

บทที่ 1

บทนำ



1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเรื้อน (Leprosy) เป็นโรคติดต่อที่มีความสัมพันธ์โดยตรงกับฐานะทางเศรษฐกิจ ผู้ป่วยโรคเรื้อนส่วนใหญ่มักจะเป็นกลุ่มผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี อาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่แออัด จึงทำให้มีความเสี่ยงต่อการสัมผัสโรคสูง ปัจจัยสำคัญที่ทำให้โรคเรื้อนถูกจำกัดอยู่ในอันดับต้นๆ ของโรคติดต่อที่ยังเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขของประเทศไทยในปัจจุบันน่าจะมาจากปัจจัยสำคัญ 2 ประการ คือ

(1) แม้ว่าอัตราการป่วยด้วยโรคเรื้อน/1,000 ประชากร โดยเฉลี่ยมีแนวโน้มลดลง จาก 0.8 รายต่อประชากรพันคนในปี 2528 เหลือเพียง 0.41 รายต่อประชากรพันคนในปี 2531 (กระทรวงสาธารณสุข, กองแผนงานสาธารณสุข, 2535) แต่ในบางพื้นที่ก็ยังพบว่ามีอัตราความชุกของโรคสูง โดยเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งมีอัตราความชุกของโรคเท่ากับ 2.02 รายต่อประชากรหมื่นคน ภาคกลางเท่ากับ 0.98 รายต่อประชากรหมื่นคน ภาคเหนือเท่ากับ 1.13 รายต่อประชากรหมื่นคน และภาคใต้เท่ากับ 1.54 รายต่อประชากรหมื่นคน ในขณะที่อัตราความชุกของโรคเรื้อนรวมทั้งประเทศเท่ากับ 1.445 รายต่อประชากรหมื่นคน ในปี 2534 (ประชากรเมื่อวันที่ 30 มิถุนายน 2534 เท่ากับ 56,661,966 คน) (กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรคติดต่อ, กองโรคเรื้อน, 2534)

(2) อัตราการเกิดความพิการอย่างถาวรของอวัยวะ เช่น มือ เท้า หรือดวงตา จนจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัด เพื่อแก้ไขความพิการที่เกิดขึ้น บางรายก็สามารถช่วยเหลือให้กลับมามีชีวิตทำงานได้ต่อไปแม้จะไม่ปกติเหมือนเดิมถ้าความพิการนั้นอยู่ในขั้นรุนแรง แต่ก็มืออยู่บ่อยครั้งที่การผ่าตัดแก้ไขเป็นเพียงการช่วยเหลือเพื่อปกปิดความพิการเท่านั้น อย่างไรก็ตามก็ตีแนวโน้มของการผ่าตัดดังกล่าวกลับเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ จากสถิติของโรงพยาบาลพระประแดง พบว่ามีผู้ป่วยเข้ารับการ

ป้องกันแก้ไขความพิการโดยวิธีกายภาพบำบัดจำนวน 6,716 คนในปี 2529 เพิ่มขึ้น 10,075 คนในปี 2532 และมีผู้ป่วยต้องการผ่าตัดแก้ไขความพิการ จำนวน 324 คนในปี 2529 เพิ่มขึ้น 679 คนในปี 2532 แม้แนวโน้มนี้จะให้ข้อสรุปได้เพียงว่ามีภาระให้บริการดังกล่าวมากขึ้นในขณะที่ปริมาณผู้ป่วยโรคเรื้อนที่พิการอาจเพิ่มขึ้นกว่าเดิมหรือไม่ก็ได้ อย่างไรก็ตามแนวโน้มของการให้บริการดังกล่าวก็ยืนยันว่ายังมีผู้ที่มีความพิการมากจนต้องพึ่งพาบริการดังกล่าวนี้เป็นจำนวนที่ไม่น้อยนักและไม่อาจมองข้ามไปได้ ปัญหาความพิการที่เกิดขึ้นมีผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว รวมไปถึงชุมชนที่มีผู้ป่วยเหล่านี้อาศัยอยู่ ในที่สุดก็เป็นภาระที่รัฐบาลจะต้องยื่นมือเข้ามาช่วยเหลือทำให้ต้องสูญเสียทรัพยากรไปเป็นจำนวนปีละไม่น้อยในการบำบัดรักษาผู้ป่วย การฟื้นฟูสุขภาพ รวมถึงการสงเคราะห์ผู้พิการและครอบครัวหากผู้พิการเหล่านั้นอยู่ในวัยทำงาน เป็นผู้นำครอบครัวและมีภาระรับผิดชอบในการทำมาหากินเลี้ยงสมาชิกอื่นๆในครอบครัว

