

ต้นทุนการดูแลแบบประคับประคองในโรคมะเร็งระยะลุกลาม โรงพยาบาลตราด

จารินี อภิวัฒ¹, นิลวรรณ อยู่ภักดี²

¹หลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมชุมชน คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

²คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อวิเคราะห์ต้นทุนการดูแลแบบประคับประคองต่อรายในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในมุมมองสังคม
วิธีการ: การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ต้นทุนที่ศึกษาแบ่งเป็น 3 ประเภท คือ ต้นทุนทางตรงที่เกี่ยวกับการแพทย์ ต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับการแพทย์ และต้นทุนทางอ้อม การคำนวณต้นทุนส่วนของโรงพยาบาลใช้ข้อมูลย้อนหลังจากฐานข้อมูลส่วนข้อมูลต้นทุนที่ชุมชนต้องจ่ายได้จากการเก็บข้อมูลไปข้างหน้าด้วยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลตั้งแต่เริ่มการดูแลแบบประคับประคองไปจนครบ 6 เดือน **ผลการวิจัย:** ต้นทุนทางสังคมรวมทั้งหมดสำหรับผู้ป่วย 35 รายที่ศึกษาเท่ากับ 3,284,265 บาท ต้นทุนต่อผู้ป่วย 1 รายแบ่งเป็นต้นทุนทางตรงทางการแพทย์ 61,277 บาท (ร้อยละ 65.30) ต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับการแพทย์ 17,671 บาท (ร้อยละ 18.83) และต้นทุนทางอ้อม 14,887 บาท (ร้อยละ 15.87) โดยรวมต้นทุนส่วนของโรงพยาบาลสูงกว่าต้นทุนในชุมชน การให้บริการแบบผู้ป่วยนอกมีต้นทุนเฉลี่ย 245 บาทต่อครั้ง การให้บริการแบบผู้ป่วยในมีต้นทุนเฉลี่ย 2,710 บาทต่อวันนอน และในชุมชนมีต้นทุนเฉลี่ย 221 บาทต่อวัน **สรุป:** ข้อมูลต้นทุนที่พบในการศึกษานี้สามารถนำไปประกอบการบริหารงบประมาณหรือการช่วยเหลือ การให้ความรู้ และการดูแลผู้ป่วยที่กลับไปรักษาตัวที่บ้านเพื่อเป็นการช่วยลดภาระต้นทุนทั้งของโรงพยาบาลและครอบครัวผู้ป่วยได้

คำสำคัญ: ต้นทุนทางตรงทางการแพทย์ ต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับการแพทย์ ต้นทุนทางอ้อม มะเร็งระยะลุกลาม การดูแลแบบประคับประคอง

รับต้นฉบับ: 29 ส.ค. 2565, ได้รับบทความฉบับปรับปรุง: 26 ก.ย. 2565, รับผิดชอบพิมพ์: 3 ต.ค. 2565

ผู้ประสานงานบทความ: จารินี อภิวัฒ หลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมชุมชน คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
พิษณุโลก 65000 E-mail: Jarinee.api@gmail.com

Cost of Palliative Care in Advanced cancer at Trat Hospital

Jarinee Apiwat¹, Nilawan Upakdee²¹Master of Pharmacy in Community Pharmacy, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Naresuan University²Faculty of Pharmaceutical Sciences, Naresuan University

Abstract

Objective: To analyze the cost of palliative care per case in patients with advanced cancer from a societal perspective. **Method:** This research was a descriptive study. Costs were divided into 3 types including direct medical costs, direct non-medical cost and indirect cost. Calculation of the hospital's cost was based on retrospective data from the database. Cost incurred in the community was obtained from the prospective data collection by interviewing patients or caregivers from the start of palliative care to the sixth months. **Results:** Total societal cost for 35 studied patients was 3,284,265 baht. Cost per patient was divided into 61,277 baht (65.30%) for direct medical costs, 17,671 baht (18.83%) for direct non-medical costs and 14,887 baht (15.87%) for indirect costs. Overall hospital cost was higher than the cost incurred in the community. The average cost of outpatient services was 245 baht per visit. Average cost of inpatient services was 2,710 baht per hospital day. Cost incurred in the community was 221 baht per day. **Conclusion:** Cost information obtained in the study could be used for budget management or provision of assistance, educating and taking care of patients discharged to have home care in order to help reduce costs for both the hospital and the patient's family.

Keywords: direct medical costs, direct non-medical costs, indirect costs, advanced cancer, palliative care

บทนำ

ประเทศไทยมีประชากรมากเป็นอันดับที่ 4 ในกลุ่มประเทศอาเซียนรองจากอินโดนีเซีย ฟิลิปปินส์ และเวียดนาม (1) ประเทศไทยมีประชากร 66.24 ล้านคน (2) มีผู้สูงอายุถึง 10 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี (3) จากสถิติ พบว่ามีจำนวนผู้ที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกในปี พ.ศ. 2560 มีผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เข้ารับบริการจำนวน 2.8 ล้านครั้ง โรคระบบไหลเวียนเลือด 38.0 ล้านครั้ง โรคระบบหายใจ 26.6 ล้านครั้ง โรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ โภชนาการ และเมแทบอลิซึม 35.1 ล้านครั้ง (4) โรคมะเร็งมีอัตราการเสียชีวิตสูงที่สุดและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (5,6) มะเร็งที่พบบ่อยในประเทศไทย ได้แก่ มะเร็งตับ มะเร็งหลอดคอ หลอดลม

ใหญ่และปอด มะเร็งเต้านม และมะเร็งปากมดลูก ส่วนมะเร็งอื่น ๆ พบค่อนข้างน้อย แต่ละภูมิภาคของประเทศพบความชุกของมะเร็งแต่ละชนิดไม่เหมือนกัน ภาคเหนือพบมะเร็งปอดเป็นปัญหาสำคัญ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบมะเร็งเป็นปัญหาสำคัญ ภาคกลางมะเร็งปอดเป็นปัญหาสำคัญ ส่วนภาคใต้มะเร็งช่องปากเป็นปัญหาสำคัญ ส่วนมะเร็งลำไส้ใหญ่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุก ๆ ภาคของประเทศ (7)

จังหวัดตราดเป็นจังหวัดสุดท้ายในเขตตะวันออกซึ่งพบเช่นกันว่า โรคมะเร็งมีอัตราการเสียชีวิตสูงสุดเมื่อเทียบกับสาเหตุของการเสียชีวิตอื่น ๆ (8) โรคมะเร็งมี 4 ระยะ ในระยะที่ 1 ก้อนเนื้อหรือแผลมะเร็งมีขนาดเล็ก และยังไม่ลุกลาม ในระยะที่ 2 ก้อนเนื้อหรือแผลมะเร็งมีขนาด

