

รัฐบาลไทยปิดบริการเพร็พที่นำโดยกลุ่มประชากรหลัก
แรงกดดันที่มากขึ้นเพื่อให้รัฐบาลยกเลิกนโยบายที่เป็นอันตรายต่อบริการป้องกันเอชไอวีสำหรับชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย
ผู้หญิงข้ามเพศและผู้ให้บริการทางเพศ

อุดม ลิขิตวรรณวุฒิ แปล

ข่าวการยกเลิกบริการเพร็พที่นำโดยกลุ่มประชากรหลักนำไปสู่การโต้แย้งทั้งภายในประเทศและในสหรัฐอเมริกา อังกฤษ และประเทศอื่นๆทั่วโลก ในเว็บไซต์ nam aidsmap มีข่าวเกี่ยวกับเรื่องนี้ ดังรายละเอียดด้านล่าง¹

รัฐบาลไทยได้ยุติการให้บริการป้องกันเอชไอวีก่อนสัมผัสเชื้อ (หรือ เพร็พ) ที่เป็นบริการชั้นนำของประเทศ ซึ่งการกระทำดังกล่าวเป็นอันตรายต่อแนวทางการทำงานที่ได้รับความสนใจจากนานาชาติเป็นอย่างมาก และเป็นหัวใจสำคัญของโครงการเพร็พที่ใหญ่ที่สุดในเอเชีย



กลุ่มนักกิจกรรมจากชุมชนประท้วงการยกเลิกบริการเพร็พของรัฐบาลที่รัฐสภาไทย

ภาพจาก APCOM ใน nam aidsmap

ประมาณ 80% ของผู้ใช้เพร็พในประเทศไทยได้รับเพร็พจากคลินิกที่นำและให้บริการโดยสมาชิกของชุมชนที่คลินิกให้บริการอยู่ แต่ภายใต้กฎหมายใหม่ผู้ที่ส่งจ่ายเพร็พได้ต้องเป็นแพทย์ของรัฐเท่านั้น และบริการโดยชุมชนไม่สามารถจ่ายยาได้ และการเปลี่ยนแปลงกฎอีกข้อหนึ่งจะหยุดการให้เพร็พแก่ผู้ที่ถูกกีดกันออกจากระบบประกันสุขภาพหลักของประเทศด้วย

บริการส่วนใหญ่ที่ได้รับผลกระทบคือบริการจ่ายเพร็พที่นำโดยกลุ่มประชากรหลักซึ่งหมายถึงกลุ่มคนที่ได้รับผลกระทบจากเอชไอวีอย่างไม่สมส่วนซึ่งในประเทศไทยได้แก่ กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ผู้หญิงข้ามเพศ และผู้ให้บริการทางเพศ คลินิกเหล่านี้ดำเนินการโดยสมาชิก ในชุมชนและมีบทบาทในการสร้างการมีส่วนร่วมอย่างมีความหมายกับชุมชนในวงกว้างเพื่อสร้างบริการต่างๆที่ตอบสนองกับความจำเป็นของพวกเขา

คุณสุรางค์ จันท์แย้ม ผู้อำนวยการมูลนิธิสวิง (SWING) กล่าวกับผู้สื่อข่าวของนาม เอตส์แมพ (nam aidsmap) ว่า “แม้ว่าพวกเราได้ฝึกอบรมผู้ให้บริการชุมชน ช่างเทคนิค และมีประสบการณ์ในการให้เพร็พมาแล้วเป็นเวลาหลายปี แต่เราไม่ได้รับอนุญาตให้จ่ายเพร็พหรือแม้แต่เก็บเพร็พไว้ในคลินิกของเราได้”

