

การศึกษาารูปแบบบริการการให้ยาป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนการสัมผัสเชื้อ ประเทศไทย

A study on service models for pre-exposure prophylaxis (PrEP) provision in Thailand

เพลินพิศ พรหมมะลิ^{1*}ชีวันนัท เลิศพิริยสุวัฒน์²สุชาดา เจียมศิริ³ยุทธภูมิ ศรีคำจัน¹¹กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

กรมควบคุมโรค

²สำนักงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ

กรมควบคุมโรค

³สำนักงานความร่วมมือระหว่างประเทศ

กรมควบคุมโรค

Plearnpit Prommali^{1*}Cheewanan Lertpiriyasuwat²Suchada Jiamsiri³Yutthapoom Srikhamjean¹¹Division of AIDS and STIs,

Department of Disease Control

²Office of Senior Expert Committee,

Department of Disease Control

³Office of International Cooperation,

Department of Disease Control

*Corresponding author e-mail: puh_1004@yahoo.com

DOI: 10.14456/taj.2026.1

Received: July 22, 2025 Revised: October 2, 2025 Accepted: October 7, 2025

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อศึกษารูปแบบการจัดบริการยาป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนการสัมผัสเชื้อ (pre-exposure prophylaxis, PrEP) และเพื่อศึกษาอุปสรรคและข้อเสนอแนะการจัดบริการ PrEP ในประเทศไทย กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ในหน่วยบริการนำร่องจัดบริการ PrEP ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และมีความสนใจในการให้ข้อมูล จำนวน 129 คน จากหน่วยบริการ 110 แห่ง เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสำรวจ และแบบสัมภาษณ์ที่สหวิชาชีพหน่วยบริการสุขภาพ 12 แห่ง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพแบบการจัดกลุ่มข้อมูล ผลการศึกษา พบว่า การจัดบริการ PrEP แบ่งเป็น 3 รูปแบบ ได้แก่ (1) หน่วยบริการเป็นผู้จัดบริการ (2) หน่วยบริการรับส่งต่อจากองค์กรภาคประชาสังคม หรือแกนนำชุมชนหรืออื่นๆ และ (3) หน่วยบริการร่วมจัดบริการกับองค์กรภาคประชาสังคม โดยมีการจัดบริการ PrEP ที่คลินิกยาต้านไวรัสเอชไอวีมากที่สุด รองลงมา คือ คลินิกให้บริการปรึกษา และคลินิกเฉพาะที่ให้บริการ PrEP คิดเป็นร้อยละ 81.40, 45.74 และ 34.88 ตามลำดับ กลุ่มเป้าหมายที่รับบริการเป็นกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายมากที่สุด รองลงมา คือ กลุ่มคู่ผลเลือดต่าง และกลุ่มหญิงข้ามเพศ คิดเป็นร้อยละ 17.32, 16.24 และ 14.34 ตามลำดับ และการค้นหากลุ่มเป้าหมายเข้าสู่บริการ PrEP ส่วนใหญ่มาจากการชวนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมาตรวจเอชไอวี รองลงมา มาจากการประสานและส่งต่อกับจุดอื่นๆ ในหน่วยบริการ และจากการทำงานเชิงรุกร่วมกับองค์กรภาคประชาสังคม คิดเป็นร้อยละ 80.62, 74.42 และ 46.51 ตามลำดับ ทว่ายังมีข้อจำกัดในการพัฒนารูปแบบวิธีการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย เรื่องอัตราค่าจ้าง ช่องทางการเข้าถึงบริการ และการติดตามและเลือกปฏิบัติ ผู้ให้บริการบางส่วนยังมีความกังวลและไม่มั่นใจในการให้บริการ โดยมีข้อเสนอเพิ่มหน่วยบริการ PrEP สร้างความร่วมมือประสานส่งต่อและร่วมจัดบริการกับองค์กรภาคประชาสังคมและหน่วยบริการในชุมชน เร่งสร้างความเข้าใจในกลุ่มบุคลากร

ถึงความสำคัญในการจัดบริการ ประชาสัมพันธ์สร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับยา PrEP ที่สามารถเลือกใช้ร่วมไปกับวิธีการป้องกันอื่นๆ อย่างเหมาะสม

Abstract

This descriptive study aimed to examine models of pre-exposure prophylaxis (PrEP) service delivery and to explore challenges and recommendations for PrEP implementation in Thailand. The study included 129 personnel from 110 pilot PrEP service units under Thailand's National Health Security Office (NHSO) who voluntarily participated. Data were collected through surveys and interviews conducted with multidisciplinary teams in 12 health service facilities. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, while qualitative data were analyzed through thematic analysis. The findings revealed that PrEP services were delivered through three primary models: (1) healthcare facilities independently providing PrEP services, (2) healthcare facilities receiving referrals from civil society organizations (CSOs), community leaders, or other groups, and (3) healthcare facilities co-delivering PrEP services in partnership with CSOs, where clients accessed PrEP through these organizations. The majority of PrEP services were delivered in HIV Antiretroviral (ARV) clinics (81.40%), followed by counseling clinics (45.74%), and specialized PrEP clinics (34.88%). The most frequently served client groups were men who have sex with men (MSM) (17.32%), followed by serodiscordant couples (16.24%) and transgender women (14.34%). The most common outreach method was index testing (80.62%), where partners of people living with HIV were encouraged to undergo HIV testing. Additional approaches included intra-facility referrals (74.42%) and proactive collaboration with CSOs (46.51%). However, challenges remained in developing effective strategies to reach key populations, including limited workforce capacity, restricted service access channels, and persistent stigma and discrimination. Some providers reported concerns and limited confidence in delivering PrEP. To enhance service accessibility and effectiveness, the study suggests expanding the number of PrEP service facilities, strengthening collaborations between healthcare facilities and CSOs, strengthening provider capacity and awareness of the importance of PrEP, and promoting accurate public understanding of PrEP as part of a comprehensive HIV prevention strategy in Thailand.

คำสำคัญ

รูปแบบบริการ; เอชไอวี;
ยาป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนการสัมผัสเชื้อ;

Keywords

service model; HIV;
pre-exposure-prophylaxis (PrEP)

บทนำ

จากสถานการณ์การระบาดของเอชไอวีในประเทศไทยที่การติดเชื้อส่วนใหญ่ยังคงสูงในกลุ่มประชากรหลัก คาดประมาณว่าในปี พ.ศ. 2566⁽¹⁾ ร้อยละ 67.70 ของจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่อยู่ในกลุ่มประชากร

ที่มีโอกาสเสี่ยงสูงในการรับเชื้อเอชไอวี กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (men who have sex with men, MSM) ร้อยละ 51.60 พนักงานบริการชาย (male sex workers, MSW) ร้อยละ 8.30 หญิงข้ามเพศ (transgender woman, TGW) ร้อยละ 2.40 ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด (people who inject drugs, PWID) ร้อยละ 3.20 ลูกค้/ผู้ซื้อบริการ

ทางเพศ ร้อยละ 1.50 และพนักงานบริการหญิง (female sex workers, FSW) ร้อยละ 0.40 อีกร้อยละ 32.30 เป็นการติดเชื้อในชายและหญิงกลุ่มอื่นๆ ที่ไม่ได้มีโอกาสเสี่ยงสูงในการรับเชื้อ ณ ช่วงเวลานั้น (ร้อยละ 11.40 และ 20.80 ตามลำดับ) ปัจจุบันแม้การดำเนินงานมีความก้าวหน้ามาเป็นลำดับ แต่ความครอบคลุมในประชากรหลักที่มีภาวะเสี่ยงสูงต่อการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี ยังไม่เพียงพอที่จะไปถึงเป้าหมายการดำเนินงานเพื่อลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์-แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560-2573 ดังนั้น การจัดบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจึงนับเป็นมาตรการที่สำคัญและคุ้มค่าที่สุดในการยุติปัญหาเอดส์

กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค มีหน้าที่หลักในการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในประเทศไทย มุ่งเน้นสร้างความเข้มแข็งให้แก่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมถึงเครือข่ายองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถให้บริการและดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรเป้าหมายที่มีความเสี่ยงสูง เช่น กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย พนักงานบริการ และกลุ่มเยาวชน เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งและเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงาน โดยทำงานร่วมกับเครือข่ายภาคส่วนต่างๆ ดังนี้ (1) หน่วยงานภาครัฐ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล สำนักงานป้องกันควบคุมโรค และกรมราชทัณฑ์ (2) ภาคเอกชน ได้แก่ องค์กรพัฒนาเอกชน (non-governmental organizations, NGOs) และองค์กรภาคประชาสังคม (civil society organizations, CSOs) ที่ทำงานด้านเอดส์และสุขภาพทางเพศ เช่น สมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทย มูลนิธิรักไทย และมูลนิธิเพื่อนพนักงานบริการ (3) องค์กรระหว่างประเทศ ได้แก่ โครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, UNAIDS) องค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (United Nations Children's Fund, UNICEF) และศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข (Thailand MOPH U.S.

