

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไข้เลือดออกนับว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและมีมานาน มีการระบาดอย่างกว้างขวางต่อเนื่องมาตลอด ในปัจจุบันถือว่าเป็นโรคติดต่อกันเชื้อไวรัสที่สำคัญที่สุด เนื่องจากมีการระบาดพร้อมๆ กันในหลายประเทศทั่วโลก โดยเฉพาะประเทศที่อยู่แถบเส้นศูนย์สูตร มีการระบาดเพิ่มขึ้นตลอดมา โดยพบอุบัติการณ์และการกระจายของโรคขยายเพิ่มขึ้น ค.ศ.1956-1980 มีจำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเฉลี่ยปีละไม่เกิน 30,000 ราย ช่วงเวลาอีก 5 ปีต่อมา มีการป่วยเพิ่มขึ้นเกือบ 5 เท่า คือประมาณ 150,000 รายต่อปี และต่อมาอีก 5 ปี คือ ค.ศ.1986-1990 มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้น 7 เท่า” (LeDuc, 1994, p 118)

ตาราง 1 Dengue hemorrhagic fever case report to World Health Organization regional officers, 1956-1992. (10/5/93)

YEAR	PHILIPINES		VIETNAM		CHINA		THAILAND		LAOS		KAMPUCHEA		MYANMAR		MALAYSIA	
	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D
1956-1980	25831	2124	325409	6368	36256	2455	236556	5926	37	0			30267	1342	4862	330
1981-1985	6753	468	300253	3334	85293	3032	227586	1577	1835	35			9369	395	16070	76
1986-1990	5361	166	563717	3447	127568	4792	390257	1716	6900	199	7241	403	18179	632	2009	58
1991-1992	1855	-	145670	674	-	-	80267	232	249	7	6682	320	9569	345	1390	64
TOTALS	39810	2758	1335049	13723	249117	10279	934666	9451	9021	241	13923	723	67384	2714	24331	528

ตาราง 1 (ต่อ)

YEAR	SINGAPORE		INDONESIA		INDIA		SRI LANKA		CUBA		VENEZUELA		PACIFIC ISLANDS	
	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D
1956-1980	5240	51	48982	2676	1500	156	79	17						
1981-1985	766	4	51395	1819					116143	159				
1986-1990	3712	8	121135	4525	232	28	1334	81			5990	70	2634	24
1991-1992	2179	6	34468	960	595	49	970	31					590	6
TOTALS	11897	69	255980	9980	2327	233	2383	129	116143	159	5990	70	3224	30

C = Case: 3,071,245

D = Deaths: 51,087

ที่มา: จาก "Global Epidemiology of Dengue : Health Systems in Disarray" โดย Scott B.

HALSTEAD, 1993, *Tropical Medical*, 35(4), pp. 140-141.

ในประเทศไทย เริ่มมีรายงานครั้งแรกเมื่อปี 2501 ในเขตกรุงเทพมหานคร และธนบุรี มีจำนวนผู้ป่วย 2,706 ราย ตาย 296 ราย คิดเป็นร้อยละ 10 และได้มีการแพร่กระจายไปตามเมืองใหญ่ ซึ่งมีประชากรหนาแน่น และสามารถเดินทางติดต่อได้สะดวก ทำให้โรคแพร่กระจายเร็วขึ้น และแพร่กระจายไปทุกจังหวัดของประเทศในที่สุด จากการศึกษาทางระบาดวิทยาของโรคไข้เลือดออก ตั้งแต่ปี 2501-2535 พบว่าการระบาดมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ พ.ศ.2501-2510 เป็นช่วงที่มีรายงานผู้ป่วยไม่มาก ประมาณ 2,000-8,000 รายต่อปี หรือ 3,114 รายต่อปีโดยเฉลี่ย พ.ศ.2511-2520 มีรายงานผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นประมาณ 3,000-38,000 รายต่อปี หรือ 13,313 รายต่อปี โดยเฉลี่ย พ.ศ.2521-2530 มีรายงานผู้ป่วยมากที่สุด โดยเฉลี่ย 50,000 รายต่อปี โดยเฉพาะปี 2530 มีรายงานผู้ป่วยสูงถึง 174,285 ราย (องอาจ เจริญสุข, 2538 หน้า 2) พ.ศ.2531-2535 แนวโน้มการเกิดโรคเริ่มลดลง แต่ในปี 2535-2540 จำนวนผู้ป่วยกลับเพิ่มมากขึ้น

