

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

รายงานการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ในประเทศไทย พ.ศ. 2551-2554

ชาฮีดา วิริยาทร ศ.บ.

ธนวิรัช ปานน้อย ภ.บ., บธ.บ., ส.ม.

กัญญา ดิษยาธิคม พย.บ., ส.บ., วท.ม., M.Sc.

จิตต์ปราณี วาศวิท สต.บ., M.App.Stat

ภูษิต ประคองสาย พ.บ., Ph.D, อว. (เวชศาสตร์ป้องกัน สาขาสาธารณสุข)

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

บทคัดย่อ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประมาณการรายงานในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2551 ถึง 2554 รูปแบบการศึกษา อ้างอิงตามแนวทางของโครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) โดยนำเสนอเฉพาะข้อมูล ทรัพยากรภาครัฐ และองค์กรเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศ ไม่รวมค่าใช้จ่ายด้านเอดส์ของครัวเรือนและภาคเอกชน

ผลการศึกษาพบว่า รายงานในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศเพิ่มขึ้นจาก 6,928.25 ล้านบาทในปี 2551 เป็น 9,921.65 ล้านบาท ในปี 2554 (153.79 บาทต่อประชากร) โดยรายงานด้านเอดส์ ปี 2554 คิดเป็นร้อยละ 0.09 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ หรือ ร้อยละ 2.43 ของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด โดยใช้แหล่งการคลังสุขภาพภายในประเทศเป็นหลักในการดูแลรักษาโรคเอดส์ โดยคิดเป็นร้อยละ 84.29 ในปี 2553 และร้อยละ 83.93 ในปี 2554 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด สำหรับแหล่งการคลังสุขภาพนอกประเทศมีส่วนของรายจ่ายในกิจกรรมเพื่อการป้องกันโรคมามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.56 สัดส่วนในการรักษา มีเพียงร้อยละ 8.98 ทั้งนี้ ผู้รับประโยชน์หลักจากการใช้จ่ายด้านเอดส์คือ กลุ่มผู้ใหญ่และวัยหนุ่มสาวโดยไม่แบ่งเพศ โดยรายงานส่วนใหญ่ถูกใช้กับกิจกรรมด้านการรักษาเป็นหลัก

ในช่วง 4 ปีที่ผ่านมา รายงานในการดำเนินการด้านเอดส์ปรับตัวสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะรายจ่ายต่อผู้ติดเชื้อที่ยังมีชีวิต พบว่ามีมูลค่าสูงขึ้นอย่างเห็นได้ชัด กล่าวคือเพิ่มขึ้นจาก 13,010.26 บาทต่อรายในปี 2551 เป็น 20,594.16 ในปี 2554 เนื่องจากจำนวนผู้ติดเชื้อที่ยังมีชีวิตอยู่ที่มีจำนวนลดลงซึ่งเป็นผลมาจากความสำเร็จ ในการควบคุมการระบาดและจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ที่มีแนวโน้มลดลง แต่ต้นทุนยาต้านไวรัสฯ ต่อผู้ป่วยต่อปีกลับเพิ่มสูงขึ้น ประกอบกับจำนวนผู้รับยาต้านไวรัสที่ด้อยมาตรฐาน และต้องเปลี่ยนไปใช้ยาสูตรที่สอง มีเพิ่มมากขึ้น ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายคือ การสร้างความเข้มแข็งในด้านการป้องกันโรค โดยเฉพาะกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการลดจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่และการควบคุมการดื้อยาเพื่อควบคุมรายจ่ายด้านยาที่ใช้รักษา และแหล่งการคลังในประเทศควรมีบทบาทด้านการป้องกันเพิ่มมากขึ้นเพื่อความต่อเนื่องและความยั่งยืนในการพัฒนากิจกรรมด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในอนาคต

คำสำคัญ: บัญชีรายจ่ายด้านเอดส์, แหล่งการคลังสุขภาพ, ผู้รับประโยชน์หลักจากการใช้จ่ายด้านเอดส์, การดูแลรักษาโรคเอดส์

บทนำ

ในรอบสิบปีที่ผ่านมา ประเทศไทยประสบความสำเร็จอย่างมากในการจัดการปัญหาโรคเอดส์ ในด้านการป้องกัน และการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ รวมถึงการมีส่วนร่วมและความร่วมมือทางสังคมอย่างจริงจังในการดำเนินการแก้ไขปัญหาดังกล่าว⁽¹⁾ การบรรลุยาต้านไวรัสเอดส์เป็นหนึ่งในชุดสิทธิประโยชน์สำหรับการ

ผู้ประกันตนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2549 นั้นเป็นผลทำให้ผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้ติดเชื้อสามารถเข้าถึงยาและการรักษาเพิ่มมากขึ้น⁽²⁾ นอกจากนี้รายการยาต้านไวรัสเอดส์ดังกล่าวยังคงครอบคลุมไป ถึงผู้ป่วยซึ่งผู้ประกันตนในกองทุนประกันสังคม⁽³⁾ จึงเป็นการประกันได้ว่าผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทยทั้งหมดนั้น

สามารถเข้าถึงยาต้านไวรัสและการรักษาได้อย่างทั่วถึง และเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้สถานการณ์โรคเอดส์ของประเทศดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง

จากการดำเนินกิจกรรมและโครงการต่างๆ ด้านเอดส์ของประเทศไทยอย่างต่อเนื่องที่ผ่านมา จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการประเมินรายจ่ายด้านเอดส์เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนเชิงนโยบายสาธารณสุขทางการเงินของประเทศทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ด้วยเหตุนี้ ประเทศไทยจึงได้จัดทำโครงการประเมินรายจ่ายในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์หรือ national AIDS spending accounts (NASA) ขึ้นเป็นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2543⁽⁴⁾ และได้มีการพัฒนาระเบียบวิธีในการจัดทำรายงานให้มีความสมบูรณ์อย่างต่อเนื่องมาโดยตลอดจนถึงปัจจุบัน

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประมาณการรายจ่ายทั้งหมดด้านเอดส์ (total expenditure on HIV/AIDS – TEA) ตลอดจนแหล่งเงิน กิจกรรมและผู้รับประโยชน์ในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ระหว่างปี 2551 และ 2554 และสามารถนำข้อมูลดังกล่าวมาเป็นตัวชี้วัดในการวางแผนและดำเนินการกระจายทรัพยากรสำหรับการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

วิธีการศึกษา

ตัวชี้วัดในการศึกษาประกอบด้วย

- ก. จำนวนเงินที่ใช้จ่ายต่อประชากร 1 คน
- ข. จำนวนเงินที่ใช้จ่ายต่อผู้ติดเชื้อ 1 คน
- ค. ร้อยละของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ (% GDP)
- ง. ร้อยละของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (% total health expenditure: THE)

วิธีประมาณการ

1. ปรับใช้ตาราง 2 มิติของแหล่งการเงินตาม healthcare function ตามรูปแบบการจัดทำบัญชีรายจ่ายด้านเอดส์ โดยอ้างอิงจาก UNAIDS Guide to produce National AIDS Spending Assessment (UNAIDS NASA)⁽⁵⁾ ซึ่งเป็นตารางมาตรฐานในการจัดทำบัญชีด้านเอดส์ โดยในการนำเสนอตารางข้อมูล จะนำเสนอเฉพาะข้อมูลภาครัฐ ไม่รวมภาคเอกชน เนื่องจากข้อจำกัดในการรวบรวมข้อมูล
2. รวบรวมข้อมูลทุติยภูมิการใช้จ่ายเงินดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จากหน่วยงานสนับสนุนการเงิน
3. ข้อมูลแหล่งการเงินด้านเอดส์จากภาครัฐ ประกอบด้วย 3 กองทุนหลัก คือ กองทุนประกันสุขภาพถ้วนหน้า กองทุนประกันสังคม และสิทธิสวัสดิการข้าราชการ

