

การศึกษาต้นทุนการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลชุมชนเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด
Study of the cost of care for psychiatric patients at
Mueang Suang Community Hospital, Roi Et Province.

(Received: March 8,2026 ; Revised: March 12,2026 ; Accepted: March 14,2026)

อัครารวุธ ไจหาญ¹ วิภาดา ปาลศรี² กษวรรณ เทียมวงศ์³
Asarawut Jaihan¹ Wipada Palsri² Kasawan Tiamwong³

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) วิเคราะห์องค์ประกอบต้นทุนการรักษารักษา 2) คำนวณต้นทุนเฉลี่ยต่อรายและต้นทุนต่อหน่วยบริการจำแนกตามกลุ่มโรค 3) เปรียบเทียบต้นทุนระหว่างผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในระหว่างปีงบประมาณ 2565-2567 4) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความแตกต่างของต้นทุนการรักษารักษา และ 5) เสนอแนวทางการจัดการต้นทุนบริการจิตเวช รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงสำรวจ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลังจากระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลเมืองสรวง โดยประยุกต์ใช้วิธีวิเคราะห์ต้นทุนแบบ Activity-Based Costing (ABC) กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเวชผู้ป่วยนอก 1,834 ราย และผู้ป่วยใน 309 ราย ที่ได้รับการวินิจฉัยตามรหัส ICD-10 รหัสโรค F00-F99 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อต้นทุนด้วย Generalized Linear Model (GLM) ร่วมกับ Gamma Distribution and Log Link Function

ผลการวิจัย พบว่า 1) องค์ประกอบต้นทุนทางตรงของผู้ป่วยนอกสูงสุด ได้แก่ ค่ายาและเวชภัณฑ์ (ร้อยละ 57.64) โดยมีต้นทุนรวม 3 ปี เท่ากับ 3,634,014.00 บาท สำหรับผู้ป่วยใน ค่าบริการทางการแพทย์และการพยาบาลรวมค่าห้อง ค่าอาหาร และค่าหัตถการมีสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 69.88) โดยมีต้นทุนรวม 3 ปี เท่ากับ 1,313,336.00 บาท 2) ต้นทุนเฉลี่ยต่อรายผู้ป่วยนอกรวมทุกกลุ่มโรคอยู่ที่ 1,809.33-2,139.53 บาท/ราย 3) ต้นทุนเฉลี่ยต่อรายผู้ป่วยในสูงกว่าผู้ป่วยนอก 1.61-3.13 เท่า 4) ปัจจัยที่ส่งผลต่อต้นทุนผู้ป่วยนอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ กลุ่มโรค ICD-10, อายุ และจำนวนครั้งที่มารับการรักษา (Wald Chi-Square = 1,840.151, $p < 0.001$) สำหรับผู้ป่วยในปัจจัยสำคัญ ได้แก่ ระยะเวลาอนโรงพยาบาล (LOS) (Wald Chi-Square = 703.871, $p < 0.001$), กลุ่มโรค ICD-10 และสิทธิเบิกจ่ายตรง ($p < 0.001$) และ 5) แนวทางการจัดการต้นทุนที่สำคัญเร่งด่วน คือ การบริหารต้นทุนยาและการลดระยะเวลาอนโรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภทและสารเสพติด
คำสำคัญ: ต้นทุนการรักษารักษา, ผู้ป่วยจิตเวช, Activity-Based Costing (ABC), โรงพยาบาลชุมชน

ABSTRACT

This study aimed to: 1) analyze the cost components of psychiatric treatment; 2) calculate the average cost per case and cost per service unit, classified by disease group; 3) compare costs between outpatient and inpatient services across fiscal years 2022–2024; 4) examine factors affecting treatment cost differences; and 5) propose guidelines for efficient psychiatric service cost management. Survey research was employed, utilizing retrospective data collected from the electronic medical record system of Mueang Suang Hospital, with cost analysis conducted through the Activity-Based Costing (ABC) methodology. The sample comprised 1,834 psychiatric outpatients and 309 inpatients diagnosed under ICD-10 codes F00–F99. Data were analyzed using descriptive statistics, and factors influencing treatment costs were examined using a Generalized Linear Model (GLM) with Gamma Distribution and Log Link Function.

The findings revealed that: 1) The largest direct cost component for outpatients was medications and pharmaceuticals (57.64%), with a cumulative three-year total cost of 3,634,014.00 baht. For inpatients,

¹ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลเมืองสรวง

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเมืองสรวง

³ นักสาธารณสุขปฏิบัติการ

medical and nursing services—including room charges, meals, and medical procedures—accounted for the highest proportion (69.88%), with a three-year cumulative cost of 1,313,336.00 baht. 2) The overall average cost per outpatient case across all disease groups ranged from 1,809.33 to 2,139.53 baht per case. 3) The average cost per inpatient case was 1.61 to 3.13 times higher than that of outpatients. 4) Statistically significant factors influencing outpatient costs included ICD-10 disease group, age, and number of treatment visits (Wald Chi-Square = 1,840.151, $p < 0.001$). For inpatients, significant factors comprised length of hospital stay (LOS) (Wald Chi-Square = 703.871, $p < 0.001$), ICD-10 disease group, and Civil Servant Medical Benefit Scheme (CSMBS) entitlement ($p < 0.001$). 5) The most urgently prioritized cost management strategies were pharmaceutical cost administration and reduction of hospital length of stay, particularly for patients with schizophrenia and substance-related disorders.

Key words: Treatment cost, Psychiatric patients, Activity-Based Costing (ABC), Community hospital

บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตนับเป็นวิกฤตสาธารณสุขระดับโลกที่ทวีความรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลกรายงานว่าปัจจุบันมีประชากรมากกว่า 1,000 ล้านคนทั่วโลกที่อยู่กับความผิดปกติด้านสุขภาพจิต ซึ่งนำมาซึ่งภาระทางสุขภาพและการสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างมหาศาล¹ ข้อมูลจากการศึกษา Global Burden of Disease Study 2019 พบว่าโรคจิตเวชก่อให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability-Adjusted Life Years: DALYs) ถึง 418 ล้านปี คิดเป็นร้อยละ 16 ของภาระโรคทั้งหมดทั่วโลก โดยประเมินมูลค่าทางเศรษฐกิจของภาระดังกล่าวไว้สูงถึงประมาณ 5 ล้านล้านดอลลาร์สหรัฐ และโรคจิตเวทยังคงติดอันดับ 10 สาเหตุสำคัญที่ก่อภาระโรคสูงสุดของโลก โดยไม่มีแนวโน้มลดลงตั้งแต่ปี พ.ศ. 2533^{2,3}

ในระดับประเทศไทย สถานการณ์โรคจิตเวชมีแนวโน้มรุนแรงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ข้อมูลจากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข รายงานว่าตั้งแต่ปี พ.ศ.2559 มีจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับบริการเพิ่มขึ้นจาก 1.3 ล้านคน เป็น 2.9 ล้านคน ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564⁴ ทั้งนี้ คาดประมาณว่ายังมีผู้มีปัญหาสุขภาพจิตที่ยังไม่ได้รับการรักษาอีกจำนวนมาก โดยอาจมีผู้ป่วยจิตเวชรวมถึง 4 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 6.44 ของประชากรไทยทั้งหมด แต่มีเพียงร้อยละ 38.75 เท่านั้นที่สามารถเข้าถึงการรักษาได้จริง⁵ กลุ่มโรคที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า

