

ค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก กรณีศึกษาใน
โรงพยาบาลมหาสารคาม

Out-of-pocket Expenses of Colorectal Cancer Patients: A Case Study in
MaharatNakhonRatchasima Hospital

ณฐมน ศรีวิโรจน์มณี (Nathamon Srivirojmanee)* อารีวรรณ เชี่ยวชาญวัฒนา (Areewan Cheawchanwattana)**

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เพื่อศึกษาหาค่าใช้จ่ายที่ต้องจ่ายเองและค่าเสียโอกาสด้านรายได้ของผู้ป่วยและผู้ดูแลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จากตัวอย่างผู้ป่วยที่ศึกษาทั้งหมด 114 ราย พบว่าส่วนมากเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 62.3) มีอายุเฉลี่ย 57.5 ± 11.5 ปี โดยสามในสี่ของกลุ่มตัวอย่างมีภูมิลำเนาอยู่ต่างอำเภอ (ร้อยละ 75.4) เกือบครึ่งหนึ่งมีอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 46.5) ซึ่งมากกว่าร้อยละ 50 มีรายได้ของครัวเรือนต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 68.4) โดยมีครัวเรือนร้อยละ 61.4 อยู่ในกลุ่มยากจน และครัวเรือนเกือบครึ่งหนึ่งได้รับผลกระทบทางเศรษฐกิจจากการเจ็บป่วย (ร้อยละ 46.5) และพบว่าระยะทางจากภูมิลำเนามาโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการได้รับผลกระทบทางเศรษฐกิจของครัวเรือน ซึ่งสอดคล้องกับค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องจ่ายเองที่พบว่าเป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทางเป็นส่วนใหญ่ และหนี้สินที่เพิ่มขึ้นหลังจากการเจ็บป่วย ฐานะความยากจนของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับการได้รับผลกระทบทางเศรษฐกิจของครัวเรือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ABSTRACT

This research was to study the out-of-pocket expenses and opportunity costs of colorectal cancer patients and their care-givers. Total of 114 colorectal cancer patients was studied, and most of them were female (62.3%) with the average age was 57.5 ($SD=11.5$) years. Three quarters of the sample were living in rural areas (75.4%), almost half were in agriculture occupation (46.5%). More than 50 percent had the household income of less than 10,000 bath per month (68.4%). There was 61.4 percent of households that were classified in poverty group, almost half of the households had the economic impacts due to their illness (46.5%). It was found that the distances from residences to the hospital were related with the economic impacts of household, and these corresponded to the out of pocket expenses that most were the traveling costs. Additionally, the increasing debts after the illness, and the poverty were significantly and statistically related to the economic impacts of the households ($p < 0.05$).

คำสำคัญ: ค่าใช้จ่ายที่ต้องจ่ายเอง ผลกระทบทางเศรษฐกิจ มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

Key Words: Out-of-pocket expenses, Economic impacts, Colorectal cancer

* นักศึกษา หลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาเภสัชศาสตร์สังคมและการบริหาร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยในปัจจุบัน ซึ่งจะทำให้เกิดการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นจำนวนมากโดยปัจจุบันพบว่าโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของประเทศ จากข้อมูลสถิติสำนัคนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ.2552-พ.ศ.2554 พบว่ามีจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็ง 56,058 ราย, 58,076 ราย และ 61,082 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.23, 14.11 และ 14.73 ตามลำดับ ของจำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมด (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2554)

สถิติโรคมะเร็ง ในปี พ.ศ. 2554 ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบว่ามีผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ร้อยละ 16.2 มากเป็นอันดับหนึ่งในเพศชายและในเพศหญิงมีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ร้อยละ 9.6 มากเป็นอันดับสาม รองจากมะเร็งเต้านม (37.5%) และมะเร็งปากมดลูก (14.4%) (ภัทรวินท์ และรังสิยา, 2555) ดังนั้นจะเห็นได้ว่ามะเร็งลำไส้ใหญ่ถือเป็นปัญหาสำคัญอันดับต้นๆ ของประเทศ

สำหรับการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นการรักษาแบบผสมผสาน ทั้งการผ่าตัด รักษาเสริมด้วยยาเคมีบำบัด และการใช้รังสีรักษา โดยการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดผู้ป่วยจะต้องเดินทางมารับยาเคมีบำบัดที่โรงพยาบาล โดยอาจมารับยาทุก 14 หรือ 28 วัน เป็นระยะเวลา 6 หรือ 12 ครั้ง และจะต้องนอนโรงพยาบาลนานประมาณ 2 – 3 วัน หรือ 5 วัน ขึ้นกับสูตรยาที่ผู้ป่วยได้รับ จึงทำให้การรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นการรักษาที่ใช้ระยะเวลานานและมีการเดินทางมารับการรักษาที่โรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการรักษาโรคมะเร็ง

ในปัจจุบันมีการเพิ่มสิทธิประโยชน์ในการเข้ารับการรักษามะเร็งด้วยยาเคมีบำบัดเพิ่มมากขึ้น ทั้งในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health

Care Coverage, UC) กองทุนประกันสังคม (Social Security Scheme, SSS) และสิทธิการรักษาพยาบาลสวัสดิการข้าราชการเพื่อส่งเสริมให้เกิดการกระจายการเข้าถึงบริการในกลุ่มโรคที่มีอัตราตายสูง โดยครอบคลุมค่าใช้จ่ายจากการทำหัตถการ การได้รับรังสีรักษาและการใช้ยาเคมีบำบัด (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2553) ซึ่งทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องแบกรับภาระการรักษาพยาบาลดังกล่าว อย่างไรก็ตาม การรักษามะเร็งเพื่อให้ได้ประสิทธิภาพต้องได้รับความร่วมมืออย่างต่อเนื่องในการรักษาที่โรงพยาบาล ซึ่งอาจก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายด้านอื่นๆที่ไม่ใช่ด้านการแพทย์ เช่น ค่าเดินทาง ค่าที่พัก หรือค่าอาหาร อันเป็นค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องรับภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเหล่านี้ และอาจทำให้ผู้ป่วยและครัวเรือนได้รับผลกระทบทางเศรษฐกิจจนต้องลดค่าใช้จ่ายในการบริโภคประจำวันของครัวเรือนลง

จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาหาค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องรับผิดชอบจากการมารับยาเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ณ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เนื่องจากเป็นศูนย์มะเร็งแม่ข่ายรับผิดชอบพื้นที่ 4 จังหวัด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง เพื่อประโยชน์ในการวางแผนพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเป็นเครือข่ายเพิ่มการเข้าถึงบริการที่เหมาะสมกรณีผู้ป่วยหรือครัวเรือนมีฐานะยากจน และช่วยลดค่าใช้จ่ายที่ต้องจ่ายเองเพื่อลดผลกระทบทางเศรษฐกิจของครัวเรือนที่อาจเกิดขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาหาค่าใช้จ่ายที่ต้องจ่ายเองและค่าเสียโอกาสด้านรายได้ของผู้ป่วยและผู้ดูแลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และผลกระทบทางเศรษฐกิจของครัวเรือนที่อาจเกิดขึ้น

วิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยเก็บข้อมูลแบบไปข้างหน้า (Prospective study) จากผู้ดูแลหรือสมาชิกในครัวเรือนที่ทำงานก่อรายได้ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายที่ต้องจ่ายเอง และค่าเสียโอกาสด้านรายได้ของผู้ป่วยและผู้ดูแล จำนวน 114 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวกับผลกระทบทางเศรษฐกิจของครัวเรือนจากค่าใช้จ่ายที่ต้องจ่ายเอง (พัชรียา และคณะ, 2553) ซึ่งประกอบด้วยข้อมูล 4 ส่วน คือ (1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (2) ข้อมูลสุขภาพและการใช้บริการสุขภาพ (3) ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ และ (4) แบบคัดกรองความยากจน (สุพล และคณะ, 2548) โดยครัวเรือนที่มีลักษณะตามข้อบ่งชี้อย่างน้อย 3 ใน 8 ข้อ จัดเป็นครัวเรือนยากจน

การวิเคราะห์ข้อมูล หลังจากเก็บข้อมูลเรียบร้อยแล้วจะนำแบบสอบถามที่ได้มาลงรหัสข้อมูล แล้วนำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยใช้โปรแกรม SPSS for Window Version 19

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 คือ ข้อมูลทางเศรษฐกิจและผลกระทบทางเศรษฐกิจของครัวเรือน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

