

บทที่ 2

ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาผลงานวิจัยที่ผ่านมา ทำให้เห็นภาพพัฒนาการของการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ โดยผู้วิจัยได้รวบรวมผลงานต่างๆเพื่อนำมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางสำหรับการศึกษาคั้งนี้ ซึ่งมีผลงานที่เกี่ยวข้องจำนวน 9 ผลงานวิจัย ดังนี้

สุคนธา คงสีล และคณะ (2535) ได้ทำการศึกษาเรื่อง ต้นทุนในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีอาการสัมพันธ์กับโรคเอดส์และผู้ป่วยโรคเอดส์ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (hospital care cost analysis of patients with ARC/AIDS patients Thailand) งานวิจัยนี้ได้ทำการศึกษาผู้ป่วยที่มีอาการสัมพันธ์กับโรคเอดส์ (AIDS related complex) และผู้ป่วยโรคเอดส์จำนวน 304 ราย จากโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 36 แห่ง เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐานด้านค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์ สำหรับผู้บริหารในการตัดสินใจใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด อย่างมีประสิทธิภาพในการป้องกันโรคเอดส์และปรับปรุงให้การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ดีขึ้น การวิจัยนี้เป็นการวิเคราะห์องค์ประกอบของต้นทุนซึ่งประกอบไปด้วย ต้นทุนที่ไม่ได้เก็บค่าบริการ (routine service cost : RSC) และต้นทุนในการให้บริการทางการแพทย์ (medical care cost :MCC) ต้นทุนที่ไม่ได้เก็บค่าบริการประกอบไปด้วย ต้นทุนแรงงานและต้นทุนทางปฏิบัติการ ส่วนต้นทุนในการให้บริการทางการแพทย์ประกอบไปด้วยค่าตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ การปฏิบัติการรักษาและค่ายา ซึ่งได้ผลการศึกษาดังนี้ ต้นทุนที่ไม่ได้เก็บค่าบริการ 341.19 บาทต่อวันผู้ป่วยใน โดยมีอัตราการเข้าอนรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย 13 วัน และต้นทุนในการให้บริการทางการแพทย์ 4,336.47 บาทต่อราย ส่วนต้นทุนอีกด้านหนึ่งคือ ต้นทุนที่เกิดกับผู้ป่วยและญาติ ผลการวิจัยพบว่ามีค่าเท่ากับ 1,153.91 บาทต่อราย เมื่อรวมต้นทุนที่ไม่ได้เก็บค่าบริการเข้ากับ ต้นทุนในการให้บริการทางการแพทย์จะได้ต้นทุนในการดูแลรักษาผู้ป่วย (hospital care cost or internal cost) สำหรับต้นทุนที่เกิดกับผู้ป่วยและญาติจากการที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนั้น จะสะท้อนให้เห็นถึงผลกระทบต่อรายได้ต่อปีของผู้ป่วยและครอบครัว จากผลการศึกษาจะแสดงให้เห็นถึงผลกระทบทางสังคมและเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นจากการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ได้ส่วนหนึ่ง

อุทัย ม่วงศรีเมืองดี (2537) ได้วิจัยเรื่อง การวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผลของการใช้ยา Zidovudine ในผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ระยะมีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ โดยได้วิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผลในการรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะมีอาการสัมพันธ์กับเอดส์โดยการเปรียบเทียบ

