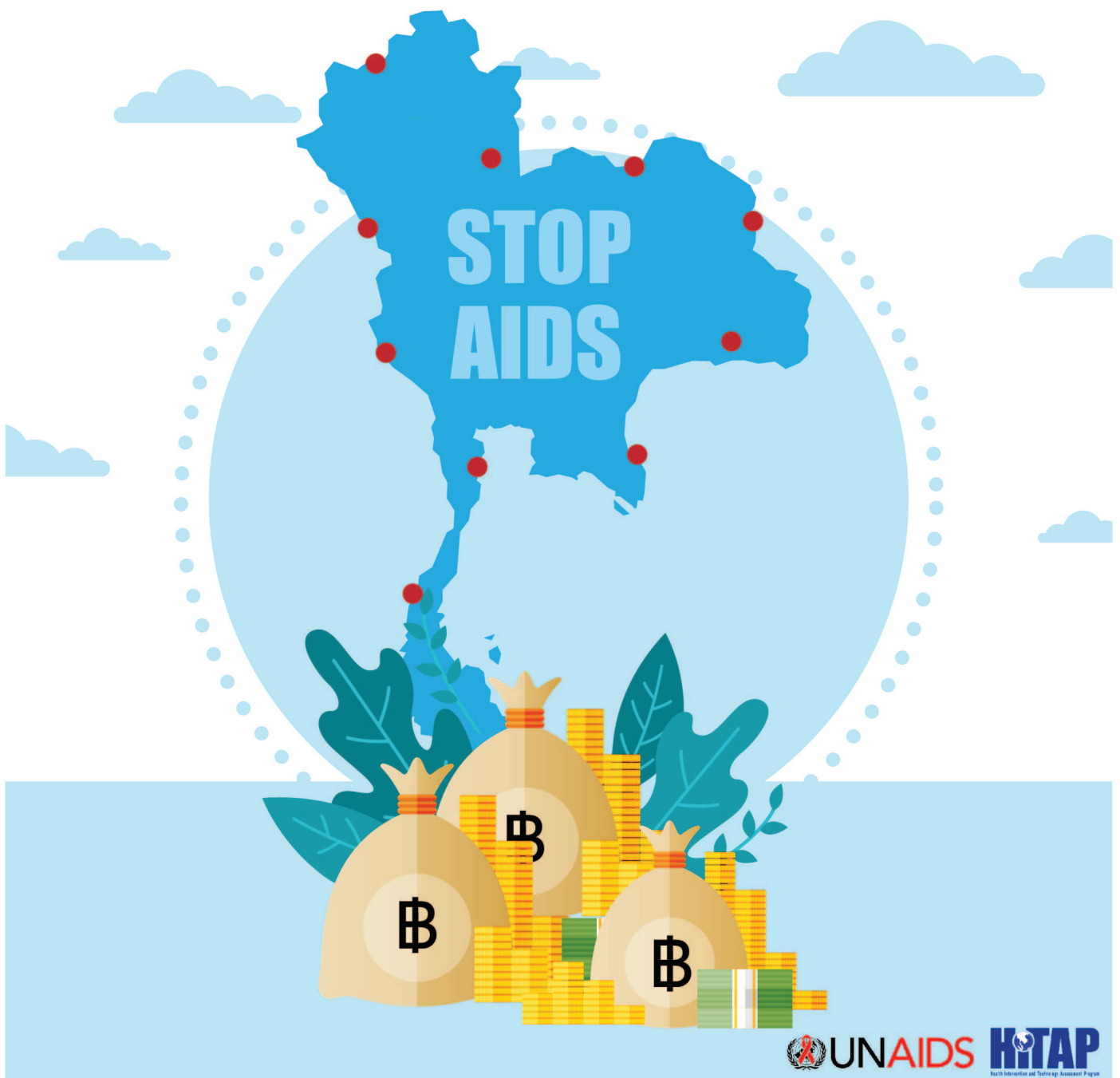




รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

การวิเคราะห์ผลกระทบด้านงบประมาณของมาตรการ
เพื่อยุติปัญหาเอดส์ในกลุ่มประชากรหลัก



รายงานฉบับสมบูรณ์

การวิเคราะห์ผลกระทบด้านงบประมาณของมาตรการเพื่อยุติปัญหาเอดส์ใน
กลุ่มประชากรหลัก

(A budget impact analysis of key population interventions to
fast track the end of AIDS in Thailand)

คณะผู้วิจัย

ดร. ภาณุพัทธรา ลีฬหาวรงค์

ภก.ดิศรณ์ กุลโกศิน

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

มกราคม 2563

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) สำหรับการสนับสนุนทุนวิจัย และขอขอบพระคุณผู้ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลและข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ต่องานวิจัย ได้แก่ พญ. เพชรศรี ศิรินิรันดร์ นพ.รัฐพล เตரியมวิชานนท์ และดร.กันตินันท์ รุ่งธนาธาดา จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ดร.พัชรา เบญจรัตน์ภรณ์ จาก UNAIDS คุณพรทิพย์ เข้มเงิน จากสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข คุณกัญญา เบญจมนิไพโรจน์และคุณสัญญา อูมาสะ จาก FHI360 ตลอดจนบุคลากรในหน่วยงานท่านอื่นๆ ที่ไม่ได้กล่าวถึง ณ ที่นี้ ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลที่ทำให้การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ทางคณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

คณะผู้วิจัย

มกราคม 2563

บทสรุปผู้บริหาร

ตามนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์มุ่งเน้นการบูรณาการงานป้องกันและรักษาโรคเข้าด้วยกัน ที่ใช้กรอบการทำงานในรูปแบบของชุดบริการ RRTTPR ซึ่งประกอบด้วย 1) การเข้าถึงกลุ่มประชากรหลัก (Reach-R) การทำให้กลุ่มประชากรหลักเข้าสู่บริการ (Recruit-R) 2) การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลัก (Test-T) 3) การรักษาการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลัก (Treat-T) โดยการนำเข้าสู่การรักษาหรือบางองค์กรสามารถเป็นจุดให้บริการรับยาต้านไวรัสได้ 4) การทำให้กลุ่มประชากรหลักมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (Prevent-P) ทั้งให้บริการป้องกันการติดเชื้อก่อนการสัมผัสโดยการให้ยา PrEP (Pre-exposure prophylaxis) และการป้องกันการติดเชื้อหลังการสัมผัสโดยการให้ยา PEP (Post-exposure prophylaxis) และ 5) ทำให้กลุ่มประชากรหลักคงอยู่ในระบบบริการ (Retain-R) โดยเน้นการให้บริการในกลุ่มประชากรหลัก ได้แก่ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (Men who have sex with men-MSM) พนักงานบริการชายและหญิง (Male and female sex worker-MSW and FSW) หญิงข้ามเพศ (Transgender women-TGW) ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด (People who inject drug: PWID) ซึ่งในปัจจุบันองค์กรชุมชน (Community based organizations-CBOs) ในประเทศไทยมีบทบาทสำคัญในการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ตามกรอบการทำงาน RRTTPR ซึ่งองค์กรเหล่านี้สามารถเข้าถึงและดำเนินงานกับกลุ่มประชากรหลักเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ หลายองค์กรชุมชนได้รับการพัฒนาศักยภาพเพื่อดำเนินงาน RRTTPR โดยสามารถแบ่งรูปแบบการดำเนินงานตามส่วนร่วมขององค์กรชุมชน 3 รูปแบบหลัก ได้แก่ รูปแบบที่ 1 การให้บริการ RRTTPR ในสถานบริการภาครัฐ (Government facility-based health services) รูปแบบที่ 2 การดำเนินการร่วมกันระหว่างสถานบริการภาครัฐและองค์กรชุมชน (Government hospital-led health services with reach and recruit led by CBOs) และรูปแบบที่ 3 การให้บริการ RRTTPR ที่มีชุมชนเป็นผู้นำในการขับเคลื่อน (Key population-led health services (KPLHS) in collaboration with government hospitals)

ที่ผ่านมาในอดีตองค์กรชุมชนได้รับทุนสนับสนุนการดำเนินงานจากแหล่งทุนต่างประเทศ ต่อมาในปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้สนับสนุนการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ตามกรอบการทำงาน RRTTPR โดยใช้งบประมาณ 200 ล้านบาท เพื่อสนับสนุนการดำเนินการให้มีการเข้าถึงและนำประชากรกลุ่มเสี่ยงให้เข้ารับบริการ การขยายบริการเชิงรุก การดำเนินการให้ผู้ติดเชื้อได้รับการรักษาต่อเนื่องตามแผนการรักษา และดำเนินการให้ผู้ที่ยังไม่ติดเชื้อยังคงภาวะไม่ติดเชื้อ การตรวจการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ ร่วมกับการตรวจเชื้อเอชไอวี และถุงยางอนามัยสำหรับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการวิเคราะห์ผลกระทบด้านงบประมาณต่อปีเพื่อเป็นข้อมูลให้ผู้กำหนดนโยบายนำไปใช้เพื่อการวางแผนด้านการเงินและการคลังของการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในกลุ่มประชากรหลักตามกรอบการทำงาน RRTTPR เพื่อให้ระบบสุขภาพมีความยั่งยืนและสามารถดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่องมีประสิทธิภาพ และเพื่อให้ประเทศสามารถบรรลุเป้าหมายการยุติปัญหาเอดส์ได้ในอนาคต

ข้อค้นพบ

ผลกระทบด้านงบประมาณรวมการให้บริการ RRTTPR ทั้ง 3 รูปแบบในกลุ่มประชากรหลักประมาณ ล้านบาท โดยกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) มีผลกระทบด้านงบประมาณสูงสุด คือ 329-391 ล้านบาท รองลงมาคือ กลุ่มหญิงข้ามเพศ (TGW) 108-119 ล้านบาท กลุ่มพนักงานบริการหญิง (FSW) 109 ล้านบาท กลุ่มผู้ขายด้วยวิธีฉีดยา (PWID) 29-66 ล้านบาท และกลุ่มพนักงานบริการชาย (MSW) 38 ล้านบาท (มีการให้บริการเฉพาะรูปแบบที่ 3 นอกจากนี้ ผลกระทบด้านงบประมาณวัสดุอื่นๆ ที่ใช้ในการให้บริการ RRTTPR ซึ่งในอดีตที่ผ่านมาได้มีการบริหารจัดการที่ระดับหน่วยงานส่วนกลาง รวมทั้งหมด 315 ล้านบาท ได้แก่ ฤงยางอนามัยและสารหล่อลื่น ชุดอุปกรณ์เข็มสะอาด การบริการเมทาโดนบำบัดในผู้ติดยาเสพติด ชุดตรวจเอชไอวี และชุดตรวจการติดเชื้อซิฟิลิส

การให้บริการในรูปแบบที่ 3 การให้บริการ RRTTPR ที่มีชุมชนเป็นผู้นำในการขับเคลื่อน (KPLHS) เหมาะสมกับกลุ่มประชากรหลักทุกกลุ่ม โดยมีผลกระทบด้านงบประมาณสำหรับการให้บริการ RRTTPR แก่กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) มากที่สุด คือ 134 ล้านบาท รองลงมาคือ กลุ่มพนักงานบริการหญิง (FSW) 62 ล้านบาท กลุ่มพนักงานบริการชาย (MSW) 38 ล้านบาท กลุ่มผู้ขายด้วยวิธีฉีดยา (PWID) ในกรณีที่บุคลากรในองค์กรชุมชนไม่ใช่กลุ่มประชากรหลัก (Non-peer worker) มีผลกระทบงบประมาณ 37 ล้านบาท กลุ่มหญิงข้ามเพศ (TGW) 27 ล้านบาท และกลุ่มผู้ขายด้วยวิธีฉีดยา (PWID) ในกรณีที่บุคลากรในองค์กรชุมชนเป็นกลุ่มประชากรหลัก (Peer worker) มีผลกระทบงบประมาณ 16 ล้านบาท

การให้บริการในรูปแบบที่ 2 การดำเนินการร่วมกันระหว่างสถานบริการภาครัฐและองค์กรชุมชน มีการดำเนินการใน 4 กลุ่มประชากรหลัก (MSM, TGW, FSW และ PWID) ยกเว้น MSW ซึ่งการให้บริการในรูปแบบนี้มีพื้นที่ดำเนินงานมากกว่ารูปแบบที่ 3 แต่ผลกระทบงบประมาณใกล้เคียงหรือน้อยกว่า เนื่องจากกิจกรรมของชุดบริการน้อยกว่า ส่งผลต่อต้นทุนต่อหน่วยในการดำเนินงานต่ำกว่ารูปแบบที่ 3 และเป้าหมายความครอบคลุมน้อยกว่ารูปแบบที่ 3 โดยมีผลกระทบด้านงบประมาณสำหรับการให้บริการ RRTTPR แก่กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) มากที่สุด โดยในกรณีที่องค์กรชุมชนมีความร่วมมือกับโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปมีผลกระทบด้านงบประมาณ 217 ล้านบาท และในกรณีที่องค์กรชุมชนมีความร่วมมือกับหน่วยบริการปฐมภูมิ 154 ล้านบาท รองลงมาคือ กลุ่มหญิงข้ามเพศ (TGW) ซึ่งแนวโน้มเช่นเดียวกับกลุ่ม MSM ที่ผลกระทบงบประมาณกรณีที่องค์กรชุมชนมีความร่วมมือกับโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปสูงกว่ากรณีที่องค์กรชุมชนมีความร่วมมือกับหน่วยบริการปฐมภูมิ คือ 70 ล้านบาท และ 59 ล้านบาท ตามลำดับ ลำดับต่อมาคือ กลุ่มพนักงานบริการหญิง (FSW) 42 ล้านบาทกลุ่มผู้ขายด้วยวิธีฉีดยา (PWID) ในกรณีที่บุคลากรในองค์กรชุมชนเป็นกลุ่มประชากรหลัก (Peer worker) มีผลกระทบงบประมาณ 29 ล้านบาท และกลุ่มผู้ขายด้วยวิธีฉีดยา (PWID) ในกรณีที่บุคลากรในองค์กรชุมชนไม่ใช่กลุ่มประชากรหลัก (Non-peer worker) มีผลกระทบงบประมาณ 12 ล้านบาท

การให้บริการในรูปแบบที่ 1 การให้บริการ RRTTPR ในสถานบริการภาครัฐ มีการดำเนินการใน 3 กลุ่มประชากรหลัก (MSM, TGW และ FSW) ยกเว้น MSW และ PWID (จัดบริการเฉพาะเมทาโดนคลินิก) ซึ่งการให้บริการในรูปแบบนี้ครอบคลุมพื้นที่ดำเนินงานมากที่สุด แต่ผลกระทบงบประมาณน้อยกว่าเนื่องจากความเข้มข้นของชุดบริการไม่ได้ครบถ้วนทั้งหมดของการให้บริการ RRTTPR ส่งผลต่อต้นทุนต่อหน่วยในการดำเนินงานน้อยกว่ารูปแบบบริการ 2 และ 3 โดยมีผลกระทบด้านงบประมาณสำหรับการให้บริการ RRTTPR

แก่กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) กลุ่มหญิงข้ามเพศ (TGW) กลุ่มพนักงานบริการหญิง (FSW) จำนวน 40 ล้านบาท 22 ล้านบาท และ 5 ล้านบาท ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

