

## ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

1. เรื่อง ประเมินผลกระทบด้านงบประมาณ (Budget Impact Analysis) ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยระยะกลาง ภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประเทศไทยปี 2565 จังหวัดอุบลราชธานี

2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ

ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

การประเมินผลกระทบด้านงบประมาณในระบบบริการสุขภาพ เป็นเครื่องมือในกระบวนการบริหาร และการจัดการงานด้านการเงินการคลังสุขภาพ ซึ่งเป็นกลไกประเมินความสำเร็จในการบริหารจัดการกิจกรรมบริการ ภายใต้งบประมาณและทรัพยากรที่มีอย่างจำกัด นอกจากนี้ ยังใช้เพื่อพิจารณาจัดลำดับความสำคัญของการจัดสรร บริหารงบประมาณการเงินการคลังด้านสุขภาพ ตลอดจนใช้ข้อมูลเพื่อวางแผน กำหนดทิศทาง กำหนดแนวทางในการแก้ไขปัญหาด้านการเงินการคลังของหน่วยบริการ และพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นไป ในการดำเนินงานนี้ผู้ปฏิบัติงานจะต้องมีองค์ความรู้ต่างๆที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข การบริหารการเงินการคลัง เป็นต้น

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

ระบบบริการสุขภาพของไทย ประสบปัญหาสำคัญหลายประการ ได้แก่ ปัญหาเรื่องประสิทธิภาพ ศักยภาพและคุณภาพบริการทำให้โรงพยาบาลขนาดเล็กส่งต่อโรงพยาบาลขนาดใหญ่มากขึ้น เป็นผลให้เกิดปัญหาความแออัดของผู้มารับบริการในสถานบริการระดับสูง ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ สถานบริการมีการแข่งขันการขยายบริการภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด สะท้อนให้เห็นถึงการขาดการวางแผนในการจัดระบบบริการและการบริหารจัดการที่ดี ในยุคเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ศตวรรษที่ 21 ระบบสุขภาพของไทย กำลังประสบกับสิ่งที่ท้าทายจากรอบด้าน อาทิ ปัญหาโรคติดต่อ โรคเกิดใหม่และโรคเกิดซ้ำและภัยสุขภาพ การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การอพยพย้ายถิ่น การเปลี่ยนแปลงฐานเศรษฐกิจไปสู่ยุคดิจิทัล ตลอดจนภัยพิบัติทางธรรมชาติ เป็นต้น จากการเปลี่ยนแปลงและความเสี่ยงจากการได้ผลกระทบทางลบ ทำให้ประชาชนมีความคาดหวังต่อคุณภาพของระบบบริการสุขภาพที่สูงขึ้น ในขณะเดียวกับการบริหารภาครัฐก็ถูกจำกัดด้วยงบประมาณ ซึ่งสวนทางกับการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ทำให้ต้องมีการบริหารจัดการ มีนโยบายที่ครอบคลุม ชัดเจน ส่งผลให้การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น (ณัฐชานันท์ กมลฤกษ์ และคณะ, 2561)

กระทรวงสาธารณสุข มีบทบาทหลักที่สำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพและยกระดับคุณภาพบริการด้านสาธารณสุขของไทยให้กับประชาชนทุกคนในราชอาณาจักรไทย สามารถเข้าถึงและได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพครอบคลุมทุกกลุ่มวัย จึงมีการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) เพื่อเชื่อมโยงการจัดบริการในทุกระดับหน่วยบริการให้มีคุณภาพมาตรฐาน ประชาชนเข้าถึงได้อย่างเท่าเทียม เป็นธรรม เกิดบริการสุขภาพที่ไร้รอยต่อและเกิดการพัฒนายั่งยืน โดยแนวทางการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยระยะกลาง Intermediate care service plan เป็นแผนการพัฒนาระบบสุขภาพที่อยู่ในยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ระยะ 20 ปี กำหนดประชากรกลุ่มเป้าหมาย 3 กลุ่มคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง (Spinal Cord Injury : SCI) และผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ (Traumatic Brain Injury : TBI) ที่พื้นระยะเฉียบพลัน และมีสถานะทางการแพทย์คงที่ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข, 2560. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ, 2557)

ปัจจุบันการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์สำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้ครอบคลุมทั้ง 13 กลุ่มโรค และครอบคลุมบริการในกลุ่มที่อายุมากขึ้น ซึ่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพ ได้กำหนดแนวทางในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้คนพิการได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการตามความจำเป็นอย่างทั่วถึงและครอบคลุมหากคนพิการหรือผู้สูงอายุครอบคลุม หากคนพิการหรือผู้สูงอายุ ที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์และผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์อย่างต่อเนื่อง ทั้งในหน่วยบริการและในชุมชน และส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรคนพิการ องค์กรภาคีที่เกี่ยวข้องและชุมชน ในการพัฒนารูปแบบการดูแล ช่วยเหลือ สนับสนุน และให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่กลุ่มเป้าหมายร่วมกัน ทั้งในหน่วยบริการและในชุมชนอย่างยั่งยืน ครอบคลุมเป้าหมาย คือ ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพ 3 กลุ่ม ได้แก่ คนพิการ (รหัสย่อย 74) ผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์และผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยกำหนดเป็นชุดสิทธิประโยชน์และเกณฑ์การจัดสรรงบประมาณบริการ บริหารจัดการในกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับจังหวัดและครอบคลุมบริการ ค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยเหลือสำหรับผู้พิการตามรายการที่ สปสช.กำหนด (กายอุปกรณ์) ค่าฝึกทักษะการทำความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว ค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ที่ให้บริการในชุมชนและอื่นๆตามที่กองทุนฯกำหนด (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2564)

การดำเนินงานเพื่อดูแลผู้ป่วยระยะกลางของประเทศไทยที่ผ่านมา พบว่า การดูแลสุขภาพระยะกลางของผู้สูงอายุยังไม่มีคุณภาพเท่าที่ควร การบริการขาดความครบถ้วน ไม่ต่อเนื่อง มุ่งเน้นการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลหรือสถานบริการทางสุขภาพต่างๆ ในระยะเฉียบพลัน แต่ขาดการจัดบริการที่เชื่อมโยงสู่ระยะการฟื้นฟูสุขภาพ ยังไม่มีการติดตามประเมินผลผลลัพธ์อย่างเป็นรูปธรรม (เบญจพร สุธรรมชัย และคณะ, 2560. รัชวรรณ สุขเสถียร, 2557) ปัญหาด้านศักยภาพบุคลากร ที่ยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบายและแนวปฏิบัติ ทั้งยังมีข้อจำกัดด้านอัตราากำลังบุคลากรที่มีศักยภาพ (นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด ฯลฯ) เช่น นักกิจกรรมบำบัดยังมีไม่เพียงพอ เนื่องจากนโยบายของหน่วยงานที่ไม่มีการจ้างงานและเพิ่มกรอบอัตรากำลัง ความจำกัดในการอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากร ขาดทรัพยากรหรือปัจจัยสนับสนุนทางการเงิน งบประมาณและค่าใช้จ่ายด้านวัสดุอุปกรณ์เวชภัณฑ์และยา ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยให้เกิดความต่อเนื่อง งบประมาณที่ได้รับการจัดสรรยังไม่เพียงพอ เนื่องจากการเบิกจ่ายในระบบจะคิดตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์กลุ่มวินิจฉัยโรค Adjust RW (Relative weight) ไม่สามารถเบิกจ่ายได้ตามค่าบริการจริง (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) กระทรวงสาธารณสุข, 2562. ,นงนภัทร รุ่งเนย และคณะ, 2564. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, 2553)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้เล็งเห็นความสำคัญในประเด็นนี้ จึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษามลกระทบด้านงบประมาณ สำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะกลางภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อช่วยเติมเต็มข้อบกพร่องและแก้ไขปัญหของระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง รวมทั้งศึกษาปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงาน อันจะนำไปสู่การพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการปรับปรุงการดำเนินงานการดูแลสุขภาพระยะกลางของจังหวัดอุบลราชธานีให้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น

### ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. การทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องของระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยในปัจจุบัน ได้แก่ กระบวนการและรูปแบบของการให้บริการ จำนวนและประเภทของประชากรที่ได้รับสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กองทุนประกันสังคม กองทุนทดแทน และกองทุนสวัสดิการข้าราชการ การทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้อง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1) การทบทวนแนวทางเวชปฏิบัติ ทบทวนแนวทางเวชปฏิบัติของสถาบันและหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ แหล่งข้อมูลในการทบทวน ได้แก่ PubMed Cochrane ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ไทยฐานข้อมูลห้องสมุดสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ฐานข้อมูลการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์และ Google scholar

1.2) การศึกษารูปแบบการจัดบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ที่ของจังหวัดอุบลราชธานี

1.3) การทบทวนสิทธิประโยชน์การจัดบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จากประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในฉบับที่เกี่ยวข้อง เรื่องหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ฉบับล่าสุด และหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

2. ออกแบบเครื่องมือ และเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อวิเคราะห์ผลกระทบด้านงบประมาณ โดยขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการ ดังนี้

2.1 ประสานกับหน่วยงานเจ้าของพื้นที่ โดยผู้วิจัยทำหนังสือราชการถึงหน่วยงานที่รับผิดชอบแผนงาน /โครงการ เพื่อขอความอนุเคราะห์และอำนวยความสะดวกในการลงพื้นที่เก็บข้อมูลภาคสนาม

2.2 ดำเนินการเก็บข้อมูลปฐมภูมิ(Primary Data) โดยการสอบถาม หรือสัมภาษณ์ตามแบบที่ได้จัดเตรียมไว้ล่วงหน้า เพื่อสำรวจสถานการณ์ของการดำเนินงานการดูแลสุขภาพระยะกลางในผู้สูงอายุตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 สถานการณ์การดำเนินงาน IMC ได้แก่ ข้อมูลการดำเนินงานของบุคลากรสหวิชาชีพที่ให้บริการ IMC จำนวนผู้ป่วย IMC จำนวนวันนอนและค่ารักษาพยาบาล ส่วนที่ 3 ผลลัพธ์การดำเนินงาน IMC ได้แก่ อัตราการกลับมารักษาซ้ำ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำ โดยกระบวนการรวบรวมข้อมูลในขั้นตอนนี้ต้องอธิบายวัตถุประสงค์ของการเก็บข้อมูลอย่างตรงไปตรงมา ให้ผู้ตอบเกิดความเข้าใจก่อนและมีข้อควรระวัง คือ ไม่ใช้วิธีการถามที่มีลักษณะชี้นำผู้ตอบ หรือทำให้ผู้ตอบเกิดความรู้สึกเชิงลบวัน

