



การวิเคราะห์ต้นทุนผลได้ในการนำการรักษาโรคเอดส์ด้วยยาต้านเชื้อไวรัส เข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า



โดย

วิทยา กุลสมบูรณ์
สถิตพงษ์ ธนวิริยะกุล
วสันต์ ภิญโญวิวัฒน์

สนับสนุนทุนการวิจัยโดย คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หน่วยปฏิบัติการวิจัยเภสัชศาสตร์สังคม
สิงหาคม 2546

คณะเภสัชศาสตร์
ทุนวิจัยทางเภสัชศาสตร์
ประจำปีงบประมาณ 2545

การวิเคราะห์ต้นทุนผลได้ในการนำการรักษาโรค
เอดส์ด้วยยาต้านเชื้อไวรัสเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์
ในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

โดย

วิทยา กุลสมบูรณ์
สทิทพงศ์ ธนวิริยะกุล
วสันต์ ภิญญโณวิวัฒน์

สิงหาคม 2546

คณะผู้วิจัย

1. ผศ.ดร.วิทยา กุลสมบูรณ์ หัวหน้าโครงการวิจัย
คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. ผศ. สถิตพงศ์ ธนวิริยะกุล ผู้วิจัย
คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. นพ.วสันต์ ภิญโญวิวัฒน์ ผู้วิจัย
โรงพยาบาลบาราศนราดูล
4. อ. อุษาวดี มาลีวงศ์ ผู้ช่วยวิจัย
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เลขที่

เลขทะเบียน 011751

วัน,เดือน,ปี 13 ส.ค. 47

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยเรื่อง การวิเคราะห์ต้นทุนผลได้ในการนำการรักษาโรคเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า สำเร็จ ได้ด้วยดีก็ด้วยการสนับสนุนทุนวิจัยจากคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และ การให้ความร่วมมือที่ดีในการเก็บข้อมูลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ ตลอดจนท่านผู้ทรงคุณวุฒิต่างๆ ที่ได้ให้สัมภาษณ์และเข้าร่วมประชุมระดมความคิดเห็นอันเป็นส่วนสำคัญที่จะขาดมิได้ของการศึกษาวิจัยครั้งนี้

คณะผู้วิจัยใคร่ขอขอบพระคุณทุกท่านที่ได้กรุณาให้ความอนุเคราะห์ช่วยเหลืองานการศึกษาในครั้งนี้ ประสพผลสำเร็จเป็นที่น่าพอใจ โดยเฉพาะบุคคลที่ใคร่ขอระบุนามดังต่อไปนี้

1. นพ.เจ็จ ชรรมรัชชารี ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลบางกรวย
2. นางปราณี กริษาภิรมย์ หัวหน้างาน โรคเอดส์และกามโรค โรงพยาบาลบางกรวย
3. นพ.วีรวัฒน์ พันธุ์ครุฑ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
4. นายประทีป บุญธรรม หัวหน้างานควบคุมโรคเอดส์และกามโรค สสจ.อุบลฯ
5. นส.พิมพ์ฉิพา มาลาหอม พยาบาลวิชาชีพ สสจ.อุบลฯ
6. นางฉวีวรรณ แก้วมณี เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผน สสจ.อุบลฯ
7. นางชุดิมา นิลวรรณ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข สสจ.อุบลฯ
8. นางวิภาวี แสนวงษา นักเทคนิคการแพทย์ สคร.7 อุบลฯ
9. นายพลสินธุ์ เทควิเชียร เกษัชร สคร.7 อุบลฯ
10. นางนิภากรณ์ ธานี เจ้าหน้าที่สาธารณสุข สสจ.อุบลฯ
11. นายอุตร ศิริสุวรรณ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข สคร.7 อุบลฯ
12. นางนวลละเอียด เนื้ออ่อน พยาบาลวิชาชีพ รพ.วารินชำราบ
13. นางพรรณธิดา มูลประดับ พยาบาลวิชาชีพ รพ.วารินชำราบ
14. นพ.อศุภย์ ราชนุวงศ์ หัวหน้ากลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
15. นพ.ปราโมทย์ ศรีสำอางค์ กุมารแพทย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
16. นางรัตนภรณ์ ดั่งยิ่งยง พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
17. นางรัตนา วงศ์ไทย พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพะเยา
18. นส.มยุรีย์ หอจันทิก เกษัชร โรงพยาบาลพะเยา
19. นส.ลำควน ช่างหล่อ นักเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลพะเยา
20. นส.เขาวานฐ ปัญญาควาว พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลดอกคำใต้
21. นายทวี เฝ้าก้า ประธานชมรมผู้ติดเชื้อเพื่อนใจ
22. พญ.เพชรศรี ศิรินิรันดร์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพะเยา
23. นางเสาวนีย์ พันธุ์พัฒนกุล หัวหน้างานจัดบริการสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา
24. อ. จอน อึ้งภากร สมาชิกวุฒิสภา
25. นพ. ถาวร สกุลพานิช ผู้เชี่ยวชาญพิเศษ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
26. คุณสุพัชรี รอดภัยปวง ผู้อำนวยการกองวิจัยและพัฒนา สำนักงานประกันสังคม
27. นพ. สมบัติ แทนประเสริฐสุข ผู้อำนวยการสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

- | | |
|--------------------------------|---|
| 28. รศ.ดร. จิราพร ลิ้มปานานนท์ | หัวหน้าหน่วยปฏิบัติการวิจัยเภสัชศาสตร์สังคม คณะเภสัชฯ จุฬาฯ |
| 29. คุณศิริกาญจน์ พิมพ์จิต | โรงพยาบาลบาราศนราดรุร |
| 30. คุณศิริมา เทพสุภา | โรงพยาบาลบาราศนราดรุร |
| 31. คุณจรินทร์ นิลสมัย | โรงพยาบาลบาราศนราดรุร |
| 32. คุณอนงค์ พรหมราช | โรงพยาบาลบาราศนราดรุร |
| 33. คุณกัศดา หนูสมจิต | คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 34. คุณนิภาพร อินสี | คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณหน่วยปฏิบัติการวิจัยเภสัชศาสตร์สังคม ซึ่งมี รศ.ดร.จิราพร ลิ้มปานานนท์ เป็นหัวหน้าหน่วยฯ และเจ้าหน้าที่หน่วยฯ ที่ให้การสนับสนุนการวิจัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการจัดประชุมระดมความเห็นเรื่อง “สิทธิประโยชน์การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า” ในวันศุกร์ที่ 4 กรกฎาคม 2546 ณ คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผลสำเร็จของการวิจัยในครั้งนี้ คาดว่าจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการบริหารจัดการด้านสุขภาพเพื่อก่อให้เกิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในทุกๆ โรค สำหรับข้อบกพร่องหรือข้อผิดพลาดใดๆ ที่อาจมีอยู่ คณะผู้วิจัยขอน้อมรับและพร้อมรับฟังข้อวิจารณ์ต่างๆ ด้วยความยินดียิ่ง

คณะผู้วิจัย
สิงหาคม 2546

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อ

การศึกษาเรื่องการวิเคราะห์ต้นทุนผลได้ในการนำการรักษาโรคเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ได้ข้อมูลต้นทุนและผลได้ของการรักษาโรคเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสและประเมินความเป็นไปได้ในการนำการรักษาโรคเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเข้าสู่การประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยศึกษาจากข้อมูลผู้ป่วยโรงพยาบาลบราศนราครด้วยแบบจำลองด้านต้นทุนและผลได้ที่กำหนดขึ้นแล้วนำมาทำการประมาณการค่าใช้จ่ายสำหรับการให้ยาด้านไวรัสเอดส์ในแต่ละปี และจากการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้ป่วยเอดส์ที่ใช้ยาและไม่ใช้ยาด้านไวรัสเอดส์ของโรงพยาบาลบราศนราครมีต้นทุนในการรักษารวมต่อปีต่อคนเท่ากับ 87,168 และ 11,115 บาทตามลำดับ (ราคา ณ ปี2545) การให้ยาด้านไวรัสเอดส์ สามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เกิดจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาสได้ 9,143.04 บาท/คน/ปี

ในการศึกษานี้ได้ประมาณการอัตราส่วนผลได้/ต้นทุนที่เพิ่มขึ้นจากการรักษาด้วยยาด้านไวรัสเทียบกับ การไม่ใช้ยาด้านไวรัสในกรณีที่ใช้ยาGPO-vir พบว่ามีอัตราส่วนผลได้ต่อต้นทุนส่วนเพิ่มอยู่ในระหว่าง 2.68 – 2.94

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงภาระค่าใช้จ่ายในการให้ผู้ป่วยได้รับยาด้านไวรัสเอดส์ครอบคลุมถ้วนหน้า จะมีค่าใช้จ่ายในระยะยาวระหว่าง 4,000 ถึง 11,000 ล้านบาทต่อปี โดยเมื่อคิดเป็นภาระค่าใช้จ่ายส่วนเพิ่มที่หักค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นอยู่แล้วจากกรณีที่ไม่ใช้ยา จะมีค่าใช้จ่ายส่วนเพิ่มระหว่าง 1,400 ถึง 8,500 ล้านบาทต่อปี ทั้งนี้ก็ขึ้นอยู่กับแนวทางการดำเนินงานว่าจะเป็นแบบใด และขึ้นอยู่กับตัวแปรที่สำคัญคือ(1) ประสิทธิภาพของยาสูตร GPO-vir ขององค์การเภสัชกรรมในเรื่องของการแพ้ยาและคือยา (2) ต้นทุนราคาขายในสูตรอื่นๆ ที่ยังมีสิทธิบัตรอยู่ ว่าสามารถลดราคาลงได้มากน้อยเพียงใด (3) จำนวนผู้ป่วยเอดส์รายใหม่จะควบคุมได้มากน้อยเพียงใด แต่อย่างไรก็ตามไม่ว่าจะเป็นทางเลือกใดจะต้องมีข้อกำหนดมาตรฐานการให้บริการที่จะต้องมีความพร้อมในด้านต่างๆ ดังนี้คือ (1) มีระบบการให้คำปรึกษาตามมาตรฐานที่กำหนด ที่สามารถให้ผู้ป่วยตัดสินใจได้ด้วยตนเอง (2) มีเครือข่ายผู้คิดเข้าร่วมในกระบวนการให้คำปรึกษาและติดตามผู้ป่วย และ (3) มีการเตรียมความพร้อมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในทุกระดับ

การให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าควรให้ความครอบคลุมในทุกๆ โรค ตามกำลังความสามารถของประเทศ ซึ่งสามารถทำได้หากมีการจัดการที่ดี เพราะสุขภาพของประชาชนเกี่ยวข้องทั้งในเรื่องของมนุษยธรรมและความมั่งคั่งของประเทศ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ABSTRACT

The Study on Cost-Benefit Analysis of Including Triple Antiretroviral Therapy into the Core Benefit Package of the Universal Health Coverage in Thailand

The objective of this study was to obtain the cost-benefit data of triple antiretroviral therapy (ARV) and suggest policy options for government subsidization of ARV for all AIDS patients in the universal health coverage program (UC) in Thailand. Cost-benefit analysis model was employed using treatment cost and outcome data from Bumrasnaradoon Hospital, Thailand. Additionally, a sample of local health officers was interviewed to find evidence of employing the ARV in real practice. Cost-benefit data were used to calculate the consecutive annual budget in adding the ARV into Core benefit package

The results indicated that the average annual treatment cost of individual patient in the ARV group was 87,168 baht (2,075 \$ US) and the cost in the non-ARV group was 11,115 baht (264 \$ US) (price in 2003). In using the ARV, the decreasing cost from opportunistic infection was 9,143.04 baht per patient per year. Cost-benefit analysis of the selected three options was conducted and compared. Each option was calculated using drug cost data from different sources including Bumrasnaradoon Hospital, GPO-vir from governmental production organization (GPO), and the Access to Care Project (ATC). The results indicated that cost-benefit ratio of GPO-vir option was 2.68 - 2.94 which was the most efficient option.

The estimated long term annual cost for ARV treatment full coverage ranged 4,000 – 11,000 million bath per year. After adjustment using the incremental cost from non-ARV treatment, the cost ranged 1,400 – 8,500 million bath per year. The calculations might vary based on these circumstances including (1) the effectiveness of GPO-vir in terms of adverse drug reaction and drug resistance, (2) the reduction of ARV price based on the drug patent status, and (3) the decreasing number of the new HIV case based on the prevention program. To obtain the successful outcome of the ARV provision, it was required that (1) the health service institutions should establish standard counseling system emphasizing on patient's self-decision to have the ARV treatment, (2) the networks of patient living with AIDS (PLWA) should be recognized and participate in the counseling and monitoring process, and (3) the health service officers should have adequate training for their readiness to provide ARV. The study suggested that ARV should be included for the UC program based on the study results and the purpose of the UC program in Thailand.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ง
สารบัญ	จ
สารบัญตาราง	ช
บทที่ 1 บทนำ	
1.1 หลักการและเหตุผล	1
1.2 วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย	3
1.3 วิธีดำเนินการวิจัย	4
บทที่ 2 ยาด้านไวรัล : ประสิทธิภาพและการเข้าถึงยา	
2.1 ลักษณะทางคลินิกของโรคเอดส์	6
2.2 การใช้ยาด้านไวรัลเอดส์	7
2.3 ประสิทธิภาพของยาด้านไวรัลเอดส์	8
2.4 การเข้าถึงยาด้านไวรัลเอดส์	12
2.5 การตัดสินใจเชิงนโยบาย	16
บทที่ 3 กรอบแนวคิดในการวิเคราะห์ต้นทุนและผลได้	
3.1 แบบจำลองแผนภูมิการตัดสินใจ	18
3.2 แบบจำลอง Markov Model	19
3.3 การคำนวณตามหัวข้อที่กำหนด	20
บทที่ 4 ต้นทุนการรักษาด้วยการใช้และไม่ใช้ยาด้านไวรัลเอดส์ : กรณีศึกษาโรงพยาบาลบาราคนราดูร	
4.1 ขอบเขตการศึกษา	22
4.2 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา	22
4.3 เครื่องมือที่ใช้ศึกษา	23
4.4 การวิเคราะห์ข้อมูล	23
4.5 ผลการศึกษา	24
4.6 บทสรุป	34
บทที่ 5 คุณภาพชีวิตการรักษาด้วยการใช้และไม่ใช้ยาด้านไวรัลเอดส์ : กรณีศึกษาโรงพยาบาลบาราคนราดูร	
5.1 ขอบเขตการศึกษา	36
5.2 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา	36
5.3 เครื่องมือที่ใช้ศึกษา	36
5.4 ผลการศึกษา	37
5.5 บทสรุป	40

	หน้า
บทที่ 6 ต้นทุนผลได้ของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์	
6.1 ด้านต้นทุน	41
6.2 ด้านผล ได้	42
6.3 การคำนวณอัตราส่วน ผล ได้/ต้นทุน ส่วนเพิ่ม	43
บทที่ 7 ความพร้อมในการเข้าสู่การประกันสุขภาพถ้วนหน้า	
7.1 ประสิทธิผลของยาต้านไวรัสเอดส์	47
7.2 ลักษณะการให้บริการ	47
7.3 บทบาทของเครือข่ายผู้ติดเชื้อ	49
7.4 การคัดกรองผู้ป่วยเพื่อให้ยาต้านไวรัสเอดส์	50
7.5 ปัญหาการแพทย์	50
7.6 สิทธิบัตรยากับยาต้านไวรัสเอดส์	52
7.7 ความพร้อมในการให้บริการ	53
7.8 ข้อเสนอแนะต่อการนำโครงการให้ยาต้านไวรัสเอดส์เข้าสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	54
บทที่ 8 ทางเลือกการสนับสนุนยาต้านไวรัสเอดส์	
8.1 ทางเลือกในการจัดบริการ	56
8.2 ประมาณการภาระงบประมาณ ในแต่ละทางเลือก	57
บทที่ 9 บทสรุปและข้อเสนอแนะ	
9.1 สรุปผลการศึกษา	70
9.2 การเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์ : ปัญหาเชิงทัศนคติ	71
9.3 ข้อเสนอแนะ	72
เอกสารอ้างอิง	74
ภาคผนวก	
ภาคผนวก 1 แบบบันทึกต้นทุนการรักษาโรค	78
ภาคผนวก 2 บัญชีราคาขายต้านไวรัสเอดส์ของโรงพยาบาลบาราसनราดูร	82
ภาคผนวก 3 ค่าเฉลี่ยวันนอนและค่ารักษาของผู้ป่วยเอดส์ประเภทผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบาราसनราดูร ปีงบประมาณ 2545 แยกตามโรค	87
ภาคผนวก 4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต	89
ภาคผนวก 5 สรุปผลการสัมภาษณ์จากการสำรวจภาคสนาม	94
ภาคผนวก 6 เกณฑ์ในการคัดกรองผู้ป่วยเพื่อรับยาต้านไวรัสเอดส์	114
ภาคผนวก 7 สถานภาพสิทธิบัตรของยาต้านไวรัสเอดส์ในประเทศไทย	117
ภาคผนวก 8 โครงการประชุมเรื่อง สิทธิประโยชน์การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า	119

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1.1 ราคาขาด้านไวรัสเอดส์แบบสูตรผสม 2 ชนิดและ 3 ชนิด ในประเทศไทยปี 2543	2
ตารางที่ 2.1 ข้อบ่งใช้ในการใช้ขาด้านไวรัสเอดส์	8
ตารางที่ 2.2 Summary of Major Multi-center Randomized Double-blind Trials in Triple of more Anti-retroviral Therapy	10
ตารางที่ 2.3 Cost Clinical Benefit, and Cost Effectiveness of Various Three-Drug Antiretroviral Regimens.	11
ตารางที่ 2.4 Cost, Clinical Benefit, and Cost Effectiveness of Various Three-Drug Antiretroviral Therapy According to the Initial CD4 Cell Count.	11
ตารางที่ 2.5 รายละเอียดของรายการขาด้านไวรัสเอดส์ในบัญชีแม่บทขององค์การอนามัยโลก ฉบับที่ 12 (เมษายน 2545)	13
ตารางที่ 2.6 เปรียบเทียบความร่วมมือของผู้ป่วยในการใช้ขาด้านไวรัสเอดส์	14
ตารางที่ 2.7 เปรียบเทียบราคาขาด้านไวรัสเอดส์	15
ตารางที่ 4.1 เปรียบเทียบข้อมูลประชากรตัวอย่างที่ศึกษา	24
ตารางที่ 4.2 ประวัติการใช้ยาของกลุ่มที่ใช้ขาด้านไวรัสเอดส์	26
ตารางที่ 4.3 การเปลี่ยนสูตรขาด้านไวรัสเอดส์ในช่วงเวลาที่ศึกษา	26
ตารางที่ 4.4 แบบแผนของสูตรขาด้านไวรัสเอดส์ที่ใช้	27
ตารางที่ 4.5 ความถี่ในการรักษาแบบผู้ป่วยใน	28
ตารางที่ 4.6 โรคที่เป็นสาเหตุในการรักษาแบบผู้ป่วยในของกลุ่มผู้ใช้ขาด้านไวรัสเอดส์	28
ตารางที่ 4.7 โรคที่เป็นสาเหตุในการรักษาแบบผู้ป่วยในของกลุ่มผู้ไม่ใช้ยา	29
ตารางที่ 4.8 ความถี่ในการรักษาแบบผู้ป่วยนอก	31
ตารางที่ 4.9 โรคที่เป็นสาเหตุในการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของกลุ่มผู้ใช้ยา	32
ตารางที่ 4.10 โรคที่เป็นสาเหตุในการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของกลุ่มผู้ไม่ใช้ยา	33
ตารางที่ 4.11 ความถี่ในการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	34
ตารางที่ 4.12 สรุปต้นทุนผู้ป่วยเอดส์	35
ตารางที่ 5.1 ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่สอบถาม	38
ตารางที่ 5.2 ผู้สนับสนุนการรักษาด้วยการใช้ขาด้านไวรัสเอดส์	39
ตารางที่ 5.3 ประสิทธิภาพในการทำงานของผู้ป่วยเอดส์	39
ตารางที่ 5.4 เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้และไม่ใช้ขาด้านไวรัสเอดส์	40
ตารางที่ 6.1 อัตราส่วนผลได้/ต้นทุน ส่วนเพิ่มในทางเลือกต่างๆ (ราคา ณ ปี 2545)	46
ตารางที่ 7.1 จำนวนผู้รับบริการที่ยังคงรับการรักษาอยู่จำแนกตามโรงพยาบาลและสูตรการรักษา	51
ตารางที่ 7.2 สาเหตุการจำหน่ายผู้รับบริการกับสูตรยาที่ใช้รักษา	52
ตารางที่ 7.3 ระยะเวลาครอบครองสิทธิบัตรที่เหลือของขาด้านไวรัส	52

ตารางที่ 8.1	ประมาณการผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย (ผู้ใหญ่) พ.ศ. 2543-63	62
ตารางที่ 8.2	ประมาณการอัตราตายเมื่อมีนโยบายให้ยาค้านไวรัสเอดส์	63
ตารางที่ 8.3	ประมาณการจำนวนผู้ป่วยเอดส์ที่ควรได้รับยาค้านไวรัสตามแนวทางที่ 1 (อัตราการเข้าถึงยาร้อยละ 100)	64
ตารางที่ 8.4	ประมาณการจำนวนผู้ป่วยเอดส์ที่ควรได้รับยาค้านไวรัสตามแนวทางที่ 2 (อัตราการเข้าถึงยาร้อยละ 50)	65
ตารางที่ 8.5	ประมาณการจำนวนผู้ป่วยเอดส์ที่ควรได้รับยาค้านไวรัสตามแนวทางที่ 2 (ครอบคลุมถ้วนหน้าภายใน 5 ปี)	66
ตารางที่ 8.6	ประมาณการภาระงบประมาณทางเลือกที่ 1 (ครอบคลุมร้อยละ 100)	67
ตารางที่ 8.7	ประมาณการภาระงบประมาณทางเลือกที่ 2 (ครอบคลุมร้อยละ 50)	68
ตารางที่ 8.8	ประมาณการภาระงบประมาณทางเลือกที่ 3 (ครอบคลุมถ้วนหน้าภายใน 5 ปี)	69



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

1.1 หลักการและเหตุผล

โรคเอดส์เป็นปัญหาสำคัญที่แต่ละประเทศกำลังเผชิญอยู่ในปัจจุบัน สำหรับประเทศไทยจากข้อมูลของกองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 ถึงวันที่ 31 ตุลาคม 2543 พบผู้ป่วยเอดส์จำนวน 156,309 รายและมีผู้เสียชีวิต 43,069 ราย (คิดเป็นร้อยละ 27.5 ของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับรายงานทั้งหมด)

ด้วยยาด้านไวรัสที่มีอยู่ในปัจจุบันไม่สามารถกำจัดไวรัส HIV ให้หมดไปจากร่างกายได้ ดังนั้นผู้ที่รักษาด้วยยาด้านไวรัสจึงต้องกินยาตลอดชีวิต และเนื่องจากยาด้านไวรัสโรคเอดส์ในช่วงเวลาที่ผ่านมาที่มีราคาที่สูงมาก เป็นภาระต้นทุนต่อผู้ป่วย ทำให้ชุดสิทธิประโยชน์ของการประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรค ไม่ให้สิทธิในการรักษาโรคเอดส์ด้วยยาด้านไวรัสแต่ยอมให้สิทธิรักษาในกรณีการติดเชื้ออวัยวะอื่นได้

จากความรู้ในปัจจุบันพบว่าไม่สามารถทำให้เชื้อ HIV หมดจากร่างกายไปได้ เนื่องจากมีเชื้อที่ซ่อนอยู่ในเม็ดเลือดขาวบางชนิด ดังนั้นเป้าหมายของการรักษาจึงอยู่ที่การกดเชื้อให้ต่ำที่สุดจนถึงระดับที่วัดไม่ได้ให้อยู่ได้นานที่สุด คือให้มีปริมาณไวรัสในพลาสมาต่ำกว่า 50 copies/ml และมีค่า CD4 สูงกว่า 200 cells/mL องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ประกาศแนวทางการรักษา (treatment guideline) สำหรับผู้ติดเชื้อเอดส์ในประเทศยากจนในวันที่ 22 เมษายน 2545⁽¹⁾ โดยแนวทางใหม่นี้เสนอการรักษาด้วยยาด้านไวรัสเอดส์ในแบบแผนการใช้หลายชนิดร่วมกัน มีการปรับขนาดให้เป็นมาตรฐานที่ง่ายและสะดวกต่อการใช้ ควบคู่กับการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลซึ่งจะส่งผลให้การคือยาและผลข้างเคียงลดลง รวมทั้งทำให้ยามีประสิทธิภาพมากขึ้น

การรักษาด้วยยาด้านไวรัสเอดส์ แพทย์ผู้ดูแลต้องวางแผนร่วมกับผู้ป่วยอย่างจริงจัง ต้องตระหนักในด้านการเงินของผู้ป่วยด้วย ถึงแม้ว่าการตรวจ CD4 จะเป็นตัวช่วยในการติดตามการรักษา ในปัจจุบันการตรวจ CD4 ราคาลดลง แต่ยังไม่ครอบคลุมในทุกพื้นที่ การกินยาให้ถูกต้องตามขนาดและเวลา เพื่อให้ระดับยาแน่นอน ทำให้ผลการรักษาดี ผู้ติดเชื้อจะต้องให้ความร่วมมือในการกินยาที่สม่ำเสมอ จึงจะสามารถให้ผลการรักษาที่ดีที่สุด

ปัจจุบันยาด้านไวรัส แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ตามลักษณะการออกฤทธิ์ดังนี้^{(2),(3)}

กลุ่มที่ 1 Nucleoside reverse transcriptase inhibitors, NRTI ออกฤทธิ์ยับยั้งกระบวนการสร้าง DNA ของ virus ประกอบด้วยยา Abacavir(ABC), Didanosine (ddI), Lamivudine (3TC), Stavudine (d4T) Zidovudine (AZT)

กลุ่มที่ 2 Non Nucleoside reverse transcriptase inhibitors, NNRTI ออกฤทธิ์ยับยั้งการแบ่งตัวของไวรัส ประกอบด้วยยา Efavirenz (EFV,EFZ), Nevirapine (NVP)

กลุ่มที่ 3 Protease inhibitor, PI ออกฤทธิ์ทำให้การประกอบตัวเป็นไวรัสไม่เป็นผลสำเร็จ ประกอบด้วย ยา Indinavir (IDV), Ritonavir (RTV), Lopinavir+Ritonavir (LPV/r), Nelfinavir (NFV), Saquinavir (SQV)

เนื่องจากการให้ยาด้านไวรัสเพียงชนิดเดียวได้รับการพิสูจน์แล้วว่าทำให้เชื้อคือยา มาตรฐานการรักษาจึงต้องให้ยาร่วมกันหลายตัวให้มีประสิทธิภาพการรักษาสูงและอัตราการคือยาค่า การให้สูตรยาดีขึ้นกับการเกิดอาการข้างเคียงน้อยที่สุดและราคาที่ผู้ติดเชื้อสามารถเข้าถึงได้

ตัวอย่างสูตรยาด้านไวรัสที่มีหลักฐานทางคลินิกว่าได้ผลดีในการยับยั้งไวรัสคือ

- กลุ่ม NRTI 2 ชนิด + กลุ่ม PI 1 ชนิด เช่น AZT + ddI + Indinavir
- กลุ่ม NRTI 2 ชนิด + กลุ่ม PI 2 ชนิด เช่น AZT + 3TC + Ritonavir + Saquinirir
- กลุ่ม NRTI 2 ชนิด + กลุ่ม NNRTI 1 ชนิด เช่น d4T + ddI + Nevirapine

แนวคิดในการรักษาผู้ป่วยเอดส์ ได้เปลี่ยนแปลงไปมากในระยะ 3-4 ปีนับแต่มีการนำยาด้านเอดส์ 3 ตัวมาใช้ร่วมกัน คือเปลี่ยนจากแนวคิดที่ว่าโรคเอดส์รักษาไม่ได้ เป็นแล้วต้องตายและควรให้ตายอย่างสงบและอย่างมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ มาเป็นแนวคิดที่ว่าโรคเอดส์รักษาได้ แม้จะรักษาไม่หายเหมือนโรคเรื้อรังอื่นๆ แต่ก็สามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีอายุยืนนานเหมือนคนอื่นๆ ดังนั้นจึงต้องอยู่อย่างมีความหวังแทนที่จะรอความตาย⁽⁴⁾

การรักษาด้วยยาด้านไวรัสเอดส์ มีค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูงมาก เพราะต้องใช้ยาหลายตัว และต้องใช้ยาไปตลอดชีวิต ในอดีตหากใช้ยา 3 ชนิดพร้อมกันจะมีราคาประมาณ 15,000 – 28,000 บาทต่อคนต่อเดือน แต่แนวโน้มในอนาคตราคายาด้านไวรัสเอดส์ลดลงอย่างต่อเนื่อง จากรายงานใน Thailand Country Profile of Oxfam⁽⁵⁾ พบว่า ค่ายาด้านไวรัสเอดส์ในกรณีรักษาด้วยยา 2 ชนิด มีราคาประมาณ 3500 บาท/คน/เดือน และหากเป็นการรักษาด้วยยา 3 ชนิดจะมีราคาประมาณ 18,000-25,000 บาท/เดือน (ตารางที่ 1) และจากการพัฒนาการผลิตยาขององค์การเภสัชกรรมในปี 2545 ก็สามารถผลิตยา GPO-vir S30 และ GPO-vir S40 (Stavudine + Lamivudine + Nevirapine) ออกจำหน่ายได้ในราคาขาย 1,200 บาท และ 1,320 บาทต่อคนต่อเดือน⁽⁶⁾

ตารางที่ 1.1 ราคายาด้านไวรัสเอดส์แบบสูตรผสม 2 ชนิดและ 3 ชนิด ในประเทศไทยปี 2543

สูตรผสมต่างๆ	ราคา (ต่อเดือน)	
	บาท	ดอลลาร์สหรัฐฯ
ddI + AZT	3,500-5000	87.5-125
ddI + d4T		
AZT + ddC		
AZT + 3TC + Abacavir	18,000-20,000	450-500
PI + AZT + 3TC	20,000-25,000	500-625
PI + AZT + ddI		
PI + AZT + ddC		

*AZT, ddI, ddC เป็นยาที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ

**PI = กลุ่มยาประเภท protease inhibitor เช่น indinavir หรือ saquinavir

จากการประมาณการของประเทศบราซิล⁽⁷⁾ ซึ่งมีนโยบายให้การสนับสนุนยาด้านไวรัสเอดส์แก่ผู้ป่วยติดเชื้อมาว่า ระหว่างปี ค.ศ. 1997-1999 ค่าใช้จ่ายในการจัดซื้อยาด้านไวรัสที่สนับสนุนจากภาครัฐคิดเป็นเงิน 864 ล้านดอลลาร์สหรัฐฯ ขณะเดียวกัน ในระหว่างปี ค.ศ. 1997-1999 การรักษาโดยการให้ยาดังกล่าวแก่ผู้ป่วยสามารถลดค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษาพยาบาลและการรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสได้เป็นเงินถึง 472 ล้านดอลลาร์สหรัฐฯ ซึ่งเกินกว่าครึ่งหนึ่งของค่าใช้จ่ายในการสนับสนุนให้มีการจ่ายยาด้านไวรัสให้แก่ผู้ป่วย ผลการดำเนินงานดังกล่าว

ชี้ให้เห็นว่าไม่เพียงแต่ที่รัฐจะเสียค่าใช้จ่ายอย่างเดียว แต่รัฐก็สามารถที่จะได้รับผลได้จากการลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอีกด้วย

ประเทศบราซิลได้เริ่มนโยบายนี้มาตั้งแต่ปี ค.ศ.1990 จากยา AZT และขยายตัวในปีค.ศ.1996 ให้ผู้ป่วยเอดส์ทุกคนมีหลักประกันที่จะได้รับยาฟรี และยังมีการสนับสนุนอื่นๆ อีกประกอบด้วย เช่น การป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส การดูแลสุขภาพด้านอื่นๆ ที่จะทำให้อัตราการป่วยที่รุนแรงจะต้องอยู่รักษาตัวในโรงพยาบาล การผสมผสานบริการต่างๆ เหล่านี้ได้เกิดผลดีอย่างมาก ผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์มีจำนวนลดลงเป็นอย่างมาก คือลดลงประมาณร้อยละ 38 จากปีค.ศ.1995 ถึง 1997 โดยเฉพาะในเขตเมืองซานเปาโลที่มีผู้ป่วยเอดส์สูงถึงร้อยละ 22 ของประเทศพบว่าผู้ป่วยเสียชีวิตลดลงถึงร้อยละ 54 นอกจากนี้ยังลดอัตราการเจ็บป่วยจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบบ่อย (เช่น Cryptococcosis, Cytomegalovirus, Kaposi's Sacroma และ วัณโรค) ถึงร้อยละ 60-80

จากการศึกษาการให้ยาด้านไวรัสเอดส์ในกลุ่มประเทศยุโรป⁽⁸⁾ ชี้ให้เห็นว่าการให้ยาด้านไวรัสเอดส์สามารถลดอุบัติการณ์การเกิดโรคเอดส์และสามารถควบคุมไม่ให้มีการลดลงของ CD4 ในกลุ่มผู้ติดเชื้อ นอกจากนี้ยังพบว่า⁽⁹⁾ อัตราตายของผู้ป่วยเอดส์ในยุโรปได้ลดลงนับแต่เดือนกันยายน ค.ศ.1995 โดยในปีค.ศ.1998 อัตราตายได้ลดลงน้อยกว่า 1 ใน 5 ของจำนวนที่คาดการณ์ไว้ สัดส่วนการลดลงอย่างมากนี้สามารถอธิบายได้ว่ามาจากวิธีการรักษาด้วยการให้ยาด้านไวรัสหลายตัวร่วมกัน

จากการศึกษา Cost effectiveness of highly active antiretroviral therapy in HIV-infected patients⁽¹⁰⁾ พบว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นจากการให้ยาด้านไวรัสสูตรผสม (HAART) มีผลทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวขึ้น โดยเมื่อมีการคำนึงถึงผลที่ได้รับจากการทำงานของผู้ป่วย (productivity) การประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคแทรกซ้อนแล้วนับว่าเป็นการลงทุนที่คุ้มค่า ผลการศึกษานี้สนับสนุนว่าในมุมมองของสังคมมีความจำเป็นที่จะต้องดำเนินนโยบายให้การสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับยาด้านไวรัสเอดส์อย่างไม่มีเงื่อนไขต่อไปในประเทศสวิสเซอร์แลนด์ ข้อเสนอแนะทางนโยบายนี้สามารถนำมาใช้กับประเทศพัฒนาแล้วอื่นๆ ได้ และยังสามารถให้ประเทศที่มีนโยบายจำกัดการให้ยาด้านไวรัสเอดส์ควรจะได้มีการทบทวนนโยบายเพื่อทำให้เกิดผลประโยชน์ต่อสังคมโดยรวมต่อไป

แนวโน้มที่ยาด้านไวรัสเอดส์มีราคาลดลงอย่างต่อเนื่อง และโดยหลักการที่สุขภาพดีของคนไทยเป็นสิ่งที่รัฐต้องหาวิธีการให้เกิดขึ้นเพื่อให้ได้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับทุกคนโดยมีสิทธิเท่าเทียมกัน ไม่มีการเลือกปฏิบัติ และไม่มีการใช้มาตรฐานในการรักษาที่ต่างกัน จึงควรมีการศึกษาถึงต้นทุนและผลได้จากการให้การรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์ด้วยยาด้านไวรัส เพื่อประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบายในการนำการรักษาโรคเอดส์ด้วยยาด้านเชื้อไวรัสเข้าสู่การประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งนี้เพื่อให้เกิดทางเลือกเชิงนโยบายที่เสมอภาคและสมเหตุสมผล

1.2 วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาดัชนีต้นทุนและผลได้ของการรักษาโรคเอดส์ด้วยยาด้านไวรัส
- 2) เพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการนำการรักษาโรคเอดส์ด้วยยาด้านไวรัสเข้าสู่การประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1.3 วิธีดำเนินการวิจัย

1.3.1 ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบต้นทุนและผลได้ของการรักษาโรคเอดส์ด้วยการใช้ยาและไม่ใช้ยาต้านไวรัสแบบ 3 ชนิด เพื่อการตัดสินใจเชิงนโยบายในการนำการรักษาโรคเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเข้าสู่การประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยอาศัยแหล่งข้อมูลปฐมภูมิและทุติยภูมิ ดังนี้

- 1) ข้อมูลทางด้านคลินิกต่างๆ จะอาศัยแหล่งข้อมูลจาก
 - จากรายงานการศึกษาทางคลินิกต่างๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ
 - ข้อมูลประวัติการรักษาผู้ป่วยจากโรงพยาบาลบาราคนราดูร
 - จากการสอบถามผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลบาราคนราดูร ในเรื่องคุณภาพชีวิต
- 2) ข้อมูลด้านต้นทุน จะอาศัยแหล่งข้อมูลจาก
 - รายงานการศึกษาด้านต้นทุนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง
 - หน่วยงานของรัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องกับการจัดหา ยา เช่น องค์การเภสัชกรรม กองโรคเอดส์ บริษัทยาผู้ผลิตจำหน่าย
- 3) ข้อมูลทางเลือกเชิงนโยบาย
 - จากการสัมภาษณ์และสังเกตผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่
 - จากการประชุมระดมความเห็นของผู้เชี่ยวชาญต่างๆ

1.3.2 วิธีดำเนินการวิจัย

(1) การศึกษาด้านต้นทุนและผลได้ของการรักษาด้วยยาและไม่ใช้ยาต้านไวรัส

ศึกษาจากแบบจำลองด้านต้นทุนและผลได้ของการรักษาโดยการไม่ใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ที่กำหนดขึ้น โดยการประมาณการจาก

- 1) ข้อมูลปฐมภูมิของผู้ป่วยเอดส์
 - จากการศึกษาข้อมูลของผู้ป่วยเอดส์ย้อนหลังในโรงพยาบาลบาราคนราดูร
 - จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ใช้และไม่ใช้ยาในโรงพยาบาลบาราคนราดูร
- 2) ข้อมูลทุติยภูมิจากการศึกษาวิจัยต่างๆ ที่จำเป็นต้องใช้ในแบบจำลอง

โดยมีประชากรเป้าหมายคือผู้ป่วยเอดส์ที่มีระดับ $CD4 < 200$ cells/mL หรือมีอาการแสดงของโรคเอดส์ (Symptomatic) ที่รักษาแบบไม่ใช้ยาและใช้ยาต้านไวรัสแบบ 3 ชนิด

ต้นทุนประกอบด้วย

- ค่ายาต้านไวรัสเอดส์
- ค่ารักษาพยาบาล ในกรณีที่เป็คน ไข้นอกและคน ไข้นใน
- ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ (CD4, viral load)

ผลได้ประกอบด้วย

ผล ได้ทางเศรษฐกิจ คือ คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และสามารถทำงานได้อย่างปกติ

เนื่องจากการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อตอบคำถามเชิงนโยบายว่าการลงทุนในการให้ยาด้านไวรัสเอดส์มีความคุ้มค่าหรือไม่ ในมุมมองของภาครัฐ การคิดคำนวณต้นทุนและผลได้จึงคิดเฉพาะต้นทุนและผลได้ทางตรงที่มองเห็นได้ชัด คือต้นทุนในการรักษาและผลได้ทางเศรษฐกิจจากรายได้ที่พึงได้รับจากการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วย

(2) การประมาณการค่าใช้จ่ายสำหรับการให้ยาด้านไวรัสเอดส์ในแต่ละปี

ในการตัดสินใจเชิงนโยบายในการนำการรักษาด้วยยาด้านไวรัสเอดส์เข้าสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น จำเป็นต้องมีข้อมูลภาวะงบประมาณค่าใช้จ่ายในแต่ละปี ในการศึกษาวิจัยนี้ได้อาศัยข้อมูลต่างๆที่ได้มาทำการประมาณการค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้ในแต่ละปีตามข้อกำหนดทางเลือกต่างๆที่เป็นไปได้ของอัตราการเข้าถึงยาด้านไวรัสเอดส์ โดยอาศัยข้อมูลเบื้องต้นการประมาณการจำนวนผู้ป่วยเอดส์จากกองโรคเอดส์ กระทรวงสาธารณสุข

(3) ความเป็นไปได้ในการให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เพื่อศึกษาถึงภาระทางการเงินการคลังของประเทศ รูปแบบการให้บริการ ปัญหา อุปสรรค และความ เป็นไปได้ในการกำหนดเป็นสิทธิประโยชน์ในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยอาศัยแหล่งข้อมูลจาก

- 1) การสัมภาษณ์เจาะลึกผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ (จังหวัด) ตัวอย่าง จำนวน 3 จังหวัด ซึ่งประกอบด้วย จังหวัดนนทบุรี อุบลราชธานี พะเยา
- 2) การจัดประชุมระดมความเห็นผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 1 ครั้ง

1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากงานวิจัย

ผลจากการศึกษานี้จะทำให้ทราบข้อมูลทางด้านต้นทุนและผลได้ ของการรักษาโรคเอดส์ด้วยยาด้านไวรัส ซึ่งจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการตัดสินใจทางเลือกเชิงนโยบายต่างๆในการจัดให้มีบริการที่มีประสิทธิภาพ และการกำหนดสิทธิประโยชน์ในการให้การประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับผู้ป่วยเอดส์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

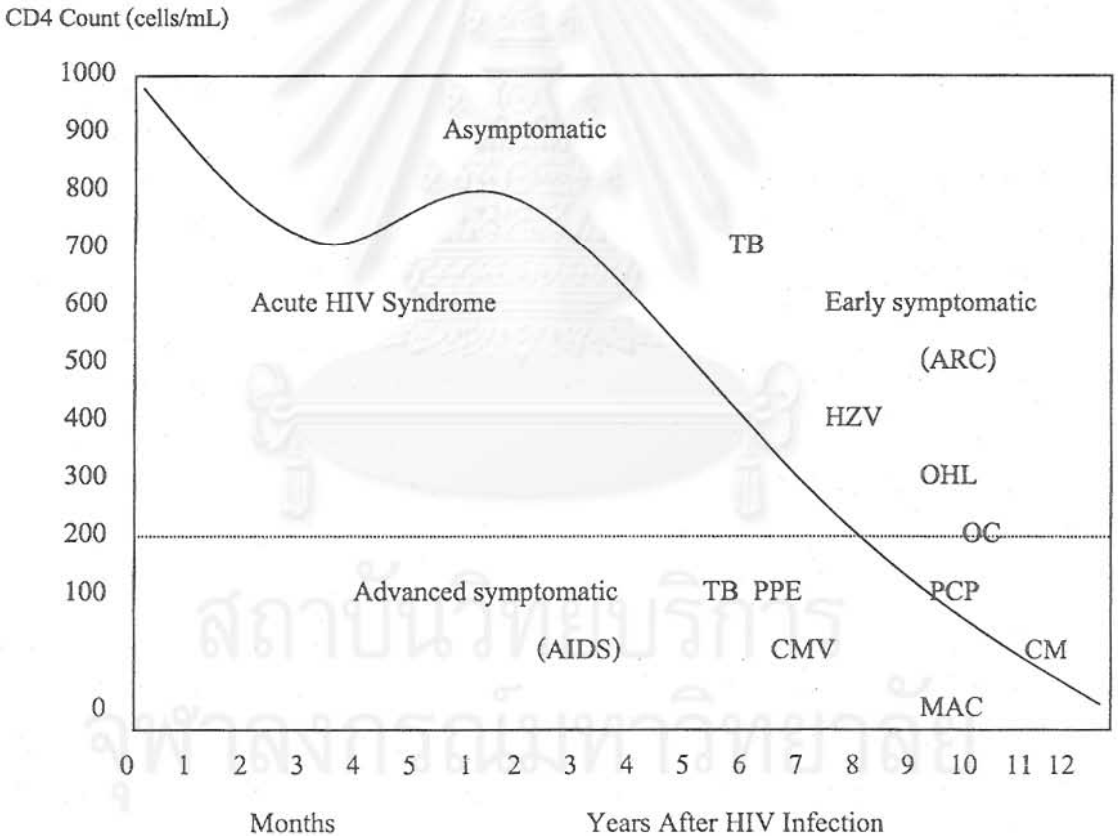
ยาด้านไวรัส : ประสิทธิภาพและการเข้าถึงยา

2.1 ลักษณะทางคลินิกของโรคเอดส์

ลักษณะทางคลินิกภายหลังการได้รับและติดเชื้อ HIV เข้าไปในร่างกาย สามารถแบ่งออกเป็น 4 ระยะ (รูปที่ 1) คือ ⁽¹¹⁾

- 1) Acute HIV infection or primary HIV infection
- 2) Asymptomatic stage or clinical latency
- 3) Early symptomatic stage or AIDS-related complex (ARC)
- 4) Advanced HIV disease or AIDS

รูปที่ 2.1 ระยะต่างๆ ของ HIV Infection และความสัมพันธ์กับ CD4 + cell count



ผู้ติดเชื้อ HIV ในระยะแรกจะไม่แสดงอาการ (Asymptomatic) โดยจะมีค่า CD4 ต่ำๆ ลดต่ำลงเรื่อยๆ จนระดับ CD4 ลดต่ำลงถึง 200 cells/mL จะเริ่มมีอาการของ AIDS ซึ่งนับเวลาจากเริ่มติดเชื้อ HIV จนเกิดอาการของ AIDS ประมาณ 8-10 ปี (แต่มีรายงานผู้ติดเชื้อบางรายร้อยละ 5 มีการดำเนินโรคแบบรวดเร็วเร็วน้อยกว่า 3 ปี และบางรายไม่เกินร้อยละ 5 มีการดำเนินแบบยาวนานเกิน 10 ปี)

2.2 การให้ยาต้านไวรัสเอดส์

เป้าหมายของการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อ HIV ด้วยยาต้านไวรัสคือเพื่อให้สามารถลดการเพิ่มจำนวนของไวรัสให้มากที่สุดและนานที่สุด รักษาหรือเพิ่มระดับภูมิคุ้มกัน ให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น และลดอุบัติการณ์ของความเจ็บป่วยและการตายจากโรคที่มักเกิดขึ้นในผู้ติดเชื้อ HIV การที่จะสามารถบรรลุถึงเป้าหมายเหล่านี้ ผู้ป่วยจะต้องกินยาอย่างสม่ำเสมอ แพทย์ให้ยาได้อย่างเหมาะสมและมีการวางแผนการให้ยาที่ดี มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญคือการตรวจนับปริมาณ CD4 และ viral load มาใช้ในการรักษาและติดตามผู้ป่วย รวมถึงมีการใช้ resistance testing ในรายที่สงสัยมีการดื้อยาด้วย

การพิจารณาว่าจะเริ่มให้ยาผู้ป่วยเมื่อใดเคยเป็นที่ถกเถียงกันมากในอดีต ในยุคแรกๆ เชื่อว่าการให้ยาเร็วที่สุดเป็นสิ่งที่ดีที่สุด เนื่องจากสามารถลดปริมาณไวรัสได้ตั้งแต่ต้นทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสที่จะเกิดการดื้อยาต่อไวรัสและการดำเนินโรคสู่ระยะเอดส์ช้าลง. แต่เมื่อมีการให้ยาต้านไวรัสในการรักษาผู้ป่วยมาระยะหนึ่งก็พบข้อจำกัดของการรักษาคือ ไม่มีสูตรยาที่จะสามารถลดปริมาณไวรัสได้นานพอ และมีผลข้างเคียงระยะยาวจากยาที่เป็นปัญหาค่อนข้างมาก. การเลือกว่าจะให้ยาเร็วหรือช้าจะต้องพิจารณาถึงข้อดีข้อเสียต่างๆ ข้อดีของการให้ยาเร็วคือสามารถควบคุมการเพิ่มจำนวนของไวรัสได้ง่ายกว่าและคงอยู่ได้ ป้องกันไม่ให้ระดับภูมิคุ้มกันลดลงต่ำเกินไป ลดการดื้อยาที่เกิดจากการพัฒนาของไวรัสในร่างกายเอง และสามารถลดการแพร่เชื้อสู่ผู้อื่นได้ ข้อเสียคือ ผู้ป่วยต้องกินยานานอาจมีผลต่อคุณภาพชีวิต มีผลข้างเคียงที่เกิดจากการให้ยา เกิดการดื้อยาได้ง่ายถ้าให้ยาที่ไม่มีประสิทธิภาพดีพอ และการรีบให้ยาทำให้จำกัดทางเลือกของการให้ยาในอนาคต ข้อดีและข้อเสียของการให้ยาต้านไวรัสข้างนี้เป็นไปในทางตรงกันข้าม

ระยะหลัง แนวทางในการให้ยาจากผู้เชี่ยวชาญทั้งในทวีปอเมริกาและยุโรปเห็นพ้องต้องกันว่าควรจะเริ่มรักษาผู้ป่วยด้วยยาต้านไวรัสเมื่อมีอาการ หรือไม่มีอาการแต่กำลังเข้าสู่ระยะที่มีอาการ กล่าวคือมีปริมาณ CD4 น้อยกว่า 350 cells/mL อาจเลือกให้ยาในรายที่มี viral load มากกว่า 55,000 (RT-PCR) หรือ 30,000 (b-DNA) เนื่องจากร้อยละ 30 ของผู้ป่วยกลุ่มนี้จะเข้าสู่ระยะเอดส์ภายใน 3 ปี (ตารางที่ 2.1)

เนื่องจากในประเทศไทยยังมีผู้ป่วยจำนวนมากที่ไม่สามารถซื้อยาต้านไวรัสได้ หรือซื้อได้ด้วยความลำบาก และแนวโน้มทั่วโลกที่จะเริ่มรักษาผู้ป่วยช้าลง สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทยจึงได้กำหนดแนวทางให้เริ่มยาต้านไวรัสในผู้ป่วยที่มีอาการ ในรายที่ไม่มีอาการควรจะเริ่มเมื่อมีปริมาณ CD4 อยู่ระหว่าง 200 ถึง 250 cells/mL เพื่อเป็นการประหยัดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการจ่ายค่ายาต้านไวรัส ลดผลข้างเคียงในระยะยาว และเป็นที่ยอมรับกันคืออยู่แล้วว่าผู้ป่วยที่มีปริมาณ CD4 สูงกว่า 250 cells/mL จะมีโอกาสในการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสชนิดรุนแรงน้อย ยกเว้นวันโรคปอดที่เกิดขึ้นได้บ้าง นอกจากนี้ ยังมีข้อมูลจากประเทศที่กำลังพัฒนาหลายประเทศที่มีข้อเสนอแนะในการให้ยาต้านไวรัสในลักษณะเดียวกัน รวมถึงผู้เชี่ยวชาญจากสถาบันหลายแห่งในประเทศที่พัฒนาแล้วที่เห็นว่า ควรจะเริ่มให้ยาต้านไวรัสในแนวโน้มที่ช้ากว่าเดิม แต่เมื่อเริ่มควรเริ่มด้วยสูตรยาที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งผู้ป่วยจะได้ประโยชน์มากกว่าการเริ่มให้ยาเร็วแต่เป็นสูตรยาที่มีประสิทธิภาพไม่มากพอ⁽¹²⁾

ตารางที่ 2.1 ข้อบ่งชี้ในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์

กลุ่มผู้ป่วย	ปริมาณ CD4	HIV RNA	ข้อแนะนำ
มีอาการ (symptomatic, AIDS)	เท่าใดก็ได้	เท่าใดก็ได้	รักษาด้วยยาต้านไวรัส
ไม่มีอาการ	<200	เท่าใดก็ได้	รักษาด้วยยาต้านไวรัส
ไม่มีอาการ	>200 แต่ <350	เท่าใดก็ได้	โดยทั่วไปควรให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัส แต่การให้ยาในกลุ่มนี้ยังมีข้อถกเถียงอยู่บ้างไม่มาก
ไม่มีอาการ	>350	>30,000 (bDNA) or >55,000 (RT-PCR)	แนะนำให้ยาต้านไวรัส เพราะโอกาสในการเข้าสู่ระยะเอดส์ใน 3 ปีมากกว่าร้อยละ 30 การให้ยาในกลุ่มนี้ยังมีข้อถกเถียงอยู่พอสมควร ในรายที่ไม่ได้ให้ยาควรตรวจปริมาณ CD4 และ viral load อย่างสม่ำเสมอ
ไม่มีอาการ	>350	<30,000 (bDNA) or <55,000 (RT-PCR)	ยังไม่แนะนำให้ยา เพราะโอกาสในการเข้าสู่ระยะเอดส์ใน 3 ปีน้อยกว่าร้อยละ 15

ที่มา: สมนึก ตั้งมานูภาพ, How To Manage Patients with HIV and Other Related Infections, วารสารคลินิก 213 (18)/9, 45, หน้า 734.

