

## นิพนธ์ต้นฉบับ

## Original article

# นโยบายการดูแลสุขภาพระยะกลางในประเทศไทย: ข้อเสนอเพื่อหนทางข้างหน้า

นภัส แก้ววิเชียร พย.บ., น.บ.\*

อัญพร ชื่นกลิ่น ปร.ด.\*\*\*

วิชาญ เกิดวิชัย พ.บ.\*\*\*\*

\* สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์

\*\* สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์

\*\*\* วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

\*\*\*\* วิทยาลัยการแพทย์แผนตะวันออก มหาวิทยาลัยรังสิต

\*\*\*\*\* มุลนิธิศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ

เบญจพร สุธรรมชัย ป.พ.ส.\*\*

นงนภัทร รุ่งเนย ปร.ด.\*\*\*

ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย พ.บ., Ph.D.\*\*\*\*\*

วันรับ:	22 ต.ค. 2563
วันแก้ไข:	16 ธ.ค. 2563
วันตอบรับ:	26 ธ.ค. 2563

บทคัดย่อ การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์วิเคราะห์กระบวนการนโยบาย ค้นหาปัจจัยสำคัญแห่งความสำเร็จของการพัฒนานโยบายจากส่วนกลางและการนำนโยบายส่วนกลางสู่การปฏิบัติในจังหวัด สังเคราะห์และพัฒนาเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายการดูแลสุขภาพระยะกลางของประเทศไทย ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย ผู้บริหารจากส่วนกลาง ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับกระบวนการพัฒนานโยบาย และผู้ตัดสินใจเชิงนโยบายระดับจังหวัด ที่คัดเลือกแบบเจาะจง จำนวนทั้งสิ้น 65 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) และแบบประเด็นคำถามสำหรับการอภิปรายกลุ่ม (focus group) เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2562 - มีนาคม พ.ศ. 2563 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษา พบว่า การดำเนินงานการดูแลระยะกลาง (intermediate care) ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขขับเคลื่อนโดยผู้พัฒนาและผู้ดำเนินนโยบายส่วนกลางสู่การปฏิบัติทุกระดับ ร่วมกับสหวิชาชีพ (multidisciplinary) ในลักษณะเครือข่ายบริการตามแผนบริการ (service plan) ที่เน้นผู้สูงอายุ 3 โรคหลัก ประสบความสำเร็จในบางจังหวัด แต่ยังต้องการการพัฒนากระบวนการนโยบายที่จะนำไปสู่ความสำเร็จ โดยสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายได้ดังนี้ เพิ่มการสื่อสารนโยบายถ่ายทอดองค์ความรู้ที่ชัดเจน พัฒนาคู่มีอเนวปฏิบัติที่ยืดหยุ่นปรับใช้ได้จริงกับบริบทพื้นที่ ขยายและเติมเต็มบริการ intermediate care ไปสู่กลุ่มโรคอื่นและกลุ่มอายุอื่นที่มีความต้องการจำเป็นต้องได้รับบริการแบบ intermediate care สนับสนุนการจัดทำต้นทุนต่อหน่วย (unit cost) บริการ เพื่อสร้างระบบการจ่ายชดเชยค่าบริการให้เป็นกองทุนเฉพาะ บูรณาการระบบให้ถึงระดับที่ไร้รอยต่อ ระหว่าง intermediate care และการดูแลระยะยาว (long term care) ผลักดันการจัดสรรอัตรากำลังแบบสหวิชาชีพที่จำเป็น เหมาะสมกับหอผู้ป่วยหรือมุมผู้ป่วย intermediate care ในระดับโรงพยาบาลชุมชน และควรพัฒนาการบันทึกและส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วย intermediate care ระหว่างโรงพยาบาลระดับต่างๆ ให้เป็นโปรแกรมข้อมูลระบบเดียวกันทุกพื้นที่

**คำสำคัญ:** การดูแลสุขภาพระยะกลาง; การวิเคราะห์นโยบาย; ข้อเสนอเชิงนโยบาย; สหวิชาชีพ; การดูแลแบบไร้รอยต่อ

## บทนำ

วิวัฒนาการ แนวคิดและกลยุทธ์การจัดระบบบริการสุขภาพประเทศไทย ได้ปฏิรูปพัฒนาพร้อมกับแนวนโยบายต่างๆ จากภาครัฐ เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการให้รองรับบริบทการดูแลสุขภาพที่สอดคล้องกับสังคมไทย ซึ่งแตกต่างไปตามระยะเวลาบนฐานการพัฒนาที่เชื่อมโยงกับแนวคิดระบบบริการปฐมภูมิ (primary care) บริการดูแลต่อเนื่อง (continuity of care) อันเป็นจุดเชื่อมโยงที่สำคัญกับแผนบริการสุขภาพ (service plan) แต่แนวคิดนี้ถูกนำไปใช้โดยมุ่งเน้นที่กิจกรรมดำเนินงานมากกว่าตระหนักถึงผลลัพธ์ที่พึงมีต่อประชาชนและเป้าหมายสำคัญที่ต้องการบรรลุ<sup>(1)</sup> นอกจากนี้แนวคิดการจัดบริการยังคงอิงกับการให้บริการทางการแพทย์ระยะเฉียบพลัน ขาดการประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล<sup>(2)</sup> โรงพยาบาลต่างๆ ยังคงเน้นการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะเฉียบพลันเป็นหลัก<sup>(3)</sup> ภาวะสูงวัยย่อมตามมาด้วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 4 ชนิดสำคัญรวมกันที่ก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายของประเทศถึงราวร้อยละ 2 ของจีดีพี (GDP) คือ หลอดเลือดสมอง (stroke) หลอดเลือดหัวใจตีบ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง<sup>(4)</sup> ซึ่งรักษาไม่หายขาด ต้องได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องระยะกลาง (intermediate care; IMC) ก่อนเข้าสู่การดูแลระยะยาว (long term care; LTC) ซึ่งถูกกำหนดเป็นนโยบายกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2558 สำหรับผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงมุ่งเน้นบ้านและชุมชนเป็นฐาน ร่วมกับนโยบายที่มหมอครอบครัวโดยทีมสหวิชาชีพและอาสาสมัครติดตามดูแลที่บ้าน LTC ถูกขับเคลื่อนด้วยงบประมาณระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า<sup>(5)</sup> ตั้งแต่ พ.ศ. 2559 พบข้อจำกัดคือการมุ่งให้ครอบครัวและอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว ยังขาดความสามารถจะดูแลอย่างต่อเนื่องให้มีคุณภาพ ขาดบริการที่เชื่อมระยะฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุก่อนกลับไปฟื้นฟูที่บ้าน และข้อจำกัดของการบริหารเบิกจ่ายเงินค่าจัดบริการ LTC ในพื้นที่ ซึ่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จัดสรรให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) และองค์กร-

ปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) จากการวิจัยสำรวจในปีงบประมาณ 2545-2553 พบว่า มีเงินคงค้างต่อจำนวนมากถึงราว 17,000 ล้านบาท<sup>(6)</sup> รวมทั้งขาดกลไกเร่งรัดปรับปรุงพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 เพื่อให้กระทรวงที่เกี่ยวข้องและ สปสช. สามารถจัดทำกฎกระทรวง/ประกาศต่างๆ โดยชอบกฎหมายกรณีค่าใช้จ่ายที่จำเป็นแก่บริการของผู้ดูแลผู้สูงอายุ<sup>(7)</sup>

