

Original Article

นิพนธ์ต้นฉบับ

ระบบบริการและการจ่ายเงินสำหรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ประเทศไทย

กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ*

อรทัย เขียวเจริญ†

ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย‡

*ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

†สาขาระบบและนโยบายสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

‡ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

บทคัดย่อ

การทบทวนวรรณกรรมนี้เพื่ออธิบายภาพรวมของระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของประเทศไทย และวิธีการจ่ายเงินสำหรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของประเทศไทยและต่างประเทศ โดยเลือกศึกษาจากประเทศที่มีวิธีการจ่ายเงินอย่างเป็นระบบและมีความพร้อมของข้อมูล จำนวน 3 ประเทศ คือ สหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย และญี่ปุ่น จากงานวิจัย วิชานิพนธ์ วารสารวิชาการ และฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ผลการศึกษาพบว่า ข้อจำกัดของระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในประเทศไทย คือ ความสำคัญของการบริการน้อยกว่าบริการในระยะเฉียบพลัน ความจำกัดของจำนวนเตียง จำนวนบุคลากร ตลอดจนถึงงบประมาณและวิธีการจ่ายเงิน วิธีการจ่ายเงินสำหรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพกรณีผู้ป่วยนอก ประเทศไทยจ่ายตามบริการและเหมาจ่ายรายหัว สหรัฐอเมริกาจ่ายแบบผ่านระบบ managed care หรือ เหมาจ่ายรายหัว ออสเตรเลียใช้กลุ่มโรคร่วม AN-SNAP ญี่ปุ่นยังคงใช้ระบบจ่ายตามการบริการแบบมีเพดานกำหนด กรณีผู้ป่วยในประเทศไทยจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Group: DRG) แบบปลายปิดในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสวัสดิการข้าราชการ เหมาจ่ายรายหัวสำหรับผู้มีสิทธิประกันสังคม สหรัฐอเมริกาและออสเตรเลียพัฒนาวิธีการจ่ายตามกลุ่มโรคร่วม (casemix) คือ Casemix Group (CMG), Australian sub-acute and non-acute patient classification (AN-SNAP) และ Casemix and Rehabilitation Funding Tree (CRAFT) โดยข้อมูลในการจัดกลุ่มโรคร่วมของผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลันจะขึ้นอยู่กับกรณีวินิจฉัยโรคที่เป็นสาเหตุของกลุ่มความบกพร่อง (rehabilitation impairment category) อายุผู้ป่วย และคะแนนความสามารถในการเคลื่อนไหวและการรับรู้ ซึ่งวัดได้จากแบบประเมินความสามารถ functional independence measure (FIM) ญี่ปุ่นใช้วิธีจ่ายแบบตามจำนวนบริการ (fee-for-service) แบบมีเพดานแยกจากการจ่ายสำหรับผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน

ผลการทบทวนวรรณกรรมสามารถนำไปเป็นข้อมูลในการพัฒนาระบบบริการและวิธีการจ่ายเงินสำหรับการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของประเทศไทยต่อไป

คำสำคัญ: บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์, วิธีการจ่ายเงิน, กลุ่มโรคร่วม

บทนำ

จากวิทยาการทางการแพทย์ที่เจริญก้าวหน้าขึ้น ทำให้มนุษย์สามารถหายหรือรอดชีวิตจากโรคร้ายไข้เจ็บตลอดจนภัยอันตรายต่าง ๆ ได้มากขึ้น แต่บ่อยครั้งต้องแลกกับความบกพร่องของร่างกาย (impairment) ความไม่สามารถ (disability) และความเสียเปรียบ (handicap) ตลอดจนโรคหรือภาวะเจ็บป่วยที่ไม่หายขาดแต่สามารถควบคุมได้ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดหัวใจตีบ ภาวะหัวใจอ่อนกำลัง (heart failure) รวมถึงสภาพสังคมที่เปลี่ยนไปทำให้ชีวิตมีความเครียดมากขึ้น ทำให้มีคนที่ปัญหาทางจิตใจที่ต้องการการบำบัดรักษามากขึ้น สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดการสะสมของจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังซึ่งต้องมารับบริการทางการแพทย์อย่างสม่ำเสมอหรือจำเป็นต้องได้รับการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation) เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

กลุ่มโรคหรือความเจ็บป่วยต่าง ๆ มีระยะเวลาและเป้าหมายในการรักษาที่แตกต่างกัน โดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มเฉียบพลันที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างทันด่วนเพื่อให้หายจากโรคและอาการที่เป็นอยู่ซึ่งโดยทั่วไปมีระยะเวลาการรักษาไม่นาน และกลุ่มกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลันซึ่งต้องการการรักษาที่ต่อเนื่องยาวนาน การฟื้นฟูสมรรถภาพจัดเป็นการรักษาอย่างหนึ่งในระยะกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลันที่มีลักษณะต่อเนื่องยาวนานโดยมุ่งให้ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการมีระดับความสามารถเพิ่มขึ้นทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตและอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี⁽¹⁾ แต่อาจจะยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่ การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ นับเป็นบริการที่สำคัญของการบริการผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลัน^(2,3) ที่มีลักษณะงานแตกต่างจากบริการทั่วไป 3 ประการคือ 1) ต้องใช้แรงงานค่อนข้างมาก (labour intensive) และต้องมีบุคลากรในระดับวิชาชีพหลายสาขา เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักอรรถบำบัด นักกายอุปกรณ์ 2) ต้องใช้เวลาในการรักษาฟื้นฟูก่อน

ข้างมาก เพราะกินเวลาในการดูแลทั้งสภาพร่างกาย และจิตใจของผู้ป่วย และ 3) ต้องดูแลให้ผู้ป่วยหรือผู้พิการสามารถกลับไปดำรงตนในสังคมได้ (social reintegration)

องค์การอนามัยโลก ได้บรรจุให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ เป็น 1 ใน 5 สาขาใหญ่ของระบบบริการสุขภาพกว่า 40 ปีมาแล้ว⁽⁴⁾ ปัจจุบันความต้องการการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์มีขึ้นเรื่อย ๆ ในประเทศที่พัฒนาแล้วมีการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นการบริการผู้ป่วยที่นอกเหนือจากการรักษาโรคทั่วไป และจัดให้มีสถานพยาบาลหรือหอผู้ป่วยแยกจากผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน รวมไปถึงมีวิธีการจ่ายเงินที่แตกต่างและพัฒนาวิธีการวัดหรือประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของบุคคล (functional assessment) เพื่อนำมาประเมินผลลัพธ์การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ผลประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของบุคคลนอกจากจะเป็นตัวแปรสำคัญที่จะบอกถึงความสามารถของบุคคลในการพึ่งพาตนเองหลังจากได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพแล้ว ยังบอกถึงคุณภาพบริการตลอดจนสามารถวัดความรุนแรงของความพิการ ขนาดการใช้ทรัพยากรเพื่อใช้ในการจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลและผู้ให้บริการได้อีกด้วย^(2,5-8) ต่างจากระบบของประเทศไทยที่ยังคงวิธีการจ่ายเงินให้กับผู้ให้บริการเช่นเดียวกับบริการผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน

เป็นที่ทราบกันดีว่าวิธีการจ่ายเงินให้กับผู้ให้บริการมีความสำคัญอย่างมากในระบบการคลังสาธารณสุข เพราะจะมีผลอย่างมากต่อพฤติกรรมกรให้บริการ ทั้งยังเป็นกลไกในการสร้างความเท่าเทียมให้เกิดขึ้น⁽⁹⁾ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายภาพรวมของระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของประเทศไทยและทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศด้านวิธีการจ่ายเงินสำหรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ โดยเลือกศึกษาจากประเทศที่มีวิธีการจ่ายเงินอย่างเป็นระบบและมีความพร้อมของข้อมูล จำนวน 3 ประเทศ คือ สหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย

และญี่ปุ่น จากงานวิจัย วิทยานิพนธ์ วารสารวิชาการ และฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (electronic databases) ได้แก่ ฐานข้อมูล Science Direct, CINAHL, Springerlink และ EBSCO Host ที่ตีพิมพ์ผลงานเป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษใน พุทธศักราช 2538-2549 และสามารถเข้าถึงข้อมูลฉบับเต็มในมหาวิทยาลัยได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายเพิ่ม คำสำคัญในการสืบค้น ได้แก่ sub-acute and non- acute care, subacute care, non acute care, post-acute, rehabilitation, casemix, payment method, payment mechanism

ระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในประเทศไทย

ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยเป็นระบบผสมผสานระหว่างภาครัฐที่เป็นผู้จัดบริการหลักของระบบ และภาคเอกชนทั้งที่แสวงหากำไรและไม่แสวงหากำไร (Pluralistic Health Service System) บริการสุขภาพส่วนใหญ่จะดำเนินการโดยภาครัฐ โดยเฉพาะในเขตชนบทที่มีประชาชนมากกว่า 2 ใน 3 อาศัยอยู่ โดยกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบหลักของงานบริการสุขภาพของประเทศไทยเพื่อให้คนไทยมีสุขภาพดี ทั้งงานบริการรักษาพยาบาล งานส่งเสริมสุขภาพ งานป้องกันโรค และงานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ หน่วยบริการในประเทศมีทั้งหน่วยบริการภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงอื่น ๆ เช่น กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงกลาโหม กระทรวงมหาดไทย รวมถึงภาคเอกชน จากข้อมูลล่าสุดพบว่า ประเทศไทยมีโรงเรียนแพทย์ 9 แห่ง โรงพยาบาลศูนย์ 25 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 99 แห่ง โรงพยาบาลเฉพาะทาง 60 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 735 แห่ง โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม 57 แห่ง โรงพยาบาลเอกชน 346 แห่ง รวมทั้งสิ้น 135,334 เตียง แบ่งเป็นภาครัฐ 106,837 เตียง เอกชน 34,863 เตียง และยังมีศูนย์สุขภาพชุมชนหรือสถานีนอนามัยในระดับตำบล 9,825 แห่ง คลินิกเอกชน 14,953 แห่ง ร้านขายยา

14,984 แห่ง^(10,11)

บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ประเทศไทยเริ่มดำเนินการอย่างจริงจังตั้งแต่ปี 2518 โดยเริ่มมีโครงการฟื้นฟูผู้ทุพพลภาพปรากฏในนโยบายรัฐบาลด้านสาธารณสุขในปี 2523 มีการจัดตั้งหน่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟูขึ้นในโรงพยาบาลระดับจังหวัดในแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 4 (2520-2524) และจัดให้งานฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของการให้บริการทางการแพทย์ มีหน่วยบริการเฉพาะทาง ได้แก่ กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟูซึ่งประกอบด้วยงานกายภาพบำบัด งานกิจกรรมบำบัดหรืออาชีพบำบัด และงานกายอุปกรณ์ ในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ตามแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 6 (2530-2534) ตลอดจนจัดตั้งศูนย์ลีนินเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติให้บริการด้านฟื้นฟูสมรรถภาพและด้านวิชาการเป็นหลักในปี 2536 ปัจจุบันโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่ง และโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 20⁽¹²⁾ มีกลุ่มงานที่รับผิดชอบงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู ให้บริการทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ส่วนใหญ่มุ่งเน้นบริการในสถานพยาบาล ผู้ป่วยในมักเป็นการให้บริการร่วมกับการรักษา การพิจารณาให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการจำหน่ายผู้ป่วยขึ้นอยู่กับแพทย์ที่ตรวจรักษาผู้ป่วยในระยะเฉียบพลันทั้งหมด ซึ่งบ่อยครั้งไม่สามารถให้การฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเต็มที่ แต่มีโรงพยาบาลจำนวนหนึ่งที่แยกหอผู้ป่วยและจัดตั้งหอผู้ป่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟูในโรงพยาบาลของรัฐจำนวน 9 แห่ง (รวมโรงพยาบาลที่ให้บริการเป็นการเฉพาะทาง 2 แห่ง) รวมประเทศไทยมีเตียงสำหรับบริการด้านนี้ทั้งหมด 297 เตียง คิดเป็นร้อยละ 0.3 ของจำนวนเตียงทั้งหมดในสถานพยาบาลของรัฐทั่วประเทศ⁽¹³⁾ ทั้งที่แผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 7 ตั้งเป้าหมายไว้ 17 แห่ง⁽¹⁴⁾

ด้านกำลังคน การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์เป็นบริการที่ต้องผสมผสานองค์ความรู้จากสห-

สาขาวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วย 3 วิชาชีพที่สำคัญคือ แพทย์ เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด และนักกิจกรรมบำบัด จากข้อมูลล่าสุดพบว่า ถึงแม้ว่าปัจจุบันบุคลากรดังกล่าวมีจำนวนเพิ่มขึ้น แต่ยังคงขาดแคลนอย่างมาก โดยอัตราส่วนของนักกายภาพบำบัดต่อประชากรในปี 2534 เป็น 1:128,494 (443 คน) ปี 2544 เป็น 1:53856 (1,137 คน) ปี 2546 เป็น 1:40,831 (1,566 คน) ในขณะที่ประเทศไทยต้องการนักกายภาพบำบัดสูงถึง 7,036-17,150 คน หรือ 1: 3,790-9,238 แต่ปัจจุบันสามารถผลิตนักกายภาพบำบัดได้เพียงปีละ 500 คน (ภาครัฐ 7 แห่ง ภาคเอกชน 2 แห่ง) เมื่อศึกษาการกระจายตัวของนักกายภาพบำบัด พบว่า นักกายภาพบำบัดปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลรัฐร้อยละ 55.6 ภาคเอกชน ร้อยละ 27.3 อื่น ๆ ร้อยละ 17.1 ในภาครัฐจะปฏิบัติงานในโรงพยาบาลขนาดใหญ่หรือโรงพยาบาลจังหวัดเป็นส่วนใหญ่⁽¹²⁾ สำหรับนักกิจกรรมบำบัด ในปี 2540 มีนักกิจกรรมบำบัดทั่วประเทศ 182 คน⁽¹⁵⁾ และจากการสำรวจล่าสุดในเดือนมกราคม 2550 พบมีนักกิจกรรมบำบัดทั้งสิ้น 455 คน⁽¹⁶⁾ แต่ประเทศไทยมีความต้องการนักกิจกรรมบำบัด 1,839-3,558 คน และต้องการให้มีอัตราส่วนนักกิจกรรมบำบัดต่อประชากรเป็น 1:40,000 คน⁽¹⁵⁾ บุคลากรที่สำคัญอีกสาขาหนึ่งคือ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู จากข้อมูลการสำรวจของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุขปี 2548 ประเทศไทยมีแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูทั้งสิ้น 198 คน กระจายตัวอยู่ในโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป เป็นส่วนใหญ่ และข้อมูลล่าสุดจากการสำรวจของราชวิทยาลัยเวชศาสตร์ฟื้นฟู มีจำนวนแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู ในปี 2550 จำนวน 281 คน⁽¹⁷⁾ หากเทียบกับจำนวนประชากร อัตราส่วนแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูต่อประชากร เท่ากับ 1: 231,317 คน ชัดแย้งกับความต้องการที่เพิ่มขึ้นจากการที่ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น สัดส่วนของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ในขณะที่อัตราเกิด อัตราตายลดลง⁽¹⁸⁾ ในขณะที่โรงเรียนแพทย์ผลิตแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูได้ไม่

เกิน 20 คนต่อปี⁽¹⁹⁾

นอกจากความจำกัดด้านสถานบริการและบุคลากรแล้ว งบประมาณและวิธีการจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลและผู้ให้บริการเป็นปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งที่ทำให้การบริการด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูของประเทศไทยมีความสำคัญด้อยลงไป โดยงบประมาณสำหรับการนี้ของกระทรวงสาธารณสุขก่อนการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นจัดสรรให้กระทรวงสาธารณสุข โดยมีกรมการแพทย์เป็นผู้บริหารจัดการหลัก จากข้อมูลงบประมาณของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์พบว่า เดิมงบประมาณสำหรับฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์อยู่ในงบประมาณของส่วนการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย ตั้งแต่ปี 2542 มีการแยกงบประมาณออกมาชัดเจนแต่มีสัดส่วนน้อยมากเมื่อเทียบกับงบประมาณทั้งหมดของกระทรวงสาธารณสุข และลดลงเป็นลำดับ โดยปีงบประมาณ 2542 แผนงานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยและผู้พิการได้รับงบประมาณ 100.9 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 0.18 ของงบประมาณทั้งหมดของกระทรวงสาธารณสุข (57,145 ล้านบาท) ปีงบประมาณ 2543 มีงบประมาณสำหรับแผนงานนี้จำนวน 83.3 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 0.14 ของงบประมาณทั้งหมดของกระทรวงสาธารณสุข (58,426 ล้านบาท) ปีงบประมาณ 2544 มีงบประมาณจำนวน 79.1 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 0.13 ของงบประมาณทั้งหมดของกระทรวงสาธารณสุข (58,695 ล้านบาท)⁽²⁰⁾ หลังจากการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี 2545 งบประมาณสำหรับแผนงานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยและผู้พิการ รวมอยู่ในงบประมาณเหมาจ่ายรายหัว จึงไม่สามารถระบุจำนวนงบประมาณที่แน่นอนได้ เพราะจากการคำนวณไม่มีการระบุถึงต้นทุนในการบริการด้านฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย แต่เหมารวมในงบประมาณสำหรับรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยงบประมาณสำหรับผู้ป่วยนอกจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวและผู้ป่วยในจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม Diagnosis Related Group (DRG)⁽²¹⁾

