

การกระจายเชิงพื้นที่จากการดูแลรักษาผู้ป่วยต่างตัว: กรณีศึกษาโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี

รัศมีพงษ์ เวียงเจริญ* ชื่นฤทัย ยี่ชัยน†
พรสวรรค์ อติวิจิตรระการ* ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์‡,§
อานนท์ กุลธรรมาสุนทร‡ สมเจตน์ เหล่าลือเกียรติ*
ประทีป สิงห์สวนนท์§ โมลี วนิชสุวรรณ#
โชคชัย สิริชวลิต€ พรรณี ปิติสุทธิธรรม§

ผู้รับผิดชอบบทความ: พรรณี ปิติสุทธิธรรม

บทคัดย่อ

จังหวัดกาญจนบุรีเป็นหนึ่งในจังหวัดชายแดนที่มีประชากรต่างตัวอาศัยอยู่หนาแน่น ทำให้โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาซึ่งเป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัดต้องให้การดูแลรักษาผู้ป่วยต่างตัวจำนวนมากอย่างต่อเนื่อง การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษาสถานการณ์และผลกระทบของการให้บริการผู้ป่วยต่างตัวต่อระบบบริการและค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา โดยเป็นการศึกษาเชิงปริมาณของผู้ป่วยต่างตัวที่มารักษาในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ในปีงบประมาณ 2560 เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ใช้แบบสอบถามและการสืบค้นข้อมูลการมารับบริการย้อนหลัง สุ่มตัวอย่างตามสะดวก มีผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 519 คน ประกอบด้วยผู้ป่วยนอก 412 คนและผู้ป่วยใน 107 คน โดยในกลุ่มผู้ป่วยนอก 412 คน มี 305 คนที่มารับบริการผู้ป่วยนอกอย่างเดียว และมี 107 คนที่เคยมีประวัติการนอนโรงพยาบาลในช่วงปีที่ผ่านมา ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยนอกร้อยละ 18.4 และกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยในร้อยละ 38.3 ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพ เมื่อจำแนกผู้ป่วยตามกลุ่มโรคที่มีต้นทุนสูงที่สุดพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งมีสัดส่วนสูงที่สุดในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยนอก [63,459 บาทต่อคนต่อปี (SD 82,872)] และกลุ่มผู้ป่วยโรคติดต่อมีสัดส่วนสูงสุดในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยใน [43,100 บาทต่อครั้ง (SD 53,384)] ในแง่ต้นทุนค่ารักษาพยาบาลและค่ารักษาพยาบาลตามราคาโรงพยาบาล ผู้ป่วยนอกมีต้นทุนเฉลี่ย 15,757 บาทต่อคนต่อปี ผู้ป่วยในมีต้นทุนเฉลี่ย 35,280 บาทต่อคนต่อครั้ง ของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา โรงพยาบาลสมุทรสาคร โรงพยาบาลกระทุ่มแบน และโครงการวิจัย คำนวณสัมพัทธ์ของค่าใช้จ่ายมากกว่าเท่ากับ 2 หน่วยของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา โรงพยาบาลสมุทรสาคร โรงพยาบาลกระทุ่มแบน และโครงการวิจัย ร้อยละ 19.2, 5.3, 2.4, และ 23.4 ตามลำดับ คำนวณสัมพัทธ์ของค่าใช้จ่ายมากกว่าเท่ากับ 4 หน่วย ร้อยละ 5.8, 1.9, 1.2, และ 3.7 ตามลำดับ 5 อันดับสูงสุดของกลุ่มโรคผู้ป่วยนอก คือมะเร็ง การบาดเจ็บ โรคไม่ติดต่อ ทารกแรกเกิดที่มีปัญหา และการผ่าตัดและการคลอด ตามลำดับ 5 อันดับสูงสุดของฝ่ายการแพทย์ที่รับผู้ป่วยใน ได้แก่ อายุรกรรม ศัลยกรรม สูติกรรม ศัลยกรรมกระดูกและกุ่มารเวชกรรม ตามลำดับ

* โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา

† โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

‡ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

§ สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

§ คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล

โรงพยาบาลสมุทรสาคร

€ โรงพยาบาลกระทุ่มแบน



ข้อมูลการศึกษานี้ เป็นตัวอย่างที่สนับสนุนให้มีการพิจารณาเชิงนโยบายเพื่อแก้ปัญหาภาระค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลในจังหวัดชายแดน เช่น การเสนอนโยบายความร่วมมือกับประเทศเพื่อนบ้านในการพัฒนาขีดความสามารถของสถานพยาบาล การทบทวนราคาบัตรประกันสุขภาพต่างตัวของกระทรวงสาธารณสุขให้เหมาะสมกับต้นทุนการรักษาพยาบาล และที่สำคัญควรมีนโยบายปรับการจัดสรรงบประมาณชัดเจนให้แก่สถานพยาบาลในกรณีที่อยู่คนต่างด้าวและไม่สามารถเรียกเก็บค่าใช้จ่ายได้เพียงพอ

คำสำคัญ: คนต่างด้าว, ต้นทุน, ค่ารักษาพยาบาล, กาญจนบุรี

Economic Burden from Providing Care to Migrant Patients: a Case Study of Phaholpolpayuhasena Hospital, Kanchanaburi

Rakpong Wiangcharoen*, Chuenrutai Yeekian[†], Pornsawan Attavinijtrakarn*, Rapeepong Suphanchaimat^{†,‡}, Anond Kulthanmanusorn[‡], Somjate Laoleukiat*, Pratap Singhasivanon[§], Molee Wanichsuwan[#], Chockchai Leethochawalit[€], Punnee Pitisuttithum[§]

* Phaholpolpayuhasena Hospital, [†] Queen Savang Vadhana Memorial Hospital, [‡] International Health Policy Program, Ministry of Public Health, [§] Bureau of Epidemiology, Disease Control Department, Ministry of Public Health, [§] Faculty of Tropical Medicine, Mahidol University, [#] Samutsakhon Hospital, [€] Krathumbaen Hospital

Corresponding author: Punnee Pitisuttithum, punnee.pit@mahidol.ac.th

Abstract

Kanchanaburi province borders with Myanmar and a large number of migrants are cared for at Phaholpolpayuhasena Hospital. Financial expenses in providing care to migrant patients were analyzed. The study population was inpatients and outpatients at the hospital during fiscal year 2017. Data collection techniques involved a questionnaire, interviews and document reviews of medical records for the previous year. A convenience sampling method was employed. Total sample size was 519 (412 outpatients and 107 inpatients). Of the 412 outpatients, 305 had no admissions during the previous year, while 107 had been admitted in the hospital. The results showed that 18.4% of the outpatients and 38.3% of the inpatients were not medically insured. When classifying patients according to the most costly disease group, cancer comprised the highest proportion in the outpatient sample at 63,459 (SD 82,872) baht per person per year. For communicable diseases, the largest group in the inpatient sample cost 43,100 (SD 53,384) baht per person per year. Costs of medical treatment and expenses, as quoted by the hospital, were averaged at 15,757 baht per person per year for outpatients, with inpatients at 35,280 baht per stay. Results from focus group discussions with various stakeholders showed that expenditures of Phaholpolpayuhasena Hospital, Samutsakhon Hospital, Krathumbaen Hospital, and this research study in terms of relative weight greater than or equal to 2 units were 19.2%, 5.3%, 2.4% and 23.4%, respectively, while in terms of relative weight greater than or equal to 4 units were 5.8%, 1.9%, 1.2% and 3.7%, respectively. The top 5 outpatient diseases were cancer, trauma, non-communicable diseases, neonatal problems, and obstetrics, while the top 5 inpatient medical departments which admitted high numbers of migrant patients were medicine, surgery, obstetrics, orthopedics, and pediatrics, respectively.

Results can be used to formulate a support policy to mitigate the cost burdens incurred by hospitals in border provinces. A policy of cooperation with neighboring countries should be proposed by the Ministry of Public Health to develop adequate medical facility capacities and also review the cost of the health insurance card scheme for migrants to reflect the cost of medical treatment. Most importantly, a policy should be implemented to adjust budget allocations to border province hospitals to cover the cost of treating migrant patients.

Keywords: migrants, cost, charge, Kanchanaburi

ภูมิหลังและเหตุผล

ในจังหวัดใหญ่ๆ ตามแนวชายแดนของประเทศไทยนั้น มักมีผู้เดินทางข้ามมาจากประเทศเพื่อนบ้าน เพื่อมาใช้บริการสุขภาพจำนวนมาก ด้วยลักษณะทางภูมิศาสตร์ที่มีพรมแดนระยะทางกว่า 5,000 กิโลเมตร ติดกับ 4 ประเทศ คือ เมียนมา ลาว กัมพูชาและมาเลเซีย⁽¹⁾ โดย 3 ใน 4 ของประเทศเพื่อนบ้าน ได้แก่ เมียนมา ลาว และกัมพูชา มีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่มั่นคงน้อยกว่าไทย นอกจากนี้ ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน [Association of Southeast Asian Nations (ASEAN) Economic Community] ได้ช่วยอำนวยความสะดวกให้ผู้คน แรงงาน และการลงทุนสามารถข้ามแดนระหว่างกลุ่มประเทศสมาชิก ประเทศไทยจึงเป็นจุดหมายสำคัญ โดยเฉพาะของคนเมียนมา ลาว และกัมพูชา ทั้งเพื่อมาใช้แรงงานที่ได้ค่าตอบแทนดีกว่าและเพื่อมารับการรักษาพยาบาล⁽²⁾ ซึ่งส่งผลให้ความต้องการแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์เพิ่มสูงขึ้น จนเกิดเป็นความท้าทายต่อกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศไทย⁽³⁾

