

การพัฒนาการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ สำหรับผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลัน ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย

อรทัย เขียวเจริญ พย.บ., ประ.ด. (ระบบและนโยบายสุขภาพ)*

ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย พ.บ., ประ.ด. (การวางแผนและการคลังด้านสุขภาพ)**

วัชรารัฐ ไร่ไพบูลย์ พ.บ.***

ชัยโรจน์ ชิงสนธิพร พ.บ.****

* สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก

** มูลนิธิศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

*** สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

**** สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ

บทคัดย่อ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบบริการที่เหมาะสมสำหรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลัน พื้นที่ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) 4 เขต คือ เขต 4 สระบุรี เขต 8 อุดรธานี เขต 6 ระยอง และเขต 12 สงขลา ทำการศึกษาในโรงพยาบาล 24 แห่ง ใน 5 จังหวัดที่สมัครใจเข้าร่วมพัฒนารูปแบบบริการ ใน 3 ขั้นตอน คือ (1) พัฒนาแนวทางการบริการและวิธีการจ่ายค่าชดเชย (2) ทดลองดำเนินการตามบริบทของแต่ละพื้นที่ และ (3) ประเมินผลลัพธ์โดยประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วย ใช้เครื่องมือ Barthel Index (BI) ประเมินประสิทธิภาพจากเวลาและต้นทุนในการให้บริการฟื้นฟู เก็บรวบรวมข้อมูลจาก 3 แหล่ง คือ (1) กลุ่มผู้ให้บริการ (2) ผู้รับบริการใน 4 กลุ่มโรค (stroke, brain dysfunction, spinal cord dysfunction และ major multiple trauma) และ (3) ฐานข้อมูลการเบิกจ่ายผู้ป่วยใน/การชดเชยบริการกองทุนฟื้นฟู สปสช. ระยะเวลาการดำเนินการตั้งแต่ กรกฎาคม 2555 - กุมภาพันธ์ 2557 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบ Chi-square test, paired t-test, f-test และ multiple regression ผลการศึกษาพบว่า ทั้ง 4 เขตมีการพัฒนารูปแบบบริการและวิธีการจ่ายเงินที่แตกต่างกัน มี 2 เขตมีรูปแบบบริการ ฟื้นฟู ที่ความโดดเด่นและแตกต่างจากก่อนดำเนินโครงการฯ คือ บริการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน ต่อด้วยผู้ป่วยนอก รวมถึง ติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง (สระบุรี) และขยายพื้นที่บริการจากโรงพยาบาลศูนย์ไปฟื้นฟู ต่อที่โรงพยาบาลชุมชน (สงขลา) มีวิธีจ่ายเงิน 3 แบบ คือ เหม่าจ่ายล่วงหน้า จ่ายเงินตามผลลัพธ์ และจ่ายเงินตามผลงานบริการ เปรียบเทียบผลลัพธ์ของบริการฟื้นฟู จากความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วย (คะแนน BI) และ ต้นทุนบริการฟื้นฟูระหว่างวิธีการจ่ายเงิน พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับบริการฟื้นฟู ทั้ง 3 แบบ มีค่าเฉลี่ย คะแนน BI สูงกว่า ก่อนได้รับบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การเข้าถึงบริการฟื้นฟู ในช่วงเวลาที่สำคัญของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองยังต่ำ (เพียงร้อยละ 13.1 เท่านั้น) ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า บริการฟื้นฟู ทุกรูปแบบ นำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดี แต่มีผู้ป่วยจำนวนน้อยที่เข้าถึงบริการตามความจำเป็น ดังนั้น การพัฒนาระบบบริการฟื้นฟู และการจ่ายเงินควรมุ่งไปที่การจัดการเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการอย่างต่อเนื่องและเกิดผลลัพธ์ที่ดี

คำสำคัญ: ผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลัน, บริการการฟื้นฟูสมรรถภาพ, วิธีจ่ายเงิน, หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

บทนำ

การบริการผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลัน (sub-acute and non-acute patient หรือ SNAP) คือ การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่มีอาการพื้นภาวะวิกฤติหรือผู้ป่วยที่มีอาการทางคลินิกคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่ และมีความจำเป็นต้องฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาล จนกระทั่งกลับบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตและอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยเป้าหมายของบริการระยะกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลัน คือการฟื้นคืนความสามารถของร่างกาย ลดความสูญเสียความสามารถในการดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวันอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยหรือความพิการ และลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ⁽¹⁾ ซึ่งต่างจากเป้าหมายของบริการในระยะเฉียบพลันที่เน้นการรักษาผู้ป่วยให้หายจากโรคและอาการที่เป็นอยู่ การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์นับเป็นบริการหนึ่งที่สำคัญมากของผู้ป่วยในระยะกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลัน⁽²⁾ ทั้งนี้องค์การอนามัยโลกได้บรรจุให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ เป็น 1 ใน 5 สาขาใหญ่ของระบบบริการสุขภาพกว่า 40 ปีมาแล้ว⁽³⁾ ปัจจุบันความต้องการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลันเพิ่มสูงขึ้นอย่างมากในระบบสุขภาพ⁽⁴⁾ เนื่องจากปัญหาความพิการที่มีแนวโน้มขยายตัวกว้างขวางและรุนแรงยิ่งขึ้น โดยเฉพาะความพิการทางกายและการเคลื่อนไหว ในขณะที่อัตราการเกิด อัตราตายลดลง และประชากรมีอายุ ยืนยาวขึ้น⁽⁵⁾ ทำให้โครงสร้างประชากรเปลี่ยนแปลงไป มีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นเป็นลำดับ⁽⁶⁾ นอกจากนี้ การเพิ่มขึ้นของกลุ่มโรคเรื้อรังต่างๆ ที่มักมีผลเป็นความพิการก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้มีอัตราความพิการเพิ่มขึ้น รวมถึงภาวะการเจ็บป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายภายหลังการรักษาในช่วงเฉียบพลัน เช่น โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจขาดเลือด ฯลฯ⁽⁷⁾ ตลอดจนจำนวนอุบัติเหตุจราจรที่เป็นสาเหตุสำคัญของความพิการมีแนวโน้มสูงขึ้นเช่นกัน⁽⁸⁾ ความต้องการ

บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์จึงมีปริมาณเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ในบริบทของระบบบริการสุขภาพ ประเทศที่พัฒนาแล้วจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นการบริการผู้ป่วยที่นอกเหนือจากการรักษาโรคทั่วไป และจัดให้มีหน่วยบริการหรือหอผู้ป่วยแยกจากผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน รวมไปถึงมีวิธีการจ่ายเงินที่แตกต่าง ที่สำคัญยังมีการพัฒนาวิธีการวัดหรือประเมินสมรรถนะในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของร่างกาย (functional assessment) เพื่อนำมาประเมินผลลัพธ์การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งผลการประเมินฯ นี้ นอกจากจะเป็นตัวแปรสำคัญที่บอกถึงความสามารถของบุคคลในการพึ่งพาตนเอง หลังจากได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพแล้ว ยังบอกถึงคุณภาพบริการ ตลอดจนสามารถวัดความรุนแรงของความพิการ ขนาดการใช้ทรัพยากรเพื่อใช้ในการจ่ายเงินให้กับหน่วยบริการ และผู้ให้บริการอีกด้วย⁽⁹⁻¹²⁾ ในขณะที่ระบบบริการของประเทศไทยยังคงให้ความสำคัญกับบริการในระยะเฉียบพลัน ส่วนบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ซึ่งเป็นบริการที่สำคัญในระยะกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลันถูกจัดให้เป็นบริการที่แทรกหรือรวมอยู่ในบริการระยะเฉียบพลันโดยเฉพาะผู้ป่วยใน ซึ่งถือว่าเป็นช่วงเวลาสำคัญของการฟื้นคืนความสามารถของร่างกายผู้ป่วย (golden period) เนื่องจากหน่วยบริการมีความจำกัด ทั้งจำนวนเตียง จำนวนบุคลากร ตลอดจนงบประมาณและวิธีการจ่ายเงินที่ยังคงผนวกอยู่กับบริการผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน เช่น ผู้ป่วยใน ที่จ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (diagnosis-related group: DRG) โดยตัวแปรในการคำนวณอัตราจ่ายเงินด้วยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ไม่ได้คำนึงถึงบริการฟื้นฟู⁽¹³⁾ ซึ่งอาจส่งผลต่อการเข้าถึงบริการฟื้นฟูของผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลันที่มีความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ เพราะวิธีการจ่ายเงินให้กับหน่วยบริการมีความสำคัญมากในด้านการคลังสาธารณสุข และมีผลต่อพฤติกรรมบริการ⁽¹⁴⁾

จากเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น ระบบบริการสาธารณสุขของไทยจึงควรมีการพัฒนาาระบบบริการและวิธีการจ่ายเงินให้สอดคล้องกับธรรมชาติของการดูแลผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลัน อันจะนำไปสู่การเข้าถึงบริการเพื่อป้องกันความพิการถาวรที่อาจเกิดขึ้น โดยจากผลการศึกษาพบว่าหากให้บริการฟื้นฟูสภาพในขณะที่ผู้ป่วยรับการรักษาแบบผู้ป่วยในอย่างเข้มข้นและต่อเนื่องจากระยะเฉียบพลันจะสามารถป้องกันหรือลดความพิการถาวรได้ในเกือบทุกด้าน⁽¹⁵⁾ และต้องขยายไปสู่บริการผู้ป่วยนอกและบริการในชุมชนเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ให้มีโอกาสเข้าถึงบริการอย่างต่อเนื่อง เป็นการป้องกันความพิการถาวรซึ่งก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพและเพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี และถ้าวิธีการจ่ายเงินมีความเหมาะสมจะสร้างความเป็นธรรมต่อหน่วยบริการที่ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพฯ กับผู้ป่วย รวมถึงกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาคุณภาพและประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลัน ดังนั้นจึงเห็นควรที่จะพัฒนาระบบบริการในรูปแบบต่างๆ และใช้วิธีการจ่ายเงินเป็นเครื่องมือเพื่อเพิ่มแรงจูงใจให้หน่วยบริการและผู้ให้บริการใน

