

Original Article

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมของการติดเชื้อ เอชไอวีในเด็ก: กรณีศึกษาจังหวัดน่าน ปี ๒๕๕๕

อภิชาติ รอดสม*

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร**

*สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน

**สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ในการดูแลรักษาเด็กติดเชื้อเอชไอวีทั้งด้าน ผู้ให้บริการ และครอบครัวผู้ป่วย รวมทั้งศึกษาผลกระทบต่อครอบครัวผู้ป่วย ทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคม โดยสำรวจครอบครัวเด็กอายุระหว่าง ๓๗-๑๕๕ เดือนที่ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน ๓๕ คน ใน ๔ อำเภอและ ๑ กิ่งอำเภอของจังหวัดน่านที่มีความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีสูง ในเดือนธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๕ สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ดูแลเด็กเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย ผลกระทบต่อครอบครัว การสนับสนุนกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง รวมทั้งการวิเคราะห์ ข้อมูลทุติยภูมิ ต้นทุนการรักษาเด็กติดเชื้อเอชไอวีในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และสถานเอนามัย ที่เกี่ยวข้อง การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา

พบว่า ต้นทุนของสถานพยาบาลเฉลี่ย ๒,๗๗๐ บาทต่อเด็กติดเชื้อเอชไอวีต่อปี ต้นทุนของครอบครัวผู้ป่วยเฉลี่ย ๘๐๕ บาทต่อคนต่อปี รวมทั้งสิ้น ๓,๕๗๕ บาทต่อคนต่อปี อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในของเด็กติดเชื้อเอชไอวี สูงกว่าประชากรเด็กทั่วไป (อายุ ๕-๙ ปี) อยู่ ๑.๖ เท่า และ ๕ เท่าตามลำดับ โครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติช่วยบรรเทาภาระรายจ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนเหล่านี้ลงได้มาก ครัวเรือนไม่ต้องเสียค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของรัฐ ค่าเดินทางและค่าเสียโอกาสจึงเป็นสัดส่วน รายจ่ายสำคัญของครัวเรือนตัวอย่าง

ในกรณีที่บิดาของเด็กเสียชีวิตจะส่งผลกระทบต่อรายได้ครอบครัวลดลงมาก ถ้ามารดาเสียชีวิตด้วย คุณภาพชีวิตเด็กด้านอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัยและการดูแลสุขภาพเด็กจะยิ่งเลวลง การได้รับการ สงเคราะห์เบี้ยยังชีพและทุนการศึกษาจากภาครัฐหรือองค์กรเอกชนภายนอก มีบทบาทสำคัญ ในการช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่ายในการดำรงชีพและพุงให้ครอบครัวอยู่รอดได้เป็นการเฉพาะหน้า แต่ยังไม่สามารถแก้ไข ปัญหาระยะยาวได้

ผู้วิจัยได้รายงานผลการศึกษานี้แก่คณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีระดับจังหวัด เพื่อกำหนดนโยบายและแผนปฏิบัติการระดับจังหวัด และให้จัดตั้งศูนย์ช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ได้รับผลกระทบอย่างเป็นระบบมากขึ้น

คำสำคัญ: เด็กติดเชื้อเอชไอวี, เด็กกำพร้าจากเอดส์, ต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์, ผลกระทบเชิงเศรษฐกิจและสังคมจาก เอชไอวี/เอดส์

บทนำ

ในปัจจุบันจังหวัดน่านมีเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีและป่วยเป็นเอดส์จำนวนหนึ่ง แต่ไม่มีข้อมูลรายงานจำนวนติดเชื้อและป่วยที่แน่นอน ใน พ.ศ. ๒๕๔๒ มีข้อมูลเด็กติดเชื้อได้รับเงินสงเคราะห์ครอบครัวจำนวน ๑๐๐ ราย และ พ.ศ. ๒๕๔๓ มีเด็กก่อนวัยเรียน (อายุ ๐-๖ ปี) ได้รับเงินสนับสนุนจากกองทุนสวัสดิการช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากเอชไอวี จำนวน ๒๔๔ ราย ในจำนวนนี้มีเด็กติดและไม่ติดเชื้อเอชไอวี ยังขาดการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นระบบและขาดการศึกษาในเชิงลึกเพื่อประเมินต้นทุนและค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นสำหรับเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี สังคมและระบบสุขภาพควรมีบทบาทในการพัฒนาคุณภาพการดูแลเด็กติดเชื้อเอชไอวี และลดภาระและผลกระทบโดยตรงต่อครอบครัวนั้น

เด็กเหล่านี้มีปัญหาเจ็บป่วยบ่อยจากภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ มีโรคติดเชื้อแทรกซ้อนบ่อย ต้องเข้ารับบริการรักษาพยาบาลทั้งสถานบริการสาธารณสุขของรัฐและเอกชนบ่อยครั้ง มีต้นทุนการดูแลรักษาพยาบาลสูงกว่าเด็กทั่วไป ครอบครัวที่มีบิดามารดาติดเชื้อเอชไอวีย่อมประสบความลำบากทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคมมากกว่าครอบครัวทั่วไป การดำเนินโรคของเอชไอวี/เอดส์ทำให้บิดามารดา คนใดคนหนึ่งหรือทั้งสองคนของเด็กที่ติดเชื้อ ทายอดเสียชีวิตลง ทำให้เด็ก

ติดเชื้อเหล่านี้ต้องประสบชะตากรรมอยู่ในสังคมและครอบครัวอย่างยากลำบาก^(๑)

การศึกษานี้ ต้องการประเมินต้นทุนการดูแลเด็กติดเชื้อเอชไอวี ทั้งด้านสถานพยาบาลและครอบครัว ศึกษาผลกระทบเชิงเศรษฐกิจและสังคมของครอบครัวที่ได้รับผลกระทบจากเอชไอวี/เอดส์ และมีเด็กติดเชื้อเอชไอวีในครอบครัว กลไกการปรับตัวของครอบครัวและชุมชนในการแก้ไข บรรเทาความเดือดร้อนจากเอชไอวี/เอดส์ โดยเลือกพื้นที่จังหวัดน่าน