การดูแลระยะกลาง เริ่มต้นจากงานวิจัยก่อนปี พ.ศ. 2553 เพื่อพัฒนาเครื่องมือการจ่ายเงิน (payment tool) สำหรับบริการผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลัน (subacute and non-acute patient; SNAP) โดยมุ่งหวังให้เกิดบริการผู้ป่วยหลังระยะเฉียบพลันในโรงพยาบาลมากขึ้น เนื่องจากการจ่ายเงินให้โรงพยาบาลด้วยเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (diagnosis-related group; DRG) ที่ใช้มากับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเหมาะสมกับต้นทุนการดูแลผู้ป่วยระยะเฉียบพลันเท่านั้น การวิจัยพบว่าระบบกลุ่มโรคร่วมผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลัน (หรือระยะกลาง) มีความสามารถในการทำนายต้นทุนการใช้ทรัพยากรการดูแลผู้ป่วยได้ดีกว่า<sup>(8)</sup> แต่ต้องการข้อมูลเพิ่มเติมคือค่าคะแนน Barthel index (ความสามารถในการทำกิจกรรมชีวิตประจำวัน activity of daily living; ADL) ที่เปลี่ยนแปลง<sup>(9)</sup> ซึ่งเป็นข้อมูลที่ไม่เคยมีการบันทึกมาก่อน การวิจัยหลังจากนั้นเป็นการพัฒนารูปแบบบริการส่งต่อผู้ป่วยหลังระยะเฉียบพลันจากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปเพื่อไปฟื้นฟูที่โรงพยาบาลชุมชน ซึ่งส่วนใหญ่อัตราครองเตียงต่ำจะรองรับผู้ป่วยได้อีกจำนวนหนึ่งเพื่อเพิ่มการเข้าถึงคุณภาพบริการฟื้นฟูฯ แก่ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อความพิการ<sup>(9)</sup> แต่สถานการณ์ขณะนั้นพบว่าการเข้าถึงบริการฟื้นฟูฯ ต่อเนื่องที่จำเป็นยิ่งต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วย stroke ในช่วงเวลาสำคัญ (golden period) ยังอยู่ในระดับที่ต่ำมาก<sup>(9,10)</sup> จะเห็นได้ว่า ระบบบริการสุขภาพประเทศไทยยังมีช่องว่างระหว่างบริการระยะเฉียบพลันกับบริการดูแลที่บ้านหรือ LTC สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล เสนอกลยุทธ์สำคัญตอบสนองแนวคิดฐานรากที่มุ่งส่งเสริมการดูแลตนเองด้านสุขภาพ แก่ไขข้อจำกัดในโครงสร้างเชิง-

ระบบที่ขาดหายโดยเติมระบบดูแลระยะกลาง<sup>(11)</sup> เมื่อขาดระบบดูแลระยะกลางทำให้ไม่มีกลไกเชื่อมระบบบริการแต่ละระดับรัฐควรเพิ่มระบบดังกล่าวในเขตภูมิภาคควรจัดบริการที่โรงพยาบาลชุมชน ส่วนเขตเมืองและกรุงเทพมหานครยังคงขาดสถานบริการระดับนี้<sup>(12)</sup> ในทางปฏิบัติส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการส่งต่อไปรับบริการ IMC<sup>(13)</sup> ความเจ็บป่วยในช่วงวัยสูงอายุส่วนมากเป็นปัญหาซับซ้อนที่ทำให้เกิดพยาธิสภาพกับหลายระบบของร่างกาย<sup>(14)</sup> สมรรถภาพทางกายจิตสังคมลดลงเกิดกลุ่มอาการโรคผู้สูงอายุ (geriatric syndrome) ต้องได้รับการฟื้นฟูต่อเนื่องในระบบ IMC ตามความต้องการเฉพาะที่จำเป็นอันแตกต่างจากช่วงวัยอื่น

ในปี พ.ศ. 2561 ญรัฐพงศ์ วงศ์วิวัฒน์ เสนอรูปแบบระบบการดูแลสุขภาพระยะกลางสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อแก้ปัญหาการรอคอยในการดูแลผู้สูงอายุหลังพ้นระยะเจ็บป่วยเฉียบพลัน โดยเคลื่อนย้ายส่งต่อการดูแลรักษาไปรับบริการดูแลระยะกลางที่โรงพยาบาลชุมชนระดับ M (ขนาดกลาง) และ F (ขนาดเล็ก) ที่ใกล้บ้านหรือเหมาะสมให้การฟื้นฟูสภาพที่จำเป็นก่อนกลับไปดูแลที่บ้าน<sup>(15)</sup> การติดตามผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติพบว่าการใช้ชุมชนเป็นฐานการดูแลผู้สูงอายุยังไม่ผ่านการประเมิน โดยเฉพาะชุมชนเขตเมืองและกรุงเทพมหานคร รวมถึงการดูแลผู้สูงอายุทุพพลภาพ<sup>(16)</sup> ส่งผลให้การดำเนินงานตามแผนฯ พัฒนาได้ไม่มากเมื่อเทียบกับระยะเวลาและอัตราการเพิ่มประชากรจำเป็นต้องพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุซึ่งยังมีส่วนขาดที่ดำเนินการไม่ครอบคลุมด้านคุณภาพและปริมาณให้ตอบสนองได้ต่อความต้องการที่จำเป็นของผู้สูงอายุ<sup>(11)</sup> เมื่อกระทรวงสาธารณสุขประกาศนโยบายให้หน่วยงานและภาคีสาธารณสุขทุกพื้นที่จัดบริการดูแลสุขภาพระยะกลางปี พ.ศ. 2560 สำหรับกลุ่มเสี่ยงต่อความพิการและผู้สูงอายุโรค stroke, traumatic brain injury (TBI), spinal cord injury (SCI)<sup>(17)</sup> ภาวะเจ็บป่วยที่จำเป็นต้องฟื้นฟูสภาพหลังรักษาระยะเฉียบพลันเป็นช่วงเวลาสำคัญที่มีผลต่อ

การฟื้นคืนความสามารถของผู้ป่วยได้ดี เช่น stroke หัวใจขาดเลือด ฯลฯ<sup>(18)</sup> การติดตามความก้าวหน้าสถานการณ์ดำเนินงานตามนโยบายฯ พบว่า หน่วยบริการต่างระดับในพื้นที่ต่าง ๆ ให้ความหมาย IMC ตามบริบทระบบบริการ จัดบริการฯ ตามระดับความเข้มแข็งและประสบปัญหาแตกต่างกันทั้งเชิงกระบวนการทัศน์ การถ่ายทอดสู่ปฏิบัติ ความมีส่วนร่วมจากเครือข่าย กลวิธี-กระบวนการ รวมถึงเชิงค่าใช้จ่ายและทรัพยากรสุขภาพ<sup>(19)</sup>

อนึ่ง การวิจัยเชิงวิเคราะห์นโยบาย พบว่าความสามารถในการบรรลุผลตามนโยบายมีความสัมพันธ์กับกระบวนการออกแบบนโยบาย (policy design) ไปจนถึงการปฏิบัติได้ตามนโยบาย (policy implementation) โดยบทบาทของบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้อง (actors) ระดับต่าง ๆ ที่มีความสำคัญตั้งแต่จัดวางปัญหาขึ้นเป็นประเด็นสำคัญกำหนดให้เป็นนโยบาย-ถ่ายทอดนโยบายและดำเนินสู่การปฏิบัติ โดยกำหนดตามภาวะเชิงบริบทที่แวดล้อม actors แต่ละลำดับชั้นในมิติทั้งเนื้อหา (content) บริบท (context) และกระบวนการ (process) ที่ก่อให้เกิดผลตามมาตรการ เช่นการวิจัยวิเคราะห์นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า<sup>(20)</sup>

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบการวิเคราะห์นโยบายของ Walt and Gilson<sup>(21)</sup> โดยศึกษาตั้งแต่การออกแบบนโยบายจากส่วนกลางและการนำไปปฏิบัติในพื้นที่ รวบรวมข้อมูลจาก actors แสดงความคิดเห็นต่อองค์ประกอบทั้ง 3 คือ เนื้อหา บริบท และกระบวนการ มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์กระบวนการนโยบายการดูแลสุขภาพระยะกลางของประเทศไทยที่ขับเคลื่อนมาตั้งแต่ พ.ศ. 2560 ค้นหาปัจจัยสำคัญของความสำเร็จพร้อมประเด็นสำคัญต่อหนทางดำเนินงานข้างหน้าอย่างมีประสิทธิภาพได้อย่างยั่งยืน เพื่อนำมาสังเคราะห์พัฒนาเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายการดูแลสุขภาพระยะกลางในประเทศไทย ให้บูรณาการและพัฒนาระบบการส่งต่อระหว่างหน่วยบริการระดับต่าง ๆ ตลอดถึงจัดสรรทรัพยากรด้านสุขภาพที่จำเป็นให้เหมาะสมคุ้มค่าต่อไป

## วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาเรื่องการประเมินผลการดูแลสุขภาพพระยะกลางของผู้สูงอายุในประเทศไทยตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข<sup>(22)</sup> ซึ่งศึกษาสถานการณ์และประเมินผลการดำเนินงานการดูแลสุขภาพพระยะกลางในผู้สูงอายุตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนาการดำเนินงานดูแลสุขภาพพระยะกลางในผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่ผู้ตัดสินใจเชิงนโยบายจากส่วนกลางและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับกระบวนการพัฒนานโยบาย ผู้ตัดสินใจเชิงนโยบายที่ระดับจังหวัด 8 จังหวัด โดยคัดเลือกแบบเจาะจงภาคละ 2 จังหวัด จากข้อเสนอแนะของผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขว่าเป็นจังหวัดที่มีงานด้านการดูแลสุขภาพพระยะกลาง ได้แก่ เชียงราย น่าน สิงห์บุรี สระบุรี สุรินทร์ ศรีสะเกษ สุราษฎร์ธานี และสงขลา โดยทำการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับกระบวนการพัฒนานโยบาย จำนวน 3 คน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหรือผู้แทน จำนวน 6 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนหรือผู้แทน จำนวน 10 คน รวมจำนวน 19 คน และอภิปรายกลุ่มผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 7 คน แพทย์เฉพาะทางที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปโรงพยาบาลชุมชน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู จำนวน 10 คน อายุรแพทย์ประสาทวิทยา จำนวน 6 คน ประสาทศัลยแพทย์ จำนวน 5 คน ศัลยแพทย์-ออร์โธปิดิกส์ จำนวน 5 คน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน 3 คน แพทย์ใช้ทุนปฏิบัติหน้าที่การดูแลพระยะกลาง จำนวน 4 คน สาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) หรือผู้แทน จำนวน 6 คน รวมจำนวน 46 คน เป็นจำนวนทั้งสิ้น 65 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแนวการสัมภาษณ์เชิงลึก และประเด็นคำถามสำหรับการอภิปรายกลุ่ม เพื่อรวบรวมข้อมูลการพัฒนานโยบายจากส่วนกลางตลอดจนการนำนโยบายการดูแลสุขภาพพระยะกลางในผู้สูงอายุสู่การปฏิบัติในพื้นที่ การเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2562-มีนาคม พ.ศ. 2563 ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1) ผู้วิจัยชี้แจงโครงการวิจัยที่ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ชี้แจงเกี่ยวกับสิทธิของอาสาสมัครการวิจัยและเอกสารแสดงความยินยอมตามแบบฟอร์ม และขออนุญาตบันทึกเสียงเพื่อนำไปถอดเทปวิเคราะห์ข้อมูล

2) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์หรือการอภิปรายกลุ่ม โดยใช้เวลาคนละประมาณ 1 ชั่วโมงหรือกลุ่มละประมาณ 1-2 ชั่วโมง การวิจัยนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ (สคม.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เลขที่ IHRP 2019080 ลงวันที่ 2 กันยายน 2562

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหาโดยจำแนกประเด็น ประยุกต์ใช้กรอบการวิเคราะห์นโยบายของ Walt & Gilson และสังเคราะห์เพื่อหาข้อสรุปนำไปสู่ข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนาการดำเนินงานดูแลสุขภาพพระยะกลางในผู้สูงอายุ

## ผลการศึกษา

### การพัฒนานโยบายจากส่วนกลาง

บริบทสำคัญ (context) การพัฒนานโยบายการดูแลสุขภาพพระยะกลางผู้สูงอายุ มีจุดเริ่มต้นจากวิสัยทัศน์และดุลพินิจของผู้นำกระทรวงสาธารณสุขที่เห็นความสำคัญต้องการให้เกิดผลงานที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม โดยตั้งบนรากฐานบริบทโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุของประเทศไทยกับช่องว่างที่พบในงานวิจัยที่ผ่านมาที่ว่าระบบบริการด้านการฟื้นฟูสภาพยังมีโอกาสพัฒนาได้มาก จึงใช้โครงสร้าง “แผนบริการ” (service plan; SP) ของ

กระทรวงสาธารณสุขเป็นรูปแบบกลยุทธ์สำคัญในเรื่องการใช้ทรัพยากรร่วมกัน ซึ่งจะช่วยให้เกิดบริการดูแลที่ไร้รอยต่อ (seamless care) และระบบโครงข่ายการทำงานภายในองค์กรระหว่างโรงพยาบาลใหญ่โรงพยาบาลเล็กที่เกี่ยวข้องกันในหลายระดับ (multi-level) ตามขีดความสามารถของหน่วยบริการ ซึ่งเดิมมี SP 10 สาขาเพิ่มเติมในสาขาที่ 15 คือการดูแลสุขภาพระยะกลาง เพื่อเป็นกลไกให้เกิดความเชื่อมโยงเป็นพลังสานกันได้ทุกรายต่อของระบบบริการสุขภาพ โดยกรมวิชาการของกระทรวงสาธารณสุขแต่งตั้งฝ่ายวิชาการจัดทำเนื้อหาให้เหมาะสมเพื่อเป็น technical support สำคัญระดับโรงพยาบาลในการให้บริการรายโรคสำหรับ Intermediate Care Service Plan (IMC SP) ทั้ง 3 โรค ที่ประกอบด้วยแพทย์สหสาขา ทั้ง neuro-medicine-surgery, orthopedics, surgery, rehabilitation และ family-medicine จากนั้นผู้วางนโยบายติดตามประเมินผลตามนโยบาย โดยกำหนดตัวชี้วัด IMC ไว้เพื่อกำกับติดตาม มีทิศทางก้าวไปพร้อมกันในทุกๆ ส่วนเป็นส่วนร่วมลักษณะสหภาค IMC จะมีตัวเชื่อมสุดท้ายเป็นด้านสังคมและชุมชน ดังนั้นทุกรายต่อจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจ ทั้งใช้ระยะเวลาและความตั้งใจจริง เช่น ผู้ป่วย stroke เสียชีวิตร้อยละ 10 รอดชีวิตถึงร้อยละ 90 ถ้านำเรื่อง IMC มาใช้ดูแลผู้ป่วยให้ต่อเนื่อง และสอนญาติให้ได้ดูแลอย่างถูกต้องก่อนส่งกลับบ้าน จะช่วยทำให้ผู้ป่วยดีขึ้น ไม่ติดเตียง และลดค่าใช้จ่ายได้

เนื้อหาสำคัญ (content) นโยบาย IMC มีเนื้อหาสำคัญที่เป็นแกนกลางของการนำไปสู่การปฏิบัติและการประเมินความสำเร็จของนโยบาย ได้แก่ ทำไมกำหนดนโยบาย IMC เน้นกลุ่มผู้สูงอายุ: เพื่อจัดระบบที่รองรับต่อสังคมผู้สูงอายุของประเทศไทยที่มีต้องการบริการดูแลแบบต่อเนื่องที่จำเป็นเฉพาะตามภาวะสูงวัย และความเสื่อมจากกลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndrome) ทำไมกำหนดขอบเขตการดูแล 3 โรค: เพื่อรองรับผู้ป่วยในโรคสำคัญที่เห็นได้ชัดว่าเป็นภาระมาก (burden of disease) ต่อระบบบริการ โดยคาดว่าจะขยายไปถึงภาระโรคเรื่อง

fracture around the hip และ dementia ตลอดถึงว่าทำไมกำหนดให้โรงพยาบาลที่มีจำนวนผู้ป่วยมากจัดหอผู้ป่วยเฉพาะ IMC หรือสำรองเตียงบริการ 2 เตียงให้ผู้ป่วย IMC: เพื่อสนับสนุนให้เกิดบริการอย่างครอบคลุมได้ทุกพื้นที่เขตสุขภาพสำหรับในระยะเริ่มต้นของการพัฒนานโยบาย อนึ่ง เนื้อหาของนโยบายเหล่านี้มาจากการวิเคราะห์ของคณะทำงาน SP เพื่อให้ทุกพื้นที่สามารถตอบสนองก่อนนโยบายได้

