

การเปรียบเทียบรูปแบบและต้นทุนการจัดบริการสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
ระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอนไปยังองค์การปกครอง
ส่วนท้องถิ่นในเครือข่ายบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลลำปาง

A Comparative Study on Service Models and Health Care Costs in Palliative Care
between Transferred and Non-Transferred Subdistrict Health Promoting Hospitals to
Local Administrative Organizations in the Primary Care Network of Lampang Hospital

วันวิสาข์ เทียมเย็น¹, นกษา สิงห์วีระธรรม^{2*}, พัลลภ เชี่ยวชัยสกุล²

Wanwisa Tiemyen¹, Noppcha Singweratham^{2*}, Pallop Siewchaisakul²

¹โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่าเทียง จังหวัดลำปาง, ²คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

¹Ban Pa Hiang Tumbon Health Promotion Hospital, Lampang Province,

²Faculty of Public Health Chiang Mai University

(Received: March 16, 2025; Revised: June 13, 2025; Accepted: June 13, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมวิธีมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์และรูปแบบ 2) เปรียบเทียบต้นทุนการจัดบริการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอนไปองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลลำปาง ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และรูปแบบการจัดบริการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ในผู้รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 11 คน โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกด้วยแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ขั้นตอนที่ 2 การเปรียบเทียบต้นทุนการจัดบริการ ศึกษาข้อมูลต้นทุนการจัดบริการและต้นทุนผู้ป่วยระดับรายบุคคล ประกอบด้วย ต้นทุนค่าแรง ค่าวัสดุ และค่าครุภัณฑ์ ปีงบประมาณ 2567 โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลต้นทุนวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ผลการวิจัยพบว่า

1. นโยบายการจัดบริการ การรับส่งต่อข้อมูลการให้บริการ บุคลากร การเบิกยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา ผู้ป่วยประคับประคองเป็นไปในทิศทางเดียวกันระหว่างระหว่าง รพ.สต. ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอนไป อปท. ทั้งนี้แม้ว่า ในช่วงแรกของการถ่ายโอนยังพบปัญหาด้านการประสานงาน แต่เมื่อมีการทำบันทึกข้อตกลง (MOU) ระดับจังหวัด ทำให้การประสานงาน มีความคล่องตัวมากขึ้น

2. กิจกรรมเยี่ยมบ้านผู้ป่วยประคับประคองจำนวน 148 คน อายุเฉลี่ย 71 ปี เป็นผู้ป่วยมีโรคเรื้อรังระดับปานกลาง ไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม รพ.สต. ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอน ต้นทุนรวมเท่ากับ 684,519.51 บาท มีต้นทุนค่าแรง ค่าลงทุน ค่าวัสดุ ร้อยละ 98.11, 1.59 และ 0.30 ตามลำดับ ต้นทุนผู้ป่วยต่อคน เท่ากับ 4,625.13 บาท ต้นทุนต่อครั้ง เท่ากับ 3,259.62 บาท และพบต้นทุนการให้บริการผู้ป่วยในยากลุ่มเสพติดที่ใช้ในการบรรเทาอาการปวดมีต้นทุนสูงสุด เท่ากับ 7,481.65 ต่อคน

การทราบต้นทุนผู้ป่วยระดับรายบุคคลทำให้เห็นถึงการใช้ทรัพยากรในการจัดบริการ เพื่อเป็นประโยชน์ในการบริหารจัดการทรัพยากรและปรับปรุงรูปแบบการจัดบริการในบริบทของโรงพยาบาลแม่ข่ายในสถานการณ์การถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อปท. ต่อไป

คำสำคัญ: ผู้ป่วยประคับประคอง ต้นทุนการจัดบริการ เครือข่ายบริการปฐมภูมิ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: noppcha.s@cmu.ac.th)

Abstract

This mixed-methods research aimed to: 1) explore the current situation and service models, and 2) compare the costs for palliative care services between Subdistrict Health Promoting Hospitals (SHPHs) that have been transferred or not to a Local Administrative Organizations (LAO) in the primary care network of Lampang Hospital. The study was conducted in two phases. Phase 1 involved examining the situation and service models of palliative care through in-depth interviews, using a semi-structured interview guide with 11 purposively selected palliative care providers. Data were analyzed using content analysis. Phase 2 focused on comparing service costs. Cost data were collected at both the service level and the individual patient level, including labor, materials, and equipment costs for the fiscal year 2024. Data were analyzed and presented using descriptive statistics. The results revealed as follows.

1. The policies, service referral systems, personnel, drug and non-drug supplies for palliative care patients were found to be aligned between transferred and non-transferred SHPHs. Although coordination issues were initially observed after the transfer, the implementation of a province-level Memorandum of Understanding (MOU) improved coordination efficiency.

2. A total of 148 home visit activities were conducted for palliative care patients, with an average patient age of 71 years. Most patients had moderate chronic illnesses, with no significant differences between the transferred and non-transferred groups. The total cost of services was 684,519.51 THB, with labor, capital, and material costs accounting for 98.11%, 1.59%, and 0.30%, respectively. The average cost per patient was 4,625.13 THB, and the cost per visit was 3,259.62 THB. The highest individual service cost was for opioid medications used for pain relief, at 7,481.65 THB per person.

Understanding individual patient-level costs provides insights into resource utilization for service provision, which can support more effective resource management and inform improvements in service models within the context of SHPH transfers to LAOs.

Keywords: Palliative Care Patients, Service Cost, Primary Care Network, Local Administrative Organization

บทนำ

การกระจายอำนาจระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยการปฏิรูปงานและการบริหารจากการบริหารส่วนกลาง ถ่ายโอนไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยเป็นการจัดระเบียบการบริหารของภาครัฐ ซึ่งดำเนินการตามหลักการกระจายอำนาจ (Decentralization) มีการใช้อำนาจที่เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน (Cohen, & Peterson, 1999) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ถือเป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่มีบทบาทในการจัดบริการตามแนวทางที่พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 มีขอบเขตการดำเนินการบริการสาธารณสุขผสมผสาน ทั้งในระดับ บุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากการจัดบริการสาธารณสุขและการแพทย์ เช่น ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (Suppatheerathada, 2020) ในประเทศไทย ปัญหาที่ทำให้การถ่ายโอนไม่เป็นไปตามเป้าหมาย เกิดจากความไม่ชัดเจนในนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข (Netipothi, 2006) โดยกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดหลักเกณฑ์และเงื่อนไขในการประเมินความพร้อมที่สูงเกินไป (Office of the Decentralization to the Local Government Organization Committee, 2021) ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่มีนโยบายในการถ่ายโอนและมีข้อจำกัดเกี่ยวกับการจัดสรรงบประมาณ (Saengmano, Siriwohan, &

Phichai, 2014) อีกทั้งในการถ่ายโอนนั้นประชาชนและชุมชนยังไม่มีส่วนร่วมในกระบวนการถ่ายโอนและการกิจด้านสาธารณสุข (Kulthanmanusorn, Saengruang, & Wanwong, 2012) สภาพปัญหาพื้นที่ที่ถ่ายโอนไปแล้วพบปัญหาเชิงโครงสร้างองค์กรและโครงสร้างพื้นฐาน ประกอบไปด้วย ระบบการบริหารงานบุคคล (Pitayarangsarit, Tosanguan, & Sumalee, 2010) การกำกับติดตาม การบริหาร ที่เกิดจากส่วนราชการขาดการบูรณาการแนวทางการดำเนินงานร่วมกัน (Techaatik, & Nakham, 2010) รวมถึงการกังวลปัญหาการเมืองท้องถิ่น (Kulthanmanusorn, Saengruang, & Wanwong, 2012) ดังนั้นการกระจายอำนาจด้านบริการสาธารณสุขในรูปแบบการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อปท. ถือเป็นจุดเปลี่ยนของระบบสุขภาพในการดูแลสุขภาพของประชาชน

