

# การปรับเกณฑ์การจ่ายชดเชยค่าบริการ สาธารณสุขของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ เพื่อส่งเสริมการดูแลระยะกลาง อย่างเข้มข้น ในระดับโรงพยาบาลชุมชน



# **ข้อเสนอเรื่องการปรับเกณฑ์การจ่ายชดเชย ค่าบริการสาธารณสุข ของสำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ เพื่อส่งเสริมการดูแลระยะกลาง อย่างเข้มข้น ในระดับโรงพยาบาลชุมชน**

ข้อเสนอให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ปรับเกณฑ์การชดเชยให้เหมาะสมต่อการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในโรงพยาบาลชุมชนเพื่อให้โรงพยาบาลชุมชนสามารถให้บริการ intensive rehabilitation ในระบบ IMC bed และ IMC ward ได้มากกว่า 2 สัปดาห์ และคาดหวังว่าโรงพยาบาลชุมชนที่มี IMC bed จะสามารถยับยั้งการดูแลผู้ป่วยระยะกลางเป็นรูปแบบ IMC ward ได้ ซึ่งมีจุดประสงค์เพื่อเพิ่มประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วย และเพิ่มการเข้าถึงการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

ข้อเสนอสำหรับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบายด้านงบประมาณการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

# ปัญหาเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน

การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (intermediate care - IMC) คือ การดูแลผู้ป่วยหลังพ้นระยะเวลาปกติภายใน 6 เดือน (golden period) เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกายของผู้ป่วยให้กลับมาฟื้นตัวเป็นปกติ มีความสำคัญอย่างยิ่งทั้งในระดับปัจจุบันและระดับมหภาค กล่าวคือ ในระดับปัจจุบันนี้ เมื่อฟื้นฟูได้ทันท่วงทีจะลดภาระทุพพลภาพลงได้ ช่วยให้ดำเนินชีวิตได้อย่างเป็นอิสระมากขึ้น เป็นการส่งเสริมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย ขณะที่ระดับมหภาค เมื่อผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพในฐานะผู้ป่วยระยะกลาง ผู้ป่วยก็จะสามารถกลับมาประกอบอาชีพเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาเศรษฐกิจต่อไป ทั้งยังช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาวได้อีกด้วย การจ่ายเงินเพื่อส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ช่วยเพิ่มอัตราการเข้าถึงการดูแลระยะกลาง และมีระบบรองรับที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยไม่กลایเป็นผู้พิการ ช่วยลดอัตราการกลัยเป็นผู้ป่วยระยะยาว การดูแลระยะกลางที่ได้ผลดีจึงมีศักยภาพในการลดค่าใช้จ่ายด้านการดูแลผู้ป่วยระยะยาวในอนาคตได้อย่างมหาศาล

อย่างไรก็ดี จากการทบทวนวรรณกรรม สัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้อง และการจัดกระบวนการหารือเชิงนโยบาย พบว่า รูปแบบการบริการผู้ป่วยระยะกลางในประเทศไทย ยังไม่ได้มุ่งเน้นไปที่การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการกายภาพบำบัดอย่างน้อย 15-20 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (intensive rehabilitation) ซึ่งเป็นรูปแบบบริการของ IMC ward<sup>1</sup> และเป็นรูปแบบบริการที่ป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยกลایเป็นผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาวได้ดีที่สุด

ทั้งนี้ รูปแบบการจ่ายเงินชดเชยค่าบริการของ สปสช. เองก็เป็นสาเหตุหนึ่งที่ไม่สร้างแรงจูงใจให้หน่วยบริการยกระดับการบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางเป็นแบบ IMC ward แต่กลับเน้นไปที่การรักษาแบบผู้ป่วยนอก (OPD) มาากกว่าซึ่งเป็นรูปแบบบริการที่เสียงว่าผู้ป่วยจะหลุดออกไปจากระบบของการรักษาเนื่องจากไม่สะดวกต่อการเดินทางมารับบริการหรือแบกรับภาระค่าใช้จ่ายด้านการเดินทางไม่ไหว ถึงต้องให้ได้รับการฟื้นฟู ก็ไม่ใช่การฟื้นฟูสมรรถภาพที่

ต่อเนื่องทุกวัน ไม่ได้ใช้เวลาหากเดือนทองอย่างคุ้มค่า การให้บริการ IMC แบบ OPD จึงเสี่ยงที่จะทำให้ผู้ป่วยกล้ายเป็นผู้มีภาวะพึงพิง และต้องได้รับการดูแลระยะยาวหลังผ่านช่วงหากเดือนทองไปแล้ว

ในขณะที่บริการแบบ IMC bed ซึ่งโรงพยาบาลให้บริการ IMC แบบผู้ป่วยใน (IPD) โรงพยาบาลละ 2 เตียงก็ยังไม่เพียงพอทั้งในแง่จำนวนผู้ป่วยที่รองรับ ได้และความเข้มข้นของการบริการ จึงไม่สามารถสร้างหลักประกันได้ว่าผู้ป่วย จะได้รับการฟื้นฟูที่เพียงพอต่อเนื่องอย่างที่ควรจะเป็น อาจผลักให้ผู้ป่วยต้องกลับบ้านก่อนพร้อม กล้ายเป็นว่าต้องรับบริการ IMC แบบ OPD ซึ่งมีข้อเสียดังที่ได้กล่าวไปแล้ว

