



ค่าใช้จ่ายและปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง
ระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลเอกชน

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

โดย

นางสาวพริษา เจริญเลิศ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

ปีการศึกษา 2551

ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

ค่าใช้จ่ายและปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง
ระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลเอกชน

โดย

นางสาวพริษา เจริญเลิศ

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

ปีการศึกษา 2551

ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

**HEMODIALYSIS RELATED EXPENDITURE AND FACTORS AFFECTING THE USE
ON HEMODIALYSIS OF PATIENTS WITH END STAGE RENAL DISEASE IN
PRIVATE HOSPITALS**

By

Peeraya Charoenloet

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree

MASTER OF PHARMACY

Program of Consumer Protection in Public Health

Graduate School

SILPAKORN UNIVERSITY

2008

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร อนุมัติให้วิทยานิพนธ์เรื่อง “ ค่าใช้จ่ายและปัจจัย
ที่มีผลต่อการเข้ารับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายใน
โรงพยาบาลเอกชน ” เสนอโดย นางสาวพีรยา เจริญเลิศ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาเกาส์ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข

.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริชัย ชินะตั้งกูร)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

1. เกาส์กรหญิง อาจารย์ ดร.ณัฐญา คำผล

2. เกาส์กรหญิง รองศาสตราจารย์ระพีพรรณ นลองสุข

มหาวิทยาลัยศิลปากร สังกัดบัณฑิตวิทยาลัย

คณะกรรมการตรวจสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ

(เกาส์กรหญิง อาจารย์ ดร.เยาวลักษณ์ อ่ำรำไพ)

...../...../.....

..... กรรมการ

(เกาส์กร ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เจริญ ตรีศักดิ์)

...../...../.....

..... กรรมการ

(เกาส์กรหญิง อาจารย์ ดร.ณัฐญา คำผล)

...../...../.....

..... กรรมการ

(เกาส์กรหญิง รองศาสตราจารย์ระพีพรรณ นลองสุข)

...../...../.....

49352202 : สาขาวิชาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข

คำสำคัญ : ค่าใช้จ่าย/ ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการ/ โรงพยาบาลเอกชน/ ฟอกเลือดด้วยเครื่อง
ไตเทียม/ ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง

พริยา เจริญเลิศ : ค่าใช้จ่ายและปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลเอกชน. อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : ญ.อ.ดร.
ณัฐธัญญา คำผล และ ญ.รศ.ระพีพรรณ ฉลองสุข. 118 หน้า.

การศึกษาแบบ Cross – sectional study นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยไตวาย
เรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการ
ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลเอกชน โดยทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยนอกที่ป่วยด้วยโรคไต
วายเรื้อรังระยะสุดท้าย และได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมทุกราย ที่หน่วยไตเทียมของ
โรงพยาบาลเอกชน 2 แห่ง ในเดือนกันยายนและตุลาคม พ.ศ. 2551 จำนวนทั้งสิ้น 201 ราย และทำการเก็บ
ข้อมูล โดยใช้แบบสัมภาษณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า เสียค่าใช้จ่ายอยู่ในช่วง
900.00-52,945.60 บาท/เดือน โดยเป็นค่าใช้จ่ายที่ลดลงภายหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับสิทธิประโยชน์ในเดือน
ตุลาคม ซึ่งผู้ป่วยจะเสียค่าใช้จ่ายทางตรงที่เกี่ยวกับทางการแพทย์ลดลง $8,355.05 \pm 2,845.00$ บาท/เดือน
ผู้ป่วยที่มีสิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ เสียค่าใช้จ่ายอยู่ในช่วง 170.00-12,180.00 บาท/เดือน ผู้ป่วยที่มี
สิทธิประกันสังคมเสียค่าใช้จ่ายอยู่ในช่วง 1,603.00-37,577.00 บาท/เดือน สำหรับปัจจัยที่มีผลมากที่สุด
ต่อการเข้ารับบริการฟอกเลือดตามความคิดเห็นของผู้ป่วย คือ รายได้ของผู้ป่วยและครอบครัว และความ
เชื่อมั่นในการบริการและกระบวนการให้บริการฟอกเลือดของโรงพยาบาล

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า ค่าใช้จ่ายในการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมของ
ผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชนลดลงหลังจากผู้ป่วยได้รับสิทธิประโยชน์ และการที่ทำให้ผู้ป่วยไปใช้บริการ
มากขึ้น โรงพยาบาลเอกชนควรจะพัฒนาเรื่องความเชื่อมั่นในการบริการและกระบวนการให้บริการฟอก
เลือดของโรงพยาบาลต่อไป

สาขาวิชาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร ปีการศึกษา 2551
ลายมือชื่อนักศึกษา.....

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ 1. 2.

49352202 : MAJOR : CONSUMER PROTECTION IN PUBLIC HEALTH

KEY WORDS : HEMODIALYSIS RELATED EXPENDITURE/ FACTORS AFFECTING THE USE OF HEMODIALYSIS/ PRIVATE HOSPITAL/ HEMODIALYSIS/ PATIENT WITH END STAGE RENAL DISEASE

PEERAYA CHAROENLOET: HEMODIALYSIS RELATED EXPENDITURE AND FACTORS AFFECTING THE USE ON HEMODIALYSIS OF PATIENTS WITH END STAGE RENAL DISEASE IN PRIVATE HOSPITALS. THESIS ADVISORS: NATTIYA KAPOL, Ph.D., AND ASSOC. .PROF. RAPEEPUN CHALONGSUK. 118 pp.

The purpose of this analytic cross-sectional study was to study hemodialysis related expenditure and to study the factors affecting the use of hemodialysis in patients with end stage renal disease in private hospitals. The study included 201 end stage renal disease patients treated with hemodialysis in 2 private hospitals. Data were collected by interviewing patients according to the structure questionnaire during September and October 2008.

The results revealed that patients with universal coverage health insurance scheme spent a total cost from 900.00 to 52,945.60 Baht/ month. This cost was reduced in October since the health insurance benefits covered some of the expenditure. Therefore, direct medical costs were reduced $8,355.05 \pm 2,845.00$ Baht/ month after the benefits were active. Patients with civil servant medical benefit scheme spent a total cost of 170.00 to 12,180.00 Baht/ month, and patients with social security scheme spent from 1,603.00 to 37,577.00 Baht/ month. Factors affecting the use of hemodialysis according to patients' opinion were income of patients and their families, and confidence in the services and process of hemodialysis.

In conclusion, hemodialysis related expenditure of patients in private hospitals have been decreased after receiving benefits from universal coverage health insurance scheme. In addition, private hospitals should develop their quality by strengthening the patients' confidence in the services and process of hemodialysis.

มหาวิทยาลัยศิลปากร ลงวนลิขสิทธิ์

Program of Consumer Protection in Public Health Graduate School, Silpakorn University Academic Year 2008

Student's signature

Thesis Advisors' signature 1. 2.

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงได้ด้วยการได้รับความกรุณา และความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจากคณาจารย์และผู้ที่เกี่ยวข้องหลายท่าน ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ภาณุ.อ.ดร. ณัฐธิญา คำผล และ ภาณุ.รศ.ระพีพรรณ ฉลองสุข อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา คำแนะนำ พร้อมแก้ไขปรับปรุงการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ มาตั้งแต่ต้นจนสำเร็จได้ด้วยดี และขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเอกชนทั้งสองแห่งและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ และเอื้ออำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลจนเสร็จสมบูรณ์ รวมทั้งผู้ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาทุกคน สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณบิดา มารดา สามี และเพื่อนๆ ทุกคนที่ได้สนับสนุนช่วยเหลือ และให้กำลังใจมาตลอด จนงานวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพประกอบ.....	ฎ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	4
กรอบแนวคิดวิเคราะห์ค่าใช้จ่าย.....	5
กรอบแนวคิดวิเคราะห์ปัจจัยในการเข้ารับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม.....	6
ขอบเขตการวิจัย.....	7
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	7
2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	9
ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคไตวายเรื้อรัง.....	9
การเข้าถึงการบำบัดทดแทนไต.....	17
การรักษาด้วยวิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม.....	19
การประยุกต์เศรษฐศาสตร์กับงานสาธารณสุข.....	21
แนวคิดเกี่ยวกับต้นทุน.....	23
แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมผู้บริโภค.....	26
แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมผู้บริโภคในการใช้บริการทาง การแพทย์.....	28
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	36
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	49
รูปแบบการวิจัย.....	49
ประชากรที่ศึกษา.....	49
เกณฑ์การเลือกประชากร.....	49

บทที่	หน้า
มุมมองของการวิเคราะห์.....	50
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา.....	50
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	51
รายละเอียดของการเก็บข้อมูล.....	52
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	57
4 ผลการศึกษา.....	59
ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย.....	59
ข้อมูลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย.....	68
ค่าใช้จ่ายทางตรงที่เกี่ยวกับทางการแพทย์.....	68
ค่าใช้จ่ายทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับทางการแพทย์.....	70
ค่าใช้จ่ายทางอ้อม.....	71
ค่าใช้จ่ายทั้งหมด.....	72
การวิเคราะห์ความไวของค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย.....	73
ข้อมูลความคิดเห็นของผู้ป่วยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการฟอกเลือด ในโรงพยาบาลเอกชน.....	75
เหตุผลในการเข้ารับบริการฟอกเลือดในโรงพยาบาลเอกชนของผู้ป่วย.....	75
ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการฟอกเลือดในโรงพยาบาลเอกชนของผู้ป่วย...	76
5 อภิปรายผล.....	82
ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย.....	82
ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย.....	85
ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการฟอกเลือดในโรงพยาบาลเอกชนของผู้ป่วย.....	90
6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	96
สรุปผลการวิจัย.....	96
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	97
ข้อเสนอแนะจากการวิจัย.....	98
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	99
บรรณานุกรม.....	100

	หน้า
ภาคผนวก.....	104
ภาคผนวก ก แบบสัมภาษณ์เรื่องค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะ สุดท้ายที่รักษาด้วยวิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม.....	106
แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับ บริการฟอกเลือดในโรงพยาบาลเอกชน.....	112
ภาคผนวก ข รายการค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล.....	114
ประวัติผู้วิจัย.....	118

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	การจำแนกระดับความรุนแรงของโรคไตเรื้อรัง.....	11
2	ข้อมูลการเปลี่ยนแปลงอุบัติการณ์และความชุกของผู้ป่วยโรคไตวายที่ ลงทะเบียนการรักษาบำบัดทดแทนไตทั้งหมดในประเทศไทย.....	12
3	ข้อมูลผู้เข้ารับบริการและมีชีวิตในวันสิ้นปี พ.ศ.2548 จำแนกตามแหล่ง สนับสนุนค่าใช้จ่ายในการรับการรักษาพยาบาล.....	18
4	สรุปรงานวิจัยที่เกี่ยวกับต้นทุนหรือค่าใช้จ่ายในการฟอกเลือดด้วยเครื่อง ไตเทียม.....	42
5	ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย.....	60
6	ข้อมูลด้านการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย.....	64
7	ค่าใช้จ่ายทางตรงที่เกี่ยวกับทางการแพทย์ของกลุ่มผู้ป่วยตามสิทธิในการ ฟอกเลือด.....	69
8	ค่าใช้จ่ายทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับทางการแพทย์ของกลุ่มผู้ป่วยตามสิทธิในการฟอก เลือด.....	70
9	ค่าใช้จ่ายทางอ้อมของกลุ่มผู้ป่วยตามสิทธิในการฟอกเลือด.....	71
10	ค่าใช้จ่ายรวมของกลุ่มผู้ป่วยตามสิทธิในการฟอกเลือด.....	72
11	ความแตกต่างของค่าใช้จ่ายในการฟอกเลือดระหว่างก่อนและหลังได้รับสิทธิ ประโยชน์.....	74
12	เหตุผลในการเข้ารับบริการฟอกเลือดของผู้ป่วย.....	75
13	ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการฟอกเลือดของผู้ป่วย.....	78
14	รายการค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาล A.....	115
15	รายการค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาล B.....	116
16	รายการค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลศูนย์ประจำจังหวัด.....	117

สารบัญภาพประกอบ

แผนภูมิที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดวิเคราะห์ค่าใช้จ่าย.....	5
2	กรอบแนวคิดวิเคราะห์ปัจจัยในการเข้ารับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่อง ไตเทียม.....	6
3	ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมผู้บริโภค.....	31
4	กรอบแนวคิดแบบแผนพฤติกรรมผู้บริโภค.....	33
5	ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการตัดสินใจ.....	35

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะไตวายเรื้อรัง (Chronic renal failure) เกิดจากความผิดปกติของการทำงานของไต ทำให้เกิดการคั่งของของเสียและของเหลวในเลือด น้ำ กรดและด่างในร่างกาย และรวมถึงความผิดปกติจากการขาดฮอร์โมนที่สร้างโดยไต ความรุนแรงของโรคไตวายเรื้อรังขึ้นกับอัตราการเสื่อมและการฟื้นกลับของไต ถ้าการเสื่อมของไตเป็นไปอย่างรวดเร็วและต่อเนื่องอย่างถาวร อาจทำให้ลูกหลานไตวายในระยะสุดท้ายได้ ซึ่งการทำงานของไตจะเหลือน้อยกว่าร้อยละ 5 ของภาวะปกติ ทำให้มีของเสียคั่งค้างและเกิดการคั่งของของเสียอย่างรวดเร็ว รวมทั้งมีอาการอื่นๆ ร่วมด้วย ซึ่งถ้าไม่ได้รับการรักษาผู้ป่วยจะเสียชีวิตภายใน 1-6 เดือน (วิรัตน์ ทองรอด, อ้างถึงใน มัชฌิมานา ภาณุมาภรณ์, บรรณาธิการ 2547: 2) ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายต้องได้รับการรักษาเพื่อทดแทนการทำงานของไต ซึ่งจะช่วยยืดอายุและเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีให้แก่ผู้ป่วย สำหรับการรักษาเพื่อทดแทนการทำงานของไต มี 3 วิธี (สมชาย เอี่ยมมอญ, อ้างถึงใน วิทยา ศรีมาดา, บรรณาธิการ 2541: 346) คือ

1. การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis)
2. การล้างไตทางช่องท้อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis)
3. การปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation)

โรคไตวายเรื้อรังเป็นโรคหนึ่งที่มีอุบัติการณ์การเกิดโรคเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลก อยู่ระหว่างร้อยละ 3.2 - 7.6 ต่อปี (วิรัตน์ ทองรอด, อ้างถึงใน มัชฌิมานา ภาณุมาภรณ์, บรรณาธิการ 2547: 2) แตกต่างกันไปตามแต่ละประเทศ จึงนับได้ว่าเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญปัญหาหนึ่งที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกภูมิภาค

รายงานของ Thailand Renal Replacement Therapy Registry (TRT) สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย พบว่า ความชุกของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ลงทะเบียนการรักษาเพื่อทดแทนไตในประเทศไทยเพิ่มขึ้นจาก 30 รายต่อล้านประชากร ในปี พ.ศ. 2540 เป็น 236.43 รายต่อล้านประชากร ในปี พ.ศ. 2547 สำหรับอุบัติการณ์ของผู้ป่วยที่ลงทะเบียนการรักษาเพื่อทดแทนไตในประเทศไทยในสี่ปีแรกของการริเริ่มโครงการ การลงทะเบียนเปลี่ยนแปลงไม่มากนัก จาก 10.2 รายต่อล้านประชากร ในปี พ.ศ. 2540 เป็น 10.4 รายต่อล้านประชากร ในปี พ.ศ. 2543 แต่หลังจากนี้อุบัติการณ์ก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 23.37 รายต่อล้านประชากร ในปี พ.ศ. 2544 เป็น 124.97 ราย

ต่อต้านประชากร ในปี พ.ศ. 2547 โดยเมื่อสิ้นปี พ.ศ. 2548 มียอดผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับบริการทดแทนไตรวมทั้งสิ้น 15,736 รายโดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ จำนวน 13,904 รายได้รับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 1,145 รายได้รับการปลูกถ่ายไต และมีจำนวน 687 รายที่ใช้การล้างช่องท้อง คิดเป็นความชุกของผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 243.39 ปลูกถ่ายไต 18.75 และล้างช่องท้อง 13.25 รายต่อต้านประชากร และมีอุบัติการณ์ของผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 118.6 ปลูกถ่ายไต 2.31 และล้างช่องท้อง 7.7 รายต่อต้านประชากร (ถนอม สุภาพร 2550: 45) จากข้อมูลดังกล่าวทำให้ทราบว่าสถานการณ์ของจำนวนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังในประเทศไทยสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว นับเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขและกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศเป็นอย่างมาก สำหรับต้นทุนในมุมมองของผู้ให้บริการของโรคนี้ มีการคำนวณเฉลี่ยค่าบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 260,000 บาทต่อคนต่อปี ล้างช่องท้อง 307,000 บาทต่อคนต่อปี และผ่าตัดเปลี่ยนไต 300,000 บาทต่อคนต่อปี (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ 2544: 215-225) ซึ่งนับว่าเป็นโรคที่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงมากถือว่าเป็นภาระด้านงบประมาณของรัฐบาล นอกจากนี้โรคไตยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างมาก (ศรีณีย์ กอสนาน, อ้างถึงใน มัชฌิมา ภาณุมาภรณ์, บรรณาธิการ 2547: 112)

ในประเทศไทย ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายส่วนใหญ่บำบัดทดแทนไตโดยวิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ซึ่งผู้ป่วยต้องเดินทางมารับการบำบัดที่หน่วยไตเทียมสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ๆ ละ 4-5 ชั่วโมง และต้องได้รับการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรมโดยเฉพาะสำหรับสถานการณ์การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่าในปี พ.ศ. 2549 มีศูนย์โรคไตบริการฟอกเลือดที่ลงทะเบียนใน TRT รวมทั้งสิ้นจำนวน 352 แห่ง โดยเอกชนเป็นผู้ดำเนินการศูนย์บริการฟอกเลือดเป็นส่วนใหญ่ จำนวน 184 แห่ง (52.3%) จำนวนเครื่องฟอกเลือดรวมทั้งประเทศมีจำนวน 2,670 เครื่อง โดยเป็นของภาคเอกชน 1,396 เครื่อง (52.3 %) (ถนอม สุภาพร 2550: 47-48) และมีรายงานการศึกษาพบว่าประสิทธิภาพในการใช้เครื่องไตเทียมของภาคเอกชนสูงกว่าภาครัฐบาล (กัญญา ดิษยาธิคม และคณะ 2546: 1-69) สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ พบว่าอายุรแพทย์โรคไตจำนวน 35.3 % และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญโรคไตจำนวน 48.5% ปฏิบัติงานในศูนย์บริการเอกชน ส่วนด้านผู้เข้ารับบริการ พบว่าในปี พ.ศ.2548 ส่วนใหญ่รับบริการในศูนย์บริการเอกชน (56.8%) (ถนอม สุภาพร 2550: 48-49) ข้อมูลค่าใช้จ่ายในการฟอกเลือด ภาคเอกชนจะเรียกเก็บค่าบริการที่แพงกว่าภาครัฐบาล (กัญญา ดิษยาธิคม และคณะ 2546: 1-69; ถนอม สุภาพร 2550: 49) และมีการศึกษาพบว่าค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยรายใหม่จะมากกว่าผู้ป่วยที่รักษาอยู่แล้ว (จันทิรา หอมวิจิตรกุล 2541; McMurray 1997: 8-542) ถึงแม้ว่าปัจจุบันรัฐบาลมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ต้องการให้เกิดความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการสุขภาพ และมีผู้ป่วยบางรายที่ทำการฟอกเลือด

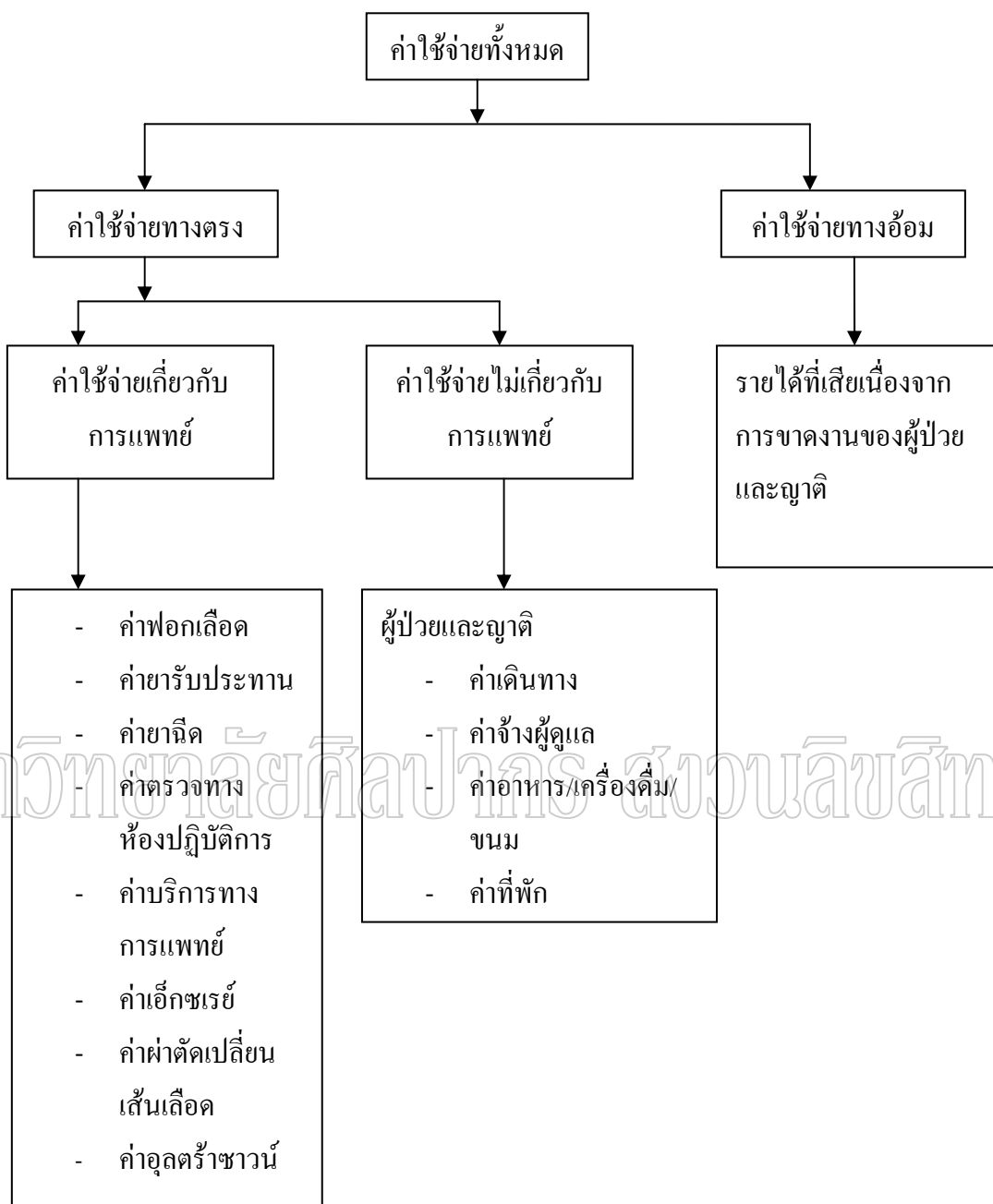
ด้วยเครื่องไตเทียมโดยใช้ชุดสิทธิประโยชน์ของสวัสดิการข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือชุดสิทธิประโยชน์ของผู้ประกันตนภายใต้พระราชบัญญัติประกันสังคม แต่ยังคงพบปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องแบกรับ เนื่องจากนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งปัจจุบันสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์ให้ครอบคลุมบริการทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายโดยร่วมจ่ายเริ่มตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2551 เป็นต้นไป ยังคงพบปัญหาในช่วงเริ่มต้นโครงการ ซึ่งหน่วยบริการไตเทียมของเอกชนบางแห่งยังไม่พร้อมให้ความร่วมมือ ผู้ป่วยบางคนจึงยังไม่สามารถใช้สิทธิประโยชน์ได้อย่างเต็มรูปแบบ จากข้อมูลก่อนที่จะปรับปรุงสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผู้ป่วยเกือบครึ่งหนึ่ง (46 %) ต้องชำระเงินเองและเลือกรับบริการฟอกเลือดของภาคเอกชนถึง 56.8% (ถนอม สุภาพร 2550: 51) เนื่องจากปัญหาความสามารถทางการคลังและข้อจำกัดในการให้บริการฟอกเลือดของภาครัฐบาล โดยภาคเอกชนสามารถแบ่งเบาภาระงานที่เพิ่มมากขึ้นของภาครัฐบาลได้ ซึ่งมีการศึกษาพบว่าโรงพยาบาลเอกชนมีคุณภาพของการบริการโดยทั่วไปสูงกว่าโรงพยาบาลรัฐบาล (ชนวิวัฒน์ นันทสมบุรณ์ 2542; Andaleeb 2000: 95-102) นอกเหนือจากนี้ยังมีการศึกษาปัจจัยที่สามารถส่งผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการในโรงพยาบาลเอกชน (ศศิวิมล สันติเวชกุล 2540; ชนวิวัฒน์ นันทสมบุรณ์ 2542; จุฑารัตน์ ประภารัตนะพันธุ์ 2546; ประนิดา จ้างแก้ว 2546) เช่น คุณภาพของการบริการ บุคลากรผู้ให้บริการ ราคาการบริการ สถานที่ การประชาสัมพันธ์ของโรงพยาบาล รายได้ของผู้รับบริการ ค่านิยมของผู้รับบริการ และการเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ ฯลฯ แต่อย่างไรก็ตามไม่มีข้อมูลถึงการใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชนสำหรับโรคที่มีภาระค่าใช้จ่ายสูง โดยเฉพาะการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมซึ่งต้องใช้ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงและใช้เวลาในการรักษายาวนานหรือตลอดชีวิต ประกอบกับยังไม่พบว่ามีการศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลค่าใช้จ่ายสำหรับการรับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในมุมมองของผู้ป่วยและปัจจัยในการเข้ารับบริการฟอกเลือดที่โรงพยาบาลเอกชนในต่างจังหวัด ดังนั้นการศึกษานี้จึงต้องการเก็บข้อมูลค่าใช้จ่ายจริงในมุมมองของผู้ป่วยในการรับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการฟอกเลือดในโรงพยาบาลเอกชน เพื่อจะได้เป็นข้อมูลเบื้องต้นที่สำคัญสำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องกับงานบริการทางสุขภาพ ทั้งในระดับผู้ออกนโยบาย ผู้บริหารจัดการโรงพยาบาล ตลอดจนระดับผู้ปฏิบัติงาน ในการร่วมกันวางแผนและบริหารหน่วยงาน เพื่อให้ประชาชนผู้ใช้บริการ โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลทุกแห่งได้รับความพึงพอใจสูงสุด ซึ่งเป็นเป้าหมายที่สำคัญของโรงพยาบาลทุกแห่งต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

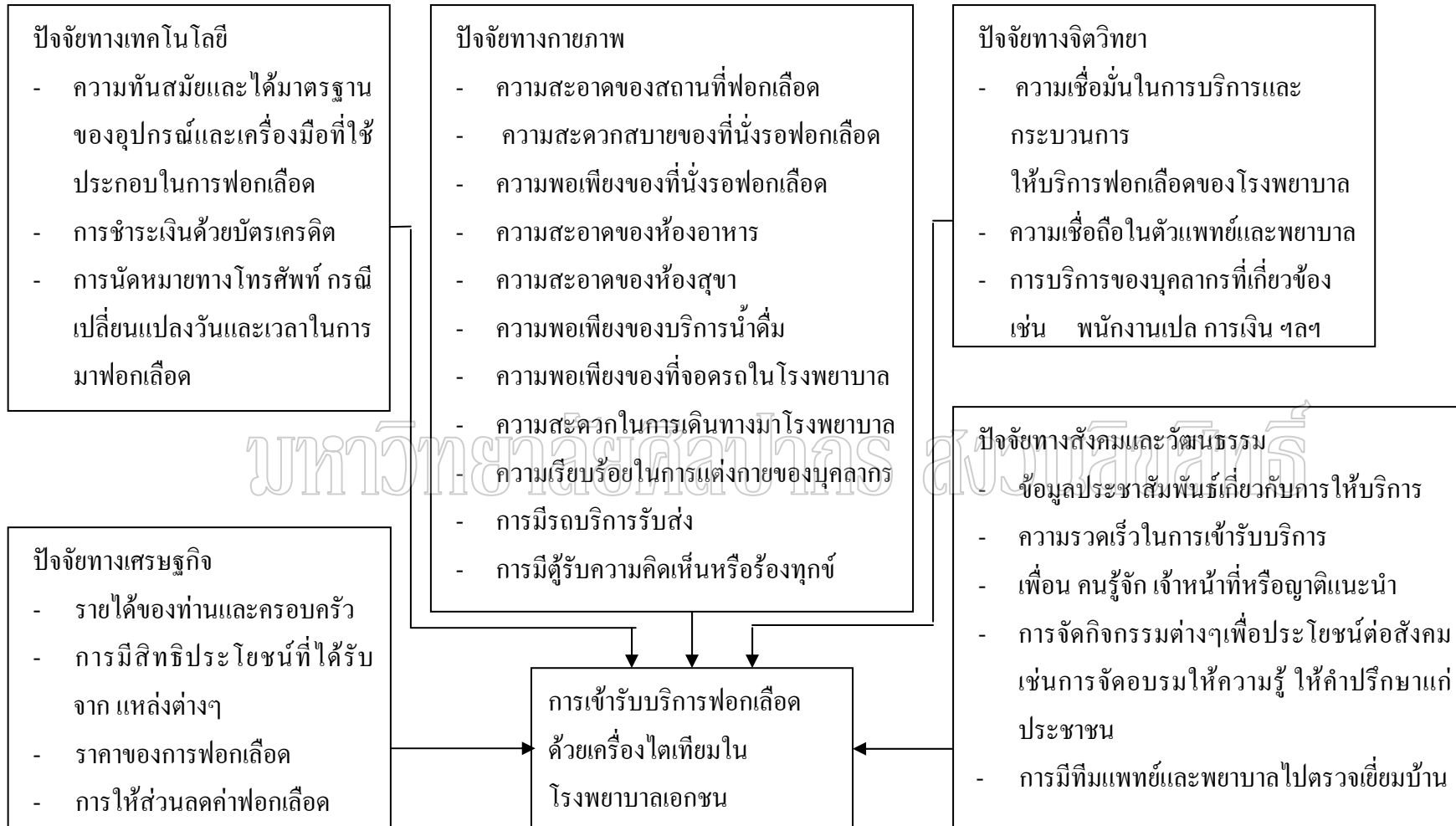
1. เพื่อศึกษาค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลเอกชน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลเอกชน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบถึงค่าใช้จ่ายในมุมมองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลเอกชน
2. ทราบถึงเหตุผลและปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลเอกชน
3. ผลการศึกษาจะเป็นประโยชน์ต่อรัฐบาลในการทราบค่าใช้จ่ายในมุมมองของผู้ป่วยเป็นการสะท้อนถึงการแบกรับภาระของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อนำไปพิจารณางบประมาณของระบบประกันสุขภาพ
4. ผลการศึกษาจะเป็นประโยชน์และเป็นข้อมูลพื้นฐานแก่ผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชนในการวางแผนดำเนินงานของโรงพยาบาล



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดวิเคราะห์ค่าใช้จ่าย



แผนภูมิที่ 2 กรอบแนวคิดวิเคราะห์ปัจจัยในการเข้ารับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีประชากร คือ กลุ่มผู้ป่วยนอกที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายทุกราย ที่มารับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ณ หน่วยไตเทียมของโรงพยาบาลเอกชน 2 แห่ง ใน เดือนกันยายน และตุลาคม พ.ศ. 2551 โดยคัดเลือกผู้ป่วยที่สามารถให้ความร่วมมือและสามารถสื่อสารได้ และทำการเก็บข้อมูลจากประชากรทั้งหมดที่มารับบริการดังกล่าวในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง หมายถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะไตมีความเสียหาย (kidney damage) ซึ่งแสดงให้เห็นโดยมีลักษณะทางพยาธิของไตที่ผิดปกติ หรือมีตัวบ่งชี้ถึงไตมีความเสียหาย ได้แก่ มีความผิดปกติของเลือด ปัสสาวะหรือภาพถ่ายรังสี เป็นเวลานานกว่า 3 เดือนขึ้นไป มีการเปลี่ยนแปลงในด้านพยาธิหรือหน้าที่ของไต โดยอาจมีอัตราการกรองลดหรือไม่ก็ได้ หรือมีอัตราการกรองของไตลดต่ำกว่า 60 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวกาย 1.73 ตารางเมตร โดยไตมีความเสียหายหรือไม่ก็ได้ (ชลธิป พงศ์สกุล 2546 : 106)

ผู้ป่วยนอก หมายถึง ผู้ป่วยที่มาใช้บริการสุขภาพ และแพทย์วินิจฉัยโดยให้ยาไปรับประทานที่บ้าน ไม่ต้องนอนพักรักษาที่โรงพยาบาล

การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) หมายถึง กระบวนการนำของเสียออกจากเลือดซึ่งใช้ในการรักษาภาวะ renal insufficiency โดยเชื่อมหลอดเลือดแดงและดำเข้าด้วยกันอย่างถาวร เพื่อการไหลผ่านของเลือดโดยตรงจากหลอดเลือดแดงไปยังหลอดเลือดดำโดยไม่ผ่านร่างแหของเส้นเลือดฝอย เข้าสู่เครื่องฟอกโดยผ่านกระบวนการ diffusion และ ultrafiltration จากนั้นของเสียและ electrolytes ต่างๆ จะถูกกำจัดโดยกระบวนการ osmosis จากเลือดเข้าสู่ dialysate และถูกกำจัดออก ซึ่งการใช้เครื่องไตเทียม เป็นการทำให้ทดแทนการทำงานของไตในการกำจัดของเสียและควบคุมสารน้ำและเกลือแร่ (ชลธิป พงศ์สกุล, พาริชา ชีรประชา และมุนดา ลอดิง 2546: 3)

ค่าใช้จ่ายทางตรง (Direct cost) หมายถึง ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย อันได้แก่ ค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่ผู้ป่วยจะต้องจ่ายให้ได้รับบริการการรักษารวมถึงค่าใช้จ่ายของญาติที่ต้องเสียไป เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยขณะมารับบริการตรวจหรือรับการรักษาในโรงพยาบาล (จันทิรา หอมวิจิตรกุล 2541)

ค่าใช้จ่ายทางอ้อม (Indirect cost) หมายถึง ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากค่าเสียโอกาสอันเป็นผลเนื่องมาจากการมาฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแล้วต้องขาดงาน (จันทิรา หอมวิจิตรกุล 2541)

สิทธิประโยชน์ หมายถึง สิทธิพิเศษต่างๆที่ทำให้บุคคลหรือครอบครัวได้รับการลดหย่อนค่าใช้จ่ายในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จากสถานพยาบาลในฐานะต่างๆ เช่น การมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สวัสดิการข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือเป็นผู้ประกันตนภายใต้พระราชบัญญัติประกันสังคม (ธนวัฒน์ นันทสมบุรณ์ 2542)

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค่าใช้จ่ายและปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลเอกชนครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคไตวายเรื้อรัง

การเข้าถึงการบำบัดทดแทนไต

การรักษาด้วยวิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis)

การประยุกต์เศรษฐศาสตร์กับงานสาธารณสุข

แนวคิดเกี่ยวกับต้นทุน

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมผู้บริโภค

แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความต้องการบริการทางการแพทย์
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคไตวายเรื้อรัง

ภาวะไตวายเรื้อรัง หรือโรคไตระยะสุดท้าย (chronic renal failure หรือ end stage renal disease; ESRD) เกิดจากความผิดปกติของการทำงานของไต ทำให้เกิดการคั่งของของเสีย (waste product) และสูญเสียสมดุลเกลือแร่ น้ำ กรดและด่างในร่างกาย ซึ่งรวมทั้งความผิดปกติจากการขาดฮอร์โมนที่สร้างโดยไตด้วย ความรุนแรงของโรคไตวายเรื้อรังขึ้นกับอัตราการเสื่อมและการฟื้นกลับของไต ถ้าการเสื่อมของไตเป็นไปอย่างรวดเร็วและต่อเนื่องอย่างถาวรอาจทำให้ลูกตามจนไตเสื่อมในระยะสุดท้ายได้ ซึ่งการทำงานของไตจะเหลือน้อยกว่าร้อยละ 5 ของภาวะปกติ ทำให้มีของเสียตกค้างและเกิดการคั่งของของเสียอย่างรวดเร็วรวมทั้งมีอาการอื่นๆร่วมด้วย ซึ่งถ้าไม่ได้รับการรักษา ผู้ป่วยจะเสียชีวิตภายใน 1-6 เดือน (วิรัตน์ ทองรอด, อ้างถึงใน มัณฑนา ภาณุมากรณ์, บรรณาธิการ 2547: 2)

คำจำกัดความของโรคไตวายเรื้อรัง มี 2 ข้อ คือ

1. การที่มี kidney damage เป็นเวลานานกว่า 3 เดือนขึ้นไป ซึ่งหมายถึงมีการเปลี่ยนแปลงในด้านพยาธิหรือหน้าที่ของไต โดยที่อาจมีอัตราการกรองลดหรือไม่ก็ได้ ซึ่งแสดงให้เห็นโดย

มีลักษณะทางพยาธิของไตที่ผิดปกติ

มีตัวบ่งชี้ถึง kidney damage ได้แก่ มีความผิดปกติของเลือด ปัสสาวะหรือภาพถ่ายรังสี

2. การที่มีอัตราการกรองของไต (glomerular filtration rate; GFR) ลดต่ำกว่า 60 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวกาย 1.73 ตารางเมตร นานกว่า 3 เดือน โดยมี kidney damage หรือไม่ก็ได้ (ชลธิป พงศ์สกุล 2546: 106)

การวัดการทำงานของไตด้วยค่า GFR ได้แก่การคำนวณหาค่าของ creatinine clearance (Ccr) ดังสูตรของ Cockroff and Gault (เกรียงศักดิ์ วาริแสงทิพย์ 2549: 17) ดังนี้

$$Ccr = (140 - \text{Age}) \times \text{BW} (\text{กก.}) / 72 \times \text{Serum} (\text{มก./ ดล.}) \text{ มล./ นาที}$$

ถ้าเป็นผู้หญิง คูณด้วย 0.85

หรือ

$$Ccr = \text{urine Cr} (\text{มก./ ดล.}) \times \text{urine volume} (\text{มล./ นาที}) / \text{Serum} (\text{มก./ ดล.}) \text{ มล./ นาที}$$

คนปกติมีค่าประมาณ 120 มล./ นาที ถ้าสมรรถภาพการทำงานของไตลดลงมากกว่าครึ่งหนึ่ง ค่า serum Cr จึงจะมากกว่า 2 มก./ ดล. กล่าวคือ Ccr จะน้อยกว่า 50 มล./ นาที จึงจะเห็นค่า serum Cr สูงเกินกว่าปกติคือเกินกว่า 2 มก./ ดล. ซึ่งยังเป็น mild renal failure และถ้า Ccr ลดลงไปเรื่อยๆ ก็จะเข้าสู่ moderate และ severe renal failure

ระยะของไตวายเรื้อรังก่อนจะมาเป็น end stage renal disease (ESRD) แบ่งเป็นระยะๆ ดังนี้คือ

1. ระยะที่มี renal reserve ลดลง

ระยะนี้ผู้ป่วยยังไม่มีอาการผิดปกติแต่ค่า serum Cr จะสูงกว่าปกติเล็กน้อย คือ อยู่ระหว่าง 1.5-2 มก./ ดล. ค่า Ccr ประมาณ 40-50 มล./ นาที แต่พบโปรตีนในปัสสาวะเพิ่มขึ้น

2. ระยะ chronic renal insufficiency

ผู้ป่วยเริ่มมีอาการผิดปกติเพียงเล็กน้อย คือมี nocturia มีความดันเลือดสูง ค่า serum Cr ประมาณ 2-4 มก./ ดล. และค่า Ccr ประมาณ 20-40 มล./ นาที

3. ระยะ chronic renal failure

ระยะนี้ผู้ป่วยเริ่มมีอาการชัดเจนขึ้น เช่น ซีด อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ความดันเลือดสูง ค่า serum Cr 4-8 มก./ ดล. และค่า Ccr ประมาณ 10-20 มล./ นาที

4. ระยะ end stage renal disease (ESRD) หรือ uremia

ระยะนี้เป็นระยะสุดท้ายของไตวายเรื้อรัง ซึ่ง nephron ที่เหลือทำงานน้อยมาก ร่างกายไม่อยู่ในสมดุล เกิดความผิดปกติของการขับถ่ายของเสีย การควบคุมเกลือแร่ กรด ต่าง ตลอดจนฮอร์โมนต่างๆ ผู้ป่วยจะมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ซีด ชีวมลง ค่า serum Cr มากกว่า 8 มก./ ดล. และค่า Ccr น้อยกว่า 10 มล./ นาที ไตมีขนาดฝ่อเล็กลง (เกรียงศักดิ์ วาริแสง ทิพย์ 2549: 15)

ความรุนแรงในการดำเนินโรคของโรคไตเรื้อรัง แบ่งได้เป็น 5 ระดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การจำแนกระดับความรุนแรงของโรคไตเรื้อรัง

Stage	Description	GFR (ml/min/1.73m ³)
	At increased risk	≥90 (with chronic kidney disease risk factors)
1	Kidney damage with normal or increase ↑ GFR	≥ 90
2	Kidney damage with mild decrease ↓ GFR	60 – 89
3	Moderate decrease ↓ GFR	30 – 59
4	Severe decrease ↓ GFR	15 – 29
5	Kidney failure	< 15 (or dialysis)

ที่มา: เกรียงศักดิ์ วาริแสงทิพย์, “ไตวายเรื้อรัง (chronic Kidney Disease),” วารสารสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย 12, 2 (พฤษภาคม-สิงหาคม 2549):16.