การดูแลแบบประคับประคอง เป็นการดูแลที่มุ่งเน้นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว (Department of Medical Services, 2020) มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจการพยากรณ์ของโรค การรักษา และผลประโยชน์จากความเสี่ยงของการรักษา ช่วยให้ผู้ป่วยและญาติตัดสินใจรับการรักษาได้ดียิ่งขึ้น (Mack, Cronin, Keating, Taback, Huskamp, Malin, et al.) โดยการดูแลแบบประคับประคองจะคำนึงถึงความต้องการและความปรารถนาของผู้ป่วยและครอบครัว การรักษาแบบประคับประคองตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจนถึงช่วงที่ผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต แบบองค์รวมจนถึงวาระสุดท้าย เมื่อกล่าวถึงผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง คนทั่วไปอาจคิดถึงภาพของผู้ป่วยที่หมดหวัง รอความตาย ใกล้เสียชีวิต ไม่สามารถรับการดูแลหรือการรักษาใด ๆ ได้อีก แต่แท้จริงแล้วสามารถช่วยเหลือบรรเทาอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ (Sriratanaban, Singhavira, Kamwong, & Maneechay, 2024) ในปี พ.ศ.2567 ประเทศไทยมีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยประคับประคองและต้องรับแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ทั้งหมด 209,990 ราย (Health Data Center, 2024) โดยเครือข่ายดูแลประคับประคองแห่งประเทศไทย พบความชุกของผู้ป่วยระยะท้ายร้อยละ 18.72 เป็นกลุ่มโรคมะเร็งและโรคเรื้อรังอื่นที่ไม่ใช่มะเร็ง ร้อยละ 55.66 และ 44.44 ตามลำดับ ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการปรึกษาและอยู่ในการดูแลของศูนย์ดูแลประคับประคองเพียงร้อยละ 17 เท่านั้น เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลจากศูนย์ดูแลประคับประคอง พบว่ามีแผนการดูแลล่วงหน้า ร้อยละ 88.7 ในขณะที่กลุ่มที่ไม่มีทีมดูแลประคับประคองพบ ร้อยละ 15.7 ส่งผลให้ผู้ป่วยที่ไม่มีแผนการดูแลล่วงหน้าได้รับการรักษาที่รุกรานและไม่ก่อเกิดประโยชน์สร้างความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยและครอบครัว (Pairojkul, Thongkhamcharoen, Raksasataya, Sorasit, Nakawiro, Sudsa, et al., 2001) และถึงแม้ว่าจะมีการดูแลแบบองค์รวม แต่บุคลากรทางการแพทย์ยังไม่มีความพร้อมหรือความเข้าใจในการนำวิธีการดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ รวมถึงขาดหลักฐานเชิงวิชาการที่จะมาสนับสนุนประเด็นเรื่องความปลอดภัยและประสิทธิภาพของการใช้การดูแลผู้ป่วยประคับประคองมีค่าใช้จ่ายสูง ข้อมูลจากโรงพยาบาลของรัฐและองค์กรชุมชนในประเทศไทยจำนวน 7 แห่ง พบว่า ต้นทุนที่ใช้ในแผนกผู้ป่วยในมีค่าเฉลี่ย 6,451.68 บาทต่อรายต่อวัน ในขณะที่ต้นทุนในการเยี่ยมบ้านมีค่าเฉลี่ย 1,338.57 บาทต่อครั้ง (Vankun, Saramunee, & Chaiyasong, 2021) จะเห็นได้ว่าการดูแลแบบประคับประคองช่วยลดต้นทุนโดยตรงต่อวัน อย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับผู้ป่วยการดูแลแบบปกติ การทราบถึงต้นทุนการจัดบริการจึงมีความสำคัญต่อหน่วยบริการทางการแพทย์เพื่อให้ทราบถึงต้นทุนผู้ป่วยระดับรายบุคคล ต้นทุนต่อหน่วยซึ่งจะทราบถึงลำดับความสำคัญของปัญหาการบริหารจัดการด้านงบประมาณ เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงานขององค์กรและการประเมินความคุ้มค่าทางสาธารณสุข (Chaikledkaew, 2014) และยังพบว่าต้นทุนทางตรงทางการแพทย์ในโรงพยาบาลมีต้นทุนสูง คิดเป็นร้อยละ 52.72 ของต้นทุนรวมต่อราย ซึ่งมากกว่าต้นทุนในการจัดบริการในชุมชน ดังนั้นการศึกษาความชุกของผู้ป่วยแบบประคับประคองอาจช่วยในการประเมินสถานการณ์ความต้องการด้านการดูแลประคับประคองได้ (Keramatikerman, 2020) ช่วยให้สถานบริการด้านสุขภาพดำเนินการบริการรักษาสุขภาพผู้ป่วยแบบองค์รวมครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพไม่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแบบประคับประคอง

โรงพยาบาลลำปางเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายให้กับเครือข่ายบริการปฐมภูมิทั้ง รพ.สต. ที่ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอนไปยัง อปท. มีบทบาทหน้าที่ในการสนับสนุนบุคลากร ยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยากำหนดรูปแบบแนวทางการดูแลสุขภาพประชาชนให้เป็นไปตามมาตรฐาน ปัจจุบันโรงพยาบาลลำปางรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เฉลี่ย 5 ปีย้อนหลัง แบบผู้ป่วยใน (Inpatient Department) จำนวน 388 ราย เฉลี่ย 439 ครั้ง

