

บทที่ 1

บทนำ



1.1 ความสำคัญและที่มาของปัญหา

ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา คงจะไม่มีใครร้ายใดที่สร้างความหวาดกลัวให้แก่มนุษย์ทุกคนได้มากเท่ากับโรคเอดส์ เนื่องจากโรคเอดส์เป็นโรคที่สามารถติดต่อกันได้ มีการระบาดอย่างรวดเร็ว (การระบาดของโรคเอดส์ที่จะควบคุมเพราะขึ้นอยู่กับพฤติกรรมของบุคคล) และยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ที่ติดเชื้อทุกรายต้องเสียชีวิตในเวลาต่อมาด้วยอาการของโรคแทรกซ้อนที่จะสร้างความทุกข์ทรมานแก่ผู้ติดเชื้อ

AIDS เป็นคำย่อมาจาก Acquired Immuno Deficiency Syndrome ซึ่งมีความหมายโดยรวมคือ กลุ่มอาการภูมิคุ้มกันเสื่อมหรือภูมิคุ้มกันบกพร่องโดยมิได้เป็นมาแต่กำเนิด เกิดจากการได้รับเชื้อ HIV (Human Immuno Deficiency Virus) โรคเอดส์ถูกค้นพบเมื่อปี พ.ศ. 2524 ในชายหนุ่มรักร่วมเพศที่อเมริกา (แต่โรคเอดส์อาจจะกำเนิดมาจากที่อื่นที่ไม่มีใครทราบว่าเกิดที่ไหนและเกิดจากอะไร) ส่วนในประเทศไทยพบครั้งแรกในชายรักร่วมเพศที่เดินทางกลับมาจากสหรัฐอเมริกา ในปี พ.ศ. 2527 (แต่หลายฝ่ายมีความเห็นว่าน่าจะมาจากนักท่องเที่ยวต่างชาติที่เดินทางมาท่องเที่ยวในประเทศไทย และจากการที่ประเทศไทยเป็นแหล่งค้ายาเสพติดที่สำคัญ)(สถาพร มานัสสถิตย์,2538)

หลังจากที่โรคเอดส์บังเกิดขึ้นไปแล้ว 17 ปี ปรากฏว่าโรคเอดส์ได้ระบาดไปอย่างรวดเร็วทั่วโลก โดยที่ในปี พ.ศ. 2541 มีผู้ติดเชื้อเอดส์อยู่ 30,600,000 คนทั่วโลก(World Health Organization, New Delhi,1998) และมีผู้ป่วยเอดส์อยู่ 1,987,217 คน(World Health Organization, Geneva, 1998) จากประชากรทั้งหมด 5,926 ล้านคน(The population Reference Bureau, 1998) โดยแบ่งเป็นทวีปและประเทศที่สำคัญได้ดังตารางที่ 1.1

จากตารางที่ 1.1 จะเห็นว่า ประเทศสหรัฐอเมริกามีจำนวนผู้ป่วยเอดส์มากที่สุดในโลก และประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยมากที่สุดในทวีป คิดเป็นสัดส่วนถึง 80 % ของจำนวนผู้ป่วยเอดส์ในทวีปเอเชีย แต่หากคิดเป็นอัตราส่วนระหว่างผู้ติดเชื้อเอดส์กับจำนวนประชากรของประเทศแล้วประเทศสหรัฐอเมริกาจะไม่ใช่ประเทศที่มีอัตราส่วนผู้ป่วยเอดส์สูงที่สุดในโลก นอกจากนี้ระบบการรายงานโรค

ของแต่ละประเทศก็ยังมีประสิทธิภาพในการรายงานผลไม่เท่ากัน ดังนั้นบางประเทศอาจประมาณค่าจำนวนผู้ป่วยเอดส์ต่ำกว่าความเป็นจริง ทำให้ความรุนแรงของปัญหาเอดส์ในประเทศเหล่านั้นไม่ถูกสะท้อนออกมาตามความเป็นจริง

ตารางที่ 1.1 แสดงจำนวนและสัดส่วนผู้ป่วยเอดส์ต่อประชากรของทวีปและประเทศที่สำคัญในปี พ.ศ. 2541