CDC Collaboration, TUC) และ (4) ชุมชน ได้แก่ เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และเครือข่ายเยาวชนที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี

การจัดบริการยาป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ก่อนการสัมผัสเชื้อ (pre-exposure prophylaxis, PrEP) คือ กระบวนการให้บริการยาด้านไวรัสสำหรับผู้ที่ยังไม่ติดเชื้อเอชไอวีแต่มีความเสี่ยงสูง เพื่อลดโอกาสในการรับเชื้อจากการสัมผัสเชื้อ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีแบบองค์รวม องค์การอนามัยโลกแนะนำให้ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ใชยาป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนการสัมผัสเชื้อในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี⁽²⁾ ยา PrEP ประกอบด้วย ยาด้านไวรัส 2 ชนิด ได้แก่ ยาเอมเทโอฟเวียร์ (FTC) 200 มิลลิกรัม และยาทีโนโฟเวียร์ (TDF) 300 มิลลิกรัม การรับประทาน PrEP ในปัจจุบันมี 2 รูปแบบ ได้แก่ รับประทานแบบทุกวัน (daily PrEP) และรับประทานเฉพาะช่วง (on-demand PrEP) ประเทศไทยร่วมกับนานาชาติศึกษาวิจัยประสิทธิภาพของ PrEP ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี พบว่า มีประสิทธิผลและใช้กันอย่างแพร่หลายในหลายประเทศ^(3,4) ตั้งแต่ พ.ศ. 2553 จากการศึกษาการประเมินความคุ้มค่าของการบริการยาป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนการสัมผัสเชื้อ พบว่าการให้บริการ PrEP ในประชากรกลุ่มเสี่ยง มีความคุ้มค่าในบริบทของประเทศไทย⁽⁵⁾ และสามารถลดจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีลงได้ในอนาคต ในปี พ.ศ. 2559 คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ (คช.ปอ.) มีมติเห็นชอบในหลักการเชิงนโยบายว่า การใช้ยา PrEP สำหรับกลุ่มประชากรผู้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี เป็นมาตรการเสริมในการป้องกันเอชไอวีที่มีประสิทธิภาพ และด้วยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ทำให้ PrEP เป็นที่รู้จักแพร่หลายมากขึ้น และบังเกิดผลในเชิงนโยบาย ในปี พ.ศ. 2563 ประเทศไทยมีนโยบายจัดบริการ PrEP ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติงบประมาณจากกองทุนเอชไอวี/เอดส์ประเทศไทย ประชาชนไทยทุกคนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสามารถรับบริการ PrEP ได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายในหน่วยบริการสุขภาพ

ทุกแห่งที่ร่วมโครงการจัดบริการ PrEP โดยเบิกค่าบริการปรึกษา ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ และยา PrEP จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)⁽⁶⁾ โดยรายงานผลการจัดบริการในโปรแกรมระบบสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์แห่งชาติ หรือ National AIDS Program (NAP) ในปี 2563 มีหน่วยบริการเข้าร่วมโครงการฯ จำนวน 49 แห่ง จาก 21 จังหวัด ภายใต้การจัดทำแนวทางการจัดบริการ PrEP ประเทศไทย พ.ศ. 2561 และปรับปรุงในปี พ.ศ. 2564 และในปี พ.ศ. 2566 กระทรวงสาธารณสุข ได้ออกแนวทางการให้บริการยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี สำหรับสถานพยาบาลและองค์กรภาคประชาสังคม⁽⁷⁾ เกิดความร่วมมือจัดบริการที่ช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการ PrEP จนในปี พ.ศ. 2566 มีหน่วยบริการสมัครเข้าร่วมจัดบริการ PrEP ทั้งสิ้น 561 แห่ง ครอบคลุม 77 จังหวัดทั่วประเทศ แต่พบว่า มีหน่วยบริการเพียง 190 แห่ง ที่รายงานจำนวนผู้รับบริการ PrEP ทั้งสิ้น 26,619 คน คิดเป็น ร้อยละ 46.70 ของเป้าหมายปี พ.ศ. 2566 (เป้าหมาย 57,000 คน)⁽⁸⁾ โดยผู้รับบริการเป็นกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายมากที่สุด

จากความสำคัญดังกล่าวข้างต้นและการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ยังไม่เคยมีการศึกษารูปแบบ อุปสรรค และข้อเสนอแนะการจัดบริการ PrEP ของหน่วยบริการที่เข้าร่วมจัดบริการ PrEP ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ภายหลังบริการ PrEP ถูกรวมในชุดสิทธิประโยชน์ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมาก่อน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษารูปแบบบริการการให้ยาป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนการสัมผัสเชื้อ ประเทศไทยภายหลังจากสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งผลการศึกษานี้คาดว่าจะจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างเป็นรูปธรรมต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

1. รูปแบบการศึกษา

การศึกษาดังนี้เป็นการศึกษาแบบผสมผสาน (mixed methods research) ดำเนินการเก็บข้อมูล

เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพร่วมกัน ระหว่างเดือนกันยายน - ธันวาคม 2566

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ คือ บุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติหน้าที่ที่หน่วยบริการนำร่องจัดบริการ PrEP ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผู้สมัครใจในการให้ข้อมูลและข้อมูลสมบูรณ์ครบถ้วน จำนวน 129 คน เชิงคุณภาพ คือ ตัวแทนบุคลากรสุขภาพสหสาขาวิชาชีพของหน่วยบริการสุขภาพ 12 แห่ง แห่งละ 5-7 คน ครอบคลุมพื้นที่ 4 ภาค และกรุงเทพมหานคร โดยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1) เชิงปริมาณ ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง 2 ขั้นตอน คือ (1) คัดเลือกหน่วยบริการที่ยินดีตอบแบบสำรวจ จำนวน 110 แห่ง จาก 190 แห่ง และ (2) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติหน้าที่ที่หน่วยบริการนำร่องจัดบริการ PrEP ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสมัครใจในการตอบแบบสำรวจ จำนวน 135 คน ข้อมูลสมบูรณ์ครบถ้วน จำนวน 129 คน

2) เชิงคุณภาพ คัดเลือกแบบเจาะจง ได้แก่ ตัวแทนบุคลากรสุขภาพสหสาขาวิชาชีพของหน่วยบริการสุขภาพ 12 แห่ง แห่งละ 5 - 7 คน ครอบคลุมพื้นที่ 4 ภาค และ กรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย หน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 8 แห่ง ได้แก่ (1) โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ (2) โรงพยาบาล-พิมาย จังหวัดนครราชสีมา (3) โรงพยาบาลหลวงพ่อบึง จ.นครปฐม (4) ศูนย์แพทย์ชะตงู โรงพยาบาล-ขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น (5) โรงพยาบาลอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี (6) โรงพยาบาลเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี (7) โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ และ (8) โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร สังกัด กรุงเทพมหานคร จำนวน 1 แห่ง ได้แก่ ศูนย์บริการ-สาธารณสุขที่ 21 วัดธาตุทอง สังกัดมหาวิทยาลัย จำนวน 1 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี สังกัดสภาวิชาชีพ จำนวน 1 แห่ง ได้แก่ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภาวิชาชีพ (คลินิกนิรนาม) และสังกัดเอกชน จำนวน

