

การศึกษาต้นทุนต่อหน่วยและต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
ในระบบการดูแลระยะยาว โรงพยาบาลด่านขุนทด



บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2560
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A STUDY OF UNIT COST AND NURSING ACTIVITY BASE COSTING OF
DEPENDENT ELDERLY FOR LONG TERM CARE SYSTEM,
DANKHUNTOD HOSPITAL

Miss Napapat Ratanavichai



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2017

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์ การศึกษาต้นทุนต่อหน่วยและต้นทุนกิจกรรมการพยาบาล
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว
โรงพยาบาลด้านชุมชนต
โดย นางสาวณปภัช รัตนวิชัย
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไพฑูรย์ โปธิสาร)

CHULALONGKORN UNIVERSITY

ณปภัช รัตนวิชัย : การศึกษาต้นทุนต่อหน่วยและต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว โรงพยาบาลด่านขุนทด (A STUDY OF UNIT COST AND NURSING ACTIVITY BASE COSTING OF DEPENDENT ELDERLY FOR LONG TERM CARE SYSTEM, DANKHUNTOD HOSPITAL) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช, 202 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาต้นทุนต่อหน่วยและต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว โรงพยาบาลด่านขุนทด โดยใช้ระบบต้นทุนต่อหน่วย (Unit cost) และระบบต้นทุนกิจกรรม (Activity Based Costing System: ABC) กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรทางสุขภาพ 14 คน และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 35 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ส่วน คือ 1) เครื่องมือที่ใช้วิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วย และ 2) เครื่องมือที่ใช้วิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาล เครื่องมือวิจัยทั้ง 2 ส่วน ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเที่ยง โดยมีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.92 - 1.00 และค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.83 เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย ผลการศึกษาที่สำคัญ สรุปได้ดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยต้นทุนต่อหน่วยของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว โรงพยาบาลด่านขุนทด มีค่าต้นทุนต่อหน่วย เท่ากับ 4,903.69 บาท
2. ค่าต้นทุนต่อหน่วยของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว โรงพยาบาลด่านขุนทด จำแนกตามกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงที่ 4 มีค่าต้นทุนต่อหน่วยมากที่สุด คือ 7,758.06 บาท รองลงมา คือ ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงที่ 3 เท่ากับ 6,147.52 บาท ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่ 2 เท่ากับ 3,289.61 บาท และผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่ 1 เท่ากับ 2,792.00 บาท ตามลำดับ
3. ค่าเฉลี่ยต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลของพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว โรงพยาบาลด่านขุนทด มีค่าต้นทุนกิจกรรมการพยาบาล เท่ากับ 700.81 บาท
4. ค่าต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว โรงพยาบาลด่านขุนทด จำแนกตามผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า กลุ่มติดเตียงที่ 4 มีค่าต้นทุนต่อหน่วยมากที่สุด คือ 845.57 บาท รองลงมา คือ ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงที่ 3 เท่ากับ 800.53 บาท ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่ 2 เท่ากับ 618.43 บาท และผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่ 1 เท่ากับ 538.27 บาท ตามลำดับ

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2560

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5777342436 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: UNIT COST / NURSING ACTIVITY BASE COSTING / DEPENDENT ELDERLY

NAPAPAT RATANAICHAI: A STUDY OF UNIT COST AND NURSING ACTIVITY BASE COSTING OF DEPENDENT ELDERLY FOR LONG TERM CARE SYSTEM, DANKHUNTOD HOSPITAL. ADVISOR: ASST. PROF. SUVINEE WIVATVANIT, Ph.D., 202 pp.

The purpose of this descriptive research was to analyze unit cost and nursing activity base costing of dependent elderly based on long term care system, Dankhunted hospital. Using unit cost and Activity Based Costing System (ABC) analysis, the research population comprised 2 groups; 1) 14 Healthcare staff, and 2) 35 in dependence elderly Data were collected from February 1, 2018 to March 31, 2018. Two instrumental methods were utilized in study 1) Instrument for unit cost analysis and 2) Instrument for Activity Based Costing System analysis. All instruments were tested for content validity was 0.92-1.00 and reliability was 0.83. Data collection from observing nursing activities of professional nurses. Data were analyzed by frequency, percentage and mean. The major result of this study were as follow:

1. The average unit cost of dependent elderly in long term care system was 4,903.69 baht.

2. The unit cost of dependent elderly were classified into 4 group; 1) bed ridden group 4 (ADL was 0-4 and/or in the end of life) was 7,758.06 baht, 2) bed ridden group 3 (ADL was 0-4 and severe illness) was 6,147.52 baht, 3) partially dependence group 2 (ADL was 5-11 and Dementia) was 3,289.61 baht and 4) partially dependence group 1 (ADL was 5-11) was 2,792.00 baht.

3. The average nursing activity base costing of care manager for dependent elderly in long term care system was 700.81 baht.

4. The average nursing activity base costing of care manager for dependent elderly were classified base on depending into 4 group; 1) bed ridden group 4 was 845.57 baht, 2) bed ridden group 3 was 800.53 baht, 3) partially dependence group 2 was 618.43 baht and 4) partially dependence group 1 was 538.27 baht.

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2017

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งได้กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่าเพื่อให้คำปรึกษา คำแนะนำรวมทั้งข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ในทุกขั้นตอนของการศึกษาและให้ความเอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ ตลอดจนให้กำลังใจด้วยดีตลอดมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง ประทับใจในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง และขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ ที่กรุณาเป็นประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไพฑูรย์ โพธิสาร คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ตรวจสอบแก้ไข เพื่อปรับปรุงวิทยานิพนธ์เล่มนี้ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่ได้ให้ความกรุณาเสียสละเวลาอันมีค่าในการให้คำแนะนำ ตรวจสอบเครื่องมือวิจัย และให้คำแนะนำเพื่อเป็นประโยชน์ให้การวิจัยสำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์ พญ.ต้องตา ชนยุท ผู้อำนวยการโรงพยาบาลด่านขุนทด คุณประภรณ์ สากลเกียรติ ที่สนับสนุนให้เวลาในการศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ ขอขอบพระคุณทีมแพทย์ พยาบาล และสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลด่านขุนทดรวมถึงเจ้าหน้าที่ประจำ รพ.สต ในเขตพื้นที่รับผิดชอบทุกท่านที่ให้การอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และให้คำแนะนำเพื่อเป็นประโยชน์ให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ความสำเร็จของการศึกษาในครั้งนี้ ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจาก คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญรูปภาพ.....	ฒ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	6
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	6
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	6
ขอบเขตการวิจัย.....	7
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	10
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
1. ระบบการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในประเทศไทย.....	12
1.1 ความหมาย.....	12
1.2 แนวคิด และรูปแบบระบบการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง.....	13
1.3 การขับเคลื่อนพัฒนานโยบาย และการจัดสรรเงินระบบการดูแลระยะยาว.....	23
2. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในประเทศไทย.....	35
2.1 ความหมาย การประเมินและจำแนกระดับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง.....	35
2.2 สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย และภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุ.....	38

3. โรงพยาบาลด้านชุมชนต.....	43
3.1 ข้อมูลทั่วไป ลักษณะสำคัญขององค์กร	43
3.2 การบริการดูแลระยะยาว ลักษณะงานและปริมาณงานบริการดูแลระยะยาว โรงพยาบาลด้านชุมชนต.....	43
4. ต้นทุนต่อหน่วย	50
4.1 ความหมายของต้นทุน	50
4.2 การจัดกลุ่มต้นทุน ประเภทการวิเคราะห์ต้นทุน	50
4.3 ขั้นตอนการวิเคราะห์ต้นทุนด้วยวิธีตามหน่วยของต้นทุน.....	53
5. ต้นทุนกิจกรรม	54
5.1 ความหมาย แนวคิด	54
5.2 ขั้นตอนในคิดต้นทุนกิจกรรม	57
5.3 การจำแนกกิจกรรมการพยาบาล ขั้นตอนการดำเนินงานตามระบบต้นทุนตาม กิจกรรม	58
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	61
6.1 งานวิจัยในต่างประเทศ	61
6.2 งานวิจัยในประเทศไทย.....	63
7. กรอบแนวคิดการวิจัย.....	70
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	73
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	73
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	77
ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ	77
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	79
1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity).....	79
2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability).....	81

การเก็บรวบรวมข้อมูล	83
1. ขั้นตอนการเตรียมการ	83
2. ขั้นตอนการดำเนินการ	84
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	87
การวิเคราะห์ข้อมูล	87
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	93
ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว โรงพยาบาลด่านขุนทด	93
ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลของพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิง ในระบบการดูแลระยะยาว โรงพยาบาลด่านขุนทด	96
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	102
สรุปผลการวิจัย	107
อภิปรายผลการวิจัย	109
ข้อเสนอแนะ	112
รายการอ้างอิง.....	114
ภาคผนวก	124
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิ.....	125
ภาคผนวก ข ใบรับรองโครงการวิจัย	127
ภาคผนวก ค หนังสือเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ	129
ภาคผนวก ง หนังสือขอตกลงใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย.....	135
ภาคผนวก จ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	137
ภาคผนวก ฉ วิธีการคำนวณการวิเคราะห์ต้นทุน.....	158
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	202

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 ประเภทและชนิดบริการ/กิจกรรมที่ควรมีตามระดับภาวะพึ่งพิง	22
ตารางที่ 2 สารสำคัญของมติสมัชชาผู้สูงอายุแห่งชาติที่เกี่ยวกับการจัดบริการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุ.....	27
ตารางที่ 3 ทางเลือกการออกแบบระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง.....	31
ตารางที่ 4 คาดการณ์จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับต่างๆ ระหว่างปี 2547 – 2567 (ล้าน คน)	40
ตารางที่ 5 องค์ประกอบบริการดูแลระยะยาว.....	45
ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในอำเภอต่างขุนทด จำแนกตามกลุ่ม ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	48
ตารางที่ 7 ความถี่ของการให้บริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข โดยบุคลากรสาธารณสุข	48
ตารางที่ 8 จำนวนการเก็บขนาดตัวอย่างของกิจกรรมที่เหมาะสม	60
ตารางที่ 9 ต้นทุนค่าแรงทั้งหมด (บาท) ค่าแรงต่อหน่วย (บาท/ราย) และร้อยละของบุคลากร สุขภาพ ในระบบการดูแลระยะยาว โรงพยาบาลต่างขุนทด จากผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิง 35 ราย.....	74
ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของบุคลากรทางสุขภาพ จำแนกตาม อายุ ประสบการณ์การ ทำงาน และเงินเดือน	75
ตารางที่ 11 ข้อมูลคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง.....	76
ตารางที่ 12 สถานะผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหลังเยี่ยม และจำหน่ายออกจากระบบการดูแลระยะ ยาว โรงพยาบาลต่างขุนทด.....	76
ตารางที่ 13 ค่าความเที่ยงของเครื่องมือวิจัยชุดที่ 2 พจนานุกรมกิจกรรมการดูแลระยะยาว ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลต่างขุนทด.....	83
ตารางที่ 14 ต้นทุนต่อหน่วยผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาวโรงพยาบาลต่าง ขุนทด.....	94

ตารางที่ 15	ต้นทุนต่อหน่วยผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว จำแนกตามกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลด้านชุมชนต.....	95
ตารางที่ 16	ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาล (บาท) ของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว โรงพยาบาลด้านชุมชนต จำแนกตามกิจกรรมการพยาบาล (นาทิจ) x ค่าแรงเฉลี่ยของพยาบาลผู้จัดการการดูแล นาทีละ 3.36 บาท	97
ตารางที่ 17	ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาล (บาท) จำแนกตามประเภทกิจกรรมการพยาบาล และจำแนกตามกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบการดูแลระยะยาว โรงพยาบาลด้านชุมชนต.....	98
ตารางที่ 18	ต้นทุนค่าแรงรวมของบุคลากรทางสุขภาพ ประกอบด้วย เงินเดือน เงินประจำตำแหน่ง ค่าตอบแทนและเงินเพิ่มเติม เงินเพิ่มเติมสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข (พ.ต.ส.) และค่าตอบแทนอื่นๆ.....	160
ตารางที่ 19	ค่าแรงพยาบาลผู้จัดการการดูแลจำนวน 7 คน ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในการศึกษาครั้งนี้ คิดเฉลี่ยค่าแรงเป็นนาที (บาท).....	161
ตารางที่ 20	ร้อยละของงานที่รับผิดชอบในระบบการดูแลระยะยาวของบุคลากรทางสุขภาพ.....	162
ตารางที่ 21	ร้อยละที่รับผิดชอบในระบบการดูแลระยะยาวของบุคลากรทางสุขภาพ จำแนกตามกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง.....	163
ตารางที่ 22	ต้นทุนค่าแรงของบุคลากรทางสุขภาพ ประกอบด้วย เงินเดือน เงินประจำตำแหน่ง ค่าตอบแทนและเงินเพิ่มเติม เงินเพิ่มเติมสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข (พ.ต.ส.) และค่าตอบแทนอื่นๆ ของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ที่ 1.....	164
ตารางที่ 23	ต้นทุนค่าแรงของบุคลากรทางสุขภาพ ประกอบด้วย เงินเดือน เงินประจำตำแหน่ง ค่าตอบแทนและเงินเพิ่มเติม เงินเพิ่มเติมสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข (พ.ต.ส.) และค่าตอบแทนอื่นๆ ของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ที่ 2.....	165

ตารางที่ 24 ต้นทุนค่าแรงของบุคลากรทางสุขภาพ ประกอบด้วย เงินเดือน เงินประจำตำแหน่ง ค่าตอบแทนและเงินเพิ่มเติม เงินเพิ่มเติมสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข (พ.ต.ส.) และค่าตอบแทนอื่นๆ ของผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ที่ 3	166
ตารางที่ 25 ต้นทุนค่าแรงของบุคลากรทางสุขภาพ ประกอบด้วย เงินเดือน เงินประจำตำแหน่ง ค่าตอบแทนและเงินเพิ่มเติม เงินเพิ่มเติมสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข (พ.ต.ส.) และค่าตอบแทนอื่นๆ ของผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ที่ 4	167
ตารางที่ 26 ต้นทุนค่าวัสดุของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มติดบ้านที่ 1 ในระบบการดูแลระยะยาวโรงพยาบาลด่านขุนทด	169
ตารางที่ 27 ต้นทุนค่าวัสดุของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มติดบ้านที่ 2 ในระบบการดูแลระยะยาวโรงพยาบาลด่านขุนทด	169
ตารางที่ 28 ต้นทุนค่าวัสดุของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มติดเตียงที่ 3 ในระบบการดูแลระยะยาวโรงพยาบาลด่านขุนทด	170
ตารางที่ 29 ต้นทุนค่าวัสดุของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มติดเตียงที่ 4 ในระบบการดูแลระยะยาวโรงพยาบาลด่านขุนทด	171
ตารางที่ 30 ต้นทุนค่าน้ำ ในระบบการดูแลระยะยาวโรงพยาบาลด่านขุนทด	172
ตารางที่ 31 ต้นทุนค่าน้ำ จำแนกตามสัดส่วนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบการดูแลระยะยาวโรงพยาบาลด่านขุนทด	173
ตารางที่ 32 ต้นทุนค่าไฟฟ้ารวม ในระบบการดูแลระยะยาวโรงพยาบาลด่านขุนทด.....	173
ตารางที่ 33 ต้นทุนค่าไฟฟ้า จำแนกตามสัดส่วนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบการดูแลระยะยาว โรงพยาบาลด่านขุนทด.....	174
ตารางที่ 34 ต้นทุนค่าน้ำมันดีเซล จำแนกตามประเภทผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบการดูแลระยะยาว โรงพยาบาลด่านขุนทด.....	174
ตารางที่ 35 ต้นทุนค่าอาคารสถานที่ ในระบบการดูแลระยะยาว โรงพยาบาลด่านขุนทด	176

ตารางที่ 36	ต้นทุนค่าอาคารสถานที่ จำแนกตามสัดส่วนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบการดูแลระยะยาว โรงพยาบาลด้านชุมชนทด.....	177
ตารางที่ 37	ต้นทุนครุภัณฑ์ทางการแพทย์ และต้นทุนครุภัณฑ์สำนักงาน ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่ 1 (n=10) ในระบบการดูแลระยะยาว โรงพยาบาลด้านชุมชนทด.....	178
ตารางที่ 38	ต้นทุนครุภัณฑ์ทางการแพทย์ และต้นทุนครุภัณฑ์สำนักงาน ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่ 2 (n=8) ในระบบการดูแลระยะยาว โรงพยาบาลด้านชุมชนทด.....	179
ตารางที่ 39	ต้นทุนครุภัณฑ์ทางการแพทย์ และต้นทุนครุภัณฑ์สำนักงาน ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่ 3 (n=9) ในระบบการดูแลระยะยาว โรงพยาบาลด้านชุมชนทด.....	180
ตารางที่ 40	ต้นทุนครุภัณฑ์ทางการแพทย์ และต้นทุนครุภัณฑ์สำนักงาน ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่ 4 (n=8) ในระบบการดูแลระยะยาว โรงพยาบาลด้านชุมชนทด.....	181
ตารางที่ 41	พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล จำนวนครั้งที่เก็บ เวลาเฉลี่ย (Average time: Avg) และเวลาที่สมดุล (Balance time: B.T.) จำแนกตามกิจกรรมการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้านที่ 1 (ADL 5-11 คะแนน และเคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง)	182
ตารางที่ 42	พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล จำนวนครั้งที่เก็บ เวลาเฉลี่ย (Average time: Avg) และเวลาที่สมดุล (Balance time: B.T.) จำแนกตามกิจกรรมการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้านที่ 2 (ADL 5-11 คะแนน และเคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่ายแต่มีภาวะสับสนทางสมอง)	184
ตารางที่ 43	พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล จำนวนครั้งที่เก็บ เวลาเฉลี่ย (Average time: Avg) และเวลาที่สมดุล (Balance time: B.T.) จำแนกตามกิจกรรมการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มติดเตียงที่ 3 (ADL 0-4 คะแนน และเคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่ายหรือมีอาการที่เจ็บป่วยรุนแรง).....	186

ตารางที่ 44	พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล จำนวนครั้งที่เก็บ เวลาเฉลี่ย (Average time: Avg) และเวลาที่สมดุล (Balance time: B.T.) จำแนกตาม กิจกรรมการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงที่ 4 (ADL 0-4 คะแนน และ เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่ายและมีอาการที่เจ็บป่วย รุนแรง หรืออยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต).....	188
ตารางที่ 45	พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล จำนวนครั้งที่เก็บ เวลาเฉลี่ย (Average time: Avg) และเวลาที่สมดุล (Balance time: B.T.) เฉลี่ยในกลุ่ม ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้ง 4 กลุ่ม.....	190
ตารางที่ 46	ต้นทุนต่อหน่วยกิจกรรม จำนวนครั้งที่ปฏิบัติกิจกรรม ต้นทุนรวมของแต่ละกิจกรรม จำแนกตามกิจกรรมการพยาบาล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มติดบ้านที่ 1.....	193
ตารางที่ 47	ต้นทุนต่อหน่วยกิจกรรม จำนวนครั้งที่ปฏิบัติกิจกรรม ต้นทุนรวมของแต่ละกิจกรรม จำแนกตามกิจกรรมการพยาบาล ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มติดบ้านที่ 2.....	195
ตารางที่ 48	ต้นทุนต่อหน่วยกิจกรรม จำนวนครั้งที่ปฏิบัติกิจกรรม ต้นทุนรวมของแต่ละกิจกรรม จำแนกตามกิจกรรมการพยาบาล ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มติดเตียงที่ 3	198
ตารางที่ 49	ต้นทุนต่อหน่วยกิจกรรม จำนวนครั้งที่ปฏิบัติกิจกรรม ต้นทุนรวมของแต่ละกิจกรรม จำแนกตามกิจกรรมการพยาบาล ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มติดเตียงที่ 4	200

สารบัญรูปภาพ

	หน้า
รูปภาพที่ 1 แนวคิดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง.....	15
รูปภาพที่ 2 กรอบแนวคิดสาธารณสุข	18
รูปภาพที่ 3 Chronic care model (แนวคิดการดูแลโรคเรื้อรังแบบเดิม).....	19
รูปภาพที่ 4 Chronic care model (แนวคิดการดูแลโรคเรื้อรังแบบใหม่)	20
รูปภาพที่ 5 ประมวลลำดับเหตุการณ์การขับเคลื่อนพัฒนานโยบายและระบบการดูแลระยะยาว ของประเทศไทย	26
รูปภาพที่ 6 หลักเกณฑ์การจัดสรรจ่ายค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ปี 2559	32
รูปภาพที่ 7 แผนผังการไหลของเงินและงานบริการในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ปี 2561	32
รูปภาพที่ 8 ปัจจัยที่มีผลต่อสมดุลทางการเงิน.....	41
รูปภาพที่ 9 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพตามกลุ่มอายุระหว่างปี 2554 และ 2583	42
รูปภาพที่ 10 รูปแบบบริการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุโรงพยาบาลด่านขุนทด.....	44
รูปภาพที่ 11 การจัดการบริการของระบบการดูแลระยะยาว	49
รูปภาพที่ 12 วิธีการปันส่วน 2 ขั้นตอนของระบบต้นทุนแบบเดิม	56
รูปภาพที่ 13 วิธีการปันส่วน 2 ขั้นตอนของระบบต้นทุนกิจกรรม.....	56
รูปภาพที่ 14 กรอบแนวคิดการวิจัย	72

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในทศวรรษนี้ การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุปรากฏการณ์ขึ้นในประเทศต่างๆทั่วโลก รวมถึง 10 ประเทศของสมาคมอาเซียน ซึ่งประเทศไทยเป็น 1 ใน 10 ประเทศนั้น ประเทศไทยได้เริ่มเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของจำนวนประชากร ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 คือ มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 5,838,000 คน คิดเป็นร้อยละ 9.38 ของประชากรทั้งหมด และสถานการณ์ผู้สูงอายุของประเทศไทยในปัจจุบันปี พ.ศ. 2561 มีประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 11,770,000 คน คิดเป็นร้อยละ 17.77 ของประชากรทั้งหมด (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2561) และมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นเป็นลำดับ และจากการคาดประมาณของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2556) พบว่า ในปี พ.ศ. 2574 ประเทศไทยจะได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super-aged society) คือ สังคมที่มีประชากรอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นมากกว่าร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด และในปี พ.ศ. 2583 จะมีประชากรผู้สูงอายุจำนวนมากถึง 20,519,000 คน คิดเป็นร้อยละ 32.12 ของประชากรทั้งหมด จากที่ประเทศไทยเป็นประเทศสังคมผู้สูงอายุก่อนการเปลี่ยนแปลงการเจ็บป่วยของประชาชนด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งมักนำมาซึ่งภาวะทุพพลภาพ ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องการการดูแลแบบต่อเนื่อง ในขณะที่ศักยภาพของครัวเรือนในการดูแลผู้สูงอายุถดถอยลงจากขนาดครัวเรือนที่ลดลง การเคลื่อนย้ายของวัยแรงงานจากชนบทสู่เมือง สตรีมีบทบาทในการทำงานนอกบ้านมากขึ้น รวมถึงการเปลี่ยนแปลงของสังคมจากสังคมชนบทไปสู่สังคมเมืองมากขึ้น ทำให้ปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยที่มีภาวะทุพพลภาพปรากฏต่อสังคมมากขึ้น (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559) และก่อให้เกิดผลกระทบทั้งด้านสังคมและด้านเศรษฐกิจ ดังนี้ 1) ปัญหาผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งจะมีเพิ่มขึ้น 2) ผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะเพิ่มจำนวนมากขึ้น 3) ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพและการรักษาพยาบาลของประเทศเพิ่มขึ้น 4) ความพร้อมของบุคลากรด้านสุขภาพ บุคลากรที่มีอยู่จะต้องเพิ่มทักษะด้านการดูแลผู้สูงอายุ ที่ต้องดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลไปถึงการดูแลที่บ้าน 5) ปัญหาด้านความครอบคลุมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และ 6) อัตราการพึ่งพิงเพิ่มขึ้น (สุภาดา คำสุชาติ, 2560)

ปี พ.ศ. 2558 กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 6,394,022 คน พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คือ กลุ่มติดบ้าน ติดเตียง จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนบริการด้านสุขภาพและสังคม จำนวน 1,300,000 คน คิดสัดส่วนร้อยละ 21 ของผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ (กระทรวงสาธารณสุข, 2561) จากการคาดประมาณว่า ปี

พ.ศ. 2559 จะมีผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง จำนวน 417,000 คน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 3.8 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด และมีแนวโน้มสูงขึ้น ในปี พ.ศ. 2580 จะมีจำนวนผู้สูงอายุที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรพื้นฐานได้ด้วยตนเองเพิ่มสูงขึ้นเป็น 1,336,000 คน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 6.7 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด (ปีพมา ว่าพัฒนวงศ์, 2560) ซึ่งผู้มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ด้อยโอกาส และมีความยากลำบากในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ขณะเดียวกันก็มีปัญหาในการดำรงชีวิตเป็นอย่างมาก ทั้งในด้านเศรษฐกิจและสังคม และยังส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยซ้ำ จำเป็นต้องได้รับการรักษา ด้วยการนอนรักษาที่โรงพยาบาล (Re-admit) หรือต้องกลับไปรักษาซ้ำที่แผนกผู้ป่วยนอก (Re-visit) ก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้น (สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2, 2552; นางลักษณ์ พะโกยะ, 2559) จากการคาดประมาณค่าใช้จ่ายในการบริการสุขภาพของกองทุนหลักประกันสุขภาพภาครัฐในปี พ.ศ. 2565 จะมีสัดส่วนค่าใช้จ่ายในการบริการสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุของหลักประกันสุขภาพภาครัฐ เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 1.1 ของ GDP จากร้อยละ 0.64 ในปี พ.ศ. 2553 (ถาวร สกุกพานิษฐ์, 2554) และผลสำรวจสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตเมืองที่มีรายได้ปานกลาง พบว่า ต้นทุนค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเฉลี่ย 23,274 บาท/คน/ปี โดยกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงผู้อื่นมาก มีค่าต้นทุนในการดูแล 81,537 บาท/คน/ปี และกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงผู้อื่นน้อย มีค่าต้นทุนในการดูแล 21,376 บาท/คน/ปี (วรเวศม์ สุวรรณระดา และคณะ, 2552)

สำหรับการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวในประเทศไทยนั้น เริ่มตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2545 มีการดำเนินการจัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 พ.ศ. 2545 – 2564 โดยให้การบริการแบ่งออกเป็น การบริการทางการแพทย์ และการให้บริการที่สถานบริการ เช่น มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล และในโรงพยาบาลเอกชนบางแห่งให้บริการดูแลผู้สูงอายุทั้งในแบบ long-term care, day care, และ home care ส่วนในการให้บริการสุขภาพและสังคมให้บริการโดยหน่วยงานภาครัฐ เช่น สถานสงเคราะห์คนชรา ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน การประกันสุขภาพ และสวัสดิการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยมีหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลฟรีแก่ผู้สูงอายุที่มีบัตรทอง (กนิษฐา บุญธรรมสัตย์ และ ศิริพันธ์ สาสัตย์, 2551) เมื่อปี พ.ศ. 2550 ได้มีการขับเคลื่อนที่เป็นชัดเจนมองเห็นเป็นรูปธรรม โดยการผลักดันการดูแลระยะยาวในการทำสมัชชาสุขภาพแห่งชาติและสมัชชาผู้สูงอายุแห่งชาติในปี พ.ศ. 2552 และคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ (2554 - 2556) ได้ทำการผลักดันและขับเคลื่อนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โดยเพิ่มในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 ปรับปรุงในปี 2552 และได้ขับเคลื่อนการดูแลระยะยาวอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2557 ได้มีแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พ.ศ. 2557 – 2561 โดยคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ทำให้เกิดนโยบายกระทรวงสาธารณสุขด้านการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้คณะกรรมการหลักประกัน

สุขภาพแห่งชาติ โดยมีแผนยุทธศาสตร์ 6 ด้าน คือ 1) พัฒนาเครื่องมือและดำเนินการคัดกรองผู้สูงอายุและประเมินความจำเป็นในการได้รับบริการดูแลระยะยาว และพัฒนาฐานข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชน 2) พัฒนาระบบการจัดบริการในชุมชนเพื่อการป้องกัน การดูแล และฟื้นฟูผู้สูงอายุ โดยเชื่อมโยงกับระบบบริการในสถานบริบาล 3) พัฒนาระบบการเงินการคลัง และชุดสิทธิประโยชน์ 4) พัฒนากำลังคนเพื่อการจัดการบริการในชุมชน โดยเฉพาะผู้จัดการการดูแล (Care manager) และผู้ช่วยดูแล (Care giver) 5) การสร้าง การจัดการความรู้ และการติดตามประเมินผล และ 6) การพัฒนา กฎหมาย/ระเบียบ และการบริหารจัดการ

ก่อนการขับเคลื่อนระบบการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในปี 2557 นั้น ได้มีการพัฒนารูปแบบต่างๆ เพื่อสนับสนุนในการขับเคลื่อนการดูแลระยะยาว ประกอบด้วย 1) การสร้างและจัดการองค์ความรู้ เพื่อสนับสนุนและพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว โดยเน้นทั้งการศึกษาวิจัยที่มุ่งหาคำตอบในการขับเคลื่อนระบบการดูแลระยะยาว โดยทำงานร่วมกัน ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) พร้อมทั้งยังได้รับการสนับสนุนจากทั้งองค์กรทั้งในและต่างประเทศ เช่น องค์กรความร่วมมือระหว่างประเทศแห่งญี่ปุ่น (Japan International Cooperation Agency: JICA) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) 2) การพัฒนาระบบที่เอื้อต่อระบบการดูแลระยะยาว เริ่มจากการมีระบบปฐมภูมิ ทั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และกองทุนสุขภาพตำบลภายใต้การร่วมมือของ สปสช. และ เทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) โดยเอื้อให้ทุกส่วนมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาสุขภาพในชุมชน 3) การขับเคลื่อนภาคประชาสังคม ที่ทำการผลักดันผ่านสมัชชาผู้สูงอายุแห่งชาติในปี พ.ศ. 2552 และ 4) การพัฒนานโยบายและระบบการดูแลระยะยาว เช่น มาตรฐานกำลังคน การบริหารระบบในพื้นที่ การบริหารจัดการงบประมาณ จากที่ไม่มีงบประมาณเฉพาะให้ ทำให้แต่ละหน่วยงานต้องอาศัยงบประมาณของตนเองในการดำเนินงานจนได้เริ่มมีการจัดสรรงบประมาณให้ในปี พ.ศ. 2559 จากการพัฒนาาระบบเพื่อมาสนับสนุนการดูแลระยะยาวที่กล่าวมานั้น กระทรวงสาธารณสุขยังมุ่งเน้นเรื่อง การอบรมด้านบุคลากรที่จะมาสนับสนุนระบบการดูแลระยะยาว เช่น จัดให้มีการอบรมผู้จัดการการดูแล (Care manager) และ อบรมผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) โดยให้กรมอนามัย เป็นผู้รับผิดชอบหลักสูตรและดำเนินการอบรม (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ, 2561)

จากระบบการดูแลระยะยาวที่ได้พัฒนาอย่างต่อเนื่องนั้น รัฐบาลมีนโยบายมุ่งเน้นระบบการดูแลระยะยาวโดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อให้บริการผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และมีหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีการจัดการด้านสาธารณสุขกับบริการทางสังคม โดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม ในระยะแรกหน่วยบริการจะเป็นหลักในการจัดการบริการและสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เป็นเจ้าภาพหลักในการบริหารจัดการระบบการดูแล

ระยะยาวทั้งบริการเชิงรุกที่ศูนย์ฯ หรือบริการเชิงรุกที่บ้าน สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2561) ในระบบการดูแลระยะยาว เป็นบริการด้านสาธารณสุขและสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันได้ โดยมุ่งเน้นในด้านการฟื้นฟู บำบัด รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง โดยให้การดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติทั้งสังคม สุขภาพ เศรษฐกิจและสภาพแวดล้อม (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และ กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, 2553; สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559) โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแล จากทีมสหสาขาวิชาชีพของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่าย ให้บริการดูแลด้านสาธารณสุขถึงที่บ้านต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ตามปัญหาสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่นให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเท่าเทียม และสามารถลดภาระงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพภาครัฐ ตลอดจนป้องกันไม่ให้เกิดผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มมากขึ้น โดยคำนึงถึงความยั่งยืนและความเป็นไปได้ของงบประมาณระยะยาวในอนาคต (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

สำหรับการจัดสรรงบประมาณในปี พ.ศ. 2559 รัฐบาลได้จัดสรรงบประมาณ จำนวน 600 ล้านบาทโดยกำหนดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไว้ที่ 100,000 คน โดยแยกเป็นสองส่วน ส่วนที่หนึ่งคือ 100 ล้านบาท เพื่อจัดสรรไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ (โรงพยาบาล และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) 1,000 แห่ง แห่งละ 100,000 บาท เพื่อสนับสนุนการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนที่สองคือ 500 ล้านบาท จัดสรรไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) สำหรับจัดบริการไปกองทุนสุขภาพตำบล เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการจัดบริการทางการแพทย์ บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ สำหรับการจัดบริการให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอัตรารายละ 5,000 บาท/ปี (วีระชัย ก้อนมณี, 2559) โดยจัดแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ออกเป็น 4 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มติดบ้านที่ 1 2) กลุ่มติดบ้านที่ 2 3) กลุ่มติดเตียงที่ 3 และ 4) กลุ่มติดเตียงที่ 4 ซึ่งรูปแบบในการดำเนินงานนั้น ประกอบด้วยการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวที่ได้รับอย่างเหมาะสมตามสภาพความจำเป็นด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ มีการพัฒนาพยาบาลทั้งในผู้จัดการการดูแล (Care manager) และผู้ดูแล (Care giver) โดยผู้จัดการการดูแล (Care manager) ถูกกำหนดให้มีหน้าที่ ประเมินวางแผนและจัดการให้ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเหมาะสม โดยกำหนดแนวทางปฏิบัติการดูแล ดังนี้ 1) มีการจัดทำข้อมูลผู้สูงอายุที่ต้องการ การดูแลช่วยเหลือ 2) ประเมินคัดกรอง 3) จัดทำแผนการดูแลสุขภาพรายบุคคล (Care plan) 4) Case conference 5) ประสานการปฏิบัติงานการดูแลตามแผน 6) Team building 7) บริหารจัดการและควบคุมกำกับ และ 8) การประเมินแผนงานและผลการปฏิบัติการเพื่อปรับปรุงพัฒนา (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2558; สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

สถานการณ์ผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา พบว่า ปี พ.ศ. 2559 มีประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 12.95 ของประชากรทั้งหมด จากการสำรวจพบว่า กลุ่มติดบ้านที่ 1 จำนวน 8,603 คน ร้อยละ 2.65 กลุ่มติดบ้านที่ 2 จำนวน 979 คน ร้อยละ 0.30 กลุ่มติดเตียงที่ 3 จำนวน 2,245 คน ร้อยละ 0.69 และกลุ่มติดเตียงที่ 4 จำนวน 321 คน ร้อยละ 0.1 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา, 2559) และในอำเภอต่าง ๆ พบ กลุ่มติดบ้านที่ 1 จำนวน 399 คน ร้อยละ 1.99 กลุ่มติดบ้านที่ 2 จำนวน 22 คน ร้อยละ 0.13 กลุ่มติดเตียงที่ 3 จำนวน 94 คน ร้อยละ 0.55 และกลุ่มติดเตียงที่ 4 จำนวน 9 คน ร้อยละ 0.05 ซึ่งโรงพยาบาลต่าง ๆ ได้เป็น 1 ใน 10 พื้นที่นำร่องในการพัฒนา รูปแบบจัดบริการระบบการดูแลระยะยาวให้แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งกลับจากโรงพยาบาลไปดูแลต่อที่บ้าน โดยการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพต่างๆ ตามสภาพปัญหา ที่พบในผู้สูงอายุแต่ละราย ซึ่งในการดูแลระยะยาวของโรงพยาบาลต่าง ๆ ได้มีการจัดตั้งศูนย์การดูแลต่อเนื่อง (Continuing Of Care: COC) โดยบูรณาการจัดบริการในรูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care: HHC) โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ร่วมกับหน่วยบริการปฐมภูมิที่รับผิดชอบในเขต อำเภอต่าง ๆ คือ ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลต่าง ๆ (Primary Care Unit: PCU) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลต่าง ๆ ซึ่งเป็นการดูแลสุขภาพต่อเนื่องให้แก่ผู้สูงอายุและครอบครัวที่มีปัญหาสุขภาพที่บ้าน และการเยี่ยมบ้าน (Home visit) เป็นการจัดการบริการหลังการประเมินภาวะสุขภาพ เพื่อประเมินภาวะสุขภาพ กาย จิต สังคมสิ่งแวดล้อม และค้นหาปัญหาสุขภาพ

การให้บริการในระบบการดูแลระยะยาวทั้งในประเทศไทย และในต่างประเทศนั้น มีการศึกษาต้นทุนค่าใช้จ่ายในระบบการดูแลระยะยาว โดยมี Kalsson Martin และคณะ (2006) ได้ทำการวิเคราะห์ความยั่งยืนในอนาคตของระบบการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุในประเทศอังกฤษ พบว่าในปี พ.ศ. 2583 จะมีความต้องการในการดูแลระยะยาวจะเพิ่มมากขึ้น และจะมีค่าใช้จ่ายทั้งหมดในระบบการดูแลระยะยาวก็จะเพิ่มขึ้น คิดเป็นเงิน 15 พันล้านปอนด์ต่อปี เช่นเดียวกับประเทศอเมริกาที่ได้ทำการศึกษาค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป พบว่าทุกๆปีผู้สูงอายุ 1 คนจะมีค่าใช้จ่ายการดูแลสุขภาพที่บ้าน เท่ากับ 17,367 เหรียญสหรัฐ (Cecchini, M., 2017) และในประเทศไทย วรเวชม์ สุวรรณระดา และคณะ (2552) ได้สำรวจต้นทุนรวมในการในการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร โดยแบ่งต้นทุนเป็น 6 ประเภทคือ ค่าใช้จ่ายประจำด้านการดูแลชีวิตประจำวัน ค่าจ้างผู้ดูแล ค่าอุปกรณ์และกายอุปกรณ์ ค่าซ่อมแซมบ้าน ค่าเสียโอกาสของผู้ดูแล ค่าบริการผู้สูงอายุแบบค้างคืน พบว่า จะมีต้นทุนรวม เท่ากับ 13,300,251.602 บาท/ปี จากผู้สูงอายุจำนวน 1,623 ราย และเมื่อจำแนกตามภาวะพึ่งพิง พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่พึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด มีค่าต้นทุน เท่ากับ 44,328.84 บาท/ราย/ปี และ กลุ่มผู้สูงอายุที่พึ่งพาผู้อื่นน้อยที่สุด มีค่าต้นทุน เท่ากับ 5,883.47 บาท/ราย/ปี

ดังนั้น การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วย และต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลจะช่วยให้ผู้บริหารได้ ข้อมูลที่ครบถ้วน เพื่อประกอบการจัดสรรงบประมาณที่เหมาะสม สำหรับระบบการดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงของประเทศไทยต่อไป

คำถามการวิจัย

1. ต้นทุนต่อหน่วยผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว มีค่าเท่ากับเท่าไร
2. ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบการดูแลระยะยาว ค่าเท่ากับเท่าไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาต้นทุนต่อหน่วยผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว โรงพยาบาล ด่านขุนทด
2. เพื่อศึกษาต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลของพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำแนกตามกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบการดูแลระยะยาว โรงพยาบาลด่านขุนทด

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

สถานการณ์ผู้สูงอายุของประเทศไทยในปัจจุบันปี พ.ศ. 2561 มีประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 11,770,000 คน คิดเป็นร้อยละ 17.77 ของประชากรทั้งหมด (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2561) พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มติดบ้าน ติดเตียง จำเป็นต้อง ได้รับการสนับสนุนบริการด้านสุขภาพและสังคม จำนวน 1,300,000 คน คิดสัดส่วนร้อยละ 21 ของผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ (กระทรวงสาธารณสุข, 2561) และผลสำรวจ สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตเมืองที่มีรายได้ปานกลาง พบว่า ต้นทุนค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเฉลี่ย 23,274 บาท/คน/ปี โดยกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงผู้เฒ่ามาก มีค่า ต้นทุนในการดูแล 81,537 บาท/คน/ปี และกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงผู้เฒ่าน้อย มีค่าต้นทุนในการดูแล 21,376 บาท/คน/ปี (วรเวศม์ สุวรรณระดา และคณะ, 2552) ทำให้รัฐต้องจัดทำระบบการดูแลระยะยาว เพื่อให้บริการต่อผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ให้สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2554) ในระบบการดูแลระยะยาวรัฐบาลได้มีการจัดสรรงบประมาณสำหรับการจัดบริการให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้ง 4 กลุ่ม ในอัตราเท่าๆกัน รายละ 5,000 บาท/ปี (วีระชัย ก้อนมณี, 2559) ใน

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยต้องการศึกษาต้นทุนต่อหน่วย โดยคำนวณต้นทุนต่อหน่วยโดยใช้แนวคิดการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วย ตามการแบ่งกลุ่มต้นทุนของเพชฌน้อย สิงห์ช่างชัย (2557) และศึกษาต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลของพยาบาลผู้จัดการการดูแล (Care manager) ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยบูรณาแนวคิดต้นทุนกิจกรรมของ Kaplan and Cooper (1998) ร่วมกับแนวปฏิบัติการดูแลของพยาบาลผู้จัดการการดูแล (Care manager) และการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 4 กลุ่ม ของสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2558) ในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยก็ได้มีการศึกษาต้นทุนค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ ดังนี้ สุวรรณิ เจริญรุ่งเรือง (2547) ทำการศึกษาต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วยของผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เข้ารับรักษาในหอบำบัดพิเศษโรคหัวใจ โรงพยาบาลรามาริบัติ พบว่า ผู้ป่วยประเภทที่ 4 ผู้ป่วยที่ต้องการพยาบาลอย่างซับซ้อนและการดูแลอย่างใกล้ชิด จะมีต้นทุนกิจกรรมที่สูงกว่าผู้ป่วยประเภทอื่นๆ ส่วนการศึกษาของอัจฉรา อิมน้อย (2550) ได้ทำการศึกษาต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วย ในผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ สถาบันบำราศนราดูร พบว่า ผู้ป่วยประเภทที่มีโรคหรือภาวะที่จัดว่าเป็นโรคเอดส์ขั้นรุนแรง (มีค่า CD4 < 20 cells /mm³) มีค่าต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วยสูงกว่า ผู้ป่วยที่มีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ระดับปานกลาง จากผลการศึกษาข้างต้นแสดงว่า ผู้รับบริการที่มีกิจกรรมการดูแลที่ต่างกัน ความต้องการการดูแลที่ต่างกัน ค่าใช้จ่ายในการให้บริการก็จะแตกต่างกัน จากแนวคิดและเหตุผลดังกล่าว

ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. ต้นทุนต่อหน่วยผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูงจะมีค่าต้นทุนต่อหน่วยมากกว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงน้อย
2. ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลของพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูงจะมีค่าต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลมากกว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงน้อย

ขอบเขตการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ดังนี้

1.1 กลุ่มตัวอย่างปฐมภูมิ (Primary source) รวมระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูล 2 เดือน (ตั้งแต่ เดือน กุมภาพันธ์ 2561 – มีนาคม 2561) ได้แก่ 1) บุคลากรทางสุขภาพ จำนวนทั้งสิ้น 15 คน ได้แก่ แพทย์ จำนวน 1 คน เภสัชกร จำนวน 1 คน นักกายภาพบำบัด จำนวน 1 คน นักโภชนาการ จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 7 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 3 คน พนักงานขับรถ 1 คน และ 2) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวนทั้งสิ้น 35 ราย ได้แก่ ผู้สูงอายุติดบ้านกลุ่มที่ 1 จำนวน 10 ราย

, ผู้สูงอายุติดบ้านกลุ่มที่ 2 จำนวน 8 ราย ผู้สูงอายุติดเตียงที่ 3 จำนวน 9 คน และผู้สูงอายุติดเตียงกลุ่มที่ 4 จำนวน 8 คน

1.2 กลุ่มตัวอย่างทุติยภูมิ (Secondary source) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 เดือน ได้แก่ แหล่งข้อมูลค่าใช้จ่ายหมวดค่าแรง, ทะเบียนคุ้มครองผู้สูงอายุ การแพทย์ และโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่เก็บรวบรวมข้อมูลเวชภัณฑ์สิ้นเปลืองและข้อมูลป่วย

2. ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ต้นทุนต่อหน่วย และต้นทุนกิจกรรมการพยาบาล

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้มีคำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. ต้นทุนต่อหน่วย หมายถึง ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 1 คน ประกอบด้วย ต้นทุนค่าแรงของบุคลากรโรงพยาบาลด้านชุมชน ที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คำนวณต้นทุนต่อหน่วยโดยใช้แนวคิดการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วย ตามการแบ่งกลุ่มต้นทุน ของเพชรน้อยสิงห์ช่างชัย (2557) ประกอบด้วย ต้นทุนทางตรง และ ต้นทุนสนับสนุน ซึ่งมีค่านิยามที่ใช้ในการวิเคราะห์ต้นทุน ดังนี้

1.1 ต้นทุนทางตรง ประกอบด้วย ต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าวัสดุ และต้นทุนค่าลงทุน

1) ต้นทุนค่าแรง (Labor cost: LC) หมายถึง ค่าใช้จ่ายที่ให้แกบุคลากรทางสุขภาพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ และผู้ช่วยเหลือคนไข้ เพื่อเป็นค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานที่จ่ายในรูปของตัวเงิน ได้แก่ ค่าเล่าเรียน ค่ารักษาพยาบาล ค่าเช่าบ้าน เงินเดือน ค่าจ้าง สวัสดิการต่างๆ (ค่ารักษาพยาบาล ค่าเช่าบ้าน ค่าเล่าเรียนบุตร เงินสมทบประกันสังคม) ค่าล่วงเวลา ค่าตอบแทนตามผลงาน ค่าเบี้ยเลี้ยง

2) ต้นทุนค่าวัสดุ (Material cost: MC) หมายถึง ค่าวัสดุอุปกรณ์ทุกประเภทที่ใช้ในการดูแลระยะยาว ได้แก่ ค่าเวชภัณฑ์ยาที่ใช้ในการดูแลระดับประคองอาการ ค่าเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา ค่าสาธารณสุขโรค ค่าวัสดุสำนักงาน ค่าวัสดุวิทยาศาสตร์ ค่าไฟฟ้า ค่าน้ำ ค่าน้ำมันเชื้อเพลิงรถยนต์

3) ต้นทุนค่าลงทุน (Capital cost: CC) หมายถึง ค่าต้นทุนเพื่อให้ได้มาซึ่งทรัพยากรที่มีอายุใช้งานมากกว่า 1 ปี ที่ใช้ในระบการดูแลระยะยาว โดยคิดเป็นต้นทุนค่าเสื่อมราคาประจำปี (Depreciation cost) โดยคิดเฉลี่ยราคาเป็นจำนวนเงินคงที่ทุกปี ค่าเสื่อมของครุภัณฑ์ทางการแพทย์ คิดอายุการใช้งาน 5 -15 ปี ตามชนิดครุภัณฑ์นั้นๆ ครุภัณฑ์สำนักงานคิดอายุการใช้งาน 5 ปี ครุภัณฑ์ไฟฟ้าคิดอายุการใช้งาน 5 ปี ครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์คิดอายุการใช้งาน 5 ปี อาคารสำนักงานคิดอายุการใช้งาน 25 ปี ตามตารางการใช้งานและอัตราค่าเสื่อมราคาทรัพย์สิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

1.2 ต้นทุนสนับสนุน หมายถึง ต้นทุนค่าแรงของเจ้าหน้าที่ที่ทำงานด้านการสนับสนุนในระบบการดูแลระยะยาว เพื่อให้ดำเนินไปได้ เช่น พนักงานขับรถรับ-ส่งเจ้าหน้าที่เพื่อสนับสนุนในการจัดกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน

2. ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาล หมายถึง ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลของพยาบาลผู้จัดการดูแล (Care manager) ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยบูรณาแนวคิดต้นทุนกิจกรรมของ Kaplan and Cooper (1998) ร่วมกับแนวปฏิบัติการดูแลของพยาบาลผู้จัดการดูแล (Care manager) โดยแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 4 กลุ่ม ของสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2558) โดยประกอบด้วยขั้นตอนการวิเคราะห์ต้นทุน ดังนี้

2.1 การจัดทำพจนานุกรมกิจกรรม

2.2 การกำหนดสัดส่วนเวลาในการปฏิบัติงาน

2.3 การรวบรวมปริมาณงานที่เกิดจากการปฏิบัติกิจกรรม

2.4 การคำนวณต้นทุนกิจกรรม โดยมีการปันส่วน 2 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การปันส่วนโดยการใช้ตัวหลักต้นทุนทรัพยากร ขั้นตอนที่ 2 การปันส่วนโดยการกำหนดตัวหลักต้นทุนกิจกรรม โดยมีนิยาม ดังนี้

1) ตัวหลักต้นทุนกิจกรรม (Resource driver) เป็นเกณฑ์ที่นำมาใช้ในการปันส่วนขั้นแรก โดยการระบุต้นทุนที่ทำให้เกิดการใช้ทรัพยากร เช่น เงินเดือน รายรับต่างๆ ของบุคลากรในการดูแลระยะยาว ที่ใช้ในกิจกรรมการพยาบาล เข้าสู่ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาล ที่บุคลากรได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ แก่ผู้สูงอายุ

2) ตัวหลักต้นทุนกิจกรรม (Activity driver) เป็นเกณฑ์ที่นำมาใช้ในการปันส่วนขั้นตอนที่สอง โดยจะต้องมีความสัมพันธ์ที่เป็นเหตุผล (Cause and effect relationship) การที่จะระบุตัวหลักต้นทุนที่เหมาะสมนั้น จะต้องกำหนดความสัมพันธ์ระหว่างต้นทุนกิจกรรมที่ใช้ไปกับผลผลิตของหน่วยงานกับตัวหลักต้นทุนที่เกี่ยวข้อง เช่น จำนวนชั่วโมงการทำงาน ปริมาณกิจกรรมที่ปฏิบัติให้กับผู้สูงอายุ 1 คน โดยการจำแนกตามกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 4 กลุ่ม

3. การดูแลระยะยาว (Long Term Care) หมายถึง การให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยบุคลากรทางสุขภาพของโรงพยาบาลด่านชุมชน โดยเริ่มตั้งแต่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและให้ไปพักฟื้นที่บ้าน และได้รับการดูแลต่อเนื่อง จนผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้/มีภาวะพึ่งพิงน้อยลง/ผู้ดูแลสามารถดูแลได้

4. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 4 กลุ่ม หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยจำแนกตามแบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เรลเอดีแอล (Activity Daily living: ADL) โดยใช้การประเมินทั้งหมด 10 กิจกรรม (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2558) ได้จำแนกกลุ่มผู้สูงอายุได้ที่มีภาวะพึ่งพิง 4 กลุ่ม ดังนี้

4.1 กลุ่มติดบ้านที่ 1 มีคะแนน ADL 5-11 คะแนน เคลื่อนไหวได้บ้าง และอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง

4.2 กลุ่มติดบ้านที่ 2 มีคะแนน ADL 5-11 คะแนน เคลื่อนไหวได้บ้าง และอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่าย แต่มีภาวะสับสนทางสมอง

4.3 กลุ่มติดเตียงที่ 3 มีคะแนน ADL 0-4 คะแนน เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่าย หรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง

4.4 กลุ่มติดเตียงที่ 4 มีคะแนน ADL 0-4 คะแนน เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่าย หรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต

5. โรงพยาบาลด่านขุนทด หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนประจำอำเภอด่านขุนทด มีจำนวน 90 เตียง รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตอำเภอด่านขุนทด โดยให้บริการการดูแลต่อเนื่องหลังจากออกจากการนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลจนถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหารเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว
2. เป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาล เพื่อปรับเปลี่ยนกิจกรรมการพยาบาลของผู้จัดการการดูแล (Care manager) ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้เหมาะสมและ คุ่มทุน

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาต้นทุนต่อหน่วย และต้นทุนกิจกรรมการพยาบาล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาวโรงพยาบาลด้านชุมชนต ผู้วิจัยศึกษาค้นคว้าจาก ตำรา เอกสาร วารสาร บทความและงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ตามลำดับดังนี้

1. ระบบการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในประเทศไทย
 - 1.1 ความหมาย
 - 1.2 แนวคิด และรูปแบบระบบการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
 - 1.3 การขับเคลื่อนพัฒนานโยบาย และการจัดสรรเงินระบบการดูแลระยะยาว
2. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในประเทศไทย
 - 2.1 ความหมาย การประเมินและจำแนกระดับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
 - 2.2 สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย และภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุ
3. โรงพยาบาลด้านชุมชนต
 - 3.1 ข้อมูลทั่วไป ลักษณะสำคัญขององค์การ
 - 3.2 การบริการดูแลระยะยาว ลักษณะงานและปริมาณงานบริการดูแลระยะยาว
โรงพยาบาลด้านชุมชนต
4. ต้นทุนต่อหน่วย
 - 4.1 ความหมายของต้นทุน
 - 4.2 การจัดกลุ่มต้นทุน ประเภทการวิเคราะห์ต้นทุน
 - 4.3 ขั้นตอนการวิเคราะห์ต้นทุนด้วยวิธีตามหน่วยของต้นทุน
5. ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาล
 - 5.1 ความหมาย แนวคิด
 - 5.2 ขั้นตอนในการคิดต้นทุนกิจกรรม
 - 5.3 การจำแนกกิจกรรมการพยาบาล ขั้นตอนการดำเนินงานตามระบบต้นทุน
ตามกิจกรรม
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 6.1 งานวิจัยในต่างประเทศ
 - 6.2 งานวิจัยในประเทศไทย
7. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. ระบบการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในประเทศไทย

1.1 ความหมาย

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และ กนิษฐา บุญธรรมเจริญ (2553: 27) กล่าวถึง “ระบบบริการการดูแลระยะยาว” หมายถึง ระบบบริการที่มีความจำเพาะสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงซึ่งต้องการการดูแลระยะยาว ทั้งในสถาบัน ที่บ้าน และในชุมชน โดยบุคลากรผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุระดับต่างๆ ทั้งในสถาบัน ที่บ้าน และในชุมชน จำเป็นต้องได้รับการฝึกอบรมในหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุที่ได้มาตรฐาน และมีการรับรองโดยองค์กรวิชาชีพ หรือองค์กรด้านผู้สูงอายุที่มีการรับรองคุณภาพและมาตรฐาน

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) (2559: 1) กล่าวถึง “ระบบการดูแลระยะยาว หมายถึง การจัดการบริการสาธารณสุขและบริการทางสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้ประสบภาวะยากลำบาก อันเนื่องมาจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุ ความพิการต่างๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่ชราภาพ ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน โดยมีรูปแบบทั้งที่เป็นทางการ (ดูแลโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขและสังคม) และไม่ใชเป็นทางการ (ดูแลโดย ครอบครัว อาสาสมัคร เพื่อน เพื่อนบ้าน) ซึ่งบริการทดแทนดังกล่าวมักเป็นบริการสังคมเพื่อมุ่งเน้นในด้านการฟื้นฟู บำบัด รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตให้เป็นอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยอยู่บนพื้นฐานของการเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

ญาดารัตน์ บาลจ่าย (2560) กล่าวถึง “ระบบการดูแลระยะยาว” หมายถึง การจัดการบริการสาธารณสุขและบริการสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้ประสบภาวะยากลำบาก อันเนื่องมาจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังการประสบอุบัติเหตุ ความพิการต่างๆตลอดจนผู้สูงอายุที่ชราภาพไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน

อัญชิษฐา ศิริคำเพ็ง และ ภัคดี โพธิ์สิงห์ (2560) กล่าวถึง “ระบบการดูแลระยะยาว” หมายถึง การจัดการบริการสาธารณสุขและบริการทางสังคม เพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบาก อันเนื่องมาจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุ ความพิการต่างๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่ชราภาพไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน โดยมีรูปแบบทั้งที่เป็นทางการ (ดูแลโดยครอบครัว อาสาสมัคร เพื่อน เพื่อนบ้าน) ซึ่งบริการทดแทนดังกล่าว มักเป็นบริการสังคมเพื่อมุ่งเน้นในด้านการฟื้นฟู บำบัด รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพให้แก่กลุ่มคนเหล่านี้ อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเป็นสุขบนพื้นฐานของการเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

องค์การอนามัยโลก (WHO) (World health organization, 2017: 2) กล่าวถึง”ระบบการดูแลระยะยาว” (Long-term care system) หมายถึง การระบบบริการแห่งชาติที่ให้การดูแลระยะยาวแบบบูรณาการที่เหมาะสมและสามารถเข้าถึงได้และรักษาสิทธิของผู้สูงอายุ และผู้ดูแลรักษาเท่าเทียมกัน อาจเกิดจากการรวมกันของครอบครัว สังคม ภาครัฐบาล ภาคเอกชน ขึ้นอยู่กับบริบทของประเทศนั้นๆ รัฐบาลไม่จำเป็นต้องทำทุกอย่าง แต่ควรรับผิดชอบภาครวมเพื่อให้ระบบทำงานได้ดี

ระบบการดูแลระยะยาว มีความหมายสามารถสรุปได้ดังนี้ เป็นการให้บริการด้านสาธารณสุขและสังคมโดยมีรัฐบาลเป็นผู้รับชอบหลัก และให้สามารถเข้าถึงบริการและให้บริการครอบคลุมในทุกมิติทั้งสังคม สุขภาพ เศรษฐกิจ และสภาพแวดล้อมแก่บุคคลทุกกลุ่มอายุที่มีภาวะยากลำบากจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ประสบอุบัติเหตุ ความพิการ ตลอดจนผู้สูงอายุที่ชราภาพไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน โดยให้การดูแลในรูปแบบที่เป็นทางการ (บุคลากรด้านสุขภาพและสังคม) และไม่เป็นทางการ (เพื่อน ครอบครัว เพื่อนบ้าน) โดยผู้ดูแลต้องผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุที่ได้มาตรฐาน เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเป็นสุขบนพื้นฐานของการเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

1.2 แนวคิด และรูปแบบระบบการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

1) แนวคิดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่ เป็นแนวคิดที่เน้นผู้สูงอายุสามารถอาศัยอยู่ที่บ้านตนเองในชุมชนได้อย่างมีศักดิ์ศรี โดยใช้กลไกหลักในการบริหารและบูรณาการการจัดการบริการต่างๆที่ลงไปสู่ชุมชน จำเป็นต้องมีผู้จัดการการดูแล (Care manager: CM) เพื่ออำนวยความสะดวกเข้าถึงบริการที่จำเป็น เพื่อให้ครอบคลุมบริการทั้งการดูแลกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงแล้ว และการป้องกันกลุ่มเสี่ยงมิให้เข้าสู่ภาวะพึ่งพิง เพื่อให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตได้ และลดภาระการดูแลในระยะยาว (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, 2561; สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

(1) แนวคิดหลักในการพัฒนา คือ พัฒนาจากต้นทุนทางสังคมและทรัพยากรที่มีอยู่ โดยในขณะนี้เป็นที่ยอมรับกันทั่วไปว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นกลไกหลักในการบูรณาการการจัดการบริการต่างๆที่ลงไปสู่ชุมชน ขณะเดียวกันในปัจจุบัน กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ซึ่งเกิดจากการความร่วมมือระหว่าง สปสช. และ อปท. เป็นกลไกหลัก ในการสนับสนุนการดำเนินงานต่างๆในชุมชน ขณะเดียวกันเรามีทรัพยากรบุคคลที่มีอยู่ในชุมชนที่สามารถ สนับสนุนการดำเนินงานเรื่องนี้ได้ เช่น อสม. อผส. อผก. ผู้ช่วยเหลือดูแลรวมถึงชมรมผู้สูงอายุที่มีการจัดตั้งในทุกพื้นที่

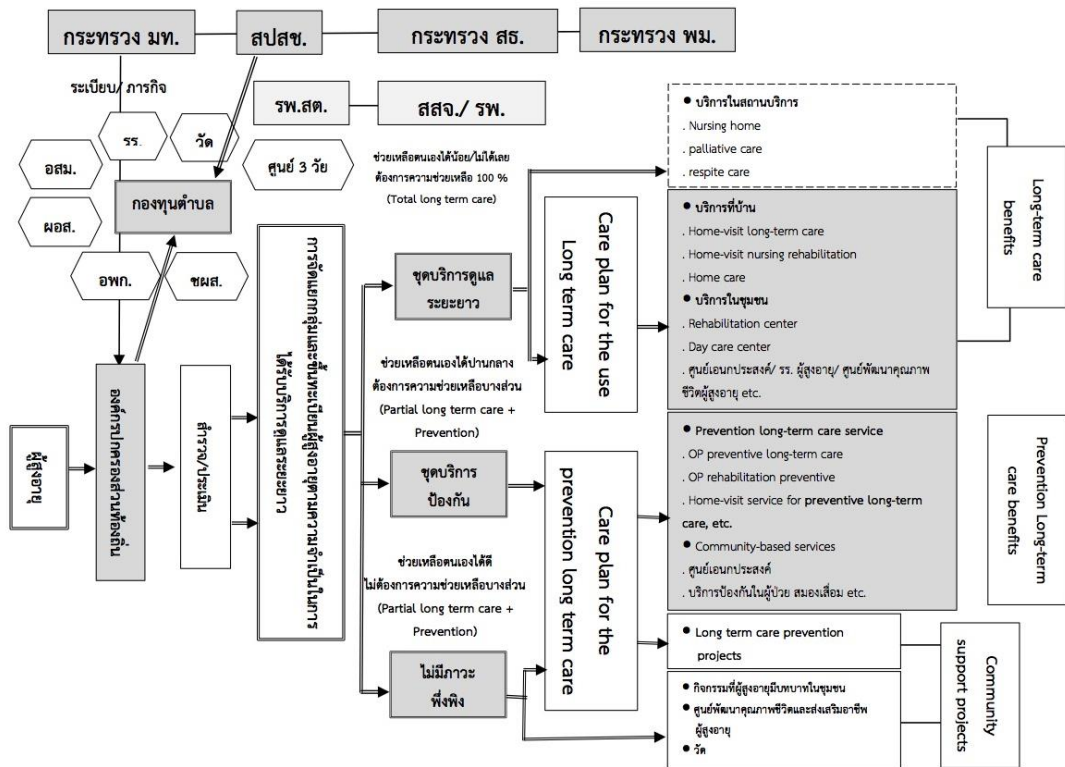
(2) เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม จำเป็นต้องมีการสำรวจและจำแนกผู้สูงอายุโดยผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ตามระดับการพึ่งพิงของผู้สูงอายุโดยจำแนกผู้สูงอายุเป็นสองกลุ่ม คือ 1) กลุ่มติดบ้านหรือกลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง มีปัญหาการกิน/การขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง และกลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง มีปัญหาการกิน/การขับถ่าย มีภาวะสับสนทางสมอง 2) กลุ่มติดเตียงหรือกลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ มีปัญหาการกิน/การขับถ่าย หรือเจ็บป่วยรุนแรง และกลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ มีปัญหาการกิน/การขับถ่ายเจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต

(3) ต้องมีการประเมินระดับการพึ่งพิงและความต้องการการสนับสนุนในการดูแลระยะยาวซ้ำทั้งสี่กลุ่ม โดยผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในพื้นที่ (LTC manager) เพื่อประเมินความจำเป็นด้านสาธารณสุขของผู้สูงอายุแต่ละราย

(4) ผู้จัดการระบบฯ ต้องนำข้อมูลของผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแล ประชุมร่วมกับภาคีภาคส่วนเกี่ยวข้องและทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อวางแผนการดูแลแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละรายรวมถึงกำหนดบทบาทของภาคีเครือข่าย

(5) ระบบการดูแลที่จัดครอบคลุมบริการด้านสาธารณสุข โดยในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงมากหรือเคลื่อนไหวไม่ได้ (ติดเตียง) มุ่งเน้นฟื้นฟู ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะตามมาและการดูแลช่วยเหลือด้านการกินอยู่ในชีวิตประจำวัน ส่วนกลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง (ติดบ้าน) มุ่งเน้นการฟื้นฟู ป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง เพื่อให้ผู้สูงอายุดำรงชีพได้อย่างอิสระได้นานที่สุดและลดภาระในการดูแลในระยะยาว

(6) บุคลากรที่จำเป็นในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในพื้นที่ คือ 1) ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาว ทำหน้าที่ ค้นหา ประเมิน วางแผนและจัดการให้ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (ติดบ้าน/ติดเตียง) สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างเหมาะสม, ร่วมประชุมภาคีเครือข่ายและทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลเฉพาะราย, ติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงาน, มอบหมายภารกิจให้ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุภาคทางการ เข้าไปจัดบริการด้านสาธารณสุขและสรุปประเมินผลการดำเนินงาน และ 2) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุภาคทางการ (Care giver) ต้องได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่ได้มาตรฐาน ให้การช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ญัตติารัตน์ บาลจ่าย, 2560)



รูปภาพที่ 1 แนวคิดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
ที่มา: สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, 2561: 32 ;สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559: 5

2) แนวคิดการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเรื้อรังที่มีการเจ็บป่วย ต้องดูแลในระยะยาว ได้รับการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยให้อยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การเจ็บป่วยของผู้ป่วยแต่ละราย (Eliopoulos, 2005 อ้างอิงใน ศิริพันธ์ุ สาสัตย์, 2554) ดังนี้

(1) การดูแลให้คงอยู่ของระดับความสามารถในการดูแลตนเอง (Maintain or improve self-care capacity) ผู้ป่วยต้องการรับประทานอาหารที่ไม่เหมือนเดิม เปลี่ยนกิจกรรมให้เหมาะสมกับโรคที่เป็น ในเรื่องการดูแลรักษาตามโรคที่ป่วย และต้องใช้อุปกรณ์ต่างๆ ดังนั้น ควรประเมินความต้องการนั้นว่าได้รับการตอบสนองหรือไม่ พยาบาลมีหน้าที่ช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีความสามารถผ่านการประเมินเหล่านี้ โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการดำรงอาการ หรือปรับปรุงสุขภาพ ส่งเสริมระดับการช่วยเหลือตนเอง การใช้เครื่องช่วยเหลือ หรือให้ดูแลการช่วยเหลือเป็นระยะๆ

(2) การจัดการกับโรคอย่างมีประสิทธิภาพ (Manage the disease effectively) แต่ละบุคคลควร ได้รับความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเองและได้รับการดูแลรักษาที่เกี่ยวข้อง และอาจต้องมีทักษะที่ดี เช่น การฉีดยาเบาหวานหรือการทำแผล เป็นต้น อย่างไรก็ตาม แรงจูงใจมีส่วนสำคัญในการรวบรวมความรู้ และทักษะการช่วยเหลือตนเองให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น การประเมินปัจจัยทางด้านแรงจูงใจ การ วางแผน และการนำยุทธศาสตร์ไปปฏิบัติเพื่อส่งเสริมแรงจูงใจจึงเป็นประเด็นที่มีความสำคัญยิ่ง

(3) ความสามารถกระตุ้นการหายของร่างกาย (Boost the body's healing abilities) พยาบาลมีหน้าที่ ช่วยรวบรวมแหล่งพลังงานสำรองตามธรรมชาติที่มีอยู่ของผู้ป่วย ดังนั้น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การจัดการกับความเครียด (Stress management) การจินตนาการโดยการชี้นำ (Guided imagery) และ การตอบสนองของระบบชีววิทยา เป็นการส่งเสริมการหายด้วยตนเอง (self-healing) ที่ควรนำมาใช้

(4) การป้องกันภาวะแทรกซ้อน (Prevent complications) จากโรคเรื้อรังที่ส่งผล ทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อ การได้รับบาดเจ็บและภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ และภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้มี ผลทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยลดลงและมีความพิการเพิ่มขึ้น เช่น จากผู้ป่วยเบาหวานที่ยังมีชีวิตอยู่อย่างมีความสุขไปเป็นผู้ป่วยที่ตาบอด ดังนั้น การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจึงมีความจำเป็น โดยการระบุแนวโน้มของภาวะเสี่ยง ป้องกันภาวะเสี่ยงอย่างจริงจังและรับรู้ว่ภาวะเสี่ยงสามารถเปลี่ยนไปตามระยะเวลา

(5) การชะลอความเสื่อมถอย (Delay deterioration and decline) โรคเรื้อรังโดยปกติแล้ว อาการของโรคเรื้อรังนั้นจะแย่ลงไปเรื่อย ๆ ดังนั้นการดูแลและการระบุปัญหาต้องทำให้เร็วที่สุด และเป็นสิ่งสำคัญ ต่อวางแผนการพยาบาล การรักษา และป้องกันภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากผู้ป่วยมีสามารถดูแลตนเองได้ลดน้อยลง

(6) การส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตสูงสุด (promote the highest possible quality of life) ช่วยให้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมที่ได้รางวัล และสร้างความสนุกสนาน และผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการต่างๆ ด้วยวิธีการให้คำปรึกษา ทำงานอดิเรก พร้อมทั้งส่งเสริมความรู้สึกรับรู้กับตนเอง (Promote positive self-concept) และ พอใจในการดำเนินชีวิต (Lifestyle)

(7) การดูแลให้เสียชีวิตปราศจากความทรมานและมีศักดิ์ศรี (Die with comfort and dignity) เมื่อสุขภาพอ่อนแอ ผู้สูงอายุจะต้องเผชิญกับวาระสุดท้ายของชีวิต ต้องการการ

สนับสนุนทั้งทางด้าน ร่างกายและจิตใจเพิ่มมากขึ้น สิ่งสำคัญก็คือ การดูแลให้มีความสุขสบาย ช่วยเหลือในความต้องการขั้นพื้นฐานต่าง ๆ พยาบาลควรมีความไวในฟังหรือการพูดคุยกับผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต และให้ความมั่นใจว่าจะอยู่ดูแลผู้ป่วยตลอดเวลาในช่วงเวลานี้

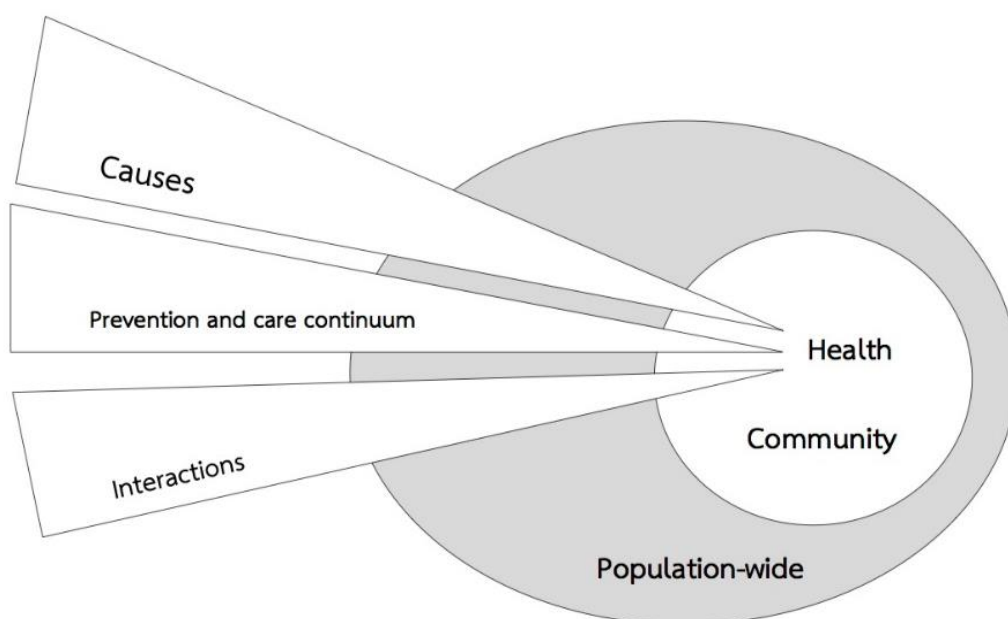
3) แนวคิดการดูแลเพื่อการฟื้นคืนสภาพ (Restorative care) เป็นที่ที่สหสาขาวิชาชีพด้านสุขภาพให้การช่วยเหลือผู้พักอาศัยให้บรรลุความสามารถที่เหมาะสมของตนเอง เป็นความรับผิดชอบของพยาบาลในการช่วยเหลือสมาชิกในสหสาขาวิชาชีพในการประเมินผู้พักอาศัย การวางแผน ดำเนินโปรแกรมการและการดำเนินโปรแกรมเพื่อฟื้นคืนสภาพ (Hegner & Gerlach, 2007) ซึ่งจะแตกต่าง จากการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) ตรงที่เป็นการปฏิบัติโดยผู้ที่มีทักษะในการบำบัด มีความเข้มข้น ในการปฏิบัติและกำหนดระยะเวลาที่แน่นอนซึ่งเป็นบริการทางด้านสุขภาพที่เฉพาะพิเศษ

กิจกรรมการดูแลดูแลเพื่อการฟื้นคืนสภาพ เป็นแนวคิดที่มีพื้นฐานมาจากสิทธิของผู้พักอาศัย ใน สถานดูแลระยะยาวทุกคนในประเทศสหรัฐอเมริกา (The residents' Rights) ที่จะต้องได้รับการส่งเสริม ความเป็นอิสระ (Residents' independence must be promoted) เป็นกิจกรรมเพื่อฝึกปฏิบัติการ ดูแลตนเองตามความสามารถของบุคคล การช่วยเหลือในการเคลื่อนย้าย รวมทั้งการเดินออกกำลังกาย การรับประทานอาหารและการแต่งตัว การคงไว้ซึ่งความสามารถในการเคลื่อนไหวข้อต่างๆ ของร่างกาย การ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน การพลิกตะแคงตัวเพื่อป้องกันแผลกดทับและการจัดทำที่เหมาะสม การฝึกการ กลืนปัสสาวะ อุจจาระ และการฝึกการใช้กายอุปกรณ์ต่างๆ (Hegner & Gerlach, 2007) การดูแลเพื่อการฟื้นคืนสภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อ (Hegner & Gerlach, 2007)

- (1) เพิ่มความสามารถของร่างกายที่รวมถึงการเคลื่อนไหวเพื่อเป็นการป้องกันข้อติดยึดและเป็นการ ออกกำลังกายข้อและกล้ามเนื้อและการดูแลตนเอง
- (2) การป้องกันภาวะแทรกซ้อน จากข้อจำกัดทางด้านสุขภาพจิตและด้านร่างกาย
- (3) การคงระดับความสามารถในปัจจุบัน เพื่อเป็นการดำรงไว้ซึ่งความสามารถของบุคคล
- (4) ช่วยให้ปรับตัวกับข้อจำกัดอันเนื่องมาจากความพิการ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวเข้ากับข้อจำกัดของร่างกายอันเนื่องมาจากความพิการและทุพพลภาพได้
- (5) เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้พักอาศัย

4) กรอบแนวคิดสาธารณสุข (Public health framework) เป็นกรอบแนวคิดสาธารณสุขที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับการกรอบแนวคิดการดูแลระยะยาวขององค์การอนามัยโลก

สหรัฐอเมริกาพัฒนากรอบแนวคิดสาธารณสุขขึ้น ในช่วงปี พ.ศ. 2543 – 2546 โดยมีสาระสำคัญ คือ การลดภาระโรคเรื้อรังนั้นจะต้องมีการสนับสนุน 3 ระดับ คือ 1) นโยบายที่ครอบคลุมประชากรในวงกว้าง 2) กิจกรรมในระดับชุมชน และ 3) บริการด้านสุขภาพ ซึ่งนอกจากการให้การรักษาแล้วยังต้องมีบริการส่งเสริมและป้องกัน ดูแลต่อเนื่องด้วย และที่สำคัญที่สุดคือ ทั้ง 3 ระดับ ต้องมีปฏิสัมพันธ์กันอย่างมีประสิทธิภาพ (วิราภรณ์ โพธิศิริ และคณะ, 2559)

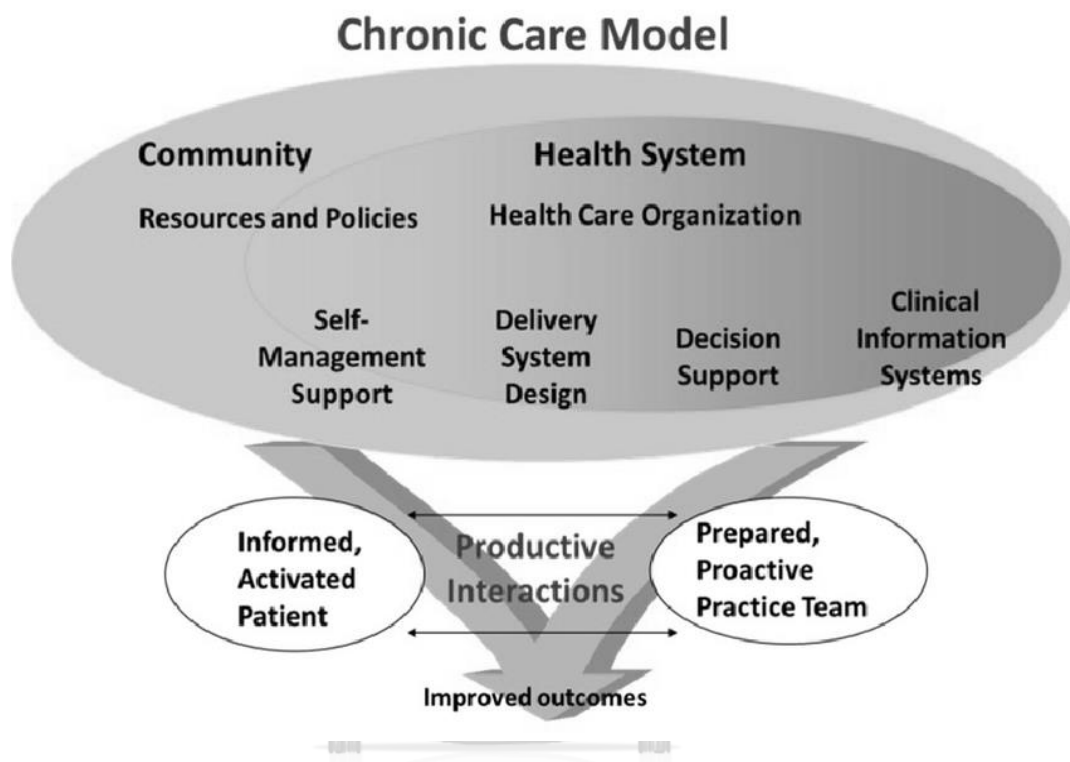


รูปภาพที่ 2 กรอบแนวคิดสาธารณสุข

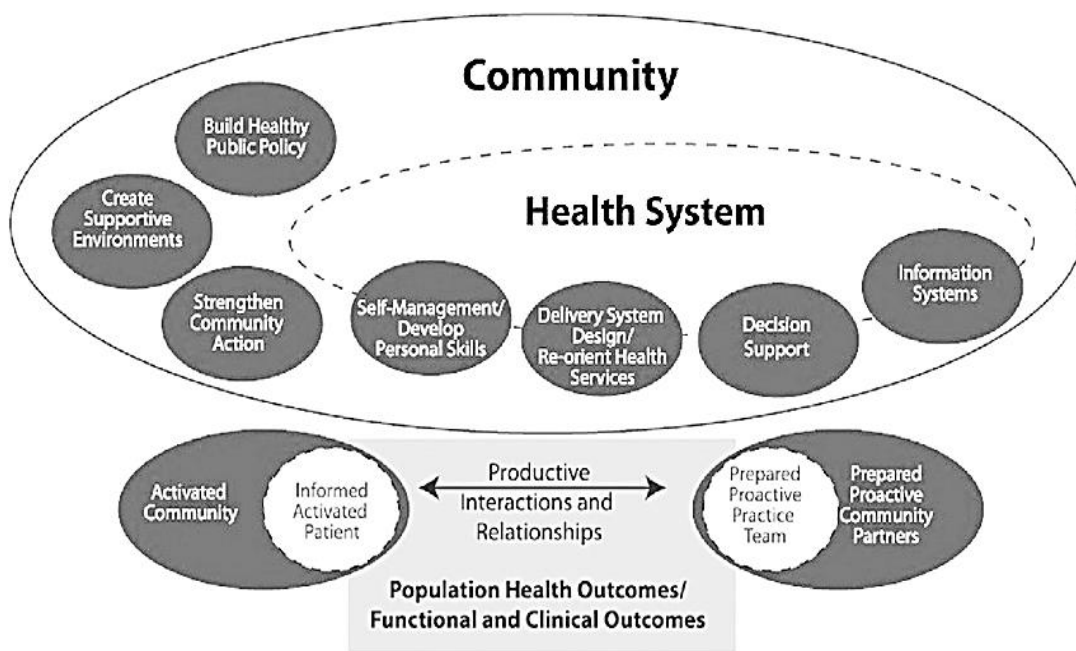
ที่มา: วิราภรณ์ โพธิศิริ และคณะ, 2559: 32

5) กรอบแนวคิดการดูแลโรคเรื้อรังแบบเดิมและปรับปรุงใหม่ (Chronic care framework and expanded chronic care framework) ซึ่งกรอบแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังถูกพัฒนาขึ้นในปี พ.ศ. 2541 โดย Edward Wagner และกลุ่มนักวิจัย MacColl Center of Healthcare innovation เพื่อให้เป็นต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรัง กรอบแนวคิดนี้มีการสร้างปฏิสัมพันธ์อย่างมีประสิทธิภาพ (Productive interactions) ระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการทางการแพทย์ องค์ประกอบของการดูแลโรคเรื้อรัง 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ระบบการดูแลสุขภาพ 2) การจัดการตนเองของคนไข้ 3) การสนับสนุนการตัดสินใจในการให้การรักษ 4) การออกแบบระบบให้บริการ 5) ระบบฐานข้อมูลทางคลินิก และ 6) ทรัพยากรชุมชน ซึ่งกรอบแนวคิดนี้ครอบคลุมไปถึงบริบทชุมชนด้วย เช่น ทรัพยากรบุคคล เงิน และนโยบายการเมือง จากกรอบแนวคิดการดูแลโรคเรื้อรังไปทดลองใช้ในประเทศและพื้นที่ต่างๆ จนปี พ.ศ. 2546 ได้มีการปรับปรุงกรอบแนวคิดดังกล่าว

โดยเพิ่มองค์ประกอบใหม่อีก 5 องค์ประกอบ ได้แก่ ศักยภาพของชุมชน ความปลอดภัยของผู้ป่วย การประสานการดูแลการจัดการรายกรณี (Case management) และนโยบายของชุมชน ซึ่งรวมไปถึงนโยบายสาธารณะต่างๆ ซึ่งกรอบแนวคิดนี้เน้นให้ความสำคัญกับบทบาทของชุมชนและนโยบายของภาครัฐในการปรับปรุงให้บริการดูแลระยะยาว (วิราภรณ์ โพธิศิริ และคณะ, 2559)



รูปภาพที่ 3 Chronic care model (แนวคิดการดูแลโรคเรื้อรังแบบเดิม)
ที่มา: วิราภรณ์ โพธิศิริ และคณะ, 2559: 30



รูปภาพที่ 4 Chronic care model (แนวทางการดูแลโรคเรื้อรังแบบใหม่)

ที่มา: วิจารณ์ โปธิศิริ และคณะ, 2559: 31

6) แนวคิดการดูแลตนเอง (Concept of Self-Care) จากการเปลี่ยนแปลงในด้านร่างกาย ด้านจิตใจและอารมณ์จากความเสื่อมของสมรรถภาพของร่างกาย และการเปลี่ยนแปลงด้านสังคมของผู้สูงอายุ นั้น ส่งผลให้ระบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลง จึงมีความจำเป็นที่ผู้สูงอายุต้องการ การช่วยเหลือดูแลจากบุคคลอื่น เพื่อสามารถที่จะกลับมารับผิดชอบดูแลตนเองได้ตามความสามารถที่มีอยู่ขณะนั้น ซึ่ง โอเร็ม (Orem, 1985: 88) กล่าวว่า ความต้องการการดูแลตนเองเป็นกิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมด ที่บุคคลต้องกระทำในระยะหนึ่ง เพื่อที่จะตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเอง (Self-care requisites) ซึ่งทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็มประกอบด้วย 3 ทฤษฎีที่สำคัญ ได้แก่

(5.1) ทฤษฎีดูแลตัวเอง (Self-care Theory)

(5.2) ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (The theory of self-care deficit)

(5.3) ทฤษฎีระบบพยาบาล (The theory of Nursing system)

7) รูปแบบระบบการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

หลังจากได้มีแนวคิดระบบการดูแลระยะยาวที่หลายหลากแนวคิด ยังพบว่า ศิริพันธ์ สาส์ตย์ ทศนา ชูวรรณะปกรณ์ และเพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์ (2552) ได้ศึกษารูปแบบการดูแล

ผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทยภายหลังการวิเคราะห์และสังเคราะห์ ข้อมูลได้แบ่งการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ได้ 2 รูปแบบ ดังนี้

(1) รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระดับพื้นฐาน (Low care or basic care) เป็นการดูแลผู้สูงอายุที่ เน้นการดูแลทางด้านสังคมและสวัสดิการ การช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันหรือช่วยเหลือการดำรงชีวิต โดยที่ไม่เน้นการรักษาจากแพทย์ แต่จะเน้นการดูแลการรับประทานอาหาร การช่วยเหลือด้านการเคลื่อนไหว และการใช้อุปกรณ์ช่วยการเคลื่อนไหว การดูแลระยะยาวที่อยู่ในระดับนี้ มักจะพบในบ้านพักคนชรา (Residential home) และสถานช่วยเหลือเพื่อการดำรงชีวิต (Assisted living) และการดูแลระดับ นี้ส่วนใหญ่จะไม่มีแพทย์ประจำ หน้าที่หลักเป็นของนักสังคมสงเคราะห์ นักอาชีวบำบัด นักโภชนากร อาจ มีพยาบาลวิชาชีพจำนวน 1-2 คนเจ้าหน้าที่ระดับต่ำกว่าพยาบาลและอาจมีนักกายภาพบำบัดการดูแล ระดับพื้นฐานแม้ไม่มีแพทย์ให้การรักษาโดยตรง แต่ผู้สูงอายุได้รับยาที่รับประทานประจำตามโรคเรื้อรังที่ ได้รับการรักษามาก่อนอย่างสม่ำเสมอ หากมีการเจ็บป่วยที่มากขึ้น ก็จะได้รับส่งต่อเพื่อการวินิจฉัยและ รักษา รวมทั้งได้รับบริการส่งผู้สูงอายุไปรับยา หรือตรวจตามแพทย์นัด

(2) รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระดับสูง (High care) เป็นการดูแลที่ต้องการการดูแลค่อนข้างมาก ผู้สูงอายุมักมีการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ยังต้องการการช่วยเหลือดูแล การพยาบาล การติดตามอาการและการรักษา จากแพทย์ สถานดูแลระยะยาวที่มีการดูแลในระดับสูงมักพบได้ในสถานบริบาล (Nursing Home) สถาน ดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล(Long-term care hospital) และสถานดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย (Hospice care) ที่ให้บริการดูแลเพื่อฟื้นฟูสภาพ การคงสภาพการทำหน้าที่ของร่างกายและการดูแลแบบ ประคับประคอง เช่น ให้ยาแก้ปวด ยาคลายเครียด ยาบรรเทาอาการต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแล ระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นการดูแลแบบประคับประคองในผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรังและอยู่ในระยะสุดท้ายที่ไม่ สามารถรักษาให้หายได้ จะไม่มีการให้เลือด ให้ยาเพื่อการรักษา ผ่าตัดหรือใส่อุปกรณ์ต่างๆ เพื่อแก้ไขปัญหา รีบด่วน ได้แก่ ไม่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ไม่ให้ยาปฏิชีวนะหรือช่วยชีวิต (Do not resuscitate หรือ DNR) การดูแลจะเน้นการดูแลความสุขสบายทั่วไป การทุเลาจากความทุกข์ทรมาน และการดูแลแบบองค์รวมที่มี ความมุ่งเน้นที่การดูแลจิตวิญญาณค่อนข้างมากที่ต้องมีผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์การทำงานมาพอสมควร

ตารางที่ 1 ประเภทและชนิดบริการ/กิจกรรมที่ควรมีตามระดับภาวะพึ่งพิง

ภาวะพึ่งพิง	ต่ำสุด	➔		สูงสุด
สถานที่	บ้าน/ชุมชน	----->		
อาศัย		-----> สถาบัน		
บริการด้าน	กิจกรรมด้านเศรษฐกิจ	ส่งเสริมสนับสนุน	การดูแลในกิจวัตรประจำวัน	
สังคม	สังคม ภูมิปัญญา วัฒนธรรม	ครอบครัวในการดูแล ผู้สูงอายุ		
บริการด้าน	การส่งเสริมสุขภาพการ	การฟื้นฟูสมรรถภาพใน	การพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพ	
สุขภาพ	ดูแลโรคเรื้อรัง	ชุมชน	-เวรเพื่อนบ้าน/อผส./ผู้ช่วย	
บริการ/	-ป้องกันภาวะพึ่งพิง	-เพื่อช่วยเพื่อน	ดูแลที่บ้าน/ครอบครัวอุปถัมภ์	
กิจกรรมที่	-ร่วมจัด ร่วมกิจกรรม	-เพื่อนบ้าน/อผส.	-บริการพยาบาลที่บ้าน (ทำ	
ควรมี	ด้านนันทนาการ ศาสนา	-ศูนย์ดูแลกลางวัน	แผล เปลี่ยนสาย)	
	ศิลปะ วัฒนธรรม	-ศูนย์ดูแลชั่วคราว	-การฟื้นฟูสุขภาพที่บ้าน	
	-จิตอาสา	-ผู้ช่วยงานบ้าน	-ทีมเยี่ยมบ้าน	
	-สร้างเสริมสุขภาพ	-การฟื้นฟูสมรรถภาพใน	การฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน	
	-อำนวยความสะดวก	ชุมชน/สถานพยาบาล	-คลังอุปกรณ์, แบ่งปันอาหาร	
	ด้าน อาคาร สถานที่	-เบี้ยยังชีพ	-ศูนย์ดูแลกลางวัน/ชั่วคราว	
	-การเดินทาง		-การอาศัยในสถานดูแลระยะ	
	-การส่งเสริมอาชีพ		ยาวแบบถาวร	
	รายได้ เบี้ยยังชีพ		-เบี้ยยังชีพ/เบี้ยผู้พิการ	
ผู้ให้บริการ	-ครอบครัว	-ครอบครัว,อาสาสมัคร	-ครอบครัว, อาสาสมัคร	
	-ศูนย์เอนกประสงค์	-ชมรมผู้สูงอายุ	-ผู้ช่วยดูแล	
	-ชมรมผู้สูงอายุ	-สถานพยาบาลในพื้นที่	-สถานพยาบาลในพื้นที่	
	-สถานสงเคราะห์	-ศูนย์เอนกประสงค์	-ศูนย์เอนกประสงค์	
	ผู้สูงอายุ	-สถานสงเคราะห์	-สถานบริบาลระยะยาว	
	-องค์กรปกครองส่วน	-องค์กรปกครองส่วน	-องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	
	ท้องถิ่น	ท้องถิ่น		

ที่มา: สัมฤทธิ์ ศรีธีระรังสวัสดิ์ และกนิษฐา บุญธรรมเจริญ, 2553: 65

รูปแบบและแนวคิดระบบการดูแลระยะยาวนั้น สามารถสรุปได้ดังนี้ แนวคิดมุ่งเน้นจัดระบบบริการเพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุข โดยจัดบริการให้ตั้งแต่ การส่งเสริมสุขภาพ การดูแลโรคเรื้อรัง ฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้บริการทั้งในชุมชนและในสถานบริการต่างๆ โดยพัฒนาจากทรัพยากรหรือต้นทุนที่มีอยู่ปัจจุบัน พร้อมทั้งความมีส่วนร่วมของสาธารณสุข ภาคี

เครือข่าย ครอบครัว และสังคม โดยมุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง/ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลตนเอง/ผู้สูงอายุตามระดับภาวะพึ่งพิงแต่ละรายได้อย่างเหมาะสม, ชะลอความเสื่อมถอยของร่างกาย และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

ประเทศไทยได้เริ่มเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของจำนวนประชากร ตั้งแต่ พ.ศ. 2543 คือ มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 5,838,000 คน คิดเป็นร้อยละ 9.38 ของประชากรทั้งหมด และสถานการณ์ผู้สูงอายุของประเทศไทยในปัจจุบันปี พ.ศ. 2561 มีประชากรผู้สูงอายุจำนวน 11,770,000 คน คิดเป็นร้อยละ 17.77 ของประชากรทั้งหมด (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2561) และมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น พร้อมทั้งการศึกษา ความหมาย แนวคิด และรูปแบบระบบการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ได้กล่าวไปข้างต้นแล้ว ทำให้รัฐบาลได้มุ่งเน้นการขับเคลื่อนพัฒนานโยบาย และการจัดสรรเงินระบบการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวของประเทศไทย โดยได้มีการขับเคลื่อนเป็นระยะที่มองเป็นรูปธรรม ในปี พ.ศ. 2550 และได้ถูกรับเป็นนโยบายของรัฐบาลและมิงงบประมาณสนับสนุนใน ปีงบประมาณ 2559 เป็นต้นมา ซึ่งการขับเคลื่อนต่างๆ เพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวของประเทศไทยในช่วงเวลาที่ผ่านมา มีดังต่อไปนี้

1.3 การขับเคลื่อนพัฒนานโยบาย และการจัดสรรเงินระบบการดูแลระยะยาว

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2015 อ้างใน สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ, 2561: 27) ได้ออกรายงานโลก เรื่องการสูงอายุและสุขภาพ (Ageing and Health) โดยเสนอให้มีประเด็นสำคัญ 4 ด้าน ที่ทุกประเทศควรดำเนินการเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ คือ 1) การปรับระบบบริการสุขภาพ เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ โดยพัฒนาระบบบริการที่ยึดผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางและบูรณาการ (older-person-centered and integrated care) ปรับระบบให้เสริมสร้างและพัฒนาสมรรถนะผู้สูงอายุในการปฏิบัติกิจวัตรต่างๆ และพัฒนากำลังคนรองรับสังคมผู้สูงอายุ 2) พัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (Long term care: LTC) ให้บริการสาธารณะ กำหนดขอบเขตความรับผิดชอบของหน่วยงานต่างๆ ที่ชัดเจน มีระบบการคลังที่เป็นธรรมและยั่งยืน พัฒนาและบำรุงรักษากำลังคนในการดูแลระยะยาว และดูแลเรื่องคุณภาพบริการ 3) สร้างสิ่งแวดล้อมให้เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (age-friendly environment) สนับสนุนให้ทุกนโยบายของรัฐบาลกลางหรือรัฐบาลท้องถิ่นต้องคำนึงถึงการสูงวัยอย่างมีสุขภาพ (health ageing in all policies) และพัฒนาการวัด การติดตามประเมินและเข้าใจเกี่ยวกับประเด็นผู้สูงอายุ

1) การขับเคลื่อนก่อนการเกิดนโยบายการดูแลระยะยาวของรัฐบาล

การขับเคลื่อนการพัฒนาาระบบการดูแลระยะยาวของไทยมีการดำเนินการมาอย่างต่อเนื่องซึ่งในการขับเคลื่อนนั้นเป็นการขับเคลื่อนในลักษณะสนับสนุน สามารถจำแนกการขับเคลื่อนออกเป็นสี่ด้าน ดังสรุปแสดงในรูปภาพที่ 5 (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ, 2561) มีดังนี้

(1) การสร้างและจัดการองค์ความรู้ เป็นการสร้างและจัดการองค์ความรู้เพื่อมาสนับสนุนและขับเคลื่อนการพัฒนานโยบายการดูแลระยะยาว โดยช่วงแรกของการศึกษามุ่งเน้นไปที่การเตรียมข้อมูลเพื่อทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 เป็นการศึกษเกี่ยวกับสุขภาพ ความเป็นอยู่ ระบบการดูแลและสนับสนุนผู้สูงอายุในชุมชนเป็นหลัก โดยไม่ได้ระบุเจาะจงสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนั้นมีการดำเนินการอย่างมีระบบมากขึ้นในช่วงหลังมีแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 แล้ว โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) เป็นหลักในช่วงแรกและสมทบด้วยมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) ในช่วงหลังก่อตั้งปี 2550 โดยการวิจัยช่วงนี้มุ่งหาคำตอบเพื่อการขับเคลื่อนการพัฒนา ระบบการดูแลระยะยาวในพื้นที่ต่างๆ ขึ้นโดยได้รับการสนับสนุนจากทั้งองค์กรในและต่างประเทศ เช่น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และองค์การความร่วมมือระหว่างประเทศแห่งญี่ปุ่น (Japan International Cooperation Agency: JICA) ซึ่งองค์ความรู้ที่ได้นำไปสู่การสนับสนุนการขับเคลื่อนของภาคประชาชนและการพัฒนานโยบาย

(2) การพัฒนาระบบที่เอื้อต่อระบบการดูแลระยะยาว การพัฒนาระบบต่างๆ ในชุมชนช่วงที่ผ่านมาเป็นต้นทุนที่เอื้อต่อการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวในชุมชน เริ่มจากมีระบบบริการปฐมภูมิที่มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) กระจายได้ครอบคลุมทุกตำบล และมีระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอที่เชื่อมโยงกัน การมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เข้ามามีบทบาทในการดูแลความเป็นอยู่และคุณภาพชีวิตของประชาชนถึงระดับตำบล การมีกองทุนสุขภาพตำบลภายใต้การสมทบร่วมกับ สปสช. และ อปท. ที่เอื้อให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีบทบาทร่วมในการจัดการปัญหาสุขภาพในชุมชนของตนเอง การมีกองทุนพื้นฟูจังหวัดภายใต้การสมทบร่วมของ สปสช. ร่วมกับองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) รวมถึงการมีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) และอาสาสมัครดูแลผู้พิการในแทบทุกตำบล โดยเกิดจากทางกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ไปจัดอบรมและให้ท้องถิ่นสนับสนุนการดำเนินงานต่อ นอกจากนั้นยังมีพื้นที่หลายแห่งที่พัฒนาและดำเนินการจัดบริการดูแลระยะยาวในชุมชนด้วยตนเองเพื่อตอบสนองต่อความจำเป็นและความต้องการการบริการของประชาชนในพื้นที่

(3) การขับเคลื่อนภาคประชาสังคม มีการเคลื่อนไหวผลักดันเรื่องนี้ผ่านสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในปี พ.ศ. 2552 และสมัชชาผู้สูงอายุแห่งชาติในปีเดียวกัน โดยเสนอเรื่องการพัฒนา ระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุและผู้พิการ และได้มีมติของสมัชชาผู้สูงอายุแห่งชาตินั้นได้ถูก

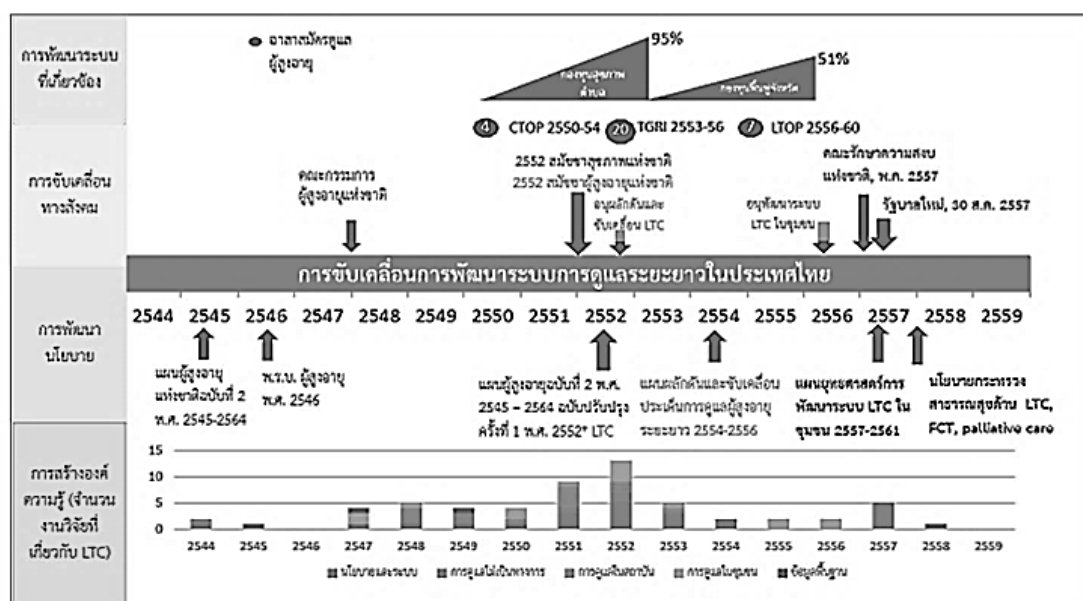
คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาตินำไปผลักดันขับเคลื่อนต่อ โดยมีการตั้งคณะกรรมการเพื่อผลักดันและขับเคลื่อนประเด็นการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ซึ่งคณะกรรมการชุดนี้ได้ทำแผนผลักดันและขับเคลื่อนการพัฒนาาระบบการดูแลระยะยาวเป็นแผนสามปี (พ.ศ. 2554 – 2556)

(4) การพัฒนานโยบายและระบบการดูแลระยะยาว ประเด็นเรื่องการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนั้นมีการระบุไว้ชัดเจนเป็นครั้งแรกในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 ปรับปรุง ครั้งที่ 1 ในปี พ.ศ. 2552 ซึ่งเกิดขึ้นในช่วงปีเดียวกันกับที่สมัชชาสุขภาพแห่งชาติและสมัชชาผู้สูงอายุแห่งชาติมีมติเรื่องนี้ การพัฒนาที่เป็นรูปธรรมมากขึ้นจากแผนปฏิบัติการผลักดันและขับเคลื่อนประเด็นการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ภายใต้คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ แต่ยังไม่มียกเฉพาะ ทำให้การดำเนินงานตามแผนเป็นไปได้จำกัด และต้องอาศัยงบประมาณของตนเองในการดำเนินงาน ต่อมาในปี พ.ศ. 2556 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ตั้งอนุกรรมการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงขึ้น พร้อมทั้งได้ทำแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง พ.ศ. 2557 – 2561 ขึ้น ซึ่งแผนยุทธศาสตร์ ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ แต่ถึงจะมีแผนยุทธศาสตร์แล้วแต่ในเรื่องของการเสนองบประมาณยังมีความไม่ชัดเจนในหลายส่วน คือ การบริหารจัดการงบประมาณ การบริหารระบบในพื้นที่ รายละเอียดของชุดสิทธิประโยชน์ มาตรฐานการดูแล และมาตรฐานกำลังคนที่ใช้ ดังนั้นในปี พ.ศ. 2557 จึงมีเพียงการนำร่องการดำเนินงานพื้นที่โดยมีรูปแบบการจัดการสองรูปแบบหลัก คือ รูปแบบอาศัยกลไกระบบสุขภาพอำเภอ และรูปแบบอาศัยกลไกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ผ่านกองทุนประกันสุขภาพตำบล เพื่อตอบประเด็นปัญหาที่ยังชัดเจนรวมถึงประเด็นการบูรณาการของบริการสุขภาพและบริการด้านสังคม (integration of service) และการขยายพื้นที่ดำเนินการ (scaling up)

2) การขับเคลื่อนแผนสูงอายุ/นโยบาย/ยุทธศาสตร์การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุ

ต่อมานโยบายการดูแลระยะยาวถูกกำหนดเป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในช่วงปลายปี พ.ศ. 2557 ภายหลังจากคณะกรรมการรักษาความสงบแห่งชาติ (คสช.) ยึดอำนาจ และแต่งตั้งรัฐบาลใหม่ในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2557 ร่วมกับมีนโยบายทีมหมอครอบครัว (Family Care Team) และการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) นโยบายดังกล่าวทำให้ต้องเร่งขยายพื้นที่ดำเนินงานภายใต้งบประมาณที่มีอยู่ โดยกำหนดให้ขยายการดำเนินงานไปยังทุกจังหวัดๆ ละ 1-3 อำเภอๆ ละ 1-3 ตำบล ในการดำเนินการจัดบริการดูแลระยะยาวจำเป็นต้องมีผู้จัดการการดูแล (Care manager: CM) และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care givers: CG) ก่อน กิจกรรมส่วนใหญ่ในระยะนี้จึงเป็นการเตรียมความพร้อมของพื้นที่เป็นหลัก เช่น การชี้แจง

ผู้บริหารและบุคลากรที่เกี่ยวข้องการอบรมผู้จัดการการดูแล (CM) การอบรมผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) และต่อมาในปีงบประมาณ 2559 จึงสามารถเจรจาให้งบประมาณเฉพาะ จำนวน 600 ล้านบาท สำหรับการจัดบริการดูแลระยะยาวภายใต้งบประมาณระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีเป้าหมายการดำเนินการพื้นที่ 1,000 ตำบล เป้าหมายผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียง จำนวน 100,000 คน ซึ่งถือได้ว่าเป็นจุดตั้งต้นของนโยบายและระบบการดูแลระยะยาวในประเทศไทย



รูปภาพที่ 5 ประมวลลำดับเหตุการณ์การขับเคลื่อนพัฒนานโยบายและระบบการดูแลระยะยาวของประเทศไทย

ที่มา: สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ, 2561: 29

หมายเหตุ

CTOP คือ โครงการ Community-based integrated health care and social welfare service model for older person in Thailand สนับสนุนโดย JICA ดำเนินการในสี่ตำบลระหว่างปี 2550 – 2554

TGR คือ มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) Thai Foundation of Gerontology Research and Development Institute นำร่องการพัฒนาาระบบการดูแลระยะยาวชุมชนในพื้นที่ 20 ตำบล ระหว่างปี 2553 – 2556

LTOP คือ โครงการ Long-term care service development for frail elderly and other vulnerable people สนับสนุนโดย JICA ดำเนินการพัฒนาในพื้นที่ 7 ตำบล ระหว่างปี 2556 -2560

FCT คือ หมอครอบครัว (Family Care Team), LTC คือ Long term care

(1) แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564) ฉบับปรับปรุงที่ 1 พ.ศ. 2552 ซึ่งแผนผู้สูงอายุฉบับที่ 2 และ ฉบับปรับปรุงที่ 1 กำหนดปรัชญาหลักไว้สามด้าน ดังนี้ 1) ผู้สูงอายุ ควรได้รับการส่งเสริมและเกื้อกูลจากรัฐ สังคม ครอบครัว และชุมชน ให้มีชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรี ไม่ใช่ผู้ด้อยโอกาส 2) ในเวลาที่ประสบความสำเร็จทุกขัยจากผู้สูงอายุได้รับการเกื้อกูลจากรัฐ สังคม ครอบครัว และชุมชน อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม และ 3) มีหลักประกันในวัยสูงอายุโดยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน พร้อมทั้งได้มีการกำหนดยุทธศาสตร์หลักไว้ 5 ด้าน ประกอบด้วย 1) การเตรียมความพร้อมของประชากร 2) การส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุ 3) ระบบคุ้มครองทางสังคม 4) การบริหารการจัดการ เพื่อการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ และ 5) การประมวล พัฒนา และเผยแพร่องค์ความรู้ ด้านผู้สูงอายุและการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุ โดยยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ มุ่งเน้นการจัดบริการในชุมชนเป็นหลัก (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2557)

(2) สมัชชาผู้สูงอายุแห่งชาติ ครั้งที่ 1-4

ในปี พ.ศ. 2554 - 2555 ไม่มีการจัดเวทีสมัชชา เพราะเป็นช่วงระยะเวลาพัฒนารูปแบบการจัดสมัชชาผู้สูงอายุให้เป็นระบบและได้มาตรฐาน และคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ได้แต่งตั้งคณะกรรมการจัดสมัชชาผู้สูงอายุระดับชาติ เพื่อบริหารการประชุมสมัชชาผู้สูงอายุระดับชาติให้ประสิทธิภาพ โดยคณะกรรมการฯ จะพิจารณาคัดเลือกข้อเสนอนโยบายจากภาคีเครือข่ายผู้สูงอายุในพื้นที่ โดยสรุปสาระสำคัญของมติสมัชชาที่เกี่ยวกับการจัดบริการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุ ได้ดังตารางที่ 2

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 2 สาระสำคัญของมติสมัชชาผู้สูงอายุแห่งชาติที่เกี่ยวกับการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

ครั้งที่	หัวข้อ	สาระสำคัญที่เกี่ยวข้อง
ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2551	1.8 ความเสมอภาค ในการเข้าถึงและ ได้รับการ สาธารณสุขที่จำเป็น	1.2 ส่งเสริมบทบาทการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นและภาคประชาสังคม ในการจัดบริการสาธารณสุขขั้น พื้นฐาน รวมถึงพัฒนาศักยภาพและกลไกในชุมชน เพื่อให้ สามารถร่วมสร้างสุขภาวะ และเป็นกลไกในการช่วยเหลือซึ่ง กันและกันในการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ครั้งที่	หัวข้อ	สาระสำคัญที่เกี่ยวข้อง
ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2552	11. การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง	<ol style="list-style-type: none"> เห็นชอบว่า รัฐมีหน้าที่จัดการดูแล ผู้สูงอายุที่มีอยู่ในภาวะพึ่งพิง ขอให้อปท. เป็นเจ้าภาพในการประสานหน่วยงานในท้องถิ่นจัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุสนับสนุนเครื่องอุปโภคบริโภค ปรับปรุงที่อยู่อาศัย ส่งเสริมอาชีพ จัดให้มีศูนย์ดูแลกลางวัน ศูนย์พักพิงฟื้นฟูในชุมชน สนับสนุน อผส. จัดให้ภาคประชาสังคมมีส่วนร่วม ให้กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ร่วมกับหน่วยงานต่างๆ ปรับปรุงเบี้ยยังชีพ พัฒนาศักยภาพ อปท. สถานะบริหารเอกชนขึ้นทะเบียน อบรมให้ความรู้ จัดให้ care manager สนับสนุนให้หน่วยบริการปฐมภูมิ มีศักยภาพในการดูแลด้านต่างๆ พัฒนาศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุให้จัดบริการการดูแลระยะยาว ขอให้กระทรวงศึกษาธิการ ร่วมกับ กระทรวงสาธารณสุข และ อปท. ผลิตและธำรงรักษาบุคลากรวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ขอให้กระทรวงสาธารณสุข สภากาชาดไทย กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และกระทรวงมหาดไทย ร่วมกัน จัดทำมาตรฐานและกลไกระดับชาติในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง
ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2553	2. ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนที่พิการ	<ol style="list-style-type: none"> ให้ สามกองทุน และกระทรวงสาธารณสุข พัฒนาระบบการคลังเพื่อการดูแลสุขภาพคนพิการให้มีความเสมอภาค สิทธิประโยชน์/กฎ ระเบียบ / กองทุนดูแลผู้พิการในพื้นที่ ขอให้กระทรวงสาธารณสุข จัดทำแผนพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการแพทย์ เพื่อพัฒนาศักยภาพของสถานบริการในทุกสังกัด เร่งผลิตและกระจายกำลังคนให้เหมาะสม

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ครั้งที่	หัวข้อ	สาระสำคัญที่เกี่ยวข้อง
ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2556	10. เร่งรัดการสร้างเสริมความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ	1. ขอให้สามกองทุนเร่งรัดการดำเนินการตามมติในข้อที่ 1 ของสมัชชาครั้งที่ 3 2. ขอให้ศูนย์สิรินธร เร่งประกาศใช้ “แนวทางการดำเนินงานตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการ และสิ่งส่งเสริมพัฒนาการสำหรับคนพิการ พ.ศ. 2552” เพื่อส่งเสริมพัฒนาบริการ

ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2557: 12

แผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พ.ศ. 2557 - 2561 ได้มีการกำหนดเป้าประสงค์ไว้ว่า “ให้บุคคล ครอบครัวและชุมชน ได้รับการสนับสนุนให้มีขีดความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ ให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรีในครอบครัวและชุมชน โดยเชื่อมโยงกับระบบบริการสุขภาพ และบริการทางสังคมอย่างมีประสิทธิภาพ” แผนยุทธศาสตร์ฯ พ.ศ. 2557 - 2561 มียุทธศาสตร์ 6 ด้าน คือ 1) พัฒนาเครื่องมือและดำเนินการคัดกรองผู้สูงอายุและประเมินความจำเป็นในการได้รับบริการดูแลระยะยาว และพัฒนาฐานข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชน 2) พัฒนาระบบการจัดบริการในชุมชนเพื่อป้องกัน การดูแลและฟื้นฟูผู้สูงอายุ โดยเชื่อมโยงกับระบบบริการในสถานบริบาล 3) พัฒนาระบบการเงินการคลัง และชุดสิทธิประโยชน์ 4) พัฒนากำลังคนเพื่อการจัดการดูแลระยะยาวในชุมชน โดยเฉพาะผู้จัดการการดูแล (LTC manager) และผู้ช่วยดูแล (Care giver) 5) การสร้าง การจัดการความรู้ และการติดตามประเมินผล และ 6) การพัฒนากฎหมาย/ระเบียบ และการบริหารจัดการ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2557: สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ, 2561)

3) การจัดสรรเงินระบบการดูแลระยะยาว

การดำเนินนโยบายของรัฐบาลที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในช่วงปี พ.ศ. 2496 – 2524 อยู่บนฐานคิดในเรื่อง การคุ้มครอง ดูแล และสงเคราะห์เป็นหลัก มีมุมมองต่อผู้ยากไร้ ผู้พิการ ผู้ถูกทอดทิ้ง และผู้สูงอายุว่าเป็นผู้ที่สมควรได้รับบริการจากรัฐ จากข้อเสนอในการต่างๆ ในการสมัชชาผู้สูงอายุระดับชาติครั้งที่ 1-4 นั้น ทำให้ได้มีการมุ่งเน้นพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โดยทางรัฐบาลได้มีการจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพเพื่อสนับสนุนงบประมาณเพื่อค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อให้ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (กลุ่มติดบ้านติดเตียง) ที่มีคะแนนประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่า 11 คะแนน ให้ได้รับบริการด้านสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ที่เชื่อมโยงกับบริการทางสังคม โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยให้ออปท. เป็นเจ้าภาพหลักในการบริหารจัดการให้เกิดการบริการดูแลระยะยาว โดยมีรายละเอียดดังนี้

(1) การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ปีงบประมาณ 2561 กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้รับงบประมาณเพิ่มเติม 1 รายการ คือ ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว ดังนั้น การสรุปรายการงบประมาณที่ได้รับในปี 2561 จำนวน 7 รายการ ประกอบด้วย 1) บริการทางแพทย์เหมาจ่ายรายหัว 2) บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี 3) บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง 4) บริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง 5) ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่กั้นดาร พื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ 6) ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และ 7) ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว โดยกำหนดหลักการเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 7 มาตรา 8 มาตรา 18(4) มาตรา 38 มาตรา 41 มาตรา 45 มาตรา 46 มาตรา 47 และคำสั่งหัวหน้ารักษาความสงบแห่งชาติ ที่ 37/2559 (คำสั่ง คสช.ที่ 37/2559) ลงวันที่ 5 กรกฎาคม 2559 และสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 แผนยุทธศาสตร์คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2561 – 2564 และแผนแม่บทบูรณาการการพัฒนาระบบประกันสุขภาพ พ.ศ. 2561 - 2564 ภายใต้แนวคิดหลักดังนี้

(1.1) การสร้างความเป็นธรรมต่อประชาชนและผู้ป่วยที่จะได้รับบริการสาธารณสุข

(1.2) การเพิ่มประสิทธิผลและคุณภาพผลงานบริการสาธารณสุข

(1.3) การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการร่วมดำเนินงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและการบริการสาธารณสุข และ

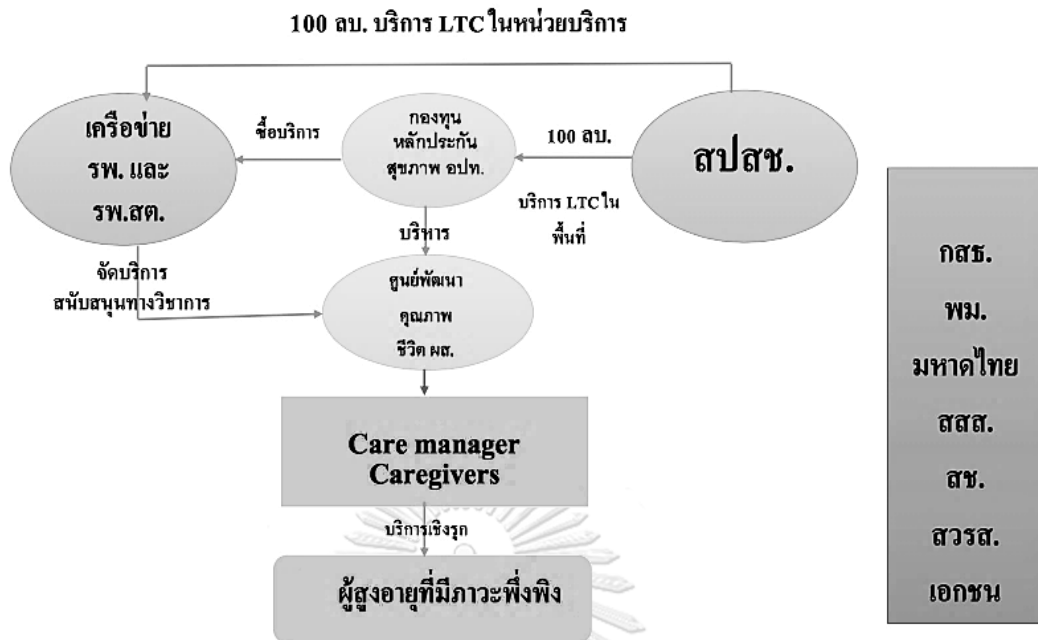
(1.4) การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารเงินกองทุนโดย บริหารเป็นวงเงินแบบมีเพดานระดับเขตตามเขตความรับผิดชอบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต (Global budget ระดับเขต) ภายใต้ความรับผิดชอบของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขต (อปสข.) พร้อมทั้งส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ การให้บริการสาธารณสุขที่เป็นโครงการเฉพาะหรือโครงการพิเศษ อาจให้หน่วยงานภาคีเครือข่ายที่ได้รับมอบหมายให้ทำกิจการนั้นๆ โดยทำสัญญาหรือข้อตกลงกับ สปสข.

(2) แนวทางการบริหารจัดการค่าสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จากการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 9/2558 วันที่ 14 กันยายน 2558 มีมติเห็นชอบแนวทางการบริหารจัดการ เจ็อนไซ อัตรา และหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามมติคณะกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลัง และ คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบบริการระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เมื่อวันที่ 3 กันยายน 2558 โดยมีกรอบการบริหารงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดังนี้

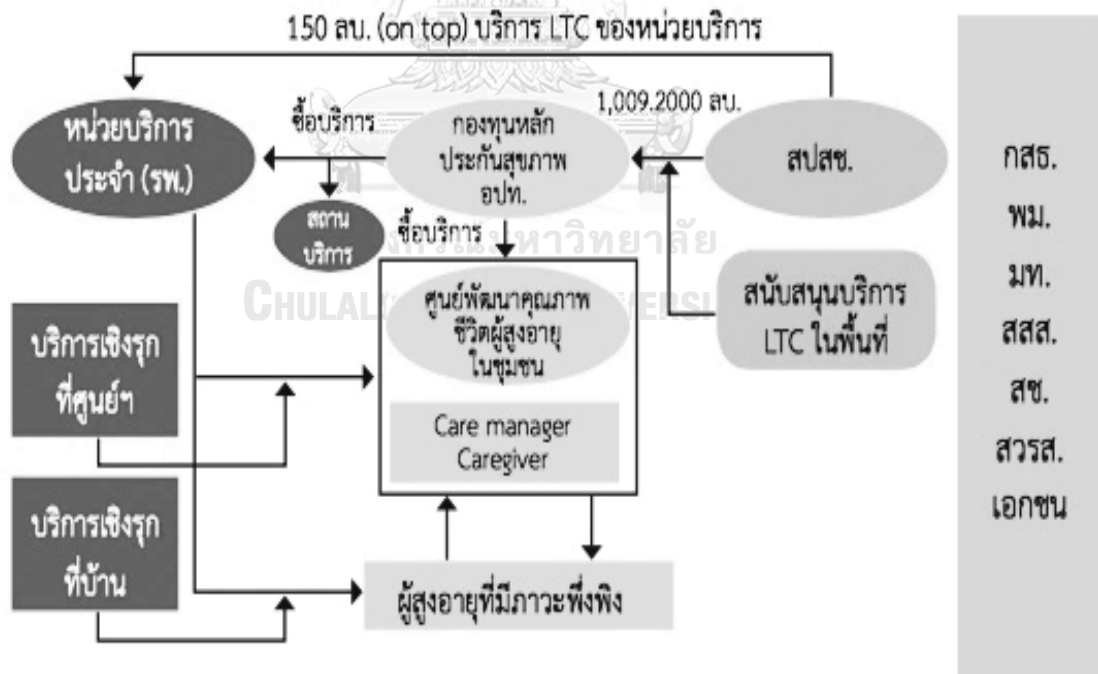
ตารางที่ 3 ทางเลือกการออกแบบระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

Hospital based	Community based
<ul style="list-style-type: none"> - ศักยภาพความพร้อมในการจัดการและบริการด้านการแพทย์ - ไม่ครอบคลุมสิทธิประโยชน์บริการด้านสังคม - การบูรณาการกับงานอื่นและหน่วยงานอื่นๆมีจำกัด - ภาระทางการเงินสูงมาก (400 บาท x 365 วัน = 146,000 บาท/ปี) 	<ul style="list-style-type: none"> - มีกองทุน matching fund ของ อปท. กับ สปสข. ทุกตำบลทั่วประเทศ ประสพการณ์ 8 ปี - บูรณาการได้ทั้งบริการด้านการแพทย์และด้านสังคม - แนวโน้ม อปท. มีบทบาทและงบประมาณมากขึ้น - ภาระทางการเงินไม่สูง (16,000 บาท/คน/ปี)
สรุป ใช้ Community based เป็นหลัก ได้การสนับสนุนทางวิชาการและบริการจาก Hospital based	

ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559: 8



รูปภาพที่ 6 หลักเกณฑ์การจัดสรรจ่ายค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ปี 2559
ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559: 9



รูปภาพที่ 7 แผนผังการไหลของเงินและงานบริการในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข
สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ปี 2561
ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2561: 107

เป้าหมายการดำเนินงานใน 3 ปี ทั่วประเทศ

ปีที่ 1 (ปี 2559) ครอบคลุมพื้นที่และผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง 10 % ประมาณ 1,000 ตำบล และ 100,000 ราย

ปีที่ 2 (ปี 2560) ครอบคลุมพื้นที่และผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง 50 % ประมาณ 5,000 ตำบล และ 500,000 ราย

ปีที่ 3 (ปี 2561) ครอบคลุมพื้นที่และผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง 1000 % หรือทุกตำบล ประมาณ 500,000 ราย

สำหรับการจัดสรรเงินงบประมาณที่เพิ่มเติมจากเงินบริการทางการแพทย์เหมาจ่าย รายหัว สำหรับใช้เป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ ซึ่งมีเป้าหมายให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขที่เชื่อมโยง บริการทางสังคม โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน รวมถึงการเชื่อมต่อระหว่าง บ้าน ชุมชน สถานพยาบาล/หน่วยบริการ อย่างมีระบบ ซึ่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้กำหนด แนวทางบริหารค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ปี 2561 ดังนี้

(2.1) จำนวน 150 ล้านบาท จ่ายแบบเหมาจ่ายให้หน่วยบริการประจำในพื้นที่ (ยกเว้นพื้นที่ สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร) ที่เข้าร่วมดำเนินการดูแลระยะยาวฯ ในชุมชนและ บริการสุขภาพชุมชน โดยจ่ายเบื้องต้นเฉลี่ยแห่งละ 100,000 บาท จ่ายตามจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงเป้าหมายและสามารถปรับจ่ายแบบขั้นบันไดตามจำนวนเป้าหมายได้ โดยขอเบเขตการ ดำเนินงาน ดังนี้

(2.1.1) จัดทีมหมอครอบครัวร่วมกับองค์กรปกครองท้องถิ่นดำเนินการคัดกรอง ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามแบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตาม ดัชเน็บาร์เธล เอตีแอล เพื่อแล่งผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงออกเป็น 4 กลุ่ม และประเมินความต้องการการบริการด้าน สาธารณสุข (ชุดสิทธิประโยชน์และอัตราค่าชดเชยค่าบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง) จัดทำ เป็นแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan: CP) เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาสนับสนุน งบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ต่อไป

(2.1.2) จัดบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ ตามแนบท้ายประกาศคณะกรรมการ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์ เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2559 หรือที่มีประกาศเพิ่มเติม รวมทั้งรับส่งต่อในกรณีที่ต้องให้บริการในหน่วยบริการ

(2.2) จำนวน 984.2 ล้านบาท จ่ายแบบเหมาจ่ายให้กองทุนหลักประกันสุขภาพใน ระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ที่เข้าร่วมดำเนินการดูแลระยะยาวฯ ในอัตรา 5,000 บาทต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงต่อปี และกองทุนพิจารณาเหมาจ่ายให้หน่วยที่จัดบริการ (หน่วยบริการสถานบริการ หรือศูนย์

พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน) ทั้งนี้ เป็นไปตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้อง

(2.3) จำนวน 25 ล้านบาท จัดสรรสำหรับ สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานคร เพื่อสนับสนุนกรุงเทพมหานคร ในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีภาวะพึ่งพิงตามเกณฑ์ที่ สปสช. กำหนดร่วมกับกรุงเทพมหานคร โดยคำนึงถึงความจำเป็น อปท.