2.3 รวบรวมข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) จากหน่วยบริการสุขภาพ จังหวัดอุบลราชธานี แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับข้อมูลปฐมภูมิ (Primary Data) โดยข้อมูลจากหน่วยบริการ ประกอบไปด้วย

1) ความชุกและอุบัติการณ์ของโรค ทั้ง 13 กลุ่มโรค ที่เป็นสาเหตุของการจัดบริการผู้ป่วยระยะกลาง จากฐานข้อมูลของสถานบริการภาครัฐ

2) จำนวนผู้ป่วยในการจัดให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ในสถานบริการที่จัดให้บริการ

3) ต้นทุนต่อหน่วย และจำนวนทรัพยากรที่ใช้ในการจัดบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

4) ข้อมูลผลลัพธ์สุดท้ายของการจัดบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง การดำเนินไปของโรค อาการอันไม่พึงประสงค์จากการรักษา และอัตราการเสียชีวิต

3. การประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล เป็นการประมวลผลและสรุปผลที่ได้จากการติดตามอย่างย่อ ซึ่งต้องได้สาระครบถ้วนดังนี้ 1) ข้อเท็จจริง ซึ่งรวมถึงสรุปผลความก้าวหน้าของการดำเนินงานและผลการใช้จ่ายงบประมาณ 2) ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น รวมทั้งสาเหตุของปัญหา โดยแยกแยะว่าเป็นปัญหาที่เกิดจาก ขั้นตอนใดในการดำเนินงาน และเกิดจากสาเหตุใด 3) การวิเคราะห์ข้อมูล คือการนำข้อมูลภาคสนามที่เก็บได้มาวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้



3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ ที่เก็บได้จากแบบสอบถาม นำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติคำนวณ เช่น ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย เป็นต้น พร้อมทั้งอธิบายผลการวิเคราะห์ข้อมูลในแต่ละประเด็น ตามที่ระบุไว้ใน ตารางวิเคราะห์ข้อมูล

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ ที่เก็บได้จากเนื้อเรื่องของเอกสารต่างๆ การสอบถาม การสัมภาษณ์ หรือการประชุมกลุ่ม นำมาทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) สรุปประเด็นสำคัญเพื่อใช้ในการ อ้างอิงและรายงานข้อค้นพบ

4. สรุปผล จัดทำและเสนอรายงานการประเมินผล / เผยแพร่ผลงาน

#### 5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

1. ทราบปัญหา ข้อเท็จจริง และอุปสรรคจากการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง
2. เพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการจัดสรรและการจัดลำดับทรัพยากรที่จำเป็นและเหมาะสม ในการดำเนินงานระบบบริการผู้ป่วยระยะกลาง ของจังหวัดอุบลราชธานี
3. ส่งเสริมสนับสนุนธรรมาภิบาลของการดำเนินงานและกระบวนการบริหารระบบสุขภาพของ จังหวัดอุบลราชธานี
4. ได้ผลรายงานไปใช้ในประกอบการพิจารณาทำแผนการดำเนินงาน กำหนดกรอบงบประมาณ ตลอดจนสามารถพัฒนารูปแบบ หลักการ แนวปฏิบัติในการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และประสิทธิผลได้

#### 6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1. พิจารณาผลกระทบที่เกิดขึ้นจริง ตั้งแต่เริ่มต้นนโยบายจนถึงปัจจุบัน สามารถนำผลที่ได้มา พยากรณ์ผลกระทบในอนาคตได้
  2. ในกรณีที่การดำเนินการศึกษาเสร็จสิ้นแล้ว แต่ระยะเวลาดำเนินการไม่นานนัก โอกาสการสร้าง ผลกระทบอย่างต่อเนื่องในอนาคต มูลค่าผลกระทบที่ได้อาจไม่สูงมากเพราะมีข้อจำกัดที่กรอบเวลา
  3. ผลการประเมินอาจคลาดเคลื่อนได้หากข้อมูลที่ใช้ในการพยากรณ์ไม่ครบถ้วนหรือเพียงพอ
7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

เนื่องจากการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเฉพาะ ประกอบกับอยู่ในสถานการณ์การแพร่ ระบาดของโรคติดต่อ COVID - 19 อาจทำให้การเข้าถึงข้อมูล หรือกลุ่มเป้าหมาย ล่าช้า หรือไม่ทันเวลาตาม แผนการดำเนินงานวิจัยได้

## 8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยในพื้นที่แต่ละแห่ง อาจไม่เป็นไปตามแผน หรือมีความล่าช้ากว่ากำหนด เนื่องจากภาระงาน ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ในแต่ละพื้นที่ การขอเข้าถึงข้อมูลในส่วนของต้นทุนการให้บริการต่อหน่วย ซึ่งเป็นข้อมูลเฉพาะของหน่วยงาน หากไม่มีระบบธรรมาภิบาลข้อมูลให้รัดกุม อาจส่งผลกระทบต่อกฎหมายคุ้มครองสิทธิด้านข้อมูลผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องได้

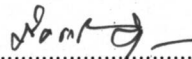
แนวทางการป้องกัน คือ จะต้องมีการวางแผนอย่างรัดกุม เร่งดำเนินการให้เร็วที่สุด เพื่อไม่ให้ความผิดพลาดประเด็นนี้

## 9. ข้อเสนอแนะ

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยที่เข้าถึงข้อมูลในส่วนของข้อมูลทุติยภูมิในการดำเนินการของสถานบริการ และการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นการเก็บรวบรวมเฉพาะส่วนของผู้ให้บริการ ดังนั้น จึงไม่มีผลกระทบต่อผู้รับบริการหรือผู้ป่วยโดยตรง แต่ผลลัพธ์ที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการสำหรับผู้ป่วยระยะกลางที่จะได้รับบริการชุดสิทธิประโยชน์ที่มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

## 10. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน(ถ้ามี)

- 1).....ไม่มี.....สัดส่วนของผลงาน.....
- 2).....สัดส่วนของผลงาน.....
- 3).....สัดส่วนของผลงาน.....

(ลงชื่อ).....  .....

(นางพัชราภรณ์ ศิริคุณ)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

วันที่ 22 มิถุนายน 2565

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางพัชราภรณ์ ศิริคุณ	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... 

(นายพิทักษ์พงษ์ จันทร์แดง)

(ตำแหน่ง) รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

วันที่ ๒๒ มิถุนายน ๒๕๖๕

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ).....

(นายสุวิทย์ โรจนศักดิ์โสธร)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

วันที่ ๒๒ มิถุนายน ๒๕๖๕

## แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

(ระดับชำนาญการพิเศษ)

### 1. เรื่อง การประเมินผลการดูแลสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางเพื่อพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จังหวัดอุบลราชธานี

### 2. หลักการและเหตุผล

โรคที่ก่อให้เกิดความบกพร่องทางร่างกายมีอัตราอุบัติการณ์เพิ่มสูงขึ้นมากในปัจจุบัน หนึ่งในนั้นคือ โรคหลอดเลือดสมองซึ่งโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคร้ายที่คนทั่วโลกถึง 1 ใน 4 มีความเสี่ยงที่จะเป็นด้วยความรุนแรงของโรคที่ทำให้พิการและเสียชีวิต จากการสำรวจประชากรขององค์กรโรคหลอดเลือดสมองโลก พบว่าปี 2563 มีผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองกว่า 80 ล้านคน มีผู้เสียชีวิตประมาณ 5.5 ล้านคน พบผู้ป่วยใหม่เพิ่มขึ้นถึง 14.5 ล้านคนต่อปี 1 ใน 4 เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 25 ปีขึ้นไป ส่วนสถานการณ์ในประเทศไทย จากข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี ของกองยุทธศาสตร์และแผนงานกระทรวงสาธารณสุข (ปีพ.ศ. 2556 - 2560) จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ปีพ.ศ. 2560 พบผู้ป่วยเกิดใหม่จำนวน 304,807 ราย(1) และข้อมูลในรายงานสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2562 พบว่า จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น จากปีพ.ศ. 2558-2562 อย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2558 มีจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 28,146 คน ปีพ.ศ. 2560 จำนวน 31,172 คน และในปีพ.ศ. 2562 มีจำนวน 34,728 คน (อัตราเสียชีวิต 43.3, 47.8 และ 53.0 ตามลำดับ) ซึ่งจัดเป็นอันดับ 2 ของสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของประชากรไทย (2)

ความสูญเสียอันเนื่องมาจากโรคร้าย นอกจากจะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้แล้ว ยังทำให้ผู้ป่วยพิการหรือทุพพลภาพภายหลังจากเจ็บป่วยได้ด้วย ผู้ป่วยบางส่วนอาจเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย แต่อีกบางส่วนอาจไม่เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย ในกรณีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ จะทำให้เกิดค่าใช้จ่ายในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย เพื่อประสงค์จะให้ร่างกายกลับมาใช้งานได้ตามปกติ

กระทรวงสาธารณสุข นิยามคำว่า การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care : IMC) หมายถึง การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นระยะวิกฤติ (Acute Phase) และมีอาการคงที่แต่ยังคงมีความบกพร่องทางร่างกายบางส่วนที่จำกัดการทำกิจวัตรประจำวันและการมีส่วนร่วมในสังคม จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ (Multidisciplinary Approach) อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน ซึ่งการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ได้มีนโยบายจัดบริการทั้งในรูปแบบผู้ป่วยใน (In-Patient Department : IPD) ผู้ป่วยนอก (Out-Patient Department : OPD) และการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care : HHC) เพื่อให้เกิดฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง(Stroke) โรคบาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง(Acute Brain Injury) และผู้ป่วยบาดเจ็บทางไขสันหลัง (spinal cord injury)

โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้ จะต้องได้รับการบริบาลฟื้นฟูและติดตามจนครบ 6 เดือน เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจนำไปสู่ความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ และช่วยลดความแออัดของโรงพยาบาลศูนย์และยังเพิ่มอัตราครองเตียงในโรงพยาบาลชุมชน (3)

ในอดีตการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางในระบบบริการสาธารณสุขของประเทศไทยยังไม่มีระบบการให้บริการที่ชัดเจน และยังไม่ครอบคลุมผู้ป่วยและคนพิการที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุอย่างเพียงพอ ปัจจุบันการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางมีรูปแบบที่หลากหลาย ตามแต่บริบทของสถานพยาบาลและความต้องการของผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care) เป็นระบบที่มีความหมายกว้างมาก แต่เลือกพัฒนาในส่วนที่ผู้ป่วยจะได้รับประโยชน์เห็นเป็นรูปธรรมมากที่สุดก่อน คือ การพัฒนาระบบการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง 3 กลุ่มโรค ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง และผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง โดยมีเกณฑ์มุ่งหวังว่าร้อยละ 70 ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ จะได้รับการคัดกรองเพื่อประเมินสภาพ และสนับสนุนให้เข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องไปจนครบระยะเวลา 6 เดือนหลังเกิดโรค(4)

Intermediate care service plan เป็น service plan สาขาใหม่ของกระทรวงสาธารณสุข ที่จะช่วยเติมเต็มระบบบริการให้มีความสมบูรณ์ โดยลดช่องว่างระหว่างการดูแลผู้ป่วยระยะเฉียบพลันที่รอดชีวิตและได้รับการประเมิน เพื่อคัดกรองเข้าสู่การดูแลระยะกลางโดยทีมสหวิชาชีพ เชื่อมโยงการดูแลแบบไร้รอยต่อระหว่างสถานพยาบาลทุกระดับต่อเนื่องจนถึงระดับชุมชน โดยปัญหาหลักของการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (5) คือ รูปแบบการดูแลผู้ป่วย 3 โรคนี้ ส่วนใหญ่จะได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน (IPD) ของโรงพยาบาลศูนย์ และเมื่อพ้นระยะวิกฤติแล้วจะได้รับการจำหน่าย (Discharge) ภายใน 5 - 7 วัน เพื่อลดความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์ และส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวเข้ารับบริการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพต่อที่โรงพยาบาลชุมชน ซึ่งบริการดังกล่าวยังไม่ครอบคลุม ขาดการเชื่อมโยงข้อมูลและใช้ฐานข้อมูลร่วมกัน ขาดความต่อเนื่องในการดูแลรักษาตั้งแต่การรักษาระดับโรงพยาบาลศูนย์ ไปยังโรงพยาบาลชุมชน จนถึงระดับชุมชนหรือครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยในระยะกลางที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุจำนวนมากไม่ได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสมและเพียงพอ(5)

ปัจจุบันการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์สำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้ครอบคลุมทั้ง 13 กลุ่มโรค และครอบคลุมบริการในกลุ่มที่อายุมากขึ้น อย่างไรก็ตามยังพบว่ายังขาดการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ ผลกระทบด้านงบประมาณ และความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติจริง สำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2564 ทั้งการเชื่อมโยงระบบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลระหว่างสถานบริการ และระหว่างสถานบริการกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และการจัดให้บริการแบบไร้รอยต่อระหว่างสถานบริการด้วยตนเอง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับผลกระทบจากการรักษาที่ไม่ต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยบางรายมีอาการทรุดลง บางรายถึงขั้นทุพพลภาพ และเสียชีวิตได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้เล็งเห็น



ความสำคัญในประเด็นนี้ จึงมีความสนใจและความตั้งใจที่จะทำการศึกษาและประเมินผลการดูแลสุขภาพระยะกลางเพื่อพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ให้มีความเหมาะสมภายใต้ความคุ้มครองในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติต่อไป

### 3. บทวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ แนวทางแก้ไขและข้อจำกัด

กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดยุทธศาสตร์ของกระทรวงให้มีความสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 และแผนพัฒนาสุขภาพฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 – 2564) ขึ้น เพื่อพัฒนา “สุขภาพคนไทยกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน” ตามกรอบเป้าหมายด้านการสร้างโอกาสความเสมอภาคและเท่าเทียมกันทางสังคม โดยมุ่งเน้นการพัฒนาระบบบริการและบริหารจัดการสุขภาพ ซึ่งมีข้อมูลตัวชี้วัดในประเด็นทางสุขภาพมิติต่างๆ ที่ส่วนใหญ่อยู่ภายใต้ “ชีวิตที่มีสุขภาพดีและสุขภาวะของทุกคนในทุกช่วงวัย” โดยมียุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้าน คือ 1) ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion, Prevention & Protection Excellence) 2) ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) 3) ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และ 4) บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) และแบ่งออกเป็น 4 ระยะ โดยในระยะ 5 ปีแรก (พ.ศ. 2560–2564) คือ การมุ่งปฏิรูประบบสุขภาพ เน้นปรับเปลี่ยนโครงสร้างระบบบริหารจัดการที่ยังเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาอีกครั้ง รวมถึงการวางพื้นฐานระบบสุขภาพใหม่ เช่น การวางระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการและการลดค่าใช้จ่ายของระบบสุขภาพในระยะยาว การปรับระบบข้อมูลด้านสุขภาพให้มีคุณภาพ ครบถ้วน และทันสมัย เอื้อประโยชน์ต่อการใช้งาน การปรับระบบบริการสุขภาพให้มีความครอบคลุม เข้าถึงง่าย เป็นธรรมและลดความเหลื่อมล้ำ เป็นต้น(6)

#### แนวคิดระบบสุขภาพ (Health System)

ระบบสุขภาพมีพื้นฐานจากการคิดเชิงระบบ กล่าวคือ เป็นการคิดวิเคราะห์อย่างเป็นขั้นเป็นตอนครอบคลุมปัจจัยที่เกี่ยวข้องอย่างครบถ้วนและมีการออกแบบโครงสร้างของระบบให้แต่ละส่วนมีบทบาทหน้าที่ที่ถูกต้องเหมาะสมและมีความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบต่างๆ อย่างเชื่อมโยงสอดคล้องสนับสนุนซึ่งกันและกัน(7) ระบบสุขภาพและการบริการด้านสุขภาพของคนไทยในปัจจุบัน ได้มีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาตามลำดับ โดยวิวัฒนาการของการพัฒนาสาธารณสุขตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติและแผนพัฒนาสาธารณสุขที่ผ่านมา ส่งผลให้คนไทยมีอายุเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ทำให้กระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทย ต้องเตรียมความพร้อมในการดูแลสุขภาพประชาชนให้มีความครอบคลุมและมีความทันสมัย ไม่ว่าจะเป็นบริบทด้านสุขภาพของประชาชนที่มีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงไป เช่น สังคมผู้สูงอายุ การอพยพย้ายถิ่น โรคเรื้อรัง ปัญหาสุขภาพตามกลุ่มวัย การขาดความเป็นธรรมและความครอบคลุมในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ขาดประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากร ความไม่พอเพียงด้านกำลังคนสุขภาพ(จำนวนและการกระจาย) ตลอดจนการขาดบริการสุขภาพที่จำเป็นในพื้นที่ (8, 9)

จากการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ ทำให้หน่วยงานด้านสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องต้องมีการวางแผนการดำเนินการด้านสุขภาพในระยะยาวเพื่อให้เกิดระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ในอนาคต

### สถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาสุขภาพของไทย

ในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมา จากการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม ประชากร ตลอดจนระบบบริการสุขภาพ ส่งผลให้คนไทยมีอายุเฉลี่ยที่สูงขึ้น สังคมไทยได้ก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุและจะเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว จากการคาดการณ์ในอีก 20 ปี ข้างหน้า ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุสูงถึงหนึ่งในสี่ของประชากรทั้งหมด การเปลี่ยนแปลงทางระบาดวิทยาทำให้รูปแบบของภาระโรคเปลี่ยนจากโรคติดต่อไปเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและยังมีปัญหาสุขภาพจากอุบัติเหตุ ภัยพิบัติและภัยสุขภาพ รวมทั้งโรคจากการประกอบอาชีพ และโรคจากสิ่งแวดล้อมสูงขึ้น การจัดการกำลังคนด้านสุขภาพยังไม่สามารถตอบสนองต่อการสร้างประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ ระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพยังมีปัญหาในการจัดการ ระบบข้อมูลข่าวสารและการวิจัยด้านสุขภาพยังไม่สามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลและงานวิจัยที่มีได้อย่างเพียงพอ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ของประชาชนยังไม่เพียงพอในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ด้านสุขภาพ กลไกการอภิบาลระบบสุขภาพในระดับชาติและระบบธรรมาภิบาลยังไม่ชัดเจน การปรับโครงสร้างประเทศไปสู่ "ประเทศไทย 40" กรอบเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) และการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ประเด็นสถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาสุขภาพสุขภาพเหล่านี้ การวางแผนเตรียมพร้อมรองรับและเผชิญกับสภาพปัญหาจะช่วยให้สามารถรับมือกับความเสี่ยงและภัยคุกคามด้านสุขภาพที่จะเกิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (10)

ปัจจัยสำคัญ 9 ประการที่คาดว่าจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพและระบบสุขภาพ ได้แก่ โครงสร้างประชากร การเมือง เศรษฐกิจ เทคโนโลยี การคมนาคมขนส่ง อาหารและเกษตรกรรม สิ่งแวดล้อม โรคอุบัติใหม่ โรคอุบัติซ้ำ โรคระบาด และลักษณะเฉพาะของคนไทย จะเห็นได้ว่า ปัจจัยเหล่านี้ มีทั้งที่ทำให้คนไทยมีสุขภาพดีขึ้นและแย่ลงเมื่อเปรียบเทียบกับสถานการณ์ปัจจุบัน บางปัจจัยจะเพิ่มความต้องการบริการสุขภาพและกลยุทธ์การคุ้มครองผู้บริโภคที่มีความเข้มแข็งมากขึ้น บางปัจจัยอาจทำให้ต้องเร่งเสริมสร้างขีดความสามารถด้านการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีของประเทศ ดังนั้น หากองค์ประกอบของระบบสุขภาพได้รับการ “ออกแบบ” และ “พัฒนา” ไปในทิศทางที่เหมาะสมจนได้ “ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์” จะช่วยเพิ่มผลกระทบทางบวกจากแต่ละปัจจัย รวมทั้งช่วยป้องกันหรือลดผลกระทบทางลบได้ในขณะเดียวกัน(11)