การเดินทางเข้ามาใช้บริการสุขภาพของคนต่างด้าวอาจส่งผลกระทบต่อการทำงานของโรงพยาบาลรัฐตามแนวชายแดนไทย เนื่องจากผู้รับบริการต่างด้าวที่มีรายได้น้อยมักจะมารับบริการจากโรงพยาบาลรัฐ⁽⁴⁾ ซึ่งจะต้องให้การรักษาผู้มารับบริการด้วยเหตุผลทางมนุษยธรรม และเพื่อป้องกันการระบาดของโรค แม้ว่าจะนำมาซึ่งปัญหาด้านการเงิน⁽⁵⁾ นอกจากนี้ยังเพิ่มภาระงานของแพทย์และบุคลากรอื่นๆ ในขณะที่โครงสร้างอัตรากำลังยังจำกัดสำหรับผู้ป่วยไทยเท่านั้น⁽⁴⁾

ที่ผ่านมา กระทรวงสาธารณสุขได้มีการจัดระบบบัตรประกันสุขภาพสำหรับคนต่างด้าวมาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 โดยเน้นที่แรงงานต่างด้าวเฉพาะพื้นที่ มีการเรียกเก็บค่าบริการปีละ 500 บาท และเพิ่มเป็น 1,000, 1,100, 1,200, และ 1,300 บาทใน พ.ศ. 2542, 2543, 2544 และ 2547 ตามลำดับ ระบบประกันสุขภาพคนต่างด้าวมีความชัดเจนมากขึ้นตั้งแต่ พ.ศ. 2547 เป็นต้นมา รัฐบาลได้ขยาย

ให้ผู้ติดตามและบุตรสามารถซื้อบัตรประกันฯ ได้ (แบบสมัครใจ) และขยายความครอบคลุมไปทุกพื้นที่ และเริ่มมีการเชื่อมโยงระบบประกันสุขภาพกับการพิสูจน์สัญชาติ หลังจากนั้น ระบบการประกันสุขภาพสำหรับคนต่างด้าวนี้ มีการขยายความครอบคลุมเพิ่มขึ้นอีกครั้งในปี พ.ศ. 2556 เมื่อรัฐบาลมีมติคณะรัฐมนตรี ให้มีบัตรประกันสุขภาพสำหรับเด็กในราคา 365 บาทต่อปี และขยายสิทธิประโยชน์ของบัตรประกันสุขภาพผู้ใหญ่ให้ครอบคลุมเอชไอวี/เอดส์ และโรคค่าใช้จ่ายสูงต่างๆ โดยเพิ่มราคาบัตรเป็น 2,200 บาทต่อปี ต่อมาในปี พ.ศ. 2557 รัฐบาลได้กำหนดให้มีการตั้งศูนย์บริการเบ็ดเสร็จ (One Stop Service) เพื่อประสานงานการออกทะเบียนประวัติและใบอนุญาตทำงาน⁽⁶⁾ และได้ปรับลดราคาบัตรประกันสุขภาพของคนต่างด้าวลงเหลือ 1,600 บาท (ราคาบัตรประกันสุขภาพเด็กต่างด้าวยังคงอยู่ที่ 365 บาท)

แม้จะมีระบบดังกล่าว แต่ในทางปฏิบัติก็ยังมีผู้ป่วยต่างด้าวจำนวนมากที่ไม่ได้อยู่ในระบบ ทำให้ไม่มีสิทธิการรักษาและอาจทำให้เกิดเป็นค่ารักษาที่ไม่สามารถเรียกเก็บได้ ในปีงบประมาณ 2558 พบว่า ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชากรต่างด้าวใน 31 จังหวัดชายแดนไทย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น 3.9 เท่า จาก 417 ล้านบาทในปีงบประมาณ 2556 เป็น 1,529 ล้านบาทในปีงบประมาณ 2558 ซึ่งมีจำนวนเงินที่เรียกเก็บไม่ได้ถึงร้อยละ 38 และพบว่าพื้นที่ 10 จังหวัดชายแดนไทย - เมียนมา มีปัญหาเรียกเก็บเงินไม่ได้รุนแรงที่สุด⁽⁷⁾ เนื่องจากบริการสุขภาพของประเทศเมียนมาขาดงบประมาณและบุคลากรที่เหมาะสม โรงพยาบาลเฉพาะทางส่วนใหญ่อยู่ในตัวเมืองที่ห่างไกลชายแดน⁽¹⁾ และโรงพยาบาลในฝั่งประเทศไทยมีความพร้อมในการให้บริการมากกว่าโรงพยาบาลในฝั่งเมียนมา⁽⁴⁾

ยุทธศาสตร์สาธารณสุขชายแดนและแรงงานข้ามชาติ พ.ศ. 2560 - 2564 (ร่าง 17 ธันวาคม 2557) ได้มีการวิเคราะห์สภาพปัญหาในกลุ่มจังหวัดชายแดนไทย - เมียนมา พบว่า ภาระงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไทยเพิ่มขึ้น เช่น การให้บริการวัคซีน การรับฝากครรภ์ การรักษาพยาบาล

อีกทั้งประชากรต่างด้าวมีรายได้ก็น้อย ไม่สามารถแบกรับภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพได้ และที่สำคัญคือการระบุตัวบุคคลและจัดเก็บข้อมูลประชากรต่างด้าวในพื้นที่ยังไม่เป็นระบบ ทำให้ไม่สามารถนำมาวิเคราะห์เพื่อทราบสถานะสุขภาพของประชากรต่างด้าวได้⁽⁸⁾ ดังนั้นการศึกษารายละเอียดเกี่ยวกับต้นทุนการรักษาพยาบาลจึงน่าจะเป็นประโยชน์ในการสะท้อนถึงภาระทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยต่างด้าวที่มีต่อสถานพยาบาลไทยได้ชัดเจนขึ้น

การศึกษาวិเคราะห์ที่ผ่านมามีทั้งของประเทศไทยและต่างประเทศสนับสนุนว่า การรับภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชากรต่างด้าวเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้โรงพยาบาลตามแนวชายแดนบางส่วนประสบภาวะขาดทุน⁽⁶⁾ และมีรายงานว่า ใน พ.ศ. 2559 แรงแรงงานต่างด้าวลงทะเบียนประกันสุขภาพเพียงร้อยละ 34⁽³⁾ จึงไม่สามารถจ่ายค่าบริการสุขภาพได้ทั้งหมด หากไม่มีนโยบายที่เหมาะสม การใช้บริการสุขภาพของกลุ่มต่างด้าวที่ไม่มีประกันสุขภาพจะยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขของไทยต่อไปและมีผลต่อสังคมไทยโดยรวม⁽⁹⁾ นอกจากนี้ การวิจัยเชิงคุณภาพ 2 ชิ้นมีข้อสรุปว่า ผู้มารับบริการไม่ใช่มีเพียงแรงงานต่างด้าวในพื้นที่เท่านั้น ยังเป็นคนต่างด้าวที่มาใช้บริการแบบมาเช้า - เย็นกลับและกลุ่มที่ลักลอบเข้าเมือง ซึ่งทำให้สถานบริการสุขภาพของไทยไม่สามารถเรียกเก็บค่าบริการได้ครบถ้วน^(4,10) อย่างไรก็ตาม การวิจัยและรายงานวิเคราะห์ที่ผ่านมายังไม่แสดงให้เห็นต้นทุนของการรักษา ค่ารักษาที่ผู้ป่วยจ่ายเองให้กับโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายอื่นๆ ในการมารับการรักษา

การศึกษาระยะค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาลไทยในระดับประเทศแม้จะมีความสำคัญยิ่ง แต่ก็ยังมีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงข้อมูลอยู่มาก ในทางกลับกันการศึกษาในระดับสถานพยาบาลนั้น แม้จะไม่สามารถสะท้อนภาพรวมของประเทศ แต่ก็ช่วยให้เข้าใจสถานการณ์ในรายละเอียดมากขึ้นและเป็นประโยชน์ต่อสถานพยาบาลนั้นๆ รวมทั้งอาจมีนโยบายในภาพรวมด้วย การศึกษานี้ใช้ข้อมูลจากโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาซึ่งเป็นโรงพยาบาลประจำ

จังหวัดกาญจนบุรี สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีแรงงานข้ามชาติ 21,777 คน มากเป็นลำดับที่ 2 ใน 10 จังหวัดชายแดนไทย - เมียนมา และจัดอยู่ในลำดับที่ 6 ของจังหวัดเรียกเก็บเงินไม่ได้มากที่สุดจาก 31 จังหวัด โดยมีค่าใช้จ่ายส่วนที่เรียกเก็บไม่ได้สูงถึง 23 ล้านบาท หรือคิดเป็นร้อยละ 17.8 ของค่าใช้จ่ายรวมของคนต่างด้าว⁽⁶⁾

จากสถิติผู้ป่วยของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยนอกต่างด้าวเพิ่มขึ้น จาก 15,959 คน ในปี 2556 เป็น 18,276 คน ในปี 2558 ผู้ป่วยต่างด้าวที่เข้ามาขอรับบริการทางการแพทย์ส่วนใหญ่มีฐานะยากจนและไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ ทำให้โรงพยาบาลต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายสูงมาก ซึ่งหากไม่มีการวางแผนเตรียมพร้อมและไม่มียุทธศาสตร์หรือวิธีการจัดการที่เหมาะสม อาจส่งผลกระทบต่อการบริหารทรัพยากรบุคคลของโรงพยาบาลและประสิทธิภาพการให้บริการแก่ประชาชนชาวไทยได้

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาระทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยต่างด้าวที่เข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา โดยศึกษาต้นทุนของการรักษา รวมถึงค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นทั้งทางตรงและทางอ้อม ด้วยมุ่งหวังว่าผลการศึกษาจะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญในการช่วยตัดสินใจเชิงนโยบายในการบริหารจัดการทรัพยากรเพื่อทำให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยต่างด้าวอย่างเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ต่อไป