2.3 ประสิทธิภาพของยาต้านไวรัสเอดส์

โรคเอดส์ส่วนใหญ่เมื่อเริ่มมีอาการของโรคแล้วจะเริ่มเสียชีวิตภายใน 2 ปี ทั้งนี้เชื่อว่าผลการใช้ยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสก่อนเริ่มมีอาการป่วย (primary prophylaxis) โดยเฉพาะการป้องกันปอดบวมจากเชื้อ *Pneumocystis* และการใช้ยาต้านไวรัส มีผลอย่างมากต่อการยืดอายุของผู้ป่วยเอดส์ได้เป็นอย่างดี ทั้งในสแกนดิเนเวีย สหรัฐอเมริกา และเยอรมัน ประสิทธิภาพของการใช้ยาต้านไวรัสนั้น เมื่อทบทวนข้อมูลจากผลการศึกษาทางคลินิก และข้อมูลจากการศึกษาเชิงพรรณนาจำนวนมาก จะเห็นภาพคร่าวๆว่า การใช้ยาต้านไวรัสชนิดเดียวให้ประโยชน์ในการยืดอายุผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ประมาณครึ่งปี ในขณะที่การใช้ยาสองชนิดพร้อมกัน จะยืดอายุได้ประมาณ 1.25 ปี และเชื่อว่าการใช้ยาสามชนิดพร้อมกันจะยืดอายุผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ ได้ประมาณ 3 ปี⁽¹³⁾

การประเมินประสิทธิภาพของยาต้านไวรัสเอดส์ โดยทั่วไปนิยมใช้ 2 วิธีหลักๆ⁽¹⁴⁾ ดังนี้

- (1) การประเมินผลทางคลินิก (clinical endpoint) ได้แก่ อัตราการเกิดเอดส์ หรือโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และอัตราการตาย
- (2) การประเมินผลทางห้องปฏิบัติการ (biological markers) ได้แก่ การเพิ่มขึ้นของจำนวน CD4+ cell และการลดลงของจำนวนเชื้อหรือ HIV RNA ในพลาสมา (viral load)

จากรายงานการศึกษาต่างๆ แสดงให้เห็นว่า การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ สามารถลดอัตราการตาย และอัตราการเกิดอาการของโรคเอดส์ลงได้ และการรักษาด้วยสูตรยา 3 ตัวจะให้ผลดีกว่าสูตรยา 2 ตัว และสูตรยา 2 ตัวให้ผลดีกว่าสูตรยาเดี่ยว ตามลำดับ ดังเช่นการศึกษาของโครงการ CAESAR Coordinating Committee⁽¹⁵⁾ ซึ่งเป็นการศึกษาวิจัยร่วมระหว่างประเทศ แคนาดา ออสเตรเลีย ยุโรป และ แอฟริกาใต้ เพื่อเปรียบเทียบผลของการให้ ยา

หลอก (placebo) หรือ 3TC หรือ 3TC+Ioviride ในผู้ป่วยที่กำลังรักษาด้วย AZT และมี CD4+ count 25-250 cells/mL รูปแบบการวิจัยเป็น randomized double-blind, placebo-controlled trial ผลการศึกษาพบว่า ในกลุ่มที่ได้รับยาหลอก มีอัตราการเกิดเอดส์หรือเสียชีวิต ร้อยละ 20 ในขณะที่กลุ่มที่ได้รับ 3TC และ 3TC+Ioviride สามารถลดอัตราการเกิดอาการของเอดส์หรืออัตราการเสียชีวิตลงเหลือเพียง ร้อยละ 9 และ 9 ตามลำดับ ซึ่งเป็นการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2.2)

การศึกษาของโครงการ ACTG 320 (Aids Clinical Trial Group 320) ของ Hammer และ คณะ⁽¹⁶⁾ ทำการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา เพื่อเปรียบเทียบการรักษาด้วย AZT+3TC กับ AZT+3TC+Indinavir ในผู้ป่วยที่เคยรักษาด้วย AZT หรือ AZT+ddx (ddC หรือ ddI) โดยไม่เคยได้รับ 3TC หรือ indinavir มาก่อนและมี CD4 count < 200 cells/mL ทำการศึกษาในผู้ป่วย 1,750 รายและติดตามผลการรักษาจนครบ 40 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับยา AZT+3TC+Indinavir มีอัตราการเกิดอาการของเอดส์หรือเสียชีวิตต่ำกว่า AZT+3TC อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือร้อยละ 6 และร้อยละ 11 ตามลำดับ ส่วนอัตราตายเท่ากับร้อยละ 1.4 และ 3.1 ตามลำดับ

ข้อมูลจากการศึกษาในสหรัฐอเมริกา พบว่าสามารถลดอัตราการตายจากโรคเอดส์ได้ถึงร้อยละ 75 และลดอัตราป่วยจากโรคฉวยโอกาสต่างๆได้ถึงร้อยละ 73 ภายในระยะเวลา 3 ปี ของการติดตามการให้ยาด้านไวรัสเอดส์⁽¹⁷⁾

ข้อมูลจากการศึกษาในเมือง Sao Paulo ประเทศบราซิล พบว่า นับตั้งแต่มีการให้ยาด้านไวรัสชนิด Protease Inhibitors ในปี ค.ศ. 1996 สามารถลดอัตราการตายได้ร้อยละ 32⁽¹⁸⁾

ยังมีการศึกษาอื่นๆอีกมากที่แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการรักษาด้วยยาด้านไวรัสเอดส์แบบ 3 ตัว หรือที่เรียกว่า Highly Active Anti-retroviral Therapy (HAART) ในการลดอัตราป่วยและอัตราตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังมีรายงานการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับ HAART ระหว่างร้อยละ 50 ถึง 96 สามารถลดจำนวนไวรัสเอดส์ในเลือด (viral loads) จนถึงระดับที่ไม่สามารถตรวจวัดได้ (<500 ตัว / มิลลิลิตร)^(16,19,20,21) และยังมีบางรายงานที่มีหลักฐานสนับสนุนว่าสามารถลดการแพร่กระจายโรคได้อีกด้วย^(22, 23, 24)

การศึกษาเชิงเศรษฐศาสตร์ในเรื่องของต้นทุนและผลได้ มีการศึกษาในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว พบว่าเมื่อเปรียบเทียบการใช้ยา HAART กับการใช้ยาสูตรตำรับ 1 หรือ 2 ตัว จะมีต้นทุนต่อจำนวนปีที่มียาอายุยืนยาวขึ้น (cost/life year saved) อยู่ระหว่าง 10,000 และ 13,000 \$⁽²⁵⁾ ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับโครงการสาธารณสุขอื่นๆในประเทศพัฒนาแล้วถือได้ว่า HAART มีต้นทุนประสิทธิผลที่ดีทีเดียว แต่อย่างไรก็ตามยังมีข้อจำกัดในการศึกษา กล่าวคือถึงแม้ว่าจะมีหลักฐานข้อมูลมากมายที่ชี้ว่าการให้ HAART สามารถลดอัตราป่วยและอัตราตายได้ แต่ก็ยังไม่สามารถระบุได้ว่าอายุขัยของการมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้นจะเป็นเท่าไร มีการคาดการณ์ว่าน่าจะเพิ่มอายุขัยของการมีชีวิตระหว่าง 2 ถึง 20 ปี ซึ่งยังคงเป็นปัญหาข้อจำกัดที่สำคัญในการประเมินผลทางเศรษฐศาสตร์⁽²⁶⁾

การศึกษาเชิงเศรษฐศาสตร์ส่วนใหญ่จะเป็นการวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผล (cost-effectiveness) วัดค่าเป็นต้นทุนต่อการมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้นอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี (cost per adjusted quality life year gained) ดังการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างสูตรยาต่างๆที่ใช้และการใช้ยาในระดับ CD4 ต่างๆ ในตารางที่ 2.3 และ 2.4⁽²⁷⁾

ตารางที่ 2.2 Summary of Major Multi-center Randomized Double-blind Trials in Triple or more Anti-retroviral Therapy

Study (reference)	N (clinical, % AIDS)	Baseline		Drug Regimen (mg/day) [FU duration]	Result (mean change from baseline)		Clinical and overall efficacy
		CD4	HIV-RNA		CD4 cell	HIV RNA	
CAESAR (1997)	1102 (77% AZT- experienced and 32% AIDS)	25-250	No data	1.Pre-exist Rx: AZT or AZT+ddl 2.+ 3TC 300 3. + 3TC 300 and +LOV 300 [median FU 52 wk]	Wk 4, 28 +10, -10 +43, 23 +74, 22	Wk 2, 28 -<0.1, +0.16 -0.67, -0.2 -0.79, -0.25	Rate of progression (%) =17, 9 and 8% respectively. Death(%)=5, 2 and 3%, respectively (p<0.05). Adding 3TC to the AZT containing regimen showed a significant clinical benefit.
ACTG 320 (Hammer 1997)	1156 (AZT-experienced)	<200	5.0±0.6	1.AZT 600+3TC300 2.AZT 600+3TC300+IDV 2400 [median FU 38 wk]	Wk 24 +18 +91	Wk 24 -0.6 -2.8	Death : 3% vs 1% (p=0.04) AIDS/death : 11% vs 6% (p=0.001) AZT+3TC+IDV reduced AIDS/death as compared to AZT+3TC by 50%.

ที่มา : เกียรติ รัชย์รุ่งธรรม (บก.). เอดส์ : การวิจัยทางคลินิก. 2541 : 238.

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 2.3 Cost, Clinical Benefit, and Cost Effectiveness of Various Three-Drug Antiretroviral Regimens.

Source of Data	Total Lifetime Costs (\$)	Life Expectancy (yr)		Incremental Cost per Year of Life Gained (\$)	
		Un- Adjusted	Adjusted for Quality of Life	Un- Adjusted	Adjusted for Quality of Life
ACTG 320 Study					
No antiretroviral Therapy	45,460	1.97	1.53	-	-
Zidovudine, lamivudine, and indinavir	77,300	3.51	2.91	21,000	23,000
John Hopkins HIV Clinic cohort study					
No antiretroviral Therapy	54,150	3.48	2.92	-	-
Zidovudine, lamivudine, and indinavir	80,460	5.11	4.43	16,000	17,000
INCAS trial					
No antiretroviral Therapy	61,180	4.65	3.99	-	-
Zidovudine, didanosine, and nevirapine	89,820	6.99	6.20	12,000	13,000
Dupont 006 trial					
No antiretroviral Therapy	59,790	4.61	3.96	-	-
Zidovudine, lamivudine, and efavirenz	94,290	7.45	6.63	12,000	13,000

ที่มา : Freedberg KA, Losina E, Weinstein MC, et al., N Engl J Med 2001; 344:829.

ตารางที่ 2.4 Cost, Clinical Benefit, and Cost Effectiveness of Various Three-Drug Antiretroviral Therapy

According to The Initial CD4 Cell Count.

Source of Data	Total Lifetime Costs (\$)	Life Expectancy (yr)		Incremental Cost per Year of Life Gained (\$)	
		Un- Adjusted	Adjusted for Quality of Life	Un- Adjusted	Adjusted for Quality of Life
50/mm³					
No antiretroviral Therapy	41,850	1.39	1.05	-	-
Three-drug regimen	74,050	2.84	2.28	22,000	26,000
200/mm³					
No antiretroviral Therapy	55,400	3.33	2.70	-	-
Three-drug regimen	88,250	5.32	4.60	16,000	17,000
500/mm³					
No antiretroviral Therapy	70,100	7.05	6.25	-	-
Three-drug regimen	96,790	9.13	8.21	13,000	14,000

ที่มา : Freedberg KA, Losina E, Weinstein MC, et al., N Engl J Med 2001; 344:829.

2.4 การเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์

การขยายการเข้าถึงการรักษา (access to care) ที่สะดวกและปลอดภัย เป็นองค์ประกอบที่สำคัญมากของกลยุทธ์การดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์ ในการเคลื่อนไหวเพื่อต่อต้านโรคเอดส์ในประเทศที่กำลังพัฒนานั้น องค์การอนามัยโลกได้ให้ความสำคัญกับ 2 กิจกรรม คือ การพัฒนาแนวทางการรักษาผู้ป่วยเอดส์ที่ยากจน และการบรรจุยาต้านไวรัสเอดส์เข้าในบัญชีแม่แบบ ภายใต้หลักการ “การป้องกันด้วยการดูแลสุขภาพ” (Prevention Through Care)

เมื่อวันที่ 22 เมษายน 2545 องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้จัดทำและประกาศเผยแพร่ แนวทางการรักษา (treatment guideline) สำหรับผู้ติดเชื้อเอดส์ในประเทศยากจนขึ้น โดยแนวทางใหม่นี้ เสนอการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ในแบบแผนการใช้ยหลายชนิดร่วมกัน รวมทั้งได้ประกาศเผยแพร่บัญชียาแม่แบบ (WHO Model List) ฉบับที่ 12 (ปรับปรุง 22 เมษายน 2545) โดยมีการบรรจุยาต้านไวรัสเอดส์เพิ่มเข้าในบัญชียาแม่แบบ อีก 10 รายการ รวมเป็น 12 รายการ (ตารางที่ 2.5) ได้แก่ Nevirapine, Zidovudine, Abacavir, Didanosine, Lamivudine, Stavudine, Efavirenz, indinavir, Ritonavir (low dose), Lopinavir, Nelfinavir และ Saquinavir ซึ่งแนวทางในการรักษาเอดส์และการกำหนดให้ยาต้านไวรัสเอดส์เป็นยาจำเป็น เป็นการก้าว่างที่สำคัญในการต่อต้านการระบาดของเชื้อเอดส์โดยเป็นการกระตุ้นทั้งประเทศกำลังพัฒนาและประเทศอุตสาหกรรมให้ขยายการรักษาผู้ติดเชื้อเอดส์ให้กว้างขวางขึ้น และผลจากการประชุมสมัชชาขององค์การอนามัยโลกครั้งที่ 55 (WHO 55.12) เมื่อวันที่ 18 พฤษภาคม 2545 เป็นการสานต่อมติการประชุมของสมัชชาสหประชาชาติ ในการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS ทั่วโลก โดยเรียกร้องให้ประเทศสมาชิกร่วมกันกำหนดนโยบายและกลไกในการป้องกันดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์ โดยใช้ความช่วยเหลือทางวิชาการจากกองทุนเอดส์โลก⁽²⁸⁾

2.4.1 การเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์ในประเทศต่างๆ

ถึงแม้ว่าการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ในสูตรผสมหลายชนิด (HAART) จะเป็นแนวทางการรักษาใหม่ที่ WHO ให้การยอมรับแล้วก็ตาม แต่การนำไปปฏิบัติในประเทศต่างๆยังมีอุปสรรคและข้อจำกัดที่แตกต่างกันมาก กล่าวคือ

ในประเทศร่ำรวยหรือประเทศที่พัฒนาแล้ว เนื่องจากไม่มีข้อจำกัดทางการเงิน ข้อมูลที่สำคัญในการกำหนดนโยบาย จะให้ความสนใจทางด้านประสิทธิผลในการรักษาเป็นสำคัญ ประชาชนในประเทศเหล่านี้จึงสามารถเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์อย่างเท่าเทียมกัน

ในกลุ่มประเทศที่มีระดับรายได้ปานกลางหรือกำลังพัฒนา จะให้ความสนใจทางด้านต้นทุนประสิทธิผลเป็นสำคัญ การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์จะต้องมีความมั่นใจว่าสามารถประหยัดทรัพยากรต่างๆจากค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายในการรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสต่างๆได้

ในกลุ่มประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำหรือยากจน ในรายงานการศึกษาต่างๆ มักจะพบว่าการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์มักจะมีค่าต้นทุนประสิทธิผลต่ำ (ยกเว้นการใช้ยาป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากแม่สู่ลูก) เนื่องจากว่าประเทศเหล่านี้ยังมีระบบสาธารณสุขพื้นฐานที่ยังไม่พร้อม เพียงแค่การรักษาโรคเอดส์อย่างเดียวก็ยังเป็นปัญหา จึงมักจะให้ความสำคัญในการให้ยาป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสที่มีต้นทุนต่ำกว่า

การเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์ นอกจากต้นทุนค่ายาแล้ว ยังต้องคำนึงถึงความพร้อมในด้านอื่นๆด้วย เช่น การติดตามการใช้ยาเพื่อไม่ให้เกิดการดื้อยาและพิษของยา ความพร้อมของห้องปฏิบัติการในการวินิจฉัยและบุคลากร ตลอดจนความร่วมมือของผู้ป่วยในการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา (adherence) มีรายงานการศึกษาระียบเทียบค่าความร่วมมือของผู้ป่วยในเมืองสำคัญต่างๆ โดยศึกษาว่าจำนวนผู้ป่วยที่สามารถรับประทานยาอย่างต่อเนื่องในช่วงเวลาที่ศึกษาตามเป้าหมายที่กำหนดไว้คือร้อยละ 80-90 มีจำนวนคิดเป็นร้อยละเท่าใดบ้างดังสรุปไว้ดังตารางที่ 2.6⁽²⁹⁾

ตารางที่ 2.5 รายละเอียดของรายการยาด้านไวรัสเอดส์ในบัญชีแม่แบบขององค์การอนามัยโลก ฉบับที่ 12

(เมษายน 2545)

* old list ; ในวงเล็บมีจำหน่ายในประเทศไทย ; *ตัวอ่อน-ดีเอ็นเอผลิตในประเทศไทย*

ยาด้านไวรัสเอดส์	
<p>ยาด้านไวรัสเอดส์ไม่สามารถใช้รักษาการติดเชื้อเอชไอวีได้ ยานี้เพียงแต่ยับยั้งการแบ่งตัวของเชื้อ และทำให้อาการดีขึ้นชั่วคราว ยาด้านไวรัสเอดส์มีผลอันไม่พึงประสงค์หลายประการ ผู้ป่วยที่ได้รับยานี้ ต้องได้รับการติดตามอย่างรอบคอบโดยผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่ได้รับการฝึกอบรมมาอย่างเพียงพอ ด้วยเหตุนี้ การส่งเสริมมาตรการการป้องกันการเพิ่มขึ้นของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างจริงจังและต่อเนื่องจึงเป็นสิ่งจำเป็น การบรรจุยาด้านไวรัสเอดส์เพิ่มเข้ามาในบัญชี จะต้องไม่ทำให้ลดมาตรการการส่งเสริมการป้องกันการนอกเหนือจากนี้จะต้องเตรียมทรัพยากรให้เพียงพอ รวมทั้งฝึกอบรมผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอย่างคึกคักที่จะนำจากกลุ่มนี้มาใช้รักษาที่มีประสิทธิภาพต้องใช้เวลา 3-4 ชนิดในขณะเดียวกัน และแบบแผนการรักษาที่หลากหลายก็ยังเป็นสิ่งจำเป็นทั้งในกรณีเริ่มต้นให้ยาและกรณีทดแทนเมื่อขาดมเกิดความเป็นพิษหรือล้มเหลวในการรักษา คณะกรรมการแนะนำอย่างมั่นใจว่าให้ใช้ยาร่วมกัน 3-4 ชนิดตาม "แนวทางการรักษา" ขององค์การอนามัยโลกอย่างเคร่งครัด ขณะเดียวกันก็ได้แนะนำ "ยาสูตรผสมรายตัว" ด้วย ทั้งนี้ต้องมีการประกันคุณภาพทางเภสัชกรรมและสามารถใช้ทดแทนกันได้กับ "ยาเดี่ยว" โดยการรับรองจากหน่วยงานควบคุมยาที่รับผิดชอบ</p>	
1. กลุ่มเอ็นอาร์ทีไอ (Nucleoside reverse transcriptase inhibitors, NRTI)	
Abacavir (ABC)	ยาเม็ด 300 มก., ยาน้ำ 100มก./5 มล.; (Ziagenavir, GSK)
Didanosine (ddI)	ยาเม็ด 25 มก., 100 มก., 150 มก., 200 มก.; (Videx, BMS); <i>Divir powder, GPO</i>
Lamivudine (3TC)	ยาเม็ด 150 มก., ยาน้ำ 50มก./5 มล.; (EpiVir, GSK); <i>Lamivir, GPO</i>
Stavudine (d4T)	Capsule 15 มก., 20 มก., 30 มก., 40 มก., ยาน้ำ 5 มก/5 มล. (<i>Zerit, BMS</i>); <i>Starvir, GPO</i>
Zidovudine (AZT, ZDV)*	Capsule 100 มก., 250 มก., 300 มก.; ยาฉีด 10 มก/มล. ในขวด 20 มล. ยาน้ำ 50มก./5 มล.; (Retrovir, BMS); <i>Antivir, GPO; T-ZA, Siam Pharmaceutical; T.O. Chemical; Zidis, Pond's Chemical</i>
2. กลุ่มเอ็นเอ็นอาร์ทีไอ (Non- nucleoside reverse transcriptase inhibitors, NNRTI)	
Efavirenz (EFV, EFZ)	Capsule 50 มก., 100 มก., 200 มก., (Strocrin, MSD)
Nevirapine (NVP)*	ยาเม็ด 200 มก., ยาน้ำแขวนตะกอน 50มก./5 มล.; (Viramune, Boehringer Ingelhiem); <i>Neravir, GPO</i>
3. กลุ่มพีไอ (Protease Inhibitors, PI)	
<p>การเลือกใช้กลุ่มพีไอ 2 หรือ 3 ชนิดจากบัญชีหลัก ขึ้นกับการตัดสินใจของแต่ละประเทศ โดยพิจารณาจากแนวทางการรักษาที่ใช้ในพื้นที่นั้นๆและประสิทธิภาพการรักษาผู้ป่วยของตน รวมทั้งการเปรียบเทียบราคายาที่มีในพื้นที่ สำหรับยาริโทนาเวียร์แนะนำให้ใช้ร่วมกับอินดีนาเวียร์, โลพินาเวียร์ หรือ ซาลควินาเวียร์ ในฐานะเป็นยากระตุ้นและไม่ให้ใช้ในลักษณะยาเดี่ยว</p>	
Indinavir (IDV)	Capsule 100 มก., 200 มก., 333 มก., 400 มก.; (Crixivan, MSD)
Ritonavir (RTV, r)	Capsule 100 มก., ., ยาน้ำ 400 มก/5 มล.; (Novir, Abbott)
Lopinavir+Ritonavir (LPV/r)	Capsule 133.3 มก.+33.3 มก., ยาน้ำ 400 มก/5 มล., 100 มก/5 มล.
Nelfinavir (NFV)	ยาเม็ด 250 มก., ยาผง 50มก./ก; (Viracept, Roche)
Saquinavir (SQV)	Capsule บรรจุด้วยวุ้น 200 มก.;(Fortovase, Roche)

ตารางที่ 2.6 เปรียบเทียบความร่วมมือของผู้ป่วยในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์

Site	Number of Patient	% Compliance*	Adherence Rate
Sao Paulo / Brazil	1141	80	69
Baltimore / USA	202	80	60
London / UK	114	80	75
San Francisco / USA	388	80	78
Madrid / Spain	366	90	57.6

* คือ ผู้ป่วยที่สามารถรับประทานยาตามระยะเวลา/จำนวนครั้งที่กำหนดได้ตามร้อยละที่กำหนด

ที่มา : Ministry of Health of Brazil. National Aids Drug Policy, June 2001, p.31.

มีความพยายามของรัฐบาลและประชาชนในหลายประเทศโดยเฉพาะประเทศกำลังพัฒนา⁽²²⁾ ที่จะผลักดันให้อุตสาหกรรมการผลิตยามีการปรับลดราคาขายลง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ยาต้านไวรัส เพื่อเพิ่มการเข้าถึงยาของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ในเดือนพฤษภาคม พ.ศ.2543 มีการกำหนดข้อตกลงร่วมกันระหว่าง UN, UNFPA, UNICEF, WHO และ World Bank และ 5 บริษัทอุตสาหกรรมยา อันได้แก่ Boehringer Ingelheim, Bristol-Myers-Squibb, Glaxo SmithKline, Merck & Co. Inc. และ Hoffman-La Roche ในการที่จะเพิ่มการเข้าถึงยาต้านไวรัส การดูแลสุขภาพของผู้ป่วย รวมถึงการให้การสนับสนุนต่างๆ โดยมีกำหนดมาตรการ 2 อย่าง คือ การเพิ่มกำลังและคุณภาพการผลิตยาต้านไวรัสและจำหน่ายยาในราคาที่เหมาะสมที่มีศักยภาพที่จะซื้อได้ และการแลกเปลี่ยนความรู้และเทคโนโลยีระหว่างประเทศในการพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพ การช่วยเหลือ รวมถึงการเข้าถึงยาต้านไวรัส โดยมี 58 ประเทศที่สนใจเข้าร่วมกับ UNAIDS ในโครงการดังกล่าว จากทวีปแอฟริกา 40 ประเทศ ลาตินอเมริกา 12 ประเทศ เอเชีย 3 ประเทศ และจากยุโรป 3 ประเทศ และ 11 ประเทศในกลุ่มนี้ (Burkina Faso, Burundi, Cameroon, Ivory Coast, Gabon, Mali, Morocco, Rwanda, Senegal และ Uganda) ได้ทำข้อตกลงกับบริษัทผลิตยาในการปรับลดราคาขายแล้ว

ประเทศไนจีเรีย ผลจากการตกลงกับบริษัทผลิตยา ทำให้มีการปรับลดราคาขายสูตรผสม D4T+3TC+Nevirapine การจ่ายยาให้ผู้ป่วยใช้วิธีการจ่ายร่วมกันระหว่างรัฐบาลและผู้ป่วย โดยรัฐบาลรับผิดชอบค่ายาร้อยละ 80 ส่วนผู้ป่วยรับผิดชอบค่ายา ร้อยละ 20

บริษัท Indian pharmaceutical Cipla ตกลงที่จะขายยาสูตรผสม 3 ตัว ให้แก่ผู้ป่วยในแอฟริกาในราคาที่ไม่มีบวกกำไร

ประเทศบราซิล เริ่มจ่ายยาต้านไวรัสเอดส์มาตั้งแต่ ค.ศ. 1998 ในปีแรกจ่ายยาให้ผู้ป่วย 55,000 คน จนถึงปัจจุบันรวม 105,000 คน โดยใช้สูตรยา 3 ตัว ก่อนเริ่มโครงการมีข้อมูลการตายจากเอดส์ เท่ากับ 12.2 คน/100,000 คน ในปี พ.ศ. 2542 ลดเหลือ 6.3/100,000 คน โดยในเมืองใหญ่ที่การเข้าถึงยาได้ดี อัตราตายลดลงถึงประมาณ 70%

ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่านํ้าการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ สูตรผสม 3 ชนิดมาใช้ในปี ค.ศ. 1996 ทำให้อัตราการตายลดลงประมาณ 75%

2.4.2 การเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์ในประเทศไทย

จากการศึกษาโดยผู้เชี่ยวชาญจากกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับมหาวิทยาลัยต่างๆ องค์การอนามัยโลก และธนาคารโลก เมื่อปี พ.ศ.2538 พบว่าโครงการสนับสนุนยาต้านไวรัสเอดส์ ก่อให้เกิดภาระด้านงบประมาณของรัฐบาลมาก และให้ผลตอบแทนต่ำไม่คุ้มทุน (ในด้านการยืดอายุผู้ป่วย) ยิ่งผู้ป่วยไม่มารับยาตามนัดหรือขาดการติดต่อก็จะยิ่งทำให้ผลการรักษาไม่ดีเท่าที่ควร ในทางตรงข้ามการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์สำหรับป้องกันทารกที่จะติดเชื้อจากมารดาจะผลที่คุ้มค่ากว่าอย่างมาก⁽³⁰⁾

เนื่องจากการศึกษานี้ เป็นการศึกษาบนพื้นฐานของการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์เพียงตัวเดียวมิใช่สูตรผสม 3 ตัว (HAART) ประกอบกับต้นทุนค่ายาในขณะนั้นก็มีราคาสูงมากเพราะยามีสิทธิบัตร และองค์การเภสัชกรรมยังไม่ได้ผลิตยาที่มีราคาถูกกว่าออกจำหน่าย แต่อย่างไรก็ตามในสถานการณ์ปัจจุบัน ราคาต้านไวรัสเอดส์ได้ลดลงมาก โดยเฉพาะองค์การเภสัชกรรมสามารถผลิตยา GPO-vir (Stavudine+Lamivudine+Nevirapine) ออกจำหน่ายได้ในราคาขายประมาณ 1,200-1,320 บาท / คน / เดือน และหากเปรียบเทียบยาต้นแบบกับยาที่องค์การเภสัชกรรมผลิต ก็พบว่ามีความต่างกันมาก (ตารางที่ 2.7)⁽³¹⁾

ตารางที่ 2.7 เปรียบเทียบราคาต้านไวรัสเอดส์

Drugs	GPO (บาท)	Original (บาท)
AZT capsule 100 mg	6.00	45.00
ddI oral powder 115 mg	20.00	44.00*
d4T 30 mg	3.50	88.00
3TC 150 mg	10.00	100.00
AZT+3TC	25.00	140.00
Nevirapine tablet 200 mg	15.00	150.00
AZT syrup (60ml)	50.00	282.00
3TC syrup (60 ml)	60.00	400.00

* มีเฉพาะรูปแบบที่เป็นยาเม็ด (tablet)

ที่มา : อัจฉรา เอกแสงศรี, สถาบันวิจัยและพัฒนา องค์การเภสัชกรรม.⁽³¹⁾

การเข้าถึงยาต้านไวรัสในประเทศไทย มีวิวัฒนาการดังนี้⁽³²⁾

- 1) ประเทศไทยเริ่มมีการรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสในผู้ป่วยเอดส์ ในช่วงแรกที่เริ่มมีการระบาดของโรคเอดส์ และโรคติดเชื้อฉวยโอกาส
- 2) เริ่มใช้ยาต้านไวรัส AZT (mono-therapy) ตั้งแต่ พ.ศ. 2535-2538
- 3) ทำการศึกษาทางคลินิกในการให้ยาต้านไวรัสแบบสูตรผสม (combine-therapy) ของยา AZT+ddI และ AZT+ddC ใน พ.ศ.2538-2539
- 4) เข้าสู่เครือข่ายการทำการศึกษาทางคลินิกในการให้ยาต้านไวรัสแบบสูตรผสมแบบ 2 และ 3 ตัว (dual and triple combine-therapy) ใน พ.ศ.2539 –2543

5) เริ่มโครงการ Access to care (triple ARV and OI prevention and treatment) ตั้งแต่ พ.ศ.2543 ถึง ปัจจุบัน ซึ่งเป็นการให้การรักษาค่ายาต้านไวรัสสูตรผสม 3 ตัว ใน 109 สถานพยาบาล มีผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ 1,355 คน

ช่องทางที่จะเข้าถึงยาต้านไวรัสในประเทศไทยใน พ.ศ.2545 คือ

- 1) การดำเนินโครงการ Access to care (ครอบคลุมผู้ป่วย 6,600 คน)
- 2) การเข้าไปอยู่ในเครือข่ายการทดลองทางคลินิกของผู้ป่วย (ครอบคลุมผู้ป่วย 3,000 คน)
- 3) กองทุนฉุกเฉินในประเทศ 50 ล้านบาท
- 4) จากกองทุนเอดส์โลก 9.5 ล้านดอลลาร์สหรัฐ
- 5) โครงการป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก
- 6) ระบบการจ่ายร่วมที่สนับสนุนโดยรัฐบาล
- 7) การจ่ายด้วยตัวผู้ป่วยเอง

จะเห็นได้ว่าแหล่งที่ให้การสนับสนุนยาต้านไวรัสเอดส์แก่ผู้ป่วยของประเทศไทยในปัจจุบันนั้น ไม่ครอบคลุมกับจำนวนผู้ป่วยที่มีอยู่ในปัจจุบัน ประกอบกับการที่รัฐได้ใช้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการจัดระบบการให้บริการด้านสุขภาพ (30 บาทรักษาทุกโรค) เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการอย่างมีคุณภาพ เท่าเทียม และสามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลได้ แต่เป็นที่น่าสังเกตว่า หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น ครอบคลุมเฉพาะโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (OI) และการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก ไม่ครอบคลุมการรักษาผู้ติดเชื้อเอดส์ด้วยยาต้านไวรัส ดังนั้น การเข้าถึงยาของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ จึงยังคงเป็นปัญหาที่รอคอยการแก้ไขต่อไป

2.5 การตัดสินใจเชิงนโยบาย

การใช้ยาต้านไวรัสเอดส์แบบ 3 ตัว (HAART) เริ่มมีการใช้อย่างกว้างขวางในประเทศพัฒนาแล้ว นับแต่ปี พ.ศ.2539 โดยในช่วงนั้นมีต้นทุนต่อเดือนประมาณ 800 ถึง 1600 ดอลลาร์สหรัฐฯ และราคาก็เริ่มลดลง โดยเฉพาะในประเทศที่มีการแข่งขันสูงและการทดแทนด้วยยา Generic ซึ่งในบางประเทศสามารถลดลงได้ถึงร้อยละ 85 แต่อย่างไรก็ตามประเทศกำลังพัฒนาต่างๆ ก็ยังไม่สามารถจัดหาให้ผู้ป่วยทุกคนเข้าถึงยาได้ ประมาณว่าต้นทุนในปี 2543 สามารถลดลงจากเดือนละ 210 เป็น 70-140 ดอลลาร์สหรัฐฯ และยังลดลงได้มากถ้ายานั้นหมดสิทธิบัตรแล้ว (ประมาณ 30 ดอลลาร์สหรัฐฯต่อเดือน) เช่น ในกรณีของประเทศไทยที่ผลิตยา GPO-vir (ประมาณ 27 ดอลลาร์สหรัฐฯต่อเดือนทำให้ประมาณการต้นทุนของธนาคารโลกประมาณการไว้อยู่ในช่วงเดือนละ 67 ดอลลาร์สหรัฐฯ จากข้อมูลการตัดสินใจเชิงนโยบายการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ของประเทศต่างๆ ถ้าถามว่าแต่ละประเทศใช้หลักทางเศรษฐศาสตร์ความคุ้มค่าในการลงทุนหรือไม่ คำตอบคือไม่ใช่ ในประเทศที่พัฒนาแล้วจะให้ความสำคัญกับข้อมูลทางด้านการรักษาว่ายานั้นมีประสิทธิภาพจริงและมีศักยภาพในการลดค่าใช้จ่ายหรือไม่ จะไม่ร่อนจนกระทั่งมีผลการศึกษาทางเศรษฐศาสตร์อย่างสมบูรณ์ก่อน ในขณะที่ประเทศกำลังพัฒนาหรือยากจนที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากร ภาระค่าใช้จ่ายจะเป็นข้อสนับสนุนที่สำคัญ และในบางประเทศ เช่น เม็กซิโก โครงการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์ก็ตั้งอยู่ด้วยคำถามถึงแหล่งที่มาของทรัพยากรในอนาคตที่ต้องจ่ายมาจากไหน แต่อย่างไรก็ตาม ก็มีความพยายามจากนานาชาติ และองค์กรเคลื่อนไหวต่างๆ ที่ได้แย้งด้วยเหตุผลที่ว่า “ในขณะที่

บ้านถูกไฟไหม้เราคงไม่มาถามว่าน้ำที่ดับไฟมีราคาเท่าไร” ข้อโต้แย้งนี้จะให้ความสำคัญกับการพิจารณาทางเศรษฐศาสตร์เป็นเพียงข้อสนับสนุน เท่านั้น⁽²⁶⁾

ในปัจจุบันที่ค่ายาถูกลงมากทำให้การถกเถียงเรื่องต้นทุน-ประสิทธิผลของยาด้านไวรัสลดน้อยลงหันมาให้ความสำคัญต่อคำถามที่ว่า How และ When มากกว่าคำถาม if และ perhaps ประเด็นที่สำคัญคือ (1) แนวทางในการใช้ยาควรจะเป็นอย่างไร (2) ความพร้อมของทรัพยากรในการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ (3) ปัญหาการแพ้ยา (4) ปัญหาการกินยาอย่างต่อเนื่อง โดยในหลายประเทศได้เชื่อมโยงปัญหาการเข้าถึงยาด้านไวรัสเฮดส์เข้ากับหลักสิทธิมนุษยชน เช่น กรณีของประเทศแวนคูเวราก็ได้ออกกฎหมายให้ผู้ติดเชื้อเฮดส์มีสิทธิตามรัฐธรรมนูญในการเข้าถึงยาด้านไวรัสเฮดส์⁽²⁶⁾

เนื่องจากยาด้านไวรัสเฮดส์ที่มีอยู่ในปัจจุบันและอนาคตนั้นล้วนเป็นยาที่มีฤทธิ์เพียงยับยั้งการแบ่งตัวของเชื้อ ไม่สามารถกำจัดเชื้อให้หมดสิ้นจากร่างกายได้ การรักษาโรคนี้จึงมีลักษณะเช่นเดียวกับการรักษาโรคเรื้อรังต่างๆ กระบวนการรักษาโรคนี้จึงต้องให้ความสนใจในการป้องกันการดื้อยาเพื่อไม่ให้เป็นภาระในการที่ต้องแสวงหายาใหม่ๆ ที่มีต้นทุนสูงในอนาคต กลยุทธ์ในการให้ยาด้านไวรัสเฮดส์จึงต้องคำนึงถึงความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยอย่างมากด้วย จึงต้องมีความพร้อมในด้านของระบบบริการสาธารณสุขเป็นอย่างดี โดยมีประเด็นสำคัญที่ต้องคำนึงถึงคือ

- 1) ความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ
- 2) คุณภาพของบริการ
- 3) ความยั่งยืนของบริการ (ซึ่งครอบคลุมถึงด้านประสิทธิภาพและความปลอดภัย ตลอดจนการลดความเสี่ยงในการดื้อยา)

กระบวนการทำงานจึงต้องมีการประสานความร่วมมือทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และองค์กรชุมชน ทั้งในเรื่องของการควบคุมราคายาให้อยู่ในระดับที่เข้าถึงได้ ตลอดจนการพัฒนากระบวนการรักษาแบบ “ศูนย์บริการองค์รวม” ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ให้บริการสุขภาพแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ให้ทางเลือกการดูแลรักษาที่หลากหลายและต่อเนื่อง⁽³³⁾

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 3

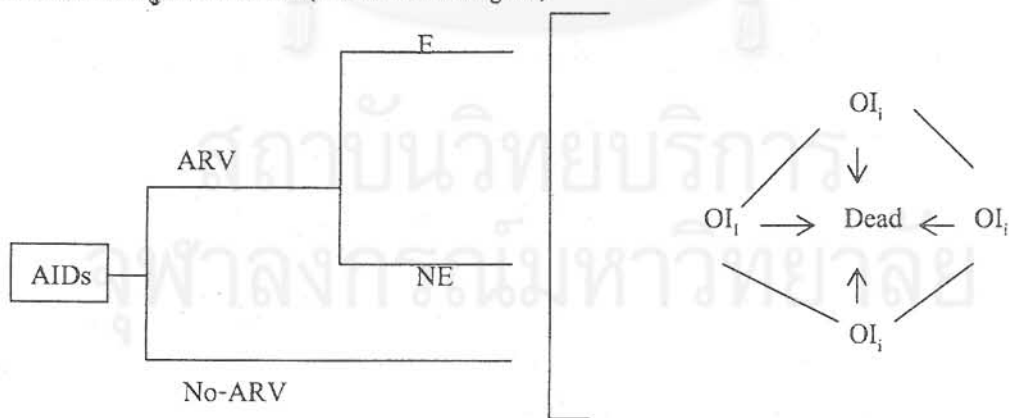
กรอบแนวคิดในการวิเคราะห์ต้นทุนและผลได้

การประเมินผลทางเศรษฐศาสตร์ของการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ เครื่องมือที่มักนิยมใช้ในการวิเคราะห์คือ Cost-effectiveness analysis โดยมุ่งวัดออกมาเป็นผลได้ทางคลินิกที่มีความชัดเจน ไม่ซับซ้อน เป็นรูปธรรมมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับการวัดผลได้ออกมาเป็นตัวเงิน ผลได้ทางคลินิกที่นิยมใช้กันมากคือ จำนวนปีที่มิชีวิตยืนยาวขึ้นจากการใช้ยา (life year saved) อัตราป่วยจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่ลดลง อัตราตายจากโรคที่ลดลง ส่วนการวิเคราะห์โดยใช้ Cost-benefit analysis ยังมีการศึกษาทางด้านนี้น้อยมาก เนื่องจากมีความซับซ้อนในการประเมินค่าผลได้เป็นตัวเงิน เช่น คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นทั้งของผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม (social benefit) จะวัดออกมาเป็นตัวเงินที่มีความเชื่อถือได้อย่างไร แต่อย่างไรก็ตาม ในการกำหนดนโยบาย Cost-benefit analysis จะเป็นที่ต้องการมากกว่า Cost-effectiveness analysis เพราะสามารถบอกได้ว่าเงินที่ลงทุนไปจะได้รับผลตอบแทนคุ้มค่าหรือไม่ หากมีส่วนของผลได้ต่อต้นทุนมากกว่า 1 ก็นำลงทุน ในขณะที่ถ้ารู้เพียงว่าต้นทุนต่อการมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้นอีก 1 ปีเป็นเท่าไรก็คงยากกว่าในการตัดสินใจเชิงนโยบาย

โรคเอดส์เป็นปัญหาของชาติที่เกี่ยวข้องทั้งมิติทางสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ การที่จะคิดคำนวณทั้งต้นทุนและผลได้ให้ครบถ้วนจึงเป็นเรื่องยาก ในการวิเคราะห์จึงต้องมีการกำหนดกรอบแนวคิดให้ชัดเจนว่าได้คิดคำนวณอะไรบ้างทั้งทางตรงและทางอ้อม เนื่องจากการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อตอบคำถามเชิงนโยบายว่าการลงทุนในการให้ยาต้านไวรัสเอดส์มีความคุ้มค่าหรือไม่ ในมุมมองของภาครัฐ การคิดคำนวณต้นทุนจึงคิดเฉพาะต้นทุนทางตรงของผู้จัดบริการ (provider cost) ซึ่งประกอบด้วย ค่ายาต้านไวรัสเอดส์ ค่าตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ ค่าตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ส่วนผลได้จะคิดเฉพาะผลได้ทางตรงที่มองเห็นได้ชัดคือรายได้ที่พึงได้รับจากการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย

สำหรับกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์ต้นทุนและผลได้ของการให้ยาต้านไวรัสเอดส์ มีทางเลือกต่างๆ ดังนี้

3.1 แบบจำลองแผนภูมิการตัดสินใจ (Decision tree diagram)



ARV = Antiretrovirus Drugs

E = Effective หมายถึงความสามารถในการกินยาได้อย่างต่อเนื่อง

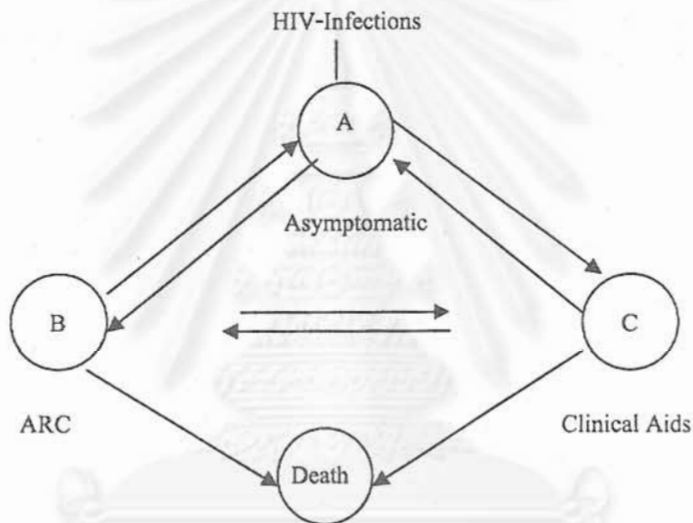
NE = Non-Effective หมายถึงการดื้อต่อยาหรือการแพ้ยาจนไม่สามารถกินยาต่อไปได้

OI₁ = Opportunistic Infections (โรคติดเชื้อฉวยโอกาสต่างๆ)

เนื่องจากการให้ยาด้านไวรัสมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งทางด้านประสิทธิภาพของยา การแพ้ยา ซึ่งเมื่อใช้ยาไประยะหนึ่งจะเกิดการดื้อยาต้องปรับเปลี่ยนสูตรยาใหม่ และวิทยาการในขณะนี้ก็พบว่ายาด้านไวรัสเอดส์ยังไม่สามารถรักษาโรคให้หายขาดได้ต้องใช้ยานี้อย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต เปรียบเสมือนกับการรักษาโรคไม่ติดต่อกหรือโรคเรื้อรังต่างๆ ที่ต้องรักษาตลอดชีวิต ด้วยเหตุนี้จึงทำให้การใช้แบบจำลอง Decision tree มีข้อจำกัดอย่างมากในการประมาณการณ์ในโรคเอดส์นี้ แบบจำลองนี้เหมาะสมกับโรคที่ไม่ซับซ้อน (การคำนวณเชิงสมการเส้นตรง) มีผลการรักษาที่ชัดเจนคือหายหรือไม่หายจากโรค

3.2 แบบจำลอง Markov Model

แบบจำลองนี้สามารถคำนวณเชิงซ้อนกับโรคที่มีความซับซ้อนหรือโรคเรื้อรังต่างๆ ได้ดีกว่า โดยการติดตามกลุ่มผู้ป่วยไปในแต่ละปีว่ามีผู้ป่วยที่มีอาการ ไม่มีอาการ ตาย เป็นจำนวนเท่าใด ซึ่งต้องอาศัยข้อมูลทางคลินิกที่ละเอียดเป็นอนุกรมเวลา (time series) ดังนี้



หมายเหตุ : การแบ่งประเภทของผู้ป่วยเอดส์ตามเกณฑ์มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุขมีดังนี้

Category A : Asymptomatic HIV. Infection

Category B : AIDS Related Complex (ARC)

Category C : Clinical AIDS Symptoms

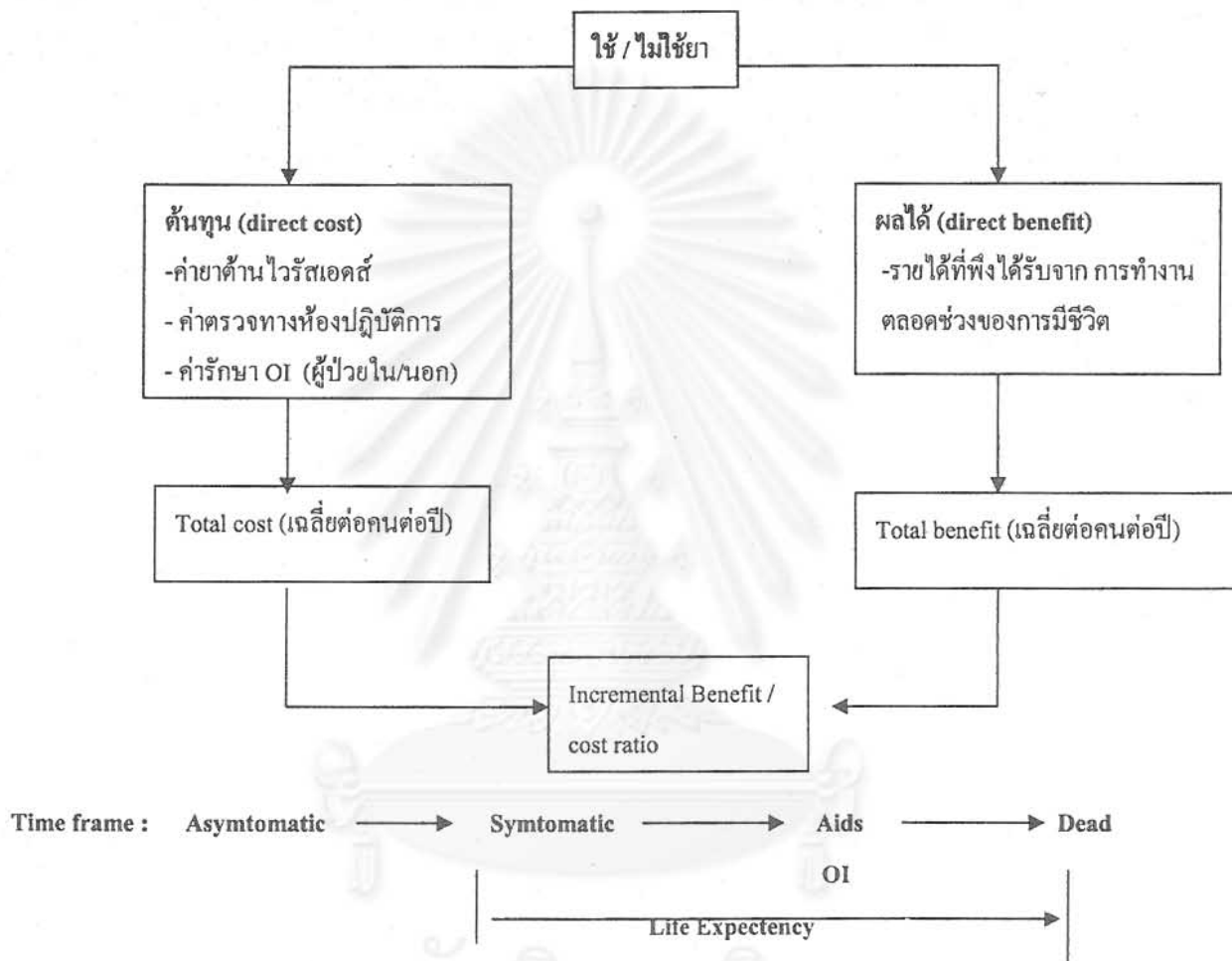
ในแบบจำลองนี้ จำเป็นต้องมีการกำหนดค่าทางคลินิกที่เกี่ยวข้องต่างๆ โดยต้องอาศัยข้อมูลที่ค่อนข้างละเอียด ดังตัวอย่างค่า Probability ต่างๆ ที่ต้องใช้ในการคำนวณ ดังนี้

	Asymptomatic	AIDS Related Complex	Clinical Aids	Death
Asymptomatic	$P_{11}(t)$	$P_{12}(t)$	$P_{13}(t)$	0
Aids Related Complex	$P_{21}(t)$	$P_{22}(t)$	$P_{23}(t)$	$P_{24}(t)$
Clinical Aids	$P_{31}(t)$	$P_{32}(t)$	$P_{33}(t)$	$P_{34}(t)$
Death	0	0	0	1

จะเห็นได้ว่าการคำนวณโดยใช้ Markov Model นี้ ต้องอาศัยข้อมูลทางคลินิกอย่างมาก ซึ่งเป็นปัญหาอย่างยิ่งต่อผู้วิจัย โดยเฉพาะในประเทศไทยที่ยังมีข้อจำกัดในระบบข้อมูลผลการรักษาและค่าใช้จ่าย

3.3 การคำนวณตามหัวข้อที่กำหนด (By Assumption)

การคำนวณ โดยวิธีนี้จะสะดวกกว่าและง่ายกว่าโดยอาศัยการกำหนดกรอบต้นทุนและผลได้ที่จะนำมาคิดคำนวณ ซึ่งเหมาะสมสำหรับการศึกษาวินิจฉัยในครั้งนี้ ดังนี้



หมายเหตุ : - Life Expectancy ของกลุ่มใช้/ไม่ใช้ยา กำหนดจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- ต้นทุนยังไม่นับรวม Social Cost คือ ต้นทุนของครัวเรือนและสังคมที่ต้องดูแลผู้ป่วย
- ผลได้ยังไม่นับรวม Social Benefit คือ การควบคุมโรคติดต่อ คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของครัวเรือนและสังคม

ต้นทุนประกอบด้วย

- ค่ายาต้านไวรัสเอดส์
- ค่ารักษาโรคติดเชื้อฉวย โอกาสในกรณีที่เป็นผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน
- ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ (CD4, viral load)

ผลได้ประกอบด้วย

- ผลได้ทางเศรษฐกิจ คือ รายได้ที่พึงได้รับจากการทำงานตลอดช่วงของการมีชีวิต ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยที่ใช้จ่ายด้านไวรัสเอดส์จะมีช่วงอายุที่ยืนยาวกว่าผู้ป่วยที่ไม่ใช้จ่ายด้านไวรัสเอดส์ แล้วคำนวณเป็นรายได้โดยอาศัยข้อมูลรายได้ต่อหัวเฉลี่ยต่อคนต่อปี

