

ความจำเป็นด้านบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทางการแพทย์ของผู้ป่วยในระยะกึ่งเฉียบพลัน และไม่เฉียบพลันในประเทศไทย

อรรถัย เขียวเจริญ*

ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย**

*งานพัฒนาการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก

**ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

บทคัดย่อ

การจ่ายเงินตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมที่ให้ความสำคัญกับบริการระยะเฉียบพลันอาจมีผลให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยในระยะกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลันลดความสำคัญลง การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสัดส่วนผู้ป่วยในที่ควรเป็นผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลันซึ่งจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์และคาดประมาณงบประมาณสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้ป่วยตลอดเลือดสมอง เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ จากฐานข้อมูลเพื่อการบริหารจัดการ (administrative data) ผู้ป่วยในที่กำหนดในปีงบประมาณ 2552 จำนวน 5,945,740 ราย จากโรงพยาบาลจำนวน 1,035 แห่งทั่วประเทศ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา คือ ผู้ป่วยที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ทั้งนี้ไม่รวมผู้ป่วยที่เสียชีวิต ผู้ป่วยที่ส่งต่อ จำนวน 3,663,773 ราย และเลือกเฉพาะผู้ป่วยในและได้รับการวินิจฉัยโรคหลักที่เป็นสาเหตุของความพิการที่ต้องฟื้นฟูสภาพ และเลือกผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ จากระหัสผลการ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์ค่าความถี่ ร้อยละ และสถิติทดสอบไคสแควร์ (chi-square test) และ student's t-test

การศึกษาพบว่าจากผู้ป่วยในทั้งหมด ร้อยละ 16.6 เป็นกลุ่มผู้ป่วยในที่มีสาเหตุความพิการซึ่งจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์จากการวินิจฉัยโรคเมื่อจำหน่าย จากการประเมินรหัสผลการฟื้นฟูมีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 7.4 (50,332 ราย) ที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพฯ โดยผู้ป่วยในระยะกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลันตามกลุ่มวินิจฉัยความพิการทั้งหมด 663,773 ราย เป็นผู้ป่วยโรคหัวใจ (cardiac disorders) ร้อยละ 24.5 โรคปอด (pulmonary disorders) ร้อยละ 24 โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ร้อยละ 9.7 มีผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้แก่ผู้ป่วยกลุ่มโรคกระดูก lower extremity fracture ร้อยละ 41.6 และ other orthopedic conditions ร้อยละ 25.8 รองลงมาคือ กลุ่ม Major multiple trauma (MMT) (MMT with brain and spinal cord 27.6% และ MMT อื่น ๆ 17%) spinal cord (traumatic spinal cord 27.2% non-traumatic spinal cord 14.5%) burn ร้อยละ 15.9 pain ร้อยละ 12.6 สำหรับผู้ป่วย stroke (65,615 ราย) ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพเพียง ร้อยละ 10.6 (เทียบกับความจำเป็นที่ต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อฟื้นคืนความสามารถของร่างกายของผู้ป่วย stroke จากการทบทวนวรรณกรรม 70%) โรงพยาบาลขนาดใหญ่สังกัดกทม. ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ป่วยตลอดเลือดสมองมากที่สุด ร้อยละ 18.9 วันนอนเฉลี่ย 27.2 วัน โรงพยาบาลชุมชนน้อยที่สุด ร้อยละ 3.1 วันนอนเฉลี่ย 9.7 วัน สถิติสวัสดิการข้าราชการได้รับการฟื้นฟูมากกว่าสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หากผู้ป่วยตลอดเลือดสมองได้รับการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน ร้อยละ 70 จะใช้งบประมาณ 432.9 ล้านบาท

สรุป: ภายใต้งบการเงินที่ไม่ให้ความสำคัญกับบริการระยะกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลัน มีผู้ป่วยบางส่วนเท่านั้นที่มีรายงานว่าได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ จึงควรพิจารณาวิธีการจ่ายเงินที่จูงใจเพื่อให้หน่วยบริการให้บริการฟื้นฟูกับผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลันตามความจำเป็น

คำสำคัญ: ผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลัน, บริการฟื้นฟูสมรรถภาพกลุ่มโรคร่วม

บทนำ

จากโครงสร้างประชากรเปลี่ยนแปลงไป ประชากรมีอายุยืนยาวขณะที่อัตราการตายลดลง ทำให้จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น รวมถึงอัตราความชุกที่เพิ่มขึ้นของกลุ่มโรคเรื้อรังต่าง ๆ ซึ่งมักมีผลพวงเป็นความพิการ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวาน ฯลฯ⁽¹⁾ ตลอดจนจำนวนอุบัติเหตุจราจร และความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีด้านการแพทย์ที่ช่วยชีวิตผู้คนได้มีชีวิตรอดมากขึ้น แต่ต้องอยู่กับสภาพร่างกายที่บกพร่อง เช่น ไม่สามารถช่วยเหลือตนเอง ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไม่ได้ มีความพิการและต้องพึ่งพาญาติหรือผู้ดูแล ฯลฯ ส่งผลให้ความจำเป็นต้องได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์เพิ่มสูงขึ้นอย่างมาก เพราะเป็นบริการที่ช่วยฟื้นคืนความสามารถของบุคคลในการดำเนินชีวิตให้ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้พิการ ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องของร่างกายหลังจากเจ็บป่วย ให้สามารถพึ่งพาตนเองได้ในการดำเนินชีวิตเช่น นั่งได้ เดินได้ สวมใส่เสื้อผ้าเองได้ กินอาหารเองได้ ฯลฯ⁽²⁾ โดยเฉพาะบริการฟื้นฟูในระยะกึ่งเฉียบพลันขณะที่ผู้ป่วยนอนรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลแต่มีอาการหรือภาวะเจ็บป่วยคงที่ซึ่งถือว่าเป็นระยะที่ช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นคืนความสามารถได้ดีที่สุด (golden period) นอกจากนี้บริการฟื้นฟูยังช่วยป้องกันความพิการถาวร ลดภาวะพึ่งพา เพิ่มคุณภาพชีวิตแล้วยังลดภาระของครอบครัว ชุมชน สังคมในการดูแลผู้พิการอีกด้วย⁽³⁾ การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์มีบทบาทชัดเจนเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางคลินิกคงที่พ้นระยะเฉียบพลันไปแล้วแต่ยังคงต้องการบริการที่ช่วยลดความบกพร่องหรือคืนความสามารถของร่างกายให้มากที่สุด⁽⁴⁾ ซึ่งอาจเป็นบริการระยะกึ่งเฉียบพลัน (sub-acute care) ไม่เฉียบพลัน (non-acute care) หรือการดูแลต่อเนื่องระยะยาว (long-term care) โดยการบริการอาจจัดอยู่ที่แผนกฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในโรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วยเฉียบพลัน โรงพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพโดยเฉพาะ สถานพักฟื้น การบริการที่บ้าน และบริการในชุมชน⁽⁵⁾ สำหรับประเทศไทย

บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์มีพัฒนาการขึ้นเป็นลำดับ ซึ่งแต่เดิมมีบริการเฉพาะโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ได้แก่ โรงพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพโดยเฉพาะ โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปที่มีบุคลากรด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูครบคลุมอย่างน้อย 2 ถึง 3 ประเภท คือ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด หรือนักกายอุปกรณ์⁽⁶⁾ จากการสำรวจล่าสุดของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพบว่า โรงพยาบาลชุมชน 606 แห่ง จากโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมด 735 แห่ง มีนักกายภาพบำบัดอย่างน้อย 1 คนให้บริการทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน (79.6%)⁽⁷⁾

ปัจจัยหนึ่งที่สำคัญและมีผลต่อการเข้าถึงบริการคือวิธีการจ่ายเงิน ประเทศไทยใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Group: DRG) เป็นเครื่องมือในการจ่ายเงินสำหรับผู้ป่วยในให้กับสถานพยาบาล ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สวัสดิการข้าราชการและประกันสังคมบางส่วน โดยจ่ายเงินสำหรับคนไข้ในทั้งหมดในทุกระยะของการดูแลทั้งคนไข้ในระยะเฉียบพลัน กึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลัน มีตัวแปรหลักในการจัดกลุ่มโรคคือ การวินิจฉัยโรค การผ่าตัด และวันนอนเป็นตัวปรับค่าน้ำหนักสัมพัทธ์สำหรับผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลนาน แต่ไม่ได้ขึ้นกับการรักษาด้วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู หรือการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายหลังการรักษา การจ่ายเงินที่ให้ความสำคัญกับบริการในระยะเฉียบพลันอาจทำให้บริการในระยะกึ่งเฉียบพลันโดยเฉพาะบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลันอาจถูกละเลยไปได้ สอดคล้องกับการประเมินการเข้าถึงบริการในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองซึ่งส่วนใหญ่มีความจำเป็นต้องได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพพบว่ามีเพียงร้อยละ 43.5 ที่ได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและระยะเวลาในการฟื้นฟูสมรรถภาพสั้นมาก โดยในผู้ป่วยในการนอนโรงพยาบาล 1 ครั้งของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองมีวันนอนเฉลี่ยเพียง 8

วัน (ระยะเฉียบพลันและระยะไม่เฉียบพลัน)⁽⁸⁾ บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์นับเป็นบริการที่สำคัญ 1 ใน 4 องค์ประกอบของงานด้านการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งจากผลการวิจัยความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองในประเทศไทยพบว่าเป็นบริการที่คุ้มค่า สามารถช่วยป้องกันความพิการถาวรและเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ผู้ป่วยที่ต้องทนทุกข์ทรมานกับสมรรถภาพของร่างกายที่สูญเสียไปจากการเจ็บป่วย^(8,9) รวมถึงผลการวิจัยในต่างประเทศ ที่พบว่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์เป็นบริการที่สามารถช่วยลดความพิการและฟื้นฟูความสามารถในการดำรงชีวิตของผู้ป่วยจากสาเหตุจากการเจ็บป่วยด้วยโรคที่จะนำไปสู่ความพิการได้⁽¹⁰⁻¹³⁾

เหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น ระบบบริการสาธารณสุขของไทยจึงควรมีข้อมูลพื้นฐานของสถานการณ์การได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยในระยะกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลัน ว่ามีจำนวนเท่าใดและต้องใช้งบประมาณเท่าใดหากหน่วยงานบริการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตามความจำเป็นซึ่งสามารถประเมินได้จากข้อมูลผู้ป่วยใน ในฐานะข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์จากการเรียกเก็บเงินของ 2 กองทุนใหญ่ ได้แก่กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งครอบคลุมประชากรกว่า 47 ล้านคน และกองทุนสวัสดิการข้าราชการ อันจะเป็นข้อมูลสำคัญในการพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของประเทศไทยต่อไป บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสัดส่วนผู้ป่วยในระยะกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลันที่จำเป็นต้องได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์และคาดประมาณงบประมาณด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณโดยศึกษาข้อมูลย้อนหลัง (retrospective study) จากฐานข้อมูล

เพื่อการบริหารจัดการ (administrative data) ผู้ป่วยในปีงบประมาณ 2552 รวม 5,945,740 ราย แบ่งเป็นกองทุนหลักประกันสุขภาพ จำนวน 5,236,471 ราย และข้อมูลจากการเบิกของสิทธิสวัสดิการข้าราชการ จำนวน 709,269 ราย จากโรงพยาบาล 1,035 แห่งทั่วประเทศ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์ค่าความถี่ ร้อยละ สถิติทดสอบไคสแควร์ (chi-square test) และ student's t-test เปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับบริการฟื้นฟูและวันนอนโรงพยาบาลระหว่างสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสวัสดิการข้าราชการ

ข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์จากฐานข้อมูลบริหารจัดการได้แก่ 1) ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย เช่น เพศ อายุ วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล สิทธิการรักษาพยาบาล ฯลฯ 2) ข้อมูลทางคลินิก เช่น ข้อมูลการวินิจฉัยโรค หัตถการ 3) ข้อมูลด้านรักษาพยาบาล ได้แก่ ข้อมูลค่ารักษาตามหมวดการรักษาต่าง ๆ เช่น ค่ายา ค่าบริการพยาบาล ค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพฯ ค่าบริการชันสูตร ฯลฯ

วิธีการศึกษาต้นทุน

การประมาณการต้นทุนบริการฟื้นฟูสมรรถภาพฯ อ้างอิงต้นทุนจากการศึกษาต้นทุนหลายสถาบัน สำหรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองในประเทศไทยของ อภิชนา ไชวินทะ และคณะ^(10,26) ซึ่งรวบรวมข้อมูลต้นทุนจากสถานพยาบาลระดับตติยภูมิ 9 แห่งที่ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเต็มรูปแบบ (intensive rehabilitation) สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งสิ้น 327 คน วันนอนโรงพยาบาลเพื่อฟื้นฟู เฉลี่ย 4 สัปดาห์ มีต้นทุนเฉลี่ยในการรักษาพยาบาลทั้งหมดขณะฟื้นฟูฯ ประมาณ 28,399 บาท เป็นต้นทุนค่าบริการฟื้นฟูฯ เฉลี่ย 9,425 บาทต่อราย คิดเป็น 1 ใน 3 ของต้นทุนในการรักษาผู้ป่วยหลอดเลือดสมองทั้งหมด ซึ่งโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีบุคลากรเพียงพอ และให้บริการฟื้นฟูฯ แบบเข้มข้นสำหรับผู้ป่วยใน ดังนั้นความขาดแคลนนัก-

