

การวิเคราะห์และจัดทำข้อมูลการประเมินค่ารักษาพยาบาล ด้านสุขภาพในระยะท้ายของชีวิตสำหรับประชากรไทย

เกี่ยวกับการศึกษา

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ หลักฐานทางวิชาการหลายแหล่งสรุปว่า “อายุ” ไม่ได้เป็นเพียงปัจจัยเดียวที่ส่งผลต่อค่ารักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้น แต่ค่ารักษาพยาบาลสุขภาพใน “ระยะท้ายของชีวิต” ยังส่งผลต่อค่ารักษาพยาบาลในภาพรวมของประเทศอีกด้วย

การศึกษานี้ใช้ข้อมูลการเบิกจ่ายของทั้งสามสิทธิประกันสุขภาพภาครัฐ ได้แก่ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (Civil Servant Medical Benefit Scheme, CSMBBS) ประกันสังคม (Social Health Insurance, SHI) และหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Universal Coverage Scheme, UCS) ระหว่างปี 2563–2565 เพื่อวิเคราะห์รูปแบบการใช้บริการและค่ารักษาพยาบาลในช่วง 24 เดือนก่อนเสียชีวิต



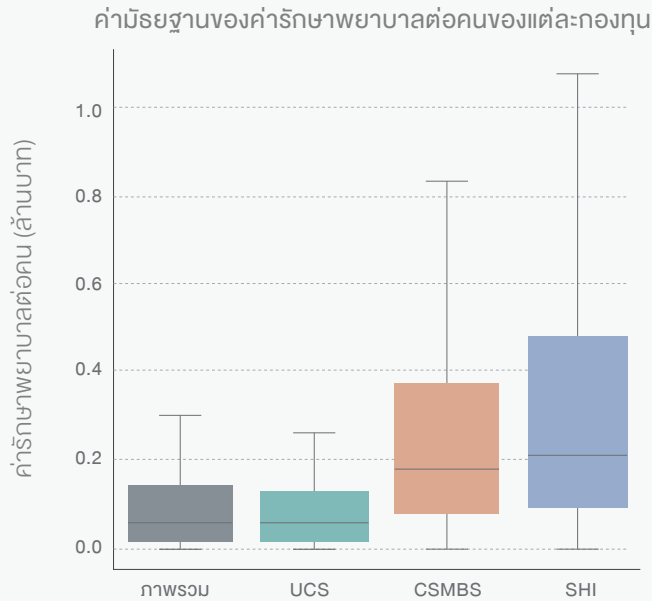
ข้อค้นพบ

ค่ารักษาพยาบาลภาพรวม

- ค่ารักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิตมีสัดส่วนสูงมากเมื่อเทียบกับผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (Gross Domestic Product, GDP) และแสดงให้เห็นถึงความเหลื่อมล้ำอย่างมีนัยสำคัญระหว่างสิทธิประกันสุขภาพ
- ในช่วงสองปีก่อนการเสียชีวิตของประชากรไทยระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2563 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2565 พบว่ามีผู้เสียชีวิตรวมทั้งสิ้น 1,402,598 คน ภายในระยะเวลา 3 ปีดังกล่าว มีค่ารักษาพยาบาลรวมทั้งสิ้น 162,252 ล้านบาท ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 0.34 ของ GDP ต่อปี
- ค่ารักษาพยาบาลในช่วงสองปีก่อนการเสียชีวิตเฉลี่ยเท่ากับ 119,318 บาทต่อคน หรือประมาณครึ่งหนึ่งของผลิตภัณฑ์มวลรวมต่อประชากร (GDP per capita)