ทวีป/ประเทศ	จำนวนผู้ป่วยเอดส์ (คน)	ประชากร (ล้านคน)	สัดส่วนผู้ป่วยเอดส์ ต่อประชากร(%)
Africa	706,318	763.0	0.09257
- Tanzania	97,621	30.6	0.31902
- Kenya	81,492	28.3	0.28796
- Zimbabwe	70,669	11.6	0.60922
- Uganda	53,306	21.0	0.25384
America	951,755	801.0	0.11882
- United State	691,447	270.2	0.25590
- Brazil	128,821	162.1	0.07947
- Mexico	35,069	97.5	0.03597
- Canada	15,935	30.6	0.05208
- Argentina	13,113	36.1	0.03632
Europe	211,352	728.0	0.02903
- Spain	51,284	39.4	0.13016
- France	48,453	58.8	0.08240
- Italy	42,122	57.7	0.07300
- Germany	17,490	82.3	0.02125
- U.K.	15,572	59.1	0.02635
Australia	8,007	22.5	0.03559
- Australia	7,766	18.7	0.04153
- New Zealand	656	3.8	0.01726
Asia	108,738	3604.0	0.00302
- Thailand	88,403	61.1	0.14469
- India	6,252	988.7	0.00063
- Myanmar	2,568	47.1	0.00545
- Japan	1,897	126.4	0.00150
- Malaysia	1,804	22.2	0.00813
- Vietnam	1,819	78.5	0.00232
- China	301	1242.5	0.00005

ที่มา : WHO และ The Population Reference Bureau Inc. ,1998

ในด้านสถานการณ์การระบาดของโรคเอดส์ในประเทศไทยนั้น นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 ที่เริ่มมีการระบาด การระบาดเริ่มระบาดจากในกลุ่มเสี่ยงดังต่อไปนี้ (Mechai Veravaidaya,1991) คือ เริ่มระบาดในหมู่ชายรักร่วมเพศและกลุ่มผู้ติดยาเสพติดในช่วงแรก ต่อมาจึงเริ่มระบาดในกลุ่มหญิงบริการ ส่งผลให้โรคเอดส์ระบาดต่อไปในกลุ่มลูกค้าของหญิงบริการเหล่านั้นในเวลาไม่นาน เมื่อนักเที่ยวชายเหล่านั้นกลับไปมีเพศสัมพันธ์กับภรรยาที่บ้านหรือกับคู่อีกจึงทำให้โรคเอดส์ระบาดต่อไปในหมู่ภรรยาและคู่อีกโดยไม่มีใครรู้ตัว และหากเกิดการตั้งครรภ์ขึ้นจะทำให้เด็กที่จะเกิดขึ้นมานั้นมีโอกาสติดเชื้อเอดส์ได้ ซึ่งจะสามารถสังเกตลำดับเวลาการติดเชื้อของกลุ่มเสี่ยงต่างๆ ได้ดังตารางที่ 1.2

ตารางที่ 1.2 แสดงจำนวนผู้ป่วยเอดส์ จำแนกตามปัจจัยเสี่ยงและตามปีที่เริ่มป่วย ตั้งแต่กันยายน 2527 ถึง

