

การวิเคราะห์ทางเลือกการลดผู้ติดเชื้อเอชไอวี ตามแนวคิดการวิเคราะห์ต้นทุนและประสิทธิผลสู่การกำหนดเป็นนโยบายสาธารณะในประเทศไทย

An Analysis of Alternatives to Reducing HIV Infection According to the Concept of Cost and Effectiveness Analysis to Formulate Public Policy in Thailand

วัฒนา อร่ามเชียรธำรง¹, โสภิน โภยมรัตน์สิน²

Watana Aramtiantamrong¹, Sopin Payomratanasin²

มหาวิทยาลัยรามคำแหง

Ramkhamhaeng University

¹Email: doctorwatana@gmail.com

Received March 25, 2020; Revised April 7, 2020; Accepted April 16, 2020

บทคัดย่อ

บทความเรื่อง การวิเคราะห์ทางเลือกการลดผู้ติดเชื้อเอชไอวีตามแนวคิดการวิเคราะห์ต้นทุนและประสิทธิผลสู่การกำหนดเป็นนโยบายสาธารณะในประเทศไทย มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) วิเคราะห์นโยบายทางเลือกในการกำหนดนโยบายทางเลือกเพื่อลดผู้ติดเชื้อ HIV รายใหม่ในประเทศไทยให้เป็นไปตามปฏิญญาการเมืองด้านเอชไอวีในการประชุมระดับสูงสหประชาชาติ (Political Declaration on HIV 2016) และ (2) เสนอแนะทางเลือกที่มีประสิทธิผลเพื่อกำหนดนโยบายด้านสาธารณสุข ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสารที่มีความน่าเชื่อถือของทางราชการที่เป็นหน่วยงานที่กำหนดนโยบายการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ จากนั้นวิเคราะห์การนำเสนอทางเลือกต่าง ๆ รวมถึงเป้าประสงค์และวัตถุประสงค์ของนโยบาย วิธีการวิเคราะห์ต้นทุนและประสิทธิผล การวัด/เกณฑ์การวัด การเก็บรวบรวมข้อมูล ที่ใช้ในการวิเคราะห์นโยบายสาธารณะ การค้นพบและข้อสรุป

ผลจากการศึกษาพบว่า ทางเลือกที่ 2 เป็นการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีแบบรวมออกค่าจ่ายใช้กับภาครัฐ” เป็นทางเลือกที่น่าจะเหมาะสมกับการที่ประเทศไทยจะนำไปสู่การกำหนดเป็นนโยบายสาธารณะในการลดผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ให้บรรลุเป้าหมายการยุติปัญหาโรคเอดส์ภายในช่วงเวลาที่กำหนด เนื่องจากนโยบายทางเลือกดังกล่าวมีค่าใช้จ่ายที่ต่ำที่สุด ซึ่งเป็นไปตามหลักการวิเคราะห์ต้นทุนและประสิทธิผล (Cost-Effectiveness Analysis) แต่ได้รับประสิทธิผลมากกว่าสามารที่จะลดจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ได้มากกว่าเป้าหมายที่กำหนด

คำสำคัญ: นโยบายทางเลือก; การวิเคราะห์ต้นทุนและประสิทธิผล; การวิเคราะห์นโยบายสาธารณะ

ABSTRACT

The article to be An Analysis of Alternatives to Reducing HIV Infected Person by the Concept of Cost and Effectiveness Analysis in Determining Public Policies in Thailand was to have the objectives 1) to analyze alternative policies in determining alternative policies to reduce New HIV infected persons in Thailand are by the HIV Political Declaration at the United Nations Political Declaration on HIV 2016 and 2) to suggest the choice of an effective policy for public health. The researcher collected data from credible documents to the government which was the agency that set the policy to prevent and solve the AIDS problem. To analyze the presentation of the different policy options including the achievement and objectives of the policy cost and effectiveness analysis methods, measurement / criteria data collection used in public policy analysis, findings and conclusions.

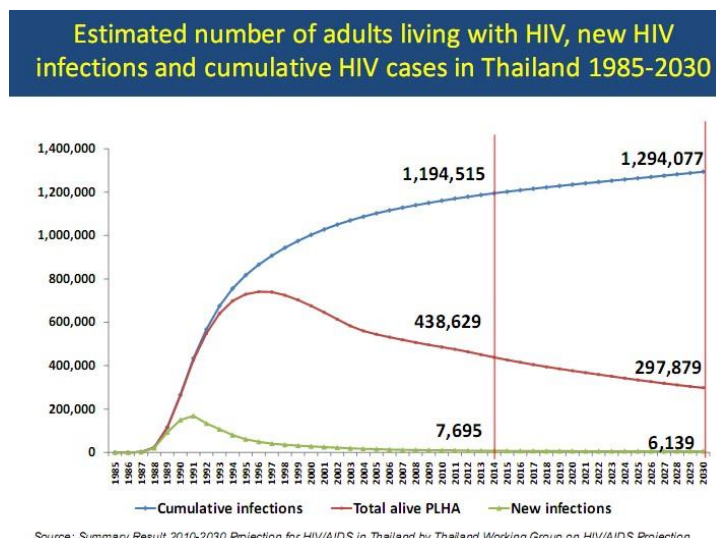
The results of the study were shown that the second option, "treating HIV-infected people with public-sector antiretroviral drugs" should be a suitable option for Thailand to the formulation of public policy to reduce new HIV infected people to achieve the goal of ending the AIDS problem within a specified period because the said the alternative policy has the lowest cost which was by the principle of cost and effectiveness analysis (Cost-Effectiveness Analysis) but more effective. To reduce the number of new infections more than the specified target.

