวกในการกิน และเกิดผลข้างเคียงน้อย ส่วนปัจจัยอื่นๆ อาจเป็นได้ว่าข้อมูลข่าวสารเรื่องยาต้านไวรัสเอ็ดส์ แพร่หลายไปมากในปัจจุบัน ประกอบกับประสบการณ์ในช่วงที่ผ่านมาของทั้งผู้ให้บริการ และผู้ป่วย ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในประสิทธิภาพของยาต้านไวรัส จึงเป็นแรงเสริมอีกทางหนึ่ง ในการให้ความมั่นใจ และ กระตุ้นให้เกิดการกินยาต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม สัดส่วนของผู้ที่กินยาลดเคลื่อน ไม่ตรงเวลาที่กำหนด ยังพบได้สูงถึง ร้อยละ 30.4 เมื่อประเมินจากพฤติกรรมการกินยาใน 1 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งก็ต้องให้ความสำคัญในข้อกำหนดต่างๆ ของการกินยา ไม่เช่นนั้นในระยะยาวอาจส่งผลต่อประสิทธิผลของยาได้

เหตุผลหรือสาเหตุของการที่ผู้ป่วยไม่สามารถกินยาได้ครบถ้วนตามกำหนด พบว่าในการศึกษาครั้งนี้ ก็ได้ข้อมูลใกล้เคียงกันกับการศึกษาอื่นๆ คือประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยจะบอกว่าลืม ส่วนเหตุผลอื่นที่พบได้แก่ ต้องการหลีกเลี่ยงอาการข้างเคียงของยา งานยุ่งหรือไม่สะดวกที่จะกินเพราะไม่มียาอยู่ติดตัวในขณะนั้น จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถกินยาได้ครบถ้วนตามกำหนดนั้นเป็นเรื่องที่สลับซับซ้อนกว่าที่คิด ดังเช่น การลืมกินยา เป็นผลที่เกิดขึ้นจากปัญหาทั้งด้านการระลึกรู้ และแรงจูงใจ ซึ่งไม่สามารถจะแก้ไขได้โดยการช่วยเหลืออย่างเดียว ในขณะเดียวกันผู้ให้บริการก็ต้องให้ความสำคัญกับสาเหตุอื่นๆ ด้วย และแก้ไขปัญหาละเอียด เพื่อปรับสภาพการกินยาให้เข้ากับชีวิตประจำวันของผู้ป่วย

วิธีการตรวจสอบการกินยานั้น ไม่มีวิธีใดวิธีเดียวที่จะถือได้ว่าเป็น “gold standard” ในการตรวจสอบการร่วมมือในการกินยา แต่ละวิธีก็จะมีข้อดีข้อด้อย โดยทั่วไปการนับเม็ดยา และทบทวนรายงานบันทึกของเภสัชกรก็นับว่ายังไม่เพียงพอ เนื่องจากไม่สามารถบอกรายละเอียดเกี่ยวกับเวลาที่กิน และไม่มีหลักฐานเช่นกันว่าผู้ป่วยได้กินยาจริง แม้ในต่างประเทศที่มีการใช้เครื่องมือบันทึกทุกครั้งที่มีการเปิดกล่องยา Medication Event Monitoring System

(MEMS) ถึงแม้จะมีข้อได้เปรียบ คือสามารถให้ข้อมูลรายละเอียดการกินยาของผู้ป่วย สัดส่วนของยาที่กิน เวลาที่กิน ก็มีข้อเสียเปรียบ คือราคาแพงทำให้ข้อจำกัดในการใช้ในผู้ป่วยบางรายเท่านั้น อีกประการหนึ่ง อาจมีข้อสงสัยในความถูกต้องของการตรวจสอบด้วย เพราะเป็นไปได้ว่าการเปิดกล่องยาในแต่ละครั้งไม่จำเป็นว่าผู้ป่วยได้กินยาจริง

ข้อเสนอแนะ

การตรวจสอบความครบถ้วนในการกินยาของผู้ป่วยในเวชปฏิบัติ ตามหลักการควรเป็นวิธีที่ใช้ได้ง่าย ไม่แพง และมีการติดตามตรวจสอบเป็นระยะ เพื่อประเมินได้ว่ามาตรการส่งเสริมการกินยาแก่ผู้ป่วยนั้น ได้เกิดผลอย่างไร โดยทำได้หลายวิธี เช่น การนับเม็ดยา ซึ่งหากไม่มีการบอกกล่าวล่วงหน้า อาจจะช่วยให้ได้ข้อมูลที่ใกล้เคียงความจริงมากกว่า และเปรียบเทียบผลการประเมินกับการรายงานตนเองของผู้ป่วยด้วย โดยทั่วไป การรายงานตนเองมักจะพบว่ามียาตราการกินยาครบถ้วนได้สูงกว่าเมื่อเทียบกับการประเมินโดยวิธีอื่นๆ อาจเกิดข้อสงสัยว่าผู้ป่วยจะบอกถูกต้องหรือไม่ การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้ป่วย มีส่วนสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยไว้วางใจ และพูดความจริง และเมื่อประกอบกับการมีแบบรายงานที่ดีและกำหนดกรอบคำถามที่เหมาะสม น่าจะบอกได้ถูกต้องมากขึ้น

การติดตามตรวจสอบความร่วมมือในการกินยาของผู้ป่วย ควรจะได้มีการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอเป็นระยะ เนื่องจาก การประเมินเพียงครั้งเดียวในระยะแรกเข้าโครงการนั้น ไม่สามารถบอกความครบถ้วนในการกินยาในระยะยาวได้ ในการกินยาระยะยาวหรือตลอดชีวิต ความครบถ้วนในการกินยาอาจลดลงได้เมื่อเวลาผ่านไป หากผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่ายและขาดแรงจูงใจ ในการใช้แบบรายงานตนเองที่จะเฝ้าติดตามการกินยา ควรเป็นแบบสอบถามสั้นๆ ประมาณ 4-6 ข้อ และมีข้อความน่าที่ส่งเสริมและโน้มน้าวให้ผู้ป่วยบอกความจริง และควรถามถึงการกินยาที่เวลาล่าสุด เช่น จำนวนวันที่ไม่ได้กินใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา การใช้กิจวัตรประจำวัน หรือเหตุการณ์สำคัญบางอย่างช่วยในการย้อนความจำ และทุกครั้งพบว่าผู้ป่วยไม่ได้กินยา ควรต้องถามเสมอถึงเหตุผลว่าเพราะเหตุใด เพื่อใช้ข้อมูลดังกล่าวมาวางแผนแก้ไข สิ่งสำคัญที่สุดคือผู้ให้บริการจะต้องมีท่าทีที่เห็นใจว่าการกินยาให้ครบและตรงตามกำหนดเป็นเรื่องยาก และไม่ควรรพยายามตัดสินผู้ป่วยอย่างจริงจังว่าเป็นความผิด เพราะอาจทำให้ไม่ได้รับความร่วมมือได้

บรรณานุกรม

1. Bangsberg DR, Hecht FM, Clague H, Charlebois ED, et al. Provider Assessment of Adherence to HIV Antiretroviral Therapy. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome* 2004; 26:435-42.
2. Catz SL, Kelly JA, Bogart LM, et al. Patterns, Correlates, and Barriers to Medication Adherence Among Persons Prescribed New Treatments for HIV Disease. *Health Psychology* 2000, 19 (2):124-33.
3. Kleeberger CA, Buechner J, Palella F, et al. Changes in adherence to highly active antiretroviral therapy medications in the Multicenter AIDS Cohort Study. *AIDS* 2004; 18:683-688.
4. Stone VE, Jordan J, Tolson J, Miller R, Pilon T. Self-Report of the Relative Importance of Multiple Attributes of Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART) Regimens in Predicting Adherence. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome* 2004; 36:808-16.

5. Stone VE. Strategies for Optimizing Adherence to Highly Active Antiretroviral Therapy: Lessons from Research and Clinical Practice. *CID* 2001; 33:865-72.
6. Tsasis P. Adherence Assessment to Highly Active Antiretroviral Therapy. *AIDS PATIENT CARE and STDs* 2001; 15:109-15.
7. Wagner GL, Ghosh-Dastidar B. Electronic Monitoring: Adherence Assessment or Intervention? *HIV Clin Trials* 2002; 3(1):45-51.
8. Walsh JC, Mandalia S, Gazzard BG. Responses to a 1 month self-report on adherence to antiretroviral therapy are consistent with electronic data and virological treatment outcome. *AIDS* 2002; 16:269-77.