วิธีการศึกษา

สุ่มตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจง เลือกเด็กติดเชื้อเอชไอวีที่เปิดเผยสถานการณ์ติดเชื้อมีสถานพยาบาลผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กมีความพร้อมในการให้ข้อมูลโดยทีมวิจัยซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ให้คำปรึกษาและดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีแบบต่อเนื่องและครบวงจรในพื้นที่ เป็นผู้คัดเลือกเด็กกลุ่มตัวอย่างจำนวน ๓๕ คน จากอำเภอปัว และอำเภอเวียงสา อำเภอละ ๑๐ คน อำเภอเมือง ๗ คน อำเภอท่าวังผา ๖ คนและกิ่งอำเภอภูเพียง ๒ คน ทั้ง ๕ อำเภอมีจำนวนผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์รวมกันร้อยละ ๗๑ ของจังหวัดใน พ.ศ. ๒๕๔๕ มีจำนวนผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์สูงสุดลำดับ ๑ ถึง ๕ ตามลำดับหาผลกระทบทางเศรษฐกิจสังคมในระดับครัวเรือนดังนี้

ตารางที่ ๑ ต้นทุนดำเนินการ ตามระดับสถานบริการ จังหวัดน่าน พ.ศ. ๒๕๔๕

เครือข่ายบริการ โรงพยาบาล	ต้นทุนผู้ป่วยนอก	ต้นทุนผู้ป่วยนอก	ต้นทุนผู้ป่วยใน
	สถานีอนามัย (บาท/ครั้ง)	โรงพยาบาล (บาท/ครั้ง)	โรงพยาบาล (บาท/ราย)
น่าน (๔๓๐ เตียง)	๑๒๘	๔๖๘	๘,๕๕๓
สมเด็จพระยุพราชปัว (๕๐ เตียง)	๖๔	๒๖๓	๓,๖๘๓
เวียงสา (๖๐ เตียง)	๘๓	๒๕๔	๓,๕๕๐
ท่าวังผา (๓๐ เตียง)	๘๘	๒๓๐	๓,๒๒๔

ที่มา: การวิเคราะห์ต้นทุนโรงพยาบาลในจังหวัดน่าน ปี ๒๕๔๕^(๓)

ก) **ต้นทุนผู้ให้บริการ (provider cost)** รวบรวมข้อมูลทุติยภูมิการดูแลรักษาพยาบาลเด็กกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ จำนวนครั้งของการใช้บริการผู้ป่วยนอก จำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาล โดยใช้แบบสำรวจเก็บข้อมูลจากบันทึกการรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลและสถานีอนามัย ใช้จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของเด็กกลุ่มตัวอย่างในสถานบริการระดับต่าง ๆ คูณด้วยต้นทุนดำเนินการเฉลี่ยจากการวิเคราะห์ต้นทุนบริการของสถานพยาบาลแบบลัด^(๒) ได้ต้นทุนดำเนินการของผู้ให้บริการ (ตารางที่ ๑) ปรับต้นทุนค่าเสื่อมราคา (depreciation cost) อีกร้อยละ ๑๕ ของต้นทุนทั้งหมดของผู้ให้บริการ ซึ่งเป็นโครงสร้างต้นทุนโรงพยาบาลในประเทศไทย สูตรคำนวณต้นทุนทั้งหมดของผู้ให้บริการเท่ากับต้นทุนดำเนินการหารด้วย ๐.๘๕

ข) **ต้นทุนของครอบครัว (patient cost)** สัมภาษณ์บุคคลในครอบครัวซึ่งดูแลเด็กติดเชื้อเอชไอวี เกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล ค่าพาหนะ ค่าเสียโอกาส ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและสังคม กลไกการปรับตัวของครอบครัวกรณีบิดา และ/หรือมารดา เสียชีวิต โดยกำหนดค่าเดินทาง (ค่าพาหนะ ค่าน้ำมัน) และค่าเสียโอกาส ดังแสดงในตารางที่ ๒

ค่าเดินทางในการนำเด็กไปรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในคิดจากค่ารถโดยสารในอัตรา

ของจังหวัดน่านและประเมินจากค่าน้ำมันเชื้อเพลิงตามระยะทาง กำหนดเป็นค่ากลางเฉลี่ยในแต่ละอำเภอ ดังแสดงในตาราง ๒ โดยคิดค่าเดินทางกรณีผู้ป่วยนอกไปกลับ ๒ เที่ยวต่อการไปสถานพยาบาลแต่ละครั้ง และกรณีผู้ป่วยใน คิดค่าเดินทาง ไป - กลับ ๒ รอบรวม ๔ เที่ยวต่อการนอนโรงพยาบาลหนึ่งครั้ง นำต้นทุนเฉลี่ยคูณด้วยจำนวนครั้งในการใช้บริการระดับต่าง ๆ

ต้นทุนค่าเสียโอกาสคิดจากค่าจ้างแรงงานจริงในจังหวัดน่าน วันละ ๑๒๐ บาท โดยคิดการเสียเวลาของผู้ใหญ่ในการนำเด็กไปรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกที่สถานีอนามัยและโรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้านเป็นเวลาครึ่งวัน เป็นค่าเสียโอกาส ๖๐ บาทต่อครึ่งวัน ส่วนการเดินทางมารักษาแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลทั่วไป จะใช้เวลาทั้งวัน เป็นค่าเสียโอกาส ๑๒๐ บาทต่อครึ่งวัน และการเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไปในแต่ละวันให้มีผู้ใหญ่เฝ้าดูแลเด็ก ๑ คน เป็นค่าเสียโอกาส ๑๒๐ บาทต่อวัน ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ Sumalee Pitayanon และคณะ^(๔) ที่ประเมินค่าเสียโอกาสของผู้ดูแลผู้ป่วยเอชไอวีวันละ ๑๒๐ บาท

ค) **การจัดเสวนากลุ่ม (focus group discussion)** จัดให้มีเสวนากลุ่มทุกอำเภอ ๆ ละหนึ่งครั้ง เพื่อทราบสภาพปัญหาและกำหนดแนวทางแก้ไขและพัฒนาต่อไป ผู้เข้าร่วมสนทนาแห่งละ ๑๐-๑๕ คนได้แก่

ตารางที่ ๒ ต้นทุนเฉลี่ยในการเข้าถึงบริการ และค่าเสียโอกาสตามระดับสถานพยาบาล รายอำเภอ

อำเภอ	ค่าเดินทาง/ค่าเสียโอกาสผู้ป่วยนอกต่อครั้ง (บาท)			ค่าเดินทาง/ค่าเสียโอกาสผู้ป่วยในต่อครั้ง (บาท)	
	สถานีอนามัย	โรงพยาบาลชุมชน	โรงพยาบาลทั่วไป	โรงพยาบาลชุมชน	โรงพยาบาลทั่วไป
เมือง	๒๐/๖๐	-	๑๐๐/๑๒๐	-	๒๐๐/๑๒๐
กิ่ง ภูเพียง	๒๐/๖๐	-	๑๐๐/๑๒๐	-	๒๐๐/๑๒๐
เวียงสา	๒๐/๖๐	๔๐/๖๐	๑๒๐/๑๒๐	๘๐/๑๒๐	๒๔๐/๑๒๐
ปัว	๒๐/๖๐	๔๐/๖๐	๑๒๐/๑๒๐	๘๐/๑๒๐	๒๔๐/๑๒๐
ท่าวังผา	๒๐/๖๐	๔๐/๖๐	๑๒๐/๑๒๐	๘๐/๑๒๐	๒๔๐/๑๒๐

ผู้ทรงคุณวุฒิระดับอำเภอ นายกเทศมนตรีเทศบาลตำบล/เมืองหรือผู้แทน ตัวแทนองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข สโมสรโรตารี เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครูอาจารย์ ประธานองค์กรสตรี กษัตริย์อำเภอบุ และตัวแทนกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี การสนทนาใช้เวลาประมาณ ๒ ชั่วโมง โดยใช้สถานที่ประชุมที่โรงพยาบาล วัด และที่ทำการกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี นักวิจัยได้แก่ผู้วิจัยหลัก ทีมงานเก็บข้อมูล ๕ คนและทีมจดบันทึก ๒ คน กำหนดหัวข้อเกี่ยวกับการสนทนา ๔ ประเด็น ได้แก่ ๑) สถานการณ์เอชไอวีและการติดเชื้อเอชไอวีในเด็กในพื้นที่ ๒) ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพ การศึกษา ความมั่นคงทางอาหารของเด็กติดเชื้อเอชไอวีและครอบครัว ๓) การดำเนินการแก้ไขบรรเทาปัญหาที่แล้มา ๔) แนวทางป้องกันแก้ไขปัญหาในอนาคต

ง) **ขอบเขตของการรวบรวมข้อมูล** รวบรวมข้อมูลการดูแลรักษาพยาบาลของเด็กกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียน ไม่ว่าจะเข้ารับการรักษาพยาบาลที่ใดในจังหวัดน่าน ตั้งแต่เริ่มเข้ารับรักษาพยาบาลครั้งแรกในชีวิตทั้งในและนอกสถานพยาบาลทุกประเภท จนถึงข้อมูลวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๕๕ ดังนั้นตัวอย่างแต่ละรายจะมีจำนวนบุคคลเดือน (person-month) ที่เก็บข้อมูลไม่เท่ากัน เนื่องจากเริ่มต้นไม่พร้อมกัน

ผลการศึกษา

๑. ข้อมูลของตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง มีจำนวน ๓๕ คน อำเภอปัว, เวียงสาแห่งละ ๑๐ คน อำเภอเมือง ๗ คน อำเภอท่าวังพา ๖ คน กิ่งอำเภอภูเพียง ๒ คน เพศหญิง ๒๑ คน เพศชาย ๑๔ คน อายุน้อยที่สุด ๓๗ เดือน อายุมากที่สุด ๑๕๕ เดือน อายุเฉลี่ย ๙๔.๔๔ เดือน อายุเฉลี่ยของเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ครอบครัวของเด็กส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยวขนาดเล็ก มีจำนวนเด็กในครอบครัว ๑-๒ คน (๑ คนร้อยละ ๗๗.๑) เด็กส่วนใหญ่กำพร้าบิดาและมารดา (ร้อยละ ๔๓.๔) ผู้ดูแลเด็กและผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็น

มารดาของเด็ก (ร้อยละ ๓๑.๔) และญาติผู้ใหญ่ที่เป็น ปู่ย่า ตายาย ลุงป้า น้าอา ผู้ที่ต้องรับภาระดูแลเด็กต่อจากบิดามารดาที่เสียชีวิตลง ส่วนใหญ่เป็น ปู่ย่า ตายาย ที่สูงอายุ (ร้อยละ ๔๐)

๒. ต้นทุนผู้ให้บริการ (provider cost)

อัตราการเข้าใช้บริการของตัวอย่างเท่ากับ ๔.๙๒ ครั้งต่อคนปี ถ้าไม่รวมการรับบริการส่งเสริมสุขภาพ อัตราการใช้บริการกรณีเจ็บป่วยเท่ากับ ๔.๒๐ ครั้งต่อคนต่อปี อัตราสูงสุดเป็นการเข้ารับบริการในสถานีนอนามัย เท่ากับ ๒.๕๒ รองลงมาเป็นโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งมีอัตรา ๑.๓๒ และ ๑.๐๔ ตามลำดับ (ตารางที่ ๓) จะเห็นได้ว่าอัตราการเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอกต่อคนต่อปีของกลุ่มตัวอย่างจะสูงกว่าค่าเฉลี่ยของเด็กทั่วไปถึง ๑.๖ เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอกของเด็กไทยในกลุ่มอายุใกล้เคียงกัน คือเด็กกลุ่มอายุ ๕-๙ ปี ที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งมีอัตราการเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอกต่อคนต่อปี เท่ากับ ๒.๕๙ (ข้อมูลสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ปี พ.ศ. ๒๕๕๔ โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ)^(๔)

อัตราการนอนโรงพยาบาลต่อคนต่อปี (admission rate per person-year) เท่ากับ ๐.๒๑ (ตารางที่ ๔) สูงกว่าค่าเฉลี่ยของเด็กทั่วไปประมาณ ๕ เท่า เด็กไทยอายุ ๕-๙ ปี ที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีอัตราการนอนโรงพยาบาลต่อคนต่อปี เท่ากับ ๐.๐๔๗ (ข้อมูลสำรวจอนามัยและสวัสดิการปี ๒๕๕๔ โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ)^(๔)

ต้นทุนดำเนินการทั้งหมดตลอดช่วงของการศึกษา กรณีผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน่านสูงสุด ๑๔๓,๔๐๐ บาท โรงพยาบาลชุมชนและสถานีนอนามัยมีต้นทุน ๙๖,๐๕๕ บาทและ ๖๐,๙๔๕ บาทตามลำดับ กรณีผู้ป่วยใน โรงพยาบาลน่าน ๒๔๙,๓๐๓ บาท โรงพยาบาลชุมชน ๑๐๑,๐๘๒ บาท โดยเป็นต้นทุนดำเนินการของผู้ให้บริการทั้งสิ้น ๖๕๐,๔๓๔ บาท จากข้อมูลของตัวอย่างทั้งสิ้น ๓,๓๐๗ คน-เดือน (person-month) คิดเป็น

ตารางที่ ๓ การเข้ารับบริการกรณีผู้ป่วยนอก ของกลุ่มตัวอย่าง

	จำนวนการเข้ารับ บริการผู้ป่วยนอก (ครั้ง)	การเข้ารับบริการ ต่อคน-เดือน	การเข้ารับบริการ ต่อ คน-ปี
สถานีอนามัย	๖๘๔	๐.๒๑	๒.๕๒
โรงพยาบาลชุมชน	๓๗๘	๐.๑๑	๑.๓๒
โรงพยาบาลทั่วไป	๓๐๐	๐.๐๕	๑.๐๘
รวม			
เข้ารับบริการ	๑,๓๖๒	๐.๔๑	๔.๙๒
รับบริการรักษาโรค ไม่รวมส่งเสริมสุขภาพ	๑,๑๔๕	๐.๓๕	๔.๒๐

ตารางที่ ๔ การเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยในของเด็กกลุ่มตัวอย่าง

สถานบริการ	การเข้ารับบริการผู้ป่วยใน	อัตราการนอนโรงพยาบาล	
		ต่อคน-เดือน	ต่อคน-ปี
โรงพยาบาลชุมชน			
จำนวนผู้ป่วยใน (ราย)	๒๘	๐.๐๐๘	๐.๑๐
วันนอนเฉลี่ย (วัน)	๔.๐๗		
โรงพยาบาลทั่วไป			
จำนวนผู้ป่วยใน (ราย)	๒๕	๐.๐๐๕	๐.๑๑
วันนอนเฉลี่ย (วัน)	๖.๗๖		
รวม			
ผู้ป่วยใน (ราย)	๕๓	๐.๐๒๑	๐.๒๑
วันนอนเฉลี่ย (วัน)	๕.๔๔		

ต้นทุนดำเนินการต่อคน-เดือนเท่ากับ ๑๙๖.๒๑ บาท และเมื่อปรับด้วยค่าเสื่อมราคา อีกร้อยละ ๑๕ ของต้นทุนทั้งหมด จะได้ต้นทุนทั้งหมด (total cost) ของผู้ให้บริการต่อคน-เดือนเท่ากับ ๒๓๐.๔๔ บาท หรือ เท่ากับ ๒,๗๗๐ บาทต่อคน-ปี

๓. ต้นทุนผู้ป่วย (patient cost)

ประเมินค่าใช้จ่ายในการรับบริการรักษาพยาบาลและดูแลสุขภาพ ทั้งที่ต้องจ่ายเป็นค่ารักษาพยาบาลโดยตรง (direct medical care cost) และ

เป็นค่าใช้จ่ายอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ (direct non-medical cost) เช่น ค่าเดินทาง ค่าพาหนะ ค่าเสียโอกาส พบว่าญาติผู้ป่วยต้องจ่ายเป็นค่ารักษาพยาบาลโดยตรง เป็นจำนวนน้อยมาก เพราะได้รับสิทธิยกเว้นจากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังนั้น ผู้ป่วยจะต้องจ่ายเพิ่มเติมกรณีที่ไม่ได้รับการรักษาจากสถานพยาบาลเอกชน นอกเหนือจากสิทธิประโยชน์ในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คลินิกหรือซื้อยาที่ร้านขายยา เป็นค่าใช้จ่ายรวมทั้งสิ้น ๕,๓๖๐ บาทหรือ ๑.๖๒ บาทต่อ

คน-เดือน

ส่วนต้นทุนที่ญาติและผู้ดูแลเด็กต้องจ่าย ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล พบว่าเป็นค่าเดินทาง ค่ายานพาหนะหรือค่าน้ำมันเชื้อเพลิงเป็น ๗๕,๕๓๔ บาท หรือ ๒๒.๗๗ บาทต่อคน-เดือน ส่วนต้นทุนค่าเสียโอกาส เป็น ๑๔๑,๖๗๕ บาทหรือ ๔๒.๗๑ บาทต่อคน-เดือน ต้นทุนค่าเดินทางและต้นทุนค่าเสียโอกาสสูงในเขตอำเภอเมือง อำเภอปัว อำเภอท่าวังผา อำเภอเวียงสา และกิ่งอำเภอภูเพียง ต้นทุนผู้ป่วยจะสูงขึ้นเมื่อต้องเดินทางหรือได้รับการส่งตัวไปรักษาที่โรงพยาบาลจังหวัด ดังนั้นต้นทุนผู้ป่วยเป็น ๒๒๒,๕๖๙ บาท หรือ ๖๗.๑๐ บาทต่อคน-เดือน หรือ ๘๐๕ บาทต่อคน-ปี

เมื่อรวมต้นทุนของผู้ป่วย กับต้นทุนผู้ให้บริการ จะได้ต้นทุนทั้งสิ้น (full cost) เป็น ๙๔๘,๒๕๕ บาทหรือ ๒๙๗.๙๔ บาทต่อคน-เดือนหรือ ๓,๕๗๕ บาทต่อคน-ปี (ตารางที่ ๕) ต้นทุนผู้ให้บริการเป็นร้อยละ ๗๗ ของต้นทุนทั้งหมดในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คราวเรือนไม่ต้องเสียค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของรัฐ ดังนั้น ค่าเดินทางและค่าเสียโอกาสจึงเป็นสัดส่วนรายจ่ายสำคัญของครัวเรือนตัวอย่าง

๔. ผลกระทบเชิงเศรษฐกิจสังคมและกลไกการปรับตัว

การศึกษาพบว่าครอบครัวเด็กติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่มีฐานะเศรษฐกิจไม่ดี อยู่ในกลุ่มผู้มีรายได้น้อยหรือเฉลี่ยต่อครอบครัวต่อเดือน ๗,๒๑๘ บาท ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยรายได้ประชากรในภาคเหนือ ๘,๖๔๙ บาท ต่อ

ครอบครัวต่อเดือน^(๕)

ส่วนใหญ่อยู่ในสังคมชนบท ยังมีระบบเครือข่ายญาติใกล้ชิด เป็นลักษณะครอบครัวใหญ่ ถึงแม้จะแยกกันอยู่แต่ก็ยังมีญาติสนิทอยู่ในบริเวณใกล้ ๆ กันที่สามารถช่วยเหลือดูแลเด็กได้ ชุมชนที่เด็กอาศัยอยู่ส่วนใหญ่เป็นชุมชนคนเมืองเหนือที่มีอัตราอาศัยดี ยังมีลักษณะช่วยเหลือดูแลเอื้ออาทรกันอยู่มาก ซึ่งเป็นจุดแข็งจุดเด่นของสังคมในพื้นที่ที่ศึกษาที่บรรเทาผลกระทบจากเอชไอวี/เอดส์ของเด็กและครอบครัวได้บ้าง

ส่วนใหญ่เป็นเด็กกำพร้า คือขาดทั้งพ่อและแม่ (ร้อยละ ๔๓.๘) เฉพาะพ่อ (ร้อยละ ๓๑.๒) และแม่ (ร้อยละ ๑๒.๕) ภาวะการดูแลเด็กกลุ่มนี้ส่วนใหญ่อยู่กับคนรุ่นปู่ย่าตายายสูงอายุที่ไม่มีรายได้ประจำ ทำให้ครอบครัวเลี้ยงชีพและดูแลด้านสุขภาพได้อย่างยากลำบาก อีกส่วนหนึ่งอยู่ในการดูแลของลุงป้า น้าอา และแม่ของเด็ก จากการสัมภาษณ์พบว่า ถ้าครอบครัวสูญเสียพ่อ รายได้ของครอบครัวจะได้รับผลกระทบมาก เพราะขาดผู้หารายได้หลักของครอบครัว และต้องใช้จ่ายสูงมากเพื่อดูแลสุขภาพขณะที่พ่อของเด็กป่วย หรือก่อนเสียชีวิต บางครอบครัวขายสินทรัพย์เพื่อจ่ายเป็นค่ารักษาพยาบาลหรือค่าเดินทางค่าพาหนะ ขณะเดียวกันไม่สามารถประกอบอาชีพหารายได้ได้เหมือนเดิมอยู่หลายเดือนระหว่างเจ็บป่วยก่อนเสียชีวิต จากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า ถ้าครอบครัวยังมีแม่อยู่ คุณภาพการดูแลเด็กโดยแม่เองจะดีที่สุด ทำให้เด็กมีสุขภาพดี ได้รับ

ตารางที่ ๕ ต้นทุนรวมของผู้ป่วยและผู้ให้บริการ

รายการต้นทุน	ต้นทุนรวม (บาท)	ต้นทุน ต่อคน - เดือน (บาท)	ต้นทุน ต่อคน - ปี (บาท)	ร้อยละ
ผู้ให้บริการ	๗๖๕,๖๘๖	๒๓๐.๘	๒,๗๖๐	๗๗
ผู้ป่วย	๒๒๒,๕๖๙	๖๗.๑	๘๐๕.๒	๒๓
รวม	๙๘๘,๒๕๕	๒๙๗.๙	๓,๕๖๕.๒	๑๐๐

อาหารเพียงพอและสภาพความเป็นอยู่ เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย ดีกว่าเด็กที่ขาดแม่

ในด้านความช่วยเหลือจากองค์กรภายนอก เด็กกลุ่มตัวอย่างเคยได้รับเงินสงเคราะห์จากรัฐหรือองค์กรอื่น ๆ เป็นส่วนใหญ่ ถึงร้อยละ ๗๖.๕ และไม่เคยได้รับร้อยละ ๒๓.๕ หน่วยงานที่ช่วยเหลือติดต่อประสานงานให้ได้รับเงินสงเคราะห์ส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลในพื้นที่ ร้อยละ ๔๘.๙ ผ่านกลุ่มผู้ติดเชื้อ เอชไอวีร้อยละ ๒๗.๗

ครอบครัวที่บิดามารดาเคยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ประสานงานโดยสถานีอนามัย และโรงพยาบาลในพื้นที่ เพื่อเพิ่มรายได้ จำนวน ๑๓ ครอบครัว คิดเป็นร้อยละ ๓๘.๒ มีรายได้ต่อเดือนเพิ่มขึ้นประมาณ ๓๖๐-๕๐๐ บาทต่อเดือน

การสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่าเด็กติดเชื้อเอชไอวี และครอบครัวถูกรังเกียจเตียดฉันท์จากคนในชุมชนหลายรูปแบบ โดยเฉพาะจากเพื่อนบ้าน ผู้ดูแลเด็กในศูนย์เด็กเล็กในโรงเรียนประถมศึกษา ญาติพี่น้อง ครูอาจารย์ในโรงเรียน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้นำชุมชน ตามลำดับ ตัวอย่างเช่น การปฏิเสธไม่ให้ร่วมงานหรือช่วยทำงานในหมู่บ้าน ไม่ยอมนั่งโต๊ะหรือกินอาหารร่วมกัน ชุบชิบนินทา พุดกระซิบเชิงสงสัยเรื่องโรค ไม่ยอมให้เด็กเล่นด้วยกัน ไม่ซื้ออาหารหรือสินค้าที่ขายโดยครอบครัวผู้ติดเชื้อปฏิเสธการเข้าเรียนในศูนย์เด็กเล็ก แยกอุปกรณ์ของเล่นของใช้สำหรับเด็กติดเชื้อออกจากผู้อื่น ครูให้เด็กนั่งเรียนหลังห้องแยกจากคนอื่น ๆ คนในชุมชนปฏิเสธการร่วมกิจกรรมกลุ่มหรือชุมชน

เมื่อเสนอประเด็นปัญหาในวงสนทนากลุ่ม เพื่อแก้ไขปัญหาผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้ข้อสรุปดังนี้

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ได้รับผลกระทบและครอบครัว ประสบปัญหาเศรษฐกิจ ขาดรายได้ คุณภาพชีวิตลดลงอย่างมาก ส่วนใหญ่บิดา-มารดาของเด็กเสียชีวิต เหลือแต่ผู้สูงอายุรับภาระดูแลหลานที่กำพร้าบิดา บ้างมารดา บ้าง หรือกำพร้าทั้งบิดามารดา ปัญหาผลกระทบทางสังคม ความรังเกียจเตียดฉันท์ ยังคงปรากฏอยู่

หลายพื้นที่ หลายรูปแบบ ทำให้ผู้ติดเชื้อยังไม่กล้าเปิดเผยตัวเต็มที่ การประกอบอาชีพเพื่อเลี้ยงตัวเองของบิดามารดาที่ติดเชื้อและครอบครัว เป็นไปด้วยความยากลำบาก จากสาเหตุภาวะเจ็บป่วย ขาดแคลนทรัพยากร

การรวมกลุ่มช่วยเหลือตนเองของกลุ่มผู้ติดเชื้อ และมีกิจกรรมร่วมกันสามารถบรรเทาปัญหา และลดผลกระทบเชิงเศรษฐกิจและสังคมลงได้ระดับหนึ่ง องค์กรเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จะเป็นภาคีสำคัญในการช่วยเหลือ แก้ไข บรรเทาปัญหาและผลกระทบจากเอชไอวี/เอดส์อย่างมากในอนาคต นโยบายเรื่องเอชไอวี/เอดส์ควรต่อเนื่อง แต่ใน ๒-๓ ปีที่ผ่านมา ขาดการประชาสัมพันธ์เข้มข้นต่อเนื่อง ผ่านสื่อในภาพกว้าง

ความต้องการและความหวังสูงสุดของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและครอบครัว คืออนาคตที่ดีของลูก ๆ (เด็กกำพร้า) ด้านอาหาร สุขภาพ ด้านการศึกษา อาชีพ ความต้องการเหล่านี้ควรเป็นเป้าหมายเชิงนโยบาย สังคมของการแก้ไขปัญหาเอชไอวี/เอดส์แบบบูรณาการ

วิจารณ์และสรุป

การศึกษานี้สะท้อนให้เห็นภาวะของสังคมและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี ต้นทุนทั้งสิ้นประมาณ ๓,๕๗๕ บาทต่อคนต่อปี ใน พ.ศ. ๒๕๔๓ ประเทศไทยมีเด็กติดเชื้อเอชไอวีและ/หรือป่วยด้วยเอดส์รวมทั้งสิ้น ๑๑๐,๒๐๐ ราย เสียชีวิตแล้ว ๔๗,๐๖๗ ราย ยังมีชีวิตอยู่ ๖๓,๑๓๓ ราย^(๖) สำหรับผู้ติดเชื้อทั้งสิ้น ๑๑๐,๒๐๐ ราย จะมีต้นทุนทั้งฝ่ายผู้ให้บริการรักษาพยาบาลและฝ่ายครอบครัวทั้งสิ้นประมาณ ๓๙๓.๙๗ ล้านบาทต่อปี เด็กที่ยังมีชีวิตอยู่หกหมื่นกว่ารายนั้น ควรได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถเรียนหนังสือได้ตามปกติ ค่าใช้จ่ายเหล่านี้ทั้งการรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและการให้ยาด้านไวรัส เป็นหน้าที่ของรัฐบาลโดยตรง

ตารางที่ ๖ การเลือกใช้สถานพยาบาลกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ปี ๒๕๔๕

กรณีการรักษา	ร้อยละ
ผู้ป่วยนอก	
ไม่ได้ทำการรักษา พักผ่อน	๕
ใช้ยาแผนโบราณ ยาสมุนไพร	๒
หาหมอพื้นบ้าน แผนโบราณ	๑
ซื้อยากินเอง	๒๓
สถานเอนามัย	๒๒
โรงพยาบาลชุมชน	๑๔
โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลอื่น ๆ ของรัฐฯ	๑๘
โรงพยาบาล ระดับตติยภูมิ	๐
คลินิกเอกชน	๑๒
โรงพยาบาลเอกชน	๓
ผู้ป่วยใน โรงพยาบาล	
ชุมชน	๓๐
ทั่วไป	๓๕
รัฐนอกจังหวัด	๑๓
ระดับตติยภูมิ	๓
เอกชน	๘
เอกชนนอกจังหวัด	๒

ที่มา: การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ๒๕๔๕ สำนักงานสถิติแห่งชาติ^(๕)

ข้อจำกัดของการศึกษา

การใช้ข้อมูล ๒ ชุด การเจ็บป่วยและค่าใช้จ่ายของครัวเรือนจากการสัมภาษณ์ผู้ดูแล ซึ่งอาจมีปัญหาความทรงจำ (recall bias) จากผู้ดูแลเด็กได้ ส่วนค่าใช้จ่ายด้านรัฐบาล ใช้ข้อมูลการเจ็บป่วยที่ใช้บริการในสถานพยาบาลทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ทั้ง ๓ ระดับ ได้แก่ สถานเอนามัย โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไป จากข้อมูลในเวชระเบียนย้อนหลังไปถึงตั้งแต่แรกคลอดของตัวอย่าง จนถึงธันวาคม ๒๕๔๕ ซึ่งจำกัดเฉพาะสถานพยาบาลภาครัฐเท่านั้น จึงขาดข้อมูลต้นทุนการให้บริการในสถานพยาบาลภาคเอกชน ข้อจำกัดนี้ทำให้ต้นทุนจากการศึกษานี้ น่าจะต่ำกว่าความ

เป็นจริง (ตารางที่ ๖)

การศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่า นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้ครัวเรือนโดยเฉพาะผู้ที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ บรรเทาภาระรายจ่ายสุขภาพของครอบครัวและเอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยที่ค่ารักษาพยาบาลไม่ใช่อุปสรรคสำคัญ รายจ่ายสำคัญของครัวเรือนเกิดจากการเดินทางเป็นหลัก

ต้นทุนที่ประมาณการจากการเจ็บป่วยและใช้บริการในการศึกษานี้ เป็นประมาณการขั้นต่ำ ด้วยเหตุว่า การติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กเหล่านี้ยังไม่รุนแรงถึงกับเป็นเอดส์เต็มขั้น ซึ่งจะทำให้ค่ารักษาพยาบาลสูงกว่านี้ อายุสูงสุดของผู้ป่วยที่ติดตามได้ ๑๕๔ เดือน

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายระดับชาติ

การสนทนากลุ่มมีข้อเสนอสำคัญคือ รัฐต้องมีนโยบายระดับชาติในการช่วยเหลือ สนับสนุน บรรเทาปัญหาแก่เด็กและครอบครัวที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ ในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

๑) ด้านระบบบริการ

กำหนดเกณฑ์พื้นฐานบริการการแพทย์ที่เด็กติดเชื้อเอชไอวีพึงได้รับ แบบบูรณาการ ทั้งส่งเสริม ป้องกัน รักษาพยาบาลฟื้นฟูสุขภาพ อย่างเป็นองค์รวมทั้งกาย จิต สังคม และสิ่งแวดล้อม รวมทั้งบริการการศึกษาและบริการสังคมอื่น ๆ เช่น

ทารกในภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดา (vertical transmission) ต้องได้รับยาต้านไวรัสป้องกันการติดเชื้อจากมารดาสู่ทารก ตั้งแต่ในครรภ์ ขณะคลอด และหลังคลอด ตามโครงการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก (prevention of maternal to child transmission)

เมื่อเด็กคลอดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวีต้องได้รับบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อวินิจฉัยสถานการณ์ติดเชื้อโดยเร็วที่สุด หรือติดตามเด็กเพื่อแจ้งการติดเชื้อเอชไอวี และให้บริการที่เหมาะสม ต่อไป