หน่วยงานภาครัฐที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับนโยบายด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ควรมุ่งเน้นการลงทุนทรัพยากรด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มประชากรหลัก ซึ่งเป็นกลุ่มที่ยังพบผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในสัดส่วนที่สูงกว่ากลุ่มอื่นๆ ซึ่งในอดีตที่ผ่านมาแม้ว่ามีงบประมาณทั้งจากในประเทศและต่างประเทศเพื่อดำเนินงานด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์สูงถึงประมาณ 8.4 พันล้านบาทแต่งบประมาณส่วนใหญ่เป็นการดูแลรักษา และงบประมาณที่ใช้ในการป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มประชากรหลักมีประมาณ 500 ล้านบาทโดยครึ่งหนึ่งเป็นแหล่งงบประมาณในประเทศ ซึ่งจากข้อมูลของการศึกษานี้พบว่ายังจำเป็นต้องเพิ่มงบประมาณในการป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มประชากรหลักประมาณ 100-200 ล้านบาทจึงจะเพียงพอและบรรลุเป้าหมายความครอบคลุมของบริการ

เพื่อให้ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์บรรลุเป้าหมาย คือ ยุติปัญหาเอดส์ให้ได้ภายใน พ.ศ. 2573 และแผนปฏิบัติการเร่งรัดการยุติปัญหาเอดส์ดำเนินงานได้ตามแนวทาง ทั้งภาครัฐและองค์กรชุมชนสามารถดำเนินงานร่วมกันอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนโดยใช้แหล่งงบประมาณในประเทศเป็นหลัก หน่วยงานผู้รับผิดชอบด้านงบประมาณ ได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และกรมควบคุมโรค ควรมีการวางแผนงบประมาณและแผนปฏิบัติการของการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในกลุ่มประชากรหลักตามกรอบการทำงาน RRTTPR ที่ชัดเจนและให้มีความเหมาะสมกับบริบทของกลุ่มประชากรหลักในแต่ละพื้นที่ซึ่งควรมีรูปแบบการให้บริการที่มีความแตกต่างกัน นอกจากนี้ ควรสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการภาครัฐกับองค์กรชุมชนและองค์กรที่เกี่ยวข้องกับนโยบายด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์เพื่อสร้างความเข้มแข็งในการดำเนินงาน เพิ่มศักยภาพให้แก่ผู้ปฏิบัติงานในทุกภาคส่วน พร้อมทั้งสร้างระบบเชื่อมโยงข้อมูลเพื่อใช้ติดตามและประเมินผลการทำงานรวมถึงการเบิกจ่ายชดเชยที่สามารถนำมาใช้เพื่อสะท้อนถึงประสิทธิภาพในการทำงานที่แท้จริง

สารบัญ

กิตติกรรมประกาศ	ก
บทสรุปผู้บริหาร.....	ข
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญรูปภาพ.....	ช
คำย่อ	ซ
1. บทนำ	- 1 -
1.1 ที่มาและความสำคัญ.....	- 1 -
1.2 แผนปฏิบัติการเร่งรัดการยุติปัญหาเอดส์ ประเทศไทย พ.ศ. 2558-2562 (Thailand National Operational Plan Accelerating Ending AIDS 2015-2019).....	- 2 -
1.3 รูปแบบการดำเนินงานการป้องกันและแก้ไขเอดส์ตามกรอบ RRTTPR.....	- 5 -
1.4 การเงินและงบประมาณด้านการป้องกันและแก้ไขเอดส์.....	- 7 -
2. วัตถุประสงค์	- 8 -
3. ระเบียบวิธีวิจัย.....	- 8 -
3.1 รูปแบบการศึกษา.....	- 8 -
3.2 ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	- 9 -
3.3 มุมมองที่ใช้ในการวิเคราะห์	- 9 -
3.4 กรอบเวลาในการวิเคราะห์.....	- 9 -
3.5 ข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์.....	- 9 -
3.5.1 ข้อมูลจำนวนกลุ่มประชากรหลักและการเข้ารับบริการด้านเอชไอวีและเอดส์.....	- 9 -
3.5.2 รูปแบบการให้บริการในแต่ละจังหวัดของประเทศไทย	- 10 -
3.5.3 ข้อมูลสัดส่วนกลุ่มประชากรหลักที่เข้ารับบริการแต่ละรูปแบบ	- 14 -
3.5.4 ต้นทุนต่อหน่วยของการดำเนินงานตามกรอบ RRTTPR ในกลุ่มประชากรหลัก	- 16 -
4. ผลการศึกษา.....	- 19 -
4.1 ผลการศึกษาผลกระทบด้านงบประมาณ	- 19 -
5. สรุปและอภิปรายผลการศึกษา.....	- 22 -
เอกสารอ้างอิง.....	25
ภาคผนวก ก.....	26

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1.2-1 เกณฑ์การจัดกลุ่มจังหวัดสำหรับวิธีดำเนินการตามแผนปฏิบัติการฯ ในกลุ่มประชากรหลัก	4 -
ตารางที่ 1.2-2 กิจกรรมหลักในการให้บริการตามกรอบ RRTTR	5 -
ตารางที่ 1.4-1 การเงินและงบประมาณด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2561	7 -
ตารางที่ 3.5-1 ข้อมูลจำนวนกลุ่มประชากรหลักและการเข้ารับบริการด้านเอชไอวีและเอดส์ พ.ศ. 2561.....	10 -
ตารางที่ 3.5-2 ข้อมูลนำเข้าที่ใช้ในการวิเคราะห์จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงที่เข้ารับบริการ.....	15 -
ตารางที่ 3.5-3 ข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยของรูปแบบการให้บริการในกลุ่มประชากรหลักรูปแบบที่ 3 การให้บริการ RRTTPR ที่มีชุมชนเป็นผู้นำในการขับเคลื่อน (KPLHS)	17 -
ตารางที่ 3.5-4 ข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยของรูปแบบการให้บริการในกลุ่มประชากรหลักรูปแบบที่ 2 การดำเนินการร่วมกันระหว่างสถานบริการภาครัฐและองค์กรชุมชน	18 -
ตารางที่ 3.5-5 ข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยของรูปแบบการให้บริการในกลุ่มประชากรหลักรูปแบบที่ 1 การให้บริการ RRTTPR ในสถานบริการภาครัฐ	18 -
ตารางที่ 3.5-6 ต้นทุนต่อหน่วยและวัสดุที่ใช้ในการให้บริการ RRTTPR และสนับสนุนจากส่วนกลาง.....	19 -
ตารางที่ 4.1-1 ผลกระทบด้านงบประมาณของรูปแบบการให้บริการในกลุ่มประชากรหลักรูปแบบที่ 3 การให้บริการ RRTTPR ที่มีชุมชนเป็นผู้นำในการขับเคลื่อน (KPLHS)	20 -
ตารางที่ 4.1-2 ผลกระทบด้านงบประมาณของรูปแบบการให้บริการในกลุ่มประชากรหลักรูปแบบที่ 2 การดำเนินการร่วมกันระหว่างสถานบริการภาครัฐและองค์กรชุมชน	21 -
ตารางที่ 4.1-3 ผลกระทบด้านงบประมาณของรูปแบบการให้บริการในกลุ่มประชากรหลักรูปแบบที่ 1 การให้บริการ RRTTPR โดยสถานบริการภาครัฐ	21 -
ตารางที่ 4.1-4 ผลกระทบด้านงบประมาณของการให้บริการ RRTTPR รวมรูปแบบที่ 1-3 แยกตามกลุ่มประชากรหลัก	21 -
ตารางที่ 4.1-5 ผลกระทบด้านงบประมาณวัสดุที่ใช้ในการให้บริการ RRTTPR.....	22 -

สารบัญรูปภาพ

รูปที่ 1.2-1 30 จังหวัดที่มีภาระโรคสูง (HIV burden)	3 -
รูปที่ 1.3-1 รูปแบบการดำเนินงานการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ตามกรอบ RRTTPR	6 -
รูปที่ 3.1-1 กรอบแนวคิดผลกระทบด้านงบประมาณ	9 -
รูปที่ 3.5-1 รูปแบบการให้บริการกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM)	11 -
รูปที่ 3.5-2 รูปแบบการให้บริการกลุ่มหญิงข้ามเพศ (TGW)	12 -
รูปที่ 3.5-3 รูปแบบการให้บริการกลุ่มพนักงานบริการหญิง (FSW)	12 -
รูปที่ 3.5-4 รูปแบบการให้บริการผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID)	13 -
รูปที่ 3.5-5 รูปแบบการให้บริการพนักงานบริการชาย (MSW)	13 -

คำย่อ

คช.ปอ.	คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเอดส์	
สปสช.	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	
สสส.	สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ	
สอวพ.	สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	
เอชไอวี	HIV (Human Immunodeficiency Virus)	
AEM	AIDS Epidemic Model	แบบจำลองการระบาดของเอดส์
ART	Antiretroviral Treatment	การรักษาด้วยยาต้านไวรัส
CBO	Community based organizations	องค์กรชุมชน
CD4	Cluster of differentiation 4 of lymphocyte	เซลล์เม็ดเลือดขาวที่บอกระดับภูมิคุ้มกันของร่างกาย
FSW	Female sex worker	พนักงานบริการหญิง
HCT	HIV Counseling and Testing	การให้การศึกษาและตรวจเอชไอวี
IBBS	Integrated Biological and Behavioral Survey	การสำรวจบูรณาการด้านชีวภาพกับพฤติกรรม
KP	Key population	กลุ่มประชากรหลัก
KPLSH	Key population-led health services	การให้บริการสุขภาพที่มีชุมชนเป็นผู้นำในการขับเคลื่อน
MSM	Men who have sex with men	ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย
MSW	Male sex worker	พนักงานบริการชาย
NAP	National AIDS program database	ระบบสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ป่วยเอดส์แห่งชาติ
PrEP	Pre-exposure prophylaxis	การให้บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนการสัมผัส
PWID	People who inject drug	ผู้ฉีดยาด้วยวิธีฉีด
RRTR	Reach-Recruit-Test-Treat-Retain	การเข้าถึง-การเข้าสู่บริการ-การตรวจเอชไอวี-การรักษา-การคงอยู่ในระบบ
RRTPR	Reach-Recruit-Test-Treat-Prevent-Retain	การเข้าถึง-การเข้าสู่บริการ-การตรวจเอชไอวี-การรักษา-การป้องกัน-การคงอยู่ในระบบ
TB	Tuberculosis	วัณโรค
TG	Transgender	หญิงข้ามเพศ
TGSW	Transgender Sex Worker	พนักงานบริการหญิงข้ามเพศ
TUC	Thailand MOPH-US CDC Collaboration	ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐอเมริกา ด้านสาธารณสุข
UNAIDS	Joint United Nations program on HIV/AIDS	โครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ
USAID	United States Agency for International Development	องค์กรเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศของสหรัฐอเมริกา
VCT	Voluntary Counseling and Testing	การให้การศึกษาก่อนการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีด้วยความสมัครใจ
WHO	World Health Organization	องค์การอนามัยโลก

1. บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญ

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของเอชไอวีในประเทศไทยลดลงอย่างต่อเนื่อง จากการคาดการณ์พบว่าใน พ.ศ. 2561 ประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีชีวิตอยู่ประมาณ 480,000 คน (1) และติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ 6,315 คน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มประชากรหลัก โดยประมาณครึ่งหนึ่งเกิดในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายและหญิงข้ามเพศ (3,123 คน) รองลงมาคือ กลุ่มพนักงานบริการทั้งหญิงและชายและกลุ่มผู้ฉีดยาเสพติดด้วยวิธีฉีด ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560-2573 จึงมุ่งเน้นการทำงานในกลุ่มประชากรหลักในพื้นที่ที่ต้องเร่งรัดตามภาระโรค และจำเป็นต้องเร่งรัดการดำเนินงานเพื่อยุติปัญหาเอดส์ให้ได้ตามเป้าหมาย คือ ยุติปัญหาเอดส์ให้ได้ภายใน พ.ศ. 2573 และได้ประกาศแผนปฏิบัติการเร่งรัดการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2558-2562 เพื่อเป็นแนวทางให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการทำงาน โดยเป้าหมายภายใน พ.ศ. 2573 ต้องการลดผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ให้น้อยกว่า 1,000 รายต่อปี ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกคนสามารถเข้าถึงบริการปรึกษาและตรวจหาเชื้อเอชไอวีรวมทั้งได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเพื่อลดจำนวนการตายเนื่องจากเอดส์ให้ไม่เกิน 4,000 รายต่อปีและลดเจตคติรังเกียจและกีดกันของสังคมที่มีต่อการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีลงเหลือไม่เกินร้อยละ 5.8 ซึ่งนับเป็นความท้าทายอย่างมากของประเทศไทยที่จะต้องทำให้ถึงเป้าหมายดังกล่าว

คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหามาเอดส์ประกาศใช้แผนปฏิบัติการเร่งรัดการยุติปัญหาเอดส์ประเทศไทย พ.ศ. 2558-2562 (Thailand National Operational Plan Accelerating Ending AIDS 2015-2019) (2) มุ่งเน้นการบูรณาการงานป้องกันและรักษาโรคเข้าด้วยกัน โดยกำหนดกรอบการทำงานให้อยู่ในรูปแบบของชุดบริการ RRTTPR ซึ่งประกอบด้วย การเข้าถึงกลุ่มประชากรหลัก (Reach-R) การทำให้กลุ่มประชากรหลักเข้าสู่บริการ (Recruit-R) การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลัก (Test-T) การรักษาการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลัก (Treat-T) การทำให้กลุ่มประชากรหลักมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (Prevent-P) และการทำให้กลุ่มประชากรหลักคงอยู่ในระบบบริการ (Retain-R) โดยเน้นการให้บริการป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มประชากรหลัก ได้แก่ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (Men who have sex with men-MSM) พนักงานบริการชายและหญิง (Male and female sex worker-MSW and FSW) หญิงข้ามเพศ (Transgender women-TGW) ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด (People who inject drug: PWID) ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี (People living with HIV-PLHIV) คนต่างด้าว (Migrant workers-MWs) และผู้ต้องขัง (Prisoners)

องค์กรชุมชน (Community based organizations-CBOs) ในประเทศไทยมีบทบาทสำคัญในการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหามาเอดส์ตามกรอบการทำงาน RRTTPR ซึ่งองค์กรเหล่านี้สามารถเข้าถึงและดำเนินงานกับกลุ่มประชากรหลักเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหามาเอดส์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ที่ผ่านมามีองค์กรชุมชนได้รับทุนสนับสนุนการดำเนินงานจากแหล่งทุนต่างประเทศ ต่อมาในปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้สนับสนุนการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหามาเอดส์ตามกรอบการทำงาน RRTTPR โดยใช้งบประมาณ 200 ล้านบาท (3) เพื่อสนับสนุนการดำเนินการให้มีการเข้าถึงและนำประชากรกลุ่มเสี่ยงให้เข้ารับบริการ การขยายบริการเชิงรุก การดำเนินการให้ผู้ติดเชื้อได้รับการรักษาต่อเนื่องตามแผนการรักษา และดำเนินการให้ผู้ที่ยังไม่ติดเชื้อยังคงภาวะไม่ติดเชื้อ การตรวจหาการติดเชื้อทาง