ใหญ่ขึ้น เริ่มลุกลามภายในเนื้อเยื่อหรืออวัยวะ ในระยะที่ 3 ก่อนเนื้อหรือแผลมะเร็งมีขนาดใหญ่ขึ้น เริ่มลุกลามเข้าเนื้อเยื่อหรืออวัยวะข้างเคียง และลุกลามเข้าต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ใกล้เนื้อเยื่อหรืออวัยวะที่เป็นมะเร็ง และในระยะที่ 4 ก่อนเนื้อหรือแผลมะเร็งมีขนาดโตมาก และลุกลามเข้าเนื้อเยื่อหรืออวัยวะข้างเคียงจนทะลุ และเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย ระยะของโรคเหล่านี้เป็นตัวบอกการลุกลามและความรุนแรงของโรคมะเร็ง (9)

เมื่อโรคไม่อาจสามารถรักษาให้หายขาดได้ แพทย์มีแนวทางการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) โดยเน้นดูแลบอกรวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตทั้งของผู้ป่วยและผู้ดูแล (10) องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความการดูแลแบบประคับประคองว่า “การดูแลเพื่อทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวที่กำลังเผชิญหน้ากับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิตมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผ่านกระบวนการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานด้วยการค้นหา การประเมินการให้การรักษาระยะเจ็บปวดของผู้ป่วย รวมไปถึงปัญหาด้านอื่น ๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่เริ่มต้น ซึ่งเป็นการดูแลแบบองค์รวมที่ต้องอาศัยการทำงานของสหสาขาในการให้การดูแลต่อเนื่องจนกว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิตและดูแลประคับประคองผู้สูญเสีย” (11) ดังนั้น จึงควรให้การดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่มีการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งและต่อเนื่องตลอดการรักษาให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง เข้าถึงข้อมูลและทางเลือกในการรักษาตามสิทธิของผู้ป่วย (12)

ระบบประกันสุขภาพหลักในประเทศไทย คือระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และระบบประกันสังคมงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของภาครัฐมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ค่าใช้จ่ายด้านเภสัชภัณฑ์ต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศก็สูงขึ้นจากเดิม (12) รายจ่ายสุขภาพทั้งหมดเพิ่มสูงขึ้นจาก 127,655 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2537 เป็น 621,471 ล้านบาทในปี 2560 คิดเป็นสัดส่วนรายจ่ายสุขภาพภาครัฐเพิ่มขึ้น 8.31 เท่า ในทางกลับกันรายจ่ายในภาคประชาชนมีสัดส่วนลดลง เนื่องจากมีผู้ลงทะเบียนใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพิ่มขึ้น (13) ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีขึ้นเพื่อให้ประชาชนทุกคนเข้าถึงการรักษาที่จำเป็นอย่างเท่าเทียม โดยรูปแบบการจ่ายเงินของระบบนี้เป็นแบบเหมาจ่ายรายหัวต่อผู้มีสิทธิสำหรับให้บริการส่งเสริมป้องกันในผู้ป่วยนอก (14) ใน

ปีงบประมาณ 2561 มีการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย 81,028,339 บาท โดยมีเป้าหมายดูแลผู้ป่วยจำนวน 15,390 ราย ซึ่งครอบคลุมทุกกลุ่มโรคตามระยะเวลาที่ได้รับการดูแลที่บ้านจนถึงวันที่ผู้ป่วยเสียชีวิต การดูแลผู้ป่วยต้องใช้งบประมาณเพิ่มขึ้นจากเดิมทุกปีเนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้น (15) แต่หน่วยบริการมีทรัพยากรอย่างจำกัดที่ต้องบริหารจัดการให้เพียงพอ

การจัดทำต้นทุนต่อหน่วยบริการ (unit cost) ของโรงพยาบาลมีความสำคัญในเชิงการจัดการทรัพยากรด้านการเงินการคลัง ทำให้ทราบถึงรายละเอียดของค่าใช้จ่ายและทรัพยากรที่ใช้ในการให้บริการผู้ป่วย ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาต้นทุนของโรงพยาบาลเป็นประโยชน์ต่อผู้บริหารโรงพยาบาลสำหรับนำมาใช้วิเคราะห์ วางแผนพัฒนา และบริหารจัดการโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังสามารถใช้เปรียบเทียบกับหน่วยบริการอื่นในระดับเดียวกันได้ กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญในเรื่องนี้มาอย่างต่อเนื่อง โดยกำหนดให้หน่วยบริการทุกแห่งต้องมีการจัดทำต้นทุนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 เป็นต้นมา เมื่อพิจารณาถึงวิธีการศึกษาต้นทุนของสถานพยาบาลพบว่าสามารถทำได้หลายวิธี โดยการศึกษาส่วนใหญ่ใช้หลายวิธีการร่วมกัน สำหรับวิธีมาตรฐาน (standard costing method) แบบบนลงล่าง (top-down method) นั้น จะทำให้ทราบต้นทุนในภาพรวมของโรงพยาบาล ต้นทุนของหน่วยสนับสนุนจะถูกกระจายลงไปสู่หน่วยงานที่จัดบริการ ทำให้ทราบต้นทุนรวมของแต่ละหน่วยต้นทุน ส่วนการหาต้นทุนรายผู้ป่วยนั้นจะใช้วิธีจากล่างขึ้นบน (bottom-up method) ซึ่งต้นทุนของผู้ป่วยแต่ละคนเกิดจากผลรวมของต้นทุนกิจกรรมย่อยทั้งหมดที่เกิดขึ้นในการให้บริการผู้ป่วยรายนั้น (16) นอกจากนี้หากทราบถึงภาระทางการเงินของผู้ป่วย จะเป็นประโยชน์ในการจัดการระบบสุขภาพในผู้ที่รับการดูแลแบบประคับประคองให้ครอบคลุมต้นทุนทั้งหมดจากมุมมองทางสังคม

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแนวทางในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) ในปี พ.ศ. 2560 ผลการดำเนินงานพบว่า โรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 6 ยังดำเนินการดูแลแบบประคับประคองไม่ครบทุกแห่ง (17) แผนพัฒนาระบบสุขภาพในปี พ.ศ. 2561-2565 อยู่บนแนวคิดการเชื่อมโยงแบบไร้รอยต่อที่ดูแลแบบเบ็ดเสร็จ โดยมีเป้าหมาย คือ ลดอัตราป่วย ลดอัตราตาย ลดความแออัด

