



ต้นทุนการดูแลแบบประคับประคองในโรคมะเร็ง โรงพยาบาลตราด



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาเภสัชกรรมชุมชน
ปีการศึกษา 2565
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

ต้นทุนการดูแลแบบประคับประคองในโรคมะเร็ง โรงพยาบาลตราด



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาเภสัชกรรมชุมชน
ปีการศึกษา 2565
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

วิทยานิพนธ์ เรื่อง "ต้นทุนการดูแลแบบประคับประคองในโรคมะเร็ง โรงพยาบาลตราด"

ของ จารินี อภิวาท

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมชุมชน

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

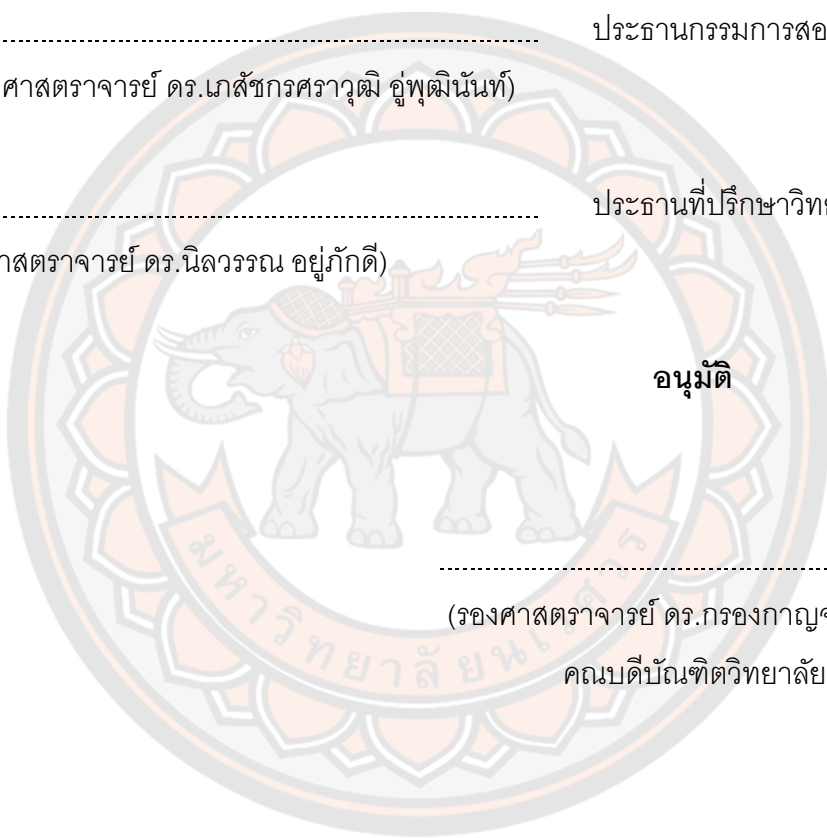
..... ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เภสัชกรศราวุฒิ อู่พุดมินนท์)

..... ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(รองศาสตราจารย์ ดร.นิลวรรณ อยู่ภักดี)

อนุมัติ

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.กรรณกาญจน์ ชูทิพย์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย



ชื่อเรื่อง	ต้นทุนการดูแลแบบประคับประคองในโรคมะเร็ง โรงพยาบาลตราด
ผู้วิจัย	จารินี อภิวัต
สถานที่ศึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร.นิลวรรณ อยู่ภักดี
ประเภทสารนิพนธ์	วิทยานิพนธ์ ภา.ม. เกษตรกรรมชุมชน, มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2565
คำสำคัญ	ต้นทุนทางตรงที่เกี่ยวกับการแพทย์, ต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับการแพทย์, ต้นทุนทางอ้อม

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่รับการดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาลตราด ในแต่ละปีมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ต้นทุนการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในมุมมองสังคม แบ่งออกเป็น 3 ต้นทุน คือ ต้นทุนทางตรงที่เกี่ยวกับการแพทย์ (Direct medical costs) ต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับการทางการแพทย์ (Direct non-medical costs) และต้นทุนทางอ้อม (Indirect costs) โดยเก็บข้อมูลย้อนหลังจากฐานข้อมูลและข้อมูลไปข้างหน้า จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย หรือผู้ดูแลตั้งแต่เริ่มการดูแลแบบประคับประคองไปจนครบ 6 เดือน ผลการศึกษาพบ ต้นทุนทางตรงทางการแพทย์ ร้อยละ 65.30 ต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับการทางการแพทย์ ร้อยละ 18.83 และต้นทุนทางอ้อม ร้อยละ 15.87 โดยรวมพบว่าต้นทุนส่วนของโรงพยาบาลสูงกว่าต้นทุนในชุมชน แผนกผู้ป่วยนอก มีต้นทุนเฉลี่ย 245.06 บาทต่อครั้ง แผนกผู้ป่วยใน เฉลี่ย 2,710.00 บาทต่อวันนอน และในชุมชน เฉลี่ย 823.48 บาทต่อวัน ผลการวิจัยสามารถนำไปประกอบการพิจารณาการบริหารงบประมาณ หรือการช่วยเหลือ ให้ความรู้ การดูแลผู้ป่วยที่กลับไปรักษาตัวที่บ้านจะเป็นการช่วยลดภาระต้นทุน ทั้งของโรงพยาบาลและครอบครัวผู้ป่วยได้

Title COST OF PALLIATIVE CARE IN CANCER AT TRAT
HOSPITAL

Author Jarinee Apiwat

Advisor Nilawan Upakdee

Academic Paper M.Pharm. Thesis in Community Pharmacy, Naresuan
University, 2022

Keywords Direct medical costs, Direct non-medical costs, Indirect
costs

ABSTRACT

Patients with advanced cancers who require palliative care management at Trat Hospital has been increasing every year. This objective of this study was to analyze the cost of the palliative care management from societal perspectives, divided into 3 types of cost: direct medical cost, direct non-medical cost and indirect cost. The retrospective and the prospective study were chosen for data collection. The sources of information are medical record and interviews conducted with patients or caregiver about their palliative care experience from the beginning until sixth month. The main results are that the direct medical costs were 65.30 percent, the direct non-medical costs were 18.83 percent, and the indirect costs were 15.87 percent. It found that the cost of the hospital was higher than the cost of the community. The average cost of the outpatient care was 245.06 Thai Baht per time. The average cost of inpatient care was 2,710 Thai Baht per admitted day and the average cost of the community was 823.48 Thai Baht per day. These findings can be used for consideration in expenditure management for the hospital, or to inform the families of the patients that home care can decrease the cost for both the families and the hospital.

ประกาศคุณูปการ

วิทยานิพนธ์เรื่อง ต้นทุนการดูแลแบบประคับประคองในโรคมะเร็ง โรงพยาบาลตราด ผู้วิจัยทำขึ้นด้วยความมานะพยายาม และเสร็จสมบูรณ์ได้ด้วยดี เพราะได้รับความกรุณาเป็นอย่างสูงจาก รองศาสตราจารย์ ดร.ภญ. นิลวรรณ อยู่ภักดี ที่เมตตาให้คำปรึกษา แนะนำ ปรับปรุง แก้ไข ข้อบกพร่องต่าง ๆ ในการทำวิจัยตั้งแต่ต้นตลอดจนเสร็จสมบูรณ์ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ที่กรุณาให้ข้อมูล ให้คำปรึกษา ตลอดจนถึงแนะแนวทางการสร้างเครื่องมือในการทำวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ความสำเร็จในการทำงานวิจัยฉบับนี้ผู้วิจัยขอโน้มรำลึกถึง พระคุณบิดามารดาที่ได้ส่งเสริมสนับสนุน และได้รับกำลังใจเป็นอย่างดีจากครอบครัว ตลอดจนถึงเพื่อนร่วมรุ่นหลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมชุมชนโดยตลอด และขอรำลึกถึงครูอาจารย์ทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ให้แก่ผู้วิจัยตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ป่วยและผู้ดูแลทุกท่านที่เป็นกลุ่มตัวอย่างและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบคุณพยาบาลประจำคลินิกมะเร็ง คลินิกดูแลแบบประคับประคองและพยาบาลประจำหอผู้ป่วยที่อำนวยความสะดวกแก่ผู้วิจัยในการเก็บข้อมูล

ท้ายที่สุดคุณประโยชน์ที่ได้จากการวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่ผู้มีพระคุณทุกท่านและขอขอบพระคุณผู้เป็นเจ้าของแนวคิด ทฤษฎีต่างๆของวิทยานิพนธ์ งานวิจัย วารสารและบทความที่ผู้วิจัยนำมาอ้างอิงในการทำวิจัยฉบับนี้ไว้ ณ โอกาสนี้ด้วย

จารินี อภิวัต

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ง
ประกาศคุณูปการ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญภาพ	ฉ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
จุดมุ่งหมายของการวิจัย	3
ความสำคัญของการวิจัย	3
กรอบแนวคิดของการวิจัย	4
ขอบเขตการวิจัย	5
ข้อตกลงเบื้องต้น.....	5
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	5
บทที่ 2 เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	7
1. ความหมายของต้นทุน.....	7
2. ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย (22)	17
3. การดูแลแบบประคับประคอง.....	23
4. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	28
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	32
รูปแบบการวิจัย	32

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	32
การเก็บรวบรวมข้อมูล	33
บทที่ 4 ผลการวิจัย	39
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป.....	39
ส่วนที่ 2 ข้อมูลต้นทุน	45
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	54
ข้อจำกัด.....	58
ข้อเสนอแนะ	58
บรรณานุกรม	59
ภาคผนวก.....	64
ภาคผนวก ก แบบบันทึกข้อมูลต้นทุนจากฐานข้อมูลทุติยภูมิ โครงการวิจัยต้นทุนการดูแลแบบ ประคับประคองในโรคมะเร็ง โรงพยาบาลตราด	65
ภาคผนวก ข ราคาขายต่อหน่วยของโรงพยาบาลพยาบาลตราด (Cost to Charge ratio).....	70
ประวัติผู้วิจัย	71

สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 1 ความแตกต่างของระบบสุขภาพของประเทศไทย.....	18
ตาราง 2 การจ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการที่จัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	21
ตาราง 3 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	40
ตาราง 4 ข้อมูลจากการสัมภาษณ์.....	42
ตาราง 5 ข้อมูลกิจกรรมการดูแลอย่างไม่เป็นทางการ	44
ตาราง 6 ต้นทุนที่เกิดจากการรับบริการแบบผู้ป่วยนอก (n=3).....	45
ตาราง 7 ต้นทุนเกิดจากการรับบริการแบบผู้ป่วยใน (n=16).....	46
ตาราง 8 ต้นทุนเกิดจากการรับบริการแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน (n=16).....	48
ตาราง 9 ต้นทุนตามตำแหน่งมะเร็งที่พบจำนวนมาก.....	50
ตาราง 10 ต้นทุนทางตรงทางการแพทย์ต่อระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล.....	50
ตาราง 11 ต้นทุนเกิดจากการรับบริการในชุมชน (n=35).....	51
ตาราง 12 ต้นทุนแต่ละประเภทจำแนกตามประเภทต้นทุน (n=35).....	52
ตาราง 13 การวิเคราะห์ความไวของต้นทุน.....	53
ตาราง 14 ต้นทุนหน่วยบริการ (ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน)โรงพยาบาลตราด ไตรมาตรที่ 4 ประจำปีงบประมาณ 2562(61).....	70

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 แสดงการเก็บข้อมูลจากฐานข้อมูลของโรงพยาบาล.....	34
ภาพที่ 2 แสดงการเก็บข้อมูลต้นทุนของผู้ป่วยที่รับการดูแลแบบประคับประคองใน โรคมะเร็ง	35



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยมีประชากรเป็นอันดับที่ 4 ในกลุ่มประเทศอาเซียนรองจาก อินโดนีเซีย ฟิลิปปินส์ เวียดนาม (1) มีประชากร 66.245 ล้านคน (2) มีผู้สูงอายุถึง 10 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี (3) จากสถิติพบมีผู้ป่วยโรคมะเร็งและโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นทุกปี ปีพ.ศ. 2560 มีผู้ป่วย มะเร็ง 2.8 ล้านคน ระบบไหลเวียนเลือด 38.0 ล้านคน ระบบหายใจ 26.6 ล้านคน โรคเกี่ยวกับ ต่อมไร้ท่อ โภชนาการ และเมตาบอลิซึม 35.1 ล้านคน (4) และโรคมะเร็งก็มีอัตราการเสียชีวิตสูง ที่สุดและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (5, 6) มะเร็งที่พบบ่อยในประเทศไทย ได้แก่ มะเร็งตับ มะเร็งหลอดคอ หลอดลมใหญ่และปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก ส่วนมะเร็งอื่นๆ พบค่อนข้างน้อย แต่ละ ภูมิภาคของประเทศจะพบความชุกมะเร็งแต่ละชนิดไม่เหมือนกัน ภาคเหนือพบมะเร็งปอดเป็น ปัญหาสำคัญ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมะเร็งตับเป็นปัญหาสำคัญ ภาคกลางมะเร็งปอดเป็น ปัญหาสำคัญ ส่วนภาคใต้มะเร็งช่องปากเป็นปัญหาสำคัญและมะเร็งลำไส้ใหญ่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในทุกๆ ภาคของประเทศ (7) จังหวัดตราดเป็นจังหวัดสุดท้ายในเขตตะวันออกก็พบว่าโรคมะเร็งมี อัตราการเสียชีวิตสูงสุดเมื่อแยกตามสาเหตุการเสียชีวิต (8) โรคมะเร็งมี 4 ระยะ แบ่งเป็น ระยะที่ 1-4 เป็นตัวบอกการลุกลาม ความรุนแรงของโรค ผู้ป่วยเป็นมะเร็งมาระยะหนึ่งจนมีการ แพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นเรียกระยะนี้ว่าระยะที่ 4 (9) เมื่อโรคไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แพทย์มีแนวทางการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) โดยเน้นดูแลแบบองค์รวม ทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตทั้งของผู้ป่วยและผู้ดูแล (10) องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความการดูแลแบบประคับประคองว่า “การดูแลเพื่อทำให้ผู้ป่วยและ ครอบครัวที่กำลังเผชิญหน้ากับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิตมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผ่านกระบวนการ ป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานด้วยการค้นหา ประเมินการให้การรักษาภาวะเจ็บปวดของ ผู้ป่วย รวมไปถึงปัญหาด้านอื่นๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่เริ่มต้น เป็น การดูแลแบบองค์รวมที่ต้องอาศัยการทำงานของสหสาขา ให้การดูแลต่อเนื่องจนกว่าผู้ป่วยจะ เสียชีวิตและดูแลประคับประคองผู้สูญเสีย” (11) จึงควรให้การดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่มี

การวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งและต่อเนื่องตลอดการรักษาให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง เข้าถึงข้อมูลและทางเลือกในการรักษาตามสิทธิของผู้ป่วย (12)

ระบบหลักประกันสุขภาพหลักในประเทศไทย คือ ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และระบบประกันสังคม โดยงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของภาครัฐมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ค่าใช้จ่ายด้านเภสัชภัณฑ์ต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศก็สูงขึ้นจากเดิม (12) ใช้จ่ายสุขภาพทั้งหมด (Total Health Expenditure: THE) เพิ่มขึ้นจาก 127,655 ล้านบาท ในปี 2537 เป็น 621,471 ล้านบาทในปี 2560 คิดเป็นสัดส่วนรายจ่ายสุขภาพภาครัฐเพิ่มขึ้น 8.31 เท่า ในทางกลับกันรายจ่ายในภาคประชาชนมีสัดส่วนลดลงเนื่องจากมีผู้ลงทะเบียนใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพิ่มขึ้น (13) เพื่อให้ประชาชนทุกคนเข้าถึงการรักษาที่จำเป็นอย่างเท่าเทียม โดยรูปแบบการจ่ายเงินของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นแบบเหมาจ่ายรายหัวต่อผู้มีสิทธิสำหรับให้บริการส่งเสริมป้องกันในผู้ป่วยนอก (14) แนวทางการบริการแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายปีงบประมาณ 2561 ได้จัดสรรเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยดังกล่าววงเงิน 81,028,339 บาท โดยมีเป้าหมายดูแลผู้ป่วยจำนวน 15,390 ราย ครอบคลุมทุกกลุ่มโรค ตามระยะเวลาที่ได้รับการดูแลที่บ้านจนถึงวันที่ผู้ป่วยเสียชีวิต การดูแลผู้ป่วยต้องใช้งบประมาณเพิ่มขึ้นจากเดิมทุกปีเนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้น (15) แต่หน่วยบริการมีทรัพยากรอย่างจำกัดต้องบริหารจัดการให้เพียงพอ

การทราบถึงต้นทุนจึงมีความสำคัญต่อหน่วยบริการทางการแพทย์เพื่อให้ทราบถึงต้นทุนรวม ต้นทุนต่อหน่วย ซึ่งจะทราบถึงลำดับความสำคัญของปัญหา การบริหารจัดการด้านการเงินและงบประมาณ การเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงานขององค์กรและการประเมินความคุ้มค่าทางสาธารณสุข (16) ทราบถึงภาระทางการเงินของผู้ป่วย จะก่อเกิดประโยชน์สูงสุดในการบริหารจัดการระบบสุขภาพในผู้ที่รับการดูแลแบบประคับประคองให้ครอบคลุมต้นทุนทั้งหมดจากมุมมองทางสังคม โดยที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแนวทางในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) เริ่มในปี พ.ศ. 2560 ผลการดำเนินงานพบว่าโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 6 ยังดำเนินการในการดูแลแบบประคับประคองไม่ถึงร้อยละ 100 (17) และได้มีแผนพัฒนาระบบสุขภาพในปี พ.ศ. 2561-2565 ในแนวคิดการเชื่อมโยงแบบไร้รอยต่อ ดูแลแบบเบ็ดเสร็จ โดยมีเป้าหมายในการดำเนินการ คือ ลดอัตราป่วย ลดอัตราตาย ลดความแออัด และลดระยะเวลารอคอย เพื่อได้ผลการบริหารทรัพยากรด้านบุคลากรและครุภัณฑ์ทางการแพทย์เพื่อรักษา

โรคมะเร็ง เกิดความคุ้มค่าและมีประโยชน์สูงสุด ตามขีดความสามารถของสถานบริการสุขภาพในระดับต่าง ๆ (18) จึงมีการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านเพื่อช่วยให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น แต่การดูแลที่บ้านมีค่าใช้จ่ายที่ครอบครัวจะต้องรับภาระจำนวนมาก อาจส่งผลให้เกิดภาวะล้มละลายในครัวเรือนที่ฐานะยากจน การช่วยเหลือกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวมีเพียงการสนับสนุนจากกองทุนสุขภาพเรื่องของการรักษาให้กับสถานบริการในการดูแลที่หน่วยบริการและที่บ้าน ยังไม่ได้มีการเชื่อมโยงการช่วยเหลือด้านครัวเรือนจากภาคท้องถิ่น ชุมชน ที่น่าจะเข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยให้มีบ้านปลายชีวิตที่ดี และครอบครัวหลังผู้ป่วยเสียชีวิต

ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่รับการดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาลตราดในแต่ละปีมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น แต่ยังไม่เคยทราบต้นทุนที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้านที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเป็นผู้รับภาระนอกเหนือจากที่ได้รับจากโรงพยาบาล เพื่อให้การบริหารจัดการทรัพยากรที่มีอย่างจำกัดเพียงพอและมีสภาพคล่องทางการเงินของโรงพยาบาล ช่วยทราบภาระของผู้ป่วยและครอบครัว ผู้วิจัยจึงเห็นถึงความสำคัญในการวิเคราะห์ต้นทุนทั้งทางตรงและทางอ้อมในผู้ป่วยมะเร็งที่รับการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อให้เกิดเป็นข้อมูลที่สะท้อนถึงภาระทางการเงินที่สังคมทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐและเอกชนต้องรับรู้และเข้ามาให้การช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ

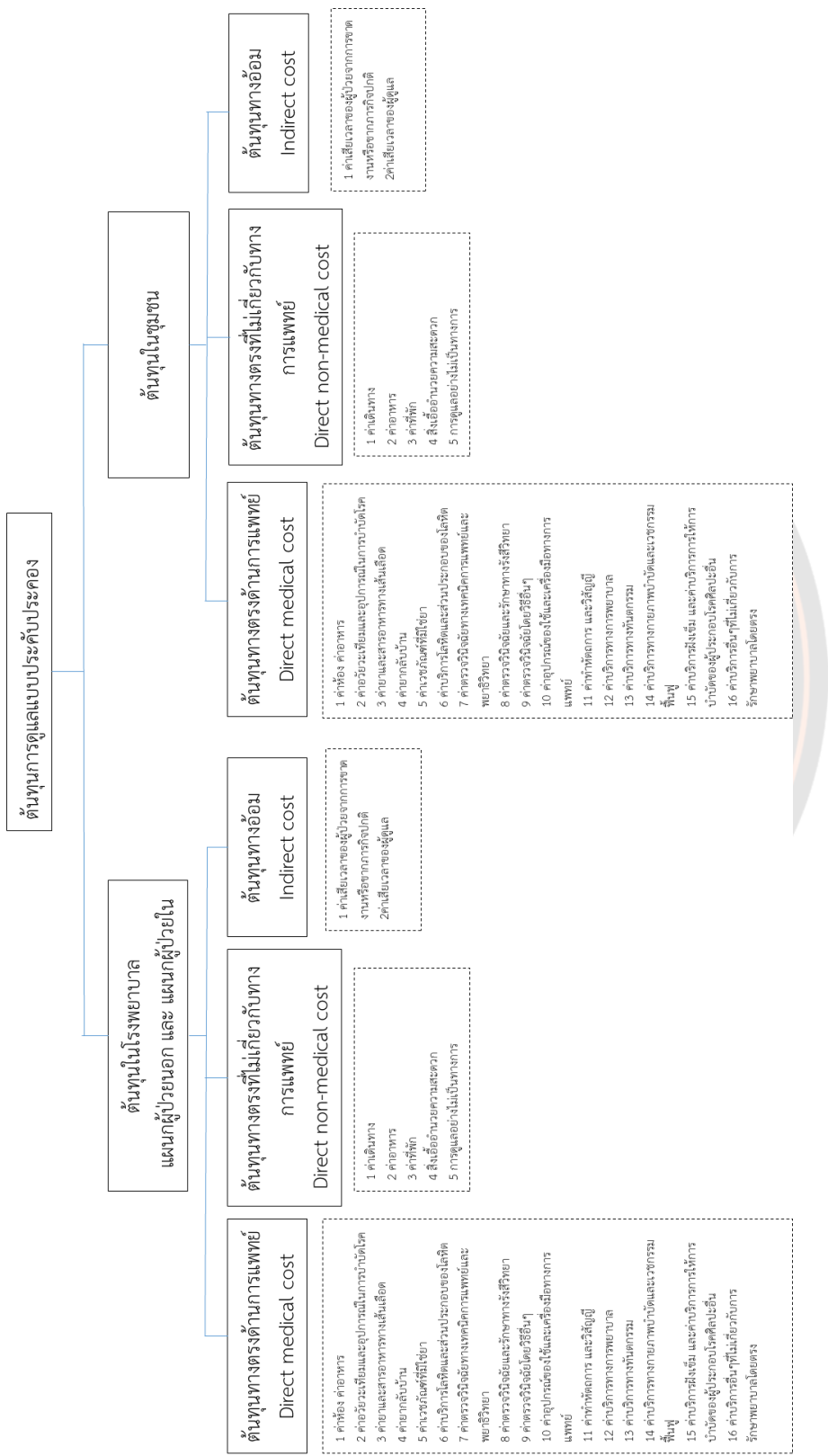
จุดมุ่งหมายของการวิจัย

เพื่อวิเคราะห์ต้นทุนการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในมุมมองสังคม

ความสำคัญของการวิจัย

เพื่อเป็นข้อมูลให้ผู้ให้บริการ ผู้จ่ายเงิน และครอบครัวได้รับรู้ข้อมูลต้นทุนการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม โดยหน่วยบริการสามารถนำข้อมูลใช้ในการวางแผนควบคุม บริหารจัดการทรัพยากรหรือกำหนดนโยบายการบริหารงานเพื่อให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยระยะสุดท้าย และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสามารถกำหนดวิธีการจ่ายเงินให้มีความจำเพาะและเหมาะสมกับการดูแลแบบประคับประคอง

กรอบแนวคิดของการวิจัย



ขอบเขตการวิจัย

- ขอบเขตด้านประชากร

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ตัดสินใจดูแลแบบประคับประคองและมารับบริการที่โรงพยาบาลตราด

- ขอบเขตด้านเวลา

ระยะเวลาที่ศึกษาแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ

ข้อมูลย้อนหลัง จากแหล่งทุติยภูมิที่เก็บรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลของโรงพยาบาลตราด ปี พ.ศ. 2562

ข้อมูลไปข้างหน้า จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย หรือผู้ดูแล ในช่วงระหว่าง เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 ถึง เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2563

- ขอบเขตด้านสถานที่

ผู้ป่วยมะเร็งที่รับการดูแลแบบประคับประคองโรงพยาบาลตราด อำเภอเมืองตราด จังหวัดตราด