แหล่งข้อมูล

1. ข้อมูลรายจ่ายจริงที่ใช้ในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ทั้งหมด ได้รับจากหน่วยงานภาครัฐและแหล่งงบประมาณ เช่น กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นหน่วยงานรับผิดชอบในแผนงานเข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และรักษาการติดเชื้อฉวยโอกาสสำหรับผู้ติดเชื้อฯ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (universal health care Scheme: UHC) กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง ซึ่งดูแลสำหรับสิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ และสำนักงานประกันสังคมสำหรับสมาชิกที่ไม่ได้อยู่ใน 2 กองทุนที่กล่าวมา นอกจากนี้ยังมีแหล่งเงินทุนที่สนับสนุนรายจ่ายดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ได้แก่ กองทุนโลก และหน่วยงานให้ทุนอื่นๆ จากต่างประเทศ
 2. ใช้ข้อมูลผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ (GDP) ล่าสุดของปี 2553 และ 2554 จากสำนักบัญชีประชาชาติ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ⁽⁶⁾
 3. รายจ่ายสุขภาพทั้งหมดของประเทศในปี 2553 นำมาจากบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552-2554^(7,8)
 4. จำนวนผู้ติดเชื้อฯ ในปี 2553-2554 ประมาณการโดยอ้างอิงตามรายงาน UNGASS ประเทศไทยในระหว่างปี 2551 - 2552⁽⁹⁾
- ขอบเขตและข้อจำกัดของงานวิจัย**
1. ใช้ข้อมูลการใช้จ่ายจริงในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ไม่ใช่ตัวเลขที่ตั้งงบประมาณ
 2. การศึกษานี้ครอบคลุมเฉพาะค่าใช้จ่ายส่วนที่มาจากแหล่งการคลังภาครัฐภายในประเทศ องค์กรที่ไม่แสวงหากำไร และแหล่งทุนระหว่างประเทศ รวมถึงค่าใช้จ่ายที่มาจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่ไม่รวมการใช้จ่ายที่มาจากภาคเอกชน เช่น นายจ้างและจากครัวเรือน เนื่องจากไม่มีข้อมูล และในบริบทของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ครัวเรือนมีค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ค่อนข้างต่ำ การบริการรักษาการติดเชื้อฉวยโอกาสได้ถูกครอบคลุมอยู่ในหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 แล้ว แม้ว่าอาจจะมีผู้ป่วยบางส่วนไปรับบริการในสถานพยาบาลเอกชน และต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองทั้งหมด แต่ยังไม่พบข้อมูลดังกล่าว
 3. ข้อมูลรายจ่ายของภาครัฐเป็นข้อมูลปีงบประมาณ (ตุลาคม-กันยายนของปีถัดไป) สำหรับข้อมูลของสำนักงานประกันสังคม องค์กรระหว่างประเทศ เป็นข้อมูลปีปฏิทินเป็นส่วนใหญ่ ยกเว้นกองทุนโลก และศูนย์ความร่วมมือด้านสาธารณสุขไทย-สหรัฐ
 4. Health care function ใช้ 8 กลุ่มกิจกรรมด้านเอดส์ตามแนวทางของ USAIDS NASA

ผลการศึกษา

1. รายงานในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอตส์ ของประเทศไทย

ในปี 2551 รายงานในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอตส์ทั้งหมด หรือรายงานด้านเอตส์ของประเทศไทยมีจำนวน 6,928.25 ล้านบาท ซึ่งคิดเป็นประมาณ 109.30 บาทต่อประชากร 1 คน หรือ 13,010.26 บาทต่อผู้ติดเชื้อ 1 คน และเพิ่มขึ้นมาตลอดจนกระทั่งปี 2554 รายงานในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอตส์ทั้งหมดของประเทศไทยมีจำนวน 9,921.65 ล้านบาท ซึ่งคิดเป็นประมาณ 154.84 บาทต่อประชากร 1 คน หรือ 20,594.16 บาทต่อผู้ติดเชื้อ 1 คน และที่ผ่านมา รายงานในการดำเนินงานป้องกัน และแก้ไขปัญหาเอตส์ทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 0.08-0.09 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ หรือร้อยละ 1.94-2.28 ของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (ตารางที่ 1)

2. รายงานดำเนินการเอตส์ตามประเภทกิจกรรม

จากการที่รัฐบาลไทยได้มีนโยบายให้การครอบคลุมการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯในปี 2546 ทำให้สัดส่วนรายจ่ายดำเนินการด้านเอตส์เพื่อการดูแลรักษาสูงขึ้นคิดเป็นร้อยละ 65.82 ในปี 2551 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 76.06 ในปี 2552 จากนั้นในปี 2554 รายงานกลับลดลงมาคิดเป็นร้อยละ 73.18 ในขณะที่รายจ่ายเพื่อการป้องกันลดลงจากร้อยละ 21.66 ในปี 2551 เป็นร้อยละ 13.44 (ภาพที่ 1)

3. แหล่งการคลังของรายจ่ายด้านเอตส์

ในปี 2551-2554 โครงการดำเนินงานด้านเอตส์ส่วนใหญ่ใช้งบประมาณภายในประเทศคิดเป็นร้อยละ 85-93 ของ

งบประมาณ โดยแหล่งการคลังภายในประเทศใช้จ่ายในการดูแลรักษาเป็นหลัก ร้อยละ 71.25 ในปี 2551 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 83.93 ในปี 2554 โดยโครงการเอตส์ ของไทยซื้อยาสามัญจากบริษัทผู้ผลิตยาต้านไวรัสในประเทศ นอกจากนั้นยังส่งขายออกนอกประเทศด้วย ในขณะที่แหล่งการคลังจากต่างประเทศมีข้อจำกัดที่ต้องซื้อยาสามัญจากบริษัทที่ได้รับการรับรองผลิตภัณฑ์จากองค์การอนามัยโลก (ภาพที่ 2)

นอกจากนั้นแหล่งการคลังภายนอกประเทศยังมีแบบแผนการใช้จ่ายกระจายไปยังรายการต่างๆ ทั้ง 8 รายการ โดยในปี 2554 เฉพาะรายจ่ายด้านการป้องกันคิดเป็นร้อยละ 41.56 การวิจัยที่ไม่รวมถึงการวิจัยเชิงปฏิบัติการร้อยละ 23.64 การบริหารและการเสริมความเข้มแข็งการบริหารแผนงานร้อยละ 12.04 และการรักษาเพียงร้อยละ 8.98

4. ความแตกต่างของสัดส่วนรายจ่ายด้านเอตส์ตามแหล่งการคลังภายในประเทศ

สำหรับแหล่งการคลังภายในประเทศนั้น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งดูแลกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นแหล่งใหญ่ที่มีส่วนแบ่งการใช้จ่ายสูงสุดคือ ร้อยละ 48.34 และเพิ่มเป็นร้อยละ 52.91 ในปี 2551 และ 2554 ตามลำดับ (ภาพที่ 3)

กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและกองทุนประกันสังคมมีส่วนรายจ่ายใกล้เคียงกันคือ ประมาณร้อยละ 10 - 15 ในแต่ละปี (ภาพที่ 3)

แหล่งการคลังที่ต่างกันมีแบบแผนรายจ่ายที่ต่างกันเช่นกัน กองทุนทั้ง 3 กองทุนใช้จ่ายเน้นไปที่การดูแลรักษาพยาบาล

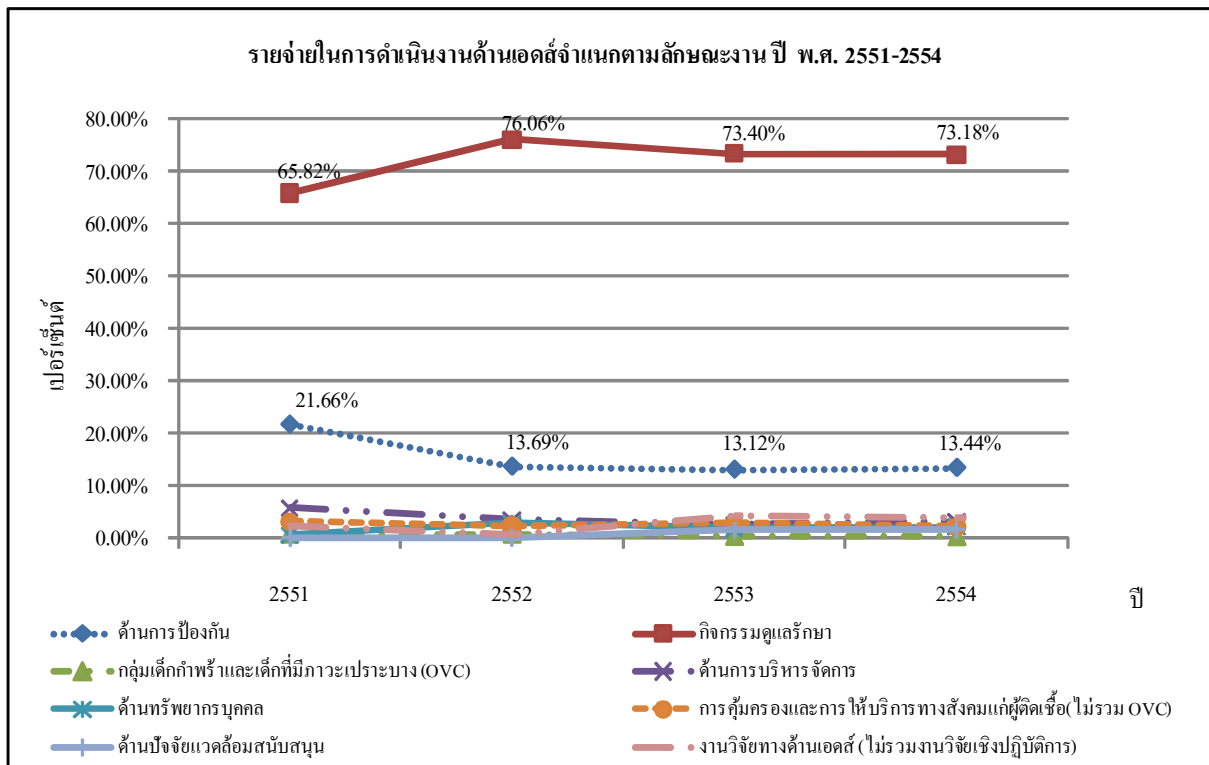
ตารางที่ 1 รายงานในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอตส์ทั้งหมด ปี 2551-2554 (ราคาปัจจุบัน)

	2551	2552	2553	2554
รายจ่ายในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอตส์ทั้งหมด (ล้านบาท)	6,928.25	7,208.49	7,733.28	9,921.65
ประมาณการรายจ่ายการดูแลสุขภาพทั้งหมดของประเทศไทย (ล้านบาท)	356,275.02	371,831.88	384,902.37	434,237.38
รายจ่ายในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอตส์ทั้งหมด				
☐ ต่อประชากร 1 คน (บาท)	109.30	113.47	121.06	154.84
☐ ต่อผู้ติดเชื้อ 1 คน (บาท)	13,010.26	13,952.85	15,487.49	20,594.16
☐ % ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ (GDP)	0.08	0.08	0.08	0.09
☐ % ของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด	1.94	1.94	2.01	2.28

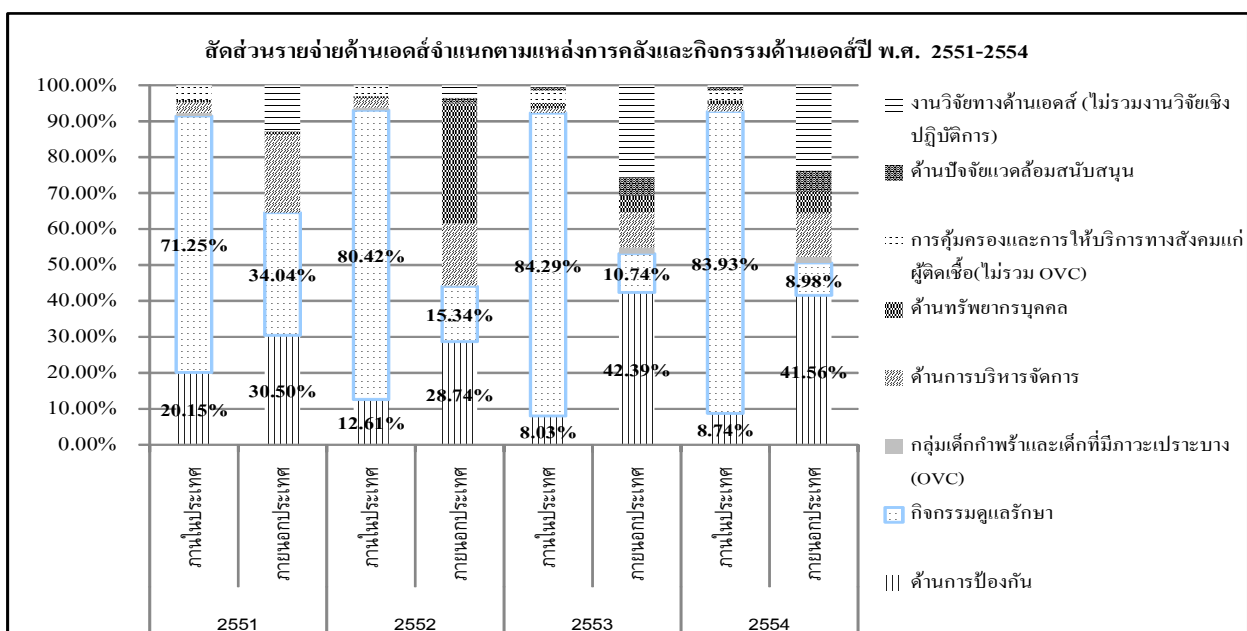
ส่วนกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงอื่นๆ ใช้จ่ายไปในด้านการป้องกันเป็นส่วนใหญ่ ประมาณร้อยละ 52.37 และ 50.39 ของรายจ่ายด้านเอดส์ของกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงอื่น ในปี 2553 และ 2554 ตามลำดับ นอกจากนี้ ยังมีค่าใช้จ่าย

