

PHPC_CH25_Economic perspectives on public health approaches to palliative care (short)

Created: 20240704_0939

Note Status: #status/capture

Theme: #publichealth #peacefuldeath

Topic index: #PHPC

Input: #input/book

Media name:

Processing:

Link to note: MOC Public Health Palliative Care

PHPC Group Read EP6: Economic perspectives on public health approaches to palliative care (มุมมองทางเศรษฐศาสตร์ต่อการสาธารณสุขการดูแลแบบประคับประคอง)

วันที่ 11 หรือ 12 ก.ค. 2567 เวลา 19.00 - 20.00 น.

ภาษาอังกฤษดูด้านล่าง สรุปและแปลโดย จิตติพร

ประเด็นแลกเปลี่ยน

- ท่านเห็นประเด็นด้านเศรษฐศาสตร์สุขภาพสัมพันธ์กับการดูแลแบบประคับประคอง หรือชุมชนกรุณา อย่างไรบ้าง
- การสนับสนุนงานดูแลแบบประคับประคองของท่าน มีมิติทางเศรษฐศาสตร์เข้ามาเกี่ยวข้องอย่างไรบ้าง

บทนำ

- การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care: PC) และสาธารณสุขใหม่ (new public health) ทั้งสองมุ่งเน้นตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวในมิติแบบองค์รวม โดยให้การสนับสนุนที่นอกเหนือจากการดูแลสุขภาพแบบดั้งเดิม
- PC มักเกิดขึ้นนอกโครงสร้างการดูแลสุขภาพแบบดั้งเดิม ซึ่งหมายความว่าผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองได้ แต่บางครั้งอาจถูกแยกออกจากระบบสุขภาพปกติ โดย PC ถือเป็นทางเลือก ไม่ใช่บริการที่มาควบคู่กัน
- PC มักพึ่งพาเงินบริจาคและอาสาสมัคร ควบคู่ไปกับบุคลากรในระบบ ซึ่งส่งผลกระทบต่อประเภทของการดูแล ผู้ที่ให้การดูแล และผู้ที่ได้รับการดูแล

- มุมมองทางเศรษฐศาสตร์สามารถช่วยให้เข้าใจการจัดองค์กรบริการและการตัดสินใจได้ แม้จะไม่ได้แก้ไข้ปัญหาทั้งหมดที่เกิดขึ้นก็ตาม

เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข

เศรษฐศาสตร์ เป็น วิธีคิด ชุดเครื่องมือ และแบบจำลอง

เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข Health Economics = มุ่งเน้นไปที่การเลือกเกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลสุขภาพ คล้ายกับการเลือกในชีวิตประจำวัน (เช่น ซื้อเสื้อผ้าอะไร กินอะไร) ตัวอย่างคำถามเศรษฐศาสตร์สุขภาพ ได้แก่

- บริการใดที่ควรจัดให้ สำหรับใคร โดยใคร
- ใครควรจ่าย และเมื่อไหร่
- เก็บภาษีจากยาสูบ, เงินอุดหนุนสำหรับที่เล่นกีฬา
- เราควรตรวจคัดกรองมะเร็งหรือไม่ ถ้าควร จะทำอย่างไรและบ่อยแค่ไหน

การตัดสินใจเรื่องสุขภาพ บางเรื่องเป็นเรื่องส่วนบุคคล บางเรื่องเป็นเรื่องส่วนรวม (เช่น การฉีดวัคซีน)

=> กลไกตลาดอาจไม่ได้ทำงานดีเสมอในเรื่องบริการทางสุขภาพ

=> รัฐบาลจำเป็นต้องมีบทบาทในการจัดการกับกลไกตลาด

=> เศรษฐศาสตร์สุขภาพช่วยในการหาทางเลือก/การตัดสินใจ ทั้งในระดับบุคคลและระดับสังคม

เศรษฐศาสตร์ มุ่งเน้นที่ความขาดแคลนของทรัพยากรและการใช้ที่เหมาะสมที่สุด

เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข มุ่งเน้นการใช้ทรัพยากรในเรื่องสาธารณสุขเพื่อปรับปรุงคุณภาพชีวิต

สมดุลระหว่าง ความก้าวหน้าในด้านการแพทย์ และ การจัดสรรทรัพยากร

คำถามด้านเศรษฐศาสตร์สุขภาพ:

