

พัฒนาการทางนโยบายการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวีในประเทศไทย และผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงนโยบาย: จากยุคจำกัดการเข้าถึงสู่ยุคการรักษาฟรี

พิเชษฐ พิณทอง*

พลภัทร บุราคม**

(วันรับบทความ: 26 กุมภาพันธ์ 2563/ วันแก้ไขบทความ: 18 มิถุนายน 2563/ วันตอบรับบทความ: 22 มิถุนายน 2563)

บทคัดย่อ

ประเทศไทยเคยเป็นประเทศที่มีการแพร่ระบาดมากที่สุดในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และต่อมาสามารถแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ได้จนได้รับการยกย่องจากองค์การอนามัยโลก (WHO) องค์การสหประชาชาติ (UN) และเป็นตัวอย่างให้แก่หลาย ๆ ประเทศทั่วโลก หนึ่งในนโยบายในการยุติปัญหาโรคเอดส์ คือ นโยบายการเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี บทความนี้เป็นบทความวิชาการ ด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเอกสารเชิงประวัติ (Historical document) ในช่วงปี พ.ศ. 2535-2561 สำหรับวัตถุประสงค์ของบทความ เพื่ออธิบายลักษณะของพัฒนาการทางนโยบายการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวีในประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535-2561 และนำเสนอผลกระทบ (impact) ที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงนโยบาย พัฒนาการทางนโยบายการเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีของประเทศ นั้น สามารถแบ่งออกเป็น 5 ลักษณะ ประกอบไปด้วย 1) การพัฒนาสู่วาระแห่งชาติ 2) การลดการพึ่งพาองค์กรต่างประเทศ 3) การเจาะกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ 4) การเข้าถึงยาแบบป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อ และ 5) บทบาทของพระบรมวงศานุวงศ์ต่อการกำหนดนโยบาย สำหรับกระบวนการทางนโยบายสาธาณณะนั้น จะให้ความสำคัญในเรื่องของการกำหนดนโยบาย การผ่านร่างนโยบาย การนำนโยบายไปปฏิบัติ การประเมินผลนโยบาย และการพัฒนาหรือการเปลี่ยนแปลงนโยบายเป็นส่วนใหญ่ แต่ยังมีช่องว่าง (gap) ทางทฤษฎีที่ไม่ได้มุ่งเน้น คือ ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงนโยบาย บทความนี้จะได้นำเสนอผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงนโยบาย จากข้อมูลเชิงประจักษ์แสดงให้เห็นว่า การเปลี่ยนนโยบายการเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีในแต่ละครั้งได้เพิ่มจำนวนการเข้าถึงการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเจน เพราะฉะนั้นควรมีการเพิ่ม “ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงนโยบาย” ลงไปไว้เป็นอีกหนึ่งในของกระบวนการนโยบายสาธาณณะ

คำสำคัญ: พัฒนาการทางนโยบาย, ยาต้านไวรัสเอชไอวี, ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงนโยบาย

* นักศึกษาหลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรดุษฎีบัณฑิต (สาขานโยบายสาธาณณะ) บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์/ดุษฎีนิพนธ์ หลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

** ศาสตราจารย์ประจำคณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์



Developments of Policy on Providing Access to Antiretroviral Therapy and the Impacts of Policy Change: from Limited Access to an Era of Free Treatment in Thailand

Pichate Pinthong^{*}
Ponlapat Buracom^{**}

(Received Date: February 22, 2020, Revised Date: June 18, 2020, Accepted Date: June 22, 2020)

Abstract

Thailand had the highest HIV prevalence in Southeast Asia. As time went by, the country was able to fix the problems of HIV/Aids infection which was praised by the World Health Organization (WHO) and United Nations (UN). With the ability to contain Aids epidemic, Thailand had become a role model to fight against HIV/Aids infections for many countries around the world. One of the Ending Aids policy was providing access to antiretroviral therapy. This research was an academic article utilizing historical documents published during 1992 – 2018. Its purposes were to explain the developments of policy on providing access to antiretroviral therapy in Thailand during 1992 – 2018 and present the impacts caused by policy change. Thailand's developments of policy on providing access to antiretroviral therapy could be divided into five stages: 1) moving to the national agenda, 2) reducing dependence on foreign organizations, 3) targeting specific groups, 4) allowing access to HIV/Aids medicine during pre-exposure prophylaxis, and 5) role of the member of the Thai royal family in policy formulation. The public policy process was concerned with the following components: policy formulation, policy adoption, policy implementation, policy evaluation, and policy improvement or policy change. However, theoretical gap was found to be the impacts of policy change. The article presented such impacts caused by policy change. The empirical results revealed that when each policy on providing access to antiretroviral therapy was changed, the number of HIV/Aids infected people getting access to the antiretroviral therapy increased significantly. Therefore, it was recommended that “impacts of policy change” be added as another component of public policy process.

Keywords: Developments of Policy, Antiretroviral Therapy, Impacts of Policy Change

^{*} Ph.D. candidate in Public Policy of the Graduate School of Public Administration at National Institute of Development Administration, Bangkok. This article is part of the Ph.D. dissertation.

^{**} Professor of the Graduate School of Public Administration at National Institute of Development Administration, Bangkok.

บทนำ

UNAIDS (2018) ได้รายงานสถิติการติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลกพบว่า มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่จำนวน 37.9 ล้านคน เสียชีวิตจากเอดส์จำนวน 770,000 คน มีผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้น 1.7 ล้านคน สามารถเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีได้เพียง 23.3 ล้านคน ยังไม่สามารถเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสถึง 14.6 ล้านคน ทำให้เรื่องของปัญหาการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวีจึงเป็นวิกฤติของโลกที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Christian Timmermann & Henk van den Belt, 2013, p.53) ประเด็นการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวีจึงถูกจัดอันดับความสำคัญไว้เป็นเรื่องแรกๆ ของโลก (Sophie Desmonde et al., 2018, Abstract)

มีหลักฐานยืนยันทางวิทยาศาสตร์ว่าการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี จะทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายสามารถกลับคืนมาดีขึ้น และสามารถลดการแพร่เชื้อไปยังผู้อื่นได้ (World Health Organization, 2011, p.3) การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีจะสามารถช่วยชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวี และลดอัตราการเสียชีวิตจากเอดส์ได้ (Sarada, Padam, Julian, Jennifer & Edwin, 2012, p.1) ยาต้านไวรัสเอชไอวีมีผลทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้นเท่าอายุขัยคนปกติ หากดูแลตัวเองไม่รับเชื้อเพิ่ม กินยาตรงตามเวลา ซึ่งถือว่าการให้ยาต้านไวรัสเอชไอวีเป็นการป้องกันที่ดีที่สุด (ประพันธ์ ภาณุภาค, 2555) การให้ยาต้านไวรัสเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันการติดเชื้อ เพราะสามารถลดจำนวนไวรัสและสามารถลดอัตราการถ่ายทอดไปยังผู้อื่นได้ (นิตยา ภาณุภาค, 2555)

สำหรับประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่ จากการประมาณการพบว่าเป็นปีพ.ศ.2561 น่าจะมีประมาณ 438,336 คน ทราบสถานะว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี 431,270 คน ลงทะเบียนเข้าสู่ระบบการรักษา 415,647 คน และได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีจำนวน 361,317 คน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2561)

ตั้งแต่ที่ประเทศไทยมีการเข้ายาต้านไวรัสเอชไอวีครั้งแรกในปีพ.ศ. 2535 จนมาถึงปี พ.ศ. 2561 ถือได้ว่าประเทศไทยมีพัฒนาการทางนโยบายการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างต่อเนื่อง จากในช่วงแรกของการเกิดนโยบายการเข้าถึงบริการสาธารณสุขด้วยการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากกองทุนโลก (Global Fund) และราคายาต้านไวรัสยังคงมีราคาที่สูงมาก จึงเป็นอุปสรรคสำคัญหนึ่งในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขอย่างมาก ในระยะเวลาต่อมาได้มีการเปลี่ยนแปลงนโยบายการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างต่อเนื่อง จากที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีนั้นถูกจำกัดการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ พัฒนามาเป็นการเปลี่ยนแปลงการเข้าถึงบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึงและไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาแต่ประการใดทั้งสิ้น

ปัญหาสาธารณะดังกล่าว จึงเป็นประเด็นที่มีความน่าสนใจอย่างมากว่าตลอดระยะเวลา 2 ทศวรรษเศษนั้นในแต่ละเวลานั้น ประเทศมีพัฒนาการทางนโยบายและมีรายละเอียดทางนโยบายอย่างไร ซึ่งงานชิ้นนี้จึงถือว่าเป็นผลงานทางวิชาการชิ้นแรกๆ ที่มีการวิเคราะห์และเรียบเรียงข้อมูลพัฒนาการทางนโยบายรวมระยะเวลาถึง 26 ปี (พ.ศ. 2535-2561) และเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลที่ใกล้เคียงกับเหตุการณ์ปัจจุบันที่สุด ซึ่งเหตุการณ์ปัจจุบัน ปี พ.ศ. 2563 รัฐบาลยังไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงนโยบายที่ได้ดำเนินการมาแล้วแต่อย่างใด

บทความชิ้นนี้ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งเลือกเอกสารที่มีความน่าเชื่อถือจากหลากหลายแหล่งข้อมูลที่เป็นเอกสารทางราชการ องค์กรระหว่างประเทศ สื่อที่เป็นทางการ และมีความน่าเชื่อถืออย่างสูง ประกอบไปด้วย นโยบายของรัฐบาลที่เกี่ยวข้อง ยุทธศาสตร์ การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวีแห่งชาติตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบัน รายงานผลการดำเนินงานของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข รายงานประจำปีของ UNAID หรือเอกสารหรือสื่อของUNAID, WHO, เว็บไซต์ที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ รวมถึงบทความทางวิชาการที่อยู่ในฐานข้อมูลที่ได้รับการยอมรับอย่างสูง เป็นต้น

สำหรับเนื้อหาของสาระของการนำเสนอ ประกอบไปด้วย การทบทวนวรรณกรรม การอธิบายลักษณะของพัฒนาการทางนโยบายการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวีในประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535-2561 และการอธิบายผลกระทบ (impact) ที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงนโยบาย ซึ่งเป็นการนำเสนอองค์ความรู้ทางทฤษฎีใหม่ทางด้านนโยบายสาธารณะ (Theoretical Contributions)

การทบทวนวรรณกรรม

ในส่วนของการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับเนื้อหาที่นำเสนอในบทความนี้ ประกอบไปด้วย พัฒนาการทางนโยบายการเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีในประเทศไทย แนวคิดการเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี และผลกระทบของนโยบายสาธารณะจากการทบทวนวรรณกรรมสรุปได้ ดังนี้

การพัฒนาการทางนโยบายการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวี พบว่า มีวรรณกรรมส่วนใหญ่ได้นำเสนอข้อมูลเชิงประวัติศาสตร์การแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีในประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527-2528 ที่ได้มีการพบผู้ป่วยเอดส์รายแรกในประเทศไทย และเมื่อนำมาวิเคราะห์เรื่องเกี่ยวกับการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวีนั้น สามารถสรุปลักษณะของการศึกษาหรือการนำเสนอข้อมูลได้ 2 ประเภท ดังนี้