การเปลี่ยนแปลงทางนโยบายที่สำคัญทั้ง 2 ประเด็นนี้เกิดขึ้นเพียง 2 สัปดาห์หลังจากที่รัฐบาลไทยนำเสนอการบริการโดยกลุ่มประชากรหลัก ในการประชุมของคณะกรรมการประสานงานโครงการของยูเอ็นเอตส์ (UNAIDS) ที่รัฐบาลไทยเป็นเจ้าภาพและเป็นประธานที่จัดขึ้นที่เชียงใหม่เมื่อกลางเดือนธันวาคม 2565 ซึ่งคณะผู้แทนของยูเอ็นเอตส์ได้เยี่ยมชมมูลนิธิเอ็ม-

¹ Thai government shuts down key-population led PrEP services โดย Bobby Ramakant, Shobha Shukla, Roger Pebody เมื่อ 13 กุมภาพันธ์ 2566 ใน <https://www.aidsmap.com/news/feb-2023/thai-government-shuts-down-key-population-led-prep-services>

พลัส (MPLUS) ซึ่งเป็นมูลนิธิชั้นนำในการจัดบริการเพริฟสำหรับชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ชายที่เป็นพนักงานบริการทางเพศ และหญิงข้ามเพศในภาคเหนือของประเทศไทย

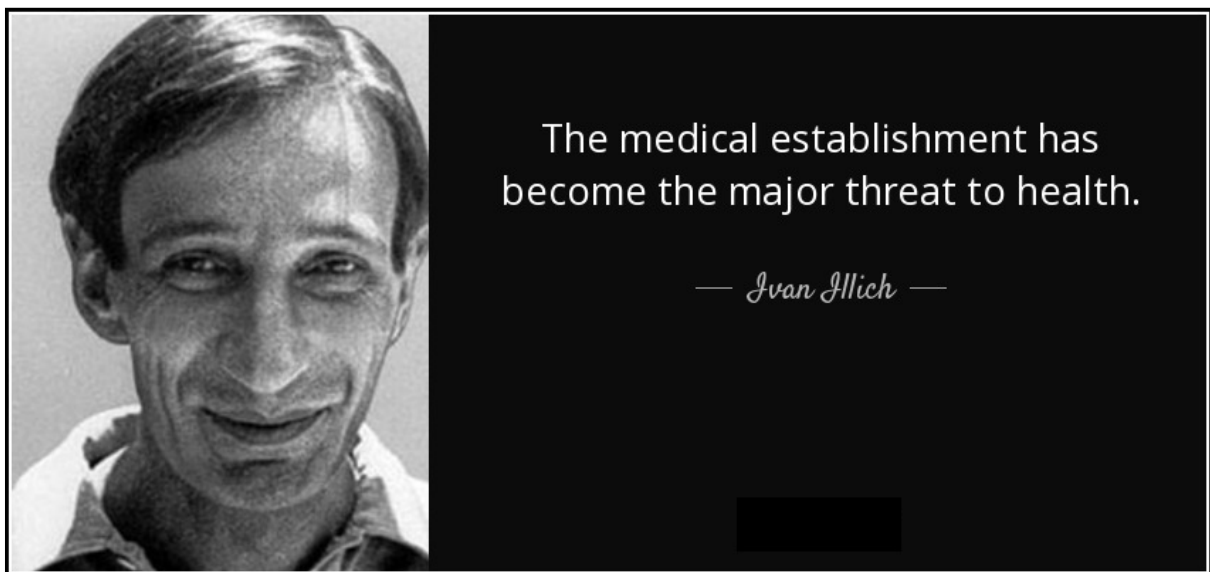
หลังจากนั้น ในวันที่ 23 ธันวาคม กรมสนับสนุนบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขได้ออกแนวปฏิบัติซึ่งระบุว่าตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2566 เป็นต้นไปผู้ที่ส่งจ่ายเพริฟได้ต้องเป็นแพทย์ของรัฐเท่านั้น และผู้ที่จัดเพริฟตามใบสั่งแพทย์ได้ต้องเป็นเภสัชกรของรัฐเท่านั้นเช่นกัน ส่วนคลินิกที่นำโดยประชากรหลักจะไม่สามารถเก็บยาที่ใช้สำหรับเพริฟไว้ในสต็อกได้ กฎนี้มีผลบังคับใช้สำหรับการป้องกันเอชไอวีหลังการสัมผัสเชื้อ หรือเพิฟ (PEP) เช่นกัน