ปัญหาข้างต้นเป็นผลมาจากการโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) แออัดเกินไป แต่โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ก็ยังไม่สามารถให้บริการฟื้นฟูอย่างเข้มข้นได้อย่างเต็มที่ เนื่องจากในปัจจุบัน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จ่ายเงินชดเชยค่าบริการให้หน่วยบริการตามระบบ Thai DRG โดยใช้ adjusted relative weight (Adj.RW) ที่ปรับตามจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเป็นเกณฑ์ ซึ่ง Thai DRG เหมาะเป็นเกณฑ์การจ่ายชดเชยในการณ์ผู้ป่วยอยู่ในระยะวิกฤต (acute phase) ไม่ได้ถูกสร้างมาเพื่อรองรับการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ยกตัวอย่างเช่นในการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองดีบ หากให้ผู้ป่วยรับบริการภายในพำนัດ 20 ชั่วโมง ตันทุนทั้งหมดจะอยู่ที่ 28,688.37 บาทต่อราย<sup>2</sup> ทำให้โรงพยาบาลไม่สามารถแบกรับภาระทางการเงินในการให้บริการได้ เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้หลายครั้งโรงพยาบาลต้องจ้างนายผู้ป่วยออกก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเต็มที่ ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะพึงพิงสูงขึ้นโดยไม่จำเป็น

นอกจากนี้ กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระดับจังหวัดที่มีส่วนชดเชยค่าใช้จ่ายด้านการดูแลผู้ป่วยระยะกลางแบบผู้ป่วยนอก (OPD) แก่ รพช. และ

งานเยี่ยมบ้าน ยังไม่ได้แยกการดูแลผู้ป่วยระยะกลางและการดูแลผู้ป่วยระยะยาวออกจากกันให้ชัดเจน ส่งผลต่อเนื่องมาถึงการบริหารจัดการ ที่อาจทำให้ผู้ป่วยระยะกลางไม่ได้รับการบริการอย่างเต็มที่ ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยจากกลุ่มที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาวที่มีภาวะค่าใช้จ่ายสูง เช่น กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งซึ่งใช้ยาราคาสูง ทำให้เก็บประมาณของ IMC ถูกดึงออกไปใช้ หรือการอุปกรณ์ที่ใช้เก็บประมาณร่วมกันแต่เน้นการใช้งานต่างรูปแบบ ทั้งที่ผู้ป่วย IMC อาจไม่ต้องใช้อุปกรณ์มากนัก หรือการจ่ายเงินชดเชย OPD ตามจำนวนเคส ทำให้นักกายภาพบำบัดต้องดูแลไปถึงผู้ป่วยระยะยาวร่วมด้วย เป็นต้น

จากปัญหาที่สรุปไว้ข้างต้น เป้าหมายเร่งด่วนที่ต้องบรรลุเพื่อส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะกลางให้ได้ผลดีที่สุด คือ การเพิ่มศักยภาพของ รพช. ในการให้บริการดูแลระยะกลางแบบ intensive rehabilitation และเพิ่มจำนวน รพช. ที่มี IMC ward\* โดยให้เริ่มในเขตชนบท ดังนั้น เพื่อบรรลุเป้าหมายดังกล่าวที่มีจัดทำโครงสร้าง จึงมีข้อเสนอเชิงนโยบายสำคัญเรื่องการเพิ่มเงินชดเชยค่าใช้จ่ายในการณ์ที่รพช. ให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางและปรับเกณฑ์การเบิกจ่ายเงินจากกองทุนพื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของ สปสช. โดยคาดหวังว่าจะส่งเสริมให้โรงพยาบาลชุมชนมีทรัพยากรและศักยภาพมากขึ้นในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง เพิ่มโอกาสที่ผู้ป่วยระยะกลางจะเข้าถึงบริการพื้นฟูสมรรถภาพอย่างเข้มข้น เพียงพอ ต่อเนื่อง และไม่หลุดหายออกจากระบบ

\*

IMC ward คือ ระบบบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางแบบ IPD มีจำนวน เตียง 8-10 เตียง ได้รับการพื้นฟูจากทีมสหวิชาชีพอย่างเข้มข้นอย่างน้อยวันละ 3 ชั่วโมงและอย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ หรือ อย่างน้อย 15 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ภายใน 2-4 สัปดาห์ ในขณะที่ IMC bed มีจำนวนเตียง 2 เตียง Less-intensive IPD rehab program หมายถึง ผู้ป่วยได้รับการพื้นฟูโดยเฉลี่ยอย่างน้อย วันละ 1 ชั่วโมง อย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 วันเท่านั้น

# ข้อเสนอเชิงนโยบาย

เพื่อให้ รพช. ที่จัดบริการ IMC ward และ IMC bed อยู่แล้วสามารถให้บริการฟื้นฟูผู้ป่วยได้มากกว่า 14 วัน รวมทั้งเพื่อให้ รพช. ที่มี IMC bed ยกระดับขึ้นเป็น IMC ward ได้ตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข ผู้จัดทำโครงสร้าง ได้นำความคิดเห็นและข้อเสนอจากผู้เข้าร่วมกระบวนการหารือเชิงนโยบายมาสังเคราะห์เป็นข้อเสนอเชิงนโยบายได้ ดังนี้

