

1                    สรุปรายการประชุมผู้เชี่ยวชาญการศึกษาต้นทุนประสิทธิผลของชุดกิจกรรมบริการ  
2                    การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรที่มีภาวะเสี่ยง  
3                    วันอังคารที่ ๒๑ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๕ เวลา ๑๓.๓๐ - ๑๖.๓๐ น.  
4                    ณ ห้องประชุม HITAP ๑ โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ  
5                    กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

7                    ผู้มาประชุม

8            ๑. ดร. นพ.วิวัฒน์ วีระพัฒนโกศล	มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนานโยบาย
9            ๒. พญ.อังคณา เจริญวัฒนาโชคชัย	กลุ่มงานวิจัยทางคลินิก กลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
10          ๓. นางลาวัลย์ สาโรวาท	มูลนิธิพีเอสไอ (ไทยแลนด์)
11          ๔. น.ส.ดวงตา ปาวา	มูลนิธิพีเอสไอ (ไทยแลนด์)
12          ๕. นายโกศล ชื่นชมสกุลชัย	สมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทย
13          ๖. น.ส.ลัดดา จิตวัฒนแพทย์	สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย
14          ๗. น.ส.ต้องพิศ ภิญโญสินวัฒน์	มูลนิธิรักษ์ไทย
15          ๘. นางบุษบา ตันติศักดิ์	สำนักบริหารโครงการกองทุนโลก
16          ๙. นายสหภาพ พูลเกษร	สำนักกระบวนวิทยา
17          ๑๐. นางฉวีวรรณ ปัญญาบุศย์	สถาบันธัญญารักษ์
18          ๑๑. ดร. พัชรา เบญจรัตน์ภรณ์	องค์การเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศของสหรัฐอเมริกา (USAID)
19          ๑๒. พญ. เพชรศรี ศิรินิรันดร์	ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ
20          ๑๓. นพ. ไพโรจน์ เสาน่วม	ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ
21          ๑๔. ดร.นพ. ยศ ตีระวัฒนานนท์	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
22          ๑๕. ภญ. ปุณณพร กิ่งแก้ว	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
23          ๑๖. ภญ. คัคณางค์ โตสงวน	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

25                ผู้ไม่มาประชุม (เนื่องจากติดภารกิจ)

26          ๑. ผศ.ดร. สุคนธา คงศีล	ศูนย์วิจัยเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขและการประเมินผล
27          ๒. น.ส.ชลลดา นันทวิสัย	ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข
28          ๓. นายสุทนต์ โอสรประสพ	ธนาคารโลก (World Bank)

30                เริ่มประชุมเวลา ๑๓.๓๐ น.

31                ภญ. คัคณางค์ โตสงวน นำเสนอที่มาและความสำคัญ วัตถุประสงค์ของการวิจัย ระเบียบวิธีวิจัย  
32                การศึกษาและการอภิปรายผล โดยวัตถุประสงค์การวิจัยคือ เพื่อประเมินต้นทุนต่อประสิทธิผลของโครงการส่งเสริม  
33                บริการเชิงรุกและการสร้างเครือข่ายบริการที่บูรณาการ (CHAMPION) ในพนักงานบริการหญิง (FSW) ชายที่มี  
34                เพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) แรงงานข้ามชาติ (MW) ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีการฉีด (IDU) และผู้ต้องขัง เปรียบเทียบ

1 ระหว่างการมีโครงการ CHAMPION และไม่มีโครงการ CHAMPION สำหรับระเบียบวิธีวิจัยและผลการศึกษาแบ่ง  
2 ออกเป็น ๓ ส่วน ดังนี้

3  
4 ๑. การศึกษาต้นทุนของโครงการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มเสี่ยง ซึ่งการศึกษาวิจัยในส่วนนี้ได้นำเสนอไป  
5 แล้วในการประชุมครั้งก่อน อย่างไรก็ตาม ได้มีการนำเสนออย่างกระชับว่านักวิจัยได้เก็บข้อมูลทุติยภูมิ  
6 (secondary data) จากรายงานการเงินของสำนักบริหารโครงการกองทุนโลก รายงานของประเทศไทยใน  
7 การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ คู่มือบริหารงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และข้อมูล  
8 จากศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐด้านสาธารณสุข แล้วนำมาวิเคราะห์ต้นทุนด้วยวิธี top-down approach  
9 เพื่อหาต้นทุนในการดำเนินโครงการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของประเทศไทยที่ได้รับการสนับสนุนจาก  
10 กองทุนโลกรอบ ๘ และหน่วยงานอื่นๆ สำหรับผลการศึกษาโดยสรุป มีดังนี้

11 ๑) ต้นทุนของกองทุนโลกรอบ ๘ จำแนกตามกิจกรรมหลักและแบ่งตามกลุ่มประชากรที่มีภาวะเสี่ยง  
12 สูง พบว่า แร่งงานข้ามชาติมีสัดส่วนต้นทุนมากที่สุดประมาณ ๓๓% รองลงมาคือพนักงานบริการหญิง ๒๓%  
13 ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีการฉีด ๒๐% ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเท่ากับ ๑๘% และผู้ต้องขัง ๖%