บทที่ 7

ต้นทุน-ประสิทธิผลของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์

รายงานในบทนี้เป็น การนำเสนอผลการศึกษาด้านต้นทุน-ประสิทธิผลของการให้บริการยาต้านไวรัสเอดส์ เป็นกรณีศึกษา เปรียบเทียบต้นทุน-ประสิทธิผลของการให้บริการยาต้านไวรัสเอดส์ ระหว่างโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคเหนือ เป็นการศึกษาต้นทุนที่แท้จริงของการบริการยาต้านไวรัสเอดส์ ในโครงการ ATC ที่ ดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุข

ความเป็นมา

การให้ยาต้านไวรัสเอดส์สูตรตัวยาสามชนิด (Triple-drug regimen) หรือมากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับ การไม่ให้ยาต้านไวรัสชนิดใดเลย พบว่าการให้ยาต้านไวรัสนั้นมีประสิทธิภาพมากกว่า กล่าวคือ ทำให้ผู้ติดเชื้อมีชีวิตยืนยาว และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น รวมถึงการทำให้ต้นทุนค่ารักษาพยาบาลโดยรวมลดลง การรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ นั้น สิ่งสำคัญในการเตรียมความพร้อมนอกเหนือจากการจัดหายาต้านไวรัสแล้ว ยังต้องมีระบบที่ดีในการติดตามกำกับ ผลที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยา ช่วงเวลาที่เหมาะสมในการเริ่มยาต้านไวรัสเป็นเรื่องสำคัญและต้องคำนึงถึง เพื่อให้เกิดผลเสีย หรือผลข้างเคียงให้น้อยที่สุด ค่าใช้จ่ายในการติดตามผลที่เกิดขึ้นหลังการรักษา และการติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ ก็ถือว่าเป็นต้นทุนที่สำคัญส่วนหนึ่ง ซึ่งในปัจจุบันพบว่าต้นทุนดังกล่าวยังสูงอยู่มาก ค่าใช้จ่ายในการจัดการผลเสียหรือ ผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาต้านไวรัส ก็นับเป็นส่วนหนึ่งของต้นทุนด้วย การศึกษาด้านต้นทุนของการให้บริการยาต้านไวรัสเอดส์ในประเทศไทยยังมีอยู่ไม่มากนัก และยังไม่ได้มีการศึกษาถึงการให้ยาต้านไวรัสสูตรที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบันใน โครงการ ATC การประเมินผลการดำเนินโครงการ ATC ครั้งนี้ จึงได้มีการศึกษาด้านต้นทุน-ประสิทธิผล ควบคู่ไปกับการประเมินด้านอื่นๆ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษา

1. ต้นทุนการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ได้แก่ ต้นทุนของการบริการที่คลินิกยาต้านไวรัสในโรงพยาบาล ต้นทุนยา และต้นทุนของผู้รับบริการ
2. เปรียบเทียบต้นทุน-ประสิทธิผลของการให้ยาต้านไวรัสเอดส์ ระหว่างการให้บริการในโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไป

รูปแบบการศึกษา

รูปแบบการศึกษาประกอบด้วย

1. การศึกษาด้านต้นทุนการให้บริการยาต้านไวรัส เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เพื่อ ประเมินต้นทุนรวมและต้นทุนต่อหน่วย ต้นทุนเฉลี่ยของการให้บริการยาต้านไวรัสในโรงพยาบาล
2. การศึกษาด้านต้นทุนยาต้านไวรัสเอดส์ เป็นการศึกษาจากเอกสารรายงานด้านงบประมาณ และค่าใช้จ่ายในการจัดซื้อจากส่วนกลาง โดยกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

3. การศึกษาต้นทุนผู้รับบริการ เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) โดยเก็บข้อมูลจากผู้มารับบริการ ณ คลินิกยาด้านไวรัสเอดส์ในโครงการ ATC ในโรงพยาบาล 3 แห่งที่ทำการศึกษา
4. การศึกษาต้นทุน-ประสิทธิผล เป็นการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการให้บริการยาด้านไวรัส ระหว่างโรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน 2 แห่ง ที่มีขนาดแตกต่างกัน โดยการคำนวณสัดส่วนต้นทุน-ร้อยละประสิทธิผล จากข้อมูลของต้นทุนที่ได้กล่าวมาในข้อ 1-3 ส่วนประสิทธิผลของการรักษาวัดจากผลที่เกิดขึ้นในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับยาด้านไวรัสเอดส์ในโครงการ

คำจำกัดความ

คำศัพท์ต่างๆ ที่จะได้ปรากฏต่อไปในรายงานการศึกษานี้ ได้กำหนดนิยามไว้ดังนี้

หน่วยต้นทุน

หมายความว่าหน่วยงาน หรือแผนกของการให้บริการ โดยจะแตกต่างกันไปตามโครงสร้างของระบบบริการในแต่ละโรงพยาบาล

หน่วยต้นทุนที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้ (Non-revenue producing cost center-NRPCC)

หมายถึงหน่วยงาน หรือแผนกที่ทำหน้าที่เป็นหน่วยสนับสนุนหน่วยงานหรือแผนกต่างๆ ในโรงพยาบาล และไม่ก่อรายได้ในตัวเอง เช่น ฝ่ายบริหาร หน่วยซักฟอก หน่วยจ่ายกลาง และ ฝ่ายโภชนาการ เป็นต้น

หน่วยต้นทุนที่ก่อให้เกิดรายได้ (Revenue producing cost center -RPCC)

หมายถึงหน่วยงานที่ให้บริการและสามารถเก็บค่าบริการจากการให้บริการนั้นๆ ตัวอย่างเช่น แผนกเอกซเรย์ แผนกห้องปฏิบัติการ ฝ่ายเภสัชกรรม เป็นต้น

หน่วยต้นทุนในการให้บริการผู้ป่วย (Direct patient service -PS)

หมายถึงหน่วยต้นทุนที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยโดยตรง ได้แก่ แผนกผู้ป่วยนอก แผนกผู้ป่วยใน เป็นต้น

ต้นทุนรวม (Total cost)

คือต้นทุนรวมในแต่ละหน่วยต้นทุน ได้แก่ต้นทุนค่าแรงงาน (labor cost), ต้นทุนค่าวัสดุต่างๆ รวมทั้ง ค่ายาและเวชภัณฑ์ (material cost), และต้นทุนของครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้าง (capital cost), ซึ่งได้จากการรวมของต้นทุนตรงและต้นทุนโดยอ้อม

ต้นทุนต่อหน่วย (Unit cost)

คือต้นทุนรวมในหน่วยบริการนั้นๆ หารด้วยจำนวนการมารับบริการ ซึ่งอาจนับต่อหน่วยการมารับบริการ (visit) หรือต่อจำนวนผู้ป่วย ในช่วงเวลาที่กำหนด

ต้นทุนตรง (Direct costs)

คือต้นทุนที่เกิดโดยตรงจากการใช้งานหรือซื้อเข้ามาในหน่วยต้นทุนนั้น ๆ ซึ่งเกิดจากการรวมกันของต้นทุนค่าแรงงาน, ค่าวัสดุต่าง ๆ รวมทั้ง ค่ายาและเวชภัณฑ์, และต้นทุนของครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้าง

ต้นทุนโดยอ้อม (Indirect costs-overhead costs)

คือต้นทุนที่ปันมาจากหน่วยต้นทุนที่ให้การสนับสนุนการบริการในหน่วยต้นทุนอื่น โดยมีการแบ่งกันตามสัดส่วนของการได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานนั้น

ต้นทุนของการให้บริการในคลินิกยาต้านไวรัส (ARV clinic cost)

เป็นต้นทุนที่สำคัญในการศึกษานี้ โดยที่ลักษณะการให้ยาต้านไวรัสเอ็ดส์ในแต่ละโรงพยาบาลนั้นโดยมากเป็นลักษณะการให้บริการแบบไม่ต้องนอนโรงพยาบาล (Ambulatory clinic) โดยการคำนวณต้นทุนนั้นจะต้องมีการปันต้นทุนตามสัดส่วนของการให้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก

โรงพยาบาลที่ทำการศึกษา

โรงพยาบาล 3 แห่งในจังหวัดเชียงใหม่ โรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน 2 แห่ง ซึ่งมีระดับของการให้บริการที่แตกต่างกัน ดังมีรายละเอียดในแต่ละโรงพยาบาลดังนี้

โรงพยาบาล ก

โรงพยาบาลประจำจังหวัดเชียงใหม่ สร้างขึ้นในปี พ.ศ. 2523 สามารถรองรับผู้ป่วยได้ 530 เตียง โรงพยาบาลตั้งอยู่ในเขตอำเภอแมริม ห่างจากตัวเมืองประมาณ 10 กิโลเมตร และเป็นโรงพยาบาลที่รับการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดเชียงใหม่ ในส่วนของคลินิกยาต้านไวรัสเอ็ดส์ ปัจจุบันมีผู้มารับบริการโดยประมาณกว่า 440 คน คลินิกยาต้านไวรัสนี้เป็นส่วนรับผิดชอบของแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม

โรงพยาบาล ข

โรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง ตั้งขึ้นในปี พ.ศ.2525 โรงพยาบาลอยู่ห่างจากตัวเมืองเชียงใหม่ประมาณ 25 กิโลเมตร โรงพยาบาลนี้นับได้ว่าเป็นโรงพยาบาลชุมชนที่ให้บริการยาต้านไวรัสมากที่สุดแห่งหนึ่ง กล่าวคือ ในปัจจุบันมีผู้มารับบริการมากถึงกว่า 500 คน ภายใต้โครงการต่างๆ ทั้งของภาครัฐ และองค์กรเอกชน รวมทั้งโครงการวิจัยต่างๆ

โรงพยาบาล ค

โรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ตั้งขึ้นในปี พ.ศ. 2525 ตั้งอยู่ห่างจากตัวเมืองเชียงใหม่ประมาณ 20 กิโลเมตร ปัจจุบันมีผู้มารับบริการยาต้านไวรัสจำนวนประมาณ 150 คน

แหล่งข้อมูล

การเก็บข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ มีวิธีดำเนินการแยกตามประเภทของต้นทุนได้ดังต่อไปนี้

ต้นทุนการบริการ ณ คลินิกยาต้านไวรัสเอ็ดส์

ใช้ข้อมูลปีงบประมาณ พ.ศ. 2546 เพื่อให้มีความครบถ้วนของข้อมูลตลอดทั้งปี (ในการประมาณต้นทุนการบริการจะได้มีการคำนวณปรับเพื่อแสดงถึงต้นทุนการให้บริการในคลินิกยาด้านไวรัสในปีงบประมาณ พ.ศ. 2547) โดยเก็บข้อมูลที่ได้มีการใช้จ่ายจริงในแต่ละหน่วยงานของโรงพยาบาล การเก็บข้อมูลในแต่ละส่วนได้มีการตรวจสอบโดยตรงกับผู้รับผิดชอบข้อมูลก่อนที่จะนำมาวิเคราะห์ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 7.1