Keywords: policy alternatives; cost and effectiveness analysis; public policy analysis

บทนำ

ประเทศไทยได้ตรวจพบผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นครั้งแรกเมื่อปีพ.ศ. 2527 หากนับจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีจนถึงปีพ.ศ. 2557 พบว่า มีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีสะสมอยู่ที่ประมาณ 1,194,515 คน และปีพ.ศ. 2573 คาดว่าจะมีจำนวนถึง 1,294,077 คน (กระทรวงสาธารณสุข, 2558) โดยสำนักกระบวนวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้ประมาณการณ์จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยแบบจำลองทางคณิตศาสตร์ (AIDS Epidemic Model and SPECTRUM สรุปสถานการณ์เอชไอวี ในประเทศไทยเมื่อสิ้นปี พ.ศ. 2558 ประมาณการณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่จำนวน 437,700 คน เป็นเพศชาย 256,100 คน เป็นเพศหญิง 181,600 คน (คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์, 2560) แม้รัฐบาลในยุคต่าง ๆ จะมีนโยบายในการแก้ไขปัญหาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ก็ตาม ปัญหาผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ก็ยังคงอยู่และมีบางกลุ่มที่เพิ่มขึ้น

กราฟ 1 การคาดการณ์จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีชีวิตอยู่ ผู้ติดเชื้อรายใหม่ ผู้เสียชีวิต ในประเทศไทย ระหว่างปี พ.ศ. 2553-2573

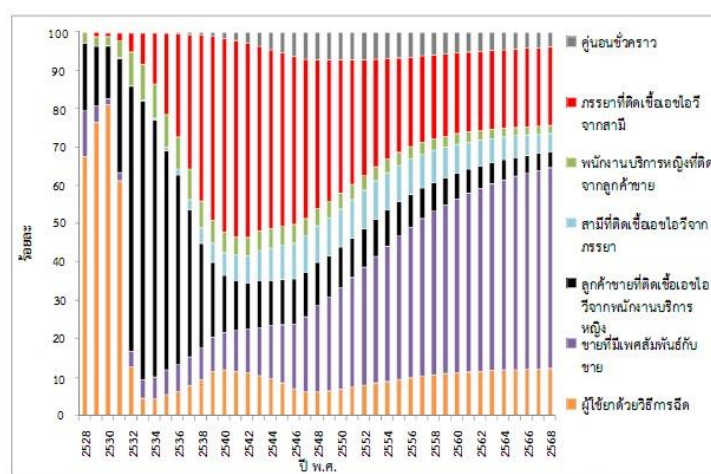


ที่มา: สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2558)

ปัญหาโรคเอดส์จึงเป็นปัญหาหนึ่งที่สำคัญอย่างมาก ทำให้องค์การสหประชาชาติมีความพยายามที่จะให้ทุกประเทศร่วมกันขจัดปัญหาดังกล่าวให้ลดลงมากที่สุด หรือสามารถยุติปัญหานี้ได้ โดยได้มีการทำปฏิญญาการเมืองด้านเอชไอวีในการประชุมระดับสูงสหประชาชาติ (Political Declaration on HIV 2016) เมื่อเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2559 องค์การสหประชาชาติได้มีการกำหนดเป้าหมายที่จะยุติปัญหาโรคเอดส์ที่เรียกว่า “Ending AIDS” ให้ได้ภายในปีค.ศ.2030 (พ.ศ.2573) โดยให้ทั่วโลกร่วมกันดำเนินการตั้งแต่ปีค.ศ. 2016 (พ.ศ.2559) เป็นต้นไป ซึ่งได้มีการกำหนดไว้ 3 เป้าหมายด้วยกัน ประกอบไปด้วย 1) การลดผู้ติดเชื้อรายใหม่ให้เหลือน้อยกว่า 500,000 คนจากทั่วโลก 2) การลดการตายอันมีสาเหตุมาจากเอดส์ให้เหลือน้อยกว่า 500,000 คนจากทั่วโลก และ 3) การบริหารจัดการที่ดี และการเลือกปฏิบัติกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี (UNAIDS, 2016) ซึ่งเป้าหมายดังกล่าวนี้ถือว่าเป็นเป้าหมายร่วมที่ทุกประเทศจะดำเนินการร่วมกันภายในประเทศของตน ให้สามารถบรรลุเป้าหมายได้ตามจำนวนและช่วงเวลาที่กำหนดให้ได้ โดยที่ประเทศไทยได้นำมาสู่การปฏิบัติและส่งผลให้ประเทศไทยมีการกำหนดแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเอดส์เปลี่ยนไปจากเดิมที่เคยมุ่งเน้นการดำเนินงานในระยะสั้นก็ได้มีการปรับเปลี่ยนมาเป็นการกำหนดเป้าหมายของการดำเนินนโยบายเป็นระยะยาวมากขึ้น โดยคณะรัฐมนตรีมีมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 17 มกราคม พ.ศ. 2660 ลงมติเห็นชอบยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ.2560-2573 และมอบหมายให้ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปเป็นกรอบแนวทางการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเอดส์ต่อไป ซึ่งหนึ่งในแนวนโยบายการยุติปัญหาเอดส์ (Ending AIDS) คือ การลดผู้ติดเชื้อรายใหม่ให้ได้ไม่น้อยกว่า 1,000 คน เนื่องจากพบว่า จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ในบางกลุ่มเพิ่มจำนวนขึ้นเรื่อย ๆ (ดูกราฟ 2) ซึ่งสิ่งที่เริ่มดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรมคือ

รัฐบาลได้มีมติคณะรัฐมนตรีให้คนไทยทุกคนสามารถได้รับยาต้านไวรัสโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายในทุกสิทธิการรักษา (หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม สิทธิข้าราชการ และรัฐวิสาหกิจ) ซึ่งประเทศไทยถือว่าเป็นประเทศแรกในภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิกที่ให้ยาต้านไวรัสแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยไม่คำนึงถึงเม็ดเลือดขาวหรือภูมิคุ้มกัน (CD 4) แต่ถึงอย่างไรก็ตามประเทศไทยยังมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่และผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เสียชีวิตอยู่

กราฟ 2 การประมาณสัดส่วนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ จำแนกตามกลุ่มประชากรและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ระหว่างปี พ.ศ.2528-2568



ที่มา: สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2558)

นโยบายทางเลือก

1. การให้คนไทยทุกคนสามารถได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายในทุกสิทธิการรักษา (หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม สิทธิข้าราชการ) เป็นนโยบายที่รัฐบาล พลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา เป็นนายกรัฐมนตรีได้ดำเนินการอยู่

2. การรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีแบบร่วมออกค่าใช้จ่ายใช้กับภาครัฐ

3. กำหนดให้คนไทยทุกคนสามารถตรวจเลือดได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย (ฟรี) ปีละ 2 ครั้ง ณ โรงพยาบาลของรัฐทุกแห่ง

ทางเลือกที่ 1 การให้คนไทยทุกคนสามารถได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายในทุกสิทธิการรักษา (หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม สิทธิข้าราชการ) เป็นนโยบายที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน

ทางเลือกที่ 2 การรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีแบบร่วมออกค่าใช้จ่ายใช้กับภาครัฐ