\* เมื่อนำข้อเสนอไปใช้ อาจปรับค่านี้ ตามงบประมาณปี 2565

\*\*  
 $20,225.30 - (8,350 \times 1.44) = 8,201.30$  บาท

ระยะสั้น : สามารถทำได้ทันทีหรือทำได้ในปีงบประมาณ 2565-2566

## 1 จ่ายเงินชดเชยค่าบริการเพิ่มเติมให้โรงพยาบาลชุมชนสำหรับบริการ IMC แบบผู้ป่วยใน

จากข้อมูลต้นทุนการให้บริการฟื้นฟูระยะกลางแก่ผู้ป่วยจำนวน 15.20 วัน หรือ 35.04 ชั่วโมงใน IMC ward ของโรงพยาบาลบางกล้ำ ตามโครงการวิจัยเรื่อง การประเมินผลกระทบการให้บริการการดูแลระยะกลาง (*Intermediate Care*)<sup>3</sup> ของมูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ พบว่า ต้นทุนทั้งหมดอยู่ที่ 28,688.37 บาทต่อราย ในจำนวนนี้แบ่งเป็นค่าแรง 16,926.14 บาท<sup>4</sup> ซึ่ง สปสช. จ่ายให้โรงพยาบาล 50% คือ 8,463.07 บาท ดังนั้นโรงพยาบาล จึงยังรับภาระต้นทุนค่าบริการฟื้นฟูระยะกลางอีก 20,225.30 บาท อย่างไรก็ได้ สปสช. ยังจ่ายเงินชดเชยค่าบริการให้โรงพยาบาลตาม Adj.RW ของแต่ละเคส ที่คำนวณตาม Thai DRG อีก โดยในงบประมาณปี 2564\* สปสช. จ่ายเงินอยู่ที่ 8,350 ต่อ 1 Adj.RW<sup>5</sup> ทั้งนี้ เคสที่เข้ารับบริการฟื้นฟูระยะกลางที่โรงพยาบาลบางกล้ำในช่วงระหว่างการศึกษามีค่า Adj.RW เฉลี่ยอยู่ที่ 1.44 Adj.RW ดังนั้นในช่วงระหว่างการศึกษา โรงพยาบาลบางกล้ำจึงยังต้องรับภาระต้นทุนไว้เองอีกเป็นเงิน 8,201.30 บาทต่อเคส\*\* อย่างไรก็ตาม กรณีนี้เป็นเพียง สปสช. เขต 12 มีนโยบายจ่ายเงิน top up ให้โรงพยาบาลบางกล้ำที่มี IMC ward ในกรณีที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการฟื้นฟูระยะกลางอีก 5,000 บาทต่อเคส แต่ไม่ใช่ทุกโรงพยาบาลจะได้รับเงินชดเชยในลักษณะนี้

ดังนั้น หากอนุมานข้อมูลจากการณีศึกษาของโรงพยาบาลบางกล้ามาใช้เป็นการทั่วไป ผู้จัดทำโครงการจึงเสนอให้ สปสช. จ่ายเงินชดเชยค่าบริการเพิ่มเติม (on top) จำนวน 8,000 บาทต่อราย ให้กับ รพช. ทุกแห่งที่ให้การพื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางอย่างเข้มข้นแก่ผู้ป่วยแล้วไม่น้อยกว่า 14 วัน ทั้งกรณีที่รพช. มี IMC ward และ IMC bed ข้อเสนอี้จึงต้องยืนอยู่บนหลักการที่ให้ สปสช. ส่วนกลางมีอำนาจ (authority) ในการจ่ายเงินชดเชยค่าบริการหรือ ดึงบประมาณกลับมาที่ส่วนกลางเพื่อดำเนินนโยบายนี้ได้ โดยไม่ต้องปล่อยให้ เป็นไปตามดุลพินิจของ สปสช. ระดับเขต โดยการจ่ายเงินชดเชยค่าบริการเพิ่มเติมนี้ให้พิจารณาจากค่า Barthel index ว่าผู้ป่วยสามารถพื้นตัวได้ดีขึ้นจนผ่านเกณฑ์ที่ตั้งไว้ในข้อเสนอี้ สปสช. จะใช้งบประมาณมาจ่ายเงินชดเชยค่าบริการเพิ่มเติมเพียงประมาณ 3,000 บาทต่อรายในกรณีของโรงพยาบาลบางกล้าหรือ รพช. อีนๆ ที่ได้รับเงินเพิ่มเติมจาก สปสช. เขตเป็นเงิน 5,000 บาทไปแล้วก่อนหน้านี้ ส่วน รพช. แห่งอีนๆ ในประเทศไทยที่ให้บริการพื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางแบบ IMC bed และ IMC ward ที่ไม่เคยได้รับเงินเพิ่มเติมจาก สปสช. เขตมาก่อน ก็ต้องได้รับเงินชดเชยเพิ่มเติมนี้เต็มจำนวนที่ 8,000 บาทต่อราย แม้ปัจจุบันยังไม่มีสถิติผู้ป่วย IMC ที่ชัดเจนพอจะคำนวณงบประมาณที่เพิ่มขึ้นได้ แต่ในปี 2564 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วประเทศไทยกว่า กรุงเทพมหานครที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 20,000 ราย ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลระดับอำเภอ<sup>6</sup> ซึ่งแน่นอนว่าไม่ได้เป็นการรักษาต่อเนื่องแบบ IMC bed หรือ IMC ward ทั้งหมด ทั้งนี้ ในปัจจุบันมี รพช. จำนวน 798 แห่ง<sup>7</sup> ซึ่งแทบทุกแห่งมี IMC Bed แห่งละสองเตียง ส่วน รพช. ที่มี IMC ward ขนาด 8-10 เตียง มีอยู่ไม่ถึง 10 แห่ง รัฐบาลจึงนำจะมีงบประมาณเพียงพอมาใช้ ดำเนินนโยบายนี้ในระยะสั้น ระหว่างรอหลักเกณฑ์ที่เป็นกิจจะลักษณะและเหมาะสมต่อการจ่ายเงินชดเชยบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