การให้บริการฟื้นฟูฯ กับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นมากขึ้น ซึ่งอาจต้องมีการจัดประเภทผู้ป่วยตามกลุ่มโรคและพัฒนาวิธีการจ่ายเงินด้วยวิธีใหม่แยกออกมาจากวิธีที่ใช้อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปัจจุบัน

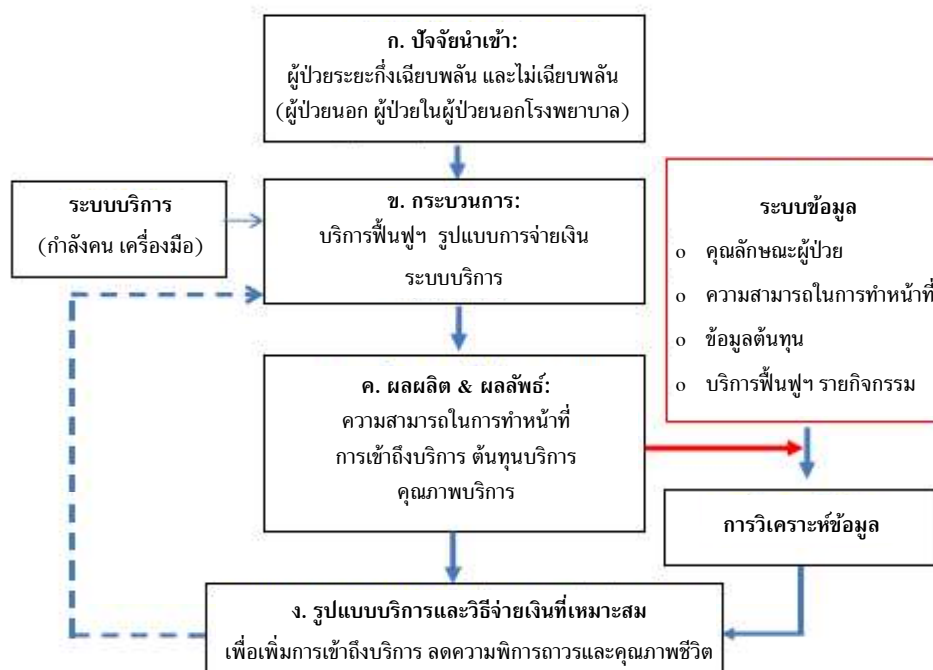
บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอผลการพัฒนารูปแบบบริการและวิธีการจ่ายเงินที่เหมาะสม รวมถึงการประเมินผลลัพธ์และการเข้าถึง สำหรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลันกรณีผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในและบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน ในบริบทประเทศไทย

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพัฒนาภายใต้โครงการนำร่องของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระดับเขต 4 เขต ได้แก่ เขต 4 สระบุรี เขต 6 ระยอง เขต 8 อุดรธานี และเขต 12 สงขลา โดยมีขอบเขตการวิจัยดังแสดงในภาพที่ 1 วิธีการศึกษาแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ

ขั้นที่ 1 พัฒนารูปแบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลัน จากการทบทวนวรรณกรรม

ภาพที่ 1 ขอบเขตการวิจัย



ทบพวณบริบทของการบริการในพื้นที่ศึกษา และสอบถามจากผู้เชี่ยวชาญ

ขั้นที่ 2 ทดลองจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ตามรูปแบบที่พัฒนาในขั้นที่ 1 โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพสาขาเขต 4 เขต และเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นที่ 3 ประเมินผลการจัดบริการและการจ่ายเงินในขั้นที่ 2 พร้อมทั้งสรุปผล พื้นที่ที่ศึกษา คือ โรงพยาบาลจำนวน 24 แห่ง ครอบคลุมโรงพยาบาลทุกระดับ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ 3 แห่ง (อัตราครองเตียง ร้อยละ 83.4 ถึงร้อยละ 107.4) โรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง (อัตราครองเตียง ร้อยละ 79.4) และโรงพยาบาลชุมชน 20 แห่ง (อัตราครองเตียง ร้อยละ 14.0 ถึงร้อยละ 87.3 โดย 13 แห่งมีอัตราครองเตียงต่ำกว่าร้อยละ 80.0) ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพสาขาเขต 4 เขต

การเก็บข้อมูล แบ่งเป็น 3 กลุ่ม

- 1) กลุ่มผู้เกี่ยวข้องกับการให้บริการ เก็บข้อมูลโดยการสังเกต การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม
- 2) ผู้รับบริการฟื้นฟู ใน 4 กลุ่มโรค
- 3) ข้อมูลผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมอง จากฐานข้อมูลการเบิกจ่ายผู้ป่วยใน/ฐานข้อมูลการชดเชยบริการและกายอุปกรณ์ กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลันในโครงการฯ ตามเกณฑ์คือ (1) เป็นผู้ป่วยที่แพทย์ผู้รักษามีความเห็นว่าเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกายในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และ (2) ได้รับการวินิจฉัยโรคที่เป็นสาเหตุที่ต้องฟื้นฟูสภาพ (rehabilitation etiologic diagnosis: redx) ตามการวินิจฉัยโรคหลัก (pdx) และการวินิจฉัยโรครอง (sdx) ใน 4 กลุ่มโรคใหญ่ ได้แก่ stroke, brain dysfunction (traumatic and non-traumatic), spinal cord dysfunction (traumatic and non-traumatic), major multiple trauma และเป็น

ผู้ป่วยที่มีอาการทางคลินิกคงที่เหมาะสม ปลอดภัย และสามารถรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์อย่างต่อเนื่องได้ ซึ่งผู้ตัดสินใจคือแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ที่รับไว้เพื่อฟื้นฟู และผู้ป่วยต้องได้รับการฟื้นฟู ในระยะกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลัน ในสัปดาห์แรกนับจากวันที่แพทย์ลงความเห็นว่าการทางคลินิกคงที่สามารถรับบริการฟื้นฟู ได้ (transfer date) ไม่น้อยกว่า 3 วัน ทั้งนี้สามารถดำเนินการส่งต่อไปรับบริการที่หน่วยบริการอีกแห่งได้ และหากได้รับการฟื้นฟู น้อยกว่า 3 ครั้ง และคะแนน Barthel Index มากกว่า 18 เมื่อประเมินครั้งที่ 1 ตอนแรกรับเข้าฟื้นฟู หรือเข้าสู่ระยะ SNAP จะถูกคัดออกจากการศึกษา และมีข้อกำหนดในการจ่ายเงินเพิ่มเติมเพื่อชดเชยบริการฟื้นฟู สำหรับผู้ป่วยในโครงการฯ คือ (1) กรณีผู้ป่วยใน จ่ายชดเชยบริการฟื้นฟูรวมกันไม่เกิน 15 ครั้ง หรือ 15 วัน (2) ผู้ป่วยแต่ละรายสามารถจ่ายชดเชยบริการฟื้นฟู ทั้งกรณีผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และในชุมชน รวมกันแล้วไม่เกิน 6 สัปดาห์นับจากวัน transfer date

ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล รวม 20 เดือน (เดือนกรกฎาคม 2555 - กุมภาพันธ์ 2557) โดยเก็บข้อมูลผู้ป่วยนอกทุกรายที่เริ่มรักษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์และผู้ป่วยในทุกรายที่รับไว้ในโรงพยาบาล ข้อมูลประกอบด้วยข้อมูลต่างๆ ซึ่งส่งจากหน่วยบริการและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้แก่ รูปแบบบริการ วิธีการจ่ายเงิน ข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างคือ คุณลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย ข้อมูลทางคลินิก ข้อมูลการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ผลลัพธ์ของบริการฟื้นฟู คะแนนสมรรถนะในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ประเมินโดยเครื่องมือบาเทล อินเด็กซ์ (Barthel Index; BI) และประเมินการเข้าถึงบริการในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้ข้อมูลผู้ป่วยจากหน่วยบริการ เปรียบเทียบกับข้อมูลที่รวบรวม ได้จากการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล การศึกษานี้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ โดยวิเคราะห์

รูปแบบบริการ วิธีการจ่ายเงิน ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย เปรียบเทียบการบริการฟื้นฟู ผลลัพธ์การบริการรายเขต รายกลุ่มโรค รายระดับโรงพยาบาล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบ สถิติทดสอบไคสแควร์ (chi-square test), paired t-test, ANOVA, multiple regression โดยมีกรอบในการวิเคราะห์ แสดงในภาพที่ 2

ผลการศึกษา

1. รูปแบบบริการ

คณะวิจัยได้ลงไปเก็บข้อมูลเชิงลึก ทั้ง 4 เขต โดยได้พูดคุย อภิปราย และสังเกตการณ์ ระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ใน 4 เขต ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ผลจากการศึกษาเชิงลึกในพื้นที่สรุปได้ดังนี้