จากการศึกษาพบว่าจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 114 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 62.3 อายุเฉลี่ย 57.5 ± 11.5 ปี กลุ่มตัวอย่างมีภูมิลำเนาอยู่ต่างอำเภอ ร้อยละ 75.4 มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ร้อยละ 71.1 มีอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 46.5 ผู้ป่วยมากกว่าครึ่งมีสถานะเป็นสมาชิกในครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 55.3 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูล	จำนวน (N = 114)	
	ความถี่	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	71	(62.3)
ชาย	43	(37.7)
อายุ (ปี)		
[Mean ± SD]	57.5 ± 11.5	
[มากที่สุด, น้อยที่สุด]	[85, 29]	
ภูมิลำเนา		
เมือง	15	(13.2)
ต่างอำเภอ	86	(75.4)
ต่างจังหวัด	13	(11.4)
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	81	(71.1)
อนุปริญญาหรือต่ำกว่า	31	(27.2)
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	2	(1.8)
สถานะในครอบครัว		
หัวหน้าครอบครัว	51	(44.7)
สมาชิกในครอบครัว	63	(55.3)
อาชีพ		
เกษตรกรรม	53	(46.5)
รับจ้าง	20	(17.5)
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	16	(14.0)
อาชีพอื่นๆ	25	(21.9)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทางเศรษฐกิจและผลกระทบทางเศรษฐกิจของครัวเรือน

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 45.6 ต้องหยุดงานเพื่อมารักษาเคมีบำบัด โดยหยุดงานเป็นเวลา 5 วัน ในขณะที่ผู้ดูแลผู้ป่วยหยุดงาน โดยไม่มีรายได้ คิด

เป็นร้อยละ 34.2 โดยส่วนใหญ่หยุดงาน 2 วัน เพื่อเป็นวันที่พาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลและวันที่มารับผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล และพบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยมีรายได้เฉลี่ยต่อวันประมาณ 175 และ 244 บาท ตามลำดับ และมีครัวเรือนร้อยละ 68.4 มีรายได้ของครัวเรือนต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท เมื่อประเมินฐานะทางเศรษฐกิจโดยใช้แบบคัดกรองความยากจน โดยครัวเรือนที่มีลักษณะตามข้อบ่งชี้อย่างน้อย 3 ใน 8 ข้อ จัดเป็นครัวเรือนยากจน ซึ่งพบว่ามีร้อยละ 61.4 ครัวเรือนจัดอยู่ในกลุ่มยากจน และมีครัวเรือนที่ได้รับผลกระทบทางเศรษฐกิจจากการเจ็บป่วยร้อยละ 46.5 ซึ่งต้องมีการลดค่าใช้จ่ายในการซ่อมแซมที่อยู่อาศัย ร้อยละ 39.6 เรื่องอาหารสำหรับการบริโภค ร้อยละ 34.0 (ตารางที่ 2)

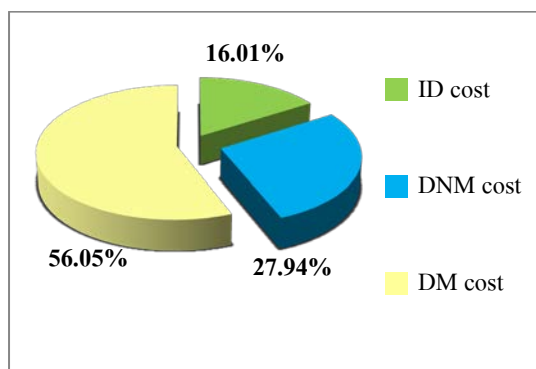
ตารางที่ 2 ข้อมูลทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครัวเรือน

ข้อมูล	จำนวน (N = 114)	
	ความถี่	ร้อยละ
รายได้ครัวเรือนต่อเดือน(บาท)		
ต่ำกว่า 10,000	78	(68.4)
มากกว่า 10,000	36	(31.6)
ฐานะทางเศรษฐกิจ		
ยากจน	70	(61.4)
ไม่ยากจน	44	(38.6)
ผลกระทบทางเศรษฐกิจ		
ไม่ลดค่าใช้จ่าย	61	(53.5)
ลดค่าใช้จ่าย	53	(46.5)
ประเภทของค่าใช้จ่ายที่ลด		
การซ่อมแซมที่อยู่อาศัย	21	(39.6)
เรื่องอาหารสำหรับการบริโภค	18	(34.0)
ค่าใช้จ่ายด้านอื่นๆ	14	(26.4)