แม้ว่าเหตุผลทางการแพทย์และการเข้าถึงการรักษาจะอธิบายได้ว่าทางเลือกที่ 1 และทางเลือกที่ 2 จะเหมือนกันก็ตาม แต่สำหรับในทางเลือกที่ 2 นั้นจะมีความแตกต่างจากทางเลือกที่ 1 ในประเด็นที่เกี่ยวกับการที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะต้องร่วมออกค่าใช้จ่ายในการรักษาหรือการซื้อยาต้าน

ไวรัสเอชไอวี โดยทางเลือกนี้ใช้แนวคิดที่เคยดำเนินการในช่วงปีพ.ศ. 2518 ที่รัฐบาลได้มีการจัดทำนโยบายหลักประกันสุขภาพ โดยเริ่มจากการจัดทำโครงการบัตรประกันสุขภาพแก่ผู้มีรายได้น้อยเพื่อให้สามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และยังได้มีการจัดทำบัตรสุขภาพแบบสมัครใจ โดยมีเป้าหมายไปที่ผู้มีรายได้น้อย โดยผู้ถือบัตรต้องเสียค่าบริการ 500 บาท และรัฐบาลร่วมสมทบอีก 500 บาท ในกรณีนี้เนื่องจากภาวะเศรษฐกิจมีความแตกต่างกันจึงอาจกำหนดการต้องจ่ายค่าบริการให้มีราคาที่สูงขึ้น ส่วนการรักษาควรเป็นแบบร่วมจ่ายคนละครึ่งระหว่างรัฐบาลกับผู้ป่วยที่ไปใช้บริการของรัฐ (เป็นการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีแบบร่วมออกค่าใช้จ่ายใช้กับภาครัฐ อยู่ระหว่างการร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.... โดยสภานิติบัญญัติแห่งชาติ, 2560)

ทางเลือกที่ 1 และทางเลือกที่ 2 มีความเหมือนกันในทางแพทย์และทางการแพทย์และการเข้าถึงการรักษาที่เกี่ยวกับนโยบายการให้ยาด้านไวรัสเอชไอวี ดังนี้

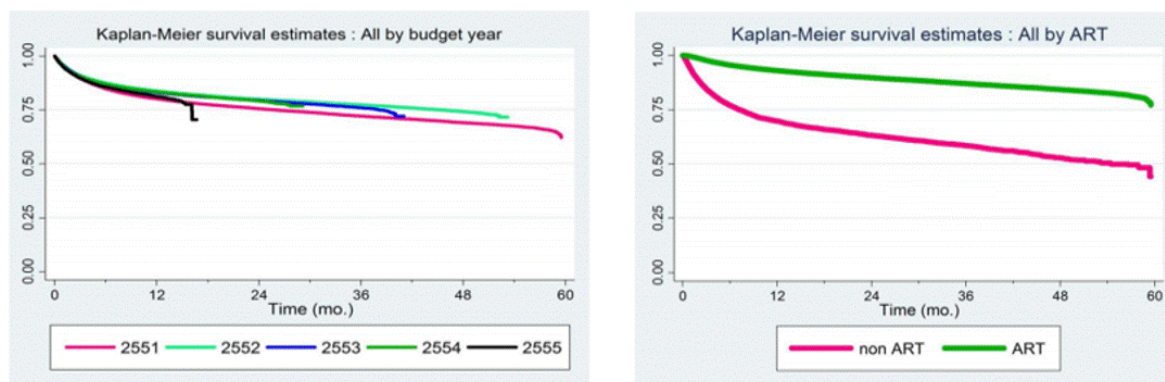
การบริการการรักษาด้วยยาด้านไวรัสทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีโอกาสในการเข้าถึงการรักษาที่เพิ่มมากขึ้น เนื่องจากยามีราคาที่ถูกลงมากและคุณภาพของยาทำให้มีชีวิตที่ยืนยาวขึ้นเท่าอายุขัยคนปกติ หากดูแลตัวเอง ไม่รับเชื้อเพิ่ม กินยาตรงตามเวลา ซึ่งถือว่าการให้ยาด้านไวรัสเป็นการป้องกันที่ดีมีประสิทธิภาพที่สุด (ประพันธ์ ภาณุภาค, ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย, 2555) การให้ยาด้านไวรัสเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันการติดเชื้อ เพราะสามารถลดจำนวนไวรัสและสามารถลดอัตราการถ่ายทอดไปยังผู้อื่นได้ (นิตยา ภาณุภาค, ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย, 2555) จากการศึกษาวิจัยของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทั้งในประเทศและต่างประเทศพบว่า “หากผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับยาด้านไวรัสเร็วไม่เกิน 1 เดือนหลังวินิจฉัยว่าได้รับเชื้อ HIV และกินยาด้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง จะมีประสิทธิผลในการลดการติดเชื้อเอชไอวีได้สูงร้อยละ 96 จนไม่สามารถแพร่โรคต่อไปได้ จะลดการเสียชีวิตผู้ป่วยได้ปีละไม่ต่ำกว่า 700 คน” (นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข, 2557) ทำให้นโยบายการให้ยาด้านไวรัสเอชไอวีกลายเป็นนโยบายหรือมาตรการของประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยที่ดำเนินนโยบายมาอย่างต่อเนื่อง

เนื่องจากยาด้านไวรัสจะสามารถยืดชีวิตให้ผู้ได้รับเชื้อเอชไอวีสามารถมีชีวิตที่ยาวนานขึ้น (มีการรอดชีพหรือรอดชีวิตสูงขึ้น) (ดูกราฟ 3) และหากทราบผลว่าติดเชื้อตั้งแต่เนิ่น ๆ จะทำให้สามารถมีอายุขัยเท่ากับคนปกติหากดูแลตัวเอง ไม่รับเชื้อเพิ่ม และสามารถที่จะป้องกันการแพร่เชื้อจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีไปยังผู้อื่น และผู้ที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวีก็สามารถกินยาด้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้ (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2557) และจากการศึกษา HPTN 052 ที่มีผู้เข้าร่วมโครงการเป็นคู่ผลเลือดต่าง ๆ 1,763 คู่ใน 9 ประเทศ ส่วนใหญ่เป็นคู่ต่างเพศ พบว่า การรักษาฝ่ายที่มีผลเลือดบวกโดยเร็วด้วยยาด้านไวรัสเอชไอวีโดยไม่ต้องรอให้ระดับ CD 4 ลดต่ำ มีประสิทธิผลถึงร้อยละ 96 ในการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อไปยังฝ่ายที่มีผลเลือดเป็นลบ และยังลดอัตราการเจ็บป่วยโดยเฉพาะการติดเชื้อวัณโรคนอกปอดลงได้ด้วย เมื่อเทียบกับผู้เริ่มยาด้านไวรัสเมื่อระดับ CD 4 ลดต่ำแล้ว และหลักฐานจาก Observation cohorts และ