และโรคจิตเภท ซึ่งล้วนเป็นภาวะที่ต้องการการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องและใช้ทรัพยากรการแพทย์อย่างเข้มข้น⁴ นอกจากนี้ ผลการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566-2567 พบว่าผู้ประเมินตนเองร้อยละ 15.5 มีความเครียดสูง ร้อยละ 17.2 เสี่ยงซึมเศร้า และร้อยละ 10.6 เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งจะเห็นได้ว่าสถานการณ์ทางด้านสุขภาพจิตในประเทศไทยมีแนวโน้มที่แย่ลงจากชัดเจน⁵

ในบริบทพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ นับว่าเป็นภูมิภาคที่เผชิญกับปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพจิตอย่างซ้ำซ้อน ทั้งปัญหาความยากจน รายได้ครัวเรือนต่ำ การอพยพแรงงาน ความอ่อนแอของระบบสนับสนุนทางสังคม รวมถึงการเข้าถึงบริการสาธารณสุขเฉพาะทางที่จำกัด ปัจจัยดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่มักได้รับการวินิจฉัยช้า อาการรุนแรง และต้องพึ่งพาโรงพยาบาลชุมชนซึ่งมีทรัพยากรจำกัดเป็นด่านแรกในการรักษา⁶ จังหวัดร้อยเอ็ดในฐานะจังหวัดขนาดใหญ่ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวนผู้ป่วยจิตเวชสะสมในระบบเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปีตั้งแต่ปี พ.ศ.2566-2568 มีผู้ป่วยนอกที่มารับบริการจำนวน 66,291 ราย, 86,461 รายและ 94,229 ราย ตามลำดับ ซึ่งสร้างภาระต่อโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ทั้งด้านกำลังคน วัสดุทางการแพทย์ และงบประมาณอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลเมืองสรวง เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ให้บริการผู้ป่วยจิตเวชทั้งผู้ป่วย

นอกและผู้ป่วยในเป็นจำนวนมากในแต่ละปีงบประมาณ โดยมีผู้ป่วยนอกที่มารับบริการปี พ.ศ.2566-2568 เท่ากับ 888 ราย, 1,283 ราย และ 1,530 ราย ตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์ผลการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่อำเภอเมืองสรวง พบว่า ผู้ป่วยมักมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลสูง ต้องใช้ยาต่อเนื่องระยะยาว มีความเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำสูงเมื่อขาดยา และต้องการการดูแลแบบสหวิชาชีพ ปัจจัยเหล่านี้ทำให้ต้นทุนการรักษาผู้ป่วยจิตเวชมีความซับซ้อนและยากต่อการประมาณการ โดยการศึกษาในระดับประเทศพบว่าตัวแปรสำคัญที่ส่งผลต่อความแตกต่างของต้นทุนผู้ป่วยในจิตเวช ได้แก่ ระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาล กลุ่มโรงพยาบาล สิทธิประกันสุขภาพ และกลุ่มอายุ⁷

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์ต้นทุนบริการสุขภาพจิตในประเทศไทย พบว่า ส่วนใหญ่ดำเนินการในโรงพยาบาลจิตเวชเฉพาะทาง หรือโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สำหรับการศึกษาด้านทุนในระดับโรงพยาบาลชุมชนยังมีอยู่อย่างจำกัดมาก ทั้งที่โรงพยาบาลชุมชนทำหน้าที่เป็นหน่วยบริการแรกรับผู้ป่วยจิตเวชจำนวนมากในระบบสุขภาพของประเทศ จากการศึกษาของ เขียวเจริญ และคณะ^{7,8} ซึ่งเปรียบเทียบต้นทุนผู้ป่วยในจิตเวชระหว่างโรงพยาบาล 3 ประเภทในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2561-2565 พบว่า โรงพยาบาลชุมชนมีต้นทุนเฉลี่ยต่อรายต่ำกว่าโรงพยาบาลประเภทอื่น แต่ยังคงขาดข้อมูลเชิงลึกในระดับโรงพยาบาลรายแห่ง และยังไม่มีการวิเคราะห์ต้นทุนที่ครอบคลุมทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกพร้อมกัน ซึ่งเป็นข้อจำกัดสำคัญในการนำข้อมูลไปใช้วางแผนงบประมาณ⁷ นอกจากนี้วิธีการวิเคราะห์ต้นทุนโดยอาศัยฐานกิจกรรม (Activity-Based Costing: ABC) ซึ่งสามารถสะท้อนต้นทุนที่แท้จริงตามกิจกรรมการรักษาได้อย่างละเอียด ยังไม่ได้รับการประยุกต์ใช้อย่างแพร่หลายในโรงพยาบาลชุมชนระดับอำเภอ⁹ ในบริบทของระบบการเงินการคลังสุขภาพของไทย

ซึ่งใช้ระบบเหมาจ่ายรายหัวสำหรับผู้ป่วยนอกและระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups: DRGs) สำหรับผู้ป่วยใน การที่โรงพยาบาลไม่มีข้อมูลต้นทุนจริงที่แม่นยำ ย่อมนำไปสู่ความเสี่ยงในการได้รับงบประมาณไม่เพียงพอ ขาดความสามารถในการเจรจาต่อรอง อัตราค่าบริการ และเสียโอกาสในการพัฒนาประสิทธิภาพการให้บริการ ปัญหาเหล่านี้ทวีความซับซ้อนยิ่งขึ้นเมื่อพิจารณาว่าผู้ป่วยจิตเวชมีลักษณะเฉพาะ คือ มีเหตุการณ์น้อยประเภทแต่ใช้เวลาและบุคลากรสูง ทำให้การจัดสรรงบประมาณโดยอิงการวินิจฉัยเพียงอย่างเดียวอาจไม่สะท้อนต้นทุนที่เกิดขึ้นจริง^{7,10}

ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาด้านทุนการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด โดยใช้ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปีงบประมาณ (พ.ศ. 2565-2567) ด้วยวิธี Activity-Based Costing เพื่อวิเคราะห์โครงสร้างต้นทุน เปรียบเทียบต้นทุนระหว่างผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก และศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการรักษาผู้ป่วยจิตเวช ผลการวิจัยที่ได้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการตัดสินใจเชิงนโยบายในการจัดสรรงบประมาณสาธารณสุข กำหนดอัตราค่าบริการที่เหมาะสม และพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตในระดับโรงพยาบาลชุมชนให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืน รวมทั้งสามารถใช้เป็นต้นแบบสำหรับโรงพยาบาลชุมชนอื่น ๆ ในจังหวัดร้อยเอ็ดและในภาคตะวันออกเฉียงเหนือต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบต้นทุนการรักษาผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลเมืองสรวง และคำนวณต้นทุนการรักษา
2. เพื่อคำนวณต้นทุนการรักษาเฉลี่ยต่อราย และต้นทุนต่อหน่วยบริการ จำแนกตามประเภทโรคจิตเวช

3. เพื่อเปรียบเทียบต้นทุนการรักษาของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในโรงพยาบาลเมืองสรวง ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ.2565-2567

4. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความแตกต่างของต้นทุนการรักษาผู้ป่วยจิตเวช

5. เพื่อเสนอแนะแนวทางการจัดการต้นทุนบริการจิตเวชอย่างมีประสิทธิภาพ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ที่เก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective Data Collection) จากระบบฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลเมืองสรวง ครอบคลุมระยะเวลา 3 ปี (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565-2567) โดยประยุกต์ใช้วิธีวิเคราะห์ต้นทุนแบบ Activity-Based Costing (ABC) เป็นกรอบหลักในการวิเคราะห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเวชทุกรายที่เข้ารับการรักษที่โรงพยาบาลเมืองสรวง ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2565-2567

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเวชทุกรายที่เข้ารับการรักษที่โรงพยาบาลเมืองสรวง ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2565-2567 ที่เป็นไปตามเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออก ดังต่อไปนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) คือ

1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยรหัส ICD-10 รหัส F00-F99 (Mental and Behavioral Disorders)

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

คือ 1) ผู้ป่วยที่มีข้อมูลไม่ครบถ้วนในระบบฐานข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ ระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษที่โรงพยาบาลเมืองสรวง ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลสำคัญ ได้แก่ ข้อมูลผู้ป่วย (เพศ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา วันที่เข้ารับการ

รักษา วันที่นอนโรงพยาบาล วันที่ออกจากโรงพยาบาล ระยะเวลาอนโรงพยาบาล จำนวนครั้งที่นอนโรงพยาบาล การวินิจฉัยโรคหลัก (รหัส ICD-10) การวินิจฉัยโรคร่วม (ระบุทุก ICD-10) ผลลัพธ์การรักษา (รักษาต่อเนื่อง, refer, เสียชีวิต) จำนวนครั้งที่มารับบริการ ค่ายาและเวชภัณฑ์ ค่าบริการการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าบริการทางรังสีวิทยา ค่าตรวจวินิจฉัย ค่าทำหัตถการ ค่าอุปกรณ์ของใช้และเครื่องมือแพทย์ ค่าบริการทางทันตกรรม ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าห้องและค่าอาหาร

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ทำการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลจากแบบบันทึกการเก็บข้อมูลที่พัฒนาขึ้นด้วยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ 1 ท่าน นักวิชาการสาธารณสุข 1 ท่าน และพยาบาล 1 ท่าน ได้ค่าความสอดคล้องของเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 1

การเก็บรวบรวมข้อมูล ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. การขออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ผ่านสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

2. การขอใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการในปีงบประมาณ 2565-2567 จากโรงพยาบาลเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

3. ทำการวิเคราะห์ต้นทุนด้วยวิธี ABC ตามกรอบแนวคิดการวิจัย จัดเก็บข้อมูลตามแบบบันทึกการเก็บข้อมูลที่พัฒนาขึ้น และวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อนำเสนอข้อมูลและเผยแพร่ข้อมูล

การสังเคราะห์ข้อมูล

ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลทั่วไปและต้นทุนการรักษา ทำการเปรียบเทียบต้นทุนของผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกในแต่ละปีด้วยสถิติเชิงพรรณนา และทำการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความแตกต่างของ

ต้นทุนการรักษา ด้วยการวิเคราะห์การถดถอย
พหุคูณ (Multiple linear regression)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจริยธรรมการ
วิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่
COE1672567 ลงวันที่ 27 ธันวาคม 2567

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 5 ข้อ
ได้แก่ 1) วิเคราะห์องค์ประกอบต้นทุนการรักษา 2)
คำนวณต้นทุนเฉลี่ยต่อรายและต้นทุนต่อหน่วย
บริการจำแนกตามกลุ่มโรค 3) เปรียบเทียบต้นทุน
ระหว่างผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก 3) ศึกษา
ปัจจัยที่ส่งผลต่อต้นทุน และ 5) เสนอแนวทางการ
จัดการต้นทุน โดยผลการวิจัยมีดังต่อไปนี้

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็น
ผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเมือง
สรวง ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ระหว่าง
ปีงบประมาณ พ.ศ.2565-2567 พบว่า จำนวน
ผู้ป่วยนอกมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น เท่ากับ 552 ราย,
548 ราย และ 734 ราย ตามลำดับ ส่วนจำนวน
ผู้ป่วยในมีแนวโน้มลดลง เท่ากับ 80 ราย, 133 ราย
และ 96 ราย อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยนอกมีแนวโน้มที่
ลดลง (52.11 ± 18.20 ปี, 50.41 ± 18.45 ปี และ
 48.78 ± 18.72 ตามลำดับ) ส่วนอายุเฉลี่ยของผู้ป่วย
ในมีแนวโน้มคงที่ (47.65 ± 14.93 ปี, 45.40 ± 15.55
ปี และ 45.36 ± 19.85 ปี ตามลำดับ) ผู้ป่วยนอก
ส่วนใหญ่ มีสถานภาพแต่งงาน (ร้อยละ 52.72,
ร้อยละ 51.82 และ ร้อยละ 49.32 ตามลำดับ)
และผู้ป่วยในส่วนใหญ่ มีสถานภาพแต่งงาน
เช่นเดียวกัน (ร้อยละ 55.00, ร้อยละ 61.65 และ
ร้อยละ 51.04 ตามลำดับ) ในด้านการศึกษาผู้ป่วย
นอกมีระดับการศึกษาส่วนใหญ่ คือ ชั้นมัธยมศึกษา
(ร้อยละ 98.91, ร้อยละ 98.72 และ ร้อยละ 97.41
ตามลำดับ) และผู้ป่วยในส่วนใหญ่ มีระดับ
การศึกษา คือ ชั้นมัธยมศึกษา (ร้อยละ 100, ร้อย
ละ 100 และร้อยละ 98.96 ตามลำดับ) ผู้ป่วย

นอกส่วนใหญ่มีอาชีพทำนา/เกษตร (ร้อยละ
60.33, ร้อยละ 56.75 และร้อยละ 52.04
ตามลำดับ) และผู้ป่วยในส่วนใหญ่มีอาชีพทำนา/
เกษตรเช่นเดียวกัน (ร้อยละ 63.75, ร้อยละ 48.12
และ ร้อยละ 43.75 ตามลำดับ) ผู้ป่วยนอกและ
ผู้ป่วยในส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษา คือ 30 บาท
(ผู้ป่วยนอก เท่ากับ ร้อยละ 81.88, ร้อยละ 84.49
และ ร้อยละ 86.92 ตามลำดับ) (ผู้ป่วยใน เท่ากับ
ร้อยละ 85, ร้อยละ 92.48 และ ร้อยละ 85.42
ตามลำดับ) ด้านจำนวนครั้งที่มารับการรักษาใน
ผู้ป่วยนอก เท่ากับ 3.81 ± 4.12 ครั้ง, 3.26 ± 3.92
ครั้ง 3.80 ± 4.18 ครั้ง ตามลำดับ ส่วนจำนวนครั้งที่
มารับการรักษาในผู้ป่วยใน เท่ากับ 1.43 ± 0.92
ครั้ง, 1.81 ± 2.00 ครั้ง และ 1.44 ± 0.71 ครั้ง
ตามลำดับ ด้านจำนวนครั้งที่นอน รพ.ในผู้ป่วยใน
เท่ากับ 3.20 ± 2.37 ครั้ง, 3.27 ± 2.37 ครั้ง และ
 3.03 ± 1.20 ครั้ง ตามลำดับ ด้านผลลัพธ์การรักษา
ในผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ส่วนใหญ่รักษาต่อเนื่อง
ที่โรงพยาบาลเมืองสรวง (ผู้ป่วยนอก เท่ากับ ร้อย
ละ 94.93, ร้อยละ 95.07 และ ร้อยละ 96.46
ตามลำดับ) (ผู้ป่วยใน เท่ากับ ร้อยละ 93.75, ร้อย
ละ 93.23 และ ร้อยละ 88.54 ตามลำดับ)