ข้อตกลงเบื้องต้น

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเป็นการศึกษาต้นทุนการดูแลต่อรายที่ดูแลแบบประคับประคองโรคมะเร็ง โรงพยาบาลตราด จังหวัดตราด โดยศึกษาข้อมูลย้อนหลัง ได้แก่ ต้นทุนทางตรงด้านการแพทย์ ร่วมกับการเก็บข้อมูลไปข้างหน้าโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ต้นทุนค่าบริการทางการแพทย์ ต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับการแพทย์และต้นทุนทางอ้อม โดยศึกษาเก็บบันทึกข้อมูลตั้งแต่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 ถึง 30 มิถุนายน พ.ศ. 2563 โดยใช้ราคาขายต่อหน่วยของโรงพยาบาลตราด (Cost to Charge ratio) มาปรับข้อมูลต้นทุนส่วนที่มาจากฐานข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

นิยามศัพท์เฉพาะ

การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ไม่ตอบสนองต่อการรักษา รับการวินิจฉัยและตรวจร่างกายโดยแพทย์ โดยคาดว่า มีชีวิตเหลืออยู่น้อยกว่า 6 เดือน ถูกลงทะเบียนโรครด้วยบัญชีจำแนกโรคหรือ ICD - 10 (International Classification of Diseases and Related Health Problem 10th

Revision) โดยระบุโรคมาเร็งด้วยรหัส C00-D48 ร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองด้วยรหัส Z515

ต้นทุนรวม (Total costs) หมายถึง ผลรวมของต้นทุนทางตรงที่เกี่ยวกับการแพทย์ ต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับการแพทย์ และต้นทุนทางอ้อม

ต้นทุนทางตรงที่เกี่ยวกับการแพทย์ (Direct medical costs) หมายถึง ค่าใช้จ่ายทางตรงทั้งหมด ได้แก่ ค่าบริการทางการแพทย์ เริ่มตั้งแต่เริ่มรักษาทั้งแผนกผู้ป่วยนอก แผนกผู้ป่วยใน และในชุมชน จนกระทั่งเสียชีวิต แบ่งเป็น 16 หมวด (19) ประกอบด้วย ค่าห้อง/ค่าอาหาร ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดโรค ค่ายาและสารอาหารทางเส้นเลือด ค่ายากลับบ้าน ค่าเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา ค่าตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา ค่าตรวจวินิจฉัยโดยวิธีอื่นๆ ค่าอุปกรณ์ของใช้และเครื่องมือทางการแพทย์ ค่าทำหัตถการและวิสัญญี ค่าบริการทางการแพทย์พยาบาล ค่าบริการทางทันตกรรม ค่าบริการทางกายภาพบำบัดและเวชกรรมฟื้นฟู ค่าบริการฝังเข็ม และค่าบริการการให้การบำบัดของผู้ประกอบโรคศิลปะอื่น และค่าบริการอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลโดยตรง

ต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับการแพทย์ (Direct non-medical costs) หมายถึง ต้นทุนที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยและการรักษาแต่ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการรักษา ได้แก่ ค่าเดินทาง ค่าอาหาร ค่าที่พักของผู้ป่วยและญาติในการไปรับการรักษา อุปกรณ์การอำนวยความสะดวก และค่าดูแลแบบไม่เป็นทางการ

ต้นทุนทางอ้อม (Indirect costs) หมายถึง เงินที่ขาดหายไปเนื่องจากการลาป่วย เวลาที่เสียไประหว่างการเจ็บป่วยสามารถแบ่งออกได้เป็น ช่วงที่รับการรักษา และช่วงพักฟื้น

มุมมองทางสังคม (Societal perspective) หมายถึง มุมมองที่คำนึงถึงผลกระทบในมุมกว้างและครอบคลุมทุกด้านในสังคม ผลรวมของต้นทุนทั้งในมุมมองทั้งผู้ป่วย ผู้ให้บริการ ผู้จ่ายเงินที่เกิดขึ้นในสังคม ทำให้ผู้กำหนดนโยบายมองผลกระทบในภาพรวมที่นอกเหนือจากผลกระทบต่อระบบสุขภาพเพียงอย่างเดียว

บทที่ 2

เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิเคราะห์ต้นทุนผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลตราด จังหวัดตราด ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ สาระสำคัญแบ่งเป็น 4 ส่วน คือ

1. ความหมายของต้นทุน
2. ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย
3. การดูแลแบบประคับประคอง
4. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

1. ความหมายของต้นทุน

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล และคณะ (20) ให้ความหมายของต้นทุน (Cost) หมายถึง ค่าใช้จ่ายที่จ่ายเป็นต้นทุนและมีใช้เป็นตัวเงินเพื่อให้ได้มาซึ่งผลผลิตหรือบริการ

สมนึก เอื้อจิระพงษ์พันธ์ (21) ให้ความหมายของต้นทุน (Cost) หมายถึง มูลค่าของทรัพยากรที่สูญเสียไป เพื่อให้ได้สินค้าหรือบริการ โดยมูลค่านั้นจะต้องสามารถวัดได้เป็นหน่วยเงินตรา ซึ่งเป็นลักษณะของการลดลงในสินทรัพย์ หรือ เพิ่มขึ้น ในหนี้สิน ต้นทุนที่เกิดขึ้น อาจจะทำให้ประโยชน์ในปัจจุบัน หรือในอนาคตก็ได้ เมื่อต้นทุนใดที่เกิดขึ้นและกิจการได้ใช้ประโยชน์ไปทั้งสิ้นแล้วต้นทุนนั้นจะถือเป็นค่าใช้จ่าย (Expense) ดังนั้น ค่าใช้จ่ายจึงหมายถึง ต้นทุนที่ได้ให้ประโยชน์และกิจการได้ใช้ประโยชน์ทั้งหมดไปแล้วในขณะนั้น และสำหรับต้นทุนที่กิจการสูญเสียไปแต่จะให้ประโยชน์แก่กิจการในอนาคต เรียกว่า สินทรัพย์ (Assets)

ค่าใช้จ่าย (Expenses) คือ ต้นทุนที่ก่อให้เกิดรายได้ (Revenue) โดยปกติแล้วก็จะนำไปเปรียบเทียบกับรายได้ที่เกิดขึ้นในงวดเดียวกันเพื่อคำนวณหากำไรสุทธิ (Profit) หรือขาดทุนสุทธิ (Loss) ซึ่งรายได้ก็จะหมายถึง ราคาขายของสินค้าหรือบริการ คูณกับปริมาณหรือระดับของกิจกรรม นอกจากนี้โดยปกติเราจะพบว่า คำว่า “ค่าใช้จ่าย” มักจะหมายถึง รายจ่ายที่สามารถให้ผลประโยชน์ทางภาษีได้ ด้วยเหตุนี้คำว่า “ค่าใช้จ่าย” จึงนิยมแสดงในรายงานทางการเงินที่เสนอบุคคลภายนอก

ประเภทของต้นทุน (20)

ความหมายของต้นทุนมีหลายชนิดซึ่งจะแตกต่างกันไปตามวัตถุประสงค์ของการนำไปใช้ในกระบวนการวางแผนและตัดสินใจ การเลือกใช้ต้นทุนที่เหมาะสมกับสถานการณ์ถือว่าเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด การนำต้นทุนไปใช้ผิดวัตถุประสงค์ก็อาจทำให้การตัดสินใจผิดพลาดได้ ต้นทุนสามารถจำแนกได้ในลักษณะต่าง ๆ

1. การจำแนกต้นทุนตามลักษณะส่วนประกอบของผลิตภัณฑ์

ส่วนประกอบของต้นทุนที่ใช้ในการผลิตสินค้าหรือผลิตภัณฑ์แต่ละชนิด (Cost of a manufactured product) จะประกอบด้วยวัตถุดิบทางตรง ค่าแรงงานทางตรง และค่าใช้จ่ายการผลิต ซึ่งถ้าพิจารณาในด้านทรัพยากรที่เป็นส่วนประกอบของสินค้าแล้ว ประกอบด้วย

1.1 วัตถุดิบ (Materials)

วัตถุดิบนับว่าเป็นส่วนประกอบสำคัญของการผลิตสินค้าหรือผลิตภัณฑ์สำเร็จรูปโดยทั่วไป ซึ่งต้นทุนที่เกี่ยวกับการใช้วัตถุดิบในการผลิตสินค้าอาจจะถูกแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะคือ

1) วัตถุดิบทางตรง (Direct materials) หมายถึง วัตถุดิบหลักที่ใช้ในการผลิต และสามารถระบุได้อย่างชัดเจนว่าใช้ในการผลิตสินค้าชนิดใดชนิดหนึ่งในปริมาณและต้นทุนเท่าใด รวมทั้งจัดเป็นวัตถุดิบส่วนใหญ่ที่ใช้ในการผลิตสินค้าชนิดนั้น ๆ เช่น ไม้แปรรูปจัดเป็นวัตถุดิบทางตรงของการผลิตเฟอร์นิเจอร์ ผ้าที่ใช้ในอุตสาหกรรมเสื้อผ้า ยางดิบที่ใช้ในการผลิตยางรถยนต์ แร่เหล็กที่ใช้ในอุตสาหกรรมถลุงเหล็ก กระดาษที่ใช้ในธุรกิจสิ่งพิมพ์ เป็นต้น

2) วัตถุดิบทางอ้อม (Indirect materials) หมายถึง วัตถุดิบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องของโดยทางอ้อมกับการผลิตสินค้า แต่ไม่ใช่วัตถุดิบหลักหรือวัตถุดิบส่วนใหญ่ เช่น ตะปู กาว กระดาษทรายที่ใช้เป็นส่วนประกอบของการทำเครื่องหนังหรือเฟอร์นิเจอร์ น้ำมันหล่อลื่นเครื่องจักร เส้นด้ายที่ใช้ในการตัดเย็บเสื้อผ้า เป็นต้น โดยปกติแล้ว วัตถุดิบทางอ้อมอาจจะถูกเรียกว่า “วัสดุโรงงาน” ซึ่งจะถือเป็นค่าใช้จ่ายการผลิตชนิดหนึ่ง

1.2 ค่าแรงงาน (Labor)

ค่าแรงงาน หมายถึง ค่าจ้างหรือผลตอบแทนที่จ่ายให้แก่ลูกจ้างหรือคนงานที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับการผลิตสินค้า โดยปกติแล้วค่าแรงงานจะถูกแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ ค่าแรงงานทางตรง (Direct labor) และค่าแรงงานทางอ้อม (Indirect labor)

1) ค่าแรงงานทางตรง (Direct labor) หมายถึง ค่าแรงงานต่าง ๆ ที่จ่ายให้แก่คนงานหรือลูกจ้างที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการผลิตสินค้าสำเร็จรูปโดยตรง รวมทั้งเป็นค่าแรงงานที่มีจำนวนมากเมื่อเทียบกับค่าแรงงานทางอ้อมในการผลิตสินค้าหน่วยหนึ่ง ๆ และจัดเป็นค่าแรงงานส่วนสำคัญในการแปรรูปวัตถุดิบให้เป็นสินค้าสำเร็จรูป เช่น คนงานที่ทำงานเกี่ยวกับการควบคุมเครื่องจักรที่ใช้ในการผลิตก็ควรถือเป็นแรงงานทางตรง พนักงานในสายการประกอบ เป็นต้น

2) ค่าแรงงานทางอ้อม (Indirect labor) หมายถึง ค่าแรงงานที่ไม่เกี่ยวข้องกับค่าแรงงานทางตรงที่ใช้ในการผลิตสินค้า เช่น เงินเดือนผู้ควบคุมโรงงาน เงินเดือนพนักงานทำความสะอาดเครื่องจักร และโรงงาน พนักงานตรวจสอบคุณภาพ ช่างซ่อมบำรุง ตลอดจนต้นทุนที่เกี่ยวข้องกับคนงาน เช่น ค่าภาษีที่ออกให้ลูกจ้าง สวัสดิการต่าง ๆ เป็นต้น ซึ่งค่าแรงงานทางอ้อมเหล่านี้จะถือเป็นส่วนหนึ่งของค่าใช้จ่ายการผลิต

1.3 ค่าใช้จ่ายการผลิต (Manufacturing overhead)

ค่าใช้จ่ายการผลิต หมายถึง แหล่งรวบรวมค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการผลิตสินค้าซึ่งนอกเหนือจากวัตถุดิบทางตรง ค่าแรงงานทางตรง เช่น วัตถุดิบทางอ้อม ค่าแรงงานทางอ้อม ค่าใช้จ่ายในการผลิตทางอ้อมอื่น ๆ ได้แก่ ค่าน้ำ ค่าไฟ ค่าเช่า ค่าเสื่อมราคา ค่าประกันภัย ค่าภาษี เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตามค่าใช้จ่ายเหล่านี้ก็ต้องเป็นค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการผลิตในโรงงานเท่านั้น ไม่รวมถึงเงินเดือน ค่าเช่า ค่าไฟฟ้า ค่าเสื่อมราคา ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานในสำนักงาน ดังนั้น ค่าใช้จ่ายการผลิตจึงถือเป็นที่ยรวมของค่าใช้จ่ายในการผลิตทางอ้อมต่าง ๆ (Cost pool of indirect manufacturing costs) นอกจากนี้ ยังจะพบว่าในบางกรณีก็มีการเรียกค่าใช้จ่ายการผลิต ในชื่ออื่น ๆ เช่น ค่าใช้จ่ายโรงงาน (Factory overhead) โสหุ่ยการผลิต (Manufacturing burden) ต้นทุนผลิตทางอ้อม (Indirect costs) เป็นต้น

2. การจำแนกต้นทุนตามความสำคัญและลักษณะของต้นทุนการผลิต

การจำแนกต้นทุนตามความสำคัญและลักษณะของต้นทุนการผลิตนั้น จะมีลักษณะที่คล้ายคลึงกับการจำแนกต้นทุนตามส่วนประกอบของการผลิต ซึ่งวัตถุประสงค์ของการจำแนกต้นทุนในลักษณะนี้ ก็เพื่อใช้ในการวางแผนและควบคุมมากกว่าที่จะจำแนกเพื่อการคำนวณต้นทุนของสินค้าหรือบริการ การจำแนกต้นทุนตามความสำคัญและลักษณะของต้นทุนการผลิตเราสามารถจำแนกได้ 2 ลักษณะคือ

2.1 ต้นทุนขั้นต้น (Prime costs) หมายถึง ต้นทุนรวมระหว่างวัตถุดิบทางตรงและค่าแรงงานทางตรง ซึ่งตามปกติเราจะถือว่า ต้นทุนขั้นต้นจะมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการผลิต รวมทั้งเป็นต้นทุนที่มีจำนวนมากเมื่อเทียบกับต้นทุนการผลิตทั้งหมด แต่อย่างไรก็ตามในยุคปัจจุบัน การผลิตในธุรกิจบางแห่งมีการใช้เครื่องจักรมากขึ้น ทำให้ต้นทุนค่าแรงงานทางตรงลดลง ในลักษณะเช่นนี้ต้นทุนขั้นต้นก็จะมีค่าลดลงเมื่อเทียบกับต้นทุนแปรสภาพ

2.2 ต้นทุนแปรสภาพ (Conversion costs) หมายถึง ต้นทุนที่เกี่ยวกับแปรสภาพและเปลี่ยนรูปแบบจากวัตถุดิบทางตรงให้กลายเป็นสินค้าสำเร็จรูป ต้นทุนแปรสภาพจะประกอบด้วยค่าแรงงานทางตรง และค่าใช้จ่ายการผลิต จากที่กล่าวแล้วก็คือ เมื่อกิจการมีการลงทุนในเครื่องจักรมากขึ้น ค่าเสื่อมราคา ค่าซ่อมบำรุง ซึ่งจัดเป็นค่าใช้จ่ายการผลิต ก็จะมีจำนวนมากขึ้นตามไปด้วย ดังนั้นในปัจจุบันนี้ สำหรับธุรกิจที่มีการใช้เทคโนโลยีขั้นสูง ก็จะทำให้มีความสำคัญกับต้นทุนแปรสภาพมากกว่าต้นทุนขั้นต้น

3. การจำแนกต้นทุนตามความสัมพันธ์กับระดับของกิจกรรม

การจำแนกต้นทุนความสัมพันธ์กับระดับของกิจกรรมนี้ บางครั้งเราก็เรียกว่า “การจำแนกต้นทุนตามพฤติกรรมของต้นทุน (Cost behavior) ซึ่งมีลักษณะที่สำคัญ คือ เป็นการวิเคราะห์จำนวนของต้นทุนที่จะมีการเปลี่ยนแปลงไปตามปริมาณการผลิต หรือระดับของกิจกรรมที่เป็นตัวผลักดันให้เกิดต้นทุน (Cost driver) ในการผลิตทั้งที่เกี่ยวกับการวางแผน การควบคุม การประเมิน และวัดผลการดำเนินงาน การจำแนกต้นทุนตามความสัมพันธ์กับระดับของกิจกรรม เราสามารถที่จะจำแนกต้นทุนได้ 3 ชนิด คือ ต้นทุนผันแปร ต้นทุนคงที่ ต้นทุนผสม อย่างไรก็ตามแนวคิดในการจำแนกต้นทุนใน 3 ชนิดนี้ เป็นการจำแนกต้นทุนที่อยู่ในช่วงของต้นทุนที่มีความหมายต่อการตัดสินใจ (Relevant range) นั่นก็คือ เป็นช่วงที่ต้นทุนคงที่รวม และต้นทุนผันแปรต่อหน่วย ยังมีลักษณะคงที่หรือไม่เปลี่ยนแปลง

3.1 ต้นทุนผันแปร (Variable costs) หมายถึง ต้นทุนที่จะมีต้นทุนรวมเปลี่ยนแปลงไปตามสัดส่วนของการเปลี่ยนแปลงในระดับกิจกรรมหรือปริมาณการผลิต ในขณะที่ต้นทุนต่อหน่วยจะคงที่เท่ากันทุก ๆ หน่วย โดยทั่วไปแล้วต้นทุนผันแปรนี้จะสามารถควบคุมได้โดยแผนกหรือหน่วยงานที่ทำให้เกิดต้นทุนผันแปรนั้น

3.2 ต้นทุนคงที่ (Fixed costs) คือ ต้นทุนที่มีพฤติกรรมคงที่ หมายถึง ต้นทุนรวมที่มีได้เปลี่ยนแปลงไปตามระดับของการผลิตในช่วงของการผลิตระดับหนึ่ง แต่ต้นทุนคงที่ต่อหน่วยก็จะ

เปลี่ยนแปลงในทางลดลงถ้าปริมาณการผลิตเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ต้นทุนคงที่ยังแบ่งออกเป็น ต้นทุนคงที่อีก 2 ลักษณะ คือ ต้นทุนคงที่ระยะยาว (Committed Fixed Cost) เป็นต้นทุนคงที่ที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ในระยะสั้น เช่น สัญญาเช่าระยะยาว ค่าเสื่อมราคา เป็นต้น และ ต้นทุนคงที่ระยะสั้น (Discretionary Fixed Cost) จัดเป็นต้นทุนคงที่ที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราวจากการประชุมหรือตัดสินใจของผู้บริหาร เช่น ค่าโฆษณา ค่าใช้จ่ายในการค้นคว้าและวิจัย เป็นต้น สำหรับในเชิงการบริหารแล้วต้นทุนคงที่ส่วนใหญ่มักจะควบคุมได้ด้วยผู้บริหารระดับสูงเท่านั้น

3.3 ต้นทุนผสม (Mixed Costs) หมายถึง ต้นทุนที่มีลักษณะของต้นทุนคงที่และต้นทุนผันแปรรวมอยู่ด้วยกัน ในช่วงของการดำเนินกิจกรรมที่มีความหมายต่อการตัดสินใจ โดยต้นทุนผสมนี้จะแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ ต้นทุนกึ่งผันแปร และต้นทุนกึ่งคงที่หรือต้นทุนเชิงขั้น

3.3.1 ต้นทุนกึ่งผันแปร (Semi variable cost) หมายถึง ต้นทุนที่จะมีต้นทุนส่วนหนึ่งคงที่ทุกระดับของกิจกรรม และมีต้นทุนอีกส่วนหนึ่งจะผันแปรไปตามระดับของกิจกรรม เช่น ค่าโทรศัพท์ ค่าโทรสาร เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ในบางครั้งก็เป็นการยากที่จะระบุได้ว่าต้นทุนส่วนใดเป็นต้นทุนผันแปร ดังนั้นจึงจำเป็นต้องใช้เทคนิคในการประมาณต้นทุนเข้ามาช่วยในการวิเคราะห์ ซึ่งเทคนิคในการประมาณต้นทุนจะได้ศึกษาต่อไปในส่วนของกาบัญชีต้นทุนที่เกี่ยวข้องกับการใช้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจ

3.3.2 ต้นทุนเชิงขั้น (Step cost) หรือต้นทุนกึ่งคงที่ (Semi fixed cost) หมายถึง ต้นทุนที่จะมีจำนวนคงที่ ณ ระดับกิจกรรมหนึ่งและจะเปลี่ยนไปคงที่ในอีกระดับกิจกรรมหนึ่ง เช่น เงินเดือน ผู้ควบคุมคนงาน ค่าเช่าบางลักษณะ เป็นต้น

4. การจำแนกต้นทุนตามความสัมพันธ์กับหน่วยต้นทุน

ในการจำแนกต้นทุนลักษณะนี้เราสามารถที่จะจำแนกได้ 2 ชนิด คือ ต้นทุนทางตรง (Direct cost) และต้นทุนทางอ้อม (Indirect cost) โดยพิจารณาตามความสามารถที่จะระบุได้ว่า ต้นทุนใดเป็นต้นทุนของงานใด แผนกใด หรือเขตการขายใด เป็นต้น

4.1 ต้นทุนทางตรง (Direct cost) หมายถึง ต้นทุนที่ฝ่ายบริหารสามารถที่จะระบุได้ว่า ต้นทุนใดเป็นของหน่วยต้นทุน (Cost Object) ใดนั่นเอง เช่น วัตถุดิบทางตรงและค่าแรงงานทางตรงที่ใช้ในการผลิตงานผลิตชิ้นใดชิ้นหนึ่ง หรือค่าเสื่อมราคาเครื่องจักรในแผนกประกอบ ก็คือ ต้นทุนทางตรงของแผนกประกอบนั่นเอง

4.2 ต้นทุนทางอ้อม (Indirect cost) หมายถึง ต้นทุนร่วม (Common cost) ที่เกิดขึ้นโดยไม่สามารถระบุได้ว่าเกิดจากหน่วยต้นทุนใด โดยปกติแล้วต้นทุนทางอ้อมนี้จะถูกแบ่งสรรให้แก่หน่วยต้นทุนต่าง ๆ ด้วยเทคนิควิธีในการจัดสรรต้นทุน (Allocation techniques) ซึ่งโดยทั่วไปต้นทุนเกี่ยวกับการผลิตนั้น ต้นทุนทางอ้อมก็หมายถึงค่าใช้จ่ายการผลิตของสินค้า เช่น ตะปู กาว กระดาษทรายที่ใช้เป็นส่วนประกอบของการทำเครื่องหนังหรือเฟอร์นิเจอร์ น้ำมันหล่อลื่น เครื่องจักร เส้นด้ายที่ใช้ในการตัดเย็บเสื้อผ้า เป็นต้น

5. การจำแนกต้นทุนตามหน้าที่งานในสายการผลิต

การดำเนินงานของธุรกิจอุตสาหกรรมต่าง ๆ มักจะประกอบไปด้วยแผนกต่าง ๆ จำนวนมากในสายการผลิตสินค้า และแต่ละแผนกก็ทำหน้าที่งานที่ได้รับมอบหมาย สำหรับกิจการที่ทำการผลิตสินค้าเราสามารถที่จะจำแนกแผนกต่าง ๆ ออกเป็น 2 ลักษณะใหญ่ ๆ คือ

5.1 ต้นทุนแผนกผลิต (Cost of production departments) หมายถึง ต้นทุนต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการทำงานของเครื่องจักร คนงาน และค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นในแผนกผลิตสินค้าของกิจการ เช่น แผนกตัด แผนกเชื่อม แผนกประกอบ แผนกบรรจุ เป็นต้น

5.2 ต้นทุนแผนกบริการ (Cost of service departments) หมายถึง ต้นทุนต่าง ๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการผลิตโดยตรงโดยแผนกต่าง ๆ เหล่านี้จะทำหน้าที่ในด้านการบริการให้แก่แผนกอื่น ๆ เช่น แผนกเงินเดือนและค่าจ้าง แผนกบุคคล แผนกซ่อมบำรุง แผนกธุรการโรงงาน เป็นต้น โดยปกติแล้วต้นทุนในแผนกบริการส่วนที่เกี่ยวกับการผลิตก็จะถูกจัดสรรเข้าแผนกผลิตต่าง ๆ เพื่อทำการคำนวณหาต้นทุนผลิตที่เหมาะสม อย่างไรก็ตามการจัดสรรต้นทุนจากแผนกบริการให้แก่แผนกผลิตก็ต้องคำนึงถึงการที่แผนกผลิตได้ใช้ประโยชน์จากแผนกบริการนั้น ๆ

6. การจำแนกต้นทุนตามหน้าที่งานในกิจการ

การจำแนกต้นทุนตามหน้าที่งาน เป็นการพิจารณาต้นทุนที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานหรือปฏิบัติงานของหน้าที่งานต่าง ๆ โดยปกติแล้วจะสามารถแบ่งหน้าที่งานในกิจการต่าง ๆ ออกเป็น 4 หน้าที่งาน คือ การผลิต การตลาด การบริหาร การเงิน ดังนั้นต้นทุนที่จะเกิดขึ้นในหน้าที่งานต่าง ๆ ก็คือ

6.1 ต้นทุนที่เกี่ยวกับการผลิต (Manufacturing costs) ได้แก่ต้นทุนที่มีความสัมพันธ์กับการผลิต คือ วัตถุดิบทางตรง ค่าแรงงานทางตรง และค่าใช้จ่ายการผลิต