mathematical models ของหลายประเทศที่สนับสนุนว่า การรักษาลดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัสมีประสิทธิภาพในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในรายใหม่ในประเทศนั้นๆ ได้ การให้ยาต้านไวรัสจึงเป็นแนวทางของการรักษาเสมือนการป้องกัน (Treatment as Prevention: T as P) เพื่อหวังลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ลงให้ได้มากที่สุด โดยจะทำให้ประเทศสามารถลดค่าใช้จ่ายด้านเอชไอวีในระยะยาวได้ (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อายุ 15 ปีขึ้นไปที่ลงทะเบียนเข้ารับบริการที่คลินิกยาต้านไวรัส ปีพ.ศ. 2551-2555 โดยพิจารณาจากคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการ ผลการสำรวจ 21 โรงพยาบาลพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ยังไม่ได้กินยาต้านไวรัส ประเมินตนเองว่ามีสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ดีมาก ดีเยี่ยมร้อยละ 54.4 ในขณะที่ผู้กินยาต้านไวรัสประเมินตนเองว่ามีสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ดีมาก ดีเยี่ยม ร้อยละ 78.9 และ ส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 80 มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุดต่อภาพรวมของระบบการบริการและผู้ให้บริการ (ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ, 2557)

กราฟ 3 โอกาสรอดชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อายุ 15 ปีขึ้นไปที่ลงทะเบียนเข้ารับบริการที่คลินิกยาต้านไวรัส ปีพ.ศ. 2551-2555



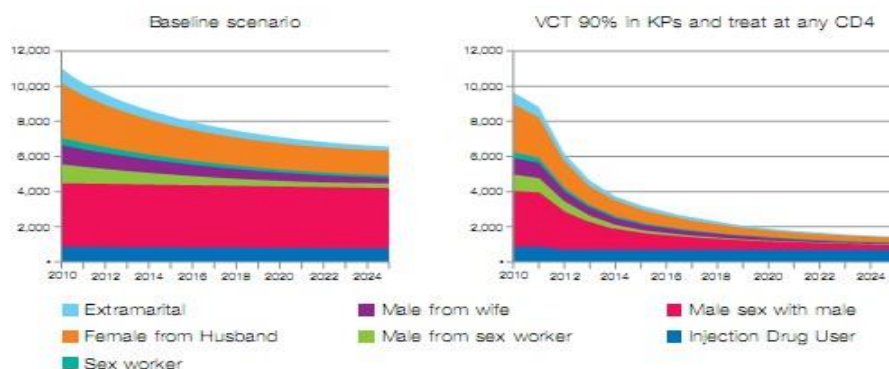
ที่มา : ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ (2557)

ทางเลือกที่ 3 กำหนดให้คนไทยทุกคนสามารถตรวจเลือดได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ณ โรงพยาบาลของรัฐทุกแห่ง

เป็นทางเลือกที่รัฐบาลที่ได้บริหารราชการแผ่นดินในช่วงระหว่างปีพ.ศ. 2554-2557 ได้มีนโยบายส่งเสริมให้ประชาชนทุกคน ทุกสิทธิเข้ารับการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายปีละ 2 ครั้ง หากผลตรวจพบว่า ติดเชื้อเอชไอวีจะรับการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่องโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ไม่ว่าจะใช้สิทธิบัตรทอง ประกันสังคม ข้าราชการ (ไทยรัฐออนไลน์, 2555)

หากสามารถเข้าถึงการตรวจเลือดในกลุ่มประชากรหลักได้ถึงร้อยละ 90 นำผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่ทราบสถานะว่าตนเองติดเชื้อเข้าสู่ระบบการรักษาได้ จะทำให้ผลการติดเชื้อรายใหม่ลดลงจากภาพทางซ้ายเปลี่ยนมาเป็นภาพทางขวา ซึ่งจะทำให้ปัญหาโรคเอดส์ลดลง (กราฟ 4)

กราฟ 4 การเปรียบเทียบผลหากสามารถเข้าถึงการตรวจเลือดในกลุ่มประชากรหลัก (ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่)



ที่มา: สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2557)

วัตถุประสงค์การวิจัย

เป้าประสงค์และวัตถุประสงค์นโยบาย

การลดจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ให้เป็นตามปฏิญญาการเมืองด้านเอชไอวีในการประชุมระดับสูงสหประชาชาติ (Political Declaration on HIV 2016)

สำหรับวัตถุประสงค์ของนโยบายในการกำหนดนโยบายทางเลือกนี้ คือ เพื่อลดจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ให้ได้ปีละไม่น้อยกว่า 1,000 คน ให้เป็นตามปฏิญญาการเมืองด้านเอชไอวีในการประชุมระดับสูงสหประชาชาติ (Political Declaration on HIV 2016)

ระเบียบวิธีวิจัย

วิธีการวิเคราะห์

วิธีที่ใช้ในการวิเคราะห์นโยบายทางเลือกในครั้งนี้ใช้ แนวคิดการวิเคราะห์ต้นทุนและประสิทธิผล (Cost-Effectiveness Analysis) เป็นการวิเคราะห์ในกรณีที่เป้าประสงค์มากกว่า 1 เป้าประสงค์ นอกเหนือจากประสิทธิภาพ และเป้าประสงค์นั้นวัดเป็นเชิงปริมาณได้ แต่เป็นตัวเงินไม่ได้ (ณัฐฐา วินิจนัยภาค, 2554) โดยในการวิเคราะห์ทางเลือกครั้งนี้เป็นกรณีที่ประสิทธิผลคงที่ คือ กำหนดการลดจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ให้ได้ไม่น้อยกว่าปีละ 1,000 คน ในทุกนโยบายทางเลือกที่ได้มีการวิเคราะห์ ส่วนค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการวิเคราะห์ในครั้งนี้เป็นการกำหนดค่าใช้จ่ายที่ไม่คงที่

