

ความสำเร็จของการดำเนินงานการดูแลสุขภาพพระยะกลาง ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

นางนภัทร รุ่งเนย*

นภัส แก้ววิเชียร†

วิชาญ เกิดวิชัย‡

ธัญพร ชื่นกลิ่น*

เบญจพร สุธรรมชัย†

ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย§

ผู้รับผิดชอบบทความ: นางนภัทร รุ่งเนย

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานการดูแลสุขภาพพระยะกลางของผู้ป่วยสามกลุ่มโรค ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การบาดเจ็บของสมอง และการบาดเจ็บที่ไขสันหลังตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและปัจจัยความสำเร็จ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจากโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 897 แห่ง จาก 4 ภูมิภาค ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ คัดเลือกมา 8 จังหวัด จำนวน 17 แห่ง ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย ผู้บริหารส่วนกลางและภูมิภาคจำนวน 30 คน ผู้ให้บริการดูแลสุขภาพพระยะกลาง 236 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เจาะลึก การอภิปรายกลุ่มและการศึกษาข้อมูลภาคสนามในพื้นที่ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า โรงพยาบาลทั้ง 17 แห่งใน 8 จังหวัดมีการดำเนินกิจกรรมในการดูแลสุขภาพพระยะกลางแตกต่างกัน จำแนกได้เป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 มีผลการปฏิบัติงานแบบเข้ม (จำนวน 6 แห่ง) กลุ่มที่ 2 มีผลการปฏิบัติงานแบบปานกลาง (จำนวน 6 แห่ง) และกลุ่มที่ 3 มีผลการปฏิบัติงานแบบปานกลางและขาดหลักฐานเชิงปริมาณ (จำนวน 5 แห่ง) ปัญหาอุปสรรค คือ 1) ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบายและแนวปฏิบัติ 2) ขาดแคลนอัตรากำลังและบุคลากรที่มีศักยภาพ 3) ขาดทรัพยากรหรือปัจจัยสนับสนุนทั้งด้านการเงิน งบประมาณ สถานที่ และค่าใช้จ่ายด้านวัสดุอุปกรณ์ เวชภัณฑ์และยา 4) ระบบการส่งต่อและฐานข้อมูลไม่มีประสิทธิภาพ และ 5) ปัญหาอื่นๆ ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดูแลสุขภาพพระยะกลางๆ ประกอบด้วย 1) ปัจจัยด้านผู้บริหาร ได้แก่ การกำหนดนโยบายและเป้าหมายการดำเนินงานที่ชัดเจน การมีวิสัยทัศน์และการกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง 2) ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ ได้แก่ ความมุ่งมั่นตั้งใจทำงาน ความร่วมมือของบุคลากรทุก

* วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

† กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

‡ วิทยาลัยการแพทย์แผนตะวันออก มหาวิทยาลัยรังสิต

§ มูลนิธิศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ

Received 2 August 2020; Revised 24 February 2020; Accepted 17 March 2021

Suggested citation: Rungnoi N, Chuenklin T, Kaeowichian N, Suthamchai B, Girdwichai W, Pannarunothai S. Success of intermediate care implementation according to the Ministry of Public Health's policy. Journal of Health Systems Research 2021;15(1):81-101.

นางนภัทร รุ่งเนย, ธัญพร ชื่นกลิ่น, นภัส แก้ววิเชียร, เบญจพร สุธรรมชัย, วิชาญ เกิดวิชัย, ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย. ความสำเร็จของการดำเนินงานการดูแลสุขภาพพระยะกลางตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2564;15(1):81-101.



ระดับและการทำงานเป็นทีม และ 3) ปัจจัยด้านระบบบริการ ได้แก่ การเตรียมความพร้อมในการดำเนินงาน เครือข่ายบริการ สหวิชาชีพที่เข้มแข็ง ผลการศึกษาทำให้ได้ข้อเสนอเชิงนโยบาย ได้แก่ ควรสื่อสารนโยบายให้ชัดเจนมากขึ้น ควรพัฒนาคู่มือ แนวปฏิบัติที่ยืดหยุ่นกับพื้นที่ ควรบูรณาการระบบแบบไร้รอยต่อ ควรจัดสรรอัตรากำลังสหวิชาชีพที่เหมาะสมกับบริการ ควร พัฒนาการบันทึกและส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเป็นระบบเดียวกันทุกพื้นที่ ควรขยายบริการสู่กลุ่มโรคอื่นรวมถึงกลุ่มวัยอื่น และควร สร้างระบบการจ่ายค่าบริการที่เหมาะสมและครอบคลุมเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: การดูแลสุขภาพระยะกลาง, โรคหลอดเลือดสมอง, การบาดเจ็บของสมอง, การบาดเจ็บของไขสันหลัง, การนำนโยบายสู่การปฏิบัติ

Success of Intermediate Care Implementation according to the Ministry of Public Health's Policy

Nongnaphat Rungnoei*, Thunyaporn Chuenklin*, Naphas Kaeowichian†, Benjaporn Suthamchai†, Wicharn Girdwichai‡, Supasit Pannarunothai§

* Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi province

† Department of Medical Services, Ministry of Public Health

‡ College of Oriental Medicine, Rangsit University

§ Centre for Health Equity Monitoring Foundation

Corresponding author: Nongnaphat Rungnoei, nongnaphat@pckpb.ac.th

Abstract

This qualitative study aimed to explore the implementation and key success factors of intermediate care on patients with stroke, traumatic brain injury, and spinal cord injury according to the Ministry of Public Health's policy. Seventeen hospitals providing intermediate care to older adults were multi-stage purposively sampled from the MOPH's provider sampling frame of 897 hospitals covering 4 regions from the north, northeast, central and the south. Key participants comprised 30 executives at the ministry and provinces and 236 intermediate care providers of 17 hospitals. Data were collected by using in-depth interview, group discussion, field study, and were analyzed by content analysis. The findings revealed that:

1. Seventeen hospitals in 8 provinces were categorized based on service activities into 3 groups: 1) the intensive intermediate care provision (6 hospitals), 2) the moderate intermediate care provision (6 hospitals), and 3) the moderate intermediate care with limited evidence on provision (5 hospitals). Constraints were lack of staff's understanding on policy and practice, specialist staff inadequacy, non-supportive reimbursement system, lack of logistics (budget, space, equipment, medicine and consumable), and inefficient referral and information system, and others. Key success factors of intermediate care were listed: 1) executives with visions, plan, clearly set goal and constant result monitoring, 2) service provider commitment with good teamwork, and 3) service system preparedness, and effective multidisciplinary network.

2. Policy recommendations include clear policy communications cascading with localized flexibility, seamless system integration with adequate health workforce fit with intermediate care demands (which should extend to cover more health problems), high-performance information platform facilitating referral of data among providers and payers, and appropriate and comprehensive payment systems.

Keywords: intermediate care, stroke, traumatic brain injury, spinal cord injury, policy implementation

บทบทวนและบทสรุป

ปัญหาภาวะพึ่งพิงและความพิการจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและอุบัติเหตุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั่วโลก โดยเฉพาะจากสามกลุ่มโรค ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) การบาดเจ็บของสมอง (traumatic brain injury) และการบาดเจ็บของไขสันหลัง (spinal cord injury)^(1,2) ซึ่งมักทำให้ผู้ป่วยมีความพิการหรือมีความพร่องของสมรรถภาพร่างกาย เช่น แขนขาอ่อนแรง มีปัญหาการพูดและการกลืน และต้องใช้เวลาในการฟื้นฟูสภาพมากกว่า 6 เดือน^(3,4) การฟื้นฟูสภาพแบบเข้มข้น (intensive rehabilitation) อย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 3-6 เดือน จะช่วยให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้น⁽⁵⁾ สำหรับประเทศไทยนั้น จากรายงานสถานการณ์คนพิการประเทศไทยใน พ.ศ. 2562 ของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์⁽⁶⁾ ระบุว่า มีผู้พิการสูงถึง 2,015,385 คน คิดเป็นร้อยละ 2.89 ของประชากรทั้งหมด สาเหตุของความพิการที่สำคัญเกิดจากปัญหาสุขภาพและโรคเรื้อรังร้อยละ 20.32 และอุบัติเหตุร้อยละ 6.36 ส่งผลกระทบต่อการเข้าถึงบริการการฟื้นฟูสภาพและอัตราครองเตียงในโรงพยาบาล การพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพตอบสนองปัญหาและความต้องการและป้องกันความพิการอย่างถาวรภายใต้ทรัพยากรที่มีจำกัดจึงเป็นสิ่งจำเป็น จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุขพบว่า ผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปมากกว่าครึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่โรงพยาบาลชุมชนสามารถให้การดูแลรักษาได้ กระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดนโยบายการดูแลระยะกลางตามยุทธศาสตร์การเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับการดูแลด้านสุขภาพแบบไร้รอยต่อ (seamless health care) พัฒนาศักยภาพให้โรงพยาบาลชุมชนสามารถดูแลผู้ป่วยระยะหลังภาวะวิกฤตได้⁽⁷⁾ โดยประกาศนโยบายการจัดบริการการดูแลสุขภาพระยะกลาง (intermediate care; IMC) เมื่อวันที่ 13 มิถุนายน พ.ศ. 2560 มีเป้าหมายเพื่อดูแลผู้ป่วยที่พ้นภาวะวิกฤตและอาการคงที่ แต่ยังมีข้อจำกัดในการ

ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่องเพื่อลดความพิการหรือทุพพลภาพ และช่วยให้กลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ กำหนดกลุ่มโรคเป้าหมายไว้สามกลุ่ม ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง การบาดเจ็บของสมองและการบาดเจ็บของไขสันหลัง กำหนดให้มีจำนวนเตียงรองรับการดูแลสุขภาพระยะกลางในโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง แห่งละ 2 เตียง และมีโรงพยาบาลนาร่องอย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง ที่มีเตียงรองรับจำนวน 8 เตียง⁽⁸⁾

จากการทบทวนการดำเนินงานการดูแลสุขภาพระยะกลางของผู้ป่วยสามกลุ่มโรคในประเทศไทยที่ผ่านมา พบว่า การดูแลสุขภาพระยะกลางของผู้สูงอายุอยู่ในระหว่างพัฒนาการดำเนินงาน ยังไม่มีการติดตามประเมินผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรม⁽⁹⁾ มีเพียงส่วนน้อยที่ศึกษาเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ซึ่งพบว่า จำนวนวันนอนที่นานขึ้นจะช่วยให้ผลลัพธ์การฟื้นฟูสมรรถภาพสูงขึ้น⁽¹⁰⁾ ผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบไม่เข้มข้น⁽¹¹⁾ และพบว่า การเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังมีน้อย คือมีเพียงร้อยละ 18⁽¹²⁾ เท่านั้น แสดงถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพระยะกลางในหน่วยบริการสุขภาพ ทั้งนี้ ยังไม่พบการศึกษาวิจัยเพื่อประเมินผลการดำเนินงานการดูแลสุขภาพระยะกลางตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขโดยตรง การประเมินผลการนำไปปฏิบัติ (implementation outcome) เป็นองค์ประกอบสำคัญของการพัฒนาการดำเนินงานตามนโยบายซึ่ง Proctor และคณะ⁽¹³⁾ ได้กล่าวถึงการประเมินผลการนำไปปฏิบัติว่าประกอบด้วยองค์ประกอบ 8 ด้าน ได้แก่ การยอมรับนโยบาย (acceptability) การรับไปปฏิบัติ (adoption) ความเหมาะสม (appropriateness) ต้นทุนหรือค่าใช้จ่าย (cost) ความเป็นไปได้ (feasibility) การดำเนินการได้ตามแนวทางที่กำหนด (fidelity) การบูรณาการเข้าระบบ (penetration) และความยั่งยืนของนโยบาย (sustainability) คณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาวิจัยเพื่อประเมิน

ผลการดูแลสุขภาพระยะกลางตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข โดยอ้างอิงตามแนวคิดของ Procter และคณะ⁽¹³⁾ และพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนาการดำเนินงานการดูแลสุขภาพระยะกลางให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย โดยศึกษาจากผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้บริหารทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค และผู้ให้บริการในพื้นที่ เพื่อช่วยให้เข้าใจบริบทในการดำเนินงานที่ผ่านมาและได้แนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพระยะกลางที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการในพื้นที่หน่วยบริการสุขภาพทั่วประเทศ สำหรับบทความวิจัยนี้ นำเสนอเฉพาะผลการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับความสำเร็จของการดำเนินงานการดูแลสุขภาพระยะกลางและวิเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จในการดูแลสุขภาพระยะกลางของผู้ป่วยสามกลุ่มโรคเพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพระยะกลางของประเทศไทยต่อไป

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) เลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (มีโรงพยาบาลทุกระดับรวมทั้งสิ้น 897 แห่ง โดยไม่นับรวมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) จาก 4 ภาค ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ โดยเริ่มจากเลือกจังหวัดที่ศึกษาภาคละ 2 จังหวัด รวม 8 จังหวัด ซึ่งได้จากข้อเสนอแนะของผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขว่าเป็นจังหวัดที่มีเนื้องานการดูแลสุขภาพระยะกลาง ได้แก่ เชียงราย น่าน สิงห์บุรี สระบุรี สุรินทร์ ศรีสะเกษ สุราษฎร์ธานี และสงขลา และคัดเลือกโรงพยาบาลที่ให้บริการสุขภาพระยะกลาง 17 แห่ง เป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายจำนวน 8 แห่ง และโรงพยาบาลลูกข่ายจำนวน 9 แห่ง ผู้ให้ข้อมูลเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วย ผู้บริหารส่วนกลางและส่วนภูมิภาคจำนวน 30 คน และผู้ให้บริการดูแลสุขภาพระยะกลางในโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 236 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์

เป็นแนวคำถามปลายเปิด ใช้สำหรับสัมภาษณ์ผู้บริหารและแนวคำถามสำหรับอภิปรายกลุ่มผู้ให้บริการ ผู้วิจัยพัฒนาจากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน โดยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ได้แก่ ความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องของภาษา ความเหมาะสม และนำข้อคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับแก้ข้อคำถามหรือประเด็นการอภิปรายกลุ่ม จากนั้นจึงนำแบบสัมภาษณ์และประเด็นการอภิปรายกลุ่มไปทดลองใช้ โดยสัมภาษณ์ผู้ที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 คน เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ให้ข้อมูลเข้าใจประเด็นคำถามหรือประเด็นการอภิปรายมีความชัดเจน ต่อด้วยการนำมาวิเคราะห์หว่านข้อมูลครบถ้วนตามที่ต้องการหรือไม่ และปรับปรุงจนได้ข้อมูลครบถ้วนแล้วจึงนำไปใช้จริง

การรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ตั้งแต่เดือนกันยายน 2562 ถึงมีนาคม 2563 โดยเตรียมผู้วิจัยทุกคนให้เข้าใจวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์และการอภิปรายกลุ่ม ประเด็นคำถามและแนวทางการสัมภาษณ์และการอภิปรายกลุ่มเป็นไปในทางเดียวกัน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่นำเชื่อถือและครอบคลุมวัตถุประสงค์การวิจัย การรวบรวมข้อมูลได้ประสานงานกับโรงพยาบาลที่คัดเลือก และนัดสัมภาษณ์เจาะลึกและอภิปรายกลุ่มพร้อมกับการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมและบันทึกภาคสนาม การสัมภาษณ์แต่ละครั้งใช้เทคนิคการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกใช้เวลาในการสัมภาษณ์ครั้งละ 45 นาที-1 ชั่วโมง ส่วนการอภิปรายกลุ่มใช้เวลาประมาณครั้งละ 1 ชั่วโมง โดยขออนุญาตบันทึกเทปขณะการสัมภาษณ์และการอภิปรายกลุ่ม ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลเชิงคุณภาพ (trustworthiness) แบบสามเส้า เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความถูกต้องและตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด⁽¹⁴⁾ ดังนี้

1) ด้านวิธีการรวบรวมข้อมูล (methodology triangulation) ใช้การสัมภาษณ์เจาะลึก การอภิปรายกลุ่ม ร่วมกับการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมและการบันทึกภาค

สนาม ผู้วิจัยจัดบันทึกข้อมูลสำคัญ ทำความเข้าใจเนื้อหา และตรวจสอบความถูกต้องร่วมด้วยขณะเก็บรวบรวมข้อมูล

2) ด้านการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยทั้ง 6 คน (investigator triangulation) ร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทำความเข้าใจเนื้อหา สังเคราะห์ประเด็น และจัดประชุมเพื่อสรุปผลการวิจัย

3) ด้านการตรวจสอบคุณภาพของข้อมูล กระทำโดยผู้ให้ข้อมูล (member checking) ทั้งนี้ ผู้วิจัยจะสรุปประเด็นเนื้อหาก่อนยุติการสัมภาษณ์หรืออภิปรายกลุ่มเพื่อตรวจสอบสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่ามีความหมายเหมือนเดิมหรือไม่ หากพบประเด็นที่ขัดแย้งหรือไม่ชัดเจน ผู้วิจัยจะซักถามเพิ่มเติมเพื่อให้เข้าใจตรงกัน และหลังจากนั้นผู้วิจัยนำเทปที่บันทึกมาถอดเทปคำต่อคำ โทรศัพท์กลับไปซักถามผู้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมในประเด็นที่มีข้อสงสัย และตรวจสอบข้อมูลกับข้อมูลเชิงปริมาณซึ่งเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในพื้นที่จริง เช่น อัตรากำลังของบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ นอกจากนี้ยังมีการจัดประชุมแบบออนไลน์เพื่อคืนข้อมูลให้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในพื้นที่ศึกษา 17 แห่ง เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลอีกครั้ง หากพบประเด็นที่ไม่ถูกต้องให้หน่วยบริการในพื้นที่เสนอแก้ไขเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องตรงความเป็นจริง

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้หลักการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) นำข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปมาวิเคราะห์ใจความหลัก (thematic analysis) โดยการลงรหัส จัดหมวดหมู่รหัส แล้วนำมาหาแก่นของสาระเพื่อสังเคราะห์ประเด็นหลักที่สำคัญ

การผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ (สคม.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เลขที่ IHRP 2019080 ลงวันที่ 2 กันยายน 2562

ผลการศึกษา

จากการสัมภาษณ์และอภิปรายกลุ่มเพื่อติดตามกระบวนการและผลลัพธ์การดำเนินงานการดูแลสุขภาพระยะกลางในผู้ป่วยกลุ่มโรคเป้าหมาย 3 โรค ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สมองบาดเจ็บหรือการบาดเจ็บไขสันหลังของหน่วยบริการสุขภาพ ผู้วิจัยได้จำแนกกลุ่มโรงพยาบาลโดยพิจารณาจากการดำเนินงาน IMC และผลลัพธ์เชิงประจักษ์ ได้แก่ การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพความร่วมมือของเครือข่าย ระบบการบันทึกข้อมูล และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย พบว่าสามารถจำแนกกลุ่มโรงพยาบาลได้ 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 โรงพยาบาลที่มีผลการปฏิบัติงานแบบเข้ม (จำนวน 6 แห่ง) คือ มีการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยสหสาขาวิชาชีพทันทีหลังจากพ้นระยะวิกฤต โดยดำเนินการอย่างน้อยวันละ 3 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 5-7 วัน และมีบริการทั้งในผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอกและในชุมชน มีความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายและลูกข่ายชัดเจน ได้แก่ การประชุม การพัฒนาบุคลากร การปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพ มีการใช้ทรัพยากรร่วมกันทั้งบุคลากรและวัสดุต่างๆ มีการบันทึกข้อมูลในระบบการส่งต่อครบถ้วน มีข้อมูลผลประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยซึ่งส่วนใหญ่ดีขึ้น กลุ่มที่ 2 โรงพยาบาลที่มีผลการปฏิบัติงานแบบปานกลาง (จำนวน 6 แห่ง) คือ มีการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังพ้นระยะวิกฤต 1-2 วัน โดยสหสาขาวิชาชีพอย่างน้อยวันละ 1-2 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 3-5 วัน และมีบริการทั้งในผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอกและในชุมชน และกลุ่มที่ 3 โรงพยาบาลที่มีผลการปฏิบัติงานแบบปานกลางแต่ขาดหลักฐานเชิงปริมาณประกอบ (จำนวน 5 แห่ง) คือ มีการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยสหสาขาวิชาชีพภายใน 1-2 วันหลังพ้นระยะวิกฤต อย่างน้อยวันละ 1-2 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 3-5 วัน มีความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายและลูกข่ายชัดเจน มีการบันทึกข้อมูลในระบบการส่งต่อ แต่ไม่ครบถ้วน เนื่องจากพบปัญหาของระบบฐานข้อมูล และไม่มีข้อมูลผลประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยส่วนใหญ่ หรือไม่ครบ

ถ้วน ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลรวม 266 คน
 จำแนกเป็นผู้บริหาร 30 คน และผู้ปฏิบัติงาน 236 คน แสดง
 ดังตารางที่ 1 และ 2 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 ลักษณะของผู้ให้ข้อมูลกลุ่มผู้บริหารนโยบายการ
 ดูแลสุขภาพระยะกลางตามนโยบายของกระทรวง
 สาธารณสุข (n=30)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	22	73.3
หญิง	8	26.7
อายุ		
41-50 ปี	7	23.3
51-60 ปี	22	73.3
มากกว่า 60 ปี	1	3.3
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	21	70.0
ปริญญาโท	9	30.0
ตำแหน่งบริหาร		
อดีตปลัดกระทรวงสาธารณสุข	1	3.3
รองเลขาธิการสำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ	1	3.3
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล	17	56.7
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด	6	20.0
สาธารณสุขอำเภอ	4	13.3
สาธารณสุขนิเทศก์	1	3.3
ประสบการณ์การทำงาน		
ต่ำกว่า 25 ปี	10	33.3
มากกว่าหรือเท่ากับ 25 ปี	20	66.7
ประสบการณ์การดูแลสุขภาพระยะกลาง		
2 ปี	17	56.7
3-5 ปี	13	43.3
หน่วยงานสังกัดของผู้บริหาร		
กลุ่มที่ 1	9	30.0
กลุ่มที่ 2	12	40.0
กลุ่มที่ 3	6	20.0
ผู้บริหารระดับเขต/กระทรวง	3	10.0