ต้นทุน-ประสิทธิผลในการรักษาผู้ป่วยที่ได้รับยา Zidovudine กับผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยานี้ เป็นการศึกษาเฉพาะกรณี ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยแบ่งประชากรที่ใช้ในการวิจัยเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่ได้รับยา 66 ราย และกลุ่มที่ไม่ได้รับยา 44 ราย ได้ต้นทุนดังนี้คือต้นทุนรวมในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับยา Zidovudine โดยแบ่งออกเป็นต้นทุนที่เกิดกับผู้จัดบริการและต้นทุนที่เกิดกับผู้รับบริการ ในส่วนของต้นทุนที่เกิดกับผู้รับบริการยังแบ่งออกเป็น ต้นทุนค่ายา Zidovudine ค่ายาทั่วไป ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่ารังสีวินิจฉัยและต้นทุนอื่น ๆ ผลการวิจัยได้ต้นทุนรวมในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับยา Zidovudine เฉลี่ย 111,739 บาท ต่อรายต่อปี ต้นทุนที่เกิดกับผู้จัดบริการ 1,334 บาท คิดเป็น ร้อยละ 1.10 ต้นทุนที่เกิดกับผู้รับบริการ 110,495 บาท คิดเป็นร้อยละ 98.90 โดย แบ่งเป็นต้นทุนค่ายา Zidovudine 69,300 บาท คิดเป็นร้อยละ 63.73 ค่ายาทั่วไป 3,344 บาท คิดเป็นร้อยละ 3.94 ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ 9,534 บาท คิดเป็นร้อยละ 8.63 ค่ารังสีวินิจฉัย 768 บาท คิดเป็นร้อยละ 0.69 และต้นทุนอื่น ๆ 37,647 บาท คิดเป็นร้อยละ 35.03 สำหรับการวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผล ในการรักษาผู้ป่วยด้วยยา Zidovudine ปรากฏว่ามีความน่าจะเป็นในการชะลอความก้าวหน้าของโรคได้ร้อยละ 65.3 โดยมีสัดส่วนของต้นทุนในการชะลอความก้าวหน้าของโรค 1,173 ต่อหนึ่งหน่วยประสิทธิผล จำนวนปีชีวิตผู้ป่วยที่ประหยัดได้เมื่อได้รับยา 1 ปี เท่ากับ 16.06 คน-ปี สัดส่วนต้นทุนต่อคน-ปีเท่ากับ 671,357 บาท จำนวนปีที่ผู้ป่วยมีอายุยืนยาวขึ้นเมื่อได้รับยา 1 ปี คือ 0.34 ปี และหากผู้ป่วยได้รับยาต่อเนื่องจะมีอายุยืนยาวขึ้น 3.13 ปี ส่วนการลดอัตราการเป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาส เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับยา มีความน่าจะเป็นในการลดอัตราการเป็นโรคแทรกซ้อนลงได้ ร้อยละ 37.4 กล่าวโดยสรุปว่า การรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะ มีความสัมพันธ์กับเอดส์ จะต้องใช้ค่าใช้จ่ายที่สูงมากโดยเฉพาะค่ายา รัฐบาลไม่สามารถรับภาระค่าใช้จ่ายส่วนนี้ เพราะฉะนั้นการรักษาด้วย Zidovudine ควรคำนึงถึงความสามารถในการจ่ายของผู้ป่วยและความพอใจที่จะจ่ายด้วย

Sumalee Pitayanon, Sukontha Kongsin, and Wattana S. Janjaroen (1997) ทำการวิจัยเรื่อง The Economic Impact of HIV/AIDS Mortality on Households in Thailand ได้ทำการวัดและวิเคราะห์ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจของครอบครัวผู้ที่เสียชีวิตจากเอดส์ในพื้นที่ชนบท ในจังหวัดเชียงใหม่ วัดขนาด และนัยสำคัญของผลกระทบทางเศรษฐกิจของครอบครัวที่มีผู้เสียชีวิตด้วยเอดส์และผู้เสียชีวิตด้วยสาเหตุอื่น หรือพิจารณาว่าการเสียชีวิตด้วยเอดส์รายได้ต่ำและความยากจนในพื้นที่ชนบทของประเทศไทยมีความสัมพันธ์กันอย่างไรบ้าง วิเคราะห์ถึงความสามารถของครัวเรือนที่มีสภาพเศรษฐกิจสังคมแตกต่างกันว่าจะสามารถจัดการกับผลกระทบทางเศรษฐกิจอย่างไร จากหลักฐานต่าง ๆ ทำให้ได้ข้อสรุปว่า นอกจากจะสนใจผู้ติดเชื้อและวิธีการป้องกันแล้ว ยังต้องสนใจผู้ที่ไม่ติดเชื้อแต่ได้รับผลกระทบเช่น ครอบครัว เพื่อน ชุมชนและสังคมด้วยเพราะ ณ ปัจจุบันเราทราบแล้วว่าการสูญเสียนั้นไม่มีเพียงแก่การเสียชีวิตเท่านั้น แต่ยังมี

รวมถึงผลกระทบของการลดลงของครอบครัว ชุมชน ภูมิภาค ซึ่งจะสะท้อนถึงการสูญเสียผลผลิตทางเศรษฐกิจและการเพิ่มภาระให้กับสังคม เช่น การดูแลเด็กกำพร้าที่พ่อแม่เสียชีวิตจากโรคเอดส์ จากการเก็บข้อมูลและสัมภาษณ์ครอบครัวผู้เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ในระหว่างปี พ.ศ. 2535-2536 ในพื้นที่ 5 อำเภอของจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าครัวเรือนที่มีผู้ป่วยโรคเอดส์ที่เสียชีวิตแล้ว จะเสียค่ารักษาพยาบาล ค่าเดินทาง ค่าทำศพ รวมประมาณ 3,574 USD และมีค่าใช้จ่ายของครอบครัวที่สูญเสียไปคือรายได้ที่ลดลงของผู้เสียชีวิตและผู้ที่ต้องดูแลผู้ป่วยอีกประมาณ 47,653 USD ต่อครัวเรือน

เกื้อ วงศ์บุญสิน และคณะ (2540) ศึกษาผลกระทบทางประชากรของโรคเอดส์ในประเทศไทย โดยใช้ตัวแบบเชิงคณิตศาสตร์ ซึ่งเป็นตัวแบบเชิงกำหนดที่แบ่งกลุ่มประชากรออกเป็นกลุ่ม ที่มีลักษณะและพฤติกรรมในลักษณะต่าง ๆ กัน โดยพารามิเตอร์ในตัวแบบเป็นพารามิเตอร์ด้านประชากร ด้านชีววิทยาและด้านพฤติกรรม เพื่อศึกษาผลกระทบของเอชไอวี/เอดส์ที่มีต่อประชากรทั้งในระดับประเทศและภาคเหนือของประเทศไทย ด้วยการประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยโรคเอดส์ และผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์แยกตามเพศและกลุ่มอายุ เพื่อประมาณผลกระทบที่มีต่อลักษณะของประชากรในด้านการเปลี่ยนแปลงประชากรทั้งอัตราเพิ่มต่อปี อัตราส่วนการเป็นภาระ และจำนวนประชากรรวม และรายกลุ่มอายุ การกำหนดค่าพารามิเตอร์ในตัวแบบอาศัยข้อมูลที่มีอยู่รวมทั้งการคาดการณ์ของผู้วิจัยที่ต้องผ่านกระบวนการตรวจสอบความเหมาะสม โดยเทียบกับข้อมูลอัตราความชุกการติดเชื้อของทหารเกณฑ์ และหญิงที่ฝากครรภ์ที่สถานผดุงครรภ์ของรัฐ สำหรับในระดับประเทศนั้นการระบาดของ HIV/AIDS จะทำให้มีจำนวนผู้ติดเชื้อสะสมถึงปี 2000 มากกว่า 1 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากเอดส์รวมกันมากกว่า 5 แสน 5 หมื่นคน เมื่อนับถึงปี 2000 และจะเป็นจำนวนรวมมากกว่า 1 ล้านคน เมื่อนับถึงปี 2014 ประชากรในปี 2000 จะลดลงจากกรณีไม่มีการระบาดของ HIV/AIDS ตั้งแต่ปี 1991 โดยอัตราเพิ่มประชากรลดลงจากกรณีไม่มีการระบาด 0.026% ต่อปีในปี 1991 0.12% ต่อปีในช่วงปี 1995-2000 0.06% ต่อปีในปี 2005 และไม่แตกต่างกันในปี 2014 นอกจากนี้การระบาดของ HIV/AIDS จะมีผลต่อจำนวนประชากรในกลุ่มอายุต่าง ๆ อย่างไม่เท่าเทียมกัน ในปี 1994 การระบาดจะแสดงผลในประชากรกลุ่มอายุ 19-35 ปีเป็นหลัก แต่เมื่อเวลาผ่านไป จะกระทบต่อกลุ่มอายุเป็นสองช่วงคือ กลุ่มอายุที่น้อยกว่า และกลุ่มอายุสูงกว่า เนื่องจากการติดต่อของ HIV/AIDS จากมารดาสู่บุตร และจากผู้ที่อยู่ในกลุ่มอายุที่ถูกกระทบเดิมมีอายุมากขึ้นตามเวลา ประชากรวัยแรงงานลดน้อยลงโดยประชากรชายถูกกระทบมากกว่าหญิง และอัตราส่วนการเป็นภาระจะเพิ่มสูงขึ้นตามเวลาโดยเพิ่มขึ้น 0.003 ในปี 1994 0.004 ในปี 2004 0.006 ในปี 2014 สำหรับในภาคเหนือ ลักษณะของผลกระทบของ HIV/AIDS ที่มีต่อประชากรจะมีลักษณะที่อยู่ในรูปแบบเดียวกันกับในระดับประเทศ แต่ขนาดของผลกระทบต่อประชากรจะแตกต่างกัน โดยค่าอัตราส่วนการเป็นภาระ สัดส่วนประชากรวัยแรงงานที่ลดลงทั้งชาย