ไปในหมวดอื่นๆ ด้วย ทั้งนี้รายจ่ายด้านเอดส์ขององค์กรเอกชนไม่แสวงหากำไรนั้น เริ่มมีการแยกข้อมูลออกมาในปี 2553 และมีสัดส่วนรายจ่ายประมาณร้อยละ 3 ของรายจ่ายรวมด้านเอดส์ในปี 2553 และ 2554

ภาพที่ 1 สัดส่วนรายจ่ายด้านเอดส์จำแนกตามแหล่งการคลังและกิจกรรมด้านเอดส์ปี 2551-2554



ภาพที่ 2 สัดส่วนรายจ่ายด้านเอดส์จำแนกตามแหล่งการคลังและกิจกรรมด้านเอดส์ปี 2551-2554



ในส่วนของแหล่งการคลังนอกประเทศสำหรับรายจ่ายด้านเอตส์มีส่วนแบ่งอยู่ที่ร้อยละ 14.59 ใน ปี พ.ศ.2551 และลดลงเล็กน้อยอยู่ที่ประมาณร้อยละ 14.33 ใน ปี พ.ศ.2553 และ 2554 โดยสัดส่วนของรายจ่ายที่มากที่สุดเมื่อเทียบกับรายจ่ายด้านอื่นๆ ที่เกิดขึ้นในแหล่งการคลังนอกประเทศ คือ ด้านกิจกรรมการป้องกัน

5. ผู้รับประโยชน์จากกิจกรรมด้านเอตส์

การศึกษาข้อมูลผู้รับประโยชน์ (beneficiary populations) เป็นครั้งแรก ซึ่งนำเสนอรายจ่ายด้านเอตส์ที่เกิดขึ้นในกิจกรรมด้านต่างๆ และแสดงว่าผู้รับประโยชน์จากกิจกรรมเหล่านั้นเป็นกลุ่มใด โดยเสนอเฉพาะปี 2553 และ 2554 (ตารางที่ 2 และ 3) โดยแยกตามกิจกรรมด้านเอตส์และยอดรายจ่ายที่สามารถจำแนกได้ตามผู้รับประโยชน์ คิดเป็นร้อยละ 90 ของยอดรวมรายจ่ายด้านเอตส์ทั้งหมด อย่างไรก็ตาม ข้อมูลนี้ยังไม่สมบูรณ์ เนื่องจากไม่สามารถครอบคลุมแหล่งข้อมูลการคลังที่จำแนกตามกลุ่มผู้รับประโยชน์ได้ครบถ้วน

ผู้รับประโยชน์กลุ่มหลัก คือ กลุ่มผู้ใหญ่และวัยหนุ่มสาวโดยไม่แบ่งเพศ คิดเป็นร้อยละ 68.20 และ 70.02 ของรายจ่ายด้านเอตส์ทั้งหมด รองลงมา คือ ผู้รับประโยชน์ที่ไม่สามารถจำแนกได้ คิดเป็นร้อยละ 9.56 และ 9.69 ของรายจ่ายด้านเอตส์ทั้งหมด ในปี 2553 และ 2554 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มผู้รับประโยชน์ที่ไม่สามารถจำแนกได้ จะมีรายจ่ายหลักในด้านงานวิจัย ทางด้านเอตส์ (ไม่รวมงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ) ทั้งนี้รายจ่ายส่วนใหญ่ของกลุ่มผู้ใหญ่และวัยหนุ่มสาวโดยไม่แบ่งเพศถูกใช้กับกิจกรรมด้าน

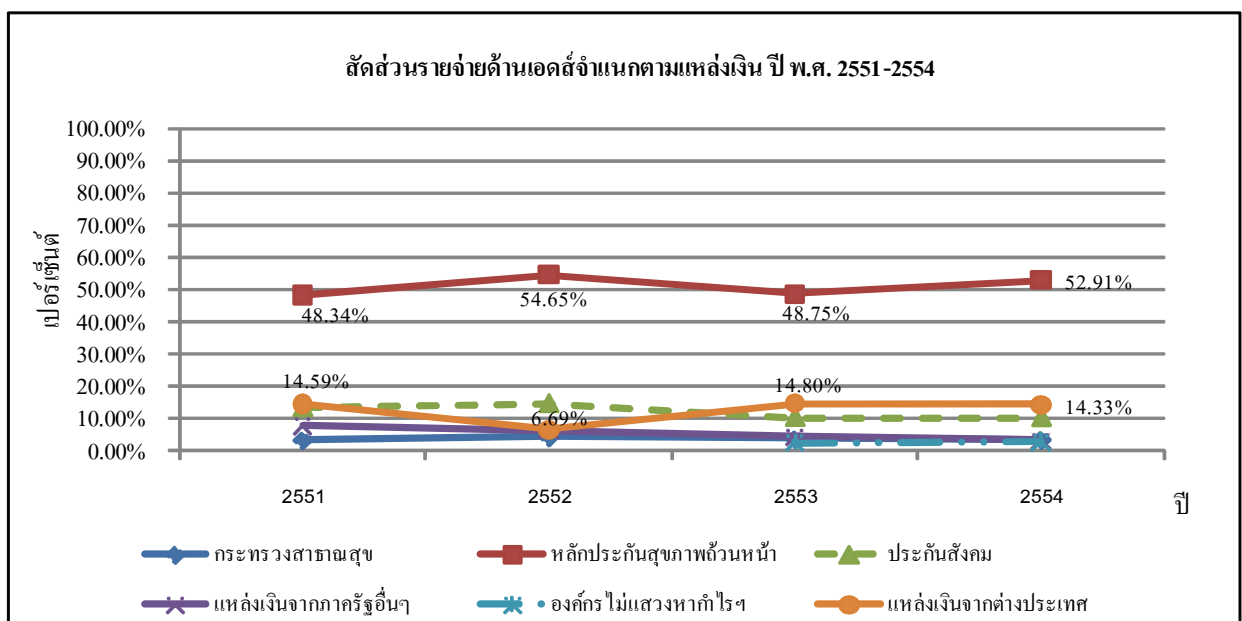
การรักษาเป็นหลัก แต่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง เช่น กลุ่มพนักงานบริการและกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดที่ใช้เข็มฉีดยากลับมีสัดส่วนในรายจ่ายด้านเอตส์ไม่ถึงร้อยละ 1 ในช่วงเวลาดังกล่าว

สำหรับพนักงานขายบริการทางเพศและผู้ซื้อบริการชายมีเพศสัมพันธ์กับชายในสถานบันเทิงซึ่งไม่รวมเด็กในโรงเรียนที่เป็นชายรักร่วมเพศ ทารกแรกเกิดที่เกิดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มชาติพันธุ์ (หมายถึง ชนกลุ่มน้อยทุกเผ่าในแผ่นดินไทยที่มีบัตรประชาชน) ผู้ต้องขังและเจ้าหน้าที่ในทัณฑสถานเด็กและเยาวชนที่อยู่ใต้นอกกระบวนการศึกษากลุ่มประชาชนทั่วไปที่มารับบริการที่คลินิก สำหรับผู้ติดเชื้อทั้งภาครัฐและเอกชน ทหาร และแรงงานที่ทำในโรงงาน ลูกจ้างในโรงงานและสถานประกอบการ ตลอดจนประชาชนทั่วไปที่ไม่แบ่งตามเพศหรืออายุ รวมทั้งผู้ที่ทำงานกับชุมชน งานสื่อสารสาธารณะเพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับงานเอตส์ เป็นกลุ่มที่รายจ่ายด้านเอตส์ถูกใช้ไปในด้านการป้องกันมากกว่าครึ่งหนึ่งเมื่อเทียบกับสัดส่วนรายจ่ายด้านอื่นๆ ในทั้ง 2 ปี ทั้งนี้ ในปี 2553 ยังมีกลุ่มทารกแรกเกิดที่เกิดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวี เป็นกลุ่มที่มีการใช้รายจ่ายทั้งหมดไป ในด้านการป้องกันด้วย