การวัด/เกณฑ์การวัด

สำหรับเกณฑ์ในการวัดประสิทธิผล (การวัดการลดจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่สำหรับประเทศไทยให้เป็นตามปฏิญญาการเมืองด้านเอชไอวีในการประชุมระดับสูงสหประชาชาติ (Political Declaration on HIV 2016) นั้นได้มีการนำตัวเลขการคาดประมาณ (AIDS Epidemic Model และ SPECTRUM update 2015) จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ตามห้วงตามเวลาที่จะบรรลุเป้าหมายในปี พ.ศ. 2573 (ตาราง 1) โดยสำนักกระบวนวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2558) ที่ได้คาดการณ์ไว้มาใช้เป็นเกณฑ์เพื่อนำไปเปรียบเทียบกับตัวเลขที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดไว้ว่าจะลดจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ให้ได้ไม่น้อยกว่า 1,000 คน ซึ่งจะทำให้ทราบว่ายโยบายทางเลือกที่ได้มีการวิเคราะห์ในครั้งนี ทางเลือกใดที่จะสามารถบรรลุเป้าประสงค์หรือวัตถุประสงค์

ตาราง 1 การคาดการณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ตามห้วงตามเวลาที่จะบรรลุเป้าหมายในปี 2573

	2548	2553	2558	2563	2568	2573
ผู้ใหญ่ 15+						
ผู้ติดเชื้อเอชไอวี	524,135	477,753	433,635	385,115	334,329	289,149
ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่	17,294	11,085	6,759	5,014	4,264	3,736
ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เสียชีวิต	33,627	19,610	16,054	14,758	14,280	12,157
เพศชาย 15+						
ผู้ติดเชื้อเอชไอวี	332,642	287,062	254,045	221,025	188,577	162,427
ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่	9,361	7,218	4,740	3,772	3,420	3,129
ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เสียชีวิต	26,204	14,704	11,409	10,237	9,537	7,855
เพศหญิง 15+						
ผู้ติดเชื้อเอชไอวี	191,493	190,691	179,590	164,090	145,752	126,722
ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่	7,934	3,867	2,019	1,242	843	607
ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เสียชีวิต	7,423	4,906	4,645	4,521	4,743	4,302

ที่มา : สำนักกระบวนวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2558)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์นโยบายทางเลือกในครั้งนี้ ได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสารที่มีความน่าเชื่อถือของทางราชการที่เป็นหน่วยงานที่กำหนดนโยบายการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ หรือเสนอนโยบายให้ทางรัฐบาลพิจารณาเลือกนโยบายก่อนที่จะประกาศออกมาเป็นนโยบาย เช่น ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ (Ending AIDS) พ.ศ.2560-2573 ซึ่งคณะรัฐมนตรีได้มีมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 17 มกราคมพ.ศ. 2560, รายงานของคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาแห่งชาติเอดส์ แผนปฏิบัติการยุติปัญหาเอดส์ ประเทศไทย พ.ศ.2558-2562, รายงานของคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาแห่งชาติเอดส์ ยุทธศาสตร์และแก้ไขปัญหาแห่งชาติเอดส์ พ.ศ.2555-2559, สรุปสถานการณ์เอชไอวี ในประเทศไทยสำนักกระบวนวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, รายงานค่าใช้จ่ายการดำเนินงานด้านเอดส์ของประเทศไทยของสำนักงานนโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2557-2558, รายงานแนวทางการตรวจรักษาป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประจำปีพ.ศ. 2557 กระทรวงสาธารณสุข,โครงการ

ประเมินผลการรักษา ดูแลและการช่วยเหลือสนับสนุนผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ของประเทศไทย ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมควบคุมโรคและศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ.2557, ผลการศึกษาของ HPTN 052 , ข้อมูลที่เผยแพร่จากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ศึกษาวิจัยด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย และการเสวนาวิชาการด้านเอดส์ ประกอบไปด้วย ศาสตราจารย์นายแพทย์ประพันธ์ ภาณุภาค ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย และแพทย์หญิงนิติยา ภาณุภาค แพทย์ประจำศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย รวมถึงข่าวสารที่น่าสนใจในสื่อมวลชนที่เกี่ยวข้องกับนโยบายการแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ เป็นต้น

ข้อค้นพบจากการวิเคราะห์ทางเลือก

สำหรับต้นทุนในการวิเคราะห์ทางเลือกที่ 1-3 มีฐานคิดมาจากงบประมาณรายจ่ายที่รัฐบาลได้จัดสรรให้ในด้านเอดส์ในปีงบประมาณ 2558 (การคิดต้นทุนในทางเลือกที่ 1-2 เป็นการคิดจากค่าใช้จ่ายยาต้านไวรัสเอชไอวีที่รัฐบาลจัดสรร) ส่วนทางเลือกที่ 3 เป็นการคิดจากค่าใช้จ่ายในการตรวจเลือดเพื่อค้นหาเชื้อเอชไอวีต่อ 1 คน ๆ ละ 200 บาท ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย) การใช้ฐานคิดจากงบประมาณปีพ.ศ. 2558 นั้นเป็นข้อมูลที่เปิดเผยล่าสุด ส่วนรายจ่ายในปีพ.ศ. 2559-2560 ยังไม่มีการเปิดเผย ตัวเลขอย่างเป็นทางการ

ส่วนการวัดประสิทธิผล คือ การลดจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ให้ได้ไม่น้อยกว่าปีละ 1,000 คน (โดยกำหนดให้เท่ากันทุกนโยบายทางเลือก) เป็นเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้แล้ว

วิธีการวิเคราะห์เพื่อลดจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่

ต้นทุนและประสิทธิผล	ทางเลือกนโยบาย		
	1	2	3
ต้นทุน (งบประมาณล้านบาท)	4,002.38	2,001.19	13,087.97
จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ต่อปี	1,000	1,000	1,000
อัตราส่วนต้นทุนต่อจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ลดลงต่อ 1 คนต่อปี	4,002,380	2,001,380	13,087,97
อัตราส่วนจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ลดลงต่อ 1 คนต่อปีงบประมาณต่อปี	4,002.38	2,001.38	13,087.97

ที่มา: จากการรวบรวมข้อมูลของผู้เขียน

ทางเลือกที่ 1 การให้คนไทยทุกคนสามารถได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายในทุกสิทธิการรักษา (หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม สิทธิข้าราชการ) เป็นนโยบายที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน

วิเคราะห์ต้นทุนจากการใช้งบประมาณปีพ.ศ. 2558 เป็นฐานคิดคำนวณต้นทุน เนื่องจากเป็นข้อมูลที่เป็นปัจจุบันมากที่สุดขณะนี้ และเป็นนโยบายที่รัฐบาลชุดปัจจุบันดำเนินการอยู่

จากการวิเคราะห์สำหรับทางเลือกนี้ พบว่า ต้นทุนที่ใช้ในการลดจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่จะอยู่ที่ 4,002.38 ล้านบาท โดยได้กำหนดเป้าประสงค์ในการลดผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้ได้ไม่น้อยกว่า 1,000 คนต่อปี โดยอัตราส่วนต้นทุนต่อจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ลดลงต่อ 1 คนต่อปีอยู่ที่