ระเบียบวิธีศึกษา

รูปแบบการศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้มี 2 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) เป็นการศึกษาภาระทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยต่างด้าวสัญชาติเมียนมาที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี ทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน เพื่อศึกษาต้นทุนของการรักษา ค่ารักษาตามราคาของโรงพยาบาล ค่ารักษาที่เรียก

เก็บได้จากผู้ป่วย (ค่ารักษาที่ผู้ป่วยจ่ายเอง) รวมถึงค่าใช้จ่ายอื่นๆ ของผู้ป่วยในการมารับการรักษา และขั้นตอนที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) ใช้วิธีการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) เป็นการเก็บรวบรวมความคิดเห็นของผู้ที่มีส่วนได้เสียเชิงนโยบาย โดยมีการนำเสนอผลการศึกษามาจากขั้นตอนที่ 1

สำหรับการวิจัยแบบสำรวจในขั้นตอนที่ 1 สุ่มตัวอย่างตามสะดวก (convenience sampling) เป็นผู้ป่วยต่างดาวสัญชาติเมียนมาที่มารับการรักษา ระหว่างวันที่ 17 กรกฎาคม ถึง 17 พฤศจิกายน พ.ศ. 2560 รวมระยะเวลา 5 เดือน

ขนาดตัวอย่าง คำนวณจากสถิติผู้ป่วยของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาปีงบประมาณ 2558 มีผู้ป่วยนอกรับบริการ 540,429 ครั้ง เป็นผู้ป่วยต่างดาว 18,276 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 3.4 ส่วนผู้ป่วยในมีผู้ป่วยเข้ารับการรักษา 36,407 ราย เป็นผู้ป่วยต่างดาว 3,065 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.4 การคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างใช้สูตร $s = c^2NP(1 - P) \div d^2(N - 1) + X^2 P(1 - P)^{(11)}$ โดยที่ s = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง c^2 = ค่า Chi-square ที่ค่าระดับชั้นความเสรีเท่ากับ 1 ซึ่งเท่ากับ 3.841 N = จำนวนประชากร P = สัดส่วนของประชากรที่คาดประมาณให้เป็นค่าสูงสุดที่ร้อยละ 50 หรือเท่ากับค่า 0.50 d = ค่าระดับชั้นของความถูกต้องกำหนดให้เท่ากับ 0.05 เมื่อแทนค่าตามสูตรจะได้ขนาดตัวอย่างเป็นผู้ป่วยนอก 341 ครั้ง ผู้ป่วยใน 57 ราย เพื่อให้การเก็บข้อมูลมีความน่าเชื่อถือการวิจัยนี้จะเก็บข้อมูลผู้ป่วยในอย่างน้อย 100 รายสำหรับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยนอก 341 ครั้งเพื่อให้มีการกระจายตัวอย่างที่เหมาะสม จึงกำหนดขนาดตัวอย่างแบบแบ่งชั้นตามสัดส่วนของผู้ป่วยฝ่ายการแพทย์อายุรกรรม ศัลยกรรม สูติ - นรีเวชกรรม กุมารเวชกรรม จักษุวิทยาและโสต ศอ นาสิก ศัลยกรรมกระดูกและข้อ และทันตกรรม อนึ่ง ผู้วิจัยมีวัตถุประสงค์ที่จะเก็บข้อมูลทางด้านการบริการหญิงตั้งครรภ์ต่างดาวด้วยการเก็บข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ 60 ราย

วิธีการเก็บข้อมูล

ขั้นตอนที่ 1 การวิจัยเชิงพรรณนา เก็บข้อมูลในผู้ป่วย 2 กลุ่ม ได้แก่

(1) การเก็บข้อมูลผู้ป่วยนอก ประกอบด้วย การสัมภาษณ์ โดยใช้แบบเก็บข้อมูลที่สร้างขึ้น และการทบทวนเวชระเบียน เมื่อผู้ป่วยยินดีให้ข้อมูล ผู้ช่วยผู้วิจัยจะสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปได้แก่ อาชีพ ที่อยู่อาศัย เหตุที่เข้ามาอยู่ในประเทศไทย รายได้ สิทธิการรักษาพยาบาลและเหตุผลที่มาใช้บริการ ลักษณะการใช้บริการและค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย ได้แก่ ค่าเดินทาง ค่าอาหาร ค่าแรงผู้ป่วย และค่าแรงผู้พยาบาลสำหรับกรณีผู้ป่วยนอก ผู้วิจัยจะสืบค้นข้อมูลการมาตรวจรักษาของผู้ป่วยแต่ละรายย้อนหลังไประหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2559 ถึง 30 กันยายน 2560 ซึ่งเป็นปีที่ทำการศึกษา โดยเก็บข้อมูลการรักษาของผู้ป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับโรคที่มารับการรักษาในครั้งแรกที่พบผู้ป่วย ตรวจสอบรหัสโรคตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ (International Statistical Classification of Diseases and Related Health 10th: ICD-10) จากนั้น ผู้ช่วยผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลการรับยา การตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ การตรวจทางรังสี และการทำหัตถการ โดยเก็บเป็นจำนวนครั้ง เพื่อนำมาคำนวณเป็นต้นทุนค่ารักษาพยาบาล และนับจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยมารับการรักษาในช่วงเวลา 1 ปี (number of visit) เพื่อนำมาคำนวณค่าบริการพื้นฐาน

(2) การเก็บข้อมูลผู้ป่วยใน ประกอบด้วย การสัมภาษณ์ผู้ป่วยตามแบบเก็บข้อมูลที่สร้างขึ้น และเก็บข้อมูลการรักษาพยาบาลในแบบเดียวกันกับผู้ป่วยนอก โดยเก็บข้อมูลการรับยา การตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ การตรวจทางรังสี และการทำหัตถการ โดยเก็บเป็นจำนวนครั้งเพื่อนำมาคำนวณเป็นต้นทุนค่ารักษาพยาบาล และเก็บจำนวนวันนอนของการเป็นผู้ป่วยในครั้ง (length of stay) เพื่อนำมาคำนวณค่าบริการพื้นฐาน

ขั้นตอนที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยเชิญประชุมผู้ที่มีส่วนได้เสียเชิงนโยบาย ได้แก่ ตัวแทนจากกรมสนับสนุน



บริการสุขภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กองทุนแรงงานต่างด้าว แพทย์และเจ้าหน้าที่ของ 3 โรงพยาบาลที่เกี่ยวข้อง ทั้งหมดจำนวน 29 ท่าน ในการประชุม มีการนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการวิจัยแบบพรรณนาในขั้นตอนที่ 1 ให้ผู้เข้าประชุมเสนอความคิดเห็นตามวิธีการสนทนากลุ่ม และเก็บข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม รวมทั้งขอบันทึกข้อมูลทั่วไปในภาพรวมเป็นจำนวนรวมของโรงพยาบาลสมุทรสาครและโรงพยาบาลกระทุ่มแบนเพื่อนำมาใช้เปรียบเทียบกับโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ได้แก่ ข้อมูลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในจำแนกตามฝ่าย ข้อมูลผู้ป่วยจำแนกตาม ICD-10

เครื่องมือการเก็บข้อมูล

1. แบบบันทึกข้อมูล (case record form) มีข้อมูล 4 ส่วน ประกอบด้วย (1) ข้อมูลทั่วไป (2) ค่ารักษา (3) ต้นทุนการรักษา (medical costs) เช่น ค่ายา ค่าตรวจวินิจฉัย ค่าตรวจทางรังสี ค่าหัตถการ (4) ค่าใช้จ่ายอื่นๆ ของผู้ป่วย เช่น ค่าเดินทาง ค่าอาหาร ค่าแรงผู้ป่วย ค่าแรงผู้ที่พามาโรงพยาบาล

2. ข้อมูลต้นทุนค่ารักษา เก็บข้อมูลเป็นจำนวนการให้บริการ ได้แก่ การตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ การตรวจทางรังสี และการทำหัตถการ โดยนับเป็นจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยแต่ละรายใช้บริการ นำมาคูณกับราคาต้นทุนที่แสดงไว้ในรายงานต้นทุนมาตรฐานเพื่อการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ⁽¹²⁾ ซึ่งเป็นรายงานที่จัดทำโดยโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ ในปี 2552 เมื่อได้ต้นทุนค่ารักษาของผู้ป่วยแต่ละรายแล้วจึงนำมาปรับราคาตามอัตราเงินเฟ้อ โดยคำนวณจากดัชนีราคาผู้บริโภคของกระทรวงพาณิชย์ที่เปลี่ยนไปในปี 2560 เมื่อเทียบกับปี 2552 ที่ร้อยละ 14.8⁽¹³⁾ เพื่อคำนวณเป็นราคาต้นทุนที่แท้จริงในปี 2560 ทั้งนี้ในส่วนที่เป็นค่ายาจะใช้ต้นทุนค่ายาจริงของโรงพยาบาล ส่วนต้นทุนค่าบริการพื้นฐาน (routine service cost) จะใช้ราคาต้นทุนที่แสดงไว้ในรายงานต้นทุนมาตรฐานเพื่อการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ⁽¹²⁾ ในปี

2552 โดยผู้ป่วยนอกเท่ากับ 283 บาทต่อครั้งและผู้ป่วยในเท่ากับ 1,215 บาทต่อวันนอน นำมาปรับราคาตามอัตราเงินเฟ้อโดยคำนวณจากดัชนีราคาผู้บริโภคของกระทรวงพาณิชย์ที่เปลี่ยนไปในปี 2560 ค่าบริการพื้นฐานของโรงพยาบาลในการศึกษานี้ของผู้ป่วยนอกเท่ากับ 474.60 บาทต่อครั้งและผู้ป่วยในเท่ากับ 2,651.70 บาทต่อวันนอน