สภาพปัญหาและผลพวงของปัญหาเหล่านี้จะไม่เกิดขึ้น หากสามารถหามาตรการที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันการติดเชื้อโรคในกลุ่มเสี่ยงต่างๆ ได้รัพัฒนาการทางด้านการศึกษาอย่างต่อเนื่องตลอดช่วงระยะเวลาหลายสิบปีที่ผ่านมาเพื่อแสวงหาแนวทางในการควบคุมโรคเรื้อน อาทิ การพัฒนาความก้าวหน้าทางระบาดวิทยาภูมิคุ้มกัน การพัฒนาการค้นคว้าคิดค้นนวัตกรรมต่างๆ แต่ก็ปรากฏว่าความพยายามดังกล่าวยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร สาเหตุสำคัญประการหนึ่งสืบเนื่องมาจากลักษณะเฉพาะของโรคเรื้อนซึ่งแตกต่างจากโรคเรื้อนชนิดอื่น ๆ คือ นอกจากจะมีระยะฟักตัวของโรคนานมาก ตั้งแต่ 2-10 ปี (WHO Expert Committee on Leprosy, 1981) แล้วอาการแสดงในระยะแรกอาจเป็นแค่ดวงตาขาวเสีงๆบนผิวหนังโดยไม่มีอาการเจ็บปวดใดๆ ที่จะเป็นการเตือนให้ทราบถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้น จึงยากแก่การสังเกตในระยะเริ่มแรกจนกระทั่งเมื่ออาการเริ่มเปลี่ยนแปลง โรคลุกลามมากขึ้นจนเป็นที่สังเกตได้และในที่สุดการอักเสบนั้นลุกลามไปจนถึงปลายประสาท ทำให้เกิดอาการชาหรือเกิดความพิการขึ้นแล้วจึงจะเป็นเหตุชักนำให้ผู้ป่วยเข้ามารับการบำบัดรักษา และเป็นเรื่องที่น่าเศร้าสลดใจอย่างยิ่งเมื่อพบว่าผู้ป่วยจำนวนมากไม่มีทางที่จะเยียวยาให้กลับมามีภาวะปกติดังเดิมได้ ช้ำยังต้องใช้เวลาในการบำบัดรักษายาวนานขึ้น ต้องใช้เทคโนโลยีที่ซับซ้อนมากขึ้น ปริมาณทรัพยากรที่ต้องใช้ก็ยิ่งเพิ่มขึ้นเป็นเงาตามตัว

จากสถิติรายงานว่าผู้ป่วยโรคเรื้อนที่อยู่ในทะเบียนรักษา ณ วันที่ 30 กันยายน 2534 และมีความพิการเกรด 2 ขึ้นไปในบางอวัยวะคือ ตา มือ หรือเท้า (เป็นความพิการที่สามารถมอง