1) เป็นการเสนอลักษณะเชิงพรรณนาเกี่ยวกับประวัติศาสตร์ของนโยบาย

เริ่มต้นจากการอธิบายถึงชื่อโครงการหรือนโยบายสั้นๆ รวมถึงสถานการณ์ที่เกิดขึ้นและนำเสนอจำนวนผู้ได้รับยาต้านไวรัสหรือกลุ่มเป้าหมายของโครงการหรือนโยบายในช่วงเวลานั้น เช่น งานของธนาคารโลก (ม.ป.พ.) ที่ได้วิเคราะห์การตอบสนองเชิงนโยบายต่อการแก้ไขปัญหาของโรคเอดส์ที่เกิดการระบาด ตั้งแต่ปี พ.ศ.2535-2549 หรืองานของ สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ (2557, น.162) ที่ได้มีการนำเสนอพัฒนาของนโยบายการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ.2550-2554 และงานของ United Nations Development Programme (2017, p.35) ที่ได้แนะนำการพัฒนาโครงการการเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีในประเทศไทยตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2535-2556 ว่ามีลักษณะเป็นอย่างไร ส่วนใหญ่เป็นการอธิบายพัฒนาการตั้งแต่การเริ่มต้นของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีครั้งแรกจนถึงยุคของการให้สิทธิ์การรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีการบรรจุไว้ในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งสอดคล้องกับการนำเสนอพัฒนาการการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัส ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2535-2545 ของสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2547, น.2-3)

2) การอธิบายการพัฒนากลไกการประสานงานด้านป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

ส่วนใหญ่เป็นการนำเสนอโครงสร้างการบริหารจัดการการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศไทยตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2530-2559 ว่ามีโครงสร้างอย่างไร และในช่วงเวลาต่าง ๆ ได้มีนโยบายและมาตรการอะไรบ้าง เช่น ปี พ.ศ. 2530-2534 มีการตั้งคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ ปี พ.ศ. 2535-2539 มีการจัดตั้งโครงสร้างคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัดในระดับพื้นที่ โดยเริ่มที่จะมีนโยบายการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี และจัดตั้งคลินิกและหน่วยให้คำปรึกษาในระดับพื้นที่ ชุมชน ปี พ.ศ. 2540-2544 มีการตั้งสำนักงานเลขานุการบริหารจัดการปัญหาเอดส์ระดับชาติ ขึ้น เป็นต้น (กลุ่มวิชาการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดชลบุรี, 2546, น.7-9)

อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น พบว่า ยังไม่มีการนำเสนอประเด็นในเชิงของการวิเคราะห์พัฒนาการทางนโยบายตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535-2561 ว่ามีลักษณะอย่างไร เป็นเพียงการนำเสนอเชิงพรรณนาอธิบายถึงตัวนโยบายเป็นส่วนใหญ่ ว่าช่วงเวลาดังกล่าวนั้นรัฐบาลมีโครงการหรือนโยบายอะไรเท่านั้น ไม่ได้เป็นการวิเคราะห์ลักษณะของนโยบายว่ามีพัฒนาการทางนโยบายแต่ละช่วงอย่างไร ประเด็นดังกล่าวจึงนำมาสู่การนำเสนอในบทความฉบับนี้ซึ่งจะกล่าวในลำดับต่อไป

แนวคิดการเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี

ประชากรมากกว่า 2,000 ล้านคนในประเทศที่มีรายได้ต่ำและรายได้ปานกลางยังขาดการเข้าถึงยารักษาโรค เนื่องจากยารักษาโรคนั้นมีราคาแพง โดยประมาณการว่าร้อยละ 25-50 ของรายจ่ายภาคเอกชนและรายจ่ายสาธารณะด้านสาธารณสุขเป็นรายจ่ายเกี่ยวกับยารักษาโรค (The Global Network of People Living with HIV(GNP+), 2013, p.1) ประเด็นเรื่องของการเข้าถึงบริการสาธารณสุขจึงไม่ใช่แค่เป็นเพียงปัญหาในระดับปัจเจกบุคคลหรือเป็นแค่ปัญหาภายในประเทศเท่านั้น แต่กลายเป็นประเด็นสาธารณะที่ทั่วโลกให้ความสนใจ ตัวอย่างเช่นในเดือนมกราคม และพฤษภาคม ปี พ.ศ.2546 กระทรวงสาธารณสุขของประเทศต่าง ๆ ได้แก่ Chile, Germany, Greece, New Zealand, Slovenia, Sweden และ United Kingdom ได้มีการประชุมร่วมกันที่เมือง Stokehole และ London โดยประเด็นของการประชุมนานาชาติครั้งนั้นเน้นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงการบริการทางสาธารณสุข โดยข้อสรุปของการประชุมนั้นต้องการที่จะให้รัฐบาลต่าง ๆ ทำให้ประชาชนในประเทศของตนเข้าถึงหลักประกันสุขภาพและเข้าถึงอย่างเท่าเทียม เข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขที่ดี (Adam Oliver & Elias Mossialos, 2004, p.655) การเข้าถึงยาจึงถือว่าเป็นข้อกำหนดเบื้องต้นในการบรรลุเป้าหมายของการพัฒนาถือเป็นพันธสัญญาของโลกที่จะทำให้บรรลุเป้าหมาย (The Global Network of People Living with HIV(GNP+), 2013, p.5)

นอกจากนี้ ใน ปี พ.ศ. 2544 มีการประชุมระดับโลกโดยมีการประกาศปฏิญญาด้านเอชไอวีหรือเอดส์ของสหประชาชาติที่นิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา เมื่อเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2544 โดยหลักการสำคัญข้อหนึ่งคือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรที่จะเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี (Alexandre Grangeriro, Lucina Teixeira, Francisco I. Bastos & Paulo Teixeira, 2006, p. 1)

การเข้าถึงบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน จึงเป็นสิ่งสำคัญเพราะจะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีโอกาสที่หลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคเอดส์ และเป็นโอกาสในการรักษาในขั้นต่อไปเพื่อไม่ไปถึงขั้นที่ร้ายแรง (Jacquineau Azetsop & Blondin A Diop, 2013, p.6) การรักษาเพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถมีชีวิตอยู่ได้อย่างยาวนานตลอดชีวิตและสามารถอยู่รอดได้นั้น จึงขึ้นอยู่กับ การเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวีของ ผู้ติดเชื้อรายใหม่ที่ยังไม่เคยรับยาต้านไวรัสและขึ้นอยู่กับ การรักษาต่อเนื่อง (The Global Network of People Living with HIV(GNP+), 2013, p.1)

ผลกระทบของนโยบายสาธารณะ

สำหรับคำว่าผลกระทบ (Impact) นั้น หมายถึง ชุดของผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น เรื่องของผลกระทบของนโยบาย (Policy Impact) อาจก่อให้เกิดผลกระทบทั้งทางบวกและทางลบ สำหรับผลกระทบทางบวก คือสิ่งที่เกิดขึ้นตรงตามวัตถุประสงค์ของนโยบาย (สมบัติ อารังธัญวงศ์, 2560, น.303) เช่น การที่รัฐมีการกำหนดให้องค์การเภสัชกรรมของไทยสามารถผลิตยาต้านไวรัสเอชไอวีได้เอง ผลที่เกิดขึ้นตามมาคือ ประชาชนสามารถเข้าถึงการรักษาด้วยการซื้อยาต้านไวรัสเอชไอวีในราคาที่ถูกลง จำนวนคนที่ติดเชื้อเอชไอวีมีโอกาสได้เข้าถึงยามากขึ้น

ส่วนผลกระทบทางลบ คือ ต้นทุนหรือสิ่งที่ต้องสูญเสียไปหรือต้องเข้าไป (สมบัติ อารังธัญวงศ์, 2560, น. 303) เช่น กรณีที่รัฐบาลกำหนดให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถรักษาฟรี อาจทำให้รัฐต้องใช้งบประมาณในการสนับสนุนองค์การเภสัชกรรมมากขึ้นกว่าเดิม หรือใช้งบประมาณในการอุดหนุนโรงพยาบาลต่าง ๆ มากขึ้น หรือก่อน ปี พ.ศ. 2548 ผู้ติดเชื้อเอชไอวียังคงเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเอง ผลกระทบที่เกิดขึ้น คือ มีคนจำนวนมากไม่สามารถเข้าถึงการรักษาได้และเมื่อไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี ก็ส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตมีจำนวนที่เพิ่มสูงขึ้นมากตามไปด้วย

ดังนั้น นโยบายสาธารณะหนึ่งๆ อาจก่อให้เกิดผลกระทบในส่วนต่าง ๆ เช่น เกิดผลกระทบต่อปัญหาสาธารณะ การกำหนดนโยบายจึงจะต้องมีการระบุงบประมาณเป้าหมายให้ชัดเจนว่าเป็นใครได้รับประโยชน์จากนโยบาย เช่น คนยากจน เยาวชน รวมถึงนโยบายอาจก่อให้เกิดผลกระทบที่ต้องการหรือไม่ต้องการก็ได้ หรืออาจกล่าวอีกนัยหนึ่ง นโยบายอาจส่งผลกระทบต่อเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดก็ได้ รวมไปถึงนโยบายหนึ่งๆ อาจมีผลกระทบทั้งต่อสภาพการณ์ปัจจุบันและอนาคตด้วยเช่นกัน (Dye, 1986, pp.365-393 อ้างถึงใน สมบัติ อารังธัญวงศ์, 2560, น.549-550) เช่น การที่รัฐบาลมีนโยบายการรักษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายย่อมส่งผลให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขเพิ่มขึ้น ผลที่เกิดขึ้นตามมา ประชาชนก็มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

อย่างไรก็ตาม จากวรรณกรรมข้างต้นพบว่า เรื่องของผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงนโยบาย (Impacts of Policy Change) ยังไม่ได้รับความสนใจมากนักในทางนโยบายสาธารณะ ทั้งที่เรื่องดังกล่าวเป็นสิ่งสำคัญส่วนใหญ่จะนำเสนอเพียงผลกระทบจากนโยบายสาธารณะมากกว่าที่จะให้ความสำคัญเรื่อง ผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงนโยบายสาธารณะว่าทุกครั้งที่รัฐบาลมีการเปลี่ยนแปลงนโยบายได้ก่อให้เกิดผลกระทบอะไรบ้าง

ลักษณะของพัฒนาการทางนโยบายการเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีในประเทศไทย

ประเทศไทยถือได้ว่าประสบผลสำเร็จทางนโยบายอย่างมากในการลดปัญหาความรุนแรงของการแพร่ระบาดของโรคเอดส์และการติดเชื้อเอชไอวี ในอดีตเมื่อปี พ.ศ. 2533 เคยเป็นประเทศที่มีการแพร่ระบาดมากที่สุดในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีความชุกของการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีถึง 520,000 คน แต่สถานการณ์ความรุนแรงของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ลดลงจาก 143,000 คนใน ปี พ.ศ. 2534 เหลือเพียง 10,853 คน ใน ปี พ.ศ. 2553 โดยองค์การอนามัยโลกให้การสนับสนุนและตอบสนองต่อการแก้ไขปัญหาของประเทศไทยด้วยการให้การช่วยเหลือทางเทคนิค และได้รับการช่วยเหลือจากสหประชาชาติและกองทุนโลก โดยเฉพาะสิ่งสำคัญคือการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี (World Health Organization Thailand, 2018)