### กรอบแนวคิดระบบสุขภาพ (Health System Framework)

กรอบแนวคิดระบบสุขภาพที่กำหนดโดยองค์การอนามัยโลก (9) ซึ่งมีเป้าหมายที่ต้องการบรรลุอยู่ 4 ประการ คือ 1) เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมระหว่างประชากรกลุ่มต่างๆ ในการได้รับบริการ และการมีสุขภาพที่ดี 2) เพื่อทำให้มั่นใจว่าการบริการสุขภาพนั้นได้ตอบสนองความต้องการของประชาชนในระดับที่น่าพอใจ 3) เพื่อให้มั่นใจว่ามีระบบป้องกันความเสี่ยงด้านสังคมและการเงินจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และ 4) เพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพการบริการในด้านการจัดสรรทรัพยากรและเทคโนโลยี ซึ่งการบรรลุเป้าหมายที่วางไว้

ทั้ง 4 ประการนี้จำเป็นต้องคำนึงถึงการเข้าถึงบริการและความครอบคลุมของบริการสาธารณสุข และบริการต่างๆ ที่มีคุณภาพได้มาตรฐานและมีความปลอดภัย โดยมีองค์ประกอบหลัก 6 ประการ (6 Building Blocks of Health System) ได้แก่

1. ระบบบริการสุขภาพ หมายถึง บริการที่ส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟูสุขภาพอย่างมีคุณภาพ ปลอดภัย ได้มาตรฐาน ครอบคลุมสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์และสาธารณสุข ให้ความสำคัญต่อการสร้างหน่วยบริการระดับปฐมภูมิที่เข้มแข็ง มีระบบสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพจากหน่วยบริการที่อยู่สูงขึ้นไป
2. กำลังคนด้านสุขภาพ หมายถึง บุคลากรด้านสุขภาพคนที่เพียงพอมีความรู้มีสัดส่วนของความชำนาญที่เหมาะสม ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนอย่างเท่าเทียมและครอบคลุม
3. ระบบสารสนเทศสุขภาพ หมายถึง ความพร้อมและการแบ่งปันข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหา แนวโน้ม ความต้องการทางการแพทย์และสาธารณสุข และการบรรลุตัวชี้วัดในการจัดบริการที่มีคุณภาพ ทั้งถึงเป็นธรรม
4. เทคโนโลยีทางการแพทย์ ได้แก่ ยา เวชภัณฑ์เครื่องมือในการตรวจวินิจฉัยโรคและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีมาตรฐาน คุณภาพ ความปลอดภัย มีระบบการขนส่งที่ดี มีข้อบ่งชี้ในการใช้
5. งบประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ เช่น ระบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุม ลดภาระค่าใช้จ่ายของภาครัฐและส่วนบุคคล ผ่านการระดมเงินทุน จัดสรร และบริหารงบประมาณที่เป็นธรรมและมีประสิทธิภาพ
6. ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาลของระบบ การกำกับดูแลในองค์กรด้านสุขภาพดำเนินภารกิจอย่างเป็นธรรม โปร่งใส ตรวจสอบได้ เป็นไปตามนโยบาย ยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการที่มุ่งแก้ปัญหาสาธารณสุขในปัจจุบัน และคาดการณ์ปัญหาในอนาคต

#### ระบบบริการสุขภาพของไทย

ระบบบริการสุขภาพของไทย มีการขยายตัวของบริการสุขภาพในระดับต่างๆ ทั้งในส่วนของบริการสุขภาพระดับต้น หรือระดับปฐมภูมิ (Primary care) ที่ให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนในด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น การส่งเสริมสุขภาพทั่วไป และการป้องกันโรค โดยเป็นสถานบริการสุขภาพที่อยู่ใกล้ประชาชนมากที่สุด และมีการกระจายที่ครอบคลุมทั่วถึงที่สุด ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่กระจายอยู่ทุกตำบล (9,766 แห่งทั่วประเทศ) และโรงพยาบาลชุมชน ที่กระจายอยู่ทุกอำเภอ (780 แห่งทั่วประเทศ) ไปจนถึงสถานบริการสุขภาพระดับสูง หรือระดับตติยภูมิ (Tertiary care) ที่เป็นโรงพยาบาลที่ให้บริการรักษาพยาบาลในโรคที่มีความซับซ้อน ต้องการความเชี่ยวชาญเป็นพิเศษและต้องใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่มีราคาแพง จากการขยายตัวดังกล่าว ทำให้การใช้บริการของประชาชนส่วนใหญ่เป็นการใช้บริการที่ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลชุมชนประมาณ 4 ใน 5 ของการใช้บริการผู้ป่วยนอกของ

ภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในด้านความเท่าเทียมกันในการกระจายของโรงพยาบาลในภูมิภาคต่างๆ ยังคงมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับศักยภาพทางเศรษฐกิจสังคมของพื้นที่

ระบบบริการสุขภาพของไทย ประสบปัญหาสำคัญหลายประการ ได้แก่ ปัญหาเรื่องประสิทธิภาพ ศักยภาพและคุณภาพบริการทำให้โรงพยาบาลขนาดเล็กส่งต่อโรงพยาบาลขนาดใหญ่มากขึ้น เป็นผลให้เกิดปัญหาความแออัดของผู้มารับบริการในสถานบริการระดับสูง ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ สถานบริการมีการแข่งขันการขยายบริการภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด สะท้อนให้เห็นถึงการขาดการวางแผนในการจัดระบบบริการและการบริหารจัดการที่ดี ในยุคเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ศตวรรษที่ 21 ระบบสุขภาพของไทย กำลังประสบกับสิ่งที่ท้าทายจากรอบด้าน อาทิ ปัญหาโรคติดต่อ โรคเกิดใหม่และโรคเรื้อรังและภัยสุขภาพ การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การอพยพย้ายถิ่น การเปลี่ยนแปลงฐานเศรษฐกิจไปสู่ยุคดิจิทัล ตลอดจนภัยพิบัติทางธรรมชาติ เป็นต้น จากการเปลี่ยนแปลงและความเสี่ยงจากการได้ผลกระทบทางลบ ทำให้ประชาชนมีความคาดหวังต่อคุณภาพของระบบบริการสุขภาพที่สูงขึ้น ในขณะที่เกี่ยวกับการบริหารภาครัฐก็ถูกจำกัดด้วยงบประมาณ ซึ่งสวนทางกับการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ทำให้ต้องมีการบริหารจัดการ มีนโยบายที่ครอบคลุม ชัดเจน ส่งผลให้การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น (12)

กระทรวงสาธารณสุข มีบทบาทหลักที่สำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพและยกระดับคุณภาพบริการด้านสาธารณสุขของไทยให้กับประชาชนทุกคนในราชอาณาจักรไทย สามารถเข้าถึงและได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพครอบคลุมทุกกลุ่มวัย จึงมีการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) เพื่อเชื่อมโยงการจัดบริการในทุกระดับหน่วยบริการให้มีคุณภาพมาตรฐาน ประชาชนเข้าถึงได้อย่างเท่าเทียม เป็นธรรม เกิดบริการสุขภาพที่ไร้รอยต่อและเกิดการพัฒนายั่งยืนต่อไป

#### แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

กระทรวงสาธารณสุขมีหน้าที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนโดยการจัดระบบสุขภาพที่ครอบคลุม ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ มีการจัดระบบบริการสุขภาพ ออกเป็นหลายระดับได้แก่ บริการระดับปฐมภูมิ (Primary Care) บริการระดับทุติยภูมิ (Secondary Care) และ บริการระดับตติยภูมิ (Tertiary Care) โดยมีมุ่งหวังให้บริการแต่ละระดับมีบทบาทหน้าที่ที่แตกต่างกัน และเชื่อมต่อกันด้วยระบบส่งต่อ(Referral System) เพื่อให้สามารถจัดบริการที่มีคุณภาพ สามารถดูแลประชาชนได้เบ็ดเสร็จภายในเครือข่าย สร้างการเข้าถึงบริการของประชาชนได้อย่างทั่วถึง เป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำ โดยมีเป้าหมายหลักคือ ลดอัตราป่วย ลดอัตราการตาย ลดความแออัด และลดระยะเวลารอคอย ซึ่งมีกรอบในการดำเนินการที่สำคัญ(13) คือ

1) การพัฒนาศักยภาพของสถานบริการสุขภาพให้เป็นไปตามขีดความสามารถที่ควรเป็นตามระดับของสถานบริการสุขภาพที่ถูกกำหนดไว้ เพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการเจริญเติบโตของสถานบริการสุขภาพ เน้นการใช้ทรัพยากรร่วมกันให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน

2) การพัฒนาระบบบริการเพื่อรองรับและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศ ปัจจุบันมีจำนวน 19 สาขา ได้แก่ 1) สาขาโรคหัวใจ 2) สาขาโรคมะเร็ง 3) สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 4) สาขาทารกแรกเกิด 5) สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช 6) สาขาแม่และเด็ก 7) สาขาระบบบริการปฐมภูมิและสุขภาพอำเภอ 8) สาขาสุขภาพช่องปาก 9) สาขาไต 10) สาขาตา 11) สาขาโรคไม่ติดต่อ 12) สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน 13) สาขาการรับบริจาคและการปลูกถ่ายอวัยวะ 14) สาขาการพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล 15) สาขาการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน (Intermediate Care) และการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) 16) สาขาศัลยกรรม 17) สาขาเยาเสพติด 18) สาขาอายุรกรรม 19) สาขาออร์โธปิดิกส์

ในการจัดทำแผนการขับเคลื่อนแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) พ.ศ.2560-2564 ได้มีการกำหนดทิศทางในการดำเนินการที่ชัดเจนภายใต้คณะกรรมการกำกับทิศทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับประเทศ ที่มีจุดแข็งคือ 1) ความร่วมมือของกระทรวงสาธารณสุข กับหน่วยงานทุกภาคส่วน ได้แก่ มหาวิทยาลัย ราชวิทยาลัย ภาควิชาที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับกระทรวงและระดับพื้นที่ 2) มีการกำหนดเป้าหมายและมาตรฐานการบริการ ทั้งบริการที่จะต้องส่งมอบให้กับประชาชน (Service Delivery) เป้าหมายบริการที่จะต้องส่งมอบในแต่ละรูปแบบบริการ สิ่งสนับสนุนต่างๆ ที่จะต้องมีในการจัดบริการที่เน้นการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าและเหมาะสม โดยมีกลยุทธ์หลักในการดำเนินการดังนี้