เห็นด้วยตา) มีจำนวนถึงร้อยละ 26 ของผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรักษา แต่ในผู้ป่วยใหม่พบว่ามี ความพิการเกรด 2 ขึ้นไปร้อยละ 14 ของผู้ป่วยที่ค้นพบใหม่ในปีนี้ ส่วนผู้ป่วยที่อยู่ในระยะเฝ้าระวัง (Surveillance) และรักษาด้วยระบบยา MDT นั้นตั้งแต่เริ่มโครงการสะสมมามีจำนวน 31,520 ราย พบว่ามี ความพิการเกรด 2 ขึ้นไปร้อยละ 17 (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2534) แนวโน้มอัตรา ความพิการในผู้ป่วยใหม่ในระยะหลายปีที่ผ่านมาซึ่งค่อนข้างคงตัวอยู่ที่ประมาณร้อยละ 10-14 นี้ เป็นสิ่งหนึ่งที่แสดงให้เห็นว่าการดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการค้นหาผู้ป่วย โรคเรื้อนรายใหม่ในชุมชนยังไม่รวดเร็ว ไม่ครอบคลุมทั่วถึงเพียงพอ ผู้ป่วยโรคเรื้อนในระยะเริ่ม แรกซึ่งยังไม่มีความพิการ ยังไม่มีโอกาสได้รับการตรวจวินิจฉัยและยังไม่ได้รับการบำบัดรักษาด้วย MDT (Multidrug therapy) พื้นที่ที่ควรจะเป็น (กองโรคเรื้อน, 2535) การดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อนในปัจจุบันมุ่งเน้นการตรวจค้นหาผู้ป่วยและให้การบำบัดรักษาตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม โดยมีกิจกรรมหลักที่สำคัญประการหนึ่งคือ การค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ในชุมชน ซึ่งกลวิธีสำคัญคือการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก (Active Case Detection) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ที่มีอัตราความชุกของโรค สูงเช่นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อย่างไรก็ตามการค้นหาผู้ป่วยในเชิงตั้งรับ (Passive Case-Detection) ก็ยังคงเป็นวิธีการตรวจค้นหาผู้ป่วยที่มีความสำคัญในงานควบคุมโรคเรื้อนซึ่งจะขาด เสียมิได้ เพราะอัตราการค้นพบผู้ป่วยโดยวิธีนี้ยังคงสูงกว่าการตรวจค้นโดยวิธีอื่นๆ

จากสถิติการตรวจพบผู้ป่วยในรอบปี 2534 (กองโรคเรื้อน, 2535) ตรวจพบผู้ป่วยใหม่ ทั้งหมด 1,398 ราย คิดเป็น

- อัตราการตรวจพบผู้ป่วยใหม่ 2.47 รายต่อประชากร 100,000 คน โดยแยกเป็น

| | | |
|-----------------------|-----|--------------|
| กลุ่ม MB | 529 | ราย (38 %) |
| กลุ่ม PB | 869 | ราย (62 %) |
| และเป็นผู้ป่วยวัยเด็ก | 120 | ราย (8.58 %) |

- อัตราการตรวจพบผู้ป่วยใหม่รายภาค แยกเป็น

| | | |
|-----------------------|------|--------------------------|
| ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ | 3.94 | รายต่อประชากร 100,000 คน |
| ภาคกลาง | 1.46 | รายต่อประชากร 100,000 คน |
| ภาคเหนือ | 2.08 | รายต่อประชากร 100,000 คน |
| ภาคใต้ | 1.7 | รายต่อประชากร 100,000 คน |

- ผู้ป่วยรายใหม่ทั้งหมดนี้ ถูกค้นพบโดยวิธีการต่างๆกันดังนี้ คือ

| | | | |
|--|-----|-----|----------|
| มาตรวจเอง | 822 | ราย | (58.8 %) |
| การสำรวจหมู่บ้านโดยวิธีตรวจค้นหาผู้ป่วยแบบเร็ว | 266 | ราย | (19.0 %) |
| ตรวจผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน | 191 | ราย | (13.7 %) |
| การสำรวจนักเรียนชั้น ป.1-ป.6 | 11 | ราย | (0.8 %) |
| อื่นๆ | 108 | ราย | (7.7 %) |

ในส่วนของงบประมาณรายจ่ายในแผนปฏิบัติงาน ปี 2535 ตามแผนงานควบคุมโรคติดต่อเฉพาะ(โรคเรื้อน) ประมาณ 110,476,200 บาท โดยแยกเป็นหมวดต่างๆ ดังนี้

ตาราง 1/1 แสดงหมวดงบประมาณรายจ่าย ตามแผนงานควบคุมโรคเรื้อน ปีงบประมาณ 2535

| หมวด | จำนวนเงิน (บาท) | ร้อยละ |
|--|-----------------|--------|
| 1. เงินเดือนและค่าจ้างประจำ | 49,619,300 | 44.9 |
| 2. ค่าตอบแทนใช้สอยและวัสดุ (ส่วนหนึ่งของค่าวัสดุจ่ายเป็นค่าอาหารผู้ป่วย สถานพยาบาล โนนสมบุรณ์) | 39,106,500 | 35.4 |
| 3. ค่าครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้าง | 2,361,000 | 2.2 |
| 4. ค่าสาธารณูปโภค | 2,518,000 | 2.2 |
| 5. ค่าอุดหนุนสำหรับเป็นค่าอาหารผู้ป่วย ในนิคมโรคเรื้อนประจำปี | 16,871,400 | 15.3 |

