

**ผลกระทบจากการไม่นำวิธีการผ่าตัด  
แบบไม่ค้างคืน (one day surgery)  
และการผ่าตัดผ่านกล้อง  
(minimally invasive surgery)  
ตามแนวทางของ  
กระทรวงสาธารณสุขมาใช้  
ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์  
[the true cost of not adopting the  
one day surgery (ODS)-minimally  
invasive surgery (MIS) national  
scheme at King Chulalongkorn  
Memorial Hospital]**

วรัญญา วัชรากิตย  
วศิน เลหาวินิจ  
โสภาคย์ มนัสยกรณ

**บทนำ**

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทยเป็นโรงพยาบาลสังกัดองค์การการกุศลที่ไม่แสวงหาผลกำไรและใช้ระเบียบจัดซื้อจัดจ้างคล้ายคลึงกับระบบราชการ ในทางปฏิบัติจึงสามารถ



เปรียบเทียบเป็นโรงพยาบาลของรัฐบาลแห่งหนึ่ง ถึงแม้ว่าโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์จะเป็นหนึ่งในสถาบันการฝึกอบรมชั้นนำของประเทศไทย โรงพยาบาลเองยังคงเผชิญกับความท้าทายที่พบบ่อยในโรงพยาบาลรัฐบาลอื่น ๆ ความท้าทายเหล่านี้รวมถึงทรัพยากรที่จำกัด อาทิเช่น สัดส่วนบุคลากรทางการแพทย์ต่อผู้ป่วย จำนวนเครื่องมือแพทย์ราคาสูง จำนวนห้องผ่าตัด และจำนวนเตียงผู้ป่วยใน เป็นต้น ความขาดแคลนเหล่านี้นำไปสู่ปัญหาหลายประการ ได้แก่ ความแออัดในโรงพยาบาล ระยะเวลารอคอยที่นานในการนัดพบแพทย์เฉพาะทาง การตรวจทางรังสีวินิจฉัยที่มีความซับซ้อน เช่น การตรวจเอกเรย์คอมพิวเตอร์และการตรวจด้วยเครื่องคลื่นสะท้อนในสนามแม่เหล็ก เป็นต้น ซึ่งล้วนส่งผลต่อระยะเวลาการรอคอยการรักษา อย่างไรก็ตาม ปัญหาที่สำคัญที่สุดทางด้านกลุ่มโรคทางศัลยกรรม คือ การไม่มีเตียงผู้ป่วยในรองรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องผ่าตัดในทั้งสถานการณ์ฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉิน ความล่าช้าในการผ่าตัดส่งผลให้อัตราทุพพลภาพและอัตราการตายของผู้ป่วยสูงขึ้น ผลการรักษาที่เลวลง และความพึงพอใจของผู้ป่วยลดลง

## การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผลกระทบอันเนื่องมาจากการขาดแคลนเตียงผู้ป่วยใน และสถานการณ์ทางศัลยกรรมในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ความขาดแคลนเตียงผู้ป่วยในส่งผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลเป็นวงกว้างโดยปัญหาดังกล่าวจะทวีความรุนแรงมากขึ้นในโรงพยาบาลตติยภูมิ นอกเหนือจากภาระงานของโรงพยาบาลที่ให้การรักษาผู้ป่วยทั้งในกลุ่มฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉินที่เดินทางมารับบริการด้วยตนเองแล้วนั้น โรงพยาบาลตติยภูมียังมีหน้าที่เป็นศูนย์รับผู้ป่วยส่งต่อที่มีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถสูงขึ้นมิฉะนั้นจะส่งผลให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรและเกิดภาวะทุพพลภาพที่สามารถป้องกันได้ ผู้เขียนได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและสรุปสถานการณ์ทางศัลยกรรมของโรงพยาบาลเพื่อเปรียบเทียบให้เห็นถึงขนาดและความรุนแรงของปัญหาดังนี้

### 1. การผ่าตัดฉุกเฉินที่ล่าช้า

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) ของบทความ 16 ฉบับที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดฉุกเฉินที่ล่าช้าในผู้ป่วยจำนวน 50,653 รายแสดงให้เห็นว่า ในแต่ละชั่วโมงที่ผ่านไป ผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินในช่องท้อง (acute abdomen) ที่ได้รับการผ่าตัดล่าช้าจะมีอัตราการตายเพิ่มขึ้นร้อยละ 2.2-6<sup>(1)</sup> นอกจากนี้ การเข้าถึงห้องผ่าตัดล่าช้าสำหรับผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปฉุกเฉิน (emergency general surgery patients) และการผ่าตัดในเวลากลางคืนมีความสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลที่สูงขึ้น การพักรักษาตัวในโรงพยาบาลที่นานขึ้นและค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น<sup>(2-4)</sup> ตามลำดับ

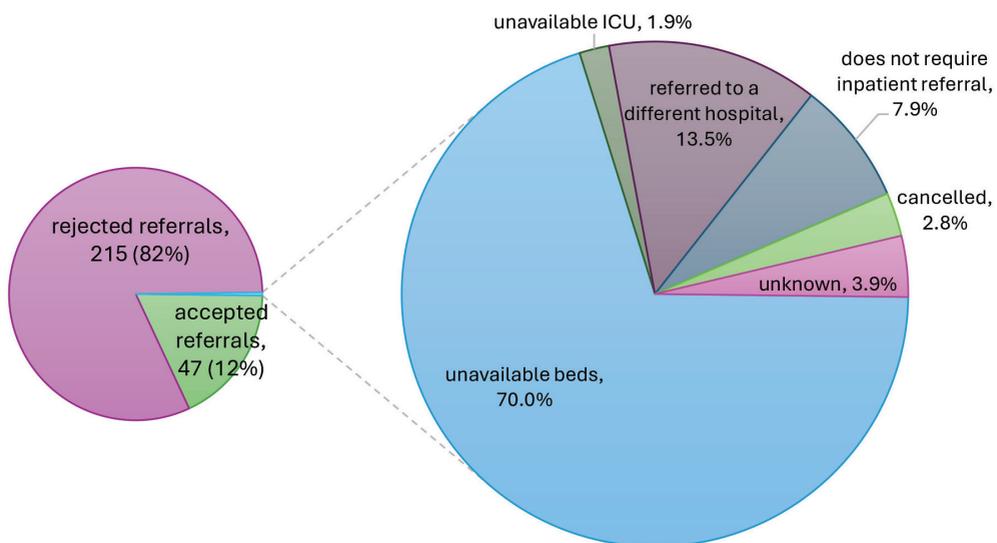
สำหรับสถานการณ์ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ข้อมูลจากศูนย์ส่งต่อผู้ป่วยระหว่างเดือนกันยายนถึงพฤศจิกายน พ.ศ. 2566 พบว่า มีผู้ป่วย 14 รายที่ต้องการการผ่าตัดฉุกเฉินแต่ถูกส่ง

ต่อไปยังโรงพยาบาลอื่นเนื่องจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ไม่มีเตียงผู้ป่วยวางในหอผู้ป่วยหรือหอผู้ป่วยวิกฤติ จำนวนเหล่านี้เป็นจำนวนที่น้อยกว่าความเป็นจริงเนื่องจากยังไม่ได้รวมผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาและออกจากห้องฉุกเฉินด้วยตนเองเพื่อย้ายไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่นเนื่องจากปัญหาระยะเวลารอคอยหรือความขาดแคลนเตียงที่ไม่สามารถแก้ไขได้ ปัญหาความขาดแคลนเตียงย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยฉุกเฉินเหล่านี้ไม่สามารถรับการผ่าตัดได้ทันเวลา เกิดความล่าช้าโดยไม่จำเป็นและนำไปสู่อัตราการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้น

## 2. การไม่สามารถรับผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีความจำเป็นจากสถานพยาบาลอื่นมาเข้ารับการรักษา

นอกเหนือจากปัญหาในกลุ่มผู้ป่วยที่เดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ด้วยตนเองดังที่ได้กล่าวไว้เบื้องต้น ปัญหาการรับผู้ป่วยฉุกเฉินจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดจากสถานพยาบาลอื่นนั้นมีความรุนแรงกว่ามาก ข้อมูลจากศูนย์ส่งต่อระหว่างเดือนมกราคมถึงมิถุนายน พ.ศ. 2567 ชี้ให้เห็นว่า มีความพยายามส่งต่อผู้ป่วยศัลยกรรมที่มีภาวะเร่งด่วนมารักษาแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์รวมทั้งสิ้น 262 ราย ในจำนวนดังกล่าว มีผู้ที่ถูกปฏิเสธการส่งต่อจำนวน 215 รายคิดเป็นร้อยละ 82 ของผู้ป่วยทั้งหมด สำหรับสาเหตุอันดับ 1 ของการปฏิเสธการรับส่งต่อ คือ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ไม่มีเตียงวางในหอผู้ป่วยคิดเป็นสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 70 ของสาเหตุในการปฏิเสธการรับส่งต่อผู้ป่วยทั้งหมด

Surgery Referrals to KCMH January-June 2024 and Reasons for Rejected Transfers



**รูปที่ 1.** จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินทางด้านศัลยกรรมที่ถูกโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ปฏิเสธการรับส่งต่อ (รูปซ้ายมือ) และสาเหตุของการปฏิเสธ (รูปขวามือ)

### 3. ระยะเวลารอดคายนานสำหรับการผ่าตัดแบบนัดผ่าตัด (elective surgery)

นอกเหนือจากผลกระทบในกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนที่ได้กล่าวไว้ ปัญหาความขาดแคลนเตียงผู้ป่วยในยังคงส่งผลกระทบอย่างมากต่อการบริหารจัดการตารางผ่าตัดของกลุ่มผู้ป่วยที่มีนัดหมายล่วงหน้า โดยผู้ป่วยต้องเสียเวลารอคอยการผ่าตัดที่นานขึ้นซึ่งระยะเวลารอดคยที่เพิ่มขึ้นไม่เพียงแต่กระทบต่อความไม่สะดวกหรือไม่สบายใจของผู้ป่วยเพียงอย่างเดียวแต่ยังมีผลอย่างมากต่อผลลัพธ์การรักษาและอัตราการเสียชีวิตอีกด้วย

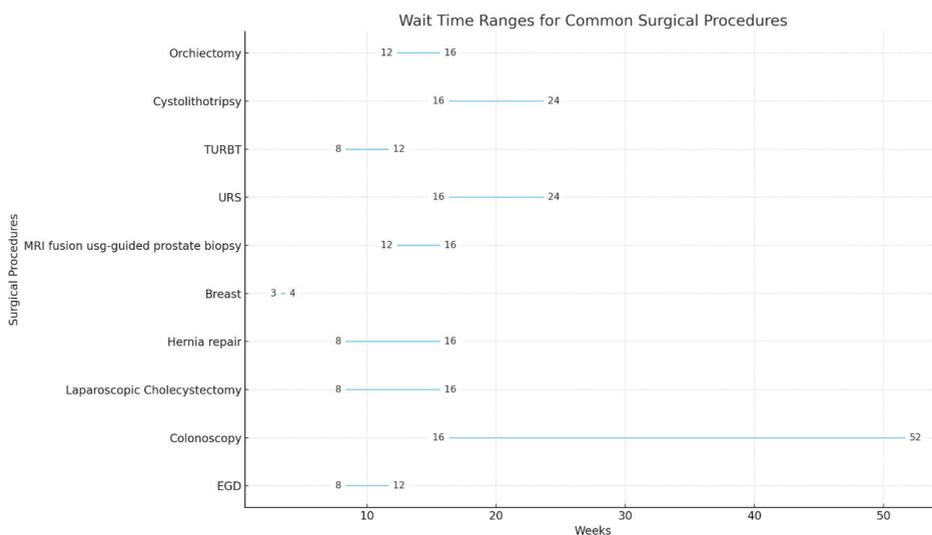
การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของบทความ 18 ฉบับที่รวมผู้ป่วยจำนวน 2,533,355 รายแสดงให้เห็นว่าความล่าช้าในการผ่าตัดตั้งแต่ 12 สัปดาห์ขึ้นไปจะลดอัตราการรอดชีวิตโดยรวม (overall survival) ในมะเร็งเต้านม ปอด และลำไส้ใหญ่<sup>(5)</sup> นอกจากนี้ ความล่าช้าในการวินิจฉัยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะนับจากวันที่มีอาการนานกว่า 7.5 สัปดาห์จะเพิ่มโอกาสการกลับมาของมะเร็ง และความล่าช้าในการผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะนับจากวันที่วินิจฉัยโรคมะเร็งนานกว่า 11-12 สัปดาห์ขึ้นไปจะลดอัตราการรอดชีวิตโดยรวมของผู้ป่วย<sup>(6, 7)</sup> นอกเหนือจากกลุ่มโรคมะเร็ง ระยะเวลารอดคยการผ่าตัดดื่งน้ำดีแบบนัดผ่าตัดจำนวน 60 วันขึ้นไปเพิ่มความเสี่ยงที่ในการได้รับการผ่าตัดดื่งน้ำดีฉุกเฉินอยู่ 5.21 เท่า<sup>(6)</sup> ซึ่งมีหลักฐานเชิงประจักษ์จากการศึกษาหลายชิ้นก่อนหน้านี้ที่แสดงว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดดื่งน้ำดีฉุกเฉินมีอัตราทุพพลภาพและโอกาสเสียชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบนัดผ่าตัด<sup>(7)</sup> ตัวอย่างเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าระยะเวลารอดคยการผ่าตัดมีผลกระทบอย่างชัดเจนต่อผลลัพธ์สุขภาพของผู้ป่วย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง

สำหรับสถานการณ์ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ระยะเวลารอดคยเฉลี่ยสำหรับการผ่าตัดที่สำคัญในโรงพยาบาลมีระยะเวลารอดคยเกินมาตรฐานแนวทางเวชปฏิบัติสากลในเกือบทุกหัตถการ เช่น การส่องกล้องลำไส้ใหญ่ซึ่งแนะนำให้มีระยะเวลารอดคยไม่เกิน 2 และ 6 เดือนสำหรับการส่องกล้องเพื่อยืนยันการวินิจฉัยและการคัดกรองโรค แต่กลับมีระยะเวลารอดคยการทำหัตถการอย่างน้อย 4 เดือนและในบางกรณีมีระยะเวลาการรอดคยสูงถึง 1 ปี ดังตารางที่ 1 และรูปที่ 2 ตามลำดับ

ตารางที่ 1. ระยะเวลารอคอยที่เหมาะสมสำหรับหัตถการและการผ่าตัดตามแนวทางปฏิบัติสากล

หน่วยงาน	หัตถการ/บริการ	ระยะเวลาที่แนะนำ
Canadian Association of Gastroenterology	Diagnostic colonoscopy	<2 เดือน <sup>(8)</sup>
	Screening colonoscopy	<6 เดือน <sup>(8)</sup>
National Health Service (NHS), United Kingdom	การวินิจฉัยมะเร็ง (rule in or rule out cancer)	≤28 วัน <sup>(9)</sup>
	การตัดชิ้นใจรักษามะเร็ง (ผ่าตัด เคมีบำบัด ฉายรังสี ฯลฯ)	≤31 วัน <sup>(9)</sup>
	ส่งต่อเพื่อรับการรักษา	≤62 วัน <sup>(9)</sup>
European Association of Urology	Radical cystectomy*	≤3 เดือน (เพิ่มความเสี่ยงของการลุกลามของโรคและอัตราการตายกรณีที่ยาวนานกว่า) <sup>(10)</sup>
	Radical nephro-ureterectomy*	≤12 สัปดาห์ (เพิ่มความเสี่ยงของการลุกลามของโรคและอัตราการตายกรณีที่ยาวนานกว่า) <sup>(11)</sup>

\*ระยะห่างระหว่างการวินิจฉัยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะหรือ upper tract urothelial cancer ด้วย cystoscopy/URS/TURBT และการผ่าตัดรักษาด้วยวิธี radical cystectomy/radical nephroureterectomy



รูปที่ 2. ระยะเวลาการรอคอยเฉลี่ยสำหรับการผ่าตัดที่สำคัญในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

TURBT: transurethral resection of bladder tumor, URS: ureteroscopy, EGD: esophagogastroduodenoscopy

จากปัญหาทั้งหมดที่กล่าวมา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สามารถแก้ไขปัญหาค่าความขาดแคลนเตียงผู้ป่วยในและปรับปรุงการจัดสรรทรัพยากรเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยลดเวลารอคอย และปรับปรุงผลลัพธ์สุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยผ่านการเลือกใช้การผ่าตัดแบบไม่ค้างคืนมาเป็นหนึ่งในตัวเลือกของการปรับระบบบริการและพัฒนาศักยภาพบริการ ซึ่งการดำเนินงานดังกล่าวสามารถเริ่มดำเนินการได้ในระยะเวลาอันสั้นและมีการเตรียมความพร้อมมาไว้ล่วงหน้าแล้วเป็นระยะเวลากว่า 2 ปี

## การผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน

การผ่าตัดแบบไม่ค้างคืนหรือ one day surgery หรืออาจเรียกว่า ambulatory surgery, same day surgery และ outpatient surgery มีจุดเริ่มต้นจากการทำงานของ ดร.เจมส์ นิคอลลีย์ ศัลยแพทย์ผู้บุกเบิกวิธีการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืนโดยแนวคิดดังกล่าวมีจุดเริ่มต้นในปี พ.ศ. 2442 รวมระยะเวลากว่า 130 ปี ในปี พ.ศ. 2452 ดร.นิคอลลีย์ ได้ตีพิมพ์บทความสำคัญที่บรรยายถึงประสบการณ์การผ่าตัดที่โรงพยาบาลเด็กในกรุงกลาสโกว์ ซึ่งมีผู้ป่วยกว่า 8,988 รายได้รับการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอก ไม่จำเป็นต้องนอนโรงพยาบาลหลังการผ่าตัด โดยเกือบครึ่งหนึ่งเป็นเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี และประกอบด้วยวิธีการผ่าตัดหลากหลายประเภท อาทิเช่น ไล่เลื่อนปากแหว่งเพดานโหว่ เป็นต้น<sup>(12)</sup>

ในปี พ.ศ. 2509 โรงพยาบาลจอร์จวอชิงตันได้เปิดหน่วยผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อควบคุมค่าใช้จ่าย (cost containment) และเพิ่มความปลอดภัยในการใช้เตียงสำหรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องรักษาตัวแบบผู้ป่วยในโดยการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืนมีคุณภาพเทียบเท่ากับการรักษาตัวแบบผู้ป่วยใน มีความสะดวกและลดความเสี่ยงการติดเชื้อ ในระยะแรกผู้ป่วยที่เหมาะสมมักเป็นผู้ป่วยที่ถูกจัดอยู่ในกลุ่ม American Society of Anesthesiologists (ASA) 1 (มีสุขภาพแข็งแรงเป็นปกติ) หรือ ASA 2 (มีโรคทาง systemic เล็กน้อย สามารถทำงานต่าง ๆ ได้ปกติ) และได้รับการผ่าตัดที่ไม่ซับซ้อนมากนัก อย่างไรก็ตาม เนื่องด้วยการพัฒนาของการแพทย์ในปัจจุบัน ผู้ป่วย ASA 3 (มีโรคทาง systemic รุนแรงปานกลาง ไม่สามารถทำงานได้ปกติ) หรือ ASA 4 (มีโรคทาง systemic รุนแรงมาก อาจมีผลทำให้เสียชีวิตหรือเกิดทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติงานได้) ในบางกรณีสามารถเข้ารับการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืนได้ รวมทั้งการผ่าตัดที่มีความซับซ้อนมากขึ้นถูกนำมาประยุกต์ใช้ในการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืนร่วมด้วย ณ ปัจจุบันการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืนในต่างประเทศมีการทำหัตถการที่หลากหลาย อาทิเช่น การผ่าตัดถุงน้ำดี ไล่ดึงอวัยวะ ไล่เลื่อน การผ่าตัดกระเพาะอาหารในผู้ป่วยโรคอ้วนและลำหน้าไปถึงการผ่าตัดตับ (hepatectomy) ด้วยหุ่นยนต์แบบไม่ค้างคืน เป็นต้น

สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย การผ่าตัดแบบไม่ค้างคืนได้รับการผลักดันและพัฒนา

อย่างต่อเนื่องตามยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึงและรวดเร็วยิ่งขึ้น และกระจายการใช้ทรัพยากรสาธารณสุขให้เหมาะสม (appropriate healthcare resource allocation) สำหรับความหมายของการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืนในประเทศไทยมีความแตกต่างจากต่างประเทศเล็กน้อย กล่าวคือ เป็นการรับผู้ป่วยเข้ามารับการผ่าตัดที่มีการเตรียมไว้ก่อนแล้ว และให้ผู้ป่วยกลับบ้านในวันเดียวกัน หรืออยู่โรงพยาบาลไม่เกิน 24 ชั่วโมง ซึ่งต่างจากความหมายในต่างประเทศที่ไม่มีการนอนพักรักษาตัวภายในโรงพยาบาลหลังการผ่าตัด

ข้อมูลปีงบประมาณ พ.ศ. 2561-2565 พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืนมีจำนวนทั้งสิ้น 90,418 ราย ส่งผลให้สามารถลดค่าใช้จ่ายภาคประชาชนได้ถึง 144,668,800 บาท และลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลได้ 180,836 วัน<sup>(13)</sup> ปัจจุบัน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีการรับรองการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืนจำนวน 67 รายการและการผ่าตัดผ่านกล้อง (minimally invasive surgery, MIS) จำนวน 19 รายการ<sup>(13)</sup> ในปี พ.ศ. 2566 มีโรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืนของ สปสช. ในทุกจังหวัดของประเทศรวมทั้งสิ้น 220 แห่ง ประกอบด้วยโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลจังหวัด และโรงพยาบาลอำเภออีก 50 แห่ง<sup>(14)</sup>

**หมายเหตุ:** โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์อยู่ระหว่างการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืนของ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