หากวิเคราะห์จากโครงการและนโยบายต่าง ๆ ของประเทศไทยที่เกี่ยวกับการเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี สามารถวิเคราะห์พัฒนาการทางนโยบายการเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีของประเทศไทย โดยแบ่งออกเป็น 5 ลักษณะ ประกอบไปด้วย 1) การพัฒนาสู่วาระแห่งชาติ 2) การลดการพึ่งพาท้องถิ่นต่างประเทศ 3) การเจาะกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ 4) การเข้าถึงยาแบบป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อไวรัส และ 5) บทบาทของบรมวงศานุวงศ์ต่อการกำหนดนโยบาย โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) การพัฒนาสู่วาระแห่งชาติ

นโยบายการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวีถูกพัฒนามาจากโครงการที่มีข้อจำกัดในจำนวนของผู้เข้าถึงในการเข้าถึงการรักษาจนกลายเป็นนโยบายระดับชาติที่ทุกคนสามารถเข้าถึงการรักษาได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

ยาต้านไวรัสเอชไอวีได้เข้ามาสู่ระบบการรักษาของรัฐใน ปี พ.ศ. 2535 โดยเริ่มต้นจากการจัดทำเป็นโครงการภายใต้ชื่อ “โครงการให้บริการการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีด้วยยาชนิดเดียว (AZT)” หรือ (monotherapy) ซึ่งกำหนดกลุ่มเป้าหมายคนที่เข้าถึงการรักษาต้องเป็นคนยากจน (ธนาคารโลก, 2546, น.26; สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2547) โดยในช่วงเวลานั้นมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวนจากการประมาณการณ 490,000 คน (UNAIDS, 2018) และ “สำหรับค่าใช้จ่ายในการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวีในขณะนั้นมีค่าใช้จ่ายอยู่ที่ประมาณ 25,000-30,000 บาท/คน/เดือน ซึ่งถือว่าสูงมาก” (ผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรม, 2561) จึงเป็นข้อจำกัดสำคัญในการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวี

จนมาถึง ปี พ.ศ. 2543 การเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวียังคงในรูปแบบของโครงการอยู่ยังไม่ได้มีการยกขึ้นเป็นนโยบายแต่อย่างใด ซึ่งโครงการดังกล่าวเรียกว่า “โครงการการพัฒนาระบบบริการและติดตามผลการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์หรือการรักษาแบบใช้ยาสามชนิด (triple therapy)” และต่อมาได้มีการจัดทำโครงการเข้าถึงการดูแลรักษา (Access to Care-ATC) (การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี) มีการกำหนดโควตาในการให้ยาต้านไวรัสผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 3,000 คน ใน 109 โรงพยาบาล สองปีต่อมาได้มีการขยายจำนวนผู้ที่ได้รับการให้ยาต้านไวรัสเพิ่มขึ้นเป็น 13,000 คนและ 28,000 คน ตามลำดับ (ศูนย์พัฒนาระบบบริการยาต้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ประเทศไทย, 2553, น.44; ธนาคารโลก, 2546, น. 29; สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาลประเทศไทย, 2549)

จุดเปลี่ยนสำคัญของการเข้าถึงยาต้านไวรัส คือ ช่วง ปี พ.ศ. 2545 ซึ่งองค์การเภสัชกรรมของไทยสามารถที่จะผลิตยาต้านไวรัสได้เอง ทำให้ราคายาต้านไวรัสมีราคาที่ถูกอย่างมาก ราคา GPO-vie ประมาณ 1,200 บาทต่อเดือน ซึ่งราคายาต้านไวรัสเอชไอวีก่อนที่ประเทศไทยสามารถผลิตยาต้านไวรัสเอชไอวีได้เองนั้น มีราคาแพงมาก สำหรับค่าใช้จ่ายในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีในช่วงเวลานั้นจะอยู่ที่ 27,000 บาทต่อเดือนหรือ 675 เหรียญสหรัฐต่อเดือนหรือคิดเป็น 324,400 บาทต่อปี หรือ 8,100 เหรียญสหรัฐต่อปี (ธนาคารโลก, ม.ป.พ, น.13) ราคายาที่สูงมากจึงเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงการรักษา

อย่างไรก็ตาม รัฐบาลในขณะนั้นได้เล็งเห็นถึงความสำคัญ จึงได้มีการขยายโอกาสการให้ยาต้านไวรัส (ARV) โดยกำหนดกลุ่มเป้าหมายเพิ่มขึ้น เป็นผู้ใหญ่อายุ 21,000 คน และเป็นเด็ก 2,000 คน (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2547; กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2545, น.5)

ต่อมา ปี พ.ศ. 2546 รัฐบาลได้มีการประกาศรับรองอย่างเป็นทางการว่า ผู้ติดเชื้อจะได้รับบริการรักษาอย่างทั่วถึงขยายโอกาสการเข้าถึงบริการ มีการแจกจ่ายยาต้านไวรัสให้กับโรงพยาบาลของรัฐ 400 แห่งทั่วประเทศ และมีการจัดตั้งโครงการพัฒนาการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอชไอวีระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ (NAPHA) หรือที่เรียกว่า “โครงการนกเขา” ขึ้นด้วย (กลุ่มพัฒนาระบบบริหารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดชลบุรี, 2556, น.8; โครงการขับเคลื่อนสิทธิด้านเศรษฐกิจสังคมและวัฒนธรรม, 2008; ธนาคารโลก, 2546, น.31) และเพียงหนึ่งปีต่อมา รัฐบาลในขณะนั้นได้มีการประกาศให้การเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีกลายเป็นนโยบายระดับชาติ และได้ทำการยกเลิกการให้ยาต้านไวรัสแบบระบบโควตา จากนั้น ปี พ.ศ. 2548 ได้มีการกำหนดให้รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีเป็นสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (หมอชาวบ้าน, 2550)

หลังจากนั้นรัฐบาลก็ได้มีนโยบายกำหนดการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอชไอวีให้อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่เป็นคนไทย และมีหมายเลข 13 หลัก) ทำให้ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาแต่อย่างใด (ธนาคารโลก, 2546, น.21)

อย่างไรก็ตาม แม้จะมีการเปลี่ยนรัฐบาลมาหลายรัฐบาล แต่นโยบายการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีก็ได้ถูกยกเลิกไป มีการดำเนินนโยบายต่อเนื่องเรื่อยมา จนมา ปี พ.ศ. 2557 คณะรัฐมนตรีในขณะนั้นได้มีมติคณะรัฐมนตรี ให้ตรวจเลือดได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายปีละ 2 ครั้ง และให้ยาต้านไวรัสเอชไอวีได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายในทุกสิทธิการรักษาโดยไม่คำนึงถึงค่าเม็ดเลือดขาว (CD4) (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2557, น.5) ซึ่งก่อนหน้านี้ได้กำหนดค่าเม็ดเลือดขาว (CD4) ที่ต้องเป็นไปตามเกณฑ์ จึงจะได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี

จนมาถึงปีพ.ศ.2560 มีการกำหนดแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ เปลี่ยนไปจากเดิมที่เคยมุ่งเน้นการดำเนินงานในระยะสั้นก็ได้มีการปรับเปลี่ยนมาเป็นการกำหนดเป้าหมายของการดำเนินนโยบายเป็นระยะยาวมากขึ้น โดยมีมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 17 มกราคม พ.ศ. 2660 ลงมติเห็นชอบยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560-2573 และมอบหมายให้ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปเป็นกรอบแนวทางการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ต่อไป ซึ่งหนึ่งในแนวนโยบายสาธารณะที่สำคัญของรัฐบาลคือ “นโยบายการยุติ

ปัญหาเอดส์ (Ending AIDS Policy)” ประกอบไปด้วย การลดผู้ติดเชื้อรายใหม่ปีละไม่เกิน 1,000 คน การลดการเสียชีวิตอันมีสาเหตุมาจากเอดส์ให้เหลือน้อยกว่า 4,000 คน และลดการเลือกปฏิบัติกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 90 (ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560-2573, 2560, น.21) มีการกำหนดว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีร้อยละ 90 ภายในปีพ.ศ.2563 (ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2560, น. 21, 25)

จากพัฒนาการทางนโยบายดังกล่าวทำให้ปัจจุบันผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกคนซึ่งเป็นคนไทย ได้รับการรักษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายแต่อย่างใด ตั้งแต่ค่าตรวจเลือด วินิจฉัยอาการ การตรวจระบบการทำงานภายในของร่างกาย รวมถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี ซึ่งเป็นเพียงไม่กี่ประเทศของประเทศกำลังพัฒนาที่มีระบบบริการสุขภาพที่ครอบคลุมการรักษาเช่นนี้

2) การลดการพึ่งพียงค์การต่างประเทศ

ในอดีตการเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีของประเทศไทย ต้องพึ่งพียงค์การต่างประเทศเป็นหลัก แต่ก็ได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จนทำให้ประเทศไทยสามารถลดการพึ่งพียงค์การต่างประเทศลงได้

ในการให้การสนับสนุนและการช่วยเหลือเรื่องยาต้านไวรัสเอชไอวีสำหรับประเทศไทยนั้น ได้รับการสนับสนุนจากองค์การที่สำคัญซึ่งเป็นหน่วยงานระดับสากล คือ องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้การสนับสนุนการช่วยเหลือทางเทคนิค สหประชาชาติ (UN) และกองทุนโลก ให้การช่วยเหลือเกี่ยวกับยาต้านไวรัสเอชไอวี (World Health Organization Thailand, 2018) โดยเฉพาะกองทุนโลกเพื่อต่อต้านโรคเอดส์ วัณโรคและมาลาเรีย (Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis, and Malaria - GFATM) ซึ่งเป็นองค์การหลักในการให้การสนับสนุนทางการเงินสำหรับประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่เริ่มต้นที่มีการนำยาต้านไวรัสเข้ามาสู่ระบบการรักษาทางสาธารณสุขของประเทศไทย

ประเทศไทยได้มีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนโลก และได้มีการขอรับทุนจากกองทุนโลก ในการดำเนินการแก้ไขปัญหาทั้งสามโรคดังกล่าว โดยเริ่มตั้งแต่มีการตั้งคณะกรรมการกลไกความร่วมมือในประเทศ (Country Coordinating Mechanism: CCM) เพื่อทำหน้าที่ในการกำกับติดตามทางนโยบายและการดำเนินงานร่วมกับผู้แทนระดับประเทศในการประสานการทำงานร่วมกันกับกองทุนโลก และต่อมาได้มีการจัดตั้งสำนักงานบริหารโครงการกองทุนโลก (PR DDC) ขึ้น โดยกองทุนโลกได้มีการประกาศให้ทุนประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกไปแล้ว 12 รอบ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545-2560 คิดเป็นเงินจำนวน 33.8 พันล้านเหรียญสหรัฐ จำนวน 140 ประเทศทั่วโลก เฉพาะในส่วนของ การสนับสนุนเกี่ยวกับด้านเอดส์ ประเทศไทยได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลก ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลกรอบที่ 1, 2, 3, 8, 10 และรอบ New Funding Model (NFM) ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2546 เป็นต้นมา ซึ่งกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขและมูลนิธิริชชีไทยเป็นองค์การหลักในการได้รับทุนดังกล่าว (สำนักงานบริหารโครงการกองทุนโลก กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, ม.ป.พ, น.1)