และยังมีงบประมาณสมทบจากแหล่งอื่นอีก ประมาณ 12,000,000 บาท เป็นค่าสิ่งปลูกสร้างสำนักงานศูนย์โรคเรื้อนเขต 5 จังหวัดนครราชสีมา ค่ายานพาหนะสำหรับศูนย์โรคเรื้อนเขต 5 จังหวัดนครราชสีมาและศูนย์โรคเรื้อนเขต 7 จังหวัดอุบลราชธานี ค่าใช้จ่ายด้านการฝึกอบรมและ



พัฒนาบุคลากร (SMHF, GLRA/HF, ILEP, PDF, UMEMOTO) สำหรับประมาณการงบประมาณ ตามแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับ 7 (ปี 2535-2539) เป็นจำนวนเงินรวมทั้งสิ้นถึงประมาณ 759 ล้านบาท (เฉพาะหมวดเงินเดือนและค่าจ้าง 440.7 ล้านบาท)

การศึกษาวิเคราะห์ต้นทุนและผลการดำเนินงานในการตรวจค้นหาผู้ป่วยและรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนของสถานบริการในประเทศไทยในขณะนี้ยังไม่เคยมีการศึกษามาก่อน ดังนั้นจากการศึกษารังนี้จะสามารถชี้ให้เห็นได้ว่าขนาดและองค์ประกอบของต้นทุนรวมทั้งผลการดำเนินงานของสถานบำบัดโรคผิวหนัง ซึ่งเป็นหน่วยงานหนึ่งที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการควบคุมโรคเรื้อนเป็นอย่างไร เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวิเคราะห์ และแสวงหาวิธีการที่จะปรับปรุงเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานของสถานบริการ ให้สามารถบรรลุวัตถุประสงค์โดยสิ้นเปลืองทรัพยากรน้อยที่สุด โดยศึกษาวิเคราะห์เฉพาะกรณีสถานบำบัดโรคผิวหนังบางแห่ง ทั้งนี้เนื่องจากเป็นสถานบริการในระดับปฏิบัติการระดับล่างสุดในสังกัดกรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุขซึ่งตั้งอยู่ในเขตเมือง และเมืองค์ประกอบของกิจกรรมการให้บริการตรวจรักษาครบถ้วน คือมีการตรวจค้นหาผู้ป่วยทั้งในเชิงตั้งรับและเชิงรุก มีจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการจำนวนมากพอที่จะนำมาใช้เป็นตัวอย่างในการศึกษา นอกจากนี้วิธีการประเมินต้นทุนและผลการดำเนินงานของสถานบริการที่พัฒนาขึ้น ยังสามารถนำไปปรับใช้กับหน่วยงานอื่นๆในลักษณะเดียวกันได้

1.2 วัตถุประสงค์

1. เพื่อที่จะได้ทราบถึงองค์ประกอบของต้นทุน ขนาดของต้นทุนและผลการดำเนินงานในการตรวจค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนของสถานบำบัดโรคผิวหนังบางแห่ง โดยวิธีการตรวจค้นหาผู้ป่วยแบบตั้งรับ (Passive Case Detection)
2. เพื่อที่จะได้ทราบถึงองค์ประกอบของต้นทุน ขนาดของต้นทุนและผลการดำเนินงานในการตรวจค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนของสถานบำบัดโรคผิวหนังบางแห่ง โดยวิธีการตรวจค้นหาผู้ป่วยแบบรุก (Active Case Detection)
3. เพื่อพัฒนาวิธีการประเมินต้นทุนและผลการดำเนินงานของสถานบำบัดโรคผิวหนัง

1.3 ขอบเขตของการวิจัย

ศึกษาเฉพาะกรณีต้นทุนและผลการดำเนินงานในการตรวจค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อน ของสถานบำบัดโรคผิวหนังบางเขน 2 วิธีหลักคือ

1. การตรวจค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนแบบตั้งรับ (Passive Case Detection) โดยกิจกรรมการตรวจค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อน ในกลุ่มผู้ป่วยโรคผิวหนังที่มาใช้บริการตรวจรักษาที่คลินิกโรคผิวหนัง (Skin Clinic)

2. การตรวจค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนแบบรุก (Active Case Detection) โดยกิจกรรมการออกเยี่ยมติดตามผู้ป่วย ซึ่งเป็นการออกเยี่ยมเพื่อติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ขาดการรักษาานเกินกว่า 2 เดือน ให้มารับการรักษาต่อจนครบกำหนดโดยที่หากมีผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านที่ยังไม่ได้รับการตรวจร่างกายเพื่อค้นหาโรคเรื้อนก็จะทำการตรวจค้นไปด้วย กิจกรรมหลังนี้เป็นผลพลอยได้สืบเนื่องจากการออกเยี่ยมติดตามผู้ป่วย

1.4 ประโยชน์ที่จะได้จากการวิจัย

1) การศึกษาขนาดและองค์ประกอบของต้นทุนรวมทั้งผลการดำเนินงานในการตรวจค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนของสถานบำบัดโรคผิวหนังบางเขน สามารถใช้เป็นเครื่องมือสำหรับผู้บริหารในการแสวงหามาตรการควบคุมการใช้ทรัพยากรส่วนที่สามารถประหยัดได้ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ในการบริหารจัดการทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด รวมทั้งปรับปรุงแก้ไขระบบการจัดบริการและเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานของสถานบริการ

2) วิธีการประเมินต้นทุนและผลการดำเนินงานของสถานบำบัดโรคผิวหนัง ที่สร้างขึ้นโดยการวิจัยนี้สามารถนำไปปรับปรุงใช้กับการประเมินผลสถานบริการอื่นๆต่อไปได้

1.5 คำนิยามที่ใช้ในการศึกษา

ผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ (previously untreated leprosy case) : หมายถึงผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ยังไม่เคยได้รับการรักษาโรคเรื้อนจากที่ใดมาก่อนและยังต้องรับการรักษาจนกว่าจะหายจากโรค

ผู้ป่วยประเภทเช็อนน้อย (paucibacillary leprosy case : PB) : หมายถึง ผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิด Borderline Tuberculoid (BT) ที่ตรวจไม่พบเชื้อจากการกรีดฝึนผิวหนัง, Indeterminate (I) และ Tuberculoid (T)

ผู้ป่วยประเภทเช็อนมาก (multibacillary leprosy case :MB) : หมายถึง ผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิด Borderline Tuberculoid (BT) ที่ตรวจพบเชื้อจากการกรีดฝึนผิวหนัง, Borderline (BB), Borderline Lepromatous (BL) และ Lepromatous (LL)

การรักษาโรคเรื้อนระยะสั้นโดยใช้ยาผสม (Multidrug therapy :MDT) : หมายถึง วิธีการรักษาโรคเรื้อน ซึ่งกองโรคเรื้อนตติแปลงจากค่านแนะนำขององค์การอนามัยโลก (WHO Technical Report Series 675,1982) โดยแบ่งผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิดต่างๆเป็น 2 ประเภท เพื่อให้การรักษาระยะสั้นโดยใช้ยาสองหรือสามอย่าง ภายใต้การกำกับดูแลของเจ้าหน้าที่

Prompt Treatment : หมายถึงการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนระยะสั้นโดยใช้ยาผสมโดยหมายความถึงเฉพาะยาชุดแรกที่ทำให้ผู้ป่วยรับประทานต่อหน้าเจ้าหน้าที่ เมื่อเริ่มให้การรักษาเท่านั้น (1st dose of antileprotic therapy) ได้แก่การให้การรักษาด้วย Rifampicin 600 mg. ในผู้ป่วยโรคเรื้อนประเภทเช็อนน้อย และ Rifampicin 600 mg.ร่วมกับ Clofazimine (Lamprene) 300 mg.ในผู้ป่วยโรคเรื้อนประเภทเช็อนมาก