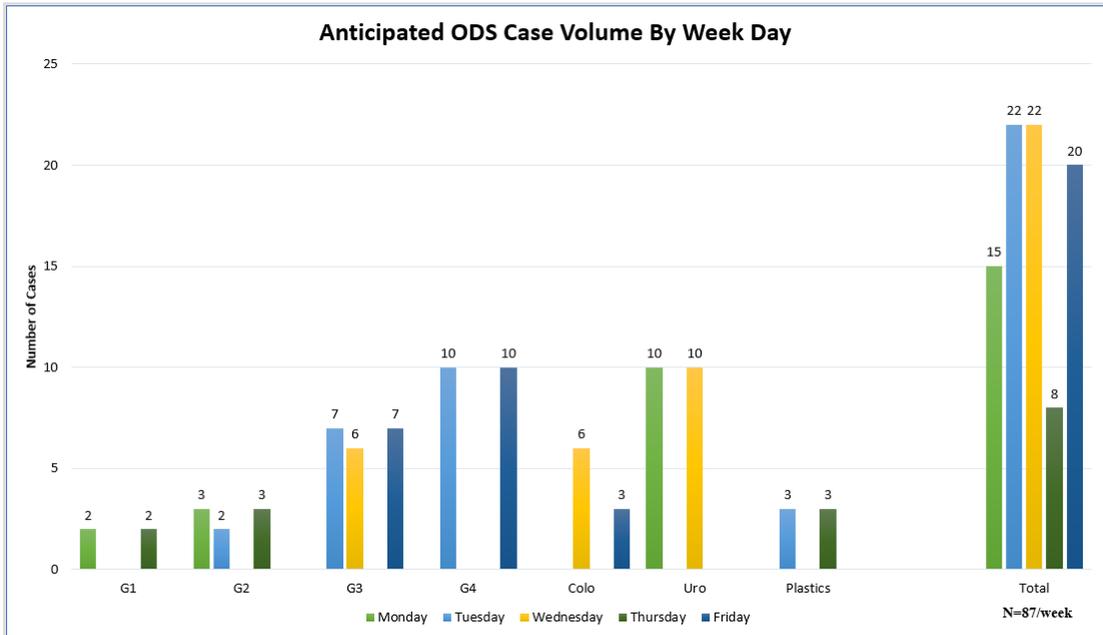
สำหรับสถานการณ์ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ การวิเคราะห์ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยในฝ่ายศัลยศาสตร์ในกลุ่มโรคเป้าหมายของการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืนแบบอนุรักษ์นิยม (conservative estimate) พบว่า มีผู้ป่วยประมาณ 2,300 ราย คิดเป็นสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 63.6 ของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด ในจำนวนนี้ ยังไม่รวมผู้ป่วยจากฝ่ายอื่น ๆ ที่สามารถผ่าตัดแบบไม่ค้างคืนได้ เช่นเดียวกัน อาทิเช่น ฝ่ายออร์โธปิดิกส์ โสต ศอ นาสิกวิทยา และสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา เป็นต้น สำหรับกลุ่มโรค 3 อันดับแรกที่มีสัดส่วนของผู้ป่วยที่ไม่มีข้อห้ามสำหรับการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน ได้แก่ รอยโรครอบทวารหนัก (anal abscess, anal fistula, anal fissure) ริดสีดวง และก้อนในเต้านม อยู่ที่ร้อยละ 95.4 88.5 และ 83.9 ตามลำดับดังตารางที่ 2 การปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการเป็นการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืนสำหรับผู้ป่วยที่มีความพร้อมทางสุขภาพสามารถช่วยย่นระยะเวลารอคอยการผ่าตัดในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ รวมทั้งยังเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลมีเตียงพร้อมสำหรับการรักษาต่อเนื่องหลังการผ่าตัดอีกด้วย

**ตารางที่ 2.** จำนวนผู้ป่วยในที่ไม่มีข้อห้ามสำหรับการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืนประจําปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

กลุ่มโรค หรือลักษณะหัตถการ	จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดหรือทำการหัตถการ	จำนวนผู้ป่วยที่ไม่มีข้อห้ามสำหรับการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน (%)	จำนวนวันนอนเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	จำนวนวัน-เตียงเฉลี่ยที่สามารถประหยัดได้ หากผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน
Breast mass	1,102	925 (83.9)	3.4 (3.5)	3182
Laparoscopic cholecystectomy	763	318 (41.7)	3 (3.2)	965
Inguinal hernia	490	234 (47.8)	4.5 (18.1)	1054
Anal abscess, Anal fistula, Anal fissure	261	249 (95.4)	2 (0.6)	509
Hemorrhoid	208	184 (88.5)	1.9 (0.9)	347
Colorectal polyp	132	59 (44.7)	2.1 (1.2)	126
TUR-P, TUR-BT	327	135 (41.3)	3.7 (3.5)	494
Other transurethral procedures	82	52 (63.4)	2.9 (1.7)	149
Hydrocele, Varicocele, Orchidectomy	49	22 (44.9)	2.4 (1.3)	53
Transcutaneous nephrostomy	16	10 (62.5)	5.2 (3.6)	52
AV Graft	70	34 (48.6)	3.6 (5.8)	123
Varicose Vein Ligation	38	27 (71.1)	1.8 (0.7)	48
<b>Total</b>	<b>3,538</b>	<b>2,249 (63.6)</b>	<b>3.2 (6.5)</b>	<b>7,101</b>

Other transurethral procedures ประกอบด้วย vesicle stone ureteric stone urethral stone และ urethral stricture เกณฑ์การผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน (ต้องมีทุกข้อ)  
 1. มีอายุน้อยกว่า 70 ปีหรือมีอายุน้อยกว่า 60 ปีสำหรับการหัตถการ laparoscopic cholecystectomy และ 2. ไม่มีโรคร่วม ได้แก่ โรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ โรคไตเรื้อรัง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคตับ โรคไตเรื้อรัง โรคไตเสื่อม โรคตับแข็ง โรคตับอ่อน โรคถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน โรคถุงน้ำดีอักเสบเรื้อรัง โรคตับ โรคถุงน้ำดี หรือ โรคถุงลมโป่งพอง

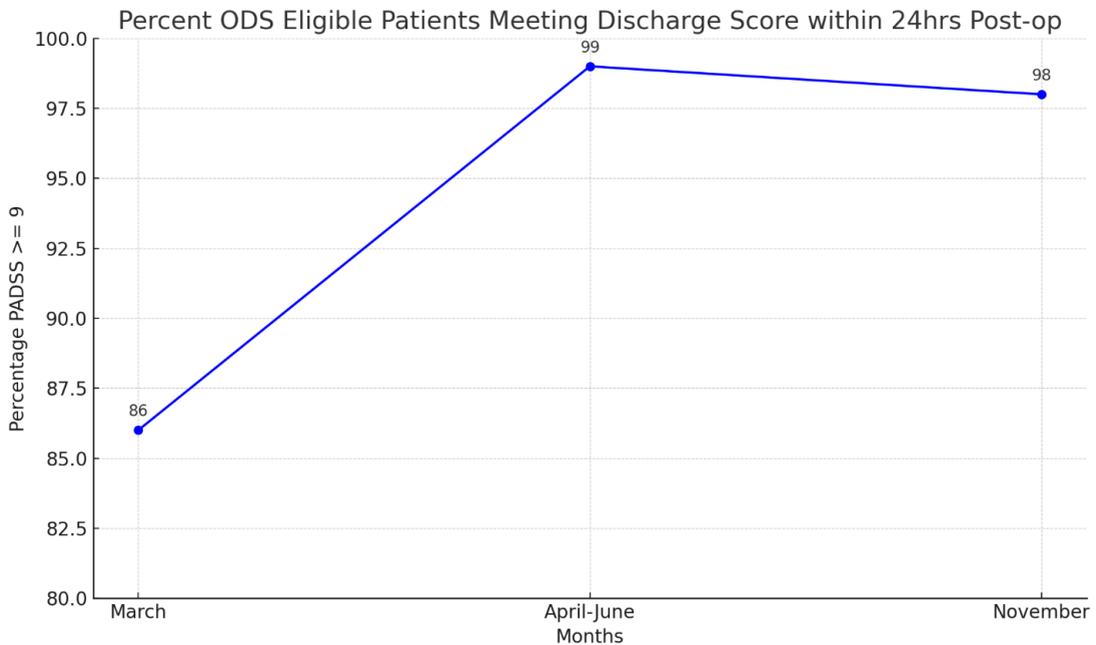
นอกจากนี้ การสำรวจความต้องการการบริการการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืนในกลุ่ม ศัลยแพทย์และศัลยแพทย์เฉพาะทางของฝ่ายศัลยศาสตร์ พบว่า ศัลยแพทย์สาขาต่าง ๆ มีความต้องการให้มีการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืนอย่างยิ่ง โดยคาดการณ์ว่าจะมีจำนวนผู้ป่วยศัลยกรรมที่สามารถเข้ารับการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืนสูงถึง 87 รายต่อสัปดาห์กระจายในทุกวันทำการโดย ศัลยกรรมทั่วไปและศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะเป็น 2 สาขาวิชาที่มีความต้องการการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืนสูงสุดดังรูปที่ 3



**รูปที่ 3.** จำนวนผู้ป่วยศัลยกรรมที่คาดการณ์ไว้ว่าสามารถเข้ารับการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน รายสัปดาห์การปฏิบัติงานและวันในสัปดาห์ของฝ่ายศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

นอกเหนือจากการสำรวจปริมาณผู้ป่วยและความต้องการในการจัดการบริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน ระหว่างเดือนมีนาคมถึงพฤศจิกายน พ.ศ. 2566 หน่วยศัลยศาสตร์ทั่วไปสาย G4 ฝ่ายศัลยศาสตร์ได้ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดมะเร็งเต้านมแบบพักรักษาตัวภายในโรงพยาบาลว่า หลังการผ่าตัดผู้ป่วยสามารถออกจากโรงพยาบาลภายใน 24 ชั่วโมงตามนิยามของการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้หรือไม่ การประเมินดังกล่าวใช้เกณฑ์ post anesthetic discharge scoring system (PADSS) และเกณฑ์เฉพาะเพิ่มเติมสำหรับหัตถการ (procedure-specific criteria) ที่เป็นเกณฑ์มาตรฐานและผ่านความเห็นชอบจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องแล้ว (ตารางผนวกที่ 2) เพื่อเป็นข้อมูลประกอบก่อนนำเกณฑ์

ดังกล่าวไปใช้จริงในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน การประเมินดังกล่าวพบว่าผู้ป่วยส่วนมากร้อยละ 86-99 ที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านมสามารถกลับบ้านได้ภายใน 24 ชั่วโมง ดังรูปที่ 4 ทำให้สามารถมั่นใจได้ว่า โครงการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืนมีโอกาสสำเร็จสูง



รูปที่ 4. สัดส่วนผู้ป่วยที่มีสิทธิ์เข้าร่วมโครงการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืนที่ได้คะแนนการออกจากโรงพยาบาล (PADSS) ที่มากกว่าหรือเท่ากับ 9 ภายใน 24 ชั่วโมงหลังการผ่าตัดในแต่ละช่วงเวลา

### การวิเคราะห์ผลกระทบทางการเงินของการจัดบริการการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน

นอกเหนือจากประโยชน์ของการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืนที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม การประเมินจำนวนผู้ป่วยที่สามารถเข้ารับการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืนด้วยฐานข้อมูลของโรงพยาบาล การสำรวจความต้องการจัดบริการกับศัลยแพทย์ และการประเมินความเป็นไปได้ในการอนุมัติให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปพักรักษาตัวที่บ้านได้หลังการผ่าตัด การประเมินผลกระทบทางการเงินของการจัดบริการเป็นข้อมูลอีกมิติหนึ่งที่มีความสำคัญ โดยการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืนสามารถช่วยลดต้นทุนการให้บริการและสร้างรายได้ให้กับโรงพยาบาลผ่าน 3 ช่องทางหลัก ได้แก่ 1) การลดต้นทุนค่าบริการผู้ป่วยใน 2) การได้รับเม็ดเงินเพิ่มขึ้นจากการเบิกค่ารักษาพยาบาลจากภาครัฐ และ 3) การนำเตียงที่ว่างไปใช้สำหรับการให้บริการที่สร้างผลกำไรสูง

ในแง่ของต้นทุน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มีต้นทุนการบริการผู้ป่วยในที่สูง โดยต้นทุนการให้บริการเตียงสามัญ ประกอบด้วย ค่าแรงบุคลากร ค่าครุภัณฑ์เครื่องมือแพทย์ วัสดุสำนักงาน และต้นทุนทางอ้อมของการให้บริการ (ไม่รวมค่าก่อสร้างเนื่องจากได้รับงบประมาณสนับสนุน

จากรัฐบาล) อยู่ที่ 2,211 บาทมูลค่าปีฐาน พ.ศ. 2566 ต่อคืน ในทางกลับกัน อัตราค่าบริการของเตียงสามัญที่โรงพยาบาลเรียกเก็บ ณ ปัจจุบันมีราคาเพียง 600 บาทต่อคืนส่งผลให้ ทุก 1 คืนที่ผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวภายในโรงพยาบาล โรงพยาบาลจะขาดทุนอยู่ที่ 1,611 บาท<sup>(15)</sup> นอกจากนี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ออกระเบียบการเบิกจ่ายของการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืนให้จ่ายตามระบบการวินิจฉัยร่วม (diagnostic related groups: DRGs) ส่งผลให้สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลจากการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืนได้ทัดเทียมกับการผ่าตัดแบบพักรักษาตัวภายในโรงพยาบาล