เมื่อเปรียบเทียบถึงข้อจำกัดและความเป็นไปได้ในการศึกษาของแบบจำลองต่างๆแล้ว จึงเลือกใช้การคำนวณต้นทุนและผลได้โดยตรงตามหัวข้อที่กำหนด (By Assumption) โดยจะทำการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective) จากข้อมูลเวชระเบียนของผู้ป่วยเอดส์ที่มารักษาในโรงพยาบาลบาราศนราดูรเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้จ่ายและไม่ใช้จ่ายด้านไวรัสเอดส์ ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจะต้องมีข้อมูลให้ศึกษาได้เป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปีนับถึงช่วงเวลาที่ศึกษา แล้ววิเคราะห์เปรียบเทียบเป็นค่าสัดส่วนผลได้ต่อต้นทุนส่วนเพิ่ม (incremental benefit/cost ratio)



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ต้นทุนการรักษาด้วยการใช้และไม่ใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ :

กรณีศึกษาโรงพยาบาลบาราคนราจ

4.1 ขอบเขตการศึกษา

เป็นการศึกษาค้นทุนของการรักษาผู้ป่วยเอดส์ที่มารักษาในโรงพยาบาลบาราคนราจด้วยการใช้และไม่ใช้ยาต้านไวรัสแบบ 3 ชนิด (Triple Therapy) โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยในช่วงระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงพฤศจิกายน 2545 กลุ่มประชากรเป้าหมายประกอบด้วย

1) กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ยาต้านไวรัสแบบ 3 ชนิด โดยมีข้อมูลและประวัติการรักษาพยาบาลที่ติดตามได้อย่างน้อย 1 ปีนับถึงวันที่สำรวจ (กค. - พย. 2545)

2) กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่เคยใช้ยาต้านไวรัส โดยมีข้อมูลและประวัติการรักษาพยาบาลที่ติดตามได้อย่างน้อย 1 ปี นับถึงวันที่สำรวจ (กค. - พย. 2545)

4.2 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ในการศึกษานี้จะทำการสุ่มตัวอย่างผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม เพื่อทำการศึกษาดังนี้

- 1) เลือกเฉพาะกลุ่มตัวอย่างในวัยแรงงาน คือ อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป
- 2) กลุ่มที่ไม่ใช้ยา ต้องไม่เคยใช้ยาต้านไวรัสมาก่อน
- 3) กลุ่มที่ใช้ยา ต้องใช้ยาต้านไวรัสแบบ 3 ชนิดเท่านั้น แต่อาจจะเคยใช้ยาต้านไวรัสมาก่อน 1 หรือ 2 ชนิดก็ได้
- 4) ทั้งกลุ่มใช้ยาและไม่ใช้ยา ต้องมีข้อมูลให้ศึกษาได้อย่างน้อย 1 ปีนับถึงวันที่สำรวจ (กค. - พย. 2545)
- 5) กลุ่มใช้ยาจะคัดเลือกจากเวชระเบียนผู้ป่วยเอดส์ที่มารักษาแบบผู้ป่วยนอกที่ใช้ยาต้านไวรัสในช่วงปีงบประมาณ 2542 (1 ตุลาคม 2542 - 31 กันยายน 2543) ทั้งนี้โดยอาศัยฐานข้อมูลจากกลุ่มงานสถิติของโรงพยาบาล ซึ่งคัดเลือกได้จำนวน 45 ตัวอย่าง และคัดเลือกเพิ่มเติมจากกลุ่มผู้ป่วยที่มารักษาแบบผู้ป่วยนอกที่ทำการศึกษาร่วมเรื่องคุณภาพชีวิตในช่วงระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงพฤศจิกายน 2545 จำนวน 67 ตัวอย่าง
- 6) กลุ่มไม่ใช้ยา เนื่องจากมีผู้ป่วยที่ไม่ใช้ยาเป็นจำนวนมากในแต่ละปี จึงคัดเลือกจากกลุ่มผู้ป่วยที่มารักษาแบบคนไข้ที่ทำการศึกษาร่วมเรื่องคุณภาพชีวิตในช่วงระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงพฤศจิกายน จำนวน 101 ตัวอย่าง
- 7) ต้นทุนการรักษาในกรณีที่เป็นผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน จะคิดเฉพาะโรคที่เกี่ยวข้องกับเอดส์เท่านั้น โดยอ้างอิงตามการจัดกลุ่มโรคของ CDC (ตามแบบรง.506/1) คือโรคติดเชื้อฉวยโอกาสในผู้ป่วยเอดส์ 25 กลุ่มโรค และอาการที่แสดง (symptomatic) ในกรณีที่ไม่เกี่ยวข้อง เช่น อุบัติเหตุ จะไม่นับที่กข้อมูล

4.3 เครื่องมือที่ใช้ศึกษา

ในการศึกษานี้ได้สร้างแบบบันทึกต้นทุนการรักษาโรค (ดูภาคผนวก 1) ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลที่สำคัญคือ

- ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ศึกษา
- แบบแผนของการรักษาโรคด้วยยาต้านไวรัสเอดส์
- ประวัติการรักษาแบบผู้ป่วยใน
- การรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่สำคัญ
- การตรวจทางห้องปฏิบัติการเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยโรค คือ CD4, CD8, viral load

4.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

ต้นทุนการรักษาด้วยการใช้และไม่ใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ จะคิดเฉพาะต้นทุนทางตรง (Direct Cost) ในมุมมองของผู้จัดบริการ (provider perspective) มีหลักเกณฑ์ในการคำนวณดังนี้

รายการต้นทุน	วิธีคำนวณ	หน่วยคำนวณ
(1) ต้นทุนค่ายาต้านไวรัส	คิดตามรายการยาที่สั่งจ่ายจริง มูลค่าตามบัญชีราคาขายของโรงพยาบาลบาราศนราดรุ เป็นราคา ณ ปี 2545	บาท / คน / ปี
(2) ต้นทุนค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการเฉพาะค่าตรวจติดตามวินิจฉัยโรค	คิดตามรายการที่เกิดขึ้นจริง มูลค่าตามราคาที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลบาราศนราดรุ เป็นราคา ณ ปี 2545	บาท / คน / ปี
(3) ต้นทุนค่ารักษาแบบผู้ป่วยใน	ติดตามโรคที่ได้รับการวินิจฉัย (Final Diagnosis) ในการมารักษาแต่ละครั้งพร้อมกับจำนวนวันเฉลี่ยที่นอนโรงพยาบาล (Length of Stay) แล้วคำนวณโดยใช้ข้อมูลค่าเฉลี่ยการรักษาโรคและวันเฉลี่ยที่นอนโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยในของผู้ป่วยเอดส์แยกตามโรคของโรงพยาบาลบาราศนราดรุในปัจจุบันประมาณ 2545	คิดเป็นมูลค่ารวมของผู้ป่วยแต่ละรายในช่วงระยะเวลาที่ศึกษา แล้วคำนวณเป็นมูลค่าเฉลี่ย บาท/คน/ปี
(4) ต้นทุนค่ารักษาแบบผู้ป่วยนอก	ติดตามปัญหาหรืออาการสำคัญที่มารักษาแบบผู้ป่วยนอกเป็นค่ายาและค่าตรวจวินิจฉัยต่างๆ แล้วคำนวณโดยใช้ราคาตามบัญชียาและค่าตรวจวินิจฉัยของโรงพยาบาลบาราศนราดรุเป็นราคา ณ ปี 2545	คิดเป็นมูลค่ารวมของผู้ป่วยแต่ละรายในช่วงระยะเวลาที่ศึกษา แล้วคำนวณเป็นมูลค่าเฉลี่ย บาท/คน/ปี

4.5 ผลการศึกษา

ในการศึกษานี้ได้สุ่มกลุ่มตัวอย่างผู้ใช้จ่ายและไม่ใช้จ่ายตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้ได้จำนวนรวม 112 ราย และ 101 รายตามลำดับ แต่จากการตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้งหนึ่งพบว่ามิข้อมูลที่ครบถ้วนสมบูรณ์ในการนำมาวิเคราะห์ผลตามที่ต้องการเพียง 93 ราย และ 91 รายตามลำดับ

4.5.1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษานี้จะมีความแตกต่างอย่างเห็นได้ชัดในประเด็นต่อไปนี้ (ตารางที่ 4.1)

- สถานภาพ :- กลุ่มผู้ใช้จ่ายส่วนใหญ่จะมีสถานภาพคู่ร้อยละ 59.1 ในขณะที่กลุ่มผู้ไม่ใช้จ่ายส่วนใหญ่จะมีสถานภาพโสดร้อยละ 47.3
- สิทธิการรักษาพยาบาล :- กลุ่มผู้ใช้จ่ายร้อยละ 48.3 สามารถเบิกสิทธิข้าราชการได้และจ่ายเองร้อยละ 47.3 ในขณะที่กลุ่มไม่ใช้จ่ายร้อยละ 85.8 ไม่มีสิทธิพิเศษต่างๆ ต้องจ่ายเอง
- อาชีพ :- กลุ่มผู้ใช้จ่ายมีอาชีพการรับจ้างร้อยละ 34.4 และรับราชการร้อยละ 33.3 ส่วนกลุ่มไม่ใช้จ่ายส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างร้อยละ 59.3

ตารางที่ 4.1 เปรียบเทียบข้อมูลประชากรตัวอย่างที่ศึกษา

ข้อมูลประชากร	ไม่ใช้จ่าย (N=91)	ใช้จ่าย (N= 93)
เพศ		
ชาย	57(62.6)	66(71.0)
หญิง	34(37.4)	27(29.0)
สถานภาพ		
โสด	43(47.3)	22(23.7)
สมรส	33(36.2)	55(59.1)
ม้าย	5(5.5)	4(4.3)
หย่าร้าง	5(5.5)	3(3.2)
ไม่ระบุ	5(5.5)	9(9.7)
สิทธิการรักษาพยาบาล		
จ่ายเอง	78(85.8)	44(47.3)
สิทธิข้าราชการ	3(3.3)	45(48.3)
ประกันสังคม	1(1.1)	0(0.0)
โครงการ 30 บาท	3(3.3)	2(2.2)
ประกันชีวิตเอกชน	1(1.1)	0(0.0)
อื่นๆ	5(5.4)	2(2.2)

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลประชากร	ไม่ใช้ยา (N=91)	ใช้ยา (N= 93)
อาชีพ		
ข้าราชการ	4(4.4)	31(33.3)
รัฐวิสาหกิจ	0(0.0)	4(4.3)
รับจ้าง	54(59.3)	32(34.4)
แม่บ้าน	5(5.5)	1(1.1)
ธุรกิจ	8(8.8)	18(19.3)
เกษตรกรกรรม	1(1.1)	1(1.1)
นักศึกษา	3(3.3)	0(0.0)
ว่างงาน	10(11.0)	1(1.1)
ไม่ระบุ	6(6.6)	5(5.4)
สถานภาพนับถึงวันสำรวจ		
ผู้ป่วยเอดส์	81(89.0)	66(71.0)
ผู้ติดเชื้อที่มีอาการ	9(9.9)	27(29.0)
ตาย	1(1.1)	0(0.0)
อายุเฉลี่ย (mean±SD)	34.9±7.7	43.2±10.3
น้ำหนักตัวเฉลี่ย(mean±SD)	52.3±10.0	58.1±9.3

หมายเหตุ : ตัวเลขในวงเล็บ () คือร้อยละ

4.5.2 แบบแผนการรักษาโรคด้วยยาต้านไวรัสเอดส์และต้นทุนค่ายา

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างที่ใช้ยาด้านไวรัสเอดส์ จำนวน 93 ราย เป็นผู้เริ่มต้นใช้เป็นครั้งแรกด้วยสูตรยาด้านไวรัสแบบ 3 ชนิด ร้อยละ 57 ส่วนที่เหลือจะเคยได้ใช้ยาด้านไวรัสมาก่อนแบบ 1 หรือ 2 ชนิด (ตารางที่ 4.2) โดยสรุปแล้วกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจะมีระยะเวลาในการใช้ยาด้านไวรัสแบบ 3 ชนิด เฉลี่ย 2.41 ปี นับถึงวันที่ศึกษา

ปัญหาของการใช้ยาด้านไวรัสคือ การดื้อยาและแพ้ยาทำให้ต้องเปลี่ยนสูตรยา ซึ่งจากการศึกษานี้พบว่า ในช่วงระยะเวลาเฉลี่ย 2.41 ปีของการใช้ยา ผู้ป่วยร้อยละ 30.1 สามารถใช้ยาในสูตรเดิมเริ่มแรกอย่างต่อเนื่องได้ ผู้ป่วยร้อยละ 35.5 และ 20.4 ต้องเปลี่ยนไปใช้สูตรยาใหม่เป็นสูตรที่ 2 และสูตรที่ 3 ตามลำดับ (ตารางที่ 4.3 และ 4.4) และเมื่อคิดคำนวณเป็นมูลค่าที่ใช้โดยคิดจากบัญชีราคายาต้านไวรัสเอดส์ของโรงพยาบาลบาราศนราทร (ภาคผนวก 2) ประมาณการเป็นค่าเฉลี่ยราคายาต่อคนต่อปีเป็นเงิน 81,577.82 บาท

เนื่องจากช่วงเวลาที่ศึกษานี้เป็นช่วงเริ่มต้นที่มีการใช้ยาด้านไวรัสเอดส์แบบ 3 ชนิด ในช่วงนั้นค่ายายังมีราคาแพงมากประกอบกับผู้ป่วยเอดส์ที่มารักษาในโรงพยาบาลบาราศนราทร ถ้าไม่ใช่ผู้ป่วยที่หนักมากก็จะเป็นผู้ป่วยที่มีเงินจ่ายค่ายาได้ จะเห็นได้ว่าจะมีการใช้ยาในกลุ่ม PI ก่อนข้างสูง ซึ่งเป็นกลุ่มยาที่มีราคาแพง มาตรฐานในการจ่ายยายังไม่ชัดเจน จึงทำให้ค่าเฉลี่ยราคายาต่อคนต่อปีของโรงพยาบาลค่อนข้างสูงมาก

ตารางที่ 4.2 ประวัติการใช้ยาของกลุ่มที่ไ้ยาต้านไวรัสเอดส์

ประวัติ	จำนวน	ร้อยละ	ระยะเวลาเฉลี่ยก่อนการไ้ยา 3 ตัว
1.1 เริ่มไ้ยา 1 ตัว และยา 2 ตัว มาก่อน	3	3.2	1.36 ปี
1.2 เริ่มไ้ยา 2 ตัว มาก่อน	37	39.8	1.38 ปี
1.3 เริ่มไ้ยา 3 ตัว จนถึงปัจจุบัน	53	57.0	-
รวม	93	100.0	

หมายเหตุ : ระยะเวลาเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างที่เริ่มไ้ยา 3 ตัวนับถึงวันที่สำรวจเป็น 2.41 ปี

ตารางที่ 4.3 การเปลี่ยนสูตรยาต้านไวรัสเอดส์ ในช่วงเวลาที่ศึกษา

จำนวนสูตรยาที่ไ้	จำนวน	ร้อยละ	ระยะเวลาเฉลี่ยในการเปลี่ยนสูตรยา (วัน)
ไ้ยาเพียงสูตรเดียว	28	30.1	-
ไ้ยาสูตรที่ 2	33	35.5	456
ไ้ยาสูตรที่ 3	19	20.4	280
ไ้ยาสูตรที่ 4	9	9.7	312
ไ้ยาสูตรที่ 5	4	4.3	171
รวม	93	100.0	-

หมายเหตุ : สูตรยาหมายถึงการไ้สูตรยา 3 ชนิด และระยะเวลาเฉลี่ยเป็นค่าเฉลี่ยรวมทั้งหมด

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.4 แบบแผนของสูตรยาด้านไวรัสที่สั่งจ่าย

แบบแผนของยาด้านไวรัสที่สั่งจ่าย	จำนวน	ร้อยละ
สูตรที่ใช้ครั้งที่ 1		
- 2 NRTI+1PI	44	47.3
- 2 NRTI+1NNRTI	43	46.2
- 3 NRTI	4	4.3
- 1 NRTI+2PI	1	1.1
- 2 NRTI+2PI	1	1.1
สูตรที่ใช้ครั้งที่ 2		
- 2 NRTI+1NNRTI	32	49.2
- 2 NRTI+1PI	23	35.4
- 3 NRTI	5	7.7
- 2 NRTI+2PI	4	6.2
- 1 NRTI+2PI	1	1.5
สูตรที่ใช้ครั้งที่ 3		
- 2 NRTI+1NNRTI	19	59.4
- 2 NRTI+1PI	7	21.9
- 2 NRTI+2PI	3	9.4
- 3 NRTI	2	6.2
- 1 NRTI+2PI	1	3.1
สูตรที่ใช้ครั้งที่ 4		
- 2 NRTI+1NNRTI	8	61.5
- 2 NRTI+1PI	2	15.4
- 2 NRTI+2PI	2	15.4
- 1 NRTI+1PI+1NNRTI	1	7.7
สูตรที่ใช้ครั้งที่ 5		
- 2 NRTI+1NNRTI	3	75.0
- 2 NRTI+1PI	1	25.0

4.5.3 การรักษาแบบผู้ป่วยใน

ผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่ใช่จะมีอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคแทรกซ้อนต่างๆ ที่ต้องรักษาตัวแบบผู้ป่วยในมากกว่าผู้ป่วยที่ใช้ยาโดยมีค่าเฉลี่ยความถี่ในการรักษาแบบผู้ป่วยในเฉลี่ยต่อปีเท่ากับ 0.87 และ 0.04 ตามลำดับ (ตารางที่ 4.5)

โรคแทรกซ้อนหรือ โรคติดเชื้อฉวยโอกาส (Opportunistic Infections) ของกลุ่มที่ไม่ใช่ยาส่วนใหญ่ในอันดับต้นๆ คือ Tuberculosis, Cryptococcosis Meningitis, PCP, MAC (ตารางที่ 4.6, 4.7)

จากสาเหตุที่ต้องเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในและระยะเวลาเฉลี่ยในการนอนโรงพยาบาลในแต่ละครั้ง นำมาประมาณการเป็นต้นทุนเฉลี่ยของการรักษาแบบผู้ป่วยในโดยอาศัยฐานข้อมูลจากงานสถิติของโรงพยาบาลที่ได้สรุปประมวลผลค่าเฉลี่ยวันนอนและค่ารักษาของผู้ป่วยเอดส์ประเภทผู้ป่วยในปีงบประมาณ 2545 (ภาคผนวก 3) โดยนำมาปรับฐานวันนอนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคิดคำนวณออกมาได้ดังนี้

	ค่าเฉลี่ย (บาท/คน/ปี)	ต่ำสุด	สูงสุด	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
กลุ่มไม่ใช่ยา	190.48	0.00	6,618.62	910.28
กลุ่มไม่ใช่ยา	7,680.41	0.00	36,370.52	7,862.55

ตารางที่ 4.5 ความถี่ในการรักษาแบบผู้ป่วยใน

	ค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งที่มาโรงพยาบาล (ครั้ง/คน/ปี)			
	ค่าเฉลี่ย	ต่ำสุด	สูงสุด	ค่าความเบี่ยงเบน
กลุ่มไม่ใช่ยา	0.04	0.00	1.33	0.18
กลุ่มไม่ใช่ยา	0.87	0.00	3.42	0.76

ตารางที่ 4.6 โรคที่เป็นสาเหตุในการรักษาแบบผู้ป่วยในของกลุ่มผู้เข้าด้านไวรัสเอดส์

โรค	ความถี่	ร้อยละ	ระยะเวลาเฉลี่ยในการนอนโรงพยาบาล
Hypertension & Anemia	2	2.3	6.0
Wasting Syndrome	1	1.1	5.0
Dyspnea & Hemiplegia	1	1.1	4.0
Jaundice	1	1.1	3.0
Headache	1	1.1	11.0
Condyloma Accuminata	1	1.1	5.0
Cryptococcal Meningitis	1	1.1	17.0
Shunt Obstruction	1	1.1	8.0
รวม	9	100.0	

หมายเหตุ : ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลรวมเฉลี่ย = 0.34 วัน/คน/ปี

ตารางที่ 4.7 โรคที่เป็นสาเหตุในการรักษาแบบผู้ป่วยในของกลุ่มผู้ไม่ใช้ยา

โรค	ความถี่	ร้อยละ	ระยะเวลาเฉลี่ยในการนอน โรงพยาบาล
Tuberculosis	44	27.3	10.5
Cryptococcal Meningitis	20	12.4	15.6
PCP	10	6.2	13.7
MAC	9	5.6	15.3
Tuberculosis + Cryptococcal Meningitis	8	5.0	9.2
URI	7	4.3	8.7
Septicemia	5	3.1	9.6
Fever Cause	5	3.1	10.6
UTI	4	2.5	6.0
Wasting Syndrome	4	2.5	11.6
Pyelonephritis	2	1.2	4.5
Fatigue	2	1.2	9.5
Pulmonary nocardiosis	2	1.2	12.0
Mycobacterium Infection	1	0.6	10.0
CMV Retinitis	1	0.6	10.0
Viral Infection	1	0.6	2.0
Candidiasis	1	0.6	2.0
Toxoplasmosis	1	0.6	7.0
Multiple Infection	1	0.6	8.0
Hemoptysis	1	0.6	2.0
Esophago-gastroduodenocopy	1	0.6	16.0
Hepatitis	1	0.6	9.0
Erythema Multiforme	1	0.6	9.0
Pancreatitis	1	0.6	19.0
Dementia	1	0.6	5.0
Chronic Diarrhea	1	0.6	4.0
Panicytopenia	1	0.6	9.0
Steven Johnson Syndrome	1	0.6	15.0
Pelvic Inflammatory Disease	1	0.6	4.0
Salmonellosis	1	0.6	18.0
Abdominal Pain	1	0.6	3.0
Chicken Pox	1	0.6	3.0

Sepsis+PCP	1	0.6	30.0
Cryptococcosis + PCP	1	0.6	15.0
Diarrhea+TB	1	0.6	29.0
UTI+Septicemia	1	0.6	38.0
CMV Retinitis + TB	1	0.6	11.0
Appendicitis+Bronchitis	1	0.6	8.0
TB+Hepatitis	1	0.6	52.0
TB+Candidiasis	1	0.6	4.0
Pelvic Inflammatory Disease+TB	1	0.6	15.0
HSV+CMV Retinitis	1	0.6	28.0
Abdominal Pain+TB	1	0.6	6.0
TB+Pansinusitis	1	0.6	16.0
TB+Crypto+HZV	1	0.6	5.0
Pyrexia+TB	1	0.6	3.0
PCP+OC+Ulcer	1	0.6	33.0
Diarrhea+OC	1	0.6	5.0
GI Bleeding+TB	1	0.6	15.0
UTI+TB	1	0.6	9.0
PCP+Diarrhea	1	0.6	11.0
รวม	161	100.0	5.0

หมายเหตุ : ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลรวมเฉลี่ย= 10.27 วัน/คน/ปี

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

4.5.4 การรักษาแบบผู้ป่วยนอก

เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยที่ไ้ยาต้องมารับยาอย่างต่อเนื่องในทุก 1-2 เดือน ในขณะที่กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช้ยาการมาโรงพยาบาลหมายถึงการมีภาวะเจ็บป่วยจริง แต่เมื่อคิดคำนวณเป็นความถี่จำนวนครั้ง/ปีในการมาโรงพยาบาลของกลุ่มที่ไ้ยาและไม่ใช้ยามีค่าเฉลี่ย 11.67 และ 12.16 ตามลำดับ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าถึงแม้กลุ่มไม่ใช้ยามีความถี่ในการมาใช้บริการมากกว่ากลุ่มที่ไ้ยา ทั้งนี้ก็คงเนื่องจากกลุ่มไม่ใช้ยามีความเสี่ยงต่อโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่ต้องมารับบริการจากโรงพยาบาลมากกว่า (ตารางที่ 4.8)

โรคที่เป็นสาเหตุในการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของกลุ่มที่ไ้ยาส่วนใหญ่คือ Candidiasis, Persistent Dermatitis และ URI (ตารางที่ 4.9)

โรคที่เป็นสาเหตุในการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของกลุ่มที่ไม่ไ้ยาส่วนใหญ่คือ URI, Candidiasis, Tuberculosis, Persistent Dermatitis, PPE (ตารางที่ 4.10)

จากสาเหตุในการมาโรงพยาบาลของผู้ป่วยนอกได้นำมาบันทึกการรักษาเป็นค่ายาและค่าตรวจวินิจฉัยต่างๆ นำมาประมาณการเป็นต้นทุนเฉลี่ยของการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของกลุ่มที่ไ้ยาและไม่ไ้ยาคำนวณมูลค่าโดยอาศัยข้อมูลราคาจากบัญชีราคาและค่าตรวจวินิจฉัยของโรงพยาบาล ณ ปี 2545 ได้ผลสรุปดังนี้

	ค่าเฉลี่ย (บาท/คน/ปี)	ต่ำสุด	สูงสุด	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
กลุ่มไ้ยา	508.66	0.00	3,835.99	811.29
กลุ่มไม่ไ้ยา	3,161.76	85.28	13,148.22	2,514.30

ตารางที่ 4.8 ความถี่ในการรักษาแบบผู้ป่วยนอก

	ค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งที่มาโรงพยาบาล (ครั้ง/คน/ปี)			
	ค่าเฉลี่ย	ต่ำสุด	สูงสุด	ค่าความเบี่ยงเบน
กลุ่มไ้ยา	11.67	4.91	14.62	1.24
กลุ่มไม่ไ้ยา	12.16	4.06	37.82	6.04

ตารางที่ 4.9 โรคที่เป็นสาเหตุในการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของกลุ่มผู้ใช้ยา

โรค	ความถี่	ร้อยละ
Candidiasis	26	22.8
Persistent Dermatitis	26	22.8
URI	14	12.3
PCP	9	7.9
DM	7	6.1
Chronic Cough	5	4.4
Headache	5	4.4
TB	4	3.5
PPE	4	3.5
Herpes Zoster	3	2.6
Cryptococcal Meningitis	2	1.8
Diarrhea	2	1.8
MAC	1	0.9
PCP	1	0.9
Aphthous Ulcer	1	0.9
Jaundice	1	0.9
Epilepsy	1	0.9
Peptic Ulcer	1	0.9
Peripheral Neuropathy	1	0.9
รวม	114	100.0

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.10 โรคที่เป็นสาเหตุในการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของกลุ่มผู้ไม่ใช้ยา

โรค	ความถี่	ร้อยละ
URI	75	16.3
Candidiasis	73	15.9
Tuberculosis	63	13.7
Persistent Dermatitis	56	12.2
PPE	34	7.4
Herpes simplex	27	5.9
Diarrhea	23	5.0
Cryptococcal Meningitis	16	3.5
Headache	13	2.8
Chronic Cough	11	2.4
PCP	10	2.2
CMV Retinitis	6	1.3
PCP	6	1.3
UTI	5	1.1
MAC	4	0.9
PID	4	0.9
Wasting Syndrome	4	0.9
Herpes Zoster	3	0.7
Otitis Media	3	0.7
Asthma	3	0.7
Urticaria vasculitis	3	0.7
Abdorminal Pain	3	0.7
Pyrexia	2	0.4
Toxoplasmosis	2	0.4
Cystitis	1	0.2
Gastro Enteritis	1	0.2
Aphous Ulcer	1	0.2
Peptic Ulcer	1	0.2
Anal fissure	1	0.2
Pancreatitis	1	0.2
Septicemia	1	0.2
Peripheral Neuropathy	1	0.2
Hepato-splenomegaly	1	0.2
Lymphadenopathy	1	0.2
Hyperthyroid	1	0.2
รวม	460	100.0

4.5.5 ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยโรคเอดส์

การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อติดตามวินิจฉัยโรคเอดส์ที่สำคัญคือ CD4, CD8 และ viral load เป็นดัชนีที่สำคัญในการติดตามประสิทธิภาพในการรักษา ซึ่งเป็นข้อกำหนดมาตรฐานในการให้ยาต้านไวรัสที่ต้องมีการตรวจผลอย่างน้อย CD4 ในทุก 3 เดือน จึงเป็นองค์ประกอบหนึ่งของต้นทุนในการรักษาที่สำคัญ

ในการศึกษานี้ได้บันทึกความถี่ในการส่งตรวจ (ตารางที่ 4.11) เพื่อคำนวณเป็นต้นทุนตามรายการที่ส่งตรวจตามมูลค่าราคาที่เรียกเก็บของโรงพยาบาล ณ ปี 2545 ดังนี้

	ค่าเฉลี่ย (บาท/คน/ปี)	ต่ำสุด	สูงสุด	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
กลุ่มไช้ยา	4,891.14	0.00	4,891.14	2,858.92
กลุ่มไม่ไช้ยา	272.65	0.00	272.65	512.45

ตารางที่ 4.11 ความถี่ในการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

	ความถี่ (ครั้ง/คน/ปี)			
	ค่าเฉลี่ย	ต่ำสุด	สูงสุด	ค่าความเบี่ยงเบน
กลุ่มไช้ยา				
CD4	1.48	0.00	3.91	0.72
CD8	1.03	0.00	3.15	0.72
Viral load	1.20	0.00	3.91	0.79
กลุ่มไม่ไช้ยา				
CD4	0.27	0.00	1.96	0.39
CD8	0.23	0.00	1.96	0.38
Viral load	.007	0.00	0.65	0.06

4.6 บทสรุป

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงต้นทุนเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยเอดส์ที่ไช้และไม่ไช้ยาด้านไวรัส โดยเลือกศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยย้อนหลัง ณ โรงพยาบาลบาราศนราคร ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้ป่วยเอดส์ที่ไช้ยาและไม่ไช้ยาด้านไวรัสเอดส์มีต้นทุนในการรักษารวมต่อปีต่อคนเท่ากับ 87,168 และ 11,115 บาทตามลำดับ ซึ่งยังคงมีต้นทุนที่แตกต่างกันมากเนื่องจากในช่วงเวลาที่ศึกษาราคายาต้านไวรัสเอดส์ยังมีราคาแพง ประกอบกับมาตรฐานในการไช้ยายังไม่ชัดเจนยังอยู่ในช่วงของการพัฒนา และผู้ป่วยเอดส์ที่ไช้ยาด้านไวรัสของโรงพยาบาลบาราศนราครในช่วงที่ศึกษานี้ มักจะเป็นผู้ป่วยที่สามารถจ่ายเงินได้หรือเป็นผู้ป่วยที่ค่อนข้างมีอากาหนักหรือส่งต่อมาจากที่อื่นๆ จึงมีการไช้ยาในกลุ่ม PI ที่มีราคาสูงค่อนข้างมาก แต่อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาสามารถบอก

ได้ว่าการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ สามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เกิดจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาสได้ ทำให้สามารถประหยัดงบประมาณในการรักษาโรคเท่ากับ 9,143.04 บาท/คน/ปี

จากผลการศึกษา (ตารางที่ 4.12) จะเห็นได้ว่า กลุ่มผู้ป่วยเอดส์ที่ใช้ยาจะมีต้นทุนค่ายาต้านไวรัส ค่าตรวจวินิจฉัยติดตามโรคติดเชื้อเป็นร้อยละ 93.6 และ 5.6 ของต้นทุนทั้งหมด ในขณะที่กลุ่มผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่ใช้ยาจะมีต้นทุนค่ารักษาแบบผู้ป่วยในและนอกคิดเป็นร้อยละ 69.1 และ 28.4 ของต้นทุนทั้งหมด

ต้นทุนส่วนเพิ่มของการใช้ยาต้านไวรัสเมื่อเปรียบเทียบกับกรณีไม่ใช้ยามีค่าเท่ากับ 76,053 บาท/คน/ปี ในขณะที่ค่าแรงขั้นต่ำต่อคนต่อปีประมาณ 60,000 บาท/คน/ปี ซึ่งกลุ่มประชาชนผู้ใช้แรงงานไม่สามารถเข้าถึงได้ แต่หากค่ายาต้านไวรัสเอดส์สามารถลดลงได้ก็จะมีคุณค่าทางเศรษฐศาสตร์มากขึ้น

การวิเคราะห์ต้นทุนนี้คำนวณบนพื้นฐานของการรักษาจริงของโรงพยาบาลบาราศนราดรุร ซึ่งถือได้ว่าเป็นที่ยอมรับได้ (Base Case Scenario) มีความเสรีในการเลือกใช้ยาเนื่องจากเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่สามารถจ่ายได้และมีสวัสดิการราชการเบิกได้ จึงสามารถใช้อ้างอิงเป็นต้นทุนการให้ยาต้านไวรัสเอดส์ในช่วงเวลาที่ศึกษาได้ดี

ตารางที่ 4.12 สรุปต้นทุนผู้ป่วยเอดส์

	ต้นทุน (บาท/คน/ปี)			
	ค่าเฉลี่ย	ต่ำสุด	สูงสุด	ค่าความเบี่ยงเบน
ค่ายา				
- กลุ่มใช้ยา	81,577.82	24,888.93	318,427.42	46,583.04
- กลุ่มไม่ใช้ยา	0.00	0.00	0.00	0.00
ค่ารักษาแบบผู้ป่วยใน				
- กลุ่มใช้ยา	190.48	0.00	6,618.62	910.28
- กลุ่มไม่ใช้ยา	7,680.41	0.00	36,370.52	7,862.55
ค่ารักษาแบบผู้ป่วยนอก				
- กลุ่มใช้ยา	508.66	0.00	3,835.99	811.29
- กลุ่มไม่ใช้ยา	3,161.76	85.28	13,148.22	2,514.30
ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ				
- กลุ่มใช้ยา	4,891.14	0.00	4,891.14	2,858.92
- กลุ่มไม่ใช้ยา	272.65	0.00	272.65	512.45
ต้นทุนรวม				
- กลุ่มใช้ยา	87,168.08	27,728.72	323,475.78	46,382.40
- กลุ่มไม่ใช้ยา	11,114.81	195.24	43,466.76	8,822.00

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

คุณภาพชีวิตการรักษาด้วยการใช้และไม่ใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ :

กรณีศึกษาโรงพยาบาลบาราศนราจตุร

5.1 ขอบเขตการศึกษา

เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลบาราศนราจตุรที่ให้การรักษาด้วยการใช้และไม่ใช้ยาต้านไวรัสแบบ 3 ชนิด เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามจากผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ในช่วงระหว่างเดือนกันยายนถึงพฤศจิกายน 2545 โดยกลุ่มประชากรเป้าหมายประกอบด้วย

- 1) กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ยาต้านไวรัสแบบ 3 ชนิด มาแล้วเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปี นับถึงวันที่สอบถาม (กย.-พย.2545)
- 2) กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่เคยใช้ยาต้านไวรัสชนิดใดๆ มาก่อนเลยเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปี นับถึงวันที่สอบถาม (กย.-พย.2545)

5.2 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ได้ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามสะดวก (Convenient Sampling) จากผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ามารับบริการแบบผู้ป่วยนอกในช่วงระหว่างเดือนกันยายนถึงพฤศจิกายน 2545 โดยพิจารณาคัดเลือกจากเวชระเบียนก่อนการสอบถามตามเงื่อนไขที่กำหนด (inclusion criteria) ดังนี้

- 1) เลือกเฉพาะกลุ่มตัวอย่างในวัยแรงงานคือ อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป
- 2) กลุ่มที่ไม่ใช่ยา ต้องไม่เคยใช้ยาต้านไวรัสมาก่อน
- 3) กลุ่มที่ใช้ยา ต้องใช้ยาต้านไวรัสแบบ 3 ชนิดเท่านั้นอาจจะเคยใช้ยาต้านไวรัสมาก่อน 1 หรือ 2 ตัวก็ได้
- 4) ทั้งกลุ่มใช้ยาและไม่ใช้ยาต้องมีระยะเวลาในการรักษาอย่างน้อย 1 ปี นับถึงวันที่สำรวจ (กย.-พย.2545)

ในการศึกษาได้ตั้งเป้าหมายจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ยาและไม่ใช้ยาอย่างละ 100 ตัวอย่าง แต่ผลการดำเนินงานจริง หลังจากตรวจสอบความถูกต้องแล้ว เหลือกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ยาจำนวน 83 ราย และกลุ่มที่ไม่ใช้ยาจำนวน 59 ราย

5.3 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ในการศึกษานี้ได้สร้างแบบสอบถามคุณภาพชีวิต (ดูภาคผนวก 4) ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลที่สำคัญคือ

- ข้อมูลประชากรและความสามารถในการทำงาน
- ข้อมูลคุณภาพชีวิต

ในส่วนขอแบบสอบถามข้อมูลคุณภาพชีวิตจะประยุกต์ใช้แบบสอบถามจากการศึกษาของ สมจิต ปทุมานนท์ และคณะ (2545)⁽³⁴⁾ โดยสอบถามคุณภาพชีวิตใน 4 ด้านคือ ความพึงพอใจในชีวิต มุมมองที่มีต่อตนเอง สุขภาพและการทำงานของร่างกาย สังคมและเศรษฐกิจ ผู้ป่วยจะเป็นผู้ให้คะแนนด้วยตนเองตามลำดับคะแนนคือ มากที่สุด มากปานกลาง น้อย ไม่มีเลย

5.4 ผลการศึกษา

ในการศึกษานี้ได้จัดบันทึกหมายเลขทะเบียน (HN) เพื่อนำไปศึกษาด้านต้นทุนในบางส่วนด้วย จึงทำให้มีโอกาสในการตรวจสอบความถูกต้องอย่างละเอียดอีกครั้งหนึ่ง ทำให้เหลือกลุ่มตัวอย่างที่ใช่ยา จำนวน 83 ราย และไม่ใช่ยา จำนวน 59 ราย โดยปัญหาที่ต้องพิจารณาคัดกลุ่มตัวอย่างออกส่วนใหญ่คือใช่ยาด้านไวรัสเพียง 2 ตัว ยังมีระยะเวลาในการรักษาไม่ครบปี ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้

5.4.1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

จากตารางที่ 5.1 สรุปลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่สอบถาม ได้ดังนี้

กลุ่มผู้ใช่ยา :- ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 65.1) มีอายุในช่วง 31-50 ปี (ร้อยละ 77.0) มีสถานภาพคู่ (ร้อยละ 57.7) การศึกษาอยู่ในระดับประกาศนียบัตรและปริญญาตรี (ร้อยละ 52.4) อาชีพราชการ/รัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 34.9)

กลุ่มไม่ใช่ยา :- ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 59.3) มีอายุในช่วง 19-40 ปี (ร้อยละ 79.7) มีสถานภาพโสดและคู่ (ร้อยละ 39.0 และ 35.6) การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 50.8) อาชีพลูกจ้าง (ร้อยละ 39.7)

เนื่องจากการใช่ยาด้านไวรัสมีราคาแพงจึงต้องมีผู้สนับสนุนทางการเงิน ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่ใช่ยาส่วนใหญ่ จะได้รับการสนับสนุนโดยสิทธิข้าราชการ (ร้อยละ 42.9) และจ่ายด้วยตนเอง (ร้อยละ 42.9) ได้รับการสนับสนุนจากญาติพี่น้องเพียงร้อยละ 11.6 (ตารางที่ 5.2)

5.4.2 ประสิทธิภาพในการทำงาน

ผู้ป่วยเอดส์จะมีภูมิคุ้มกันที่บกพร่องทำให้มักเกิดโรคแทรกซ้อนอยู่ตลอดเวลาอันส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในการทำงาน ในการศึกษานี้ได้สอบถามถึงจำนวนวันที่เจ็บป่วยจากโรคจนต้องหยุดพักงานต่อปี และให้ผู้ป่วยให้คะแนนประสิทธิภาพในช่วงปกติที่สามารถทำคนได้ว่าอยู่ในระดับใดระหว่าง 0 ถึง 100 ได้ผลการศึกษา ดังนี้ (ตารางที่ 5.3)

	ใช่ยา	ไม่ใช่ยา
จำนวนวันหยุดเฉลี่ยต่อปี	40.8	56.7
ระดับประสิทธิภาพเฉลี่ยในการทำงานปกติ	75.8	62.7

จากการศึกษาจะเห็นว่ากลุ่มผู้ใช่ยาจะมีระดับประสิทธิภาพของการทำงานที่สูงกว่ากลุ่มไม่ใช่ยาอย่างเห็นได้ชัด

ตารางที่ 5.1 ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่สอบถาม (ร้อยละ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	ใช่ (N=83)	ไม่ใช่ (N=59)
เพศ		
ชาย	65.1	59.3
หญิง	34.9	40.7
อายุ		
19 – 30	9.6	40.7
31 – 40	39.8	39.0
41 – 50	36.1	18.6
51 – 60	8.4	-
> 60	6.0	1.7
สถานภาพ		
โสด	20.5	39.0
คู่ แยกกันอยู่	57.7	35.6
มีคู่ มีคู่	5.1	6.8
หย่าร้าง	15.4	13.6
หย่าร้าง	1.3	5.1
การศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	-	1.7
ประถมศึกษา	19.5	50.8
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	19.5	28.8
ประกาศนียบัตร	24.4	13.6
ปริญญาตรี	28.0	3.4
สูงกว่าปริญญาตรี	8.5	1.7
อาชีพ		
เกษตรกร	1.2	-
ลูกจ้าง	22.9	39.7
ข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ	34.9	5.2
ธุรกิจส่วนตัว	24.1	13.8
ทำงานบ้าน	9.6	19.0
อาชีพอิสระ	2.4	3.4
ว่างงาน	4.8	19.0
สิทธิการรักษา		
จ่ายเอง	51.8	61.0
ข้าราชการ	44.6	6.8
ประกันสังคม	1.2	10.2
โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค	2.4	8.5
ผู้มีรายได้น้อย	-	8.5
ประกันสุขภาพเอกชน	-	-
บ้านพักฉุกเฉิน	-	5.1
รายได้		
ไม่มี	10.8	39.0
1 – 5,000	16.9	30.5
5,001 – 10,000	25.3	15.3
10,001 – 15,000	16.9	6.8
15,001 – 20,000	13.3	1.7
20,001 – 30,000	6.0	3.4
> 30,000	10.8	3.4
การเจ็บป่วยจนต้องหยุดพักผอน		
เคย	3.26	54.2
ไม่เคย	67.5	45.8

ตารางที่ 5.2 ผู้สนับสนุนการรักษาด้วยการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์

ผู้สนับสนุนค่ายา	จำนวน	ร้อยละ
ได้รับการสนับสนุนจากสิทธิข้าราชการ	33	42.9
จ่ายเอง	33	42.9
ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว หรือญาติ พี่น้อง	9	11.6
ได้รับการสนับสนุนจากโครงการหรืองานวิจัย	1	1.3
อื่นๆ	1	1.3
รวม	77	100.0

ตารางที่ 5.3 ประสิทธิภาพในการทำงานของผู้ป่วยเอดส์

ประสิทธิภาพในการทำงาน	ใช้ยา	ไม่ใช้ยา
จำนวนวันที่หยุดต่อปี		
จำนวน (คน)	26	29
ค่าเฉลี่ย (วัน / ปี)	40.8	56.7
ค่าต่ำสุด (วัน / ปี)	2.0	2.0
ค่าสูงสุด (วัน / ปี)	360.0	336.0
ระดับประสิทธิภาพในการทำงาน		
จำนวน (คน)	83	58
ค่าเฉลี่ย (ร้อยละ)	75.8	62.7
ค่าต่ำสุด (ร้อยละ)	10.0	10.0
ค่าสูงสุด (ร้อยละ)	100.0	100.0

5.4.3 ระดับคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตในการศึกษานี้ หมายถึงภาพรวมของความเป็นอยู่ที่ดีในสภาพที่มีการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้านคือ ด้านความพึงพอใจในชีวิต ด้านมุมมองที่มีต่อตนเอง ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย และด้านสังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งวัดจากแบบวัดด้วยข้อคำถามรวม 37 ข้อที่มีคะแนนเป็นมาตรฐาน 5 ระดับคือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย ไม่มีเลย โดยกำหนดระดับคะแนนเป็น 4, 3, 2, 1, 0 ตามลำดับ รวมเป็นคะแนนเต็ม 148 คะแนน

จากการรวบรวมการให้คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยใน 4 ด้าน สรุปเป็นค่าคะแนนเฉลี่ยได้ดังตารางที่ 5.4 ซึ่งพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ยามีระดับคะแนนคุณภาพชีวิตที่สูงกว่ากลุ่มไม่ใช้ยาในทุกๆ ด้านอย่างเห็นได้ชัด

ตารางที่ 5.4 เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้และไม่ใช้ยาด้านไวรัสเอดส์

หมวดคะแนน	ใช้ยา (n = 83)	ไม่ใช้ยา (n = 59)
ด้านความพึงพอใจในชีวิต (36 คะแนน)	24.7	20.6
ด้านมุมมองที่มีต่อตนเอง (36 คะแนน)	23.3	21.8
ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย (40 คะแนน)	28.4	24.2
ด้านสังคมและเศรษฐกิจ (36 คะแนน)	24.1	20.5
รวม (148 คะแนน)	100.2	87.8

5.5 บทสรุป

จากการศึกษานี้ จะช่วยตอบคำถามได้ว่าการใช้ยาด้านไวรัสเอดส์ มีผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วยเอดส์ ทั้งทางด้านการศึกษา ประสิทธิภาพการทำงาน และการดำรงชีวิตในสังคม ผลที่ได้จากการศึกษานี้เป็นเพียงการสอบถามกลุ่มผู้ป่วยเอดส์ที่ยังสามารถเดินมารับบริการผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบาราคนราดูร์ได้ กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช้ยาในการศึกษานี้จึงเป็นกลุ่มที่เจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย ไม่ใช่กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องนอนในโรงพยาบาล ในขณะที่กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ยาก็เป็นเพียงการสอบถามจากกลุ่มผู้ป่วยที่มารับยาอย่างต่อเนื่องเท่านั้น ซึ่งอาจอยู่ในภาวะของการเจ็บป่วยหรือไม่ก็ได้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 6

ต้นทุนผลได้ของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์

การศึกษาในเรื่องต้นทุนและผลได้ของการรักษาโรคเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสนั้น โดยส่วนใหญ่จะมุ่งศึกษาผลได้ทางคลินิกเป็นสำคัญ เช่น การลดอัตราการป่วยจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาส การลดอัตราการตาย จำนวนปีที่มียาวขึ้นยาวขึ้น (Year of Life Gained) ส่วนการศึกษาผลได้ที่คำนวณออกมาเป็นตัวเงินยังไม่ค่อยมีการศึกษาเนื่องจากเป็นเรื่องที่ถกเถียงกันมากถึงผลได้ที่เป็นตัวเงินว่าจะคิดคำนวณอย่างไรจึงจะเหมาะสมและเป็นที่ยอมรับ โดยเฉพาะการมีอายุที่ยืนยาวของประชากรกลุ่มต่างๆ ก็มีความหมายที่คำนวณเป็นตัวเงินได้แตกต่างกัน นอกจากนี้ยังมีผลได้เชิงสังคม (Social Benefit) เช่น ภาระการดูแลผู้ป่วยของครัวเรือน ความสุขสงบของชุมชนและสังคม การควบคุมโรคติดต่อ ซึ่งเป็นหัวข้อที่จะนำมาคำนวณเป็นตัวเงินได้ยาก

เนื่องจากการศึกษานี้มุ่งสนใจในการตัดสินใจเชิงนโยบายที่ต้องมีตัวชี้วัดในการตัดสินใจ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องทำการศึกษาผลได้ออกมาเป็นตัวเงิน เพื่อหาสัดส่วนผลได้/ต้นทุน ซึ่งเป็นดัชนีชี้วัดที่สำคัญในการตัดสินใจการลงทุน ด้วยเหตุนี้จึงได้กำหนดกรอบในการคำนวณต้นทุนและผลได้ที่คิดเฉพาะต้นทุนและผลได้ทางตรงที่มองเห็นได้ชัดในมุมมองของผู้ให้บริการ (Provider) หรือรัฐบาลผู้กำหนดนโยบายเท่านั้น ดังนี้

ต้นทุน (Direct cost) ประกอบด้วย

- ต้นทุนค่ายาต้านไวรัสเอดส์
- ค่ารักษาโรคฉวยโอกาสทั้งกรณีผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก
- ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการติดตามวินิจฉัยโรค

ผลได้ (Direct Benefit) ประกอบด้วย

- รายได้ (Income) ที่พึงได้รับจากการมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น

การศึกษานี้จะประมาณการออกมาเป็นอัตราส่วนผลได้/ต้นทุนที่เพิ่มขึ้นจากการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเทียบกับการไม่ใช้ยาต้านไวรัส โดยกำหนดทางเลือกในการคำนวณคือ

- | | |
|---------------|--|
| ทางเลือกที่ 1 | คำนวณบนพื้นฐานข้อมูลค่ายาต้านไวรัสเอดส์ของโรงพยาบาลบราคนราดูร |
| ทางเลือกที่ 2 | คำนวณบนพื้นฐานจากค่ายาต้านไวรัสเอดส์ขององค์การเภสัชกรรม (GPO-vir) |
| ทางเลือกที่ 3 | คำนวณบนพื้นฐานของค่ายาต้านไวรัสเอดส์เฉลี่ยตามสูตรต่างๆของโครงการ ATC |

ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้

6.1 ด้านต้นทุน

จากการศึกษาต้นทุนการรักษาโรคเอดส์ที่ใช้และไม่ใช้ยาต้านไวรัส โดยใช้ฐานราคาปี 2545 สรุปได้ดังนี้

	ใช้ยา (%)	ไม่ใช้ยา (%)
ค่ายาต้านไวรัสเอดส์เฉลี่ยต่อคนต่อปี	81,557.81 (93.6)	0.00 (0.0)
ค่ารักษาพยาบาลแบบคนไข้ในเฉลี่ยต่อคนต่อปี	190.48 (0.2)	7,680.41 (69.1)
ค่ารักษาพยาบาลแบบคนไข้นอกเฉลี่ยต่อคนต่อปี	508.66 (0.6)	3,161.76 (28.4)
ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการเฉลี่ยต่อคนต่อปี	4,891.14 (5.6)	272.65 (2.5)
รวมเฉลี่ยต่อคนต่อปี	87,168.08 (100.0)	11,114.81 (100.0)

กลุ่มผู้ไข้ต้านไวรัสจะมีค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่ร้อยละ 93.6 เป็นค่ายา ในขณะที่กลุ่มไม่ใช้ยาจะมีค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่เป็นค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกรวมเป็นร้อยละ 97.5 ดังนั้น ต้นทุนค่ายาต้านไวรัสจึงเป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญมาก ในการศึกษาที่ใช้ต้นทุนค่ายาเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลบาราคนราดูร ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจะเป็นผู้ที่อยู่ในช่วงต้นๆของการเริ่มใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ ซึ่งในช่วงนั้นยายังมีราคาแพงมาก ต้นทุนค่ายาจึงไม่สามารถทดแทนผลได้จากการใช้ยาในเรื่องของค่ารักษาพยาบาลที่ประหยัดได้ (10,143.04 บาท/คน/ปี) แต่หากแนวโน้มในอนาคตที่ต้นทุนค่ายาลดลงจะเป็นปัจจัยที่คุ้มค่าในการลงทุนมากขึ้น

6.2 ด้านผลได้

ในการคำนวณนี้จะใช้รายได้ประชาชาติเฉลี่ยต่อปีเป็นฐานในการคำนวณเนื่องจากเป็นรายได้เฉลี่ยของประชากรทุกฐานะ ได้ศึกษาการใช้ค่าแรงขั้นต่ำ ซึ่งสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้ประมาณการรายได้ประชาชาติต่อหัวในปี 2545 ไว้เท่ากับ 85,707.20 บาท/ปี⁽³⁵⁾

เนื่องจากผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ใช้ยาจะมีคุณภาพชีวิตในการทำงานที่แตกต่างกันในการคำนวณรายได้ จึงต้องมีการปรับค่าประสิทธิภาพในการทำงานและการหยุดงานจากภาวะความเจ็บป่วยและการพักผ่อน ดังนี้

	ใช้ยา	ไม่ใช้ยา
ประสิทธิภาพการทำงาน (%)	75.80%	62.70%
จำนวนวันพบแพทย์ต่อปี	41	57
จำนวนวันหยุดงานพักผ่อนต่อปี	29	43

ผลได้จากการทำงาน = รายได้เฉลี่ยต่อปี X ประสิทธิภาพการทำงาน X วันทำงานจริง

$$\begin{aligned} \text{ผลได้จากการทำงานของกลุ่มผู้ไข้ยา} &= 85707.20 \times 0.758 \times (365-41-29) / 365 \\ &= 52506.81 \text{ บาท/คน/ปี} \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{ผลได้จากการทำงานของกลุ่มผู้ไม่ไข้ยา} &= 85707.20 \times 0.627 \times (365-57-43) / 365 \\ &= 39015.56 \text{ บาท/คน/ปี} \end{aligned}$$