ต่อมาเมื่อวันที่ 28 ธันวาคม สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ซึ่งรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขที่เป็นรองนายกรัฐมนตรีด้วยเป็นประธานกรรมการของสำนักงานฯ) ได้เพิกถอนการจ่ายเงินสำหรับส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่รวมถึงบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีด้วยสำหรับผู้ที่ไม่ได้รับความคุ้มครองตามพ.ร.บ. โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage Scheme หรือ UCS) ของประเทศ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นการประกันสุขภาพที่ให้สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพที่ครอบคลุมไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับคนไทยส่วนใหญ่ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้รับทุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เมื่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเริ่มให้ความคุ้มครองเกี่ยวกับเพริฟเมื่อ 3 ปีที่แล้ว โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าช่วยเพิ่มการใช้เพริฟเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและยังลดการพึ่งพาเงินทุนจากผู้บริจาคด้วย แต่ในปัจจุบันโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่รวมความคุ้มครองสำหรับเพริฟของคนเป็นจำนวนมากที่ได้ใช้เพริฟมาก่อนแล้ว

ไม่เป็นที่ชัดเจนว่าอะไรเป็นแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงนโยบายนี้ บางคนอ้างถึงความกังวลเกี่ยวกับความถูกต้องตามกฎหมายของการใช้งบประมาณของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อให้บริการแก่ผู้ที่ไม่ประกันภัยได้ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในทำนองเดียวกันการเปลี่ยนแปลงทางนโยบายแรกอาจเกิดจากการตีความกฎหมายใหม่เกี่ยวกับการให้บริการด้านสุขภาพ

อาจเป็นไปได้ว่าสถาบันทางการแพทย์ได้ตอบกลับต่อการให้บริการสุขภาพในระดับรากหญ้าที่ดำเนินการโดยผู้ที่ไม่ใช่แพทย์ที่เป็นกลุ่มคนที่ถูกละเลย เช่น ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ผู้ให้บริการทางเพศ และคนข้ามเพศ? หรือเป็นเพราะว่าการเลือกตั้งทั่วไปที่กำลังจะมีขึ้นนำไปสู่ความกังวลด้านการเมืองและเศรษฐกิจที่ส่งผลกระทบต่อบริการเพริฟในประเทศไทย?



“สถาบันทางการแพทย์ได้กลายเป็นภัยคุกคามที่สำคัญต่อสุขภาพ”
Ivan Illich (อีแวน อิลิช) พระนิยายคาทอลิก นักปรัชญาชาวออสเตรเลีย

คลินิกที่นำโดยประชากรหลักไม่สามารถสั่งเพริฟหรือเก็บเพริฟในสต็อกได้

การตัดสินใจแรกของรัฐบาลทำให้คลินิกที่นำโดยประชากรหลักไม่สามารถสั่งจ่ายเพริฟและสต็อกเพริฟไว้ได้ซึ่งรวมถึงเพิฟ (PEP) ด้วย คลินิกเหล่านี้ได้รับความนิยมเนื่องจากให้ “บริการแบบครบวงจร” ในสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมและปราศจากการตีตรา

ในกรุงเทพฯซึ่งมีผู้ใช้เพริฟประมาณ 70% ของประเทศไทย ผู้ให้บริการทางเพศได้รับเพริฟที่คลินิกที่ดำเนินการโดยมูลนิธิสวิง (Service Workers in Groups - SWING) ในขณะที่ผู้ชายจำนวนมากที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายและหญิงข้ามเพศได้ใช้บริการเพริฟที่ดำเนินการโดยสมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทย (Rainbow Sky Association of Thailand) คลินิกทั้งสองได้รับ