และหญิง สักส่วนประชากรที่ลดลงและอัตราเพิ่มประชากรต่อปีของภาคเหนือมีค่าเป็น
ประมาณเกือบสองเท่าของค่าในระดับประเทศ

วาสนา อิมเอม และศศิเพ็ญ พวงสายใจ (2543) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การจัดสรร
ทรัพยากรและการตอบสนองของครอบครัวต่อภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ (Household Resources
Allocation and Response towards AIDS-Related Illness) เป็นวิธีการศึกษาที่ผสมผสานทั้งเชิง
ปริมาณและเชิงคุณภาพ เข้าด้วยกัน การเก็บข้อมูลจากหมู่บ้านสี่แห่งในจังหวัดเชียงใหม่ เก็บ
ข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2540 ถึงเดือน เมษายน พ.ศ. 2541 โดยอาสาสมัครหมู่บ้าน
และเจ้าหน้าที่สนาม ผลการศึกษาได้ดังนี้ หลายครอบครัวทั้งสามีและภรรยาเป็นผู้ได้รับผลกระทบ
สามีจะเสียชีวิตก่อน ึ่งให้ภรรยาเป็นผู้ดูแลเด็กและพ่อแม่ที่ชรา ผู้ป่วยโรคเอดส์และโรคเรื้อรัง
ส่วนใหญ่จะมีอาชีพรับจ้าง ซึ่งเป็นอาชีพหลักของคนในหมู่บ้าน ทรัพย์สินในครอบครัวจะถูก
นำไปใช้รักษาผู้เป็นสามีที่มักมีอาการเจ็บป่วย และเสียชีวิตเป็น รายแรกในครอบครัว ค่ารักษา
ผู้ป่วยจะมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับระยะเวลายาวนานของการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ต้นทุนที่เกิดจาก
การเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์โดยเฉลี่ยรายละ 82,049 บาท ประกอบด้วย ค่ารักษาพยาบาล 29,374
บาท และค่าใช้จ่ายในการทำศพ 52,775 บาท ผู้ป่วยเอดส์ที่เสียชีวิตไปแล้วจะมีระยะเวลาการ
เจ็บป่วยประมาณ 1.1 ปี ค่าใช้จ่ายในการรักษาและค่าเดินทางไปรับการรักษาตกรายละ 29,374
บาท ค่าใช้จ่ายในการทำศพตกรายละ 52,775 บาท แต่จะได้รับเงินช่วยเหลืองานจากแหล่งต่าง ๆ
ประมาณ 63,000 บาท ชาวบ้านส่วนใหญ่จะเป็นสมาชิกของกองทุนฌาปนกิจหมู่บ้าน ผู้ป่วยเอดส์ที่
เสียชีวิตไปแล้วสูญเสียรายได้ที่ควรจะได้รับเป็นเงิน 53,000 บาทต่อช่วงระยะเวลาที่เจ็บป่วยหรือ
45,900 บาทต่อปี ผู้ป่วยที่มีชีวิตอยู่สูญเสียรายได้มากกว่าคือ 91,000 บาทหรือ 62,000 ต่อปี ผู้ป่วย
ด้วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ สูญเสียรายได้ต่อปีใกล้เคียงกัน แต่มียอดสะสมที่สูญเสียมากกว่า เพราะมี
ระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ยาวนานกว่า