14 ๒) สัดส่วนต้นทุนการบริหารจัดการต่อต้นทุนการบริการในกลุ่มพนักงานบริการหญิงเท่ากับ ๔๒:๕๘  
15 กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเท่ากับ ๓๙:๖๑ กลุ่มแรงงานข้ามชาติเท่ากับ ๕๗:๔๓ กลุ่มผู้ใช้ยาด้วยวิธีการ  
16 ฉีดเท่ากับ ๕๘:๔๒ และกลุ่มผู้ต้องขังเท่ากับ ๓๗:๖๓

17 ๓) ต้นทุนต่อการเข้าถึงบริการการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีต่อ ๑ ราย พบว่ากลุ่มผู้ใช้ยาด้วยวิธีการ  
18 ฉีดมีต้นทุนต่อหน่วยมากที่สุดเท่ากับ ๓๗,๕๖๒ บาทต่อราย กลุ่มผู้ต้องขังเท่ากับ ๔,๖๖๘ บาทต่อราย กลุ่ม  
19 พนักงานบริการหญิงเท่ากับ ๔,๓๕๐ บาทต่อราย กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเท่ากับ ๒,๖๑๙ บาทต่อราย  
20 และกลุ่มแรงงานข้ามชาติมีต้นทุนต่อหน่วยน้อยที่สุดเท่ากับ ๒,๕๙๖ บาทต่อราย

21  
22 ๒. การศึกษาประสิทธิผลของโครงการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มเสี่ยง ในการศึกษาที่นักวิจัยจะพิจารณา  
23 จากผลลัพธ์ระยะกลาง ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในเรื่องการใช้ถุงยางอนามัยหรือการใช้เข็มและ  
24 ครอบกั้นที่สะอาด และผลลัพธ์สุดท้าย ได้แก่ จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ จำนวนผู้เสียชีวิต จำนวนปีที่  
25 สูญเสียสุขภาพ (Disability-Adjusted Life Year; DALY) ซึ่งนักวิจัยได้พิจารณาผลลัพธ์ระยะกลางจาก  
26 ฐานข้อมูลของสำนักระบาดวิทยา เป็นสำคัญ จากนั้นนำไปวิเคราะห์โดยใช้ Asian Epidemic Model (AEM)  
27 ในการจำลองสถานการณ์ (scenario) เพื่อหาผลลัพธ์ระยะสุดท้าย ขอบเขตของการศึกษาคือปีพ.ศ. ๒๕๔๗-  
28 ๒๕๖๘ (๒๐๐๕ - ๒๐๒๕) สำหรับสถานการณ์มีทั้งหมด ๔ สถานการณ์ ดังนี้

29 ● สถานการณ์ที่ ๑ คือ กรณีที่ประเทศไทยไม่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณโครงการป้องกันการติดเชื้อ  
30 เอชไอวีจากกองทุนโลกรอบ ๘ และหน่วยงานอื่นๆ โดยสถานการณ์นี้ถือเป็นสถานการณ์สมมติเพื่อใช้  
31 เป็นฐาน (baseline) ในการนำมาเปรียบเทียบกับสถานการณ์อื่นๆ และเนื่องจากไม่มีข้อมูลจริงในกรณีที่  
32 ประเทศไทยไม่มีโครงการป้องกันฯ ดังนั้นจึงใช้ฐานข้อมูลทุติยภูมิจากข้อมูลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่  
33 สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี (IBBS) ปีพ.ศ. ๒๕๕๓ ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและพนักงาน  
34 บริการหญิง โดยวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยกับการเข้าถึงกิจกรรมใน  
35 การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (intervention) โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple  
36 logistic regression) ผลการศึกษาพบว่าพนักงานบริการหญิงที่เข้าถึงกิจกรรมการแจกถุงยางอนามัยมี  
37 การใช้ถุงยางอนามัยกับแฟน/คนรัก ชายอื่น และลูกค้าประจำมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าถึง โครงการ

1 ป้องกันฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กลุ่มลูกค้าชาวจีนไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ) สำหรับกลุ่ม  
2 ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายพบว่าชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่เข้าถึงกิจกรรมโครงการป้องกันฯ ได้แก่  
3 การให้ความรู้ภายใน ๑๒ เดือน การที่อาสาสมัครเข้าไปพูดคุย การแจกจุลสารและแผ่นพับ และการจัด  
4 อบรมเกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (HIV) หรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์  
5 (STI) มีการใช้ถุงยางอนามัยกับชายขายบริการ (MSW) มากกว่ากลุ่มที่เข้าไม่ถึงกิจกรรมของโครงการ  
6 ป้องกันฯ (การใช้ถุงยางอนามัยกับชาย/หญิง/สาวประเภทสองที่เป็นแฟนหรือคนรัก, ชาย/หญิง/สาว  
7 ประเภทสองที่เป็นชายอื่นหรือหญิงอื่น/กิ๊ก และหญิง/สาวประเภทสองที่ขายบริการไม่พบความสัมพันธ์  
8 อย่างมีนัยสำคัญ) จากข้อค้นพบนี้ นักวิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อพิจารณาสัดส่วน (%) การใช้ถุงยาง  
9 อนามัยในกลุ่มที่เข้าถึงและเข้าไม่ถึงกิจกรรมโครงการป้องกันฯ เปรียบเทียบกับปีพ.ศ. ๒๕๔๗ (ปีฐาน)  
10 และนำสัดส่วนที่เปลี่ยนไปมาใส่ในแบบจำลอง AEM และประมาณการจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี

11 ● สถานการณ์ที่ ๒ คือ สถานการณ์จริงของประเทศไทยในปัจจุบันที่มีโครงการป้องกันฯ ซึ่งได้รับการ  
12 สนับสนุนจากทั้งกองทุนโลกรอบ ๘ และหน่วยงานอื่นๆ สำหรับวิธีวิเคราะห์คือนำตัวแปรสำคัญที่เป็น  
13 พฤติกรรมหลักในการเปลี่ยนแปลงการติดเชื้อเอชไอวีที่ได้จากคณะทำงานคาดประมาณสถานการณ์เอช  
14 ไอวี/เอดส์ประเทศไทย ปีพ.ศ. ๒๕๕๕ ได้แก่ ๑) สัดส่วนการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มพนักงานบริการหญิง  
15 ทั้งทางตรงและทางอ้อม ๒) สัดส่วนการใช้ถุงยางอนามัยของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ๓) สัดส่วนการ  
16 ใช้ถุงยางอนามัยกับคูรัก/สามี-ภรรยาในประชากรทั่วไป ๔) สัดส่วนการใช้ถุงยางอนามัยกับชายอื่น-หญิง  
17 อื่นในประชากรทั่วไป ๕) สัดส่วนการใช้เข็มร่วมกันในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีการฉีด ๖) สัดส่วนการใช้  
18 เข็มฉีดยาสะอาดในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีการฉีด และ ๗) จำนวนครั้งของการฉีดยาใน ๑ ปีในกลุ่ม  
19 ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีการฉีด จากนั้นนำตัวแปรทั้งหมดมาพิจารณาว่ามีตัวแปรใดบ้างที่เปลี่ยนไปจากปี  
20 ฐาน ผลการศึกษาพบว่า สัดส่วนการใช้ถุงยางอนามัยกับคูรัก/สามี-ภรรยา และสัดส่วนในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติด  
21 ด้วยวิธีการฉีด ทั้ง ๓ ตัวแปร เปลี่ยนแปลงไปจากปีฐาน จากนั้นนำสัดส่วนที่เปลี่ยนแปลงไปจากปีฐาน  
22 มาใส่ในแบบจำลอง AEM เพื่อประมาณการจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี

23 ● สถานการณ์ที่ ๓ คือ สถานการณ์สมมติในกรณีประเทศไทยไม่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลกรอบ  
24 ๘ โดยนำตัวแปรที่เป็นพฤติกรรมหลักในการเปลี่ยนแปลงการติดเชื้อเอชไอวีของสถานการณ์ที่ ๒ มา  
25 วิเคราะห์ แต่สิ่งที่แตกต่างจากสถานการณ์ที่ ๒ คือ พฤติกรรมดังกล่าวจะมีสัดส่วนการเปลี่ยนแปลง (%  
26 change) ที่คงที่ภายหลังจากปีพ.ศ. ๒๕๕๑ ไปจนถึงปีสุดท้ายที่ประมาณการ เนื่องจากกองทุนโลกรอบ  
27 ๘ เริ่มโครงการป้องกันฯ ในปีพ.ศ. ๒๕๕๒

28 ● สถานการณ์ที่ ๔ คือ สถานการณ์ที่เป็นอุดมคติ (ideal) ในกรณีที่ประเทศไทยสามารถดำเนินการตาม  
29 เป้าหมายของแผนเอดส์แห่งชาติปี พ.ศ. ๒๕๕๕ –๒๕๕๙ โดยให้จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ลดเหลือ  
30 ๑ ใน ๓ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ โดยนักวิจัยใช้ตัวแปรสำคัญที่เป็นพฤติกรรมหลักในการเปลี่ยนแปลงการติด  
31 เชื้อเอชไอวีซึ่งได้จากการประมาณการของ ดร.นพ.วิวัฒน์ พิระพัฒน์โกศล มาใช้วิเคราะห์ในแบบจำลอง  
32 สำหรับตัวแปรที่สำคัญ ได้แก่ สัดส่วนการใช้ถุงยางอนามัยระหว่างชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย หญิง  
33 บริการ แฟน/คนรัก ชายอื่นหรือหญิงอื่น และการใช้เข็มฉีดยาร่วมกันของผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด

34

1                    ทั้งนี้ ดร.นพ. ยศ ตีระวัฒนานนท์ ได้เสริมประเด็นดังกล่าวว่าทั้ง ๔ สถานการณ์สามารถนำมา  
2                    วิเคราะห์เรื่องความคุ้มค่าของโครงการป้องกันฯ ในหลายกรณี ยกตัวอย่างเช่น หากเปรียบเทียบระหว่าง  
3                    สถานการณ์ที่ ๓ กับสถานการณ์ที่ ๑ ผลการศึกษาจะแสดงให้เห็นถึงความคุ้มค่าของโครงการป้องกันฯ ที่ทำ  
4                    โดยหน่วยงานอื่นๆ นอกเหนือจากกองทุนโลกรอบ ๘ หากเปรียบเทียบระหว่างสถานการณ์ที่ ๒ กับ  
5                    สถานการณ์ที่ ๓ ผลการศึกษาจะแสดงให้เห็นถึงความคุ้มค่าของโครงการป้องกันฯ ที่ได้รับเงินสนับสนุนจาก  
6                    กองทุนโลกรอบ ๘ หากเปรียบเทียบระหว่างสถานการณ์ที่ ๔ กับสถานการณ์ที่ ๒ จะสามารถวิเคราะห์ได้ว่า  
7                    ถ้าประเทศไทยต้องการให้ไปถึงเป้าหมายตามแผนเอดส์แห่งชาติ ปีพ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๕๙ ประเทศไทยควรใช้  
8                    เงินเท่าไรถึงจะคุ้มค่า