3. ค่ารักษาพยาบาลของโรงพยาบาล เป็นราคาค่ารักษาตามที่โรงพยาบาลกำหนด โดยจำแนกเป็นค่ารักษาทั้งหมด และค่ารักษาที่ผู้ป่วยจ่ายเงินเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS version 17.0 กำหนดค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า $p < 0.05$ การวิเคราะห์ข้อมูลมี 2 ขั้นตอน คือ (1) ใช้สถิติเชิงพรรณนาแสดงผลในรูปความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ (2) ใช้สถิติเชิงอนุมานเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน ข้อมูลที่เป็นตัวแปรต่อเนื่องใช้ unpaired t-test

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพของขั้นตอนที่ 2 จะเป็นการเก็บข้อมูลจากการสนทนากลุ่มตามประเด็นที่ได้จากการวิจัยเชิงพรรณนาในขั้นตอนที่ 1 โดยการบันทึกเสียงในการสนทนากลุ่มและนำมาถอดเทป โดยมีประเด็นในการวิเคราะห์ดังนี้

- โรคที่พบตาม ICD-10 และความชุกของโรคที่พบในพื้นที่แตกต่างจากโรงพยาบาลในพื้นที่อื่นหรือไม่
- ชุดสิทธิประโยชน์ควรเป็นภาคสมัครใจ หรือภาคบังคับ
- ชุดสิทธิประโยชน์ของกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และเด็กแรกเกิดที่เหมาะสมควรเป็นอย่างไร
- การรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง การเบิกจ่ายคืนให้แก่โรงพยาบาลอย่างเหมาะสมควรเป็นอย่างไร

ข้อพิจารณาเชิงจริยธรรม

งานวิจัยฉบับนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการ

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อวันที่ 4 กรกฎาคม 2560 และโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาเมื่อวันที่ 30 มิถุนายน 2560 การเก็บข้อมูลได้ทำตามมาตรฐานจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เช่น การรักษาความลับผู้ป่วย และการขอความยินยอมจากผู้ป่วยทุกครั้งก่อนเก็บข้อมูล

ผลการศึกษา

ขั้นตอนที่ 1 การวิจัยเชิงพรรณนา

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 519 คน เป็นผู้ป่วยนอก 412 คน ผู้ป่วยใน 107 คนในจำนวนผู้ป่วยนอก 412 คน มี 107 คนที่เคยมีประวัติเป็นผู้ป่วยใน และ 305 คนที่มีประวัติเป็นผู้ป่วยนอกเท่านั้น

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ผู้ป่วยต่างด้าวสัญชาติเมียนมาที่มารับบริการผู้ป่วยนอกจำนวน 412 คน มีอายุเฉลี่ย 34.2 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 67.5) มีสถานภาพสมรสอยู่เป็นคู่ (ร้อยละ 69.4) เมื่อสอบถามเกี่ยวกับอาชีพพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน หรือเป็นแม่บ้าน หรือนักเรียน (ร้อยละ 47.8) รองลงมาคืออาชีพทำงานรับจ้าง (ร้อยละ 45.9) สำหรับที่อยู่อาศัย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในบ้านตนเองหรือของนายจ้าง (ร้อยละ 70.6) และอยู่ประจำในจังหวัดกาญจนบุรีอยู่แล้ว (ร้อยละ 95.1) เป็นผู้ไม่มีรายได้ร้อยละ 48.3 เหตุผลที่มารับการรักษา ส่วนใหญ่ตัดสินใจมารับการรักษาเอง (ร้อยละ 70.9) รองลงมาเป็นการถูกส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่น (ร้อยละ 25.7) โดยผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่นนั้น ส่วนใหญ่เป็นผู้มีสิทธิการรักษาพยาบาล (ร้อยละ 88.6) และพบว่าประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิคิดเป็นสัดส่วนมากที่สุด (ร้อยละ 47.6)

สำหรับผู้ป่วยในจำนวน 107 คน มีอายุเฉลี่ย 34.8 (SD 22.3) ปี ข้อมูลทั่วไปมีลักษณะเหมือนผู้ป่วยนอก ส่วนที่แตกต่างคือ ผู้ป่วยในเป็นผู้ไม่มีรายได้ ร้อยละ 57.9

เป็นผู้ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพร้อยละ 38.3 และส่วนใหญ่ถูกส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่น (ร้อยละ 72.0) ดังแสดงในตารางที่ 1

ต้นทุน ค่ารักษาตามราคาของโรงพยาบาล ค่ารักษาส่วนที่ผู้ป่วยจ่ายเองของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยนอก 412 ราย มีต้นทุนรวม 6,491,991 บาท หากคิดค่ารักษาตามราคาของโรงพยาบาลจะเป็นเงิน 6,855,093 บาท แตกต่างกันเป็นเงิน 363,102 บาท มีค่ารักษาส่วนที่ผู้ป่วยจ่ายเองเป็นเงิน 541,852 บาท คิดเป็นร้อยละ 7.9 ของค่ารักษาตามราคาของโรงพยาบาล ทั้งนี้ผู้ป่วยนอกมีต้นทุนเฉลี่ยต่อรายในการรับบริการ 1 ปี เป็นเงิน 15,757 (SD = 26,671) บาท

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยใน 107 ราย มีต้นทุนรวม 1,646,844 บาท หากคิดค่ารักษาตามราคาของโรงพยาบาลจะเป็นเงิน 1,136,297 บาท แตกต่างกันเป็นเงิน 510,547 บาท มีค่ารักษาส่วนที่ผู้ป่วยจ่ายเองเป็นเงิน 134,698 บาท คิดเป็นร้อยละ 11.8 ของค่ารักษาตามราคาของโรงพยาบาล ทั้งนี้ ผู้ป่วยในมีต้นทุนเฉลี่ยต่อรายในการรับบริการ 1 ครั้ง เป็นเงิน 35,280 (SD = 46,602) บาท ดังแสดงในตารางที่ 2

เมื่อเปรียบเทียบต้นทุน ค่ารักษาตามราคาของโรงพยาบาล ค่ารักษาส่วนที่ผู้ป่วยจ่ายเองระหว่างผู้ป่วยที่มีกับที่ไม่มีประกันสุขภาพพบว่า ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีต้นทุนไม่แตกต่างกัน และทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่ไม่มีประกันสุขภาพล้วนมีค่ารักษาส่วนที่ผู้ป่วยจ่ายเองมากกว่าผู้ป่วยที่มีประกันสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ (ผู้ป่วยนอกมีประกันฯ = 1,102 (SD = 3,414) ไม่มีประกันฯ 2,258 (SD = 3,057) บาทต่อคนต่อปี, $p = 0.007$; ผู้ป่วยในมีประกันฯ = 1,160 (SD = 5,067) ไม่มีประกันฯ = 3,297 (SD = 3,596) บาทต่อคนต่อครั้ง, $p = 0.020$) นอกจากนี้ สำหรับผู้ป่วยใน ผู้ป่วยที่ไม่มีประกันฯ มีค่ารักษาตามราคาของโรงพยาบาลมากกว่าผู้มีประกันฯ อย่างมีนัยสำคัญ (มีประกันฯ = 28,111 (SD = 32,858) ไม่มีประกันฯ 48,673 (SD = 60,142) บาทต่อคนต่อครั้ง, $p = 0.024$)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยนอก (n=412)	ผู้ป่วยใน (n=107)
อายุเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	34.2 (18.8)	34.8 (22.3)
เพศ		
ชาย	134 (32.5%)	62 (57.9%)
หญิง	278 (67.5%)	45 (42.1%)
สถานภาพสมรส		
โสด/อยู่คนเดียว	126 (30.6%)	51 (47.7%)
คู่	286 (69.4%)	56 (52.3%)
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน/แม่บ้าน/นักเรียน	197 (47.8%)	56 (52.3%)
ทำงานรับจ้าง	189 (45.9%)	48 (44.9%)
เกษตรกร	16 (3.9%)	3 (2.8%)
ค้าขาย	10 (2.4%)	-
ที่อยู่อาศัย		
บ้านนายจ้าง	148 (35.9%)	33 (31.0%)
บ้านตนเอง	143 (34.7%)	58 (54.2%)
บ้านเช่า	118 (28.6%)	7 (6.5%)
บ้านคนอื่น/อยู่วัด	3 (0.7%)	9 (8.4%)
การเข้ามาในประเทศไทย		
มาอยู่ประจำ	392 (95.1%)	95 (88.8%)
มารักษาพยาบาล	12 (2.9%)	9 (8.4%)
มาทำงานรายวัน	7 (1.7%)	3 (2.8%)
มาศึกษา	1 (0.2%)	-
รายได้ผู้ป่วย		
มีรายได้	213 (51.7%)	45 (41.2%)
ไม่มีรายได้	199 (48.3%)	62 (57.9%)
สิทธิการรักษาพยาบาล		
มีสิทธิประกันสุขภาพมีปัญหาสถานะสิทธิ	196 (47.6%)	40 (37.48%)
ประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว	122 (29.6%)	22 (20.6%)
สิทธิอื่นๆ	18 (4.4 %)	4 (3.7%)
ไม่มีสิทธิ	76 (18.4%)	41 (38.3%)
เหตุผลที่มารักษา		
ตัดสินใจมาเอง	292 (70.9%)	27 (25.2%)
ถูกส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่น	106 (25.7%)	77 (72.0%)
นายจ้างพามา	14 (3.4%)	3 (2.8%)

ตารางที่ 2 ต้นทุน ค่ารักษาตามราคาของโรงพยาบาล ค่ารักษาส่วนที่ผู้ป่วยจ่ายเองของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