6.3 การคำนวณอัตราส่วนผลประโยชน์ส่วนเพิ่ม

อัตราส่วนผลประโยชน์ส่วนเพิ่ม (incremental benefit/cost ratio) จะแสดงให้เห็นผลได้ที่เกิดขึ้นจากการลงทุนที่เพิ่มเติมจากสถานการณ์การรักษาแบบเดิมคือ ไม่ใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ เพื่อดูว่าเงินลงทุนที่เพิ่มขึ้นจากการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์จะได้รับผลได้กลับคืนมาคุ้มค่าหรือไม่ ถ้ามีค่ามากกว่า 1 ก็หมายถึงเงินลงทุนที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้ได้ผลลัพธ์ที่มากขึ้นกว่า 1 หน่วย

ข้อกำหนดในการวิเคราะห์ (Assumptions)

1) ในการศึกษาที่กำหนดให้การรักษาแบบเดิมที่ไม่ใช้ยาต้านไวรัสเอดส์เป็นสถานการณ์การรักษาพื้นฐานที่ใช้เป็นตัวเปรียบเทียบกับการรักษาแบบใหม่ที่ใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ในทางเลือกต่างๆ โดยใช้ข้อมูลจากการศึกษากลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลบาราसनราดูร

2) กำหนดช่วงเวลาของการมีชีวิต (life expectancy) โดยจากรายงานการศึกษาต่างๆ ที่กำหนดให้ผู้คิดเชื่อที่มีอาการที่ไม่ใช้ยาต้านไวรัสเอดส์จะเสียชีวิตภายในระยะเวลาเฉลี่ย 3 ปี ส่วนผู้คิดเชื่อที่มีอาการที่ใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ยังไม่มีรายงานการศึกษาที่ชัดเจนมีแต่ค่าประมาณการว่าอยู่ในช่วง 2-20 ปี ในศึกษานี้จึงได้กำหนดค่าความอ่อนไหวในการคำนวณช่วงชีวิตที่ยืนยาวกว่าของผู้คิดเชื่อที่มีอาการที่ใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ออกเป็น 3 ระดับคือ 5 ปี, 10 ปี และ 20 ปี

3) ค่ารักษาพยาบาลในกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในกำหนดให้เท่ากันในทุกทางเลือกโดยใช้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในโรงพยาบาลบาราसनราดูร

4) ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการในการติดตามวินิจฉัยในทางเลือกที่ 2 และ 3 กำหนดตามมาตรฐานขั้นต่ำสุดของกองโรคเอดส์คือ ตรวจ CD4 ทุก 6 เดือน (2 ครั้ง/ปี) คิดค่าตรวจ 500 บาท/ครั้ง (ราคาของโรงพยาบาลบาราसनราดูร ปี 2545)

5) ผลได้กำหนดให้คิดเฉพาะผลได้ทางตรงที่เป็นรายได้จากการทำงานในช่วงเวลาที่มีชีวิตอยู่โดยปรับค่าประสิทธิภาพในการทำงานและการหยุดงานแล้ว คิดเป็นรายได้ต่อปีของกลุ่มผู้ใช้ยาและกลุ่มผู้ไม่ใช้ยาเท่ากับ 52,506.81 และ 39,015.56 บาท ตามลำดับ (ราคา ณ ปี 2545)

6) ต้นทุนค่ายาในทางเลือกที่ 1 เป็นค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในโรงพยาบาลบาราसनราดูรในทางเลือกที่ 2 กำหนดให้ใช้ค่ายาต้านไวรัสต่ำสุดที่เป็นไปได้ โดยใช้ราคายา GPO-vir ขององค์การเภสัชกรรม ในทางเลือกที่ 3 กำหนดให้ใช้ค่ายาต้านไวรัสเฉลี่ยตามสูตรที่กำหนดไว้ของโครงการพัฒนาระบบบริการและติดตามผู้คิดเชื่อเอชไอวี (ATC) โดยใช้ราคาต้านไวรัสเอดส์ ณ ปี 2545 ของโรงพยาบาลบาราसनราดูร (ดูภาคผนวก 2)

ผลการคำนวณสรุปได้ดังนี้ (ตารางที่ 6.1)

ทางเลือกที่ 1 กรณีใช้ค่ายาต้านไวรัสเอดส์ของโรงพยาบาลบาราसनราดูร

อาจกล่าวได้ว่าในกรณีนี้มีต้นทุนค่ายาที่สูงมากเนื่องจากเป็นข้อมูลที่ศึกษาซ้อนหลังในช่วงของการเริ่มต้นใช้ยาต้านไวรัส ซึ่งยาในขณะนั้นมีราคาแพงมากโดยมีค่าเฉลี่ยค่ายา 81,577.81 บาท/คน/ปี เมื่อเปรียบเทียบกับต้นทุนส่วนเพิ่มและผลได้ส่วนเพิ่มจากกรณีไม่ใช้ยาแล้วมีค่าอัตราส่วนผลประโยชน์ส่วนเพิ่มในกรณีกำหนดค่าช่วงเวลาของการมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น 5 ปี, 10 ปี, และ 20 ปี คิดเป็น 0.36, 0.49 และ 0.55 ตามลำดับ ซึ่งหมายถึงการลงทุนที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะได้รับผลตอบแทนเพิ่มขึ้นเพียง 0.36-0.55 หน่วยเท่านั้น ในกรณีนี้หากพิจารณาเชิงเศรษฐศาสตร์ก็อาจกล่าวได้ว่าไม่คุ้มค่าในการลงทุน โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้ากลุ่มเสี่ยงเป็นกลุ่มประชากรผู้มีรายได้น้อยหรือผู้ใช้

แรงงาน แต่หากเป็นกลุ่มประชากรที่มีรายได้น้อยกว่าค่าเฉลี่ยรายได้ประชาชาติหรือเป็นกลุ่มข้าราชการที่เบิกค่ารักษาได้อัตราส่วนดังกล่าวก็จะเปลี่ยนแปลงไป ทำให้ในระยะแรกของการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์กลุ่มที่ใช้อย่างมากจะเป็นกลุ่มประชากรที่มีรายได้น้อยหรือกลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจที่เบิกค่ารักษาได้

ทางเลือกที่ 2 กรณีใช้ค่ายาต้านไวรัสเอดส์ขององค์การเภสัชกรรม

กรณีนี้เป็นการคำนวณในกรณีค่ายาต้านไวรัสเอดส์ต่ำสุดที่เป็นไปได้ ณ ปี 2545 ซึ่งองค์การเภสัชกรรมได้ผลิตยาต้านไวรัสในสูตร d4T + 3TC + Nevirapine หรือ GPO – vir (1x2) ในราคา 1,320 บาท/เดือน (บัญชีราคายาโรงพยาบาลบาราศนราดูร, 2545) หรือ 15,840 บาทต่อปี และการติดตามประสิทธิภาพของการรักษาโดยประเมินอาการและอาการแสดงทางคลินิกขึ้นต่ำสุดที่กำหนดโดยกองโรคเอดส์ คือตรวจหาค่า CD4 ทุก 6 เดือนหรือปีละ 2 ครั้ง คิดเป็นค่าใช้จ่ายครั้งละ 500 บาท (บัญชีค่าตรวจ, โรงพยาบาลบาราศนราดูร, 2545)

เมื่อเปรียบเทียบกับต้นทุนส่วนเพิ่มและผลได้ส่วนเพิ่มจากกรณีไม่ใช้ยาแล้วมีค่าอัตราส่วนผลได้/ต้นทุนส่วนเพิ่มในกรณีกำหนดค่าการมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น 5 ปี, 10 ปี และ 20 ปี คิดเป็น 2.68, 2.87 และ 2.94 ตามลำดับซึ่งหมายถึงการลงทุนที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วยจะได้รับผลตอบแทนเพิ่มขึ้น 2.68-2.94 กรณีนี้จึงถือได้ว่ามีความคุ้มค่าในการลงทุน

ทางเลือกที่ 3 กรณีการใช้ค่ายาต้านไวรัสเอดส์เฉลี่ยตามสูตรต่างๆของโครงการ ATC

ในกรณีนี้กำหนดเป็นสถานการณ์ตามมาตรฐานรักษาของกองโรคเอดส์ เนื่องจากการได้รับยาต้านไวรัสผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการแพ้ยาและการดื้อยาได้ โดยในโครงการ ATC ได้กำหนดสูตรในการรักษากรณีการแพ้หรือดื้อยาไว้ดังนี้

สูตรที่ 1	d4T + 3TC + Nevirapine หรือ GPO-vir
สูตรที่ 2	d4T + 3TC + Efavirenz
สูตรที่ 3	d4T + 3TC + (Indinavir + Ritonavir)

ในกรณีที่ผู้ป่วยเกิดผลข้างเคียงจากยา Nevirapine ทำให้ใช้ยาต่อไม่ได้ ให้เปลี่ยนสูตรยาเป็น Efavirenz 3 เม็ดวันละครั้งแทน และให้ d4T+3TC ต่อไปเหมือนเดิม (ให้เปลี่ยนเป็นยาสูตรที่ 2 คือ d4T+3TC+Efavirenz)

ในกรณีที่แพ้ยา Efavirenz อีก เช่น มีอาการเวียนศีรษะมาก ควรเปลี่ยนไปใช้ยา Indinavir 800 มก. วันละ 2 ครั้งให้ทุก 12 ชั่วโมงร่วมกับ Ritonavir 100 มก วันละ 2 ครั้ง ให้ทุก 12 ชั่วโมง พร้อมกันและให้ d4T+3TC แทนต่อไปเหมือนเดิม (ให้เปลี่ยนเป็นยาสูตรที่ 3 คือ d4T+3TC+ (Indinavir+Ritonavir)

การคิดคำนวณค่ายาต้านไวรัสจะคิดเป็นค่าเฉลี่ยของการใช้ยาทั้ง 3 สูตรดังนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

* โดยทั่วไปถือว่าค่าไวรัสในกระแสเลือดเป็นตัวพยากรณ์การตอบสนองต่อการรักษาที่ดีที่สุด อย่างไรก็ตาม เนื่องจากโรงพยาบาลทั่วไปไม่สามารถตรวจวัดระดับของไวรัสในกระแสเลือดได้ ในโครงการพัฒนาระบบบริการและติดตามผู้ติดเชื้อเอชไอวี จึงให้ใช้ข้อบ่งชี้ของการรักษาไม่ได้ผลเฉพาะการล้มเหลวทางคลินิกและค่า CD4 ที่ลดลงเท่านั้น และควรตรวจค่า CD4 ทุก 6 เดือน

สูตรที่ 1	คิดเป็นค่ายาเท่ากับ 15,840 บาท/คน/ปี
สูตรที่ 2	คิดเป็นค่ายาเท่ากับ 39,960 บาท/คน/ปี
สูตรที่ 3	คิดเป็นค่ายาเท่ากับ 67,680 บาท/คน/ปี
	ค่าเฉลี่ย 41,160 บาท/คน/ปี

การคิดค่าเฉลี่ยที่เท่ากันของทั้ง 3 สูตรนี้ ถือได้ว่าเป็นการคิดรายจ่ายในระดับที่สูงเมื่อเปรียบเทียบกับ การคิดคำนวณของกองโรคเอดส์ (จากการสอบถาม) จะคิดคำนวณเพื่อของงบประมาณด้วยเกณฑ์ดังนี้

สูตรที่ 1	GPO-vir จะคิดสำหรับผู้ป่วยที่มีน้ำหนักน้อย ในสัดส่วนร้อยละ 60 จะคิดสำหรับผู้ป่วยที่มีน้ำหนักมาก ในสัดส่วนร้อยละ 20
สูตรที่ 2	จะคิดสำหรับผู้ป่วยที่มีน้ำหนักน้อย ในสัดส่วนร้อยละ 10 จะคิดสำหรับผู้ป่วยที่มีน้ำหนักมาก ในสัดส่วนร้อยละ 5
สูตรที่ 3	จะคิดในสัดส่วนร้อยละ 5

กรณีนี้เมื่อเปรียบเทียบกับต้นทุนส่วนเพิ่มและผลได้ส่วนเพิ่มจากกรณีไม่ใช้ยาแล้วมีค่าอัตราส่วนผลได้/ต้นทุนส่วนเพิ่มในกรณีกำหนดค่าการมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น 5 ปี, 10 ปี และ 20 ปี คิดเป็น 0.80, 1.03 และ 1.13 ตามลำดับ ซึ่งหมายถึงการลงทุนที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วยจะได้รับผลตอบแทนที่เพิ่มขึ้น 0.80-1.13 หน่วย ซึ่งก็ถือได้ว่ามีความคุ้มค่าในการลงทุนน้อยแต่หากมองในเชิงนโยบายของรัฐแล้วถ้าไม่ขาดทุนแล้วก็เป็นการลงทุนที่คุ้มค่า

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 6.1 อัตราส่วนผลได้/ต้นทุน ส่วนเพิ่มในทางเลือกต่างๆ (ราคา ณ ปี 2545)

ทางเลือกที่	ค่ายาต้านไวรัส (บาท/คน/ปี)	ค่ารักษาผู้ป่วยใน/นอก (บาท/คน/ปี)	ค่าตรวจวินิจฉัย (บาท/คน/ปี)	ต้นทุนรวม (บาท/คน/ปี)	รายได้ต่อปี (บาท/คน/ปี)	จำนวนวันที่ไม่ทำงาน	ประสิทธิภาพการทำงาน (%)	รายได้ต่อปีที่ปรับปรุงแล้ว (บาท/คน/ปี)	จำนวนปีที่ มีชีวิต	ผลได้ส่วนเพิ่ม (บาท/คน)	ต้นทุนส่วนเพิ่ม (บาท/คน)	อัตราส่วนผลได้ส่วนเพิ่มต่อต้นทุนส่วนเพิ่ม
กรณีไม่ใช้ยาต้านไวรัส												
0 (ไม่ใช้ยา)	0.00	10842.17	272.65	11114.82	85707.2	100	62.7	39015.56	3	- **	- **	-
กรณีใช้ยาต้านไวรัส												
1 (บาราสฯ)	81577.81	699.13	4891.14	87168.08	85707.20	70	75.8	52506.81	5	145487.37	402495.94	0.36
1.1	81577.81	699.13	4891.14	87168.08	85707.20	70	75.8	52506.81	10	408021.42	838336.34	0.49
1.2	81577.81	699.13	4891.14	87168.08	85707.20	70	75.8	52506.81	20	933089.52	1710017.14	0.55
2 (GPO-vir)	15840.00	699.13	1000.00	17539.13	85707.20	70	75.8	52506.81	5	145487.37	54351.19	2.68
2.1	15840.00	699.13	1000.00	17539.13	85707.20	70	75.8	52506.81	10	408021.42	142046.84	2.87
2.2	15840.00	699.13	1000.00	17539.13	85707.20	70	75.8	52506.81	20	933089.52	317438.14	2.94
3 (ATC)	41160.00	699.13	1000.00	42859.13	85707.20	70	75.8	52506.81	5	145487.37	180951.19	0.80
3.1	41160.00	699.13	1000.00	42859.13	85707.20	70	75.8	52506.81	10	408021.42	395246.84	1.03
3.2	41160.00	699.13	1000.00	42859.13	85707.20	70	75.8	52506.81	20	933089.52	823838.14	1.13

* ผลได้ส่วนเพิ่มและต้นทุนส่วนเพิ่ม หมายถึง ผลได้และต้นทุนในกรณีที่ใช้ยา - ผลได้และต้นทุนในกรณีที่ไม่ใช้ยา

** ในกรณีที่ไม่ใช้ยาจะมีต้นทุน 33,344.46 บาทต่อคน จะมีผลได้เท่ากับ 117,046.68 บาทต่อคน ซึ่งจะใช้เป็นฐานในการคำนวณต้นทุนและผลได้ส่วนเพิ่มในกรณีที่ใช้ยา

ความพร้อมในการเข้าสู่การประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ด้วยวิทยาการทางเทคโนโลยีในปัจจุบันคงจะไม่มีใครปฏิเสธถึงประสิทธิผลของการให้ยาด้านไวรัสเอดส์แบบ 3 ชนิด แต่ที่เป็นปัญหาคือภาระค่าใช้จ่ายด้านยาที่ต้องใช้ขาดตลอดชีวิต และปัญหาการดื้อยาที่จะเป็นภาระในอนาคต ที่ผ่านมาราคายาด้านไวรัสเอดส์มีราคาที่ต้องบริโภคสูงมาก (81,577.81 บาท/คน/ปี) ใกล้เคียงกับรายได้เฉลี่ยที่พึงหาได้ (85,707.20 บาท/คน/ปี) จึงทำให้ต้นทุนผลได้ไม่คุ้มทุน แต่ในปัจจุบันที่ราคายาลดต่ำลงมาจาก โดยเฉพาะสูตร GPO-vir ทำให้ต้นทุนของการให้ยาด้านไวรัสเอดส์ลดลงมามาก (15,840 บาท/คน/ปี) และยังสามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาสได้อีก (9,143.04 บาท/คน/ปี) จึงนับว่ามีความคุ้มค่าในการลงทุนเชิงเศรษฐศาสตร์

การนำโครงการให้ยาด้านไวรัสเอดส์เข้าสู่การประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเชิงนโยบายจำเป็นต้องคำนึงถึงปัจจัยความพร้อมในด้านต่างๆด้วย ไม่ว่าจะเป็นโครงสร้างพื้นฐานในการจัดบริการ ระบบการให้คำปรึกษาและข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วย การดูแลที่ต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาล บ้านและชุมชน เป็นต้น

ในการศึกษาวิจัยนี้ได้ออกสำรวจเก็บข้อมูลความพร้อมในการดำเนินงานในพื้นที่ 3 แห่ง คือ (1) โรงพยาบาลบางกรวย จ.นนทบุรี (2) จังหวัดอุบลราชธานี (3) จังหวัดพะเยา ซึ่งจัดได้ว่าเป็นพื้นที่ตัวอย่างในการดูแลรักษาโรคเอดส์ ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้ (ดูรายละเอียดภาคผนวก 5)

7.1 ประสิทธิภาพของยาด้านไวรัสเอดส์

จากการสอบถามประสบการณ์ของผู้ให้บริการในทุกระดับ ต่างให้ความเห็นว่าการให้ยาด้านไวรัสเอดส์ทำให้สุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเจน ได้ผลเป็นที่น่าพอใจ ผู้ป่วยกลับมามีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นสามารถปฏิบัติชีวิตประจำวันได้อย่างปกติยิ้มแย้มแจ่มใส การเปลี่ยนสภาวะจากผู้ป่วยที่ใกล้ตายกลับมาเป็นคนปกติ นับได้ว่าเป็นมูลค่าของชีวิตที่นับไม่ได้ นอกจากนี้การให้ยาด้านไวรัสเอดส์ก็มีผลเชิงจิตวิทยาที่ทำให้รู้สึกว่ามีทางออก แต่อย่างไรก็ตามก็มีปัญหาที่พึงพิจารณาตามมาก็คือ เมื่อผู้ป่วยเริ่มดีขึ้นแล้วก็จะมีความคิดที่จะแต่งงานใหม่ คิดที่จะมีลูก บางรายก็เข้ามาหางานทำในกรุงเทพฯ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อได้อีก

7.2 ลักษณะการให้บริการ

เรามีโครงสร้างการให้บริการด้านสาธารณสุขที่ครอบคลุมทั้งในระดับภาค จังหวัด อำเภอ ตำบล ที่พร้อมรองรับเป็นพื้นฐานที่ดี ส่วนในเรื่องของการให้บริการรักษาโรคเอดส์นั้น ก็คงขึ้นอยู่กับความพร้อมด้านคนและวัสดุอุปกรณ์ ซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ อีกทั้งประสบการณ์ในการทำงานตามพื้นที่ที่มีความชุกของโรค (prevalence) ที่แตกต่างกัน นอกจากนี้การเปิดเผยตัวว่าเป็นโรคเอดส์ก็ยังมีปัญหาโดยเฉพาะพื้นที่เขตเมืองหรือในเขตกรุงเทพมหานครทำให้มีการข้ามพื้นที่ในการไปรับยา อันมีผลต่อการติดตามผู้ป่วยได้ แต่อย่างไรก็ตามปัญหาการเปิดเผยตัวก็มีแนวโน้มที่ลดลง โดยเฉพาะในเขตพื้นที่ที่มีความชุกของโรคสูง และการมีบทบาทที่สูงขึ้นของเครือข่ายผู้ติดเชื้อ ด้วยเหตุนี้รูปแบบการจัดให้บริการจึงมีความหลากหลาย และมีชื่อเรียกต่างๆดังนี้

Day Care Clinic หรือคลินิกให้คำปรึกษาผู้ป่วยกลางวัน เป็นลักษณะการให้บริการที่เป็นงานประจำ มีสถานที่ติดต่อได้โดยตรง และเป็นศูนย์ข่าวสาร เป็นรูปแบบที่มีการดำเนินงานในพื้นที่ที่มีผู้ป่วยเอดส์ในความดูแลเป็นจำนวนมาก (เช่นพื้นที่ภาคเหนือ) เป็นศูนย์กลางการดูแลโรคเอดส์ในทุกๆเรื่อง

HIV Clinic หรือคลินิกพิเศษ เป็นลักษณะการให้บริการเฉพาะที่มีการกำหนดเวลาให้บริการในแต่ละสัปดาห์ เป็นการเฉพาะ เป็นรูปแบบที่มีการดำเนินงานในระดับโรงพยาบาลทั่วไป/ศูนย์ โดยจะมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะออกตรวจในช่วงเวลาดังกล่าว

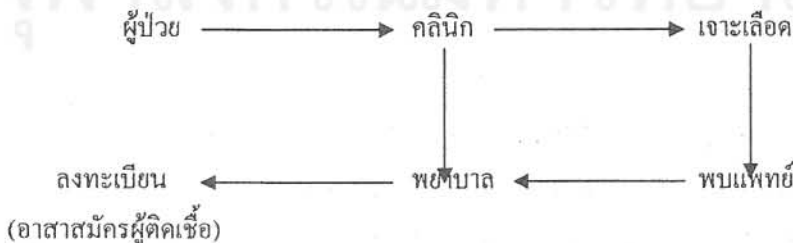
คลินิกนิรนาม เป็นลักษณะการให้บริการที่ไม่เปิดเผยกับสาธารณชน หมายถึงการให้บริการในรูปแบบที่จะไม่เปิดเผยรายชื่อผู้ป่วยในการบันทึกต่างๆ ตามความต้องการของผู้ป่วยที่ไม่ต้องการเปิดเผยตัวเอง

One Stop Service เป็นลักษณะการให้บริการที่ผู้ป่วยมาติดต่อ ณ จุดที่กำหนดเพียงครั้งเดียว แล้วทางโรงพยาบาลจะดำเนินการเรื่องทุกอย่างให้เอง ผู้ป่วยไม่ต้องเดินทางไปติดต่อหน่วยงานต่างๆด้วยตนเอง มักจะเป็นการดำเนินงานในระดับโรงพยาบาลชุมชนที่มีความคล่องตัวในการทำงาน

การจัดคลินิกบริการให้ยาด้านไวรัสเอดส์มีความแตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัดระหว่างโรงพยาบาลทั่วไป/ศูนย์ และโรงพยาบาลชุมชน แม้แต่โรงพยาบาลในระดับเดียวกันก็มีความแตกต่างกันในรูปแบบของการจัดบริการ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับนโยบายของผู้บริหาร โรงพยาบาล ทรัพยากร และความพร้อมทั้งด้านบุคลากรทีมงานและสถานที่ โรงพยาบาลทั่วไป/ศูนย์ ต้องจ่ายยาโดยแพทย์ แต่โรงพยาบาลชุมชนสามารถจ่ายยาโดยพยาบาลได้ แต่ดูเหมือนว่าไม่น่าจะมีปัญหาหากนักเพราะโรงพยาบาลชุมชนมีการทำงานที่สะดวก เวลาที่มีปัญหาที่มีระบบส่งต่อเป็นระบบอยู่แล้ว อีกทั้งการที่ผู้ป่วยรับยากับแพทย์ก่อนก็อาจทำให้ผู้ป่วยกลับบ้านเลยทำให้การบันทึกประวัติผู้ป่วยเพื่อติดตามการใช้ยาขาดหายไป อีกทั้งการให้ยาด้านไวรัสเอดส์ก็มีมาตรฐานที่ชัดเจน หากมีการอบรมเตรียมความพร้อมของบุคลากร และระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่ดีแล้ว ก็สามารถดำเนินการให้ยาตามมาตรฐานที่กำหนดในสถานบริการตั้งแต่สถานีอนามัยได้ ซึ่งจะเป็นประโยชน์อย่างมากต่อระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

การให้การดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์ในระดับโรงพยาบาลทั่วไป/ศูนย์ จะมีผู้รับผิดชอบที่แตกต่างกัน อาทิเช่น คณะกรรมการควบคุมโรคเอดส์ในโรงพยาบาล ฝ่ายเวชกรรมสังคม ฝ่ายอายุรกรรม ฝ่ายอุบัติเหตุ ทั้งนี้ก็ขึ้นอยู่กับความพร้อมในแต่ละที่ ส่วนในระดับโรงพยาบาลชุมชน จะมีพยาบาลผู้รับผิดชอบ อาทิเช่น งานจิตสังคม งานโรคเอดส์และกามโรค เป็นต้น

ถึงแม้จะมีความแตกต่างกันในรูปแบบและผู้รับผิดชอบในการจัดคลินิกบริการ แต่เนื้อหาในการให้บริการไม่แตกต่างกันโดยมีพยาบาลวิชาชีพรับผิดชอบตรวจคัดกรองและให้ยาตามนัดหมาย หากพบกรณีที่ผิดปกติก็จะส่งแพทย์ตรวจ (ในระดับโรงพยาบาลทั่วไป/ศูนย์ การให้ยาต้องพบแพทย์ทุกครั้ง) นอกจากนี้ยังมีระบบให้คำปรึกษา (counseling) กับผู้ป่วย ทั้งรายคนและแบบกลุ่ม โดยจะมีเครือข่ายคิดเชื่อเข้าร่วมในกระบวนการให้คำปรึกษาด้วย อันเป็นการแบ่งเบาภาระเจ้าหน้าที่ และช่วยในการติดตามผู้ป่วยที่ไม่มารับยาต่อเนื่อง ดังแสดงในแผนภูมิ

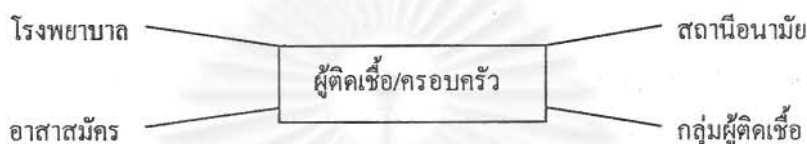


การจัดบริการให้ยาด้านโรคเอดส์มีใช้กิจกรรมที่เริ่มต้นจากความว่างเปล่า แต่ได้มีกระบวนการพัฒนาในการดูแลผู้ป่วยเอดส์อย่างเป็นขั้นเป็นตอน โดยมีแผนงานจากกองโรคเอดส์ การมีระบบการให้ยาป้องกันและรักษา

โรคติดเชื้อฉวยโอกาสในปี 2544 ทำให้มีฐานข้อมูลผู้ป่วย ซึ่งสะดวกต่อการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานในการนำมาประยุกต์เข้ากับการให้บริการยาด้านไวรัสเอดส์

การจัดบริการในพื้นที่ที่มีผู้ป่วยเอดส์จำนวนมาก การจัดบริการทดลองในรูปแบบของ Day care clinic พบว่าประสบความสำเร็จและเป็นทิศทางที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ Day care center จะเป็นศูนย์รวมการทำงานทั้งหมด ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงได้ทุกเวลา โดยมีเครือข่ายผู้ติดเชื้อเข้ามามีบทบาทในการสนับสนุนทั้งการให้คำปรึกษาและการติดตามผู้ป่วย พร้อมนำเอาแนวคิดในเรื่องของ “ศูนย์สุขภาพองค์กรร่วม” เข้ามามีส่วนร่วมด้วย

ความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วยจะต้องประกอบด้วยปัจจัยต่างๆ ที่เกื้อกูลและสนับสนุนซึ่งกันและกัน ไม่ใช่เพียงการให้ยาเท่านั้น การทำงานของโรงพยาบาลควรมีลักษณะการประสานงานทุกฝ่าย ดังนี้



- การจัดตั้งอาสาสมัคร โดยการเปิดอบรมผู้สนใจ ซึ่งจะเป็นผู้ช่วยเหลือในการให้ข้อมูลข่าวสารแก่ชุมชน และเจ้าหน้าที่
- บทบาทของสถานีอนามัยมีความจำเป็น ในการรับทราบและติดตามผู้ป่วยในพื้นที่ได้ซึ่งแต่ก่อนไม่รู้เลยว่าในพื้นที่มีผู้ป่วยกี่ราย
- บทบาทของกลุ่มผู้ติดเชื้อ จะเข้ามาแบ่งเบาภาระของเจ้าหน้าที่ในการให้คำปรึกษาและติดตามผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยด้วยกันจะสามารถทำความเข้าใจกันได้ดีกว่า

7.3 บทบาทของเครือข่ายผู้ติดเชื้อ

เป็นที่น่าสังเกตว่าการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์ในหลายๆแห่ง พบว่ามีเครือข่ายของกลุ่มผู้ติดเชื้อ เข้ามาร่วมสนับสนุนทั้งในระดับโรงพยาบาลทั่วไป/ศูนย์ และโรงพยาบาลชุมชน จึงนับได้ว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถเอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยเอดส์สามารถทานยาได้อย่างต่อเนื่อง

การรวมกลุ่มของผู้ติดเชื้อเริ่มจากการมารับบริการ ให้คำปรึกษา ได้พูดคุยกันแล้วตั้งเป็นกลุ่มขึ้น โดยได้รับการสนับสนุนจากที่ต่างๆ ทั้งองค์กรเอกชนภายในประเทศและต่างประเทศ รวมทั้งโรงพยาบาลด้วย กิจกรรมที่สำคัญคือ

- การฝึกอาชีพ เช่น เย็บผ้า การทำเครื่องจักรสานจากผักตบชวา โดยได้ขอโครงการไปยังที่ต่างๆ
- กิจกรรมการแจ้งข่าวสาร การสวดมนต์ ไหว้พระ
- การเยี่ยมบ้าน
- การติดตามผู้ป่วยที่ขาดยา
- การจัดตั้งศูนย์สุขภาพองค์กรร่วม ที่เป็นการให้บริการในทุกมิติทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม เช่น การให้ความรู้ในเรื่องสิทธิของผู้ป่วย เรื่องการรักษาโรคฉวยโอกาส เรื่องยาด้านไวรัสเอดส์ เป็นต้น

บทบาทของเครือข่ายผู้ติดเชื้อจะช่วยได้มากในด้านการให้คำปรึกษากับผู้ป่วยก่อนและหลังการรับยา ตลอดจนการติดตามผู้ป่วยที่ไม่มารับยาดตามนัด ซึ่งดูเหมือนว่าจะเป็นปัจจัยที่สำคัญและขาดไม่ได้ในการจัดบริการให้ยาด้านไวรัสเอดส์

7.4 การคัดกรองผู้ป่วยเพื่อให้ยาด้านไวรัสเอดส์

การกินยาด้านไวรัสเอดส์จะมีอาการข้างเคียงสูง ผู้กินยาจึงต้องมีความพร้อมทั้งทางร่างกายและจิตใจ ตลอดจนครอบครัวก็ต้องเข้าใจและช่วยสนับสนุน จึงต้องมีเกณฑ์ในการพิจารณาอย่างเข้มงวด ทั้งเกณฑ์ทางวิชาการและเกณฑ์ทางสังคม ตามมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ (ดูรายละเอียดภาคผนวก 6) ในช่วงแรกของการดำเนินโครงการให้ยาด้านไวรัสเอดส์ที่กำหนดเป็นโควต้าในแต่ละพื้นที่ ทำให้แต่ละสถานบริการได้มีการพัฒนาความพร้อมในการพิจารณาในการพิจารณาเกณฑ์ต่างๆ ตลอดจนการจัดตั้งคณะกรรมการพิจารณาคัดสินใจที่มาจากทั้งภาครัฐ องค์กรเอกชน ตัวแทนผู้ติดเชื้อ อันเป็นกระบวนการที่สร้างการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย ซึ่งเป็นพื้นฐานที่ดีต่อการพัฒนาต่อไป

กระบวนการให้คำปรึกษาจึงมีความสำคัญมากต่อการกินยาด้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่อง ถ้าไม่มีการเตรียมพร้อมที่ดีการกินยาจะไม่ต่อเนื่อง ซึ่งคาดว่า การดำเนินงานในช่วงแรกนั้น ทางเจ้าหน้าที่ยังขาดประสบการณ์ บทเรียนในการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยจึงทำให้ผู้ป่วยออกจากโครงการในอัตราที่สูง ในขณะที่ในช่วงต่อมากระบวนการให้คำปรึกษาต่างๆมีความพร้อมมากขึ้น การออกจากโครงการจึงลดน้อยลงมาก โดยกระบวนการให้คำปรึกษาจะต้องประกอบด้วย

- (1) การเตรียมความพร้อมในระดับเจ้าหน้าที่ให้รู้เป็นอย่างดีต่อกลไกการติดเชื้อ และแนวทางการรักษาต่างๆ
- (2) การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่จะต้องรู้ถึงผลดี-ผลเสียของการใช้ยา และต้องกินยาตลอดชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจด้วยตนเอง

กระบวนการให้คำปรึกษาแบ่งออกเป็นขั้นตอนที่สำคัญ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การให้ข้อมูลก่อนตัดสินใจ จะต้องผ่านกระบวนการให้คำปรึกษาอย่างน้อยไม่ต่ำกว่า 3 ครั้ง และใน 1 ครั้งจะต้องมาพร้อมกับญาติหรือผู้ดูแลซึ่งสามารถช่วยเหลือได้เมื่อมีปัญหาการแพทย์ ทั้งนี้ก็เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจด้วยตนเองอันจะส่งผลต่อการกินยาอย่างต่อเนื่อง ด้วยการยอมรับ ไม่ใช่การสั่งหรือบังคับจากแพทย์

ขั้นตอนที่ 2 การให้คำปรึกษาในช่วงการกินยาเริ่มแรกเพื่อแก้ปัญหาการแพ้ยา

ขั้นตอนที่ 3 การให้คำปรึกษาในช่วงของการรับยาอย่างต่อเนื่องในแต่ละเดือน รวมทั้งการตรวจเยี่ยมบ้าน

ในการดำเนินงานทั้ง 3 ขั้นตอนนี้ บทบาทของเครือข่ายผู้ติดเชื้อจะมีบทบาทอย่างมากในการแบ่งเบาภาระของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลอีกทั้งการให้คำปรึกษาหารือระหว่างผู้ป่วยด้วยกันเองอย่างเข้าใจกันได้ดีกว่า

7.5 ปัญหาการแพ้ยา

จากรายงานการศึกษาของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7⁽³⁶⁾ ได้ติดตามผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ได้รับยาด้านไวรัสเอดส์ด้วยสูตรการรักษาแบบยา 3 ชนิดแบบเก่า 8 สูตรในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป 5 แห่ง จำนวน 93 ราย ในระหว่างเดือนพฤษภาคม 2544-พฤษภาคม 2545 พบว่าผู้ป่วยที่เข้าโครงการหลังการดำเนินงาน 1 ปี มีผู้ป่วยที่ยังคงกินยาและติดตามการรักษาอยู่ จำนวน 51 (ร้อยละ 54.83) โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถกินยาอย่างต่อเนื่องในช่วง 2-3 เดือนแรก เนื่องจากผลข้างเคียงของยาคิดเป็นร้อยละ 52.38 (ดูตารางที่ 7.1 และ 7.2)

จากรายงานการศึกษาของสำนักงานควบคุมโรคที่ 10 (๓๗) ได้ติดตามผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้าร่วมในโครงการ ATC ในพื้นที่เขตภาคเหนือตอนบน ณ เวลา 6 เดือน หลังเริ่มโครงการ พบว่าผู้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ทั้งสิ้นจำนวน 818 ราย มีอัตราผู้ออกจากโครงการร้อยละ 33 โดยร้อยละ 16 มีสาเหตุจากอาการข้างเคียงจากยารุนแรง จากข้อมูลนี้ ทำให้เกิดคำถามถึงความคุ้มค่าในการให้ยาด้านไวรัสในเรื่องของการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง

การออกจากโครงการยังมีตัวเลขที่สูง โดยเฉพาะในช่วงโครงการแรก (ATC1) ประมาณการ Drop out rate ร้อยละ 50 แต่ทั้งนี้ก็สามารถอธิบายได้ว่าเป็นไปเนื่องจากเป็นยาใหม่ ความรู้ความเข้าใจในการใช้ยา ตลอดจนภาพพจน์ของยาที่ดูจะมีผลข้างเคียงรุนแรง และกระบวนการในการคัดเลือกติดตามการใช้ยายังไม่เข้าที่ และยังมีเหตุผลการหยุดยาเนื่องจากไปใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร V1 แต่ในขณะนั้นกระบวนการต่างๆ ในการให้ความรู้ การคัดเลือก และการติดตามเป็นระบบมากขึ้น การออกจากโครงการจึงลดน้อยลง

การแพ้ยาด้านไวรัสจะแบ่งออกเป็น

- การแพ้ที่รุนแรง ซึ่งพบน้อย หากพบก็ต้องหยุดเปลี่ยนยาทันที
- การแพ้ที่ไม่รุนแรง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ผู้ป่วยอาจทนไม่ไหว หากพบก็ต้องดูอาการสัก 1 สัปดาห์ ผู้ป่วยจะดีขึ้นและรับประทานยาต่อไปได้

ในสูตรยา GPO-vir ยาที่มีมักจะมีปัญหาการแพ้คือ Nevirapine (ผื่นและตับอักเสบ) ส่วนตัวยาที่แพ้ น้อยกว่าคือ Efavirenz ซึ่งเป็นยาที่มีสิทธิบัตรยาอยู่ ยังมีราคาแพง อันเป็นข้อจำกัดที่สำคัญในการผลิตยาให้ได้ยาราคาถูกและแพ้น้อยที่สุด

ปัญหาของการคือยาที่กลัวกันมากนั้น ขณะนี้ยังเป็นเพียงแค่การเริ่มต้นยังบอกอะไรไม่ได้ อีกทั้งเรา ตรวจ แต่เพียงค่า CD4 เราไม่ได้เจาะตรวจ viral load ซึ่งจะเป็นค่าบอกการคือยาได้

ตารางที่ 7.1 จำนวนผู้รับบริการที่ยังคงรับการรักษาอยู่จำแนกตามโรงพยาบาลและสูตรการรักษา

สูตรการรักษา	รพ. สรรพสิทธิ์		รพ. ศรีสะเกษ		รพ. ร้อยเอ็ด		รพ. อำนาจเจริญ		รพ. มุกดาหาร		รวม	
	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B
	1. Combid+NVp	-	-	17	6	-	-	-	-	-	-	17
2. AZT+ddI+NVP	-	-	6	4	-	-	-	-	-	-	6	4
3. Combid+EFV	-	-	4	3	13	13	2	1	6	1	25	14
4. d4T+ddI+EFV	-	-	-	-	-	-	10	6	-	-	10	6
5. Combid+FTV/RTV	17	9	-	-	-	-	-	-	-	-	17	9
6. d4T+ddI+FTV/RTV	4	2	-	-	-	-	-	-	-	-	4	2
7. Combid+IDV/RTV	11	4	-	-	-	-	-	-	-	-	11	4
8. d4T+ddI+IDV+RTV	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2
รวม	34	17	27	13	13	13	12	7	6	1	93	51

A = จำนวนผู้ที่ได้รับการประเมินเข้าโครงการ

B = จำนวนที่ยังคงสภาพการรักษา

ที่มา : สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานี, พฤษภาคม 2544 – พฤษภาคม 2545.

ตารางที่ 7.2 สาเหตุการจำหน่ายผู้รับบริการกับสูตรยาที่ใช้รักษา

สาเหตุของการจำหน่าย	สูตรยา								รวม
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1. ผลข้างเคียงของยา (Adverse effect)	5	-	-	3	7	2	5	-	22
2. Clinical failure	1	1	3	-	-	-	-	-	5
3. Loss follow up	1	-	-	1	1	-	1	-	4
4. เสียชีวิต	-	1	3	-	-	-	-	-	4
5. อื่นๆ	4	1	-	-	1	-	1	-	7
รวม	11	3	6	4	9	2	7	-	42

ที่มา : สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานี, พฤษภาคม 2544 – พฤษภาคม 2545.

7.6 สิทธิบัตรยากับยาด้านไวรัสเอดส์

ต้นทุนค่ายาด้านไวรัสเอดส์เป็นค่าใช้จ่ายที่สำคัญ ถึงแม้ว่าเราสามารถผลิตยาสูตร GPO-vir ที่มีราคาถูกลงได้ อันเป็นผลดีต่อผู้ป่วย แต่อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงสูตรและตัวยาที่ใช้ก็เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ มียาที่จำเป็นอีกหลายตัวที่ยังมีราคาแพง เนื่องจากการคุ้มครองจากสิทธิบัตรยา อาทิเช่น Efavirenz, Ritronavir, Indinavir ซึ่งยังมีระยะเวลาสิทธิบัตรยาเหลืออยู่อีกมากกว่า 10 ปี (นับจากปี 2545) ดังแสดงในตารางที่ 7.3 (ดูรายละเอียดสถานภาพสิทธิบัตรของยาด้านไวรัสเอดส์ได้ในภาคผนวก 7)

ตารางที่ 7.3 ระยะเวลาครอบครองสิทธิบัตรที่เหลือของยาด้านไวรัส

กลุ่มยา	สูตร/ชื่อสามัญทางยา	เวลาที่เหลือ* (ปี)	วันหมดอายุสิทธิบัตร
NRTI	สูตร Didanosine (ddl)	10	6/7/2012
NNRTI	Efavirenz	11	29/7/2013
PI	Ritronavir	14	3/12/2016
PI	สูตร Indinavir	12	2/5/2014

* นับจากปี 2002

การที่จะได้ใช้ยาด้านไวรัสชนิดใหม่ภายใต้กฎหมายสิทธิบัตรเป็นเรื่องยากลำบาก อย่างไรก็ตาม หลายประเทศในโลกได้มีการดำเนินการในลักษณะต่าง ๆ กันเพื่อแก้ไขอุปสรรคดังกล่าว ได้แก่

ประเทศกำลังพัฒนา เช่น บราซิล และแอฟริกาใต้ ได้สร้างรูปธรรมของแนวทางการต่อสู้ที่สำคัญที่จะทำให้ประเทศกำลังพัฒนาทั่วโลกมีความหวังที่จะเข้าถึงยารักษาผู้ป่วยเอดส์ด้วยต้นทุนที่ต่ำ ประเทศบราซิลแหวกวงล้อมของการกีดกันด้วยมาตรการทางการค้าโดยหันมาผลิตยาเองและผลิตมากขึ้นเรื่อยๆ ทั้งชนิดและปริมาณ จากการดำเนินการดังกล่าว ประเทศบราซิลเริ่มกำหนดให้ยารักษาผู้ป่วยเอดส์อยู่ในชุดสิทธิผลประโยชน์ของการรักษาพยาบาลได้

การต่อสู้ของประเทศออฟริกาได้ที่เอาชนะบริษัทยาข้ามชาติ ได้ทำให้ประเทศออฟริกาได้เป็นผู้นำสำหรับประเทศต่างๆซึ่งประสบปัญหาจากโรคเอดส์ ความกล้าหาญในการนำเข้ายารักษาผู้ป่วยเอดส์เพื่อแก้ไขปัญหของ ประเทศโดยทำให้เกิดรูปธรรมของการตีความตามกฎหมายว่า “มิได้ละเมิดข้อตกลงทางการค้า” แต่เป็นการแสวงหาหนทางเพื่อแก้ไขทุกข์ของประเทศ การถอนฟ้องรัฐของบริษัทยาข้ามชาติในประเทศออฟริกาได้ถือเป็นบทเรียนสำคัญของประชาคมโลกในการปลดปล่อยพันธนาการจากข้อจำกัดทางกติกาสากลทางการค้า

ปัจจุบันการประชุมขององค์การระหว่างประเทศมีทิศทางไปสู่การส่งเสริมการเข้าถึงยาและลดอุปสรรคที่เกิดจากข้อตกลงทางการค้า เมื่อเดือนพฤศจิกายนปีที่แล้ว การประชุมมนตรีองค์การการค้าโลก (WTO) ที่เมืองโดฮา ประเทศกาตาร์ ได้มีการประกาศปฏิญญาว่าด้วยข้อตกลงทางการค้าและสาธารณสุขว่า “ข้อตกลงทางการค้าควรถูกตีความและใช้ปฏิบัติเพื่อสนับสนุนสิทธิในการปกป้องคุ้มครองสุขภาพของประชาชนในประเทศสมาชิก

โดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำให้ประชาชนทั้งหมดเข้าถึงยาที่จำเป็น” ล่าสุดเมื่อวันที่ 5-7 มีนาคม 2002 ผู้แทนองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้แถลงสนับสนุนคำประกาศปฏิญญาที่โดฮา ในการประชุมสภาองค์การการค้าโลกว่าด้วยการการค้าที่เกี่ยวข้องกับทรัพย์สินทางปัญญา (WTO Council for TRIPS) โดยจะหาแนวทางปฏิบัติที่เป็นจริงสำหรับการใช้มาตรการบังคับใช้สิทธิ (Compulsory licensing) ในประเทศสมาชิก WTO ที่ยังขาดศักยภาพในการผลิตยาเอง

รูปธรรมของทั้งประเทศบราซิล และออฟริกาใต้ ผลการประชุมมนตรีองค์การการค้าโลก และท่าทีขององค์การอนามัยโลก ถือเป็นภาพการเคลื่อนไหวในระดับสากลที่ควรจะนำมาประกอบการแก้ไขปัญหที่ประเทศไทยกำลังเผชิญอยู่ในกรณีของยารักษาผู้ป่วยเอดส์ว่าจะมีแนวทางอย่างไร ในการที่จะทำให้เกิดการเข้าถึงยาด้านไวรัสเอดส์โดยลดทอนผลกระทบอื่นๆจากมาตรการกีดกันทางการค้าของประเทศสหรัฐอเมริกา

7.7 ความพร้อมในการให้บริการ

ในการตัดสินใจให้บริการยาด้านไวรัสเอดส์ในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น ปัจจัยความพร้อมด้านบุคลากร ด้านห้องปฏิบัติการ ด้านการบริหารเวชภัณฑ์ จะเป็นปัจจัยที่สำคัญในการตัดสินใจว่าจะดำเนินการอย่างไร จากการศึกษาที่สรุปความพร้อมต่างๆได้ดังนี้

(1) ความพร้อมด้านบุคลากร ยังมีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ในบางพื้นที่ยังมีปัญหาในเรื่องของทัศนคติต่อผู้ป่วย และความรู้ในเรื่องของการให้การรักษา ในขณะที่บางพื้นที่ที่มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง มีกระบวนการในการฝึกอบรมเทคนิคการให้บริการในเรื่องต่างๆ แก่ทีมสาธารณสุขที่พร้อมรองรับนโยบายได้ในทุกระดับ อย่างไรก็ตามมีข้อสังเกตว่าบุคลากรที่เข้ามาปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยเอดส์นี้มักจะเป็นบุคลากรที่มีใจรัก มีความกระตือรือร้นในการทำงานอย่างมาก ซึ่งเป็นพื้นฐานที่ดีต่อการพัฒนา นอกจากนี้การพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อฉวยโอกาสที่ผ่านมาก็ทำให้แต่ละพื้นที่มีการเตรียมความพร้อมในระดับหนึ่ง

(2) ความพร้อมในการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ในปัจจุบันการตรวจในระดับ CD4 ด้วยเครื่อง Flow Cytometer มีเครือข่ายที่รับผิดชอบตรวจทั่วประเทศ ทำให้ปัญหาน้อยลงทั้งด้านราคาและแหล่งตรวจ แต่การตรวจทางด้าน viral load ยังเป็นปัญหามากทั้งทางด้านราคาและแหล่งตรวจ ในทางทฤษฎีผู้ป่วยที่ได้รับยาด้านไวรัสเอดส์ต้องตรวจทั้ง CD4 และ viral load เพราะสามารถติดตามการคือยาอันเป็นผลดีต่อการรักษาในระยะยาว แต่ในทางปฏิบัติจะตรวจตามความเหมาะสมจากการซักประวัติและสังเกตอาการเท่านั้น จึงยังเป็นปัญหาข้อขัดแย้งเชิงวิชาการว่า เหมาะสมหรือไม่ แต่ในทางนโยบายหากทำตามทฤษฎีครบถ้วน ค่าใช้จ่ายต่อหัวจะแพงมากซึ่งรับไม่ไหว จึงระบุให้ตรวจเพียง CD4 ในการติดตามการให้ยาปีละอย่างน้อย 2 ครั้ง

(3) ความพร้อมด้านการบริหารจัดการด้านยา จะมีปัญหาน้อยที่สุดเนื่องจากมีการกระจายเภสัชกร อย่างเพียงพอในระดับโรงพยาบาลชุมชน การบริหารเวชภัณฑ์ในช่วงแรกเป็นการจัดสรรตามโควต้า โดยสำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขตต่างๆ แต่หากมีนโยบายให้หลักประกันถ้วนหน้าแล้วก็จะต้องมอบหมายให้แต่ละสถานบริหารจัดการเอง โดยอาจกำหนดให้เป็นรายการในบัญชียาหลักแห่งชาติ สามารถจัดซื้อผ่านองค์การเภสัชกรรมหรือบริษัทเอกชนได้ ปัญหาสำคัญของการบริหารจัดการด้านยาน่าจะอยู่ที่ความสามารถในการควบคุมราคาขายด้านไวรัสเอดส์ ซึ่งหากว่าต้องเปลี่ยนจากสูตร GPO-vir แล้ว ต้องใช้ยาในสูตรอื่นๆที่ยังมีราคาแพงมากทั้งนี้เนื่องยายังมีสิทธิบัตรยาอยู่มากกว่า 10 ปี เราจะมีกระบวนการจัดการอย่างไร เช่น การต่อรองในระดับรัฐบาล, compulsory licensing, parallel import เป็นต้น

7.8 ข้อเสนอแนะต่อการนำโครงการให้ยาด้านไวรัสเอดส์เข้าสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

แนวความคิดที่สำคัญในการพิจารณาประกอบด้วย

- (1) การคำนึงหลักสิทธิมนุษยชน ที่ผู้ป่วยพึงได้รับการดูแลอย่างเท่าเทียมกัน
- (2) การคำนึงถึงความพร้อมของสถานบริการและผู้ป่วยเพื่อเป็นหลักประกันในการติดตามการใช้ยาได้อย่างต่อเนื่อง
- (3) การคำนึงถึงความคุ้มค่าเชิงเศรษฐศาสตร์

จากแนวคิดเหล่านี้ นำมาซึ่งความคิดเชิงนโยบายต่างๆ ที่มีความแตกต่างกันว่าควรจะดำเนินการในรูปแบบใดจึงจะเหมาะสมที่สุด

ในมุมมองของแพทย์ผู้รักษา เห็นว่าการใช้ยาด้านไวรัสเป็นผลดีกับผู้ป่วยสมควรได้รับ แต่ในมุมมองผู้บริหารการให้บริการฟรีเป็นภาระมาก แหล่งเงินจะมาจากไหน คนไข้ไม่มีเงินก็สมควรฟรีแต่ที่ผู้จ่ายได้จะมีระบบการดำเนินการอย่างไร

ในเชิงระบาดวิทยา เมื่อผู้ป่วยได้รับยาด้านไวรัสแล้วหายเป็นปกติ จะกลับไปมีพฤติกรรมแบบเดิมหรือไม่ และในขณะที่เดียวกันการกินยาก็เป็น การป้องกันกันการแพร่กระจายเชื้อได้ ทั้งนี้ก็เริ่มมีตัวอย่างกลุ่มผู้ติดเชื้อที่ทานยาแล้วดีขึ้นเริ่มมีพฤติกรรมมีการเปลี่ยนคู่อองใหม่ๆ และการเคลื่อนย้ายแรงงาน

ในเชิงเศรษฐศาสตร์ ผลได้ของการใช้ยาด้านไวรัสที่ทำให้ผู้ป่วยกลับเป็นคนปกติสามารถรับผิดชอบตนเองได้ไม่เป็นภาระกับครอบครัวเป็นเรื่องที่มีความสำคัญมากต่อครอบครัวและสังคมตามมา