4,002,380 บาท ส่วนอัตราส่วนจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ลดลงต่อ 1 คนต้องงบประมาณต่อปีจะสามารถลดผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ได้ถึงปีละ 4,002.38 คน ทางเลือกดังกล่าวนี้เป็นทางเลือกที่มีแนวโน้มที่จะมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เนื่องจากจะมีการแก้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งมาบางมาตราของกฎหมายที่บัญญัติถึงเรื่องของการแก้ไขให้ประชาชนร่วมออกค่าใช้จ่ายในการรักษาและรัฐบาลก็จะออกค่าใช้จ่ายให้บางส่วน

ทางเลือกที่ 2 การรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีแบบร่วมออกค่าใช้จ่ายใช้กับภาครัฐ

ใช้แนวคิดที่เคยดำเนินการในช่วงปีพ.ศ. 2518 ที่รัฐบาลได้มีการจัดทำนโยบายหลักประกันสุขภาพ โดยเริ่มจากการจัดทำโครงการบัตรประกันสุขภาพแก่ผู้มีรายได้น้อย เพื่อให้สามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และยังได้มีการจัดทำบัตรสุขภาพแบบสมัครใจ โดยมีเป้าหมายไปที่ผู้มีรายได้น้อย โดยผู้ถือบัตรต้องเสียค่าบริการละ 500 บาท และรัฐบาลร่วมสมทบอีก 500 บาท (เป็นแบบร่วมออกค่าใช้จ่ายใช้กับภาครัฐ (อยู่ระหว่างการร่าง พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ...))

วิเคราะห์ต้นทุนจากการใช้งบประมาณปีพ.ศ. 2558 เป็นฐานคิดคำนวณต้นทุน จากการวิเคราะห์สำหรับทางเลือกนี้ พบว่า ต้นทุนที่ใช้ในการลดจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ จะอยู่ที่ 2,001.19 ล้านบาทโดยได้กำหนดเป้าหมายในการลดผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่จำนวนให้ได้ไม่น้อยกว่า 1,000 คนต่อปีเหมือนซึ่งเป็นเป้าหมายที่คงที่เหมือนกับทางเลือกที่ 1 แต่สำหรับทางเลือกที่ 2 นี้ อัตราส่วนต้นทุนต่อจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ลดลงต่อ 1 คนต่อปีอยู่ที่ 2,001,380 บาท ส่วนอัตราส่วนจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ลดลงต่อ 1 คนต้องงบประมาณต่อปีจะสามารถลดผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ได้ถึงปีละ 2,001.38 คน หากวิเคราะห์แล้วจะพบว่า ทางเลือกที่ 2 นี้จะมีค่าใช้จ่ายที่ต่ำที่สุดซึ่งเป็นไปตามหลักการวิเคราะห์ต้นทุนและประสิทธิผล (Cost-Effectiveness Analysis) ที่จะคำนึงถึงเรื่องของต้นทุนที่ต่ำที่สุด แต่ได้รับประสิทธิผลมากกว่า ซึ่งในกรณีนี้ถือว่าได้ประสิทธิผลมากกว่า เนื่องจากได้มีการกำหนดเป้าหมายที่จะดำเนินการเพื่อลดจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ให้เป็นตามเป้าหมายร่วมของสหประชาชาติซึ่งรัฐบาลได้กำหนดตัวเลขที่จะดำเนินการลดจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ให้ปีละไม่น้อยกว่า 1,000 คน ซึ่งหากวิเคราะห์อัตราส่วนจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ลดลงต่อ 1 คนต้องงบประมาณต่อปีจะพบว่า สามารถที่จะลดจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ได้ถึงปีละ 2,001.38 คน ซึ่งมากกว่าเป้าหมายที่กำหนดถึง 1,001.38 คน ถือว่าทางเลือกนี้สามารถที่จะทำให้เกิดประสิทธิผลเกินกว่าที่ได้กำหนดไว้ โดยมีค่าใช้จ่ายที่ต่ำที่สุดเมื่อเทียบกับทางเลือกที่ 1 และทางเลือกที่ 3 นอกจากนี้แนวคิดดังกล่าวมีแนวโน้มที่จะเกิดการเปลี่ยนแปลงมีความเป็นไปได้ที่จะดำเนินการให้เกิดผลเป็นรูปธรรม เนื่องจากสถานการณ์ปัจจุบันซึ่งมาบางมาตราของกฎหมายที่บัญญัติถึงเรื่องของการแก้ไขให้ประชาชนร่วมออกค่าใช้จ่ายในการรักษาและรัฐบาลก็จะออกค่าใช้จ่ายให้บางส่วนซึ่งอาจมีผลต่อสิทธิการรักษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายที่ดำเนินการมาก่อนหน้านี้โดยทางเลือกที่ 1

เป็นทางเลือกที่รัฐบาลชุดปัจจุบันดำเนินการอยู่แต่ก็มีแนวโน้มที่รัฐบาลจะมีการแก้ไขเปลี่ยนแปลงเป็นการรักษาแบบร่วมจ่าย

ข้อค้นพบครั้งนี้สอดคล้องกับรายงานผลการวิเคราะห์ในแผนปฏิบัติการยุติปัญหาเอดส์ประเทศไทย พ.ศ.2558-2562 ที่จัดทำโดยคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ที่ได้มีการวิเคราะห์ต้นทุนและผลประโยชน์ (Cost-Benefit Analysis) พบว่า การลงทุนเพิ่ม 3,000 ล้านบาทภายในระยะเวลา 10 ต่อเนื่องสำหรับการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี การให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสแน่นอน ๆ ไม่ว่า CD 4 จะเป็นเท่าใด และการสนับสนุนให้กินยาสม่ำเสมอจะทำให้ได้ผลตอบแทน (benefit) มากกว่า 9,000 ล้านบาทจากการประหยัดค่าใช้จ่ายของการรักษาพยาบาล ค่ารักษาและผลผลิตจากการทำงาน เมื่อคิดค่าใช้จ่ายเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายเดิม พบว่า มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นเพียงร้อยละ 5 ของรายจ่ายในการดำเนินงานด้านเอดส์ของประเทศ

ทางเลือกที่ 3 กำหนดให้คนไทยทุกคนสามารถตรวจเลือดได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ณ โรงพยาบาลของรัฐทุกแห่ง

