



ต้นทุนบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าใน สถานพยาบาลภาครัฐของประเทศไทย

กิตติวรรณ เทียนแก้ว, พ.บ. *

บุปผวรรณ ทิวพันธ์ประเสริฐ, บ.ม. *

สุวิมล มหันรินทร์กุล, พ.บ. *

ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, ปร.ด. **

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาต้นทุนบริการผู้ป่วยซึมเศร้าของสถานพยาบาลภาครัฐในประเทศไทย
วัตถุประสงค์และวิธีการ เป็นการศึกษาย้อนหลังในทัศนะของผู้ให้บริการ โดยวิเคราะห์ข้อมูลการให้บริการผู้ป่วย เฉพาะโรคซึมเศร้าที่มีวินิจฉัยโรคหลักตามระบบ ICD-10 ในหมวด F32-F33 ของสถานพยาบาลภาครัฐของไทย ในระหว่างปี 2545 ถึงปี 2548

ผล ประเทศไทยมีสถานพยาบาลภาครัฐ 989 แห่ง จำแนกเป็นสังกัดกรมสุขภาพจิต 13-17 แห่ง การให้บริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มาใช้บริการแบบผู้ป่วยในมีจำนวนประมาณ 2,490 รายต่อปี คิดเป็นร้อยละ 1.7 ของผู้ป่วยในจิตเวชทั้งหมด ค่าต้นทุนวัสดุเท่ากับ 2,946 บาทต่อราย หรือ 149 บาทต่อวัน หรือคิดเป็นต้นทุนรวมเท่ากับ 8,738 บาทต่อราย หรือ 457 บาทต่อวัน ในขณะที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มาใช้บริการแบบผู้ป่วยนอกมีจำนวนประมาณ 38,851 รายต่อปี คิดเป็นร้อยละ 3.6 ของผู้ป่วยในจิตเวชทั้งหมด ค่าต้นทุนวัสดุเท่ากับ 73 บาทต่อราย หรือต้นทุนรวมเท่ากับ 346 บาทต่อราย ค่าการฉีกาพรวมการให้บริการผู้ป่วยซึมเศร้าทั้งแบบบริการผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกคิดเป็นต้นทุนวัสดุเท่ากับ 6,607,150 บาทต่อปี หรือเป็นต้นทุนรวมเท่ากับ 25,008,658 บาทต่อปี

สรุป ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในสถานพยาบาลภาครัฐของไทยมีสัดส่วนน้อยมากเมื่อเทียบกับความชุกของโรคทางจิตเวช การศึกษาอื่น ต้นทุนการรักษาผู้ป่วยซึมเศร้าแบบผู้ป่วยในจะมีค่าต้นทุนต่ำกว่าผู้ป่วยในที่ป่วยด้วยโรคทางจิตเวชอื่นๆ แต่มีค่าสูงกว่าต้นทุนการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแบบบริการผู้ป่วยนอกมาก ดังนั้นควรส่งเสริมป้องกันการเกิดโรคและพยายามลดความรุนแรงของโรค ซึ่งเป็นวิธีที่สามารถลดความสูญเสียทรัพยากรในการรักษาผู้ป่วยลงได้

คำสำคัญ : ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ต้นทุนการบริการ

* โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต

** ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธนบุรี



Depression care cost in Thai public service settings

Kittiwan Thiamkaew, M.D.*

Bupawan Phuaphanprasert, M.B.A.*

Suwat Mahatnirunkul, M.D.*

Supasit Pannarumothai, Ph.D.**

Abstract

Objective: This study was to investigate the service cost of depressed patients in Thai public hospitals.

Materials and methods: This retrospective study was surveyed from the service providers' point of views by collecting patients' data, using only principle diagnosis with ICD-10 code F 32-33, from public hospitals from 2002-2005.

Results: There were 988 public psychiatric hospitals in Thailand, but only 13-17 were registered under the public health department. In addition, our study revealed that there were 2,490 depressive disorders inpatients cases each year, having material cost and full cost of 2,496 and 8,737 Baht per case or 149 and 457 Baht per day, respectively. Depressed outpatient accounted for 38,851 cases a year, having material cost and full cost of 73 and 346 Baht per case, respectively. Both aggregate material cost and full cost were 6,607,150 and 25,008,658 Baht per annum, respectively.

Conclusion: The results of this study identified that depressed psychiatric patients accounted for a small portion, compared to abundant cases reported from previous other studies. Data collection system, data record pattern, service system, and accessibility to services from patients should be developed and improved. The cost of depressed inpatients was comparatively very high to depressed outpatients therefore minimizing disease and declining severity of disease should be considered as a direction to alleviate resource losses. We believe that this study has been useful as a preliminary guide for planning and determining Thai's health policy for depressed cases.

Key words : depression, unit costs

* Suanprung Psychiatric Hospital, Depression of Mental Health

** Centre for Health Equity Monitoring, Faculty of Medicine, Naresuan University

บทนำ

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในปัจจุบันและคาดว่าจะเป็โรคที่มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และก่อให้เกิดความสูญเสียที่รุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะด้านสังคม เศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิตในอนาคต จากการที่อัตราป่วยด้วยโรคซึมเศร้ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จากรายงานการศึกษาขององค์การอนามัยโลก¹ ที่คาดการณ์ภาระของโรค (Burden of disease) ซึมเศร้าได้เปลี่ยนแปลงอันดับของโรคที่มีอันดับที่ 4 ในปี พ.ศ. 2533 มาเป็นอันดับที่ 2 ในปี พ.ศ. 2543 ซึ่งคาดว่าจะก่อให้เกิดความสูญเสียด้านต่างๆ ต่อประชากรโลกเป็นเท่าตัว

ผลการศึกษาความชุกของโรคซึมเศร้าในเวชปฏิบัติที่ได้รับการกล่าวถึงมากที่สุดคือการศึกษาขององค์การอนามัยโลกที่รายงานว่า ในเวชปฏิบัติปฐมภูมิของผู้ป่วยทั่วไปมีร้อยละ 10.4 เป็นโรคซึมเศร้า² สำหรับประเทศกำลังพัฒนาความชุกของโรคนี้ในผู้ป่วยนอกของสถานพยาบาลปฐมภูมิอาจสูงถึงร้อยละ 30^{3,4} โดยที่มากกว่าครึ่งของผู้ป่วยโรคซึมเศร่าดังกล่าวมีการป่วยแบบเรื้อรัง นอกจากนั้นยังมีการศึกษาเกี่ยวกับความชุกของโรคซึมเศร้าอื่นๆ แต่เป็นการศึกษาความชุกของโรคในชุมชน เช่น การสำรวจความชุกของโรคจิตเวชในประเทศไทยปี 2546⁶

สำหรับประเทศไทยพบว่าข้อมูลบริการและความรู้ด้านต้นทุนการรักษผู้ป่วยยังมีไม่มากนักโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคซึมเศร่าดังนี้

การศึกษาด้นทุนบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร่าจึงเป็นแนวทางหนึ่งที่จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการวางแผนและจัดสรรทรัพยากรด้านการบริการที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดได้ คณะผู้วิจัยจึงศึกษาการบริการ ลักษณะทางคลินิก ต้นทุนบริการ และคาดการณ์ต้นทุนผู้ป่วยโรคซึมเศร่าในสถานพยาบาลภาครัฐของประเทศไทยเพื่อให้ได้ข้อมูลสำหรับการวางแผนและกำหนดนโยบายสุขภาพจิตของผู้ป่วยซึมเศร่าในประเทศไทย ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาประสิทธิภาพและคุณภาพบริการ ตลอดจนก่อให้เกิดความเป็นธรรมทั้งต่อผู้รับและผู้ให้บริการต่อไป

วัสดุและวิธีการ

การศึกษาเชิงพรรณนา เป็นการศึกษาย้อนหลัง ในทัศนะของผู้ให้บริการ

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มารับบริการสถานพยาบาลภาครัฐของประเทศไทยระหว่างปี 2545 ถึง ปี 2548 ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร่าตามเกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก (ระบบ ICD-10 รหัส F32-F33)⁷ ดึงภาคผนวกโดยข้อมูลได้จากหลายแหล่ง ดังนี้

- ข้อมูลผู้ป่วยนอก ปี 2545 และปี 2546 จากศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ⁸

- ข้อมูลผู้ป่วยนอก ปี 2548 จากกรมสุขภาพจิต⁹

- ข้อมูลผู้ป่วยใน ปี 2547 และปี 2548 จากศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ^{10,11}

- ข้อมูลผู้ป่วยในและผลการคำนวณต้นทุนจากการศึกษาทางเลือกในการจัดสรรงบประมาณตามกลุ่มโรคร่วมของผู้ป่วยจิตเวชของประเทศไทย ปี 2549¹²

การคาดการณ์ต้นทุนบริการผู้ป่วยซึมเศร้าในภาพรวมครั้งนี้เป็นการประมาณขนาดบริการและต้นทุนอย่างหยาบ ค่าเงินได้จาก ขนาดบริการแบบบริการเฉลี่ยต่อปีของผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก คูณด้วย สัดส่วนการให้บริการของผู้ป่วยซึมเศร้าของผู้ป่วยในหรือของผู้ป่วยนอกนั้นๆ จากนั้นนำขนาดบริการที่ได้ (ประมาณการณขนาดบริการทั้งแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก) มาคูณกับ ต้นทุนบริการเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น ทำให้ได้มูลค่าคาดการณ์ต้นทุนบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแบบบริการผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และภาพรวม

ผล

การบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ประเทศไทยมีสถานพยาบาลของรัฐบาลให้บริการทั่วประเทศประมาณเกือบพันแห่ง จำแนกเป็นสถานพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข 13 แห่งในปี

2547 และเพิ่มเป็นจำนวน 17 แห่งในปี 2548 และนอกจากนั้นเป็นสถานพยาบาลนอกสังกัดกรมสุขภาพจิตจำนวน 965 แห่งในปี 2547 และจำนวน 971 แห่งในปี 2548

สถานพยาบาลนอกสังกัดกรมสุขภาพจิตมีการให้บริการแบบผู้ป่วยนอกทั่วประเทศจำนวน 39,149,945 รายในปี 2545 ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยในทางจิตเวชที่มีวินิจฉัยโรคหลักตาม ICD-10 รหัส F ทั้งหมดจำนวน 763,432 รายในปี 2545 และจำนวน 738,621 รายในปี 2546 คิดเป็นร้อยละ 1.95 และร้อยละ 2.14 ตามลำดับ และมีบริการผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีวินิจฉัยโรคหลักตาม ICD-10 รหัส F32-F33 จำนวน 17,980 รายในปี 2545 และ 20,666 รายในปี 2546 คิดเป็นร้อยละ 2.36 และร้อยละ 2.80 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด⁸

ส่วนข้อมูลจากการศึกษาด้านทุนบริการสุขภาพจิตของพระเทพ ศิริวนารังสรรค์ และคณะ¹³ และ อนุก สุภรัตนันท์และคณะ¹⁴ พบว่าสถานพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิตมีการให้บริการผู้ป่วยทั้งหมด โดยมีได้จำแนกตามกลุ่มโรค จัดเป็นบริการแบบผู้ป่วยนอกจำนวน 656,307 รายในปี 2543 และจำนวน 853,372 รายในปี 2547 ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผู้ป่วยซึมเศร้าที่มาใช้บริการแบบผู้ป่วยนอก ของสถานพยาบาลภาครัฐในประเทศไทย

	สถานพยาบาลนอกกรมสุขภาพจิต		สถานพยาบาลในกรมสุขภาพจิต	
	ปี 2545 ¹	ปี 2546 ¹	ปี 2543 ²	ปี 2547 ³
จำนวนผู้ป่วยนอกทั้งหมด (ราย)	39,149,945	34,505,855	656,307	853,372
จำนวนผู้ป่วยในจิตเวช	763,432 ราย	738,621 ราย	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
- ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชต่อผู้ป่วยทั้งหมด	1.95	2.14	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
จำนวนผู้ป่วยในซึมเศร้า	17,980 ราย	20,666 ราย	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
- ร้อยละของผู้ป่วยซึมเศร้าต่อผู้ป่วยจิตเวช	2.36	2.80	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ

แหล่งข้อมูล: ¹ = ข้อมูลจากศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ^{6,10,11}

² = ข้อมูลจากการศึกษาของพรเทพ ศิริวนาวันสรศักดิ์และคณะ¹³

³ = ข้อมูลจากการศึกษาของเอนก สุกิรินันท์และคณะ¹⁴

สถานพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต มีการให้บริการแบบผู้ป่วยในทั่วประเทศจำนวน 4,658,397 รายในปี 2547 และจำนวน 5,370,797 รายในปี 2548 ในจำนวนนี้จัดเป็นผู้ป่วยในทางจิตเวชที่มีวินิจฉัยโรคหลักตาม ICD-10 รหัส F ทั้งหมดจำนวน 79,335 รายในปี 2547 และจำนวน 92,965 รายในปี 2548 หรือคิดเป็นร้อยละ 1.70 และร้อยละ 1.73 ของจำนวนผู้ป่วยในทั้งหมด

กลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีวินิจฉัยโรคหลักตาม ICD-10 รหัส F32-F33 พบว่ามีจำนวน 2,820 รายในปี 2547 และจำนวน 3,307 รายในปี 2548 หรือคิดเป็นร้อยละ 3.55 และร้อยละ 3.56 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด โดยสถานพยาบาลนอกสังกัดกรมสุขภาพจิตให้บริการผู้ป่วยซึมเศร้าแบบผู้ป่วยในมากกว่าสถานพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผู้ป่วยซึมเศร้าที่มาใช้บริการแบบผู้ป่วยใน ของสถานพยาบาลภาครัฐในประเทศไทย