สำหรับค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องจ่ายเอง (Out-of-pocket) ในต้นทุนทางตรงที่ไม่ใช่ด้านการแพทย์ (Direct Non-medical cost : DNM cost) เป็นค่าใช้จ่ายรวมของค่าใช้จ่ายแต่ละประเภทที่ผู้ป่วยได้จากการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างทุกครั้งที่มารับยาเคมีบำบัด โดยผู้วิจัยติดตามกลุ่มตัวอย่างจนครบรอบการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด พบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลเดินทางมาโรงพยาบาลด้วยรถโดยสารประจำทาง ร้อยละ 54.2 และมีค่าใช้จ่ายในการเดินทางเฉลี่ย คือ 3,426.65 บาท รองลงมาคือ ค่าสูญเสียรายได้ของผู้ดูแลเฉลี่ย 1,429.28 บาท ในขณะที่ต้นทุนทางอ้อม (Indirect cost : ID cost) คือการสูญเสียรายได้จากการหยุดงานของผู้ป่วยเฉลี่ย 3,959.11 บาท และต้นทุนทางตรงทางการแพทย์ (Direct medical cost : DM cost) ในการวิจัยนี้ หมายถึงเฉพาะค่าเวชภัณฑ์ยา โดยมีค่าเฉลี่ย 10,518.14 บาท (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยแบ่งตามประเภทต้นทุน

ประเภทต้นทุน	ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย(บาท)
Direct Non-medical cost	
- ค่าเดินทาง	3,426.65
- ค่าอาหาร	1,034.21
- ค่าที่พัก	118.42
- การสูญเสียรายได้ของผู้ดูแล	1,429.28
Indirect cost	
- การขาดรายได้ของผู้ป่วย	3,959.11
Direct medical cost	
- ค่ายา	10,518.14



รูปที่ 1 แสดงสัดส่วนร้อยละเฉลี่ยตามประเภทต้นทุน

เมื่อนำค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยแต่ละรายมาคิด สัดส่วนร้อยละเฉลี่ยของค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่เกิดขึ้นพบว่า ค่าใช้จ่ายในต้นทุน DNM cost มีสัดส่วนร้อยละเฉลี่ย 27.94 โดยเป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทางร้อยละ 66.82 การ สูญเสียรายได้ของผู้ดูแลร้อยละ 16.50 ตามลำดับ และ ต้นทุน DM cost และต้นทุน ID cost มีสัดส่วนร้อยละ เฉลี่ย 56.05 และ 16.01 ตามลำดับ (รูปที่ 1 และรูปที่ 2)



รูปที่ 2 แสดงสัดส่วนร้อยละเฉลี่ย DNM cost

เมื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ของค่าใช้จ่ายที่ต้องจ่าย เองต่อผลกระทบทางเศรษฐกิจของครัวเรือน โดย แบ่งกลุ่มครัวเรือนที่ได้รับผลกระทบและไม่ได้รับ ผลกระทบทางเศรษฐกิจ จากการตอบแบบสอบถามของ

กลุ่มตัวอย่างที่ต้องลดค่าใช้จ่ายประจำวันลง พบว่า ครัวเรือนที่ได้รับผลกระทบมีค่าใช้จ่ายด้านอาหารและ ค่าสูญเสียรายได้มากกว่าครัวเรือนที่ไม่ได้รับผลกระทบ ทางเศรษฐกิจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยครัวเรือนที่ได้รับผลกระทบมีค่าใช้จ่ายในการ เดินทางเฉลี่ย 3,444.57 บาท ค่าอาหารเฉลี่ย 1,186.42 บาท ค่าที่พักเฉลี่ย 198.11 บาท ค่าสูญเสียรายได้ของ ผู้ดูแลเฉลี่ย 2,051.85 บาท และการขาดรายได้ของ ผู้ป่วยจากการหยุดงานเฉลี่ย 2,973.40 บาท (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ผลกระทบทางเศรษฐกิจของครัวเรือนและ ต้นทุนของการเจ็บป่วย

ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย	ไม่มีผลกระทบ (N=61)	มีผลกระทบ (N=53)	p-value*
ค่าเดินทาง	3,411.08	3,444.57	0.776
ค่าอาหาร	901.97	1,186.42	0.044
ค่าที่พัก	49.18	198.11	0.051
ค่าสูญเสียรายได้ ของผู้ดูแล	888.36	2,051.85	0.019
การขาดรายได้ ของผู้ป่วย	4,815.54	2,973.40	0.588