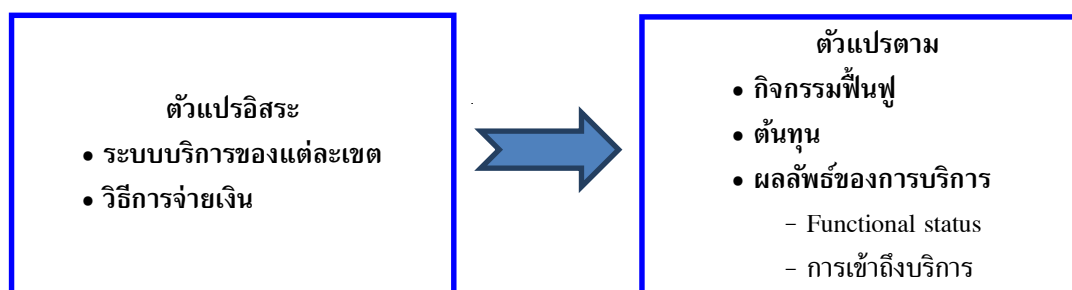
- เขต 4 จังหวัดอยุธยา: มีรูปแบบชัดเจนแตกต่างจากเดิมในการฟื้นฟู ผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลันทั้งในโรงพยาบาล แบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก หลังมีการศึกษา คือ (1) ผู้ป่วยใน: มี Stroke unit และผู้รับผิดชอบเป็นการเฉพาะ มีระบบส่งต่อผู้ป่วยภายในโรงพยาบาลที่เป็นระบบ และพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารให้สามารถส่งต่อข้อมูลมาที่กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟูโดยตรงแทนการใช้เอกสารและเวชระเบียนในการส่งปรึกษา ทำให้ผู้ป่วยกลุ่ม stroke ที่จำเป็นต้องได้รับบริการฟื้นฟู ได้รับบริการทุกรายในขณะที่อยู่โรงพยาบาล (2) ผู้ป่วยนอก: จัดบริการคลินิกเฉพาะสำหรับผู้ป่วย SNAP ทุกรายที่นัดมา แยกจากงานเวชศาสตร์ฟื้นฟูทั่วไป (3) จัดระบบการเยี่ยมบ้านทุกรายเมื่อผู้ป่วย

กลับบ้าน เพื่อการฟื้นฟูต่อเนื่องตามเป้าหมายการฟื้นฟู โดยช่วงแรกมีรถยนต์ไปรับผู้ป่วยที่บ้านมาฟื้นฟูที่โรงพยาบาล และปรับเป็นจัดเจ้าหน้าที่ประจำ 2 ท่าน คือนักกายภาพบำบัดและนักกิจกรรมบำบัดไปเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน รวมทั้งพัฒนาหลักสูตรการสอนญาติและผู้ป่วยในการฟื้นฟูที่บ้าน รวมถึงมีการติดตาม case อย่างต่อเนื่องจนบรรลุเป้าหมาย (4) มีระบบการประเมินผลลัพธ์อย่างชัดเจน ทั้งในระบบของโรงพยาบาลและการเยี่ยมบ้าน แต่ระบบที่จัดทำขึ้นครอบคลุมเฉพาะผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลศูนย์เท่านั้น

- เขต 6 นาร่องที่จังหวัดจันทบุรี: ไม่มีรูปแบบบริการที่แตกต่างจากเดิมอย่างชัดเจน แต่การส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลศูนย์ไปโรงพยาบาลชุมชนมีการดำเนินการอย่างเป็นระบบมากขึ้น การประสานงานการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อมารับบริการฟื้นฟู ระหว่างแผนก/หอผู้ป่วยกับแผนกฟื้นฟู ภายในโรงพยาบาลศูนย์ยังมีระบบไม่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องได้รับบริการฟื้นฟู เข้าถึงบริการได้ค่อนข้างน้อย

- เขต 8 นาร่องที่จังหวัดหนองบัวลำภู: ไม่มีรูปแบบบริการที่แตกต่างจากเดิม แต่มีการส่งเสริมให้มีการฟื้นฟูในหอผู้ป่วยร่วมกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยและมีการค้นหาผู้ป่วยในชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุข และนำผู้ป่วยมารับการฟื้นฟู ที่โรงพยาบาลหรือไปเยี่ยมบ้าน รวมทั้งการหาความร่วมมือจากวิชาชีพอื่นในการบริการฟื้นฟู ในชุมชน เช่น นักการแพทย์แผนไทย พยาบาลที่ผ่านการอบรมเวชศาสตร์ฟื้นฟู และอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน อย่างไรก็ตาม ผู้ให้บริการอธิบายว่า

ภาพที่ 2 กรอบในการวิเคราะห์ข้อมูล



ยังไม่สามารถทำได้ครอบคลุมทั้งหมดและขาดความต่อเนื่อง

- เขต 12 นาร่องที่จังหวัดสงขลา: มีรูปแบบชัดเจน แตกต่างจากเดิมในการฟื้นฟู คือ มีการจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟู ที่โรงพยาบาลชุมชนที่มีอัตราครองเตียงต่ำและระยะทางไม่ไกล โดยมีการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่ไปรับฟื้นฟู แบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลบางกล้าอย่างเป็นระบบ มีแพทย์จากโรงพยาบาลขนาดใหญ่ไปเยี่ยมผู้ป่วยสัปดาห์ละ 2 วัน จนกว่าจะจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งส่งผลให้โรงพยาบาลบางกล้าที่มีอัตราครองเตียงต่ำ มีผู้ป่วยในมารับบริการเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยก็ได้รับบริการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง และมีผลลัพธ์ที่ดี อย่างไรก็ตาม จำนวนเตียงเพื่อการฟื้นฟูยังมีน้อยเกินไป หากมีผู้ป่วยจำนวนมากต้องเพิ่มเตียงและยังต้องพึ่งพาแพทย์จากโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในการดูแลผู้ป่วย

2. วิธีการจ่ายเงินสำหรับบริการฟื้นฟู

วิธีการจ่ายเงินสำหรับบริการฟื้นฟูในโครงการฯ สำนักงานหลักประกันสุขภาพเขต เป็นผู้กำหนดร่วมกับหน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการฯ โดยภาพรวม มีวิธีจ่าย 3 วิธี ได้แก่ เหม่าจ่ายล่วงหน้าให้กับโรงพยาบาล จ่ายเงินตามผลลัพธ์และจ่ายเงินตามผลงานบริการ ดังนี้

- เขต 4 สระบุรี: เหม่าจ่ายล่วงหน้าให้กับโรงพยาบาล (แบบ A)
- เขต 6 ระยอง: จ่ายเงินตามผลลัพธ์ (แบบ B) คือคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ ที่ประเมินจากดัชนีบาร์เทิลอินเด็กซ์ (Barthel Index) มีหลักเกณฑ์การจ่ายดังนี้ ผู้ป่วยนอกชดเชยรายละ 1,550 บาท + ผลลัพธ์การรักษาตามระดับ คือ หาก BI เพิ่มขึ้น 1 ระดับ จ่ายเพิ่ม 1,000 บาท BI เพิ่มขึ้น 2 ระดับ จ่ายเพิ่ม 1,500 บาท และหาก BI เพิ่มขึ้น 3 ระดับ จ่ายเพิ่ม 2,000 บาท ผู้ป่วยในชดเชยรายละ 1,350 บาท + ผลลัพธ์การรักษาตามระดับ คือ BI เพิ่มขึ้น 1 ระดับ จ่ายเพิ่ม 1,000 บาท BI เพิ่มขึ้น 2 ระดับ จ่ายเพิ่ม 1,500 บาท BI เพิ่มขึ้น 3 ระดับ จ่ายเพิ่ม 2,000 บาท

- เขต 8 อุตรธานี: เหม่าจ่ายล่วงหน้า (แบบ A) งบประมาณเข้าโรงพยาบาลเพื่อให้ทางโรงพยาบาลบริหารจัดการให้เกิดบริการและผลลัพธ์ที่ดี

- เขต 12 สงขลา: จ่ายเงินตามผลงานบริการ (แบบ C) คือ ผู้ป่วยใน: โรงพยาบาลชุมชน จ่าย 400 บาทต่อวัน โรงพยาบาลศูนย์ จ่าย 1,000 บาทต่อวัน ผู้ป่วยนอก: จ่าย 150 บาทต่อวัน และจ่ายเพิ่มหากผลลัพธ์คือ คะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ ที่ประเมินจากดัชนีบาร์เทิลอินเด็กซ์ (Barthel Index) เพิ่มขึ้นคะแนนละ 200 บาท

3. ผลการจัดบริการ

ได้ข้อมูลผู้ป่วยนอก จำนวน 824 ราย ผู้ป่วยในรวม 1,605 ราย หลังจากตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยตามหลักเกณฑ์แล้ว ได้ทำการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก สามารถแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่ม คือ (1) รับการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน (2) รับการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน และต่อด้วยผู้ป่วยนอก (3) รับการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอก ดังแสดงในภาพที่ 3

