

กรอบยุทธศาสตร์ของคำขอรับทุนจากกองทุนโลกฯ ของประเทศไทย
แผนงานเอดส์และวัณโรค รอบจัดสรร พ.ศ.2566-2568

ก. ความนำ

ประเทศไทยได้รับวงเงินจัดสรรจากกองทุนโลกเพื่อต่อสู้เอดส์ วัณโรคและมาลาเรีย ในรอบจัดสรร พ.ศ.2566-2568 สำหรับแผนงานเอดส์ วัณโรค และการสร้างระบบที่ยืดหยุ่นและยั่งยืนเพื่อสุขภาพ (Resilient and Sustainable Systems for Health (RSSH) สำหรับการดำเนินงานระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2567 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2569 เป็นเงิน 68,196,555 เหรียญสหรัฐ ซึ่งคณะกรรมการ CCM ประเทศไทยมีมติให้จัดทำคำขอรับทุนแผนงานเอดส์และวัณโรค กำหนดส่งกองทุนโลกฯ ภายในวันที่ 29 พฤษภาคม 2566

คณะกรรมการ CCM ได้แต่งตั้งคณะทำงานจัดทำคำขอรับทุนฯ เพื่อจัดทำรายละเอียดของคำขอรับทุนฯ โดยกระบวนการที่โปร่งใสและบันทึกการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทั้งที่เป็นกรรมการ CCM และไม่เป็นกรรมการ CCM คณะทำงานจัดทำคำขอรับทุนฯ ประกอบด้วย หน่วยงานระดับชาติที่รับผิดชอบแผนงานเอดส์และวัณโรค ผู้แทนจากคณะกรรมการส่งเสริมการเป็นภาคีของผู้เข้าร่วมกับเชื้อและประชากรหลักที่ได้รับผลกระทบในกระบวนการ CCM (Partnership committee) ภาคีพัฒนา นักวิชาการและผู้เชี่ยวชาญ หน่วยงานรับทุนหลักที่ได้รับการคัดเลือก (จะเข้าร่วมภายหลังการคัดเลือก หน่วยงานรับทุนหลัก) และสำนักงานเลขาธิการ CCM

กรอบยุทธศาสตร์ของคำขอรับทุนจากกองทุนโลกฯ จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้คณะทำงานจัดทำคำขอรับทุนฯ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ใช้เป็นแนวทางในการจัดทำคำขอรับทุนฯ

ข. ทิศทางของคำขอรับทุนแผนงานเอดส์และวัณโรค

- ให้ใช้งบประมาณของกองทุนโลกฯ เพื่อการเร่งปฏิบัติการและเสริมเติมเต็ม แผนงานเอดส์และวัณโรคของประเทศ รวมถึงการเพิ่มความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ ตามลำดับความสำคัญที่ประเทศกำหนด
- กลวิธีดำเนินการหรือชุดบริการ ควรเป็นไปตามแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติด้านเอดส์และวัณโรค ยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ ยุทธศาสตร์ด้านการเงินการคลังสุขภาพ ผลการทบทวนแผนงานระดับชาติ รายงานการประเมินผล ข้อเสนอทางวิชาการระดับชาติในเรื่องนั้น ๆ และควรสอดคล้องกับยุทธศาสตร์กองทุนโลกฯ พ.ศ. 2566-2571 ด้วย
- ให้ประชาชนและชุมชนเป็นศูนย์กลาง โดยเฉพาะประชากรหลักและประชากรที่มีความเปราะบาง
- มุ่งเน้นความเสมอภาค ความยั่งยืน ประสิทธิภาพ คุณภาพและนวัตกรรมของโครงการ ให้มากขึ้น สร้างเสริมความเสมอภาคทางเพศและเร่งขจัดอุปสรรคที่สืบเนื่องจากประเด็นสิทธิมนุษยชนและเพศภาวะ ทั้งนี้เพื่อสร้างผลกระทบที่ยั่งยืน
- แสดงให้ชัดเจนว่าได้คำนึงถึงการสร้างความพร้อมที่จะรับมือโรคระบาดใหญ่และใช้ประโยชน์จากการลงทุนตามโครงการ C19RM ให้มากที่สุด ในการสนับสนุนระบบสุขภาพแบบบูรณาการตามความจำเป็นของประเทศ

ค. ช่องว่างสำคัญของการจัดการปัญหาเอดส์

- **ประชากรที่อยู่ในลำดับความสำคัญ**

เยาวชนถือว่าเป็นประชากรที่อยู่ในลำดับความสำคัญที่ควรศึกษารายละเอียด เนื่องจากพบว่าในการคาดประมาณโดยใช้ตัวแบบ Spectrum-AEM (ทบทวน เมื่อวันที่ 22 เมษายน 2565) ครึ่งหนึ่งของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ เป็นกลุ่มอายุ 15-24 ปี ซึ่งสัดส่วนนี้ไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญในช่วง 15 ปีที่ผ่านมา อีกทั้งยังพบว่าในระหว่างปี 2549 – 2561 เยาวชนอายุ