สำหรับงบประมาณจำนวนนี้ ผู้เข้าร่วมกระบวนการหารือเชิงนโยบายเสนอว่า อาจยกงบประมาณจากกองทุนพื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์หลังจาก ‘ปรับ

บรรทัด' ในข้อ 2 ที่เน้นการพื้นฟูสมรรถภาพแบบ OPD ซึ่งไม่สามารถคาดเดา ประโยชน์ที่เกิดกับผู้ป่วยได้ และจะจ่ายตามจำนวนครั้งของการให้บริการ เนื่องจาก มีปัจจัยอื่นอีกมากที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับบริการ เช่น ความยากลำบากในการ เดินทาง จึงควรปรับการบริการกองทุนใหม่มาเน้นการพื้นฟูสมรรถภาพแบบ IPD แทน ซึ่งจะคาดหวังผลได้มากกว่า จำเป็นกว่า และเร็วต่อนำมากกว่า

### ข้อเสนอที่มีความมุ่งหมายแบ่งได้เป็นสองประการ

1

นอกจากการจ่ายเงินสมทบนี้จะช่วยแบ่งเบาภาระของ รพช. ใน การให้บริการ พื้นฟูระยะกลาง เงินจำนวนนี้ยังช่วยให้ รพช. ที่ให้บริการ IMC แบบ IMC bed หรือ IMC ward อยู่แล้ว สามารถเพิ่มระยะเวลาการรักษาพื้นฟูอย่างเข้มข้นออก ไปได้มากกว่าระยะเวลา 14 วัน ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลจากการวิจัยชี้ว่า ต้นทุน เฉลี่ยของผู้ป่วย IMC อยู่ที่ 1,887.67 บาทต่อวัน<sup>8</sup> ในต้นทุนจำนวน 28,688.37 บาท นี้ หากตั้งข้อสมมติให้โรงพยาบาลแบกรับการขาดทุนเท่าเดิม (8,201.30 บาท) โรงพยาบาลสามารถเพิ่มจำนวนวันนอนและจำนวนชั่วโมงการภายภาพบำบัด ให้ผู้ป่วยได้ โดยจะเพิ่มจำนวนวันนอนโรงพยาบาลออกไปได้โดยเฉลี่ยอีกประมาณ 4.3 วัน ซึ่งหมายความว่าอาจเพิ่มจำนวนชั่วโมงการภายภาพบำบัดได้อย่างน้อย 12 ชั่วโมงต่อราย (หากทำการภายภาพบำบัดวันละ 3 ชั่วโมง) ในกรณีนี้ผู้ป่วย จะได้รับบริการ IMC แบบผู้ป่วยในทั้งหมดประมาณ 19 วัน หรือ 2.7 สัปดาห์

2

หากโรงพยาบาลไม่เพิ่มจำนวนวันนอนจะสามารถแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายการดูแล ผู้ป่วย IMC ได้ มีระบบการใช้จ่ายที่ไม่ติดขัดและทำให้เกิดความคาดหวังว่า รพช. จะมีแรงจูงใจเพื่อการบริการแบบผู้ป่วยใน กล่าวคือ รพช. ที่เป็น IMC bed

อาจเห็นโอกาสพัฒนาระบบบริการให้เป็นแบบ IMC ward จากสติ๊กเกอร์ฟีนฟู สมรรถภาพระยะกลาง การให้บริการในระบบ IMC ward ช่วยพื้นฟูผู้ป่วยกลับมาเป็นปกติได้มากกว่า ลดอัตราผู้พิการได้ในอนาคต นอกจากนี้ยังดึงผู้ป่วยเข้ามายังระบบได้มากขึ้น ลดการให้บริการแบบผู้ป่วยนอกที่ผู้ป่วยมีโอกาสหลุดออกจากระบบจากความยากลำบากในการเดินทาง ไม่ว่าจะด้วยสภาพร่างกายหรือภาระค่าเดินทาง การให้บริการแบบ IMC ward ทำให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพแล้วได้ผลดีขึ้นเมื่อคิดตามบริการ intensive rehabilitation ที่ผู้ป่วยได้รับการรักษากาพบำบัดจำนวน 15-20 ชั่วโมงต่อสัปดาห์

ทั้งนี้เมื่อทดลองจ่ายเงินสมบทให้ รพช. ในพื้นที่ต่างๆ แล้ว สปสช. ควรเก็บข้อมูลของผลที่ได้จากการรักษา (value-based) ซึ่งใช้พัฒนาการของผู้ป่วยเป็นปัจจัยในการประเมินแทนที่จะเน้นข้อมูลเรื่องจำนวนครั้งหรือเคส พร้อมวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผล (cost-effectiveness analysis) โดยเก็บข้อมูลดังนี้