	สถานพยาบาล ปี 2547			สถานพยาบาล ปี 2548		
	นอกกรมสุขภาพจิต	ในกรมสุขภาพจิต	รวม	นอกกรมสุขภาพจิต	ในกรมสุขภาพจิต	รวม
จำนวนสถานพยาบาล	965 แห่ง	16 แห่ง	981 แห่ง	971 แห่ง	17 แห่ง	988 แห่ง
จำนวนผู้ป่วยใน (ราย)	4,608,048	50,349	4,658,397	5,316,928	53,869	5,370,797
จำนวนผู้ป่วยในจิตเวช (ราย)	55,807	23,528	79,335	58,067	34,898	92,965
- ผู้ป่วยจิตเวชต่อผู้ป่วยทั้งหมด	0.12%	4.67%	1.70%	0.11%	6.48%	1.73%
จำนวนผู้ป่วยในซึมเศร้า (ราย)	2,132	688	2,820	2,281	1,026	3,307
- ผู้ป่วยซึมเศร้าต่อผู้ป่วยจิตเวช	3.82%	2.92%	3.55%	3.93%	2.94%	3.56%

ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ผู้ป่วยใน

ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง โดยผู้ป่วยของสถานพยาบาลนอกสังกัดกรมสุขภาพจิตมีสัดส่วนเพศหญิงในปี 2547 คิดเป็นร้อยละ 72.5 และปี 2548 คิดเป็นร้อยละ 72.4 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 45.8 ปีในปี 2547 และ 45.6 ปีในปี 2548 มีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลต่อรายเฉลี่ยเท่ากับ 5.9 วันในปี 2547 และ 4.7 วันในปี 2548 ส่วนใหญ่มีวินิจฉัยโรคหลักในกลุ่มอารมณ์ซึมเศร้าที่เกิดขึ้นซ้ำ จากสาเหตุที่ไม่ได้ระบุ (F329: Depressive episode, unspecified) คิดเป็นร้อยละ 56.9 ในปี 2547 และ 61.0 ในปี 2548 รองลงมาคือกลุ่มอารมณ์ซึมเศร้าชั่วคราว รุนแรง แต่ไม่มีอาการโรคจิต (F322: Severe depressive episode without psychotic symptom) คิดเป็นร้อยละ 20.4 ในปี 2547 และ 19.8 ในปี 2548

ในขณะที่สถานพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิตสัดส่วนเพศหญิงในปี 2547 คิดเป็นร้อยละ 65.6 และปี 2548 คิดเป็นร้อยละ 63.1 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 40.0 ปีในปี 2547 และ 41.2 ปีในปี 2548 มีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลต่อรายเฉลี่ยเท่ากับ 18.2 วันในปี 2547 และ 20.7 วันในปี 2548 ส่วนใหญ่มีวินิจฉัยโรคหลักในกลุ่มอารมณ์ซึมเศร้าชั่วคราว รุนแรง และมีอาการโรคจิต (F323: Severe depressive episode with psychotic symptom) คิดเป็นร้อยละ 32.3 ในปี 2547 และร้อยละ 36.5 ในปี 2548 รองลงมาคือกลุ่มอารมณ์ซึมเศร้าชั่วคราว รุนแรง แต่ไม่มีอาการโรคจิต (F322: Severe depressive

episode without psychotic symptom) คิดเป็นร้อยละ 24.9 ในปี 2547 และร้อยละ 28.9 ในปี 2548

ผู้ป่วยนอก

ผู้ป่วยนอกของสถานพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิตปี 2548 ส่วนใหญ่มีวินิจฉัยโรคหลักในกลุ่มอารมณ์ซึมเศร้าที่เกิดขึ้นซ้ำ กำลังเกิดขึ้นรุนแรง ไม่มีอาการโรคจิต (F332: Recurrent depressive disorders, current episode severe without psychotic symptom) คิดเป็นร้อยละ 29.8 รองลงมาคือกลุ่มอารมณ์ซึมเศร้าที่กลับเป็นใหม่ กำลังเกิดขึ้น อาการปานกลาง (F331: Recurrent depressive disorders, current episode moderate) คิดเป็นร้อยละ 18.3 และกลุ่มอารมณ์ซึมเศร้าชั่วคราว รุนแรง แต่ไม่มีอาการโรคจิต (F322: Severe depressive episode without psychotic symptom) คิดเป็นร้อยละ 15.8

ในขณะที่ข้อมูลการให้บริการของสถานพยาบาลนอกสังกัดกรมสุขภาพจิตในปี 2545 และปี 2546 พบว่า ผู้ป่วยนอกซึมเศร้าส่วนใหญ่มีวินิจฉัยโรคหลักในกลุ่มอารมณ์ซึมเศร้าที่เกิดขึ้นซ้ำ จากสาเหตุที่ไม่ได้ระบุ (F329: Depressive episode, unspecified) คิดเป็นร้อยละ 77.8 ในปี 2545 และร้อยละ 52.8 ในปี 2546

ต้นทุนการรักษาผู้ป่วยซึมเศร้า

การศึกษาครั้งนี้วิเคราะห์ต้นทุนเพิ่มเติมจากข้อมูลของการศึกษาทางเลือกในการจัดสรรงบประมาณผู้ป่วยจิตเวชของประเทศไทย ตามกลุ่มโรคร่วม 12 ประมวลผลเฉพาะผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีรหัสวินิจฉัยโรคหลักในหมวด F32-

F33 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจาก โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาและ โรงพยาบาลสวนปรุง ในปี 2547 เป็นการคำนวณต้นทุนตามกิจกรรม (Activity-Based Costing) กระจายต้นทุนทางอ้อม (Indirect cost) ไปสู่กิจกรรมด้วยวิธีสมการเส้นตรง (Simultaneous equation method)

ผลการคำนวณพบว่าผู้ป่วยในโรคซึมเศร้า มีจำนวนวันนอน โรงพยาบาลเฉลี่ยเท่ากับ 21 วันต่อราย มีต้นทุนวัสดุเท่ากับ 149 บาท

ต่อวัน หรือคิดเป็นต้นทุนรวมเท่ากับ 457 บาทต่อราย ในขณะที่บริการผู้ป่วยนอกมีค่าต้นทุนวัสดุเท่ากับ 346 บาทต่อราย หรือคิดเป็นต้นทุนรวมเท่ากับ 73 บาทต่อราย

การคำนวณต้นทุนบริการผู้ป่วยซึมเศร้า

การให้บริการผู้ป่วยซึมเศร้าในประเทศไทยโดยประมาณขนาดในเบื้องต้นได้ ผลการคำนวณดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การคำนวณต้นทุนบริการผู้ป่วยซึมเศร้า ของสถานพยาบาลภาครัฐในประเทศไทย

ประเภทของบริการ	บริการผู้ป่วยจิตเวช	บริการผู้ป่วยซึมเศร้า
บริการผู้ป่วยในซึมเศร้า		
สถานพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต		
คาดการณ์จำนวนผู้ป่วยใน	29,213 รายต่อปี	856 รายต่อปี
คาดการณ์จำนวนวันนอนโรงพยาบาล	1,802,597 วันต่อปี	16,648 วันต่อปี
คาดการณ์มูลค่าต้นทุนรวม		7,608,159 บาทต่อปี
คาดการณ์มูลค่าต้นทุนวัสดุ		2,480,560 บาทต่อปี
สถานพยาบาลนอกสังกัดกรมสุขภาพจิต		
คาดการณ์จำนวนผู้ป่วยใน	56,937 รายต่อปี	1,634 รายต่อปี
คาดการณ์จำนวนวันนอนโรงพยาบาล		8,661 วันต่อปี
คาดการณ์มูลค่าต้นทุนรวม		3,957,934 บาทต่อปี
คาดการณ์มูลค่าต้นทุนวัสดุ		1,290,442 บาทต่อปี
ต้นทุนรวม ทั้งแบบผู้ป่วยในและนอก ของสถานพยาบาลใน สังกัดกรมสุขภาพจิต		11,566,093 บาทต่อปี
ต้นทุนวัสดุ ทั้งแบบผู้ป่วยในและนอก ของสถานพยาบาลนอกสังกัดกรมสุขภาพจิต		3,771,002 บาทต่อปี
บริการผู้ป่วยนอกซึมเศร้า		
สถานพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต		
คาดการณ์จำนวนผู้ป่วยนอก	754,840 รายต่อปี	19,475 รายต่อปี
คาดการณ์มูลค่าต้นทุนรวม		6,738,301 บาทต่อปี
คาดการณ์มูลค่าต้นทุนวัสดุ		1,421,665 บาทต่อปี
ผู้ป่วยนอกซึมเศร้าของสถานพยาบาลนอกกรมสุขภาพจิต		
คาดการณ์จำนวนผู้ป่วยนอก	751,027 รายต่อปี	19,376 รายต่อปี
คาดการณ์มูลค่าต้นทุนรวม		6,704,263 บาทต่อปี
คาดการณ์มูลค่าต้นทุนวัสดุ		1,414,483 บาทต่อปี
ต้นทุนรวม ทั้งแบบผู้ป่วยในและนอก ของสถานพยาบาลใน สังกัดกรมสุขภาพจิต		13,442,565 บาทต่อปี
ต้นทุนวัสดุ ทั้งแบบผู้ป่วยในและนอก ของสถานพยาบาลนอกสังกัดกรมสุขภาพจิต		2,836,148 บาทต่อปี

วิจารณ์

ผู้ป่วยซึมเศร้าที่มาใช้บริการแบบผู้ป่วยในของสถานพยาบาลของรัฐของประเทศไทยมีสัดส่วนร้อยละ 1-2 ของผู้ป่วยในจิตเวชทั้งหมด ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับความชุกของโรคซึมเศร้าที่มีมากและมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ถือได้ว่าเป็นสัดส่วนการใช้บริการที่น้อยมาก ซึ่งอาจเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น การบันทึกข้อมูลการใช้บริการที่คลาดเคลื่อน ผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการน้อยกว่าที่ควร การวินิจฉัยคลาดเคลื่อน เป็นต้น ดังนั้นแนวทางแก้ไขคือการพัฒนาระบบจัดเก็บและบันทึกข้อมูล และพัฒนาระบบบริการให้บุคลากรมีทักษะในการวินิจฉัยโรค การเข้าถึงระบบบริการเป็นไปอย่างสะดวก

ผู้ป่วยซึมเศร้าในการศึกษานี้ส่วนมากเป็นผู้ป่วยเพศหญิง ในสถานพยาบาลในสังกัด

กรมสุขภาพจิตผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 40-41 ปี และมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาล 18-20 วันต่อราย ในขณะที่สถานพยาบาลนอกสังกัดกรมสุขภาพจิตผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 46 ปี และมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาล 5 วันต่อราย

ผลการศึกษานี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง^{8,9,12-16} (ดังตารางที่ 4) กล่าวคือ กลุ่มผู้ป่วยในการศึกษาทางเลือกในการจัดสรรงบประมาณผู้ป่วยจิตเวชของประเทศไทยตามกลุ่มโรคร่วม⁸ ที่ทำการศึกษาต้นทุนตามกิจกรรมของผู้ป่วยซึมเศร้าของโรงพยาบาลสวนปรุงและโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาปี 2547 มีค่าต้นทุนรวมของบริการผู้ป่วยในซึมเศร้าเฉลี่ยเท่ากับ 8,738 บาทต่อราย หรือ 457 บาทต่อวัน ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาที่เกี่ยวข้องแล้วพบว่ามีความต้นทุนน้อยกว่าในการศึกษาอื่นๆ

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบต้นทุนการรักษานี้ผู้ป่วยจิตเวช

	การศึกษาที่ 1	การศึกษาที่ 2	การศึกษาที่ 3	การศึกษาที่ 4
ผู้วิจัย	พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และคณะ ^๕	อนเนก สุگیرนันท์ และคณะ ^๖	หทัยชนนี บุญเจริญ ^๗	บุปผวรรณ พัวพันธ์ประเสริฐ ^๘
ประเภทผู้ป่วย	ผู้ป่วยจิตเวช	ผู้ป่วยจิตเวช	ผู้ป่วยซึมเศร้า	ผู้ป่วยซึมเศร้า
กลุ่มตัวอย่าง	สถานพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต	สถานพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต	โรงพยาบาลรามารับดี	รพ.สวนปรุง, รพ.จิตเวชนครราชสีมา
ระยะเวลา	ปี 2543	ปี 2547	ปี 2543	ปี 2547
วิธีคำนวณต้นทุน	วิธีดั้งเดิม	วิธีดั้งเดิม	วิธีดั้งเดิม	วิธีตามกิจกรรม

ตารางที่ 4 (ต่อ) การเปรียบเทียบต้นทุนการรักษาผู้ป่วยจิตเวช

	การศึกษาที่ 1	การศึกษาที่ 2	การศึกษาที่ 3	การศึกษาที่ 4
บริการผู้ป่วยใน				
- จำนวนวันนอน	31 วันต่อราย	38 วันต่อราย	13 วันต่อราย	21 วันต่อราย
- ต้นทุนรวม	19,632 บาทต่อราย	20,438 บาทต่อราย	19,495 บาทต่อราย	8,738 บาทต่อราย
	513 บาทต่อวัน	656 บาทต่อวัน	1,489 บาทต่อวัน	457 บาทต่อวัน
- ต้นทุนวัสดุ				2,946 บาทต่อราย
	-	-	~ 141 บาทต่อวัน	149 บาทต่อวัน
บริการผู้ป่วยนอก				
- ต้นทุนรวม	529 บาทต่อราย	599 บาทต่อราย	-	346 บาทต่อราย
- ต้นทุนวัสดุ	-	-	-	73 บาทต่อราย

สรุป

การศึกษานี้แสดงให้เห็นภาพความแตกต่างของการให้บริการระหว่างสถานพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิตและสถานพยาบาลนอกสังกัดกรมสุขภาพจิต (โรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ฯลฯ) ซึ่งสถานพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิตมีส่วนจำนวนผู้ป่วยซึมเศร้ามาใช้บริการน้อยกว่า ทั้งจำนวนรวมผู้ป่วย ประเภทผู้ป่วย วันนอนโรงพยาบาล และต้นทุนการศึกษา โดยที่ต้นทุนการรักษาผู้ป่วยซึมเศร้าแบบผู้ป่วยในมีมูลค่าสูงกว่าต้นทุนการรักษาแบบผู้ป่วยนอกมาก

ดังนั้นการณรงค์ส่งเสริมป้องกันโรคซึมเศร้าตลอดจนการลดความรุนแรงของการเกิดโรคซึมเศร้า จะลดสัดส่วนการเพิ่มขึ้น

ของการเปลี่ยนสถานะจากผู้ป่วยนอกมาเป็นผู้ป่วยใน ซึ่งสามารถลดความสูญเสียทรัพยากรในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ทั้งในด้านส่วนบุคคลและส่วนรวม

ข้อจำกัดของการศึกษา

ข้อมูลผู้ป่วยเป็นข้อมูลเฉพาะผู้ป่วยที่มาใช้บริการสถานพยาบาลของภาครัฐในประเทศไทยเท่านั้น ไม่ครอบคลุมภาคเอกชนหรือการรักษาทางเลือกอื่น และส่วนใหญ่เป็นข้อมูลทุติยภูมิจึงอาจเกิดความคลาดเคลื่อนได้ สำหรับการคำนวณต้นทุนเป็นการวิเคราะห์ทางบัญชี มิใช่ต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ จึงไม่ครอบคลุมต้นทุนทั้งหมดที่เกี่ยวข้องเป็นต้นทุนการขาดงาน ต้นทุนความเจ็บป่วย ต้นทุนการเดินทาง เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

ควรส่งเสริมให้มีการศึกษาด้านทุนทางเศรษฐกิจของบริการผู้ป่วยซึมเศร้าเพื่อให้ทราบขนาดต้นทุนบริการที่แท้จริง การประเมินทางเศรษฐศาสตร์วิเคราะห์ เช่น การวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผล (Cost-effectiveness analysis), การวิเคราะห์ต้นทุน-ผลประโยชน์ (Cost-benefit analysis), การวิเคราะห์ต้นทุนอรรถประโยชน์ (Cost-utility analysis) เป็นต้น เพื่อประโยชน์ในการวางแผนและกำหนดนโยบายสุขภาพจิตสำหรับผู้ป่วยซึมเศร้าต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จได้จากความร่วมมือของหลายฝ่าย โดยได้รับทุนสนับสนุนจากกรมสุขภาพจิต ได้รับความอนุเคราะห์ข้อมูลจากศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ได้รับคำชี้แนะเป็นอย่างดีจาก พญ. อรวรรณ ศิลปกิจ

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. The World Health Report: 2001: Mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization; 2001.
- Satorius N, Ustun TB, Lecrubier Y, Wittchen H-U. Depression comorbid with anxiety: results from the WHO study on psychological disorders in primary health care. Br J Psychiatry 1996; 168 (suppl30): 38-43.
- Patel V, Abas M, Broadhead J, Todd C, Reeler AP. Depression in developing countries; lessons from Zimbabwe. BMJ 2001; 322:482-4.
- Patel V, Pereira J, Coutinho L, Fernandes R, Fernandes J, Mann A. Poverty, psychological disorder and disability in primary care attenders in Goa, India. Br J Psychiatry 1998; 171:533-6.
- Patel V, Todd CH, Winston M, Gwanzura F, Simunya E, Acuda W and Mann A. The outcome of common mental disorders in Harare, Zimbabwe. Br J Psychiatry 1998; 172:53-7.
- พรเทพ ศิริวนรังสรรค์, ธรินทร์ กองสุข, สุวรรณอรุณพงศ์ไพศาล, พันธน์ภาติดิรัตน์ไพฑูย์, อัจฉรา จรัสสิงห์. ความชุกของโรคจิตเวชในประเทศไทย: การสำรวจระดับชาติปี 2546. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2547; 12:177-88.
- องค์การอนามัยโลกเจนีวา. ICD-10 บัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ. นนทบุรี: ส่วนข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข 2541.
- นิลวรรณ อยู่กักดีและศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย. กลุ่มโรคร่วมผู้ป่วยนอก: ความเป็นไปได้จากฐานข้อมูลประกันสุขภาพของประเทศไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2549; 14: 233-242.
- ศูนย์สารสนเทศ. รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต. นนทบุรี: กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต; 2549.
- ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ. รายงานผลการวิเคราะห์ข้อมูลการรับบริการผู้ป่วยในตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมฉบับที่ 3.5 ปีงบประมาณ 2547. พิษณุโลก: ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2547.
- ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ. รายงานผลการวิเคราะห์ข้อมูลการรับบริการผู้ป่วยในตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมฉบับที่ 3.5 ปีงบประมาณ

2548. พิชญ โลก: ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธนเรศวร; 2548.
12. บุปผวรรณ พัวพันธ์ประเสริฐ. รายงานวิจัยทางเลือกในการจัดสรรงบประมาณผู้ป่วยจิตเวชของประเทศไทย ตามกลุ่ม โรคร่วม. พิชญ โลก: ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธนเรศวร; 2544.
13. พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, ดุสิต ลิขณะพิจิตรกุล, สมชาย จักรพันธุ์. ต้นทุนต่อหน่วยงานบริการสุขภาพจิตกรมสุขภาพจิต. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2547; 12:189-98.
14. เอนก สุภีนันท์, บุปผวรรณ พัวพันธ์ประเสริฐ, สุวัฒน์ มหัตถนิรันดร์กุล. ต้นทุนต่อหน่วยงานบริการสุขภาพจิตกรมสุขภาพจิตปี 2547. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2549.
15. หทัยชนนี บุญเจริญ. การศึกษาต้นทุนในการให้บริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลรามาริบัติ. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติมหาวิทยาลัยมหิดล; 2546.
16. อรวรรณ ศิลปกิจ. ต้นทุนและประสิทธิภาพการดำเนินงานโรงพยาบาลศรีธัญญา: วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย; 2546.

ภาคผนวก วินิจฉัยโรคหลักของผู้ป่วยซึมเศร้า ตามระบบ ICD-10

รหัส	ความหมาย
F32	อารมณ์ซึมเศร้าชั่วคราว (Depressive episode)
F320	อารมณ์ซึมเศร้าชั่วคราว ไม่รุนแรง (Mild depressive episode)
F321	อารมณ์ซึมเศร้าชั่วคราว ปานกลาง (Moderate depressive episode)
F322	อารมณ์ซึมเศร้าชั่วคราว รุนแรง แต่ไม่มีอาการ โรคจิต (Severe depressive episode without psychotic symptoms)
F323	อารมณ์ซึมเศร้าชั่วคราว รุนแรง และมีอาการ โรคจิต (Severe depressive episode with psychotic symptoms)
F328	อารมณ์ซึมเศร้าชั่วคราว แบบอื่น (Other depressive episodes)
F329	อารมณ์ซึมเศร้าชั่วคราว จากสาเหตุที่ไม่ได้ระบุรายละเอียด (Depressive episode, unspecified)
F33	อาการซึมเศร้าซ้ำ (Recurrent depressive disorder)
F330	อารมณ์ซึมเศร้าที่เกิดขึ้นซ้ำ กำลังเกิดขึ้น ไม่รุนแรง (Recurrent depressive disorder, current episode mild)
F331	อารมณ์ซึมเศร้าที่กลับเป็นใหม่ กำลังเกิดขึ้น อาการปานกลาง (Recurrent depressive disorder, current episode moderate)
F332	อารมณ์ซึมเศร้าที่เกิดขึ้นซ้ำ กำลังเกิดขึ้น รุนแรง ไม่มีอาการ โรคจิต (Recurrent depressive disorder, current episode severe without psychotic symptoms)
F333	อารมณ์ซึมเศร้าที่เกิดขึ้นซ้ำ กำลังเกิดขึ้น รุนแรง และมีอาการ โรคจิต (Recurrent depressive disorder, current episode severe with psychotic symptoms)
F334	อารมณ์ซึมเศร้าที่เกิดขึ้นซ้ำ ระยะหาย (Recurrent depressive disorder, currently in remission)
F338	อารมณ์ซึมเศร้าที่เกิดขึ้นซ้ำ แบบอื่นๆ (Other recurrent depressive disorders)
F339	อารมณ์ซึมเศร้าที่เกิดขึ้นซ้ำ จากสาเหตุที่ไม่ได้ระบุรายละเอียด (Recurrent depressive disorder, unspecified)