จากการที่ประเทศไทยมีข้อจำกัดทางด้านงบประมาณรวมถึงความรู้ในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวียังไม่มากนัก ทำให้ในอดีตจึงต้องพึ่งพาองค์การต่างประเทศเป็นหลัก แต่ด้วยการที่ศักยภาพของระบบสาธารณสุขของไทยและบุคลากรทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ ที่ได้มีการเรียนรู้จากการได้รับการสนับสนุนจากองค์การระหว่างประเทศ ประเทศไทยจึงได้มีการเตรียมการในการลดการพึ่งพาจากองค์การระหว่างประเทศตั้งแต่อดีตเรื่อยมา ตั้งแต่การนำเรื่องของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อใช้งบประมาณของรัฐบาลแทนการพึ่งพางบประมาณจากกองทุนโลก การเตรียมการด้านงบประมาณผ่านคณะกรรมการระดับชาติที่มีบทบาทหน้าที่ในทางนโยบายและการกำกับติดตามงานด้านเอดส์ รวมไปถึงการทำงานอย่างบูรณาการร่วมกันของภาคส่วนต่าง ๆ ซึ่งอดีตรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข นายแพทย์ปิยะสกล สกลสัตยาทร ได้กล่าวไว้ว่า

“สำหรับการเตรียมการของไทยเพื่อการเปลี่ยนผ่านจากการสนับสนุนของกองทุนโลกนั้น ไทยได้มีการเตรียมการมานานแล้วจากการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนโลกมาตั้งแต่ปี 2546 รวมทั้งความร่วมมือของท้องถิ่น และความสำเร็จของการบรรจุการรักษาและป้องกัน 3 โรคนี้ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จในระดับหนึ่ง อีกทั้งไทยได้เตรียมแผนในระยะเปลี่ยนผ่านการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนโลกไว้ โดยคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติเป็นกลไกขับเคลื่อนการดำเนินงาน ได้เตรียมการด้านการเงินในการจัดการปัญหาครอบคลุมทั้ง 3 โรค ใช้กลไกการมีส่วนร่วมของภาครัฐ เอกชน และประชาสังคม รวมทั้งการจัดบริการกลุ่มประชากรเสี่ยง เช่น กลุ่มคนที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ แรงงานข้ามชาติ ผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด และกลุ่มคนที่มีความหลากหลายทางเพศ” (<https://www.hfoc.org/content/2015/12/11411>, สืบค้นวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2563)

รวมไปถึงมีการปรับโครงสร้างคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการ จากคณะกรรมการนโยบายเพื่อการยุติปัญหาเอดส์ วัณโรค และมาลาเรียเปลี่ยนมาเป็น “คณะกรรมการนโยบายเตรียมการเพื่อความต่อเนื่องและยั่งยืนในการดำเนินงานสู่การยุติเอดส์ วัณโรค และมาลาเรียเมื่อสิ้นสุดการสนับสนุนจากกองทุนโลก (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560) นอกจากนี้ประเทศไทยโดยองค์การเภสัชกรรมได้มีความสามารถในการพัฒนายาต้านไวรัสเอชไอวี และสามารถผลิตยาต้านไวรัสเอชไอวีได้เป็นผลสำเร็จตั้งแต่ปี พ.ศ.2545 จึงเป็นส่วนสำคัญอีกส่วนหนึ่งที่ทำให้ประเทศไทยมีการลดการพึ่งพาองค์การระหว่างประเทศในการลดการได้รับการให้ยาด้านไวรัสเอชไอวีได้ด้วย

3) การเจาะกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ

ลักษณะของพัฒนาการทางนโยบายการเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีในประเทศไทย อีกลักษณะหนึ่ง คือ การมีนโยบายที่เจาะกลุ่มเป้าหมายที่หลากหลายเพื่อให้ตรงกับการแก้ปัญหาที่แตกต่างกัน เช่น ใน ปี พ.ศ. 2543 ได้มีการให้ยาด้านไวรัสเอชไอวีสำหรับสตรีที่ตั้งครรภ์และติดเชื้อเอชไอวี เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกโครงการป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค

กระทรวงสาธารณสุข, 2557, น. 237) การให้การสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนโลก รอบที่ 1 (พ.ศ. 2546-2551) ด้วยการมีนโยบายการกำหนดการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวีนอกสิทธิระบบประกันสุขภาพ ซึ่งเกิดขึ้นในปี พ.ศ.2550 โดยเน้นกลุ่มผู้อยู่นอกสิทธิระบบประกันสุขภาพ (สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2558, น.5) และการจัดตั้งโครงการ New Funding Model (NFM) หรือ STAR (พ.ศ. 2558-2559) โดยมีเป้าหมายของนโยบายเพื่อลดความชุกจากวัณโรคและเอ็ดส์การดูแลผู้ติดเชื้อรายใหม่ สำหรับกลุ่มเปราะบางในชุมชนและผู้มีพฤติกรรมเสี่ยงจำนวน 38 จังหวัด (สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2558) เป็นต้น

การกำหนดนโยบายและการดำเนินนโยบายดังกล่าว ถือว่าเป็นพัฒนาการทางนโยบายที่น่าสนใจ เนื่องจากเป็นนโยบายที่มุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาให้ตรงกับปัญหาเฉพาะของแต่ละกลุ่ม ไม่ใช่กำหนดเพียงนโยบายเดียว แต่ใช้กับกลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่มเหมือนกัน ซึ่งนอกจากจะไม่ใช้การแก้ไขปัญหาแล้วยังอาจปิดกั้นการเข้าถึงการรักษาด้วย

4) การเข้าถึงยาแบบป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อไวรัส

ในการแก้ไขปัญหาโรคเอดส์นั้น โดยทั่วไปภาครัฐจะมีนโยบายหรือโครงการที่ให้การแก้ไขปัญหาภายหลังที่ประชาชนได้รับเชื้อเอชไอวีแล้ว แต่ด้วยพัฒนาการทางการแพทย์ระดับสากลที่สามารถคิดค้นตัวยาในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้ ทำให้ประเทศไทยได้นำมาสู่การคิดนโยบาย/โครงการที่เรียกว่า “การใช้ยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP)” สำหรับประชากรที่มีพฤติกรรมเสี่ยง ซึ่งได้ดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2557 (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2557, น.5) เพร็พ (PrEP) คือ ยาที่ใช้ในการป้องกันเชื้อเอชไอวี (HIV) ก่อนการสัมผัสโรค ต้องรับประทานให้เร็วที่สุดหลังสัมผัสความเสี่ยงที่จะติดเชื้อเอชไอวี โดยจะต้องเริ่มรับประทานภายใน 72 ชั่วโมงหลังมีความเสี่ยง และรับประทานติดต่อกันนาน 28 วัน สามารถป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้กว่าร้อยละ 80 (ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย, 2562) การพัฒนานโยบายดังกล่าวถือเป็นสิ่งสำคัญ เพราะการให้เข้าถึงยาต้านไวรัสก่อนการติดเชื้อเอชไอวีถือเป็นพัฒนาการที่สำคัญ เพราะเป็นการป้องกันปัญหาของการติดเชื้อเอชไอวีและลดการติดเชื้อรายใหม่ลงได้ด้วย

การดำเนินการดังกล่าวภาครัฐของไทยได้มีการขยายผลในหลายรูปแบบ เช่น ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทยได้มีการจัดตั้งโครงการที่เรียกว่า ‘เพร็พพระองค์โสมาฯ’ หรือ ‘Princess PrEP’ กำหนดให้ยาเฉพาะประชากรกลุ่มเสี่ยง กลุ่มชายที่ไม่มีกำลังทรัพย์ในการเข้าถึงบริการ ปีละ 1,000 ราย ได้แก่ คนที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย สาวประเภทสอง ชายบริการ สาวประเภทสองบริการ หญิงบริการ และผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด ในกรุงเทพมหานคร เชียงใหม่ สงขลา และชลบุรี (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2562; สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2561, น.15; ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย, 2562)

นอกจากนี้ กรมควบคุมโรค ได้มีการร่วมกับศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข (TUC) และโครงการกองทุนโลก (GF) ได้ดำเนินการขยายการให้บริการการใช้ยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) สำหรับประชากรที่มีพฤติกรรมเสี่ยงมีการจัดบริการเพร็พในหน่วยงานภาครัฐ และเอกชนในพื้นที่เป้าหมาย รวม 25 จังหวัด (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2561, น.15)

รวมทั้ง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีการปรับปรุงรายการบริการในสิทธิประโยชน์การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (HIV) ก่อนการสัมผัสเชื้อ (Pre-Exposure Prophylaxis หรือ PrEP) สำหรับกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 2,000 รายให้บริการนำร่องในสถานพยาบาล 51 แห่ง ใน 21 จังหวัด เป็นต้น

5) บทบาทของพระบรมวงศานุวงศ์ต่อการกำหนดนโยบาย

พัฒนาการที่สำคัญอย่างยิ่งของนโยบายการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวีในประเทศไทยนั้นคือ พระบรมวงศานุวงศ์ของไทยได้เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและให้การสนับสนุนการเข้าถึงการรักษาในหลากหลายโครงการด้วยกัน ซึ่งส่วนราชการของไทยก็ได้มีการน้อมนำไปสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมอย่างเห็นได้ชัดเจน โดยพระเจ้าวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าโสมสวลี กรมหมื่นสุทธนารีนาถ ทรงเป็นพระบรมวงศานุวงศ์ที่ทรงงานด้านเอชไอวีอย่างต่อเนื่อง โดยสิ่งที่เป็นหลักฐานสำคัญคือ ทรงบรรยายพิเศษเนื่องในโอกาสพระราชพิธีมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 7 รอบของพระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราชบรมนาถบพิตร เมื่อวันที่ 5 ธันวาคม พ.ศ. 2554 ในหัวข้อเรื่อง "20 ปี กับการทรงงานด้านเอดส์" ณ ห้องประชุมตรีเพชร อาคาร 100 ปี สมเด็จพระศรีนครินทร์ ชั้น 15 โรงพยาบาลศิริราช ความว่า