และลดระยะเวลารอคอย เพื่อให้การบริหารทรัพยากรด้านบุคลากรและครุภัณฑ์ทางการแพทย์เพื่อรักษาโรคมะเร็งเกิดความคุ้มค่าและมีประโยชน์สูงสุดตามขีดความสามารถของสถานบริการสุขภาพในระดับต่าง ๆ (18) จึงมีการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านเพื่อช่วยให้อุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น แต่การดูแลที่บ้านมีค่าใช้จ่ายที่ครอบครัวจะต้องรับภาระจำนวนมาก จึงอาจส่งผลให้เกิดภาวะล้มละลายในครัวเรือนที่ฐานะยากจน การช่วยเหลือกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวมีเพียงการสนับสนุนจากกองทุนสุขภาพในเรื่องการรักษาให้กับสถานบริการในการดูแลผู้ป่วยที่หน่วยบริการและที่บ้าน แต่ยังไม่ได้มีการเชื่อมโยงการช่วยเหลือด้านครัวเรือนจากภาคท้องถิ่นและชุมชน ที่น่าจะเข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และดูแลครอบครัวหลังผู้ป่วยเสียชีวิต

ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามได้รับการดูแลแบบประคับประคองจากโรงพยาบาลตราดซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไปในระดับ S มีขนาด 312 เตียง ในแต่ละปี มีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งเพิ่มมากขึ้น แต่ยังไม่ทราบต้นทุนที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้าน ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเป็นผู้รับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาที่นอกเหนือจากการรักษาที่ได้รับจากโรงพยาบาล ทั้งนี้ เพื่อให้การบริหารจัดการทรัพยากรที่มีอย่างจำกัดเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดความเพียงพอของทรัพยากรและเกิดสภาพคล่องทางการเงินของโรงพยาบาล จึงต้องทราบภาระค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล ผู้ป่วยและครอบครัว ผู้วิจัยจึงเห็นถึงความสำคัญในการวิเคราะห์ต้นทุนทั้งทางตรงและทางอ้อมในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สะท้อนถึงภาระทางการเงินที่สังคมทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐและเอกชนต้องรับรู้เพื่อวางแผนให้การช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ อย่างเหมาะสมต่อไป

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาที่เก็บข้อมูลในมุมมองทางสังคม การวิจัยนี้ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยนเรศวร เลขที่ 0009/63 ณ วันที่ 27 มีนาคม 2563 และคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ของจังหวัดตราด เลขที่ Exe 2/63 ณ วันที่ 14 มกราคม 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองที่โรงพยาบาลตราด ซึ่งถูกระบุด้วยรหัสวินิจฉัยโรค ICD-10 (International Classification of Diseases and Related Health Problem 10th Revision) คือ C00 – D48 ร่วมกับรหัส Z515 ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ ถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2563 เกณฑ์คัดเข้า คือ 1) ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยและตรวจโดยแพทย์และรับการดูแลแบบประคับประคอง 2) อายุมากกว่า 20 ปี 3) เป็นผู้ที่สามารถติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นได้ หรือกรณีที่ไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ผู้วิจัยเป็นผู้อ่านแบบสอบถาม เพื่อให้ผู้ป่วยเป็นคนตอบ และ 4) ยินดีให้สัมภาษณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบบันทึกการรับบริการของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง 2) แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วย ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ แผนกที่รับบริการ และส่วนที่ 2 ข้อมูลต้นทุนของผู้ป่วยและผู้ดูแล ประกอบด้วย สถานที่รักษา การเดินทาง ค่าอาหารส่วนเพิ่มจากปกติ ที่พัก สิ่งอำนวยความสะดวก อุปกรณ์ทางการแพทย์อำนวยความสะดวก ผู้ดูแล และรายได้ผู้ป่วย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน คือ แพทย์เฉพาะทางและพยาบาลวิชาชีพชำนาญการที่ผ่านการอบรมด้านนี้และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างน้อย 2 ปี และนักวิเคราะห์ข้อมูลทางการแพทย์ที่มีประสบการณ์ในการทำงานอย่างน้อย 3 ปี ผู้วิจัยนำผลประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญมาคำนวณหาค่าดัชนี Item Objective Congruence (IOC) ค่าถามที่ใช้มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลเป็นแบบอิงความชุก (prevalence base approach) ที่ครอบคลุมผู้ป่วยทุกรายในช่วงเวลาระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ ถึงวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2563 โดยการสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและค่าใช้จ่ายด้านต่าง ๆ แล้วจึงนำข้อมูลดังกล่าวมาหาต้นทุนจากฐานข้อมูลทุติยภูมิของโรงพยาบาล ข้อมูลที่ได้เป็นต้นทุน (cost) โดยเริ่มเก็บข้อมูลจากวันแรกของผู้ป่วยมะเร็งมีการระบุรหัสวินิจฉัยโรค Z515 วันแรก และติดตามไปเป็นเวลา 6 เดือนหรือจนกระทั่งผู้ป่วยหายไ้จากระบบ

แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการศึกษามาจาก 2 แหล่ง คือ

1. แหล่งข้อมูลทุติยภูมิ: การศึกษารวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลของโรงพยาบาลตรด ผู้ป่วยที่มีรหัสโรค C00-D48 ร่วมกับ Z515 ของผู้ป่วยจำนวน 35 ราย ประกอบด้วย 1) ค่าห้อง/ค่าอาหาร 2) ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดโรค 3) ค่ายาและสารอาหารทางเส้นเลือด 4) ค่ายากลับบ้าน 5) ค่าเวชภัณฑ์ที่มีขาย 6) ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต 7) ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา 8) ค่าตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา 9) ค่าตรวจวินิจฉัยโดยวิธีอื่นๆ 10) ค่าอุปกรณ์ของใช้และเครื่องมือทางการแพทย์ 11) ค่าทำหัตถการและวิสัญญี 12) ค่าบริการทางการแพทย์ 13) ค่าบริการทางทันตกรรม 14) ค่าบริการทางกายภาพบำบัดและเวชกรรมฟื้นฟู 15) ค่าบริการฝังเข็ม และค่าบริการการให้การบำบัดของผู้ประกอบโรคศิลปะอื่น และ 16) ค่าบริการอื่น ๆ

2. แหล่งข้อมูลปฐมภูมิ: ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ดูแลหรือผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 35 รายที่มีข้อมูลทุติยภูมิในประเด็นต้นทุนด้านต่อไปนี้ 1) การรักษาพยาบาล-สถานที่รักษา 2) การเดินทาง 3) อาหารส่วนเพิ่มจากปกติ 4) ที่พัก 5) สิ่งอำนวยความสะดวก อุปกรณ์ทางการแพทย์อำนวยความสะดวก 6) การดูแลอย่างไม่เป็นทางการ 7) ผู้ดูแล และ 8) รายได้ของผู้ป่วย ข้อมูลส่วนนี้จะนำไปคำนวณเป็นต้นทุนส่วนชุมชน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่อสรุปข้อมูลต่าง ๆ ของผู้ป่วย การคำนวณต้นทุนแบ่งออกเป็น 2 ส่วนตามแหล่งที่มาของข้อมูล คือ ข้อมูลต้นทุนส่วนโรงพยาบาลและข้อมูลต้นทุนส่วนชุมชน การวิจัยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยในปีเดียวกันหมดทุกราย จึงไม่มีการปรับค่าเงินที่เวลาต่างกัน

การวิเคราะห์ความไว

การวิเคราะห์ความไวในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบไม่อาศัยความน่าจะเป็น (deterministic sensitivity analysis) โดยใช้การวิเคราะห์แบบทางเดียว (one-way sensitivity analysis) ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงค่าของพารามิเตอร์ที่สนใจทีละตัว โดยคงค่าของพารามิเตอร์อื่นๆ ไว้ที่กรณีฐาน การกำหนดช่วงของการเปลี่ยนแปลงใช้โปรแกรม Microsoft excel version 2013 ในการคำนวณ ดังนี้

1. ต้นทุนทางตรงทางการแพทย์ ประกอบด้วย ค่าอุปกรณ์ในการบำบัดโรคซึ่งคำนวณจากต้นทุนค่าอุปกรณ์

คูณด้วยจำนวนครั้งที่ซื้อ โดยมีการเปลี่ยนราคาอุปกรณ์ทางการแพทย์โดยใช้ราคากลางของกระทรวงสาธารณสุข (16) เนื่องจากราคาอุปกรณ์แต่ละพื้นที่มีราคาแตกต่างกัน

2. ต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับทางการแพทย์ ประกอบด้วย ค่าอาหาร ค่าเดินทาง ค่าที่พัก สิ่งอำนวยความสะดวก และการดูแลอย่างไม่เป็นทางการ โดยต้นทุนการดูแลอย่างไม่เป็นทางการคำนวณจากเวลาที่สูญเสียไปเป็นชั่วโมงต่อวันทั้งหมด x จำนวนวัน x รายได้ต่อวัน โดยคำนวณตามแผนกที่รับการรักษา การคิดรายได้ 1 วัน ประเมินจากเวลาทำงาน 9 ชั่วโมง (540 นาที) โดยเป็นการเปรียบเทียบชั่วโมงการทำงานกิจกรรมระหว่าง 8 ชั่วโมงตามกฎหมายแรงงานกับ 9 ชั่วโมงตามหลักเศรษฐศาสตร์ เนื่องจากแต่ละหน่วยงานมีชั่วโมงการทำงานที่ต่างกัน

3. ต้นทุนทางอ้อม ประกอบด้วย ต้นทุนค่าเสียเวลาคำนวณจากรายได้ต่อวันคูณด้วยจำนวนวันที่ขาดงานตามจริง โดยอิงจากข้อมูลการสัมภาษณ์ในเรื่องค่าใช้จ่ายตามจริง การศึกษาใช้รายได้เฉลี่ยต่อวันของผู้ป่วยมาประเมินมูลค่าผลิตภาพที่เสียไปใน 1 วันทำงานหรือ 9 ชั่วโมง การศึกษาเปลี่ยนค่าแรงตามจริงจากการสัมภาษณ์กับค่าแรงขั้นต่ำของจังหวัด (17) เนื่องจากแต่ละพื้นที่ของจังหวัดมีค่าแรงไม่เท่ากัน

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

มีผู้ป่วยเข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด 35 ราย แบ่งเป็นเพศชาย 23 รายและเพศหญิง 12 ราย ส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 61 ปีขึ้นไป (27 ราย) ส่วนมากมีอาชีพรับจ้าง (16 ราย) ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 ราย เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลตรดทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน 16 ราย รักษาแผนกผู้ป่วยในอย่างเดียว 16 ราย ตำแหน่งของโรคมะเร็งที่พบมากที่สุด คือ ตับ (8 ราย) (ตารางที่ 1) จากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้ป่วยทุกรายเข้ารับการรักษามะเร็งแบบประคับประคองที่โรงพยาบาลตรดทั้งหมด 35 ราย ไม่มีผู้ใดที่รับการรักษาจากโรงพยาบาลของรัฐอื่นๆ แต่มีผู้ไปรับบริการจากโรงพยาบาลเอกชน/คลินิก 10 ราย ร้านขายยา 5 ราย และซื้อยา-สิ่งของจากร้านขายของชำ คนรู้จัก อินเทอร์เน็ต 5 ราย ไม่มีผู้ไปตรวจรักษาที่คลินิกตรวจทางห้องปฏิบัติการและแพทย์ทางเลือก

ในการมารักษาที่โรงพยาบาล ผู้ป่วย 34 รายมักมีผู้ดูแลเดินทางมาด้วยและเดินทางคนเดียว 1 ราย เวลาใน

ตารางที่ 1. ข้อมูลทั่วไป (N=35)

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน	ร้อยละ
เพศ ชาย	23	65.71
หญิง	12	34.29
อายุ (ปี)		
31 – 40	1	2.86
41 – 50	3	8.57
51– 60	4	11.43
> 61	27	77.14
อาชีพ		
รับจ้าง	16	45.71
ทำสวน ทำนา	8	22.86
แม่บ้าน	3	8.57
รับราชการ	3	8.57
ไม่มีอาชีพ	2	5.71
ค้าขาย	2	5.71
พระภิกษุ	1	2.86
รูปแบบบริการ		
ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน	16	45.71
ผู้ป่วยใน	16	45.71
ผู้ป่วยนอก	3	8.57
ตำแหน่งของมะเร็ง		
ตับ	8	22.86
ปอด	5	14.29
ลำไส้ใหญ่	4	11.43
เต้านม	3	8.57
หลอดอาหาร	3	8.57
กระเพาะอาหาร	2	5.71
ตับอ่อน	2	5.71
ต่อมลูกหมาก	2	5.71
ท่อน้ำดี	1	2.86
ปากมดลูก	1	2.86
สมอง	1	2.86
ช่องท้อง	1	2.86
เม็ดเลือดขาว	1	2.86
โพรงจมูก	1	2.86
สิทธิการรักษา		
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	30	85.71
สวัสดิการข้าราชการ	3	8.57
บัตรสุขภาพแรงงานต่างด้าว	2	5.71

การเดินทางและรอตรวจรักษาในแต่ละครั้งใช้เวลาเฉลี่ย 260 นาทีต่อครั้ง ในการมารับการรักษาดังกล่าวผู้ป่วยซื้ออาหารส่วนเพิ่มจากปกติ 32 ราย ส่วนใหญ่ไปกลับโดยไม่ต้องพักค้างคืน 34 ราย มี 1 รายที่มีเช่าที่พักค้างคืน ผู้ดูแลปรับปรุงบ้านให้สะดวกสำหรับผู้ป่วย 4 ราย และซื้ออุปกรณ์ทางการแพทย์เพิ่มไว้ในบ้าน เช่น เตียง (7 ราย) รถเข็น เครื่องพ่นยา ที่นอนลม เครื่องออกซิเจน อื่น ๆ (เช่น กระโถน แก้ว) ชนิดละ 2 ราย และไม้เท้า 1 ราย ผู้ป่วย 34 รายมีผู้ดูแล ผู้ป่วย 1 รายที่ไม่มีผู้ดูแล ผู้ป่วยมีรายได้ 21 ราย ค่าเฉลี่ยรายได้ที่แท้จริงของผู้ป่วยเท่ากับ 275.64 บาทต่อวัน และไม่มีรายได้ 14 ราย (ตารางที่ 2)

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ในด้านกิจกรรม พบว่า กิจกรรมการดูแลอย่างไม่เป็นทางการแบ่งออกเป็น 4 กิจกรรม แต่ละกิจกรรมผู้ดูแลใช้เวลาในการดูแลเฉลี่ยต่อวันไม่เท่ากันโดยจำแนกเป็นกิจกรรมในบ้าน มีผู้ดูแลใช้เวลาทำสวนนานเฉลี่ย 180 นาที มากกว่าซื้อของใช้ในบ้าน เตรียมอาหาร ทำความสะอาดบ้าน ซักรีดเสื้อผ้า และล้างจาน ผู้ดูแลไม่ต้องดูแลเด็กเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุมาก กิจกรรมการดูแลสุขภาพเสียเวลาในการพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ใช้เวลาเฉลี่ย 260 นาที หรือกว่า 4 ชั่วโมงต่อครั้ง มีผู้ป่วยบางรายที่ผู้ดูแลช่วยทำกายภาพ และจัดเตรียมยา เนื่องจากผู้ป่วยเองยังสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ส่วนใหญ่ผู้ดูแลต้องช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน มีเพียงส่วนน้อยที่สามารถรับประทานอาหาร อาบน้ำ-แต่งตัว ขับถ่ายได้ด้วยตนเอง บางคนต้องช่วยเหลือในการเคลื่อนที่ภายในบ้าน ผู้ดูแลยังใส่ใจพาผู้ป่วยบางรายไปเที่ยวนอกบ้าน เช่น วัด สวนสาธารณะ เป็นต้น ไปทำธุรกรรมที่ธนาคาร แต่ไม่มีส่งจดหมายเนื่องจากสมัยนี้ใช้โทรศัพท์มือถือสื่อสารส่งข้อความได้รวดเร็ว (ตารางที่ 3)

ข้อมูลต้นทุน

ผลการศึกษาในมุมมองทางสังคมทั้งส่วนของโรงพยาบาลและในชุมชนพบว่า ต้นทุนของโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกมีต้นทุนทางตรงทางการแพทย์รวม 21,320.39 บาท เฉลี่ย 609.15 บาทต่อราย หรือ 245.06 บาทต่อครั้ง ส่วนต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับทางการแพทย์รวม เท่ากับ 47,460.15 บาท เฉลี่ย 1,356 บาทต่อราย หรือ 545.51 บาทต่อครั้ง และต้นทุนทางอ้อมรวม 17,250.00 บาท เฉลี่ย 492.86 บาทต่อราย หรือ 198.27 บาทต่อครั้ง ในขณะที่การให้บริการแบบผู้ป่วยในมีต้นทุนทางตรงทางการแพทย์รวม 1,710,010

ตารางที่ 2. ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ (N=35)

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สถานที่รักษา		
โรงพยาบาลรัฐ/รพสต.	35	63.64
โรงพยาบาลเอกชน/คลินิก	10	18.18
เอกชน		
ร้านยา	5	9.09
อื่น ๆ	5	9.09
การเดินทาง		
เดินทางมาพร้อมผู้ดูแล	34	97.14
มาด้วยตนเอง	1	2.86
ค่าอาหารส่วนเพิ่มจากปกติ	32	91.43
ที่พัก		
ไม่มีการค้างคืน	34	97.14
ค้างคืน	1	2.86
สิ่งอำนวยความสะดวก		
ปรับปรุงบ้าน	4	11.43
อุปกรณ์อำนวยความสะดวก²		
เตียง	7	38.89
รถเข็น	2	11.11
เครื่องพ่นยา	2	11.11
ที่นอนลม	2	11.11
อื่นๆ กระโถน แก้วน้ำ	2	11.11
ไม้เท้า	1	5.56
ผู้ดูแล		
มี	34	97.14
ไม่มี	1	2.86
รายได้ของผู้ป่วย		
มี	21	60.00
ไม่มี	14	40.00

1: ร้านชำ อินเทอร์เน็ต คนรู้จัก

2: เลือกตอบได้หลายข้อ

บาท เฉลี่ย 48,857.43 บาทต่อราย หรือ 2,710.00 บาทต่อวันนอน ส่วนต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับทางการแพทย์รวม 173,722.74 บาท เฉลี่ย 4963.51 บาทต่อราย หรือ 275.31 บาทต่อวันนอน ต้นทุนทางอ้อมรวม 205,251.96 บาท เฉลี่ย 5,864.34 บาทต่อราย หรือ 325.28 บาทต่อวันนอน

สำหรับต้นทุนในชุมชนพบต้นทุนทางตรงทางการแพทย์รวม 413,365.97 บาท เฉลี่ย 11,810.46 บาทต่อ

ราย หรือ 306.87 บาทต่อวัน ต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับทางการแพทย์รวม 397,334.02 บาท เฉลี่ย 11,352.40 บาทต่อราย หรือ 294.97 บาทต่อวัน และต้นทุนทางอ้อมเฉลี่ย 8,530 บาทต่อราย หรือ 221.64 บาทต่อวัน ต่อ 6 เดือน (ตารางที่ 4)

การวิเคราะห์ความไว

การวิเคราะห์ความไวของต้นทุนโดยเปลี่ยนข้อมูลต้นทุนทางตรงทางการแพทย์ที่ได้จากการสัมภาษณ์กับต้นทุนจากรายการครุภัณฑ์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี 2561 ที่ระบุว่า รถเข็นมีราคากลาง 6,900 บาทต่อคัน พบว่า ต้นทุนเฉพาะค่ารถเข็นเมื่อใช้ราคากลางสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขสูงกว่าต้นทุนรถเข็นที่การศึกษาได้จากผู้ป่วยอยู่ 234,600 บาทและค่าเตียงตรวจโรคทั่วไปมีต้นทุนสูงกว่า 192,700 บาท ต้นทุนกิจกรรมการดูแลอย่างไม่เป็นทางการเปลี่ยนชั่วโมงการทำงาน 9 ชั่วโมงตามหลักเศรษฐศาสตร์เทียบกับ 8 ชั่วโมงตามกฎหมายแรง-

ตารางที่ 3. ข้อมูลกิจกรรมการดูแลอย่างไม่เป็นทางการ

กิจกรรม	จำนวน (ราย)	ระยะเวลาเฉลี่ย ± SD (นาที/วัน)
กิจกรรมในบ้าน		
เตรียมอาหาร	11	40.00 ±33.09
ทำความสะอาด	9	36.67 ±18.54
ซัก-รีดเสื้อผ้า	6	30.00 ±16.43
ล้างจาน	5	16.00 ±8.22
กิจกรรมในบ้าน		
ทำสวนในบ้าน	3	180.00 ±103.92
ซื้อของใช้ภายในบ้าน	2	60.00 ±0
กิจกรรมนอกบ้าน		
พาไปเที่ยวนอกบ้าน	3	190.00±45.83
ไปธนาคาร	2	60.00 ±0
กิจกรรมการดูแลสุขภาพ		
พาไปพบแพทย์	34	260.57 ±161.35
การจัดเตรียมยา	18	11.06 ±10.85
ทำกายภาพบำบัด	6	25.00 ±20.00
กิจวัตรประจำวัน		
อาบน้ำ-แต่งตัว	26	24.61 ±23.87
การขับถ่าย	22	16.81 ±12.87
การรับประทานอาหาร	21	27.14 ±20.77
การเคลื่อนที่ภายในบ้าน	9	22.78 ±19.86

ตารางที่ 4. ต้นทุนแต่ละประเภทจำแนกตามประเภทต้นทุน

ประเภทต้นทุน	ต้นทุนเฉลี่ยต่อวัน	ต้นทุนเฉลี่ยต่อราย	ต้นทุนรวม	ร้อยละ
ต้นทุนทางตรงทางการแพทย์				
โรงพยาบาล		49,466.58	1,731,330.49	52.72
ผู้ป่วยนอก	245.06	609.15	21,320.39	0.65
ผู้ป่วยใน	2,710.00	48,857.43	1,710,010.098	52.07
ชุมชน	306.87	11,810.46	413,365.97	12.59
รวม		61,277.04	2,144,696.46	65.30
ต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับทางการแพทย์				
โรงพยาบาล		6,319.51	221,182.89	6.73
ผู้ป่วยนอก	545.51	1,356.00	47,460.15	1.45
ผู้ป่วยใน	275.31	4,963.51	173,722.74	5.29
ชุมชน	294.97	11,352.40	397,334.02	12.10
รวม		17,671.91	618,516.91	18.83
ต้นทุนทางอ้อม				
ในโรงพยาบาล		6,357.20	222,501.96	6.77
ผู้ป่วยนอก	198.27	492.86	17,250.00	0.53
ผู้ป่วยใน	325.28	5,864.34	205,251.96	6.25
ชุมชน	221.64	8,530	298,550.00	9.09
รวม		14,887.20	521,051.96	15.87
ทั้งหมด		93,836.15	3,284,265.33	100.00

งาน พบว่าต้นทุนตามกฎหมายแรงงานเพิ่มขึ้น 32,420.94 บาท และเปลี่ยนรายได้รายวันของผู้ป่วยตามจริงจากการสัมภาษณ์กับค่าแรงขั้นต่ำของจังหวัด 325 บาทต่อวัน พบว่ารายได้ตามค่าแรงขั้นต่ำทำให้ต้นทุนทางอ้อมลดลง 4,131.33 บาท แต่ถ้าผู้ป่วยมีรายได้ทุกรายจะทำให้มีต้นทุนทางอ้อมเพิ่มขึ้น 139,225.00 บาท พบว่าราคารถเข็นมีผลต่อต้นทุนสูงสุด ทำให้ต้นทุนเพิ่มร้อยละ 97.14

การอภิปรายและสรุปผล

จากผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด 35 รายที่ศึกษา มะเร็งที่พบมากที่สุด คือ มะเร็งตับ (ร้อยละ 22.86) รองลงมาเป็น มะเร็งปอด (ร้อยละ 14.29) ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข (5) และจังหวัดตราดที่พบว่า มะเร็งทั้ง 2 เป็นมะเร็งที่ติด 1 ใน 5 อันดับที่พบบ่อย

ต้นทุนทางตรงทางการแพทย์เมื่อแบ่งตามรูปแบบที่เข้ารับการรักษา 4 รูปแบบ คือ ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ทั้งผู้ป่วยนอกและใน และการรักษาในชุมชน ผู้ป่วยที่รับการ

รักษาทั้งผู้ป่วยนอกและในมีต้นทุนสูงเฉลี่ยกว่าการรักษาแบบอื่น รองลงมาเป็นต้นทุนรักษาแบบผู้ป่วยใน คือ 65,906.63 และ 45,711.23 บาทต่อราย ตามลำดับ การรักษาทั้งสองรูปแบบมีต้นทุนค่าห้องและค่าอาหารสูงกว่าต้นทุนชนิดอื่น สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลช่วง 10 วันแรกมีต้นทุนเฉลี่ยสูงถึง 4,048.93 บาทต่อวัน ซึ่งสูงกว่าก่อนรักษาตัวในช่วง 11 – 20 วันที่มีต้นทุนเฉลี่ยต่อวันนอน 3,123.30 บาทต่อวัน ซึ่งใกล้เคียงกับผู้ที่นอนโรงพยาบาลนานกว่า 21 วันซึ่งมีต้นทุนเฉลี่ย 3,189.74 บาทต่อวัน จะเห็นว่าถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะนอนโรงพยาบาลนานกว่า แต่ต้นทุนต่อวันกลับไม่ต่างกันมาก ทั้งยังมีแนวโน้มคงที่ เนื่องจากเป็นการดูแลแบบประคับประคองที่ไม่ได้มีกระบวนการรักษาหรือหัตถการที่ซับซ้อนอื่น ๆ ร่วมด้วย

ต้นทุนในชุมชนมีค่าเฉลี่ย 11,810.46 บาทต่อราย จำแนกเป็นค่ายามากที่สุดเพราะญาติและผู้ป่วยสามารถหาซื้อยาบรรเทาอาการได้จากคลินิก ร้านขายยาหรือแม้แต่ร้านชำ คนรู้จักหรืออินเทอร์เน็ต และสูงกว่าการรักษาแบบผู้ป่วย

นอก มีต้นทุนค่ายาและสารอาหารทางเส้นเลือดสูงกว่าต้นทุนอื่น ต้นทุนในชุมชนขึ้นอยู่กับระยะเวลาของการขาดงานของผู้ป่วย ถ้าขาดงานนานหลายวันหรือนอนพักรักษาตัวที่บ้านนานก็จะทำให้ขาดรายได้มากตามไปด้วย ผู้ป่วยเองก็เสียเวลาจากการขาดงานร้อยละ 26.91 ซึ่งมากกว่ารักษาตัวที่โรงพยาบาลทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยใน ทำให้ทราบว่าผู้ป่วยนอนรักษาตัวที่บ้านนานมากกว่าในโรงพยาบาล

ต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับทางการแพทย์เป็นต้นทุนในชุมชนที่มากที่สุด คือ เฉลี่ย 11,352.40 บาทต่อราย โดยเป็นต้นทุนสำหรับสิ่งอำนวยความสะดวกและการดูแลอย่างไม่เป็นทางการ การรักษาทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในมีต้นทุนชนิดนี้เฉลี่ยใกล้เคียงกับการรักษาแผนกผู้ป่วยในเท่ากับ 7,394.42 และ 6,760.15 บาทต่อรายตามลำดับ ทั้งสองรูปแบบมีต้นทุนค่าอาหารส่วนเพิ่มจากปกติมากกว่าค่าเดินทางและการดูแลอย่างไม่เป็นทางการ เนื่องจากการนอนโรงพยาบาลนาน ทำให้ค่าอาหารเพิ่มมากขึ้นตามจำนวนวันนอนด้วย แต่ในการดูแลอย่างไม่เป็นทางการ พบกิจกรรมในการดูแลบางอย่างลดลง เช่น กิจกรรมในบ้านและนอกบ้าน ผู้ที่รักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกมีต้นทุนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ 2,616.67 บาทต่อราย แบ่งเป็นค่าเดินทางสูงกว่าค่าอาหารและการดูแลอย่างไม่เป็นทางการ เนื่องจากผู้ป่วยและญาติต้องเสียเวลาในการเดินทางมาพบแพทย์จนรับการรักษาเสร็จ โดยใช้เวลาเฉลี่ย 260.57 นาทีต่อวัน

ต้นทุนทางอ้อมเป็นต้นทุนในชุมชนที่สูงที่สุด คือ เฉลี่ย 8,530 บาทต่อราย รองลงมาเป็นการรักษาแบบผู้ป่วยใน และทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน และสุดท้ายเป็นการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่มีต้นทุนต่ำที่สุด ต้นทุนทางอ้อมขึ้นอยู่กับระยะเวลาของการขาดงานของผู้ป่วย ถ้าขาดงานนานหลายวันหรือนอนพักรักษาตัวที่บ้านนานก็ทำให้ขาดรายได้มากตามไปด้วย หากดูจากระยะเวลาการรักษาแบบประคับประคองจำแนกตามตำแหน่งของมะเร็งพบว่า มะเร็งเต้านมมีระยะเวลาการรักษาเฉลี่ยนานกว่ามะเร็งชนิดอื่น โรคมะเร็งระยะลุกลามมักทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานทั้งร่างกายและจิตใจ ทั้งนี้ยังรวมไปถึงครอบครัวของผู้ป่วยด้วย การดูแลแบบประคับประคองจึงเป็นทางเลือกหนึ่งที่ดีดูแลช่วยให้ผู้ป่วยสงบจนวาระสุดท้าย

โดยรวมแล้วต้นทุนรวมทั้ง 3 ประเภทต้นทุนของโรงพยาบาลเท่ากับ 2,175,015.34 บาท ซึ่งสูงกว่าต้นทุนรวมในชุมชนซึ่งเท่ากับ 1,109,249.99 บาท ผลการศึกษา

สอดคล้องกับการศึกษาของอุษารักษ์ โกหิณห์ และคณะ (20) ที่ศึกษาต้นทุนการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งแบบประคับประคองในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ โดยวิเคราะห์ต้นทุนผู้ให้บริการหรือต้นทุนภายใน (internal cost) ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ต้นทุนที่ไม่ได้เก็บค่าบริการ (routine service cost) และต้นทุนการให้บริการทางการแพทย์ ต้นทุนผู้รับบริการหรือต้นทุนภายนอก (external cost) ได้จากการประมาณค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและญาติในการมารับบริการด้านการรักษา (direct medical care cost and direct non-medical care cost) และต้นทุนค่าเสียโอกาส จากการศึกษาพบว่า ต้นทุนการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งในแผนกผู้ป่วยในสูงกว่าในผู้ป่วยนอก การดูแลแบบประคับประคองในผู้ใหญ่มีต้นทุนที่สูงกว่าในเด็ก เนื่องจากผู้ใหญ่มีกระบวนการรักษาที่ซับซ้อน แจ่มจันท์ศรีรัตน์ (21) ศึกษาต้นทุนการตรวจคัดกรองและรักษาโรคมะเร็ง ณ ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จังหวัดอุบลราชธานี โดยแบ่งต้นทุนเป็น 3 ประเภท คือ ต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าวัสดุ และต้นทุนค่าลงทุน พบว่า ต้นทุนเฉลี่ยของการรักษาโรคมะเร็งในแผนกผู้ป่วยในเท่ากับ 1,367.99 บาทต่อวันนอน สูงกว่าแผนกผู้ป่วยนอก (1,134.72 บาทต่อครั้ง) ซึ่งใกล้เคียงกับงานวิจัยนี้ที่พบว่า ต้นทุนเฉลี่ยของการรักษาโรคมะเร็งในแผนกผู้ป่วยในเท่ากับ 2,710.00 บาทต่อวันนอน สูงกว่าแผนกผู้ป่วยนอก (245.06 บาทต่อครั้ง) เช่นกัน ต้นทุนทางอ้อมในชุมชนในงานวิจัยนี้มีส่วนแตกต่างจากงานวิจัยของอุษารักษ์ โกหิณห์ และคณะ (20) ซึ่งพบว่า ต้นทุนเฉลี่ยค่าเสียโอกาสของผู้ปกครองเฉพาะส่วนโรงพยาบาลที่แผนกผู้ป่วยนอกเท่ากับ 180 บาทต่อครั้ง แผนกผู้ป่วยในเท่ากับ 250 บาทต่อวันนอน ต่างจากการวิจัยนี้ที่ศึกษาต้นทุนในมุมมองทางสังคม โดยศึกษาทั้งในส่วนของโรงพยาบาลและในชุมชน พบว่า ต้นทุนเฉลี่ยค่าเสียโอกาสในแผนกผู้ป่วยในเท่ากับ 325.28 บาทต่อวันนอน แผนกผู้ป่วยนอกเท่ากับ 198.27 บาทต่อครั้ง และการดูแลในชุมชนหรือที่บ้านเท่ากับ 221.64 บาทต่อวัน สะท้อนให้เห็นถึงภาระทางการเงินของครอบครัวผู้ป่วยทั้งค่ายา ค่าอุปกรณ์อำนวยความสะดวก เพื่อให้ผู้ป่วยอยู่อย่างสะดวกสบาย มีความสุข และมีชีวิตอยู่กับครอบครัวได้นานขึ้น ดังนั้นการบริหารทรัพยากรและงบประมาณควรครอบคลุมถึงต้นทุนของผู้ป่วยและครอบครัวในชุมชนด้วย เพื่อตอบสนองแนวทางของกระทรวงสาธารณสุขที่สนับสนุนการดูแลแบบประคับประคองทั้งในโรคมะเร็งและโรคเรื้อรัง