1 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลเซ็นทรัล ปาร์ค จังหวัดสมุทรปราการ 3. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1) แบบสำรวจหน่วยบริการสุขภาพที่ร่วมจัดบริการ PrEP ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่พัฒนาขึ้นจากทีมบุคลากรและภาคีเครือข่ายร่วมดำเนินงาน ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิ และคณะทำงานกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และองค์กรภาคประชาสังคม ผ่านความเห็นชอบจากที่ประชุมและผู้เชี่ยวชาญ เป็นแบบสำรวจรูปแบบออนไลน์ผ่าน Google Forms ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ (1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ตำแหน่ง และบทบาทหน้าที่ในการจัดบริการ PrEP (2) ข้อมูลการจัดบริการ PrEP ประกอบด้วยรูปแบบการจัดบริการ สถานที่จัดบริการภายในหน่วยบริการ กลุ่มเป้าหมาย วัน เวลา ในการให้บริการ วิธีการนัดหมายและช่องทางการเข้ารับบริการ วิธีการให้บริการระยะเวลาที่ใช้ในการให้บริการ รูปแบบการจ่ายยา (จุดจ่ายยา) รูปแบบการติดตามผู้รับบริการ และการวางแผนค้นหาในกลุ่มเป้าหมายเข้าสู่บริการ (3) ข้อเสนอแนะ/ข้อคิดเห็นต่อการจัดบริการ PrEP และ (4) รูปแบบการจัดบริการ PrEP

2) แบบสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง ประกอบด้วยประเด็นต่างๆ ได้แก่ การพัฒนารูปแบบวิธีการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ ความคิดเห็นต่อความร่วมมือจัดบริการกับองค์กรภาคประชาสังคมที่มีการขึ้นทะเบียนและทำงานร่วมกับหน่วยบริการตามเกณฑ์มาตรฐาน สปสช. การติดตามผู้รับบริการกรณีรับยาต่อเนื่องหรือกรณีผู้รับบริการหยุดยา หรือขาดการติดต่อ การสื่อสารประชาสัมพันธ์เรื่องบริการ PrEP ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการจัดบริการ

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ และร้อยละ และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพแบบการจัดกลุ่มข้อมูล

5. ขั้นตอนดำเนินงาน

1) ทบทวนสถานการณ์การจัดบริการ PrEP ประเทศไทย ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2) จัดประชุมหารือกำหนดรูปแบบ พื้นที่ดำเนินงาน ติดตามนิเทศ และชี้แจงการสำรวจข้อมูล หน่วยบริการสุขภาพที่สมัครเข้าร่วมจัดบริการ PrEP ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สมัครใจเข้าร่วมการสำรวจ

3) ออกแบบจัดทำแบบสำรวจและแบบสัมภาษณ์ และตรวจสอบความถูกต้องเชิงเนื้อหา (content validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน

4) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสำรวจออนไลน์ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ และร้อยละ และนำผลการสำรวจมาพัฒนาปรับปรุงแบบสัมภาษณ์

5) ภายหลังสรุปข้อมูลจากแบบสำรวจ ลงพื้นที่ประชุมติดตามสนับสนุนและสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมจากการสัมภาษณ์บุคลากรสุขภาพสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เทคนิคการแพทย์ เภสัชกร นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลเรื่องการเบิกจ่ายค่าใช้จ่าย/ระบบประกัน ผู้บันทึกข้อมูล และผู้เกี่ยวข้องของหน่วยบริการ

6) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากแบบสัมภาษณ์ โดยการจัดกลุ่มข้อมูล

7) สรุปและเขียนรายงานผลการดำเนินงาน

ผลการศึกษา

จากการเก็บรวบรวมข้อมูล พบว่า หน่วยบริการที่มีรายงานจัดบริการ PrEP ในฐานข้อมูล จำนวน 190 แห่ง ร่วมตอบแบบสำรวจการจัดบริการ PrEP และมีความสมบูรณ์ครบถ้วน จำนวน 110 แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน จากพื้นที่ 4 ภาคของประเทศไทย จำนวน 88 แห่ง โรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย จำนวน 4 แห่ง โรงพยาบาลเอกชน จำนวน 4 แห่ง ศูนย์บริการสาธารณสุข กทม. จำนวน 10 แห่ง องค์กรชุมชน จำนวน 2 แห่ง คลินิกนิรนาม ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย และศูนย์การแพทย์บางรักด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ คิดเป็นร้อยละ 57.89 และผู้ตอบแบบสำรวจจำนวนทั้งสิ้น 135 คน มีความสมบูรณ์ครบถ้วน จำนวน 129 คน

คิดเป็นร้อยละ 95.55 รายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป

จำแนกเป็นตำแหน่ง และบทบาทหน้าที่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 129 คน ส่วนใหญ่ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 79.07 รองลงมาคือ นักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 10.85 และเภสัชกร ร้อยละ 3.10 ตามลำดับ สำหรับบทบาทหน้าที่ พบว่า ส่วนใหญ่มีบทบาทและหน้าที่ในการให้คำปรึกษา ร้อยละ 80.62 บันทึกข้อมูล ร้อยละ 75.19 และประเมินพฤติกรรมเสี่ยง ร้อยละ 74.42

2. ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดบริการ PrEP

1) รูปแบบการจัดบริการ PrEP ของหน่วยบริการ พบว่า แบ่งเป็น 3 รูปแบบ ได้แก่ รูปแบบที่ 1 หน่วยบริการเป็นผู้จัดบริการ PrEP รูปแบบที่ 2 หน่วยบริการรับส่งต่อผู้รับบริการจากองค์กรภาคประชาสังคมหรือแกนนำชุมชน

ตารางที่ 1 สถานที่จัดบริการ PrEP (n = 129)

หน่วยจัดบริการ PrEP	จำนวน	ร้อยละ
คลินิกยาด้านไวรัส	66	51.16
คลินิกฝากครรภ์	10	7.75
คลินิกให้บริการปรึกษา	24	18.61
คลินิกเวชกรรมสังคม	6	4.65
คลินิกเฉพาะที่ให้บริการ PrEP	19	14.73
อื่นๆ	4	3.10

3) กลุ่มเป้าหมายที่ให้บริการ PrEP

ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายมากที่สุด ร้อยละ 17.83 รองลงมาคือ กลุ่มคู่อผลเลือดต่าง ร้อยละ 16.28 กลุ่มหญิงข้ามเพศ/สาวประเภทสอง ร้อยละ 14.73 ประชาชนทั่วไป ร้อยละ 13.18 พนักงานบริการหญิง ร้อยละ 12.40 พนักงานบริการชาย ร้อยละ 11.63 ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด ร้อยละ 10.08 นอกจากนั้น เป็นประชากรข้ามชาติ ผู้ป่วยในคลินิกฝากครรภ์ และผู้ต้องขัง ร้อยละ 2.33, 0.77 และ 0.77 ตามลำดับ

4) วัน - เวลา ในการให้บริการ PrEP

ส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่า ให้บริการ PrEP ทุกวัน ในเวลาราชการ (จันทร์-ศุกร์) ร้อยละ 58.91 รองลงมาคือ

หรือกลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี หรือแกนนำเยาวชน หรืออื่นๆ และรูปแบบที่ 3 หน่วยบริการร่วมจัดบริการกับองค์กรภาคประชาสังคม (ผู้รับบริการ PrEP ไปรับบริการที่องค์กรภาคประชาสังคม) ส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่า หน่วยบริการของตนจัดบริการในรูปแบบที่ 1 ร้อยละ 55.81 รองลงมาคือ จัดบริการรูปแบบที่ 1 ร่วมกับรูปแบบที่ 2 ร้อยละ 40.31 และตอบว่ามีบริการในรูปแบบที่ 2 ร้อยละ 2.32 จัดบริการในรูปแบบที่ 3 ร้อยละ 0.78 และจัดบริการรูปแบบที่ 1 ร่วมกับรูปแบบที่ 3 ร้อยละ 0.78