2. การวิเคราะห์องค์ประกอบต้นทุนการ
รักษาผู้ป่วยจิตเวช ด้วยวิธี Activity-Based
Costing (ABC) โดยผู้วิจัยทำการกำหนดให้
ทรัพยากรทั้งหมดถูกจัดสรรสู่กิจกรรมการดูแล
ผู้ป่วยก่อน แล้วจึงนำต้นทุนกิจกรรมมาป็นส่วนสู่
กลุ่มผู้ป่วยแต่ละประเภท โดยผู้วิจัยจำแนกต้นทุน
ออกเป็นต้นทุนทางตรงและต้นทุนทางอ้อมดัง
กรอบการศึกษาวิจัย แต่การวิจัยในครั้งนี้เน้นการ
คำนวณต้นทุนทางตรงเป็นหลัก โดยจำแนกการ
วิเคราะห์องค์ประกอบต้นทุนการรักษาออกเป็น
การรักษาผู้ป่วยนอกและการรักษาผู้ป่วยใน ซึ่ง
องค์ประกอบต้นทุนการรักษาผู้ป่วยนอก ใน
ปีงบประมาณ พ.ศ.2565-2567 พบว่า ค่ายาและ
เวชภัณฑ์เป็นองค์ประกอบที่มีสัดส่วนสูงสุด คิดเป็น
ร้อยละ 57.64 ของต้นทุนทางตรงทั้งหมด
รองลงมาคือค่าบริการการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

(ร้อยละ 20.82) และค่าบริการทางรังสีวิทยา (ร้อยละ 12.31) ตามลำดับ ดังแสดงข้อมูลในตารางที่ 2 สำหรับองค์ประกอบต้นทุนการรักษาผู้ป่วยในพบว่า ค่าบริการทางการแพทย์และการพยาบาล (รวมค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าดูแล ค่าหัตถการ) มีสัดส่วนสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 69.88 รองลงมาคือค่าบริการการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ร้อยละ 15.01) และค่ายาและเวชภัณฑ์ (ร้อยละ 14.86) ตามลำดับ

3. ผลการศึกษาต้นทุนการรักษาเฉลี่ยต่อรายและต้นทุนต่อหน่วยบริการ จำแนกตามกลุ่มโรค พบว่า ต้นทุนการรักษาเฉลี่ยต่อรายของผู้ป่วยนอกจิตเวช จำแนกตามกลุ่มโรค ICD-10 ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565–2567 พบว่ากลุ่มโรคจิตเภทและโรคจิต (F20–F29) มีต้นทุนเฉลี่ยต่อรายสูงที่สุดตลอดทั้ง 3 ปี อยู่ในช่วง 2,648.36–3,595.44 บาทต่อราย เนื่องจากกลุ่มนี้ต้องใช้ยาต้านโรคจิตที่มีราคาสูงและต้องได้รับการรักษาต่อเนื่องระยะยาว รองลงมาคือกลุ่มโรคจากสารเสพติด (F10–F19) ซึ่งมีต้นทุนเฉลี่ยต่อรายอยู่ในช่วง 1,447.23–2,702.81 บาท สำหรับกลุ่มโรคอารมณ์และซึมเศร้า (F30–F39) มีต้นทุนอยู่ที่ 964.28–1,778.69 บาทต่อราย กลุ่มโรควิตกกังวล (F40–F48) อยู่ที่ 780.96–1,226.116 บาทต่อราย และกลุ่มภาวะนอนไม่หลับ (F51) มีต้นทุนเฉลี่ยต่อรายต่ำที่สุด อยู่ในช่วง 320.94–401.16 บาทต่อราย สอดคล้องกับความซับซ้อนของโรคและการใช้ทรัพยากรที่น้อยกว่า กลุ่มโรคจิตเวชอื่น ๆ มีต้นทุนเฉลี่ยต่อรายอยู่ในช่วง 1,625.03–2,133.75 บาทต่อราย เมื่อพิจารณาต้นทุนเฉลี่ยรวมทุกกลุ่มโรคพบว่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 1,942.18 บาทต่อราย ในปี 2565 เป็น 2,139.53 บาทต่อรายในปี 2567 แสดงข้อมูลในตารางที่ 4 ต้นทุนการรักษาเฉลี่ยต่อรายและต้นทุนต่อวันนอนของผู้ป่วยในจิตเวช จำแนกตามกลุ่มโรค ICD-10 ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565–2567 พบว่ากลุ่มโรคจิตเวชอื่น ๆ มีต้นทุนเฉลี่ยต่อรายสูงที่สุด อยู่ที่ 9,600.46 บาท, 5,336.84 บาท และ 5,450.98 บาทต่อราย

ตามลำดับ โดยมีต้นทุนต่อวันนอนอยู่ที่ 1,773.72 บาท, 1,395.47 บาท และ 1,955.49 บาทต่อวัน รองลงมาคือกลุ่มโรคจากสารเสพติด (F10–F19) ซึ่งมีต้นทุนเฉลี่ยต่อรายอยู่ที่ 4,377.04 บาท, 2,977.66 บาท และ 3,163.16 บาทต่อราย และต้นทุนต่อวันนอนอยู่ที่ 1,279.94 บาท, 973.55 บาท และ 1,049.23 บาทต่อวัน กลุ่มโรคจิตเภทและโรคจิต (F20–F29) มีต้นทุนเฉลี่ยต่อรายอยู่ที่ 3,000.97 บาท, 3,226.42 บาท และ 3,091.51 บาทต่อราย และต้นทุนต่อวันนอนอยู่ที่ 1,135.15 บาท, 933.96 บาท และ 864.60 บาทต่อวัน สำหรับกลุ่มโรควิตกกังวล (F40–F48) มีต้นทุนเฉลี่ยต่อรายอยู่ที่ 2,224.25 บาท, 2,099.29 บาท และ 2,122.83 บาทต่อราย และต้นทุนต่อวันนอนอยู่ที่ 989.17 บาท, 919.54 บาท และ 1,061.42 บาทต่อวัน กลุ่มโรคอารมณ์และซึมเศร้า (F30–F39) ไม่มีข้อมูลในปี 2565 เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยน้อยเกินไปที่จะคำนวณ แต่ในปี 2566–2567 มีต้นทุนเฉลี่ยต่อรายอยู่ที่ 2,780.50 บาท และ 1,867.50 บาท และต้นทุนต่อวันนอนอยู่ที่ 1,033.17 บาท และ 1,345.25 บาทต่อวัน ตามลำดับ เมื่อพิจารณาต้นทุนเฉลี่ยรวมทุกกลุ่มโรค พบว่ามีแนวโน้มลดลงจาก 6,080.00 บาทต่อรายในปี 2565 เป็น 3,734.00 บาทในปี 2566 และ 3,441.00 บาทต่อรายในปี 2567 สะท้อนถึงประสิทธิภาพที่ดีขึ้นในการบริหารจัดการผู้ป่วยในและการลดระยะเวลาอนโรงพยาบาล โดยต้นทุนต่อวันนอนโดยรวมอยู่ที่ 1,900.00 บาท, 1,142.00 บาท และ 1,135.00 บาทต่อวัน ตามลำดับ