ข้อเด่นของการศึกษา คือ การสัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลหลักเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายตามจริงที่เกิดขึ้น ทำให้ทราบต้นทุนในชุมชนที่เกิดขึ้นจริง จึงสามารถนำข้อมูลนี้ไปใช้ต่อยอดสำหรับการพิจารณาจัดสรรงบประมาณเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยได้ถูกเป้าหมาย ข้อจำกัดของการศึกษา คือ การเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลตั้งแต่วันที่เริ่มรักษาแบบประคับประคองจนกระทั่งครบ 6 เดือนหรือถึงวาระสุดท้ายของชีวิต มีผู้ป่วยบางรายที่เก็บข้อมูลไม่ถึงวันสุดท้าย เนื่องจากผู้ป่วยกลับไปรักษาที่บ้านหรือโรงพยาบาลอื่น และไม่ได้มีการบันทึกไว้ในฐานข้อมูลของโรงพยาบาล ทำให้การดูแลประคับประคองถึงวันใด นอกจากนี้ การสัมภาษณ์ยังอาจพบอคติจากความทรงจำในเรื่องข้อมูล

ข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้ทำให้ทราบถึงต้นทุนในมุมมองสังคมสำหรับการดูแลแบบประคับประคองต่อรายในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม เมื่อนำข้อมูลไปประกอบการพิจารณาการบริหารงบประมาณหรือการช่วยเหลือ และให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่กลับไปรักษาตัวที่บ้านจะเป็นการช่วยลดภาระต้นทุนทั้งของโรงพยาบาลและครอบครัวผู้ป่วยได้ การศึกษานี้สามารถนำไปศึกษาต่อยอดในการศึกษาด้านต้นทุนในโรคอื่นหรือผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง เป็นต้น ซึ่งจะช่วยให้เห็นถึงต้นทุนที่แท้จริง

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยความอนุเคราะห์จากผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือทั้ง 3 ท่าน พยาบาลประจำคลินิก พยาบาลประจำหอผู้ป่วย และขอขอบคุณผู้ป่วยและผู้ดูแลทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสัมภาษณ์

เอกสารอ้างอิง

1. Jaruponprasit R., Sirirat B., Sumtip, J. Statistical Thailand 2016. Nonthaburi: Strategy and Planning Division Ministry of Health; 2017.
2. National Health Security Office. Fund management manual of National health insurance, fiscal year 2019. Nonthaburi: Sahamit Printing and Publishing; 2019.

3. National Statistical Office. Number and proportion of population Classified by age group (childhood, working age, elderly), gender and region 2007-2017 [online]. 2019 [cited Feb 25, 2019]. Available from: statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/01.aspx.
4. National Statistical Office. Number of outpatients Classified by causal group of 21 diseases from public health services of the Ministry of Health Throughout the Kingdom 2011 - 2020 [online]. 2019 [cited Feb 25, 2019]. Available from: <http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/05.aspx>
5. Health Information Group, Strategy and Planning Division Ministry of Public Health. Number and live birth rate, number and death rate per 1,000 population, classified by province, region, whole country, 2017. Nonthaburi: Strategic and Planning Division Ministry of Health; 2017.
6. Strategy and Planning Division. Important diseases being causes of death in Thai people. Nonthaburi: Sri Muang Printing; 2017.
7. Sriplung H. Analyze the quality of cancer data and study the cancer situation. and their relationship to the trend and distribution of risk factors from various sources. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2010.
8. Trat Provincial Statistical Office. Provincial statistical report 2017. Trat: Trat Provincial Statistical Office; 2017.
9. Srisawat Y. Why are we afraid of cancer....?. Princess of Naradhiwas University Journal. 2011; 3: 100-8.
10. Phatthanaruanglai A. List disease of Palliative care and Functional unit. Nonthaburi: Art qualify; 2016.
11. Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Health at a glance in Thailand 2017. Nonthaburi: Strategy and Planning Division Ministry of Health; 2017.

12. National Health Security Office. Report on the creation of the National Health Security System Fiscal Year 2018. Bangkok: Sahamit Printing and Publishing; 2019.
13. Srithamrongsawat S, Aueasiriwon B, Hempisut, P. The disparity between health insurance systems in Thailand. Nonthaburi: Graphic Letters and Design; 2013.
14. National Health Security Office. Details of management of the Palliative Care sub-fund, fiscal year 2019 [online]. 2019 [cited Dec 19, 2019]. Available from: 203.157.232.109/datacenter/frontend/web/index.
15. Riewpaiboon A. Handbook of health technology assessment for Thailand, 2nd ed. Nonthaburi: Wat charinthorn PP; 2013.
16. Thianjaruwatthana W, Sakulpanich T, Pongpattra chai D, Chiangchaisakulthai K. Guideline of unit cost for hospitals under Ministry of Public Health. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2011.
17. Announcement of the Wage Committee. Royal Gazette No. 136, Part 316Ng special (Dec 27, 2019).
18. National Statistical Office. National Health Security fund management manual, fiscal year 2020. Bangkok: Sahamit Printing and Publishing; 2019.
19. National Statistical Office. National Health Security fund management manual, fiscal year 2021. Bangkok: Sahamit Printing and Publishing; 2020.
20. Thohinung U, Wongsarape J, Kaewpanan K. Cost of palliative care for child cancer patients in Chiang Rai Prachanukhroh Hospital. Thai Journal of Nursing Council. 2014; 29: 116-28.
21. Srirat J. Cost of cancer screening and Cancer treatment at Ubon Ratchathani Regionalcancer center [master thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2000.