15-24 ปี มีอัตราติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยรวม เพิ่มขึ้นจาก 49.3 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2549 เป็น 124.4 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2563 แม้ว่าจะลดลงเป็น 106.2 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2564 ซึ่งอาจเป็นผลจากการระบาดของ Covid ที่ทำให้มีข้อจำกัดในการเข้ารับการรักษา

ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลักยังคงสูงกว่าประชากรทั่วไป อายุ 15-49 ปี ที่มีความชุกการติดเชื้อเอชไอวี 1% ผลการสำรวจชีวพฤติกรรม (Biological Behavioral Surveillance: BBS) ครั้งล่าสุด ในแต่ละกลุ่มประชากรหลัก ดังนี้ กลุ่มผู้ขายด้วยวิธีฉีดยา 7.8% (ปี 2563) กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย 7.3% (ปี 2563) กลุ่มหญิงข้ามเพศ 4.2% (ปี 2563) กลุ่มพนักงานบริการทางเพศชาย 3.8% (ปี 2561) กลุ่มพนักงานบริการทางเพศหญิงนอกสถานที่ 1.1% (ปี 2564)

ในกลุ่มประชากรข้ามชาติ แม้ว่าจะมีข้อจำกัดของข้อมูลที่แสดงความชุกการติดเชื้อเอชไอวี แต่ก็มีหลักฐานชัดเจนว่ากลุ่มประชากรข้ามชาติมีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการเอชไอวีและวัคซีนโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มประชากรข้ามชาติที่ไม่ลงทะเบียนซึ่งไม่มีสิทธิประโยชน์ในระบบประกันสังคมเหมือนกลุ่มประชากรข้ามชาติที่ลงทะเบียน อีกทั้งจำนวนประชากรข้ามชาติที่ไม่ลงทะเบียนที่เพิ่มขึ้นหลังการระบาดของ Covid ทำให้จำนวนประชากรข้ามชาติที่ต้องการบริการเอชไอวีและวัคซีนเพิ่มขึ้นมาก

การจัดบริการเอชไอวีและวัคซีนสำหรับผู้ต้องขังก่อนขังสมบูรณ์ หากแต่ข้อมูลจากการบันทึกบริการในฐานะข้อมูล NAP ของ สปสช. พบว่าผู้ต้องขังที่ตรวจพบว่าติดเชื้อเอชไอวีใหม่ในปี 2565 ได้รับความด้วยยาต้านไวรัสฯ 77% ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มประชากรทั่วไป (79%) และกลุ่มประชากรหลักอื่นๆ แม้กระทั่งกลุ่มประชากรข้ามชาติ ที่ได้รับความด้วยยาต้านไวรัสฯ มากกว่า 80%

• บริการเอชไอวีที่อยู่ในลำดับความสำคัญ

การเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯล่าช้า เป็นปัญหาสำคัญ พบว่า 50% ของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อฯรู้ว่าติดเชื้อ เมื่อระดับ CD4 ต่ำกว่า 200 เซลล์/ลบ.มม. ซึ่งอาจเป็นสาเหตุหนึ่งของการที่ยังคงมีจำนวนผู้อยู่ร่วมกับเชื้อฯเสียชีวิตสูงกว่าที่คาดไว้ การที่ประชาชนไทยทุกคนมีสิทธิได้รับบริการเอชไอวี ไม่ว่าจะเป็สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สิทธิประกันสังคม และสิทธิข้าราชการ ข้อจำกัดที่จะได้รับบริการจึงไม่น่าเป็นสาเหตุที่ทำให้มีอัตราเสียชีวิตสูงเช่นนี้

การตีตราและเลือกปฏิบัติอาจเป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้การตรวจวินิจฉัยเอชไอวีและรักษาล่าช้า การสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกายในรอบปี 2562-2563 พบว่าเกือบครึ่งหนึ่ง (48%) ของคนไทยยังคงมีทัศนคติเชิงลบต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อฯ การสำรวจในโรงพยาบาล 3 รอบล่าสุด พบว่าผู้อยู่ร่วมกับเชื้อฯเคยมีประสบการณ์การถูกตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศและอนามัยเจริญพันธ์ยังไม่เปลี่ยนแปลง และในจังหวัดน่านรอง 14 แห่ง ที่ใช้ระบบการจัดการในภาวะวิกฤติ (Crisis Response System: CRS) มีผู้อยู่ร่วมกับเชื้อฯ และกลุ่มประชากรหลักในสถานที่ทำงาน สถานศึกษา และในชุมชน กว่า 500 คน รายงานการถูกเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีและเพศภาวะ และการถูกละเมิดสิทธิเข้ามาในระบบ CRS