ทั้งนี้ สปสช. สามารถปรับเปลี่ยเงินระหว่างประเภทบริการ 1 ถึง 3 ได้ตามผลงานบริการที่เกิดขึ้นจริง ขั้นตอนการดำเนินงานการโอนค่าบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (100,000 บาท/แห่ง) ให้กับหน่วยบริการประจำพื้นที่ และการโอนงบค่าบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (เหมาจ่าย 5,000 บาท/ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง/ปี) ให้กับกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ รายละเอียดตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2561

(3) การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาว ใน อปท.

ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2559 หรือที่มีประกาศเพิ่มเติม จะครอบคลุมการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาว เฉพาะ อปท. ในพื้นที่เป้าหมายและแสดงความจำนงเข้าร่วมดำเนินการ กรณี อปท. ที่ไม่ใช่พื้นที่เป้าหมายหรือมิได้แสดงความจำนงเข้าร่วมดำเนินการ หากประสงค์จะบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เพื่อสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาว เพิ่มการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก็อาจดำเนินการได้ ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. 2557 ภายใต้วัตถุประสงค์ของข้อ 7(1) หรือ 7(3) โดยอาจนำเอาชุดสิทธิประโยชน์และอัตราที่กำหนดในเอกสารแนบท้ายประกาศฯ มาใช้ในการสนับสนุนการดำเนินการจัดระบบการดูแลระยะยาว ทั้งนี้ภายใต้แผนงาน โครงการ หรือกิจกรรม ที่ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

(4) การบริหารจัดการงบค่าบริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีดังนี้

(4.1) กรณีเงินค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ อปท. (กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่) ได้รับจาก สปสช. (เหมาจ่าย 5,000 บาท/ปี) มีเหลือเนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูญหายหรือเสียชีวิตก่อนที่ อปท. จะจัดทำข้อตกลงและโอนเงินงบค่าบริการดูแลระยะยาวให้กับหน่วยบริการนั้น ให้ อปท. ประสานกับหน่วยบริการค้นหาผู้สูงอายุ

ที่มีภาวะพึ่งพิงรายใหม่ที่มีคะแนน Barthel ADL index น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 เพื่อทดแทนรายเก่า หากในพื้นที่ไม่มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงรายใหม่ ให้นำงบค่าบริการฯ นั้นไปใช้ สำหรับการดำเนินงาน การดูแลระยะยาวฯ ในปีงบประมาณถัดไปได้

(4.2) กรณีเงินค่าบริการ สาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่หน่วยบริการได้รับจาก อปท. เหลือเนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูญหายหรือเสียชีวิตก่อน หรือระหว่างการดูแลตาม Care plan ให้หน่วยที่จัดบริการ บริหารจัดการงบประมาณดังกล่าวตามระเบียบหลักเกณฑ์ วิธีปฏิบัติที่หน่วยงานนั้นถือปฏิบัติ เนื่องจากค่าบริการฯ ที่อปท. จ่ายให้เป็นการเหมาจ่าย/ราย/ปี จึงไม่ต้องส่งคืนกองทุน

จะเห็นได้ว่าประเทศไทยได้มีการขับเคลื่อนของนโยบายระบบการดูแลระยะยาวทั้งในระหว่างการขับเคลื่อนที่เกิดก่อนนโยบายการดูแลระยะยาวของรัฐบาล ที่มี 4 กิจกรรมหลัก ดังนี้ 1) การสร้างและจัดการองค์ความรู้ ทั้งในรูปแบบการวิจัยที่เตรียมข้อมูลเกี่ยวกับการทำแผนผู้สูงอายุ รวมถึงศึกษาเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ ความเป็นอยู่ ระบบการดูแลสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2) การพัฒนาระบบที่เอื้อต่อระบบการดูแลระยะยาว เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.), องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และ องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) 3) การขับเคลื่อนภาคประชาชนเกิดจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2552 และ 4) การพัฒนานโยบายและระบบการดูแลระยะยาว โดยเริ่มมีการนำร่องดำเนินงานในบางพื้นที่ ได้มีการอบรมพยาบาลผู้จัดการการดูแล (Care manager) และผู้ดูแล (Care giver) จนปี พ.ศ. 2559 รัฐบาลจัดให้มีงบประมาณสนับสนุน สำหรับการจัดการดูแลระยะยาวภายใต้งบประมาณระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงถือได้ว่าเป็นจุดเริ่มต้นของนโยบายและระบบการดูแลระยะยาวของประเทศไทย

2. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในประเทศไทย

2.1 ความหมาย การประเมินและจำแนกระดับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

1) ความหมาย

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และกนิษฐา บุญธรรมเจริญ (2553) ได้กล่าวว่า “ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง” หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีความยากลำบากในการใช้ชีวิตประจำวัน (Activity of daily living) อย่างเป็นอิสระด้วยตนเอง ซึ่งหมายถึง การดูแลตนเองในกิจกรรมพื้นฐาน ได้แก่ การอาบน้ำ ทำความสะอาด แต่งตัว ขับถ่าย ลุก-นั่ง การเดินและเคลื่อนไหว การรับประทานอาหาร รวมถึงการทำกิจกรรมอื่นๆที่จำเป็นต่อชีวิตปกติ เช่น การเดินทาง การซื้อของ การนับเงิน การทำความสะอาด

บ้านเรือน การหุงหาอาหาร เป็นต้น ซึ่งผู้สูงอายุที่มีระดับภาวะพึ่งพิง (ที่อาจวัดด้วยเครื่องมือดัชนีบาร์เธลหรือ ดัชนี ADL) ที่สูง ถือเป็นผู้ที่มีความยากลำบากในการใช้ชีวิตประจำวัน

วิราภรณ์ โปธิศิริ และคณะ (2559) ได้กล่าวว่า “ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง” พิจารณาจาก 2 มิติ คือ มิติสุขภาพและมิติทางสังคม ภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่ประเมินจากความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การเจ็บป่วย และโรคเรื้อรัง ในขณะที่ภาวะพึ่งพิงทางสังคมจะประเมินจากลักษณะทางเศรษฐกิจ สังคม และสภาพครอบครัว เช่น ยากจน ขาดผู้ดูแล ถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง เป็นต้น

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2559) ได้กล่าวว่า “ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง” หมายถึง ผู้สูงอายุหรือบุคคลอื่น ๆ ที่มีคะแนนประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่า 11 คะแนน ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้ 1) กลุ่มติดบ้านหรือกลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง มีปัญหาการกิน/การขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง (ADL 5 -11 คะแนน) 2) กลุ่มติดบ้านหรือกลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง มีปัญหาการกิน/การขับถ่าย มีภาวะสับสนทางสมอง (ADL 5 -11 คะแนน) 3) กลุ่มติดเตียงหรือกลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ มีปัญหาการกิน/การขับถ่าย หรือเจ็บป่วยรุนแรง (ADL 0 -4 คะแนน) และ 4) กลุ่มติดเตียงหรือกลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ มีปัญหาการกิน/การขับถ่ายเจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต (ADL 0 -4 คะแนน)

อัญชิษฐา ศิริคำเพ็ง และ ภักดี โพธิ์สิงห์ (2560) ได้กล่าวว่า “ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ” หมายถึง กลุ่มติดบ้านและติดเตียงที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยที่นอนติดเตียงหรือติดบ้าน อาจจะต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ การให้การพยาบาล บริการด้านสังคม รวมถึงการช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล การขับถ่าย กิจกรรมงานบ้าน รวมไปถึงการปรับปรุงสภาพแวดล้อมความเป็นอยู่

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีความหมายสามารถสรุปได้ดังนี้ ผู้สูงอายุมีความยากลำบากในการดำเนินชีวิตประจำวัน ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ โดยประเมินจากคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่า 11 คะแนน ประเมินจาก 10 กิจกรรม การดูแลตนเองพื้นฐาน ได้แก่ การอาบน้ำทำความสะอาด แต่งตัว ขับถ่าย ลุก-นั่ง การเดินและเคลื่อนไหว การรับประทานอาหาร รวมถึงการทำกิจกรรมอื่นๆที่จำเป็นต่อชีวิตปกติ เช่น การเดินทาง การซื้อของ การนับเงิน การทำความสะอาดบ้านเรือน การหุงหาอาหาร ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่ม ติดบ้านและติดเตียง โดยสามารถจำแนกย่อยได้อีก 4 กลุ่ม ดังนี้ 1) กลุ่มติดบ้านหรือกลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง มีปัญหาการกิน/การขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง (ADL 5 -11 คะแนน) 2) กลุ่มติดบ้านหรือกลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง มีปัญหาการกิน/การ

ซึบถ่าย มีภาวะสับสนทางสมอง (ADL 5 -11 คะแนน) 3) กลุ่มติดเตียงหรือกลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ มีปัญหาการกิน/การซึบถ่าย หรือเจ็บป่วยรุนแรง (ADL 0 -4 คะแนน) และ 4) กลุ่มติดเตียงหรือกลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ มีปัญหาการกิน/การซึบถ่ายเจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต (ADL 0 -4 คะแนน)

2) การประเมินและจำแนกระดับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Activity Daily living: ADL) โดยใช้การประเมินทั้งหมด 10 กิจกรรม (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2558) คือ

1) การรับประทานอาหาร (Feeding) โดยมีข้อคะแนน 0-2 คะแนน ได้แก่ คะแนน 0 : ตักกินอาหารเองไม่ได้ มีคนป้อน, คะแนน 1 : ต้องมีคนช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้หรือตัดเป็นชิ้นเล็กๆ และคะแนน 2 : ตักกินอาหารได้ปกติ

2) การหวีผม แปรงฟัน ล้างหน้า โกนหนวด (Grooming) โดยมีข้อคะแนน 0-1 คะแนน ได้แก่ คะแนน 0 : ต้องการความช่วยเหลือ และคะแนน 1 : ทำได้เอง

3) การลุกไปเก้าอี้ (Transfers) โดยมีข้อคะแนน 0-3 คะแนน ได้แก่ คะแนน 0 : ต้องมีคนช่วย 2 คน ยกขึ้น นั่งไม่ได้จะล้มเสมอ, คะแนน 1 : ต้องมีคนช่วยเหลือ 2 คน(คนทั่วไป) หรือ 1 คน (คนที่ทักษะ/แข็งแรง) จึงจะนั่งอยู่ได้, คะแนน 2 : ต้องมีคนช่วยพยุงเล็กน้อย หรือดูแลเรื่องความปลอดภัย และคะแนน 3 : ทำเองได้

4) การใช้ห้องน้ำ (Toilet use) โดยมีข้อคะแนน 0-2 คะแนน ได้แก่ คะแนน 0 : ต้องมีคนช่วย, คะแนน 1 : สามารถทำความสะอาดตัวเอง และเข้าห้องน้ำได้บ้าง และ คะแนน 2 : สามารถช่วยตัวเองได้ดี ใส่และถอดเสื้อผ้าและทำความสะอาดได้เรียบร้อย

5) การเคลื่อนที่ภายในบ้าน (Mobility) โดยมีข้อคะแนน 0-3 คะแนน ได้แก่ คะแนน 0 : ต้องมีคนช่วยเหลือทั้งหมด ไปไม่ได้, คะแนน 1 : สามารถเข็นรถช่วยตนเองให้เคลื่อนที่ได้ คะแนน 2 : เดินได้ แต่ต้องมีคนช่วยบอกหรือพยุงเพื่อความปลอดภัย และคะแนน 3 : เดินได้เอง

6) การสวมเสื้อผ้า (Dressing) โดยมีข้อคะแนน 0-2 คะแนน ได้แก่ คะแนน 0 : ต้องมีคนช่วยสวมใส่เสื้อผ้าให้ทั้งหมด , คะแนน 1 : ต้องมีคนช่วยใส่เสื้ออย่างน้อยร้อยละ 50 , คะแนน 2 : ช่วยเหลือตัวเองได้ดี ไม่ต้องมีคนช่วย (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)

7) การขึ้นบันได 1 ชั้น (Stairs) โดยมีข้อคะแนน 0-2 คะแนน ได้แก่ คะแนน 0 : ไม่สามารถขึ้นบันไดได้, คะแนน 1 : ต้องมีคนช่วยจึงจะสามารถขึ้นบันไดได้ และ คะแนน 2 : ขึ้นลงได้เองหรือขึ้นลงบันไดได้โดยใช้ walker

8) การอาบน้ำ (Bathing) โดยให้คะแนน 0-1 คะแนน ได้แก่ คะแนน 0 : อาบเองไม่ได้ และคะแนน 1 : อาบน้ำได้เอง

9) การกลั่นอุจจาระ (Bowels) โดยให้คะแนน 0-2 คะแนน ได้แก่ คะแนน 0 : กลั่นไม่ได้ ต้องสอนอุจจาระช่วย, คะแนน 1 : กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์) และ คะแนน 2 : กลั่นได้เป็นปกติ

10) การกลั่นปัสสาวะ (Bladder) โดยให้คะแนน 0-2 คะแนน ได้แก่ คะแนน 0 : กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายปัสสาวะ , คะแนน 1 : กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง) และ คะแนน 2 : กลั่นได้ปกติ

การแปลผล Barthel ADL index คะแนนเต็ม 20 คะแนน

1) 0-4 คะแนน = Total dependence ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด

2) 5-8 คะแนน = Severe dependence ช่วยเหลือตัวเองแทบไม่ได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่นอย่างมาก

3) 9-11 คะแนน = Moderate dependence ช่วยเหลือตัวเองได้ปานกลาง ต้องพึ่งพาผู้อื่นบ้าง

4) มากกว่า 12 คะแนน = Mild dependence ช่วยเหลือตัวเองได้

3) การจำแนกระดับผู้สูงอายุ เพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินงานดูแลส่งเสริมผู้สูงอายุระยะยาวครอบคลุมได้แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงออกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

(1) กลุ่มติดบ้านที่ 1 มีคะแนน ADL 5-11 คะแนน เคลื่อนไหวได้บ้าง และอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง

(2) กลุ่มติดบ้านที่ 2 มีคะแนน ADL 5-11 คะแนน เคลื่อนไหวได้บ้าง และอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่าย แต่มีภาวะสับสนทางสมอง

(3) กลุ่มติดเตียงที่ 3 มีคะแนน ADL 0-4 คะแนน เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่าย หรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง

(4) กลุ่มติดเตียงที่ 4 มีคะแนน ADL 0-4 คะแนน เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่าย หรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต

2.2 สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย และภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุ

1) สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย

ในทศวรรษนี้ การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุปรากฏการณ์ขึ้นในประเทศต่างๆทั่วโลก รวมถึง 10 ประเทศของสมาคมอาเซียน ซึ่งประเทศไทยเป็น 1 ใน 10 ประเทศนั้น ประเทศไทยได้เริ่ม

เผชิญกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของจำนวนประชากร ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 คือ มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 5,838,000 คน คิดเป็นร้อยละ 9.38 ของประชากรทั้งหมด และสถานการณ์ผู้สูงอายุของประเทศไทยในปัจจุบันปี พ.ศ. 2561 มีประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 11,770,000 คน คิดเป็นร้อยละ 17.77 ของประชากรทั้งหมด (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2561) และมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นเป็นลำดับ และจากการคาดการณ์ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2556) พบว่า ในปี พ.ศ. 2574 ประเทศไทยจะได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super-aged society) คือ สังคมที่มีประชากรอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นมากกว่าร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด และในปี พ.ศ. 2583 จะมีประชากรผู้สูงอายุจำนวนมากถึง 20,519,000 คน คิดเป็นร้อยละ 32.12 ของประชากรทั้งหมด จากที่ประเทศไทยเป็นประเทศสังคมผู้สูงอายุก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการเจ็บป่วยของประชาชนด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งมักนำมาซึ่งภาวะทุพพลภาพ ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องการการดูแลแบบต่อเนื่อง ในขณะที่ศักยภาพของครัวเรือนในการดูแลผู้สูงอายุถดถอยลงจากขนาดครัวเรือนที่ลดลง การเคลื่อนย้ายของวัยแรงงานจากชนบทสู่เมืองสตรีมีบทบาทในการทำงานนอกบ้านมากขึ้น รวมถึงการเปลี่ยนแปลงของสังคมจากสังคมชนบทไปสู่สังคมเมืองมากขึ้น ทำให้ปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยที่มีภาวะทุพพลภาพปรากฏต่อสังคมมากขึ้น (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559) และก่อให้เกิดผลกระทบทั้งด้านสังคมและด้านเศรษฐกิจ ดังนี้ 1) ปัญหาผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งจะมีเพิ่มขึ้น 2) ผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะเพิ่มจำนวนมากขึ้น 3) ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพและการรักษาพยาบาลของประเทศเพิ่มขึ้น 4) ความพร้อมของบุคลากรด้านสุขภาพ บุคลากรที่มีอยู่จะต้องเพิ่มทักษะด้านการดูแลผู้สูงอายุ ที่ต้องดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลไปถึงการดูแลที่บ้าน 5) ปัญหาด้านความครอบคลุมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และ 6) อัตราการพึ่งพิงเพิ่มขึ้น (สุภาดา คำสุชาติ, 2560)

จากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ร้อยละ 21.5 ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพไม่ดี และร้อยละ 2.8 ประเมินตนเองว่ามีสุขภาพไม่ดีมาก และยังพบอัตราการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุในปัจจุบันสำหรับการรักษาการเจ็บป่วยเฉียบพลันและดูแลโรคเรื้อรังอยู่ที่ 4.4 ครั้งต่อคนต่อปี และการใช้บริการผู้ป่วยใน 0.1 ครั้งต่อคนต่อปี โดยมีวันนอนเฉลี่ย 7 วัน (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และกนิษฐา บุญธรรมเจริญ, 2553) ถึงแม้ว่าจะผู้สูงอายุจะมีความจำเป็นที่ต้องรับบริการทางด้านการแพทย์ แต่อาจจะมีความพึ่งพิงที่ต้องการการช่วยเหลือดูแลจากบุคคลอื่นอยู่ ซึ่งปี พ.ศ. 2558 กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 6,394,022 คน พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงคือ กลุ่มติดบ้าน ติดเตียง จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนบริการด้านสุขภาพและสังคม จำนวน 1,300,000 คน คิดสัดส่วนร้อยละ 21 ของผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ (กระทรวงสาธารณสุข, 2561) จากการคาดการณ์ว่า ปี พ.ศ. 2559 จะมีผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง จำนวน

417,000 คน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 3.8 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด และมีแนวโน้มสูงขึ้น ในปี พ.ศ. 2580 จะมีจำนวนผู้สูงอายุที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรพื้นฐานได้ด้วยตนเองเพิ่มสูงขึ้นเป็น 1,336,000 คน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 6.7 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด (ปีพม่า ว่าพัฒนาวงศ์, 2560) และได้มีการสำรวจภาวะสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2546 - 2547 โดยใช้แบบจำลองพหุสถานะ จะพบว่า ในปี พ.ศ. 2562 จะผู้สูงอายุชายและผู้สูงอายุหญิง ประมาณ 100,000 และ 140,000 คน ที่มีภาวะพึ่งพิงระดับรุนแรง ซึ่งต้องการผู้อื่นในการช่วยเหลือ (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และกนิษฐา บุญธรรมเจริญ, 2553) จากการคาดการณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระหว่าง ปี 2547 - 2567 พบว่า ประชากรผู้สูงอายุเพศชายจะมีภาวะพึ่งพิงระดับ มีจำนวน 0.57, 0.76, 0.92 และ 1.1 ล้านคน ตามลำดับ ประชากรผู้สูงอายุเพศหญิงจะมีภาวะพึ่งพิงระดับ มีจำนวน 1.11, 1.09, 1.2, 1.42 และ 1.68 ล้านคน ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4

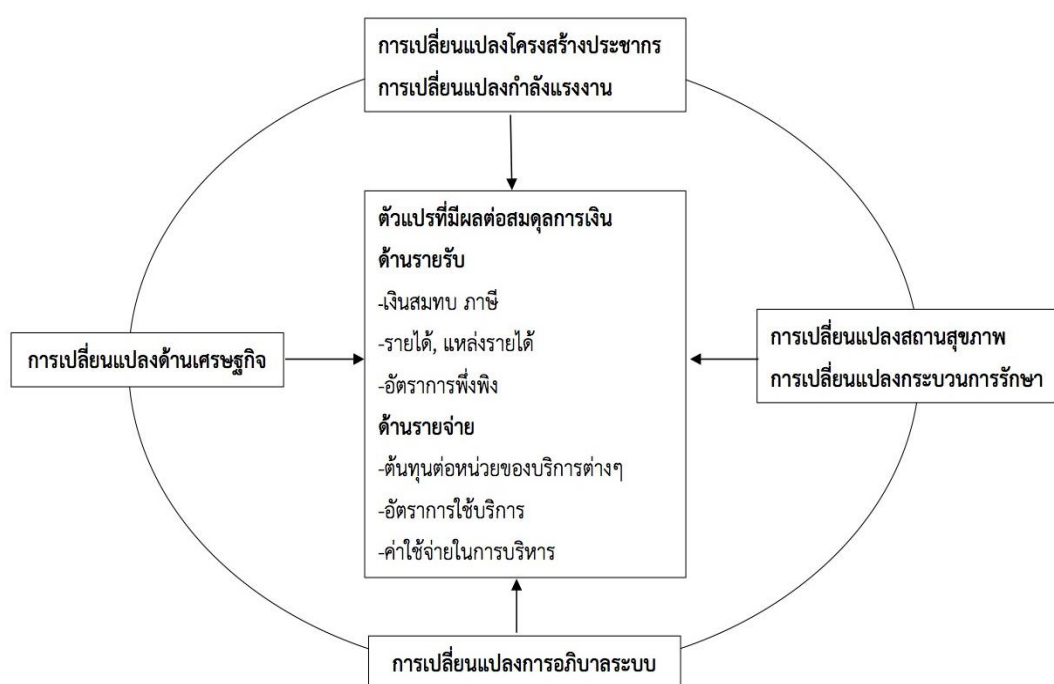
ตารางที่ 4 คาดการณ์จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับต่างๆ ระหว่างปี 2547 - 2567 (ล้านคน)

ความจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน	ชาย					หญิง				
	2547	2552	2557	2562	2567	2547	2552	2557	2562	2567
ไม่มี	2.36	2.87	3.55	4.42	5.36	2.51	3.46	4.49	5.67	6.91
เล็กน้อย	0.33	0.37	0.44	0.53	0.64	0.68	0.69	0.75	0.88	1.03
ปานกลาง	0.20	0.21	0.24	0.29	0.35	0.37	0.32	0.35	0.41	0.48
รุนแรง	0.03	0.04	0.05	0.06	0.07	0.04	0.05	0.06	0.08	0.10
รุนแรงมาก	0.01	0.02	0.03	0.04	0.04	0.02	0.03	0.04	0.05	0.07
ประชากรผู้สูงอายุ	2.93	3.51	4.31	5.34	6.45	3.62	4.56	5.70	7.09	8.58

ที่มา: สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และกนิษฐา บุญธรรมเจริญ, 2553: 32

จากการศึกษาของถาวร สกุกพานิชัย (2554) ทำการคาดการณ์ผลกระทบด้านค่าใช้จ่ายสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยใช้วิธีการคำนวณโดยใช้แบบจำลองการคลังสุขภาพโดยวิธีคณิตศาสตร์การประกัน (Actuarial Model) ซึ่งเป็นการนำเอาการเปลี่ยนแปลงค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพตามอายุและเพศ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงค่าใช้จ่ายนำมาสร้างตัวแปรในสมการทางคณิตศาสตร์ ซึ่งสามารถสรุปปัจจัยเหล่านี้ได้ 4 กลุ่ม ดังแสดงในรูปภาพที่ 8 คือ 1) ปัจจัยด้านโครงสร้างประชากรและกำลังแรงงาน (Demographic and labour force factor) 2) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ (Economic factor) ที่ต้องคำนึงถึงได้แก่ ภาวะการจ้างงาน ระดับค่าจ้าง ระดับรายได้ การเปลี่ยนแปลงราคา อัตราดอกเบี้ย และอัตราผลตอบแทนทางการลงทุน

3) ปัจจัยด้านสถานะสุขภาพและกระบวนการรักษา (Facto affecting status, medical technology and medical practices) ที่สำคัญได้แก่ การเปลี่ยนแปลงสาเหตุการป่วย สาเหตุการตายและความเพียงพอของสถานบริการและบุคลากรทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีในการรักษา และ 4) ปัจจัยด้านการอภิบาลระบบ (Governance factors) เช่น ข้อกำหนดในกฎหมายว่าจะครอบคลุมสิทธิประโยชน์อะไรบ้าง บนเงื่อนไขอะไร แนวทางการกำกับติดตามในเกิดการจัดบริการที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล แนวทางการประเมินผล เป็นต้น

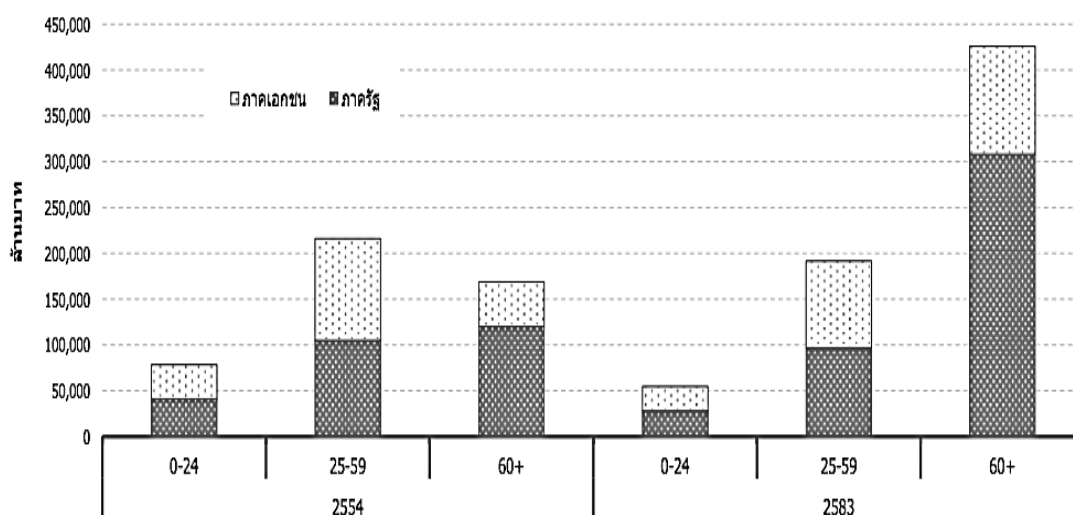


รูปภาพที่ 8 ปัจจัยที่มีผลต่อสมดุลทางการเงิน

ที่มา: ถาวร สกุกพาณิษฐ์, 2554: 6

จากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรดังที่กล่าวไปแล้ว สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2558) ได้ทำการคำนวณการค่าใช้จ่ายทางสุขภาพจากแนวคิดบัญชีกระแสการโอนประชาชาติ (National Transfer Accounts: NTA) เป็นการนำมิติด้านอายุไปผนวกเข้ากับรายได้ประชาชาติ โดยการแจกแจงการบริโภค รายได้แรงงาน และการโอนเงินระหว่างบุคคลวัยต่างๆ ในประเทศ ทั้งที่กระทำผ่านภาครัฐ ภาคครัวเรือน และภาคเอกชนอื่นๆ เพื่อช่วยให้เข้าใจผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร และระบบการเกื้อหนุนระหว่างรุ่นในสังคม ซึ่งพบว่า ภาระค่าใช้จ่ายภาครัฐด้านสุขภาพจะเพิ่มขึ้น โดยในปัจจุบันมีแนวโน้ม

เพิ่มจาก 1.1 แสนล้านบาทในปี 2537 เป็น 4.0 แสน ล้านบาท ในปี 2554 หรือเพิ่มเฉลี่ย ร้อยละ 8.1 ต่อปี โดยมีสัดส่วนรายจ่ายภาครัฐเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 45 เป็น 77 ในช่วงเวลาเดียวกันขณะที่มีสัดส่วน ต่อ GDP ค่อนข้างคงที่ประมาณร้อยละ 3.5 – 4 ซึ่งยังคงต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่มประเทศรายได้ปาน กลางระดับบน (upper middle income countries) ที่ร้อยละ 6.1 และผลจากโครงสร้างประชากร ที่เป็นสังคมผู้สูงอายุจะยิ่งเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ โดยเฉพาะในวัยสูงอายุ จาก ผลกระทบการ เปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร ในปี 2583 พบว่า ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ระหว่างปี 2554 และ 2583 ในช่วงวัยเด็ก และวัยแรงงานมีแนวโน้มลดลง ขณะที่วัยสูงอายุจะเพิ่มขึ้นกว่า 2.5 เท่า เนื่องจากกลุ่มผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และมีภาวะทุพพลภาพเพิ่มขึ้นตามอายุที่ มากขึ้น ส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการระบบบริการฟื้นฟูและการดูแลระยะยาว (อาคม เต็มพิทยา ไพสิฐ, 2558) ดังแสดงในรูปภาพที่ 9



รูปภาพที่ 9 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพตามกลุ่มอายุระหว่างปี 2554 และ 2583

ที่มา: อาคม เต็มพิทยาไพสิฐ, 2558: 16

จากสถานการณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น และนโยบายระบบการดูแลระยะยาวในประเทศไทยที่ได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ก็ยังพบว่าค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนั้นมีค่าใช้จ่ายที่สูงมากขึ้น ซึ่งโรงพยาบาลด้านชุมชนตนเองได้ดำเนินการระบบการดูแลระยะยาว เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านตามปัญหาที่พบในผู้สูงอายุแต่ละราย โดยมีการดำเนินการต่างๆ ดังต่อไปนี้

3. โรงพยาบาลด่านขุนทด

3.1 ข้อมูลทั่วไป ลักษณะสำคัญขององค์กร

โรงพยาบาลด่านขุนทด เป็นโรงพยาบาลชุมชนของรัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีขนาด 90 เตียง (เทียบเท่า 120 เตียง) ให้บริการแก่ประชาชนทั่วไป ให้บริหารทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยมุ่งเน้นการให้บริการแบบผสมผสานเป็นองค์รวมที่มีคุณภาพตามมาตรฐานโรงพยาบาล รวมทั้งมีการสร้างการมีส่วนร่วมกับภาคส่วนท้องถิ่นและประชาชนในการดูแลสุขภาพและสิ่งแวดล้อม

พื้นที่รับผิดชอบและกลุ่มเป้าหมาย อำเภอด่านขุนทดอยู่ห่างจากตัวจังหวัดนครราชสีมา ประมาณ 60 ก.ม. โดยทางรถยนต์และอยู่ห่างจากตัวกรุงเทพฯ 257 กิโลเมตรโดยทางรถยนต์ พื้นที่ทั้งหมด 1,816.19 ตารางกิโลเมตร (1,135,117.70 ไร่) การปกครอง ตำบล 16 ตำบล หมู่บ้าน 225 หมู่บ้าน เทศบาล 3 แห่ง (หนองบัวตะเกียด/หนองกรด/ด่านขุนทด) หลังคาเรือน 36,881 หลังคาเรือน ประชากร อำเภอด่านขุนทด 134,675 คน

บริการหลัก (Main Service): บริการตรวจรักษาโรคทั่วไป อายุรกรรม กุมารเวชกรรม สูติกรรม อุบัติเหตุฉุกเฉิน บริการ ทันตกรรม กายภาพบำบัดและแพทย์แผนไทย รับผู้ป่วยจากหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อเข้ารับการรักษาวินิจฉัยและรักษาเพิ่มเติม ส่งต่อผู้ป่วยที่เกินขีดความสามารถไปยังหน่วยบริการตติยภูมิ รวมทั้งให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

วิสัยทัศน์ (Vision) : “โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายขนาดใหญ่ ที่เป็นเลิศด้านคุณภาพ คุณธรรม และพัฒนาเครือข่ายปฐมภูมิเข้มแข็ง”

พันธกิจ (Mission) : โรงพยาบาลด่านขุนทด ให้บริการตรวจรักษาโรคในระดับตติยภูมิ และตติยภูมิเฉพาะสาขา ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูร่างกาย จิตใจด้วยคุณภาพ สนับสนุนพัฒนาเครือข่ายปฐมภูมิ และเป็นแหล่งฝึกนักศึกษาทั้งภาครัฐและเอกชน เป็นผู้นำด้านการพัฒนาคุณภาพ คุณธรรมและพัฒนาเครือข่ายปฐมภูมิเข้มแข็ง

จำนวนบุคลากรทั้งหมด 343 คน จำแนกตามระดับการบริหาร

- ระดับสูง	: ผู้อำนวยการโรงพยาบาล	จำนวน	1	คน
- ระดับกลาง	: หัวหน้ากลุ่มงาน	จำนวน	8	คน
- ระดับต้น	: หัวหน้าหน่วยงาน	จำนวน	26	คน
- ระดับปฏิบัติการ		จำนวน	308	คน

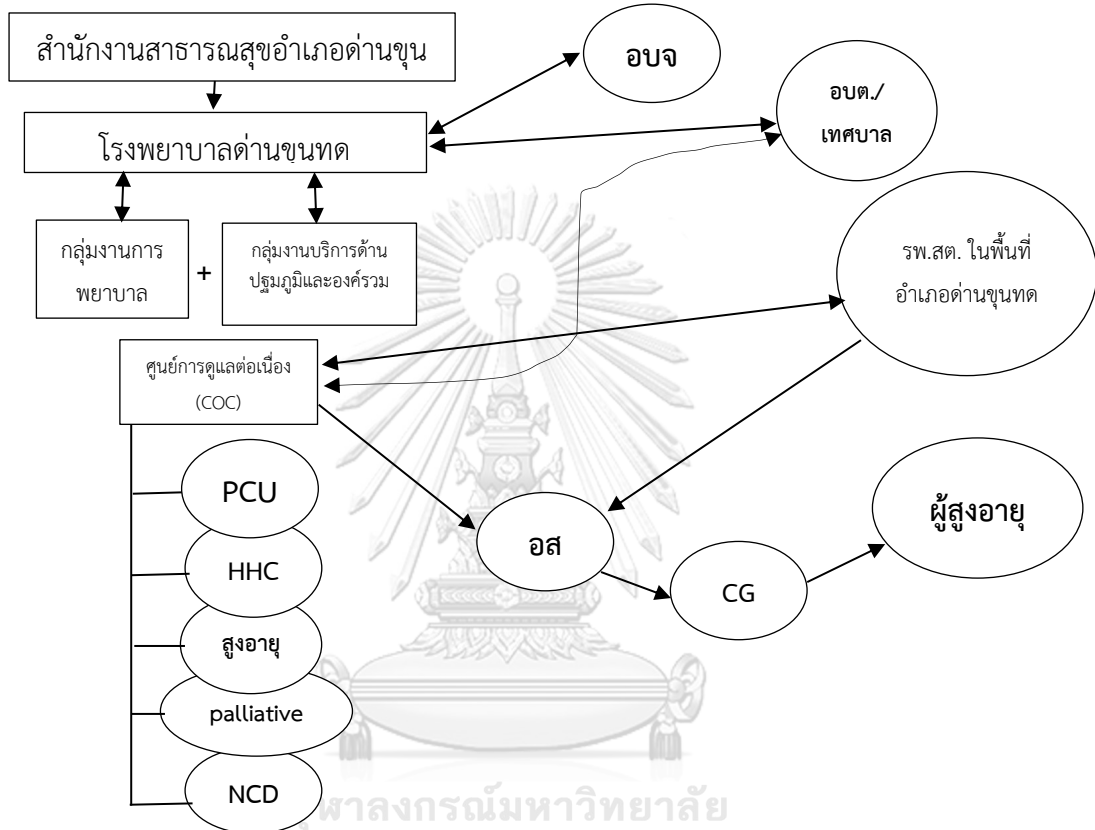
3.2 การบริการดูแลระยะยาว ลักษณะงานและปริมาณงานบริการดูแลระยะยาว

โรงพยาบาลด่านขุนทด

1) การบริการดูแลระยะยาว

(1) โครงสร้าง การจัดการบริการของบริการดูแลระยะยาว

การให้บริการการดูแลระยะยาวของโรงพยาบาลด้านชุมชนนั้น ได้มีการจัดตั้งศูนย์การดูแลต่อเนื่องขึ้น โดยการบูรณาการงานการดูแลระยะสุดท้าย (palliative), งานเยี่ยมบ้าน (Home health care: HHC), งานผู้สูงอายุ, งานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) ของกลุ่มงานการพยาบาล และศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) ของกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม



รูปภาพที่ 10 รูปแบบบริการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุโรงพยาบาลด้านชุมชน

โดยขอบเขตการให้บริการ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีภาวะพึ่งพิง จำแนกตามกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2558) ให้บริการตั้งแต่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและให้ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เชื่อมโยงไปถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ดังแสดงในรูปภาพที่ 10 การให้บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้มีการกำหนดนโยบาย วางระบบและแนวทางปฏิบัติโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งองค์ประกอบบริการดูแลระยะยาว ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 องค์ประกอบบริการดูแลระยะยาว

องค์ประกอบระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว	
ทีมงาน	<p>ทีมบุคลากรสุขภาพ 14 คน ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. แพทย์ 1 คน 2. พยาบาลวิชาชีพ 7 คน ปฏิบัติงาน 2 แห่ง ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> - ศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวน 3 คน - โรงพยาบาลด่านขุนทด จำนวน 4 คน 3. เภสัชกร 1 คน 4. นักกายภาพบำบัด 1 คน 5. นักโภชนาการ 1 คน 6. ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 3 คน
เครื่องมือ	<p>ศูนย์การดูแลต่อเนื่อง (Continuing of Care: COC) จัดตั้งขึ้นเพื่อให้การดูแลระยะยาวแก่ผู้สูงอายุที่ภาวะพึ่งพิง ทั้งการประเมินภาวะพึ่งพิง ประเมินสุขภาพเบื้องต้นที่บ้าน ให้บริการยืมเครื่องมือในการดูแลระยะยาวที่บ้าน เช่น เตียงผู้ป่วย, เครื่องพ่นยา, เตียงลม (alpha bed), เครื่องดูดเสมหะ</p> <p>โดยได้เครื่องมือจากการสนับสนุนของ อบจ. อปท. และองค์การส่วนท้องถิ่น (อบต.) ต่างๆ ผู้มีจิตศรัทธาที่บริจาค หรือจากงบประมาณบำรุงของทางโรงพยาบาลเอง</p>
เทคโนโลยี/สารสนเทศ	<p>การบันทึก Care Plan ที่ใช้เบิกเงินของ LTC จากองค์การบริหารส่วนตำบล</p> <p>การลงข้อมูลในระบบ HosXp</p> <p>การส่งต่อข้อมูล ในระบบ Thai COC</p> <p>เพื่อใช้ในการสื่อสารและในการดำเนินการ</p>
การเงิน	<p>งบประมาณบำรุงโรงพยาบาล สำหรับการจัดซื้ออุปกรณ์</p> <p>งบจาก อบจ. อบต. ของ LTC สำหรับการจัดหาวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ</p> <p>ค่าตอบแทน CG ยึดตามระเบียบ จ่าย 600 บาท/เดือน/การดูแลผู้สูงอายุ 3-5 คน ดำเนินการโดย Care manager ของ ศูนย์สุขภาพชุมชน ตามแบบของกรมอนามัย เพื่อขอใช้เงินงบประมาณ LTC จาก อบต./เทศบาล</p>

(2) บทบาทหน้าที่และแนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

บุคลากรของบริการการดูแลระยะยาว มีจำนวนทั้งหมด 14 คน ประกอบด้วย แพทย์ 1 คน, พยาบาลวิชาชีพ 7 คน, เภสัชกร 1 คน, นักกายภาพบำบัด 1 คน, นักโภชนาการ 1 คน และผู้ช่วยเหลือคนไข้ 3 คน แนวทางปฏิบัติในการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้ารับบริการใน

โรงพยาบาลด่านขุนทดนั้น ให้บริการตั้งแต่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและให้ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ให้บริการเตรียมข้อมูล ลงทะเบียนเข้าระบบการดูแลระยะยาว ประเมินการคัดกรอง จัดทำแผนการดูแลสุขภาพรายบุคคล ประชุมวางแผนการดูแลเฉพาะราย ประสานการปฏิบัติการดูแลตามแผน บริหารจัดการและควบคุม ออกเยี่ยมบ้านให้โรงพยาบาลตามแผนที่วางไว้ ให้การบริการจนกว่าผู้ดูแลสามารถดูแล หรือผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้

บทบาทหน้าที่ของบุคลากรทางสุขภาพ มีรายละเอียดดังนี้

(1.1) แพทย์ มีหน้าที่ รับผิดชอบปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน วางแผนการดูแลรักษาในผู้สูงอายุแต่ละรายให้เหมาะสมกับโรคและอาการของโรคที่เป็นอยู่ รวมถึงการประชุมปรึกษาปัญหา (Case conference) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมากหรือมีปัญหาซับซ้อนที่ต้องการมีการตรวจรักษาโดยแพทย์และออกให้บริการ/เยี่ยมบ้านผู้ป่วยในรายที่มีปัญหาซับซ้อนด้วย

(1.2) พยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลผู้จัดการการดูแล (Care manager: CM) มีหน้าที่ จัดเตรียมข้อมูลผู้สูงอายุ ประเมินภาวะกาย จิต สังคม และสิ่งแวดล้อม ตรวจสอบประเมินสุขภาพเบื้องต้นที่บ้าน เช่น วัดสัญญาณชีพ การหายใจ และการเดินของชีพจร ความดันโลหิต และอุณหภูมิพร้อมทั้ง ลงผล วินิจฉัยปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ ปฏิบัติการพยาบาลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยในเรื่องที่จำเป็น เช่น การให้อาหารทางสายยาง การดูแลสายสวน ปัสสาวะ การป้องกันแผลกดทับ การดูแลระบบทางเดินหายใจ (การให้ออกซิเจน การดูดเสมหะ) การทำแผล การดูแลผู้ป่วยล้างไตทางหน้าท้อง พัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยให้ความรู้ คำแนะนำ การสาธิต ฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยในเรื่องต่างๆ ตลอดจนแนวทางการดูแลอุปกรณ์ทางการแพทย์ เป็นผู้ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ/หน่วยงานอื่นๆ ร่วมทำ Case conference เพื่อแก้ไขปัญหาผู้ป่วย บันทึกกิจกรรมการให้บริการ พร้อมทั้งสรุปปัญหาที่พบรวมทั้งแนวทางการช่วยเหลือ ลงบันทึกรายงานในโปรแกรม ThaiCOC และ HosXp จัดทำ Care plan ส่งเบิกเงิน โครงการ LTC กับอบต./เทศบาล พร้อมทั้งติดตามความก้าวหน้าของการเยี่ยมบ้าน และวางแผนการพยาบาลก่อนการติดตามเยี่ยมครั้งต่อไป

(1.3) เภสัชกร มีหน้าที่ รับผิดชอบปัญหาด้านการใช้ยาของผู้สูงอายุจาก Care manager/ทีมสหสาขาวิชาชีพ ออกเยี่ยมบ้านในผู้สูงอายุที่มีปัญหาซับซ้อนที่เกี่ยวกับการใช้ยา โดยให้ความรู้ คำปรึกษาเกี่ยวกับวิธีการใช้ยา ข้อควรระวัง ข้อห้ามในการใช้ยาและอาการข้างเคียงของยา ให้แก่ผู้ป่วยและญาติรวมถึงผู้ดูแล

(1.4) นักกายภาพบำบัด มีหน้าที่ รับผิดชอบปัญหาด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย การออกกำลังกายต่างๆ ในการฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกายผู้สูงอายุจากทีมสหสาขาวิชาชีพ/ Care manager ออกเยี่ยมบ้านในผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องสมรรถภาพที่ต้องรับการฟื้นฟู โดยการให้ความรู้ และการสอนการออกกำลังกายให้แก่ผู้ป่วยและญาติรวมถึงผู้ดูแล

(1.5) นักโภชนาการ มีหน้าที่ รับประทานอาหารเรื่องภาวะโภชนาการ คำปรึกษาเกี่ยวกับอาหารปั่น หรืออาหารผสมที่ผู้สูงอายุจะได้รับ รวมถึงอาหารที่เหมาะสมกับโรคของผู้สูงอายุ จากทีมสหสาขาวิชาชีพ/ Care manager

(1.6) ผู้ช่วยเหลือคนไข้ มีหน้าที่ จัดเตรียมกระเป๋าเยี่ยมบ้าน ประสานขอรถ เพื่อไปรับ-ส่งเจ้าหน้าที่เยี่ยมบ้าน ร่วมออกเยี่ยมบ้านกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

2) ลักษณะงานและปริมาณงานการบริการดูแลระยะยาว

จากการสำรวจและประเมินภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ อำเภอด่านขุนทด ในปี 2559 มีผู้สูงอายุจำนวน 17,210 คน คิดเป็นร้อยละ 12.78 ของประชากรทั้งหมด พบ กลุ่มติดบ้านที่ 1 จำนวน 399 คน ร้อยละ 1.99 กลุ่มติดบ้านที่ 2 จำนวน 22 คน ร้อยละ 0.13 กลุ่มติดเตียงที่ 3 จำนวน 94 คน ร้อยละ 0.55 และ กลุ่มติดเตียงที่ 4 จำนวน 9 คน ร้อยละ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 6 และปริมาณการให้การดูแลระยะยาวพบว่า ในปี พ.ศ. 2560 จากการสำรวจและประเมินภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ อำเภอด่านขุนทด มีจำนวนผู้สูงอายุ 17,906 คน พบว่า มีภาวะพึ่งพิงเป็นผู้สูงอายุที่กลุ่มติดบ้าน กลุ่มที่ 1 และ กลุ่มที่ 2 มีจำนวน 262 คน คิดเป็นร้อยละ 1.46 และกลุ่มติดเตียงกลุ่มที่ 3 และ กลุ่มที่ 4 จำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 0.29

ซึ่งในปี พ.ศ. 2559 โรงพยาบาลด่านขุนทด ได้เป็น 1 ใน 10 พื้นที่นำร่องในการพัฒนารูปแบบจัดบริการการดูแลระยะยาวให้แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งกลับจากโรงพยาบาลไปดูแลต่อที่บ้าน พร้อมกับทีมสหสาขาวิชาชีพต่างๆ ตามสภาพปัญหาที่พบในผู้สูงอายุแต่ละราย ซึ่งในการดูแลระยะยาวมีการจัดให้บริการในรูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care) ซึ่งเป็นการดูแลสุขภาพต่อเนื่องให้แก่ผู้สูงอายุและครอบครัวที่มีปัญหาสุขภาพที่บ้าน และการเยี่ยมบ้าน (Home visit) เป็นการจัดบริการหลังการประเมินภาวะสุขภาพ เพื่อประเมินภาวะสุขภาพ กาย จิต สังคมสิ่งแวดล้อมและค้นหาปัญหาสุขภาพ ซึ่งในการจัดระบบบริการนั้นมุ่งเน้นการวางระบบการดูแลที่ประกอบด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ และข้อกำหนดในการติดตามออกให้บริการที่บ้านนั้น ได้กำหนดตามหลักเกณฑ์บริการดูแลที่บ้าน/ชุมชนและให้คำแนะนำแก่ญาติและผู้ดูแล โดยบุคลากรสาธารณสุข (เอกสารแนบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2559 ลงวันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2559, 2559) ดังตารางที่ 7 และได้มีการจัดระบบบริการการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามแนวทางปฏิบัติของพยาบาลผู้จัดการการดูแล (Care manager) จำแนกตามกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดังแสดงในรูปภาพที่ 11

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในอำเภอตำบลขุนทด จำแนกตามกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอตำบลขุนทด	ปีงบประมาณ 2559	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ติดบ้าน กลุ่มที่ 1 ADL 5-11 คะแนน และเคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมี ปัญหาการกินหรือการขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง	399	76.15
ติดบ้าน กลุ่มที่ 2 ADL 5-11 คะแนน และเคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมี ปัญหาการกินหรือการขับถ่ายแต่มีภาวะสับสนทางสมอง	22	4.20
ติดเตียง กลุ่มที่ 3 ADL 0-4 คะแนน และเคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจ มีปัญหาการกินหรือการขับถ่ายหรือมีอาการที่เจ็บป่วยรุนแรง	94	17.94
ติดเตียง กลุ่มที่ 4 ADL 0-4 คะแนน และเคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจ มีปัญหาการกินหรือการขับถ่ายและมีอาการที่เจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ ในระยะสุดท้ายของชีวิต	9	1.71
รวม	524	100

ตารางที่ 7 ความถี่ของการให้บริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข โดยบุคลากรสาธารณสุข

กิจกรรมบริการ	ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบ่งเป็น 4 กลุ่ม			
	กลุ่มติดบ้านที่ 1	กลุ่มติดบ้านที่ 2	กลุ่มติดเตียงที่ 3	กลุ่มติดเตียงที่ 4
ให้บริการดูแล ระยะยาวด้าน สาธารณสุข โดยบุคลากร สาธารณสุข	ความถี่ของการ ให้บริการอย่าง น้อย เดือนละ 1 ครั้ง	ความถี่ของการ ให้บริการอย่าง น้อย เดือนละ 1 ครั้ง	ความถี่ของการ ให้บริการอย่าง น้อย เดือนละ 1 ครั้ง	ความถี่ของการ ให้บริการอย่าง น้อย เดือนละ 2 ครั้ง

รูปภาพที่ 11 การจัดการบริการของระบบการดูแลระยะยาว



ระบบการดูแลระยะยาวของโรงพยาบาลด้านชุมชน เป็นการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตั้งแต่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและให้ดูแลต่อที่บ้าน โดยให้การบริการการดูแลที่บ้าน โดยบริการตามปัญหาของผู้สูงอายุแต่ละราย โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยมีพยาบาลผู้จัดการการดูแล (Care manager) เป็นหลักในการดูแลและต่างๆ ในส่วนของงบประมาณที่สนับสนุนบริการ โรงพยาบาลด้านชุมชนจะได้รับค่าใช้จ่ายตามค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นเงินงบประมาณนอกเหนือจากเงินบริการทางการแพทย์แบบเหมาจ่ายรายหัว สำหรับเป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยให้จัดทำ Care plan เพื่อเสนอและขอรับเงินสนับสนุนงบประมาณ LTC จาก อบต./เทศบาล เพื่อจัดระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกับหน่วยบริการตาม Care plan โดยให้เงินค่าใช้จ่ายในอัตราเหมาจ่าย 5,000 บาท/ราย/ปี ในทุกกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งในการทำ Care plan เพื่อเบิกจ่ายเงินนั้นเป็นการประมาณค่าใช้จ่ายเพียงเท่านั้น ยังไม่ได้มีการศึกษาว่าต้นทุนที่แท้จริงของการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุมีค่าใช้จ่ายจริงๆ เท่ากับเท่าไร และค่าต้นทุนกิจกรรมของพยาบาลผู้จัดการการดูแล (Care manager) ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ต้องมีค่าใช้จ่ายเท่ากับเท่าไร

4. ต้นทุนต่อหน่วย

4.1 ความหมายของต้นทุน

สถาบันพัฒนาศาสตร์ (2547) กล่าวว่า ต้นทุน หมายถึง ทรัพยากร หรือปัจจัยนำเข้า (Input) ได้แก่ ค่าใช้จ่ายทั้งหมด (Expenses) ที่ใช้ในกระบวนการ (Process) ประกอบกิจกรรม เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ (Product)

สุวรรณีย์ เจริญรุ่งเรือง (2547) กล่าวว่า ต้นทุน หมายถึง ทรัพยากรที่จ่ายเป็นต้นทุนหรือไม่ใช่ต้นทุนทั้งที่เป็นคน วัสดุ อุปกรณ์ อาคาร ที่ดิน เพื่อให้ได้มาซึ่งผลผลิตและบริการหรือเพื่อให้บรรลุสิ่งที่ต้องการหรือมูลค่าของทรัพยากรที่ถูกใช้ไปในการผลิต

เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย (2557: 84) กล่าวว่า ต้นทุน หมายถึง มูลค่าของทรัพยากรที่ใช้ไป เพื่อให้ได้มาซึ่งผลผลิตหรือบริการสุขภาพ

สรุปได้ว่า ต้นทุน หมายถึง ทรัพยากรทั้งหมดที่ใช้ไป ทั้งที่เป็นต้นทุนและไม่ใช่ต้นทุน ได้แก่ คน วัสดุ อุปกรณ์ อาคาร ที่ดิน เพื่อให้ได้มาซึ่งผลผลิตหรือผลลัพธ์ที่ต้องการ

4.2 การจัดกลุ่มต้นทุน ประเภทการวิเคราะห์ต้นทุน

1) การจัดกลุ่มต้นทุน

เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย (2557: 85-93) ได้ทำการจัดกลุ่มต้นทุนโดยกล่าวว่า การจัดกลุ่มและจำแนกประเภทต้นทุน สามารถทำได้หลายแบบขึ้นอยู่กับเกณฑ์ที่ใช้ในการแจกแจงต้นทุน ในการคำนวณต้นทุน จำเป็นต้องมาแจกแจงว่า ถ้าโครงการสุขภาพนั้นๆ หรือจัดบริการแต่ละประเภทนั้นมีต้นทุนอะไรเกิดขึ้นบ้าง โดยสามารถจัดแบ่งประเภทกลุ่มต้นทุนมีการจำแนกประเภทของต้นทุนในแต่ละประเภท รายละเอียด ดังนี้

(1) การจัดกลุ่มต้นทุนตามการดำเนินการและการลงทุน (Operation cost or recurrent cost) จัดกลุ่มต้นทุนตามการดำเนินการและการลงทุน สำหรับทีมสุขภาพอาจใช้การจัดกลุ่มต้นทุนนี้ได้แบ่งต้นทุนเป็นต้นทุนค่าลงทุน (Capital cost) และต้นทุนดำเนินการ (Operating cost หรือ Recurrent cost หรือ Running cost) เป็นต้นทุนเพื่อให้ได้มาซึ่งทรัพยากรที่ใช้หมดไป และจะต้องมีการจัดหาเพิ่มเติมอย่างสม่ำเสมอ ได้แก่ ค่าแรงสำหรับเจ้าหน้าที่ ค่าวัสดุ ค่าซ่อมแซม ค่าสาธารณูปโภค ค่าฝึกอบรมระยะสั้นจึงคิดเฉพาะต้นทุนดำเนินการ ไม่คิดต้นทุนค่าลงทุน เป็นต้น

(2) การจัดกลุ่มต้นทุนโดยเกณฑ์ผู้รับภาระต้นทุน (Provider view cost) การจัดกลุ่มต้นทุนโดยใช้เกณฑ์ผู้รับภาระต้นทุน สามารถแบ่งออกเป็นหมายเป็นต้นทุนภายใน (Internal cost) คือต้นทุนที่เกิดขึ้นภายในองค์การที่จัดบริการ และต้นทุนภายนอก (External cost) คือต้นทุนที่เกิดขึ้นภายนอกองค์การที่จัดบริการ เช่น ต้นทุนที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการหรือชุมชน การจัดกลุ่มต้นทุนในลักษณะนี้ มีความสำคัญมากสำหรับการวางแผนและกำหนดนโยบายสาธารณสุข เพราะการ

วางแผนกำหนดนโยบายสาธารณสุขจำเป็นต้องพิจารณาด้านทุนทั้งสองกลุ่ม เพื่อให้เกิดการจัดสรรทรัพยากรที่เหมาะสมและเป็นธรรมที่สุด

(3) การจำแนกต้นทุนตามลักษณะพฤติกรรมของต้นทุน (Behavior pattern cost) เป็นค่าใช้จ่ายที่มีลักษณะของการเปลี่ยนแปลงตามสถานการณ์ หรือเหตุการณ์ในการผลิตประกอบด้วย

(3.1) ต้นทุนคงที่ (Fixed cost) เป็นค่าต้นทุนรวมที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ทั้งสิ้น แม้ว่าระดับกิจกรรมหรือปริมาณของผลิตภัณฑ์จะเปลี่ยนแปลงไปก็ตาม กล่าวคือ ต้นทุนจะเท่าเดิมในขณะที่ปริมาณงาน และ/หรือการผลิตมีการเพิ่มขึ้น หรือลดลง

(3.2) ต้นทุนแปรผัน (Variable cost) เป็นค่าต้นทุนรวมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นสัดส่วนโดยตรงกับปริมาณหรือระดับกิจกรรมหรือปริมาณผลิตภัณฑ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

(4) การจัดกลุ่มต้นทุนโดยใช้เกณฑ์กิจกรรม สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่ม 1) คือ ต้นทุนทางตรง (Direct cost) คือ กลุ่มรายการที่เป็นต้นทุนโดยตรงของกิจกรรมนั้น และ 2) ต้นทุนทางอ้อม (Indirect cost) คือ กลุ่มรายการที่ไม่เป็นต้นทุนโดยตรงของกิจกรรมนั้น แต่เป็นต้นทุนกิจกรรมเสริม ซึ่งเป็นต้นทุนโดยอ้อมของกิจกรรมนั้น

(5) การจัดกลุ่มต้นทุนโดยเกณฑ์การจ่ายจริงกับต้นทุนที่ไม่ได้จ่ายจริง การแบ่งประเภทของต้นทุนที่จ่ายจริง เป็นการติดตามต้นทุนที่มองเห็น (Explicit cost หรือ Tangible cost) และต้นทุนที่ไม่ได้จ่ายไปจริง (Implicit cost) ซึ่งเป็นต้นทุนที่แฝงอยู่หรือมองไม่เห็น (Tangible cost) เช่น ต้นทุนด้านจิตใจ คุณภาพชีวิต หรือต้นทุนทางสังคม

(6) การจัดกลุ่มต้นทุนโดยใช้เกณฑ์การแพทย์ เป็นการแบ่งต้นทุนออกเป็นต้นทุนเกี่ยวกับการแพทย์ (Medical cost หรือ Medical care cost – MCC) เป็นต้นทุนที่เกิดขึ้นจากการบริการทางการแพทย์โดยตรง เช่น ค่าวัคซีน ค่ายา ค่าเคมีฉีดยา อุปกรณ์อื่นๆ และอีกประเภท คือ ต้นทุนอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวกับต้นทุนการแพทย์ (Non medical cost – NMC หรือ Routine service cost – RSC) เป็นต้นทุนอื่นๆ ที่สนับสนุนในการให้บริการทางการแพทย์ เช่น ค่าน้ำมันเชื้อเพลิง รถยนต์ และค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับยานพาหนะ

(7) การจัดประเภทต้นทุนตามองค์ประกอบของต้นทุน (Components of cost) สามารถแบ่งออกเป็น 3 ประเภท

(7.1) ต้นทุนค่าแรง (Labor cost: LC) หมายถึง รายจ่ายที่จ่ายให้เจ้าหน้าที่เป็นค่าตอบแทนในการปฏิบัติงาน ทั้งเงินเดือน ค่าล่วงเวลาในการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ ค่าใช้จ่ายในการปฏิบัติราชการอื่นๆ รวมทั้งสวัสดิการต่างๆที่จ่ายในรูปแบบของเงิน เช่น ค่าเล่าเรียน ค่ารักษาพยาบาล ค่าเช่าบ้าน ต้นทุนส่วนที่คงข้างคงที่ ได้แก่ เงินเดือน ค่าจ้าง สวัสดิการต่างๆ

(ค่ารักษาพยาบาล ค่าเช่าบ้าน ค่าเล่าเรียนบุตร เงินสมทบประกันสังคม) ต้นทุนไม่คงที่ ได้แก่ ค่าล่วงเวลา ค่าตอบแทนตามผลงาน ค่าเบี้ยเลี้ยง

(7.2) ต้นทุนค่าวัสดุ (Material cost: MC) หมายถึง ต้นทุนวัสดุสิ้นเปลืองทั้งหมดที่ใช้ไปในการผลิตสินค้าและบริการนั้นๆ รวมทั้งค่าบำรุงรักษา ค่าซ่อมแซม ค่าขนส่ง และค่าสาธารณูปโภค วัสดุสำนักงาน วัสดุวิทยาศาสตร์ เวชภัณฑ์ยา และไม้ไผ่ยา

(7.3) ต้นทุนค่าลงทุน (Capital cost: CC) หมายถึง ต้นทุนเพื่อให้ได้มาซึ่งทรัพยากรที่มีอายุใช้งานมากกว่า 1 ปี การนำมาคิดเป็นต้นทุน ต้องคิดเป็นต้นทุนค่าเสื่อมราคาประจำปี (Depreciation cost) เป็นต้นทุนที่คงที่ เช่น สิ่งก่อสร้าง ครุภัณฑ์ เครื่องมือแพทย์ ซึ่งเครื่องมือเป็นสินทรัพย์ถาวรจำเป็นต้องนำมาคิดค่าเสื่อมราคา ซึ่งถือว่าเป็นต้นทุน

2) ประเภทการวิเคราะห์ต้นทุน

ส่งศรี กิตติรักษ์ตระกูล (2543: 71) ได้กล่าวถึง ต้นทุนต่อหน่วยบริการ สามารถหาได้หลายวิธี แต่ในที่นี้ จะเสนอ 2 แบบ

(1) แบบ Cross subsidize เป็นการเฉลี่ย หรือการกระจายค่าใช้จ่ายทั้งหมดให้ผู้บริโภคส่วนกันรับผิดชอบเป็นการวิเคราะห์หาต้นทุนแบบเฉลี่ย การหาต้นทุนด้านบุคลากรแบบถัวเฉลี่ยในหน่วยงาน มีขั้นตอน ดังนี้

(1.1) รวบรวมค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับค่าต่างๆทั้งหมด

(1.2) รวบรวมผลการให้บริการผู้ป่วยทั้งหมด

(1.3) หาค่าใช้จ่ายด้านต้นทุนของบุคลากรต่อหน่วยบริการ โดยคิดว่า

$$\text{ต้นทุนของบุคลากรต่อหน่วยบริการ} = \frac{\text{ค่าใช้จ่ายที่จ่ายให้บุคลากรทั้งหมดในหน่วยงาน}}{\text{จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดในหน่วยงาน}}$$