- อุปสรรคทางการเงิน ค่าธรรมเนียมต่างๆ ส่งผลต่อการเข้าถึงการดูแลอย่างไร
- แรงจูงใจทางการเงินส่งผลต่อพฤติกรรมอย่างไร
- สุขภาพสามารถดีขึ้นได้โดยการเปลี่ยนแปลงแรงจูงใจทางการเงินหรือไม่
- นโยบายออกมาเพื่อระดมเงินและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

วิธีการจัดหาทุนสำหรับบริการสุขภาพที่ดีที่สุด

- ผู้คนมักต้องการบริการสุขภาพมากที่สุดในช่วงเวลาที่พวกเขาไม่สามารถจ่ายได้ (เด็ก คนชรา)
- ดังนั้นรัฐบาลมีบทบาทหน้าที่ ควบคุม จัดหาเงินทุน และให้บริการสาธารณสุข
- การตัดสินใจร่วมกันของสังคม: จะให้บริการอะไร ใครควรได้รับ/ให้บริการ วิธีการจ่ายเงินให้ผู้ให้บริการ
- การศึกษาทางเศรษฐศาสตร์ช่วยให้ผู้ออกกฎหมายและผู้ให้บริการตัดสินใจได้ดียิ่งขึ้น

ความท้าทายสำหรับการวิเคราะห์ทางเศรษฐศาสตร์

- ยากที่จะกำหนดว่าใครได้รับประโยชน์ เมื่อไร และในระดับใด
- ระยะเวลาระหว่างการแทรกแซงและผลลัพธ์ที่ยาวนาน (เช่น การเลิกสูบบุหรี่) ทำให้ประเมินยาก

- กลยุทธ์สาธารณสุขมุ่งเน้นไปที่ผลลัพธ์ที่หลากหลาย
ผลลัพธ์ที่ดีที่สุดเกิดจากปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม การทำงาน การเงิน และปัจเจกบุคคลรวมกัน

แนวคิดและวิธีการของเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข

ความขาดแคลน Scarcity = ทรัพยากรที่มีจำกัด ต้องมีการเลือก การเลือกที่ไม่ดีจะลดประโยชน์ของทรัพยากร

ต้นทุน/ค่าใช้จ่าย Cost = สิ่งสูญเสียหรือสละไป

ต้นทุนค่าเสียโอกาส Opportunity cost = สิ่งสูญเสียจากการเลือกตัวเลือกหนึ่ง แทนที่จะเลือกอีกตัวเลือกหนึ่ง

ตัวอย่าง: การเลือกใช้ยาตัวใหม่ที่มีราคาแพง ทำให้ไม่จ่ายยาตัวอื่น ถ้ายาตัวใหม่ให้ประโยชน์มากกว่า ควรเลือกใช้ แต่ถ้าการใช้ทรัพยากรในทางอื่นให้ประโยชน์มากกว่า ควรเลือกทางนั้นแทน การวัดความคุ้มค่าของการลงทุนทรัพยากรเป็นเรื่องท้าทาย การประเมินด้วย model ง่ายๆ อาจช่วยได้ แต่อาจพลาดต้นทุนและประโยชน์ที่แท้จริง การประเมินแบบง่ายใช้ได้กับกิจกรรมที่ไม่ซับซ้อน แต่ไม่เหมาะกับการมาตราที่ซับซ้อนและมีผลกระทบหลายด้าน

ส่วนเพิ่ม Margin: นักเศรษฐศาสตร์มุ่งเน้นที่ผลประโยชน์ที่จะได้เพิ่มเทียบกับต้นทุนที่เพิ่มขึ้น

ตัวอย่าง: เปลี่ยนการตรวจคัดกรองมะเร็ง จากทุก 5 ปีเป็นทุก 3 ปี อาจพบผู้ป่วยที่รักษาได้มากขึ้น แต่การตรวจทุกปี พบผู้ป่วยมากขึ้นแต่ประโยชน์ที่ได้ลดลง => การลดจากการตรวจทุก 5 ปีเป็นทุก 3 ปีอาจคุ้มค่า แต่การตรวจทุกปีอาจไม่คุ้มค่า * **สิ่งสำคัญคือทรัพยากรที่ลงทุนเพิ่มไปจะถูกนำไปใช้ประโยชน์ได้ตรงไหนได้ดีกว่ากัน**

Negative Cost มาตรการบางอย่างช่วยประหยัดทรัพยากรและปรับปรุงหรือคงผลลัพธ์เดิมไว้ มาตรการนั้นควรควรถูกเลือกใช้เสมอ เนื่องจากให้ประโยชน์อย่างชัดเจน และนำทรัพยากรที่ได้คืนไปใช้กับเรื่องอื่นได้อีก

=> ประหยัดเงินแล้วเอาเงินนั้นไปทำอย่างอื่น ยิ่งไงก็ดีกว่าจ่ายเงินแล้วได้ของ ต่อให้ของนั้นคุ้มแค่ไหนก็ตาม

งานสาธารณสุข มุ่งไปที่การปรับปรุงสุขภาพของชุมชน ผ่านปัจจัยทางสังคมและบริบทอื่นๆ ไม่ใช่แค่การมาตรการแทรกแซงทางสุขภาพเท่านั้น

=> การใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพในทางสาธารณสุข อาจเป็นการลงทุนในการศึกษา ที่อยู่อาศัย และการพัฒนาชุมชน

=> การบริหารและงบประมาณที่กระจัดกระจายไปตามกระทรวงต่างๆ อาจเป็นอุปสรรคต่อสิ่งนี้

เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ เราอาจต้องการแทรกแซงหลายเรื่อง ทำให้การประเมินต้นทุนและประโยชน์ที่ได้รับมีความซับซ้อน เช่น การศึกษาและโครงการสังคมสามารถเพิ่มการติดตามการรักษา ชุมชนที่เข้มแข็งสามารถลดความต้องการการดูแลในสถานพยาบาล การมีบริการรองรับ แมคนไม่โตใช้ก็ยิ่งให้คุณค่า เช่นทำให้คนกล้ากลับไปรักษาตัวที่บ้าน

เศรษฐศาสตร์ของการดูแลแบบประคับประคอง

- **ทรัพยากร**ในการดูแลแบบประคับประคอง (PC) อาจถูกใช้ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น แม้ว่าการวิเคราะห์ทางเศรษฐศาสตร์ในงาน PC เป็นเรื่องท้าทาย เนื่องจากความต้องการที่ซับซ้อนและ

ผลลัพธ์ที่ยากต่อการวัด

- **อาสาสมัครและเงินบริจาคใน PC:** แม้ว่าอาสาสมัครและเงินบริจาคดูเหมือนจะไม่มีค่าใช้จ่าย แต่ก็มี**ค่าเสียโอกาส** เช่นการใช้เงินบริจาคจ่ายค่าแรงบุคลากรหรือซื้ออุปกรณ์ แต่ผู้บริจาคมักจะบริจาคสิ่งของที่จับต้องได้ เช่นอาคาร มากกว่าสิ่งจำเป็นจริงๆ ซึ่งอาจกดดันให้ผู้ให้บริการใช้ทรัพยากรที่ได้รับบริจาคมาแม้ว่าจะไม่ใช่สิ่งที่จำเป็นที่สุด => การบริจาคที่ยืดหยุ่นเป็นสิ่งที่ดี ทำให้สามารถใช้ทรัพยากรในที่ที่ต้องการมากที่สุด
- **การเลือกหรือการตัดสินใจ** ควรพิจารณาต้นทุนและประโยชน์ทั้งหมดโดยไม่คำนึงว่าใครเป็นผู้จ่ายหรือได้รับ
- **บุคลากร vs. อาสาสมัคร:** บุคลากรทางการแพทย์มุ่งเน้นที่งานและผลลัพธ์ที่วัดได้ ช่องว่างเหลือนี้อาจสามารถเติมเต็มได้ด้วยอาสาสมัคร เช่นการเพิ่มกำลังใจและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย อาสาสมัครสามารถขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงและทำหายรูปแบบที่ล้ำสมัย แต่ "เศรษฐกิจแบบผสม" ใน PC ทำให้การพัฒนานโยบายระดับชาติซับซ้อนขึ้น เนื่องจากการควบคุมทรัพยากรที่หลากหลายโดยผู้ให้บริการ
- **ความท้าทายในการวัดผล:** เช่นเดียวกับประเด็นอื่นๆ ด้านการสาธารณสุข การวัดและประเมินการแทรกแซงใน PC เป็นเรื่องยาก มีหลักฐานว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถปรับปรุงผลลัพธ์ด้านสุขภาพได้ แต่ความสำเร็จขึ้นอยู่กับกรอบแบบมาตรการและการสนับสนุน

ตัวอย่างที่แสดงให้เห็นถึงประโยชน์ของการใช้แนวคิดทางเศรษฐศาสตร์ในการดูแลแบบประคับประคอง:

- **โภชนาการและภาวะโภชนาการในช่วงใกล้สิ้นชีวิต**
- **ความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลแบบทางการและผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ**