- 9
- 10                    ๓. การศึกษาต้นทุนและประสิทธิผลของโครงการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มเสี่ยง ทำการวิเคราะห์โดยใช้  
11                    การศึกษาต้นทุน-อรรถประโยชน์ (cost-utility analysis) ในกลุ่มประชากรที่สนใจ ได้แก่ ๑) พนักงาน  
12                    บริการหญิงและลูกค้า ๒) ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ๓) ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีการฉีด และ ๔) ประชากร  
13                    ทั้งหมด (รวมประชากรที่เสี่ยงและไม่เสี่ยง) ในการศึกษาประสิทธิผลที่นำมาวิเคราะห์คือการป้องกันการติดเชื้อ  
14                    เชื้อรายใหม่ (prevent averted) และการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALY) โดยนำมาเปรียบเทียบทั้ง ๔  
15                    สถานการณ์ โดยใช้อัตราปรับลด (discount rate) ของต้นทุนและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในอนาคตที่ร้อยละ ๓  
16                    จากนั้นนำค่าที่ได้มาหาอัตราส่วนต้นทุนต่อประสิทธิผลส่วนเพิ่ม (Incremental Cost-Effectiveness Ratio;  
17                    ICER) ซึ่งได้จากสมการ ดังนี้

18

19                    ต้นทุนของการมีโครงการฯ – ต้นทุนของการไม่มีโครงการฯ

20                    ประสิทธิผลของการมีโครงการฯ – ประสิทธิผลของการไม่มีโครงการฯ

21

22                    สำหรับต้นทุนของโครงการกองทุนโลกรอบ ๘ นำมาจากรายงานการเงินของสำนักบริหารโครงการกองทุน  
23                    โลก มูลนิธิรณรงค์ฯ และมูลนิธิพีเอสไอ (ประเทศไทย) ตั้งแต่ กรกฎาคม ๒๕๕๒ – มิถุนายน ๒๕๕๔ (ไตรมาส  
24                    ที่ ๑ - ไตรมาสที่ ๘) ต้นทุนของแหล่งอื่นนำมาจากรายจ่ายของประเทศในการดำเนินงานป้องกันและ  
25                    แก้ไขปัญหาเอดส์ของปีพ.ศ. ๒๕๔๓ - ๒๕๔๗ และปีพ.ศ. ๒๕๔๘ - ๒๕๕๔ ต้นทุนของยาต้านไวรัสเอชไอวีมา  
26                    จากการประเมินความคุ้มค่าของการนำวัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี Prime-Boost (ALVAC®-HIV และ  
27                    AIDSVAX B/E® มาใช้ในประชากรไทย) ผลการศึกษาจากการประมาณการด้วย AEM พบว่าจำนวนผู้ติดเชื้อ  
28                    เอชไอวี จำนวนผู้เสียชีวิต และการสูญเสียปีสุขภาวะในสถานการณ์ที่ ๑ มีค่ามากที่สุด รองลงมาคือ  
29                    สถานการณ์ที่ ๓ สถานการณ์ที่ ๒ และสถานการณ์ที่ ๔ ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม สถานการณ์ที่ ๓ และ ๔ มี  
30                    จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวนผู้เสียชีวิต และการสูญเสียปีสุขภาวะที่แตกต่างกันไม่มากนัก โดยเมื่อพิจารณา  
31                    อัตราส่วนต้นทุนต่อประสิทธิผลส่วนเพิ่ม ระหว่างสถานการณ์ที่ ๑ (ไม่มีโครงการป้องกันฯ ใดๆ เลย) กับ  
32                    สถานการณ์ที่ ๒ เท่ากับ ๑๖,๖๕๗ บาท/ปีสุขภาวะ และระหว่างสถานการณ์ที่ ๑ และสถานการณ์ที่ ๓  
33                    เท่ากับ ๒,๖๙๘ บาท/ปีสุขภาวะ และหากพิจารณาการมีโครงการป้องกันฯ ที่มีการสนับสนุนจากกองทุนโลก  
34                    รอบ ๘ เพิ่มเติมจากการสนับสนุนเดิม (เปรียบเทียบสถานการณ์ที่ ๒ กับสถานการณ์ที่ ๓) พบว่าอัตราส่วน  
35                    ต้นทุนต่อประสิทธิผลส่วนเพิ่มเท่ากับ ๓๕๘,๐๐๐ บาท/ปีสุขภาวะ และหากรัฐบาลต้องการดำเนินงานตาม  
36                    เป้าหมายของแผนเอดส์แห่งชาติ (เปรียบเทียบสถานการณ์ที่ ๔ กับสถานการณ์ที่ ๒) รัฐบาลต้องเพิ่ม  
37                    งบประมาณอีก ๑,๕๐๐ ล้านบาทต่อปี เพื่อให้โครงการป้องกันฯ มีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ แต่ไม่ได้

1           หมายความว่าในทางปฏิบัตินั้นจะสามารถลดจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ให้เหลือ ๑ ใน ๓ ได้สำเร็จตาม  
2           แผนเอดส์แห่งชาติ

3  
4           ทั้งนี้ ดร. นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ ได้เพิ่มเติมว่าสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้มีการ  
5           กำหนดว่าโครงการหรือวิธีการดูแลผู้ป่วยที่ถือว่ามีความคุ้มค่าในการลงทุนต้องมีค่า ICER ไม่เกิน ๑๒๐,๐๐๐ บาท/ปี  
6           สุขภาพ ซึ่งการใช้หน่วยปีสุขภาพนั้นทำให้ผู้กำหนดนโยบายสามารถที่จะเปรียบเทียบกับโครงการอื่นๆ ได้  อย่างไร  
7           ก็ตาม หากมีโครงการที่มีค่า ICER มากกว่า ๑๒๐,๐๐๐ บาท/ปีสุขภาพ และผู้กำหนดนโยบายคิดว่าโครงการนั้นๆ มี  
8           ความจำเป็นต่อประชาชน ผู้กำหนดนโยบายก็อาจจะตัดสินใจลงทุน ยกตัวอย่างเช่น การล้างไตซึ่งได้มีการวิเคราะห์ค่า  
9           ICER ก่อนที่จะมีการประกาศให้อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ (Universal Coverage) มีค่า ICER ประมาณ ๔๐๐,๐๐๐ -  
10           ๕๐๐,๐๐๐ บาท/ปีสุขภาพ

11  
12           นอกจากนี้ ดร. นพ.วิวัฒน์ พีระพัฒน์โกศล ได้นำเสนอแบบจำลองในการประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีใน  
13           กลุ่มแรงงานข้ามชาติ และผู้ต้องขัง ซึ่งแบบจำลอง AEM ในปัจจุบันยังไม่รวมกลุ่มประชากรทั้งสองกลุ่มนี้ ดังนั้น ทีม  
14           วิจัยจึงได้พัฒนาแบบจำลองเป็นต้นแบบไว้ในการประมาณการจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีสำหรับประชากรกลุ่มนี้ใน  
15           อนาคต เนื่องจากจำเป็นต้องรอข้อมูลจาก IBBS ปีพ.ศ. ๒๕๕๕ โดยแบบจำลองสำหรับแรงงานข้ามชาติได้แบ่งเป็น ๓  
16           กลุ่มหลัก ได้แก่ พม่า กัมพูชาและลาว โดยแต่ละกลุ่มมีการแบ่งย่อยตามช่องทางการติดเชื้อเอชไอวี (route of  
17           transmission) เช่นเดียวกับ AEM ยกตัวอย่างเช่น ชาย/หญิงที่มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนประจำ ชาย/หญิงที่มี  
18           เพศสัมพันธ์กับชายอื่น-หญิงอื่น ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับพนักงานบริการหญิง ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ผู้ใช้ยาเสพติด  
19           ด้วยวิธีการฉีด และพนักงานบริการหญิง สำหรับผู้ต้องขังได้มีการแบ่งกลุ่มย่อยเช่นเดียวกันโดยแบ่งเป็นกลุ่มชายที่มี  
20           เพศสัมพันธ์กับชายและผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีการฉีด

21  
22           ผู้เข้าร่วมประชุมได้สอบถามและเสนอความคิดเห็นต่อระเบียบวิธีวิจัยและผลการศึกษา ดังนี้

## 23           **การศึกษาส่วนที่ ๑**

24           ผู้เชี่ยวชาญได้สอบถามในที่ประชุมเกี่ยวกับเกณฑ์ในการจำแนกต้นทุนการจัดการและต้นทุนการบริการ  
25           ซึ่ง  ภญ.ศัคนางค์ โตสงวน ได้ชี้แจงในที่ประชุมถึงกระบวนการจำแนกต้นทุน โดยขั้นแรกนักวิจัยจำแนก  
26           ค่าใช้จ่ายของแต่ละกิจกรรมจากรายงานการเงินกองทุนโลกรอบ ๘ และนำมาจัดกลุ่มใหม่ตามนิยามที่  
27           นักวิจัยได้กำหนดขึ้นทั้งหมด ๑๖ รายการ เช่น ค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการเริ่มต้นโครงการ (start-up cost)  
28           ค่าใช้จ่ายในด้านการพัฒนาเครื่องมือในการทำงาน ค่าใช้จ่ายด้านการติดตามตรวจสอบและการ  
29           ประเมินผล (Monitoring and evaluation) เป็นต้น หลังจากนั้น นักวิจัยใช้ต้นทุนที่จัดกลุ่มขึ้นทั้ง ๑๖  
30           รายการมาจำแนกอีกครั้งเพื่อแบ่งออกเป็น ๒ กลุ่ม ได้แก่ ๑) ต้นทุนการจัดการและต้นทุนการบริการ  
31           และ ๒) ต้นทุนคงที่และต้นทุนแปรผันซึ่งไม่ได้นำเสนอในที่ประชุม อย่างไรก็ตาม นักวิจัยจะจัดส่ง  
32           รายงานผลการศึกษาส่วนที่ ๑ ซึ่งมีการระบุวิธีการแจกแจงต้นทุน รวมถึงระบุค่าจำกัดความของต้นทุน  
33           แต่ละรายการให้กับผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้พิจารณาอีกครั้งหนึ่ง

## 1 การศึกษาส่วนที่ ๒

### 2 ๑. ผลการศึกษาของสถานการณ์ที่ ๑

- 3 ● ในส่วนของการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้ถุงยางอนามัยกับการเข้าถึงกิจกรรมของโครงการ  
4 ป้องกันฯ (intervention) ผู้เชี่ยวชาญเสนอให้นักวิจัยใช้ความระมัดระวังในการแปลผลการศึกษา  
5 เนื่องจากในแต่ละกิจกรรมของโครงการป้องกันฯ ต่างมีความสัมพันธ์กัน อีกทั้งไม่ควรสรุปแน่ชัดว่า  
6 กิจกรรมของโครงการป้องกันฯ ไม่ได้ส่งผลต่อการใช้ถุงยางอนามัยของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายกับกลุ่ม  
7 อื่นๆ ที่นอกเหนือจากชายขายบริการเนื่องจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างของชายขายบริการที่ได้จากการเก็บ  
8 ข้อมูลของ IBBS มีน้อย
- 9 ● ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ ได้เสนอในที่ประชุมว่าผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ากิจกรรมของโครงการฯ มี  
10 ผลต่อการใช้ถุงยางอนามัยของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายกับชายขายบริการกลุ่มเดียว ฉะนั้น กลุ่มคนที่  
11 ทำงานกับประชากรเหล่านี้ (implementor/manager) ควรนำข้อมูลไปวิเคราะห์เพิ่มเติมเพื่อวางแผน  
12 แผนการทำงานหรือปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ในการทำงานให้เข้าถึงประชากรกลุ่มเสี่ยงให้ดียิ่งขึ้น นอกจากนี้  
13 ผู้ที่รับผิดชอบการเก็บข้อมูลของ IBBS ควรนำข้อมูลไปวิเคราะห์เพื่อพัฒนาหรือปรับปรุงวิธีการเก็บข้อมูล  
14 หรือข้อคำถามเพื่อให้การเก็บข้อมูลมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ ผู้เชี่ยวชาญเสนอในที่ประชุมว่า  
15 ข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้ค่อนข้างสอดคล้องกับข้อมูลจากแหล่งอื่นที่แสดงให้เห็นว่ากิจกรรมของ  
16 โครงการป้องกันฯ มีผลต่อการใช้ถุงยางอนามัยของชายขายบริการเท่านั้น โดยนักวิชาการตั้งสมมติฐาน  
17 ว่าคนทำงานสามารถเข้าถึงกลุ่มชายขายบริการได้มากกว่ากลุ่มสาวประเภทสอง และชายที่มีเพศสัมพันธ์  
18 กับชาย
- 19 ● ผู้เชี่ยวชาญได้สอบถามในที่ประชุมเพิ่มเติมว่าจากผลการศึกษาซึ่งแสดงให้เห็นว่ากิจกรรมของโครงการ  
20 ป้องกันฯ มีผลต่อการใช้ถุงยางอนามัยของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายกับชายขายบริการ ข้อมูลดังกล่าว  
21 สามารถทราบได้หรือไม่ว่ากลุ่มใดเป็นกลุ่มที่เข้าถึงโครงการป้องกันฯ ซึ่ง ภญ.ศันดา ศุภสงวน ได้ชี้แจง  
22 ในที่ประชุมว่าการวิเคราะห์นี้หมายถึงหากพิจารณาในฝั่งของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่เข้าถึงกิจกรรม  
23 โครงการป้องกันฯ พบว่ากลุ่มนี้มีการใช้ถุงยางอนามัยกับชายขายบริการมากกว่ากลุ่มที่ไม่เข้าถึงโครงการ  
24 ป้องกันฯ ซึ่ง ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ ได้เพิ่มเติมประเด็นว่าจากการเก็บข้อมูลของ IBBS ในปัจจุบัน  
25 ไม่สามารถวิเคราะห์ได้ว่าชายขายบริการที่ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีเพศสัมพันธ์ด้วยนั้นได้รับกิจกรรม  
26 ของโครงการป้องกันฯ ด้วยหรือไม่เนื่องจากแยกเก็บข้อมูลจากคนละฝั่ง แต่ถ้าหากต้องการทราบเช่นนั้น  
27 ผู้ที่เก็บข้อมูลจำเป็นต้องออกแบบวิธีการศึกษาที่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลและจับคู่ระหว่างกลุ่มชายขาย  
28 บริการกับชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายได้ซึ่งเป็นไปได้ยากในทางปฏิบัติ อย่างไรก็ตาม วิธีการเก็บข้อมูลเชิง  
29 คุณภาพ (qualitative study) น่าจะสามารถตอบคำถามนี้ได้ง่ายกว่า นอกจากนี้ ผู้เชี่ยวชาญได้สอบถาม  
30 ในที่ประชุมว่านักวิจัยได้แยกวิเคราะห์การใช้ถุงยางอนามัยกับสาวประเภทสอง ชายที่ขายบริการ และ  
31 ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายหรือไม่ ซึ่งนักวิจัยได้ชี้แจงในที่ประชุมว่าได้มีการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ในทุก  
32 กลุ่ม

1 ● ผู้เชี่ยวชาญได้ชี้แจงในที่ประชุมว่าเนื่องจากการสำรวจกลุ่มชายขายบริการใช้แบบสอบถามชุดเดียวกับ  
2 แบบสอบถามของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ซึ่งในระหว่างการเก็บข้อมูลผู้เก็บแบบสอบถามได้ทำการ  
3 คัดแยกชายขายบริการตั้งแต่ต้น ดังนั้น ชายขายบริการมีความเป็นไปได้ที่จะตอบเฉพาะคำถามที่ใช้  
4 ฤงยางอนามัยกับลูกค้าเพียงอย่างเดียวโดยไม่คำนึงถึงการใช้ฤงยางอนามัยกับคนกลุ่มอื่นๆ ซึ่ง ดร.นพ.ยศ  
5 ตีระวัฒนานนท์ ชี้แจงให้ทีมวิจัยกลับไปตรวจสอบข้อมูลอีกครั้งหนึ่ง

## 6 ๒. ผลการศึกษาของสถานการณ์ที่ ๒

7 ● ผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าข้อมูลจำนวนความถี่ในการฉีดยาของผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีดซึ่งมีแนวโน้มลดลงเท่ากับ  
8 เป็น ๓๐๐ ครั้งต่อปีจากเดิมคือ ๔๑๓ ครั้งต่อปีนั้นยังสูงกว่าความเป็นจริง จะเห็นได้จากการตั้งเป้าหมาย  
9 เพื่อแจกเข็มฉีดยาสำหรับกองทุนโลกรอบ ๘ ในระยะแรก (phase 1) เท่ากับ ๓๐๐ ซึ่งในระยะที่สองได้มีการ  
10 การตั้งเป้าหมายลดลงจากเดิม ซึ่งทีมวิจัยได้ชี้แจงว่าข้อมูลที่ได้มาจากจากคณะทำงานคาดประมาณ  
11 สถานการณ์เอชไอวี/เอดส์ประเทศไทย ปีพ.ศ. ๒๕๕๕ อย่างไรก็ตาม ทีมวิจัยจะกลับไปพิจารณาข้อมูล  
12 อีกครั้ง

## 13 การศึกษาส่วนที่ ๓

14 ● จากการวิเคราะห์ของนักวิจัยซึ่งแบ่งต้นทุนสนับสนุนกิจกรรมของโครงการป้องกันฯ เป็น ๒ ประเภท  
15 ได้แก่ ต้นทุนที่ได้จากกองทุนโลกรอบ ๘ และต้นทุนจากแหล่งอื่นๆ ผู้เชี่ยวชาญได้สอบถามในที่ประชุมว่า  
16 หากเป็นต้นทุนที่ได้จากกองทุนโลกเช่นกันแต่เป็นรอบอื่นๆ นักวิจัยได้จัดอยู่ในประเภทใด ซึ่งนักวิจัยได้  
17 ชี้แจงในที่ประชุมว่าต้นทุนที่ได้จากกองทุนโลกรอบอื่นๆ แต่สนับสนุนกิจกรรมของโครงการป้องกันฯ จัด  
18 อยู่ในประเภท ต้นทุนจากแหล่งอื่น เพราะกรอบการศึกษานี้เน้นเฉพาะต้นทุนที่มาจากกองทุนโลกรอบ ๘  
19 เท่านั้น

20 ● ผู้เชี่ยวชาญได้เสนอว่าต้นทุนที่นำมาวิเคราะห์ความคุ้มค่าควรจะสิ้นสุดที่ปี พ.ศ. ๒๕๕๗ เพราะเป็น  
21 ปีงบประมาณสุดท้ายของกองทุนโลกรอบ ๘ ซึ่ง ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ ชี้แจงว่านักวิจัยได้  
22 พิจารณาประเด็นนี้เช่นกัน แต่ท้ายสุดได้เลือกวิเคราะห์จนถึงปี พ.ศ. ๒๕๖๘ เพื่อเป็นการพิจารณาว่าใน  
23 อนาคตควรดำเนินการอย่างไร และเปรียบเทียบเหมือนเข็มทิศว่ารัฐบาลควรจะไปทิศทางใด