สำหรับบริการให้ยาป้องกันก่อนสัมผัสเชื้อ (Pre-Exposure Prophylaxis: PrEP) ยังคงมีความครอบคลุมต่ำ เพียง 13.2% ของเป้าหมายในปี 2565 การให้บริการโดยรวมเป็นการให้บริการโดยชุมชนในสัดส่วนสูง 67.8%, 80.7% และ 68.9% ในปี 2563, 2564 และ 2565 ตามลำดับ ดังนั้นระเบียบปฏิบัติที่มีห้องครุภาคประชาสังคมให้บริการ PrEP เหมือนที่เคยให้บริการจะมีผลให้ความครอบคลุมของการได้รับบริการ PrEP ลดลงจากปี 2565

• การป่วยโรคร่วม

วัณโรคยังคงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อฯ ที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี ในขณะที่ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อฯจำนวนน้อยมากที่ได้รับยารักษาเพื่อป้องกันวัณโรค (Treatment Preventive Therapy: TPT)

การสำรวจชีวพฤติกรรม (BBS) กลุ่มผู้ขายด้วยวิธีฉีดยา ในปี 2562 พบว่า ผู้ขายด้วยวิธีฉีดยา 38.1% ตรวจพบไวรัสตับอักเสบบี และ 4.9% ตรวจพบไวรัสตับอักเสบบี

ง. ช่องว่างสำคัญของการจัดการปัญหาวัณโรค

● ประชากรที่อยู่ในลำดับความสำคัญ

แผนปฏิบัติการระดับชาติต่อต้านวัณโรค พ.ศ.2564 – 2566 กำหนดการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคอย่างเข้มข้นในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง 7 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรคปอด กลุ่มผู้ต้องขัง/ผู้พิการ/ผู้ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ กลุ่มผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวี กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน (มี HbA1C มากกว่า 7)/ผู้ป่วย CKD/ผู้รับยากดภูมิต้านทาน กลุ่มผู้สูงอายุ (มากกว่า 65 ปี) ที่สูบบุหรี่หรือมีโรคร่วม เช่น COPD และเบาหวาน กลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดหรือติดสุราเรื้อรัง และกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์

การคัดกรองวัณโรคในกลุ่มเสี่ยง 7 กลุ่ม ในปี 2564 พบว่าตรวจพบผู้ป่วยวัณโรคสูงสุดในกลุ่มผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค 2.33% การคัดกรองครอบคลุมเพียง 62.5% การตรวจพบผู้ป่วยวัณโรคสูงในลำดับที่ 2 เป็นกลุ่มผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวี (1.1%) การคัดกรองครอบคลุมเพียง 38%

แม้ว่าการพบผู้ป่วยวัณโรคจากการคัดกรองในกลุ่มประชากรข้ามชาติจะเป็นสัดส่วนต่ำ (0.48%) การคัดกรองวัณโรคก็มีความครอบคลุมต่ำเช่นเดียวกัน (5.9%) หากแต่การที่จะคัดกรองให้ได้ครอบคลุมได้มากจำเป็นต้องเข้าใจว่ากลุ่มประชากรข้ามชาติกลุ่มใดมีความเสี่ยงสูง มากกว่าที่จะให้ครอบคลุมประชากรข้ามชาติทั้งหมดที่คาดประมาณว่ามีจำนวนสูงถึง 2.2 ล้านคน

● บริการวัณโรคที่อยู่ในลำดับความสำคัญ

การตรวจพบผู้ป่วยวัณโรค การวินิจฉัยและการรักษาวัณโรค

ประเทศไทยมีความก้าวหน้าในการขยายหน่วยบริการตรวจวัณโรคด้วยวิธีอณูวิทยา (Xpert, MTB/RIF และ PCR) ขยายจาก 172 หน่วย เป็น 255 หน่วย ในปี 2566 มีนโยบายและแนวทางดำเนินงานที่ชัดเจน และใช้ปัญญาประดิษฐ์ (AI) ในการตรวจรังสีภาพทรวงอกในการคัดกรองและวินิจฉัย หากแต่ สปสช.ควรให้ความมั่นใจที่จะสนับสนุนจำนวนชุดตรวจด้วยวิธีอณูวิทยา ให้เพียงพอกับจำนวนเครื่องตรวจและหน่วยตรวจที่เพิ่มมากขึ้น พร้อมๆกับการสนับสนุนทางนโยบายและติดตามการดำเนินงานอย่างใกล้ชิด เพื่อให้มั่นใจว่าหน่วยบริการจะตรวจด้วยวิธีอณูวิทยามากขึ้น

การคัดกรองในกลุ่มเสี่ยงยังทำได้น้อย จึงควรจัดซื้อหน่วยตรวจรังสีภาพทรวงอกแบบเคลื่อนที่เพิ่มขึ้น เพื่อให้สามารถจัดบริการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกและคัดกรองกลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรคและกลุ่มเสี่ยงอื่นในชุมชนได้มากขึ้น รวมถึงขยายการคัดกรองวัณโรคในจุดบริการที่ไม่เป็นทางการ ในพื้นที่ที่มีวัณโรคสูง และผลักดันนโยบายให้มีการเบิกจ่ายเงินชดเชยในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง

ควรเพิ่มบทบาทของชุมชนในการจัดบริการวัณโรค ซึ่งอาจใช้ประโยชน์จากความเข้มแข็งของ อสม.ทั้งในเขตชานเมืองและชุมชนแออัด ประชาชนในพื้นที่ห่างไกล และกลุ่มเสี่ยงอื่น ได้แก่ ผู้สัมผัสผู้ป่วยในครัวเรือน ผู้สูงอายุ เป็นต้น ควบคู่กับการสร้างความต้องการให้ยาเพื่อการป้องกันที่เชื่อมต่อการคัดกรองวัณโรคและการสนับสนุนให้กินยาโดยสม่ำเสมอ

เสริมพลังร่วมกับการให้เงินชดเชยแก่อาสาสมัครต่างชาติในการชี้และทำแผนที่กลุ่มประชากรข้ามชาติที่เป็นเป้าหมาย และสนับสนุนการวางแผนการค้นหาผู้ป่วย การส่งต่อ และติดตาม

ให้อาหารเสริมแก่ผู้ป่วยวัณโรคทุกคนที่มีภาวะทุพโภชนาการเพื่อลดอันตรายตาย รวมถึงการสนับสนุนการครองชีพ เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยวัณโรคจะกินยาสม่ำเสมอและต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา

การให้ยารักษาเพื่อการป้องกัน (TPT) ในผู้ติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง

กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายและแนวทางเรื่อง TPT รวมถึงมีศูนย์ตรวจการติดเชื้อวัณโรค ด้วยวิธี IGRA ในสำนักงานป้องกันควบคุมโรค 10 แห่ง และใน กทม. แต่ทั้งนี้ยังคงต้องการการดำเนินงานตามนโยบายที่มีประสิทธิผล จึงต้องการการสื่อสารนโยบาย การอบรมการจัดการเรื่องการตรวจการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง และการให้ TPT

วัณโรคดื้อยา Rifampicin และการดื้อยาหลายขนาน (MDR และ XDR)

การตรวจพบผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาได้มากขึ้นจากการใช้เครื่องมือตรวจทางอณูวิทยา (Xpert, MTB/RIF และ PCR) การรักษาด้วยยาระยะสั้น และการไม่ต้องฉีดยา การเริ่มด้วย BPALs regimen เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา XDR-TB เป็นเทคโนโลยีที่สำคัญ

ควรกำหนดนโยบาย Universal DST จัดอบรมแพทย์ พยาบาล ในเรื่อง การตรวจคัดกรองและแนวทางการรักษา RR/MDR & XDR-TB รวมการตรวจ RR/MDR & XDR-TB ที่ใช้ 10-colour Xpert ในสิทธิประโยชน์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

พิจารณาใช้เงินสนับสนุนจากกองทุนโลก ในการจัดซื้อยาบางตัวที่ไม่สามารถจัดซื้อได้ภายในประเทศหรือยังไม่อยู่ในสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพ

• การป่วยโรคร่วม

นโยบายการให้บริการบูรณาการวัณโรคและเอชไอวีในการบริการวัณโรคและแนวทางการดำเนินงานชัดเจน ผู้ป่วยวัณโรค 80% ได้ตรวจเอชไอวี (อัตราผลบวก 8-10%) และผู้ป่วยวัณโรคที่ตรวจพบว่าติดเชื้อเอชไอวีได้ยาด้านไวรัสฯ มากกว่า 80% มีนโยบายในการให้ยารักษาเพื่อป้องกันวัณโรคในกลุ่มผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี หากแต่ยังต้องปรับปรุงการประสานงานระหว่างคลินิกวัณโรคและคลินิก ART และควรบูรณาการข้อมูลการให้ TPT ในฐานข้อมูล NTIP และ TPT-HIV และส่งเสริมการใช้ข้อมูล

การคัดกรองวัณโรคด้วยอัตราที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน พบผู้ป่วยวัณโรคประมาณ 7,000 คนในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและผู้สูงอายุที่มีโรคร่วม การพิจารณาปัจจัยที่เป็นเหตุให้ผู้ป่วยวัณโรคในการคัดกรอง ได้แก่ ภาวะทุพโภชนาการ การสูบบุหรี่ และการควบคุมเบาหวาน อาจทำได้โดยบูรณาการบริการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การเชื่อมต่อการตรวจวัณโรคกับคลินิกโรคไม่ติดต่อคลินิกเล็กสูบบุหรี่/สุรา เป็นต้น ซึ่งน่าจะส่งผลต่อการลดการตายจากวัณโรคเนื่องจากการโรคร่วม และอาจลดการป่วยวัณโรคในช่วงต่อไป

จ. กรอบยุทธศาสตร์ของคำขอรับทุนแผนงานเอดส์และวัณโรคของประเทศไทย รอบจัดสรร พ.ศ.2566-2568

แนวทางที่ใช้ในการจัดทำกรอบยุทธศาสตร์ของคำขอรับทุนแผนงานเอดส์และวัณโรค ประกอบด้วย

- นโยบายคณะกรรมการ CCM ประเทศไทยเรื่องทิศทางของคำขอรับทุนสนับสนุนการดำเนินงานวัณโรคและเอชไอวี รอบจัดสรร พ.ศ.2566-2568
- ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ ประเทศไทย พ.ศ.2560-2573
- (ร่าง) แผนปฏิบัติการเร่งรัดการยุติปัญหาเอดส์ประเทศไทย พ.ศ.2566 – 2569
- รายงานการทบทวนแผนงานเอดส์ ประเทศไทย พ.ศ.2565
- (ร่าง) แผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค ระยะที่ 2 พ.ศ.2566 - 2570
- รายงานการทบทวนร่วมกับนานาชาติครั้งที่ 6 แผนงานวัณโรค ประเทศไทย พ.ศ.2565
- แผนยุทธศาสตร์สู่การยุติปัญหาวัณโรคในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ขององค์การอนามัยโลก
- การสนทนาระดับประเทศสำหรับคำขอรับทุนสนับสนุนการดำเนินงานวัณโรคและเอชไอวี รอบจัดสรร พ.ศ.2566-2568 ระหว่างวันที่ 9-10 กุมภาพันธ์ 2566
- การประชุมคณะกรรมการ PC วันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2566 และการประชุมคณะทำงานทบทวนของ CCM วันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2566 และการประชุมคณะกรรมการ CCM วันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2566

กรอบยุทธศาสตร์ของคำขอรับทุนฯ สอดคล้องกับกรอบยุทธศาสตร์ของแผนปฏิบัติการสู่เป้าหมายยุติปัญหาเอดส์และวัณโรค แสดงในภาพดังนี้



จ. จุดเห็นของคำขอรับทุนแผนงานเอดส์และวัณโรค

ตามที่ระบุไว้ในทิศทางของคำขอรับทุนแผนงานเอดส์และวัณโรค ให้เน้น **มาตรการที่เป็นการเร่งปฏิบัติการ** มากกว่าการให้บริการโดยตรงตามธรรมดา ซึ่งควรได้รับการสนับสนุนจากงบประมาณภายในประเทศ ดังนั้นคำขอรับทุนฯ จึงควรเน้นที่การพัฒนาระบบที่ยืดหยุ่น ประสาน และยั่งยืนเพื่อสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการให้บริการนำโดยชุมชน ซึ่งจะช่วยให้เข้าถึงบริการ การทำให้มีบริการรองรับ การยอมรับบริการ และคุณภาพของบริการสำหรับประชากรหลัก รวมถึงการทำให้เกิดผลกระทบที่มากพอต่อเป้าหมายของประเทศในการยุติปัญหาเอดส์และวัณโรค

แนวทางหรือมาตรการอะไรที่เป็นการเร่งปฏิบัติการต่อการดำเนินงานของประเทศไทย

เพื่อให้มั่นใจว่าจะบรรลุเป้าหมายยุติปัญหาเอดส์และวัณโรค ควรใช้เงินลงทุนเป็นส่วนแรกกับแนวทางหรือมาตรการที่เป็นการเร่งปฏิบัติการ จากการดำเนินงานในปัจจุบัน มาตรการที่จะเร่งปฏิบัติการต่อการดำเนินงานของประเทศไทย ประกอบด้วย

- การขยายมาตรการทันสมัยอย่างรวดเร็ว กล่าวคือ PrEP, การตรวจเอชไอวีด้วยตนเอง และมาตรการเสมือนและดิจิทัล
- การใช้แนวทางที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลางในการให้บริการและการจัดการปัญหาที่อยู่ในลำดับความสำคัญ
- การบริการเอชไอวี วัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ไวรัสตับอักเสบ ซี อนามัยเจริญพันธุ์ และสุขภาพจิต ที่บูรณาการและปราศจากการตีตรา
- การขยายบริการนำโดยชุมชน

นอกจากนั้น มาตรการที่จำเพาะกับกลุ่มเป้าหมายควรพิจารณาจากข้อมูลที่เป็นรายละเอียด เพื่อกำหนดมาตรการที่จำเพาะกับกลุ่มเป้าหมายย่อย ตัวอย่างเช่น

- ผู้ที่มีความเสี่ยงสูงที่มีผลตรวจเป็นลบ
- ผู้ที่อยู่ร่วมกับเอชไอวีที่ยังไม่ได้รักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ที่มีระดับ CD4 ต่ำกว่า 200 เซลล์/ลบ.มม.
- ผู้ที่อยู่ร่วมกับเอชไอวีที่ไม่ได้เริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ภายในวันที่รู้ผลการตรวจ (same-day ART)
- ผู้ที่อยู่ร่วมกับเอชไอวีที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ที่ไม่สามารถกดปริมาณไวรัสฯ ให้ต่ำกว่า 1000

จุดเน้นในภาพรวม

แผนเอชไอวี ควรเน้นมาตรการที่ทำให้ผู้ที่อยู่ร่วมกับเชื้อรู้ว่าติดเชื้อ ได้รับการรักษาแต่เนิ่นๆ และได้รับยาต่อเนื่องจนสามารถกดปริมาณไวรัสฯได้ ขยายการใช้ชุดตรวจด้วยตนเองการใช้ PrEP การคัดกรองวัณโรค และการรักษาวัณโรคระยะแฝง

แผนวัณโรค ควรเน้นมาตรการที่เพิ่มการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคให้ได้เร็วและมากขึ้น เข้าสู่กระบวนการรักษาให้สำเร็จ เพิ่มประสิทธิภาพการตรวจและรักษาวัณโรคดื้อยา ขยายการรักษาเพื่อป้องกันการป่วยวัณโรค ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญในการยุติวัณโรค

จุดเน้นจำเพาะในแต่ละแผนงาน

แผนงานกลุ่มผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีด

- เพิ่มความสำคัญกับการป้องกันการเปลี่ยนวิธีใช้ยามาเป็นวิธีฉีดหรือป้องกันการกลับไปใช้วิธีฉีดสำหรับผู้เปลี่ยนจากวิธีฉีดไปใช้วิธีอื่น
- ตามหลักการของบริการที่มีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ให้บูรณาการบริการลดอันตรายจากยาเสพติดกับการบำบัดรักษาการติดยาเสพติด
- พัฒนาบริการรักษาด้วยสารทดแทนอนุพันธ์ฝิ่นระยะยาวในชุมชนที่และความเชื่อมต่อระหว่างชุมชนและโรงพยาบาล ส่งเสริมให้ใช้ Buprenorphine เป็นทางเลือกของสารทดแทนอนุพันธ์ฝิ่น
- ขยายการให้บริการในชุมชน ที่บูรณาการบริการเอชไอวี วัณโรค ดับอักเสบบ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

แผนงานกลุ่มประชากรข้ามชาติ

- แจกแจงประชากรตามปัจจัยที่ทำให้มีความเสี่ยงต่อเอชไอวี เพื่อให้ออกแบบการเข้าถึงได้เหมาะสม
- รวมการดำเนินงานทั้งในกลุ่มประชากรข้ามชาติที่ลงทะเบียนและไม่ลงทะเบียน
- สอดคล้องและประสานความร่วมมือในการดำเนินงานกับแผนงานวัณโรคระดับภูมิภาค (TEAM)

แผนงานกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย/หญิงข้ามเพศ/พนักงานบริการทางเพศ

- ครอบคลุมทุกความเสี่ยง ตัวอย่างเช่น chemsex
- บูรณาการกับบริการอนามัยเจริญพันธ์

แผนงานกลุ่มเยาวชนที่มีภาวะเปราะบาง

- ด้วยการมีส่วนร่วมของเยาวชน เพิ่มการเข้าถึงบริการอนามัยทางเพศและอนามัยเจริญพันธ์
- ใช้มาตรการที่เป็นนวัตกรรม โดยเทคโนโลยีเสมือนและดิจิทัล

แผนงานผู้ต้องขัง:

- ความต่อเนื่องของการรักษาเมื่อพ้นโทษ

แผนงานวัณโรค

- ขยายการค้นหาผู้ป่วยในกลุ่มผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรคทุกกลุ่ม โดยเฉพาะในกลุ่มเด็ก ผู้สูงอายุ และกลุ่มที่มีภาวะเปราะบาง
- ขยายการบริหารจัดการการดำเนินงานในผู้ติดเชื้อวัณโรค และสมรรถนะในการติดตามและประเมินผลที่สามารถแสดงข้อมูลตามลำดับของการให้บริการ TPT
- เพิ่มบทบาทของชุมชนในการค้นหาและรักษาผู้ป่วยวัณโรค ได้แก่ กลุ่ม อสม. ในหมู่บ้านแลเขตเมือง พนักงานสุขภาพต่างชาติ อาสาสมัครต่างชาติ สมาชิกสมาคมผู้สูงอายุ และองค์กรภาคประชาสังคมที่ทำงานในแผนงานเอชไอวี
- ประสานความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเรื่องการสนับสนุนและช่วยเหลือด้านความเป็นอยู่ของผู้ป่วยวัณโรคเพื่อให้มั่นใจว่าจะรักษาวัณโรคครบและสำเร็จ
- พัฒนาสมรรถนะและส่งเสริมการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการเรื่องวัณโรค และวัณโรค/เอชไอวี
- ขยายความก้าวหน้าไปเพื่อหยุดการติดต่อของโรคติดต่อทางอากาศอื่นๆ

แผนงานขจัดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการเอชไอวีและบริการวัณโรคที่สืบเนื่องจากประเด็นสิทธิมนุษยชนและเพศภาวะ

- ใช้แนวทางการร่วมมือของภาคส่วนต่างๆ เพื่อดำเนินการตามแผนปฏิบัติการระดับชาติจัดการตีตราและเลือกปฏิบัติเนื่องจากเอชไอวีทุกรูปแบบ ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมและปกป้องคุ้มครองสิทธิมนุษยชน
- ส่งเสริมและบูรณาการหลักการของ U=U (undetectable = untransmittable) ตรวจไม่พบเชื้อเอชไอวีก็จะไม่ถ่ายทอดเชื้อ เป็นมาตรการสำคัญที่จะลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในทุกส่วนทั่วประเทศ
- ขยายมาตรการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติอย่างเป็นระบบ ในสถานบริการสุขภาพ สถานี่ทำงาน สถานศึกษา และบริการนำโดยชุมชน
- สร้างความเข้มแข็งของระบบการปกป้องคุ้มครองสิทธิมนุษยชน ขยายระบบการปกป้องในภาวะวิกฤติ (Crisis Response System: CRS) และขยายการเข้าถึงบริการทางกฎหมายให้มากที่สุดผ่านบริการสุขภาพ ชุมชน สถานี่ทำงาน สถานศึกษาและหน่วยงานกฎหมาย ที่ดำเนินการโดยทีมงานผู้ช่วยทางกฎหมายและสหสาขา
- ยกระดับการดำเนินงานโดยประยุกต์ใช้นวัตกรรมที่พิสูจน์แล้วในทุกส่วน ได้แก่ การอบรมครู ผู้บังคับใช้กฎหมาย ผู้จัดการฝ่ายบุคลากรของสถานี่ทำงาน การเรียนทางออนไลน์ (e-learning) U=U CRS เป็นต้น
- เสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับผู้อยู่ร่วมกับเชื้อ ผู้ได้รับผลกระทบ และผู้ที่มีภาวะเปราะบางต่อเอชไอวีหรือวัณโรคในเรื่องสิทธิมนุษยชน ความเท่าเทียมทางเพศ U=U เป็นต้น เพื่อเอาชนะการตีตราตนเองและเพิ่มการเข้าถึงบริการที่จำเป็นและเพิ่มคุณภาพชีวิต
- พัฒนาและขยายการจัดการปัญหาโดยชุมชนอย่างเป็นระบบ ในประเด็นสิทธิมนุษยชน การตีตราและเลือกปฏิบัติ ความเท่าเทียมทางเพศภาวะ สำหรับเอชไอวีและวัณโรค ขยายเวทีที่ชุมชนเป็นเจ้าของ ได้แก่ การติดตามงานโดยชุมชน และคลังสมอง (Community Think Tank) เพื่อให้ความคิดเห็นย้อนกลับและติดตามการขจัดอุปสรรคการเข้าถึงบริการเอชไอวีและวัณโรค รวมถึงบริการที่จำเป็นอื่นๆ ที่เกี่ยวเนื่องกับสิทธิมนุษยชนและความเท่าเทียมทางเพศภาวะด้วยการใช้ระบบ CRS
- ยกเลิกกฎหมาย นโยบาย หรือระเบียบปฏิบัติที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงาน โดยการทำงานร่วมกับสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร และองค์กรคุ้มครองสิทธิระดับชาติ และสร้างการเคลื่อนไหวทางสังคมเพื่อปฏิรูปกฎหมายและนโยบายที่ทำให้เกิดการเลือกปฏิบัติ ได้แก่ พรบ.ค่าประเวณี กฎหมายยาเสพติด และการประกันสุขภาพประชากรข้ามชาติ

- ส่งเสริมความรู้เรื่องสิทธิมนุษยชน ที่รวมถึง การลดอันตรายจากยาเสพติด U-U เพศภาวะ และวันโรค
- แผนงานพัฒนาระบบที่ยืดหยุ่นและยั่งยืนเพื่อสุขภาพ (RSSH)*
- จัดการให้บริการสุขภาพนำโดยชุมชนเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพของประเทศ รวมถึงการจัดระบบการพัฒนาสมรรถนะการทำงานของผู้ให้บริการสุขภาพชุมชน การติดตามงานนำโดยชุมชน และการสนับสนุนงบประมาณการดำเนินงานให้กับชุมชน
 - จัดทำมาตรฐานการจัดบริการที่มีผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง ในการให้บริการเอชไอวี วันโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ไวรัสตับอักเสบ อนามัยเจริญพันธ์ สุขภาพจิต การช่วยเหลือทางสังคม รวมถึงระบบบริการและสนับสนุนการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และพัฒนาบริการในปัจจุบันตามแนวทางใหม่
 - สร้างความเข้มแข็งของความเป็นภาคีของภาครัฐ เอกชนและชุมชน ให้เป็นเครือข่ายในการบริการและในการพัฒนาสมรรถนะในการให้บริการ
 - สร้างความเข้มแข็งของระบบประกันคุณภาพสำหรับ เอชไอวี วันโรคและบริการอื่นที่เกี่ยวข้อง ที่อยู่ในระบบประกันคุณภาพโรงพยาบาลของประเทศ
 - สร้างความเข้มแข็งระบบสารสนเทศเชิงยุทธศาสตร์และการติดตามประเมินผล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการใช้ข้อมูลสารสนเทศ ทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ เพื่อให้ระบบการจัดการในระดับอำเภอและจังหวัดมีความเข้มแข็ง ในการบูรณาการบริการและเกิดความร่วมมือของทุกภาคส่วน รวมถึงการสนับสนุนทรัพยากรจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
 - ดำเนินงานผลักดันนโยบายอย่างเป็นระบบ โดยกำหนดประเด็นที่ชัดเจน จัดทำแผนการผลักดันนโยบายที่ผสมผสานและติดตามประเมินผลของการผลักดัน เพื่อพิจารณาปรับแผนอย่างเป็นวงจร
 - ประเมินการดำเนินงานของการประกันสุขภาพสำหรับประชากรข้ามชาติในทุกระบบ ทั้งในระบบประกันสังคมสำหรับประชากรข้ามชาติที่ลงทะเบียน การประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข และโครงการ M-Fund และพิจารณาว่าจะสามารถขยายความครอบคลุมได้อย่างไร
 - เตรียมความพร้อมในการรับมือกับการระบาดต่างๆ ที่อาจทำให้เกิดผลกระทบต่อการเข้าถึงบริการเอชไอวี วันโรคและโรคอื่นที่เกี่ยวข้อง ด้วยการออกแบบและพัฒนาระบบเฝ้าระวังที่จะสามารถรู้ปัญหาแต่เนิ่นๆ และเครือข่ายสนับสนุนการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ข. การจัดการการดำเนินงาน

การจัดการการดำเนินงานด้วยเงินทุนที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลกฯ เป็นความรับผิดชอบทางกฎหมายในการดำเนินงานโดยหน่วยงานรับทุนหลัก (Principal Recipient: PR) 2 หน่วยงาน ประกอบด้วย PR ที่เป็นหน่วยงานภาครัฐ 1 หน่วยงาน และเป็น PR ที่เป็นองค์กรภาคประชาสังคม 1 องค์กร

PR ที่เป็นหน่วยงานภาครัฐต้องเน้นการเป็นกลไกหลักในการประสานงานกับหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง ที่จะทำให้เกิดความยั่งยืนของระบบการทำงาน นอกเหนือจากการจัดการให้มีการดำเนินงานโดยหน่วยงานภาครัฐ

PR ที่เป็นองค์กรภาคประชาสังคม จัดการการให้บริการโดยองค์กรชุมชนและพัฒนาสมรรถนะการทำงานของผู้ให้บริการ ส่งเสริมและสนับสนุนการสร้างนวัตกรรมขององค์กรชุมชน และผลักดันนโยบายในประเด็นที่มีผลกระทบต่อการให้บริการโดยองค์กรชุมชน

เนื่องจากคำขอรับทุนฯ เน้นการทำให้เกิดระบบบริการของภาครัฐร่วมกับองค์กรภาคประชาสังคมที่ยั่งยืน จึงควรให้หน่วยงานรับทุนรอง (Sub-Recipient: SR) รับผิดชอบงานของ PR ทั้ง 2 หน่วยงาน สำหรับแผนงานสร้างระบบที่ยืดหยุ่นและยั่งยืนเพื่อสุขภาพ (RSSH) และ SR ที่รับผิดชอบงานของ PR ทั้ง 2 หน่วยงาน สำหรับแผนงานขจัดอุปสรรคการเข้าถึงบริการเอชไอวีและวัณโรคที่สืบเนื่องจากประเด็นสิทธิมนุษยชนและเพศภาวะ

บทบาทสำคัญของ PR ที่มีผลต่อความสำเร็จของการดำเนินงาน

- PR ควรคาดหวังต่อการดำเนินงานที่ส่งผลในระดับผลลัพธ์และผลกระทบ ที่นำไปสู่การยุติปัญหาเอชไอวีและวัณโรค
- PR ต้องมีความรับผิดชอบในประเด็นเชิงยุทธศาสตร์ โดยมีได้เพียงแต่บริหารจัดการการดำเนินงานของ SR ไปตามกิจกรรมและเป้าหมายตามตัวชี้วัดในระดับการดำเนินงาน เท่านั้น
- PR ต้องสร้างกระบวนการที่ทำให้มั่นใจว่า การดำเนินงาน จะทำให้มีความเท่าเทียม มีความยั่งยืน มีประสิทธิภาพ และมีคุณภาพ
- PR ทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคมต้องทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ ในการผลักดันนโยบายและการดำเนินงานที่จะจัดการให้ระบบบริการโดยชุมชนเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพของประเทศ