

ภาระการเงินในครัวเรือนของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต

อรอนงค์ วลีจเรเลิศ^{1*}, ธนรรจ์ รัตนโชติพานิช¹, สุรัชดา ชนโสภณ¹, วรรัตน์ อนุสรณ์เสงี่ยม¹, จันทร์ทิพย์ กาญจนศิลป์¹,
อมฤต สุวัฒน์ศิลป์², ธนชัย พนาพุฒ³, ศิริรัตน์ อนุตระกูลชัย⁴, สุลล วัฒนานนท์⁵, จุฬารณณ์ วัฒนานนท์⁶

^{1*} กลุ่มวิชาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, โครงการป้องกันและชะลอโรคไตเรื้อรังในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

² แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม, โครงการป้องกันและชะลอโรคไตเรื้อรังในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

³ แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น, โครงการป้องกันและชะลอโรคไตเรื้อรังในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

⁴ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, โครงการป้องกันและชะลอโรคไตเรื้อรังในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

⁵ ภาควิชาเภสัชกรรมศาสตร์สังคมและการบริหาร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, โครงการป้องกันและชะลอโรคไตเรื้อรังในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

⁶ ภาควิชาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, โครงการป้องกันและชะลอโรคไตเรื้อรังในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

* ติดต่อผู้พิมพ์: อรอนงค์ วลีจเรเลิศ กลุ่มวิชาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ต.ขามเรียง อ.กันทรวิชัย จ.มหาสารคาม 44150 โทรศัพท์:

043-754-360 โทรสาร: 043-754-360 Email: ornanong.w@msu.ac.th

บทคัดย่อ

ภาระการเงินในครัวเรือนของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต

อรอนงค์ วลีจเรเลิศ^{1*}, ธนรรจ์ รัตนโชติพานิช¹, สุรัชดา ชนโสภณ¹, วรรัตน์ อนุสรณ์เสงี่ยม¹, จันทร์ทิพย์ กาญจนศิลป์¹, อมฤต สุวัฒน์ศิลป์², ธนชัย พนาพุฒ³,
ศิริรัตน์ อนุตระกูลชัย⁴, สุลล วัฒนานนท์⁵, จุฬารณณ์ วัฒนานนท์⁶

ว. เภสัชศาสตร์อีสาน 2561; 14(4) : 79-87

รับบทความ : 11 พฤษภาคม 2561

ตอบรับ : 7 สิงหาคม 2561

การบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis; HD) และการล้างไตทางหน้าท้อง (Peritoneal dialysis; PD) เป็นการรักษาที่ค่าใช้จ่ายสูง แม้ว่าในปัจจุบัน HD และ PD ได้รับความครอบคลุมภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ คือ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม และสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ทำให้เพิ่มการเข้าถึงบริการ แต่ยังคงมีค่าใช้จ่ายหลายอย่าง que ผู้ป่วยและญาติต้องจ่ายเอง การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินภาระทางการเงินในครัวเรือนของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วย HD และ PD วิธีการดำเนินการวิจัย: เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ใช้การสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างในการเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 2 แห่ง ในช่วงเดือนเมษายน 2560 โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วย HD หรือ PD อย่างน้อย 1 ปี และมารับการรักษาต่อเนื่อง สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย และยินดีเข้าร่วมการศึกษา ในการเก็บข้อมูลใช้แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นและผ่านความเห็นชอบของผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน การวิเคราะห์ผลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ผลการวิจัย: จำนวนผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 86 ราย เป็นผู้ป่วย HD 42 ราย และ PD 46 ราย ผู้ป่วย HD มีสัดส่วนของผู้ที่อายุ 65 ปีขึ้นไป (HD ร้อยละ 47.6, PD ร้อยละ 19.6) อาศัยในเมือง (HD ร้อยละ 59.5, PD ร้อยละ 19.6) การศึกษาต่อกว่า (มัธยมขึ้นไป HD ร้อยละ 57.6, PD ร้อยละ 23.9) เป็นผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (HD ร้อยละ 57.19, PD ร้อยละ 4.4) และมีสัดส่วนผู้มีรายได้มากกว่า 5,000 บาทต่อเดือนมากกว่าผู้ป่วย PD (HD ร้อยละ 38.1, PD ร้อยละ 15.2) พบว่ามากกว่าร้อยละ 60 ของผู้ป่วย HD และ PD ไม่มีเงินออม แต่ผู้ป่วย PD มีสัดส่วนผู้ที่มีปัญหาสถานะการเงิน และหนี้สินครัวเรือน มากกว่าผู้ป่วย HD แม้ว่าผู้ป่วย PD ต้องจ่ายเงินเองจากความเจ็บป่วยด้วยโรคไตและภาวะแทรกซ้อนเป็นจำนวนเงินที่น้อยกว่าผู้ป่วย HD (มัธยฐาน 1,000 บาทต่อเดือน ในผู้ป่วย PD เทียบกับ 4,000 บาทต่อเดือน ในผู้ป่วย HD) แต่มีสัดส่วนผู้ที่มีความเจ็บป่วยมีผลต่อสถานะการเงินมากกว่าผู้ป่วย HD (ร้อยละ 65 เทียบกับ ร้อยละ 45) ในผู้ป่วย HD พบว่าร้อยละ 21 ต้องกู้ยืม และร้อยละ 12 ต้องมีการขายทรัพย์สินที่มี ในขณะที่ภาระทางการเงินในผู้ป่วย PD รุนแรงกว่าโดยร้อยละ 52 ต้องกู้ยืม และร้อยละ 26 ต้องมีการขายทรัพย์สินที่มี ภาระทางการเงินในผู้ที่ไม่มีรายได้เกิดมากกว่าผู้ที่รายได้ ในด้านการดูแลผู้ป่วย พบว่า ประมาณร้อยละ 15 ของผู้ป่วยทั้ง HD และ PD ต้องมีการจัดหาผู้ดูแลผู้ป่วยทุกวัน สรุปผลการวิจัย: ผู้ป่วย PD ที่ไม่มีรายได้ ไม่มีเงินออม มีปัญหาสถานะการเงิน และหนี้สินครัวเรือน เป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีภาระทางการเงินจากความเจ็บป่วยด้วยโรคไตและภาวะแทรกซ้อนมากที่สุด