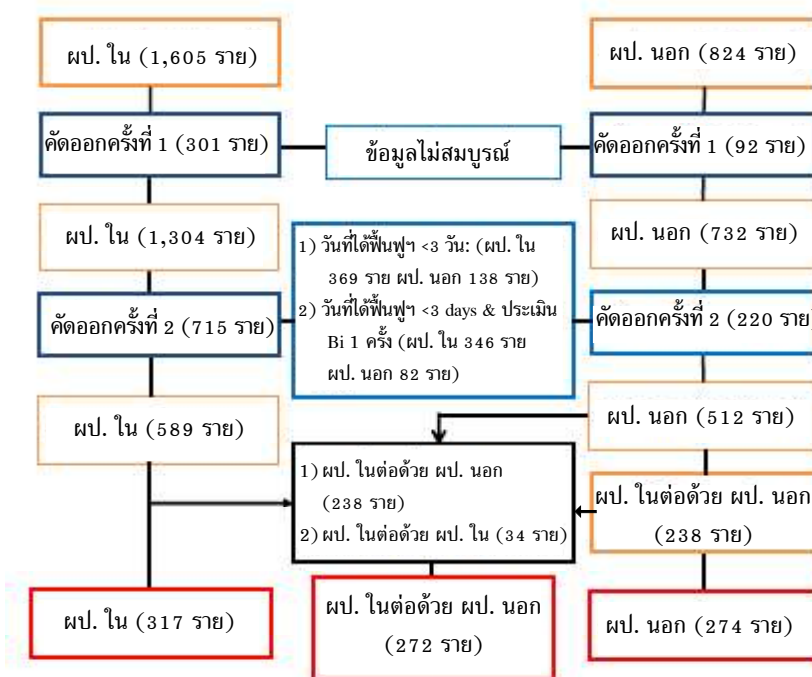
3.1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟู ทั้ง 3 รูปแบบ ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยกลุ่ม Stroke มากที่สุด ร้อยละ 93.4 และมากกว่า ร้อยละ 60.0 เป็นเพศชาย ผู้ป่วยนอกรับการฟื้นฟูที่โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป และกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนมีจำนวนใกล้เคียงกันคือ 138 ราย (ร้อยละ 50.4) และ 136 ราย (ร้อยละ 49.6) โดยผู้ป่วยที่รับการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน (317 ราย) อายุเฉลี่ย 57.7 ปี (SD=18.5) ผู้ป่วยที่รับการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยในและต่อด้วยผู้ป่วยนอก (272 ราย) อายุเฉลี่ย 61.0 ปี (SD=13.5) ผู้ป่วยที่รับการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอก (274 ราย) อายุเฉลี่ย 60.4 ปี (SD=14.7) สำหรับคะแนน Barthel index ที่ประเมินสมรรถนะของร่างกายผู้ป่วยครั้งแรก ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีคะแนน BI อยู่กลุ่มคะแนน BI อยู่ระหว่าง 0-10 (ร้อยละ 54.7) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 1

3.2 กิจกรรมการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์

การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ (จำนวน

ภาพที่ 3 จำนวนข้อมูลของผู้ป่วยในโครงการฯ



วันที่ได้รับบริการ) รายเขต พบว่า ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน เฉลี่ย 5.4 วัน ได้รับการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยในและต่อด้วยผู้ป่วยนอก เฉลี่ย 6.3 วัน และได้รับการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอก เฉลี่ย 9.0 วัน ซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละเขต ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 2

3.3 ต้นทุนการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์

ต้นทุนบริการเป็นต้นทุนรายกิจกรรมบริการฟื้นฟูที่ผู้ป่วยได้รับ อ้างอิงจากการศึกษาของคณะอนุกรรมการค่าบริการเวชกรรมฟื้นฟูโดยคิดต้นทุนเป็นรายกิจกรรม พบว่า ต้นทุนบริการฟื้นฟูผู้ป่วยผู้ป่วยใน เฉลี่ยต่อราย 2,948 บาท และเฉลี่ยต่อวันเท่ากับ 549 บาท ต้นทุนบริการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยในและต่อด้วยผู้ป่วยนอก เฉลี่ยต่อราย 5,346 บาท และเฉลี่ยต่อวันเท่ากับ 850 บาท และต้นทุนบริการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอก เฉลี่ยต่อราย 4,673 บาท และเฉลี่ยต่อวันเท่ากับ 518 บาท ซึ่งแต่ละเขตมีความแตกต่างกันของต้นทุน ดังรายละเอียดในตารางที่ 2 เนื่องจากต้นทุนวิเคราะห์เป็นรายกิจกรรมฟื้นฟู หากให้บริการฟื้นฟูหลายกิจกรรมก็จะมีต้นทุนสูง

ตามจำนวนและกิจกรรมการฟื้นฟู

3.4 ผลลัพธ์บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์

การประเมินผลลัพธ์บริการฟื้นฟู โดยประเมินจากความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยหลังได้รับการฟื้นฟู ใช้เครื่องมือ Barthel Index (BI) ในการประเมิน โดยเปรียบเทียบคะแนน BI ครั้งสุดท้ายเปรียบเทียบกับการคะแนน BI จากการประเมินครั้งที่ 1 ก่อนได้รับการฟื้นฟู ผลพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูมีคะแนน BI เฉลี่ยสูงขึ้นจากการประเมินครั้งแรกก่อนให้บริการฟื้นฟู อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (paired t-test $p < 0.05$) หากพิจารณาในผลลัพธ์ของผู้ป่วยหลังได้รับการฟื้นฟู แต่ละรูปแบบ ผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน มีคะแนน BI เฉลี่ย สูงขึ้น 3.44 คะแนน ผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยในต่อด้วยผู้ป่วยนอก มีคะแนน BI เฉลี่ยสูงขึ้น 4.03 คะแนน และหลังได้รับการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยมีคะแนน BI เฉลี่ยสูงขึ้น 4.44 คะแนน ดังแสดงในตารางที่ 3

3.5 ต้นทุน ผลลัพธ์ และวิธีการจ่ายเงิน

เมื่อเปรียบเทียบ คะแนน BI gain จำนวนวันที่ได้รับ

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยที่รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยในต่อด้วยผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยนอก

ข้อมูลพื้นฐาน	บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์					
	ผู้ป่วยใน (N=317)		ผู้ป่วยในต่อด้วยผู้ป่วยนอก (N=272)		ผู้ป่วยนอก (N=274)	
เพศ(จำนวน/ร้อยละ)						
ชาย	205	(64.7)	168	(61.8)	171	(62.4)
หญิง	112	(35.3)	104	(38.2)	103	(37.6)
อายุ (ค่าเฉลี่ย/SD)						
	57.7	(18.5)	61.0	(13.5)	60.4	(14.7)
กลุ่มโรค (จำนวน/ร้อยละ)						
Stroke	238	(75.1)	260	(95.6)	256	(93.4)
Non-traumatic brain dysfunction	17	(5.4)	9	(3.3)	5	(1.8)
Traumatic brain dysfunction	2	(0.6)	2	(0.7)	1	(0.4)
Non-traumatic spinal cord dysfunction	12	(3.8)	0	(0.0)	3	(1.1)
Traumatic spinal cord dysfunction	13	(4.1)	0	(0.0)	5	(1.8)
Major multiple trauma With brain	6	(1.9)	0	(0.0)	4	(1.5)
Major multiple trauma Without brain	29	(9.1)	1	(0.4)	256	(93.4)
กลุ่มโรงพยาบาล (จำนวน/ร้อยละ)						
โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป	156	(49.2)	230	(84.6)	138	(50.4)
โรงพยาบาลชุมชน	161	(50.8)	42	(15.4)	136	(49.6)
กลุ่มคะแนน BI ครั้งแรก (จำนวน/ร้อยละ)						
BI 0-5	142	(44.8)	97	(35.7)	56	(20.4)
BI 6-10	110	(34.7)	102	(37.5)	94	(34.3)
BI 11-15	57	(18.0)	52	(19.1)	86	(31.4)
BI >15	8	(2.5)	21	(7.7)	38	(13.9)
คะแนน BI ครั้งแรก (ค่าเฉลี่ย/SD)						
	6.6	(4.4)	7.9	(4.7)	9.7	(4.9)

ตารางที่ 2 จำนวนและต้นทุนบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ฯ จำแนกตามรายเขต

เขต	ผู้ป่วยใน				ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก				ผู้ป่วยนอก			
	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	ฟื้นฟู วัน (SD)	ต้นทุน ต่อราย	ต้นทุน ต่อวัน	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	ฟื้นฟู วัน (SD)	ต้นทุน ต่อราย	ต้นทุน ต่อวัน	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	ฟื้นฟู วัน (SD)	ต้นทุน ต่อราย	ต้นทุน ต่อวัน
สระบุรี	50	3.9 (2.3)	2,552	651	202	5.9 (2.9)	5,154	869	97	6.8 (9.2)	3,690	544
ระยอง	42	6.7 (5.1)	2,491	373	36	7.9 (7.2)	6,095	768	93	9.0 (7.8)	5,102	570
อุดรธานี	138	5.5 (3.5)	2,913	531	26	6.9 (5.1)	6,598	953	56	11.0 (15.4)	4,591	419
สงขลา	87	5.4 (4.7)	3,451	643	8	5.9 (1.6)	2,725	463	28	13.1 (15.4)	6,817	519
รวม	317	5.4 (4.0)	2,948	549	272	6.3 (4.0)	5,346	850	850	9.0 (11.2)	4,673	518