วิจารณ์

จากการเปรียบเทียบรายจ่ายในการดำเนินการด้านเอตส์ในช่วง 4 ปีที่ผ่านมา ตั้งแต่ ปี 2551-2554 (ราคาปีปัจจุบัน) รายจ่ายทางด้านเอตส์ต่อประชากรมีการปรับตัวสูงขึ้นอย่าง

ภาพที่ 3 สัดส่วนรายจ่ายด้านเอตส์จำแนกตามแหล่งเงิน ปี พ.ศ. 2551-2554



ตารางที่ 2 สัดส่วน (ร้อยละ) ใช้จ่ายด้านเอดส์จำแนกตามผู้รับประโยชน์และกิจกรรมด้านเอดส์ ปี 2553

	ด้านการ ป้องกัน	กิจกรรม ดูแลรักษา	กลุ่มเด็ก กำพร้าและ เด็กที่มีภาวะ เปราะบาง (OVC)	ด้านการบริหาร จัดการ	ด้านทรัพยากร- บุคคล	การคุ้มครองและ การให้บริการ ทางสังคมแก่ผู้ติด เชื้อ(ไม่รวม OVC)	ด้านปัจจัย แวดล้อม สนับสนุน (ไม่รวมงานวิจัย เชิงปฏิบัติการ)	งานวิจัย	รวม
ผู้ติดเชื้อในกลุ่มผู้ใหญ่และ วัยรุ่นสาว(อายุ 15 ปีขึ้นไป) โดยไม่แบ่งเพศ	4.4	92.1	-	-	1.9	-	-	-	68.2
ผู้ติดเชื้อในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีขึ้นไปโดยไม่แบ่งเพศ	-	4.0	-	0.8	-	-	-	-	3.0
ผู้ติดเชื้อทั้งหมดโดยไม่ แบ่งตามอายุหรือเพศ	1.8	0.8	-	0.6	-	100.0	-	17.8	4.5
ผู้ขายด้วยวิธีฉีดยาและคู่นอน	0.0	-	-	1.5	-	-	4.6	-	0.1
พนักงานขายบริการทางเพศ และผู้ซื้อบริการ	5.4	-	-	1.4	-	-	-	-	0.7
ชายมีเพศสัมพันธ์กับชายใน สถานบันเทิงซึ่งไม่รวมเด็กใน โรงเรียนที่เป็น MSM	3.3	-	-	1.2	1.2	-	0.4	-	0.5
เด็กกำพร้าและผู้ด้อยโอกาส ที่ได้รับผลกระทบทั้งติดเชื้อ และไม่ติดเชื้อ	-	-	84.2	0.5	-	-	-	-	0.3
ทารกแรกเกิดที่เกิดจากมารดา ที่ติดเชื้อเอชไอวี	0.0	-	-	-	-	-	-	-	0.0
กลุ่มผู้อพยพและประชากรที่ ย้ายถิ่นฐานทั้งที่ถูกกฎหมาย และไม่ถูกกฎหมาย	3.0	1.2	-	10.4	33.7	-	5.0	0.0	2.2
กลุ่มชาติพันธุ์ หมายถึงชนกลุ่ม น้อยทุกเผ่า ที่อยู่ในแผ่นดินไทย ที่มีบัตรประชาชน	0.4	-	-	0.1	-	-	-	-	0.1
ผู้ต้องขังและเจ้าหน้าที่ใน ทัณฑสถาน	1.3	-	-	-	-	-	-	-	0.2
เด็กและเยาวชนที่อยู่นอก ระบบการศึกษา	13.2	-	-	-	-	-	-	-	1.7
เด็กและเยาวชนที่อยู่ในระบบ การศึกษา	9.9	-	-	-	-	-	5.3	-	1.4
กลุ่มประชาชนทั่วไป (ที่ไม่ใช่ กลุ่มเฉพาะ)ที่มาใช้บริการที่ คลินิกสำหรับผู้ติดเชื้อทั้งภาค รัฐ และเอกชน	8.4	0.6	-	0.4	-	-	-	-	1.5
ผู้ให้บริการทางด้านสาธารณสุข	2.2	0.0	-	38.8	55.4	-	36.7	0.5	2.9

ตารางที่ 2 สัดส่วน (ร้อยละ) รายงานด้านเอ็ดส์จำแนกตามผู้รับประโยชน์และกิจกรรมด้านเอ็ดส์ ปี 2553 (ต่อ)

	ด้านการ ป้องกัน	กิจกรรม ดูแลรักษา	กลุ่มเด็ก กำพร้าและ เด็กที่มีภาวะ เปราะบาง (OVC)	ด้านการบริหาร จัดการ	ด้านทรัพยากร- บุคคล	การคุ้มครองและ การให้บริการ ทางสังคมแก่ผู้ติด เชื้อ(ไม่รวม OVC)	ด้านปัจจัย แวดล้อม สนับสนุน	งานวิจัย ทางด้านเอ็ดส์ (ไม่รวมงานวิจัย เชิงปฏิบัติการ)	รวม
ทหาร	0.7	0.0	-	0.1	2.0	-	-	-	0.1
แรงงานที่ทำในโรงงาน ลูกจ้าง ในโรงงาน และสถาน ประกอบการ	5.2	-	-	-	-	-	-	-	0.7
ประชาชนทั่วไปที่ไม่แบ่งตาม เพศหรืออายุ รวมทั้งผู้ที่ทำงาน กับชุมชน งานสื่อสารสาธารณะ เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่ เหมาะสมกับงานเอ็ดส์	6.1	0.0	-	7.5	-	-	4.5	0.5	1.1
ประชากรกลุ่มเฉพาะที่ไม่เข้า กลุ่มกับรายการข้างต้นและ รวมคนไร้รัฐ	2.4	0.0	9.9	7.2	0.1	-	36.5	1.9	1.2
ผู้รับประโยชน์ที่ไม่สามารถ จำแนกได้	32.4	1.3	5.8	29.5	5.6	-	7.1	79.2	9.6
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

ตารางที่ 3 สัดส่วน (ร้อยละ) รายงานด้านเอ็ดส์จำแนกตามผู้รับประโยชน์และกิจกรรมด้านเอ็ดส์ ปี 2554