อำไพ อินทรจันทร์ (2546) ได้ศึกษาเรื่อง การประเมินต้นทุนและผลได้ทาง
เศรษฐศาสตร์และคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ HIV ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส : กรณีศึกษา
การรักษาด้วยยาต้านไวรัสและยาต้านโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ได้ทำการประเมินผลด้านคุณภาพชีวิต
ของผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อหลังได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส เปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับการ
รักษาด้วยยาต้านโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ทำการประเมินผลได้ทางเศรษฐศาสตร์เปรียบเทียบ
ระหว่างการรักษาผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม และประเมินต้นทุนทางตรงและทางอ้อมของผู้ป่วยและผู้ติด
เชื้อทั้งสองกลุ่ม ได้รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและข้อมูลจากเวชสถิติของโรงพยาบาล
จากกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดลำพูนจำนวน 101 ตัวอย่างใน 7 อำเภอ ในช่วงระหว่าง เดือนมีนาคม
พ.ศ. 2545 – เดือน เมษายน พ.ศ. 2546 ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส
มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคติดเชื้อฉวยโอกาสอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ ผลการศึกษาด้านต้นทุนทางตรงและต้นทุนทางอ้อมของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 98,282.13 บาทต่อคนต่อปี และ 23,379.61 บาทต่อคนต่อปี ตามลำดับ ดังนั้นต้นทุนรวมของการรักษาผู้ป่วยด้วยยาต้านไวรัสเท่ากับ 121,661.74 บาทต่อคนต่อปี ด้านต้นทุนทางตรงและทางอ้อมของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคติดเชื้อฉวยโอกาสมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 12,545.86 บาทต่อคนต่อปี และ 24,938 บาทต่อคนต่อปี ตามลำดับ ดังนั้นต้นทุนรวมของการรักษาผู้ป่วยด้วยยาต้านโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเท่ากับ 37,484.26 บาทต่อคนต่อปี ถึงแม้ว่าต้นทุนของการรักษาผู้ป่วยด้วยยาต้านไวรัสจะมีค่าสูงกว่าการรักษาด้วยยาต้านโรคติดเชื้อฉวยโอกาส แต่ว่าผลได้ของการรักษานั้นสูงมาก จะเห็นได้จากคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่เพิ่มสูงขึ้น กล่าวคือผู้ป่วยสามารถดำรงชีพและใช้ชีวิตที่เหลืออยู่โดยสามารถก่อให้เกิดผลผลิตเพิ่มมากขึ้นต่อสังคมส่วนรวมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นภาครัฐควรเน้นให้ความสำคัญต่อการรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

วิทยา กุลสมบูรณ์ และคณะ (2546) ได้ศึกษาเรื่อง การวิเคราะห์ต้นทุนผลได้ในการนำการรักษาโรคเอดส์ด้วยยาต้านเชื้อไวรัสเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ได้ข้อมูลต้นทุนและผลได้ของการรักษาเอดส์ด้วยการให้ยาต้านไวรัสและประเมินความเป็นไปได้ในการดำเนินงานดังกล่าว โดยศึกษาจากข้อมูลผู้ป่วยโรงพยาบาลบราศนราคร ด้วยแบบจำลองด้านต้นทุนและผลได้ที่กำหนดขึ้น แล้วนำมาประมาณการค่าใช้จ่ายสำหรับการให้ยาต้านไวรัสเอชไอวีในแต่ละปี และจากการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาและไม่ใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวีของโรงพยาบาลบราศนราคร มีต้นทุนในการรักษารวมต่อปีต่อคนเท่ากับ 87,168 และ 11,115 บาทตามลำดับ (ราคา ณ ปี 2545) การให้ยาต้านไวรัสเอชไอวี สามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เกิดจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาสได้ 9,143.04 บาท/คน/ปี ในการศึกษานี้ได้ประมาณการอัตราส่วนผลได้/ต้นทุนที่เพิ่มขึ้นจากการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเทียบกับการไม่ใช้ยาต้านไวรัสในกรณีที่ใช้ยา GPO-vir พบว่ามีอัตราส่วนผลได้ต่อต้นทุนส่วนเพิ่มอยู่ในระหว่าง 2.68-2.94 ผลการศึกษา แสดงให้เห็นถึงภาระค่าใช้จ่ายในการให้ผู้ป่วยได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีครอบคลุม ถ้วนหน้าจะมีค่าใช้จ่ายในระยะเวลาระหว่าง 4,000 ถึง 11,000 ล้านบาทต่อปี โดยเมื่อคิดเป็นภาระค่าใช้จ่ายส่วนเพิ่มที่หักค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นอยู่แล้วจากกรณีที่ไม่ใช้ยา จะมีค่าใช้จ่ายส่วนเพิ่มระหว่าง 1,400 ถึง 8,500 ล้านบาทต่อปี เฉพาะใน 5 ปีแรกสำหรับแนวทางที่ครอบคลุมสิทธิประโยชน์ถ้วนหน้าภายใน 5 ปี ทั้งนี้ ขึ้นกับแนวทางการดำเนินงานว่าจะเป็นแบบใด และขึ้นอยู่กับตัวแปรที่สำคัญคือ อันดับแรกประสิทธิภาพของยาสูตร GPO-vir ขององค์การเภสัชกรรม ในเรื่องของการแพ้ยาและดื้อยา สองคือต้นทุนรายยาในสูตรอื่น ๆ ที่ยังมีสิทธิบัตรอยู่ว่าสามารถลดราคาลงได้มากน้อยเพียงใดและสิ่งสุดท้ายคือจำนวนผู้ป่วยเอดส์รายใหม่จะควบคุมได้มากน้อยเพียงใด แต่อย่างไรก็ตามไม่ว่า

จะเป็นทางเลือกใด จะต้องมีข้อกำหนดมาตรฐานการให้บริการที่จะต้องมีความพร้อมในด้านต่าง ๆ ดังนี้ คือ หนึ่งมีระบบการให้คำปรึกษาตามมาตรฐานที่กำหนด ที่สามารถให้ผู้ป่วยตัดสินใจได้ด้วยตนเอง สองมีเครือข่ายผู้คิดเข้าร่วมในกระบวนการให้คำปรึกษาและติดตามผู้ป่วย และสุดท้ายมีการเตรียมความพร้อมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในทุกระดับ

สิริขวัญ ลุ่งบ้าน (2546) ได้ศึกษาเรื่อง ความแตกต่างของต้นทุนการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีก่อนและหลังการได้รับยาจีพีโอเวียร์ในจังหวัดสระบุรี โดยต้องการศึกษาว่าต้นทุนการรักษาโรคที่เกิดจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาสในกลุ่มผู้ป่วยเอชไอวีหลังจากได้รับยาต้านไวรัสจีพีโอเวียร์จะมีความคุ้มกับค่ายาจีพีโอเวียร์หรือไม่ โดยมองต้นทุนและผลการรักษาที่เกิดขึ้นในมุมมองของสังคม โดยเก็บข้อมูลทางคลินิกและข้อมูลทางด้านต้นทุนก่อนและหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับยาต้านไวรัสจีพีโอเวียร์ โดยผู้ป่วยที่ทำการศึกษา เมื่อได้รับยาต้านไวรัสจีพีโอเวียร์ต้องมีระดับซีดีโฟร์ต่ำกว่า 200 เซลล์/ม³ ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 52.6 ของผู้ป่วยรวม 78 คน เป็นผู้ป่วยหญิง และร้อยละ 80.8 ของผู้ป่วยมีระดับซีดีโฟร์ต่ำกว่า 100 เซลล์/ม³ ก่อนรับยา ต้นทุนของการรักษาผู้ป่วยก่อนได้รับยาจีพีโอเวียร์เป็นเงิน 4,346.2 บาทต่อคนต่อปี หลังจากได้รับยาต้านไวรัสจีพีโอเวียร์ มีต้นทุนการรักษาเป็นเงิน 22,682.1 บาทต่อคนต่อปี ประกอบไปด้วยต้นทุนยาต้านไวรัส 18,369.2 บาทต่อคนต่อปี และต้นทุนการรักษาอื่น 4,313.0 บาทต่อคนต่อปี ภายหลังจากการได้รับยา ต้นทุนการรักษาผู้ป่วยที่มีการนอนในโรงพยาบาลลดลงจาก 1,978.3 บาทต่อคนต่อปี เป็น 815.5 บาทต่อคนต่อปี การลดลงของต้นทุนการรักษาในผู้ป่วยที่มีการเข้ารักษาโรงพยาบาลมีผลมาจากการเพิ่มขึ้นของระดับซีดีโฟร์ ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 179.2 ± 94.0 เซลล์/ม³ จากก่อนการรับยาจีพีโอเวียร์ ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 56.5 ± 52.9 เซลล์/ม³ ($P=0.000$) ผู้ป่วยร้อยละ 87.2 ยังคงรับยาจีพีโอเวียร์ต่อไป ทั้งนี้โรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยนอกลดลงอย่างเห็นได้ชัดหลังจากผู้ป่วยได้รับยาได้แก่ โรคปอดอักเสบ (พีซีพี) โรคติดเชื้อจากไวรัส (ซีเอ็มวี) โรคเชื้อหุ้มสมองอักเสบ และโรคเชื้อราในปาก ในกลุ่มผู้ป่วยในพบว่า หลังการได้ยาจีพีโอเวียร์ไม่มีการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคปอดอักเสบพีซีพี และโรคเชื้อหุ้มสมองอักเสบ อย่างไรก็ตาม พบว่ามีผู้ป่วยที่แพ้ยาจีพีโอเวียร์ 4 ราย (ร้อยละ 5.1) ที่ต้องเข้ารักษาภายในโรงพยาบาลประกอบไปด้วยอาการสภาวะเป็นกรดในร่างกาย 2 ราย การทำงานของตับล้มเหลว 1 ราย และการทำงานของไตล้มเหลว 1 ราย ถึงแม้ว่า ไม่สามารถลดต้นทุนการรักษาโดยรวมจากการได้รับยาจีพีโอเวียร์แต่มีผลดีในการลดการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่รุนแรง และต้นทุนการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลงมาก ผลศึกษากล่าวจะทำให้ผู้ป่วยเอชไอวีมีความต้องการได้รับยาจีพีโอเวียร์เพิ่มขึ้นและผู้ให้บริการสนับสนุนการใช้ยาจีพีโอเวียร์ ทำให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงยา และครอบคลุมผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องได้รับยาโดยครบถ้วนต่อไป

รัตนา พันธุ์พานิช และคณะ (2547) ศึกษาโครงการประเมินผลการพัฒนาระบบบริการยาต้านไวรัสเอดส์แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทยโดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้ 1) ทบทวนกระบวนการนโยบาย และการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขในการขยายบริการยาต้านไวรัสเอดส์แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี 2) ประเมินคุณภาพของระบบบริการยาต้านไวรัสเอดส์ในโรงพยาบาล 3) ประเมินผลที่เกิดขึ้นในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ทั้งทางด้านคลินิกและด้านสังคมและพฤติกรรม และ 4) ศึกษาต้นทุน-ประสิทธิผล ของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์เปรียบเทียบโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลระดับจังหวัด การศึกษากระบวนการนโยบายและการดำเนินโครงการ เป็นการทบทวนเอกสาร การสัมภาษณ์ผู้บริหาร และผู้ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานโครงการ การประเมินคุณภาพระบบบริการในโรงพยาบาล ใช้วิธีการเยี่ยมสำรวจพื้นที่ โดยสุ่มเลือกเขตละ 1 จังหวัด รวมเป็น 12 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดอยุธยา ลพบุรี ปราจีนบุรี ประจวบคีรีขันธ์ สุรินทร์ อุตรธานี อำนาจเจริญ สุโขทัย น่าน เชียงใหม่ กระบี่ และสงขลา ในแต่ละจังหวัดเลือกโรงพยาบาลประจำจังหวัด 1 แห่ง และสุ่มเลือกโรงพยาบาลชุมชน/ทั่วไปอีก 2 แห่ง รวมโรงพยาบาลทั้งสิ้น 36 แห่ง เก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษา เจ้าหน้าที่ชันสูตร รวมทั้งการใช้แบบบันทึกและการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง การประเมินผลที่เกิดขึ้นในผู้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ในด้านสังคมและพฤติกรรม เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้าโครงการตั้งแต่ปีงบประมาณ 2546 การศึกษาผลที่เกิดขึ้นด้านคลินิก ได้แก่ การเกิดโรคฉวยโอกาส การเสียชีวิต การหยุดยา ปริมาณ CD4 เก็บข้อมูลจากแบบบันทึกและเวชระเบียนโรงพยาบาลส่วนการศึกษาต้นทุน-ประสิทธิผลของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ เป็นกรณีศึกษาในโรงพยาบาล 3 แห่ง ในจังหวัดเชียงใหม่ ต้นทุนรวมของการรักษาในโครงการ ATC (Access To Care) ได้แก่ ต้นทุนการบริการที่คลินิกยาต้านไวรัส ต้นทุนยาต้านไวรัสเอดส์ และต้นทุนของผู้รับบริการ เก็บข้อมูลจากบันทึกรายงานของโรงพยาบาล และการสัมภาษณ์ และคำนวณสัดส่วนต้นทุน-ร้อยละประสิทธิผลจากข้อมูลดังกล่าว ผลการศึกษาพบว่าการจัดสรรยาต้านไวรัสเอดส์ภายใต้โครงการ ATC (Access To Care) ในปีงบประมาณ 2547 กระทรวงสาธารณสุขได้ขยายบริการแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยได้กำหนดเป้าหมายจำนวน 50,000 ราย พบว่า ในระยะเวลา 7 เดือนแรกของการดำเนินนโยบาย มีการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้เข้ารับยาใหม่ ในอัตราผู้รับยาใหม่แต่ละเดือนในอัตราเฉลี่ยร้อยละ 5 โดยมีผู้ติดเชื้อที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์แล้ว จำนวน 33,381 ราย หรือร้อยละ 66.7 เมื่อเทียบกับเป้าหมาย อย่างไรก็ตาม ตัวเลขดังกล่าวเป็นตัวเลขสะสมของผู้เข้าร่วมโครงการทั้งหมด ซึ่งพบว่าหลังจากนั้นต่อมา มีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่มีเหตุให้ต้องหยุดยาและออกจากโครงการ ทำให้จำนวนผู้รับยาจริงมีอยู่ 29,549 ราย หรือร้อยละ 59 เมื่อเทียบกับเป้าหมาย ผลการศึกษาด้านต้นทุนพบว่า ต้นทุนค่ายาต้านไวรัสเอดส์ เป็นสัดส่วนประมาณ ร้อยละ 60-80 ของต้นทุนรวมทั้งหมดของการ

บริการ ยาสูตรพื้นฐานที่ใช้ในโครงการ ATC(Access To Care) ซึ่งได้แก่ GPO-Vir จะมีต้นทุนค่า
ยาที่ต่ำกว่ามากเมื่อเทียบกับยาด้านไวรัสสูตรอื่น ๆ



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved