

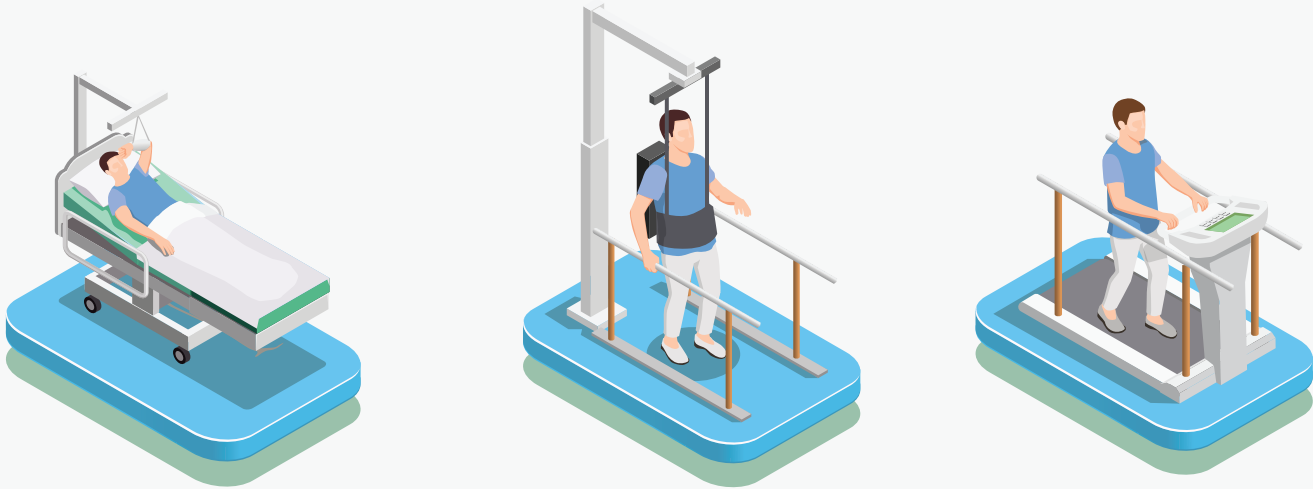
การเงินการคลังและการจัดสรรงบประมาณ สำหรับการดูแลระยะกลาง

สาระสำคัญ

การดูแลระยะกลาง (Intermediate care: IMC) ในผู้ป่วย 4 กลุ่มโรค ซึ่งมีรูปแบบบริการแบบผู้ป่วยใน (IPD-IMC) ผู้ป่วยนอก (OPD-IMC) และการให้บริการแบบเยี่ยมบ้าน (outreach-IMC) มีข้อสรุปดังนี้

- อัตราการเข้าถึงการดูแลระยะกลางยังต่ำในบางโรค: ประมาณร้อยละ 10 ของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง และประมาณร้อยละ 60 ของผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก
- จำนวนครั้งที่ได้รับการดูแลระยะกลางเฉลี่ยต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (เกณฑ์ 20 ครั้ง)
 - ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง (Spinal Cord Injury, SCI): ได้รับการบริการเฉลี่ย 11 ครั้ง/คน เบิกจ่าย 4,000–7,300 บาท/คน
 - ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke): ได้รับการบริการเฉลี่ย 10 ครั้ง/คน เบิกจ่าย 3,100–6,900 บาท/คน
 - ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (Traumatic Brain Injury, TBI): ได้รับการบริการเฉลี่ย 9 ครั้ง/คน เบิกจ่าย 2,900–6,500 บาท/คน
 - ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก (Hip Fracture): ได้รับการบริการเฉลี่ย 8 ครั้ง/คน เบิกจ่าย 2,400–7,400 บาท/คน
- ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (Barthel Activities of Daily Living, ADL) เพิ่มขึ้นตามจำนวนครั้งของการได้รับการดูแลระยะกลาง การได้รับการบริการน้อยครั้งสัมพันธ์กับคะแนน Barthel ที่ยังไม่ได้





ระยะเวลารอคอยก่อนเข้าสู่บริการ IMC ส่งผลต่อผลลัพธ์การฟื้นฟู โดยผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการบริการ IMC ครั้งแรกภายใน 1 สัปดาห์หลังออกจากโรงพยาบาล มีโอกาสฟื้นตัวจนถึงเป้าหมาย (Barthel ≥ 18 คะแนน) สูงกว่าผู้ที่ต้องรอนาน

การได้รับการบริการระยะกลางเพิ่มอัตราการรอดชีวิตในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก ซึ่งหากมีการบริการร่วมกับการผ่าตัดและผ่าตัดเร็วจะทำให้อัตราการรอดชีวิตสูงขึ้น และค่าใช้จ่ายลดลง

หน่วยบริการมีอัตราการเบิกจ่ายแตกต่างกัน

- คลินิกเอกชนมีอัตราเบิกจ่ายสำหรับการดูแลระยะกลางสูงสุดในทุกโรค เฉลี่ย 6,600–7,600 บาท/คน โดยเป็นการให้บริการแบบผู้ป่วยนอก (OPD-IMC) และ/หรือเยี่ยมบ้าน (outreach-IMC) เฉลี่ย 20–23 ครั้ง/คน
- โรงพยาบาลศูนย์มีอัตราเบิกจ่ายต่ำสุด เฉลี่ย 1,900–3,200 บาท/คน โดยให้บริการแบบผู้ป่วยนอก (OPD-IMC) เฉลี่ย 5–9 ครั้ง/คน
- สถานพยาบาลภาครัฐยังมีข้อจำกัดในการเบิกจ่ายค่าบริการแบบผู้ป่วยใน (IPD-IMC) ที่ต่ำกว่าต้นทุนการรักษาจริง



เกี่ยวกับการศึกษา

การศึกษานี้มีเป้าหมายเพื่อประเมินสถานการณ์ด้านการเงินการคลังของการดูแลระยะกลาง (IMC) และเสนอแนวทางเชิงนโยบายให้สอดคล้องกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยใช้กรอบวิเคราะห์ขององค์การอนามัยโลก (WHO) ครอบคลุมทั้งด้านงบประมาณและรูปแบบการจัดบริการ การวิเคราะห์อาศัยข้อมูลจากการทบทวนเอกสาร ฐานข้อมูล E-claim การดูแลระยะกลาง (IMC) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้กำหนดนโยบายและผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ชุมชนตัวอย่าง 5 แห่ง



ระบบการดูแลระยะกลางของสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ระบบบริการดูแลระยะกลาง (IMC) มีกลุ่มเป้าหมายคือ ผู้ป่วยที่พ้นระยะวิกฤตและมีสภาวะคงที่ โดยมีค่า Barthel Index Score (BI) หรือ ADL < 15 หรือ ≥ 15 แต่มีภาวะบกพร่องร่วมด้วย โดยมีบริการระยะต้นใน 4 กลุ่มโรค ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง การบาดเจ็บที่สมอง การบาดเจ็บที่ไขสันหลัง และภาวะกระดูกสะโพกหัก [1] การบริการแบ่งเป็น 3 รูปแบบหลัก ได้แก่



1. บริการในโรงพยาบาล (IPD)

สำหรับการให้บริการ IPD rehabilitation program มีจำนวนวันนอน 14-30 วัน ขึ้นกับความเหมาะสมและเป้าหมายของการฟื้นฟู โดยมีอัตราเบิกจ่าย 8,350 บาทต่อ Adjusted Relative Weight (AdjRW)

2. บริการผู้ป่วยนอก (OPD)

ได้แก่ กายภาพบำบัดไม่เกิน 20 ครั้ง และกิจกรรมบำบัดหรือแก้ไขการพูดไม่เกิน 10 ครั้ง ภายใน 6 เดือนหลังจำหน่าย อัตราเบิกจ่าย 450 บาทต่อครั้ง รวมบริการในโรงพยาบาลและหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านกายภาพบำบัด

3. บริการในชุมชนหรือที่บ้าน (outreach)