กระบวนการ (process) การพัฒนากระบวนการนโยบายส่วนกลางใช้กลไกคณะทำงานระดับต่างๆ (ผู้รับผิดชอบ SP คณะทำงานผู้เชี่ยวชาญ เช่น ที่ประชุมนโยบายเข้าวันอังคาร ฯลฯ) มีการตรวจสอบความเป็นไปได้กับพื้นที่จนถึงการถ่ายทอดนโยบายสร้างการรับรู้การปฏิบัติโดยใช้วิธีสั่งการตามกลไกตรวจราชการของกระทรวง-สาธารณสุข ทรัพยากรสุขภาพจัดสรรใช้จากพื้นที่ไปล่วงหน้า พบประเด็นสำคัญจาก timeline ของนโยบาย IMC ที่กำหนดโดยกระทรวงสาธารณสุข พศ. 2560 ส่วน LTC กำหนดโดย สปสช. ตั้งแต่ พศ. 2558 ซึ่งใช้ ADL เป็นเกณฑ์ กระบวนการนโยบายด้านการจัดงบประมาณมีข้อติดขัดจากการตรวจเงินแผ่นดิน และยังไม่มียุทธศาสตร์การเงินสำหรับ IMC ที่ชัดเจนจาก สปสช. เนื่องจากไม่ได้คำนวณความต้องการงบประมาณหมวดใหม่กับสำนักงบประมาณเวลาคิดงบประมาณฯ

ส่วนกระบวนการนโยบายในทางวิชาการและการติดตามประเมินผล ผู้พัฒนานโยบายตระหนักถึงความซับซ้อนของนโยบายโดยเฉพาะเนื้อหาทางวิชาการให้ยึดหยุ่นตามแนวทางดำเนินการของกลุ่มสหวิชาชีพในพื้นที่ กำหนดตัวชี้วัด IMC ที่เป็นส่วนกลางจากกระทรวง-สาธารณสุข จัดทำคู่มือดำเนินงานผ่านกลไก IMC SP โดยสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัด-กระทรวงสาธารณสุข และราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย (เผยแพร่ มกราคม 2562) แต่การเผยแพร่ค่อนข้างล่าช้าต่อสถานการณ์การดำเนินงานนโยบายที่ได้ประกาศใช้พร้อมลงนามความร่วมมือกับราช

วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระปกเกล้า เมื่อ ธันวาคม 2560 ทั้งนี้ แนวทาง/เกณฑ์รวมถึงคำจำกัดความของ IMC วัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมายที่กำหนดในคู่มือฯ มีความยืดหยุ่นในทางปฏิบัติ (practical) ค่อนข้างน้อย โดยเฉพาะการดำเนินงานนโยบายในระยะแรกๆ ที่ควรกำหนดให้กว้างเพื่อประโยชน์ต่อการขับเคลื่อนงานตามนโยบาย IMC สำหรับพื้นที่ที่สนใจริเริ่มงาน โดยการกำกับติดตามความก้าวหน้า หรือ M & E (monitoring & evaluation) ให้เป็นไปตามกลไกตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

#### การนำนโยบายส่วนกลางสู่การปฏิบัติในจังหวัด

บริบทสำคัญ (context) การนำนโยบายส่วนกลางสู่การปฏิบัติในจังหวัดขึ้นกับวิสัยทัศน์และดุลพินิจของ actor ระดับดำเนินนโยบายซึ่งจัดเป็นปัจจัยผู้บริหารที่สำคัญในการวางแผนการปฏิบัติตามนโยบายในระดับจังหวัด โดยไม่คำนึงถึงกำไรขาดทุนมากนักแต่เน้นประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นสำคัญก่อน ความตระหนักและตั้งใจมุ่งมั่นพัฒนาปรับให้สอดคล้องกับบริบทในรูปแบบเครือข่ายบริการที่เข้มแข็งของวิชาชีพ รวมทั้งองค์ความรู้จากประสบการณ์ที่เคยทำมาก่อนที่จะเป็นนโยบายส่วนกลาง แม้บทที่ตีได้แก่ know how ของ stroke ในหลายพื้นที่ที่มีองค์ความรู้ถึงการดูแลผู้ป่วยจากการที่แพทย์ neuro-med และ fam-med เป็นทีมนำลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน มีการบริหารจัดการเตียงที่โรงพยาบาล และรูปแบบเครือข่ายการเตรียมบ้านให้พร้อมก่อนผู้ป่วยกลับบ้าน ลงให้ความรู้ถึง caregiver ที่ชุมชน โดย adapt หลักวิชาการให้เป็นหลักปฏิบัติได้จริง โดยที่บริบททางทัศนคติและการยอมรับตามบทบาทนาระหว่างแพทย์ staff สหสาขาที่เกี่ยวข้องกับ IMC เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อทิศทางการผลักดันนโยบายสู่การปฏิบัติในระดับจังหวัดด้วยต้องใช้พลังบวกที่ยั่งยืนในการขับเคลื่อนเนื่องจากการดูแลสุขภาพในระยะเฉียบพลัน

เนื้อหาสำคัญ (content) กรณีนโยบายกำหนดกลุ่มเป้าหมายเฉพาะกลุ่มวัยผู้สูงอายุ ดูแล 3 โรค และจัดหอผู้ป่วย (ward) หรือจัดเตียง (bed) บริการผู้ป่วย IMC จำนวน 2 เตียง การนำเนื้อหา นโยบายสู่การปฏิบัติใน

จังหวัดได้มีการตีความให้ยืดหยุ่นเข้ากับบริบทข้างต้นมากกว่าการยึดตามตัวอักษร ทั้งในแง่มุมมองของโรคสำคัญ ความเป็นสังคมผู้สูงอายุและเศรษฐกิจฐานะในพื้นที่ วิกฤติการณ์ทางการเงินและความแออัดของผู้ป่วยที่โรงพยาบาลศูนย์ ความพร้อมและศักยภาพด้านทรัพยากรสุขภาพ การวางแผนบริหารจัดการ รวมถึงความเข้มแข็งในองค์ความรู้ของทีมนำระดับจังหวัดที่ถ่ายทอดสู่โรงพยาบาลชุมชน

กระบวนการ (process) ความสำเร็จของการนำนโยบายสู่การปฏิบัติขึ้นกับฐานโครงสร้างเดิมของระบบงานที่หนุนจากทีมสหวิชาชีพที่มีกระบวนการในการดูแลแบบ LTC และแบบ SNAP ก่อนที่จะมาเป็นนโยบาย IMC มีทีมนำในเชิงจัดการและเชิงระบบ ร่วมสร้างวัฒนธรรมองค์กรขึ้นมาจาก spiritual ที่มี living และ unity ให้บุคลากรได้ร่วมทำในสิ่งเดียวกันจนสามารถไปสู่ความสำเร็จได้ โครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่าง actor ระดับ provider และ purchaser ซึ่งมี สปสช.เขตเข้ามาเกี่ยวข้องด้วยจึงส่งผลให้เกิดการแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติที่แตกต่างระหว่างเขตสุขภาพ ทางด้านกระบวนการทางวิชาการในสหวิชาชีพ มีการใช้ health workforce และสื่อสารเนื้อหา นโยบายสู่การปฏิบัติโดยผ่าน 2 เส้นทาง ดังนี้

1. จากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสู่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน และสาธารณสุขอำเภอ สู่บุคลากรสหวิชาชีพต่างๆ

2. จากผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป สู่บุคลากรสหวิชาชีพหลายสาขาทั้งแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักฝึกการพูด นักกิจกรรมบำบัด แพทย์แผนไทย นักจิตวิทยา นักโภชนาการ เภสัชกร เป็นต้น

กระบวนการบันทึกข้อมูลเพื่อประเมินความสำเร็จของนโยบายผ่านตัวชี้วัด IMC มีความเห็นว่าเป็นจุดอ่อนมากที่สุด ทั้งข้อมูลภายในโรงพยาบาลและข้อมูลส่งต่อผู้ป่วย โดยเฉพาะช่องทางการเชื่อมโยงข้อมูลภายในจังหวัดที่ต้องการความรวดเร็วส่วนใหญ่ประสานงานกันด้วยแอปพลิเคชันทางโทรศัพท์มือถือ การบันทึกข้อมูลเป็นเอกสารกระดาษ และโปรแกรมต่างๆ ที่มีความหลากหลาย