4. เปรียบเทียบต้นทุนระหว่างผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในจิตเวช จำแนกรายปีงบประมาณ พ.ศ. 2565–2567 พบว่าต้นทุนรวมผู้ป่วยนอกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 1,072,085.00 บาทในปี 2565 เป็น 991,514.55 บาทในปี 2566 และ 1,570,414.20 บาทในปี 2567 สอดคล้องกับจำนวนผู้ป่วยนอกที่เพิ่มขึ้นจาก 552 ราย, 548 ราย และ 734 ราย ตามลำดับ ในขณะที่ต้นทุนรวมผู้ป่วยในมีแนวโน้มลดลง จาก 486,403.75 บาทในปี 2565 เป็น

496,609.50 บาทในปี 2566 และ 330,322.07 บาทในปี 2567 สำหรับต้นทุนเฉลี่ยต่อรายผู้ป่วยนอกอยู่ที่ 1,942.18 บาท, 1,809.33 บาท และ 2,139.53 บาทต่อราย ตามลำดับ ในขณะที่ต้นทุนเฉลี่ยต่อรายผู้ป่วยในสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ อยู่ที่ 6,080.05 บาท, 3,733.91 บาท และ 3,440.85 บาทต่อราย หรือสูงกว่าผู้ป่วยนอก 3.13 เท่า, 2.06 เท่า และ 1.61 เท่า ตามลำดับ ค่ามัธยฐานต้นทุนต่อรายผู้ป่วยนอกอยู่ที่ 978.00 บาท, 850.00 บาท และ 1,250.75 บาท ในขณะที่ค่ามัธยฐานผู้ป่วยใน อยู่ที่ 2,935.50 บาท, 2,637.00 บาท และ 2,664.50 บาท ตามลำดับ นอกจากนี้ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของต้นทุนในกลุ่มผู้ป่วยนอกค่อนข้างคงที่ อยู่ที่ 2,494.38 บาท, 2,452.75 บาท และ 2,433.13 บาท แต่ในกลุ่มผู้ป่วยในมีความผันแปรสูงมากในปี 2565 (SD = 14,070.67 บาท) และลดลงอย่างชัดเจนในปี 2567 (SD = 2,330.82 บาท) สะท้อนถึงความแตกต่างของความซับซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยในช่วงแรกของการศึกษา ต้นทุนรวม OPD+IPD อยู่ที่ 1,558,488.75 บาท, 1,488,124.05 บาท และ 1,900,736.27 บาท ตามลำดับ

สัดส่วนต้นทุนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในเปรียบเทียบกับต้นทุนบริการจิตเวชรวมในแต่ละปีงบประมาณ พ.ศ. 2565–2567 พบว่าต้นทุนรวมผู้ป่วยนอกมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก 1,072,085.00 บาท (ร้อยละ 68.79) ในปี 2565 เป็น 991,514.55 บาท (ร้อยละ 66.63) ในปี 2566 และเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนเป็น 1,570,414.20 บาท (ร้อยละ 82.62) ในปี 2567 ในทางตรงกันข้าม สัดส่วนต้นทุนผู้ป่วยในลดลงจาก 486,403.75 บาท (ร้อยละ 31.21) ในปี 2565 เป็น 496,609.50 บาท (ร้อยละ 33.37) ในปี 2566 และลดลงอย่างชัดเจนเป็น 330,322.07 บาท (ร้อยละ 17.38) ในปี 2567 แนวโน้มดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงการปรับทิศทางของระบบบริการจิตเวชโรงพยาบาลเมืองสรวงไปสู่การดูแลแบบผู้ป่วยนอกมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายลดการนอนโรงพยาบาลและเสริมความ

เข้มแข็งในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน เมื่อพิจารณาต้นทุนรวมทั้งระบบ (OPD+IPD) พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 1,558,488.75 บาทในปี 2565 เป็น 1,488,124.05 บาทในปี 2566 และ 1,900,736.27 บาทในปี 2567 อย่างไรก็ตาม ต้นทุนรวมต่อผู้ป่วยทุกรายมีแนวโน้มลดลงจาก 2,465.96 บาทในปี 2565 เป็น 2,185.20 บาทในปี 2566 และ 2,290.04 บาทในปี 2567 ซึ่งอาจเป็นผลจากจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นในอัตราสูงกว่าต้นทุนรวมที่เพิ่มขึ้น

5. การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความแตกต่างของต้นทุนการรักษา โดยแบ่งการวิเคราะห์ออกเป็น 2 ส่วนตามประเภทของผู้ป่วย ได้แก่ ปัจจัยในกลุ่มผู้ป่วยนอก และปัจจัยในกลุ่มผู้ป่วยในพบว่า ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความแตกต่างของต้นทุนการรักษาผู้ป่วยนอกจิตเวช ($n = 1,779$ ราย) โดยใช้ Generalized Linear Model (GLM) ร่วมกับ Gamma Distribution and Log Link Function พบว่ามีปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติหลายประการ ดังนี้ ด้านกลุ่มโรค ICD-10 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มโรคจิตเวชอื่น ๆ (กลุ่มอ้างอิง) พบว่ากลุ่มโรคจิตเภทและโรคจิต (F20–F29) มีต้นทุนสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ($\beta = 0.31$, S.E. = 0.06, Wald Chi-Square = 26.99, $p < 0.001$) ในขณะที่กลุ่มโรคจากสารเสพติด (F10–F19) ($\beta = -0.33$, $p < 0.001$) กลุ่มโรคอารมณ์และซึมเศร้า (F30–F39) ($\beta = -0.32$, $p = 0.010$) กลุ่มโรควิตกกังวล (F40–F48) ($\beta = -0.45$, $p < 0.001$) และกลุ่มภาวะนอนไม่หลับ (F51) ($\beta = -1.12$, $p < 0.001$) มีต้นทุนต่ำกว่ากลุ่มอ้างอิงทั้งหมด โดยกลุ่มภาวะนอนไม่หลับมีค่า Wald Chi-Square สูงที่สุดในกลุ่มโรค (158.45) แสดงถึงความแตกต่างที่ชัดเจนที่สุด ด้านปีงบประมาณ พบว่าปีงบประมาณ 2567 มีต้นทุนสูงกว่าปี 2565 อย่างมีนัยสำคัญ ($\beta = 0.17$, S.E. = 0.05, Wald Chi-Square = 10.60, $p = 0.001$) ในขณะที่ปีงบประมาณ 2566 ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($\beta = 0.09$, $p = 0.114$) ด้านอายุ พบว่า