* ทดสอบโดยสถิติ Mann-Whitney test

เมื่อแบ่งเป็นกลุ่มครัวเรือนที่มีฐานะยากจนและ ฐานะไม่ยากจน จากการตอบแบบสอบถามคัดกรอง ความยากจนของ สุปล และคณะ (2548) พบว่าครัวเรือน ที่มีฐานะยากจนมีค่าสูญเสียรายได้ของผู้ดูแลมากกว่า ครัวเรือนที่มีฐานะไม่ยากจน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยครัวเรือนที่มีฐานะยากจนมีค่าใช้จ่ายใน การเดินทางเฉลี่ย 3,560.09 บาท ค่าอาหารเฉลี่ย 1,135.71 บาท ค่าที่พักเฉลี่ย 167.14 บาท ค่าสูญเสีย รายได้ของผู้ดูแลเฉลี่ย 1,755.69 บาท และการขาด

รายได้ของผู้ป่วยจากการหยุดงานเฉลี่ย 2,879.57 บาท
(ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนและต้นทุน
ของการเจ็บป่วย

ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย	ยากจน (N=70)	ไม่ยากจน (N=44)	P- value*
ค่าเดินทาง	3,560.09	3,214.36	0.073
ค่าอาหาร	1,135.71	872.73	0.052
ค่าที่พัก	167.14	40.91	0.088
ค่าสูญเสียรายได้ ของผู้ดูแล	1,755.69	910.00	0.019
การขาดรายได้ของ ผู้ป่วย	2,879.57	5,676.55	0.079

* ทดสอบโดยสถิติ Mann-Whitney test

เมื่อพิจารณาปัจจัยที่มีผลต่อการได้รับผลกระทบทางเศรษฐกิจของครัวเรือน โดยวิเคราะห์ที่ละปัจจัยด้วย Chi-Square test พบว่าระยะทางจากภูมิลำเนามาโรงพยาบาล หนี้สินที่เพิ่มขึ้นหลังการเจ็บป่วย และฐานะความยากจนของครัวเรือน มีความสัมพันธ์กับการได้รับผลกระทบทางเศรษฐกิจของครัวเรือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องจ่ายเอง (Out-of-pocket) ที่พบว่าเป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทางเป็นส่วนใหญ่ (ตารางที่ 6)

และเมื่อพิจารณาปัจจัยที่มีผลต่อฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน พบว่า ระยะทางจากภูมิลำเนามาโรงพยาบาล รายได้ครัวเรือน หนี้สินก่อนเจ็บป่วย หนี้สินที่เพิ่มขึ้น และผลกระทบทางเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์กับกลุ่มครัวเรือนที่มีฐานะยากจนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ตารางที่ 6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการได้รับ
ผลกระทบทางเศรษฐกิจของครัวเรือน

ข้อมูลทั่วไป	ไม่มี	มี	p-value*
	ผลกระทบ	ผลกระทบ	
	(N=61)	(N=53)	
	ความถี่	ความถี่	
ระยะทาง			
≤ 40 Km	29	13	0.019
40 - 80 Km	18	14	
> 80 Km	14	26	
รายได้ครัวเรือนต่อเดือน			
ต่ำกว่า 10,000	36	42	0.098
มากกว่า 10,001	25	11	
หนี้สินก่อนเจ็บป่วย			
มี	24	27	0.259
ไม่มี	37	26	
หนี้สินที่เพิ่มขึ้น			
เพิ่มขึ้น	8	24	P<0.001
ไม่เพิ่มขึ้น	53	29	
ฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน			
กลุ่มยากจน	28	42	P<0.001
กลุ่มไม่ยากจน	33	11	

* ทดสอบโดยสถิติ Chi-Square

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลที่ต้องจ่ายเองมากกว่าร้อยละ 50 เป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาลเพื่อมารับยาฉีดเคมีบำบัดอย่างต่อเนื่อง และพบว่าค่าใช้จ่ายด้านอาหารและค่าสูญเสียรายได้ของผู้ดูแลผู้ป่วย มีผลต่อการเกิดผลกระทบทางเศรษฐกิจของครัวเรือนได้ อีกทั้งค่าสูญเสียรายได้ของผู้ดูแลยังมีผลต่อกลุ่มครัวเรือนที่มีฐานะยากจน ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่มีฐานะทาง