การคำนวณต้นทุนคิดจากข้อมูลรายจ่ายด้านการตรวจเลือดของศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย พ.ศ. 2558 โดยได้มีการคำนวณรายจ่ายในการดำเนินการด้านเอดส์คิดต่อประชากรหนึ่งคนอยู่ที่ 200 บาท นำไปคูณจำนวนประชากรคนไทยที่ยังไม่ได้มีการตรวจเลือด ซึ่งข้อมูลปีพ.ศ. 2559 พบว่าประชากรคนไทยมีจำนวนทั้งสิ้น 65,931,550 คน (จากระบบสถิติทางการทะเบียน กระทรวงมหาดไทย, 2559) เมื่อนำไปลบจากจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ทราบผลและยังมีชีวิตอยู่จำนวนทั้งสิ้น 437,700 คน ดังนั้นผู้ที่ต้องตรวจเลือดเพื่อทราบว่าติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่ นั้น จึงต้องทำการตรวจทั้งสิ้น 65,493,850 คน

จากการวิเคราะห์สำหรับทางเลือกนี้ พบว่า ต้นทุนที่ใช้ในการลดจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ จะอยู่ที่ 13,087.97 ล้านบาทโดยได้กำหนดเป้าประสงค์ในการลดผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่จำนวนให้ได้ไม่น้อยกว่า 1,000 คนต่อปีเหมือนซึ่งเป็นเป้าประสงค์ที่คงที่เหมือนกับทางเลือกที่ 1 และทางเลือกที่ 2 แต่สำหรับอัตราส่วนต้นทุนต่อจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ลดลงต่อ 1 คนต่อปีจะเพิ่มขึ้นมากกว่าอยู่ที่ 13,087.97 บาท ส่วนอัตราส่วนจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ลดลงต่อ 1 คนต่อปีงบประมาณต่อปีจะสามารถลดผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ได้มากถึงปีละ 13,087.97 คน สำหรับแนวทางนี้ถือว่าใช้จ่ายเงินงบประมาณมากที่สุด มากกว่าสองทางเลือกที่ได้วิเคราะห์ไว้ก่อนหน้านี้

โดยที่ทางเลือกดังกล่าวแม้ว่ารัฐบาลจะกำหนดให้ประชาชนคนไทยทุกคนสามารถที่จะตรวจเลือดได้ในโรงพยาบาลของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายก็ตาม แต่ทางเลือกดังกล่าวมีความเป็นไปได้ที่ต่ำมากหรือแทบจะเป็นไปไม่ได้เลย เนื่องจากในทางปฏิบัตินั้นค่อนข้างยากที่ประชาชนทุกคนจะเดินเข้าไปเพื่อขอรับบริการตรวจเลือดแม้จะไม่เสียค่าตรวจก็ตามโดยที่ไม่มีเหตุผลหรือความจำเป็นหรือด้วยเพราะความเจ็บป่วยจึงต้องเข้าไปตรวจเลือด ยกเว้นรู้สึกด้วยตนเองว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงหรือมีพฤติกรรมของการเสี่ยงที่จะติดเชื้อเอชไอวี แม้แนวทางเลือกนี้จะเป็นทางเลือกที่สามารถจะยุติปัญหาเอดส์ได้มาก เนื่องจาก

หากรัฐบาลทราบจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่แท้จริงก็สามารถที่จะมีมาตรการในการแก้ไขปัญหาได้ตรงกับกลุ่มเป้าหมาย

ข้อเสนอแนะ

จากการวิเคราะห์นโยบายทางเลือกการลดผู้ติดเชื้อ HIV รายใหม่จึงมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายให้ใช้ทางเลือกที่ 2 คือ “การรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีแบบรวมออกค่าจ่ายให้กับภาครัฐ” ซึ่งเป็นนโยบายทางเลือกการลดผู้ติดเชื้อ HIV รายใหม่ได้ดีที่สุด ซึ่งนโยบายดังกล่าวเคยดำเนินการมาแล้วในช่วงปีพ.ศ. 2518 ที่รัฐบาลได้มีการจัดทำนโยบายหลักประกันสุขภาพ โดยเริ่มจากการจัดทำโครงการบัตรประกันสุขภาพแก่ผู้มีรายได้น้อย เพื่อให้สามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และยังได้มีการจัดทำบัตรสุขภาพแบบสมัครใจ โดยมีเป้าหมายไปที่ผู้มีรายได้น้อย โดยผู้ถือบัตรต้องเสียค่าบริการละ 500 บาท และรัฐบาลร่วมสมทบอีก 500 บาท

องค์ความรู้ใหม่

การวิเคราะห์ทางเลือกการลดผู้ติดเชื้อเอชไอวี ตามแนวคิดการวิเคราะห์ต้นทุนและประสิทธิภาพสู่การกำหนด เป็นนโยบายสาธารณะในประเทศไทย ได้เกิดข้อค้นพบว่า การรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีแบบรวมออกค่าจ่ายให้กับภาครัฐ เป็นทางเลือกนโยบายที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงอย่างเป็นรูปธรรมที่สุด เนื่องจากต้นทุนที่ใช้ในการลดจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ จะอยู่ที่ 2,001.19 ล้านบาท โดยได้กำหนดเป้าหมายในการลดผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่จำนวนให้ได้ไม่น้อยกว่า 1,000 คนต่อปี แต่สำหรับทางเลือกการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีแบบรวมออกค่าจ่ายให้กับภาครัฐนี้ มีอัตราส่วนต้นทุนต่อจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ลดลงต่อ 1 คน ต่อปี อยู่ที่ 2,001,380 บาท ส่วนอัตราส่วนจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ลดลงต่อ 1 คน ต่อปีประมาณต่อปี จะสามารถลดผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ได้ถึงปีละ 2,001.38 คน ซึ่งเป็นไปตามหลักการวิเคราะห์ต้นทุนและประสิทธิภาพ (Cost-Effectiveness Analysis) ที่จะคำนึงถึงเรื่องของต้นทุนที่ต่ำที่สุด แต่ได้รับประสิทธิผลมากกว่า ซึ่งมากกว่าเป้าหมายร่วมขององค์การสหประชาชาติ ที่มีการทำปฏิญญาการเมืองด้านเอชไอวีในการประชุมระดับสูงสหประชาชาติ (Political Declaration on HIV, 2016) เมื่อเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2559 โดยที่องค์การสหประชาชาติได้มีการกำหนดเป้าหมายที่จะยุติปัญหาโรคเอดส์ที่เรียกว่า “Ending AIDS” ให้ได้ภายในปีค.ศ.2030 (พ.ศ.2573)