“เริ่มจากเมื่อปี 2535 ตอนนั้น ข้าพเจ้าได้ไปยัง รพ.ราชวิถี เพื่อไปพบเพื่อนที่ช่วยงานแพทย์ทางด้านเอช ไอวี ก็ได้พบกับหญิงตั้งครรภ์ 6 เดือน ซึ่งติดเชื้อเอดส์ หมอบอกว่าต้องทำแท้งผู้หญิงคนนั้นเสียใจมาก ข้าพเจ้าเองก็รู้สึกเศร้าเสียใจ เพราะข้าพเจ้าเคยมีลูก เข้าใจหัวอกของคนเป็นแม่ที่ตั้งครรภ์ดี แต่สมัยนั้นยังไม่มียารักษาโรคเอดส์ ต้องทำแท้งอย่างเดียว ต่อมา ข้าพเจ้าได้พบกับศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ ประพันธ์ ภาณุภาค ซึ่งทำเรื่องเอชไอวี/เอดส์อยู่ และเป็นหมอบประจำตัวข้าพเจ้า ดูแลรักษาเรื่องหิดทอภุมิแพ้ จึงได้มีการคุยกันถึงปัญหาโรคเอดส์ ประกอบกับมีข่าวผู้ติดเชื้อเอดส์ถูกสังกรรมร้ายแรง ผู้ป่วยมีความเครียด ไม่มีใครรัก ไม่มีใครอยากรับเข้าทำงาน ข้าพเจ้าจึงรู้สึกไม่สบายใจ ทำไมสังคมถึงโหดร้ายกับคนพวกนี้ เพราะคงไม่มีใครอยากเป็นโรคเอดส์ และข้าพเจ้าก็ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วยเอดส์ เริ่มตั้งแต่งานเทียนส่องใจ ปี 2535 จัดขึ้นเนื่องในวันเอดส์โลก จากนั้น ก็ได้มีโครงการต่างๆเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเอดส์อย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็น โครงการลดการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก มีการให้ยาเอแซดทีแก่หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อลดการติดเชื้อเอชไอวีไปสู่ลูก นอกจากนี้ ก็มีโครงการคืนชีวิตให้พ่อแม่เพื่อลูกน้อยที่ปลอดเอดส์ กองทุนนมสำหรับเด็กที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อ กองทุนยาในพระราชวราทินัดตามาตุ และโครงการเยี่ยมบ้านผู้ติดเชื้อ ของอาสาสมัคร อีกทั้งยังมีโครงการโภชนาการต้านเอดส์” (ไทยรัฐออนไลน์, 2554)

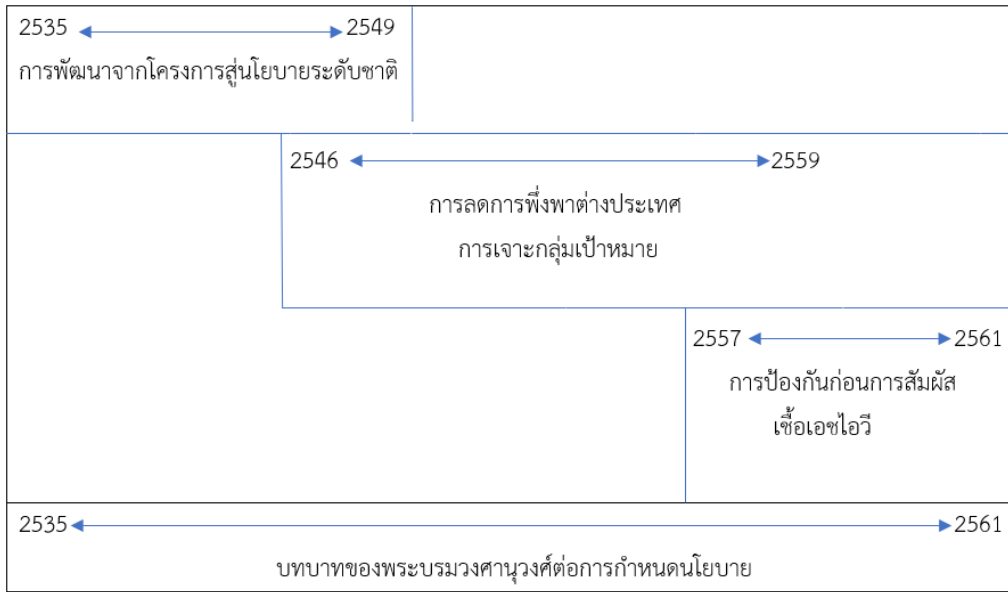
การที่พระบรมวงศานุวงศ์ที่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและสนับสนุนการเข้าถึงยาต้านไวรัส นั้น จึงถือว่าเป็นพัฒนาการที่ประเทศไทยแตกต่างจากการกำหนดนโยบายในทางทฤษฎีของต่างประเทศหรือตะวันตก ซึ่งเป็นบริบทที่มีความแปลกใหม่ทางทฤษฎีและเป็นเฉพาะบริบทในประเทศไทยที่พระบรมวงศานุวงศ์ได้เข้ามามีส่วนสำคัญในการกำหนดนโยบายสาธารณะของประเทศ โดยสิ่งที่พระบรมวงศานุวงศ์ได้ทรงมีพระดำริ ทรงตรัส ทรงให้คำแนะนำ

หรือทรงสนพระทัยในงานด้านใด ๆ เช่น ด้านเอชไอวีหรือเอดส์เพื่อต้องการให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้เข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวีเพิ่มขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งเหล่านั้นทำให้เกิดเป็นวาระนโยบาย (agenda sitting) ขึ้นมา และหน่วยงานภาครัฐของไทยก็ได้มีการนำสิ่งเหล่านั้นกำหนดเป็นนโยบายหรือโครงการต่าง ๆ และมีการนำนโยบายหรือโครงการนั้น ๆ ไปสู่การปฏิบัติ จึงถือว่าบทบาทพระบรมวงศานุวงศ์ได้เข้ามาผลักดันให้เกิดการนโยบายหรือโครงการต่าง ๆ ในการเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัส โดยมีหลักฐานเชิงประจักษ์จากข้อมูลของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้นำเสนอไว้ว่า

“พระเจ้าวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าโสมสวลี กรมหมื่นสุทธนารีนาถ ทรงสนับสนุนโครงการมากมายเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี รวมถึงทรงริเริ่มโครงการเพ็พพระองค์โสม โดยขยายและจัดชุดบริการป้องกันแบบผสมผสาน พัฒนารูปแบบบริการใหม่ที่มีประสิทธิภาพ เช่น เพ็พ หรือยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีมาเสริมในชุดบริการ จัดระบบบริการให้กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงบริการป้องกันและดูแลรักษาอย่างรวดเร็ว รวมทั้งเสริมสร้างทัศนคติเชิงบวกให้แก่สังคมและชุมชน ในการอยู่ร่วมกันกับผู้ติดเชื้อ”
(สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2563)

จากการทรงงานด้านเอดส์ และมีบทบาทสำคัญในการเข้าไปมีส่วนร่วมในการส่งเสริมและดำเนินการโครงการด้านสาธารณสุข สวัสดิการสังคม พร้อมทั้งยังเป็นผู้สนับสนุนด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก จนผลักดันเป็นนโยบายของภาครัฐที่ดำเนินการไปทั่วประเทศมาอย่างต่อเนื่อง ทำให้โครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) ได้ถวายตำแหน่งทูตสันถวไมตรีของโครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ ด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประจำภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก (ไทยรัฐออนไลน์, 2562)

จากพัฒนาการทางนโยบายทั้ง 5 ลักษณะที่เกิดขึ้น เป็นพัฒนาการในลักษณะของการนำเสนอเชิงปรากฏการณ์ทางสังคมหรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง คือ ปรากฏการณ์ทางนโยบายที่ปรากฏขึ้นในห้วงเวลาหนึ่ง ๆ และนโยบายได้มีการเปลี่ยนแปลงในรูปแบบต่าง ๆ ในทางที่ดีขึ้น และมีผลต่อการเข้าถึงการรักษาที่มากขึ้นของประชาชน แต่ไม่ได้เป็นพัฒนาการในเชิงของการเปลี่ยนแปลงจากขั้นที่ 1 ของนโยบายหนึ่งและส่งผลทำให้เกิดนโยบายใหม่ ในลักษณะของลำดับการเปลี่ยนแปลงเป็นขั้นตอนสำหรับพัฒนาการทางนโยบายการเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีของประเทศไทยสรุปได้ดังภาพนี้



รูปที่ 1 ห้วงระยะเวลาของพัฒนาการทางนโยบายการเข้ายาต้านไวรัสเอชไอวี
ในประเทศไทย พ.ศ. 2535-2561

ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงนโยบาย (Impacts of Policy Change)

นอกจากบทความนี้ได้เสนอมุมมองทางวิชาการที่เกี่ยวกับพัฒนาการทางนโยบายการเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีในประเทศไทยแล้ว วัตถุประสงค์อีกข้อหนึ่งของบทความที่ต้องการนำเสนอ คือ การนำเสนอเกี่ยวกับประเด็นเรื่องผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงนโยบาย (Impacts of Policy Change) ซึ่งพบว่ายังไม่ให้มีการมุ่งเน้นมากนักในประเด็นสำหรับสาขานโยบายสาธารณะ

ดังนั้น เนื้อหาในส่วนนี้ เป็นการนำเสนอภาพรวมของนโยบายนโยบาย/โครงการ/มาตรการการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวีในประเทศไทย และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการปรับเปลี่ยนนโยบาย คือ การเปลี่ยนแปลงของจำนวนผู้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี และจำนวนผู้เสียชีวิตอันมีสาเหตุจากเอดส์ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ตารางที่ 1 สรุปภาพรวมของนโยบายการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวีในประเทศไทย พ.ศ. 2535 - 2561

ปี	นโยบาย/โครงการ/มาตรการ	จำนวนผู้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี (คน)	จำนวนผู้เสียชีวิตอันมีสาเหตุจากเอดส์ (คน)
2535	โครงการให้บริการการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี (การรักษาด้วยยาชนิดเดียว (AZT) (monotherapy)	ไม่ปรากฏข้อมูล	ไม่ปรากฏข้อมูล



ปี	นโยบาย/โครงการ/มาตรการ	จำนวนผู้รับยาด้าน ไวรัสเอชไอวี (คน)	จำนวนผู้เสียชีวิตอันมี สาเหตุจากเอดส์ (คน)
2543-2544	- โครงการพัฒนาระบบบริการและติดตาม ผลการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (การรักษาแบบใช้ยาสามชนิด (triple therapy)) - โครงการเข้าถึงการดูแลรักษา (Access to Care-ATC) (การรักษาด้วยยาด้านไวรัสเอชไอวี) - โครงการป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก	1,710	57,000
2545	- พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 - การผลิตยาด้านไวรัสได้โดยองค์การเภสัชกรรม - การขยายโอกาสการให้ยาด้านไวรัส (ARV)	3,640	58,000
2546	- กองทุนโลก รอบที่ 1 (2546-2551) - รัฐบาลประกาศรับรองอย่างเป็นทางการว่า ผู้ติดเชื้อจะได้รับการรักษาอย่างทั่วถึงขยาย โอกาสการเข้าถึงบริการ - โครงการพัฒนาการเข้าถึงบริการยาด้าน ไวรัสเอดส์ระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วย เอดส์ (NAPHA)/ โครงการ นภา (2546)	19,550	56,000
2547	การให้ยาด้านไวรัสกลายเป็นนโยบาย ระดับชาติ มีการยกเลิกการให้แบบระบบโควตา	58,133	52,000
2548	การรักษาด้วยยาด้านไวรัสเอชไอวีเป็นสิทธิ ประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า	88,261	45,000
2549	- โครงการพัฒนาการเข้าถึงบริการยาด้านไวรัส เอดส์ระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ (NAPHA)/ โครงการ นภา (ดำเนินการต่อเนื่อง) - รัฐบาลมีนโยบายกำหนดการเข้าถึงบริการ ยาด้านไวรัสเอชไอวีให้อยู่ในระบบหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้า (สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่เป็นคนไทย และมีหมายเลข 13 หลัก)	95,620	37,000
2550	- นโยบายการกำหนดการเข้าถึงยาด้านไวรัส เอชไอวีนอกสิทธิระบบประกันสุขภาพ - ดำเนินนโยบายต่อเนื่องจาก ปี พ.ศ. 2549	133,539	31,000