เศรษฐกิจอยู่ในกลุ่มยากจนมีโอกาสที่จะได้รับผลกระทบทางเศรษฐกิจภายหลังเกิดการเจ็บป่วยได้ และจากการสอบถามกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับผลกระทบพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีวิธีการแก้ไขปัญหาค่าใช้จ่ายที่ต้องเพิ่มขึ้นจากการเจ็บป่วย โดยลดค่าใช้จ่ายบางอย่างลง และกลุ่มตัวอย่างบางรายที่ไม่สามารถรับภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการเดินทาง กลุ่มตัวอย่างจะได้รับความช่วยเหลือจากพี่น้องด้วยการยืมเงินแบบไม่เสียดอกเบี้ย หรือแก้ปัญหาด้วยการขออาศัยเข้ามาและกลับพร้อมกับรถส่งต่อผู้ป่วยที่เข้ามาส่งผู้ป่วยที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ต้องได้รับยาฉีดเคมีบำบัด จะมีค่าใช้จ่ายที่ต้องจ่ายเองและสูญเสียรายได้จากการหยุดงานจากการเข้ารับการรักษาพยาบาลในแต่ละครั้ง ซึ่งอาจทำให้เกิดปัญหาทางการเงินจนมีผลทำให้ไม่สามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องได้ โดยสอดคล้องกับการศึกษาของ Paula Kim (2007) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทและมีระยะทางในการเดินทางมารับการรักษาพยาบาลค่อนข้างไกล โดยเฉพาะในผู้ป่วยมะเร็งเด็กหรือผู้ป่วยที่จำเป็นต้องมีผู้ดูแลติดตามมาด้วย ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องมีการค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าที่พัก ค่าอาหาร และค่าใช้จ่ายอื่นๆที่เกิดขึ้น โดยผู้ป่วยและผู้ดูแลเหล่านี้มีความพยายามอย่างมากในการเดินทางเพื่อมารับการรักษาตามนัด ซึ่งค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นดังกล่าวอาจเป็นอุปสรรคสำคัญในการเข้ารับบริการของผู้ป่วยและทำให้เกิดผลกระทบต่อผลลัพธ์ของการรักษาโรคได้ (Paula Kim, 2007)

ดังนั้นการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเป็นเครือข่ายเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการที่เหมาะสม ผู้ที่กำหนดนโยบายอาจต้องคำนึงถึงค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเอง โดยพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีศักยภาพเพิ่มมากขึ้นในพื้นที่เขตชนบทเพื่อเป็นการเพิ่มการเข้าใช้บริการที่เหมาะสมได้อย่างเท่าเทียม

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนและส่งเสริมการทำวิทยานิพนธ์จากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น ประจำปีภาค ปลายปีการศึกษา 2554 และทุนสนับสนุนการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา กองทุนส่งเสริมและพัฒนากิจการผลิตบัณฑิตคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ประจำปีภาคต้น ปีการศึกษา 2555

เอกสารอ้างอิง

- พัชรียา สุวรรณศรี, สุพล ลิ้มวัฒนานนท์ และ
อารีวรรณ เชื้อชาญวัฒนา. 2553.ผลกระทบทางเศรษฐกิจต่อครัวเรือนจากความเจ็บป่วยที่ได้รับ การส่งต่อจากโรงพยาบาลอาจสามารถไป โรงพยาบาลร้อยเอ็ด.วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน. 6 (2): 52-66.
- ภัทรวิทย์ อัดตะสาระ และรังสิยา บัวส้ม. 2555
Hospital-Based Cancer Registry 2011.
กรุงเทพฯ: ยูนิเวน อุดรธานีไอโอเค็ด.
- สุพล ลิ้มวัฒนานนท์, ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย และ
สุกัลยา คงสวัสดิ์. 2548. ความถูกต้องของการ
ค้นหาคนจนด้วยข้อมูลลักษณะครัวเรือน.
วารสารวิชาการสาธารณสุข.14 (2): 275-286.
- สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงาน
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2552 -2554. สถิติ
สาธารณสุขปี 2552 -2554. ค้นเมื่อ 26 มกราคม
2557, จาก <http://bps.ops.moph.go.th/index.php?mod=bps&doc=5>
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.2553.คู่มือแนว
ทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการ
สาธารณสุขกรณีการรักษาโรคมะเร็งตาม
โปรโตคอล ปิงปประมาณ.
- Kim P. 2007. Cost of Cancer Care :The Patient
Perspective. American Society of Clinical
Oncology.25 (2): 228-232.