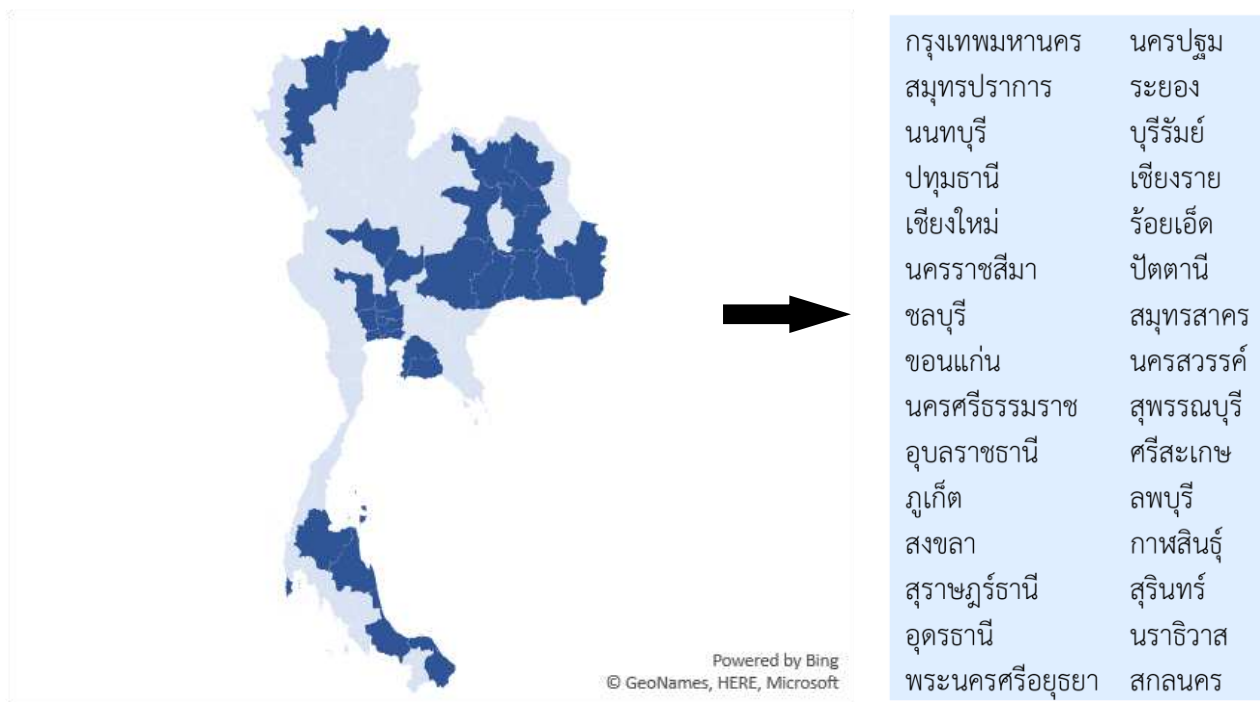
เพศสัมพันธ์อื่นๆ ร่วมกับการตรวจเชื้อเอชไอวี และถุงยางอนามัยสำหรับใช้ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ต่อมาใน พ.ศ. 2561 มีการวิเคราะห์ต้นทุนการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ตามกรอบการทำงาน RRTTPR เนื่องจากผู้กำหนดนโยบายรวมถึงผู้มีส่วนได้เสียต้องการข้อมูลสนับสนุนการวางแผนด้านการเงินการคลังของระบบสุขภาพ จึงเกิดความร่วมมือขององค์กรระหว่างประเทศผู้ให้การสนับสนุนด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์กับหน่วยงานวิจัยในประเทศไทย ได้แก่ LINKAGES USAID FHI360, World Bank คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลและโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (Health Intervention Technology Assessment Program–HITAP) เพื่อศึกษาต้นทุนต่อหน่วยของการให้บริการด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แก่กลุ่มประชากรหลักตามกรอบการทำงาน RRTTPR ในประเทศไทย ใน พ.ศ. 2561-2562 (4) โดยผลการศึกษาได้นำเสนอต่อผู้กำหนดนโยบายและผู้มีส่วนได้เสียหลายกลุ่ม เช่น สปสช. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข องค์กรชุมชนที่ทำงานด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ องค์กรระหว่างประเทศผู้ให้การสนับสนุนด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ในวันที่ 23 สิงหาคม พ.ศ. 2562 โดยที่ประชุมมีการอภิปรายผลการศึกษาและมีข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาในอนาคต คือ การศึกษาผลกระทบด้านงบประมาณของการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในกลุ่มประชากรหลักตามกรอบการทำงาน RRTTPR โดยอ้างอิงข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยจากการศึกษาก่อนหน้า ดังนั้น การศึกษานี้จึงดำเนินการวิเคราะห์ผลกระทบด้านงบประมาณเพื่อเป็นข้อมูลให้ผู้กำหนดนโยบายนำไปใช้ในการวางแผนด้านการเงินการคลังของการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในกลุ่มประชากรหลักตามกรอบการทำงาน RRTTPR เพื่อให้ระบบสุขภาพมีความยั่งยืนและสามารถดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่องมีประสิทธิภาพ และเพื่อให้ประเทศสามารถบรรลุเป้าหมายการยุติปัญหาเอดส์ได้ในอนาคต

1.2 แผนปฏิบัติการเร่งรัดการยุติปัญหาเอดส์ ประเทศไทย พ.ศ. 2558-2562 (Thailand National Operational Plan Accelerating Ending AIDS 2015-2019)

ในช่วง พ.ศ. 2535–2558 สถานการณ์การระบาดของเชื้อเอชไอวีในประเทศไทยมีแนวโน้มลดลง อย่างไรก็ตามการติดเชื้อยังคงสูงในกลุ่มประชากรหลัก ได้แก่ กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) พนักงานบริการชาย (MSW) พนักงานบริการหญิง (FSW) หญิงข้ามเพศ (TGW) และผู้ใช้อายัดด้วยวิธีฉีดยา (PWID) จากการคาดประมาณโดยใช้แบบจำลองการระบาดของเอดส์ (AIDS Epidemic Model: AEM) ณ พ.ศ. 2556 พบว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย ประมาณ 549,688 คน อัตราความชุกของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในผู้ใหญ่ร้อยละ 1.1 หากไม่มีมาตรการเพิ่มเติมใดๆ แบบจำลองคาดการณ์จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ในช่วง พ.ศ. 2558-2562 มีจำนวนรวม 33,970 คน โดยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายและคู่อุปถัมภ์ที่มีผลเลือดต่าง สถานการณ์การรักษาด้วยยาต้านไวรัส ในประเทศไทยในอดีตให้บริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสได้ครอบคลุมถึงร้อยละ 80 (เกณฑ์เริ่มการรักษาเมื่อระดับ CD4 เท่ากับ 350 เซลล์/ลบ.มม. และต่ำกว่า) แต่พบว่าระดับ CD4 ของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อฯ ที่เริ่มรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (ART) มีค่ามัธยฐานที่ 111 เซลล์/ลบ.มม. และร้อยละ 67 ของผู้ที่เริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัส มีระดับ CD4 ต่ำกว่า 200 เซลล์/ลบ.มม. แสดงให้เห็นถึงความล่าช้าในการเข้าถึงบริการตรวจเลือดและการเข้ารับการรักษา วินิจฉัยกับการดูแลรักษาและความต่อเนื่องของการป้องกันกับการดูแลรักษา ส่วนหนึ่งน่าจะมีผลมาจากระบบการดูแลรักษาซึ่งส่วนใหญ่ยังอยู่ที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ซึ่งเจ้าหน้าที่มีเวลาจำกัดและมีจำนวนไม่มากพอที่จะติดตามและสนับสนุนการกินยาสม่ำเสมอ อีกทั้งขาดการเชื่อมต่อระหว่างโรงพยาบาลกับหน่วยบริการในชุมชน

ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลและกลไกการติดตามผู้ป่วยขององค์กรชุมชนและกับโรงพยาบาล น่าจะมีส่วนทำให้การบริการป้องกันต่อเนื่องถึงการดูแลไม่เชื่อมต่อกันเท่าที่ควร จากสถานการณ์ดังกล่าว คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ จึงจัดทำแผนปฏิบัติการเร่งรัดยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2558-2562 (2) ซึ่งมุ่งเน้นการเข้าถึงกลุ่มประชากรหลักและเชื่อมต่อการให้บริการตั้งแต่การตรวจจนถึง การรักษา รวมถึงการให้มาตรการป้องกันที่เหมาะสมต่อกลุ่มประชากรหลักและติดตามอย่างต่อเนื่องเพื่อบรรลุ เป้าหมายยุติปัญหาเอดส์ใน พ.ศ. 2573 ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างหน่วยงานด้านสุขภาพทั้งภาครัฐ และเอกชนเพื่อหาแนวทางในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในรูปแบบของชุดบริการ โดยแผนปฏิบัติการฯ จะเน้นการดำเนินงานในพื้นที่ 30 จังหวัด (รูปที่ 1.2-1) ที่มีภาระโรคลำดับต้นๆ โดยเฉพาะในพื้นที่ กรุงเทพมหานคร ซึ่งคาดประมาณว่ามีผู้ติดเชื้อฯ รายใหม่หนึ่งในสี่ของการติดเชื้อฯ รายใหม่ทั้งหมด โดยมี เป้าหมายหากให้บริการอย่างเข้มข้นในพื้นที่เป้าหมายจะส่งผลให้ประเทศไทยมีโอกาสที่จะยุติปัญหาเอดส์ได้ จริง

รูปที่ 1.2-1 30 จังหวัดที่มีภาระโรคสูง (HIV burden)



เพื่อให้การใช้ทรัพยากรมีประสิทธิภาพสูงสุดและสามารถบรรลุเป้าหมาย วิธีดำเนินการจึงจัดเป็นชุด บริการ 4 ชุด โดยพิจารณาความเหมาะสมของแต่ละพื้นที่ตามเกณฑ์ใน ตารางที่ 1.2-1 ผลการจัดพื้นที่พบว่า มี จังหวัดที่ดำเนินการด้วยชุดบริการที่เข้มข้นมาก จำนวน 11 จังหวัด จังหวัดที่ดำเนินการด้วยชุดบริการเข้มข้น รวมจำนวน 24 จังหวัด จังหวัดที่ดำเนินการด้วยชุดบริการสำหรับบริบทเฉพาะ จำนวน 14 จังหวัด และ จังหวัดที่ดำเนินการด้วยชุดบริการพื้นฐาน จำนวน 27 จังหวัด

ตารางที่ 1.2-1 เกณฑ์การจัดกลุ่มจังหวัดสำหรับวิธีดำเนินการตามแผนปฏิบัติการฯ ในกลุ่มประชากรหลัก

กลุ่มประชากร	พื้นที่ชุดบริการที่ 1 เข้มข้นมาก	พื้นที่ชุดบริการที่ 2 เข้มข้น	พื้นที่ชุดบริการที่ 3 บริบทเฉพาะ	พื้นที่ชุดบริการที่ 4 พื้นฐาน
MSM และ TGW	คาดประมาณกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายและหญิงข้ามเพศที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูง > 6,000 คน เป็นพื้นที่เศรษฐกิจและการท่องเที่ยว มีวิทยาลัย มหาวิทยาลัย และสถานบันเทิงจำนวนมาก	คาดประมาณกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายและหญิงข้ามเพศที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูง 3,000-5,000 คน เป็นพื้นที่เศรษฐกิจ มีวิทยาลัยและมหาวิทยาลัย และสถานบันเทิงจำนวนมาก	คาดประมาณกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและหญิงข้ามเพศที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูง 2,000-3,000 คน ในพื้นที่ไม่มีองค์กรไม่แสวงหาผลกำไรหรือองค์กรชุมชน	พื้นที่ที่ภาระโรค HIV/AIDS ไม่สูงและไม่ได้อยู่ในพื้นที่ของชุดบริการที่ 1, 2 และ 3
MSW และ TGSW	เป็นแหล่งท่องเที่ยวและมีจำนวนพนักงานบริการชายและพนักงานบริการหญิงข้ามเพศมากตามช่วงฤดูกาลท่องเที่ยว	ดำเนินงานร่วมกับกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายและหญิงข้ามเพศในพื้นที่		
FSW	มีพนักงานบริการหญิงที่ทำงานในลักษณะหลากหลายทั้งในและนอกสถานบันเทิง ขยายบริการทางเพศชัดเจนและไม่ชัดเจน เป็นแหล่งท่องเที่ยว โดยเฉพาะนักท่องเที่ยวต่างชาติ และมีจำนวนพนักงานบริการหญิงจำนวนมาก	คาดประมาณกลุ่มพนักงานบริการหญิง 1,000-3,000 คน เป็นพื้นที่ศูนย์กลางการพัฒนาเศรษฐกิจใหม่หรือ จังหวัดรอบเมืองเศรษฐกิจ	มีพนักงานบริการหญิงที่เป็นคนต่างด้าวจำนวนมากหรือเป็นจังหวัดติดชายแดน	พื้นที่ที่ไม่ได้อยู่ในพื้นที่ของชุดบริการที่ 1, 2 และ 3
PWID	คาดประมาณกลุ่มผู้ใช้อายัดวิธีฉีดตั้งแต่ 1,000 คน ขึ้นไป	คาดประมาณกลุ่มผู้ใช้อายัดวิธีฉีด 300-999 คน	เป็นพื้นที่ที่มีข้อมูลว่าน่าจะมีผู้ใช้อายัดวิธีฉีดหรือกำลังจะเปลี่ยนวิธีการใช้สารเสพติดไปเป็นวิธีฉีด	พื้นที่ที่ไม่ได้อยู่ในพื้นที่ของชุดบริการที่ 1, 2 และ 3

ที่มา คัดแปลงจากแผนปฏิบัติการเร่งรัดการยุติปัญหาเอดส์ ประเทศไทย พ.ศ. 2558-2562 (2)

แผนปฏิบัติการฯ กำหนดกรอบการให้บริการที่ชัดเจนเพื่อแก้ไขอุปสรรคเดิมของการทำงานที่แยกกันระหว่างการรักษาและการป้องกัน ซึ่งเป็นช่องว่างสำคัญ โดยออกแบบเชื่อมโยงชุดบริการ 5 องค์ประกอบสำคัญให้มีความต่อเนื่องกัน กล่าวคือ การเข้าถึงการป้องกันเอชไอวี การเข้าสู่ระบบการดูแล การตรวจเชื้อเอชไอวี การรักษาด้วยยาต้านไวรัส การคงอยู่ในระบบการดูแล (Reach-Recruit-Test-Treat-Retain : RRTTR) โดยมีกิจกรรมหลักในการให้บริการตามกรอบ RRTTR ดังตารางที่ 1.2 2