- ต้นทุนการรักษาโดยรวม
- พัฒนาการของผู้ป่วยโดยประเมินจากระดับ Barthel index ของผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบ intensive rehabilitation ใน IMC ward
- อัตราผู้ป่วยระยะกลางที่กล้ายเป็นผู้มีภาวะพิ่งพิงต้องได้รับการดูแลระยะยาว โดยดูว่าเพิ่มขึ้นหรือลดลงหลังจากเริ่มจ่ายเงินชดเชยค่าบริการเพิ่มเติมแล้ว ซึ่งหวังผลว่าจะเป็นการจูงใจให้ รพช. ปรับบริการจาก IMC bed เป็น IMC ward

นอกจากนี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติส่วนกลางควรมีอำนาจพิจารณาการจ่ายเงินชดเชยค่าบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางแบบดูผลลัพธ์การให้บริการได้ เช่น แม้ รพช. จะให้บริการ IMC แบบ IPD แล้ว แต่ถ้าค่า Barthel index ของผู้ป่วยไม่ดีขึ้นตามเป้า สปสช. ต้องมีอำนาจจ่ายเงินชดเชยค่าบริการเพิ่ม-

เติมแบบลดหลั่นลงมาได้ เนื่องจากการบริการไม่ได้ให้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังการจ่ายเงิน โดยพิจารณาจากผลลัพธ์ของการให้บริการในลักษณะนี้จะส่งเสริมให้หน่วยให้บริการปรับการให้บริการเป็นแบบ intensive rehabilitation มากขึ้น เนื่องจากเป็นการพื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้ป่วยระยะกลางที่ให้ผลลัพธ์ที่สุด ทั้งนี้ต้องมีระบบเก็บข้อมูล เช่น ค่า Barthel index ก่อน-หลังการให้บริการเพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยมีพัฒนาการในทางที่ดีขึ้นหลังได้รับบริการ IMC แบบ IPD ไปแล้ว

## 2 กองทุนพื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระดับจังหวัด (ปรับจากส่วนกลาง) โดยทำร่วมกันทั้ง 2.1 และ 2.2

### 2.1

ให้ปรับการจัดสรรงบประมาณภายใต้ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในแนวทางการบริหารจัดการค่าบริการพื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ 18.40 บาท ต่อผู้มีสิทธิ ในส่วนการจ่ายตามผลงานบริการแก่ผู้ให้บริการนั้น เพื่อให้เห็นจำนวนเงินที่ใช้ได้อย่างชัดเจน หากเป็นไปได้ควรนำเงินนี้มาชดเชยค่าบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (IMC bed/ward) และแบบเยี่ยมบ้านโดย

- ให้แยก “บริการฝึกหัดซะการดำเนินชีวิตอิสระสำหรับคนพิการ” ออกจาก “บริการพื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระยะกลางฯ” และนำ “บริการฝึกหัดซะฯ” มารวมกับ “ค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับคนพิการ (ไม่จำกัด กองทุนพื้นฟูฯ ระดับจังหวัด)” เพื่อแยกเงินที่ใช้เพื่องานบริการ ‘คนพิการ’ ออกจาก การเงินที่ใช้สำหรับดูแลผู้ป่วยระยะกลางอย่างชัดเจน
- ในอนาคตควรแยกเรื่องที่เกี่ยวข้องกับ ‘คนพิการ’ ไปอยู่ในกองทุนผู้ป่วยระยะยาว

การจัดหมวดหมู่ให้ชัดเจน จะทำให้เห็นภาพรวมการใช้งบประมาณของแต่ละส่วนที่เกี่ยวข้องกับการพื้นฟูสมรรถภาพ นำมาประเมินพัฒนาการของผู้ป่วยที่ได้รับการพื้นฟูระยะกลางได้ค่อนข้างชัด ทำให้สามารถประเมินความคุ้มค่าใน การจัดบริการอันเป็นโจทย์สำคัญของ สปสช. ได้อย่างชัดเจน นอกจากนี้การแยกหมวดกองทุนพื้นฟูฯ ไม่ให้เงินที่ใช้สำหรับการดูแลระยะกลางมาปะปนกับเงิน สำหรับการดูแลระยะยาว ยังช่วยป้องกันไม่ให้การใช้เงินในแต่ละเป้าหมายเบียดเบียนซึ่งกันและกัน นอกจาคนี้ วิธีนี้ยังทำให้เห็นงบประมาณที่กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดสรรเพื่อการให้บริการ ด้านต่างๆ รวมถึงประเมินประสิทธิผลการใช้งบประมาณได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

## 2.2

เสนอให้ สปสช. ทบทวนการจ่ายเงินชดเชยค่าบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางแบบ OPD ตามรายหัว (150 บาทต่อคนต่อครั้ง จำนวน 30 ครั้ง) เพราะไม่จุใจให้ผู้ให้บริการออกไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วย รวมทั้งผู้ป่วยระยะกลางมีสภาพร่างกายที่ไม่适合ต่อการมารับบริการแบบ OPD และอาจเสียค่าใช้จ่ายอีกๆ เพิ่ม เช่น ค่าเดินทาง ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยจำนวนมากยังเข้าไม่ถึงบริการ หรือเงินชดเชยค่าเดินทางของทั้งรัฐบาล และ อปท.