นอกจากนี้ ผู้ป่วยสิทธิข้าราชการเบิกจ่ายตรงเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ใหญ่ที่สุดของโรงพยาบาลคิดเป็นประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่ไม่มีข้อห้ามสำหรับการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน ข้อแตกต่างของวิธีการจ่ายเงินระหว่างการให้บริการผู้ป่วยใน (จ่ายตามระบบการวินิจฉัยร่วม) และผู้ป่วยนอก (จ่ายเงินตามที่เรียกเก็บแต่ไม่เกินอัตราที่กรมบัญชีกลางกำหนด) ของสิทธิข้าราชการเบิกจ่ายตรงส่งผลให้โรงพยาบาลจะได้รับเงินมากกว่าหากเลือกรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืนอยู่ประมาณร้อยละ 12 (อัตราการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของสิทธิข้าราชการเบิกจ่ายตรงอยู่ที่ร้อยละ 97 และ 85 ตามลำดับ)<sup>(16)</sup>

นอกเหนือจากผลกำไรที่ได้จากการลดต้นทุนและเพิ่มรายได้ดังที่ได้กล่าวไป การผ่าตัดแบบไม่ค้างคืนมีต้นทุนด้านบุคลากรสำหรับการบริหารจัดการสูงกว่าการจัดบริการทั่วไป เนื่องจากต้องใช้บุคลากรสำหรับการประสานงานระหว่างแผนก อาทิเช่น การประเมินผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัดระหว่างศัลยแพทย์และวิสัญญีแพทย์ การทำ ultrasound-guided marking ภายในวันเดียวกับวันที่ผ่าตัด การจัดตารางห้องผ่าตัดให้เหมาะสมต่อหัตถการของแต่ละหน่วยศัลยศาสตร์เฉพาะทาง เป็นต้น นอกจากนี้ การผ่าตัดแบบไม่ค้างคืนมีต้นทุนบุคลากรโดยเฉพาะต้นทุนค่าแรงของศัลยแพทย์และต้นทุนการดำเนินงานสูงกว่าการผ่าตัดแบบพักรักษาตัวภายในโรงพยาบาล เนื่องจากศัลยแพทย์ต้องให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนกลับบ้านที่ละเอียดกว่า ต้องมีการติดตามอาการผ่านทางโทรศัพท์ ให้คำแนะนำกรณีเกิดเหตุไม่พึงประสงค์ และ มีโอกาสที่ผู้ป่วยจะกลับมาโรงพยาบาลซ้ำเนื่องจากข้อกังวล เป็นต้น

การวิเคราะห์ผลกระทบทางการเงินในบทความนี้ ผู้เขียนจะเปรียบเทียบส่วนต่างระหว่างต้นทุนส่วนเพิ่ม (incremental cost) ของการจัดบริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืนและผลกำไรที่โรงพยาบาลได้รับจากการลดต้นทุนการผู้ป่วยในโดยยังไม่นำรายได้ที่เพิ่มขึ้นจากการเบิกจ่ายและรายได้ส่วนเพิ่มจากการนำเตียงที่ว่างไปใช้สำหรับการให้บริการที่สร้างผลกำไรสูงมารวมในการวิเคราะห์ ทั้งนี้ผลการวิเคราะห์ที่แสดงเป็นผลการวิเคราะห์ในบริบทของโรงพยาบาลตติยภูมิตัวใหญ่ภาครัฐเท่านั้น ผลการวิเคราะห์อาจไม่สามารถนำไปใช้อ้างอิงในสถานการณ์ของโรงพยาบาลประเภทอื่นได้

### ส่วนที่ 1 กิจกรรมการให้บริการและต้นทุนส่วนเพิ่มของการให้บริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน

หากกำหนดเป้าหมายของการเปิดบริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืนของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ คือ 20 รายต่อวันหรือประมาณ 5,000 รายต่อปีโดยคาดการณ์จากการสำรวจความต้องการการจัดบริการการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืนในกลุ่มศัลยแพทย์และศัลยแพทย์เฉพาะทางของฝ่ายศัลยศาสตร์ที่ 87 รายต่อสัปดาห์ดังรูปที่ 3 การจัดบริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืนจำเป็นต้องมีบุคลากรประจำเพิ่มเติมเพื่อช่วยในการดำเนินงานจำนวน 3 ตำแหน่ง ได้แก่ ผู้จัดการหน่วยผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน พยาบาลประจำหน่วยผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน และเจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไปอย่างละ 1 ตำแหน่งโดยมีภาระงานและต้นทุนคงที่เพิ่มเติมดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3.** ประเภทบุคลากรที่ต้องใช้เพิ่มเติมและภาระงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน

ประเภทบุคลากร	จำนวน	ภาระงาน	ต้นทุนคงที่ต่อปี*
ผู้จัดการหน่วยผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน (ODS Manager)	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- บริหารจัดการการดำเนินงานของหน่วยผ่าตัดแบบไม่ค้างคืนให้มีความเรียบร้อย</li> <li>- ประสานงานกับแพทย์แต่ละแผนกสำหรับการจัดตารางห้องผ่าตัดและเลื่อนนัดผู้ป่วย</li> <li>- ติดตามประเมินผลการดำเนินงานและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในการจัดบริการ</li> </ul>	843,861
พยาบาลประจำหน่วยผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ยืนยันการนัดหมายและให้คำแนะนำการเตรียมตัวก่อนการผ่าตัดผ่านทางโทรศัพท์กับผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด 1 อาทิตย์</li> <li>- จัดการตารางนัดหมายและลงทะเบียนผู้ป่วย ณ วันผ่าตัด</li> <li>- ตอบข้อซักถามผู้ป่วยเบื้องต้นและแจ้งแพทย์เจ้าของไข้กรณีพบว่าผู้ป่วยเกิดเหตุไม่พึงประสงค์</li> </ul>	487,969
เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป (Ward Officer)	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ลงทะเบียนผู้ป่วย ณ วันผ่าตัด</li> <li>- ประสานการดำเนินงานกับแผนกต่าง ๆ ในวันผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้ารับบริการผ่าตัดและกลับบ้านได้ทันเวลา เช่น การจัดการเรื่องสิทธิการรักษา การตรวจทางรังสีวินิจฉัยก่อนการผ่าตัด และ การชำระค่าบริการ เป็นต้น</li> </ul>	372,773
ต้นทุนค่าแรงทั้งหมด			1,704,603

ค่าสาธารณูปโภคและวัสดุสำนักงานคิดเป็นร้อยละ 30 ของต้นทุนค่าแรง	511,381
ต้นทุนทางอ้อม คิดเป็นร้อยละ 30 ของต้นทุนทางตรง	664,795
รวมทั้งสิ้น	<b>2,880,779</b>

\* อ้างอิงจากรายงานต้นทุนค่าแรงบุคลากรโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

นอกเหนือจากต้นทุนคงที่ของบุคลากรประจำตัวที่แสดงไว้เบื้องต้น การผ่าตัดแบบไม่ค้างคืนยังมีกิจกรรมการให้บริการอื่น ๆ เพิ่มเติมที่ศัลยแพทย์ต้องดำเนินการโดยสามารถเปรียบเทียบกิจกรรมการให้บริการและต้นทุนผันแปรส่วนเพิ่มของการจัดบริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืนได้ดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 4.** กิจกรรมการให้บริการของการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน และต้นทุนส่วนเพิ่มของการจัดบริการ

กิจกรรมการให้บริการของการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน	ประเภทบุคลากรที่ใช้ในการดำเนินงาน	ระยะเวลา หรือภาระงานส่วนเพิ่มต่อผู้ป่วย 1 ราย	ต้นทุนส่วนเพิ่ม (บาท)*
1. ก่อนการผ่าตัด			
ศัลยแพทย์ให้คำแนะนำเกี่ยวกับประโยชน์ของการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน และตอบข้อซักถามผู้ป่วย	ศัลยแพทย์ 1 คน	15 นาที	133.5
การประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัด	ศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ และ ทีมงาน preadmission	เทียบเท่ากับการจัดบริการแบบปกติ	-
การนัดหมายการตรวจทางรังสีวินิจฉัยก่อนการผ่าตัด	รังสีแพทย์และทีมงาน	เทียบเท่ากับการจัดบริการแบบปกติ	-
พยาบาลหน่วย ODS โทรศัพท์ให้คำแนะนำผู้ป่วยและตอบข้อซักถามที่ 7 วัน และ 1 วัน ก่อนการผ่าตัด	พยาบาล ODS	คำนวณไว้แล้วในตารางที่ 3	

2. วันผ่าตัด			
ทีมงาน ODS ลงทะเบียนผู้ป่วย แจ้งแพทย์เจ้าของไข้ และ ประสานงานกับแผนกต่าง ๆ เพื่อให้การจัดบริการราบรื่น	ทีมงาน ODS	คำนวณไว้แล้วในตารางที่ 3	
การจัดการเรื่องสิทธิการรักษา	หน่วยงานที่รับผิดชอบเรื่องสิทธิการรักษา	เทียบเท่ากับการจัดบริการแบบปกติ	-
การตรวจทางรังสีวินิจฉัย วันผ่าตัด	รังสีแพทย์ และทีมงาน	เทียบเท่ากับการจัดบริการแบบปกติ	-
การผ่าตัด	ศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ และ ทีมงาน	เทียบเท่ากับการจัดบริการแบบปกติ	-
การดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัดในห้องผ่าตัด	วิสัญญีแพทย์ และ ทีมงาน	เทียบเท่ากับการจัดบริการแบบปกติ	-
การให้การพยาบาลก่อนและหลังการผ่าตัดในหอผู้ป่วยผ่าตัดแบบไม่ค้างคืนระหว่างเวลา 6.00-22.00 น. (16 ชั่วโมงทำการ)	ทีมงาน ODS พยาบาล และผู้ช่วยพยาบาล	คิดต้นทุนเทียบเท่ากับต้นทุนการนอนโรงพยาบาล 1 วัน (24 ชั่วโมงทำการ)	
ศัลยแพทย์ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลหลังกลับบ้าน	ศัลยแพทย์ 1 คน	30 นาที	267.0
3. หลังวันผ่าตัด			
ศัลยแพทย์ติดตามอาการผ่านทางโทรศัพท์ 2 ครั้ง ครั้งละ 15 นาที	ศัลยแพทย์ 1 คน	30 นาที	267.0
ศัลยแพทย์ตอบคำถามผู้ป่วยและแก้ไขปัญหากรณีเกิดเหตุไม่พึงประสงค์ผ่านทางโทรศัพท์ โอกาสเกิดเหตุร้อยละ 10 ใช้ศัลยแพทย์ 1 คน และใช้เวลาการให้บริการ 60 นาที	ศัลยแพทย์ 1 คน	6 นาที	53.4

ผู้ป่วยต้องมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกหรือแผนกฉุกเฉิน โอกาสเกิดเหตุร้อยละ 5 ใช้ศัลยแพทย์ 2 คน และใช้เวลาการให้บริการ 180 นาที	ศัลยแพทย์ 2 คน	คนละ 9 นาที รวมเป็น 18 นาที	160.2
ต้นทุนศัลยแพทย์จากกิจกรรมเพิ่มเติม			881.1
ค่าสาธารณูปโภคและวัสดุสำนักงานคิดเป็นร้อยละ 30 ของต้นทุนค่าแรง			264.3
ต้นทุนทางอ้อม คิดเป็นร้อยละ 30 ของต้นทุนทางตรง			343.6
ต้นทุนผันแปรเพิ่มเติมต่อผู้ป่วย 1 ราย			<b>1,489</b>

\*อ้างอิงจากรายงานต้นทุนค่าแรงบุคลากรโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 โดยคิดค่าแรงแพทย์อยู่ที่ 8.9 บาทต่อนาที

โดยสรุป การจัดบริการการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืนมีต้นทุนส่วนเพิ่มอยู่ระหว่าง 2,035 ถึง 2,853 บาทต่อผู้ป่วย 1 ราย ขึ้นอยู่กับจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการดังตารางที่ 5

## ส่วนที่ 2 ผลกระทบทางการเงินของการให้บริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน

การวิเคราะห์ผลกระทบทางการเงินในการศึกษานี้คิดจำนวนผู้ป่วยที่ 16 คนต่อวันเป็นกรณีฐานและทำการวิเคราะห์ความไวกรณีที่มีผู้ป่วยเข้ารับบริการระหว่าง 8 ถึง 20 คนต่อวันโดยผู้เขียนได้ทำการวิเคราะห์ผลกระทบทางการเงินใน 3 มุมมองหลัก ได้แก่ 1) มุมมองของโรงพยาบาล 2) มุมมองของผู้ป่วย และ 3) มุมมองทางสังคม จากการวิเคราะห์ผลกระทบทางการเงินในมุมมองของโรงพยาบาล พบว่า การให้บริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืนสามารถลดต้นทุนของโรงพยาบาลได้ 4.3 ล้านบาทต่อปีในกรณีฐานและมีผลกำไรในทุกสถานการณ์ระหว่าง 7 แสน ถึง 6.1 ล้านบาทต่อปีโดยแปรผันตามปริมาณผู้ป่วยที่เข้ารับบริการผ่าตัดต่อวันดังตารางที่ 5

สำหรับมุมมองของผู้ป่วย การศึกษานี้ทำการวิเคราะห์แบบอนุรักษนิยมโดยคิดเฉพาะค่าเสียเวลาและค่าใช้จ่าย (ค่าเดินทางและค่าอาหาร) ในการมาโรงพยาบาลของญาติเท่านั้น สาเหตุที่ไม่คิดค่าเสียเวลาของคนไข้ที่ต้องพักรักษาตัวภายในโรงพยาบาลเนื่องจากผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืนยังคงต้องใช้เวลาในการพักฟื้นที่บ้านและไม่สามารถไปทำงานได้เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่พักรักษาตัวภายในโรงพยาบาล การวิเคราะห์ต้นทุนของผู้ป่วยใช้ข้อมูลอัตราค่าแรงขั้นต่ำ จังหวัดกรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2567 ที่ 363 บาทต่อวัน<sup>(17)</sup> และค่าใช้จ่ายในการไปรักษาตัวในโรงพยาบาลทั่วไป (ค่าอาหาร และ ค่าเดินทางอยู่ที่ 68.2 และ 185.2 บาทมูลค่าปีฐาน พ.ศ. 2566

ต่อวัน ตามลำดับ) จากรายการต้นทุนมาตรฐานเพื่อการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ<sup>(18)</sup> เป็นตัวแทนข้อมูลค่าเสียเวลาและค่าใช้จ่ายในการมาโรงพยาบาลของญาติ ตามลำดับ จากข้อมูลที่ใช้เป็นตัวแทนในการวิเคราะห์จะเห็นได้ว่าข้อมูลดังกล่าวมีมูลค่าที่ต่ำเมื่อเทียบกับลักษณะทางประชากรของคนไข้โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทยที่มีเศรษฐกิจทางสังคมสูงกว่าคนไข้ทั่วไปของประเทศ เม็ดเงินที่สามารถประหยัดได้ในฝั่งผู้ป่วยของการศึกษานี้จึงเป็นมูลค่าขั้นต่ำที่ผู้ป่วยและญาติสามารถประหยัดได้และในความเป็นจริง ต้นทุนดังกล่าวย่อมสูงกว่าต้นทุนที่แสดงไว้ในตารางที่ 5

โดยสรุป การจัดบริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืนมีประโยชน์ต่อทั้งโรงพยาบาลและผู้ป่วยเป็นอย่างมากโดยสามารถลดต้นทุนได้ทั้ง 2 กลุ่มเป้าหมายคิดเป็นจำนวนเงินรวมทั้งสิ้น 9.5 ล้านบาทต่อปี สำหรับการวิเคราะห์กรณีฐานและมีค่าระหว่าง 3.3 ถึง 12.5 ล้านบาทสำหรับการวิเคราะห์ความไว ตามลำดับ รวมทั้งโรงพยาบาลสามารถประหยัดได้สูงถึง 8,364 (4,182-10,454) เติง-วันต่อปี ซึ่งเพียงพอเหล่านี้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ทั้งในการให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉินที่เดินทางมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่น และการนำเตียงไปใช้ในบริการที่สร้างผลกำไรสูงให้กับโรงพยาบาลซึ่งย่อมส่งผลให้มูลค่าที่แท้จริงของโครงการนั้นสูงกว่ามูลค่าที่ประเมินได้ในการศึกษานี้

### ตารางที่ 5. ผลกระทบทางการเงินของโครงการ

จำนวนผู้ป่วยที่รับบริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืนต่อวัน	กรณีที่ 1: 8 คนต่อวัน sensitivity analysis: favor standard care	กรณีที่ 2: 12 คนต่อวัน sensitivity analysis: favor standard care	กรณีที่ 3: 16 คนต่อวัน base case	กรณีที่ 4: 20 คนต่อวัน sensitivity analysis: favor ODS
ส่วนที่ 1 ผลกระทบทางการเงินในมุมมองของโรงพยาบาล (hospital's perspective)				
จำนวนผู้ป่วยต่อปี (22 วันทำการต่อเดือน)	2,112	3,168	4,224	5,280
จำนวนวันนอนที่ประหยัดได้ต่อปี <sup>1</sup>	4,182	6,273	8,364	10,454
ต้นทุนส่วนเพิ่มต่อผู้ป่วย 1 ราย <sup>2</sup>	2,853	2,398	2,171	2,035
ต้นทุนส่วนเพิ่มจากการจัดบริการต่อปี <sup>3</sup>	6,025,547	7,597,931	9,170,315	10,742,699
ต้นทุนที่ประหยัดได้จากที่ไม่ต้องนอนโรงพยาบาลต่อปี <sup>4</sup>	6,736,815	10,105,223	13,473,631	16,842,038
ผลกระทบทางการเงิน	<b>กำไร 711,268 บาท</b>	<b>กำไร 2,507,292 บาท</b>	<b>กำไร 4,303,316 บาท</b>	<b>กำไร 6,099,339 บาท</b>
ส่วนที่ 2 ผลกระทบทางการเงินในมุมมองของผู้ป่วย (patient's perspective)				
ค่าเสียเวลาทำงานของญาติที่ลดได้ <sup>5</sup>	1,517,979	2,276,968	3,035,958	3,794,947
ค่าเดินทางและอาหารของญาติที่ลดได้ <sup>6</sup>	1,059,914	1,589,871	2,119,828	2,649,785
ผลกระทบทางการเงิน	<b>ประหยัดได้ 2,577,893 บาท</b>	<b>ประหยัดได้ 3,866,839 บาท</b>	<b>ประหยัดได้ 5,155,786 บาท</b>	<b>ประหยัดได้ 6,444,732 บาท</b>
ส่วนที่ 2 ผลกระทบทางการเงินในมุมมองทางสังคม (societal perspective)				
ผลกระทบทางการเงินทั้งหมด	<b>ลดต้นทุน 3,289,161 บาท</b>	<b>ลดต้นทุน 6,374,131 บาท</b>	<b>ลดต้นทุน 9,459,102 บาท</b>	<b>ลดต้นทุน 12,544,071 บาท</b>

1 คำนวณจากร้อยละ 90 (โรงพยาบาลต้องมีการสำรองเตียงร้อยละ 10 สำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับบริการผ่าตัดแต่ไม่สามารถกลับบ้านได้) ของจำนวนวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยที่สามารถได้รับการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน (ตารางที่ 2) ลบ 1 วันเพื่อหักต้นทุนการบริการทางการแพทย์ที่ลดลง (ตารางที่ 4) ต่อผู้ป่วย 1 ราย

2 คำนวณจากต้นทุนคงที่ (ตารางที่ 3) และต้นทุนผันแปร (ตารางที่ 4) ต่อผู้ป่วย 1 ราย

3 คำนวณจากต้นทุนในข้อ 2 คูณกับจำนวนผู้ป่วยต่อปี

4 คำนวณจากจำนวนวันนอนที่ประหยัดได้ต่อปีคูณกับส่วนต่างอัตราค่าบริการและต้นทุนค่าห้องเตียงตามัญของอาคารภูมิสิริมังคลานุสรณ์ (1.611 บาทต่อคืน)

5 คำนวณจากอัตราค่าแรงขั้นต่ำของจังหวัดกรุงเทพมหานครปี พ.ศ. 2567 (363 บาท) คูณกับจำนวนวันนอนที่ประหยัดได้ต่อปี

6 คำนวณจากค่าจ้างเงินในรายการต้นทุนเมตาสรูทเพื่อการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (ปรับเป็นมูลค่าปีฐาน พ.ศ.2566) คูณกับจำนวนวันนอนที่ประหยัดได้ต่อปี

## การวิเคราะห์ SWOT สำหรับโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ในการริเริ่มโครงการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน

SWOT element	รายละเอียด
<p><b>จุดแข็ง:</b> <b>Strengths</b></p>	<p><b>ชื่อเสียงของสถาบัน:</b> โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มีชื่อเสียงในด้านมาตรฐานการดูแลรักษาผู้ป่วยที่สูงและมีความเป็นเลิศ ซึ่งดึงดูดบุคลากรทางการแพทย์ชั้นนำ นอกจากนี้ยังดึงดูดผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลรักษาคุณภาพสูงอย่างต่อเนื่อง</p> <p><b>โรงพยาบาลและสถาบันการศึกษาที่มีมาตรฐาน:</b> โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เป็นทั้งโรงพยาบาลและสถาบันการศึกษาที่มีมาตรฐานรับรอง (HA, TQA, EdPEX, และ WFME) มีการสอนนิสิตแพทย์ และฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอดมาอย่างต่อเนื่องยาวนาน ทำให้การรักษายาบาลอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานระดับสูง นอกจากนี้ยังช่วยให้แน่ใจว่าบุคลากรทางการแพทย์ในสถาบันแห่งนี้มีความเชี่ยวชาญในวิธีการรักษาที่ทันสมัย</p>
<p><b>จุดอ่อน:</b> <b>Weaknesses</b></p>	<p><b>ขาดการกำหนดทิศทางจากบนลงล่างที่ชัดเจน:</b> โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ขาดการกำหนดนโยบายและทิศทางจากบนลงล่างที่ชัดเจน มักจะพึ่งพาโครงการจากล่างขึ้นบน ซึ่งอาจนำไปสู่การดำเนินการที่ไม่มีการประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพจากหน่วยงานอื่น ๆ ภายในโรงพยาบาล ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนายุทธศาสตร์ใหม่ ๆ</p> <p><b>ขาดผู้จัดการที่มีการฝึกอบรมเฉพาะทางด้านการบริหารธุรกิจสำหรับการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน:</b> โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ใช้บุคลากรทางการแพทย์ที่มีอยู่เพื่อบริหารจัดการโครงการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน ซึ่งบุคลากรดังกล่าวอาจไม่มีความเชี่ยวชาญในด้านนั้น แทนที่จะคัดสรรผู้จัดการพยาบาลสำหรับโครงการโดยเฉพาะ (dedicated ODS manager) ซึ่งอาจนำไปสู่ความไม่มีประสิทธิภาพและการจัดการที่ไม่เหมาะสมของโครงการได้</p> <p><b>การบริหารแบบ laissez-faire:</b> การบริหารแบบ laissez-faire (หรือปล่อยให้ไปโดยปราศจากการแทรกแซง) อาจนำไปสู่การขาดการแก้ไขปัญหาอย่างกระตือรือร้นและกระบวนการตัดสินใจที่ล่าช้า ซึ่งอาจขัดขวางความสามารถของโรงพยาบาลในการปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์โลกด้านการดูแลสุขภาพที่กำลังเปลี่ยนแปลงและยังขัดขวางการปฏิรูปที่จำเป็นอย่างมีประสิทธิภาพ</p>

SWOT element	รายละเอียด
<b>โอกาส:</b> <b>Opportunities</b>	<b>การขยายโปรแกรม ODS:</b> การขยายโปรแกรมการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืนและการผ่าตัดผ่านกล้อง สามารถช่วยบรรเทาข้อจำกัดด้านทรัพยากร โดยเฉพาะการลดอัตราการครองเตียงและการแออัดในโรงพยาบาล ลดเวลาการผ่าตัดของผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นการผ่าตัดแบบนัดผ่าตัดหรือการผ่าตัดฉุกเฉิน เพิ่มศักยภาพในการรองรับผู้ป่วยผ่าตัดที่ถูกส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่น และปรับปรุงผลลัพธ์โดยรวมของผู้ป่วย ซึ่งสามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา เพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา รวมถึงเพิ่มการชำระเงินคืนจาก สปสช. (reimbursement) การประหยัดต้นทุน (cost savings) และผลตอบแทนจากการลงทุนของโรงพยาบาล (return of investment)
	<b>การใช้เทคโนโลยี:</b> การลงทุนในเทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูงและโซลูชันสุขภาพดิจิทัลสามารถทำให้การดำเนินงานของโรงพยาบาลมีประสิทธิภาพมากขึ้น ปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย และเพิ่มประสิทธิภาพโดยรวมของโรงพยาบาล ซึ่งทางโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มีนวัตกรรมทางเทคโนโลยีเพิ่มขึ้นมาหลายโครงการ และสามารถนำมาดัดแปลงใช้กับผู้ป่วยผ่าตัดแบบไม่ค้างคืนได้ เพื่อเพิ่มความพึงพอใจและการติดตามหลังการผ่าตัดเมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล
<b>อุปสรรค</b> <b>Threats</b>	<b>การขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ไม่แล้วเสร็จ:</b> หน่วยบริการไม่สามารถขอรับค่าใช้จ่ายได้ตามหลักเกณฑ์และอัตราที่กำหนดในประกาศ สปสช. จนกว่าจะผ่านการประเมินศักยภาพจากคณะกรรมการตรวจเยี่ยมและประเมินโครงการพัฒนาระบบบริการ one day surgery (ODS) และการผ่าตัดแผลเล็ก minimally invasive surgery (MIS) ในโรงพยาบาล ซึ่งทางฝ่ายศัลยศาสตร์และศูนย์ข้อมูลและต้นทุน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ได้เริ่มกระบวนการขออนุมัติตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ. 2566 แต่ยังไม่แล้วเสร็จ ความล่าช้าที่เกิดขึ้นมีผลทำให้ไม่มีแรงจูงใจทางการเงิน เพื่อผลักดันให้องค์กรสนับสนุนโครงการ ODS/MIS อย่างจริงจัง

SWOT element	รายละเอียด
	<p><b>ข้อจำกัดด้านทรัพยากร:</b>                      โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เผชิญกับความท้าทายที่สำคัญเนื่องจากมีทรัพยากรบุคคลที่จำกัด เช่น แพทย์และพยาบาล รวมถึงข้อจำกัดในพื้นที่ที่จัดสรร สิ่งเหล่านี้เป็นอุปสรรคสำคัญในการจัดตั้งหอผู้ป่วยสำหรับการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืนโดยเฉพาะและการสนับสนุนโครงการอย่างเต็มที่</p> <p>ในการประชุมคณะกรรมการบริหาร (executive committee) ล่าสุดในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 ฝ่ายศัลยศาสตร์และหน่วยต้นทุนและข้อมูล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ได้ขอจัดตั้งหอผู้ป่วยสำหรับการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืนโดยเฉพาะและขออัตรากำลังพยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล และผู้จัดการพยาบาล ซึ่งผู้บริหารได้เห็นชอบการจัดตั้งหอผู้ป่วยในหลักการ อย่างไรก็ตาม หากไม่มีการจัดสรรทรัพยากรอย่างเหมาะสม การดำเนินการรวมถึงการขยายโครงการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืนอย่างเต็มรูปแบบจะเป็นไปไม่ได้</p>
	<p><b>การเปลี่ยนแปลงกฎระเบียบ:</b>                      การเปลี่ยนแปลงกฎระเบียบและนโยบายของแต่ละฝ่ายที่เกี่ยวข้องต้องใช้เวลาและการประสานงานอย่างสูง ไม่ว่าจะเป็นฝ่ายศัลยศาสตร์ ฝ่ายวิสัญญีวิทยา ฝ่ายรังสีวิทยา ฝ่ายการพยาบาล รวมถึงศูนย์ประกันสุขภาพสำหรับตรวจสอบสิทธิการรักษาของผู้ป่วย การปฏิบัติตามกฎระเบียบใหม่โดยไม่มีกำหนดทิศทางจากบนลงล่างที่ชัดเจนอาจทำให้เกิดความล่าช้าและความไม่ราบรื่นในการดำเนินการ</p>

### การผ่าตัดแบบไม่ค้างคืนในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ได้ริเริ่มการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืนก่อนการประกาศระเบียบการเบิกจ่ายของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยเริ่มต้นในฝ่ายจักษุวิทยา ฝ่ายโสต ศอ นาสิกวิทยา และฝ่ายสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยาซึ่งใช้พื้นที่ของหน่วยศัลยกรรมผู้ป่วยนอก (ambulatory surgery unit) ชั้น 8 อาคารภูมิสิริมังคลานุสรณ์สำหรับการลงทะเบียนและสังเกตอาการผู้ป่วยหลังผ่าตัด รศ.พญ.สุกัญญา ศรีธัญญาพร ฝ่ายศัลยศาสตร์ได้ริเริ่มนำหลักการดังกล่าวมาใช้ในผู้ป่วยโรคเต้านมโดยมีกระบวนการทำงานคล้ายคลึงกับการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืนของฝ่ายอื่นและใช้พื้นที่บริเวณเดียวกันในการจัดบริการ

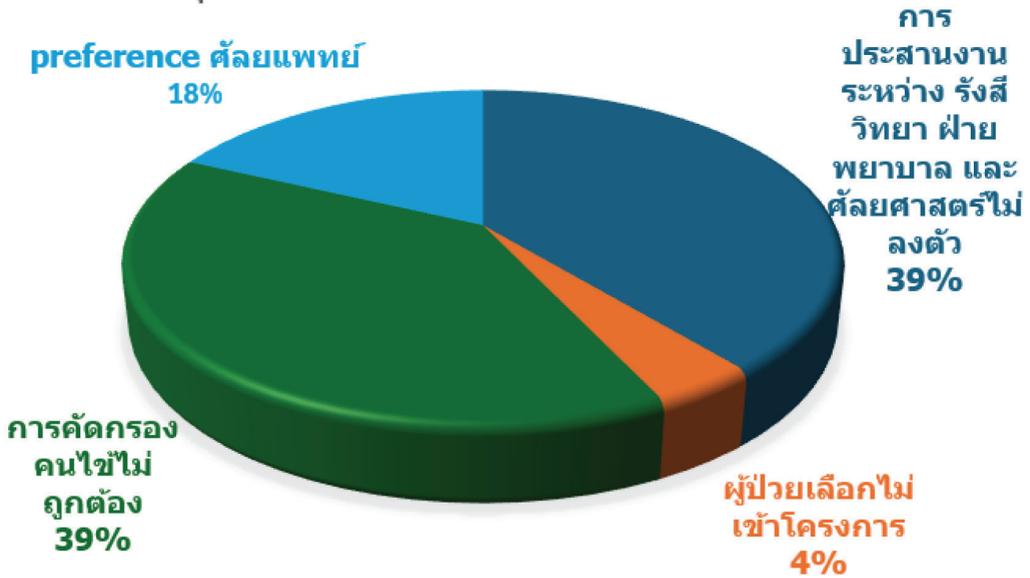
หลังจากฝ่ายศัลยศาสตร์ได้เสนอโครงการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืนโดยขอขยายบริการให้ครอบคลุมกิจกรรมการผ่าตัดที่มีความหลากหลายมากขึ้นและได้รับการอนุมัติจากฝ่ายบริหารแล้ว ในระยะแรก หัตถการที่เริ่มดำเนินการ ประกอบด้วย การผ่าตัดเต้านมและหัตถการของศัลยศาสตร์ระบบทางเดินปัสสาวะโดยใช้พื้นที่ของหน่วยศัลยกรรมผู้ป่วยนอกในการลงทะเบียนและสังเกตอาการหลังผ่าตัด รวมทั้ง มีการสำรวจเตียงผู้ป่วยในฝ่ายศัลยศาสตร์ไว้ร้อยละ 10 ของจำนวน

ผู้ป่วยที่นัดมาผ่าตัดแบบไม่ค้างคืนในแต่ละวันเพื่อรองรับผู้ป่วยที่อาจมีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลหลังการผ่าตัด

อย่างไรก็ตาม ปัญหาการดำเนินงานหลักที่พบในการจัดบริการ คือ 1. ปัญหาความแออัดของพื้นที่หน่วยศัลยกรรมผู้ป่วยนอกสำหรับการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด และ 2. ข้อจำกัดด้านเวลาที่บังคับให้การจัดการทั้งหมดรวมถึงการอนุมัติให้ผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้ต้องเสร็จสิ้นก่อนเวลา 16.00 น. ซึ่งเป็นเวลาที่หน่วยศัลยกรรมผู้ป่วยนอกปิดบริการ (ยังไม่มีบริการนอกเวลาราชการ) ผลกระทบดังกล่าวเห็นได้ชัดเจนมากขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับหัตถการทางรังสีวินิจฉัยก่อนผ่าตัด เช่น การฉีดสารกัมมันตรังสีสำหรับการเลาะต่อมน้ำเหลืองเซนติเนล (sentinel lymph node biopsy) การวางเข็มนำทางในรอยโรคที่คลำไม่ได้ (needle localization) การทำเครื่องหมายตำแหน่งของรอยโรคก่อนผ่าตัดด้วยอัลตราซาวด์ (ultrasound-guided marking) หรือการตรวจชิ้นเนื้อแช่แข็ง (frozen section) ซึ่งมีระยะเวลารอผลตรวจหรือการทำหัตถการที่เพิ่มขึ้น ข้อจำกัดเหล่านี้ส่งผลให้การขยายขอบเขตโรคและปริมาณการให้บริการของโครงการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืนตามที่กลุ่มโรคที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติครอบคลุมเป็นไปได้ยาก

นอกจากนี้ การดำเนินโครงการในระยะแรกยังเป็นการใช้บุคลากรร่วมกับการจัดบริการเดิมซึ่งมีภาระงานที่สูงมากอยู่แล้ว เช่น ใช้บุคลากรประจำหน่วยศัลยกรรมผู้ป่วยนอกในการประสานงานกับหน่วยต่าง ๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับจัดบริการ อาทิเช่น ฝ่ายรังสีวิทยา ฝ่ายการเงินและเปิดสิทธิผู้ป่วยและฝ่ายบริหารงานขนส่งกลาง เป็นต้น ส่งผลให้การประสานงานในหลายครั้งมีความล่าช้า มากไปกว่านั้น ถึงแม้ว่าจะมีการกำหนดแนวทางการประเมิน ขั้นตอนการเตรียมผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัดและกระบวนการดำเนินงานในวันผ่าตัดที่ชัดเจนร่วมกับฝ่ายที่เกี่ยวข้องทั้งหมดแล้ว (รูปผนวกที่ 1-3) การจัดบริการ ณ ปัจจุบันยังขาดผู้จัดการพยาบาลและพยาบาลประจำหน่วยผ่าตัดแบบไม่ค้างคืนช่วยในการตรวจสอบ จัดตารางนัดหมายการผ่าตัดและประสานงานกับผู้ป่วยก่อนวันผ่าตัดส่งผลให้เกิดข้อผิดพลาดในวันผ่าตัดซึ่งกระทบให้ไม่สามารถผ่าตัดผู้ป่วยแบบไม่ค้างคืนตามแผนที่วางไว้ได้ดังรูปที่ 5