ต้นทุนผู้มารับบริการ

ทำการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้มารับบริการในคลินิกยาด้านไวรัส ได้แก่ ข้อมูลค่าใช้จ่ายในการมารับบริการครั้งล่าสุด รายละเอียดของต้นทุนค่าใช้จ่ายแสดงในตารางที่ 7.2

ต้นทุนยาด้านไวรัสเอดส์

ศึกษาบันทึกการจัดซื้อยา และราคายาด้านไวรัสเอดส์ โดยกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ 2546-47 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งราคาต่อหน่วยการซื้อ ปริมาณบรรจุต่อหน่วย บริษัทที่ได้รับการจัดซื้อ และประเภทยาว่าเป็นยาในบัญชียาหลัก หรือนอกบัญชียาหลักแห่งชาติ

ตารางที่ 7.1 ต้นทุนการบริการ ณ คลินิกบริการยาด้านไวรัสเอดส์ และแหล่งข้อมูล

ประเภทของต้นทุนการบริการ	รายละเอียดของต้นทุน	แหล่งข้อมูล
ต้นทุนค่าแรงงาน	รายได้จากเงินเดือนที่ได้รับ รายได้จากการทำงานนอกเวลา สิทธิประโยชน์อื่น ๆ โดยในส่วนของแพทย์ที่มีการทำงานมากกว่าหนึ่งแผนก ได้มีการประมาณสัดส่วนในการให้บริการในแต่ละแผนก โดยมีการสอบถามโดยตรงจากผู้ปฏิบัติงาน	ฝ่ายบุคลากรโรงพยาบาล
ต้นทุนค่าวัสดุ 1) ยาและเวชภัณฑ์ 2) ค่าสาธารณูปโภค 3) ค่าวัสดุอื่น ๆ	ค่ายาและเวชภัณฑ์ในปีงบประมาณ 2546 ค่าสาธารณูปโภค ได้แก่ ค่าน้ำ ไฟฟ้า โทรศัพท์ โทรศัพท์ ค่าวัสดุอื่น ๆ เช่น วัสดุอุปกรณ์สำนักงาน	หน่วยจัดซื้อ ได้แก่ ฝ่ายเภสัชกรรม และฝ่ายบริหาร
ต้นทุนครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้าง 1) ค่าก่อสร้าง 2) ครุภัณฑ์	ค่าก่อสร้างในปี 2546 โดยคิดค่าเสื่อมราคาในแต่ละปี คำนวณตามต้นทุนของกระทรวงสาธารณสุข ค่าใช้จ่ายครุภัณฑ์ต่าง ๆ ในปี 2546 ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี โดยคิดต้นทุนตามค่าเสื่อมรายปีคำนวณตามหลัก การคิดต้นทุนของกระทรวงสาธารณสุข	ฝ่ายบริหารโรงพยาบาล

ตารางที่ 7.2 ต้นทุนผู้มารับบริการยาด้านไวรัส และแหล่งข้อมูล

ต้นทุนของผู้มารับบริการ	รายละเอียดของต้นทุน	แหล่งข้อมูล
รายได้ที่ต้องเสียไปจากการมารับบริการที่โรงพยาบาล	ปริมาณเงินรายได้ที่ผู้รับบริการต้องเสียไป โดยถือเป็นค่าเสียโอกาส (opportunity cost) ประมาณการจากอาชีพ และระยะเวลาที่สูญเสีย	การสัมภาษณ์ผู้มารับบริการ
ค่าเดินทาง	ค่ายานพาหนะ ค่าโดยสาร ค่าเชื้อเพลิงของการเดินทาง ไป-กลับ	
ค่าอาหาร	ค่าใช้จ่ายในการซื้ออาหารระหว่างการมารับบริการครั้งสุดท้าย	
ค่ายาและเวชภัณฑ์	ค่าใช้จ่ายในการซื้อยาและเวชภัณฑ์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ทั้งที่ซื้อในโรงพยาบาล และนอกโรงพยาบาล	
ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ	ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น และไม่เข้าประเภทค่าใช้จ่ายข้างต้น และเกี่ยวข้องกับการบริการยาด้านไวรัส	
ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากผู้ติดตาม ในการมารับบริการ	ในกรณีที่มีผู้ติดตาม ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นของผู้ติดตามในประเด็นต่าง ๆ ข้างต้น จะนำมาพิจารณารวมด้วย	

การวิเคราะห์ต้นทุน

การคำนวณต้นทุนการบริการ ณ คลินิกยาด้านไวรัสเอ็ดส์

การคำนวณต้นทุนต่อหน่วยในการให้บริการยาด้านไวรัส ได้มีการเก็บข้อมูลในทุก ๆ ส่วนของค่าใช้จ่ายก่อนที่จะเป็นส่วนสู่การให้บริการที่คลินิกยาด้านไวรัส โดยมีวิธีการและขั้นตอนในการคำนวณดังนี้

การคำนวณต้นทุนต่อหน่วยด้วยวิธีจากบนสู่ล่าง (Top-down costing)

การคำนวณโดยวิธีจากบนสู่ล่าง หมายถึง การหารต้นทุนหรือค่าใช้จ่ายทั้งหมดของหน่วยต้นทุนที่กำลังศึกษา ด้วยจำนวนหน่วยของการบริการซึ่งอาจเป็น จำนวนผู้ป่วย จำนวนครั้งการมารับบริการ จำนวนวันนอนโรงพยาบาล เพื่อคำนวณหาต้นทุนเฉลี่ย

การคำนวณต้นทุนโดยอ้อม (Step down indirect cost allocation)

การคำนวณต้นทุนโดยอ้อมนั้น เป็นส่วนหนึ่งของการคำนวณต้นทุนแบบ Top-down costing ดังได้กล่าวข้างต้น โดยทั่วไปมีหลายวิธีในการกระจายต้นทุน แต่ที่นำมาคำนวณในที่นี้คือวิธี ที่เรียกว่า Step-down method ดังแสดงในรูปที่ 7.1 และมีขั้นตอนดังนี้

1. ระบุหน่วยต้นทุน และการจัดประเภทของหน่วยต้นทุนในสามลักษณะคือ หน่วยต้นทุนที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้ (Non-revenue producing cost center-NRPCC) หน่วยต้นทุนที่ก่อให้เกิดรายได้ (Revenue producing cost center -RPCC) และหน่วยต้นทุนในการให้บริการผู้ป่วย (Direct patient service -PS)
2. คำนวณหาต้นทุนตรงในแต่ละหน่วย (Direct cost determination) โดยรวมจากการคำนวณต้นทุนค่าแรง ค่าวัสดุอุปกรณ์ และค่าของครุภัณฑ์สิ่งก่อสร้าง (LC+MC+CC)
3. กำหนดค่าสัมประสิทธิ์การกระจาย ของหน่วยต้นทุนที่เป็นหน่วยสนับสนุน (Allocation criteria determination)

4. คำนวณต้นทุนรวม (Full cost determination) ของหน่วยต้นทุนในส่วนของหน่วยต้นทุนในการให้บริการผู้ป่วยโดยรวมจาก ต้นทุนตรงและโดยอ้อม
5. คำนวณต้นทุนต่อหน่วย โดยการนำต้นทุนรวมของหน่วยต้นทุนในการให้บริการผู้ป่วย ทหารด้วยจำนวนหน่วยของการบริการซึ่งอาจเป็น จำนวนผู้ป่วย จำนวนครั้งการมารับบริการ จำนวนวันนอนโรงพยาบาล

การประเมินประสิทธิผลของการรักษา

การศึกษาประสิทธิผลของการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ได้กำหนดตัวชี้วัดเป็น 5 ประเภทดังแสดงในตารางที่ 7.3

ตารางที่ 7.3 ตัวชี้วัด และเกณฑ์การประเมินประสิทธิผลของการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