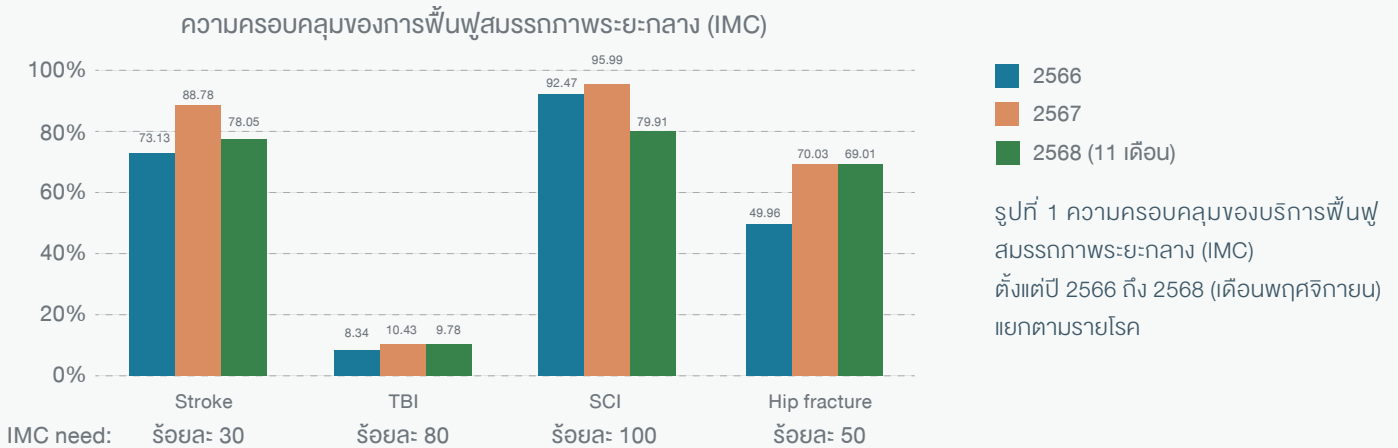
สำหรับผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเดินทาง อัตราเบิกจ่ายค่าดูแล 450 บาทต่อครั้ง และสามารถจ่ายเพิ่มค่าบริการทางการแพทย์ตามจริงไม่เกิน 200 บาท ต่อครั้ง [1, 2]



ผลการศึกษา

1. อัตราการเข้าถึงการดูแลระยะกลางในบางโรคยังต่ำ

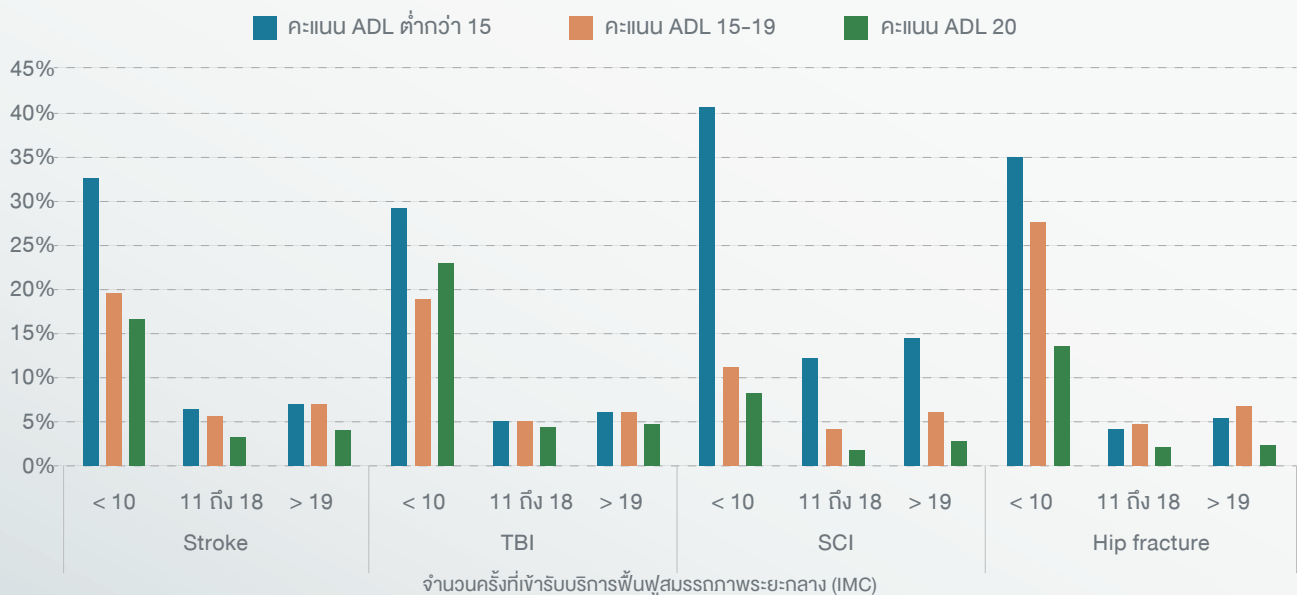
ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองมีการเข้าถึงบริการต่ำที่สุด ประมาณร้อยละ 10 ตามด้วยผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก ประมาณร้อยละ 60 ส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะระบบการเชื่อมต่อระหว่างการดูแลผู้ป่วยในและการดูแลระยะกลางยังทำได้ไม่เต็มศักยภาพ (รูปที่ 1)