การฟื้นฟู และต้นทุนบริการฟื้นฟู ตามกลุ่มค่าคะแนน BI ของผู้ป่วยเมื่อได้รับบริการฟื้นฟู ด้วยสถิติทดสอบ ANOVA Test ผลพบว่ามีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ $p < 0.05$ โดยกลุ่มผู้ป่วยที่มีค่าคะแนน BI ก่อนการฟื้นฟูต่ำจะมีค่า BI gain สูง คือ กลุ่มผู้ป่วยที่มีคะแนน BI 0-5 มีคะแนนเฉลี่ยของ BI gain สูงที่สุด เป็น 3.1 (SD=3.7) โดยได้รับบริการฟื้นฟูเฉลี่ย 6.5 วัน (SD=4.8) และมีต้นทุนบริการฟื้นฟูเฉลี่ยเท่ากับ 3,365 บาท (SD=3,596) รองลงมาคือ BI 6-10 ค่าเฉลี่ยของ BI gain เท่ากับ 2.9 (SD=3.2) ได้รับบริการฟื้นฟูเฉลี่ยเท่ากับ 4.6 วัน (SD=3.1) และต้นทุนบริการฟื้นฟูเฉลี่ยเท่ากับ 2,618 บาท (SD=2,681) แต่เมื่อพิจารณาถึง คะแนน BI gain ต่อวัน ในแต่ละกลุ่มผู้ป่วยตามคะแนน BI ครั้งแรก

ก่อนฟื้นฟู พบว่ามีความแตกต่างกัน โดยพบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่มีคะแนน BI ครั้งแรกก่อนฟื้นฟู ระหว่าง 6-10 มีคะแนน BI gain ต่อวันสูงที่สุด (0.63 คะแนน) รองลงมาคือ กลุ่มผู้ป่วยที่มีคะแนน BI ครั้งแรกก่อนฟื้นฟู ระหว่าง 0-5 มีคะแนน BI gain ต่อวันสูงที่สุด (0.47 คะแนนต่อวัน) และกลุ่มผู้ป่วยที่มีคะแนน BI ครั้งแรกก่อนฟื้นฟู มากกว่า 15 จะมีคะแนน BI gain ต่อวันต่ำที่สุด (0.04 คะแนนต่อวัน) ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

ผลลัพธ์กับวิธีการจ่ายเงิน จากผลการคำนวณข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยก่อนการเปรียบเทียบความแตกต่างของผลลัพธ์หากมีวิธีการจ่ายเงินที่แตกต่างกัน พบว่าตัวแปรที่มีผลต่อการเพิ่มขึ้นของคะแนน BI คือ อายุ และ

ตารางที่ 3 ผลการประเมิน Functional status ของผู้ป่วยหลังได้รับการฟื้นฟู

รหัสเขต	เขต	จำนวนผู้ป่วยใน	บริการฟื้นฟู	ค่าเฉลี่ยคะแนน BI		BI Gain*	95% confidence interval	
				ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2		Lower bound	Upper bound
บริการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน								
04	สระบุรี	50	3.9	7.02	8.94	1.92	1.39	2.45
06	ระยอง	42	6.7	4.52	8.88	4.36	3.13	5.58
08	อุดรธานี	138	5.5	6.54	10.36	3.83	3.34	4.31
12	สงขลา	87	5.4	7.33	10.60	3.26	2.65	3.88
	รวม	317	5.4	6.56	10.01	3.44	3.11	3.77
บริการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยในต่อด้วยผู้ป่วยนอก								
04	สระบุรี	202	5.9	8.43	12.71	4.29	3.70	4.87
06	ระยอง	36	7.9	4.78	7.42	2.64	1.82	3.46
08	อุดรธานี	26	6.9	8.08	12.58	4.50	3.21	5.79
12	สงขลา	8	5.9	7.50	9.75	2.25	1.38	3.12
	รวม	272	6.3	7.88	11.91	4.03	3.56	4.50
บริการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยในต่อด้วยผู้ป่วยนอก								
04	สระบุรี	97	6.8	11.78	15.89	4.10	3.49	4.72
06	ระยอง	93	9.0	7.12	13.23	6.11	5.30	6.92
08	อุดรธานี	56	11.0	10.29	14.23	3.95	3.16	4.73
12	สงขลา	28	13.1	9.57	14.71	5.14	3.75	6.54
	รวม	274	9.0	9.67	14.53	4.86	4.44	5.28

* วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย BI gain ด้วยสถิติ paired t-test, p-value < 0.05 ทุกเขต

คะแนน BI ก่อนการฟื้นฟู มีความแตกต่างกัน ซึ่งอาจทำให้ไม่สามารถเปรียบเทียบผลลัพธ์ได้อย่างถูกต้องนัก ดังนั้น จึงต้องใช้สถิติถดถอยในการควบคุมตัวแปรคะแนน BI อายุผู้ป่วย และคาดประมาณใหม่ เพื่อให้ผลการเปรียบเทียบมีความน่าเชื่อถือยิ่งขึ้น โดยใช้สูตรที่ได้จากการคำนวณสมการถดถอย ดังนี้

กรณีผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟู แบบผู้ป่วยใน

$$\bullet \text{ BI gain} = 4.162 - 0.118*(bi1) - 0.012*(age)$$

กรณีผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟู แบบผู้ป่วยใน ต่อด้วย

ผู้ป่วยนอก

$$\bullet \text{ BI gain} = 4.851 - 0.215*(bi1)$$

กรณีผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟู แบบผู้ป่วยนอก

$$\bullet \text{ BI gain} = 3.446 - 0.113*(bi1)$$

หลังจากนั้นนำมาทดสอบความแตกต่าง โดยใช้สถิติ ANOVA โดยผลการทดสอบความแตกต่างของผลลัพธ์ด้วยวิธีจ่ายเงินที่แตกต่างกัน พบว่า วิธีการจ่ายเงินมีผลให้คะแนน BI gain และเวลาที่ให้บริการฟื้นฟูแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (ตารางที่ 5) โดยวิธีจ่ายแบบ

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยคะแนน BI gain บริการฟื้นฟู (วัน) และต้นทุนบริการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน ตามกลุ่มคะแนน BI at SNAP onset

กลุ่มคะแนน	จำนวน	ค่าเฉลี่ย (mean)				ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		
		BI gain*	Rehab day*	BI gain per day	Rehab cost per case	BI gain	Rehab day	Rehab cost
BI 0-5	143	3.06	6.54	0.47	3,365	3.68	4.84	3,596
BI 6-10	110	2.88	4.56	0.63	2,618	3.23	3.07	2,681
BI 11-15	56	1.93	4.25	0.45	2,773	2.49	2.67	2,614
BI >15	8	0.13	3.38	0.04	1,576	0.35	1.06	744
รวม	317	2.72	5.37	0.51	2,955	3.33	4.03	3,106

*ANOVA Test: แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ p<0.001

ตารางที่ 5 ผลการทดสอบความแตกต่างของผลลัพธ์ ด้วยวิธีจ่ายเงินที่แตกต่างกัน ในผู้ป่วยที่รับบริการฟื้นฟู แบบผู้ป่วยใน

ฟื้นฟู แบบผู้ป่วยใน					
Characteristics	วิธีจ่าย A (N=188)	วิธีจ่าย B (N=42)	วิธีจ่าย C (N=87)	Total (N=317)	p-value
ค่าเฉลี่ย BI gain	2.67	2.89	2.67	2.70	0.051
ค่าเฉลี่ยบริการฟื้นฟู(วัน)	5.07	6.67	5.37	5.37	0.068
ฟื้นฟู แบบผู้ป่วยในต่อด้วยผู้ป่วยนอก					
Characteristics	วิธีจ่าย A (N=228)	วิธีจ่าย B (N=36)	วิธีจ่าย C (N=8)	Total (N=272)	p-value
ค่าเฉลี่ย BI gain	3.1	3.8	3.2	3.2	0.000
ค่าเฉลี่ยบริการฟื้นฟู(วัน)	6.0	7.9	5.9	6.3	0.027
ฟื้นฟู แบบผู้ป่วยนอก					
Characteristics	วิธีจ่าย A (N=143)	วิธีจ่าย B (N=56)	วิธีจ่าย C (N=28)	Total (N=274)	p-value
ค่าเฉลี่ย BI gain	4.4	5.6	4.9	4.9	0.000
ค่าเฉลี่ยบริการฟื้นฟู(วัน)	5.9	9.4	10.9	7.6	0.000

หมายเหตุ: ค่าเฉลี่ย BI gain ได้จากสมการถดถอย

B มีผล (จ่ายตามผลลัพธ์) ให้ผู้ป่วยมีคะแนน BI สูงขึ้นกว่าวิธีจ่ายแบบอื่น

3.6 การเข้าถึงบริการและการจ่ายเงินชดเชยสำหรับบริการฟื้นฟู

การเข้าถึงบริการ วิเคราะห์จากข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้จากฐานข้อมูลการเบิกจ่ายผู้ป่วยในและฐานข้อมูลชดเชยอุปกรณ์คนพิการและบริการฟื้นฟู สำนักบริหารการชดเชย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2556 เปรียบเทียบกับข้อมูลผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ของโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง 24 แห่ง ในการศึกษา นี้ พบว่า ในภาพรวมมีผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมอง 4,499 ราย จากข้อมูลรหัสเหตุการณ์ (ICD-9CM) ได้รับการฟื้นฟู 1,930 ราย คิดเป็นร้อยละ 42.9 โดยมีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 35.7 ที่ถูกคัดเลือกเข้าโครงการ SNAP และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการบริการฟื้นฟู (จากข้อมูลรหัสเหตุการณ์ ICD-9CM) กับผู้ป่วยที่ถูกเลือกเข้าโครงการ SNAP ครั้งแรก พบพบว่า

ในภาพรวมมีผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการบริการฟื้นฟู (จากข้อมูลรหัสเหตุการณ์ ICD-9CM) ร้อยละ 83.2 ถูกคัดเลือกเข้าโครงการฯ และหากคำนวณสัดส่วนของผู้ป่วยที่เข้าโครงการฯ และได้รับการฟื้นฟูตามกำหนด พบว่า ในภาพรวมมีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 36.7 ที่ได้รับการฟื้นฟูตามข้อกำหนดของโครงการฯ และหากเปรียบเทียบสัดส่วน ผู้ป่วยที่เข้าโครงการฯ และได้รับการฟื้นฟูตามกำหนด กับผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด พบว่า ในภาพรวมมีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 13.1 ที่เข้าโครงการฯ และได้รับการฟื้นฟูตามกำหนด แสดงรายละเอียดในตารางที่ 6

สำหรับงบประมาณชดเชยบริการและกายอุปกรณ์ ปีงบประมาณ 2556 ทั้งหมด 530,770,877 บาท แบ่งเป็น ชดเชยสำหรับบริการฟื้นฟู รวม 317,651,250 บาท (ร้อยละ 59.8) ชดเชยค่ากายอุปกรณ์ รวม 213,119,627 บาท (ร้อยละ 40.2) หากจำแนกข้อมูลบริการฟื้นฟู และเงินที่ได้รับการชดเชยตามระดับหน่วยบริการ พบว่า ในภาพรวมมีจำนวนครั้งที่ให้การบริการ

ตารางที่ 6 จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเทียบกับจำนวนผู้ป่วยในที่ได้รับการฟื้นฟู และจำนวนผู้ป่วยที่เข้าโครงการฯ เทียบกับจำนวนผู้ป่วยที่เข้าโครงการฯและได้รับการฟื้นฟู จำแนกตามระดับโรงพยาบาล

ระดับโรงพยาบาล	ผู้ป่วยใน Stroke (ราย) (A)	ผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟู (ราย) (B)	สัดส่วนของผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟู (ICD-9CM) ต่อจำนวนผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด (%) (C)=B/A*100	ผู้ป่วยที่ถูกเลือกเข้าโครงการ (SNAP) แบบผู้ป่วยใน (ราย) (D)	ผู้ป่วยที่เข้าโครงการฯ และได้รับการฟื้นฟูตามกำหนด (ราย) (E)	สัดส่วนผู้ป่วยที่เข้าโครงการฯ ต่อผู้ป่วย Stroke (%) (F)=D/A*100	สัดส่วนผู้ป่วยที่เข้าโครงการฯ ได้รับการฟื้นฟูตาม ICD-9CM (%) (G)=E/B*100	สัดส่วนของผู้ป่วยที่เข้าโครงการฯ และได้รับการฟื้นฟูตามกำหนด (%) (H) =E/D*100	สัดส่วนของผู้ป่วยที่เข้าโครงการฯ และได้รับการฟื้นฟูตามกำหนด ต่อผู้ป่วย Stroke ทั้งหมด (%) (I) =E/A*100
รพ. ศูนย์ (4 แห่ง)	3,192	1,308	41.0	1,161	361	36.4	88.8	31.1	11.3
รพ.ทั่วไป (2 แห่ง)	745	428	57.4	198	94	26.6	46.3	47.5	12.6
รพ.ชุมชน (19 แห่ง)	562	194	34.5	246	134	43.8	126.8	54.5	23.8
รวม (25 แห่ง)	4,499	1,930	42.9	1,605	589	35.7	83.2	36.7	13.1

ฟื้นฟูฯ ทั้งหมด 1,601,513 ครั้ง เงินชดเชยรวม 317,651,250 บาท หน่วยบริการที่มีการบริการฟื้นฟูฯ และได้รับเงินชดเชยมากที่สุดคือ โรงพยาบาลชุมชน ให้บริการฟื้นฟูฯ 895,320 ครั้ง (ร้อยละ 55.9) เงินชดเชยรวม 162,937,900 บาท (ร้อยละ 51.3) รองลงมา คือโรงพยาบาลทั่วไปให้บริการฟื้นฟูฯ 337,875 ครั้ง (ร้อยละ 21.1) เงินชดเชยรวม 81,477,000 บาท (ร้อยละ 25.6) และโรงพยาบาลศูนย์ให้บริการฟื้นฟูฯ 194,441 ครั้ง (ร้อยละ 12.1) เงินชดเชยรวม 40,955,450 บาท (ร้อยละ 12.9) และโรงพยาบาลอื่นๆ ให้บริการฟื้นฟูฯ 173,877 ครั้ง (ร้อยละ 10.9) เงินชดเชยรวม 32,280,900 บาท (ร้อยละ 10.2)

วิจารณ์

บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ทุกรูปแบบ ทำให้ผู้ป่วยฟื้นคืนความสามารถของร่างกายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การจ่ายเงินยังไม่มีผลต่อการจัดบริการมากนักแต่การจ่ายเงินตามผลลัพธ์มีผลต่อคะแนน BI ที่เพิ่มขึ้น การบริการฟื้นฟูฯ ยังมีความจำกัดของเตียงในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ซึ่งต้องใช้วิธีติดตามเยี่ยมบ้านแทน แต่การบริการฟื้นฟูฯ แบบผู้ป่วยในในโรงพยาบาล-ชุมชนที่อัตราครองเตียงต่ำและไม่ไกลจากโรงพยาบาล-ศูนย์มากนักอาจเหมาะสมกว่า และยังมีผู้ป่วย stroke จำนวนมากที่เข้าไม่ถึงบริการและไม่ได้รับการฟื้นฟูฯ ตามความจำเป็น

จากผลการศึกษา สามารถอภิปรายรูปแบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในหน่วยบริการ ได้ดังนี้

การจัดการบริการฟื้นฟูฯ ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูฯ เช่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งควรได้รับการทันทีหลังจากผ่านพ้นระยะเฉียบพลัน ตั้งแต่เป็นผู้ป่วยในซึ่งถือว่าเป็นระยะ golden period จากผลการวิจัยนี้ จึงใช้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นตัวแทนของผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องรับบริการฟื้นฟูฯ ซึ่งมีจำนวนมากกว่าร้อยละ 90.0 โดยในการศึกษานี้ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกือบร้อยละ 100.0

จะได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปที่มีความแออัด อัตราครองเตียงสูง มีเพียงจำนวนน้อยที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน แต่ในที่สุดผู้ป่วยจะถูกส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีอุปกรณ์และบุคลากรพร้อมกว่า โดยเมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาจนปลอดภัยพ้นระยะวิกฤติแล้ว ผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูทันที จากผลการวิจัยพบว่า

1) ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ (รพศ./รพท.) ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการบริการฟื้นฟูฯ ที่สำคัญต่อจากระยะเฉียบพลัน จากข้อมูลผู้ป่วยจะได้รับการฟื้นฟูฯ ตามความจำเป็นแบบผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ น้อยมากไม่ถึงร้อยละ 15.0 (ตารางที่ 6) การส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลใกล้บ้านมีเพียง 34 รายเท่านั้น (ภาพที่ 3) อาจเป็นเพราะปัญหาของการส่งต่อผู้ป่วย การประสานข้อมูลยังไม่ดีพอ แต่หากจะนัดมารักษาต่อแบบผู้ป่วยนอกโดยใช้วิธีจำหน่ายผู้ป่วยออกจากการเป็นผู้ป่วยใน และตามด้วยการนัดเป็นผู้ป่วยนอกหรือเยี่ยมบ้าน หากดำเนินการตามระบบปกติ จะมีอัตราการขาดนัดสูงมาก (ข้อมูลจากการศึกษาเชิงคุณภาพและข้อมูลเชิงปริมาณ) จากปัญหาของระบบติดตามผู้ป่วยและปัญหาของผู้ป่วยเอง (การเดินทาง ความตระหนักรู้ในความจำเป็นของบริการฟื้นฟูฯ) โดยสรุปบริการฟื้นฟูฯ ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีความพร้อมกว่าโรงพยาบาลขนาดเล็ก ในทุกๆ ด้าน (อาคาร สถานที่ วัสดุอุปกรณ์ รวมถึงบุคลากร) ก็ยังให้บริการได้ไม่เต็มที่ นักโดยเฉพาะบริการฟื้นฟูฯ ในหน่วยบริการ ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมถึงการส่งต่อผู้ป่วยยังทำได้ไม่เต็มที่ ทำให้ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องฟื้นฟูฯ หลุดออกไปจากระบบ การแก้ของเชื่อมโยงประสานกับหน่วยงานในโรงพยาบาลขนาดใหญ่และการติดตามผู้ป่วยหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเห็นผลงานอย่างเป็นรูปธรรม ในเขต 4

2) บริการระดับโรงพยาบาลชุมชน ผลการศึกษาโรงพยาบาลชุมชนกลุ่มตัวอย่างมีกลุ่มงานที่รับผิดชอบงานเวชศาสตร์ฟื้นฟูให้บริการทั้งแบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน

และในชุมชน การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ส่วนใหญ่มุ่งเน้นบริการในชุมชน ในหน่วยบริการจะเป็น การฟื้นฟูฯ แบบผู้ป่วยนอก บริการผู้ป่วยในมีสัดส่วนน้อย การรับส่งต่อผู้ป่วยส่วนใหญ่รับมาเพื่อดูแลต่อในระยะ เฉียบพลันแต่อาการคงที่แล้ว การรับผู้ป่วยเพื่อมาฟื้นฟูฯ แบบผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยนอกมีจำนวนน้อย โดยส่วนใหญ่ เป็นการรับผู้ป่วยฟื้นฟูฯ รายใหม่

จากข้อมูลผลงานบริการ และงบประมาณชุดเซช บริการพบว่าโรงพยาบาลชุมชน ได้รับเงินชุดเซชบริการ ถึงร้อยละ 51.3 แสดงถึงรูปแบบบริการส่วนใหญ่เน้นที่ ในชุมชนและบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชน ส่วนใหญ่ 13 ใน 20 แห่งมีอัตราครองเตียง ต่ำกว่า ร้อยละ 80.0 แสดงว่ายังมีเตียงที่สามารถรองรับผู้ป่วยได้อีก จำนวนหนึ่ง ซึ่งอาจดำเนินการได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยรับผู้ป่วยจากโรงพยาบาลใหญ่มาเพื่อฟื้นฟูฯ ต่อเนื่อง เช่นที่โรงพยาบาลชุมชนในเขต 12 และจากช่องว่างของ รอยต่อในเรื่องการขาดนัดของผู้ป่วยกรณีโรงพยาบาล ส่งผู้ป่วยกลับมาฟื้นฟูฯ ในหน่วยบริการใกล้บ้าน หรือไป รับบริการต่อแบบผู้ป่วยนอก หรือโรงพยาบาลจำหน่าย ผู้ป่วยที่ยังมีความจำเป็นต้องฟื้นฟูฯ กลับมาบ้าน ผู้ป่วย กลับมาอยู่ในพื้นที่ของโรงพยาบาลชุมชน หรือโรง- พยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลโดยไม่มีการแจ้ง ให้หน่วยบริการที่รับผิดชอบในพื้นที่ทราบ ผู้ป่วยจึงต้อง ดูแลตัวเองตามอัตรภาพและไม่ได้รับการตามความ จำเป็น

3) การจ่ายเงินที่มีผลต่อการเพิ่มขึ้นของผลลัพธ์ และเวลาในการให้บริการ คือ การจ่ายเงินตามผลลัพธ์ และจ่ายตามบริการและจ่ายเพิ่มเมื่อมีผลลัพธ์ที่ดี แต่จาก วิธีการจ่ายเงินไม่มีผลต่อรูปแบบการจัดการบริการของโรง- พยาบาลกลุ่มตัวอย่างมากนัก ยกเว้นที่เขต 4 โรงพยาบาล พระนครศรีอยุธยา แต่เป็นการจ่ายเงินล่วงหน้าแบบเป็น ก้อนและให้ผู้ปฏิบัติเขียนโครงการเพื่อใช้จ่ายงบประมาณ ซึ่งไม่มีผลต่อการบริการเพราะมีการใช้จ่ายงบประมาณ ไม่มากนัก ที่ต้องใช้จ่ายชัดเจนคือ ค่าจ้างเหมาบริการผู้ป่วย และออกไปเยี่ยมบ้าน เท่านั้น ซึ่งการพัฒนาระบบบริการ

ขึ้นอยู่กับผู้บริหารและผู้ปฏิบัติมากกว่า

หากพิจารณาถึงวิธีการจ่ายเงินว่าควรจ่ายแบบใด จึงจะให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการ จากการศึกษานี้จะพบว่าเขต 4 จังหวัดอยุธยา มีผู้ป่วยถูกคัดออกจากการศึกษาน้อย ที่สุดเพราะเป็นการจำหน่ายผู้ป่วยในจากโรงพยาบาลและ นัดมาเป็นผู้ป่วยนอก ซึ่งมีบริการรองรับผู้ป่วยมารับบริการ ฟื้นฟูฯ ที่โรงพยาบาล และจากข้อมูลในภาพที่ 3 พบว่า ข้อมูลผู้ป่วยในถูกคัดออกเป็นจำนวนมากเนื่องจากได้รับ บริการฟื้นฟูฯ น้อยกว่า 3 วันและมีการประเมินความ สามารถในการทำหน้าที่เพียงครั้งเดียว ถึง 715 ราย ซึ่งสาเหตุเพราะทำการประเมินและให้บริการฟื้นฟูฯ น้อยกว่า 3 ครั้ง ผู้ป่วยก็ถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทำให้ไม่สามารถประเมินผลลัพธ์ของบริการได้ จากข้อมูล แสดงภาพการเข้าถึงบริการได้ชัดเจนว่าในช่วงเวลา ที่ผู้ป่วยควรได้รับบริการฟื้นฟูฯ แต่มากกว่าครึ่งไม่ได้ รับบริการ (ตารางที่ 6) และการจ่ายเงินส่งผลต่อการ จัดบริการฟื้นฟูฯ ไม่มากนัก แต่มีผลต่อผลลัพธ์ของ การฟื้นฟูฯ และวิธีการจ่ายเงินบางวิธีมีผลต่อเวลา ในการให้บริการฟื้นฟูฯ คือผู้ป่วยได้รับบริการฟื้นฟูฯ นานขึ้น หากได้รับบริการตามเกณฑ์ตั้งแต่แรก หาก เปรียบเทียบวิธีการจ่ายเงินในการศึกษานี้ กับประเทศ ต่างๆ ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่มีการจ่ายเงินสำหรับบริการ ฟื้นฟูฯ แยกต่างหาก ไม่รวมกับบริการชนิดอื่น ๆ เช่น ประเทศออสเตรเลีย⁽¹⁶⁻¹⁸⁾ อเมริกา^(11,19,20) รวมถึงใน ประเทศญี่ปุ่น^(21,22) ซึ่งในประเทศไทยเคยมีการศึกษา เรื่องการจ่ายเงินสำหรับบริการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยในด้วย กลุ่มโรคร่วมแต่ไม่ได้มีการนำมาใช้^(23,24)

4) ยังพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) จำนวนมาก ได้รับบริการฟื้นฟูฯ ในสัดส่วนที่น้อยมาก ซึ่งหากคิดว่าได้รับบริการฟื้นฟูฯ จากรหัสหัตถการ ซึ่ง ไม่มีการแสดงข้อมูลจำนวนครั้งของการบริการ สัดส่วน ผู้ป่วยที่มีรหัสที่แสดงถึงบริการฟื้นฟูฯ เพียงร้อยละ 30.0 และเมื่อเปรียบเทียบกับการเก็บข้อมูลแบบละเอียด ในโครงการ ยังพบว่าผู้ป่วย stroke ได้รับบริการฟื้นฟูฯ ตามกำหนดเพียงร้อยละ 13.1 เท่านั้น นับว่าผู้ป่วยได้รับ

บริการฟื้นฟูฯ น้อยมาก ทั้งนี้หากเทียบกับการศึกษาอื่นที่พบว่าผู้ป่วย stroke ร้อยละ 70.0 มีความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์^(25,26) และตามแนวทางการรักษาผู้ป่วย stroke ผู้ป่วยทุกรายต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์⁽²⁷⁾ และถือว่าเป็นงานประจำ^(22,28) อย่างไรก็ตาม หากเทียบกับผลการศึกษาในประเทศไทยที่ผ่านมา พบว่าการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีบ้าง จากเดิมเคยคาดประมาณว่าผู้ป่วยใน stroke ได้รับการฟื้นฟูฯ เพียงร้อยละ 10.6⁽²⁹⁾

การศึกษานี้ยังมีข้อจำกัด คือ ระเบียบวิธีวิจัยอาจไม่สมบูรณ์ เพราะขาดการเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่ให้บริการตามปกติ (กลุ่มควบคุม) ซึ่งหากมีกลุ่มควบคุมจะทำให้ลดจุดอ่อนของปัจจัยแทรกซ้อนอื่นๆ ที่มีผลต่อผลลัพธ์ของการฟื้นฟูฯ และรูปแบบการจ่ายเงินได้อีกทั้งจำนวนผู้ป่วยที่เข้าโครงการและตรงตามเกณฑ์การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แบบเข้มข้น มีน้อยกว่าที่คาดหมายไว้มาก สะท้อนให้เห็นว่า ยังมีผู้ป่วยกลุ่มหนึ่งที่ไม่เข้าถึงบริการ ซึ่งจากการที่จำนวนข้อมูลผู้ป่วยในโครงการที่ถูกคัดออกเนื่องจากได้รับบริการน้อยกว่าที่กำหนดไว้ตามมาตรฐานความจำเป็น รวมถึงวิธีการจ่ายเงินยังไม่จูงใจให้เกิดบริการอย่างแท้จริง เนื่องจากความจำกัดของระบบบริการ บุคลากร ตลอดจนปัญหาของผู้ป่วยและญาติเองที่ขาดความตระหนักถึงความจำเป็นของการบริการฟื้นฟูฯ และความจำกัดในด้านการเดินทางมารับบริการ นอกจากนี้ระบบการบันทึกข้อมูลยังเป็นภาระกับเจ้าหน้าที่ (บันทึก 3 ระบบคือ บันทึกข้อมูลในระบบปกติของโรงพยาบาล บันทึกส่งข้อมูลให้ สปสช. เพื่อเรียกเก็บค่าชดเชยบริการ และบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในโครงการฯ เพื่อส่งข้อมูลให้คณะวิจัยอีกด้วย) ซึ่งจากข้อมูลการลงพื้นที่พบว่าเจ้าหน้าที่ไม่บันทึกเพื่อส่งข้อมูลให้กับคณะวิจัย อีกทั้งการศึกษานี้ได้อ้างอิงข้อมูลต้นทุนรายกิจกรรมการฟื้นฟูฯ จากการศึกษาคณะ