(2) แบบ Activity based costing (ต้นทุนตามกิจกรรม) เป็นการประเมินค่าต้นทุนตามสถานการณ์จริง โดยคิดต้นทุนเฉพาะส่วนที่ได้ใช้บริการเท่านั้น ลักษณะการประเมินค่าแบบนี้จะให้ความเป็นธรรมแก่ทุกฝ่าย หลักการคิดค่าต้นทุนตามกิจกรรมนี้ จะเน้นกิจกรรมที่เป็นสาระสำคัญ (Materiality) เป็นภาพกิจกรรมหลักในเชิงมหภาค (Macro activity) และไม่ควรถูกประเมินค่าต้นทุนออกมาในรูปรายการกิจกรรมย่อย (Item lists) สืบเนื่องจากในแต่ละหน่วยงานจะมีบริการค่อนข้างหลากหลาย ผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการบางรายจะใช้บริการตรง (Direct productivity) ทั้งหมด และบางรายจะใช้บริการตรงเพียงบางรายการเท่านั้น ดังนั้นการคิดต้นทุนที่เป็นการคิดต้นทุนโดยตรงตามกิจกรรมจะใช้แนวคิด ดังนี้

(2.1) ภาระของหน่วยงาน คืออะไร

(2.2) มีกิจกรรมหลักอะไรที่ทำให้บรรลุเป้าหมายของหน่วยงาน

(2.3) กิจกรรมหลักๆ นั้นต้องทำด้วยขั้นตอนอะไรบ้าง โดยใคร จำนวนเท่าไร ใช้เวลาคิดเป็นบริการ/ค่าแรงเท่าไร

4.3 ขั้นตอนการวิเคราะห์ต้นทุนด้วยวิธีตามหน่วยของต้นทุน

ขั้นตอนการวิเคราะห์ต้นทุนตามหน่วยของต้นทุน การวิเคราะห์ด้วยวิธีนี้ โดยทั่วไปมี 5 ขั้นตอน คือ การวิเคราะห์ห้องค์กรเพื่อกำหนดหน่วยต้นทุน (Cost center identification and grouping) มีการวิเคราะห์ห้องค์กรเพื่อกำหนดหน่วยต้นทุน (Direct cost determination) มีการกำหนดเกณฑ์การกระจายต้นทุน (Allocation criteria) ดำเนินการกระจายต้นทุนทางอ้อม (Indirect cost allocation) และการคำนวณต้นทุนต่อหน่วย (Unit cost calculation) (เพชรน้อย สิ่งช้างชัย, 2557)

ขั้นตอนที่ 1 ทำการวิเคราะห์ห้องค์กรเพื่อกำหนดหน่วยต้นทุน (Cost center identification and grouping) การกำหนดหน่วยต้นทุนเพื่อเป็นกรอบในการรวบรวมข้อมูลต้นทุนและผลิตภัณฑ์ และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ในการใช้ทรัพยากรระหว่างหน่วยงานต่างๆ มีเกณฑ์ในการกำหนดหน่วยต้นทุน คือ มีโครงสร้างของหน่วยงานชัดเจน (Responsibility center) หรือมีหน้าที่เฉพาะที่ชัดเจน โดยแบ่งหน่วยงานต่างๆ ตามลักษณะหน้าที่และการสนับสนุน ดังนี้

หน่วยต้นทุนที่ก่อให้เกิดรายได้ (Revenue producing cost center: RPCC) เป็นหน่วยงานที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยและมีการคิดค่าบริการจากผู้ป่วย บริการเหล่านี้จะต้องมีใบสั่งให้แก่ผู้ป่วย, หน่วยบริการผู้ป่วย (Patient service: PS) เป็นหน่วยที่ให้บริการผู้ป่วยได้แก่ หน่วยบริการผู้ป่วยนอก หอผู้ป่วยใน และหน่วยกลุ่มงานให้บริการอื่นๆ (Non patient service: NPS) ได้แก่ เวชกรรมสังคม หน่วยวิจัย และหน่วยสุขศึกษา

ขั้นตอนที่ 2 การหาต้นทุนรวมโดยตรงและโดยอ้อมของแต่ละหน่วย การหาต้นทุนรวมโดยตรง เป็นการหามูลค่าของทรัพยากรทั้งหมดที่หน่วยต้นทุนใช้ไป

ขั้นตอนที่ 3 การกำหนดเกณฑ์การกระจายต้นทุน (Allocation criteria) หน่วยต้นทุนที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้ (NRPCC) และหน่วยต้นทุนที่ก่อให้เกิดรายได้ (RPCC) ถือเป็นต้นทุนชั่วคราว (Transient cost center: TCCs) ที่จะกระจายต้นทุนให้กับหน่วยต้นทุนสุดท้าย (Absorbing cost center: ACCs) คือ หน่วยบริการผู้ป่วย (PS) และหน่วยบริการอื่นๆ (NPS) โดยต้นทุนที่กระจายไปเรียกต้นทุนทางอ้อมของหน่วยต้นทุนสุดท้าย โดยมีเกณฑ์การกระจายต้นทุนแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

1) เกณฑ์ที่สัมพันธ์กับผู้ปฏิบัติงาน เช่น จำนวนผู้ปฏิบัติงานเต็มเวลา และเทียบเท่าโรงพยาบาลของแผนก ของพยาบาล ของแพทย์

2) เกณฑ์ที่สัมพันธ์กับค่าใช้จ่าย เช่น ค่าใช้จ่ายของแต่ละหน่วยต้นทุน เงินเดือนและค่าจ้าง ค่าวัสดุ เป็นต้น

3) เกณฑ์ที่สัมพันธ์กับปริมาณผู้ป่วย เช่น จำนวนวันนอนโรงพยาบาลจำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาล หรือจำนวนการมารับการตรวจ จำนวนผู้ป่วย

4) เกณฑ์ที่สัมพันธ์กับบริการทั่วไป เช่น น้ำหนักผ้าที่ใช้ พื้นที่ใช้สอย

นอกจากพิจารณาเกณฑ์จากความสัมพันธ์ของหน่วยต้นทุนแล้ว ยังอาจพิจารณาจากความต้องการใช้ทรัพยากรที่แตกต่างกันในแต่ละบริการด้วย จะทำให้ต้นทุนมีค่าใกล้เคียงความจริงมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 4 คำนวณต้นทุนของหน่วยต้นทุนสุดท้ายหรือต้นทุนรวมทั้งหมด (Full cost) ที่ได้จากการนำต้นทุนรวมทั้งหมด (TDC) รวมต้นทุนทางอ้อมทั้งหมด

ขั้นตอนที่ 5 การคำนวณต้นทุนต่อหน่วย (Unit cost calculation) ต้นทุนทั้งหมด (Full costs) ของหน่วยต้นทุนสุดท้ายเมื่อนำมาหารด้วยปริมาณผลลัพธ์จะได้เป็นต้นทุนต่อหน่วย

5. ต้นทุนกิจกรรม

ในปี ค.ศ. 1988 Kaplan & Cooper ได้นำคำว่า ระบบการคิดต้นทุนกิจกรรม (Activity-based costing: ABC) มาใช้เป็นครั้งแรก จากนั้นก็มีการแพร่หลายในทั่วทุกมุมโลกว่า ข้อมูลต้นทุนกิจกรรมเป็นหัวใจสำคัญของความอยู่รอดของการประกอบธุรกิจและระบบสารสนเทศทางการบริหารสมัยใหม่ในการให้ข้อมูลที่เป็ประโยชน์ต่อผู้บริหารในการตัดสินใจวางแผน ควบคุม และนำไปสู่การเพิ่มประสิทธิภาพและลดความสูญเสียของกิจกรรมต่างๆของกิจการ (วรศักดิ์ ทุมมานนท์, 2544: 7,22)

5.1 ความหมาย แนวคิด

1) ความหมาย

วรศักดิ์ ทุมมานนท์. (2544: 12) กล่าวว่า ต้นทุนกิจกรรม (Activity cost) หมายถึง ต้นทุนของทรัพยากรทั้งหมดที่ใช้ไปในการประกอบกิจการนั้นๆ ประกอบด้วย แรงงาน วัสดุ สิ้นเปลืองและอื่นๆ ซึ่งมักสะสมตามรหัสหรือตาม Cost element ในกรณีที่สามารถทราบถึงความสัมพันธ์ที่เป็นเหตุเป็นผล (Causal relationship) ระหว่างทรัพยากรที่ใช้ไปในกิจกรรมกับกิจกรรมที่เกี่ยวข้องเรียกต้นทุนนั้นว่า ต้นทุนที่สามารถติดตามได้ (Traceable costs) กระบวนการระบุต้นทุนตามรหัสบัญชีเข้าสู่กิจกรรมที่เกี่ยวข้องเรียกต้นทุนนั้นว่า ต้นทุนที่สามารถติดตามได้ (Traceable costs) กระบวนการระบุต้นทุนตามรหัสบัญชีเข้าสู่กิจกรรมที่เกี่ยวข้องเรียกว่า Cost mapping สำหรับการจ่ายที่ไม่สามารถระบุเข้าสู่กิจกรรมได้ ต้องอาศัยการประมาณอย่างมีหลักเกณฑ์ เช่น ค่าน้ำ ค่าไฟ ค่าโทรศัพท์ การระบุค่าใช้จ่ายเหล่านี้เข้าสู่กิจกรรมต่างๆ ต้องอาศัยดุลพินิจเข้าช่วย

Kaplan & Cooper (1998: 3) กล่าวว่า ระบบต้นทุนกิจกรรม (Activity-based cost system: ABC) หมายถึง “ระบบที่มีค่าใช้จ่ายทางอ้อมและสนับสนุนเป็นตัวหลักคั่นในส่วนของ

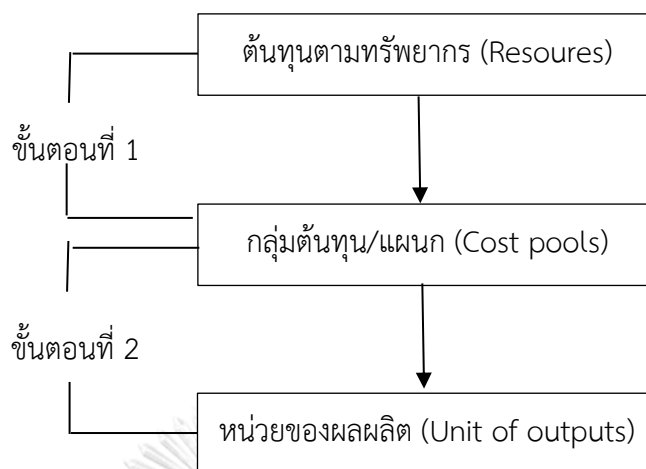
กิจกรรมและกระบวนการในขั้นแรก เป็นตัวผลักดันในส่วนของผลผลิตและบริการ ซึ่งระบบต้นทุนกิจกรรมจะทำให้ผู้บริหารเห็นภาพที่ชัดเจนมากขึ้นทางเศรษฐศาสตร์ในการบริหารจัดการ” (ABC system enabled indirect and support expenses to be driven, first to activities and processes, and then to products, services, and customers. The systems gave manager a clearer picture of the economics of their operations.)

Driver (2001: 94) กล่าวว่า ระบบต้นทุนกิจกรรมเป็นระบบที่ทำให้องค์กรตามรอยของต้นทุนซึ่งสัมพันธ์กับกิจกรรมที่กระทำเพื่อผลิตภัณฑ์หรือบริการ

สรุปได้ว่า ระบบการคิดต้นทุนกิจกรรม หมายถึง ระบบที่ใช้ประมาณการค่าต้นทุนของบริการหรือผลผลิต จากการหาต้นทุนของทรัพยากรทั้งหมดที่ใช้ในการดำเนินงานกิจกรรมต่างๆ ประกอบด้วย แรงงาน วัสดุ สิ้นเปลืองและอื่นๆ ตามที่ใช้จริง เพื่อทำให้เกิดบริการหรือผลผลิตตามเป้าหมายที่กำหนด

2) แนวคิด

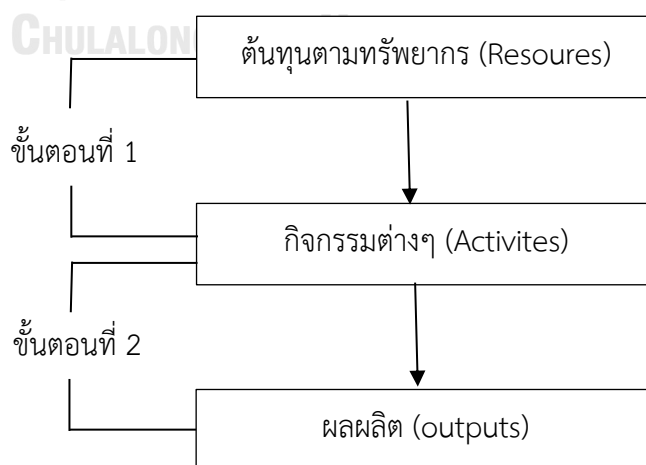
แนวคิดของระบบต้นทุนแบบเดิม ตั้งอยู่บนสมมติฐานที่ว่า ผลผลิตและปริมาณการผลิตเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดต้นทุน การปันส่วนค่าใช้จ่ายการผลิตเข้าเป็นต้นทุนการผลิตประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ในขั้นตอนแรกค่าใช้จ่ายต่างๆ ในการผลิตจะถูกปันส่วนเข้าสู่กลุ่มต้นทุนต่างๆ (Cost pool) และในขั้นตอนที่ 2 ค่าใช้จ่ายการผลิตที่สะสมอยู่ในแต่ละกลุ่มต้นทุนจะถูกปันส่วนเข้าสู่ผลผลิตที่เกี่ยวข้อง โดยใช้ปริมาณการผลิตเป็นเกณฑ์ในการปันส่วนเข้าสู่ผลผลิต (ดนูชา คุณพนิช กิจ, 2536: 3; วรศักดิ์ ทูมมานนท์, 2544: 61-62; Cooper et al., 1992: 9-10)



รูปภาพที่ 12 วิธีการปันส่วน 2 ขั้นตอนของระบบต้นทุนแบบเดิม

ที่มา: วรศักดิ์ ทุมมานนท์, 2544: 25; Cooper et al., 1999: 9

แนวคิดของระบบต้นทุนกิจกรรม ตั้งอยู่บนสมมติฐานที่ว่า กิจกรรมเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดต้นทุน ในขั้นแรกของการปันส่วนระบบต้นทุนกิจกรรม จึงปันส่วนระบบต้นทุนกิจกรรม จึงปันส่วนตามรหัสบัญชีหรือทรัพยากรที่ใช้ (cost element) เข้าสู่กิจกรรมต่างๆ โดยการประมาณอย่างมีหลักเกณฑ์หรือใช้ดุลพินิจส่วนตัวเข้าช่วย (Arbitrary allocation) แต่หากสามารถทราบความสัมพันธ์ระหว่างค่าใช้จ่ายรายการนั้นๆ กับกิจกรรมที่เกี่ยวข้องหรือสามารถประมาณได้อย่างสมเหตุสมผล เช่น เงินเดือนบุคลากร ซึ่งอาจจะอาศัยข้อมูลจากการสัมภาษณ์บุคลากรหรือหัวหน้างานเกี่ยวกับสัดส่วนเวลาหรือนำพนักงานที่บุคลากรใช้ไปในกิจกรรมต่างๆ เกณฑ์ในการปันส่วนค่าใช้จ่ายเข้าสู่กิจกรรมดังกล่าว เรียกว่า ตัวผลัดต้นทุนทรัพยากร



รูปภาพที่ 13 วิธีการปันส่วน 2 ขั้นตอนของระบบต้นทุนกิจกรรม

ที่มา: วรศักดิ์ ทุมมานนท์, 2544: 25; Cooper et al., 1992: 10

นอกจากนี้ ระบบต้นทุนกิจกรรม ยังสมมติฐานว่า ผลผลิต (การบริการ โครงการ ต่างๆ และ ผลิตภัณฑ์) เป็นสิ่งที่ใช้กิจกรรมอีกทีหนึ่ง ดังนั้น ขั้นตอนที่ 2 ของระบบต้นทุนกิจกรรม จึงเป็นเรื่องการปันส่วนต้นทุนกิจกรรมต่างๆ เข้าสู่ผลผลิตที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเกณฑ์ในการคำนวณ ใช้อัตรา ของต้นทุนกิจกรรมต่อหน่วยของตัวผลักดัน (Cost per driver) ซึ่งก็ขึ้นอยู่กับว่าผลผลิตแต่ละชนิดใช้ กิจกรรมต่างๆ ในสัดส่วนที่มากน้อยเพียงใด ในระบบต้นทุนกิจกรรมและต้นทุนแบบเดิม ประกอบด้วย 2 ขั้นตอนเหมือนกัน แต่ระบบมีความแตกต่างกัน คือ ระบบต้นทุนกิจกรรม จะปันส่วนทรัพยากรเข้าสู่กิจกรรมต่างๆ (Activity cost pool) เป็นลำดับแรก ไม่ได้ปันส่วนเข้าต้นทุนกลุ่มต่างๆ เหมือนระบบ ต้นทุนแบบเดิม นอกจากนี้ในขั้นตอนที่ 2 จะต้องระบุตัวผลักดันต้นทุนกิจกรรมของแต่ละกิจกรรม เพื่อนำไปสู่การคำนวณต้นทุนต่อหน่วยของตัวผลักดันต้นทุน จำนวนของตัวผลักดันจะมีมากน้อย เพียงใดขึ้นอยู่กับจำนวนกิจกรรมที่ระบุขึ้นเป็นสำคัญ

5.2 ขั้นตอนในคิดต้นทุนกิจกรรม

การออกแบบต้นทุนกิจกรรมตามแนวคิดของ Kaplan & Cooper (1998) นั้นได้มี หลักการพื้นฐานของการพัฒนาระบบต้นทุนกิจกรรม ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

- 1) การจัดทำพจนานุกรม (Develop the activity dictionary)
- 2) การกำหนดตัวผลักดันทรัพยากรของแต่ละกลุ่มกิจกรรมใช้ (Determine how much the organization is spending on each of it's activities)
- 3) ระบุผลผลิตขององค์กร บริการและลูกค้า (Identify the organization's products, service and customers)
- 4) เลือกตัวผลักดันกิจกรรมที่เชื่อมโยงระหว่างต้นทุนกิจกรรมไปยังต้นทุนผลผลิต การบริการลูกค้า (Select activity cost driver that link activity cost to the organization's products, service and customer)

ชัยสิทธิ์ เฉลิมมีประเสริฐ (2544) กล่าวว่า การปันส่วนค่าใช้จ่ายต้นทุนกิจกรรมที่อยู่ในแต่ละ กลุ่มต้นทุนกิจกรรมเข้าสู่ผลผลิตหรือบริการ อาจทำได้ 3 วิธี คือ

- 1) การปันส่วนทางตรง (Direct charging allocation) เป็นการปันส่วนค่าใช้จ่ายต้นทุน กิจกรรมที่เป็นค่าใช้จ่ายโดยตรงของแต่ละชนิด เช่น ค่าวัตถุดิบ ค่าแรงในการผลิตผลผลิตนั้นๆ
- 2) การปันส่วนโดยอาศัยการประมาณ (Estimation allocation) วิธีนี้เป็นการดำเนินการ โดยอาศัยเทคนิคทางสถิติเข้าช่วยในการประมาณการค่าใช้จ่ายของแต่ละกิจกรรมที่จะลงสู่ผลผลิต

3) การปันส่วนโดยอาศัยดุลยพินิจเข้าช่วย (Arbitrary allocation) เป็นวิธีที่ตรงกันข้ามกับวิธีแรก การปันส่วนวิธีนี้มีผู้ใช้ตัวผลิตภัณฑ์กิจกรรมที่อาจไม่มีสัมพันธ์ใดๆ กับการใช้กิจกรรมของผลผลิตหรือบริการนั้นๆ

5.3 การจำแนกกิจกรรมการพยาบาล ขั้นตอนการดำเนินงานตามระบบต้นทุนตาม

กิจกรรม

กิจกรรม หมายถึง กระบวนการ (Process) หรือวิธีการ (Procedures) ที่ทำให้เกิดการปฏิบัติงานขึ้นในองค์กร เป็นการผสมผสานปัจจัยการผลิตอันได้แก่ แรงงาน วัสดุดิบ เทคโนโลยี วิธีการ และสภาพแวดล้อมต่างๆ เข้าด้วยกัน เพื่อให้เกิดผลผลิตหรือบริการขึ้น กิจกรรมเป็นตัวสะท้อนให้เห็นว่าได้มีการปฏิบัติอะไรบ้าง ใช้เวลาในการประกอบกิจกรรมอย่างไร ตลอดจนมีผลได้ อะไรบ้างที่เกิดจากการประกอบกิจกรรมหรือจากกระบวนการนั้นๆ (วรศักดิ์ ทูมมานนท์, 2544)

1) พจนานุกรมกิจกรรม (Activity dictionary) เป็นเครื่องมือที่เป็นประโยชน์ต่อการกำหนดกิจกรรม พจนานุกรมกิจกรรมจะประกอบขึ้นด้วยรายการกิจกรรมต่างๆ และเป็นกิจกรรมในหน่วยงานนั้นๆ ใช้เป็นแนวทางปฏิบัติตลอดจนให้ข้อมูลเกี่ยวกับคุณลักษณะต่างๆ และคำอธิบายที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมนั้นๆ ใช้เป็นแนวทางปฏิบัติตลอดจนให้ข้อมูลเกี่ยวกับคุณลักษณะต่างๆ และคำอธิบายที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมนั้นๆ ไม่ว่าจะเป็นการเกิดขึ้นของเหตุการณ์ที่เป็นตัวจุดชนวนให้เกิดการประกอบกิจกรรมนั้นๆ ขึ้น (Triggers) ตัวที่เป็นสาเหตุของการเกิดต้นทุนกิจกรรมหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดต้นทุนและการปฏิบัติกิจกรรมและกระบวนการต่างๆ (Cost drivers) ตัววัดผลได้ของกิจกรรม (Output measure) หรือผลลัพธ์ได้จากการประกอบกิจกรรม ตัววัดผลได้จะต้องสามารถระบุเป็นจำนวนได้ (Quantifiable measure) ซึ่งอาจจะอยู่ในรูปของจำนวนครั้งของการประกอบกิจกรรม พจนานุกรมถือว่าเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีในการกำหนดกิจกรรม ซึ่งหลักการกำหนดกิจกรรม ประกอบด้วย (วรศักดิ์ ทูมมานนท์, 2544; Cooper et al., 1992)

- (1) หนึ่งฝ่าย / แผนก ควรมีไม่เกิน 5-10 กิจกรรม
- (2) กิจกรรมนั้นต้องสามารถมองเห็นปัจจัยนำเข้า (Input) ผู้ใช้ (User) และผลลัพธ์ (Output) ที่ชัดเจน
- (3) กิจกรรมนั้นควรกินเวลามากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 10 ของเวลาปฏิบัติ โดยเฉพาะต่อสัปดาห์
- (4) เมื่อนำเวลาในข้อ 3 ของทุกๆกิจกรรมมารวมกันแล้วต้องมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80 ของเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติงาน โดยรวมของฝ่าย/แผนก

(5) กิจกรรมที่กำหนดควรครอบคลุมทั้งกิจกรรมที่อยู่ในปัจจุบัน และที่จะทำให้ออนาคต การกำหนดกิจกรรมอาจศึกษาได้จากคำบรรยายลักษณะงาน (Job description) ขั้นตอนการดำเนินงานขององค์กร (organization chart) การวางแผนการปฏิบัติงาน (Action plan) การสัมภาษณ์บุคลากร (Interview)

(6) ควรกำหนดกิจกรรมที่ครอบคลุมทั้งกิจกรรมปฐมภูมิหรือกิจกรรมหลัก (Primary activities) และกิจกรรมทุติยภูมิหรือกิจกรรมรอง (Secondary activities)

2) การบริหารกิจกรรม (Activity-based management: ABM) เป็นศาสตร์ของการบริหารที่เน้นบริหารกิจกรรมต่างๆ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณค่าในตัวผลผลิตหรือบริการที่ผู้รับบริการจะได้รับ และผลกำไรองค์กรจะบรรลุจากการนำคุณค่าไปสู่ผู้รับบริการ การบริหารกิจกรรมหลักสามารถจัดประเภทกิจกรรม ได้เป็น 5 ระดับ ดังนี้ (วรศักดิ์ ทุมมานนท์, 2544)

(1) กิจกรรมระดับหน่วยผลิตภัณฑ์ (Unit-level activities) เป็นกิจกรรมที่เกิดขึ้นสำหรับแต่ละหน่วยผลิตหรือการบริการ เป็นการแสดงถึงจำนวนครั้งในการทำกิจกรรม ซึ่งตัวแปรผันตามต้นทุนการใช้ประโยชน์ เช่น การเช็ดตัวผู้ป่วย

(2) กิจกรรมระดับกลุ่มผลิตภัณฑ์ (Batch-level activities) เป็นกิจกรรมที่ต้องเกิดขึ้นทุกครั้งที่มีการผลิตผลิตภัณฑ์กลุ่มหนึ่งๆ ซึ่งผันแปรโดยตรงกับจำนวนครั้ง แต่ไม่ได้มีความสัมพันธ์กับจำนวนหน่วยต้นทุนกิจกรรมดังกล่าวจะสามารถระบุเข้าสู่ผลิตภัณฑ์หรือมีการบริการได้โดยตรงเช่นเดียวกับต้นทุนกิจกรรมในระดับหน่วย เช่น การให้คำแนะนำผู้ป่วยกลับบ้าน

(3) กิจกรรมระดับชนิดผลิตภัณฑ์ (Product-level activities) เป็นกิจกรรมที่เกิดขึ้นเมื่อจำเป็นเพื่อสนับสนุนขบวนการผลิตจะเกิดขึ้นเฉพาะผลิตภัณฑ์แต่ละชนิด ซึ่งไม่จำเป็นต้องเกิดขึ้นทุกครั้งที่มีการผลิตไม่ว่าจะเป็นการผลิตในระดับหน่วยหรือระดับกลุ่ม

(4) กิจกรรมระดับลูกค้า (Customer-level activities) เป็นกิจกรรมที่เกิดขึ้นเฉพาะลูกค้าหรือผู้รับบริการแต่ละราย ซึ่งไม่จำเป็นต้องเกิดขึ้นทุกครั้งที่มีการผลิต

(5) กิจกรรมระดับทั่วไป (Facility or general operation-level activities) เป็นกิจกรรมที่เพียงสนับสนุนหรือช่วยในการผลิตเท่านั้น ไม่เกี่ยวกับการผลิตผลิตภัณฑ์กลุ่มใดกลุ่มหนึ่งหรือชนิดใดชนิดหนึ่งโดยเฉพาะ

วิธีการศึกษาปริมาณกิจกรรมการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล

1) ความหมายและแนวคิดของการศึกษาปริมาณการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล

กฤษดา แสงวงดี (2545) กล่าวว่า ปริมาณงานและภาระงาน (Work load) หมายถึง ปริมาณงานที่เกิดขึ้นในแต่ละหน่วยบริการ ซึ่งวัดได้จากจำนวนหน่วยของบริการ (Unit of service) ชั่วโมงการพยาบาล (Nursing care hour) หมายถึง จำนวนชั่วโมงการทำงานที่บุคลากรทางการพยาบาลใช้ไปเพื่อการดูแลผู้ป่วยในแต่ละหน่วยบริการ (Unit of service) เช่น ผู้ป่วยใน เรียกเวลาที่

ต้องการนี้ว่า Nursing care hour patient day หรืองานบริการผู้ป่วยนอก เรียกว่า Nursing care hour per care visit เป็นต้น

2) วิธีการศึกษาปริมาณการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล

วันชัย ริจิรวนิช (2548: 359-364) กล่าวถึง การกำหนดจำนวนวัฏจักรที่จะบันทึกจับเวลา คือ จากความไม่สม่ำเสมอในการทำงานของคนนั้น หรือความแปรผันของงานต้นงานด้านอื่นๆ ทำให้ต้องหาขนาดของตัวอย่างที่เหมาะสมในการบันทึกเวลา จำเป็นต้องเก็บบันทึกข้อมูลหลายๆรอบ หรือหลายวัฏจักร จากนั้นเลือกใช้เวลาที่เป็นตัวแทนของงานย่อยแต่ละงาน โดยจะเลือกใช้ค่าเฉลี่ย (Mean) หรือฐานนิยม (Mode) เป็นค่าเวลาที่ใช้งาน ในการกำหนดหาขนาดของตัวอย่างที่จะสร้างความเชื่อมั่นต่อข้อมูลที่วัดได้โดยมีระดับความเชื่อมั่นและผิดพลาดตามความต้องการซึ่งได้กำหนดวิธีการ 3 วิธี คือ 1) วิธีใช้สูตรคำนวณ จากการเปรียบเทียบค่าระดับความเชื่อมั่นเท่ากับค่าระดับความผิดพลาด 2) การใช้ตารางสำเร็จรูป และ 3) ใช้วิธีประมาณการจากการใช้ค่าพิสัย

ในการวิจัยครั้งนี้ใช้การจับเวลาแบบการจับเวลาแต่ละครั้ง (Flyback timing) เนื่องจากกิจกรรมการพยาบาลเป็นกิจกรรมที่มีความหลากหลาย และการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในแต่ละครั้งเกิดขึ้นตามปริมาณความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วย ซึ่งในการจับเวลาจะใช้ตารางกิจกรรมการพยาบาลบางกิจกรรมใช้ระยะเวลาที่แตกต่างกันมาก การใช้ตารางสำเร็จรูปจึงเป็นทางเลือกที่เหมาะสม

ตารางที่ 8 จำนวนการเก็บขนาดตัวอย่างของกิจกรรมที่เหมาะสม

เวลาหรือวัฏจักร (นาที)	จำนวนกิจกรรม
ไม่เกิน 0.10	200
0.10 – 0.25	100
0.25 – 0.50	600
0.50 – 0.75	40
0.75 – 1.00	30
1.00 – 2.00	25
2.00 – 5.00	15
5.00 – 10.00	10
10.00 – 20.00	8
20.00 – 40.00	5
เกินกว่า 40.00	3

ที่มา: วันชัย ริจิรวนิช, 2548: 364

การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยและต้นทุนกิจกรรมการพยาบาล เป็นการหาค่าใช้จ่ายของ บริการ/กิจกรรมที่ให้บริการ ทั้งในส่วนของต้นทุนทางตรง ประกอบด้วย ต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าวัสดุ และต้นทุนค่าลงทุน และในส่วนของต้นทุนสนับสนุน เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการประเมินประสิทธิผล ประสิทธิภาพ และความคุ้มค่าของต้นทุนกับผลลัพธ์ที่ได้ พร้อมทั้งเป็นข้อมูลสนับสนุนในเชิงนโยบาย ของผู้บริหารเพื่อนำไปประกอบการวางแผนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และใช้ทรัพยากรของ โรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6.1 งานวิจัยในต่างประเทศ

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศพบว่า ได้มีงานวิจัยในต่างประเทศที่ ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาล และต้นทุนต่อหน่วย ดังนี้

Karlson และคณะ (2006) ศึกษาเพื่อวิเคราะห์ความยั่งยืนในอนาคตของระบบการดูแลระยะ ยาวในประเทศอังกฤษ ผลการศึกษาพบว่า แสดงให้เห็นว่าความต้องการการดูแลระยะยาวจะเริ่ม ลดลงอีก 10 ปีนับจากนี้ แต่ใน พ.ศ. 2593 ผลความต้องการการดูแลระยะยาวแบบไม่เป็นการจะมี การเพิ่มขึ้นจากมีผู้ต้องการจำนวน จาก 2.2 ล้านคนเป็น 3.0 ล้านคนและภายในอีก 10 ปีข้างหน้า ค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาวอย่างเป็นทางการจะเพิ่มขึ้นจาก 11 พันล้านปอนด์ต่อปี เป็นถึง 15 พันล้านปอนด์ต่อปี

Bandara (2008) ศึกษาต้นทุนทั้งหมดและต้นทุนต่อหน่วยของหน่วยบริการปฐมภูมิสะมาตี กามา (Samadigama) ผลการศึกษา พบว่า 1) ผู้ป่วยนอกมีต้นทุนต่อหน่วยคือ 147.00 รูปีศรีลังกา คลินิกแพทย์ 261.00 รูปีศรีลังกา คลินิกวัคซีนเด็ก 940.00 รูปีศรีลังกา คลินิกวางแผนครอบครัว 561.00 รูปีศรีลังกา คลินิกทันตกรรม 418.00 รูปีศรีลังกา และคลินิกอายุรเวช 232.00 รูปีศรีลังกา 2) เนื่องจากการขาดบุคลากรที่ปฏิบัติงานเต็มเวลา และการใช้บริการที่ไม่ทั่วถึง ส่งผลให้ค่าของต้นทุน ต่อหน่วยค่อนข้างสูง การศึกษานี้ได้เสนอให้มีจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานเต็มเวลา และจำนวนชั่วโมง ทำงานที่เพิ่มขึ้น ซึ่งจะ使得ต้นทุนต่อหน่วยลดลงถึง 35% ของหน่วยตรวจผู้ป่วยนอก 75% ของ คลินิกแพทย์ และ 9% ของคลินิกทันตกรรม

Chung และคณะ (2009) ศึกษาตัวชี้วัดค่าใช้จ่ายที่สำคัญของระบบการดูแลระยะยาวใน ประเทศฮ่องกง ปี พ.ศ.2579 ซึ่งทำการศึกษาโดยการจำลองข้อมูลทางคณิตศาสตร์ ด้วยการใช้ข้อมูล ประชากรที่ได้จากการสำรวจครัวเรือนในปี พ.ศ. 2547 บัญชีค่าใช้จ่ายสุขภาพและข้อมูลอื่นๆที่ เกี่ยวข้องกับผู้ให้บริการโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า ค่าใช้จ่ายรวมของระบบการดูแลระยะยาวที่ คาดการณ์ไว้ สัดส่วนของ GDP มีการเพิ่มขึ้นเล็กน้อย 3.0 % ภายในปี พ.ศ. 2579 มีการเปลี่ยนแปลง

ทางด้านประชากรซึ่งทำให้มีผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายโดยรวม ซึ่งจะมีการเพิ่มขึ้นจาก 2.2 % เป็น 4.9 % ของ GDP

Wong และคณะ (2010) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับ การทำนายความต้องการในการดูแลระยะยาวในผู้ป่วยอายุ 65 ขึ้นไป ในโรงพยาบาลดัตช์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ 262,439 คน ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล จากฐานข้อมูลแห่งชาติเนเธอร์แลนด์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และพหุคูณ ผลการศึกษาพบว่า โรคหลอดเลือดสมอง (Relative risk ratio = 11.5), การหักของขาและข้อเท้า (Relative risk ratio = 6.1) และโรคมะเร็งปอด (Relative risk ratio = 4.9) เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายได้ว่าต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

Wu และคณะ (2014) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับ ปัจจัยที่มีผลในการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุ: ศึกษาประชากรในประเทศไต้หวัน ได้ทำการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional) กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ข้อมูลประชากรจากการสำรวจสุขภาพแห่งชาติ ปี 2005 จำนวน 2,608 คน เป็นผู้ชายจำนวน 1,312 คน และ ผู้หญิง 1,296 คน และมีอายุมากกว่า 65 ปี วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ไควร์สแควร์ (χ^2) เพื่อทดสอบความแตกต่างของคุณลักษณะระหว่างการดูแลที่บ้านหรือชุมชน กับการดูแลที่สถานบริบาลผู้สูงอายุ ในระบบการดูแลระยะยาว ผลการศึกษาพบว่า 1) ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลที่สถานบริบาลผู้สูงอายุ ระดับการศึกษา มีระดับที่ต่ำกว่า ($p=0.019$), มีสถานโสดมากกว่า ($p=0.01$), สมาชิกในครอบครัวน้อยกว่า ($p=0.002$), มีความชุกสูงของการกลืนอาหารไม่ได้ ($p=0.011$), ภาวะสมองเสื่อม ($p=0.25$) และภาวะพิการมากกว่า ($p=0.016$) 2) อายุ (อายุ 65-69 ปี; 75-79 ปี ([OR]=2.08, $p= 0.044$); อายุ ≥ 80 ปี ([OR]= 3.30, $p=0.002$) สถานภาพสมรส ([OR]=2.16, $p= 0.006$), การอาศัยอยู่ในเขตเมือง ([OR]=1.68, $p= 0.037$), โรคหลอดเลือดสมอง ([OR]=2.08, $p= 0.015$), ภาวะสมองเสื่อม ([OR]=2.32, $p= 0.002$) และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ([OR]=21.57, $p<0.001$) เป็นปัจจัยในการดูแลระยะยาว

Choi and Joung (2016) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับ ความสัมพันธ์ระหว่างประโยชน์จากการดูแลระยะยาวและอัตราการตายในผู้สูงอายุชาวเกาหลี ได้ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่เข้ารับระบบประกันสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว จำนวน 9,599 คน (ผู้ชาย 2,680 คนและ ผู้หญิง 6,919 คน) ศึกษาตั้งแต่เดือนมกราคม – เดือนกุมภาพันธ์ 2009 และมาตรวจตามนัดจนถึงเดือน เมษายน 2014 ผลการศึกษาพบว่า ระบบประกันสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวเป็นสิ่งจำเป็น ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้บริการและอัตราการตายในผู้สูงอายุชาวเกาหลี พบว่า มีอัตราการตาย 27.8% ในระยะเวลาติดตาม 40 เดือน เพศชาย, อายุขั้นสูงและกิจกรรมในชีวิตประจำวันเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิต มีนัยสำคัญต่ำกว่า ผู้ที่ไม่เคยมาใช้บริการ ระบบประกันสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวทำให้การส่งเสริมสุขภาพและรักษาความคงอยู่ของความพิการไม่ให้แย่งลงในผู้สูงอายุ

Dhargave and Sendhikumar (2016) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับ ความชุกของปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ที่บ้านในการดูแลระยะยาว กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุเพศชาย และหญิงที่มีอายุ 60-95 ปี จำนวน 163 คน ผลการศึกษาพบว่า 1) ปัจจัยที่ส่งผลต่อความชุกการหกล้มในผู้สูงอายุได้แก่ การมองเห็นลดลง ([OR]=1.851), การเจ็บป่วยเรื้อรัง ([OR]=1.633), อาการเวียนหน้า ([OR]=2.237), การทรงตัวไม่สมดุล ([OR]=3.105), การก้าวก้าวการหกล้ม ([OR]=3.227) และมีประวัติการหกล้มมาก่อน ([OR]=5.661) (all $p < 0.001$)

Noguchi Haruko (2016) ได้ทำการศึกษากาการวิเคราะห์ต้นทุนค่าดำเนินการและต้นทุนค่าเสียโอกาสของผู้ดูแลที่บ้านใน 6 พื้นที่โครงการ LTOP โดยศึกษาตั้งแต่ เดือนเมษายน – มิถุนายน 2559 ทำการเก็บรวบรวมจากต้นทุนพื้นที่ ต้นทุนทรัพย์สิน ต้นทุนด้านบุคลากร สมุดบัญชีสำหรับ ต้นทุนค่าดำเนินการ การศึกษาพบว่า ในด้านต้นทุนค่าใช้จ่ายบุคลากร 1) ค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรถูกใช้สำหรับเจ้าหน้าที่วิชาชีพ (แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่บริหารและอื่นๆ) 2) หากพิจารณาตามอาชีพแล้วพบว่า เจ้าหน้าที่ LTOP ส่วนใหญ่มีอายุต่ำกว่า 50 ปี ยกเว้น อาสาสมัคร/ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มอายุอยู่ที่ 50 ปีขึ้นไป 3) หากพิจารณาตามอาชีพ พบว่า เจ้าหน้าที่ LTOP มักมีประสบการณ์ทำงานมากกว่า 20 ปี แต่อาสาสมัคร/ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีประสบการณ์น้อยกว่า 5 ปี และ 4) พิจารณาความเสื่อมถอย พบว่า เพศ ประสบการณ์การทำงานและ อายุ มีความสัมพันธ์ไปในทางเดียวกันกับค่าจ้างต่อชั่วโมงโดยเฉลี่ยของเจ้าหน้าที่พื้นที่ LTOP, ในด้านต้นทุนค่าเสียโอกาสของผู้ดูแลที่บ้าน พบว่า อัตราส่วนการดูแลของญาติผู้ดูแลแยกตามชม. การดูแลต่อวัน พบว่า ดูแลมากกว่า 12 ชม./วันมีส่วนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 64.1

Akiyama และคณะ (2018) ได้ทำการศึกษา วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อต้นทุนระบบสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในระบบการดูแลระยะยาวในประเทศญี่ปุ่น โดยศึกษาจากข้อมูลของระบบบริการทางการแพทย์สำหรับผู้สูงอายุในเดือนกรกฎาคม และเดือนธันวาคมของปี พ.ศ. 2550 2551 และ 2552 จำนวน 801 คน โดยใช้สมการการถดถอย (Regression) ตรวจสอบความสัมพันธ์ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ความสัมพันธ์ทำให้ค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้นอย่างมาก คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ลำพังคนเดียวในช่วงฤดูหนาว

6.2 งานวิจัยในประเทศไทย

นฤมล สิงห์ตง (2539) ศึกษาต้นทุนของการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ณ ศูนย์วัณโรคเขต โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง คือ ศูนย์วัณโรค 4 แห่ง จาก 12 แห่งทั่วประเทศ ได้สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบ Cluster random Sampling วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ผลการศึกษา พบว่า 1) ต้นทุนต่อครั้งของการตรวจรักษาผู้ป่วย เป็น 1,069.89 บาท การเอกซเรย์ปอดเป็น 153.74 บาท การตรวจเสมหะเป็น 157.37 บาท และการจ่ายยาเป็น 180.84 บาท การรักษาผู้ป่วยวัณโรคเชื้อดื้อยามีต้นทุนสูงที่สุด คือ 92,884.40 บาท ผู้ป่วยวัณโรคกลับเป็นซ้ำ 16,236.50 บาท ผู้ป่วยวัณโรคร่วมกับ

เอตส์ 15,615.46 บาท 2) ต้นทุนของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่มีการดำเนินโรคที่มีการดำเนินโรคตามปกติ เป็น 12,498.30 บาท และต้นทุนของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคไม่แพร่เชื้อ เป็น 7,889.78 บาท อัตราส่วนต้นทุนค่าวัสดุ ต่อค่าลงทุน ต่อค่าแรง เป็น 1 : 2.52 : 3.09 โดยศูนย์วัณโรคเขต 3 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ศูนย์วัณโรคเขต 7 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และศูนย์วัณโรคเขต 9 ภาคเหนือ ซึ่งปฏิบัติงานตามโครงสร้างใหม่ของกรมควบคุมโรคติดต่อ มีต้นทุนการรักษาผู้ป่วยวัณโรคสูงกว่าศูนย์วัณโรคเขต 12 ภาคใต้ ที่ยังปฏิบัติงานตามโครงสร้างการบริหารงานเดิม

ภิรมย์ กมลรัตนกุล จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และสุรียรัตน์ งามเกียรติไพศาล (2544) ศึกษาต้นทุนรวมและต้นทุนต่อหน่วยของการให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผลการศึกษาพบว่า 1) ผู้ป่วยใน (IPD) ต้นทุนรวม 1,089,842,638 บาทต่อ 6 เดือน และต้นทุนต่อหน่วย 5,929.05 บาทต่อวันนอน โครงสร้างต้นทุน ค่าแรง : ค่าวัสดุ = 20 : 67 : 13 ต้นทุนทางตรง : ต้นทุนทางอ้อม = 60 : 40 ต้นทุนค่าบริการพื้นฐาน : ต้นทุนค่าบริการทางการแพทย์ = 62.63 : 37.37 ผู้ป่วยนอก (OPD) ต้นทุนรวม 832,297,031 บาท และต้นทุนต่อหน่วย 1,799.86 บาทต่อครั้ง โครงสร้างต้นทุน ค่าแรง : ค่าวัสดุ : ค่าลงทุน = 4 : 91 : 6 ต้นทุนทางตรง : ต้นทุนทางอ้อม = 78 : 22 ต้นทุนค่าบริการพื้นฐาน : ต้นทุนค่าบริการทางการแพทย์ = 32.75 : 67.25 ผู้ป่วยวิกฤต (ICU) ต้นทุนรวม 209,539,109 บาท และต้นทุนต่อหน่วย 18,374.68 บาทต่อวันนอน โครงสร้างต้นทุน ค่าแรง : ค่าวัสดุ : ค่าลงทุน = 22 : 61 : 17 ต้นทุนทางตรง : ต้นทุนทางอ้อม = 70 : 30 ต้นทุนค่าบริการพื้นฐาน : ต้นทุนค่าบริการทางการแพทย์ = 58.91 : 41.09 ห้องผ่าตัด มีต้นทุนรวม 149,497,765 บาท ต้นทุนต่อหน่วย 2,428.57 บาทต่อชั่วโมงต่อเตียง ผู้ป่วยนอกที่ ต้นทุนรวม 31,868,380 บาท ต้นทุนต่อหน่วย 692.78 บาทต่อครั้ง ผู้ป่วยในสามัญ ต้นทุนรวม 340,693,225 บาท ต้นทุนเฉลี่ย 4,852.63 บาทต่อวันนอน และ 40,689.50 บาทต่อ 1 ครั้ง

กมลวรรณ จลาพงษ์ (2545) ศึกษาการวิเคราะห์ต้นทุนโดยตรงของการบริการพยาบาล จากระบบจำแนกกิจกรรมการพยาบาล : กรณีศึกษาโรงพยาบาลรามารามาศิบัติ โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง คือ กิจกรรมการพยาบาลทั้งหมด ที่บุคลากรพยาบาลได้ลงบันทึกในฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลรามารามาศิบัติ มีจำนวนทั้งสิ้น 466,710 ระเบียบ ได้สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาร์้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติวิเคราะห์ที่ และสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว ผลการศึกษาพบว่า 1) กิจกรรมการพยาบาลที่มีต้นทุนโดยตรงของการบริการพยาบาลสูงสุด คือ การช่วยฟื้นชีวิต มีค่าเฉลี่ยของระยะเวลาที่ใช้ทำกิจกรรม 20 นาที ค่าเฉลี่ยของอัตราเงินเดือน 57.48 บาท และค่าเฉลี่ยของค่าอุปกรณ์ 48.20 บาท คิดเป็นต้นทุนโดยตรงเท่ากับ 105.68 บาท และสำรวจพบว่าต้นทุนโดยตรงของการบริการพยาบาล จะสูงขึ้นหรือต่ำลงขึ้นอยู่กับปัจจัยสำคัญ 4 ประการคือ อัตราเงินเดือนของบุคลากรพยาบาล จำนวนบุคลากรพยาบาลที่ทำกิจกรรมการพยาบาลในแต่ละรายการ

ระยะเวลาในการทำกิจกรรมการพยาบาล และค่าอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำกิจกรรมพยาบาล 2) ค่าเฉลี่ยของต้นทุนโดยตรงของการบริการพยาบาล 54 รายการ กิจกรรมการพยาบาล ที่กระทำให้กับผู้ป่วยประเภทที่ 1 ประเภทที่ 2 ประเภทที่ 3 ประเภทที่ 4 และประเภทที่ 5 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 3) ค่าเฉลี่ยของต้นทุนโดยตรงของการบริการพยาบาล 63 รายการ กิจกรรมการพยาบาล ที่จัดกระทำในหอผู้ป่วยสามัญและหอผู้ป่วยพิเศษ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อชิรญา สุกีน (2545) ศึกษาต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลในผู้ป่วยไฟไหม้-น้ำร้อนลวก กรณีศึกษา ศูนย์ดูแลผู้ป่วยไฟไหม้-น้ำร้อนลวก โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรพยาบาลที่ปฏิบัติงานในศูนย์ดูแลผู้ป่วยไฟไหม้ น้ำร้อนลวก โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี จำนวน 13 คน ได้สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาร้อยละ ค่าเฉลี่ย ผลการศึกษาพบว่า 1) ค่าเฉลี่ยของต้นทุนต่อหน่วยกิจกรรมการพยาบาลในผู้ป่วยไฟไหม้-น้ำร้อนลวกตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายมีค่าเท่ากับ 167,980.39 บาท 2) ค่าเฉลี่ยต้นทุนต่อหน่วยกิจกรรมการพยาบาลในกิจกรรมการดูแลเมื่อแรกรับมีค่าเท่ากับ 24,662.51 บาท 3) ค่าเฉลี่ยต้นทุนต่อหน่วยกิจกรรมการพยาบาลในกิจกรรมการดูแลต่อเนื่องมีค่าเท่ากับ 38,773.60 บาท 4) ค่าเฉลี่ยต้นทุนต่อหน่วยกิจกรรมการพยาบาลในกิจกรรมเพื่อจำหน่ายมีค่าเท่ากับ 4,394.05 บาท 5) ค่าเฉลี่ยต้นทุนต่อหน่วยกิจกรรมการพยาบาลในกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพมีค่าเท่ากับ 100,150.20 บาท 6) ค่าเฉลี่ยต้นทุนในกิจกรรมการพยาบาลย่อยที่มีต้นทุนต่อหน่วยกิจกรรมสูงสุด ได้แก่ กิจกรรมย่อยในการพัฒนาคุณภาพด้านวิชาการมีค่าเท่ากับ 91,341.81 บาท ส่วนกิจกรรมย่อยที่มีต้นทุนต่อหน่วยกิจกรรมเฉลี่ยต่ำที่สุดได้แก่ กิจกรรมในการบริหารยารับประทานมีค่าเท่ากับ 3.46 บาท

ปริญานุช บุญเฉลิมวิเชียร (2546) ศึกษาต้นทุนกิจกรรมการพยาบาล กรณีศึกษาห้องตรวจโรคเด็ก งานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลตำรวจ โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องตรวจโรคเด็ก งานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 9 คน ได้สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาร้อยละ ค่าเฉลี่ย ผลการศึกษาพบว่า 1) ค่าเฉลี่ยของต้นทุนต่อหน่วยกิจกรรมการพยาบาลในห้องตรวจโรคเด็ก เท่ากับ 27,543.55 บาท 2) ค่าเฉลี่ยของต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลทางตรง เท่ากับ 26,673.49 บาท 3) ค่าเฉลี่ยของต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลทางอ้อม เท่ากับ 870.06 บาท 4) ค่าเฉลี่ยต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลทางตรงในกิจกรรมย่อย ที่มีต้นทุนต่อหน่วยกิจกรรมสูงสุด ได้แก่ กิจกรรมพยาบาลในการใส่สายสวนปัสสาวะ เท่ากับ 8,595.39 บาท ส่วนกิจกรรมการพยาบาลย่อยที่มีต้นทุนต่อหน่วยกิจกรรมเฉลี่ยต่ำที่สุด ได้แก่ กิจกรรมพยาบาลการจัดลำดับผู้ป่วยเด็กเข้ารับการตรวจ และกิจกรรมพยาบาลการจัดผู้ป่วยเด็กเข้ารับการตรวจตามสภาวะสุขภาพ และ/หรือตามลำดับเท่ากับ 0.29 บาท 5)

ค่าเฉลี่ยต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลทางอ้อมในกิจกรรมย่อย ที่มีต้นทุนต่อหน่วยกิจกรรมสูงสุด ได้แก่ กิจกรรมการเตรียมความพร้อมของสถานที่ เท่ากับ 611.49 บาท ส่วนกิจกรรมการพยาบาลทางอ้อม ในกิจกรรมย่อย ที่มีต้นทุนต่อหน่วยกิจกรรมเฉลี่ยต่ำที่สุด ได้แก่ กิจกรรมการจัดเตรียมและตรวจสอบ เอกสาร เท่ากับ 0.47 บาท

ปีนอนงค์ รัตนปทุมวงศ์ (2546) ได้ทำการศึกษาวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยบริการ จำแนกตาม สาขาการผ่าตัดและต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลผ่าตัด จำแนกตามระยะการผ่าตัด งานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระนอง โดยศึกษาข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง บุคลากรทางการพยาบาล 27 ราย และผู้ป่วย กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม 20 ราย ได้สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) วิเคราะห์ข้อมูลโดยหำร้อยละ ค่าเฉลี่ย ผลการศึกษาพบว่า 1) ต้นทุนต่อหน่วยบริการ งานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระนอง มีมูลค่าต้นทุนรวมทั้งหมด เท่ากับ 11,767,807.55 บาท โดยมีอัตราส่วนต้นทุน รวมทางตรง : ต้นทุนสนับสนุน คิดเป็นร้อยละ 92.84 : 7.16 โดยต้นทุนรวมทางตรงมีอัตราส่วนของ ต้นทุนค่าแรง : ค่าวัสดุ : ค่าลงทุน คิดเป็นร้อยละ 31.31 : 34.30 : 27.23 2) ต้นทุนต่อหน่วยบริการ จำแนกตามสาขาการผ่าตัดจักษุวิทยา ศัลยกรรมกระดูก ศัลยกรรมทั่วไป และสูติ-นรีเวชกรรม เท่ากับ 6,309.26, 3,466.35, 2,499.75 และ 2,047.07 บาทต่อราย ตามลำดับ 3) ต้นทุนกิจกรรมการ พยาบาลผ่าตัดรวมทุกกิจกรรม จำแนกตามสาขาการผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไป สูติ-นรีเวชกรรม ศัลยกรรมกระดูก และจักษุวิทยา เท่ากับ 763.48, 669.35, 648.52 และ 535.77 บาทต่อราย ตามลำดับ 4) ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัดที่มีต้นทุนสูงสุดคือ กิจกรรมการเยี่ยมผู้ป่วย ก่อนผ่าตัดที่หอผู้ป่วย สาขาสูติ-นรีเวชกรรม เท่ากับ 45.34 บาทต่อราย 5) ต้นทุนกิจกรรมการ พยาบาลระยะผ่าตัดที่มีต้นทุนสูงสุดคือ กิจกรรมการเตรียมผู้ป่วยและช่วยเหลือทีมผ่าตัด สาขา ศัลยกรรมทั่วไป เท่ากับ 196.17 บาทต่อราย 6) ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลระยะหลังผ่าตัดที่มี ต้นทุนสูงสุดคือ กิจกรรมการเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่หอผู้ป่วย สาขาสูติ-นรีเวชกรรม เท่ากับ 43.35 บาทต่อราย

พิพัฒน์ อินแดง (2546) ศึกษาต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลของงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนครไทย โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วย บริการปฐมภูมิ จำนวน 9 คน ได้สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) วิเคราะห์ข้อมูลโดยหำร้อยละ ค่าเฉลี่ย ผลการศึกษาพบว่า 1) งานรักษาพยาบาลเบื้องต้น มีต้นทุน รวมทั้งหมด 283,700.39 บาท ต้นทุนเฉลี่ย เท่ากับ 23.11 บาทต่อรายของงานรักษาพยาบาล เบื้องต้น เมื่อจำแนกตามกิจกรรมการพยาบาล พบว่า กิจกรรมที่มีต้นทุนต่อหน่วยสูงที่สุด เท่ากับ 125.60 บาทต่อกิจกรรมตรวจรักษา/วินิจฉัยโรคและให้คำปรึกษากิจกรรมที่มีต้นทุนต่อหน่วยต่ำที่สุด เท่ากับ 33.84 บาทต่อกิจกรรมตรวจร่างกายและสัมภาษณ์ประวัติการเจ็บป่วย 2) งานเวชปฏิบัติ ครอบคลุม มีต้นทุนทั้งหมด 196,287.38 บาท ต้นทุนเฉลี่ย เท่ากับ 1,102.74 บาทต่อรายของงานเวช

ปฏิบัติครอบครัว เมื่อจำแนกตามกิจกรรมการพยาบาล พบว่า กิจกรรมที่มีต้นทุนต่อหน่วยสูงที่สุด เท่ากับ 490.71 บาทต่อกิจกรรมดำเนินการขณะเยี่ยมบ้าน กิจกรรมที่มีต้นทุนต่อหน่วยต่ำที่สุด เท่ากับ 223.88 บาทต่อกิจกรรมดำเนินการหลังเยี่ยมบ้าน 3) งานอนามัยแม่และเด็ก มีต้นทุนทั้งหมด 152,783.05 บาท ต้นทุนเฉลี่ยเท่ากับ 724.10 บาทต่อรายของงานอนามัยแม่และเด็ก เมื่อจำแนกตามกิจกรรมการพยาบาล พบว่า กิจกรรมที่มีต้นทุนต่อหน่วยสูงที่สุด เท่ากับ 557.61 บาทต่อกิจกรรมสัมภาษณ์ประวัติการตั้งครรภ์ กิจกรรมที่มีต้นทุนต่อหน่วยต่ำที่สุด เท่ากับ 69.82 บาทต่อกิจกรรมให้บริการรับบัตรคิว, ค้นบัตร (รายเก่า), ลงทะเบียน และแนะนำขั้นตอนการใช้บริการ 4) งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค มีต้นทุนทั้งหมด 104,066.58 บาท ต้นทุนเฉลี่ย เท่ากับ 193.80 บาท ของงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค เมื่อจำแนกตามกิจกรรมการพยาบาล พบว่า กิจกรรมที่มีต้นทุนต่อหน่วยสูงที่สุด เท่ากับ 49.52 บาทต่อกิจกรรมให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และกิจกรรมสัมภาษณ์ประวัติการได้รับวัคซีน กิจกรรมที่มีต้นทุนต่อหน่วยต่ำที่สุด เท่ากับ 21.19 บาทต่อกิจกรรมให้บริการรับบัตรคิว, ค้นบัตร, ลงทะเบียน และแนะนำขั้นตอนการใช้บริการ 5) งานวางแผนครอบครัว มีต้นทุนทั้งหมด 77,245.56 บาท ต้นทุนเฉลี่ย เท่ากับ 305.32 บาทต่อรายของงานวางแผนครอบครัว เมื่อจำแนกตามกิจกรรมการพยาบาล พบว่า กิจกรรมที่มีต้นทุนต่อหน่วยสูงที่สุด เท่ากับ 984.40 บาทต่อกิจกรรมให้บริการรับบัตรคิว (รายใหม่), ค้นบัตร, ลงทะเบียน, และแนะนำขั้นตอนการใช้บริการ กิจกรรมที่มีต้นทุนต่อหน่วยต่ำที่สุด เท่ากับ 47.22 บาทต่อกิจกรรมให้บริการรับบัตรคิวเก่า (รายเก่า), ค้นบัตร, ลงทะเบียน และแนะนำขั้นตอนการใช้บริการ

อัญชลี เกษสาคร (2546) ศึกษาต้นทุนกิจกรรมพยาบาล ตามการจำแนกประเภทผู้ป่วย : กรณีศึกษาหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จำนวน 27 คน ได้สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) วิเคราะห์ข้อมูลโดยหรร้อยละ ค่าเฉลี่ย ผลการศึกษาพบว่า 1) ค่าเฉลี่ยของต้นทุนรวมต่อหน่วยกิจกรรม ของผู้ป่วยประเภทที่ 1 2 3 และ 4 เท่ากับ 23.44 บาท 17.70 บาท 10.22 บาท และ 4.92 บาท ตามลำดับ 2) ค่าเฉลี่ยของต้นทุนกิจกรรมในผู้ป่วยประเภทที่ 1 2 3 และ 4 เท่ากับ 8.56 บาท 6.19 บาท 4.61 บาท และ 3.25 บาท ตามลำดับ 3) ค่าเฉลี่ยของต้นทุนทางตรงต่อหน่วยกิจกรรมสูงที่สุดคือ กิจกรรมการช่วยฟื้นคืนชีพของผู้ป่วยประเภทที่ 1 เท่ากับ 280.08 บาท 4) ค่าเฉลี่ยต้นทุนการบันทึกเอกสารที่มีค่าเฉลี่ยของต้นทุนสูงที่สุดคือ การบันทึกทางการพยาบาล และแผนการรักษา ในผู้ป่วยประเภท 1 2 3 และ 4 เท่ากับ 211.25 บาท 205.56 บาท 430.44 บาท 28.77 บาท ตามลำดับ 5) ค่าเฉลี่ยต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย และกิจกรรมการบริหารจัดการเพื่อการดูแลของผู้ป่วยประเภทที่ 1 2 3 และ 4 เท่ากับ 105.50 : 97.43 บาท 76.78 : 63.43 บาท 34.24 : 35.52 บาท และ 15.69 : 4.99 บาท ตามลำดับ

สุวรรณี เจริญรุ่งเรือง (2547) ศึกษาต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วยตามการจำแนกประเภทผู้ป่วยในหอบำบัดโรคหัวใจ โรงพยาบาลรามาริบัติ โดยทำการศึกษาข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เข้ารับรักษาในหอบำบัดพิเศษโรคหัวใจ โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 20 ราย โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างเฉพาะสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสิทธิข้าราชการ และต้องรักษาตัวเกินกว่า 8 ชม.ขึ้นไป และบุคคลากรทางการพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอบำบัดพิเศษโรคหัวใจ โรงพยาบาลรามาริบัติ พยาบาลวิชาชีพพร้อมหัวหน้าหอผู้ป่วย จำนวน 24 คน ผู้ช่วยพยาบาล 3 คน ได้สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาร้อยละ ค่าเฉลี่ย ผลการศึกษาพบว่า 1) ค่าเฉลี่ยต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วยตามการจำแนกประเภทผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยประเภทที่ 4 มีค่าต้นทุนต่อหน่วยสูงที่สุดคือ 3,790.70 บาท 2) ค่าเฉลี่ยต้นทุนตามประเภทกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วยที่สูงที่สุด คือ ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลทางตรงในผู้ป่วยทุกประเภท คือ ผู้ป่วยประเภทที่ 4 มีต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วย 2,571.12 บาท 3) ค่าเฉลี่ยต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลทางตรงต่อหน่วยที่มีค่าสูงที่สุดคือ หัตถการพยาบาล ในผู้ป่วยประเภทที่ 3 และ 4 เท่ากับ 1,008.36 บาท และ 1,001.68 บาท 4) ค่าเฉลี่ยต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลทางอ้อมด้านบริการต่อหน่วยที่มีค่าสูงที่สุด คือ การเตรียมความพร้อมในการรับใหม่/รับย้าย ในผู้ป่วยประเภทที่ 4 และ 2 เท่ากับ 160.09 บาท และ 156.00 บาท 5) ค่าเฉลี่ยต้นทุนกิจกรรมการบันทึกรายงานสูงสุด คือ การบันทึกรายงานการพยาบาลมีค่าเท่ากับ 86.90 บาทในผู้ป่วยประเภทที่ 4