ต้นทุนและค่ารักษา	ผู้ป่วยนอก (n=412)	ผู้ป่วยใน (n=107)
ต้นทุนและค่ารักษารวมทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่าง		
ต้นทุน	6,491,991	1,646,844
ค่ารักษาตามราคาของโรงพยาบาล	6,855,093	1,136,297
ค่าแตกต่างระหว่างต้นทุนกับค่ารักษาตามราคาของโรงพยาบาล	363,102	510,547
ค่ารักษาส่วนที่ผู้ป่วยจ่ายเอง	541,852	134,698
ร้อยละของค่ารักษาส่วนที่ผู้ป่วยจ่ายเองเมื่อคำนวณจากค่ารักษาตามราคาของโรงพยาบาล	7.9%	11.8%
ต้นทุนและค่ารักษาเฉลี่ยต่อรายของกลุ่มตัวอย่าง		
ต้นทุน	15,757 (26,671)	35,280 (46,602)
ค่ารักษาตามราคาของโรงพยาบาล	16,639 (30,626)	37,369 (46,739)
<i>Unpaired t-test</i>	0.056	0.001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยต่อการมาโรงพยาบาลที่ไม่ใช่ค่ารักษาพยาบาล ผู้ป่วยนอกมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 597 (SD = 436) บาทต่อคน ส่วนใหญ่ใช้ไปกับการเดินทาง (ร้อยละ 38.0) และค่าอาหาร (ร้อยละ 23.6) ในกลุ่มผู้ป่วยในมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 2,628.2 (SD = 2,986.5) บาทต่อคน มีสัดส่วนค่าอาหารสูงที่สุด (ร้อยละ 39.0) รองลงมา คือ ค่าเดินทาง (ร้อยละ 24.0) และค่าแรงผู้ป่วยตามจำนวนวันที่นอนพักรักษาตัว (ร้อยละ 21.8)

กลุ่มโรคที่มีต้นทุนมากที่สุด 5 ลำดับแรกของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

ผู้ป่วยนอก กลุ่มโรคที่มีต้นทุนมากที่สุด 5 ลำดับแรกซึ่งเป็นต้นทุนต่อการรับบริการผู้ป่วยนอกด้วยโรคนั้นในระยะเวลา 1 ปี ในการศึกษาครั้งนี้ คือ มะเร็ง 63,459 (SD = 82,872) บาท การบาดเจ็บ 39,448 (SD = 48,044) บาท โรคไม่ติดต่อ 20,177 (SD = 19,916) บาท การฝากครรภ์ และการคลอดบุตร 14,761 (SD = 12,984) บาท ทารกแรกเกิดที่มีปัญหาสุขภาพ 19,156 (SD = 13,272) บาท ตามลำดับ

ผู้ป่วยใน กลุ่มโรคที่มีต้นทุนมากที่สุด 5 ลำดับแรก ซึ่ง

เป็นต้นทุนต่อการรับบริการผู้ป่วยในไว้รักษาในโรงพยาบาล 1 ครั้ง คือ โรคติดต่อ 43,100 (SD = 53,384) บาท การบาดเจ็บ 38,367 (SD = 41,162) บาท โรคติดเชื้อเรื้อรัง 23,472 (SD = 20,588) บาท มะเร็ง 21,367 (SD = 8,612) บาท โรคไม่ติดต่อ 15,567 (SD = 9,245) บาท ตามลำดับ

ขั้นตอนที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพ

ข้อมูลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ในภาพรวมแยกตามฝ่ายของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา โรงพยาบาลสมุทรสาครและโครงการวิจัย

ข้อมูลอันดับของฝ่ายการแพทย์ที่มีจำนวนผู้ป่วยต่างด้าวที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในสูงที่สุด 5 อันดับแรก ระหว่างโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา และโรงพยาบาลสมุทรสาครมีลักษณะการเจ็บป่วยคล้ายกัน โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา มีจำนวนผู้ป่วยต่างด้าวในแผนกอายุรกรรมสูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34 ของจำนวนผู้ป่วยต่างด้าวทั้งหมด อันดับสองคือแผนกศัลยกรรมคิดเป็นร้อยละ 22 ถัดมาคือแผนกศัลยกรรมกระดูกคิดเป็นร้อยละ 9.2 อันดับสี่คือแผนกกุมารเวชกรรมคิดเป็นร้อยละ 9.1

ตารางที่ 3 กลุ่มโรคที่มีต้นทุนมากที่สุด 5 ลำดับแรกของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

ลำดับ	ผู้ป่วยนอก* (n=412)	บาท (ค่าเฉลี่ย (SD))	ผู้ป่วยใน† (n=107)	บาท (ค่าเฉลี่ย (SD))
1.	มะเร็ง (cancer) (n=14)	63,459 (82,872)	โรคติดต่อ‡ (communicable) (n=19)	43,100 (53,384)
2.	การบาดเจ็บ (trauma) (n=27)	39,448 (48,044)	การบาดเจ็บ (trauma) (n=33)	38,367 (41,162)
3.	โรคไม่ติดต่อ§ (non-communicable disease) (n=34)	20,177 (19,916)	โรคติดเชื้อเรื้อรัง (chronic infection) (n=2)	23,472 (20,588)
4.	การฝากครรภ์และการคลอดบุตร (obstetric) (n=63)	14,761 (12,984)	มะเร็ง (cancer) (n=5)	21,367 (8,612)
5.	ทารกแรกเกิดที่มีปัญหาสุขภาพ (neonatal problem) (n=4)	19,156 (13,272)	โรคไม่ติดต่อ (non-communicable disease) (n=7)	15,567 (9,245)

* ต้นทุนต่อการรับบริการผู้ป่วยนอกด้วยโรคนั้นในระยะเวลา 1 ปี

† ต้นทุนต่อการรับบริการผู้ป่วยในในการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล 1 ครั้ง

‡ โรคติดต่อผู้ป่วยใน 19 ราย มีรายละเอียดโรค ดังนี้ ปอดติดเชื้อ (pneumonia) 6 ราย วัณโรค (tuberculosis) 3 ราย ไข้หวัดใหญ่ (influenza) 2 ราย เอชไอวี (human immunodeficiency virus) 2 ราย ไข้เลือดออก (dengue hemorrhagic fever) 1 ราย โรคเมลิออยโดซิส (Meliodosis) 1 ราย โรคหัด (measles) 1 ราย โรคไวรัสตับอักเสบบีเฉียบพลัน (acute hepatitis B) 1 ราย ไข้สมองอักเสบจากเชื้อไวรัส (viral encephalitis) 1 ราย โรคอุจจาระร่วง (diarrhea) 1 ราย

§ โรคไม่ติดต่อผู้ป่วยนอก 34 ราย ได้แก่ เบาหวาน 10 ราย (ชนิดที่ 1 มี 1 รายและชนิดที่ 2 มี 9 ราย) ความดันโลหิตสูง 6 ราย กล้ามเนื้อหัวใจตาย 2 ราย หัวใจขาดเลือด 4 ราย โรคหลอดเลือดหัวใจ 4 ราย หัวใจวาย 1 ราย โรคหลอดเลือดสมอง 3 ราย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 2 ราย โรคอ้วน 1 ราย โรคไข้มันในเลือดสูง 1 ราย ส่วนผู้ป่วยใน 7 ราย ได้แก่ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจำนวน 3 ราย โรคหัวใจล้มเหลวจำนวน 2 ราย โรคความดันโลหิตสูงจำนวน 1 ราย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 1 ราย

และแผนกสูติกรรมคิดเป็นร้อยละ 6.1 ตามลำดับ ในขณะที่โรงพยาบาลสมุทรสาครมีจำนวนผู้ป่วยต่างตัวในแผนกอายุรกรรมสูงที่สุดเป็นอันดับหนึ่งคิดเป็นร้อยละ 40.2 ของจำนวนผู้ป่วยต่างตัวทั้งหมด อันดับสองคือแผนกศัลยกรรมคิดเป็นร้อยละ 15.2 อันดับสามคือแผนกกุมารเวชกรรมคิดเป็นร้อยละ 12.9 อันดับสี่และห้าคือแผนกสูติกรรมและแผนกศัลยกรรมกระดูกคิดเป็นร้อยละ 8.5

สำหรับอันดับของฝ่ายการแพทย์ที่มีจำนวนผู้ป่วยต่างตัวที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในสูงที่สุด 5 อันดับแรก พบว่า โรงพยาบาลพลพลพยุหเสนา มีจำนวนผู้ป่วย

ต่างตัวในแผนกอายุรกรรมและแผนกศัลยกรรมเท่ากัน ซึ่งเป็นจำนวนสูงที่สุดคิดเป็นร้อยละ 29.3 ของจำนวนผู้ป่วยต่างตัวทั้งหมด รองมาคือแผนกสูติกรรมคิดเป็นร้อยละ 14.6 แผนกศัลยกรรมกระดูกคิดเป็นร้อยละ 10.2 และแผนกกุมารเวชกรรมคิดเป็นร้อยละ 7.6 ตามลำดับ ในขณะที่โรงพยาบาลสมุทรสาครมีจำนวนผู้ป่วยต่างตัวในแผนกกุมารเวชกรรมสูงที่สุดเป็นอันดับหนึ่งคิดเป็นร้อยละ 38.2 ของจำนวนผู้ป่วยต่างตัวทั้งหมด อันดับสองคือแผนกสูติกรรมคิดเป็นร้อยละ 32.6 อันดับสามคือแผนกอายุรกรรมคิดเป็นร้อยละ 9.2 อันดับสี่คือแผนกศัลยกรรมคิด

เป็นร้อยละ 9.1 และอันดับห้าคือแผนกศัลยกรรมกระดูก คิดเป็นร้อยละ 7.1

การแสดงผลการเปรียบเทียบค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (relative weight: RW) ของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา โรงพยาบาลสมุทรสาคร โรงพยาบาลกระทุ่มแบน และโครงการวิจัย