ประเด็นทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขในการดูแลแบบประคับประคอง

หัวข้อ 1: โภชนาการและภาวะโภชนาการในช่วงใกล้สิ้นชีวิต

- **ความสำคัญ:** โภชนาการที่ดีช่วยปรับปรุงสุขภาพและคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย
- โภชนาการที่ดีขึ้น จะช่วยลดต้นทุนการรักษาจากการขาดสารอาหารที่มาจากความเจ็บป่วย ตัวอย่าง: ในไอร์แลนด์ โภชนาการที่ไม่ดีในโรงพยาบาลทำให้เกิดต้นทุนการรักษาเพิ่มขึ้นเทียบเท่ากับ 11% ของงบประมาณสาธารณสุข ถ้าจัดการเรื่องนี้ได้จะทำให้เตียงในโรงพยาบาลว่างขึ้น 4%
- **ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์:** การปรับปรุงโภชนาการจะช่วยประหยัดเงินในการดูแล และคุ้มค่าเสมอ เพราะประโยชน์ที่ได้มีสูงกว่าต้นทุนที่ใช้จ่ายไป
- มีหลักฐานบ่งชี้ว่า**การสนับสนุนจากชุมชน**เพื่อโภชนาการที่ดีขึ้นอาจช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายได้
- **การให้สารอาหารทางปาก** ป้องกันการขาดสารอาหารและประหยัดค่าใช้จ่ายในทั้งชุมชนและโรงพยาบาล โดยมีค่าใช้จ่ายน้อยกว่า 5% ของต้นทุนการดูแลทั้งหมด และช่วยประหยัดเงินโดยรวม การแทรกแซงแต่เนิ่นๆ จะเพิ่มประสิทธิภาพมากขึ้นไปอีก
- **ความท้าทายในการวัดผล:** การวัดมูลค่าต้นทุนและผลลัพธ์เป็นเรื่องยาก การแทรกแซงอาจมุ่งเน้นไปที่การสนับสนุนจากชุมชน การกินอาหารที่ดีต่อสุขภาพ การเลิกทานอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ และการช่วยเหลือผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ (informal caregivers)

- แม้จะมีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าโภชนาการที่ดีขึ้นช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายและส่งเสริมสุขภาพ แต่ยังคงต้องการหลักฐานเพิ่มเติมเกี่ยวกับ **ประสิทธิผลของมาตรการเชิงสาธารณสุข**
- โภชนาการที่ไม่ดีทำให้เกิดความเสียหายอย่างมีนัยสำคัญและทำให้ต้นทุนการรักษาที่สูง => **มาตรการที่มีประสิทธิผลจึงมีความจำเป็น**

สรุป: การสนับสนุนเรื่องโภชนาการที่ดี มีความเกี่ยวข้องกับหลายภาคีและมีวิธีแทรกแซงหลากหลาย หากทำสำเร็จ จะสามารถลดต้นทุนการดูแลในโรงพยาบาลได้อย่างมาก และพิสูจน์ได้ว่ามีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์

หัวข้อ 2: การดูแลแบบทางการและผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ

- งานวิจัยทางเศรษฐศาสตร์ระบุว่า **ผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการมีบทบาทสำคัญ** โดยมีต้นทุนและภาระหนักมาก ขึ้นอยู่กับระยะต่างๆ ของโรค
ตัวอย่าง: โรค ALS มีผลกระทบต่อผู้ป่วยวัยหนุ่มสาวซึ่งกระทบงานและรายได้ และพวกเขา มักต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแล โรคร้ายแรงอื่นๆ ลดความสามารถในการดูแลตนเอง สร้างภาระทางการเงินและการดูแลสำหรับผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล ซึ่งต้นทุนเหล่านี้มีผลกระทบต่อรายได้ครอบครัว
- **ต้นทุนการดูแลแบบไม่เป็นทางการ:** คิดเป็น 33% ถึง 50% ของต้นทุนการดูแลทั้งหมด โดยเฉพาะเมื่อขาดแคลนการดูแลแบบทางการ การไม่ได้รับการสนับสนุน มีผลกระทบต่อบทบาทของผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการที่ ส่วนใหญ่จะดูแลด้านสุขภาพจิตและจิตวิญญาณของผู้ป่วย
- **ความเข้าใจผิด:** การดูแลแบบไม่เป็นทางการมักถูกมองว่าไม่มีต้นทุน แต่จริงๆ แล้วมีต้นทุนที่ผู้ดูแลต้องเสียสละจากหน้าที่อื่น ทำให้พวกเขาใช้เวลาดูแลอย่างไม่มีประสิทธิภาพ
ตัวอย่าง: การดูแลบุตรที่ป่วยหนักมีต้นทุนประมาณหนึ่งในสามของรายได้หลังหักภาษีของครอบครัว ผู้ดูแลมักต้องหยุดงานและเผชิญกับค่าเดินทางที่สูง
- **การโยกย้ายต้นทุน Cost Shifting:** การออกแบบโมเดลการดูแลต้องพิจารณาผลกระทบต่อผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการเป็นเรื่องหลัก การโยกย้ายการดูแลไปยังพวกเขาอาจเป็นการประหยัดค่าใช้จ่ายของระบบการดูแลแบบทางการ แต่ต้นทุนรวมอาจยังคงเท่าเดิมหรือเพิ่มขึ้น
 - **การโยกย้ายต้นทุนที่เป็นประโยชน์** เช่น ชุมชนที่แข็งแกร่งสามารถสนับสนุนผู้ป่วย ลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและลดต้นทุนการดูแลแบบทางการ และเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลที่ดีได้
 - ต้องทำความเข้าใจต้นทุนที่องค์กรและชุมชนต้องแบกรับ เพื่อการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ
- **เครือข่ายสังคมที่แข็งแกร่ง** ช่วยลดการใช้บริการดูแลสุขภาพและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือทดแทนบริการแบบทางการ เช่น การให้คำปรึกษาได้ นอกจากนี้เครือข่ายสังคมที่แข็งแกร่งช่วยลดความเสี่ยงของคนที่อยู่คนเดียว ในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้เช่นกัน
- **การตัดสินใจที่ดี** ควรพิจารณาต้นทุนและประโยชน์ทั้งหมด โดยไม่คำนึงว่าใครเป็นผู้จ่ายหรือได้รับประโยชน์
- การศึกษาเศรษฐศาสตร์แสดงให้เห็นบทบาท การมีส่วนร่วม ต้นทุน ความต้องการ และความพึงใจของผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ และวิธีที่พวกเขาสนับสนุนการดูแลแบบทางการ

ต้นทุนของการดูแลแบบไม่เป็นทางการ

- การศึกษาพบว่า การเข้าถึงการดูแลแบบทางการจะมีหลายระดับ (เข้าถึงได้มาก-น้อย ดูแลได้ครอบคลุมมาก-น้อยต่างกัน) แต่การดูแลแบบไม่เป็นทางการนั้นมีจำนวนชั่วโมงการดูแลและต้นทุนที่คงที่ => **งบประมาณแบบคงที่** (fixed time budget) และเวลาจะถูกใช้ในเรื่องใดก็ขึ้นอยู่กับบริการอื่นๆ ที่มีอยู่
- ผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ จะใช้เวลาคนป่วยพอๆกัน แต่ใช้เวลานั้นทำหน้าที่/ภารกิจที่ต่างกันไป หากการดูแลแบบทางการพอเพียง จะช่วยให้พวกเขามุ่งเน้นยังบทบาทการดูแลอื่นๆ เช่นการตอบสนองความต้องการทางจิตใจของผู้ป่วย ซึ่งสำคัญมากในช่วงใกล้สิ้นชีวิต หากการดูแลแบบทางการไม่เพียงพอ ผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการต้องจัดการกับงานการดูแลพื้นฐานเหล่านี้
- **ต้นทุนที่สูงขึ้นก็อาจมีผลดีต่อผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ เช่นความเศร้าโศกที่น้อยลง** หลังจากการเสียชีวิตของผู้รับการดูแล (เพราะคิดว่าได้ดูแลอย่างดีแล้ว) แต่คุณภาพการดูแลแบบทางการต้องเพียงพอด้วย
- ผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการส่วนใหญ่ทำงานเต็มเวลาหรือพาร์ทไทม์ ทำให้ต้องหยุดงาน ส่งผลให้มีการสูญเสียรายได้และมีค่าเสียโอกาส รวมถึงต้นทุนทางการเงินอื่นๆ เช่น ค่าเดินทาง ค่าจอดรถ และการดูแลเด็ก ต้นทุนของการดูแลแบบไม่เป็นทางการ คิดเป็น 33%-50% ของต้นทุนการดูแลในช่วงใกล้สิ้นชีวิต
- การดูแลนำไปสู่ความเครียด การดูแลแบบทางการที่ดีขึ้นสามารถลดภาระนี้ โดยตอบสนองความต้องการการดูแลพื้นฐานสำหรับผู้ใกล้สิ้นชีวิต **ดังนั้นการลงทุนด้านการดูแลแบบทางการ มีประโยชน์ต่อทั้งผู้ป่วยและทีมผู้ดูแลที่บ้าน**