2) สถานที่จัดบริการ PrEP

ส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่า มีบริการ PrEP ที่คลินิกยาด้านไวรัสมากที่สุด ร้อยละ 51.16 รองลงมาคือ คลินิกให้คำปรึกษา ร้อยละ 18.61 และคลินิกเฉพาะที่ให้บริการ PrEP ร้อยละ 14.73 ดังตารางที่ 1

ให้บริการบางวันในเวลาราชการ เช่น สัปดาห์ละ 1 วัน เดือนละ 1 วัน หรือมากกว่านั้น ร้อยละ 27.91 และนอกเวลาราชการ (เสาร์-อาทิตย์ หรือวันหยุดนักขัตฤกษ์) ร้อยละ 5.43 มีบริการนอกเวลาราชการ (จันทร์-ศุกร์) ร้อยละ 4.65 และมีบริการบางวันนอกเวลาราชการ ร้อยละ 3.10

5) การนัดหมายและช่องทางเข้ารับบริการ PrEP

ส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่า มีบริการนัดหมายล่วงหน้าถึง ร้อยละ 62.02 โดยผ่านทางโทรศัพท์มากที่สุด รองลงมาผ่าน LINE/LINE OA ของโรงพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ และผ่าน facebook ของโรงพยาบาลหรือคลินิก และนัดหมายเข้ารับบริการผ่าน platform เฉพาะของโรงพยาบาล เช่น Google Forms เว็บไซต์ของหน่วยงาน

และไม่มีบริการนัดหมายล่วงหน้า ร้อยละ 37.98

6) ขั้นตอนการให้บริการ PrEP ที่หน่วยบริการ ส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่า เริ่มจากผู้รับบริการติดต่อที่ ห้องบัตร/OPD เพื่อรับเอกสาร และส่งต่อไปที่จุดให้บริการ ร้อยละ 48.06 รองลงมาคือ นัดรับบริการล่วงหน้า กับเจ้าหน้าที่ เช่น ทางไลน์/โทรศัพท์ เมื่อถึงวันนัด สามารถเดินทางไปยังจุดบริการ PrEP ได้เลย ร้อยละ 43.41 นอกจากนี้ ผู้รับบริการไปที่จุดบริการรวม จุดเดียว (one stop service) ซึ่งให้บริการ PrEP ร้อยละ 4.65 เจ้าหน้าที่ภาคประชาสังคมพาผู้รับบริการไปที่จุดบริการ PrEP ร้อยละ 3.10 และผู้รับบริการไปที่หน่วยบริการ

ขององค์กรภาคประชาสังคมที่ร่วมจัดบริการ PrEP กับ โรงพยาบาล และอาสาสมัครองค์กรภาคประชาสังคม นำยา PrEP ที่โรงพยาบาลจ่ายไปให้ผู้รับบริการ ร้อยละ 0.78

7) รูปแบบการให้บริการ PrEP ที่หน่วยบริการ ส่วนใหญ่ผู้รับบริการต้องมาที่หน่วยบริการ และต้องพบแพทย์ทุกครั้ง ร้อยละ 55.81 รองลงมาคือ ผู้รับบริการมาที่หน่วยบริการและพบแพทย์เฉพาะในครั้งแรก ครั้งต่อไป พบเจ้าหน้าที่พยาบาล ร้อยละ 24.81 และตอบว่าผู้รับบริการไม่ต้องพบแพทย์ โดยมีคำสั่ง การรักษาไว้ล่วงหน้า (standing order) พยาบาลเป็นผู้ให้บริการ ร้อยละ 9.30 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 รูปแบบการให้บริการ PrEP (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) (n=129)

รูปแบบการให้บริการ	จำนวน	ร้อยละ
- ผู้รับบริการมาที่หน่วยบริการและต้องพบแพทย์ทุกครั้ง	72	55.81
- ผู้รับบริการมาที่หน่วยบริการและพบแพทย์เฉพาะในครั้งแรก ครั้งต่อไป พบเจ้าหน้าที่พยาบาล	32	24.81
- แพทย์มีคำสั่งการรักษาไว้ล่วงหน้าและพยาบาลเป็นผู้ให้บริการ	12	9.30
- ผู้รับบริการมาที่หน่วยบริการ และพบแพทย์ในครั้งแรก ครั้งต่อไปพบแพทย์ผ่านช่องทางออนไลน์ เช่น telemedicine, LINE VDO call เป็นต้น	8	6.20
- ผู้รับบริการมาที่หน่วยบริการครั้งแรก/ทุก 6 เดือน และต่อมาไปรับบริการที่องค์กรภาคประชาสังคม	3	2.33
- จัดบริการร่วมกับองค์กรภาคประชาสังคม รับยาที่องค์กรภาคประชาสังคม	2	1.55

8) ระยะเวลาในการให้บริการ PrEP ของ หน่วยบริการ

กรณีผู้รับบริการมาครั้งแรก และการมาตรวจ ติดตาม ส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่า ใช้เวลาในการให้บริการ เสร็จใน 1 วัน ร้อยละ 93.80 รองลงมาคือ ใช้เวลา มากกว่า 1 วัน ร้อยละ 4.65 อื่นๆ ร้อยละ 1.55

9) รูปแบบการจ่ายยา PrEP

ส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่า จ่ายยาที่จุดจ่ายยาของ โรงพยาบาล ร้อยละ 52.71 รองลงมาคือ จ่ายยาที่คลินิก เฉพาะที่ให้บริการ PrEP ร้อยละ 24.81 และมีบริการ

ส่งยาทางไปรษณีย์ ร้อยละ 11.63 และเจ้าหน้าที่องค์กร ภาคประชาสังคมมารับยาที่โรงพยาบาลนำไปส่งให้ ผู้รับบริการที่หน่วยบริการองค์กรภาคประชาสังคม ร้อยละ 10.85

10) รูปแบบการติดตามผู้รับบริการ PrEP

ส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่า นัดมาตรวจติดตามที่ โรงพยาบาลทุกครั้ง ร้อยละ 81.40 นอกจากนี้มีการ ส่งผลการตรวจ HIV ด้วย HIV Self-Test ผ่านช่องทาง ออนไลน์ และส่งยาทางไปรษณีย์ ร้อยละ 6.20 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 รูปแบบการตรวจติดตามผู้รับบริการ PrEP (n=129)

รูปแบบการตรวจติดตามผู้รับบริการ PrEP	จำนวน	ร้อยละ
- นัดมาตรวจติดตาม HIV หรือ LAB อื่น ที่โรงพยาบาลทุกครั้ง	105	81.40
- ส่งผลการตรวจ HIV ด้วย HIV Self-Test ผ่านช่องทางออนไลน์ และส่งยาทางไปรษณีย์	8	6.20
- ส่งผลการตรวจ HIV หรือ LAB อื่น เช่น CrCl, STIs screening จาก LAB นอก ผ่านช่องทางออนไลน์ และส่งยาทางไปรษณีย์	6	4.65
- ส่งผลการตรวจ HIV ด้วย HIV Self-Test ผ่านช่องทางออนไลน์ และนัดรับยาที่โรงพยาบาล	5	3.88
- ส่งผลการตรวจ HIV หรือ LAB อื่น จาก LAB นอก ผ่านช่องทางออนไลน์ และนัดรับยาที่โรงพยาบาล	4	3.10
- นัดมาตรวจติดตาม HIV หรือ LAB อื่น ที่โรงพยาบาลทุกครั้ง และองค์กรภาคประชาสังคมเป็นผู้นำจ่ายยา	1	0.77