อนุกรรมการค่าบริการเวชกรรมฟื้นฟูฯ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข⁽³⁰⁾ ซึ่งอาจทำให้ต้นทุนบริการฟื้นฟูฯ สูงหรือต่ำกว่าความเป็นจริงได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรพัฒนารูปแบบบริการฟื้นฟูฯ ให้เหมาะสมกับบริบททั้งในหน่วยบริการและในชุมชน และต้องมีผู้รับผิดชอบในการเชื่อมประสานเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการตามความจำเป็น
2. การจ่ายเงินต้องคำนึงถึงแรงจูงใจที่ทำให้เกิดบริการที่ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงได้และมีผลลัพธ์ที่ดี และหากจะพัฒนาการจ่ายเงินและจัดบริการที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงบริการฟื้นฟูฯ ตามความจำเป็น ควรดำเนินการในกลุ่มผู้ป่วย stroke เป็นลำดับแรก เพราะร้อยละ 70.0 ของผู้ป่วย stroke มีความจำเป็นต้องฟื้นฟูฯ ซึ่งมีอัตราป่วยเพิ่มขึ้น และมีความเสี่ยงที่จะพิการถาวรสูง และควรเป็นผู้ป่วยที่มีคะแนน BI ต่ำกว่า 10 เพราะการฟื้นฟูฯ ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีกว่ากลุ่มอื่น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สนับสนุนงบประมาณ ขอขอบพระคุณ ผศ.นพ.วิศาล คັນธรัตน์กุล พญ.สุจินทร์ พงษ์ประไพ พญ.อุบลวรรณ วัฒนาดีลกุล พญ.ดลฤดี ศรีศุภผล คุณอรจิตต์ บำรุงสกุลสวัสดิ์ นพ.ชัยสิทธิ์ ศรีทองชัย นพ.จเด็จ ธรรมธัชอารี ทพ.อรรถพร ลิ้มปัญญาเลิศ คุณอัจฉรา จรัสสิงห์ และผู้เชี่ยวชาญที่มีได้เอ่ยนาม ณ ที่นี้ ที่ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์และสนับสนุนให้เกิดงานวิจัยนี้ ขอขอบคุณผู้บริหารและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ตลอดจนคณะผู้ร่วมวิจัยในระดับพื้นที่ ณ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 4 สระบุรี เขต 8 อุดรธานี เขต 6 ระยอง และเขต 12 สงขลา ทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ อำนวยความสะดวกในการลงพื้นที่ และให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ จนการวิจัยสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. Stneman MG, Goin JE, Granger CV, Fiedler R, Williams SV. Discharge Motor FIM-Function Related Groups. Arch Phys Med Rehabil 1997;78:980-5.
2. วิชา รวีไพบูลย์. การศึกษากระบวนการและผลลัพธ์การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอัมพาตจาก โรคหลอดเลือดสมองแบบผู้ป่วยในของศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2544.
3. สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย. ตำราเวชศาสตร์ฟื้นฟู เล่มที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย; 2539.
4. Hyatt L. Subacute care: An important new trend. Long Term Care Management 1993;42:21-2.
5. Jitapunkul S, Chayovan N. National Policies on Ageing in Thailand. [Internet]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2001 May 10 [cited 2011 Jun 9]. 24 p. Available from: http://adrf.trf.or.th/Archive_data/LTCTHAILAND.pdf
6. ปัทมา ว่าพัฒน์วงศ์, ปราโมทย์ ประสาทกุล. ประชากรไทยในอนาคต. [อินเทอร์เน็ต]. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2557 [สืบค้นเมื่อ 10 ก.พ. 2558]. แหล่งข้อมูล: <http://www.ipsr.mahidol.ac.th/IPSR/AnnualConference/ConferenceII/Article/Article02.htm>.
7. Bundhamcharoen K, Teerawatananon Y, Vos T, Begg S. Burden of disease and injuries in Thailand. Nonthaburi: Printing House of War Veterans Organization of Thailand; 2002.
8. ศูนย์ศึกษานโยบายเพื่อการพัฒนา คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ความสูญเสียเนื่องจากอุบัติเหตุจราจรทางบกในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2548.
9. 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.
10. 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. Australian Health Review 1997;20:26-42.
11. Lee LA, Eager KM, Smith MC. Subacute and non-acute casemix in Australia. MJA 1998;169:S22-S5.
12. 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.
13. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. การจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมและน้ำหนักสัมพัทธ์ ฉบับที่ 5. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2554.
14. Nitayarumphong S. Toward universal coverage of health insurance for Thai people. Health Systems Research Journal 1995;3:134-45.
15. Salter K, J.W. Jutai, Teasell R, Foley NC, Bitensky J. Issues for selection of outcome measures in stroke rehabilitation: ICF Body Functions. Disability and Rehabilitation 2005;27:191-207.
16. 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 [Internet]. 1997 [cited 13 May 2013]; Available from: <http://www.uow.edu.au/commerce/chsd/Publications/snapstudy>.
17. Duckett S, Gray L, Howe A. Designing a funding system for rehabilitation services, part 2: policy objectives and options for achieving efficiency and quality of care. Australian Health Review 1995;18:62-77.
18. Duckett S, Gray L, Howe A. Designing a funding system for rehabilitation services Part1: Rationale and recent developments. Australian Health Review 1995;18:30-44.
19. Stineman MG. Case-Mix Measurement in medical rehabilitation. Arch Phys Med Rehabil 1995;76:1163-70.
20. Stineman MG. Prospective payment, prospective challenge. Arch Phys Med Rehabil 2002;83:1802-5.
21. Jeong S, Kondo K, Shiraishi N, Inoue Y. An evaluation of the quality of post-stroke rehabilitation in Japan. Clinical Audit 2010;2:59-66.

22. Liu M, Chino N, Takhashi H. Current status of rehabilitation, especially in patients with stroke, in Japan Scand J Rehab Med 2000;32:148-58.
23. Khiaocharoen O, Pannarunothai S, Zungsontiporn C, Riewpaiboon W. Casemix classification payment for sub-acute and non-acute inpatient care, Thailand. J Med Assoc Thai 2010;93:849-59.
24. อรทัย เขียวเจริญ, ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, วัชรา ริ้วไพบูลย์. การจัดกลุ่มโรคร่วมและทางเลือกในการจ่ายเงินสำหรับบริการผู้ป่วยในระยะกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลันของประเทศไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2550;16:213-25.
25. Baumer M, Scheneider 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;23:306-12.
26. Bode RK, Heinemann AW, Semik P, Mallinson T. Patterns of therapy activities across length of stay and impairment levels: peering inside the "black box" of inpatient stroke rehabilitation. Arch Phys Med Rehabil 2004;85:1901-8.
27. Langhorne P, Bernhardt J, Kwakkel G. Stroke rehabilitation. Lancet 2011;377:1693-702.
28. DeJong G, Horn SD, Conroy B, Nichols D, Heaton EB. Opening the black box of poststroke rehabilitation: stroke rehabilitation patients, processes, and outcomes. Arch Phys Med Rehabil 2005;86(12 Suppl 2):S1-S7.
29. อรทัย เขียวเจริญ, ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย. ความจำเป็นด้านบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของผู้ป่วยในระยะกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลันในประเทศไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2555;21:761-73.
30. คณะอนุกรรมการค่าบริการเวชกรรมฟื้นฟู. ต้นทุนค่าบริการเวชกรรมฟื้นฟู. กรุงเทพมหานคร: สุขุมวิทมีเดีย มาร์เก็ตติ้ง; 2552.

Abstract: Rehabilitation Service Development for Sub-acute and Non-acute Patients under the Universal Coverage Scheme in Thailand

Orathai Khiaocharoen, B.N., Ph.D. (Health System and Policy)*; Supasit Pannarunothai, M.D., Ph.D. (Health Planning and Financing); Wachara Riewpaiboon, M.D.***; Chairoj Zungsontiporn, M.D.******

** Phitsanulok Provincial Health Office; ** Centre for Health Equity Monitoring Foundation (CHEMF) and Faculty of Medicine, Naresuan University; *** Health Systems Research Institute; **** Central Office for Healthcare Information*

Journal of Health Science 2015;24:493-509.

The objective of this study was to develop an appropriate payment model for sub-acute and non-acute patient (SNAP) in 4 health regions of the National Health Security Office (NHSO) in Thailand (Saraburi, Rayong, Udonthani and Songkla). Twenty-four hospitals in five provinces were recruited to develop the model. Three steps were set up as follows: (1) setting up the new service and payment system. (2) implementation of the new system (according to context of each province) and (3) evaluation. Effectiveness was assessed as gain of functional and quality of life on a Barthel Index assessment. Efficiency studies consist of time and cost of rehabilitation care per patient. Three groups of data were collected: (1) provider characteristics, (2) characteristics and clinical data of patients in the rehabilitation impairment category (stroke, traumatic and non-traumatic brain dysfunction, traumatic and non-traumatic spinal cord dysfunction, and major multiple trauma) and (3) administrative data from hospitals and the NHSO. The study was conducted during July 2013 – February 2015. Data were analyzed by using frequency, percentage, chi-square test, paired t-test, F-test, and multiple regression. It was found that the four health regions produced four different rehabilitation services and payment models. The inpatient and extended outpatient with home visit model (of Saraburi) and the extended regional to community hospital model (of Songkhla) were remarkable. Three payment methods were observed: prospective payment with global budget, outcome payment, and performance with outcome payment. Comparing functional outcome with cost of rehabilitation among 3 different payment models revealed that the outcome payment significantly increased functional status of the patients but accessibility to rehabilitation services (within the golden period in stroke patients) was still low (13.1% only). We concluded that rehabilitation service led to better outcome, but only a few inpatients who needed rehabilitation services could get access to it. Therefore more attention should be paid to improve accessibility of patients to rehabilitation services. Moreover payment method should be structured to increase effectiveness of rehabilitation outcomes.

Key words: sub-acute and non-acute patients (SNAP), rehabilitation, outcome payment, universal coverage scheme