ในเชิงสังคมศาสตร์ การดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์สิ่งสำคัญไม่ใช่อยู่ที่ยาด้านไวรัสเอดส์ แต่เป็นเรื่องของการดูแลรักษาทั้งระบบ (holistic care) ทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม ในการรักษาผู้ติดเชื้อมีกระบวนการตั้งแต่เมื่อเริ่มติดเชื้อ เริ่มมีการเริ่มป่วยและตาย การให้การดูแลในแต่ละช่วงมีความสำคัญไม่น้อยหน้ากัน ถ้าเราให้ความสำคัญกับการให้ยาด้านไวรัสเอดส์เพียงอย่างเดียวก็ไม่ใช่การแก้ไขปัญหแบบองค์รวม เป็นการมองปัญหาเชิงการรักษาทางการแพทย์อย่างเดียว บางคนกินยาแล้วอาจดี บางคนอาจไม่ดี บางคนถ้าภาวะจิตใจดีก็อยู่ได้ไม่มีปัญหา หากไม่ได้รับยาด้านไวรัสเอดส์ ผู้ป่วยก็สามารถมีทางเลือกอื่นๆ ได้แก่ การป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส รวมทั้งการดูแลด้านจิตใจ ด้านเศรษฐกิจและสังคมอย่างเป็นระบบได้ และก็มีชีวิตที่ยืนยาวขึ้นได้ การสร้างภาพว่าการรักษาโรคเอดส์ขึ้นอยู่กับยาด้านไวรัสเป็นเรื่องที่ต้องระมัดระวังให้มาก

การให้ยาด้านไวรัสเอดส์ต้องกินยาตลอดชีวิต ซึ่งมีผลกระทบต่ออย่างมากต่อวิถีชีวิต และยังมีผลข้างเคียงของยาทั้งในระยะสั้นและระยะยาว การให้ยาจึงต้องมีระบบการให้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจกับผู้ป่วยให้รู้และเข้าใจในทุกๆด้าน และตัดสินใจด้วยตัวผู้ป่วยเอง คอนนี้ระบบเรามีความพร้อมไหม

ประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อโรคนี้จะเป็นกลุ่มคนในวันทำงานที่มีความสำคัญในเชิงนโยบาย แต่การกำหนดนโยบายในลักษณะของการบูรณาการทั่วประเทศ ตัวแปรที่สำคัญคือราคาและปัจจัยต้นทุนอื่นๆ ที่ในอนาคต 5 ปี ยังมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา อีกทั้งการรักษาต้องมีความต่อเนื่อง มีความซับซ้อนของการรักษาที่ยังไม่มีระยะเวลาสิ้นสุดที่ชัดเจน ดังนั้นการกำหนดเป็นนโยบายระดับชาติให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ยังมีข้อจำกัด ความพร้อมของแต่ละแห่งที่ไม่เหมือนกัน โอกาสความล้มเหลวก็มี จึงควรกำหนดตามระดับความพร้อมของพื้นที่

ที่สำคัญคือการให้ยาต้านไวรัสเอดส์ ยังไม่ใช่คำตอบที่สำเร็จรูป ยังมีการพัฒนาไม่หยุดนิ่งในเชิงวิชาการ ต่างๆมากมาย การให้ยาต้านไวรัสเอดส์โดยไม่มี การตรวจ viral load ก็เสี่ยงต่อปัญหาในอนาคต การรีบด่วนตัดสินใจดำเนินการอาจเป็นการทำดีแต่ได้รับผลร้ายในภายหลังก็ได้ เราควรใช้โอกาสของโครงการที่เข้ามาเป็นโควตานำมาพัฒนาปรับปรุงระบบการให้บริการต่างๆของเราให้มีความพร้อมในด้านต่างๆ

การนำเข้าสู่โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค คงมีปัญหามาก นอกจากความรู้สึทึ่ของผู้ให้บริการที่ยังไม่ค่อยมั่นใจทางการเงินแล้ว ลักษณะการให้บริการโครงการ 30 บาท ยังต้องพัฒนาให้มีการรักษาแบบองค์รวมมากขึ้นกว่าในปัจจุบัน ซึ่งต้องมีความเชื่อมโยงกับเครือข่ายต่างๆ ศูนย์สุขภาพชุมชน ระบบเราพร้อมหรือไม่ เราต้องมีกระบวนการในการพัฒนาระบบบริการให้มีทิศทางที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจด้วยตนเองได้

แต่หากกำหนดให้อยู่ในโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคแล้ว การให้บริการในระดับโรงพยาบาลชุมชนจะเข้ามามีบทบาทอย่างมาก โดยที่ความพร้อมเชิงโครงสร้างของบริการสาธารณสุขได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยตลอดจึงไม่น่าจะมีปัญหา ปัญหาที่สำคัญจะเป็นเรื่องของทีมงานสาธารณสุขที่ต้องเชื่อมต่อกันทั้งทางด้านวิชาการและการบริหารงานในระดับจังหวัด ซึ่งพบว่าในหลายพื้นที่ก็มีศักยภาพที่ดี มีความพร้อมในการดำเนินการ

จากประสบการณ์การให้ยาต้านไวรัส เห็นว่าผู้ป่วยที่รับประทานอยู่ในปัจจุบันมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ทั้งนี้ระบบการให้คำปรึกษา (counseling) จะเป็นหลักประกันที่สำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามเวลาและต่อเนื่องเพื่อไม่ให้เกิดการดื้อยา โดยปัจจัยที่สำคัญในขณะนี้คือจำนวนผู้ป่วยที่ใ้ยายังมีน้อยสามารถทำได้ทั่วถึง หากมีจำนวนผู้ป่วยมากขึ้นกว่านี้เห็นที่จะสู้ไม่ไหว กระบวนการให้คำปรึกษาที่จะขาดคุณภาพโอกาสการดื้อยาอาจจะรุนแรงมากขึ้นก็ได้ ดังนั้นไม่ว่าจะพิจารณาให้ยาต้านไวรัสเอดส์ในรูปแบบใดก็ตาม ควรให้ความสำคัญของกระบวนการให้คำปรึกษาก่อนกินยา ให้ผู้ป่วยได้มีความรู้ความเข้าใจความตระหนักในการกินยาต้านไวรัสเอดส์ที่ต้องรับประทานตลอดชีวิต เพื่อเป็นหลักประกันของ Adherence และ Compliance ที่ดี หากผู้ป่วยไม่เต็มใจไม่เข้าใจก็ไม่ควรได้รับยาต้านไวรัสเอดส์

แหล่งที่มาของเงินในหลักการแล้วไม่ควรให้ฟรีทั้งหมด ใครจ่ายได้ก็ควรจ่าย ยกเว้นผู้ที่ได้รับผลกระทบคือแม่ลูกก็ควรให้ฟรี

การให้ฟรีอาจทำให้ผู้ป่วยไม่ตระหนัก เพราะเป็นเอดส์แล้วไม่ตายจะทำให้พฤติกรรมในเชิงการป้องกันโรคเอดส์ลดลงประกอบกับระบบให้คำปรึกษาไม่ดีจะเป็นปัญหามากยิ่งขึ้น นอกจากนี้การให้ฟรีหรือ Co-pay นั้นอาจจะมีปัญหาในเรื่องของงบประมาณและประสิทธิภาพในการจัดการ หากใช้ Co-pay ก็จะเป็นปัญหาในการกีดกันผู้ที่สมควรได้รับแต่ไม่มีเงิน จึงเป็นปัญหาที่ต้องการความสมดุล

เนื่องจากยังมีราคาถูกลงกลุ่มผู้ป่วยที่มีฐานะระดับกลางสามารถเข้าถึงได้ การให้ฟรีควรกำหนดเฉพาะผู้มีรายได้น้อย ข้อเสนอในการดำเนินงานคือหากผู้มีรายได้น้อยจะต้องมาขึ้นทะเบียนเพื่อรับยาฟรี โดยมีหลักเกณฑ์การพิจารณาโดยคณะกรรมการที่โปร่งใสในแต่ละพื้นที่ ส่วนผู้มีรายได้ที่ช่วยเหลือตนเองได้ มักจะไม่ยอมเปิดเผยตัวก็ไม่จำเป็นต้องเข้ามาลงทะเบียน และหากรัฐบาลไม่สามารถแบกรับค่าใช้จ่ายได้ทั้งหมดก็อาจพิจารณากำหนดเป็นรายการยาในบัญชียาหลักแห่งชาติที่รัฐบาลให้สิทธิฟรี ส่วนรายการนอกบัญชียาหลักแห่งชาติก็ให้จ่ายเองเหมือนคั้งเช่นสิทธิในการรักษาพยาบาลในโรคอื่นๆ

บทที่ 8

ทางเลือกการสนับสนุนยาต้านไวรัสเอชไอวี

8.1 ทางเลือกในการจัดบริการ

ปัจจุบันมีการกำหนดโควตาจำนวนผู้ป่วยเอชไอวีที่จะได้รับยาต้านไวรัส จากเป้าหมายรวมในระดับประเทศและกระจายตามจำนวนผู้ป่วยในแต่ละจังหวัดและพื้นที่ การกำหนดโควตาดังกล่าวมีเหตุผลที่อธิบายได้ว่าเกี่ยวกับความจำกัดด้านงบประมาณ ความพร้อมของระบบบริการ ตลอดจนถือเป็นการนำร่องของการให้บริการก่อนที่จะมีการดำเนินนโยบายแบบเต็มรูป (full coverage)

ประสิทธิผลของยาต้านไวรัส ทั้งในระยะแรกของโครงการ ATC 1 และต่อมา ATC 2 โดยมียา GPO-Vir ทำให้ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการมีความมั่นใจและเกิดความต้องการที่จะได้ยามาบริการ อย่างไรก็ตามยังมีความเห็นได้แย้งอยู่พอสมควรเกี่ยวกับเรื่องของการแพ้ยาที่รุนแรงและอาจจะมีการดื้อยาและต้องเปลี่ยนยาในระยะต่อไป รวมไปถึงโอกาสที่ผู้ป่วยเมื่อดีขึ้นอาจจะแพร่เชื้อต่อไปอีก ข้อโต้แย้งในเรื่องความจำกัดของงบประมาณมีคำอธิบายที่ทำให้ปัญหาคลี่คลายมากขึ้น เช่น ผลดีของการลดการรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสซึ่งมีผลต่อการประหยัคงบประมาณ การได้รับเงินช่วยเหลือจากต่างประเทศ กรณีกองทุนเอดส์โลก ความชอบธรรมต่อการที่ผู้ป่วยจะได้รับยาในโครงการประกันสุขภาพ ซึ่งถือว่าเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วยในฐานะของประชาชนที่ควรได้รับบริการที่ดี

การขยายความครอบคลุม แม้ว่าโดยหลักการแล้วจะเป็นสิ่งที่สอดคล้องกับเหตุผลที่ดีหลายประการ แต่ก็ยังมีข้อพิจารณาและข้อควรระวังในการขยายความครอบคลุมอย่างทั่วถึงดังกล่าว รูปแบบวิธีการสำหรับการขยายความครอบคลุมของโครงการให้ทั่วถึงกลุ่มประชากรผู้ป่วยจึงไม่สามารถจะพิจารณาจากปัจจัยด้านความพร้อมด้านการเงินการคลัง และประสิทธิภาพความคุ้มทุนด้านเศรษฐศาสตร์แต่เพียงประการเดียว หากแต่ต้องพิจารณาในด้านความพร้อมเชิงระบบ มิติด้านสังคมวัฒนธรรมของผู้ป่วย และปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นตามมาในอนาคต

ทางเลือกเพื่อพิจารณารูปแบบขยายความครอบคลุมของโครงการดูแลผู้ป่วยด้วยยาต้านไวรัสประกอบด้วย

ทางเลือกที่ 1 นำยาต้านไวรัสเข้าเป็นส่วนหนึ่งของชุดสิทธิประโยชน์ในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค

ทั้งนี้เป็นที่เชื่อได้ว่าทางเลือกนี้จะสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยเนื่องจากจะได้รับประโยชน์ที่มองเห็นได้ทันที ซึ่งจะส่งผลให้หน่วยบริการต้องมีการปรับตัวรองรับต่อการเปลี่ยนแปลง ทางเลือกดังกล่าวนี้ อาจจะได้รับความร่วมมือจากระบบแบบไม่เต็มใจ ไม่รู้สึกร่วมหรือต้องทำ ในหลายๆพื้นที่ซึ่งมีความวิตกกังวลในเรื่องภาระทางการเงิน การเลือกทางเลือกที่ 1 อาจจะต้องพิจารณาเรื่องการเงินการคลังของยาต้านไวรัส ซึ่งครอบคลุมไปทั้งการได้มาของเงินทุนในการดำเนินการ การจัดสรรและกระจายเงิน ตลอดจนการใช้และการควบคุม ซึ่งประกอบด้วยแนวทางต่างๆ ดังนี้คือ

- 1.1) ไม่มีการจัดสรรเงินเพิ่มเติม เนื่องจากการให้ยาต้านไวรัสเอดส์สามารถทดแทนค่ารักษา OI ซึ่งโครงการ 30 บาทต้องจ่ายอยู่แล้ว
- 1.2) การจัดสรรเงินเพิ่มเติมตามจำนวนผู้ป่วยที่จ่ายจริง (fee for service)
- 1.3) การจัดสรรเงินเพิ่มเติมตามรายหัว (capitation) โดยปรับน้ำหนักตาม prevalence ของโรค

ทางเลือกที่ 2 ขยายจำนวน โควต้าผู้มีสิทธิได้รับยาต้านไวรัสในโครงการพิเศษที่ได้รับการสนับสนุนจาก กรมควบคุมโรค หรือหน่วยงานระดับประเทศ ที่มีความพร้อมโดย

- 2.1) กำหนดจำนวน โควต้าเพิ่มขึ้นตามกำลังงบประมาณที่มีอยู่
- 2.2) การกำหนดให้มีเป้าหมายการครอบคลุมที่ชัดเจนในแต่ละปี เช่น ภายใน 5 ปี ต้อง ครอบคลุมร้อยละ 100

ทางเลือกที่ 2 จะมีปัญหาที่ระบบน้อยกว่า เพราะมีการชะลอตัวของนโยบาย และอาศัยแรงเหวี่ยงจาก นโยบายและระบบแบบเดิมคือเป็นการขยายจำนวนการให้บริการและให้โอกาสผู้ปฏิบัติงาน ทางเลือกที่ 2 นี้ หาก ไม่มีการกำหนดจำนวนปีที่จะให้มีการครอบคลุมก็อาจจะทำให้ระบบบริการมีความล่าช้าต่อการทำให้ผู้ป่วยได้รับ ยาต้านไวรัสอย่างครอบคลุม

ข้อดี ข้อเสียของทางเลือกที่ 1 และทางเลือกที่ 2 อาจสรุปเป็นเชิงเปรียบเทียบได้ดังตารางต่อไปนี้

ประเด็นเปรียบเทียบ	การบรรจุยาต้านในประกันสุขภาพทันที	การขยายโครงการโดยมีจำนวนปีที่ระบุไว้
การตอบสนองความต้องการ	ตอบสนองได้ดี, ได้รับการยอมรับจากผู้ป่วย	ผู้ป่วยต้องรอเวลาและจำนวนมาก เสี่ยงชีวิตจากการรอยา
การเงินการคลัง	ต้องใช้จ่ายจำนวนมากทันที	มีขั้นตอนและจังหวะเวลาในการ จัดสรรงบประมาณ
ความพร้อมของระบบ บริการ	อาจปรับตัวไม่ทันต่อความต้องการ	มีช่วงเวลาปรับเปลี่ยนและพัฒนา ระบบ
ประสบการณ์ของบุคลากร	อาจมีปัญหาคความพร้อมความเต็มใจ	มีช่วงเวลาปรับตัวเรียนรู้
การเตรียมพร้อมของการให้ ผู้ป่วยใช้ยาตามสั่ง/การแพทย์/ คี้อยา	อาจมีปัญหาคเชิงประสบการณ์	มีขั้นตอนการศึกษาและทำความเข้าใจ ปัญหา
การตัดสินใจของผู้ป่วยเชิง สังคมวัฒนธรรม	อาจถูกเหนี่ยวนำด้วยระบบมากกว่า ได้พิจารณาใช้ยาอย่างรอบครอบ	มีช่วงพัฒนารูปแบบการนำเสนอเพื่อ การตัดสินใจ

แต่อย่างไรก็ตามไม่ว่าจะเป็นทางเลือกใด จะต้องมีข้อกำหนดมาตรฐานการ ให้บริการที่จะต้องมีความ พร้อมในด้านต่างๆ ดังนี้คือ

- 1) สถานบริการจะต้องมีระบบการ ให้คำปรึกษาตามมาตรฐานที่กำหนด ที่สามารถให้ผู้ป่วยตัดสินใจได้ ด้วยตนเองบนข้อมูลที่เพียงพอ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นเพียงผู้ให้ การสนับสนุน
- 2) สถานบริการจะมีเครือข่ายผู้คิดเข้าร่วมในกระบวนการ ให้คำปรึกษาและติดตามผู้ป่วย
- 3) ต้องมีการเตรียมความพร้อมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในทุกระดับตามมาตรฐานที่กำหนด

8.2 ประมาณการภาระงบประมาณในแต่ละทางเลือก

การตัดสินใจเชิงนโยบายในเรื่องของการรักษาโรคเอดส์ด้วยยาต้านไวรัส จำเป็นต้องมีข้อมูลในเรื่องของ งบประมาณที่ต้องใช้ในแต่ละปี การรักษาโรคเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเป็นภาระทางการเงินงบประมาณที่จะต้องจ่าย

สำหรับผู้ป่วยเอดส์ทั้งในปัจจุบันและในอนาคตทั้งผู้ป่วยเอดส์รายเก่าและรายใหม่ การพิจารณาให้เกิดความยั่งยืนเชิงนโยบายจึงต้องพิจารณาถึงภาระงบประมาณที่จะต้องเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในอนาคตด้วย

การประมาณการงบประมาณในการให้ยาด้านไวรัสเอดส์ประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ ดังนี้

8.2.1 ประมาณการผู้ป่วยเอดส์ที่ควรได้รับยาตามเกณฑ์มาตรฐาน

เกณฑ์มาตรฐานในการพิจารณาให้ยาด้านไวรัสคือ มีค่าตรวจ CD4 < 200 cells/mL หรือมีอาการแสดงของโรค (Symptomatic) ซึ่งมีได้หมายความว่าผู้ติดเชื้อเอดส์ทุกคนจะต้องได้รับยา

ในการศึกษานี้ใช้การประมาณการจำนวนผู้ป่วยเอดส์จากการศึกษา “การคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย พ.ศ. 2543-2563” โดยกองเอดส์ กระทรวงสาธารณสุข⁽³⁸⁾ (ตารางที่ 8.1) ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายผู้ใหญ่ที่จำเป็นต้องได้รับยาด้านไวรัส

เนื่องจากการให้ยาด้านไวรัสเอดส์มีผลต่อการมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้นของผู้ป่วยเอดส์ จำนวนผู้ป่วยเอดส์ที่ต้องได้รับยาในแต่ละปีต้องมีการปรับค่าประมาณการเพื่อให้ได้จำนวนที่ถูกต้อง ดังนี้

(1) ปรับแก้ไขอัตราการตาย

เนื่องจากอัตราการตายที่ประมาณการไว้ในการศึกษา “การคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย พ.ศ. 2543-2563” เป็นอัตราการตายในเงื่อนไขที่ยังไม่มีนโยบายการให้ยาด้านไวรัสเอดส์ (without program) แต่หากมีนโยบายการให้ยาด้านไวรัส (with program) แล้วจะทำให้ผู้ป่วยมีอายุที่ยืนยาวขึ้น รายงานการศึกษาในสหรัฐอเมริกา⁽¹⁷⁾ การให้ยาด้านไวรัสเอดส์สามารถลดอัตราการตายได้ร้อยละ 75 ดังนั้นในการศึกษานี้จึงได้ปรับแก้ไขอัตราการตายให้ถูกต้อง โดยกำหนดให้นโยบายการให้ยาด้านไวรัสเอดส์สามารถลดอัตราการตายได้ร้อยละ 75 ในทุกปี (ตารางที่ 8.2)

จากตารางที่ 8.2 เป็นการคำนวณอัตราการตายของกลุ่มผู้ป่วยเอดส์ในแต่ละปี เป็นการคิดคำนวณอย่างหยาบๆ โดยใช้สัดส่วนจำนวนผู้ป่วยตายต่อจำนวนผู้ป่วยเอดส์ทั้งหมดในแต่ละปี ทั้งนี้ก็เพื่อใช้ในการประมาณการสถานการณ์ในกรณีที่มียา นโยบายการให้ยาด้านไวรัสเอดส์เท่านั้น

(2) การกำหนดอัตราการเข้าถึงยาด้านไวรัสเอดส์

อัตราการเข้าถึงยาด้านไวรัสเอดส์มีผลต่อจำนวนผู้ป่วยเอดส์ที่จะได้รับยาด้านไวรัสแต่ละปี หากพิจารณาตามทางเลือกในการนำเข้าสู่หลักประกันถ้วนหน้าโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ที่มุ่งเน้นความครอบคลุมด้วยหน้า อันหมายถึงมีอัตราการเข้าถึงยาด้านไวรัสเอดส์ ร้อยละ 100 แต่หากมุ่งคำนึงถึงความพร้อมทั้งตัวผู้ป่วยและสถานบริการแล้ว ก็อาจประมาณการอัตราการเข้าถึงยาด้านไวรัสเอดส์ในระดับกลางๆ คือ อัตราร้อยละ 50 ดังนั้นในการประมาณการในการศึกษานี้จึงกำหนดขอบเขตไว้ 3 แนวทาง คือ

แนวทางที่ 1 กำหนดอัตราการเข้าถึงยาด้านไวรัสเอดส์ร้อยละ 100 (ครอบคลุมทุกคน)

แนวทางที่ 2 กำหนดอัตราการเข้าถึงยาด้านไวรัสเอดส์ไว้เป็นร้อยละ 50

แนวทางที่ 3 กำหนดอัตราการเข้าถึงยาด้านไวรัสเอดส์ไว้เป็นขั้นตอนคือ

- ปีที่ 1 ครอบคลุมร้อยละ 30
- ปีที่ 2 ครอบคลุมร้อยละ 50
- ปีที่ 3 ครอบคลุมร้อยละ 70
- ปีที่ 4 ครอบคลุมร้อยละ 90
- ปีที่ 5 ครอบคลุมร้อยละ 100

จากข้อกำหนดดังกล่าวนำมาคำนวณประมาณการผู้ป่วยเอดส์ที่จำเป็นต้องได้รับยาได้ตามสูตร
การคำนวณหาผู้ป่วยเอดส์ที่มีชีวิตอยู่เมื่อปลายปี

$$LWA_t = LWA_{t-1} + N_t - N_{dt}$$

- โดยที่ LWA_t = จำนวนผู้ป่วยเอดส์เมื่อสิ้นปี
 LWA_{t-1} = จำนวนผู้ป่วยเอดส์เมื่อปีที่ผ่านมา
 N_t = จำนวนผู้ป่วยเอดส์รายใหม่ในแต่ละปี
 N_{dt} = จำนวนผู้ป่วยเอดส์ที่ตายในแต่ละปี

การคำนวณหาจำนวนผู้ป่วยเอดส์ที่ต้องได้รับยาด้านไวรัส

- $$NA_t = LWA_{t-1} \times Ac_t + N_t$$
- โดยที่ NA_t = จำนวนผู้ป่วยเอดส์ที่ต้องได้รับยาด้านไวรัสในแต่ละปี
 LWA_{t-1} = จำนวนผู้ป่วยเอดส์เมื่อสิ้นปีที่ผ่านมา
 Ac_t = อัตราการเข้าถึงยาด้านไวรัสเอดส์ในแต่ละปี
 N_t = จำนวนผู้ป่วยเอดส์รายใหม่ในแต่ละปี

จากข้อกำหนดต่างๆ เหล่านี้ นำมาประมาณการเป็นจำนวนผู้ป่วยที่ต้องได้รับยาด้านไวรัสในแต่ละปีของแต่ละแนวทาง ได้ผลดังแสดงในตารางที่ 8.3-8.5

8.2.2 ประมาณการค่าใช้จ่ายด้านงบประมาณในแต่ละปี

ในกรณีของการไม่ใช้ยาด้านไวรัสเอดส์ จะคิดค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาสซึ่งจากการศึกษามีภาระค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 11,114 บาท/คน/ปี

ค่าใช้จ่ายด้านงบประมาณของการให้ยาด้านไวรัสเอดส์ในแต่ละปีของแต่ละแนวทางที่กำหนด จะคิดคำนวณจากค่าใช้จ่ายรวมเฉลี่ยต่อคนต่อปีของผู้ป่วยที่ใช้ยาด้านไวรัส ซึ่งประกอบด้วยค่ายาด้านไวรัส ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ ค่ารักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยใน/นอก แต่เนื่องจากสูตรในการให้ยาด้านไวรัสไม่ได้หลายสูตรในการศึกษานี้จึงกำหนดสูตรการให้ยาด้านไวรัสเป็น 2 กรณีด้วยกันคือ

กรณีที่ 1 จำนวนบนพื้นฐานจากค่ายาด้านไวรัสขององค์การเภสัชกรรมสูตร GPO-vir ซึ่งมีค่าใช้จ่ายที่ต่ำสุดที่เป็นไปได้ในปัจจุบัน (พ.ศ. 2545) ในราคาเฉลี่ย 17,539 บาท/คน/ปี

กรณีที่ 2 จำนวนบนพื้นฐานของสูตรการใช้ยาเฉลี่ยของโครงการ ATC เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการแพ้ยาหรือคือยาได้จึงจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนสูตรยาให้เหมาะสม โดยกำหนดมาตรฐานไว้เบื้องต้น 3 สูตร คือ

- สูตรที่ 1 d4T + 3TC + Nevirapine หรือ GPO-vir
 สูตรที่ 2 d4T + 3TC + Efavirenz
 สูตรที่ 3 d4T + 3TC + Indinavir + Ritonavir

เมื่อคิดเป็นค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของทั้ง 3 สูตร โดยเฉลี่ยเท่าๆกันแล้ว จะมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 42,859 บาท/คน/ปี ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่สูงสุดที่เป็นไปได้ของการศึกษานี้

ผลการศึกษารูปได้ดังนี้ (ตารางที่ 8.6-8.8)

(1) ภาวะค่าใช้จ่ายด้านงบประมาณในแนวทางที่ 1 ที่ครอบคลุมผู้ป่วยเอดส์ที่สมควรได้รับยาต้านไวรัสทุกคน(ร้อยละ 100)

- ในกรณีใช้ยาสูตร GPO-vir ซึ่งถือได้ว่ามีค่าใช้จ่ายต่ำสุด ในช่วง 5 ปีข้างหน้าจะมีภาวะค่าใช้จ่ายอยู่ระหว่าง 1,920.6-3,920.8 ล้านบาท/ปี แต่เนื่องจากในแต่ละปีจะมีภาวะค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นอยู่แล้วจากกรณีผู้ป่วยที่ไม่ใช้ยา ดังนั้นจึงคงเหลือเป็นภาวะค่าใช้จ่ายส่วนเพิ่มอยู่ระหว่าง 703.5 – 1,436.3 ล้านบาท/ปี
- ในกรณีแพทย์ที่ต้องการเปลี่ยนสูตรยารวม 3 สูตร ซึ่งถือได้ว่าเป็นค่าใช้จ่ายสูงสุดที่เป็นไปได้ ในช่วง 5 ปีข้างหน้าจะมีภาวะค่าใช้จ่ายอยู่ระหว่าง 4,693.3-9,581.1 ล้านบาท/ปี แต่เนื่องจากในแต่ละปีจะมีภาวะค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นอยู่แล้วจากกรณีผู้ป่วยที่ไม่ใช้ยา ดังนั้นจึงคงเหลือเป็นภาวะค่าใช้จ่ายส่วนเพิ่มอยู่ระหว่าง 3,476.2 – 7,096.5 ล้านบาท/ปี

(2) ภาวะค่าใช้จ่ายด้านงบประมาณในแนวทางที่ 2 ที่ครอบคลุมผู้ป่วยเอดส์ที่สมควรได้รับยาต้านไวรัสเพียงร้อยละ 50 ในแต่ละปี

- ในกรณีใช้ยาสูตร GPO-vir ซึ่งถือได้ว่ามีค่าใช้จ่ายต่ำสุด ในช่วง 5 ปีข้างหน้าจะมีภาวะค่าใช้จ่ายอยู่ระหว่าง 960.3-1,318.1 ล้านบาท/ปี แต่เนื่องจากในแต่ละปีจะมีภาวะค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นอยู่แล้วจากกรณีผู้ป่วยที่ไม่ใช้ยา ดังนั้นจึงคงเหลือเป็นภาวะค่าใช้จ่ายส่วนเพิ่มอยู่ระหว่าง 351.7 – 482.8 ล้านบาท/ปี
- ในกรณีแพทย์ที่ต้องการเปลี่ยนสูตรยารวม 3 สูตร ซึ่งถือได้ว่าเป็นค่าใช้จ่ายสูงสุดที่เป็นไปได้ ในช่วง 5 ปีข้างหน้าจะมีภาวะค่าใช้จ่ายอยู่ระหว่าง 2,346.7-3,221.1 ล้านบาท/ปี แต่เนื่องจากในแต่ละปีจะมีภาวะค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นอยู่แล้วจากกรณีผู้ป่วยที่ไม่ใช้ยา ดังนั้นจึงคงเหลือเป็นภาวะค่าใช้จ่ายส่วนเพิ่มอยู่ระหว่าง 1,738.1 – 2,385.8 ล้านบาท/ปี

(3) ภาวะค่าใช้จ่ายด้านงบประมาณในแนวทางที่ 3 ที่กำหนดเป้าหมายให้การครอบคลุมแบบค่อยเป็นค่อยไปภายใน 5 ปี

- ในกรณีใช้ยาสูตร GPO-vir ซึ่งถือได้ว่ามีค่าใช้จ่ายต่ำสุด ในช่วง 5 ปีข้างหน้าจะมีภาวะค่าใช้จ่ายอยู่ระหว่าง 576.1-3,046.0 ล้านบาท/ปี แต่เนื่องจากในแต่ละปีจะมีภาวะค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นอยู่แล้วจากกรณีผู้ป่วยที่ไม่ใช้ยา ดังนั้นจึงคงเหลือเป็นภาวะค่าใช้จ่ายส่วนเพิ่มอยู่ระหว่าง 211.0 – 1,115.8 ล้านบาท/ปี
- ในกรณีแพทย์ที่ต้องการเปลี่ยนสูตรยารวม 3 สูตร ซึ่งถือได้ว่าเป็นค่าใช้จ่ายสูงสุดที่เป็นไปได้ ในช่วง 5 ปีข้างหน้าจะมีภาวะค่าใช้จ่ายอยู่ระหว่าง 1,408.0 - 7,443.4 ล้านบาท/ปี แต่เนื่องจากในแต่ละปีจะมีภาวะค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นอยู่แล้วจากกรณีผู้ป่วยที่ไม่ใช้ยา ดังนั้นจึงคงเหลือเป็นภาวะค่าใช้จ่ายส่วนเพิ่มอยู่ระหว่าง 1,042.8 – 5,513.2 ล้านบาท/ปี

(4) หากพิจารณาภาวะค่าใช้จ่ายด้านงบประมาณในระยะยาว (มากกว่า 5 ปี) ที่ให้การครอบคลุมร้อยละ 100 แล้วจะเห็นว่ามีภาวะค่าใช้จ่ายอยู่ระหว่างต่ำสุดประมาณ 4,000 ล้านบาทต่อปี ถึงสูงสุด 11,000 ล้านบาทต่อปี โดยคิดเป็นภาวะค่าใช้จ่ายส่วนเพิ่มต่ำสุดเพียง 1,400 ล้านบาทต่อปีถึงสูงสุด 8,500 ล้านบาทต่อปี ทั้งนี้ก็ขึ้นอยู่กับตัวแปรที่สำคัญคือประสิทธิภาพของยาสูตร GPO-vir ขององค์การเภสัชกรรมในเรื่องของการแพ้ยาและดื้อยา และต้นทุนราคาภายในสูตรอื่นๆ ที่ยังมีสิทธิบัตรอยู่ว่าสามารถลดราคาลงได้มากน้อยเพียงใด จำนวนผู้ป่วยเอดส์รายใหม่จะควบคุมได้มากน้อยเพียงใด

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากภาระค่าใช้จ่ายนี้เป็นการประมาณการจากแบบจำลองทางระบาดวิทยาของโรคเอดส์ในกรณีปกติที่ยังไม่ได้มีมาตรการในการควบคุมและป้องกันโรคอย่างเข้มข้น ทำให้ดูประหนึ่งว่ามีภาระค่าใช้จ่ายในการให้ยาค้านไวรัสเอดส์ที่ไม่สิ้นสุด เป็นการลงทุนในเชิงรับ ซึ่งมีผลต่อการตัดสินใจเชิงนโยบายที่เห็นแต่ภาระทางการเงิน แต่ในความเป็นจริงแล้ว การลงทุนในเรื่องนี้มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการกำหนดนโยบายในเชิงรุกควบคู่กันไปด้วย ในการควบคุมและป้องกันโรคมิให้มีการระบาดของโรคเพิ่มขึ้นหรือลดจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ให้เหลือน้อยที่สุด อันเป็นการลดภาระทางการเงินในอนาคตและทำให้การตัดสินใจเชิงนโยบายในเรื่องนี้เป็นไปอย่างสมเหตุสมผลมากยิ่งขึ้น

จากการวิเคราะห์สภาพปัญหาในหลายด้าน ควรจะพิจารณาว่าการให้ความครอบคลุมที่เปิดให้มีความพร้อมเชิงระบบ และการปรับเปลี่ยนเรียนรู้ โดยการขยายโครงการตามเป้าหมายที่มีระยะเวลาการครอบคลุมผู้ป่วยทั่วประเทศภายในเวลาที่กำหนด เช่น 5 ปี น่าจะมีผลดีมากกว่าการเร่งรัดการดำเนินการในทันที เนื่องจากอาจจะมีปัญหาต่างๆ ติดตามมาอย่างมากมาย อย่างไรก็ตามต้องถือว่าชีวิตของผู้ป่วยมีความสำคัญและทุกคนก็ต้องการที่จะได้รับบริการและยาที่สามารถจะทำให้มีชีวิตรอดอยู่ได้ การให้บริการของรัฐจะเป็นเหมือนความหวังของผู้ป่วยที่ไม่มีเงินและต้องการยาค้านไวรัส ดังนั้น หากมีการดำเนินการโดยเร่งด่วนได้เท่าใดก็จะเป็นผลดีต่อผู้ป่วย เป็นตัวอย่างแก่ประเทศต่างๆ และในระดับสากล



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 8.1 ประมาณการผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย (ผู้ใหญ่) พ.ศ. 2543-63

ปี	ผู้ติดเชื้อ รายใหม่	ผู้ติดเชื้อ สะสม สิ้นปี	ผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วย มีชีวิตเมื่อสิ้นปี	ผู้ป่วยเอดส์ รายใหม่	ผู้ป่วยเอดส์ สะสมสิ้นปี	จำนวนผู้ป่วยเอดส์ เมื่อสิ้นปี	จำนวนตาย	จำนวนตาย สะสมสิ้นปี
2528	56	56	56	-	-	-	-	-
2529	1207	1,262	1,262	-	-	-	-	-
2530	19299	20,562	20,561	4	4	3	1	1
2531	49614	70,176	70,164	69	73	62	10	11
2532	87501	157,676	157,573	468	541	437	93	104
2533	136466	294,142	293,558	1,859	2,400	1,816	481	584
2534	141795	435,938	433,668	5,003	7,403	5,133	1,686	2,270
2535	115267	551,205	544,545	10,440	17,842	11,182	4,390	6,660
2536	100563	651,768	635,960	18,129	35,972	20,164	9,148	15,808
2537	75127	726,895	695,086	26,795	62,766	30,958	16,001	31,808
2538	57251	784,145	728,174	35,010	97,776	41,804	24,163	55,971
2539	44481	828,626	740,243	42,247	140,023	51,640	32,412	88,383
2540	37112	865,738	737,505	47,877	187,900	59,667	39,850	128,233
2541	32673	898,412	724,286	51,461	239,361	65,235	45,892	174,125
2542	27374	925,766	701,574	53,053	292,414	68,203	50,086	224,211
2543	25211	950,997	674,512	52,631	345,045	68,560	52,274	276,485
2544	21769	972,766	643,735	50,919	395,964	66,933	52,546	329,031
2545	19875	992,641	612,215	49,165	445,130	64,703	51,395	380,426
2546	17709	1,010,350	580,189	47,771	492,901	62,739	49,735	430,162
2547	16190	1,026,540	548,131	46,768	539,669	61,260	48,247	478,409
2548	15166	1,041,707	516,160	46,235	585,904	60,967	47,138	525,547
2549	13901	1,055,607	483,616	46,006	631,909	59,918	46,445	571,991
2550	13644	1,069,252	451,180	45,762	677,671	59,600	46,080	618,071
2551	10562	1,079,814	415,963	45,079	722,750	58,899	45,780	663,851
2552	10224	1,090,038	381,007	43,649	766,400	57,369	45,180	709,031
2553	9971	1,100,009	347,054	41,141	807,541	54,585	43,925	752,956
2554	9284	1,109,293	314,587	37,704	845,245	50,539	41,751	794,706
2555	8704	1,117,997	284,602	34,081	879,326	45,931	38,689	833,395
2556	8280	1,126,277	257,700	30,614	909,941	41,363	35,183	868,578
2557	7940	1,134,218	233,948	27,415	937,356	37,086	31,692	900,270
2558	7837	1,142,055	213,353	24,618	961,973	33,272	28,432	928,701
2559	7632	1,149,687	195,472	22,192	984,165	29,950	25,513	954,215
2560	7599	1,157,286	180,104	20,075	1,004,240	27,057	22,967	977,182
2561	7518	1,164,805	166,870	18,238	1,022,478	24,543	20,753	997,935
2562	7451	1,172,256	155,492	16,664	1,039,142	22,379	18,829	1,016,764
2563	7485	1,179,740	145,809	15,287	1,054,429	20,498	17,168	1,033,931

ที่มา : The Thai Working Group on HIV/AIDS Projection, Projections for HIV/AIDS in Thailand, Ministry of Public Health, March 2001.

ตารางที่ 8.2 ประมาณการอัตราการตายเมื่อมีนโยบายให้ยาด้านไวรัสเอดส์

ปี	ผู้ป่วยเอดส์ รายใหม่	จำนวนผู้ป่วยเอดส์ เมื่อสิ้นปี	จำนวนตาย	อัตราการตาย*	อัตราการตายเมื่อมี** นโยบายยาด้านไวรัส
2528	-	-	-	-	-
2529	-	-	-	-	-
2530	4	3	1	0.25	0.06
2531	69	62	10	0.14	0.03
2532	468	437	93	0.18	0.04
2533	1,859	1,816	481	0.21	0.05
2534	5,003	5,133	1,686	0.25	0.06
2535	10,440	11,182	4,390	0.28	0.07
2536	18,129	20,164	9,148	0.31	0.08
2537	26,795	30,958	16,001	0.34	0.09
2538	35,010	41,804	24,163	0.37	0.09
2539	42,247	51,640	32,412	0.39	0.10
2540	47,877	59,667	39,850	0.40	0.10
2541	51,461	65,235	45,892	0.41	0.10
2542	53,053	68,203	50,086	0.42	0.11
2543	52,631	68,560	52,274	0.43	0.11
2544	50,919	66,933	52,546	0.44	0.11
2545	49,165	64,703	51,395	0.44	0.11
2546	47,771	62,739	49,735	0.44	0.11
2547	46,768	61,260	48,247	0.44	0.11
2548	46,235	60,967	47,138	0.44	0.11
2549	46,006	59,918	46,445	0.44	0.11
2550	45,762	59,600	46,080	0.44	0.11
2551	45,079	58,899	45,780	0.44	0.11
2552	43,649	57,369	45,180	0.44	0.11
2553	41,141	54,585	43,925	0.45	0.11
2554	37,704	50,539	41,751	0.45	0.11
2555	34,081	45,931	38,689	0.46	0.11
2556	30,614	41,363	35,183	0.46	0.11
2557	27,415	37,086	31,692	0.46	0.12
2558	24,618	33,272	28,432	0.46	0.12
2559	22,192	29,950	25,513	0.46	0.12
2560	20,075	27,057	22,967	0.46	0.11
2561	18,238	24,543	20,753	0.46	0.11
2562	16,664	22,379	18,829	0.46	0.11
2563	15,287	20,498	17,168	0.46	0.11

* อัตราตาย = จำนวนตายในแต่ละปี/ (ผู้ป่วยเอดส์สะสมปลายปี+จำนวนตายในแต่ละปี)

** อัตราตายลดลงร้อยละ 75 ในแต่ละปี

หมายเหตุ :- เป็นการคิดคำนวณเพิ่มเติมจากตารางที่ 8.1

- ค่าต่างๆที่คำนวณได้ เป็นค่าที่เกิดขึ้นจากการให้ยาด้านไวรัสเอดส์เพียงปัจจัยเดียวเท่านั้น

ตารางที่ 8.3 ประมาณการจำนวนผู้ป่วยเอดส์ที่ควรได้รับยาต้านไวรัสตามแนวทางที่ 1 (อัตราการเข้าถึงยาร้อยละ 100)

ปี	ผู้ป่วยเอดส์สะสมสิ้นปี	ผู้ป่วยเอดส์รายใหม่	ผู้ป่วยเอดส์ที่ต้องรับยา	อัตรา การเข้า ถึงยา	จำนวน ผู้ป่วยที่ได้ รับยา	จำนวน ผู้ป่วยไม่ ได้รับยา	อัตราตาย ผู้ป่วยไม่ ได้รับยา	อัตราตาย ผู้ป่วยที่ได้ รับยา	จำนวนตาย ผู้ป่วยไม่ ได้รับยา	จำนวนตาย ผู้ป่วยที่ได้ รับยา	จำนวนตาย รวมเมื่อ สิ้นปี
2546	62,739	47,771					0.44				
2547	97,461	46,768	109,507	1	109,507	-	0.44	0.11	-	12,046	12,046
2548	127,890	46,235	143,696	1	143,696	-	0.44	0.11	-	15,807	15,807
2549	154,767	46,006	173,896	1	173,896	-	0.44	0.11	-	19,129	19,129
2550	178,471	45,762	200,529	1	200,529	-	0.44	0.11	-	22,058	22,058
2551	198,959	45,079	223,550	1	223,550	-	0.44	0.11	-	24,590	24,590
2552	215,922	43,649	242,608	1	242,608	-	0.44	0.11	-	26,687	26,687
2553	228,786	41,141	257,063	1	257,063	-	0.45	0.11	-	28,277	28,277
2554	236,510	37,704	266,490	1	266,490	-	0.45	0.11	-	29,980	29,980
2555	240,149	34,081	270,591	1	270,591	-	0.46	0.11	-	30,441	30,441
2556	239,625	30,614	270,763	1	270,763	-	0.46	0.12	-	31,138	31,138
2557	236,331	27,415	267,040	1	267,040	-	0.46	0.12	-	30,710	30,710
2558	230,940	24,618	260,949	1	260,949	-	0.46	0.12	-	30,009	30,009
2559	224,021	22,192	253,132	1	253,132	-	0.46	0.12	-	29,110	29,110
2560	216,025	20,075	244,096	1	244,096	-	0.46	0.12	-	28,071	28,071
2561	207,323	18,238	234,263	1	234,263	-	0.46	0.12	-	26,940	26,940
2562	198,229	16,664	223,987	1	223,987	-	0.46	0.12	-	25,759	25,759
2563	188,961	15,287	213,516	1	213,516	-	0.46	0.12	-	24,554	24,554

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 8.4 ประมาณการจำนวนผู้ป่วยเอดส์ที่ควรได้รับยาต้านไวรัสตามแนวทางที่ 2 (อัตราการเข้าถึงยาร้อยละ 50)

ปี	ผู้ป่วยเอดส์สะสมสิ้นปี	ผู้ป่วยเอดส์รายใหม่	ผู้ป่วยเอดส์ที่ต้องรับยา	อัตรา การเข้า ถึงยา	จำนวน ผู้ป่วยที่ได้ รับยา	จำนวน ผู้ป่วยไม่ ได้รับยา	อัตราตาย ผู้ป่วยไม่ ได้รับยา	อัตราตาย ผู้ป่วยที่ได้ รับยา	จำนวนตาย ผู้ป่วยไม่ ได้รับยา	จำนวนตาย ผู้ป่วยที่ได้ รับยา	จำนวนตาย รวมเมื่อ สิ้นปี
2546	62,739	47,771					0.44				
2547	79,393	46,768	109,507	0.5	54,754	54,754	0.44	0.11	24,092	6,023	30,114
2548	91,080	46,235	125,628	0.5	62,814	62,814	0.44	0.11	27,638	6,910	34,548
2549	99,387	46,006	137,086	0.5	68,543	68,543	0.44	0.11	30,159	7,540	37,699
2550	105,233	45,762	145,149	0.5	72,575	72,575	0.44	0.11	31,933	7,983	39,916
2551	108,976	45,079	150,312	0.5	75,156	75,156	0.44	0.11	33,069	8,267	41,336
2552	110,653	43,649	152,625	0.5	76,313	76,313	0.44	0.11	33,578	8,394	41,972
2553	110,051	41,141	151,794	0.5	75,897	75,897	0.45	0.11	33,395	8,349	41,743
2554	106,199	37,704	147,755	0.5	73,877	73,877	0.45	0.11	33,245	8,311	41,556
2555	100,826	34,081	140,280	0.5	70,140	70,140	0.46	0.11	31,563	7,891	39,454
2556	93,651	30,614	131,440	0.5	65,720	65,720	0.46	0.12	30,231	7,558	37,789
2557	86,260	27,415	121,066	0.5	60,533	60,533	0.46	0.12	27,845	6,961	34,807
2558	79,000	24,618	110,878	0.5	55,439	55,439	0.46	0.12	25,502	6,375	31,877
2559	72,100	22,192	101,192	0.5	50,596	50,596	0.46	0.12	23,274	5,819	29,093
2560	65,674	20,075	92,175	0.5	46,087	46,087	0.46	0.12	21,200	5,300	26,500
2561	59,788	18,238	83,912	0.5	41,956	41,956	0.46	0.12	19,300	4,825	24,125
2562	54,472	16,664	76,452	0.5	38,226	38,226	0.46	0.12	17,584	4,396	21,980
2563	49,703	15,287	69,759	0.5	34,879	34,879	0.46	0.12	16,045	4,011	20,056

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 8.5 ประมาณการจำนวนผู้ป่วยเอดส์ที่ควรได้รับยาต้านไวรัสตามแนวทางที่ 3 (ครอบคลุมทั้งหมดใน 5 ปี)

ปี	ผู้ป่วยเอดส์สะสมสิ้นปี	ผู้ป่วยเอดส์รายใหม่	ผู้ป่วยเอดส์ที่ต้องรับยา	อัตราการรักษาถึงยา	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยา	จำนวนผู้ป่วยไม่ได้รับยา	อัตราตายผู้ป่วยไม่ได้รับยา	อัตราตายผู้ป่วยที่ได้รับยา	จำนวนตายผู้ป่วยไม่ได้รับยา	จำนวนตายผู้ป่วยที่ได้รับยา	จำนวนตายรวมเมื่อสิ้นปี
2546	62,739	47,771					0.44				
2547	72,165	46,768	109,507	0.3	32,852	76,655	0.44	0.11	33,728	3,614	37,342
2548	85,840	46,235	118,400	0.5	59,200	59,200	0.44	0.11	26,048	6,512	32,560
2549	104,290	46,006	131,846	0.7	92,292	39,554	0.44	0.11	17,404	10,152	27,556
2550	128,595	45,762	150,052	0.9	135,047	15,005	0.44	0.11	6,602	14,855	21,457
2551	154,570	45,079	173,674	1	173,674	-	0.44	0.11	-	19,104	19,104
2552	176,415	43,649	198,219	1	198,219	-	0.44	0.11	-	21,804	21,804
2553	193,624	41,141	217,556	1	217,556	-	0.45	0.11	-	23,931	23,931
2554	205,304	37,704	231,328	1	231,328	-	0.45	0.11	-	26,024	26,024
2555	212,454	34,081	239,385	1	239,385	-	0.46	0.11	-	26,931	26,931
2556	215,115	30,614	243,068	1	243,068	-	0.46	0.12	-	27,953	27,953
2557	214,639	27,415	242,530	1	242,530	-	0.46	0.12	-	27,891	27,891
2558	211,743	24,618	239,257	1	239,257	-	0.46	0.12	-	27,515	27,515
2559	207,032	22,192	233,935	1	233,935	-	0.46	0.12	-	26,903	26,903
2560	200,990	20,075	227,107	1	227,107	-	0.46	0.12	-	26,117	26,117
2561	194,017	18,238	219,228	1	219,228	-	0.46	0.12	-	25,211	25,211
2562	186,452	16,664	210,681	1	210,681	-	0.46	0.12	-	24,228	24,228
2563	178,539	15,287	201,739	1	201,739	-	0.46	0.12	-	23,200	23,200

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 8.6 ประมาณการภาระงบประมาณทางเลือกที่ 1 (ครอบคลุมร้อยละ 100)

ปี	จำนวนผู้ป่วยเฉลี่ย ที่ควรได้รับยา	ต้นทุนในกรณี ไม่ใช้ยา	ต้นทุนในกรณีที่ใช้ยา		ต้นทุนส่วนเพิ่ม	
			สูตร GPO-vir	สูตรยาเฉลี่ยของ ATC	สูตร GPO-vir	สูตรยาเฉลี่ยของ ATC
2547	109,507	1,217,060,798	1,920,643,273	4,693,360,513	703,582,475	3,476,299,715
2548	143,696	1,597,037,344	2,520,284,144	6,158,666,864	923,246,800	4,561,629,520
2549	173,896	1,932,680,144	3,049,961,944	7,453,008,664	1,117,281,800	5,520,328,520
2550	200,529	2,228,679,306	3,517,078,131	8,594,472,411	1,288,398,825	6,365,793,105
2551	223,550	2,484,534,700	3,920,843,450	9,581,129,450	1,436,308,750	7,096,594,750
2552	242,608	2,696,345,312	4,255,101,712	10,397,936,272	1,558,756,400	7,701,590,960
2553	257,063	2,856,998,182	4,508,627,957	11,017,463,117	1,651,629,775	8,160,464,935
2554	266,490	2,961,769,860	4,673,968,110	11,421,494,910	1,712,198,250	8,459,725,050
2555	270,591	3,007,348,374	4,745,895,549	11,597,259,669	1,738,547,175	8,589,911,295
2556	270,763	3,009,259,982	4,748,912,257	11,604,631,417	1,739,652,275	8,595,371,435
2557	267,040	2,967,882,560	4,683,614,560	11,445,067,360	1,715,732,000	8,477,184,800
2558	260,949	2,900,187,186	4,576,784,511	11,184,013,191	1,676,597,325	8,283,826,005
2559	253,132	2,813,309,048	4,439,682,148	10,848,984,388	1,626,373,100	8,035,675,340
2560	244,096	2,712,882,944	4,281,199,744	10,461,710,464	1,568,316,800	7,748,827,520
2561	234,263	2,603,598,982	4,108,738,757	10,040,277,917	1,505,139,775	7,436,678,935
2562	223,987	2,489,391,518	3,928,507,993	9,599,858,833	1,439,116,475	7,110,467,315
2563	213,516	2,373,016,824	3,744,857,124	9,151,082,244	1,371,840,300	6,778,065,420

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 8.7 ประมาณการภาระงบประมาณทางเลือกที่ 2 (ครอบคลุมร้อยละ 50)

ปี	จำนวนผู้ป่วยเอชไอวี ที่ควรได้รับยา	ต้นทุนในกรณี		ต้นทุนส่วนเพิ่ม		
		ไม่ใช้ยา	สูตร GPO-vir	สูตรยาเฉลี่ยของ ATC	สูตร GPO-vir	สูตรยาเฉลี่ยของ ATC
2547	54,754	608,535,956	960,330,406	2,346,701,686	351,794,450	1,738,165,730
2548	62,814	698,114,796	1,101,694,746	2,692,145,226	403,579,950	1,994,030,430
2549	68,543	761,786,902	1,202,175,677	2,937,684,437	440,388,775	2,175,897,535
2550	72,575	806,598,550	1,272,892,925	3,110,491,925	466,294,375	2,303,893,375
2551	75,156	835,283,784	1,318,161,084	3,221,111,004	482,877,300	2,385,827,220
2552	76,313	848,142,682	1,338,453,707	3,270,698,867	490,311,025	2,422,556,185
2553	75,897	843,519,258	1,331,157,483	3,252,869,523	487,638,225	2,409,350,265
2554	73,877	821,068,978	1,295,728,703	3,166,294,343	474,659,725	2,345,225,365
2555	70,140	779,535,960	1,230,185,460	3,006,130,260	450,649,500	2,226,594,300
2556	65,720	730,412,080	1,152,663,080	2,816,693,480	422,251,000	2,086,281,400
2557	60,533	672,763,762	1,061,688,287	2,594,383,847	388,924,525	1,921,620,085
2558	55,439	616,149,046	972,344,621	2,376,060,101	356,195,575	1,759,911,055
2559	50,596	562,323,944	887,403,244	2,168,493,964	325,079,300	1,606,170,020
2560	46,087	512,210,918	808,319,893	1,975,242,733	296,108,975	1,463,031,815
2561	41,956	466,298,984	735,866,284	1,798,192,204	269,567,300	1,331,893,220
2562	38,226	424,843,764	670,445,814	1,638,328,134	245,602,050	1,213,484,370
2563	34,879	387,645,206	611,742,781	1,494,879,061	224,097,575	1,107,233,855