ในช่วงแผนฯ 6 (พ.ศ.2530-2534) อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกอยู่ระหว่าง 49.6-326.2 ต่อประชากรแสนคน หรือค่ามัธยฐาน 134.7 ต่อประชากรแสนคน ผู้ป่วยส่วนใหญ่พบในกลุ่มอายุ 5-9 ปี 202.3-1,219.9 ต่อประชากรแสนคน หรือค่ามัธยฐาน 571.2 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา กลุ่มอายุ 10-14 ปี ค่ามัธยฐาน 298.7 ต่อประชากรแสนคน จากนั้น คือกลุ่มอายุ 0-4 ปี ค่ามัธยฐาน 249.7 ต่อประชากรแสนคน ส่วนกลุ่มอายุ 15 ปี ขึ้นไป พบว่ามีค่ามัธยฐาน 14.9 ต่อประชากรแสนคน ผู้ป่วยส่วนใหญ่พบในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รองลงมาคือภาคใต้ ภาคเหนือ และภาคกลางตามลำดับ

ในช่วง 3 ปีแรกของแผนฯ 7 (พ.ศ.2535-2537) อัตราป่วยด้วยโรคดังกล่าว พบว่า อยู่ระหว่าง 71.2-120 ต่อประชากรแสนคน หรือค่ามัธยฐาน 73.4 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 10-14 ปี มีค่ามัธยฐาน 194.1 ต่อประชากรแสนคน จากนั้นกลุ่มอายุ 0-4 ปี มีมัธยฐาน 117 ต่อประชากรแสนคน ส่วนกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่ามีมัธยฐานคงที่ประมาณ 14.5 ต่อประชากรแสนคน ผู้ป่วยส่วนใหญ่พบในภาคตะวันออกเฉียงเหนือประมาณ 162.8 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาภาคเหนือ 75.1 ต่อประชากรแสนคน ภาคกลาง 54.9 ต่อประชากรแสนคน และภาคใต้ 50.3 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ

ในแผนฯ 7 การดำเนินงานได้มุ่งเน้นการควบคุมโรคนี้ในกลุ่มอายุ 5-14 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายหลัก โดยส่วนใหญ่พบว่า เป็นเด็กก่อนวัยเรียนและเด็กวัยเรียนระดับประถมศึกษา มีบ้างเป็นส่วนน้อยที่อยู่ในชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ด้วยเหตุนี้ กลวิธีหลักในการควบคุมโรคจึงได้มุ่งเน้นไปที่กลุ่มเด็กประถมศึกษาเป็นสำคัญ ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุขได้ประสานงานกับกระทรวงศึกษาธิการจัดทำโครงการร่วมเพื่อควบคุมโรคไข้เลือดออกในโรงเรียน โดยมีเป้าหมายในการลดอัตราป่วยด้วยโรคนี้ในกลุ่มเด็กอายุ 5-14 ปี จาก 447.7 ต่อประชากรแสนคน (ค่าเฉลี่ยปี พ.ศ.2529-2534) ลดลงเหลือ 240 ต่อประชากรแสนคน ภายในสิ้นปี 2539 โครงการร่วมดังกล่าววางร่างขึ้นเมื่อปี พ.ศ.2535 และอยู่ในขั้นการเตรียมการจนถึงปี พ.ศ.2536 จึงได้เริ่มดำเนินการลงสู่ภาคสนามทุกจังหวัดทั่วประเทศ จากผลการดำเนินการที่ผ่านมาเป็นผลให้อัตราป่วยในกลุ่มอายุ 5-14 ปี ลดลงจาก 417.2 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ.2536 เหลือ 232.5 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ.2537 หรือลดลงร้อยละ 44.3 สำหรับอัตราป่วยในทุกกลุ่มอายุในช่วงแผนฯ 7 มีเป้าหมายในการลดอัตราป่วยให้เหลือไม่เกิน 80 ต่อประชากรทุกกลุ่มอายุแสนคน ซึ่งมีเพียง 2 ปีเท่านั้นที่มีอัตราป่วยต่ำกว่าเป้าหมาย คือ ปี 2535 และ ปี 2539 อัตราป่วยเท่ากับ 71.2 และ 63.4 ต่อประชากรแสนคน มี 3 ปีที่มีอัตราป่วยสูงกว่าเป้าหมาย คือ ปี 2536, 2537 และปี 2538 โดยปี 2536 มีอัตราป่วยสูงสุดคือ 114.9 ดังตาราง 2