ธันวาคม 2541

ปัจจัยเสี่ยง	27-32	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541	รวม	%
1. เพศสัมพันธ์	63	94	418	1,323	5,102	10,799	16,212	19,429	20,663	12,023	86,126	82.66
ชายรักร่วมเพศ	18	3	5	9	50	105	193	202	151	94	830	0.8
ชายรักสองเพศ	5	4	5	2	8	34	87	149	98	49	441	0.42
ชายรักต่างเพศ	37	77	366	1,156	4,358	9,042	12,979	14,963	15,377	8,595	66,950	64.25
หญิงรักต่างเพศ	3	10	42	152	670	1,540	2,854	3,960	4,794	3,096	17,121	16.43
ไม่ทราบ	-	-	-	4	16	78	99	155	243	189	784	0.75
2. ยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น	12	22	45	138	496	864	1,255	1,030	962	575	5,399	5.18
ชาย	12	22	45	138	496	864	1,255	1,030	962	575	5,399	5.18
หญิง	-	1	-	3	12	20	18	17	27	10	108	0.1
3. รับเลือด	2	1	4	10	9	10	9	1	3	-	49	0.05
ชาย	1	1	3	8	6	4	7	-	3	-	33	0.03
หญิง	1	-	1	2	3	6	2	1	-	-	16	0.02
4. ติดเชื้อมารดา	4	15	74	139	463	776	914	1,119	1,130	617	5,251	5.04
ชาย	1	10	39	66	259	402	477	609	618	325	2,806	2.69
หญิง	3	5	35	73	204	374	437	510	512	292	2,445	2.35
5. ไม่ทราบสาเหตุ	2	3	17	91	648	1,104	1,519	1,319	1,568	995	7,266	6.97
ชาย	1	3	15	84	574	948	1,306	1,137	1,285	840	6,193	5.94
หญิง	1	-	2	7	74	156	213	182	283	155	1,073	1.03
รวมชาย	75	120	478	1,467	11,469	16,389	18,231	18,691	18,691	10,618	83,304	79.95
รวมหญิง	8	16	80	237	964	2,104	3,538	4,684	5,662	3,602	20,895	20.05
รวมทั้งสิ้น	83	136	558	1,704	12,730	18,573	19,927	22,915	24,353	14,220	104,200	100

ที่มา : สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ประเทศไทย ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2541 , กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

ในด้านจำนวนผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์นั้น ณ วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2543 คาดว่ามีจำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์ประมาณ 1,400,000 คน(NESDB,1994) และจากรายงานของกองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุขพบว่า ณ วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2541 มีจำนวนผู้ป่วยเอดส์ 104,199 ราย (กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข,2541) จากจำนวนประชากรทั้งประเทศ 60,816,227 คน (สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,2540) โดยผู้ป่วยเอดส์เหล่านั้นกระจายอยู่ตามจังหวัดที่สำคัญ ดังตารางที่ 1.3

ตารางที่ 1.3 แสดงจำนวนผู้ป่วยเอดส์และสัดส่วนของผู้ป่วยเอดส์ในจังหวัดที่สำคัญ ในปี พ.ศ. 2541

จังหวัด	ผู้ป่วยเอดส์	ประชากร	สัดส่วนผู้ป่วยเอดส์(%)
เชียงใหม่	10,915	1,573,757	0.6936
กรุงเทพฯ	10,454	5,604,772	0.1865
เชียงราย	9,355	1,261,138	0.7418
พะเยา	5,710	517,622	1.1031
ลำปาง	4,685	807,362	0.5803
ระยอง	3,318	504,631	0.6575
ลำพูน	2,456	408,804	0.6008
ขอนแก่น	2,483	1,726,594	0.1438
ชลบุรี	2,138	1,028,625	0.2079
สงขลา	1,750	191,233	0.9151
ระนอง	798	151,866	0.5255

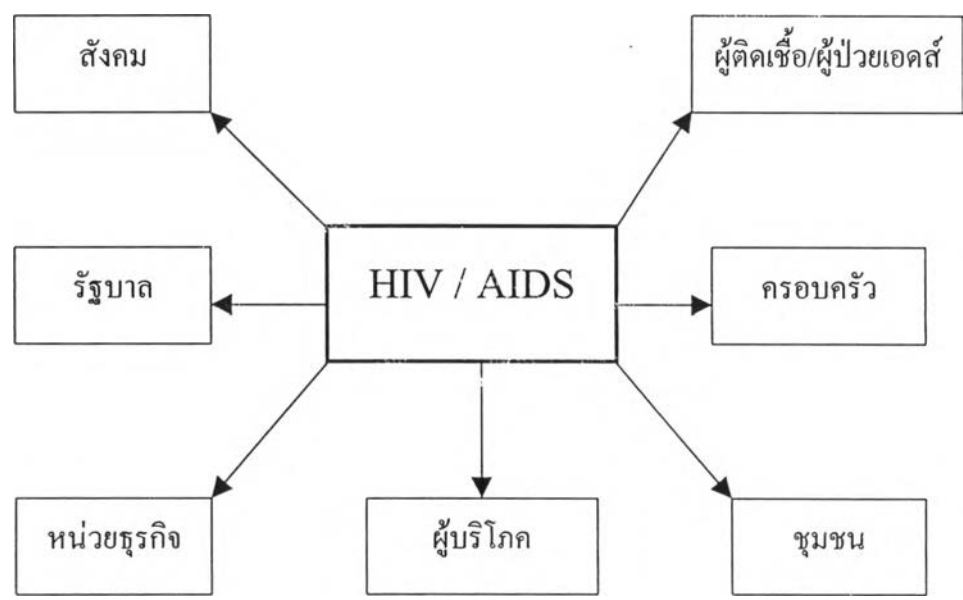
ที่มา : จำนวนผู้ป่วยเอดส์จาก กองระบาดวิทยา และจำนวนประชากรจากสถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาฯ

จากตารางที่ 3 จะเห็นว่าจังหวัดเชียงใหม่เป็นจังหวัดที่มีจำนวนผู้ป่วยเอดส์สูงสุด แต่หากคิดเป็นอัตราส่วนผู้ป่วยเอดส์ต่อจำนวนประชากรจะพบว่าจังหวัดที่มีสัดส่วนผู้ป่วยเอดส์สูงสุดคือ จังหวัดพะเยา รองลงมาได้แก่ ระยอง และระนอง (อัตราป่วยต่อแสนประชากรเท่ากับ 150.7, 95.3 และ 93.5 ตามลำดับ) (กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข,2541) อย่างไรก็ตามตัวเลขดังกล่าวน่าจะเป็นตัวเลขที่ต่ำกว่าความเป็นจริง เนื่องจากยังมีผู้ป่วยเอดส์อีกจำนวนไม่น้อยที่ไม่ได้อยู่ในรายงานของกระทรวงสาธารณสุข ทำให้มีการประมาณการว่าจำนวนผู้ป่วยเอดส์น่าจะสูงกว่าตัวเลขรายงาน 2 ถึง 3 เท่าตัว (ชัยยศ คุณานุสนธิ์ และคณะ, 2539)

ในสถานการณ์ปัจจุบันที่ยังไม่มียาใดสามารถรักษาผู้ป่วยเอดส์ให้หายขาดได้ การรักษาส่วนใหญ่จะเป็นการรักษาตามอาการที่ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์เป็น ซึ่งค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคล่าช้านี้มักจะมีราคาค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับฐานะทางเศรษฐกิจโดยเฉลี่ยของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ดังนั้นประเทศที่มีผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์สูงจึงต้องเผชิญกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีมากและยังมีแนวโน้มที่จะเพิ่มอยู่ต่อไป โดยในกรณีของประเทศไทยรัฐบาลจะเป็นผู้รับภาระในการรักษาพยาบาลในสัดส่วนที่ค่อนข้างสูง

โรคเอดส์ไม่ได้เป็นเพียงปัญหาทางด้านสาธารณสุขเท่านั้น แต่ยังสามารถสร้างความสูญเสียให้แก่वलมนุษยในอีกหลายระดับ เช่น ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์, ครอบครัว, ชุมชน, ผู้บริโภค, หน่วยธุรกิจ, รัฐบาล และสังคม ดังแผนภาพที่ 1.1 ซึ่งความสูญเสียดังกล่าวนี้จะนำเสนอต่อไปในบทที่ 4

แผนภาพที่ 1.1 แสดงความสูญเสียของปัญหาเอดส์ที่มีต่อหน่วยต่างๆ ของสังคม



งานศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเพื่อให้ทราบถึงความสูญเสียที่เกิดขึ้นแก่ผู้ติดเชื้อเอดส์ ครอบครัวและสังคม ทั้งในส่วนที่สามารถวัดเป็นตัวเงินได้และในส่วนที่ไม่สามารถประมาณค่าเป็นตัวเงินได้เพื่อที่สังคมจะสามารถรองรับและบรรเทาความสูญเสียดังกล่าวให้ได้มากที่สุด

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบและขนาดของความสูญเสียทางเศรษฐกิจอันเนื่องมาจากปัญหา HIV/AIDS ของผู้ป่วยเอดส์ ครอบครัวของผู้ป่วยเอดส์ และสังคมของจังหวัดพะเยา ทั้งที่สามารถประเมินเป็นมูลค่าได้และไม่สามารถประเมินเป็นมูลค่าได้
2. เพื่อวิเคราะห์ต้นทุนต่อรายในการรักษาผู้ป่วยของโรงพยาบาลพะเยา ต้นทุนต่อหน่วยของผู้ป่วยแต่ละแผนกของโรงพยาบาล และวิเคราะห์หาต้นทุนต่อหน่วยในการให้บริการรักษาผู้ป่วยเอดส์ทั้งประเภทผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพะเยา
3. เพื่อวิเคราะห์ความสูญเสียของปัญหาเอดส์ต่อมูลค่าผลผลิตมวลรวมของจังหวัดพะเยา

1.3 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทำให้ทราบถึงความสูญเสียทางเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นเนื่องจากปัญหา HIV/AIDS อันจะนำไปสู่การหาแนวทางเพื่อลดความสูญเสียดังกล่าว
2. เพื่อให้ผู้ตัดสินใจและครอบครัวได้ทราบถึงจำนวนเงินโดยประมาณที่จะต้องใช้ในอนาคต อันจะนำไปสู่การวางแผนเพื่อรองรับความสูญเสียดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. ทำให้สามารถประเมินผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนิน โครงการควบคุมและแก้ไขปัญหาเอดส์ ซึ่งก็คือ มูลค่าความสูญเสียที่จะลดลงไปจากการมีผู้ติดเชื้อลดลงเมื่อเทียบกับไม่มีโครงการ อันจะนำไปสู่การจัดสรรงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพได้
4. สามารถประยุกต์ใช้วิธีการวิเคราะห์นี้ในการประเมินความสูญเสียทางเศรษฐกิจอันเนื่องมาจากปัญหา HIV/AIDS ของจังหวัดอื่นๆ ได้

1.4 ขอบเขตการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาในพื้นที่จังหวัด พะเยา ซึ่งเป็นจังหวัดที่ทางกองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุขทำการสำรวจพบว่ามีอัตราผู้ป่วยเอดส์สูงสุดของประเทศไทยและของทวีปเอเชีย (UNAIDS,1998) และเป็นจังหวัดที่มีการพัฒนาระบบการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้ป่วยเอดส์ การศึกษานี้จะใช้ข้อมูลทุติยภูมิของปี พ.ศ. 2541 เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่ทางโรงพยาบาล

พะเยา เริ่มมีการเก็บข้อมูลการให้บริการรักษาผู้ป่วยเอดส์ทั้งทางด้านการแพทย์ และค่าใช้จ่ายอย่างเป็นระบบ

การวิจัยนี้เลือกทำการศึกษาที่โรงพยาบาลพะเยา เนื่องจากผู้ป่วยที่อยู่ในท้องที่ต่างๆ ในจังหวัดพะเยามักจะถูกส่งมารักษาที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด ซึ่งตามระบบการส่งต่อคนไข้ คนไข้จะเริ่มต้นเข้ารับการรักษาที่สถานอนามัยประจำตำบลก่อน หากสถานอนามัยไม่สามารถให้การรักษาได้ ก็จะส่งคนไข้ต่อไปให้รักษาที่โรงพยาบาลประจำชุมชน และหากโรงพยาบาลในระดับอำเภอไม่สามารถให้การรักษาได้ คนไข้ก็จะถูกส่งต่อไปยังโรงพยาบาลประจำจังหวัด โดยทางโรงพยาบาลประจำจังหวัดจะไม่สามารถส่งคนไข้ต่อไปให้โรงพยาบาลอื่นได้เลย นอกจากนี้ผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นคนพะเยาแต่รักษาอยู่ที่จังหวัดอื่น ก็มักจะถูกส่งกลับมารักษาที่โรงพยาบาลประจำจังหวัดเช่นกัน การศึกษานี้จะทำการเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ป่วยเอดส์และครอบครัวที่เข้ารับการรักษาในปีดังกล่าว โดยจะไม่ทำการศึกษาต้นทุนในการรักษาในระยะผู้ติดเชื้อที่ไม่มีอาการเนื่องจากผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่จะทราบว่าติดเชื้อก็ต่อเมื่อตนเป็นผู้ป่วยเอดส์แล้ว