อายุที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับต้นทุน ($\beta = 0.01$, S.E. = 0.001, Wald Chi-Square = 55.31, $p < 0.001$) และจำนวนครั้งที่มารับการรักษาเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงที่สุดในโมเดล ($\beta = 0.23$, S.E. = 0.005, Wald Chi-Square = 1,840.15, $p < 0.001$) สะท้อนว่าความถี่ในการมารับบริการส่งผลโดยตรงต่อต้นทุนสะสม ในขณะที่ตัวแปรเพศ ($\beta = -0.07$, $p = 0.186$) สิทธิประกันสังคม ($\beta = -0.19$, $p = 0.056$) และสิทธิเบิกจ่ายตรง ($\beta = -0.02$, $p = 0.795$) ไม่พบว่ามีผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โมเดลมีค่า Pseudo R^2 (Cox & Snell) = 0.61 แสดงว่าสามารถอธิบายความแปรปรวนของต้นทุนผู้ป่วยนอกได้ในระดับดี

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความแตกต่างของต้นทุนการรักษาผู้ป่วยในจิตเวช ($n = 309$ ราย) โดยใช้ Generalized Linear Model (GLM) ร่วมกับ Gamma Distribution and Log Link Function พบว่าปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติ มีดัง ด้านกลุ่มโรค ICD-10 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มโรคจิตเวชอื่น ๆ (กลุ่มอ้างอิง) พบว่ากลุ่มโรคจิตเภทและโรคจิต (F20-F29) ($\beta = -0.29$, S.E. = 0.06, Wald Chi-Square = 24.15, $p < 0.001$) และกลุ่มโรคจากสารเสพติด (F10-F19) ($\beta = -0.23$, S.E. = 0.05, Wald Chi-Square = 18.52, $p < 0.001$) มีต้นทุนต่ำกว่ากลุ่มอ้างอิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับกลุ่มโรควิตกกังวล (F40-F48) ($\beta = -0.29$, S.E. = 0.10, Wald Chi-Square = 8.00, $p = 0.005$) ในขณะที่กลุ่มโรคอารมณ์และซึมเศร้า (F30-F39) ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($\beta = -0.15$, $p = 0.434$) ด้านปีงบประมาณ พบว่าปีงบประมาณ 2567 มีต้นทุนต่ำกว่าปี 2565 อย่างมีนัยสำคัญ ($\beta = -0.12$, S.E. = 0.06, Wald Chi-Square = 4.55, $p = 0.033$) ในขณะที่ปีงบประมาณ 2566 ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($\beta = -0.10$, $p = 0.054$) ด้านสิทธิการรักษา พบว่าผู้ป่วยที่ใช้สิทธิเบิกจ่ายตรง (CSMBS) มีต้นทุนสูงกว่าสิทธิ 30

บาท/UC อย่างมีนัยสำคัญมาก ($\beta = 0.34$, S.E. = 0.09, Wald Chi-Square = 14.19, $p < 0.001$) ในขณะที่เพศ ($\beta = -0.03$, $p = 0.635$) อายุ ($\beta = 0.00$, $p = 0.769$) สิทธิประกันสังคม ($\beta = 0.08$, $p = 0.410$) และจำนวนครั้งที่นอนโรงพยาบาล ($\beta = -0.03$, $p = 0.057$) ไม่มีผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยที่สำคัญที่สุดในผู้ป่วยใน คือ ระยะเวลาอนโรงพยาบาล (LOS) ซึ่งมีค่า Wald Chi-Square สูงที่สุดในโมเดล ($\beta = 0.28$, S.E. = 0.01, Wald Chi-Square = 703.87, $p < 0.001$) แสดงว่าระยะเวลาอนโรงพยาบาลที่เพิ่มขึ้นส่งผลต่อต้นทุนอย่างมีนัยสำคัญสูงมาก โมเดลมีค่า Pseudo R^2 (Cox & Snell) = 0.99 บ่งชี้ว่าสามารถอธิบายความแปรปรวนของต้นทุนผู้ป่วยในได้ในระดับสูงมาก

6. แนวทางการจัดการต้นทุนบริการจิตเวชอย่างมีประสิทธิภาพ จากผลการวิเคราะห์ต้นทุนแบบ ABC ทั้งในมิติองค์ประกอบต้นทุน กลุ่มโรคประเภทบริการ และปัจจัยที่ส่งผล ผู้วิจัยขอเสนอแนวทางการจัดการต้นทุน 5 ด้าน โดยจัดลำดับตามขนาดผลกระทบต่อต้นทุนรวม ข้อเสนอแนะลำดับที่ 1 และ 2 มีความสำคัญเร่งด่วนสูงสุดเนื่องจากสามารถลดต้นทุนได้ทันทีโดยไม่ต้องลงทุนโครงสร้างพื้นฐานเพิ่มเติม ขณะที่ข้อเสนอแนะที่ 3 เป็นการตอบสนองต่อแนวโน้มปัญหาสังคมที่กำลังทวีความรุนแรง ข้อเสนอแนะที่ 5 เป็นรากฐานที่จะทำให้การบริหารต้นทุนแบบ ABC มีความยั่งยืนในระยะยาว

สรุปและอภิปรายผล

1. องค์ประกอบต้นทุนการรักษาผู้ป่วยจิตเวช ผลการวิจัยพบว่าองค์ประกอบต้นทุนทางตรงของผู้ป่วยนอกสูงสุด ได้แก่ ค่ายาและเวชภัณฑ์ (ร้อยละ 57.64) รองลงมาคือค่าบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ร้อยละ 20.82) และค่าบริการทางรังสีวิทยา (ร้อยละ 12.31) ตามลำดับ ทั้งนี้สอดคล้องกับลักษณะของบริการจิตเวชระดับผู้ป่วยนอกที่พึ่งพาการรักษาด้วยยาเป็นหลัก ซึ่ง

สอดคล้องกับการศึกษาของอรัทัย เขียวเจริญและคณะ⁷ที่รายงานว่าค่ายาเป็นต้นทุนหลักในโรงพยาบาลชุมชน และยังสอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติของ WHO ที่ระบุว่า การรักษาด้วยยาจิตเวชเป็นกระบวนการที่มีต้นทุนสูงในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ¹ สำหรับผู้ป่วยใน ค่าบริการทางการแพทย์และการพยาบาลรวมค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าหัตถการ มีสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 69.88) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความเข้มข้นของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ต้องอาศัยบุคลากรและสิ่งอำนวยความสะดวกในระดับสูง โดยเฉพาะกลุ่มโรคจิตเภทและโรคจากสารเสพติดที่มักมีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลนานกว่ากลุ่มอื่น ๆ ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาต้นทุนบริการสุขภาพจิตในโรงพยาบาลจิตเวชของอรัทัย เขียวเจริญและคณะ⁸ ที่พบว่าต้นทุนบุคลากรเป็นองค์ประกอบที่ใหญ่ที่สุดในการดูแลผู้ป่วยในจิตเวช