6.2 ต้นทุนที่เกี่ยวข้องกับการตลาด (Marketing costs) หมายถึง ต้นทุนต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการส่งเสริมการจำหน่ายสินค้า หรือบริการ ค่าโฆษณา ค่านายหน้าพนักงานขาย

6.3 ต้นทุนที่เกี่ยวข้องกับการบริหาร (Administrative costs) ได้แก่ ต้นทุนที่เกิดขึ้นในลักษณะที่เกี่ยวกับการสั่งการ การควบคุม และการดำเนินงานของกิจการ นอกจากนี้ยังรวมถึงเงินเดือนของผู้บริหารและพนักงานในแผนกต่าง ๆ ที่ไม่เกี่ยวกับแผนกผลิต และแผนกขาย

6.4 ต้นทุนทางการเงิน (Financial costs) หมายถึง ต้นทุนที่เกิดขึ้นอันเนื่องมาจากการจัดหาเงินทุน หรือการบริหารเงินทุนของกิจการ เช่น ค่าดอกเบี้ย ค่าธรรมเนียมต่าง ๆ เป็นต้น

7. การจำแนกต้นทุนตามความสัมพันธ์กับเวลา

7.1 ต้นทุนในอดีต (Historical cost) หมายถึง ต้นทุนที่กิจการได้จ่ายไปจริงตามหลักฐานอันเที่ยงธรรมที่ปรากฏ จำนวนเงินที่กิจการได้จ่ายไปนั้นจึงถือเป็นมูลค่าหรือต้นทุนของสินค้าหรือสินทรัพย์ของกิจการในอดีต แต่ต้นทุนในอดีตนี้อาจจะไม่มี ความเหมาะสมในการนำมาใช้เพื่อการตัดสินใจของฝ่ายบริหารในปัจจุบัน ทั้งนี้เพราะค่าของเงินในอดีตกับในปัจจุบันย่อมมีความแตกต่างกันเนื่องมาจากภาวะเงินเฟ้อ และความเจริญทางด้านเศรษฐกิจ

7.2 ต้นทุนทดแทน (Replacement cost) หมายถึง มูลค่า หรือราคาตลาดปัจจุบันของสินทรัพย์ประเภทเดียวกันกับที่กิจการใช้อยู่กล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือสินทรัพย์ที่กิจการเคยซื้อเข้ามาในอดีต ถ้าต้องการที่จะซื้อใหม่ในขณะนี้จะต้องจ่ายเงินในจำนวนเท่าไร ซึ่งโดยปกติมูลค่าหรือราคาต้นทุนทดแทนย่อมมีมูลค่าสูงกว่าต้นทุนในอดีต ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะการเกิดภาวะเงินเฟ้อส่วนหนึ่งและจากการเปลี่ยนแปลงในเทคโนโลยีของสินทรัพย์ เพื่อให้มีประสิทธิภาพการทำงานที่สูงขึ้นส่วนหนึ่ง

7.3 ต้นทุนในอนาคต (Future cost) หมายถึง ต้นทุน หรือค่าใช้จ่ายที่กิจการคาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต จากการตัดสินใจเรื่องใดเรื่องหนึ่งของผู้บริหาร ซึ่งต้นทุนในอนาคตนั้นอาจจะได้มาจากการประมาณการหรือการพยากรณ์ก็เป็นได้ บ่อยครั้งที่ต้นทุนในอนาคตจะถูกนำมาใช้ในการวางแผน ฉะนั้นการประมาณต้นทุนในอนาคตจึงต้องทำด้วยความระมัดระวังและรอบคอบ

8. การจำแนกต้นทุนตามลักษณะของความรับผิดชอบ

8.1 ต้นทุนที่ควบคุมได้ (Controllable cost) หมายถึง ต้นทุน หรือ ค่าใช้จ่ายที่สามารถระบุหรือกำหนดได้ว่า หน่วยงานใดหรือบุคคลใดบุคคลหนึ่งเป็นผู้รับผิดชอบโดยตรง กล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ มีอำนาจ หน้าที่ หรือมีความสามารถที่จะทำให้ต้นทุนจำนวนนั้นเพิ่มขึ้น หรือลดลง

จากการตัดสินใจของตน ซึ่งถ้าจะพิจารณาให้มากขึ้นก็พอที่จะสรุปได้ว่า ต้นทุนที่ควบคุมได้ในหน่วยงานหรือผู้บริหารคนใดคนหนึ่ง ก็อาจจะเป็นต้นทุนที่ควบคุมไม่ได้ในอีกหน่วยงานหรือผู้บริหารอีกคนหนึ่งก็ได้

8.2 ต้นทุนที่ควบคุมไม่ได้ (Uncontrollable cost) หมายถึง ต้นทุน หรือค่าใช้จ่ายที่ไม่อยู่ภายใต้อำนาจหน้าที่ ที่หน่วยงานหรือผู้บริหารในระดับนั้น ๆ จะควบคุมไว้ได้ นั่นคือไม่สามารถที่จะกำหนดต้นทุนประเภทนี้ให้เพิ่มขึ้นหรือลดลงได้ โดยปกติต้นทุนที่ควบคุมไม่ได้ของผู้บริหารระดับล่างก็มักจะเกิดจากการตัดสินใจของผู้บริหารระดับสูง นั่นเอง

9. การจำแนกต้นทุนตามลักษณะของการวิเคราะห์ปัญหาเพื่อตัดสินใจ

ในการดำเนินธุรกิจผู้บริหารมักจะต้องประสบปัญหาต่าง ๆ มากมายและที่สำคัญก็คือผู้บริหารจะต้องพยายามทำการตัดสินใจแก้ไขปัญหา หรือเลือกทางเลือกที่ดีที่สุด ข้อมูลทางด้านต้นทุนที่เข้ามามีบทบาทในการตัดสินใจจึงมักจะถูกจำแนกเป็น

9.1 ต้นทุนจม (Sunk cost) หมายถึง ต้นทุนที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ (Unavoidable Cost) หรือไม่สามารถที่จะทำการเปลี่ยนแปลงได้ไม่ว่าผู้บริหารจะทำการตัดสินใจอย่างไร ดังนั้น ต้นทุนจมจึงเป็นต้นทุนที่เกิดขึ้นจากการตัดสินใจในอดีต ซึ่งจะไม่มีผลกระทบต่อการตัดสินใจในปัจจุบัน เช่น ค่าเช่าที่เป็นสัญญาเช่าระยะยาว ค่าเสื่อมราคาสินทรัพย์ประจำ เป็นต้น ถึงแม้ว่าต้นทุนจมจะไม่มีผลต่อการตัดสินใจในปัจจุบัน แต่ผู้บริหารก็ควรที่จะทำการตัดสินใจเลือกทางเลือกที่สามารถใช้ประโยชน์จากต้นทุนจมให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

9.2 ต้นทุนที่หลีกเลี่ยงได้ (Avoidable cost) หมายถึง ต้นทุนที่สามารถประหยัดได้จากการตัดสินใจเลือกทางใดทางหนึ่ง ต้นทุนที่หลีกเลี่ยงได้มักจะมีบทบาทที่สำคัญต่อการตัดสินใจของผู้บริหารเสมอ เช่น กิจกรรมยุบสาขาปิดโรงงานในต่างจังหวัด สามารถประหยัดต้นทุนวัตถุดิบทางตรง ค่าแรงงานทางตรง และค่าใช้จ่ายผลิตได้

9.3 ต้นทุนเสียโอกาส (Opportunity cost) คือ ผลประโยชน์หรือผลตอบแทนที่กิจการจะได้รับจากการตัดสินใจเลือกทางเลือกหนึ่งแต่กับต้องสูญเสียไป จากการที่เลือกตัดสินใจในอีกทางเลือกหนึ่ง เช่น ถ้ากิจการมีเงินจำนวนหนึ่งและสามารถนำไปฝากธนาคารได้ดอกเบี้ยปีละ 20,000 บาท แต่ถ้ากิจการต้องการนำเงินที่มีอยู่นั้นไปลงทุนทำธุรกิจ การที่กิจการเลือกลงทุนทำธุรกิจทำให้สูญเสียดอกเบี้ยที่จะได้รับ 20,000 บาท ถือว่าถ้ากิจการเลือกทำธุรกิจก็จะมีต้นทุน

เสียโอกาสเกิดขึ้น 20,000 บาท โดยปกติต้นทุนเสียโอกาสจะไม่มีที่กบฏบัญชีของกิจการ เพราะมิได้เป็นต้นทุนที่เกิดขึ้นจริง แต่เป็นต้นทุนที่ถูกสมมติเพื่อการตัดสินใจ

9.4 ต้นทุนส่วนที่แตกต่าง (Differential cost) หมายถึง ต้นทุนที่เกิดการเปลี่ยนแปลงไปจากการตัดสินใจเลือกกระทำอย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งอาจจะเปลี่ยนแปลงในทางเพิ่มขึ้นหรือลดลงก็ได้ (Incremental cost or decremental cost) โดยปกติต้นทุนประเภทนี้จะเกิดก็ต่อเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงวิธีการปฏิบัติแบบเดิม มาเป็นวิธีการปฏิบัติแบบใหม่ เช่น ถ้าผู้บริหารกำลังทำการตัดสินใจว่าจะซื้อเครื่องจักรรุ่นใหม่ เข้ามาทำการผลิตแทนเครื่องจักรเก่าที่มีอยู่หรือไม่ ทั้งนี้เครื่องจักรใหม่อาจจะต้องลงทุนสูง แต่ก็สามารถที่จะประหยัดต้นทุนผันแปรต่อหน่วยลงไปได้ ซึ่งผู้บริหารจะต้องทำการตัดสินใจโดยพิจารณาจากต้นทุนส่วนที่แตกต่างรวมสุทธิ (Net total differential cost)

9.5 ต้นทุนเพิ่มต่อหน่วย (Marginal cost) หมายถึง ต้นทุนที่จะเพิ่มขึ้นจากการผลิตเพิ่มขึ้นหนึ่งหน่วย ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับต้นทุนส่วนเพิ่ม (Incremental cost) แต่ต้นทุนส่วนเพิ่มต่อหน่วยเป็นการพิจารณาส่วนที่เพิ่มจากการเพิ่มของการผลิตเพียง 1 หน่วย ตามที่กล่าวแล้วช่วยผู้บริหารเพื่อการตัดสินใจได้เช่นกัน

ประเภทของต้นทุนในการประเมินทางเศรษฐศาสตร์ แบ่งออกเป็น 3 ประเภท(22)

1. ต้นทุนทางตรงด้านการแพทย์ (Direct medical costs) ได้แก่ ต้นทุนทางการแพทย์ เริ่มตั้งแต่การตรวจวินิจฉัย การรักษาเบื้องต้น การรักษาต่อเนื่อง การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการรักษาระยะสุดท้าย(Terminal care) ที่เกิดขึ้นทั้งในสถานพยาบาล (Institutional care) การดูแลที่บ้าน (Home care) การชื้อยาทานเอง และการรักษาแบบทางเลือก

2. ต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับการแพทย์ (Direct non-medical costs) ได้แก่ ต้นทุนที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยและการรักษาแต่ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการรักษา เช่น ค่าเดินทาง ค่าอาหาร ค่าที่พักของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการไปรับการรักษา ค่าจ้าง อุปกรณ์อำนวยความสะดวก เช่น การปรับปรุงบ้านพักให้ผู้ป่วยสามารถใช้รถเข็นได้ รวมทั้งค่าเสียเวลาของการดูแลอย่างไม่เป็นทางการโดยญาติหรือเพื่อน (Informal care)

3. ต้นทุนทางอ้อม (Indirect costs) มีความหมายเดียวกับต้นทุนผลิตภาพ (Productivity cost) ได้แก่ มูลค่าของผลผลิตที่ขาดหายไปเนื่องจากการลาป่วย การลดประสิทธิภาพการทำงาน

การที่ต้องหยุดทำงานก่อนเกณฑ์อายุเกษียณจากความพิการอย่างรุนแรงจนไม่สามารถทำงานได้ และการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร เวลาที่เสียไประหว่างการเจ็บป่วย สามารถแบ่งออกได้เป็น ช่วงที่รับการรักษา และช่วงพักฟื้น

ผู้ดูแล หมายถึง ผู้ให้การดูแลในกิจกรรมต่างๆ ผู้ที่เจ็บป่วยมะเร็ง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองหรือจัดการตนเองได้ เป็นการดูแลที่มีพื้นฐานมาจากจริยธรรม อารมณ์ โดยมีความผูกพันทางเครือญาติ ได้แก่ พ่อ แม่ ลูก พี่ น้อง สามี ภรรยา หรือไม่ใช่เครือญาติ ได้แก่ ลูกจ้าง เพื่อนบ้าน ช่าง ๆ ให้ดูแลโดยด้วยความสมัครใจไม่มุ่งหวังค่าตอบแทนในชุมชน

ญาติผู้ดูแล (family caregiver) แบ่งตามความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้รับการดูแล เป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ ดังนี้

1. ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (formal caregiver/carers) หมายถึง ผู้ดูแลที่เป็นวิชาชีพจากสถานพยาบาล หรือองค์กรต่างๆที่ผ่านการฝึกอบรมมาก่อน ไม่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล เช่น ลูกจ้างดูแล พยาบาล ทีมสุขภาพ องค์กรต่าง ๆ รวมทั้งผู้ช่วยการดูแลจากศูนย์ที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (care assistant) โดยอาจจะไม่รับ หรือรับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัลก็ได้ตามข้อตกลง

2. ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (informal caregiver/carers) หมายถึง ผู้ดูแลให้การช่วยเหลือในชีวิตประจำวันต่างๆ แก่ผู้ป่วยโดยไม่ผ่านการฝึกอบรมมาก่อน ผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล การดูแลเกิดจากความรัก ความผูกพัน สำนึกในบุญคุณหรือหน้าที่ แรงจูงใจของการดูแลอาจมาจากความสัมพันธ์ทางการสมรส หรือจากครอบครัว เช่น สมาชิกในครอบครัว ลูก หลาน ญาติ เพื่อน หรือเพื่อนบ้านของผู้ป่วย เป็นต้น โดยมุ่งเน้นเฉพาะการให้การดูแลโดยไม่รับค่าตอบแทน

ผู้ดูแลสามารถแบ่งตามปริมาณการช่วยเหลือที่ให้ดังนี้

1. ผู้ดูแลหลัก (main carers/major/primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วยโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น ให้การดูแลโดยคิดเป็นชั่วโมงสูงสุดต่อวัน ทำหน้าที่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ แต่งตัว ดูแลกิจวัตรประจำวัน การกินยา การทำแผล บริหารจัดการอาการต่างๆ ของผู้ป่วย ให้กำลังใจ ปลอบใจ ตัดสินใจแทนผู้ป่วยเป็นต้น ผู้ดูแลหลักเป็นผู้ที่เผชิญกับความเครียดสูงสุด มีบทบาทหลายบทบาทได้แก่

- ตัดสินใจแทนหรือร่วมกับผู้ป่วยเกี่ยวกับการบริหารจัดการอาการ การรักษา การเงินในครอบครัว
- การทำหน้าที่แทนผู้ป่วย เกี่ยวกับประกัน ชำระค่าใช้จ่าย ปรับเปลี่ยนแผน การดำเนินชีวิต
- เป็นผู้สื่อสาร ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยและของแพทย์ให้เข้าใจ กันทั้ง 2 ฝ่าย
- ให้การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย เพื่อจัดการอาการต่าง ๆ ส่วนใหญ่จะให้ยาบรรเทาอาการปวด และอาการข้างเคียง หรือกระตุ้นผู้ป่วย ให้การสนับสนุนด้าน อารมณ์เนื่องจากผู้ป่วยมักมีอาการเปลี่ยนแปลงอยู่บ่อยครั้ง
- ให้การสนับสนุนทางสังคมและการเงิน ทั้งเรื่องส่วนตัวและเรื่องการรักษา

2. ผู้ดูแลรอง (secondary caregiver/carers) หมายถึง ผู้ที่มีส่วนร่วมในการทำ กิจกรรมบางอย่าง แต่ไม่ได้ทำอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง หรือมีระยะเวลาการดูแลน้อยกว่าผู้ดูแล หลัก เช่น ให้การดูแลผู้ป่วยแทนเป็นครั้งคราว พาไปพบแพทย์ พาไปปฏิบัติธรรม หรือเป็นผู้ช่วย ของผู้ดูแลหลักในการดูแลเท่านั้น

2. ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย (22)

คนไทยได้รับสิทธิการรักษาพยาบาลจากรัฐบาลแบ่งเป็น 3 กลุ่มใหญ่ คือ

1. สิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ คุ้มครองบริการรักษาพยาบาลให้กับ ข้าราชการและบุคคลในครอบครัว (บิดา มารดา คู่สมรสและบุตรที่ถูกต้องตามกฎหมาย)
2. สิทธิประกันสังคม คุ้มครองบริการรักษาพยาบาลให้กับผู้ประกันตนตามสิทธิ สามารถ เข้ารับบริการรักษาพยาบาลได้ที่โรงพยาบาลที่เลือกลงทะเบียนโดยสำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม
3. สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือรู้จักกันในนามสิทธิ 30 บาทหรือสิทธิบัตรทอง คุ้มครองบุคคลที่มีสัญชาติไทยและเลขบัตรประชาชน 13 หลักที่ไม่ได้รับสิทธิสวัสดิการข้าราชการ หรือสิทธิประกันสังคม หรือสิทธิสวัสดิการรัฐวิสาหกิจหรือสิทธิอื่น ๆ จากรัฐ บุคคลผู้มีสิทธิ หลักประกันสุขภาพ เช่น
 - เด็กแรกเกิด ที่ไม่มีสิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลจากพ่อแม่

- บุตรข้าราชการที่บรรลุนิติภาวะ (อายุ 20 ปี ขึ้นไป หรือ สมรส)
- บุตรข้าราชการคนที่ 4 ขึ้นไป (สิทธิข้าราชการคุ้มครองบุตรเพียง 3 คน)
- ผู้ประกันตนที่ขาดการส่งเงินสมทบกองทุนประกันสังคม (หมดสิทธิประกันสังคม)
- ข้าราชการที่เกษียณอายุหรือออกจากราชการโดยมิได้รับบำนาญ
- ผู้ประกอบอาชีพอิสระ และไม่ได้เป็นผู้ประกันตน

ตาราง 1 ความแตกต่างของระบบสุขภาพของประเทศไทย

หัวข้อ	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (23)	สิทธิประกันสังคม (24)	สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ (25)
แหล่งเงิน	งบประมาณรัฐ อัตราเหมาจ่ายรายหัว ปี 2560 เท่ากับ 3109.87 บาทบาท ต่อผู้มีสิทธิ	สมทบจากรัฐ นายจ้าง และลูกจ้าง อัตราเหมาจ่ายรายหัว ปี 2560 มีรายจ่ายเฉลี่ยรวม 3,354.80 บาท/คน	งบประมาณรัฐ รายจ่ายในปี 2560 เท่ากับ 73,658.86 ล้านบาท (ประมาณ 12,000 บาท/คน)
สิทธิประโยชน์	บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ทันตกรรม ค่ายา เวชภัณฑ์ ค่าอาหาร ค่าห้องสามัญ ค่าคลอดบุตร ชดเชยตามมาตรา 41	บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ทันตกรรม ค่ายา เวชภัณฑ์ ค่าอาหาร ค่าห้องสามัญ ชดเชยกรณีคลอดบุตร ตาย พิการ	บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ทันตกรรม ค่ายา เวชภัณฑ์ ค่าอาหาร ค่าห้องพิเศษ ค่าคลอดบุตร
ผู้ให้บริการ	สถานพยาบาลรัฐและเอกชนคู่สัญญาและสถานพยาบาลในเครือข่ายรพ.เอกชน กรณีฉุกเฉิน	สถานพยาบาลรัฐและเอกชนคู่สัญญาและสถานพยาบาลในเครือข่าย	สถานพยาบาลรัฐเป็นหลัก ใช้รพ.เอกชนได้กรณีฉุกเฉิน
รูปแบบวิธีการจ่ายเงิน	เหมาจ่ายรายหัวบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน	เหมาจ่ายรายหัวรวม สำหรับบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน และจ่ายเพิ่มเป็นรายกรณี	ผู้ป่วยนอกตามปริมาณบริการและราคาที่เรียกเก็บย้อนหลัง สำหรับบริการผู้ป่วยในจ่ายตามรายป่วยในอัตราที่กำหนด DRG

ตาราง 1 (ต่อ)

หัวข้อ	สิทธิหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ (23)	สิทธิประกันสังคม (24)	สิทธิสวัสดิการ รักษาพยาบาลของ ข้าราชการ (25)
สิทธิประโยชน์ใน การดูแลแบบ ประคับประคอง	มีทีมสหสาขาวิชาชีพ ดูแลต่อเนื่องในชุมชน และโรงพยาบาล 1 ยามอร์ฟีนบรรเทา ปวด 2 ชุดทำความสะอาด 3 ออกซิเจนพร้อม อุปกรณ์อื่นๆ 4 การให้คำปรึกษาทาง โทรศัพท์ 5 มีจิตอาสาช่วยเหลือ ผู้ป่วยและญาติ 6 มีช่องทางในการเข้า รับบริการใน โรงพยาบาลกรณีมี ภาวะแทรกซ้อน/ ฉุกเฉิน 7 การดูแล ช่วยเหลือเยียวยาหลัง การสูญเสีย	มีทีมสหสาขาวิชาชีพ ดูแลที่โรงพยาบาล 1 ยามอร์ฟีนบรรเทา ปวด 2 ชุดทำความสะอาด 3 ออกซิเจนพร้อม อุปกรณ์อื่นๆ 4 การให้คำปรึกษาทาง โทรศัพท์ 5 มีจิตอาสาช่วยเหลือ ผู้ป่วยและญาติ 6 มีช่องทางในการเข้า รับบริการใน โรงพยาบาลกรณีมี ภาวะแทรกซ้อน/ฉุกเฉิน 7 การดูแลช่วยเหลือ เยียวยาหลังการ สูญเสียค่าทำศพ 8 มีเงินชดเชยจากการ ว่างงาน	มีทีมสหสาขาวิชาชีพ ดูแลที่โรงพยาบาล 1 ยามอร์ฟีนบรรเทา ปวด 2 ชุดทำความสะอาด 3 ออกซิเจนพร้อม อุปกรณ์อื่นๆ 4 การให้คำปรึกษาทาง โทรศัพท์ 5 มีจิตอาสาช่วยเหลือ ผู้ป่วยและญาติ 6 มีช่องทางในการเข้ารับ บริการในโรงพยาบาล กรณีมีภาวะแทรกซ้อน/ ฉุกเฉิน

หมายเหตุ: DRG ย่อมาจาก Diagnosis Related Groups คือ การจัดกลุ่มโรคของผู้ป่วยที่ใช้
ทรัพยากรในการรักษาใกล้เคียงกันไว้ในกลุ่มเดียวกัน เพื่อกำหนดต้นทุนการรักษาพยาบาลผู้ป่วย
แต่ละกลุ่ม ประเมินการใช้ทรัพยากรในการบำบัดโรค และนำไปสู่การจัดสรรงบประมาณการ
รักษาพยาบาล และวัดคุณภาพสถานพยาบาล โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (Relative weight; RW)
กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมคูณด้วยอัตราฐาน (Base rate)

2.1 วิธีการจ่ายเงิน ความครอบคลุม สิทธิประโยชน์ งบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (25)

1. บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป วงเงินงบที่ได้รับเป็นลักษณะบริการทางการแพทย์
เหมาจ่ายรายหัว เงินค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปได้รับจำนวน 1,179.34 บาทต่อผู้มีสิทธิ สำหรับ
ผู้มีสิทธิ 48.5750 ล้านคน โดยแบ่งการบริหารจัดการเป็นประเภทบริการย่อย 2 รายการ ได้แก่

1.1 บริการที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ จำนวน 1,168.03 บาทต่อผู้มีสิทธิ

1.2 บริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ จำนวน 9 บาทต่อผู้มีสิทธิ

2. บริการผู้ป่วยในทั่วไป

2.1 ค่าบริการผู้ป่วยในทั่วไป บริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยในทั่วไปแบ่งเป็น

2 ระดับ คือ

2.1.1 กั้นไว้สำหรับบริหารจัดการระดับประเทศจำนวนไม่เกิน 100 ล้านบาท

2.1.2 ส่วนที่เหลือให้บริหารจัดการเป็นระดับเขต โดยจัดสรรเงินเป็น Global budget ระดับ

2.2 หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยในทั่วไปจาก Global budget
ระดับเขต จ่ายด้วยระบบ DRGs version 5 และตามเงื่อนไขบริการและไม่เกินอัตรากลางที่กำหนด

1. การบริการแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับผู้ป่วยระยะ
สุดท้ายที่บ้าน

1.1 เป็นการจ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการที่จัดบริการดูแลผู้ป่วยระยะ
สุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพพร้อมกับครอบครัวและภาคีเครือข่ายที่
เกี่ยวข้อง เป็นการเหมาจ่ายต่อรายตามระยะเวลาที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลที่บ้าน
โดยประมวผลจากวันที่เริ่มให้บริการที่บ้านครั้งแรกจนถึงวันที่ผู้ป่วยเสียชีวิต เมื่อตรวจสอบกับ
ฐานทะเบียนราษฎรซึ่งกำหนดอัตราจ่าย ดังตารางที่ 2

ตาราง 2 การจ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการที่จัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ระยะเวลาการดูแลที่บ้าน (วัน)	อัตราจ่าย(บาท)
น้อยกว่า 30	4,000
31-60	5,000
61-90	6,000
91-120	7,000
121-150	8,000
151วันขึ้นไป	9,000

เงื่อนไขเพิ่มเติม

1. ต้องเป็นโรคเรื้อรัง โรคสิ้นหวังในการรักษา ตามแนวทาง Palliative Care ใน 5 กลุ่มโรค โดยต้องไม่ซ้ำกับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2. ระบุรหัสโรคร่วมด้วย Z515

กองทุนประกันสังคม (2)

สิทธิประกันสังคม ผู้ประกันตนจะได้รับสิทธิประโยชน์จากกองทุน 2 กองทุน ได้แก่ กองทุนประกันสังคม และกองทุนเงินทดแทน ซึ่งจะได้รับสิทธิประโยชน์ที่แตกต่างกันแล้วแต่กรณี

1. กรณีเจ็บป่วย

สามารถเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิได้โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในสถานพยาบาลของรัฐ กรณีเป็นผู้ป่วยนอก เบิกได้เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น และในกรณีเป็นผู้ป่วยใน เบิกได้ตามที่จ่ายจริง ยกเว้น ค่าห้องและค่าอาหาร เบิกได้ไม่เกินวันละ 700 บาท กรณีทันตกรรม เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาลที่ทำความตกลงกับสำนักงานประกันสังคม ค่าบริการทางการแพทย์ไม่เกิน 900 บาทต่อปี

2. กรณีคลอดบุตร

สามารถเบิกค่าคลอดบุตรได้ 13,000 บาท ต่อการคลอดบุตร 1 ครั้ง (ไม่จำกัดจำนวนครั้ง) ผู้ประกันตนหญิงได้รับเงินสงเคราะห์จากการลาคลอดเหมาจ่ายในอัตราร้อยละ 50 ของเงินเดือน เป็นระยะเวลา 90

3. กรณีทุพพลภาพ

รับเงินทดแทนขาดรายได้ร้อยละ 50 ของค่าจ้างเป็นรายเดือนตลอดชีวิตในกรณีทุพพลภาพร้ายแรง หากไม่ร้ายแรงจะได้รับตามหลักเกณฑ์และระยะเวลาตามที่ประกาศฯ กำหนด หากผู้ทุพพลภาพเสียชีวิต ผู้จัดการศพมีสิทธิได้รับค่าทำศพ 40,000 บาท

4. กรณีเสียชีวิต

ผู้จัดการศพสามารถขอค่าทำศพได้ 40,000 บาท เงินสงเคราะห์กองทุนประกันสังคมจะจ่ายให้บุคคลที่มีชื่อระบุอยู่ในหนังสือระบุให้เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์กรณีผู้ประกันตนเสียชีวิต

5. กรณีสงเคราะห์บุตร

ได้รับเงินสงเคราะห์บุตรเหมาจ่ายเดือนละ 400 บาท ตั้งแต่บุตรอายุแรกเกิดจนถึง 6 ปี บริบูรณ์

6. กรณีชราภาพ มีการจ่ายเงิน 2 แบบ

กรณีบำนาญชราภาพ ถ้าจ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 180 เดือน จะได้รับเงินบำนาญชราภาพเป็นรายเดือน ในอัตราร้อยละ 20 ของค่าจ้างเฉลี่ย 60 เดือนสุดท้าย

กรณีบำเหน็จชราภาพ ถ้าจ่ายเงินสมทบต่ำกว่า 12 เดือน จะได้รับเงินบำเหน็จชราภาพเท่ากับจำนวนเงินสมทบที่ผู้ประกันตนจ่ายเงินสมทบ

7. กรณีว่างงาน

ในกรณีที่ถูกเลิกจ้าง จะได้รับเงินทดแทนระหว่างการว่างงานปีละไม่เกิน 180 วัน ในอัตราร้อยละ 50 ของค่าจ้างเฉลี่ย ซึ่งค่าจ้างเฉลี่ยสูงสุดไม่เกิน 15,000 บาท

สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (26)

ผู้มีสิทธิและบุคคลในครอบครัวที่สามารถใช้สิทธิเบิกค่ารักษายาบาลประเภทผู้ป่วยนอก ใน ระบบเบิกจ่ายตรง

ผู้มีสิทธิ หมายถึง ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ผู้รับเบี้ยหวัด ผู้รับบำนาญ อาสาสมัครทหารพราน ราษฎรอาสา ไทยอาสาสมัครป้องกันชาติ อาสาสมัครทหารเสือพราน และพนักงานมหาวิทยาลัย ซึ่งเปลี่ยนสถานภาพไปเป็นพนักงานมหาวิทยาลัย และขอเป็นสมาชิก กบข.

บุคคลในครอบครัว หมายถึง บิดา มารดา คู่สมรส และบุตรซึ่งยังไม่บรรลุนิติภาวะ หรือบรรลุนิติภาวะแล้วแต่เป็นคนไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ ที่ถูกต้องตามกฎหมายของผู้มีสิทธิ

ข้าราชการมีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากทางราชการสำหรับตนเอง บิดาและมารดา คู่สมรส และบุตร กรณีบุตรนั้นให้ไม่เกิน 3 คน เรียงลำดับก่อนหลัง

1 ค่ารักษาพยาบาล ได้แก่ ค่ายา ค่าเลือด และส่วนประกอบของเลือดหรือสารทดแทน ค่าน้ำยา หรืออาหารทางเส้นเลือด ค่าออกซิเจน ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค รวมทั้งค่าซ่อมแซม ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าตรวจ ค่าวิเคราะห์โรค ค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าตรวจสุขภาพประจำปี

2 อัตราค่ารักษาพยาบาล สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของรัฐ โดยเบิกได้เต็มตามที่จ่ายจริงทั้งคนไข้ในและคนไข้นอก ส่วนค่าอวัยวะเทียม ค่าอุปกรณ์ในการบำบัดรักษา และค่าซ่อมแซมอวัยวะเทียมเบิกได้ตามที่กระทรวงการคลังกำหนด

3. การดูแลแบบประคับประคอง

3.1 ความหมาย

องค์การอนามัยโลก (11) ได้ให้ความหมายการดูแลแบบประคับประคองว่า “การดูแลเพื่อทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวที่กำลังเผชิญหน้ากับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิตมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผ่านกระบวนการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานด้วยการค้นหา ประเมินการให้การรักษา ภาวะเจ็บปวดของผู้ป่วย รวมไปถึงปัญหาด้านอื่น ๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่เริ่มต้น เป็นการดูแลแบบองค์รวมที่ต้องอาศัยการทำงานของสหสาขาให้การดูแลต่อเนื่อง จนกว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิตและดูแลประคับประคองผู้สูญเสีย”

พรทิว ยอดมงคล (27) ให้ความหมายการดูแลแบบประคับประคองว่า “การดูแลทางการแพทย์การพยาบาลทุกชนิด รวมถึงการดูแลทางด้านจิตใจ สังคม ตามความต้องการของผู้ป่วย ตลอดจนการดูแลครอบครัวผู้ป่วยจากความโศกเศร้า เนื่องจากต้องสูญเสียผู้ป่วยไป”

อากาศ พัฒนเรืองไฉ และคณะ (10) ให้ความหมายการดูแลแบบประคับประคองว่า “เป็นการดูแลแบบประคับประคอง มุ่งให้ ความสุขสบายแก่ผู้ป่วย ช่วยลดความปวดและความทุกข์ทรมาน ครอบคลุม ถึงจิตวิญญาณ และตระหนักถึงการตายอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (dignified death) รวมถึงครอบครัวที่มีผู้ป่วยอยู่ในระยะท้าย และหลังเสียชีวิตแล้ว”

ประคอง อินทรสมบัติ (28) ให้ความหมายการดูแลแบบประคับประคองว่า “เป็นการช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานและทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบายก่อนจะถึงวาระสุดท้าย ซึ่งเป็นนิยาม

ของคำว่า “ตายดี” (Quality of death) สำคัญเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ เพื่อให้สามารถนำไปปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้มี คุณภาพชีวิตที่ดี”

การดูแลระยะสุดท้าย สวคนธ์ กุรัตน และคณะ (29) ได้ให้คำจำกัดความว่า ผู้ป่วยที่สามารถมีชีวิตอยู่ได้ประมาณ 6 เดือน หรือน้อยกว่า โรคไม่ตอบสนองต่อการรักษา ทำได้เพียงการดูแลแบบประคับประคองครองในเรื่องของการเจ็บปวด และอาการอื่น ๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ผู้ป่วยจะมีอาการทรุดลงไปเรื่อย ๆ และจะเสียชีวิตในที่สุด

การดูแลแบบประคับประคอง คือ รูปแบบการดูแลสุขภาพในผู้ที่ต้องทุกข์ทรมานด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิต โดยมี เป้าหมายให้ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถเผชิญความเจ็บป่วยที่มีอยู่ได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ ซึ่งประกอบด้วยการป้องกันและลดภาวะทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด และมีปัญหาอื่นทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ

3.2 รูปแบบและวิธีการดูแลหรือการให้บริการ

รูปแบบการให้บริการ มีหลากหลายรูปแบบที่รวมการให้การดูแลที่มีคุณภาพ ประกอบด้วย (30)

1. Hospice care : เป็นโปรแกรมที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีการพยากรณ์โรค 6 เดือนหรือน้อยกว่า เป็นบริการที่ให้การดูแลในบ้าน nursing home ที่พักอาศัยที่อำนวยความสะดวกให้หรือ หน่วยดูแลผู้ป่วยใน (an inpatient unit)
2. Palliative care program : เป็นโปรแกรมขององค์กร / หน่วยงาน ที่ มีอยู่ในโรงพยาบาล หรือ nursing home ที่ให้บริการผู้ป่วยที่มีภาวะ เจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต มีการให้บริการที่ใดก็ตาม ตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการ วินิจฉัยอย่างต่อเนื่อง จนเสียชีวิต สามารถให้บริการตั้งแต่การให้คำปรึกษาทีม สำหรับหน่วยงานที่มีการจำกัดเตียง
3. Outpatient palliative care programs เกิด ขึ้น ใน ambulatory care setting เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยที่ รุนแรง หรือคุกคามชีวิตอย่างต่อเนื่อง
4. Community palliative care program เกิดขึ้นในชุมชน เมื่อทีมที่ปรึกษา ให้ความร่วมมือ มีกับ hospice or home health agencies เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยที่ เจ็บป่วยรุนแรง ซึ่งไม่สามารถเข้าถึง hospice ได้

3.3 แนวทางการดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่ระดับประคองระยะสุดท้าย (31) เริ่มจากที่เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาดจนกระทั่งป่วยอยู่ในระยะท้ายหรือกำลังจะเสียชีวิตจากโรค เป้าหมายของการดูแลรักษา เน้นการมีชีวิตรอยู่อย่างมีคุณภาพ และยอมรับความตายเป็นเรื่องธรรมชาติ ทุกชีวิตต้องตาย ไม่ใช่เครื่องมือการแพทย์หรือการรักษา เพื่อยื้อความทรมานของผู้ป่วย ไม่เร่งหรือทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วให้เสียชีวิตตามวาระของผู้ป่วย ในผู้ป่วยผู้ใหญ่การดูแลผู้ป่วยในหออภิบาลคุณภาพชีวิต (Quality of life care unit) ประกอบด้วย 8 ประเด็น ได้แก่

ประเด็น 1 โครงสร้างและกระบวนการดูแล

มีทีมสหสาขาวิชาชีพประกอบด้วย แพทย์/จิตแพทย์ พยาบาล เกสัชกร โภชนากร นักสังคมสงเคราะห์ อาสาสมัคร/จิตอาสา ผู้นำศาสนา/ผู้นำทางความเชื่อและพิธีกรรม นักจิตวิทยา เป็นต้น ช่วยตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย

ประเด็น 2 การดูแลทางร่างกาย

ค้นหาปัญหาทางกายและต้องได้รับการดูแลในระยะท้ายของชีวิต ได้แก่ ความปวด หายใจลำบาก อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก นอนไม่หลับ และอาการสับสน ผู้ป่วยบางคนอาจมี ปัญหาทางกายหลายอย่างร่วมกัน โดยมีการกิจกรรมการประเมินอาการ ตรวจวินิจฉัย ตลอดจนการให้การดูแลด้วยยา

ประเด็น 3 การดูแลทางจิตใจ

ซักประวัติส่วนตัว ครอบครัว การเจ็บป่วยทางกายและจิตใจในอดีต ประวัติความสัมพันธ์ในครอบครัว/ดูแล ภาระรับผิดชอบของผู้ป่วยและผู้ดูแล สิทธิการรักษาพยาบาล ศาสนา ความเชื่อ ค่านิยม ผู้ป่วย (Spiritual) เศรษฐฐานะ ร่วมกับการประเมินด้านจิตใจ ภาวะซึมเศร้า ฆ่าตัวตาย ด้านพุทธิปัญญา ความคิดการตัดสินใจของผู้ป่วย ปฏิบัติการต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยทุกวันเพื่อวางแผนให้การรักษาพยาบาล

ประเด็น 4 การดูแลทางสังคม

การประเมินปัญหาด้านสังคม (Social assessment) ที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ทั้งด้าน ครอบครัว ผู้ดูแล สถานที่พักอาศัย สิ่งแวดล้อม เครือข่ายสนับสนุนทางสังคม และความต้องการของครอบครัว ที่เข้ามาช่วยเหลือผู้ป่วยตามความต้องการในวาระสุดท้ายของชีวิต

ประเด็น 5 การดูแลทางจิตวิญญาณ ศาสนา

ดูแลด้านจิตวิญญาณ สร้างสัมพันธภาพ โดยประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณ เพื่อให้ทีมที่ดูแลสามารถตอบสนองอย่างเหมาะสมตามความต้องการด้านจิตวิญญาณ และสนับสนุนพิธีกรรม เช่น จัดกิจกรรมทำรวมตัวของคนในครอบครัวเพื่อให้บุคคลในครอบครัวได้ขอโทษกรรม/การให้อภัยให้ผู้ป่วยได้ปลดปล่อยสิ่งค้างคาใจ

ประเด็น 6 การดูแลในบริบทของวัฒนธรรม ประเพณี

บุคคลได้รับการหล่อหลอมคุณค่าความเชื่อ พฤติกรรมและการแสดงออกจากสังคมจากวัฒนธรรมประเพณีที่บุคคลนั้นเติบโตมา วัฒนธรรม ประเพณีย่อมมีผลต่อมุมมองเรื่องสุขภาพ ความเจ็บป่วย และการตาย

ประเด็น 7 การดูแลระยะก่อนตาย

การดูแลระยะก่อนตายมีความเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ความอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ง่วงนอน ไม่รู้สึกตัว การร้องครวญคราง ร่วมกับความเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ ผู้ป่วยหนักใกล้ตาย จะมีความต้องการการดูแลระดับประคองใจอย่างมากควรให้การประคองใจจนสบายขึ้นกับทั้งให้โอกาสผู้ป่วยที่ใกล้ตายเปลี่ยนความต้องการและความตั้งใจได้เสมอ

ประเด็น 8 บริบทของจริยธรรมและกฎหมาย

แพทย์ใช้เป็นแนวทางกำหนดแผนการรักษาสำหรับผู้ป่วยมีอยู่ 4 ข้อ ได้แก่

- 8.1.1 หลักการทำแต่ความดี (Beneficence)
- 8.1.2 หลักการหลีกเลี่ยงอันตรายอันพึงเกิดกับผู้ป่วย (Nonmaleficence)
- 8.1.3 หลักการแห่งเสรีภาพส่วนบุคคล (Autonomy)
- 8.1.4 หลักการแห่งความยุติธรรม (Justice)

ผู้ป่วยหรือญาติมีการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาล เมื่อตนเองอยู่ในภาวะที่ตัดสินใจไม่ได้ แล้วในอนาคต (Advance directives)

การดูแลแบบประคับประคองจะไม่รวมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (32) โดยมีการแบ่งผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงออกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 เคลื่อนไหวได้บ้าง และอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง

กลุ่มที่ 2 เหมือนกลุ่มที่ 1 แต่มีภาวะสับสนทางสมอง

กลุ่มที่ 3 เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่าย หรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง

กลุ่มที่ 4 เหมือนกลุ่มที่ 3 และมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต

งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและสนับสนุนการดำเนินงานให้กับหน่วยบริการและเครือข่ายบริการปฐมภูมิในพื้นที่ มีการทำงานเป็นเครือข่ายร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพที่เรียกว่าทีมหมอครอบครัวร่วมกับอปท. ดำเนินการประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามแบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดี ซึ่งจะต้องดูรวมไปถึงเครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่อำนวยความสะดวกให้กับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงให้เหมาะสมโดยเครื่องมือแพทย์จำแนกประเภทผลิตภัณฑ์ตาม GMDN (Global Medical Devices Nomenclature) ซึ่งเป็นระบบการจัดหมวดหมู่ที่พัฒนาขึ้นเพื่อให้มีการจัดหมวดหมู่ของเครื่องมือแพทย์ทั้งหมดที่ออกสู่ท้องตลาด แบ่งเป็น 16 หมวดดังนี้

1. อุปกรณ์ฝังในร่างกายที่ใช้กำลังไฟฟ้าในการขับเคลื่อน เช่น Cardiac pacemaker, bladder stimulator, diaphragm stimulator
2. เครื่องมืออุปกรณ์ทางวิสัญญีและการหายใจ
3. เครื่องมืออุปกรณ์ทางพันธุกรรม
4. เครื่องมืออุปกรณ์ไฟฟ้าทางการแพทย์ (ต้องใช้กำลังไฟฟ้าในการทำงาน) เช่น oximetry monitor
5. เครื่องมืออุปกรณ์ที่ใช้ในโรงพยาบาล เช่น เตียงผู้ป่วย ระบบหายใจ รวมถึงระบบข้อมูลผู้ป่วย
6. เครื่องมืออุปกรณ์การวินิจฉัยภายนอกร่างกาย เครื่องมือ ระบบที่เกี่ยวข้องชุดตรวจวินิจฉัย รวมทั้ง การทดสอบสุขภาพทั่วไป การติดตามการรักษา การป้องกันโรค รวมถึงผลิตภัณฑ์น้ำยาเตรียมหรือเก็บตัวอย่างในร่างกาย
7. อุปกรณ์ฝังที่ไม่ต้องใช้กำลังในการขับเคลื่อน เช่น อุปกรณ์ตามแขนขา
8. เครื่องมืออุปกรณ์ทางจักษุวิทยา เช่น แวน เลนส์สัมผัส
9. เครื่องมืออุปกรณ์ที่นำกลับมาใช้ใหม่ได้ อุปกรณ์การผ่าตัด clamps forceps
10. เครื่องมืออุปกรณ์ที่ใช้ครั้งเดียว (ใช้แล้วทิ้ง) เช่น syringe, hypodermic, metered-delivery, retractable-needle หลอดเก็บตัวอย่างเลือด

11. เครื่องมืออุปกรณ์เฉพาะบุคคลสำหรับคนพิการ เช่น ไม้เท้า
12. เครื่องมืออุปกรณ์วินิจฉัยหรือรักษาด้วยรังสี
13. เครื่องมืออุปกรณ์ทดแทนหรืออุปกรณ์เสริมเพื่อการรักษา
14. เครื่องมือตรวจวัดชีวภาพ อาทิ พวกร biosensor
15. ผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพอื่นๆ
16. อุปกรณ์วิทยาศาสตร์ในห้องปฏิบัติการ

แนวทางการจัดสรรเงินจำนวนหนึ่งให้กับกองทุนหลักประกันสุขภาพของเทศบาล และองค์กรบริหารส่วนตำบล ที่มีความพร้อม ความเหมาะสม ที่เข้าร่วมดำเนินการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 5,000 บาทต่อผู้สูงอายุสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ เป็นการสนับสนุนให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น

จากการทบทวนสรุปได้ว่า การดูแลแบบประคับประคองมีแนวทางการดูแลทั้งที่โรงพยาบาล สถานพยาบาลกึ่งบ้าน และชุมชนโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ มีเป้าหมายเน้นการมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพและยอมรับความตายเป็นเรื่องธรรมชาติ มีการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ในระยะก่อนเสียชีวิต และดูแลญาติหลังผู้ป่วยเสียชีวิตซึ่งจะแตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ไม่ได้มีการจัดกิจกรรมการดูแลที่หลายเช่นนี้

4. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่ผ่านมาที่มีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมในการปรับตัวโดยมีสิ่งเร้าตรง สิ่งเร้าร่วม สิ่งเร้าแฝงในผู้ป่วยแบบประคับประคองมีความสัมพันธ์ต่อการปรับตัวทั้งด้านความต้องการของร่างกาย อัตมโนทัศน์ บทบาทหน้าที่และด้านการพึ่งพาระหว่างกัน (33) มีตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลจะประกอบด้วย 6 ด้าน ด้านการดูแลสุขภาพเจ็บปวด อาการรบกวนทางกาย ความปลอดภัยของผู้ป่วยจากภาวะแทรกซ้อน การเผชิญปัญหาและการปรับตัว และการเผชิญกับความตายของทั้งผู้ป่วยและญาติการตอบสนองความต้องการด้าน จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ (34) โดยที่ครอบครัวควรมีการรับรู้ข้อมูลที่ถูกต้องให้เผชิญเมื่อสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะ สุดท้าย (35) ด้านผู้ป่วยมีความต้องการด้านร่างกายในการจัดการอาการปวด

ด้านจิตใจต้องการให้มีผู้รับฟังการระบายความรู้สึก ต้องการกลับไปอยู่กับครอบครัว ต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจวางแผนการรักษาล่วงหน้า และการสนับสนุนให้มีกิจกรรมตามความเชื่อ (36)

การศึกษาถึงการพัฒนารูปแบบการดูแลการจัดการโดยต้องมีการบูรณาการการดูแลแบบประคับประคองเข้าไปในแต่ละสถานบริการทุกระดับ ทุกสถานพยาบาล เพื่อให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองได้ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยด้วยภาวะหรือโรคที่คุกคามชีวิตต่อเนื่องจนระยะท้ายของชีวิต (37) รูปแบบ Home Palliative Care Model โดยใช้บ้านผู้ป่วยเป็นฐานในการดูแล (38) การใช้ทีมสหสาขาวิชาชีพ (39) การมีส่วนร่วมของชุมชนได้นำศักยภาพและทรัพยากรบุคคลในชุมชนเข้ามามีส่วนในการพัฒนาการดูแลแบบประคับประคอง (40)

ค้นหาแนวปฏิบัติทางคลินิกที่ปฏิบัติได้จริง และเป็นแนวปฏิบัติที่มีคุณค่าต่อผู้ป่วย (41) การใช้พิธีกรรมทางศาสนา สมุนไพรมาสร้างแนวความคิดความเชื่อผสมผสานระหว่างความเชื่อดั้งเดิมเรื่องผี พราหมณ์และพุทธ แผ่เงาไว้ด้วยความเคารพ ความเชื่อและความศรัทธา ทำให้ผู้ป่วยมีอาการและกำลังใจที่ดี (42) การใช้โปรแกรมการพยาบาลที่มีความหลากหลาย สามารถจัดการและบรรเทาอาการผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วน (43) ใช้โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (44) ใช้การสนับสนุนทางการพยาบาลและให้ความรู้มีพบว่าส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงกว่าการพยาบาลปกติ (45) การใช้จิตบำบัดลดภาวะซึมเศร้า (46) ใช้ดนตรีบำบัดประเภทเพลงไทยคลาสสิกสามารถลดความเจ็บปวดได้มากที่สุด สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเพลิดเพลิน ผ่อนคลาย เบี่ยงเบนความสนใจจากความเจ็บปวด (47) มีวิธีการวัดผลของกิจกรรมการดูแลแบบประคับประคองได้จากรุนแรงของอาการปวด เหนื่อยอ่อนเพลีย คลื่นไส้ ซึมเศร้า วิตกกังวล ง่วงซึม เบื่ออาหาร ไม่สบายกายและใจ และเหนื่อยหอบหลังการดูแลแบบประคับประคองจะพบว่าอาการต่าง ๆ ลดลง (48) การดูแลแบบประคับประคองช่วยลดอาการทางการแพทย์และช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยและครอบครัว (49) เมื่อเทียบความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตที่โรงพยาบาลกับที่บ้าน พบว่าทั้งครอบครัวและผู้ป่วยมีความพึงพอใจที่จะดูแลที่บ้านมากกว่าที่โรงพยาบาล (50) หากจัดให้มีการพยาบาลที่มีรูปแบบแนวทางในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ มีการประเมินการเปลี่ยนแปลงอาการอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอจะทำให้ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงของอาการได้ทัน่วงที

มีการประเมินสภาพจิตใจเป็นระยะ ๆ ให้ผู้ป่วยรู้สึกได้รับการตอบสนองในด้านต่าง ๆ (51) การพยาบาลช่วยลดการนอนโรงพยาบาล ลดความรู้สึกทุกข์ทรมานจากการเพิ่มหัตถการที่ไม่มี ความจำเป็น ลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ มีการช่วยเตรียมความพร้อมทั้ง ความรู้ และการฝึกทักษะในการจัดการในระยะท้าย ลดภาระการดูแลผู้ป่วยลง ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง เกิดความพึงพอใจในการให้การดูแล ผู้ป่วย ได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือก แนวทางการรักษาในระยะท้ายของชีวิตตามความต้องการของตนเอง สร้างความพึงพอใจต่อผู้ป่วย และครอบครัว (52) แต่การศึกษาทางด้านต้นทุนในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบ ประคับประคองมีน้อย

การศึกษาของเสงี่ยม ทรงวัย (53) วิเคราะห์ถึงต้นทุนของหน่วยบริการทุกหน่วยงานใน โรงพยาบาลทั้งต้นทุนทางตรงและทางอ้อม ทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยในพบว่าหน่วย บริการแผนกแพทย์แผนไทยมีต้นทุนต่อครั้งสูงที่สุด และผู้ที่พักที่หอผู้ป่วยหนักมีต้นทุนต่อวันนอน สูงที่สุด เป็นการศึกษาในภาพกว้างไม่ได้ศึกษาเจาะลึกถึงรายละเอียดในแต่ละคลินิกของแผนก ผู้ป่วยนอก

การศึกษาของแจ่มจันทร์ ศรีรัตน์ (54) ได้ศึกษาต้นทุนการตรวจคัดกรองและการรักษา โรคมะเร็ง ณ ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จังหวัดอุบลราชธานี ศึกษาในมุมมองของ ผู้ให้บริการ โดยเก็บข้อมูลต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าวัสดุและต้นทุนค่าลงทุน โดยจำแนกหน่วยงาน ออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มหน่วยงานไม่ก่อให้เกิดรายได้ กลุ่มหน่วยงานก่อให้เกิดรายได้ และกลุ่ม หน่วยงานบริการผู้ป่วย การกระจายต้นทุนใช้วิธีสมการพีชคณิตเส้นตรง (Simultaneous equation method) นำต้นทุนทางการแพทย์ส่วนที่เป็นต้นทุนค่าเวชภัณฑ์ ต้นทุนค่ายา ต้นทุนค่าตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ ต้นทุนค่าตรวจทางรังสีวินิจฉัย และต้นทุนทางรังสีรักษา มาคำนวณแยกต่างหาก ต้นทุนรวมทั้งหมด 74,972,602.11 บาท ประกอบด้วยต้นทุนในการตรวจคัดกรอง 19,401,750.99 บาท (25.88%) และต้นทุนในการรักษาโรคมะเร็ง 55,570,817.12 บาท (74.12%) ต้นทุนเฉลี่ยต่อ ครั้งของการตรวจคัดกรอง เท่ากับ 2,224.46 บาท ต้นทุนเฉลี่ยต่อครั้งของการตรวจพบโรคมะเร็ง เท่ากับ 116,178.15 บาท ต้นทุนของการตรวจพบโรคมะเร็งเท่ากับ 73,236.98 บาท ในขณะที่ ต้นทุนทางการแพทย์เฉลี่ยต่อครั้งของการตรวจคัดกรองเท่ากับ 822.19 บาท และต้นทุนต่อครั้งของ การตรวจพบโรคมะเร็งเท่ากับ 42,941.17 บาท ต้นทุนเฉลี่ยต่อครั้งของการรักษาโรคมะเร็งแผนก ผู้ป่วยนอกเท่ากับ 1,134.72 บาท ต้นทุนค่าบริการพื้นฐานเฉลี่ยต่อครั้งของการรักษาโรคมะเร็ง

แผนกผู้ป่วยนอกเท่ากับ 589.65 บาท ต้นทุนทางการแพทย์เฉลี่ยต่อครั้งเท่ากับ 545.07 บาท ต้นทุนเฉลี่ยของการรักษาโรคมะเร็งแผนกผู้ป่วยในเท่ากับ 1,367.98 บาทต่อวันนอน จำแนกตามประเภทของต้นทุนพบว่า ต้นทุนค่าบริการพื้นฐานเฉลี่ยต่อครั้งของการรักษาโรคมะเร็ง แผนกผู้ป่วยในเท่ากับ 764.58 บาทต่อวันนอน

การศึกษาของอุษาและคณะ (55) ศึกษาต้นทุนการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งแบบประคับประคองในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยในในมุมมองของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ต้นทุนแผนกผู้ป่วยนอกรวม 539.90 บาทต่อครั้ง ต้นทุนของผู้รับบริการสูงกว่าของผู้ให้บริการพบค่าเสียโอกาสในการทำงานของผู้ปกครองสูงกว่าต้นทุนอื่น ในมุมมองของผู้ให้บริการมีต้นทุนการให้บริการทางการแพทย์มีค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการและค่าตรวจรังสีสูงกว่าค่าค่ายาและค่าเวชภัณฑ์

ปิยวี โภคพลากรณ์ และ คณะ (56) ได้ศึกษาต้นทุนต่อหน่วยกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ พบต้นทุนต่อหน่วยในหอผู้ป่วยมีต้นทุนค่าแรงและต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลทางตรงมากที่สุด แต่ไม่ได้ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยนอกและยังมีการศึกษาที่ไม่ครอบคลุมทั้งต้นทุนทางตรงและทางอ้อมในกลุ่มผู้ใหญ่

สรุปการศึกษาที่ผ่านมา ๆ มาจะเห็นว่าการศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในด้านต่าง ๆ ทั้งปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาล รูปแบบการดูแล การจัดการ การใช้โปรแกรมการพยาบาลการปรับตัวของครอบครัว ความต้องการของผู้ป่วย และผลลัพธ์ของการดูแลแบบประคับประคอง ส่วนการศึกษาด้านต้นทุนการดูแลแบบประคับประคองที่แผนกผู้ป่วยในมีการศึกษาต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลในผู้ใหญ่และต้นทุนการดูแลรักษาในผู้ป่วยเด็ก ส่วนแผนกผู้ป่วยนอกมีเพียงการศึกษาต้นทุนในเด็ก ยังไม่มีการศึกษาในผู้ใหญ่ ที่ผ่านมาการศึกษาต้นทุนมีทั้งในแง่มุมมองของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ แต่ยังไม่มีการศึกษาในมุมมองทางสังคมที่จะสะท้อนถึงคุณภาพชีวิตของชุมชน และของประเทศ

บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาการเก็บข้อมูล (Data collection) ในเรื่องต้นทุนของผู้ให้บริการจากการเก็บข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective study) และต้นทุนผู้รับบริการจากการเก็บข้อมูลไปข้างหน้า (Prospective study) ของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองโรงพยาบาลตราด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองที่ถูกระบุรหัสโรคด้วยรหัสวินิจฉัยโรคมะเร็ง C00 – D48 หรือผู้ดูแลใกล้ชิด โรงพยาบาลตราด ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2563 ถึง 30 มิถุนายน 2563

เกณฑ์การคัดเลือก คือ

1. ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยและตรวจร่างกายโดยแพทย์และได้รับการดูแลแบบประคับประคองหรือผู้ดูแล
2. อายุมากกว่า 20 ปี
3. เป็นผู้ที่สามารถติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นได้ หรือกรณีที่ไม่สามารถอ่านหนังสือได้ สามารถตอบคำถามได้ โดยให้ผู้ดูแลหรือญาติเป็นผู้อ่านแบบสอบถามแทนผู้ป่วย
4. ยินดีให้ความร่วมมือในการเป็นผู้ถูกสัมภาษณ์

เกณฑ์การคัดออก คือ

1. ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลที่ไม่สามารถสื่อสาร อ่าน ฟังภาษาไทยได้
2. ผู้ป่วยที่เสียชีวิต

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรต้น คือ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

ตัวแปรตาม คือ ต้นทุนทางตรงด้านการแพทย์ ต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับการแพทย์ และ ต้นทุนทางอ้อม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกการรับบริการของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองโรงพยาบาลตราด
2. แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล ประกอบด้วย
 - 2.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในโรคมะเร็ง ได้แก่ ชื่อ-สกุล, เพศ, อายุ
 - 2.2 ข้อมูลต้นทุนของผู้ป่วยและผู้ดูแล

กระบวนการตรวจสอบเครื่องมือ

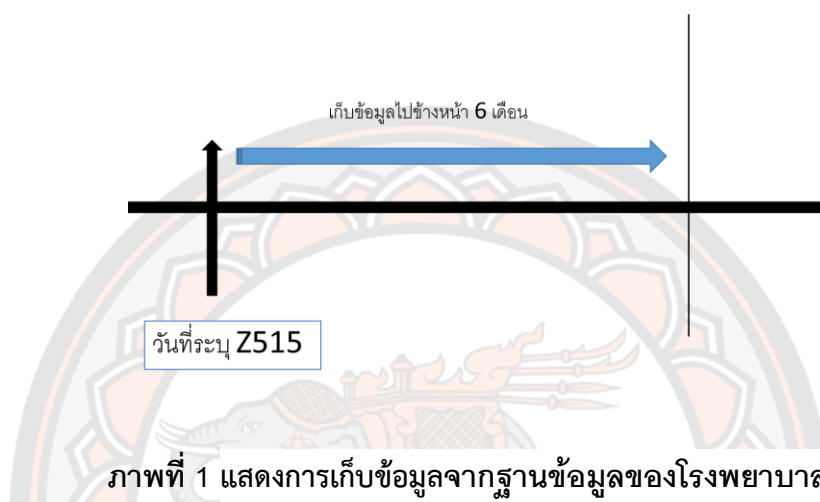
1. ผู้วิจัยทำการตรวจสอบเครื่องมือด้วยตนเองถึงความครบถ้วน ตรงประเด็นของคำถาม ตรวจสอบคำผิด การจัดหน้ากระดาษ ก่อนที่จะนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ
2. กำหนดคุณลักษณะของผู้เชี่ยวชาญ โดยใช้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ดังนี้
 - 2.1 แพทย์เฉพาะทางที่ผ่านการอบรมการดูแลแบบประคับประคอง และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างน้อย 2 ปี
 - 2.2 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการด้านการดูแลผู้ป่วย ผ่านการอบรมการดูแลแบบประคับประคอง และมีประสบการณ์ในการทำงานด้านการดูแลประคับประคองอย่างน้อย 2 ปี
 - 2.3 นักวิเคราะห์ข้อมูลทางการแพทย์ มีประสบการณ์ในการทำงานอย่างน้อย 3 ปี
3. การเตรียมการโดยการติดต่อผู้เชี่ยวชาญที่มีคุณลักษณะที่ระบุ และส่งเครื่องมือให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ พร้อมนับเวลาตอบกลับ
4. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ มาบันทึกข้อมูลตามที่ผู้เชี่ยวชาญเสนอแนะ
5. ปรับปรุงเครื่องมือตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ และส่งให้ผู้เชี่ยวชาญจนกว่าจะได้ค่า IOC > 0.5 ทำการจัดทำต้นฉบับของเครื่องมือที่ครบถ้วนสมบูรณ์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการศึกษามาจาก 2 แหล่ง คือ

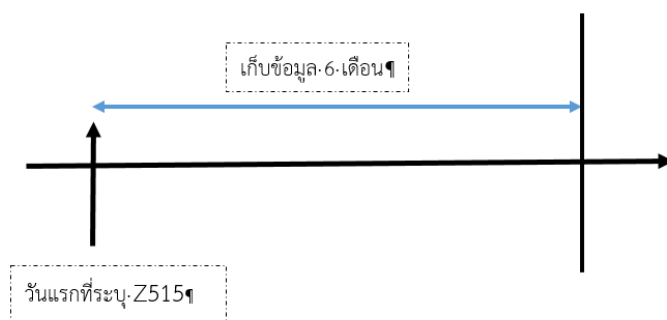
1. แหล่งข้อมูลทุติยภูมิ ที่เก็บรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลของโรงพยาบาลตราด ผู้ป่วยที่ถูกละรหัสวินิจฉัยโรคด้วยบัญชีจำแนกโรคหรือ ICD - 10 (International Classification of Diseases and Related Health Problem 10th Revision) โดยระบุโรคมะเร็ง ด้วยรหัส C00-D48 ร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองด้วยรหัส Z515 เริ่มเก็บข้อมูลในปี พ.ศ. 2562 (1 มกราคม –

31 ธันวาคม 2562) จากวันที่ระบุรหัส Z515 ครั้งแรก โดยเก็บข้อมูลแบบ Prevalence base approach ครอบคลุมผู้ป่วยทุกรายในช่วงเวลาที่ทำการศึกษาระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ ถึง 30 มิถุนายน พ.ศ. 2563 เริ่มเก็บข้อมูลจากวันแรกที่ผู้ป่วยมะเร็งมีการระบุรหัสวินิจฉัยโรค Z515 วันแรก และติดตามไปเป็นเวลา 6 เดือน กระบวนการ แสดงดังรูปที่ 1 แสดงการเก็บข้อมูลจากฐานข้อมูลของโรงพยาบาลวันที่ระบุรหัสวินิจฉัยโรค Z515 วันแรก



2. แหล่งข้อมูลปฐมภูมิ จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล ต้นทุนด้านการรักษาพยาบาล ที่อื่น ๆ ที่นอกเหนือจากที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเสียในระหว่างที่รับการรักษาแบบ ประคับประคองในโรงพยาบาล ต้นทุนค่าเสียโอกาส (ผู้ดูแลหลัก คือ ผู้ที่เป็นหลักในการรับผิดชอบ ดูแลผู้ป่วยโดยตรงสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น ทราบความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วย วางแผนการดูแล สามารถตัดสินใจ สั่งผู้อื่นหรือผู้ดูแลรองดูแลแทนและเป็นผู้ที่คอยตรวจสอบทุกเรื่องให้กับผู้ป่วยไม่ว่าจะเรื่อง การรักษา ยา ค่าใช้จ่าย)

กรณีผู้ดูแลหลักไม่สามารถสัมภาษณ์ได้จะสัมภาษณ์ผู้ดูแลรอง คือ ผู้ที่ดูแลผู้ป่วยแทน ผู้ดูแลหลักเป็นครั้งคราวและทราบเรื่องค่าใช้จ่ายในการดูแล) โดยเริ่มจากวันที่ระบุ Z515 และติดตามเก็บข้อมูลไปไปอีก 6 เดือนหรือจนกระทั่งผู้ป่วยหายไปจากระบบ โดยเริ่มทำการศึกษา ตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ – 30 มิถุนายน พ.ศ.2563 แสดงดังรูปที่ 2 จะเริ่มทำการสัมภาษณ์วันที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลในช่วงระหว่างการศึกษา แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปติดตามต้นทุน



ภาพที่ 2 แสดงการเก็บข้อมูลต้นทุนของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในโรคมะเร็ง

การตรวจสอบข้อมูล

เนื่องจากข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยนำมาจากฐานข้อมูลที่บ้านทีกในระบบคอมพิวเตอร์ ต้องมีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล โดยสุ่มข้อมูลมาร้อยละ 10 เพื่อนำมาตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนในการบันทึกข้อมูลมาเปรียบเทียบเวชระเบียนในข้อมูล ได้แก่ เพศ อายุ สิทธิการรักษา และการระบุรหัสวินิจฉัยโรค โดยการตรวจสอบความตรง (Validity) เพื่อตรวจสอบความน่าเชื่อถือของการนำข้อมูลมาใช้ คำนวณจาก ผลการวินิจฉัยว่าต้องดูแลแบบประคับประคอง/ผู้ป่วยทั้งหมด พบความผิดพลาดด้านอายุของผู้ป่วย ที่มี 2 อายุ คิดเป็นร้อยละ 2.86

วิธีวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยแจกแจงความถี่ ร้อยละ
2. ข้อมูลต้นทุน แบ่งการคำนวณออกเป็น 2 ส่วน ตามแหล่งที่มาของข้อมูล ดังนี้
 - 2.1 ข้อมูลต้นทุนส่วนโรงพยาบาล ได้จากการดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลทุติยภูมิ

ต้นทุนรวมทางตรงด้านการแพทย์ แบ่งเป็น 16 หมวด ดังนี้ ค่าห้อง ค่าอาหาร, ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดโรค, ค่ายาและสารอาหารทางเส้นเลือด, ค่ายากลับบ้าน, ค่าเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา, ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต, ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา, ค่าตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา, ค่าตรวจวินิจฉัยโดยวิธีอื่น ๆ, ค่าอุปกรณ์ของใช้และเครื่องมือทางการแพทย์, ค่าทำหัตถการและวิสัญญี, ค่าบริการทางการแพทย์, ค่าบริการทางทันตกรรม, ค่าบริการทางกายภาพบำบัดและเวชกรรมฟื้นฟู, ค่าบริการ

ฝั่งเข็ม และค่าบริการการให้การรักษาของผู้ประกอบโรคศิลปะอื่น และค่าบริการอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลโดยตรง

2.2 ข้อมูลต้นทุนส่วนชุมชน ได้จากการสัมภาษณ์

2.2.1 ต้นทุนทางตรงด้านการแพทย์ ได้แก่ ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดโรค, ค่ายากลับบ้าน, ค่าเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา

2.2.2 ต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับการแพทย์ ได้แก่ สิ่งื่ออำนวยความสะดวก , การดูแลอย่างไม่เป็นทางการ

2.2.3 ต้นทุนทางอ้อม ได้แก่ ค่าเสียเวลาของผู้ป่วยจากการขาดงานหรือขาดภารกิจปกติ

ต้นทุนใช้แนวทางการวิเคราะห์อัตราส่วนต้นทุนต่อราคา (Cost to Charge ratio) ใช้ข้อมูลต้นทุนและราคาของโรงพยาบาลพยาบาลตราด ปีงบประมาณ 2562 (รายละเอียด ภาคผนวก ข)

1. วิธีคำนวณต้นทุนทางตรงด้านการแพทย์ อิงจากต้นทุนตามจริงของโรงพยาบาล

1.1 ต้นทุนทางตรงด้านการแพทย์แต่ละหมวด คำนวณจาก ต้นทุนแต่ละหมวด x จำนวนครั้งที่มารับบริการแต่ละแผนก

1.2 แยกเป็นต้นทุนตามแผนกที่รับบริการในโรงพยาบาล 4 แผนก คือ ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน และในชุมชน

1.3 ต้นทุนรวมทางตรงด้านการแพทย์ คำนวณจากการรวมต้นทุนทางตรงแต่ละหมวด ทั้ง 16 หมวด

1.4 ต้นทุนเฉลี่ยต่อราย คำนวณจาก ต้นทุนรวม /จำนวนผู้ป่วย

2. ต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับการแพทย์ อิงจากการสัมภาษณ์ค่าใช้จ่ายตามจริง แบ่งเป็น ค่าอาหาร ค่าเดินทาง ค่าที่พัก สิ่งอำนวยความสะดวก การดูแลอย่างไม่เป็นทางการ

2.1 ต้นทุนค่าอาหาร คำนวณจาก ค่าอาหารส่วนเพิ่มต่อวัน x จำนวนวันที่มารับบริการ แผนกผู้ป่วยนอก หรือจำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล

2.2 ต้นทุนค่าเดินทาง คำนวณจาก ค่าเดินทางตามจริงต่อครั้ง x จำนวนครั้งที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก หรือจำนวนครั้งที่นอนโรงพยาบาล

2.3 ต้นทุนค่าที่พัก คำนวณจาก ค่าที่พักต่อวัน x จำนวนวันที่พัก

2.4 ต้นทุนสิ่งอำนวยความสะดวก ได้แก่ การปรับปรุงบ้าน คำนวณจาก ราคาต่อรายการ x จำนวนรายการ

2.5 ต้นทุนการดูแลอย่างไม่เป็นทางการ คำนวณจาก เวลาที่สูญเสียไปเป็นชั่วโมงต่อวันทั้งหมด x จำนวนวัน x รายได้ต่อวัน โดยคำนวณตามแผนกที่รับการรักษา คิดจากรายได้ 1 วันจากเวลาทำงาน 9 ชั่วโมง (540 นาที) แบ่งเป็น 4 ด้าน

2.5.1 เวลาทำกิจกรรมภายในบ้าน ได้แก่ ทำความสะอาดบ้าน เตรียมอาหาร ล้างจาน ซัก-รีดเสื้อผ้า ทำสวนในบ้าน ซื่อของใช้ภายในบ้าน การดูแลเด็ก (นาที)

2.5.2 เวลาทำกิจกรรมการดูแลสุขภาพ ได้แก่ การจัดเตรียมยา ทำกายภาพบำบัด พาไปพบแพทย์ ปรับปรุงสภาพแวดล้อมภายในบ้าน (นาที)

2.5.3 เวลาทำกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การรับประทานอาหาร อาบน้ำ-แต่งตัว การขับถ่าย การเคลื่อนที่ภายในบ้าน (นาที)

2.5.4 เวลาทำกิจกรรมนอกบ้าน ได้แก่ พาไปธนาคาร ส่งจดหมาย พาไปเที่ยวนอกบ้าน (นาที)

- ต้นทุนแผนกผู้ป่วยนอก คำนวณจาก (เวลาพาไปพบแพทย์ X จำนวนครั้งที่ไปพบแพทย์ X รายได้ของผู้ดูแล)/540

- ต้นทุนแผนกผู้ป่วยใน คำนวณจาก ((เวลาจัดเตรียมยา+เวลาทำกายภาพ+เวลาทานอาหาร+เวลาอาบน้ำ +ขับถ่าย+เวลาเคลื่อนที่) X จำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล X รายได้ของผู้ดูแล)/540

- ต้นทุนในชุมชน คำนวณจาก [(เวลาทำความสะอาด+เวลาเตรียมอาหาร+เวลาล้างจาน+เวลาซัก-รีดเสื้อผ้า+เวลาทำสวน+เวลาซื่อของใช้+เวลาดูแลเด็ก+เวลาจัดเตรียมยา+เวลาทำกายภาพ+เวลาปรับปรุงสภาพแวดล้อม+เวลาทานอาหาร+เวลาอาบน้ำ +ขับถ่าย+เวลาเคลื่อนที่) X จำนวนวันที่รักษาตัวที่บ้าน X รายได้ของผู้ดูแล/540] +[(เวลาไปธนาคาร+เวลาส่งจดหมาย+เวลาไปเที่ยว) X รายได้ของผู้ดูแล/540]

2.6 รวมต้นทุนตามแผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในและในชุมชนเข้าด้วยกัน
ต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับการแพทย์ = ต้นทุนแผนกผู้ป่วยนอก+ต้นทุนผู้ป่วยใน+ต้นทุนชุมชน

2.7 ต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับการแพทย์เฉลี่ย คำนวณจาก ต้นทุนรวมทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับการแพทย์ /จำนวนราย

3. ต้นทุนทางอ้อม ประกอบด้วยต้นทุนค่าเสียเวลา ค่าขาดงานของผู้ป่วย อิงจากการสัมภาษณ์ค่าใช้จ่ายตามจริง ใช้แนวทางต้นทุนมนุษย์ (Human capital approach) เพื่อประเมินมูลค่าผลิตภาพที่สูญเสียไปจากการหยุดงานโดยใช้รายได้เฉลี่ยต่อวันของผู้ป่วยมาประเมินมูลค่าผลิตภาพที่เสียไปใน 1 วันทำงาน หรือ 9 ชั่วโมง

ต้นทุนการขาดงาน คำนวณจาก รายได้ต่อวัน x จำนวนวันที่ขาดงานตามจริง

- แผนกผู้ป่วยนอก คิดตามจำนวนชั่วโมงที่มาพบแพทย์
- แผนกผู้ป่วยใน คิดตามจำนวนวันนอนโรงพยาบาล
- ชุมชน คิดจากจำนวนวันที่รักษาที่บ้าน

การปรับค่าของเงินที่เวลาต่างกัน เนื่องจากการวิจัยเป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลังจึงต้องปรับค่าเงินในอดีตให้เป็นปัจจุบัน โดยใช้ดัชนีราคาผู้บริโภค (Consumer price index) จากกระทรวงพาณิชย์มาเป็นตัวปรับ

$$\text{มูลค่าของปีที่วิเคราะห์} = \text{มูลค่าที่ซื้อ} \times \frac{\text{ดัชนีราคาของปีที่วิเคราะห์}}{\text{ดัชนีราคาของปีที่ซื้อ}}$$

งานวิจัยนี้เก็บข้อมูลในปีเดียวกันหมดทุกราย จึงไม่มีการปรับค่าเงินที่เวลาต่างกัน

การวิเคราะห์ความไว

เปรียบเทียบต้นทุนที่ได้จากการสัมภาษณ์ กับต้นทุนตามราคาอ้างอิง

- ต้นทุนทางตรงทางการแพทย์ เปรียบเทียบราคาอุปกรณ์ทางการแพทย์กับราคากลางของกระทรวงสาธารณสุข (57)

- ต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับทางการแพทย์ เปรียบเทียบชั่วโมงการทำกิจกรรม ระหว่าง 8 กับ 9 ชั่วโมง

- ต้นทุนทางอ้อม เปรียบเทียบค่าแรงตามจริงจากการการสัมภาษณ์กับค่าแรงขั้นต่ำของจังหวัด (58)

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยนเรศวร เลขที่ 0009/63 อนุมัติ ณ วันที่ 27 มีนาคม 2563 และคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ของจังหวัดตราด เลขที่ Exe 2/63 อนุมัติ ณ วันที่ 14 มกราคม 2563

บทที่ 4 ผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิเคราะห์ต้นทุนการดูแลแบบประคับประคองในโรคมะเร็ง โรงพยาบาล ตราดผู้วิจัยนำเสนอการวิเคราะห์เป็น 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ สิทธิการรักษา รูปแบบบริการ ตำแหน่งของมะเร็ง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ประกอบด้วย สถานที่รักษา การเดินทาง ค่าอาหาร ส่วนเพิ่มจากปกติ ที่พัก สิ่งอำนวยความสะดวก อุปกรณ์ทางการแพทย์อำนวยความสะดวก ผู้ดูแล รายได้ของผู้ป่วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ผลการศึกษาจากการเก็บข้อมูล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปพบว่า มีผู้ป่วยเข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด 35 รายแบ่งเป็นเพศชาย 23 รายและเพศหญิง 12 ราย ส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 61 ปีขึ้นไปถึง 27 ราย ช่วงอายุ 51-60 ปี 4 ราย อายุช่วง 41-50 ปี 3 ราย และช่วงอายุ 31-40 ปี มีน้อยที่สุดเพียงรายเดียว มีอาชีพที่หลากหลายส่วนมากมีอาชีพรับจ้าง 16 ราย รองลงมาเป็นอาชีพทำสวน ทำนา 8 ราย อาชีพแม่บ้าน 3 ราย รับราชการ 3 ราย ไม่ประกอบอาชีพ 2 ราย ค้าขาย 2 ราย และพระภิกษุ 1 ราย ผู้ป่วยใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 ราย มากกว่าสิทธิสวัสดิการข้าราชการที่มีเพียง 3 ราย และบัตรสุขภาพแรงงานต่างด้าว 2 ราย ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลตราดทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน 16 ราย รักษาแผนกผู้ป่วยในอย่างเดียว 16 ราย และแผนกผู้ป่วยนอกอย่างเดียว 3 ราย ตำแหน่งของโรคมะเร็งที่พบมากที่สุดคือตับมากที่สุด 8 ราย รองลงมาเป็นปอด 5 ราย ลำไส้ใหญ่พบ 4 ราย เต้านม หลอดอาหารพบตำแหน่งละ 3 ราย กระเพาะอาหาร ตับอ่อน ต่อมลูกหมากพบชนิดละ 2 ราย และท่อน้ำดี ปากมดลูก สมอง ช่องท้อง เม็ดเลือดขาว โพรังจุมพบตำแหน่งละ 1 ราย ดังตารางที่ 3

ตาราง 3 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	23	65.71
หญิง	12	34.29
อายุ		
31 – 40	1	2.86
41 – 50	3	8.57
51– 60	4	11.43
> 61	27	77.14
ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 66.65±11.86		
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 สามเณร	1	2.86
สิทธิการรักษา		
สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า	30	85.71
สวัสดิการข้าราชการ	3	8.57
บัตรสุขภาพแรงงานต่างด้าว	2	5.71
รูปแบบบริการ		
ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน	16	45.71
ผู้ป่วยใน	16	45.71
ผู้ป่วยนอก	3	8.57

ตาราง 3 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน	ร้อยละ
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

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์

สถานที่เข้ารับการรักษามะเร็งแบบประคับประคอง ผู้ป่วยทุกรายเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลรัฐทั้งหมด 35 ราย ไปโรงพยาบาลเอกชน/คลินิก 10 ราย ร้านขายยา 5 ราย และซื้อยาสิ่งของจากร้านขายของชำ คนรู้จัก อินเทอร์เน็ต 5 ราย ไม่มีผู้ไปตรวจรักษาที่คลินิกตรวจทางห้องปฏิบัติการและแพทย์ทางเลือก การมารักษาที่โรงพยาบาลผู้ป่วยมักจะมีผู้ดูแลเดินทางมาพร้อมกัน 34 ราย และเดินทางคนเดียว 1 ราย เวลาในการเดินทางและรอตรวจรักษาในแต่ละครั้งใช้เวลาเฉลี่ย 260 นาทีต่อครั้ง ในการมารับการรักษาแต่ละครั้งผู้ป่วยซื้ออาหารส่วนเพิ่มจากปกติ 32 ราย ส่วนใหญ่ไปกลับโดยไม่ต้องพักค้างคืน 34 ราย มี 1 รายที่มีเช่าที่พักค้างคืน ผู้ดูแลปรับปรุงบ้านให้สะดวกสำหรับผู้ป่วย 4 ราย และซื้ออุปกรณ์ทางการแพทย์เพิ่มไว้ที่บ้านอาทิ เตียง 7 ราย รถเข็น เครื่องพ่นยา ที่นอนลม เครื่องออกซิเจน อื่นๆ เช่น กระโถน แก้ว ชนิตดะ 2 ราย และไม้เท้า

1 ราย ผู้ป่วย 34 รายมีผู้ดูแล ผู้ป่วย 1 รายที่ไม่มีผู้ดูแล ผู้ป่วยมีรายได้ 21 ราย คิดค่าเฉลี่ยรายได้ของผู้ป่วยเท่ากับ 275.64 บาทต่อวันจากรายได้ที่แท้จริง และไม่มีรายได้ 14 ราย ดังตารางที่ 4

ตาราง 4 ข้อมูลจากการสัมภาษณ์

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน	ร้อยละ
สถานทีรักษา		
โรงพยาบาลรัฐ/รพสต.	35	63.64
โรงพยาบาลเอกชน/คลินิกเอกชน	10	18.18
คลินิกตรวจทางห้องปฏิบัติการ	0	0
ร้านยา	5	9.09
แพทย์ทางเลือก	0	0
อื่นๆ ร้านชำ อินเทอร์เน็ต คนรู้จัก	5	9.09
การเดินทาง		
เดินทางมาพร้อมผู้ดูแล	34	97.14
มาด้วยตนเอง	1	2.86
เวลาเฉลี่ยในการเดินทางและการรอตรวจรวม 260.57 ± 161.35		
ค่าอาหารส่วนเพิ่มจากปกติ		
ค่าอาหารเฉลี่ย 188 บาท/วัน	32	91.43
ที่พัก		
ไม่มีการค้างคืน	34	97.14
ค้างคืน	1	2.86
สิ่งอำนวยความสะดวก		
ปรับปรุงบ้าน	4	11.43
อุปกรณ์ทางการแพทย์อำนวยความสะดวก (เลือกได้หลายข้อ)		
เตียง	7	38.89
รถเข็น	2	11.11
เครื่องพ่นยา	2	11.11
ที่นอนลม	2	11.11
อื่นๆ กระโถน เก้าอี้	2	11.11
ไม่ทำ	1	5.56

ตาราง 4 ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ดูแล		
มี	34	97.14
ไม่มี	1	2.86
รายได้ของผู้ป่วย		
มี	21	60.00
ไม่มี	14	40.00
รายได้เฉลี่ยต่อวันของผู้ป่วย 275.64±342.83		

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 ไปทำกิจกรรมที่ธนาคาร แต่ไม่มีสิ่งจดหมายเนื่องจากสมัยนี้ใช้โทรศัพท์มือถือสามารถส่งข้อความได้รวดเร็ว ดังตารางที่ 5

ตาราง 5 ข้อมูลกิจกรรมการดูแลอย่างไม่เป็นทางการ

กิจกรรม	จำนวน (ราย)	ระยะเวลาเฉลี่ย (นาที/วัน)	ระยะเวลา สูงสุด (นาที/วัน)	ระยะเวลา ต่ำสุด (นาที/วัน)
กิจกรรมในบ้าน				
เตรียมอาหาร	11	40.00 ±33.09	120	10
ทำความสะอาด	9	36.67 ±18.54	60	15
ซัก-รีดเสื้อผ้า	6	30.00 ±16.43	60	15
ล้างจาน	5	16.00 ±8.22	30	10
ทำสวนในบ้าน	3	180.00 ±103.92	300	120
ซื้อของใช้ภายในบ้าน	2	60.00 ±0	60	60
การดูแลเด็ก	0	0.00	0	0
กิจกรรมการดูแลสุขภาพ				
พาไปพบแพทย์	34	260.57 ±161.35	600	60
การจัดเตรียมยา	18	11.06 ±10.85	30	2
ทำกายภาพบำบัด	6	25.00 ±20.00	60	5
ปรับปรุงสภาพแวดล้อมใน บ้าน	0	0.00	0	0
กิจวัตรประจำวัน				
อาบน้ำ-แต่งตัว	26	24.61 ±23.87	120	5
การขับถ่าย	22	16.81 ±12.87	60	5
การรับประทานอาหาร	21	27.14 ±20.77	60	5
การเครื่องที่ภายในบ้าน	9	22.78 ±19.86	60	5
กิจกรรมนอกบ้าน				
พาไปเที่ยวนอกบ้าน	3	190.00±45.83	240	150
ไปธนาคาร	2	60.00 ±0	60	60
ส่งจดหมาย	0	0.00	0	0

ส่วนที่ 2 ข้อมูลต้นทุน

ต้นทุนการดูแลแบบประคับประคองในแผนกผู้ป่วยนอก แบ่งเป็น 3 ต้นทุนได้แก่ ต้นทุนทางตรงทางการแพทย์เป็นต้นทุนของผู้ให้บริการร้อยละ 57.29 จำแนกเป็นมีค่ายาและสารอาหารทางเส้นเลือดร้อยละ 41.99 มากกว่าต้นทุนอื่นๆ ต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับทางการแพทย์และต้นทุนทางอ้อมเป็นต้นทุนของผู้รับบริการคิดเป็นร้อยละ 33.69 และ 9.01 จำแนกเป็นค่าเดินทางสูงสุดเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีรถส่วนตัว หรือบ้านอยู่ต่างอำเภอและไม่เสียค่าที่พักเนื่องจากจังหวัดตราดเป็นจังหวัดเล็กสามารถเดินทางไป-กลับได้ภายใน 1 วัน แต่ในระหว่างวันต้องเสียค่าอาหารส่วนเพิ่มที่ซื้อทานระหว่างมาพบแพทย์และเสียเวลาจากการขาดงาน ดังตารางที่ 6

ตาราง 6 ต้นทุนที่เกิดจากการรับบริการแบบผู้ป่วยนอก (n=3)

ต้นทุน	ต้นทุนต่อราย	ต้นทุนรวม	ร้อยละ
ต้นทุนทางตรงทางการแพทย์			
1. ค่ายาและสารอาหารทางเส้นเลือด	3,260.71 ± 2,671.66	9,782.12	41.99
2. ค่าเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา	46.51 ± 80.56	139.53	0.60
3. ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์/พยาธิวิทยา	204.00 ± 176.67	612.00	2.63
4. ค่าตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา	265.20 ± 459.34	795.59	3.41
5. ค่าอุปกรณ์ของใช้และเครื่องมือทางการแพทย์	163.20 ± 282.67	489.60	2.10
6. ค่าทำหัตถการ และวิสัญญี	244.80 ± 424.00	734.39	3.15
7. ค่าบริการทางการแพทย์พยาบาล	265.20 ± 353.34	795.59	3.41
รวม	4,449.61 ± 4,143.49	13,348.84	57.29
ต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับทางการแพทย์			
1. ค่าเดินทาง	1,366.67 ± 1,934.76	4,100.00	17.60
2. ค่าอาหาร	950.00 ± 1,275.73	2,850.00	12.23
3. ค่าที่พัก	0	0	0
4. การดูแลอย่างไม่เป็นทางการ	300.00 ± 264.57	900.00	3.86
➢ กิจกรรมในบ้าน	0	0	
➢ กิจกรรมการดูแลสุขภาพ	(300.00)	(900.00)	
➢ กิจกรรมประจำวัน	0	0	
➢ กิจกรรมนอกบ้าน	0	0	
รวม	2,616.67 ± 1,856.23	7,850.00	33.69

ตาราง 6 ต้นทุนที่เกิดจากการรับบริการแบบผู้ป่วยนอก (n=3) (ต่อ)

ต้นทุน	ต้นทุนต่อราย	ต้นทุนรวม	ร้อยละ
ต้นทุนทางอ้อม			
1. ค่าเสียเวลาของผู้ป่วยจากการขาดงาน	700.00 ± 1,212.43	2,100.00	9.01
รวม	700.00 ± 1,212.43	2,100.00	9.01
ทั้งหมด	7,766.28 ± 1,874.96	23,298.82	100

ต้นทุนสำหรับผู้ป่วยใน มีต้นทุนต้นทุนทางตรงทางการแพทย์มากกว่าต้นทุนต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับทางการแพทย์และต้นทุนทางอ้อมคิดเป็นร้อยละ 76.30 , 11.28 , 12.42 ตามลำดับ ต้นทุนทางตรงทางการแพทย์เป็นต้นทุนของผู้ให้บริการ มีค่าห้อง ค่าอาหาร ค่ายาและสารอาหารทางเส้นเลือด ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าอุปกรณ์ของใช้และเครื่องมือทางการแพทย์มากกว่าต้นทุนอื่น เนื่องจากการดูแลแบบประคับประคองไม่เน้นการทำหัตถการหรือวินิจฉัยโรคอื่นเพิ่ม เน้นที่การบรรเทาเจ็บปวดอาการจนวาระสุดท้าย ต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับทางการแพทย์ ผู้รับบริการมีค่าอาหารส่วนเพิ่มจากปกติและการดูแลอย่างไม่เป็นทางการของผู้ดูแลในระหว่างที่พักรักษาตัวที่โรงพยาบาล เมื่อนอนโรงพยาบาลนานก็มีต้นทุนค่าเสียเวลาของผู้ป่วยจากการขาดงานมากตามไปด้วย ดังตารางที่ 7

ตาราง 7 ต้นทุนเกิดจากการรับบริการแบบผู้ป่วยใน (n=16)

ต้นทุน	ต้นทุนต่อราย	ต้นทุนรวม	ร้อยละ
ต้นทุนทางตรงทางการแพทย์			
1. ค่าห้อง ค่าอาหาร	17,258.26 ± 15,249.96	276,132.19	28.81
3. ค่ายาและสารอาหารทางเส้นเลือด	10,272.43 ± 15,134.23	164,358.94	17.15
4. ค่ายากลับบ้าน	335.99 ± 616.65	5,375.76	0.56
5. ค่าเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา	523.18 ± 515.67	8,370.87	0.87
6. ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต	1,350.98 ± 2,719.64	21,615.67	2.25
7. ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์/ พยาธิวิทยา	2,398.64 ± 4,081.99	38,378.21	4.00

ตาราง 7 ต้นทุนเกิดจากการรับบริการแบบผู้ป่วยใน (n=16) (ต่อ)

ต้นทุน	ต้นทุนต่อราย	ต้นทุนรวม	ร้อยละ
8. ค่าตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา	818.54 ± 2,006.11	13,096.70	1.37
9. ค่าตรวจวินิจฉัยโดยวิธีอื่นๆ	45.90 ± 98.68	734.39	0.08
10. ค่าอุปกรณ์ของใช้และเครื่องมือทางการแพทย์	5,963.13 ± 6,123.99	95,410.04	9.95
11. ค่าทำหัตถการ และวิสัญญี	359.55 ± 994.85	5,752.75	0.60
12. ค่าบริการทางการแพทย์พยาบาล	5,749.69 ± 5,189.32	91,995.10	9.60
16. ค่าบริการอื่นๆที่ไม่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลโดยตรง	634.94 ± 614.79	10,159.12	1.06
รวม	45,711.23 ± 34,736.43	731,379.74	76.30
ต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับการแพทย์			
1. ค่าเดินทาง	363.75 ± 258.63	5,820.00	0.61
2. ค่าอาหาร	4,765.62 ± 4,163.60	76,250.00	7.95
3. ค่าที่พัก	0.00	0.00	
4. การดูแลอย่างไม่เป็นทางการ	1,630.77 ± 2,500.79	26,092.40	2.72
➤ กิจกรรมในบ้าน	0.00	0.00	
➤ กิจกรรมการดูแลสุขภาพ	(174.23)	(2,787.77)	
➤ กิจวัตรประจำวัน	(1,456.53)	(23,304.62)	
➤ กิจกรรมนอกบ้าน	0.00	0.00	
รวม	6,760.15 ± 4,927.64	108,162.41	11.28
ต้นทุนทางอ้อม			
1. ค่าเสียเวลาของผู้ป่วยจากการขาดงาน	7,439.31 ± 6,358.66	119,028.96	12.42
รวม	7,439.31 ± 6,358.66	119,028.96	12.42
ทั้งหมด	59,910.69 ± 22,294.95	958,571.11	100

ต้นทุนสำหรับผู้ป่วยที่รักษาทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและใน พบต้นทุนทางตรงทางการแพทย์ ร้อยละ 82.62 สูงกว่าต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับทางการแพทย์และต้นทุนทางอ้อม โดยต้นทุนทางตรงทางการแพทย์มีค่าค่าห้อง ค่าอาหาร ค่ายาและสารอาหารทางเส้นเลือด ค่าอุปกรณ์ของใช้ และเครื่องมือทางการแพทย์ ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าบริการอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลโดยตรงสูงกว่าต้นทุนอื่น และค่ายากลับบ้าน ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์/ พยาธิวิทยาที่เพิ่มขึ้นจากผู้ที่ได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกหรือแผนกผู้ป่วยในเพียงอย่างเดียว ผู้รับบริการมีต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับทางการแพทย์ร้อยละ 9.27 จำแนกเป็นค่าอาหารส่วนเพิ่ม จากปกติ ค่าดูแลอย่างไม่เป็นทางการด้านกิจวัตรประจำวันและการดูแลสุขภาพ มากกว่า ค่าเดินทาง ค่าเสียเวลาของผู้ป่วยจากการขาดงานน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแผนกผู้ป่วยใน เพียงอย่างเดียว ดังตารางที่ 8

ตาราง 8 ต้นทุนเกิดจากการรับบริการแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน (n=16)

ต้นทุน	ต้นทุนต่อราย	ต้นทุนรวม	ร้อยละ
ต้นทุนทางตรงทางการแพทย์			
1. ค่าห้อง ค่าอาหาร	23,118.12 ± 29,657.19	369,889.84	28.98
2. ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดโรค	15.91 ± 45.50	254.59	0.02
3. ค่ายาและสารอาหารทางเส้นเลือด	16,887.76 ± 21,544.34	270,204.10	21.17
4. ค่ายากลับบ้าน	1,706.17 ± 2,264.13	27,298.65	2.14
5. ค่าเวชภัณฑ์ที่มีไซยา	704.08 ± 848.99	11,265.30	0.88
6. ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต	426.10 ± 850.78	6,817.63	0.53
7. ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์/พยาธิวิทยา	3,352.97 ± 2,346.23	53,647.49	4.20
8. ค่าตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา	1,272.18 ± 2,088.04	20,354.96	1.59
9. ค่าตรวจวินิจฉัยโดยวิธีอื่นๆ	122.40 ± 154.82	1,958.38	0.15
10. ค่าอุปกรณ์ของใช้และเครื่องมือทางการแพทย์	10,306.76 ± 24,770.73	164,908.20	12.92
12. ค่าบริการทางการแพทย์พยาบาล	7,458.69 ± 7,493.69	119,339.05	9.35
16. ค่าบริการอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลโดยตรง	535.50 ± 627.11	8,567.93	0.67
รวม	65,906.63 ± 73,104.15	1,054,506.12	82.62

ตาราง 8 ต้นทุนเกิดจากการรับบริการแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน(n=16)(ต่อ)

ต้นทุน	ต้นทุนต่อราย	ต้นทุนรวม	ร้อยละ
ต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับทางการแพทย์			
1. ค่าเดินทาง	1,571.88 ± 1,629.93	25,150.00	1.97
2. ค่าอาหาร	4,013.75 ± 3,098.75	64,220.00	5.003
3. ค่าที่พัก	0.00	0.00	0.00
4. การดูแลอย่างไม่เป็นทางการ	1,808.79 ± 2,781.39	28,940.77	2.27
➤ กิจกรรมในบ้าน	(0.00)	(0.00)	
➤ กิจกรรมการดูแลสุขภาพ	(696.03)	(11,136.46)	
➤ กิจกรรมประจำวัน	(1,112.77)	(17,804.30)	
➤ กิจกรรมนอกบ้าน	(0.00)	(0.00)	
รวม	7,394.42 ± 2,759.72	118,310.77	9.27
ต้นทุนทางอ้อม			
1. ค่าเสียเวลาของผู้ป่วยจากการขาดงาน	6,468.75 ± 8,931.12	103,500.00	8.11
รวม	6,468.75 ± 8,931.12	103,500.00	8.11
ทั้งหมด	79,769.81 ±	1,276,316.89	100
	106,473.33		

ต้นทุนการรักษาประคับประคองในมะเร็งแต่ละตำแหน่งจะไม่เท่ากันเนื่องจากอาการของโรค ระยะเวลาการรักษา จากการศึกษาพบว่ามะเร็งตับมีระยะการรักษาที่นานกว่ามะเร็งเต้านม , มะเร็งลำไส้ใหญ่ , มะเร็งหลอดอาหาร และมะเร็งปอดตามลำดับ ถ้าพิจารณาแยกตามประเภท ต้นทุนพบมะเร็งปอดมีต้นทุนรวมทางตรงทางการแพทย์มากที่สุด 571,232.66 บาท ต้นทุนรวมทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับทางการแพทย์พบว่ามะเร็งตับมีต้นทุนสูงที่สุด 346,007.28 บาท และต้นทุนรวมทางอ้อมพบว่ามะเร็งตับมีต้นทุนสูงที่สุด 206,712.00 บาท ระยะเวลาในการรักษามะเร็งแต่ละตำแหน่งไม่เท่ากัน มะเร็งลำไส้ใหญ่และมะเร็งเต้านมมีระยะเวลาการรักษาเฉลี่ย 60 วัน มากกว่า มะเร็งตับที่มีระยะเวลาการรักษาเฉลี่ย 59 วัน มะเร็งหลอดอาหารมีระยะเวลาการรักษาเฉลี่ย 57 วัน และมะเร็งปอดมีระยะเวลาการรักษาเฉลี่ย 54 วัน ความแตกต่างของต้นทุนการรักษาแบบประคับประคองนอกจากระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลแล้วยังเกี่ยวกับตำแหน่งของมะเร็งที่ทำให้ ต้นทุนต่างกัน ดังตารางที่ผู้ที่นอนโรงพยาบาลนานที่สุดไม่ได้เป็นผู้ที่มีต้นทุนรวมสูงสุด ดังตารางที่ 9

ตาราง 9 ต้นทุนตามตำแหน่งมะเร็งที่พบจำนวนมาก

ตำแหน่ง มะเร็ง	ระยะเวลาการ รักษา(วัน)	ต้นทุนทางตรง ทางการแพทย์ (บาท)	ต้นทุนทาง ตรงที่ไม่ เกี่ยวกับทาง การแพทย์ (บาท)	ต้นทุน ทางอ้อม (บาท)	รวมต้นทุน (บาท)
ตับ (n=8)	684(59.10±56.73)	431,057.31	346,007.28	206,712.00	983,776.59
ปอด (n=5)	82(54.0±48.68)	571,232.66	228,588.06	27,839.96	827,660.68
ลำไส้ใหญ่ (n=4)	264(60.08±53.59)	418,465.36	33,055.13	67,500.00	519,020.49
เต้านม (n=3)	287(60.94±58.18)	303,457.04	129,635.00	73,300.00	506,392.04
หลอด อาหาร (n=3)	116(57.15±50.33)	250,295.86	70,347.19	18,000.00	338,643.05
ทั้งหมด	1,433	1,974,508.23	807,632.66	393,351.96	3,175,492.85
เฉลี่ยต่อ ราย	(286.6±239.48)	(394,901.65 ± 124,727.76)	(161,526.53± 126,852.31)	(78,670.39± 75,519.70)	(635,098.57± 262,955.27)

ต้นทุนทางตรงทางการแพทย์ต่อระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลพบว่าผู้ป่วยที่นอนพักรักษาในแผนกผู้ป่วยในที่นอนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 วัน มีต้นทุนเฉลี่ย 4,048.93 บาทต่อวันมากกว่านอนนานกว่า 21 วัน มีต้นทุนต่อวันนอนเฉลี่ย 3,189.74 บาทต่อวันและผู้ที่นอนช่วง 11-20 วันมีต้นทุนเฉลี่ย 3,123.30 บาทต่อวัน พบว่าการนอนโรงพยาบาลช่วง 10 วันแรกมีต้นทุนสูงขึ้น แต่เมื่อรักษาระยะมากกว่า 10 วัน การรักษาแบบประคับประคองก็ไม่ได้ทำให้ต้นทุนต่อวันนอนเพิ่มขึ้นแต่กลับมีแนวโน้มคงที่หรือลดลง ดังตารางที่ 10

ตาราง 10 ต้นทุนทางตรงทางการแพทย์ต่อระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล

ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล	ต้นทุนทางตรงการแพทย์รวม	ต้นทุนทางตรงต่อวันนอน
≤10 วัน (n = 12)	332,013.07	4,048.93
11-20 วัน (n = 7)	309,207.16	3,123.30
≥ 21 วัน (n = 13)	1,435,385.63	3,189.74

ต้นทุนสำหรับผู้ป่วยในชุมชนต้องเสียค่าใช้จ่าย 3 ต้นทุน ทั้งต้นทุนทางตรงทางการแพทย์ ต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับทางการแพทย์และต้นทุนทางอ้อม โดยต้นทุนทางตรงด้านการแพทย์ในชุมชนพบค่ายาที่ผู้ดูแลและผู้ป่วยจัดหามาสูงสุดร้อยละ 23.44 ทั้งยังต้องซื้ออุปกรณ์ในการบำบัดโรค และเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาไว้ติดบ้านด้วย ปรับปรุงบ้านให้อำนวยความสะดวกกับผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยอยู่อย่างสุขสบาย ผู้ดูแลช่วยผู้ป่วยทำกิจกรรมในบ้าน กิจกรรมประจำวัน ดูแลสุขภาพรวมถึงพาไปทำกิจกรรมนอกบ้านด้วย ผู้ป่วยเองก็เสียเวลาจากการขาดงานร้อยละ 26.91 ซึ่งมากกว่าตอนที่ผู้ป่วยรักษาตัวที่โรงพยาบาลไม่ว่าจะทั้งแผนกผู้ป่วยนอก แผนกผู้ป่วยในหรือทั้งสองแผนก ทำให้ทราบว่าผู้ป่วยนอกรักษาตัวที่บ้านนานมากกว่าในโรงพยาบาล ดังตารางที่ 11

ตาราง 11 ต้นทุนเกิดจากการรับบริการในชุมชน (n=35)

ต้นทุน	ต้นทุนต่อราย	ต้นทุนรวม	ร้อยละ
ต้นทุนทางตรงทางการแพทย์			
1. อุปกรณ์ในการบำบัดโรค	1,664.63 ± 3,704.52	58,261.93	5.25
2. ค่ายา	7,427.87 ± 22,078.83	259,975.52	23.44
3. ค่าเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา	1,870.96 ± 8,353.23	65,483.48	5.90
4. ค่าบริการทางการแพทย์	847.00 ± 4,543.45	29,645.04	2.67
รวม	11,810.46 ± 23,759.66	413,365.97	37.27
ต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับทางการแพทย์			
3. สิ่งอำนวยความสะดวก	7,617.14 ± 34,364.83	266,600.00	24.03
4. การดูแลอย่างไม่เป็นทางการ	3,735.26 ± 4,031.87	130,734.02	11.79
➤ กิจกรรมในบ้าน	(1,927.06 ± 7,473.26)	(67,447.22)	
➤ กิจกรรมการดูแลสุขภาพ	(483.83 ± 1,244.94)	(16,934.11)	
➤ กิจกรรมประจำวัน	(1,288.01 ± 2,619.79)	(45,080.46)	
➤ กิจกรรมนอกบ้าน	(36.35 ± 114.39)	(1,272.22)	
รวม	11,352.40 ± 11,352.40	397,334.02	35.82
ต้นทุนทางอ้อม			
ค่าเสียเวลาของผู้ป่วยจากการขาดงาน	8,530.00 ± 22,299.75	298,550.00	26.91
รวม	8,530.00 ± 22,299.75	298,550.00	26.91
ทั้งหมด	158,464.28 ± 113,776.95	1,109,249.99	100

ต้นทุนทางตรงทางการแพทย์ในโรงพยาบาลมีต้นทุนสูงคิดเป็นร้อยละ 52.72 ของต้นทุนรวม ค่าเฉลี่ย 49,466.58 บาทต่อราย ซึ่งมากกว่าต้นทุนในชุมชน ส่วนต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับทางการแพทย์และต้นทุนทางอ้อมมีต้นทุนในชุมชนมากกว่าต้นทุนในโรงพยาบาล ดังตารางที่ 12

ตาราง 12 ต้นทุนแต่ละประเภทจำแนกตามประเภทต้นทุน (n=35)

ประเภทต้นทุน	ต้นทุนต่อวัน	ต้นทุนต่อราย	ต้นทุนรวม	ร้อยละ
ต้นทุนทางตรงทางการแพทย์				
ในโรงพยาบาล		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		6,339.51	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		17,691.91	618,516.91	18.83
ต้นทุนทางอ้อม				
ในโรงพยาบาล		6,357.19	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		14,887.19	521,051.96	15.87
ทั้งหมด		93,856.14	3,284,265.33	100.00

ตารางเปรียบเทียบความไว มีการศึกษาปัจจัยที่อาจมีผลต่อต้นทุน ได้ทำการศึกษาด้านทุนทางตรงทางการแพทย์จากข้อมูลสัมภาษณ์เปรียบเทียบกับต้นทุนจากบัญชีรายการครุภัณฑ์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี 2561 ระบุว่า รถเข็นมีราคากลาง 6,900 บาทต่อ 1 คัน พบว่าต้นทุนของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีราคาสูงกว่า 6,900.00 บาท และค่าเตียงตรวจโรคทั่วไปมีต้นทุนของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีราคาสูงกว่า 24,700.00 บาท ต้นทุนกิจกรรมการดูแลอย่างไม่เป็นทางการ ผู้วิจัยได้เปรียบเทียบชั่วโมงการทำงาน 9 ชั่วโมงตามหลักเศรษฐศาสตร์เทียบกับ 8 ชั่วโมงตามกฎหมายแรงงาน พบว่าต้นทุนตามกฎหมายแรงงานเพิ่มขึ้น 32,420.94 บาท และยังเปรียบเทียบระหว่างรายได้รายวันของผู้ป่วยตามจริงกับค่าแรงขั้นต่ำของจังหวัด 325 บาทต่อวัน พบว่ารายได้ตามค่าแรงขั้นต่ำทำให้ต้นทุนทางอ้อมลดลง 4,131.33 บาท แต่ถ้าผู้ป่วยมีรายได้ทุกรายจะทำให้มีต้นทุนทางอ้อมเพิ่มขึ้น 139,225.00 บาท ดังตารางที่ 13

ตาราง 13 การวิเคราะห์ความไวของต้นทุน

ต้นทุน	ราคา	ต้นทุนรวม	ความแตกต่าง ของต้นทุน	ร้อยละความ แตกต่าง
ต้นทุนทางตรงทางการแพทย์				
รถเข็น	6,900.00	241,500.00	+ 234,600.00	97.14
เตียงตรวจโรคทั่วไป	6,000.00	210,000.00	+ 192,700.00	91.76
ต้นทุนกิจกรรมการดูแลอย่าง ไม่เป็นทางการ				
เวลาทำงาน 9 ชั่วโมง	8 ชั่วโมง	291,788.44	+ 32,420.94	11.11
➤ กิจกรรมในบ้าน		(144,848.96)	(+ 16,094.33)	(11.11)
➤ กิจกรรมการดูแล สุขภาพ		(48,370.40)	(+ 5,374.49)	(11.11)
➤ กิจวัตรประจำวัน		(97,137.83)	(+ 10,793.09)	(11.11)
➤ กิจกรรมนอกบ้าน		(1,431.25)	(+ 159.03)	(11.11)
ต้นทุนทางอ้อม				
*ค่าแรงขั้นต่ำของจังหวัด	325 บาทต่อ วัน	6,825.00	- 4,131.33	60.53
**ค่าแรงขั้นต่ำของจังหวัด	325 บาทต่อ วัน	437,775.00	+ 139,225.00	31.80

*แทนค่าแรงขั้นต่ำของจังหวัดเฉพาะรายที่มีรายได้

**แทนค่าแรงขั้นต่ำของจังหวัดในผู้ป่วยทุกราย

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

งานวิจัยต้นทุนการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่โรงพยาบาล ตราดในมุมมองสังคมพบว่า มีผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด 35 ราย มีผู้ป่วยเพศชาย 23 รายมากกว่า เพศหญิงที่มีผู้เข้าร่วม 12 ราย ผู้เข้าร่วมการวิจัยส่วนใหญ่มีอายุ 61 ปีขึ้นไป ใช้สิทธิประกันสุขภาพ ถ้วนหน้ามากที่สุด 30 ราย มีอาชีพรับจ้างมากกว่าอาชีพอื่น รองลงมาเป็นเกษตรกร ทำสวน ทำนา ที่เป็นอาชีพส่วนใหญ่ของชาวตราด มะเร็งที่พบมากที่สุดคือมะเร็งตับ รองลงมาเป็นมะเร็งปอดซึ่ง มะเร็งที่พบทั้ง 2 ตำแหน่งสอดคล้องกับข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข(5) พบโรคมะเร็งตับเป็น อันดับหนึ่งและพบมะเร็งปอดเป็นอันดับที่สองในผู้ชาย ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล หลายแห่งทั้งของรัฐและเอกชน ทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยใน ซึ่งผู้ป่วยที่รับการดูแล แบบประคับประคองส่วนใหญ่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ส่วนใหญ่ไม่สามารถทำงานได้เนื่องจากมี การลุกลามของโรค โดยมากใช้ชีวิตประจำวันโดยการนั่งหรือนอน ต้องให้ญาติช่วยเหลือ เมื่อทำ การประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยโดยใช้ Palliative Performance Scale มีคะแนนน้อยกว่า 50 นั้นหมายถึงว่าผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้น้อยและต้องการการดูแล ทางโรงพยาบาลที่มากขึ้นและญาติก็ต้องการดูแลทางจิตใจร่วมด้วย ดังนั้นเวลาที่ผู้ป่วยเดินทาง มารับการรักษาที่โรงพยาบาลตราดมักมีผู้ดูแลเดินทางมาด้วย จึงทำให้มีค่าใช้จ่ายค่าอาหารเฉลี่ย 188 บาทต่อวัน ค่าเดินทาง มีส่วนน้อยที่เสียค่าที่พักเพราะจังหวัดตราดเป็นจังหวัดเล็กสามารถ เดินทางไปกลับได้ภายในวันเดียว จากผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยใช้เวลาประมาณ 260 นาทีต่อครั้ง ในการเดินทางมาพบแพทย์และกลับถึงบ้าน มีการเสียค่าที่พักในผู้ป่วยบางรายเนื่องจากเดินทาง ไปเข้ารับการรักษาต่างจังหวัด ซึ่งอุปสรรคทางการแพทย์มาช่วยเหลือผู้ป่วย บางรายมีการปรับปรุง บ้านเพื่อให้สะดวกกับผู้ป่วยและผู้ดูแลร่วมด้วย ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ทั้งที่ใช้ในการรักษาและใช้ ชีวิตประจำวันผู้ป่วยและญาติต้องเป็นผู้แบกรับต้นทุน ถ้าผู้ป่วยเป็นเสาหลักในการหารายได้ของ ครอบครัวก็จะทำให้มีความลำบากมากขึ้น บางครอบครัวต้องไปขอความช่วยเหลือจากญาติ ๆ หรือมูลนิธิต่าง ๆ ครอบครัวที่มีผู้ดูแลหลายคนก็สามารถผลัดกันออกไปทำงานแต่ต้องมีคนที่คอย ดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก 1 คนทำให้ครอบครัวขาดรายได้บางส่วน เวลาที่ผู้ดูแลใช้ในการดูแลส่วนใหญ่ เป็นกิจกรรมในกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมการดูแลสุขภาพ จะเห็นว่าครอบครัวที่มีผู้ป่วยที่ต้อง

ดูแลแบบประคับประคองจะมีต้นทุนทางตรงทางการแพทย์ ต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับทางการแพทย์และต้นทุนทางอ้อม ในโรคมะเร็งมีต้นทุนแตกต่างกันดังนี้

ต้นทุนทางตรงทางการแพทย์เมื่อแบ่งตามรูปแบบที่เข้ารับการรักษาแบ่งได้ 4 รูปแบบคือ ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ทั้งผู้ป่วยนอกและใน สุดท้ายคือชุมชน ผู้ป่วยที่รับการรักษาทั้งผู้ป่วยนอกและในมีต้นทุนสูงเฉลี่ยกว่าการรักษาแบบอื่น รองลงมาเป็นต้นทุนรักษาแบบผู้ป่วยใน คือ 65,906.63 ,45,711.23 บาทต่อราย ซึ่งการรักษาทั้งสองรูปแบบมีต้นทุนค่าห้อง ค่าอาหารสูงกว่าต้นทุนชนิดอื่น สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลช่วง 10 วันแรกมีต้นทุนเฉลี่ยสูงถึง 4,048.93 บาทต่อวัน ซึ่งสูงกว่าก่อนนอนช่วง 11 – 20 วัน คิดเป็นต้นทุนเฉลี่ยต่อวันนอน 3,123.30 บาทต่อวัน ต้นทุนใกล้เคียงกับผู้ที่ย่านโรงพยาบาลนานกว่า 21 วันมีต้นทุนเฉลี่ย 3,189.74 บาทต่อวัน จะเห็นว่าถึงแม้จะนอนโรงพยาบาลนานแต่ต้นทุนไม่ต่างกันมากแต่กลับมีแนวโน้มคงที่ เนื่องจากเป็นการดูแลแบบประคับประคองไม่ได้มีการรักษาที่ต้องใช้กระบวนการรักษาหรือหัตถการที่ซับซ้อนอื่น ๆ ร่วมด้วย ในชุมชนก็มีต้นทุนเฉลี่ย 11,810.46 บาทต่อราย จำแนกเป็นค่ายามากที่สุดเพราะญาติและผู้ป่วยสามารถหาซื้อยาบรรเทาอาการได้จากคลินิก ร้านขายยาหรือแม้แต่ร้านชำ คนรู้จักหรืออินเทอร์เน็ต และสูงกว่าการรักษาแบบผู้ป่วยนอกมีต้นทุนค่ายาและสารอาหารทางเส้นเลือดสูงกว่าต้นทุนอื่น

ต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับทางการแพทย์ พบต้นทุนในชุมชนที่ใช้ในการดูแลมากที่สุดเฉลี่ย 11,352.40 บาทต่อราย เป็นต้นทุนถึงอำนวยความสะดวกและการดูแลอย่างไม่เป็นทางการ การรักษาทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในมีต้นทุนเฉลี่ยใกล้เคียงกับการรักษาแผนกผู้ป่วยในเท่ากับ 7,394.42 และ 6,760.15 บาทต่อรายตามลำดับ ทั้งสองรูปแบบมีต้นทุนค่าอาหารส่วนเพิ่มจากปกติมากกว่าค่าเดินทางและการดูแลอย่างไม่เป็นทางการ เนื่องจากนอนโรงพยาบาลนาน ค่าอาหารก็ต้องเพิ่มมากขึ้นตามจำนวนวันนอนด้วย แต่การดูแลอย่างไม่เป็นทางการพบกิจกรรมในการดูแลบางอย่างลดลง เช่นกิจกรรมในบ้าน และนอกบ้าน ผู้ที่รักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกมีต้นทุนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ 2,616.67 บาทต่อรายแบ่งเป็นค่าเดินทางสูงกว่า ค่าอาหารและการดูแลอย่างไม่เป็นทางการเนื่องจากผู้ป่วยและญาติต้องเสียเวลาในการเดินทางมาพบแพทย์จนแล้วเสร็จใช้เวลาเฉลี่ย 260.57 นาทีต่อวัน

ต้นทุนทางอ้อม พบต้นทุนในชุมชนสูงที่สุดเฉลี่ย 8,530 บาทต่อราย รองลงมาเป็นการรักษาแบบผู้ป่วยใน และทั้งผู้ป่วยนอกและใน สุดท้ายเป็นการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่มีต้นทุน

ต่ำที่สุดดังตารางที่ 12 ซึ่งต้นทุนทางอ้อมขึ้นอยู่กับระยะเวลาของการขาดงานของผู้ป่วย ถ้าขาดงานนานหลายวันหรือนอนพักรักษาตัวที่บ้านนานก็จะทำให้ขาดรายได้มากตามไปด้วย หากดูจากรยะเวลาการรักษาแบบประคับประคองจำแนกตามตำแหน่งของมะเร็งพบว่ามะเร็งเต้านมมีระยะเวลาการรักษาเฉลี่ยนานกว่ามะเร็งชนิดอื่น โรคมะเร็งระยะลุกลามมักจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานทั้งร่างกายและจิตใจ ทั้งนี้ยังรวมไปถึงครอบครัวของผู้ป่วยด้วย การดูแลแบบประคับประคองจึงเป็นทางเลือกหนึ่งที่ดูแลช่วยให้ผู้ป่วยสงบจนวาระสุดท้าย

มะเร็งแต่ละตำแหน่งมีการรักษาที่ไม่เหมือนกันขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง ทั้งรูปแบบการรักษา โรคร่วม ระยะเวลาการรักษา ส่งผลทำให้ต้นทุนของมะเร็งแต่ละตำแหน่งแตกต่างกัน จากงานวิจัยนี้พบว่าตำแหน่งของมะเร็งที่มีต้นทุนรวมมากที่สุดคือ ตับ หากเปลี่ยนไปดูตามระยะเวลาการรักษาเฉลี่ยพบว่ามะเร็งเต้านมมีการรักษานานกว่ามะเร็งตำแหน่งอื่น เมื่อจำแนกต้นทุนเป็น 3 ต้นทุน ก็พบว่าต้นทุนทางตรงทางการแพทย์สูงกว่าต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับทางการแพทย์และต้นทุนทางอ้อม โดยมะเร็งปอดมีต้นทุนทางตรงทางการแพทย์สูงที่สุด ต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับทางการแพทย์และต้นทุนทางอ้อมพบว่ามะเร็งตับมีต้นทุนสูงที่สุด

งานวิจัยในมุมมองทางสังคมทั้งส่วนของโรงพยาบาล และในชุมชนในช่วงระยะเวลา 6 เดือน พบว่าต้นทุนรวมของโรงพยาบาลเท่ากับ 2,175,015.34 บาท และต้นทุนรวมในชุมชนเท่ากับ 1,109,249.99 บาท ต้นทุนของโรงพยาบาลมีต้นทุนสูงกว่าในชุมชนเกือบหนึ่งเท่า ต้นทุนส่วนของโรงพยาบาลได้รับเงินสนับสนุนงบประมาณจากภาครัฐตามสิทธิการรักษา แต่ในชุมชนครอบครัวของผู้ป่วยต้องแบกรับต้นทุนทั้งหมด อาจทำให้เกิดความลำบากในผู้ป่วยรายที่มีฐานะยากจนได้

ต้นทุนทางตรงทางการแพทย์ของผู้ที่รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกรวม 21,320.39 บาท เฉลี่ย 609.15 บาทต่อราย หรือ 245.06 บาทต่อครั้ง ซึ่ง สปสช. ให้เงินสนับสนุนโรงพยาบาลแบบเหมาจ่ายรายหัวปีงบประมาณ 2563(59) และปี 2564(60) จำนวน 1,251.68 และ 1,279.31 บาท ต่อผู้มีสิทธิตามลำดับ ในบางรายมีต้นทุนสูงกว่าที่ สปสช. กำหนด โดยขึ้นกับจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาบ่อยที่สุดเพียง 1 ครั้ง บางรายมากถึง 27 ครั้ง เฉลี่ยแล้วมารับบริการ 4.74 ครั้งต่อราย ส่วนมากเป็นต้นทุนค่ายากลับบ้าน จากข้อมูลพบว่าเงินสนับสนุนเหมาจ่ายรายหัวเพียงพอสำหรับผู้เข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยและครอบครัวมีต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับทางการแพทย์รวม 47,460.15 บาท เฉลี่ย 1,356 บาทต่อราย หรือ 545.51 บาทต่อครั้ง ต้นทุนทางอ้อมรวม 17,250.00 บาท เฉลี่ย 492.86 บาทต่อราย หรือ 198.27 บาทต่อครั้ง

ต้นทุนทางตรงทางการแพทย์ของผู้ที่รับบริการแผนกผู้ป่วยในรวม 1,710,010.09 เฉลี่ย 48,857.43 บาทต่อราย หรือ 2,710.00 บาทต่อวันนอน ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 19.72 ± 15.66 วัน สปสช. ให้งบประมาณโดยการจ่ายตามระบบ DRGs ซึ่งเป็นการเบิกจ่าย ค่ารักษาพยาบาลแผนกผู้ป่วยในตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมและน้ำหนักสัมพัทธ์ ซึ่งการจ่ายเงิน ชดเชยไม่คงที่ขึ้นอยู่กับตัวแปรหลายอย่าง เช่น ผู้ป่วยสิทธิรักษาในเขตหรือนอกเขต จำนวนวันนอน รักษาในโรงพยาบาล อายุ โรคหลัก โรคร่วม และยังมีเงินพิเศษที่จ่ายเพิ่มเติมให้สถานบริการที่ขึ้น ทะเบียนผู้ป่วยดูแลแบบประคับประคองที่บ้านจนผู้ป่วยเสียชีวิตหรือภายใน 6 เดือน โดยเหมาจ่าย ต่อราย ส่วนใหญ่ผู้ป่วยในงานวิจัยนี้พบว่ารับการดูแลแบบประคับประคองเฉลี่ย 56.23 ± 52 . วัน รับการดูแลที่บ้านเฉลี่ย 38.49 ± 38.49 วัน ส่วนใหญ่โรงพยาบาลจะได้พิเศษในช่วง 4,000 – 5,000 บาทต่อราย สำหรับผู้ที่ใช้สิทธิประกันสังคมและข้าราชการจะมีการเบิกเงินที่ ใกล้เคียงกับ สปสช. โดยสิทธิประกันสังคมจะจ่ายเหมารายหัวในผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ส่วนสิทธิ ข้าราชการกรมบัญชีกลางเบิกได้ตามจริงในผู้ป่วยนอกและเบิกผ่านระบบ DRGs ในผู้ป่วยใน ผู้ป่วยและครอบครัวมีต้นทุนต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับทางการแพทย์รวม 173,722.74 บาท เฉลี่ย 4,963.51 บาทต่อราย หรือ 275.31 บาทต่อวันนอน ต้นทุนทางอ้อมรวม 205,251.96 บาท เฉลี่ย 5,864.34 บาทต่อราย หรือ 325.28 บาทต่อวันนอน

ต้นทุนในชุมชนรวม 1,109,249.99 บาท หรือ เฉลี่ย 823.48 บาทต่อวัน แยกต้นทุน ทางตรงทางการแพทย์เฉลี่ย 11,810.46 บาทต่อราย หรือ 306.87 บาทต่อวัน ต้นทุนทางตรงที่ไม่ เกี่ยวกับทางการแพทย์เฉลี่ย 11,352.40 บาทต่อรายหรือ 294.97 บาทต่อวัน และต้นทุนทางอ้อม เฉลี่ย 8,530 บาทต่อราย หรือ 221.64 บาทต่อวัน ต่อ 6 เดือน

โดยรวมแล้วต้นทุนส่วนของโรงพยาบาลสูงกว่าต้นทุนในชุมชนซึ่งสอดคล้องเช่นเดียวกับการ ศึกษาของอุษารักษ์ โถหินัง และคณะ(55) ที่ศึกษาต้นทุนการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งแบบ ประคับประคอง ในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จากการศึกษาพบว่าต้นทุนการดูแล รักษาผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยในนั้น มีต้นทุนผู้ป่วยในสูงกว่าผู้ป่วย นอกทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และการศึกษาของแจ่มจันทร์ ศรีรัตน์(54) ทำการศึกษาต้นทุน การตรวจคัดกรองและรักษาโรคมะเร็ง ณ ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จังหวัดอุบลราชธานี พบมีต้นทุนเฉลี่ยของการรักษาโรคมะเร็งในแผนกผู้ป่วยในเท่ากับ 1,367.99 บาทต่อวันนอน สูงกว่าแผนกผู้ป่วยนอกเท่ากับ 1,134.72 บาทต่อครั้ง ซึ่งใกล้เคียงกับผลการศึกษาในงานวิจัยนี้ที่

พบว่าต้นทุนเฉลี่ยของการรักษาโรคมะเร็งในแผนกผู้ป่วยในเท่ากับ 2,710.00 บาทต่อวันนอน สูงกว่าแผนกผู้ป่วยนอกเท่ากับ 245.06 บาทต่อครั้ง เช่นกัน และงานวิจัยนี้ได้ศึกษาในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตมีค่าเฉลี่ยต่อวันนอนรักษาแผนกผู้ป่วยในมากกว่าการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งระยะอื่น ทำให้มีต้นทุนค่ายา ค่าห้องและค่าอาหารสูงกว่าต้นทุนอื่นเนื่องจากระยะเวลาอนรักษานในโรงพยาบาลนาน ส่วนต้นทุนทางอ้อมในชุมชนในงานวิจัยนี้มีส่วนแตกต่างจากงานวิจัยของอุษารักษ์ โถหินัง และคณะ(55) ที่ศึกษาต้นทุนเฉลี่ยค่าเสียโอกาสของผู้ปกครองเฉพาะส่วนโรงพยาบาลที่แผนกผู้ป่วยนอกเท่ากับ 180 บาทต่อครั้ง แผนกผู้ป่วยในเท่ากับ 250 บาทต่อวันนอน ต่างจากการวิจัยนี้ที่ศึกษาต้นทุนในมุมมองทางสังคม ทำการศึกษาทั้งในส่วนของโรงพยาบาลและในชุมชนพบว่าต้นทุนเฉลี่ยค่าเสียโอกาสในแผนกผู้ป่วยนอกเท่ากับ 325.28 บาทต่อวันนอน แผนกผู้ป่วยนอกเท่ากับ 198.27 บาทต่อครั้ง และการดูแลในชุมชนหรือที่บ้านเท่ากับ 221.64 บาทต่อวัน สะท้อนให้เห็นถึงภาระทางการเงินของครอบครัวผู้ป่วยทั้งค่ายา ค่าอุปกรณ์อำนวยความสะดวก เพื่อให้ผู้ป่วยอยู่อย่างสะดวก สบาย มีความสุขและมีชีวิตอยู่กับครอบครัวได้นานขึ้น

ข้อจำกัด

ข้อจำกัดของการศึกษานี้เก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล เก็บข้อมูลในช่วงระยะเวลา 6 เดือนตั้งแต่วันที่เริ่มรักษาแบบประคับประคองจนกระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิต มีผู้ป่วยบางรายที่เก็บข้อมูลไม่ถึงวันสุดท้าย เนื่องจากกลับไปรักษาที่บ้านหรือโรงพยาบาลอื่นแล้วไม่ได้มีการบันทึกไว้ในฐานข้อมูลของโรงพยาบาลที่มีการดูแลประคับประคองถึงวันใด

ข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยถึงต้นทุนในมุมมองสังคม เมื่อนำข้อมูลไปประกอบการพิจารณาการบริหารงบประมาณหรือการช่วยเหลือ ให้ความรู้ การดูแลผู้ป่วยที่กลับไปรักษาตัวที่บ้านจะเป็นการช่วยลดภาระต้นทุนทั้งของโรงพยาบาลและครอบครัวผู้ป่วยได้ การศึกษานี้สามารถนำไปศึกษาต่อยอดในโรคอื่น ๆ จะทำให้เห็นถึงต้นทุนที่แท้จริง เช่น ผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง เป็นต้น

บรรณานุกรม

1. รวิวรรณ จารุพรประสิทธิ์, เบญญาภา ศิริรัตน์, จิราภรณ์ สุ่มตีบ. สถิติสุขภาพที่สำคัญ พ.ศ. 2560. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2562. นนทบุรี: สหมิตรพรีนติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2562.
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. จำนวนและสัดส่วนประชากร จำแนกตามกลุ่มอายุ (วัยเด็ก วัยแรงงาน วัยสูงอายุ) เพศ และภาค พ.ศ. 2550-2560 2562 [Available from: เข้าถึงได้จาก <http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/01.aspx>].
4. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. จำนวนผู้ป่วยนอก จำแนกตามกลุ่มสาเหตุป่วย 21 โรค จากสถานบริการสาธารณสุข ของกระทรวงสาธารณสุข ที่วราชอาณาจัก พ.ศ. 2552 – 2560 2562 [Available from: เข้าถึงได้จาก : URL <http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/05.aspx>].
5. กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. จำนวนและอัตราการเกิดมีชีพ จำนวนและอัตราการตาย ต่อประชากร 1,000 คน จำแนกรายจังหวัดรายภาค ทั้งประเทศ พ.ศ. 2560. นนทบุรี 2560.
6. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. โรคสำคัญที่เป็นสาเหตุการตายของคนไทย. นนทบุรี: ศรีเมืองการพิมพ์; 2560.
7. หัชชา ศรีปลั่ง. วิเคราะห์คุณภาพข้อมูลมะเร็งและศึกษาสถานการณโรคมะเร็ง และความสัมพันธ์กับแนวโน้มและการกระจายของปัจจัยเสี่ยง จากแหล่งข้อมูลต่างๆ. กรุงเทพฯ; 2553.
8. สำนักงานสถิติจังหวัดตราด. รายงานสถิติจังหวัด พ.ศ. 2560. ตราด 2560.
9. ยุพาวรรณ ศรีสวัสดิ์. จะกลัวมะเร็งไป ทำไม กัน.? วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. 2554(กันยายน - ธันวาคม):101.
10. อากาศ พัฒนเรืองไโล. List disease of Palliative care and Functional unit. นนทบุรี: อาร์ตควอลิไฟท์; 2559.
11. World Health Organization. Palliative care: World Health Organization; 2561 [updated 19 ม ธิ Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>].
12. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. Health at a Glance Thailand 2017. นนทบุรี 2560.

13. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2561. กรุงเทพฯ: สหมิตรพรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2562.
14. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, บุญยวีร์ เอื้อศิริวรรณ, พินทุสร เหมพิสุทธิ. ความเหลื่อมล้ำระหว่างระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย. นนทบุรี: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2556.
15. NHSO. รายละเอียดการบริหารจัดการกองทุนย่อย Palliative Care ปีงบประมาณ 2562: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2018 [updated ธันวาคม 19. Available from: http://203.157.232.109/datacenter/frontend/web/index.php?r=downloads%2Fdownload&id=39&file=00b70fe35df54b71f9b9f83b90bf074f.pdf&file_name=9.Palliative.pdf. .
16. อาทรร จิวไพบูลย์. คู่มือการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพสำหรับประเทศไทย ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2556 นนทบุรี: โรงพิมพ์ วัชรินทร์ พี.พี; 2556.
17. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2561 (Inspection Guideline). แผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พศ 2561 นนทบุรี2561. p. 517-22.
18. เกวลิน ชื่นเจริญสุข. แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๕. นนทบุรี: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2559.
19. กรมบัญชีกลาง. คู่มือสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ.
20. อนุวัฒน์ ศุภชุตีกุล, อติศวรรย์ หลายชูไท, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, สุกัลยา คงสวัสดิ์. ความรู้เบื้องต้นในการวิเคราะห์ต้นทุนของสถานบริการสาธารณสุข. กรุงเทพฯ2539.
21. สำนักวิชาบัญชี มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับบัญชีต้นทุน: มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย; 2558 [Available from: <http://accounting.crru.ac.th/worksheets/150-worksheets.pdf>.
22. นิภาพรรณ สุขศิริ, พณิตตา ระลึก. 10 เรื่องควรรู้ สิทธิหลักประกันสุขภาพ. กรุงเทพฯ: สำนักส่งเสริมการมีส่วนร่วม สปสช.; 2556.
23. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2560. กรุงเทพฯ: แสงจันทร์การพิมพ์; 2559.
24. อำพัน สีหไตร, กันยรัตน์ จันกลิ่น, ปัทมพร จาอินต๊ะ, สุนิสา ปานมา, ดวงภาคย์ อินทรสุวรรณ. พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2537 และ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2542. กรุงเทพฯ2545.
25. พรชัย หาญยืนยงสกุล, สิทธิชัย งามเกียรติขจร, รัชตะ ชุ่มสุข, มนพร เบญจพร. แผนงาน

บูรณาการพัฒนาระบบประกันสุขภาพ กระทรวงการคลัง. กรุงเทพฯ; 2562.

26. กระทรวงวัฒนธรรม. กลุ่มบริหารงานบุคคล กองกลาง กลุ่มสรรหาและทะเบียนประวัติ กองกลาง 2559 [Available from: [https://www.m-culture.go.th/personnel/files/333/M_1\(2\).doc](https://www.m-culture.go.th/personnel/files/333/M_1(2).doc)].

27. พรทวิ ยอดมงคล. คู่มือสำหรับประชาชน การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง. นนทบุรี: พิมพ์ดี; 2556.

28. อโนมา สอนบาลี, รัชชศิษฏา วัลย์ณัฐประภา. สุขสุดท้ายที่เลือกได้. นิรชา อัครวิธารกุล, editor. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.); 2559.

29. สุวคนธ์ กุรัตน, พัชรี ภาระโช, สุวิริยา สุวรรณโคตร. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มิติใหม่ที่ท้าทายบทบาทของพยาบาล. นนทบุรี; 2556.

30. ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู, editor มิติคุณภาพเพื่อสู่ความเป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 2557.

31. กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. นนทบุรี 2557.

32. อรจิตต์ บำรุงสกุลสวัสดิ์, กฤษ ลิ้มทองอิน, ทศนีย์ เอกวานิช, วิมล บำณพวน, สันติ ลาภเบญจกุล, วีระพงศ์ เจริญเกต, et al. คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2559.

33. ดวงใจ พงษ์รูป. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการปรับตัวของผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ในทันตสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์. 2546.

34. เกศินี พุทธรนต์. การศึกษาตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. 2560.

35. แพงพรรณ เท่าสาร. การปรับตัวของครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย. 2561.

36. ธาวิณี เพชรรัตน์, กนกกาญจน์ กองพิธิ, ดารณี แสนสุขทวี, ศศิธร ดวงมัน, ราตรี พรหมหลวงศรี, สุอังคณา สุพรรณเภสัช, et al. ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยระยะสุดท้ายในแผนกการพยาบาลศัลยกรรมและออร์โธปิดิกส์. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2560:269.

37. ปิยวรรณ โภคพลากรณ์. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในประเทศไทย. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2559;26(3 (กันยายน-ธันวาคม)):40-51.

38. วิฑิตพร จตุพรพิพัฒน์ รูปแบบการจัดการการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง

ระยะลูกกลม โรงพยาบาลวังเจ้า จังหวัดตาก. 2560:154-76.

39. วาสนา สวัสดิ์ดินฤนาท, อมรพันธุ์ ธาณิรัตน์, ธารทิพย์ วิเศษธาร. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลมหาสารนครศรีธรรมราช. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2558;25(1 (มกราคม-เมษายน)):144-56.

40. ศุภลักษณ์ เอกอุเวชกุล. การพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีส่วนร่วมของชุมชน: เครือข่ายปฐมภูมิ โรงพยาบาลขอนแก่น. 2556.

41. ดาราลักษณ์ วงศ์วงษ์. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้าย ในแผนกไตเทียม โรงพยาบาลเชียงใหม่ราม จังหวัดเชียงใหม่. 2557.

42. นฤมิต ศรีสมบัติ. กรรณวิถีในการบำบัดผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองในชุมชนเขตพนมดงรัก. 2556:315.

43. วราภรณ์ อ่อนอนงค์. โปรแกรมการดูแลระยะท้ายเพื่อส่งเสริมการตายที่ดีในผู้ป่วยมะเร็ง: ทบทวนวรรณกรรม. 2539.

44. สุรัชดา แสงจันทร์. ผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านในการช่วยดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้าน. 2556.

45. กนกวรรณ พูนพานิชย์. ผลของการใช้โปรแกรมการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่รักษาแบบประคับประคอง. กรุงเทพฯ: ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552.

46. ศิริพร สวดยพริ้ง. ผลของโปรแกรมจิตบำบัดประคับประคองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลูกกลมที่ได้รับเคมีบำบัด. 2554.

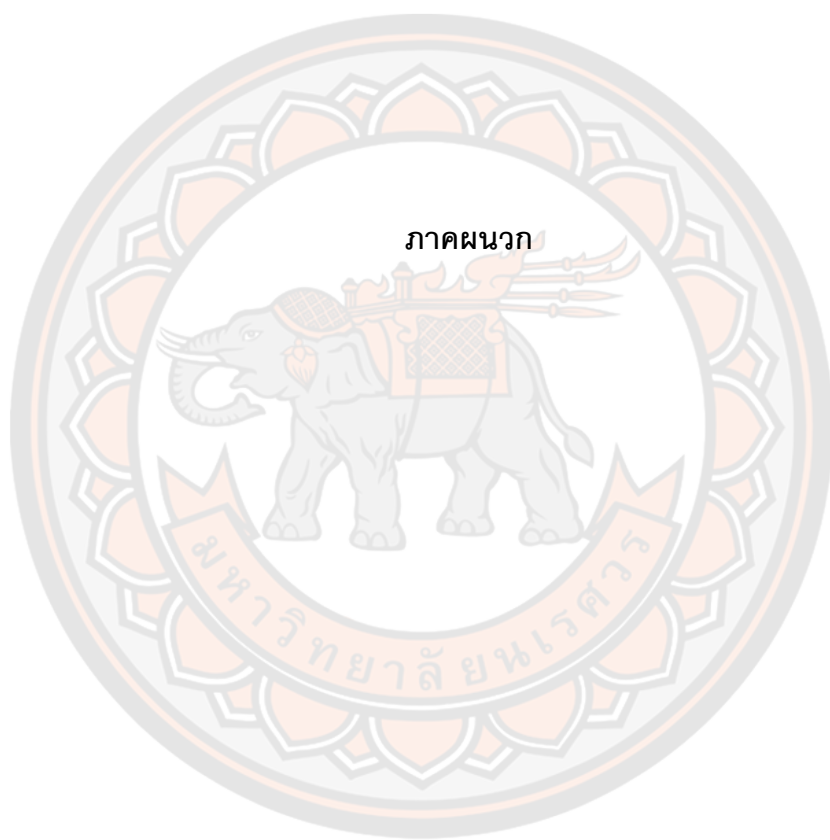
47. กัลยิมา ไตกะคุณะ. ผลของประเภทดนตรีบำบัดต่อการลดความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองในสถาบันมะเร็งแห่งชาติ. 2557.

48. ภัทรานิษฐ์ เมธีพิสิษฐ์. ผลลัพธ์และกระบวนการของการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะลูกกลม. 2561.

49. ภัควีร์ นาคะวิโร. ผลลัพธ์การดูแลของผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 2560(1 มกราคม-เมษายน): 13.

50. จิฑิมา โพธิ์ศรี. การดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต : จากโรงพยาบาลสู่บ้าน. 2550.

51. พัชรี เจริญพร. ผลของการใช้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการ และความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย. 2560.
52. ศิริพร เสมสสาร, สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม. กรณีศึกษาการดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามแบบประคับประคอง : บทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง. รามาธิบดีพยาบาลสาร. 2560;23(1):หน้า 11 – 26.
53. เสี่ยม ทองวัย. การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยบริการทุกหน่วยงาน โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่. เชียงรายเวชสาร. 2560;9(1):133 – 46.
54. แจ่มจันทร์ ศรีรัตน์. ต้นทุนการตรวจคัดกรองและการรักษาโรคมะเร็ง ณ ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จังหวัดอุบลราชธานี. 2543.
55. อุษา ใถอินัง, จุฑามาศ วงษ์สารภี, ขจีพรรณ แก้วปานันท์, สุนิษา บุตรคุณขุนทอง, สลิลรักษ์ อริยานุกิจจา. ต้นทุนการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งแบบประคับประคองในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. วารสารสภาการพยาบาล. 2557;29(3):หน้า 116 – 28.
56. ปิยวดี ศุภสาร. การศึกษาต้นทุนต่อหน่วยและต้นทุนต่อกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์. กรุงเทพฯ: [ปริญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต] จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2560.
57. กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. บัญชีรายการครุภัณฑ์: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2561.
58. พระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ. 2541. ประกาศคณะกรรมการค่าจ้าง, ราชกิจจานุเบกษาเล่มที่ 136, ตอนพิเศษ 316 ง. (ลงวันที่ 27 ธันวาคม 2562).
59. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2563. กรุงเทพฯ 2562.
60. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2564. กรุงเทพฯ: สหมิตรพรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด; 2553.
61. hfocfointh [Internet] 2549 Available from: <http://hfo62.cfo.in.th/>.



ภาคผนวก ก
แบบบันทึกข้อมูลต้นทุนจากฐานข้อมูลทุติยภูมิ
โครงการวิจัยต้นทุนการดูแลแบบประคับประคองในโรคมะเร็ง โรงพยาบาลตราด

ID.....

1. แบบสรุปต้นทุนโดยตรงทางการแพทย์

ประเภทค่าบริการ	ราคา (บาท/ครั้ง)	จำนวน ครั้ง	ราคา รวม (บาท)
1 ค่าห้อง ค่าอาหาร			
2 ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดโรค			
3 ค่ายาและสารอาหารทางเส้นเลือด			
4 ค่ายากลับบ้าน			
5 ค่าเวชภัณฑ์ที่มีไต่ยา			
6 ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต			
7 ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา			
8 ค่าตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา			
9 ค่าตรวจวินิจฉัยโดยวิธีอื่นๆ			
10 ค่าอุปกรณ์ของใช้และเครื่องมือทางการแพทย์			
11 ค่าทำหัตถการ และวิสัญญี			
12 ค่าบริการทางการแพทย์			
13 ค่าบริการทางทันตกรรม			
14 ค่าบริการทางกายภาพบำบัดและเวชกรรมฟื้นฟู			
15 ค่าบริการฝังเข็ม และค่าบริการการให้การบำบัดของผู้ประกอบโรคศิลปะอื่น			
16 ค่าบริการอื่นๆที่ไม่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลโดยตรง			



แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนผู้รับบริการ

โครงการวิจัยต้นทุนการดูแลแบบประคับประคองในโรคมะเร็ง โรงพยาบาลตราด

แบบสัมภาษณ์เรื่อง ต้นทุนการดูแลแบบประคับประคองในโรคมะเร็ง ทั้งต้นทุนทางตรงทาง
การแพทย์ ต้นทุนโดยตรงที่ไม่เกี่ยวข้องกับทางการแพทย์ และต้นทุนโดยอ้อม
คำชี้แจง

1 แบบสัมภาษณ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการการวิจัยเพื่อศึกษาต้นทุนการดูแลแบบ
ประคับประคองในโรคมะเร็ง โรงพยาบาลตราด

2 แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย แบ่งออกเป็น 2 ส่วนดังนี้

2.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รับการดูแลแบบประคับประคอง ได้แก่ ID วันที่
เพศ อายุ

2.2 ข้อมูลต้นทุน

โปรดเติมเครื่องหมาย ในช่องว่าง ในข้อที่ต้องการเพียงข้อเดียวหรือกรอกข้อความตัวเลข
ลงในช่องว่างที่ระบุไว้

ผู้เก็บข้อมูล..... แพทย์ผู้วิจัย.....

วันที่ --

วันที่ --

แบบสัมภาษณ์ ต้นทุนการดูแลแบบประคับประคองในโรคมะเร็ง โรงพยาบาลตราด (Cost of palliative care in cancer at Trat Hospital)		
คำแนะนำ เติมคำในช่องว่าง <input type="checkbox"/> หรือทำเครื่องหมาย <input checked="" type="checkbox"/> ในข้อความที่ให้เลือก		
ส่วนที่ 1: ข้อมูลส่วนบุคคล		
ชื่อ - นามสกุล		ID <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
เพศ	<input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	
อายุ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ปี	
แผนกที่มารับบริการ	<input type="checkbox"/> OPD <input type="checkbox"/> IPD	
ส่วนที่ 2: ข้อมูลต้นทุน		
ต้นทุนทางตรงทางการแพทย์ (Direct medical cost)		
	จำนวนครั้ง	ราคา/ครั้ง(บาท)ใน 3 เดือน
โรงพยาบาลของรัฐ / รพสต.	..... ครั้ง	..... บาท
โรงพยาบาลเอกชน /คลินิกเอกชน	..... ครั้ง	..... บาท
คลินิกตรวจทางห้องปฏิบัติการ	..... ครั้ง	..... บาท
ร้านยา	..... ครั้ง	..... บาท
แพทย์ทางเลือก เช่น แพทย์แผนไทย พื้นบ้าน แผนจีน กายภาพ	..... ครั้ง	..... บาท
อื่นๆ(ระบุ) .....	..... ครั้ง	..... บาท
ต้นทุนโดยตรงที่ไม่เกี่ยวข้องกับทางการแพทย์ (Direct non-medical cost)		
ท่านเดินทางมารับบริการพร้อมกันกับ ผู้ดูแลหรือไม่	<input type="checkbox"/> พร้อมกันทุกครั้ง <input type="checkbox"/> พร้อมกันบางครั้ง (ระบุจำนวนครั้งที่มาพร้อมกัน) ครั้ง <input type="checkbox"/> ไม่เคยมาพร้อมกันเลย	
หลังจากทราบเรื่องโรคมะเร็งต้องดูแลแบบประคับประคอง ท่านมารับบริการทั้งหมด ครั้งในช่วง 3 เดือนก่อนหน้า		
การมารับบริการที่โรงพยาบาล <u>แต่ละครั้ง</u> ใช้เวลาในการเดินทางและการ <u>รอตรวจ</u> รวมทั้งสิ้น ชั่วโมง/ครั้ง ในช่วง 3 เดือนก่อนหน้า		
ค่าอาหาร <u>ส่วนที่เพิ่ม</u> จากชีวิตปกติของท่านและผู้ดูแลในวันที่มารับบริการที่ <u>โรงพยาบาล</u> ทั้งหมด .....บาท/ครั้ง กี่วัน.....วัน ในช่วง 3 เดือนก่อนหน้า		
ค่าเดินทางโดยเฉลี่ย <u>ไปและกลับ</u> จากที่พัก (เช่น ค่ารถโดยสาร หรือค่าจ้างรถสาธารณะ) ในการมารับบริการที่ โรงพยาบาลเป็นจำนวน .....บาท/ครั้ง จำนวน..... ครั้ง (กรณีใช้พาหนะส่วนตัวให้ ประมาณการณค่าใช้จ่าย เช่น ค่าน้ำมัน) ในช่วง 3 เดือนก่อนหน้า		
ในการมารับบริการที่ <u>โรงพยาบาล</u> ท่าน <input type="checkbox"/> ไม่มีการค้างคืน หรือไม่เสียค่าที่พัก เสียค่าที่พักหรือไม่ <input type="checkbox"/> เสียค่าที่พัก ประมาณ .....บาท/ครั้ง พัก วัน		
ในการดูแลผู้ป่วยมีอุปกรณ์เสริมอำนวยความสะดวกอะไรบ้าง		

<input type="checkbox"/> ปรับปรุงบ้าน.....บาท	<input type="checkbox"/> รถเข็น.....บาท
<input type="checkbox"/> ไม้เท้า.....บาท	<input type="checkbox"/> เครื่องพ่นยา.....บาท
<input type="checkbox"/> เตียง.....บาท	<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....บาท
<input type="checkbox"/> เครื่องออกซิเจน.....บาท	

ในการดูแลผู้ป่วยมีการทำกิจกรรมอย่างอื่นอะไรบ้าง และเสียเวลาที่ชั่วโมง ในช่วง -1 เดือน

กิจกรรมในบ้าน(ชั่วโมง)	กิจกรรมการดูแลสุขภาพ (ชั่วโมง)	กิจวัตรประจำวัน(ชั่วโมง)	กิจกรรมนอกบ้าน(ชั่วโมง)
<input type="checkbox"/> ทำความสะอาด	<input type="checkbox"/> การจัดเตรียมยา	<input type="checkbox"/> การรับประทานอาหาร	<input type="checkbox"/> ไปธนาคาร
<input type="checkbox"/> เตรียมอาหาร	<input type="checkbox"/> ทำกายภาพบำบัด	<input type="checkbox"/> อาบน้ำ – แต่งตัว	<input type="checkbox"/> ส่งจดหมาย
<input type="checkbox"/> ล้างจาน	<input type="checkbox"/> พาไปพบแพทย์	<input type="checkbox"/> การขับถ่าย	<input type="checkbox"/> พาไปเที่ยวนอกบ้าน
<input type="checkbox"/> ซัก-รีดเสื้อผ้า	<input type="checkbox"/> ปรับปรุง สภาพแวดล้อมในบ้าน	<input type="checkbox"/> การเคลื่อนที่ภายในบ้าน.....	.....
<input type="checkbox"/> ทำสวนในบ้าน.....	.....	.....	.....
<input type="checkbox"/> ซื่อของใช้ภายในบ้าน.....	.....	.....	.....
<input type="checkbox"/> การดูแลเด็ก.....	.....	.....	.....

ต้นทุนโดยอ้อม (Indirect cost)

รายได้ของท่าน ไม่มี มี.....บาท/วัน

มีผู้ดูแลหรือไม่ ไม่มี มี

ดูแลโดย ญาติ.....คน รายได้.....บาท/วัน

เพื่อนบ้านคน รายได้.....บาท/วัน

ลูกจ้างมีค่าจ้างคน รายได้.....บาท/วัน

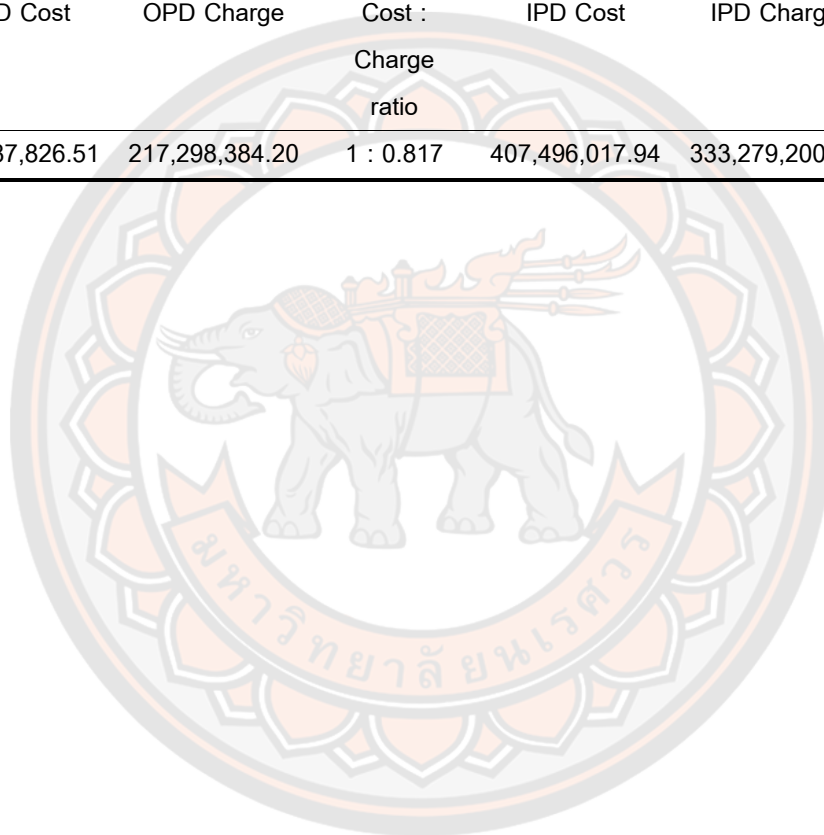
ในการมารับบริการที่**โรงพยาบาล** ท่านประมาณการณรายได้ที่สูญเสียไปคิดเป็นจำนวนบาท/เดือน

ภาคผนวก ข

ราคาขายต่อหน่วยของโรงพยาบาลพยาบาลตราด (Cost to Charge ratio)

ตาราง 14 ต้นทุนหน่วยบริการ (ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน)โรงพยาบาลตราด ไตรมาตรที่ 4 ประจำปีงบประมาณ 2562(61)

ต้นทุนบริการผู้ป่วยนอก			ต้นทุนบริการผู้ป่วยใน		
OPD Cost	OPD Charge	Cost : Charge ratio	IPD Cost	IPD Charge	Cost : Charge ratio
265,687,826.51	217,298,384.20	1 : 0.817	407,496,017.94	333,279,200.00	1 : 0.817



ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-นามสกุล จารินี อภิวาท
วัน เดือน ปี เกิด
ที่อยู่ปัจจุบัน
ที่ทำงานปัจจุบัน โรงพยาบาลตราด
ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน เภสัชกร
ประสบการณ์การทำงานพ.ศ. 2556 – 2557 เภสัชกร โรงพยาบาลรามคำแหง
พ.ศ. 2557 (5 เดือน) เภสัชกร โรงพยาบาลสิริเวช
พ.ศ. 2557 – ปัจจุบัน เภสัชกรปฏิบัติการ โรงพยาบาลตราด
ประวัติการศึกษา พ.ศ. 2555 สำเร็จการศึกษาปริญญาเภสัชศาสตรบัณฑิต
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