### เหตุผลไม่สามารถทำ ODS พ.ค. - มิ.ย.



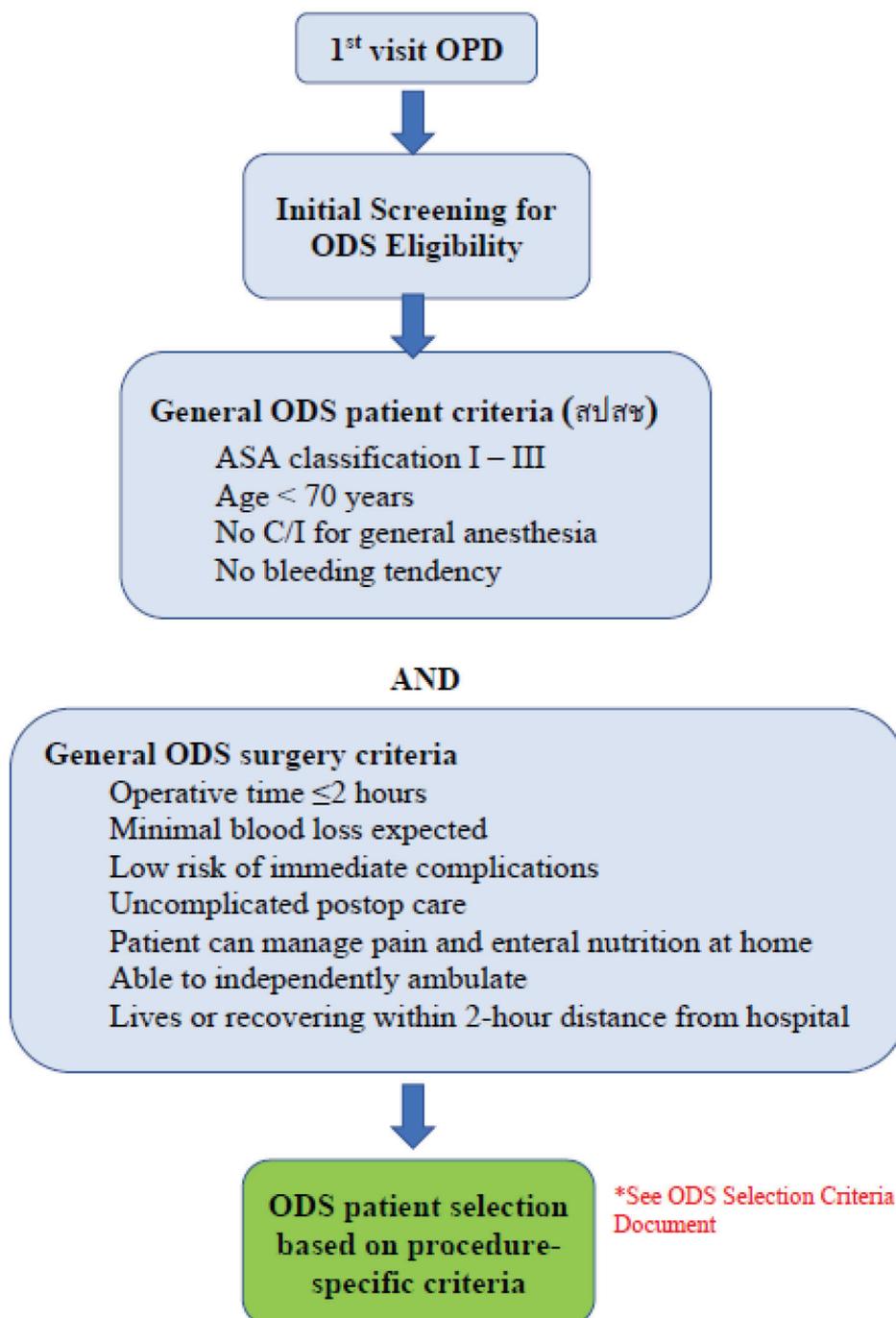
รูปที่ 5. เหตุผลที่ไม่สามารถทำผ่าตัดแบบไม่ค้างคืนได้ในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงมิถุนายน พ.ศ. 2567

### บทสรุป

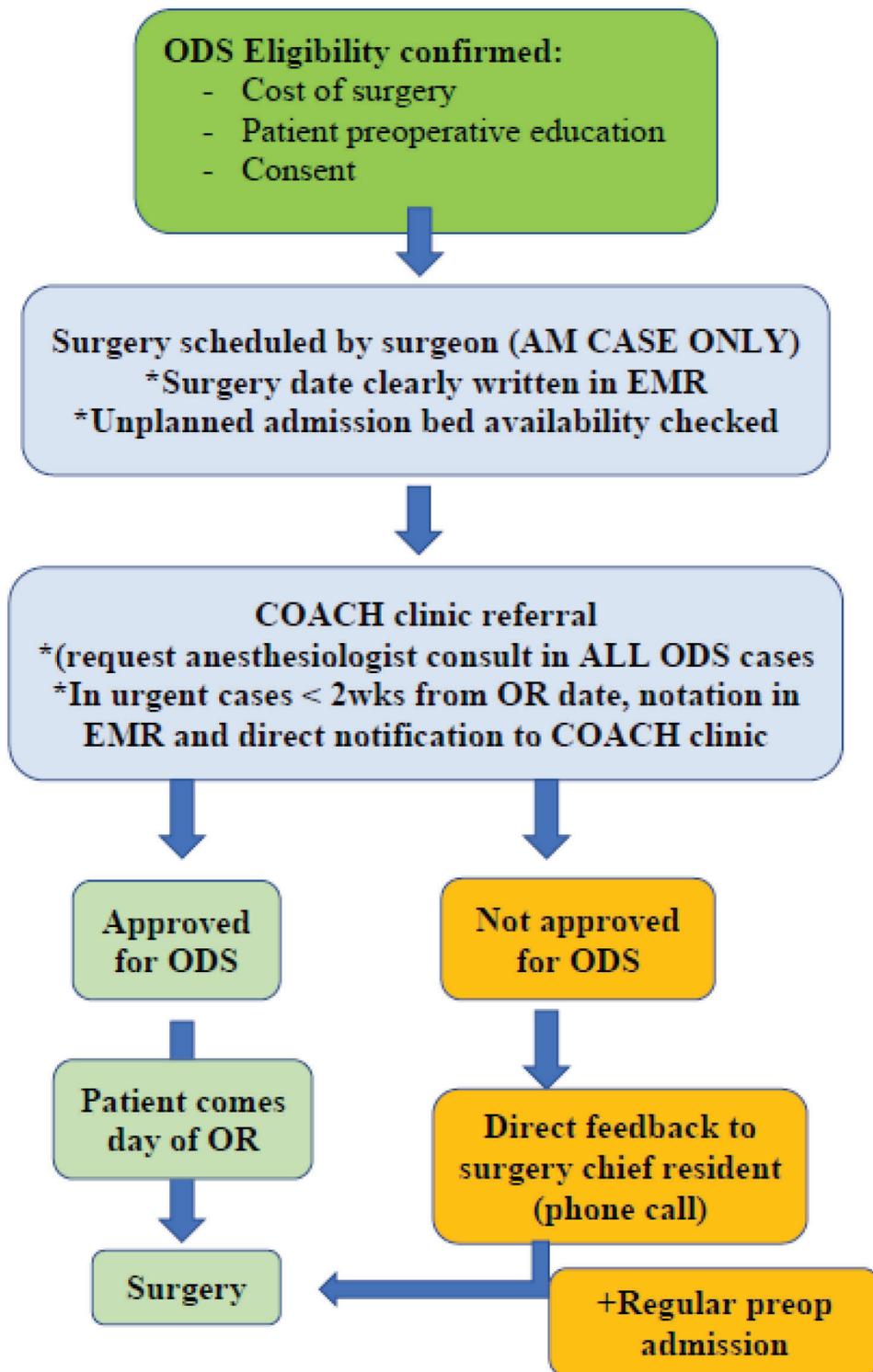
การชะลอการดำเนินการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืนส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดมีโอกาสเกิดภาวะทุพพลภาพและเสียชีวิตสูงขึ้นเนื่องจากความล่าช้าในการเข้าถึงบริการ นอกจากนี้ การวิเคราะห์ผลกระทบทางการเงินของการจัดบริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืนสามารถลดต้นทุนของโรงพยาบาลและผู้ป่วยได้อย่างน้อย 9.5 (3.3-12.5) ล้านบาทต่อปี และลดการนอนโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็นรวมทั้งสิ้น 8,364 (4,182-10,454) วันต่อปี มากไปกว่านั้น โรงพยาบาลสามารถนำเตียงที่มีเพิ่มขึ้นไปใช้สำหรับผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนและฉุกเฉินหรือนำไปสร้างรายได้เพิ่มเติมผ่านทางการให้บริการรักษาพยาบาลที่ก่อให้เกิดผลกำไรสูง

## ภาคผนวก

## Preoperative SURGERY OPD Screening



รูปผนวกที่ 1. แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยเข้าโครงการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน (ODS general screening criteria)



รูปผนวกที่ 2. แนวทางการส่งตัวผู้ป่วยเพื่อได้รับการประเมินก่อนการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน (ODS-preop evaluation)

## ตารางผนวกที่ 1. เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม เข้ารับการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน

### Eligible Procedure<sup>(19)</sup>

1) Lumpectomy with or without sentinel lymph node biopsy

2) Mastectomy with or without sentinel lymph node biopsy

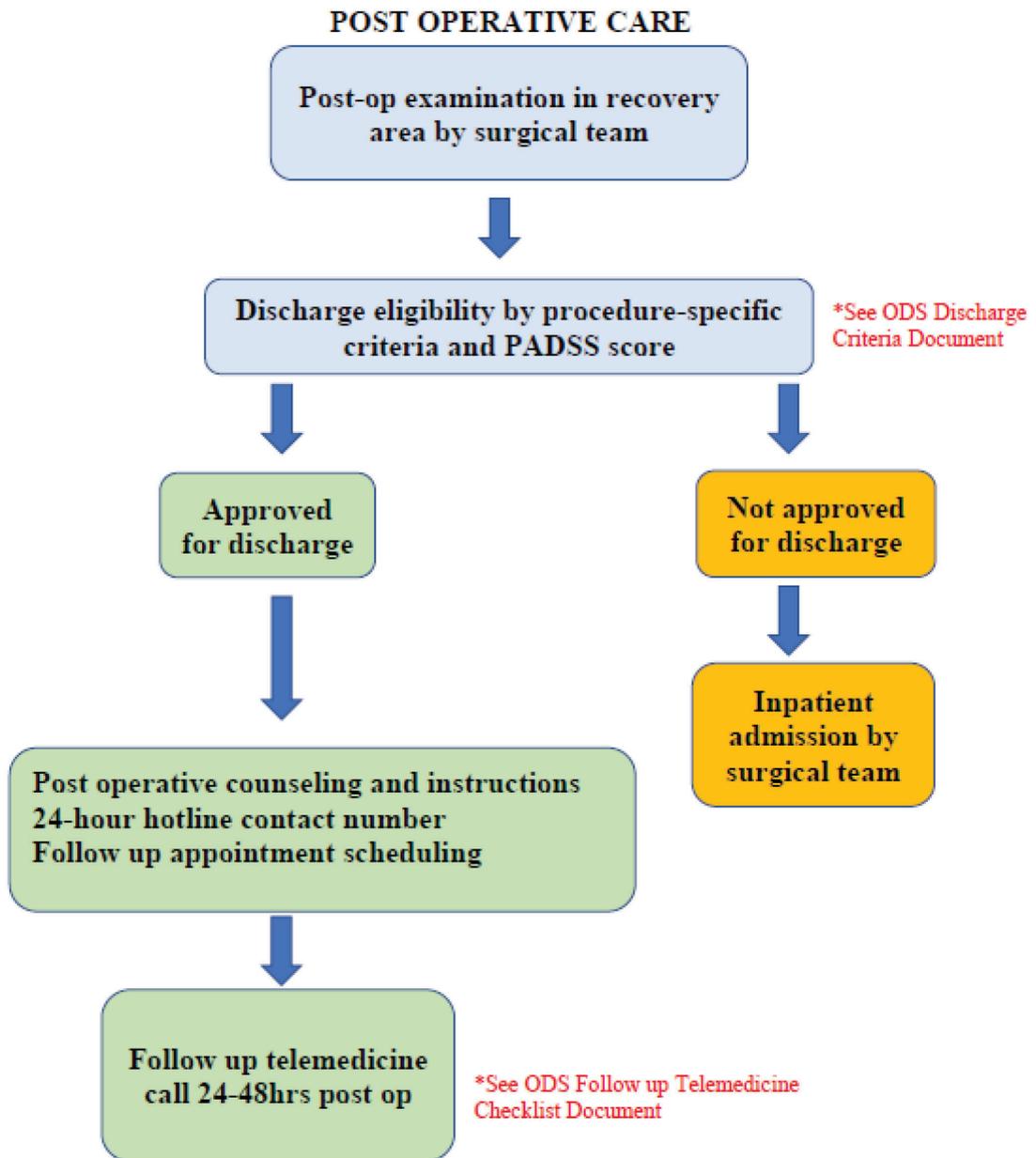
Preoperative Patient Selection Criteria	Yes	No
Reliable patient or patient with reliable family support	£	£
Lives within 2 hours from Chulalongkorn hospital and able to commute back	£	£
Age $\leq$ 70 <sup>(20)</sup>	£	£
Sum of the following < 3 points <sup>(20-22)</sup> Peripheral vascular disease [1 point] Diabetes [2 points] Chronic pulmonary disease [2]	£	£
NO uncontrolled diabetes/diabetes with end-organ damage	£	£
NO moderate/severe renal disease	£	£
NO moderate or severe liver disease	£	£
NO severe rheumatologic/connective tissue disease	£	£
NO history of myocardial infarction	£	£
NO congestive heart failure	£	£
NO prior cerebrovascular insult with paralysis/hemiplegia	£	£
NO likelihood for ALND or SLNB conversion to ALND	£	£

\*Needs "yes" to the above questions

### ปัจจัยที่ไม่เป็นอุปสรรคต่อความสำเร็จของ ผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน.<sup>(23)</sup>

1. Neoadjuvant chemotherapy
2. Bilateral operation (for wide local excision)
3. Addition of sentinel lymph node biopsy

(ODS procedure-specific screening criteria: Breast)



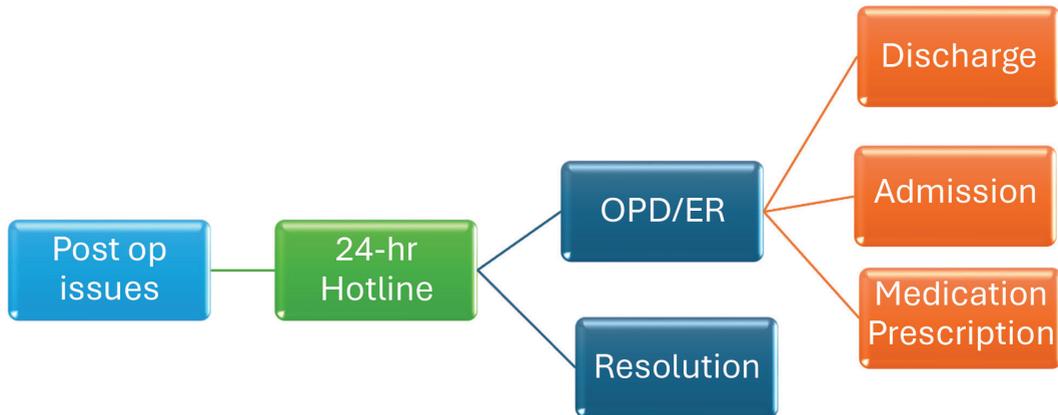
รูปผนวกที่ 3. แนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดแบบไม่ค้างคืนและการติดตามผู้ป่วยหลังกลับบ้าน

ตารางผนวกที่ 2. เกณฑ์การประเมินสถานะทางสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมก่อนกลับบ้าน

### DISCHARGE CRITERIA: BREAST

<b>PADS Criteria</b> <sup>(24)</sup> **Needs $\geq 9$ points for discharge		
<b>Vital Signs</b>		
BP and pulse within 20% of the preoperative baseline		2
BP and pulse 20-40% of the preoperative baseline		1
BP and pulse >40% of the preoperative baseline		0
<b>Activity level and mental status</b>		
Oriented AND steady gait, no dizziness or meets preoperative level		2
Oriented OR steady gait		1
Neither		0
<b>Pain and nausea/vomiting</b>		
Minimal: Successfully treated with PO medication, expected post-op level		2
Moderate: Successfully treated with IM medication		1
Severe: Continues after repeated treatment		0
<b>Surgical bleeding</b>		
Minimal		2
Moderate		1
Severe		0
<b>Intake and output</b>		
PO fluids AND voided		2
PO fluids OR voided		1
Neither		0
<b>AND</b>		
<b>Other Discharge Criteria</b>	Yes	No
NO conversion to ALND	£	£
NO administration of blood or blood products	£	£
NO other intraoperative events precluding same day discharge	£	£

\*Needs "yes" to the above questions



**รูปผนวกที่ 4.** แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เกิดปัญหาหรือมีข้อสงสัยหลังการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน รวมถึงการให้เบอร์ โทรศัพท์ 24-hour hotline สายตรงต่อทีมแพทย์ผู้ผ่าตัด โดยหากไม่สามารถแก้ไขปัญหาผ่านทาง telemedicine ได้ ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินโดยแพทย์เจ้าของไข้แบบผู้ป่วยนอกหรือห้องฉุกเฉินขึ้นอยู่กับความเร่งด่วนและช่วงเวลา ที่ รวมทั้งหน่วยงานมีการสำรองเตียงไว้อยู่ที่ร้อยละ 10 ของจำนวนเคสผ่าตัดแบบไม่ค้างคืนเพื่อรองรับกรณี que ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาล

**เอกสารอ้างอิง**

1. Murray V, Burke JR, Hughes M, Schofield C, Young A. Delay to surgery in acute perforated and ischaemic gastrointestinal pathology: a systematic review. *BJS Open.* 2021;5(5).
2. Mclsaac DI, Abdulla K, Yang H, Sundaresan S, Doering P, Vaswani SG, et al. Association of delay of urgent or emergency surgery with mortality and use of health care resources: a propensity score-matched observational cohort study. *Cmaj.* 2017;189(27):E905-e12.
3. Kulasekere DA, Royan R, Shan Y, Reyes AM, Thomas AC, Lundberg AL, et al. Appendicitis Hospitalization Care Costs Among Patients With Delayed Diagnosis of Appendicitis. *JAMA Netw Open.* 2024;7(4):e246721.
4. Meschino MT, Giles AE, Rice TJ, Saddik M, Doumouras AG, Nenshi R, et al. Operative timing is associated with increased morbidity and mortality in patients undergoing emergency general surgery: a multisite study of emergency general services in a single academic network. *Can J Surg.* 2020;63(4):E321-e8.

5. Johnson BA, Waddimba AC, Ogola GO, Fleshman JW, Jr., Preskitt JT. A systematic review and meta-analysis of surgery delays and survival in breast, lung and colon cancers: Implication for surgical triage during the COVID-19 pandemic. *Am J Surg.* 2021;222(2):311-8.
6. Fesih O ED. The Effect of Delay in Diagnosis and Treatment Process on Recurrence and Progression of Patients with Non-Muscle-Invasive Bladder Cancer During The COVID-19 Pandemic. *Bull Urooncol.* 2022;21(4):134-9.
7. Sánchez-Ortiz RF, Huang WC, Mick R, Van Arsdalen KN, Wein AJ, Malkowicz SB. An interval longer than 12 weeks between the diagnosis of muscle invasion and cystectomy is associated with worse outcome in bladder carcinoma. *J Urol.* 2003;169(1):110-5; discussion 5.
8. Paterson WG, Depew WT, Paré P, Petrunia D, Switzer C, Veldhuyzen van Zanten SJ, et al. Canadian consensus on medically acceptable wait times for digestive health care. *Can J Gastroenterol.* 2006;20(6):411-23.
9. Peter J. Updating the NHS cancer waiting time standards. *BMJ Oncology.* 2024;3(1):e000337.
10. Alfred Witjes J, Max Bruins H, Carrión A, Cathomas R, Compérat E, Efstathiou JA, et al. European Association of Urology Guidelines on Muscle-invasive and Metastatic Bladder Cancer: Summary of the 2023 Guidelines. *Eur Urol.* 2024;85(1):17-31.
11. Rouprêt M, Seisen T, Birtle AJ, Capoun O, Compérat EM, Dominguez-Escrig JL, et al. European Association of Urology Guidelines on Upper Urinary Tract Urothelial Carcinoma: 2023 Update. *Eur Urol.* 2023;84(1):49-64.
12. Epstein BS. Exploring the world of ambulatory surgery. *Ambulatory Surgery.* 2005;12(1):1-5.
13. สำนักวิชาการแพทย์กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข. ข้อเสนอแนะ ด้านการพัฒนาระบบบริการ ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) และการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery: MIS) ปี 2566. Accessed online 6/26/2024 <<https://dmsic.moph.go.th/index/detail/9182>>.
14. Phanthabordeekorn W. Battle!! ODS/MIS Groin Hernia: Local vs TEP/TAPP ODS/MIS Hernia Surgery in Thailand: The Way To Go. ประชุมศัลยเสวนาสงขลานครินทร์ ประจำปี 2566 Theme “Surgical Miracles: The Way Is Within” ระหว่างวันที่ 20-23 ตุลาคม 2566

- [Available from: <https://www.facebook.com/100064806797608/videos/1850752482024787>. Accessed 5/1/2024.
15. รายงานสรุปการวิเคราะห์ต้นทุนและข้อเสนอการกำหนดราคาค่าห้องพักรักษาตัวผู้ป่วย อาคารภูมิสิริมังคลานุสรณ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ศูนย์ข้อมูลและต้นทุน 29/7/2558.
  16. การวิเคราะห์ผลกระทบการเบิกจ่ายค่าบริการพยาบาลของภาครัฐของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ศูนย์ข้อมูลและต้นทุน 1/4/2567.
  17. กรมประชาสัมพันธ์. อัตราค่าแรงขั้นต่ำ ปี 2567 มีผลบังคับใช้ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2567 เป็นต้นไป. Accessed online <https://www.prd.go.th/6/7/2567>
  18. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. รายการต้นทุนมาตรฐานเพื่อการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ- ค้นหาข้อมูล Accessed online <https://www.hitap.net/6/7/2567>
  19. Oxley PJ, McNeely C, Janzen R, Mian RA, Lee AT, Murabit A, et al. Successful same day discharge after immediate post-mastectomy alloplastic breast reconstruction: A single tertiary centre retrospective audit. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*. 2020;73(6):1068-74.
  20. Sun SX, Duan Z, Kuerer HM, DeSnyder SM, Cunningham C, Zhao H, et al. Predictors of Emergency Room Visits After Ambulatory Breast Cancer Surgery in the Medicare Population. *Annals of Surgical Oncology*. 2022.
  21. Charlson ME, Carrozzino D, Guidi J, Patierno C. Charlson Comorbidity Index: A Critical Review of Clinimetric Properties. *Psychother Psychosom*. 2022;91(1):8-35.
  22. Klabunde CN, Legler JM, Warren JL, Baldwin LM, Schrag D. A refined comorbidity measurement algorithm for claims-based studies of breast, prostate, colorectal, and lung cancer patients. *Ann Epidemiol*. 2007;17(8):584-90.
  23. Ludwig K, Wexelman B, Chen S, Cheng G, DeSnyder S, Golesorkhi N, et al. Home Recovery After Mastectomy: Review of Literature and Strategies for Implementation American Society of Breast Surgeons Working Group. *Annals of Surgical Oncology*. 2022;29(9):5799-808.
  24. Chung F. Recovery pattern and home-readiness after ambulatory surgery. *Anesth Analg*. 1995;80(5):896-902.