ค่ารักษาพยาบาลระหว่างสิทธิประกันสุขภาพภาครัฐ

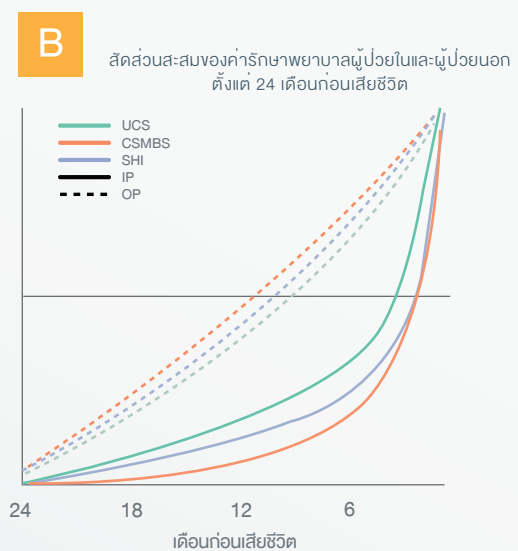
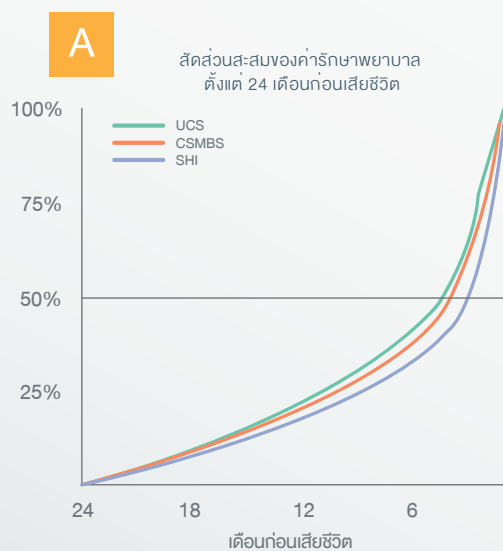


ค่ารักษาพยาบาลต่อคนในผู้ป่วยสิทธิ CSMBS และสิทธิ SHI สูงกว่าสิทธิ UCS อย่างมีนัยสำคัญ (รูปที่ 1)



รูปที่ 1 ค่ามัธยฐานของค่ารักษาพยาบาลต่อคนในภาพรวมและจำแนกรายสิทธิ

มากกว่าร้อยละ 50 เกิดขึ้นจากบริการในช่วง 3 เดือนสุดท้ายก่อนเสียชีวิต (รูปที่ 2A) และร้อยละ 77.5 ของค่ารักษาพยาบาลทั้งหมดเกิดจากบริการผู้ป่วยใน (รูปที่ 2B)

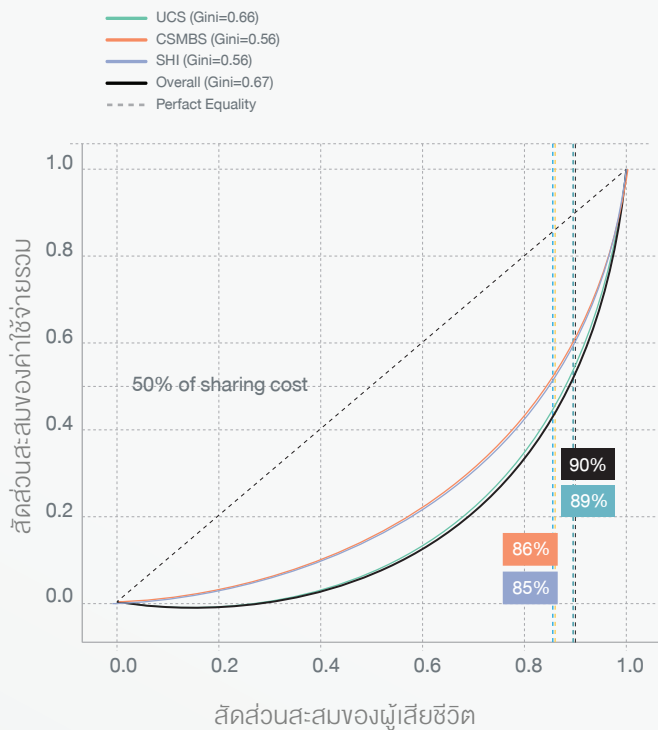


รูปที่ 2 ค่ารักษาพยาบาลสะสมในช่วง 2 ปีก่อนเสียชีวิตของแต่ละกองทุน



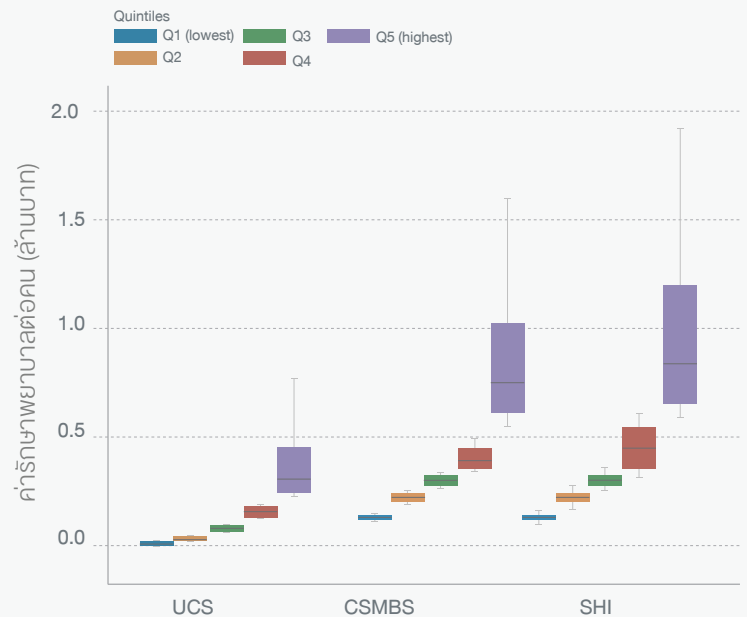
ความเหลื่อมล้ำของค่ารักษาพยาบาลโดยวัดจาก Gini coefficient อยู่ที่ 0.671 (รูปที่ 3) ซึ่งแปลว่า มีความเหลื่อมล้ำสูงมาก ในภาพรวม (1 = perfect inequity, 0 = perfect equity) โดยร้อยละ 10 ของประชากรที่เสียชีวิตใช้ค่ารักษาพยาบาลถึง ครึ่งหนึ่งของค่ารักษาพยาบาลทั้งหมด (เส้นทึบสีดำ)

การกระจายตัวของค่าใช้จ่ายรวมในแต่ละกองทุน



ค่ามัธยฐานของค่ารักษาพยาบาลต่อคนของแต่ละ Quintile

(Q1 กลุ่มที่มีค่ารักษาพยาบาลต่ำสุด, Q5 กลุ่มที่มีค่ารักษาพยาบาลสูงสุด)

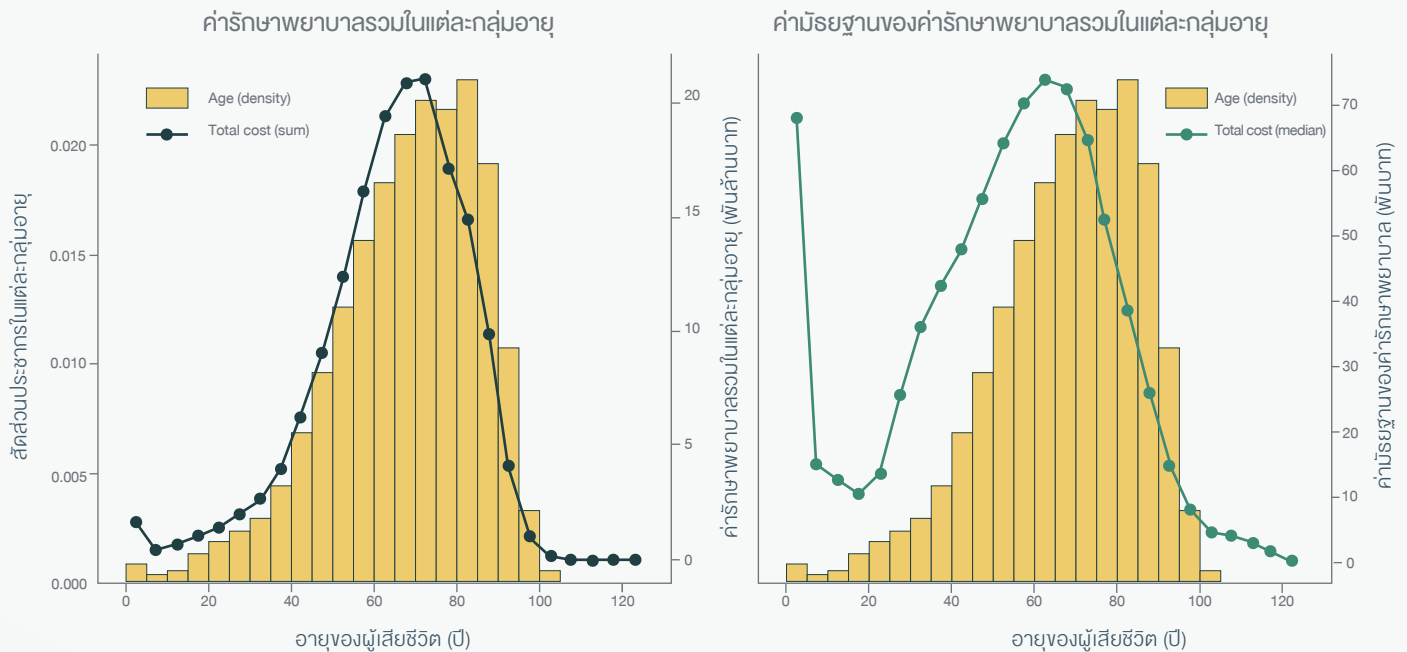


รูปที่ 3 ความเหลื่อมล้ำของค่ารักษาพยาบาลของแต่ละกองทุน



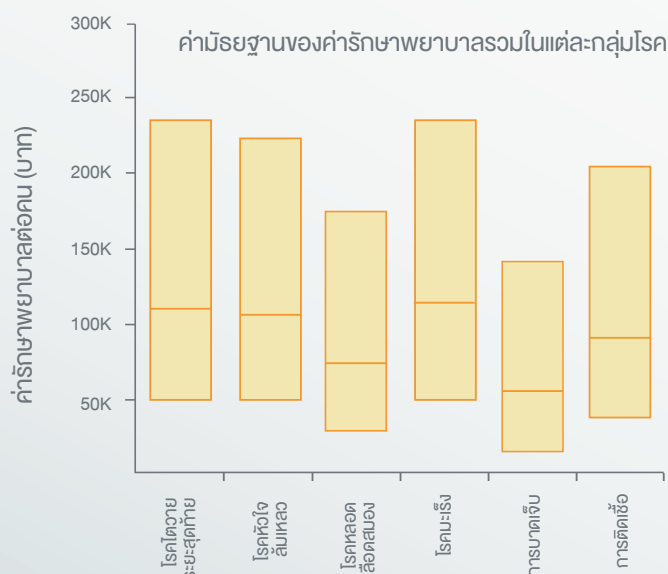
การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มอายุและกลุ่มโรคเฉพาะ

ค่ารักษาพยาบาลระยะท้ายนั้นมีค่ามัธยฐานสูงสุดต่อคนในกลุ่มอายุ 60-65 ปี และลดลงอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มผู้เสียชีวิตที่มีอายุมากขึ้น (รูปที่ 4)



รูปที่ 4 ค่ารักษาพยาบาลรวมและค่ามัธยฐานของค่ารักษาพยาบาลในแต่ละกลุ่มอายุ

เมื่อจำแนกตามกลุ่มโรคเฉพาะ 6 กลุ่มโรคสำคัญ ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคไตวายระยะสุดท้าย โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจล้มเหลว การบาดเจ็บ และการติดเชื้อ ค่ารักษาพยาบาลระยะท้ายนั้นมีค่ามัธยฐานสูงสุดต่อคนในกลุ่มโรคมะเร็งและกลุ่มโรคไตวายระยะสุดท้าย และต่ำสุดในกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บ (รูปที่ 5)