การสนับสนุนด้านเทคนิคจากสถาบันเพื่อการวิจัยและนวัตกรรมด้านเอชไอวี (Institute of HIV Research and Innovation หรือ IHRI) ในกรุงเทพฯ

“การขยายการใช้เพริฟเกิดขึ้นได้ในประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นเพราะคนจากกลุ่มประชากรหลักที่ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ให้บริการ” ดร. พญ. นิตยา ภาณุภาค ผู้อำนวยการของสถาบันเพื่อการวิจัยและนวัตกรรมด้านเอชไอวี (IHRI) กล่าวกับผู้สื่อข่าวของเอดส์แมพ (AIDSmap)

ดร. นิตยา เชื่อว่าบริการต่างๆประสบความสำเร็จได้เพราะได้รับการออกแบบ การก่อตั้ง และการร่วม ในการให้บริการโดยผู้คนจากชุมชน เมื่อพิจารณาถึงการติตราที่พบโดยทั่วไปในสถานพยาบาลต่างๆของรัฐแล้วสมาชิกของประชากรหลักมักชอบใช้บริการที่มีเจ้าหน้าที่ซึ่งพวกเขาจะเข้าใจชีวิตของพวกเขาดีกว่า

ดร. นิตยา เสริมว่า “แพทย์ เภสัชกร หรือบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆไม่จำเป็นต้องประจำอยู่ในคลินิกเสมอไป เพราะผู้ให้บริการหลักที่ได้รับการฝึกอบรมมาแล้วเป็นอย่างดีให้คำปรึกษาทางไกล (tele-consultation) หรือการแพทย์ทางไกล (tele-medicine) กับผู้ใช้บริการและให้การดูแลพวกเขาจากระยะไกล”

อย่างไรก็ตามที่คลินิกเหล่านี้แพทย์ที่ส่งจ่ายเพริฟเป็นพนักงานของสถาบันเพื่อการวิจัยและนวัตกรรมด้านเอชไอวีซึ่งเป็นองค์กรพัฒนาเอกชน การให้บริการที่คลินิกเช่นนี้จะไปไม่ได้อีกต่อไปเนื่องจากการตัดสินใจดังกล่าวของรัฐบาล

ดร. นิตยา กล่าวว่า โรงพยาบาลของรัฐสามารถเป็นศูนย์กลางของการขยายการใช้เพริฟได้ตั้งแต่ต้น แต่โรงพยาบาลหลายแห่งที่พวกเขาติดต่อเข้ามาไม่เต็มใจที่จะทำบทบาทเหมือนกับสถาบันเพื่อการวิจัยและนวัตกรรมด้านเอชไอวี

ดร. นิตยา อธิบายว่า “บอกตามตรงว่าดิฉันไม่ชอบทำบทบาทนี้เลย เพราะดิฉันรู้ถึงความสำคัญของการรวมบริการเหล่านี้เข้ากับระบบการรักษายาของกรุงเทพฯ” ดร. นิตยา กล่าวต่อว่า “แต่จนถึงขณะนี้บริการเพริฟก็ยังไม่ประสบความสำเร็จมากนัก การสร้างความไว้วางใจระหว่างผู้ให้บริการด้านสุขภาพและองค์กรที่นำโดยชุมชนต้องใช้เวลา”

ในภาคเหนือของประเทศไทยมีความสำเร็จมากกว่า องค์กรหลักที่นำโดยประชากร เช่น มูลนิธิเอ็มพลัส (MPLUS) และศูนย์สุขภาพแคร์แมท (CAREMAT) ได้ทำงานร่วมกับคลินิกหรือโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยรัฐบาล ถึงกระนั้นก็ตามองค์กรเหล่านี้ก็จะได้รับผลกระทบจากนโยบายใหม่เช่นกัน