ผู้ป่วยในระยะเฝ้าระวัง (Surveillance period case) : หมายถึง ผู้ป่วยที่ถูกส่งให้หยุดยาจากผู้ให้การรักษาเนื่องจากรักษาเพียงพอ แต่อดีตผู้ป่วยนั้นจะได้รับการตรวจร่างกายและตรวจเช็อประจำปีเพื่อติดตามผลการรักษา และได้รับสุขศึกษา รวมทั้งเป็นการเฝ้าระวังการกลับเป็นโรคใหม่ (relapse) โดยอดีตผู้ป่วยเช็อนน้อยจะได้รับการดูแลติดตามอย่างน้อยปีละครั้งเป็นเวลา 3 ปี อดีตผู้ป่วยเช็อนมาก จะได้รับการดูแลติดตามอย่างน้อยปีละครั้งเป็นเวลา 5 ปี

ผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน (household contact of leprosy patient) : หมายถึง ผู้ที่เคยอยู่ร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคเรื้อน และยังคงอยู่ร่วมกันในปัจจุบัน ซึ่งเป็นผู้ที่จะต้องได้รับการ

ตรวจร่างกาย เพื่อเป็นการเฝ้าระวังการป่วยด้วยโรคเรื้อน

ผู้ป่วยที่ขาดการรักษา (Drop-out case) : สำหรับในการศึกษานี้จะหมายถึงผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ขาดการรักษานานเกิน 2 เดือนขึ้นไป ซึ่งจะต้องได้รับการติดตามให้มารักษาค่อยๆ ในขั้นแรกจะใช้วิธีส่งจดหมายตามก่อน ถ้ายังไม่ได้ผลก็ใช้วิธีโทรศัพท์ติดตามและขั้นสุดท้ายคือการออกเยี่ยมติดตามที่บ้านผู้ป่วยหลังจากที่ได้มีการนัดหมายวันเวลาระหว่างเจ้าหน้าที่ที่จะออกติดตามและผู้ป่วยไว้ล่วงหน้าแล้ว

ผู้ป่วยพิการ (Case with disability): หมายถึงผู้ป่วยที่มีความพิการของอวัยวะ เช่น มือ เท้า ตา ตั้งแต่ระดับ 2 ขึ้นไป ตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (1988) ซึ่งเป็นความพิการที่สามารถมองเห็นได้ด้วยตา

ความพิการในผู้ป่วยใหม่ (Disability in New Case) : หมายถึงความพิการตั้งแต่ระดับ 2 ขึ้นไป ตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (1988) ในผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ ๗ วัน ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อน

ต้นทุน (Cost) : หมายถึง ต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ในการผลิตสินค้า หรือให้บริการ คำนวณโดยการประเมินมูลค่าของปัจจัยต่างๆ ที่ใช้ในการผลิตสินค้าหรือบริการนั้นๆ ให้อยู่ในรูปของมูลค่าที่เป็นตัวเงิน ในการศึกษานี้ศึกษาวิเคราะห์เฉพาะต้นทุนของผู้ให้บริการ (Cost of Provider) ซึ่งลักษณะต้นทุนของผู้ให้บริการนี้จำแนกได้หลายประเภท ตามเกณฑ์การจำแนกต่าง ๆ กันดังต่อไปนี้

- ก. ต้นทุนที่ถูกจัดกลุ่มโดยใช้เกณฑ์ "กิจกรรม" แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ
 - ต้นทุนทางตรง (Direct Cost) คือกลุ่มรายการที่เป็นต้นทุนโดยตรงของกิจกรรม ได้แก่ ต้นทุนในการให้บริการผู้ป่วยของฝ่ายตรวจรักษาทั้งหมด
 - ต้นทุนทางอ้อม (Indirect Cost) คือกลุ่มรายการที่เป็นต้นทุนทางอ้อม ของกิจกรรม หรือเป็นต้นทุนของกิจกรรมเสริมของกิจกรรมนั้น ได้แก่ ต้นทุนของฝ่ายบริหารงานทั่วไป
- ข. ต้นทุนที่ถูกจัดกลุ่มโดยใช้เกณฑ์ "การแพทย์" แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

- ต้นทุนที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ (Medical Cost) คือ ต้นทุนที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางการแพทย์ ได้แก่ ต้นทุนค่าวัสดุการแพทย์ ค่ายาและเวชภัณฑ์ รวมทั้งค่าแรงเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ของฝ่ายตรวจรักษา

- ต้นทุนที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับการแพทย์ (Non Medical Cost) คือ ต้นทุนที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางการแพทย์ ได้แก่ ต้นทุนค่าวัสดุใช้สอย วัสดุสำนักงาน ค่าสาธารณูปโภค รวมทั้งค่าเสื่อมราคาอาคาร

ค. ต้นทุนที่ถูกจัดกลุ่มโดยใช้เกณฑ์ "ความสัมพันธ์กับผลผลิต" แบ่งเป็น 4 กลุ่ม คือ

- ต้นทุนคงที่ (Fixed Cost, FC) คือ ต้นทุนส่วนที่ไม่เปลี่ยนแปลงไปตามจำนวนผลผลิต (อย่างน้อยในระยะสั้น) ได้แก่ ต้นทุนตึก อาคาร ที่ดิน

- ต้นทุนกึ่งคงที่ (Semi-Fixed Cost) คือ ต้นทุนส่วนที่ไม่สัมพันธ์กับจำนวนผลผลิตโดยตรงแต่อาจเปลี่ยนแปลงไปตามจำนวนผลผลิตได้ ได้แก่ เงินเดือนเจ้าหน้าที่ ค่าจ้างลูกจ้าง

- ต้นทุนเปลี่ยนแปลง (Variable Cost, VC) คือ ต้นทุนส่วนที่ผันแปรตามจำนวนผลผลิต โดยเพิ่มขึ้นหรือลดลงตามจำนวนผลผลิตหรือบริการที่ผลิตได้ ได้แก่ ต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลืองต่างๆ ค่าวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น สำลี แอลกอฮอล์ หรือวัสดุอื่นที่ใช้ในการตรวจวินิจฉัยทางคลินิก เช่น หน้ายาเคมี สไลด์ คัมมิต ไซมิต สำลี เป็นต้น

- ต้นทุนทั้งหมด (Total Cost, TC) : หมายถึง ต้นทุนรวม ทั้งต้นทุนคงที่ กึ่งคงที่ และต้นทุนเปลี่ยนแปลง

ง. ต้นทุนที่ถูกจัดกลุ่มโดยใช้เกณฑ์ "ประเภทของค่าใช้จ่าย" แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

- ต้นทุนค่าลงทุน (Capital Cost) หมายถึง ต้นทุนของการนำทรัพยากรประเภททุนมาใช้ในกิจกรรมเพื่อเป็นการลงทุนระยะยาว อันได้แก่การลงทุนในด้านครุภัณฑ์และสิ่งปลูกสร้าง โดยคำนวณมูลค่าของต้นทุนจากค่าเสื่อมราคาของสิ่งนั้น ได้แก่ ค่าเสื่อมราคาอาคาร ค่าเสื่อมราคาของครุภัณฑ์

- ต้นทุนค่าดำเนินการ (Operating Cost) หมายถึง ต้นทุนส่วนที่ถูกใช้ไปเพื่อให้สถานบริการสามารถผลิตบริการต่อไปได้ ซึ่งเป็นต้นทุนส่วนอื่นทั้งหมดนอกเหนือจากต้นทุนค่าลงทุน ได้แก่

ต้นทุนค่าแรง (Labor Cost) หมายถึง ต้นทุนค่าจ้างแรงงานหรือบุคลากรในการ

ผลิตหรือให้บริการ ได้แก่ต้นทุนหมวดเงินเดือน ค่าจ้าง ค่าชดเชย ค่าสวัสดิการอื่นๆของเจ้าหน้าที่
 ต้นทุนค่าวัสดุ (Material Cost) หมายถึงต้นทุนค่าวัสดุทุกประเภท ที่ใช้ในการ
 ให้บริการผู้ป่วยแต่ละกิจกรรม รวมทั้งค่าสาธารณูปโภคอื่นๆ เช่น ค่าประปา ไฟฟ้า โทรศัพท์
 ไปรษณีย์โทรเลข

ต้นทุนของผู้ให้บริการ (Cost of provider) : คือ ต้นทุนในการผลิตบริการ ของ
 สถานบริการซึ่งหมายถึงสถานบำบัดโรคผิวหนังบางแขนง ในการให้บริการคือการตรวจค้นหาผู้ป่วย
 และการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคผิวหนังทั่วไปและผู้ป่วยโรคเรื้อน

การตรวจค้นแบบตั้งรับ (Passive Case Detection) : คือการตรวจค้นหาผู้ป่วยที่
 สถานบริการให้บริการในลักษณะตั้งรับและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเข้ามารับการตรวจวินิจฉัยและรักษา
 ภายในสถานบริการโดยความสมัครใจ (Voluntary) กรณีของสถานบำบัดโรคผิวหนังบางแขนง
 กิจกรรมนี้คือการตรวจค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อน ในกลุ่มผู้ป่วยที่มาใช้บริการตรวจรักษาในคลินิกโรค
 ผิวหนังและคลินิกโรคเรื้อน การตรวจค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนในสถานบริการในรายที่สงสัยว่าจะมี
 การถ่ายทอดโรคเรื้อนมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

- (1) ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยทางคลินิกว่าป่วยด้วยโรคเรื้อนหรือไม่ และ
- (2) มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันผลการวินิจฉัยโรค โดยวิธีตรวจเชื้อจาก
 การขีดผื่นผิวหนัง (Skin smear) และ/หรือการตัดชิ้นเนื้อผิวหนังส่งตรวจทาง
 พยาธิวิทยา (Biopsy)
- (3) จากนั้นหากพบว่าผู้ป่วยรายนั้นเป็นโรคเรื้อนจริงๆผู้ป่วยจะได้รับประทานยา Dose
 แรก (1st dose of antileprotic therapy) ต่อหน้าเจ้าหน้าที่ในวันที่มา
 รับการรักษาเรียบร้อยแล้ว จึงถือว่าสิ้นสุดกระบวนการตรวจค้น

การตรวจค้นแบบรุก (Active Case Detection) : คือการตรวจค้นที่สถานบริการ
 ให้บริการในลักษณะเชิงรุกโดยเจ้าหน้าที่ออกตรวจค้นหาผู้ป่วยภายนอกสถานบริการ สำหรับสถาน
 บำบัดโรคผิวหนังบางแขนงกิจกรรมดังกล่าวคือการออกตรวจค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนในกลุ่มผู้สัมผัสโรค
 ร่วมบ้านในกิจกรรมการออกเยี่ยมติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ขาดการรักษา การตรวจค้นหาผู้ป่วยใน
 กิจกรรมนี้เป็นวัตถุประสงค์รองของกิจกรรมการออกเยี่ยมติดตามผู้ป่วยและถือว่าสิ้นสุดกระบวนการ

เมื่อผู้ป่วยได้รับการตรวจค้นหาอาการแสดงของโรคเรื้อนโดยการตรวจร่างกายเท่านั้น (ไม่รวมต้นทุนการตรวจวินิจฉัยทางห้องทดลอง ค่ายาและค่ารักษา เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่เน้นการติดตามผู้ป่วยที่ขาดการรักษาให้กลับมาได้รับการรักษาในสถานบริการต่อไปจนครบกำหนด เพื่อผลในการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งในการปฏิบัติงานจริงจะไม่มีการรักษาผู้ป่วยในชุมชน)

ผลการดำเนินงาน (Performance) : หมายถึง การนำเสนอผลการดำเนินงานหรือสิ่งที่ได้ออกมาเพื่อใช้ในการอธิบาย วิเคราะห์/เปรียบเทียบ การจัดระบบบริการที่เป็นอยู่ เพื่อการปรับปรุงแก้ไขและเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงาน โดยพิจารณาผลการดำเนินงานครอบคลุมในแง่มุมต่างๆ เช่น การครอบคลุมประชากรในพื้นที่ (Coverage) ระยะเวลาที่ให้บริการ (Time for Service) สัดส่วนบริการของแต่ละกิจกรรม (Relative Contribution) เป็นต้น



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย