

การประชุมเพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ในการดำเนินงานมาตรการ/นโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพ
และป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ภายใต้โครงการพัฒนาข้อเสนอเพื่อการปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์
และระบบบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้ใหญ่/วัยทำงาน
วันพฤหัสบดีที่ 3 เมษายน พ.ศ. 2557 เวลา 13.30-16.30 น.
ณ ห้องประชุม 1 โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม

1. นพ.สรกิจ	ภาคีชีพ	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2. พญ.นิตยา	ภานุภาค พึ่งพาพงศ์	ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย
3. นพ.ประเวช	ตันติพิวัฒนสกุล	กลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต
4. พญ.พัชรี	ขันติพงษ์	โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
5. ผศ.พญ.จุรีรัตน์	บวรวัฒนวงศ์	โรงพยาบาลศูนย์จังหวัดชลบุรี
6. คุณเอื้องอรุณ	อำพันพงศ์	โรงพยาบาลศูนย์จังหวัดชลบุรี
7. ดร.ภญ.ศรีเพ็ญ	ตันติเวสส	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
8. ดร.นพ.ยศ	ติระวัฒนานนท์	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
9. ดร.ภญ.นัยนา	ประดิษฐ์สิทธิกร	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
10. ดร.ภญ.ศิตาพร	ยังคง	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
11. ภญ.วรวิทย์	จันทร์สถาพรจิต	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
12. น.ส.ชุตติมา	คำดี	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
13. น.ส.สุธิษุ	ตั้งสถิตย์กุลชัย	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

เริ่มประชุมเวลา 13.30 น.

ดร.ภญ.ศิตาพร ยังคง กล่าวต้อนรับผู้เข้าร่วมประชุมฯ จากนั้นแนะนำโครงการพัฒนาข้อเสนอเพื่อการปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์และระบบบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้ใหญ่/วัยทำงาน และผลการดำเนินงานของโครงการฯ ที่ผ่านมา โดยจากการประชุมผู้เชี่ยวชาญเพื่อพิจารณามาตรการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เมื่อวันที่ 3 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2557 ณ โรงแรมริชมอนด์สไตลิสคอนเวนชันฮอลล์ ได้ข้อเสนอบื้องต้นสำหรับชุดสิทธิประโยชน์ ได้แก่ 1) นำวิธีการให้คำปรึกษาและตรวจการติดเชื้อเอชไอวีแบบเชิงรุก (Provider-Initiated voluntary Counseling and Testing; PICT) มาใช้ในประเทศไทย เนื่องจากมีงานวิจัยชี้ว่ามีประสิทธิผลดีและคุ้มค่าในบริบทของประเทศไทย และ 2) ศึกษาความเหมาะสม คุ้มค่า และความเป็นไปได้ของ “การตรวจเจอรักษาทันที (test and treat)” ในบริบทของประเทศไทย

จากนั้น ได้นำเสนอผลการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับสถานการณ์การเริ่มให้ยาต้านไวรัสเอชไอวีในประเทศไทย และมาตรการและนโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ได้แก่ การให้คำปรึกษาและตรวจการติดเชื้อเอชไอวีแบบเชิงรุก (Provider-Initiated Counseling and Testing, PICT) และการตรวจเจอรักษาทันที (test and treat) จากนั้นผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็น โดยสรุปดังนี้

ข้อคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการนำวิธีให้คำปรึกษาและตรวจการติดเชื้อเอชไอวีแบบเชิงรุก (Provider-Initiated voluntary Counseling and Testing; PICT) มาใช้ในประเทศไทย

การทำ pre-test counseling แบบกลุ่มผ่านการฉายวิดีโอทัศน์แทนรูปแบบเดิมเป็นเรื่องน่าสนใจ โดยในวิดีโอต้องมีเนื้อหาต่างๆ ตามขอบเขตที่ถูกกำหนดไว้สำหรับการทำ pre-test counseling แต่ต้องปรับทัศนคติของผู้เกี่ยวข้องทั้งระดับผู้บริหารและปฏิบัติงาน เพื่อให้เข้าใจว่าการเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินงานนี้ นอกจากมิได้เป็นการทำผิดพลาดหรือขั้นตอนการทำงานเดิม ยังจะช่วยลดภาระงานในการทำ pre-test counseling ช่วยให้ counselor มีเวลามากขึ้นสำหรับให้คำปรึกษาอื่นๆ เช่น post-test counseling และให้คำแนะนำผู้ป่วยที่มีความร่วมมือ (adherence) ในการทานยาต้านไวรัสต่ำ นอกจากนั้น PICT จะช่วยลดแรงกดดันที่อาจเกิดขึ้นจากการที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณละเมิดเนื่องจากเป็นระบบสมัครใจ ผู้เชี่ยวชาญแนะนำให้การตรวจและฟังผลควรทำเสร็จภายในหนึ่งวัน เพื่อลดปัญหาที่ผู้ป่วยอาจไม่มาฟังผลและติดตามไม่ได้ โดยจะต้องหาวิธีการดำเนินงานที่เหมาะสม นอกจากนี้ควรคำนึงถึงปัญหาด้านภาระงาน ได้แก่ นักเทคนิคการแพทย์ที่รับผิดชอบการตรวจทางห้องปฏิบัติการโดยตรง อาจไม่สามารถรองรับปริมาณงานที่เพิ่มขึ้นได้ ดังนั้นอาจต้องมีการพิจารณาเรื่อง task shifting โดยให้บุคลากรทางการแพทย์สาขาอื่น เช่น พยาบาลมีส่วนช่วยรับภาระงานนี้

ผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าควรมีการสร้างระบบพัฒนาทักษะการให้คำปรึกษาแก่ counselor เพราะระบบที่มีในปัจจุบันนี้มิได้มีการพัฒนามาเป็นเวลานานแล้ว counselor ที่ปฏิบัติงานในปัจจุบันพัฒนาทักษะจากประสบการณ์หรือแบบที่สอนน้อง ไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ถูกพิสูจน์ว่าได้ผลและเป็นรูปแบบเดียวกัน และยังต้องพัฒนาทักษะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้มีความเสี่ยง เช่น กรณีที่ผู้ขอรับการตรวจแล้วไม่พบการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ยังไม่มีแนวทางว่าควรทำอย่างไรต่อเพื่อป้องกันการติดเชื้อในอนาคตหรือการติดตามมาตรวจซ้ำ การพัฒนาระบบการป้องกันและควบคุมเอชไอวี/เอดส์นี้จะต้องทบทวนกลไกตั้งแต่ในระดับชาติ ตลอดจนหน่วยงานที่รับผิดชอบ (เช่น กรมสุขภาพจิต กรมควบคุมโรค) และระบบการบริหารจัดการทรัพยากรและการเงิน

ผู้เชี่ยวชาญเสนอเพิ่มเติมให้ผู้วิจัยพิจารณาความเป็นไปได้ที่จะดำเนินการ PICT นอกโรงพยาบาล โดยคาดว่าการทำงานในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เช่น ในโรงเรียน หรือกลุ่มฟ้าสีม่วง คาดว่าเกิดประโยชน์ชัดเจนกว่าและให้ความคุ้มค่ามากกว่า นอกจากนั้นประเด็นสำคัญที่ควรพิจารณาเพิ่มเติมคือ การปลุกกระแสการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ให้ผู้บริหาร/ผู้กำหนดนโยบายเห็นความสำคัญ ว่าให้ผลตอบแทนที่คุ้มค่า

ข้อคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับแนวทาง “การตรวจเจอรักษาทันที (test and treat)”

ผู้เชี่ยวชาญจากสำนักโรคเอดส์ สภากาชาดไทย ระบุว่าสภากาชาดได้ทำโครงการนำร่องของแนวทาง test and treat พบว่าจากการตรวจชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย 800 คน พบผลเลือดบวกประมาณ 150 คน และเมื่อตามคนกลุ่มเดิมต่อไปอีก 1 ปี พบว่าตรวจพบผู้ติดเชื้อไวรัสเอชไอวีเพิ่มขึ้นอีก 20 กว่าคน ผู้ป่วยที่พบผลเลือดบวกจำนวนครึ่งหนึ่งของทั้งหมดมีระดับ CD4 มากกว่า 350 cell/mm³ ผู้ป่วยประมาณ 5 เปอร์เซ็นต์เท่านั้นที่ไม่ประสงค์จะรับประทานยาต้านเชื้อไวรัส การยอมรับการรักษาจึงไม่ใช่ปัญหาของการดำเนินงานครั้งนี้

นี้ แต่ควรให้ความสำคัญกับการตรวจเลือด มิใช่เพื่อให้คนรู้ตัวได้เร็วเท่านั้น แต่ต้องหาวิธีที่จะให้กลุ่มคนที่ตรวจแล้วผลเลือดเป็นลบมาตรวจซ้ำ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความถี่ของการตรวจเลือดในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูงควรบ่อยกว่าทุก 6 เดือน ในการศึกษาดังกล่าวได้เคยมีการคำนวณภาระงานที่เกิดขึ้น พบว่าหากกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูงจำนวนร้อยละ 90 เข้ารับการตรวจเลือดตามระยะเวลาที่กำหนด ปริมาณงานจะเพิ่มขึ้นกว่าเท่าตัวเป็นประมาณล้านครั้งต่อปี จึงต้องคำนึงถึงการบริหารจัดการภาระงานด้วย อย่างไรก็ตามผู้แทนจากสปสข. ให้ความเห็นว่าคุณภาพงานมีความสัมพันธ์แบบผกผันกับภาระ ดังนั้นการเพิ่มความถี่ในการตรวจเลือดอาจต้องพิจารณาอย่างรอบคอบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรักษาทันทีที่ทุกระดับของ CD4 ยังไม่เคยมีการศึกษาเรื่องความคุ้มค่าคุ้มทุน ซึ่งจะมีผลต่อการตัดสินใจในการบริหารจัดการเงินทุนนี้

แม้ว่าคณะกรรมการเอตส์ชาติมีนโยบายให้การรักษาด้วยยาต้านเชื้อไวรัสทันทีที่ทุกระดับของ CD4 แต่การนำนโยบายมาใช้ในภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ต้องพิจารณาเรื่องความร่วมมือในการรักษา (adherence) ของผู้ป่วยด้วย โดยส่วนหนึ่งต้องอาศัยบุคลากรทางการแพทย์ให้คำปรึกษา โน้มน้าว ติดตามผล อย่างไรก็ตามบุคลากรทางการแพทย์ของไทยยังไม่มีประสบการณ์ตรงที่จะรักษาคนที่ยังไม่แสดงอาการป่วยเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อสู่คนรอบข้าง และยังมีหลักฐานสนับสนุนเรื่องประโยชน์ที่จะเกิดแก่ตัวคนไข้เอง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีหลักสูตรเพื่อสอน counselor ถึงเทคนิคการให้คำปรึกษากับผู้ป่วยที่ได้รับ early ART ทำอย่างไรถึงเพิ่ม adherence ของผู้ป่วย และลดปัญหา virological failure ได้ นอกจากนี้สิ่งที่สำคัญยิ่งกว่าการเพิ่มทักษะของ counselor คือระบบการติดตามผู้ป่วย ทำอย่างไรให้มารับการรักษาต่อเนื่อง ถ้าผู้ป่วยหายไปจะติดตามต่ออย่างไร (เช่น กรณีผู้ป่วยที่เป็นนักโทษเมื่อพ้นสภาพการคุมขังแล้วจะไม่สามารถติดตามได้ หรือผู้ป่วยที่มีการย้ายถิ่นฐาน) ปัญหานี้จะมากขึ้นในกลุ่มคนที่ยังไม่มีอาการแสดงของภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง เนื่องจากไม่มีแรงขับในการรับประทานยา หากยังแก้ไขปัญหานี้ไม่ได้ การรักษาที่เร็วขึ้นอาจยังไม่เหมาะสม เพราะจำนวนเชื้อดื้อยาเพิ่มมากขึ้นตามจำนวนผู้รับประทานยา การวัดความสำเร็จของการป้องกันและรักษาโรคติดเชื้อเอชไอวีจึงไม่สามารถวัดจากจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัส แต่ควรเน้นการป้องกันการดื้อยาและ virological failure ซึ่งอาจต้องรอผลการศึกษา START ที่เป็นงานวิจัยระดับโลก โดยปัจจุบันเก็บข้อมูลมาแล้วเป็นเวลาสองปี ยังเหลืออีกสามปีจึงจะทราบผลการศึกษา การศึกษานี้จะวิเคราะห์ผลในภาพรวมของการรักษาแต่เนิ่นๆ ด้วยยาต้านไวรัส อาจชี้ถึงประโยชน์และโทษของการเริ่มยาที่ระดับ CD4 สูงๆ ได้ และอาจเป็นไปได้ที่คนไข้กลุ่มที่ยังไม่แสดงอาการนี้มีอัตราการไม่กลับมารักษาต่อเนื่อง (lost to follow-up) สูง เพราะไม่มีแรงขับในการกินยา เป็นต้น

นอกจากนั้นผู้เชี่ยวชาญยังแนะนำให้พิจารณาเรื่องความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการด้วย เนื่องจากปัจจุบันนี้ ผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่ CD4 ต่ำกว่า 200 cell/mm³ ยังเข้าไม่ถึงบริการ หากเรานำนโยบายที่มุ่งเน้นการรักษาแต่เนิ่นๆ มาใช้ อาจทำให้กลุ่มคนที่ยังเข้าไม่ถึงบริการถูกละเลยมากยิ่งขึ้น

ปิดการประชุมเวลา 16.30 น.

วริทธิ์ จันทรสถาพรจิต (ผู้สรุปรายงานการประชุม) นัยนา ประดิษฐ์สิทธิกร (ผู้ตรวจรายงานการประชุม)