การจัดบริการ IMC แบบ OPD จึงเสี่ยง ว่าผู้ป่วยจะหลุดออกจากระบบ ไม่ได้รับการพื้นฟูสมรรถภาพตามที่ควร ดังนั้น สปสช. ควรนำงบประมาณ ในส่วนนี้มาอุดหนุนการให้บริการ IMC แบบ IPD ตามได้ทุกล่วงมาแล้วแทน

## ระยะยาวย

### 1

**ต้องปรับระบบจ่ายเงินชดเชยค่าบริการดูแลระยะกลางให้โรงพยาบาลชุมชน :**  
กล่าวคือ ควรแยกกลุ่กการจ่ายเงินสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะกลางออกจาก  
ระยะวิกฤตให้ชัดเจน โดยอาจใช้หลักเกณฑ์เฉพาะสำหรับการดูแลผู้ป่วยหลัง  
จากระยะวิกฤต หรือ SNAP (sub-acute and non-acute patient) เป็น  
episode\* ซึ่งต้องศึกษาและเก็บข้อมูลการวิจัยเพื่อนำเสนอต่อกระทรวงสาธารณสุขต่อไป

### 2

**สำหรับกองทุนพื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ :**

หลังจากดำเนินนโยบายใน “ระยะสั้น” ตามที่ปรากฏในข้อเสนอแนะนี้แล้ว  
หากการวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผลพบว่ามีจ่ายเงินชดเชยเพิ่มเติมดังกล่าวให้  
ผลที่น่าพอใจ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติก็ควรพิจารณาแยกค่าบริการ  
และอุปกรณ์สำหรับคนพิการออกจากกองทุนพื้นฟูฯ ไปไว้ในกองทุนที่เกี่ยวข้อง  
กับการดูแลผู้ป่วยระยะยาวเพื่อให้กองทุนพื้นฟูฯ นี้เป็นกองทุนสำหรับการดูแลผู้  
ป่วยระยะกลางโดยสมบูรณ์ ซึ่งจะช่วยเสริมประสิทธิภาพการบริหารจัดการบ  
ประมาณ และส่งเสริมบริการสำหรับผู้ป่วย IMC ให้ได้ผลดีและครอบคลุม<sup>ยิ่งขึ้น</sup>

\*

ศ.นพ.ดร.ศุภสิทธิ์  
พรอนนารุสโภทัย  
กล่าวถึงในกระบวนการราบรื่อ  
เชิงนโยบายครั้งที่ 3 เมื่อวันที่  
7 เมษายน พ.ศ. 2564  
ซึ่งอยู่ในขั้นตอนการศึกษาและ  
ทำวิจัย

# ข้อสังเกต

1

ความคิดเห็นจากผู้เข้าร่วมกระบวนการมองว่า กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ควรจัดลำดับความสำคัญให้การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง เป็นภาระเร่งด่วนของชาติ

กล่าวคือ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขควรจัดให้แนวโน้มโดยรายและแผนการดูแลผู้ป่วยระยะกลางเป็นนโยบายระดับชาติ ไม่ใช่เป็นอำนาจตัดสินใจในระดับเขตสุขภาพ เนื่องจากทุกเขตสุขภาพมีโครงสร้างที่ต้องการการดูแลระยะกลาง จำนวนมากอยู่แล้ว และการให้อำนาจตัดสินใจอยู่ที่แต่ละเขตสุขภาพก็อาจทำให้จัดบริการได้ไม่ทั่วถึงทั่งประเทศ ทั้งยังไม่ส่งเสริมการบูรณาการข้อมูลเป็นฐานข้อมูลเดียวในส่วนกลาง

2

โดยอ้างถึงการเปรียบเทียบข้อมูลต้นทุนจากเอกสารข้อเสนอ<sup>9</sup> ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม และข้อมูลจากผู้เข้าร่วมกระบวนการ พบว่า IMC ward เป็นรูปแบบบริการที่เหมาะสมกับ รพช. ในเขตชนบท เนื่องจากไม่แออัดแบบรพศ. ไม่ใกล้กับบ้านผู้ป่วยเกินไป คุณติดেินทางไปกลับได้ และมีนักกายภาพบำบัดอย่างน้อยแห่งละ 1 คน นอกจากนั้น หากเป็นพื้นที่แบบเทือกเขาที่การเดินทางยากลำบากคงเดี๋ยว การให้ผู้ป่วยอยู่ที่วอร์ด ใกล้มือนักกายภาพบำบัดจะช่วยลดภาระการเดินทางของญาติ และช่วยให้การพื้นฟูสมรรถภาพได้ผลดีและรวดเร็วยิ่งขึ้น ในขณะที่เขตเมือง อาจเหมาะสมกับบริการแบบเยี่ยมบ้านมากกว่าเนื่องจาก

- โรงพยาบาล ทุกระดับในเขตเมืองค่อนข้างแออัด
- นักกายภาพบำบัดสามารถออกแบบการฝึกให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมในบ้านที่ผู้ป่วยต้องใช้ชีวิตอยู่ได้ด้วย
- ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและญาติน้อยกว่าแบบ IPD และ OPD อย่างแน่นอน ทั้งนี้ในเขตเมืองมีคลินิกการแพทย์บำบัดของเอกชนพอสมควร จึงควรส่งเสริมการให้บริการภายในโรงพยาบาลแบบเยี่ยมบ้านโดยอาศัยกลไก public-private partnership เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติในเขตเมืองได้รับบริการที่สะดวกและทั่วถึง

# ผลกระทบก่อความหวัง

1

เสริมสร้างบทบาทและขีดความสามารถ (capacity) ของโรงพยาบาลชุมชนในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในรูปแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยได้รับบริการที่ได้ผลดี มีพัฒนาการที่เห็นได้ชัด ตั้งแต่การรับผู้ป่วยต่อจาก รพศ. ประสานงาน และ การพื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย ลดความแออัดของโรงพยาบาลศูนย์ ลดความเสี่ยงที่ผู้ป่วยจะถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลก่อนที่จะได้รับการพื้นฟูสมรรถภาพอย่างเต็มที่

2

โรงพยาบาลชุมชนที่ให้บริการ intensive rehabilitation program ด้วยระบบ IMC ward อยู่แล้ว สามารถให้บริการแก่ผู้ป่วยระยะกลาง ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

- เพียงพอ ต่อเนื่อง : ได้รับการพื้นฟูอย่างต่อเนื่องในระยะเวลา 6 เดือน หรือตีที่สุดคือได้รับการพื้นฟูสมรรถภาพ 15-20 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ เป็นเวลาต่อเนื่องกัน 2 สัปดาห์ หรือจนค่า Barthel Index ดีขึ้นพ้นระดับที่ 3 คือ mildly disable<sup>10</sup>
- รพช. สามารถติดตามเคสได้ตั้งแต่ต้นจนจบ และผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบ Professional Care จากทั้งแพทย์และทีมสหวิชาชีพเพราะเป็นช่วงที่อาการของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว

3

หน่วยบริการมีแรงจูงใจในการให้บริการ เพิ่มจำนวน IMC ward ในรพช.  
โดยยกระดับชั้นเป็น IMC bed

อันเป็นผลจากข้อเสนอเรื่อง การจ่ายเงินชดเชยเพิ่มเติมสำหรับบริการดูแลระ  
ยะกลางที่ใช้วิธีจ่ายเงินแบบพิจารณาจากผลลัพธ์การให้บริการ จึงจูงใจให้รพช.  
เน้นให้บริการ IMC แบบ IPD ทั้งยังส่งเสริมบริการ intensive rehabilitation  
แบบ IMC ward ซึ่งให้ผลลัพธ์ดีที่สุด

4

ช่วยชะลอการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะยาว  
เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่ได้ผลดี จะช่วยชะลอการเพิ่มขึ้นของคน  
พิการและผู้มีภาวะพึงพิงได้

# ข้อควรคำนึงถึงของนโยบาย: ระบบบริการที่ต้องกำควบคู่กัน

1

## ระบบข้อมูลและการส่งต่อเคส

- โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป ต้องส่งต่อผู้ป่วยที่ได้ต้องรับบริการ IMC มาอย่างโรงพยาบาลชุมชนผ่านการประสานงานอย่างเป็นระบบในทุกๆ เคส อาจมีแพทย์ที่ประสานงานจากโรงพยาบาลแม่ข่าย สู่ รพช. แบบกรณี โรงพยาบาลหาดใหญ่และโรงพยาบาลบางกล้า จ.สงขลา หรืออาจปรับตาม ข้อเสนอเชิงนโยบายเรื่องการตั้งหน่วยประสานการดูแล (care coordination unit - CCU) ทั้งนี้ หากควรพัฒนาระบบทেคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการ เชื่อมต่อระหว่างการรักษาระยะเฉียบพลันและ IMC ด้วย
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) รับช่วงประสานงานต่อด้าน ข้อมูลเมื่อผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายจาก รพช. กลับบ้าน ในกรณีพื้นที่ห่างไกล อาจให้ รพช. มีบทบาทเป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย และ รพ.สต. อาจมีนัก กายภาพบำบัดประจำที่ รพ.สต. เพื่อทำกายภาพบำบัด ผู้ป่วยไม่ต้องเดินทาง ถึง รพช. ที่อาจสร้างความลำบากให้ผู้ป่วยและญาติ

2

## องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าร่วมกองทุนพื้นฟูสมรรถภาพฯ

เพื่อส่งเสริมการจัดบริการรับส่งและอุปกรณ์ต่างๆ เสริมแรงให้กับโรงพยาบาลในพื้นที่ที่รับผิดชอบ

3

## กระทรวงสาธารณสุขเพิ่มนគคลากรทางการแพทย์ในระบบ

ทั้งแพทย์เวชศาสตร์พื้นพู นักกิจกรรมบำบัด นักบำบัดการพูด โดยเฉพาะอย่างยิ่ง นักกายภาพบำบัดที่เป็นปัจจัยสำคัญของระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

- จ้างนักกายภาพบำบัดเพิ่มเพื่อประสานและเสริมแรงด้านบุคลากรนักกายภาพบำบัดให้โรงพยาบาลชุมชน โดย รพช. ขนาด F3 ต้องมีนักกายภาพบำบัดอย่างน้อย 2 คน และอย่างน้อย 3 คน สำหรับขนาด F2 เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ทั่วถึงทั้งกรณีผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และการเยี่ยมบ้าน ซึ่งอาจมาจากการจ้างนักกายภาพบำบัดพาร์ทไทม์ หรือผลักดันให้ อปท. จ้างนักกายภาพบำบัด