ต้องเฝ้าระวังเด็กติดเชื้อเอชไอวีทุกคนและดูแลเรื่องสุขภาพด้านอื่น เช่น โภชนาการ พัฒนาการ การได้รับวัคซีนป้องกันโรค การดูแลสุขภาพฟัน ซึ่งสามารถป้องกันโรคแทรกซ้อนและลดต้นทุนการดูแลสุขภาพลง ควรได้รับยาต้านไวรัส และการตรวจติดตามข้อมูลทางห้องปฏิบัติการและคลินิก ตามเกณฑ์มาตรฐาน และให้มั่นใจว่าเด็กทุกคนได้รับยาด้านเมื่อมีข้อบ่งชี้ (access by all) โดยมีงบประมาณสนับสนุนที่เพียงพอ ทั้งยาและการตรวจห้องปฏิบัติการเพื่อติดตามผลการรักษา การฝึกอบรมผู้ให้คำปรึกษา แพทย์ เภสัชกร และพยาบาล เพื่อให้มีความรู้ความชำนาญในการบริหารโครงการอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของทั้งบิดา มารดา และเด็ก และสามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวได้ยืนยาวที่สุด

เด็กที่มีโรคแทรกซ้อนหรือโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ต้องได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานการรักษาและการป้องกันทุติยภูมิที่มีประสิทธิผล

การบรรเทาผลกระทบจากเอชไอวี/เอดส์ต่อเด็กกำพร้า ยังขาดระบบที่มีประสิทธิภาพและตรงตามความต้องการของผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์และครอบครัว ข้อมูลเด็กติดเชื้อเอชไอวีและครอบครัวยังไม่สมบูรณ์ ยังขาดการประสานงานระหว่างส่วนราชการที่มีประสิทธิภาพ การสำรวจความต้องการที่แท้จริงของเด็กและครอบครัวอย่างครอบคลุมครบถ้วนจะเป็นฐานของการวางแผนร่วมกันระหว่างส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง

๒) ด้านผู้ป่วยและครอบครัว

ควรมีระบบเพื่อเพิ่มรายได้และบรรเทาภาระรายจ่ายของครอบครัวเหล่านี้ เช่น ค่าอาหาร ค่าสาธารณูปโภค ค่าใช้จ่ายเบ็ดเตล็ดอื่นๆ และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ จึงควรมีนโยบายหลักที่สำคัญดังนี้

ส่งเสริมเศรษฐกิจพอเพียงในครอบครัว เพื่อผลิตอาหารด้วยตนเอง การเลี้ยงสัตว์เพื่อเป็นอาหาร การปลูกพืชผักตามโครงการผักสวนครัว-รั้วกินได้ การปลูกผลไม้ตามฤดูกาล เพื่อให้ครอบครัวมีความมั่นคง

ทางอาหาร (food security) และพึ่งพาตนเองได้บางส่วน ลดภาระค่าใช้จ่ายด้านอาหาร และมีความมั่นใจว่าเด็กได้รับสารอาหารเพียงพอ การสังเกตขณะสัมภาษณ์ครอบครัว พบว่า เด็กกินนมแม่ถึงสำเร็จรูปเป็นส่วนใหญ่ และขาดสารอาหารโปรตีนที่เพียงพอ เช่น ไข่ และเนื้อสัตว์ เพิ่มรายได้ด้วยการประกอบอาชีพหรือรวมกลุ่มผลิตสินค้า ผลิตภัณฑ์พื้นบ้านเพื่อเป็นรายได้ช่วยเหลือครอบครัว และรัฐจะต้องสนับสนุนกลุ่มอาชีพเหล่านี้ให้มีความต่อเนื่องและยั่งยืน

พัฒนารูปแบบการบริการให้คำปรึกษาสำหรับบุคคล (individual counseling) ครอบครัว (family counseling) และชุมชน (community counseling) ให้มีคุณภาพและเพิ่มความเข้มข้นให้ได้ผลในทางปฏิบัติจริง เพื่อให้บุคคล ครอบครัว และชุมชนเข้าใจเอชไอวี และสามารถปรับตัวในทางที่ถูกต้อง เพื่อลดผลกระทบด้านสังคม ทำให้ผู้ติดเชื้อและผู้ได้รับผลกระทบสามารถอยู่ในสังคมอย่างมีคุณภาพ สามารถดึงจุดเด่นที่เป็นความเข้มแข็งของระบบครอบครัว ชุมชน สังคมให้ช่วยบรรเทาแก้ไขปัญหาลดผลกระทบจากเอดส์ได้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายระดับจังหวัด อำเภอ และชุมชน

การนำนโยบายสู่การปฏิบัติในพื้นที่จะต้องมีการบูรณาการแผนภารกิจร่วมกันทุกภาคส่วนทั้งรัฐ เอกชน ประชาคม กลุ่มและภาคีต่าง ๆ เพื่อมองปัญหาเป็นองค์รวมเชื่อมโยงและสามารถแก้ไขปัญหาเอชไอวี/เอดส์ได้ถูกทาง และได้ประโยชน์สูงสุด การนำเสนอผลการศึกษาให้คณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวี/เอดส์ระดับจังหวัด เพื่อกำหนดเป็นนโยบายและแผนปฏิบัติการระดับจังหวัดที่สอดคล้องกับระบบผู้ว่าราชการจังหวัดบูรณาการที่เริ่มตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. ๒๕๔๖ ที่ประชุมมีมติให้จัดตั้งศูนย์ช่วยเหลือผู้ติดเชื้อและผู้ได้รับผลกระทบระดับจังหวัด ซึ่งนำโดยนายกเหล่ากาชาดจังหวัดน่านและตัวแทนคณะกรรมการจากทุกอำเภอ ตัวแทนจากทุกกระทรวงที่เกี่ยวข้องในระดับจังหวัด

ขณะนี้ในจังหวัดน่านได้มีแนวคิดใหม่ของการดำเนินงานเรื่องเอชไอวี/เอดส์และผู้ที่ได้รับผลกระทบ

๑. ประสานให้ทุกพื้นที่สำรวจเด็กกำพร้าและครอบครัวที่ได้รับผลกระทบจากเอชไอวี/เอดส์ เพื่อทราบข้อมูลที่แท้จริงสำหรับการวางแผนช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาในอนาคต

๒. ดำเนินการจัดตั้งศูนย์ช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์และผู้ได้รับผลกระทบระดับจังหวัดและระดับอำเภอทุกอำเภอ

๓. ประสานงานดำเนินการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก โดยเฉพาะเด็กกำพร้าที่ได้รับผลกระทบจากเอชไอวี/เอดส์ เพื่อให้เด็กเหล่านี้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีอาหารเพียงพอ มีโอกาสได้รับการศึกษาและจัดหาทุนการศึกษาจนสำเร็จการศึกษา

๔. ในทุกพื้นที่ของจังหวัดน่าน มีการประสานความร่วมมือเพื่อช่วยเหลือผู้ติดเชื้อและผู้ได้รับผลกระทบจากเอชไอวี/เอดส์ โดยภาคราชการ องค์กรเอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้อนุมัติในหลักการให้จัดสรรงบประมาณเพื่อป้องกันแก้ไขปัญหา และสงเคราะห์ผู้ได้รับผลกระทบต่อเนื่องต่อไป ครูและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จะมีบทบาทในด้านนี้มากในการรณรงค์ทำความเข้าใจในชุมชน เพื่อลดการรังเกียจเด็กติดเชื้อเอชไอวี ทั้งในระดับชุมชนและโรงเรียน

๕. ส่งเสริมอาชีพเพื่อเพิ่มรายได้ให้แก่กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกอำเภอ เพื่อให้สามารถช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วนและรู้สึกมีคุณค่าและมีความสุขในการได้มาร่วมทำงานเป็นกลุ่ม ปกป้องหรือแก้ปัญหา ร่วมกัน สามารถลดผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและสังคมได้ระดับหนึ่ง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ชุตินา สุวรรณ์เดชา, รองศาสตราจารย์ ดร.เรณู สุขารมณ์ ภาควิชาเศรษฐศาสตร์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ที่ได้ให้คำแนะนำและติดตามงานวิจัยนี้อย่างใกล้ชิดเสมอมา ขอขอบคุณทีมงานเก็บรวบรวมข้อมูลและผู้บริหารงานสาธารณสุขในจังหวัดน่านทุกระดับที่อำนวยความสะดวก การวิจัยครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย ในโครงการเมธีวิจัยอาวุโส ด้านเศรษฐศาสตร์และการคลังสาธารณสุข และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขที่ให้การสนับสนุนสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

เอกสารอ้างอิง

๑. พิมพ์วัลย์ บุญมงคล, เพ็ญจันทร์ ประดับมุข, ศันสนีย์ เรืองสอน. องค์ความรู้ของงานวิจัยเอชไอวีด้านสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์. นครปฐม: รุ่งแสงการพิมพ์; ๒๕๕๑.
๒. กัญจนา ดิษยาธิคม, วลัยพร พัทธนถม, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. วิถีวิเคราะห์ต้นทุนบริการของสถานพยาบาลแบบมาตรฐานและแบบลัด. วารสารวิชาการสาธารณสุข ๒๕๕๔; ๓:๓๕๕-๖๓.
๓. พิเศษฐ์ ศรีประเสริฐ, ชุตินา สุวรรณ์เดชา, วิภา ศรีประเสริฐ, กานดา ยุกต, ปรีชวิษญ์ พรมจักร, จุฬาลักษณ์ ยะวิชาญ. สถานการณ์ทางการเงินการคลังและประสิทธิภาพการบริหารทรัพยากรของสถานบริการเครือข่ายบริการสุขภาพในจังหวัดน่าน ภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. น่าน: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด; ๒๕๕๖.
๔. Pityanon S, Kongsin S, Janjareon WS. The economic impact of HIV/AIDS mortality on households in Thailand. Bangkok. ADB-UNDP; 1994.
๕. สำนักงานสถิติแห่งชาติเพิ่ม. รายงานการสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. ๒๕๕๔. กรุงเทพมหานคร: กองคลังข้อมูลและสนเทศสถิติ; ๒๕๕๕.
๖. กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ และผู้ติดเชื้อในประเทศไทย. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; ๒๕๕๔.

Abstract **Socio-economic Impact of HIV Infections among Children: Nan Province Case Study in 2002**

Aphichat Rodsom*, Viroj Tangcharoensathien**

*Nan Provincial Health Office, **International Health Policy Program - Thailand

Journal of Health Science **2005; 14:484-94.**

This study was aimed to assess the economic cost of pediatric HIV/AIDS from the healthcare provider, patient and family perspectives and the socioeconomic impact on the families and their coping mechanisms in Nan Province.

In December 2002, the total of 35 pediatric HIV infection cases age 37 to 154 months from 5 districts reporting high HIV/AIDS prevalence rate in Nan province, were identified since the onset of their diagnosis of HIV. In-depth interview of caretakers and focus-group discussion of stakeholders were employed. Review of medical records in all health facilities (including health centers, district and general hospitals) was conducted to assess the total number of ambulatory visits and admission since being diagnosed of HIV until December 2002. The utilization rate, namely number of visits per person-year and admission per person-year, was estimated based on total visits and admission through the observation. The utilization rate was then multiplied by the unit operating cost per visit and per admission retrieved from previous studies. Operating cost was blown up to total cost by 15 percent or depreciation cost. In-depth interviews of caregivers on medical and non-medical cost spent by households, income foregone of families having pediatric HIV/AIDS, and socioeconomic data were conducted over the 3 month period. Descriptive statistics was employed.

On average, provider cost and family cost per person year were 2,770 and 805 Baht respectively. The total cost was 3,575 Baht per person year. The utilization rate of ambulatory care and admission services by pediatric HIV/AIDS was 1.6 and 5 times higher than those of general pediatric population of 5-9 years respectively. The Universal care to eased the household financial burden on healthcare very significantly. A severe reduction in household income was a major financial catastrophe to the household following the death of the father. Prior to the father death, depletion of income and asset, as well as increases in health spending were the major causes. Quality of life and health care for children were poor and worsened when they lost their mothers. Financial supports from government and NGOs served as an important source for living expenses among this group, but the magnitude of assistance was minimal.

These complex medical and social problems of families affected by HIV/AIDS highlighted the importance of a multi-sectoral approach that integrates medical, social, mental health and educational services into a united front to mitigate the problems faced by these households. Future public policy should be directed at ensuring families with pediatric HIV/AIDS to have better access to care especially anti-retroviral drugs that helps prolong the lives of parents and children affected by HIV/AIDS, as well as providing financial resources and other social supports.

The researchers had reported the result of this study to the provincial HIV/AIDS committee, several systematic actions were taken to mitigate the social impact of HIV/AIDS with a clear local budget supports of key program activities.

Key words: **pediatric AIDS, HIV infection orphans, economic cost, socioeconomic impact of HIV/AIDS**