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 8.8 ประมาณการงบประมาณประเภทเลือกที่ 3 (ครอบคลุมตัวหน้าภายใน 5 ปี)

ปี	จำนวนผู้วัยเอดส์ ที่ควรได้รับยา	ต้นทุนในกรณี		ต้นทุนในกรณีที่ใช้จ่าย		ต้นทุนส่วนเพิ่ม	
		ไม่ใช้จ่าย	สูตร GPO-vir	สูตรยาเฉลี่ยของ ATC	สูตร GPO-vir	สูตรยาเฉลี่ยของ ATC	
2547	32,852	365,117,128	576,191,228	1,408,003,868	211,074,100	1,042,886,740	
2548	59,200	657,948,800	1,038,308,800	2,537,252,800	380,360,000	1,879,304,000	
2549	92,292	1,025,733,288	1,618,709,388	3,955,542,828	592,976,100	2,929,809,540	
2550	135,047	1,500,912,358	2,368,589,333	5,787,979,373	867,676,975	4,287,067,015	
2551	173,674	1,930,212,836	3,046,068,286	7,443,493,966	1,115,855,450	5,513,281,130	
2552	198,219	2,203,005,966	3,476,563,041	8,495,468,121	1,273,557,075	6,292,462,155	
2553	217,556	2,417,917,384	3,815,714,684	9,324,232,604	1,397,797,300	6,906,315,220	
2554	231,328	2,570,979,392	4,057,261,792	9,914,486,752	1,486,282,400	7,343,507,360	
2555	239,385	2,660,524,890	4,198,573,515	10,259,801,715	1,538,048,625	7,599,276,825	
2556	243,068	2,701,457,752	4,263,169,652	10,417,651,412	1,561,711,900	7,716,193,660	
2557	242,530	2,695,478,420	4,253,733,670	10,394,593,270	1,558,255,250	7,699,114,850	
2558	239,257	2,659,102,298	4,196,328,523	10,254,315,763	1,537,226,225	7,595,213,465	
2559	233,935	2,599,953,590	4,102,985,965	10,026,220,165	1,503,032,375	7,426,266,575	
2560	227,107	2,524,067,198	3,983,229,673	9,733,578,913	1,459,162,475	7,209,511,715	
2561	219,228	2,436,499,992	3,845,039,892	9,395,892,852	1,408,539,900	6,959,392,860	
2562	210,681	2,341,508,634	3,695,134,059	9,029,576,979	1,353,625,425	6,688,068,345	
2563	201,739	2,242,127,246	3,538,300,321	8,646,331,801	1,296,173,075	6,404,204,555	

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 9

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

9.1 สรุปผลการศึกษา

การศึกษาเรื่องการวิเคราะห์ต้นทุนผลได้ในการนำการรักษาโรคเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ได้ข้อมูลต้นทุนและผลได้ของการรักษาโรคเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสและประเมินความเป็นไปได้ในการนำการรักษาโรคเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเข้าสู่การประกันสุขภาพถ้วนหน้า

จากการประมาณการต้นทุนผลได้ พบว่าเมื่อนำปัจจัยต้นทุนค่าใช้จ่ายด้านยาที่เพิ่มขึ้น และผลได้ที่เพิ่มขึ้นจากรายได้ที่พึงได้รับจากการมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น มาพิจารณาแล้วถือว่ามีความคุ้มค่า คือ มีอัตราส่วนผลได้ต่อต้นทุนส่วนเพิ่มอยู่ในระหว่าง 2.68 – 2.94 ในกรณีที่ใช้จ่าย GPO-vir

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงภาระค่าใช้จ่ายของรัฐในการที่จะให้ผู้ป่วยได้รับยาครอบคลุมทั้งหมด โดยมีค่าใช้จ่ายระหว่าง 4,000 ถึง 10,000 ล้านบาทต่อปี ขึ้นกับแนวทางการดำเนินงานว่าจะเป็นแบบใด ในการประมาณการภาระงบประมาณในทางเลือกต่างๆ ทางเลือกที่ 3 ที่กำหนดให้มีการครอบคลุมผู้ป่วยครบภายใน 5 ปี โดยให้ยาเริ่มจากร้อยละ 30, 50, 70, 90 และ 100 ควรจะมีความเป็นไปได้ในการดำเนินงานมากที่สุด ทั้งนี้เริ่มต้นจากการให้ยา GPO-vir และเปลี่ยนเป็นยาสูตรอื่นกรณีแพ้ยาหรือเชื้อดื้อยา จากการคำนวณจะมีค่าใช้จ่ายในปีแรกประมาณ 576 - 1,408 ล้านบาท ครอบคลุมผู้ป่วย 32,852 คน และในปีที่ 5 จะใช้จ่ายประมาณ 3,046 - 7,443 ล้านบาท ครอบคลุมผู้ป่วย 173,674 คน การคาดการณ์ดังกล่าวอยู่บนฐานที่ว่า การป้องกันโรคจะต้องเป็นไปได้โดยมีประสิทธิภาพควบคู่ไปด้วย มิฉะนั้นแล้วจำนวนผู้ป่วยที่เปลี่ยนไปก็จะมีผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายอย่างมาก

ค่าใช้จ่ายดังกล่าวเป็นค่าใช้จ่ายในการให้บริการรักษาด้วยยาต้านไวรัส รวมทั้งค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยไปพบแพทย์และรักษาในโรงพยาบาล ทั้งนี้ไม่ได้รวมไปถึงการลดภาระค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลจากการที่คนไข้ที่ได้รับยาต้านไวรัสแล้วไม่ต้องไปโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษาหรือไปรักษาน้อยลง การลดภาระของญาติในการดูแลคนป่วย การลดภาระด้านอื่นๆ ทางสังคม ตลอดจนคุณภาพชีวิต และการสร้างรายได้ของผู้ติดเชื้อ

ในการประมาณการนี้คาดว่า หากนำโครงการให้ยาต้านไวรัสเอดส์เข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะมีใช้ค่าใช้จ่ายจริงต่ำกว่าที่ประมาณการไว้ กล่าวคือจากภาระทางงบประมาณระหว่าง 576-7443 ล้านบาทต่อปี จะลดต่ำกว่านี้ถึงเกือบร้อยละ 50 คือประมาณระหว่าง 211-5,500 ล้านบาทต่อปี เนื่องจาก

- ผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่ยังไม่จำเป็นต้องใช้ยาสูตรที่ 2 และสูตรที่ 3 ที่มีราคาแพงมาก
- การมีสุขภาพดีขึ้นของผู้ติดเชื้อที่ได้รับยาทำให้ลดภาระของโรงพยาบาลอย่างมาก ทั้งไม่ต้องไปโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษาหรือไปรักษาน้อยลง
- การคำนวณได้รวมผู้ป่วยทั้งหมด ที่อยู่ในระบบประกันคุณภาพถึง 3 ระบบคือ โครงการ 30 บาท, โครงการประกันสังคม, และ สวัสดิการราชการ นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยจ่ายเองอีกจำนวนหนึ่ง
- โดยทั่วไปการตั้งเป้าหมายที่จะให้ครอบคลุมภายใน 5 ปี มักจะทำได้ไม่ครบถ้วน เนื่องจากระบบบริการยังไม่มีประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานเชิงรุก ยกเว้นแต่จะได้รับการขานรับอย่างกระตือรือร้นของผู้ติดเชื้อที่เข้ามาใช้บริการ

การขยายโครงการในแนวทางทางเลือกที่ 3 นี้ จะเป็นการแก้ปัญหา 2 ด้านที่มีอยู่ กล่าวคือด้านหนึ่งเป็นการให้หลักประกันแก่ผู้ติดเชื้อว่าภายใน 5 ปี รัฐบาลจะสามารถดำเนินการรองรับผู้ป่วยได้ครบถ้วน ซึ่งย่อมดีกว่าเป็นการทำแบบไม่มีกำหนดว่าวันใดรัฐจะสามารถทำให้ผู้ป่วยทุกคนได้รับการประกันตามปรัชญาของระบบประกัน

สุขภาพถ้วนหน้า ขณะเดียวกันการที่ไม่ได้ให้ครอบคลุมทั้งหมดภายในปีแรกปีเดียวก็ถือได้ว่าจะสอดคล้องกับความเป็นจริง ทั้งนี้เนื่องจากจะไม่ใช่การบีบบังคับระบบบริการ แต่ค่อยๆ ให้มีการปรับเปลี่ยนเรียนรู้ไปตามระยะเวลา

9.2 การเข้าถึงยาด้านไวรัสเอดส์ : ปัญหาเชิงทัศนคติ

การให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าควรให้ความครอบคลุมในทุกๆ โรค ตามกำลังความสามารถของประเทศ ซึ่งสามารถทำได้หากมีการจัดการที่ดี เพราะสุขภาพของประชาชนเกี่ยวข้องกับทั้งในเรื่องของมนุษยธรรมและความมั่นคงของประเทศ เช่น ในกรณีการเจ็บป่วยของคนในครอบครัวก็คงไม่มีสมาชิกในครอบครัวที่คิดว่ามีความคุ้มค่าไหมที่จะรักษาพยาบาล ในกรณีของผู้ป่วยเอดส์หากไม่รักษาแล้วเสียชีวิตก็จะเป็นปัญหาทางสังคมในเรื่องเด็กกำพร้าที่รัฐต้องเข้ามาดูแล

ปัญหาของการเข้าถึงยาด้านไวรัสเอดส์ที่สำคัญจะเป็นปัญหาในเชิงทัศนคติที่สำคัญดังนี้*

1) ทัศนคติของผู้บริหารนโยบายสาธารณสุข มักคิดว่าการให้ยาด้านไวรัสเอดส์เป็นภาระทางการเงิน ยามีราคาแพง เป็นยาไม่จำเป็น ยาฟุ่มเฟือย ยาทดลอง ซึ่งจะเห็นได้ชัดในกรณีของประกันสังคมซึ่งยังคงมีการกำหนดว่า “การรักษาผู้ป่วยเอดส์ยังคงอยู่ระหว่างการพิจารณาจึงเป็นการรักษาที่ยังไม่มีข้อยุติหรือมาตรฐานในการรักษาว่าการให้ยาอย่างไรจึงจะให้ผลการรักษาที่ดีมีประสิทธิภาพ การให้ยาจึงขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์”

แต่ในข้อเท็จจริงปัจจุบันนั้นยาด้านไวรัสเอดส์มีได้อยู่ในขั้นการทดลองแล้ว มีประสิทธิผลในการรักษาทางการแพทย์ที่เป็นมาตรฐานในหลายๆ ประเทศ ส่วนทางด้านราคายานั้นหากรัฐมีนโยบายแน่ชัดว่าจะดำเนินการให้ราคายาลดลงแล้ว ก็เชื่อได้ว่าสามารถทำได้ด้วยเครื่องมือทางนโยบายต่างๆ ที่มีอยู่ได้

2) ทัศนคติในเรื่องของความพร้อมหรือไม่พร้อม การรักษาผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาด้านไวรัสเป็นเรื่องที่มีความยุ่งยากและซับซ้อน ต้องมีการติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ ต้องระมัดระวังการดื้อยา และกาแพ้ยา การใช้ยาจะต้องมีความร่วมมือจากผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด จึงเป็นภาระงานที่มากขึ้นทั้งต่อแพทย์ผู้รักษาและเจ้าหน้าที่ทางห้องปฏิบัติการ สถานบริการสาธารณสุขต่างๆ มีความพร้อมที่จะรองรับได้หรือไม่

ในเรื่องนี้หากพิจารณาแล้วก็เป็นเรื่องปกติสำหรับโครงการใหม่ๆ ที่ต้องมีปัญหาเป็นธรรมดาแต่ข้อเท็จจริงในปัจจุบันนั้นปัญหาความพร้อมต่างๆ ได้เริ่มคลี่คลายแล้ว กระทรวงสาธารณสุขได้มีการดำเนินโครงการให้ยาด้านไวรัสเอดส์ตามโควตาที่กำหนดในสถานบริการทั่วประเทศมาแล้วอย่างต่อเนื่อง และยังมีคู่มือมาตรฐานการรักษาในการรองรับการปฏิบัติที่พร้อมอยู่แล้ว ปัญหาด้านความพร้อมจึงมิใช่ข้อจำกัดที่สำคัญในการเข้าถึงยาด้านไวรัสเอดส์ และหากมองอย่างเป็นธรรมแล้วการให้ยาด้านไวรัสเอดส์ก็สามารถลดภาระงานการรักษาโรคฉวยโอกาสได้เป็นอย่างมากเช่นกัน

3) ปัญหาแหล่งทุน เนื่องจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) เป็นเจตจำนงทางการเมืองในการหาเสียงของรัฐบาล หากรัฐต้องการทำโครงการนี้อย่างจริงจังก็เป็นหน้าที่รัฐจะต้องหาช่องทางในการจัดสรรเงินงบประมาณให้เพียงพอ ไม่เช่นนั้นแล้วก็จะส่งผลต่อคุณภาพและการครอบคลุมทำให้มีแต่คนจนเข้าไปใช้บริการกลายเป็นระบบประกันสุขภาพคนจน

ในส่วนของแหล่งเงินและความเป็นได้นั้น จะเห็นได้ว่าในระยะแรกนี้รัฐบาลจะไม่เป็นภาระมากเนื่องจากมีการสนับสนุนจากแหล่งเงินภายนอก เช่น Global Fund แต่จำเป็นต้องมีการเตรียมการที่จะจัดหาแหล่งเงินเพื่อเตรียมการรองรับระบบในระยะยาว ทั้งนี้รัฐบาลอาจสนับสนุนจัดสรรงบประมาณให้ในการดำเนินการประมาณ

* สรุปความจากการประชุมระดมความเห็น เมื่อวันที่ 4 กรกฎาคม 2546 (ดูภาคผนวกที่ 8)

30,000 บาท ต่อผู้ป่วย 1 คนต่อปี ซึ่งจะตกประมาณ 3,000 ล้านบาทต่อผู้ป่วย 1 แสนคน/ปี และสุดท้ายคือการแก้ไข ปัญหาเรื่องสิทธิบัตรยาซึ่งจะเป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะนำไปสู่การลดภาระด้านงบประมาณได้อย่างมหาศาล และแน่นอนว่าจะเชื่อมโยงไปกับการตัดสินใจในอนาคตด้วยว่า ยาในสูตรที่ 2 และที่ 3 ซึ่งเป็นยาที่ยังคงมีสิทธิบัตรยา กว่า 10 ปี จะเป็นภาระค่าใช้จ่ายของรัฐบาลมากน้อยเพียงใด

ที่มาของแหล่งทุนนอกจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้ว ก็อาจพิจารณาแหล่งทุนจากภาษี มรดกหรือภาษีรายได้ โดยหักส่วนแบ่งจากรายได้ดังกล่าวเพียงเล็กน้อย (ร้อยละ 0.1 - 0.5) เป็นภาษีสุขภาพ เพื่อนำมาจัดตั้งเป็นกองทุนในการรักษาสุขภาพให้ครอบคลุมในทุกโรคที่ยังเป็นปัญหาอยู่ (เช่น โรคไตวาย โรคเอดส์) ก็จะสามารถแก้ไขปัญหาเรื่องแหล่งทุนในระยะยาวได้

4) ปัญหาของระบบสุขภาพ การรักษาผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัส เป็นตัวอย่างที่สะท้อนให้เห็นถึง ระบบสุขภาพที่จำเป็นจะต้องมีระบบการให้คำปรึกษา (counselling) ที่ดีและการจัดการดูแลสุขภาพ (care management) อย่างเป็นระบบ รวมทั้งการเข้าถึงบริการที่เป็นธรรมทุกครัวเรือนอย่างทั่วถึง โดยจะต้องมีการสร้าง ระบบการให้บริการอย่างไร การให้ยาต้านไวรัสเอดส์จึงเป็นโจทย์ที่ท้าทายต่อการปรับเปลี่ยนระบบสุขภาพของ ประเทศ

9.3 ข้อเสนอแนะ

การดำเนินการเชิงนโยบายในการให้การรักษาโรคเอดส์ด้วยยาต้านไวรัส นั้น เมื่อเงื่อนไขทางด้านต่างๆ พร้อม ทั้งด้านงบประมาณ วิธีบริหารการเงิน เครือข่ายสถานบริการทางการแพทย์ แนวทางการให้บริการยาต้าน ไวรัส ฯลฯ ก่อนที่จะเริ่มรณรงค์ให้มีการใช้ยาต้านไวรัส ควรที่จะได้มีการเตรียมการในด้านต่างๆ ดังต่อไปนี้

1) การสำรวจความต้องการในการรักษา ซึ่งหมายถึงจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่สมควรได้รับยา ต้านไวรัส ในทางปฏิบัติยังจะต้องจำแนกลงไปว่า มีผู้ป่วยจำนวนที่เข้าข่ายที่จะได้รับยาเท่าใด ในจำนวนนี้เป็น ผู้ป่วยที่มีความพร้อมจริง คือมีทั้งสุขภาพที่ดีพอ มีความรู้ความเข้าใจแผนการรักษา มีทัศนคติที่ถูกต้อง มีความสามารถที่จะไปรับยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ซึ่งอาจจะโดยผู้ป่วยเองหรือโดยการสนับสนุนของครอบครัว หรือชุมชน ฯลฯ

2) การสำรวจจำนวนสถานบริการทางการแพทย์ที่พร้อมที่จะให้บริการ เพื่อเป็นหลักประกันว่า เมื่อมีการให้ยาต้านไวรัสแล้ว จะได้ผลดี ไม่เกิดปัญหาหรือเกิดปัญหาตามมาน้อยที่สุด เช่น ปัญหาการกินยาไม่สม่ำเสมอ การจัดการเรื่องการแพ้ยา การดื้อยา การเปลี่ยนยาต้านไวรัสเมื่อจำเป็น ที่สำคัญอีกเรื่องหนึ่งได้แก่ การจัดการด้านการเงิน ซึ่งอาจจะเป็นเรื่อง ขาดเงินค่ายา ค่ารถ ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่ายาอื่นๆ หรือแม้แต่เงินค่าใช้จ่ายเพื่อการยังชีพ เช่นค่าเช่าบ้าน ค่าอาหาร โดยหลักการแล้วเมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นแล้วก็สมควรจะต้องมีงานทำเพื่อมี รายได้สำหรับเลี้ยงตัวเอง ลดการพึ่งพาจากผู้อื่นและชุมชน เหตุผลที่จะต้องดำเนินการดังกล่าวก็เพื่อให้แผน ปฏิบัติงานสามารถดำเนินการไปได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นไปได้จริง กล่าวคือ สามารถดำเนินการได้อย่างราบรื่น มีปัญหาในทางปฏิบัติน้อย

3) การดำเนินการเชิงรุกในการควบคุมและป้องกันการระบาดของโรคเอดส์ ขณะนี้ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสเอช ไอวี/เอดส์สามารถเข้าถึงยาต้านไวรัสได้มากขึ้นเนื่องจากยามีราคาถูกลง อันเป็นผลมาจากการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องของหน่วยงานต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมควบคุมโรคติดต่อ และองค์การ เภสัชกรรม และสภากาชาดไทยที่มีบทบาทอย่างสูงยิ่ง แนวโน้มการใช้ยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ ลูก และเพื่อการรักษาผู้ป่วยเอดส์คงจะเป็นไปอย่างกว้างขวางในอนาคตอันใกล้ ซึ่งด้านหนึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยเอดส์

มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สถานการณ์ที่มีผู้ป่วยมีอาการรุนแรงเนื่องจากการติดเชื้อโรคฉวยโอกาสต่างๆ จะลดลง ภาพผู้ป่วยที่มีร่างกายทรุดโทรมที่โรงพยาบาลคงจะมีให้เห็นน้อยลง และก็มีคาดการณ์ว่า จะมีปัญหาเรื่องการดื้อยา อันเนื่องมาจากการรักษาไม่สม่ำเสมอของผู้ป่วยตามมาอย่างแน่นอน

ระยะนี้มีผู้เริ่มกล่าวกันว่า ต่อไปโรคเอดส์จะกลายเป็นโรคเรื้อรัง คล้ายกันกับโรคเบาหวาน หรือโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งคงพิจารณาจากข้อที่ว่า เพราะผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จะต้องรับยาต้านไวรัสไปตลอดชีวิต แต่ต้องไม่ลืมว่าโรคทั้งสองยังมีข้อแตกต่างกันที่สำคัญคือ โรคเอดส์เป็นโรคติดต่อ มีสาเหตุจากเชื้อไวรัสที่ป้องกันหรือหลีกเลี่ยงได้ง่ายกว่าโรคเบาหวานที่การป้องกันหลีกเลี่ยงทำได้ยากหรืออาจทำไม่ได้เลยในปัจจุบัน หากเปรียบเทียบการต่อสู้กับโรคเอดส์เป็นเหมือนสงครามระหว่างคนไทยกับเชื้อไวรัสเอชไอวีแล้ว จะเห็นว่าเราเป็นฝ่ายที่ต้องถอยร่นมาโดยตลอดเพราะมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอยู่ตลอดเวลาและสร้างภาระหรือส่งผลกระทบต่อสังคมอย่างมาก ยาต้านไวรัสอาจทำให้สถานการณ์เปลี่ยนไปจากถอยร่นเป็นตั้งรับหรือยันไว้ได้โดยช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ภาระด้านสาธารณสุขอาจจะลดลงได้ในระดับหนึ่ง แต่เราควรมองออกไปให้ไกลกว่านั้น กล่าวคือมองถึงช่วงที่จำนวนผู้ป่วยใหม่ลดลงอย่างต่อเนื่องหรือช่วงที่เชื้อไวรัสเป็นฝ่ายต้องถอยร่นบ้าง

ตลอดระยะเวลาประมาณ 20 ปีที่ผ่านมา เชื้อไวรัสเอชไอวีได้แพร่ระบาดเข้ามาในประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นอย่างสม่ำเสมอและขณะนี้จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อสะสมรวมกว่า 1 ล้านคนแล้ว จากประมาณการของคณะทำงานของกระทรวงสาธารณสุข ระบุว่าหากจำนวนผู้ป่วยใหม่ยังเพิ่มขึ้นในอัตราที่ลดลงราวร้อยละ 10 หรือน้อยกว่าเล็กน้อย ในอีก 15 ปีข้างหน้า(พ.ศ. 2561) ที่แม้จะมีผู้ติดเชื้อรายใหม่เพียงประมาณ 7500 รายในปีนั้น แต่จะมีผู้ป่วยที่มีอาการของโรคเอดส์สะสมรวมกันกว่า 1 ล้านคน(เพิ่มขึ้นจากปีนี้กว่า 1 เท่าตัว) ซึ่งหากมีการใช้ยาต้านไวรัสกันอย่างกว้างขวางและได้ผลก็จะทำให้ผู้ป่วยเอดส์มีชีวิตยืนยาวขึ้นและจำนวนสะสมของผู้ป่วยเอดส์จะมากกว่าตัวเลขประมาณการนี้อีก ภาระด้านงบประมาณจะคงอยู่ในระดับนี้ต่อไปอีกอย่างน้อย 20 ปี ซึ่งเป็นภาระอย่างมาก หากไม่ต้องการเผชิญกับปัญหาขนาดนี้ จำเป็นจะต้องพยายามลดจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ให้เหลือน้อยที่สุดและโดยเร็วที่สุดเพื่อทำให้จำนวนผู้ป่วยลดลงให้ได้โดยเร็ว

โดยสรุปในด้านงบประมาณ แม้ยาต้านไวรัสจะสามารถทำให้ผู้ป่วยเอดส์มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และลดภาระของสถานบริการที่จะต้องให้การดูแลรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส รัฐจะมีภาระด้านงบประมาณสำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยเฉพาะยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องต่อไปอีกนาน หากไม่ต้องการรับภาระประมาณมากมายดังกล่าว ทางออกที่สำคัญและได้ผลมากที่สุดคือการลดจำนวนผู้ป่วยใหม่เพื่อลดจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์สะสมให้เหลือน้อยที่สุดในเวลาที่เร็วที่สุดควบคู่ไปกับการรักษาผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัส และก็เป็นที่น่าทึ่งกันว่าภาระแรงจูงใจเพื่อไม่ให้มีผู้ติดเชื้อรายใหม่นั้นจะมีค่าใช้จ่ายถูกกว่าค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วยมากมายนัก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Scaling up Antiretroviral : Therapy in Resource-Limited Setting. Guideline for a Public Health Approach. Geneva, 2002.
2. เกียรติ รัชฎ์รุ่งธรรม บก. การประมวลและสังเคราะห์องค์ความรู้ เอคส์ : การวิจัยทางคลินิก. นนทบุรี : สหมิตรพรินติ้ง; 2541.
3. คณะทำงานจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติด้านโรคเอดส์. แนวทางการปฏิบัติโรคติดเชื้อ: โรคเอดส์, 2545.
4. ประพันธ์ ภาณุภาค. โรคเอดส์และตัวท่าน ปี 2544. ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย, มกราคม 2544.
5. Oxfam The Impact of patent rules on the treatment of Hiv/AIDS in Thailand March 2001.
6. สถาบันวิจัยและพัฒนาองค์การเภสัชกรรม. การผลิตยาต้านไวรัสเอดส์ องค์การเภสัชกรรม. เอกสาร โรเนียว.
7. http://www.aids.gov.br/assistencia/aids_drugs_policy.htm (access 18/6/2001)
8. Mocroft,A., et al. AIDS across Europe, 1994-98 : the EuroSIDA study. The Lancet 356 (July 2000) : 291-296.
9. Mocroft,A., et al. Changing patterns of mortality across Europe in patients infected with HIV-1. The Lancet. 352 (November 1998) :1725-1730.
10. Sendi,pp., et al. Cost effectiveness of highly active antiretroviral therapy in HIV-infected patients. AIDS 13 (9) (1999).
11. เกียรติ รัชฎ์รุ่งธรรม. ลักษณะทางคลินิกและระยะต่างๆ ของการติดเชื้อ HIV, ในเอคส์ : การวิจัยทางคลินิก เกียรติ รัชฎ์รุ่งธรรม บรรณาธิการ, เมษายน 2541, หน้า 22-38.
12. สมนึก สังฆานุภาพ. How To Manage Patients with HIV and Other Related Infections (ตอนที่ 2). วารสารคลินิก 213 (18)/9, 45. หน้า 731-744.
13. ชัยยศ คุณานุสนธิ. ระบาดวิทยาของ HIV/AIDS และผลกระทบต่อประเทศไทย. ใน เกียรติ รัชฎ์รุ่งธรรม (บรรณาธิการ). เอคส์: การวิจัยทางคลินิก. หน้า 3. นนทบุรี: สหมิตรพรินติ้ง, 2541.
14. เกียรติ รัชฎ์รุ่งธรรม. การวิจัยด้านเอคส์ที่วัดประสิทธิภาพจากผลทางคลินิก. ใน เกียรติ รัชฎ์รุ่งธรรม (บรรณาธิการ). เอคส์: การวิจัยทางคลินิก. หน้า 219-239. นนทบุรี: สหมิตรพรินติ้ง, 2541.
15. CAESAR Coordinating Committee. Randomized trial of addition of Lamivudine or Lamivudine plus Ioviride to Zidovudine-containing regimens for patients with HIV-infection: The CAESAR trail. Lacet 1997; 349: 1413-21.
16. Hammer SM, Squires KE, Hughes MD, Grimes JM, Demeter LM, Currier JS, Eron JJ, Jr., Feinberg JE, Balfour HH, Jr., Deyton LR, Chodakewitz JA, Fischl MA. A controlled trial of two nucleoside analogues plus Indinavir in persons with human immunodeficiency virus infection and CD₄Cell counts of 200 per cubic millimeter or less. AIDS Clinical Trials Group 320 Study Team. N Engl J Med 1997; 337: 725-33.
17. Hirschel B, Francioli P. Progress and problems in the fight against AIDS. N Engl J Med 1998; 338: 906-8.
18. Del Rio C, Cahn P, Friedland G. Antiretroviral Theray in Latin America. Aids/InternationalAIDS Society 1998; 12: 12-13.

19. Hogg RS, Health KV, Yip b, Craib KJ, O'Shaughnessy MV, Schechter MT, Montaner JS. Improved survival among HIV-infected individuals following initiation of antiretroviral therapy. *JAMA* 1998; 279: 450-451.
20. Hogg RS, Rhone SA, Yip B, Sherlock C, Conway B, Schechter MT, O' Shaughnessy MV, Montaner JS. Antiviral effect of double and triple drug combinations amongst HIV-infected adults: lessons from the implementation of viral load-driven antiretroviral therapy. *AIDS* 1998; 12: 279-84.
21. Gulick RM, Mellors JW, Havlir D, Eron JJ, Gonzalez C, McMahon D, Richman DD, Valentine FT, Jonas L, Meibohm A, Emini ES, Chodakuwitz JA. Treatment with indinavir, zidovudine, and lamivudine in adults with human deficiency virus infection and prior antiretroviral therapy. *N Engl J Med* 1997; 337: 734-39.
22. Musicco M, Lazzarin A, Nicolosi A, Gasparini M, Costigliola P, Arici C, Saracco A. Antiretroviral treatment of men infected with human immunodeficiency virus type I reduces the incidence of heterosexual transmission. Italian Study Group on HIV heterosexual transmission. *Arch Intern Med* 1994; 154: 1971-76.
23. Vernazza PL, Gilliam BL, Flepp M, Dyer JR, Frank AC, Fiscus SA, Cohen MS, Eron JJ. Effect of antiviral treatment on the shedding of HIV-I in semen. *AIDS* 1997;11: 1249-54.
24. Volberding, PA. Better Safe than Sorry: Does Reducing Viral Load Reduce the Risk of Transmitting HIV? HIV insite. 1998. Ref Type: Electronic Citation.
25. Moore RD. Cost effectiveness of combination HIV Therapy: 3 years later. *Pharmacoeconomics* 2000; 17: 325-30.
26. Forsythe S. The Economics of Antiretroviral Therapy in Low-income Countries. The Policy Project/ Futures Group International. 2002. Ref Type: Electronic Citation.
27. Freedberg KA, Losina E, Weinstein MC, et al. The cost Effectiveness of Combination Antiretroviral Therapy for HIV Disease. *N Engl J Med* 2001; 344:824-31.
28. หน่วยปฏิบัติการวิจัยเภสัชศาสตร์สังคม. องค์การอนามัยโลกชงรบ"เอดส์"ซึ่งนำทั่วโลกใช้ยาต้านไวรัสเอดส์เพิ่ม 10 รายการ. เอกสารประกอบการประชุมโครงการเวที "ศูนย์องค์รวมเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์". คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 30 มิถุนายน 2545.
29. Ministry of Health of Brazil. National Aids Drug Policy. June 2001, p.31
30. ชัยยศ คุณานุสนธิ, วิพุธ พูลเจริญ และวิวัฒน์ โรจนพิทยากร. รายงานเบื้องต้นผลการประเมินความคุ้มค่าของการใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวีในประเทศไทย พ.ศ.2538. วารสาร โรคเอดส์ 7, 4 (2538); 190-201.
31. อัจฉรา เอกแสงศรี. การผลิตยาต้านไวรัสเอดส์ องค์การเภสัชกรรม. สถาบันวิจัยและพัฒนาองค์การเภสัชกรรม. เอกสารประกอบการประชุมโครงการเวที "ศูนย์องค์รวมเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์". คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 30 มิถุนายน 2545.
32. ทวีทรัพย์ ศิรประภาศิริ. Expand Access to Anti-retroviral Treatment. เอกสารประกอบการสัมมนา เรื่อง "Treatment of HIV/AIDS: Training Course for the Beginners" วันพุธที่ 21 สิงหาคม 2545 เวลา 14.30-16.30 น. ณ ห้องคริสตอล บอลรูม โรงแรมตะวันนา รามาดา กรุงเทพมหานคร จัดโดย สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย สมาคมโรคเอดส์แห่งประเทศไทย และวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย.

33. เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทย และคณะกรรมการองค์การพัฒนาเอกชนด้านเอดส์. พลิกบทบาทผู้รับบริการเป็นผู้ร่วมจัดบริการในระบบสาธารณสุขไทย. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ “สู่ความยั่งยืน การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า”, 26-28 สิงหาคม 2545, ณ ศูนย์ประชุมแห่งชาติสิริกิติ์. การประชุมวิชาการห้องย่อย: ภาศักกับนวัตกรรมใหม่และกรณีศึกษาตัวอย่าง.
34. สมจิต ปทุมานนท์, สุณีย์ ละกะปิ่น, พิบูล กมลเพชร, อ้นธิชา ลองคำ. ประสิทธิผลรูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวมต่อการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์. รายงานการวิจัยโครงการพัฒนาภูมิปัญญาและการวิจัยเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหเอดส์. สำนักนโยบายและแผนอุดมศึกษา, สำนักปลัดทบวงมหาวิทยาลัย. สิงหาคม 2543.
35. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, เครื่องชี้ภาวะเศรษฐกิจที่สำคัญ, 16 ธันวาคม 2545.
36. อุดร ศรีสุวรรณ, โอภาส การย์กวินพงศ์, และศุภศรัย สง่างวงศ์, การรักษาผู้ป่วยเอดส์โดยใช้ยาต้านไวรัสที่มีประสิทธิภาพสูง 3 ชนิดพร้อมกันในเขต 7, รายงานการวิจัย, เอกสารโรเนียว.
37. ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, (ร่าง) รายงานการประเมินผลสถานการณ์ให้บริการยาต้านไวรัสในโครงการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ของกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่เขตภาคเหนือตอนบน ปี พ.ศ.2545. เอกสาร โรเนียว.
38. The Thai Working Group on HIV/AIDS Projection. Projections for HIV/AIDS in Thailand. .Division of Aids, Department of Communicable Disease Control, Ministry of Public Health. March 2001.

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก

ภาคผนวก 1 แบบบันทึกต้นทุนการรักษาโรค

ภาคผนวก 2 บัญชีราคาขายด้านไวรัสเอดส์ของโรงพยาบาลบาราศนราดรุร

ภาคผนวก 3 ค่าเฉลี่ยวันนอนและค่ารักษาของผู้ป่วยเอดส์ประเภทผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบาราศนราดรุร
ปีงบประมาณ 2545 แยกตามโรค

ภาคผนวก 4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต

ภาคผนวก 5 สรุปผลการสัมภาษณ์จากการสำรวจภาคสนาม

ภาคผนวก 6 เกณฑ์ในการคัดกรองผู้ป่วยเพื่อรับยาต้านไวรัสเอดส์

ภาคผนวก 7 สถานภาพสิทธิบัตรของยาต้านไวรัสเอดส์ในประเทศไทย

ภาคผนวก 8 โครงการประชุมเรื่องสิทธิประโยชน์การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ในระบบประกัน
สุขภาพถ้วนหน้า

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก 1
แบบบันทึกต้นทุนการรักษาโรค

เลขที่

1. ข้อมูลทั่วไป

คนไข้รับครั้งแรกวันที่

HN

เพศ () ชาย () หญิง

สถานภาพ () โสด () คู่ () แยกกันอยู่ () หม้าย () หย่าร้าง () ไม่ทราบ

สิทธิในการรักษาพยาบาล () จ่ายเอง () ราชการ/รัฐวิสาหกิจ () ประกันสังคม () บัตรรายได้น้อย
() โครงการ 30 บาท () ประกันสุขภาพเอกชน () อื่นๆระบุ

ปีเกิด

อาชีพ

ภูมิลำเนา

น้ำหนัก กิโลกรัม

ปีที่ทราบโรคเชื่อ

2. ประเภทการรักษาด้วยยา

() ไม่ได้รับยาด้านไวรัส

() ได้รับยาด้านไวรัส (โปรดระบุรายละเอียด)

ได้รับยาด้านไวรัส 1 ตัวคือยา ระยะเวลาที่ได้รับวันที่ .../.../... ถึง .../.../...

ได้รับยาด้านไวรัส 2 ตัวคือยา 1. ระยะเวลาที่ได้รับวันที่ .../.../... ถึง .../.../...

2.

ได้รับยาด้านไวรัส 3 ตัว มีรายละเอียด ดังนี้

รายละเอียดการได้รับยาต้านไวรัส 3 ตัว

Regimen	1	2	3
วันที่
ยาและขนาดที่ให้	1..... 2..... 3.....	1..... 2..... 3.....	1..... 2..... 3.....
สาเหตุที่เปลี่ยน	() แพ้ยา () คีโฆยา () อื่นๆ	() แพ้ยา () คีโฆยา () อื่นๆ	() แพ้ยา () คีโฆยา () อื่นๆ
Regimen	4	5	6
วันที่
ยาและขนาดที่ให้	1..... 2..... 3.....	1..... 2..... 3.....	1..... 2..... 3.....
สาเหตุที่เปลี่ยน	() แพ้ยา () คีโฆยา () อื่นๆ	() แพ้ยา () คีโฆยา () อื่นๆ	() แพ้ยา () คีโฆยา () อื่นๆ

3. การรักษาแบบคนไข้ใน

ครั้งที่	วันที่	Final Diagnosis	Length of Stay (วัน)
1			
2			
3			
4			
5			

ครั้งที่	วันที่	Final Diagnosis	Length of Stay (วัน)
6			
7			
8			
9			
10			

4. สรุปการรักษาแบบคนไข้นอก

ลำดับ	ว/ด/ป	ปัญหาหรืออาการที่สำคัญ	ยาและขนาดที่ใช้	การตรวจ Lab	ระยะเวลาในการรักษา
1					
2					
3					
4					
5					

ลำดับ	ว/ด/ป	ปัญหาหรืออาการที่สำคัญ	ยาและขนาดที่ใช้	การตรวจ Lab	ระยะเวลาในการรักษา
6					
7					
8					
9					
10					

นับรวมจำนวนครั้งที่มาตรวจรักษาแบบคนไข้ นอก รวม ครั้ง

5. สรุปผลลัพธ์การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ถ้ามี)

วันที่					
CD4					
CD8					
Viral load					

6. สรุปสถานภาพสุดท้าย

() ผู้ป่วยเฮดส์ () ผู้ติดเชื้อที่มีอาการ () ตาย

ลงชื่อผู้บันทึกข้อมูล

วันที่

ภาคผนวก 2

บัญชีราคายาต้านไวรัสเอดส์ของโรงพยาบาลบาราศนราดรุ
(เป็นราคาที่โรงพยาบาลบาราศนราดรุขายให้ผู้ป่วย)

รายการยา	ราคาต่อเม็ด	จำนวนที่ใช้ต่อวัน	ราคาต่อวัน	ราคาต่อเดือน (30 วัน)
AZT (Zidovudine) 100 mg	8	4	32	960
	8	6	48	1440
d4T 30 mg	4	2	8	240
d4T 40 mg	5	2	10	300
ddI powder 115 mg	22	1	22	660
	22	4	88	2640
ddI powder 170 mg	31	1	31	930
	31	2	62	1860
ddI tab 25 mg	9	2	18	540
ddI tab 50 mg	18	2	36	1080
ddI tab 100 mg	34	2	68	2040
	34	4	136	4080
Videx EC 250 mg	100	1	100	3000
Videx EC 400 mg	157	1	157	4710
3TC (Lamivudine) 150 mg	11	2	22	660
Combivir 300 mg (GPO)	27	2	54	1620
Nevirapine 200 mg (GPO)	16.5	2	33	990
Efavirenz (EFV) 200 mg	27	3	81	2430
Abacavir 300 mg	165	2	330	9900
Indinavir 200 mg	8.5	6	51	1530
Indinavir 400 mg	16.5	6	99	2970
	16.5	4	66	1980
Nelfinavir 200 mg	57	9	513	15390
Saquinavir 200 mg	29	8	232	6960
Ritonavir 100 mg	46	2	92	2760
Kaletra (Lopinavir+Ritonavir)	60	6	360	10800
GPO-VIP S30	22	2	44	1320
GPO-VIR S40	24	2	48	1440

A	ราคา ต่อวัน	ราคา/ เดือน	B	ราคา ต่อวัน	ราคา/ เดือน	ราคา/เดือน A + B
d4T 30 mg (1 x 2) + 3TC (1 x 2)	30	900	Nevirapine 200 mg (1 x 2)	33	990	1890
		900	Efavirenz 200 mg (3 x 1)	81	2430	3330
		900	Abacavir 300 mg (1 x 2)	330	9900	10800
		900	Indinavir (IDV) 400 mg (2 x 3)	99	2970	3870
		900	IDV 400 mg (2 x 2) + RIV (1 x 2)	158	4740	5640
		900	SQV 200 mg (8 x 1) + RTV (1 x 1)	278	8340	9240
		900	Nelfinavir 250 mg (3 x 3)	513	15390	16290
		900	Lopinavir/RTV (3 x 2)	360	10800	11700
d4T 40 mg (1 x 2) + 3TC (1 x 2)	32	960	Nevirapine 200 mg (1 x 2)	33	990	1950
		960	Efavirenz 200 mg (3 x 1)	81	2430	3390
		960	Abacavir 300 mg (1 x 2)	330	9900	10860
		960	Indinavir (IDV) 400 mg (2 x 3)	99	2970	3930
		960	IDV 400 mg (2 x 2) + RIV (1 x 2)	158	4740	5700
		960	SQV 200 mg (8 x 1) + RTV (1 x 1)	278	8340	9300
		960	Nelfinavir 250 mg (3 x 3)	513	15390	16350
		960	Lopinavir/RTV (3 x 2)	360	10800	11760
d4T 30 mg (1 x 2) + ddI 170 mg (1 x 2) (ddI = ddI powder ของ องค์การเภสัชกรรม)	70	2100	Nevirapine 200 mg (1 x 2)	33	990	3090
		2100	Efavirenz 200 mg (3 x 1)	81	2430	4530
		2100	Abacavir 300 mg (1 x 2)	330	9900	12000
		2100	Indinavir (IDV) 400 mg (2 x 3)	99	2970	5070
		2100	IDV 400 mg (2 x 2) + RIV (1 x 2)	158	4740	6840
		2100	SQV 200 mg (8 x 1) + RTV (1 x 1)	278	8340	10440
		2100	Nelfinavir 250 mg (3 x 3)	513	15390	17490
		2100	Lopinavir/RTV (3 x 2)	360	10800	12900

AZT = Zidovudine; d4T = Stavudine; 3TC = Lamivudine; IDV = Indinavir; RTV = Tenofovir; GPO-VIR = d4T+3TC+Nevirapine

A	ราคา ต่อวัน	ราคา/ เดือน	B	ราคา ต่อวัน	ราคา/ เดือน	ราคา/เดือน A + B
d4T40 mg (1 x 2) + ddI 115 mg (2 x 2) (ddI = ddI powder ของ องค์การเภสัชกรรม)	98	2940	Nevirapine 200 mg (1 x 2)	33	990	3930
		2940	Efavirenz 200 mg (3 x 1)	81	2430	5370
		2940	Abacavir 300 mg (1 x 2)	330	9900	12840
		2940	Indinavir (IDV) 400 mg (2 x 3)	99	2970	5910
		2940	IDV 400 mg (2 x 2) + RIV (1 x 2)	158	4740	7680
		2940	SQV 200 mg (8 x 1) + RTV (1 x 1)	278	8340	11280
		2940	Nelfinavir 250 mg (3 x 3)	513	15390	18330
		2940	Lopinavir/RTV (3 x 2)	360	10800	13740
AZT 100 mg (2 x 2) + 3TC 150 mg (1 x 2)	54	1620	Nevirapine 200 mg (1 x 2)	33	990	2610
		1620	Efavirenz 200 mg (3 x 1)	81	2430	4050
		1620	Abacavir 300 mg (1 x 2)	330	9900	11520
		1620	Indinavir (IDV) 400 mg (2 x 3)	99	2970	4590
		1620	IDV 400 mg (2 x 2) + RIV (1 x 2)	158	4740	6360
		1620	SQV 200 mg (8 x 1) + RTV (1 x 1)	278	8340	9960
		1620	Nelfinavir 250 mg (3 x 3)	513	15390	17010
		1620	Lopinavir/RTV (3 x 2)	360	10800	12420
AZT 300 mg + 3TC 150 mg (1 x 2) (COMBID)	54	1620	Nevirapine 200 mg (1 x 2)	33	990	2610
		1620	Efavirenz 200 mg (3 x 1)	81	2430	4050
		1620	Abacavir 300 mg (1 x 2)	330	9900	11520
		1620	Indinavir (IDV) 400 mg (2 x 3)	99	2970	4590
		1620	IDV 400 mg (2 x 2) + RIV (1 x 2)	158	4740	6360
		1620	SQV 200 mg (8 x 1) + RTV (1 x 1)	278	8340	9960
		1620	Nelfinavir 250 mg (3 x 3)	513	15390	17010
		1620	Lopinavir/RTV (3 x 2)	360	10800	12420

A	ราคา ต่อวัน	ราคา/ เดือน	B	ราคา ต่อวัน	ราคา/ เดือน	ราคา/เดือน A + B
AZT 100 mg (2 x 2) + ddI 170 mg (1 x 2) (ddI = ddI powder ของ องค์การเภสัชกรรม)	94	2820	Nevirapine 200 mg (1 x 2)	33	990	3810
		2820	Efavirenz 200 mg (3 x 1)	81	2430	5250
		2820	Abacavir 300 mg (1 x 2)	330	9900	12720
		2820	Indinavir (IDV) 400 mg (2 x 3)	99	2970	5790
		2820	IDV 400 mg (2 x 2) + RIV (1 x 2)	158	4740	7560
		2820	SQV 200 mg (8 x 1) + RTV (1 x 1)	278	8340	11160
		2820	Nelfinavir 250 mg (3 x 3)	513	15390	18210
		2820	Lopinavir/RTV (3 x 2)	360	10800	13620
AZT 100 mg (3 x 2) + ddI 115 mg (2 x 2) (ddI = ddI powder ของ องค์การเภสัชกรรม)	136	4080	Nevirapine 200 mg (1 x 2)	33	990	5070
		4080	Efavirenz 200 mg (3 x 1)	81	2430	6510
		4080	Abacavir 300 mg (1 x 2)	330	9900	13980
		4080	Indinavir (IDV) 400 mg (2 x 3)	99	2970	7050
		4080	IDV 400 mg (2 x 2) + RIV (1 x 2)	158	4740	8820
		4080	SQV 200 mg (8 x 1) + RTV (1 x 1)	278	8340	12420
		4080	Nelfinavir 250 mg (3 x 3)	513	15390	19470
		4080	Lopinavir/RTV (3 x 2)	360	10800	14880
ddI 170 mg (1 x 2) + 3TC 150 mg (1 x 2) (ddI = ddI powder ของ องค์การเภสัชกรรม)	84	2520	Nevirapine 200 mg (1 x 2)	33	990	3510
		2520	Efavirenz 200 mg (3 x 1)	81	2430	4950
		2520	Abacavir 300 mg (1 x 2)	330	9900	12420
		2520	Indinavir (IDV) 400 mg (2 x 3)	99	2970	5490
		2520	IDV 400 mg (2 x 2) + RIV (1 x 2)	158	4740	7260
		2520	SQV 200 mg (8 x 1) + RTV (1 x 1)	278	8340	10860
		2520	Nelfinavir 250 mg (3 x 3)	513	15390	17910
		2520	Lopinavir/RTV (3 x 2)	360	10800	13320

A	ราคา ต่อวัน	ราคา/ เดือน	B	ราคา ต่อวัน	ราคา/ เดือน	ราคา/เดือน A + B
ddI 115 mg (2 x 2) + 3TC 150 mg (1 x 2) (ddI = ddI powder ของ องค์การเภสัชกรรม)	110	3300	Nevirapine 200 mg (1 x 2)	33	990	4290
		3300	Efavirenz 200 mg (3 x 1)	81	2430	5730
		3300	Abacavir 300 mg (1 x 2)	3300	9900	13200
		3300	Indinavir (IDV) 400 mg (2 x 3)	99	2970	6270
		3300	IDV 400 mg (2 x 2) + RIV (1 x 2)	158	4740	8040
		3300	SQV 200 mg (8 x 1) + RTV (1 x 1)	278	8340	11640
		3300	Nelfinavir 250 mg (3 x 3)	513	15390	18690
		3300	Lopinavir/RTV (3 x 2)	360	10800	14100
GPO-VIR S30 (1 x 2)	44	1320				1320
GPO-VIR S40 (1 x 2)	48	1440				1440

GPO-VIR S30 = d4T 30 mg + 3TC 150 mg + NVP 200 mg; GPO-VIR S40 = d4T 40 mg + 3TC 150 mg + NVP 200 mg

- หมายเหตุ
- ราคา ยา d4T, 3TC, NVP, AZT 300 mg + 3TC 150 mg (Combivir), ddI Powder เป็นยาขององค์การเภสัชกรรม
 - A + B เป็นสูตรยาที่ใช้ร่วมกันเฉพาะกรณีที่เชื้อยังไม่คือด้อยในกลุ่ม NRTI

ผู้จัดทำ เภสัชกรหญิงสมคิด อังคศรีทองกุล

สถาบันวิทยบริการ

18/6/02

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก 3

ค่าเฉลี่ยวันนอนและค่ารักษาผู้ป่วยเอดส์ ประเภทผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ 2545 แยกตามโรค

โรค	จำนวน ผู้ป่วย	ค่าเฉลี่ย วันนอน	ค่าใช้จ่าย รวม	ค่ายา	ค่าบริการ	ค่าตรวจ X_RAY	ค่าตรวจ LAB
Cryptococcosis meningitis	365	14	10,896	6,466	1,850	271	1,564
PCP	186	10	9,784	4,430	3,166	228	1,081
Pneumonia	157	11	7466	3339	2077	253	1283
Septicemia	90	27	23503	10247	6853	317	3209
Wasting syndrome	86	10	4,194	1,368	1,365	234	1787
MAC	69	13	10,590	5,826	1,818	380	1,689
Tuberculosis, cryptococcosis	53	16	10780	6317	2103	230	1636
Acute diarrhea	43	6	2731	1380	527	265	739
Fever cause	30	8	3737	1200	760	398	1428
Candidiasis	29	13	6719	2118	1975	411	1486
UTI	28	12	5111	1847	740	382	1190
Salmonellosis sepsis	22	12	9119	4543	1381	266	1944
Steven johnson syndrome	21	11	2874	1203	623	120	856
Tuberculosis , Candidiasis	20	8	3474	1019	1434	130	1025
Drug eruption from ยาด้านไวรัส	17	7	5917	2633	1150	137	1243
TB,PCP	17	6	4927	2039	1542	130	1076
Cryptococcosis , MAC	15	14	10313	4722	2587	458	1804
Dermatitis	15	8	5504	2660	1008	340	934
Dermatitis	15	8	5504	2660	1008	340	934
PCP, Candidiasis	14	12	10821	4298	3818	270	1563
CMVR	13	13	6967	1495	2413	277	1195
Abdominal pain	13	5	4199	1565	576	703	589
Histoplasmosis	13	10	10689	5718	1912	360	2237
Acute renal failure	12	6	7041	2762	1518	390	2215

โรค	จำนวน ผู้ป่วย	ค่าเฉลี่ย วันนอน	ค่าใช้จ่าย รวม	ค่ายา	ค่าบริการ	ค่าตรวจ X_RAY	ค่าตรวจ LAB
TB, MAC	12	11	8491	3769	1285	408	761
Cutaneous abscess	12	14	4686	1232	1507	380	1163
Dementia	10	12	8259	2386	2294	188	1629
Penicillosis	10	11	12162	8259	1345	120	1470
Pulmonary nocardiasis	9	8	7942	4624	1342	349	1169
TB,Wasting	9	12	7895	3341	1833	240	994
TB, Anemia	9	10	6434	2331	1221	264	1847
Hepatitis	9	7	3275	602	1021	520	1646
Tuberculosis , Diarrhea	8	4	1888	834	313	0	675
Toxoplasmosis	8	10	4046	1750	1091	160	1007
Cirrhosis	7	6	2887	264	1030	570	1720
URI	7	4	8049	7200	203	180	650
Anemia	7	11	4612	1336	2830	145	1253
Pyelonephitis	7	5	3381	1330	551	520	936
TB,CMVR	7	15	9814	2128	3230	385	2755
Appendicitis	6	7	8796	1971	1440	384	378
Tuberculosis , Histoplasmosis	5	28	18661	11634	3813	720	2098
Psoriasis	5	6	7560	5387	1090	280	1015
Pneumonia, MAC	5	12	4893	1833	1940	210	910
Herpes zoster	5	5	5513	4111	506	120	778
Salmonellosis	4	5	3080	1688	270	600	1163
Mycobacterium infection	4	16	8925	3315	680	360	2583
Anal abscess	4	9	4577	2102	1633	120	353
Pancreatitis	4	6	5569	2483	688	952	1420
HIV. Disease resuling kaposi's sarcoma	4	3	1,901	635	490	120	503
Other malignant neoplasms of lymphoid	4	20	3,343	320	1,563	120	2,000