ในปีงบประมาณ 2546 มีงบประมาณสำหรับผู้พิการแยกออกมาต่างหากสำหรับบริการผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนคนพิการในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (รหัส ท.74) จำนวน 4 บาทต่อหัวประชากร โดยในปี 2546 ได้รับงบประมาณรวม 118 ล้านบาท และเพิ่มขึ้นเป็น 195 ล้านบาทในปี 2550⁽²²⁻²⁴⁾ สำหรับชดเชยค่าบริการฟื้นฟูและกายอุปกรณ์ (โดยหน่วยบริการเรียกเก็บจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) การตรวจประเมิน/จดทะเบียนคนพิการ พัฒนารูปแบบบริการในหน่วยบริการ พัฒนาศักยภาพคนพิการและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง⁽²⁵⁾ (ตารางที่ 1) นอกจากนั้นพบว่าไม่มีงบประมาณสำหรับบริการผู้ป่วยที่ต้องการการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อป้องกันและลดความพิการอย่างชัดเจน กล่าวคือ รวมอยู่ในงบประมาณสำหรับรักษาพยาบาลผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน ถึงแม้ว่าจะเพิ่มงบประมาณส่วนผู้พิการเข้ามาในงบประมาณเหมาจ่ายรายหัว แต่งบประมาณส่วนนี้ได้รับการจัดสรรแบบคงที่คือ 4 บาทต่อหัวมาตลอดตั้งแต่ปีงบประมาณ 2546-2550 มีสัดส่วนไม่ถึงร้อยละ 1 ของงบเหมาจ่ายรายหัว และใช้ได้เฉพาะผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนผู้พิการเท่านั้น

วิธีการจ่ายเงินสำหรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์

มาตรการทางการเงินสามารถใช้ในการสร้างแรงจูงใจทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ ซึ่งโดยทั่วไปจะใช้วิธีการจ่ายเงินให้ผู้ให้บริการเป็นหลักเพราะมีประสิทธิภาพมากกว่า⁽²⁶⁾ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าให้ความสำคัญกับวิธีการจ่ายสำหรับผู้ป่วยในเป็นส่วนใหญ่ ทั้งนี้เพราะควรรักษาต่อเนื่องจากระยะเฉียบพลันในระบบผู้ป่วยใน การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของประเทศไทยส่วนใหญ่อยู่ในโรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป จัดเป็นบริการระดับตติยภูมิ (tertiary care) ซึ่งมักมุ่งให้บริการโรคในกลุ่มเฉียบพลันมากกว่า ส่วนงานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพจะเป็นงานเสริมหรืออาจมองว่าไม่จำเป็นและมีระยะเวลาการครองเตียงที่นานโดยไม่ได้มูลค่าเพิ่มในการเรียกเก็บค่าบริการแบบ DRG การศึกษาวิธีการจ่ายค่าบริการทางเวชกรรมฟื้นฟูแบบผู้ป่วยในจึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นสำหรับประเทศไทยวิธีจ่ายเงินสำหรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แบบผู้ป่วยนอกเป็นการจ่ายตามบริการและเหมาจ่ายรายหัว แต่ในกรณีผู้ป่วยใน

ตารางที่ 1 งบประมาณและการจัดสรรงบประมาณบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ พ.ศ. 2546-2550

รายการ	งบประมาณ(ล้านบาท)			
	2546 (%)	2548 (%)	2549 (%)	2550 (%)
ชดเชยค่าบริการฟื้นฟูและกายอุปกรณ์	53.0 (45)	110.4 (59)	114.0 (60)	97.5 (50)
กายอุปกรณ์และเครื่องช่วยโดยศูนย์สิทธิบัตร	-	26.2 (14)	-	-
ตรวจประเมิน/จดทะเบียนคนพิการ	-	30.0 (16)	19.0 (10)	9.8 (5)
พัฒนารูปแบบบริการในหน่วยบริการ	-	10.0 (5)	38.0 (20)	68.2 (35)
พัฒนาศักยภาพคนพิการและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง	-	11.4 (6)	20.0 (10)	19.5 (10)
รอกการส่งจ่าย	65.0 (55)	-	-	-
รวม	118 (100)	188 (100)	191 (100)	195 (100)

สถานพยาบาลจะได้รับงบประมาณตามกลุ่มวินิจฉัยโรค รวมแบบปลายปิด ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ครอบคลุมประชากรส่วนใหญ่ของประเทศ เริ่มใช้ตั้งแต่ปี 2545 และสวัสดิการข้าราชการ เริ่มใช้ปี 2550 และเหมาจ่ายรายหัวสำหรับผู้มีสิทธิประกันสังคม

การจ่ายเงินตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมของประเทศ ไทยนั้น เป็นการจ่ายเงินสำหรับผู้ป่วยในทั้งหมดในทุกระยะของการดูแลทั้งผู้ป่วยในระยะเฉียบพลัน กึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลัน ทั้งที่ธรรมชาติของโรคและเป้าหมายในการรักษามีความแตกต่างกัน และกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมเหมาะสำหรับการจ่ายเงินสำหรับผู้ป่วยระยะเฉียบพลันเท่านั้น^(2,27-28) นอกจากนี้วิธีการจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลมีการกล่าวถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพน้อยมาก โดยเฉพาะวิธีการจ่ายเงินตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมสำหรับผู้ป่วยใน มีกลุ่มโรคร่วมที่อ้างถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพเพียง 1 กลุ่ม จาก 1,920 กลุ่มใน Thai DRG version 4⁽²⁹⁾ ในขณะที่บริการฟื้นฟูสมรรถภาพครอบคลุมระบบอวัยวะที่สำคัญจำนวนมาก เช่น ระบบประสาท ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบหายใจ ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ตลอดจนการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุต่าง ๆ

ในต่างประเทศวิธีการจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลสำหรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพกรณีผู้ป่วยนอก สหรัฐอเมริกาใช้วิธีการจ่ายเงินแบบผ่านระบบ managed care หรือ เหมาจ่ายรายหัว⁽³⁰⁾ พบงานวิจัยที่กล่าวถึงการพัฒนากลุ่มโรคร่วมสำหรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยนอกแต่เป็นเพียงการศึกษาวิจัยเท่านั้นยังไม่มีให้นำมาใช้จริงในระบบสุขภาพ⁽³¹⁾ ออสเตรเลียใช้กลุ่มโรคร่วม AN-SNAP ซึ่งแบ่งออกเป็นการจัดกลุ่มโรคร่วมสำหรับบริการแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ญี่ปุ่นยังคงใช้ระบบจ่ายตามการบริการแบบมีเพดานกำหนดสำหรับประเทศไทย การจ่ายเงินสำหรับบริการผู้ป่วยนอกยังรวมอยู่ในระบบเหมาจ่ายรายหัวสำหรับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและประกันสังคม ส่วนสวัสดิการข้าราชการยังคงจ่ายตามการบริการแบบมี

เพดานกำหนด

วิธีการจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลกรณีผู้ป่วยใน แบ่งออกเป็น 7 รูปแบบ⁽³²⁾ ประกอบด้วย 1) จ่ายย้อนหลังตามต้นทุนที่เกิดขึ้น (cost-based retrospective reimbursement) 2) จ่ายล่วงหน้าโดยอิงค่าใช้จ่ายต่อวันนอนหรือต่อการบริการ (per diem arrangements) 3) จ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG-based prospective payment) 4) จ่ายค่าบริการล่วงหน้าโดยอิงกลุ่มการวินิจฉัยโรคร่วมที่ปรับด้วยค่าความรุนแรงของการป่วย (severity-adjusted DRG-based prospective payment system) 5) จ่ายค่าบริการล่วงหน้าโดยอิงสภาพการทำงานที่ (functional status-based payment) 6) จ่ายล่วงหน้าแบบเหมาจ่ายต่อหัว (capitation) และ 7) จ่ายย้อนหลังตามการบริการและตามข้อตกลงของการประกันสุขภาพระหว่างผู้จ่ายเงิน สถานพยาบาล และผู้ลงทะเบียนประกัน (ผู้ป่วย) โดยมักมีหน่วยงานเป็นตัวกลางในการบริหารจัดการ (preferred provider arrangements) จากการศึกษาแบบการจ่ายเงินของ Batavia⁽³²⁾ พบว่าการจ่ายเงินโดยใช้รูปแบบการจ่ายเงินแบบตกลงราคาล่วงหน้า (function-based prospective payment model) มีความเหมาะสมมากที่สุด ผลการศึกษาของ Tepper ในปี 2538⁽⁸⁾ พบว่า ผลลัพธ์จากการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยการประเมินความสามารถในการทำหน้าที่เป็นเกณฑ์มีความสำคัญมากที่สุดในการประเมินนโยบายการจ่ายเงิน ซึ่งในระยะแรกประเทศพัฒนาแล้วเกือบทุกประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย ใช้วิธีการจ่ายเงินแบบจ่ายย้อนหลังตามจำนวนบริการ (retrospective based on fee-for-service) แต่พบว่ามีการจ่ายเพิ่มขึ้นอย่างมาก อีกทั้งการจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลที่ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่แตกต่างจากผู้ป่วยในระยะเฉียบพลันส่งผลให้เกิดการถ่ายเทผู้ป่วยมาสู่สถานพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นจำนวนมากเพื่อให้ได้รับเงินมากขึ้น จึงต้องปรับเปลี่ยนวิธีการจ่ายเงินเป็นแบบตกลงราคาล่วงหน้าตามกลุ่มโรคร่วม โดยอิงระดับความสามารถใน