หลายตามลักษณะการใช้ข้อมูลของแต่ละวิชาชีพมีปัญหาเชิงปฏิบัติทั้งในการส่งผู้ป่วยกลับ (refer back) และการรวบรวมผลงานระดับจังหวัด เช่น COC (continuity of care), Thai COC, smart COC, Thai Refer, PRM (physical rehabilitation medicine), Google sheet, stroke man รวมทั้ง Line group จึงเป็นปัญหาทางด้านระบบข้อมูลเมื่อต้องการประเมินผลสำเร็จผ่านตัวชี้วัด IMC ระดับกระทรวงสาธารณสุข และมีการรายงานผลลัพธ์ทางคลินิกค่อนข้างน้อยโดยเฉพาะค่า Barthel index (BI) ที่แสดงถึงภาวะพึ่งพิง เมื่อผู้ป่วย admit และ discharge จึงยังไม่อาจบ่งชี้ผลลัพธ์ทางคลินิก รวมทั้งค่าใช้จ่ายที่ชัดเจน

ข้อมูลผลการศึกษาวเคราะห์นโยบายโดยวิเคราะห์เนื้อหาโดยการจำแนกประเด็น และสังเคราะห์ประเด็นสำคัญ จากการพัฒนานโยบายจากส่วนกลางและการนำนโยบายส่วนกลางสู่การปฏิบัติในจังหวัด สะท้อนให้เห็นประเด็นที่สำคัญเพื่อนำไปสู่การพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายการดูแลสุขภาพระยะกลางในประเทศไทย ดังนี้

ประเด็นเนื้อหาสำคัญในนโยบาย (content) พบว่าการมุ่งเน้นขอบเขตการดูแลผู้ป่วยใน 3 โรคเป็นแนวทางที่ดีในระยะเริ่มต้นนโยบายเพื่อให้เกิดบริการที่ครอบคลุมได้ทุกพื้นที่เขตสุขภาพ และจัดเป็นโรคในกลุ่มที่เป็นภาระมากต่อระบบบริการ โดยควรต้องเริ่มขยายขอบเขตบริการ IMC สำหรับโรคอื่นๆ ที่มีความต้องการ จำเป็นต้องได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมถึงในผู้ป่วยกลุ่มวัยอื่นให้เกิดการประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย IMC อย่างเสมอภาค ทั้งนี้รูปแบบบริการดูแลระยะกลางเป็นแบบผสมระหว่างบริการแบบผู้ป่วยใน แบบผู้ป่วยนอก และบริการในชุมชน กระบวนการวิชาการในทีมสหวิชาชีพตามบริบทของระบบบริการเป็นปัจจัยสำคัญของความสำเร็จที่แตกต่างในแต่ละพื้นที่จึงไม่ควรมุ่งเน้นจำนวนเตียง 2 เตียง เป็นประเด็นหลัก หากแต่ควรมุ่งความสำคัญที่การบริหารจัดการเตียง หรือหอยผู้ป่วย อย่างเหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับคุณภาพบริการดูแลฟื้นฟูสภาพที่จำเป็นแบบเข้มโดยสหวิชาชีพ

ประเด็นกระบวนการพัฒนาและนำนโยบายส่วนกลางสู่การปฏิบัติในจังหวัด (process) พบว่า ปัจจัยสำคัญของความสำเร็จ มีดังนี้

1. วิสัยทัศน์ ดุลพินิจ และศักยภาพจากบทบาทนำของผู้พัฒนาและนำนโยบายสู่การปฏิบัติทุกระดับในเครือข่ายบริการที่ให้ความสำคัญ ร่วมกับการสร้างเครือข่ายบุคลากรร่วมกันเป็นทีมสหวิชาชีพ บ่งชี้ว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดของความสำเร็จในการดำเนินงานตามนโยบายการดูแลสุขภาพระยะกลาง

2. โครงสร้างเดิมของกระบวนการดำเนินงาน LTC และแบบ SNAP ในทุกโรงพยาบาล เป็นโครงสร้างที่สนับสนุนให้การตอบสนองต่อนโยบาย IMC ดำเนินการได้ง่ายขึ้น

3. องค์กรความรู้และความชำนาญที่สั่งสมของบุคลากรสหวิชาชีพทุกสาขาทุกระดับการดูแลผู้ป่วย IMC อย่างมั่นใจ สามารถแก้ไขสถานการณ์เฉพาะหน้าตามบริบทแม้ไม่ปรากฏในคู่มือแนวปฏิบัติ รวมถึงการสร้างระบบการปรึกษาให้แนวปฏิบัติต่อผู้ป่วยในแต่ละราย

4. ความมุ่งมั่นตั้งใจของบุคลากรผู้ให้บริการแก่ผู้ป่วย โดยไม่มุ่งหวังค่าตอบแทนเป็นหลัก หากแต่ต้องการพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลให้ดีที่สุดที่จะสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพประสิทธิภาพประสิทธิผล

**ปัญหาอุปสรรคสำคัญ มีดังนี้**

1. การสื่อสารเนื้อหา นโยบายยังล่าช้าไม่ทั่วถึงต่อการรับรู้ จำเป็นต้องสร้างช่องทางที่ดีในการสื่อสารนโยบายพัฒนาความชัดเจนขององค์ความรู้ความเข้าใจเนื้อหาวัตถุประสงค์และแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย IMC ที่ยืดหยุ่นต่อการปฏิบัติในพื้นที่ รวมถึงพัฒนาให้ความรู้/อบรมให้แก่บุคลากรระดับผู้ให้บริการโดยตรง

2. บทบาทของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเพื่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชนที่เชื่อมต่อกับระบบการดูแลระยะยาวและครอบคลุมทางกายจิตสังคม โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุยังได้รับการสนับสนุนค่อนข้างน้อย ส่งผลให้รอยต่อของการบูรณาการระหว่าง IMC และ LTC ยังไม่เชื่อมต่อชัดเจน

3. การส่งต่อและการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย IMC มีความกระจัดกระจาย (fragmentation) ไม่เป็นระบบเดียวกันทุกพื้นที่ ส่งผลให้เสียโอกาสต่อการใช้ข้อมูลทั้งในระดับบุคคลเพื่อการดูแลส่งต่อผู้ป่วยและระดับการวิเคราะห์ภาพรวมเพื่อปรับปรุงบริการ IMC ในอนาคต

4. ต้นทุนและการเบิกจ่ายการให้บริการแก่ผู้ป่วย IMC ตามนโยบายจำเป็นต้องใช้ทรัพยากรทางสุขภาพจำนวนมาก เพราะเป็นช่วงเวลาอันสำคัญที่ต้องพยายามให้การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยกลับมาได้มากที่สุด จึงตามมาด้วยการใช้ต้นทุนที่มากยิ่งขึ้น ทว่า การจัดบริการ IMC เป็นสิ่งจำเป็นมากเช่นกันด้วยส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งความยั่งยืนของคุณภาพการให้บริการ IMC ย่อมมีใช้อาศัยเพียงความมุ่งมั่นของบุคลากรเท่านั้น จำเป็นต้องมีคำตอบแทนเป็นแรงกระตุ้นในการให้บริการด้วย ทั้งนี้ ยังไม่มีความเหมาะสมเพียงพอสำหรับคำตอบแทนที่มีการเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการ IMC ในปัจจุบัน

### วิจารณ์

การวิจัยนี้ทำการวิเคราะห์นโยบายการดูแลสุขภาพระยะกลางของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อนำไปสู่ข้อเสนอแนะในการพัฒนานโยบายต่อไป การวิจัยนี้ไม่ได้เน้นวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholder analysis) ในด้านที่ว่าใครมีอิทธิพลสูง การสนับสนุน การต่อต้าน ฯลฯ เนื่องจากไม่ได้อยู่ในขั้นตอนของการพัฒนานโยบาย แต่สัมภาษณ์หรือประชุมกลุ่มผู้เกี่ยวข้องกับการจัดบริการทั้งระดับส่วนกลางและที่จังหวัด พบประเด็นบริบท เนื้อหา ตลอดจนกระบวนการนโยบายของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ที่เป็นบทเรียนสำคัญสำหรับการพัฒนานโยบายต่อไป ดังนี้