ตาราง 2 แสดงจำนวนผู้ป่วย และอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกของประเทศไทย
ปี 2535-2542

พ.ศ	จำนวนผู้ป่วย	อัตราป่วยต่อประชากรแสนคน
2535	41,125	71.2
2536	67,017	114.9
2537	51,688	87.5
2538	54,225	91.8
2539	38,109	63.4
2540	98,264	167.2
2541	127,189	209.1
2542	24,579	40.0

ที่มา : สรุปรายงานเฝ้าระวังโรค กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข, 2535-2542

การระบาดของโรคไข้เลือดออกในประเทศไทย ปี 2540-2542 ที่ผ่านมา พบว่าในปี 2540 และปี 2541 มีอัตราป่วยสูงทุกภาคนับว่าเป็นปีที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่อง โดยปี 2540 ภาคกลางมีอัตราป่วยสูงสุด รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ และภาคใต้ คือ 193.0, 180.5, 156.7 และ 84.2 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ ปี 2541 ภาคใต้มีอัตราป่วยสูงสุด รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ และภาคกลาง คือ 361, 232.7, 178.4 และ 148.2 ต่อประชากรแสนคน ปี 2542 ทุกภาคมีอัตราป่วยโรคไข้เลือดออกลดลง โดยภาคกลางมีอัตราป่วยสูงสุด 63.7 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือภาคเหนือ 49.9 ต่อประชากรแสนคน ส่วนภาคใต้และภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราป่วยใกล้เคียงกันคือ 19.9 และ 19.8 ต่อประชากรแสนคน (สำนักงานควบคุมโรคไข้เลือดออก, 2543) ดังตาราง 3

ตาราง 3 อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกของประเทศไทย จำแนกรายภาค ปี 2540-2542

ภาค	ปี 2540	ปี 2541	ปี 2542
เหนือ	156.7	178.4	49.9
ตะวันออกเฉียงเหนือ	180.5	232.7	19.8
กลาง	193.0	148.2	63.7
ใต้	84.2	361.0	19.9

อัตราต่อประชากรแสนคน

สำหรับสถานการณ์โรคไข้เลือดออกของจังหวัดบุรีรัมย์ พบว่าอัตราป่วยไม่มีแนวโน้มที่จะลดลง และยิ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศมาก และสูงกว่าเป้าหมายของแผนงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8 ที่กำหนดเป้าหมายของอัตราป่วยโรคไข้เลือดออกในประชากรทุกกลุ่มอายุไม่เกิน 60 ต่อประชากรแสนคน (ศูนย์ประสานงานทางวิชาการ โรคติดต่อ กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2540, หน้า 47) ดังตาราง 4

ตาราง 4 จำนวนผู้ป่วย และอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกของจังหวัดบุรีรัมย์ ปี พ.ศ. 2535-2542

พ.ศ.	จำนวนผู้ป่วย (คน)	อัตราป่วย : ประชากรแสนคน
2535	3,033	201.4
2536	2,060	144.2
2537	1,521	102.4
2538	3,938	259.6
2539	1,140	72.4
2540	4,737	325.0
2541	2,420	161.9
2542	180	11.9