	ด้านการ ป้องกัน	กิจกรรม ดูแลรักษา	กลุ่มเด็ก กำพร้าและ เด็กที่มีภาวะ เปราะบาง (OVC)	ด้านการบริหาร จัดการ	ด้านทรัพยากร- บุคคล	การคุ้มครองและ การให้บริการ ทางสังคมแก่ผู้ติด เชื้อ(ไม่รวม OVC)	ด้านปัจจัย แวดล้อม สนับสนุน	งานวิจัย ทางด้านเอ็ดส์ (ไม่รวมงานวิจัย เชิงปฏิบัติการ)	รวม
ผู้ติดเชื้อในกลุ่มผู้ใหญ่และ วัยรุ่นสาว(อายุ 15 ปีขึ้นไป) โดยไม่แบ่งเพศ	9.9	93.8	-	-	1.4	-	-	-	70.0
ผู้ติดเชื้อในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีขึ้นไปโดยไม่แบ่งเพศ	-	3.7	-	0.9	0.0	-	0.1	-	2.7
ผู้ติดเชื้อทั้งหมดโดยไม่ แบ่งตามอายุหรือเพศ	1.0	0.6	-	0.6	-	100.0	-	19.2	3.6
ผู้ขายด้วยวิธีฉีดยาและคู่นอน	0.1	-	-	2.4	-	-	7.2	0.3	0.2
พนักงานขายบริการทางเพศ และผู้ซื้อบริการ	4.7	-	-	2.5	-	-	-	-	0.7
ชายมีเพศสัมพันธ์กับชายใน สถานบันเทิงซึ่งไม่รวมเด็กใน โรงเรียนที่เป็น MSM	6.6	-	-	2.4	0.8	-	-	-	1.0

ตารางที่ 3 สัดส่วน (ร้อยละ) ใช้จ่ายด้านเอดส์จำแนกตามผู้รับประโยชน์และกิจกรรมด้านเอดส์ ปี 2554 (ต่อ)

	ด้านการ ป้องกัน	กิจกรรม ดูแลรักษา	กลุ่มเด็ก กำพร้าและ เด็กที่มีภาวะ เปราะบาง (OVC)	ด้านการบริหาร จัดการ	ด้านทรัพยากร- บุคคล	การคุ้มครองและ การให้บริการ ทางสังคมแก่ผู้ติด เชื้อ(ไม่รวม OVC)	ด้านปัจจัย แวดล้อม สนับสนุน (ไม่รวมงานวิจัย เชิงปฏิบัติการ)	งานวิจัย	รวม
เด็กกำพร้าและผู้ด้อยโอกาส ที่ได้รับผลกระทบทั้งติดเชื้อ และไม่ติดเชื้อ	-	-	99.6	-	0.3	-	-	0.2	0.3
ทารกแรกเกิดที่เกิดจากมารดา ที่ติดเชื้อเอชไอวี	-	-	-	-	-	-	-	0.4	0.0
กลุ่มผู้อพยพและประชากรที่ ย้ายถิ่นฐานทั้งที่ถูกกฎหมาย และไม่ถูกกฎหมาย	2.7	1.0	-	10.1	35.6	-	13.4	0.2	2.4
กลุ่มชาติพันธุ์ หมายถึงชนกลุ่ม น้อยทุกเผ่า ที่อยู่ในแผ่นดินไทย ที่มีบัตรประชาชน	0.0	-	-	0.1	-	-	0.1	-	0.0
ผู้ต้องขังและเจ้าหน้าที่ใน ทัณฑสถาน	1.1	-	-	-	-	-	-	-	0.1
เด็กและเยาวชนที่อยู่นอก ระบบการศึกษา	8.1	-	-	-	-	-	-	-	1.1
เด็กและเยาวชนที่อยู่ในระบบ การศึกษา	6.1	-	-	0.0	-	-	0.2	-	0.8
กลุ่มประชาชนทั่วไป (ที่ไม่ใช่ กลุ่มเฉพาะ)ที่มีรับบริการที่ คลินิกสำหรับผู้ติดเชื้อทั้งภาค รัฐ และเอกชน	9.4	-	-	-	-	-	-	-	1.3
ผู้ให้บริการทางด้านสาธารณสุข	4.0	0.0	-	35.8	49.2	-	29.0	2.8	3.3
ทหาร	0.5	0.0	-	0.1	1.3	-	-	-	0.1
แรงงานที่ทำในโรงงาน ลูกจ้าง ในโรงงาน และสถาน ประกอบการ	3.1	-	-	-	-	-	-	-	0.4
ประชาชนทั่วไปที่ไม่แบ่งตาม เพศหรืออายุ รวมทั้งผู้ที่ทำงาน กับชุมชน งานสื่อสารธารณะ เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่ เหมาะสมกับงานเอดส์	5.3	0.0	-	3.0	-	-	19.0	0.3	1.2
ประชากรกลุ่มเฉพาะที่ไม่เข้า กลุ่มกับรายการข้างต้นและ รวมคนไร้รัฐ	3.4	0.0	-	0.5	-	-	30.6	1.8	1.1
ผู้รับประโยชน์ที่ไม่สามารถ จำแนกได้	34.1	0.9	0.4	41.6	11.3	-	0.5	74.8	9.7
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

ต่อเนื่อง โดยเฉพาะในเชิงรายจ่ายต่อผู้ติดเชื้อฯ ที่ยังมีชีวิตพบว่า มีมูลค่าสูงขึ้นอย่างเห็นได้ชัด เนื่องจากจำนวนผู้ติดเชื้อที่ยังมีชีวิตอยู่มีจำนวนลดลง อันเป็นผลจากความสำเร็จในการควบคุมการระบาด แต่ต้นทุนยาต้านไวรัสฯ ต่อผู้ป่วยต่อปีกลับเพิ่มสูงขึ้น นอกจากนั้นจำนวนผู้ติดเชื้อยาสูตรที่หนึ่งหรือสูตรมาตรฐาน (first line) และต้องเปลี่ยนไปใช้ยาสูตรที่สอง (second line) มีเพิ่มมากขึ้น

จากการศึกษาข้อมูลบัญชีรายจ่ายแห่งชาติด้านเอชไอวีและบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติทำให้สามารถคาดการณ์ได้ว่ารายจ่ายด้านเอชไอวีซึ่งมีจำนวนน้อยกว่าร้อยละ 3 ของรายจ่ายสุขภาพโดยรวมของประเทศนั้น รัฐบาลไทยสามารถให้การสนับสนุนได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อประเทศได้รับความช่วยเหลือจากต่างประเทศค่อนข้างจำกัดและมีบทบาทลดลงในปัจจุบัน

สำหรับแบบแผนการใช้จ่ายในโครงการต้านเอชไอวีในช่วง 4 ปีตั้งแต่ปี 2551-2554 สิ่งสำคัญที่น่าสังเกตคือ บทบาทของนานาชาติในด้านการคลังในโครงการต้านเอชไอวีในประเทศไทยซึ่งอาจมีแนวโน้มลดลง แต่บทบาทภาครัฐกลับเพิ่มขึ้นโดยมีสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 85 ของรายจ่ายด้านเอชไอวีทั้งหมด และสัดส่วนรายจ่ายด้านการดูแลรักษามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นนับตั้งแต่การเพิ่มยาต้านไวรัสฯ อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์สำหรับผู้ติดเชื้อที่ประกันตนในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น ทำให้รายจ่ายด้านการรักษาเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จึงควรติดตามแนวโน้มรายจ่ายในหมวดนี้อย่างใกล้ชิดต่อไป

ในระหว่างปี 2551-2554 การจัดให้บริการยาต้านไวรัสเอชไอวีมีมูลค่าเพิ่มขึ้นจาก 2,030.72 ล้านบาท หรือคิดเป็นร้อยละ 29.31 ในปี 2551 เป็น 4,205.00 ล้านบาทหรือคิดเป็นร้อยละ 42.38 ของรายจ่ายเอชไอวีทั้งหมด ซึ่งเป็นสัดส่วนที่สูงที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับรายจ่ายด้านอื่น ๆ