11) การวางแผนค้นหา นำกลุ่มเป้าหมายเข้าสู่ partner testing) กรณีคู่ผลเลือดต่าง ร้อยละ 80.62 รองลงมา มีการประสาน และส่งต่อกับจุดอื่น ๆ ในหน่วยบริการ เช่น

ส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่า ค้นหากลุ่มเป้าหมายจาก หน่วย STIs/ANC ร้อยละ 74.42 และทำงานเชิงรุกร่วมกับ บริการชวนคู่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมาตรวจเอชไอวี (index องค์กรภาคประชาสังคม ร้อยละ 46.51 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 รูปแบบการตรวจติดตามผู้รับบริการ PrEP (n=129)

การค้นหานำกลุ่มเป้าหมายเข้าสู่บริการ	จำนวน	ร้อยละ
- จากบริการชวนคู่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมาตรวจเอชไอวี กรณีคู่ผลเลือดต่าง	104	80.62
- มีการประสาน และส่งต่อกับจุดอื่น ๆ ในหน่วยบริการ เช่น หน่วย STIs/ANC	96	74.42
- ทำงานเชิงรุกร่วมกับองค์กรภาคประชาสังคม	60	46.51
- มีการประสานพันธมิตรรูปแบบออนไลน์ เช่น จัดกิจกรรมรณรงค์ที่หน่วยบริการ หรือมี mobile VCT	55	42.64
- ประชาสัมพันธ์บริการ PrEP ผ่านช่องทางออนไลน์เช่น สื่อ social media	5	3.88
- อื่น ๆ	7	5.43

12) วิธีการรับส่งต่อผู้รับบริการ PrEP มาที่หน่วย เป็นผู้นำและให้บริการเดินทางมายังหน่วยบริการ บริการ (เฉพาะการจัดบริการรูปแบบที่ 1 และ 2) ด้วยตนเอง ร้อยละ 48.84 และอาสาสมัครองค์กร

ส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่า ผู้รับบริการมาตรวจติดตาม ภาควิชาสังคมประสานนัดหมายผ่านโทรศัพท์ หรือ และรับยาต่อเนื่องที่หน่วยบริการด้วยตัวเองตามนัด ร้อยละ LINE กับเจ้าหน้าที่หน่วยบริการก่อนแล้วผู้รับบริการ 76.74 รองลงมา อาสาสมัครองค์กรภาคประชาสังคม ไปที่หน่วยบริการเอง ร้อยละ 41.09 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การรับส่งต่อ และการติดตามผู้รับบริการ PrEP (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) (n=129)

วิธีการติดตามผู้รับบริการ PrEP	จำนวน	ร้อยละ
- ผู้รับบริการมาตรวจติดตามและรับยาต่อเนื่องที่หน่วยบริการด้วยตัวเองตามนัด	99	76.74
- อาสาสมัครองค์กรภาคประชาสังคมแนะนำให้ผู้รับบริการไปที่หน่วยบริการเอง	63	48.84
- อาสาสมัครองค์กรภาคประชาสังคมประสานนัดหมาย (ผ่านโทรศัพท์, LINE) กับเจ้าหน้าที่หน่วยบริการก่อน แล้วผู้รับบริการไปที่หน่วยบริการเอง	53	41.09
- อาสาสมัครองค์กรภาคประชาสังคมพามาส่งที่หน่วยบริการ	41	31.78
- อาสาสมัครองค์กรภาคประชาสังคมติดต่อผู้รับบริการ และพามาตรวจติดตามและรับยาที่หน่วยบริการ	22	17.05
- ผู้รับบริการไปที่หน่วยบริการเอง	9	6.98
- ให้บริการผ่าน Drop-in center โดยมีแพทย์สั่งจ่ายยา	1	0.78
- อาสาสมัครองค์กรภาคประชาสังคมติดต่อผู้รับบริการให้มาตรวจติดตาม และไปรับยาที่หน่วยบริการเอง	16	12.40
- ติดตามผู้รับบริการผ่านระบบติดตามของหน่วยบริการ	2	1.55
- ติดตามจาก Drop-in center	1	0.78
- เจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษาทำนายและแจ้งเตือนผู้รับบริการผ่านช่องทางออนไลน์	1	0.78

3. ข้อมูลการดำเนินงานจากการสัมภาษณ์

จากการสัมภาษณ์ตัวแทนบุคลากรสุขภาพสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เทคนิคการแพทย์ เภสัชกร นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลเรื่องการเบิกจ่ายค่าใช้จ่าย/ระบบประกัน ผู้บันทึกข้อมูล และผู้เกี่ยวข้องของหน่วยบริการ สรุปประเด็นได้ดังนี้

ปัญหาและอุปสรรค

1) การพัฒนารูปแบบวิธีการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย มีข้อจำกัดเรื่องอัตรากำลัง ช่องทางการเข้าถึงบริการ และการติดตามและเลือกปฏิบัติ

2) ปัญหาเกี่ยวกับความกังวลใจ/ไม่มั่นใจ ในคุณภาพการจัดบริการ PrEP ขององค์กรภาคประชาสังคม

3) อุปสรรคด้านบุคลากร เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการมีภาระงานมาก รับผิดชอบหลายงาน ไม่สามารถติดตามผู้รับบริการขาดนัดกรณีรับยาต่อเนื่องได้ทุกราย

4) อุปสรรคด้านหน่วยบริการ หน่วยบริการได้รับการพัฒนาศักยภาพในการเข้าร่วมจัดบริการ แต่ยังไม่พร้อมให้บริการจริง และเวลาของการเปิด-ปิดให้บริการไม่ตรงความต้องการของผู้รับบริการ และผู้รับบริการส่วนใหญ่มาไม่ตรงตามนัดหมาย

ข้อเสนอแนะ

1) เพิ่มการสื่อสารและช่องทางประชาสัมพันธ์ สร้างความรู้ความเข้าใจเรื่อง PrEP มากขึ้น ในกลุ่มประชาชนทั่วไป การนำ standing order และระบบ tele-medicine/tele-PrEP มาใช้ รวมถึงการขยายหน่วยบริการ PrEP ไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิ (primary care unit, PCU) ในเครือข่ายของโรงพยาบาล และการจัดอบรมลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ

2) จัดตั้งระบบพี่เลี้ยง (mentorship program) โดยให้บุคลากรจากโรงพยาบาลเป็นพี่เลี้ยงให้กับบุคลากรในคลินิกชุมชน เพื่อถ่ายทอดความรู้และช่วยแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าในการให้บริการ

3) พัฒนาระบบการแจ้งเตือนอัตโนมัติ โดยใช้ระบบ SMS หรือแอปพลิเคชัน LINE OA เพื่อส่งข้อความเตือนนัดหมายให้ผู้รับบริการล่วงหน้า ซึ่งช่วยลดภาระการโทรศัพท์ติดตามของเจ้าหน้าที่ และพัฒนาฐานข้อมูล

กลางสำหรับผู้รับบริการ PrEP ที่เชื่อมโยงระหว่างคลินิกและโรงพยาบาล ทำให้สามารถติดตามประวัติและพฤติกรรมกรรับยาได้อย่างครบถ้วน แม้ผู้รับบริการจะเปลี่ยนสถานที่รับบริการ

4) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้แก่บุคลากรของหน่วยบริการโดยเน้นการฝึกปฏิบัติจริง เช่น การจำลองสถานการณ์การให้บริการ PrEP ในแต่ละขั้นตอน เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับเจ้าหน้าที่ก่อนเริ่มให้บริการจริง