อุบัติการณ์และความชุกของโรคไตวายเรื้อรัง

อุบัติการณ์การเกิดโรคนี้ทั่วโลกมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี อยู่ระหว่างร้อยละ 3.2-7.6 ต่อปี ประเทศที่มีอุบัติการณ์เกิดโรคไตวายเรื้อรังสูงที่สุด คือประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี พ.ศ. 2544 มีผู้ป่วยใหม่ถึง 336 รายต่อประชากรล้านคน อันดับสองได้แก่ไต้หวัน 331 รายต่อประชากรล้านคน และประเทศญี่ปุ่นเป็นอันดับสาม 262 รายต่อประชากรล้านคน (วิรัตน์ ทองรอด, อ่างถึงใน มัชฌมา ภาณุมากรณ์, บรรณาธิการ 2547: 4)

ความชุกของโรคนี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน (ความชุก คือจำนวนผู้ป่วยที่เป็นโรคทั้งหมด ซึ่งรวมทั้งผู้ป่วยเก่าและผู้ป่วยใหม่) ประเทศที่มีรายงานความชุกสูงที่สุดได้แก่ประเทศ

สหรัฐอเมริกา ที่มีผู้ป่วยไตวายเรื้อรังทั้งสิ้น 406,081 ราย อันดับที่สองได้แก่ประเทศญี่ปุ่น 219,180 ราย โดยมีประเทศเยอรมันเป็นอันดับที่สามของโลก ความชุกของโรคไตวายเรื้อรังขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น อาจเกิดจากสิ่งอำนวยความสะดวก โครงสร้างพื้นฐาน และภาวะทางเศรษฐกิจของแต่ละประเทศ โดยเฉพาะความสามารถและความพร้อมในการให้บริการของประเทศ ทำให้อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยโรคนี้นี้สูง ส่งผลให้ความชุกของโรคนี้นี้สูงด้วย (วิรัตน์ ทองรอด, ใน มัชฌิมานา ภาณุมารณ, บรรณาธิการ 2547: 7-8)

สำหรับในประเทศไทย มีการเปลี่ยนแปลงอุบัติการณ์และความชุกของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ลงทะเบียนการรักษาบำบัดทดแทนไต โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลการเปลี่ยนแปลงอุบัติการณ์และความชุกของผู้ป่วยโรคไตวาย ที่ลงทะเบียนการรักษาบำบัดทดแทนไตทั้งหมดในประเทศไทย หน่วย: รายต่อประชากรล้านคน

ปี พ.ศ.	2540	2541	2542	2543	2544	2545	2546	2547	2548
อุบัติการณ์	10.2	10.2	11.8	10.4	23.37	-	82.8	124.97	128.61
ความชุก	30	54.4	78.9	99.4	114.87	-	234.4	236.43	275.29

ที่มา: ถนอม สุภาพร, “รายงานข้อมูลผลการลงทะเบียนรักษาทดแทนไต สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยประจำปี พ.ศ. 2549 (TRT Registry Annual Report 2006),” วารสารสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย 13, 1 (พฤษภาคม-กรกฎาคม 2550) : 55.

จากรายงานของ Thailand Renal Replacement Therapy Registry (TRT) สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย พบว่าสิ้นปี พ.ศ. 2548 มียอดผู้ป่วยรวมทั้งสิ้น 15,736 คนโดยผู้ป่วยส่วนใหญ่จำนวน 13,904 รายได้รับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 1,145 รายได้รับการปลูกถ่ายไต และมีจำนวน 687 รายที่ใช้การล้างช่องท้อง คิดเป็นความชุกของผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 243.39 ปลูกถ่ายไต 18.75 และล้างช่องท้อง 13.25 รายต่อล้านประชากร และมีอุบัติการณ์ของผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 118.6 ปลูกถ่ายไต 2.31 และล้างช่องท้อง 7.7 รายต่อล้านประชากร จากข้อมูลดังกล่าวทำให้ทราบว่าสถานการณ์ของจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในประเทศไทยสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว (ถนอม สุภาพร 2550: 45)

สาเหตุของโรคไตวายเรื้อรัง

โรคเบาหวานเป็นสาเหตุของโรคไตวายเรื้อรังในประเทศต่างๆ ประมาณร้อยละ 30 หรือ 1 ใน 3 ของสาเหตุทั้งหมด ในปี พ.ศ.2544 โดยประเทศสหรัฐอเมริกาเป็นประเทศที่มีสาเหตุการเกิด

โรคไตวายเรื้อรังจากโรคเบาหวานสูงที่สุดคือร้อยละ 45.3 สำหรับการเกิดโรคไตวายเรื้อรังจากโรคเบาหวานที่ญี่ปุ่น นิวซีแลนด์ และเยอรมัน คือร้อยละ 38.1, 37.0 และ 36.2 ตามลำดับ ซึ่งโดยภาพรวม จำนวนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่เคยเป็นโรคเบาหวานมาก่อนมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ

สำหรับสาเหตุของโรคไตวายเรื้อรังในประเทศไทย เกิดจากโรคเบาหวานร้อยละ 30 รองลงมาคือโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 18.2 – 19.6 และ glomerulonephritis ร้อยละ 16.6 – 21.2 และมีแนวโน้มมากขึ้นเรื่อยๆ (วิรัตน์ ทองรอด, อ้างถึงใน มัชฌนา ภาณุมากรณ์, บรรณาธิการ 2547: 12)

อาการของโรคไตวายเรื้อรัง

ภาวะไตวายเรื้อรังจะมีผลกระทบต่อการทำงานของอวัยวะเกือบทุกระบบของร่างกาย เรียกกลุ่มอาการนี้ว่า ยูรีเมีย (uremia) จะมีทั้งสารอินทรีย์และอนินทรีย์สะสมภายในร่างกาย ซึ่งจะไปรบกวนการทำงานของอวัยวะสำคัญๆดังต่อไปนี้

ระบบหัวใจ หลอดเลือดและระบบการหายใจ เกิดภาวะความดันเลือดสูงจากการมีน้ำและเกลือแร่สะสมในร่างกายมาก

ระบบน้ำเกลือแร่ และสมดุลความเป็นกรดด่างของร่างกาย ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะน้ำคั่งในช่องปอด ช่องท้อง ช่องหุ้มหัวใจ หรือที่อื่นๆ อาจมีน้ำท่วมปอด หรือเกิดภาวะที่มีโซเดียมโพแทสเซียม ฟอสเฟต หรือกรดมากในเลือด

ระบบทางเดินอาหาร อาการที่พบบ่อยได้แก่ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน และสะอึก ยูเรีย บางส่วนถูกขับออกทางน้ำลาย และถูกสลายในทางเดินอาหาร เกิดเป็นแอมโมเนีย ทำให้ผู้ป่วยมีกลิ่นลมหายใจคล้ายปัสสาวะ หรืออาจมีแผลตามผนังเยื่อทางเดินอาหาร

ระบบประสาทและกล้ามเนื้อ เริ่มตั้งแต่อาการในระยะที่โรคยังไม่รุนแรงมาก ได้แก่ ขาดสมาธิในการทำงาน ง่วง ซึม นอนไม่หลับ ไปจนถึงอาการมากเมื่อโรครุนแรงขึ้น เช่น อาการหลงลืม การตัดสินใจผิดพลาด คำนวณตัวเลขไม่ได้ ขาเกร็ง สะอึก กล้ามเนื้อกระตุก เป็นตะคริว ชักหมดสติ โคม่า เป็นต้น ส่วนอาการทางระบบประสาทส่วนกลาง ได้แก่ ชาปลายมือปลายเท้า กล้ามเนื้ออ่อนแรง

ระบบโลหิตวิทยา ภาวะต่างๆที่เกิดขึ้นในภาวะยูรีเมีย มีส่วนทำให้อายุขัยของเม็ดเลือดแดงสั้นลง ประกอบกับการสร้างฮอร์โมน erythropoietin จากไตลดลง ทำให้ขาดตัวกระตุ้นเซลล์ไขกระดูกให้สร้างเม็ดเลือดแดงชุดใหม่ขึ้นมาทดแทน จึงเกิดภาวะโลหิตจางตามมา

ระบบต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิซึม อาการแสดงที่พบ ได้แก่ ภาวะทุพโภชนาการ ความผิดปกติของพาราไธรอยด์ฮอร์โมน อินซูลิน ระดับไขมัน และกลูโคสในเลือด ระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนในผู้ป่วยหญิง และฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนในผู้ป่วยชายลดลง

ระบบผิวหนัง ผู้ป่วยไตวายระยะต่างๆ จะมีอาการคันตามผิวหนัง (pruritus) ซึ่งยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด อาจเป็นผลมาจากภาวะฮอร์โมนพาราไธรอยด์ในเลือดสูง ภาวะ hypervitaminosis A หรือ dermal mast cell proliferation with subsequent histamine release

ระบบภูมิคุ้มกัน พบการติดเชื้อโรคต่างๆ ได้บ่อยในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้มีความบกพร่องของระบบภูมิคุ้มกันในระดับหนึ่ง (แม็ค คาร์ซี 2539: 788-795)

การรักษาโรคไตวายเรื้อรัง

การรักษาโรคไตวายเรื้อรังประกอบด้วยหลักการใหญ่ๆ 3 ประการ คือ

1. รักษาต้นเหตุของโรคหรือภาวะต่างๆ ของไตวายเรื้อรัง ซึ่งถ้ารักษาแล้วอาจทำให้น้ำที่ขุ่นของไตกลับมาเป็นปกติหรือเกือบปกติ และป้องกันหน้าที่ของไตไม่ให้เสื่อมเร็วในเวลาต่อไป

2. รักษาภาวะที่ทำให้หน้าที่ของไตผู้ป่วยไตวายเรื้อรังเสียเพิ่มขึ้นอย่างฉับพลัน อาจเป็นสิ่งที่เกิดตามมาเช่น hypertension, fluid electrolyte imbalance, congestive heart failure อาจเป็นภาวะแทรกซ้อนจากไตวายเรื้อรัง เช่น ภาวะติดเชื้อ และอาจเกิดจากยาต่างๆ หากภาวะเหล่านี้ไม่ได้รับการรักษา นอกจากจะทำให้ไตของผู้ป่วยเสียหายที่เพิ่มขึ้นอย่างฉับพลันแล้ว ยังอาจมีผลต่อการเกิด progression ของโรค

3. หยุดยั้งหรือชะลอการเกิด progression ของโรคแบ่งเป็น 2 วิธีใหญ่ๆ คือ

3.1 การรักษาโดยไม่ใช้ยา (non pharmacologic intervention) ได้แก่

การออกกำลังกาย พบว่าทำให้ renal blood flow ลดลง plasma lipids ลดลง และการเปลี่ยนแปลงของ coagulation และ fibrinolysis system ไปในทางดีขึ้น

การควบคุมอาหารจำพวกโปรตีน ไขมัน ฟอสเฟต คาร์โบไฮเดรต เกลือและน้ำ

3.2 การรักษาโดยใช้ยา (pharmacologic intervention)

ได้แก่ ยาจับฟอสเฟต (Phosphate binders) ยาลดความดันโลหิต ยากลุ่มไบคาร์บอเนต (Bicarbonate) นีดยา erythropoietin วิตามิน ยาลดไขมันในเลือด ยารักษาโรคเบาหวาน ยารักษาโรคหลอดเลือดและหัวใจ ยาปฏิชีวนะ และยากันชัก เป็นต้น(สมชาย เอี่ยมอ่อง 2541: 337-345)

การรักษาโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

การรักษาโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยการบำบัดทดแทนไต (renal replacement therapy) มีอยู่ 3 วิธี คือ

1. การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis, HD)

เป็นการใช้เครื่องไตเทียมเพื่อทดแทนการทำงานของไตในการกำจัดของเสียและควบคุมสารน้ำและเกลือแร่

2. การล้างไตทางช่องท้อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis, CAPD)

เป็นวิธีการทำ dialysis โดยใช้เยื่อช่องท้องเป็นตัวกรองของเสียและสารน้ำออกมาในน้ำยา dialysis และเปลี่ยนถ่ายน้ำยาเป็นระยะๆ ประมาณวันละ 4 – 5 ครั้ง

3. การปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation, KT)

เป็นการผ่าตัดปลูกถ่ายไตใหม่เข้าไปในร่างกายของผู้ป่วย เพื่อทำหน้าที่ทดแทนไตเก่าที่เสื่อมสภาพอย่างถาวร โดยอาจได้รับไตบริจาคจากญาติ (living-related KT) จากคู่สมรสที่มีบุตรด้วยกันหรือจดทะเบียนสมรสเกิน 3 ปี (living-unrelated KT) หรือจากผู้ป่วยที่เสียชีวิต (cadaveric KT) (อรรถพงษ์ วงศ์วิวัฒน์ 2549: 9)

ข้อบ่งชี้ในการเริ่มการรักษาด้วยวิธีการบำบัดทดแทนไต (อรรถพงษ์ วงศ์วิวัฒน์ 2549: 10)

1. มีระดับของเสียในเลือดสูง คือผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ไม่ได้เกิดจากเบาหวานที่มีระดับ BUN มากกว่า 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือ creatinine clearance น้อยกว่า 10 มิลลิตรต่อนาที สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังจากเบาหวานควรพิจารณาทำ dialysis เร็วขึ้น คือเมื่อ creatinine clearance น้อยกว่า 15 มิลลิตรต่อนาที เพราะโรคมียุทธศาสตร์ metabolic complications สูงกว่า และมีการดำเนินโรคเร็วกว่าโรคไตวายจากสาเหตุอื่น

2. มีภาวะน้ำเกินในร่างกาย ซึ่งทำการรักษาด้วยยาแล้วไม่ได้ผล เช่น มีภาวะน้ำท่วมปอด (acute pulmonary edema)

3. มีภาวะ hyperkalemia ซึ่งให้การรักษาทางยาแล้วไม่ได้ผล

4. มีภาวะ metabolic acidosis ซึ่งให้การรักษาด้วย alkali therapy ไม่ได้ผล หรือไม่สามารถให้ alkali therapy ได้ เช่น มีภาวะ metabolic acidosis ร่วมกับภาวะน้ำท่วมปอด ทำให้ไม่สามารถให้ sodium bicarbonate ได้ เนื่องจากจะทำให้ภาวะน้ำท่วมปอดเลวลงจากการได้รับโซเดียม

5. มีภาวะแทรกซ้อนของ uremia เช่น encephalopathy, pericarditis, pleuritis, bleeding diathesis เป็นต้น

6. Relative indication คือมีภาวะ malnutrition ใดๆ ที่ได้รับการรักษาด้วยยาอย่างเต็มที่ โดยอาจดูได้จากเบื่ออาหารอย่างรุนแรง น้ำหนักตัวลดลง หรือระดับอัลบูมินในเลือดต่ำลง นอกจากนี้อาจต้องพิจารณาเริ่มการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต ในกรณีที่คุณภาพชีวิตลดลงซึ่ง อาจเกิดจากอาการอ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน หรืออาการคันรุนแรง เป็นต้น

แหล่งบริการรักษาพยาบาล

แหล่งบริการรักษาโรคหรือการใช้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของไทยเป็นระบบที่เปิดโอกาสให้มีการเลือกแหล่งรักษาพยาบาลหลายแหล่ง ประชาชนมีเสรีภาพเต็มที่ในการแสวงหาบริการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลทุกระดับที่เป็นของภาครัฐและเอกชน ซึ่งระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขประกอบไปด้วยสถานพยาบาลประเภทต่างๆ ดังนี้

1. สถานพยาบาลเอกชน สามารถแบ่งได้เป็นกลุ่มใหญ่ๆ ได้ 2 กลุ่ม คือ สถานพยาบาลเอกชนที่ไม่แสวงหาผลกำไร ได้แก่ คลินิก โรงพยาบาลของมูลนิธิ องค์กรเอกชน องค์กรทางศาสนา ซึ่งดำเนินการให้บริการผู้ป่วยในลักษณะช่วยเหลือประชาชนแบบไม่มุ่งหวังกำไร ส่วนงบประมาณในการดำเนินงานส่วนใหญ่มาจากการบริจาคของประชาชนที่มุ่งหวังในการให้ความช่วยเหลือผู้เจ็บป่วย ส่วนสถานพยาบาลอีกกลุ่มหนึ่งคือ สถานพยาบาลที่ดำเนินการในลักษณะธุรกิจที่หวังผลกำไรจากการลงทุนในการประกอบกิจกรรม คลินิกส่วนใหญ่ในปัจจุบันจะดำเนินการโดยเอกชนซึ่งหวังผลกำไร สำหรับโรงพยาบาลเอกชนประเภทหวังผลกำไรทางธุรกิจนั้น ในช่วงตั้งแต่ปี.ศ.2535 เป็นต้นมา มีการขยายตัวอย่างรวดเร็วมาก เนื่องจากเป็นกิจการที่ได้รับการส่งเสริมลงทุนจากรัฐ และเป็นที่ต้องการของประชาชนกลุ่มที่มีรายได้พอควร ซึ่งต้องการความสะดวกสบายในด้านบริการอื่นๆ นอกเหนือจากคุณภาพทางการแพทย์รักษาพยาบาล

2. สถานพยาบาลภาครัฐ กระทรวงสาธารณสุขเป็นกระทรวงหลัก ซึ่งจัดตั้งโรงพยาบาลและสถานีอนามัยครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศ นอกจากกระทรวงสาธารณสุขแล้ว สถานพยาบาลภาครัฐยังประกอบด้วยคณะแพทยศาสตร์ต่างๆ โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงกลาโหม กระทรวงมหาดไทย รัฐวิสาหกิจ และหน่วยงานของรัฐอื่นๆ อีก ซึ่งมีการกิจหลักในการรักษาพยาบาล การผลิตบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข การประกันการเข้าถึงบริการผู้ที่มีรายได้น้อย และผู้ที่สังคมควรเกื้อกูล และยังเป็นแหล่งที่ช่วยในการชะลออัตราค่ารักษาพยาบาลของโรงพยาบาลภาคเอกชนไม่ให้สูงขึ้นอย่างรวดเร็ว สถานพยาบาลภาครัฐในระดับต่างๆ กัน ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัย ในระดับชุมชนเน้นการจัดบริการในระดับสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งสถานพยาบาลต่างๆ จะให้บริการแก่ประชาชนในขอบเขตความสามารถของตน เมื่อมีผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเกินขีดความสามารถของสถานพยาบาลแห่งนั้น

ก็จะมียระบบส่งต่อผู้ป่วยให้ไปรับการรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลแห่งอื่นที่เหมาะสมต่อไป เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย และอบอุ่นใจแก่ตนเองและญาติมิตร (เฉลิมพล ต้นสกุล และ อัญชลี วงศ์ทางสวัสดิ์ 2538: 274-275)

ในช่วงระยะเริ่มต้นของการพัฒนาความทันสมัยของประเทศไทย การบริการทางการแพทย์ของรัฐเป็นเครื่องมือที่สำคัญของกระบวนการพัฒนา แต่แหล่งบริการของรัฐมักไม่มีผู้มาใช้บริการเท่าที่ควร ประชาชนมักไม่ยักคิดติดต่อกับสถานที่ราชการด้วยสาเหตุหลายประการ เช่น การต้องรอคอยเป็นระยะเวลาอันยาวนาน การผ่านขั้นตอนที่สับสน การใช้อำนาจสินจ้าง และสถานราชการมีลักษณะของเจ้าขุนมูลนาย จึงทำให้ประชาชนและผู้ป่วยใช้บริการน้อยกว่าสถานบริการของรัฐเมื่อเปรียบเทียบกับสถานบริการเอกชนอื่นๆ ความตั้งใจในช่วงเริ่มต้นในการพัฒนาความทันสมัยของสถานบริการของรัฐก็คือ การสร้างสถานบริการเพื่อเป็นเครื่องมือในการพัฒนาคนและสังคม แต่การลงทุนทั้งในเรื่องการก่อสร้างสถานบริการและการฝึกอบรมบุคลากร โดยไม่ให้ความสำคัญเรื่องคุณภาพการบริการ และการบริการที่ไม่สอดคล้องกับวัฒนธรรมชุมชน ทำให้สถานบริการของรัฐเป็นแหล่งที่ประชาชนไม่ยักมาใช้บริการ (สันทัต เสริมศรี 2541: 206)

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

การเข้าถึงการบำบัดทดแทนไต

ข้อมูลผู้เข้ารับบริการและมีชีวิตในวันสิ้นปี พ.ศ.2548 (ถนอม สุภาพร 2550: 51) จำแนก

ตามแหล่งสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการรับการรักษาพยาบาล ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ข้อมูลผู้เข้ารับบริการและมีชีวิตในวันสิ้นปี พ.ศ.2548 จำแนกตามแหล่งสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการรับการรักษาพยาบาล

การบำบัดทดแทนไต	แหล่งสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการรับการรักษาพยาบาล					
	ชำระเงินเอง(self-pay)		ข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ		ผู้ประกันตนของสำนักงานประกันสังคม	
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม	6,396	46	5,562	40	1,946	14
การล้างไตทางช่องท้อง	75	11	591	86	21	3
การปลูกถ่ายไต	527	46	515	45	103	9

ที่มา: ถนอม สุภาพร, “รายงานข้อมูลผลการลงทะเบียนรักษาทดแทนไต สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ประจำปี พ.ศ. 2549 (TRT Registry Annual Report 2006),” วารสารสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย 13, 1 (พฤษภาคม-กรกฎาคม 2550) : 51.

ข้อมูลนี้แสดงให้เห็นได้ชัดเจนว่าข้าราชการและครอบครัวรวมทั้งผู้ประกันตนของสำนักงานประกันสังคมเข้าถึงบริการรักษาทดแทนไตในระดับมากพอสมควรในประเทศไทย ส่วนผู้ที่ยากไร้และใช้สวัสดิการรักษายาบาลจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติส่วนใหญ่ไม่สามารถเข้าถึงบริการ หรือไม่มีเงินจ่ายค่ารักษาพยาบาล

ในปัจจุบันสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์ให้ครอบคลุมบริการทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (ผู้ป่วยรายเก่าที่ฟอกเลือดก่อนวันที่ 1 ตุลาคม 2551) โดยได้รับความคุ้มครอง มีการร่วมจ่ายค่าฟอกเลือดครั้งละไม่เกิน 500 บาท รวมถึงค่ายาฉีดเพิ่มเม็ดเลือดสัปดาห์ละ 1 เข็ม เริ่มตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2551 เป็นต้นไป แต่ยังคงพบปัญหาในช่วงเริ่มต้นโครงการ เนื่องจากหน่วยบริการไตเทียมของเอกชนบางแห่งยังไม่พร้อมให้ความร่วมมือ ผู้ป่วยบางคนจึงยังไม่สามารถใช้สิทธิประโยชน์ได้อย่างเต็มรูปแบบ

การศึกษาค้นคว้านี้ ทำการศึกษาเฉพาะในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) เท่านั้น จึงไม่ขอก้าวถึงการล้างไตทางช่องท้อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis) และการปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation)

การรักษาด้วยวิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis)

การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เป็นการรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีประสิทธิภาพและได้ผลดี จึงเป็นที่นิยมอย่างแพร่หลาย หลักการของการฟอกเลือด คือ การกรองของเสียจากเลือด โดยให้เลือดจากหลอดเลือดของผู้ป่วยผ่านเข้าไปในหลอดเลือดฝอย ซึ่งมีเป็นจำนวนมากในตัวกรองเลือด (dialyser) ของเสียในเลือดจะซึมผ่านผนังหลอดเลือดฝอยออกมาในน้ำยาที่อาบอยู่รอบนอกของหลอดเลือดในตัวกรองเลือด โดยอาศัยหลักการที่ว่า สารละลายจะซึมผ่านผนังจากด้านที่มีความเข้มข้นสูงมาสู่ด้านที่มีความเข้มข้นต่ำกว่า เมื่อเลือดผ่านตัวกรองเลือดแล้วก็จะไหลกลับเข้าร่างกายทางหลอดเลือดอีกหลอดเลือดหนึ่ง ซึ่งเป็นวิธีการดูดเลือดออกจากตัวผู้ป่วยแล้วนำไปฟอก(ล้าง) ในเครื่องไตเทียม หมายความว่าเมื่อเลือดผู้ป่วยถูกนำเข้าสู่เครื่องไตเทียม จะมีกระบวนการกรองเอาของเสียที่คั่งในตัวผู้ป่วย อันเป็นผลจากไตไม่ทำงาน รวมถึงน้ำส่วนเกินที่ร่างกายต้องขับออก เลือดที่ออกจากเครื่องไตเทียมจะสะอาด แล้วกลับเข้าสู่ตัวผู้ป่วย วิธีนี้จะต้องผ่าตัดต่อเส้นเลือดดำและแดงของผู้ป่วยบริเวณข้อมือหรือต้นแขน เพื่อเป็นที่สำหรับใช้เข็มแทงนำเลือดมาผ่านขบวนการฟอกเลือดดังกล่าว โดยที่ผู้ป่วยจะต้องมาทำการฟอกเลือดที่หน่วยไตเทียม สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลา 4-5 ชั่วโมง (บุญธรรม จิระจันทร์ 2544: 15)

การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) เป็นกระบวนการนำของเสียออกจากเลือดซึ่งใช้ในการรักษาภาวะ renal insufficiency โดยเชื่อมหลอดเลือดแดงและดำเข้าด้วยกันอย่างถาวร เพื่อการไหลผ่านของเลือดโดยตรงจากหลอดเลือดแดงไปยังหลอดเลือดดำโดยไม่ผ่านร่างแหของเส้นเลือดฝอย เข้าสู่เครื่องฟอกโดยผ่านกระบวนการ diffusion และ ultrafiltration จากนั้นของเสียและ electrolytes ต่างๆ จะถูกกำจัดโดยกระบวนการ osmosis จากเลือดเข้าสู่ dialysate และถูกกำจัดออก (ชลวิวัฒน์ ศรีสุนทร และคณะ 2546: 3)

มีการนำเครื่องไตเทียมมาเริ่มให้การรักษาผู้ป่วยในประเทศไทยครั้งแรกที่ ร.พ. ศิริราช ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2505 ในเวลาต่อมาจึงมีการขยายตัวไปยังโรงพยาบาลรัฐบาลอื่นๆ และโรงพยาบาลเอกชน จนในปัจจุบันนี้ ข้อมูลของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยรวบรวมในปี พ.ศ.2549 พบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 41.2 (145 แห่ง) ของศูนย์ไตเทียมที่ให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครและจังหวัดในปริมณฑลอันได้แก่ นนทบุรี ปทุมธานี สมุทรปราการ สมุทรสาคร และนครปฐม ส่วนที่เหลือกระจายตัวในต่างจังหวัดทั่วประเทศ (ถนอม สุภาพร 2549: 46)

ข้อเสียและภาวะแทรกซ้อนจากการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (อรรถพงษ์ วงศ์วิวัฒน์ 2549: 12 - 13)

ความไม่สะดวก/ ไม่อิสระ

ผู้ป่วยไม่อิสระ ต้องเสียเวลามาห้องไตเทียม โดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยอยู่ไกลและไม่มีที่ฟอกเลือดใกล้บ้าน

การฟอกเลือดทำโดยพยาบาล ผู้ป่วยที่มีความพิการทางร่างกายหรือสมองก็ สามารถทำได้ แต่อาจเกิดความไม่สะดวกแก่ญาติ ถ้าต้องรับส่งผู้ป่วยในเวลาทำงาน

ปัญหาด้านจิตใจ

ผู้ป่วยมีปัญหาความไม่สวยงามของร่างกายจาก AV fistula โดยเฉพาะในผู้ป่วยหญิงสาว ไม่เหมาะกับผู้ป่วยที่กลัวเข็ม

ผู้ป่วยและญาติมักเกิดความเครียดจากโรคที่เป็นและการต้องมาฟอกเลือดเป็นประจำ รวมทั้งการต้องจำกัดการกินอาหารบางชนิด ผลไม้และน้ำดื่ม

ปัญหาครอบครัว

ผู้ป่วยอาจมีปัญหาเสื่อมสมรรถภาพทางเพศทั้งผู้ป่วยชายและหญิง โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน รายที่ inadequate dialysis ผู้ป่วยหญิงมักมีประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอและ โอกาสตั้งครรภ์น้อยมาก ในรายที่ตั้ง ครรภ์มักมีปัญหาแท้ง เด็กตัวเล็ก ตายคลอดหรือคลอดก่อนกำหนด จำเป็นต้องดูแลเป็นพิเศษถ้า ต้องการมีบุตรจริงๆ เช่น ฟอกเลือดให้ถี่ขึ้น 4-5 ครั้ง/ สัปดาห์

ผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ผู้ป่วยอาจมีปัญหาในรายที่ทำ vascular access เนื่องจากมักมี peripheral vascular disease ผู้ป่วยควรประเมิน cardiac status ว่าเหมาะสมที่จะทำ HD หรือไม่

ภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจและหลอดเลือด

ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นผิดจังหวะ หรือกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด กำเริบ ถ้าผู้ป่วยมีการทำงานของหัวใจไม่ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่ต้องดึงน้ำออกในปริมาณมาก

ภาวะแทรกซ้อนจากการติดเข็ม

ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยคือติดเข็มที่ double lumen catheter ซึ่งสามารถทำให้เกิดภาวะ ติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรงถึงชีวิตได้

ภาวะโลหิตจาง

ภาวะโลหิตจางที่พบบ่อย เพราะมีการเสียเลือดจากการฟอกเลือดเองหรือจากทางเดิน อาหารซึ่งสัมพันธ์กับการใช้ heparin

โอกาสเกิด technical failure

มีผู้ป่วยส่วนน้อยที่ต้องเปลี่ยนไปล้างไตช่องท้อง เนื่องจากไม่มี vascular access
Contraindication

ไม่มี vascular access

โรคหัวใจล้มเหลวหรือขาดเลือดขั้นรุนแรง (relative)

การประยุกต์เศรษฐศาสตร์กับงานสาธารณสุข

มีงานทางการแพทย์และสาธารณสุขจำนวนมากไม่น้อย ที่ได้นำเอาเศรษฐศาสตร์เข้าไปประยุกต์เพื่อตอบคำถามเพิ่มเติมทางการแพทย์ โดยมีจุดมุ่งหมายต่างๆกัน เช่น

1. เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับทางเลือกต่างๆ ทางการแพทย์และสาธารณสุขเกี่ยวกับการรักษา
การค้นหาผู้ป่วย ระบบการส่งต่อ เป็นต้น

2. เพื่อประเมินภาวะต้นทุนของปัญหาสุขภาพ

3. เพื่อหาต้นทุนต่อหน่วยบริการ

4. เพื่อประเมินทางด้านประสิทธิภาพและความเท่าเทียมกันของการจัดสรรและการใช้

ทรัพยากร

5. เพื่อศึกษาความต้องการหรือการใช้บริการสาธารณสุข

6. เพื่อศึกษาความคุ้มค่าของการลงทุนทางการแพทย์ เพื่อกำหนดราคาหรือการ
ประมาณจำนวนผู้ใช้บริการที่เหมาะสม

7. การศึกษาเพื่อหาแนวทางเกี่ยวกับการคลังสาธารณสุขที่เหมาะสม

การศึกษาภาวะต้นทุนของปัญหาสุขภาพ มีความพยายามอยู่ไม่น้อยที่จะวัดความสูญเสียทางเศรษฐกิจของความเจ็บป่วยจากโรคต่างๆ เช่น ศึกษาความสูญเสียในรูปของจำนวนวันที่มีสุขภาพดีที่ต้องเสียไป (healthy days lost) ในบางครั้งมีการคำนวณความสูญเสียในรูปของจำนวนปีของการมีชีวิตที่สูญเสียไป (year of potential life lost) และในกรณีเหล่านี้อาจมีการให้น้ำหนักของสมรรถนะการผลิตที่สูญเสียไป (productivity loss) และมีการนำดัชนีทางการทำกิจกรรม (functional ability index) หรือดัชนีเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต เช่น Quality adjusted life years (QALYs) เข้ามาพิจารณาด้วย เพื่อให้เห็นความสูญเสียที่ละเอียดมากขึ้น

ความสูญเสียด้านสุขภาพนั้น อาจมีทั้งการตาย เจ็บป่วย พิกัดบางส่วน พิกัดทั้งหมด ซึ่งการประเมินอาจจำเป็นต้องแยกต้นทุนและภาวะทางเศรษฐกิจในแต่ละด้าน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับเรื่องที่จะศึกษาด้วย ส่วนใหญ่แล้วนักเศรษฐศาสตร์ได้นำเสนอในการที่จะทำให้จำนวนวัน จำนวนปีที่

สูญเสียไป สามารถแสดงได้ในรูปของจำนวนเงิน เพื่อแสดงให้เห็นชัดเจนเป็นรูปธรรมมากขึ้น ว่าความสูญเสียนั้นมีมูลค่าเท่าใด โดยอาศัยหลักในการตีมูลค่าตามแนวความคิดต่างๆที่มีใช้กัน คือ

1. Human capital approach หรือ opportunity loss approach ซึ่งทำได้โดยการคูณจำนวนปีที่สูญเสียไป จากการเจ็บป่วย ตาย พิการ แล้วนำมาคูณกับรายได้ที่คาดว่าจะหาได้ถ้าไม่ตาย ป่วย พิการ ซึ่งรายได้นี้อาจจะคิดจากค่าจ้างแรงงานขั้นต่ำ รายได้เฉลี่ยรายเดือน รายได้ประชาชาติ หรือ รายได้ตามแต่อาชีพที่กำลังพิจารณา เป็นต้น แล้วแต่ความเหมาะสมในการศึกษา และมีแนวความคิดด้วยว่า ควรมีการทำการลดหย่อน (discount) ปีที่สูญเสีย เนื่องจากค่าของเวลาปัจจุบันและในอนาคตต่างกัน นอกจากนี้ยังมีความคิดในการถ่วงน้ำหนักของประสิทธิภาพในการทำงาน (productivity) ในกรณีที่พิจารณาความเจ็บป่วย พิการ และการนำ QALYs มาปรับเพื่อแสดงให้เห็นคุณภาพของจำนวนปีที่เหลือมีชีวิตอยู่

2. Willingness to pay approach ซึ่งเป็นการตีมูลค่าชีวิตโดยการพิจารณาถึงมูลค่าที่ผู้เจ็บป่วยหรือมีโอกาสดาย จะเต็มใจที่จะจ่ายเพื่อเป็นการประกันความเสี่ยงต่างๆ อย่างไรก็ตาม มูลค่าที่แต่ละคนเต็มใจที่จะจ่ายหรือมูลค่าที่บุคคลให้กับชีวิตตนเองอาจแตกต่างกัน และนอกจากนี้ สังคมแต่ละสังคมอาจจะให้มูลค่าที่ต่างกันด้วย ดังนั้นจึงเป็นการไม่ง่ายนักที่จะกำหนดมูลค่าด้วยวิธีนี้

3. Implied value approach แนวคิดนี้ได้อาศัยสิ่งที่ได้เกิดขึ้น และมีการตีความมูลค่าชีวิตโดยอิงค่าที่เกิดขึ้น จากการกำหนดค่าชดเชยที่ได้จากการฟ้องร้องในศาลบ้าง จากกฎหมายบ้าง

4. การประเมินโดยใช้แนวความคิดด้านอรรถประโยชน์ หรือ utility โดยการวัดในรูปของ QALYs

ในบรรดาแนวความคิดทั้งหมดที่มีการนำมาใช้ในการตีค่าชีวิตมนุษย์ เพื่อประมาณความสูญเสียทางเศรษฐกิจ human capital approach เป็นวิธีที่ใช้มากที่สุด แต่เป็นที่กล่าวกันว่า เป็นการประมาณมูลค่าขั้นต่ำเท่านั้น นอกเหนือจากการประมาณค่าชีวิตแล้ว ยังจำเป็นต้องรวมต้นทุนอื่นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรณีเจ็บป่วย พิการ เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายทั้งตัวเงิน และเวลาของผู้ป่วยและญาติที่ต้องสูญเสียไปเนื่องจากการเจ็บป่วย เป็นต้น

การประเมินภาวะต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ของปัญหาสุขภาพ อาจจะสามารถช่วยให้เห็นความสำคัญของปัญหาเป็นรูปธรรมได้มากขึ้น และสามารถใช้เป็นข้อมูลเพื่อนำไปสู่การป้องกันได้ ถึงแม้สถิติตัวเลขด้านสุขภาพที่เกิดเป็นอัตราต่อประชากร จะแสดงถึงความสำคัญของปัญหา และใช้ในการจัดระดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพ แต่การนำเศรษฐศาสตร์เข้ามาประยุกต์เพื่อแสดงถึงความสูญเสียทรัพยากร ในรูปมูลค่าที่เป็นตัวเงิน ผลผลิตที่เสียไป จะเป็นการเน้นถึง

ความสำคัญของปัญหาได้ชัดเจนมากขึ้น โดยเฉพาะในปัญหาที่สามารถป้องกันได้ (แกมทอง อินทร์ 2537: 145-153)

แนวคิดเกี่ยวกับต้นทุน

ต้นทุน (cost) ในทัศนะของนักเศรษฐศาสตร์ หมายถึง ทรัพยากรที่ใช้ไปทั้งที่เป็นตัวเงิน และไม่เป็นตัวเงิน รวมทั้งผลพวงทางด้านลบ (negative consequence) ซึ่งไม่ได้เป็นค่าใช้จ่ายและมองไม่เห็น แต่จะมีการกำหนดค่าประเมินขึ้นและนับรวมเข้าเป็นต้นทุนด้วย (สมคิด แก้วสนธิ และ ภิรมย์ กมลรัตนกุล 2534: 139)

การแบ่งประเภทต้นทุน

ต้นทุนสามารถจำแนกเป็น 3 ประเภทใหญ่ๆคือ

1. ต้นทุนทางตรง (direct cost) เป็นค่าใช้จ่ายโดยตรงที่เกิดขึ้นจากการให้หรือรับบริการนั้น ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน และค่าใช้จ่ายในการที่ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาล ซึ่งอาจแบ่งย่อยออกได้เป็น 2 ชนิด คือ

1.1 ต้นทุนทางตรงจากการให้บริการทางการแพทย์ (direct medical cost) ซึ่งเป็นต้นทุนที่เกิดขึ้นอันเป็นผลจากการรักษาผู้ป่วย หรือต้นทุนที่ผู้ป่วยจ่ายให้กับโรงพยาบาลโดยตรง เช่น ค่ายา ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือเงินเดือนของบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นๆ

1.2 ต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางการแพทย์ (direct non-medical cost) ต้นทุนชนิดนี้ไม่ได้เกิดจากการรักษาผู้ป่วยโดยตรง หรือผู้ป่วยไม่ได้จ่ายให้กับสถานบริการโดยตรง แต่เป็นค่าใช้จ่ายที่เป็นผลมาจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยต้องเดินทางมาตรวจรักษาที่โรงพยาบาล ดังนั้นค่าใช้จ่ายประเภทนี้มักเป็นค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเอง เช่น ค่าอาหาร ค่ายานพาหนะในการมาโรงพยาบาล ค่าที่พักของญาติที่มาพร้อมผู้ป่วย ค่าเลี้ยงดูลูกที่พ่อแม่ต้องมาตรวจหรือเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล เป็นต้น

2. ต้นทุนทางอ้อม (indirect cost) เป็นต้นทุนที่มีได้เกิดจากการให้หรือรับบริการโดยตรง แต่เป็นผลเนื่องจากการเจ็บป่วยหรือการตาย

2.1 ความเจ็บป่วย (morbidity) ทำให้ผู้ป่วยต้องขาดงาน เสียโอกาสที่จะประกอบอาชีพได้ ตามปกติ หรือผลจากการเจ็บป่วยทำให้เกิดความพิการ ทำให้สมรรถภาพในการทำงานลดลง

2.2 ความตาย (mortality) ทำให้ผู้ป่วยต้องเสียชีวิตก่อนวัยอันควร นั่นก็หมายความว่าผู้ป่วยคนนี้ไม่สามารถก่อให้เกิดผลผลิตแก่สังคมได้เท่ากับระยะเวลาที่เขาควรจะมีชีวิตอยู่

3. ต้นทุนไม่มีตัวตน (intangible cost) ความเจ็บป่วยและความตาย อาจก่อให้เกิดความเจ็บปวดทรมาน ความเศร้าโศกเสียใจ ความกลัว ความว่าเหว่ ฯลฯ ซึ่งผลดังกล่าวยากที่จะวัดและประเมินออกมาเป็นตัวเงินได้ (ภิรมย์ กมลรัตนกุล 2530: 851-861)

ทัศนคติในการประเมินต้นทุน (perspective or point of view)

การประเมินต้นทุนจำเป็นต้องทราบว่าประเมินโดยทัศนะหรือโดยมุมมองของใคร เพราะการคำนวณต้นทุนหรือผลได้จะแตกต่างกัน แล้วแต่ว่าจะประเมินโดยทัศนะของโรงพยาบาล หรือผู้ให้บริการ (provider) ของคนไข้ (patient) หรือสังคมโดยรวม (society) เช่น

ต้นทุนในทัศนะของโรงพยาบาล คือ ค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการให้บริการนั้น โดยจะไม่เท่ากับค่าบริการ (charge) ที่คิดกับคนไข้

ต้นทุนในทัศนะของคนไข้ คือ ค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่คนไข้ต้องจ่ายในการมารับบริการ รวมทั้งค่าใช้จ่ายที่เป็นผลจากการเจ็บป่วยครั้งนี้ เช่น ค่าเสียโอกาสของคนไข้ ค่าเดินทางไปโรงพยาบาล เป็นต้น

ต้นทุนในทัศนะของสังคม จะเป็นผลรวมของต้นทุนทั้งหมดที่เกิดขึ้นในสังคมนั้น เช่น การทำลายสิ่งแวดล้อม ความรู้สึกของชุมชนหรือสังคมต่อการบริการสาธารณสุข เป็นต้น

ในการวัดต้นทุน ต้องคำนึงถึงการคิดค่าเงินลดหย่อนตามเวลาร่วมด้วย กล่าวคือตามหลักเศรษฐศาสตร์ ค่าของเงินในอนาคตย่อมมีน้อยกว่าค่าของเงินในปัจจุบัน ดังนั้นเมื่อเปรียบเทียบต้นทุนของโครงการที่มีระยะเวลาไม่เท่ากัน ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในอนาคตจึงต้องถูกปรับด้วย discount rate ที่แสดงถึงการลดลงของค่าเงินให้เป็นค่าของเงินในปัจจุบันเพื่อให้สามารถเปรียบเทียบกันได้ สูตรที่ใช้ปรับมูลค่าของเงินในอนาคตมาเป็นมูลค่าในปัจจุบัน (จริยา เลิศอรธมณี และ อุบลรัตน์ สันตวัตร 2544: 55) คือ

$$C_0 = C_n / (1+r)^n$$

เมื่อ C_0 = มูลค่าของเงินในปัจจุบัน

C_n = มูลค่าของเงินในอนาคตปีที่ n

r = discount rate

การใช้ประโยชน์ของต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์

1. เพื่อการคาดประมาณความต้องการงบประมาณในอนาคตที่ดีขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโครงการหรือบริการที่มีปัจจัยนำเข้าจากการบริจาคหรืออาสาสมัคร ซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่ยั่งยืนตลอดไป

2. เพื่อเป็นเครื่องชี้วัดความสามารถของรัฐบาลในการได้รับการสนับสนุนจากชุมชนหรือแหล่งอื่นๆในกรณีที่มีการบริจาคทรัพยากร

3. เพื่อวัดประสิทธิภาพเปรียบเทียบระหว่างทางเลือกในการดำเนินโครงการต่างๆ รัฐบาลหรือผู้บริหารในระดับสูงสุดควรใช้มุมมองที่กว้างที่สุดหรือมุมมองของสังคมในการพิจารณาประสิทธิภาพ มิใช่พิจารณาเฉพาะค่าใช้จ่ายในความรับผิดชอบของรัฐบาลเท่านั้น