สำหรับรายจ่ายเอชไอวีด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยนอกมีสัดส่วนมากกว่าครึ่งหนึ่งของรายจ่ายทั้งหมดด้านเอชไอวี ในขณะที่สัดส่วนรายจ่ายด้านเอชไอวีสำหรับผู้ป่วยในอยู่ในช่วงร้อยละ 14 ถึงร้อยละ 19 ตลอด 4 ปีที่ผ่านมา ในส่วนของรายจ่ายสำหรับยาต้านไวรัสเอชไอวีเฉพาะผู้ป่วยนอกเท่ากับ 2,030.72 ล้านบาทในปี 2551 และเพิ่มขึ้นเป็น 3,125.17 ล้านบาทหรือเพิ่มขึ้น 1.54 เท่าภายใน 1 ปี และยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในปี 2554 คิดเป็น 4,205.00 ล้านบาท

สาเหตุสำคัญที่ทำให้รายจ่ายสำหรับยาต้านไวรัสเอชไอวีเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วคือ การเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยที่ลงทะเบียนรับยาต้านไวรัสเอชไอวี โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งมีจำนวน 96,199 คนในปี 2551 และเพิ่มขึ้นเป็น 139,807 คนในปี 2554 สำหรับยาสูตรแรกของการรักษา

และคาดว่าแนวโน้มการใช้จ่ายต้านไวรัสเอชไอวีสูตรรองสำหรับผู้ป่วยที่ดื้อยามีนแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยแนวโน้มการเกิดเชื้อดื้อยาและการใช้สูตรดื้อยาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.0 ในปี 2551 เป็นร้อยละ 8.2 ในปี 2554^(10,11)

เนื่องจากการระบาดของโรคเอชไอวีมากขึ้นและเป็นเวลายาวนาน รายจ่ายส่วนใหญ่จึงถูกใช้ไปกับการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อฯ ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยเอชไอวีเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สาเหตุสำคัญคือ กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งเป็นกองทุนที่มีสัดส่วนค่าใช้จ่ายสูงสุดในรายจ่ายภาครัฐที่ใช้จ่ายในด้านเอชไอวีมีนโยบายให้การครอบคลุมการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ประกอบกับผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้น โดยผู้ติดเชื้อรายเดิมก็มีชีวิตอยู่ที่ยืนยาวมากขึ้น ทำให้จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่สะสมเพิ่มสูงขึ้น จาก 1,115,415 รายในปี 2551 เป็น 1,148,117 รายในปี 2554⁽⁹⁾ ดังกล่าวส่งผลให้จำนวนคนกินยาต้านไวรัสฯ เพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะในปี 2554 ที่ผู้ติดเชื้อของกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสามารถเข้าถึงยาต้านไวรัสฯ มีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 66 ของผู้ได้รับยาทั้งหมด⁽¹²⁾ ทั้งนี้ค่าใช้จ่ายด้านการป้องกันโรคเอชไอวีนั้นมีสัดส่วนลดลงแม้ว่าเม็ดเงินของรายจ่ายด้านการป้องกันมีแนวโน้มสูงขึ้น ทั้งนี้เพราะรายจ่ายในงานเอชไอวีทั้งสิ้นของประเทศนั้น เพิ่มขึ้นในอัตราที่สูงกว่ารายจ่ายด้านการป้องกันโดยรายจ่ายในการป้องกันโรคเอชไอวีลดลงจากร้อยละ 13.69 ในปี 2552 เป็นร้อยละ 13.44 ในปี 2554 ของรายจ่ายด้านเอชไอวีทั้งสิ้น โดยระหว่างปี 2553-2554 นั้น มีรายจ่ายด้านการป้องกันคิดเป็นเงินมากกว่า 1,000 ล้านบาท

สรุปผลและข้อเสนอแนะ

จากการที่ประเทศไทยได้มีนโยบายการเข้าถึงยาต้านไวรัสโดยทั่วหน้า ทำให้ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาทรัพยากรด้านการคลังได้ถูกใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อฯ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ยาต้านไวรัส แต่รายจ่ายเพื่อการป้องกันนั้นลดลงเมื่อมองในแง่ของอัตราร้อยละ แต่เมื่อมองในแง่ของเม็ดเงินแล้ว รายจ่ายด้านการป้องกันกลับมีแนวโน้มสูงขึ้นในช่วงปี 2552-2554

จากข้อมูลในปี 2553-2554 พบว่ารายจ่ายจากการให้ยาต้านไวรัสฯ เพิ่มขึ้น การให้ยาต้านไวรัสฯ มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นมาจาก 3 ปัจจัย คือ จำนวนผู้เข้ารับยาเพิ่มขึ้น สัดส่วนของผู้ติดเชื้อฯ ที่ต้องเปลี่ยนไปใช้ยาสูตรที่สองเพิ่มมากขึ้น และสิ่งสำคัญที่สุดคือ ราคาของยาสูตรที่สองที่มีราคาสูง นอกจากนี้หากโครงการดำเนินการต้านเอชไอวีไม่ให้ความสำคัญกับการป้องกันในอนาคตจะมีผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้นและสะสมเข้าไปในกลุ่มผู้เข้ารับยาด้านฯ ซึ่งเป็นปัจจัยข้อแรกของค่าใช้จ่ายในการให้ยาด้านฯ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลรายจ่ายด้านเอดส์ติดต่อกัน 4 ปีที่ผ่านมา คาดว่าการดูแลและแก้ปัญหาโรคเอดส์ของประเทศไทยควรได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะยาว เนื่องจากรายจ่ายส่วนใหญ่พึ่งพิงอยู่กับทรัพยากรในประเทศ ถึงแม้ว่าจะขึ้นอยู่กับงบประมาณและความสามารถในการคลังของประเทศก็ตาม แต่การใช้จ่ายด้านเอดส์ที่ต่ำกว่าร้อยละ 3 ของรายจ่ายรวมด้านสุขภาพก็อยู่ในระดับที่รัฐให้การสนับสนุนได้ ซึ่งนับว่าเป็นจุดแข็งของโครงการด้านเอดส์ของประเทศไทย เช่นเดียวกับสมรรถนะในการผลิตยาต้านไวรัสที่หนึ่งภายในประเทศ

นอกจากนี้จากการเริ่มต้นเก็บข้อมูลรายจ่ายจนถึงผู้รับประโยชน์ พบว่ารายจ่ายส่วนใหญ่ถูกใช้ไปกับกลุ่มผู้ใหญ่และวัยรุ่นสาว แต่ยังถูกใช้ในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษา มากกว่าการป้องกัน จากการคาดการณ์อุบัติการณ์ของโรคเอดส์โดยใช้ ASIAN Epidemic Model (AEM)⁽¹⁰⁾ ได้มีข้อเสนอสำหรับการบรรลุเป้าหมายของประเทศในการลดจำนวนผู้ติดเชื้อใหม่ลงร้อยละ 50 ภายในปี 2554 ด้วยการเน้นกิจกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง เช่น กลุ่มพนักงานบริการ และกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด ซึ่งเมื่อดูจากข้อมูลรายจ่ายในกลุ่มนี้พบว่ามีส่วนที่น้อยมากเมื่อเทียบกับกลุ่มอื่นๆ ในขณะที่สัดส่วนของรายจ่ายของแหล่งการคลังนอกประเทศนั้น จะเน้นไปที่การป้องกันโรคเอดส์ ดังนั้นควรมีการเพิ่มการสนับสนุนกิจกรรมด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จากแหล่งการคลังในประเทศมากขึ้นเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของการดำเนินกิจกรรมและแผนงานต่างๆ

การพัฒนาและปรับปรุงระเบียบวิธีในการเก็บและจัดทำข้อมูล โดยเฉพาะอย่างยิ่งข้อมูลของผู้รับประโยชน์จากกิจกรรมด้านเอดส์จะเป็นการพัฒนาศักยภาพในการจัดทำบัญชีรายจ่ายด้านเอดส์ของประเทศไทยให้สามารถเป็นฐานข้อมูล การเงิน การคลังด้านเอดส์ที่มีความครอบคลุมและชัดเจนที่สุด โดยเฉพาะข้อมูลที่แสดงให้เห็นว่ารายจ่ายที่เกิดขึ้นในกิจกรรมด้านเอดส์เหล่านั้นได้ลงไปสู่ผู้รับประโยชน์แต่ละกลุ่มอย่างเท่าเทียมและเป็นธรรมหรือไม่ ซึ่งเป็นความท้าทายของคณะกรรมการในการพัฒนารายงานในการจัดทำครั้งต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

คณะกรรมการผู้ติดตามผลงานครั้งนี้ให้แก่ นายแพทย์สงวน นิตยารัมย์พงศ์ ซึ่งเป็นอดีตเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติคนแรก ท่านและผู้ร่วมงานได้ร่วมกันริเริ่มและทำให้การประกาศสิทธิเหนือสิทธิบัตรยาสำหรับยาต้านไวรัสเอชไอวีเป็นผลสำเร็จในประเทศไทย มีผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ในประเทศไทยทั้งหมด โดยเฉพาะแต่สมาชิกในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเท่านั้น สามารถเข้าถึงยาต้านฯ และรับบริการราคาฟรีได้ ซึ่งทำให้เป็นการลดยอดจำนวนผู้เสียชีวิตลงอย่างมาก คณะทำงานขอขอบพระคุณผู้มีส่วนร่วมทั้งหมด ทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุขที่ได้ร่วมกันทำงานและพัฒนารายงานในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. National AIDS Prevention and Alleviation Committee. UNGASS country progress report, Thailand. Reporting period: January 2008–December 2009. Nonthaburi: National AIDS Prevention and Alleviation Committee; 2010.
2. สุคนธา คงศีล, สุขุม เจียมตน, เพชรรัตน์ ศิริสุวรรณ, กนกศักดิ์ วงศ์เป็ง, กิตติยา พรหมอ่อน, สิทธิกร รองสำลี. รายงานฉบับสมบูรณ์ชุดโครงการวิจัยการประเมินระบบบริการของผู้ที่รับยาต้านไวรัสเอดส์ภายใต้ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: โครงการการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์; 2552.
3. สำนักงานประกันสังคม. หลักเกณฑ์และสิทธิประโยชน์ [Internet]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 10 ตุลาคม 2556]. แหล่งข้อมูล: <http://www.sso.go.th/wpr/content.jsp?lang=th&cat=868&id=3628>.
4. Tisayaticom K, Chokchaichan H, Teokul W, Yenjit C, Patcharanarumol W, Tangcharoensathien V. Thailand national AIDS spending assessment 2000–2004 [Internet]. [cited 2013 October 10]. Available from: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/report/2009/nasa_thailand_0001020304_07082009_en.pdf.
5. UNAIDS. Guide to produce national AIDS spending assessment (NASA). Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2009.
6. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. Quarterly gross domestic product: ตารางสถิติ [Internet]. [สืบค้นเมื่อ 17 พฤษภาคม 2556]. แหล่งข้อมูล: <http://www.nesdb.go.th/Default.aspx?tabid=95>.
7. Thai Working Group on National Health Account. National health accounts 2009–2010. Final report. Nonthaburi: International Health Policy Program; 2012.
8. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ [Internet]. [สืบค้นเมื่อ 11 พฤษภาคม 2556]. แหล่งข้อมูล: http://ihpp.thaigov.net/index.php?option=com_content&view=article&id=215.
9. Sirinirund P, Khem-ngern P, Rucharoenpornpanich O, Benjattanaporn P, editors. UNGASS country progress report, Thailand. Reporting period: January 2008–December 2009. Nonthaburi: National AIDS Prevention and Alleviation Committee; 2010.
10. Sriwanichakorn S, Theptian B, Tasi P, Dummee D, Supalak-suksakorn P, Jirapongsa C, et al. Summary report: evaluation of the national AIDS response in Thailand. Nakhonpathom: ASEAN

- Institute for Health Development (AIHD), Mahidol University, 2011.
11. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ฐานข้อมูล National AID Program (NAP) ณ 30 กันยายน พ.ศ. 2555. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2555.
12. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. การประชุมคณะกรรมการด้านการพัฒนาและบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์. เอกสารประกอบการประชุมคณะกรรมการด้านการพัฒนาและบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ครั้งที่ 3/2555; 8 มิถุนายน 2555; สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, กรุงเทพมหานคร; 2555.

Abstract: Trends in National Spending on HIV/AIDS Prevention and Control in Thailand, 2008 to 2011

Shaheda Viriyathorn B.Econ.; Tanavit Pannoi. B.Pharm., B.B.A, M.P.H.; Kanjana Tisayaticom, B.Sc.(Nursing), B.P.H., M.S., M.Sc.; Chitpranee Vasavid, B.S.(Statistics), M.App.Stat; Phusit Prakongsai, M.D., Ph.D., Certified Board in Preventive Medicine

International Health Policy Program, Ministry of Public Health, Nonthaburi

Journal of Health Science 2013;22:1069-79.

The objective of this study was to estimate the magnitude, sources, activities and beneficiary populations of expenditure on HIV/AIDS during 2008 to 2011. With the application of UNAIDS' guide on national AIDS spending assessment (NASA) 2009, a two dimensional matrix of financing sources and beneficiary populations by healthcare function was produced. Data were compiled from secondary data on actual expenditure on HIV/AIDS where available from relevant financing agents. Expenditure data from households and non-governmental organizations were excluded from the study.

It was found that the total expenditure on HIV/AIDS in Thailand in 2011 was 9,921.63 million baht (153.79 baht per capita), which increased from 6,928.25 million baht in 2008. The total expenditure on HIV/AIDS accounts for 0.09 percent of GDP in 2011, or equivalent to 2.04 percent of total health expenditure. Domestic sources of finance concentrated mostly on care and treatment for HIV infection, accounting for 84.29 percent and 83.93 percent in 2010 and 2011 respectively. International sources covered 41.56 percent of the entire HIV/AIDS expenditure on prevention, whilst spent only 8.98 percent treatment and care. Major beneficiaries of the HIV/AIDS spending were adults and young people (15 years and over) living with HIV, mainly for treatment and care.

HIV/AIDS expenditure has increased steadily from 2008-2011. The spending on treatment and care for people living with HIV/AIDS showed a significant upward trend, from 13,010.26 baht per capita in 2008 to 20,594.16 baht in 2011. This was the results of decreasing number of HIV/AIDS cases and increasing cost for second-line antiretroviral drugs due to the high number of patients developing resistance to the first line drugs. The authors recommended that HIV prevention programmes should be strengthened in particular the prevention of new infections as well as prevention of drug resistance to control spending on antiretroviral therapy. Domestic financing should concentrate more on supporting disease prevention; and ensure financial sustainability of the overall HIV/AIDS programmes.

Key words: National AIDS spending, Financing sources, Beneficiary, HIV/AIDS expenditure, Treatment and care