สรุป

ปัญหาโรคเอดส์เป็นปัญหาหนึ่งที่สำคัญอย่างมากที่ทั่วโลกพยายามที่จะแก้ไขปัญหาให้ลดลงหรือหมดไปให้ได้ องค์การสหประชาชาติจึงได้มีความพยายามที่จะให้ทุกประเทศร่วมกันขจัดปัญหาดังกล่าวให้ลดลงมากที่สุด หรือสามารถยุติปัญหานี้ได้ ด้วยการทำปฏิญญาการเมืองด้านเอชไอวีในการ

ประชุมระดับสูงสหประชาชาติ (Political Declaration on HIV 2016) เมื่อเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2559 กำหนดเป้าหมายที่จะยุติปัญหาโรคเอดส์ที่เรียกว่า “Ending AIDS” เป้าหมายดังกล่าว ประกอบไปด้วย 1) การลดผู้ติดเชื้อรายใหม่ การลดการตายอันมีสาเหตุมาจากเอดส์ และการจัดการตีตรา และการเลือกปฏิบัติกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งประเทศไทยได้นำมาสู่การกำหนดเป็นนโยบายสาธารณะของประเทศ และได้กำหนดเป้าหมายที่จะบรรลุตามช่วงเวลาที่กำหนด คือ ภายในปีพ.ศ. 2573 จะต้องสามารถลดการตายอันมีสาเหตุจากเอดส์ให้ได้ปีละไม่เกิน 4,000 คน การลดผู้ติดเชื้อรายใหม่ให้ได้ปีละไม่น้อยกว่า 1,000 คน และลดการตีตราให้ได้อย่างน้อย 90

อย่างไรก็ตาม เป้าหมายทั้งสามล้วนมีวิธีการดำเนินการที่แตกต่างกันเมื่อนำไปสู่การปฏิบัติการกำหนดนโยบายทางเลือกจึงต้องมีการวิเคราะห์แต่ละเป้าหมายว่าควรใช้นโยบายใด สำหรับบทความชิ้นนี้ได้เลือกเป้าหมายการลดผู้ติดเชื้อรายใหม่ให้ได้ปีละไม่น้อยกว่า 1,000 คน มาใช้ในการวิเคราะห์นโยบายเพื่อกำหนดนโยบายทางเลือกที่เหมาะสม โดยได้มีการนำแนวคิดการวิเคราะห์ต้นทุนและประสิทธิผล (Cost-Effectiveness Analysis) มาใช้ในการวิเคราะห์เพื่อกำหนดนโยบายทางเลือก

ผลการวิเคราะห์พบว่า ทางเลือกที่ 2 ‘การรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีแบบร่วมออกค่าใช้จ่ายใช้กับภาครัฐ’ เป็นทางเลือกที่น่าจะเหมาะสมกับการที่ประเทศไทยจะนำไปสู่การกำหนดเป็นนโยบายสาธารณะในการลดผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ให้บรรลุเป้าหมายการยุติปัญหาโรคเอดส์ภายในช่วงเวลาที่กำหนด เนื่องจากนโยบายทางเลือกดังกล่าวมีค่าใช้จ่ายที่ต่ำที่สุด ซึ่งเป็นไปตามหลักการวิเคราะห์ต้นทุนและประสิทธิผล (Cost-Effectiveness Analysis) แต่ได้รับประสิทธิผลมากกว่าสามเท่าที่จะลดจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ได้มากกว่าเป้าหมายที่กำหนด ถือว่าทางเลือกนี้สามารถที่จะทำให้เกิดประสิทธิผลเกินกว่าที่ได้กำหนดไว้ โดยมีค่าใช้จ่ายที่ต่ำที่สุดเมื่อเทียบกับทางเลือกที่ 1 และทางเลือกที่ 3

References

- Bureau of Epidemiology. (2016). *Summary of HIV Situation in Thailand at the end of 2016*. Department of Disease Control, Ministry of Public Health.
- Bureau of Epidemiology. (2015). *Summary of the situation of HIV and HIV infection in Thailand in 2015*. Department of Control Disease, Ministry of Public Health.
- Bureau of AIDS. (2014). *Tuberculosis and Sexually Transmitted Diseases*, Department of Disease Control. Ministry of Public Health. (2014). *Guidelines Examination, treatment, and prevention of HIV infection 2014*, Ministry of Public Health.
- International Health Policy Office. (2014). *Report on AIDS expenditures in Thailand. 2014 – 2015*. Ministry of Public Health.

- National Committee on Prevention and Solution to AIDS. (2017). *National Strategy on Problem Resolution AIDS 2017–2030*. Department of Disease Control, Ministry of Public Health.
- National Committee on AIDS Prevention and Solution. (2014). *Action Plan for Ending the AIDS Problem Thailand 2015–2019*. Department of Disease Control, Ministry of Public Health.
- National Committee on National AIDS Prevention and Solution. (2012). *Strategy and Problem Solving National aids 2012–2016*. Department of Disease Control, Ministry of Public Health.
- Nattha Winijnaniphak. (2011). *Public Policy Interdisciplinary Study Guidelines*. Bangkok: Type Octo.
- Nittaya Panupak. (2012). *Summarizing the key points in the 1st–4th seminar on AIDS*. Monday 9 January 2012 at the Department of Disease Control, Ministry of Public Health. <https://www.redcross.or.th/article/15421>
- National AIDS Management Center. (2014). *Evaluation of treatment projects Care and help supporting the infected AIDS patients in Thailand*. National Health Security Office, Department of Disease Control, Ministry of Public Health.
- Praphan Phanupak. (2012). *New life antiretroviral drug for people with HIV*. <https://www.redcross.or.th/article/50961>
- AIDS Research Center of the Thai Red Cross. Retrieved on March 4, 2020
- Registration statistics Ministry of Interior. (2017). *Population and house statistics – Population by age* Retrieved at http://stat.dopa.go.th/stat/statnew/upstat_age.php. Retrieved on March 4, 2020
- Thai Rath Online. (2012). *TBA. Inviting blood tests for free on World AIDS Day*. Revealed that people infected each year 1.2 billion Retrieved on March 4, 2020 <http://www.thairath.co.th/content/310023><http://www.thairath.co.th/content/310023>
- The Asian Epidemic Model (AEM) Projection for HIV/AIDS in Thailand 2005–2025.
- UNAIDS. (2016). *On the Fast-Tack to end AIDS*. 20 Avenue Appia. Switzerland.