กายภาพบำบัดไม่มีผลต่อการคิดต้นทุนในการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา คือ 1) ผู้ป่วยที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไปทั้งนี้ไม่รวมผู้ป่วยที่เสียชีวิต ผู้ป่วยที่ส่งต่อ (ถูกส่งต่อมาจากที่โรงพยาบาลอื่นหรือถูกส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น) 2) เลือกเฉพาะผู้ป่วยในที่นอนโรงพยาบาลและได้รับการวินิจฉัยโรคหลักที่จัดอยู่ใน RIC ต่างๆ ตาม case mix group (CMG) for rehabilitation of centers for medicare & medicaid services⁽¹⁴⁾ จำนวน 21 กลุ่ม ได้แก่ stroke, brain dysfunction (non-traumatic), brain dysfunction (traumatic), neurological condition, neurological condition (Guillain-Barre), non-traumatic spinal cord dysfunction, traumatic spinal cord dysfunction, amputation of limb, arthritis, pain syndrome, orthopaedic conditions, hip and knee replacement, cardiac disorders, pulmonary disorders, burns, congenital deformities, major multiple trauma (brain and spinal cord injury), major multiple trauma (with-

out brain), developmental disabilities, debility และ miscellaneous 3) เนื่องจากกลุ่มที่เป็นสาเหตุความพิการ RIC กลุ่ม miscellaneous เป็นกลุ่มที่มีรหัสการวินิจฉัยที่หลากหลายไม่เฉพาะเจาะจงว่าผู้ป่วยจะได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือไม่ จึงตัดผู้ป่วยกลุ่มนี้ออกจากการวิเคราะห์ (ตารางที่ 1 และ 2)

คำจำกัดความ

ผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลัน (Sub-Acute and Non-Acute Patient: SNAP) หมายถึงผู้ป่วยที่มีอาการพื้นภาวะวิกฤติหรืออาการทางคลินิกที่แต่ยังคงมีความผิดปกติของการทำงานของร่างกายบางส่วนอยู่ และมีความจำเป็นต้องฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาล

ในการศึกษานี้ผู้ที่คาดว่าเป็น SNAP คือผู้ป่วยในที่มีรหัสการวินิจฉัยโรคหลักเมื่อจำหน่ายอยู่ในกลุ่มความพิการสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation Impairment Categories; RIC) ซึ่งอ้างอิงจากหลัก

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยในที่คาดว่าเป็นผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลัน

ผู้ป่วยในระยะกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลัน	จำนวน (%)
จำนวนผู้ป่วยในทั้งหมดที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป (ราย)	3,663,773(100)
ผู้ป่วยในที่คาดว่าเป็นผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลัน จากการวินิจฉัยเมื่อจำหน่ายที่อยู่ในกลุ่มที่เป็นสาเหตุของความพิการ (Rehabilitation impairment categories; RIC)	1,548,700 (37.9)
กลุ่ม RIC หลากหลาย (Miscellaneous) *	871,256 (23.8)
ผู้ป่วยในที่คาดว่าเป็นผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลันที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ (ยกเว้น RIC กลุ่ม Miscellaneous)	677,089 (16.6)
- ผู้ป่วยในที่คาดว่าเป็นผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลันและมีรายงานรหัสเหตุการณ์ฟื้นฟูสมรรถภาพ	50,332 (7.4)
- ผู้ป่วยในที่คาดว่าเป็นผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลันและมีรายงานคำรักษาบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ	37,743 (5.6)
- ผู้ป่วยในที่คาดว่าเป็นผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลันที่มีรายงานคำรักษาและรหัสเหตุการณ์ฟื้นฟูสมรรถภาพ	20,276 (3.0)

*Miscellaneous คือผู้ป่วยที่มีภาวะ infections, neoplasm, nutrition, circulatory disorders, respiratory disorders-ventilator dependent, respiratory disorders-non-ventilator dependent, terminal care, skin disorders, medical/surgical complications, and other medically complex conditions

เกณฑ์การจ่ายเงินสำหรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของกองทุนสำหรับผู้สูงอายุและผู้มีรายได้น้อยของประเทศสหรัฐอเมริกา⁽¹⁴⁾

จำนวนผู้ป่วย SNAP ประมาณสำหรับแต่ละ RIC ตามความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพอ้างอิงจากการทบทวนวรรณกรรมคือผู้ป่วย stroke ประมาณร้อยละ 70 ผู้ป่วยกลุ่ม spinal cord ประมาณ ร้อยละ 90 ผู้ป่วยกลุ่ม orthopedics ประมาณร้อยละ 90 ส่วนผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ ประมาณร้อยละ 50^(4,15)

การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ที่ผู้ป่วยได้รับ ประเมินจากการบันทึกรหัสเหตุการณ์ตาม ICD-9CM ที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ผลการศึกษา

1. ผู้ป่วยในระยะกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลันที่มีความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพฯ

ในภาพรวมศึกษาจำนวนผู้ป่วยที่คาดว่าจะ่าเป็น SNAP จากฐานข้อมูลผู้ป่วยในลิตีลท์ลัคประกันสุขภาพและลิตีลท์สวัสดิการข้าราชการพบผู้ป่วยผู้ใหญ่ระยะกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลันทั้งสิ้น 1,548,700 ราย (37.9%) ของผู้ป่วยในอายุ 18 ปีขึ้นไปทั้งหมด โดยในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่มี RIC อยู่ในกลุ่ม Miscellaneous จำนวน 871,256 ราย คงเหลือกลุ่มผู้ป่วยในที่มีสาเหตุความพิการชัดเจนและคาดว่าจะ่าเป็น SNAPจากการวินิจฉัยโรคหลักเมื่อจำหน่าย จำนวน 677,089 ราย

ตารางที่ 2 ผู้ป่วยในที่คาดว่าจะ่าเป็นผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลันจำแนกตาม RIC และจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์

Rehabilitation impairment categories (RIC)	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)	จำนวนผู้ป่วยที่มีรหัสเหตุการณ์ฟื้นฟูสมรรถภาพ (ร้อยละ)	วันนอนรพ.เฉลี่ย (วัน)
Stroke	65,615 (9.7)	6,979 (10.6)	12.5
Traumatic brain	33,997 (5.0)	1,347 (4.0)	13.3
Non-traumatic brain	23,719 (3.5)	576 (2.4)	24.6
Traumatic spinal cord	834 (0.1)	227 (27.2)	26.2
Non-traumatic spinal cord	16,089 (2.4)	2,338 (14.5)	13.2
Neurological conditions	9,622 (1.4)	409 (4.3)	17.4
Lower extremity fracture	16,838 (2.5)	7,007 (41.6)	14
Hip and knee replacement	12,006 (1.8)	1,474 (12.3)	13.3
Other orthopaedic conditions	52,426 (7.7)	13,535 (25.8)	6.2
Amputation of limb	26,172 (3.9)	1,473 (5.6)	12.8
Osteoarthritis	25,242 (3.7)	2,030 (8.0)	14.3
Cardiac Disorders	165,759 (24.5)	1,081 (0.7)	10.6
Pulmonary Disorders	162,327 (24.0)	1,035 (0.6)	9.7
Pain Syndrome	26,250 (3.9)	3,300 (12.6)	10
Other major multiple trauma (MMT)	29,730 (4.4)	5,062 (17.0)	9.7
MMT with brain and spinal cord	6,773 (1.0)	1,872 (27.6)	18
Burns	3,690 (0.5)	587 (15.9)	17.8
Total	677,089 (100.0)	50,332 (7.4)	11.7