การทำหน้าที่เพื่อลดค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นและประเมินผลลัพธ์ของการบริการ⁽³³⁻³⁵⁾

การศึกษานี้มีขอบเขตครอบคลุมวิธีการจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลที่ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ใน 3 ประเทศซึ่งเป็นต้นแบบของการพัฒนาวิธีการจ่ายเงินสำหรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์เพื่อเป็นแนวทางสำหรับประเทศไทยในการพัฒนาวิธีการจ่ายเงินให้สอดคล้องกับบริบทของประเทศไทยต่อไป

ผลการศึกษา

สหรัฐอเมริกา เดิมสวัสดิการรักษายาบาลผู้สูงอายุ (Medicare) ของสหรัฐอเมริกาจ่ายเงินสำหรับบริการเวชศาสตร์ฟื้นฟูด้วยวิธีการจ่ายตามปริมาณบริการ (fee-for-service) ต่างจากงานบริการผู้ป่วยในระยะเฉียบพลันที่ใช้การจ่ายเงินตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) แต่พบว่ามีเงินจ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลันเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าจาก 1.9 พันล้านเหรียญสหรัฐเป็น 3.9 พันล้านเหรียญสหรัฐระหว่างปี 2533 และ 2537⁽³³⁾ จำนวนโรงพยาบาลและสถานพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลันเพิ่มขึ้น 6 เท่าภายใน 19 ปี ช่วง พ.ศ. 2527-2546^(33,35) ด้วยเหตุนี้สหรัฐอเมริกาจึงได้นำแนวคิดการจัดกลุ่มโรคร่วม (casemix system) สำหรับบริการระยะกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลันมาใช้เพื่อการจ่ายเงินและลดต้นทุนที่เพิ่มขึ้น โดยเริ่มจากการวิจัย และนำมาใช้จริงในการจ่ายเงินล่วงหน้า (prospective payment method) ตามกลุ่มโรคร่วมของผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพ ใน พ.ศ. 2545⁽³⁶⁾ จนกระทั่งปัจจุบันมีการใช้กลุ่มโรคร่วมสำหรับบริการระยะกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลันกันอย่างแพร่หลายในหลายประเทศ เช่น ออสเตรเลีย ญี่ปุ่น อังกฤษ สวีเดน แคนาดา ฝรั่งเศส

ความจำเป็นในการพัฒนากลุ่มโรคร่วม สำหรับบริการระยะกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลันหรือบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ขึ้นใหม่ให้แตกต่างจาก DRG เกิดจากความแตกต่างของลักษณะโรค ผู้ป่วย

หรือผู้รับบริการ วัตถุประสงค์ของการให้บริการ ทำให้มีตัวแปรในการจัดกลุ่มที่แตกต่างกัน คือ การจัดกลุ่ม DRG มีตัวแปรสำคัญ คือ การวินิจฉัยโรค การผ่าตัด และวันนอนเป็นตัวรับค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ แต่การจัดกลุ่มโรคร่วมของผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลันจะขึ้นอยู่กับอาการวินิจฉัยโรคที่เป็นสาเหตุของกลุ่มความพิการที่ต้องฟื้นฟูสภาพ (rehabilitation impairment category) อายุของผู้ป่วย และคะแนนความสามารถในการเคลื่อนไหวและการรับรู้ ที่วัดได้จากแบบประเมินความสามารถซึ่งสามารถทำนายขนาดการใช้ทรัพยากรในการรักษายาบาลได้ดีกว่า สำหรับ DRG ขนาดการใช้ทรัพยากรจะขึ้นอยู่กับการรักษาในครั้งนั้นตั้งแต่เริ่มนอนจนกระทั่งกลับบ้านและใช้เวลาในการรักษาไม่มากนัก แต่ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์มีความต้องการบริการอย่างต่อเนื่องหลังจากอาการของโรคผ่านพ้นภาวะวิกฤติในโรงพยาบาล จนกระทั่งกลับบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยฟื้นคืนความสามารถสามารถดำรงชีวิตและอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการฟื้นฟูและต่อเนื่องจากความแตกต่างนี้ทำให้ตัวแปรที่ใช้อธิบายขนาดการใช้ทรัพยากรมีความแตกต่างจากการจัดกลุ่มโรคร่วมสำหรับผู้ป่วยในระยะเฉียบพลัน⁽²⁾ ด้วยเหตุนี้ Health Care Financing Administration ปัจจุบันเปลี่ยนชื่อเป็น Centers for Medicare & Medicaid Services ซึ่งรับผิดชอบสวัสดิการผู้สูงอายุจึงเริ่มพัฒนาการจัดกลุ่มโรคที่มีความเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์เพื่อใช้ในการจ่ายเงินและควบคุมต้นทุนขึ้นในปี 2540 และเริ่มใช้จ่ายเงินแบบตกลงราคาล่วงหน้ารายวันนอนตามกลุ่มโรคร่วมที่พัฒนาขึ้นมาใหม่เป็นครั้งแรก ชื่อ Resource Utilization Group (RUG) ในปี 2541 กลุ่มโรคร่วม RUG ประกอบด้วย 44 กลุ่ม ใน 7 ประเด็น คือ การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งรวมถึงการบริการกายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัดและอรรถบำบัด (physical, occupation, or speech therapy) การบริการต่อเนื่อง (extensive services) การบริการจำเพาะ

ลักษณะทางคลินิกที่ซับซ้อน ความบกพร่องทางการรับรู้ ปัญหาพฤติกรรม และการลดลงของการทำหน้าที่⁽³⁷⁾ ตัวแปรสำคัญในการจัดกลุ่มคือ ระดับความเข้มข้นในการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (activities daily living) การจ่ายเงินตาม RUG นี้ใช้จ่ายให้กับสถานพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพ (Skilled Nursing Facility; SNF) การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ และอื่น ๆ เป็นรายวัน นอนตั้งแต่วันแรกที่นอนโรงพยาบาลจนถึง 100 วัน โดยครอบคลุมต้นทุนทั้งหมด ทั้งต้นทุนการรักษาพยาบาล ต้นทุนลงทุน แต่สำหรับค่าใช้จ่ายสูงบางรายการแยกจ่ายต่างหาก หลังจากใช้การจ่ายเงินตาม RUG พบว่า RUG สามารถจูงใจให้สถานพยาบาลมีประสิทธิภาพมากขึ้น ลดจำนวนการใช้อุปกรณ์ราคาแพง แต่กระตุ้นให้สถานพยาบาลให้ผู้ป่วยนอนนานขึ้นเพื่อให้ได้การชดเชยมากขึ้น ลดการรักษาโดยการฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีค่าใช้จ่ายสูง⁽³⁸⁻⁴¹⁾ ปัจจุบันมีการใช้กลุ่มโรคร่วม RUG ในการจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุ (nursing home) สถานพยาบาลพักฟื้นอย่างแพร่หลายทั้งในอเมริกา ออสเตรเลีย รวมถึงประเทศในเอเชีย เช่น ญี่ปุ่น ต่อมาได้มีการพัฒนากลุ่มโรคร่วม และศึกษาวิจัยเพื่อจัดกลุ่มโรคให้แม่นยำ ถูกต้องตามหลักทางคลินิก และขนาดการใช้ทรัพยากร ได้แก่ Function Related Group (FRG), Functional Independence Measure-Function Related Group (FIM-FRG) Casemix Group (CMG) ปัจจุบันกลุ่มโรคร่วมที่ใช้ในการจ่ายเงินสำหรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยใน คือ CMG แต่ใช้ชื่ออย่างเป็นทางการว่า IRF-PAI (Inpatient Rehabilitation Facility-Patient Assessment Instrument)⁽⁴²⁻⁴⁴⁾ โดยมีตัวแปรสำคัญในการจัดกลุ่มคือ กลุ่มความบกพร่องที่ต้องฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation Impairment Category; RIC) อายุผู้ป่วย คะแนนการทำงานของร่างกายด้านการเคลื่อนไหวและการรับรู้ (motor score and cognitive score) ที่วัดด้วยแบบประเมิน Functional Independence Measure (FIM) และโรคที่เป็นร่วม

(comorbidity) (ตารางที่ 2) การจ่ายเงินด้วยวิธีตกลงราคาล่วงหน้าตามกลุ่มโรคร่วมสำหรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์เริ่มใช้ในสถานพยาบาลที่ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยในในประเทศสหรัฐอเมริกาในปี 2545 อัตราการชดเชยจ่ายให้สถานพยาบาลตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (relative weight) คูณด้วยค่าเฉลี่ยค่าใช้จ่าย คือ 1 RW เท่ากับ 11,838 เหรียญสหรัฐ แต่มีการปรับค่าตามตัวแปรที่กำหนดคือ เขตที่ตั้งของสถานพยาบาล (weight rates in its region) สัดส่วนผู้ป่วยที่มีรายได้น้อย (percentage of low-income patients) เขตชนบท (rural adjustment) และบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง (high-cost outlier payments)⁽³⁴⁾ ข้อดีของการจ่ายเงินด้วยวิธีตกลงราคาล่วงหน้าตามกลุ่มโรคร่วมสำหรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ คือ ลดความเสี่ยงของกองทุนผู้จ่ายเงินและผู้ให้บริการ กระตุ้นให้เกิดการเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการบริการ รวมถึงสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายในภาพรวมได้ดี^(35,45) แต่อาจส่งผลให้สถานพยาบาลลดจำนวนวันนอนลงหรือลดการใช้ทรัพยากรที่มีราคาแพงเพื่อพยุงสถานะทางการเงินของตนเอง และเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ⁽³³⁾ ซึ่งในกรณีลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลอาจมองได้ 2 มุม คือ สถานพยาบาลอาจฟื้นฟูให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้เร็วขึ้น หรือริบจำหน่ายให้ผู้ป่วยกลับบ้านทั้ง ๆ ที่ยังมีความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูต่อแต่มีค่าใช้จ่ายเกินกว่าที่โรงพยาบาลจะได้รับชดเชย จึงให้ผู้ป่วยกลับบ้านไปก่อนเพื่อลดต้นทุน ในทางตรงกันข้ามการจ่ายเงินแบบตกลงราคาล่วงหน้าแบบตายตัวนี้อาจส่งผลกระทบต่อสถานพยาบาลและผู้ป่วยได้ เช่น ได้รับเงินชดเชยน้อยกว่าต้นทุน โรงพยาบาล อาจเลือกบริการเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการไม่มากนักและได้รับเงินชดเชยมากกว่าต้นทุน ถ้าผู้ป่วยมีอาการหนักต้องใช้ต้นทุนมากก็จะไม่รับหรือริบจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านทั้ง ๆ ที่คะแนนความสามารถยังไม่ดีหรือยังไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามเป้าหมายของการฟื้นฟู^(35,46)

ออสเตรเลีย เนื่องจากออสเตรเลียมีวิธีการจ่ายเงินสำหรับสถานพยาบาลในแต่ละรัฐแตกต่างกัน⁽⁴⁷⁾ การศึกษานี้จึงนำเสนอรูปแบบใน 2 รัฐที่สำคัญ คือ นิวเซาท์-เวลส์และวิกตอเรีย

ในรัฐนิวเซาท์เวลส์ การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพจัดเป็น 1 ใน 5 องค์ประกอบของการบริการในระยะกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลัน โดยการบริการในระยะนี้แบ่งเป็น การรักษาแบบประคับประคอง (palliative care) การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ การบริการจิตเวชผู้สูงอายุ (psychogeriatrics) การประเมินสภาพและดูแลผู้สูงอายุ (geriatric evaluation and management) และการดูแลเพื่อคงสภาพ (maintenance care) การจ่ายเงินสำหรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพแต่เดิมเป็นแบบจ่ายตามรายการ ตั้งแต่ปี 2540 รัฐนิวเซาท์เวลส์เริ่มนำระบบแบ่งกลุ่มผู้ป่วยมาใช้ในการจ่ายเงินเพื่อเป้าหมาย ความเป็นธรรมและประสิทธิภาพ โดยพัฒนากลุ่มโรคร่วมสำหรับบริการผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลันชื่อว่า Australian National Sub-acute and Non-acute Patient (AN-SNAP) ตัวแปรสำคัญในการจัดกลุ่มของ AN-SNAP จำแนกตามบริการ 5 กลุ่ม⁽²⁷⁾ คือ ตัวแปรในการจัดกลุ่มการดูแลระดับประคอง ได้แก่ คะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันเมื่อแรกรับและจำหน่าย ระยะเวลาของการดูแลระดับประคอง ความรุนแรงของปัญหา ตัวแปรในการจัดกลุ่มการฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้แก่ คะแนนความสามารถในการทำหน้าที่และคะแนนความสามารถในการรับรู้ เมื่อแรกรับและจำหน่าย (FIM score) รหัสความบกพร่อง คะแนนพฤติกรรม อายุผู้ป่วย ตัวแปรในการจัดกลุ่มบริการจิตเวชผู้สูงอายุ ได้แก่ คะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันเมื่อแรกรับและจำหน่าย psychogeriatric phase การวินิจฉัย ความบกพร่องของร่างกายในระยะเริ่มแรก คะแนนพฤติกรรม การทดสอบความสามารถในการรับรู้ (mini mental state examination) และความผิดปกติทางจิตประเมินโดยเครื่องมือ Health of the Nation

Outcome Scale (HoNOS) ตัวแปรในการจัดกลุ่มการประเมินสภาพผู้สูงอายุและการจัดการ ได้แก่ คะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ เมื่อแรกรับและจำหน่าย รหัสความบกพร่อง คะแนนพฤติกรรม คะแนนความสามารถในการรับรู้ ตัวแปรในการจัดกลุ่มการดูแลเพื่อคงสภาพ ได้แก่ คะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันเมื่อแรกรับและจำหน่าย ชนิดการดูแลเพื่อคงสภาพ (type of maintenance care) การวินิจฉัย คะแนนพฤติกรรม การทดสอบความสามารถในการรับรู้ ซึ่งมีจำนวนกลุ่มรวมทั้งสิ้น 134 กลุ่มใน AN-SNAP version 1 และเริ่มใช้จริงในปี 2541 ระบบการจ่ายเงินจะแบ่งออกเป็น 3 วิธี คือ จ่ายตามกลุ่มโรคร่วม (per episode based on casemix classification) จ่ายตามกลุ่มโรคร่วมปรับค่าตามจำนวนวันนอน (per episodes with an atypically long or short length of stay) และจ่ายตามวันนอนในกรณีที่ไม่สามารถจัดกลุ่มได้และบริการที่มีต้นทุนน้อย ออสเตรเลียได้พัฒนาฐานข้อมูลเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลในการจัดกลุ่มโรคทั้งข้อมูลบริการคือ SNAPshot และข้อมูลการเงิน คือ Program and Product Data Collection (PPDC) ในปี 2548⁽⁴⁸⁾ อัตราชดเชยที่จัดให้สถานพยาบาลในปี 2549-2550 คือ 1RW เท่ากับ 10,516 เหรียญออสเตรเลีย (ไม่รวมงบลงทุน) ในกรณีที่ไม่สามารถจัดกลุ่มได้จะจ่ายตามวันนอนโรงพยาบาล (per diem) วันละ 575 เหรียญออสเตรเลีย (ปี 2549-2550)

รัฐวิกตอเรีย เป็นรัฐแรกที่เริ่มนำการจัดกลุ่มโรคร่วมมาใช้ในการจ่ายเงินเพื่อควบคุมงบประมาณ เนื่องจากประสบปัญหาเศรษฐกิจ ในปี 2536⁽⁴⁹⁾ โดยนำวิธีการจ่ายเงินแบบตกลงราคาล่วงหน้าตามกลุ่มโรคร่วมมาใช้ในการจ่ายเงินสำหรับผู้ป่วยในระยะเฉียบพลัน ใช้ชื่อว่า VIC-DRG และจ่ายเงินตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ในนาม Weighted Inlier Equivalent Separations or WIES ในปี 2542 สำหรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ใช้วิธีตกลงราคาล่วงหน้าตามกลุ่มโรคร่วมชื่อ Casemix and Rehabilitation Funding Tree (CRAFT) ตัวแปร

ในการจัดกลุ่มที่สำคัญคือ กลุ่มความบกพร่องที่ต้องฟื้นฟูสภาพ คะแนนความสามารถในการทำหน้าที่เมื่อแรกเริ่ม และจำหน่ายที่วัดด้วยแบบประเมิน Barthel Index อายุผู้ป่วย และโรคที่เป็นร่วม CRAFT ใช้สำหรับหน่วยบริการที่มีการรับผู้ป่วยไว้ฟื้นฟูสมรรถภาพ 20 เตียงหรือมากกว่า ระบบบริการแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับ 1, ระดับ 2, และระดับ 2 พิเศษ ระดับ 1 คือ การบริการไม่เฉียบพลันสำหรับฟื้นฟูผู้ป่วยไขสันหลัง ผู้ป่วยแขนขาขาด บาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรงระยะเริ่มแรก อัตราขาดเชยสำหรับระดับ 1 ได้รับชดเชยรายวันนอน (per diem) ระดับ 2 คือ การบริการผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพทั่วไปและมีวันนอนสั้น จำนวน 16 กลุ่ม จะได้รับชดเชยตามค่า RW ที่เรียกว่า Rehabilitation Weighted Unit (RWU) ในอัตรา RWU ละ 12,206 เหรียญออสเตรเลียในปี 2549-2550 ส่วนระดับที่ 2 พิเศษ กลุ่มโรคสำหรับผู้ป่วยแขนขาขาด บาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรง ไขสันหลัง และแผลไหม้ที่มีวันนอนนานหรือถูกส่งต่อมาจากระดับ 1 และ 2 อัตราขาดเชยจะได้รับชดเชยรายวันนอน กรณีผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพในโรงพยาบาลที่ไม่มีตึกสำหรับฟื้นฟูสมรรถภาพจะได้รับการชดเชยตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม และสำหรับสถานพยาบาลที่มีเตียงสำหรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพน้อยกว่า 20 เตียงจะได้รับการชดเชยเป็นรายวันนอนวันละ 466 เหรียญออสเตรเลียในปี 2549-2550 รายละเอียดตัวแปรในการจัดกลุ่มโรคร่วมสำหรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยในและวิธีการจ่ายเงินของสหรัฐอเมริกาและออสเตรเลียแสดงในตารางที่ 2

ญี่ปุ่น วิธีการจ่ายเงินสำหรับสถานพยาบาลของญี่ปุ่นขึ้นอยู่กับปริมาณงานตามอัตราที่กำหนดหรือราคากลาง (fee-for-service the national fee schedule) แต่เนื่องจากญี่ปุ่นประสบกับปัญหาค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มสูงขึ้น กระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการ (Ministry of Health Labour and Welfare-MHLW) จึงพยายามที่จะนำระบบตกลงราคาล่วงหน้ามาใช้แทนเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและควบคุมค่าใช้จ่าย โดยพัฒนา

และเริ่มใช้ระบบตกลงราคาล่วงหน้าตามกลุ่มโรคร่วมขึ้นในปี 2003 ใช้ชื่อว่า DPC (Diagnosis Procedure Combination) มีจำนวนกลุ่มโรค 2,552 กลุ่ม ในโรงพยาบาลเฉพาะทางที่สำคัญในระบบสุขภาพของญี่ปุ่นจำนวน 82 แห่ง ระบบตกลงราคาล่วงหน้าของญี่ปุ่นแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ จ่ายล่วงหน้าสำหรับคำรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลที่ครอบคลุมการฉีดยา การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ยา และหัตถการน้อยกว่า 1,000 คะแนน และจ่ายย้อนหลังตามรายการที่ให้บริการสำหรับค่าแพทย์ การผ่าตัดหรือหัตถการที่มีคะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 1,000 คะแนน การสวนหัวใจ การตรวจรักษาทางกล้องส่อง การฟื้นฟูสมรรถภาพและอื่น ๆ อัตราการชดเชยแปรตามจำนวนคะแนน (DPC point) ซึ่งแต่ละบริการ แต่ละกลุ่มโรคมีคะแนนโดยมีจำนวนวันนอนเป็นเกณฑ์ในการกำหนดในแต่ละ DPC 1 คะแนนเท่ากับ 10 เยน หรือ 0.09 เหรียญสหรัฐ ทั้งนี้จ่ายล่วงหน้าตาม DPC จำนวน 1,860 กลุ่ม และจ่ายตามรายการที่ให้บริการแบบมีเพดานกำหนด จำนวน 692 กลุ่ม การจ่ายเงินชดเชยตามระบบ DPC นั้นอัตราการจ่ายชดเชยต่อวันจะลดลงตามจำนวนวันนอนที่เพิ่มขึ้นซึ่งแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยในกรณีที่วันนอนน้อยกว่า 25 เบอร์ด์เซนต์ไทล์แรกจะได้ค่าชดเชยเพิ่มขึ้นร้อยละ 15 จากอัตราเงินค่าชดเชยเฉลี่ย แต่หากจำนวนวันนอนเพิ่มขึ้นจะได้อัตราค่าชดเชยลดลงจากอัตราเงินค่าชดเชยเฉลี่ย⁽⁵⁰⁾ สำหรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ยังคงจ่ายตามรายการบริการตามราคาที่กำหนด (fee-for-services with fee schedule) ซึ่งดำเนินการมาตั้งแต่ปี 2535 ในอดีตการจ่ายเงินชดเชยจะแตกต่างกันตามจำนวนผู้เชี่ยวชาญที่พักฟื้นฟูสมรรถภาพ และอุปกรณ์ในการรักษา ปัจจุบันการคิดอัตราชดเชยมีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้นโดยใช้ระดับโรงพยาบาล อายุผู้ป่วย และวันที่เริ่มให้การรักษามาเป็นตัวรับด้วย ผลจากวิธีการจ่ายตามรายการที่ให้บริการปรับค่าตามที่กำหนดพบว่า ในปี 2543 อัตราการชดเชยแบบใหม่ทำให้มีการจำหน่ายผู้ป่วยเร็วขึ้น⁽⁵¹⁾

ตารางที่ 2 กลุ่มโรคร่วมและการจ่ายเงินสำหรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แบบผู้ป่วยในของประเทศไทย สหรัฐอเมริกา และ ออสเตรเลีย

รายการ	ไทย	สหรัฐอเมริกา	ออสเตรเลีย	
			รัฐนิวเซาท์เวลส์	รัฐวิกตอเรีย
กลุ่มโรคร่วม	Diagnosis Related Group (DRG)	The Casemix Group (CMG) หรือ IRF-PAI (Inpatient Rehabilitation Facility-Patient Assessment Instrument)	Australian National Sub-acute and Non-acute Patient (AN-SNAP)	Casemix and Rehabilitation Funding Tree (CRAFT)
ตัวแปรในการจัดกลุ่มโรคร่วม	การวินิจฉัยโรคการผ่าตัดและวันนอนเป็นตัวปรับค่าน้ำหนักสัมพัทธ์	กลุ่มความบกพร่องที่ต้องฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation Impairment Category;RIC) คะแนนการทำงานของร่างกายด้านการเคลื่อนไหวและการรับรู้ เมื่อแรกเริ่มที่วัดด้วยแบบประเมิน the Functional Independence Measure (FIM)	กลุ่มความบกพร่องที่ต้องฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation Impairment Category;RIC) คะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ คะแนนความสามารถในการรับรู้ เมื่อแรกเริ่มและจำหน้าที่วัดด้วยแบบประเมิน the Functional Independence Measure (FIM)	กลุ่มความบกพร่องที่ต้องฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation Impairment Category;RIC) คะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ เมื่อแรกเริ่มและจำหน้าที่วัดด้วยแบบประเมิน Barthel Index
		อายุผู้ป่วย (patient age)	อายุผู้ป่วย (patient age)	อายุผู้ป่วย (patient age)
		โรคที่เป็นร่วม (comorbidity)	คะแนนพฤติกรรม (behavior scale)	โรคที่เป็นร่วม (comorbidity)
วิธีการจ่าย	การจ่ายเงินด้วยวิธีตกลงราคาล่วงหน้าตามกลุ่มโรคร่วมแบบปลายปิดและค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (relative weight) ที่ปรับด้วยจำนวนวันนอนโรงพยาบาล	การจ่ายเงินด้วยวิธีตกลงราคาล่วงหน้าตามกลุ่มโรคร่วมและค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (relative weight) ที่ปรับด้วยสัดส่วนผู้มีรายได้ น้อยที่ตั้งของสถานพยาบาล การส่งต่อ และบริการราคาแพง	- จ่ายตามกลุ่มโรคร่วมปรับค่าด้วยจำนวนวันนอน - จ่ายตามวันนอนในกรณีที่ไม่สามารถจัดกลุ่มได้ และบริการที่มีต้นทุนน้อย	- จ่ายตามระดับการบริการ - ระดับที่ 1 การบริการไม่เจ็บปล้นสำหรับฟื้นฟูผู้ป่วย spinal, amputee and major head injury ระยะเริ่มแรก ชดเชยรายวันนอน - ระดับที่ 2 บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทั่วไปและมีวันนอนสั้น ชดเชยตามค่า RW - ระดับที่ 2 พิเศษเฉพาะ ผู้ป่วย amputee, major head injury, spinal and burns ที่รุนแรง และวันนอนกว่าระดับ 1 และ 2 ชดเชยรายวันนอน - โรงพยาบาลที่ไม่มีหอผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพ ชดเชยตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) - สถานพยาบาลที่มีเตียงน้อยกว่า 20 เตียง ชดเชยเป็นรายวันนอน