คำสำคัญ: ภาระทางการเงิน, ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย, ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม, ล้างไตทางหน้าท้อง

Financial Burdens on Patients with End Stage Renal Disease Receiving Renal Replacement Therapy

Onanong Waleekhachonloet^{1*}, Thananan Rattanachotphanit¹, Suratchada Chanasopon¹, Wanarat Ausornsagiam¹,
Juntip Kanjanasilp¹, Amarit Suwattanasilp², Thanachai Panaput³, Sirirat Anutrakulchai⁴,
Supon Limwattananon⁵, Chulaporn Limwattananon⁶

^{1*} Clinical Pharmacy Group, Faculty of Pharmacy, Mahasarakham University, Chronic Kidney Disease Prevention in the Northeast of Thailand

² Department of Internal Medicine, Mahasarakham Hospital, Chronic Kidney Disease Prevention in the Northeast of Thailand

³ Department of Internal Medicine, Khon Kaen Hospital, Chronic Kidney Disease Prevention in the Northeast of Thailand

⁴ Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Chronic Kidney Disease Prevention in the Northeast of Thailand,
Chronic Kidney Disease Prevention in the Northeast of Thailand

⁵ Department of Social and Administrative Pharmacy, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Khon Kaen University,
Chronic Kidney Disease Prevention in the Northeast of Thailand

⁶ Department of Clinical Pharmacy, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Khon Kaen University, Chronic Kidney Disease Prevention in the Northeast of Thailand

* **Corresponding author** : Onanong Waleekhachonloet, Faculty of Pharmacy, Mahasarakham University, Thailand 44150;

Tel +66 4375 4360; Fax. +66 4375 4360; Email: ornanong.w@msu.ac.th

Abstract

Financial Burdens on Patients with End Stage Renal Disease Receiving Renal Replacement Therapy

Onanong Waleekhachonloet^{1*}, Thananan Rattanachotphanit¹, Suratchada Chanasopon¹, Wanarat Ausornsagiam¹, Juntip Kanjanasilp¹,
Amarit Suwattanasilp², Thanachai Panaput³, Sirirat Anutrakulchai⁴, Supon Limwattananon⁵, Chulaporn Limwattananon⁶
IJPS, 2018; 14(4) : 79-87

Received : 11 May 2018

Accepted : 7 August 2018

Renal replacement therapy in patients with end stage renal disease (ESRD) using hemodialysis (HD) and peritoneal dialysis (PD) is high cost care. Renal replacement therapy is covered by all three public insurance schemes, namely Universal Coverage Scheme, Social Security Scheme, and Civil Servant Medical Benefit Scheme to increase access to care. However, out of pocket payment by patients is required for several items that are not included in the benefit package. This study aimed to assess financial burdens on patients who received HD or PD. **Methods:** Descriptive study design was used. Structured interview questionnaire was used for data collection in two tertiary care hospitals during April 2017. Study samples were patients with ESRD who received HD or PD for at least one year, receiving care continuously at the study hospitals, able to communicate, and willing to participate in the study. The structured interview questionnaire used in this study was approved by five experts in field. Descriptive statistics were used in data analysis. **Results:** Eighty six patients were included in this study, 42 of them were patients receiving HD and 46 of them were patients receiving PD. Patients receiving HD had more elderly with aged ≥ 65 years (HD 47.6%, PD 19.6%), urban living (HD 59.5%, PD 19.6%), higher education (secondary school HD 57.6%, PD 23.9%), greater proportion of patients in Civil Servant Benefit scheme (HD 57.2%, PD 4.4%), and higher percent of patients who had income > 5000 Baht per month (HD 38.1%, PD 15.2%). More than 60% of patients receiving HD or PD had no saving money. Patients receiving PD had more financial problems, and household debt while they paid out of pocket (OOP) for ESRD and complications less than those receiving HD (median OOP 1,000 Baht/month in PD and 4,000 Baht/month in HD). Financial burdens occurred in 65% of those receiving PD and 45% of those receiving HD. Among patients receiving HD, 21% of them coped with financial burdens by borrowing money and 12% of them selling their assets. Financial burdens were more severe in patients receiving PD and leading to borrowing money and selling their assets in 52% and 26% of patients, respectively. Greater financial burdens were found in patients with no income. Approximately 15% of HD and PD patients required informal caregivers in their daily life. **Conclusion:** PD patients who had no income, having financial problems and household debt were the most vulnerable group to face with financial burdens from ESRD and related complications.

Keywords: Financial burdens, end stage renal disease, hemodialysis, peritoneal dialysis

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (CKD) จัดเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก จากการประมาณการณ์โดยกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2554 ประเทศไทยมีผู้ป่วยไตเรื้อรังประมาณ 8 ล้านคน โดยเป็นผู้ป่วยภาวะไตวายระยะสุดท้าย (End Stage Renal Disease; ESRD) 2 แสนคน ภาวะแทรกซ้อนที่ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจะพบมากขึ้นและรุนแรงขึ้นตามการเสื่อมของไต เมื่อการดำเนินโรคเข้าสู่ภาวะ ESRD ซึ่งอัตราการรอดของไต ≤ 15 มิลลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตร ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาทดแทนไต ได้แก่ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis; HD) การล้างไตทางหน้าท้อง (continuous peritoneal dialysis; PD) และการผ่าตัดปลูกถ่ายไต โดยในปัจจุบันวิธีการที่ใช้มากคือ PD (ความชุก 328 ต่อล้านประชากร) และ HD (ความชุก 764 ต่อล้านประชากร) จากรายงาน Thailand Renal Replacement Therapy Registry (TRT) ปี 2558 ซึ่งจัดทำโดยสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย (Chuasuwat *et al.*, 2014)

การบำบัดทดแทนไตจัดเป็นการรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง สิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพหลักของประเทศไทยครอบคลุมการบำบัดทดแทนไต ซึ่งช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการ และปกป้องความเสี่ยงทางการเงินจากการค่าใช้จ่ายทางตรงในการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต โดยระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าสนับสนุนการบริการบำบัดทดแทนไต โดยเริ่มต้นด้วยวิธี CAPD ในผู้ป่วยที่จำเป็นและไม่มีข้อห้าม เป็นลำดับแรก หรือที่เรียกว่า CAPD First Policy และจัดให้มีการรักษาด้วย HD ในผู้ป่วยที่มีข้อห้าม หรือล้มเหลวจากการรักษาด้วย CAPD (National Health Security Office, 2015) ส่วนระบบสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและประกันสังคมสามารถเริ่มการทดแทนไตได้ด้วย HD หรือ PD อย่างไรก็ตามภายใต้ทุกระบบประกันสุขภาพหลัก ผู้ป่วยและญาติยังต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายต่าง ๆ เช่น ค่าเดินทางมารับบริการ ค่ายาและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ไม่ครอบคลุมในชุดสิทธิประโยชน์ ค่าปรับปรุงบ้าน ตลอดจนค่าเสียโอกาสจากการทำงานของผู้ป่วยและญาติ

หลายการศึกษาทั้งต่างประเทศและประเทศไทย พบว่าภาระทางการเงินจากความเจ็บป่วย เกิดในผู้ที่มีฐานะยากจนมากกว่าผู้ที่มีฐานะร่ำรวย (Limwattananon *et al.*, 2007; Van Doorslaer *et al.*, 2007; McIntyle *et al.*, 2006; Xu *et al.*, 2003; Suchariyakul *et al.*, 1999; Suwannasri *et al.*, 2010)

และเกิดในผู้ที่อาศัยในชนบทมากกว่าผู้ที่อาศัยในเมือง (Suchariyakul *et al.*, 1999; Suwannasri *et al.*, 2010) ที่ต้องจ่ายค่ารักษายาบาลเอง การศึกษาส่วนใหญ่ได้ข้อมูลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการครัวเรือน ซึ่งไม่ได้เป็นข้อมูลรายโรค

มีการศึกษาภาระทางการเงินจากความเจ็บป่วยของการบำบัดทดแทนไตในประเทศไทยในระยะก่อนที่ถูกรวมในชุดสิทธิประโยชน์ ซึ่งพบว่าคนจนเกิดปัญหาภาระทางการเงินจนถึงขั้นล้มละลาย ทำให้ได้รับการบำบัดแบบไม่เพียงพอ รวมถึงไม่ได้รับยา erythropoietin สำหรับภาวะโลหิตจางซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนจากไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต (Prakongsai *et al.*, 2009) อย่างไรก็ตามพบว่าภายหลังจากการบำบัดทดแทนไตด้วย HD และ PD อยู่ในสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพหลัก จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับ HD และ PD เพิ่มขึ้นมาก เนื่องจากการรักษาดังกล่าวต้องทำอย่างต่อเนื่อง เป็นภาวะที่มีโอกาสเกิดภาระทางการเงินสูง ในขณะที่การศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวมีจำนวนจำกัด ดังนั้นการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาระทางการเงินในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วย HD และ PD

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาเชิงปริมาณครั้งนี้ ใช้การสำรวจโดยการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (structured interview) เก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 2 แห่ง ใน 2 จังหวัด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยใช้วิธีเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ในช่วงระยะเวลา 1 เดือน (1-30 เมษายน 2560)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรคือ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วย HD หรือ PD ในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างคือผู้ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วย HD หรือ PD อย่างน้อย 1 ปี, 2) มารับบริการอย่างต่อเนื่องที่โรงพยาบาลที่ทำการศึกษ โดยผู้ป่วย HD ต้องมารับบริการ อย่างน้อยเดือนละ 8 ครั้ง และ ผู้ป่วยที่ได้รับ PD ต้องมีการติดตามที่โรงพยาบาลอย่างน้อย 3 ครั้งในรอบปีที่ผ่านมา และ 3) ผู้ป่วยสามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย และเกณฑ์การคัดออกคือ 1) ผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 1) ฐานข้อมูลบริการสุขภาพของโรงพยาบาล เพื่อให้ได้ข้อมูลรายชื่อผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค และประวัติการมารับบริการในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา และ 2) แบบสอบถามที่ผ่านความเห็นชอบของผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน แบบสอบถามแบ่งเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ การอาศัยในเขตเมือง ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษาพยาบาล โรคร่วม 2) ภาระทางการเงินจากความเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังและภาวะแทรกซ้อน โดยใช้กรอบแนวคิดของผลกระทบทางเศรษฐกิจต่อครัวเรือนจากปัญหาความเจ็บป่วย (McIntyre *et al.*, 2006) ประกอบด้วย การออม รายได้ หนี้สิน ค่าใช้จ่ายสูงสุดที่ผู้ป่วยสามารถจ่ายในการรักษาพยาบาลได้ การแก้ปัญหา เริ่มจากการใช้เงินสดและเงินออมที่มี การจำกัดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็น และเมื่อภาระทางการเงินมากขึ้น ทำให้จำกัดค่าใช้จ่ายในหมวดที่จำเป็น มีการกู้ยืม ไปจนถึงการขายทรัพย์สินที่มี และ 3) รายการที่ทำให้เกิดค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมในการดูแลผู้ป่วย นอกเหนือจาก ค่าเดินทาง ค่าอาหาร และที่พัก ประกอบด้วย การจัดหาผู้ดูแลผู้ป่วย และอุปกรณ์ทางการแพทย์

วิธีการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่หน่วยไตเทียม ที่โรงพยาบาลที่ทำการศึกษ ในวันที่ผู้ป่วยมาติดตามการรักษาตามนัด ทั้งนี้งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรม จากมหาวิทยาลัยขอนแก่น และโรงพยาบาลที่ทำการศึกษแล้ว

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา เพื่ออธิบายลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง สัดส่วนผู้ป่วยที่มีปัญหาภาระทางการเงินและสัดส่วนวิธีแก้ปัญหา ในการศึกษาครั้งนี้ไม่ทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัด

ทดแทนไตด้วย HD และ PD เนื่องจากข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมีความแตกต่างกันมาก

ผลการวิจัย

ในช่วงที่ทำการศึกษามีผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์และยินดีเข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 86 ราย เป็นผู้ป่วย HD 42 ราย และ PD 46 ราย (ตารางที่ 1) ผู้ป่วย HD ประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 47.6) เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 62 ปี ร้อยละ 60 อาศัยในเขตเมือง ครึ่งหนึ่งจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ประมาณร้อยละ 70 ไม่ได้ทำงาน และประมาณร้อยละ 70 มีรายได้น้อยกว่าเดือนละ 5,000 บาท โดยส่วนใหญ่เป็นเบี้ยผู้สูงอายุ ผู้ป่วย HD ที่ทำการสัมภาษณ์ประมาณร้อยละ 60 มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการของบุตร โรคร่วมที่พบมากที่สุด 3 ลำดับแรก คือ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 83) เบาหวาน (ร้อยละ 43) และไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 43) ผู้ป่วย PD ประมาณร้อยละ 60 เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 56 ปี ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80) อาศัยนอกเขตเมือง ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 74) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ประมาณร้อยละ 52 ไม่ได้ทำงาน และร้อยละ 30 ทำงานเกษตรกรรม ร้อยละ 85 มีรายได้น้อยกว่าเดือนละ 5,000 บาท โดยมีถึงร้อยละ 35 ที่ไม่มีรายได้ ผู้ป่วย PD ที่ทำการสัมภาษณ์เกือบทั้งหมด (ร้อยละ 96) มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรคร่วมที่พบมากที่สุด 3 ลำดับแรก คือ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 76) เบาหวาน (ร้อยละ 33) และไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 28) จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่าผู้ป่วย HD มีสัดส่วนของผู้สูงอายุอาศัยในเมือง การศึกษาดีกว่า เป็นผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาล และมีสัดส่วนผู้มีรายได้มากกว่าผู้ป่วย PD

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ลักษณะทั่วไป	HD N= 42	PD N=46
เพศชาย	20 (47.6)	28 (60.9)
อายุ (ปี), Mean (SD)	61.8 (13.0)	55.5 (10.0)
อายุ <50 ปี	7 (16.7)	12 (26.1)
อายุ 50-65 ปี	15 (35.7)	25 (54.4)
อายุ 65 ปีขึ้นไป	20 (47.6)	9 (19.6)
เขตพื้นที่อาศัย		
ในเขตอำเภอเมือง	25 (59.5)	9 (19.6)
นอกเขตอำเภอเมือง	17 (40.5)	37 (80.4)

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	HD N= 42	PD N=46
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้เรียน	1 (2.4)	1 (2.2)
ประถมศึกษา	21 (50.0)	34 (73.9)
มัธยมศึกษา	10 (23.8)	10 (21.7)
ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	10 (23.8)	1 (2.2)
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	29 (69.1)	24 (52.2)
ข้าราชการ/ลูกจ้างรัฐบาล/รัฐวิสาหกิจ	5 (11.9)	0
พนักงาน/ลูกจ้างเอกชน	2 (4.8)	1 (2.2)
ค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว	5(11.9)	3 (6.5)
เกษตรกรกรรม	1 (2.4)	14 (30.4)
รับจ้างทั่วไป/กรรมกร	0	4 (8.7)
รายได้ต่อเดือน		
ไม่มีรายได้	8 (19.1)	16 (34.8)
1-5,000 บาท	18 (42.9)	23 (50.0)
5,001-15,000 บาท	9 (21.4)	7 (15.2)
15,001-30,000 บาท	5 (11.9)	0
30,001-45,000 บาท	2 (4.8)	0
สวัสดิการการรักษาพยาบาล		
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	10 (23.8)	44 (95.7)
ข้าราชการ	24 (57.1)	2 (4.4)
ประกันสังคม	8 (19.1)	0
โรคร่วม		
ความดันโลหิตสูง	35 (83.3)	35 (76.1)
เบาหวาน	18 (42.9)	15 (32.6)
ไขมันในเลือดสูง	18 (42.9)	13 (28.3)
หลอดเลือดสมอง (ตีบ/แตก)	1 (2.4)	1 (2.2)
หัวใจขาดเลือด	1 (2.4)	2 (4.4)
หัวใจล้มเหลว	-	-
เก๊าท์	7 (16.7)	6 (13.0)