วิจารณ์

การศึกษานี้มีลักษณะเป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ (operational level) มากกว่าเชิงนโยบาย (policy level) มุ่งเน้นไปที่การทำความเข้าใจปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นจริงในระดับหน่วยบริการ และการจัดการของบุคลากรผู้ให้บริการเป็นสำคัญ โดยมีจุดเด่น คือ (1) สะท้อนมุมมองจากผู้ปฏิบัติงานจริง ข้อมูลที่น่าเชื่อถือ ล้วนมาจากประสบการณ์ตรงของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ทำให้สามารถระบุปัญหาที่แท้จริงและเป็นรูปธรรมได้ เช่น ภาระงานที่มากเกินไป ปัญหาด้านทัศนคติของเจ้าหน้าที่ หรือความไม่สอดคล้องของเวลาทำการกับผู้รับบริการ (2) ให้ข้อเสนอแนะที่นำไปใช้ได้จริง ข้อเสนอแนะมีความเป็นไปได้ในการนำไปปรับใช้ในระดับหน่วยบริการทันที เช่น การใช้เทคโนโลยีช่วยติดตาม การขยายเวลาให้บริการ หรือการสร้างระบบพี่เลี้ยงให้แก่คลินิกชุมชน และมีจุดด้อย คือ ขาดการวิเคราะห์เชิงนโยบาย เนื้อหาไม่ได้ลงลึกถึงปัญหาเชิงระบบในภาพรวม เช่น ปัญหาการเบิกจ่าย การชดเชยค่าบริการ หรือการติดตามประเมินผลจากส่วนกลาง ทำให้การศึกษามีขอบเขตจำกัด และไม่สามารถสะท้อนภาพรวมของผลกระทบจากนโยบายได้

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การจัดบริการ PrEP แบ่งเป็น 3 รูปแบบ ได้แก่ รูปแบบที่ 1 หน่วยบริการเป็นผู้จัดบริการเอง ข้อดี คือ ผู้รับบริการให้ความเชื่อถือ บริการมาตรฐานแบบครบวงจร และแพทย์สามารถเข้าถึงประวัติผู้รับบริการและได้รับการดูแลแบบองค์รวม ข้อเสีย คือ ผู้รับบริการอาจรู้สึกไม่สะดวกใจที่จะเข้าไป

รับบริการที่โรงพยาบาลหรือคลินิก โดยเฉพาะกลุ่มประชากรหลัก ซึ่งอาจกังวลเรื่องการตีตรา (stigma) และความเป็นส่วนตัว รวมถึงความแออัดและเวลาที่จำกัด รูปแบบที่ 2 หน่วยบริการรับส่งต่อผู้รับบริการจากองค์กรภาคประชาสังคม หรือแกนนำชุมชน หรืออื่นๆ ข้อดีคือ องค์กรภาคประชาสังคม/แกนนำชุมชน มีความใกล้ชิดกับกลุ่มเป้าหมายที่มีพฤติกรรมเสี่ยง ทำให้สามารถเข้าถึงและดึงดูดกลุ่มคนที่ไม่กล้าไปโรงพยาบาลได้ดี และลดภาระงานของหน่วยบริการ ข้อเสียคือ หน่วยบริการต้องมีระบบการรับส่งต่อผู้ป่วยที่ชัดเจนและมีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล รูปแบบที่ 3 หน่วยบริการร่วมจัดบริการกับองค์กรภาคประชาสังคม ข้อดีคือ สะดวกและเข้าถึงง่ายที่สุด ลดการตีตราและความกังวลของผู้รับบริการ และเพิ่มการมีส่วนร่วมของชุมชน ส่งผลให้เกิดความยั่งยืนในระยะยาว ข้อเสียคือ หน่วยบริการต้องมั่นใจว่า องค์กรภาคประชาสังคมมีบุคลากรที่มีความสามารถและมีมาตรฐานในการให้บริการตามที่กำหนดไว้ เพื่อไม่ให้เกิดความผิดพลาดในการให้คำปรึกษา การตรวจคัดกรอง และการจ่ายยา และต้องมีการวางระบบการเบิกจ่ายค่าบริการและค่ายาจาก สปสช. ให้ชัดเจนและถูกต้อง เพื่อไม่ต้องแบกรับภาระทางการเงิน ซึ่งรูปแบบที่พบมากที่สุดคือ รูปแบบที่ 1 และรูปแบบที่ 1 ร่วมกับรูปแบบที่ 2 ที่เป็นการรับส่งต่อผู้รับบริการจากองค์กรภาคประชาสังคม โดยบทบาทขององค์กรภาคประชาสังคมคือ จะเป็นผู้เริ่มต้นกระบวนการ “เข้าถึง-ให้ข้อมูล-คัดกรอง-ส่งต่อ” ส่วนหน้าที่ “ตรวจ-วินิจฉัย-รักษา-ติดตาม” จะเป็นของหน่วยบริการ ซึ่งองค์กรภาคประชาสังคมจะสามารถเข้าถึง ให้ความรู้ และช่วยส่งต่อหรือนำพาผู้รับบริการทำให้เพิ่มการเข้าถึงบริการ สอดคล้องกับชีวิตนันท เลิศพิริยสุวัฒน์ และคณะ⁽⁹⁾ ที่พบว่า การขยายการเข้าถึงและเพิ่มการใช้ PrEP ผ่านการเร่งขยายความร่วมมือการให้บริการ PrEP ระหว่างสถานพยาบาลภาครัฐและองค์กรภาคประชาสังคม จะเป็นปัจจัยสำคัญในการขยายโครงการ PrEP ในประเทศไทยให้ครอบคลุมยิ่งขึ้น รวมถึงสามารถลดข้อจำกัดในด้านการให้บริการส่วนใหญ่ให้บริการที่คลินิกยาต้านไวรัสที่จะมีจำนวน

ผู้รับบริการที่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มากอยู่แล้ว ด้วยบริบทของสถานพยาบาลที่มีการึกจมาก มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและส่วนใหญ่ให้บริการเฉพาะในเวลาราชการ ซึ่งไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตการดำเนินชีวิตของกลุ่มประชากรหลักที่เป็นกลุ่มที่รับบริการ PrEP มากที่สุด รวมถึงการให้บริการส่วนใหญ่เป็นการนัดหมายล่วงหน้า เนื่องจากหลายหน่วยบริการเปิดบริการ PrEP เฉพาะบางวัน ซึ่งมีข้อดีในส่วนของวางแผนและการรองรับผู้รับบริการ อย่างไรก็ตาม รูปแบบบริการส่วนใหญ่ยังคงคล้ายกับบริการสุขภาพอื่นๆ ที่ผู้รับบริการต้องพบแพทย์ทุกครั้ง และรับยาที่จุดจ่ายยาของโรงพยาบาลเท่านั้น ซึ่งนอกจากจะต้องไปรับบริการหลายจุดแล้วเวลาในการรับบริการยังค่อนข้างนานอีกด้วย ข้อเสนอแนะคือ ใช้คำสั่งการรักษาล่วงหน้า หรือการบริการรวมจุดเดียว สอดคล้องกับ Zablotska และคณะ⁽¹⁰⁾ ที่เสนอตัวอย่างรูปแบบการให้บริการ PrEP ที่นำโดยพยาบาล ซึ่งได้ถูกจัดตั้งขึ้นในรัฐนิวเซาท์เวลส์ ประเทศออสเตรเลีย เพื่อสนับสนุนการขยายการเข้าถึง PrEP อย่างรวดเร็ว ในรูปแบบการแบ่งหน้าที่ พยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบบริการที่เกี่ยวข้องกับ PrEP ทั้งหมด และมีการนำรูปแบบนี้ไปใช้ในคลินิกของรัฐประสบผลสำเร็จ โดยได้รับการสนับสนุนอย่างกว้างขวางจากทุกภาคส่วน นอกจากนั้น อาจพิจารณาทางเลือกอื่นๆ เช่น การให้บริการ PrEP โดยเภสัชกร ซึ่งเป็นผู้ให้บริการสุขภาพที่เข้าถึงได้ง่ายที่สุดในชุมชน

ผลการศึกษา พบว่า ในเชิงจำนวน มีหน่วยบริการหลายแห่งให้บริการ PrEP มากกว่า 1 คลินิก เนื่องจากบางหน่วยบริการมีบริการ PrEP ในคลินิก ARV คลินิก VCT คลินิกเด็ก คลินิกกลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัว และสังคม ซึ่งการกระจายบริการในหลายคลินิกช่วยให้กลุ่มเป้าหมายที่มีความหลากหลายเข้าถึง PrEP ได้ง่ายขึ้น โดยไม่ต้องเดินทางไปยังคลินิกเฉพาะทาง ทำให้บริการเข้าถึงได้ในวงกว้าง และการมีบริการ PrEP ในคลินิกเวชศาสตร์ครอบครัวและสังคมที่เน้นการให้บริการเชิงรุกช่วยให้สามารถค้นหากลุ่มเสี่ยง และนำเข้าสู่ระบบบริการได้อย่างรวดเร็ว สอดคล้องกับแนวคิดขององค์การอนามัยโลก และโครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติที่เน้นการบูรณาการ

บริการด้านสุขภาพ (integration of health services) และการเข้าถึงบริการเชิงรุก

สำหรับวิธีค้นหากลุ่มเป้าหมาย ส่วนใหญ่เป็นการชวนคู่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมาตรวจเอชไอวีกรณีคู่ผลเลือดต่าง ข้อมูลนี้แสดงให้เห็นว่ามีความสอดคล้องกับจุดให้บริการที่มักเป็นจุดบริการยาต้านไวรัส สอดรับกับบริบทของโรงพยาบาลที่ส่วนใหญ่เป็นการให้บริการแบบตั้งรับ การทำงานและประสานส่งต่อกับองค์กรภาคประชาสังคม ซึ่งสามารถทำงานเชิงรุกได้ดี ช่วยส่งต่อผู้รับบริการเข้ามาที่โรงพยาบาลได้มากขึ้น และยังช่วยสนับสนุนในการติดตามผู้รับบริการให้มารับบริการต่อเนื่อง ในบริบทที่หน่วยบริการยังไม่สามารถดำเนินการเรื่องนี้ได้อย่างเต็มที่ ในส่วนข้อเสนอ ควรเพิ่มการสื่อสารและช่องทางประชาสัมพันธ์ สร้างความรู้ความเข้าใจเรื่อง PrEP มากขึ้น ในกลุ่มประชาชนทั่วไป เพื่อเพิ่มความเข้าใจและการเข้าถึงบริการ สอดคล้องกับ Claassen และคณะ⁽¹¹⁾ ที่พบว่า การดำเนินแคมเปญให้ความรู้ที่มุ่งเน้นผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลางเป็นกุญแจสำคัญในการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับ PrEP และกระตุ้นความต้องการใช้ PrEP ในส่วนของข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อการจัดบริการ PrEP พบว่า มีข้อจำกัดเรื่องอัตรากำลัง ช่องทางการเข้าถึงบริการ และการติดตามและเลือกปฏิบัติ และปัญหาอุปสรรคที่สำคัญ คือ หลายหน่วยบริการได้รับการพัฒนาศักยภาพเข้าร่วมจัดบริการแล้ว แต่ยังไม่พร้อมให้บริการ สอดคล้องกับการศึกษาของสุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์ และคณะ⁽¹²⁾ ที่พบข้อจำกัดเรื่องการมีบุคลากรค่อนข้างจำกัด เมื่อเทียบกับภาระงานที่มีหลากหลายด้านโดยเฉพาะหน่วยบริการโรงพยาบาลที่เป็นหน่วยจัดให้บริการยาต้านไวรัสเพื่อการรักษาผู้ติดเชื้อควบคู่กับการให้บริการยา PrEP เพื่อการป้องกันอยู่ในหน่วยบริการเดียวกัน หน่วยบริการส่วนใหญ่มีข้อจำกัดเรื่องสถานที่ที่คับแคบเมื่อเทียบกับจำนวนผู้รับบริการ และมีข้อจำกัดเรื่องภาระงานที่ค่อนข้างมาก

จะเห็นได้ว่า ข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสำรวจ และข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์หน่วยบริการ มีความสัมพันธ์และเป็นไปในทิศทางเดียวกันสร้างความเข้าใจ

เกี่ยวกับการจัดบริการ PrEP มากขึ้น ทำให้การศึกษา มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ยกตัวอย่างเช่น ข้อมูลเชิงปริมาณพบว่า มีปัญหาเรื่องการติดตามผู้รับบริการที่ขาดนัด ข้อมูลเชิงคุณภาพจะช่วยให้เข้าใจสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา เช่น การขาดระบบแจ้งเตือนที่มีประสิทธิภาพ หรือ จำนวนบุคลากรที่ไม่เพียงพอ รวมถึงสาเหตุของภาระงานที่มากเกินไปจากการรับผิดชอบงานหลายอย่าง ทำให้ไม่มีเวลาติดตามผู้ป่วย หรือเหตุผลที่โรงพยาบาลต้องกระจายการให้บริการไปในหลายคลินิก เพื่อเพิ่มการเข้าถึงและลดการตีตรา เป็นต้น

อย่างไรก็ดี พบว่าการทำงานขององค์กรภาคประชาสังคม ยังมีอุปสรรคด้านระเบียบและข้อกฎหมาย คือ (1) การขึ้นทะเบียนและการทำงานร่วมกัน กฎหมายบางฉบับอาจไม่ได้ออกแบบมาเพื่อรองรับการทำงานของภาคประชาสังคมโดยเฉพาะ ทำให้การขึ้นทะเบียนและการขออนุญาตเพื่อดำเนินโครงการต่างๆ เป็นเรื่องยุ่งยากและใช้เวลานาน รวมถึงเจ้าหน้าที่แต่ละหน่วยงานอาจตีความกฎหมายต่างกันไป ทำให้ขาดความชัดเจนและสม่ำเสมอในการปฏิบัติงาน (2) การเบิกจ่ายงบประมาณ ระเบียบการเบิกจ่ายของภาครัฐมีความเข้มงวดมาก ทำให้การเบิกจ่ายงบประมาณล่าช้า และเป็นภาระต่อภาคประชาสังคมที่ต้องทำเอกสารจำนวนมาก และไม่สอดคล้องกับรูปแบบการทำงานของภาคประชาสังคมที่ต้องใช้เงินหมุนเวียน และมีการดำเนินงานที่รวดเร็ว และ (3) การเข้าถึงข้อมูลกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล ทำให้ภาคประชาสังคมไม่สามารถนำข้อมูลมาใช้ในการวางแผนและดำเนินโครงการได้อย่างเต็มที่

ข้อจำกัดของการศึกษา

1) การศึกษาเน้นเฉพาะมุมมองของผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการเพียงอย่างเดียว ทำให้ขาดมุมมองจากผู้ที่เกี่ยวข้องในระดับนโยบาย เช่น ผู้กำหนดนโยบายใน สปสช. หรือผู้บริหารโรงพยาบาล ทำให้ไม่สามารถเข้าใจภาพรวมของปัญหาเชิงโครงสร้างทั้งหมด

2) แม้ว่าข้อเสนอแนะจะนำไปใช้ได้จริงในระดับหน่วยบริการ แต่ก็ไม่สามารถแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นจาก

นโยบายระดับประเทศได้ เช่น ถ้าปัญหาหลัก คือ อัตราการเบิกจ่ายที่ต่ำเกินไป การขยายเวลาให้บริการก็อาจไม่ใช่คำตอบที่ยั่งยืน เพราะภาระงานของเจ้าหน้าที่ก็จะยิ่งเพิ่มขึ้นโดยไม่มีแรงจูงใจที่เพียงพอ

3) การศึกษาไม่สามารถอธิบายได้ว่าปัญหาที่เกิดขึ้นในระดับปฏิบัติการ เช่น ภาระงานที่มากมีรากฐานมาจากนโยบายระดับประเทศอย่างไร การขาดความเชื่อมโยงนี้ทำให้ไม่สามารถเสนอแนวทางแก้ไขที่ต้นตอของปัญหาได้อย่างแท้จริง