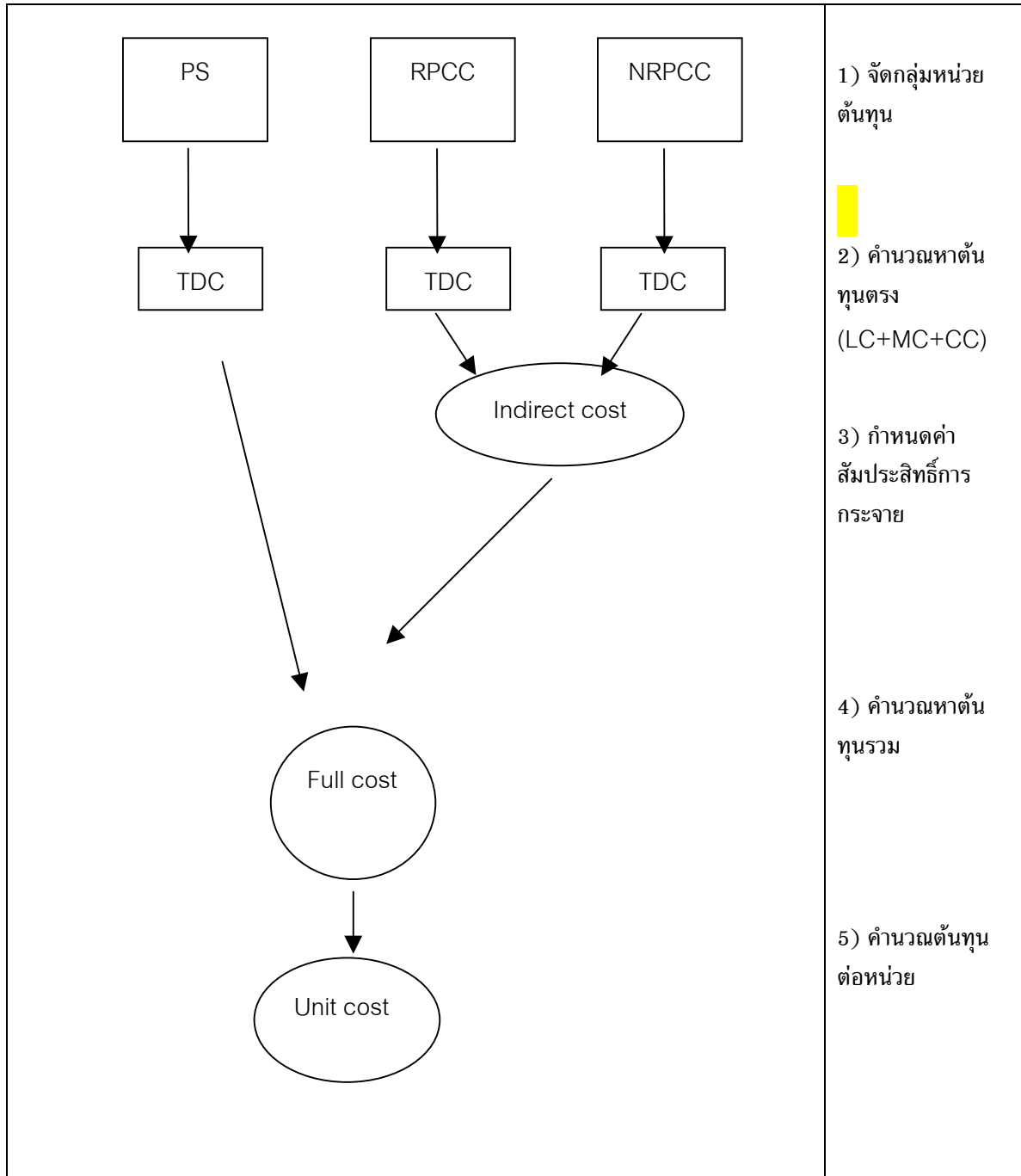
ตัวชี้วัดประสิทธิผล	เกณฑ์	แหล่งข้อมูล
ระดับ CD4	การเพิ่มมากขึ้นของระดับ CD4 ร้อยละ 30 ขึ้นไป หลังการรักษา 6 เดือน	บันทึกและรายงานผู้ป่วย
น้ำหนักตัว	มีการเพิ่มมากขึ้นของน้ำหนัก ร้อยละ 10 ขึ้นไป หลังการรักษา 6 เดือน	บันทึกรายงานผู้ป่วย
การกินยาครบถ้วน	การไม่ลืมกินยาต้านไวรัสแม้แต่ครั้งเดียวในรอบ 5 วันก่อนการสัมภาษณ์จากการรายงานของผู้ป่วย	การสัมภาษณ์
ความพึงพอใจต่อการบริการ	มีความพึงพอใจมากต่อการรับบริการที่คลินิกยาต้านไวรัสเอ็ดส์	การสัมภาษณ์
คุณภาพชีวิต	การมีคุณภาพชีวิตในระดับคะแนนดี หรือดีมาก	การสัมภาษณ์ โดยใช้ Modified McGill's quality of life questionnaire*

* รายละเอียดในภาคผนวก

การวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผล (Cost-effectiveness)

ในการศึกษานี้จะคำนวณในลักษณะของ ต้นทุน-ร้อยละประสิทธิผล เนื่องจากข้อมูลส่วนของต้นทุนที่ศึกษา เป็นต้นทุนทั้งหมดของผู้มารับบริการในโครงการยาต้านไวรัสเอ็ดส์ ของกระทรวงสาธารณสุข (ATC) ครอบคลุมผู้รับบริการทุกรายในระยะเวลาที่ศึกษา ในขณะที่ข้อมูลด้านประสิทธิผลของการรักษานั้นเป็นการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง จึงคำนวณในลักษณะของต้นทุน-ร้อยละของประสิทธิผล (Cost per Percentage of Effectiveness) ส่วนตัวชี้วัดประสิทธิผลได้แก่ คุณภาพชีวิต การกินยาครบถ้วน และความพึงพอใจต่อการบริการ การเพิ่มขึ้นของระดับ CD4 และการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัว หลังการรักษา 6 เดือน

รูปที่ 7.1 การกระจายต้นทุนโดยอ้อม (Step down indirect cost allocation)



NRPCC=Non-revenue producing cost center; RPCC=Revenue producing cost center; PS=Patient service; LC=Labor cost; MC=Material cost; CC=Construction cost

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลโรงพยาบาล ได้แก่ จำนวนบุคลากร และจำนวนผู้ป่วยที่มีรับบริการ ปีงบประมาณ 2546 คือระหว่าง ตุลาคม พ.ศ. 2546 จนถึง กันยายน พ.ศ. 2546 ของโรงพยาบาล 3 แห่ง ได้แสดงไว้ในตารางที่ 7.4 ข้อมูลเบื้องต้นของการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีในแต่ละโรงพยาบาลทั้งในแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน และจำนวนผู้รับยาต้านไวรัสในโครงการ ATC และโครงการอื่นๆ ได้แสดงไว้ในตารางที่ 7.5

ต้นทุนต่อหน่วยการบริการทั่วไป

การคำนวณต้นทุนต่อหน่วย หรือต้นทุนเฉลี่ย เป็นการคำนวณต้นทุนต่อหน่วยการมารับบริการสำหรับผู้ป่วยนอก และต้นทุนต่อหน่วยคินนอนในโรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วยใน ในช่วงปีงบประมาณ 2546 (ต.ค. 2545- ก.ย. 2546) และเพื่อให้ต้นทุนได้มีความสอดคล้องกับต้นทุนในปี งบประมาณ 2547 จึงได้ปรับด้วยอัตราเงินเฟ้อ ในช่วงระหว่างปี 2546-2547 ซึ่งมีอัตราระหว่าง 0.0-1.0% ในที่นี้จะใช้ค่ากลางคือ 0.5% การคำนวณต้นทุนต่อหน่วยบริการแยกออกเป็นสองส่วนคือ ต้นทุนต่อผู้ป่วย 1 ราย และต้นทุนต่อครั้งของการมารับบริการหรือต่อคินนอนรักษาในโรงพยาบาล ต้นทุนรวมและต้นทุนเฉลี่ยของการบริการแยกตามแผนกบริการในโรงพยาบาล ก โรงพยาบาล ข และโรงพยาบาล ค ได้แสดงไว้ในตารางที่ 7.6 ตารางที่ 7.7 และตารางที่ 7.8 ตามลำดับ

ตารางที่ 7.4 ประเภทและจำนวนบุคลากรและผู้มารับบริการแยกตามโรงพยาบาล

ข้อมูล	โรงพยาบาล ก	โรงพยาบาล ข	โรงพยาบาล ค
บุคลากร			
จำนวนแพทย์	66	12	6
จำนวนทันตแพทย์	7	5	3
จำนวนเภสัชกร	23	8	5
จำนวนพยาบาล	405	94	43
จำนวนบุคลากรอื่นๆ	558	31	66
แผนกผู้ป่วยนอก			
จำนวนผู้ป่วยนอก (คน)	135,997	38,340	28,857
จำนวนครั้งมาโรงพยาบาล (ครั้ง)	325,801	173,494	121,324
แผนกผู้ป่วยใน			
จำนวนเตียงนอนผู้ป่วย	531	120	30 (53)
จำนวนการรับเข้านอนโรงพยาบาล (ครั้ง)	28,671	8,141	3,509
จำนวนคินนอนโรงพยาบาล	182,503	52,772	16,711
จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในขณะรับการรักษา	1,125	93	19
จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการส่งตัวรักษาต่อ	149	2,515	419

ตารางที่ 7.5 การให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีแยกตามโรงพยาบาล

ข้อมูล	โรงพยาบาล ก	โรงพยาบาล ข	โรงพยาบาล ค
การบริการที่คลินิกยาด้านไวรัสเอดส์			
จำนวนผู้ป่วย/จำนวนครั้ง ทั้งหมด	443/5,316	516/6,192	125/1,500
จำนวนผู้ป่วย/จำนวนครั้ง ผู้รับยาในโครงการ ATC	163/1,966	218/2,616	94/1,128
จำนวนผู้ป่วย/จำนวนครั้ง ผู้รับยาในโครงการอื่นๆ	60/720	87/1,044	31/372
จำนวนผู้ป่วย/จำนวนครั้ง ผู้ที่จ่ายเงินเอง	220/2,640	211/2,532	0
การรักษาแบบผู้ป่วยใน			
จำนวนการรับเข้านอน (ครั้ง)	748	177	477
จำนวนคืนนอนทั้งสิ้น	5,894	1,054	2,450

ตารางที่ 7.6 ต้นทุนรวม และต้นทุนเฉลี่ยของการบริการ แยกตามแผนกบริการ โรงพยาบาล ก

แผนก	ต้นทุนรวม	จำนวนผู้ป่วย	จำนวนครั้งการบริการ/ จำนวนคืนนอน	ต้นทุนเฉลี่ย ต่อคน	ต้นทุนเฉลี่ยต่อ ครั้ง/ต่อคืนนอน
อายุ	35,728,741.09	3,285	12,561	10,876	2,844.42
อช1	51,143,248.54	2,446	8,617	20,909	5,935.16
อช2	18,468,265.22	2,360	8,386	7,826	2,202.27
พิเศษ6/2	13,104,031.73	585	4,029	22,400	3,252.43
พิเศษ6/3	14,256,929.78	562	4,248	25,368	3,356.15
ICU-Med	19,354,147.16	505	2,653	38,325	7,295.19
กุมาร	15,041,335.18	2,710	22,373	5,550	672.30
NICU	20,647,403.15	473	6,930	43,652	2,979.42
สูติรีเวช 1/3	30,526,385.47	3,797	16,112	8,040	1,894.64
พิเศษ 1/5	12,735,975.45	1,510	5,806	8,434	2,193.59
ศช 3/2	24,408,252.49	2,555	10,660	9,553	2,289.70
ศช ยูโร 3/2	13,670,336.93	1,302	9,947	10,499	1,374.32
ศญ 2/2	18,991,356.44	1,895	12,033	10,022	1,578.27
ICU ศัลย์	13,658,078.19	530	2,003	25,770	6,818.81
อบ1	27,355,172.04	3,164	13,162	8,646	2,078.34
อบ 2	20,580,830.95	2,319	8,699	8,875	2,365.88
พิเศษ อบ	18,407,644.49	1,162	6,289	15,841	2,926.96
พิเศษ 6/1	12,515,968.58	782	4,225	16,005	2,962.36
กช1/1	17,837,077.06	2,123	12,468	8,402	1,430.63
OPD Med ทั่วไป	42,486,446.59	N/A	118,619	N/A	358.18
OPD Med เบาหวาน	5,899,412.09	N/A	3,960	N/A	1,489.75
OPD Med ทรวงอก	3,443,429.64	N/A	1,982	N/A	1,737.35
OPD Med วัณโรค	2,354,881.37	N/A	1,131	N/A	2,082.12

OPD Med อื่น ๆ	12,999,303.56	N/A	9,958	N/A	1,305.41
OPD กุมารทั่วไป	5,880,530.19	N/A	10,471	N/A	561.60
OPD กุมารเด็กดี	3,674,547.34	N/A	3,889	N/A	944.86
OPD กุมารอื่นๆ	4,149,104.29	N/A	5,561	N/A	746.11
OPD ศัลยกรรมทั่วไป	5,872,570.90	N/A	18,017	N/A	325.95
OPD ศัลยกรรมยูโร	3,681,430.28	N/A	6,821	N/A	539.72
OPD ศัลยกรรมประสาท	2,279,255.02	N/A	967	N/A	2,357.04
OPD กระดูก	16,699,919.53	N/A	35,608	N/A	468.99
OPD โสตศอนาสิก	4,210,778.89	N/A	8,722	N/A	482.78
OPD ตา	6,647,800.67	N/A	23,463	N/A	283.33
OPD สูติ นรีเวช	3,814,601.69	N/A	14,786	N/A	257.99
ANC	5,163,441.87	N/A	7,663	N/A	673.81
วัยทอง	2,093,919.98	N/A	388	N/A	5,396.70
ER	29,436,928.22	N/A	34,537	N/A	852.33
คลินิกประกันสังคม	11,517,595.99	N/A	40,162	N/A	286.78
คลินิกตรวจสุขภาพ	1,187,795.04	N/A	11,533	N/A	102.99
ทันตกรรม	9,741,896.24	N/A	14,082	N/A	691.80
total	581,666,769.32				

N/A= not available เนื่องจากไม่มีการเก็บข้อมูลในส่วนนี้

ตารางที่ 7.7 ต้นทุนรวม และต้นทุนเฉลี่ยของการบริการ แยกตามแผนกบริการ โรงพยาบาล ข

แผนก	ต้นทุนรวม	จำนวนผู้ป่วย	จำนวนครั้งการบริการ/จำนวนคินนอน	ต้นทุนเฉลี่ยต่อคน	ต้นทุนเฉลี่ยต่อครั้ง/ต่อคินนอน
ผู้ป่วยนอก OPD	38,575,302.87	18,726	77,633	2,059.99	496.89
ER	6,225,227.66	4,710	44,320	1,321.70	140.46
ไตเทียม dialysis	2,827,140.67	171	2,344	16,532.99	1,206.12
ICU	5,561,361.35	144	499	38,620.56	11,145.01
ผู้ป่วยใน ชาย	9,899,344.74	2,430	9,877	4,073.80	1,002.26
ผู้ป่วยใน หญิง	11,467,732.40	2,270	8,851	5,051.86	1,295.64
ผู้ป่วยใน เด็ก	8,363,904.99	1,824	4,851	4,585.47	1,724.16
ผู้ป่วยพิเศษ	7,473,545.68	2,593	7,963	2,882.20	938.53
PCU+ส่งเสริมสุขภาพและควบคุมโรค	5,978,315.31	2,736	8,578	2,185.06	696.94
ทันตกรรม	5,101,391.91	2,736	8,578	1,864.54	594.71
รวม	101,473,267.58				

ตารางที่ 7.8 ต้นทุนรวม และต้นทุนเฉลี่ยของการบริการ แยกตามแผนกบริการ โรงพยาบาล ค

แผนก	ต้นทุนรวม	จำนวนผู้ป่วย	จำนวนครั้งการบริการ/จำนวนคินนอน	ต้นทุนเฉลี่ยต่อคน	ต้นทุนเฉลี่ยต่อครั้ง/ต่อคินนอน
ผู้ป่วยนอก OPD	15,527,786.14	2,887	77,191	5,378.52	201.16
ER	4,646,316.91	31,595	31,595	147.06	147.06
ผู้ป่วยใน ชาย	4,732,341.79	1,855	6,825	2,551.13	693.38
ผู้ป่วยใน หญิง และเด็ก	8,284,623.82	2,483	7,929	3,336.54	1,044.85
PCU*	4,065,326.06				
ส่งเสริม สุขภาพ และควบคุมโรค*	2,552,027.18				
ทันตกรรม	3,974,302.32	N/A	9,256	N/A	429.38
รวม	43,782,724.23	38,820			

* PCU ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ สุขภาพและควบคุมโรค นับจำนวนครั้งรวมกับแผนกผู้ป่วยนอก; NA=not available

ต้นทุนการบริการที่คลินิกยาด้านไวรัสเอดส์

การคำนวณต้นทุนของการให้บริการในคลินิกยาด้านไวรัส เป็นการปันสัดส่วนจากการให้บริการในส่วนของผู้ป่วยนอก โดยดูจากสัดส่วนของจำนวนครั้งการมารับบริการในแต่ละโรงพยาบาล และได้มีการคำนวณแยกตามประเภทของโครงการต่างๆ ที่มีการให้บริการยาด้านไวรัสเอดส์

ตารางที่ 7.9 ต้นทุนต่อหน่วยการบริการที่คลินิกยาด้านไวรัสเอดส์ แยกตามโรงพยาบาลและลักษณะโครงการ

ต้นทุนการบริการที่คลินิกยาด้านไวรัส	โรงพยาบาล ก	โรงพยาบาล ข	โรงพยาบาล ค
โครงการยาด้านไวรัสของกระทรวงสาธารณสุข	700,591.72	1,299,872.38	323,609.20
โครงการวิจัยและการสนับสนุนอื่นๆ	257,886.52	518,756.41	106,722.20
ผู้ป่วยที่ต้องจ่ายเงินเอง	945,583.92	1,258,133.36	0.00
รวม	1,904,062.17	3,076,762.14	430,331.40

ต้นทุนยาต้านไวรัสเอดส์

ราคายาต้านไวรัสเอดส์แยกตามชนิดและสูตรยา ดังแสดงไว้ในตารางที่ 7.10 ตารางที่ 7.11 และตารางที่ 7.12 ต้นทุนค่ายาต้านไวรัสแยกตามโรงพยาบาล และชนิดของยาที่ผู้ป่วยได้รับ แสดงไว้ในตารางที่ 7.13

ตารางที่ 7.10 ราคายาต้านไวรัสเอดส์แยกตามชนิด

รายการ	ชนิดยาด้านไวรัส	ปริมาณบรรจุ	ราคา (บาท)	ผู้ผลิต	ED/NED*
1	AZT (100mg)	100 cap	600.00	GPO	ED
2	AZT (300mg)	100 cap	1,700.00	GPO	ED
3	AZT syrup (10 mg/ml)	60 ml	50.00	GPO	ED
4	AZT (300mg)+ 3TC (150mg)	60 tab	1,500.00	GPO	NED
5	ddI (115mg)	30 sachet	600.00	GPO	ED
6	ddI (167mg)	30 sachet	840.00	GPO	ED
7	3TC (150mg)	60 tab	600.00	GPO	ED
8	3TC syrup (10mg/ml)	60 ml	60.00	GPO	ED
9	NPV (200mg)	60 tab	900.00	GPO	ED
10	NPV suspension (10mg/ml)	60 ml	36.00	GPO	ED
11	d4T (15mg)	60 cap	150.00	GPO	NED
12	d4T (20mg)	60 cap	150.00	GPO	ED
13	d4T (30mg)	60 cap	210.00	GPO	ED
14	d4T (40mg)	60 cap	270.00	GPO	ED
15	d4T solution (1mg/ml)	60 ml	25.00	BLH	NED
16	d4T solution (5 mg/ml)	60 ml	38.00	BLH	NED
17	EFV (50mg)	30 cap	187.00	BLH	NED
18	EFV (200 mg)	90 cap	2,140.00	BLH	ED
19	EFV (600 mg)	30 tab	1,722.40	BLH	NED
20	IDV (200mg)	360 cap	2,803.40	BLH	ED
21	IDV (400mg)	180 cap	2,803.40	BLH	ED
22	RTV (100mg)	84 cap	2,735.04	Abbott	ED
23	SQV (200mg)	180 cap	4,852.66	Roche	ED
24	LPV(133.3mg)+ RTV (33.3mg)	180 cap	1,7547.84	Abbott	NED