จากการสัมภาษณ์ผู้วางนโยบายส่วนกลาง โรงพยาบาล-ศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนของทุกกลุ่มจังหวัดเห็นพ้องกันว่านโยบายการดูแลสุขภาพระยะกลางหรือ IMC สำหรับผู้สูงอายุ มีความสอดคล้องกับบริบทความจำเป็นต่อการพัฒนาระบบบริการของประเทศไทยในปัจจุบัน โดยเฉพาะการมีผู้สูงอายุมากขึ้น

เป็นโรคที่สมควรได้รับการฟื้นฟูเข้มข้นแต่ไม่ได้รับ และโรงพยาบาลชุมชนมีอัตราครองเตียงลดลง ตัวอย่างของการร่วมมือเป็นเครือข่ายบริการแบบสหวิชาชีพ โดยมุ่งให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นหลักของบางจังหวัดก่อนที่ IMC จะเป็นนโยบายระดับกระทรวงฯ เป็นบทพิสูจน์ว่าความร่วมมือแบบสหวิชาชีพของโรงพยาบาลใหญ่และโรงพยาบาลเล็กเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของนโยบาย โดยเฉพาะโรงพยาบาลใหญ่ต้องส่งต่อผู้ป่วยในที่พื้นที่ระยะเฉียบพลันให้รับการดูแลเข้มข้นต่อที่โรงพยาบาลชุมชน ทำให้เห็นว่าคุณภาพบริการฟื้นฟูที่โรงพยาบาลชุมชนก็เหมือนกับที่โรงพยาบาลจังหวัดเพราะแพทย์เฉพาะทางจากโรงพยาบาลจังหวัดตามไปดูแลต่อที่โรงพยาบาลชุมชน จนทำให้ผู้ป่วย ญาติ และสังคมยอมรับที่ไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลชุมชนถึงแม้จะไม่ได้ตั้งอยู่ในภูมิลำเนาของตนเอง ร่วมให้เงินบริจาคสนับสนุนการดำเนินงาน IMC เป็นผลจากความพึงพอใจในการบริการ ดังนั้น รูปแบบบริการ IMC ที่เข้มข้นไม่จำเป็นต้องมีที่โรงพยาบาลระดับอำเภอทุกอำเภอในจังหวัด เพราะปัจจุบันแม้ระยะทางไกลกัน แต่การคมนาคมสะดวก และคุณภาพบริการเป็นที่ยอมรับ เป็นช่องทางในการส่งต่อผู้ป่วยที่สะดวกรวดเร็ว เกิดการทำงานเป็นเครือข่ายและวางแผนร่วมกันทั้งทางด้านแผนการรักษา และการใช้อัตรากำลังคน

ข้อมูลสามเส้า (data triangulation) ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพจากโครงการวิจัยใหญ่<sup>(22)</sup> สรุปว่าการดำเนินนโยบายการดูแลระยะกลางประสบผลสำเร็จในบางจังหวัดเท่านั้นโดยจังหวัดที่ 1 เป็นกลุ่มโรงพยาบาลประสบผลสำเร็จมากเห็นถึงผลการดำเนินงานแบบเข้มข้นการสร้างเครือข่ายการทำงานร่วมเป็นทีมสหวิชาชีพจังหวัดกลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มโรงพยาบาลที่เห็นเพียงผลการดำเนินงานในระยะเริ่มต้น และจังหวัดกลุ่มที่ 3 เป็นโรงพยาบาลกลุ่มที่ขาดข้อมูลหลักฐานเชิงปริมาณเพื่อพิจารณาระดับการดำเนินนโยบาย ปัจจัยความสำเร็จสรุปได้ว่าเริ่มจากวิธีการพัฒนานโยบายด้วยกลไก SP ทั้งระดับส่วนกลางและเขตสำหรับเรื่องที่ต้องอาศัยสหวิชาชีพอย่าง



IMC เป็นกระบวนการที่สามารถดึงความร่วมมือได้มาก แต่ก็พบความล่าช้าหรือความไม่ชัดเจนของการประเมินประสิทธิผลของนโยบาย เช่น นโยบายการดูแลสุขภาพระยะกลาง กระทรวงสาธารณสุขเริ่มประกาศใช้ พ.ศ. 2560 เพื่อมุ่งลดความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ซึ่งอัตราการครองเตียงสูง โดยสนับสนุนให้จัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายให้แก่ผู้ป่วยที่โรงพยาบาลชุมชนซึ่งอัตราการครองเตียงต่ำ แต่คู่มือดำเนินงานโดยสถาบันสิรินธรฯ กองบริหารการสาธารณสุข และราชวิทยาลัยแพทย์ฟื้นฟูฯ เผยแพร่เมื่อเดือนมกราคม พ.ศ. 2562 ดังนั้นการดำเนินงานในจังหวัดจึงมีความยืดหยุ่นตามบริบท บางจังหวัดเมื่อประเมินว่า ผลกระทบด้านลดความแออัดไม่เห็นชัด จึงขยายขอบเขตของโรคเป็น fracture around the hip หรือเพิ่มจาก 3 โรคเป็น 7 โรค โดยเพิ่มโรคที่พบว่าผู้ป่วยต้องนอนในโรงพยาบาลศูนย์เป็นเวลานาน เช่น ผู้ป่วยแผลเรื้อรังรอทำ skin graft โดยเลือกโรงพยาบาลชุมชนแห่งอื่นเป็นพื้นที่เป้าหมายในการพัฒนาทักษะการดูแลแผล

การไม่ได้รับงบประมาณสนับสนุนสำหรับนโยบาย IMC เป็นความเห็นที่สอดคล้องกันทุกระดับ โดยเรียกร้องให้เกิดระบบการจ่ายเงิน IMC ที่เหมาะสม สถานการณ์ปัจจุบันที่พบคือบางเขตสุขภาพมีกระบวนการแบ่งเงิน สปสช.เขต เพื่อส่งเสริมการส่งต่อผู้ป่วย IMC โดยให้เงินเพิ่มต่อรายแก่ผู้รับและผู้ส่ง นอกจากนี้โรงพยาบาลแต่ละแห่งมีวิธีปฏิบัติแตกต่างกันไปเพื่อให้โรงพยาบาลได้มีรายรับเข้ามากขึ้น ทั้งการรายงานผู้ป่วยให้เป็น LTC หรือจำหน่ายผู้ป่วยออกตามจำนวนวันที่เห็นว่ารายรับลดลงเพื่อรับเป็นผู้ป่วยใหม่ จึงมีอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำสูง

กฎเกณฑ์วิธีจ่ายเงินสำหรับนโยบาย LTC จากสปสช. เกิดขึ้นก่อนกระทรวงสาธารณสุขประกาศนโยบาย IMC ทั้งการวิจัยระบบจ่ายเงินแบบ SNAP ในประเทศไทย<sup>(8)</sup> มีมาก่อน LTC แต่เนื่องจาก SNAP ที่พัฒนาของไทยยังไม่ครอบคลุมทั้ง IMC และ LTC เหมือน SNAP ในออสเตรเลีย<sup>(23)</sup> ซึ่งครอบคลุมไปถึงภาวะการเจ็บป่วยที่พบ

บ่อยในผู้สูงอายุ เช่น dementia หรือ psychogeriatric การพัฒนาเครื่องมือจ่ายเงิน IMC และ LTC อย่างเป็นระบบ จะช่วยให้ลดประเด็นเนื้อหาในนโยบายว่าไม่จำเป็นต้องจำกัดเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ เพราะปัจจุบันพบ stroke เพิ่มขึ้นในกลุ่มวัยทำงาน หรือไม่ต้องจำกัดจำนวนเตียง รวมทั้งทำให้ระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อประเมินนโยบายเป็นมาตรฐานมากขึ้นเพราะนำไปใช้ในกระบวนการจ่ายเงินคืนให้กับโรงพยาบาล จึงสมควรหาทางวิจัยและพัฒนาให้ครอบคลุมต่อไป เพื่อเป็นวิธีจ่ายเงินไม่เฉพาะสิทธิผู้ป่วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเท่านั้น แต่สามารถขยายได้ถึงสวัสดิการข้าราชการและประกันสังคม