4) เนื่องจากไม่ได้วิเคราะห์ปัญหาเชิงระบบโดยตรง การศึกษาจึงไม่สามารถสรุปได้อย่างชัดเจนว่านโยบายระดับประเทศส่งผลกระทบต่อ การให้บริการ PrEP ทั้งแง่บวกและแง่ลบอย่างไร ดังนั้น ควรศึกษาเพิ่มเติมในหัวข้อ การประเมินผลกระทบของนโยบายระดับประเทศ ต่อการให้บริการ PrEP หรือปัจจัยเชิงนโยบายที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการ PrEP เพื่อให้การวิจัยมีจุดมุ่งหมายที่ชัดเจนและสามารถลงลึกในประเด็นที่ขาด ทั้งควรขยายขอบเขตการศึกษาไม่จำกัดเฉพาะบุคลากรในหน่วยบริการ แต่ควรรวมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระดับนโยบายด้วย เช่น ผู้บริหารระดับกระทรวง สปสช. ผู้บริหารโรงพยาบาล และผู้รับบริการ

ข้อเสนอแนะ

ด้านหน่วยบริการ

1) พัฒนารูปแบบและช่องทางการเข้าถึงบริการ PrEP เพื่อเพิ่มความสะดวก และลดระยะเวลาการรับบริการ อาทิ One stop service การประสานเชื่อมต่อจุดบริการในหน่วยบริการ

2) พัฒนามาตรฐานการให้บริการของสถานพยาบาล โดยใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกลกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2564

3) เร่งขยายการเข้าถึง และเพิ่มการใช้ PrEP ผ่านการสร้างความเข้มแข็งในการสร้างเครือข่ายบริการในการประสานส่งต่อ และร่วมจัดบริการกับองค์กรภาคประชาสังคม หน่วยบริการในชุมชน อาทิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หน่วยบริการปฐมภูมิ และหน่วยบริการในสังกัดองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นในพื้นที่

4) การนัดเข้ารับบริการและลงทะเบียนตรวจผ่านระบบออนไลน์ การมีคำสั่งการรักษาไว้ล่วงหน้า เพื่อลดภาระงานเพิ่มความสะดวก ลดระยะเวลาและค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการ และเพิ่มทางเลือกให้ผู้รับบริการ อันจะส่งผลในการเพิ่มการเข้าถึงบริการ PrEP ได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

5) พัฒนารูปแบบและเพิ่มช่องทางสื่อสารประชาสัมพันธ์ความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับบริการ PrEP ตลอดจนการเข้าถึงหน่วยบริการ PrEP เพื่อสร้างความเข้าใจกับประชาชนในวงกว้าง เพื่อให้ประชาชนมีความตระหนักรู้ มีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับยา PrEP ที่สามารถเลือกใช้ร่วมไปกับวิธีการป้องกันอื่นๆ อย่างเหมาะสม

ด้านองค์กรภาคประชาสังคม

1) เพิ่มความเข้มแข็งของการดำเนินงานในการประสานส่งต่อและร่วมจัดบริการ PrEP ระหว่างสถานพยาบาล และองค์กรภาคประชาสังคม โดยเพิ่มความครอบคลุมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครและองค์กรภาคประชาสังคม เพื่อให้สามารถดำเนินงานได้อย่างมีคุณภาพ เป็นที่ยอมรับ และเชื่อมั่นของเครือข่ายสถานบริการสุขภาพ

ด้านสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1) ขับเคลื่อนรูปแบบการจัดบริการ PrEP ผ่านการให้บริการระบบสาธารณสุขทางไกล เข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เนื่องจากปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศเรื่อง มาตรฐานการให้บริการของสถานพยาบาลโดยใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกล พ.ศ. 2564⁽¹³⁾ และสามารถเบิกค่าใช้จ่ายจาก สปสช. ได้ ทั้งในรูปแบบบริการผู้ป่วยนอก บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิที่ครอบคลุมผู้ป่วยโรคเรื้อรัง รวมถึงผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์^(14,15) แต่ยังไม่ครอบคลุมบริการ PrEP

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณกรมควบคุมโรคผู้สนับสนุนการดำเนินงาน โครงการกองทุกโลกผู้สนับสนุนงบประมาณ บุคลากรหน่วยบริการสุขภาพผู้ให้ความร่วมมือในการตอบ

แบบสำรวจและแบบสัมภาษณ์ ตลอดจนสำนักงานป้องกันควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย และภาคีเครือข่ายองค์กรภาคประชาสังคม ในการให้ความร่วมมือสนับสนุนการดำเนินงาน จนการศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Estimated number of people living with HIV and AIDS-related deaths [Internet]. Nonthaburi: Division of AIDS, Tuberculosis, and STIs; 2024 [cited 2025 Jun 12]. Available from: <https://hivhub.ddc.moph.go.th/executive/estimated.php> (in Thai)
2. Division of AIDS and STIs, Department of Disease Control. Thailand national guidelines for pre-exposure prophylaxis (PrEP) 2021. 2nd ed. Nonthaburi: Department of Disease Control; 2021. (in Thai)
3. Khamphang R, Chinnacom D, Permpolsuk S, Kulpokin D, Peampolsuk S. Economic evaluation of HIV pre-exposure prophylaxis. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2019. (in Thai)
4. Grant RM, Lama JR, Anderson PL, McMahan V, Liu AY, Vargas L, et al. Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. *N Engl J Med*. 2010;363(27):2587-99.
5. Molina JM, Capitant C, Spire B, Pialoux G, Cotte L, Charreau I, et al. On-demand preexposure prophylaxis in men at high risk for HIV-1 infection. *N Engl J Med*. 2015;373(23):2237-46.
6. National Health Security Office. Manual of guidelines for reimbursement of public health service expenses 2022. Bangkok: National Health Security Office; 2022. (in Thai)
7. Department of Disease Control. Guidelines for pre-exposure prophylaxis (PrEP) for clinical sites and civil society organizations (CSO). Nonthaburi: Department of Disease Control; 2023. (in Thai)
8. National Committee on AIDS Prevention and Solution. Thailand Ending AIDS Action Plan 2023-2026. Bangkok: NC Concept; 2023. (in Thai)
9. Lertpiriyasuwat C, Jiamsiri S, Tiramwichanon R, Langkafah F, Prommali P, Srikamjaen Y, et al. Thailand national PrEP program: moving towards sustainability. *AIDS 2022 - 24th International AIDS Conference*; 29 Jul - 2 Aug 2022; Montreal, Canada [Internet]. [cited 2025 Jun 12]. Available from: <https://programme.aids2022.org/Abstract/Abstract/?abstractid=1228>
10. Zablotska IB, Baeten JM, Phanuphak N, McCormack S, Ong J. Getting pre-exposure prophylaxis (PrEP) to the people: opportunities, challenges and examples of successful health service models of PrEP implementation. *Sex Health*. 2018;15(6):481-84.
11. Claassen CW, Mumba D, Njelesani M, Nyimbili D, Mwango LK, Mwitumwa M, et al. Initial implementation of PrEP in Zambia: health policy development and service delivery scale-up. Lusaka: Ministry of Health Zambia; 2021. *BMJ Open* [Internet]. 2021 [cited 2025 Jun 12];11:e047017. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-047017>
12. Chariyalertsak S, Chautrakarn S, Intawong K, Rayanakorn A, Chariyalertsak C, Khemnngern P, et al. Evaluation report on PrEP implementation under the national health security system

- benefit package, fiscal year 2020. Bangkok: National Health Security Office; 2020. (in Thai)
13. Ministry of Public Health. Notification of the Ministry of Public Health: standards for medical services via telemedicine system, B.E. 2564. Royal Thai Government Gazette. 2021 Feb 1; 138(Special Part 23 Ngor):6. (in Thai)
14. National Health Security Office. Notification of the National Health Security Office: payment for public health services via telemedicine for general outpatient services, B.E. 2566. Royal Thai Government Gazette. 2023 May 26;140(Special Part 123 Ngor):6. (in Thai)
15. National Health Security Office. Notification of the National Health Security Office: additional payment for public health services at the primary care level, B.E. 2566 (2023). Royal Thai Government Gazette. 2023 May 26;140(Special Part 123 Ngor):6. (in Thai)