(ข้อมูลคำนวณจาก: [(จำนวนผู้ป่วยที่ฟื้นฟูระยะกึ่งในแต่ละโรค x IMC need/ผู้ป่วย IMC ในแต่ละโรค) x 100])
หมายเหตุ ข้อมูล IMC need อ้างอิงจากฝ่ายวิเคราะห์ สังเคราะห์ และจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย กลุ่มภารกิจกับติดตามประเมินผล สปสช.

2. จำนวนครั้งของการได้รับการดูแลระยะกลางยังต่ำกว่าเกณฑ์ที่ควรได้รับ

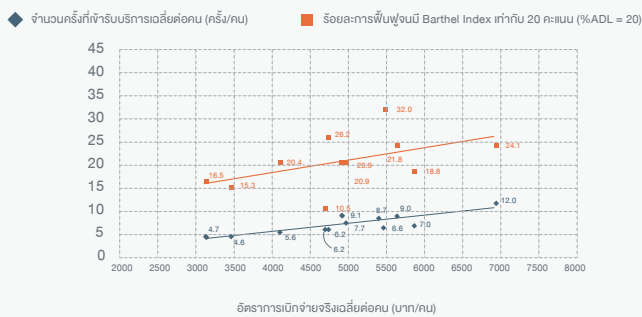
ทุกกลุ่มโรคมีจำนวนครั้งเฉลี่ยเพียง 8-10 ครั้งต่อคน ขณะที่ สปสช. อนุญาตให้เบิกได้สูงสุดถึง 20 ครั้ง ส่งผลให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังมีคะแนน ADL ต่ำกว่า 15 คะแนน แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลระยะกลางที่มากขึ้น หรือ ควรมีทีมสหสาขา ร่วมในการให้บริการ เพื่อให้สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น (รูปที่ 2)



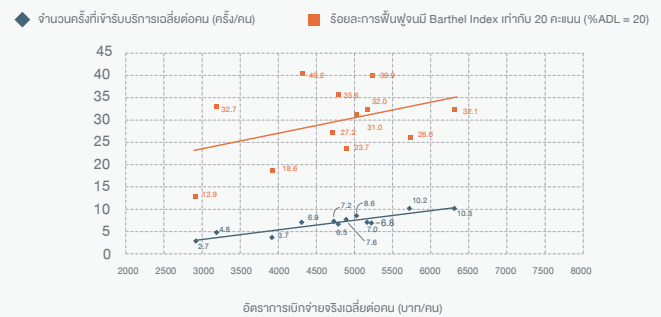
3. อัตราเบิกจ่ายและการได้รับการดูแลระยะกลางสอดคล้องกับผลลัพธ์ของการดูแล

- ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การบาดเจ็บที่สมอง และกระดูกสะโพกหัก มีแนวโน้มฟื้นตัวดีขึ้นเมื่อได้รับการดูแลระยะกลางมากขึ้น
- สัดส่วนผู้ป่วยที่ฟื้นฟูจนมี ADL เท่ากับ 20 (% ADL = 20) ภายใน 6 เดือนยังต่ำกว่าร้อยละ 30 ในทุกกลุ่มโรคเมื่อเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ที่ร้อยละ 85 จึงควรพิจารณามาตรการสนับสนุนเพิ่มเติม เช่น ขยายระยะเวลาการดูแลให้เหมาะสมกับความรุนแรงของโรค หรือ พัฒนารูปแบบบริการดูแลแบบเข้มข้นสำหรับผู้ป่วยใน หรือเพิ่มการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ (แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด) ในการเยี่ยมบ้าน เพื่อเสริมประสิทธิภาพการฟื้นตัวของผู้ป่วย (รูปที่ 3)

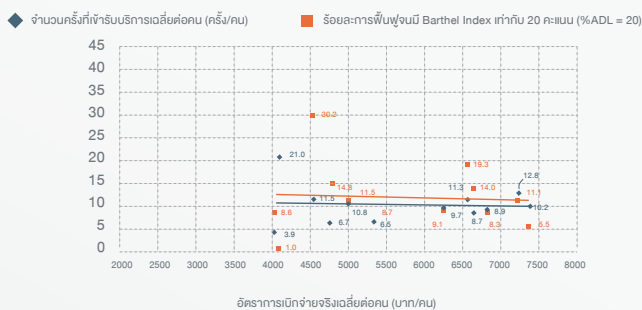
โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)



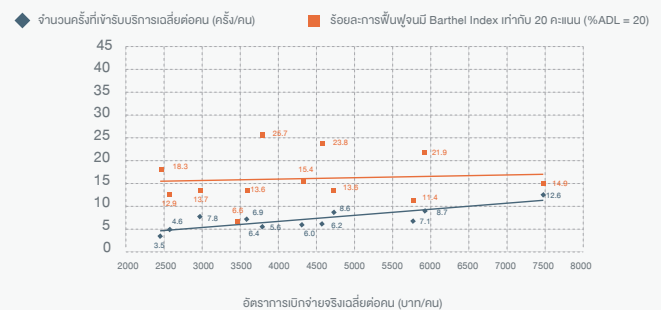
ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (TBI)



ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง (SCI)



ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก (Hip Fracture)

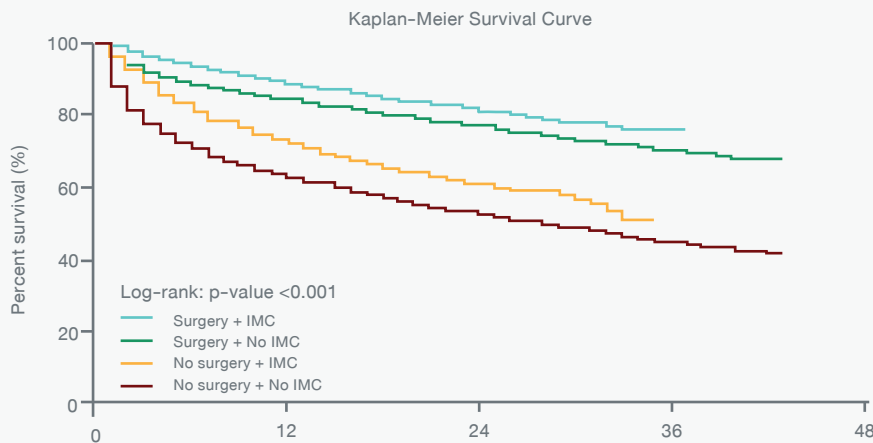


รูปที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการเบิกจ่ายระยะกึ่ง จำนวนครั้งที่เข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางและ %ADL = 20 แยกตามรายโรค (ที่มา: ฐานข้อมูล IMC และ LTC สปสช. เข้าถึงเมื่อวันที่ 14 พฤศจิกายน 2568)