จุดแข็งของการศึกษานี้คือ การใช้กรอบวิเคราะห์นโยบายของ Walt & Gilson ด้วยวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ<sup>(21)</sup> ที่เคยใช้ในการประเมินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย<sup>(20)</sup> และเป็นส่วนหนึ่งของการประเมินโครงการใหญ่ ซึ่งมีทั้งวิธีวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ<sup>(22)</sup> การเก็บข้อมูลจากส่วนกลางและที่จังหวัดจำนวน 8 จังหวัดที่คัดเลือกจากความเห็นของผู้ตรวจราชการกระทรวงฯ ทั้งในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน จึงทำให้พบผลสำเร็จของนโยบายในพื้นที่ขณะเดียวกันก็พบพื้นที่ที่สงสัยในความสำเร็จ ซึ่งทำให้การวิเคราะห์วิจารณ์และข้อเสนอแนะในการพัฒนานโยบายต่อไปมีความหมายมาก

ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือ มิได้เป็นตัวแทนของประเทศในการสรุปว่ามีความสำเร็จของนโยบายในระดับประเทศมากนักอยู่เพียงใด และการไม่ได้ติดตามไปถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและที่ชุมชนเนื่องจากโครงสร้างระบบบริการที่เกี่ยวข้องกับ IMC แตกต่างจาก LTC เนื่องจาก IMC ต้องพึ่งความเข้มข้นของบริการฟื้นฟูสภาพในระยะแรกที่ต้องเนื่องจากระยะเฉียบพลันมากกว่า LTC ก่อนที่การเจ็บป่วยจะเข้าไปสู่ระยะ LTC ที่มีมิติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและชุมชนเข้มข้นขึ้น

#### ข้อเสนอแนะ หนทางข้างหน้า

1. กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมการแพทย์ และ

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับราชวิทยาลัย- แพทย์ต่าง ๆ ควรสร้างการสื่อสารนโยบายให้ทั่วถึงต่อการรับรู้ในวงกว้าง ถ่ายทอดองค์ความรู้ที่ชัดเจน พร้อมพัฒนา คู่มือแนวปฏิบัติที่ยืดหยุ่น ปรับใช้ได้จริงกับบริบทพื้นที่ กำหนดขอบเขตระยะเวลาของคำจำกัดความ IMC ให้ชัดเจนเหมาะสมโดยคำนึงถึงภาระค่าใช้จ่ายของระบบสุขภาพ ไม่ควรกำหนดจำนวนเตียงเป็นประเด็นหลัก เพราะเป็นรูปแบบบริการที่ต่อเนื่องแบบเข้มโดยทีมสห- วิชาชีพ

2. กระทรวงสาธารณสุขควรขยายและเติมเต็มบริการ IMC ไปยังโรคอื่น ๆ ที่มีความต้องการ จำเป็นต้องได้รับ บริการ IMC เช่น fracture around the hip, dementia รวมถึงกลุ่มวัยอ่อนอย่างเสมอภาค พร้อมค้นหาผู้ป่วย stroke ในชุมชนเข้ามาสู่ระบบ IMC เพราะเป็นโรคสำคัญที่เป็น burden มากต่อระบบต้องเพิ่มการเข้าถึงบริการฟื้นฟูฯ อย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะบริการรูปแบบผู้ป่วยในระดับ โรงพยาบาลชุมชนเป็นช่วงเวลาสำคัญ (golden period) ที่มีประสิทธิผลต่อการฟื้นคืนสภาพให้ผู้ป่วยมีโอกาสกลับมาใช้ชีวิตที่มีคุณภาพดีที่สุด ลดภาระการดูแลระยะยาว แบบ LTC ลดภาระครอบครัว สังคม และการเงินการคลัง ของประเทศในระยะยาว

3. กระทรวงสาธารณสุข และ สปสช. ควรต้องสื่อสาร ข้อมูลสำคัญร่วมกันพัฒนาความยั่งยืนของระบบ IMC ให้ เป็นรูปธรรม โดยสนับสนุนการศึกษาต้นทุนบริการ สุขภาพระยะกลางและระยะยาว เพื่อสร้างระบบการจ่าย ชดเชยค่าบริการให้เป็นกองทุนเฉพาะ ที่ครอบคลุมทุก สิทธิการรักษาอย่างเหมาะสมตามเกณฑ์คุณภาพบริการ และครอบคลุมถึงภาระค่าใช้จ่ายจำเป็นจากการรับบริการ ต่อเนื่องของผู้ที่ข้ามเขตภูมิลาเนาการรักษา และผู้ให้ บริการจากสหวิชาชีพต่างๆ ในสาขา IMC Service plan

4. กระทรวงสาธารณสุข และ สปสช. ควรร่วมพัฒนา นโยบาย (policy development) โดยบูรณาการระบบให้ ถึงระดับที่ไร้รอยต่อระหว่าง IMC และ LTC ทั้งดูแล ครอบคลุมกายจิตสังคมด้วยรูปแบบเครือข่ายบริการของ โรงพยาบาลระดับต่างๆ ที่เข้มข้นด้านการดูแลและส่งต่อ

จากทีมแพทย์สหสาขาและสหวิชาชีพ (care manager team) แขนงต่างๆ มี case manager เป็นแกนหลักประสาน ภาคส่วนต่างๆ เมื่อทีม IPD IMC ได้ส่งต่อผู้ป่วยกลับบ้าน ทั้ง สสอ. รพ.สต. อปท. และกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่ จำเป็นต่อสุขภาพ และให้ทีมเวชปฏิบัติที่มีแพทย์ เวชศาสตร์ครอบครัวและพยาบาลชุมชนเป็นแกนหลัก เชื่อมต่อการดูแลต่อเนื่อง IMC ในชุมชนกับ LTC ด้วย งานบริการปฐมภูมิ ทั้งนี้ควรผลักดันการจัดสรรอัตรา กำลังแบบสหวิชาชีพที่จำเป็นเหมาะสมกับการจัดเป็นหอ ผู้ป่วยหรือเฉพาะมุมบริการผู้ป่วยระยะกลาง ในระดับ โรงพยาบาลชุมชน

5. กระทรวงสาธารณสุข และ สปสช. (รวมทั้ง สวัสดิการข้าราชการและประกันสังคม) ควรพัฒนาการ บันทึกและส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วย IMC ระหว่างโรง- พยาบาลระดับต่างๆ ให้เป็นโปรแกรมข้อมูลระบบ เดียวกันทุกพื้นที่ สามารถใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์ ประเมินผลภาพรวมร่วมกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุข และ สปสช. โดยเพิ่มการบันทึกข้อมูลค่าคะแนน Barth- el index (BI) ที่แสดงถึงภาวะพึ่งพิงที่เปลี่ยนแปลงของ ผู้ป่วยเมื่อ admit และ discharge จากโรงพยาบาล เพื่อปอง ชี้ผลลัพธ์ทางคลินิกให้ชัดเจน และนำข้อมูลผลการติดตาม ดูแลส่งต่อผู้ป่วยที่บ้าน/ในชุมชน มาใช้พัฒนาคุณภาพ บริการโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องทั้งในการนัดติดตามผล ที่แผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยใน พร้อมใช้ข้อมูลที่ได้รับเชื่อมโยงกับการจ่ายชดเชยค่าบริการ IMC

### กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี คณะผู้วิจัยขอ ขอบพระคุณนายแพทย์สมศักดิ์ อรรฆศิลป์ นายแพทย์ สมยศ ศรีจารนัย นายแพทย์ณัฐพงศ์ วงศ์วิวัฒน์ นาย- แพทย์กิตติวัฒน์ มะโนจันทร์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นาย- แพทย์สุพิเชษฐ์ ทัญแป นายแพทย์สกันต์ บุนนาค ผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงานหน่วยบริการสุขภาพทั้ง 8 จังหวัด จำนวน 17 แห่ง ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ให้ข้อมูลใน การวิจัยครั้งนี้