ที่มา : สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค ปี 2542 งานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์

เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุ ในปี 2541 พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 5-14 ปี อัตราป่วย 546.5 ต่อประชากรอายุ 5-14 ปีแแสนคน ยังสูงกว่าเป้าหมายของแผนการป้องกันควบคุมโรคติดต่อในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8 ที่กำหนดเป้าหมายของอัตราป่วยโรคไข้เลือดออกไม่เกิน 165 ต่อประชากรอายุ 5-14 ปีแแสนคน (ศูนย์ประสานงานทางวิชาการโรคติดต่อ กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2540, หน้า 47) ดังตาราง 5

ตาราง 5 จำนวนป่วย อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก จังหวัดบุรีรัมย์ปี 2541 จำแนกตามกลุ่มอายุ

กลุ่มอายุ	จำนวน	อัตราต่อแสนประชากร
0-4 ปี	581	370.2
5-14 ปี	1,736	546.5
15-24 ปี	86	28.8
25-34 ปี	7	3.0
35 ปีขึ้นไป	10	2.0
รวม	2,420	161.9

ที่มา: สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค ปี 2541 งานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์

จากข้อมูลอัตราป่วย และอัตราป่วยตาย ด้วยโรคไข้เลือดออกตามที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น จะเห็นได้ว่าก่อให้เกิดผลเสียต่อสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนรวมทั้งความสูญเสียทางเศรษฐกิจ สังคมทั้งภาครัฐและประชาชนอย่างมหาศาล โดยในช่วงแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (ปี 2535-2539) กระทรวงสาธารณสุขต้องสูญเสียงบประมาณรายจ่ายในการป้องกันโรคทุกโรคสูงถึง 27,275,807,536 บาท คิดเป็นร้อยละ 19.5 จากงบประมาณรายจ่ายทั้งหมดของกระทรวงฯ (กระทรวงสาธารณสุข, 2539, หน้า 36) แต่อัตราป่วยและตายด้วยโรคไข้เลือดกลับมีแนวโน้มของปัญหาสูงขึ้นเรื่อยๆ ถึงแม้จะมีการดำเนินการแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยใช้กลวิธีต่างๆอย่างต่อเนื่องก็ตาม ซึ่งในอนาคตมีแนวโน้มที่จะมีการกระจายอำนาจการให้บริการสาธารณสุขสู่ท้องถิ่น เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ในการกำหนดนโยบายวางแผนจัดหางบประมาณการบริหารบุคคล ตลอดจนการพัฒนาระบบตรวจสอบติดตามและควบคุมกำกับ โดยเฉพาะท้องถิ่นที่มีความพร้อมด้านเศรษฐกิจ หรือท้องถิ่นที่มีความเป็นชุมชนเมืองสูง มีความหนาแน่นของประชากรมากจะทำให้การทำงานด้านสาธารณสุขได้รับการสนับสนุนด้านทรัพยากรจากท้องถิ่น

มากขึ้น สามารถประสานงานกับองค์กรท้องถิ่นอื่นๆ ได้ดีขึ้น และตอบสนองความต้องการของประชาชนและแก้ไขปัญหาสาธารณสุข โดยองค์กรของรัฐใน ส่วนกลางจะต้องเปลี่ยนระบบการทำงานจากการควบคุม มาเป็นการสนับสนุนทรัพยากรอย่างเข้มข้นและมีระบบ การจัดการทีมงานสามารถเชื่อมโยงบุคลากร และองค์กรปกครองท้องถิ่นต่างๆ ตลอดจนส่วนราชการในส่วนกลาง และส่วนภูมิภาค