4. บริการดูแลระยะกลางเพิ่มอัตราและระยะเวลาการรอดชีวิตของผู้ป่วย

ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการดูแลโดยการผ่าตัดและดูแลระยะกลาง มีระยะเวลารอดชีวิตเฉลี่ย 31 เดือน มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการผ่าตัดและไม่ได้รับการดูแลระยะกลาง ซึ่งมีระยะเวลารอดชีวิตเฉลี่ย 19 เดือน และการดูแลโดยการผ่าตัดเร็วและได้รับการดูแลระยะกลาง สามารถประหยัดค่าใช้จ่ายได้ประมาณ 63,000 บาทต่อคนต่อปี [3] เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้รับการผ่าตัดเร็วและการดูแลระยะกลาง (รูปที่ 4)



รูปที่ 4 อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก จำแนกตามการผ่าตัดและการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง

5. การเบิกจ่ายที่เกิดขึ้นจริงของการดูแลระยะกลางมีความแตกต่างกันตามประเภทสถานพยาบาล

อัตราการเบิกจ่ายจริงเฉลี่ยสูงสุด (สีเขียว) และต่ำสุด (สีแดง) ของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลระยะกลาง แยกตามรายโรคและประเภทสถานพยาบาล มีลักษณะดังนี้

อัตราการเบิกจ่ายจริงเฉลี่ย (บาท/คน)	โรงพยาบาลชุมชน	โรงพยาบาลทั่วไป	โรงพยาบาลศูนย์	คลินิกเอกชน
โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)	3,311.88	3,451.44	3,185.09	7,509.54
การบาดเจ็บที่สมอง (Traumatic Brain Injury)	3,086.18	3,068.76	2,256.20	6,672.68
การบาดเจ็บที่ไขสันหลัง (Spinal Cord Injury)	3,736.67	3,930.15	3,482.54	7,621.21
ภาวะกระดูกสะโพกหัก (Hip Fracture)	2,830.44	2,372.56	1,936.70	7,442.21
ร้อยละการฟื้นฟูสำเร็จ (% ADL = 20)	21.22	20.17	15.74	24.21

ที่มา: ข้อมูลปีงบประมาณ 2567 จากฐานข้อมูลบริการ IMC และ LTC สปสช. เข้าถึงเมื่อวันที่ 14 พฤศจิกายน 2568



การเงินการคลังและการจัดสรรงบประมาณสำหรับการดูแลระยะกลาง

คลินิกเอกชนมีอัตราเบิกจ่ายเฉลี่ยต่อคนสูงสุด และมีสัดส่วนการฟื้นฟูสำเร็จสูงสุดที่ร้อยละ 24.21 ขณะที่โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ มีผู้ป่วยที่ฟื้นฟูจนสำเร็จอยู่ที่ร้อยละ 15.7–21.2 ทั้งนี้ สะท้อนให้เห็นว่า ภาคเอกชนมีบทบาทสำคัญในการเพิ่มการเข้าถึงการดูแลระยะกลาง อย่างไรก็ตาม ร้อยละการฟื้นฟูสำเร็จตามเป้าหมายยังคงต่ำ (1 ใน 4 ของผู้ป่วย) ในทุกประเภทสถานพยาบาล จึงควรมีกลไกกำกับติดตามและการจ่ายที่กระตุ้นให้ร้อยละของผู้ป่วยฟื้นฟูสำเร็จเพิ่มขึ้น

ความท้าทายในการดำเนินงาน

ขาดกลไกการจ่ายเงินที่สะท้อนต้นทุนจริง โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ต้องดูแลนานกว่าเกณฑ์ เช่น ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลอย่างเข้มข้นในระยะแรกแบบผู้ป่วยใน [11] ซึ่งยังไม่มีรหัส DRG เฉพาะใน Thai DRG Version 6 ทำให้โรงพยาบาลไม่สามารถเบิกจ่ายได้ และต้องแบกรับภาระต้นทุน ส่งผลต่อการขยายบริการดูแลระยะกลางแบบผู้ป่วยใน นอกจากนี้ การให้บริการยังจำกัดอยู่ใน 4 กลุ่มโรคหลัก และขาดกลไกสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่นที่มีโอกาสได้ประโยชน์จากการมีบริการดูแลระยะกลาง เช่น ผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง (older persons living with frailty) หรือผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมหลายชนิด ที่มี ADL ลดลงจากเดิม หรือ ADL < 15 หลังการเจ็บป่วยเฉียบพลัน



ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (Policy Recommendations)

1. กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พิจารณาตั้งเป้าหมายการเข้าถึงการดูแลระยะกลางอย่างน้อยร้อยละ 80 ของผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องได้รับบริการ เพื่อให้เกิดการสนับสนุนให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้มากที่สุด



2. กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ควรมีกลไกติดตามและสนับสนุนให้เกิดการดูแลตามจำนวนครั้งที่กำหนดทั้งจากหน่วยบริการภาครัฐและเอกชน รวมทั้งมีระบบกระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าระบบการดูแลระยะกลางให้เร็วที่สุด เช่น ภายใน 1 สัปดาห์หลังกลับบ้าน และศึกษาปัจจัยที่ทำให้สถานพยาบาลไม่สามารถให้การดูแลระยะกลางได้ตามจำนวนครั้งที่กำหนด

3. สำนักพัฒนากลุ่มโรคร่วมไทย (สรท.) ร่วมกับสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ควรพัฒนา Thai DRG ให้ครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะกลางแบบผู้ป่วยใน โดยเฉพาะกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อนหรือความซับซ้อนสูงที่ต้องการการดูแลระยะแรกแบบผู้ป่วยใน รวมทั้งการจัดทำ

เกณฑ์สำหรับการคัดเลือกผู้ป่วยเพื่อดูแลแบบผู้ป่วยในที่เหมาะสม เช่น มีการประเมิน Barthel Index ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีการเจ็บป่วยเฉียบพลันทั้งก่อนเข้าโรงพยาบาลและก่อนกลับบ้าน

4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พิจารณาจัดสรรเงินสนับสนุนทางการเงินสำหรับสหสาขาวิชาชีพ (แพทย์ พยาบาล) ในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน

คณะผู้วิจัย

รศ. พญ. วราลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ, ดร.รุ่งนภา คำผาง, ผศ. นพ.หฤชฤทธิ์ ปັນณะธำนิ, ดร.นิชากร วรจจิต, ภก.คณิต พิศวงศ์, ภก.ศักดิโชติ เพชรสม, อานนท์ คุณาการจรัสพงษ์, ธัญญพร พรหมจันทร์, นันทวัน ป้อมคำย, ปริญดา เสนีย์รัตนประยูร
หน่วยวิจัยเพื่อขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ดร.ภญ.สุราสีณี คำหลวง **มูลนิธิเพื่อการพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP Foundation)**

หน่วยงานผู้สนับสนุนทุนวิจัย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. งบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ปีงบประมาณ 2567. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2567.
2. กลุ่มงานประกันสุขภาพ. การขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ในระบบหลักประกันสุขภาพ ปีงบประมาณ 2568. กรุงเทพฯ: กลุ่มงานประกันสุขภาพ; 2568.
3. รุ่งนภา คำผาง, วราลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ, พัทธรา สัพพวงค์, ดิเรก ตันติเกตุ, ลักษณ์ ปภินวิชกุล, ภคินทร์ อังคาบ, เมทินี เพ็งแจ่ม, พสิษฐ์ พิจนา, กมลวรรณ เขียวนิล. การพัฒนาข้อเสนอเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพโดยเน้นคุณค่าของการดูแลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก ปีที่ 1: การศึกษาประสิทธิผลและต้นทุนของการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่กระดูกสะโพกหักแบบครบวงจร. หน่วยวิจัยเพื่อขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2567.