ตารางที่ 2 แสดงสถานะทางการเงินและค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต พบว่าผู้ป่วย HD ประมาณร้อยละ 60 ไม่มีเงินออม และร้อยละ 12 ต้องถอนเงินออมมาใช้ ร้อยละ 36 ประเมินว่ามีปัญหาสถานะการเงินของครัวเรือน โดยมีผู้ป่วย 11 รายที่มีปัญหาในระดับปานกลางขึ้นไป ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยมีหนี้สิน ร้อยละ 45 ระบุว่าความเจ็บป่วยด้วยโรคไตและภาวะแทรกซ้อนมีผลต่อสถานะทางการเงิน ค่ามัธยฐานจำนวนเงินที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเองที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยด้วยโรคไตและภาวะแทรกซ้อน

เท่ากับ 15,600 บาท มีผู้ป่วย 13 รายที่ต้องจ่ายเงินเองมากกว่า 30,000 บาทต่อปี ค่ามัธยฐานของจำนวนเงินสูงสุดที่ผู้ป่วยสามารถจ่ายได้สำหรับความเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังและภาวะแทรกซ้อน เท่ากับ 2,000 บาทต่อเดือน ทั้งนี้ผู้ป่วยร้อยละ 14 ระบุว่าไม่ยินดีจ่าย

ในผู้ป่วย PD พบว่าร้อยละ 70 ไม่มีเงินออม และร้อยละ 13 ต้องถอนเงินออมมาใช้ ร้อยละ 65 ประเมินว่ามีปัญหาสถานะการเงินของครัวเรือน โดยมีผู้ป่วย 21 รายที่มีปัญหาในระดับปานกลางขึ้นไป ประมาณร้อยละ 70 ของผู้ป่วยมี

หนี้สิน ร้อยละ 65 ระบุว่าความเจ็บป่วยด้วยโรคไตและภาวะแทรกซ้อนมีผลต่อสถานะทางการเงิน ค่ามัธยฐานจำนวนเงินที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเองที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยด้วยโรคไตและภาวะแทรกซ้อนเท่ากับ 4,000 บาท ค่ามัธยฐานของจำนวนเงินสูงสุดที่ผู้ป่วยสามารถจ่ายได้สำหรับความเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังและภาวะแทรกซ้อน เท่ากับ 1,000 บาทต่อเดือน ทั้งนี้ มีผู้ป่วยร้อยละ 11 ระบุว่าไม่ยินดีจ่าย

จากข้อมูลสถานะทางการเงินพบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับ HD และ PD ไม่มีเงินออม แต่ผู้ป่วย PD มีสัดส่วนผู้ที่มีปัญหาสถานะการเงิน และหนี้สินครัวเรือน มากกว่าผู้ป่วย HD แม้ว่าผู้ป่วย PD ต้องจ่ายเงินเองจากความเจ็บป่วยด้วยโรคไตและภาวะแทรกซ้อนเป็นจำนวนเงินที่น้อยกว่าผู้ป่วย HD ประมาณ 4 เท่า แต่มีสัดส่วนผู้ที่มีความเจ็บป่วยมีผลต่อสถานะการเงินมากกว่าผู้ป่วย HD (ร้อยละ 65 เทียบกับ ร้อยละ 45)

ตารางที่ 2 สถานะทางการเงินและค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต

	HD N= 42	PD N=46
สถานการณ์ออมของครัวเรือนของท่านในปัจจุบัน		
ไม่มีเงินออม	25 (59.5)	32 (69.6)
ต้องถอนเงินออมมาใช้	5 (11.9)	6 (13.0)
มีเงินออม	12 (28.6)	8 (17.4)
มีปัญหาสถานะการเงินของครัวเรือนในปัจจุบัน	15 (35.7)	30 (65.2)
เล็กน้อย	4 (9.5)	9 (19.6)
ปานกลาง	9 (21.4)	16 (34.8)
มาก	2 (4.8)	5 (10.9)
มีหนี้สินของครัวเรือนในปัจจุบัน	19 (45.2)	32 (69.6)
ความเจ็บป่วยด้วยโรคไตและภาวะแทรกซ้อนมีผลต่อสถานะทางการเงิน	19 (45.2)	30 (65.2)
จำนวนเงินที่ท่านต้องจ่ายเองที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังและภาวะแทรกซ้อน	15600	4000
ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา (บาท), Median (p25, p75)	(2000, 36000)	(2400, 6000)
จำนวนผู้ป่วยแบ่งตามจำนวนเงินที่จ่าย, N (%)		
1-5,000 บาท	15 (35.7)	30 (65.2)
5,001-15,000 บาท	4 (9.5)	15 (32.6)
15,001-30,000 บาท	10 (23.8)	1 (2.2)
30,001-45,000 บาท	5 (11.9)	0
สูงกว่า 45,000 บาท	8 (19.1)	0
ค่าใช้จ่ายสูงสุดที่สามารถจ่ายได้สำหรับความเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังและภาวะแทรกซ้อน (บาท/เดือน)		
ไม่สามารถจ่ายได้, N (%)	6 (14.29)	5 (10.87)
สามารถจ่ายได้, N (%)	36 (85.7)	41 (89.1)
จำนวนเงินที่สามารถจ่ายได้ (บาท), Median (p25, p75)	2000	1000
	(1000, 5000)	(200, 1500)