อัจฉรา อิ่มน้อย. (2550) ศึกษาศึกษาต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วยตามการจำแนกประเภทผู้ป่วยในหออายุรกรรม ผู้ป่วยติดเชื้อ สถาบันบำราศนราดูร โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยในติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย อายุรกรรมหญิง และหอผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีร่วมวัณโรค สถาบันบำราศนราดูร จำนวน 92 ราย โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างเฉพาะสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสิทธิข้าราชการ และต้องรักษาตัวเกินกว่า 8 ชม.ขึ้นไป และบุคคลากรทางการพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ สถาบันบำราศนราดูร พยาบาลวิชาชีพพร้อมหัวหน้าหอผู้ป่วย จำนวน 19 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 12 คน รวม 31 คน ผลการศึกษาพบว่า 1) ผู้ป่วยประเภทที่มีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ ที่มีค่า $CD 4 < 200 \text{ cells/mm}^3$ มีค่าต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วยสูงที่สุดคือ 12,015.24 บาท 2) ค่าเฉลี่ยต้นทุนกิจกรรมการพยาบาล จำแนกตามประเภทกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วยที่สูงที่สุด คือ ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลทางตรงในผู้ป่วยทุกประเภท คือ ประเภทผู้ป่วยที่มีโรคหรือภาวะที่จัดเป็นโรคเอดส์ ที่มีค่า $CD 4 < 200 \text{ cells/mm}^3$ มีต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วย 5,853.02 บาท

ละเอียต ทำเพียร (2552) ศึกษาต้นทุนการพยาบาลต่อหน่วย ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามประเภทกิจกรรมการพยาบาล และศึกษาต้นทุนการพยาบาลต่อหน่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลน่าน โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง

คือ บุคลากรทางการแพทย์ 75 ราย และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 102 ราย ได้สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ผลการศึกษาพบว่า 1) ค่าเฉลี่ยต้นทุนการพยาบาลต่อหน่วย ตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลน่าน มีค่าต้นทุนต่อหน่วยเท่ากับ 9,015.93 บาท 2) ค่าเฉลี่ยต้นทุนการพยาบาลต่อหน่วย ตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลน่าน จำแนกตามประเภทกิจกรรมการพยาบาล พบว่ากิจกรรมการพยาบาลทางตรง มีค่าต้นทุนต่อหน่วยมากที่สุดคือ 5,901.51 บาท 3) ค่าเฉลี่ยต้นทุนการพยาบาลต่อหน่วยตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลน่าน จำแนกตามกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายที่กลับมาอนโรพยาบาลซ้ำ มีต้นทุนการพยาบาลต่อหน่วยมากที่สุดคือ 12,859.10 บาท รองลงมาคือ กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ เท่ากับ 9,207.04 บาท และกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในระยะสุดท้าย เท่ากับ 4,426.18 บาท

ปาริชาติ มะลิซ้อน (2553) ศึกษาต้นทุนต่อหน่วยบริการและต้นทุนกิจกรรมทางการแพทย์ในการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ งานห้องผ่าตัด สถาบันโรคทรวงอก โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ พยาบาลห้องผ่าตัดที่ปฏิบัติงานในระหว่างการเก็บข้อมูล จำนวนทั้งสิ้น 28 คน ปลาย ผู้ป่วยที่ได้รับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลผ่าตัดจำนวนทั้งสิ้น 19 ราย ได้สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ผลการศึกษาพบว่า 1) ต้นทุนต่อหน่วยบริการ งานห้องผ่าตัด สถาบันโรคทรวงอก มีมูลค่าต้นทุนรวมทั้งหมดเท่ากับ 31,961,618.บาท 2) ต้นทุนต่อหน่วยบริการ ในการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ มีต้นทุนเท่ากับ 26,741.91 บาทต่อราย โดยมีอัตราส่วนต้นทุนรวมทางตรง : ต้นทุนสนับสนุน คิดเป็นร้อยละ 96.32 : 3.68 โดยต้นทุนรวมทางตรงมีอัตราส่วนของต้นทุนค่าแรง : ค่าวัสดุ : ค่าลงทุน คิดเป็นร้อยละ 24.02:58.94:13.37 3) ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลผ่าตัดรวมทุกกิจกรรม เท่ากับ 4,604.82 บาท/ราย 4) ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัดที่มีต้นทุนสูงสุด คือ กิจกรรมการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเท่ากับ 126.75 บาท/ราย 5) ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลระยะผ่าตัดที่มีต้นทุนสูงสุดคือการช่วยเหลือรอบนอกเท่ากับ 1,267.50 บาท/ราย 6) ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลระยะหลังผ่าตัดที่มีต้นทุนสูงสุด คือกิจกรรมการดูแลความปลอดภัยหลังการผ่าตัด เท่ากับ 107.90 บาท/ราย

สมจิตร สันติวรรณารล (2557) ศึกษาต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดถุงน้ำดีด้วยกล้องวิดิทัศน์ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรทางการแพทย์ งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด จำนวนรวมทั้งสิ้น 66 ราย ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 44 ราย และผู้ช่วยพยาบาล จำนวน 22 ราย และ ผู้ป่วยรับการผ่าตัดถุงน้ำดีด้วยกล้องวิดิทัศน์ จำนวน 30 ราย ได้สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) วิเคราะห์ข้อมูล

โดยหาแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าคะแนนอรรถประโยชน์ ผลการศึกษา พบว่า 1) ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลที่มีค่าต้นทุนสูงสุดของผู้ป่วยผ่าตัดถุงน้ำดีด้วยกล้องวิดีโอแบบวิธีมาตรฐาน 3 แผล คือ ระยะผ่าตัด เท่ากับ 1,280 บาท/ราย รองลงมา คือระยะก่อนผ่าตัด เท่ากับ 435 บาท/ราย และระยะหลังผ่าตัด เท่ากับ 69.7 บาท/ราย ตามลำดับ และต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลที่มีค่าต้นทุนสูงสุด ของผู้ป่วยผ่าตัดถุงน้ำดีด้วยกล้องวิดีโอแบบแผลเดียว คือ ระยะผ่าตัด เท่ากับ 1,143 บาท/ราย รองลงมา คือระยะก่อนผ่าตัด เท่ากับ 430 บาท/ราย และระยะหลังผ่าตัด เท่ากับ 71.6 บาท/ราย ตามลำดับ 2) ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วยผ่าตัดถุงน้ำดีด้วยกล้องวิดีโอแบบวิธีมาตรฐาน 3 แผล เท่ากับ 1,785 บาท/ราย และต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วยผ่าตัดถุงน้ำดีด้วยกล้องวิดีโอแบบแผลเดียว เท่ากับ 1,644 บาท/ราย ตามลำดับ

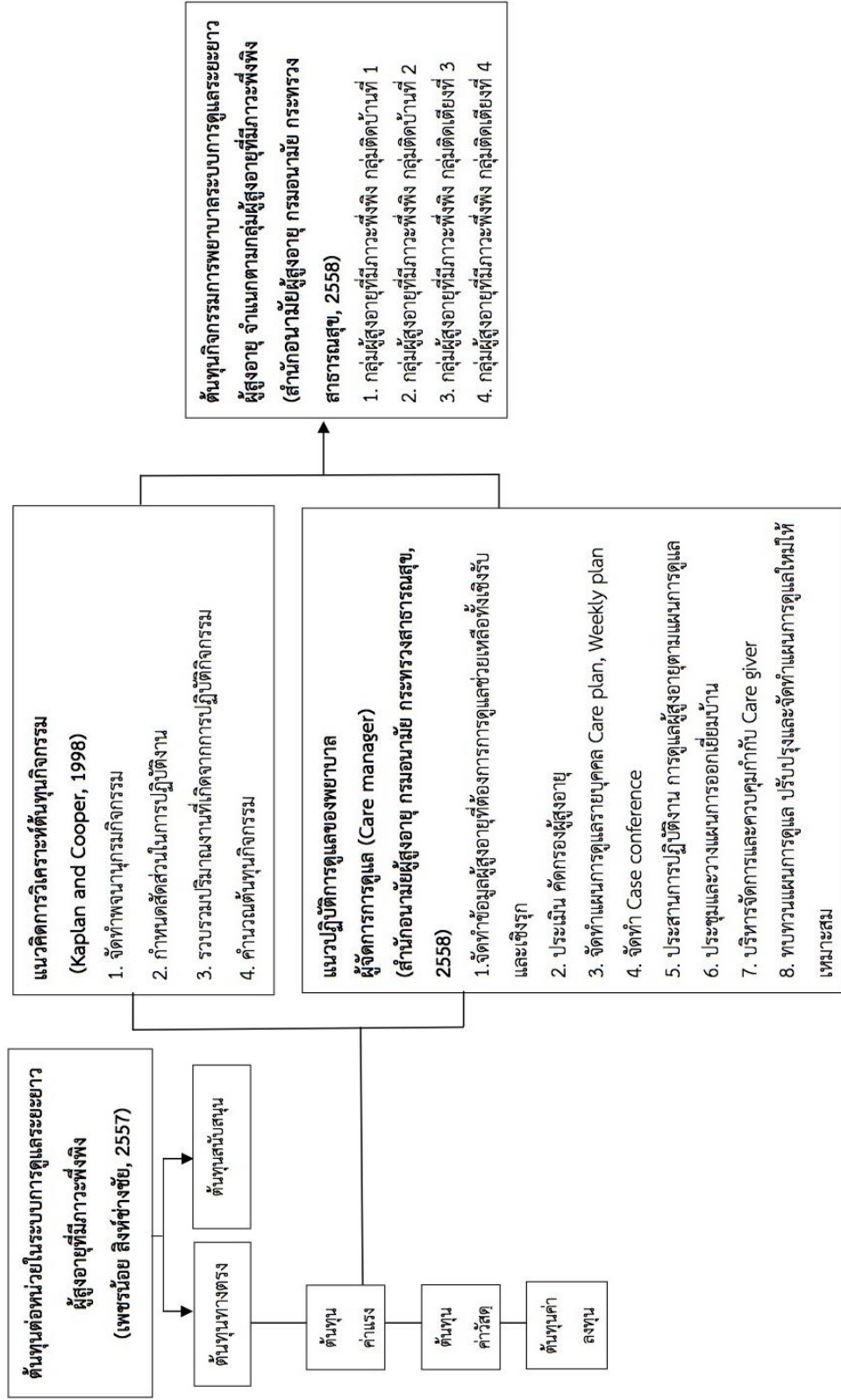
7. กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ในการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหนึ่งราย ผู้วิจัยนำแนวคิดการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยของเพชรน้อย สิ่งข้างชัย (2557) โดยกำหนดกรอบคิดในการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลด่านขุนทด โดยคิดจากต้นทุนทางตรง และต้นทุนสนับสนุน ซึ่งต้นทุนทางตรงประกอบด้วย ต้นทุนค่าแรงของบุคลากรทางการแพทย์ ต้นทุนค่าวัสดุ ต้นทุนค่าลงทุนที่ใช้ในการดูแล ในการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลของพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลด่านขุนทด ผู้วิจัยได้กำหนดขั้นตอนวิเคราะห์โดยบูรณาการใช้แนวคิดการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมของ Kaplan and Cooper (1998) ซึ่งประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอน 1) การจัดทำพจนานุกรมกิจกรรม 2) การกำหนดสัดส่วนเวลาในการปฏิบัติงาน 3) การรวมรวบรวมปริมาณงานที่เกิดจากการปฏิบัติกิจกรรม และ 4) การคำนวณต้นทุนกิจกรรม โดยมีการปันส่วน 2 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การปันส่วนโดยใช้ตัวผลิตภัณฑ์พยากรณ์ ขั้นตอนที่ 2 การปันส่วนโดยการทำหนดตัวผลิตภัณฑ์กิจกรรม ร่วมกับแนวปฏิบัติการดูแลของพยาบาลผู้จัดการการดูแล (Care manager) ซึ่งมีขั้นตอนในการปฏิบัติมี 8 ขั้นตอน ดังนี้ 1) จัดทำข้อมูลผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลผู้ช่วยเหลือทั้งเชิงรับและเชิงรุก 2) ประเมิน คัดกรองผู้สูงอายุ 3) จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล Care plan, Weekly plan 4) จัดทำ Case conference 5) ประสานการปฏิบัติงาน การดูแลผู้สูงอายุตามแผนการดูแล 6) ประชุมและวางแผนการออกเยี่ยมบ้าน 7) บริหารจัดการและควบคุมกำกับ Care giver และ 8) ทบทวนแผนการดูแล ปรับปรุงและจัดทำแผนการดูแลใหม่ให้เหมาะสม และการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 4 กลุ่ม ของสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2558) ดังนี้ 1) กลุ่มติดบ้านที่ 1 ผู้สูงอายุเคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง 2) กลุ่มติดบ้านที่ 2

ผู้สูงอายุเคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่าย แต่มีภาวะสับสนทางสมอง 3) กลุ่มติดเตียงที่ 3 ผู้สูงอายุเคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่ายหรือมีอาการที่เจ็บป่วยรุนแรง และ 4) กลุ่มติดเตียงที่ 4 ผู้สูงอายุเคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่ายและมีอาการที่เจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต

จากแนวคิดข้างต้น ผู้วิจัยสามารถสรุปเป็นกรอบแนวแนวคิดการวิจัย การศึกษาต้นทุนต่อหน่วยและต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลผู้สูงอายุที่ภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว โรงพยาบาลด่านขุนทด ดังนี้





รูปภาพที่ 14 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาต้นทุนต่อหน่วยของการดูแลผู้สูงอายุ ในระบบการดูแลระยะยาว โรงพยาบาลด้านชุมชน และศึกษาต้นทุนกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โรงพยาบาลด้านชุมชน ด้วยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งทุติยภูมิ (Secondary source) โดยข้อมูลต้นทุนค่าแรงและค่าลงทุน / ค่าเสื่อมราคาของอาคารสถานที่ รวบรวมค่าใช้จ่ายหมวดค่าแรง, ข้อมูลค่าลงทุน / ค่าเสื่อมราคาครุภัณฑ์การแพทย์ที่ใช้ในการดูแลระยะยาวจากทะเบียนคุมครุภัณฑ์ รวบรวมจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำหรับข้อมูลค่าวัสดุที่ใช้ในการดูแลระยะยาว และปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ทำการเก็บในกลุ่มตัวอย่างปฐมภูมิ (Primary source) การรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มนั้น ได้เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเวลาที่สังเกตช่วงเวลาเดียวกัน คือ ตั้งแต่เดือน กุมภาพันธ์ - มีนาคม 2561 รวมระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูล 2 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. ข้อมูลต้นทุนต่อหน่วย จากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary source) ประกอบด้วย

1.1 ต้นทุนค่าแรง เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเงินเดือน และรายรับต่างๆของบุคลากรทางสุขภาพ ในระบบการดูแลระยะยาว โรงพยาบาลด้านชุมชน จำนวน 15 คน ประกอบด้วย แพทย์ จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 7 คน เภสัชกร จำนวน 1 คน นักกายภาพบำบัด จำนวน 1 คน นักโภชนาการ จำนวน 1 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 3 คน และพนักงานขับรถ 1 คน จากค่าใช้จ่ายหมวดค่าแรง (ดังตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 ต้นทุนค่าแรงทั้งหมด (บาท) ค่าแรงต่อหน่วย (บาท/ราย) และร้อยละของบุคลากรสุขภาพในระบบการดูแลระยะยาว โรงพยาบาลด่านขุนทด จากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 35 ราย

ตำแหน่ง	จำนวน	ต้นทุนค่าแรง		
		ทั้งหมด (บาท)	ต่อหน่วย (บาท/ราย)	ร้อยละ
พยาบาลวิชาชีพ	7	63,866.27	1,825.00	51.41
นักกายภาพบำบัด	1	15,471.41	442.00	12.45
นักโภชนาการ	1	13,460.26	385.00	10.83
พนักงานขับรถ	1	13,066.20	373.00	10.52
เภสัชกร	1	7,666.48	219.00	6.17
พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้	3	6,914.06	198.00	5.57
แพทย์	1	3,788.83	108.00	3.05
รวม	15	124,233.50	3,550.00	100.00

จากตารางที่ 9 พบว่า บุคลากรทางสุขภาพของการดูแลระยะยาว โรงพยาบาลด่านขุนทด มีต้นทุนค่าแรงรวมทั้งหมด 124,233.50 บาท จากจำนวนผู้สูงอายุทั้งสิ้น 35 ราย คิดเป็นต้นทุนค่าแรงต่อหน่วยเท่ากับ 3,550 บาท โดยมีต้นทุนค่าแรงต่อหน่วยของพยาบาล : นักกายภาพบำบัด : นักโภชนาการ : พนักงานขับรถ : เภสัชกร : พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ : แพทย์ เท่ากับ 1,825 : 442 : 385 : 373 : 6.17 : 5.57 : 3.05 บาท ตามลำดับ และต้นทุนค่าแรง (บาท) เท่ากับ 0.53 : 0.90 : 0.78 : 0.76 : 0.45 : 0.13 : 0.22 บาท ตามลำดับ

1.2 ต้นทุนค่าลงทุน / ค่าเสื่อมครุภัณฑ์ทางการแพทย์ เป็นการรวบรวมข้อมูลจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary source) จากทะเบียนครุภัณฑ์ระบบการดูแลระยะยาว โรงพยาบาลด่านขุนทด

1.3 ต้นทุนค่าลงทุน / ค่าเสื่อมของอาคารสถานที่ เป็นการรวบรวมจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary source) จากทะเบียนค่าเสื่อมอาคารสถานที่

1.4 ต้นทุนค่าวัสดุ เป็นการเก็บรวบรวมจากกลุ่มตัวอย่างปฐมภูมิ (Primary source) ในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 4 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านที่ 1 จำนวน 10 ราย กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านที่ 2 จำนวน 8 ราย กลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงที่ 3 จำนวน 9 ราย และกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงที่ 4 จำนวน 8 ราย รวม 35 ราย

2. พยาบาลวิชาชีพ การดูแลระยะยาวโรงพยาบาลด่านขุนทด ที่ปฏิบัติงานในระหว่างการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างปฐมภูมิ (Primary source) โดยการสังเกตและบันทึกกิจกรรมการพยาบาล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้ง 4 กลุ่ม จำนวน 35 ราย ตามกิจกรรมการพยาบาล แนวปฏิบัติการดูแลของพยาบาลผู้จัดการการดูแล (Care manager) และการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 4 กลุ่ม ของสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2558) 8 กิจกรรมหลัก เป็นค่าแรงพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 7 คน

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของบุคลากรทางสุขภาพ จำแนกตาม อายุ ประสบการณ์การทำงาน และเงินเดือน

	พยาบาลวิชาชีพ		บุคลากรวิชาชีพอื่นๆ		ผู้ช่วยเหลือคนไข้/ พนักงานขับรถ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ								
อายุต่ำกว่า 31 ปี	1	14.29	1	25.00	3	75.00	5	33.33
31 – 39 ปี	3	42.85	2	50.00	-	-	5	33.33
41 – 49 ปี	2	28.57	1	25.00	1	25.00	4	26.67
50 – 60 ปี	1	14.29	-	-	-	-	1	6.67
รวม	7	100	4	100	4	100	15	100.00
ประสบการณ์การทำงาน								
ต่ำกว่า 5 ปี	1	14.30	1	25.00	-	-	2	13.34
5 – 9 ปี	-	-	-	-	3	75.00	3	20.00
10 – 14 ปี	3	42.85	2	50.00	-	-	5	33.33
มากกว่า 14 ปี	3	42.85	1	25.00	1	25.00	5	33.33
รวม	7	100.00	4	100.00	3	100.00	15	100.00
เงินเดือน								
ไม่เกิน 10,000 บาท	-	-	-	-	3	75.00	3	20.00
10,001-20,000บาท	1	14.30	3	75.00	1	25.00	5	33.33
20,001-30,000บาท	4	57.13	1	25.00	-	-	5	33.33
30,001-40,000บาท	2	28.57	-	-	-	-	2	13.34
รวม(ราย)	7	100	4	100.00	4	100.00	15	100.00

3. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) กำหนดเกณฑ์การคัดเลือก คือ ผู้สูงอายุที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ได้รับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลครบทุกกิจกรรม และมีคะแนนประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เรลเอดีแอล (Activity Daily living: ADL) (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2558) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน และจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 4 กลุ่ม จำนวน 35 ราย ทั้งนี้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพื่อสร้างความเชื่อมั่นต่อข้อมูลที่วัดได้ จากตารางสำเร็จรูปของวันชัย ริจิรวนิช (2548: 364) ดังตารางที่ 8

โดยคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 4 กลุ่ม รายละเอียดตามตารางที่ 11 ตารางที่ 11 ข้อมูลคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

รายการ	เดือน กุมภาพันธ์		เดือน มีนาคม		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ผู้สูงอายุ ตัดบ้านที่ 1	-	-	10	28.57	10	28.57
ผู้สูงอายุ ตัดบ้านที่ 2	-	-	8	22.86	8	22.86
ผู้สูงอายุ ตัดเตียงที่ 3	3	8.57	6	17.14	9	25.71
ผู้สูงอายุ ตัดเตียงที่ 4	6	17.14	2	5.72	8	22.86
รวม	9	25.71	26	74.29	35	100

ตารางที่ 12 สถานะผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหลังเยี่ยม และจำหน่ายออกจากระบบการดูแลระยะยาว โรงพยาบาลด่านขุนทด

	จำนวน (คน)	สถานะหลังการเยี่ยม/จำหน่ายออกจากระบบ					
		มีค่า ADL ต่ำขึ้น (คะแนน ADL >11)		ผู้ดูแลสามารถดูแลได้		เสียชีวิต	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ผู้สูงอายุ ตัดบ้านที่ 1	10	1	10.00	9	90.00	-	-
ผู้สูงอายุ ตัดบ้านที่ 2	8	-	-	8	100.00	-	-
ผู้สูงอายุ ตัดเตียงที่ 3	9	-	-	9	100.00	-	-
ผู้สูงอายุ ตัดเตียงที่ 4	8	-	-	6	75.00	2	25.00
รวม	35	1	2.86	32	91.43	2	5.71

จากตารางที่ 12 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 4 กลุ่ม มีจำนวนทั้งหมด 35 ราย ได้แก่ กลุ่มติดบ้านที่ 1 จำนวน 10 ราย กลุ่มติดบ้านที่ 2 จำนวน 8 ราย กลุ่มติดเตียงที่ 3 จำนวน 9 ราย และกลุ่มติดเตียงที่ 4 จำนวน 8 ราย สถานะของผู้สูงอายุในขณะเก็บรวบรวมข้อมูล พบว่า กลุ่มติดเตียงที่ 4 ได้เสียชีวิต จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.71 ซึ่งผู้สูงอายุที่เสียชีวิตนั้นเป็นผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว NSTMI c SVT c COPD c Lung mass 1 ราย และผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวโรคความดันโลหิตสูง (HT) c Stroke bed ridden 1 ราย ในกลุ่มติดบ้านที่ 1 มีค่า ADL ดีขึ้น > 11 คะแนน จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.86 เป็นผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง (HT) c Recurrent stroke มีคะแนน ADL ดีขึ้นจาก 11 คะแนน เพิ่มเป็น 12 คะแนน คือ ผู้สูงอายุสามารถกินข้าวได้เอง โดยไม่ต้องมีคนช่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลรวม 2 ชุด คือ 1) เครื่องมือที่ใช้วิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาวโรงพยาบาลด่านขุนทด 2) เครื่องมือที่ใช้ในการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาล

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีทั้งหมด 2 ชุด มีขั้นตอนการสร้างดังนี้

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้วิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสาร งานวิจัยและแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยบริการ โดยใช้แนวคิดของเพชรน้อย สิงห์ช่างชัย (2557) นำมาสร้างเป็นแบบบันทึกข้อมูลการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วย ดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าเอกสาร งานวิจัยและแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วย โดยใช้แนวคิดการวิเคราะห์ต้นทุนของเพชรน้อย สิงห์ช่างชัย (2557) นำมาสร้างเป็นแบบบันทึกในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลค่าแรง (Labor cost) ประกอบด้วย 1 แบบฟอร์ม คือ แบบบันทึกข้อมูลค่าแรง (LC1) โดยศึกษาจากฝ่ายการเงินและบัญชี เป็นการเก็บข้อมูลค่าแรง ประกอบด้วย ได้แก่ ค่าเล่าเรียน ค่ารักษาพยาบาล ค่าเช่าบ้าน เงินเดือน ค่าจ้าง สวัสดิการต่างๆ (ค่ารักษาพยาบาล ค่าเช่าบ้าน ค่าเล่าเรียนบุตร เงินสมทบประกันสังคม) ค่าล่วงเวลา ค่าตอบแทนตามผลงาน ค่าเบี้ยเลี้ยง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลค่าลงทุน (Capital cost) ประกอบด้วย 2 แบบฟอร์ม คือ แบบบันทึกข้อมูลความเสื่อมราคาอาคารสถานที่ (CC1) และ แบบบันทึกข้อมูลค่าเสื่อมครุภัณฑ์ (CC2) เป็นการบันทึกข้อมูลค่าเสื่อมของครุภัณฑ์ที่มีอายุใช้งานมากกว่า 1 ปี การนำมาคิดเป็นต้นทุน ต้องคิดเป็นต้นทุนค่าเสื่อมราคาประจำปี (Depreciation cost) โดยคิดเฉลี่ยราคาเป็นจำนวนเงินคงที่ทุกปี

ส่วนที่ 3 ข้อมูลวัสดุ (Material cost) ประกอบด้วย 3 แบบฟอร์ม คือ แบบบันทึกข้อมูลค่าวัสดุต่างๆ (MC1) แบบบันทึกข้อมูลค่าไฟฟ้า (MC2) และแบบบันทึกข้อมูลค่าน้ำ (MC3) เป็นการเก็บข้อมูลที่ใช้ในงานการดูแลระยะยาว ได้แก่ ค่าเวชภัณฑ์ยาที่ใช้ในการดูแลประคับประคองอาการ ค่าเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา ค่าสารธารณูปโภค ค่าวัสดุสำนักงาน ค่าวัสดุวิทยาศาสตร์ ค่าไฟฟ้า ค่าน้ำ ค่าน้ำมันเชื้อเพลิงรถยนต์

ชุดที่ 2 พจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว โรงพยาบาลด่านขุนทด ประกอบด้วย 2 ส่วน มีทั้งหมด 3 แบบฟอร์ม ดังนี้

ส่วนที่ 1 พจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลในระบบการดูแลระยะยาว ในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีขั้นตอนการสร้าง ดังนี้

1.1 ศึกษาค้นคว้าเอกสารพจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาล ค้นคว้าจากเอกสารงานวิจัย ตำราต่างๆ ในการเขียนพจนานุกรมกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว รวมทั้งศึกษาแนวทางการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุของแนวปฏิบัติการดูแลของพยาบาลผู้จัดการการดูแล (Care manager) (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2558)

1.2 ศึกษาการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้ารับการดูแลระยะยาว โรงพยาบาลด่านขุนทด โดยศึกษาถึงบริบทของโรงพยาบาลด่านขุนทดที่ให้บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ศึกษาคุณลักษณะกลุ่มผู้สูงอายุที่เข้ารับการดูแลในระบบการดูแลระยะยาว เพื่อกำหนดลักษณะและข้อบ่งชี้การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลด่านขุนทด

1.3 ผู้วิจัยนำแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว จากการที่ผู้วิจัยบูรณาการแนวทางการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุของแนวปฏิบัติการดูแลของพยาบาลผู้จัดการการดูแล (Care manager) (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2558) ร่วมกับการสนทนากลุ่มทีมพยาบาลด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว รวมทั้ง 5 ท่าน ประกอบด้วย หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคลและคุณภาพบริการ (งานผู้สูงอายุ) และพยาบาลวิชาชีพที่ได้เข้าร่วมโครงการพัฒนารูปแบบบริการระยะยาวสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิง รวมทั้งกลุ่มอายุอื่นๆที่ต้องการความช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน (Long term in Thai Older Person: LTOP) ที่ได้ทำโครงการร่วมกับ Japan International Cooperation Agency (JICA) มาสร้างเป็นพจนานุกรมกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว

โดยผู้วิจัยได้ทำการจัดหมวดหมู่ของกิจกรรมการพยาบาล แบ่งเป็น 8 กิจกรรมหลัก และ 12 กิจกรรมย่อย

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลในการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมของพยาบาลผู้จัดการการดูแล (Care manager) ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จากการศึกษาเอกสารงานวิจัย และแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาล แบ่งเป็น 2 แบบฟอร์ม 1) แบบบันทึกเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล (ABC1) เป็นแบบบันทึกในการศึกษาปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมตั้งแต่เริ่มต้นจนเสร็จสิ้นกิจกรรมนั้นๆ และ 2) แบบบันทึกตัวหลักต้นทุนกิจกรรมหรือปริมาณกิจกรรม (ABC2) โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยได้ศึกษาดำรง เอกสาร งานวิจัยและแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการวิเคราะห์กิจกรรมการพยาบาล และศึกษาเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล (Time study) ซึ่งเป็นการจับเวลาในแต่ละครั้งของการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ตามแบบ Flyback timing คือทำการจับเวลาตั้งแต่เริ่มต้นปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลจนถึงเวลาสิ้นสุดของกิจกรรมการพยาบาลในแต่ละครั้ง โดยเริ่มต้นจับเวลาเมื่อนาฬิกาที่ตำแหน่งศูนย์ทุกครั้ง (วิจิตร ตัณฑสุทธิ์, 2543: 265) รวมทั้งทำการหาขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมของแต่ละกิจกรรมโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของ วันชัย ริจิรวนิช (2548) รายละเอียดตามตารางที่ 8 หน้า 61 เป็นเกณฑ์กำหนดจำนวนตัวอย่างที่เหมาะสม

2. นำมาสร้างแบบบันทึกเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล ซึ่งเป็นรูปแบบตารางสำหรับลงบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับรายการกิจกรรมการพยาบาลซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลระยะเวลาตั้งแต่ต้นปฏิบัติกิจกรรมถึงสิ้นสุดกิจกรรม จำนวนครั้งที่ปฏิบัติกิจกรรม และเวลารวมของแต่ละกิจกรรม เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการคำนวณต้นทุนค่าแรงของบุคลากรทางการพยาบาล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือ โดย

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นและปรับปรุงแล้ว 3 ส่วน เสนออาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของข้อความ ความครอบคลุมของเนื้อหาและการใช้ภาษาพร้อมทั้งปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา หลังจากนั้น ผู้วิจัยได้ติดต่อขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลหรือการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 5 ท่าน (Lynn, 1988; Tilden et al., 1990; Waltz et al., 1991 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตนรากรม 2547: 161) เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล และความชัดเจนของภาษาให้ตรงกับเรื่องที่ต้องการศึกษาแล้วนำมาหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา

(Content Validity Index: CVI) เพื่อให้ได้แบบฟอร์มการเก็บข้อมูลที่สมบูรณ์มากที่สุด โดยกำหนดความเห็นสอดคล้องของค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ยอมรับของผู้ทรงคุณวุฒิได้มากกว่าหรือเท่ากับ .80 ขึ้นไป ในการวิจัยครั้งนี้ ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ ดังนี้ (Davis, 1992 อ้างถึงในบุญใจ ศรีสถิตนรากรม 2547: 224-225)

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วย มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 1.0

ส่วนที่ 2 พจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว โรงพยาบาลด่านขุนทด มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา เท่ากับ 0.92

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา เท่ากับ 1.0

ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือทั้ง 3 ส่วน มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 0.99

ผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาสำนวนภาษาให้มีความชัดเจน และมีความครอบคลุมครบถ้วนตรงกับข้อมูลที่ต้องการศึกษา โดยดำเนินการแก้ไข ดังนี้

เครื่องมือวิจัยส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วย โรงพยาบาลด่านขุนทด แบบบันทึกข้อมูลค่าแรง โดยแก้ไขเพิ่มเติม คอลัมน์อื่นๆ เพื่อให้เก็บข้อมูลเงินเพิ่มเติมพิเศษรายเดือน หรือ เงินค่าตอบแทนรายเดือน

เครื่องมือวิจัยชุดที่ 2 พจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบการดูแลระยะยาวโรงพยาบาลด่านขุนทด

กิจกรรมหลักที่ 1 กิจกรรมการจัดทำข้อมูลผู้สูงอายุที่ต้องการดูแลช่วยเหลือทั้งเชิงรุกและเชิงรับ

กิจกรรมย่อยที่ 1.1 คัดแยกผู้สูงอายุ ตามกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง โดยแก้ไขจากข้อความเดิม “ทำการคัดแยกผู้สูงอายุ ตามกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการรวบรวมข้อมูลผู้สูงอายุจากฐานข้อมูล HosXp”

แก้ไขเป็น ทำการคัดแยกผู้สูงอายุ ตามกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง โดย การรวบรวมข้อมูลผู้สูงอายุจากฐานข้อมูล HosXp, HosXp tool และ Korat report

กิจกรรมย่อยที่ 1.2 ลงทะเบียนผู้สูงอายุจำแนกตามกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยแก้ไขจากข้อความเดิม “ลงทะเบียนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ได้คัดแยกกลุ่มแล้ว ในโปรแกรม HOSXP และ ThaiCOC”

แก้ไขเป็น “ลงทะเบียนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ได้คัดแยกกลุ่มแล้ว ในโปรแกรม HOSXP และ ThaiCOC เมื่อมีการเยี่ยมบ้าน”

กิจกรรมหลักที่ 3 จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล Care plan, Weekly plan

กิจกรรมย่อยที่ 3.2 จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล

โดยแก้ไขจากเดิม “ทำแผนการดูแลรายบุคคล โดยกำหนดปัญหาหรือข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล แผนการดูแลรายบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และแนวทางการดูแล/ช่วยเหลือ ให้ครอบคลุมในด้านภาวะสุขภาพ อุปกรณ์ออกกำลังกาย อุปกรณ์ช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และความสามารถของผู้ดูแลให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง”

แก้ไขเป็น “ทำแผนการดูแลรายบุคคล โดยกำหนดปัญหาหรือข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล แผนการดูแลรายบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และแนวทางการดูแล/ช่วยเหลือ ให้ครอบคลุมในด้านภาวะสุขภาพ ภาวะจิตใจ อุปกรณ์ออกกำลังกาย อุปกรณ์ช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และความสามารถของผู้ดูแลให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และเศรษฐกิจ”

กิจกรรมหลักที่ 7 บริหารจัดการและควบคุมกำกับ Care giver

กิจกรรมย่อยที่ 7.1 พัฒนาความสามารถและประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล (Care giver)

โดยแก้ไขจากข้อความเดิม “ผู้ดูแล (Care giver) ที่ได้รับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ในกลุ่มที่ 3 กลุ่มติดเตียงที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ ไม่มีปัญหาการกิน หรือเจ็บป่วยรุนแรง ให้ประเมินผลการดูแล 3 เดือน/ครั้ง

แก้ไขเป็น “ผู้ดูแล (Care giver) ที่ได้รับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ในกลุ่มที่ 3 กลุ่มติดเตียงที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ ไม่มีปัญหาการกิน หรือเจ็บป่วยรุนแรง ให้ประเมินผลการดูแล 1 เดือน/ครั้ง” และ

แก้ไขจากข้อความเดิม “ผู้ดูแล (Care giver) ที่ได้รับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ในกลุ่มที่ 4 กลุ่มติดเตียงที่เคลื่อนไหวไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต ให้ประเมินผลการดูแล 1 เดือน/ครั้ง”

แก้ไขเป็น “ผู้ดูแล (Care giver) ที่ได้รับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ในกลุ่มที่ 4 กลุ่มติดเตียงที่เคลื่อนไหวไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต ให้ประเมินผลการดูแล 1-2 เดือน/ครั้ง”

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือชุดที่ 2 พจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบการดูแลระยะยาว โรงพยาบาลด่านขุนทด ที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้วมาหาค่าความเที่ยง

ของเครื่องมือวิจัย โดยผู้ช่วยวิจัย 2 คน ได้ทำการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทำการสังเกตและบันทึกเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตามพจนานุกรมการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง โดยมีขั้นตอนการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำการสุ่มจับฉลากคัดเลือกกิจกรรมการดูแลสำหรับนำมาเป็นกลุ่มตัวอย่างของกิจกรรมการดูแลระยะยาว เพื่อทำการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย หรือหาความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย ในการวิจัยนี้ ได้กำหนดขนาดตัวอย่างกิจกรรมการดูแลที่จะนำมาทดลองใช้เครื่องมือ จำนวน 12 กิจกรรมย่อยในการดูแล

2. ผู้วิจัยนำเครื่องมือชุดที่ 2 พจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว มาให้ผู้ช่วยวิจัย 2 คน ทำการสังเกตและบันทึกเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลระยะยาวแต่ละกิจกรรมจนกระทั่งสิ้นสุดการดูแล โดยใช้นาฬิกาแบบตัวเลข (Digital) ที่ใช้จับเวลา ซึ่งผู้วิจัยทำการตรวจสอบความเที่ยงตรงของนาฬิกาก่อนนำไปใช้ โดยเปรียบเทียบกับเวลามาตรฐานให้ตรงกับสัญญาณวิทยุจากกรมอุทกศาสตร์ กองทัพเรือ ที่เวลา 08.00 นาฬิกา เป็นเวลา 3 วัน ให้ได้ความเที่ยงตรงของนาฬิกาที่ตรงกัน

3. ผู้ช่วยวิจัยทั้ง 2 คน ทำการสังเกตและบันทึกเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลระยะยาวลงในแบบบันทึกเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล โดยผู้ช่วยวิจัยได้กระทำไปพร้อมๆกัน และเป็นอิสระต่อกัน นำผลการสังเกตหาค่าดัชนีความสอดคล้องของการสังเกต ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดค่าความเที่ยงของเครื่องมือแบบสังเกตตามเกณฑ์ที่ยอมรับได้คือ มากกว่าหรือเท่ากับ .80 ขึ้นไป (Jacobson, 1988: Burn and Grove, 1997: 327; Selby-Harrington et al., 1994 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร, 2547: 232-252)

4. ผู้ช่วยวิจัยทำการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยชุดที่ 2 พจนานุกรมกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จนกระทั่งครบตามจำนวนขนาดตัวอย่างของกิจกรรมทั้งหมด 12 กิจกรรมย่อย

5. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสังเกตเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่บันทึกลงในแบบบันทึกเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล มาวิเคราะห์โดยนำจำนวนครั้งหรือจำนวนกิจกรรมของการสังเกตที่สอดคล้องกัน ซึ่งมีจำนวน 10 กิจกรรม และนำจำนวนครั้งหรือจำนวนกิจกรรมของการสังเกตที่ไม่สอดคล้องกัน มีจำนวน 2 กิจกรรม มาคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือวิจัยโดยใช้สูตรการคำนวณ ดังนี้

$$\text{ความเที่ยงของการสังเกต} = \frac{\text{จำนวนการสังเกตที่สอดคล้องกัน}}{\text{จำนวนการสังเกตที่สอดคล้องกัน} + \text{จำนวนการสังเกตที่ไม่สอดคล้องกัน}}$$

จากการทดสอบหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือวิจัยชุดที่ 2 พจนานุกรมกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลด่านขุนทด ของผู้ช่วยวิจัยทั้ง 2 คน พบว่า เครื่องมือวิจัยส่วนที่ 2 พจนานุกรมกิจกรรมการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลด่านขุนทด มีค่าความเที่ยงของการสังเกตระหว่างผู้ช่วยวิจัย 2 คน เท่ากับ 0.83 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 13 ค่าความเที่ยงของเครื่องมือวิจัยชุดที่ 2 พจนานุกรมกิจกรรมการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลด่านขุนทด

ผู้สังเกต	จำนวนครั้งการสังเกตที่สอดคล้องกัน (ครั้ง)	จำนวนครั้งการสังเกตที่ไม่สอดคล้องกัน (ครั้ง)	ค่าความเที่ยงของการสังเกต
การสังเกตระหว่างผู้ช่วยวิจัย 2 คน	10	2	0.83
ค่าความเที่ยงของการสังเกตระหว่างผู้ช่วยวิจัย 2 คน			0.83

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนการเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยติดต่อทำหนังสือ เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลด่านขุนทด เพื่อขออนุญาตเข้าศึกษาและขอความร่วมมือในการดำเนินการเก็บข้อมูลในการวิจัย

1.2 ยื่นเอกสารต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1.3 เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลด่านขุนทด รวมทั้งบุคลากรที่ปฏิบัติงานในระบบการดูแลระยะยาว ในที่ประชุมของหน่วยงานเพื่อขอความร่วมมือในการศึกษาและชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล และทำความเข้าใจเกี่ยวกับรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนการเตรียมหาและคัดเลือกผู้ช่วยวิจัย จำนวน 2 คน

1.4 เตรียมและคัดเลือกผู้ช่วยวิจัยจำนวน 2 คน โดยการคัดเลือกผู้วิจัยที่มีคุณสมบัติเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีความสามารถและประสบการณ์ในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลระยะยาวอย่างน้อย 1 ปี ตลอดจนเข้าใจกิจกรรมการดูแลระยะยาว มีมนุษยสัมพันธ์ดี และสมัครใจเป็นผู้ช่วยวิจัย

1.5 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยศึกษาทำความเข้าใจ เรื่องการจำแนกผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แนวทางการเก็บรวบรวมข้อมูล การบันทึกเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล และทำความเข้าใจ รูปแบบการวิจัยร่วมกัน

1.6 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยร่วมกันทดสอบเครื่องมือ โดยการฝึกจับเวลาในการปฏิบัติ กิจกรรมในระบบการดูแลระยะยาว ผู้ช่วยวิจัยทั้ง 2 คน ทำการสังเกตและบันทึกเวลาที่ใช้ในการ ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลระยะยาวลงในแบบบันทึกเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล โดยผู้ช่วยวิจัย ได้กระทำไปพร้อมๆกันและเป็นอิสระต่อกัน นำผลการสังเกตหาค่าดัชนีความสอดคล้องของการสังเกต ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดค่าความเที่ยงของเครื่องมือแบบสังเกตตามเกณฑ์ที่ยอมรับได้คือ มากกว่าหรือ เท่ากับ .80 ขึ้นไป (Jacobson, 1988: Burn and Grove, 1997: 327; Selby-Harrington et al., 1994 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร, 2547: 232-252)

$$\text{ความเที่ยงของการสังเกต} = \frac{\text{จำนวนการสังเกตที่สอดคล้องกัน}}{\text{จำนวนการสังเกตที่สอดคล้องกัน} + \text{จำนวนการสังเกตที่ไม่สอดคล้องกัน}}$$

จากนั้นนำข้อมูลที่ได้จากการจับเวลา การสังเกตและการบันทึก มาเปรียบเทียบเพื่อหาค่า ความเที่ยงของเครื่องมือ พร้อมทั้งหารี้อย่างไรถึงข้อแตกต่างในการบันทึกและการทำความเข้าใจให้ ตรงกัน เพื่อให้พจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลมีความชัดเจนและข้อมูลที่เก็บมีความเที่ยงในการ บันทึกมากที่สุด จนได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของการสังเกต เท่ากับ 0.83

1.8 ผู้วิจัยต้องคำนึงถึงเรื่องจริยธรรมของผู้วิจัยเกี่ยวกับประเด็นการสังเกตหรือการจับ เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมและไม่ละเมิดสิทธิของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้าร่วมการวิจัย

2. ขั้นตอนการดำเนินการ

การเก็บรวบรวมต้นทุนต่อหน่วย เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งทุติยภูมิ (Secondary source) โดยข้อมูลต้นทุนค่าแรงและค่าลงทุน / ค่าเสื่อมราคาของอาคารสถานที่ รวบรวมค่าใช้จ่ายหมวดค่าแรง, ข้อมูลค่าลงทุน / ค่าเสื่อมราคาครุภัณฑ์การแพทย์ที่ใช้ในการดูแล ระยะยาวจากทะเบียนคุมครุภัณฑ์ รวบรวมจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำหรับข้อมูลค่าวัสดุที่ใช้ในการ ดูแลระยะยาว และปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ทำการเก็บในกลุ่มตัวอย่าง ปฐมภูมิ (Primary source) การรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มนั้น ได้เก็บรวบรวมข้อมูล ในช่วงเวลาที่สังเกตช่วงเวลาเดียวกัน คือ ตั้งแต่เดือน กุมภาพันธ์ – มีนาคม 2561 รวมระยะเวลาเก็บ รวบรวมข้อมูล 2 เดือน

1. ข้อมูลต้นทุนต่อหน่วย ประกอบด้วย

1.1 ต้นทุนค่าแรง เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเงินเดือน และรายรับรายจ่ายต่างๆ ของบุคลากรทางสุขภาพ การดูแลระยะยาว โรงพยาบาลด้านชุมชน จำนวน 15 คน ประกอบด้วย แพทย์ จำนวน 1 คน เภสัชกร จำนวน 1 คน นักกายภาพบำบัด จำนวน 1 คน นักโภชนากร จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 7 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 3 คน และพนักงานขับรถ 1 คน จากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary source)

1.2 ต้นทุนค่าลงทุน / ค่าเสื่อมราคาครุภัณฑ์การแพทย์ที่ใช้ในการดูแลระยะยาว เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary source) จากทะเบียนคุมครุภัณฑ์

1.3 ต้นทุนค่าลงทุน / ค่าเสื่อมของอาคารสถานที่ เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งทุติยภูมิ (Secondary source) จากทะเบียนค่าเสื่อมอาคารสถานที่

1.4 ต้นทุนค่าวัสดุ เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างปฐมภูมิ (Primary source) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้ง 4 กลุ่ม จำนวน 35 ราย

2. ข้อมูลต้นทุนกิจกรรมการพยาบาล เป็นการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างปฐมภูมิ (Primary source) โดยสังเกต และบันทึกเวลาที่พยาบาลวิชาชีพใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้ง 4 กลุ่ม จำนวน 35 ราย

3. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คือ ผู้สูงอายุที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ได้รับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลครบทุกกิจกรรม และมีคะแนนประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Activity Daily living: ADL) (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2558) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน และจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 4 กลุ่ม จำนวน 35 ราย ทั้งนี้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพื่อสร้างความเชื่อมั่นต่อข้อมูลที่วัดได้ จากตารางสำเร็จรูปของวันชัย ริจิรวณิช (2548: 364) ดำเนินการเก็บข้อมูล ดังนี้

ตอนที่ 1 การเก็บรวบรวมข้อมูลต้นทุนต่อหน่วย โดยใช้เครื่องมือที่ใช้ในการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วย ซึ่งมีแบบบันทึกข้อมูล 3 ส่วน (รายละเอียด ดังภาคผนวก ค) ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลค่าแรง

แบบฟอร์ม LC1 แบบบันทึกข้อมูลค่าแรง (Labor cost) เป็นการเก็บข้อมูลค่าแรงของบุคลากรทางสุขภาพ จำนวน 15 คน ประกอบด้วย ประกอบด้วย แพทย์ จำนวน 1 คน เภสัชกร จำนวน 1 คน นักกายภาพบำบัด จำนวน 1 คน นักโภชนากร จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 7 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 3 คน พนักงานขับรถ 1 คน ได้แก่ เงินเดือน เงินประจำตำแหน่ง ค่าล่วงเวลา ค่าเวร ผลัดป่วย-ดึก และเงินสวัสดิการอื่นๆของบุคลากรทางการพยาบาล ค่าตอบแทนเพิ่มพิเศษสำหรับผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุข (พตส.)

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลค่าลงทุน / ค่าเสื่อมราคาครุภัณฑ์และอาคารสถานที่

แบบฟอร์ม CC1 แบบบันทึกข้อมูลค่าเสื่อมราคาอาคารสถานที่ เป็นการเก็บข้อมูลค่าเสื่อมราคาอาคารสถานที่ โดยการคิดค่าเสื่อมราคาเป็นจำนวนเงิน โดยกำหนดให้อาคารมีอายุการใช้งาน 25 ปี แล้วมาคำนวณค่าเสื่อมราคาแบบเส้นตรง (Simple straight line depreciation) เท่าๆกันตลอดอายุการใช้งาน ทั้งนี้ที่ดินไม่ต้องคิดค่าเสื่อม เนื่องจากมีอายุการใช้งานไม่จำกัด

แบบฟอร์ม CC2 แบบบันทึกข้อมูลค่าเสื่อมราคาครุภัณฑ์ เป็นการเก็บข้อมูลค่าเสื่อมครุภัณฑ์ โดยเก็บข้อมูลจากฝ่ายพัสดุ เป็นค่าเสื่อมของครุภัณฑ์ โดยการคำนวณราคาวัสดุครุภัณฑ์ต่อชิ้น อายุการใช้งานของครุภัณฑ์ โดยกำหนดให้โดยคิดเป็นต้นทุนค่าเสื่อมราคาประจำปี (Depreciation cost) โดยคิดเฉลี่ยราคาเป็นจำนวนเงินคงที่ทุกปี ค่าเสื่อมของครุภัณฑ์ทางการแพทย์ คิดอายุการใช้งาน 5 -15 ปี ตามชนิดครุภัณฑ์นั้นๆ ครุภัณฑ์สำนักงานคิดอายุการใช้งาน 5 ปี ครุภัณฑ์ไฟฟ้าคิดอายุการใช้งาน 5 ปี ครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์คิดอายุการใช้งาน 5 ปี อาคารสำนักงานคิดอายุการใช้งาน 25 ปี ตามตารางการใช้งานและอัตราค่าเสื่อมราคาทรัพย์สิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลค่าวัสดุ

เก็บรวบรวมข้อมูลต้นทุนค่าวัสดุ (Material cost) เป็นการบันทึกข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างปฐมภูมิ (Primary source) การรวบรวมข้อมูลในช่วงเวลาที่สังเกตช่วงเวลาเดียวกัน คือ ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ - มีนาคม 2561 รวมระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูล 2 เดือน

แบบฟอร์ม MC1 แบบบันทึกข้อมูลค่าวัสดุต่างๆ เป็นการเก็บข้อมูลวัสดุจากหน่วยงานกิจกรรมที่ปฏิบัติงานการดูแลระยะยาว เช่น ค่าเวชภัณฑ์ยาที่ใช้ในการดูแลประคับประคองอาการ ค่าเวชภัณฑ์ที่มีไข้ยา ค่าสาธารณสุขโรค ค่าวัสดุสำนักงาน ค่าวัสดุวิทยาศาสตร์ ค่าไฟฟ้า ค่าน้ำ ค่าน้ำมัน เชื้อเพลิงรถยนต์

แบบฟอร์ม MC2 = แบบบันทึกข้อมูลค่าไฟฟ้า เป็นการเก็บข้อมูลค่าไฟ จากฝ่ายซ่อมบำรุง โดยคิดค่าไฟฟ้าต่อกิโลวัตต์ต่อชั่วโมง

แบบฟอร์ม MC 3 = แบบบันทึกข้อมูลค่าน้ำเป็นการเก็บข้อมูลค่าน้ำ โดยบันทึกการไหลของน้ำที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลระยะยาว

ตอนที่ 2 การเก็บรวบรวมข้อมูลต้นทุนกิจกรรมการพยาบาล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว โรงพยาบาลด่านขุนทด โดยใช้เครื่องมือแบบบันทึกข้อมูลในการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลในระบบการดูแลระยะยาว ประกอบด้วยข้อมูล ส่วนที่ 1 พจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงประกอบด้วยเครื่องมือ ส่วนที่ 2 ซึ่งมี 2 แบบฟอร์ม 1) แบบบันทึกเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล (ABC1) และ 2) แบบบันทึกตัวผลิตภัณฑ์กิจกรรมหรือปริมาณกิจกรรม (ABC2)

แบบบันทึกปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบการดูแลระยะยาวโรงพยาบาลด่านขุนทด เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสังเกตปริมาณเวลาที่พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลให้แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามกิจกรรมที่กำหนดในพจนานุกรม โดยคัดเลือกผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 35 ราย ทั้ง 4 กลุ่ม ทั้งนี้ทำการคัดเลือกเฉพาะผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลในระบบการดูแลระยะยาวโดยมีการปฏิบัติกิจกรรมครบทุกกิจกรรม ทั้งนี้ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยเก็บข้อมูลปริมาณเวลา โดยทำการจับเวลาแบบ Flying timing คือ ทำการจับเวลาตั้งแต่เริ่มต้นปฏิบัติกิจกรรมการดูแลแต่ละกิจกรรมตามพจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาล ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาวในแต่ละครั้ง โดยเริ่มต้นการจับเวลาเมื่อนาฬิกาอยู่ที่ตำแหน่งศูนย์ทุกครั้ง (วิจิตร ตันทสุทธ์, 2543:265) เมื่อได้ปริมาณเวลาในแต่ละกิจกรรมครบทั้ง 4 กลุ่ม นำมาคำนวณหาค่าเฉลี่ยในแต่ละกิจกรรม รวบรวมและบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป Microsoft Excel for Windows 2013 เพื่อดำเนินการวิเคราะห์ โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลด่านขุนทด เพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษาและขอความร่วมมือในการร่วมเก็บข้อมูล โดยชี้แจงให้บุคลากรทุกคนทราบว่าจะถูกเก็บข้อมูลเกี่ยวกับรายได้และค่าสวัสดิการต่างๆ ซึ่งเป็นต้นทุนค่าแรงในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในช่วงเวลาที่จะศึกษา โดยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการร่วมการศึกษาครั้งนี้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ข้อมูลทุกอย่างถือเป็นความลับและผลการศึกษานำเสนอในภาพรวมและจะนำไปใช้ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาเท่านั้น ระหว่างทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งขอยุติการศึกษาเมื่อไหร่ก็ได้ ก่อนที่การศึกษาจะเสร็จสิ้นลงโดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ ซึ่งการกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาแต่อย่างใด

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วย และต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว โรงพยาบาลด่านขุนทด ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ โดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย คำนวณโดยการแบ่งวิเคราะห์เป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วย ในการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยนั้น ใช้แนวคิดของเพชรน้อย สิงห์ช่างชัย (2557) ดังนี้

$$\text{ต้นทุนต่อหน่วย (Unit cost)} = \frac{\text{ต้นทุนค่าแรงทั้งหมด} + \text{ต้นทุนค่าวัสดุทั้งหมด} + \text{ต้นทุนค่าลงทุนทั้งหมด} + \text{ต้นทุนสนับสนุนทั้งหมด}}{\text{จำนวนผู้สูงอายุ}}$$

ดังนั้น ต้นทุนรวมทั้งหมดในการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 1 ราย เท่ากับ ต้นทุนค่าแรงทั้งหมด + ต้นทุนค่าวัสดุทั้งหมด + ต้นทุนค่าลงทุนทั้งหมด + ต้นทุนสนับสนุนทั้งหมด หาดด้วยจำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับบริการในระบบการดูแลระยะยาว

ขั้นตอนในการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาวโรงพยาบาลด่านขุนทด วิเคราะห์ต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าลงทุน ต้นทุนค่าวัสดุ มีรายละเอียดดังนี้

1. วิธีการคำนวณต้นทุนค่าแรง

หาต้นทุนค่าแรงของบุคลากรในการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยนำค่าแรงของบุคลากรทางสุขภาพในการดูแลระยะยาว โรงพยาบาลด่านขุนทด รวมทั้งหมด 15 คน ประกอบด้วย แพทย์ จำนวน 1 คน เภสัชกร จำนวน 1 คน นักกายภาพบำบัด จำนวน 1 คน นักโภชนาการ จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 7 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 3 คน พนักงานขับรถ 1 คน ได้แก่ เงินเดือน เงินประจำตำแหน่ง ค่าล่วงเวลา ค่าเวร ผลัดบ่าย-ดึก และเงินสวัสดิการอื่นๆของบุคลากรทางการแพทย์ ค่าตอบแทนเพิ่มพิเศษสำหรับผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุข (พตส.) แล้วมาคำนวณตามสัดส่วนการทำงาน ที่ใช้ในกิจกรรมการดูแลระยะยาวที่แต่ละคนได้ปฏิบัติ

$$\text{ต้นทุนค่าแรงทั้งหมด} = \text{ผลรวมค่าแรงของบุคลากรในการดูแลระยะยาว}$$

2. วิธีการคำนวณต้นทุนค่าลงทุน

2.1 หาค่าเสื่อมราคา (Capital depreciation costs) ครุภัณฑ์ทางการแพทย์และอุปกรณ์ครุภัณฑ์อื่นๆที่ใช้ร่วมกัน โดยกำหนดให้โดยคิดเป็นต้นทุนค่าเสื่อมราคาประจำปี (Depreciation cost) โดยคิดเฉลี่ยราคาเป็นจำนวนเงินคงที่ทุกปี ค่าเสื่อมของครุภัณฑ์ทางการแพทย์ คิดอายุการใช้งาน 5 -15 ปี ตามชนิดครุภัณฑ์นั้นๆ ครุภัณฑ์สำนักงานคิดอายุการใช้งาน 5 ปี ครุภัณฑ์ไฟฟ้าคิดอายุการใช้งาน 5 ปี ครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์คิดอายุการใช้งาน 5 ปี อาคารสำนักงานคิดอายุการใช้งาน 25 ปี ตามตารางการใช้งานและอัตราค่าเสื่อมราคาทรัพย์สิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข คิดค่าเสื่อมราคาโดยวิธีเส้นตรง (Straight line method) แต่ละปีเท่าๆกัน ตลอดอายุการใช้งานของครุภัณฑ์นั้น โดยใช้สูตรการคำนวณ จากนั้นนำราคาครุภัณฑ์ทั้งหมด ลบด้วย ค่า

เสื่อมราคาของครุภัณฑ์นั้นๆ คำนวณตามสัดส่วนการใช้งาน หลังจากนั้นนำต้นทุนครุภัณฑ์นั้นมารวมกัน

$$\text{ค่าเสื่อมต่อปี} = \frac{\text{ราคาครุภัณฑ์}}{\text{จำนวนปีที่ใช้งาน}}$$

ต้นทุนครุภัณฑ์การแพทย์ทั้งหมด = (ราคาครุภัณฑ์ชนิดนั้นๆ - ค่าเสื่อมครุภัณฑ์ชนิดนั้นๆ) นำมารวมกัน

2.1 หาค่าเสื่อมราคา (Capital depreciation costs) ของอาคารสถานที่ ตามสัดส่วนพื้นที่การใช้งาน โดยการคิดค่าเสื่อมราคาเป็นจำนวนเงิน โดยกำหนดให้อาคารมีอายุการใช้งาน 25 ปี แล้วมาคำนวณค่าเสื่อมราคาแบบเส้นตรง (Simple straight line depreciation) เท่าๆกันตลอดอายุการใช้งาน ทั้งนี้ที่ดินไม่ต้องคิดค่าเสื่อม เนื่องจากมีอายุการใช้งานไม่จำกัด

$$\text{ค่าเสื่อมต่อปี} = \frac{\text{ราคาครุภัณฑ์}}{\text{จำนวนปีที่ใช้งาน}}$$

ต้นทุนของอาคารสถานที่ทั้งหมด = (ราคาอาคารสถานที่ชนิดนั้นๆ - ค่าเสื่อมอาคารสถานที่ชนิดนั้นๆ) นำมารวมกัน

3. วิธีการคำนวณต้นทุนค่าวัสดุ

3.1 หาต้นทุนค่าวัสดุที่ใช้ร่วมกัน ได้แก่ ค่าเวชภัณฑ์ยาที่ใช้ในการดูแลระดับประคองอาการ ค่าเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา ค่าสารธารณูปโภค ค่าวัสดุสำนักงาน ค่าวัสดุวิทยาศาสตร์ ค่าไฟฟ้า ค่าน้ำ ค่าน้ำมันเชื้อเพลิงรถยนต์

$$\text{ต้นทุนค่าวัสดุใช้ร่วมกัน} = \text{ผลรวมค่าวัสดุที่ใช้ร่วมกัน}$$

3.2 หาต้นทุนค่าไฟฟ้า คำนวณกำลังไฟฟ้า (กิโลวัตต์ต่อชั่วโมง) จากจำนวนหลอดไฟ เครื่องปรับอากาศที่ใช้ในแผนกการดูแลระยะยาว และคอมพิวเตอร์ โดยคิดค่าไฟฟ้ากิโลวัตต์ต่อชั่วโมง = 3.56 บาท ตามการคิดค่าไฟฟ้าส่วนภูมิภาคในองค์การที่ไม่แสวงหาผลกำไร รวมค่าไฟฟ้าทั้งหมดที่ใช้ หารจำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับบริการการดูแลระยะยาว

3.3 หาต้นทุนค่าน้ำประปา คำนวณจากที่ใช้ (ลูกบาศก์ลิตร) ที่เกิดจากการทำกิจกรรมการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 1 ราย คุณด้วยอัตราการค่าน้ำประปาต่อลูกบาศก์ลิตร = 16 บาท ตามการคิดค่าน้ำประปาส่วนภูมิภาค

3.4 ต้นทุนค่าน้ำมัน คำนวณจากระยะทางที่ใช้ในการเดินทางไปในกิจกรรมการพยาบาลที่บ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กิโลเมตร) หารด้วยอัตราการสิ้นเปลืองเชื้อเพลิง ซึ่งมีค่าเท่ากับ 11 กิโลเมตร/ลิตร และนำทั้งหมดมาคูณด้วยราคาน้ำมันดีเซล (บาท/ลิตร) ซึ่งมีค่าเท่ากับ 27.59 บาท/ลิตร (ณ วันที่ 29 มีนาคม 2561)

$$\text{ต้นทุนค่าน้ำมัน} = \frac{\text{จำนวนระยะทางทั้งหมด (กม.)} \times \text{ราคาน้ำมันดีเซลต่อลิตร (บาท)}}{\text{อัตราการสิ้นเปลืองเชื้อเพลิง (กม./ลิตร)}}$$

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลของพยาบาลผู้จัดการการดูแล (Care manager) ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลด่านขุนทด โดยจำแนกกิจกรรมการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล บูรณาาร่วมกับ แนวปฏิบัติการดูแลของพยาบาลผู้จัดการการดูแล (Care manager) และการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 4 กลุ่ม ของสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2558)

ต้นทุนค่าแรงของบุคลากรทางสุขภาพ คำนวณจากการนำผลรวมของต้นทุนดำเนินการ จากการจ่ายค่าตอบแทนทั้งหมดให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน เช่น คน ใต้แก่ เงินเดือน เงินประจำตำแหน่ง ค่าล่วงเวลา ค่าเวร ผลัดบ่าย-ดึก และเงินสวัสดิการอื่นๆของบุคลากรทางการพยาบาล ค่าตอบแทนเพิ่มพิเศษสำหรับผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุข (พตส.) คำนวณ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในแต่ละกิจกรรมของแต่ละครั้งแต่ละคน ซึ่งถือเป็นเวลาที่สังเกตได้ (Observed time) จะได้จำนวนครั้งในการเก็บของแต่ละกิจกรรมการพยาบาลตามเกณฑ์กำหนดจำนวนตัวอย่างที่เหมาะสม ในตารางสำเร็จรูปของวันชัย ริจิรวณิช (2548: 346) จำแนกตามพจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้ง 4 กลุ่ม

ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยทำการหาค่าเวลาที่สมดุล (Balance time) ของแต่ละกิจกรรมโดยมีขั้นตอนดังนี้

1) นำข้อมูลเวลาที่ได้จากการจับเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมในแต่ละกิจกรรมการพยาบาลของแต่ละคนหรือแต่ละครั้ง (Observed time) ซึ่งเป็นปริมาณเวลาทั้งหมดที่ทำได้ (Total observer time) หาผลรวมของเวลาทั้งหมดในแต่ละกิจกรรม จากนั้นนำผลรวมเวลามาหาค่าเวลาเฉลี่ยของแต่ละกิจกรรม

2) ผู้วิจัยกำหนดค่าเวลาที่ยอมรับได้ (Reliability time) โดยใช้ความเชื่อมั่นร้อยละ 95 แล้วนำมาคำนวณหาค่าเวลาที่สมดุล (Balance time) ของแต่ละกิจกรรม โดยเอาค่าเฉลี่ยของแต่ละกิจกรรมคูณด้วยค่าความเชื่อมั่น (Reliability time) ซึ่งผู้วิจัยกำหนดให้ค่าความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ตามแนวคิด Time motion study ของ Gilberth (2000) ซึ่งผู้วิจัยกำหนดให้ค่าเวลาที่สมดุลเป็นค่ามาตรฐาน (Standard time) ของแต่ละกิจกรรมการพยาบาลด้วย (สงศรี รักษ์ตระกูล, 2543)

ขั้นตอนที่ 3 ผู้วิจัยทำการหาค่าเวลาที่สมดุล (Balance time) ของแต่ละกิจกรรมการพยาบาลให้ครบถ้วนตามพจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คือ 1) หาค่าเวลาที่สมดุลของกิจกรรมการจัดทำข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2) หาค่าเวลาที่สมดุลของกิจกรรมการประเมินคัดกรองผู้สูงอายุ 3) หาค่าเวลาที่สมดุลของกิจกรรมการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล Care plan, Weekly plan 4) หาค่าเวลาที่สมดุลของกิจกรรมการจัดทำ Case conference 5) หาค่าเวลาที่สมดุลของกิจกรรมการประสานการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุตามแผนการดูแล 6) หาค่าเวลาที่สมดุลของกิจกรรมการประชุมและวางแผนการออกเยี่ยมบ้าน 7) หาค่าเวลาที่สมดุลของกิจกรรมการบริหารจัดการและควบคุมกำกับ Care giver และ 8) หาค่าเวลาที่สมดุลของกิจกรรมการทบทวนการดูแลปรับปรุงและจัดทำแผนการดูแลใหม่ให้เหมาะสม ซึ่งจำแนกตามกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้ง 4 กลุ่ม

ขั้นตอนที่ 4 ผู้วิจัยคำนวณต้นทุนค่าแรงต่อนาทีของพยาบาลวิชาชีพที่ได้ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว โรงพยาบาลด่านขุนทด โดยคิดจากการจ่ายค่าตอบแทนทั้งหมดให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน นำผลเฉลี่ยของค่าแรงพยาบาลวิชาชีพที่ได้มาคำนวณหาต้นทุนค่าแรงต่อนาทีของพยาบาลวิชาชีพ ในช่วงเวลา 1 เดือน ที่ทำการศึกษา มีจำนวนวันทำการทั้งหมด 20 วันทำการ และจำนวนชั่วโมงทำการในหนึ่งวันเท่ากับ 7 ชั่วโมง ทำการคำนวณหาต้นทุนค่าแรงต่อนาที โดยใช้สูตรคำนวณ ดังนี้

$$\text{ต้นทุนค่าแรงต่อนาที} = \frac{\text{ผลเฉลี่ยเงินค่าตอบแทนทั้งหมดของพยาบาลวิชาชีพทุกคน}}{\text{จำนวนวันทำการ} \times \text{จำนวนชั่วโมงทำการ} \times 60 \text{ นาที}}$$

ขั้นตอนที่ 5 คำนวณต้นทุนต่อหน่วยกิจกรรมการพยาบาล โดยการนำเอาต้นทุนค่าแรงต่อ
นาที่ คูณกับค่าเวลาที่สมดุล (Balanced time) ของแต่ละกิจกรรมการพยาบาล

ต้นทุนต่อหน่วย

กิจกรรมการพยาบาล = ต้นทุนค่าแรงต่อนาที่ x ค่าเวลาที่สมดุลของแต่ละกิจกรรม
ในดูแลระยะยาว

ขั้นตอนที่ 6 ผู้วิจัยคำนวณหาต้นทุนรวมของแต่ละกิจกรรมการพยาบาล โดยนำเอาต้นทุนต่อ
หน่วยกิจกรรมการพยาบาลคูณกับจำนวนครั้งทั้งหมดของการปฏิบัติกิจกรรมแต่ละกิจกรรมการ
พยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพได้ปฏิบัติแก่กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้ง 4 กลุ่ม

ขั้นตอนที่ 7 ผู้วิจัยคำนวณหาต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วยของพยาบาลผู้จัดการการ
ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบการดูแลระยะยาว โรงพยาบาลด่านขุนทด โดยนำผลรวมของ
ต้นทุนรวมของกิจกรรมการพยาบาลที่จำแนกตามกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หาดด้วยจำนวน
ผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาต้นทุนต่อหน่วยและต้นทุนกิจกรรมการพยาบาล ต้นทุนกิจกรรมของพยาบาล ผู้จัดการการดูแล (Care manager) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว โรงพยาบาลด่านขุนทด ผู้วิจัยคำนวณต้นทุนต่อหน่วย โดยวิเคราะห์จากต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าวัสดุ ต้นทุนค่าลงทุนของบุคลากรทางสุขภาพ และคำนวณต้นทุนกิจกรรมการพยาบาล โดยวิเคราะห์จากปริมาณเวลาที่พยาบาลวิชาชีพใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว โรงพยาบาลด่านขุนทด ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการศึกษาดังกล่าวโดยแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบการดูแลระยะยาว โรงพยาบาลด่านขุนทด (ตารางที่ 14 – 15)

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลของผู้จัดการการดูแล (Care manager) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบการดูแลระยะยาว โรงพยาบาลด่านขุนทด (ตารางที่ 16 – 18)

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว โรงพยาบาลด่านขุนทด

การศึกษาต้นทุนต่อหน่วยของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบการดูแลระยะยาว โรงพยาบาลด่านขุนทด ผู้วิจัยได้คำนวณต้นทุนต่อหน่วย โดยนำผลรวมของต้นทุนค่าแรงทั้งหมด ต้นทุนค่าวัสดุทั้งหมด ต้นทุนค่าลงทุนทั้งหมด และต้นทุนสนับสนุนทั้งหมดหารด้วยจำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลในระบบการดูแลระยะยาว ในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีจำนวนทั้งหมด 35 ราย ดังนั้นผู้วิจัยคำนวณหาต้นทุนต่อหน่วยการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว โรงพยาบาลด่านขุนทด โดยการนำเอาผลรวมของต้นทุนทั้งหมดที่คำนวณได้ ตารางที่ 18 – 25 ในภาคผนวก ฉ หารด้วยจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมด จะได้ต้นทุนต่อหน่วยของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว โรงพยาบาลด่านขุนทด รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 14

ตารางที่ 14 ต้นทุนต่อหน่วยของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาวโรงพยาบาลด่านขุนทด

ประเภทต้นทุน	ต้นทุนต่อหน่วยของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (n = 35)					
	ต้นทุนรวม		ต้นทุนต่อหน่วย		ร้อยละ	
	พยาบาล วิชาชีพ	บุคลากรอื่น ๆ	พยาบาล วิชาชีพ	บุคลากร อื่น ๆ	พยาบาล วิชาชีพ	บุคลากร อื่น ๆ
ต้นทุนค่าแรง	63,866.27	60,367.23	1,824.75	1,724.78	37.21	35.17
	124,233.50		3,549.53		72.38	
ต้นทุนค่าวัสดุ	26,105.46		745.87		15.21	
ต้นทุนค่าลงทุน	21,290.05		608.29		12.41	
รวมทั้งหมด	171,629.01		4,903.69		100.00	

จากตารางที่ 14 พบว่า ต้นทุนต่อหน่วยของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบการดูแลระยะยาวโรงพยาบาลด่านขุนทด พบว่า ในเดือน กุมภาพันธ์ 2561 ถึง เดือน มีนาคม 2561 มีมูลค่าต้นทุนรวมทั้งสิ้น เท่ากับ 171,629.01 บาท จากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมด 35 ราย คิดเป็นต้นทุนต่อหน่วย เท่ากับ 4,903.69 บาท

เมื่อพิจารณาต้นทุนต่อหน่วย ประกอบด้วยต้นทุนค่าแรง เท่ากับ 3,549.53 บาท, ต้นทุนค่าวัสดุ เท่ากับ 745.87 บาท และ ต้นทุนค่าลงทุน เท่ากับ 608.29 บาท โดยสัดส่วนต้นทุนรวม ประกอบด้วยต้นทุนค่าแรง : ต้นทุนค่าวัสดุ : ต้นทุนค่าลงทุน คิดเป็นร้อยละ 72.38 : 15.21 : 12.41 ตามลำดับ

สำหรับการศึกษาด้านต้นทุนต่อหน่วยของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบการดูแลระยะยาวโรงพยาบาลด่านขุนทด จำแนกตามกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็น 4 กลุ่ม โดยคิดตามสัดส่วนงานของบุคลากรทางสุขภาพที่ให้บริการแต่ละกลุ่มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามตารางที่ 21 - 40 ในภาคผนวก ฉ จะได้ต้นทุนต่อหน่วยของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว จำแนกตามกลุ่มผู้สูงอายุ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่

ตารางที่ 15 ต้นทุนต่อหน่วยผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว จำแนกตามกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลด่านขุนทด

ประเภทต้นทุน	ต้นทุนต่อหน่วยของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง		
	ต้นทุนรวม (บาท)	ต้นทุนต่อหน่วย (บาท)	ร้อยละ
กลุ่มติดบ้าน กลุ่มที่ 1 (n = 10)			
ต้นทุนค่าแรง	24,480.14	2,448.01	87.68
ต้นทุนค่าวัสดุ	1,374.22	137.42	4.92
ต้นทุนค่าลงทุน	2,065.64	206.56	7.40
รวม	27,920.00	2,792.00	100.00
กลุ่มติดบ้าน กลุ่มที่ 2 (n = 8)			
ต้นทุนค่าแรง	22,485.06	2,810.63	85.44
ต้นทุนค่าวัสดุ	1,609.16	201.14	6.11
ต้นทุนค่าลงทุน	2,222.69	277.84	8.45
รวม	26,316.91	3,289.61	100.00
กลุ่มติดเตียง กลุ่มที่ 3 (n = 9)			
ต้นทุนค่าแรง	39,429.68	4,381.08	71.26
ต้นทุนค่าวัสดุ	8,242.28	915.81	14.90
ต้นทุนค่าลงทุน	7,655.70	850.63	13.84
รวม	55,327.66	6,147.52	100.00
กลุ่มติดเตียง กลุ่มที่ 4 (n = 8)			
ต้นทุนค่าแรง	37,838.62	4,729.83	60.97
ต้นทุนค่าวัสดุ	14,879.80	1,859.98	23.97
ต้นทุนค่าลงทุน	9,346.02	1,168.25	15.06
รวม	62,064.44	7,758.06	100.00
รวมทั้งหมด	171,629.01	4,903.69	-

จากตารางที่ 15 พบว่า ต้นทุนต่อหน่วย จำแนกตามกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีต้นทุนต่อหน่วยมากที่สุด คือ ผู้สูงอายุ กลุ่มติดเตียงที่ 4 มีต้นทุนต่อหน่วยเท่ากับ 7,758.06 บาท รองลงมา คือ กลุ่มติดเตียงที่ 3 มีต้นทุนต่อหน่วยเท่ากับ 6,147.52 บาท กลุ่มติดบ้านที่ 2 มีต้นทุนต่อหน่วยเท่ากับ 3,289.61 บาท และ กลุ่มติดบ้านที่ 1 ADL 5-11 คะแนน มีต้นทุนต่อหน่วยเท่ากับ 2,792.00 บาท

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลของพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบการดูแลระยะยาว โรงพยาบาลด่านขุนทด

การศึกษาต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลของพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบการดูแลระยะยาว โรงพยาบาลด่านขุนทด ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 4 กลุ่ม คือกลุ่มติดบ้านที่ 1, กลุ่มติดบ้านที่ 2, กลุ่มติดเตียงที่ 3 และกลุ่มติดเตียงที่ 4 โดยหาค่าเวลาที่สมดุล (Balance time) ของแต่ละกิจกรรม โดยนำผลรวมของเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล (Total observer time) ของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้ง 4 กลุ่ม มาหาค่าเฉลี่ย หลังจากนั้นนำมาหาค่าเฉลี่ยของแต่ละกิจกรรมคูณด้วยค่าความเชื่อมั่น (Reliability time) ซึ่งผู้วิจัยกำหนดให้ค่าความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ตามแนวคิด Time motion study ของ Gilberth (2000) จะได้ค่าเวลาที่สมดุล (Balance time) ของแต่ละกิจกรรม ตามตารางที่ 41 - 44 ในภาคผนวก ฉ แล้วมาคูณกับต้นทุนค่าแรงต่อหน้าที่ที่คำนวณ จากค่าแรงของพยาบาลผู้จัดการการดูแล จำนวน 7 คน ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในการศึกษาครั้งนี้ เป็นเงินเฉลี่ย 28,234.29 บาท/เดือน ใน 1 เดือนมีวันทำการจำนวน 20 วัน ชั่วโมงในการทำงาน วันละ 7 ชั่วโมง คิดเป็นค่าแรงต่อหน้าที่มีค่าแรงเท่ากับ 3.36 บาท ตามตารางที่ 19 ในภาคผนวก ฉ และจะได้ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลของพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบการดูแลระยะยาว ตามตารางที่ 46 - 49 ในภาคผนวก ฉ และสรุปรายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 16 - 17

ตารางที่ 16 ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาล (บาท) ของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว โรงพยาบาลด่านขุนทด จำแนกตามกิจกรรมการพยาบาล (นาที) x ค่าแรงเฉลี่ยของพยาบาลผู้จัดการการดูแล นาทีละ 3.36 บาท

ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาล	ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (n=35)		
	ค่าเวลา BT. (นาที)	ต้นทุนกิจกรรม ต่อหน่วย (บาท)	ร้อยละ
1. กิจกรรมการจัดทำข้อมูลผู้สูงอายุที่ต้องการดูแลช่วยเหลือทั้งเชิงรับและเชิงรุก	25.27	84.91	12.12
2. ประเมิน คัดกรองผู้สูงอายุ	15.78	53.02	7.57
3. จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล Care plan, Weekly plan	31.02	104.23	14.87
4. จัดทำ Case conference	17.96	60.35	8.61
5. ประสานการปฏิบัติงาน การดูแลผู้สูงอายุตามแผนการดูแล	28.14	94.55	13.49
6. ประชุมและวางแผนการออกเยี่ยมบ้าน	28.22	94.82	13.53
7. บริหารจัดการและควบคุมกำกับ Care giver	21.91	73.62	10.50
8. ทบทวนแผนการดูแล ปรับปรุงและจัดทำแผนการดูแลใหม่ให้เหมาะสม	40.27	135.31	19.31
รวม	208.57	700.81	100.00

จากตารางที่ 16 พบว่า ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว โรงพยาบาลด่านขุนทด พบว่า ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลของพยาบาลผู้จัดการการดูแลต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 1 คน/ครั้ง มีค่าเท่ากับ 700.81 บาท และกิจกรรมที่มีต้นทุนสูงที่สุดคือ กิจกรรมการทบทวนแผนการดูแล ปรับปรุงและจัดทำแผนการดูแลใหม่ให้เหมาะสม มีค่าเท่ากับ 135.31 บาท รองลงมา คือ กิจกรรมจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล Care plan, Weekly plan มีค่าเท่ากับ 104.23 บาท กิจกรรมประชุมและวางแผนการออกเยี่ยมบ้าน มีค่าเท่ากับ 94.82 บาท กิจกรรมประสานการปฏิบัติงาน การดูแลผู้สูงอายุตามแผนการดูแล มีค่าเท่ากับ 94.55 บาท กิจกรรมการจัดทำข้อมูลผู้สูงอายุที่ต้องการดูแลช่วยเหลือทั้งเชิงรับและเชิงรุก มีค่าเท่ากับ 84.91 บาท กิจกรรมบริหารจัดการและควบคุมกำกับ Care giver มีค่าเท่ากับ 73.62 บาท กิจกรรมจัดทำ Case conference มีค่าเท่ากับ 60.35 บาท และกิจกรรมประเมิน คัดกรองผู้สูงอายุ มีค่าเท่ากับ 53.02 บาท

ตารางที่ 17 ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาล (บาท) จำแนกตามประเภทกิจกรรมการพยาบาล และ จำแนกตามกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบการดูแลระยะยาว โรงพยาบาลด่านขุนทด

ต้นทุน	ผู้สูงอายุติดบ้าน		ผู้สูงอายุติดบ้าน		ผู้สูงอายุติดเตียง		ผู้สูงอายุติดเตียง	
	กลุ่มที่ 1 (n=10)		กลุ่มที่ 2 (n=8)		กลุ่มที่ 3 (n=9)		กลุ่มที่ 4 (n=8)	
กิจกรรมการ พยาบาล	ต้นทุน		ต้นทุน		ต้นทุน		ต้นทุน	
	กิจกรรม ต่อหน่วย (บาท)	ร้อยละ	กิจกรรม ต่อหน่วย (บาท)	ร้อยละ	กิจกรรม ต่อหน่วย (บาท)	ร้อยละ	กิจกรรม ต่อหน่วย (บาท)	ร้อยละ
1. กิจกรรมการ จัดทำข้อมูล ผู้สูงอายุที่ ต้องการดูแล ช่วยเหลือทั้งเชิง รับและเชิงรุก	65.46	12.16	83.77	13.55	92.24	11.52	98.17	11.61
2. ประเมิน คัดกรอง ผู้สูงอายุ	46.60	8.66	47.88	7.74	55.34	6.91	62.26	7.36
3. จัดทำ แผนการดูแล รายบุคคล Care plan, Weekly plan	87.16	16.19	90.55	14.64	113.87	14.23	125.30	14.82
4. จัดทำ Case conference	43.11	8.01	46.30	7.49	74.49	9.31	77.41	9.15
5. ประสาน การ ปฏิบัติงาน การดูแล ผู้สูงอายุตาม แผนการดูแล	75.67	14.06	90.18	14.58	104.97	13.11	107.32	12.69

ตารางที่ 17 (ต่อ)

ต้นทุน	ผู้สูงอายุติดบ้าน		ผู้สูงอายุติดบ้าน		ผู้สูงอายุติดเตียง		ผู้สูงอายุติดเตียง	
	กลุ่มที่ 1 (n=10)		กลุ่มที่ 2 (n=8)		กลุ่มที่ 3 (n=9)		กลุ่มที่ 4 (n=8)	
กิจกรรมการ พยาบาล	ต้นทุน		ต้นทุน		ต้นทุน		ต้นทุน	
	กิจกรรม ต่อหน่วย (บาท)	ร้อยละ	กิจกรรม ต่อหน่วย (บาท)	ร้อยละ	กิจกรรม ต่อหน่วย (บาท)	ร้อยละ	กิจกรรม ต่อหน่วย (บาท)	ร้อยละ
6. ประชุมและ วางแผนการ ออกเยี่ยม บ้าน	57.15	10.62	68.24	11.03	124.15	15.51	129.70	15.34
7. บริหาร จัดการและ ควบคุมกำกับ Care giver	47.88	8.89	59.07	9.55	92.90	11.60	94.58	11.19
8. ทบทวน แผนการดูแล ปรับปรุงและ จัดทำ แผนการดูแล ใหม่ให้ เหมาะสม	115.24	21.41	132.45	21.42	142.57	17.81	150.83	17.84
รวม	538.27	100.00	618.43	100.00	800.53	100.00	845.57	100.00

จากตารางที่ 17 พบว่า ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลของพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว โรงพยาบาลด่านขุนทด กลุ่มผู้สูงอายุที่มีต้นทุนมากที่สุด คือ กลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง ที่ 4 มีค่าเท่ากับ 845.57 บาท รองลงมา คือ กลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงกลุ่มที่ 3 มีค่าเท่ากับ 800.53 บาท, กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านกลุ่มที่ 2 มีค่าเท่ากับ 618.43 บาท และกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านกลุ่มที่ 1 มีค่าเท่ากับ 538.27 บาท

ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลของพยาบาลผู้จัดการการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง ที่ 4 พบว่า กิจกรรมที่มีต้นทุนมากที่สุด คือ กิจกรรมการทบทวนแผนการดูแล ปรับปรุงและจัดทำแผนการดูแล ใหม่ให้เหมาะสม มีค่าเท่ากับ 150.83 บาท รองลงมา คือ กิจกรรมประชุมและวางแผนการออกเยี่ยม บ้าน มีค่าเท่ากับ 129.70 บาท, กิจกรรมจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล Care plan, Weekly plan มี ค่าเท่ากับ 125.30 บาท, กิจกรรมประสานการปฏิบัติงาน การดูแลผู้สูงอายุตามแผนการดูแล มีค่า เท่ากับ 107.32 บาท, กิจกรรมการจัดทำข้อมูลผู้สูงอายุที่ต้องการดูแลช่วยเหลือทั้งเชิงรับและเชิงรุก มี ค่าเท่ากับ 98.17 บาท, กิจกรรมบริหารจัดการและควบคุมกำกับ Care giver มีค่าเท่ากับ 94.58 บาท , กิจกรรม จัดทำ Case conference มีค่าเท่ากับ 77.41 บาท และกิจกรรมประเมิน คัดกรอง ผู้สูงอายุ มีค่าเท่ากับ 62.26 บาท ตามลำดับ

ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลของพยาบาลผู้จัดการการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง ที่ 3 พบว่า กิจกรรมการพยาบาลที่มีต้นทุนมากที่สุด คือ กิจกรรมการทบทวนแผนการดูแล ปรับปรุงและจัดทำ แผนการดูแลใหม่ให้เหมาะสม มีค่าเท่ากับ 142.57 บาท รองลงมาคือ กิจกรรมประชุมและวางแผน การออกเยี่ยมบ้าน มีค่าเท่ากับ 124.15 บาท, กิจกรรมจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล Care plan, Weekly plan มีค่าเท่ากับ 113.87 บาท, กิจกรรมประสานการปฏิบัติงาน การดูแลผู้สูงอายุตาม แผนการดูแล มีค่าเท่ากับ 104.97 บาท, กิจกรรมบริหารจัดการและควบคุมกำกับ Care giver มีค่า เท่ากับ 92.90 บาท, กิจกรรมการจัดทำข้อมูลผู้สูงอายุที่ต้องการดูแลช่วยเหลือทั้งเชิงรับและเชิงรุก มี ค่าเท่ากับ 92.24 บาท, กิจกรรมจัดทำ Case conference มีค่าเท่ากับ 74.49 บาท และกิจกรรม ประเมิน คัดกรองผู้สูงอายุ มีค่าเท่ากับ 55.34 บาท ตามลำดับ

ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลของพยาบาลผู้จัดการการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน ที่ 2 พบว่า กิจกรรมการพยาบาลที่มีต้นทุนมากที่สุด คือ กิจกรรมการทบทวนแผนการดูแล ปรับปรุงและจัดทำ แผนการดูแลใหม่ให้เหมาะสม มีค่าเท่ากับ 132.45 บาท รองลงมาคือ กิจกรรมจัดทำแผนการดูแล รายบุคคล Care plan, Weekly plan มีค่าเท่ากับ 90.55 บาท, กิจกรรมประสานการปฏิบัติงาน การ ดูแลผู้สูงอายุตามแผนการดูแล มีค่าเท่ากับ 90.18 บาท, กิจกรรมการจัดทำข้อมูลผู้สูงอายุที่ต้องการ ดูแลช่วยเหลือทั้งเชิงรับและเชิงรุก มีค่าเท่ากับ 83.77 บาท, กิจกรรมประชุมและวางแผนการออก เยี่ยมบ้าน มีค่าเท่ากับ 68.24 บาท, กิจกรรมบริหารจัดการและควบคุมกำกับ Care giver มีค่าเท่ากับ 59.07 บาท, กิจกรรมประเมิน คัดกรองผู้สูงอายุ มีค่าเท่ากับ 47.88 บาท และกิจกรรมจัดทำ Case conference มีค่าต้นทุนกิจกรรมการพยาบาล มีค่าเท่ากับ 46.30 บาท ตามลำดับ

ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลของพยาบาลผู้จัดการการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน ที่ 1 พบว่า กิจกรรมการพยาบาลที่มีต้นทุนมากที่สุด คือ กิจกรรมการทบทวนแผนการดูแล ปรับปรุงและจัดทำแผนการดูแลใหม่ให้เหมาะสม มีค่าเท่ากับ 115.24 บาท รองลงมาคือ กิจกรรมจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล Care plan, Weekly plan มีค่าเท่ากับ 87.16 บาท, กิจกรรมประสานการปฏิบัติงาน การดูแลผู้สูงอายุตามแผนการดูแล มีค่าเท่ากับ 75.67 บาท, กิจกรรมการจัดทำข้อมูลผู้สูงอายุที่ต้องการดูแลช่วยเหลือทั้งเชิงรับและเชิงรุก มีค่าเท่ากับ 65.46 บาท, กิจกรรมประชุมและวางแผนการออกเยี่ยมบ้าน มีค่าเท่ากับ 57.15 บาท, กิจกรรมบริหารจัดการและควบคุมกำกับ Care giver มีค่าเท่ากับ 47.88 บาท, กิจกรรมประเมิน คัดกรองผู้สูงอายุ มีค่าเท่ากับ 46.60 บาท และกิจกรรมจัดทำ Case conference มีค่าเท่ากับ 443.11 บาท ตามลำดับ



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาด้านทุนต่อหน่วย และต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว โรงพยาบาลด่านขุนทด ด้วยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งทุติยภูมิ (Secondary source) โดยข้อมูลต้นทุนค่าแรงและค่าลงทุน / ค่าเสื่อมราคาของอาคารสถานที่ รวบรวมค่าใช้จ่ายหมวดค่าแรง, ข้อมูลค่าลงทุน / ค่าเสื่อมราคาครุภัณฑ์การแพทย์ที่ใช้ในการดูแลระยะยาวจากทะเบียนคุมครุภัณฑ์ รวบรวมจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำหรับข้อมูลค่าวัสดุที่ใช้ในการดูแลระยะยาว และปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ทำการเก็บในกลุ่มตัวอย่างปฐมภูมิ (Primary source) การรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มนั้น ได้เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเวลาที่สังเกตช่วงเวลาเดียวกัน คือ ตั้งแต่วันที่ 1 เดือน กุมภาพันธ์ – วันที่ 31 มีนาคม 2561 รวมระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูล 2 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. ข้อมูลต้นทุนต่อหน่วย

1.1 ค่าแรง เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเงินเดือน และรายรับต่างๆของบุคลากรทางสุขภาพ ในระบบการดูแลระยะยาว โรงพยาบาลด่านขุนทด จำนวน 15 คน ประกอบด้วย แพทย์ จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 7 คน เภสัชกร จำนวน 1 คน นักกายภาพบำบัด จำนวน 1 คน นักโภชนาการ จำนวน 1 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 3 คน และพนักงานขับรถ 1 คน จากค่าใช้จ่ายหมวดค่าแรง

1.2 ค่าลงทุน / ค่าเสื่อมครุภัณฑ์ทางการแพทย์ เป็นการรวบรวมข้อมูลจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary source) จากทะเบียนคุมครุภัณฑ์ ระบบการดูแลระยะยาว โรงพยาบาลด่านขุนทด

1.3 ต้นทุนค่าลงทุน / ค่าเสื่อมของอาคารสถานที่ เป็นการรวบรวมจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary source) จากทะเบียนค่าเสื่อมอาคารสถานที่

1.4 ต้นทุนค่าวัสดุ เป็นการเก็บรวบรวมจากกลุ่มตัวอย่างปฐมภูมิ (Primary source) ในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 4 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านที่ 1 จำนวน 10 ราย กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านที่ 2 จำนวน 8 ราย กลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงที่ 3 จำนวน 9 ราย และกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงที่ 4 จำนวน 8 ราย รวม 35 ราย

2. พยาบาลวิชาชีพ การดูแลระยะยาวโรงพยาบาลด้านชุมชน ที่ปฏิบัติงานในระหว่างการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างปฐมภูมิ (Primary source) โดยการสังเกตและบันทึกกิจกรรมการพยาบาล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้ง 4 กลุ่ม จำนวน 35 ราย ตามกิจกรรมการพยาบาล แนวปฏิบัติการดูแลของพยาบาลผู้จัดการการดูแล (Care manager) และการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 4 กลุ่ม ของสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2558) 8 กิจกรรมหลัก เป็นค่าแรงพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 7 คน

เครื่องมือที่ใช้การวิจัย

ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูล 2 ชุด คือ

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้วิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วย ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาวโดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสาร งานวิจัยและแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยบริการ โดยใช้แนวคิดของเพชรน้อย สิงห์ช่างชัย (2557) นำมาสร้างเป็นแบบบันทึกข้อมูลการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วย ประกอบด้วยแบบฟอร์ม 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลค่าแรง (Labor cost) ประกอบด้วย 1 แบบฟอร์ม คือ แบบบันทึกข้อมูลค่าแรง (LC1) โดยศึกษาจากฝ่ายการเงินและบัญชี เป็นการเก็บข้อมูลค่าแรง ประกอบด้วย ได้แก่ ค่าเล่าเรียน ค่ารักษาพยาบาล ค่าเช่าบ้าน เงินเดือน ค่าจ้าง สวัสดิการต่างๆ (ค่ารักษาพยาบาล ค่าเช่าบ้าน ค่าเล่าเรียนบุตร เงินสมทบประกันสังคม) ค่าล่วงเวลา ค่าตอบแทนตามผลงาน ค่าเบี้ยเลี้ยง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลค่าลงทุน (Capital cost) ประกอบด้วย 2 แบบฟอร์ม คือ แบบบันทึกข้อมูลความเสื่อมราคาอาคารสถานที่ (CC1) และ แบบบันทึกข้อมูลค่าเสื่อมครุภัณฑ์ (CC2) เป็นการบันทึกข้อมูลค่าเสื่อมของครุภัณฑ์ที่มีอายุใช้งานมากกว่า 1 ปี การนำมาคิดเป็นต้นทุน ต้องคิดเป็นต้นทุนค่าเสื่อมราคาประจำปี (Depreciation cost) โดยคิดเฉลี่ยราคาเป็นจำนวนเงินคงที่ทุกปี

ส่วนที่ 3 ข้อมูลวัสดุ (Material cost) ประกอบด้วย 3 แบบฟอร์ม คือ แบบบันทึกข้อมูลค่าวัสดุต่างๆ (MC1) แบบบันทึกข้อมูลค่าไฟฟ้า (MC2) และแบบบันทึกข้อมูลค่าน้ำ (MC3) เป็นการเก็บข้อมูลที่ใช้ในงานการดูแลระยะยาว ได้แก่ ค่าเวชภัณฑ์ยาที่ใช้ในการดูแลประคับประคองอาการ ค่าเวชภัณฑ์ที่มีโซยา ค่าสารอนุมูลอิสระ ค่าวัสดุสำนักงาน ค่าวัสดุวิทยาศาสตร์ ค่าไฟฟ้า ค่าน้ำ ค่าน้ำมันเชื้อเพลิงรถยนต์

ชุดที่ 2 พจนานุกรมกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว โรงพยาบาลด้านชุมชน ประกอบด้วย 2 ส่วน มีทั้งหมด 3 แบบฟอร์ม ดังนี้

ส่วนที่ 1 พจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาล ผู้วิจัยได้จัดการจัดหมวดหมู่ของกิจกรรมการดูแลโดยบูรณาการแนวทางการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุของแนวปฏิบัติการดูแลของพยาบาล

ผู้จัดการการดูแล (Care manager) (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2558) มาสร้างเป็นพจนานุกรมกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว โดยผู้วิจัย ได้ทำการจัดหมวดหมู่ของกิจกรรมการดูแลระยะยาว แบ่งเป็น 8 กิจกรรมหลัก และ 12 กิจกรรมย่อย

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลในการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาล โดยผู้วิจัย สร้างขึ้นเอง จากการศึกษาเอกสาร งานวิจัย และแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์ต้นทุน กิจกรรมการพยาบาล แบ่งเป็น 2 แบบฟอร์ม 1) แบบบันทึกเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล (ABC1) เป็นแบบบันทึกในการศึกษาปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมตั้งแต่เริ่มต้นจนเสร็จสิ้น กิจกรรมนั้นๆ และ 2) แบบบันทึกตัวหลักต้นกิจกรรมหรือปริมาณกิจกรรม (ABC2)

โดยเครื่องวิจัยทั้งหมดได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา ความครอบคลุม สำนวน ภาษา โดยเกณฑ์ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิตรงกันมากกว่าหรือเท่ากับ 0.80 ขึ้นไป ในการศึกษา ครั้งนี้พบว่า ค่าความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัยทั้ง 2 ส่วน มีค่าความตรงตามเนื้อหาอยู่ระหว่าง 0.92 – 1.00 สำหรับการหาความเที่ยงของการสังเกตระหว่างผู้ช่วยวิจัย 2 คน โดยใช้เกณฑ์ค่าความ เที่ยงของเครื่องมือวิจัยมากกว่าหรือเท่ากับ 0.80 ขึ้นไป พบว่า เครื่องมือวิจัยส่วนที่ 2 พจนานุกรม กิจกรรมการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลด่านขุนทด มีค่าความเที่ยงของการ สังเกตระหว่างผู้ช่วย 2 คน เท่ากับ 0.83

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมต้นทุนต่อหน่วย เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งทุติยภูมิ (Secondary source) โดยข้อมูลต้นทุนค่าแรงและค่าลงทุน / ค่าเสื่อมราคาของอาคารสถานที่ รวบรวมค่าใช้จ่าย หมวดค่าแรง, ข้อมูลค่าลงทุน / ค่าเสื่อมราคาครุภัณฑ์การแพทย์ที่ใช้ในการดูแลระยะยาวจากทะเบียน คุมครุภัณฑ์ และในการเก็บรวบรวมข้อมูลปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ทำการ เก็บในกลุ่มตัวอย่างปฐมภูมิ (Primary source) ตามกิจกรรมที่กำหนดในพจนานุกรม โดยคัดเลือก ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามแบบการจับเวลา Flyback timing ของวิจิตร ตัณฑสุทนต์, 2543) โดยเริ่มต้นการจับเวลาเมื่อนานาฬิกาอยู่ที่ตำแหน่งศูนย์ทุกครั้ง ดำเนินการเก็บรวบรวมตัวอย่างของแต่ละกิจกรรมตามพจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลของผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง 4 กลุ่ม ให้ได้จำนวนกิจกรรมครบตามเกณฑ์กำหนดกลุ่มตัวอย่างในตารางสำเร็จรูป ของวันชัย ริจิวณิช (2548) ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูล หลังจากนั้นนำมาบันทึกลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป Microsoft Excel for Windows 2013 เพื่อวิเคราะห์ต้นทุนการดูแลระยะยาว โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย การ

รวบรวมข้อมูลทั้งสองส่วนนั้น ได้เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเวลาที่สังเกตช่วงเวลาเดียวกัน คือ ตั้งแต่เดือน กุมภาพันธ์ – มีนาคม 2561 รวมระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูล 2 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ ข้อมูลต้นทุนต่อหน่วย และต้นทุนกิจกรรมกิจกรรมการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว โรงพยาบาลด่านขุนทด โดยการนำข้อมูลลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป Microsoft Excel for Windows 2013 ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ แจกแจงความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย ดังนี้

1. คำนวณต้นทุนต่อหน่วย โดยการนำผลรวมของต้นทุนค่าแรงทั้งหมด ต้นทุนค่าวัสดุทั้งหมด และต้นทุนค่าลงทุนทั้งหมด มาคำนวณหาต้นทุนต่อหน่วย ตามแนวคิดการวิเคราะห์ต้นทุนของ เพชรน้อย สิ่งช่างชัย (2557)

2. ศึกษาเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในแต่ละกิจกรรมของแต่ละครั้งแต่ละคน ซึ่งถือเป็นเวลาที่สังเกตได้ (Observed time) จะได้จำนวนครั้งในการเก็บของแต่ละกิจกรรมการพยาบาลตามเกณฑ์กำหนดจำนวนตัวอย่างที่เหมาะสม ในตารางสำเร็จรูปของวันชัย ริจิรวนิช (2548: 346) จำแนกตามพจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้ง 4 กลุ่ม

3. ผู้วิจัยทำการหาค่าเวลาที่สมดุล (Balance time) ของแต่ละกิจกรรมโดยมีขั้นตอนดังนี้

1) นำข้อมูลเวลาที่ได้จากกรจับเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมในแต่ละกิจกรรมการพยาบาลของแต่ละคนหรือแต่ละครั้ง (Observed time) ซึ่งเป็นปริมาณเวลาทั้งหมดที่ทำได้ (Total observer time) หาผลรวมของเวลาทั้งหมดในแต่ละกิจกรรม จากนั้นนำผลรวมเวลามาหาค่าเวลาเฉลี่ยของแต่ละกิจกรรม

2) ผู้วิจัยกำหนดค่าเวลาที่ยอมรับได้ (Reliability time) โดยใช้ความเชื่อมั่นร้อยละ 95 แล้วนำมาคำนวณหาค่าเวลาที่สมดุล (Balance time) ของแต่ละกิจกรรม โดยเอาค่าเฉลี่ยของแต่ละกิจกรรมคูณด้วยค่าความเชื่อมั่น (Reliability time) ซึ่งผู้วิจัยกำหนดให้ค่าความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ตามแนวคิด Time motion study ของ Gilberth (2000) ซึ่งผู้วิจัยกำหนดให้ค่าเวลาที่สมดุลเป็นค่ามาตรฐาน (Standard time) ของแต่ละกิจกรรมการพยาบาลด้วย (สงศรี รัชต์ตระกูล, 2543)

4. ผู้วิจัยทำการหาค่าเวลาที่สมดุล (Balance time) ของแต่ละกิจกรรมการพยาบาลให้ครบถ้วนตามพจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คือ 1) หาค่าเวลาที่สมดุลของกิจกรรมการจัดทำข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2) หาค่าเวลาที่สมดุลของกิจกรรมการประเมินคัดกรองผู้สูงอายุ 3) หาค่าเวลาที่สมดุลของกิจกรรมการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล Care plan, Weekly plan 4) หาค่าเวลาที่สมดุลของกิจกรรมการจัดทำ Case conference 5) หาค่าเวลาที่

สมดุลของกิจกรรมการประสานการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุตามแผนการดูแล 6) หาค่าเวลาที่สมดุลของกิจกรรมการประชุมและวางแผนการออกเยี่ยมบ้าน 7) หาค่าเวลาที่สมดุลของกิจกรรมการบริหารจัดการและควบคุมกำกับ Care giver และ 8) หาค่าเวลาที่สมดุลของกิจกรรมการทบทวนการดูแลปรับปรุงและจัดทำแผนการดูแลใหม่ให้เหมาะสม ซึ่งจำแนกตามกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้ง 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มติดบ้านที่ 2) กลุ่มติดบ้านที่ 2 3) กลุ่มติดเตียงที่ 3 และ 4) กลุ่มติดเตียงที่ 4 ADL 0-4 คะแนน

5. ผู้วิจัยคำนวณต้นทุนค่าแรงต่อหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพที่ได้ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว โรงพยาบาลด่านขุนทด โดยคิดจากผลรวมของค่าตอบแทนเงินเดือน เงินประจำตำแหน่ง ค่าล่วงเวลา ค่าเวรป่วย-ดึก และเงินสวัสดิการอื่นๆของบุคลากรทางการพยาบาลที่ปฏิบัติงานในระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2561 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2561 นำผลรวมของค่าแรงที่ได้มาคำนวณหาต้นทุนค่าแรงต่อหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ ที่ทำการศึกษามีจำนวนวันทำการทั้งหมด 20 วันทำการ และจำนวนชั่วโมงทำการในหนึ่งวันเท่ากับ 7 ชั่วโมง ทำการคำนวณหาต้นทุนค่าแรงต่อหน้าที่ โดยใช้สูตรคำนวณ ดังนี้

$$\text{ต้นทุนค่าแรงต่อหน้าที่} = \frac{\text{ผลเฉลี่ยเงินค่าตอบแทนทั้งหมดของพยาบาลผู้จัดการการดูแล}}{\text{จำนวนวันทำการ} \times \text{จำนวนชั่วโมงทำการ} \times 60 \text{ นาที}}$$

6. คำนวณต้นทุนต่อหน่วยกิจกรรมการพยาบาล โดยให้นำเอาต้นทุนค่าแรงต่อหน้าที่ คูณกับค่าเวลาที่สมดุล (Balanced time) ของแต่ละกิจกรรมการพยาบาล

ต้นทุนต่อหน่วย

กิจกรรมการพยาบาล = ต้นทุนค่าแรงต่อหน้าที่ x ค่าเวลาที่สมดุลของแต่ละกิจกรรม

ในดูแลระยะยาว

7. ผู้วิจัยคำนวณหาต้นทุนรวมของแต่ละกิจกรรมการพยาบาล โดยให้นำเอาต้นทุนต่อหน่วยกิจกรรมการพยาบาลคูณกับจำนวนครั้งทั้งหมดของการปฏิบัติกิจกรรมแต่ละกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพได้ปฏิบัติแก่กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้ง 4 กลุ่ม

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาคั้งนี้ เป็นการศึกษาด้านทุนต่อหน่วย และต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลของพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว โรงพยาบาลด่านขุนทด ผู้วิจัยนำเสนอผลการศึกษา โดยจำแนกตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ตอนที่ 1 ต้นทุนต่อหน่วยผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว โรงพยาบาลด่านขุนทด

ผลการศึกษาด้านทุนต่อหน่วยผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว โรงพยาบาลด่านขุนทด พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีต้นทุนต่อหน่วย เท่ากับ 4,903.96 บาท ประกอบด้วย ต้นทุนค่าแรง เท่ากับ 3,549.53 บาท, ต้นทุนค่าวัสดุ เท่ากับ 745.87 บาท และ ต้นทุนค่าลงทุน เท่ากับ 608.29 บาท โดยสัดส่วนต้นทุนรวมประกอบด้วย ต้นทุนค่าแรง : ต้นทุนค่าวัสดุ : ต้นทุนค่าลงทุน คิดเป็นร้อยละ 72.38 : 15.21 : 12.41 ตามลำดับ

ผลการศึกษาด้านทุนต่อหน่วยผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว โรงพยาบาลด่านขุนทด จำแนกตามกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีต้นทุนต่อหน่วยมากที่สุด คือ ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงที่ 4 มีต้นทุนต่อหน่วยเท่ากับ 7,758.06 บาท รองลงมา คือ กลุ่มติดเตียงที่ 3 มีต้นทุนต่อหน่วยเท่ากับ 6,147.52 บาท กลุ่มติดบ้านที่ 2 มีต้นทุนต่อหน่วยเท่ากับ 3,289.61 บาท และ กลุ่มติดบ้านที่ 1 มีต้นทุนต่อหน่วยเท่ากับ 2,792.00 บาท

จากสรุปผลการวิจัยตอนที่ 1 การวิจัยนี้ยอมรับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 คือ ต้นทุนต่อหน่วยผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูงจะมีค่าต้นทุนที่มากกว่า ต้นทุนต่อหน่วยผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงน้อย

ตอนที่ 2 ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วยของพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบการดูแลระยะยาวโรงพยาบาลด้านชุมชนตจ. จำแนกตามกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 4 กลุ่ม จำแนกตามประเภทกิจกรรมการพยาบาล

ผลการศึกษาด้านต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลของพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ระบบการดูแลระยะยาวโรงพยาบาลด้านชุมชนตจ. พบว่า ต้นทุนเฉลี่ยกิจกรรมการพยาบาลต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 1 คน เท่ากับ 700.81 บาท และกิจกรรมการพยาบาลที่มีต้นทุนสูงที่สุด คือ กิจกรรมการทบทวนแผนการดูแล ปรับปรุงและจัดทำแผนการดูแลใหม่ให้เหมาะสม มีค่าเท่ากับ 135.31 บาท รองลงมา คือกิจกรรมจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล Care plan, Weekly plan มีค่าเท่ากับ 104.23 บาท และกิจกรรมการพยาบาลที่มีค่าต้นทุนน้อยที่สุด คือ กิจกรรมประเมิน คัดกรองผู้สูงอายุ มีค่าเท่ากับ 53.02 บาท

ผลการศึกษาด้านต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลของพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบการดูแลระยะยาวโรงพยาบาลด้านชุมชนตจ. จำแนกตามกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลสูงที่สุด คือ กลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง ที่ 4 มีค่าเท่ากับ 845.57 บาท รองลงมา คือ กลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงกลุ่มที่ 3 มีค่าเท่ากับ 800.53 บาท, กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านกลุ่มที่ 2 มีค่าเท่ากับ 618.44 บาท และกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านกลุ่มที่ 1 มีค่าเท่ากับ 538.27 บาท เมื่อจำแนกตามประเภทกิจกรรมการพยาบาล พบว่า ต้นทุนกิจกรรมการทบทวนแผนการดูแล ปรับปรุงและจัดทำแผนการดูแลใหม่ให้เหมาะสมของของผู้สูงอายุมีค่าต้นทุนมากที่สุดในทุกกลุ่มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

จากสรุปผลการวิจัยตอนที่ 2 การวิจัยนี้ยอมรับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 คือ ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลของพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูงจะมีค่าต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลที่มากกว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงน้อย

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยเรื่อง “การศึกษาต้นทุนต่อหน่วยและต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว โรงพยาบาลด่านขุนทด” มีวัตถุประสงค์คือ 1) ศึกษาต้นทุนต่อหน่วยผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาวโรงพยาบาลด่านขุนทด 2) ศึกษาต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลของพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบการดูแลระยะยาวโรงพยาบาลด่านขุนทด ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา ดังนี้

ตอนที่ 1 ต้นทุนต่อหน่วยผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว โรงพยาบาลด่านขุนทด

เมื่อพิจารณา ผลการศึกษาต้นทุนต่อหน่วยการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาวโรงพยาบาลด่านขุนทด พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีต้นทุนต่อหน่วยเฉลี่ย เท่ากับ 4,903.69 บาท ต้นทุนค่าแรง เท่ากับ 3,549.53 บาท, ต้นทุนค่าวัสดุ เท่ากับ 745.87 บาท และ ต้นทุนค่าลงทุน เท่ากับ 608.29 บาท โดยสัดส่วนต้นทุนรวมประกอบด้วยต้นทุนค่าแรง : ต้นทุนค่าวัสดุ : ต้นทุนค่าลงทุน คิดเป็นร้อยละ 72.38 : 15.21 : 12.41 และยังพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีต้นทุนต่อหน่วยมากที่สุด คือ ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงที่ 4 มีต้นทุนต่อหน่วยเท่ากับ 7,758.06 บาท รองลงมา คือ กลุ่มติดเตียงที่ 3 มีต้นทุนต่อหน่วยเท่ากับ 6,147.52 บาท กลุ่มติดบ้านที่ 2 มีต้นทุนต่อหน่วยเท่ากับ 3,289.61 บาท และ กลุ่มติดบ้านที่ 1 มีต้นทุนต่อหน่วยเท่ากับ 2,792.00 บาท เมื่อพิจารณาในรายละเอียดของต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าวัสดุ และต้นทุนค่าลงทุน มีดังนี้

1. เมื่อพิจารณาด้านต้นทุนค่าแรง พบว่า การดูแลระยะยาวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนั้น มีต้นทุนค่าแรงเฉลี่ย เท่ากับ 3,549.53 บาท/ราย เป็นต้นทุนค่าแรงของพยาบาลวิชาชีพ เท่ากับ 1,824.75 บาท คิดเป็นร้อยละ 37.21 ของต้นทุนต่อหน่วยทั้งหมด และเมื่อพิจารณาพยาบาลวิชาชีพมีจำนวนทั้งสิ้น 7 คน (ร้อยละ 50) ของบุคลากรทางสุขภาพ และเมื่อมองในด้านประสบการณ์การทำงานพบว่า พยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงาน มากกว่า 10 ปี มีจำนวน 6 คน (ร้อยละ 85.70) และเห็นว่าต้นทุนค่าแรงในการดูแลระยะยาวเฉลี่ยสูงถึง 1,824.75 บาท/ราย เนื่องจากในการดูแลระยะยาวที่ได้ดำเนินการนั้น มีความจำเป็นที่ต้องใช้พยาบาลวิชาชีพ ทั้งในส่วนของพยาบาลผู้จัดการการดูแลและพยาบาลวิชาชีพในการขับเคลื่อนงานการดูแลระยะยาว เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ชัดเจนและยั่งยืน พร้อมทั้งการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจะมีปัญหาที่มีความซับซ้อน จึงจำเป็นต้องใช้พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ต้นทุนค่าแรงมาก ส่งผลให้ต้นทุนต่อหน่วยผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว โรงพยาบาลด่านขุนทมนั้น มีต้นทุนมากขึ้นด้วย

2. เมื่อพิจารณาต้นทุนค่าวัสดุ พบว่า การดูแลระยะยาวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนั้น มีต้นทุนค่าวัสดุเฉลี่ย เท่ากับ 745.87 บาท/ราย และเมื่อพิจารณาจำแนกตามกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนั้น พบว่า ผู้สูงอายุติดเตียงกลุ่มที่ 4 มีต้นทุนค่าวัสดุมากที่สุด เท่ากับ 1,859.98 บาท/ราย รองลงมาคือ กลุ่มติดเตียง กลุ่มที่ 3 เท่ากับ 915.81 บาท/ราย กลุ่มติดบ้าน กลุ่มที่ 2 เท่ากับ 201.14 บาท/ราย และกลุ่มติดบ้าน กลุ่มที่ 1 เท่ากับ 137.42 บาท/ราย ทั้งนี้ต้นทุนที่แตกต่างกันนี้ คือ ต้นทุนของค่าอุปกรณ์เวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา เช่น แพนเพริส (ผ้าอ้อมผู้ใหญ่) ชุดทำแผล (Set dressing) และผ้ารองเปื้อน (Blue pad) เนื่องจากภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงกลุ่มที่ 4 มีระดับภาวะพึ่งพิงที่สูง ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันลดลง จึงมีความจำเป็นต้องใช้มีการใช้วัสดุสิ้นเปลืองดังกล่าว เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลช่วยเหลือให้สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้

3. เมื่อพิจารณาต้นทุนค่าลงทุน พบว่า การดูแลระยะยาวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนั้น มีต้นทุนค่าลงทุน เท่ากับ 608.29 บาท/ราย และเมื่อพิจารณาจำแนกตามกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนั้น พบว่า ผู้สูงอายุติดเตียงกลุ่มที่ 4 มีต้นทุนค่าลงทุนมากที่สุด เท่ากับ 1,168.25 บาท/ราย รองลงมาคือ กลุ่มติดเตียง กลุ่มที่ 3 เท่ากับ 850.63 บาท/ราย กลุ่มติดบ้าน กลุ่มที่ 2 เท่ากับ 277.84 บาท/ราย และกลุ่มติดบ้าน กลุ่มที่ 1 เท่ากับ 206.56 บาท/ราย ทั้งนี้ต้นทุนที่แตกต่างกันนี้ คือ อุปกรณ์เครื่องพ่นยา และเตียงลม (alpha bed) เนื่องจากอุปกรณ์ที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 4 ที่มีความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันลดลง และอยู่ในช่วงสุดท้ายของชีวิต อุปกรณ์ต่าง ๆ นั้น จำเป็นต่อการดูแล และมีอุปกรณ์ที่มีราคาสูง เช่น ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งปอด จำเป็นต้องได้รับการพ่นยาต่อเนื่องที่บ้าน แต่ในส่วนอุปกรณ์ที่เป็นเตียงผู้ป่วยที่มีต้นทุนแตกต่างกัน เพราะเตียงที่ใช้เป็นอุปกรณ์ที่ใช้ครบอายุการใช้งานแล้วจากโรงพยาบาลแล้วนำมาใช้ต่อเนื่องในการดูแลระยะยาว ทำให้ต้นทุนอุปกรณ์เตียงผู้ป่วยถึงมีต้นทุนสูงน้อยกว่า อุปกรณ์เครื่องพ่นยา และเตียงลม (alpha bed)

รเวศม์ สุวรรณระดา และคณะ (2552) ได้สำรวจต้นทุนรวมในการในการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร โดยแบ่งต้นทุนเป็น 6 ประเภทคือ ค่าใช้จ่ายประจำด้านการดูแลชีวิตประจำวัน ค่าจ้างผู้ดูแล ค่าอุปกรณ์และกายอุปกรณ์ ค่าซ่อมแซมบ้าน ค่าเสียโอกาสของผู้ดูแล ค่าบริการผู้สูงอายุแบบค้างคืน พบว่า จะมีต้นทุนรวม เท่ากับ 13,300,251.602 บาท/ปี จากผู้สูงอายุจำนวน 1,623 ราย และเมื่อจำแนกตามภาวะพึ่งพิง พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่พึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด มีค่าต้นทุน เท่ากับ 44,328.84 บาท/ราย/ปี และ กลุ่มผู้สูงอายุที่พึ่งพาผู้อื่นน้อยที่สุด มีค่าต้นทุน เท่ากับ 5,883.47 บาท/ราย/ปี และการศึกษาของอุทุมพร วงษ์ศิลป์และคณะ (2557) ได้ศึกษาต้นทุนต่อวัน สำหรับการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง โดยศึกษาต้นทุนของกิจกรรมการบริการของโรงพยาบาล, กิจกรรมบริการขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และต้นทุนกิจกรรมของญาติที่บ้าน ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 3 ระดับ คือพึ่งพิงมาก พึ่งพิงปานกลาง และพึ่งพิงน้อย ในเขตอำเภอลำ

สนธิ พบว่า ต้นทุนในการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมาก มีต้นทุนเฉลี่ยต่อวันมากที่สุด เท่ากับ 101 บาท รองลงมาคือผู้สูงอายุที่มีระดับพึ่งพิงปานกลาง เท่ากับ 64 บาท และผู้สูงอายุที่มีระดับพึ่งพิงน้อย เท่ากับ 41 บาท และถ้าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมาก ไม่มีญาติดูแลจะมีต้นทุนในการดูแลเพิ่มขึ้น เท่ากับวันละ 200 บาท ซึ่งก็สอดคล้องผลการศึกษา

ในการดูแลระยะยาวนั้น ได้มีการจัดสรรงบประมาณที่สนับสนุนบริการ เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย ตามค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะ ได้แก่ เงินค่าจ้างผู้ดูแล (CG) และค่าวัสดุสิ้นเปลือง ต่างๆที่ใช้โดยตรงกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนั้น โดยให้จัดทำ Care plan เพื่อเสนอและขอรับ เงินสนับสนุนงบกองทุน LTC จาก อบต./เทศบาล โดยจ่ายเงินในอัตราเหมาจ่าย 5,000 บาท/ราย/ปี ในทุกกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าต้นทุนต่อหน่วยมีความใกล้เคียงกับ งบประมาณที่สนับสนุนบริการ

ตอนที่ 2 ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลของพยาบาลผู้จัดการการดูแลต่อหน่วยผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาวโรงพยาบาลด่านขุนทด จำแนกตามกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 4 กลุ่ม จำแนกตามประเภทกิจกรรมการพยาบาล

จากการวิเคราะห์ต้นทุนเฉลี่ยกิจกรรมการพยาบาลของพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุที่ มีภาวะพึ่งพิง พบว่า มีค่า เท่ากับ 700.81 บาท

เมื่อพิจารณาภาพรวมของต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลของพยาบาลผู้จัดการการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว ตามกิจกรรมการพยาบาล พบว่า กิจกรรมการ พยาบาลที่มีต้นทุนสูงที่สุด คือ กิจกรรมการทบทวนแผนการดูแล ปรับปรุงและจัดทำแผนการดูแลใหม่ ให้เหมาะสม มีค่าต้นทุนกิจกรรมการพยาบาล มีค่าเท่ากับ 135.31 บาท รองลงมา คือกิจกรรมจัดทำ แผนการดูแลรายบุคคล Care plan, Weekly plan มีค่าเท่ากับ 104.23 บาท กิจกรรมประชุมและ วางแผนการออกเยี่ยมบ้าน มีค่าเท่ากับ 94.82 บาท ซึ่งใกล้เคียงกับ กิจกรรมประสานการปฏิบัติงาน การดูแลผู้สูงอายุตามแผนการดูแล มีค่าเท่ากับ 94.55 บาท และต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลที่มีค่า ต้นทุนน้อยที่สุด คือ กิจกรรมประเมิน คัดกรองผู้สูงอายุ มีค่าเท่ากับ 53.02 บาท สามารถอภิปรายผล ดังนี้

เมื่อพิจารณาตามกิจกรรมการพยาบาล กิจกรรมที่มีต้นทุนมากที่สุด คือ กิจกรรมที่ 8 กิจกรรมการทบทวนแผนการดูแล ปรับปรุงและจัดทำแผนการดูแลใหม่ให้เหมาะสม รองลงมา คือ กิจกรรมที่ 4 กิจกรรมการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล Care plan, Weekly plan อธิบายได้ว่า ผู้วิจัยได้บูรณาการจากแนวปฏิบัติการดูแลของพยาบาลผู้จัดการการดูแล (Care manager) และการ แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 4 กลุ่ม ของสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2558) ซึ่งตามแนวทางปฏิบัติ นั้น มีความสอดคล้องและเหมาะสมกับกิจกรรมที่เกิดขึ้น จากการศึกษา

ครั้งนี้พบว่า กิจกรรมที่เกี่ยวกับการสรุปปัญหาหลังข้อมูล ด้านเอกสาร การทำ Care plan ลงสรุปการดูแล/ติดตามผู้สูงอายุในระบบ ThaiCOC และ HosXp และกิจกรรมการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล Care plan, Weekly plan เหมาะสม เป็นกิจกรรมที่พยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมมีส่วนเกี่ยวข้องกับเอกสาร ทั้งการทบทวนและสรุปแผนการดูแลรายบุคคลนั้น เป็นกิจกรรมที่ต้องสอดคล้องกับครอบครัวหรือผู้ดูแล (CG) และจำเป็นต้องวางแผนให้ตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพของแต่ละคนที่แตกต่างกัน เพื่อให้บุคลากรสุขภาพและผู้ดูแล (CG) ได้ปฏิบัติตาม จึงส่งผลให้ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลการทบทวนแผนการดูแล ปรับปรุงและจัดทำแผนการดูแลใหม่ให้เหมาะสมนั้นมีค่าต้นทุนสูงมาก และต้นทุนกิจกรรมการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล Care plan, Weekly plan ก็สูงเป็นอันดับสอง ซึ่งสอดคล้องกับ

ดังนั้น ผู้บริหารทางการพยาบาล,ความจำเป็นต้องเพิ่มประสิทธิภาพของการจัดบริการ เช่น การบริหารด้านบุคลากร อุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ รวมถึงการจัดระบบงาน และแนวทางปฏิบัติ เพื่อลดความสูญเปล่าของกิจกรรมการพยาบาล โดยมีทรัพยากรคุ้มค่าคุ้มทุน และเกิดผลลัพธ์ของงานสูงสุด (สุวิณี วิวัฒน์วานิช, 2555)

ข้อเสนอแนะ

การนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษารื่องการศึกษาต้นทุนต่อหน่วย และต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลของพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว โรงพยาบาลด่านขุนทด สามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ได้ ดังนี้

1. ผลการศึกษาต้นทุนต่อหน่วย มีค่าต้นทุนต่อหน่วยเท่ากับ 4,903.96 บาท ประกอบไปด้วย ต้นทุนค่าแรงของบุคลากรทางสุขภาพ ต้นทุนค่าวัสดุ ต้นทุนค่าลงทุน ซึ่งค่าต้นทุนการดูแลสูงอายุที่ได้มีค่าใกล้เคียงกับงบประมาณที่ได้รับสนับสนุน นำไปใช้เป็นข้อมูลในการจัดสรรพิจารณางบประมาณให้เหมาะสมกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาวต่อไป
2. ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลของพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามแนวปฏิบัติการดูแลของพยาบาลผู้จัดการการดูแล (Care manager) ทั้ง 8 กิจกรรม พบว่า ต้นทุนที่มีค่าสูงสุดคือ กิจกรรมการทบทวนการดูแล ปรับปรุงและจัดทำแผนการดูแลใหม่ และต้นทุนที่ต่ำสุดคือ กิจกรรมการประเมินและคัดกรองผู้สูงอายุ จากผลการศึกษานี้ เสนอให้พยาบาลผู้จัดการการดูแลนำไปใช้ในการปรับเวลาในการทำกิจกรรม เพื่อก่อให้เกิดผลผลิตมากที่สุด

การทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาต้นทุนต่อหน่วยของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของทุกภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องการการดูแลระยะยาวต่อไป



รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กมลวรรณ จลาพงษ์. (2545). การวิเคราะห์ต้นทุนโดยตรงของการบริการพยาบาลจากระบบ
จำแนกกิจกรรมการพยาบาล: กรณีศึกษาโรงพยาบาลรามาริบัติ. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- กรมอนามัย. (2553). คู่มือการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน. นนทบุรี: กรมอนามัย
กระทรวงสาธารณสุข.
- กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. (2557). คู่มือการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติด
เตียง สำหรับผู้ดูแล. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และศิริพันธ์ุ สาสัตย์. (2551). ระบบการดูแลระยะยาว: การวิเคราะห์
เปรียบเทียบเพื่อเสนอแนะเชิงนโยบาย. *รามาริบัติพยาบาลสาร*, 14(3), 385-399.
- กฤตวรรณ สาทรัมย์. (2560). การศึกษารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในญี่ปุ่นและใน
ประเทศไทย. การสัมมนาวิชาการระดับชาติด้านคนพิการ ครั้งที่ 9 ปี 2560.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2561) **แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี
งบประมาณ พ.ศ. 2561.** [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: [http://203.157.229.18/inspec/2561/inspec1/doc22dec/เล่มแผนการตรวจราชการ%20ปี%202561%20\(กองตรวจราชการ\)/เล่มแผนตรวจราชการ%20ปี%202061%20\(file%20pdf/016.%20Inspection%20Guideline%20Long%20Term%20Care.pdf](http://203.157.229.18/inspec/2561/inspec1/doc22dec/เล่มแผนการตรวจราชการ%20ปี%202561%20(กองตรวจราชการ)/เล่มแผนตรวจราชการ%20ปี%202061%20(file%20pdf/016.%20Inspection%20Guideline%20Long%20Term%20Care.pdf) [4 กันยายน 2560]
- ขวัญประชา เชียงไชยสกุลไทย และภูษิต ประคองสาย. (2558). การศึกษาต้นทุนการให้บริการผู้ป่วย
ระดับรายบุคคลโดยวิธี Micro-costing with Cost Matrix. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*,
5(24), 1001-1010.
- จิตลัดดา ประสานวงศ์, ปฐมวดี สิงห์ตง และรสสุคนธ์ สามเสน. (2555). การพัฒนาระบบการดูแล
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศรีสะเกษ. *วารสารการพยาบาล*, 39(2), 51-65.
- จินตนา อาจสันเทียะ, และพรนภา คำพราว. (2557). รูปแบบการดูแลสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน
(Modality of Care for the Older Adults in Community). *วารสารพยาบาลทหารบก*,
15(3), 123-127.