ผลการวิเคราะห์เนื้อหาตามหลักการวิจัยเชิงคุณภาพ
 สามารถสรุปประเด็นหลักได้ 3 ประเด็น ได้แก่ การนำ
 นโยบายไปสู่การดำเนินงานการดูแลสุขภาพระยะกลาง
 สำหรับผู้ป่วยสามกลุ่มโรค ปัจจัยความสำเร็จในการดูแล
 สุขภาพระยะกลางสำหรับผู้ป่วยสามกลุ่มโรค และปัญหา
 อุปสรรคในการดำเนินงานและแนวทางพัฒนา ดังนี้

**การนำนโยบายไปสู่การดำเนินงานการดูแลสุขภาพ
 ระยะกลางสำหรับผู้ป่วยสามกลุ่มโรค** ผู้วิจัยสรุปตาม
 กรอบแนวคิดการประเมินผลการปฏิบัติตามนโยบายของ
 Proctor และคณะ⁽¹³⁾ 8 ด้าน ดังนี้

1. การยอมรับ (acceptability) การรับรู้นโยบาย
 แนวปฏิบัติและการดำเนินงานที่เป็นข้อตกลงร่วมกันของ
 ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแบบสหวิชาชีพในหน่วยบริการสุขภาพ
 ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ แพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด
 นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยา/นักจิตวิทยาคลินิก แพทย์
 แผนไทย นักวิชาการสาธารณสุข นักสังคมสงเคราะห์
 บุคลากรจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และมีความพึง
 พอใจภายใต้ข้อตกลงที่กำหนดร่วมกัน ผลการอภิปรายกลุ่ม
 พบว่า ผู้ให้บริการมีความคิดเห็นที่สอดคล้องกัน คือการมี
 นโยบายการดูแลสุขภาพระยะกลางส่งเสริมให้มีการพัฒนา
 ระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยสามกลุ่มโรค

“โรงพยาบาลของเราเป็นโรงพยาบาลเล็กๆ เพียงว่าง
 อัตราครองเตียง 40-50% การนำ intermediate care เข้า
 มา มีข้อดี คือ ส่งคนไข้กลับมาฟื้นฟูที่ รพช. [โรงพยาบาล
 ชุมชน] ที่เตียงว่าง จะได้ full function เรวางแผนยก
 ระดับให้โรงพยาบาล [โรงพยาบาลชุมชนซึ่งยังไม่มีเตียง
 รองรับผู้ป่วย] มีเตียงรับผู้ป่วยในภายในปี 2565 ยกกระดับ
 จาก F3 [โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กสุด] เป็น F2 ของบ
 อาคารผู้ป่วยในไว้ ถ้าไม่ได้ เรวางแผนขอบริจาค” ผู้ให้
 บริการ รพ. รหัส D5 กลุ่ม 3

“จุดเริ่มต้น คือ โรงพยาบาลอยู่ใกล้โรงพยาบาลศูนย์
 มีพื้นที่กว้าง เมื่อโรงพยาบาลศูนย์มาตรวจเยี่ยมได้อภิปราย
 ร่วมกันและมาขายแนวคิด intermediate care ผู้ตรวจ
 แนะนำและมอบนโยบายเพื่อพัฒนาระบบบริการและเพิ่ม
 รายได้ให้โรงพยาบาล และมีกรมอบหมายให้ฝ่ายการ
 พยาบาลดำเนินงาน” ผู้ให้บริการ รพ. รหัส B2 กลุ่ม 1

ตารางที่ 2 ลักษณะของผู้ให้ข้อมูลกลุ่มผู้ให้บริการดูแลสุขภาพระยะกลางตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข (n=236)

ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่ม 1 (n=83)		กลุ่ม 2 (n=87)		กลุ่ม 3 (n=66)		รวม (n=236)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ								
ชาย	11	13.3	13	14.9	4	6.1	28	11.9
หญิง	72	86.8	74	85.1	62	93.9	208	88.1
อายุ								
ต่ำกว่า 45 ปี	38	45.8	49	56.3	32	48.5	119	50.4
45-60 ปี	45	54.2	38	43.7	34	51.5	117	49.6
ระดับการศึกษา								
ปริญญาตรี	64	77.1	68	78.2	54	81.8	186	78.8
ปริญญาโท	18	21.7	19	21.8	11	16.7	48	20.3
ปริญญาเอก	1	1.2	-	-	1	1.5	2	0.9
ตำแหน่งการปฏิบัติงาน								
พยาบาลวิชาชีพ	37	44.6	44	50.6	30	45.5	111	47.0
แพทย์	14	16.9	12	13.8	3	4.6	29	12.3
เภสัชกร	3	3.6	6	6.9	6	9.1	15	6.4
นักกายภาพบำบัด	7	8.4	8	9.2	11	16.7	26	11.0
นักกิจกรรมบำบัด	6	7.2	4	4.6	2	3.0	12	5.1
นักจิตวิทยา/นักจิตวิทยาคลินิก	1	1.2	2	2.3	2	3.0	5	2.1
แพทย์แผนไทย	4	4.8	5	5.8	1	1.5	10	4.2
นักโภชนาการ/โภชนากร	9	10.8	3	3.5	4	6.1	16	6.8
นักสังคมสงเคราะห์	2	2.4	2	2.3	3	4.6	7	3.0
อื่น ๆ	-	-	1	1.2	4	6.1	5	2.1
ประสบการณ์การทำงาน								
น้อยกว่า 15 ปี	23	27.7	28	32.2	24	36.4	75	31.8
มากกว่าหรือเท่ากับ 15 ปี	60	72.3	59	67.8	42	63.6	161	68.2
ประสบการณ์การดูแลสุขภาพระยะกลาง								
6 เดือน - 1 ปี	1	1.2	1	1.2	1	1.5	3	1.3
1-2 ปี	59	71.1	84	96.6	40	60.6	183	77.5
มากกว่า 2 ปี	23	27.7	2	2.3	25	37.9	50	21.2

2. การนำไปปฏิบัติ (adoption) หมายถึงความตั้งใจหรือความพยายามของหน่วยบริการสุขภาพในการนำนโยบายหรือแนวปฏิบัติที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม ผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขมีความตั้งใจในการถ่ายทอด

นโยบายไปสู่การดำเนินงานผ่านผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาลแม่ข่ายและลูกข่าย ทำให้โรงพยาบาลตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพระยะกลาง

“เริ่มจากรับนโยบายของนายแพทย์.....เขต.... มี IMC เข้ามา เราก็ปรับ ward โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู ตั้งแต่ ปี 59 มี รมต.....มาเปิด ward รับผู้ป่วยดูแลร่วมกับสหวิชาชีพ สร้าง model ที่กำหนดกลุ่มโรค มีการคัดกรองแบบ comprehensive geriatric assessment ซึ่งมีการคัดกรองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ กายภาพ และการดูแลต่อเนื่อง screen ปัญหาระบุ problem list และจัดให้มี team meeting เพื่อตกลงร่วมมือกันในทีมตามปัญหาที่ซับซ้อน” ผู้ให้บริการ รพ. รหัส D4 กลุ่ม 3

“ท่านผู้ตรวจราชการ สสจ. ผอ.รพ. [โรงพยาบาลศูนย์] ก็เข้ามาบอกว่า รพ.ศูนย์ support เรื่องความรู้วิชาการ เครื่องมือ train คน มี meeting ผอ.รพ. [รพ.ศูนย์] เปิดไฟเขียว มาจับ รพ. [รพช.] สุดท้ายทำให้เห็นภาพ เขาตั้งใจตั้งแต่การตอบโจทย์ระหว่าง acute care, intermediate care มองหลายมุม ตอนแรกฝ่ายการพยาบาลไม่มั่นใจ พอคุย เห็นภาพชัดก็ OK” ผู้ให้บริการ รพ. รหัส D2 กลุ่ม 1

การศึกษาข้อมูลเอกสารและการศึกษาในพื้นที่พบว่า การจัดทำคู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ซึ่งเผยแพร่ในปี พ.ศ. 2562⁽¹⁵⁾ จำนวน 1,500 เล่ม ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับนโยบายโดยสังเขป ได้แก่ วัตถุประสงค์ แนวทางการดูแลและขั้นตอนการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพระยะกลาง รูปแบบบริการ ตัวชี้วัดรวมทั้งตัวอย่างการดำเนินงานในพื้นที่ ผู้ให้บริการบางแห่งให้ข้อมูลว่าการเผยแพร่คู่มือดังกล่าวยังไม่เพียงพอและไม่ทั่วถึง ทำให้ไม่ทราบแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในการดำเนินงาน

3. ความเหมาะสม (appropriateness) หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับความสอดคล้องและความสัมพันธ์เชื่อมโยงของนโยบายหรือแนวปฏิบัติที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ที่นำไปสู่การปฏิบัติได้จริงในมุมมองของผู้ให้บริการ ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่านโยบายมีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน สอดคล้องกับเป้าหมายที่ต้องการลดความแออัดของโรงพยาบาลแม่ข่าย ลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล เพิ่มอัตราครองเตียงของโรงพยาบาลชุมชน เป็นการเพิ่ม

การเข้าถึงบริการ ลดการพิการ ลดภาวะแทรกซ้อนและช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานการฟื้นฟูสภาพ แต่บางส่วนมีความคิดเห็นว่าการกำหนดขอบเขตระยะเวลา 6 เดือนนั้น ทำให้ผู้ป่วยระยะกลางไม่สามารถเบิกจ่ายอุปกรณ์ช่วยฟื้นฟูสภาพเพื่อลดความพิการบางอย่างได้ตามระเบียบ ซึ่งกำหนดว่าเบิกได้กรณีเป็นผู้พิการหรือผู้ป่วยที่ต้องดูแลระยะยาว เช่น รถนั่งคนพิการพับได้ ดังนั้นจึงควรทบทวนระบบการดูแลและการเบิกจ่ายงบประมาณหรืออุปกรณ์ช่วยฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยให้รองรับช่วงเวลาดังกล่าวซึ่งเป็นรอยต่อระหว่างการดูแลสุขภาพระยะกลางและระยะยาว และควรทบทวนแนวปฏิบัติในการดำเนินงานให้ชัดเจนขึ้นด้วย

“ถือว่ามีนโยบายออกมาชัดเจน เพื่อลดความแออัดให้โรงพยาบาลศูนย์ และช่วยเพิ่มอัตราครองเตียงของ รพช. แต่ระยะเวลา 6 เดือนอาจต้องทบทวนเพราะทำให้มีข้อจำกัดในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล” ผู้ให้บริการ รพ. รหัส B1 กลุ่ม 2

ด้านความเหมาะสมของกลุ่มโรคเป้าหมาย 3 กลุ่มนั้นพบว่า โรคที่พบบ่อยที่สุด คือ stroke ส่วน spinal cord injury พบน้อยกว่า แต่ก็มีปัญหาซับซ้อนเมื่อส่งต่อไปโรงพยาบาลชุมชน ผู้ป่วยมักมีภาวะแทรกซ้อนและต้องกลับมาเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลแม่ข่าย จึงควรทบทวนการกำหนดกลุ่มโรคที่จะส่งต่อไปโรงพยาบาลชุมชน นอกจากนี้มีข้อเสนอว่าควรกำหนดกลุ่มโรคอื่นเพิ่มเติม เช่น ผู้ที่มีปัญหากระดูกสะโพกหัก ซึ่งเป็นกลุ่มที่ต้องการการดูแลระยะกลางเช่นกันและเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ และสำหรับกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองอาจต้องทบทวนแนวทางการดูแลเนื่องจากปัจจุบันพบได้เพิ่มขึ้นในผู้ป่วยอายุน้อย

“ส่วนมาก SCI [spinal cord injury] จะเสียชีวิตไม่ค่อยรอด SCI น่าจะอยู่ในโรงพยาบาลศูนย์ ไม่ได้ช่วยลดความแออัดและปัญหา เพราะเมื่อไปโรงพยาบาลชุมชน เขาจะกลับมาอีกที่โรงพยาบาลศูนย์ ไม่นั่น SCI น่าจะเป็น IMC ในโรงพยาบาลศูนย์และเคสก็นิดเดียว” ผู้ให้บริการ รพ. รหัส A2 กลุ่ม 2

4. การสนับสนุนค่าใช้จ่าย (cost) หมายถึง การ

จัดสรรงบประมาณสู่การดำเนินงาน ซึ่งพิจารณาจากความครอบคลุมของการจัดสรร ความเพียงพอ กลวิธีในการผลักดันและจัดสรรงบประมาณ ค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานของโรงพยาบาล การจัดสรรงบประมาณจากเขตสุขภาพ การสนับสนุนค่าบริการจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บางเขตสุขภาพ) กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ และกองทุนย่อยเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ สนับสนุนการดูแลสุขภาพระยะกลางภายใต้เงื่อนไขการจ่ายค่าบริการฟื้นฟูและกายอุปกรณ์ พบปัญหาอุปสรรคในการบริหารงบประมาณและค่าใช้จ่าย คือโรงพยาบาลชุมชนยังได้รับการจัดสรรงบประมาณในด้านวัสดุอุปกรณ์ไม่เพียงพอ และมีปัญหาในการเบิกจ่ายค่าบริการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

“อุปกรณ์ต่อเนื่องที่บ้านไม่เพียงพอ ไม่มีงบประมาณเราต้องอาศัยเตียงเก่าของโรงพยาบาล เอาไปให้ช่างปรับซ่อมและให้ผู้ป่วยไปใช้ที่บ้าน และขอรับบริจาคบ้าง” ผู้ให้บริการ รพ. D3 กลุ่ม 1

“เรื่องท้องผูก ไม่มีรหัส ICD9 [ICD9CM for procedure] เราไม่มีเรื่องสายสวนปัสสาวะ” ผู้ให้บริการ รพ. C2 กลุ่ม 1

ด้านการสนับสนุนการเบิกจ่ายค่าบริการ พบว่า สปสช.เขตสนับสนุนการดูแลสุขภาพระยะกลาง โดยมีงบประมาณที่จัดสรรให้โรงพยาบาลศูนย์ที่ส่งต่อผู้ป่วย 1,000 บาทต่อราย และโรงพยาบาลชุมชน 2,000 บาทต่อราย และต่อมา สปสช. เขตบางแห่งมีการปรับเพิ่มเป็นให้โรงพยาบาลศูนย์ 2,000 บาท และโรงพยาบาลชุมชนได้รับ 4,000 บาท ส่งผลให้แต่ละโรงพยาบาลพยายามพัฒนาการดูแลสุขภาพระยะกลางในหน่วยงานของตนเองเพิ่มขึ้น ในการพัฒนาคุณภาพบริการควรกำหนดบทบาทของโรงพยาบาลแม่ข่ายให้ชัดเจนในการส่งต่อและติดตามงานฟื้นฟูสภาพ และควรนำคุณภาพบริการมาร่วมพิจารณาควบคู่ไปกับการเพิ่มงบ on top สำหรับโรงพยาบาลชุมชนที่เป็นลูกข่าย

“ตอนหลังมี intermediate care เข้ามา เราจัด zone 3 เตียง คนไข้นอนนาน แรกเริ่มนอนได้ไม่จำกัด นอนใน

โครงการ SNAP [subacute and non-acute patient] สปสช. ให้เงินสนับสนุน คนไข้นอน 1 วัน ได้เงิน 1,000 บาท บาง case นอน 2 สัปดาห์ต่อเดือน” ผู้ให้บริการ รพ. รหัส C2 กลุ่ม 1

“ตอนนี้ สปสช. ยืดหยุ่นได้ ปีที่ผ่านมา รพ. [รพ.ศูนย์] ส่งคนไข้ไป สปสช. จ่าย 1,000 บาท รพช. รับ สปสช.จ่ายให้ รพช. 2,000 บาท on top จาก DRG [diagnosis related group] และต่อมาเราผลักดันการพัฒนา IMC ในปีนี้ [2563] สปสช. on top ให้ รพ. ที่ส่งต่อได้ 2,000 บาท รพช. ที่รับได้ 4,000 บาท พอเตียง สปสช.เขต.... ยื่นไป สปสช. กลาง มีบางเขตก็ใช้ตาม สปสช. เขต....” ผู้บริหาร รพ. รหัส A4 กลุ่ม 3

“ถ้าเรา select case สมควรทำ intensive ถ้าให้ on-top ทุกคน...ทุกคนก็อยากให้นอน กระทบงาธาณสุข on-top ให้ นำทำ ถ้ารักษาแล้วไม่นอนนาน กระทบงา ไม่มี on-top ทุกคน ก็ไม่นำทำ โรงพยาบาลชุมชนเขาอยู่ได้ จะดีมากในเรื่อง intermediate care” ผู้ให้บริการ รพ. รหัส A3 กลุ่ม 2

นอกจากนี้โรงพยาบาลชุมชนยังได้รับการสนับสนุนจากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ระดับจังหวัด ซึ่งสนับสนุนด้านการฟื้นฟูและอุปกรณ์เครื่องช่วยต่างๆ สำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่น รถเข็น โดย สปสช. จัดสรรเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และผู้บริหารองค์การบริหารส่วนจังหวัด สนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติม และยังมีส่วนอื่นๆ อีกที่ได้จากการบริจาค

5. ความเป็นไปได้ (feasibility) หมายถึง โอกาสแห่งความสำเร็จในการนำนโยบายหรือแนวปฏิบัติที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไปสู่การปฏิบัติในหน่วยบริการสุขภาพ ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า นโยบายมีความเป็นไปได้และมีความชัดเจน เนื่องจากการได้รับการสนับสนุนและความร่วมมือของทีมและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งโรงพยาบาลแม่ข่ายและภาคีเครือข่าย สำหรับโรงพยาบาลกลุ่ม 1 และ 2 ซึ่งประสบความสำเร็จในการดำเนินการดูแลสุขภาพระยะ



กลาง พบว่าได้กำหนดรูปแบบในการดูแลหรือแนวปฏิบัติที่ชัดเจน มีการเตรียมความพร้อมของบุคลากรที่ชัดเจน และจัดทำเป็นแนวปฏิบัติในการดำเนินงาน มีกระบวนการประชุมปรึกษาในทีมเพื่อวางแผนการแก้ปัญหาของผู้ป่วยร่วมกัน และมีการวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค ผลกระทบหรือกลวิธีดำเนินการเพื่อแก้ปัญหาหรือหาแนวทางปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมายเป็นระยะ ในลักษณะ team meeting หรือ quality ward round

“มีกระบวนการประเมินสภาพผู้ป่วยที่พื้นภาวะวิกฤตหลังผ่าตัดวันที่ 1-2 ทุกสาย หากพร้อมจะเตรียมส่งต่อเป็นเคส IMC ตามแนวทางที่กำหนดกันไว้” ผู้ให้บริการ รพ. รหัส A3 กลุ่ม 2

โรงพยาบาลที่เป็นแม่ข่ายในกลุ่มที่ 1 และ 2 มีการสนับสนุนการเตรียมความพร้อมของบุคลากรในโรงพยาบาลลูกข่าย เช่น จัดอบรมพัฒนาความรู้แก่ทีมสหวิชาชีพและเป็นพี่เลี้ยงในการดำเนินงาน

“มีการเตรียมความพร้อมของบุคลากร สถานที่และวัสดุอุปกรณ์ โดยสนับสนุนให้มีการอบรมพัฒนาความรู้แก่ทีมสหวิชาชีพ และจัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ มีการจัดอบรมให้ รพ. ลูกข่าย..... ขณะเดียวกันแพทย์ไปเยี่ยม รพ. ลูกข่าย..... สัปดาห์ละ 3 วัน และต่อมา 1 วัน เมื่อเขาเดินได้ด้วยตัวเอง” ผู้ให้บริการ รพ. รหัส A2 กลุ่ม 1

6. การดำเนินการได้ตามแนวทางที่กำหนด (fidelity) หมายถึง ความสามารถในการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุตามแนวปฏิบัติการดูแลสุขภาพระยะกลางในผู้สูงอายุกลุ่มโรคเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด พบว่า มีการดำเนินงานการดูแลสุขภาพระยะกลางทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน ได้แก่ การบริการผู้ป่วยนอก การบริการผู้ป่วยในแบบมีหอผู้ป่วยเฉพาะสำหรับการดูแลสุขภาพระยะกลาง (intermediate care ward) และบริการผู้ป่วยในแบบมีเตียงเฉพาะสำหรับดูแลสุขภาพระยะกลาง (intermediate care bed) สำหรับกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพสำหรับผู้ป่วยในนั้น ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ในโรงพยาบาลกลุ่มที่ 1 กล่าวว่า ให้บริการแบบ intensive IPD rehabilitation program

อย่างน้อยวันละ 3 ชั่วโมง 5-7 วันต่อสัปดาห์ กลุ่มที่ 2 ทำ intensive IPD rehabilitation วันละ 1-2 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 3-5 วัน ส่วนกลุ่มที่ 3 ทำ intensive IPD rehabilitation วันละ 1-2 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 3-5 วัน แต่ขาดหลักฐานเชิงปริมาณประกอบ

“รพ. [รพ. ศูนย์].... จะทำ flow chart ร่วมกับ รพ.... [รพ. ชุมชน] ให้ความสำคัญกับการ intensive rehabilitation อย่างมาก ช่วงเช้าเป็นกิจกรรมพยาบาลฟื้นฟู ช่วงบ่ายกายภาพบำบัดจันทร์ อังคาร และพฤหัสบดี วันละ 2 ชม.” ผู้ให้บริการ รพ. รหัส B1 กลุ่ม 2