ภาคผนวก 4
แบบสอบถามคุณภาพชีวิต

เลขที่แบบสอบถาม

คำชี้แจง แบบสอบถามฉบับนี้มีจุดมุ่งหมายที่จะทราบรายละเอียดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อเป็นแนวทางในการวิเคราะห์เรื่องต้นทุน-ผลได้ ในการนำยาต้านไวรัสเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า คำตอบที่ได้จากท่านถือว่าเป็น “ความลับ” ผู้วิจัยจะรายงานผลเป็นกลุ่มทั้งหมด จึงใคร่ขอความกรุณาในการตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงและสมบูรณ์ เพื่อประโยชน์ในการหาแนวทางให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการดูแลรักษาตามสิทธิของตน

แบบสอบถามทั้งหมดแบ่งออกเป็น 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับโรค

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 3 คุณภาพชีวิต

ขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้
คณะผู้วิจัย

โครงการจัดตั้งภาควิชาเภสัชศาสตร์สังคม
คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เก็บข้อมูลเมื่อวันที่เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อผู้สัมภาษณ์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

11. รายได้ / เดือน ณ ปัจจุบันของท่านเป็นเท่าใด

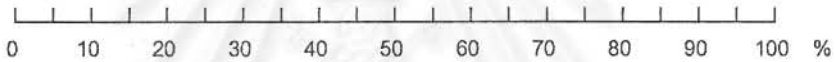
- () ไม่มี () น้อยกว่า 5,000 บาท
 () 5,001 – 10,000 บาท () 10,001 – 15,000 บาท
 () 15,001 – 20,000 บาท () 20,001 – 30,000 บาท
 () มากกว่า 30,001 บาท

12. ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเคยประสบปัญหาการเจ็บป่วยจากโรคเอดส์จนต้องหยุดพักผอนไม่สามารถทำงานหรือดำเนินชีวิตอย่างปกติ หรือไม่

- () ไม่เคย
 () เคย จำนวน.....ครั้งต่อเดือน หรือ ครั้งต่อปี
 และเฉลี่ยครั้งละประมาณ วัน

13. ท่านคิดว่าประสิทธิภาพในการทำงานหรือการเนินชีวิตปกติของท่านในปัจจุบันเมื่อเปรียบเทียบกับในอดีตก่อนเป็นโรคเอดส์ที่ท่านยังทำงานหรือดำเนินชีวิตอย่างปกติ (คิดเป็นระดับประสิทธิภาพปกติเท่ากับ 100%) ประสิทธิภาพขณะนี้ของท่านอยู่ในระดับเท่าใดระหว่าง 0 % ถึง 100 %
 (โปรดกาเครื่องหมาย 5 ลงบนเส้นที่กำหนดตามความเป็นจริง)

ระดับประสิทธิภาพ



สถาบันวิทยบริการ
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 3 คุณภาพชีวิต

ท่านมีความรู้สึกเกี่ยวกับข้อความต่อไปนี้อย่างไรบ้าง โปรดกาเครื่องหมาย 3 ในช่องว่างต่อไปนี้

มากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกนึกคิดของท่านทุกประการ
มาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกนึกคิดของท่านเป็นส่วนใหญ่
ปานกลาง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกนึกคิดของท่านประมาณครึ่งหนึ่ง
น้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกนึกคิดของท่านเป็นส่วนน้อยหรือน้อยกว่าครึ่ง
ไม่มีเลย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกนึกคิดของท่านเลย

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มีเลย
ด้านความพึงพอใจในชีวิต					
1. ท่านรู้สึกว่โรคเอดส์เป็นอันตรายต่อชีวิตของท่าน					
2. ท่านรู้สึกพอใจกับการรักษาที่ได้รับ					
3. ท่านคิดว่าการติดเชื้อ เอช.ไอ.วี. จะดีขึ้นจากการกินยา					
4. ท่านรู้สึกมีความสุขใจเมื่อทราบว่ามีเชื้อ เอช.ไอ.วี.					
5. ท่านได้รับสิ่งต่างๆที่ต้องการตามที่ท่านคาดหวัง					
6. ท่านประสบความสำเร็จในชีวิตตามที่ท่านคาดหวัง					
7. ท่านรู้สึกพอใจกับความสำเร็จในชีวิต					
8. ท่านรู้สึกพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ในตอนนี้					
9. ท่านรู้สึกพอใจกับสิ่งของเครื่องใช้ที่ท่านมีอยู่ในตอนนี้					
มุมมองที่มีต่อตนเอง					
1. ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้					
2. ท่านรู้สึกสบายใจที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น					
3. ท่านเป็นคนต่อสู้อุปสรรค					
4. ท่านมีอารมณ์ไม่เปลี่ยนแปลงแม้ว่าจะเจ็บป่วย					
5. ท่านรู้สึกภูมิใจในตนเอง					
6. ท่านรู้สึกเป็นคนสำคัญในครอบครัว					
7. ท่านรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระต่อครอบครัว					
8. ท่านคิดว่าสิ่งยึดเหนี่ยวทางศาสนาทำให้จิตใจดีขึ้น					
9. ท่านคิดว่าสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทำให้อาการดีขึ้น					

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มีเลย
ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย					
1. ท่านมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย					
2. ท่านรู้สึกเป็นปกติสุขถึงแม้จะทราบว่าคุณติดยาเสพติด เฮช.ไอ.วี.					
3. ท่านสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง					
4. ท่านนอนหลับพักผ่อนได้เพียงพอ					
5. ท่านดูแลตนเองได้เหมาะสมกับการติดเชื้อ เฮช.ไอ.วี.					
6. ท่านสามารถไปทำงานหรือทำธุระนอกบ้านได้					
7. ท่านพอใจกับการดูแลสุขภาพของตนเอง					
8. ท่านสามารถออกกำลังกายได้					
9. ท่านพอใจในเรื่องเพศสัมพันธ์					
10. ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมา					
ด้านสังคมและเศรษฐกิจ					
1. ท่านได้รับการเอาใจใส่จากคนรอบข้างในการมาตรวจรักษา					
2. ท่านสามารถทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัวได้					
3. ท่านพบปะสังสรรค์กับเพื่อนได้					
4. ท่านสามารถทำกิจกรรมทางสังคมร่วมกับผู้อื่นได้					
5. ในทุกสถานการณ์มีปัญหที่ท่านต้องเผชิญ ท่านคิดว่าท่านสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้					
6. ถึงแม้จะเจ็บป่วยท่านก็ประกอบอาชีพได้					
7. ท่านพอใจกับทรัพย์สิน / สิ่งของ / รายได้ที่ได้รับ					
8. เมื่อท่านมีปัญหาเรื่องการเงิน มีผู้อื่นช่วยเหลือท่าน					
9. ท่านมีเงินเพียงพอสำหรับจ่ายค่ารักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย					

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ขอขอบพระคุณในความร่วมมือ

ภาคผนวก 5

สรุปผลการสัมภาษณ์การสำรวจภาคสนาม

โรงพยาบาลบางกรวย 27 มกราคม 2546

ผู้ให้สัมภาษณ์

1. นพ.จเด็จ ธรรมธัชอารี ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลบางกรวย
2. นางปราณี กรีฑาภิรมย์ หัวหน้างานโรคเอดส์และกามโรค โรงพยาบาลบางกรวย

สรุปผลการสัมภาษณ์

1. ผลการดำเนินงานของโครงการหมอไร้พรหมแดน-เบลเยียม (ประเทศไทย)

โรงพยาบาลบางกรวยได้ร่วมดำเนินการกับองค์การหมอไร้พรหมแดน เพื่อต้องการศึกษาถึงปัญหาในการรักษาผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัส 3 ตัว และระบบการให้บริการที่เหมาะสมมีประสิทธิภาพ โดยการคัดเลือกผู้ป่วยเอดส์ที่มีค่า CD4 เท่ากับ 250 หรือน้อยกว่าเข้ารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฟรี ผลการดำเนินการในช่วงต้นมีผู้มาสมัคร 80 คน และได้คัดเลือกเพียง 53 คน ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยในการคัดเลือกโรงพยาบาลให้ความสำคัญในเรื่องของความพร้อมผู้ป่วยที่ต้องมีผู้ดูแลที่สามารถติดต่อได้เพื่อเป็นหลักประกันในการติดตามได้อย่างต่อเนื่อง ในขณะที่องค์การหมอไร้พรหมแดนจะให้ความสำคัญของหลักสิทธิมนุษยชนที่ผู้ป่วยพึงได้รับการดูแลที่เท่าเทียมกัน

ถึงแม้ว่าโครงการนี้จะมีการประชาสัมพันธ์อย่างทั่วถึงในพื้นที่แล้วก็ตาม แต่ผู้ป่วยที่สมัครเข้าโครงการส่วนมากมาจากนอกพื้นที่ มาจากชมรมผู้ป่วยเอดส์ต่างๆ ที่รับทราบข่าวคราว ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากความรู้ความเข้าใจในเรื่อทางด้านของผู้ป่วยในพื้นที่และการที่ไม่ต้องการเปิดเผยตัว

จากการติดตามผลการรักษาทั้งในเรื่องของระดับ CD4 และการตรวจเย็บบ้าน พบว่าได้ผลเป็นที่น่าพอใจ ผู้ป่วยสามารถกลับมามีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (บางคนก็ได้งานทำใหม่ในต่างจังหวัดอันเป็นปัญหาต่อการมารับยา) จากที่ดองนอน โทมก็ยังสามารถกลับมาปฏิบัติชีวิตประจำวันได้อย่างปกติยิ้มแย้มแจ่มใส การสรุปผลหลังเข้าโครงการ 6 เดือน มีจำนวนผู้ป่วยที่ล้มเหลวเพียงร้อยละ 17 (โดยดูจากระดับ CD4 ลดลงมากกว่าร้อยละ 30) ส่วนใหญ่ร้อยละ 83 มีระดับ CD4 ที่สูงขึ้น

สูตรยาต้านไวรัสที่ใช้สูตร 1 คือ AZT + 3TC + EFV หากล้มเหลวจะใช้สูตรที่ 2 คือ ddI + d4T + SQV/RTV โดยพบผลข้างเคียงจากการใช้ยาร้อยละ 41 แยกเป็น

- Anemia	5%
- Neuropathy	6%
- Pancreatitis	4%
- Raised Transaminase	6%
- Skin rash	3%
- GI intolerance	10%
- CNS intolerance	3%
- Lipoatrophy	3%

2. ระบบการรักษาโรคเอดส์ในโรงพยาบาลบางกรวย

นอกจากผู้ป่วยเอดส์ของโครงการหมอไร้พรมแดนแล้ว ทางโรงพยาบาลยังให้บริการยาค้านไวรัสฟรี (ATC) ในโครงการของกรมควบคุมโรคติดต่ออีกด้วยตามจำนวนโคเวต้าที่ได้รับ โรงพยาบาลเห็นความสำคัญได้จัดตั้งให้มีหน่วยงานเฉพาะขึ้นมาดูแลกิจการงานโรคเอดส์และกามโรค โดยขณะนี้มีบุคลากรผู้รับผิดชอบ 4 คน และมีจำนวนผู้ป่วยเอดส์ในความดูแลทั้งหมดประมาณ 70 คน

ระบบการให้บริการเริ่มตั้งแต่การคัดกรองโดยแพทย์เมื่อพบผู้ป่วยก็จะส่งต่อหน่วยงานเอดส์ เพื่อการคัดกรองและให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาค้านไวรัสหากผู้ป่วยสนใจก็สามารถเข้าร่วมโครงการของกรมควบคุมโรคติดต่อได้เลย (ATC) ตามโคเวต้าที่มีอยู่หากไม่พอก็จะให้เขียนใบสมัครทิ้งไว้เพื่อนำไปขอโคเวต้าเพิ่มเติม (ทั้งนี้เพราะการจัดสรรโคเวต้าให้กับโรงพยาบาลในบางแห่งอาจไม่ได้ใช้จึงสามารถสำรองโคเวต้าเพิ่มได้)

กระบวนการคัดกรองเพื่อให้อายด้านไวรัสนั้น หากไม่เข้มงวดพอก็จะทำให้การใช้ยาล้มเหลวได้ ดังนั้นทางโรงพยาบาลจึงได้กำหนดขั้นตอนของการคัดกรองและการให้อายด้านไวรัสดังนี้

- ขั้นตอนที่ 1 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับยาค้านไวรัสและตั้งเงื่อนไขที่จะต้องมีญาติหรือคนดูแลที่สามารถติดต่อได้ ให้ผู้ป่วยนำไปพิจารณาครีครอง 1 สัปดาห์
- ขั้นตอนที่ 2 ให้ผู้ป่วยหาญาติหรือคนดูแลมาด้วย พร้อมให้ข้อมูลและเงื่อนไขในการรับยาฟรีต่างๆ อีกครั้งหนึ่ง เพื่อนำไปพิจารณาตัดสินใจ 1 สัปดาห์
- ขั้นตอนที่ 3 หากพิจารณาแล้วว่าจะใช้ยาค้านไวรัสก็จะส่งต่อให้เภสัชกรให้ข้อมูลในเรื่องเกี่ยวกับการกินยาและผลข้างเคียงต่างๆ แล้วทำสัญญาและเจาะเลือดตรวจพร้อมนัดมาฟังผลในสัปดาห์ถัดไป
- ขั้นตอนที่ 4 รับฟังผลเลือด ตรวจร่างกาย ชักประวัติโรคแทรกซ้อนที่เป็นอยู่แล้วนัดมารับยา
- ขั้นตอนที่ 5 จ่ายยาตามนัดโดยพยายามนัดให้พร้อมๆ กันหลายคน แล้วให้การศึกษาในเรื่องวิธีการใช้ยาให้ถูกต้องและต่อเนื่อง
- ขั้นตอนที่ 6 ให้มารับยาในเดือนแรก 2 สัปดาห์ต่อครั้ง และต่อไปเดือนละครั้ง พร้อมการตรวจนับเม็ดขาวและการซักถามเพื่อความมั่นใจว่ากินยาตามสั่ง
- ขั้นตอนที่ 7 การตรวจเยี่ยมบ้าน ในช่วงเดือนแรกทุกสัปดาห์ต่อครั้ง ในเดือนถัดไป 2 สัปดาห์ต่อครั้ง เพื่อการตรวจเช็คว่าการกินยาตามสั่งหรือไม่ มีผลข้างเคียงจากการใช้ยาอย่างไร

นอกจากนี้ยังต้องมีกระบวนการในการเตรียมความพร้อมของชุมชน ให้ยอมรับต่อการอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วยเอดส์ได้จึงเป็นการรักษาแบบองค์รวมที่ต้องสนใจทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสภาพแวดล้อม ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อผลสำเร็จในการรักษา เนื่องจากเป็นภาระงานที่หนักจึงได้จัดตั้งอาสาสมัครเป็นชมรมระฆังทองแดง เพื่อการช่วยเหลือผู้ป่วยเอดส์อีกทางหนึ่ง

3. ความเห็นต่อการใช้ยาค้านไวรัส 3 ตัว

จากประสบการณ์ที่รักษาพบว่าประสิทธิภาพดีมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นทั้งผู้ป่วยและผู้ใกล้ชิดการเป็นโรค OI ผู้ที่ให้การรักษา OI อยู่ในโรงพยาบาลมักจะเป็นผู้ที่ไม่ได้ใช้ยาค้านไวรัส อย่างไรก็ตามมองว่าการรักษา OI ค่าใช้จ่ายก็ไม่ได้มากมายนักและในบางโรคก็ไม่สามารถรักษาได้ ดังนั้น ปัญหาของการใช้ยาคือต้นทุนค่ายา ซึ่งต้องมองแบบเคลื่อนไหว (Dynamic) ขณะนี้ราคาขายต่างๆ ก็ลดลงมาก ความล้มเหลวของการใช้ยาก็ยังมีไม่มากนัก

4. ความเป็นไปได้ในการให้การรักษาด้วยยาด้านไวรัสในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เนื่องจากประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อโรคนี้จะเป็นกลุ่มคนในวัยทำงานที่มีความสำคัญในเชิงนโยบายแต่การกำหนดนโยบายในลักษณะของการบูรณาการทั่วประเทศ ตัวแปรที่สำคัญคือรายคาและปัจจัยต้นทุนอื่นๆ ที่ในอนาคต 5 ปี ยังมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา อีกทั้งการรักษาต้องมีความต่อเนื่องมีความซับซ้อนของการรักษาแตกต่างจากการรักษาโรคที่มีระยะเวลาสิ้นสุดที่ชัดเจน ดังนั้น จึงควรใช้นโยบายที่แยกเฉพาะออกมาและเป็นโครงการทดลองหรือนำร่องก่อน เพื่อจะได้มีข้อมูลต่างๆ ที่เพียงพอในการตัดสินใจเชิงนโยบายต่อไป

ส่วนการที่จะให้ฟรีหรือ Co-pay นั้น หากให้ฟรีก็จะมีปัญหาในเรื่องของงบประมาณและประสิทธิภาพในการจัดการ หากใช้ Co-pay ก็จะเป็นปัญหาในการกีดกันผู้ที่สมควรได้รับแต่ไม่มีเงิน จึงเป็นปัญหาที่จะต้องหาความสมดุล แต่อย่างไรก็ตามหากมีนโยบายดังกล่าวจริงก็คาดว่าจะมีผู้มาใช้บริการในอัตราประมาณร้อยละ 30 เท่านั้น เนื่องจากปัญหาในเรื่องของความพร้อมในการเปิดเผยตัวและความรู้ความเข้าใจในการใช้ยา

5. ความพร้อมของบริการสาธารณสุขในการให้การรักษาด้วยยาด้านไวรัส

ความพร้อมด้านบุคลากร :- ยังมีปัญหาในเรื่องของทัศนคติต่อผู้ป่วยเอดส์ และความรู้ในเรื่องของการให้การรักษาด้วยยา ซึ่งต้องมีการฝึกอบรมในทุกกระดับโดยมีหัวข้อที่สำคัญคือ

- ความรู้เกี่ยวกับโรคฉวยโอกาสและการรักษา
- การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเอดส์
- การใช้ยาด้านไวรัส

ฯลฯ

ความพร้อมด้านห้องปฏิบัติการ :- ในเบื้องต้นโครงการ ATC กำหนดให้ตรวจ CD4 ทุก 6 เดือน โดยได้ระบุแหล่งส่งตรวจของแต่ละพื้นที่ ซึ่งยังมีปัญหาด้านต้นทุนและความล่าช้า

รูปแบบการให้บริการ :- การคัดกรองผู้ป่วยเพื่อการให้ยาเป็นขั้นตอนที่สำคัญมากเพื่อเป็นหลักประกันว่าผู้ป่วยจะสามารถรับยาตามสั่งและอย่างต่อเนื่องได้ อันเป็นภาระงานที่ต้องเพิ่มขึ้นจากงานปกติ และนอกจากนี้การส่งต่อการรับยาในกรณีของการเคลื่อนย้ายแรงงานเพราะผู้ป่วยสามารถกลับมาทำงาน ได้อย่างปกติก็ยังเป็นปัญหาที่ต้องมีการบริหารจัดการด้วย ในแง่การรักษาแบบองค์รวมที่เปิดบทบาทให้ชมรมหรือ NGO เข้ามามีส่วนร่วมนั้นก็ยังเป็นปัญหาในเรื่องของบทบาทและการประสานงานระหว่างเจ้าหน้าที่รัฐและองค์กรเอกชน ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของแต่ละพื้นที่

สถาบันวิจัยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี วันที่ 20 มีนาคม 2546

ผู้เข้าร่วมสัมมนา

1. นายประทีป บุญธรรม หัวหน้างานควบคุมโรคเอดส์และกามโรค
2. นส.พิมณจิพา มาลาหอม พยาบาลวิชาชีพ (ตสจ.อุบลราชธานี)
3. นางฉวีวรรณ แก้วมณี เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผน ตสจ.อุบลฯ
4. นางชุติมา นิลวรรณ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตสจ.อุบลฯ
5. นางวิภาวี แสนวงษา นักเทคนิคการแพทย์ สคร.7 อุบลฯ
6. นายพลสินธุ์ เทควิเชียร เกสัชกร สคร.7 อุบลฯ
7. นางนิภากรณ์ ธาณี เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตสจ.อุบลราชธานี
8. นายอดุร ศิริสุวรรณ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข สคร.7 อุบลฯ

สรุปผลการสัมมนา

1) สถานการณ์การใช้ยาด้านไวรัสเอดส์

การดำเนินโครงการใช้ยาด้านไวรัสเอดส์ในเขต 7 (ATC) ด้วยยา GPOvir ในปี 2545 สรุปได้ดังตาราง

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ติดเชื้อที่มีอาการและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้าโครงการ ปี 2545 ในเขต 7

จังหวัด	จำนวนผู้ติดเชื้อที่มีอาการและผู้ป่วยเอดส์	โควต้า (GPOvir)	ผู้ป่วยที่แสดงอาการ	ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติที่จะได้กินยา	จำนวนได้กินยา	รอรับยา
อุบลราชธานี	4,151	79	280	152	79	73
อำนาจเจริญ	930	35	101	33	12	21
มุกดาหาร	1,020	30	65	19	18	1
นครพนม	1,849	20	60	40	20	12
ยโสธร	1,672	35	102	32	30	2
ร้อยเอ็ด	3,909	71	306	102	67	35
ศรีสะเกษ	2,293	90	190	78	30	17
รวม	15,833	360	1,104	456	286	161

ที่มา :- สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานี

สำหรับจังหวัดอุบลราชธานี ได้พัฒนาระบบการการให้ยาป้องกันและรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสตั้งแต่ปี 2544 โดยมีผู้ป่วยขึ้นทะเบียน 809 ราย ซึ่งขณะนี้ยังคงรักษาตามทะเบียน 415 คน (แพทย์ 10 ราย, เสียชีวิต 82 ราย, ขาดการติดต่อ 208 ราย) การให้ยาด้านไวรัสเริ่มต้นในปี 2544 ตามโครงการให้ยา 8 สูตรของกองโรคเอดส์ ได้รับโควต้า 20 รายขณะนี้กำลังอยู่ในโครงการ 17 ราย นอกจากนี้ยังได้รับการสนับสนุนจากโครงการต่างๆ รวมแล้ว 500-600 ราย ดังนี้

- โครงการ Access to Care (ATC)	จำนวน 79 ราย	} อยู่ระหว่างการคัดกรอง
- โครงการความร่วมมือไทย-สหรัฐฯ (CCC)	จำนวน 300 ราย	
- โครงการดูแลแม่สู่ลูก (PATC)	จำนวน 200 ราย	

นอกจากการให้ยาที่ได้รับการสนับสนุนฟรีแล้ว ก็ยังมีกลุ่มผู้ป่วยที่ซื้อเองอยู่ในจำนวนหนึ่งประมาณมากกว่า 90 ราย

ผู้ที่ได้รับยาตามโครงการจะต้องผ่านเกณฑ์มีค่า CD 4 < 200 และผล Lab อื่นๆ ปกติ หลังจากนั้นจะมีคณะกรรมการซึ่งประกอบด้วยภาครัฐ องค์กรเอกชน (ถ้ามี) ตัวแทนผู้ติดเชื้อในแต่ละแห่ง เป็นผู้พิจารณากำหนดให้ตามโควตาที่ได้รับ ทั้งนี้ทุกแห่งจะมีทีมให้คำปรึกษา (Counsellor) แก่ผู้ป่วย

2) ระบบการสนับสนุนการรักษาโรคเอดส์

นโยบายของจังหวัดจะไม่เน้นที่จุดใดจุดหนึ่ง แต่จะเน้นทั้งการป้องกันผู้ติดเชื้อรายใหม่ การดูแลรักษา และการเฝ้าระวังโรค

ในด้านการดูแลรักษาได้เริ่มพัฒนาระบบการให้ยาป้องกันและรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสในปี 2544 ทำให้สามารถมีฐานข้อมูลผู้ป่วยและสะดวกต่อการพัฒนาระบบการให้ยาด้านไวรัสในปี 2545 สำหรับแนวทางการดำเนินงานต่อไปจะมุ่งเน้นทางด้าน

- การจัดระบบบริการในสถานบริการทั้งโรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลชุมชน
- การเตรียมบุคลากรทีมให้บริการ ได้แก่ แพทย์ เกษัชกร ชันสูตร พยาบาล Counsellor
- การสนับสนุนเวชภัณฑ์และวัสดุวิทยาศาสตร์ ได้แก่ น้ำยาตรวจ CD4 จากส่วนกลาง และศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐฯ ด้านสาธารณสุข (ปี 2546-49)

3) ความคิดเห็นทั่วไปต่อการรักษาด้วยยาด้านไวรัส 3 ตัว

การให้ยาด้านไวรัสทำให้สุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้น สามารถที่จะดำรงชีวิตได้อย่างปกติ เริ่มมีผู้ป่วยได้รับยาแล้วมีสุขภาพที่ดีขึ้นออกไปทำงานกรุงเทพฯแต่ติดขัดเรื่องการรับยา นอกจากนี้การกินยาด้านไวรัสก็มีผลเชิงจิตวิทยาทำให้รู้สึกว่ามีทางออก แต่อย่างไรก็ตาม ปัญหาสำคัญคือการแพ้ยาและการดื้อยา ซึ่งผู้เกี่ยวข้องทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการต้องตระหนักถึงความสำคัญของการกินยาที่ตรงเวลาและอย่างต่อเนื่อง

ความพร้อมของสถานบริการเป็นสิ่งจำเป็นมากที่จะต้องมีการพัฒนาโดยเฉพาะในระดับอำเภอ เนื่องจากที่ผ่านมาการให้ยายังจำกัดวงอยู่เฉพาะใน โรงพยาบาลจังหวัด

ด้านความคุ้มค่าของการลงทุนหากพิจารณาในประเด็นสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยที่ดีขึ้นหลังได้ยาค่าใช้จ่ายต่อเดือนที่ไม่สูงมาก (1,200 บาท / เดือน) และผลกระทบทางสังคมน้อยลง ก็คิดว่าน่าจะคุ้มค่าเพราะการมีสุขภาพดีของประชาชนทำให้ผู้ป่วยสามารถประกอบอาชีพสร้างรายได้แก่ตนเอง ครอบครัว และประเทศชาติ สิ่งที่ได้รับน่าจะมากกว่ารายจ่ายที่ต้องเสียไป นอกจากนี้ยังต้องคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยที่ควรได้รับประกอบกับนโยบายและกระแสการดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยยาด้านไวรัสของโลกมีแนวโน้มที่มากขึ้น รวมทั้งระบบเศรษฐกิจของชาติที่ดีขึ้น

4) ความพร้อมด้านการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจ CD4 จำเป็นต้องมีเครื่องตรวจโดยเฉพาะคือ Flow Cytometer รุ่นใหม่มีราคาประมาณ 6 ล้านบาทต่อเครื่อง โดยในเขต 7 จะมีโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์เป็นศูนย์ในการตรวจได้รับการสนับสนุนน้ำยาตรวจจากส่วนกลางและโครงการความร่วมมือไทย-สหรัฐฯ (ต้นทุนประมาณ 200-300 บาท/ครั้ง คิดราคาบริการ 500 บาท/ครั้ง) เนื่องจากได้รับการสนับสนุนจังหวัดอุบลราชธานีจึงกำหนดนโยบายให้บริการตรวจ CD4 ตามโครงการฟรี

สำนักงานควบคุมโรคเขต 7 ก็มีเครื่องตรวจ CD4 แต่เป็นเครื่องรุ่นเก่าและมีค่าบริการแพงกว่า (800 บาท/ครั้ง) เนื่องจากน้ำยามีราคาแพงกว่า ความสามารถในการตรวจต่อเครื่องประมาณ 40 ครั้ง/วัน/เครื่อง สูงสุด 50 ครั้ง/วัน/เครื่อง โดยประมาณการว่าหากมี 1 เครื่อง/จังหวัด น่าจะไม่คุ้ม ความคุ้มค่าน่าจะอยู่ประมาณ 3-4 จังหวัด/เครื่อง ระบบการส่งตรวจ CD4 หากยอมให้เรียบร้อยต้องตรวจภายใน 48 ชั่วโมง โดยต้องตรวจ CBC ให้เรียบร้อยก่อนส่ง (การคำนวณค่า CD4 จำเป็นต้องอาศัยค่า CBC ร่วมด้วย) หากไม่ยอมนสไลด์ก็ต้องส่งเลือดตรวจภายใน 24 ชั่วโมง

ความพร้อมทางห้องปฏิบัติการที่ผ่านมายังมีปัญหาน้อย แต่หากภาวะการตรวจมากขึ้นปัญหาที่ข้อมมากก็ขึ้นตามไปด้วย คือ

- ด้านมาตรฐานในการส่งตรวจ เนื่องจากการตรวจ CBC ในระดับโรงพยาบาลชุมชนเป็นแบบ Manual มีไม่ถึงร้อยละ 10 ที่จะใช้ระบบตรวจแบบอัตโนมัติ ด้วยความรู้สึกกลัวโรคเอดส์ก็อาจทำให้การตรวจไม่รอบคอบ มีความผิดพลาดได้

- ด้านองค์ความรู้ในการตรวจที่เกี่ยวกับโรคฉวยโอกาสต่างๆ ที่จะต้องมีการตรวจมากขึ้น ขณะนี้ตรวจได้เพียง Crypto และ TB

5) ความพร้อมด้านชุมชน

จังหวัดอุบลราชธานีในทุกอำเภอจะมีการรวมกลุ่มของผู้ติดเชื้อทั้งหมดประมาณ 19 กลุ่ม ซึ่งก็ได้รับความช่วยเหลือจากทั้งโรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน และองค์กรต่างๆ (NGO) กลุ่มของผู้ติดเชื้อได้เข้ามามีบทบาทเป็นอาสาสมัครในการติดตามดูแลการรักษา ร่วมกับทางโรงพยาบาลซึ่งมีบทบาทสำคัญมากในการช่วยติดตามปัญหาของผู้ป่วยที่ไม่ได้กินยาตามกำหนด

6) ความพร้อมการบริหารจัดการด้านยา

มีระบบบริหารเวชภัณฑ์โดย สคร.7 เป็นคลังเวชภัณฑ์แก่จังหวัดต่างๆ และมีสำนักงานสาธารณสุขเป็นคลังเวชภัณฑ์ให้กับอำเภอ แต่บางจังหวัดโรงพยาบาลก็จะเบิกยาโดยตรงกับ สคร.7 ปัญหาที่พบมีดังนี้

- เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชนยังไม่เข้าใจการใช้ยาแต่ละสูตร
- ปัญหาขาด ยังไม่เกิดเนื่องจากภาระงานยังไม่มาก ระบบการคมนาคมขนส่งค่อนข้างสะดวกและให้แต่ละพื้นที่เบิกจ่ายเก็บสต็อกได้ 3 เดือน (สคร.7 เบิกสต็อกจากกองเอดส์ได้ 5 เดือน)
- การบริหารจัดการยาที่วันหมดอายุสั้น เช่น ยา Efavirenz ในสูตร 2 ช่วงแรกทางกองโรคเอดส์มีการประเมินว่าจะแพ้มาก (10%) แต่ในความเป็นจริงกลับแพ้้น้อยมาก (5%) ยาที่เตรียมไว้จึงใช้ไม่ทัน

ในช่วงแรกที่จำนวนผู้ป่วยได้รับยาตามโควต่ายังไม่มากนักระบบเบิกจากส่วนกลางแล้วมากระจายต่อก็

เหมาะสมแต่หากมีนโยบายให้ประกันสุขภาพถ้วนหน้าโรคเอดส์แล้วก็ควรมอบหมายให้แต่ละแห่งจัดหาเอง ทางศร.ควรมีหน้าที่เพียงติดตามประเมินผลเท่านั้น

ยา GPO vir ผลิตโดยองค์การเภสัชกรรม ราคาจึงมีมาตรฐานเท่ากันทั้งหน่วยราชการต่างๆ และเอกชน แต่ยาคิวอื่น เช่น Efavirenz, Ritonavir, Indinavir ในสูตร 2 และ 3 นั้น ยังเป็นยาที่มีสิทธิบัตรอยู่มากกว่า 10 ปี ทำให้ยามีราคาแพงจะมีกระบวนการจัดการอย่างไร เช่น การต่อรองในระดับรัฐบาล, Compulsory Licensing, Parallel Import

7) ความพร้อมของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

ทีมบุคลากรมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อประสิทธิภาพการให้ยาด้านไวรัส สำหรับจังหวัดอุบลราชธานีได้มีการเตรียมความพร้อมอย่างต่อเนื่อง มีกระบวนการในการฝึกอบรมเทคนิคการให้บริการ ในเรื่องต่างๆแก่ทีมสุขภาพที่พร้อมรองรับนโยบายได้

8) รูปแบบการให้บริการ

ได้มีการพัฒนาระบบการให้ยาป้องกันและรักษา OI ซึ่งสามารถเป็นโครงสร้างพื้นฐานในการนำมาประยุกต์เข้ากับบริการจ่ายยาด้านไวรัส และลักษณะคลินิกมักจะเป็นคลินิกพิเศษที่กำหนดวันและสถานที่เฉพาะไว้ โดยให้บริการแบบ one stop service

9) ความคิดเห็นต่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่รวมโรคเอดส์

- ควรพิจารณาความพร้อมในระดับเจ้าหน้าที่ เช่น การประชาสัมพันธ์ การคัดกรอง การให้คำปรึกษา เจ้าหน้าที่ระดับ สอ.และ รพช. พร้อมหรือยัง เช่น กินยาแล้วแพ้ แก้ปัญหาได้หรือไม่ ความพร้อมของผู้ป่วยมีความรู้เท่าทันแล้วหรือยัง

- การกินยาแล้วทำให้มีสุขภาพดีเป็นสิ่งที่นับมูลค่าไม่ได้ เมื่อผู้ป่วยสามารถทำงานได้ไม่เป็นการต่อกรวีรเรือน สังคมก็จะติดตามไปด้วย ขณะนี้เป็นโอกาสที่ดีเนื่องจากองค์การเภสัชกรรมผลิตยาได้ในราคาถูกลงรวมทั้งกระแสโลกก็สนับสนุน แต่อย่างไรก็ตามการกำหนดเป็นนโยบายระดับชาติให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ยังมีข้อจำกัดความพร้อมของแต่ละแห่งที่ไม่เหมือนกัน โอกาสความล้มเหลวก็มี จึงควรกำหนดตามระดับความพร้อมของพื้นที่

- สำหรับจังหวัดอุบลราชธานีจัดได้ว่ามีความพร้อม มีทีมแพทย์ พยาบาล เภสัชกร และเครือข่ายผู้ติดเชื้อ มีการฝึกอบรมบุคลากรอย่างต่อเนื่องใน 2 ปีที่ผ่านมาตามโครงการพัฒนาระบบการให้ยาป้องกันและรักษา OI มีผู้ป่วยที่มากขึ้นทะเบียนกว่า 800 ราย แต่อย่างไรก็ตามจากการนิเทศในจังหวัดอุบลราชธานีก็ยังพบความไม่พร้อมในเรื่องของความรู้ การลงข้อมูลการติดตาม follow up หลายแห่งข้อมูลยังไม่ทันสมัย แบบฟอร์มการบันทึก ATC ก็ยังทำไม่ได้

- การให้ยาด้านส่วนใหญ่อยู่ในระดับโรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลชุมชนยังเป็นช่วงเริ่มต้นที่จะต้องเตรียมความพร้อม

10) การบริหารการเงินการคลัง

- ในหลักการแล้วไม่ควรฟรีหมด โครจ่ายได้ก็ควรจ่าย ในเรื่องนี้มีแนวคิดเริ่มต้นที่เห็นว่าโรคนี้เป็นโรคของการมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม (ไม่ดี) ไม่ควรให้ฟรี ยกเว้นผู้ที่ได้รับผลกระทบคือแม่และลูกก็ควรให้ฟรี

- ในช่วงของการคัดกรองไม่ควรให้ฟรี แต่ถ้าเข้าโครงการแล้วก็ควรจะให้ฟรี

- ส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่เข้าโครงการมักจะมีรายได้น้อย ส่วนผู้ป่วยในเขตเมืองที่พอมีเงินและไม่ต้องการเปิดเผยตัวก็ยินดีที่จะเสียเงินซื้อเอง

โรงพยาบาลวารินชำราบ จ.อุบลราชธานี วันที่ 20 มีนาคม 2546

ผู้ให้สัมภาษณ์

- | | | |
|----------------------------|---------------|---------------|
| 1) นางนวลละเอียด เนื้ออ่อน | พยาบาลวิชาชีพ | รพ.วารินชำราบ |
| 2) นางพรณิศา มูลประคับ | พยาบาลวิชาชีพ | รพ.วารินชำราบ |

สรุปผลการสัมภาษณ์

1) สถานการณ์การรักษาโรคเอดส์ในโรงพยาบาล

โรงพยาบาลวารินชำราบก็เช่นเดียวกับโรงพยาบาลชุมชนอื่นๆ ที่เริ่มต้นจากโครงการรักษาผู้ป่วย OI ในปี 2544 แล้วพัฒนามาสู่โครงการให้ยาด้านไวรัสในปี 2546 ตามโควต้าที่ได้รับ โดยนับแต่กุมภาพันธ์ 2544 มีผู้ป่วยลงทะเบียนให้ยา OI จำนวน 53 ราย และในปี 2546 ตามโครงการ ATC ได้รับโควต้า 10 ราย (เริ่ม 13 กพ. 46)

ผู้รับผิดชอบดูแลในเรื่องนี้จะเป็นกลุ่มงานพยาบาล โดยแยกเป็นงานจิตสังคมที่ดูแลทั้งในการให้คำปรึกษาโรคเอดส์และผู้ป่วยจิตเวช

การรักษาจะเป็นคลินิกเฉพาะวันพุธในกรณีผู้ป่วยปกติ แต่หากเป็นกลุ่มเครือข่ายผู้ป่วยติดเชื้อ (กลุ่มสะเคาหวาน) จะนัดหมายวันศุกร์ที่ 4 ของเดือน การตรวจรักษาจะดำเนินการโดยพยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบตรวจคัดกรองและให้ยาตามนัดหมาย หากพบกรณีที่มีผิดปกติก็จะส่งแพทย์ตรวจ นอกจากนี้ยังรับผิดชอบให้คำปรึกษา (counseling) กับผู้ป่วยทั้งที่มาป่วยเป็นผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก

2) การติดตามการให้ยาด้านไวรัส

เกณฑ์ในการพิจารณาให้ยาเริ่มต้นจากการตรวจ CD4 ต้อง < 200 หลังจากนั้นจะพิจารณาความพร้อมในการรับยาอย่างต่อเนื่อง เช่น ความต่อเนื่องในการมารับยา OI ความพร้อมของครอบครัวในการสนับสนุน มีบางรายยังไม่พร้อมที่จะให้ครอบครัวรับรู้ก็จะยังไม่ให้ยา นอกจากนี้ก็พิจารณาจากลักษณะความรุนแรงทางคลินิกของโรคร่วมด้วย

กระบวนการให้ยาที่ทำตามแนวปฏิบัติมาตรฐานที่กำหนด ในช่วงแรกก็จะนัดมารับยาและตรวจขั้นสุดรต่างๆ เพื่อติดตามการแพ้ยา หลังจากนั้นก็จะนัดหมายปกติทุกเดือน

เนื่องจากเครือข่ายกลุ่มผู้ติดเชื้อ (กลุ่มสะเคาหวาน) ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรเอกชนญี่ปุ่นมีความเข้มแข็งสามารถเข้ามาช่วยติดตามผู้ป่วยที่ไม่มารับอย่างต่อเนื่องได้ดี โดยมีการนัดหมายพบปะกันทุกวันศุกร์ที่ 4 ของเดือน มีกลุ่มสมาชิกประมาณ 40 คน นอกจากนี้ด้วยโครงการความร่วมมือไทย-สหรัฐฯ ทางโรงพยาบาลยังสามารถมีโครงการให้อาสาสมัครผู้ติดเชื้อเข้าร่วมในทีมงานของโรงพยาบาลในการเฝ้าติดตามและให้คำปรึกษากับผู้ป่วย

การรักษาด้วยยาด้านไวรัสถึงแม้ว่าจะเป็นระยะเวลาสั้นก็พบว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด โดยมีอาการไอหอบน้อยลงจากระดับคุณภาพชีวิตเดิม 0.4 เปลี่ยนมาสู่ระดับดีขึ้น 0.8 การเปลี่ยนสถานะจากผู้ป่วยที่ใกล้ตายมาเป็นคนปกติ นับได้ว่าเป็นมูลค่าของชีวิตที่นับไม่ได้

3) ความพร้อมในการเข้าสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโรคเอดส์

เนื่องจากในช่วงของโครงการพิเศษต่างๆ ยังมีจำนวนผู้ป่วยที่ดูแลไม่มากนัก แต่หากพิจารณาในภาพรวมของโรงพยาบาลแล้วนับว่ามีความพร้อมในด้านต่างๆ คือ

- ความพร้อมด้านการตรวจทางห้องปฏิบัติการทำได้เพียงการส่งตรวจซึ่งก็เป็นงานปกติที่ทำได้อยู่แล้ว
- การบริหารจัดการด้านยา ก็มีเภสัชกรรับผิดชอบดูแล
- ความพร้อมด้านบุคลากรและชุมชน มีความพร้อมมากเพราะมีการอบรมทั้งเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย และญาติมาอย่างต่อเนื่อง การพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วย OI จัดได้ว่าเป็นโครงสร้างพื้นฐานที่พร้อมสามารถรองรับการให้ยาด้านไวรัสได้เป็นอย่างดี

หากการให้ยาด้านไวรัสอยู่ในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้ว การให้บริการในระดับโรงพยาบาลชุมชนจะเข้ามามีบทบาทอย่างมาก จากตัวอย่างโรงพยาบาลวรินชำราบซึ่งถือได้ว่าอยู่ในระดับที่มีความพร้อมสูง ทำให้สามารถพิจารณาได้ว่าความพร้อมเชิงโครงสร้างของบริการสาธารณสุขของประเทศไทยนั้น ได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องมาโดยตลอดไม่น่าจะมีปัญหา ปัญหาที่สำคัญจะเป็นเรื่องของทีมงานสาธารณสุขที่ต้องเชื่อมต่อกันทั้งด้านวิชาการและการบริหารงานในระดับจังหวัด ซึ่งพบว่าในหลายๆ จังหวัดมีศักยภาพที่ดี และปัญหาที่สำคัญที่สุดอยู่ที่การเงินการคลังที่สนับสนุนจะมาจากแหล่งใดทั้งในปัจจุบันและภาวะในอนาคต



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ วันที่ 21 มีนาคม 2546

ผู้สัมภาษณ์

1. นพ.อดุลย์	ราชนวงษ์	หัวหน้ากลุ่มงานอายุรกรรม	โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
2. นพ.ปราโมทย์	ศรีสำอางค์	กุมารแพทย์	โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
3. รัตนาภรณ์	ตั้งยิ่งยง	พยาบาลวิชาชีพ	โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

สรุปผลการสัมภาษณ์

1. ประสิทธิภาพของการให้ยาด้านไวรัส

จากรายงานการศึกษาของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7* ได้ติดตามผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาด้านไวรัสเอชไอวีด้วยสูตรการรักษาแบบยาสามชนิดแบบเก่า 8 สูตรในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป 5 แห่ง จำนวน 93 ราย ในระหว่างเดือนพฤษภาคม 2544 – พฤษภาคม 2545 พบว่าผู้ป่วยที่เข้าโครงการหลังการดำเนินงาน 1 ปี มีผู้ป่วยที่ยังคงกินยาและติดตามการรักษาอยู่ จำนวน 51 (ร้อยละ 54.83) โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถกินยาอย่างต่อเนื่องในช่วง 2-3 เดือนแรก เนื่องจากผลข้างเคียงของยาคิดเป็นร้อยละ 52.38 (ดูตารางที่ 1 และ 2) จากข้อมูลนี้ทำให้เกิดคำถามถึงความคุ้มค่าในการให้ยาด้านไวรัสในเรื่องของการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง (Adherence)

เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาในช่วงแรกของการกินยาทำให้ความรู้ความเข้าใจต่างๆ ทั้งของผู้ป่วยและผู้ให้บริการยังมีปัญหาในปัจจุบันเรามีประสบการณ์ในการรักษาที่มากขึ้น โดยเฉพาะการกินยาในสูตรใหม่คือ GPOvir พบว่าการแพ้ยาจนรับประทานไม่ได้มีน้อยมากการแพ้ยาด้านไวรัสจะแบ่งออกเป็น

- การแพ้ที่รุนแรง ซึ่งพบน้อยมากหากพบก็ต้องหยุดเปลี่ยนยาทันที
- การแพ้ที่ไม่รุนแรง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ผู้ป่วยอาจทนไม่ไหว หากพบก็จะต้องดูอาการสัก 1 สัปดาห์ ผู้ป่วยจะดีขึ้นและรับประทานยาต่อไปได้

กรณีของยา GPOvir พบว่า Compliance ต่ำมากเพราะกินน้อยครั้ง (เช้า-เย็น) ส่วนปัญหาของการคือยาที่กลั้วกันมากนั้น ขณะนี้ยังเป็นเพียงแค่การเริ่มต้นยังบอกอะไรไม่ได้ อีกทั้งเราตรวจแต่เพียงค่า CD4 เราไม่ได้เจาะตรวจ Viral load ซึ่งจะเป็นค่าที่บอกการคือยาได้

Compliance ของผู้ป่วยสำคัญมากแต่อย่างไรก็ตามเราก็มีระบบควบคุมที่ดี ซึ่งประกอบด้วยกรมคลินิกพิเศษปกติทุกวันอังคารและคลินิกวันพุธเฉพาะผู้มารับยาของโครงการต่างๆ และการมีอาสาสมัครผู้ติดเชื้อที่ช่วยให้ระบบติดตามมีประสิทธิภาพ

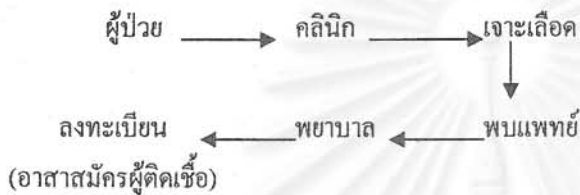
2. ระบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์เริ่มต้นจากคณะกรรมการควบคุมโรคเอดส์ในโรงพยาบาลเป็นดูแลในเรื่องนี้ในช่วงแรกของการรักษาโรคเอดส์ทางโรงพยาบาลจะมีภาระค่อนข้างมากจากการส่งต่อคนไขจากโรงพยาบาลชุมชนต่างๆ เนื่องจากไม่มียา Amphotericin (ผู้ป่วย Crypto รพช. ต้อง Refer หมาดเพราะไม่มียา) เราจึง

* อัคร ศรีสุวรรณ, โภกาส การย์กวินพงศ์, และศุภชัย สงว่างค์, การรักษาผู้ป่วยเอดส์โดยให้ยาด้านไวรัสที่มีประสิทธิภาพสูง 3 ชนิดพร้อมกัน ในเขต 7, รายงานการวิจัย, เอกสารโรเนียว

ต้องดำเนินการพัฒนาระบบการรักษาของทั้งจังหวัดและให้โรงพยาบาลชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม รวมทั้งการให้โรงพยาบาลชุมชนจัดหา Amphotericin เองด้วยเพื่อจะได้ไม่ต้องส่งต่อ เมื่อโรงพยาบาลชุมชนมีความรู้ในการรักษามีการอบรมที่ดีก็สามารถแบ่งภาระให้กับโรงพยาบาลในระดับจังหวัดได้ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์จึงได้เป็นผู้นำในการสร้างเครือข่ายทั้งผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่รวมทั้งการหาแหล่งทุนสนับสนุนจากองค์กรต่างประเทศ ต่อมาก็มีการพัฒนาระบบการดูแลให้ยา OI ทุกวันนี้จึงทำให้ระบบการรักษาผู้ป่วยเอดส์จังหวัดอุบลราชธานีมีระบบรักษาและส่งต่อที่ดีและมีเครือข่ายผู้ติดเชื้อที่เข้มแข็งอยู่ทุกอำเภอสามารถเข้ามาช่วยเป็นอาสาสมัครในการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องได้

ระบบการให้การรักษาผู้ป่วยเอดส์จะมีพยาบาลให้คำปรึกษา และอาสาสมัครผู้ติดเชื้อช่วยในการลงทะเบียนและติดตามผู้ป่วยดังแผนภูมิ



ระบบการลงข้อมูลได้อาศัยการช่วยเหลือของทีมแพทย์ เกษีกร พยาบาล ซึ่งเป็นภาระหนักพอสมควร กำลังเสนอให้จัดตั้งเป็นศูนย์วิจัยเอดส์เข้ามาทำแทนการดูแลรักษาโรคเอดส์ทั้งหมดทำโดยโครงสร้างของคณะกรรมการควบคุมโรคเอดส์ ส่วนบทบาทของฝ่ายเวชกรรมสังคมจะมุ่งเน้นในด้านป้องกันและรักษาโรคอื่นๆ จะไม่ค่อยมีบทบาทในเรื่องนี้

3. การดูแลผู้ติดเชื้อในเด็ก

องค์ความรู้โรคเอดส์ในเด็กยังน้อยอยู่ เด็กที่ติดเชื้อมากๆ ก็อยู่ในช่วงระยะเวลาไม่เกิน 2 ปี ผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัสต่อเด็กก็อยู่ในช่วงของการติดตาม การวัด Viral load ในเด็กเป็นข้อจำกัดมากในการติดตามผล โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์เริ่มมีระบบการดูแลในปี 2544 มีเด็กติดเชื้อในความดูแลประมาณ 50 ราย การติดเชื้อในเด็กเป็นปัญหาการยอมรับทางสังคมค่อนข้างมากทำให้ผู้ป่วยต้องมีการโยกย้ายบ่อย อีกทั้งบิดา-มารดาก็เป็นผู้ติดเชื้อด้วยทำให้มีปัญหาในการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งระบบเครือข่ายผู้ติดเชื้อจะช่วยได้มากในการติดตาม

การรักษาด้วยยาต้านไวรัสในเด็กในช่วงแรกจะกระจุกตัวอยู่เฉพาะในโรงเรียนแพทย์ ต่อมาก็ขยายให้กุมารแพทย์ดูแลได้ โครงการ PATC ได้จัดสรรโควต้าให้ รพท. 20 ราย รพท. 15 ราย และ รพช. 10 ราย ซึ่งขณะนี้ทางโรงพยาบาลเพิ่งเริ่มดำเนินการคัดกรองจากจำนวน 55 ราย จากเด็กทั้งหมด 220 ราย ที่เข้าข่ายเหลือเพียง 20 รายที่ได้รับยาตามโควต้าที่เหลือรอขึ้นทะเบียน โดยมีเกณฑ์คือ

- การให้ Counselling ก่อนตัดสินใจ
- ความสมัครใจของครอบครัว
- ผู้ดูแลจริงๆ ตามลำดับความสำคัญจากพ่อแม่, ปู่ย่า, ตายาย
- การพิจารณาจากอาการทางคลินิก

4. ความเห็นต่อหลักประกันสุขภาพด้านโรคเอดส์

ในมุมมองของแพทย์ผู้รักษาเห็นว่าการใช้ยาต้านไวรัสเป็นผลดีกับผู้ป่วยสมควรได้รับ แต่ในมุมมองผู้บริหารการให้บริการฟรีเป็นภาระมาก แหล่งเงินจะมาจากไหน คนไข้ไม่มีเงินก็สมควรฟรีแต่ผู้ที่จ่ายได้จะมีระบบการดำเนินการอย่างไร

ในเชิงระบาดวิทยาเมื่อผู้ป่วยได้รับยาต้านไวรัสแล้วหายเป็นปกติจะกลับไปมีพฤติกรรมแบบเดิมหรือไม่ และในขณะที่เดียวกันการกินยา ก็เป็นการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อได้ ทั้งนี้ก็เริ่มมีตัวอย่างกลุ่มผู้ติดเชื้อที่ทานยาแล้วดีขึ้นเริ่มมีการเปลี่ยนคู่อื่นใหม่ แต่อย่างไรก็ตามการที่ผู้ป่วยผ่านภาวะความเป็นความตายส่วนหนึ่งก็สามารถทำให้ผู้ป่วยสามารถพบสังขรณ์ของชีวิตและอยากช่วยเหลือผู้อื่นได้เช่นเดียวกัน