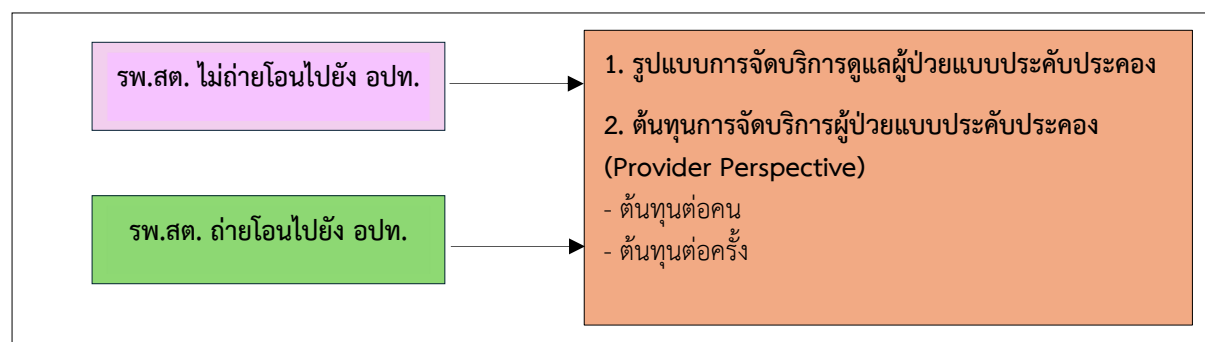
แบบผู้ป่วยนอก (Outpatient Department) 954 ราย เฉลี่ย 3,399 ครั้ง โดยเริ่มดูแลตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย ระยะประคับประคองรหัส ICD-10 (International Classification of Diseases and Related Health Problem 10th Revision) Z51.5 ต่อด้วยการดูแลทั้งในและนอกสถานบริการ จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิตแบบไร้รอยต่อ สถานการณ์การถ่ายโอน รพ.สต. เป็นการเปลี่ยนแปลงการจัดการบริการปฐมภูมิในระบบสุขภาพ (Medical Information Center, 2024) อีกทั้งการทราบต้นทุนการบริการยังมีความสำคัญต่อการพัฒนารูปแบบการจัดการบริการในเครือข่าย บริการปฐมภูมิทั้ง รพ.สต. ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอนไปยัง อปท. การศึกษาครั้งนี้ จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบ การจัดการบริการและเปรียบเทียบต้นทุนในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิโรงพยาบาล ลำปาง โดยมุ่งหวังให้ได้ข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองให้มีคุณภาพ และต่อเนื่องมากยิ่งขึ้น ภายใต้โครงสร้างการบริหารจัดการรูปแบบใหม่ของท้องถิ่นเพื่อให้สามารถเข้าใจถึงผลกระทบ ของการถ่ายโอนบริการต่อการดำเนินงานและต้นทุนในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระดับชุมชนได้ดียิ่งขึ้น ช่วยให้เห็นถึงข้อดีและข้อเสียของการถ่ายโอนบริการ รวมทั้งนำไปสู่การปรับปรุงรูปแบบการจัดการบริการและบริหาร จัดการการสนับสนุนงบประมาณแบบเฉพาะพื้นที่ (Area-Based Budgeting) สำหรับ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนเพื่อลด ความเหลื่อมล้ำในการให้บริการ ซึ่งจะช่วยเสริมสร้างระบบสุขภาพที่เข้มแข็งและยั่งยืนในระยะยาว เพื่อนำผลการวิจัย ไปวางแผนการกำหนดรูปแบบการจัดการบริการผู้ป่วยแบบประคับประคองและการวางแผนบริหารจัดการงบประมาณ ในการจัดการบริการดูแลผู้ป่วยประคับประคองต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ รูปแบบการจัดการบริการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ระหว่าง รพ.สต. ถ่ายโอน และไม่ถ่ายโอนไป อปท. ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลลำปาง
2. เพื่อเปรียบเทียบต้นทุนการบริการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ระหว่าง รพ.สต. ถ่ายโอนและไม่ถ่าย โอนไป อปท. ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลลำปาง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาสถานการณ์ รูปแบบและต้นทุนการบริการที่มีค่าใช้จ่ายเพื่อดูแลผู้ป่วยแบบ ประคับประคอง ในเครือข่ายหน่วยบริการประจำหรือคู่สัญญาบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิโรงพยาบาลลำปาง (Contracting Unit for Primary care: CUP) ทั้งในและนอกสถานบริการ ในมุมมองผู้ให้บริการ (Provider Perspective) ประกอบด้วย รพ.สต. ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอนไปยัง อปท. ในเขตอำเภอเมืองลำปางโดยการศึกษาครั้งนี้จะศึกษาเฉพาะ รูปแบบการบริการของ รพ.ลำปาง ที่เกิดขึ้นจริงเท่านั้น ภาพที่ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Methods) แบบคู่ขนานเข้ากัน (Convergent Parallel Design) (Creswell & Plano Clark, 2018) ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ รูปแบบการจัดบริการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ระหว่าง รพ.สต. ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอนไป อปท. ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลลำปาง ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ โรงพยาบาลแม่ข่าย (รพ.ลำปาง) และ รพ.สต. ที่มีการให้บริการทางสุขภาพในเครือข่ายบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลลำปาง เขตอำเภอเมือง จำนวน 27 แห่ง

กลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) คือ รพ.สต. ที่มีการจัดบริการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จากขนาดเล็ก (S) กลาง (M) และ ใหญ่ (L) อย่างละ 1 แห่ง จากกลุ่ม รพ.สต. ถ่ายโอนและรพ.สต. ไม่ถ่ายโอนกลุ่มละ 3 แห่ง รวมเป็น 6 แห่ง โดยต้องมีผู้จัดการระบบการดูแลและระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager: CM) ผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย 1) ระดับ CUP แพทย์ 1 คน พยาบาล 2 คน 2) ระดับ รพ.สต. ผู้อำนวยการ รพ.สต. แห่งละ 1 คน และพยาบาลผู้รับผิดชอบงานประคับประคอง 1 คน รวม 13 คน การศึกษาครั้งนี้ จะเก็บข้อมูลจนเกิดการอิ่มตัวของข้อมูลที่เกิดจากกลุ่มตัวอย่าง (Data Saturation in Sampling) ตาราง 1

ตาราง 1 แสดงกลุ่มตัวอย่าง

สถานะการถ่ายโอน สถานพยาบาล/รพ.สต.	ขนาด	แพทย์	ผู้ให้ข้อมูล (คน)		รวม
			พยาบาล	ผอ.รพ.สต.	
โรงพยาบาลแม่ข่าย					
1.โรงพยาบาลลำปาง	A	1	2	-	3
กลุ่ม รพ.สต.ถ่ายโอน					
1. รพ.สต.ใหม่จำบอน ตำบลต้นธงชัย	S	-	1	1	2
2. รพ.สต.บ้านท่าซัว ตำบลบ่อแฮ้ว	M	-	1	1	2
3. รพ.สต.บ้านม่วงแงว ตำบลบ่อแฮ้ว	L	-	1	1	2
กลุ่ม รพ.สต. ไม่ถ่ายโอนฯ					
1. รพ.สต.บ้านเสด็จ ตำบลเสด็จ	S	-	1	1	2
2. รพ.สต.บ้านท่าโทก ตำบลทุ่งฝาย	M	-	1	1	2
3. รพ.สต.บ้านต้นธงชัย ตำบลต้นธงชัย	L	-	1	1	2
รวม		1	8	6	13

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-Structured Interview) ใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเชิงลึก (In-depth Interview) ประกอบด้วย แนวคำถามดังนี้ 1) รูปแบบการจัดบริการ 2) ทรัพยากรที่ใช้ในการจัดบริการ 3) ขั้นตอนการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ในเครือข่ายบริการ โรงพยาบาลลำปาง ในมุมมองผู้ให้บริการ

2. เครื่องบันทึกเสียง สมุดจดบันทึก สำหรับจดข้อมูลและแฟ้มข้อมูลของผู้วิจัย สำหรับเก็บข้อมูลที่ได้จากการจำแนก และหมวดหมู่ของข้อมูล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือผ่านการตรวจสอบโดยหาค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย และผู้เชี่ยวชาญด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่าง .67 – 1.00

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการเข้าสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล นัดหมายเวลา และสถานที่ในการสัมภาษณ์ ทั้งนี้ให้เป็นไปตามความประสงค์และความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล

2. ประสานผู้รับผิดชอบงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เพื่อขอนัดสัมภาษณ์ รูปแบบการจัดบริการผู้ป่วยแบบประคับประคอง ในสถานบริการ (รพ.ลำปาง) และนอกสถานบริการในระดับชุมชน (รพ.สต.)

3. เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ให้ข้อมูลสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ครั้งละ 45 – 60 นาที ทั้งนี้หลังการสัมภาษณ์ให้ถอดเทปประเด็นและรวบรวมข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ จัดหมวดหมู่ และวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ประกอบด้วยขั้นตอน การจัดแฟ้ม (Establishing Files) การลงรหัสข้อมูล (Coding the Data) การจัดประเภทของข้อมูล (Identify Unit) การพัฒนาและการสร้างหมวดหมู่ (Developing Categories) การเชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ของหมวดหมู่ (Interpretively Determine Connections) การตรวจสอบความถูกต้อง (Verification) และการสรุปและรายงานการวิจัย (Report) จากนั้นผู้วิจัยทำการปรับปรุงแก้ไขเนื้อหา การเขียนรายงานมีความคิดรวบยอดที่สมบูรณ์ กระชับ ชัดเจน และมีการนำเสนอผลการวิจัยเป็นลักษณะพรรณนา (Descriptive Explanation)

ขั้นตอนที่ 2 เปรียบเทียบต้นทุนการให้บริการในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระหว่าง รพ.สต. ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอนไปยัง อปท. ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลลำปาง

วิธีวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) เป็นการวิเคราะห์ต้นทุนทางบัญชี ในมุมมองของผู้ให้บริการ (Provider Perspective) เป็นการอิงวิธีการพื้นฐานจากแนวทางการคำนวณต้นทุนผลผลิตของงานด้านการบริการสาธารณะของกรมบัญชีกลาง (Office of Public Accounting Standards, 2014) ตามคู่มือการศึกษาต้นทุนหน่วยบริการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (Health Insurance Group, 2013)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ข้อมูลต้นทุนการให้บริการผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลลำปาง ปีงบประมาณ 2567 กลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลต้นทุนการให้บริการและข้อมูลต้นทุนผู้ป่วยระดับรายบุคคลของผู้ป่วยแบบประคับประคอง ที่ถูกวินิจฉัยโดยแพทย์ ICD - 10 รหัส Z51.5 และ Z71.8 (Medical Information Center, 2024) จากฐานข้อมูลทางการแพทย์ โปรแกรม HIS_OPD ระหว่างเครือข่ายบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลลำปาง จำนวน 148 ราย

เครื่องมือในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลต้นทุนทางตรงการดูแลและะย่ายในผู้ป่วยประคับประคองที่บ้าน และกิจกรรมอื่น ๆ โดยแยกแบบบันทึกข้อมูลต้นทุนแยกตามหน่วยต้นทุน (Cost Center) (Riewpaiboon, Kheawcharoen, Batsungnoen, Wongphan, Techakehakij, Singweratham, et al., 2018) ประกอบด้วย

1.1 แบบบันทึกต้นทุนค่าแรง (Labor Cost) ได้ใช้แบบบันทึกข้อมูล เงินเดือน เงินประจำตำแหน่ง ทางการบริหารและเงินอื่น ๆ เช่น เงินประจำตำแหน่งทางวิชาการ ค่าตอบแทน และใช้สัดส่วนการทำงานเพื่อใช้กระจายต้นทุน

1.2 แบบบันทึกค่าวัสดุ (Material Cost) ยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา และวัสดุอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการ และใช้สัดส่วนเวลาการใช้งานเพื่อใช้กระจายต้นทุน

1.3 แบบบันทึกค่าลงทุน (Capital Cost) ครุภัณฑ์และอาคารสถานที่ตามเกณฑ์ของกรมบัญชีกลาง และแบบบันทึกค่าที่ดิน/สิ่งก่อสร้าง (Office of Public Accounting Standards, 2014) และใช้สัดส่วนการทำงานเพื่อใช้กระจายต้นทุน

2. แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยระดับรายบุคคลจากงานข้อมูลทางการแพทย์ ฐานข้อมูล HIS_OPD ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการแบบประคับประคองประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลทั่วไป โรคหลัก โรคร่วม และต้นทุนยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาสำหรับบริการทางการแพทย์สำหรับการดูแลผู้ป่วย (Khiaocharoen, Zungsontiporn, Khattiyod, Wanwong, Baimuang, & Pannarunothai, 2020)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นที่ 1 จัดทำรายละเอียดรายการข้อมูลตัวแปรต้นทุนทางตรงและแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยระดับรายบุคคล ที่ต้องการทั้งหมด โดยอิงตามโครงสร้างของฐานข้อมูลด้านการแพทย์และการดูแลระยะท้ายในผู้ป่วยประคับประคอง ที่บ้านในเครือข่ายบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลลำปาง

ขั้นที่ 2 เก็บข้อมูลต้นทุนตามแบบการเก็บข้อมูลต้นทุนอิงแนวมาตรฐานและตามกิจกรรม

ขั้นที่ 3 ทีมผู้วิจัยตรวจสอบการเก็บข้อมูลและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล หากพบข้อผิดพลาด

ดำเนินการตรวจสอบกับสถานบริการ

ขั้นที่ 4 วิเคราะห์ข้อมูลต้นทุนผู้ป่วยระดับรายบุคคล และแบบบันทึกข้อมูลต้นทุนทางตรงการดูแลระยะท้าย ในผู้ป่วยประคับประคองที่บ้านในเครือข่ายบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลลำปาง

ขั้นที่ 5 สรุปและรวบรวมรายงาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ในการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป Excel 2010 โดยใช้สถิติ จำนวน ร้อยละ และการวัดแนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลาง โดยมีรายละเอียดการคำนวณดังนี้

1. การคำนวณต้นทุนทางตรงต่อครั้ง ประกอบด้วย ผลรวมของต้นทุนค่าแรง ค่าวัสดุ และค่าลงทุน หารด้วย จำนวนคนและจำนวนครั้งของการเข้ารับบริการ

$$\text{ต้นทุนทางตรงต่อครั้ง} = \frac{\text{LC} + \text{MC} + \text{CC}}{\text{จำนวนคน/ครั้งของการรับบริการ}}$$

2. การประเมินภาวะโรคร่วม (Comorbidity) โดยใช้แบบประเมิน Charlson Comorbidity Index (CCI) มีการประเมินทั้งหมด 21 โรคร่วม โดยคะแนนรวมจะถูกจัดออกเป็น 4 ระดับคือ ค่าคะแนนรวมเท่ากับ 0 คะแนน คือ ไม่มีโรคร่วม ค่าคะแนนรวมเท่ากับ 1-2 คะแนนมีโรคร่วมน้อย ค่าคะแนนรวมเท่ากับ 3 - 4 คะแนน มีโรคร่วม ปานกลางและค่าคะแนนรวมมากกว่า 4 คะแนนขึ้นไป คือ มีโรคร่วมมาก (Charlson, Pompei, Ale, & MacKenzie, 1987)

3. การคำนวณผู้ป่วยระดับรายบุคคล คำนวณจากผลรวมของค่าบริการทางการแพทย์ ยากลุ่มเสพติดที่ใช้ บรรเทาอาการปวด ค่ายารักษาเฉพาะโรค ค่ายารักษาเฉพาะอาการ และค่าเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา (Khiaocharoen, Zungsontiporn, Khattiyod, Wanwong, Baimuang, & Pannarunothai, 2020)

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาล ลำปาง เลขที่โครงการ EC-128/67 ลงวันที่ 24 ตุลาคม พ.ศ.2567