## เอกสารอ้างอิง

1. สุพัตรา ศรีวณิชชากร. สาธารณสุขมูลฐาน ระบบบริการปฐมภูมิ และเวชศาสตร์ครอบครัว นิยาม ความหมาย และความเชื่อมโยง. เชียงใหม่: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาชุมชน; 2552.
2. จเร วิชชาไทย, สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, วัชรา รวีไพบูลย์, สุกัลยา คงสวัสดิ์, นธีรัตน์ ธรรมโรจน์, แพรว เอี่ยมน้อย, และคณะ. การจัดการบริการและต้นทุนบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ผู้ป่วยระยะกลาง (intermediate care) ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2552.
3. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ. การสังเคราะห์ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวสำหรับประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย; 2553.
4. สำนักงานพัฒนาโดยบายสุขภาพระหว่างประเทศ รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2556. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2558.
5. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, วิชัช เกษมทรัพย์, วิชัย เอกพลากร, บวรศม สิริพันธ์. โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (long-term care) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพมหานคร: ดีเซมเบอร์; 2561.
6. นิรมล เห็นประเสริฐ, ศุภสิทธิ์ พรธรรมาโรจน์, นิลวรรณ อยู่ภักดี, พุดตาน พันธุเณร. ประสิทธิภาพทางการเงินและบัญชีของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ: ทศนะจากเจ้าหน้าที่การเงินและบัญชี. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2559; 25:508-518.
7. เบญจพร สุธรรมชัย, นภัส แก้ววิเชียร, ธัญพร ชื่นกลิ่น, วิชาญ เกิดวิชัย, ศักดิ์ชัย ถิรวิทยาคม. บริการสุขภาพ ผู้สูงอายุ: ประเด็นทางกฎหมายที่ควรพิจารณา. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2560;26:18-31.
8. Khiaochaoen O, Pannarunothai S, Zungsontiporn C, Riewpaiboon W. Casemix classification payment for sub-acute and non-acute inpatient care, Thailand. J Med Assoc Thai 2010;93(7):849-59.
9. อรทัย เขียวเจริญ, ศุภสิทธิ์ พรธรรมาโรจน์, วัชรา รวีไพบูลย์, ชัยโรจน์ ซึ่งสนธิพร. การพัฒนาการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลันในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2558;24:493-509.
10. อรทัย เขียวเจริญ, ศุภสิทธิ์ พรธรรมาโรจน์. ความจำเป็นด้านบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของผู้ป่วยในระยะกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลันในประเทศไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2555;21(4),761-73.
11. เบญจพร สุธรรมชัย, นภัส แก้ววิเชียร. การพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2557.
12. วิราภรณ์ โพธิศิริ, วิพรรณ ประจวบเหมาะ, วรเวศน์ สุวรรณระดา, ศิริวรรณ ศิริบุญ, บุศริน บางแก้ว, ชเนตตี มิลินทรานุกร. การศึกษาต้นแบบของการบูรณาการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. กรุงเทพมหานคร: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2559.
13. สุวิณี วิวัฒน์วานิช, สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, จิราพร เกศพิชญวัฒนา. การศึกษาความพร้อมและความต้องการของผู้สูงอายุที่ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข การสำรวจแบบวันเดียว. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย; 2555.
14. Tabloski PA. Gerontological nursing. 3<sup>rd</sup> ed. Boston, MA: Pearson; 2014.
15. ณัฐพงศ์ วงศ์วิวัฒน์. รูปแบบระบบบริการสุขภาพระยะกลาง. การประชุมเรื่องการถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้การจัดบริการดูแลสุขภาพระยะกลางของโรงพยาบาล; 1 พฤษภาคม 2561; ณ โรงแรมนารายณ์ กรุงเทพมหานคร. นนทบุรี: กรมการแพทย์; 2561.

16. วิพรรณ ประจวบเหมาะ, นภาพร ชัยวรรณ, มลีนี วงษ์สิทธิ์, ศิริวรรณ ศิริบุญ. การติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 – 2564) ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2550 – 2554). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556.
17. กระทรวงสาธารณสุข. นโยบาย intermediate care [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [สืบค้นเมื่อ 15 ก.พ. 2561]. แหล่งข้อมูล: <http://r8way.moph.go.th/r8wayadmin>
18. Bundhamcharoen K, Teerawatananon Y, Vos T, Begg S. Burden of disease and injuries in Thailand. Nonthaburi: War Veterans Organization of Thailand; 2002.
19. เบญจพร สุธรรมชัย, นภัส แก้ววิเชียร. รูปแบบการดูแลสุขภาพระยะกลางของผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: บิยอนด์-พับลิชชิ่ง; 2561.
20. Siriwan Pitayarangsarit. The introduction of the universal coverage of health care policy in Thailand: policy responses. Bangkok: National Health Security Office, International Health Policy Program; 2010.
21. Walt G, Gilson L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. Health Policy Plan [Internet]. 1994 [cited 2019 May 29];9(4):353–70. Available from: [https://pdfs.semanticscholar.org/bfc3/ef9e692c5b2b5428587e1d3oddb01a34656a.pdf?\\_ga=2.171536736.179807589.1595870588-1690495308.1595870588](https://pdfs.semanticscholar.org/bfc3/ef9e692c5b2b5428587e1d3oddb01a34656a.pdf?_ga=2.171536736.179807589.1595870588-1690495308.1595870588)
22. ธิญพร ชื่นกลิ่น, นงนภัทร รุ่งเนย, นภัส แก้ววิเชียร, เบญจพร สุธรรมชัย, วิชาญ เกิดวิชัย, ศุภลสิทธิ์ พรรณารุโณทัย. การประเมินผลการดูแลสุขภาพระยะกลางของผู้สูงอายุในประเทศไทยตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข: วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า เพชรบุรี. กรุงเทพมหานคร: บิยอนด์พับลิชชิ่ง; 2563.
23. Green J, Gordon R, Kobel C, Blanchard M, Eagar K, AN-SNAP V4 user manual. Wollongong, New South Wales: Centre for Health Service Development, University of Wollongong; 2015.

**Abstract: Intermediate Care Policy in Thailand: What Should be Done?**

Naphas Kaeowichian, B.N.S., LL.B.\*; Benjaporn Suthamchai, Dip in Nursing Science.\*\*; Thunyaporn Chuenklin, M.S.N., Ph.D.\*\*\*; Nongnaphat Rungnoi, M.S.N., Ph.D.\*\*\*; Wicharn Girdwichai, M.D.\*\*\*\*; Supasit Pannarunothai, M.D., Ph.D.\*\*\*\*\*

\*Bureau of Medical System Supervision, Department of Medical Service, Ministry of Public Health;

\*\*The Supreme Patriarch Nyanasanwara Institute for Geriatric Medicine, Department of Medical Service, Ministry of Public Health; \*\*\*Phrachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province; \*\*\*\* College of Oriental Medicine. Rangsit University; \*\*\*\*\*Centre for Health Equity Monitoring Foundation, Thailand *Journal of Health Science 2021;30(5):894-906.*

This qualitative study aimed to analyze policy process and propose policy recommendations for intermediate care in Thailand. The purposive sampling participants consisted of the 65 executives from stakeholders of policy process at the central level and provincial policy makers. It was conducted during September 2019 to March 2020. The study tools used for data collection were guidelines for in-depth interview and focus group discussion. Qualitative data were analyzed by content analysis. The results of the study showed that the intermediate care policy was driven by the central level and cascaded to all provinces with multidisciplinary team through the service plan mechanisms focusing on 3 main diseases in the elderly. This policy was successful in some provinces. The present research recommends further policies to enhance precise policy communications and to transfer of knowledge down to the practical and flexible regulations fit to real situation. The intermediate care services should be extended to cover other diseases and other age groups that require similar intermediate care. Further policy development should be focused on the cost of care provision in order to generate and integrate the seamless service payment fund for intermediate and long-term care. This would drive adequate human resource that fit with the modes of the intermediate care ward in community hospitals, This would also improve unitary data recording system and the sharing of intermediate care patients database among hospitals.

**Keywords:** intermediate care; policy analysis; policy recommendations; multidisciplinary; seamless care