วิจารณ์

การทบทวนวรรณกรรม แสดงให้เห็นภาพรวมของระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของประเทศไทย และวิธีการจ่ายเงินให้สถานพยาบาลของประเทศไทยและต่างประเทศ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการและวิธีการจ่ายเงิน โดย

- ระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของประเทศไทยมีข้อจำกัด คือ การให้ความสำคัญของการบริการน้อยกว่าการรักษาพยาบาลในระยะเฉียบพลัน ความจำกัดของจำนวนเตียง จำนวนบุคลากร ตลอดจนงบประมาณและวิธีการจ่ายเงิน ซึ่งต่างประเทศมีการจัดบริการและวิธีการจ่ายเงินที่แตกต่างหากจากการบริการระยะเฉียบพลัน

- วิธีการจ่ายเงินสำหรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพกรณีผู้ป่วยนอกมีการพัฒนาวิธีการจ่ายไม่มากนักและยังอยู่ในการศึกษาวิจัย มีเพียงประเทศออสเตรเลียที่จ่ายตามกลุ่มโรคร่วม AN-SNAP สหรัฐอเมริกาใช้วิธีการจ่ายเงินแบบผ่านระบบ managed care หรือ เหม่าจ่ายรายหัว ประเทศญี่ปุ่นยังคงใช้ระบบจ่ายตามการบริการแบบมีเพดานกำหนด ประเทศไทยจ่ายตามจำนวนบริการมีเพดานและเหม่าจ่ายรายหัว

- วิธีการจ่ายเงินสำหรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แบบผู้ป่วยใน ไม่ควรรวมอยู่กับผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน เพราะเป้าหมายในการรักษา ระยะเวลาและขนาดการใช้ทรัพยากรต่างกัน

- วิธีการจ่ายเงินสำหรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพกรณีผู้ป่วยในที่ดีควรนำตัวแปรระดับความพิการ และการวินิจฉัยความพิการเข้ามาเป็นตัวแปรสำคัญในการจ่ายเงินและจัดกลุ่มโรคเพื่อให้ผู้ป่วยที่มีความพิการและใช้ทรัพยากรใกล้เคียงกันอยู่กลุ่มเดียวกันและสามารถสะท้อนต้นทุนของสถานพยาบาลได้สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการจัดกลุ่มโรคร่วมสำหรับผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลันประเทศไทย⁽⁵²⁾ ซึ่งพบว่าวิธีจ่ายด้วยกลุ่มโรคร่วมสำหรับผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลันจะได้รับอัตราชดเชยที่มีความสัมพันธ์

กับค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาลมากกว่าการจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม

- ภาพรวมของระบบบริการในประเทศไทยและผลการทบทวนวรรณกรรมสามารถนำไปเป็นข้อมูลในการพัฒนาระบบบริการและวิธีการจ่ายเงินสำหรับการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของประเทศไทยได้

นอกจากนี้จะเห็นว่า วิธีการจ่ายเงินเพื่อบริการสาธารณสุขนั้น ต้องใช้เวลาในการพัฒนาเป็นอย่างมาก และต้องทำการปรับปรุงเป็นระยะ ๆ ให้เหมาะสมกับบริบทหรือสภาพความเป็นจริง เช่น การจ่ายเงินตาม DRG ของประเทศไทยนั้นใช้เวลาในการพัฒนามาตลอดจนถึงปัจจุบันเป็น Thai DRG version 4⁽²⁹⁾ ซึ่งเป็นที่ทราบกันดีว่าเหมาะสำหรับโรคในระยะเฉียบพลัน ส่วนการพัฒนาระบบการจ่ายเงินเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพนั้นในต่างประเทศได้มีการเริ่มต้นมานานไม่น้อยกว่า 10 ปี⁽²⁷⁾ เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมหรือเหมาะสมต่อทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นถึงเวลาที่ประเทศไทยควรเริ่มพัฒนาระบบการจ่ายเงินสำหรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพแล้ว เพราะยังต้องใช้เวลาในการพัฒนาอย่างต่อเนื่องอีกนานโดยในเบื้องต้นควรนำ อายุ โรคที่พบร่วม ลักษณะและระดับความพิการ ระดับความสามารถมาเป็นตัวแปรในการจัดกลุ่มเพื่อให้เกิดอัตราค่าจ่ายเงินชดเชยที่เป็นธรรม^(27,34,49)

เอกสารอ้างอิง

1. Hyatt L. Subacute care: an important new trend. Long Term Care Manage 1993; 42(42):21-2.
2. Lee LA, Eager KM, Smith MC. Subacute and non-acute casemix in Australia. MJA 1998; 169:Supp:23-5.
3. วัชรารัฐ วัชรวิบูลย์. การศึกษากระบวนการและผลลัพธ์การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองแบบผู้ป่วยในของศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2544.
4. สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย. ตำราเวชศาสตร์ฟื้นฟู. กรุงเทพมหานคร: สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย; 2539.

5. Braddom RL. Medicare funding for inpatient rehabilitation: how did we get to this point and what do we do now? *Arch Phys Med Rehabil* 2005; 86:1287-92.
6. Eagar K, Cromwell D, Kennedy C, Lee L. Classifying sub-acute and non-acute patients: results of the New South Wales Casemix area network study. *Aust Health Rev* 1997; 20(2):26-42.
7. Lewin-VHL. Subacute care: policy synthesis and market area analysis. [online] 1995 [cited 2006 Sep 10]; Available from: URL : <http://www.health.vic.gov.au/subacute/Pub.htm>
8. 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.
9. สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. หลักประกันทางด้านสุขภาพกับระบบบริการสาธารณสุขในอนาคต. *วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข* 2538; 3:134-45.
10. Teerawattanon Y. Assessing the feasibility of using economic evaluation in reimbursement of health care services in Thailand [doctoral dissertation, Ph.D]: School of Medicine, Health Policy and Practice. Faculty of Health. Norwich: University of East Anglia; 2006.
11. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, บรรณาธิการ. การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2544-2547. กรุงเทพมหานคร: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2548.
12. พรพิมล จันทรวโรจน์, น้อมจิตต์ นวลเนตร, มัณฑนา วงศ์ศิริ นวรัตน์, สุวิทย์ อริยชัยกุล, ผกาวัลลี พุ่มสุทัศน์, ฉัตรวิทย์ องค์สิงห์. ระบบกายบำบัดของประชาชนไทยในทศวรรษหน้า (พ.ศ. 2548-2557). นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2547.
13. อรทัย เขียวเจริญ, ศุภสิทธิ์ พรธรรมาโณทัย, วัชราริวิไพบูลย์. ผลงานบริการด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูในประเทศไทยปีงบประมาณ 2547-2549. *พิษณุโลก: ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร*; 2550.
14. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, เพ็ญจันทร์ ประดับมูข, วัชราริวิไพบูลย์, วราพร รุจาคม, ไพจิตร เฟิงไพบูลย์. ระบบบริการทางการแพทย์เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2540.
15. หน่วยติดตามสถานะสุขภาพจากภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ. ผลกระทบของภาวะวิกฤติเศรษฐกิจต่อการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ. นนทบุรี: สถาบันพัฒนากำลังคน กระทรวงสาธารณสุข; 2542.
16. สมาคมนักกิจกรรมบำบัด อาชีวะบำบัดแห่งประเทศไทย. จดหมายข่าว ฉบับที่ 1 ประจำปี 2550 [online]. 2550 [สืบค้นเมื่อ 26 ม.ค. 2551]; Available from: URL: <http://www.otat.org/images/1153378711/newsletter1.doc>
17. สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย. แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู. [online] 2550 [สืบค้นเมื่อ 27 ม.ค. 2551]; Available from: URL: http://www.rehabmed.or.th/assoc/as_thai/listdc/index.html
18. Jitapunkul S, Chayovan N. National policies on ageing in Thailand. [online] 2001[cited 2007 Jun 21]; Available from: URL: http://adrf.trf.or.th/Archive_data/LTCTHAILAND.doc
19. Pongpropai S. Thai certification of rehabilitation medicine. [online] 2000 [cited 2007 Jun 26]; Available from: URL: http://www.rehabmed.or.th/assoc/as_thai/houdc/Certification1.ppt
20. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานทรัพยากรสาธารณสุข. [online]. 2550 [สืบค้นเมื่อ 10 ม.ค. 2550]; Available from: URL: <http://203.157.10.4/ebook/ebook1.html>
21. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, ยศ ตีระวัฒนานนท์, ภูษิต ประคองสาย. งบประมาณในการดำเนินนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า: 1.202 บาทต่อคนต่อปีมาจากไหน. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 2544; 10(3):381-90.
22. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 3 ปีการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2547.
23. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. บทสรุปสำหรับผู้บริหาร การบริการงบประมาณสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2548. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2548.
24. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. สรุปความคืบหน้าการบริหารงบประมาณฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ปี 2548 และแนวทางการบริหารงบประมาณฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการปี 2549. [online] 2549 [สืบค้นเมื่อ 10 ม.ค. 2549]; Available from: URL: http://www.nhso.go.th/NHSOFront/SelectViewFolderAction.do?folder_id=0000000000000519
25. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (ร่าง) แนวทางการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ 2551. [online] 2550 [สืบค้นเมื่อ 1 พ.ย. 2550]; Available from: URL: http://www.nhso.go.th/NHSOFront/SelectViewFolderAction.do?folder_id=0000000000000519
26. พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, ทวีศรี กรีทอง, สาหรัย เรืองเดช, จเด็จ ธรรมธัชอารี, ประดิษฐ์ วงษ์กณารัตนกุล, ประจักษ์วิทย์ เล็บนาค และคณะ. การจ่ายเงินสถานพยาบาลภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในปีงบประมาณ 2548. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 2547; 13(6):911-27.
27. Eagar K, Gordon R, Hodkinson A, Green J, Eagar L, Erven J, et al. The Australian National Sub-acute and Non-acute Patient classification (AN-SNAP): report of the National Sub-Acute and Non-Acute casemix classification study 1997. [online] 1997 [cited 2005 May 13]; Available from: URL: <http://www.uow.edu.au/commerce/chsd>
28. Stineman MG. Case-mix measurement in medical rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil* 1995; 76:1163-70.
29. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. Thai DRG version