2. ต้นทุนการรักษาเฉลี่ยต่อรายและต้นทุนต่อหน่วยบริการ จำแนกตามกลุ่มโรค ผลการวิจัยพบว่าต้นทุนเฉลี่ยต่อรายผู้ป่วยนอกในภาพรวมอยู่ที่ 1,809.33–2,139.53 บาทต่อราย โดยกลุ่มโรคจิตเภทและโรคจิต (F20–F29) มีต้นทุนเฉลี่ยต่อรายสูงที่สุด (2,648.36–3,595.44 บาท) เนื่องจากต้องใช้จ่ายด้านโรคจิตซึ่งมีราคาสูงและต้องรับการรักษาต่อเนื่องในระยะยาว ในทางตรงข้าม ผู้ป่วยภาวะนอนไม่หลับ (F51) มีต้นทุนเฉลี่ยต่อรายต่ำที่สุด (320.94–401.16 บาท) ซึ่งสอดคล้องกับความซับซ้อนของโรคและการใช้ทรัพยากรที่น้อยกว่า ข้อมูลดังกล่าวสนับสนุนแนวคิดในการจัดสรรงบประมาณตามกลุ่มโรคจิตเวช ซึ่งปัจจุบันระบบ DRG ของไทยยังมีข้อจำกัดในการสะท้อนต้นทุนจริงในโรงพยาบาลชุมชน¹⁰ สำหรับผู้ป่วยใน ต้นทุนเฉลี่ยต่อรายในปีงบประมาณ 2565 สูงที่สุดที่ 6,080.05 บาท และมีแนวโน้มลดลงในปี 2566 และ 2567 (3,733.91 และ 3,440.85 บาท ตามลำดับ) ซึ่งอาจสะท้อนถึงประสิทธิภาพที่ดีขึ้นในการบริหารจัดการผู้ป่วยในและการลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล (LOS) ในช่วงหลังของการศึกษา

ต้นทุนต่อวันนอน (Cost per bed-day) ของผู้ป่วยในโดยรวมอยู่ที่ 1,135.00–1,900.00 บาทต่อวัน ซึ่งต่ำกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศในโรงพยาบาลชุมชนที่รายงานไว้ประมาณ 2,000–3,000 บาทต่อวัน⁷ สะท้อนถึงต้นทุนการดูแลที่ค่อนข้างประหยัดของโรงพยาบาลเมืองสงวนซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง

3. การเปรียบเทียบต้นทุนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในผลการศึกษาพบว่าต้นทุนเฉลี่ยต่อรายผู้ป่วยในสูงกว่าผู้ป่วยนอก 1.61–3.13 เท่า โดยในปีงบประมาณ 2565 มีความแตกต่างมากที่สุด (3.13 เท่า) และลดลงในปี 2567 (1.61 เท่า) ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการปรับเพิ่มขึ้นของต้นทุนเฉลี่ยผู้ป่วยนอกในปี 2567 (2,139.53 บาท) ควบคู่กับการลดลงของต้นทุนเฉลี่ยผู้ป่วยใน ซึ่งสอดคล้องกับแนวโน้มการขยายบริการผู้ป่วยนอกและการดูแลในชุมชนแทนการนอนโรงพยาบาล ดังที่ WHO แนะนำว่าระบบบริการจิตเวชที่มีประสิทธิภาพควรลดสัดส่วนต้นทุนผู้ป่วยในและเพิ่มบริการในชุมชน¹ สัดส่วนต้นทุนผู้ป่วยนอกต่อต้นทุนรวมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 68.79 ในปี 2565 เป็นร้อยละ 82.62 ในปี 2567 สะท้อนถึงแนวโน้มที่ดีของระบบบริการจิตเวชที่พัฒนาไปสู่การดูแลแบบผู้ป่วยนอกมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ต้นทุนรวมของระบบบริการยังคงเพิ่มขึ้นโดยรวม (จาก 1,558,488.75 บาท เป็น 1,900,736.27 บาท) ซึ่งสัมพันธ์กับจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะผู้ป่วยนอกที่เพิ่มขึ้นจาก 552 รายในปี 2565 เป็น 734 รายในปี 2567 คิดเป็นร้อยละ 32.97 ซึ่งสอดคล้องกับแนวโน้มระดับจังหวัดและระดับประเทศที่รายงานจำนวนผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง⁴

4. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความแตกต่างของต้นทุนการรักษาสำหรับผู้ป่วยนอก ปัจจัยที่ส่งผลต่อต้นทุนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ กลุ่มโรค ICD-10 อายุ และจำนวนครั้งที่มารับการรักษา โดยจำนวนครั้งที่มารับการรักษาเป็นปัจจัยที่มีค่า Wald Chi-Square สูงสุด (1,840.151) สะท้อนให้เห็นว่าความถี่ในการมารับบริการส่งผลโดยตรงต่อ

ต้นทุนรวมสะสมของผู้ป่วยแต่ละราย นอกจากนี้ อายุที่มากขึ้นมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับต้นทุน ($\beta = 0.010, p < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาระดับประเทศที่พบว่ากลุ่มอายุเป็นตัวแปรสำคัญในการอธิบายความแตกต่างของต้นทุนจิตเวช¹⁰ สำหรับผู้ป่วยใน ระยะเวลาอนโรงพยาบาล (LOS) เป็นปัจจัยที่ทรงพลังที่สุดในการอธิบายความแตกต่างของต้นทุน ($\beta = 0.276, \text{Wald Chi-Square} = 703.871, p < 0.001$) โดย Pseudo $R^2 = 0.9856$ หมายความว่าโมเดลสามารถอธิบายความแปรปรวนของต้นทุนผู้ป่วยในได้ถึงร้อยละ 98.56 นอกจากนี้สถิติเบิกจ่ายตรง (CSMBS) มีต้นทุนสูงกว่าสถิติ UC/30 บาทอย่างมีนัยสำคัญ ($\beta = 0.340, p < 0.001$) อาจเนื่องมาจากการใช้บริการที่มากกว่าหรือการส่งจ่ายยาที่แตกต่างกันตามสถิติ ซึ่งประเด็นนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขาและคณะ⁹ ที่พบความแตกต่างของต้นทุนตามสถิติการรักษาในงานบริการสุขภาพจิต

5. แนวทางการจัดการต้นทุนบริการจิตเวชอย่างมีประสิทธิภาพ จากผลการวิจัย ผู้วิจัยเสนอแนวทางการจัดการต้นทุนที่มีลำดับความสำคัญสูงสุดใน 2 ประเด็น ได้แก่ การบริหารต้นทุนยา ซึ่งเป็นองค์ประกอบหลักของต้นทุนผู้ป่วยนอก (ร้อยละ 57.64)⁷ โดยควรดำเนินการทบทวนรายการยาจิตเวชประจำปีและพัฒนาระบบ Medication adherence เพื่อลดการขาดยาที่นำไปสู่การกลับเป็นซ้ำและการนอนโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ที่พบว่า การส่งเสริม Medication adherence ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชสามารถลดอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำและลดต้นทุนโดยรวมได้^{1,4} และการลดระยะเวลาอนโรงพยาบาล โดยกำหนด LOS มาตรฐาน พัฒนา Discharge criteria และจัดทีม Case manager ติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่าย ซึ่งผลการวิจัยยืนยันว่า LOS เป็นปัจจัยเดียวที่มีอิทธิพลสูงสุดต่อต้นทุนผู้ป่วยในประเด็นที่น่าสนใจเพิ่มเติมคือจำนวนผู้ป่วยกลุ่มโรคจากสารเสพติด (F10-F19) มี

แนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วง 3 ปีของการศึกษา โดยเฉพาะในผู้ป่วยนอก (123 รายในปี 2565 เพิ่มขึ้นเป็น 215 รายในปี 2567 หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 74.80) ซึ่งสอดคล้องกับแนวโน้มปัญหาสารเสพติดในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่รายงานโดยวรรณ จุฑาและคณะ⁶ การพัฒนาคลินิกบำบัดสารเสพติดเชิงรุกและการเชื่อมต่อกับชุมชนจึงเป็นสิ่งจำเป็น การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาวิชาชีพจะช่วยลดต้นทุนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชได้¹¹ การพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องเชื่อมต่อกับสถานบริการระดับปฐมภูมิและภาคีเครือข่ายในชุมชน จะสามารถลดต้นทุนและเพิ่มประสิทธิผลในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงได้¹² เนื่องจากเป็นควบคุมการเพิ่มขึ้นของต้นทุนรวมในระยะยาว นอกจากนี้ การพัฒนาระบบข้อมูลต้นทุนแบบ ABC ให้สามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่องผ่านระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (HIS) เป็นรากฐานที่สำคัญในการบริหารต้นทุนอย่างยั่งยืน เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ยังมีข้อจำกัดในส่วนของต้นทุนทางอ้อม ซึ่งหากสามารถรวมต้นทุนทางอ้อมได้ครบถ้วนจะทำให้ภาพต้นทุนที่แท้จริงมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของ อรรถัย เขียวเจริญและคณะ⁷ ที่เรียกร้องให้มีการศึกษาต้นทุนในระดับโรงพยาบาลชุมชนรายแห่งอย่างละเอียด เพื่อนำไปสู่การกำหนดนโยบายและการจัดสรรงบประมาณที่มีหลักฐานสนับสนุนที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. โรงพยาบาลควรมีการพัฒนากระบวนการ Drug therapy management โดยการทบทวนการใช้ยาจิตเวชประจำปีและส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาในด้านการติดตามความร่วมมือในการรักษาและการใช้ยา (Medication adherence) เพื่อเป็นการลดต้นทุนในด้านการใช้ยาต่อไป

2. ควรมีการพัฒนาแนวทางลดระยะเวลาอนโรงพยาบาล (LOS) สำหรับกลุ่มโรคจิตเวชและยาเสพติด โดยการกำหนด Discharge criteria

ที่ชัดเจนและจัดทีม Case manager เพื่อติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่าย

3. ควรมีการพัฒนากระบวนการศึกษาด้านทุน ABC แบบต่อเนื่อง ด้วยการบูรณาการเข้ากับระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล (HIS) เพื่อให้ผู้บริหารสามารถติดตาม Cost per activity แบบ Real-time และใช้ข้อมูลในการวางแผนงบประมาณได้อย่างแม่นยำ

4. ควรมีการขยายผลการศึกษาไปยังโรงพยาบาลชุมชนอื่นในจังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อสร้าง

ฐานข้อมูลต้นทุนในระดับเครือข่ายบริการสุขภาพ และนำไปใช้ในการเจรจาต่อรองอัตราค่าบริการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด, กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศและกลุ่มงานประกันสุขภาพ โรงพยาบาลเมืองสรวง ที่สนับสนุนในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ให้มีประสิทธิภาพและสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Over a billion people living with mental health conditions – services require urgent scale-up [Internet]. Geneva: WHO; 2025 [cited 2025 Feb 26]. Available from: <https://www.who.int/news/item/02-09-2025-over-a-billion-people-living-with-mental-health-conditions-services-require-urgent-scale-up>.
2. GBD 2019 Mental Disorders Collaborators. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Psychiatry*. 2022;9(2):137-50.
3. Arias D, Saxena S, Verguet S. Quantifying the global burden of mental disorders and their economic value. *eClinicalMedicine*. 2022;54:101675.
4. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. สถิติในการให้บริการโรคจิตเวชที่สำคัญ ปีงบประมาณ 2558-2566 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2567 [สืบค้นเมื่อ 26 กุมภาพันธ์ 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://gdcatalog.go.th/dataset/gdpublish-service2558-2566>.
5. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. รายงานภาวะสังคมไทย ไตรมาสหนึ่ง ปี 2567: สถานการณ์สุขภาพจิตคนไทย [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สภาพัฒน์; 2567 [สืบค้นเมื่อ 26 กุมภาพันธ์ 2568]. แหล่งข้อมูล: https://www.nationalhealth.or.th/storage/ebooks_attach/Mental_Health_Category.pdf.
6. วรวรรณ จุฑา, ศศิธร บัวเผื่อน, ธนพร จิตรจักษ์. อัตราป่วยรายใหม่ต่อแสนประชากรและร้อยละความชุกของโรคจิตเภทในคนไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไป ปีพ.ศ. 2566-2567: จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC). นนทบุรี: สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต; 2567.
7. อรทัย เขียวเจริญ, อสมมา วงษ์ดี, ชัชชน ประเสริฐวรกุล, ธันวา ชติยศ, ทยาภา ศรีศิริอนันต์, พงษ์ลัดดา หล้าฟูและคณะ. ต้นทุนบริการผู้ป่วยในจิตเวชในโรงพยาบาลของรัฐ: การเปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป และโรงพยาบาลจิตเวช ข้อมูลจากโครงการวิเคราะห์ต้นทุนรายโรค. *HISPA Compendium*. 2568;2:4.
8. อรทัย เขียวเจริญ, ชัชชน ประเสริฐวรกุล, ธันวา ชติยศ, อสมมา วงษ์ดี, ทยาภา ศรีศิริอนันต์, พงษ์ลัดดา หล้าฟูและคณะ. ต้นทุนบริการสุขภาพจิตในโรงพยาบาลจิตเวช: ข้อมูลจากโครงการวิเคราะห์ต้นทุนรายโรค. *HISPA Compendium*. 2566;1(1):150-8.
9. ทวีศักดิ์ สิริรัตนธธา, กรทิพย์ วิทยากาญจน์, จุฑารัตน์ ขาวละออ. การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วย งานส่งเสริมและป้องกันด้านสุขภาพจิต ศูนย์สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2559. นนทบุรี: ศูนย์สุขภาพจิตที่ 13 กรมสุขภาพจิต; 2560.
10. ขวัญประชา เชียงไชยสกุลไทย, อรทัย เขียวเจริญ, อีร์ศักดิ์ วงศ์ใหญ่, ดนุภพ ศรีศิลป์และอุดมศักดิ์ แสงวณิช. ต้นทุนการให้บริการของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี 2553-2554. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 2556;22(6):1,061-68.

11. อาริยา ตั้งมโนกุลและสุรศักดิ์ ไชยสงค์. ต้นทุน-ประสิทธิผลของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เปรียบเทียบกับการดูแลในระบบบริการปกติของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2565;14(3):522-40.
12. มงคล ศิริเทพทวี, พิชญ์ วัฒนการุณ, จำเนียร สุรวรางกูร, ชนิษฐา ชุ่มสุข, จุฑามณี ดุษฎีประเสริฐ และปรียาสิริ วิฑูรชาติ. การวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผลของระบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงในสถานบริการระดับปฐมภูมิกับระบบบริการปกติ. Ramathibodi Medical Journal. 2561;41(2):25-35.