คุณณัฐกานต์ เลหาเจริญสมบัติ จากมูลนิธิเอ็มพลัสกล่าวว่า “เราไม่สามารถให้บริการแบบครบวงจรและให้สัญญาในการจัดสรรเพริฟภายในวันเดียวกันได้ เนื่องจากเราไม่สามารถจัดเก็บยาไว้ที่คลินิกได้”

บริการที่นำโดยประชากรหลักได้รับการออกแบบมาเพื่อให้การเข้าถึงเพริฟง่ายขึ้น – การตรวจเอชไอวีโดยเจ้าหน้าที่ชุมชน และการส่งผลตรวจทางอิเล็กทรอนิกส์ไปยังแพทย์ที่ออกใบสั่งเพริฟ และการจ่ายเพริฟโดยเจ้าหน้าที่ชุมชน - ทั้งหมดนี้ทำได้ภายในหนึ่งชั่วโมงหลังจากมีผู้ใช้บริการเดินเข้ามาในคลินิก แต่ตามข้อตกลงใหม่เจ้าหน้าที่ชุมชนจำเป็นต้องเดินทางไปโรงพยาบาลของรัฐเพื่อรับยาสำหรับผู้ป่วย²

คุณณัฐกานต์ กล่าวกับผู้สื่อข่าวของเอดส์แมพว่า “เรากำลังทำให้ผู้คนมีความเสี่ยงต่อเอชไอวีมากขึ้นเนื่องจากเราไม่สามารถให้บริการแก่พวกเขาได้อย่างทันท่วงที”

พวกเขาเสริมว่าแม้ว่ารัฐบาลได้พยายามส่งเสริมให้โรงพยาบาลทั่วประเทศจัดสรรเพริฟตั้งแต่ปี 2020 มาแล้วก็ตาม แต่จนถึงขณะนี้มีโรงพยาบาลประมาณ 100 แห่งเท่านั้นที่ทำเช่นนั้น และจำนวนผู้ใช้เพริฟจริงๆยังเป็นจำนวนที่น้อยมาก

กองทุนของโครงการสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยจะไม่คุ้มครองผู้ที่ไม่มีประกันภายใต้กองทุนนี้

การเปลี่ยนแปลงนโยบายที่สองหมายความว่ารัฐบาลไทยจะไม่ครอบคลุมค่าใช้จ่ายสำหรับบริการป้องกันเอชไอวีอีกต่อไป (รวมถึงการตรวจเอชไอวี ถุงยางอนามัย การให้บริการเพริฟและเพ็พ) สำหรับผู้ที่ไม่มีประกันภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นโครงการหลักที่ช่วยให้ประเทศไทยบรรลุการสร้างระบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุม โดยให้บริการรักษาพยาบาลฟรีแก่พลเมืองหลายล้านคนที่ก่อนหน้านี้ต้องควักกระเป๋าจ่ายเอง ภายในปี พ.ศ. 2554 โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าครอบคลุมกว่า 80% ของประชาชนทั้งหมดของประเทศไทย ซึ่งไม่อยู่ในความคุ้มครองของโครงการประกันสังคม (หรือสำหรับผู้ที่ทำงานในภาคเอกชนในระบบที่คิดเป็น 12% ของคนไทยทั้งหมด) หรือประชากรที่ไม่อยู่ในความคุ้มครองของโครงการสวัสดิการรักษายาของข้าราชการ (สำหรับผู้ที่ทำงานในภาครัฐและครอบครัวของพวกเขาซึ่งคิดเป็น 7% ของประชากรทั้งหมด) นอกจากนี้แล้วยังมีคนจำนวนหนึ่งที่จ่ายค่าประกันสุขภาพด้วยเงินส่วนตัว

² ในภาษาอังกฤษใช้คำ patients และคำที่เหมาะสมกว่าคือผู้รับหรือผู้ใช้บริการ (อุตม ลิขิตวรรณวุฒิ)