ภายใต้สถานการณ์ที่ประเทศประสบกับภาวะวิกฤตด้านเศรษฐกิจ และการเงินการคลัง ทุกฝ่ายได้ตระหนักถึงปัญหาต่างๆ ที่ควรปรับเปลี่ยนให้เหมาะกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว โดยใช้วิกฤตให้เป็นโอกาสในการปฏิรูประบบต่างๆ ให้มีประสิทธิภาพ ให้มีความคล่องตัวในการบริหารจัดการอย่างประหยัด และเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ การปฏิรูประบบการจัดการงบประมาณของประเทศให้มีมาตรฐาน และมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผลมากขึ้น โดยมุ่งเน้นการตรวจสอบที่ผลงานด้วยการจัดท่างบประมาณในลักษณะที่มุ่งเน้นผลงาน และการยืดหยุ่นให้หน่วยงานต่างๆ สามารถใช้งบประมาณภายใต้กรอบงบประมาณที่กำหนด โดยเปลี่ยนแนวคิดจากเดิมที่เน้นการควบคุมการใช้ทรัพยากร มาเป็นการประเมินผลการดำเนินงานจากการใช้ทรัพยากรแทน ทั้งนี้สำนักงานงบประมาณจะวัดผลการดำเนินงาน และมีการกำหนดหน่วยวัดที่ชัดเจน ซึ่งในแผนแม่บทการปฏิรูประบบราชการ พ.ศ.2540-2544 และมาตรการปรับภาคราชการในภาวะวิกฤต ได้มีมาตรการปรับลดค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรภาครัฐ มาตรการปรับลดกำลังคนภาครัฐ มาตรการลดบทบาทภารกิจภาครัฐ เพื่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรด้านคน เงิน และวัสดุให้เป็นไปโดยประหยัดและเกิดประโยชน์สูงสุดและเกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (สุจริต ศรีประพันธ์, 2542, หน้า 5-7)

ในขณะเดียวกันพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงมีความห่วงใยปัญหาโรคไข้เลือดออก จึงได้พระราชทานแนวพระราชดำริให้กระทรวงสาธารณสุข เร่งดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก กระทรวงสาธารณสุขจึงได้จัดทำโครงการประชาร่วมใจป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเฉลิมพระเกียรติ ปี 2542-2543 ขึ้น และในการดำเนินงานนอกจากการใช้งบประมาณปกติของหน่วยงานที่ได้รับจัดสรรแล้วยังมีงบประมาณเงินกู้จากประเทศญี่ปุ่น (Miyazawa Plan) ที่รัฐบาลกู้มาเพื่อใช้กระตุ้นเศรษฐกิจ มาใช้ในโครงการ จำนวน 81 ล้านบาท เพื่อให้ผลการดำเนินงานได้ผลดียิ่งขึ้น นับถึงปัจจุบันโครงการดังกล่าวได้ดำเนินการผ่านไปแล้ว 1 ปี คือปีงบประมาณ 2542 ซึ่งประสบความสำเร็จเป็นอย่างมาก สามารถลดอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลง 1.7 เท่าของอัตราป่วยในปี 2541 (กระทรวงสาธารณสุข, 2542, หน้า 54-55) แต่เนื่องจากโรคไข้เลือดออกมีปัจจัยที่ส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดโรคหลายประการ ฉะนั้นในการดำเนินงานจึงมีกิจกรรมการดำเนินงานหลายกิจกรรม ซึ่งมีทั้ง ภาครัฐ ภาคเอกชน และองค์กร

ชุมชนต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน จังหวัดบุรีรัมย์เป็นจังหวัดหนึ่งที่มีการดำเนินงานตามโครงการดังกล่าว