สรุป: การวิเคราะห์เชิงเศรษฐศาสตร์ เรื่องการดูแลแบบทางการและไม่เป็นทางการ ช่วยให้เห็นตัวเลือกที่ชัดเจน การดูแลแบบทางการมีงบประมาณที่ชัดเจนและกิจกรรมที่วัดได้ ขณะที่ต้นทุนการดูแลแบบไม่เป็นทางการมีต้นทุนสูงแต่ไม่ปรากฏให้เห็น การลดต้นทุนการดูแลแบบทางการ อาจไม่ทำให้การดูแลทางกายภาพลดลง แต่จะทำให้ผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการไม่สามารถทำหน้าที่สำคัญในการดูแลระยะสุดท้ายได้เต็มที่

- ตัวอย่างเหล่านี้แสดงให้เห็นว่ามุมมองทางเศรษฐศาสตร์ช่วยระบุต้นทุนและผลประโยชน์ นำไปสู่การตัดสินใจในเรื่องการให้ให้บริการที่ดีขึ้น
- การจัดสรรทรัพยากรไปสู่กิจกรรมทางสังคมและชุมชน ช่วยลดและป้องกันไม่ให้เกิดค่าใช้จ่ายด้านการดูแลที่สูงขึ้น
- การยอมรับว่า **บริการที่ไม่ได้รับค่าตอบแทนไม่ได้เป็นบริการฟรี** นำไปสู่การตัดสินใจที่ดีขึ้นเกี่ยวกับการจัดการเรื่องการดูแลแบบทางการและไม่เป็นทางการ เพิ่มการเข้าถึงและเพิ่มประโยชน์ของการดูแลแบบไม่เป็นทางการ

บทสรุป:

- การศึกษาด้านทางเศรษฐศาสตร์ของการดูแลแบบประคับประคองยังมีจำกัด โดยเฉพาะในเชิงสาธารณสุข ยังต้องการหลักฐานเพิ่มในอีกหลายๆด้าน คล้ายๆ กับการประเมินผลมาตรการสาธารณสุขอื่นๆ แต่มุมมองทางเศรษฐศาสตร์จะช่วยระบุต้นทุนและประโยชน์ นำไปสู่การตัดสินใจในการดูแลที่ดีขึ้นและปรับปรุงการใช้ทรัพยากร แม้ว่าจะมีหลักฐานจำกัดก็ตาม
- การมีส่วนร่วมของชุมชนช่วย ปรับปรุงผลลัพธ์ของระบบสุขภาพ อาจเป็นประโยชน์ต่อการดูแลแบบประคับประคองเชิงสาธารณสุข การจัดสรรทรัพยากรไปสู่กิจกรรมทางสังคมและชุมชนสามารถจะช่วยประหยัดที่มีค่าใช้จ่ายในการดูแลในอนาคต

- เราต้องคำนึงถึงการออกแบบมาตรการที่เฉพาะเจาะจง การวิจัยเรื่องมาตรการแทรกแซงที่ซับซ้อน ต้องการความคิดสร้างสรรค์และทักษะเพื่อนำมาใช้ในการจัดสรรทรัพยากร
- การวัดมูลค่าต้นทุนและประโยชน์ของมาตรการทางสาธารณสุขที่ซับซ้อนเป็นเรื่องยาก ในการดูแลแบบประคับประคอง การวัดประโยชน์เป็นเรื่องท้าทาย เนื่องจากเครื่องมือวัดยังไม่ละเอียดพอ และมาตรการต่างๆมีผลกระทบวงกว้างต่อผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล

PHPC_CH25_Economic perspectives on public health approaches to palliative care

Intro

- Palliative care and new public health both address the holistic needs of patients and families, offering support beyond traditional healthcare settings. PC is often often emerged outside traditional healthcare structure. This means patients can access palliative care but may be excluded from the regular healthcare system, as an alternative, rather than not a complementary service.
- PC often relying on charitable funds and volunteers, alongside regular healthcare staff. This impacts the type of care provided, who provides it, and who receives it.
- Economic perspectives can help understand service organization and decision-making, but they do not solve the problem.

A brief history of health economics and the economics of public health

Economics = a way of thinking + set of tools and models

Health Economic = focuses on choices about health and healthcare, similar to daily life choices (e.g., what clothes to buy, what to eat).

- What services should be provided, for whom, by whom.
- Who should pay, and when?
- Considers taxes on tobacco, subsidies for sports facilities.
- Should we screen for cancers, and if so, how and how often?

Some health choices are individual, others need collective action (e.g., vaccination)

=> Markets don't always work well in health and healthcare

=> Government role needed to address market failures

=> Health economics helps in collective and individual choices.

Economics focuses on resource scarcity and optimal use

Health Economics focus on resource use in health to improve life quality.

Balances healthcare advances and resource allocation.

Health Economic Questions:

- How do financial barriers affect care access?
- How do incentives affect behavior?
- Can health improve by changing financial incentives?
- Policies should raise money and change behavior.

How health services can best be funded

- People often need health services most when they can least afford them.
- Government Regulates, finances, and provides public health services.
- Collective Decisions: What services to provide, Who should receive/provide services, How providers should be paid
- Economic studies help regulators and providers make better choices.

Challenge for economic analysis

- Difficult to determine who benefits, when, and to what extent.
- Long gaps between intervention and outcomes (e.g., smoking cessation) complicate assessment.
- Public health strategies aim at a range of outcomes.
- **Best outcomes result from combined environmental, occupational, financial, and personal factors.**

Health economics: key concepts and approaches

Scarcity = Limited resources mean choices must be made. Bad choices reduce resource benefits.

Cost = What is lost or given up.

Opportunity cost = Cost of missed opportunities from choosing one option over another.

Ex: Choosing an expensive new drug means forgoing other drugs. If the new drug offers more value, it should be chosen. If other uses of resources provide more benefits, choose those instead.

Measuring resource value is challenging. Simplified evaluations can help but may miss full costs and benefits. Simple measures work for straightforward activities but not for complex interventions with multiple effects.

Margin: Economists focus on the additional benefit vs. additional cost.

Ex: Switching from 5-year to 3-year screening finds more treatable cases. Annual screening finds even more but with smaller benefits. Reducing from 5- to 3-year screening may be worthwhile, but annual screening likely isn't. **The key is whether extra resources are better used here or elsewhere.**

Negative Cost: Some interventions save resources and improve or maintain outcomes. These should be implemented because they provide clear value. Cost-saving interventions

should always be chosen as they free up resources for better use.

Public health aims to improve community health through social and contextual factors, not just interventions. Efficient resource use may involve investing in education, housing, and community development. Fragmented administration and budgets can hinder this. Desired outcomes often require a combination of interventions, making cost and benefit assessment complex. Ex: Education and social initiatives can enhance treatment adherence. Strong communities can reduce institutional care needs. Availability of services can provide value.

Economics applied to palliative care

- **Resource Use:** Palliative care (PC) resources could be used more effectively. Economic analysis is challenging due to complex needs and hard-to-measure outcomes.
- **Volunteers and Charitable Funding in PC:** While volunteers and donations seem free, they have opportunity costs.
 - Funds might be better spent on staff or equipment rather than buildings.
 - Donors often fund visible items like buildings instead of critical needs like staff wages or consumables. This can pressure providers to use donated resources even if they aren't the highest priority.
 - Flexible donations are ideal, allowing resources to be used where needed most.
 - For good decision-making, all costs and benefits should be considered, regardless of who pays or receives them.
- **Formal vs. Volunteer Care:** Formal providers focus on measurable tasks and outcome, leaving gaps filled by volunteers who can boost morale and quality of life. Volunteers can drive change and challenge outdated models, but "mixed-economy" in PC complicates national policy development due to diverse control over resources by service providers.
- **Measurement Challenges:** Like many healthcare issues, measuring and evaluating PC interventions is difficult. Evidence shows that community participation can improve health outcomes, but success depends on intervention design and support.