ตารางที่ 1.2-2 กิจกรรมหลักในการให้บริการตามกรอบ RRTTR

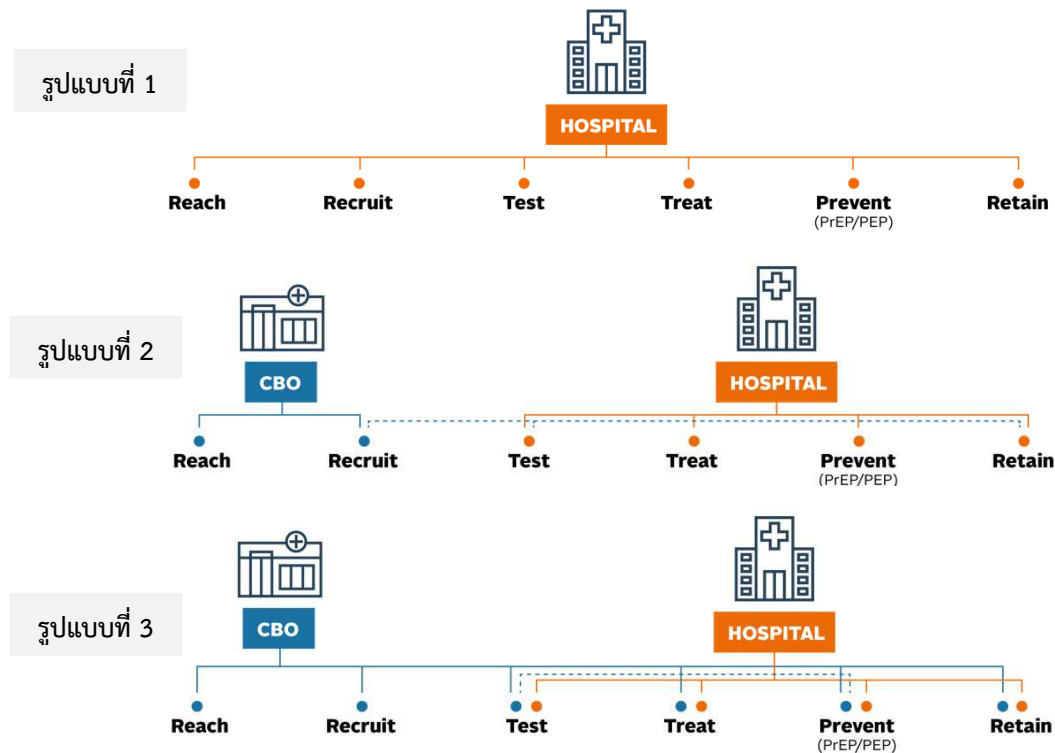
การเข้าถึงการป้องกันเอชไอวี (Reach)
● จัดทำแผนที่ชุมชนและวางแผนการเข้าถึงกลุ่มประชากรเป้าหมาย ● เข้าถึงกลุ่มประชากรเป้าหมายโดยใช้บุคคล ● เข้าถึงกลุ่มประชากรเป้าหมายโดยวิธีอื่น
การเข้าสู่ระบบการดูแล (Recruit)
● เจ้าหน้าที่เชิงรุกแกนนำกลุ่ม แนะนำหรือส่งต่อกลุ่มประชากรเป้าหมายเข้าสู่ระบบบริการให้การปรึกษาและการตรวจเชื้อฯ ● แนะนำหรือส่งต่อประชากรกลุ่มเป้าหมายเข้าสู่ระบบบริการ ให้การปรึกษาและตรวจเชื้อเอชไอวี คัดกรอง ตรวจวินิจฉัยและรักษา ผ่านการประชาสัมพันธ์ทาง social media และ websites
การตรวจเชื้อเอชไอวี (Test)
● ขยายบริการตรวจเชื้อเอชไอวีที่ทราบผลได้ในวันเดียวในหน่วยบริการ ทั้งที่ รพสต. และคลินิกอื่นๆ ● จัดบริการให้การปรึกษาและตรวจเอชไอวีเคลื่อนที่ (Mobile VCT) ด้วยการทำงานร่วมกันของหน่วยบริการและองค์กรภาคประชาสังคม ● จัดบริการให้การปรึกษาและตรวจเชื้อเอชไอวีโดยชุมชน (Community based HCT)
การรักษาด้วยยาต้านไวรัส (Treat)
● เริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัส (ART) ● จัดระบบการเชื่อมต่อระหว่างจุดบริการในโรงพยาบาล ● องค์กรชุมชนสนับสนุนการส่งผู้ติดเชื้อเข้าสู่กระบวนการรักษา
การคงอยู่ในระบบการดูแล (Retain)
● ดูแลให้ประชากรหลักที่อยู่ร่วมกับเชื้อได้รับการและรับยาต่อเนื่อง ● ดูแลให้ประชากรหลักที่มีผลการตรวจเป็นลบยังคงป้องกันและมาตรวจเอชไอวีโดยสม่ำเสมอ

1.3 รูปแบบการดำเนินงานการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ตามกรอบ RRTTPR

ปัจจุบันองค์กรชุมชนมีบทบาทสำคัญในการเข้าถึงกลุ่มประชากรหลัก หลายองค์กรชุมชนได้รับการพัฒนาศักยภาพเพื่อดำเนินงาน RRTTPR ตามนโยบายของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับ สภาวิชาชีพและ USAID (5) เพื่อให้องค์กรชุมชนมีบทบาทสำคัญในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ตามกรอบ RRTTPR จึงสนับสนุนให้องค์กรชุมชนในบางพื้นที่ดำเนินการให้บริการ RRTTPR ที่มีชุมชนเป็นผู้นำ (Key population-led health services หรือ KPLHS) ใน พ.ศ.2558 ดังนั้นในปัจจุบันองค์กรชุมชนมีบทบาทในการทำงานตามกรอบการดำเนินงาน RRTTPR ที่แตกต่างกันโดยสามารถแบ่งรูปแบบการดำเนินงานตามส่วนร่วมขององค์กรชุมชน 3 รูปแบบหลัก ดังรูปที่ 1.3-1 (4, 6) เริ่มต้นตั้งแต่ 1) การเข้าถึงกลุ่มประชากรหลัก (Reach-R) การทำให้กลุ่มประชากรหลักเข้าสู่บริการ (Recruit-R) 2) การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลัก (Test-T) 3) การรักษาการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลัก (Treat-T) โดยการนำเข้าสู่การรักษาหรือบางองค์กรสามารถเป็นจุดให้บริการรับยาต้านไวรัสได้ 4) การทำให้กลุ่มประชากรหลักมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (Prevent-P) ทั้งให้บริการป้องกันการติดเชื้อก่อนการสัมผัสโดยการให้ยา

PrEP (Pre-exposure prophylaxis) และการป้องกันการติดเชื้อหลังการสัมผัสโดยการให้ยา PEP (Post-exposure prophylaxis) และ 5) ทำให้กลุ่มประชากรหลักคงอยู่ในระบบบริการ (Retain-R)

รูปที่ 1.3-1 รูปแบบการดำเนินงานการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ตามกรอบ RRTTPR



หมายเหตุ 1) CBO คือ องค์กรชุมชนที่ทำงานเชิงรุกกับกลุ่มประชากรหลัก 2) Hospital คือ สถานบริการสุขภาพภาครัฐที่ทำงานด้านเอชไอวีและเอดส์ 3) เส้นทึบและจุดที่แสดงในกรอบการดำเนินงาน RRTTPR คือ องค์กรชุมชนและสถานบริการสุขภาพภาครัฐเป็นผู้ดำเนินการโดยอาจดำเนินการร่วมกันหรือหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งเป็นผู้ดำเนินการ

รูปแบบที่ 1 การให้บริการ RRTTPR ในสถานบริการภาครัฐ (Government facility-based health services) การให้บริการในกลุ่มประชากรหลักและประชากรกลุ่มอื่นๆ โดยสถานพยาบาลของภาครัฐ ดำเนินการเปิดเสรีตามกรอบ RRTTPR ซึ่งในปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 หลายสถานบริการภาครัฐได้รับสนับสนุนงบประมาณเพื่อให้บริการ RRTTPR จาก สปสช. เช่นเดียวกับองค์กรชุมชน (3)

รูปแบบที่ 2 การดำเนินการร่วมกันระหว่างสถานบริการภาครัฐและองค์กรชุมชน (Government hospital-led health services with reach and recruit led by CBOs) รูปแบบนี้องค์กรชุมชนมีบทบาทหลักในการเข้าถึงกลุ่มประชากรหลักและนำเข้าสู่บริการตรวจเชื้อเอชไอวีในสถานบริการภาครัฐ รวมถึงการออกหน่วยเคลื่อนที่ให้บริการตรวจเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลักร่วมกับเจ้าหน้าที่จากสถานบริการภาครัฐ ซึ่งสามารถส่งต่อผู้มีผลเลือดบวกเข้าสู่กระบวนการรับยาต้านไวรัสและรับการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง และสถานบริการภาครัฐยังให้บริการป้องกันการติดเชื้อทั้งก่อนและหลังการสัมผัสโดยการให้ยา PrEP และ PEP ด้วย

รูปแบบที่ 3 การให้บริการ RRTTPR ที่มีชุมชนเป็นผู้นำในการขับเคลื่อน (Key population-led health services (KPLHS) in collaboration with government hospitals) รูปแบบนี้องค์กรชุมชนมีบทบาท

สำคัญและเป็นผู้ดำเนินการให้บริการ RRTTPR ทั้งการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายผ่านการจัดกิจกรรมหรือการออกสื่อเผยแพร่เพื่อเพิ่มการเข้าถึงกลุ่มประชากรหลัก นำเข้าสู่การตรวจเชื้อเอชไอวีโดยมีห้องปฏิบัติการและนักเทคนิคการแพทย์ประจำที่หน่วยบริการและออกหน่วยเคลื่อนที่ บางองค์กรชุมชนสามารถให้บริการป้องกันการติดเชื้อทั้งก่อนและหลังการสัมผัสโดยการให้ยา PrEP และ PEP และบางองค์กรเป็นหน่วยบริการที่มีแพทย์ให้การรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีในบางเวลา

1.4 การเงินและงบประมาณด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

จากรายงานการติดตามสถานการณ์เอดส์โลก พ.ศ. 2561 (Global AIDS Monitoring 2018) (7) รายงานด้านการเงินและงบประมาณการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศไทย พบว่ามีงบประมาณทั้งหมดประมาณ 8.4 พันล้านบาท โดยแบ่งที่มาของงบประมาณออกเป็นสองส่วนได้แก่ 1) งบประมาณภายในประเทศ (domestic sources) 7,510 ล้านบาท และ 2) งบประมาณจากต่างประเทศ (international sources) 890 ล้านบาท โดยคิดเป็นร้อยละ 89.4 และ 10.6 ตามลำดับ จากข้อมูลรายละเอียดการจัดสรรงบประมาณรายกิจกรรมของการให้บริการเอชไอวีของประเทศไทยใน ตารางที่ 1.4-1 พบว่าสัดส่วนงบประมาณภายในประเทศส่วนใหญ่เป็นด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ HIV จำนวน 5,800 ล้านบาท (ร้อยละ 69.05 ของงบประมาณทั้งหมด) ในขณะที่สัดส่วนการลงทุนของงบประมาณต่างประเทศส่วนใหญ่จะเน้นที่การอภิบาลระบบและขับเคลื่อนนโยบาย (Governance, Sustainability, Policy) จำนวน 482 ล้านบาท (ร้อยละ 5.74 ของงบประมาณทั้งหมด) ร้อยละ 15 เป็นค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มต่างๆ และการป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มประชากรหลัก (Key population prevention) พบว่ามีสัดส่วนของงบประมาณทั้งในและต่างประเทศเพียงร้อยละ 5.88 หรือประมาณ 500 ล้านบาท (แบ่งเป็นแหล่งทุนภายในประเทศ 246 ล้านบาทหรือร้อยละ 2.93 และต่างประเทศ 248 ล้านบาทหรือร้อยละ 2.95)

ตารางที่ 1.4-1 การเงินและงบประมาณด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2561

รายละเอียดกิจกรรม	แหล่งทุนในประเทศ: ล้านบาท (ร้อยละ)	แหล่งทุนต่างประเทศ: ล้านบาท (ร้อยละ)
การดูแลรักษาและติดตามผู้ติดเชื้อ HIV (Treatment, care and support)	5,800 (69.05)	87 (1.03)
การป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อ HIV จากแม่สู่ลูก (Prevention of vertical HIV transmission)	108 (1.29)	0.34 (0.004)
การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มประชากรหลัก (Key population prevention)	246 (2.93)	248 (2.95)
การป้องกันด้วยมาตรการอื่นๆ เช่น การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การให้บริการถุงยางอนามัย (Other prevention: Social and behavior change (SBC) programs, condoms, synergies with health sector)	621 (7.39)	19 (0.23)
การให้ความรู้ด้านเพศศึกษา (Gender programs)	0.17 (0.002)	5 (0.06)
มาตรการสำหรับเด็กและเยาวชน	6.7	0.25

รายละเอียดกิจกรรม	แหล่งทุนในประเทศ: ล้านบาท (ร้อยละ)	แหล่งทุนต่างประเทศ: ล้านบาท (ร้อยละ)
(Programs for children and adolescents)	(0.08)	(0.003)
มาตรการด้านสังคม (Social Protection)	525 (6.25)	21 (0.25)
มาตรการในชุมชน (Community mobilization)	1.7 (0.02)	0.25 (0.003)
อภิบาลระบบและขับเคลื่อนนโยบาย (Governance, sustainability, policy)	192 (2.28)	482 (5.74)
การรักษาโรคฉวยโอกาสที่เกิดจากการติดเชื้อ HIV เช่น วัณโรค (TB/HIV coinfection treatment)	13 (0.16)	24 (0.29)
รวม: ล้านบาท (ร้อยละ)	7,510 (89.4)	890 (10.6)
รวมทั้งหมด	8,400	

2. วัตถุประสงค์

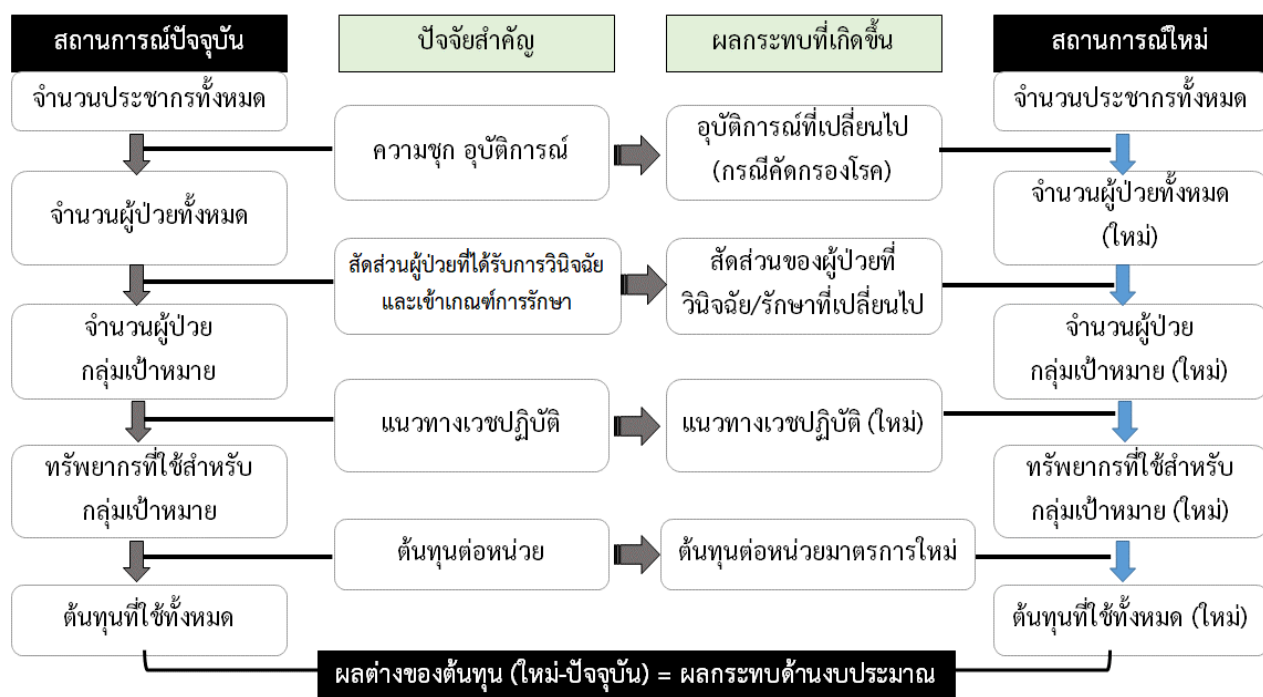
เพื่อวิเคราะห์ผลกระทบด้านงบประมาณของการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลักตามกรอบการทำงาน RRTTPR เพื่อให้ผู้กำหนดนโยบายนำไปใช้วางแผนด้านการเงินการคลัง