(16.6% ของผู้ป่วยในอายุ 18 ปีขึ้นไป) และเมื่อศึกษารายละเอียดการได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ จากรหัสหัตถการ พบว่ามีผู้ป่วยเพียง 50,332 ราย (7.4%) ที่มีรหัสหัตถการที่บ่งชี้ว่าได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ หากพิจารณาจากคำรักษาที่หน่วยบริการแจ้งเพื่อเรียกเก็บร่วมด้วย พบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 37,743 ราย (5.6%) ที่มีการบันทึกคำรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพและมีผู้ป่วยจำนวน 20,276 (3.0%) รายที่มีทั้งรหัสหัตถการของบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและคำรักษาสำหรับบริการฟื้นฟู (ตารางที่ 1)

จำนวนผู้ป่วย ที่คาดว่าจะเป็น SNAP ที่พบมากที่สุดคือกลุ่ม cardiac disorders จำนวน 165,759 ราย (24.5%) รองลงมาคือ กลุ่ม pulmonary disorders 162,327 ราย (24%) และ stroke 65,615 ราย (9.7%) ผู้ป่วยที่คาดว่าจะเป็น SNAP ที่ได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพพิจารณาจากรหัสหัตถการซึ่งมีความน่าเชื่อถือมากที่สุดพบว่า กลุ่มโรคที่ได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพมากที่สุดคือ กลุ่ม orthopedic conditions (lower extremity fracture 41.6% และ other orthopedic conditions 25.8%) รองลงมาคือ กลุ่ม major multiple trauma (MMT) (MMT with brain and spinal cord 27.6% และ MMT อื่น ๆ 17%) spinal cord (traumatic spinal cord 27.2% non-traumatic spinal cord 14.5%) burn ร้อยละ 15.9 pain ร้อยละ 12.6 สำหรับผู้ป่วย stroke ได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพเพียง ร้อยละ 10.6 สำหรับวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยทั้งระยะเฉียบพลันและระยะกึ่งเฉียบพลัน พบว่า ผู้ป่วยกลุ่ม spinal cord มีวันนอนนานที่สุดคือ 26.2 วัน รองลงมาคือกลุ่ม traumatic brain 24.6 วัน โดยวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วยกลุ่ม stroke มีเพียง 12.5 วัน (ตารางที่ 2)

2. การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโรคหลอดเลือดสมอง

การศึกษานี้นำเสนอสถานการณ์ของบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองเนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่มีอุบัติการณ์สูง เป็นสาเหตุ

ให้ผู้ป่วยสูญเสียสมรรถภาพทางร่างกายและมีความพิการสูง⁽¹⁾ ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องทนทุกข์จากสภาวะที่สูญเสียไปจากการเจ็บป่วยและพิการเป็นอันดับ 2 รองจากความผิดปกติทางจิตและประสาท⁽¹⁾ ก่อให้เกิดการสูญเสียงบประมาณด้านสุขภาพ⁽¹⁷⁾ ซึ่งผู้ป่วยโรคนี้มีความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพราะการฟื้นฟูที่ถูกหลักวิชาการและทันเวลาจะสามารถช่วยในการลดหรือป้องกันความพิการในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองได้^(11-13,18-24) โดยผู้ป่วยหลอดเลือดสมองมีสัดส่วนประมาณ ร้อยละ 30 ของผู้ป่วยในที่สมควรได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในประเทศไทย⁽²⁵⁾

การประมาณบริการด้านฟื้นฟูสมรรถภาพโรคหลอดเลือดสมอง ใช้ข้อมูลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองจำนวน 58,486 รายในโรงพยาบาลทั่วประเทศ จำนวน 842 แห่ง แบ่งเป็น โรงพยาบาลขนาดใหญ่ในกรุงเทพมหานคร 4 แห่ง (รพ.เลิดสิน รพ.สงฆ์ รพ.ราชวิถี และรพ.นพรัตน์ราชธานี) โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 11 แห่ง โรงพยาบาลศูนย์ 25 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 69 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน 733 แห่ง

2.1 การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโรคหลอดเลือดสมองจำแนกตามระดับโรงพยาบาล

ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง มีสัดส่วน ร้อยละ 9.7 ของผู้ป่วยที่คาดว่าจะเป็น SNAP ทั้งหมด (ตารางที่ 2) เมื่อจำแนกบริการด้านฟื้นฟูสมรรถภาพโรคหลอดเลือดสมองตามระดับโรงพยาบาล (58,486 ราย) พบว่าผู้ป่วยหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลขนาดใหญ่สังกัดกรุงเทพมหานครได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพสูงที่สุด ร้อยละ 18.9 รองลงมาคือโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ร้อยละ 16.1 และโรงพยาบาลศูนย์ ร้อยละ 14 ขณะที่โรงพยาบาลชุมชนผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพต่ำที่สุด เพียงร้อยละ 3.1 สอดคล้องกับวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยที่พบว่า โรงพยาบาลขนาดใหญ่สังกัดกรุงเทพมหานครมีวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยสูงที่สุด 27.2 วัน รองลงมาคือโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 23.7 วัน และโรงพยาบาลศูนย์ 10.1 วัน (ตารางที่ 3)

ความจำเป็นด้านบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของผู้ป่วยในระยะกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลันในประเทศไทย

2.2 การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโรคหลอดเลือดสมองจำแนกตามสิทธิการรักษา เลือดสมองที่มีสิทธิสวัสดิการข้าราชการ ได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ร้อยละ 11 มีวันนอนเฉลี่ย 18.7 วัน จากตารางที่ 3 ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยหลอดเลือด ในขณะที่สิทธิหลักประกันสุขภาพ ได้รับบริการฟื้นฟู

ตารางที่ 3 บริการฟื้นฟูสมรรถภาพโรคหลอดเลือดสมองจำแนกตามระดับโรงพยาบาล

ระดับโรงพยาบาล	บริการฟื้นฟูสมรรถภาพฯ			วันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย		
	ไม่ฟื้นฟู ราย (ร้อยละ)	ฟื้นฟู ราย (ร้อยละ)	รวม	ไม่ฟื้นฟู (วัน)	ฟื้นฟู (วัน)	รวม
มหาวิทยาลัย	3,255 (83.9)	624(16.1)	3,879 (100)	12.7	23.7	14.5
ศูนย์	16,968 (86.0)	2,772 (7.0)	19,740 (100)	7.0	10.1	7.4
ทั่วไป	18,055 (89.7)	2,076 (7.1)	20,131 (100)	7.1	9.3	7.3
ชุมชน	13,394 (96.9)	426 (5.7)	13,820 (100)	5.7	9.7	5.9
ขนาดใหญ่ในกทม.	743 (81.1)	173(12.8)	916 (100)	12.8	27.2	15.5
รวม	52,415 (89.6)	6,071 (7.1)	58,486 (100)	7.1	11.7	7.6