Two topics illustrate the benefits of economic thinking in palliative care:

- **Nutrition and nutritional status near the end of life**
- **The relationship between formal care and informal caregivers**

Economic issues in public health approaches to palliative care

Topic 1: Nutrition near the end of life

- **Importance:** Good nutrition and hydration improve health and quality of life for people with life-limiting illnesses.
- **Cost Savings:** Better nutrition reduces treatment costs of disease-related malnutrition = scale of potential savings
Ex: In Ireland, poor nutrition in hospitals led to extra treatment costs equivalent to 11% of the public health budget and could free up 4% of hospital beds by managing malnutrition.
- **Cost-Effectiveness:** Improving nutrition saves money on care and is always justified if it saves more than it costs.
- **Community Support:** Limited evidence suggests community support for better nutrition may save costs.
- **Oral Nutritional Supplements:** Strong evidence shows these supplements prevent malnutrition and save costs in both community and hospital settings, costing less than 5% of total care costs and overall saving money. Early intervention is especially effective.
- **Measurement Challenges:** Difficult to measure costs and outcomes. Interventions could focus on community support, healthy eating, reversing poor diets, and aiding informal caregivers.
- While financial and health benefits of better nutrition are well-documented, more evidence on the **effectiveness of public health interventions** is needed.
- Poor nutrition causes significant harm and high treatment costs, **supporting the need for effective interventions.**

Summary: Support for better nutrition involves various parties and interventions. Successful efforts can significantly reduce hospital care costs and prove to be very cost-effective.

Topic 2: Formal care and informal caregivers

- Economic study identifies that informal **caregivers play a key role, with significant costs and burdens**, especially during different disease stages.
Ex: Diseases like ALS affect younger patients' work and income, and they often want to be involved in care decisions.
- Life-limiting illnesses reduce self-care ability, creating financial and caregiving burdens for patients, families, and caregivers. These costs impact family income and adult children.
- **Cost of Informal Care:** Informal care can account for 33% to 50% of total care costs, especially when formal care is lacking. Poor support affects caregivers' roles like mental health and spiritual support.
- **Misconception:** Informal care is often seen as free, but it costs caregivers in other duties, making efficient use of caregiving time hard.
Ex: Caring for a seriously ill child costs about one-third of a family's post-tax income. - Caregivers often take time off work and face high travel costs.

- **Cost Shifting:** It's crucial to consider the impact on informal caregivers when choosing care models. Shifting care to them might seem cheaper for formal healthcare, but overall costs may stay the same or rise.
 - **Some cost shifting can be beneficial.** Strong community support can reduce hospital admissions and formal care costs while improving care experiences.
 - It's important to understand the **costs to community organizations** for effective resource use.
- **Strong social networks** help reduce healthcare service use and hospital admissions. They can substitute for formal services like counseling. Living alone increases hospital admission risk, but strong social networks help.
- **Good decision-making** should consider all costs and benefits, regardless of who pays or benefits. Economic studies show the roles, contributions, costs, needs, and preferences of informal caregivers and how they support formal care.

Cost of informal care

- Informal caregivers' time spent is constant, but tasks vary. Improved formal care allows them to focus on broader support roles, addressing patients' psychological needs, crucial at the end of life. Without formal care, they handle basic care tasks.
- While formal support availability varies, **Informal caregiving** hours and costs remain constant, suggesting a **fixed time budget**. Usage depends on other available supports.
- Many caregivers willingly take on their roles. **Higher costs can benefit them by reducing grief** after the care recipient's death (satisfaction of having done a good job in caring), provided formal care quality is high.
- Caregivers often work full- or part-time, taking time off, resulting in **lost earnings and opportunity costs**. Financial costs include travel, parking, and childcare. Informal caregiving typically accounts for one-third to one-half of end-of-life care costs.
- Caregiving is stressful. Better formal care can reduce this burden, meeting basic care needs for those near the end of life. **Spending on formal care benefits both the patient and the caregiving team.**

Summary: Analyzing formal and informal caregiving economically clarifies choices. Formal care has visible budgets and measurable activities, while informal caregiving costs are often invisible but high. Reducing formal care costs won't necessarily degrade physical care but may hinder informal caregivers from essential roles.

These examples show that an economic perspective helps identify costs and benefits, guiding better care provision choices. Allocating resources to social and community activities can prevent more expensive care. Recognizing that unpaid services aren't free leads to better decisions about balancing formal and informal caregiving, enhancing the availability and usefulness of informal care.

Conclusion:

- Economic studies in palliative care are limited, especially regarding public health approaches. Diverse evidence is needed, similar to evaluating public health interventions. But economic perspective helps identify costs and benefits, guiding better care choices. and improve resource use, even with limited evidence.
- Community engagement improves health system outcomes, potentially benefiting public health palliative care. Allocating resources to social and community activities can prevent more expensive care.
- Specific intervention designs must be considered. Researching complex interventions requires creativity and skill to inform resource allocation.
- Measuring cost and benefit of complex interventions is difficult. In palliative care, measuring benefits is challenging due to insensitive instruments and the broad impact on patients, families, and caregivers.