ปี	นโยบาย/โครงการ/มาตรการ	จำนวนผู้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี (คน)	จำนวนผู้เสียชีวิตอันมีสาเหตุจากเอดส์ (คน)
2551	- โครงการปรับภารกิจการจัดการปัญหาเอดส์สู่กระบวนการกระจายอำนาจ ในจังหวัดให้ครอบคลุมถ้วนทั่วกลุ่มเป้าหมายและส่งผลอย่างยั่งยืน (โครงการ ACHIEVED) (กองทุนโลกรอบที่ 1 (ต่อเนื่อง) (2551-2557)	185,086	29,000
2555	- กองทุนโลกรอบที่ 10 (2555-2559) - กองทุนโลกมีนโยบายควมรวมกองทุนโลกรอบที่ 8 ระยะ 2 และรอบที่ 10 ระยะ 1 ภายใต้โครงการกองทุนโลกต้านวัณโรค (Single Stream Funding (SSF)) ระยะที่ 1 (ปี พ.ศ. 2555-2557)	230,909	23,000
2557	- การให้ตรวจเลือดฟรีปีละ 2 ครั้ง ให้ยาต้านไวรัสเอชไอวีในทุกสิทธิ์การรักษาโดยไม่คำนึงถึงค่าเม็ดเลือดขาว (CD4) - การใช้ยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP)	266,027	22,000
2559	- การให้ตรวจเลือดฟรีปีละ 2 ครั้ง ให้ยาต้านไวรัสเอชไอวีในทุกสิทธิ์การรักษาโดยไม่คำนึงถึงค่าเม็ดเลือดขาว (CD4) -โครงการ ‘เพรีพระองค์โซมาฯ’ หรือ ‘Princess PrEP’	339,927	20,000
2560	- การให้ตรวจเลือดฟรีปีละ 2 ครั้ง ให้ยาต้านไวรัสเอชไอวีในทุกสิทธิ์การรักษาโดยไม่คำนึงถึงค่าเม็ดเลือดขาว (CD4) -แผนยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติเอดส์ ปี 2560-2573	361,317	20,000
2561	- การให้ตรวจเลือดฟรีปีละ 2 ครั้ง ให้ยาต้านไวรัสเอชไอวีในทุกสิทธิ์การรักษาโดยไม่คำนึงถึงค่าเม็ดเลือดขาว (CD4) -การขยายการให้บริการการใช้ยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP)	385,772	18,000

ที่มา: ปรับจากข้อมูลคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ (2560, น.15) ในส่วนของข้อมูลผู้ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ปีพ.ศ.2544-2558, สำหรับข้อมูลผู้ได้รับยาต้านไวรัส ปี พ.ศ. 2559-2561 ปรับจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และข้อมูลผู้เสียชีวิตอันมีสาเหตุจากเหตุปรับจาก UNAIDS (2518).

หากวิเคราะห์จากข้อมูลในตารางข้างต้น พบว่า ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2535-2561 ประเทศไทย มีการเปลี่ยนแปลงนโยบายการเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างต่อเนื่อง หากพิจารณา จากตัวเลขผู้ที่มีชีวิตอยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี (People Living With HIV/AIDS: PLHA) เปรียบเทียบกับ จำนวนผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีพบว่า การที่มีการเปลี่ยนแปลงนโยบายหรือโครงการต่าง ๆ แต่ละช่วงเวลานั้น ๆ ส่งผลกระทบต่อจำนวนของการเข้าถึงยาต้านไวรัสอย่างมาก เช่น ใน ปี พ.ศ. 2543-2544 ได้มีโครงการพัฒนาระบบบริการและติดตามผลการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (การรักษาแบบใช้ยาสามชนิด (triple therapy)) กำหนดโควตาให้ยาต้านไวรัสเอชไอวีจำนวน 3,000 คน ใน 109 โรงพยาบาล และมีโครงการเข้าถึงการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี (Access to Care-ATC) ซึ่งขณะนั้นผู้ที่มีชีวิตอยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีจำนวนถึง 654,782 คน แต่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี จำนวน 1,710 คน

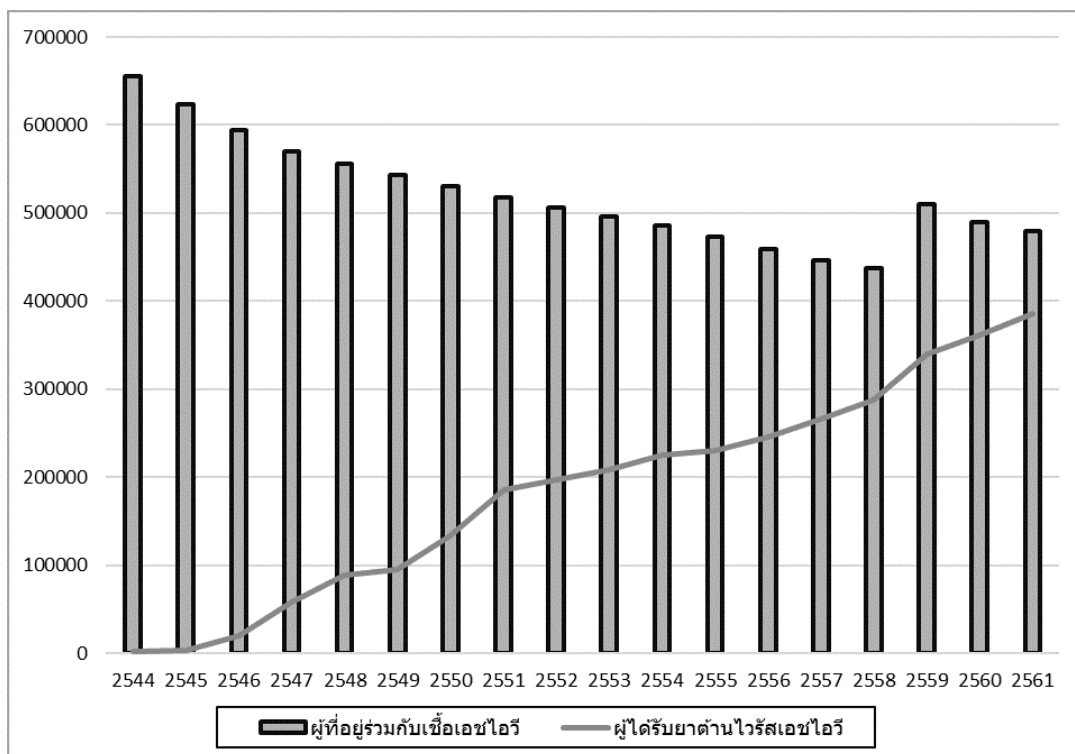
อย่างไรก็ตาม ในห้วงเวลาต่อมา มีการเปลี่ยนแปลงนโยบายการเข้าถึงการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะภายหลังที่องค์การเภสัชกรรมของไทย สามารถผลิตยาต้านไวรัสสูตรมาตรฐานได้เอง ในปี พ.ศ. 2545 ทำให้ราคายาต้านไวรัสเอชไอวีนั้น มีราคาที่ถูกลงอย่างมาก สองปีต่อมา (ปี พ.ศ. 2546) รัฐบาลมีการเปลี่ยนแปลงนโยบายด้วยการประกาศรับรองอย่างเป็นทางการว่า ผู้ติดเชื้อจะได้รับการรักษาอย่างทั่วถึง ขยายโอกาสการเข้าถึงบริการ มีการแจกจ่ายยาต้านไวรัส ให้กับโรงพยาบาลของรัฐ 400 แห่ง ส่งผลให้มีผู้ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีเพิ่มขึ้นถึง 19,550 คน และเมื่อรัฐบาลประกาศให้เป็นวาระแห่งชาติ ในปี พ.ศ.2547 ส่งผลให้มีผู้ได้รับยาต้านไวรัสเพิ่มขึ้น มากกว่าสองเท่าหรือคิดเป็น 58,133 คน (ดูแผนภูมิ 1 ประกอบ)

โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงปี พ.ศ. 2548-2549 ที่รัฐบาลได้กำหนดให้การรักษาด้วยยา ต้านไวรัสเอชไอวีเป็นสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และนโยบาย กำหนดการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอชไอวีให้อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้เพิ่มจำนวน ผู้เข้าถึงการรักษาเป็น 88,261 คน และ 95,620 คนตามลำดับ ส่งผลทำให้จำนวนผู้ที่เข้าถึง การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีเพิ่มมากขึ้น รวมไปถึงการที่เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทย องค์กรพัฒนาเอกชนด้านสาธารณสุขมูลนิธิเข้าถึงเอดส์ และภาคประชาสังคม ได้มีการเรียกร้องให้กระทรวงสาธารณสุขของไทยให้ใช้ "มาตรการบังคับใช้สิทธิ" (Compulsory Licensing หรือ CL) (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2562) จนเป็นผลสำเร็จ โดยได้มีการ เรียกร้องต่อ นายแพทย์ มงคล ณ สงขลา รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในสมัย พลเอกสุรยุทธ์ จุลานนท์เป็นนายกรัฐมนตรีในช่วงปี พ.ศ. 2550-2551 ส่งผลให้จำนวนการเข้าถึง ยาต้านไวรัสได้เพิ่มขึ้นเป็น 133,539 คน ในปี พ.ศ. 2550 และ 185,086 คน ในปี พ.ศ. 2551 และต่อมาเมื่อรัฐบาลได้มีการให้กำหนดนโยบายให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสให้อยู่ในสิทธิ ตามหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ก็ส่งผลให้คนไทยทุกคนสามารถเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี ได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายแต่อย่างใด ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการรักษาเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเจน

เมื่อมาถึงปี พ.ศ. 2561 รัฐบาลได้มีการปรับเปลี่ยนนโยบายในการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี ให้สามารถเข้าถึงยาต้านไวรัสได้เป็นระยะ ๆ จนผู้ติดเชื้อทุกสิทธิ์การรักษาไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ส่งผลให้จำนวนผู้ได้รับยาต้านได้เข้าถึงการรักษามากขึ้นถึง 385,772 คน จากผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่คาดการณ์ประมาณ 480,000 คน ในปี พ.ศ. 2561 (ดูแผนภูมิ 1 ประกอบ)

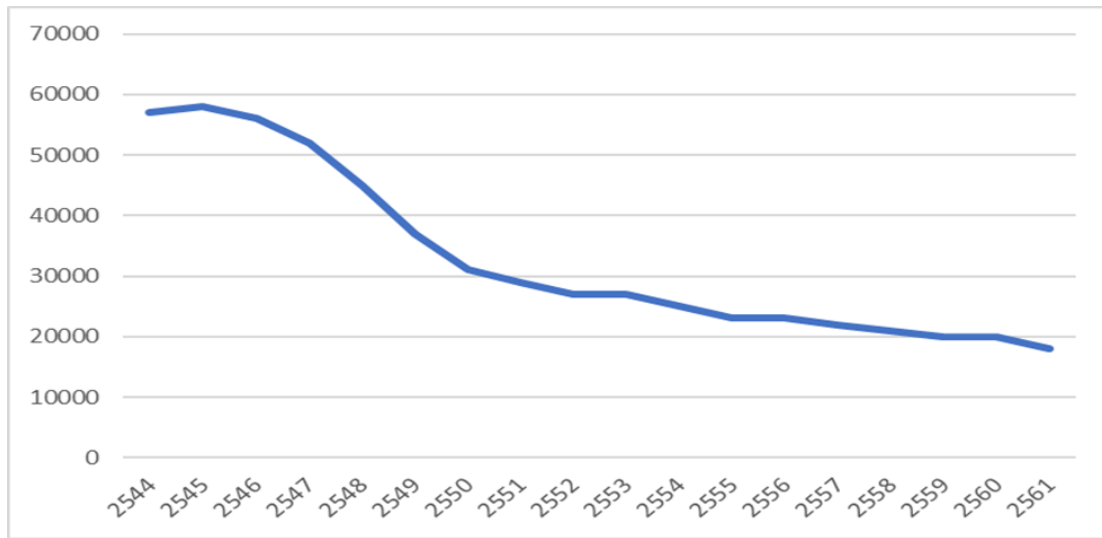
นอกจากนี้ จากการเปลี่ยนแปลงนโยบายดังกล่าวยังส่งผลกระทบต่อสัดส่วนของการเสียชีวิตที่ลดลงอีกด้วย ตัวอย่างเช่น ในปีพ.ศ.2544 มีผู้เสียชีวิตอันมีสาเหตุมาจากเอดส์ประมาณจำนวน 57,000 คน และเมื่อมาถึงปีพ.ศ.2548-2549 ที่มีการเปลี่ยนแปลงนโยบายในการเข้าถึงการรักษาในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่งผลให้จำนวนของผู้เสียชีวิตลดลงจาก 45,000 คน ในปี พ.ศ. 2548 เหลือเพียง 37,000 คน ในปี พ.ศ. 2549 และหลังจากนั้นเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงนโยบายที่ทุกคนสามารถเข้าถึงการรักษาได้ในทุกสิทธิ์การรักษาไม่ว่าจะเป็นสิทธิ์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาททุกโรค) /หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (รักษาฟรี) สิทธิ์ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ และสิทธิ์ประกันสังคม ก็ส่งผลกระทบต่อจำนวนของผู้เสียชีวิตอันมีสาเหตุจากเอดส์ภายหลังที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีจาก 31,000 คน ในปี 2550 ลดลงเหลือเพียง 18,000 คน ในปี พ.ศ.2561 (ดูแผนภูมิ 2)

แผนภูมิที่ 1 จำนวนผู้ที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและผู้ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี พ.ศ. 2544-2561



ที่มา : ปรับจากข้อมูลคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ (2560 น.15) ในส่วนของข้อมูลผู้ที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและผู้ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ปี 2544-2558, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ข้อมูลผู้ได้รับยาต้านไวรัสปี 2559-2561 และ UNAIDS (2018) ข้อมูลผู้ที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี

แผนภูมิที่ 2 สัดส่วนผู้เสียชีวิตอันมีสาเหตุจากเอดส์ภายหลังที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี พ.ศ. 2544-2561



ที่มา: ปรับจากฐานข้อมูล UNAIDS (2518) สืบค้นที่ <https://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/thailand>, วันที่สืบค้น 10 กุมภาพันธ์ 2563

หากวิเคราะห์จากข้อมูลข้างต้น พบว่า รัฐบาลกำหนดจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่สามารถเข้ารับยาต้านไวรัสได้ในจำนวนที่จำกัดในช่วงแรก ๆ ของการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวี ส่วนสำคัญมาจากราคาต้านไวรัสเอชไอวีมีราคาที่สูงมากและยาต้านไวรัสเอชไอวีฟิงที่จะมีการนำเข้ามาในประเทศไทย จึงส่งผลให้ประชาชนที่ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่ไม่สามารถเข้าถึงการรักษาได้ และในเวลาต่อมาได้มีการปรับเปลี่ยนนโยบายอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ช่วงที่องค์การเภสัชกรรมของไทยสามารถผลิตยาต้านไวรัสเอชไอวีได้เอง ทำให้ราคายามีราคาที่ถูกลงประชาชนได้มีโอกาสในการเข้าถึงยามากขึ้น การใช้ "มาตรการบังคับใช้สิทธิ" (Compulsory Licensing หรือ CL) การบรรจุให้การรักษาโรคเอดส์และการให้ยาต้านไวรัสเอชไอวีอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพแห่งชาติทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่เสียค่าใช้จ่ายในทุกสิทธิ์การรักษา ย่อมส่งผลต่อจำนวนของการเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีเพิ่มมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเจน นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อการลดจำนวนอัตราการเสียชีวิตอันมีสาเหตุจากเอดส์ลงได้อย่างมาก

หากรัฐบาลหรือกระทรวงสาธารณสุขเลือกที่จะกำหนดนโยบายใดก็จะส่งผลต่อการเพิ่มหรือลดจำนวนของผู้เข้าถึงการรักษาและจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยเช่นเดียวกัน ข้อมูลดังกล่าวจึงทำให้ได้ข้อค้นพบที่น่าสนใจ คือ ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงนโยบายสาธารณะ

สำหรับองค์ความรู้ทางนโยบายสาธารณะจะอธิบายกระบวนการนโยบาย (Policy Process) ในหลายองค์ประกอบ ซึ่งมีนักวิชาการได้อธิบายไว้แตกต่างกัน James E. Anderson (2011, p.3-5) ได้แบ่งกระบวนการนโยบาย 5 ส่วน ได้แก่ วาระนโยบาย (Policy Agenda) การกำหนดนโยบาย (Policy Formulation) การประกาศนโยบาย (Policy Adoption) การแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติ (Policy Implementation) และการประเมินนโยบาย (Policy Evaluation) ในขณะที่ Thomas R. Dye (2002, pp. 32-33, Michael E. Kraff & Scott R. Furlong, 2004, pp.78

อ้างอิงใน ศุภชัย ยาวะประภาช และปิยากร หวังมหาพร, 2555, น.6-7) ได้มีการแยกเป็นการระบุปัญหา การกำหนดนโยบาย การอนุมัตินโยบาย การนำนโยบายไปปฏิบัติ การประเมินผล นโยบาย และการเปลี่ยนแปลงนโยบาย ส่วนสมบัติ อารังธัญวงศ์ (2560, น.367) แบ่งกระบวนการนโยบายออกเป็น การก่อรูปนโยบาย การกำหนดทางเลือกและการตัดสินใจนโยบาย การนำนโยบายไปปฏิบัติ และการประเมินผลนโยบาย ขณะที่ณัฐกริช เปาอินทร์ (2561, น.54-160) แบ่งกระบวนการนโยบายได้ 5 ขั้นตอน ได้แก่ การกำหนดนโยบาย การผ่านร่างนโยบาย การนำนโยบายไปปฏิบัติ การประเมินผลนโยบาย และการพัฒนาหรือการเปลี่ยนแปลงนโยบาย

จากวรรณกรรมดังกล่าวอาจสามารถจัดกลุ่มกระบวนการนโยบายสาธารณะได้ กระบวนการระบุปัญหา การกำหนดนโยบาย การผ่านร่างนโยบายหรือการประกาศนโยบาย การนำนโยบายไปปฏิบัติ การประเมินผล/ การเปลี่ยนแปลงนโยบาย

อย่างไรก็ตาม สำหรับทฤษฎีกระบวนการนโยบายสาธารณะ (Public Policy Process) โดยภาพรวมแม้มีการนำเสนอผลกระทบเชิงบวกและเชิงลบจากนโยบายสาธารณะนั้น ๆ แต่เรื่องของผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงนโยบายน่าจะยังไม่ได้เน้นมากนัก บทความชิ้นนี้จึงต้องการที่จะลดช่องว่าง (gap) ดังกล่าว กล่าวคือ การเปลี่ยนแปลงนโยบายสาธารณะจะมีผลกระทบต่อกลุ่มเป้าหมายของนโยบายซึ่งอาจเป็นผลกระทบทางบวกหรือทางลบ

เพราะฉะนั้นข้อค้นพบจากข้อมูลในบทความฉบับนี้จึงได้ช่วยเติมเต็มช่องว่างทางทฤษฎีดังกล่าวว่า “การที่รัฐบาลมีการเปลี่ยนแปลงนโยบายสาธารณะจะมีผลกระทบต่อกลุ่มเป้าหมายของนโยบายซึ่งอาจจะเป็นผลกระทบเชิงบวกหรือเชิงลบ” การที่รัฐบาลมีการเปลี่ยนแปลงนโยบายการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวีในแต่ละรัฐบาลส่งผลกระทบต่อทั้งปริมาณและคุณภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้เข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวีทั้งสิ้น

ดังนั้น กระบวนการนโยบายสาธารณะควรมีการเพิ่มหรือให้มุ่งเน้นในเรื่อง “ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงนโยบาย (Impacts of Policy Change)” ลงไปเป็นหนึ่งในแนวคิดหรือทฤษฎีของกระบวนการนโยบายสาธารณะ (Public Policy Process) โดยควรอยู่ต่อท้ายจากกระบวนการเปลี่ยนแปลงนโยบาย ซึ่งน่าจะทำให้เป็นการศึกษากระบวนการนโยบายสาธารณะมีความครอบคลุมมากยิ่งขึ้น ดังภาพ



ภาพที่ 1 กระบวนการนโยบายสาธารณะ (Public Policy Process)

สรุป

ประเทศไทยมีพัฒนาการเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องจากยุคที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงการรักษา และประชาชนที่ยากจนก็มีข้อจำกัดในการเข้าถึงการรักษาเพราะยาต้านไวรัสมีราคาที่สูงมาก แต่รัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทยก็มีความพยายามในการศึกษาวิจัย และประสานของการสนับสนุนทางงบประมาณจากองค์การระหว่างประเทศ อย่างเช่น กองทุนโลกเพื่อต่อต้านโรคเอดส์ วัณโรคและมาลาเรีย (Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis, and Malaria-GFATM) ซึ่งเป็นองค์การหลักในการให้การสนับสนุนทางการเงิน ทำให้ได้ขยายโอกาสในการนำไปจัดทำเป็นโครงการและนโยบายต่าง ๆ ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้มีการเข้าถึงยาต้านไวรัสมากขึ้น