รูปที่ 5 ค่ามัธยฐานของค่ารักษาพยาบาลในแต่ละกลุ่มโรค



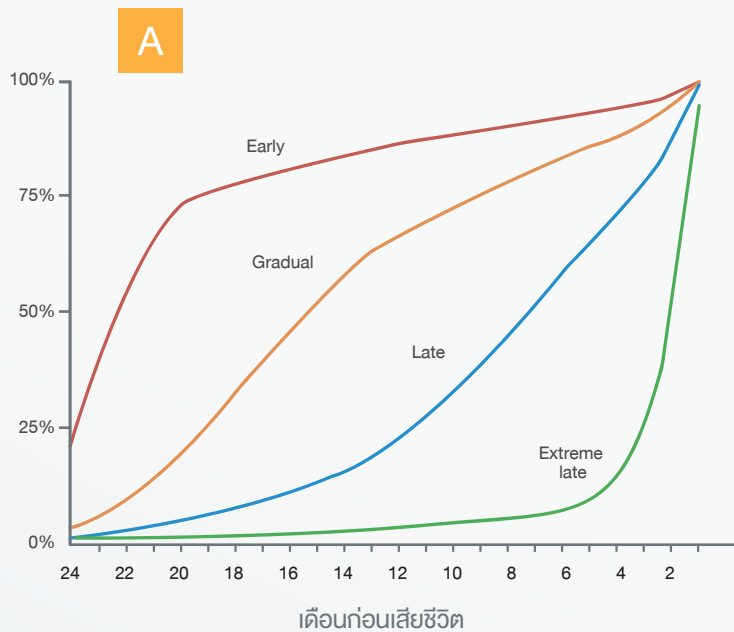
การเปรียบเทียบรูปแบบค่ารักษาพยาบาล

เมื่อแบ่งกลุ่มรูปแบบค่ารักษาพยาบาลในระยะท้ายเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นตั้งแต่ระยะต้น (Early Accumulation) กลุ่มค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไป (Gradual Accumulation) กลุ่มค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นระยะท้าย (Late Accumulation) และกลุ่มค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นระยะใกล้เสียชีวิต (Extreme Late Accumulation) พบว่า

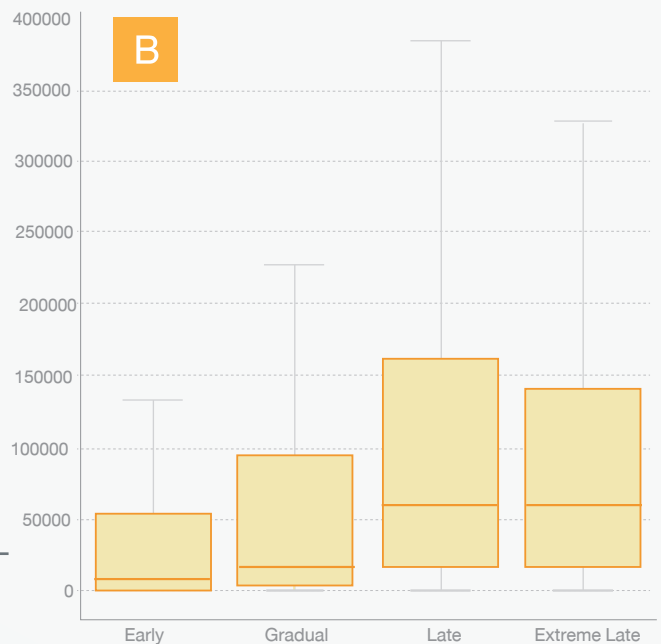
- ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในสองกลุ่มหลังคือ Late และ Extreme Late โดยมีสัดส่วนรวมกันมากกว่าร้อยละ 75 ของผู้เสียชีวิตทั้งหมด (รูปที่ 6A) และมีค่ามัธยฐานของค่ารักษาพยาบาลสูงกว่า (รูปที่ 6B)



สัดส่วนสะสมของค่าใช้จ่าย ตั้งแต่ 24 เดือนก่อนเสียชีวิต (ค่าใช้จ่ายรวม)



ค่ามัธยฐานของค่ารักษาพยาบาลรวมในแต่ละรูปแบบค่าใช้จ่าย (บาท)



รูปที่ 6 รูปแบบและค่ามัธยฐานของค่ารักษาพยาบาลในระยะท้ายแต่ละรูปแบบ

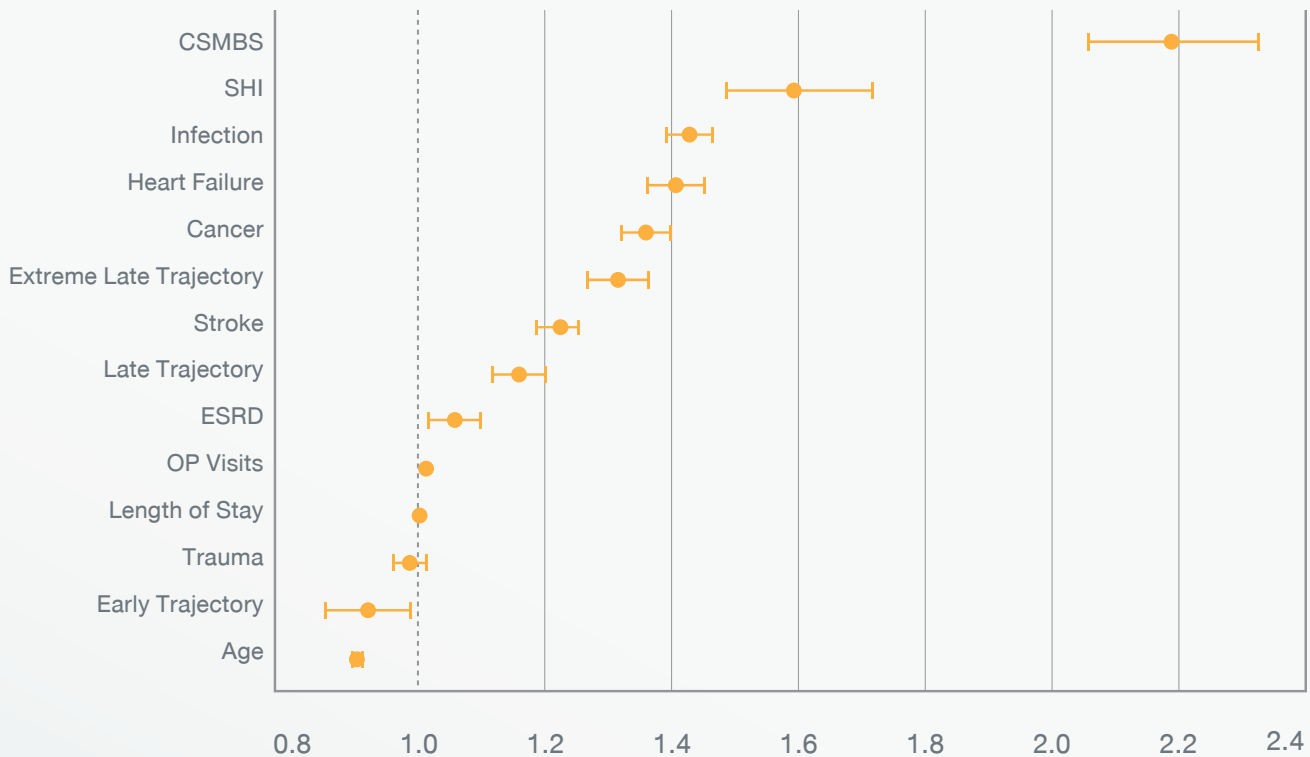


การวิเคราะห์ค่ารักษาพยาบาลในระยะท้ายด้วยแบบจำลองพหุตัวแปร (Multivariate analysis)

การวิเคราะห์โมเดลค่ารักษาพยาบาลแบบพหุตัวแปรเพื่อควบคุมตัวแปรต่าง ๆ และลดปัจจัยด้านตัวแปรถวน โดยมีกลุ่มผู้ป่วยอ้างอิง คือ ผู้ป่วยสิทธิ UCS ที่ไม่มีการเจ็บป่วยด้วย 6 โรคสำคัญในช่วง 2 ปีก่อนเสียชีวิต ซึ่งมีค่ารักษาพยาบาลระยะท้าย อยู่ที่ 113,169 บาท และได้ผลของตัวแปรต่าง ๆ ต่อค่าใช้จ่ายดังแสดงในรูปที่ 7 โดย

- ผู้ป่วยสิทธิ CSMBS และ SHI มีค่ารักษาพยาบาลสูงกว่าอย่างน้อย 2.2 และ 1.6 เท่าตามลำดับ
- ผู้ป่วยด้วยโรคสำคัญ ได้แก่ การติดเชื้อและภาวะหัวใจล้มเหลวมีค่ารักษาพยาบาลสูงกว่าประมาณร้อยละ 40

ผลจากแบบจำลองค่ารักษาพยาบาล



สัดส่วนต่อค่าเฉลี่ย (Mean ratio)

รูปที่ 7 ผลการสร้างแบบจำลองพหุตัวแปรของค่ารักษาพยาบาลในระยะท้าย



ผู้ป่วยสิทธิ UCS ที่มีการดูแลระดับประคอง

เมื่อพิจารณาเฉพาะผู้ป่วย UCS ที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคที่มีข้อบ่งชี้ในการดูแลระดับประคอง 4 กลุ่มโรค ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคไตวายระยะสุดท้าย โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจล้มเหลว พบว่า มีความครอบคลุมของการดูแลระดับประคองอยู่ที่ร้อยละ 50-60 โดยกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบประคองนั้นมีแนวโน้มเป็นผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า

จากการวิเคราะห์ค่ารักษาพยาบาล กลุ่มที่ไม่ได้รับการดูแลระดับประคองมีค่ามัธยฐานของค่าใช้จ่ายอยู่ที่ 75,005 บาท ตลอดช่วง 24 เดือนสุดท้ายก่อนเสียชีวิต ในขณะที่กลุ่มที่ได้รับการดูแลระดับประคองมีค่ามัธยฐานของค่าใช้จ่ายอยู่ที่ 88,765 บาท

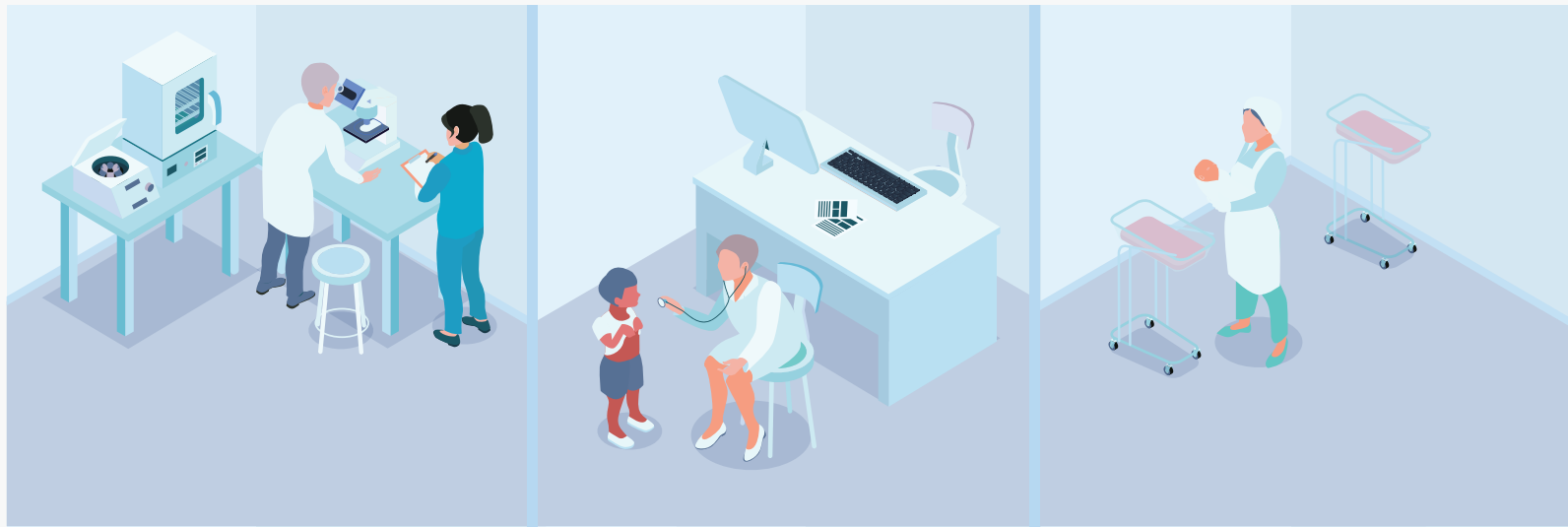
จากแบบจำลองพบว่า ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย (Expected mean) ในกลุ่มอ้างอิงที่เป็นผู้ป่วย UCS ที่ไม่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคที่มีข้อบ่งชี้ในการดูแลระดับประคอง 4 กลุ่มโรคและไม่ได้ได้รับการดูแลระดับประคองมีค่ารักษาพยาบาลระยะท้ายอยู่ที่ 56,651 บาทต่อคน ตลอดช่วง 24 เดือนสุดท้ายก่อนเสียชีวิต

- เมื่อนำมาวิเคราะห์ร่วมกับการมีโรคร่วมต่าง ๆ แล้วนั้น พบว่า**ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลระดับประคองจะมีแนวโน้มของค่ารักษาพยาบาลลดลงอย่างน้อยร้อยละ 10** เทียบกับผู้ป่วยในกลุ่มโรคเดียวกัน และไม่ได้สัมพันธ์กับเวลาของการเริ่มการดูแลระดับประคอง
- นอกจากนี้ ในกลุ่มที่ได้รับการดูแลระดับประคองเร็วกว่ามีแนวโน้มที่**ค่ารักษาพยาบาลจะต่ำกว่า**



ข้อเสนอเชิงนโยบาย

- 1. กองทุนประกันสุขภาพ** ควรวางแผนการบริหารจัดการกองทุนและสนับสนุนความครอบคลุมและคุณภาพของบริการการดูแลระดับประคองให้เพิ่มมากขึ้น ตลอดจนติดตามคุณภาพบริการและค่ารักษาพยาบาลในผู้ป่วยระยะท้ายอย่างต่อเนื่อง
- 2. ราชวิทยาลัยและหน่วยงานวิชาการ** ควรทำการศึกษาเกี่ยวกับพยากรณ์โรค และออกแบบแนวทางเวชปฏิบัติที่เหมาะสมต่อรูปแบบพยากรณ์แต่ละแบบ โดยคำนึงถึงสิทธิการรักษาพยาบาลที่ประชาชนพึงได้ คุณภาพของบริการ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และค่ารักษาพยาบาล โดยเฉพาะการบริการที่ไม่จำเป็น
- 3. Service Plan** ที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง เช่น โรคหัวใจ โรคมะเร็ง ควรพิจารณาตัวชี้วัดเชิงระบบ เพื่อกำกับและติดตามการให้บริการจากการสนับสนุนของกองทุนประกันสุขภาพและฝ่ายวิชาการ โดยพิจารณาสมดุลระหว่างการให้บริการที่มีคุณภาพ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และค่ารักษาพยาบาลจากการรักษา



คณะผู้วิจัย

นพ.พีรสิทธิ์ สิกิธรัตน์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ.ดร.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์

ศาสตราจารย์ นพ.ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล

อาจารย์ นพ.ภาณุวิชญ์ แก้วท่าจรชัย

นศพ.พิวัฒน์ ศุกวิทยา

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

หน่วยงานผู้สนับสนุนทุนวิจัย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