* ED=Essential drug; NED=Non-essential drug ตามบัญชียาหลักแห่งชาติ

ตารางที่ 7.11 ราคายาต้านไวรัสแยกตามสูตรยาในโครงการ ATC สำหรับผู้ที่มีน้ำหนักตัวตั้งแต่ 60 กิโลกรัมขึ้นไป

รายการ	สูตรยาต้านไวรัส	ราคา (บาท) ต่อเดือน
1	GPO-vir S40 (3TC (150mg)+d4T(40mg)+NVP (200mg))	1,320.00
2	3TC (150mg)+ d4T (40mg)+ EFV (200mg)	3,610.00
3	3TC (150mg)+ d4T (40mg)+ IDV (400mg) +RTV (100mg)	4692.53

ตารางที่ 7.12 ราคายาต้านไวรัสแยกตามสูตรยาในโครงการ ATC สำหรับผู้ที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 60 กิโลกรัม

รายการ	สูตรยาต้านไวรัส	ราคา (บาท) ต่อเดือน
1	GPO-vir S30 3TC (150mg)+d4T(30mg)+NVP (200mg)	1,200.00
2	3TC (150mg)+ d4T (30mg)+ EFV (200mg)	3,550.00
3	3TC (150mg)+ d4T (30mg)+ IDV (400mg) +RTV (100mg)	4,632.53

ตารางที่ 7.13 ต้นทุนค่ายาต้านไวรัสเอดส์แยกตามโรงพยาบาล และชนิดของยาที่ผู้ป่วยได้รับ

สูตรยาต้านไวรัส	ค่ายาต้านไวรัส/คน/เดือน	โรงพยาบาล ก		โรงพยาบาล ข		โรงพยาบาล ค	
		จำนวนผู้รับยา	ราคารวมบาท/เดือน	จำนวนผู้รับยา	ราคารวมบาท/เดือน	จำนวนผู้รับยา	ราคารวมบาท/เดือน
GPO-Vir (สูตร 1)	1,200.00	150	180,000.00	174	208,800.00	90	108,000.00
3TC+d4T+EFV (สูตร 2)	3,550.00	9	31,950.00	19	67,450.00		
3TC+d4T+IDV+RTV (สูตร 3)	4,632.53	2	9,265.06	1	4,632.53		
Combivir (AZT+3TC)+SQV+RTV	26,998.14			12	323,977.68		
Combivir+NVP	2,400.00	2	4,800.00	1	2,400.00	1	2,400.00
AZT+ddI+NVP	4,280.00				0.00	3	12,840.00
Combivir+EFV	3,640.00			10	36,400.00		
IDV+SQV+EFV	26,403.3						
AZT+ddI+IDV+RTV	7,142.00			1	7,142.00		
ต้นทุนรวมต่อเดือน			226,015.06		650,802.21		123,240.00
ต้นทุนรวมต่อปี			2,712,180.72		7,809,626.52		1,478,880.00

ตารางที่ 7.14 ประมาณการต้นทุนเมื่อมีการใช้ยาในแต่ละประเภทที่แตกต่างกัน

สูตรยา*	ราคายา บาท/เดือน/คน	โรงพยาบาล ก	โรงพยาบาล ข	โรงพยาบาล ค
GPO Vir (สูตร 1)	1,200.00	2,347,200.00	3,139,200.00	1,353,600.00
3TC+d4T+IDV+RTV (สูตร 3)	4,632.53	9,061,228.68	12,118,698.48	5,225,493.84
AZT+3TC+SQV +RTV	26,998.14	52,808,361.84	70,627,134.24	30,453,901.92

* ยาสูตร 3 เป็นยาที่มีราคาแพงที่สุดในจำนวนยา 3 สูตรที่ให้แก่วัดติดเชื้ในโครงการ ATC

AZT+3TC+SQV+RTV เป็นสูตรยาที่มีราคาแพงที่สุดในการศึกษาครั้งนี้

ต้นทุนการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การประมาณการต้นทุนของการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ที่เกี่ยวข้องกับการบริการยาด้านไวรัสเอดส์ ในแต่ละเดือน ห้องปฏิบัติการที่มีการส่งตรวจจากโรงพยาบาลที่ทำการศึกษาคือ ห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลนครพิงค์ และคณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ข้อมูลประมาณการตรวจ และต้นทุนต่อหน่วยได้แสดงไว้ในตารางที่ 7.15 ต้นทุนการตรวจ CD4 cell count เป็นต้นทุนที่สูงที่สุดเมื่อเทียบกับต้นทุนการตรวจอื่นๆ ต้นทุนรวมของการตรวจ CD4 cell count ในรอบ 1 ปี แยกตามโรงพยาบาล ได้แสดงไว้ในตารางที่ 7.16 อนึ่งการตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานอื่นๆ มีต้นทุนต่ำและคล้ายคลึงกันในแต่ละโรงพยาบาล เนื่องจากมีการจัดซื้อในระดับจังหวัด จึงไม่นำมาคำนวณในการศึกษา

ตารางที่ 7.15 ต้นทุนการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

รายการ	ราคา/ครั้ง (บาท)	จำนวนครั้งของการตรวจ ปี 2546	แหล่งข้อมูล
1. CD4 cell count	600	876 (800-1,000)	แผนกห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลนครพิงค์ เชียงใหม่
2. CBC	17	42,512	
3. Serum amylase	50	323	
4. SGPT	20	10,879	
5. CD4 cell count	381	2,500-3,000	คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ตารางที่ 7.16 ต้นทุนรวมของการตรวจ CD4 cell count แยกตามโรงพยาบาล

ต้นทุนรวมการตรวจทางห้องปฏิบัติการใน 1 ปี	โรงพยาบาล ก	โรงพยาบาล ข	โรงพยาบาล ค
CD4 cell count	195,600.00	166,116.00	71,628.00

ต้นทุนผู้มารับบริการยาด้านไวรัสเอดส์

ต้นทุนที่เกิดจากผู้มารับบริการ ได้แก่ รายได้ที่ต้องสูญเสียไป ค่าเดินทาง และค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่เกิดขึ้นในการมาโรงพยาบาลเพื่อรับยาด้านไวรัส ข้อมูลในส่วนนี้เป็นข้อมูลในการมารับบริการยาด้านไวรัสที่โรงพยาบาลครั้งล่าสุด ของผู้ติดเชื้อจำนวน 302 คน ที่ได้จากการสัมภาษณ์ ดังแสดงในตารางที่ 7.17

ตารางที่ 7.17 ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นของผู้รับบริการในการมารับยาด้านไวรัสเอดส์ครั้งล่าสุด แยกตามโรงพยาบาล

ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย	โรงพยาบาล ก	โรงพยาบาล ข	โรงพยาบาล ค
รายได้ที่ต้องเสียไปจากการมารับบริการที่โรงพยาบาล			
- ค่าเดินทาง	57.35	27.66	36.01
- ค่าสูญเสียรายได้	97.23	86.27	57.75
- ค่าอาหาร	22.11	12.50	8.84
- ค่ายาและเวชภัณฑ์	24.35	6.89	19.37
- ค่าใช้จ่ายอื่นๆ	26.88	2.50	1.00
รวม	227.92	135.81	122.98
ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยมารับบริการ	173.63	79.88	79.16
ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยโดยรวมต่อครั้ง	252.19	143.67	138.73
ต้นทุนรวมทั้งสิ้นต่อปีของผู้รับบริการในโครงการ	493,283.64	375,840.72	156,487.44

ต้นทุนรวมของการบริการยาด้านไวรัส

ต้นทุนรวมหมายถึง ต้นทุนที่ได้จากการรวมต้นทุนสามส่วนใหญ่เข้าด้วยกัน ได้แก่ ต้นทุนของการให้บริการยาด้านไวรัสในปีงบประมาณ 2547 ต้นทุนของการมารับบริการของผู้ป่วย และ ต้นทุนยาด้านไวรัสเอดส์ ในปีเดียวกันในแต่ละโรงพยาบาลได้แสดงไว้ในตารางที่ 7.18

ตารางที่ 7.18 ต้นทุนรวมการรักษาด้วยยาด้านไวรัสเอดส์ แยกตามโรงพยาบาล

ประเภทของต้นทุน	โรงพยาบาล ก	โรงพยาบาล ข	โรงพยาบาล ค
ต้นทุนการให้บริการในคลินิกยาด้านไวรัส ในปีงบประมาณ 2547	700,591.72	1,299,872.38	323,609.20
ต้นทุนยาด้านไวรัสโดยรวมในปีงบประมาณ 2547	2,712,180.72	7,809,626.52	1,478,880.00
ต้นทุนทางห้องปฏิบัติการ	195,600.00	166,116.00	71,628.00
ต้นทุนของผู้มารับบริการ ในระยะเวลา 1 ปี	493,283.64	375,840.72	156,487.44
ต้นทุนรวมในปีงบประมาณ 2547	4,101,656.08	9,651,455.62	2,030,604.64
ต้นทุนเฉลี่ยต่อคน	25,163.53	44,272.73	21,602.18

ประสิทธิผลของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์

ประสิทธิผลของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ประเมินโดยตัวชี้วัดด้านต่างๆ ได้แก่ คุณภาพชีวิต การกินยาครบถ้วน (Adherence) ความพึงพอใจ การเปลี่ยนแปลงของ CD4 และน้ำหนักตัว ประสิทธิผลของการรักษาแยกรายโรงพยาบาล และประเภทของตัวชี้วัด ได้แสดงไว้ในตารางที่ 7.19

ตารางที่ 7.19 ประสิทธิผลของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์แยกตามตัวชี้วัดแต่ละประเภท

ตัวชี้วัด	ประสิทธิผลของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์		
	โรงพยาบาล ก	โรงพยาบาล ข	โรงพยาบาล ค
การมีคุณภาพชีวิตที่ดี	20 (20%)	43 (35.2%)	19 (23.8%)
การกินยาครบถ้วน (Adherence) มากกว่าร้อยละ 95	87 (87%)	118 (96.7%)	77 (96.3%)
ความพึงพอใจต่อการบริการในระดับสูง	54 (54%)	68 (55.7%)	41 (51.9%)
การเพิ่มขึ้นของระดับ CD4 ร้อยละ 30 ขึ้นไป	31 (86.1%)	58 (65.9%)	42 (80.8%)
น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นร้อยละ 10 ขึ้นไป	9 (23.1%)	24 (24.2%)	20 (37%)

ต้นทุน-ประสิทธิผลของการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

ต้นทุน-ร้อยละประสิทธิผล (Cost per Percentage of Effectiveness)

ต้นทุน-ร้อยละประสิทธิผล ของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ในแต่ละโรงพยาบาล แยกตามตัวชี้วัด ได้แก่ คุณภาพชีวิต การกินยาครบถ้วน (Adherence) ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ระดับ CD4 และน้ำหนักตัว ได้แสดงไว้ในตารางที่ 7.20

ตารางที่ 7.20 ต้นทุน-ร้อยละประสิทธิผล แยกตามโรงพยาบาลและตัวชี้วัดประสิทธิผล

ตัวชี้วัดประสิทธิผล	ต้นทุน-ร้อยละประสิทธิผล		
	โรงพยาบาล ก	โรงพยาบาล ข	โรงพยาบาล ค
การมีคุณภาพชีวิตที่ดี	205,082.80	274,189.08	85,319.52
การกินยาครบถ้วน (Adherence) มากกว่าร้อยละ 95	47,145.47	99,808.23	21,086.24
ความพึงพอใจต่อการบริการในระดับสูง	75,956.59	173,275.68	39,125.33
การเพิ่มขึ้นของระดับ CD4 ร้อยละ 30 ขึ้นไป	47,638.28	146,456.08	25,131.25
น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นร้อยละ 10 ขึ้นไป	177,560.87	398,820.48	54,881.21

กรณีที่ใช้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นตัวชี้วัดประสิทธิผลของการรักษา

ถ้าต้องการให้ร้อยละ 1 ของผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีหรือดีมาก โรงพยาบาล ก ต้องใช้เงินจำนวน 205,082.80 บาท ในขณะที่ โรงพยาบาล ข ใช้เงินจำนวน 274,189.08 บาท และโรงพยาบาล ค ใช้เงินจำนวน 85,319.52 บาท

กรณีที่ใช้การกินยาครบถ้วน (Adherence) เป็นตัวชี้วัดประสิทธิผล

ถ้าต้องการให้ร้อยละ 1 ของผู้ป่วยมีระดับ Adherence มากกว่าร้อยละ 95 โรงพยาบาล ก ต้องใช้เงินจำนวน 47,145.47 บาท ในขณะที่โรงพยาบาล ข ใช้เงินจำนวน 99,808.23 บาท และโรงพยาบาล ค ใช้เงินจำนวน 21,086.24 บาท

กรณีใช้ความพึงพอใจต่อการบริการ (Satisfaction) เป็นตัวชี้วัดประสิทธิผล

ถ้าต้องการให้ร้อยละ 1 ของผู้ป่วยมีความพึงพอใจสูงต่อการบริการที่ได้รับ โรงพยาบาล ก ต้องใช้เงินจำนวน 75,956.59 บาท ในขณะที่โรงพยาบาล ข ใช้เงินจำนวน 173,275.68 บาท และโรงพยาบาล ค ใช้เงินจำนวน 39,125.33 บาท

กรณีวัดประสิทธิผลด้วยการเพิ่มขึ้นของระดับ CD4

ถ้าต้องการให้ร้อยละ 1 ของผู้ป่วยมีระดับของ CD4 สูงขึ้น (มากกว่าร้อยละ 30 หลังการรักษาที่ 6 เดือน) โรงพยาบาล ก ต้องใช้เงินจำนวน 47,638.28 บาท ในขณะที่โรงพยาบาล ข ใช้เงินจำนวน 146,456.08 บาท และโรงพยาบาล ค ใช้เงินจำนวน 25,131.25 บาท

กรณีวัดประสิทธิผลด้วยการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัว

ถ้าต้องการให้ร้อยละ 1 ของผู้ป่วยมีน้ำหนักเพิ่มขึ้น (มากกว่าร้อยละ 10 หลังการรักษาที่ 6 เดือน) โรงพยาบาล ก ต้องใช้เงินจำนวน 177,560.87 บาท ในขณะที่โรงพยาบาล ข ต้องใช้เงินจำนวน 398,820.48 บาท และโรงพยาบาล ค ใช้เงินจำนวน 54,881.21 บาท

สรุป และ อภิปรายผล

การศึกษานี้มุ่งเน้นการประมาณการต้นทุนของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอ็ดส์ ในโครงการ ATC ในส่วนทั้งต้นทุนการบริการที่คลินิกยาต้านไวรัส และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งเป็นต้นทุนที่เกิดในโรงพยาบาล และส่วนที่เป็นต้นทุนยาต้านไวรัสเอ็ดส์ ที่ได้รับการสนับสนุนจากกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งส่วนที่เป็นต้นทุนของผู้รับบริการ ซึ่งหมายถึงค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นด้านผู้ป่วยในการมารับบริการที่โรงพยาบาล ในส่วนของต้นทุนที่เกิดในโรงพยาบาลนั้น พบว่า ต้นทุนการบริการมีความแตกต่างกันไปตามแต่ละสภาพของโรงพยาบาล ปัจจัยต่างๆ เช่น จำนวนแพทย์ บุคลากร และการลงทุนในด้านต่างๆ เพื่อให้สอดคล้องกับจำนวนผู้รับบริการเป็นตัวกำหนดต้นทุนที่สำคัญอย่างยิ่ง การศึกษาครั้งนี้ ต้นทุนในการบริการที่คลินิกยาต้านไวรัสในโรงพยาบาล ได้มากจากปีส่วนของการทำงานให้บริการผู้ป่วยนอกทั้งหมด และพบว่าต้นทุนในส่วนนี้คลินิกยาต้านไวรัสยังคงไม่สูงมากนักในปีที่ทำการศึกษา ต้นทุนที่เกิดจากผู้รับบริการนั้น ส่วนใหญ่เป็นต้นทุนที่เกิดจากการสูญเสียรายได้จากการทำงาน เพราะต้องหยุดงานเพื่อมารับยาที่โรงพยาบาล และค่าเดินทาง อย่างไรก็ตาม โดยภาพรวมค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นทั้งในส่วนการจัดบริการของโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นด้านผู้รับบริการ นับเป็นสัดส่วนที่น้อยมากเมื่อเทียบกับต้นทุนค่ายาต้านไวรัสเอ็ดส์

ผลการศึกษาได้แสดงให้เห็นว่าต้นทุนในการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัสเอตส์นั้น ต้นทุนค่ายาเป็นส่วนประกอบที่สำคัญคิดเป็นประมาณ ร้อยละ 60-80 ซึ่งต้นทุนค่ายาในโครงการ ATC เป็นต้นทุนที่ทางส่วนกลาง คือ กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมควบคุมโรคเป็นผู้รับผิดชอบในการดำเนินการด้านงบประมาณ และการจัดซื้อยาให้กับทางโรงพยาบาล ตามประมาณการจำนวนผู้มารับบริการ ซึ่งแตกต่างกันในแต่ละโรงพยาบาล ต้นทุนค่ายาต้านไวรัสแต่ละสูตรจะมีความแตกต่างกันมาก ยาสูตรพื้นฐานที่ใช้ในโครงการ ATC ซึ่งได้แก่ GPO-Vir หรือยาสูตร 2 (3TC+d4T+EFV) และ สูตร 3 (3TC+d4T+IDV+RTV) จะมีต้นทุนค่ายาที่ต่ำกว่ามาก เมื่อเทียบกับยาต้านไวรัสสูตรอื่นๆ เช่น COMBID+FORTOVASE+NORVIR หรือ IDV+SQV+EFV โดยมีต้นทุนสูงถึงประมาณ 26,000 บาทต่อเดือนต่อผู้ป่วยหนึ่งราย ซึ่งทำให้ต้นทุนโดยรวมสูงขึ้นอย่างมาก

ตัวอย่างต้นทุนการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอตส์ในโรงพยาบาล ข พบว่า ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยจำนวน 174 รายที่ใช้ยาสูตร GPO-Vir คิดเป็นจำนวนเงินเท่ากับ 208,800.00 บาทต่อเดือน ในขณะที่ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ใช้สูตรยา COMBID+FORTOVASE+NORVIR จำนวนเพียง 12 ราย ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงถึง 323,977.68 บาทต่อเดือน ผลการศึกษานี้ แสดงให้เห็นว่าโรงพยาบาล ข ซึ่งมีผู้ป่วยที่ใช้สูตรยาราคาแพงจำนวนมากกว่า จึงทำให้ต้นทุนรวมเฉลี่ยในการรักษาต่อคนต่อปีสูงกว่าเมื่อเทียบกับโรงพยาบาล ก และโรงพยาบาล ค คือเท่ากับ 44,272.73 บาท/คน/ปี (ตารางที่ 7.13)