ในผู้ป่วย HD พบว่าส่วนใหญ่ (ร้อยละ 64) เกิดภาระทางการเงินจากความเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังและภาวะแทรกซ้อน โดยต้องลดค่าใช้จ่ายที่ฟุ่มเฟือย ร้อยละ 12 ต้องลดค่าใช้จ่ายบางอย่างที่เป็นความจำเป็นพื้นฐาน เช่น อาหารบางมื้อ ไม่ไปพบแพทย์ตามนัด ร้อยละ 60 มีเงินออม

ลดลง ร้อยละ 21 ต้องกู้ยืม และร้อยละ 12 ต้องมีการขายทรัพย์สินที่มี พบว่าภาระทางการเงินจากความเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังและภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย PD รุนแรงกว่าผู้ป่วย HD โดยร้อยละ 47 ต้องลดค่าใช้จ่ายที่ฟุ่มเฟือย ร้อยละ 26 ต้องลดค่าใช้จ่ายบางอย่างที่เป็นความจำเป็นพื้นฐาน เช่น อด

อาหารบางมื้อ ไม่ไปพบแพทย์ตามนัด ร้อยละ 61 มีเงินออมลดลง ร้อยละ 52 ต้องกู้ยืม และร้อยละ 26 ต้องมีการขายทรัพย์สินที่มี ทั้งนี้ทั้งในกลุ่มผู้ป่วย HD และ PD พบว่าภาระ

ทางการเงินจากความเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังและภาวะแทรกซ้อนจะเกิดในผู้ที่ไม่มีรายได้มากกว่าผู้ที่มีรายได้ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ภาระทางการเงินจากความเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังและภาวะแทรกซ้อน

	HD N= 42	PD N=46
มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันโดยต้องลดค่าใช้จ่ายที่ฟุ่มเฟือย, N (%)	27 (64.3)	34 (73.9)
ไม่มีรายได้	7 (87.5)	13 (81.3)
มีรายได้	20 (58.8)	21 (70.0)
มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันโดยต้องลดค่าใช้จ่ายบางอย่างที่เป็น	5 (11.9)	12 (26.1)
ความจำเป็นพื้นฐาน เช่น อดอาหารบางมื้อ ไม่ไปพบแพทย์ตามนัด		
ไม่มีรายได้	1 (12.5)	2 (12.5)
มีรายได้	4 (11.8)	10 (33.3)
มีผลทำให้เงินออมลดลง	25 (59.5)	28 (60.9)
ไม่มีรายได้	5 (62.5)	9 (56.3)
มีรายได้	20 (58.8)	19 (63.3)
ทำให้ต้องกู้ยืม	9 (21.4)	24 (52.2)
ไม่มีรายได้	3 (37.5)	8 (50.0)
มีรายได้	6 (17.7)	16 (53.3)
ทำให้ต้องขายทรัพย์สินที่มี	5 (11.9)	12 (26.1)
ไม่มีรายได้	1 (12.5)	4 (25.0)
มีรายได้	4 (11.8)	8 (26.7)

การดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายทั้งผู้ป่วย HD และ PD มีรายการค่าใช้จ่ายที่ต้องจ่ายเองคล้ายคลึงกัน คือร้อยละ 14-15 ครอบครัวต้องมีการจัดหาผู้ดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ร้อยละ 31-39 ต้องมีการจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วย ทั้งนี้ทั้งที่ล้างไตด้วยเครื่องไตเทียมต้องมีการต่อเติมห้อง 6 ราย จัดซื้อเตียงนอนเพิ่ม 5 ราย

อภิปรายผล

แม้ว่าในปัจจุบันการบำบัดทดแทนไตอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพทั้งสามระบบแล้ว เพื่อลดความเสี่ยงทางการเงินจากการรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูง และเพิ่มการเข้าถึงการบริการ แต่ผลจากการศึกษาพบว่าผู้ได้รับการบำบัดทดแทนไตส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ไม่มีรายได้ หรือรายได้น้อย และไม่มีเงินออม จึงเกิดภาระทางการเงินจากความเจ็บป่วยด้วยโรคไตและภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วย HD มีสัดส่วน

ของผู้ที่อาศัยในเมือง การศึกษาดีกว่า เป็นผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาล และมีสัดส่วนผู้มีรายได้มากกว่าผู้ป่วย PD อีกทั้งสัดส่วนผู้ที่มีปัญหาสถานะการเงิน และหนี้สินครัวเรือน น้อยกว่าผู้ป่วย PD ทำให้ภาระทางการเงินที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยกลุ่มนี้น้อยกว่าผู้ป่วย PD (ร้อยละ 45 เทียบกับ ร้อยละ 65) ถึงแม้ว่าผู้ป่วย HD ต้องจ่ายเงินเองจากความเจ็บป่วยด้วยโรคไตและภาวะแทรกซ้อนเป็นจำนวนเงินที่มากกว่าผู้ป่วย PD ประมาณ 4 เท่า (15,600 บาท เทียบกับ 4,000 บาท) ในผู้ป่วย PD พบว่าหนึ่งในสี่ของผู้ป่วยเกิดภาระทางการเงินจากความเจ็บป่วยด้วยโรคไตและภาวะแทรกซ้อนจนต้องลดค่าใช้จ่ายบางอย่างที่เป็นความจำเป็นพื้นฐาน ประมาณครึ่งหนึ่งต้องกู้ยืม และหนึ่งในสี่ต้องขายทรัพย์สินที่มี ในขณะที่สัดส่วนของผู้ป่วย HD เกิดภาระทางการเงินน้อยกว่าผู้ป่วย PD ในด้านการดูแลผู้ป่วย พบว่าประมาณร้อยละ 15 ของผู้ป่วยทั้ง HD และ PD ต้องมีการจัดหาผู้ดูแลผู้ป่วยทุกวัน