ตารางที่ 4 บริการฟื้นฟูสมรรถภาพโรคหลอดเลือดสมองจำแนกตามสิทธิการรักษา

สิทธิการรักษา	บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ*			วันนอนโรงพยาบาล**	
	ไม่ฟื้นฟู ราย (ร้อยละ)	ฟื้นฟู ราย (ร้อยละ)	รวม	Mean	Std. Deviation
สวัสดิการข้าราชการ	11,329 (89.0)	1,397 (11.0)	12,726	18.72	27.930
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	41,086 (89.8)	4,674 (10.2)	45,760	9.61	14.775
รวม	52,415 (89.6)	6,071 (10.4)	58,486	11.71	19.032

*chi-square = 6.237; df = 1; p ≤ 0.05

**t-test = 257.2; df = 1; p < 0.01

ตารางที่ 5 ค่ารักษาทั้งหมด และค่ารักษาบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่โรงพยาบาลเรียกเก็บจากกองทุน (Rehabilitation charges) ในผู้ป่วยในที่คาดว่าเป็นผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลัน (ไม่รวมกลุ่ม Miscellaneous)

ผู้ป่วยที่มีรายงานค่ารักษา	จำนวน (ราย)	ค่ารักษาทั้งหมด (ล้านบาท)	ค่ารักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ (ล้านบาท/ร้อยละ)
ผู้ป่วยทั้งหมดที่มีรายงานเหตุการณ์และค่ารักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ	20,276	1,570.0	23.6 (1.5)
Stroke	3,505	169.7	6.8 (4.0)
Spinal cord	2,293	165.3	3.6 (2.2)
Orthopaedic	9,236	441.9	6.2 (1.4)
Others	5,242	793.1	7 (0.9)

สมรรถภาพ ร้อยละ 10.2 แต่วันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วย หลอดเลือดสมองที่ได้รับฟื้นฟู นอนโรงพยาบาลเพียง 9.6 วันเท่านั้น (ตารางที่ 4) ซึ่งทั้งบริการฟื้นฟูและวันนอนเฉลี่ยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.3 งบประมาณสำหรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง

หากพิจารณาจากข้อมูลผู้ป่วยในที่มีค่ารักษาเรียกเก็บและมีรหัสเหตุการณ์ที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพจำนวน 20,276 ราย รวมค่ารักษาทั้งหมด 1,570 ล้านบาท เป็นค่ารักษาสำหรับบริการฟื้นฟู เพียง 23.6 ล้านบาท (1.1%) โดย กลุ่มผู้ป่วย stroke ค่ารักษาฟื้นฟูสมรรถภาพคิดเป็น ร้อยละ 4 ของค่ารักษาทั้งหมด รองลงมาคือกลุ่มผู้ป่วย spinal cord ร้อยละ 2.2 และกลุ่มผู้ป่วย orthopedic ร้อยละ 1.4 (ตารางที่ 5)

ดังนั้นจึงคาดประมาณงบประมาณสำหรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพฯสำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โดยอ้างอิงต้นทุนจากการศึกษาต้นทุนสำหรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองในประเทศไทย ของ อภิขยา ไหมวินทะ และคณะ^(10,26) พบว่าถ้าผู้ป่วยทุกคนได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพในโรงพยาบาลเป็นเวลา 4 สัปดาห์ จะมีต้นทุนสำหรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ เฉลี่ยเท่ากับ 9,425 บาทต่อราย คิดเป็น 1 ใน 3 ของต้นทุนในการรักษาผู้ป่วยหลอดเลือดสมองทั้งหมด ผลพบว่า งบประมาณในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดสมองหากผู้ป่วยจำนวน 65,615 ราย (100%) ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ จะใช้งบประมาณทั้งสิ้น 618.4 ล้านบาท (65,615 X 9,425 บาท) หากผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 70 ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ (45,931 X 9,425 บาท) จะใช้งบประมาณทั้งสิ้น 432.9 ล้านบาท

วิจารณ์

ผลการศึกษาความจำเป็นด้านบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของผู้ป่วยในระยะผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลันในประเทศไทยจากฐาน

ข้อมูลเบิกจ่ายของกองทุนหลักประกันสุขภาพและกองทุนสวัสดิการข้าราชการ ร่วมกับข้อมูลจากการวิจัยในการประมาณงบประมาณสำหรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองสามารถสรุปและวิจารณ์ในแต่ละประเด็นดังนี้

1. การได้รับบริการด้านฟื้นฟูสมรรถภาพตามความจำเป็น พบว่าจากฐานข้อมูลผู้ป่วยในทั้งหมด มีผู้ป่วยที่มีแนวโน้มควรได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพร้อยละ 16.6 แต่หากพิจารณาจากข้อมูลเหตุการณ์บริการฟื้นฟูฯ ในภาพรวมผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพในขณะที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเพียงร้อยละ 7.4 เท่านั้น ซึ่งต่ำมากหากเปรียบเทียบกับผลจากการทบทวนวรรณกรรมที่ระบุว่าผู้ป่วยเหล่านี้ควรได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ร้อยละ 50 และเมื่อพิจารณาเฉพาะกลุ่มที่มีความจำเป็นในการฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่นผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง (stroke) ซึ่งมีความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูฯ ร้อยละ 70 แต่ได้รับการฟื้นฟูฯ เพียงร้อยละ 10.6 ผู้ป่วยกลุ่ม spinal cord จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูฯ ร้อยละ 90 จากรหัสเหตุการณ์ได้รับการบริการฟื้นฟูฯ ต่ำกว่าร้อยละ 30 (14.5% และ 27.2%) ผู้ป่วยกลุ่ม orthopedics จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูฯ ร้อยละ 90 จากรหัสเหตุการณ์ได้รับการบริการฟื้นฟูฯ ต่ำกว่า ร้อยละ 10 ทั้งนี้ หากศึกษาในรายละเอียดของระยะเวลาในการฟื้นฟูฯ โดยพิจารณาจากวันนอนโรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วย stroke ที่ได้รับการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ มีวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยเพียง 12.5 วันเท่านั้นแตกต่างจากการศึกษาของโครงการทะเบียนโรคการฟื้นฟูผู้ป่วยหลอดเลือดสมองในประเทศไทย⁽¹⁰⁾ ซึ่งระบุว่าผู้ป่วยหลอดเลือดสมองต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเต็มที่ในโรงพยาบาลเฉลี่ย 28 วัน และหากเปรียบเทียบกับผลการวิจัยของประเทศแคนาดาซึ่งพบว่าในการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมองวันนอน ร้อยละ 27 เป็นช่วงระยะเฉียบพลัน อีกร้อยละ 73 เป็นช่วงระยะกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลัน⁽²⁷⁾ จากการศึกษาในผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลเพียง 12.5 วัน ซึ่งผู้ป่วยมีโอกาที่จะได้รับ

บริการฟื้นฟูสมรรถภาพในโรงพยาบาลขณะเป็นผู้ป่วยในไม่เกิน 9 วัน อีกทั้งโรงพยาบาลจะให้บริการเฉพาะวันจันทร์ถึงวันศุกร์คือ 5 วันทำการ ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพน้อยลงไปอีก ทั้ง ๆ ที่หากผู้ป่วยได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพตามมาตรฐานจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น^(10,28,29) และจากผลการประเมินทางเศรษฐศาสตร์ยังพบอีกว่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นบริการที่มีความคุ้มค่า⁽⁸⁾ หากพิจารณารายระดับโรงพยาบาล ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รักษาในโรงพยาบาลขนาดใหญ่จะได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพมากกว่าโรงพยาบาลขนาดเล็ก โดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งมีจำนวนโรงพยาบาลและผู้ป่วยมากที่สุดในฐานข้อมูลแต่มีผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลันไม่มากนักและได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในโรงพยาบาลน้อยที่สุด อาจเป็นเพราะ 1) ความไม่ชัดเจนเรื่องการชดเชยบริการของกองทุนต่าง ๆ สำหรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพราะการจ่ายเงินชดเชยค่าบริการสำหรับบริการผู้ป่วยในของประเทศไทยเป็นการจ่ายตาม DRG ซึ่งมุ่งเน้นไปที่การรักษาในระยะเฉียบพลันตามหลักการของ DRG โดยจ่ายเงินสำหรับผู้ป่วยในทั้งหมดในทุกระยะของการดูแลทั้งผู้ป่วยในระยะเฉียบพลัน กึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลัน แตกต่างจากต่างประเทศที่แยกวิธีการจ่ายเงินสำหรับบริการผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลันออกอย่างชัดเจน⁽³⁰⁾ เพราะวิธีการจ่ายเงินด้วย DRG เหมาะสมสำหรับการจ่ายเงินสำหรับผู้ป่วยระยะเฉียบพลันเท่านั้น⁽³¹⁾ อาจกล่าวได้ว่าวิธีการจ่ายเงินสร้างความไม่เป็นธรรมต่อหน่วยบริการและส่งผลกระทบต่อการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย เพราะหน่วยบริการที่ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพได้รับเงินค่าชดเชยน้อยมากหรือไม่ได้เลย หน่วยบริการจึงไม่ให้ความสำคัญกับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยในมากนัก จนอาจจะเลยที่จะให้บริการผู้ป่วยทั้ง ๆ ที่มีความจำเป็นต่อผู้ป่วย หรือให้บริการแต่อาจไม่เพียงพอเพราะไม่ใช่บริการที่เพิ่มรายได้ให้กับหน่วยบริการ ซึ่งผลการศึกษานี้บอกชัดว่าผู้ป่วยที่ได้รับบริการฟื้นฟู

สมรรถภาพในระยะกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลันมีสัดส่วนน้อยมาก (7.4%) 2) ความไม่พร้อมทั้งทางด้านระบบบริการ วัสดุอุปกรณ์และผู้เชี่ยวชาญด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ⁽³²⁾ ถึงแม้ว่าจำนวนนักกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลชุมชนจะมีจำนวนเพิ่มขึ้น⁽⁷⁾ อีกทั้งผู้ป่วยส่วนใหญ่มักไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ด้วยความรุนแรงของโรค ตลอดจนความพร้อมของหน่วยบริการ ซึ่งอาจถูกจำหน่ายกลับบ้านและนัดมาติดตามอาการภายหลัง โดยไม่มีการส่งต่อผู้ป่วยมาที่โรงพยาบาลชุมชนเพื่อรับการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายต่อ จึงทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะกลับไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลเดิมที่เคยรักษาในระยะเฉียบพลัน ไม่ไปรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน⁽⁸⁾ ซึ่งมีนักกายภาพบำบัดอยู่และมีความสะดวกในการเดินทางมากกว่า 3) ข้อมูลในระบบการเบิกจ่ายและการวินิจฉัยโรคหลักที่การศึกษานี้นำมากำหนดเป็นผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลันอาจคลาดเคลื่อนเพราะเป็นการวินิจฉัยโรคตั้งแต่ผู้ป่วยรับการรักษาในระยะเฉียบพลัน โดยอาจจะมียุ่ป่วยบางส่วนเท่านั้นที่จะมีอาการระยะกึ่งเฉียบพลันและส่งผลให้เกิดความพิการโดยตรง ตามกลุ่มที่เป็นสาเหตุของความพิการที่ต้องฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation Impairment Categories; RIC) เพราะหลักการของ RIC คือ Rehabilitation Etiology diagnosis ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยต้องได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ จึงอาจทำให้การคาดประมาณจำนวนผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับฟื้นฟูสมรรถภาพสูงหรือต่ำเกินจริงได้ ซึ่งต้องมีการศึกษาในเชิงลึกเกี่ยวกับการวินิจฉัยความบกพร่องของร่างกายที่ทำให้จำเป็นต้องได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ

2. งบประมาณด้านบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง การศึกษานี้ไม่ได้รวมถึงต้นทุนของบริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ส่วนหนึ่งจึงใช้ค่ารักษาจากการรายงานในฐานข้อมูลแทนค่าใช้จ่ายในการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพอันจะนำไปสู่การประมาณการ

งบประมาณได้ (ตารางที่ 5) แต่ข้อค้นพบที่ได้คือมีรายงานค่ารักษาด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง เพียงร้อยละ 4 ของค่ารักษาทั้งหมด แตกต่างจากการศึกษาของของ อภิชนา ไชวรินทร์และคณะที่พบว่าหากผู้ป่วยได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพตามความจำเป็นจะใช้งบประมาณ ร้อยละ 30 ของงบประมาณในรักษาระยะเฉียบพลัน⁽²⁶⁾ อาจเป็นผลจากวิธีการจ่ายเงินซึ่งงบประมาณในการชดเชยค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ยังแฝงอยู่กับค่าชดเชยบริการผู้ป่วยใน อาจทำให้หน่วยบริการให้บริการด้านนี้น้อย ค่ารักษาจึงน้อยตามไปด้วย แต่หากคำนวณงบประมาณจากการศึกษาของ อภิชนา ไชวรินทร์และคณะพบว่าหากร้อยละ 70 ของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเต็มทีคือ 4 สัปดาห์หลังจากพ้นระยะเฉียบพลัน (ต้นทุน 9,425 บาทต่อรายสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพ) ต้องใช้งบประมาณ 432.9 ล้านบาท โดยหากพิจารณาเปรียบเทียบการลงทุนกับความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีการศึกษาของประเทศไทยพิสูจน์แล้วว่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพจะมีความคุ้มค่าโดยใช้เงินประมาณ 60,000 บาทต่อปีคุณภาพชีวิตที่ดี⁽⁶⁾ และเมื่อเปรียบเทียบกับภาระฟื้นคืนความสามารถของร่างกาย งบประมาณด้านสุขภาพ ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและครอบครัวแล้วถือว่าผลที่ได้กลับมามากกว่าที่ลงทุน

3. ความแตกต่างของการได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในโรงพยาบาลระหว่างการมีหลักประกันสุขภาพที่แตกต่างกัน ถึงแม้ว่าการชดเชยบริการผู้ป่วยในจะใช้หลักการเดียวกันใน 2 กองทุน คือจ่ายตาม DRG แต่ยังพบความแตกต่างกันชัดเจนระหว่างการมีหลักประกันสุขภาพที่แตกต่างกัน คือ วันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ สิทธิสวัสดิการข้าราชการมีวันนอนเฉลี่ยสูงกว่าสิทธิหลักประกันสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนความแตกต่างในการบริการประชาชนที่มีสิทธิ

แตกต่างกัน อย่างไรก็ตามการศึกษานี้มีข้อจำกัด และมีรายละเอียดอื่นที่ไม่ได้มีการศึกษาในเชิงลึก เช่น รายละเอียดของวิธีจ่ายเงินถึงแม้จะใช้ DRG เหมือนกัน แต่หลักเกณฑ์การจ่ายต่างกัน ความพอใจของผู้ป่วยรวมถึงความพร้อมของญาติต่อการนอนรักษาในโรงพยาบาลของผู้มีสิทธิ 2 กลุ่ม อาจจะแตกต่างกันเป็นต้น รวมถึงเกณฑ์การจ่ายที่ต่างกันโดยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีการจ่ายเงินสำหรับบริการฟื้นฟูที่บ้าน แต่สวัสดิการข้าราชการไม่มี ดังนั้นการจำหน่ายเพื่อให้ผู้ป่วยกลับไปฟื้นฟูที่บ้านในชุมชน จึงทำให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูในโรงพยาบาลน้อยกว่าได้ ซึ่งรัฐบาลต้องให้ความสำคัญในการจัดการอย่างจริงจังเพราะประชาชนควรได้รับบริการตามความจำเป็นในโรงพยาบาลซึ่งเป็นระยะที่ช่วยให้ร่างกายของผู้ป่วยมีการฟื้นตัวต่อเนื่องจากระยะเฉียบพลันไม่ว่าจะเป็นกลุ่มใดก็ตาม ซึ่งน่าจะศึกษาสาเหตุและหาทางพัฒนาคุณภาพเพื่อปรับให้เท่าเทียมต่อไป

ข้อจำกัดของการศึกษา คือการใช้ข้อมูลในฐานข้อมูลการบริหารจัดการซึ่งไม่มีการวินิจฉัยที่บ่งชี้ถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นการเฉพาะเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยในระยะกึ่งเฉียบพลัน และเป็นฐานข้อมูลเพื่อการชดเชยบริการ ที่บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ⁽³³⁾ ไม่ใช่ตัวแปรหลักที่ทำให้หน่วยบริการได้รับงบประมาณเพิ่มขึ้นถึงแม้จะให้บริการ ตามหลักการของการจ่ายเงินด้วยระบบ DRG ซึ่งใช้รหัสหัตถการเกี่ยวกับบริการฟื้นฟูเป็นตัวแปรในการจัดกลุ่มเพียงกลุ่มเดียวจากจำนวนกลุ่มวินิจฉัยโรครวมทั้งหมด 1,920 กลุ่ม ดังนั้นการบันทึกรหัสหัตถการด้านบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของหน่วยบริการอาจไม่ครบถ้วน ไม่บันทึกหรือบันทึกไม่ถูกต้อง จึงทำให้ผลการวิจัยอาจคลาดเคลื่อนได้

สรุป

ภายใต้การจ่ายเงินที่ไม่ให้ความสำคัญกับบริการระยะกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลัน มีผู้ป่วยบางส่วนเท่านั้นที่มีรายงานว่าได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ จึง

ควรพิจารณาวิธีการจ่ายเงินที่จูงใจเพื่อให้หน่วยบริการให้บริการฟื้นฟูกับผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลันตามความจำเป็น

กิตติกรรมประกาศ

คณะวิจัยขอขอบคุณ สำนักงานกลางสารสนเทศสุขภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลในการวิจัย ขอขอบพระคุณ นายแพทย์สุชาติ สรรณสถาพร นายแพทย์ชัยโรจน์ ชิงสนธิพร นายแพทย์ชัยยศ ประสานวงศ์ นายแพทย์สุเมธี เขยประเสริฐ ที่ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการวิจัย ขอขอบคุณนายแพทย์บุญเติม ต้นสุรัตน์ นายแพทย์สาธาณสุขจังหวัดพิษณุโลกที่อนุญาตและสนับสนุนให้ผู้วิจัยหลักได้มีโอกาสทำงานในด้านวิชาการเสมอมา สุดท้ายขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวรที่ช่วยประสานงานการวิจัยจนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Bundhamcharoen K, Odton P, Phulkerd S, Tangcharoensathien V. Burden of disease in Thailand: changes in health gap between 1999 and 2004. BMC Public Health 2011;11(53):1-9.
2. Riewpaiboon W. The outcome of medical rehabilitation. Thai Rehabilitation Journal 2001;10(3):16-23.
3. Talbot LR, Viscogliosi C, Desrosiers J, Vincent C, Rousseau J, Robichaud L. Identification of rehabilitation needs after a stroke: an exploratory study. Health and Quality of Life Outcome 2004;2(53):1-9.
4. Buntin MB. Access to postacute rehabilitation. Arch Phys Med Rehabil 2007;88:1488-93.
5. Ottenbacher KJ, Graham JE. The state-of-the-science: Access to postacute care rehabilitation services. A review. Arch Phys Med Rehabil 2007;88:1513-21.
6. อรทัย เขียวเจริญ, วัชรา ริ้วไพบูลย์, ศุภสิทธิ์ พรณารุโณทัย, ลัดดาวัลย์ เรียบร้อย. สถานการณ์การดำเนินงานและการประเมินผลลัพธ์ของบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในประเทศไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2552;18(4):475-88.

7. สำนักสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคี. รายงานจำนวนนักกายภาพบำบัดของโรงพยาบาลชุมชน ปีงบประมาณ 2554: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นนทบุรี; 2554.
8. Khiaocharoen O. Classification and alternative payment method for sub-acute and non-acute inpatient services in Thailand (Thesis for the Doctor of Philosophy Degree). Health System and Policy (International program), Faculty of Medicine, Phitsanulok: Naresuan University; 2010.
9. Sritipsukho P, Riewpaiboon A, Chaiyawat P, Kulkantrakorn K. Cost-effectiveness analysis of home rehabilitation programs for Thai stroke patients. J Med Assoc Thai 2010;93 (Suppl. 7): S262-S70.
10. Kovindha A, Kuptniratsakul V, Dajpratham P, Massakulpan P, Piravej K, Archongka Y, et al. Thai stroke rehabilitation registry (TSRR). J Thai Rehabil Med 2007;17(1):31-6.
11. O'connor RJ, Cassidy EM, Delary MA. Late multidisciplinary rehabilitation in young people after stroke. Disability and Rehabilitation 2005;27(3):111-6.
12. Power M. After a stroke, ability with daily tasks of living improves after therapy based rehabilitation services. Evidence-based Healthcare 2004;8:188-9.
13. Dobkin BH. Strategies for stroke rehabilitation. The Lancet Neurology 2004;3:528-36.
14. UBFA Inc. IRF-PAI Training Manual Revised 01/16/12. 2002 [cited 2007 01 30]; Available from: <http://www.cms.hhs.gov/InpatientRehabFacPPS/irfpai-manualint.pdf>.
15. Baumer M, Schneider H, Frank B, Wallesch CW. Physicians' estimates of rehabilitation requirements after stroke and traumatic brain injury-a questionnaire survey in East Germany. Disability and Rehabilitation 2001;23(7):306-12.
16. World Health Organization. GBD 2002: DALYs by age, sex and cause for the year 2002. 2003 [cited 2008 06 01]; Available from: <http://www.who.int/healthinfo/statistics/gbdwhoregiondaly2002.xls>.
17. Payne KA, Huybrechts KF, Caro J, Green TJC, Klittich WS. Long term cost-of-illness in stroke: an international review. Pharmacoeconomics 2002;20:813-25.
18. Deutsch A, Granger CV, Heinemann AW, Fiedler RC, DeJong G, Kane RL, et al. Poststroke rehabilitation outcome and reimbursement of inpatient rehabilitation facilities and subacute rehabilitation programs. Stroke 2006;37:1477-82.
19. Hopman WM, Verner J. Quality of life during and after inpatient stroke rehabilitation. Stroke 2003;34:801-5.
20. Jorgensen HS, Nakayama H, Raaschou HO, Vive-

- Larsen J, Stoier M, Olsen TS. Outcome and time course of recovery in stroke. Part I: Outcome. The Copenhagen stroke study. *Arch Phys Med Rehabil* 1995;76:399-405.
21. Ozdemir F, Birtane M, Tabatabaei R, Kokino S, Ekuklu G. Comparing stroke rehabilitation outcomes between acute inpatient and nonintense home settings. *Arch Phys Med Rehabil* 2001;82:1375-9.
 22. Roth EJ, Heinemann AW, Lovell LL, Harvey RL, McGuire JR, Diaz S. Impairment and disability: their relation during stroke rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil* 1998;79:329-35.
 23. Sulch D, Perez I, Melbourn A, Kalra L. Randomized controlled trial of integrated(managed) care pathway for stroke rehabilitation. *Stroke* 2000;32:1929-34.
 24. Yagura H, Miyai I, Seike Y, Suzuki T, Yanagihara T. Benefit of inpatient multidisciplinary rehabilitation up to 1 year after stroke. *Arch Phys Med Rehabil* 2003;84:1687-91.
 25. Khiaocharoen O, Pannarunothai S, Riewpaiboon W. Rehabilitation services in Thailand fiscal years 2004-2006. Phitsanulok: Centre of Health Equity Monitoring, Faculty of Medicine, Narasuan University; 2007.
 26. Kuptniratsaikul V, Kovindha A, Massakulpan P, Permsirivanich W, Kuptniratsaikul PS-a. Inpatient rehabilitation services for patients after stroke in Thailand: A multi-centre study. *J Rehabil Med* 2009;41:684-6.
 27. Flintoft VF, Williams JI, Williams RC, Basinski ASH, Blackstien-Hirsch P, Naylor CD. The need for acute, subacute and nonacute care at 105 general hospital sites in Ontario. *CMAJ* 1998;158(10):1289-96.
 28. Kwakkel G, Kollen BJ, Wagenaar RC. Therapy impact on functional recovery in stroke rehabilitation. *Physiotherapy* 1999;85(7):377-91.
 29. Suputtitada A, Aksaranugraha S, Granger CV, Sankaew M. Result of stroke rehabilitation in Thailand. *Disability and rehabilitation* 2003;25(19):1140-45.
 30. Turner-Stokes L, Sutch S, Dredge R, Eagar K. International casemix and funding models: lessons for rehabilitation. *Clinical Rehabilitation* 2011;0(0):1-14.
 31. Tepper S, DeJong G, Wilkerson D, Brannon R. Criteria for selection of a payment method for inpatient medical rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil* 1995;76:349-54.
 32. กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, อรทัย เขียวเจริญ, ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย. ระบบบริการและการจ่ายเงินสำหรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ประเทศไทย. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 2553;18(1):18-32.
 33. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. Thai DRG version 4.0. 2550 [สืบค้นเมื่อ 01/12/2550]; Available from: <http://claim.nhso.go.th/>.

Abstract The Need for Rehabilitation Care of Sub-acute and Non-acute Inpatients in Thailand Orathai Khiaocharoen*, Supasit Pannarunothai**

*Division of Research Development, Phitsanulok Provincial Health Office, ** Centre for Health Equity Monitoring, Faculty of Medicine, Naresuan University

Journal of Health Science 2012; 21:761-73.

The recent casemix payment in Thailand focused on acute care that may minimize the importance of rehabilitation services to sub-acute and non-acute patients (SNAPs).

This study was aimed at determining the proportion of SNAPs to the total inpatients and examining the required budget to provide rehabilitation care in hospital for stroke patients.

Based on all patients discharges in 2009 (5,945,740 cases), a total of 3,663,773 inpatient data from 1,035 hospitals were studied after excluding patients who were less than 18 years, who died in hospital or were transferred from or to another hospital. Principal diagnoses according to the rehabilitation impairment categories (RIC) were used to estimate the size of potential SNAP. Data on rehabilitation procedure was the actual rehabilitation services provided. Data analysis used frequency, percentage, chi-square test and student's t-test.

The results showed that of all admissions, 16.6 percent were potential SNAPs according to principal diagnoses at discharge, only 7.4 percent (50,332 cases) had rehabilitation procedure. More than half of the patients, who were potential SNAP, were cardiac disorders (24.5%), pulmonary disorders (24%), and stroke (9.7%). Percentage of patients who got rehabilitation services were 41.6 for lower extremity fracture, 25.8 for other orthopedic conditions, 22.7 for Major multiple trauma (MMT), 27.6 for MMT with brain and spinal cord conditions, 17 for other MMT, 27.2 for traumatic spinal cord and 14.5 for non-traumatic spinal cord, these numbers are very low. Moreover, only 10.6 percent of all stroke patients (65,615 cases) had rehabilitation care in hospital (compared with the reportedly normative rate of 70%). With the acute casemix payment system, big hospitals in Bangkok provided the highest proportion of rehabilitation services for stroke (18.9%) with 27.2 days stayed in hospital, while only 3.1 percent of stroke patients in community hospitals got rehabilitation service with 9.7 days stayed in hospital. Patients in Civil Servant Medical Service Scheme got more rehabilitation than patients in Universal Coverage Scheme. Estimated budget of rehabilitation for 70 percent of all stroke admissions was 432.9 million Baht.

In conclusion, under the casemix payment not recognizing SNAP, only a few inpatients who needed rehabilitation services were reported to access these services. The SNAP payment should be considered to promote access to rehabilitation care in hospital.

Key words: sub-acute and non-acute, rehabilitation, casemix