ถึงกระนั้นก็ตามยังมีบางคนที่ต้องเผชิญกับอุปสรรคต่างๆจากระบบราชการในการเข้าถึงการดูแลผ่านโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตัวอย่างเช่น ผู้ที่ย้ายจากจังหวัดอื่นมายังกรุงเทพฯและไม่มีการทำงานอย่างเป็นทางการจะไม่สามารถอัปเดตที่อยู่อาศัยที่ระบุไว้ในเอกสารทางการได้ ดังนั้นจึงเป็นเรื่องที่คาดได้ว่าพวกเขาจะต้องกลับไปจังหวัดบ้านเกิดเพื่อรับการรักษายาบาลทั้งหมด (ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่ผู้หญิงข้ามเพศและผู้ให้บริการทางเพศจำนวนมากต้องเผชิญ เป็นต้น) และผู้ที่ไม่มีสัญชาติไทยไม่สามารถเข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ ยกเว้นแรงงานข้ามชาติกว่าสองล้านคนจากประเทศอื่นๆในเอเชีย

กฎหมายทั้งสองนี้ยังสร้างปัญหาให้กับผู้ที่ลงทะเบียนในโครงการประกันสุขภาพสำหรับพนักงานภาครัฐและภาคเอกชน – หรือประมาณหนึ่งในห้าของพลเมืองไทย – เพราะโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเท่านั้นที่ครอบคลุมบริการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ในขณะที่โครงการประกันสุขภาพอื่นๆครอบคลุมเฉพาะคำรักษาพยาบาลเท่านั้น

ก่อนการตัดสินใจเหล่านี้โดยรัฐบาลไทย ทุกคนในประเทศไทยสามารถรับบริการป้องกันเอชไอวีได้ฟรีจากคลินิกที่นำโดยชุมชนโดยไม่คำนึงว่าพวกเขาจะได้รับความคุ้มครองตามโครงการประกันสุขภาพโครงการใด หรือหากว่าพวกเขาไม่ได้รับความคุ้มครองโดยโครงการใดเลย

ดร. นิตยา อธิบายว่า “คนไทยทุกคนสามารถเข้ารับการตรวจเอชไอวีได้ฟรีปีละ 2 ครั้งและที่โรงพยาบาลใดก็ได้ และนั่นคือเหตุผลหลักที่เราสามารถเพิ่มการยอมรับการตรวจเอชไอวีในประเทศได้”

ดร. นิตยา บอกกับผู้สื่อข่าวของนาม เอดส์แมพว่าประมาณ 30% ของผู้ที่เข้าถึงการตรวจเอชไอวีฟรี 60% ของผู้ใช้เพิร์พในปัจจุบัน และครึ่งหนึ่งของผู้ใช้เพิร์พไม่ได้รับการคุ้มครองโดยโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

คุณมิตไนท์ พูนเกษตรวัฒนา จากมูลนิธิแอสคอม (APCOM) กล่าวกับผู้สื่อข่าวของนาม เอดส์แมพว่า “ประชากรกลุ่มหลักเผชิญกับอุปสรรคเชิงโครงสร้างในการเข้าถึงบริการด้านการรักษาพยาบาล รวมถึงเพิร์พด้วย...นั่นคือสิ่งที่ทำให้บริการที่นำโดยชุมชนมีความสำคัญมากเพื่อให้แน่ใจว่าบริการที่เข้าถึงได้และพร้อมใช้งานนั้นปราศจากการตีตราสำหรับพวกเขา ทำให้รัฐบาลจึงต้องการชัดเจนว่าบริการที่พิสูจน์แล้วว่าทำงานได้ดี”

กระแสต่อต้านจากประชาชนทั่วประเทศ

กลุ่มองค์กรภาคประชาสังคมได้ยื่นหนังสือร่วมกันถึงสำนักนายกรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 11 มกราคม พ.ศ. 2566 การยื่นคำร้องทางออนไลน์ซึ่งมีผู้ลงนามแล้วกว่า 6,600 คน ยังสร้างแรงกดดันต่อรัฐบาลไทยในการแก้ไขกฎหมายนี้ด้วย