“เรามี intensive rehabilitation ชัดเจน เข้าพยาบาลวิชาชีพดูแล สอนญาติดูแล ADL [activity of daily living] แปร่งฟัน ล้างหน้าเช็ดตัว บำบัดฝึกกายภาพ 1 ชม. และแผนไทย 1 ชม. นักกิจกรรมบำบัดจะมาช่วยฝึกกลืนร่วมกับ RN [พยาบาลวิชาชีพ] โดย RN จะประเมินสภาพก่อน” ผู้ให้บริการ รพ. รหัส C3 กลุ่ม 2

ส่วนผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่ 2 และ 3 กล่าวว่า ในการดำเนินงาน IMC สามารถดำเนินการได้ตามนโยบายระดับหนึ่ง แต่ IMC สามโรคที่กำหนดยังไม่สามารถลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลหรือลดความแออัดของผู้ป่วยในได้

“intermediate care ของโรงพยาบาล [รพ. ศูนย์]สามารถทำได้ ตอบโจทย์ด้านคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ดียิ่งขึ้น ช่วยให้การบริการและคุณภาพการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยดีขึ้น เกิดประโยชน์ ผู้ป่วยและญาติพึงพอใจ ถึงแม้ว่าจะยังไม่ตอบโจทย์ในเรื่องการลดความแออัดของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ก็ตาม” ผู้ให้บริการ รพ. รหัส B1 กลุ่ม 2

“ผลเป็นไปได้อ่อนข้างดี เราแบ่งเป็นผ่าตัดกับไม่ผ่าตัดส่งไป รพช. ก่อนที่จะกลับบ้าน ได้ผลอ่อนข้างดี ใน 3 กลุ่มโรค ทำได้ดี คือ stroke ร่วมกับคนใช้ head Injury, BI [Barthel index] น้อยกว่า 15 ส่งไป รพช. ส่วน SCI เราเข้าไปดูแล และ train ที่นี้ [รพช.]....ยังไม่ช่วยลดความแออัดของ... [รพช.] แค่อ้ายที่แออัดและไปแออัดอีกที่... ” ผู้ให้บริการ รพ. รหัส A1 กลุ่ม 3

มีการประเมินสภาพผู้ป่วยตั้งแต่แรกไว้ในความดูแล และให้การดูแลฟื้นฟูสภาพตามปัญหาของผู้ป่วยโดยดำเนินการร่วมกันหลายวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด แพทย์แผนไทย นักสังคมสงเคราะห์ แต่อาจมีข้อจำกัดในการดำเนินงานเนื่องจากขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทาง เช่น พยาบาลวิชาชีพด้านการฟื้นฟูสภาพ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกิจกรรมบำบัด

“หากผู้ป่วยเริ่มกลืนได้ โภชนากรจะประสานนักกิจกรรมบำบัดเรื่องการให้อาหาร ... นักโภชนากรจะร่วมปฏิบัติงานกับทีม HHC [home health care] ในเรื่องการให้อาหารหลังกลืนได้ตาม step การกลืนที่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยต่อไป” ผู้ให้บริการ รพ. B2 กลุ่ม 1

“การดำเนินงานยังมีข้อจำกัดเนื่องจาก OT (นักกิจกรรมบำบัด) ทั้งจังหวัดมีคนเดียว เราจึงต้องให้ญาติช่วยเราให้ได้มากที่สุด มี application ผักการพูด ให้ทำตามรูปประหยัดเวลาเราด้วย จากที่กลืนเนื้ออ่อนแรง อดน้ำไม่อยู่ในช่วงแรก พอได้ฝึกเอง ไม่ต้องรอเรา ทำให้เขาดีขึ้น” ผู้ให้บริการ รพ. รหัส B4 กลุ่ม 3

ในด้านการใช้อาจอพบปัญหาเรื่องไม่มีรายการในบัญชียาของโรงพยาบาลชุมชน เภสัชกรจะทำหน้าที่บริหารจัดการและแก้ปัญหา เพื่อให้สามารถส่งต่อผู้ป่วยและผู้ป่วยได้รับยาต่อเนื่อง

“จะทำหน้าที่ *medical reconciliation* ประเมินเรื่องยา ติดตามการรับประทานยา ปัญหาการใช้ยา กินยาผิด กินยาไม่ได้ การบดยา เราต้องติดตามต่อเนื่อง และประสาน [อาสาสมัคร] อสม.ช่วยในการดูแลต่อให้ กรณีการจัดซื้อยาบางอย่างที่ รพช. ไม่มี ถ้าจำเป็นเราจะขอซื้อยาเพิ่มให้ อาจต้องปรับบัญชียาเพื่อให้คล้องตัวขึ้น” ผู้ให้บริการ รพ.รหัส B4 กลุ่ม 3

ในด้านการบริหารจัดการและการจัดสรรอัตรากำลังในการดูแลสุขภาพระยะกลาง พบว่า โรงพยาบาลที่ปฏิบัติงานแบบเข้มแห่งหนึ่ง จัดระบบ intermediate ward จำนวน 20 เตียง มีพยาบาลวิชาชีพ 8 คน จัดสรรพยาบาล

วิชาชีพดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในเวรเข้าอย่างน้อย 2 คน เวรบายและตึกเวรละ 2 คน มีนักกายภาพบำบัด 5 คน นักกิจกรรมบำบัด 1 คน และมีแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูจากโรงพยาบาลแม่ข่ายมาช่วยในการดูแลอย่างต่อเนื่อง

7. การบูรณาการเข้าระบบ (penetration) หมายถึง ความสามารถในการเชื่อมโยงหรือบูรณาการนโยบายหรือแนวปฏิบัติที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไปสู่หน่วยบริการสุขภาพทุกระดับและเครือข่ายย่อยทุกหน่วย กลุ่มที่ประสบความสำเร็จในการดูแลสุขภาพระยะกลางกล่าวว่า มีการดำเนินการในลักษณะบูรณาการและเชื่อมโยงการดำเนินการกับภาคีเครือข่ายและสหวิชาชีพที่ชัดเจน

“มี *quality ward round* ใน *trauma case* ประเมินปัญหา ศักยภาพผู้ดูแลในรายที่มีปัญหาซับซ้อน และมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ สังคม นักสังคมสงเคราะห์จะประสานพัฒนาสังคมและความมั่นคงจังหวัด เพื่อจัดสรรเงินทุนสงเคราะห์ครอบครัว และ CM [case manager] จะประสานกับทีมเยี่ยมบ้าน การส่งต่อผู้ป่วยไป รพช. จะประสานกับ *psychosocial team* ในชุมชนด้วย สำหรับการกายภาพบำบัด ดำเนินการใน 4 กลุ่มโรค ดูแลตั้งแต่ระยะเฉียบพลัน ประเมิน BI ในวันแรก และส่งข้อมูลเข้าระบบ *smart COC* [continuum of care] ให้ รพช. ดูแลต่อเนื่อง และส่งต่อทางไลน์” ผู้ให้บริการ รพ. รหัส C2 กลุ่ม 1

ในการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสภาพแบบเข้มสำหรับโรงพยาบาลกลุ่มที่ 1 มีการสร้างความร่วมมือในการดำเนินงาน มีระบบการติดตามให้คำปรึกษาที่ชัดเจน และมีการใช้ทรัพยากรบุคคลที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะทางร่วมกันอย่างชัดเจน

“นักกายภาพจะมีส่วนร่วมโดยแบ่งผู้ป่วยในความรับผิดชอบเป็น 3 ส่วน คือ ผู้ป่วยที่จำหน่ายแล้ว ผู้ป่วยนอก และ รพช. ...มีการติดตามให้คำปรึกษา รพช. ...อย่างต่อเนื่อง ช่วงแรกจะมีนักกายภาพไปอยู่กับน้องที่ รพช.เต็มเวลา เพื่อให้ผู้ป่วยมั่นใจ ช่วงแรกผู้ป่วยไม่ยอมไป รพช.ที่พยาบาลจึงไปสอนด้วยประมาณ 3 เดือน พอ รพช. มีนักกายภาพ 3 คน ได้ให้เขามาศึกษาที่ รพ.ศูนย์....เลย จน



กระทั่งตอนนี้ รพช. ...ทำได้เอง และนักกิจกรรมบำบัดก็ยังไม่ไปช่วย รพช. ...ต่อเนื่อง” ผู้ให้บริการ รพ. รหัส A2 กลุ่ม 1

“เพื่อไม่ให้เคส loss ในการ refer ในตึกต้องรับทราบ case นี้ส่งต่อ คุณส่งข้อมูลมา คุณต้องแจ้งศูนย์ refer มาที่ ศูนย์ refer ของเราว่าต้องมารับคนไข้ และต้องแจ้งไปศูนย์ refer โรงพยาบาลศูนย์ว่าจะมี case เขาจะได้ประสานกัน เพื่อไม่ให้หลุด คนไข้ในเคส neuro med จะไม่หลุด โดยรวม stroke หลุดน้อยมาก พยาบาลช่วยดูแล... ทีม IMC ของโรงพยาบาลศูนย์ต้องดูแลทุก field ไม่ใช่เฉพาะ stroke เท่านั้น” ผู้ให้บริการ รพ. รหัส C1 กลุ่ม 2

มีการพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือโดยส่งเสริมให้ท้องถิ่น เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล โดยเข้ามามีส่วนร่วมในด้านการดูแลเรื่องรถรับส่งขณะส่งต่อผู้ป่วย การจัดการเรื่องสิทธิประโยชน์ การปรับสิ่งแวดล้อมที่บ้าน และการสนับสนุนอุปกรณ์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย

“ในการเตรียมความพร้อมเพื่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย เรา [ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ทำหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิ] ได้ประสานกับ อบต. [องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น] เพื่อช่วยสนับสนุนงบประมาณ เช่น การขอรถเข็น กรณีที่ผู้ป่วยต้องการใช้งาน ซึ่งปกติต้องใช้เวลา 6 เดือน จึงจะยื่นขอขึ้นทะเบียนคนพิการได้ เราจะหารถให้ใช้ก่อน เขียนโครงการของงบประมาณไปที่ศูนย์ฟื้นฟูสังกัด อบต. เพื่อสนับสนุนและกรณีพบปัญหาสิ่งแวดล้อมที่บ้านจะประสาน พมจ. [พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด] ให้ช่วยปรับปรุงบ้าน ล้าง ราวจับในบ้าน และขอรถรับส่งผู้ป่วยจากท้องถิ่นได้...” ผู้ให้บริการ รพ. รหัส C2 กลุ่ม 1

“เรา [ทีมสหวิชาชีพทำหน้าที่เยี่ยมบ้าน] เป็นตัวประสาน รพช. และ รพ.สต. ในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง แต่การประสานงานกับองค์กรท้องถิ่นยังไม่ดี เราใช้ภาษาคนละภาษา กัน ในการส่งต่อ เขาอาจจะไม่รับลูกเรา เช่น กรณีเขา [องค์กรท้องถิ่น] ยังไม่มีนโยบายดูแล IMC โดยตรง จึงอยากให้มีศูนย์ประสานดูแลเชื่อมโยงระหว่าง รพ.กับท้องถิ่น” ผู้ให้บริการ รพ. รหัส A3 กลุ่ม 2