- 4.0. [online] 2550 [สืบค้นเมื่อ 1 ธ.ค. 2551]: Available from: URL: <http://claim.nhso.go.th/>
30. Gill MS. The changing nature of ambulatory rehabilitation programs and services in a managed care environment. *Arch Phys Med Rehabil* 1995; 76:SC10-SC5
31. Conners A-M, Jamieson RD. A classification system for rehabilitation outpatients. Bendigo: Bendigo Health Care Group Collaborative Health Education and Research Centre; 1997.
32. Batavia AI, DeJong G. Prospective payment for medical rehabilitation: the DHHS report to Congress. *Arch Phys Med Rehabil* 1988; 69 (5):377-80.
33. Dobrez DG, Sasso ATL, Heinemann AW. The effect of prospective payment on rehabilitative care. *Arch Phys Med Rehabil* 2004; 85:1909-14.
34. Hoffman JM, Doctor JN, Chan L, Whyte J, Jha A, Dikmen S. Potential impact of the new medicare prospective payment system on reimbursement for traumatic brain injury inpatient rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil* 2003; 84:1165-72.
35. McCue MJ, Thompson JM. Early effects of the prospective payment system on inpatient rehabilitation hospital performance. *Arch Phys Med Rehabil* 2006; 87:198-202.
36. Lee G. The inpatient rehabilitation facility prospective payment system final rule. *PT magazine* 2001:25-7.
37. Grimaldi PL. Prospective per diem rates for skilled nursing care. *J Health Care Finance* 2002; 28(3):49-62.
38. Centers for Disease Control. Hospitalizations for stroke among adults aged over 65 years-United States, 2000. *JAMA* 2003; 290:1023-4.
39. Chan L, Ciol M. Medicare's payment system: its effect on discharges to skilled nursing facilities from rehabilitation hospitals. *Arch Phys Med Rehabil* 2000; 81:715-9.
40. White C. Rehabilitation therapy in skilled nursing facilities: effects of medicare's new prospective payment system. *Health Affairs* 2003; 22(3):214-23.
41. Wodchis WP. Physical rehabilitation following medicare prospective payment for skilled nursing facilities. *HSR: Health Services Research* 2004; 39(5):1299-318.
42. IRF-PAI Training Manual Revised 01/16/12. [online] 2002 [cited 2005 Jun 9]: Available from: URL: <http://www.cms.hhs.gov/InpatientRehabFacPPS/irfpai-manualint.pdf>
43. Centers for Medicare and Medicaid Services. Federal register part III. [online] 2007 [cited 2007 Aug 7]: Available from: URL: <http://a257.g.akamaitech.net/7/257/2422/01jan20071800/edocket.access.gpo.gov/2007/pdf/07-3789.pdf>
44. Medicare program; inpatient rehabilitation facility prospective payment system for federal fiscal year 2008. Final rule. *Fed Regist* 2007; 72 (151):44283-335.
45. Neubauer G, Ranneberg J. Modelling rehabilitation treatment groups. Proceedings of the 18th international case mix conference PCS/E; 2-5 October 2002; Innsbruck hotel. Innsbruck, Austria; 2002.
46. Stineman MG. Prospective payment prospective challenge. *Arch Phys Med Rehabil* 2002; 83:1802-5.
47. ประดิษฐ์ วงษ์คณารัตนกุล, ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย. ระบบจัดกลุ่มผู้รับบริการของออสเตรเลียให้บทเรียนอะไรแก่ไทยบ้าง. *วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข* 2538; 3(2):372-87.
48. Department of Health NSW. Guidelines addendum: rehabilitation and extended care 2006/2007. [online] 2006 [cited 2007 Aug 10]: Available from: URL: <http://www.health.nsw.gov.au/policies>
49. Victorian Government Department of Human Services Melbourne Victoria. Casemix funding for acute hospital care in Victoria. [online] 2006 [cited 2007 Dec 7]: Available from: URL: <http://www.health.vic.au/casemix.pdf>
50. Yasunga H, Ide H, Imamura T, Ohe K. Impact of the Japanese diagnosis procedure combination-based payment system on cardiovascular medicine-related costs. *Int Heart J* 2005; 46:855-66.
51. Liu M, Chino N, Takahashi H. Current status of rehabilitation, especially in patients with stroke, in Japan. *Scand J Rehab Med* 2000; 32:148-58.
52. อรทัย เขียวเจริญ, ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, วัชรารัฐ รั้วไพบุณย์. การจัดกลุ่มโรคและทางเลือกในการจ่ายเงินสำหรับบริการผู้ป่วยในระยะเฉียบพลันและไม่เฉียบพลันของประเทศไทย. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 2550; 16 (2):213-25.

Abstract **Service System and Payment Methods for Medical Rehabilitation Service in Thailand**
Kamontip Harnphadungkit*, **Orathai Kheawcharoen†**, **Supasit Pannarunothai‡**

*Department of Rehabilitation Medicine, Siriraj Hospital, Mahidol University, †Health Systems and Policy Programme, Faculty of Medicine, Naresuan University, ‡Centre for Health Equity Monitoring, Faculty of Medicine, Naresuan University

Journal of Health Science 2009; 18:18-32.

This literature review was aimed at explaining overall service system and payment methods for medical rehabilitation in Thailand and payment methods in the United State, Australia, and Japan. The study reviewed literatures from journals and other resources; reports, books, and electronic database that could be accessed free of charge.

The less priority of rehabilitation service relative to acute care in Thai health care system, lack of inpatient beds, the number of practitioners, the amount of budget, and the mechanism of payment were the limitations for medical rehabilitation services in Thailand. Capitation and fee-for-service were payments for ambulatory rehabilitation service in Thailand. In the US, payment method for ambulatory rehabilitation services was capitation through managed care system. Per episodes and per diem prospective payment system based on casemix classification were payment methods in Australia. In Japan, fee -for-service on the national fee schedule was the payment for outpatient rehabilitation services. For inpatient rehabilitation services in Thailand, the payment was based on Diagnosis Related Group (DRG) with ceiling for facilities in the Universal Coverage Scheme (UCS) and Civil Servant Medical Benefit Scheme (CSMBS), and capitation for Social Security Scheme (SSS). In the US and Australia, the payments were per episodes prospective payment system based on the Casemix Group (CMG), the Australian Sub-acute and Non-acute Patient classification (AN-SNAP), and the Casemix and Rehabilitation Funding Tree (CRAFT). Each casemix system required specific data for classifying patients to predict resource needed, such as, diagnosis that led to disability (rehabilitation impairment category), functional status including motor and cognitive, patient age and comorbidity. In Japan, the fee-for-service on the national fee schedule was the payment separated from acute care.

This review can provide evidence relevant to further develop appropriate options of service system and payment mechanism in medical rehabilitation service in Thailand.

Key words: **medical rehabilitation, rehabilitation casemix, payment method**