จากการดำเนินงานที่ผ่านมา กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการใช้จ่ายงบประมาณงานควบคุมโรคไข้มาลาเรียและโรคติดต่อที่นำโดยแมลงอื่นๆ (โรคไข้เลือดออก) ในปีงบประมาณ 2540 ใช้งบประมาณปกติจำนวน 58,767,158.1 บาท ปีงบประมาณ 2541 ใช้งบประมาณปกติจำนวน 56,621,457.8 บาท ส่วนในปีงบประมาณ 2542 ใช้งบประมาณปกติจำนวน 78,555,120.7 บาท และมีงบประมาณโครงการเงินกู้ภายใต้มาตรการเพิ่มการใช้จ่ายภาครัฐเพื่อกระตุ้นเศรษฐกิจ (ม.พ.ร.) หรือที่เรียกทั่วไปว่ามียาชาวา จำนวน 61,439,973 บาท งบเงินช่วยเหลือจากองค์การอนามัยโลก จำนวน 1,497,400 บาท รวมปีงบประมาณ 2542 ได้มีการใช้จ่ายงบประมาณทั้งสิ้น 141,492,493.7 บาท ซึ่งจะเห็นได้ว่า ปี 2541 ใช้งบประมาณลดลงประมาณ ร้อยละ 4 ของการใช้จ่ายในปี 2540 แต่ในปี 2542 มีการจ่ายงบประมาณเพิ่มขึ้นสูงถึงร้อยละ 150 เนื่องจากปัญหาสถานการณ์โรคที่มีแนวโน้มสูงขึ้นในปลายปี 2540 ต่อเนื่องมาจนถึงปี 2541 ตลอดทั้งปี ดังตาราง 6

ตาราง 6 งบประมาณรายจ่ายงานควบคุมโรคไข้มาลาเรีย และโรคติดต่อที่นำโดยแมลงอื่นๆ ปี 2540-2542

ปี	งบประมาณปกติ (บาท)	งบโครงการเงินกู้ ม.พ.ร. (บาท)	งบเงินช่วยเหลือ จาก WHO (บาท)	รวม (บาท)
2540	58,767,158.1	-	-	58,767,158.1
2541	56,621,457.8	-	-	56,621,457.8
2542	78,555,120.7	61,439,973.0	1,497,400.0	141,492,493.7

การศึกษาวิจัยที่เกี่ยวกับงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ผ่านมาในประเทศไทย ส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องของการวิเคราะห์ทางระบาดวิทยา เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการระบาดของโรค หรือแนวโน้มสถานการณ์การระบาดของโรค ส่วนการศึกษาวเคราะห์ทางด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขที่เกี่ยวกับต้นทุน-ผลได้ ยังมีการศึกษาวิจัยกันน้อยมาก ทำให้ผู้ศึกษาสนใจที่จะทำการศึกษาวเคราะห์ต้นทุน-ผลได้ของการดำเนินงานโครงการประชาร่วมใจป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเฉลิมพระเกียรติของจังหวัดบุรีรัมย์ ที่ได้ดำเนินการมาแล้ว เพื่อศึกษาความคุ้มค่าของโครงการ เพื่อนำไปสู่การพัฒนากำหนดนโยบาย และวิธีการป้องกันและควบคุม

โรคไข้เลือดออกให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด หรือประหยัดค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานให้ต่ำที่สุดเท่าที่จะทำได้ และนำผลที่ได้ไปปรับใช้ในการปรับปรุงกิจกรรมหรือโครงการด้านสาธารณสุขอื่น และเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิเคราะห์แผนงาน/โครงการสาธารณสุขอื่นๆ ต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาต้นทุน-ผลได้ในการดำเนินงานโครงการและควบคุมโรคไข้เลือดออก เฉลิมพระเกียรติ ของจังหวัดบุรีรัมย์ ที่ดำเนินการในปีงบประมาณ 2542

1.3 ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง เพื่อวิเคราะห์ต้นทุนและผลได้ของโครงการประชาร่วมใจป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเฉลิมพระเกียรติ ของจังหวัดบุรีรัมย์ ในมุมมองของผู้ให้บริการ (provider's perspective) เท่านั้น โดยศึกษาจากข้อมูลทุติยภูมิ เป็นข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2541 ถึง 30 กันยายน 2542 และใช้หลักการกระจายต้นทุนวิธีอัตราเส้นตรง (straight line method) เพื่อคิดคำนวณต้นทุนของโครงการ มีทั้งต้นทุนที่จัดหาได้เอง และได้รับจัดสรรจากงบประมาณแผ่นดิน ส่วนผลได้ของผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกคิดดังนี้คือ ค่ารักษาพยาบาลที่เป็นค่าเวชภัณฑ์ และค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตามราคาขาย ค่าแรงของแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วย

1.4 คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

ต้นทุน (cost) หมายถึง ค่าใช้จ่ายทั้งหมดในมุมมองของผู้ให้บริการ (provider's perspective) ทั้งที่จ่ายจริง (explicit cost) และที่ไม่ได้จ่ายจริง (implicit cost) ที่จะต้องเสียไปในการทำงานหรือกิจกรรมใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับโครงการประชาร่วมใจป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เฉลิมพระเกียรติ ของจังหวัดบุรีรัมย์

1. ค่าใช้จ่ายที่จ่ายจริง ได้แก่รายจ่ายตามรายการต่างๆ ดังนี้

1.1 ต้นทุนค่าแรง (labour cost) หมายถึง รายจ่ายที่จ่ายเป็นค่าตอบแทนในการปฏิบัติงาน รวมทั้ง สวัสดิการต่างๆ ได้แก่ เงินเดือน ค่าจ้าง เงินช่วยเหลือบุตร ค่าเล่าเรียนบุตร ค่ารักษาพยาบาล เงินประจำตำแหน่ง เบี้ยเลี้ยง ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสำนักงาน

สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน และสถานีอนามัย และเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ได้รับการแต่งตั้งให้รับผิดชอบติดตามควบคุมกำกับ การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ระดับอำเภอและตำบล การจัดสรรค่าแรงให้กับการปฏิบัติงานโครงการตามสัดส่วนจำนวนวันที่ออกปฏิบัติงานจริง

1.2 ต้นทุนค่าวัสดุ (material cost) หมายถึง ค่าใช้จ่ายหมวดค่าใช้สอยและวัสดุ ค่าสารเคมีที่ใช้ในการดำเนินงาน ค่าอุปกรณ์เครื่องฟ้นเคมี ค่าน้ำมันเชื้อเพลิงรถยนต์และเครื่องฟ้นเคมี และที่ใช้ผสมสารเคมี ค่าซ่อมเครื่องฟ้นเคมี ค่าใช้สอยวัสดุอื่นๆ

2. ค่าใช้จ่ายที่มีได้จ่ายจริง ซึ่งได้จากการประเมินเป็นค่าใช้จ่ายตามรายการต่างๆ ได้แก่ ต้นทุนค่าลงทุน (capital cost) หมายถึง ต้นทุนค่าเสื่อมราคาเครื่องฟ้นเคมี ค่าเสื่อมราคายานพาหนะ

$$\text{ต้นทุนรวม} = \text{ต้นทุนค่าแรง} + \text{ต้นทุนค่าวัสดุ} + \text{ต้นทุนค่าลงทุน}$$

ผลได้ (benefit) หมายถึง ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และค่าจ้างแรงงานของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วย ที่ประหยัดได้จากจำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่ป้องกันได้ คิดจากจำนวนผู้ป่วยที่ลดลงในปีงบประมาณ 2542 เมื่อเปรียบเทียบกับค่ามัธยฐาน 5 ปีซ้อนหลัง (ปี 2537-2541) ซึ่งเป็นผลได้ในมุมมองของผู้ให้บริการ (provider's perspective) ไม่ได้คิดรวมผลได้ของผู้รับบริการ

ต้นทุนค่าแรงที่นำมาคิดผลได้ แยกต้นทุนค่าแรงจากโรงพยาบาลบุรีรัมย์ และต้นทุนค่าแรงจากโรงพยาบาลชุมชนของอำเภอที่คู่มตัวอย่างได้ ดังนี้

ต้นทุนค่าแรงจากโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ได้แก่

ค่าแรงของกุมารแพทย์ ที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม ระยะเวลาโดยประมาณที่ตรวจผู้ป่วยเฉลี่ยของแพทย์แต่ละคน คนละ 3 ชั่วโมงต่อวัน ซึ่งได้จากการประเมินของพยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วย กระจายค่าแรงจากการปฏิบัติงานไปสู่ กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก โดยคิดจากจำนวนวันเฉลี่ยที่ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกนอนรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลเทียบกับจำนวนวันเฉลี่ยที่ผู้ป่วยทั้งหมดในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมนอนรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล

ค่าแรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่อื่นที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานคนละ 8 ชั่วโมงต่อวัน กระจายค่าแรงจากการปฏิบัติงานไปสู่ กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก โดยคิดจากจำนวนวันเฉลี่ยที่ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกนอนรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลเทียบกับจำนวนวันเฉลี่ยที่ผู้ป่วยทั้งหมดในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมนอน

รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล

ต้นทุนค่าแรงจากโรงพยาบาลชุมชน ได้แก่

ค่าแรงของแพทย์ ที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยใน ระยะเวลาโดยประมาณที่ตรวจผู้ป่วยเฉลี่ยของแพทย์แต่ละคน คนละ 2 ชั่วโมงต่อวัน ซึ่งได้จากการประเมินของพยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วย กระจายค่าแรงจากการปฏิบัติงานไปสู่ กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก โดยคิดจากจำนวนวันเฉลี่ยที่ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกนอนรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลเทียบกับจำนวนวันเฉลี่ยที่ผู้ป่วยทั้งหมดในหอผู้ป่วยในนอนรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล

ค่าแรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่อื่นที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานคนละ 8 ชั่วโมงต่อวัน กระจายค่าแรงจากการปฏิบัติงานไปสู่กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก โดยคิดจากจำนวนวันเฉลี่ยที่ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกนอนรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลเทียบกับจำนวนวันเฉลี่ยที่ผู้ป่วยทั้งหมดในหอผู้ป่วยในนอนรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล

ต้นทุนค่ารักษาพยาบาลที่นำมาคิดผลได้ ได้แก่ ค่าเวชภัณฑ์ ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยคิดจากราคาขายที่เรียกเก็บจากผู้ป่วย

ผู้ป่วยทุกคนคิดต้นทุนที่แผนกผู้ป่วยนอก คนละ 1 ครั้ง โดยใช้ ต้นทุนต่อหนึ่งหน่วยบริการผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลที่คิดคำนวณไว้แล้ว

การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเฉลิมพระเกียรติ หมายถึง การดำเนินงานตามโครงการประชาร่วมใจป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเฉลิมพระเกียรติ ปี 2542-2543 ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดแนวทางไว้ ในการป้องกันการเกิดโรคและควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออก ดังนี้

1. งานป้องกันโรคไข้เลือดออก

- 1.1 การจัดรณรงค์ และการให้สุขศึกษาประชาสัมพันธ์
- 1.2 การสำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย
- 1.3 การเฝ้าระวังโรค

2. งานควบคุมโรคไข้เลือดออก

- 2.1 สอบสวนค้นหาแหล่งโรค
- 2.2 การกำจัดยุงลายทั้งตัวเต็มวัย และตัวอ่อน

3. งานนิเทศ ติดตาม และสนับสนุนด้านวิชาการ

3.1 การนิเทศ ติดตาม การดำเนินงานทุกระดับ

3.2 การจัดอบรม สัมมนา

3.3 การจัดทำคู่มือแนวทางการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรค
ไข้เลือดออก

1.5 ประโยชน์ที่จะได้รับ

ได้ทราบต้นทุน-ผลได้ ของการดำเนินงานโครงการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเฉลิมพระเกียรติ ของจังหวัดบุรีรัมย์ ว่าคุ้มกับการลงทุนหรือไม่ ซึ่งให้เห็นถึงผลสำเร็จของการลงทุนด้านสาธารณสุขในการป้องกันโรค ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนากำหนดนโยบาย และกลวิธีในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด และเพื่อประกอบการพิจารณาหารูปแบบการดำเนินงานที่ประหยัดค่าใช้จ่ายมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ และนำผลที่ได้ไปปรับใช้ในศึกษาวิเคราะห์เพื่อปรับปรุงกิจกรรมหรือโครงการด้านสาธารณสุขอื่นๆ ต่อไป