3. ระเบียบวิธีวิจัย

3.1 รูปแบบการศึกษา

การศึกษานี้ใช้กรอบการวิเคราะห์ผลกระทบด้านงบประมาณ ตามคู่มือการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ ฉบับ 2 ดังรูปที่ 3.1-1 (8) โดยอ้างอิงข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยจากการศึกษา “A Cost Analysis of Key Population Interventions to Fast Track the End of the HIV Epidemic in Thailand” (4) และใช้ข้อมูลจำนวนกลุ่มเป้าหมายรายงานการคาดประมาณสถานการณ์การแพร่ระบาดของเอชไอวีและเอดส์ พ.ศ. 2561 โดยได้รับความอนุเคราะห์ข้อมูลจาก สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข นอกจากนี้ การวิเคราะห์ได้พิจารณารูปแบบการให้บริการที่เหมาะสมในแต่ละจังหวัด ซึ่งขึ้นกับจำนวนของกลุ่มประชากรหลักและบริบทอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาด้านเอชไอวีและเอดส์ โดยแบ่งเป็น 3 รูปแบบและแยกตามกลุ่มประชากรหลักรวมถึงพิจารณาความครอบคลุมในแต่ละขั้นตอนของกรอบ RRTTPR โดยการวิเคราะห์นี้มาตรการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (Prevent-P) ในกลุ่มประชากรหลัก เช่น การให้ความรู้ แจกจ่ายถุงยางอนามัยและเจลหล่อลื่นถูรวมในภาระงบประมาณของขั้นตอนการ Reach-Recruit-Retain และแยกวิเคราะห์ค่าวัสดุที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานแต่ไม่รวมการให้บริการป้องกันการติดเชื้อก่อนการสัมผัสโดยการให้ยา PrEP และไม่รวมค่ายาต้านไวรัสที่ใช้ในการรักษา

รูปที่ 3.1-1 กรอบแนวคิดผลกระทบด้านงบประมาณ



3.2 ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

ประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือกลุ่มประชากรหลัก 5 กลุ่ม ได้แก่ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) พนักงานบริการชาย (MSW) พนักงานบริการหญิง (FSW) หญิงข้ามเพศ (TGW) และผู้ขายยาด้วยวิธีฉีดยา (PWID)

3.3 มุมมองที่ใช้ในการวิเคราะห์

การวิเคราะห์ใช้มุมมองของผู้รับผิดชอบด้านงบประมาณ

3.4 กรอบเวลาในการวิเคราะห์

การศึกษานี้กำหนดกรอบเวลาในการวิเคราะห์ 1 ปี

3.5 ข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์

3.5.1 ข้อมูลจำนวนกลุ่มประชากรหลักและการเข้ารับบริการด้านเอชไอวีและเอดส์

ข้อมูลจำนวนกลุ่มประชากรหลักที่ใช้ในการศึกษามาจากการคาดประมาณสถานการณ์การแพร่ระบาดของเอชไอวีและเอดส์ พ.ศ. 2561 ซึ่งได้รับความอนุเคราะห์ข้อมูลจาก สำนักโรคเอดส์รณรงค์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ส่วนข้อมูลจำนวนผู้รับบริการตรวจเชื้อเอชไอวีและจำนวนผู้มีผลเลือดบวกของกลุ่มประชากรหลัก จำนวนผู้ที่เริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัส และจำนวนผู้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ผู้วิจัยอ้างอิงข้อมูลจากระบบสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ป่วยเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2561 (National Aids Program–NAP WEB REPORT) (9) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งได้รับการตรวจสอบและรับรองข้อมูลจากผู้แทนจากสำนักโรคเอดส์รณรงค์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค โดยสรุปข้อมูลเบื้องต้นในตารางที่ 3.5-1 จากข้อมูลดังกล่าวมีข้อสังเกตว่า จำนวน

กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) มีมากที่สุด รองลงมาคือ พนักงานบริการหญิง (FSW) หญิงข้ามเพศ (TGW) ผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีด (PWID) และพนักงานบริการชาย (MSW) ซึ่งสัดส่วนของกลุ่มประชากรหลักที่ได้รับบริการตรวจเชื้อเอชไอวีมากที่สุดคือ กลุ่ม MSM ประมาณร้อยละ 40 ขณะที่กลุ่มประชากรหลักอื่นๆ ได้รับการตรวจเชื้อเอชไอวีไม่ถึงร้อยละ 20 และกลุ่มที่ได้รับการตรวจเชื้อเอชไอวีน้อยที่สุดคือ PWID ซึ่งยังได้รับการบริการต่ำกว่าร้อยละ 10 นอกจากนี้ จำนวนผู้ที่เริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสมีจำนวนมากกว่าผู้มีผลเลือดบวก ซึ่งการตรวจสอบจากผู้ให้ข้อมูลพบว่าอาจเกิดจากผู้ที่มีผลเลือดบวกในปีก่อนหน้า (พ.ศ. 2560) มาเริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสในปีถัดมา คือ พ.ศ. 2561

ตารางที่ 3.5-1 ข้อมูลจำนวนกลุ่มประชากรหลักและการเข้ารับบริการด้านเอชไอวีและเอดส์ พ.ศ. 2561

รายละเอียด	MSM	TG	MSW	FSW	PWID
จำนวนกลุ่มประชากรหลัก	157,846	62,576	26,341	129,133	42,652
จำนวนผู้รับบริการตรวจเชื้อเอชไอวี (ร้อยละของจำนวนประชากรหลัก)	68,064 (43.12)	7,625 (12.19)	4,694 (17.82)	16,584 (12.84)	3,146 (7.38)
จำนวนผู้มีผลเลือดบวก	8,130	607	218	165	136
จำนวนผู้ที่เริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัส (รายใหม่)	7,228	399	382	123	208
จำนวนผู้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (รายเก่า)	12,477	329	241	234	1,553

ที่มา 1) สำนักโรคติดต่อทั่วไป และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข 2) ระบบสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ป่วยเอดส์แห่งชาติ (National Aids Program–NAP WEB REPORT)

3.5.2 รูปแบบการให้บริการในแต่ละจังหวัดของประเทศไทย

การศึกษาวิเคราะห์ผลกระทบงบประมาณของการจัดให้มีบริการ RRTTPR ทั้ง 3 รูปแบบหลักดังที่ได้กล่าวไปข้างต้น (หัวข้อ 1.3) ได้แก่

- รูปแบบที่ 1 การให้บริการ RRTTPR ในสถานบริการภาครัฐ (Government facility-based health services)
- รูปแบบที่ 2 การดำเนินการร่วมกันระหว่างสถานบริการภาครัฐและองค์กรชุมชน (Government hospital-led health services with reach and recruit led by CBOs)
- รูปแบบที่ 3 การให้บริการ RRTTPR ที่มีชุมชนเป็นผู้นำในการขับเคลื่อน (Key population-led health services (KPLHS) in collaboration with government hospitals)

การศึกษานี้อ้างอิงแผนปฏิบัติการเร่งรัดการยุติปัญหาเอดส์ ประเทศไทย พ.ศ. 2558-2562 เพื่อจัดรูปแบบบริการที่เหมาะสม (รูปแบบที่ 1-3) ในแต่ละจังหวัดแยกตามกลุ่มประชากรหลัก และจัดประชุมผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้ข้อเสนอแนะต่อการออกแบบการวิเคราะห์ข้อมูลเมื่อวันที่ 5 กันยายน พ.ศ. 2562 โดยข้อมูลรูปแบบการให้บริการในแต่ละจังหวัดแยกตามกลุ่มประชากรหลักแสดงในรูปที่ 3.5-1 ถึง รูปที่ 3.5-5 และรายละเอียดข้อมูลรายจังหวัดนำเสนอในภาคผนวก ก โดยการวิเคราะห์ยังมีรายละเอียดของการวิเคราะห์ในกรณีต่างๆ ขึ้นกับรูปแบบบริการและกลุ่มประชากรหลักมีรายละเอียด ดังนี้

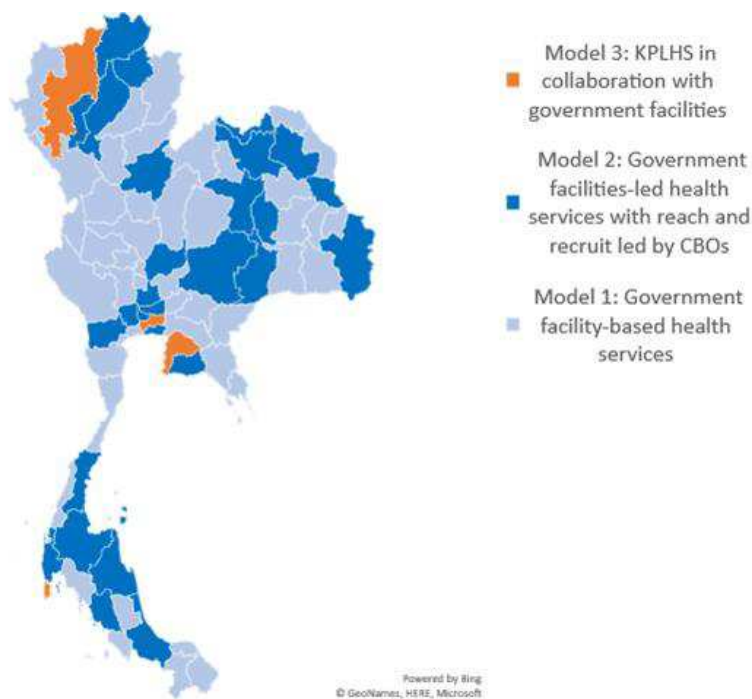
1. การให้บริการในรูปแบบที่ 2 ของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) และหญิงข้ามเพศ (TGW) มีความร่วมมือกับสถานบริการภาครัฐทั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป (4) ดังนั้นต้นทุนต่อ

หน่วยและการวิเคราะห์ผลกระทบด้านงบประมาณของรูปแบบที่ 2 จึงแยกเป็น 2 กรณีขึ้นกับระดับของสถานบริการภาครัฐที่ร่วมมือกับองค์กรชุมชน

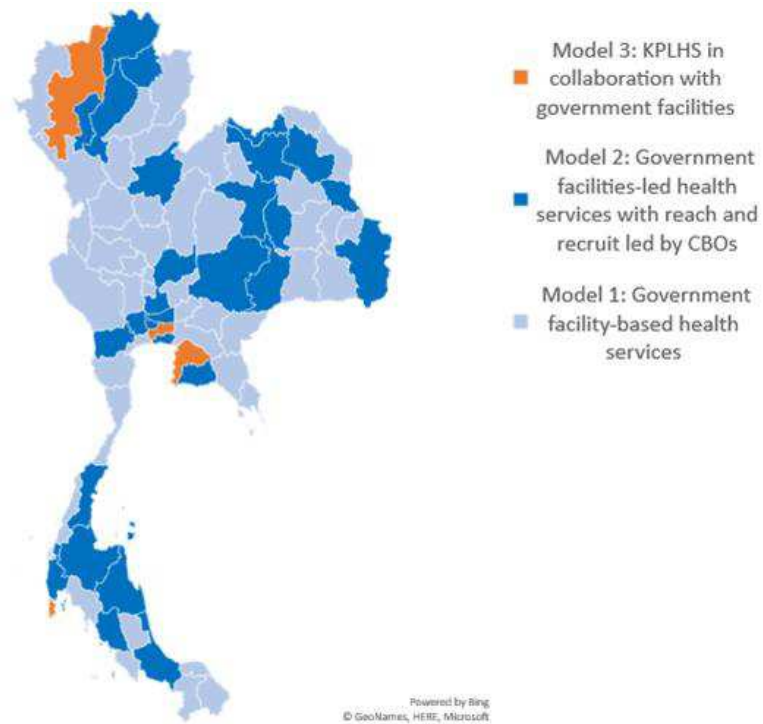
2. การให้บริการในรูปแบบที่ 2 และ 3 ของผู้ขายด้วยวิธีฉีดยา (PWID) มีบุคลากรขององค์กรชุมชนทั้งที่เป็นกลุ่มประชากรหลักเช่นเดียวกับกลุ่มเป้าหมาย (Peer worker) และบุคลากรขององค์กรชุมชนไม่ใช่กลุ่มประชากรหลัก (Non-peer worker) ดังนั้นต้นทุนต่อหน่วยและการวิเคราะห์ผลกระทบด้านงบประมาณของรูปแบบที่ 2 และ 3 จึงแยกเป็น 2 กรณี

3. กลุ่มพนักงานบริการชาย (MSW) จากข้อมูลเดิมที่ระบุในแผนปฏิบัติการเร่งรัดการยุติปัญหาเอดส์ ประเทศไทย พ.ศ. 2558-2562 (2) กำหนดพื้นที่ที่มีจำนวนประชากรพนักงานบริการชาย (MSW) มากใน 4 จังหวัดซึ่งเหมาะสมกับรูปแบบที่ 3 ได้แก่ กรุงเทพมหานคร เชียงใหม่ นครราชสีมา และชลบุรี แต่หลังจากการประชุมเพื่อหารือผู้เชี่ยวชาญ เมื่อวันที่ 5 กันยายน พ.ศ. 2562 มีข้อเสนอแนะให้เพิ่มอีก 3 จังหวัดและใช้รูปแบบที่ 3 เนื่องจากข้อมูลใน พ.ศ. 2561 รายงานจำนวนประชากรพนักงานบริการชาย (MSW) มากใน 7 จังหวัด ได้แก่ กรุงเทพมหานคร เชียงใหม่ นครราชสีมา ชลบุรี นนทบุรี ภูเก็ต และสุราษฎร์ธานี โดยในจังหวัดอื่นๆ ที่ประชุมให้ข้อเสนอว่าควรจัดบริการร่วมกับกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) เพราะในสถานการณ์จริงอาจไม่สามารถแยกการดำเนินงานในกลุ่มประชากรหลัก 2 กลุ่มนี้ได้

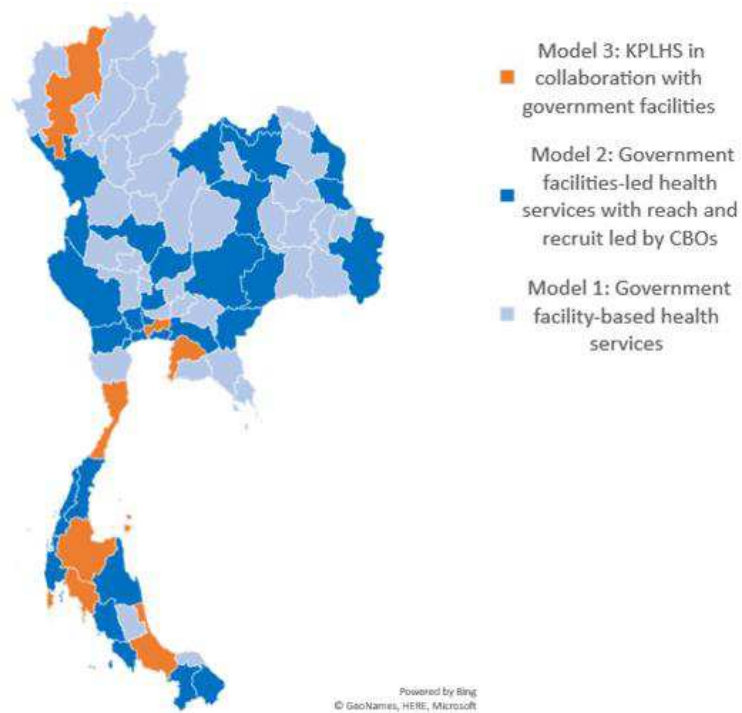
รูปที่ 3.5-1 รูปแบบการให้บริการกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM)



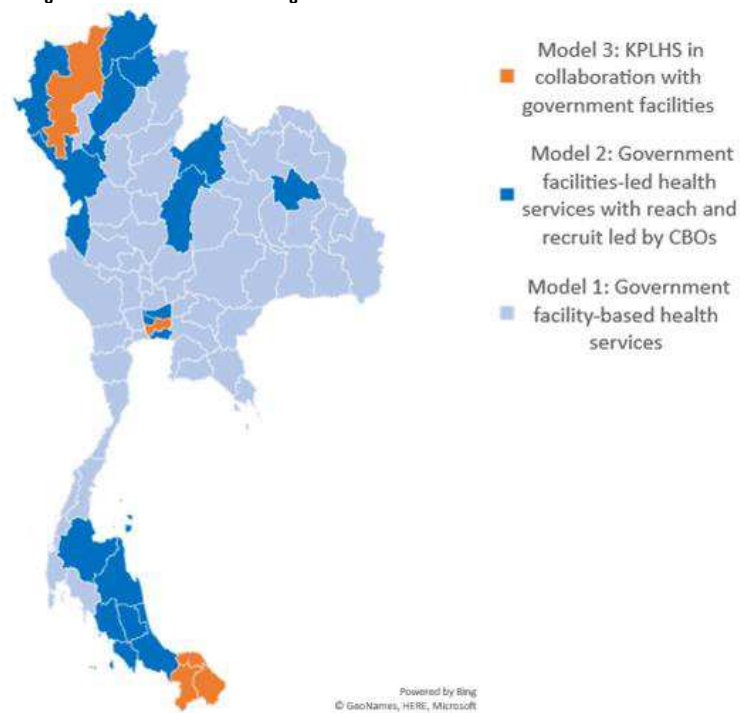
รูปที่ 3.5-2 รูปแบบการให้บริการกลุ่มหญิงข้ามเพศ (TGW)



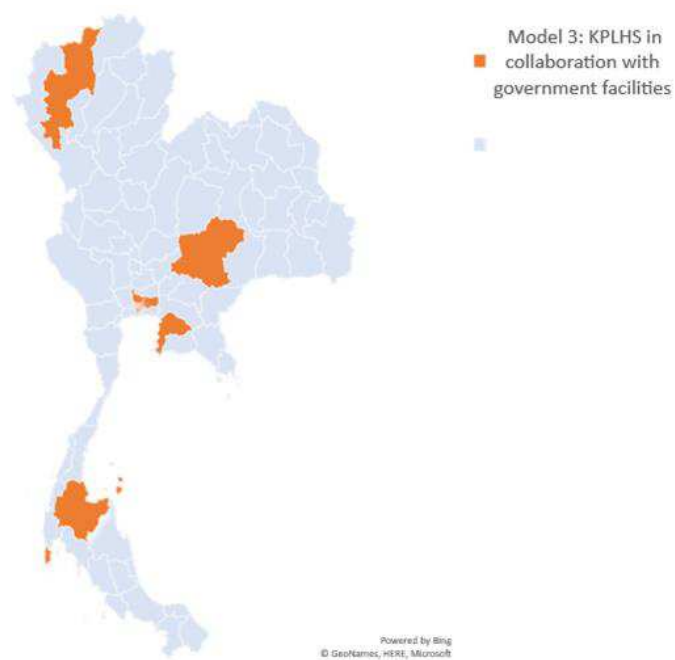
รูปที่ 3.5-3 รูปแบบการให้บริการกลุ่มพนักงานบริการหญิง (FSW)



รูปที่ 3.5-4 รูปแบบการให้บริการผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีดยา (PWID)



รูปที่ 3.5-5 รูปแบบการให้บริการพนักงานบริการชาย (MSW)



3.5.3 ข้อมูลสัดส่วนกลุ่มประชากรหลักที่เข้ารับบริการแต่ละรูปแบบ

สัดส่วนการเข้ารับบริการ RRTTPR ของกลุ่มประชากรหลัก ได้แก่ สัดส่วนการเข้าถึงกลุ่มประชากรหลัก (Reach: % of size estimate) การทำให้กลุ่มประชากรหลักเข้าสู่บริการ (Recruit: % of reach to test) และการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลัก (Test: % of reach to test) อ้างอิงจากแผนปฏิบัติการเร่งรัดการยุติปัญหาเอดส์ ประเทศไทย พ.ศ. 2558-2562 (2) ร่วมกับข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญที่ทำงานเกี่ยวข้องกับ RRTTPR เพื่อให้ข้อมูลทันต่อสถานการณ์ปัจจุบันและคาดการณ์เป้าหมายดำเนินการในอนาคต นอกจากนี้ สัดส่วนกลุ่มประชากรหลักที่ได้เริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (Treat: % of positive) อ้างอิงข้อมูลจากระบบสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ป่วยเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2561 (National Aids Program–NAP WEB REPORT) (9) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งได้รับการตรวจสอบและรับรองข้อมูลจากผู้แทนจากสำนักโรคเอดส์วันโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค สำหรับสัดส่วนของกลุ่มประชากรหลักที่คงอยู่ในระบบบริการ (Retain) ซึ่งมีสองกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มประชากรหลักที่มีผลเลือดบวกและยังรับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง (Retain positive) และกลุ่มประชากรหลักที่มีผลเลือดลบและยังรับการติดตามเพื่อตรวจเชื้อเอชไอวีซ้ำรวมถึงได้รับการป้องกันอย่างต่อเนื่อง (Retain negative) โดยสัดส่วน Retain positive อ้างอิงข้อมูลจากระบบสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ป่วยเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2561 (National Aids Program–NAP WEB REPORT) (9) และ Retain negative อ้างอิงจากแหล่งข้อมูลเดียวกันกับ Retain positive ร่วมกับข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญประมาณ สัดส่วนเฉพาะกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูงและต้องได้รับการติดตามมาตรวจเชื้อเอชไอวีซ้ำ ซึ่งรายละเอียดข้อมูลสัดส่วนกลุ่มประชากรหลักที่เข้ารับบริการแต่ละรูปแบบดังแสดงในตารางที่ 3.5-2

ตารางที่ 3.5-2 ข้อมูลนำเข้าที่ใช้ในการวิเคราะห์จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงที่เข้ารับบริการ

	MSM	TGW	MSW	FSW	PWID
รูปแบบที่ 3 การให้บริการ RRTTPR ที่มีชุมชนเป็นผู้นำในการขับเคลื่อน (Key population-led health services (KPLHS) in collaboration with government hospitals)					
จำนวนจังหวัด	4	4	7	8	5
จำนวนกลุ่มประชากรหลัก (size estimate)	53,485	12,371	22,097	76,447	17,673
เป้าหมายความครอบคลุม					
Reach (% of size estimate)	85%	85%	85%	60%	60%
Recruit (% of reach to test)	85%	85%	80%	40%	40%
Test (% of reach to test)	85%	85%	80%	40%	40%
Treat (% of positive)	90%	90%	90%	90%	90%
Retain positive (% of ART new case)	90%	90%	90%	90%	90%
Retain negative (% of negative high risk) calculated by %reach %recruit)	72%	72%	68%	24%	24%
รูปแบบที่ 2 การดำเนินการร่วมกันระหว่างสถานบริการภาครัฐและองค์กรชุมชน (Government hospital-led health services with reach and recruit led by CBOs)					
จำนวนจังหวัด	28	28		30	17
จำนวนกลุ่มประชากรหลัก (size estimate)	68,169	27,898		37,452	13,647
เป้าหมายความครอบคลุม					
Reach (% of size estimate)	85%	85%		60%	60%
Recruit (% of reach to test)	80%	60%		40%	40%
Test (% of reach to test)	80%	60%		40%	40%
Treat (% of positive)	90%	90%		90%	90%
รูปแบบที่ 1 การให้บริการ RRTTPR ในสถานบริการภาครัฐ (Government facility-based health services)					
จำนวนจังหวัด	45	45		36	53
จำนวนกลุ่มประชากรหลัก (size estimate)	40,437	22,307		14,611	11,332
เป้าหมายความครอบคลุม					
Reach (% of size estimate)	30%	30%		25%	25%
Recruit (% of reach to test)	80%	60%		40%	40%

3.5.4 ต้นทุนต่อหน่วยของการดำเนินงานตามกรอบ RRTTPR ในกลุ่มประชากรหลัก

การศึกษานี้ใช้ข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยจากการศึกษาก่อนหน้าที่วิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยของการดำเนินงานตามกรอบ RRTTPR ด้วยรูปแบบบริการทั้ง 3 รูปแบบในกลุ่มประชากรหลักต่างๆ (4) ซึ่งเก็บข้อมูลต้นทุนใน 7 จังหวัดซึ่งมีทั้งหมด 13 หน่วยงานเป็นสถานพยาบาลภาครัฐและองค์กรชุมชนที่ดำเนินงาน RRTTPR ในกลุ่มประชากรหลัก ต้นทุนต่อหน่วยของการดำเนินงานตามกรอบ RRTTPR ที่ใช้ในการศึกษานี้ใช้มุมมองทางเศรษฐศาสตร์ซึ่งมีการรวมต้นทุนค่าเสียโอกาส (Opportunity cost) ของบุคลากรในการทำงาน และเป็นต้นทุนต่อหน่วยที่รวมค่าวัสดุ (Material cost) ค่าแรง (Labor cost) ค่าลงทุน (Capital cost) และกิจกรรมพัฒนาศักยภาพ (Capacity building) อย่างไรก็ตาม ต้นทุนต่อหน่วยที่วิเคราะห์ไม่รวมค่าน้ำยาตรวจทางห้องปฏิบัติการซึ่งจะได้รับสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอก เช่น HIV Rapid test, Syphilis test, PrEP, PEP และค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการของการรับยา PrEP และ PEP ข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยเป็นข้อมูลนำเข้าโดยพิจารณารูปแบบการให้บริการของกลุ่มประชากรหลักตามความเหมาะสมของพื้นที่ ดังแสดงในตารางที่ 3.5-3 ตารางที่ 3.5-4 และ ตารางที่ 3.5-5 นอกจากนี้ การให้บริการรูปแบบที่ 3 ของกลุ่มหญิงข้ามเพศ (TGW) สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้มากขึ้นโดยการจัดการตรวจระดับฮอร์โมนเพศหญิง ซึ่งข้อมูลจากการศึกษาก่อนหน้ารายงานสัดส่วนของกลุ่มหญิงข้ามเพศ (TGW) ที่เข้ารับบริการนี้ร้อยละ 23 ของหญิงข้ามเพศที่เข้าถึง (Reach) และมีต้นทุนต่อครั้งเท่ากับ 891 บาท (4)

ตารางที่ 3.5-3 ข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยของรูปแบบการให้บริการในกลุ่มประชากรหลักรูปแบบที่ 3 การให้บริการ RRTTPR ที่มีชุมชนเป็นผู้นำในการขับเคลื่อน (KPLHS)

	MSM	TGW	MSW	FSW	PWID	
					Peer worker	Non-peer worker
ต้นทุนต่อหน่วยของการเข้าถึงกลุ่มประชากรหลัก (Reach): บาท						
การเข้าถึงรายบุคคล	421	421	739	739	537	1,563
การเข้าถึงแบบเป็นกลุ่มย่อยเดือนละครั้ง	16,555	16,555	16,555*	16,555*	529	3,661
การจัดกิจกรรมปีละ 2 ครั้ง	142,689	142,689	142,689*	142,689*	ไม่มีการจัดกิจกรรม	ไม่มีการจัดกิจกรรม
ต้นทุนต่อหน่วยของการทำให้กลุ่มประชากรหลักเข้าสู่บริการ (Recruit): บาท						
การลงทะเบียน และให้คำปรึกษาก่อนตรวจการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	660	660	496	496	1,798	3,951
ต้นทุนต่อหน่วยของการตรวจเชื้อเอชไอวี (Test): บาท						
การตรวจเชื้อเอชไอวีและการให้คำปรึกษาหลังการตรวจ	853	853	796	796	579	662
ต้นทุนต่อหน่วยของการส่งต่อเพื่อเริ่มการรักษา (Treat): บาท						
การส่งต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้าสู่การรักษา	13,047	13,047	4,265	4,265	1,286	1,286
ต้นทุนต่อหน่วยของการทำให้กลุ่มประชากรหลักคงอยู่ในระบบบริการ (Retain): บาท						
การทำให้กลุ่มประชากรหลักที่มีผลเลือดบวกและยังรับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง (Retain positive)	1,501	1,501	187	187	3,589	2,807
การทำให้กลุ่มประชากรหลักที่มีผลเลือดลบและยังรับการติดตามเพื่อตรวจเชื้อเอชไอวีซ้ำ รวมถึงได้รับการป้องกันอย่างต่อเนื่อง (Retain negative)	35	35	35*	35*	529*	3,661*

*ข้อมูลอ้างอิงจากต้นทุนต่อหน่วยของการให้บริการกลุ่ม MSM และ TGW

ตารางที่ 3.5-4 ข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยของรูปแบบการให้บริการในกลุ่มประชากรหลักรูปแบบที่ 2 การดำเนินการร่วมกันระหว่างสถานบริการภาครัฐและองค์กรชุมชน

	MSM		TGW		FSW	PWID	
	PCU	Hospital	PCU	Hospital		Peer-worker	Non-peer worker
ต้นทุนต่อหน่วยของการเข้าถึงกลุ่มประชากรหลัก (Reach): บาท							
การเข้าถึงรายบุคคล	1,513	591	1,513	591	1,251	537	1,563
การเข้าถึงแบบเป็นกลุ่มย่อยเดือนละครั้ง	3,179	551	3,179	551	551*	529	3,661
การจัดกิจกรรมปีละ 2 ครั้ง	90,803	2,351	90,803	2,351	2,351*	ไม่มีการจัดกิจกรรม	ไม่มีการจัดกิจกรรม
ต้นทุนต่อหน่วยของการทำให้กลุ่มประชากรหลักเข้าสู่บริการ (Recruit): บาท							
การลงทะเบียน และให้คำปรึกษาก่อนตรวจการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	634	3,055	634	3,055	รวมกับ Reach	1,798	3,951
ต้นทุนต่อหน่วยของการตรวจเชื้อเอชไอวี (Test): บาท							
การตรวจเชื้อเอชไอวีและการให้คำปรึกษาหลังการตรวจ	544	859	544	859	1,482	579	662
ต้นทุนต่อหน่วยของการส่งต่อเพื่อเริ่มการรักษา (Treat): บาท							
การส่งต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้าสู่การรักษา	2,541	473	2,541	473	4,265**	1,286	1,286

*ข้อมูลอ้างอิงจากต้นทุนต่อหน่วยของการให้บริการกลุ่ม MSM และ TGW

**ข้อมูลอ้างอิงจากต้นทุนต่อหน่วยของการให้บริการรูปแบบที่ 3 ของ FSW

ตารางที่ 3.5-5 ข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยของรูปแบบการให้บริการในกลุ่มประชากรหลักรูปแบบที่ 1 การให้บริการ RRTTPR ในสถานบริการภาครัฐ