โรงพยาบาล ค เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ที่มีการให้บริการยาต้านไวรัสเอตส์ โดยผู้ป่วยเกือบทั้งหมด (90 ใน 94 ราย) รับประทานไวรัสสูตร GPO-Vir ซึ่งถือว่าเป็นสูตรที่มีต้นทุนค่ายาต่ำสุดในขณะนี้ ทำให้ต้นทุนโดยรวมเฉลี่ยในการรักษาเท่ากับ 21,602.18 บาท/คน/ปี โรงพยาบาลชุมชนอื่นๆ ในประเทศ ซึ่งส่วนใหญ่จะมีบริบทของโครงสร้างพื้นฐานของระบบบริการ และจำนวนบุคลากรที่ใกล้เคียงกับโรงพยาบาล ค ก็น่าจะมีต้นทุนโดยรวมของการให้บริการที่ไม่แตกต่างจากโรงพยาบาล ค มากนัก หากผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้ยาสูตรในโครงการ ATC

ประสิทธิผลของการรักษาในการศึกษานี้ มีการประเมินโดยใช้ตัวชี้วัดทั้งทางด้านคลินิก และทางห้องปฏิบัติการ รวมทั้งตัวชี้วัดด้านผู้รับบริการ ได้แก่ คุณภาพชีวิตหลังการรักษา และความพึงพอใจต่อบริการ โดยให้ผู้รับบริการเป็นผู้ให้ข้อมูล ผลการศึกษพบว่าประสิทธิผลที่ประเมินโดยตัวชี้วัดทางห้องปฏิบัติการ ระดับ CD4 ที่เพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 30 หลังการรักษา 6 เดือน พบได้ถึง ร้อยละ 66-86 ในขณะที่เมื่อใช้คุณภาพชีวิตเป็นตัววัดผล พบเพียง ร้อยละ 20-36 เท่านั้น ซึ่งอาจแปลผลได้ว่า ผู้ป่วยยังไม่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมที่ดีขึ้นจริงๆ ทั้งนี้การให้ยาต้านไวรัสไม่ได้เป็นสิ่งเดียวที่จำเป็นในการดูแลรักษา เพราะยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องของคุณภาพชีวิตอีกมาก หรืออาจเป็นไปได้ว่า เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินในการศึกษานี้ อาจไม่มีความไวและแม่นยำพอที่จะตรวจวัดได้ถูกต้อง อย่างไรก็ตาม ประสิทธิภาพของการรักษาตามตัวชี้วัดต่างๆ ก็พบว่าไม่แตกต่างกันมากระหว่างโรงพยาบาล

ผลการศึกษาต้นทุนต่อร้อยละของประสิทธิผล พบว่า ผลที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล ค มีสัดส่วนที่ดีกว่าคือการจะทำให้เกิดประสิทธิผลในปริมาณที่ใกล้เคียงกัน โรงพยาบาล ค จะลงทุนน้อยกว่ามากเมื่อเทียบกับ โรงพยาบาล ก และ โรงพยาบาล ข (ตารางที่ 7.20) อย่างไรก็ตาม ต้นทุนดังกล่าวไม่อยู่คงที่ และมีการแปรผันไปตามสูตรยาที่ใช้ ซึ่งในอนาคตคาดการณ์ได้ว่าต้นทุนมีแนวโน้มสูงขึ้น จากการรักษาด้วยยาสูตรเดิมไม่ได้ผล และต้องใช้สูตรยาอื่นที่มีราคาแพงขึ้น การศึกษานี้เป็นเพียงการแสดงให้เห็นถึงทรัพยากร (ต้นทุน) ที่ใช้ในการให้บริการ และความสำเร็จของโครงการ

ในระหว่างที่โครงการดำเนินไปในช่วงระยะเวลาและบริบทที่เฉพาะ ซึ่งอาจไม่สามารถอ้างอิงได้หากเวลาและเงื่อนไขด้านสถานการณ์โรค และระบบบริการมีการเปลี่ยนแปลง

ข้อเสนอแนะ

การนำผลการศึกษาไปใช้ในทางปฏิบัติ

โรงพยาบาลชุมชนสามารถให้บริการยาต้านไวรัสเอดส์แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ดี และผลที่เกิดขึ้นไม่แตกต่างจากการให้บริการในโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ โดยมีต้นทุนที่ต่ำกว่า แต่ภายใต้เงื่อนไขต่าง ๆ ได้แก่ โรงพยาบาลมีบุคลากรเพียงพอ และมีการสนับสนุนจากองค์กรชุมชนและกลุ่มผู้ติดเชื้อ ยาต้านไวรัสที่ใช้เป็นสูตร GPO-Vir และยังไม่มีการเกิดเชื้อดื้อยา โดยเกิดผลดีแก่ผู้มารับบริการทั้งด้านสุขภาพโดยรวม การมีระดับ CD4 เพิ่มขึ้น ความพึงพอใจต่อการบริการ และคุณภาพชีวิตหลังการรักษา อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้เป็นข้อสรุปที่เกิดขึ้นในระยะแรก 1-2 แรกของการรักษาเท่านั้น

ต้นทุนค่ายาเป็นต้นทุนที่มีสัดส่วนสูงสุดถึง ร้อยละ 60-80 ของต้นทุนรวมทั้งหมด การเลือกสูตรยาต้านไวรัสที่เหมาะสม และเวลาที่เหมาะสมในการเริ่มยาต้านไวรัสเป็นสิ่งที่ต้องพิจารณา แนวทางการรักษา และการตัดสินใจในการเลือกสูตรยา และการติดตามการรักษา ควรมีความชัดเจน และมีหลักฐานจากความรู้ที่เป็นปัจจุบัน นอกจากนี้ ต้องให้ความสำคัญกับการติดตามตรวจสอบการกินยาของผู้ป่วยในระยะยาวอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพของการรักษาสูงสุด และลดโอกาสการเกิดเชื้อดื้อยา เพราะหากต้องมีการปรับเปลี่ยนใช้สูตรยาที่มีราคาแพงขึ้น ก็จะส่งผลทำให้ต้นทุนโดยรวมของการรักษาเพิ่มขึ้นด้วย

การให้บริการยาต้านไวรัสในโรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน ทำให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวก ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ลดจำนวนวันลางาน ทำให้ต้นทุนด้านผู้รับบริการลดลงได้มาก อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยที่ไม่ต้องการเปิดเผยตัว พบว่าจะไปแสวงหาการรักษาจากโรงพยาบาลที่อยู่ห่างไกล ดังนั้น โรงพยาบาลจึงควรมีมาตรการรองรับปัญหาและให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยในกรณีดังกล่าวด้วย

การศึกษาวิจัยในอนาคต

การศึกษาต้นทุน-ประสิทธิผล ในโครงการยาต้านไวรัสเอดส์ที่ดำเนินโดยกระทรวงสาธารณสุข ควรได้มีการศึกษาในรายละเอียดและแยกประเภทสูตรยาต้านไวรัส และศึกษาติดตามผลเป็นระยะและต่อเนื่อง และ ควรมีการศึกษาสถานการณ์การให้บริการยาต้านไวรัสเอดส์ และประสิทธิภาพของการดำเนินงานในส่วนของภาคเอกชนด้วย

การประเมินคุณภาพชีวิตหลังการรักษา ควรได้มีการพัฒนาเครื่องมือการประเมิน และตัวชี้วัดให้สามารถวัดผลได้ถูกต้องและเหมาะสมกับบริบทของสังคมไทย เพื่อเป็นการสร้างพื้นฐานของการกำกับดูแลงานและสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องต่อการวัดผล ทั้งผู้รับผิดชอบโครงการ และผู้ปฏิบัติงาน

บรรณานุกรม

1. Freedberg KA, Losina E, Weinstein MC, Paltiel AD, Cohen CJ, Seage GR, et al. The cost effectiveness of combination antiretroviral therapy for HIV disease. *N Engl J Med* 2001;344 (11):824-31.
2. Majchrowicz M. Beyond antiretroviral access: low-cost laboratory tests needed for the developing world. *Aids* 2003; 17 Suppl 4:S13-5.
3. (Mugford et al 1998)
4. Gutierrez JP, Johns B, Adam T, Bertozzi SM, Edejer TT, Greener R, et al. Achieving the WHO/UNAIDS antiretroviral treatment 3 by 5 goal: what will it cost? *Lancet* 2004; 364 (9428):63-4.
5. Yazdanpanah Y, Goldie SJ, Losina E, Weinstein MC, Lebrun T, Paltiel AD, et al. Lifetime cost of HIV care in France during the era of highly active antiretroviral therapy. *Antivir Ther* 2002;7 (4):257-66.
6. Schackman BR, Freedberg KA, Weinstein MC, Sax PE, Losina E, Zhang H, et al. Cost-effectiveness implications of the timing of antiretroviral therapy in HIV-infected adults. *Arch Intern Med* 2002;162 (21):2478-86.
7. Schackman BR, Goldie SJ, Weinstein MC, Losina E, Zhang H, Freedberg KA. Cost-effectiveness of earlier initiation of antiretroviral therapy for uninsured HIV-infected adults. *Am J Public Health* 2001;91(9):1456-63.