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ รูปแบบการจัดบริการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ระหว่าง รพ.สต. ถ่ายโอนและไม่ถ่าย โอนไปยัง อปท. ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลลำปาง

ตาราง 2 นโยบายกิจกรรมในการให้บริการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในบริบท ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลลำปาง

ประเด็น	ใน รพ.ลำปาง	นอก รพ.ลำปาง	
		รพ.สต. ไม่ถ่ายโอน	รพ.สต.ถ่ายโอน
การเปลี่ยนแปลงด้านนโยบายในการให้บริการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในบริบท รพ.ลำปาง (รพ.แม่ข่าย)			
ด้านนโยบาย	ดำเนินนโยบาย และตัวชี้วัดตาม Service Plan	ดำเนินการตามตัวชี้วัด สธ.ตอบกลับข้อมูลผ่าน COC	ดำเนินการตามตัวชี้วัด สธ.ตอบกลับข้อมูลผ่าน COC
การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองด้วยกระบวนการ Family Meeting	คลินิกประคับประคองเป็นผู้ดำเนินการจัดทำก่อนส่งผู้ป่วยกลับบ้าน	คลินิกประคับประคองเป็นผู้ดำเนินการจัดทำก่อนส่งผู้ป่วยกลับบ้าน	คลินิกประคับประคองเป็นผู้ดำเนินการจัดทำก่อนส่งผู้ป่วยกลับบ้าน
การดูแลแบบประคับประคองระยะท้ายต่อเนื่งที่บ้านหรือชุมชน	กลุ่มการพยาบาลชุมชนออกเยี่ยมบ้านทุกวันพุธ/พฤหัสบดี	รพ.ออกเยี่ยมด้วยกรณีผู้ป่วยจำเป็นต้องรับการดูแลซับซ้อน	รพ.ออกเยี่ยมด้วยกรณีผู้ป่วยจำเป็นต้องรับการดูแลซับซ้อน
มีระบบการจัดการยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาสามารถบริหารต่อเนื่งที่บ้านได้	คลินิกประคับประคองมีแพทย์ประคับประคอง ญาติสามารถเบิกยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาไปใช้ต่อเนื่งที่บ้าน	รพ.ลำปางสนับสนุนยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาสามารถบริหารต่อเนื่งที่บ้านได้	รพ.ลำปางสนับสนุนยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาสามารถบริหารต่อเนื่งที่บ้านได้
การ Consulting	รับ Consulting จาก ward	- เคสที่หนักอุปกรณ์เยาะใช้ Telemedicine - พยาบาล รพ.สต.ปรึกษาผ่านไลน์กลุ่มระดับอำเภอ	- เคสที่หนักอุปกรณ์เยาะใช้ Telemedicine - พยาบาล รพ.สต.ปรึกษาผ่านไลน์กลุ่มระดับอำเภอ
การรับ-ส่งต่อผู้ป่วยประคับประคอง	ก่อน Discharge พยาบาล COC เข้าประเมินผู้ป่วยใน Ward เพื่อวางแผนการดูแลร่วมกับญาติก่อนส่งผู้ป่วยกลับบ้าน	- ผ่านระบบ COC link - Line group - โทรศัพท์	- ผ่านระบบ COC link - Line group - โทรศัพท์
บุคลากรด้านการพยาบาลผู้ป่วยประคับประคอง			
จำนวนและตำแหน่งของบุคลากร	- แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (Family Medicine) 3 คน - พยาบาลกลุ่มการพยาบาลชุมชน 7 คน - จพ.ธุรการ 2 คน	- พยาบาลกลุ่มการพยาบาลชุมชน 1 คน - จพ.ธุรการ 1 คน - พยาบาลวิชาชีพ (CM) 1 คน	- พยาบาลวิชาชีพ (CM) 1 คน - จพ.ธุรการ 1 คน - พยาบาลวิชาชีพ (CM) 1 คน
การหมุนเวียนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (Family Medicine)/ พยาบาล จาก รพ.ลำปาง	- แพทย์/พยาบาล round Ward Case เตรียมจำหน่ายกลับบ้านดูแลต่อเนื่ง	- แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (Family Medicine) จาก รพ.ลำปาง จำนวน 1 คนเวียนให้บริการประจำ รพ.สต. สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เยี่ยมร่วมกับ รพ.สต. - ทีมพยาบาล COC ออกเยี่ยมร่วม ในเคสที่มีความซับซ้อน วันพุธ – พฤหัส (*ถ้าไม่มีเคส ไม่ออก)	- แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (Family Medicine) จาก รพ.ลำปาง จำนวน 1 คนเวียนให้บริการประจำ รพ.สต. สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เยี่ยมร่วมกับ รพ.สต. - ทีมพยาบาล COC ออกเยี่ยมร่วม ในเคสที่มีความซับซ้อน วันพุธ – พฤหัส (*ถ้าไม่มีเคส ไม่ออก)

ประเด็น	ใน รพ.ลำปาง	นอก รพ.ลำปาง	
		รพ.สต. ไม่ถ่ายโอน	รพ.สต.ถ่ายโอน
ทรัพยากร ยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา			
การจัดเตรียมอุปกรณ์ก่อนออกเยี่ยมบ้าน	รพ.จัดเตรียมอุปกรณ์บางส่วนไปด้วย หากไม่เพียงพอจึงนำมาใช้	จัดเตรียมอุปกรณ์สำหรับใช้เยี่ยมบ้านทุกครั้ง	จัดเตรียมอุปกรณ์ไว้บางส่วน แต่ใช้ของคนไข้ที่บ้าน
การสนับสนุนทรัพยากร ยา และเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาจาก CUP	IPD (ward) เบิกยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาใช้ใน ward	สนับสนุนยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา รวมถึงอุปกรณ์ เช่น เครื่องช่วยหายใจ (มีจำนวนจำกัด) สายดูดเสมหะ	สนับสนุนยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา รวมถึงอุปกรณ์ เช่น เครื่องช่วยหายใจ (มีจำนวนจำกัด) สายดูดเสมหะ
วิธีการเบิกของ การควบคุมการเบิกของและการตรวจเช็คของที่เบิกจากทางโรงพยาบาลลำปาง	IPD (ward) เบิกยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาใช้ใน ward รายผู้ป่วย	ญาติผู้ป่วยเป็นผู้เบิกที่ศูนย์ COC	ญาติผู้ป่วยเป็นผู้เบิกที่ศูนย์ COC
ความสัมพันธ์ระหว่างโรงพยาบาลลำปางกับ รพ.สต.			
การประชุมอบรม	เข้าร่วมการประชุมอบรมตามภาระงาน	มีหนังสือทางราชการเชิญไปอบรม และเข้าร่วมการประชุม	ช่วงแรกของการถ่ายโอนรอความชัดเจนของ MOU จึงทำให้ไม่ได้เข้าร่วมประชุม

หมายเหตุ : MOU = Memorandum of Understanding, CUP = คู่มือปฏิบัติการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ, COC = การส่งต่อผู้ป่วยดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