จากข้อมูลผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษา 5 แผนกสูงสุดของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาและโรงพยาบาลสมุทรสาคร มีแผนกอายุรกรรม แผนกศัลยกรรม แผนกสูติกรรม แผนกศัลยกรรมกระดูกและกุมารเวชกรรม พบว่า โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา: แผนกอายุรกรรมและ

แผนกศัลยกรรมมีผู้ป่วยในเข้ารับการรักษาสูงสุด (ร้อยละ 29.3 ของจำนวนผู้ป่วยใน) โรงพยาบาลสมุทรสาคร: แผนกศัลยกรรมกระดูกสูงสุด ร้อยละ 32.6 โครงการวิจัย: แผนกอายุรกรรมสูงสุด ร้อยละ 28 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลโครงการวิจัยจะอยู่ในอัตราร้อยละที่ใกล้เคียงกันกับโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จึงอาจเชื่อได้ว่าข้อมูลผู้ป่วยในของโครงการสามารถใช้เป็นตัวแทนของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาได้ การเปรียบเทียบดังกล่าวสอดคล้องกับการเปรียบเทียบสัดส่วนค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ ≥ 2 หน่วยของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา โรงพยาบาลสมุทรสาคร โรงพยาบาลกระทุ่มแบน และโครงการวิจัย (ร้อยละ 19.2,

ตารางที่ 4 ข้อมูลผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน แยกตามฝ่ายของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา โรงพยาบาลสมุทรสาครและโครงการวิจัย เมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยต่างตัวทั้งหมด

ฝ่ายการแพทย์	โรงพยาบาลพหลฯ		โรงพยาบาลสมุทรสาคร		โครงการวิจัย	
	ผู้ป่วยนอก ต่างตัว (n=5,240)	ผู้ป่วยใน ต่างตัว (n=2,048)	ผู้ป่วยนอก ต่างตัว (n=41,889)	ผู้ป่วยใน ต่างตัว (n=11,035)	ผู้ป่วยนอก ต่างตัว (n=412)	ผู้ป่วยใน ต่างตัว (n=107)
อายุรกรรม	1774	599	16821	1015	147	30
ศัลยกรรม	1150	599	6354	1012	49	15
ศัลยกรรมกระดูก	480	298	3574	3592	51	16
กุมารเวชกรรม	478	209	5387	779	45	20
สูติกรรม	319	155	3574	4218	60	12*
อื่น ๆ	1039	188	6179	419	60	14

* โครงการวิจัยเก็บข้อมูลโดยแบ่งแต่ละ ward ข้อมูลจะเป็นสถิติและนรีเวชกรรมรวมกันตลอด 3/12 = 25%

ตารางที่ 5 การแสดงผลการเปรียบเทียบค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (relative weight) ของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา โรงพยาบาลสมุทรสาคร โรงพยาบาลกระทุ่มแบน และโครงการวิจัย

ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (relative weight)	โครงการ วิจัยฯ	โรงพยาบาล พหลฯ	โรงพยาบาล สมุทรสาคร	โรงพยาบาล กระทุ่มแบน
RW ≥ 2	มี 25/107 ราย 23.36%	มี 509/2655 ราย 19.2%	มี 581/11035 ราย 5.3%	มี 93/3822 ราย 2.43%
RW ≥ 4	มี 4/107 ราย 3.74%	มี 155/2655 ราย 5.8%	มี 210/11035 ราย 1.9%	มี 44/3822 ราย 1.15%

5.3, 2.4 และ 23.4 ตามลำดับ) และเมื่อเทียบค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ >4 หน่วย ของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาและโครงการวิจัยอยู่ในอัตราร้อยละที่ใกล้เคียงกัน และมากกว่าโรงพยาบาลสมุทรสาครและโรงพยาบาลกระทุ่มแบน (ร้อยละ 5.8, 3.7, 1.9 และ 1.2 ตามลำดับ)

สรุปประเด็นตามหัวข้อในการสนทนาดังนี้

ด้านภูมิศาสตร์ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนามีประชากรเมียนมาอาศัยตามเขตชายขอบของประเทศ และมีบ้านของตนเอง จากการที่นายจ้างให้พื้นที่หรืออยู่ร่วมกับนายจ้าง ประชากรกลุ่มนี้จะมีปัญหาสถานะ หรือกำลังรอขึ้นทะเบียน ไม่มีกำลังทรัพย์ ไม่มีการบังคับสิทธิ ซึ่งอาจมีความแตกต่างจากโรงพยาบาลอื่นๆ ที่มีผู้ป่วยต่างด้าววัยทำงานมาใช้บริการมาก เช่น โรงพยาบาลในจังหวัดสมุทรสาคร หรือในเมืองใหญ่ๆ

โรคที่พบตาม ICD-10 และตามฝ่ายการแพทย์ จากการแบ่งผู้ป่วยนอกต่างด้าวตามกลุ่มโรค ICD-10 พบว่า 5 อันดับสูงสุดของโรคที่พบไม่ต่างกันมากนัก ระหว่าง 3 โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา โรงพยาบาลสมุทรสาคร และโรงพยาบาลกระทุ่มแบน ซึ่งข้อมูลของโครงการวิจัยนี้ พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยต่างด้าวในกลุ่มการตั้งครรภ์ การคลอด และระยะหลังคลอด สูงที่สุดเป็นอันดับหนึ่ง รองมาคือกลุ่มโรคในระบบทางเดินอาหาร กลุ่มโรคในระบบสืบพันธุ์และระบบทางเดินปัสสาวะ กลุ่มโรคในระบบทางหายใจ และกลุ่มโรคในระบบกล้ามเนื้อโครงร่าง และเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (คิดเป็นร้อยละ 15.3, 11.7, 11.2, 8.5, 8.0 ตามลำดับ) เมื่อเทียบกับสองโรงพยาบาลพบว่า มีกลุ่มโรคของระบบทางหายใจสูงสุด อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลสมุทรสาครมีรายงานของกลุ่มโรคของระบบกล้ามเนื้อโครงร่างและเนื้อเยื่อเกี่ยวพันสูงกว่าโครงการวิจัยและโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา (11.2, 8, 3.8 ตามลำดับ)

ชุดสิทธิประโยชน์ควรเป็นภาคสมัครใจหรือภาคบังคับ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ในจังหวัดแถบชายแดน เช่น โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี จะมีผู้ที่มีปัญหาสถานะสิทธิมากกว่าครึ่งหนึ่ง ในขณะที่ผู้ป่วยต่างด้าว

ในจังหวัดสมุทรสาครและอำเภอกระทุ่มแบน เป็นผู้ป่วยกลุ่มแรงงาน ส่วนใหญ่มีบัตรประกันสุขภาพ หรือบัตรประกันสังคม ข้อสังเกตคือ มีผู้ป่วยต่างด้าวจ่ายค่ารักษาเองในระดับหนึ่งโดยเฉพาะผู้ป่วยฝากคลอดและคลอดบุตร โดยทางกลุ่มได้ให้ความเห็นเรื่องความชัดเจนของนโยบายในการจำหน่ายบัตรสุขภาพ โดยเฉพาะในการเก็บค่าบริการว่ามีข้อดี คือ เปิดกว้างให้ผู้ป่วยต่างด้าวซื้อโดยไม่เกี่ยวข้องกับการทำงาน ซึ่งผู้ป่วยต่างด้าวที่ทำงานถูกกฎหมาย จะได้รับการดูแลด้วยระบบประกันสังคม หรือระบบประกันสุขภาพอยู่แล้ว ส่วนประเด็นการใช้สิทธิในกรณีเกิดเหตุฉุกเฉิน อุบัติเหตุ นอกเขตพื้นที่ รวมถึงการใช้สิทธิของบัตรประกันสุขภาพในกรณีย้ายพื้นที่ เช่น ซื้อบัตรประกันสุขภาพที่จังหวัดกาญจนบุรี หลังจากนั้นย้ายไปอยู่จังหวัดสมุทรสาคร ผู้มีสิทธิสามารถใช้บัตรประกันสุขภาพเดิมได้ เสนอให้มีการอนุญาตให้ใช้ข้ามเขตได้ โดยเฉพาะในกรณีฉุกเฉินจะช่วยให้การบริหารจัดการได้มาก

นอกจากนี้ประเด็นเรื่องการเกิดสิทธิ การติดตาม และการเปลี่ยนงาน รวมถึงเสนอให้มีการจัดระบบการเบิกจ่ายผู้ป่วยต่างด้าว ให้มีคำจำกัดความและระบบการเก็บข้อมูลระหว่างหน่วยงานในทุกๆ กระทรวงที่เกี่ยวข้อง มีการเข้าถึงโดยใช้ระบบรหัสเพื่อสะดวกในการใช้สิทธิ โดยเฉพาะกรณีที่มีอุบัติเหตุต่างพื้นที่หรือได้รับบาดเจ็บจากการทำงานซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูง

ชุดสิทธิประโยชน์ของกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และเด็กแรกเกิดที่เหมาะสมควรเป็นอย่างไร มีการเสนอประเด็นกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และเด็กแรกเกิดจากข้อมูลที่ได้จากการวิจัยเชิงพรรณนาที่พบว่าผู้ป่วยต่างด้าวกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และกลุ่มเด็ก ยินดีจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง 11.5% จากค่ารักษาทั้งหมด ส่วนกลุ่มทารก ยินดีจ่ายเอง 10.7% จากค่ารักษาทั้งหมด สำหรับกลุ่มเด็กแรกคลอดน้ำหนักน้อย คลอดก่อนกำหนด ยินดีจ่าย 6.2% จากค่ารักษาทั้งหมด โดยกลุ่มนี้พบมากในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นแรงงานอยู่ในวัยเจริญพันธุ์ ดังนั้นภาระส่วนนี้เกิดขึ้นค่อนข้างมากในโรงพยาบาลจังหวัดที่มีแรงงานต่างด้าวในเขตพื้นที่ชั้นในเมืองใหญ่ๆ จากข้อมูล

ตารางที่ 5 มีทางเลือกที่เสนอเป็น 2 แนวทาง ได้แก่ (1) ใช้นโยบายเดิมให้เด็กสามารถอยู่ในระบบโดยอัตโนมัติ แต่ถ้ามีกรณีที่มีค่าใช้จ่ายสูง ให้สามารถเบิกจ่ายจากส่วนกลางได้ โดยข้อดีคือ มีความสะดวกรวดเร็ว แต่ข้อด้อยคือ อาจจะไม่มีความยั่งยืน (2) ให้มีการปรับราคาบัตรและหรือเพิ่มสิทธิประโยชน์ จากการวิจัย เราทราบว่า ผู้ป่วยต่างด้าวยินดีจ่ายในเรื่องการฝากคลอดและคลอดบุตรสูง จึงขอเสนอให้ปรับราคาบัตรและเพิ่มสิทธิประโยชน์ เช่น การดูแลหลังคลอด บวกสิทธิประโยชน์ของลูกหลังคลอดถึง 1 ปี โดยอาจจะมีการเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขของบัตร เช่น เนื่องจากอัตราการตั้งครรภ์ของแรงงานต่างด้าวสูงมาก อาจกำหนดสิทธิของการคลอดบุตรไว้แค่ 2 คน ในกรณีที่มีมากกว่านั้นควรต้องจ่ายค่าประกันสุขภาพเพิ่ม

การรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง การเบิกจ่ายคืนให้แก่โรงพยาบาลอย่างเหมาะสม ควรเป็นอย่างไร ในช่วงสนทนากลุ่ม ได้มีการเสนอให้มีการคำนวณต้นทุนเพื่อคิดค่าราคาบัตรที่เหมาะสมสำหรับทุกฝ่ายใหม่และพิจารณาลดค่า RW ที่โรงพยาบาลสามารถเบิกคืนได้ โดยใช้ RW มากกว่า 3 หรือมากกว่า 2 หรือมาตรการให้เพิ่มเติม โดยเฉพาะกรณีอุบัติเหตุ

วิจารณ์และข้อยุติ

ในภาพรวม ผู้ป่วยต่างด้าวที่มารักษาในโรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มาอาศัยอยู่ประจำในประเทศไทย มีบ้านพักเป็นของตนเอง และส่วนหนึ่งไม่ได้ประกอบอาชีพ ข้อค้นพบนี้สะท้อนให้เห็นว่า คนต่างด้าวในจังหวัดกาญจนบุรี ไม่ได้เป็นแรงงานต่างด้าว ที่เป็นกลุ่มวัยทำงานทั้งหมด ซึ่งอาจจะต่างจากข้อมูลพื้นฐานของคนต่างด้าวในเขตเมืองชั้นใน เช่น กรุงเทพมหานครและปริมณฑล ซึ่งมักเป็นประชากรวัยแรงงานและมีอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงค่อนข้างน้อย การศึกษานี้พบว่า อัตราส่วนของต้นทุนต่อค่ารักษาเท่ากับ 1:1.08 ซึ่งใกล้เคียงกันมาก โดยรายละเอียดของข้อมูลมีความแตกต่างของต้นทุนและค่ารักษาในบางรายการ ต้นทุนบริการผู้ป่วยนอกและผู้

ป่วยในจะมีราคาน้อยกว่าค่ารักษา ในขณะที่ต้นทุนของค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการและหัตถการจะมีราคาสูงกว่าค่ารักษา เมื่อมาถัวเฉลี่ยกันจึงทำให้จำนวนเงินของต้นทุนและค่ารักษาใกล้เคียงกัน แสดงว่าการวิเคราะห์ข้อมูลค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพน่าจะสามารถใช้ค่ารักษาตามราคาของโรงพยาบาลมาอ้างอิงแทนต้นทุนได้

ในกลุ่มผู้ป่วยใน กลุ่มโรคที่มีต้นทุนมากที่สุด 5 ลำดับแรก คือ โรคติดต่อ การบาดเจ็บ โรคติดเชื้อเรื้อรัง มะเร็ง และโรคไม่ติดต่อ ตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยนอก กลุ่มโรคที่มีต้นทุนมากที่สุด 5 ลำดับแรก คือ มะเร็ง การบาดเจ็บ โรคไม่ติดต่อ การฝากครรภ์และการคลอดบุตร ทารกแรกเกิดที่มีปัญหาสุขภาพ ข้อค้นพบนี้สนับสนุนการวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่า “ผู้มารับบริการที่เป็นภาระเป็นกลุ่มอนามัยแม่และเด็กและผู้ป่วยหนักที่มาด้วยอาการรุนแรง”⁽⁴⁾ นอกจากนี้ การศึกษานี้ยังพบว่า การฝากครรภ์และการคลอดบุตรมีต้นทุนการรับบริการผู้ป่วยนอกต่อคนต่อปีเป็นเงิน 14,761 (SD = 12,984) บาท ทารกแรกเกิดที่มีปัญหาสุขภาพมีต้นทุนการรับบริการผู้ป่วยนอกต่อคนต่อปีเป็นเงิน 19,156 (SD = 13,272) บาท ซึ่งเป็นภาระค่าบริการค่อนข้างสูง และผู้ป่วยมักไม่สามารถรับผิตชอบค่าใช้จ่ายได้ทั้งหมด ประเด็นดังกล่าวจึงมีความสำคัญในเชิงนโยบายที่ภาครัฐอาจต้องพิจารณาให้การสนับสนุนส่วนต่างของค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงกับค่าใช้จ่ายที่สถานพยาบาลเรียกเก็บได้

แม้นโยบายประเทศมุ่งหวังให้คนต่างด้าวทุกคนลงทะเบียนกับภาครัฐและได้รับการประกันสุขภาพ แต่ในทางปฏิบัติยังพบผู้ที่ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพค่อนข้างมาก โรงพยาบาลพหุผลพยุหเสนารับผู้ป่วยที่ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพสูงถึงร้อยละ 18.4 ของผู้ป่วยนอก และร้อยละ 38.3 ของผู้ป่วยใน ถ้าพิจารณาในกลุ่มผู้ป่วยในพบว่า ร้อยละ 72.0 ถูกส่งตัวมาจากโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งบ่งชี้ว่าผู้ป่วยที่ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพจะเข้ารับการรักษาพยาบาลโดยตรง และประเด็นนี้ส่งผลกับภาระค่าใช้จ่ายของสถานรับส่งต่อค่อนข้างมาก เนื่องจากการเป็นโรงพยาบาลตติภูมิ จึงมักมีต้นทุนค่าบริการมากกว่า ขณะเดียวกันผู้ป่วยที่

ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพ ก็ไม่สามารถรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเท่ากับต้นทุนการรับบริการได้ การศึกษานี้ยังพบว่าการมีสิทธิประกันสุขภาพช่วยลดจำนวนเงินที่ผู้ป่วยต้องชำระเองอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่ทำการศึกษาที่จังหวัดระนอง⁽⁹⁾ แต่ทั้งนี้ เงินที่ผู้ป่วยจ่ายชดเชยยังน้อยกว่าต้นทุนการรักษาพยาบาลค่อนข้างมาก

นอกจากนี้ ควรมีการทบทวนราคาบัตรประกันสุขภาพของคนต่างด้าวในปัจจุบันให้สะท้อนต้นทุนที่แท้จริงของสถานพยาบาล และควรขยายการศึกษาไปสู่พื้นที่อื่นๆ ที่มีการดูแลคนต่างด้าวอยู่อาศัยอย่างหนาแน่น ขณะเดียวกันก็ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในส่วนของผู้รับบริการว่า หากมีการปรับราคาบัตรประกันสุขภาพจะส่งผลกระทบต่อคนต่างด้าวอย่างไร และแนวโน้มของการเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพจะเปลี่ยนไปเพียงไร รวมถึงผลกระทบต่อภาคธุรกิจ และนายจ้างของคนต่างด้าว ทั้งนี้ในเชิงเร่งด่วนสำหรับสถานพยาบาลที่มีผู้ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพมาก และมีส่วนต่างระหว่างค่ารักษาพยาบาลเรียกเก็บและค่ารักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยชำระเองค่อนข้างมาก ภาครัฐพึงพิจารณามาตรการทางการเงิน เพื่อชดเชยส่วนต่างดังกล่าว เพื่อไม่ให้สถานพยาบาลต้องแบกรับภาระทางการเงินมากเกินไป

ผลการศึกษานับสนุนการวิจัยที่ผ่านมาว่า การใช้บริการสุขภาพของผู้ป่วยต่างด้าวมียผลกระทบด้านลบต่อการให้บริการของโรงพยาบาลตามแนวชายแดน เนื่องจากผู้รับบริการที่มีรายได้น้อยจะมารับบริการโรงพยาบาลรัฐ⁽⁴⁾ โรงพยาบาลจะต้องให้การรักษาผู้มารับบริการ แม้ว่าจะมีปัญหาด้านการเงิน ด้วยเหตุผลทางมนุษยธรรมและเพื่อป้องกันการระบาดของโรค⁽⁵⁾

ในเชิงนโยบาย เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายจากการให้บริการคนต่างด้าวของโรงพยาบาลพหุผลพหุเสนา ผู้วิจัยเสนอว่า ควรมีการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การพัฒนาการบริการสาธารณสุขข้ามพรมแดน มีการพัฒนาขีดความสามารถของโรงพยาบาลตามแนวชายแดน รวม