#### 4

**หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในทุกระดับควรเพิ่มความรู้ความเข้าใจต่อความสำคัญของ IMC ไม่ให้ปะปนกับเรื่องการดูแลระยะยาวเพื่อการจัดสรรงบประมาณและการบริการที่มีประสิทธิภาพ**

#### 5

##### **หน่วยงานวิจัย**

- ผู้ที่เกี่ยวข้องเตรียมฐานข้อมูล หรือมีงานวิจัยในเชิงปริมาณ เพื่อเปรียบเทียบความคุ้มค่าในเชิงต้นทุน ทั้งการเบิกจ่ายงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขในภาพใหญ่ และการเบิกจ่ายงบประมาณของ รพช.
- หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรศึกษาบทบาทของ รพ.สต. ในบริบทที่ต่างกัน เนื่องจากเป็นโครงสร้างการบริหารงานและการประสานต่อหน่วยงานในพื้นที่ที่ค่อนข้างซับซ้อน เพื่อวิเคราะห์จุดอ่อนจุดแข็งของแต่ละพื้นที่ และเติมเต็มทรัพยากรต่อไป

##### **อาจจะเกิดปัญหาได้**

ถ้าจำนวนเตียงของ รพช. ไม่ว่างพอจะรองรับผู้ป่วย ระยะกลางโดยเฉพาะในช่วงโรคระบาด Covid-19 แม้ข้อมูลจะชี้ว่า มีจำนวนเพียงพอในภาวะปกติ ดังนั้น จึงจำเป็นต้องคำนึงถึงเรื่องนี้ในระยะยาวต่อไป

## Notes

1. กระทรวงสาธารณสุข. (2564) ร้อยละของจังหวัดในเขตสุขภาพที่ให้การบริบาลพื้นสภาระยะกลางแบบ *Intermediate ward* ในโรงพยาบาลระดับ M และ F. Available at: <http://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi-list/view/?id=1627>
2. นพ.ชวัญประชา เชียงไชยศกุลไทย, варิสา ทรัพย์ประดิษฐ์ และ นำพร สามิภักดี (no date) รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการวิจัยเรื่อง การประเมินผลกระทบจากการให้บริการการดูแลระยะกลาง (*Intermediate Care*). สำนักงานวิจัยและพัฒนา กำลังคนด้านสุขภาพ (สวค.), สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP). Available at: <https://hrdo.org/wp-content/uploads/2019/10/รายงานฉบับสมบูรณ์-การประเมินระบบการให้บริการการดูแลระยะกลาง.pdf>, p.70.
3. นพ.ชวัญประชา, วาริสา และ นำพร, การประเมินผลกระทบจากการให้บริการการดูแลระยะกลาง (*Intermediate Care*).
4. นพ.ชวัญประชา, วาริสา และ นำพร, การประเมินผลกระทบจากการให้บริการการดูแลระยะกลาง (*Intermediate Care*), p.71.
5. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2564) คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2564. Available at: [https://www.nhso.go.th/storage/files/shares/PDF/fund\\_man01.pdf](https://www.nhso.go.th/storage/files/shares/PDF/fund_man01.pdf).
6. HDC กระทรวงสาธารณสุข (2564) กลุ่มรายงานมาตรฐาน อัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ปีงบประมาณ 2564, กระทรวงสาธารณสุข. Available at: [https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=formatted%2Fnacd.php&cat\\_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=3092c3c3250ae67155f7e134680c4152&fbclid=IwAR0pVeTYO6blSVEJXtG4LU\\_XOFANR0g8WdXvQn2Bj-Xk3PunuS89BMB-3A8](https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=formatted%2Fnacd.php&cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=3092c3c3250ae67155f7e134680c4152&fbclid=IwAR0pVeTYO6blSVEJXtG4LU_XOFANR0g8WdXvQn2Bj-Xk3PunuS89BMB-3A8).
7. Thai Care Cloud. (2564) สรุปยอดข้อมูล ณ วันอังคาร ที่ 24 สิงหาคม พ.ศ. 2564. Available at: <https://www.thaicarecloud.org/report-coics/show-overview>.
8. นพ.ชวัญประชา เชียงไชยศกุลไทย, วาริสา ทรัพย์ประดิษฐ์ และ นำพร สามิภักดี (no date) รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการวิจัยเรื่อง การประเมินผลกระทบจากการให้บริการการดูแลระยะกลาง (*Intermediate Care*). สำนักงานวิจัยและพัฒนา กำลังคนด้านสุขภาพ (สวค.), สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP). Available at: <https://hrdo.org/wp-content/uploads/2019/10/รายงานฉบับสมบูรณ์-การประเมินระบบการให้บริการการดูแลระยะกลาง.pdf>, p.70-71.
9. นพ.ชวัญประชา เชียงไชยศกุลไทย (2564) ข้อเสนอระบบการให้บริการและการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง. Available at: <https://docs.google.com/file/d/1GoDE9SVIuuconQ6xgzZObwzuJIDRgqRd/edit?filetype=mspresentation>.
10. ทีมจัดทำโครงการโครงการพัฒนาางานการดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นฟู (Subacute rehabilitation) พ.ศ. 2558-2559 สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย (no date) การพัฒนาางานการดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นฟู (Subacute Rehabilitation) และก่อตั้งหน่วยการดำเนินงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. Available at: <https://rehabmed.or.th/files/book.pdf>