สำหรับพัฒนาการทางนโยบายในการเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีของประเทศ สามารถแบ่งออกได้เป็น 5 ลักษณะ ประกอบไปด้วย 1) การพัฒนาสู่วาระแห่งชาติ พัฒนาจากนโยบายที่มีข้อจำกัดการเข้าถึงสู่นโยบายระดับชาติที่ทุกคนสามารถเข้าถึงการรักษาได้แบบไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย 2) การลดการพึ่งพาวงศ์การต่างประเทศ มีการเตรียมการและการบูรณาการหน่วยงานภายในอย่างต่อเนื่อง 3) การเจาะกลุ่มเป้าหมายเฉพาะให้ตรงกับปัญหาต่าง ๆ 4) การเข้าถึงยาแบบป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อไวรัส ด้วยการให้ยาต้านไวรัสก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี และ 5) บทบาทของพระบรมวงศานุวงศ์ต่อการกำหนดนโยบายและการให้การสนับสนุนการเข้าถึงการรักษาโรคด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี

นอกจากนี้ ภายหลังจากการที่รัฐบาลได้มีการเปลี่ยนแปลงนโยบายการเข้าถึงยาต้านไวรัส ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงนโยบายอย่างต่อเนื่องตลอด 26 ปี (พ.ศ. 2535-2561) พบว่า มีผลกระทบในเชิงบวกต่อการเพิ่มจำนวนของการเข้าถึงการรักษาได้อย่างมากและยังมีผลกระทบต่อการลดอัตราการเสียชีวิตอันมีสาเหตุจากเอดส์ที่ให้ได้อย่างชัดเจนอย่างมาก ซึ่งข้อค้นพบดังกล่าวนี้สามารถที่จะอธิบายช่องว่าง (gap) ทางทฤษฎีของกระบวนการนโยบาย (Public Policy Process) ซึ่งไม่ได้มีการมุ่งเน้นมากนัก คือ การเปลี่ยนแปลงนโยบายสาธารณะจะมีผลกระทบต่อกลุ่มเป้าหมายของนโยบายซึ่งอาจเป็นผลกระทบทางบวกหรือทางลบ

ดังนั้น กระบวนการทางนโยบายสาธารณะควรมีการเพิ่มหรือมุ่งเน้นในเรื่อง **ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงนโยบาย (Impacts of Policy Change)** ลงไปเป็นหนึ่งในแนวคิดหรือทฤษฎีของกระบวนการนโยบายสาธารณะ (Public Policy Process)

บรรณานุกรม

- กลุ่มพัฒนาวิชาการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดชลบุรี. (2556). *ประสิทธิผลการพัฒนาหลักประสานงานการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดชลบุรี*. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดชลบุรี.
- คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์. (2560). *ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ.2560-2573*. ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

- ณัฐกริช เปาอินทร์. (2561). *นโยบายสาธารณะ การวางแผน และการจัดการเชิงกลยุทธ์*. กรุงเทพฯ ฯ: โรงพิมพ์รัตนไทร.
- ไทยเตรียมทางบลู ‘เอดส์ วัณโรค มาลาเรีย’ หลังกองทุนโลกเลิกสนับสนุน. (2015, 1 กุมภาพันธ์). สืบค้นจาก <https://www.hfocus.org/content/2015/12/11411>.
- ไทยรัฐออนไลน์. (2554, 9 กุมภาพันธ์). *ยูเอ็น ถวายโล่ประกาศเกียรติคุณ พระองค์โสม จากการทำงานด้านเอดส์ ต่อเนื่อง 20 ปี*. สืบค้นจาก <https://www.thairath.co.th/lifestyle/woman/151052>.
- ไทยรัฐออนไลน์. (2562, 9 กุมภาพันธ์). *กรมหมื่นสุทธนารีนาถ ทูลสั่งถวไมตรีของโครงการเอดส์ แห่งสหประชาชาติ*. สืบค้นจาก <https://www.thairath.co.th/news/royal/1694215>.
- ธนาคารโลก. (2546). *เศรษฐศาสตร์ของการรักษาเอดส์อย่างมีประสิทธิภาพ การประเมินทางเลือก นโยบายสำหรับประเทศไทย*. ธนาคารระหว่างประเทศเพื่อการฟื้นฟูและพัฒนา/ ธนาคารโลก. วอชิงตัน ดีซี.
- นิตยา ภาณุภาค. (2555). *สรุปประเด็นสำคัญในการเสวนาเอดส์ ครั้งที่ 1-4 วันจันทร์ที่ 9 มกราคม 2555 ณ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข*. สืบค้นจาก <https://www.redcross.or.th/article/15421>
- ประพันธ์ ภาณุภาค. (2555). *ยาต้านไวรัสชีวิตใหม่ของผู้ติดเชื้อ HIV. ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย*. สืบค้นจาก <https://www.redcross.or.th/article/50961>
- ผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรม. (2561). *การให้สัมภาษณ์ของผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรม ในรายการเดินหน้าประเทศไทย หัวข้อยาต้านไวรัสเอดส์, 28 ธันวาคม 2561*.
- ศุภชัย ยาวะประภาษและปิยากร หวังมหาพร. (2555). *นโยบายสาธารณะระดับท้องถิ่นไทย*. กรุงเทพฯ: บริษัท จุดทอง จำกัด.
- ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย. (2562, 15 ธันวาคม). *3 ปีเพรีพพระองค์โสมฯ ประชาชนและประเทศชาติได้อะไร*. สืบค้นจาก <https://www.redcross.or.th/news/information/8409/>
- ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย. (2562, 9 กุมภาพันธ์). *เพรีพ (PrEP), เป็ป (PEP) คืออะไร*. สืบค้นจาก <https://th.trcarc.org/th/clinic/prep-pep/386-prep-pep>.
- สมบัติ อารงธัญวงศ์. (2560). *นโยบายสาธารณะ แนวความคิด การวิเคราะห์ และกระบวนการ*. (พิมพ์ครั้งที่ 29). กรุงเทพฯ ฯ: สำนักพิมพ์เสมาธรรม.
- สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล ประเทศไทย. (2549, 16 ธันวาคม). *การติดตามการใช้ยาของผู้ป่วย ผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่ได้รับยาต้านไวรัส*. สืบค้นจาก https://www.thaihp.org/index.php?option=other_detail&lang=th&id=47&sub=26.
- สำนักงานบริหารโครงการกองทุนโลก กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (ม.ป.พ.). *การดำเนินงานโครงการต้านเอดส์ วัณโรค และมาลาเรีย ที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลกภายใต้การดำเนินงานโดยกรมควบคุมโรค*. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2563, 15 พฤษภาคม). พระเจ้าวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าโสมสวลี กรมหมื่นสุทธนารีนาถ เสด็จมาทรงปฏิบัติพระกรณียกิจด้านการป้องกันเอชไอวีในภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก ณ กรุงเนปยีดอ สาธารณรัฐแห่งสหภาพเมียนมา. สืบค้นจาก <https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/04/139904/>
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2561, 25 กันยายน). บริการข้อมูลข่าวสารสารสนเทศ การให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี. สืบค้นจาก <http://napdl.nhso.go.th/NAPWebReport/>.
- สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2547). แนวทางการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อย่างครบวงจรและต่อเนื่อง พ.ศ. 2547. กระทรวงสาธารณสุข.
- _____. (2557). แนวทางการตรวจรักษาป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประจำปี 2557. กระทรวงสาธารณสุข.
- _____. (2561). แนวทางการจัดบริการการป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีในประชากรที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทยปี 2561. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2558). โครงการยุติปัญหาวัณโรคและเอดส์ ชุดบริการ. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- สุพัตรา ศรีวณิชชากร, บังอร เทพเทียน, พัทธวีรมล ศุภลักษณ์ศึกษากร, กุมารี พัทธนี, และภูษิต ประคองสาย. (2557). ประเทศไทยประสบความสำเร็จมากน้อยเพียงใดภายใต้แผนยุทธศาสตร์เอดส์ ชาติ พ.ศ. 2550 ถึง 2554. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 23(1), 162.
- หมอชาวบ้าน. (2550, 16 ธันวาคม). ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. สืบค้นจาก <https://www.doctor.or.th/clinic/detail/7480>.
- Adam Oliver & Elias Mossialos. (2004). *Equity of access to health care: outlining the foundations for action*. *Journal Epidemiol Community Health*. 58, PP. 655-658. doi: 10.1136/jech.2003.017731
- Alexandre Grangeriro, Lucina Teixeira, Francisco I. Bastos & Paulo Teixeira. (2006). *Sustainability of Brazilian policy for access to antiretroviral drugs*. *Revista de Saúde Pública*. 40 (Sup). pp.1-10. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006000800009>
- Antiretroviral Treatment in Thailand*. United Nations Development Programme.
- Cristian Timmermann and Henk van den Belt. (2013). Intellectual Property and Global Health: From Corporate Social Responsibility to the Access to Knowledge Movement. *Liverpool Law Rev*. Springer, 34, 47-73.
- Jacqineau Azetsop & Blondin A Diop. (2013). Access to antiretroviral treatment, issues of well-being and public health governance in Chad: what justifies the limited success of the universal access policy?. *PHILOSOPHY, ETHICS AND HUMANITIES IN MEDICINE*. 8:8. Retrieved from <http://www.peh-med.com/content/8/1/8>



- James E. Anderson. (2011). *Public Policymaking*. Boston: Wadsworth Cengage Learning.
- Sarada P. Wast, Padam Simkhada, Julian Randall, Jennifer V. Freeman and Edwin van Teijlingen, (2012). Factor Influenceing Adherence to Antiretroviral Treatment in Nepal: A Mixed- Methods Study. *Plos ONE*. 7(5), May.
- Sophie Desmonde, Franck Tanser, Rachel Vreeman, Elom Takass, Andrew Edmonds, Pagakro Lumbiganon, Jorge Pinto, Karen Malateste, Catheine McGowan, Azar Kariminia, Marcel Yotebieng, Fatoumata Dicko, Constantin Yiannoutsos, Mwangelwa Mubiana-Mbewe, Kara Wools-Kaloustian, Mary-Ann Davies, and Valeriane Leroy. (2018). Access to antiretroviral therapy in HIV-infected children aged 0-19 years in the International Epideminology Database to Evaluate AIDS (IeDEA) Global Cohort Consortium, 2000-2015: A Prospective cohort study. *POLS MEDICINE*. 15(5) May 4. Retrieved from <http://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002565>
- The Global Network of People Living with HIV(GNP+). (2013). *Access Challenges for HIV Treatment among People Living with HIV and Key Population on Middle-income Countries*. Policy Brief, October 2013. The Global Network of People Living with HIV (GNP+).
- UNAIDS. (2018). *FACT SHEET 2018*. UNAIDS. Switzerland: UNAIDS.
- _____. (2518). HIV and AIDS Estimates. (February, 10, 2020) Retrieved from <https://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/thailand>
- United Nations Development Programme. (2017). *The Journey Of Universal Access to Antiretroviral Treatment in Thailand*. Retrieved from https://www.thundp.org/content/thailand/en/home/library/hiv_aids/the-journey-of-universal-access-to-antiretroviral-treatment-in-t.html
- World Health Organization Thailand. (2018). *HIV and AIDS*. (December 13, 2018). Retrieved from <http://www.searo.who.int/thailand/areas/hivaids/en/>.
- World Health Organization. (2011). *World Health Organization brief on Antiretroviral Treatment (ART) in and TB prevention*. January, 2011. Switzerland: World Health Organization.