ถึงสถานพยาบาลในประเทศเพื่อนบ้าน เพื่อลดการส่งต่อผู้ป่วย ปราบปรามการฉ้อโกงที่มีคนต่างด้าวบริเวณชายแดนมารับการรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลที่มีขีดความสามารถสูงกว่า ยังสามารถพบได้ที่บริเวณพรมแดนอื่นๆ นอกจากไทย-เมียนมา เช่น ที่บริเวณพรมแดน ไทย-ลาว หรือกระทั่งในต่างประเทศ^(14,15) เช่น สหรัฐอเมริกา-เม็กซิโก ซึ่งมีการแก้ปัญหาโดยการทำความเข้าใจความตกลงพัฒนาขีดความสามารถของสถานพยาบาลร่วมกัน⁽¹⁶⁻¹⁹⁾

การศึกษานี้มีข้อจำกัดที่สำคัญบางประการ เช่น ประการแรก การที่ทำการศึกษาโรงพยาบาลเพียงแห่งเดียว จึงไม่สามารถเป็นตัวแทนการให้บริการสุขภาพผู้ป่วยต่างด้าวในภาพรวมของทั้งประเทศได้ อย่างไรก็ตามพอจะบ่งบอกได้ถึงภาพรวมค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยต่างด้าวบริเวณชายแดน ประการที่สอง การคำนวณต้นทุนค่ารักษาพยาบาลจากการอ้างอิงราคาต้นทุนในอดีต แม้จะมีการปรับด้วยอัตราเงินเฟ้อแล้ว ก็อาจไม่ได้สะท้อนต้นทุนที่แท้จริง ดังนั้นการเก็บข้อมูลต้นทุนปฐมภูมิจึงมีความสำคัญและอาจพิจารณาเป็นการศึกษาเพิ่มเติมในอนาคต และประการที่สาม การเก็บข้อมูลนี้ไม่ได้รวมถึงผู้ที่ไม่ได้มารับการบริการที่โรงพยาบาล ซึ่งมีทั้งผู้ป่วยที่มีและไม่มีสิทธิประกันสุขภาพ การศึกษานี้จึงไม่อาจบ่งบอกได้อย่างชัดเจนว่า สถานพยาบาลได้ ‘กำไร’ หรือ ‘ขาดทุน’ จากการขายบัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าวทั้งหมด การศึกษานี้บ่งบอกได้เพียงเบื้องต้นว่า ต้นทุนค่ารักษาบริการคนต่างด้าวค่อนข้างสูง และมากกว่าราคาบัตรที่ผู้ประกันตนจ่ายต่อสถานพยาบาล

unสรุป

โรงพยาบาลพหุผลพหุเสนามีประชากรต่างด้าวเข้ามารับการให้บริการทางการแพทย์ค่อนข้างมาก การศึกษานี้พบว่า ต้นทุนค่ารักษาพยาบาลและค่ารักษาพยาบาลที่เรียกเก็บจากทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในค่อนข้างสูงกว่ารายได้จากบัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าวรายบุคคล นอกจากนี้ ผู้ที่มีสิทธิประกันสุขภาพมีค่าใช้จ่ายที่ต้องชำระเองน้อยกว่า

ผู้ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยต่างด้าวส่วนหนึ่งไม่มีสิทธิประกันสุขภาพและไม่สามารถรับผิดชอบค่าใช้จ่ายได้ทั้งหมด ทำให้เกิดภาระทางการเงินการคลังกับสถานพยาบาล ทางภาครัฐพึงพิจารณาแก้ไขปัญหานี้อย่างเป็นทางการและเป็นระบบและควรจะต้องมีการศึกษาต่อไป ตั้งแต่การสร้างความร่วมมือกับประเทศเมียนมา เพื่อพัฒนาขีดความสามารถของสถานพยาบาลในเมียนมาเพื่อลดการเข้ามาของผู้ป่วยต่างด้าว ในด้านการเงินการคลังพึงมีการสนับสนุนงบประมาณแก่สถานพยาบาล เพื่อชดเชยส่วนต่างระหว่างต้นทุนกับเงินที่ผู้ป่วยสามารถจ่ายได้ ทั้งนี้ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมต้นทุนค่ารักษาพยาบาลในพื้นที่อื่นๆ ที่มีประชากรต่างด้าวอาศัยอยู่หนาแน่น ควรมีการทบทวนราคาบัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าวให้สอดคล้องกับต้นทุนค่าบริการ และขณะเดียวกันก็ควรมีการศึกษาผลกระทบที่อาจเกิดกับผู้ป่วยต่างด้าวและนายจ้าง หากมีการปรับขึ้นราคาบัตรประกันสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการทำกิจกรรมส่งเสริมและสนับสนุนการวิจัยโครงการจัดการความรู้เพื่อการใช้ประโยชน์เชิงนโยบายสาธารณะ (public policy) ภายใต้โครงการจัดการความรู้และถ่ายทอดเทคโนโลยีจากผลงานวิจัยและนวัตกรรม ประจำปี 2560 จากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) คณะผู้วิจัยขอขอบคุณนายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ นายแพทย์ยศ ตีระวัฒนานนท์ นายแพทย์ณัฐวุฒิ แดงรัมย์ และผู้บริหาร เจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเชิงนโยบาย กระทรวงสาธารณสุข เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา กระทรวงสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ศูนย์วัคซีน คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล และอาสาสมัครทุกท่านที่มีส่วนสำคัญที่ทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

References

1. Kantayaporn T, Mallik S. Migration and health service system in Thailand: situation, responses and challenges in a context

- of AEC in 2015 [Internet]. World Health Organization and European Union; 2013. Available from: <http://www.who.int/iris/handle/10665/204591>.
2. Sirilak S, Okanurak K, Wattanagoon Y, Chatchaiyalerk S, Tornee S, Siri S. Community participation of cross-border migrants for primary health care in Thailand. *Health Policy Plan* 2013 Sep;28(6):658–64.
3. Tangcharoensathien V, Witthayapipopsakul W, Panichkriangkrai W, Patcharanarumol W, Mills A. Health systems development in Thailand: a solid platform for successful implementation of universal health coverage. *Lancet* 2018 Mar;391(10126):1205–23.
4. Srithongtham O, Songpracha S, Sanguanwongwan W, Charoenmukayananta S. Health care services of the community hospital at border Lao, Burma, and Cambodia: when becoming to Asean Economics Community in the Year 2015 [internet]. *Nida Dev J* 017;57(1):85–108. Available from: <https://www.tci-thaijo.org/index.php/NDJ/article/view/72863/65406>. (in Thai)
5. Durham J, Blondell SJ. A realist synthesis of cross-border patient movement from low and middle income countries to similar or higher income countries. *Global Health* 2017 Aug;13(1):68.
6. Suphanchaimat R, Putthasri W, Prakongsai P, Tangcharoensathien V. Evolution and complexity of government policies to protect the health of undocumented/illegal migrants in Thailand - the unsolved challenges. *Risk Manag Healthc Policy*. England; 2017;10:49–62. doi: 10.2147/RMHP.S130442.
7. Bureau of Strategy and Planning. Health expenditure of migrant population in 31 border provinces in fiscal year 2015 [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health, Thailand; 2016. Available from: http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/Thecostofhealth_2558.pdf. (in Thai)
8. Bureau of Strategy and Planning. National strategy on border health and migrant workers 2017 - 2021 [Internet]. Pokpermddee P, editor. Nonthaburi: Bureau of Strategy and Planning, Ministry of Public Health, Thailand; 2016. Available from: [http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/4.Border & Migrant Health 5Y \(2017-2021\).pdf](http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/4.Border & Migrant Health 5Y (2017-2021).pdf). (in Thai)
9. Suphanchaimat R. “Health Insurance Card Scheme” for crossborder migrants in Thailand: responses in policy implementation & outcome evaluation medicine [Internet]. London School of Hygiene & Tropical Medicine; 2017. Available from: <http://researchonline.lshtm.ac.uk/3817560/>.
10. Cheunwattana W. Health System Management in Thai-Cambodia Border. *Journal of Pathumthani University* [Internet]



- 2017;9(2):165–74. Available from: <http://www.ptu.ac.th/journal/data/9-2/9-2-20.pdf>. (in Thai)
11. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educ Psychol Meas* [Internet]. SAGE Publications Inc; 1970 Sep 1;30(3):607–10. Available from: <https://doi.org/10.1177/001316447003000308>.
 12. Riewpaiboon A. Standard cost lists for health economic evaluation in Thailand. *J Med Assoc Thai* 2014 May;97 Suppl 5:S127-34.
 13. Bureau of Trade and Economic Indices. Thailand customer price index (1944-present) [Internet]. 2017 [cited 2017 Aug 14]. Available from: http://www.price.moc.go.th/price/cpi/index_new.asp.
 14. Bochaton A. The rise of a transnational healthcare paradigm: Thai hospitals at the crossroads of new patient flows. *Eur J Transnational Stud* 2013;5(1):53–80.
 15. Bochaton A. Cross-border mobility and social networks: Laotians seeking medical treatment along the Thai border. *Soc Sci Med* 2015 Jan;124:364–73.
 16. Wallisch L, Zemore SE, Cherpitel CJ, Borges G. Wanting and getting help for substance problems on both sides of the US-Mexico border. *J Immigr Minor Heal* 2017 Oct;19(5):1174–85.
 17. Borges G, Cherpitel CJ, Orozco R, Zemore SE, Wallisch L, Medina-Mora M-E, et al. Substance use and cumulative exposure to American society: findings from both sides of the US-Mexico border region. *Am J Public Health* 2016 Jan;106(1):119–27.
 18. Hermans HE, den Exter A. Cross-border alliances in health care: international co-operation between health insurers and providers in the Euregio Meuse-Rhine. *Croat Med J* 1999 Jun;40(2):266–72.
 19. Cucic S. European Union health policy and its implications for national convergence. *Int J Qual Heal care J Int Soc Qual Heal Care* 2000 Jun;12(3):217–25.