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้างนี้ มีลักษณะใกล้เคียงกับ รายงานการศึกษาท่อนหน้า (Tiansaard *et al.*, 2017) และ รายงาน TRT ปี 2558 (Chuasuwana *et al.*, 2014) ที่พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่นในวัยสูงอายุน จมการศึกษาประมศึกษา และ ไม่มีรายได้น แต่เมื่อเทียบค่าใช้จ่ายจากการฟอกไตในการศึกษา ค้างนี้ พบว่าต่ำกว่าการศึกษาท่อนหน้า โดยจากการศึกษาใน ระยะท่อนที่ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้ารวมการบำบัดทดแทน ไตในชุดสิทธิประโยชน์ พบว่าค่าใช้จ่ายหลักในการรักษาผู้ป่วย ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย คือค่าบำบัดทดแทนไต (ค่า HD 260,000 บาทต่อปี) และค่ายา erythropoietin 156,000 บาทต่อ ปี ทำให้เกิดภาระทางการเงินของครัวเรือนถึงขั้นล้มละลาย โดยเฉพาะครัวเรือนที่ยากจน (Prakongsai *et al.*, 2009) ส่วน การศึกษาในช่วงหลังจากการบำบัดทดแทนไตอยู่ในชุดสิทธิ ประโยชน์แล้ว ซึ่งทำการศึกษาที่กรุงเทพมหานคร พบว่าผู้ป่วย ที่ได้รับ HD 3 ครั้งต่อสัปดาห์ มีค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยต้องออกเงิน เอง 5,240 บาทต่อเดือน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นค่าเดินทาง นอกจากนี้ ยังมีค่าจ้างผู้ดูแลเฉลี่ย 13,200 บาทต่อเดือน และค่าสูญเสีย รายได้ขณะมาฟอกเลือดเฉลี่ยของผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล 700 บาท ต่อครั้ง (Tiansaard *et al.*, 2017) การศึกษาครั้งนี้ ผู้ป่วย HD ส่วนใหญ่อาศัยในเขตเมืองใกล้โรงพยาบาล ส่วนใหญ่ผู้ดูแลเป็น คนในครอบครัว ไม่ได้มีการจ้าง ผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นผู้ไม่มี รายได้น ทำให้ค่าใช้จ่ายต่ำมาก สำหรับผู้ป่วย PD พบว่าในอดีต ผู้ป่วยต้องเดินทางมารับน้ำยาฟอกไตที่โรงพยาบาลเอง ซึ่ง ครอบครัวที่ไม่มีรถต้องมีการจ้างรถ ทำให้ค่าใช้จ่ายสูง แต่ใน ปัจจุบัน มีการส่งน้ำยาล้างไตไปที่บ้านของผู้ป่วย ทำให้ลด ค่าใช้จ่ายลงมาก อย่างไรก็ตามจะเห็นว่ามีปัญหาภาระทาง การเงินอยู่

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยเกิดภาระทางการเงิน จากความเจ็บป่วยด้วยโรคไตและภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากการ ไม่มีเงินออม ตลอดจนไม่สามารถทำงานเพื่อหารายได้น เนื่องจาก สูงอายุ และภาวะความเจ็บป่วย และความจำเป็นที่ต้องมีผู้ดูแล ทำให้เกิดค่าเสียโอกาส จากการขาดรายได้ของผู้ดูแล การ แก้ปัญหาด้วยการกู้ยืมและขายทรัพย์สินยังพบมากในครัวเรือน ที่มีฐานะยากจนเมื่อต้องมีภาระจากรักษาพยาบาล ผล การศึกษาสอดคล้องกับปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุไทยคือ การไม่มีเงินออม ตลอดจนมีเงินออม หรือรายได้ไม่พอเลี้ยงชีพ จาก การศึกษาท่อนหน้าพบว่าครอบครัวและญาติยังเป็นสถาบันหลัก ในการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย อย่างไรก็ตามภาวะเศรษฐกิจ ในปัจจุบันอาจส่งผลกระทบต่อความสามารถของครอบครัวใน

การดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นค่าใช้จ่าย (Department of Health, 2017)

ข้อจำกัดในการศึกษาค้างนี้ คือ กลุ่มตัวอย่างได้จาก การเก็บข้อมูลผู้ป่วยทุกรายที่เข้าตามเกณฑ์การคัดเลือกช่วง ระยะเวลาที่ทำการศึกษา ไม่ได้มีการคำนวณขนาดตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้เก็บข้อมูลรายการค่าใช้จ่ายในส่วนค่า เดินทาง ค่าอาหาร ค่าที่พัก ค่าวัสดุการแพทย์ ค่าผู้ดูแล และ ภาระทางการเงินที่อาจเกิดจากค่าใช้จ่ายอื่นๆ นอกจากความ เจ็บป่วยด้วยโรคไตและภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากในปัจจุบัน การคำนวณทางเศรษฐศาสตร์ในส่วนค่าใช้จ่ายทางตรงที่ไม่ใช่ การแพทย์ (direct, non-healthcare cost) ในส่วนนี้ใช้ค่าต้นทุน มาตรฐาน (Riewpaiboon, 2009) ทั้งนี้ การศึกษาท่อนหน้านั้นใน โรคอื่นพบว่าระยะทางจากบ้านมาโรงพยาบาล หนี้สินที่เพิ่มขึ้น หลังการเจ็บป่วย และฐานะความยากจนของครัวเรือน มี ความสัมพันธ์กับการได้รับผลกระทบทางเศรษฐกิจของครัวเรือน (Srivirojmanee, 2014) การศึกษาครั้งนี้ทำในโรงพยาบาลรัฐ ผู้ป่วยที่สัมภาษณ์ไม่ได้เสียค่าใช้จ่ายในการทำ HD และมารับ การรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นผู้ป่วยส่วนใหญ่ในระบบประกัน สุขภาพ อย่างไรก็ตาม จากข้อมูล TRT 2558 พบว่ายังมีผู้ป่วย ส่วนหนึ่ง (7,646 ราย) ที่ต้องจ่ายค่า HD โดยอาจเกิดจากการ ฟอกเลือดที่ไม่เป็นไปตามข้อกำหนด PD first ผู้ป่วยสามารถ รักษาแบบ CAPD ได้ แต่มีความประสงค์จะรักษาแบบ HD เพราะความเชื่อส่วนบุคคล เช่น CAPD อาจทำให้ติดเชื้อง่าย ความพึงพอใจส่วนบุคคล รูปแบบการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย หรือ เลือกรับบริการที่โรงพยาบาลเอกชนที่ไม่อยู่ในรายชื่อ สถานพยาบาลขึ้นทะเบียน (Patchanee *et al.*, 2011) ซึ่งผู้ป่วย กลุ่มนี้ประมาณร้อยละ 59 มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ในขณะที่ค่า HD มีค่าประมาณ 16,000 บาทต่อเดือน (คำนวณ จากการฟอก 2 ครั้ง/สัปดาห์ ครั้งละ 2,000 บาท) นอกจากนี้ ผู้ป่วยอีกส่วนหนึ่งที่รับบริการที่โรงพยาบาลเอกชนที่ลงทะเบียน แม้ว่าจะ HD จะอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ แต่ก็มีค่าใช้จ่ายส่วนเกิน ที่ผู้ป่วยต้องชำระทุกครั้งในการฟอกไต ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้รวมถึงผู้ ที่มารับบริการแบบไม่ต่อเนื่องอาจทำให้เกิดปัญหาภาระทาง การเงินของครัวเรือนมากกว่าผู้ป่วยในการศึกษาค้างนี้ โดยสรุป พบว่าผู้ป่วย PD ที่ไม่มีรายได้น ไม่มีเงินออม มีปัญหาสถานะ การเงิน และหนี้สินครัวเรือน เป็นกลุ่มเสี่ยงที่เกิดปัญหาทาง การเงินจากความเจ็บป่วยด้วยโรคไตและภาวะแทรกซ้อนมาก ที่สุด

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนทุนจากโครงการป้องกันและชะลอโรคไตเรื้อรังในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (CKD net)

References

- Chuasuwana A, Praditpornsilpa K. editor. Thailand renal replacement therapy year. 2014.
- Department of Health, Ministry of Health. Situation of aging people in Thailand, trend, characteristics and problems. [Online]. [cited 2018 Jan 3]. Available from:
<http://hp.anamai.moph.go.th/soongwai/statics/about/soongwai/topic004.php>
- Limwattananon S, Kongsawat S, Pannarunothai S. Screening for poor people using household information. *Journal of Health Science* 2005; 14(2): 275-286.
- Limwattananon S, Tangcharoensathien V, Prakongsai P. Catastrophic and poverty impacts of health payments: results from national household surveys in Thailand. *Bull World Health Organ* 2007; 85(8): 600-606.
- McIntyle D, Thiede M, Dahlgren G, Whitehead M. What are the economic consequences for households of illness and of paying for health care in low- and middle-income country contexts? *Soc Sci & Med* 2006; 62: 858-65.
- National Health Security Office. Manual of Administrative Criterion of National Health Security Fund Office: Chronic renal disease. 2015.
- Patchanee K, Apinyanon J, Cetthkrikul N, Lertiendumrong J, Prakongsai P. Budget impact analysis of providing free for hemodialysis among new case of end stage renal disease. International Health Policy Program. 2001
- Prakongsai P, Palmer N, Uay-trakul P, Tangcharoensathien V, Mills A. The implication of benefit package design: The impact on poor Thai households of excluding renal replacement therapy. *J Int Dev* 2009; 21: 291-308.
- Riewpaiboon A. Standard Cost Lists for Health Technology Assessment. Research Project Report. 2009.
- Srivirojmanee N. Out-of-pocket in colorectal cancer patients: Case study in Maharat Nakhon Ratchasima. Thesis (Khon Kaen University). 2014.
- Suchariyakul A, Jongsoowiwatwong V. Study on family's ability to pay and financially catastrophic illness (FCI) among out-of-pocket in patients: Songkhla province. Research Project Report. 1999.
- Suwannasri P, Limwattananon S, Cheawchanwattana A. Economic consequences on households of illnesses requiring hospital referrals: evidence from Atsamat hospital to Roi et hospital. *IJPS* 2010; 6(2): 52-66.
- Tiansaard J, Chaiviboontham S, Phinitkhajorndech N. Perception of symptom burden, financial burden, and quality of life in patients with end stage renal disease undergoing hemodialysis. *Rama Nurs J* 2017; 23 (1): 61-77.
- Van Doorslaer E, O'Donnell O, Rannan-Eliya RP, et al. Catastrophic payments for health care in Asia. *Health Econ* 2007; 16: 1159-1164.
- Xu K, Evans DB, Kawabata K, et al. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *Lancet* 2003; 362: 111-7.