ภาคประชาสังคมร่วมกันเรียกร้องให้รัฐบาลไทยให้:

- รับรองอย่างเป็นทางการให้คลินิกที่นำโดยประชากรเป็นส่วนหนึ่งของสถานพยาบาลในประเทศไทย
- ออกข้อแนะนำที่อนุญาตให้แพทย์และเภสัชกรจากองค์กรภาคประชาสังคม คลินิกเอกชน และโรงพยาบาลเอกชนให้การสนับสนุนทางวิชาชีพแก่บริการเพิร์พที่นำโดยประชากร
- ออกข้อแนะนำที่อนุญาตให้เก็บยาที่ใช้เป็นเพิร์พไว้ที่คลินิกที่นำโดยประชากรหลักได้
- อนุมัติให้ใช้เงินกองทุนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อคุ้มครองบริการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพสำหรับคนไทยทุกคน โดยไม่คำนึงถึงรูปแบบประกันสุขภาพได้

หลังจากการประชุมระหว่างรัฐบาล ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ เมื่อวันที่ 18 มกราคม มีการเตรียมการชั่วคราวเพื่อจัดหาเพิร์พจำนวน 10,000 โด๊สด้วยเงินทุนจากกองทุนโลก (The Global Fund) และแผนการฉุกเฉินของประธานาธิบดี หรือเพ็พฟาร์ (PEPFAR) แต่สต็อกนี้จะเพียงพอสำหรับหนึ่งถึงสองเดือนเท่านั้น

ผู้แทนของกระทรวงสาธารณสุขไทยบอกกับผู้สื่อข่าวของเอดส์แมพว่ากระทรวงสาธารณสุขกำลังพยายามเชื่อมโยงมูลนิธิสวิตและสมาคมฟ้าสีรุ้งกับศูนย์การแพทย์บางรัก ซึ่งเป็นหน่วยงานของรัฐที่ให้บริการด้านสุขภาพทางเพศในเมืองหลวงเพื่อกำกับดูแลและทำให้บริการกลับคืนอีกครั้ง

คุณสุรางค์ สุรางค์ จันท์แย้ม จากมูลนิธิสวิตกล่าวกับผู้สื่อข่าวของเอดส์แมพว่า “ณ ตอนนี้ ประสบการณ์การทำงานกับโรงพยาบาลของรัฐยังไม่ราบรื่นเท่ากับการทำงานกับสถาบันเพื่อการวิจัยและนวัตกรรมด้านเอชไอวีเพราะโรงพยาบาลรัฐบาลแห่งนี้ไม่มีประสบการณ์การให้เพิร์พ”

เนื่องจากคลินิกในชุมชนไม่ได้รับอนุญาตให้สต็อกเพิร์พได้อีกต่อไปทำให้ทั้งผู้ใช้เพิร์พหรือเจ้าหน้าที่ที่ต้องไปที่ร้านขายยาของรัฐบาลเพื่อรับยา ข้อมูลทางคลินิกที่เคยถูกส่งทางอิเล็กทรอนิกส์แต่ตอนนี้เจ้าหน้าที่ต้องไปที่โรงพยาบาลเพื่อป้อนข้อมูลเอง คลินิกที่นำโดยประชากรหลักจะพลุกพล่านที่สุดในช่วงสุดสัปดาห์ทำให้เกิดงานค้างจำนวนมากในวันจันทร์เมื่อหน่วยงานของรัฐกลับมาเปิดอีกครั้งหลังจากสุดสัปดาห์

คุณ สุรงค์ กล่าวว่า “รัฐบาลต้องฟังเสียงชุมชน...เราไม่ได้พยายามแข่งขันกับรัฐบาล แต่เราพยายามสนับสนุนรัฐบาล โดยให้ทางเลือกแก่ประชาชนที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการของรัฐได้”