- ชัยสิทธิ์ เฉลิมมีประเสริฐ. (2544). **มาตรฐานการจัดการทางการเงิน 7 Hurdles สัมมนาการทำงบประมาณใหม่**. กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนานโยบายและการจัดการ. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ญาดารัตน์ บาลจ่าย. (2560). **การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว**. คณะพยาบาลศาสตร์ เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช.
- ดนุชา คุณพนิชกิจ. (2553). **การวิเคราะห์ต้นทุน**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดำรงค์ สิริสูงเนิน และประเสริฐ เก็มประโคน. (2558). การศึกษาต้นทุนการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอหนองหงส์ จังหวัดบุรีรัมย์ ปี 2555. **วารสารวิชาการสาธารณสุข**, 24(2), 1-9.
- ถาวร สกุกพาณิชย์. (2554). **โครงการผลสัมฤทธิ์การใช้บริการสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุและผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายสุขภาพของรัฐในอนาคต ในช่วงปี พ.ศ. 2554 - 2564**. สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย เครือข่ายสถาบันระบบสาธารณสุข.
- นงลักษณ์ พะโกยะ. (2559). **ความต้องการกำลังคนในการดูแลผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว**: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศและสำนักงานวิจัยและพัฒนา กำลังคนด้านสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- นฤมล สิงห์ตง. (2539). **การวิเคราะห์ต้นทุนของการรักษาโรคปอด ณ ศูนย์วันโรคเขต**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปาริชาติ มะลิซ้อน. (2553). **การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยบริการและต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลในการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ งานห้องผ่าตัด สถาบันโรคทรวงอก**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปรียานุช บุญเฉลิมวิเชียร. (2546). **การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาล: กรณีศึกษาห้องตรวจโรคเด็ก งานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลตำรวจ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปัทมา ว่าพัฒนางศ์. (2560). **แนวโน้มผู้สูงอายุที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรพื้นฐานได้ด้วยตนเอง**. ใน *ปรามโทย์ ประสาทกุล. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559*, 39. นครปฐม: บริษัท ฟรินเทอร์รี่ จำกัด.
- ปิ่นอนงค์ รัตน์ปทุมวงศ์. (2546). **การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยบริการ และต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลผ่าตัด งานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระนอง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- พิพัฒน์ อินแดง. (2546). การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลของงานในหน่วยบริการปฐมภูมิโดยใช้ระบบการคิดต้นทุนกิจกรรม (ABC): กรณีศึกษาหน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนครไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2557). เศรษฐศาสตร์สุขภาพ สำหรับการจัดการบริการสุขภาพ (Health Economics for Health Services). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- ภิรมย์ กมลรัตนกุล, จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และสุรียรัตน์ งามเกียรติไพศาล. (2544). รายงานการวิจัยการวิเคราะห์ต้นทุนการให้บริการผู้ป่วยโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์: หน่วยให้บริการผู้ป่วย. ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2557). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2557. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- ละเอียต ทำเพียร. (2552). การศึกษาต้นทุนการพยาบาล ตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลน่าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วนิดา รี้สุวรรณ. (2558). การศึกษาต้นทุนหน่วยบริการ Unit Cost แบบ Modified Full Cost ของโรงพยาบาลเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย ปีงบประมาณ 2556 เปรียบเทียบปีงบประมาณ 2557. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า, 32(2), 157-172.
- วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ และคณะ. (2560). ระบบประกันการดูแลระยะยาว: ระบบที่เหมาะสมกับประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์วิฑูรย์การปก (1997) จำกัด.
- วรศักดิ์ ทุมมานนท์. (2544). ระบบการบริหารต้นทุนกิจกรรม = Activity based costing: ABC. กรุงเทพฯ: ไอโอเน็ค.
- วรเวศม์ สุวรรณระดา และคณะ. (2552). โครงการการเงินการคลังสำหรับการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- วรเวศม์ สุวรรณระดา และคณะ. (2558). โครงการประมาณการต้นทุนการจัดบริการสังคมผู้สูงอายุในสถาบัน: กรณีศึกษาศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านธรรมปกรณ์ จังหวัดเชียงใหม่. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- วันชัย ริจิรวนิช. (2548). การศึกษาการทำงาน หลักการและกรณีศึกษา (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- วิพรรณ ประจวบเหมาะ และคณะ. (2551). รายงานการศึกษาโครงสร้างระบบการติดตามและประเมินผลแผนผู้สูงอายุ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 -2564). กรุงเทพมหานคร: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิภาภรณ์ โปธิศิริ และคณะ. (2559). โครงการศึกษาต้นแบบของการบูรณาการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. กรุงเทพมหานคร: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ และคณะ. (2557). การพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น. วารสารสภาการพยาบาล, 29(3), 104-115.
- วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ. (2561). การพัฒนาระบบสุขภาพไทย: รากฐานของการบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. The Lancet: 1-21.
- วีระชัย ก้อนมณี. (2559). การบริหารจัดการงบประมาณในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 9 นครราชสีมา.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2551). รูปแบบการดูแลระยะยาวในชุมชนและครอบครัว. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และ มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ. (2552). ระบบการดูแลระยะยาวและกำลังคนในการดูแลผู้สูงอายุ: ทิศทางประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2559). "ผู้ดูแล" ผู้สูงอายุในครอบครัว: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศและสำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์, ทศนา ชูวรรณะปรกรณ์ และเพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์. (2552). โครงการวิจัย เรื่อง รูปแบบการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการในประเทศไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2554). การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล (พิมพ์ครั้งที่3). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมจิตร สันติวรรณ. (2557). การวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผล และต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดถุงน้ำดีด้วยกล้องวิดีโอ. โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ. (2552). รวมมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2 พ.ศ. 2552. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.

- สถาบันพัฒนาศาสตร์. (2547). เอกสารประกอบการฝึกอบรมหลักสูตรการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรม
ในโรงพยาบาล ศูนย์สุขภาพชุมชน สถานีอนามัยและหน่วยสนับสนุนเล่ม 1. กรุงเทพฯ:
 สถาบันพัฒนาศาสตร์.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2561). **สารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล.**
 สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สงศรี กิตติรักษ์ตระกูล. (2543). ต้นทุนด้านการพยาบาลต่อหน่วยบริการ. **วารสารกองการพยาบาล**
 , 27(3), 69-79.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และกนิษฐา บุญธรรมเจริญ. (2553). **การสังเคราะห์ระบบการดูแลผู้สูงอายุ
 ในระยะยาวสำหรับประเทศไทย.** สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย
 เครือข่ายสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
 กระทรวงสาธารณสุข.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. (2557). **แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวในชุมชน
 สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง.** กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ. (2561). **โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (Long-
 term care) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.**
 กรุงเทพมหานคร: บริษัท ดีเซมเบอร์รี่ จำกัด.
- สำนักงานพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. (2556). **การพยาบาลผู้ป่วยที่
 บ้าน Home ward.** กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2556). **การคาดประมาณประชากร
 ของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583.** กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนา
 เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). **การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557.**
 กรุงเทพมหานคร: บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจเนรัล พับลิเคชั่น จำกัด.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. (2558). **แนวทางการดูแลสุขภาพระยะยาว (Long
 Term Care:LTC) เขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์ พ.ศ. 2558-2560.** นครราชสีมา:
 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. (2559). **รายงานการประเมิน ADLผู้สูงอายุตามกลุ่ม
 ศักยภาพ ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน.** [ออนไลน์]. แหล่งที่มา
<http://203.157.161.7/adl/pages/index.php>. 21 มิถุนายน 2559.
- สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย. (2554). **รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการ
 ตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552.** นนทบุรี: บริษัท เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด.

- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2557). **แผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง พ.ศ. 2557 - 2561.**
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2557). **รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประจำปีงบประมาณ 2557.** กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). **คู่มือการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2559.** กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช).
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). **คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ ปีงบประมาณ 2559 การบริหารงบบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว.** กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช).
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). **คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการ ระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.** กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช).
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). **ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง “การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2559.** กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช).
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2561). **คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2561.** กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2558). **คู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตร Care manager กระทรวงสาธารณสุข.** กรุงเทพมหานคร: สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร. (2555). **การดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร.** กรุงเทพมหานคร: สำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร.
- สุวรรณณี เจริญรุ่งเรือง. (2547). **การเปรียบเทียบต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วยตามการจำแนกประเภทผู้ป่วยกับค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจริงตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม : หอบำบัดพิเศษ โรคหัวใจโรงพยาบาลรามาริบัติ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวิณี วิวัฒน์วานิช. (2555). **เอกสารประกอบการสอน วิชาเศรษฐศาสตร์สุขภาพทางการแพทย์พยาบาล (เอกสารอัดสำเนา).**

- สุภาดา คำสุชาติ. (2560). ปัญหาและความต้องการดูแลทางสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย: ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 26(2), 1156-1164.
- หทัยทิพย์ ธรรมวิริยะกุล. (2554). ความต้องการการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ป่วยในพื้นที่ภาคใต้ตอนล่างของประเทศไทย. *วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว*, (2)6, 15-25.
- อชิรญา สุกิน. (2545). การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยไฟไหม้-น้ำร้อนลวก โดยใช้ระบบการคิดต้นทุนกิจกรรม: กรณีศึกษาศูนย์ดูแลผู้ป่วยไฟไหม้-น้ำร้อนลวก โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อาคม เต็มพิทยาไพสิฐ. (2558). ความก้าวหน้าทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทยกับการเป็นสังคมสูงวัยไปด้วยกันได้ได้อย่างไร. การประชุมวิชาการด้านสูงวัยและผู้สูงอายุ ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร.
- อัจฉรา ยิ่งน้อย. (2550). การเปรียบเทียบต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อหน่วยตามการจำแนกประเภทผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์กับค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจริงตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม: หอผู้ป่วยอายุรกรรม ผู้ป่วยติดเชื้อ สถาบันบำราศนราดูร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อัญชลี เกษสาคร. (2546). การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาล ตามการจำแนกประเภทผู้ป่วย: กรณีศึกษาหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อัญชิษฐา ศิริคำเพ็ง และคณะ. (2560). การดูแลระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในยุคนประเทศไทย 4.0. *วารสารวิชาการธรรมทรรศน์*: 17(3), 235-243.
- อุทุมพร วงษ์ศิลป์ และคณะ. (2557). ต้นทุนต่อวันสำหรับการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 8(4), 344-354.

ภาษาอังกฤษ

- Akiyama., N., et al. (2018). Healthcare costs for the elderly in japan: Analysis of medical care and long-term care claim records. *PLOS ONE*: 13(5), 1-15.
- Bei., L., et al. (2017). A sustainable Long-Term Health Care Aging China: A Case Study of Regional Practice. *Health Systems & Reform*: 3(3), 182-190.

- Cecchini., M. (2017). The hidden economic of informal elder-care in the United State. **The Journal of the Economics of Ageing**, 1-7.
- Choi, J., and Joung, E. (2016). The association between the utilization of long-term care services and mortality in elderly Koreans. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, 65, 122-127.
- Chung., Y., R., et al. (2009). Long-term care cost driver and expenditure projection to 2036 in Hong Kong. **BMC Health Services Research**: 9(172), 1-14.
- Costa-Font., J., et al. (2018). Dose long-term care subsidization reduce hospital admissions and utilization. **Journal of Health Economics**: 58, 43-66.
- Cynthia, A., P. (1992). Self –Care and the Elderly: Review and Implications. **Public Health Nursing**: 9(1), 22-28.
- Dhargave., P. and Sendhikumar., R. (2016). Prevalence of risk factor for falls among elderly people living in long-term care homes. **Journal of Clinical Gerontology & Geriatrics**, 7, 99-103.
- Driver., M. (2001). Activity-based costing: a tool for adaptive and generative organizational learning?. **The Learning Organization**: 8(3), 94-109.
- Eisen, R., & Sloan, F. A. (1996). **Long-Term Care: Economic Issues and Policy Solutions**. New York: Springer Science+Business Media,LLC.
- Ekerstad., N., et al. (2018). Short-term Resource Utilization and Cost-Effectiveness of Comprehensive Geriatric Assessment in Acute Hospital Care for Severely Frail Elderly Patients. **JAMDA**, 1-8.
- Fenstemacher, P. ., & Winn, P. (2011). **A Pocket Guide to Long-Term Care Medicine**. London: Humana Press.
- Forder., J. et al. (2017). The impact of long-term care on quality of life. **Health Economics**: 27, 43-58.
- Bandara., G., V., S., D. (2008). **Cost Analysis of “SAMADIGAMA” Primary Health Care unit in Sri Lanka**. Faculty of Economics Chulalongkorn University.
- George, L. K., & Ferraro, K. F. (2016). **Handbook of Aging and the Social Sciences**. (8 ed.). amsterdam Academic Press. Your legal companion.
- Glasgow., M., et al. (2018). Cost Analysis of Treating Neonatal Hypoglycemia with Dextrose Gel. **The Journal of Pediatrics**: 198, 151-155.

- Hegner., B. & Gerlach., M. (2007). **Assisting in Long-Term Care**. United States of America: Thomsom delmar learning
- Hsieh., P., et al. (2018). Geriatric Nursing and Long Term Care Content in Baccalaureate Nursing Programs in Taiwan. **International Journal of Gerontology**: 12, 52-56.
- Issac., M., et al. (2018). Cost analysis of remote telemedicine screening for retinopathy of prematurity. **Canadian Ophthalmological Society**: 53(2), 162-167.
- Jongudomsuk, P.,et al. (2015). **The Kingdom of Thailand Health System Review**. Nonthaburi: Asia Pacific Observatory on Health Systems and Policies.
- Kaplan, R.S and Cooper, R. (1998). **Cost and effect: Using integrated cost systems to drive profitability and performance**. Boston: Harvard Business school press.
- Karlson., M., et al. (2006). Future costs for long-term care Cost projections for long-term care for older people in the United Kingdom. **Health Policy**: 75, 187-213.
- Kato., R., R. (2018). The future prospect of the long-term care insurance in japan. **Japan and the World Economy**, 1-17.
- Kim., E., et al. (2005). Cost-effectiveness of long-term care services in South Korea. **Archives of Gerontology and Geriatrics**: 40, 73-83.
- Kyeremanteng., K., et al. (2018). Cost analysis of Omega-3 supplementation in critically ill patients with sepsis. **Clinical Nutrition ESPEN**: 25, 63-67.
- Lagergren., M., et al. (2018). Future Costs of Long-term Care in Japan and Sweden. **International Journal of Health Services**: 48(1), 128-147.
- Matthews, J. L. (2006). **Long-Term Care How to Plan & Pay for it**. (6 ed.). California: NOLO.
- Matsumoto., K., et al. (2017). Comprehensive Cost of Illness of Three Major Diseases in Japan. **Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases**: 26(9), 1934-1940,
- Noguchi., H. (2017). **Cost Analysis for LTOP project**. Faculty of Politial Science and Economics Waseda University.
- Orem., D., E. (1985). Nursing: **Concepts of Practice (3rd ed)**. New York: McGraw-Hill.

- Pratt, J. R. (2004). **Long-Term Care managing Across the Continuum**. (second ed.). Mississauga: Jones and Barlett.
- Sakulsup Siri, A., Sakthong, P., & Winit-Watjana, W. (2016). Cost-Effectiveness Analysis of the Self-management Program for Thai Patients with Metabolic Syndrome. **Value in Health Regional**, 9C, 28-35.
- Schulz, E., al, et. (2004). The impact of ageing on hospital care and long term care the example of Germany. **Health Policy**, 67, 57-74.
- Tuner, C., B. (2011). The Impact of Self-Care Homecare Dependence among Elderly Black Women. **Black Women, Gender + Families**: 5(1), 41-65.
- World Health Organization. (2015). **World Report on Ageing and Health**. Luxembourg; World Health Organization.
- World Health Organization. (2017). **Towards long-term care systems in sub-Saharan Africa**. Switzerland: the WHO Document Production Services.
- World Health Organization, Regional Office for South-East Asia. (2018). **Japan health system review**. India: Health system in transition.
- Wong., A., et al. (2010). Predictor of Long-term Care Utilization by Dutch Hospital Patients aged 65+. **BMC Health Services Research**: 10(110), 1-14.
- Wu., C., et al. (2014). Determinants of Long-Term Care Services among the Elderly: A Population-Based Study in Taiwan. **PLOS ONE**: 9(2), 1-10.





ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงาน
1. นางสาวนิตยา โชตินอก	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
2. นางนवलพรรณ พิมพ์สาร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนจอหอ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา
3. นางณัฐธิตา ปัญญาคม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 4 (ดินแดง)
4. นางศิริพร เหลืองอุดม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ โรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น
5. นางสุจิตรา ฉายภมรรัตน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ โรงพยาบาลบางกรวย จังหวัดนนทบุรี

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ผู้ทรงคุณวุฒิได้เข้าร่วมโครงการพัฒนารูปแบบบริการระยะยาวสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิงรวมทั้งกลุ่มอายุอื่นๆที่ต้องการความช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน (Long term in Thai Older Person: LTOP) ที่ได้ทำโครงการร่วมกับ Japan International Cooperation Agency (Jica)



AF 01-12



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสถาบัน ชุตที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
254 อาคารจามจุรี 1 ชั้น 2 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทรศัพท์/โทรสาร: 0-2218-3202 E-mail: eccu@chula.ac.th

COA No. 017/2561

ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 184.1/60 : การศึกษาด้านทุนต่อหน่วยและต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลของผู้สูงอายุที่มี
ภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว โรงพยาบาลด่านขุนทด

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวณภัช รัตนวิชัย

หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสถาบัน ชุตที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ได้พิจารณา โดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice
(ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม *Bonabhera*

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปรีดา ทศนประดิษฐ์)

ประธาน

ลงนาม *Mr. Teeran*

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์)

กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 22 มกราคม 2561

วันหมดอายุ : 21 มกราคม 2562

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ผู้วิจัย

เงื่อนไข

1. ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นการผิดจริยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม
2. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
3. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ใน โครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น
5. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ขออนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ
6. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณารับรองก่อนดำเนินการ
7. โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 03-12) และบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น



ที่ ศธ 0512.11/ 0331



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๗ กุมภาพันธ์ 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวณปภัช รัตนวิชัย นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาต้นทุนต่อหน่วยและต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว โรงพยาบาลตำบลขุนทด” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวนิตยา ไซตินอก นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคลฯ และ คุณภาพบริการ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาชื่อนิสิต

นางสาวนิตยา ไซตินอก

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช โทร. 0-2218-1158

นางสาวณปภัช รัตนวิชัย โทร. 09-5668-6141

ที่ ศธ 0512.11/0331



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๗ กุมภาพันธ์ 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวณปภัช รัตนวิชัย นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาต้นทุนต่อหน่วยและต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว โรงพยาบาลด้านชุมชน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางนวลพรรณ พิมพิสาร ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนจوهอ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

นางนวลพรรณ พิมพิสาร

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช โทร. 0-2218-1158

นางสาวณปภัช รัตนวิชัย โทร. 09-5668-6141

ที่ ศธ 0512.11/0391



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๓ กุมภาพันธ์ 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข 4 (ดินแดง)

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวณปภัช รัตนวิชัย นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาต้นทุนต่อหน่วยและต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว โรงพยาบาลด่านขุนทด” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางณัฐธิดา ปัญญาคม พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

นางณัฐธิดา ปัญญาคม
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช โทร. 0-2218-1158
นางสาวณปภัช รัตนวิชัย โทร. 09-5668-6141

ที่ ศธ 0512.11/6331



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๗ กุมภาพันธ์ 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวณปภัช รัตนวิชัย นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาต้นทุนต่อหน่วยและต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว โรงพยาบาลด่านขุนทด” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางศิริพร เหลืองอุดม พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิตินสร้างชิ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

นางศิริพร เหลืองอุดม

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช โทร. 0-2218-1158

นางสาวณปภัช รัตนวิชัย โทร. 09-5668-6141

ที่ ศร 0512.11/0331



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๗ กุมภาพันธ์ 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางกรวย จังหวัดนนทบุรี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวณปภัช รัตนวิชัย นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาต้นทุนต่อหน่วยและต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว โรงพยาบาลด่านขุนทด” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสุจิตรา ฉายภมรรัตน์ พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

นางสุจิตรา ฉายภมรรัตน์

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช โทร. 0-2218-1158

นางสาวณปภัช รัตนวิชัย โทร. 09-5668-6141



ที่ ศธ 0512.11/ ๐2๐6



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศทพราช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

31 มกราคม 2561

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้ นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย.


เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตำบลขุนทด

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวณปภัช รัตนวิชัย นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "การศึกษาต้นทุนต่อหน่วยและต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว โรงพยาบาลตำบลขุนทด" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้ นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในกลุ่มบุคลากรทางสุขภาพ และกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในการดูแลระยะยาว จำนวน 14 คน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วย พจนานุกรมกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว และแบบบันทึกข้อมูลในการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาล ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่องวัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวณปภัช รัตนวิชัย ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือ และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ


(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ที่อนิสิต

หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช โทร. 0-2218-1158

นางสาวณปภัช รัตนวิชัย โทร. 09-5668-6141



เครื่องการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย เรื่อง การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วย และต้นทุนกิจกรรมการพยาบาล ผู้สูงอายุในระบบการดูแลระยะยาว โรงพยาบาลด่านขุนทด ประกอบด้วยเครื่องมือวิจัย 2 ชุด ดังนี้ **ชุดที่ 1** แบบบันทึกข้อมูลการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วย ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ประกอบด้วย ข้อมูล 3 ส่วน ซึ่งมีแบบบันทึกทั้งหมด 6 แบบฟอร์ม ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลค่าแรง (Labor cost) ประกอบด้วย 1 แบบฟอร์ม คือ แบบบันทึกข้อมูลค่าแรง (LC1) โดยศึกษาจากฝ่ายการเงินและบัญชี เป็นการเก็บข้อมูลค่าแรง ประกอบด้วย ได้แก่ ค่าเล่าเรียน ค่ารักษาพยาบาล ค่าเช่าบ้าน เงินเดือน ค่าจ้าง สวัสดิการต่างๆ (ค่ารักษาพยาบาล ค่าเช่าบ้าน ค่าเล่าเรียนบุตร เงินสมทบประกันสังคม) ค่าล่วงเวลา ค่าตอบแทนตามผลงาน ค่าเบี้ยเลี้ยง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลค่าลงทุน (Capital cost) ประกอบด้วย 2 แบบฟอร์ม คือ แบบบันทึกข้อมูลความเสื่อมราคาอาคารสถานที่ (CC1) และ แบบบันทึกข้อมูลค่าเสื่อมครุภัณฑ์ (CC2) เป็นการบันทึกข้อมูลค่าเสื่อมของครุภัณฑ์ที่มีอายุใช้งานมากกว่า 1 ปี การนำมาคิดเป็นต้นทุน ต้องคิดเป็นต้นทุนค่าเสื่อมราคาประจำปี (Depreciation cost) โดยคิดเฉลี่ยราคาเป็นจำนวนเงินคงที่ทุกปี

ส่วนที่ 3 ข้อมูลวัสดุ (Material cost) ประกอบด้วย 3 แบบฟอร์ม คือ แบบบันทึกข้อมูลค่าวัสดุต่างๆ (MC1) แบบบันทึกข้อมูลค่าไฟฟ้า (MC2) และแบบบันทึกข้อมูลค่าน้ำ (MC3) เป็นการเก็บข้อมูลที่ใช้ในงานการดูแลระยะยาว ได้แก่ ค่าซ่อมแซม ค่าขนส่ง และค่าสาธารณูปโภค วัสดุสำนักงาน วัสดุวิทยาศาสตร์ วัสดุงานบ้าน เวชภัณฑ์ยา และไม้ไผ่ยา ค่าไฟฟ้า

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาล ประกอบด้วย 2 ส่วน ซึ่งมีทั้งหมด 3 แบบฟอร์ม ดังนี้

ส่วนที่ 1 พจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาล ระบบการดูแลระยะยาว โรงพยาบาลด้านชุมชนตม มีแบบบันทึกทั้งหมด 8 กิจกรรม คือ

1. กิจกรรมการจัดทำข้อมูลผู้สูงอายุที่ต้องการดูแลช่วยเหลือทั้งเชิงรับและเชิงรุก
2. ประเมิน คัดกรองผู้สูงอายุ
3. จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล Care plan, Weekly plan
4. จัดทำ Case conference
5. ประสานการปฏิบัติงาน การดูแลผู้สูงอายุตามแผนการดูแล
6. ประชุมและวางแผนการออกเยี่ยมบ้าน
7. บริหารจัดการและควบคุมกำกับ Care giver
8. ทบทวนแผนการดูแล ปรับปรุงและจัดทำแผนการดูแลใหม่ให้เหมาะสม

ส่วนที่ 2. แบบบันทึกข้อมูลในการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลในระบบการดูแลระยะยาว แบ่งเป็น 2 แบบฟอร์ม คือ

2.1 แบบบันทึกเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล (ABC1) เป็นแบบบันทึกในการศึกษาปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมตั้งแต่เริ่มต้นจนเสร็จสิ้นกิจกรรมนั้นๆ ทำการจับเวลาตามแบบ Flyback timing คือ ทำการจับเวลาตั้งแต่เริ่มต้นปฏิบัติกิจกรรมการดูแลแต่ละกิจกรรมตามพจนานุกรมกิจกรรมการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในแต่ละครั้ง โดยผู้ปฏิบัติกิจกรรม คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลระยะยาวนั้น ปฏิบัติกิจกรรมให้กับผู้สูงอายุ/ญาติ/ผู้ดูแล

2.2 แบบบันทึกตัวหลักต้นทุนกิจกรรมหรือปริมาณกิจกรรม (ABC2)

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วย ประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน ซึ่งมีแบบบันทึกทั้งหมด 6 แบบฟอร์ม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลค่าแรง (Labor cost) ประกอบด้วย 1 แบบฟอร์ม คือ

1) แบบฟอร์ม LC1 = แบบบันทึกข้อมูลค่าแรง

แบบฟอร์ม LC1 แบบบันทึกข้อมูลค่าแรง

รหัส	เพศ	อายุ	ตำแหน่ง	เงินเดือน	เงินประจำตำแหน่ง	ค่าตอบแทนและเงินเพิ่มเติมพิเศษ	ค่าล่วงเวลา	พ.ต.ส.	ค่าอบรมสัมมนา	ค่ารักษาพยาบาล	เงินค่าเล่าเรียนบุตร	ร้อยละงาน	อื่น ๆ	รวม



ส่วนที่ 2 ข้อมูลค่าลงทุน (Capital cost) ประกอบด้วย 2 แบบฟอร์ม คือ

- 1) แบบฟอร์ม CC1 = แบบบันทึกข้อมูลค่าเสื่อมราคาอาคารสถานที่
- 2) แบบฟอร์ม CC2 = แบบบันทึกข้อมูลค่าเสื่อมราคาครุภัณฑ์

แบบฟอร์ม CC1 แบบบันทึกข้อมูลค่าเสื่อมราคาอาคารสถานที่

อาคาร	ว/ด/ป ที่รับ	อายุอาคาร (ปี)	จำนวนชั้น	ราคา ก่อสร้าง	ค่าเสื่อม อาคาร/เดือน	ต้นทุนต่อปี	สถานะ ทรัพย์สิน

แบบฟอร์ม CC2 แบบบันทึกข้อมูลค่าเสื่อมราคาครุภัณฑ์

รายการ	ว/ด/ป ที่รับ	อายุครุภัณฑ์ (ปี)	จำนวน	ราคาต่อหน่วย	ค่าเสื่อมต่อปี	ต้นทุนต่อปี

ส่วนที่ 3 ข้อมูลวัสดุ (Material cost) ประกอบด้วย 3 แบบฟอร์ม คือ

- 1) แบบฟอร์ม MC1 = แบบบันทึกข้อมูลค่าวัสดุต่างๆ
- 2) แบบฟอร์ม MC2 = แบบบันทึกข้อมูลค่าไฟฟ้า
- 3) แบบฟอร์ม MC 3 = แบบบันทึกข้อมูลค่าน้ำ

แบบฟอร์ม MC1 แบบบันทึกข้อมูลค่าวัสดุต่างๆ

ลำดับ	รายการ	จำนวน	ราคาต่อหน่วย	รวม (บาท)

แบบฟอร์ม MC2 แบบบันทึกข้อมูลค่าไฟฟ้า

สถานที่	จำนวน หลอดไฟ	กำลังไฟ (วัตต์)	รวม (วัตต์)	กิโลวัตต์/ ชั่วโมง	อัตราค่าไฟฟ้า KW/hr (บาท)	รวม (บาท)

แบบฟอร์ม MC4 แบบบันทึกข้อมูลค่าน้ำ

สถานที่	อัตราการไหล ของน้ำนาฬิก้า (ลิตร)	เวลาที่ใช้น้ำ (นาที)	รวมน้ำที่ ใช้ไป	ลูกบาศก์ลิตร	อัตราค่าน้ำ ลบ.ลิตร (บาท)	รวมเป็นเงิน (บาท)	หมายเหตุ

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาล ประกอบด้วย 2 ส่วน ซึ่งมีทั้งหมด 3 แบบฟอร์ม ดังนี้

ส่วนที่ 1 พจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาล ระบบการดูแลระยะยาว โรงพยาบาลด้านชุมชนตม มีแบบบันทึกทั้งหมด 8 กิจกรรมหลัก คือ

1. กิจกรรมการจัดทำข้อมูลผู้สูงอายุที่ต้องการดูแลช่วยเหลือทั้งเชิงรับและเชิงรุก
2. ประเมิน คัดกรองผู้สูงอายุ
3. จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล Care plan, Weekly plan
4. จัดทำ Case conference
5. ประสานการปฏิบัติงาน การดูแลผู้สูงอายุตามแผนการดูแล
6. ประชุมและวางแผนการออกเยี่ยมบ้าน
7. บริหารจัดการและควบคุมกำกับ Care giver
8. ทบทวนแผนการดูแล ปรับปรุงและจัดทำแผนการดูแลใหม่ให้เหมาะสม

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลในการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลในระบบการดูแลระยะยาว แบ่งเป็น 2 แบบฟอร์ม คือ

2.1 แบบบันทึกเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล (ABC1) เป็นแบบบันทึกในการศึกษาปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมตั้งแต่เริ่มต้นจนเสร็จสิ้นกิจกรรมนั้นๆ ทำการจับเวลาตามแบบ Flyback timing คือ ทำการจับเวลาตั้งแต่เริ่มต้นปฏิบัติกิจกรรมการดูแลแต่ละกิจกรรมตามพจนานุกรมกิจกรรมการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในแต่ละครั้ง โดยผู้ปฏิบัติกิจกรรม คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลระยะยาวนั้น ปฏิบัติกิจกรรมให้กับผู้สูงอายุ/ญาติ/ผู้ดูแล

2.2 แบบบันทึกตัวหลักต้นทุนกิจกรรมหรือปริมาณกิจกรรม (ABC2)

กิจกรรมหลัก	กิจกรรมรอง	ลักษณะกิจกรรม
1. กิจกรรมการจัดทำข้อมูลผู้สูงอายุที่ต้องการดูแลช่วยเหลือทั้งเชิงรับและเชิงรุก		
1. กิจกรรมการจัดทำข้อมูลผู้สูงอายุที่ต้องการดูแลช่วยเหลือทั้งเชิงรับและเชิงรุก	1.1 คัดแยกผู้สูงอายุ ตามกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง	- ทำการคัดแยกผู้สูงอายุ ตามกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง โดย การรวบรวมข้อมูลผู้สูงอายุจากฐานข้อมูล HosXp, HosXp tool และ Korat report เพื่อประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) และประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุ (Typology of the aged with illustration: TAI) คัดแยกแบ่งผู้สูงอายุ ออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ 1. กลุ่มติดบ้านที่สามารถเคลื่อนไหวเองได้บ้าง ไม่มีภาวะสับสน มีปัญหาการกิน/การขับถ่าย 2. กลุ่มติดบ้านที่เคลื่อนไหวเองได้บ้าง มีภาวะสับสน มีปัญหาการกิน/การขับถ่าย 3. กลุ่มติดเตียงที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ ไม่มีปัญหาการกิน หรือเจ็บป่วยรุนแรง 4. กลุ่มติดเตียงที่เคลื่อนไหวไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต
	1.2 ลงทะเบียนผู้สูงอายุจำแนกตามกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	- ลงทะเบียนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ได้คัดแยกกลุ่มแล้ว ในโปรแกรม HOSxP และ ThaiCOC เมื่อมีการเยี่ยมบ้าน โดยตรวจสอบรายชื่อ ตามกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่อยู่ อสม. ที่ต้องรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุต่อเนื่อง

กิจกรรมหลัก	กิจกรรมรอง	ลักษณะกิจกรรม
2. ประเมิน คัดกรองผู้สูงอายุ		
2. ประเมิน คัดกรองผู้สูงอายุ	2.1 ประเมินภาวะสุขภาพกำหนดปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ	<p>- ประเมินภาวะสุขภาพ กำหนดปัญหา และความต้องการการช่วยเหลือด้านต่างๆของผู้สูงอายุ โดยประเมินจาก ประวัติการรักษาในระบบ HOSxP</p> <p>กำหนด เวชระเบียนผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล และการออกไปประเมินผู้สูงอายุที่บ้าน โดยมีการประเมินดังนี้</p> <p>ต้องการของผู้สูงอายุ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ระดับภาวะพึ่งพิง - อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ติดตัวกลับบ้าน - ประเมินแผลกดทับ/แผลอื่นๆ - ประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติประจำวัน - ประเมินภาวะข้อติด - ประเมินการเคี้ยว การกลืน และภาวะขาดสารอาหาร - ประเมินความต้องการทำกายภาพ - ประเมินการใช้ยาที่เหมาะสม - ประเมินสุขภาพช่องปาก - ประเมินสุขภาพภาวะเครียด ซึมเศร้า (2Q, 9Q) - ประเมินความต้องการการช่วยเหลือด้านต่างๆจากทีมสหสาขาวิชาชีพ - ประเมินความต้องการด้านอื่นๆ ได้แก่ อุปกรณ์ออกกำลังกาย อุปกรณ์ช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน - ประเมินความต้องการด้านเศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม - ประเมินความสามารถของผู้ดูแลให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง - ประเมินภาวะหกล้ม - ประเมินภาวะสมองเสื่อม เช่น minicog.

กิจกรรมหลัก	กิจกรรมรอง	ลักษณะกิจกรรม
3. จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล Care plan, Weekly plan		
3. จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล Care plan, Weekly plan	3.1 ติดต่อประสานงาน ทีมสหสาขาวิชาชีพ	- นัดหมาย ทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ นักกายภาพบำบัด เภสัชกร นักโภชนากร นักสังคมสงเคราะห์ และภาคีเครือข่าย (อปท. เทศบาล อบต.) เพื่อส่งต่อข้อมูลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง - จัดเตรียมห้องประชุม ที่ใช้ในการประชุมวางแผนการดูแลรายบุคคล
	3.2 จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล	- ทำแผนการดูแลรายบุคคล โดยกำหนดปัญหาหรือข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล แผนการดูแลรายบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และแนวทางการดูแล/ช่วยเหลือ ให้ครอบคลุมในด้านภาวะสุขภาพ ภาวะจิตใจ อุปกรณ์ออกกำลังกาย อุปกรณ์ช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และความสามารถของผู้ดูแล ให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และเศรษฐกิจ

กิจกรรมหลัก	กิจกรรมรอง	ลักษณะกิจกรรม
4. จัดทำ Case conference		
4. จัดทำ Case conference	4.1 ประชุมวางแผนการช่วยเหลือ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ และภาคีเครือข่าย	<p>- ประชุมปรึกษาวางแผนการช่วยเหลือ ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และภาคีเครือข่าย โดยนำปัญหา ความต้องการด้านภาวะสุขภาพ อุปกรณ์ออกกำลังกาย อุปกรณ์ช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และความสามารถของผู้ดูแล (Care giver) ให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง</p> <p>- ประสานงานทีมสหสาขาวิชาชีพ และภาคีเครือข่าย เพื่อขอความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ต่างๆ ตามความต้องการของผู้สูงอายุแต่ละราย ได้แก่ เตียงลม อุปกรณ์ดูดเสมหะ รถเข็นนั่ง อุปกรณ์ออกกำลังกาย ไม่สามขา/สี่ขาช่วยเดิน</p> <p>- ประสานทีมภาคีเครือข่ายในการจัดหาอาชีพเสริมให้แก่ผู้ดูแล (Care giver) ในครอบครัวผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ</p>

กิจกรรมหลัก	กิจกรรมรอง	ลักษณะกิจกรรม
5. ประสานการปฏิบัติงาน การดูแลผู้สูงอายุตามแผนการดูแล		
5. ประสานการปฏิบัติงาน การดูแลผู้สูงอายุตามแผนการดูแล	5.1 ประสานงานในการเตรียมออกเยี่ยมบ้าน	- ประสานงานทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาลประจำหอผู้ป่วย พยาบาลประจำรพ.สต. กายภาพบำบัด เภสัชกร นักโภชนากร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรบริหารส่วนตำบล อสม. ผู้สูงอายุ และญาติผู้สูงอายุ เพื่อนัดหมายการเยี่ยมบ้าน
	5.2 เตรียมอุปกรณ์และยานพาหนะในการเยี่ยมบ้าน	- เตรียมอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ต่างๆ ให้ครบถ้วน เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต, პროვით อุณหภูมิ, เครื่องเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว (DTX), อุปกรณ์ทำแผล(Set dressing), ถุงมือ disposable, ถุงมือsterile และน้ำยาต่างๆที่ต้องใช้ในการดูแลผู้สูงอายุแต่ละราย - เตรียมยานพาหนะในการเยี่ยมบ้าน โทรประสานฝ่ายยานพาหนะ เพื่อขอรถในการรับ-ส่ง ทีมสหสาขาวิชาชีพในการออกเยี่ยมบ้าน

กิจกรรมหลัก	กิจกรรมรอง	ลักษณะกิจกรรม
6. ประชุมและวางแผนการออกเยี่ยมบ้าน		
6. ประชุมและวางแผนการออกเยี่ยมบ้าน	6.1 ออกเยี่ยมบ้าน	<ul style="list-style-type: none"> - ทีมสหสาขาวิชาชีพให้การดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคลที่วางไว้ที่บ้านผู้สูงอายุ รวมถึงให้คำแนะนำและฝึกสอนญาติ/ผู้ดูแล ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> - การดูแลด้านการพยาบาล ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ ให้ความรู้เรื่องโรคหรือความเจ็บป่วย การให้การพยาบาลทั่วไป การให้คำปรึกษา การป้องกันภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย/หกล้ม การป้องกันภาวะสมองเสื่อมและการออกกำลังกายที่เหมาะสม - การฟื้นฟูสภาพร่างกาย ได้แก่ การทำกายภาพบำบัด การกระตุ้นการกลืน การให้บริการทางการแพทย์แผนไทย/แพทย์ทางเลือก การป้องกันการหกล้ม การป้องกันข้อติด/ข้อขัด การฝึกผู้ดูแลในการช่วยเหลือผู้ป่วย - การดูแลด้านโภชนาการ ได้แก่ การประเมินความสามารถในการบดเคี้ยว การกลืนและภาวะโภชนาการ เพื่อแนะนำส่งเสริม และแก้ไขภาวะโภชนาการที่เหมาะสมรายบุคคล การแนะนำ วางแผนและฝึกสอนการเตรียมอาหารทั่วไป/อาหารเสริม/อาหารพิเศษ ที่เหมาะสมกับรายบุคคล - การดูแลด้านเภสัชกรรม ได้แก่ การประเมินความจำเป็น การใช้ยาที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ การป้องกันการใช้ยาผิดหรือเกินความจำเป็น การป้องกันและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา ให้คำแนะนำปรึกษาเรื่องยา เวชภัณฑ์ และผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่เหมาะสมรายบุคคล - การดูแลสุขภาพด้านอื่นๆตามความจำเป็น ได้แก่ การดูแลสุขภาพช่องปาก การดูแลสุขภาพจิต - ความถี่ของการให้บริการ ออกให้บริการโดยทีมบุคลากรสาธารณสุข เดือนละ 1 ครั้ง ขึ้นอยู่กับสภาพปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละราย

กิจกรรมหลัก	กิจกรรมรอง	ลักษณะกิจกรรม
7. บริหารจัดการและควบคุมกำกับ Care giver		
7. บริหารจัดการและควบคุมกำกับ Care giver	7.1 พัฒนาความสามารถและประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล (Care giver)	<p>- ให้ความรู้ คำแนะนำ สาธิต การดูแลผู้สูงอายุตามความต้องการของผู้สูงอายุแต่ละราย รวมถึงการประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล (Care giver)</p> <p>- ผู้ดูแล (Care giver) ที่ได้รับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ในกลุ่มที่ 1 กลุ่มติดบ้านที่สามารถเคลื่อนไหวเองได้บ้าง ไม่มีภาวะสับสน มีปัญหาการกิน/การขับถ่าย ให้ประเมินผลการดูแล 6 เดือน/ครั้ง</p> <p>- ผู้ดูแล (Care giver) ที่ได้รับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ในกลุ่มที่ 2 กลุ่มติดบ้านที่เคลื่อนไหวเองได้บ้าง มีภาวะสับสน มีปัญหาการกิน/การขับถ่าย ให้ประเมินผลการดูแล 3 เดือน/ครั้ง</p> <p>- ผู้ดูแล (Care giver) ที่ได้รับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ในกลุ่มที่ 3 กลุ่มติดเตียงที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ ไม่มีปัญหาการกิน หรือเจ็บป่วยรุนแรง ให้ประเมินผลการดูแล 3 เดือน/ครั้ง</p> <p>- ผู้ดูแล (Care giver) ที่ได้รับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ในกลุ่มที่ 4 กลุ่มติดเตียงที่เคลื่อนไหวไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต ให้ประเมินผลการดูแล 1 เดือน/ครั้ง</p>

กิจกรรมหลัก	กิจกรรมรอง	ลักษณะกิจกรรม
8. ทบทวนแผนการดูแล ปรับปรุงและจัดทำแผนการดูแลใหม่ให้เหมาะสม		
8. ทบทวนแผนการดูแล ปรับปรุงและจัดทำแผนการดูแลใหม่ให้เหมาะสม	8.1 สรุปัญหารวมทั้งแนวทางการช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ประเมินผลการดูแลรายบุคคลและการช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน	<p>- สรุปัญหารวมทั้งแนวทางการช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ประเมินผลการดูแลรายบุคคลและสรุปผลการประเมินความสามารถของผู้สูงอายุหรือผู้ดูแล (Care giver) ด้วย จนถึงการประเมินภาวะสิ้นสุดการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุแต่ละราย</p> <p>ในการประเมินภาวะสิ้นสุดการดูแลระยะยาวใช้การประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) และประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุ (Typology of the aged with illustration: TAI) โดยทำการประเมินและปรับแผนการดูแล ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - กลุ่มที่ 1 กลุ่มติดบ้านที่สามารถเคลื่อนไหวเองได้บ้าง ไม่มีภาวะสับสน มีปัญหาการกิน/การขับถ่าย ให้ประเมินและปรับแผนการดูแล 6 เดือน/ครั้ง - กลุ่มที่ 2 กลุ่มติดบ้านที่เคลื่อนไหวเองได้บ้าง มีภาวะสับสน มีปัญหาการกิน/การขับถ่าย ให้ประเมินและปรับแผนการดูแล 3 เดือน/ครั้ง - กลุ่มที่ 3 กลุ่มติดเตียงที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ ไม่มีปัญหาการกิน หรือเจ็บป่วยรุนแรง ให้ประเมินและปรับแผนการดูแล 3 เดือน/ครั้ง - กลุ่มที่ 4 กลุ่มติดเตียงที่เคลื่อนไหวไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต ให้ประเมินและปรับแผนการดูแล 1 เดือน/ครั้ง หรือให้บริการปรับแผนการดูแลระยะยาวตามสภาพปัญหาของผู้สูงอายุ

กิจกรรมหลัก	กิจกรรมรอง	ลักษณะกิจกรรม
8. ทบทวนแผนการดูแล ปรับปรุงและจัดทำแผนการดูแลใหม่ให้เหมาะสม (ต่อ)		
	8.2 ลงบันทึก รายงานใน โปรแกรม HOSxP และ ThaiCOC	- ลงบันทึกผลการเยี่ยมบ้านในโปรแกรม HOSxP และ ThaiCOC ให้ครบถ้วนเรียบร้อย - กรณีเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความ ดันโลหิตสูง ลงบันทึกผลใน Family folder และ ปรับ Care plan รายสัปดาห์ ให้สอดคล้องกับ ปัญหาผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลระบบการดูแลระยะยาว มีแบบบันทึกทั้งหมด 2 แบบฟอร์ม คือ

- 1) แบบฟอร์ม ABC1 = แบบบันทึกปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรม
- 2) แบบฟอร์ม ABC2 = แบบบันทึกตัวผลกดันกิจกรรมหรือปริมาณกิจกรรม

2) แบบฟอร์ม ABC2 แบบบันทึกตัวหลักกิจกรรมหรือปริมาณกิจกรรม

รหัส	รายละเอียดกิจกรรม	ปริมาณกิจกรรม (ครั้ง)
	1. กิจกรรมการจัดทำข้อมูลผู้สูงอายุที่ต้องการดูแลช่วยเหลือทั้งเชิงรับและเชิงรุก	
	1.1 คัดแยกผู้สูงอายุ ตามกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง	
	1.2 ลงทะเบียนผู้สูงอายุเข้าเนกตามกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	
	2. ประเมิน คัดกรองผู้สูงอายุ	
	2.1 ประเมินสุขภาพเบื้องต้น วินิจฉัยปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ	
	3. จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล Care plan, Weekly plan	
	3.1 การติดต่อประสานงานทีมสหสาขาวิชาชีพ และรพ.สต. ในการทำแผนการดูแลรายบุคคล	
	3.2 จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล	
	4. จัดทำ Case conference	
	4.1 ประชุมวางแผนการดูแลรักษา และแผนการพยาบาล โดยทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่าย	
	5. ประสานการปฏิบัติงาน การดูแลผู้สูงอายุตามแผนการดูแล	
	5.1 ประสานงานในการเตรียมออกเยี่ยมบ้าน	
	5.2 จัดเตรียมอุปกรณ์และยานพาหนะในการเยี่ยมบ้าน	
	6. ประชุมและวางแผนการออกเยี่ยมบ้าน	
	6.1 การออกเยี่ยมบ้าน	
	7. บริหารจัดการและควบคุมกำกับ Care giver	
	7.1 พัฒนาศักยภาพ และประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล (Care giver)	
	8. ทบทวนแผนการดูแล ปรับปรุงและจัดทำแผนการดูแลใหม่ให้เหมาะสม	
	8.1 สรุปปัญหา รวมทั้งแนวทางการช่วยเหลือ ในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน	
	8.2 ลงบันทึกรายงานไปโปรแกรม HOSXP และ ThaiCOC	



การคำนวณต้นทุนต่อหน่วย และต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบการดูแลระยะยาว โรงพยาบาลด่านขุนทด

การศึกษาครั้งนี้ ได้คำนวณต้นทุนต่อหน่วยผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบการดูแลระยะยาว โดยการวิเคราะห์จากต้นทุนค่าแรงของบุคลากรทางสุขภาพและปริมาณเวลาที่บุคลากรทางสุขภาพใช้ในการปฏิบัติกิจกรรม ดังนี้

1. ต้นทุนค่าแรงบุคลากรสุขภาพ

ต้นทุนค่าแรงของบุคลากรทางสุขภาพ ที่ปฏิบัติงานในระบบการดูแลระยะยาว โรงพยาบาลด่านขุนทด ประกอบด้วยค่าแรงของแพทย์ ค่าแรงของพยาบาลวิชาชีพ ค่าแรงของเภสัชกร ค่าแรงของนักกายภาพบำบัด ค่าแรงของนักโภชนาการ ค่าแรงของพนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ ซึ่งเป็นการคิดต้นทุนค่าแรงของบุคลากรทางการพยาบาลที่ได้ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบการดูแลระยะยาวโรงพยาบาลด่านขุนทด โดยคิดต้นทุนจากค่าตอบแทนเงินเดือน เงินประจำตำแหน่ง ค่าล่วงเวลา ค่าเวรป่วย-ดึก และเงินสวัสดิการอื่นๆ ของบุคลากรทางสุขภาพที่ปฏิบัติงานแบ่งตามตามสัดส่วนงานที่ได้รับผิดชอบในระบบการดูแลระยะยาว ในเดือนกุมภาพันธ์ 2561 และเดือนมีนาคม 2561 และคำนวณหาต้นทุนค่าแรงต่ออนาทีของบุคลากรทางสุขภาพ โดยคำนวณตามสูตรการหาค่าแรงต่ออนาที ตามที่ได้อธิบายไว้ในบทที่ 3 (รายละเอียดตามตารางที่ 18 - 25)

ตารางที่ 18 ต้นทุนค่าแรงรวมของบุคลากรทางสุขภาพ ประกอบด้วย เงินเดือน เงินประจำตำแหน่ง ค่าตอบแทนและเงินเพิ่มเติม เงินเพิ่มเติมสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข (พ.ต.ส.) และค่าตอบแทนอื่นๆ

รหัส	ผู้ปฏิบัติ	อายุ	เงินเดือน	เงินประจำตำแหน่ง	ค่าตอบแทนและเงินเพิ่มเติมพิเศษ	ค่าล่วงเวลา	พ.ต.ส.	ค่ารักษาพยาบาล	รวม (บาท)	ร้อยละงาน	รวม (บาท)
01	แพทย์	26	37,500.00	-	20,000.00	36,000.00	10,000.00	20.00	103,520.00	3.66	3,788.83
02	นักรักษา	33	39,600.00	-	3,600.00	-	2,000.00	91.00	45,291.00	34.16	15,471.41
03	เภสัชกร	33	37,440.00	-	8,000.00	14,400.00	3,000.00	-	62,840.00	12.20	7,666.48
04	โภชนากร	40	43,300.00	-	3,600.00	18,000.00	-	-	64,900.00	20.74	13,460.26
05	AIDE1	26	18,240.00	-	-	6,000.00	-	-	24,240.00	12.20	2,957.28
06	AIDE2	27	18,200.00	-	-	-	-	-	18,200.00	12.20	2,220.40
07	AIDE3	24	15,580.00	-	-	-	-	234.00	15,814.00	10.98	1,736.38
08	RN1	56	75,180.00	7,000.00	6,400.00	-	3,000.00	-	91,580.00	2.44	2,234.55
09	RN2	43	64,480.00	7,000.00	6,400.00	14,400.00	3,000.00	70.00	95,350.00	2.44	2,326.54
10	RN3	43	58,320.00	7,000.00	6,000.00	7,200.00	-	-	78,520.00	42.70	33,528.04
11	RN4	31	57,920.00	-	6,400.00	-	3,000.00	-	67,320.00	3.66	2,463.91
12	RN5	34	57,240.00	-	6,400.00	-	3,000.00	340.00	66,980.00	26.84	17,977.43
13	RN6	39	55,380.00	-	6,400.00	6,000.00	2,000.00	-	69,780.00	4.88	3,405.26
14	RN7	24	26,760.00	-	4,800.00	6,000.00	2,000.00	-	39,560.00	4.88	1,930.53
15	พชร	41	30,600.00	-	-	-	-	-	30,600.00	42.70	13,066.20
รวมต้นทุนค่าแรง											124,233.50

ตารางที่ 19 ค่าแรงพยาบาลผู้จัดการการดูแลจำนวน 7 คน ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงใน
การศึกษาครั้งนี้ คิดเฉลี่ยค่าแรงเป็นนาที่ (บาท)

คนที่	ค่าแรง/เดือน (บาท)
1	37,590.00
2	32,240.00
3	29,160.00
4	28,960.00
5	28,620.00
6	27,690.00
7	13,380.00
ค่าแรงเฉลี่ยต่อเดือน	28,234.29
ค่าแรงเฉลี่ยต่อนาที	3.36



ตารางที่ 20 ร้อยละของงานที่รับผิดชอบในระบบการดูแลระยะยาวของบุคลากรทางสุขภาพ

รหัส	ผู้ปฏิบัติ	จำนวนครั้ง การเยี่ยม (ครั้ง)	จำนวนเป็นวัน (1ครั้ง การเยี่ยมเท่ากับครึ่งวัน) (วัน)	จำนวนวันที่เก็บ ข้อมูล (วัน)	ร้อยละของงาน
01	แพทย์	3	1.5	41	3.66
02	นักกายภาพบำบัด	28	14	41	34.16
03	เภสัชกร	10	5	41	12.20
04	นักโภชนาการ	17	8.5	41	20.74
05	AIDE1	10	5	41	12.20
06	AIDE2	10	5	41	12.20
07	AIDE3	9	4.5	41	10.98
08	RN1	2	1	41	2.44
09	RN2	2	1	41	2.44
10	RN3	35	17.5	41	42.70
11	RN4	3	1.5	41	3.66
12	RN5	22	11	41	26.84
13	RN6	4	2	41	4.88
14	RN7	4	2	41	4.88
15	พชร	35	17.5	41	42.70

ตารางที่ 21 ร้อยละที่รับผิดชอบในระบบการดูแลระยะยาวของบุคลากรทางสุขภาพ จำแนกตามกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

รหัส	ผู้ปฏิบัติ	ร้อยละการดูแล ผู้สูงอายุกลุ่มติด บ้าน ที่ 1	ร้อยละการดูแล ผู้สูงอายุกลุ่มติด บ้าน ที่ 2	ร้อยละการดูแล ผู้สูงอายุกลุ่มติด เตียง ที่ 3	ร้อยละการดูแล ผู้สูงอายุกลุ่มติด เตียง ที่ 4	ร้อยละ ทั้งหมด
01	แพทย์	0.00	0.00	1.22	2.44	3.66
02	นักกายภาพบำบัด	6.10	7.32	10.98	9.76	34.16
03	เภสัชกร	0.00	1.22	7.32	3.66	12.20
04	นักโภชนาการ	0.00	0.00	10.98	9.76	20.74
05	AIDE1	2.44	2.44	3.66	3.66	12.20
06	AIDE2	2.44	2.44	3.66	3.66	12.20
07	AIDE3	1.22	3.66	3.66	2.44	10.98
08	RN1	0.00	0.00	0.00	2.44	2.44
09	RN2	0.00	1.22	0.00	1.22	2.44
10	RN3	12.20	9.76	10.98	9.76	42.70
11	RN4	2.44	1.22	0.00	0.00	3.66
12	RN5	6.10	3.66	10.98	6.10	26.84
13	RN6	0.00	2.44	0.00	2.44	4.88
14	RN7	3.66	0.00	0.00	1.22	4.88
15	พชร	12.20	9.76	10.98	9.76	42.70

ตารางที่ 22 ต้นทุนค่าแรงของบุคลากรทางสุขภาพ ประกอบด้วย เงินเดือน เงินประจำตำแหน่ง ค่าตอบแทนและเงินเพิ่มเติม เงินเพิ่มเติม สำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข (พ.ต.ส.) และค่าตอบแทนอื่นๆ ของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ที่ 1

รหัส	ผู้ปฏิบัติ	อายุ	เงินเดือน	เงินประจำตำแหน่ง	ค่าตอบแทนและเงินเพิ่มเติมพิเศษ			พ.ต.ส.	ค่ารักษาพยาบาล	รวม (บาท)	ร้อยละงาน	รวม (บาท)
					ค่าล่วงเวลา	ค่าตอบแทน	เพิ่มเติมพิเศษ					
01	แพทย์	26	37,500.00	-	20,000.00	36,000.00	10,000.00	20.00	103,520.00	0.00	-	
02	นักรักษา	33	39,600.00	-	3,600.00	-	2,000.00	91.00	45,291.00	6.10	2,762.75	
03	เภสัชกร	33	37,440.00	-	8,000.00	14,400.00	3,000.00	-	62,840.00	0.00	-	
04	โชนกร	40	43,300.00	-	3,600.00	18,000.00	-	-	64,900.00	0.00	-	
05	AIDE1	26	18,240.00	-	-	6,000.00	-	-	24,240.00	2.44	591.46	
06	AIDE2	27	18,200.00	-	-	-	-	-	18,200.00	2.44	444.08	
07	AIDE3	24	15,580.00	-	-	-	-	234.00	15,814.00	1.22	192.93	
08	RN1	56	75,180.00	7,000.00	6,400.00	-	3,000.00	-	91,580.00	0.00	-	
09	RN2	43	64,480.00	7,000.00	6,400.00	14,400.00	3,000.00	70.00	95,350.00	0.00	-	
10	RN3	43	58,320.00	7,000.00	6,000.00	7,200.00	-	-	78,520.00	12.20	9,579.44	
11	RN4	31	57,920.00	-	6,400.00	-	3,000.00	-	67,320.00	2.44	1,642.61	
12	RN5	34	57,240.00	-	6,400.00	-	3,000.00	340.00	66,980.00	6.10	4,085.78	
13	RN6	39	55,380.00	-	6,400.00	6,000.00	2,000.00	-	69,780.00	0.00	-	
14	RN7	24	26,760.00	-	4,800.00	6,000.00	2,000.00	-	39,560.00	3.66	1,447.90	
15	พร	41	30,600.00	-	-	-	-	-	-	12.20	3,733.20	
รวมต้นทุนค่าแรง											24,480.14	

ตารางที่ 23 ต้นทุนค่าแรงของบุคลากรทางสุขภาพ ประกอบด้วย เงินเดือน เงินประจำตำแหน่ง ค่าตอบแทนและเงินเพิ่มเติม เงินเพิ่มเติมสำหรับ ตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข (พ.ต.ส.) และค่าตอบแทนอื่นๆ ของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ที่ 2

รหัส	ผู้ปฏิบัติ	อายุ	เงินเดือน	เงินประจำตำแหน่ง	ค่าตอบแทนและเงินเพิ่มเติมพิเศษ	ค่าล่วงเวลา	พ.ต.ส.	ค่ารักษาพยาบาล	รวม(บาท)	ร้อยละงาน	รวม (บาท)
01	แพทย์	26	37,500.00	-	20,000.00	36,000.00	10,000.00	20.00	103,520.00	0.00	-
02	นักรักษา	33	39,600.00	-	3,600.00	-	2,000.00	91.00	45,291.00	7.32	3,315.30
03	เภสัชกร	33	37,440.00	-	8,000.00	14,400.00	3,000.00	-	62,840.00	1.22	766.65
04	โภชนากร	40	43,300.00	-	3,600.00	18,000.00	-	-	64,900.00	0.00	-
05	AIDE1	26	18,240.00	-	-	6,000.00	-	-	24,240.00	2.44	591.46
06	AIDE2	27	18,200.00	-	-	-	-	-	18,200.00	2.44	444.08
07	AIDE3	24	15,580.00	-	-	-	-	234.00	15,814.00	3.66	578.79
08	RN1	56	75,180.00	7,000.00	6,400.00	-	3,000.00	-	91,580.00	0.00	-
09	RN2	43	64,480.00	7,000.00	6,400.00	14,400.00	3,000.00	70.00	95,350.00	1.22	1,163.27
10	RN3	43	58,320.00	7,000.00	6,000.00	7,200.00	-	-	78,520.00	9.76	7,663.55
11	RN4	31	57,920.00	-	6,400.00	-	3,000.00	-	67,320.00	1.22	821.30
12	RN5	34	57,240.00	-	6,400.00	-	3,000.00	340.00	66,980.00	3.66	2,451.47
13	RN6	39	55,380.00	-	6,400.00	6,000.00	2,000.00	-	69,780.00	2.44	1,702.63
14	RN7	24	26,760.00	-	4,800.00	6,000.00	2,000.00	-	39,560.00	0.00	-
15	พชร	41	30,600.00	-	-	-	-	-	-	9.76	2,986.56
รวมต้นทุนค่าแรง											22,485.06

ตารางที่ 24 ต้นทุนค่าแรงของบุคลากรทางสุขภาพ ประกอบด้วย เงินเดือน เงินประจำตำแหน่ง ค่าตอบแทนและเงินเพิ่มเติม เงินเพิ่มเติมสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข (พ.ต.ส.) และค่าตอบแทนอื่นๆ ของผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ที่ 3

รหัส	ผู้ปฏิบัติ	อายุ	เงินเดือน	เงินประจำตำแหน่ง	ค่าตอบแทนและเงินเพิ่มเติมพิเศษ				รวม (บาท)	ร้อยละงาน	รวม (บาท)
					ค่าตอบแทนและเงินเพิ่มเติมพิเศษ	ค่าล่วงเวลา	พ.ต.ส.	ค่ารักษาพยาบาล			
01	แพทย์	26	37,500.00	-	20,000.00	36,000.00	10,000.00	20.00	103,520.00	1.22	1,262.94
02	นักรักษา	33	39,600.00	-	3,600.00	-	2,000.00	91.00	45,291.00	10.98	4,972.95
03	เภสัชกร	33	37,440.00	-	8,000.00	14,400.00	3,000.00	-	62,840.00	7.32	4,599.89
04	โภชนากร	40	43,300.00	-	3,600.00	18,000.00	-	-	64,900.00	10.98	7,126.02
05	AIDE1	26	18,240.00	-	-	6,000.00	-	-	24,240.00	3.66	887.18
06	AIDE2	27	18,200.00	-	-	-	-	-	18,200.00	3.66	666.12
07	AIDE3	24	15,580.00	-	-	-	-	234.00	15,814.00	3.66	578.79
08	RN1	56	75,180.00	7,000.00	6,400.00	-	3,000.00	-	91,580.00	0.00	-
09	RN2	43	64,480.00	7,000.00	6,400.00	14,400.00	3,000.00	70.00	95,350.00	0.00	-
10	RN3	43	58,320.00	7,000.00	6,000.00	7,200.00	-	-	78,520.00	10.98	8,621.50
11	RN4	31	57,920.00	-	6,400.00	-	3,000.00	-	67,320.00	0.00	-
12	RN5	34	57,240.00	-	6,400.00	-	3,000.00	340.00	66,980.00	10.98	7,354.40
13	RN6	39	55,380.00	-	6,400.00	6,000.00	2,000.00	-	69,780.00	0.00	-
14	RN7	24	26,760.00	-	4,800.00	6,000.00	2,000.00	-	39,560.00	0.00	-
15	พชร	41	30,600.00	-	-	-	-	-	-	10.98	3,359.88
รวมต้นทุนค่าแรง											39,429.68