8. ความยั่งยืน (sustainability) หมายถึง ความสามารถในการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติแบบบูรณาการในหน่วยงานอย่างต่อเนื่องและยาวนาน โดยแสดงถึงการเชื่อมโยงส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยบริการสุขภาพแต่ละระดับ พบว่ามีการพัฒนาบุคลากรร่วมกัน และมีการสร้างเครือข่ายบริการ แต่ยังมีข้อจำกัดด้านการส่งต่อข้อมูล งบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์

“โรงพยาบาลศูนย์...อบรมพัฒนาบุคลากร เปิดหลักสูตรฟื้นฟูผู้ป่วย stroke อบรมหลักสูตรเฉพาะทาง stroke 4 เดือน เตรียมเรื่องระบบส่งต่อ เพื่อให้ค้นหาผู้ป่วย subacute ได้เร็วและสร้างเครือข่ายให้เข้มแข็ง ให้ชุมชนเห็นความสำคัญ” ผู้ให้บริการ รพ. รหัส A2 กลุ่ม 1

“ระบบข้อมูลส่งต่อ การใช้ฐานข้อมูล โรงพยาบาลศูนย์ ใช้ Google sheet ส่งมา แต่ข้อมูลมาทีหลัง คนไข้มาถึงก่อน... Thai COC ก็มีปัญหา คือ คนตอบไม่ใช่พยาบาล ตึกไม่ครอบคลุม ข้อมูลส่งมาช้า ส่งผิดที่ และหมอใช้ใบสีชมพู refer back” ผู้ให้บริการ รพ. รหัส C1 กลุ่ม 2

“PRM [physical rehabilitation medicine referral network] ของสถาบันสิรินธรฯ เราไม่สามารถจัดการโปรแกรมได้เอง มันมีความยุ่งยาก การ key ข้อมูลเข้าออกช้า เลยไม่ได้เอามาใช้ที่โรงพยาบาล” ผู้ให้บริการ รพ. รหัส A3 กลุ่ม 2

ปัจจัยความสำเร็จในการนำนโยบายดูแลสุขภาพระยะกลางไปสู่การปฏิบัติ

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์และอภิปรายกลุ่มสหวิชาชีพ ผู้ให้บริการดูแลสุขภาพระยะกลางพบปัจจัยความสำเร็จในการนำนโยบายการดูแลสุขภาพระยะกลางไปสู่การปฏิบัติ ดังนี้

1. ปัจจัยด้านผู้บริหาร ผู้ให้บริการให้ข้อมูลว่าผู้บริหารมีวิสัยทัศน์ ยอมรับและตระหนักถึงความสำคัญ กำหนดนโยบาย วางแผนและกำกับติดตามงานที่ชัดเจน ทำให้บุคลากรตระหนักถึงความสำคัญของงานนี้

“ผู้บริหารสนับสนุนรับและตั้งใจ และแจ้งเจ้าหน้าที่ทุกคนทราบ มีวิสัยทัศน์ พันธกิจ ทีมสหวิชาชีพมีความเห็น

ร่วมกัน และผู้อำนวยการอยู่บริหารนานเป็นเวลา 10 ปี ทำให้การทำงานต่อเนื่อง” ผู้ให้บริการ รพ. รหัส C2 กลุ่ม 1

“ผู้นำตระหนักถึงความสำคัญ ประกาศนโยบายชัดเจนนำไปสู่การปฏิบัติ ร่วมกับทีมสหวิชาชีพตั้งค่านิยมของโรงพยาบาล....ประสานความร่วมมือกันในการทำงาน” ผู้ให้บริการ รพ. รหัส D1 กลุ่ม 2

2. ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ ผู้ให้บริการจากโรงพยาบาลทั้ง 17 แห่ง มีส่วนสำคัญในการดำเนินงานตามนโยบายการดูแลสุขภาพระยะกลางให้ประสบความสำเร็จ โดยบุคลากรมีความมุ่งมั่นตั้งใจในการดำเนินงาน มุ่งประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ร่วมมือกันทุกระดับ ในการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ และมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ทั้งนี้ร่างกายบ่าบัดและพยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางฟื้นฟูสภาพมีบทบาทสำคัญในการประสานการดูแลต่อเนื่องร่วมกับแพทย์สาขาต่างๆ และทีมสหวิชาชีพในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย

“ทีมเข้มแข็ง ทุกคนตั้งใจช่วยเหลือคนไข้ มีการเตรียมพร้อมก่อนจำหน่าย และติดตามให้มา follow up เวลามีปัญหาจะคุยกัน มี team meeting มีการวางแผนร่วมกับพยาบาลชุมชน นักกายภาพ นักโภชนาการ ญาติ...” ผู้ให้บริการ รพ. รหัส B1 กลุ่ม 2

“จบหลักสูตรฟื้นฟู 4 เดือน เรา [พยาบาล] ต้องทำหน้าที่ในการประเมินสภาพผู้ป่วย ประสานงานกับหมอนักกายภาพและทีมเพื่อให้การดูแลได้ครอบคลุม ประเมินความต้องการใช้อุปกรณ์เสริม ประเมินการกลืน และให้คำปรึกษาทีม ทำไมผู้ป่วย void ไม่ได้ เราต้องแนะนำนักกายภาพ น่องๆ ที่ ward ได้ว่าต้องดูแลอะไร ฝึกผู้ป่วยให้ทำ เพราะบางรายเขายังไม่พร้อม ต้องสอนพร้อมทำให้ดู ถ้า caregiver ที่อายุมากๆ เหมือนกัน ก็ต้องสอนให้มีความมั่นใจจนเขาทำได้” ผู้ให้บริการ รพ. รหัส C2 กลุ่ม 1

“ทีมตั้งแต่ผู้ตรวจราชการ โรงพยาบาล... [รพ.ศูนย์] ดูแลเรา สจ. ให้ความสำคัญ การตอบรับจากผู้ใช้บริการ หัวหน้าพยาบาล เราต้องบอกกับน้องที่รับผิดชอบเรื่อง intermediate care ให้เข้าใจว่าต้องทำ” ผู้ให้บริการ

รพ. รหัส B1 กลุ่ม 2

3. ปัจจัยด้านระบบบริการ การวางแผนการดำเนินงาน การเตรียมความพร้อมร่วมกันและกำหนดรูปแบบการดูแลหรือแนวปฏิบัติ และเครือข่ายบริการแบบสหวิชาชีพที่เข้มแข็ง ทำให้สามารถส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคลได้รวดเร็ว สามารถจัดการปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้ดี

1) การเตรียมความพร้อมในการดำเนินงาน ความร่วมมือกับโรงพยาบาลแม่ข่ายในการประสานการดูแลผู้ป่วยและใช้ทรัพยากรร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ โรงพยาบาลหลายแห่งมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากร จัดสรรงบประมาณเพิ่มหรือปรับปรุงวัสดุอุปกรณ์ และพัฒนาเครื่องมือหรือแบบประเมินภาวะสุขภาพเป็นแนวปฏิบัติในการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

“เราทำแบบประเมิน comprehensive geriatric assessment เพื่อประเมินคนไข้เป็น 10 part ทำให้เห็นปัญหาของผู้ป่วยชัดเจนมากขึ้น” ผู้ให้บริการ รพ. รหัส D4 กลุ่ม 3

“จากนโยบาย IMC ward ได้โจทย์มาว่า ต้องฟื้นฟูสภาพกล้ามเนื้อใหญ่ ยืนนั่งเดิน แพทย์แผนไทยทำอะไรได้บ้าง กลืนลำบาก ลื่นแข็งจะมีนักกิจกรรมบำบัดช่วยจากรพ... และแพทย์แผนไทยช่วยในการนวด ประคบสมุนไพร แนะนำการใช้สมุนไพรในการป้องกันปัญหาการท้องผูก งดสูบบุหรี่ และฝึกสมาธิบำบัด และกรณีที่ทำจำหน่ายแล้ว จะนัดผู้ป่วยกลับมาคลินิกแพทย์แผนไทยต่อดี” ผู้ให้บริการ รพ. รหัส D2 กลุ่ม 1

“เรามีศูนย์อุปกรณ์ โดยเป็นศูนย์ COC ให้คนไข้ ยืมกลับไปบ้านได้ จะช่วยให้เขามีโอกาสในการฝึกตนเองที่บ้าน และพัฒนาศักยภาพให้กลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ เน้นศักยภาพที่เหลืออยู่” ผู้ให้บริการ รพ. รหัส C2 กลุ่ม 1

2) เครือข่ายบริการแบบสหวิชาชีพที่เข้มแข็ง มีการให้คำปรึกษาของโรงพยาบาลศูนย์และการเชื่อมโยงข้อมูลการนัดหมายติดตามอาการผู้ป่วยชัดเจนและเยี่ยมบ้านต่อเนื่อง “โรงพยาบาลศูนย์เป็นพี่ที่คอยสนับสนุน รพช.



ทั้งให้เราไปอบรมที่โรงพยาบาล แล้วช่วยส่งแพทย์ฟื้นฟูพวคนักกายภาพ นักกิจกรรมบำบัด ลงมาช่วย” ผู้ให้บริการ รพ. รหัส C2 กลุ่ม 1

“มีระบบนัดที่พบแพทย์เฉพาะทาง เครือข่ายนัดก่อนมาพบแพทย์ และข้อมูลบันทึกครบถ้วน ทำให้เกิดการรักษาคือต่อเนื่อง” ผู้ให้บริการ รพ. รหัส B1 กลุ่ม 2

“อปท. อสม. เข้มแข็ง ถ้าเขาเจอปัญหาในการดูแลคนใช้ intermediate care เขาจะหาทางช่วยพามาโรงพยาบาล และช่วยติดตาม case ด้วยว่าดีหรือยัง ทำให้ case ไม่ถูกปล่อยทิ้งเมื่อกลับไปบ้าน ซึ่งเราจะช่วยเข้าไปดูแลปัญหาได้ทันที ถ้าคนไข้ไม่ได้รับการฟื้นฟูอย่างเหมาะสมเป็นหลุมดำของ intermediate care ถ้าเราใช้ทีมในชุมชนร่วมด้วยจะช่วยให้ดูแลทั่วถึง มี case หนึ่ง ป้าเป็น CVA [โรคหลอดเลือดสมอง] มีหลานอยู่ชั้นอนุบาล ไม่ได้เรียนหนังสือ พอมีทีม intermediate care ดูแล ก็ช่วยจัดการเรื่องรถเข็น สอนให้เข็นรถเข็นตัวเอง ดูแลหลานให้ได้เรียนต่อ อปท. อสม. และ caregiver เข้ามาช่วย ก็เห็นผล ถ้าเราทิ้งเขาไว้ เขาจะเป็น bed ridden” ผู้ให้บริการ รพ. รหัส D4 กลุ่ม 3

“สสอ. [สาธารณสุขอำเภอ] ช่วยอำนวยความสะดวกให้ ประสานสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์กับท้องถิ่น และชาวบ้าน ชวน อปท. ในอำเภอเข้ามาร่วมตั้งเป็นกองทุน” ผู้ให้บริการ รพ. รหัส D1 กลุ่ม 2

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานตามนโยบายฯ
ข้อมูลจากการอภิปรายกลุ่มสหวิชาชีพผู้ให้บริการดูแลสุขภาพระยะกลาง พบปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานตามนโยบาย ดังนี้

1. ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบายและแนวปฏิบัติ ผู้ให้บริการบางส่วนไม่ทราบถึงคู่มือแนวทางการปฏิบัติการดูแลสุขภาพระยะกลาง

“ก็ไม่เข้าใจว่า intermediate care คืออะไร ต้องศึกษาอ่าน ดีความ สืบสนในนโยบายและแนวปฏิบัติว่าต้องทำอะไร ทบทวนว่าต้องการคนทำกี่คน ก็ส่งอบรมฟื้นฟู 3 วัน จำนวน 5 คน จัดเวรสลับกัน” ผู้ให้บริการ รพ. รหัส

D2 กลุ่ม 1

“การส่งคนใช้ intermediate care กลับไป รพช. ไม่ทราบแนวทาง ถ้ามีแนวทางการดำเนินงานส่งให้ รพช. intermediate bed หรือ intermediate ward ต้องทำอะไร” ผู้ให้บริการ รพ. รหัส B1 กลุ่ม 2

2. ขาดแคลนอัตรากำลังบุคลากรที่มีศักยภาพ
โดยเฉพาะบุคลากรวิชาชีพซึ่งจำเป็นต้องมีสมรรถนะเชิงวิชาชีพเฉพาะทางฟื้นฟูสภาพ เช่น นักกิจกรรมบำบัด นักกายภาพบำบัด พยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางการฟื้นฟูสภาพ นักรถเข็นบำบัด มีจำนวนไม่เพียงพอ

“นักกิจกรรมบำบัดมีไม่พอ นโยบายของหน่วยงานที่ไม่ให้จ้างงานและไม่เพิ่มอัตรากำลัง เปิดสอนก็น้อย ควรพัฒนาบุคลากรให้มี ถ้าจำเป็นอาจต้องสอนเจ้าหน้าที่อื่นให้ช่วยทำแทนนักกิจกรรมบำบัด” ผู้ให้บริการ รพ. รหัส B1 กลุ่ม 2

“เราไม่มีแพทย์ fam-med [family medicine] จะประสานงานกับโรงพยาบาล...[รพ.ศูนย์] ตั้งแต่ตอนวางแผน จำหน่ายผู้ป่วย และเยี่ยมบ้าน ใช้บ้านเป็น ward เยี่ยมบ้านในวันพุธ เยี่ยมผู้ป่วย stroke และ NCD [non-communicable disease] เราเป็นโรงพยาบาลชุมชน F3 เปิดตามนโยบายแบบ OPD [outpatient department] ยังไม่มีผู้ป่วยใน ไม่ได้แยกเป็น intermediate care ชัดเจน แพทย์โรงพยาบาล...[รพ.ศูนย์] ลงมาช่วย” ผู้ให้บริการ รพ. รหัส D5 กลุ่ม 3

“พยาบาลเฉพาะทางฟื้นฟูมีคนที่ได้อบรมน้อย สถาบันสิรินธรฯ เปิดอบรมให้ 40 คนต่อปี” ผู้ให้บริการ รพ. รหัส B1 กลุ่ม 2

“คนไม่พอ ดูแลคนไข้ไม่ได้ถึง 6 เดือน ในพื้นที่สูงไกลๆ ต้องประสานกับ รพ.สต. รพช. บางครั้ง รพ.สต. ไม่มีรถ เบิกค่าตอบแทนก็ไม่ได้ มีคำถามว่า ถ้าหนูเกิดอุบัติเหตุ ใครจะรับผิดชอบ” ผู้ให้บริการ รพ. รหัส A3 กลุ่ม 2

“ไม่มีแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู ปัญหาซับซ้อนเราแก้ไม่ได้ พยาบาลเราไม่ได้อบรมการกลืน อยากให้มีการอบรม

ระยะสั้นให้” ผู้ให้บริการ รพ. รหัส D4 กลุ่ม 3

3. ขาดทรัพยากรหรือปัจจัยสนับสนุนทั้งด้านการเงิน งบประมาณและค่าใช้จ่ายด้านวัสดุอุปกรณ์ เวชภัณฑ์ และยา ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง ได้รับจัดสรรยังไม่เพียงพอ และการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลไม่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยระยะกลางอย่างต่อเนื่อง

“บางครั้งเบิกจ่ายได้ไม่ครบตามที่รักษา เพราะ สปสช. คิดตาม *adjusted RW* [relative weight] ทำให้เบิกได้ไม่เต็มมูลค่าที่ให้การรักษา” ผู้ให้บริการ รพ. รหัส B2 กลุ่ม 1

“*intermediate care* มี demand โตขึ้นเรื่อยๆ แต่งบมีจำกัด เราต้องมาคุยกันว่า จะเตรียมรองรับอย่างไร เมื่องบไม่มี ตัวกระตุ้นด้านการเงินจึงหายไป ไม่มีใครยอมควักเนื้อตัวเอง จังหวัดหรือเขตต้องรับผิดชอบ” ผู้บริหาร รพ. รหัส B2 กลุ่ม 1

“เบิกบางอย่างไม่ได้ เช่น อาหารปั่นสำหรับคนไข้ที่ *feed* อาหารทางสายยาง เคยเบิกได้ตามสิทธิ แต่ตอนนี้เบิกไม่ได้ ต้องอาศัยผู้บริจาค” ผู้ให้บริการ รพ. รหัส A4 กลุ่ม 3

“เบิกได้เฉพาะ *acute care* กับ *long term care* แต่ *intermediate care* มีปัญหาการเบิก ทั้งใน *IPD* [inpatient department], *OPD* [outpatient department] ชุมชน” ผู้ให้บริการ รพ. รหัส A4 กลุ่ม 3

“อุปกรณ์สนับสนุนไม่ค่อยพอใช้ ปกติอุปกรณ์พื้นฟูรับมาจากกองทุน อบจ. ได้ ให้อืมใช้ บางครั้งคนไข้เขาจำเป็นก็ใช้กันยาว ไม่ได้หมุนเวียน...” ผู้ให้บริการ รพ. รหัส D3 กลุ่ม 1

“มีศูนย์สำรองอุปกรณ์ได้จากการบริจาค ของใช้แล้วบ้าง ญาติบริจาคบ้าง บาง *case* ยืมไปนานๆ อุปกรณ์ก็ชำรุด” ผู้ให้บริการ รพ. รหัส A3 กลุ่ม 2

“*rtPA* ทาง รพ....[รพช.] จะได้รับจาก รพศ.ได้มาจำกัด ปัญหาคนไข้ โดยเฉพาะวันเสาร์-อาทิตย์ ยาที่สต็อกไว้ไม่ค่อยพอจะให้คนไข้ได้ทัน ปัญหาคนไข้เข้ามามีอาการวันหยุดเสาร์-อาทิตย์ เยอะขึ้น อยากฝากทางส่วนกลางช่วยสนับสนุน ช่วยหาแนวทางสต็อกให้ รพช. มียาใช้ คนไข้มาช่วยให้เขาได้ยารักษาเร็ว ไม่ล่าช้า” ผู้ให้บริการ รพ.

รหัส B1 กลุ่ม 2

4. ระบบการส่งต่อและฐานข้อมูลยังไม่มีประสิทธิภาพ มีการใช้ฐานข้อมูลแตกต่างกันและหลากหลาย เช่น PRM (physical rehabilitation medicine) referral network, COC, Smart COC, Thai COC ข้อมูลบางส่วนไม่เชื่อมโยงกัน มีข้อจำกัดในการส่งต่อข้อมูลให้ครบถ้วนและการบันทึกการเบิกจ่ายยังไม่ครอบคลุม

“*Smart COC* ดึง *Barthel index* ใน *Smart COC* มีส่วนของพยาบาล อาจต้องทำร่วมกับพยาบาล รพ.สต. ยังไม่ตอบรับ 100%” ผู้ให้บริการ รพ. รหัส A3 กลุ่ม 2

“*Thai COC* ไม่มีปัญหาเรื่อง *cloud* เราทำ *MOU* [memorandum of understanding] ร่วมกับขอนแก่น เราต้องลงข้อมูลใหม่หมด ยากอยู่ ไม่สามารถดึงจาก *Hos-XP* ได้” ผู้ให้บริการ รพ. รหัส A3 กลุ่ม 2

“การทำงานกับท้องถิ่น เรายังใช้คนละภาษากับเขาในการส่งต่อให้เขาเข้าใจตรงกัน เขาก็อาจยังไม่รับลูกกับเรา เช่น *home ward* กับ *COC* แต่เขาทำแต่ *long term care* เขายังไม่มีนโยบายด้าน *intermediate care*” ผู้ให้บริการ รพ. รหัส A3 กลุ่ม 2

“การรับผู้ป่วยกลับไป รพช. ในบางแห่ง อาจมีการรับกลับล่าช้า ต้องรอช่วงที่มีรถเข้ามารับหรือส่งต่อผู้ป่วยอื่น จึงจะมารับผู้ป่วยไป” ผู้ให้บริการ รพ. รหัส B1 กลุ่ม 2

5. ปัญหาอื่นๆ เช่น กรณีผู้ป่วยและญาติบางรายไม่ต้องการย้ายจากโรงพยาบาลแม่ข่ายเพื่อไปดูแลต่อที่โรงพยาบาลชุมชนบางแห่งเพราะไม่มั่นใจชื่อเสียงและศักยภาพ หรือโรงพยาบาลชุมชนบางแห่งที่รับส่งต่อผู้ป่วยมีระยะทางไกล ตั้งอยู่บนพื้นที่สูงหรือกันดาร

“บางครั้งคนไข้อยากกลับบ้านเลย ไม่อยากไปโรงพยาบาลอื่น เราก็จะประสานงานกับ รพศ. ให้ช่วยกันดูแลไปก่อน ถ้าคนไข้โรงพยาบาลมาก ก็ต้องประสานหมอพื้นฟูกับนักกายภาพอีกครั้ง” ผู้ให้บริการ รพ. รหัส B1 กลุ่ม 2

“ญาติ...ตอนแรกไม่ค่อยเชื่อมั่น เพราะเป็นโรงพยาบาลขนาดเล็ก ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง” ผู้ให้บริการ รพ. รหัส C1 กลุ่ม 2

แนวทางพัฒนาการดำเนินงานตามนโยบายการดูแล
สุขภาพระยะกลาง ได้นำเสนอและรับรองความเห็นชอบใน
การประชุมคืนข้อมูลทาง on-line สรุปได้ดังนี้

1. ควรจัดทำคู่มือการดูแลสุขภาพระยะกลางที่ยืดหยุ่น
สำหรับการปฏิบัติงานในพื้นที่ มีรูปแบบกระบวนการส่งเสริม
การฟื้นฟูสภาพแบบ intensive rehabilitation ที่
ชัดเจนโดยสหวิชาชีพ และเผยแพร่ประชาสัมพันธ์เพื่อนำ
ไปสู่การปฏิบัติอย่างทั่วถึง ไม่ล่าช้า โดยผู้ป่วยควรได้รับการ
ฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องโดยเร็วที่สุด