จากตาราง 2 สถานการณ์ และรูปแบบนโยบายกิจกรรมในการให้บริการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ในบริบท รพ.แม่ข่าย ร่วมกับ กลุ่ม รพ.สต. ที่ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอน มีประเด็นสำคัญที่เหมือนกันและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ได้แก่ การดำเนินนโยบาย และตัวชี้วัดตาม Service Plan โดยการรับส่งต่อผู้ป่วย ตลอดจนการส่งต่อข้อมูลการให้บริการ ผ่าน COC link มีบุคลากร คือ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลวิชาชีพ การเบิกยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา ญาติผู้ป่วยสามารถมาเบิกได้โดยให้สิทธิ์เบิกเดือนละ 1 ครั้งต่อราย ส่วนการปรึกษาและส่งต่อในกรณีผู้ป่วยต้องการการดูแลที่ซับซ้อน ในกลุ่ม รพ.สต. ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอนสามารถประสานผู้รับผิดชอบงานของ รพ.ลำปางได้ทั้งใน Line Group และโทรศัพท์ได้โดยตรง ทั้งนี้แม้ว่าในช่วงแรกของการถ่ายโอนการประสานงานต่าง ๆ ทั้งการลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน และการประสานงานขอความร่วมมือเจ้าหน้าที่เข้าร่วมประชุมหรืออบรมที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ อาจมีความสับสน ลำช้า ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมประชุมได้ แต่เมื่อการทำสนธิสัญญา MOU ระดับจังหวัด ทำให้การประสานงานต่าง ๆ มีความคล่องตัวในการดำเนินงานมากขึ้น

2. ต้นทุนการจัดบริการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ระหว่าง รพ.สต.ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอนในเครือข่ายบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลลำปาง

ตาราง 3 ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยประคับประคอง

ค่าแรง (ร้อยละ)	ค่าวัสดุ (ร้อยละ)	ค่าลงทุน (ร้อยละ)	ต้นทุนรวม (ร้อยละ)	ต้นทุนต่อผู้ป่วย (n=148)	ต้นทุนต่อครั้ง (n=210)
671,555.45 (98.11)	2,091.20 (0.30)	10,872.85 (1.59)	684,519.51 (100.00)	4,625.13	3,259.62

จากตาราง 3 ต้นทุนรวมเท่ากับ 684,519.51 บาท คิดสัดส่วนต้นทุนพบว่าต้นทุนค่าแรง ค่าลงทุน ค่าวัสดุ ร้อยละ 98.11, 1.59 และ ร้อยละ 0.30 ตามลำดับ ต้นทุนต่อผู้ป่วยเท่ากับ 4,625.13 บาทต่อคน ต้นทุนต่อครั้งเท่ากับ 3,259.62 บาท

ตาราง 4 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยระดับประคองที่ได้รับการเยี่ยมบ้านจาก รพ.ลำปาง จำนวน 148 ราย

ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยระดับประคองที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน (N = 148)					
	รพ.สต.ไม่ถ่ายโอน (n = 94)		รพ.สต.ถ่ายโอน (n = 54)		ทั้งหมด	ร้อยละ
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ						
ชาย	46	61.33	29	38.67	75	100.00
หญิง	48	65.75	25	34.25	73	100.00
อายุ (ปี) (M = 71 ปี)						
50 - 59	14	51.85	13	48.15	27	100.00
60 - 69	19	61.29	12	38.71	31	100.00
70 - 79	19	67.90	9	32.10	28	100.00
80 - 89	32	76.20	10	23.80	42	100.00
90 - 99	6	46.15	7	(53.85)	13	100.00
สิทธิการรักษา						
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	81	68.64	37	31.36	118	100.00
เบิกตรง	7	35.00	13	65.00	20	100.00
อื่นๆ	6	60.00	4	40.00	10	100.00
Charlson's comorbidity score; n (%)						
≥ 3	94	60.00	54	40.00	148	100.00

ตาราง 4 การเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยระดับประคองที่ได้รับการเยี่ยมบ้านจากโรงพยาบาลลำปาง ในช่วงปีงบประมาณ 2567 พบว่า ในกลุ่ม รพ.สต. ไม่ถ่ายโอนได้รับการเยี่ยมบ้านจาก รพ.ลำปาง จำนวน 94 ราย กลุ่ม รพ.สต.ถ่ายโอน จำนวน 54 ราย มีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 71 ปี และส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) และประเมินภาวะโรคร่วม (Comorbidity) รวมได้ค่าคะแนนรวมในระดับมากกว่าเท่ากับ 3 หมายถึงการมีโรคร่วมอยู่ในระดับปานกลาง ไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม รพ.สต. ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอน

ตาราง 5 เปรียบเทียบต้นทุนผู้ป่วยระดับรายบุคคลของการให้บริการผู้ป่วยระดับประคองแยกตามกลุ่มยา

รายการต้นทุน	รพ.สต.ไม่ถ่ายโอน (n = 94)		รพ.สต.ถ่ายโอน (n = 54)		รวม (n = 148)	
	บาท (M)		บาท (M)		บาท (M)	
1. ค่าบริการทางการแพทย์	23,995.00	(255.27)	4,687.00	(86.80)	28,682.00	(193.80)
2. ยากลุ่มเสพติดที่ใช้ บรรเทาอาการปวด	657,270.00	(6,992.23)	450,014.00	(8,333.59)	1,107,284.00	(7,481.65)
3. ยารักษาเฉพาะโรค	545,550.00	(5,803.72)	191,095.00	(3,538.80)	736,645.00	(4,977.33)
4. ยารักษาเฉพาะอาการ	277,572.00	(2,952.89)	135,185.00	(2,503.43)	412,757.00	(2,788.90)
5. เวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา	356,330.00	(3,790.74)	141,245.00	(2,615.65)	497,575.00	(3,361.99)
รวมทั้งสิ้น	1,860,717.00	(19,794.86)	922,226.00	(17,078.26)	2,782,943.00	(18,803.67)

ตาราง 5 การเปรียบเทียบต้นทุนผู้ป่วยระดับรายบุคคลของการให้บริการผู้ป่วยระดับประคองระดับรายบุคคลพบว่า ต้นทุนยากลุ่มเสพติดที่ใช้ในการบรรเทาอาการปวด รวมทั้งชนิดฉีด หยอด และกิน มีต้นทุนมากที่สุด คือ 1,107,284 บาท เฉลี่ย 7,481.65 บาทต่อคน และค่าบริการทางการแพทย์ น้อยที่สุด คือ 28,682 บาท เฉลี่ย 193.80 บาทต่อคน

การอภิปรายผล

สถานการณ์และรูปแบบการจัดบริการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ระหว่าง รพ.สต. ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอนไปยัง อปท. ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลลำปางด้านนโยบายและรูปแบบการจัดบริการ การสนับสนุนบุคลากรด้านการพยาบาล การรับส่งต่อข้อมูล ทรัพยากรยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา และความสัมพันธ์ระหว่าง รพ.แม่ข่าย กับ รพ.สต. เป็นไปในทิศทางเดียวกันระหว่าง รพ.สต. ทั้งสองกลุ่ม สอดคล้องกับความสัมพันธ์ระหว่าง CUP กับ รพ.สต. บางพื้นที่ที่ไม่พบการเปลี่ยนแปลงในการจัดบริการระหว่างกลุ่ม รพ.สต. ที่ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอนไปยัง อปท. (Sriratanaban, Singweratham, Komwong & Maneechay, 2024) แสดงให้เห็นว่า CUP สามารถจัดบริการตามนโยบายในลักษณะเดิมก่อนการถ่ายโอน ทั้งนี้รูปแบบของการจัดบริการสุขภาพนั้นสามารถเริ่มทำได้ไม่จำกัดสถานที่ เช่น หอผู้ป่วยในของโรงพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลในชุมชนไม่มีการปรับระบบรูปแบบกิจกรรมจึงไม่ส่งผลกระทบต่อกลุ่มผู้ป่วยระดับประคับประคอง (Monpolsri, Singweratham, Dithaprawat, Phaekhuntod, & Jatturakasem, 2022) เป็นไปตามแนวทางการพัฒนาระบบบริการพยาบาล Service Plan กระทรวงสาธารณสุข (Nursing Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, 2018) สามารถจัดกิจกรรมการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ด้วยกระบวนการ Family Meeting ดูแลทางด้านจิตใจให้กำลังใจทั้งผู้ป่วยและญาติเป็นสิ่งสำคัญ (Aswateerakul, Wongkum, Puangpho, & Yodmongkol, 2013) ตามหลักการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติสอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วยที่ต้องให้การดูแลทางด้านจิตใจ สังคม จิตวิญญาณและศาสนา (Department of Thai Traditional Medicine and Alternative Medicine, 2018) อีกทั้งยังมีการดำเนินการการให้บริการผู้ป่วยนอกอำนวยความสะดวกให้ญาติผู้ป่วยมารับยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาได้ โดยให้สิทธิ์การเบิกเดือนละ 1 ครั้ง สอดคล้องไปกับการจัดบริการเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข (Srivaniachakorn, 2008)

ต้นทุนรวมต่อหน่วยเฉลี่ยบริการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ระหว่าง รพ.สต. ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอน ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลลำปาง มีค่าคะแนนรวมภาวะโรคร่วม (Comorbidity) ผู้ป่วยมีโรคเรื้อรังอยู่ในระดับปานกลาง ไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม รพ.สต. ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอนไป อปท. ต้นทุนต่อผู้ป่วยเท่ากับ 4,625.13 บาทต่อคน ต้นทุนต่อครั้ง เท่ากับ 3,259.62 บาท คิดสัดส่วนต้นทุนพบว่าต้นทุนค่าแรง ค่าลงทุน ค่าวัสดุ ร้อยละ 98.11, 1.59 และ ร้อยละ 0.30 ตามลำดับ เนื่องจาก รพ.ลำปาง ได้ดำเนินกิจกรรมในบริบท รพ.แม่ข่าย ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ คือ การดำเนินนโยบาย และตัวชี้วัด และการรับส่งต่อผู้ป่วย ตลอดจนการส่งต่อข้อมูล การให้บริการ มีบุคลากรแบบสหวิชาชีพ คือ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลวิชาชีพ และการเบิกยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา ตลอดจนการปรึกษาและส่งต่อในกรณีผู้ป่วยต้องการการดูแลที่ซับซ้อน สามารถประสานผู้รับผิดชอบงานของ รพ.ลำปางได้ทั้งใน Line Group และโทรศัพท์ที่ได้โดยตรง จะเห็นได้ว่าต้นทุนค่าแรงมีสัดส่วนมากที่สุด ซึ่งสัดส่วนต้นทุนค่าแรงจากทีมสหวิชาชีพที่มาจากแหล่งเงินงบประมาณ ซึ่งมีผลทำให้ค่าแรงเพิ่มขึ้น เกิดจากอัตราการขึ้นเงินเดือนข้าราชการทำให้ต้นทุนค่าแรงภาพรวมเพิ่มขึ้น และมีการจ้างบุคลากรสายสนับสนุน เช่น เจ้าหน้าที่งานธุรการ และอื่น ๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานสนับสนุนบริการ (Supasarn, & Wisesrith, 2019) แสดงให้เห็นถึงการจัดบริการของ CUP เมื่อพิจารณาในรายละเอียดของค่าแรงที่ถือว่าเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุดในต้นทุนของ CUP เป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาการจัดบริการในระดับปฐมภูมิที่ผ่านมา (Singweratham, Phodah, Techakehakij, Bunpean, Siechaisakul, & Nawsuwan, et al., 2023)

ต้นทุนผู้ป่วยระดับรายบุคคลการให้ยากลุ่มเสพติดที่ใช้ในการบรรเทาอาการปวดมีต้นทุนสูงที่สุดเฉลี่ย 7,481.65 ต่อคน รองลงมาคือกลุ่มเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา 3,361.99 ต่อคน ยารักษาเฉพาะอาการ 2,788.90 บาทต่อคน ยารักษาเฉพาะโรค เฉลี่ย 4,977.33 ต่อคน และค่าบริการทางการแพทย์ เฉลี่ย 193.80 มีความสอดคล้องกับการศึกษาต้นทุนต่อหน่วยและต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองมีความแตกต่างกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียง คือ กลุ่มผู้ป่วยระดับประคับประคองมีต้นทุนค่ายาเป็นสัดส่วนสูงสุด รองลงมาเป็นต้นทุนค่าวัสดุทางการแพทย์ เช่น ชุดทำแผล เป็นต้น (Supasarn, & Wisesrith, 2019) อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับต้นทุนการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในเขตสุขภาพที่ 7 มีค่าตอบแทนบุคลากรทางการแพทย์

และค่าบริหารจัดการระบบเป็นต้นทุนหลักมากกว่ายา (National Health Security Office, Thammasat University, 2017) ทั้งนี้อาจแตกต่างกันในรูปแบบของการจัดบริการ ขนาดของโรงพยาบาล การจัดสรรกำลังคน และการเข้าถึงยา กลุ่มเสพติดที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ทั้งนี้งานวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบต้นทุนต่อหน่วยของงานบริการผู้ป่วยประคับประคองและบริการกิจกรรมเยี่ยมบ้านในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ประเมินการจากข้อมูลผู้ป่วยประคับประคองที่ได้รับการเยี่ยมบ้านจากโรงพยาบาลลำปางเท่านั้น จึงอาจจะส่งผลให้ต้นทุนการจัดบริการมีความแตกต่างกัน

ข้อจำกัดในงานวิจัย การศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีประมาณการต้นทุนทางตรง ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลลำปางและคิดเฉพาะต้นทุนทางตรงในมุมมองผู้ให้บริการเท่านั้น ดังนั้นต้นทุนรวมอาจจะไม่สะท้อนถึงต้นทุนของการเยี่ยมบ้านกลุ่มผู้ป่วยประคับประคองแยกตามกลุ่มยา รวมถึงการคิดต้นทุนในการจัดบริการผู้ป่วย เป็นเพียงการคิดต้นทุนในมุมมองของผู้ให้บริการเท่านั้น มิได้รวมต้นทุนจากบริบทกองทุนและการได้รับการจัดสรรงบประมาณจากหน่วยงานอื่น ๆ จึงอาจจะไม่ครอบคลุมการจัดบริการดูแลผู้ป่วยประคับประคองที่บ้าน

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ปรับปรุงรูปแบบการจัดบริการและการจัดสรรทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด โดยมีระบบการจัดบริการที่ชัดเจนเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ร่วมกับการพิจารณาการสนับสนุนงบประมาณแบบเฉพาะพื้นที่ (Area-Based Budgeting) เพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการให้บริการ
2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรพัฒนาระบบกำกับดูแลการจัดบริการในระดับ รพ.สต. ให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน เพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยแบบประคับประคองที่มีความต่อเนื่องในช่วงการเปลี่ยนระบบบริการปฐมภูมิ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาต้นทุนรายกิจกรรมของการจัดบริการด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยแบบประคับประคอง เพื่อทราบทรัพยากรที่ใช้ในการจัดบริการระหว่างพื้นที่ที่มีการจัดการบริการการดูแลระยะยาว (Long Term Care) ของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น
2. ควรศึกษาผลกระทบระยะยาวของการถ่ายโอน รพ.สต. ที่มีต่อคุณภาพบริการสุขภาพของประชาชนในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่เป็นการจัดบริการระหว่าง รพ.สต. และหน่วยบริการประจำหรือคู่สัญญาบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ

References

- Aswateerakul, N., Wongkum, P., Puangpho, T., & Yodmongkol, P. (2013). *A Guide for the Public: Palliative Care for End-of-Life Patients*. Nonthaburi, National Health Commission Office (NHCO).
- Chaikledkaew, U. (2014). *Health Technology Assessment Manual for Thailand, Version 2*. Development of the Health Technology Assessment Manual for Thailand. Nonthaburi: wacharin p.p. printing co., 978-616-11-1963-8. (in Thai)
- Charlson, M. E., Pompei, P., Ales K. L., & MacKenzie, C. R. (1987). A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: Development and validation. *Journal of Chronic Disease*, 40(4), 373-83.
- Cohen, J. M., & Peterson, S. B. (1999). *Administrative Decentralization: Strategies for Developing Countries*. Colorado: Kumarian Press.
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2018). *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. (3rd ed.). Los Angeles.

- Department of Medical Services. (2020). *Guideline for palliative care for healthcare professionals. Department of Medical Services Journal*, 41(1), 19-22.
- Department of Thai Traditional Medicine and Alternative Medicine. (2018). *Manual for Integrated Palliative Care for End-of-Life Patients*. Bangkok, Best Step Advertising.
- Health Insurance Group. (2013). *A Handbook on Unit Cost Analysis of Health Care Service*. Bangkok: The Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (in Thai)
- Health Data Center. (2024). *Palliative Care Including Family Meeting and Advance Care Planning (ACP) with Patients and Families*. Nonthaburi: Ministry of Public Health.
- Keramatikerman, M. (2020). *Efficacy of complementary and alternative therapies in cancer patients: A systematic review*, *Biomed J Sci & Tech Res*, 29(1), 22126-9.
- Khiaocharoen, O., Zungsontiporn, C., Khattiyod, T., Wanwong, Y., Baimuang, C. & Pannarunothai, S. (2020). *Unit cost per disease methodology for Thailand: Micro-costing method*. *Journal of Health Systems Research*, 14(2), 74-156. (in Thai).
- Kulthanmanusorn, A., Saengruang, N., & Wanwong, Y. (2012). *Evaluation of The Devolved Health Centers: Synthesis Lesson Learnt from 51 Health Centers and Policy Options*. Retrieved January 11, 2025, from <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4866> (in Thai)
- Mack, J. W., Cronin, A., Keating, N. L., Taback, N., Huskamp, H. A., Malin, J. L., et al. (2008). Associations between end-of-life discussion characteristics and care received near death: a prospective cohort study. *J Clin Oncol*, 30(35), 4387-95.
- Medical Information Center. (2024). *Report of Patients Diagnosed with Code Z51.5*. Medical Information Center of Lampang Hospital. (in Thai)
- Monpolsri, E., Singweratham, N., Dithaprawat, B., Phaekhuntod, S., & Jatturakasem, N. (2022). *A model of complimentary care of Dhammanamai principles on palliative care for cancer patients*. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Surin*, 12(2), 114-129.
- National Health Security Office, Thammasat University. (2017). *Cost Evaluation of Palliative Care Services in Health Region 7*. NHSO.
- Netipothi, W. (2006). *The Political Process of Public Health Decentralization in Thailand: studying the Case of Primary Care Units*. Health Systems Research Institute. (in Thai)
- Nursing Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (2018). *Guidelines for the Development of Nursing Service System: Service Plan*. Pathum Thani: Sia Tawan Publishing Company; 2018. (in Thai)
- Office of Public Accounting Standards. (2014). *A Guide for Unit Cost Calculation of Public Services for Fiscal Year 2557 B.E.* Bangkok: The Comptroller General's Department. (in Thai)
- Office of the Decentralization to the Local Government Organization Committee. (2021). *Guidelines for Transferring Missions of The Chaloem Phrakiat 60th Anniversary Nawaminthrachini Health Station and Subdistrict Health Promoting Hospital to the Provincial Administrative Organization*. Bangkok: The Prime Minister's Office. (in Thai)
- Pairojkul, S., Thongkhamcharoen, R., Raksataya, A., Sorasit, C., Nakawiro, P., Sudsa, S., et al. (2001). Integration of specialist palliative care into tertiary hospitals: A multicenter point prevalence survey from Thailand. *Palliative Medicine Reports*, 2(1), 272-280.

- Pitayarangsarit, S., Tosanguan, J., & Sumalee, H. (2010). *The Role of Local Administrative Organizations in Health Promotion and Policy Recommendations for Decentralization of Health Promotion*. (Research Report). Health Systems Research Institute. (in Thai)
- Riewpaiboon, A., Kheawcharoen, O., Batsungnoen, P., Wongphan, T., Techakehakij, W., ingweratham, N. et al. (2018). *Cost Analysis of Health Promotion and Disease Prevention Services*. Bangkok: Faculty of Pharmacy, Mahidol University. (in Thai)
- Saengmano, S., Siriwohan, S., & Phichai, K. (2014). Problems of transferring district health promoting hospitals from the ministry of public health to local government organizations in Chiang Mai province. *Journal of Graduate Research*, 5(2), 25–35. (in Thai)
- Singweratham, N., Phodah, T., Techakehakij, W., Bunpean, A., Siechaisakul, P., Nawsuwan, et al. (2023). A comparison of the unit costs of health care services providers with and without transferred to the local administrative organization of the tambon health promoting hospitals. *Princes of Naradhiwas University Journal*, 15(3), 251-264. (in Thai)
- Sriratanaban, J., Singweratham, N., Komwong, D., & Maneechay, M. (2024). Assessment of population health impacts from the transfer of sub-district health promoting hospitals to the provincial administrative organizations in 2023: Phase 1 potential warning signs. *Health Systems Research Journal*, 18(2), 152-172.
- Srivanichakorn, S. (2008). *Over-crowding problems in hospitals*. *Journal of Health Systems Research*, 1(3-5), 216-223. (in Thai).
- Supasarn, P., & Wiserith, W. (2019). *Study of unit cost and activity based costing of nursing care for palliative care in cancer patients, Nang Rong hospital, Buriram province*. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 19, 158–165. (in Thai)
- Suppatheerathada, C. (2020). Policy recommendations for budget allocation as subsidies to System of Public Health Centers to Local Government Organizations. *Health Systems Research Journal*, 3(1), 113-130. (in Thai)
- Techaatik, S., & Nakham, P. (2010). Studying and monitoring the development of the transfer system of public health centers to local government organizations. Nonthaburi, *Health Systems Research Journal*, 3(1), 113-130. (in Thai)
- Vankun, P., Saramunee, K., & Chaiyasong, S. (2021). Cost of palliative care for cancer patients of a community hospital in Khon Kaen province. *Journal of Health Systems Research*, 15(3), 310-325. (in Thai)