	MSM	TGW	FSW	PWID
การเข้าถึงกลุ่มประชากรหลัก (Reach)				
การเข้าถึงรายบุคคล	3,016	3,941	1,251*	ต้นทุนรวมในค่าบริการ Methadone clinic**
การทำให้กลุ่มประชากรหลักเข้าสู่บริการ (Recruit)				
การลงทะเบียน และให้คำปรึกษาก่อนตรวจการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	348	348	รวมกับ Reach	ต้นทุนรวมในค่าบริการ Methadone clinic**

*ข้อมูลอ้างอิงจากต้นทุนต่อหน่วยของการให้บริการรูปแบบที่ 2 ของ FSW

**การวิเคราะห์ครั้งนี้ไม่รวมต้นทุนการให้บริการของ Methadone clinic เนื่องจากไม่มีข้อมูลจากการศึกษาก่อนหน้า (4)

การวิเคราะห์ผลกระทบด้านงบประมาณของวัสดุอื่นๆ ที่สนับสนุนจากส่วนกลาง การศึกษานี้ได้ข้อมูลจากราคากลางของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ ถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่น ชุดอุปกรณ์เข็มสะอาด การบริการเมทาโดนบำบัดในผู้ติดยาเสพติด ชุดตรวจ HIV Rapid test ชุดตรวจการติดเชื้อซิฟิลิส สำหรับจำนวนทรัพยากรที่ใช้ ได้ข้อมูลจากการศึกษาการคาดการณ์ความต้องการถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่นเพื่อเร่งรัดสู่การยุติปัญหาเอดส์ (10)

ตารางที่ 3.5-6 ต้นทุนต่อหน่วยและวัสดุที่ใช้ในการให้บริการ RRTTPR และสนับสนุนจากส่วนกลาง

รายการทรัพยากร	ต้นทุนต่อหน่วย (บาท)	จำนวนทรัพยากรที่ใช้ (ชิ้นหรือครั้ง/คน/ปี)				
		MSM	TGW	MSW	FSW	PWID
ถุงยางอนามัย (Condom)	1.18	238	83	88	331	46
สารหล่อลื่น (Lubricant)	1.85	118	41	44	66	-
ชุดอุปกรณ์เข็มสะอาด (Sterile needle pack)	7.50	-	-	-	-	115
การบริการเมทาโดนบำบัดในผู้ติดยาเสพติด (Methadone maintenance therapy : MMT)	10	-	-	-	-	365
ชุดตรวจเชื้อเอชไอวี (HIV Rapid test)	96	2	2	2	2	1
ชุดตรวจการติดเชื้อซิฟิลิส (Syphilis test)	107.42	2	2	2	2	1

4. ผลการศึกษา

4.1 ผลการศึกษาผลกระทบด้านงบประมาณ

ตารางที่ 4.1-1 ตารางที่ 4.1-2 และตารางที่ 4.1-3 แสดงผลกระทบด้านงบประมาณของการให้บริการ RRTTPR ในกลุ่มประชากรหลักและแบ่งผลการวิเคราะห์เป็น 3 รูปแบบบริการที่แตกต่างกันในแต่ละจังหวัดตามบริบทของกลุ่มประชากรหลักในพื้นที่ และตารางที่ 4.1-4 แสดงผลกระทบด้านงบประมาณของการให้บริการ RRTTPR รวมรูปแบบที่ 1-3 แยกตามกลุ่มประชากรหลัก โดยการให้บริการในรูปแบบที่ 3 การให้บริการ RRTTPR ที่มีชุมชนเป็นผู้นำในการขับเคลื่อน (KPLHS) แสดงในตารางที่ 4.1-1 รูปแบบบริการนี้เหมาะสมกับกลุ่มประชากรหลักทุกกลุ่ม โดยมีผลกระทบด้านงบประมาณสำหรับการให้บริการ RRTTPR แก่กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) มากที่สุด คือ 134 ล้านบาท รองลงมาคือ กลุ่มพนักงานบริการหญิง (FSW) 62 ล้านบาท กลุ่มพนักงานบริการชาย (MSW) 38 ล้านบาท กลุ่มผู้ขายยาด้วยวิธีฉีด (PWID) ในกรณีที่บุคลากรในองค์กรชุมชนไม่ใช่กลุ่มประชากรหลัก (Non-peer worker) มีผลกระทบงบประมาณ 37 ล้านบาท กลุ่มหญิงข้ามเพศ (TGW) 27 ล้านบาท และกลุ่มผู้ขายยาด้วยวิธีฉีด (PWID) ในกรณีที่บุคลากรในองค์กรชุมชนเป็นกลุ่มประชากรหลัก (Peer worker) มีผลกระทบงบประมาณ 16 ล้านบาท

การให้บริการในรูปแบบที่ 2 การดำเนินการร่วมกันระหว่างสถานบริการภาครัฐและองค์กรชุมชน (ตารางที่ 4.1-2) มีการดำเนินการใน 4 กลุ่มประชากรหลัก (MSM, TGW, FSW และ PWID) ยกเว้น MSW ซึ่งการให้บริการในรูปแบบนี้มีพื้นที่ดำเนินงานมากกว่ารูปแบบที่ 3 แต่ผลกระทบงบประมาณใกล้เคียงกันหรือน้อยกว่าในบางกลุ่มประชากรหลัก เช่น กลุ่มพนักงานบริการหญิง (FSW) กลุ่มผู้ขายยาด้วยวิธีฉีด (PWID) เนื่องจากความเข้มข้นของชุดบริการน้อยกว่าส่งผลต่อต้นทุนต่อหน่วยในการดำเนินงานน้อยกว่ารูปแบบที่ 3

โดยมีผลกระทบด้านงบประมาณสำหรับการให้บริการ RRTTPR แก่กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) มากที่สุดโดยในกรณีที่ต้องการชุมชนมีความร่วมมือกับโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปมีผลกระทบด้านงบประมาณ 217 ล้านบาท และในกรณีที่ต้องการชุมชนมีความร่วมมือกับหน่วยบริการปฐมภูมิ 154 ล้านบาท รองลงมาคือ กลุ่มหญิงข้ามเพศ (TGW) ซึ่งแนวโน้มเช่นเดียวกับกลุ่ม MSM ที่ผลกระทบงบประมาณกรณีที่ต้องการชุมชนมีความร่วมมือกับโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปสูงกว่ากรณีที่ต้องการชุมชนมีความร่วมมือกับหน่วยบริการปฐมภูมิ คือ 70 ล้านบาท และ 59 ล้านบาท ตามลำดับ ลำดับต่อมาคือ กลุ่มพนักงานบริการหญิง (FSW) 42 ล้านบาท กลุ่มผู้ขายด้วยวิธีฉีดยา (PWID) ในกรณีที่บุคลากรในองค์กรชุมชนเป็นกลุ่มประชากรหลัก (Peer worker) มีผลกระทบงบประมาณ 29 ล้านบาท และกลุ่มผู้ขายด้วยวิธีฉีดยา (PWID) ในกรณีที่บุคลากรในองค์กรชุมชนไม่ใช่กลุ่มประชากรหลัก (Non-peer worker) มีผลกระทบงบประมาณ 12 ล้านบาท

การให้บริการในรูปแบบที่ 1 การให้บริการ RRTTPR ในสถานบริการภาครัฐ (ตารางที่ 4.1-3) มีการดำเนินการใน 3 กลุ่มประชากรหลัก (MSM, TGW และ FSW) ยกเว้น MSW และ PWID (จัดบริการเฉพาะเมทาโดนคลินิก) ซึ่งการให้บริการในรูปแบบนี้ครอบคลุมพื้นที่ดำเนินงานมากที่สุด แต่ผลกระทบงบประมาณน้อยกว่าเนื่องจากความเข้มข้นของชุดบริการไม่ได้ครบถ้วนทั้งหมดของการให้บริการ RRTTPR ส่งผลต่อต้นทุนต่อหน่วยในการดำเนินงานน้อยกว่ารูปแบบบริการ 2 และ 3 โดยมีผลกระทบด้านงบประมาณสำหรับการให้บริการ RRTTPR แก่กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) กลุ่มหญิงข้ามเพศ (TGW) กลุ่มพนักงานบริการหญิง (FSW) จำนวน 40 ล้านบาท 22 ล้านบาท และ 4.6 ล้านบาท ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาผลกระทบด้านงบประมาณรวมการให้บริการ RRTTPR ทั้ง 3 รูปแบบในกลุ่มประชากรหลัก (ตารางที่ 4.1-4) พบว่า รวมงบประมาณทั้งหมดประมาณ 612-723 ล้านบาท โดยกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) มีผลกระทบด้านงบประมาณสูงสุดที่สุด คือ 329-391 ล้านบาท รองลงมาคือ กลุ่มหญิงข้ามเพศ (TGW) 108-119 ล้านบาท กลุ่มพนักงานบริการหญิง (FSW) 109 ล้านบาท กลุ่มผู้ขายด้วยวิธีฉีดยา (PWID) 29-66 ล้านบาท และกลุ่มพนักงานบริการชาย (MSW) 38 ล้านบาท (มีการให้บริการเฉพาะรูปแบบที่ 3) นอกจากนี้ ตารางที่ 4.1-5 แสดงผลกระทบด้านงบประมาณวัสดุอื่นๆ ที่ใช้ในการให้บริการ RRTTPR ซึ่งรวมทั้งหมด 315 ล้านบาท ซึ่งในอดีตที่ผ่านมาได้มีการบริหารจัดการที่ระดับหน่วยงานส่วนกลาง เช่น กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) (10)

ตารางที่ 4.1-1 ผลกระทบด้านงบประมาณของรูปแบบการให้บริการในกลุ่มประชากรหลักรูปแบบที่ 3 การให้บริการ RRTTPR ที่มีชุมชนเป็นผู้นำในการขับเคลื่อน (KPLHS)

	MSM	TGW	MSW	FSW	PWID	
					Peer-worker	Non-peer worker
จำนวนจังหวัด	4	4	7	8	5	
ผลกระทบด้านงบประมาณ (บาท)						
Reach	21,074,206	6,362,898	17,263,170	37,756,408	5,729,269	16,793,965
Recruit	25,489,103	5,895,781	7,452,351	9,099,747	7,627,495	16,757,942
Test	32,965,016	9,733,906	11,966,777	14,612,119	2,454,917	2,808,945
Treat	51,548,798	5,060,941	729,333	349,312	65,985	65,985
Retain	3,310,113	453,956	544,672	640,781	332,128	454,578
รวม	134,387,237	27,507,482	37,956,303	62,458,367	16,209,794	36,881,415

ตารางที่ 4.1-2 ผลกระทบด้านงบประมาณของรูปแบบการให้บริการในกลุ่มประชากรหลักรูปแบบที่ 2 การดำเนินการร่วมกันระหว่างสถานบริการภาครัฐและองค์กรชุมชน

	MSM		TGW		FSW	PWID	
	PCU	Hospital	PCU	Hospital		Peer-worker	Non-peer worker
จำนวนจังหวัด	28		28		30	17	
ผลกระทบด้านงบประมาณ (บาท)							
Reach	93,833,107	34,588,172	42,035,933	14,342,367	28,459,090	4,507,554	13,545,414
Recruit	29,399,255	141,606,854	9,023,682	43,464,204	-	5,889,912	12,940,397
Test	25,206,008	39,834,437	7,736,625	12,226,612	13,325,027	1,895,674	2,169,053
Treat	5,816,748	1,082,830	304,099	56,610	157,382	34,729	34,729
Retain	-	-	-	-	-	-	-
รวม	154,255,117	217,112,294	59,100,338	70,089,794	41,941,500	12,327,869	28,689,593

ตารางที่ 4.1-3 ผลกระทบด้านงบประมาณของรูปแบบการให้บริการในกลุ่มประชากรหลักรูปแบบที่ 1 การให้บริการ RRTTPR โดยสถานบริการภาครัฐ

	MSM	TGW	FSW	PWID	
				Peer-worker	Non-peer worker
จำนวนจังหวัด	45	45	36	53	
ผลกระทบด้านงบประมาณ (บาท)					
Reach	36,585,924	20,182,855	4,570,888	*	*
Recruit	3,374,583	1,396,207	-	*	*
รวม	39,960,507	21,579,063	4,570,888	*	*

*การให้บริการกลุ่ม PWID ในรูปแบบที่ 1 พิจารณาดำเนินการร่วมกับบริการให้การรักษาโรคเอดส์ที่ให้บริการโดยภาครัฐ

ตารางที่ 4.1-4 ผลกระทบด้านงบประมาณของการให้บริการ RRTTPR รวมรูปแบบที่ 1-3 แยกตามกลุ่มประชากรหลัก

	MSM		TGW		MSW	FSW	PWID	
	PCU	Hospital	PCU	Hospital			Peer-worker	Non-peer worker
ผลกระทบด้านงบประมาณ (บาท)								
รวม	328,602,861	391,460,038	108,186,882	119,176,338	37,956,303	108,970,755	28,537,663	65,571,008
รวมทั้งหมด	612,254,465* - 723,134,442**							

*งบประมาณรวมทั้งหมดในการให้บริการ RRTTPR รูปแบบที่ 2 องค์กรชุมชนมีความร่วมมือกับหน่วยบริการปฐมภูมิ และบุคลากรในองค์กรชุมชนผู้ให้บริการ RRTTPR ในกลุ่มผู้เข้าด้วยวิธีฉีด (PWID) เป็นกลุ่มประชากรหลัก (Peer worker)

**งบประมาณรวมทั้งหมดในการให้บริการ RRTTPR รูปแบบที่ 2 องค์กรชุมชนมีความร่วมมือกับโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป และบุคลากรในองค์กรชุมชนผู้ให้บริการ RRTTPR ในกลุ่มผู้เข้าด้วยวิธีฉีด (PWID) ไม่ใช่กลุ่มประชากรหลัก (Non-peer worker)

ตารางที่ 4.1-5 ผลกระทบด้านงบประมาณวัสดุที่ใช้ในการให้บริการ RRTTPR

รายการ	ผลกระทบด้านงบประมาณ (บาท)					
	MSM	TGW	MSW	FSW	PWID	รวม
ถุงยางอนามัย	37,632,560	5,195,572	2,316,895	30,231,558	1,387,680	76,764,265
สารหล่อลื่น	9,390,025	4,072,800	1,816,210	9,479,387	47,344	44,779,401
ชุดอุปกรณ์เข็มสะอาด					22,072,410	22,072,410
การบริการเมทาโดน บำบัดในผู้ติดยาเสพติด					93,407,880	93,407,880
ชุดตรวจเชื้อเอชไอวี (HIV Rapid test)	20,501,038	6,095,566	3,421,117	5,919,448	977,584	36,914,754
ชุดตรวจการติดเชื้อ ซิฟิลิส (Syphilis test)	23,058,838	6,856,076	3,847,951	6,657,985	1,099,551	41,520,401
รวม	110,582,462	22,220,014	11,402,173	52,288,378	118,992,449	315,485,476

5. สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์ผลกระทบด้านงบประมาณใน 1 ปีของการให้บริการ RRTTPR ในกลุ่มประชากรหลัก ได้แก่ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) หญิงข้ามเพศ (TGW) พนักงานบริการชาย (MSW) พนักงานบริการหญิง (FSW) ผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีด (PWID) เริ่มต้นตั้งแต่ 1) การเข้าถึงกลุ่มประชากรหลัก (Reach-R) การทำให้กลุ่มประชากรหลักเข้าสู่บริการ (Recruit-R) 2) การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลัก (Test-T) 3) การรักษาการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลัก (Treat-T) โดยการนำเข้าสู่การรักษาหรือบางองค์กรสามารถเป็นจุดให้บริการรับยาต้านไวรัสได้ 4) การทำให้กลุ่มประชากรหลักมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (Prevent-P) ทั้งให้บริการป้องกันการติดเชื้อก่อนการสัมผัสโดยการให้ยา PrEP (Pre-exposure prophylaxis) และการป้องกันการติดเชื้อหลังการสัมผัสโดยการให้ยา PEP (Post-exposure prophylaxis) และ 5) ทำให้กลุ่มประชากรหลักคงอยู่ในระบบบริการ (Retain-R) ซึ่งในปัจจุบันองค์กรชุมชนมีบทบาทสำคัญในการเข้าถึงกลุ่มประชากรหลัก หลายองค์กรชุมชนได้รับการพัฒนาศักยภาพเพื่อดำเนินงาน RRTTPR โดยสามารถแบ่งรูปแบบการดำเนินงานตามส่วนร่วมขององค์กรชุมชน 3 รูปแบบหลักซึ่งการศึกษานี้อ้างอิงการแบ่งรูปแบบบริการตามการศึกษาต้นทุนต่อหน่วยที่ได้ดำเนินการไปก่อนหน้านี้ (4, 6) ได้แก่ รูปแบบที่ 1 การให้บริการ RRTTPR ในสถานบริการภาครัฐ (Government facility-based health services) รูปแบบที่ 2 การดำเนินการร่วมกันระหว่างสถานบริการภาครัฐและองค์กรชุมชน (Government hospital-led health services with reach and recruit led by CBOs) และรูปแบบที่ 3 การให้บริการ RRTTPR ที่มีชุมชนเป็นผู้นำในการขับเคลื่อน (Key population-led health services (KPLHS) in collaboration with government hospitals) โดยการวิเคราะห์มีการกำหนดชุดบริการให้เหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ จำนวนกลุ่มประชากรเป้าหมาย และความรุนแรงของสถานการณ์ปัญหา ผลกระทบด้านงบประมาณรวมการให้บริการ RRTTPR ทั้ง 3 รูปแบบในกลุ่มประชากรหลักประมาณ 612-723 ล้านบาท โดยกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) มีผลกระทบด้านงบประมาณสูงที่สุด รองลงมาคือ กลุ่มหญิงข้ามเพศ (TGW) พนักงานบริการหญิง (FSW) ผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีด (PWID) และพนักงานบริการชาย (MSW) นอกจากนี้ ผลกระทบด้านงบประมาณวัสดุอื่นๆ ที่ใช้ในการให้บริการ RRTTPR รวมทั้งหมด 315 ล้านบาท

การใช้ข้อมูลจากการศึกษานี้มีข้อจำกัดที่จำเป็นต้องพิจารณาในประเด็นต่อไปนี้ 1) การศึกษานี้ใช้ข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยจากการศึกษาก่อนหน้าที่มีการเก็บข้อมูลจากหน่วยงานภาครัฐและองค์กรชุมชนที่ดำเนินงาน RRTTPR ใน 13 หน่วยงาน 7 จังหวัด ซึ่งเป็นองค์กรที่มีประสบการณ์การทำงานด้านนี้และได้รับการพัฒนาศักยภาพมาเป็นระยะเวลานาน อย่างไรก็ตามหากจะนำข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยนี้ไปใช้ในองค์กรอื่นๆ ควรพิจารณาถึงศักยภาพและรูปแบบการดำเนินงานที่ใกล้เคียงกับหน่วยงานที่เคยอยู่ในการศึกษาก่อนหน้านี้ เพื่อให้ค่าต้นทุนต่อหน่วยที่ใช้ใกล้เคียงกัน 2) การวิเคราะห์ผลกระทบด้านงบประมาณนี้มีกรอบการวิเคราะห์ 1 ปี ข้อมูลนำเข้าของการวิเคราะห์ทั้งข้อมูลจำนวนกลุ่มประชากรหลัก จำนวนการเข้ารับบริการด้านเอชไอวีและเอดส์และสัดส่วนกลุ่มประชากรหลักที่เข้ารับบริการแต่ละรูปแบบของบริการ RRTTPR เป็นข้อมูลเดิมในช่วง พ.ศ. 2560-2561 ซึ่งหากผู้บริหารงบประมาณจำเป็นต้องมีการวางแผนงบประมาณในปีงบประมาณถัดไปหรือ 5 ปีข้างหน้า จำเป็นต้องมีการใช้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบันจากแหล่งข้อมูล ดังนี้ UNAIDS ระบบบริการข้อมูลสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ (National AIDs Program (NAP) Web Report) ข้อมูลจากสำนักโรคเอดส์วันโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค ร่วมกับตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญที่ทำงานเกี่ยวข้องกับ RRTTPR เพื่อให้ข้อมูลทันต่อสถานการณ์ปัจจุบันและคาดการณ์เป้าหมายดำเนินการในอนาคต และ 3) ผลกระทบด้านงบประมาณนี้รวมเฉพาะต้นทุนของการดำเนินงาน RRTTPR ในกลุ่มประชากรหลักเท่านั้น ไม่รวมต้นทุนและงบประมาณของการบริหารจัดการโครงการของระดับส่วนกลางและระดับภูมิภาคเพื่อการวางแผน การติดตามและประเมินผล ซึ่งจำเป็นต้องมีการเตรียมงบประมาณส่วนนี้เพิ่มเติมในแผนงบประมาณ อย่างไรก็ตามต้นทุนและงบประมาณอาจไม่มีความแตกต่างจากโครงการอื่นๆ ที่เคยดำเนินการอยู่แล้ว หรืออาจสามารถจัดสรรทรัพยากรในปัจจุบันเพื่อใช้ในการดำเนินโครงการนี้ได้โดยไม่ต้องใช้งบประมาณเพิ่มเติม 4) กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการ RRTTPR อาจมีการเปลี่ยนแปลงในอนาคต เช่น มีนวัตกรรมใหม่ในการให้บริการ (เช่น online reach-recruit, oral HIV testing) ลดจำนวนหรือขนาดของการจัดกิจกรรม ซึ่งอาจทำให้ต้นทุนอาจเปลี่ยนไปในอนาคต

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

หน่วยงานภาครัฐที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับนโยบายด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ควรมุ่งเน้นการลงทุนทรัพยากรด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มประชากรหลัก ซึ่งเป็นกลุ่มที่ยังพบผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในสัดส่วนที่สูงกว่ากลุ่มอื่นๆ ซึ่งในอดีตที่ผ่านมาแม้ว่ามีงบประมาณทั้งจากในประเทศและต่างประเทศเพื่อดำเนินงานด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์สูงถึงประมาณ 8.4 พันล้านบาทแต่งบประมาณส่วนใหญ่เป็นการดูแลรักษา และงบประมาณที่ใช้ในการป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มประชากรหลักมีประมาณ 500 ล้านบาทโดยครึ่งหนึ่งเป็นแหล่งงบประมาณในประเทศ ซึ่งจากข้อมูลของการศึกษานี้พบว่ายังจำเป็นต้องเพิ่มงบประมาณในการป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มประชากรหลักประมาณ 100-200 ล้านบาทจึงจะเพียงพอและบรรลุเป้าหมายความครอบคลุมของบริการในกรณีที่ยังมีแหล่งงบประมาณจากองค์กรระหว่างประเทศปีละ 250 ล้านบาทต่อปี อย่างไรก็ตามหากประเทศไทยจะดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มประชากรหลักโดยงบประมาณของประเทศทั้งหมดจะต้องใช้งบประมาณเพิ่มเติมปีละ 350-450 ล้านบาท

เพื่อให้ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์บรรลุเป้าหมาย คือ ยุติปัญหาเอดส์ให้ได้ภายใน พ.ศ. 2573 และแผนปฏิบัติการเร่งรัดการยุติปัญหาเอดส์ดำเนินงานได้ตามแนวทาง ทั้งภาครัฐและองค์กรชุมชนสามารถดำเนินงานร่วมกันอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนโดยใช้แหล่งงบประมาณในประเทศเป็นหลัก หน่วยงานผู้รับผิดชอบด้านงบประมาณ ได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และกรมควบคุมโรค ควรมีการวางแผนงบประมาณและแผนปฏิบัติการของการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในกลุ่มประชากรหลักตามกรอบการทำงาน RRTTPR ที่ชัดเจนและให้มีความเหมาะสมกับบริบทของกลุ่มประชากรหลักในแต่ละพื้นที่ซึ่งควรมีรูปแบบการให้บริการที่มีความแตกต่างกัน นอกจากนี้ ควรสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการภาครัฐกับองค์กรชุมชนและองค์กรที่เกี่ยวข้องกับนโยบายด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์เพื่อสร้างความเข้มแข็งในการดำเนินงาน เพิ่มศักยภาพให้แก่ผู้ปฏิบัติงานในทุกภาคส่วน พร้อมทั้งสร้างระบบเชื่อมโยงข้อมูลเพื่อใช้ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานรวมถึงการเบิกจ่ายชดเชยที่สามารถนำมาใช้เพื่อสะท้อนถึงประสิทธิภาพในการทำงานที่แท้จริง

เอกสารอ้างอิง

1. UNAIDS. HIV in Thailand: Factsheet 2018 based on the projection from AIDS Epidemic Model (AEM) intervention v4.1a. 2019.
2. คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาดูเอดส์. แผนปฏิบัติการเร่งรัดการยุติปัญหาดูเอดส์ประเทศไทย พ.ศ. 2558-2562 นนทบุรี: ศูนย์อำนวยการจัดการปัญหาดูเอดส์แห่งชาติ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2014.
3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.). คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เล่มที่ 2: การบริหารงบบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้่วยเอดส์ และการบริหารงบผู้่วยวัณโรค. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.), 2560.
4. Pilasant S, Leelahavarong P, Dounghipsirikul S, Kumluang S, Poonchai A, Permpolsuk S. A Cost Analysis of Key Population Interventions to Fast Track the End of the HIV Epidemic in Thailand Health Intervention and Technology Assessment Program (HITAP), 2019.
5. Wongkanya R, Pankam T, Wolf S, Pattanachaiwit S, Jantarapakde J, Pengnongyang S, et al. HIV rapid diagnostic testing by lay providers in a key population-led health service programme in Thailand. J Virus Erad. 2018;4(1):12-5.
6. นิตยา ภาณุภาค พึ่งพาพงศ์. Key Population-Led Health Services. Presentation presented at Collaboration on the Costing of Key Population Interventions to Fast Track the End of HIV in Thailand 2018.
7. UNAIDS. Thailand's National AIDS Spending Matrix submitted for Global AIDS Monitoring Reporting 2018 UNAIDS, 2018.
8. Leelahavarong P. Budget Impact Analysis. Journal of the medical association of thailand. 2014;97:s65-s71.
9. ระบบบริการข้อมูลสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้่วยเอดส์ (National AIDs Program (NAP) Web Report) [Internet]. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). 2019 [cited 30 Sep 2019]. Available from: <http://napdl.nhso.go.th/NAPWebReport/LoginServlet>.
10. มหาวิทยาลัยนเรศวร, กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ, UNAIDS. [Presentation] การคาดประมาณความต้องการถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่นเพื่อการเร่งรัดสู่การยุติปัญหาดูเอดส์ (Fast-tracking condoms as part of the last mile effort towards Zero new HIV infection). 30 กันยายน 2562.

ภาคผนวก ก

การจัดรูปแบบการให้บริการตามกลุ่มเสี่ยงรายจังหวัดของประเทศไทย

จังหวัด	MSM	TGW	FSW	PWID	MSW
กรุงเทพมหานคร	3	3	3	3	3
สมุทรปราการ	2	2	2	2	1
นนทบุรี	2	2	2	2	3
ปทุมธานี	2	2	1	2	1
เชียงใหม่	3	3	3	3	3
นครราชสีมา	2	2	2	1	3
ชลบุรี	3	3	3	1	3
ขอนแก่น	2	2	2	1	1
นครศรีธรรมราช	2	2	2	2	1
อุบลราชธานี	2	2	2	1	1
ภูเก็ต	3	3	3	1	3
สงขลา	2	2	3	2	1
สุราษฎร์ธานี	2	2	3	2	3
อุดรธานี	2	2	2	1	1
พระนครศรีอยุธยา	2	2	2	1	1
นครปฐม	2	2	2	1	1
ระยอง	2	2	1	1	1
บุรีรัมย์	2	2	2	1	1
เชียงราย	2	2	1	2	1
ร้อยเอ็ด	1	1	1	1	1
ปัตตานี	1	1	1	3	1
สมุทรสาคร	1	1	2	1	1
นครสวรรค์	1	1	2	1	1
สุพรรณบุรี	1	1	1	1	1
ศรีสะเกษ	1	1	1	1	1
ลพบุรี	2	2	2	1	1
กาฬสินธุ์	1	1	1	2	1
สุรินทร์	1	1	1	1	1
นราธิวาส	1	1	2	3	1
สกลนคร	2	2	1	1	1
มหาสารคาม	2	2	1	1	1
เพชรบูรณ์	1	1	1	2	1
ยะลา	1	1	2	3	1
พิษณุโลก	2	2	1	1	1
ชัยภูมิ	1	1	1	1	1
สระบุรี	1	1	1	1	1
ฉะเชิงเทรา	1	1	2	1	1
กาญจนบุรี	1	1	2	1	1
เลย	1	1	2	2	1
ราชบุรี	2	2	2	1	1
กำแพงเพชร	1	1	1	1	1

จังหวัด	MSM	TGW	FSW	PWID	MSW
ลำปาง	2	2	1	2	1
ตรัง	2	2	2	2	1
ประจวบคีรีขันธ์	1	1	3	1	1
มุกดาหาร	2	2	2	1	1
นครพนม	1	1	2	1	1
สุโขทัย	1	1	1	1	1
เพชรบุรี	1	1	1	1	1
หนองบัวลำภู	1	1	1	1	1
ลำพูน	2	2	1	1	1
ยโสธร	1	1	1	1	1
น่าน	1	1	1	1	1
กระบี่	1	1	3	1	1
สระแก้ว	1	1	2	1	1
ตาก	1	1	2	2	1
พังงา	2	2	2	1	1
พิจิตร	1	1	1	1	1
จันทบุรี	1	1	1	1	1
หนองคาย	2	2	2	1	1
อำนาจเจริญ	1	1	1	1	1
พะเยา	2	2	1	2	1
บึงกาฬ	1	1	1	1	1
ระนอง	1	1	2	1	1
อุดรดิตถ์	1	1	1	1	1
ตราด	1	1	1	1	1
แพร่	1	1	1	1	1
ชัยนาท	1	1	1	1	1
สตูล	1	1	2	2	1
พัทลุง	1	1	1	2	1
สมุทรสงคราม	1	1	2	1	1
แม่ฮ่องสอน	1	1	1	2	1
นครนายก	1	1	1	1	1
สิงห์บุรี	1	1	1	1	1
อุทัยธานี	1	1	1	1	1
อ่างทอง	1	1	1	1	1
ปราจีนบุรี	1	1	1	1	1
ชุมพร	2	2	2	1	1

รูปแบบการให้บริการที่ 1 : โดยสถานบริการของภาครัฐ

รูปแบบการให้บริการแบบที่ 2 : องค์กรชุมชนร่วมกับสถานพยาบาลของภาครัฐ

รูปแบบการให้บริการแบบที่ 3 : การให้บริการสุขภาพที่มีชุมชนเป็นผู้นำในการดำเนินงาน