ตารางที่ 25 ต้นทุนค่าแรงของบุคลากรทางสุขภาพ ประกอบด้วย เงินเดือน เงินประจำตำแหน่ง ค่าตอบแทนและเงินเพิ่มเติม เงินเพิ่มเติมสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข (พ.ต.ส.) และค่าตอบแทนอื่นๆ ของผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ที่ 4

รหัส	ผู้ปฏิบัติ	อายุ	เงินเดือน	เงินประจำตำแหน่ง	ค่าตอบแทนและเงินเพิ่มเติมพิเศษ	ค่าล่วงเวลา	พ.ต.ส.	ค่ารักษาพยาบาล	รวม (บาท)	ร้อยละงาน	รวม (บาท)
01	แพทย์	26	37,500.00	-	20,000.00	36,000.00	10,000.00	20.00	103,520.00	2.44	2,525.89
02	นักรักษา	33	39,600.00	-	3,600.00	-	2,000.00	91.00	45,291.00	9.76	4,420.40
03	เภสัชกร	33	37,440.00	-	8,000.00	14,400.00	3,000.00	-	62,840.00	3.66	2,299.94
04	โภชนากร	40	43,300.00	-	3,600.00	18,000.00	-	-	64,900.00	9.76	6,334.24
05	AIDE1	26	18,240.00	-	-	6,000.00	-	-	24,240.00	3.66	887.18
06	AIDE2	27	18,200.00	-	-	-	-	-	18,200.00	3.66	666.12
07	AIDE3	24	15,580.00	-	-	-	-	234.00	15,814.00	2.44	385.86
08	RN1	56	75,180.00	7,000.00	6,400.00	-	3,000.00	-	91,580.00	2.44	2,234.55
09	RN2	43	64,480.00	7,000.00	6,400.00	14,400.00	3,000.00	70.00	95,350.00	1.22	1,163.27
10	RN3	43	58,320.00	7,000.00	6,000.00	7,200.00	-	-	78,520.00	9.76	7,663.55
11	RN4	31	57,920.00	-	6,400.00	-	3,000.00	-	67,320.00	0.00	-
12	RN5	34	57,240.00	-	6,400.00	-	3,000.00	340.00	66,980.00	6.10	4,085.78
13	RN6	39	55,380.00	-	6,400.00	6,000.00	2,000.00	-	69,780.00	2.44	1,702.63
14	RN7	24	26,760.00	-	4,800.00	6,000.00	2,000.00	-	39,560.00	1.22	482.63
15	พพร	41	30,600.00	-	-	-	-	-	-	9.76	2,986.56
รวมต้นพันค่าแรง											37,838.62

2. ต้นทุนค่าวัสดุ

2.1 ต้นทุนค่าวัสดุที่ใช้ร่วมกัน ได้แก่ นำต้นทุนค่าวัสดุวัสดุสิ้นเปลืองทั้งหมดที่ใช้ไปการดูแลระยะยาว รวมทั้งค่าบำรุงรักษา ค่าซ่อมแซม ค่าขนส่ง และค่าสาธารณูปโภค วัสดุสำนักงาน วัสดุวิทยาศาสตร์ เวชภัณฑ์ยา และไม้โซ่ยา ค่าไฟฟ้า ค่าน้ำ ค่าน้ำมัน ที่ใช้ทั้งหมดในการดูแลระยะยาว ค่าต้นทุนค่าวัสดุต่อหน่วย โดยนำผลรวมค่าวัสดุทั้งหมด (รายละเอียดตามตารางที่ 26 - 34)

ต้นทุนค่าวัสดุทั้งหมด = ผลรวมค่าวัสดุในการดูแลระยะยาว

1) ต้นทุนค่าน้ำประปา คำนวณจากที่ใช้ (ลูกบาศก์ลิตร) ที่เกิดจากการทำกิจกรรมการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 1 ราย คุณด้วยอัตราการค่าน้ำประปาต่อลูกบาศก์ลิตร = 16 บาท ตามการคิดค่าน้ำประปาส่วนภูมิภาค

ตัวอย่าง กิจกรรมการล้างมือ อัตราการไหลผ่านของน้ำ/นาที่ เท่ากับ 6 ลิตร ในกิจกรรมการล้างมือ 1 ครั้งใช้เวลา 3 นาที คิดเป็นน้ำจำนวนเท่ากับ 18 ลิตร/กิจกรรมการล้างมือ 1 ครั้ง จำนวนการใช้น้ำต่อผู้สูงอายุ 1 ราย ใช้กิจกรรมการล้างมือ 2 ครั้ง (ก่อนและหลังให้การดูแล) คิดเป็น $18 \times 2 = 36$ ลิตร หรือเท่ากับ 0.036 ลูกบาศก์ลิตร อัตราค่าน้ำต่อลูกบาศก์ลิตร เท่ากับ 16 บาท ดังกิจกรรมการใช้น้ำในการล้างมือต่อผู้สูงอายุ 1 ราย คิดเป็นเงิน 0.576 บาท ผู้สูงอายุที่เข้ารับการดูแลระยะยาว 35 คน คิดเป็น ค่าน้ำ เท่ากับ $0.576 \times 35 = 20.16$ บาท

2) ต้นทุนค่าไฟฟ้า คำนวณกำลังไฟฟ้า (กิโลวัตต์ต่อชั่วโมง) จากจำนวนหลอดไฟ เครื่องปรับอากาศ ชุดคอมพิวเตอร์ และปริ้นเตอร์ โดยคิดค่าไฟฟ้าทั้งหมดที่ใช้

ต้นทุนค่าไฟฟ้า = ผลรวมค่าไฟฟ้าจากหลอดไฟ เครื่องปรับอากาศ คอมพิวเตอร์ และปริ้นเตอร์

3) ต้นทุนค่าน้ำมัน คำนวณดังนี้

ต้นทุนค่าน้ำมัน =
$$\frac{\text{จำนวนระยะทางทั้งหมด (กม.)} \times \text{ราคาน้ำมันดีเซลต่อลิตร (บาท)}}{\text{อัตราการสิ้นเปลืองเชื้อเพลิง (กม./ลิตร)}}$$

ตารางที่ 26 ต้นทุนค่าวัสดุของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มติดบ้านที่ 1 ในระบบการดูแลระยะยาว
โรงพยาบาลด่านขุนทด

ลำดับ	รายการ	จำนวน	ราคาต่อ หน่วย	รวม (บาท)
1	น้ำมันดีเซล	5.55	27.59	153.12
2	กระดาษ A4 (แผ่น)	600	0.22	132.00
3	หมึก printer	600	1.72	1,032.00
รวมต้นทุนค่าวัสดุ				1,317.12

ตารางที่ 27 ต้นทุนค่าวัสดุของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มติดบ้านที่ 2 ในระบบการดูแลระยะยาว
โรงพยาบาลด่านขุนทด

ลำดับ	รายการ	จำนวน	ราคาต่อ หน่วย	รวม (บาท)
1	70% Alcohol (450 ml)	1	34.50	34.50
2	NSS irrigation (1000 ml)	2	37.00	74.00
3	น้ำยาบ้วนปาก (180 ml)	1	31.00	31.00
4	Set dressing No.1	9	10.00	90.00
5	Transpore size 1/2 นิ้ว	2	20.00	40.00
6	ถุงมือ disposable	1	110.00	110.00
7	mask ปิดจมูก	1	100.00	100.00
8	Nasal canular (อัน)	1	30.00	30.00
9	น้ำมันดีเซล	4.45	27.59	122.78

ตารางที่ 27 (ต่อ)

ลำดับ	รายการ	จำนวน	ราคาต่อหน่วย	รวม (บาท)
10	กระดาษ A4 (แผ่น)	480	0.22	105.60
11	หมึก printer ต่อแผ่น	480	1.72	825.60
รวมต้นทุนค่าวัสดุ				1,563.48

ตารางที่ 28 ต้นทุนค่าวัสดุของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มติดเตียงที่ 3 ในระบบการดูแลระยะยาว
โรงพยาบาลด่านขุนทด

ลำดับ	รายการ	จำนวน	ราคาต่อหน่วย	รวม (บาท)
1	70% Alcohol (450 ml)	2	34.50	69.00
2	NSS irrigation (1000 ml)	6	37.00	222.00
3	น้ำยาบ้วนปาก (180 ml)	3	31.00	93.00
4	Set dressing No.1	94	10.00	940.00
5	Transpore size 1/2 นิ้ว	4	20.00	80.00
6	ถุงมือ disposable	3	110.00	330.00
7	mask ปิดจมูก	3	100.00	300.00
8	สาย NG	2	15.00	30.00
9	สาย Suction (1เส้น)	66	5.00	330.00
10	สาย Foley's cath + Urine bag	1	45.00	45.00
11	Syringe irrigate (อัน)	2	200.00	400.00
12	แพมเพริส size L (แพค 24 ชิ้น)	8	435.00	3,480.00

ตารางที่ 28 (ต่อ)

ลำดับ	รายการ	จำนวน	ราคาต่อ หน่วย	รวม (บาท)
13	ผ้ารองpad (แพค 10 ชั้น)	8	77.00	616.00
14	น้ำมันดีเซล	7.55	27.59	208.30
15	กระดาษ A4 (แผ่น)	540	0.22	118.80
16	หมึก printer	540	1.72	928.80
รวมต้นทุนค่าวัสดุ				8,190.90

ตารางที่ 29 ต้นทุนค่าวัสดุของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มติดเตียงที่ 4 ในระบบการดูแลระยะยาว
โรงพยาบาลด่านขุนทด

ลำดับ	รายการ	จำนวน	ราคาต่อ หน่วย	รวม (บาท)
1	70% Alcohol (450 ml)	5	34.50	172.50
2	NSS irrigation (1000 ml)	12	37.00	444.00
3	น้ำยาบ้วนปาก (180 ml) Set dressing No.1 (ไม้พันสำลี=	5	31.00	155.00
4	5,Guaze3x3=5) พาลงกรณ์มหาวิทยาลัย Set dressing No.2 (สำลี,ก๊อสแผ่นใหญ่ UNIVERSITY	19	10.00	190.00
5	,ถุงมือ)	73	25.00	1,825.00
6	Set dressing No.3 (No.2 เพิ่ม Top)	50	30.00	1,500.00
7	Top guaze (1ชั้น)	50	15.00	750.00
8	Transpore size 1/2 นิ้ว	6	20.00	120.00
9	ถุงมือ dissposable	7	110.00	770.00
10	mask ปิดจมูก	7	100.00	700.00

ตารางที่ 29 (ต่อ)

ลำดับ	รายการ	จำนวน	ราคาต่อหน่วย	รวม (บาท)
11	สาย NG	5	15.00	75.00
12	สาย Suction (1เส้น)	186	5.00	930.00
13	สาย Foley's cath + Urine bag	3	45.00	135.00
14	set พ่นยา (ชุด)	2	80.00	160.00
15	Nasal canular (อัน)	2	30.00	60.00
16	Syringe irrigate (อัน)	5	200.00	1,000.00
17	แพมเพริส size L (แพค 24 ชิ้น)	7	435.00	3,045.00
18	ผ้ารองpad (แพค 10 ชิ้น)	14	77.00	1,078.00
19	ยาพ่น Beradual NB (1กล่อง:21dose)	1	480.00	480.00
20	น้ำมันดีเซล	11.36	27.59	313.42
21	กระดาษ A4 (แผ่น)	480	0.22	105.60
22	หมึก printer	480	1.72	825.60
รวมต้นทุนค่าวัสดุ				14,834.12

ตารางที่ 30 ต้นทุนค่าน้ำ ในระบบการดูแลระยะยาวโรงพยาบาลด่านขุนทด

อัตราการไหล ของน้ำ/นาทีย (ลิตร)	เวลาที่ใช้น้ำ (นาทีย)	รวม น้ำที่ ใช้ไป	ลูกบาศก์ ลิตร	อัตราค่าน้ำ ลบ. ลิตร (บาท)	รวมเป็นเงิน (บาท)	จำนวน ผู้สูงอายุ(คน)	จำนวนเงิน (บาท)
6	3	18	0.018	16	0.288	35	20.16

ตารางที่ 31 ต้นทุนค่าน้ำ จำแนกตามสัดส่วนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบการดูแลระยะยาว
โรงพยาบาลด่านขุนทด

กลุ่มผู้สูงอายุ	สัดส่วนของ ผู้สูงอายุ	ค่าน้ำ (บาท)
กลุ่ม1 (n=10)	28.57	5.76
กลุ่ม2 (n=8)	22.86	4.61
กลุ่ม3 (n=9)	25.71	5.18
กลุ่ม4 (n=8)	22.86	4.61
รวม	100.00	20.16

ตารางที่ 32 ต้นทุนค่าไฟฟ้ารวม ในระบบการดูแลระยะยาวโรงพยาบาลด่านขุนทด

สถานที่	จำนวน	กำลังไฟ หน่วย (วัตต์)	กำลังไฟ ทั้งหมด (วัตต์)	กิโลวัตต์/ ชั่วโมง	อัตราค่า ไฟฟ้า KW/h r (บาท)	ค่าไฟฟ้า/ ชม. (บาท)	จำนวน ชม./วัน	ค่าไฟฟ้า/ วัน (บาท)	จำนวนวันที่ ทำงาน (วัน)	จำนวนค่า ไฟฟ้า (บาท)
หลอดไฟนีออน ขนาด 36 วัตต์	6	36.00	216	0.216	3.56	0.77	1	0.77	41	31.53
ชุดคอมพิวเตอร์	1	500.00	500.0	0.500	3.56	1.78	1	1.78	41	72.98
เครื่องปริ้นเตอร์	1	1,030.00	1,030.0	1.030	3.56	3.67	0.5	1.83	41	75.17
รวมค่าไฟฟ้าทั้งหมด										179.68

ตารางที่ 33 ต้นทุนค่าไฟฟ้า จำแนกตามสัดส่วนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบการดูแลระยะยาว
โรงพยาบาลด่านขุนทด

กลุ่มผู้สูงอายุ	สัดส่วนของ ผู้สูงอายุ	ค่าไฟฟ้า (บาท)
กลุ่ม1 (n=10)	28.57	51.34
กลุ่ม2 (n=8)	22.86	41.07
กลุ่ม3 (n=9)	25.71	46.20
กลุ่ม4 (n=8)	22.86	41.07
รวม	100.00	179.68

ตารางที่ 34 ต้นทุนค่าน้ำมันดีเซล จำแนกตามประเภทผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบการดูแลระยะยาว
โรงพยาบาลด่านขุนทด

กลุ่มผู้สูงอายุ	จำนวนระยะทาง (กม.)	อัตราการ สิ้นเปลือง (กม./ ลิตร)	จำนวนน้ำมัน ดีเซล (ลิตร)	ราคาน้ำมันดีเซล (บาท/ลิตร) ณ วันที่ 29 มี.ค. 61	รวมต้นทุนค่า น้ำมัน (บาท)
กลุ่ม1 (n=10)	61	11	5.55	27.59	153.12
กลุ่ม2 (n=8)	49	11	4.45	27.59	122.78
กลุ่ม3 (n=9)	83	11	7.55	27.59	208.30
กลุ่ม4 (n=8)	125	11	11.36	27.59	313.42
รวม	318	-	28.91	-	1,595.22

3. ต้นทุนค่าลงทุน

3.1 ต้นทุนค่าเสื่อมอาคารสถานที่

วิธีหาค่าเสื่อมราคาอาคารสถานที่ การดูแลระยะยาวอยู่ที่ชั้น 1 ของอาคารสิริกิตต์ โดยใช้พื้นที่ร่วมกัน คลินิกโรคไม่ติดต่อ และ มีอีกส่วนหนึ่งของงานการดูแล palliative/ผู้สูงอายุ ที่ตั้งอยู่ที่ชั้น 2 ของอาคารภูมิพล ในการคิดราคาค่าเสื่อมครั้งนี้ จะคิดค่าเสื่อมของอาคารสถานที่เฉพาะ ส่วนของงานการดูแลระยะยาว โดยไม่รวมพื้นที่ของหน่วยงานคลินิกโรคไม่ติดต่อ และคิดค่าเสื่อมของอาคารสถานที่ของงานการดูแล palliative/ผู้สูงอายุเท่านั้น โดยคำนวณค่าเสื่อมโดยวิธีเส้นตรง (Straight line method) แต่ละปีเท่าๆกัน ตามอายุการใช้งานเป็นจำนวนปีที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ถ้าพบว่าครุภัณฑ์นั้นๆมีอายุการใช้งานที่ครบตามอายุการใช้งานที่กำหนดตามปีที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด แสดงว่าวัสดุครุภัณฑ์นั้นๆ ไม่ต้องคิดคำนวณเป็นต้นทุน หรือให้แทนค่าเป็นต้นทุน มีมูลค่า 1 บาท (รายละเอียดตามตารางที่ 35 - 36)

$$\text{ค่าเสื่อมต่อปี} = \frac{\text{ราคาครุภัณฑ์}}{\text{จำนวนปีที่ใช้งาน}}$$

ต้นทุนอาคารสถานที่ = (ราคาค่าอาคารชนิดนั้นๆ - ค่าเสื่อมอาคารชนิดนั้นๆ) นำมารวมกัน

3.2 ต้นทุนค่าเสื่อมครุภัณฑ์

1) วิธีหาค่าเสื่อมราคาครุภัณฑ์ทางการแพทย์ โดยนำรายการครุภัณฑ์ทางการแพทย์ คำนวณค่าเสื่อมสภาพตามเวลาที่ผ่านไป โดยกำหนดอายุการใช้งานเป็นจำนวนปีตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด คิดค่าเสื่อมราคาโดยวิธีเส้นตรง (Straight line method) แต่ละปีเท่าๆกัน ตลอดอายุการใช้งานของครุภัณฑ์นั้นๆ โดยใช้สูตรการคำนวณ จากนั้นนำราคาค่าครุภัณฑ์ทั้งหมด ลบด้วย ค่าเสื่อมราคาของครุภัณฑ์นั้นๆ หลังจากนั้นนำต้นทุนครุภัณฑ์นั้นมารวมกัน หาดด้วยจำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับบริการการดูแลระยะยาว ถ้าพบว่าครุภัณฑ์นั้นๆมีอายุการใช้งานที่ครบตามอายุการใช้งานที่กำหนดตามปีที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด แสดงว่าวัสดุครุภัณฑ์นั้นๆ ไม่ต้องคิดคำนวณเป็นต้นทุน หรือให้แทนค่าเป็นต้นทุนมีมูลค่า 1 บาท (รายละเอียดตามตารางที่ 37 - 40)

$$\text{ค่าเสื่อมต่อปี} = \frac{\text{ราคาครุภัณฑ์}}{\text{จำนวนปีที่ใช้งาน}}$$

ต้นทุนครุภัณฑ์การแพทย์ทั้งหมด = (ราคาค่าครุภัณฑ์ชนิดนั้นๆ - ค่าเสื่อมครุภัณฑ์ชนิดนั้นๆ) นำมารวมกัน

2) วิธีหาค่าเสื่อมราคาครุภัณฑ์สำนักงาน โดยนำรายการครุภัณฑ์สำนักงาน คำนวณค่าเสื่อมสภาพตามเวลาที่ผ่านไป โดยกำหนดอายุการใช้งานเป็นจำนวนปีตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด คิดค่าเสื่อมราคาโดยวิธีเส้นตรง (Straight line method) แต่ละปีเท่าๆกัน ตลอดอายุการใช้งานของครุภัณฑ์นั้น โดยใช้สูตรการคำนวณ จากนั้นนำราคาค่าครุภัณฑ์ทั้งหมด ลบด้วย ค่าเสื่อมราคาของครุภัณฑ์นั้นๆ หลังจากนั้นนำต้นทุนครุภัณฑ์นั้นมารวมกัน หาดด้วยจำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับบริการการดูแลระยะยาว ถ้าพบว่าครุภัณฑ์นั้นมีอายุการใช้งานที่ครบตามอายุการใช้งานที่กำหนดตามปีที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด แสดงว่าวัสดุครุภัณฑ์นั้นๆ ไม่ต้องคิดคำนวณเป็นต้นทุน หรือให้แทนค่าเป็นต้นทุนมีมูลค่า 1 บาท (รายละเอียดตามตารางที่ 21 - 24)

$$\text{ค่าเสื่อมต่อปี} = \frac{\text{ราคาครุภัณฑ์}}{\text{จำนวนปีที่ใช้งาน}}$$

ต้นทุนครุภัณฑ์ต่อหน่วย = (ราคาค่าครุภัณฑ์ชนิดนั้นๆ - ค่าเสื่อมครุภัณฑ์ชนิดนั้นๆ) นำมารวมกัน

ตารางที่ 35 ต้นทุนค่าอาคารสถานที่ ในระบบการดูแลระยะยาว โรงพยาบาลด่านขุนทด

อาคาร	ว/ด/ป ที่รับ	อายุ อาคาร (ปี)	จำนวน ชั้น	ราคาก่อสร้าง	พื้นที่ใช้ สอย ทั้งหมด (ตรม.)	พื้นที่ใช้สอย ของLTC (ตรม.)	ร้อยละ พื้นที่ใช้ สอย	ค่าพ.ต่อตรม.	ค่าพ. เฉพาะ LTC	ค่าเสื่อมต่อปี เฉพาะ LTC	ค่าเสื่อมทั้งหมด (จำนวนปี x ค่า เสื่อมต่อปี)	ต้นทุนค่าอาคารสถานที่ (ราคาค่าต้นทุน(LTC) - ค่า เสื่อมทั้งหมด)	คิดค่าต้นทุน 2 เดือน (บาท)
ตึกอุบัติเหตุ	2533	28	1	1,400,000.00	252	36	14.29	5,555.56	200,000.00	8,000.00	224,000.00	1.00	1.00
ตึกสรีรคดี	2537	24	4	15,000,000.00	672	12	1.79	22,321.43	267,857.16	10,714.29	257,142.96	10,714.20	1,785.70
รวมต้นทุนอาคารสถานที่												1,786.70	

ตารางที่ 36 ต้นทุนค่าอาคารสถานที่ จำแนกตามสัดส่วนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบการดูแลระยะยาว โรงพยาบาลด่านขุนทด

กลุ่มผู้สูงอายุ	สัดส่วนของผู้สูงอายุ	ต้นทุนอาคารสถานที่ (บาท)
กลุ่ม1 (n=10)	28.57	510.46
กลุ่ม2 (n=8)	22.86	408.44
กลุ่ม3 (n=9)	25.71	459.36
กลุ่ม4 (n=8)	22.86	408.44
รวม	100.00	1,786.70

ตารางที่ 37 ต้นทุนครุภัณฑ์ทางการแพทย์ และต้นทุนครุภัณฑ์สำนักงาน ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่ 1 (n=10) ในระบบการดูแลระยะยาว
โรงพยาบาลดำนงชุมพุด

รายการ	ว/ด/ป ที่รับ	อายุ ครุภัณฑ์ (ปี)	จำ นวน	ราคาต่อ หน่วย	ราคา ครุภัณฑ์	ค่าเสื่อม ต่อ ปี	ค่าเสื่อม ทั้งหมด	ต้น ทุน ครุภัณฑ์	ต้น ทุน ครุภัณฑ์ 2 เดือน (บาท)	ปีส่วนตาม		ต้น ทุน ครุภัณฑ์ ทาง การแพทย์ และ สำนักงาน
										จำนวนกลุ่ม	ผู้สูงอายุติด บ้านกลุ่มที่ 1	
ไม้เท้า 3 ขา	2560	1	7	380.00	2,660.00	76.00	532.00	2,128.00	354.67	100.00	354.67	354.67
เครื่องวัดความดันโลหิต ชนิดวัดด้วยมือ	2550	11	1	40,000.00	40,000.00	8,000.00	88,000.00	-48,000.00	1.00	28.57	0.29	0.29
เครื่องเจาะ dx	2558	3	1	2,000.00	2,000.00	400.00	1,200.00	800.00	133.33	28.57	38.09	38.09
computer	2557	4	1	22,000.00	22,000.00	4,400.00	17,600.00	4,400.00	733.33	28.57	209.51	209.51
printer	2560	1	1	25,000.00	25,000.00	5,000.00	5,000.00	20,000.00	3,333.33	28.57	952.33	952.33
รถบีคัพ 4 ประตู่	2556	5	1	896,000.00	896,000.00	179,200.00	896,000.00	-	1.00	28.57	0.29	0.29
รวมต้นทุนครุภัณฑ์ทั้งหมด											1,555.18	

ตารางที่ 38 ต้นทุนครุภัณฑ์ทางการแพทย์ และต้นทุนครุภัณฑ์สำนักงาน ผู้สูงอายุกลุ่มเด็ที่บ้านที่ 2 (n=8) ในระบบการดูแลระยะยาว โรงพยาบาล
ด่านขุนทด

รายการ	ว/ด/ป ที่รับ	อายุ ครุภัณฑ์ จำนวน ปี (ปี)	ราคาต่อ หน่วย	ราคา ครุภัณฑ์	ค่าเสื่อมต่อ ปี	ค่าเสื่อมรวม ทั้งหมด	ต้นทุน ครุภัณฑ์ เดือน (บาท)	ต้นทุน ครุภัณฑ์ทาง การแพทย์ และ สำนักงาน
ต้นทุนครุภัณฑ์ทางการแพทย์และสำนักงาน								
เตียงลม (alpha bed)	2559	2	1	4,990.00	998.00	1,996.00	499.00	499.00
ไม้เท้า 3 ขา (อัน)	2560	1	7	380.00	76.00	532.00	354.67	354.67
เครื่องวัดความดันโลหิตชนิด วัดด้วยมือ	2550	11	1	40,000.00	8,000.00	88,000.00	1.00	0.23
เครื่องเจาะ dtx	2558	3	1	2,000.00	400.00	1,200.00	133.33	30.48
computer	2557	4	1	22,000.00	4,400.00	17,600.00	733.33	167.64
printer	2560	1	1	25,000.00	5,000.00	5,000.00	3,333.33	762.00
รถปิคอัพ 4 ประตู	2556	5	1	896,000.00	179,200.00	896,000.00	1.00	0.23
รวมต้นทุนครุภัณฑ์ทั้งหมด								1,814.25

ตารางที่ 39 ต้นทุนครุภัณฑ์ทางการแพทย์ และต้นทุนครุภัณฑ์สำนักงาน ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่ 3 (n=9) ในระบบการดูแลระยะยาว
โรงพยาบาลด่านขุนทด

รายการ	ว/ด/ป ที่รับ	อายุ ครุภัณฑ์ จำนวน ปี (ปี)	ราคาต่อ หน่วย	ราคา ครุภัณฑ์	ค่าเสื่อมต่อปี	ค่าเสื่อมรวม ทั้งหมด	ต้นทุน ครุภัณฑ์	ต้นทุน ครุภัณฑ์ 2 เดือน (บาท)	ปีส่วนตาม จำนวนกลุ่ม ผู้สูงอายุติด บ้านกลุ่มที่ 3	ต้นทุนครุภัณฑ์ ทางการแพทย์ และสำนักงาน
ต้นทุนครุภัณฑ์ทางการแพทย์และสำนักงาน										
เตียงผู้ป่วย	2555	6	27,000.00	54,000.00	5,400.00	64,800.00	-10,800.00	1.00	100.00	1.00
alpha bed	2559	2	4,990.00	24,950.00	998.00	9,980.00	14,970.00	2,495.00	100.00	2,495.00
เครื่องดูดเสมหะ	2559	2	5,600.00	5,600.00	1,120.00	2,240.00	3,360.00	560.00	100.00	560.00
เครื่องพ่นยา และผลิต ออกซิเจน	2557	4	38,900.00	77,800.00	7,780.00	62,240.00	15,560.00	2,593.33	100.00	2,593.33
รถเข็นนั่ง	2557	4	7,000.00	14,000.00	1,400.00	11,200.00	2,800.00	466.67	100.00	466.67
เครื่องวัดความดันโลหิต ชนิดวัดด้วยมือ	2550	11	40,000.00	40,000.00	8,000.00	88,000.00	48,000.00	1.00	25.71	0.26
เครื่องเจาะ dtx	2558	3	2,000.00	2,000.00	400.00	1,200.00	800.00	133.33	25.71	34.28
computer	2557	4	22,000.00	22,000.00	4,400.00	17,600.00	4,400.00	733.33	25.71	188.54
printer	2560	1	25,000.00	25,000.00	5,000.00	5,000.00	20,000.00	3,333.33	25.71	857.00
รถปิคอัพ 4 ประตู	2556	5	896,000.00	896,000.00	179,200.00	896,000.00	-	1.00	25.71	0.26
รวมต้นทุนครุภัณฑ์ทั้งหมด										7,196.34

ตารางที่ 40 ต้นทุนครุภัณฑ์ทางการแพทย์ และต้นทุนครุภัณฑ์สำนักงาน ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่ 4 (n=8) ในระบบการดูแลระยะยาว
โรงพยาบาลด่านขุนทด

รายการ	ว/ด/ป ที่รับ	อายุ ครุภัณฑ์ (ปี)	จำนวน	ราคาต่อ หน่วย	ราคา ครุภัณฑ์	ค่าเสื่อมต่อ ปี	ค่าเสื่อมรวม ทั้งหมด	ต้นทุน ครุภัณฑ์	ปีส่วน			
									ตาม จำนวน กลุ่ม ผู้สูงอายุ ติดบ้าน กลุ่มที่ 4	ต้นทุน ครุภัณฑ์ 2 เดือน (บาท)	ต้นทุน ครุภัณฑ์	ต้นทุน ครุภัณฑ์ทาง การแพทย์ และ สำนักงาน
ต้นทุนครุภัณฑ์ทางการแพทย์และสำนักงาน												
เตียงผู้ป่วย	2555	6	4	27,000.00	108,000.00	5,400.00	129,600.00	-21,600.00	1.00	100.00	1.00	1.00
alpha bed	2559	2	4	4,990.00	19,960.00	998.00	7,984.00	11,976.00	1,996.00	100.00	1,996.00	1,996.00
เครื่องดูดเสมหะ	2559	2	1	5,600.00	5,600.00	1,120.00	2,240.00	3,360.00	560.00	100.00	560.00	560.00
เครื่องพ่นยา และ ผลิตออกซิเจน	2557	4	4	38,900.00	155,600.00	7,780.00	124,480.00	31,120.00	5,186.67	100.00	5,186.67	5,186.67
รถเข็นนั่ง	2557	4	1	7,000.00	7,000.00	1,400.00	5,600.00	1,400.00	233.33	100.00	233.33	233.33
เครื่องวัดความดัน โลหิตชนิดวัดด้วยมือ	2550	11	1	40,000.00	40,000.00	8,000.00	88,000.00	- 48,000.00	1.00	22.86	0.23	0.23
เครื่องเจาะ dx	2558	3	1	2,000.00	2,000.00	400.00	1,200.00	800.00	133.33	22.86	30.48	30.48
computer	2557	4	1	22,000.00	22,000.00	4,400.00	17,600.00	4,400.00	733.33	22.86	167.64	167.64
printer	2560	1	1	25,000.00	25,000.00	5,000.00	5,000.00	20,000.00	3,333.33	22.86	762.00	762.00
รถปัดกวาด 4 ประจุ	2556	5	1	896,000.00	896,000.00	179,200.00	896,000.00	-	1.00	22.86	0.23	0.23
รวมต้นทุนครุภัณฑ์ทั้งหมด											8,937.58	

4. เวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบการดูแลระยะยาว โรงพยาบาลด่านขุนทด

ตารางที่ 41 พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล จำนวนครั้งที่เก็บ เวลาเฉลี่ย (Average time: Avg) และเวลาที่สมดุล (Balance time: B.T.) จำแนกตามกิจกรรมการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้านที่ 1 (ADL 5-11 คะแนน และเคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง)

กิจกรรมการพยาบาล	จำนวนครั้งที่เก็บ	Avg. (นาที)	R	B.T. (นาที)
1. กิจกรรมการจัดทำข้อมูลผู้สูงอายุที่ต้องการดูแลช่วยเหลือทั้งเชิงรับและเชิงรุก				
1.1 คัดแยกผู้สูงอายุ ตามกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง	10	10.60	95	10.07
1.2 ลงทะเบียนผู้สูงอายุจำแนกตามกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	10	9.90	95	9.41
รวม		20.50		19.48
2. ประเมิน คัดกรองผู้สูงอายุ				
2.1 ประเมินสุขภาพเบื้องต้น วินิจฉัยปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ	10	14.60	95	13.87
รวม		14.60		13.87
3. จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล Care plan, Weekly plan				
3.1 การติดต่อประสานงานทีมสหสาขาวิชาชีพ และรพ.สต. ในการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล	10	12.70	95	12.07
3.2 จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล	10	14.60	95	13.87
รวม		27.30		25.94
4. จัดทำ Case conference				
4.1 ประชุมวางแผนการดูแลรักษา และแผนการพยาบาล โดยทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่าย	10	13.50	95	12.83
รวม		13.50		12.83

ตารางที่ 41 (ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาล	จำนวน ครั้งที่เก็บ	Avg. (นาท)	R	B.T. (นาท)
4. จัดทำ Case conference				
4.1 ประชุมวางแผนการดูแลรักษา และแผนการพยาบาล โดยทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่าย	10	13.50	95	12.83
รวม		13.50		12.83
5. ประสานการปฏิบัติงาน การดูแลผู้สูงอายุตามแผนการดูแล				
5.1 ประสานงานในการเตรียมออกเยี่ยมบ้าน	10	10.10	95	9.60
5.2 จัดเตรียมอุปกรณ์และยานพาหนะในการเยี่ยมบ้าน	10	13.60	95	12.92
รวม		23.70		22.52
6. ประชุมและวางแผนการออกเยี่ยมบ้าน				
6.1 การออกเยี่ยมบ้าน	10	17.90	95	17.01
รวม		17.90		17.01
7. บริหารจัดการและควบคุมกำกับ Care giver				
7.1 พัฒนาความสามารถและประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล (Care giver)	10	15.00	95	14.25
รวม		15.00		14.25
8. ทบทวนแผนการดูแล ปรับปรุงและจัดทำแผนการดูแลใหม่ให้เหมาะสม				
8.1 สรุปปัญหา รวมทั้งแนวทางการช่วยเหลือ ในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน	10	12.00	95	11.40
8.2 ลงบันทึกรายงานในโปรแกรม HOSxP และ Thaicoc	10	24.10	95	22.90
รวม		36.10		34.30

ตารางที่ 42 พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล จำนวนครั้งที่เก็บ เวลาเฉลี่ย (Average time: Avg) และเวลาที่สมดุล (Balance time: B.T.) จำแนกตามกิจกรรมการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้านที่ 2 (ADL 5-11 คะแนน และเคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่ายแต่มีภาวะสับสนทางสมอง)

กิจกรรมการพยาบาล	จำนวนครั้งที่เก็บ	Avg. (นาที)	R	B.T. (นาที)
1. กิจกรรมการจัดทำข้อมูลผู้สูงอายุที่ต้องการดูแลช่วยเหลือทั้งเชิงรับและเชิงรุก				
1.1 คัดแยกผู้สูงอายุ ตามกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง	8	12.63	95	11.99
1.2 ลงทะเบียนผู้สูงอายุจำแนกตามกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	8	13.63	95	12.94
รวม		26.25		24.93
2. ประเมิน คัดกรองผู้สูงอายุ				
2.1 ประเมินสุขภาพเบื้องต้น วินิจฉัยปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ	8	15.00	95	14.25
รวม		15.00		14.25
3. จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล Care plan, Weekly plan				
3.1 การติดต่อประสานงานทีมสหสาขาวิชาชีพและรพ.สต. ในการทำแผนการดูแลรายบุคคล	8	13.63	95	12.94
3.2 จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล	8	14.75	95	14.01
รวม		28.38		26.95
4. จัดทำ Case conference				
4.1 ประชุมวางแผนการดูแลรักษา และแผนการพยาบาล โดยทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่าย	8	14.50	95	13.78
รวม		14.50		13.78

ตารางที่ 42 (ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาล	จำนวนครั้งที่เก็บ	Avg. (นาท)	R	B.T. (นาท)
รวม		14.50		13.78
5. ประสานการปฏิบัติงาน การดูแลผู้สูงอายุ ตามแผนการดูแล				
5.1 ประสานงานในการเตรียมออกเยี่ยมบ้าน	8	14.25	95	13.54
5.2 จัดเตรียมอุปกรณ์และยานพาหนะในการ เยี่ยมบ้าน	8	14.00	95	13.30
รวม		28.25		26.84
6. ประชุมและวางแผนการออกเยี่ยมบ้าน				
6.1 การออกเยี่ยมบ้าน	8	21.38	95	20.31
รวม		21.38		20.31
7. บริหารจัดการและควบคุมกำกับ Care giver				
7.1 พัฒนาความ สามารถและประเมิน ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล (Care giver)	8	18.50	95	17.58
รวม		18.50		17.58
8. ทบทวนแผนการดูแล ปรับปรุงและจัดทำ แผนการดูแลใหม่ให้เหมาะสม				
8.1 สรุปัญห ารวมทั้งแนวทางการช่วยเหลือ ใน การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน	8	16.75	95	15.91
8.2 ลงบันทึกรายงานในโปรแกรม HOSxP และ Thaico	8	24.75	95	23.51
รวม		41.50		39.42

ตารางที่ 43 พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล จำนวนครั้งที่เก็บ เวลาเฉลี่ย (Average time: Avg) และเวลาที่สมดุล (Balance time: B.T.) จำแนกตามกิจกรรมการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มติดเตียงที่ 3 (ADL 0-4 คะแนน และเคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่ายหรือมีอาการที่เจ็บป่วยรุนแรง)

กิจกรรมการพยาบาล	จำนวนครั้งที่เก็บ	Avg. (นาที)	R	B.T. (นาที)
1. กิจกรรมการจัดทำข้อมูลผู้สูงอายุที่ต้องการดูแลช่วยเหลือทั้งเชิงรับและเชิงรุก				
1.1 คัดแยกผู้สูงอายุ ตามกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง	9	13.56	95	12.88
1.2 ลงทะเบียนผู้สูงอายุจำแนกตามกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	9	15.33	95	14.57
รวม		28.89		27.45
2. ประเมิน คัดกรองผู้สูงอายุ				
2.1 ประเมินสุขภาพเบื้องต้น วินิจฉัยปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ	9	17.33	95	16.47
รวม		17.33		16.47
3. จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล Care plan, Weekly plan				
3.1 การติดต่อประสานงานทีมสหสาขาวิชาชีพและรพ.สต. ในการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล	9	17.11	95	16.26
3.2 จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล	9	18.56	95	17.63
รวม		35.67		33.89
4. จัดทำ Case conference				
4.1 ประชุมวางแผนการดูแลรักษา และแผนการพยาบาล โดยทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่าย	9	23.33	95	22.17
รวม		23.33		22.17

ตารางที่ 43 (ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาล	จำนวนครั้งที่เก็บ	Avg. (นาที)	R	B.T. (นาที)
5. ประสานการปฏิบัติงาน การดูแลผู้สูงอายุตามแผนการดูแล				
5.1 ประสานงานในการเตรียมออกเยี่ยมบ้าน	9	17.67	95	16.78
5.2 จัดเตรียมอุปกรณ์และยานพาหนะในการเยี่ยมบ้าน	9	15.22	95	14.46
รวม		32.89		31.24
6. ประชุมและวางแผนการออกเยี่ยมบ้าน				
6.1 การออกเยี่ยมบ้าน	9	38.89	95	36.94
รวม		38.89		36.94
7. บริหารจัดการและควบคุมกำกับ Care giver				
7.1 พัฒนาความสามารถและประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล (Care giver)	9	29.11	95	27.66
รวม		29.11		27.66
8. ทบทวนแผนการดูแล ปรับปรุงและจัดทำแผนการดูแลใหม่ให้เหมาะสม				
8.1 สรุปรายปัญหา รวมทั้งแนวทางการช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน	9	18.56	95	17.63
8.2 ลงบันทึกรายงานในโปรแกรม HOSxP และ Thaicoc	9	26.11	95	24.81
รวม		44.67		42.43

ตารางที่ 44 พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล จำนวนครั้งที่เก็บ เวลาเฉลี่ย (Average time: Avg) และเวลาที่สมดุล (Balance time: B.T.) จำแนกตามกิจกรรมการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงที่ 4 (ADL 0-4 คะแนน และเคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่ายและมีอาการที่เจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต)

กิจกรรมการพยาบาล	จำนวนครั้งที่เก็บ	Avg. (นาที)	R	B.T. (นาที)
1. กิจกรรมการจัดทำข้อมูลผู้สูงอายุที่ต้องการดูแลช่วยเหลือทั้งเชิงรับและเชิงรุก				
1.1 คัดแยกผู้สูงอายุ ตามกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง	8	14.25	95	13.54
1.2 ลงทะเบียนผู้สูงอายุจำแนกตามกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	8	16.50	95	15.68
รวม		30.75		29.22
2. ประเมิน คัดกรองผู้สูงอายุ				
2.1 ประเมินสุขภาพเบื้องต้น วินิจฉัยปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ	8	19.50	95	18.53
รวม		19.50		18.53
3. จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล Care plan, Weekly plan				
3.1 การติดต่อประสานงานทีมสหสาขาวิชาชีพและรพ.สต. ในการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล	8	18.38	95	17.46
3.2 จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล	8	20.88	95	19.83
รวม		39.25		37.29
4. จัดทำ Case conference				
4.1 ประชุมวางแผนการดูแลรักษา และแผนการพยาบาล โดยทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่าย	8	24.25	95	23.04
รวม		24.25		23.04

ตารางที่ 44 (ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาล	จำนวนครั้งที่เก็บ	Avg. (นาที)	R	B.T. (นาที)
5. ประสานการปฏิบัติงาน การดูแลผู้สูงอายุตามแผนการดูแล				
5.1 ประสานงานในการเตรียมออกเยี่ยมบ้าน	8	18.00	95	17.10
5.2 จัดเตรียมอุปกรณ์และยานพาหนะในการเยี่ยมบ้าน	8	15.63	95	14.84
รวม		33.63		31.94
6. ประชุมและวางแผนการออกเยี่ยมบ้าน				
6.1 การออกเยี่ยมบ้าน	8	40.63	95	38.59
รวม		40.63		38.59
7. บริหารจัดการและควบคุมกำกับ Care giver				
7.1 พัฒนาความสามารถและประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล (Care giver)	8	29.63	95	28.14
รวม		29.63		28.14
8. ทบทวนแผนการดูแล ปรับปรุงและจัดทำแผนการดูแลใหม่ให้เหมาะสม				
8.1 สรุปรายปัญหา รวมทั้งแนวทางการช่วยเหลือ ในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน	8	20.00	95	19.00
8.2 ลงบันทึกรายงานในโปรแกรม HOSxP และ Thaico	8	27.25	95	25.89
รวม		47.25		44.89

ตารางที่ 45 พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล จำนวนครั้งที่เก็บ เวลาเฉลี่ย (Average time: Avg) และเวลาที่สมดุล (Balance time: B.T.) เฉลี่ยในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้ง 4 กลุ่ม

กิจกรรมการพยาบาล	จำนวนครั้งที่เก็บ	Avg. (นาที)	R	B.T. (นาที)
1. กิจกรรมการจัดทำข้อมูลผู้สูงอายุที่ต้องการดูแลช่วยเหลือทั้งเชิงรับและเชิงรุก				
1.1 คัดแยกผู้สูงอายุ ตามกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง	35	12.76	95	12.12
1.2 ลงทะเบียนผู้สูงอายุจำแนกตามกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	35	13.84	95	13.15
รวม		26.60		25.27
2. ประเมิน คัดกรองผู้สูงอายุ				
2.1 ประเมินสุขภาพเบื้องต้น วินิจฉัยปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ	35	16.61	95	15.78
รวม		16.61		15.78
3. จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล Care plan, Weekly plan				
3.1 การติดต่อประสานงานทีมสหสาขาวิชาชีพและรพ.สต. ในการทำแผนการดูแลรายบุคคล	35	15.45	95	17.46
3.2 จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล	35	17.20	95	19.83
รวม		36.25		31.02
4. จัดทำ Case conference				
4.1 ประชุมวางแผนการดูแลรักษา และแผนการพยาบาล โดยทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่าย	35	18.91	95	17.96
รวม		18.91		17.96

ตารางที่ 45 (ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาล	จำนวนครั้งที่เก็บ	Avg. (นาที)	R	B.T. (นาที)
5. ประสานการปฏิบัติงาน การดูแลผู้สูงอายุตามแผนการดูแล				
5.1 ประสานงานในการเตรียมออกเยี่ยมบ้าน	35	15.01	95	14.26
5.2 จัดเตรียมอุปกรณ์และยานพาหนะในการเยี่ยมบ้าน	35	14.61	95	13.88
รวม		29.62		28.14
6. ประชุมและวางแผนการออกเยี่ยมบ้าน				
6.1 การออกเยี่ยมบ้าน	35	29.70	95	28.22
รวม		29.70		28.22
7. บริหารจัดการและควบคุมกำกับ Care giver				
7.1 พัฒนาความสามารถและประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล (Care giver)	35	23.06	95	21.91
รวม		23.06		21.91
8. ทบทวนแผนการดูแล ปรับปรุงและจัดทำแผนการดูแลใหม่ให้เหมาะสม				
8.1 สรุปปัญหา รวมทั้งแนวทางการช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน	35	16.83	95	15.99
8.2 ลงบันทึกรายงานในโปรแกรม HOSxP และ Thaicoc	35	25.56	95	24.28
รวม		42.39		40.27

5. ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบการดูแลระยะยาวโรงพยาบาล ด้านชุมชน

คำนวณหาต้นทุนกิจกรรมการพยาบาล โดยเอาต้นทุนค่าแรงต่อนาที คูณกับค่าเวลาที่สมดุล (Balance time) ของแต่ละกิจกรรมจะได้ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลของแต่ละกิจกรรม และจำแนกผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็น 4 กลุ่ม คือ กลุ่มติดบ้านที่ 1, กลุ่มติดบ้านที่ 2, กลุ่มติดเตียงที่ 3 และกลุ่มติดเตียงที่ 4 โดยกิจกรรมการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มทั้ง 4 กลุ่ม ประกอบด้วย 8 กิจกรรมหลัก 12 กิจกรรมย่อย มีกิจกรรมหลัก ดังนี้ 1) กิจกรรมการจัดทำข้อมูลผู้สูงอายุที่ต้องการดูแลช่วยเหลือทั้งเชิงรับและเชิงรุก 2) ประเมิน คัดกรองผู้สูงอายุ 3) จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล Care plan, Weekly plan 4) จัดทำ Case conference 5) ประสานการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุตามแผนการดูแล 6) ประชุมและวางแผนการออกเยี่ยมบ้าน 7) บริหารจัดการและควบคุมกำกับ Care giver และ 8) ทบทวนแผนการดูแล ปรับปรุงและจัดทำแผนการดูแลใหม่ให้เหมาะสม (รายละเอียดตามตารางที่ 46 – 49)

5.1 ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มติดบ้านที่ 1 ADL 5-11 คะแนน และเคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง

ตารางที่ 46 ต้นทุนต่อหน่วยกิจกรรม จำนวนครั้งที่ปฏิบัติกิจกรรม ต้นทุนรวมของแต่ละกิจกรรม จำแนกตามกิจกรรมการพยาบาล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มติดบ้านที่ 1

กิจกรรมการพยาบาล	เวลาที่สมมูล (นาทีก)	ค่าแรงต่อนาทีก (บาท)	ต้นทุนต่อหน่วยกิจกรรม (บาท)	จำนวนครั้งปฏิบัติกิจกรรม (ครั้ง)	ต้นทุนรวม (บาท)
1. กิจกรรมการจัดทำข้อมูลผู้สูงอายุที่					
ต้องการดูแลช่วยเหลือทั้งเชิงรับและเชิงรุก					
1.1 คัดแยกผู้สูงอายุ ตามกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง	10.07	3.36	33.84	10	338.40
1.2 ลงทะเบียนผู้สูงอายุจำแนกตามกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	9.41	3.36	31.62	10	316.20
รวม					654.60
2. ประเมิน คัดกรองผู้สูงอายุ					
2.1 ประเมินสุขภาพเบื้องต้น วินิจฉัยปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ	13.87	3.36	46.60	10	466.00
รวม					466.00
3. จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล Care plan, Weekly plan					
3.1 การติดต่อประสานงานทีมสหสาขาวิชาชีพ และรพ.สต. ในการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล	12.07	3.36	40.56	10	405.60
3.2 จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล	13.87	3.36	46.60	10	466.00
รวม					871.60

ตารางที่ 46 (ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาล	เวลาที่ สมมูล (B.T.) (นาที)	ค่าแรงต่อ นาที (บาท)	ต้นทุนต่อ หน่วย กิจกรรม (บาท)	จำนวนครั้ง ปฏิบัติ กิจกรรม (ครั้ง)	ต้นทุนรวม (บาท)
4. จัดทำ Case conference					
4.1 ประชุมวางแผนการดูแลรักษา และแผนการ พยาบาล โดยทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่าย	12.83	3.36	43.11	10	431.00
รวม					431.00
5. ประสานการปฏิบัติงาน การดูแล ผู้สูงอายุตามแผนการดูแล					
5.1 ประสานงานในการเตรียมออกเยี่ยมบ้าน	9.60	3.36	32.26	10	322.60
5.2 จัดเตรียมอุปกรณ์และยานพาหนะในการเยี่ยมบ้าน	12.92	3.36	43.41	10	434.10
รวม					756.70
6. ประชุมและวางแผนการออกเยี่ยมบ้าน					
6.1 การออกเยี่ยมบ้าน	17.01	3.36	57.15	10	571.50
รวม					571.50
7. บริหารจัดการและควบคุมกำกับ Care giver					
7.1 พัฒนาความสามารถและประเมิน ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล (Care giver)	14.25	3.36	47.88	10	478.80
รวม					478.80
8. ทบทวนแผนการดูแล ปรับปรุงและ จัดทำแผนการดูแลใหม่ให้เหมาะสม					
8.1 สรุปัญห ารวมทั้งแนวทางการ ช่วยเหลือ ในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน	11.40	3.36	38.30	10	383.00
8.2 ลงบันทึกรายงานในโปรแกรม HOSxP และ Thaicoc	22.90	3.36	76.94	10	769.40
รวม					1,152.40
ต้นทุนรวมกิจกรรมการพยาบาลทั้งหมด					5,382.70

5.2 ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลของพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มติดบ้านที่ 2 ADL 5-11 คะแนน และเคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่ายแต่มีภาวะสับสนทางสมอง

ตารางที่ 47 ต้นทุนต่อหน่วยกิจกรรม จำนวนครั้งที่ปฏิบัติกิจกรรม ต้นทุนรวมของแต่ละกิจกรรม จำแนกตามกิจกรรมการพยาบาล ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มติดบ้านที่ 2

กิจกรรมการพยาบาล	เวลาที่ สมมูล (B.T.)	ค่าแรง ต่อนาที (บาท)	ต้นทุนต่อ หน่วย กิจกรรม (บาท)	จำนวน ครั้งปฏิบัติ กิจกรรม (ครั้ง)	ต้นทุน รวม (บาท)
1. กิจกรรมการจัดทำข้อมูล					
ผู้สูงอายุที่ต้องการดูแลช่วยเหลือ					
ทั้งเชิงรับและเชิงรุก					
1.1 คัดแยกผู้สูงอายุ ตามกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง	11.99	3.36	40.29	8	322.32
1.2 ลงทะเบียนผู้สูงอายุจำแนกตามกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	12.94	3.36	43.48	8	347.84
รวม					670.16
2. ประเมิน คัดกรองผู้สูงอายุ					
2.1 ประเมินสุขภาพเบื้องต้น					
วินิจฉัยปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ	14.25	3.36	47.88	8	383.04
รวม					383.04
3. จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล					
Care plan, Weekly plan					
3.1 การติดต่อประสานงานทีมสหสาขาวิชาชีพ และรพ.สต. ในการทำแผนการดูแลรายบุคคล					
3.1 การติดต่อประสานงานทีมสหสาขาวิชาชีพ และรพ.สต. ในการทำแผนการดูแลรายบุคคล	12.94	3.36	43.48	8	347.84
3.2 จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล					
3.2 จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล	14.01	3.36	47.07	8	376.56
รวม					724.40

ตารางที่ 47 (ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาล	เวลาที่ สมมูล (B.T.)	ค่าแรง ต่อหน้าที่ (บาท)	ต้นทุนต่อ หน่วย กิจกรรม (บาท)	จำนวน ครั้งปฏิบัติ กิจกรรม (ครั้ง)	ต้นทุน รวม (บาท)
4. จัดทำ Case conference					
4.1 ประชุมวางแผนการดูแลรักษา และแผนการพยาบาล โดยทีมสห สาขาวิชาชีพและเครือข่าย	13.78	3.36	46.30	8	370.40
รวม					370.40
5. ประสานการปฏิบัติงาน การดูแล ผู้สูงอายุตามแผนการดูแล					
5.1 ประสานงานในการเตรียมออกเยี่ยมบ้าน	13.54	3.36	45.49	8	363.92
5.2 จัดเตรียมอุปกรณ์และ ยานพาหนะในการเยี่ยมบ้าน	13.30	3.36	44.69	8	357.52
รวม					721.44
6. ประชุมและวางแผนการออก เยี่ยมบ้าน					
6.1 การออกเยี่ยมบ้าน	20.31	3.36	68.24	8	545.92
รวม					545.92
7. บริหารจัดการและควบคุมกำกับ Care giver					
7.1 พัฒนาความสามารถและ ประเมินความสามารถในการดูแล ของผู้ดูแล (Care giver)	17.58	3.36	59.07	8	472.56
รวม					472.56

ตารางที่ 47 (ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาล	เวลาที่ สมดุ (B.T.)	ค่าแรง ต่อนาที (บาท)	ต้นทุนต่อ หน่วย กิจกรรม (บาท)	จำนวน ครั้งปฏิบัติ กิจกรรม (ครั้ง)	ต้นทุน รวม (บาท)
8. ทบทวนแผนการดูแล ปรับปรุง และจัดทำแผนการดูแลใหม่ให้ เหมาะสม					
8.1 สรุปัญหา รวมทั้งแนวทางการ ช่วยเหลือ ในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน	15.91	3.36	53.46	8	427.68
8.2 ลงบันทึกรายงานในโปรแกรม HOSxP และ Thaicoc	23.51	3.36	78.99	8	632.92
รวม					1,059.60
ต้นทุนรวมกิจกรรมการพยาบาลทั้งหมด					4,947.52

5.3 ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มติดเตียงที่ 3 ADL 0-4 คะแนน และเคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่ายหรือมีอาการที่เจ็บป่วยรุนแรง

ตารางที่ 48 ต้นทุนต่อหน่วยกิจกรรม จำนวนครั้งที่ปฏิบัติกิจกรรม ต้นทุนรวมของแต่ละกิจกรรม จำแนกตามกิจกรรมการพยาบาล ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มติดเตียงที่ 3

กิจกรรมการพยาบาล	เวลาที่ สมมูล (B.T.)	ค่าแรง ต่อนาที (บาท)	ต้นทุนต่อ หน่วย กิจกรรม (บาท)	จำนวนครั้ง ปฏิบัติ กิจกรรม (ครั้ง)	ต้นทุนรวม (บาท)
1. กิจกรรมการจัดทำข้อมูลผู้สูงอายุที่					
ต้องการดูแลช่วยเหลือทั้งเชิงรับและเชิงรุก					
1.1 คัดแยกผู้สูงอายุ ตามกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง	12.88	3.36	43.28	9	389.52
1.2 ลงทะเบียนผู้สูงอายุจำแนกตามกลุ่ม ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	14.57	3.36	48.96	9	440.64
รวม					830.16
2. ประเมิน คัดกรองผู้สูงอายุ					
2.1 ประเมินสุขภาพเบื้องต้น วินิจฉัย ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ	16.47	3.36	8.73	9	498.06
รวม					498.06
3. จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล Care plan, Weekly plan					
3.1 การติดต่อประสานงานทีมสหสาขา วิชาชีพ และรพ.สต. ในการทำแผนการดูแล รายบุคคล	16.26	3.36	54.63	9	491.67
3.2 จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล	17.63	3.36	59.24	9	533.16
รวม					1,024.83
4. จัดทำ Case conference					
4.1 ประชุมวางแผนการดูแลรักษา และ แผนการพยาบาล โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ และเครือข่าย	22.17	3.36	74.49	9	670.41
รวม					670.41

ตารางที่ 48 (ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาล	เวลาที่ สมมูล (B.T.)	ค่าแรง ต่อหน้าที่ (บาท)	ต้นทุนต่อ หน่วย กิจกรรม (บาท)	จำนวนครั้ง ปฏิบัติ กิจกรรม (ครั้ง)	ต้นทุนรวม (บาท)
5. ประสานการปฏิบัติงาน การดูแล					
ผู้สูงอายุตามแผนการดูแล					
5.1 ประสานงานในการเตรียมออกเยี่ยม					
บ้าน	16.78	3.36	56.38	9	507.41
5.2 จัดเตรียมอุปกรณ์และยานพาหนะในการเยี่ยมบ้าน	14.46	3.36	48.59	9	437.31
รวม					944.73
6. ประชุมและวางแผนการออกเยี่ยมบ้าน					
6.1 การออกเยี่ยมบ้าน	36.95	3.36	124.15	9	1,117.35
รวม					1,117.35
7. บริหารจัดการและควบคุมกำกับ Care giver					
7.1 พัฒนาความสามารถและประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล (Care giver)					
	27.65	3.36	92.90	9	836.10
รวม					836.10
8. ทบทวนแผนการดูแล ปรับปรุงและจัดทำแผนการดูแลใหม่ให้เหมาะสม					
8.1 สรุปปัญหา รวมทั้งแนวทางการช่วยเหลือ ในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน					
	17.63	3.36	59.24	9	533.16
8.2 ลงบันทึกรายงานในโปรแกรม HOSxP และ ThaicoC					
	24.80	3.36	83.33	9	749.97
รวม					1,283.13
ต้นทุนรวมกิจกรรมการพยาบาลทั้งหมด					7,204.77

5.4 ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มติดเตียงที่ 4 ADL 0-4 คะแนน และเคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่ายและมีอาการที่เจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต

ตารางที่ 49 ต้นทุนต่อหน่วยกิจกรรม จำนวนครั้งที่ปฏิบัติกิจกรรม ต้นทุนรวมของแต่ละกิจกรรม จำแนกตามกิจกรรมการพยาบาล ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มติดเตียงที่ 4

กิจกรรมการพยาบาล	เวลาที่ สมมูล (B.T.)	ค่าแรง ต่อนาที (บาท)	ต้นทุนต่อ หน่วย กิจกรรม (บาท)	จำนวนครั้ง ปฏิบัติ กิจกรรม (ครั้ง)	ต้นทุนรวม (บาท)
1. กิจกรรมการจัดทำข้อมูลผู้สูงอายุที่ ต้องการดูแลช่วยเหลือทั้งเชิงรับและเชิง รุก					
1.1 คัดแยกผู้สูงอายุ ตามกลุ่มที่มีภาวะ พึ่งพิง	13.54	3.36	45.49	8	363.92
1.2 ลงทะเบียนผู้สูงอายุจำแนกตาม กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	15.68	3.36	52.68	8	421.44
รวม					785.36
2. ประเมิน คัดกรองผู้สูงอายุ					
2.1 ประเมินสุขภาพเบื้องต้น วินิจฉัย ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ	18.53	3.36	62.26	8	498.08
รวม					498.08
3. จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล Care plan, Weekly plan					
3.1 การติดต่อประสานงานทีมสหสาขาวิชาชีพ และ รพ.สต. ในการทำแผนการดูแลรายบุคคล	17.46	3.36	58.67	8	469.36
3.2 จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล	19.83	3.36	66.63	8	533.04
รวม					1,002.40

ตารางที่ 49 (ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาล	เวลาที่ สมดุลง (B.T.)	ค่าแรง ต่อวันที่ (บาท)	ต้นทุนต่อหน่วย กิจกรรม (บาท)	จำนวนครั้ง ปฏิบัติ กิจกรรม (ครั้ง)	ต้นทุนรวม (บาท)
4. จัดทำ Case conference					
4.1 ประชุมวางแผนการดูแลรักษา และ แผนการพยาบาล โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ และเครือข่าย	23.04	3.36	77.41	8	619.28
รวม					619.28
5. ประสานการปฏิบัติงาน การดูแล ผู้สูงอายุตามแผนการดูแล					
5.1 ประสานงานในการเตรียมออกเยี่ยมบ้าน	17.10	3.36	57.46	8	459.68
5.2 จัดเตรียมอุปกรณ์และยานพาหนะ ในการเยี่ยมบ้าน	14.84	3.36	49.86	8	398.88
รวม					858.56
6. ประชุมและวางแผนการออกเยี่ยมบ้าน					
6.1 การออกเยี่ยมบ้าน	38.60	3.36	129.70	8	1,037.60
รวม					1,037.60
7. บริหารจัดการและควบคุมกำกับ Care giver					
7.1 พัฒนาความสามารถและประเมินความสามารถ ในการดูแลของผู้ดูแล (Care giver)	28.15	3.36	94.58	8	756.64
รวม					756.64
8. ทบทวนแผนการดูแล ปรับปรุงและ จัดทำแผนการดูแลใหม่ให้เหมาะสม					
8.1 สรุปปัญหา รวมทั้งแนวทางการ ช่วยเหลือ ในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน	19.00	3.36	63.84	8	510.72
8.2 ลงบันทึกรายงานในโปรแกรม HOSxP และ Thaico	25.89	3.36	86.99	8	695.92
รวม					1,206.64
ต้นทุนรวมกิจกรรมการพยาบาลทั้งหมด					6,764.56

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวณปภัช รัตนวิชัย เกิดวันอังคารที่ 26 กรกฎาคม พ.ศ. 2526 ที่จังหวัด นครราชสีมา สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา สมทบมหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อปีการศึกษา 2548 และได้เข้าศึกษาต่อในหลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย ในปี 2557 ปัจจุบันปฏิบัติงาน ตำแหน่งพยาบาลชำนาญการ ระดับ 6 หัวหน้างาน คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลด่านขุนทด อำเภอด่านขุนทด จังหวัด นครราชสีมา