1. พัฒนาระบบบริการที่สำคัญตามความจำเป็นด้านสุขภาพของพื้นที่ (Area Health Needs) ที่มีความครอบคลุมทุกด้าน 1) การเข้าถึงบริการที่ใช้เทคโนโลยีขั้นสูงที่มีคุณภาพและมาตรฐาน ได้แก่ โรคหัวใจ โรคมะเร็ง อุบัติเหตุและฉุกเฉิน ทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤติ การรับบริจาคและการปลูกถ่ายอวัยวะ 2) การเข้าถึงบริการหลักที่มีคุณภาพและมาตรฐาน และ 3) มีพื้นฐานระบบบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐาน

2. การพัฒนาบุคลากรสำหรับระบบสุขภาพในสาขาวิชาชีพและสายสนับสนุน เพื่อให้สามารถจัดบริการสุขภาพได้อย่างมีคุณภาพ มาตรฐาน ทั้งในด้านการพัฒนาบุคลากรระยะสั้น และการวางแผนการผลิตบุคลากรในหน่วยบริการ

3. การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานเพื่อการจัดบริการสุขภาพได้อย่างมีคุณภาพมาตรฐาน ทั้งด้าน

- 1) พัฒนาอาคารบริการ เช่น ห้องตรวจผู้ป่วยนอก ห้องพักรักษาใน อาคารรักษา
- 2) อาคารและระบบสนับสนุน เช่น อาคารซักฟอก อาคารสำนักงาน อาคารที่พักอาศัย บุคลากร อาคารจอดรถ ระบบบำบัดน้ำเสีย ระบบไฟฟ้า ประปา
- 3) ครุภัณฑ์ ทั้งในด้านการรักษา วินิจฉัย การช่วยชีวิต และการสนับสนุนการจัดบริการ

#### การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

##### หลักการและแนวคิดเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

การบริการระยะกลาง (Intermediate care) เป็นการเตรียมและฟื้นฟูผู้ป่วยที่พ้นระยะวิกฤติ ที่ต้องดูแลโดยแพทย์ (Acute Care) แต่ยังมีปัญหาที่ต้องการการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อให้สามารถกลับไปดำรง



ชีวิตประจำวันที่บ้านได้โดยไม่เป็นภาระแก่ครอบครัวมากเกินไป การบริการดังกล่าวนั้นยังไม่เป็นที่แพร่หลายนักในประเทศไทย เนื่องจากข้อจำกัดทางด้านบุคลากรและงบประมาณ และที่วิถีคิดของการแพทย์สมัยใหม่ที่มุ่งเน้นแต่การรักษาให้หายเป็นรายคนด้วยยาและการรักษาที่ตัดมิติทางสังคมออกไป หลักการและแนวคิดเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะกลางจะเน้นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมให้ความสำคัญกับการฟื้นฟูสมรรถภาพมากกว่าการรักษาโดยทีมสหวิชาชีพ เน้นการวางแผนในระบบส่งต่อผู้ป่วยให้กลับบ้านเร็วที่สุดภายหลังการพักระยะอันตราย ลดการเข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาลซ้ำโดยไม่จำเป็น (3)

กระทรวงสาธารณสุข (14) ได้กำหนดนิยามในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางไว้ใน Intermediate care service plan ว่าการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ (Multidisciplinary Approach) อย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือนตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ ในผู้ป่วยโรค Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury รายใหม่หรือกลับเป็นซ้ำทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัด

ประเทศนอร์เวย์ มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยระยะกลางขึ้น ในปี พ.ศ. 2544 ได้จัดตั้งแผนกดูแลผู้ป่วยระดับกลางที่บ้านพักคนชรา (โรงพยาบาลชุมชน) ซึ่งตั้งอยู่ในเมืองทรอนด์เฮม (15, 16) เพื่อทำการดูแลระดับกลาง สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาครั้งแรกที่โรงพยาบาลทั่วไปและผ่านพ้นการรักษาในระยะวิกฤติแล้ว เป้าหมายในการจัดตั้ง คือ การสร้างแผนกทำงานที่ไร้รอยต่อระหว่างการดูแลขั้นสูงที่โรงพยาบาลทั่วไปและการดูแลที่บ้าน/ชุมชน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพก่อนกลับบ้านหลังการดูแลในโรงพยาบาลทั่วไป

ประเทศญี่ปุ่น มีระบบกองทุนประกันสุขภาพกำหนดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะวิกฤติจนถึงระยะฟื้นฟูที่แตกต่างจากงบประมาณในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โดยจะทำการรักษาในระยะวิกฤติในโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน หรือมากกว่าเล็กน้อยตามเงื่อนไขทางคลินิกของผู้ป่วย แล้วจึงส่งต่อให้โรงพยาบาลที่ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้การรักษาพยาบาลควบคู่ไปกับการป้องกันและฟื้นฟูกลุ่มอาการ Geriatrics syndromes โดยกำหนดระยะเวลา 60 – 180 วัน ก่อนที่จะส่งต่อการดูแลเข้าสู่ระบบ Long Term Care (17)

การจัดกลุ่มผู้ป่วยที่ควรได้รับการดูแลระยะกลาง การแพทย์ด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูของประเทศไทยได้กำหนดไว้ 13 กลุ่มโรค ที่เป็นสาเหตุของความบกพร่องที่ต้องการการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ดังนี้

1. Stroke
2. Brain Dysfunction (Non-traumatic)
3. Brain Dysfunction (Traumatic)

4. Neurological Conditions (Motor neuron disease, GBS, multiple sclerosis)
5. Spinal Cord Dysfunction (Non-traumatic)
6. Traumatic Spinal Cord Dysfunction
7. Amputation of Limb
8. Orthopedic Conditions
9. Hip and Knee Replacement
10. Cardiac and Pulmonary Disorders
11. Major Multiple Trauma
12. Major Multiple Trauma without brain trauma
13. Burn

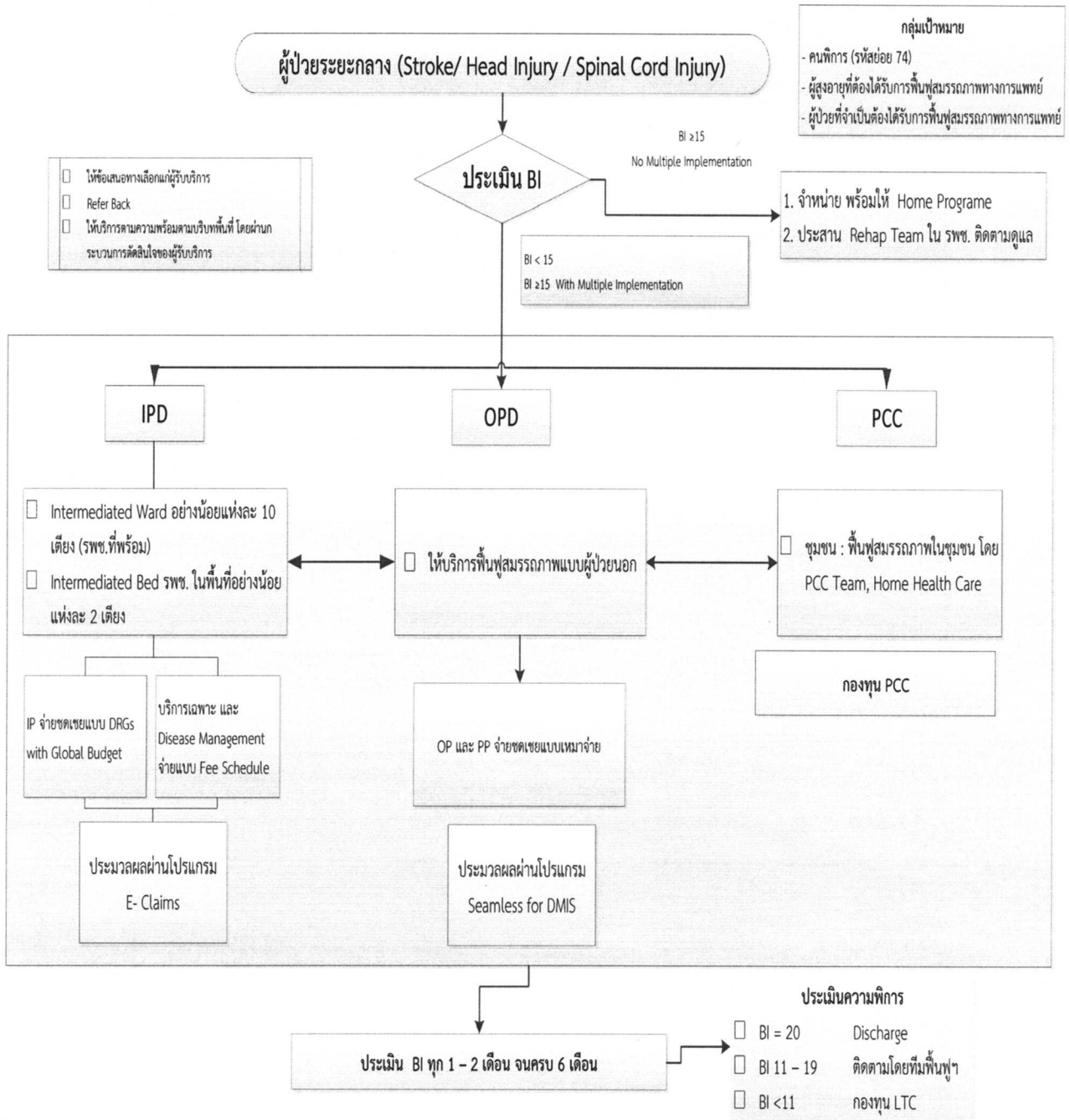
### Intermediate Care Service Plan

กระทรวงสาธารณสุขวางกรอบแนวทางการพัฒนาระบบดูแลระยะกลาง Intermediate care service plan เป็นแผนการพัฒนาระบบสุขภาพที่อยู่ในยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ระยะ 20 ปี หมวด Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ) แผนงานที่ 6 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) กำหนดประชากรกลุ่มเป้าหมาย 3 กลุ่มคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง (Spinal Cord Injury : SCI) และผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ (Traumatic Brain Injury : TBI) ที่พ้นระยะเฉียบพลัน และมีสถานะทางการแพทย์คงที่ ส่งต่อจากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ไปยังโรงพยาบาลชุมชน และได้คะแนนจากการประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมด้วยแบบประเมิน Modified Barthes index (mBI) น้อยกว่า 15/20 หรือ มากกว่า 15/20 แต่มีความบกพร่องอื่น ๆ ร่วมด้วย

### วัตถุประสงค์การดำเนินงาน Service Plan

1. พัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วย Stroke, traumatic brain injury และ spinal cord injury ไปจนครบระยะเวลา 6 เดือน
2. เพิ่มคุณภาพชีวิต ป้องกันและลดความพิการของผู้ป่วย
3. เพิ่มทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ พร้อมเชื่อมโยงแผนการดูแลต่อเนื่องสู่ที่บ้านและชุมชน
4. ลดความแออัด รพศ. รพท. / เพิ่มอัตราครองเตียง รพช.
5. สร้างเครือข่ายบริการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

### รูปแบบการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง



ภาพประกอบ 1 พัฒนามาจาก Intermediate Care Service Plan (2563) กระทรวงสาธารณสุขและ แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564 (18)

### การประเมินผล

1. มีการให้บริการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลางใน โรงพยาบาลทุกระดับ
2. ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิต ได้รับการประเมินและวางแผนการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (ประสิทธิภาพของ โรงพยาบาลในจังหวัดที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, ผู้ป่วยสมองบาดเจ็บและผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง เพื่อเข้ารับการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลาง เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผล คือ แบบประเมินสมรรถนะความสามารถทำกิจวัตรประจำวันบาร์เทิลที่มีคะแนนเต็มเท่ากับ 20 (Barthel ADL index : BI) แบ่งผลการประเมินเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มคะแนน BI > 15 และกลุ่มคะแนน BI < 15) A = ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ภายในจังหวัดที่รอดชีวิตและได้รับการประเมินและวางแผนการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลาง B = ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury รายใหม่หรือกลับ เป็นซ้ำทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัด ได้ Final Diagnosis และรอดชีวิต (ข้อมูลจาก Health Data Center ระดับจังหวัด)
3. ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิตและมีคะแนน BI < 15 ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตาม จนครบ 6 เดือน หรือจน BI = 20 A = ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ภายในจังหวัดที่รอดชีวิตและมีคะแนน BI < 15 ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthes index = 20 B = ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury รายใหม่หรือกลับ เป็นซ้ำทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัด รอดชีวิต และมีคะแนน BI < 15

### สิทธิประโยชน์หลักการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้กำหนดแนวทางในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ในคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564 มีวัตถุประสงค์เพื่อให้คนพิการได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการตามความจำเป็นอย่างทั่วถึงและครอบคลุม หากคนพิการหรือผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์และผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ได้รับบริการด้านฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์อย่างต่อเนื่อง ทั้งในหน่วยบริการและในชุมชน และส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรคนพิการ องค์กรภาคีที่เกี่ยวข้องและชุมชน ในการพัฒนารูปแบบการดูแล ช่วยเหลือ สนับสนุน และให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่กลุ่มเป้าหมายร่วมกัน ทั้งในหน่วยบริการและในชุมชนอย่างยั่งยืน ครอบคลุมเป้าหมาย คือ ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพ 3 กลุ่ม ได้แก่ คนพิการ (รหัสย่อย 74) ผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ด้านการแพทย์และผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยกำหนดเป็นชุดสิทธิประโยชน์และเกณฑ์

การจัดสรรงบประมาณบริการ บริหารจัดการในกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับจังหวัดและครอบคลุมบริการ ค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยเหลือสำหรับผู้พิการตามรายการที่ สปสช.กำหนด (ภายอุปกรณ์) ค่าฝึกทักษะการทำ ความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว ค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ที่ให้บริการในชุมชน และอื่นๆตามที่กองทุนกำหนดหน้าที่ ครอบคลุมรายการดังนี้

**ตาราง 2 ชุดสิทธิประโยชน์ผู้ป่วยระยะกลางในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2564**

รายการ	ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การบริการฟื้นฟูฯ พ.ศ.2552 (19)	คู่มือการขอรับค่าใช้จ่ายฯ สิทธิหลักประกันฯ ปีงบประมาณ 2564(18)
1	การตรวจวินิจฉัย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษด้วยวิธีอื่นๆตามชุดสิทธิประโยชน์	- OP และ PP จ่ายชดเชยแบบเหมาจ่าย (ค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ 18.40 บาท / ผู้มีสิทธิ โดยแบ่งเป็นจัดสรรให้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับจังหวัด ไม่เกิน 5 บาท / ผู้มีสิทธิ)
		- IP จ่ายชดเชยแบบ DRGs with Global Budget
		- บริการเฉพาะ และ Disease Management จ่ายแบบ Fee Schedule
2	การแนะนำ การให้คำปรึกษา และการจัดบริการเป็นรายกรณี	- OP และ PP จ่ายชดเชยแบบเหมาจ่าย
		- IP จ่ายชดเชยแบบ DRGs with Global Budget
3	การให้ยา ผลัดก้อนซ์ เวชภัณฑ์และหัตถการพิเศษอื่นๆ เพื่อการบำบัดฟื้นฟู เช่น การฉีดยาลดเกร็ง การรักษาด้วยไฟฟ้า Hem Hewo encephalography (HEG) เป็นต้น	- จ่ายค่าบริการ Phenol block แบบ fee Schedule ตามระบบ Point system with ceiling ไม่เกิน 500 บาท/ครั้ง/วัน
4	การศัลยกรรม	- OP และ PP จ่ายชดเชยแบบเหมาจ่าย
		- IP จ่ายชดเชยแบบ DRGs with Global Budget
		- บริการเฉพาะ และ Disease Management จ่ายแบบ Fee Schedule
5	การบริการพยาบาลเฉพาะทาง เช่น พยาบาลจิตเวช เป็นต้น	- OP และ PP จ่ายชดเชยแบบเหมาจ่าย
		- IP จ่ายชดเชยแบบ DRGs with Global Budget
		- บริการเฉพาะ และ Disease Management จ่ายแบบ Fee



รายการ	ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การบริการ ฟื้นฟูฯ พ.ศ.2552 (19)	คู่มือการขอรับค่าใช้จ่ายฯ สิทธิหลักประกันฯ ปีงบประมาณ 2564(18)
		Schedule
6	กายภาพบำบัด	- จ่ายแบบ Fee Schedule ตามระบบ Point System with ceiling ไม่เกิน 150 บาท/ ครั้ง / วัน - จัดบริการแบบผู้ป่วยนอก หรือ ในชุมชนในระยะ 6 เดือน จำนวนรวมทั้งสามบริการไม่เกิน 30 ครั้ง (กายภาพ, กิจกรรมบำบัด, อรรถบำบัด)
7	กิจกรรมบำบัด	-จ่ายแบบ Fee Schedule ตามระบบ Point system with ceiling ไม่เกิน 150 บาท /ครั้ง/วัน - จัดบริการแบบผู้ป่วยนอก หรือ ในชุมชนในระยะ 6 เดือน จำนวนรวมทั้งสามบริการไม่เกิน 30 ครั้ง (กายภาพ, กิจกรรมบำบัด, อรรถบำบัด)
8	อรรถบำบัด (แก้ไขการพูด)	- จ่ายแบบ Fee Schedule ตามระบบ Point system with ceiling ไม่เกิน 150 บาท /ครั้ง/วัน - จัดบริการแบบผู้ป่วยนอก หรือ ในชุมชนในระยะ 6 เดือน จำนวนรวมทั้งสามบริการไม่เกิน 30 ครั้ง (กายภาพ, กิจกรรมบำบัด, อรรถบำบัด)
9	พฤติกรรมบำบัด	- จ่ายแบบ Fee Schedule ตามระบบ Point system with ceiling ไม่เกิน 300 บาท /ครั้ง/วัน
10	จิตบำบัด	- จ่ายแบบ Fee Schedule ตามระบบ Point system with ceiling ไม่เกิน 300 บาท /ครั้ง/วัน
11	ดนตรีบำบัด	-
12	พลบำบัด	-
13	ศิลปะบำบัด	-
14	การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการได้ยิน	- จ่ายแบบ Fee Schedule ตามระบบ Point system with ceiling ไม่เกิน 150 บาท /ครั้ง/วัน

รายการ	ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การบริการ ฟื้นฟูฯ พ.ศ.2552 (19)	คู่มือการขอรับค่าใช้จ่ายฯ สิทธิหลักประกันฯ ปีงบประมาณ 2564(18)
	และใช้ประโยชน์ได้	- Call Center มีคลิปลงมือ เพื่อการสื่อสาร
22	การฝึกอบรมและพัฒนาทักษะแก่คนพิการ ผู้ดูแลคน พิการ และผู้ช่วยคนพิการ	
23	การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยครอบครัวและ ชุมชน การเยี่ยมบ้าน กิจกรรมการให้บริการเชิงรุก	- การเยี่ยมบ้าน และการให้บริการเชิงรุกในพื้นที่โดยการบริหาร จัดการแบบ Matching Fund ของกองทุน กปท. ในระดับ ท้องถิ่น
24	การฝึกทักษะการเรียนรู้ขั้นพื้นฐาน เช่น การฝึก ทักษะชีวิต การฝึกทักษะการดำรงชีวิตอิสระสำหรับ คนพิการ การฝึกทักษะการใช้อุปกรณ์เครื่องช่วย ความพิการ เป็นต้น	- บันทึกผลการดำเนินงานเพื่อเรียกเก็บชดเชยค่าบริการใน โปรแกรม Disability Portal สำนักงานหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ จ่ายชดเชยค่าบริการการฝึกทักษะ การดำรงชีวิตอิสระ สำหรับคนพิการทางร่างกายและการเคลื่อนไหว 9,000 บาท และจ่ายชดเชยค่าบริการ จำนวน 2 ครั้ง (นำร่องศูนย์บริการคน พิการทั่วไป 3 แห่ง คือ นนทบุรี ปทุมธานี ชลบุรี)  - ครั้งที่ 1 เมื่อผู้ให้บริการของศูนย์บริการคนทั่วไป ประเมิน ความต้องการของผู้รับบริการ ตกลงบริการ การให้คำปรึกษาจ่าย ชดเชยค่าบริการ จำนวน 4,000 บาท  -ครั้งที่ 2 เมื่อดำเนินการฝึกทักษะการดำรงชีวิตอิสระครบตาม กำหนด บันทึก Achieve goal ในโปรแกรม Disability portal จ่ายชดเชยบริการ จำนวน 5,000 บาท
25	การบริการทันตกรรม เช่น การเคลือบหลุมร่องฟัน เป็นต้น	- OP และ PP จ่ายชดเชยแบบเหมาจ่าย
26	การให้บริการเกี่ยวกับกายอุปกรณ์เทียม กาย อุปกรณ์เสริม เครื่องช่วยความพิการ หรือสื่อส่งเสริม พัฒนาการ	- จ่ายแบบ Fee Schedule ตามระบบ Point system with ceiling ตามอัตรา ประเภทและรายการที่กำหนด จำนวน 76 รายการ
27	การรักษาแบบ Early Intensive	- จ่ายแบบ Fee Schedule ตามระบบ Point system with ceiling ไม่เกิน 500 บาท /ครั้ง/วัน

## ปัญหา อุปสรรค และข้อจำกัดในการดำเนินงาน

การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง จำเป็นต้องมีการกำหนด กำกับมาตรฐาน การบริการและกระบวนการดูแลที่ต่อเนื่องและเชื่อมโยง การดำเนินงานเพื่อดูแลผู้ป่วยระยะกลางของประเทศไทย ที่ผ่านมา พบว่า การดูแลสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางของผู้สูงอายุยังไม่มีคุณภาพเท่าที่ควร การบริการขาดความครบถ้วน ไม่ต่อเนื่อง มุ่งเน้นการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลหรือสถานบริการทางสุขภาพต่างๆ ในระยะเฉียบพลัน แต่ขาดการจัดบริการที่เชื่อมโยงสู่ระยะการฟื้นฟูสุขภาพ ยังไม่มีการติดตามประเมินผลอย่างเป็นรูปธรรม (20,21) ปัญหาด้านศักยภาพบุคลากร ที่ยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบายและแนวปฏิบัติ ทั้งยังมีข้อจำกัดด้านอัตรากำลังบุคลากรที่มีศักยภาพ (นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด ฯลฯ ) เช่น นักกิจกรรมบำบัดยังมีไม่เพียงพอ เนื่องจากนโยบายของหน่วยงานที่ไม่มีการจ้างงานและเพิ่มกรอบอัตรากำลัง ความจำกัดในการอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากร เช่น พยาบาลเฉพาะทางฟื้นฟู ที่มีการจัดอบรมปีละ 40 คน โดยสถาบันสิรินธรฯ ขาดทรัพยากรหรือปัจจัยสนับสนุนทางการเงิน งบประมาณและค่าใช้จ่ายด้านวัสดุอุปกรณ์ เวชภัณฑ์และยา ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยให้เกิดความต่อเนื่อง งบประมาณที่ได้รับการจัดสรรยังไม่เพียงพอ เนื่องจากการเบิกจ่ายในระบบจะคิดตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์กลุ่มวินิจฉัยโรค Adjust RW (Relative weight) ไม่สามารถเบิกจ่ายได้ตามค่าบริการจริง (22,23) จากผลการรับฟังความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2564 (5) สรุปประเด็นปัญหาในการพัฒนาระบบสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยระยะกลาง พบว่า

- 1) พัฒนาระบบมาตรฐานบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข และความเชี่ยวชาญเฉพาะในแต่ละระดับขาดบุคลากรที่จำเป็น ได้แก่ เจ้าหน้าที่บางสายงาน ขาดข้อมูลนำเข้า Service Plan แก่ผู้ปฏิบัติงานในทุกกระดับ และขาดความเชื่อมโยงระหว่างระบบบริการตติยภูมิ ทติยภูมิ และปฐมภูมิ
- 2) ขาดการบูรณาการระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น พม. อปท. สภาวิชาชีพฯ ฯลฯ
- 3) ขาดการส่งต่อที่เป็นระบบระหว่างสถานบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากหน่วยบริการ มีการใช้ฐานข้อมูลที่แตกต่างกัน ทำให้มีข้อจำกัดในการส่งต่อข้อมูลให้ครบถ้วน ขาดความครอบคลุม
- 4) รายโรคที่มีอุบัติการณ์สูงตามบริบทพื้นที่ยังไม่ครอบคลุม

### ข้อเสนอแนะ

- 1) กระทรวงสาธารณสุข และ สปสช. ควรต้องสื่อสารข้อมูลสำคัญร่วมกันพัฒนาความยั่งยืนของระบบ IMC ให้ เป็นรูปธรรม โดยสนับสนุนการศึกษาต้นทุนบริการ สุขภาพระยะกลางและระยะยาว เพื่อสร้างระบบการจ่ายชดเชยค่าบริการให้เป็นกองทุนเฉพาะที่ครอบคลุมทุกสิทธิการรักษาอย่างเหมาะสมตามเกณฑ์คุณภาพบริการ และครอบคลุมถึงภาระค่าใช้จ่ายจำเป็นจากการรับบริการต่อเนื่องของผู้ที่ข้ามเขตภูมิลาเนาการรักษา และผู้ให้บริการจากสาขาวิชาชีพต่างๆ ในสาขา IMC Service Plan(24)
- 2) การจัดสรรงบประมาณในการดำเนินงาน พิจารณาจากการจัดสรรที่ความครอบคลุม พอเพียง กลวิธีในการผลักดันและจัดสรรงบประมาณ ค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานของหน่วยบริการต่างๆ เพื่อสนับสนุนและ

ดูแลผู้ป่วยระยะกลาง พบอุปสรรคในการบริหารงบประมาณ สำหรับดูแลผู้ป่วยระยะกลางของโรงพยาบาลชุมชน คือ วัสดุอุปกรณ์ไม่เพียงพอและมีปัญหาในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่ไม่ต่อเนื่อง ตลอดจนค่าตอบแทนของบุคลากรในการออกปฏิบัติงานไม่เพียงพอและเหมาะสม(25)(16)

2) ควรพัฒนาโปรแกรมการดูแลที่เกี่ยวข้องให้สามารถเชื่อมโยงฐานข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดภาระงานแก่ผู้ปฏิบัติ และระบบบันทึกและส่งต่อข้อมูลควรใช้ Standard data set ที่เป็นรูปแบบเดียวกัน(26)

#### 4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

##### 1. ด้านนโยบาย

ความรู้ที่ได้จากงานวิจัย จะได้ผลลัพธ์คือ ข้อเสนอทางเลือกเชิงนโยบาย ซึ่งสามารถนำไปใช้ใน กระบวนการกำหนดนโยบายระดับประเทศ ประเด็นของการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ สำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะ กลาง

##### 2. ด้านสาธารณสุข

งานวิจัยนี้จะนำไปสู่การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์หลักและชุดสิทธิประโยชน์ สำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะ กลาง ซึ่งผู้ได้รับประโยชน์คือ ประชาชนที่เป็นผู้ป่วยระยะกลาง ความครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยจะกว้างมากขึ้น ซึ่ง สามารถช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายในการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายของผู้ป่วย และเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ผู้ป่วยได้

##### 3. ด้านชุมชนและพื้นที่

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยที่มีวิธีการวิจัยโดยสนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชนและพื้นที่ อันเป็นการเสริมพลัง อำนาจให้กับชุมชนและพื้นที่ เป็นการเปิดพื้นที่และมุมมองสำหรับกลุ่มผู้ให้บริการ กลุ่มผู้รับบริการ และกลุ่ม ประชาสังคม ซึ่งดำเนินการวิจัยอยู่บนพื้นฐานของความต้องการของชุมชนและพื้นที่

##### 4. ด้านวิชาการ

เป็นการต่อยอดทางวิชาการ ในด้านของเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข และนโยบายสาธารณสุข ซึ่งสามารถนำ นวัตกรรมความรู้จากผลงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในรูปแบบต่างๆ ได้

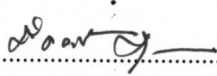
#### หน่วยงานผู้ใช้ประโยชน์จากงานวิจัย

สถานบริการสุขภาพ ระดับพื้นที่ ทั้งระดับโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดอุบลราชธานี

## 5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

## 5.1 ผลผลิต (output) ที่ได้จากงานวิจัย

ผลผลิต (output)	ตัวชี้วัด	
	เชิงปริมาณ	เชิงคุณภาพ
ข้อเสนอเชิงนโยบายในการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยระยะกลาง	-	ข้อเสนอเชิงนโยบายถูกนำไปพิจารณา เพื่อตัดสินใจเชิงนโยบาย
บทความจากการวิจัย	1 บทความ	ตีพิมพ์ในฐานข้อมูลระดับชาติหรือระดับนานาชาติ

(ลงชื่อ)..... 

(นางพัชราภรณ์ ศิริคุณ)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

วันที่ 22 มิถุนายน 2565

ผู้ขอประเมิน



## ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในรูปแบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลเชียงใหม่

2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน 2565 - วันที่ 31 สิงหาคม 2565

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและได้นำเสนอ ตามหัวข้อต่อไปนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ ความหมายของโรคไตเรื้อรัง ความชุกของโรคไตเรื้อรัง สาเหตุของโรคไตเรื้อรัง อาการของโรคไตเรื้อรัง การแบ่งระยะของโรคไตเรื้อรัง การประเมินค่าอัตราการกรองของไต การประเมินผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง วัตถุประสงค์และเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ข้อบ่งชี้ที่ควรส่งพบอายุรแพทย์โรคไต การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เป้าหมายการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 โภชนบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง การหลีกเลี่ยงยาหรือสารพิษที่ทำลายไต การลดความเสี่ยงและการคัดกรองโรคหัวใจและหลอดเลือด การรักษาบำบัดทดแทนไต (Renal Replacement Therapy) แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 5 ที่ปฏิเสธการล้างไตและผลกระทบของโรคไตเรื้อรัง

2. แนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem

3. แนวคิดทฤษฎีความสามารถตนเอง

4. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้

5. แนวคิดทฤษฎีกระบวนการกลุ่ม (Group Process)

6. แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

7. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support)

8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง งานวิจัยในประเทศและงานวิจัยต่างประเทศ

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ ในรูปแบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลเชียงใหม่

ขอบเขตของการวิจัย การศึกษาวิจัยประสิทธิผลของการสร้างเสริมพลังในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง อำเภอเชียงใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี ในครั้งนี้

ประชากรเป้าหมายที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และระยะที่ 4 ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ขึ้นทะเบียนมารับบริการรักษาที่คลินิกโรคไตเรื้อรังของโรงพยาบาลเชียงใหม่ อำเภอเชียงใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 3,021 คน

สถานที่ทำการวิจัย คลินิกโรคไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลเชียงใหม่ อำเภอเชียงใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัย(อยู่ระหว่างดำเนินการ)ขอรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โดยจะดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยให้ข้อมูล การแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอน กระบวนการดำเนินการวิจัย สิทธิในการถอนตัวจากโครงการ หรือปฏิเสธการให้ข้อมูล การรักษาความลับของข้อมูลรายบุคคล การนำเสนอผลการวิจัยเป็นการนำเสนอ ภาพรวมของกลุ่ม

#### วิธีการศึกษาวิจัย (intervention)

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) โดยผู้วิจัยได้นำแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทางในการศึกษา และประยุกต์ใช้ในการจัดค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและสามารถดูแลสุขภาพตนเองของ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มารับบริการที่คลินิกโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี เครื่องมือที่ใช้ใน การวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เป็นรูปแบบการประชุม อบรมเชิงปฏิบัติการ โดยใช้กระบวนการสร้าง เสริมพลัง (Empowerment) และกระบวนการกลุ่ม (Group Process) ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้น โดยการประยุกต์ใช้ จากแนวคิดทฤษฎีร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม วิดีทัศน์ สไลด์นำเสนอเรื่องโรค แผ่นพับเรื่องโรคไตเรื้อรัง อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เครื่องทดสอบความเค็ม (Salt Meter) การออกกำลังกายแบบยางยืดสำหรับ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และการใช้ยา สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง กิจกรรมคลายเครียด ผักลมหายใจและหัวเราะบำบัด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัย ได้สร้างขึ้นเอง โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคไตวาย เรื้อรัง ส่วนที่ 2 แบบทดสอบเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคไตวายเรื้อรังข้อเท็จจริงเกี่ยวกับนิยามโรคไตเรื้อรัง การแบ่ง ระยะเวลาของโรค การประเมินค่าอัตราการกรองของไต การประเมินผู้ป่วยโรคไต วัตถุประสงค์และเป้าหมายของการ ดูแล ภาวะแทรกซ้อน การดูแลรักษาและการปฏิบัติ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ส่วนที่ 4 แบบบันทึกการตรวจหาอัตราการกรองของไตหรืออัตราการกรองของเสีย ของไต (Estimated glomerular filtration rate : EGFR)

#### วิธีวัดผลการวิจัย (outcome measurement)

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และทดสอบสมมติฐานที่ระดับนัยสำคัญทาง สถิติ .05 ตรวจสอบความสมบูรณ์ และความเรียบร้อยของแบบสอบถามแต่ละฉบับ และคัดเลือกฉบับที่สมบูรณ์ไว้ สำหรับนำมาวิเคราะห์ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยนำมาวิเคราะห์แจกแจงความถี่ และ ค่าร้อยละตามตัวแปรอิสระดังนี้ สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติที่ใช้ในการ วิเคราะห์เพื่อตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัย เปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง พฤติกรรมการดูแลตนเอง และค่าอัตราการกรองของเสียของไต (GFR :Estimated glomerular filtration rate) ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง โดยการทดสอบด้วยสถิติ Pair t-test เปรียบเทียบความแตกต่างของ

ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง พฤติกรรมการดูแลตนเอง และค่าอัตราการกรองของเสียของไต (eGFR : Estimated glomerular filtration rate) ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง โดยการทดสอบด้วยสถิติ t-test (Independent samples t-test)

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

อยู่ระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล

สมมติฐานของการวิจัย

ภายหลังการทดลองผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในกลุ่มทดลอง มีความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และระดับอัตราการกรองของไตดีกว่ากลุ่มควบคุม

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1. เป็นแนวทางให้บุคลากรสาธารณสุข ได้ทราบถึงประสิทธิผลของการเสริมสร้างพลังในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และสามารถนำไปวางแผน ปรับเปลี่ยนและส่งเสริมพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

2. เป็นแนวทางในการวางแผนสนับสนุน พัฒนากิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังให้มีประสิทธิภาพ และต่อเนื่อง เหมาะสมตามบริบทของแต่ละพื้นที่ เพื่อช่วยลดภาวะแทรกซ้อน

3. เป็นแนวทางในการวิจัยในประเด็นอื่นที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังต่อไป

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

อยู่ระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

อยู่ระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล

9. ข้อเสนอแนะ

อยู่ระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล

10. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

อยู่ระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

1) .....สัปดาห์ของผลงาน.....

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....

(นางวิภาภรณ์ สิงห์ทอง)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๙ ส.ย. 256๖ / .....

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....  
 (นางสุนันทา สุริยพันธุ์)  
 (.....)  
 (ตำแหน่ง) .....  
 - 9 มิ.ย. 2565  
 (วันที่) ...../...../.....

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) .....  
 (นายสาโรช สมชอบ)  
 (.....)  
 (ตำแหน่ง) .....  
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียงใหม่  
 (วันที่) ...../...../.....  
 - 9 มิ.ย. 2565

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน  
เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)  
ของนางวิภาภรณ์ สิงห์ทอง

1. เรื่อง การวางแผนจำหน่ายนวัตกรรมห้องเรียนโรคไตสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และครอบครัวงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี

2. หลักการและเหตุผล

โรงพยาบาลเชียงใหม่มีผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงทั้งหมด 11,434 รายจากข้อมูลในปี 2564 ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญทำให้เกิดโรคไตวายเรื้อรัง จากข้อมูลการตรวจการทำงานของไต แบ่งเป็นผู้ป่วยตามระดับ eGFR stage1 ร้อยละ 29.59, stage2 ร้อยละ 40.23 ,stage3 ร้อยละ 24.14 ,stage4 ร้อยละ 4.20 และ stage5 ร้อยละ 1.81 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีเพิ่มขึ้นทุกวัน รูปแบบการวางแผนการจำหน่ายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพระบบติดตามผู้ป่วย ยังไม่ชัดเจน เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของหน่วยงานและชุมชน จึงมีการพัฒนาคุณภาพการวางแผนจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคการรักษาและการปฏิบัติตัวมีความพร้อมสามารถดูแลตัวเองที่บ้านได้และครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและการรักษาและข้อปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยสามารถดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนสามารถนำแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายที่พัฒนาแล้วมาใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานแก่พยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในงานผู้ป่วยนอกได้

วัตถุประสงค์ เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและครอบครัวและพัฒนาคุณภาพการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและครอบครัว

กลุ่มเป้าหมาย โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการตรวจคัดกรองการทำงานของไตที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลเชียงใหม่ ในปีงบประมาณ 2564 จำนวน 11,434 ผู้ดูแลผู้ป่วย และพยาบาลจำนวน 10 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกใช้กระบวนการกลุ่มการสังเกตและการบันทึกพร้อมทั้งมีการเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวก่อนกลับไปดูแลตนเอง

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

การวางแผนจำหน่ายนวัตกรรมห้องเรียนโรคไตโรคไตสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและครอบครัวงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเชียงใหม่ มี 3 ขั้นตอนคือขั้นเตรียมการขั้นดำเนินการ และขั้นสรุปผลโดยมีการศึกษาข้อมูลทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีการวิเคราะห์สถานการณ์เพื่อให้ได้ประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไขและพัฒนาใช้กระบวนการกลุ่มในการระดมความคิดร่วมกันหาแนวทางในการพัฒนา

แนวทางการพัฒนา มีการนำนวัตกรรมห้องเรียนโรคไต 4 สี มาใช้ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ได้แก่ ห้องเรียนสีเขียว คือผู้ป่วย CKD stage 1-2 ห้องเรียนสีเหลือง คือผู้ป่วย CKD stage 3 ห้องเรียนสีส้ม คือผู้ป่วย CKD stage 4 และห้องเรียนสีแดง คือผู้ป่วย CKD stage 5 ซึ่งแต่ละห้องมีกิจกรรมที่แตกต่างกัน

ปรับปรุงสื่อการสอนผู้ป่วยโรคไตที่ครอบคลุมตามมาตรฐาน มีระบบนัดตามพยาธิสภาพของโรคและระบบนัด  
รายหมู่บ้าน มีระบบติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชน

#### ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการพัฒนาคุณภาพการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยในโรคอื่นๆ โดยเฉพาะโรคเรื้อรังที่ยังเป็นปัญหา  
สำคัญทางสาธารณสุข
2. ควรมีการดำเนินการพัฒนาการวางแผนจำหน่ายอย่างต่อเนื่อง โดยอาศัยแนวคิดของการพัฒนา  
คุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement: CQI) เพื่อความเข้มแข็ง และยั่งยืนของระบบ  
บริการ
3. ควรมีการจัดอบรมพยาบาลและเจ้าหน้าที่เรื่องการวางแผนจำหน่ายอย่างต่อเนื่องเพื่อให้การวางแผน  
จำหน่ายผู้ป่วยดำเนินไปอย่างมีระบบได้มาตรฐานและเป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างสูงสุด
4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. เกิดแนวทางในการวางแผนจำหน่ายที่เป็นมาตรฐานเดียวกันสำหรับพยาบาลงานผู้ป่วยนอกสำหรับ  
ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและครอบครัว ให้มีความพร้อมและความมั่นใจก่อนกลับบ้าน พยาบาลมีความพึงพอใจต่อ  
แนวทางการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และครอบครัวมีการพัฒนากระบวนการโดยอาศัย  
แนวคิดของการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

2. ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวที่เพียงพอนำไปปรับใช้ที่เหมาะสมกับวิถีชีวิต  
และสามารถควบคุมโรคได้ และส่งผลให้ชะลอความเสื่อมของไต

3. เป็นแนวทางการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ให้พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข  
สามารถนำไปวางแผน ปรับใช้ในหอผู้ป่วย ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

#### 5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. ผู้ป่วย หลังดำเนินการวางแผนจำหน่ายด้วยห้องเรียนโรคไต ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคเพิ่มมากขึ้นจาก  
ก่อนวางแผนจำหน่าย

2. ครอบครัวผู้ป่วย หลังดำเนินการวางแผนจำหน่ายครอบครัวมีความรู้เรื่องโรคเพิ่มมากขึ้นจากก่อน  
วางแผนจำหน่าย

3. พยาบาล พบว่าพยาบาลสามารถปฏิบัติตามกิจกรรมการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง  
และครอบครัว

(ลงชื่อ) .....  
(.....(นางสาววิภาภรณ์...สิงห์ทอง).....)

(ตำแหน่ง) .....พจนานฎวิภาภรณ์พจนานฎการ.....

(วันที่) ..... ๒๑ ส.ย. 2565 .....

ผู้ขอประเมิน