4. ใช้ทดแทนต้นทุนทางบัญชี เช่น การคำนวณต้นทุนต่อหน่วยเพื่อเป็นเครื่องชี้วัดประสิทธิภาพต้นทุนต่อประชากรหรือต่อครัวเรือนเพื่อเป็นเครื่องชี้วัดความเสมอภาค กรณีที่ไม่สามารถใช้ต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์แทนต้นทุนทางบัญชี คือการพิจารณาความสามารถในการจ่าย และการจัดสรรงบประมาณ (อนุวัฒน์ ศุภชุตินุกูล และคณะ 2539: 11-12)

บทการวางแผนเพื่อวิเคราะห์ต้นทุน (อนุวัฒน์ ศุภชุตินุกูล และคณะ 2539: 17-18)

1. กำหนดขอบเขตของการวิเคราะห์

การวิเคราะห์ต้นทุนจะต้องกำหนดขอบเขตและมุมมองให้ชัดเจนก่อน วิธีที่ดีที่สุดคือการพิจารณาประเภทต้นทุนต่างๆ ที่จำแนกไว้ตามลักษณะของปัจจัยการผลิต และการจำแนกเพื่อวัตถุประสงค์ของการวิเคราะห์โครงการ โดยต้นทุนโดยตรงของแต่ละหน่วยงานได้จากผลรวมของต้นทุนค่าแรง (labor cost) ต้นทุนค่าวัสดุ (material cost) ต้นทุนค่าลงทุน (capital cost) และต้นทุนค่าบำรุงรักษา (operating cost) กล่าวคือไล่ไปตามกิจกรรม ระดับ และแหล่งเงินว่ามีอะไรบ้างที่ไม่ต้องการนำมารวมในการวิเคราะห์ แต่โดยทั่วไปต้องพิจารณาครอบคลุมต้นทุนที่เกี่ยวข้องทั้งหมดได้

2. กำหนดระยะเวลาของการศึกษา

การวิเคราะห์ต้นทุนในช่วงเวลา 1 ปีเต็ม จะมีข้อดีที่สามารถใช้ข้อมูลที่บันทึกเป็นรายปีที่มีอยู่แล้ว ป้องกันความแปรเปลี่ยนระหว่างฤดูกาล แต่หากมีข้อจำกัดบางอย่างก็อาจจำเป็นต้องวิเคราะห์ในช่วงเวลาน้อยกว่า 1 ปี

3. การเลือกตัวอย่าง

การวิเคราะห์ต้นทุนสำหรับแผนงาน/โครงการที่มีหน่วยบริการกระจายทั่วไป เช่น ในสถานอนามัย อาจจะไม่สามารถทำได้สมบูรณ์ทั้งหมด โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อไม่มีข้อมูลสถิติเก็บไว้

อย่างครบถ้วน หรือแม้แต่ในหน่วยงานหนึ่งก็ไม่อาจจะเก็บข้อมูลได้ตลอดทั้งปีได้ การสุ่มตัวอย่าง จึงมีความจำเป็น เช่น สุ่มตัวอย่างจากวันจำนวนหนึ่งในปีที่ศึกษา สุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจำนวนหนึ่งใน กลุ่มเป้าหมาย ในการสุ่มตัวอย่างจะต้องระบุนฐานประชากรให้ชัดเจน และหากหน่วยใดที่ถูกยกเว้น ไม่ได้รับการสุ่ม จะต้องระบุเหตุผลของการยกเว้นนั้น การสุ่มตัวอย่างที่ดีจะทำให้สามารถนำผลไป ใช้กับประชากรนั้นทั้งหมดได้

4. การวางแผนเก็บข้อมูล

การวางแผนเก็บข้อมูลจะทำให้เราสามารถเก็บข้อมูลได้ครบถ้วนและสมบูรณ์ในเวลา รวดเร็ว

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมผู้บริโภค

พฤติกรรมผู้บริโภค

พฤติกรรมผู้บริโภคเป็นปรากฏการณ์สากลโลกที่เกิดขึ้น เพราะคนเราต้องมีการบริโภค เพื่อการดำรงชีพ ในสังคมยุคโบราณผู้คนอาจได้รับความพอใจที่เกิดจากความต้องการของเขาได้ โดยการบริโภคสิ่งที่เขาผลิตหรือเพาะปลูกขึ้นมาเอง แต่สำหรับสังคมอุตสาหกรรมของโลกในปัจจุบัน ไม่ว่าจะเป็นประเทศสหรัฐอเมริกา แคนาดา เยอรมนี ญี่ปุ่น หรือแม้แต่ประเทศไทยที่กำลังก้าวสู่การเป็นสังคมอุตสาหกรรมมากขึ้น ต่างมีกระบวนการสร้างความพอใจในความต้องการต่างๆ มากมายที่ซับซ้อนมากกว่ายุคเดิมมาก โดยจะเห็นได้จากส่วนของธุรกิจที่ประกอบกิจการในสังคม ต่างก็มีการคาดคะเนถึงความต้องการของผู้บริโภคไว้ล่วงหน้า และจัดหาสินค้าและบริการที่จำเป็น ขึ้นมาเพื่อตอบสนองความต้องการของสังคมดังกล่าวนั้น ซึ่งดูเหมือนว่าการกระทำดังกล่าวเป็นเรื่อง ที่ทำได้ง่าย แต่จริงๆ แล้วหาเป็นเช่นนั้นไม่ เพราะความต้องการของผู้บริโภคมีความหลากหลายและ ซับซ้อนมาก ทำให้การคาดคะเนถึงความต้องการดังกล่าวเป็นไปได้ยากมาก

ในสภาวะการณ์ปัจจุบันนี้ ธุรกิจหรือสถานบริการหลายแห่งได้เน้นการตลาดนำหน้าเรื่อง อื่นๆ เพื่อตอบสนองผู้บริโภคให้ดีที่สุด จึงทำให้ธุรกิจหรือสถานบริการมีความจำเป็นที่จะต้องทำ ความเข้าใจในพฤติกรรมของการบริโภค ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการคาดการณ์ วางแผน ปฏิบัติการ และประเมินผลงานทางด้านการตลาด นอกจากนี้ยังเป็นประโยชน์สำหรับผู้บริโภคในการเลือก บริโภคที่เหมาะสม และสำหรับหน่วยงานของรัฐในการทำหน้าที่รักษาความถูกต้องยุติธรรมให้กับ ทุกฝ่าย (สุภาภรณ์ พลนิกร 2548: 1)

พฤติกรรมผู้บริโภคในการใช้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข

พฤติกรรมสุขภาพ

การไปรับบริการของสถานบริการทางสาธารณสุข เช่น สถานอนามัย คลินิก โรงพยาบาลรัฐบาล โรงพยาบาลเอกชน ฯลฯ จัดเป็นพฤติกรรมสุขภาพซึ่งเป็นรูปแบบพฤติกรรม การเจ็บป่วยหรือพฤติกรรมการรักษาโรค เป็นการแสดงออกหรือการกระทำของบุคคล ที่แสดงออก เมื่อเจ็บป่วยหรือมีความผิดปกติของร่างกาย จิตใจ หรือสังคมเกิดขึ้น ซึ่งขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ คือ ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการและการรักษาโรค การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ค่านิยม ความเชื่อดั้งเดิม ขนบธรรมเนียมประเพณี และสถานบริการสาธารณสุขที่มีในชุมชน (จีระศักดิ์ เจริญพันธ์ และ เฉลิมพล ตันสกุล 2550: 11)

แบบแผนการแสวงหาบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข

แบบแผนการแสวงหาบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข จะแตกต่างกันไปตามถิ่นที่อยู่ ความสะดวกของการใช้สถานบริการต่างๆ ที่แตกต่างกันไป โดยในกรุงเทพมหานครประชาชน นิยมใช้บริการจากคลินิก หรือโรงพยาบาลเอกชนสูงสุดถึงร้อยละ 25.7 ซึ่งสถานะเศรษฐกิจเป็น ปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคบริการสุขภาพ ในสภาพที่หน่วยงานของรัฐยังไม่สามารถ ให้บริการได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ อันเนื่องจากปริมาณผู้ป่วยที่มีมากในแต่ละวัน ประชาชนที่มีสถานะทางเศรษฐกิจดีมีอำนาจในการซื้อบริการได้สูง จึงนิยมไปรับบริการรักษาจาก คลินิกเอกชนหรือโรงพยาบาลของเอกชน ซึ่งเน้นให้บริการด้านความสะดวก ความรวดเร็ว และมี ระบบขั้นตอนยุ่งยากน้อยกว่าแทน ซึ่งพบว่า ถ้ารายได้ครัวเรือนเพิ่มขึ้นร้อยละ 1 จะมีแนวโน้มใช้จ่ายรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนเพิ่มขึ้นร้อยละ 2.2 ดังนั้นจึงมีโรงพยาบาลเอกชน และ คลินิกเกิดขึ้นอย่างมากมายเพื่อมุ่งหวังให้บริการกับกลุ่มประชาชนที่มีอำนาจในการซื้อบริการสูง เหล่านี้ ดังนั้นหากมองปัจจัยด้านเศรษฐกิจจะเห็นว่า ประชาชนที่เศรษฐกิจต่ำเมื่อเกิดการเจ็บป่วยจะ นิยมซื้อยากินเอง หลังจากนั้นจึงจะไปรับการรักษาที่สถานบริการของรัฐ ส่วนผู้ที่มีเศรษฐกิจที่ดีกว่า จะไปรับการรักษาที่คลินิกเอกชน หรือโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งมีความรวดเร็วในการให้บริการ มากกว่า (เฉลิมพล ตันสกุล และ อัญชลี วงศ์ทางสวัสดิ์ 2538: 280)

แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมผู้บริโภคในการใช้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมผู้บริโภคในการใช้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข (เฉลิมพล ตันสกุล และ อัญชลี วงศ์ทางสวัสดิ์ 2538: 14-18)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมผู้บริโภคสามารถแบ่งได้เป็น ปัจจัยภายในตัวบุคคล และ ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ปัจจัยภายในตัวบุคคล

ปัจจัยภายในตัวบุคคล หรือปัจจัยทางจิตวิทยา หมายถึงส่วนที่อยู่ภายในจิตใจของบุคคล ที่มีผลต่อการเกิด และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ประกอบด้วยวุฒิภาวะ (Maturation) การรับรู้ (Perception) การเรียนรู้ (Learning) ความต้องการ (Need) ความคับข้องใจ (Frustration) ความสนใจ (Interest) เจตคติ (Attitude) อารมณ์ (Emotion) สติปัญญา (Intellectual) ค่านิยม (Values) ฯลฯ

ปัจจัยภายในตัวบุคคลนี้ นับว่ามีความสำคัญ และเป็นปัจจัยหลักที่บุคคลใช้ในการนึกคิด ก่อนจะตัดสินใจสั่งการออกมาเป็นพฤติกรรมภายนอก ตัวอย่างเช่น ถ้าผู้บริโภคไม่ต้องการจะซื้อสินค้าตัวใหม่ หรือรับฟังข่าวสาร โฆษณาสินค้าตัวใหม่ที่ส่งออกตามวิทยุ โทรทัศน์ และหนังสือพิมพ์ ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติที่เกี่ยวกับสินค้าตัวใหม่ ก็จะ ไม่เปลี่ยนแปลง หรือเด็กที่มีวุฒิภาวะแตกต่างกันย่อมจะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมบริโภคแตกต่างกัน

ปัจจัยภายในตัวบุคคลนี้ มีอยู่ในบุคคลทุกคน แต่จะแตกต่างกันในลักษณะ และความมากน้อยในกลุ่มประชาชนของประเทศไทยส่วนใหญ่ที่อาศัยอยู่ในชนบท ร้อยละ 80 มักจะมีปัจจัยภายในตัวบุคคลที่ไม่ส่งเสริมการมีพฤติกรรมสุขภาพ หรือพฤติกรรมผู้บริโภคที่ดี

ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล

พฤติกรรมผู้บริโภคทางสาธารณสุข เป็นพฤติกรรมการเรียนรู้ ซึ่งต้องอาศัยกระบวนการ จัดเกลาทางสังคม ร่วมกับปัจจัยแวดล้อมอื่นๆ ทั้งทางด้านสิ่งแวดล้อม สังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และการเมือง ฯลฯ ซึ่งปัจจัยสิ่งแวดล้อมทางสังคมเหล่านี้ รวมเรียกว่า ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ซึ่งในการศึกษาพฤติกรรมผู้บริโภคดังกล่าว จึงจำเป็นต้องวิเคราะห์ถึงปัจจัยภายนอกตัวบุคคลที่มีความผูกพันกับวิถีการดำเนินชีวิตทั้งหมดของบุคคล ปัจจัยภายนอกตัวบุคคลเหล่านี้ได้แก่

1. ปัจจัยทางกายภาพ (Physical Environment)

สภาพแวดล้อมของชุมชน สังคมจะเป็นตัวกำหนดการผลิตสินค้า อาหาร การบริการ ซึ่งได้แก่ สภาพภูมิศาสตร์ ดินฟ้าอากาศ สภาพพื้นดิน ปริมาณน้ำฝน ระบบชลประทาน อุณหภูมิสูงสุด-ต่ำสุดของปี ทรัพยากรธรรมชาติอื่นๆ ที่เอื้ออำนวยต่อการผลิตสินค้าอุปโภค บริโภคและบริการ

เช่น ประชาชนที่อาศัยอยู่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่ติดทะเล ชอบมีสินค้าอุปโภค บริโภค โดยเฉพาะอาหารการกินที่เกี่ยวข้องกับการประมงน้ำเค็มมากกว่าประชาชนที่อาศัยอยู่ทางภาคเหนือที่มีเฉพาะประมงน้ำจืด ด้วยเหตุนี้ คนทางภาคเหนือจึงมักจะเป็นโรคขาดสารไอโอดีน

2. ปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม (Socio-Cultural)

ลักษณะทางสังคม ขนบธรรมเนียม ประเพณีของสังคม ได้เข้ามาเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมผู้บริโภค พฤติกรรมผู้บริโภคมิใช่เป็นเพียงพฤติกรรมที่ตอบสนองความต้องการทางสรีรวิทยาเท่านั้น แต่เป็นพฤติกรรมการเรียนรู้ และขัดเกลาทางสังคม ซึ่งมีอิทธิพลมาจากปัจจัยทางด้านสังคม วัฒนธรรม ลักษณะการอุปโภค บริโภคของคนในสังคมส่วนใหญ่จะถูกกำหนดโดยบทบาท สถานภาพ ปทัสถานทางสังคม ของแต่ละสังคม คนในแต่ละชาติ แต่ละภาษา แต่ละวัฒนธรรม จะมีแนวทางการบริโภคตามขนบธรรมเนียมประเพณีในสังคมของตนเองรวมถึงสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับตัวบุคคล เช่น ระบบการศึกษา อาชีพ เชื้อชาติ เป็นต้น ล้วนแล้วแต่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมผู้บริโภค

3. ปัจจัยทางเศรษฐกิจ (Economic)

ระดับรายได้และสถานภาพทางเศรษฐกิจนับเป็นปัจจัยที่สำคัญอีกประการหนึ่ง ซึ่งเป็นตัวกำหนดในการตัดสินใจ เลือกบริโภคสินค้า อาหาร และบริการ ที่มีจำหน่ายในชุมชนมาบริโภค แต่การมีฐานะทางเศรษฐกิจที่ดีก็ไม่จำเป็นว่าบุคคลๆ นั้น จะมีพฤติกรรมผู้บริโภคที่ดีเสมอไป ทั้งนี้ยังเกี่ยวพันเชื่อมโยงกับปัจจัยภายในตัวบุคคล เช่น ความรู้ ค่านิยม ความเชื่อในการบริโภคนั้นๆ

4. ปัจจัยทางการเมือง (Political)

นโยบายทางการเมืองเป็นปัจจัยหนึ่งที่ค่อนข้างมีความสำคัญ และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมผู้บริโภคด้านสาธารณสุขอย่างมาก เนื่องจากตัวนโยบายจะนำไปสู่กลวิธีและการดำเนินงานให้เป็นไปตามนโยบายที่วางไว้ โดยบางครั้งมาตรการจะออกมาในรูปแบบของกฎหมายที่ควบคุมพฤติกรรมผู้บริโภค ไม่โดยตรงก็โดยทางอ้อม กรณีที่รัฐมีนโยบายที่ต่างกันก็จะมีผลให้ประชาชนในสังคมนั้นมีพฤติกรรมบริโภคต่างกัน ดังตัวอย่างเช่น การซื้อขายยาในสหรัฐอเมริกา ร้านขายยาจะขายยาตามใบสั่งแพทย์เท่านั้น การที่นาย ก นาย ข จะเดินเข้าไปสั่งซื้อยาเหมือนกับประเทศไทยนั้น ไม่สามารถทำได้

5. ปัจจัยทางเทคโนโลยี (Technology)

ความเจริญก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยี จะส่งผลโดยตรงต่อการขนส่งผลผลิต ตลาดซื้อขายผลผลิต การเก็บถนอมสินค้า รูปแบบการผลิตเช่น ความสำเร็จในการขนส่งทางอากาศ มีผลทำให้ผู้บริโภคสามารถเลือกสินค้าอุปโภค และบริการที่รวดเร็ว สด ทันเวลา และความต้องการ เช่น สามารถเลือกซื้อดอกคาร์เนชั่นหรือดอกทิวลิปได้สดทัดเทียมกับประเทศผู้ส่งออก หรือในด้าน

เทคโนโลยีในการถนอมสินค้า เช่น การเก็บสินค้าในระบบที่อากาศเข้าไปไม่ได้หรือกรณีการอบรังสีในสินค้าประเภทหมวม เป็นต้น

พฤติกรรมของบุคคลจะเกิดขึ้นและเป็นไปในทิศทางใดนั้น มีสาเหตุจากการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ซึ่งสิ่งแวดล้อมในที่นี้ หมายถึงสิ่งแวดล้อมที่อยู่ภายในตัวบุคคล และสิ่งแวดล้อมที่อยู่ภายนอกตัวบุคคล การปฏิสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อมภายใน และสิ่งแวดล้อมภายนอกตัวบุคคล ทำให้เกิดทิศทางและเป้าหมายของพฤติกรรมที่บุคคลนั้นต้องตัดสินใจ แสดงพฤติกรรมออกมา

ปัจจุบันความต้องการพื้นฐานที่สำคัญอย่างยิ่งของมนุษย์ ก็คือ อากาศ น้ำ อาหาร เสื้อผ้าที่อยู่อาศัย และยารักษาโรคไว้เพื่ออุปโภค บริโภค และบริการต่างๆ ให้พอเพียงกับที่ร่างกายต้องการ รูปแบบของสินค้าที่ตอบสนองการอุปโภค บริโภค และบริการต่างๆ นี้ ต้องอาศัยขั้นตอนการผลิตโดยอาศัยปัจจัยต่างๆ เช่น ถ้าเป็นอาหารจะต้องเริ่มต้นจากลักษณะพื้นที่ที่ปลูก ความเหมาะสมของพันธุ์พืชต่างๆ ความอุดมสมบูรณ์ของดิน ลมฟ้าอากาศ การใช้ยาปราบศัตรูพืช จากนั้น อาหารจะผ่านกระบวนการเก็บเกี่ยว การขนส่ง การแปรรูปไปสู่ตลาด ความต้องการของผู้บริโภค และอำนาจการซื้อของประชาชน เมื่ออาหารมาถึงผู้บริโภค ผู้บริโภคจะเตรียมอาหารตามความเหมาะสมกับบริโภคนิสัยของตนเอง ซึ่งจะแตกต่างกันตามความเคยชิน ขนบธรรมเนียมประเพณี และความเชื่อต่างๆ โดยพฤติกรรมผู้บริโภคนั้น ส่งผลต่อภาวะสุขภาพทางสาธารณสุขของผู้บริโภคโดยตรง จะเห็นได้ว่าวงจรของสินค้าอุปโภค บริโภค และบริการต่างๆ นั้น ยุ่งยาก สลับซับซ้อน มีปัจจัยต่างๆ ซึ่งมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมผู้บริโภค และสุขภาพผู้บริโภคโดยตรง ดังรูปที่ 3 ได้แก่

ปัจจัยทางกายภาพ (Physical Environment)

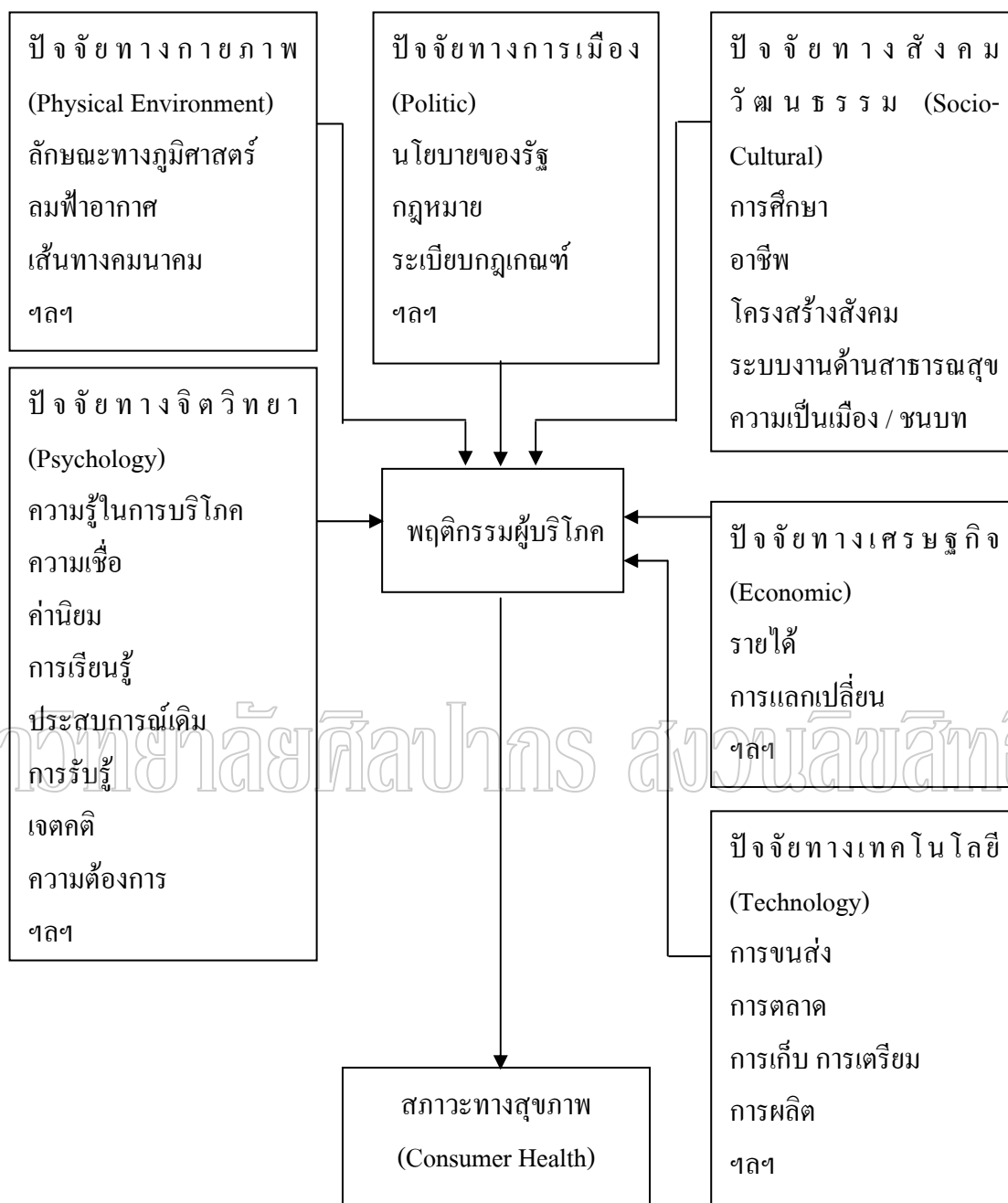
ปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม (Socio-Cultural)

ปัจจัยทางเศรษฐกิจ (Economic)

ปัจจัยทางการเมือง (Politic)

ปัจจัยทางเทคโนโลยี (Technology)

ปัจจัยทางจิตวิทยา (Psychology)



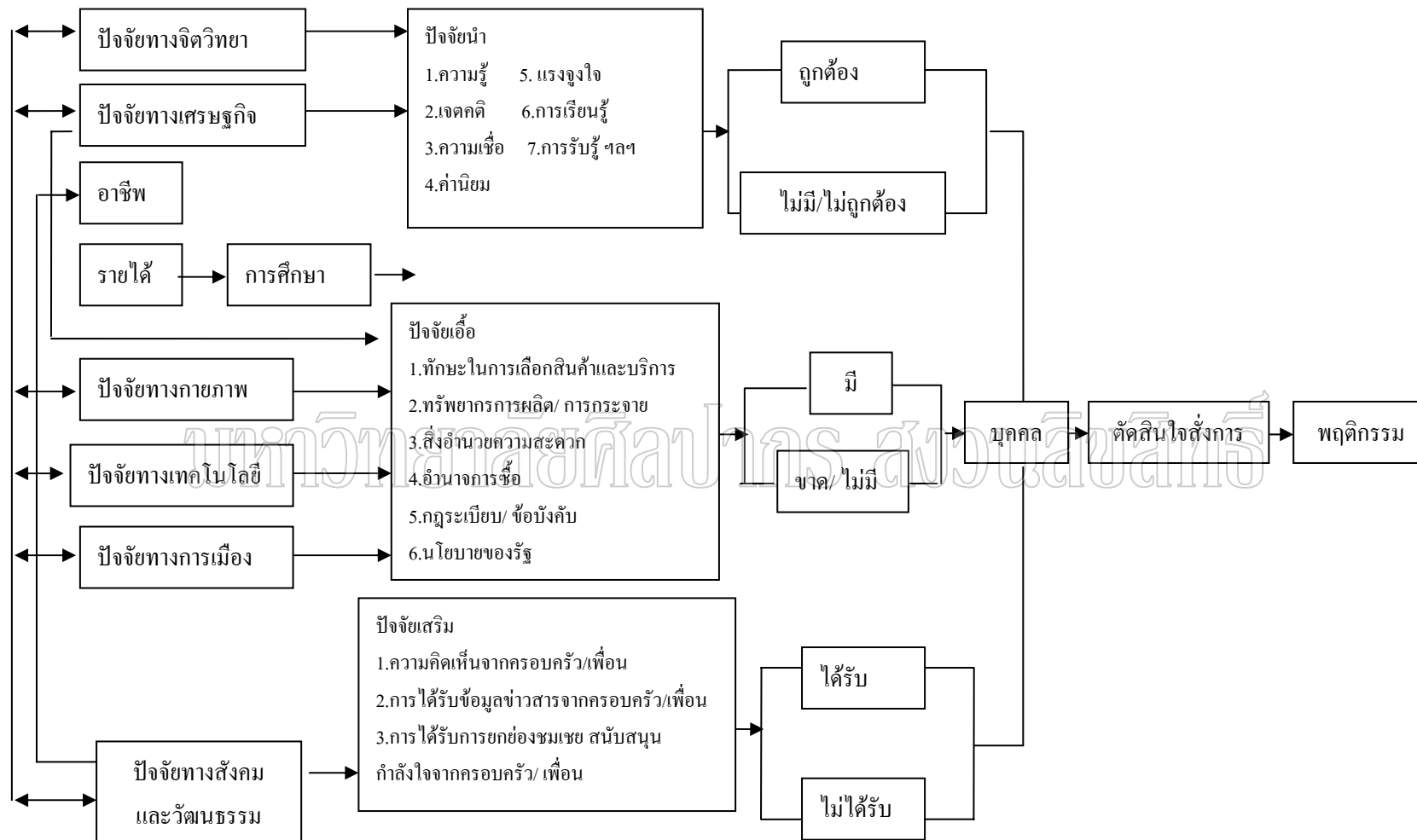
แผนภูมิที่ 3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมผู้บริโภค

ที่มา : เฉลิมพล ต้นสกุล และ อัญชลี วงศ์ทางสวัสดิ์, พฤติกรรมผู้บริโภคทางสาธารณสุข (นนทบุรี : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2538),26.

จากความรู้พื้นฐานด้านพฤติกรรมศาสตร์ชี้ให้เห็นว่ามีองค์ประกอบมากมายที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนพฤติกรรมผู้บริโภคนี้ได้แบ่งกลุ่มขององค์ประกอบนี้ออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ ตามแนวคิด PRECEDE – PROCEED MODEL ของ Lawrence W.Green และ Marshall W.Kreuter ซึ่งได้ถูกนำไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนโครงการส่งเสริมสุขภาพของหน่วยงานของรัฐและเอกชนในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green and Kreuter 1991: 25)

แนวคิด PRECEDE – PROCEED MODEL ประกอบด้วย ปัจจัยนำ (Predisposing factors) ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) และปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) โดยโมเดลนี้สามารถนำไปใช้ในงานสาธารณสุข งานสุขศึกษา ได้อย่างกว้างขวาง ในสถานการณ์ของปัญหาที่แตกต่างกัน เช่น ในการวางแผนสุขศึกษา การดำเนินงานสุขศึกษาในปัญหาต่างๆ การประเมินผล รวมทั้งการวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมผู้บริโภค การใช้โมเดลนี้เป็นกระบวนการดำเนินงานในลักษณะของการเริ่มต้นจากสภาพการณ์ที่เป็นอยู่หรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น แล้วพิจารณาย้อนกลับไปยังสาเหตุว่าเป็นเพราะอะไร ทำไม หรือมีสาเหตุมาจากอะไร กล่าวคือเป็นกระบวนการที่วิเคราะห์ย้อนกลับว่าสิ่งที่เป็นอย่างนั้น มีองค์ประกอบ หรือปัจจัยนำอะไรบ้างที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ หรือสภาพดังกล่าว ดังรายละเอียดในรูปที่ 4

มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์บุรีรัมย์ สงวนลิขสิทธิ์



แผนภูมิที่ 4 กรอบแนวคิดแบบแผนพฤติกรรมผู้บริโภค

ที่มา: เฉลิมพล ต้นสกุล และ อัญชติ วงศ์ทางสวัสดิ์, พฤติกรรมผู้บริโภคทางสาธารณสุข (นนทบุรี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2538), 32.

กระบวนการตัดสินใจในการบริโภคด้านสาธารณสุข (สมโภช เปลี่ยนบางยาง และคณะ 2538: 50)

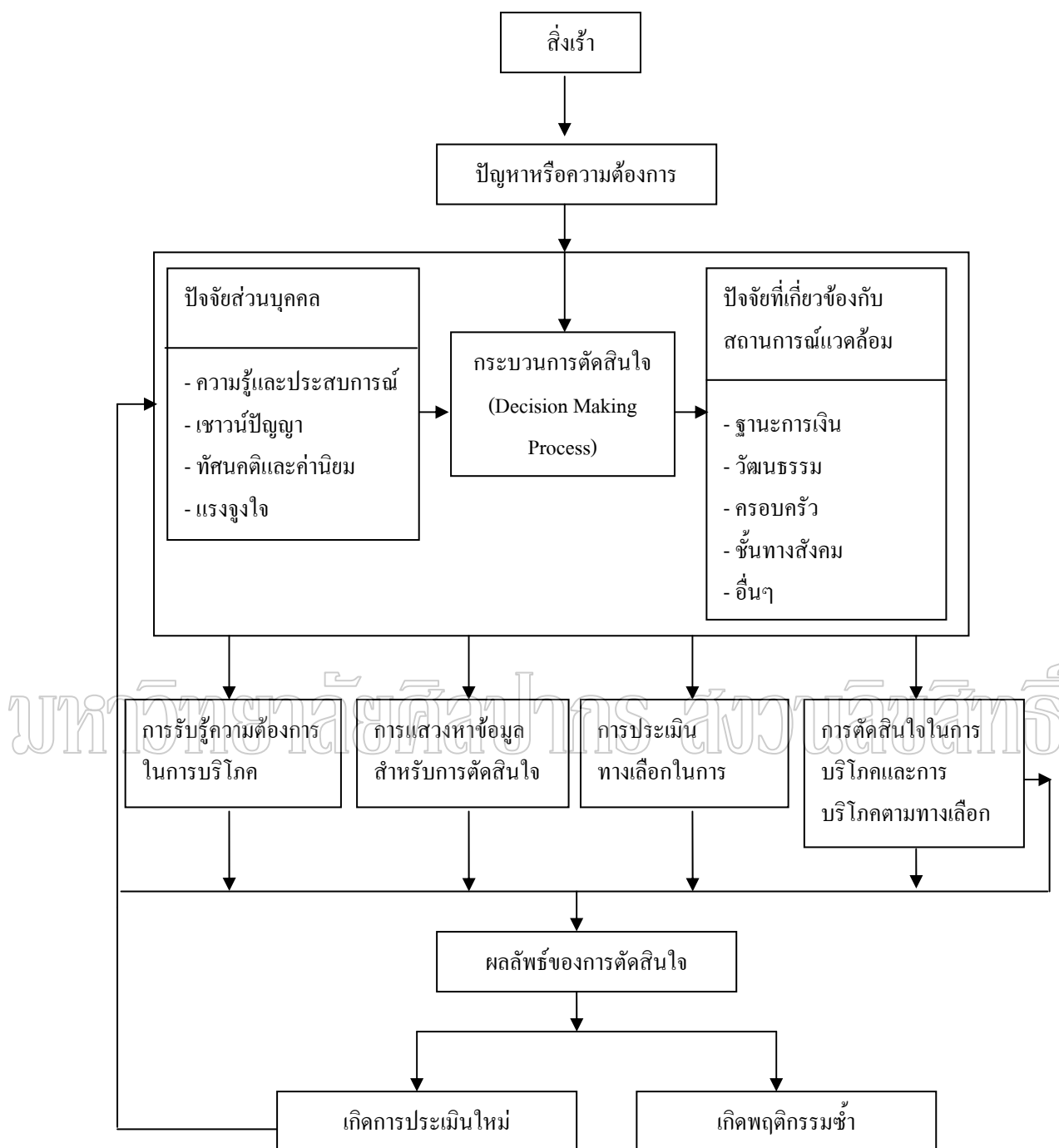
การเกิดพฤติกรรมต่างๆของมนุษย์ล้วนเป็นผลสืบเนื่องจากการตัดสินใจของบุคคล การตัดสินใจนี้ประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ ที่เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบและมีเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจง ขั้นตอนต่างๆ เหล่านี้รวมเรียกว่า กระบวนการตัดสินใจ การศึกษาถึงกระบวนการตัดสินใจในการบริโภคจะเป็นพื้นฐานที่จะเข้าใจถึงกลไกทางจิตวิทยาของผู้บริโภคที่เป็นผลสืบเนื่องมาจากอิทธิพลของปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลกระทบต่อตัดสินใจเลือกบริโภคหรือก่อให้เกิดพฤติกรรมในการบริโภค ซึ่งจะมีประโยชน์ในการกำหนดกลยุทธ์และแผนงานที่เหมาะสมในการส่งเสริมพฤติกรรมในการบริโภคที่ถูกต้องแก่ผู้บริโภค เพื่อให้ผู้บริโภคสามารถเลือกใช้บริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน ซึ่งก่อให้เกิดความปลอดภัยและเป็นผลดีต่อสุขภาพ

กระบวนการตัดสินใจของผู้บริโภคด้านสาธารณสุข จึงประกอบด้วยขั้นตอนการตัดสินใจบริโภคผลิตภัณฑ์ หรือการบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพหรือมีผลต่อสุขภาพของบุคคลไม่ว่าจะมีผลทางด้านบวกหรือด้านลบ ได้แก่ กระบวนการตัดสินใจในการสูบบุหรี่ กระบวนการตัดสินใจในการเลือกซื้ออาหาร กระบวนการตัดสินใจเลือกใช้บริการทางการแพทย์ เป็นต้น

การตัดสินใจเป็นพฤติกรรมที่ประกอบด้วยกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างมีระบบและเป็นขั้นตอน ซึ่งผ่านกระบวนการรู้คิด (cognitive formation) กล่าวคือ เมื่อบุคคลได้รับข้อมูลที่ส่งผ่านเข้ามาทางประสาทสัมผัส (sensory) ข้อมูลนี้จะถูกป้อนเข้าไปในสมอง ซึ่งจะแปลความหมายทำให้เกิดการรับรู้ (perception) ข้อมูลนี้จะถูกประมวลเชื่อมโยงเข้ากับข้อมูลที่เป็นประสบการณ์เดิม ความเชื่อ ค่านิยม ทักษะคิด เกิดความรู้คิดและเข้าใจ (cognition) ถ้าข้อมูลที่ได้รับมาถูกแปลความหมายเป็นปัญหาและต้องการตัดสินใจก็จะเกิดกระบวนการตัดสินใจตามมา กระบวนการตัดสินใจประกอบด้วยขั้นตอนสำคัญ คือ

1. การรับรู้ถึงปัญหา
2. การแสวงหาข้อมูลสำหรับการตัดสินใจ
3. การประเมินทางเลือกในการบริโภค
4. การตัดสินใจเลือกและการบริโภคตามทางเลือก

ในแต่ละขั้นตอนดังกล่าว อาจเกิดขึ้นย้อนกลับไปได้ หรืออาจเกิดขึ้นหลายขั้นตอนพร้อมกันได้ ดังแสดงในรูปที่ 5



แผนภูมิที่ 5 ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการตัดสินใจ

ที่มา : สมโภช เปลี่ยนบางยาง และคณะ, พฤติกรรมผู้บริโภคทางสาธารณสุข (นนทบุรี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2538) , 32.

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวกับต้นทุนหรือค่าใช้จ่ายในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

สุพัฒน์ วาณิชการ (2532: 7-9) ได้ทำการศึกษาค่าใช้จ่ายในมุมมองของผู้ป่วยในการรักษาโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่โรงพยาบาลศิริราช เมื่อปี พ.ศ. 2532 พบว่า การรักษาแบบฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยรักษาสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง เสียค่าใช้จ่ายปีละ 200,000-300,000 บาท เมื่อรักษาตลอดชีวิตจะเสียค่ายาเท่ากับ 1,000 บาท/เดือน การไปโรงพยาบาลสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง สำหรับการรักษาแบบล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างต่อเนื่อง รักษาวันละ 4-6 ครั้ง เสียค่าใช้จ่ายปีละประมาณ 100,000 บาท เมื่อรักษาตลอดชีวิตจะเสียค่ายาเท่ากับ 1,000 บาท/เดือน สำหรับการไปโรงพยาบาล เดือนละครั้งและกรณีไม่ติดเชื้อ

สุชาติ อินทรประสิทธิ์ (1992: 17-21, อ้างถึงใน จันทิรา หอมวิจิตรกุล 2540) ได้ทำการศึกษาค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคไต ที่คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาชินดีและที่โรงพยาบาลเอกชน เมื่อปี พ.ศ.2535 พบว่า การฟอกเลือด (Hemodialysis) ที่โรงพยาบาลเอกชน มีค่าใช้จ่าย US\$ 917± 237/ month (24,000 บาท/เดือน) ในส่วนของการฟอกเลือดที่โรงพยาบาลของรัฐ มีค่าใช้จ่าย US\$ 466± 126/ month (12,000 บาท/เดือน) สำหรับผู้ป่วยที่รักษาแบบ CAPD มีค่าใช้จ่าย US\$ 543± 145/ month (14,000 บาท/เดือน)

สุนทร การบรรเลง (2538: 87-89) ได้ศึกษาประวัติความเป็นมาและเยี่ยมบ้านผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เข้ารับการฟอกเลือดที่หน่วยไตเทียม มูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย ณ โรงพยาบาลสงฆ์ เมื่อปี พ.ศ. 2538 พบว่าปัญหาที่สำคัญที่สุดคือ ค่าใช้จ่ายในการรักษา เมื่อผู้ป่วยต้องฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นประจำทุกสัปดาห์ๆ ละ 2-3 ครั้ง การฟอกเลือดต้องเสียค่าฟอกเลือดเป็นเงินจำนวน 1,000 บาทต่อครั้ง เดือนหนึ่งจะประมาณ 8,000 – 12,000 บาท ปีหนึ่งประมาณ 96,000-144,000 บาท แต่ถ้าฟอกเลือดในโรงพยาบาลเอกชน ทุกสัปดาห์ๆ ละประมาณ 2-3 ครั้ง การฟอกเลือดต้องเสียค่าฟอกเลือดเป็นเงินจำนวน 3,000 บาทต่อครั้ง เดือนหนึ่งจะประมาณ 24,000-36,000 บาท ปีหนึ่งจะประมาณ 288,000-432,000 บาท ต้องรับประทานยาเป็นประจำทุกวันๆ ละ 54.50 บาท เดือนหนึ่งจะเป็นเงินประมาณ 1,635 บาท ในบางรายต้องฉีดยารักษาความเข้มของโลหิต สัปดาห์ละ 1-2 ครั้งๆ ละ 1 เข็ม ราคาเข็มละ 1,600 บาท รวมเป็นเงิน 1,600 - 3,200 บาท เดือนหนึ่ง 4-8 เข็ม เป็นเงินจำนวน 6,400 - 12,800 บาท นอกจากปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาแล้ว ผู้ป่วยยังประสบกับปัญหาอื่นๆ อีกมาก

จันทิรา หอมวิจิตรกุล (2541) ได้ศึกษาและเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยวิธีฟอกเลือดและล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างต่อเนื่อง และหาความสัมพันธ์ของอายุและระยะเวลาในการรักษาที่มีผลต่อค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย เมื่อปี พ.ศ. 2541 โดยแบ่งเป็น

ค่าใช้จ่ายทางตรงทางการแพทย์ และไม่เกี่ยวกับทางการแพทย์ และค่าใช้จ่ายทางอ้อมเนื่องจากการขาดงาน พบว่า ผู้ป่วยฟอกเลือดเสียค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 41,804.78 บาท/ ราย/ เดือน ผู้ป่วย CAPD เสียค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 37,026.91 บาท/ ราย/ เดือน ส่วนผู้ป่วยทั่วไปเสียค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 354.45 บาท/ ราย/ เดือน ซึ่งผู้ป่วยทั้ง 3 กลุ่มมีค่าใช้จ่ายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อค่าใช้จ่าย ได้แก่ อายุ วิธีการรักษา โรคเบาหวาน จำนวนครั้งที่มาโรงพยาบาล และระยะเวลาในการรักษา (เดือน) เมื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างค่าใช้จ่ายกับอายุและระยะเวลาในการรักษา พบว่า ผู้ป่วยฟอกเลือดเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น ส่วนผู้ป่วย CAPD เสียค่าใช้จ่ายลดลงเมื่อระยะเวลาการรักษามากขึ้น

วิชช เกษมทรัพย์ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และ สุวรรณ มูเก็ม (2544: 35-41) ได้ศึกษาต้นทุนทางตรงที่เกิดจากการรักษาพยาบาล พบว่าต้นทุนทั้งหมดของการให้บริการฟอกเลือด ค้างไตทางช่องท้อง และผ่าตัดเปลี่ยนไต(ปีแรก) เท่ากับ 150,000 บาท/ ราย/ ปี 170,000บาท/ ราย/ ปี และ 350,000-400,000 บาท/ ราย/ ปีตามลำดับ โดยต้นทุนทั้งหมดใน 5 ปีแรกของการให้บริการฟอกเลือดเท่ากับ 750,000บาท/ ราย ซึ่งมีค่าต่ำกว่าการล้างไตทางช่องท้อง และผ่าตัดเปลี่ยนไตซึ่งเท่ากับ 850,000 บาท/ ราย และ 850,000-900,000 บาท/ ราย ตามลำดับ สำหรับค่าใช้จ่ายทั้งหมดใน 10 ปีของการให้บริการฟอกเลือดเท่ากับ 1,500,000 บาท/ ราย การล้างไตทางช่องท้องเท่ากับ 1,700,000 บาท/ ราย และผ่าตัดเปลี่ยนไตเท่ากับ 1,350,000-1,900,000 บาท/ ราย

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2544: 215-225) ได้ศึกษาต้นทุนของการให้บริการทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดสำหรับสถานบริการภาครัฐ 21 แห่ง และภาคเอกชน 11 แห่งทั่วประเทศ เมื่อปี พ.ศ.2542 พบว่าต้นทุนของการให้บริการฟอกเลือดอยู่ในช่วงระหว่าง 1,317 บาทถึง 2,510 บาทต่อครั้งของการให้บริการฟอกเลือด ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับจำนวนของเครื่องไตเทียมที่มีในสถานบริการและจำนวนครั้งของการฟอกเลือดต่อเครื่องไตเทียมต่อวัน โดยพบว่าต้นทุนทั้งหมด ได้แก่ ต้นทุนค่าวัสดุหรือน้ำยาต่างๆ ต้นทุนค่าแรง และต้นทุนค่าครุภัณฑ์ สิ่งก่อสร้าง จะแปรผกผันตามจำนวนเครื่องไตเทียมที่มีในสถานบริการ สำหรับค่าเฉลี่ยของการเรียกเก็บค่าบริการฟอกเลือดจากสถานพยาบาลภาครัฐเท่ากับ 2,700 บาทต่อครั้ง ทั้งนี้หากคิดรวมค่ายากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงหรือค่าใช้จ่ายสำหรับการให้เลือด ค่าใช้จ่ายทั้งหมดสำหรับการให้บริการฟอกเลือดจึงประมาณ 254,000-304,000 บาทต่อรายต่อปี

เปี่ยมศักดิ์ มีชัย (2545) ได้ศึกษาเพื่อวิเคราะห์ต้นทุนและผลได้ของการรักษาบำบัดทดแทนไตโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยแบ่งหน่วยไตเทียมที่ทำการศึกษออกเป็น 4 กลุ่ม คือ ขนาดเล็ก กลาง ใหญ่ และหน่วยไตเทียมในต่างจังหวัดที่มีการดำเนินงานมาไม่ต่ำกว่า 5 ปี โดยโรงพยาบาลตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของแต่ละกลุ่ม คือ โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลวชิระ

โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลอุดรธานี การวิเคราะห์ทางด้านต้นทุนได้แบ่งหน่วยงาน ออกเป็น 2 หน่วยงาน คือ หน่วยไตเทียมและหน่วยสนับสนุนการรักษาพยาบาล โดยทำการศึกษา ต้นทุนทางตรงทางการแพทย์ ต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับการแพทย์ และต้นทุนทางอ้อมคือรายได้ที่ เสียไปจากการมาฟอกเลือด การวิเคราะห์ทางผลได้ทางตรงคือ ค่ารักษาพยาบาลของโรคไตและโรค แทรกซ้อนที่ประหยัดได้จากการฟอกเลือด และวัดผลได้ทางอ้อมจากรายได้ที่คาดว่าจะได้รับใน อนาคตถ้ายังมีชีวิตอยู่ พบว่าในภาพรวมนั้น ต้นทุนรวมทั้งหมดในการฟอกเลือดมีค่าเท่ากับ 6,677,262 บาทต่อปี หรือคิดเป็น 267,090 บาทต่อรายต่อปี และคิดเป็นต้นทุนต่อครั้ง 2,552 บาท โดยเป็นต้นทุนทางตรงทางการแพทย์ 4,656,495 บาทต่อปี เป็นต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับ การแพทย์ 773,054 บาทต่อปี โดยมีต้นทุนทางอ้อมจากรายได้ที่เสียไปจากการมาฟอกเลือดเท่ากับ 1,247,713 บาทต่อปี คิดเป็นต้นทุนทางตรงทั้งหมดร้อยละ 81.32 เป็นต้นทุนทางอ้อมร้อยละ 18.68

กัญญา คิชยาธิคม และคณะ (2546) ได้ศึกษาต้นทุนและประสิทธิภาพของหน่วยบริการ ไตเทียม ภาครัฐและเอกชน พบว่าต้นทุนต่อครั้งของการให้บริการเครื่องไตเทียมในมุมมองของผู้ ให้บริการ ภาครัฐบาลมีต้นทุนต่อครั้งเท่ากับ 1,927 บาท ซึ่งสูงกว่าภาคเอกชนที่มีต้นทุนต่อครั้ง เท่ากับ 1,525 บาท ในเรื่องราคาค่าบริการของการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่า ผู้ป่วยที่มี สวัสดิการรักษายาบาลจากราชการจะถูกเรียกเก็บในอัตราที่สูงกว่าในกรณีที่ผู้ป่วยจ่ายเงินเอง และ ผู้ป่วยจ่ายเงินเองจะมีราคาที่สูงกว่าผู้ป่วยที่ใช้สิทธิประกันสังคม สำหรับในหน่วยบริการไตเทียม ของรัฐบาลมีการเรียกเก็บเงินค่าบริการกับผู้ป่วยประกันสังคมต่ำที่สุด รองลงมาคือผู้ป่วยที่จ่ายเงิน เอง และผู้ป่วยที่มีสวัสดิการข้าราชการจะถูกเรียกเก็บในอัตราสูงที่สุด ซึ่งแตกต่างจากการเรียกเก็บ ค่าบริการของหน่วยงานเอกชนที่ผู้ป่วยประกันสังคมจะถูกเรียกเก็บในอัตราที่ต่ำที่สุด ตามด้วย ผู้ป่วยสวัสดิการข้าราชการ และสูงที่สุดในผู้ป่วยที่ต้องจ่ายเงินเอง โดยภาพรวมภาคเอกชนจะเรียก เก็บในอัตราที่สูงกว่าภาครัฐ

นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่เกี่ยวกับต้นทุนหรือค่าใช้จ่ายในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมใน ต่างประเทศดังนี้

ลอร์รี่ และ แฮมเปอร์ส (Lowrie and Hampers 1981: 434-438) ได้ศึกษาในผู้ป่วยไต วายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เพิ่มมากขึ้น มีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งมีปัญหาทางการเงินในการรักษา โปรแกรม ESRD นั้นจะมีต้นทุนสูงกว่าการดูแลสุขภาพทั่วไป ค่าใช้จ่ายที่น้อยที่สุดในการทำ dialysis ประมาณ US\$138 ต่อการทำ dialysis ซึ่งจะสูงกว่าการรักษาอื่นๆ ในจำนวนนี้ร้อยละ 48 ของผู้ป่วยที่ทำ dialysis จะเป็นผู้ป่วยนอกซึ่งจะต้องมีหน่วยให้บริการและมีเจ้าหน้าที่ดูแล มี ค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยต้องจ่าย รวมทั้งค่าใช้จ่ายอื่นๆ อีก ที่ต้องจ่ายเพิ่มเติม นอกเหนือที่จะต้องจ่ายให้กับ

โรงพยาบาล งานวิจัยนี้เสนอว่าแพทย์ที่รักษาจะต้องให้ความสนใจเรียนรู้เกี่ยวกับต้นทุนที่เกิดขึ้น รวมทั้งการควบคุมรักษาโรคไปด้วย ซึ่งจะรวมถึงการบริหารจัดการทางด้านเศรษฐศาสตร์ทางการแพทย์ เหมือนกับการบริหารงานในคลินิก ความสำเร็จของโปรแกรม ESRD ในการบริการที่ควบคุมค่าใช้จ่ายแต่ยังคงคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย

ดิสนีย์ (Disney 1990: 494-499) ได้ศึกษาถึงการรักษาโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ด้วยวิธีการฟอกเลือดหรือการล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างต่อเนื่องที่ประเทศออสเตรเลีย ปี ค.ศ.1988 พบว่า โรงพยาบาลที่รักษาส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลของรัฐบาล โดยให้บริการผู้ป่วยทุกคน การรักษาด้วยการฟอกเลือดนั้นจะกำหนดทำ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 4-5 ชั่วโมง การทำ CAPD นั้นสามารถทำได้ที่บ้าน ค่าใช้จ่ายในการรักษาด้วยการฟอกเลือดที่โรงพยาบาล โดยใช้หน่วยเงินเหรียญออสเตรเลีย พบว่า ค่ารักษา a\$6,746 ค่ายา a\$1,373 ค่าบริการอื่นๆ a\$9,225 เงินเดือนเจ้าหน้าที่ a\$19,734 รวมทั้งหมด a\$37,078 การทำ CAPD ที่บ้าน ค่ารักษา (อุปกรณ์) a\$11,336 ค่ายา a\$1,371 ค่าบริการอื่นๆ a\$5,005 เงินเดือนเจ้าหน้าที่ a\$10,087 รวมทั้งหมด a\$27,799 ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษา 12 เดือน

โกเรีย และคณะ (Goeree et al. 1995: 455-464) ได้ศึกษาถึงต้นทุนในการเลือกการรักษาด้วย dialysis เพื่อรักษาโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ในการประเมินผลสภาพทางสังคมในโปรแกรมการรักษาโรคไต ใน south - western Ontario โดยเปรียบเทียบวิธีการรักษาคือ การฟอกเลือดในโรงพยาบาล การฟอกเลือดที่บ้าน การฟอกเลือดด้วยตนเอง และการล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างต่อเนื่อง โดยศึกษาในผู้ป่วยทุกคนที่รักษาด้วยวิธีเดียวกัน ระหว่างเดือนเมษายน ค.ศ.1990 ถึง มีนาคม ค.ศ.1991 โดยใช้มาตรฐานเงินดอลลาร์แคนาดาปี 1993 พบว่า ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อผู้ป่วยต่อปีเมื่อรักษาด้วยวิธีฟอกเลือดในโรงพยาบาล Can\$88,585 รักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยตนเอง Can\$55,593 รักษาด้วยวิธีล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างต่อเนื่อง Can\$44,790 และรักษาด้วยการฟอกเลือดที่บ้าน Can\$32,570 ข้อมูลที่ได้นั้นแสดงจำนวนค่าใช้จ่ายที่แตกต่างกันมากที่สุดตามวิธีการรักษาที่แตกต่างกันออกไป วิธีการที่ใช้วิเคราะห์ทางเศรษฐศาสตร์สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในส่วนที่แตกต่างกันในโครงสร้างและสเกลที่ใช้วัดค่าใช้จ่ายในการรักษา dialysis มาจากองค์กรที่บริหารเจ้าหน้าที่หน่วยซัพพลาย และวัสดุทางการแพทย์ที่แตกต่างกันออกไปตามสถานที่ ซึ่งกำหนดราคาที่แตกต่างกัน

แมคมอเรย์ และ มิลเลอร์ (McMurray and Miller 1997: 542-548) ได้ศึกษาการเปลี่ยนแปลงความคิดเห็นในวิธีการคืนเงินค่ารักษาในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ในการศึกษาค่าใช้จ่ายทั้งหมดในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ northeast Indiana มามากกว่า 4 ปี โดยหวังว่าการบริการจะช่วยลดค่าใช้จ่าย โดยศึกษาในผู้ป่วยใหม่ 6 รายที่ได้รับการรักษาด้วย

dialysis และ 29 รายที่รักษาอยู่แล้ว โดยติดตามไป 1 ปี โดยค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยนอกที่จัดไว้ นั้นเท่ากันในทุกโรงพยาบาล พบว่าค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยทุกคน US\$43,044 ต่อปี ผู้ป่วยรายใหม่ ค่าใช้จ่ายในการรักษา US\$3,164 มากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาอยู่แล้ว ค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาล นั้นจะแตกต่างกันออกไป ผู้ป่วย CAPD ค่าใช้จ่ายในการรักษา US\$14,570 ต่อปี น้อยกว่าผู้ป่วย hemodialysis ความแตกต่างนั้นจะสัมพันธ์กับขนาดของแต่ละโรงพยาบาล

คาโล, จาเรย์ และ นาเกีย (Kalo, Jaray and Nagy 2001: 188-193) ได้ศึกษาถึงค่าใช้จ่ายต่อปีในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมของประเทศฮังการี ในปี ค.ศ.1997 พบว่าต้นทุนทางตรงที่ เกี่ยวกับการแพทย์เท่ากับ 1,259,573.33 บาท ต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับทางการแพทย์ เท่ากับ 196,386.67 บาท ต้นทุนรวมทั้งหมด เท่ากับ 1,455,960 บาท และยังศึกษาถึงค่าใช้จ่ายในการรักษา ด้วยการปลูกถ่ายไตเปรียบเทียบกับฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่า ค่าใช้จ่ายในปีแรกของการรักษาด้วยการปลูกถ่ายไต จะสูงกว่าการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ดังเช่นในประเทศ สหรัฐอเมริกา แต่เมื่อพิจารณาระยะเวลา 5 และ 10 ปี หลังการปลูกถ่ายไต การรักษาด้วยการปลูกถ่ายไตจะประหยัดกว่าวิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นเงิน 3,401,146.67 บาท/ ราย และ 8,014,013.33 บาท/ ราย ตามลำดับ

เซนนัฟท์, แมกนัสสัน และ คาร์ลสัน (Semnait, Magnusson and Carlsson 2002: 39-47) ได้ศึกษาต้นทุนรวมของการรักษาเพื่อทดแทนไตของประเทศสวีเดน ในปี ค.ศ.1999 ที่เกี่ยวข้องกับ ต้นทุนทางตรงที่เกิดจากการรักษา (direct medical cost) ต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษา (direct non-medical cost) และต้นทุนทางอ้อม (indirect cost) ที่ทำให้ผู้ป่วยเสียโอกาสในการทำงาน พบว่าค่าใช้จ่ายต่อปีของการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีต้นทุนทางตรงที่เกิดจากการรักษา (direct medical cost) เท่ากับ 1,999,680 บาท ต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษา (direct non-medical cost) เท่ากับ 287,040 บาท รวมต้นทุนทางตรงทั้งหมดเท่ากับ 2,286,720 บาท มีต้นทุนทางอ้อม (indirect cost) เท่ากับ 1,676,640 บาท รวมต้นทุนทั้งหมดเท่ากับ 3,963,360 บาท เมื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายของการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมกับการปลูกถ่ายไต พบว่าการปลูกถ่ายไตจะประหยัดกว่าตั้งแต่ปีแรก โดยเมื่อพิจารณาเฉพาะต้นทุนทางตรงด้านการรักษาทางการแพทย์ พบว่า การรักษาด้วยการปลูกถ่ายไต จะมีต้นทุนต่ำกว่าการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เป็นเงิน 7,838,640 บาท/ ราย เมื่อพิจารณาเป็นระยะเวลา 5 ปีแรกของการรักษาด้วยการปลูกถ่ายไต นอกจากนี้การรักษาด้วยการปลูกถ่ายไตจะมีต้นทุนรวม (รวมต้นทุนทางตรงและทางอ้อม) ต่ำกว่า การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นเงิน 15,715,440 บาท/ ราย และถ้าเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายของการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมกับการล้างไตทางช่องท้อง พบว่าต้นทุนรวมของการรักษาด้วยการฟอกเลือดจะสูงกว่า ไม่ว่าจะเป็นต้นทุนค่าแรงงาน ค่าลงทุน ค่าเดินทาง หรือต้นทุนทางอ้อม ยกเว้นเพียง

ต้นทุนค่ายาเท่านั้นที่การรักษาด้วยการฟอกเลือดมีค่าต่ำกว่า ดังนั้นเมื่อพิจารณาใน 5 ปีแรกของการรักษา การล้างไตช่องท้องจะให้ค่าที่ต่ำกว่าการฟอกเลือด 4,840,800 บาท/ ราย

ไวเซียไนน์ และคณะ (Vaicuniene et al. 2007: 85-89) ได้ศึกษาค่าใช้จ่ายของการรักษาด้วยการฟอกเลือด กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยนอกที่รับการฟอกเลือดในโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย การแพทย์กาน่าจำนวน 106 ราย ทำการศึกษาระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน ค.ศ. 2004 ถึง 31 ตุลาคม ค.ศ. 2005 พบว่าค่าใช้จ่ายที่ใช้ในขั้นตอนของการฟอกเลือดโดยเฉลี่ยเท่ากับ $38,094.12 \pm 5,003.17$ litas (11,041 ยูโร) ต่อรายต่อปี (คิดเป็น 63% ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด) ผู้ป่วยมีอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเท่ากับ 1.4 ± 1.8 ต่อรายใน 1 ปี ค่าใช้จ่ายสำหรับการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเท่ากับ $1,538.4 \pm 1,941$ litas (446 ยูโร) ต่อรายใน 1 ปี (คิดเป็น 3% ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด) ค่ายาทั้งหมดเท่ากับ $20,639.82 \pm 15,439.3$ litas (5,983 ยูโร) ต่อรายต่อปี ซึ่งค่ายาทั้งหมดนี้เป็นค่ายาฉีดเพิ่มเม็ดเลือดถึง 72% ค่าใช้จ่ายรวมทั้งหมด ซึ่งได้แก่ ค่าใช้จ่ายที่ใช้ในขั้นตอนของการฟอกเลือด ค่าใช้จ่ายสำหรับการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และค่ายา จึงเท่ากับ $60,272.35 \pm 16,624.18$ litas (17,470 ยูโร) ต่อรายต่อปี นอกจากนี้เมื่อนำข้อมูลไปเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายทั้งหมดของการฟอกเลือดในปี ค.ศ. 2001 พบว่ามีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ซึ่งเกี่ยวข้องกับเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายที่ใช้

ในขั้นตอนของการฟอกเลือดและการให้ยา
 อเรฟซาเดห์, เลซแซนเปซeshki และ ซะไฟ (Arefzadeh, Lessanpezeski and Seifi 2009: 307-311) ได้ศึกษาต้นทุนของการฟอกเลือดในโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ เตห์ราน ในประเทศอิหร่าน ระหว่างเดือนเมษายนถึงเดือนมิถุนายน ค.ศ. 2007 ข้อมูลถูกรวบรวมจากการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วย ต้นทุนที่นำมาวิเคราะห์รวมค่าเดินทางและการสูญเสียรายได้จากการออกจากงาน ค่าเครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่ใช้ในการรักษา ค่ายา ค่าอาหาร ค่าเงินเดือนของเจ้าหน้าที่ ค่าอุปกรณ์และอาคารบริการสนับสนุน ค่าใช้จ่ายที่ไม่เกี่ยวกับทางการแพทย์ และค่าเสื่อมราคาของเครื่องมือหรืออุปกรณ์และอาคาร กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 63 ราย เป็นผู้ชาย 47.7% และผู้หญิง 52.3% มีอายุเฉลี่ย 47 ± 12 ปี การศึกษาพบว่าต้นทุนของการฟอกเลือดโดยประมาณเท่ากับ US\$74 ต่อครั้ง และมีต้นทุนประมาณ US\$11,549 ต่อรายต่อปี โดยมีค่าเดินทางและการสูญเสียรายได้จากการออกจากงาน 28.9% ค่าเงินเดือนของเจ้าหน้าที่ 21.5% และค่าเครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่ใช้ในการรักษา 21.1% เป็นต้นทุนที่สูงสุดในสามอันดับแรก นอกจากนี้ยังสรุปได้ว่า ต้นทุนของการฟอกเลือดในประเทศอิหร่านไม่แตกต่างจากประเทศที่กำลังพัฒนา แต่มีค่าต่ำกว่า ต้นทุนของการฟอกเลือดในประเทศที่พัฒนาแล้ว

จากงานวิจัยที่เกี่ยวกับต้นทุนหรือค่าใช้จ่ายในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมทั้งหมด ดังแสดงในตารางที่ 4 สามารถสรุปได้ว่า การรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีต้นทุนหรือค่าใช้จ่ายที่สูง เป็นภาระที่หนักของบุคคล ชุมชน สังคม ประเทศ และทั่วโลก เป็นปัญหาสำคัญต้องประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของทุกประเทศ สิ่งเหล่านี้ทำทลายต่อความก้าวหน้าในวิทยาการทางการแพทย์ โดยเฉพาะในด้านการป้องกัน รักษา และส่งเสริมสุขภาพของมนุษยชาติ เพื่อช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดโรค ช่วยในการรักษาผู้ป่วย ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต และบรรเทาภาระค่าใช้จ่ายของการรักษาโรคอันหนักนี้

ตารางที่ 4 สรุปงานวิจัยที่เกี่ยวกับต้นทุนหรือค่าใช้จ่ายในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ชื่อผู้วิจัย (ปี พ.ศ.ที่รายงาน)	สถานที่	ค่าใช้จ่ายในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
การศึกษาในประเทศไทย		
สุพัฒน์ วาณิชย์การ (2532)	โรงพยาบาลศิริราช	ค่ายาเท่ากับ 1,000 บาท/เดือน ค่าใช้จ่ายปีละ 200,000-300,000 บาท
สุชาติ อินทร ประสิทธิ์ (2535)	โรงพยาบาลรามธิบดี และโรงพยาบาลเอกชน	โรงพยาบาลของรัฐ มีค่าใช้จ่าย US\$ 466± 126/ month (12,000 บาท/เดือน) โรงพยาบาลเอกชน มีค่าใช้จ่าย US\$ 917± 237/ month (24,000 บาท/เดือน)
สุนทร การบรรเลง (2538)	โรงพยาบาลสงฆ์และ โรงพยาบาลเอกชน	โรงพยาบาลของรัฐ ค่าฟอกเลือดประมาณ 8,000 – 12,000 บาท/เดือน โรงพยาบาลเอกชน ค่าฟอกเลือดประมาณ 24,000- 36,000 บาท/เดือน ค่ายาปรับประทานประมาณ 1,635 บาท/เดือน ค่ายาฉีดเพิ่มเม็ดเลือดประมาณ 6,400 - 12,800 บาท/เดือน
จันทิรา หอมวิจิตร กุล (2541)	โรงพยาบาลพระมงกุฎ เกล้า โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลทหารผ่านศึก	ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 41,804.78 บาท/เดือน

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ชื่อผู้วิจัย (ปี พ.ศ.ที่รายงาน)	สถานที่	ค่าใช้จ่ายในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
วิรัช เกษมทรัพย์ วิโรจน์ ตั้งเจริญ เสถียร และ สุวรรณ มุกแก้ว (2544)	สถานบริการภาครัฐ 21 แห่ง และภาคเอกชน 11 แห่งทั่วประเทศ	ต้นทุนทั้งหมดในภาครัฐเท่ากับ 150,000 บาท/ ราย/ปี ต้นทุนทั้งหมดในภาคเอกชนเท่ากับ 170,000 บาท/ ราย/ปี
วิโรจน์ ตั้งเจริญ เสถียร และคณะ (2544)	สถานบริการภาครัฐ 21 แห่ง และภาคเอกชน 11 แห่งทั่วประเทศ	ค่าใช้จ่ายทั้งหมดประมาณ 254,000-304,000 บาท ต่อรายต่อปี
เปี่ยมศักดิ์ มีชัย (2545)	โรงพยาบาลเถลิง โรงพยาบาลวชิระ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลอุดรธานี	ต้นทุนรวมทั้งหมดเท่ากับ 267,090 บาท/ ราย/ ปี
กัญญา ดิษยาธิคม และคณะ (2546)	หน่วยไตเทียมทั้งภาครัฐ และเอกชนจำนวน 108 แห่ง ทั่วประเทศ	ต้นทุนของการให้บริการภาครัฐบาลเท่ากับ 1,927 บาทต่อครั้ง ต้นทุนของการให้บริการภาคเอกชนเท่ากับ 1,525 บาทต่อครั้ง
การศึกษาในต่างประเทศ		
ลอว์รี่ และ แฮมเปอร์ส (1981)	ประเทศอังกฤษ	ค่าใช้จ่ายที่น้อยที่สุดในการทำ dialysis ประมาณ US\$138 ต่อครั้ง
ดิสนีย์ (1990)	ประเทศออสเตรเลีย	ค่าฟอกเลือดเท่ากับ a\$6,746 ต่อปี ค่ายาเท่ากับ a\$1,373 ต่อปี ค่าบริการอื่นๆเท่ากับ a\$9,225 ต่อปี เงินเดือนเจ้าหน้าที่เท่ากับ a\$19,734 ต่อปี รวม ทั้งหมดเท่ากับ a\$37,078 ต่อปี
โกเรีย และคณะ (1995)	ประเทศแคนาดา	ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย เท่ากับ Can\$88,585 ต่อปี

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ชื่อผู้วิจัย (ปี พ.ศ.ที่รายงาน)	สถานที่	ค่าใช้จ่ายในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
แมคมเอเรย์ และ มิลเลอร์ (1997)	ประเทศสหรัฐอเมริกา	ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยทุกรายเท่ากับ US\$43,044 ต่อปี ผู้ป่วยรายใหม่ค่าใช้จ่ายในการรักษาเท่ากับ US\$3,164 ต่อปี ซึ่งมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา อยู่แล้ว
คาโล, จาเรย์ และ นากีย์ (2001)	ประเทศอังกฤษ	ต้นทุนทางตรงที่เกี่ยวกับการแพทย์เท่ากับ 1,259,573.33 บาทต่อปี ต้นทุนทางตรงที่ไม่ เกี่ยวกับทางการแพทย์ เท่ากับ 196,386.67 บาทต่อ ปี ต้นทุนรวมทั้งหมด เท่ากับ 1,455,960 บาทต่อปี
เซนน์เฟท, แมกนัสสัน และ คาร์ลสัน (2002)	ประเทศสวีเดน	ต้นทุนทางตรงที่เกิดจากการรักษา (direct medical cost) เท่ากับ 1,999,680 บาทต่อปี ต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษา (direct non-medical cost) เท่ากับ 287,040 บาทต่อปี รวมต้นทุนทางตรงทั้งหมดเท่ากับ 2,286,720 บาทต่อปี มีต้นทุนทางอ้อม (indirect cost) เท่ากับ 1,676,640 บาทต่อปี รวมต้นทุนทั้งหมดเท่ากับ 3,963,360 บาทต่อปี
ไวเซียโนน และ คณะ (2007)	ประเทศกานา	ค่าใช้จ่ายทั้งหมดเท่ากับ 60,272.35±16,624.18 litas (17,470 ยูโร) ต่อรายต่อปี
อเรฟซาเคห์, เลซแซนเพเสชกี และ ไชไฟ (2009)	ประเทศอิหร่าน	ต้นทุนของการฟอกเลือดโดยประมาณเท่ากับ US\$74 ต่อครั้ง และมีต้นทุนประมาณ US\$11,549 ต่อรายต่อปี

งานวิจัยที่เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลเอกชน

มยุรี หนูนิ่ม (2540) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้บริการโรงพยาบาลเอกชนในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดเชียงใหม่ โดยเก็บข้อมูลจากประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดเชียงใหม่ และเคยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเอกชนอย่างน้อย 1 คืน จำนวน 80 ตัวอย่าง พบว่า พฤติกรรมของผู้ป่วยในการเลือกโรงพยาบาลเพื่อรับบริการรักษาพยาบาล มีความคล้ายคลึงกับพฤติกรรมผู้บริโภคในการเลือกซื้อสินค้าจากแหล่งบริการต่างๆ คือนอกจากเลือกซื้อโดยพิจารณาจากระดับราคาของสินค้าแล้ว ผู้บริโภคยังต้องพิจารณาถึงระยะทางของที่ตั้งแหล่งบริการ ความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่สำคัญที่สุดต่อการเลือกใช้บริการโรงพยาบาลเอกชน คือ ความพึงพอใจในบริการต่างๆ ของโรงพยาบาล รองลงมาคือ ความมีชื่อเสียงของแพทย์ การมีเครื่องมือทางการแพทย์ที่ทันสมัย และการมีแพทย์เฉพาะทางหลายสาขาประจำโรงพยาบาล และปัจจัยที่มีอิทธิพลน้อยที่สุด คือ การได้รับคำแนะนำจากผู้อื่น

ศศิวิมล สันติเวชกุล (2540) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลเอกชน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากพนักงานของบริษัทที่ทางบริษัทมีสวัสดิการการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนให้กับพนักงาน ทำการรวบรวมตัวอย่างทั้งสิ้น 260 ตัวอย่าง ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล พบว่า การตัดสินใจเข้ารับบริการในโรงพยาบาลเอกชนของผู้ใช้บริการนั้น มีสาเหตุมาจากปัจจัยที่สำคัญ 3 ประการ คือ ทางโรงพยาบาลเอกชนมีเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่พร้อมให้บริการ เป็นอันดับแรก ร้อยละ 55.8 รองลงมาทางโรงพยาบาลมีแพทย์ที่ชำนาญเฉพาะทาง ร้อยละ 50 และผู้ใช้บริการให้ความเชื่อถือในชื่อเสียงของโรงพยาบาลเอกชน ร้อยละ 38.1 โดยความเชื่อถือของผู้ใช้บริการที่มีต่อโรงพยาบาล เรียงลำดับความสำคัญ ดังนี้ ด้านเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ เป็นอันดับแรก รองลงมา การให้บริการทั่วไปของโรงพยาบาล ด้านคุณภาพของแพทย์ และคุณภาพของพยาบาล

ธนวัฒน์ นันทสมบุรณ์ (2542) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจของประชาชนต่อการใช้บริการทางการแพทย์ของโรงพยาบาลเอกชน ในจังหวัดเชียงใหม่ โดยทำการเก็บข้อมูลจากผู้ใช้บริการของโรงพยาบาลเอกชน 3 แห่ง จำนวน 274 ราย ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการวิจัย พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการในโรงพยาบาลเอกชนในระดับมากพอสมควร ได้แก่ ปัจจัยทางด้านทัศนคติและความเชื่อ ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ ปัจจัยทางด้าน การเข้าถึงบริการ ส่วนปัจจัยทางด้านสุขภาพมีผลน้อย สำหรับปัจจัยทางด้านประชากรและสังคม มีผลต่อการใช้บริการเป็นส่วนใหญ่ สำหรับความคาดหวังของประชาชน พบว่า ประชาชนมีความคาดหวังสูงมากที่จะได้รับความสะดวก ความรวดเร็วทันเวลา และมีความพึงพอใจในทุกด้านจากการเข้ารับบริการ

นอกจากนี้ยังเห็นว่า การให้บริการของโรงพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่ดี ส่วนการให้บริการโรงพยาบาลของรัฐอยู่ในเกณฑ์พอใช้และไม่ค่อยดี

จุฑารัตน์ ประภารัตนะพันธุ์ (2546) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้โรงพยาบาลรัฐบาลหรือโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดเชียงใหม่ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ใช้บริการโรงพยาบาลจังหวัดเชียงใหม่ 35 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลรัฐบาล 25 แห่ง และโรงพยาบาลเอกชน 10 แห่ง มีจำนวนตัวอย่างจากโรงพยาบาลรัฐบาล 400 ตัวอย่าง และโรงพยาบาลเอกชน 400 ตัวอย่าง โดยใช้แบบสอบถามที่ได้พัฒนาและสร้างขึ้นเพื่อถามถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้โรงพยาบาล จากกรอบแนวคิดส่วนประสมทางการตลาดบริการที่ผ่านการทดสอบแล้ว พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้โรงพยาบาลในระดับมากที่สุด พบในกลุ่มผู้เลือกใช้โรงพยาบาลเอกชน ได้แก่ โรงพยาบาลมีแพทย์ที่มีความชำนาญเฉพาะทาง ปัจจัยส่วนใหญ่พบในระดับมากที่สุด ปัจจัยที่มีอิทธิพลในระดับน้อยที่สุดพบในกลุ่มผู้เลือกใช้โรงพยาบาลรัฐบาล ได้แก่ ค่านิยมตามลัทธิศาสนากการเยี่ยมบ้าน การใช้บัตรเครดิต การมีรถรับส่ง และอัตราการบริการอื่นๆ สำหรับความสัมพันธ์ต่อการเลือกใช้บริการโรงพยาบาล พบว่า อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน จุดประสงค์การมาโรงพยาบาล และการมีสวัสดิการรักษายาบาลมีความสัมพันธ์ต่อการเลือกใช้บริการโรงพยาบาลอย่างน้อยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ประนัตดา จ่างแก้ว (2546) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการในโรงพยาบาลเอกชน โดยได้รวบรวมกลุ่มตัวอย่างจากประชากรในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครจำนวน 400 ตัวอย่างและในการรวบรวมข้อมูล ได้ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกเข้ารับบริการในโรงพยาบาลเอกชนด้านสถานที่ที่มีมากที่สุดคือ มีความสะดวกในการเดินทาง สถานที่สะอาดสวยงาม ใกล้บ้านหรือใกล้ที่ทำงาน รองลงมาได้แก่ปัจจัยด้านผลิตภัณฑ์/ บริการ คือ ความเชี่ยวชาญของแพทย์ เทคโนโลยี อุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ การบริการที่สะดวกรวดเร็ว และปัจจัยด้านราคา ส่วนปัจจัยในด้านการสื่อสารการตลาด คือ การแนะนำบอกต่อ การโฆษณาประชาสัมพันธ์ การมีความสัมพันธ์กับชุมชน การตั้งศูนย์แนะนำโรงพยาบาลตามศูนย์การค้า มีผลในการตัดสินใจน้อยที่สุด

จากงานวิจัยที่เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการของผู้ป่วยที่โรงพยาบาลเอกชนทั้งหมด สามารถสรุปได้ว่า ปัจจัยที่สามารถส่งผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการในโรงพยาบาลเอกชน ได้แก่ คุณภาพของการบริการ บุคลากรผู้ให้บริการ ราคาการบริการ สถานที่ การประชาสัมพันธ์ของโรงพยาบาล รายได้ของผู้รับบริการ ค่านิยมของผู้รับบริการ และการเบิกค่ารักษายาบาลได้ ฯลฯ สิ่งเหล่านี้สามารถเป็นข้อมูลเบื้องต้นที่สำคัญสำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องกับงานบริการทางสุขภาพ ทั้งในระดับผู้ออกนโยบาย ผู้บริหารจัดการโรงพยาบาล ตลอดจนจรรยาบรรณ

ผู้ปฏิบัติงาน ในการร่วมกันวางแผนและบริหารหน่วยงาน เพื่อให้ประชาชนผู้ใช้บริการ โรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลทุกแห่งได้รับความพึงพอใจมากที่สุด

ในด้านการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ปัจจุบันประเทศไทยมีจำนวนศูนย์บริการและจำนวนเครื่องที่เพิ่มมากขึ้นกว่าในอดีต พร้อมทั้งกระจายออกจากส่วนกลางสู่ภูมิภาคมากขึ้น ในบรรดาเครื่องไตเทียมที่เปิดดำเนินการ พบว่าหลายหน่วยบริการ โดยเฉพาะในภาคเอกชนมีประสิทธิภาพในการให้บริการที่ดี แต่ส่วนใหญ่ของหน่วยบริการ โดยเฉพาะในภาครัฐยังมีการใช้งานเครื่องไตเทียมได้ไม่เต็มที่ ซึ่งมีงานวิจัยที่เปรียบเทียบเกี่ยวกับประสิทธิภาพหรือคุณภาพของหน่วยไตเทียมระหว่างภาครัฐบาลและภาคเอกชน ดังนี้

กัญญา คิชยาธิคม และคณะ (2546) ได้ศึกษาต้นทุนและประสิทธิภาพของหน่วยบริการไตเทียม ภาครัฐและเอกชน พบว่าในขณะนั้นมีเครื่องไตเทียมทั้งสิ้น 730 เครื่อง จากหน่วยบริการไตเทียมที่ตอบกลับมา 118 แห่ง ให้บริการผู้ป่วยจำนวน 8,684 ราย ในภาครัฐบาลให้บริการผู้ป่วยคิดเป็น 1.29 ครั้ง/ เครื่อง/ วัน ในขณะที่ภาคเอกชนให้บริการผู้ป่วยคิดเป็น 1.81 ครั้ง/ เครื่อง/ วัน จะเห็นได้ว่าในภาคเอกชน แม้จะมีจำนวนเครื่องไตเทียมน้อยกว่า แต่สามารถให้บริการผู้ป่วยสูงกว่าภาครัฐ แสดงถึงประสิทธิภาพการใช้เครื่องไตเทียมของภาคเอกชนที่สูงกว่าภาครัฐบาล เมื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายต่อหน่วยของการให้บริการในภาครัฐจ่ายในค่าแรงงานน้อยกว่าในภาคเอกชน แต่ในภาครัฐจ่ายเป็นค่าวัสดุและค่าลงทุนสูงกว่า จากการที่ค่าใช้จ่ายต่อหน่วยของค่าลงทุนของภาครัฐสูงกว่าภาคเอกชน แสดงว่าภาคเอกชนมีการลงทุนที่คุ้มค่ากว่าภาครัฐ การที่ภาครัฐจ่ายเป็นค่าวัสดุต่อครั้งของการให้บริการที่สูงกว่าภาคเอกชน แสดงว่าภาคเอกชนมีประสิทธิภาพในการใช้วัสดุที่ต่ำกว่าภาครัฐ ในเรื่องค่าแรงงาน ถึงแม้ว่าเอกชนจ่ายค่าแรงงานต่อหน่วยสูงกว่าภาครัฐ แต่เมื่อพิจารณาส่วนประกอบของค่าแรงงาน พบว่า ภาคเอกชนจ่ายค่าตอบแทนเป็นค่าเงินเดือนในสัดส่วนร้อยละที่น้อยกว่าภาครัฐบาล แต่จ่ายเป็นร้อยละของเงินพิเศษในสัดส่วนที่สูงกว่าภาครัฐ และเมื่อพิจารณาเงินที่จ่ายค่าตอบแทนต่อราย (ค่าตอบแทนตามจำนวนครั้งของการให้บริการ) จะพบว่าภาครัฐจ่ายค่าตอบแทนนี้เพียงร้อยละ 3 ในขณะที่ภาคเอกชนจ่ายถึงร้อยละ 41 ของค่าแรงงานทั้งหมด จึงแสดงให้เห็นว่าการจ่ายค่าตอบแทนในแบบเงินพิเศษและค่าตอบแทนต่อรายของภาคเอกชนที่สูงกว่าภาครัฐ ส่งผลต่อประสิทธิภาพของภาคเอกชนในเรื่องการใช้เครื่องไตเทียม ที่มีอัตราการใช้ที่สูงกว่าและต้นทุนต่อหน่วยที่ต่ำกว่าภาครัฐบาล

นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยเปรียบเทียบเกี่ยวกับประสิทธิภาพหรือคุณภาพของหน่วยไตเทียมระหว่างภาครัฐบาลและภาคเอกชนในต่างประเทศดังนี้

นิค และ ดิมิทริส (Nick and Dimitris 2005: 195-204) ได้ศึกษาประสิทธิภาพของหน่วยไตเทียมในประเทศกรีก ทำการเก็บตัวอย่างจากหน่วยไตเทียม 118 แห่ง ซึ่งเป็นของภาครัฐบาล 81 แห่ง ภาคเอกชน 37 แห่ง โดยการวัดประสิทธิภาพสิ่งที่เป็นปัจจัยนำเข้า คือ เจ้าหน้าที่พยาบาลและเครื่องฟอกไตเทียม และผลที่ได้วัดจาก จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมต่อเดือน ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนประสิทธิภาพของหน่วยไตเทียมภาครัฐบาล เท่ากับ 65.04% สำหรับภาคเอกชน เท่ากับ 82.21% ซึ่งเมื่อทดสอบทางสถิติแล้ว พบว่าคะแนนประสิทธิภาพของหน่วยไตเทียมภาครัฐบาลและภาคเอกชนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ภาคเอกชนมีประสิทธิภาพที่สูงกว่าภาครัฐบาล

อริเนส และคณะ (Arenas et al. 2006: 234-245) ได้ศึกษาถึงระบบคุณภาพการจัดการ (Quality Management Systems: QMS) ของหน่วยไตเทียมในประเทศสเปน โดยทำการสำรวจกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดในประเทศจากการใช้แบบสอบถาม ซึ่งมีทั้งหมด 235 แห่ง ได้รับการตอบกลับ 46.7% โดยเป็นของภาครัฐบาล 44.5% และของภาคเอกชน 55.5% พบว่า 91.7% ของหน่วยไตเทียม ใช้ clinical practice guideline และมากกว่า 90% มี medical protocol และ nursing plan นอกจากนี้ยังพบว่าระบบคุณภาพการจัดการของหน่วยไตเทียมภาคเอกชนสูงกว่าภาครัฐบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยภาคเอกชนเท่ากับ 88.8% ภาครัฐบาลเท่ากับ 46.1% และหน่วยไตเทียมที่ได้รับการผ่านมาตรฐาน ISO 9000 เป็นของภาคเอกชน 78.3% และของภาครัฐบาล 21.7% ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ($p < 0.001$) ผู้วิจัยคาดหวังว่าในอนาคตข้างหน้าจะมีการนำระบบคุณภาพการจัดการมาใช้ในหน่วยไตเทียมทุกแห่งในสเปน

จากงานวิจัยที่เกี่ยวกับการเปรียบเทียบประสิทธิภาพหรือคุณภาพของหน่วยไตเทียมระหว่างภาครัฐบาลและภาคเอกชนทั้งหมด สามารถสรุปได้ว่าประสิทธิภาพการใช้เครื่องไตเทียมและระบบคุณภาพการจัดการของหน่วยไตเทียมของภาคเอกชนสูงกว่าภาครัฐบาล

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค่าใช้จ่ายและปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลเอกชน มีวิธีดำเนินการวิจัยเป็นดังนี้

1. รูปแบบการวิจัย
2. ประชากรที่ศึกษา
3. เกณฑ์การเลือกประชากร
4. มุมมองของการวิเคราะห์
5. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา
6. การเก็บรวบรวมข้อมูล
7. รายละเอียดของการเก็บข้อมูล
8. การวิเคราะห์ข้อมูล

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีรูปแบบการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross – sectional study)

ประชากรที่ศึกษา

ประชากรที่ศึกษา คือ กลุ่มผู้ป่วยนอกที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย และได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมทุกราย ที่หน่วยไตเทียมของโรงพยาบาลเอกชน 2 แห่ง ได้แก่โรงพยาบาล A และโรงพยาบาล B ในเดือนกันยายนและตุลาคม พ.ศ.2551 จำนวนทั้งสิ้น 201 ราย โดยโรงพยาบาล A มีจำนวน 56 ราย และโรงพยาบาล B มีจำนวน 145 ราย

เกณฑ์การเลือกประชากร

การศึกษานี้มีการคัดเลือกประชากรทุกรายในสัปดาห์แรกของเดือนกันยายน 2551 โดยผู้ป่วยต้องมีคุณสมบัติครบ 3 ประการ ดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยต้องได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย และได้รับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่หน่วยไตเทียมของโรงพยาบาลดังกล่าว
2. สามารถสื่อสารโต้ตอบได้
3. ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้

มุมมองของการวิเคราะห์

การศึกษาค่าใช้จ่ายและปัจจัยในการเข้ารับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในครั้งนี้ ศึกษาตามมุมมองของผู้ป่วย ซึ่งค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยจะประกอบด้วยค่าใช้จ่ายทางตรง และค่าใช้จ่ายทางอ้อม โดยค่าใช้จ่ายทางตรง ได้แก่ ค่าใช้จ่ายทางตรงที่เกี่ยวกับการแพทย์ (Medical direct cost) คือค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่เกิดขึ้นเนื่องจากการรับบริการทางการแพทย์ ได้แก่ ค่าฟอกเลือด ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ ค่าอุปกรณ์ ค่าวัสดุทางการแพทย์ ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าบริการรักษา ค่าเอ็กซเรย์ เป็นต้น และค่าใช้จ่ายทางตรงที่ไม่เกี่ยวข้องกับทางการแพทย์ (Non-medical direct cost) คือค่าใช้จ่ายที่ไม่เกิดจากการรับบริการทางการแพทย์โดยตรง แต่เป็นค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างรับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ได้แก่ ค่าอาหาร ค่ายานพาหนะในการเดินทาง และค่าที่พักของผู้ป่วย และค่าที่พักรักษาตัวของผู้ป่วย สำหรับค่าใช้จ่ายทางอ้อม ได้แก่ รายได้ที่เสียเนื่องจากการขาดงานของผู้ป่วยและญาติ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ใช้แบบสัมภาษณ์ (รายละเอียดในภาคผนวก ก) ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสร้างแบบสัมภาษณ์นี้ ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องทางเนื้อหา โดยคณาจารย์คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญโรคไต ณ หน่วยไตเทียมของโรงพยาบาล A และโรงพยาบาล B จำนวน 2 ท่าน และผ่านการทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำมาใช้จริง แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปและข้อมูลด้านการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส บทบาทในครอบครัว รายได้ อาชีพ ภูมิลำเนา วิธีการมาโรงพยาบาล ระยะเวลาการรักษา โรคที่เป็นร่วม สถานพยาบาลที่เคยรักษา ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา จำนวนครั้งที่มาโรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย ได้แก่ วิธีการเสียค่ารักษา แหล่งที่มาของเงินค่ารักษา สิทธิในการเบิกค่ารักษา ค่ายา/ ค่าอุปกรณ์ ค่าบริการทาง

การแพทย์ ค่าเอ็กซเรย์ ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าอาหาร ค่าเดินทาง ค่าที่พัก รายได้ที่เสียไป เนื่องจากการขาดงานของผู้ป่วยและญาติ

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการฟอกเลือดในโรงพยาบาล เอกชน ได้แก่ปัจจัยทางกายภาพ ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ปัจจัยทางเทคโนโลยี ปัจจัยทางจิตวิทยา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ ผู้วิจัยเป็นผู้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดด้วยตนเอง โดยการวิจัยนี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคน ของคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัย ศิลปากร เมื่อวันที่ 25 กรกฎาคม พ.ศ.2551 โดยมีวิธีดำเนินการเก็บข้อมูลดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยหารายชื่อของผู้ป่วยทั้งหมดในสัปดาห์แรกของเดือนกันยายน 2551 จากสมุดทะเบียนรายชื่อของหน่วยไตเทียมของโรงพยาบาลเอกชนทั้ง 2 แห่ง

2. ผู้วิจัยหาข้อมูลบางส่วนจากแฟ้มและเวชระเบียนของผู้ป่วย เนื่องจากข้อมูลส่วนนี้ไม่ ต้องสัมภาษณ์ผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ภูมิลำเนา ระยะเวลาการรักษาโรคที่เป็นร่วม สถานพยาบาลที่เคยรักษา ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา จำนวนครั้งที่มาโรงพยาบาล วิธีการเสียค่ารักษา สิทธิในการเบิกค่ารักษา

3. ผู้วิจัยเข้าพบเพื่อขอสัมภาษณ์ผู้ป่วยขณะฟอกเลือดหรือรอฟอกเลือด โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยพร้อมให้ใบชี้แจงเข้าร่วมโครงการ และขอความร่วมมือในการตอบแบบ สัมภาษณ์

4. เมื่อผู้ป่วยยินยอมให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์ โดยชี้แจงให้ทราบว่าผล การสัมภาษณ์ครั้งนี้ ไม่มีผลต่อการให้บริการหรือการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมทุกครั้ง แล้วให้ ผู้ป่วยเซ็นชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการ

5. ระหว่างสัมภาษณ์ ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามสิ่งที่ไม่เข้าใจตลอดเวลา และถ้า ผู้ป่วยต้องการยุติการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะยุติการสัมภาษณ์ทันทีและยกเลิกการเก็บข้อมูลรายนั้น นำข้อมูลที่ได้รับจากแบบสัมภาษณ์ทั้งหมดที่มีข้อมูลครบถ้วน มาวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีทางสถิติ ต่อไป

6. ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ระหว่างเดือน กันยายนและตุลาคม พ.ศ. 2551 เป็น ระยะเวลา 2 เดือน

รายละเอียดของการเก็บข้อมูล

การเก็บข้อมูลครั้งนี้ผู้วิจัยจะเป็นผู้สัมภาษณ์ผู้ป่วยและทำการบันทึกข้อมูลเอง เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีปัญหาเรื่องสายตาและการอ่าน ประกอบกับขณะทำการสัมภาษณ์ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะอยู่ในช่วงที่กำลังนอนรอเพื่อฟอกเลือด ทำให้ไม่สะดวกในการกรอกแบบสัมภาษณ์ และการที่ผู้ป่วยไม่ได้กรอกข้อมูลเอง ทำให้ลดปัญหาเรื่องความไม่เข้าใจในบางหัวข้อคำถามของแบบสัมภาษณ์ได้ การเก็บข้อมูลจะแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ การเก็บข้อมูลเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย และการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการฟอกเลือดในโรงพยาบาลเอกชนของผู้ป่วย ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. การเก็บข้อมูลเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย

การเก็บข้อมูลค่าใช้จ่าย เก็บเฉพาะค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยต้องจ่ายจริงหรือมีการสูญเสียรายได้ ซึ่งจะพิจารณาจากใบเสร็จรับเงินของผู้ป่วย แต่ถ้ากรณีไม่มีใบเสร็จ จะใช้การประมาณจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและประมาณจากรายการค่าใช้จ่ายตามราคาที่กำหนดของโรงพยาบาล ช่วงเดือนกันยายน-ตุลาคม 2551 (ภาคผนวก ข) กรณีที่ผู้ป่วยมีค่าใช้จ่ายจากการรับบริการเช่น การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งอื่น และไม่สามารถทราบราคารายการค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลเอกชนนั้นได้ จะประมาณค่าใช้จ่ายตามราคาค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล B

การเก็บข้อมูลจะสัมภาษณ์ผู้ป่วย 1 รายต่อ 1 ครั้ง แล้วนำข้อมูลค่าใช้จ่ายที่ได้จากการสัมภาษณ์ในครั้งนั้นมาคำนวณ โดยคูณจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยมาต่อเดือน เพื่อแสดงผลการศึกษาเป็นค่าใช้จ่ายต่อเดือน สำหรับเหตุผลที่เก็บข้อมูล 2 เดือนคือในเดือนกันยายนและตุลาคม พ.ศ. 2551 นั้นเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงสิทธิประโยชน์ ผู้ป่วยซึ่งเคยชำระเงินค่าฟอกเลือดเองในเดือนกันยายน พ.ศ.2551 จะได้รับสิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยร่วมจ่ายค่าฟอกเลือดหลังจากวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2551 จึงต้องมีการติดตามข้อมูลในเดือนตุลาคม แต่การแสดงผลการศึกษาจะแสดงค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยในเดือนตุลาคม และมีการเก็บข้อมูลเพื่อหาความแตกต่างของค่าใช้จ่ายที่เปลี่ยนแปลงระหว่างเดือนกันยายนและเดือนตุลาคม ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงเฉพาะค่าฟอกเลือดและค่ายาฉีดเพิ่มเม็ดเลือดของผู้ป่วยที่มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะแสดงไว้ในส่วนของผลการศึกษาเรื่องการวิเคราะห์ความไวของค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย

รายละเอียดของการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย จะแบ่งได้เป็น 3 ส่วน ได้แก่ ค่าใช้จ่ายทางตรงที่เกี่ยวกับการแพทย์ ค่าใช้จ่ายทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับการแพทย์ และค่าใช้จ่ายทางอ้อม ซึ่งรายละเอียดมีดังนี้

1.1. ค่าใช้จ่ายทางตรงที่เกี่ยวกับการแพทย์

1.1.1. ค่าฟอกเลือด

การศึกษาครั้งนี้ มีการเก็บข้อมูลค่าฟอกเลือดทั้งก่อนที่ผู้ป่วยจะมีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (เดือนกันยายน 2551) และหลังได้รับสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (เดือนตุลาคม 2551) สำหรับผู้ป่วยหลังจากมีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะมีความแตกต่างกันในการเสียค่าฟอกเลือด แบ่งได้เป็น 3 ลักษณะ ได้แก่ ผู้ป่วยที่ฟอกเลือดที่โรงพยาบาล A จะร่วมจ่ายค่าฟอกเลือดครั้งละ 500 บาท ผู้ป่วยที่ฟอกเลือดที่โรงพยาบาล B จะร่วมจ่ายค่าฟอกเลือดครั้งละ 1,000 บาท และผู้ป่วยที่มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าของโรงพยาบาลกำแพงแสนที่ฟอกเลือดทั้งที่โรงพยาบาล A หรือ ที่โรงพยาบาล B จำนวน 8 ราย ไม่ต้องเสียค่าฟอกเลือด เหตุผลของความแตกต่าง จะกล่าวถึงในส่วนของการอภิปรายผล ในส่วนของผู้ป่วยที่มีสิทธิประกันสังคม จะร่วมจ่ายค่าฟอกเลือดครั้งละ 300 บาท ดังนั้นการเก็บข้อมูลค่าฟอกเลือดของผู้ป่วย จะเก็บตามที่คุณป่วยได้ร่วมจ่ายในแต่ละครั้งแล้วคูณกับจำนวนครั้งที่มาฟอกต่อเดือน ค่าฟอกเลือดต่อเดือนจะมีค่ามากหรือน้อยนั้น จึงขึ้นอยู่กับจำนวนเงินที่ร่วมจ่ายและจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยมาฟอกเลือดต่อเดือน

1.1.2. ค่ายารับประทาน

ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังจะได้รับการรักษาด้วยยาหลายขนาน เพื่อแก้ไขปัญหาต่างๆ ทั้งรักษาโรคที่เป็นสาเหตุของภาวะไตวาย โรคอื่นๆที่พบร่วมกันและภาวะแทรกซ้อนจากโรคไต ตลอดจนใช้ยาเพื่อชะลอความเสื่อมของไต เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จึงทำการเก็บข้อมูลเฉพาะค่ายารับประทานที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคไต เพียงเท่านั้น โดยไม่รวมค่ายารับประทานที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคที่เป็นร่วม แต่จากการที่ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีการรับยารับประทานที่สถานพยาบาลแห่งอื่น จึงไม่สามารถทราบรายการยาที่ได้รับ เป็นข้อจำกัดทำให้ไม่สามารถเก็บข้อมูลเฉพาะค่ายารับประทานที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคไตได้ ซึ่งถ้าเก็บข้อมูลโดยพิจารณาจากใบเสร็จและสัมภาษณ์ผู้ป่วยจะได้ข้อมูลค่ายารับประทานรวมทั้งหมดของผู้ป่วย ไม่ได้แยกค่ายาเฉพาะโรคไต

การศึกษาครั้งนี้จึงต้องทำการพิจารณารายการยาของผู้ป่วยที่รับยารับประทานที่โรงพยาบาล B จำนวน 12 ราย ซึ่งสามารถทราบรายการยาและค่ายาได้จากทางคอมพิวเตอร์ นำค่ายารับประทานที่เกี่ยวข้องกับโรคไตของผู้ป่วยฟอกเลือด แต่ละรายมาคำนวณเป็นเปอร์เซ็นต์ของค่ายาทั้งหมด แล้วนำมาหาค่าเฉลี่ยของทั้ง 12 ราย จึงทำให้ทราบว่า ค่ายารับประทานที่เกี่ยวข้องกับโรคไตของผู้ป่วยที่รับยาที่โรงพยาบาล B โดยเฉลี่ยแล้วเป็นสัดส่วนเท่าไรของค่ายาทั้งหมด แล้วนำข้อมูลที่ได้นี้ เป็นตัวแทนไปคูณกับค่ายารับประทานทั้งหมดของผู้ป่วยที่เสียค่ายารับประทานโดยการรับยา

ที่สถานพยาบาลแห่งอื่น จึงจะได้ข้อมูลค่ายาเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคไต สำหรับผู้ป่วยที่ฟอกเลือด ซึ่งเป็นค่าโดยประมาณ

เมื่อพิจารณารายการยาที่ผู้ป่วยรับในโรงพยาบาล B พบว่า ยาที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคไต ได้แก่ Furosemide, Kalimate, Calcium carbonate, Ferromin, Folic acid และ Alphacalcidol สำหรับยาที่รักษาโรคร่วม ได้แก่ Cardura XL, Adalat CR, Aldomet, Neulin SR, Rivotril (2mg), Colchicine, Betaloc, Nifedipine SR, Cardura (2mg), Colchicine, Amlodipine, Zyloric, Simvastatin, Rubifen, Aspirin, Neurobion, Omeprazole, Nebilet, Tansaril, Vastarel, Elantan, Nexium, Plavix, Diltiazem และ Madiplot

โดยค่ายารับประทานที่เกี่ยวข้องกับโรคไตสำหรับผู้ป่วยที่ต้องฟอกเลือดต่อเดือนโดยเฉลี่ยเป็น 34.28 % ของค่ายาทั้งหมด สำหรับข้อมูลที่แสดงในตารางในส่วนของผลการศึกษาจะเป็นค่ายารับประทานที่นำ 34.28 % ไปคูณกับค่ายาทั้งหมดแล้ว ซึ่งจะเป็นข้อมูลเฉพาะค่ายารับประทานที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคไตต่อเดือน

1.1.3. ค่ายาคิดเพิ่มเม็ดเลือด erythropoietin

มีการเก็บข้อมูลค่ายาคิดทั้งก่อนที่ผู้ป่วยจะมีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (เดือนกันยายน 2551) และหลังได้รับสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (เดือนตุลาคม 2551) สำหรับผู้ป่วยหลังจากมีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะมีความแตกต่างกันในการเสี่ยค่ายาคิด แบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ ได้แก่ ผู้ป่วยที่ฟอกเลือดที่โรงพยาบาล A ไม่เสี่ยค่ายาคิด (ถ้าคิดไม่เกินสัปดาห์ละ 1 เข็ม) ผู้ป่วยที่ฟอกเลือดที่โรงพยาบาล B เสี่ยค่ายาคิดเหมือนก่อนที่จะได้รับสิทธินี้ เหตุผลของความแตกต่าง จะกล่าวถึงในส่วนของผลการอภิปรายผล ดังนั้นการเก็บข้อมูลค่ายาคิดของผู้ป่วย จะเก็บข้อมูลตามที่ผู้ป่วยได้จ่ายจริงในแต่ละครั้งแล้วคูณกับจำนวนครั้งที่ฉีดต่อเดือน ซึ่งค่ายาคิดนี้เป็นค่ายาที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมโดยตรง

1.1.4. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผู้ป่วยฟอกเลือดต้องทำการตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นประจำทุก 2-3 เดือน โดยผู้ป่วยที่มีค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการจะต้องจ่ายประมาณ 1,000 บาททุก 2-3 เดือน (ภาคผนวก ข) การศึกษาครั้งนี้ต้องการเก็บข้อมูลค่าใช้จ่ายต่อเดือน จึงมีการนำค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการมาหารเฉลี่ยให้เป็นค่าใช้จ่ายต่อเดือน การเก็บข้อมูลในส่วนนี้จะไม่รวมการเจาะเลือดเพื่อประเมินประสิทธิภาพของการฟอกเลือด (URR KT/V) ทุก 3 เดือน เนื่องจากการเก็บข้อมูลค่าใช้จ่ายเพียงระยะเวลา 2 เดือน ซึ่งการเจาะเลือดประเมินค่า URR KT/V จะทำที่โรงพยาบาลที่มาฟอกเลือดเท่านั้น และต้องชำระเงินทุกคน ไม่สามารถใช้สิทธิประโยชน์ได้ (ราคาชี้แจงในภาคผนวก ข)

1.1.5. ค่าบริการทางการแพทย์

การเก็บข้อมูลค่าบริการทางการแพทย์จะรวมค่าตรวจของแพทย์ โดยแพทย์จะคิดค่าตรวจกรณีมารับการตรวจนอกเวลาราชการหรือมาตรวจให้เป็นพิเศษ ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมารับการตรวจในเวลาราชการมากกว่า และกรณีถ้าตรวจรักษากับแพทย์ที่โรงพยาบาล B แพทย์มักจะไม่ได้คิดค่าตรวจกับผู้ป่วย นอกจากนี้ค่าบริการทางการแพทย์จะรวมค่าบริการเข้าโรงพยาบาลของโรงพยาบาล B ด้วย (โรงพยาบาล A ไม่มีค่าบริการเข้าโรงพยาบาล) ซึ่งราคาได้ชี้แจงไว้ในภาคผนวก ข สำหรับโรงพยาบาล B ผู้ป่วยที่มีสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผู้ป่วยที่มีสิทธิบัตรประกันสังคม และผู้ป่วยที่มีสิทธิของรัฐบาลศึกษา มีการเก็บข้อมูลค่าบริการเข้าโรงพยาบาลในแต่ละครั้ง เนื่องจากผู้ป่วยเสียค่าบริการ แต่สำหรับผู้ป่วยที่มีสิทธิของข้าราชการ ไม่ได้เก็บข้อมูลค่าบริการเข้าโรงพยาบาลเนื่องจากผู้ป่วยไม่เสียค่าบริการ

1.1.6. ค่าเอ็กซเรย์ ค่าอัลตราซาวด์ ค่าวัดคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และค่าผ่าตัดเปลี่ยนเส้นเลือด

ช่วงที่ทำการศึกษาเป็นระยะเวลา 2 เดือนนั้น ในโรงพยาบาล A พบผู้ป่วยที่ต้องเอ็กซเรย์ เป็นจำนวน 1 ราย แต่ใช้สิทธิประโยชน์ข้าราชการ/รัฐบาลศึกษาไม่ต้องชำระเงินค่าเอ็กซเรย์ ในโรงพยาบาล B พบผู้ป่วยที่ต้องเอ็กซเรย์ เป็นจำนวน 4 ราย โดยใช้สิทธิประโยชน์ข้าราชการ/รัฐบาลศึกษาไม่ต้องชำระเงินค่าเอ็กซเรย์เป็นจำนวน 2 ราย และต้องชำระเงินค่าเอ็กซเรย์เองโดยเอ็กซเรย์ที่โรงพยาบาล B เป็นจำนวน 2 ราย และในช่วงที่ทำการศึกษาก็ไม่พบผู้ป่วยที่ทำอัลตราซาวด์ การวัดคลื่นไฟฟ้าหัวใจเลย เนื่องจากแพทย์จะสั่งเป็นกรณีพิเศษเท่านั้น หรือทำเพียงปีละ 1 ครั้ง สำหรับการผ่าตัดเปลี่ยนเส้นเลือด ในช่วงที่คัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมการศึกษาในสัปดาห์แรกของเดือนกันยายน 2551 พบผู้ป่วยรายใหม่ที่ต้องทำการผ่าตัดเปลี่ยนเส้นเลือด เพียง 1 ราย แต่ผู้ป่วยใช้สิทธิประโยชน์ข้าราชการ/รัฐบาลศึกษาไม่ต้องชำระเงินค่าผ่าตัดเปลี่ยนเส้นเลือด อาจมีการจ่ายส่วนเกินบางรายการบ้างเล็กน้อย

ดังนั้นจึงไม่ได้เก็บข้อมูลค่าเอ็กซเรย์ ค่าอัลตราซาวด์ ค่าวัดคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และค่าผ่าตัดเปลี่ยนเส้นเลือด และไม่ได้ถูกรวมไว้ในค่าใช้จ่ายทางตรงที่เกี่ยวกับการแพทย์ เนื่องจากพบกรณีศึกษาในช่วงที่ทำการศึกษาเพียงไม่กี่ราย แต่จะชี้แจงค่าใช้จ่ายในแต่ละรายการและระยะเวลาในการทำให้ไว้ในภาคผนวก ข

1.2. ค่าใช้จ่ายทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับการแพทย์

การศึกษานี้ มีการเก็บข้อมูล ค่าเดินทาง ค่าอาหาร/เครื่องดื่ม/ขนม อย่างละเอียดทุกกรณีในการกระทำกิจกรรมทุกอย่างที่เกี่ยวกับการเป็นโรคไตวายเรื้อรัง ไม่ได้เก็บข้อมูลเฉพาะเวลาผู้ป่วยมาฟอกเลือดอย่างเดียว เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการตรวจรักษาโรคไตกับแพทย์ รับยา

รับประทานรักษาโรคไต รับประทานเพิ่มเม็ดเลือด ตรวจทางห้องปฏิบัติการ/เอ็กซเรย์ และผ่าตัด เปลี่ยนเส้นเลือดที่สถานพยาบาลอื่นที่ไม่ใช่โรงพยาบาลเดียวกันกับที่ฟอกเลือด โดยค่าใช้จ่ายทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับการแพทย์ มีดังนี้

1.2.1. ค่าเดินทาง

การเก็บข้อมูลค่าเดินทางไปกลับของผู้ป่วยในแต่ละครั้ง กรณีผู้ป่วยมาโรงพยาบาลโดยรถเมล์/รถทัวร์/รถไฟ หรือรถแท็กซี่/รถรับจ้าง ผู้ป่วยจะสามารถทราบค่าเดินทางที่แน่นอน แต่ถ้าผู้ป่วยเดินทางมาโรงพยาบาลโดยรถส่วนตัว หรือรถมอเตอร์ไซค์ การเก็บข้อมูลจะต้องใช้การประมาณ โดยพิจารณาจากระยะทางในการเดินทาง ค่าน้ำมัน และลักษณะของพาหนะที่ใช้เดินทาง มาประกอบกัน

1.2.2. ค่าอาหาร/เครื่องดื่ม/ขนม

การเก็บข้อมูลค่าอาหาร/เครื่องดื่ม/ขนม จะพิจารณาจากการที่ผู้ป่วยต้องเสียค่าอาหาร/เครื่องดื่ม/ขนม เพิ่มเติมจากปกติในการดำเนินชีวิตประจำวัน เนื่องจากปกติผู้ป่วยต้องมีการรับประทานอาหาร/เครื่องดื่ม/ขนมเป็นประจำอยู่แล้ว ดังนั้นจึงเก็บข้อมูลเฉพาะส่วนที่เป็นค่าอาหาร/เครื่องดื่ม/ขนมที่เพิ่มขึ้นมา เช่น ค่าอาหารที่เพิ่มขึ้นจากการมาฟอกเลือด (รวมค่าอาหารเสริมเนบโปริ ซึ่งแพทย์แนะนำให้ผู้ป่วยบางรายรับประทานเป็นประจำหรือรับประทานเวลาอ่อนเพลีย) หรือค่าอาหารที่เพิ่มขึ้นจากการไปตรวจกับแพทย์ที่โรงพยาบาล หรือไปรับยา รับประทานโรคไต ฯลฯ

1.2.3. ค่าจ้างผู้ดูแล

ผู้ป่วยบางรายจะจ้างผู้ดูแลเป็นรายเดือนมาดูแลตนเองโดยเฉพาะตั้งแต่เป็นโรคไตวายเรื้อรังและต้องมาฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นประจำ เนื่องจากชราภาพมาก และญาติพี่น้องต้องทำงาน ไม่มีเวลามาดูแลอย่างใกล้ชิด ดังนั้นจึงมีการเก็บข้อมูลค่าจ้างผู้ดูแล ซึ่งนับว่าเป็นค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยบางรายจำเป็นต้องมีอย่างหนึ่ง

1.2.4. ค่าที่พัก

จากการศึกษาไม่พบกรณีที่ผู้ป่วยต้องค้างคืนและเสียค่าที่พักเนื่องจากไม่สามารถไปกลับวันเดียวได้ จึงไม่มีการเก็บข้อมูลค่าที่พัก และไม่มีค่าใช้จ่ายส่วนนี้ในหมวดค่าใช้จ่ายทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับการแพทย์

1.3. ค่าใช้จ่ายทางอ้อม

การเก็บข้อมูลในส่วนนี้ จะเก็บข้อมูลโดยรวมรายได้ที่ถูกหักจากการขาดงานของผู้ป่วยและญาติ ณ ปัจจุบัน รวมทั้งการเสียรายได้ต่อเดือนที่ผู้ป่วยเคยได้ตอนประกอบอาชีพ แต่

ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ เนื่องจากป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายและต้องมาฟอกเลือดเป็นประจำ

การศึกษาครั้งนี้ ได้เก็บข้อมูล รายได้ที่เสียไปจากการขาดงานของผู้ป่วยและญาติอย่างละเอียดทุกกรณีในการกระทำกิจกรรมทุกอย่างที่เกี่ยวกับการเป็นโรคไตวายเรื้อรัง ไม่ได้เก็บข้อมูลเฉพาะเวลาผู้ป่วยมาฟอกเลือดอย่างเดียว เช่นเดียวกันกับการเก็บข้อมูลค่าใช้จ่ายทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับการแพทย์

2. การเก็บข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการฟอกเลือดในโรงพยาบาลเอกชนของผู้ป่วย

การเก็บข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการ จะแบ่งได้เป็น 2 ส่วน ได้แก่ เหตุผลในการเข้ารับบริการ และปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการ ซึ่งรายละเอียดมีดังนี้

2.1. เหตุผลในการเข้ารับบริการฟอกเลือดในโรงพยาบาลเอกชนของผู้ป่วย

การเก็บข้อมูลเกี่ยวกับเหตุผลในการเข้ารับบริการ มีการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโดยใช้คำถามปลายเปิดก่อน และไม่ใช่คำถามที่เป็นการนำไปให้ผู้ป่วยตอบหัวข้อเหตุผลใดเหตุผลหนึ่ง เมื่อผู้ป่วยตอบเหตุผลในการเข้ารับบริการตามความเป็นจริงแล้ว ผู้วิจัยจะถามผู้ป่วยว่าเหตุผลหลายข้อที่ตอบมานั้น เหตุผลใดที่สำคัญกว่ากัน ซึ่งการเก็บข้อมูล จะให้ผู้ป่วยตอบเหตุผลไม่เกิน 5 อันดับ เนื่องจากถ้ามีจำนวนที่มากกว่านี้ จะเป็นการยากในการเรียงอันดับความสำคัญได้ และผู้ป่วยในแต่ละรายจะมีจำนวนเหตุผลในการเข้ารับบริการไม่เท่ากัน

2.2. ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการฟอกเลือดในโรงพยาบาลเอกชนของผู้ป่วย

การเก็บข้อมูลในส่วนนี้เพิ่มจากการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับเหตุผลในการเข้ารับบริการ เพื่อเก็บข้อมูลปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการ ซึ่งเป็นการมองในภาพรวมทั่วไป อาจจะไม่ใช่เหตุผลในการเข้ารับบริการทั้งหมด จึงต้องมีการเก็บข้อมูลในส่วนนี้ โดยวิธีการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจะอ่านแต่ละหัวข้อของปัจจัยในการเข้ารับบริการ แล้วให้ผู้ป่วยให้คะแนนในแต่ละหัวข้อ โดยผู้วิจัยอธิบายว่า ถ้าเห็นด้วยมากให้ 4 คะแนน เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และไม่เห็นด้วย ให้ 3, 2 และ 1 คะแนนตามลำดับ หลังจากนั้นผู้วิจัยจะเป็นผู้บันทึกลงในแบบสัมภาษณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

การเตรียมข้อมูลเพื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูล โดยนำข้อมูลที่ได้มาทั้งหมด ทำการตรวจสอบความถูกต้องและสมบูรณ์ของข้อมูล แล้วนำมาลงรหัส จากนั้นบันทึกลงในคอมพิวเตอร์เพื่อนำไปวิเคราะห์สถิติด้วยโปรแกรม SPSS version 15.0

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ในการอธิบายข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ข้อมูลด้านประชากร ด้านเศรษฐกิจและสังคม ด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล สถิติที่ใช้ ได้แก่ ร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย (Mean±SD) จะนำข้อมูลเฉพาะของผู้ป่วยที่เสียค่าใช้จ่ายมาหาค่าเฉลี่ยเท่านั้น ถ้าไม่มีการเสียค่าใช้จ่ายจะไม่นำมารวมในการวิเคราะห์

การนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่ามัธยฐาน (Median) ค่าต่ำสุด(Min) และค่าสูงสุด(Max) จะนำข้อมูลของผู้ป่วยทั้งหมดมาวิเคราะห์ ไม่ว่าจะผู้ป่วยจะเสียค่าใช้จ่ายหรือไม่ก็ตาม

ใช้การให้ค่าน้ำหนักเพื่อเรียงอันดับความสำคัญ ในส่วนของเหตุผลและปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการฟอกเลือดในโรงพยาบาลเอกชนของผู้ป่วย

วิธีการให้ค่าน้ำหนัก จากแบบสัมภาษณ์ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการฟอกเลือดในโรงพยาบาลเอกชน ในส่วนของเหตุผลในการเข้ารับบริการ จะให้เลือกเหตุผลที่สำคัญได้ไม่เกิน 5 อันดับ และมีการให้คะแนนตามอันดับที่เลือก โดยถ้าเลือกอันดับที่ 1 ให้ 5 คะแนน เลือกอันดับที่ 2, 3, 4 และ 5 ให้ 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ นำจำนวนคนที่เลือกในแต่ละอันดับของแต่ละหัวข้อมาคูณกับการให้คะแนน แล้วรวมคะแนนในแต่ละหัวข้อเหตุผล ถ้าหัวข้อเหตุผลใดมีคะแนนรวมมากที่สุด ก็จะมีอันดับความสำคัญมากที่สุดหรือมีความสำคัญมาเป็นอันดับ 1 โดยถ้าหัวข้อใดมีคะแนนรวมรองลงมา อันดับความสำคัญก็จะรองลงมาตามลำดับ สำหรับวิธีการให้ค่าน้ำหนักในส่วนของปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการฟอกเลือดของผู้ป่วย จะเหมือนกับในส่วนของเหตุผลในการเข้ารับบริการ แต่จากแบบสัมภาษณ์ในส่วนของปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการ จะแบ่งเป็น เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และไม่เห็นด้วย ซึ่งการให้คะแนน ถ้าเลือกเห็นด้วยมาก ให้ 4 คะแนน เลือกเห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และไม่เห็นด้วย ให้ 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ

บทที่ 4 ผลการศึกษา

จากการศึกษาค่าใช้จ่ายและปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลเอกชน จำนวน 201 ราย ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยนอก ที่มารับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ณ หน่วยไตเทียม 2 แห่ง คือ โรงพยาบาล A เป็นจำนวน 56 ราย และโรงพยาบาล B เป็นจำนวน 145 ราย โดยคัดเลือกผู้ป่วยที่มารับการฟอกเลือดในสัปดาห์แรกของเดือนกันยายน พ.ศ. 2551 ทุกราย และทำการศึกษาพร้อมทั้งติดตามเก็บข้อมูลของผู้ป่วยต่อไปเป็นระยะเวลา 2 เดือน คือ เดือนกันยายนและเดือนตุลาคม พ.ศ. 2551 ซึ่งผู้ป่วยที่คัดเลือกสามารถให้ความร่วมมือและสามารถสื่อสารได้ สำหรับผลการศึกษาแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการฟอกเลือดใน โรงพยาบาลเอกชนของ

ผู้ป่วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

การศึกษารั้งนี้ คัดเลือกผู้ป่วยทั้งหมดจำนวน 201 ราย โดยผู้ป่วยที่ไม่ได้รับคัดเลือก เนื่องจากไม่สามารถให้ความร่วมมือหรือไม่สามารถสื่อสารได้ มีจำนวน 4 ราย เป็นผู้ป่วยของโรงพยาบาล A จำนวน 1 ราย และผู้ป่วยของโรงพยาบาล B จำนวน 3 ราย กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย จำนวน ใกล้เคียงกับเพศหญิง ประมาณร้อยละ 50 อายุโดยเฉลี่ยของผู้ป่วยคือ 57.53 ± 16.39 ปี โดยช่วงอายุของผู้ป่วยทั้งสองโรงพยาบาลอยู่ระหว่าง 19 – 94 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 82.1) มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดเดียวกันกับโรงพยาบาลที่มาฟอกเลือด และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 66.7) มีสถานภาพสมรสคู่ ผู้ป่วยส่วนมาก (ร้อยละ 57.2) จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา และเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 96.5) อยู่ร่วมกับผู้อื่น สำหรับอาชีพปัจจุบัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 56.2) ไม่ได้ประกอบอาชีพ และ ร้อยละ 61.7 ไม่มีรายได้จากอาชีพหลัก โดยผู้ป่วยที่ประกอบอาชีพมีรายได้จากอาชีพหลักโดยเฉลี่ยคือ $8,022.14 \pm 20,226.01$ บาทต่อเดือน และรายได้เฉลี่ยของครอบครัวโดยเฉลี่ยของ

ผู้ป่วยคือ $25,038.90 \pm 26,597.20$ บาทต่อเดือน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 57.7) ไม่มีการเตรียมออมเงินไว้สำหรับเวลาเจ็บป่วย มีเพียงร้อยละ 42.3 ที่มีการเตรียมเงินออมสำหรับการเจ็บป่วยในอนาคต สำหรับวิธีเดินทางมาโรงพยาบาล ผู้ป่วย ร้อยละ 70.6 เดินทางมาพอกเลือดโดยรถส่วนตัว ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยแสดงดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ตัวแปร	โรงพยาบาล A		โรงพยาบาล B		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	32	57.1	69	47.6	101	50.2
หญิง	24	42.9	76	52.4	100	49.8
อายุ (ปี)						
16-30	6	10.7	7	4.8	13	6.5
31-40	4	7.1	17	11.7	21	10.4
41-50	13	23.2	23	15.9	36	17.9
51-60	10	17.9	24	16.6	34	16.9
61-70	13	23.2	34	23.4	47	23.4
>70	10	17.9	40	27.6	50	24.9
Mean \pm SD	55.07 \pm 16.88		58.48 \pm 16.16		57.53 \pm 16.39	
Median	54.50		61.00		60.00	
Min - Max	22-92		19-94		19-94	
ภูมิลำเนา						
จังหวัดเดียวกันกับร.พ.	52	92.9	113	72.9	165	82.1
ไม่ใช่จังหวัดเดียวกันกับร.พ.	4	7.1	32	22.1	36	17.9
ศาสนา						
ศาสนาพุทธ	56	100.0	143	98.6	199	99.0
ศาสนาคริสต์	0	0.0	2	1.4	2	1.0

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ตัวแปร	โรงพยาบาล A		โรงพยาบาล B		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส						
โสด	9	16.1	17	11.7	26	12.9
คู่	38	67.9	96	66.2	134	66.7
ม่าย/หย่า/แยก	9	16.1	32	22.1	41	20.4
บทบาทในครอบครัว						
หัวหน้าครอบครัว	26	46.4	62	42.8	88	43.8
สมาชิกในครอบครัว	28	50.0	80	55.2	108	53.7
อื่นๆ	2	3.6	3	2.1	5	2.5
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้รับการศึกษา	2	3.6	15	10.3	17	8.5
ประถมศึกษา	35	62.5	80	55.2	115	57.2
มัธยมศึกษา	14	25.0	36	24.8	50	24.9
อนุปริญญา/ เทียบเท่า	1	1.8	4	2.8	5	2.5
ปริญญาตรี/ เทียบเท่า	2	3.6	8	5.5	10	5.0
สูงกว่าปริญญาตรี	2	3.6	2	1.4	4	2.0
สภาพครอบครัว						
อยู่คนเดียว	2	3.6	5	3.4	7	3.5
อยู่ร่วมกับผู้อื่น	54	96.4	140	96.6	194	96.5
อาชีพปัจจุบัน						
ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	6	10.7	12	8.3	18	9.0
ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว	9	16.1	26	17.9	35	17.4
พนักงานองค์กรเอกชน	2	3.6	4	2.8	6	3.0
รับจ้าง/ กรรมกร	4	7.1	5	3.4	9	4.5
เกษตรกรรวม	1	1.8	6	4.1	7	3.5
แม่บ้าน	1	1.8	11	7.6	12	6.0
นักเรียน/นักศึกษา	0	0.0	1	0.7	1	0.5
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	33	58.9	80	55.2	113	56.2

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ตัวแปร	โรงพยาบาล A		โรงพยาบาล B		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รายได้จากอาชีพหลัก						
(บาท/เดือน)						
ไม่มีรายได้	34	60.7	90	62.1	124	61.7
1-10,000	12	21.4	21	14.5	33	16.4
10,001-20,000	9	16.1	20	13.8	29	14.4
≥ 20,001	1	1.8	14	9.7	15	7.5
Mean ± SD	4,974.64 ± 9,012.84		9,199.10 ± 23,068.38		8,022.14 ± 20,226.01	
Median	0.00		0.00		0.00	
Min – Max	0-50,000		0-200,000		0-200,000	
อาชีพเสริม						
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	1	1.8	3	2.1	4	2.0
เกษตรกรรม	0	0.0	1	0.7	1	0.5
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	55	98.2	141	97.2	196	97.5
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว						
ไม่มีรายได้	1	1.8	3	2.1	4	2.0
1-10,000	22	39.3	43	29.7	65	32.3
10,001-20,000	24	42.9	44	30.3	68	33.8
≥ 20,001	9	16.1	55	37.9	64	31.8
Mean ± SD	17,005.00 ± 15,709.60		28,141.60 ± 29,214.00		25,038.90 ± 26,597.20	
Median	13,750		20,000		20,000	
Min – Max	0-100,000		0-200,000		0-200,000	
การเตรียมเงินออม						
เตรียม	21	37.5	64	44.1	85	42.3
ไม่ได้เตรียม	35	62.5	81	55.9	116	57.7

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ตัวแปร	โรงพยาบาล A		โรงพยาบาล B		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ส่วนใหญ่มาโรงพยาบาลด้วยวิธี						
รถส่วนตัว	29	51.8	113	77.9	142	70.6
รถเมล์	8	14.3	2	1.4	10	5.0
รถทัวร์/ รถไฟ	1	1.8	2	1.4	3	1.5
รถแท็กซี่/ รถรับจ้าง	2	3.6	13	9.0	15	7.5
รถมอเตอร์ไซด์	13	23.2	11	7.6	24	11.9
อื่นๆ	3	5.4	4	2.8	7	3.5

ในด้านการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย ผู้ป่วยเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 99.5) ไม่เคยรักษาบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีอื่น อายุที่เริ่มรักษาด้วยการฟอกเลือดโดยเฉลี่ยคือ 55.21 ± 16.92 ปี โดยระยะเวลาที่รับการรักษาด้วยวิธีฟอกเลือดโดยเฉลี่ยของผู้ป่วยคือ 30.02 ± 29.74 เดือน และระยะเวลาที่รับการรักษาด้วยวิธีฟอกเลือด ณ โรงพยาบาลปัจจุบันโดยเฉลี่ยของผู้ป่วยคือ 24.86 ± 25.02 เดือน ผู้ป่วยประมาณเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 48.3) ไม่เคยฟอกเลือดที่สถานพยาบาลแห่งอื่น นอกจากโรงพยาบาล ณ ปัจจุบัน ที่เหลือเคยฟอกเลือดที่โรงพยาบาลรัฐบาล โรงพยาบาลเอกชนและคลินิก ร้อยละ 31.3, 19.9 และ 0.5 ตามลำดับ สำหรับโรคที่เป็นร่วม ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 95.5) มีโรคอื่นๆ ร่วมด้วย โดยพบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 90.5 รองลงมาเป็นโรคเบาหวาน และผู้ป่วยส่วนมาก (ร้อยละ 68.7) มีภาวะแทรกซ้อน สำหรับการมารับการฟอกเลือด ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 65.7) มาฟอกเลือด 2 ครั้งต่อสัปดาห์ และในแต่ละครั้งที่มาส่วนมาก (ร้อยละ 63.7) ไม่มีญาติมาด้วย สำหรับสถานที่ตรวจรักษาโรคไตกับแพทย์ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 46.8) ตรวจรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ประจำจังหวัด รวมทั้งการรับยาปรับประถานรักษาโรคไต การรับยาฉีดเพิ่มเม็ดเลือด และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/ เอ็กซเรย์ผู้ป่วยใช้บริการของโรงพยาบาลศูนย์ประจำจังหวัดเช่นกัน สำหรับการมีสิทธิประโยชน์ในการขอเบิกหรือลดหย่อนในการฟอกเลือด ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 51.3) ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า รองลงมา (ร้อยละ 33.8) ใช้สิทธิประโยชน์ในการขอเบิกหรือลดหย่อนของข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ ในส่วนของแหล่งที่มาของเงินค่ารักษา ผู้ป่วยที่ต้องร่วมจ่ายค่าฟอกเลือดเองส่วนใหญ่ (ร้อยละ 82.1) มีแหล่งที่มาของเงินค่ารักษามาจากรายได้คนในครอบครัว ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ข้อมูลด้านการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย

ตัวแปร	โรงพยาบาล A		โรงพยาบาล B		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การรักษาบำบัดทดแทนไต ด้วยวิธีอื่น						
ไม่เคย	56	100.0	144	99.3	200	99.5
เคยปลูกถ่ายไต	0	0.0	1	0.7	1	0.5
อายุที่เริ่มรักษาฟอกเลือด(ปี)						
16-30	8	14.3	10	6.9	18	9.0
31-40	5	8.9	19	13.1	23	11.4
41-50	12	21.4	25	17.2	37	18.4
51-60	10	17.9	25	17.2	35	17.4
61-70	14	25.0	31	21.4	45	22.4
>70	7	12.5	35	24.2	43	21.4
Mean \pm SD	52.41 \pm 17.27		56.30 \pm 16.71		55.21 \pm 16.92	
Median	52		58		56	
Min – Max	16-92		18-94		16-94	
ระยะเวลาที่ฟอกเลือด(เดือน)						
\leq 12	17	30.4	55	37.9	72	35.8
13-24	11	19.6	30	20.7	41	20.4
25-36	9	16.1	19	13.1	28	13.9
37-48	8	14.3	10	6.9	18	9.0
49-60	6	10.7	14	9.7	20	10.0
61-72	2	3.6	4	2.8	6	3.0
\geq 73	3	5.4	13	9.0	16	8.0
Mean \pm SD	29.27 \pm 23.18		30.32 \pm 31.98		30.02 \pm 29.74	
Median	25.50		20.00		20.00	
Min – Max	1-92		1-159		1-159	

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ตัวแปร	โรงพยาบาล A		โรงพยาบาล B		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รักษาที่โรงพยาบาลนี้(เดือน)						
≤ 12	19	33.9	65	44.8	84	41.8
13-24	11	19.6	31	21.4	42	20.9
25-36	9	16.1	20	13.8	29	14.4
37-48	9	16.1	7	4.8	16	8.0
49-60	4	7.1	9	6.2	13	6.5
61-72	4	7.1	3	2.1	7	3.5
≥ 73	0	0.0	10	6.9	10	5.0
Mean ± SD	25.52 ±18.87		24.60±27.09		24.86±25.02	
Median	24.00		15.00		17.00	
Min – Max	1-63		1-159		1-159	
ประเภทสถานพยาบาลที่เคย พอกเลือดนอกจากร.พ.นี้						
ไม่เคย	7	12.5	90	62.1	97	48.3
โรงพยาบาลรัฐบาล	37	66.1	26	17.9	63	31.3
โรงพยาบาลเอกชน	12	21.4	28	19.3	40	19.9
อื่นๆ	0	0.0	1	0.7	1	0.5
มีโรคที่เป็นร่วม						
มี	55	98.2	137	94.5	192	95.5
ไม่มี	1	1.8	8	5.5	9	4.5
โรคที่เป็นร่วม						
โรคเบาหวาน	24	42.9	70	48.3	94	46.8
โรคหัวใจและหลอดเลือด	7	12.5	49	33.8	56	27.9
โรคมะเร็ง	0	0.0	1	0.7	1	0.5
โรคความดันโลหิตสูง	50	89.3	132	91.0	182	90.5
โรคอื่นๆ	14	25.0	39	26.9	53	26.4

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ตัวแปร	โรงพยาบาล A		โรงพยาบาล B		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะแทรกซ้อน						
มี	50	89.3	88	60.7	138	68.7
ไม่มี	6	10.7	57	39.3	63	31.3
การรักษา(ครั้ง/สัปดาห์)						
< 2	5	8.9	28	19.3	33	16.4
2	41	73.2	91	62.8	132	65.7
3	10	17.9	26	17.9	36	17.9
ญาติที่มา						
ไม่มีญาติมา	43	76.8	85	58.6	128	63.7
มีญาติมา	13	23.2	60	41.4	73	36.3
จำนวนญาติที่มา(คน)						
1	13	100.0	53	88.3	66	90.4
2	0	0.0	5	8.3	5	6.8
3	0	0.0	2	3.4	2	2.8
สถานที่ตรวจกับแพทย์						
ร.พ.ศูนย์ประจำจังหวัด	40	71.4	54	37.2	94	46.8
ร.พ.รัฐบาลแห่งอื่น	15	26.8	39	26.9	54	26.9
ร.พ.เอกชนแห่งอื่น	1	1.8	2	1.4	3	1.5
ร.พ.เดียวกันกับที่ฟอกเลือด	0	0.0	50	34.5	50	24.9
สถานที่รับยารับประทาน						
ร.พ.ศูนย์ประจำจังหวัด	41	73.2	55	37.9	96	47.8
ร.พ.รัฐบาลแห่งอื่น	15	26.8	41	28.3	56	27.9
ร.พ.เอกชนแห่งอื่น	0	0.0	1	0.7	1	0.5
ร.พ.เดียวกันกับที่ฟอกเลือด	0	0.0	12	8.3	12	6.0
ร้านขายยา	0	0.0	35	24.1	35	17.4
คลินิกแพทย์	0	0.0	1	0.7	1	0.5

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ตัวแปร	โรงพยาบาล A		โรงพยาบาล B		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สถานที่รับยาฉีดเพิ่มเม็ดเลือด						
ไม่ได้รับ	7	12.5	21	14.5	28	13.9
ร.พ.ศูนย์ประจำจังหวัด	26	46.4	41	28.3	67	33.3
บริษัทยา	10	17.9	8	5.5	18	9.0
ร.พ.รัฐบาลแห่งอื่น	13	23.2	33	22.8	46	22.9
ร.พ.เดียวกันกับที่ฟอกเลือด	0	0.0	42	29.0	42	20.9
สถานที่ตรวจทางห้องปฏิบัติการ/เอ็กซเรย์						
ร.พ.ศูนย์ประจำจังหวัด	40	71.4	50	34.5	90	44.8
ร.พ.รัฐบาลแห่งอื่น	14	25.0	37	25.5	51	25.4
ร.พ.เอกชนแห่งอื่น	2	3.6	2	1.4	4	2.0
ร.พ.เดียวกันกับที่ฟอกเลือด	0	0.0	56	38.6	56	27.9
สิทธิในการฟอกเลือด						
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	27	48.2	76	52.4	103	51.3
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	20	35.7	48	33.1	68	33.8
ประกันสังคม	9	16.1	21	14.5	30	14.9
แหล่งที่มาของเงินค่ารักษา						
จากรายได้/เงินออมส่วนตัว	6	28.6	33	44.6	39	41.1
จากรายได้ของคนในครอบครัว	19	90.5	59	79.7	78	82.1
จากการกู้ยืม	10	47.6	20	27.0	30	31.6
จากการขายหรือจำหน่ายสมบัติ	6	28.6	20	27.0	26	27.4
อื่นๆ	0	0.0	1	1.4	1	1.1

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย

การศึกษาค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยในครั้งนี้ แบ่งผู้ป่วยตามสิทธิประโยชน์ที่ได้รับในการฟอกเลือดได้เป็น 3 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยที่มีสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผู้ป่วยที่มีสิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ และผู้ป่วยที่มีสิทธิบัตรประกันสังคม ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย จะประกอบด้วยค่าใช้จ่ายทางตรง และค่าใช้จ่ายทางอ้อม โดยค่าใช้จ่ายทางตรง ได้แก่ ค่าใช้จ่ายทางตรงที่เกี่ยวกับทางการแพทย์ และค่าใช้จ่ายทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับทางการแพทย์ สำหรับค่าใช้จ่ายทางอ้อม ได้แก่ รายได้ที่เสียเนื่องจากการขาดงานของผู้ป่วยและญาติ

ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยในแต่ละรายมีความแตกต่างกันมาก การวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายโดยใช้ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ($\text{Mean} \pm \text{SD}$) จะใช้ข้อมูลของผู้ป่วยในรายที่เสียค่าใช้จ่ายเท่านั้น และการวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายโดยใช้ค่าต่ำสุด (Min) ค่าสูงสุด (Max) และค่ามัธยฐาน (Median) จะใช้ข้อมูลของผู้ป่วยทุกรายทั้งที่เสียและไม่เสียค่าใช้จ่าย ซึ่งการแสดงผลในตาราง จะแสดงจำนวนผู้ป่วยที่นำมาคำนวณค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยในแต่ละองค์ประกอบของต้นทุน ซึ่งผลการศึกษาค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยทั้งหมดรวมทั้งสองโรงพยาบาล เป็นดังนี้

ค่าใช้จ่ายทางตรงที่เกี่ยวกับทางการแพทย์ของผู้ป่วย

จากผลการศึกษาดังตารางที่ 7 พบว่าค่าใช้จ่ายทางตรงที่เกี่ยวกับทางการแพทย์ที่ผู้ป่วยสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าเสียมากที่สุด คือ ค่าฟอกเลือด อยู่ในช่วง 0.00-12,000.00 บาท/เดือน และผู้ป่วยที่มีสิทธิบัตรประกันสังคม เสียค่าฟอกเลือดมากที่สุดเช่นกัน แต่ผู้ป่วยทุกรายไม่เสียค่ายาฉีด สำหรับผู้ป่วยที่มีสิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจทุกรายไม่เสียค่าฟอกเลือด ค่ายาฉีด และค่ายาฉีด แต่มีผู้ป่วยที่เสียค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการจำนวน 5 ราย และเสียค่าบริการทางการแพทย์จำนวน 11 ราย เมื่อรวมค่าใช้จ่ายทางตรงที่เกี่ยวกับทางการแพทย์แล้ว ผู้ป่วยที่มีสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า เสียค่าใช้จ่ายทางตรงที่เกี่ยวกับทางการแพทย์อยู่ในช่วง 0.00-24,808.00 บาท/เดือน ซึ่งมากกว่าผู้ป่วยที่มีสิทธิอื่น

ตารางที่ 7 ค่าใช้จ่ายทางตรงที่เกี่ยวกับทางการแพทย์ของกลุ่มผู้ป่วยตามสิทธิในการฟอกเลือด

องค์ประกอบของ ต้นทุน	ค่าใช้จ่ายทางตรงที่เกี่ยวกับทางการแพทย์ของผู้ป่วยทั้งหมด (บาท/เดือน)		
	ประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า	ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	ประกันสังคม
ค่าฟอกเลือด			
Mean ± SD	6,492.63±2,723.24 (N = 95)	-	3,451.85±3,506.74 (N = 27)
Min – Max	0.00-12,000.00 (N = 103)	-	0.00-18,000.00 (N = 30)
ค่ายารับประทาน			
Mean ± SD	1,339.78±1,767.54 (N = 48)	-	758.19±349.42 (N = 4)
Min – Max	0.00 -10,284.00 (N = 103)	-	0.00-1,199.80 (N = 30)
ค่ายานี้ด			
Mean ± SD	3,489.26±1,935.63 (N = 61)	-	-
Min – Max	0.00-8,400.00 (N=103)	-	-
ค่าตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ			
Mean ± SD	500 (N = 51)	500 (N = 5)	500 (N = 3)
Min – Max	0.00-500.00 (N = 103)	0.00-500.00 (N = 68)	0.00-500.00 (N = 30)
ค่าบริการทาง การแพทย์			
Mean ± SD	307.95±97.63(N = 78)	193.64±144.73(N=11)	347.62±71.69(N = 21)
Min – Max	0.00-480.00(N = 103)	0.00 -630.00(N = 68)	0.00-580.00 (N = 30)
รวมค่าใช้จ่าย			
Min – Max	0.00-24,808.00 (N= 103)	0.00-650.00 (N = 68)	0.00-19,837.00 (N = 30)

ค่าใช้จ่ายทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับทางการแพทย์ของผู้ป่วย

จากผลการศึกษาตามตารางที่ 8 ถ้าพิจารณาจากค่าสูงสุด พบว่า ผู้ป่วยที่มีสิทธิบัตร ประกันสุขภาพถ้วนหน้า และผู้ป่วยที่มีสิทธิบัตรประกันสังคม เสียค่าจ้างผู้ดูแลสูงสุด แต่ในผู้ป่วย ทั้งหมดมีเพียงจำนวน 8 ราย ที่เสียค่าจ้างผู้ดูแล และผู้ป่วยเกือบทุกรายจะเสียค่าเดินทาง ซึ่งผู้ป่วย ทั้งหมดเสียค่าอาหาร/เครื่องดื่ม/ขนม อยู่ในช่วงที่น้อยที่สุด เมื่อรวมค่าใช้จ่ายทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับ การแพทย์แล้ว ผู้ป่วยที่มีสิทธิข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ เสียค่าใช้จ่ายทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับทาง การแพทย์อยู่ในช่วง 0.00-8,830.00 บาท/เดือน ซึ่งน้อยกว่าผู้ป่วยที่มีสิทธิอื่น

ตารางที่ 8 ค่าใช้จ่ายทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับทางการแพทย์ของกลุ่มผู้ป่วยตามสิทธิในการฟอกเลือด

องค์ประกอบของ ต้นทุน	ค่าใช้จ่ายทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับทางการแพทย์ของผู้ป่วยทั้งหมด (บาท/เดือน)		
	ประกันสุขภาพถ้วน หน้า	ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	ประกันสังคม
ค่าเดินทาง			
Mean ± SD	1,571.82±1,800.30 (N = 100)	1,660.15±1,767.02 (N = 67)	1,264.03±1,383.71 (N = 30)
Min - Max	0.00-12,500.00 (N = 103)	0.00-8,750.00 (N = 68)	34.00-6,375.00 (N = 30)
ค่าจ้างผู้ดูแล			
Mean ± SD	10,133.30±3,324.86 (N = 6)	6,000.00 (N = 1)	8,500.00 (N = 1)
Min - Max	0.00-14,600.00 (N = 103)	0.00-6,000.00 (N = 68)	0.00-8,500.00 (N = 30)
ค่าอาหาร/เครื่องดื่ม/ขนม			
Mean ± SD	1,586.77±2,393.36 (N = 26)	608.89±1,282.90 (N = 9)	1,243.86±1,848.75 (N = 7)
Min - Max	0.00 -8,010.00 (N = 103)	0.00-4,000.00 (N = 68)	0.00 -5,340.00 (N = 30)
รวมค่าใช้จ่าย			
Min - Max	0.00-17,600.00 (N = 103)	0.00-8,830.00 (N = 68)	34.00-17,740.00 (N = 30)

ค่าใช้จ่ายทางอ้อมของผู้ป่วย

จากผลการศึกษาตามตารางที่ 9 ถ้าพิจารณาค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยของผู้ป่วยและญาติที่เสียรายได้จากการมารับการรักษา จะพบว่าผู้ป่วยเสียรายได้เนื่องจากการขาดงานมากกว่าญาติเสียรายได้เนื่องจากการขาดงาน

ตารางที่ 9 ค่าใช้จ่ายทางอ้อมของกลุ่มผู้ป่วยตามสิทธิในการฟอกเลือด

องค์ประกอบของ ต้นทุน	ค่าใช้จ่ายทางอ้อมของผู้ป่วยทั้งหมด (บาท/เดือน)		
	ประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า	ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	ประกันสังคม
รายได้ที่เสียเนื่องจากการ ขาดงานของผู้ป่วย			
Mean \pm SD	5,561.39 \pm 6,683.28	7,101.60 \pm 2,700.30	4,720.20 \pm 4,848.95
Min – Max	0.00-30,000.00	0.00-10,000.00	0.00-20,000.00
	(N = 18)	(N = 5)	(N = 15)
	(N = 103)	(N = 68)	(N = 30)
รายได้ที่เสียเนื่องจากการ ขาดงานของญาติผู้ป่วย			
Mean \pm SD	2,562.50 \pm 2,886.45	2,967.27 \pm 1,435.58	1,192.33 \pm 909.79
Min – Max	0.00 -8,400.00	0.00-6,250.00	0.00-1,827.00
	(N = 10)	(N = 11)	(N = 3)
	(N = 103)	(N = 68)	(N = 30)
รวมค่าใช้จ่าย			
Min – Max	0.00-30,000.00	0.00-10,000.00	0.00-20,000.00
	(N = 103)	(N = 68)	(N = 30)

ค่าใช้จ่ายทั้งหมด

จากผลการศึกษาตามตารางที่ 10 เมื่อรวมค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่ผู้ป่วยต้องเสีย พบว่า ผู้ป่วยที่มีสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า เสียค่าใช้จ่ายทั้งหมดอยู่ในช่วง 900.00-52,945.60 บาท/เดือน ซึ่งมีค่าสูงสุดมากกว่าผู้ป่วยที่มีสิทธิอื่น สำหรับผู้ป่วยที่มีสิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจเสียค่าใช้จ่ายทั้งหมดอยู่ในช่วง 170.00-12,180.00 บาท/เดือน ซึ่งน้อยกว่าผู้ป่วยที่มีสิทธิอื่น

ตารางที่ 10 ค่าใช้จ่ายรวมของกลุ่มผู้ป่วยตามสิทธิในการฟอกเลือด

องค์ประกอบของ ต้นทุน	ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย (บาท/เดือน)		
	ประกันสุขภาพถ้วน หน้า	ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	ประกันสังคม
ค่าใช้จ่ายทางตรงที่ เกี่ยวกับการแพทย์			
Mean	9,931.31±5,185.42 (N=95)	308.67±205.77 (N = 15)	3,621.82±3,766.24 (N = 29)
Min – Max	0.00-24,808.00 (N=103)	0.00-650.00 (N=68)	0.00-19,837.00 (N=30)
ค่าใช้จ่ายทางตรงที่ ไม่เกี่ยวกับการแพทย์			
Mean	2,566.71±3,626.18 (N=101)	1,831.49±1,911.43 (N = 67)	1,837.60±3,276.51 (N = 30)
Min – Max	0.00-17,600.00 (N=103)	0.00-8,830.00 (N=68)	34.00-17,740.00 (N=30)
ค่าใช้จ่ายทางอ้อม			
Mean	5,029.20±5,919.42 (N = 25)	4,543.20±2,917.69 (N = 15)	4,648.75±4,686.21 (N = 16)
Min – Max	0.00-30,000.00 (N=103)	0.00-10,000.00 (N=68)	0.00-20,000.00 (N=30)
ค่าใช้จ่ายทั้งหมด			
Min – Max	900.00-52,945.60	170.00-12,180.00	1,603.00-37,577.00

การวิเคราะห์ความไวของค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย

หลังจากที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เพิ่มสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ให้ผู้ป่วยที่ต้องชำระเงินเองในการรับการรักษาด้วยวิธีฟอกเลือดและมีบัตรทอง สามารถใช้สิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยร่วมจ่ายค่าฟอกเลือดไม่เกิน 500 บาทต่อครั้ง และสปสช.จะร่วมจ่ายครั้งละ 1,000 บาท ทั้งนี้เริ่มตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2551 เป็นต้นไป โดยให้สิทธิการฟอกเลือดไม่เกิน 2 ครั้งต่อสัปดาห์ อย่างไรก็ตามโรงพยาบาล A ให้ผู้ป่วยร่วมจ่ายค่าฟอกเลือดครั้งละ 500 บาท สำหรับโรงพยาบาล B ให้ผู้ป่วยร่วมจ่ายค่าฟอกเลือดครั้งละ 1,000 บาท แต่สำรองจ่ายเต็มไปก่อนแล้วนำมาเบิกคืนทีหลัง เนื่องจากโรงพยาบาล B เข้าโครงการของ สปสช. อย่างไม่เต็มรูปแบบ สำหรับค่ายาฉีดเพิ่มเม็ดเลือด ให้สิทธิไม่เกิน 1 เข็มต่อสัปดาห์ (โรงพยาบาล A สามารถใช้สิทธิในค่ายาฉีดเพิ่มเม็ดเลือด แต่โรงพยาบาล B ต้องชำระเงินค่ายาฉีดเพิ่มเม็ดเลือดเหมือนเดิม เนื่องจากเข้าโครงการของ สปสช. อย่างไม่เต็มรูปแบบ) จึงทำให้ข้อมูลค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับค่าฟอกเลือดและค่ายาฉีดเพิ่มเม็ดเลือดมีความแตกต่างกันระหว่างก่อนและหลังได้รับสิทธิประโยชน์นี้ เมื่อทำการวิเคราะห์ความไวพบว่า ผู้ป่วยที่ปัจจุบันใช้สิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการฟอกเลือดมีค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับค่าฟอกเลือด ลดลง $8,037.87 \pm 2,496.69$ บาท/เดือน ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายทางตรงที่เกี่ยวกับการแพทย์ลดลง $8,355.05 \pm 2,845.00$ บาท/เดือน ทั้งนี้มีผู้ป่วยที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของโรงพยาบาลกำแพงแสน จำนวน 8 ราย ได้รับการสนับสนุนค่าฟอกเลือดและค่ายาฉีดเพิ่มเม็ดเลือดจากโรงพยาบาล ไม่ต้องร่วมจ่ายค่าฟอกเลือดตั้งแต่ก่อนเดือนตุลาคม จึงไม่นำมาวิเคราะห์รวมกับค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยรายอื่น ดังแสดงในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 ความแตกต่างของค่าใช้จ่ายในการฟอกเลือดระหว่างก่อนและหลังได้รับสิทธิประโยชน์
ของกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

องค์ประกอบของ ต้นทุน	กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สิทธิในระบบหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้าในการฟอกเลือด		ส่วนต่าง (ก่อนได้รับสิทธิ- หลังได้รับสิทธิ)
	ก่อนได้รับสิทธิ	หลังได้รับสิทธิ	
ค่าฟอกเลือด			
Mean ± SD	14,530.50±4,499.25 (N = 95)	6,492.63±2,723.24 (N = 95)	8,037.87±2,496.69 (N = 95)
Median	16,000.00 (N = 95)	8,000.00 (N = 95)	8,000.00(N = 95)
ค่ายาฉีดเพิ่มเม็ดเลือด			
Mean ± SD	3,681.44±1,848.57 (N = 66)	3,489.26±1,935.63 (N = 61)	2,152.14±230.52 (N = 14)
Median	2,800.00 (N = 95)	2,000.00 (N = 95)	0.00(N = 95)
ค่าใช้จ่ายทางตรงที่ เกี่ยวกับทางการแพทย์			
Mean	18,286.40±6,474.69 (N = 95)	9,931.31±5,185.42 (N = 95)	8,355.05±2,845.00 (N = 95)
Median	17,720.00(N = 95)	9,162.80(N = 95)	8,000.00(N = 95)

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการฟอกเลือดในโรงพยาบาลเอกชน

ข้อมูลเหตุผลในการเข้ารับบริการฟอกเลือดในโรงพยาบาลเอกชนของผู้ป่วย

จากการศึกษาโดยให้ผู้ป่วยเรียงลำดับเหตุผลในการเข้ารับบริการฟอกเลือด และผู้วิจัยได้ให้ค่าน้ำหนักเหตุผลในการเข้ารับบริการ เมื่อพิจารณาเหตุผลที่สำคัญ 5 อันดับแรกในการเข้ารับบริการฟอกเลือดในภาพรวมของผู้ป่วยทั้งหมด พบว่า เหตุผลที่สำคัญที่สุด คือ มีความสะดวกในการเดินทาง สาเหตุรองลงมา คือ มีสิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากแหล่งต่างๆ จำนวนแพทย์และจำนวนเตียงคนไข้ในหน่วยไตเทียมของรัฐไม่เพียงพอ ผู้ป่วยและครอบครัวมีความสามารถที่จะเสียค่าใช้จ่ายได้ และมีเพื่อน คนรู้จัก เจ้าหน้าที่หรือญาติแนะนำ ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 12

ตารางที่ 12 เหตุผลในการเข้ารับบริการฟอกเลือดของผู้ป่วย

เหตุผลในการเข้ารับบริการฟอกเลือดของผู้ป่วย						
หัวข้อเหตุผล	จำนวนคนที่เลือก (คน)					เรียง
	อันดับ	อันดับ	อันดับ	อันดับ	อันดับ	อันดับ
	1	2	3	4	5	ความสำคัญ
1. มีความสะดวกในการเดินทาง	16	55	92	6	2	1
2. มีสิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากแหล่งต่างๆ	106	0	0	0	0	2
3. จำนวนแพทย์และจำนวนเตียงคนไข้ในหน่วยไตเทียมของรัฐไม่เพียงพอ	19	95	0	0	0	3
4. ผู้ป่วยและครอบครัวมีความสามารถที่จะเสียค่าใช้จ่ายได้	49	3	16	36	16	4
5. มีเพื่อน คนรู้จัก เจ้าหน้าที่หรือญาติแนะนำ	2	9	25	40	6	5
6. บริการดี	4	10	23	15	1	6
7. แพทย์ตรวจพบและส่งตัวมา	0	0	9	41	42	7
8. ราคาเหมาะสมไม่แพง	2	12	15	2	0	8
9. แพทย์และพยาบาลมีความเชี่ยวชาญ	2	11	10	7	2	9
10. สถานที่สะอาด	1	6	9	6	2	10
11. มีช่วงเวลาในการฟอกเลือดที่เหมาะสม	0	0	0	2	0	11
12. จำนวนโรงพยาบาลของรัฐที่มีหน่วยไตเทียมในเขตที่อยู่ไม่เพียงพอ	0	0	1	0	0	12

ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการฟอกเลือดในโรงพยาบาลเอกชนของผู้ป่วย

จากผลการศึกษาตามตารางที่ 13 โดยการสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการฟอกเลือดของผู้ป่วยในภาพรวมทั้งสอง โรงพยาบาล และผู้วิจัยได้ให้ค่าน้ำหนักความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการ พบว่าในแต่ละหัวข้อปัจจัย สามารถเรียงอันดับความสำคัญ 3 อันดับแรก ได้ดังนี้

ปัจจัยทางกายภาพ

ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการมากที่สุด คือ ความสะอาดของสถานที่ฟอกเลือด และความสะดวกในการเดินทางมาโรงพยาบาล โดยมีผู้ป่วยเลือกเห็นด้วยมาก ร้อยละ 95.5 ทั้งสองปัจจัย ปัจจัยรองลงมาคือ ความพอเพียงของที่นั่งรอฟอกเลือด โดยมีผู้ป่วยเลือกเห็นด้วยมาก ร้อยละ 83.6

ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม

ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการมากที่สุด คือ ความรวดเร็วในการเข้ารับบริการ โดยมีผู้ป่วยเลือกเห็นด้วยมาก ร้อยละ 93.0 ปัจจัยรองลงมาคือ เพื่อน คนรู้จัก เจ้าหน้าที่ หรือญาติแนะนำ โดยมีผู้ป่วยเลือกเห็นด้วยมาก ร้อยละ 43.3 เลือกเห็นด้วยปานกลาง ร้อยละ 51.7 และข้อมูลประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการให้บริการ โดยมีผู้ป่วยเลือกเห็นด้วยมาก ร้อยละ 18.9 และเลือกเห็นด้วยปานกลาง ร้อยละ 72.1

ปัจจัยทางเศรษฐกิจ

ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการมากที่สุด คือ รายได้ของผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีผู้ป่วยเลือกเห็นด้วยมาก ร้อยละ 96.5 ปัจจัยรองลงมาคือ การมีสิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากแหล่งต่างๆ และราคาของการฟอกเลือด ตามลำดับ

ปัจจัยทางเทคโนโลยี

ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการมากที่สุด คือ ความทันสมัยและได้มาตรฐานของอุปกรณ์และเครื่องมือที่ใช้ประกอบในการฟอกเลือด โดยมีผู้ป่วยเลือกเห็นด้วยมาก ร้อยละ 90.5 ปัจจัยรองลงมาคือ การนัดหมายทางโทรศัพท์ กรณีเปลี่ยนแปลงวันและเวลาในการมาฟอกเลือด และการชำระเงินด้วยบัตรเครดิต ตามลำดับ

ปัจจัยทางจิตวิทยา

ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการมากที่สุด คือ ความเชื่อมั่นในการบริการและกระบวนการให้บริการฟอกเลือดของโรงพยาบาล โดยมีผู้ป่วยเลือกเห็นด้วยมาก ร้อยละ 96.5 ปัจจัยรองลงมาคือ ความเชื่อถือในตัวแพทย์และพยาบาล และการบริการของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เช่น พนักงานแปล การเงิน ฯลฯ ตามลำดับ

แต่เมื่อพิจารณาในภาพรวมของหัวข้อปัจจัยแล้ว พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการฟอกเลือดของผู้ป่วยมากที่สุด มี 2 ปัจจัยซึ่งเมื่อผู้วิจัยได้ให้ค่าน้ำหนักความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการแล้ว พบว่ามีความสำคัญเท่ากัน คือ รายได้ของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งอยู่ในหัวข้อปัจจัยทางเศรษฐกิจ และความเชื่อมั่นในการบริการและกระบวนการให้บริการฟอกเลือดของโรงพยาบาล ซึ่งอยู่ในหัวข้อปัจจัยทางจิตวิทยา ปัจจัยที่สำคัญรองลงมา คือ ความสะอาดของสถานที่ฟอกเลือด และความสะดวกในการเดินทางมาโรงพยาบาลเลือด ซึ่งมีความสำคัญเท่ากัน และอยู่ในปัจจัยทางกายภาพเหมือนกัน สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการฟอกเลือดของผู้ป่วยน้อยที่สุด คือ การชำระเงินด้วยบัตรเครดิต ซึ่งอยู่ในปัจจัยทางเทคโนโลยี

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ตารางที่ 13 ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการฟอกเลือดของผู้ป่วย

ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการ	เห็นด้วยมาก		เห็นด้วยปานกลาง		เห็นด้วยน้อย		ไม่เห็นด้วย		เรียง อันดับ ความสำ คัญ
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
ปัจจัยทางกายภาพ									
1.ความสะอาดของสถานที่ฟอกเลือด	192	95.5	9	4.5	0	0.0	0	0.0	1
2.ความสะดวกในการเดินทางมาโรงพยาบาล	192	95.5	9	4.5	0	0.0	0	0.0	1
3.ความพอเพียงของที่นั่งรอฟอกเลือด	168	83.6	33	16.4	0	0.0	0	0.0	3
4.ความสะดวกสบายของที่นั่งรอฟอกเลือด	167	83.1	34	16.9	0	0.0	0	0.0	4
5.ความเรียบร้อยในการแต่งกายของบุคลากร	151	75.1	50	24.9	0	0.0	0	0.0	5
6.ความสะอาดของห้องสุขา	125	62.2	70	34.8	6	3.0	0	0.0	6
7.ความพอเพียงของบริการน้ำดื่ม	113	56.2	83	41.3	5	2.5	0	0.0	7
8.ความสะอาดของห้องอาหาร	102	50.7	75	37.3	21	10.4	3	1.5	8
9.ความพอเพียงของที่จอดรถในโรงพยาบาล	96	47.8	74	36.8	31	15.4	0	0.0	9
10.การมีผู้รับความคิดเห็นหรือร้องทุกข์	23	11.4	22	10.9	107	53.2	49	24.4	10
11.การมีรถบริการรับส่ง	24	11.9	19	9.5	19	9.5	139	69.2	11

ตารางที่ 13 (ต่อ)

ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการ	เห็นด้วยมาก		เห็นด้วยปานกลาง		เห็นด้วยน้อย		ไม่เห็นด้วย		เรียง อันดับ ความสำคัญ
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม									
1. ความรวดเร็วในการเข้ารับบริการ	187	93.0	14	7.0	0	0.0	0	0.0	1
2. เพื่อน คนรู้จัก เจ้าหน้าที่ หรือญาติแนะนำ	87	43.3	104	51.7	10	5.0	0	0.0	2
3. ข้อมูลประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการให้บริการ	38	18.9	145	72.1	18	9.0	0	0.0	3
4. การจัดกิจกรรมต่างๆ เพื่อประโยชน์ต่อสังคม เช่นการจัดอบรมให้ความรู้ ให้คำปรึกษาแก่ ประชาชน	48	23.9	115	57.2	38	18.9	0	0.0	4
5. การมีทีมแพทย์และพยาบาลไปตรวจเยี่ยมที่ บ้าน	28	13.9	55	27.4	80	39.8	38	18.9	5
ปัจจัยทางเศรษฐกิจ									
1. รายได้ของผู้ป่วยและครอบครัว	194	96.5	7	3.5	0	0.0	0	0.0	1
2. การมีสิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากแหล่งต่างๆ	194	96.5	4	2.0	3	1.5	0	0.0	2

ตารางที่ 13 (ต่อ)

ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการ	เห็นด้วยมาก		เห็นด้วยปานกลาง		เห็นด้วยน้อย		ไม่เห็นด้วย		เรียง อันดับ ความสำคัญ
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
3.ราคาของการฟอกเลือด	190	94.5	11	5.5	0	0.0	0	0.0	3
4.การให้ส่วนลดค่าบริการฟอกเลือด	187	93.0	14	7.0	0	0.0	0	0.0	4
ปัจจัยทางเทคโนโลยี									
1.ความทันสมัยและได้มาตรฐานของ อุปกรณ์และเครื่องมือที่ใช้ประกอบในการ ฟอกเลือด	182	90.5	19	9.5	0	0.0	0	0.0	1
2.การนัดหมายทางโทรศัพท์ กรณี เปลี่ยนแปลงวันและเวลาในการมาฟอกเลือด	32	15.9	165	82.1	4	2.0	0	0.0	2
3.การชำระเงินด้วยบัตรเครดิต	22	10.9	18	9.0	6	3.0	155	77.1	3
ปัจจัยทางจิตวิทยา									
1.ความเชื่อมั่นในการบริการและ กระบวนการให้บริการฟอกเลือดของ โรงพยาบาล	194	96.5	7	3.5	0	0.0	0	0.0	1

ตารางที่ 13 (ต่อ)

ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการ	เห็นด้วยมาก		เห็นด้วยปานกลาง		เห็นด้วยน้อย		ไม่เห็นด้วย		เรียง อันดับ ความสำคัญ
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
2.ความเชื่อถือในตัวแพทย์และพยาบาล	193	96.0	5	2.5	3	1.5	0	0.0	2
3.การบริการของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เช่น พนักงานแปล การเงิน ฯลฯ	78	38.8	122	60.7	1	0.5	0	0.0	3

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

บทที่ 5 อภิปรายผล

การศึกษาค่าใช้จ่ายและปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลเอกชนทั้ง 2 แห่ง สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลเอกชน
2. ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย ซึ่งจำแนกเป็น

2.1. ค่าใช้จ่ายทางตรงที่เกี่ยวกับการแพทย์ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการฟอกเลือด ค่ายา ค่าวัสดุอุปกรณ์ ค่าเอ็กซเรย์ ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าอุดรื้อชาวนด์ และค่าผ่าตัดเปลี่ยนเส้นเลือด

2.2. ค่าใช้จ่ายทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับการแพทย์ ได้แก่ ค่าเดินทาง ค่าจ้างผู้ดูแล ค่าอาหาร/เครื่องดื่ม/ขนม และค่าที่พัก

2.3. ค่าใช้จ่ายทางอ้อม ได้แก่ รายได้ที่เสียไปจากการขาดงานของผู้ป่วยและญาติ

3. ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการฟอกเลือดในโรงพยาบาลเอกชนของผู้ป่วย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลเอกชน

จากผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 82.1) มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดเดียวกันกับโรงพยาบาลที่มาฟอกเลือด ซึ่งจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ผู้มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดเดียวกันกับโรงพยาบาลจะมีความสะดวกในการเดินทางมากกว่า และการมีสิทธิประโยชน์ในการขอเบิกหรือลดหย่อนในการฟอกเลือดของผู้ป่วยและการพึ่งพาคนในครอบครัวเรื่องค่ารักษากรณีที่ต้องร่วมจ่ายค่าฟอกเลือด (ร้อยละ 82.1) ทำให้สามารถแบกรับภาระค่าใช้จ่ายบางส่วน และยังสามารถฟอกเลือดในโรงพยาบาลเอกชนได้ และจากข้อมูลด้านการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยมีการตรวจรักษาโรคไตกับแพทย์ รับยารับประทานรักษาโรคไต รับยาฉีดเพิ่มเม็ดเลือด และตรวจทางห้องปฏิบัติการ/เอ็กซเรย์ ที่สถานพยาบาลอื่นที่ไม่ใช่โรงพยาบาลเดียวกันกับที่ฟอกเลือด เหตุผลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยต้องการทำที่โรงพยาบาลต้นสังกัดหรือที่ตนประกันสังคมหรือใช้บัตรประกันสุขภาพ เพื่อที่จะสามารถใช้สิทธิประโยชน์ โดยไม่ต้องชำระเงิน

หรือบางกรณีที่ไม่ได้ใช้สิทธิประโยชน์ ผู้ป่วยทำที่สถานพยาบาลอื่น เนื่องจาก เคยรักษาที่อื่นเป็น ประจำมาก่อนหน้านี้ หรือต้องการความสะดวก หรือมีราคาถูกกว่า

จากข้อมูลเรื่องสิทธิประโยชน์ในการขอเบิกหรือลดหย่อนในการฟอกเลือดของผู้ป่วย ทั้งหมด พบว่า มีผู้ป่วยที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 51.3 มีสิทธิข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 33.8 และสิทธิบัตรประกันสังคม ร้อยละ 14.9 สามารถอภิปรายในแต่ละสิทธิได้ ดังนี้

ผู้ป่วยที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เป็นโรคที่ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวทุกข์ทรมานเพราะต้อง รักษาต่อเนื่องไปตลอดชีวิต เดิมสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังไม่ คุ้มครองผู้ป่วยเหล่านี้ แต่ปัจจุบันสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้ปรับปรุงชุด สิทธิประโยชน์ให้ครอบคลุมบริการทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยความ คุ้มครองที่ผู้ป่วยได้รับตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2551 คือ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่กำลังฟอกเลือดด้วย เครื่องไตเทียม ก่อนวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2551 (ผู้ป่วยรายเก่า) ถ้าใช้วิธีฟอกเลือดเช่นเดิมไม่ เปลี่ยนเป็นวิธีล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) จะได้รับความคุ้มครองโดยผู้ป่วยร่วม จ่ายไม่เกิน 500 บาท รวมถึงค่ายาฉีดเพิ่มเม็ดเลือด โดยให้อาทิตย์ละ 1 เข็มด้วย ส่วนผู้ป่วยไตวาย เรื้อรังที่ป่วยหลังจากวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2551 (ผู้ป่วยรายใหม่) และต้องการฟอกเลือด โดยไม่มีข้อ บังชี้ทางการแพทย์ที่กำหนดไว้ จะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเองหมด

ปัจจุบัน โรงพยาบาล A ให้ผู้ป่วยรายเก่า (ฟอกเลือดก่อน 1 ตุลาคม พ.ศ.2551) ร่วมจ่าย ค่าฟอกเลือดครั้งละ 500 บาท โดยสปสช.ร่วมจ่ายด้วยครั้งละ 1,000 บาท และผู้ป่วยไม่ต้องชำระเงิน ค่ายาฉีดเพิ่มเม็ดเลือดอาทิตย์ละ 1 เข็ม แต่ถ้าผู้ป่วยต้องฉีดยามากกว่าอาทิตย์ละ 1 เข็ม ผู้ป่วยต้อง ชำระเงินเอง สำหรับโรงพยาบาล B จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารของโรงพยาบาล B ในระยะเริ่มต้น โครงการ มีข้อจำกัดในเรื่องค่าใช้จ่ายที่เป็นต้นทุนของหน่วยไตเทียม อาจต้องแบกรับค่าใช้จ่ายที่ เป็นส่วนต่าง และอาจมีการลดมาตรฐานการให้บริการ ทำให้ฟอกเลือดไม่ได้คุณภาพ จึงขอเรียกเก็บ เกินกว่า 500 บาท โดยให้ผู้ป่วยร่วมจ่ายค่าฟอกเลือดครั้งละ 1,000 บาท และผู้ป่วยยังคงต้องชำระ เงินค่ายาฉีดเพิ่มเม็ดเลือดเหมือนเดิม แต่เนื่องด้วยขณะนี้ เป็นระยะเริ่มต้นโครงการ มีปัญหาเรื่องการ รองบประมาณของ สปสช. ทางโรงพยาบาล B จึงขอให้ผู้ป่วยสำรองจ่ายค่าฟอกเลือดเต็ม เหมือนเดิมไปก่อน โดยชำระเงินค่าฟอกครั้งละ 2,000 บาท แต่ให้ผู้ป่วยเก็บใบเสร็จในทุกๆ ครั้งไว้ เพื่อนำมาเบิกคืนได้ครั้งละ 1,000 บาท (ข้อมูลส่วนผลการศึกษา คิดค่าใช้จ่ายแบบมีการร่วมจ่ายครั้ง ละ 1,000 บาท)

ผู้ป่วยที่มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะมีผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าของโรงพยาบาลกำแพงแสนจำนวน 8 ราย ซึ่งสามารถใช้สิทธิโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ตั้งแต่ ช่วงก่อนวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2551 ซึ่งขณะนั้นโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังไม่ได้รับสิทธิในการเข้าถึงบริการทดแทนไตแต่อย่างใด แต่เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับความอนุเคราะห์จากโรงพยาบาลกำแพงแสน เป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยของทางโรงพยาบาลกำแพงแสนเป็นกรณีพิเศษ ผู้ป่วยจึงสามารถใช้สิทธินี้ได้ สำหรับการตรวจรักษาโรคไตกับแพทย์ (ยกเว้นตรวจนอกเวลา) รับประทานประทานรักษาโรคไต รับประทานเพิ่มเม็ดเลือด ตรวจทางห้องปฏิบัติการ/ เอ็กซเรย์ อุลตราซาวนด์ ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และผ่าตัดเปลี่ยนเส้นเลือด (ยกเว้นการชำระส่วนเกินเช่น ค่าห้องพิเศษ) ในสถานพยาบาลภาครัฐ ผู้ป่วยสามารถใช้สิทธินี้ไม่ต้องชำระเงินด้วยเช่นกัน

ผู้ป่วยที่มีสิทธิข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ

การที่ผู้ป่วยที่มีสิทธิข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ เนื่องจากผู้ป่วยทำงานเป็นข้าราชการหรือทำงานให้กับรัฐวิสาหกิจ หรือมีสามี/ ภรรยาหรือมีบุตรเป็นข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ ผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถเข้าถึงและได้รับบริการทดแทนไตทุกประเภท โดยไม่ต้องมีการจ่ายร่วมหรือสามารถใช้สิทธิเบิกไม่ต้องชำระเงินค่าฟอกในสถานพยาบาลภาครัฐ และหากจำเป็นต้องไปรับบริการฟอกเลือดกับหน่วยไตเทียมในภาคเอกชน เนื่องจากความไม่เพียงพอของบริการฟอกเลือดในสถานพยาบาลของรัฐก็ไม่ต้องจ่ายร่วมเช่นกัน แต่ต้องมีการส่งตัวผู้ป่วยมารับบริการฟอกเลือดที่สถานพยาบาลเอกชนโดยแพทย์จากสถานพยาบาลของรัฐ (ผู้มีสิทธิสวัสดิการข้าราชการไม่ต้องสำรองจ่าย แต่ผู้มีสิทธิสวัสดิการรัฐวิสาหกิจต้องสำรองจ่ายก่อน เพื่อนำไปเบิกคืนทีหลัง) รวมทั้งการตรวจรักษาโรคไตกับแพทย์ (ยกเว้นตรวจนอกเวลา) รับประทานประทานรักษาโรคไต รับประทานเพิ่มเม็ดเลือด ตรวจทางห้องปฏิบัติการ/ เอ็กซเรย์ อุลตราซาวนด์ ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และผ่าตัดเปลี่ยนเส้นเลือด (ยกเว้นการชำระส่วนเกิน เช่น ค่าห้องพิเศษ) ในสถานพยาบาลภาครัฐ ผู้ป่วยสามารถใช้สิทธิเบิกของสวัสดิการข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจโดยไม่ต้องชำระเงินแต่อย่างใด

ผู้ป่วยที่มีสิทธิบัตรประกันสังคม

ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบประกันสังคม สามารถได้รับบริการทดแทนไตทุกประเภท โดยมีการร่วมจ่ายค่าฟอกเลือดทั้งในภาครัฐและเอกชนที่เกินกว่า 1,500 บาทต่อครั้ง หรือหากจำเป็นต้องได้รับการฟอกเลือดมากกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องชำระเงินส่วนเกินค่าฟอกเลือดครั้งละ 300 บาท ยกเว้นผู้ป่วยบางรายในโรงพยาบาล A ซึ่งมีจำนวน 1 ราย

ชำระเงินส่วนเกินค่าฟอกเลือด 100 บาท และมีจำนวน 2 ราย ที่ไม่ต้องชำระเงินส่วนเกินค่าฟอกเลือด เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถหาเงินมาชำระส่วนเกินได้ จึงได้รับความอนุเคราะห์จากแพทย์สำหรับผู้ป่วยบางรายในโรงพยาบาล B ซึ่งมีจำนวน 3 ราย ที่ไม่ต้องชำระเงินส่วนเกินค่าฟอกเลือด โดยใช้สิทธิเบิกของสวัสดิการข้าราชการ/ รัฐบาลกิจของสามี จำนวน 1 ราย และใช้เบิกคืนกับบริษัทประกันชีวิต จำนวน 2 ราย ซึ่งเป็นกรมธรรม์ประกันสุขภาพจ่ายให้ 25% ของวงเงินค่าผ่าตัดภายใน 1 ปี ผู้ป่วยใช้เบิกค่าใช้จ่ายจากบริษัทประกันชีวิตในส่วนของคุณค่าฟอกเลือดที่เป็นส่วนเกิน

ผู้ป่วยที่มีสิทธิบัตรประกันสังคมสามารถเข้ารับการตรวจรักษาโรคไตกับแพทย์ (ยกเว้นตรวจนอกเวลา) ยารับประทานรักษาโรคไต ยาฉีดเพิ่มเม็ดเลือด (สัปดาห์ละ 1 เข็ม) ตรวจทางห้องปฏิบัติการ/ เอ็กซเรย์ อุลตราซาวนด์ และตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ในสถานพยาบาลที่ตนประกันสังคม โดยใช้สิทธินี้ได้ ยกเว้นผ่าตัดเปลี่ยนเส้นเลือด ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องชำระเงินเอง สำหรับการใส่ตัวกรองในกระบวนการฟอกเลือด มีตัวกรอง 3 ระดับ ได้แก่ High flux, Middle flux และ Low flux ผู้ป่วยกลุ่มนี้ในโรงพยาบาล A ไม่ต้องเปลี่ยนตัวกรอง จึงไม่ต้องชำระเงินส่วนเกินเพิ่มสำหรับโรงพยาบาล B ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ต้องเปลี่ยนตัวกรอง จึงไม่ต้องชำระเงินส่วนเกินเพิ่มเช่นกัน แต่มีผู้ป่วยบางรายต้องเปลี่ยนตัวกรอง เช่น แพทย์พิจารณาให้เปลี่ยนตัวกรองที่ใหญ่ขึ้นหรือครบกำหนดการใช้งาน 20 ครั้ง หรือใช้ตัวกรองเดิมแล้วได้ผลการฟอกที่ไม่ดี จึงต้องชำระเงินส่วนเกินค่าตัวกรองเพิ่ม ถ้าตัวกรองเป็นแบบ Middle flux ผู้ป่วยต้องชำระเงินเพิ่ม 500 บาท แต่ถ้าตัวกรองเป็นแบบ High flux ผู้ป่วยต้องชำระเงินเพิ่ม 1,200 บาทต่อการใช้งาน 20 ครั้ง

2. ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย

การศึกษาในครั้งนี้เก็บข้อมูลค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยจากการสัมภาษณ์ตั้งแต่เดือนกันยายน – ตุลาคม 2551 โดยเก็บข้อมูลเฉพาะค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยต้องจ่ายจริงหรือรายได้ที่เสียไป จากผลการศึกษาจะพบว่า ค่าใช้จ่ายบางหมวดของผู้ป่วยที่มีสิทธิประโยชน์ มีค่าเป็นศูนย์ ไม่ได้หมายความว่าไม่มีค่าใช้จ่าย แต่จะเป็นค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยไม่ต้องแบกรับหรือไม่ต้องจ่าย เป็นค่าใช้จ่ายในมุมมองของผู้ป่วย ซึ่งสามารถอภิปรายในแต่ละส่วนได้ดังนี้

2.1. ค่าใช้จ่ายทางตรงที่เกี่ยวกับการแพทย์

หลังจากสปสช.ได้ปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์ให้ครอบคลุมบริการทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2551 เป็นต้นไป โดยให้ความคุ้มครองกับผู้ป่วยที่มีบัตรทองและเคยต้องชำระเงินค่าฟอกเลือดเองในเดือนกันยายน พ.ศ.2551 (ยกเว้นผู้มีบัตรทองของโรงพยาบาลกำแพงแสน) ทำให้ค่าใช้จ่ายทางตรงที่เกี่ยวกับการแพทย์ของผู้ป่วยกลุ่มนี้

ลดลง $8,355.05 \pm 2,845.00$ บาท/เดือน จากข้อมูลดังกล่าวทำให้ทราบว่ากรณีสิทธิประโยชน์เพิ่มขึ้น สามารถแบ่งเบาภาระทางการเงินของผู้ป่วยได้มาก อย่างไรก็ตามการปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์ของสปสช. อยู่ในระยะเริ่มต้นของโครงการ ทำให้เกิดปัญหากับหน่วยไตเทียมในโรงพยาบาลเอกชนบางแห่ง เนื่องจากทางสปสช. ได้มีการลดอัตราค่าเหมาจ่ายฟอกเลือดในโรงพยาบาลเอกชนลง ส่งผลให้โรงพยาบาลเอกชนบางแห่งไม่ให้ความร่วมมือ เหตุผลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารนั้นคือ อัตราค่าเหมาจ่ายที่ลดลงเหลือเพียงแค่ 1,500 บาทต่อครั้งนั้น ไม่ใช่อัตราที่สะท้อนต้นทุนและสถานพยาบาลไม่มีกำไร จึงไม่ยอมเซ็นด์สัญญาเข้าร่วมโครงการกับ สปสช. หรือเข้าโครงการแต่ไม่เต็มรูปแบบ เช่น เรียกเก็บเกินกว่าครั้งละ 500 บาท หรือไม่ให้สิทธิค่ายาฉีดเพิ่มเม็ดเลือด จึงเกิดความแตกต่างระหว่างค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชนแต่ละแห่ง สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการฟอกเลือดของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของโรงพยาบาลเอกชน จึงเป็นสิ่งที่ทำให้สปสช. ต้องพยายามแก้ไขปัญหาต่อไป เช่น รัฐบาลควรให้การสนับสนุนงบประมาณที่เหมาะสมหรือสมเหตุสมผล เพื่อไม่ให้เกิดปัญหาในภาคเอกชน

ในการศึกษาค้นคว้า พบว่า ผู้ป่วยที่มีสิทธิประโยชน์ในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า เสียค่าใช้จ่ายในหมวดค่าใช้จ่ายทางตรงที่เกี่ยวกับการแพทย์ มากที่สุด โดยเสียค่าฟอกเลือดมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจันทรา หอมวิจิตรกุล (2541) และสอดคล้องกับการศึกษาของต่างประเทศ ซึ่งได้แก่การศึกษาของของคาโล, จาเรย์ และ นาเกีย (Kalo, Jaray and Nagy 2001: 188-193) ในประเทศฮังการี และการศึกษาของเซนน์เฟท, แมกนัสสัน และ คาร์ลสัน (Sennfait, Magnusson and Carlsson 2002: 39-47) ในประเทศสวีเดน และยังพบว่าผู้ป่วยที่มีสิทธิประโยชน์ในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า และผู้ป่วยที่มีสิทธิบัตรประกันสังคมเสียค่าใช้จ่ายในหมวดนี้มากกว่าผู้ป่วยที่มีสิทธิข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจอย่างเห็นได้ชัด เนื่องจากการมีสิทธิประโยชน์ของข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ ทำให้ไม่ต้องร่วมจ่ายในค่าฟอกเลือด ซึ่งแตกต่างจากการมีสิทธิประโยชน์ในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือมีสิทธิประกันสังคมโดยต้องร่วมจ่ายค่าฟอกเลือดบางส่วน ประกอบกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ใช้สิทธิประโยชน์เพื่อไม่ต้องชำระเงินในการรับยาปรับปรุทาน รับประทาน และตรวจทางห้องปฏิบัติการ

2.2. ค่าใช้จ่ายทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับการแพทย์

ในการศึกษาค้นคว้า พบว่า ผู้ป่วยที่เสียค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับค่าจ้างผู้ดูแลซึ่งมีจำนวน 8 ราย จะเสียค่าใช้จ่ายในส่วนนี้มากกว่าค่าเดินทางและค่าอาหาร/เครื่องดื่ม/ขนม เนื่องจาก การจ้างผู้ดูแล โดยให้ค่าตอบแทนเป็นรายเดือน และต้องดูแลผู้ป่วยทุกวัน ย่อมมีค่าใช้จ่ายที่สูงกว่าค่าเดินทางและค่าอาหาร/เครื่องดื่ม/ขนม ซึ่งเสียค่าใช้จ่ายเฉพาะเวลามารับการรักษา ไม่ได้เสียค่าใช้จ่ายในทุกวัน

2.3. ค่าใช้จ่ายทางอ้อม

ในการศึกษาครั้งนี้ ถ้าพิจารณาจากค่าต่ำสุด พบว่า ผู้ป่วยที่มีสิทธิประโยชน์ในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผู้ป่วยที่มีสิทธิข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ และผู้ป่วยที่มีสิทธิบัตรประกันสังคมไม่มีค่าใช้จ่ายในหมวดนี้ เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่าง มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 57.53 ± 16.39 ปี และมีอายุมากกว่า 70 ปีถึงร้อยละ 24.9 ผู้ป่วยไม่ได้ประกอบอาชีพรวมทั้งที่เป็นแม่บ้านและนักเรียนมีถึงร้อยละ 62.7 และส่วนใหญ่(ร้อยละ 63.7) ไม่มีญาติมา โอกาสของการสูญเสียรายได้จากการขาดงานของผู้ป่วยและญาติของการศึกษานี้จึงมีน้อย และจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มีรายได้ ส่วนใหญ่จะมาฟอกเลือดในช่วงเวลาที่ไม่ได้มีผลกระทบต่อการสร้างรายได้ของตนเอง เช่น มาฟอกเลือดในวันหยุดทำงานของตนเอง หรือมาฟอกเลือดรอบสามซึ่งเป็นช่วงเย็นหลังผู้ป่วยเลิกจากการทำงาน

ถ้าพิจารณาค่าเฉลี่ยของค่าใช้จ่ายเฉพาะผู้ป่วยที่สูญเสียรายได้ จะพบว่ารายได้ที่เสีย เนื่องจากการขาดงานของผู้ป่วยมากกว่ารายได้ที่เสียเนื่องจากการขาดงานของญาติผู้ป่วย ด้วยเหตุที่ว่า การฟอกเลือดจะส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายทางอ้อมของผู้ป่วยโดยตรง แต่กรณีของญาติจะมีผลกระทบต่อเมื่อญาติต้องตามมาดูแลและเสียรายได้ตรงส่วนนี้

2.4. ค่าใช้จ่ายทั้งหมด

จากการศึกษาค่าใช้จ่ายทั้งหมดของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดของโรงพยาบาลเอกชน โดยแยกกลุ่มผู้ป่วยตามสิทธิในการฟอกเลือด ซึ่งประกอบด้วย ค่าใช้จ่ายทางตรงที่เกี่ยวกับการแพทย์ ค่าใช้จ่ายทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับการแพทย์ และค่าใช้จ่ายทางอ้อม พบว่าผู้ป่วยที่ใช้สิทธิประโยชน์ในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า เสียค่าใช้จ่ายทางตรงที่เกี่ยวกับทางการแพทย์อยู่ในช่วง 2,000.00-24,808.00 บาท/ เดือน เสียค่าใช้จ่ายทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับทางการแพทย์อยู่ในช่วง 0.00-17,600.00 บาท/ เดือน และเสียค่าใช้จ่ายทางอ้อมอยู่ในช่วง 0.00-30,000.00 บาท/เดือน ซึ่งเสียค่าใช้จ่ายมากกว่าผู้ป่วยที่มีสิทธิอื่น และมีค่าที่แตกต่างจากการศึกษา ค่าใช้จ่ายของผู้วิจัยอื่นก่อนหน้านี ซึ่งการศึกษาของจันทิรา (2541) ที่พบว่าผู้ป่วยฟอกเลือดเสียค่าใช้จ่ายทางตรงที่เกี่ยวกับทางการแพทย์ $36,277.78 \pm 15,035.25$ บาท/เดือน เสียค่าใช้จ่ายทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับทางการแพทย์ $2,537.92 \pm 4,194.48$ บาท/เดือน และเสียค่าใช้จ่ายทางอ้อม $3,180.37 \pm 4,386.54$ บาท/เดือน รวมเสียค่าใช้จ่ายทั้งหมดเฉลี่ย 41,804.78 บาท/เดือน การศึกษาของสุชาติ อินทรประสิทธิ์ (2535: 17-21, อ้างถึงใน จันทิรา หอมวิจิตรกุล 2540) พบว่าการฟอกเลือด (Hemodialysis) ที่โรงพยาบาลเอกชน เสียค่าใช้จ่าย 24,000 บาท/เดือน ถ้าเป็นค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยในโรงพยาบาลรัฐบาล สุพัฒน์ วาณิชการ (2532: 7-9) พบว่าการรักษาแบบฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่โรงพยาบาลศิริราช โดยรักษาสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง เสียค่าใช้จ่ายปีละ 200,000-300,000 บาท

การศึกษาของสุนทร การบรรเลง (2538: 87-89) พบว่าค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยที่โรงพยาบาลสงฆ์เท่ากับ 16,035–26,435 บาท/เดือน

จากการที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น ทำให้ทราบว่าผลการศึกษาในครั้งนี้ ผู้ป่วยเสียค่าใช้จ่ายต่อเดือนแตกต่างจากการศึกษาอื่นๆ เนื่องมาจากเหตุผลดังต่อไปนี้ 1) การพิจารณาค่าใช้จ่ายตามสิทธิประโยชน์ เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้มีการพิจารณาค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยจ่ายจริงในมุมมองของผู้ป่วยตามสิทธิประโยชน์ในการฟอกเลือด เช่น ผู้ป่วยที่มีสิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ใช้สิทธิประโยชน์โดยไม่เสียค่าฟอกเลือด ถ้ามีการพิจารณาแบบไม่ใช้สิทธิประโยชน์ ผู้ป่วยจะเสียค่าฟอกเลือด ครั้งละ 2,000 บาท ซึ่งการศึกษาอื่นๆ พิจารณาค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยที่จ่ายจริงในมุมมองของผู้ป่วยกรณีไม่ได้ใช้สิทธิประโยชน์ใดๆ ดังนั้นการศึกษาในครั้งนี้จึงมีค่าใช้จ่ายที่ไม่สูงมากเท่าการศึกษาอื่นๆ ก่อนหน้านี้ 2) การพิจารณารายละเอียดขององค์ประกอบของค่าใช้จ่ายที่นำมาศึกษามีความแตกต่างกับการศึกษาอื่นซึ่งส่งผลให้มีค่าใช้จ่ายที่แตกต่างกัน เช่น การศึกษาของสุนทร(2538: 87-89) พิจารณาค่าใช้จ่ายเฉพาะค่าฟอกเลือด ค่ายาปรับประถาน และค่ายาฉีดเพิ่มเม็ดเลือด ซึ่งอยู่ในหมวดค่าใช้จ่ายทางตรงที่เกี่ยวกับทางการแพทย์ แต่ไม่ได้พิจารณาค่าใช้จ่ายทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับทางการแพทย์กับค่าใช้จ่ายทางอ้อม การศึกษาของจันทิรา (2541) มีค่าที่พักแต่ไม่มีค่าจ้างผู้ดูแลในหมวดค่าใช้จ่ายทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับทางการแพทย์ และไม่มีค่าบริการทางการแพทย์ในหมวดค่าใช้จ่ายทางตรงที่เกี่ยวกับทางการแพทย์ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษานี้ 3) ราคาค่าใช้จ่ายในแต่ละรายการมีความแตกต่างกันในแต่ละการศึกษาจึงทำให้ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยมีความแตกต่างกัน เช่น ค่าฟอกเลือดในการศึกษาของสุนทร (2538: 87-89) มีค่าเท่ากับ 3,000 บาทต่อครั้ง ค่ายาฉีดเพิ่มเม็ดเลือดในการศึกษาของจันทิรา (2541) มีค่าเท่ากับ 1,700 บาทต่อเข็ม ซึ่งการศึกษานี้ ถ้าเป็นราคาเต็มของค่าฟอกเลือดเท่ากับ 1,800-2000 บาทต่อครั้ง ค่ายาฉีดเพิ่มเม็ดเลือดเท่ากับ 700 บาทต่อเข็ม 4) รายละเอียดของการเก็บข้อมูลค่าใช้จ่ายมีความแตกต่างกันในแต่ละการศึกษา เช่น ค่าอาหารของการศึกษาครั้งนี้ เก็บข้อมูลเฉพาะค่าอาหารที่เพิ่มขึ้นมาจากการดำเนินชีวิตประจำวัน ถ้าผู้ป่วยมาฟอกเลือดแล้วรับประทานอาหารซึ่งมีค่าใช้จ่ายไม่แตกต่างจากเวลาที่ไม่ได้มาฟอก ก็จะไม่นับรวมเป็นค่าอาหารที่เพิ่มขึ้นมา และการศึกษานี้รวมค่าอาหารเสริมเนปโพรที่ผู้ป่วยบางรายรับประทานด้วย

สำหรับการมีสิทธิประโยชน์ในระบบประกันสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็น สวัสดิการข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ และประกันสังคม และหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในการเข้ารับบริการทดแทนไต และผู้ป่วยยังสามารถรับการฟอกเลือดในสถานพยาบาลของเอกชนได้กรณีที่สถานพยาบาลของรัฐไม่มีเครื่องไตเทียมหรือมีเครื่องฟอกเลือดไม่เพียงพอในการให้บริการ ทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายที่สูงมากเหมือนในอดีต และยังสามารถเข้าถึงบริการฟอกเลือด

โดยไม่ต้องรอฟอกเลือดที่หน่วยไตเทียมเฉพาะของสถานพยาบาลภาครัฐแต่เพียงอย่างเดียว ทั้งนี้สืบเนื่องมาจากในอดีตค่าใช้จ่ายสำหรับบริการทดแทนไตสูงมากเกินความสามารถของครัวเรือนจะรับภาระได้ บางรายญาติพี่น้องของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังถึงกับเป็นหนี้สิน ต้องขายทรัพย์สินหรือปัจจัยการผลิตต่างๆ เพื่อเข้าถึงบริการรักษาทดแทนไตเพียงชั่วคราว เมื่อทรัพย์สินหมด ผู้ป่วยก็ตาย ญาติก็เดือดร้อน เกิดภาวะการณั้ใช้จ่ายเพื่อการรักษาพยาบาลจนสิ้นเนื้อประดาตัว ประกอบกับความไม่เท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการ ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำในระบบบริการสุขภาพ และความไม่เป็นธรรมในสังคมไทย รัฐบาลจึงตระหนักและเล็งเห็นความสำคัญของปัญหา และได้ให้สิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพแก่ผู้ป่วยในการบริการทดแทนไต

อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ถึงแม้จะมีการให้สิทธิประโยชน์แก่ผู้ป่วยฟอกเลือดทุกราย แต่จากข้อมูลค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยที่มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งอยู่ในช่วง 900.00-52,945.60 บาท/เดือน และข้อมูลรายได้เฉลี่ยของครอบครัว ซึ่งเท่ากับ 25,038.90 บาท/เดือน ซึ่งยังนับว่าเป็นภาระที่หนักมากของทั้งผู้ป่วยและคนในครอบครัว และค่าใช้จ่ายนี้ ประเมินจากมูลค่าขั้นต่ำ อาจมีค่าใช้จ่ายส่วนอื่นที่ต้องทำเป็นกรณีพิเศษ และต้องชำระเงินเองเพิ่มขึ้นมา เช่น การอุดตราบาวนด์ช่องท้อง การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่แพทย์สั่งพิเศษ การเข้าพักรักษากรณีเกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างกะทันหัน ฯลฯ รัฐบาลจึงควรคำนึงถึงประชาชนที่ยังคงต้องแบกรับภาระนี้อยู่ ทั้งนี้ทั้งนั้น ต้องพิจารณาภาระด้านงบประมาณของระบบประกันสุขภาพระยะยาว ความพร้อมของบุคลากร และระบบบริการที่จะรองรับการขยายตัวในการเข้าถึงและใช้บริการทดแทนไตประกอบกันด้วย ดังคำกล่าวของเกรียงศักดิ์ วารีแสงทิพย์ และ ถนอม สุภาพร (2549: 5)

สำหรับการศึกษาอื่น ที่เป็นการศึกษาต้นทุนของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในมุมมองของผู้ให้บริการ เช่น การศึกษาของวิรัช เกษมทรัพย์, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และ สุวรรณ มูเก็ม (2544: 35-41) การศึกษาของวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2544: 215-225) ซึ่งศึกษาต้นทุนของการให้บริการทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดสำหรับสถานบริการภาครัฐ 21 แห่ง และภาคเอกชน 11 แห่งทั่วประเทศ การศึกษาของเปี่ยมศักดิ์ มีชัย (2545) ซึ่งวิเคราะห์ต้นทุนโดยแบ่งหน่วยงานออกเป็น 2 หน่วยงาน คือ หน่วยไตเทียมและหน่วยสนับสนุนการรักษาพยาบาล การศึกษาของกัญจนา ดิษยาธิคม และคณะ (2546) ซึ่งได้ศึกษาต้นทุนและประสิทธิภาพของหน่วยบริการไตเทียมภาครัฐและเอกชน ในต่างประเทศ มีการศึกษาของคิสนีย์ (Disney 1990: 494-499) ซึ่งศึกษาต้นทุนในโรงพยาบาลรัฐบาลในประเทศออสเตรเลีย จากการที่ศึกษาต้นทุนในทัศนะผู้ประเมินหรือในมุมมองที่ต่างกัน ทำให้ไม่เหมาะสมถ้าจะนำมาเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยในการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากการคำนวณต้นทุนหรือผลได้จะแตกต่างกัน

แล้วแต่ว่าจะประเมิน โดยทัศนะของโรงพยาบาลหรือผู้ให้บริการ (provider) ของคนไข้ (patient) หรือสังคมโดยรวม (society) ดังคำกล่าวของกิริมย์ กมลรัตนกุล (2530: 851)

3. ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการฟอกเลือดในโรงพยาบาลเอกชนของผู้ป่วย

การอภิปรายเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการฟอกเลือดในโรงพยาบาลเอกชนของผู้ป่วย จะแบ่งได้เป็น 2 ส่วน ได้แก่ เหตุผลในการเข้ารับบริการ และปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการ ดังนี้

3.1 เหตุผลในการเข้ารับบริการฟอกเลือดในโรงพยาบาลเอกชนของผู้ป่วย

จากการศึกษาโดยให้ผู้ป่วยเรียงลำดับเหตุผลในการเข้ารับบริการฟอกเลือดในโรงพยาบาลเอกชน พบว่า เหตุผลที่สำคัญที่สุด คือ มีความสะดวกในการเดินทาง สาเหตุรองลงมา คือ มีสิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากแหล่งต่างๆ จำนวนแพทย์และจำนวนเตียงคนไข้ในหน่วยไตเทียมของรัฐไม่เพียงพอ รายได้ของผู้ป่วยและครอบครัวหรือมีความสามารถที่จะเสียค่าใช้จ่ายได้ และมีเพื่อน คนรู้จัก เจ้าหน้าที่หรือญาติแนะนำ ตามลำดับ การที่ผู้ป่วยเลือกเหตุผลที่สำคัญที่สุด คือ มีความสะดวกในการเดินทาง ไม่สอดคล้องกับการศึกษาอื่นตรงที่การศึกษาอื่นความใกล้บ้านหรือมีความสะดวกในการเดินทางไม่ใช่เหตุผลที่สำคัญที่สุด แต่ก็เป็นเหตุผลที่สำคัญในการเลือกรับบริการในโรงพยาบาลเอกชนเหตุผลหนึ่ง อาทิเช่น การศึกษาของมยุรี หนูนิ่ม (2540) ที่กล่าวไว้ว่า พฤติกรรมของผู้ป่วยในการเลือกโรงพยาบาลเพื่อรับบริการรักษาพยาบาล มีความคล้ายคลึงกับพฤติกรรมผู้บริโภคในการเลือกซื้อสินค้าจากแหล่งบริการต่างๆ คือนอกจากเลือกซื้อโดยพิจารณาจากระดับราคาของสินค้าแล้ว ผู้บริโภคยังต้องพิจารณาถึงระยะทางของที่ตั้งแหล่งบริการหรือมีความสะดวกในการเดินทาง และความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ โดยความพึงพอใจในการบริการมีความสำคัญมากที่สุด และการศึกษาในครั้งนี้ยังไม่สอดคล้องกับการศึกษาของธนวัฒน์ นันทสมบูรณ์ (2542) ตรงอันดับความสำคัญของเหตุผล การศึกษาของธนวัฒน์ ได้ศึกษาเหตุผลและปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจของประชาชนต่อการใช้บริการทางการแพทย์ของโรงพยาบาลเอกชน โดยพบว่าเหตุผลที่สำคัญที่สุดคือ การมีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลจากแหล่งต่างๆ เหตุผลรองลงมา คือ พึงพอใจในการบริการของโรงพยาบาล อยู่ใกล้บ้านหรือสะดวกในการเดินทาง ญาติหรือเพื่อนฝูงแนะนำ และค่าบริการหรือค่ายามีราคาถูกกว่าที่อื่น ตามลำดับ

การที่อันดับความสำคัญของเหตุผลในการเข้ารับบริการฟอกเลือดในโรงพยาบาลเอกชนของผู้ป่วย ไม่สอดคล้องกับการศึกษาอื่นที่ศึกษาเหตุผลในการเข้ารับบริการรักษาโรคทั่วไปในโรงพยาบาลเอกชน เนื่องจากการเข้ารับบริการฟอกเลือดของผู้ป่วยจำเป็นต้องเข้ารับบริการเป็นประจำโดยทั่วไป 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ ซึ่งแตกต่างจากโรคทั่วไปที่ไม่จำเป็นต้องมาเป็นประจำ จะมา

เมื่อมีอาการเจ็บป่วยเท่านั้น ความใกล้บ้านหรือสะดวกในการเดินทางจึงมีความจำเป็นมากสำหรับผู้ป่วยที่ต้องมารับการฟอกเลือดเป็นประจำตลอดชีวิต

ขณะที่เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยในส่วนของเหตุผลในการเข้ารับบริการฟอกเลือดนั้น อยู่ในช่วงเดือนกันยายน พ.ศ.2551 ซึ่งขณะนั้นผู้ป่วยทั้งหมด มีผู้ที่มีสิทธิประโยชน์เป็นจำนวนร้อยละ 52.7 ที่เหลือจำนวนร้อยละ 47.3 ยังต้องชำระเงินค่าฟอกเลือดเอง แต่หลังจากวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2551 ผู้ป่วยกลุ่มหลังนี้ก็ได้รับสิทธิประโยชน์เช่นกันแต่ต้องร่วมจ่ายบางส่วน การมีสิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากแหล่งต่างๆ ของผู้ป่วยในช่วงเดือนกันยายน พ.ศ.2551 จึงยังไม่ใช่เหตุผลที่สำคัญที่สุด แต่เป็นเหตุผลที่สำคัญรองลงมา การได้รับสิทธิประโยชน์เป็นเหตุผลที่สำคัญเนื่องจากการฟอกเลือดเป็นการรักษาพยาบาลที่มีราคาแพงมากเกินกว่ากำลังความสามารถในการจ่ายของครัวเรือน และผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานจนกว่าจะเสียชีวิต จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยบางราย พบว่า ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับสิทธิประโยชน์ อาจไม่มีโอกาสเข้ามารับการฟอกเลือดที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งนี้ เนื่องจากไม่มีเงินมากพอที่จะรักษา การมีสิทธิประโยชน์จึงช่วยแบ่งเบาและป้องกันมิให้ครัวเรือนเป็นหนี้สินมาก ดังคำกล่าวของเกรียงศักดิ์ วารีแสงทิพย์ และ दनอม สุภาพร (2549: 2)

เหตุผลที่จำนวนแพทย์และจำนวนเตียงคนไข้ในหน่วยไตเทียมของรัฐไม่เพียงพอมีความสำคัญสำหรับผู้ป่วยฟอกเลือด ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาอื่นในโรคทั่วไปที่เหตุผลเรื่องจำนวนแพทย์และจำนวนเตียงคนไข้ไม่เพียงพอ ไม่ใช่เหตุผลที่สำคัญมากนัก เนื่องจากสถานการณ์การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในภาครัฐถูกจำกัดด้วย จำนวนแห่งของหน่วยบริการ จำนวนเครื่องไตเทียม ประสิทธิภาพของเครื่องไตเทียม และเจ้าหน้าที่ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ฯลฯ ตามการรายงานของ TRT Registry ของदनอม สุภาพร (2550: 45-59) และจากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่หน่วยไตเทียมของโรงพยาบาลศูนย์ประจำจังหวัดซึ่งเป็นโรงพยาบาลรัฐบาล พบว่า ถึงแม้ผู้ป่วยจะมีสิทธิประโยชน์และใช้บริการที่หน่วยไตเทียมของรัฐ แต่จะใช้ได้กรณีต้องฟอกเลือดฉุกเฉิน และฟอกเลือดที่หน่วยไตเทียมของรัฐได้เป็นระยะเวลาไม่เกิน 2 เดือน ซึ่งเนื่องมาจากจำนวนเตียงที่ใช้สำหรับฟอกเลือดไม่เพียงพอ ต้องเตรียมไว้สำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคไตวายเฉียบพลันด้วย ดังนั้นหน่วยไตเทียมในภาคเอกชนจึงต้องช่วยแบ่งเบาภาระงานของหน่วยไตเทียมภาครัฐ ทั้งนี้ทั้งนี้ภาครัฐก็ต้องให้การสนับสนุนงบประมาณที่เหมาะสมหรือสมเหตุสมผลด้วย

เหตุผลเรื่องรายได้ของผู้ป่วยและครอบครัวหรือมีความสามารถที่จะเสียค่าใช้จ่ายได้ มีความสำคัญสำหรับผู้ป่วยฟอกเลือด ด้วยเหตุผลอย่างเดียวกับข้างต้นที่ได้กล่าวมาแล้ว คือ การฟอกเลือดมีค่าใช้จ่ายสูงกรณีถ้าไม่ได้รับสิทธิประโยชน์ หรือกรณีต้องร่วมจ่ายค่าฟอกเลือด ประกอบกับ

ต้องรักษาเป็นระยะเวลายาวนานตลอดชีวิต รายได้ของผู้ป่วยและครอบครัวจึงเป็นเหตุผลที่สำคัญอย่างหนึ่งในการเข้ามารับบริการเช่นกัน

การมีเพื่อน คนรู้จัก เจ้าหน้าที่หรือญาติแนะนำ นับว่ามีความสำคัญกับผู้ป่วยคล้ายคลึงกับการศึกษาของชนวนันท์ และการมีเพื่อน คนรู้จัก เจ้าหน้าที่หรือญาติแนะนำ เป็นปัจจัยเสริมในการตัดสินใจเลือกใช้บริการสถานพยาบาลตามกรอบแนวคิดแบบแผนพฤติกรรมผู้บริโภคของเฉลิมพล ต้นสกุล และ อัญชลี วงศ์ทางสวัสดิ์ (2538)

3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการฟอกเลือดในโรงพยาบาลเอกชนของผู้ป่วย

จากสถานการณ์การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในประเทศไทย ถึงแม้ปัจจุบันมีหน่วยบริการไตเทียมที่เพิ่มมากขึ้นกว่าในอดีต พร้อมทั้งกระจายออกจากส่วนกลางสู่ภูมิภาคมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตามก็ยังกระจุกตัวอย่างมากในกรุงเทพฯ ทำให้การเลือกสถานที่เพื่อเข้ารับบริการฟอกเลือดในจังหวัดอื่นที่ไม่ใช่กรุงเทพฯ มีข้อจำกัด ซึ่งหมายถึงการมีสถานพยาบาลให้เลือกเข้ารับบริการค่อนข้างน้อย เนื่องจากในจังหวัดมีให้บริการไม่กี่แห่ง ดังรายงานบทวิเคราะห์สถานภาพผู้ให้บริการของถนอม สุภาพร และคณะ (2549: 68-107) ในความเป็นจริง จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มารับการฟอกเลือดในโรงพยาบาลเอกชนจะอยู่ในสภาวะการที่ค่อนข้างบังคับและมีความจำเป็น ทำให้มีโอกาสน้อยในการเลือกสถานที่เข้ารับบริการ ส่งผลให้ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการฟอกเลือดของผู้ป่วยในความเป็นจริงค่อนข้างมีน้อย ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพการไปรับบริการของสถานบริการทางสาธารณสุข ขึ้นอยู่กับสถานบริการสาธารณสุขที่มีในชุมชนด้วย ดังคำกล่าวของจิระศักดิ์ เจริญพันธ์ และ เฉลิมพล ต้นสกุล (2550: 11) การศึกษาในครั้งนี้จึงเป็นเพียงแค่การสอบถามความคิดเห็นโดยถ้ามีโอกาสเลือกสถานบริการฟอกเลือด ผู้ป่วยเห็นด้วยหรือไม่ว่าปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อการเข้ารับบริการฟอกเลือด แต่อาจจะไม่ใช่เหตุผลจริงๆ ในการเข้ารับบริการในปัจจุบัน เป็นเพียงความคิดเห็นเท่านั้น ดังนั้นผลการศึกษาในส่วนของเหตุผลในการเข้ารับบริการและในส่วนของปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการจึงมีการเรียงอันดับของความสำคัญในแต่ละหัวข้อเหตุผลหรือปัจจัยที่ไม่เหมือนกัน

จากการศึกษาโดยการสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการฟอกเลือดของผู้ป่วยทั้งหมด และผู้วิจัยได้ให้คำนำหน้าความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการ เมื่อพิจารณาในภาพรวมของทุกหัวข้อปัจจัยแล้ว พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการฟอกเลือดของผู้ป่วยมากที่สุด มี 2 ปัจจัยซึ่งมีความสำคัญเท่ากัน คือ รายได้ของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งอยู่ในหัวข้อปัจจัยทางเศรษฐกิจ และความเชื่อมั่นในการบริการและกระบวนการให้บริการฟอกเลือดของโรงพยาบาล ซึ่งอยู่ในหัวข้อปัจจัยทางจิตวิทยา ปัจจัยที่สำคัญรองลงมา คือ ความสะอาด

ของสถานที่ฟอกเลือด และความสะดวกในการเดินทางมาโรงพยาบาลเลือด ซึ่งมีความสำคัญเท่ากัน และอยู่ในปัจจัยทางกายภาพเหมือนกัน ถึงแม้ผลการศึกษารั้งนี้ การเรียงอันดับความสำคัญของปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการหรือบางปัจจัยไม่สอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ แต่ก็มี ความคล้ายคลึงกันในบางปัจจัย เพียงแต่อันดับความสำคัญไม่เหมือนกัน อาทิเช่น การศึกษาของมยุรี หนู นิ่ม (2540) ซึ่งพบว่าปัจจัยที่สำคัญที่สุดต่อการเลือกใช้บริการโรงพยาบาลเอกชน คือ ความพึงพอใจ ในบริการต่างๆของโรงพยาบาล รองลงมาคือ ความมีชื่อเสียงของแพทย์ การมีเครื่องมือทาง การแพทย์ที่ทันสมัย และการมีแพทย์เฉพาะทางหลายสาขาประจำ การศึกษาของศศิวิมล สันติเวช กุล (2540) ซึ่งพบว่าการตัดสินใจเข้ารับบริการในโรงพยาบาลเอกชนของผู้ใช้บริการนั้น มีสาเหตุมา จากปัจจัยที่สำคัญ 3 ประการ คือ ทางโรงพยาบาลเอกชนมีเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่พร้อม ให้บริการ เป็นอันดับแรก รองลงมาทางโรงพยาบาลมีแพทย์ที่ชำนาญเฉพาะทาง และผู้ใช้บริการให้ ความเชื่อถือในชื่อเสียงของโรงพยาบาลเอกชน ตามลำดับ การศึกษาของธนวัฒน์ นันทสมบูรณ์ (2542) ซึ่งพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจของประชาชนต่อการให้บริการทางการแพทย์ของ โรงพยาบาลเอกชน อันดับแรกคือ ความเชื่อถือในตัวแพทย์ รองลงมาเป็นคำแนะนำของแพทย์ และ ความคาดหวังที่จะหายป่วยจากโรค ซึ่งอยู่ในปัจจัยทางด้านทัศนคติและความเชื่อ การศึกษาของ จุฑารัตน์ ประภารัตนะพันธุ์ (2546) ซึ่งพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้โรงพยาบาลในระดับ มากที่สุด พบในกลุ่มผู้เลือกใช้โรงพยาบาลเอกชน ได้แก่โรงพยาบาลมีแพทย์ที่มีความชำนาญเฉพาะ ทาง และการศึกษาของประนัดดา จ่างแก้ว (2546) ซึ่งพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกเข้า รับบริการในโรงพยาบาลเอกชนด้านสถานที่ที่มีมากที่สุด คือ มีความสะดวกในการเดินทาง สถานที่ สะอาดสวยงาม ใกล้บ้านหรือใกล้ที่ทำงาน รองลงมาได้แก่ปัจจัยด้านผลิตภัณฑ์/บริการ คือ ความ เชี่ยวชาญของแพทย์ เทคโนโลยี อุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ การบริการที่สะดวกรวดเร็ว และปัจจัยด้านราคา

จากการศึกษาอื่นๆ ที่ได้กล่าวข้างต้น แต่ละการศึกษาการเรียงอันดับความสำคัญของ ปัจจัยในการเข้ารับบริการก็มักไม่เหมือนกัน แต่ส่วนใหญ่ความเชื่อถือในตัวแพทย์หรือแพทย์มี ความชำนาญเฉพาะทางมักเป็นปัจจัยอันดับแรกหรืออันดับรองลงมาในการเลือกเข้ารับบริการใน โรงพยาบาลเอกชน ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาในครั้งใหม่ที่พบว่ารายได้ของผู้ป่วยและครอบครัว ที่ เป็นเหตุผลอันดับที่สี่ในการเข้ารับบริการ และความเชื่อมั่นในการบริการและกระบวนการ ให้บริการฟอกเลือดของโรงพยาบาล เป็นปัจจัยอันดับแรก มาก่อนความเชื่อถือในตัวแพทย์และ พยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยฟอกเลือดส่วนใหญ่ประสบปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาด้วยการฟอก เลือด จากการสัมภาษณ์ ผู้ป่วยมีความคิดเห็นว่าถ้ามีรายได้ดีหรือมีความสามารถที่จะจ่ายได้จะ สามารถส่งผลได้มากที่สุดในการเข้ารับบริการฟอกเลือดในเอกชน สอดคล้องกับคำกล่าวของเฉลิม

พล ตันสกุล และ อัญชลี วงศ์ทางสวัสดิ์ (2538: 280) ที่กล่าวไว้ว่า ประชาชนที่มีสภาพเศรษฐกิจที่ดี มักจะไปโรงพยาบาลเอกชน สำหรับเรื่องความเชื่อมั่นในการบริการและกระบวนการให้บริการ ฟอกเลือด จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ผู้ป่วยมักมองในภาพรวมของการให้บริการ และผู้ป่วยมีความรู้ เกี่ยวกับการรักษาโรคว่าการฟอกเลือดจำเป็นต้องรักษาตลอดชีวิต ซึ่งสามารถส่งผลต่อการเลือก สถานพยาบาล สอดคล้องกับคำกล่าวของจีระศักดิ์ เจริญพันธ์ และ เฉลิมพล ตันสกุล (2550: 11) ผู้ป่วยจึงให้ความสำคัญมากที่สุดกับความเชื่อมั่นในการบริการและกระบวนการให้บริการฟอกเลือด ของโรงพยาบาล ซึ่งปัจจัยนี้สอดคล้องกับทัศนคติและค่านิยมในปัจจุบันบุคคล ซึ่งส่งผลต่อการ ตัดสินใจเข้ารับบริการในสถานพยาบาลของสมโภช เปลียนบางยาง และคณะ (2538: 50) สำหรับ ปัจจัยที่สำคัญรองลงมาของการศึกษาครั้งนี้ คือ ความสะอาดของสถานที่ฟอกเลือด และความ สะดวกในการเดินทางมาโรงพยาบาล จากการสัมภาษณ์ความคิดเห็นของผู้ป่วย การฟอกเลือดมี ความจำเป็นในเรื่องของความสะอาดมากกว่าการรักษาโรคอื่นทั่วไปของผู้ป่วยนอก ซึ่งมีโอกาส ติดเชื้อและเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากกว่า สอดคล้องกับคำกล่าวของอรรถพงษ์ วงศ์วิวัฒน์ (2549: 12-13) และเรื่องความสะดวกในการเดินทางมาโรงพยาบาล ซึ่งเป็นเหตุผลที่สำคัญอันดับแรกใน การเข้ารับบริการ ดังที่กล่าวมาแล้วในส่วนของเหตุผลในการเข้ารับบริการว่าการฟอกเลือด จำเป็นต้องมาฟอกเป็นประจำตลอดไป ไม่เหมือนโรคอื่น ผู้ป่วยจึงมีความคิดเห็นว่าการเดินทางมา สะดวกก็มีความสำคัญรองลงมาเช่นกัน

สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการฟอกเลือดของผู้ป่วยน้อยที่สุดของการศึกษาใน ครั้งนี้ คือ การชำระเงินด้วยบัตรเครดิต ซึ่งอยู่ในปัจจัยทางเทคโนโลยี มีความสอดคล้องกับ การศึกษาของจุฑารัตน์ ซึ่งพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลในระดับน้อยที่สุดในโรงพยาบาลรัฐบาล ได้แก่ ค่านิยมตามลัทธิศาสนา การเยี่ยมบ้าน การใช้บัตรเครดิต การมีรถรับส่ง และอัตราการบริการอื่นๆ แต่การชำระเงินด้วยบัตรเครดิต จะเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลในระดับมากในโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งไม่ สอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ นอกจากนี้ยังไม่สอดคล้องกับการศึกษาของมยุรี ซึ่งพบว่า ปัจจัยที่ มีอิทธิพลน้อยที่สุด คือ การได้รับคำแนะนำจากผู้อื่น และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของประนัดดา ซึ่งพบว่า ปัจจัยในด้านการสื่อสารการตลาด คือ การแนะนำบอกต่อ การโฆษณาประชาสัมพันธ์ การ มีความสัมพันธ์กับชุมชน การตั้งบูธแนะนำโรงพยาบาลตามศูนย์การค้า มีผลในการตัดสินใจน้อย ที่สุด จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยถึงเหตุผลที่การชำระเงินด้วยบัตรเครดิต มีผลน้อยที่สุด เนื่องมาจาก ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้ใช้บัตรเครดิต แต่ชำระเงินด้วยเงินสดแทน ในความคิดเห็นของผู้ป่วยจึงไม่ เห็นความสำคัญหรือความจำเป็นของการใช้บัตรเครดิต

การศึกษาในครั้งนี้ได้สัมภาษณ์ถึงปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการฟอกเลือดใน โรงพยาบาลเอกชนของผู้ป่วย โดยหัวข้อปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการ ได้แก่ ปัจจัยทางกายภาพ

ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ปัจจัยทางเทคโนโลยี และปัจจัยทางจิตวิทยา แต่ในการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการ จะรวมปัจจัยทางการเมือง เป็นอีกปัจจัยหนึ่ง นอกเหนือจากปัจจัยดังกล่าวข้างต้น (เนติมพล ต้นสกุล และ อัญชลี วงศ์ทาง สวัสดิ์ 2538: 14-18) ซึ่งปัจจัยทางการเมือง ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงนโยบายของรัฐบาล การออกกฎหมายเกี่ยวกับการประกันสุขภาพ ฯลฯ ผู้วิจัยไม่ได้นำไปรวมในหัวข้อปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการเพื่อสัมภาษณ์ผู้ป่วย เนื่องจากหัวข้อนี้ค่อนข้างยากในการแสดงระดับความคิดเห็นและทำความเข้าใจสำหรับผู้ป่วย แต่ในความเป็นจริงปัจจัยทางการเมือง เป็นปัจจัยที่สำคัญมาก เนื่องจากนโยบายทางการเมืองหรือการออกกฎหมายการประกันสุขภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้รับสิทธิประโยชน์ในค่าฟอกเลือดและค่าใช้จ่ายส่วนอื่นบางส่วน ผู้ป่วยจึงมีโอกาสได้รับการรักษา โดยไม่ต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายทั้งหมดแต่เพียงผู้เดียว และสามารถใช้สิทธิประโยชน์ในการเข้ารับการรักษาด้วยการฟอกเลือดในโรงพยาบาลเอกชน จึงสามารถอธิบายได้ว่าปัจจัยทางการเมืองเป็นปัจจัยพื้นฐานซึ่งสามารถส่งผลอย่างมากต่อการเข้ารับบริการของผู้ป่วย

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การศึกษาแบบ Cross – sectional study เรื่องค่าใช้จ่ายและปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลเอกชน 2 แห่ง มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 201 ราย โดยคัดเลือกผู้ป่วยที่มารับการฟอกเลือดในสัปดาห์แรกของเดือนกันยายน พ.ศ. 2551 ทุก รายที่สามารถให้ความร่วมมือและสามารถสื่อสารได้ และทำการศึกษาพร้อมทั้งติดตามเก็บข้อมูลของผู้ป่วยต่อไปเป็นระยะเวลา 2 เดือน คือ เดือนกันยายน และเดือนตุลาคม พ.ศ. 2551 โดยใช้แบบสัมภาษณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

สรุปผลการวิจัย

ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย

ผู้ป่วยนอกที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่มารับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ณ หน่วยไตเทียม 2 แห่ง จำนวน 201 ราย รักษาที่โรงพยาบาล A เป็นจำนวน 56 ราย และโรงพยาบาล B เป็นจำนวน 145 ราย ผู้ป่วยใช้สิทธิประโยชน์จำแนกได้เป็น 3 กลุ่ม คือ 1) ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2) ใช้สิทธิข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ และ 3) ใช้สิทธิประกันสังคม ค่าใช้จ่ายตามมุมมองของผู้ป่วย เมื่อพิจารณาตามองค์ประกอบของต้นทุน โดยแบ่งผู้ป่วยตามสิทธิประโยชน์ในการฟอกเลือดเป็น 3 กลุ่ม สามารถสรุปได้ว่า

1. ผู้ป่วยที่มีสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า เสียค่าใช้จ่ายอยู่ในช่วง 900.00-52,945.60 บาท/ เดือน โดยหลังจากผู้ป่วยได้รับสิทธิประโยชน์นี้ เสียค่าใช้จ่ายทางตรงที่เกี่ยวกับการแพทย์ลดลง $8,355.05 \pm 2,845.00$ บาท/ เดือน
2. ผู้ป่วยที่มีสิทธิข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ เสียค่าใช้จ่ายอยู่ในช่วง 170.00-12,180.00 บาท/ เดือน
3. ผู้ป่วยที่มีสิทธิประกันสังคมเสียค่าใช้จ่ายอยู่ในช่วง 1,603.00-37,577.00 บาท/ เดือน

ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการฟอกเลือดในโรงพยาบาลเอกชนของผู้ป่วย

สำหรับเหตุผลที่สำคัญในการเข้ารับบริการฟอกเลือดในโรงพยาบาลเอกชนของผู้ป่วยทั้งหมด 5 อันดับแรกในการเข้ารับบริการ ได้แก่ มีความสะดวกในการเดินทาง มีสิทธิประโยชน์ที่

ได้รับจากแหล่งต่างๆ จำนวนแพทย์และจำนวนเตียงคนไข้ในหน่วยไตเทียมของรัฐไม่เพียงพอ รายได้ของผู้ป่วยและครอบครัวหรือมีความสามารถที่จะเสียค่าใช้จ่ายได้ และมีเพื่อน คนรู้จัก เจ้าหน้าที่หรือญาติแนะนำ ตามลำดับ

ในส่วนของความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการฟอกเลือดในโรงพยาบาลเอกชนของผู้ป่วย ปัจจัยที่มีผลมากที่สุดต่อการเข้ารับบริการฟอกเลือดของผู้ป่วย มี 2 ปัจจัยซึ่งมีความสำคัญเท่ากัน คือ รายได้ของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งอยู่ในหัวข้อปัจจัยทางเศรษฐกิจ และความเชื่อมั่นในการบริการและกระบวนการให้บริการฟอกเลือดของโรงพยาบาล ซึ่งอยู่ในหัวข้อปัจจัยทางจิตวิทยา ปัจจัยที่สำคัญรองลงมา คือ ความสะอาดของสถานที่ฟอกเลือด และความสะดวกในการเดินทางมาโรงพยาบาลเลือด ซึ่งมีความสำคัญเท่ากัน และอยู่ในปัจจัยทางกายภาพเหมือนกัน สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการฟอกเลือดของผู้ป่วยน้อยที่สุด คือ การชำระเงินด้วยบัตรเครดิต ซึ่งอยู่ในปัจจัยทางเทคโนโลยี

ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นประโยชน์และเป็นข้อมูลพื้นฐานแก่ผู้บริหาร โรงพยาบาลเอกชน โดยถ้ามีการนำข้อมูลไปใช้วางแผนดำเนินงานควรพิจารณาในส่วนของปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการ เนื่องจากเป็นการมองในภาพรวมทั่วไป

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาค่าใช้จ่ายและปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลเอกชน 2 แห่ง จากการศึกษา ทำให้ทราบข้อจำกัดในการวิจัย ดังนี้

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาค่าใช้จ่ายหรือต้นทุนในมุมมองของผู้ป่วย โดยศึกษาค่าใช้จ่ายทางตรงที่เกี่ยวกับทางการแพทย์ ค่าใช้จ่ายทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับการแพทย์ และค่าใช้จ่ายทางอ้อม แต่ไม่ได้รวมค่าใช้จ่ายหรือต้นทุนที่สำคัญอีกส่วน คือ ต้นทุนที่ไม่มีตัวตน (intangible cost) ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการสูญเสีย จากการเจ็บป่วย ความทรมาน ความเสียใจ ความพิการ ความกลัว ความหว้าหว่ ฯลฯ เนื่องจากต้นทุนที่ไม่มีตัวตน มีขั้นตอนในการเก็บข้อมูลที่ซับซ้อน ด้วยเวลาที่จำกัดในการศึกษา จึงไม่ได้เก็บข้อมูลต้นทุนในส่วนนี้

2. ค่าใช้จ่ายรวมของผู้ป่วย ศึกษาในโรงพยาบาลเอกชนเท่านั้น และเก็บข้อมูลตามผู้ป่วยจ่ายจริงกรณีมีสิทธิประโยชน์ในการรักษา ดังนั้นการนำข้อมูลไปใช้อ้างอิงกับการศึกษาอื่นใช้ได้เฉพาะกรณีการคิดค่าใช้จ่ายแบบมีสิทธิประโยชน์

3. ค่าใช้จ่ายในการศึกษานี้ กำหนดตามอัตราค่าใช้จ่ายในช่วงเดือนกันยายน – ตุลาคม พ.ศ.2551 ซึ่งเป็นอัตราตามสิทธิประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับและค่าเงินของปีพ.ศ.2551 หากมีการ

เปลี่ยนแปลงสิทธิประโยชน์ในอนาคต ค่าใช้จ่ายนี้อาจมีการเปลี่ยนแปลงไปตามสิทธิประโยชน์หรือตามค่าของเงินในอนาคต

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้ ทำให้ทราบสถานการณ์ของการให้สิทธิประโยชน์กับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย และทราบข้อมูลค่าใช้จ่ายทั้งหมดของผู้ป่วยที่มาฟอกเลือดที่โรงพยาบาลเอกชน ซึ่งสะท้อนให้เห็นบริบทของระบบบริการทดแทนไตในบางส่วน ณ ปัจจุบัน และความสูญเสียทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ถึงแม้ผู้ป่วยจะมีสิทธิประโยชน์ในค่าฟอกเลือด แต่ยังคงต้องมีการร่วมจ่าย และอาจมีค่ารักษาในส่วนอื่นที่อาจเพิ่มขึ้นมาได้ในอนาคต นอกจากนี้ การศึกษาทำให้ทราบเหตุผลและความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการฟอกเลือดในโรงพยาบาลเอกชนของผู้ป่วย ซึ่งสะท้อนให้เห็นได้ว่าปัจจัยใดเป็นสิ่งที่ดีควรส่งเสริมหรือไม่ควรส่งเสริม ในการให้บริการหรือดำเนินงานของหน่วยไตเทียมภาคเอกชน จึงมีข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาดังนี้

1. ค่าใช้จ่ายทั้งหมดต่อเดือนของผู้ป่วย ถึงแม้จะไม่สูงมากนักเนื่องจากผู้ป่วยมีสิทธิประโยชน์ในการรักษา แต่รัฐบาลก็ต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายส่วนนี้แทนผู้ป่วย ซึ่งอาจเกิดการระดมงบประมาณของระบบประกันสุขภาพในระยะยาว สิ่งเหล่านี้เป็นภาพสะท้อนให้รัฐบาลควรตระหนักถึงความสำคัญในการป้องกันการเกิดโรคให้มากขึ้นกว่าเดิม
2. ผู้ป่วยที่มีสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าและผู้ป่วยที่มีสิทธิบัตรประกันสังคม เสียค่าใช้จ่ายทางตรงที่เกี่ยวกับทางการแพทย์มากที่สุด เนื่องจากมีการร่วมจ่ายในค่าฟอกเลือด ดังนั้นผู้ป่วยควรต้องคำนึงถึงการค่าใช้จ่ายที่ต้องเกิดขึ้นตลอดการรักษา
3. หน่วยไตเทียมในโรงพยาบาลเอกชน ควรให้ความสำคัญเกี่ยวกับความเชื่อมั่นในการบริการและกระบวนการให้บริการฟอกเลือดของโรงพยาบาล และเรื่องความสะอาดของสถานที่ฟอกเลือด มาเป็นอันดับต้นๆ เนื่องจากการฟอกเลือดจำเป็นต้องมาเป็นประจำและรักษาตลอดชีวิต การสร้างความเชื่อมั่นในการบริการและกระบวนการให้บริการให้กับผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการรักษาโรคนี้ซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง สำหรับความสะอาด การฟอกเลือดมีความจำเป็นในเรื่องของความสะอาดมากกว่าการรักษาโรคอื่นต่างๆ ไปของผู้ป่วยนอก เนื่องจากมีโอกาสติดเชื้อและเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากกว่า

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ เป็นการเก็บข้อมูลค่าใช้จ่ายทางตรงที่เกี่ยวกับทางการแพทย์ ค่าใช้จ่ายทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับการแพทย์ และค่าใช้จ่ายทางอ้อม แต่ไม่ได้รวมค่าใช้จ่ายหรือต้นทุนที่สำคัญอีกส่วน คือ ต้นทุนที่ไม่มีตัวตน (intangible cost) ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยรวมต้นทุนที่ไม่มีตัวตนด้วย

2. ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการฟอกเลือดของผู้ป่วย ศึกษาเฉพาะในโรงพยาบาลเอกชน เพียง 2 แห่งเท่านั้น ควรมีการศึกษาในสถานพยาบาลเอกชนอื่นๆ เพิ่มเติม เพื่อจะได้ข้อมูลของค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลเอกชนที่กว้างขวางขึ้น และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้เพิ่มขึ้น

3. ข้อมูลค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยจากการศึกษาครั้งนี้ เป็นการประเมินต้นทุนหรือค่าใช้จ่ายในทัศนะของผู้ป่วย โดยการทำการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการประเมินต้นทุนในทัศนะสังคมโดยรวม (society) ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อสังคมและต่อการบริการสาธารณสุขในภาพรวมอย่างแท้จริง

4. การศึกษานี้ ศึกษาค่าใช้จ่ายเฉพาะการบำบัดทดแทนไตโดยการฟอกเลือดในโรงพยาบาลเอกชน หากมีการศึกษาค่าใช้จ่ายของการล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างต่อเนื่อง และการผ่าตัดเปลี่ยนไต ในโรงพยาบาลเอกชนด้วย จะทำให้ได้ข้อมูลค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังทั้ง 3 วิธี

บรรณานุกรม

กัญญา ดิษยาธิคม และคณะ. รายงานการศึกษาเรื่องต้นทุนและประสิทธิภาพของหน่วยบริการไตเทียม ภาครัฐและเอกชนในปี 2544. กรุงเทพฯ: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2546.

เกรียงศักดิ์ วารีแสงทิพย์. “ไตวายเรื้อรัง (chronic Kidney Disease).” วารสารสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย 12,2 (พฤษภาคม-สิงหาคม 2549): 15-20.

แกมทอง อินทร์รัตน์. ระบาควิทยาสำหรับนักเศรษฐศาสตร์. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2537.

จรรยา เลิศอรรมณณี และอุบลรัตน์ สันตวัตร. “งานวิจัยประเมินเศรษฐศาสตร์คลินิก.” ใน งานวิจัยทางคลินิก. 51-70. จรรยา เลิศอรรมณณี ประดิษฐ์ สมประกิจ และอุบลรัตน์ สันตวัตร, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ : ไพบูลศิลป์การพิมพ์, 2544.

จันทิรา หอมวิจิตรกุล. “ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยวิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและวิธีล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างต่อเนื่อง.” วิทยานิพนธ์ปริญญาโท มหาวิทยาลัย สาขาวิทยาการระบาด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.

จิระศักดิ์ เจริญพันธ์ และเฉลิมพล ต้นสกุล. พฤติกรรมสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 6. มหาสารคาม : โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา, 2550.

จุฑารัตน์ ประภารัตนะพันธ์. “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้บริการ โรงพยาบาลรัฐบาลหรือโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดเชียงใหม่.” วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาบริหารธุรกิจ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2546.

เฉลิมพล ต้นสกุล และ อัญชลี วงศ์ทางสวัสดิ์. พฤติกรรมผู้บริโภคทางสาธารณสุข. นนทบุรี : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2538.

ชลธิป พงศ์สกุล. “โรคไตวายเรื้อรังและการใช้ยา.” วารสารอายุรศาสตร์อีสาน 2,3 (กรกฎาคม-กันยายน 2546): 106.

ชลวิวัฒน์ ศรีสุนทร, พาริชา ชีรประชา และ มุนาดา ลอดิง. “ผลของการให้คำปรึกษาด้านการใช้ยาต่อความร่วมมือในการใช้ยาและความรู้ของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับ การรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม.” จุนิพนธ์ปริญญาเอกจากบัณฑิตวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2546.

ถนอม สุภาพร. “รายงานข้อมูลผลการลงทะเบียนรักษาทดแทนไต สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ประจำปี พ.ศ. 2549 (TRT Registry Annual Report 2006).” วารสารสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย 13, 1 (พฤษภาคม-กรกฎาคม 2550): 45-59.

ชนวัฒน์ นันทสมบุรณ์. “ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจของประชาชนต่อการใช้บริการทางการแพทย์ของโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดเชียงใหม่.” การค้นคว้าแบบอิสระ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่ และการปกครอง บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2542.

บุญธรรม จิระจันทร์. “การรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง.” วารสารมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย 15 (กรกฎาคม 2544) : 15-20.

ประนัดดา จ่างแก้ว. “ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการในโรงพยาบาลเอกชน.” รายงานโครงการเฉพาะบุคคลหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการสื่อสารภาครัฐและเอกชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2546. (อัครา)

เปี่ยมศักดิ์ มีชัย. “การวิเคราะห์ต้นทุนและผลได้ของการรักษาบำบัดทดแทนไตโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม.” วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาเศรษฐศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545.

ภิรมย์ กมลรัตนกุล. “เศรษฐศาสตร์คลินิก 2 : วิธีการทางเศรษฐศาสตร์คลินิก.” จุฬาลงกรณ์เวชสาร 31, 11(2530) : 851-861.

มยุรี หนูนิ่ม. “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้บริการโรงพยาบาลเอกชนในเขตเทศบาลเมืองจังหวัดเชียงใหม่.” รายงาน มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2540. (อัครา)

แม็ค คาลี. ตำราโรคไต. แปลโดย พรรณนุปลา ชูวิเชียร. กรุงเทพฯ : มูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย, 2539.

วิรัช เกษมทรัพย์, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และ สุวรรณ มูเก็ม. “ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย การเจ็บป่วยราคาแพง: ทางออกคืออะไร.” วารสารมูลนิธิโรคไต 15 (2544) : 35-41.

วิรัตน์ ทองรอด. “ขนาดวิทยาของโรคไตวายเรื้อรัง.” ใน การบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคไต, 1-16. มัชฌิม ภาณุมากรณ์, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร, 2547.

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ. “การวิเคราะห์เชิงนโยบายของการรักษาทดแทนไตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย กรณีการสร้างหลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนถ้วนหน้า.” แพทยสภาสาร 30, 3 (กรกฎาคม-กันยายน 2544): 215-225.

ศรัณย์ กอสนาน. “จิตวิทยาในการบริบาลผู้ป่วยโรคไตและโรคเรื้อรัง.” ใน การบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคไต, 111-119. มัณฑนา ภาณุมากรณ์, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร, 2547.

ศศิวิมล สันติเวชกุล. “ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลเอกชน.” วิทยานิพนธ์ปริญญาพัฒนบริหารศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิเคราะห์และวางแผนทางสังคม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2540.

ศุภร เสรีรัตน์. พฤติกรรมผู้บริโภค. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : บ.เอ.อาร์.บิซิเนสเพรส, 2545.

สมคิด แก้วสนธิ และภิรมย์ กมลรัตนกุล. เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข : การวิเคราะห์และประเมินผลบริการสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534.

สมชาย เอี่ยมอ่อง. “ไตวาย.” ใน ตำราอายุรศาสตร์ 2, 267-347. วิทยา ศรีมาดา, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ: โครงการตำราจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สาขาวิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541.

สมโภช เปลี่ยนบางยาง และคณะ. พฤติกรรมผู้บริโภคทางสาธารณสุข. นนทบุรี : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2538.

สันศักดิ์ เสริมศรี. ประชากรศาสตร์ทางสังคม. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : บริษัทสามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด, 2541.

สุชาติ อินทรประสิทธิ์. Expense and Quality of life of postrenal transplant abstract, 9th Asian colloquium in nephrology Seoul Korea. 1992, อ้างถึงใน จันทิรา หอมวิจิตรกุล. “ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยวิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและวิธีล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างต่อเนื่อง.” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิทยาการระบาด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.

สุนทร การบรรเลง. “นักสังคมสงเคราะห์กับปัญหาผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง.” วารสารมูลนิธิโรคไต 9, 17(2538) : 87-89.

สุพัฒน์ วาณิชการ. “ทำไมต้องเปลี่ยนไต.” วารสารมูลนิธิโรคไต 3, 6 (กรกฎาคม 2532) : 7-9.

สุภาภรณ์ พลนิกร. พฤติกรรมผู้บริโภค. กรุงเทพฯ : บ.โฮลิสติกพับลิชชิง จำกัด, 2548.

อนุวัฒน์ ศุภชติกุล และคณะ. ความรู้เบื้องต้นในการวิเคราะห์ต้นทุนของสถานบริการสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, วิทยาลัยการสาธารณสุขจุฬาลงกรณ์, 2539.

อรรถพงศ์ วงศ์วิวัฒน์. “Renal Replacement Therapy.” วารสารสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย 12,2 (พฤษภาคม-สิงหาคม 2549): 9-14.

ภาษาต่างประเทศ

- Andaleeb, Syed S. "Public and private hospitals in Bangladesh: service quality and predictors of hospital choice." Oxford University Press 15, 1 (2000): 95-102.
- Arefzadeh, A., M. Lessanpezeski and S. Seifi. "The cot of hemodialysis in Iran." Saudi J Kidney Dis Transpl 20, 2 (2009): 307-311.
- Arenas, M.D., et al. "Implementation of Quality management systems in Spanish nephrology units." Nefrologia 26,2 (2006) : 234-245.
- Disney, P.S. "Prescription and Practice of Dialysis in Australia,1988." Am J Kidney Dis 15,5 (1990) : 494-499.
- Goeree, R., et al. "Cost analysis of dialysis treatments for end-stage renal disease (ESRD)." Clin Invest Med 18,6 (1995) : 455-464.
- Green, L.W., and M.W. Kreuter. Health Promotion: An Educational and Environmental Approach. Toronto : Mayfield Publishing Comp., 1991.
- Kalo, Z., J. Jaray and J. Nagy. "Economic evaluation of kidney transplantation versus hemodialysis in patients with end stage renal disease in Hungary." Prog Transplant 11 (2001) : 188-193.
- Lowrie, G.E., and L.C. Hampers. "The success of medicare's end-stage renal disease program." N Engl J med 305 (1981) : 434-438.
- McMurray, S.D., and J. Miller. "Impact of capitation on free-standing dialysis facilities: can you survive?." Am J Kidney Dis 30,4 (1997) : 542-548.
- Nick, K., and N. Dimitris. "Efficiency measurement of hemodialysis units in Greece with data envelopment analysis." Health Policy 71 (2005): 195-204.
- Sennfait, K., M. Magnusson and P. Carlsson. "Comparison of hemodialysis and peritoneal dialysis-a cost utility analysis." Peritoneal Dialysis International 22 (2002): 39-47.
- Vaicuniene, R., et al. "Estimated average yealy treatment expenditures for hemodialysis patients (data of Kaunas University of Medicine Hospital in the year 2005)." Medicina (Kaunas) 43,1 (2007): 85-89.

ภาคผนวก
มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ภาคผนวก ก

แบบสัมภาษณ์เรื่องค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยวิธีฟอกเลือดด้วย
เครื่องไตเทียม
แบบสัมภาษณ์ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการฟอกเลือดในโรงพยาบาลเอกชน

เลขที่แบบสอบถาม _____

แบบสัมภาษณ์เรื่องค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยวิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยผู้วิจัยกรอกเอง

สถานที่เก็บข้อมูล () 1. โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน () 2. โรงพยาบาลสนามจันทร์

วันเดือนปีที่สัมภาษณ์/...../ 2551

ผู้ถูกสัมภาษณ์ H.N.....

ภูมิลำเนาจังหวัด

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลด้านประชากร

1. เพศ () 1.ชาย () 2. หญิง

2. อายุ

3. ศาสนา () 1. พุทธ () 2. คริสต์ () 3. อิสลาม () 4. อื่นๆ (ระบุ).....

4. สถานภาพสมรส () 1. โสด () 2. คู่ () 3. หม้าย/หย่า/แยก

5. บทบาทในครอบครัว () 1. หัวหน้าครอบครัว () 2. สมาชิกในครอบครัว

() 3. อื่นๆ (ระบุ)

ข้อมูลด้านเศรษฐกิจและสังคม

6. ระดับการศึกษา () 1. ไม่ได้รับการศึกษา () 2. ประถมศึกษา

() 3. มัธยมศึกษา () 4. อนุปริญญา/เทียบเท่า

() 5. ปริญญาตรี/เทียบเท่า () 6. สูงกว่าปริญญาตรี

7. สภาพครอบครัว () 1. อยู่คนเดียว () 2. อยู่ร่วมกับผู้อื่น (ระบุ).....

8. อาชีพปัจจุบัน

9. รายได้จากอาชีพหลักบาท/เดือน

10. รายได้จากอาชีพเสริม (ตอบไม่มีข้ามไปข้อ 12) () 1. มี (ระบุ)..... () 2. ไม่มี

11. รายได้จากอาชีพเสริมบาท/เดือน

12. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวบาท/เดือน

13. โดยปกติท่านได้เตรียมเงินออมสำหรับเวลาเจ็บป่วยทั่วไปหรือไม่

() 1. เตรียม

() 2. ไม่ได้เตรียม

14. มาฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่โรงพยาบาลนี้ เนื่องจาก

- () 1. ญาติแนะนำ () 2. แพทย์ตรวจพบและสั่งมา
() 3. มาเอง () 4. อื่นๆ (ระบุ)

15. ส่วนใหญ่มาโรงพยาบาลนี้ด้วยวิธี

- () 1. รถส่วนตัว () 2. รถเมล์
() 3. รถทัวร์/รถไฟ () 4. รถแท็กซี่/รถรับจ้าง
() 5. รถมอเตอร์ไซด์ () 6. อื่นๆ (ระบุ)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านการเจ็บป่วย

16. ท่านเคยรักษาบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีอื่นมาก่อนหรือไม่

() ไม่เคย

() เคย..... () CAPD (การล้างไตทางช่องท้อง) () การปลูกถ่ายไต

17. อายุที่เริ่มรักษาด้วยวิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม.....ปี

18. ระยะเวลาที่รับการรักษาด้วยวิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม.....ปี.....เดือน

รักษาที่โรงพยาบาลแห่งนี้เป็นเวลา.....ปี.....เดือน

19. ประเภทสถานพยาบาลที่เคยเข้ารับการรักษาด้วยวิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม นอกจากการรับ
บริการ ที่โรงพยาบาลแห่งนี้

- () โรงพยาบาลของรัฐบาล () โรงพยาบาลเอกชน
() อื่นๆ (ระบุ)

20. โรคที่เป็นร่วม

- () 1. โรคเบาหวาน
() 2. โรคหัวใจและหลอดเลือด
() 3. โรคมะเร็ง
() 4. โรคความดันโลหิตสูง
() 5. โรคอื่นๆ (ระบุ)

21. ตั้งแต่เริ่มฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่โรงพยาบาลแห่งนี้ ท่านมีภาวะแทรกซ้อนจากการฟอก
เลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือไม่

- () 1. มี () 2. ไม่มี

แบบสัมภาษณ์เรื่องค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยวิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
ในช่วง 1 เดือน โดยผู้วิจัยกรอกเอง

วันที่นัดฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในช่วง 1 เดือน

.....

วัน/เดือน/ปีที่มาโรงพยาบาล..... ครั้งที่มาโรงพยาบาล

รายการค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย

หมวดค่าใช้จ่ายทางตรง ที่เกี่ยวกับการแพทย์	จำนวนเงิน (บาท)	หมายเหตุ
ค่าฟอกเลือดด้วยเครื่อง ไตเทียมต่อครั้ง	
ค่ายา	ยาลี้ด.....ต่อครั้ง ยารับประทาน.....ต่อครั้ง	ยาลี้ดรับที่..... ยารับประทานรับที่.....
ค่าเอ็กซเรย์ต่อครั้ง	
ค่าตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ	ค่าเจาะเลือด.....ต่อครั้ง	

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

<p>ค่าบริการทางการแพทย์</p> <p>ค่าผ่าตัดเปลี่ยนเส้นเลือด</p> <p>รายการอื่นๆ</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		<p>กรณีผ่าตัดเปลี่ยนเส้นเลือด</p> <p>ณ ช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล</p> <p>ทำเมื่อวันที่.....</p> <p>เสียค่าใช้จ่าย.....บาท</p> <p>ทำที่.....</p> <p>() ชำระเงินเองทั้งหมด</p> <p>() ใช้สิทธิประโยชน์</p>
<p>หมวดค่าใช้จ่ายทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับการแพทย์</p>	<p>จำนวนเงิน (บาท)</p>	<p>หมายเหตุ</p>
<p>ค่าเดินทาง</p> <p>ค่าอาหาร/เครื่องดื่ม/ขนม</p> <p>ค่าที่พัก</p>	<p>ไปฟอกไต.....ต่อครั้ง</p> <p>ไปรับยา.....ต่อครั้ง</p> <p>ไปฟอกไต.....ต่อครั้ง</p> <p>ไปรับยา.....ต่อครั้ง</p> <p>ไปฟอกไต.....ต่อครั้ง</p> <p>ไปรับยา.....ต่อครั้ง</p>	<p>เฉพาะกรณีที่ต้องค้างคืนและเสียค่าที่พัก ไม่สามารถไปกลับภายในวันเดียวได้ (รวมค่าที่พักของผู้ป่วยและญาติ) โดยค้างที่.....</p>

หมวดค่าใช้จ่ายทางอ้อม (กรณีผู้ป่วยหรือญาติ มีรายได้)	จำนวนเงิน (บาท)	หมายเหตุ
รายได้ที่เสียเนื่องจาก ขาดงานของผู้ป่วย	ไปฟอกไต.....ต่อครั้ง ไปรับยา.....ต่อครั้ง	
รายได้ที่เสียเนื่องจาก ขาดงานของญาติ	ไปฟอกไต.....ต่อครั้ง ไปรับยา.....ต่อครั้ง	ญาติมาด้วยประจำ.....คน () คนเดิม () ไม่ใช่คนเดิม

หมายเหตุ : ตัวหนังสือเน้น เป็นข้อมูลที่ต้องสัมภาษณ์ผู้ป่วยโดยตรง

ตัวหนังสือเอียง เป็นข้อมูลที่ดูจากเวชระเบียนหรือแฟ้มประวัติผู้ป่วย

แบบสัมภาษณ์ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการฟอกเลือดในโรงพยาบาลเอกชนโดยผู้วิจัยกรอกเอง

ส่วนที่ 1 : ให้ผู้รับบริการเรียงลำดับเหตุผลในการเข้ารับบริการฟอกเลือดในโรงพยาบาลเอกชนแห่งนี้ (เลือกลำดับ 1 หมายถึง เหตุผลที่สำคัญที่สุด เลือกได้ไม่เกิน 5 ลำดับ)

- () 1. มีสิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากแหล่งต่างๆ
- () 2. จำนวนแพทย์และจำนวนเตียงคนไข้ในหน่วยไตเทียมของรัฐไม่เพียงพอ
- () 3. จำนวนโรงพยาบาลของรัฐที่มีหน่วยไตเทียมในเขตที่อยู่ไม่เพียงพอ
- () 4. มีความสะดวกในการเดินทาง
- () 5. แพทย์ตรวจพบและส่งตัวมา
- () 6. มีเพื่อน คนรู้จัก เจ้าหน้าที่ หรือญาติแนะนำ
- () 7. รายได้ของผู้ป่วยและครอบครัว หรือมีความสามารถที่จะเสียค่าใช้จ่ายได้
- () 8. ราคาเหมาะสมไม่แพง
- () 9. อื่นๆ โปรดระบุ.....

ส่วนที่ 2 : ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการฟอกเลือดในโรงพยาบาลเอกชน

ถามผู้มารับบริการว่า “ท่านเห็นด้วยหรือไม่ว่า (ปัจจัย) มีผลต่อการเข้ารับบริการฟอกเลือด”

ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการฟอกเลือด ในโรงพยาบาลเอกชน	เห็นด้วย มาก (4)	เห็นด้วย ปานกลาง (3)	เห็นด้วย น้อย (2)	ไม่เห็น ด้วย (1)
ปัจจัยทางกายภาพ				
1. ความสะอาดของสถานที่ฟอกเลือด				
2. ความสะดวกสบายของที่นั่งรอฟอกเลือด				
3. ความพอเพียงของที่นั่งรอฟอกเลือด				
4. ความสะอาดของห้องอาหาร				
5. ความสะอาดของห้องสุขา				
6. ความพอเพียงของบริการน้ำดื่ม				
7. ความพอเพียงของที่จอดรถในโรงพยาบาล				
8. ความสะดวกในการเดินทางมาโรงพยาบาล				
9. ความเรียบร้อยในการแต่งกายของบุคลากร				
10. การมีรถบริการรับส่ง (ถ้ามี ต้องการให้เก็บ ค่าบริการ เป็นจำนวน.....บาทต่อครั้ง)				
11. การมีผู้รับความคิดเห็นหรือร้องทุกข์				

ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการฟอกเลือด ในโรงพยาบาลเอกชน	เห็นด้วย มาก (4)	เห็นด้วย ปานกลาง (3)	เห็นด้วย น้อย (2)	ไม่เห็น ด้วย (1)
ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม				
1. ข้อมูลประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการให้บริการ				
2. ความรวดเร็วในการเข้ารับบริการ				
3. เพื่อน คนรู้จัก เจ้าหน้าที่ หรือญาติแนะนำ				
4. การจัดกิจกรรมต่างๆเพื่อประโยชน์ต่อสังคม เช่นการจัด อบรมให้ความรู้ ให้คำปรึกษาแก่ประชาชน				
5. การมีทีมแพทย์และพยาบาลไปตรวจเยี่ยมที่บ้าน				
ปัจจัยทางเศรษฐกิจ				
1. รายได้ของผู้ป่วยและครอบครัว				
2. การมีสิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากแหล่งต่างๆ				
3. ราคาของการฟอกเลือด				
4. การให้ส่วนลดค่าบริการฟอกเลือดเช่นมีโปรโมชั่นจ่าย ล่วงหน้า จะได้ลดเปอร์เซ็นต์ค่าบริการ				
ปัจจัยทางเทคโนโลยี				
1. ความทันสมัยและได้มาตรฐานของอุปกรณ์และเครื่องมือที่ ใช้ประกอบในการฟอกเลือด				
2. การชำระเงินด้วยบัตรเครดิต				
3. การนัดหมายทางโทรศัพท์ กรณีเปลี่ยนแปลงวันและเวลา ในการมาฟอกเลือด				
ปัจจัยทางจิตวิทยา				
1. ความเชื่อมั่นในการบริการและกระบวนการให้บริการฟอก เลือดของโรงพยาบาล				
2. ความเชื่อถือในตัวแพทย์และพยาบาล				
3. การบริการของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เช่น พนักงานแปล การเงิน ฯลฯ				

ข้อเสนอแนะในเรื่องความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการฟอกเลือดในโรงพยาบาลเอกชน

.....

ภาคผนวก ข
รายการค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล
มหาวิทยาลัยศิลปากร อ่างทอง นครปฐม

ตารางที่ 14 รายการค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาล A

รายการ	ราคา (บาท/หน่วย)	ระยะเวลา	หมายเหตุ
ค่าฟอกเลือด/ค่าอุปกรณ์	1,800 บาท	ต่อครั้ง (4 ชั่วโมง)	ราคาเต็ม กรณีไม่ได้ใช้สิทธิประโยชน์
ค่ายารับประทาน	-	-	ไม่มีผู้ป่วยรับยารับประทานที่โรงพยาบาล A
ค่ายาฉีดเพิ่มเม็ดเลือด (ราคาเต็ม กรณีไม่ได้ใช้สิทธิประโยชน์)			
- Hemax	600 บาท	1-2 ครั้ง/สัปดาห์	ไม่ได้ฉีดทุกคน ผู้ป่วยซื้อกับบริษัทมาแล้วนำมาฝากไว้ที่โรงพยาบาล A
- Renogen	410 บาท	1-2 ครั้ง/สัปดาห์	
- Esprogen	450 บาท	1-2 ครั้ง/สัปดาห์	
ค่าเอ็กซ์เรย์	270 บาท	1 ปี	เอ็กซ์เรย์ปอด
ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ			
รายการที่ตรวจ ได้แก่ CBC BUN Cr Hct electrolyte Calcium phosphorus albumin SGOT/SGPT ALP Choles/TG	1,000 บาท	2-3 เดือน	ตรวจทุกคน
รายการที่ตรวจ ได้แก่ HBsAg HBsAb Anti HCV	760 บาท	6 เดือน – 1 ปี	ตรวจทุกคน
รายการที่ตรวจ ได้แก่ URR KT/V	50 บาท	3 เดือน	ตรวจทุกคนเพื่อประเมินประสิทธิภาพการฟอกเลือด
ค่า ultrasound	950 บาท	ตามแพทย์สั่งเป็นกรณีพิเศษ	Ultrasound ช่องท้อง
ค่า EKG	260 บาท	1 ปี	ตรวจทุกคน
ค่าผ่าตัดเปลี่ยนเส้นเลือด	-		ไม่มีผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนเส้นเลือดที่โรงพยาบาล A

หมายเหตุ ตามราคาที่กำหนดของโรงพยาบาล ช่วงเดือนกันยายน – ตุลาคม 2551

ตารางที่ 15 รายการค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาล B

รายการ	ราคา (บาท/หน่วย)	ระยะเวลา	หมายเหตุ
ค่าฟอกเลือด/ค่าอุปกรณ์	2,000 บาท	ต่อครั้ง (4 ชั่วโมง)	ราคาเต็ม กรณีไม่ได้ใช้ สิทธิประโยชน์
ค่า frekaderm	350 บาท	3 เดือน	สำหรับผู้ป่วยที่ทำ permanent catheter ที่คอ
ค่ายารับประทาน	450-6,500บาท	1 เดือน	
ค่ายาฉีดเพิ่มเม็ดเลือด (ราคาเต็ม กรณีไม่ได้ใช้สิทธิประโยชน์)			
- Hemax 4,000	700 บาท	1-2 ครั้ง/สัปดาห์	ไม่ได้ฉีดทุกคน
- Epokine 4,000	700 บาท	1-2 ครั้ง/สัปดาห์	
ค่าเอ็กซเรย์	330 บาท	1 ปี	เอ็กซเรย์ปอด
ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ			
รายการที่ตรวจ ได้แก่ CBC BUN Cr Hct electrolyte Calcium phosphorus albumin SGOT/SGPT ALP Choles/TG	1,000 บาท	2-3 เดือน	ตรวจทุกคน
รายการที่ตรวจ ได้แก่ HBsAg HBsAb Anti HCV	1,265 บาท	6 เดือน – 1 ปี	ตรวจทุกคน
รายการที่ตรวจ ได้แก่ URR KT/V	200 บาท	3 เดือน	ตรวจทุกคนเพื่อประเมิน ประสิทธิภาพการฟอก เลือด
ค่า ultrasound	1,450 บาท	ตามแพทย์สั่งเป็น กรณีพิเศษ	Ultrasound ช่องท้อง
ค่า EKG	400 บาท	1 ปี	ตรวจทุกคน
ค่าผ่าตัดเปลี่ยนเส้นเลือด			
AV shunt ไม่ใช่เส้นเลือดเทียม	15,000 บาท	ใช้ได้ตลอดไป	
AV shunt ใช้เส้นเลือดเทียม	40,000 บาท	ประมาณ 5 ปี	
ค่าบริการทางการแพทย์	40 บาท		ค่าเข้าโรงพยาบาล

หมายเหตุ ตามราคาที่กำหนดของโรงพยาบาล ช่วงเดือนกันยายน – ตุลาคม 2551

ตารางที่ 16 รายการค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลศูนย์ประจำจังหวัด

รายการ	ราคา (บาท/หน่วย)	ระยะเวลา	หมายเหตุ
ค่าฟอกเลือด/ค่าอุปกรณ์	2,000 บาท	ต่อครั้ง (4 ชั่วโมง)	
ค่ายารับประทาน	500-2,000 บาท	1 เดือน	
ค่ายาฉีดเพิ่มเม็ดเลือด	400 บาท	1-2 ครั้ง/สัปดาห์	
ค่าเอ็กซเรย์	170 บาท	1 ปี	เอ็กซเรย์ปอด
ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ			
รายการที่ตรวจ ได้แก่ CBC BUN Cr Hct electrolyte Calcium phosphorus albumin SGOT/SGPT ALP Choles/TG	700-800 บาท	2-3 เดือน	ตรวจทุกคน
รายการที่ตรวจ ได้แก่ HBsAg HBsAb Anti HCV	610 บาท	6 เดือน – 1 ปี	ตรวจทุกคน
รายการที่ตรวจ ได้แก่ URR KT/V	-	3 เดือน	ไม่มีผู้ป่วยตรวจรายการนี้ ที่โรงพยาบาลศูนย์
ค่า ultrasound	650-850 บาท	ตามแพทย์สั่งเป็น กรณีพิเศษ	Ultrasound ช่องท้อง
ค่า EKG	200-250 บาท	1 ปี	ตรวจทุกคน
ค่าผ่าตัดเปลี่ยนเส้นเลือด			
AV shunt ไม่ใช่เส้นเลือดเทียม	5,000 บาท	ใช้ได้ตลอดไป	
AV shunt ใช้เส้นเลือดเทียม	30,000 บาท	ประมาณ 5 ปี	
Double lumen catheter	3,500 บาท		ทำเส้นจุกเงินที่คอ

หมายเหตุ ตามราคาที่กำหนดของโรงพยาบาล ช่วงเดือนกันยายน – ตุลาคม 2551 และเป็นราคาเต็ม กรณีไม่ได้ใช้สิทธิประโยชน์

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ – สกุล	นางสาวพีรยา เจริญเลิศ
ที่อยู่	4/154 หมู่ 5 ตำบลสนามจันทร์ อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม 73000
ที่ทำงาน	เภสัชกร part time โรงพยาบาลเอกชน จังหวัดนครปฐม
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2545	สำเร็จการศึกษาปริญญาเภสัชศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยศิลปากร
พ.ศ. 2549	ศึกษาต่อระดับปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร
ประวัติการทำงาน	
พ.ศ. 2545-2548	เภสัชกรประจำโรงพยาบาลพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี
พ.ศ. 2548-2549	เภสัชกรประจำร้านขายยาของบริษัท สยามเม็ค โคร จำกัด (มหาชน) สาขานครปฐม
พ.ศ. 2549 – ปัจจุบัน	เภสัชกร part time โรงพยาบาลเอกชน จังหวัดนครปฐม