ผลได้ของการใช้ยาต้านไวรัสที่ทำให้ผู้ป่วยกลับเป็นคนปกติสามารถรับผิดชอบตนเองได้ไม่เป็นภาระกับครอบครัวเป็นเรื่องที่มีความสำคัญมากต่อครอบครัวและสังคมตามมา

ค่อนโยบายการให้หลักประกันถ้วนหน้านั้นเห็นว่าภาครัฐใหญ่เหอะทะมาก การทุ่มทรัพยากรทั้งประเทศจะเป็นปัญหามาก ควรมองแยกส่วนทำเป็นโครงการนำร่องในระดับภาคโดยพิจารณาจากความพร้อมของพื้นที่จริงสัก 2-3 ปี เพื่อสั่งสมบทเรียนและประสบการณ์ก่อนที่จะดำเนินการเป็นนโยบายทั้งประเทศ

โดยสรุปแล้วจังหวัดอุบลราชธานีค่อนข้างมีความพร้อมในการรองรับในทุกระดับ ทั้งนี้เนื่องจากการดำเนินการจริงอย่างต่อเนื่องมาโดยตลอด ในระดับโรงพยาบาลศูนย์ก็มีทีมแพทย์ที่ดีแต่ในระดับโรงพยาบาลชุมชนยังมีข้ออ่อนที่ดูแลโดยพยาบาลวิชาชีพ นอกจากนี้การมีเครือข่ายผู้ติดเชื้อช่วยในการติดตามอย่างเป็นรูปธรรมก็จะเป็นหลักประกันในการใช้ยาได้อย่างมีประสิทธิภาพผลความร่วมมือของบุคลากรและเครือข่ายผู้ติดเชื้อจึงเป็นประเด็นสำคัญในการพิจารณาความพร้อม ส่วนปัจจัยด้านวัสดุอุปกรณ์เป็นปัจจัยรองที่สามารถจัดสรรเงินทุนในการพัฒนาได้ง่าย แต่อย่างไรก็ตามปัญหาการเงินการคลังจะมาจากแหล่งใดก็ยังคงเป็นปัญหาต่อโครงการในระยะยาว

ตารางที่ 2 จำนวนผู้รับบริการที่ยังคงรับการรักษาอยู่จำแนกตามโรงพยาบาลและสูตรการรักษา

สูตรการรักษา	รพ. สรรพสิทธิ์		รพ. ศรีสะเกษ		รพ. ร้อยเอ็ด		รพ. อำนาจเจริญ		รพ. มุกดาหาร		รวม	
	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B
1. Combid+NVp	-	-	17	6	-	-	-	-	-	-	17	6
2. AZT+ddl+NVP	-	-	6	4	-	-	-	-	-	-	6	4
3. Combid+EFV	-	-	4	3	13	13	2	1	6	1	25	14
4. d4T+ddl+EFV	-	-	-	-	-	-	10	6	-	-	10	6
5. Combid+FTV/RTV	17	9	-	-	-	-	-	-	-	-	17	9
6. d4T+ddl+FTV/RTV	4	2	-	-	-	-	-	-	-	-	4	2
7. Combid+IDV/RTV	11	4	-	-	-	-	-	-	-	-	11	4
8. d4T+ddl+IDV+RTV	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2
รวม	34	17	27	13	13	13	12	7	6	1	93	51

A = จำนวนผู้ที่ได้รับการประเมินเข้าโครงการ

B = จำนวนที่ยังคงสภาพการรักษา

ตารางที่ 3 สาเหตุการจำหน่ายผู้รับบริการกับสูตรยาที่ใช้รักษา

สาเหตุของการจำหน่าย	สูตรยา								รวม
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1. ผลข้างเคียงของยา (Adverse effect)	5	-	-	3	7	2	5	-	22
2. Clinical failure	1	1	3	-	-	-	-	-	5
3. Loss follow up	1	-	-	1	1	-	1	-	4
4. เสียชีวิต	-	1	3	-	-	-	-	-	4
5. อื่นๆ	4	1	-	-	1	-	1	-	7
รวม	11	3	6	4	9	2	7	-	42



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โรงพยาบาลพะเยา 19 พฤษภาคม 2546

ผู้ให้สัมภาษณ์

- | | |
|-------------------------|-------------------|
| 1. นางรัตนา วงศ์ไทย | พยาบาลวิชาชีพ |
| 2. นส.มยุรีย์ ห่อจันทิก | เภสัชกร |
| 3. นส.ลำควน ช่างหล่อ | นักเทคนิคการแพทย์ |

สรุปผลการสัมภาษณ์

1. สถานการณ์ทั่วไปในการดูแลผู้ป่วยเอดส์

โรงพยาบาลพะเยามีผู้ป่วยที่มาใช้บริการเฉพาะช่วงเดือนตุลาคม-ธันวาคม 2545 ที่รวบรวมได้ประมาณ 400-500 ราย ดังนั้น จำนวนผู้ป่วยต่อปีน่าจะอยู่ในประมาณ 1,000 ราย ที่ผ่านมามีได้รับความสนับสนุนจากองค์กรระหว่างประเทศ (JICA) ทำให้มีเครื่องมือพร้อมในการตรวจ CD4 และ Viral load

โครงสร้างการดำเนินการจะเป็นความร่วมมือระหว่างคณะกรรมการเอดส์ ฝ่ายเวชกรรมสังคม ฝ่ายอายุรกรรม โดยฝ่ายเวชกรรมจะดูแลในเรื่องการเก็บค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ามาอนในโรงพยาบาล ฝ่ายอายุรกรรมก็จะตรวจรักษาผู้ป่วยที่เข้ามารักษาตามระบบปกติ ยังไม่มีคลินิกเอดส์โดยเฉพาะแต่มีการจัดตั้งเป็นคลินิกนิรนามในการให้คำปรึกษาและเป็นศูนย์ข้อมูลโดยเฉพาะรับผิดชอบโดยพยาบาล OPD โรงพยาบาลมีโครงการที่จะจัดตั้ง Day care clinic ในเร็ว ๆ นี้

จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยา ARV ตาม โครงการต่างๆ มีดังนี้

โครงการ ATC 1 (สูตร 8 ตัว)	30 ราย
โครงการ ATC 2	69 ราย
โครงการอื่นๆ	19 ราย

นอกจากนี้ประมาณว่ามีผู้ป่วยที่ซื้อยากินเองหรือเบิกได้ประมาณกว่า 100 ราย

2. การให้ยา ARV ตามโครงการ ATC

เริ่มต้นจากการมีผู้มาสมัคร 400 กว่าคน แต่เวลาคัดเลือกรังคิดตามมาได้เพียง 216 ราย ที่เหลือไม่เสียชีวิตก็ติดตามไม่ได้ หลังจากนั้นก็พิจารณาตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดคือส่งตรวจ CD4 (ผู้ป่วยจ่าย 200 บาท) พิจารณาจากประวัติการเจ็บป่วย (Symptomatic) คงเหลือผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ 196 ราย หลังจากนั้นก็จะกำหนดโควต้าแบ่งตามพื้นที่ 17 สถานีอนามัย ละ 1 คนที่เหลือแบ่งตามสัดส่วนของผู้ป่วยในพื้นที่เมื่อกำหนดโควต้าได้เรียบร้อยแล้วก็จะมอบหมายให้แต่ละสถานีอนามัยพิจารณาร่วมกับผู้ป่วยเอดส์เพื่อหาเกณฑ์ร่วมกันในการตัดสินใจขั้นสุดท้ายว่าใครสมควรจะเป็นผู้ได้รับยา ARV ตามโควต้าที่กำหนด เกณฑ์พิจารณามีตั้งแต่การดูจากอาการที่เห็นชัดเจนของผู้ป่วย เกณฑ์ทางสังคมในเรื่องประโยชน์สาธารณะ และสุดท้ายคือการจับฉลากหากตกลงกันไม่ได้

3. บทบาทของเครือข่ายผู้ติดเชื้อ

โรงพยาบาลพะเยาจะมีเครือข่ายผู้ติดเชื้อ (จิตอาสาสมัคร) และองค์กรเอกชน (สถาบันพัฒนาชุมชนเข้มแข็ง) เข้ามาร่วมประสานงาน โดยโรงพยาบาลก็มีเงินทุนสนับสนุนจำนวนหนึ่งเป็นค่าตอบแทนเดือนละ 3,000 บาท

บทบาทของเครือข่ายผู้ติดเชื้อจะช่วยให้มากในด้านการให้คำปรึกษากับผู้ป่วยก่อนและหลังการรับยา ตลอดจนการติดตามผู้ป่วยที่ไม่มารับยาตามนัด

4. ปัญหาและการใช้ยา ARV

- ปัญหาการแพ้ยามีปัญหามากโดยเฉพาะยา Nevirapine ทำให้ผู้ป่วยทนไม่ไหวต้องออกจากโครงการ จะเห็นว่าโครงการ ATC2 เริ่มให้ยา ARV เมื่อ 6 กพ.46 เริ่มต้น 96 รายได้รับยา GPO-vir ขณะนี้ (พค.46) เปลี่ยนสูตรยาไปแล้ว 3 ราย เนื่องจากตรวจพบ SGPT สูงและเสียชีวิต 3 ราย ดูแล้วสูตรยา GPO-vir ยังไม่ราบรื่นนัก

- การออกจากโครงการยังมีตัวเลขที่สูง โดยเฉพาะในช่วงโครงการแรก (ATC1) ประมาณการ Drop out Rate ร้อยละ 50 แต่ทั้งนี้ก็สามารถอธิบายได้ว่าเป็นไปเนื่องจากเป็นยาใหม่ ความรู้ความเข้าใจในการใช้ยาตลอดจนสภาพพจน์ของยาที่ดูจะมีผลข้างเคียงรุนแรง และกระบวนการในการคัดเลือกติดตามการใช้ยังไม่เข้าที่ และยังมีเหตุการณ์หยุดยาเนื่องจากเปลี่ยนไปใช้ยา V1 ตามกระแสข่าว แต่คิดว่าในขณะนี้กระบวนการต่างๆ ในการให้ความรู้ การคัดเลือก และการติดตามเป็นระบบมากขึ้น การออกจากโครงการจึงลดน้อยลง

- ปัญหาค่าตรวจ CD4 มีราคาแพง (1200 บาท/ครั้ง) เนื่องจากได้รับการสนับสนุนจาก JICA เป็นเครื่อง Fac's Count ราคาประมาณ 2 ล้านบาท ราคาถูกแต่น้ำยา Lab ก่อนข้างแพง ในขณะที่เครื่องแบบ Fac's Screen ราคาประมาณ 4 ล้านบาท ราคาแพงแต่น้ำยา Lab ถูกเนื่องจากเป็นมาตรฐานที่กองเอดส์ให้การสนับสนุนที่สามารถต่อรองราคาได้ (200 บาท/ครั้ง) ทำให้ในขณะนี้สามารถรับตรวจผล CD4 ให้เฉพาะโรงพยาบาลชุมชน แม่ใจ, ดอกคำใต้, เขียวมัน นอกนั้นต้องส่งตรวจที่โรงพยาบาลศูนย์เชียงราย

- ปัญหาความแตกต่างระหว่างการให้การรักษาโดยแพทย์กับพยาบาล ซึ่งในระบบของโรงพยาบาลชุมชนจะเป็นการจ่ายยา ARV โดยพยาบาลหากมีปัญหาจึงจะส่งต่อแพทย์

5. ความเห็นต่อการนำการให้ยา ARV เข้าสู่หลักประกันถ้วนหน้า

จากประสบการณ์การให้ยา ARV เห็นว่าผู้ป่วยที่รับประทานอยู่ในปัจจุบันมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ทั้งนี้ระบบการให้คำปรึกษา (Counseling) จะเป็นหลักประกันที่สำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามเวลาและต่อเนื่องเพื่อไม่ให้เกิดการดื้อยา โดยปัจจัยที่สำคัญคือจำนวนผู้ป่วยที่ใช้ยามีน้อยสามารถทำได้ทั่วถึง โดยมีพยาบาลที่รับผิดชอบคลินิกนิรนามเพียง 1-2 คนเท่านั้น หากมีจำนวนผู้ป่วยมากขึ้นกว่านี้เห็นที่จะสู้ไม่ไหว กระบวนการให้คำปรึกษาก็จะขาดคุณภาพโอกาสการดื้อยาอาจจะรุนแรงมากขึ้นก็ได้

การให้ยา ARV ฟรี อาจทำให้ผู้ป่วยไม่ตระหนัก เพราะเป็นเอดส์แล้วไม่ตายจะทำให้พฤติกรรมในเชิงการป้องกันโรคเอดส์จะลดลงประกอบกับระบบให้คำปรึกษาไม่ดีจะเป็นปัญหามากยิ่งขึ้น

ดังนั้น ควรให้ความสำคัญของกระบวนการให้คำปรึกษาก่อนกินยา ให้ผู้ป่วยได้มีความรู้ความเข้าใจความตระหนักในการกินยา ARV ที่ต้องรับประทานตลอดชีวิต เพื่อเป็นหลักประกันของ Adherence และ coherence ที่ดี หากผู้ป่วยไม่เต็มใจไม่เข้าใจก็ไม่ควรได้รับยา ARV

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โรงพยาบาลดอกคำใต้ จ.พะเยา 19 พฤษภาคม 2546

ผู้ให้สัมภาษณ์

1. นส.เยาวณา ปัญญาควาว

พยาบาลวิชาชีพ

2. นายทวี เผ่าคำ

ประธานชมรมผู้ติดเชื้อเพื่อนใจ

สรุปผลการสัมภาษณ์

1. สถานการณ์ทั่วไป

การให้บริการผู้ป่วยเอดส์จะเปิดเป็นศูนย์ให้คำปรึกษาผู้ป่วยกลางวัน (Day care clinic) โดยมีอาณาบริเวณที่เปิดเผยแพร่เงินนับแต่อย่างก้าวเข้าสู่โรงพยาบาล มีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนที่ยังมีชีวิตอยู่ 35 ราย มีจำนวนผู้ได้รับยา ARV 44 ราย ซึ่งกินเอง 3 ราย มีพยาบาลผู้รับผิดชอบ 2 คน

ผู้ป่วยเอดส์ที่อยู่ในความดูแลตามรายงานนับตั้งแต่ปี 2533-2545 จำนวน 1,556 คน เหลือมีจำนวนผู้ป่วยมาใช้บริการ 30 ราย/วัน

Day care center จะเป็นศูนย์รวมการทำงานทั้งหมด ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงได้ตลอดเวลา โดยมีชมรมผู้ติดเชื้อ (เพื่อนใจ) เข้ามา มีบทบาทในการสนับสนุนทั้งการให้คำปรึกษาและการติดตามผู้ป่วย มีการประชุมกลุ่มผู้ติดเชื้อ 2 เดือนต่อครั้ง นอกจากนี้ยังได้นำเอาแนวคิดในเรื่องของ "ศูนย์สุขภาพองค์กรร่วม" เข้ามามีส่วนร่วมด้วย

การยอมรับของชุมชนและการเปิดเผยตัวของผู้ป่วย มีส่วนน้อยเท่านั้นที่เป็นปัญหา

2. บทบาทของเครือข่ายผู้ติดเชื้อ

การรวมกลุ่มของผู้ติดเชื้อเริ่มจากการมารับบริการ Counseling ได้พูดคุยกันแล้วตั้งเป็นกลุ่มขึ้น โดยได้รับการสนับสนุนจากที่ต่างๆ รวมทั้งโรงพยาบาลด้วย กิจกรรมที่สำคัญคือ

- การฝึกอาชีพ เช่น เย็บผ้า การทำเครื่องจักรสารจากผักตบชวา โดยได้ขอโครงการไปยังที่ต่างๆ
- กิจกรรมการแจ้งข่าวสาร การสวดมนต์ ไหว้พระ
- การเยี่ยมบ้านทุกวันจันทร์ และ ศุกร์
- การติดตามผู้ป่วยที่ขาดยา
- การจัดตั้งศูนย์สุขภาพองค์กรร่วม ที่เป็นการให้บริการในทุกมิติทั้งทางร่างกายจิตใจสังคม เช่น การให้ความรู้ในเรื่องของสิทธิผู้ป่วย เรื่องการรักษาโรคฉวยโอกาส เรื่องยา ARV เป็นต้น

3. การให้ยา ARV โครงการ ATC

โรงพยาบาลได้รับโควตา ARV รวมทั้งสิ้น 44 รายดังนี้

โครงการ ATC ครั้งที่ 1 (2540-43) จำนวน 8 ราย

โครงการ ATC ครั้งที่ 2 (2543) จำนวน 8 ราย

โครงการ ATC ครั้งที่ 3 (มค.2546) สูตร GPOvir 13 ราย

โครงการ ATC ครั้งที่ 4 (เมย.2546) สูตร GPOvir 15 ราย } มีเปลี่ยนสูตร 1 ราย

กระบวนการคัดเลือกเริ่มต้นจากการให้ข้อมูลโดยผ่านสถานีอนามัย และเครือข่ายผู้ติดเชื้อ มีคณะกรรมการคัดเลือกประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล เภสัชกร เจ้าหน้าที่ Lab ผู้ติดเชื้อ องค์กรประชาชน สสม. โดยพิจารณาจากเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดเบื้องต้นคือ CD 4 < 200 มีอาการของโรค มีค่า Karnofsky ไม่ต่ำกว่าร้อยละ

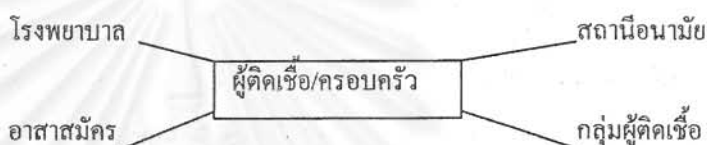
70 เมื่อได้ผู้คัดเลือกรอบสุดท้ายแล้วจะให้ผู้ป่วยตัดสินใจร่วมกันเองว่าใครสมควรได้ในที่สุด หากสรุปไม่ได้ก็จะใช้วิธีจับฉลาก โดยมีผู้ป่วยรุ่นล่าสุดสมัครทั้งสิ้น 89 ราย ผ่านการคัดเลือกเหลือเพียง 56 ราย

จากกระบวนการคัดเลือกที่มีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย ทำให้การรับยาของผู้ป่วยเป็นไปอย่างต่อเนื่อง และด้วยระบบที่มีการประสานงานเป็นอย่างดีระหว่างโรงพยาบาล สถานีอนามัย และเครื่องผู้ติดเชื้อ ทำให้ผู้ป่วยมีพัฒนาการทางร่างกายและจิตใจที่ดีขึ้น มีการเปรียบเทียบทำให้มีผู้ป่วยอยากทานยา ARV มากขึ้น

จากการติดตามผลพบว่าผู้ป่วยในแต่ละที่มีความแตกต่างกัน ครอบครัวมีความสำคัญมากว่าต้องให้คำปรึกษาด้วยไม่เพียงเฉพาะผู้ป่วยเท่านั้น ทำให้ขณะนี้ต้องรับภาระงานที่หนักมากขึ้น ต้องให้คำปรึกษาผู้ป่วยทั้งแบบเดี่ยวและแบบกลุ่มหากผู้ป่วยมีมากกว่านี้ยังไม่รู้ว่าจะจัดการอย่างไร

4. ความคิดเห็นต่อการให้ยา ARV

- (1) ความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วยจะต้องประกอบด้วยปัจจัยต่างๆ ที่เกื้อกูลและสนับสนุนซึ่งกันแล้วกันไม่ใช่เพียงการให้ยา ARV เท่านั้น การทำงานของโรงพยาบาลคอกคำใต้มีลักษณะการประสานงานทุกฝ่ายดังนี้



การจัดตั้งอาสาสมัคร โดยการเปิดอบรมผู้สนใจขณะนี้ประมาณ 111 คน ซึ่งจะเป็นผู้ที่จะช่วยเหลือในการให้ข้อมูลข่าวสารแก่ชุมชน และเจ้าหน้าที่

- บทบาทของสถานีอนามัยมีความจำเป็น ซึ่งในลักษณะนี้ได้ให้ สอ.เข้ามามีบทบาทมากขึ้น รับทราบและติดตามผู้ป่วยในพื้นที่ได้ซึ่งแต่ก่อนไม่รู้เลยว่าในพื้นที่มีผู้ป่วยกี่ราย

(2) มีแนวโน้มที่ผู้ป่วยได้รับยา ARV เมื่อดีขึ้นแล้วจะเริ่มมีความคิดที่จะแต่งงานใหม่คิดจะมีลูก บางรายก็เข้ามาหางานทำที่กรุงเทพฯ แล้วให้ญาติมารับยาแทนโดยใช้การโทรศัพท์รายงานตัว แต่เวลารับมาตรวจ Lab จะต้องมาเองทำให้เกิดคำถามในเชิงป้องกันว่าเมื่อผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้นจะกลับไปแพร่เชื้ออีกหรือไม่

(3) มาตรฐานการให้ยา ARV มีความต่างกันระหว่างโรงพยาบาลชุมชนกับโรงพยาบาลจังหวัด โดยที่รพท.ต้องจ่ายยาโดยแพทย์แต่ รพช.สามารถจ่ายยา ARV โดยพยาบาลได้ แต่ดูเหมือนว่าไม่น่าจะมีปัญหามากนัก เพราะ รพช.มีการทำงานที่สะดวก เวลามีปัญหาก็มีระบบส่งต่อเป็นระบบอยู่แล้ว อีกทั้งการที่ผู้ป่วยรับยากับแพทย์ก่อนก็อาจทำให้ผู้ป่วยกลับบ้านเลขทำให้การบันทึกประวัติผู้ป่วยเพื่อติดตามการใช้ยาขาดหายไป

(4) ระบบการตัดสินใจก่อนให้ยา ARV จะต้องผ่านกระบวนการให้คำปรึกษาอย่างน้อยไม่ต่ำกว่า 3 ครั้ง และใน 1 ครั้ง จะต้องมาพร้อมกับญาติหรือผู้ดูแลซึ่งสามารถช่วยเหลือได้เมื่อมีปัญหาการแพ้ยา ทั้งนี้ก็เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจด้วยตนเองอันจะส่งผลต่อการทานยาอย่างต่อเนื่องด้วยการยอมรับ ไม่ใช่การสั่งหรือบังคับจากแพทย์

- (5) กระบวนการให้คำปรึกษาในเรื่อง ARV สรุปแล้วแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอนด้วยกันคือ
- ขั้นตอนที่ 1 การให้ข้อมูลก่อนตัดสินใจ (ไม่น้อยกว่า 3 ครั้ง และใน 1 ครั้งต้องมีญาติ/ผู้ดูแลด้วย)
 - ขั้นตอนที่ 2 การให้คำปรึกษาในช่วงการกินยาระยะเริ่มแรกเพื่อแก้ปัญหาการแพ้ยา
 - ขั้นตอนที่ 3 การให้คำปรึกษาในช่วงของการรับยาอย่างต่อเนื่องในแต่ละเดือน

ในการดำเนินงานทั้ง 3 ขั้นตอนนี้ บทบาทของเครือข่ายผู้ติดเชื้อจะมีบทบาทอย่างมากในการแบ่งเบาภาระของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล อีกทั้งการให้คำปรึกษาหารือระหว่างผู้ป่วยด้วยกันเองอย่างเข้าใจกันได้ดีกว่า

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา วันที่ 20 พฤษภาคม 2546

ผู้ให้สัมภาษณ์

- | | |
|------------------------------|---------------------------|
| 1. พญ.เพชรศรี ศิรินิรันดร์ | นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด |
| 2. นางเสาวนีย์ พันธุ์พัฒนกุล | หัวหน้างานจัดบริการสุขภาพ |

สรุปผลการสัมภาษณ์

1. สถานการณ์ทั่วไป

จังหวัดพะเยามีรายงานผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการและผู้ป่วยเอดส์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2532-2546 เป็นจำนวนทั้งสิ้น 12,262 ราย ในจำนวนนี้เสียชีวิตแล้ว 2,661 ราย นับว่าเป็นจังหวัดหนึ่งในภาคเหนือตอนบนที่มี prevalence ของโรคเอดส์สูงมาก การดำเนินการดูแลผู้ป่วยเอดส์ได้มีการพัฒนาอย่างเป็นขั้นตอนโดยได้รับการสนับสนุนจากองค์กรระหว่างประเทศอย่างต่อเนื่องล่าสุดก็เป็นโครงการความช่วยเหลือจาก JICA (โครงการลานนา) ในการพัฒนาระบบการรักษาแบบองค์รวม

การดำเนินงานจะมุ่งเน้นการให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นหลักก่อน โดยสังเกตได้จากการไม่รีบเร่งรวมรัดในการให้ยา ARV กับผู้ป่วย การเตรียมพร้อมของเจ้าหน้าที่จะให้ความสำคัญในการทำงานเป็นเครือข่ายนับแต่ระดับจังหวัดจนถึงสถานีอนามัย มีการจัดอบรมเจ้าหน้าที่ในเรื่องของการลงไปเก็บข้อมูลในชุมชน การสำรวจจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน และการจัดอบรมหลักสูตรการให้คำปรึกษาเรื่องโรคเอดส์มากมายหลายครั้ง จึงมีอุปกรณ์คู่มือในการอบรมต่างๆ ที่พร้อม จนปัจจุบันเจ้าหน้าที่ในทุกระดับจะมีความรู้ในเรื่องโรคและสถานีอนามัยสามารถจ่ายยาให้กับผู้ป่วยเอดส์อย่างต่อเนื่องได้

ได้มีการทดลองดำเนินงานให้บริการผู้ป่วยในลักษณะของคลินิกให้คำปรึกษาผู้ป่วยกลางวัน (Day care clinic)* ซึ่งพบว่ามีความเหมาะสมกับสถานบริการที่มีผู้ป่วยในความดูแลมากมาย แนวทางการดำเนินงาน Day care clinic จึงได้นำมาปฏิบัติในสถานบริการต่างๆ รวมทั้งโรงพยาบาลพะเยาที่กำลังจะเริ่มดำเนินการ

การดำเนินงานของจังหวัดได้รับการร่วมมือเป็นอย่างดีกับโครงการผู้ติดเชื้อ ซึ่งในแต่ละพื้นที่จะมีโครงการผู้ติดเชื้อที่เข้มแข็งเข้ามาเป็นส่วนเสริมงานของเจ้าหน้าที่ อันเป็นจุดเด่นที่สำคัญของจังหวัด

2. ผลการดำเนินงานการให้ยา ARV

หลักเกณฑ์ในการพิจารณาให้ยา ARV ประกอบด้วย

- เป็นผู้ป่วยที่มีอาการแล้ว
- มีผล CD4 < 200 cells/mL
- มีสุขภาพดีพอสมควรหรือมีค่า kamofsky score ไม่น้อยกว่า 70

จากตารางสรุปจำนวนผู้ได้รับยา ARV จะเห็นว่าในการดำเนินงานช่วงแรก (2544-45) จะมีผู้ป่วย

ที่ได้รับยารวม 142 ราย ปัจจุบันคงเหลือ 91 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.9 ที่ผู้ป่วยออกจากโครงการ ในขณะที่การดำเนินงานในช่วงต่อมา (2544-46) มีผู้ป่วยได้รับยารวม 148 ราย ปัจจุบันคงเหลือ 143 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.4 ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า การกินยา ARV จะมีอาการข้างเคียงสูง ผู้กินยาจึงต้องมีความพร้อมทั้งทางร่างกายและจิตใจ

* Day care clinic เป็นลักษณะการให้บริการที่เป็นงานประจำ มีสถานที่ติดต่อได้โดยตรง และเป็นศูนย์ข่าวสาร

HIV clinic หรือคลินิกพิเศษ เป็นลักษณะการให้บริการเฉพาะที่มีการกำหนดเวลาให้บริการในแต่ละสัปดาห์เป็นการเฉพาะ

คลินิกนรนาม เป็นลักษณะการให้บริการที่ไม่เปิดเผยกับสาธารณชน

ตลอดจนครอบครัวก็ต้องเข้าใจและช่วยสนับสนุน กระบวนการให้คำปรึกษาจึงมีความสำคัญมากต่อการรักษา ARV อย่างต่อเนื่อง ถ้าไม่มีการเตรียมพร้อมที่ดีการกินยาจะไม่ต่อเนื่อง ซึ่งคาดว่า การดำเนินงานในช่วงแรกนั้น ทางเจ้าหน้าที่ยังขาดประสบการณ์ บทเรียนในการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยจึงทำให้ผู้ป่วยออกจากโครงการ ในอัตราที่สูง ในขณะที่ในช่วงต่อมากระบวนการให้คำปรึกษาต่างๆ มีความพร้อมมากขึ้น การออกจากโครงการ จึงลดน้อยลงมาก โดยกระบวนการให้คำปรึกษาจะต้องประกอบด้วย

- (1) การเตรียมความพร้อมในระดับเจ้าหน้าที่ให้รู้เป็นอย่างดีต่อกลไกการคิดเชื่อ และแนวทางการรักษาต่างๆ
- (2) การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่จะต้องรู้ถึงผลดี-ผลเสียของการใช้ยา และต้องกินยาตลอดชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง

กระบวนการให้คำปรึกษาเป็นงานเชิงคุณภาพ ในช่วงแรกๆ ที่จำนวนผู้ป่วยยังน้อยยังไม่ค่อยมีปัญหาเท่าไรนัก แต่เมื่อมีผู้ป่วยมากขึ้น ความพร้อมของพยาบาลเริ่มรับไม่ไหวเพราะในบางรายอาจต้องมีการให้คำปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมง ในช่วงแรกๆ จะมีการให้มือถือสำหรับติดต่อกับผู้ให้คำปรึกษา แต่ต่อๆ มาก็ต้องยกเลิกไปเพราะรับภาระงานไม่ไหว

การกำหนดจำนวนให้เป็นโควตาก็มีข้อดีในการให้ชุมชนและผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ซึ่งจะเป็นหลักประกันที่ผู้ป่วยเห็นความสำคัญและกินยาอย่างต่อเนื่อง หากให้ฟรีกับทุกๆ คนโดยไม่มีข้อจำกัดก็อาจก่อให้เกิดปัญหาได้ ที่ผ่านมามีจังหวัดพะเยาสามารถหาโควตาได้มากกว่านี้แต่ไม่ทำเพราะให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมให้ดีที่สุดก่อน

3. ความเห็นต่อการให้ยา ARV ในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์สิ่งสำคัญไม่ใช่อยู่ที่ยา ARV แต่เป็นเรื่องของการดูแลรักษาทั้งระบบ (Holistic care) ทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม อย่างเช่นที่โครงการลานนาได้พยายามคิดและทำ

การให้ยา ARV ต้องกินยาตลอดชีวิต ซึ่งมีผลกระทบต่อวิถีชีวิต และยังมีผลข้างเคียงของยาทั้งในระยะสั้นและระยะยาว การให้ยา ARV เราจึงต้องมีระบบการให้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจกับผู้ป่วยให้รู้ และเข้าใจในทุกๆ ด้าน ตอนนี้ระบบเรามีความพร้อมไหม ซึ่งต้องพัฒนาอย่างรอบด้าน ประสบการณ์ที่พะเยาบอกเราว่าไม่เพียงผู้ป่วยเท่านั้น ครอบครัวและญาติก็ต้องเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย

การนำเข้าสู่โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค คงมีปัญหา นอกจากความรู้สึของผู้ให้บริการที่ยังไม่ค่อยมั่นใจทางการเงินแล้ว ลักษณะการให้บริการโครงการ 30 บาท ยังต้องพัฒนาให้มีการรักษาแบบองค์รวมมากขึ้นกว่าในปัจจุบัน ซึ่งต้องมีความเชื่อมโยงกับเครือข่ายต่างๆ ศูนย์สุขภาพชุมชน ระบบเราพร้อมหรือไม่ เราต้องมีกระบวนการในการพัฒนาระบบบริการให้มีทิศทางที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจด้วยตนเองได้

การให้ ARV คุณแล้วไม่ค่อยเป็นไปตามหลักการที่ให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง แต่เป็นการใช้เจ้าหน้าที่เป็นศูนย์กลางเจ้าหน้าที่เป็นผู้ตัดสินใจแทน ในการรักษาผู้คิดเชื่อมีกระบวนการตั้งแต่เมื่อเริ่มคิดเชื่อ เริ่มมีการเริ่มป่วย และตาย การให้การดูแลในแต่ละช่วงมีความสำคัญไม่น้อยหน้ากัน ถ้าเราให้ความสำคัญกับการให้ยา ARV เพียงอย่างเดียวก็ไม่ใช่การแก้ไขปัญหามาแบบองค์รวม เป็นการมองปัญหาเชิงการรักษายาอย่างเดียว (Bio Medicine) บางคนกินยาแล้วอาจดี บางคนอาจไม่ดี บางคนถ้าภาวะจิตใจดีก็อยู่ได้ไม่มีปัญหา หากไม่ได้รับยา ARV

ผู้ป่วยก็สามารถมีทางเลือกอื่นๆ ได้แก่ การป้องกันการติดเชื้อ ฉวยโอกาส รวมทั้งการดูแลด้านจิตใจ ด้านเศรษฐกิจ และสังคมอย่างเป็นระบบได้และก็มีชีวิตที่ยืนยาวขึ้นได้

ที่สำคัญการให้ยา ARV ยังไม่ใช่คำตอบที่สำเร็จรูป ยังมีการพัฒนาไม่หยุดนิ่งในเชิงวิชาการต่างๆ มากมาย การให้ยา ARV โดยไม่มีการตรวจ Viral load ก็เสี่ยงต่อปัญหาในอนาคต การรีบด่วนตัดสินใจดำเนินการอาจเป็นการทำผิดได้รับผลร้ายในภาพหลังก็ได้ เราควรใช้โอกาสของโครงการที่ให้มาเป็น โควตานำมาพัฒนาปรับปรุงระบบการให้บริการต่างๆ ของเราให้มีความพร้อมในด้านต่างๆ

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้าโครงการยาด้านไวรัสปีงบประมาณ 2544 – 2545

โรงพยาบาล	โควต้าที่ได้ จัดสรร	จำนวน ผู้ป่วยที่สมัคร	ผู้ป่วยที่ ผ่านเกณฑ์	ผู้ป่วยได้กินยา	ปัจจุบัน คงเหลือ
พะเยา	32	158	129	43	30
เชียงคำ	31	92	48	42	23
แม่ใจ	6	24	14	6	6
ดอกคำใต้	8	35	15	9	8
จุน	13	82	20	19	13
เชียงม่วน	13	31	30	23	11
รวม	103	422	256	142	91

ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้าโครงการยาด้านไวรัสปีงบประมาณ 2545 – 2546

โรงพยาบาล	โควต้าที่ได้ จัดสรร	จำนวน ผู้ป่วยที่สมัคร	ผู้ป่วยที่ ผ่านเกณฑ์	ผู้ป่วยได้กินยา	ปัจจุบัน คงเหลือ
พะเยา	49	423	213	49	48
เชียงคำ	39	103	43	39	37
แม่ใจ	10	43	43	8	7
ดอกคำใต้	13	89	83	13	13
จุน	21	114	54	21	21
เชียงม่วน	6	19	10	6	5
รวม	150	820	407	148	143

ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา

ภาคผนวกที่ 6

เกณฑ์ในการคัดกรองผู้ป่วยเพื่อรับยาต้านไวรัสเอดส์ (จังหวัดพะเยา)

การประชาสัมพันธ์โครงการ และคัดกรองผู้ป่วย

- 1.1 ให้สถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ องค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานด้านเอดส์ และเครือข่ายผู้ติดเชื้อ ในแต่ละพื้นที่ ร่วมกันประชาสัมพันธ์โครงการให้ผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี และผู้ป่วยเอดส์ทราบ โดยใช้แผ่นพับที่แจกให้
- 1.2 แนะนำให้ผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยแต่ละคน สมัครเข้าร่วมโครงการ ณ สถานบริการใกล้บ้านเพียงแห่งเดียวเท่านั้น หากตรวจสอบพบว่า ผู้สมัครคนใดสมัครหลายแห่ง จะถูกตัดสิทธิ์ในการพิจารณาเข้าร่วมโครงการ
- 1.3 ให้ทุกฝ่ายคัดกรองผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยที่มีลักษณะทางการแพทย์ที่เหมาะสมในการเข้าร่วมโครงการ ได้แก่
 - มีประวัติ หรือหลักฐานการตรวจเลือด ว่าติดเชื้อเอช ไอ วี
 - เป็นผู้ที่มี หรือเคยมีอาการป่วยที่สัมพันธ์กับเอดส์ หรือ เป็นผู้ป่วยเอดส์
 - ผู้ติดเชื้อที่ยังไม่มีอาการ ต้องมี CD4 ต่ำกว่า 200
 - ไม่เคยรับประทานยาต้านไวรัสมาก่อน
 - มีสุขภาพดีพอสมควร Karnofsky score ไม่น้อยกว่า 70
- 1.4 สำหรับผู้ติดเชื้อที่ยังไม่มีอาการ ที่ประสงค์จะสมัครเข้าร่วมโครงการ แต่ยังไม่เคยตรวจหาระดับ CD4 แนะนำให้ทำการตรวจ CD4 ก่อน โดยผู้ป่วยต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการตรวจ CD4 ครั้งนี้เอง
- 1.5 ผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยที่ผ่านการคัดกรองแล้ว และสนใจสมัครเข้าร่วมโครงการ ให้กรอกใบสมัครเข้าร่วมโครงการ
- 1.6 ให้ทุกฝ่ายแจ้งผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยที่กรอกใบสมัครแล้ว เตรียมตัวมารับทราบรายละเอียดของโครงการและให้ข้อมูลเพิ่มเติมแก่ผู้ประสานงาน โครงการของแต่ละสถานพยาบาล ตามวัน เวลา ที่สถานบริการจะกำหนด

2. การรับสมัคร และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

- 2.1 เมื่อผู้สมัครมาที่สถานพยาบาล ให้เจ้าหน้าที่ของโครงการ (อาจเป็นผู้ให้การปรึกษา หรือเจ้าหน้าที่พยาบาล แล้วแต่ๆ ละหน่วยงานจะมอบหมาย) ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลพื้นฐาน ประวัติทางการแพทย์ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และสถานะสุขภาพของผู้สมัครแต่ละราย ในบางกรณีอาจจำเป็นต้องปรึกษาแพทย์ เพื่อระบุว่าผู้ป่วยมีอาการสัมพันธ์กับเอดส์หรือไม่
- 2.2 ในกรณีที่เป็นผู้ติดเชื้อ หรือผู้ป่วยที่เคยมารับบริการแล้ว ให้ตรวจสอบความสม่ำเสมอของการมารับบริการตามนัด
- 2.3 สอบถามถึงความสมัครใจ ในการอนุญาตให้โครงการติดตาม กรณีที่ได้เข้าร่วมโครงการ และขาดการรักษา
- 2.4 สอบถามข้อมูลอื่นๆ จากผู้สมัคร ตามที่เจ้าหน้าที่เห็นสมควรว่าจะเป็นประโยชน์ต่อการพิจารณาของคณะกรรมการ
- 2.5 หลังจากหมดกำหนดรับสมัครแล้ว ให้เจ้าหน้าที่ของโครงการ รวบรวมข้อมูลของผู้สมัครแต่ละรายที่ผ่านการตรวจสอบแล้วว่าถูกต้อง ทั้งจากใบสมัคร การสังเกตและสัมภาษณ์ ประวัติการมารับบริการ และข้อมูลอื่นๆ บนที่กลงในข้อมูลของผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ ที่สมัครเข้าร่วมโครงการฯ เพื่อใช้ประกอบการพิจารณาของคณะกรรมการ โดยให้คัดชื่อ และที่อยู่ของผู้สมัครออก แล้วออกกระหึ่มให้แทน เพื่อความยุติธรรมในการพิจารณา

วิธีการคัดเลือกผู้สมัครเข้าสู่โครงการ

- 3.1 ให้สถานบริการที่เข้าร่วมโครงการ โดยหัวหน้าของสถานบริการนั้นๆ แต่งตั้งคณะกรรมการที่จะคัดเลือกผู้สมัครเข้าร่วมโครงการจำนวน 8 คน ซึ่งประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในหน่วยงานนั้น จำนวน 4 คน และตัวแทนภาคประชาชน (ประกอบด้วยผู้นำชุมชน ตัวแทนผู้ติดเชื้อ และตัวแทนองค์กรเอกชนที่ปฏิบัติงานในพื้นที่) จำนวนไม่เกิน 4 คน
- 3.2 สำหรับคณะกรรมการภาคประชาชน ประธานเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนภาคเหนือ จะทำหนังสือแจ้งรายชื่อของตัวแทนภาคประชาชนที่ได้รับคัดเลือกให้เป็นกรรมการ ถึงหัวหน้าสถานบริการนั้นๆ ภายในวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2544 กรณีที่สถานบริการไม่ได้รับหนังสือภายในกำหนดเวลาดังกล่าว ให้หัวหน้าสถานบริการแต่งตั้งกรรมการเฉพาะในส่วนของสถานบริการ
- 3.3 ให้จัดให้มีการประชุมคณะกรรมการของแต่ละสถานพยาบาล ในวันใดวันหนึ่ง ระหว่างวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2544 – 2 มีนาคม 2544 เพื่อพิจารณาข้อมูลของผู้สมัคร และคัดเลือกผู้ที่เหมาะสมจะเข้าร่วมโครงการ ให้ได้ตามจำนวนโควตาที่สถานบริการได้รับ
- 3.4 ให้คณะกรรมการคัดเลือกผู้สมัครที่มีคุณสมบัติเหมาะสมในลำดับถัดไป (ถ้ามี) อีกจำนวนหนึ่งเท่าของโควตาที่ได้รับ เพื่อสามารถเชิญมาพิจารณาเข้าร่วม โครงการ ทดแทนผู้ป่วยในโครงการที่ไม่สามารถรับประทายต่อไปได้ หรือกรณีที่โครงการมีขยายเพิ่มขึ้นสำหรับผู้ที่เข้าร่วมโครงการใหม่

แนวทางสำหรับการพิจารณาของคณะกรรมการ

- 4.1 เกณฑ์หลัก เป็นเกณฑ์ทางการแพทย์ที่ต้องปฏิบัติตาม สำหรับใช้คัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการซึ่งประกอบด้วย
 - เป็นผู้ป่วยที่มีอาการแล้ว
 - มีผล CD4 < 200 cells/mL
 - ไม่เคยรับประทายต้านไวรัสมาก่อน
 - มีสุขภาพดีพอสมควร สามารถช่วยเหลือตนเอง และสามารถเดินทางมารับการรักษาได้ หรือมี Karnofsky score ไม่น้อยกว่า 70
- 4.2 เกณฑ์รอง กรณีที่ใช้เกณฑ์หลักทางการแพทย์แล้ว ยังมีผู้สมัครเหลือให้พิจารณามากกว่าจำนวนโควตาที่ได้รับ ให้พิจารณาเหลือผู้สมัครที่มีแนวโน้มว่าจะสามารถรับประทาย และมารับการรักษาได้อย่างสม่ำเสมอ ซึ่งจะช่วยให้ผลการรักษาดี ได้แก่
 - สนใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง มีประวัติมารับบริการตรวจรักษาตามนัดอย่างสม่ำเสมอ
 - อนุญาตให้เจ้าหน้าที่โครงการติดตาม และเยี่ยมบ้าน กรณีที่ขาดการรักษา
 - ไม่ควรเป็นข้าราชการ หรือพนักงานรัฐวิสาหกิจซึ่งสามารถเบิกยาด้านไวรัสได้อยู่แล้ว
 - เกณฑ์อื่นๆ นอกเหนือจากนี้ แล้วแต่คณะกรรมการของแต่ละสถานพยาบาลเห็นสมควร
 - ผลการพิจารณาของคณะกรรมการแต่ละสถานพยาบาลให้เป็นที่สิ้นสุด ผู้ประสานระดับจังหวัด และระดับเขตไม่สามารถเปลี่ยนแปลงผลการพิจารณาได้

KARNOFSKY SCORE

Physical ability	Score
Normal	100
Independent with minimal symptoms	90
Independent with more efforts and symptomatic	80
Can do only activity of daily living,	70
Partially independent	60
Partially dependent and require more medical treatment	50
Dependent with specific care	40
Totally dependent, require hospitalization, and not impending to die	30
Moribund, need hospitalization with full medical treatment	20
Comatose	10
Death	0

Source : Karnofsky and Burchenal, 1949

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก 7

สถานภาพสิทธิบัตรของยาด้านไวรัสเอดส์ในประเทศไทย

สถานภาพสิทธิบัตรของยาด้านไวรัส ในประเทศไทย (มิถุนายน 2001)							
กลุ่มที่ 1 Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NRT)							
ชื่อสามัญ ของยา	เลขทะเบียน สิทธิบัตร	การคุ้มครอง	วันยื่นขอใน ต่างประเทศ	วันยื่นขอ ในไทย	วันหมดอายุ สิทธิบัตร	สถานภาพ สิทธิบัตร	ประเทศผู้ผลิต ยาสามัญ
Zidovudine AZT	NO PATENT		17/9/1985 21/10/1987			NO PATENT	Brazil/Thailand/ India
Didanosine ddl	7600	Formula	22/7/91	7/7/92	6/7/12	PATENT	Brazil/Thailand*/ India
Zalcitabine ddC	NO PATENT		11/8/1987 21/8/1989			NO PATENT	Brazil /India
Stavudine d4T	NO PATENT		17/12/86			NO PATENT	Brazil/Thailand/ India
Lamivudine	NO PATENT		2/8/89			NO PATENT	Brazil/Thailand/ India
AZT + 3TC	Application no. 040335	Formula AZT + 3TC + Glidants	31/10/96	27/10/9 7	26/10/17	Objection**	Brazil/Thailand** / India
Abacavir	Application no. 043819	New combination abacavir+N NRTI	17/5/98	13/5/98	12/5/18	Publication	India

* ผลิตต่างรูปแบบ โดยผลิตในรูปแบบผง

** ผลิตระหว่างการคัดค้าน (objection) การยื่นขอสิทธิบัตรในไทย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานภาพสิทธิบัตรของยาต้านไวรัส ในประเทศไทย (มิถุนายน 2001)							
กลุ่มที่ 2 Non-nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NNRT)							
ชื่อสามัญ ของยา	เลขทะเบียน สิทธิบัตร	การคุ้มครอง	วันยื่นขอใน ต่างประเทศ	วันยื่นขอ ในไทย	วันหมดอายุ สิทธิบัตร	สถานภาพ สิทธิบัตร	ประเทศผู้ผลิต ยาสามัญ
Efavirenz	Application no.019679	Structure	7/8/92 27/04/93	30/7/93	29/7/13	Publication	India
Nevirapine	Application no. 048620	Use nevirapine hemihydrate in liquid dosage form	25/8/97	18/8/98	17/8/18	Objection*	Brazil/Thailand* / India

* ผลิตระหว่างการคัดค้าน (objection) การยื่นขอสิทธิบัตรในไทย

สถานภาพสิทธิบัตรของยาต้านไวรัส ในประเทศไทย (มิถุนายน 2001)							
กลุ่มที่ 3 Protease inhibitors (PI)							
ชื่อสามัญ ของยา	เลขทะเบียน สิทธิบัตร	การคุ้มครอง	วันยื่นขอใน ต่างประเทศ	วันยื่นขอ ในไทย	วันหมดอายุ สิทธิบัตร	สถานภาพ สิทธิบัตร	ประเทศผู้ผลิต ยาสามัญ
Saquinavir	Application no. 012259	Process	11/12/1998 10/12/1990	19/11/90	18/11/10	Publication	India
Ritonavir	Application no.034617	Structure	13/12/1998 21/11/1996	4/12/96	3/12/16	Publication	India
Indinavir	9196	New combination Indinavir + efavirenz	31/3/1993 29/3/1994	30/3/94	29/3/14	PATENT	
Indinavir	Application no. 022337	Structure	7/5/93	3/5/94	2/5/14	Publication	Brazil/India
Nelfinavir	NO PATENT		2/2/94			NO PATENT	India

ภาคผนวก 8

โครงการประชุมเรื่อง

สิทธิประโยชน์การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

หลักการและเหตุผล

โรคเอดส์เป็นปัญหาสำคัญที่ประเทศไทยกำลังเผชิญอยู่ ทั้งนี้มีประมาณการว่าผู้ที่ติดเชื้อมีถึง 7 แสนคน และผู้ที่สมควรได้รับยาต้านไวรัสมีจำนวน ประมาณ 50,000-100,000 คน แม้ว่าจะมีผลการศึกษาว่ายาต้านไวรัสเอดส์สามารถลดอัตราการตายของผู้ป่วย อุบัติการณ์การเกิดโรค ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล รวมถึงทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น แต่จำนวนผู้ป่วยที่มีมากและราคายาต้านไวรัสทำให้เกิดความกังวลต่อการให้สิทธิประโยชน์การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยที่แนวโน้มยาต้านไวรัสเอดส์มีราคาลดลงประกอบกับรัฐได้สนับสนุนให้เกิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่คำนึงถึงสิทธิการได้รับการรักษาที่เท่าเทียมไม่เลือกปฏิบัติ จึงควรมีการพิจารณาเรื่องสิทธิประโยชน์การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยการนำเสนอข้อมูลด้านเศรษฐศาสตร์ที่เกี่ยวกับค่าใช้จ่ายแหล่งเงินทุน และความเป็นไปได้เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจเชิงนโยบายต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อนำเสนอผลการศึกษา เรื่อง การวิเคราะห์ต้นทุนผลได้ในการนำการรักษาโรคเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า
2. เพื่อระดมความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญในเรื่องแหล่งเงินในการสนับสนุนการรักษาโรคเอดส์ด้วยยาต้านเชื้อไวรัส
3. เพื่อให้ได้แนวทางการตัดสินใจด้านนโยบายในการกำหนดสิทธิประโยชน์การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

กำหนดการประชุม

วันศุกร์ที่ 4 กรกฎาคม 2546 เวลา 13.00-16.30 น.

สถานที่ ห้องประชุมนานาชาติ คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
กำหนดการ (ตามเอกสารแนบท้าย)

ผู้เข้าร่วมประชุม

จำนวน 40 คน ประกอบด้วย วุฒิสมาชิก ส่วนราชการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับระบบประกันสุขภาพ นักวิชาการ เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้สนใจ

ผู้จัดการประชุม

หน่วยปฏิบัติการวิจัยเภสัชศาสตร์สังคม

แหล่งทุนสนับสนุน

ทุนวิจัยทางเภสัชศาสตร์ คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปี 2545

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจทางเลือกเชิงนโยบายในการจัดบริการที่มีประสิทธิภาพ และการกำหนดสิทธิประโยชน์ในการให้การประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับผู้ติดเชื้อเอดส์

กำหนดการประชุม

สิทธิประโยชน์การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า :
แหล่งทุนและความเป็นไปได้

วันที่ 4 กรกฎาคม 2546 เวลา 13.00 - 16.30 น. ณ ห้องประชุมนานาชาติ

คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จัดโดย : หน่วยปฏิบัติการวิจัยเภสัชศาสตร์สังคม (วจภส.)

โดยการสนับสนุนทุนวิจัยจากคณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- 13.15-13.30 น. เปิดการประชุมโดย รศ.ดร. พงษ์ กุลวานิช รองคณบดีฝ่ายวิจัย คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาฯ.
- 13.30-14.00 น. นำเสนอผลการศึกษาเรื่อง การวิเคราะห์ต้นทุนผลได้ในการนำการรักษาโรคเอดส์ด้วยยาต้านเชื้อไวรัสเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า
โดย ผศ.สถิตพงษ์ ธนะวิริยะกุล โครงการจัดตั้งภาควิชาเภสัชศาสตร์สังคม
- 14.00-14.15 น. พักรับประทานอาหารว่าง
- 14.15-15.45 น. อภิปรายเรื่อง : แหล่งทุนและความเป็นไปได้ในการสนับสนุนการรักษาโรคเอดส์ด้วยยาต้านเชื้อไวรัส
อ. จอน อังภากร สมาชิกวุฒิสภา
นพ. ฉาวร สกุลพานิช ผู้เชี่ยวชาญพิเศษ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
คุณสุพัชรี รอดภัยป่วง ผู้อำนวยการกองวิจัยและพัฒนา
สำนักงานประกันสังคม
นพ. สมบัติ แทนประเสริฐสุข ผู้อำนวยการ
สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
อ.ดร. วิทยา กุลสมบูรณ์ หน่วยปฏิบัติการวิจัยเภสัชศาสตร์สังคม
ผู้ดำเนินการอภิปราย
รศ.ดร. จิราพร ลิ้มปานานนท์ หัวหน้าหน่วยปฏิบัติการวิจัยเภสัชศาสตร์สังคม
- 15.45-16.30 น. อภิปรายทั่วไปและปิดการประชุม