24 ● ผู้เชี่ยวชาญสอบถามนักวิจัยว่าจากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีสถานการณ์ที่ ๓  
25 เมื่อเปรียบเทียบกับสถานการณ์ที่ ๒ แตกต่างกันไม่มาก ในขณะที่หากเปรียบเทียบค่า ICER ของ  
26 สถานการณ์ที่ ๓ เปรียบเทียบกับสถานการณ์ที่ ๒ เหตุใดค่าจึงแตกต่างกันค่อนข้างมาก ซึ่ง ดร.นพ.ยศ  
27 ตีระวัฒนานนท์ เห็นว่าน่าจะมาจากจุดอ่อนของการศึกษาที่ได้มีการตั้งสมมติฐานว่าหากประเทศไทยไม่มี  
28 กองทุนโลกรอบ ๘ พฤติกรรมยังคงเหมือนปี พ.ศ. ๒๕๕๑ และคงที่ไปจนถึงสิ้นสุดการประมาณการ แต่ใน  
29 ความเป็นจริงแล้วหากไม่มีกองทุนโลกรอบ ๘ นั้น พฤติกรรมของประชากรกลุ่มเสี่ยงอาจจะแย่งจากปี  
30 พ.ศ. ๒๕๕๑ แต่สถานการณ์ที่เป็นเช่นนี้ไม่มีผู้ใดที่สามารถทราบข้อเท็จจริงได้ ทั้งนี้ ผู้เชี่ยวชาญจึงเสนอ  
31 ว่าควรแปลผลอย่างระมัดระวัง เนื่องจากมีข้อคิดเห็นว่า ข้อมูลของ IBBS ที่นักวิจัยนำมาวิเคราะห์เป็น  
32 ช่วงที่โครงการของกองทุนโลกรอบ ๘ เพิ่งเริ่มดำเนินการ อาจจะยังไม่ทราบผลที่แท้จริงของโครงการ  
33 ดังนั้น จึงทำให้ต้นทุนของโครงการป้องกันฯ สูงมาก

- 1 ● ผู้เชี่ยวชาญเสนอความเห็นเพิ่มเติมว่าสาเหตุที่ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ากองทุนโลกรอบ ๘ ไม่ได้ส่งผล  
2 ให้จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีลดลงมากนัก เนื่องจากระยะเวลาการดำเนินกิจกรรมของโครงการป้องกันฯ  
3 ของกองทุนโลกรอบ ๘ ค่อนข้างสั้นคือประมาณ ๔-๖ เดือน (นักวิจัยใช้ข้อมูลของ IBBS ปี พ.ศ. ๒๕๕๓  
4 เดือนกุมภาพันธ์มาใช้วิเคราะห์ แต่โครงการกองทุนโลกรอบ ๘ เริ่มดำเนินงานเดือนกรกฎาคม ปี พ.ศ.  
5 ๒๕๕๒ และบางหน่วยงานเริ่มดำเนินการจริงในเดือนตุลาคม ปี พ.ศ. ๒๕๕๒ เพราะได้รับงบประมาณ  
6 ลำช้า) ฉะนั้น การดำเนินงานกิจกรรมของโครงการป้องกันฯ ที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลกรอบ ๘  
7 คงไม่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงได้มากนักเพราะกิจกรรมต่างๆ ของโครงการป้องกันฯ  
8 จำเป็นต้องใช้ระยะเวลาหนึ่งในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชากรกลุ่มเสี่ยง อย่างไรก็ตาม จำนวนผู้  
9 ติดเชื้อเอชไอวีลดลงเล็กน้อยที่แสดงได้จากผลการศึกษาที่น่าจะเป็นผลจากการที่ประเทศไทยยังคง  
10 นโยบายเดิมประกอบกับการได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาล รวมทั้งการสนับสนุนจากแหล่งทุนอื่นๆ  
11 เพราะมีเช่นนั้นแล้วพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงอาจจะแย่ลงกว่าเดิมและส่งผลให้จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี  
12 มากกว่าข้อมูลที่แท้จริงในปัจจุบัน ซึ่ง ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ ได้เห็นว่านโยบายในปัจจุบัน (current  
13 policy) มีความคุ้มค่าอยู่แล้ว เพียงแต่จากผลการศึกษานี้ก็ยังไม่สามารถตอบได้ว่าการมีกองทุนโลกรอบ  
14 ๘ มีความคุ้มค่าหรือไม่ ดังนั้น การศึกษานี้ น่าจะใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อเปรียบเทียบกับกรณีวิเคราะห์  
15 ข้อมูลของ IBBS ในรอบถัดไป เพื่อจะได้ทราบผลลัพธ์ที่แท้จริงว่าโครงการป้องกันฯ ของกองทุนโลกรอบ  
16 ๘ สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงได้มากน้อยเพียงใดและทำให้จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีใน  
17 ประเทศไทยลดลงหรือไม่
- 18 ● ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ ได้สรุปประเด็นว่าเนื่องจากการศึกษานี้ยังไม่สามารถระบุผลลัพธ์ที่แท้จริง  
19 ของการดำเนินโครงการป้องกันฯ ของกองทุนโลกรอบ ๘ ฉะนั้น รายงานผลการศึกษาจะยังไม่รายงานผล  
20 ต่อสาธารณะแต่จะทำรายงานส่งไปที่ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ (NAMC) เท่านั้น  
21 โดยผลการศึกษาจะเป็นฐานสำหรับการประมาณการจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อไปในอนาคต  
22 นอกจากนี้ ในรายงานผลการศึกษาจะมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในส่วนของต้นทุนการจัดการว่าจะสามารถ  
23 ลดต้นทุนได้บ้าง รวมถึงความครอบคลุม (coverage) ของการได้รับ intervention

24 **ปิดประชุมเวลา ๑๖.๓๐น.**

25  
26  
27 ญ. ศักคานงค์ ไตสงวน  
28 ผู้สรุปการประชุม

25  
26  
27 ญ. ปฤษฐพร กิ่งแก้ว  
28 ผู้ตรวจสรุปการประชุม