2. ควรทบทวนแนวปฏิบัติหรือระเบียบในการเบิก
จ่ายสำหรับการดูแลสุขภาพระยะกลางที่ครอบคลุมปัญหา
สุขภาพผู้ป่วยสามกลุ่มโรค และครอบคลุมทุกสิทธิการรักษา
พยาบาลอย่างเท่าเทียม ทั้งสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจและประกันสังคม

3. ควรทบทวนสิทธิในการเข้าถึงวัสดุอุปกรณ์
เวชภัณฑ์และยาที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพระยะกลาง
สำหรับผู้ป่วยทั้งที่อยู่ในโรงพยาบาลและที่บ้าน โดยเฉพาะ
รายที่ยังไม่ได้ขึ้นทะเบียนผู้พิการให้สามารถฟื้นฟูสภาพได้
เร็วขึ้น ลดอุบัติเหตุการล้มการในอนาคต

4. ควรสร้างเครือข่ายการทำงาน สนับสนุนให้เกิด
การใช้ทรัพยากรร่วมกันระหว่างเครือข่ายบริการอย่างมี
ประสิทธิภาพ

5. ควรวิเคราะห์และจัดสรรอัตรากำลังบุคลากรที่มี
ศักยภาพให้เพียงพอ เช่น นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรม
บำบัด นักรรณบำบัด และสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพ
เชิงวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง เช่น อบรมหลักสูตรการพยาบาล
เฉพาะทางสาขาการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ 4 เดือน อบรม
ระยะสั้น 3-5 วัน รวมทั้งการพัฒนา on the job training

6. ควรทบทวนการพัฒนาระบบการส่งต่อและฐาน
ข้อมูลให้มีประสิทธิภาพ

วิจารณ์

ผลการวิจัยพบว่า การดำเนินงานดูแลสุขภาพระยะ
กลางของโรงพยาบาลที่เป็นหน่วยบริการที่เลือกศึกษาทั้ง

17 แห่ง มีการดำเนินงานการดูแลสุขภาพระยะกลางที่
แตกต่างกัน โดยในกลุ่มที่ 1 มีการดำเนินการดูแลสุขภาพ
ระยะกลางแบบเข้ม คือมีการดำเนินการดูแลอย่างเป็นองค์
รวมโดยสหสาขาวิชาชีพทันทีตั้งแต่พ้นระยะวิกฤต มีการ
ประเมินสภาพ ปัญหาความต้องการและความพร้อมในการ
ฟื้นฟู และมีกิจกรรมฟื้นฟูสภาพวันละ 3 ชั่วโมงติดต่อกัน
สัปดาห์ละ 5-7 วัน พบว่าส่งผลให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ทางคลินิก
ดีขึ้นมากกว่าโรงพยาบาลกลุ่มที่ 2 และ 3 สอดคล้องกับผล
การวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่า การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง
ช่วยให้สมรรถภาพทางกายดีขึ้น^(16,17) และการจ่ายเงินตาม
ผลลัพธ์มีผลต่อค่าคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตร
ประจำวันเพิ่มขึ้น แต่การบริการฟื้นฟูฯ ยังมีความจำกัด
ของเตียงในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ จึงต้องใช้วิธีการติดตาม
เยี่ยมบ้านแทน ดังนั้นการบริการฟื้นฟูสภาพแบบผู้ป่วยใน
ของโรงพยาบาลชุมชนซึ่งมีอัตราครองเตียงต่ำอาจเหมาะสม
กว่า⁽¹⁸⁾ เมื่อพิจารณาการนำนโยบายไปสู่การดำเนินงาน
การดูแลสุขภาพระยะกลางสำหรับผู้ป่วยตามกรอบแนวคิด
การประเมินผลการปฏิบัติตามนโยบายของ Proctor และ
คณะ⁽¹³⁾ 8 ด้าน สรุปได้ดังนี้

1. การยอมรับ (acceptability) การมีนโยบายการ
ดูแลสุขภาพระยะกลางช่วยส่งเสริมให้มีการพัฒนาระบบ
บริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วย ทำให้หน่วยบริการสุขภาพ
โดยเฉพาะโรงพยาบาลกลุ่มที่ 1 ซึ่งมีผลการดำเนินงานแบบ
เข้ม มีผลลัพธ์การดำเนินงานที่ดี สอดคล้องกับแนวคิดของ
Proctor และคณะ⁽¹³⁾ ที่ว่า ในระยะเริ่มต้นของนโยบายหาก
ผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องยอมรับและตระหนักถึงความสำคัญ
จะช่วยให้สามารถนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติได้ดีขึ้น

2. การนำไปปฏิบัติ (adoption) กระทรวง
สาธารณสุขประกาศนโยบาย intermediate care ในปี
พ.ศ. 2560 ต่อมากำหนดตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ คือ ร้อย
ละของโรงพยาบาลระดับ M (โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่-
กลาง) และ F (โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก) ที่ให้บริการ
การดูแลระยะกลาง โดยในปี 2561 กำหนดเป้าหมายให้มี
รูปแบบในระยะเริ่มต้นสำหรับผู้ป่วยสามกลุ่มโรค ได้แก่ โรค

ตลอดเดือนธันวาคม การบาดเจ็บของสมองและการบาดเจ็บของไขสันหลัง มีคู่มือเพื่อการวางแผนและการดำเนินงานในพื้นที่ มีการสนับสนุนด้านวิชาการ มีแผนการวิจัยและการติดตามประเมินผล และเริ่มมีการดำเนินงานไปแล้ว ซึ่งสามารถขยายขอบเขตบริการตอบสนองความต้องการของพื้นที่ และบรรลุวัตถุประสงค์ไปแล้วไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 ของโรงพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้บริการการดูแลระยะกลาง⁽¹⁹⁾ แต่เมื่อพิจารณาข้อมูลผลลัพธ์การดำเนินงานจากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่ายังมีเขตสุขภาพที่ไม่ผ่านการประเมินในปีงบประมาณ 2561 อีก 1 เขต และในปี 2562 กำหนดเป้าหมายของโรงพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้บริการการดูแลระยะกลางเท่ากับร้อยละ 50 พบว่ามีเขตสุขภาพที่มีผลการดำเนินงานไม่ผ่านเกณฑ์จำนวน 4 เขต อย่างไรก็ตาม พบว่าการรายงานผลยังเป็นการปฏิบัติในภาพกว้าง ไม่สามารถบ่งชี้ผลลัพธ์ทางคลินิกหรือด้านค่าใช้จ่ายที่ชัดเจน การติดตามผลลัพธ์ที่ชัดเจนเป็นรูปธรรมจึงเป็นประเด็นสำคัญที่ผู้บริหารควรทบทวนการกำหนดตัวชี้วัดผลลัพธ์และถ่ายทอดสู่การปฏิบัติที่ชัดเจน และควรค้นหาสาเหตุที่เขตสุขภาพดำเนินงานไม่ผ่านตัวชี้วัด รวมทั้งเร่งรัดการแก้ไขมิฉะนั้นอาจมีผลต่อการประเมินในปีถัดไป ซึ่งเป็นประเด็นที่ควรศึกษาวิจัยเพิ่มเติมต่อไป

3. ความเหมาะสม (appropriateness) กล่าวได้ว่านโยบายมีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน สอดคล้องกับเป้าหมายที่ต้องการลดความแออัดของโรงพยาบาลแม่ข่าย ลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล เพิ่มอัตราครองเตียงของโรงพยาบาลชุมชน เป็นการเพิ่มการเข้าถึงบริการลดการพิการ ลดภาวะแทรกซ้อนและช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานการฟื้นฟูสภาพ แต่ในด้านขอบเขตระยะเวลา 6 เดือนนั้น ควรมีการทบทวนระบบการดูแลและการเบิกจ่ายงบประมาณให้รองรับช่วงเวลาดังกล่าวซึ่งเป็นรอยต่อระหว่างการดูแลสุขภาพระยะกลางและระยะยาว และกองบริหารสาธารณสุขควรทบทวนแนวปฏิบัติในการดำเนินงานให้ชัดเจนขึ้น

4. การสนับสนุนค่าใช้จ่าย (cost) ในด้านปัญหาอุปสรรคในการบริหารงานงบประมาณและค่าใช้จ่ายนั้นพบว่าโรงพยาบาลชุมชนได้รับการจัดสรรงบประมาณในด้านเวชภัณฑ์และวัสดุอุปกรณ์ไม่เพียงพอ แม้ว่าจะได้รับการสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีกองทุนย่อยเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการสนับสนุนการดูแลสุขภาพระยะกลางภายใต้เงื่อนไขการจ่ายสำหรับบริการฟื้นฟูและกายอุปกรณ์ แต่หากผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยในลักษณะที่ไม่ได้ระบุว่าเป็นผู้พิการ จะไม่สามารถเบิกจากกองทุนฟื้นฟูฯ แต่จะได้อัตราที่เหมาะสมจ่ายรายหัวที่สนับสนุนหน่วยบริการสุขภาพ ซึ่งต้องรอจนครบ 6 เดือนหลังจำหน่ายแล้ว จึงจะพิจารณาว่าเป็นผู้พิการหรือไม่ และหากครบ 6 เดือนแล้วจึงจะจัดเป็นการดูแลสุขภาพระยะยาว นอกจากนี้พบปัญหาการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่ทำให้ต้องจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลเร็วกว่าที่ควรและบางรายต้องกลับเข้ามารักษาซ้ำ เพื่อให้สามารถฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยได้ต่อเนื่องและได้การจ่ายเงินตาม DRG เพิ่ม ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรเร่งทบทวนแนวปฏิบัติและระเบียบการเบิกจ่ายเพื่อให้เอื้อต่อการดูแลสุขภาพต่อเนื่องซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Khiaocharoen และคณะ⁽¹⁸⁾ ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพและการจ่ายเงินที่นอกเหนือจาก DRG เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการอย่างต่อเนื่องและเกิดผลลัพธ์ที่ดี

5. ความเป็นไปได้ (feasibility) สำหรับโรงพยาบาลกลุ่มที่ 1 และ 2 ซึ่งประสบความสำเร็จในการดำเนินการดูแลสุขภาพระยะกลางมากกว่านั้น พบว่ามีการกำหนดรูปแบบการดูแลหรือแนวปฏิบัติที่ชัดเจน มีการเตรียมความพร้อมของบุคลากรที่ชัดเจน มีกระบวนการประชุมปรึกษาในทีมเพื่อวางแผนการแก้ปัญหาของผู้ป่วยร่วมกัน และมีการวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค ผลกระทบ หรือกลวิธีดำเนินการเพื่อแก้ปัญหาหรือหาแนวทางปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมายเป็นระยะ ในลักษณะ team meeting หรือ quality ward

round และพบว่าโรงพยาบาลแต่ละพื้นที่ได้รับเงิน on-top จาก สปสช. เขต ที่แตกต่างกันสำหรับสนับสนุนนโยบายการดูแลสุขภาพระยะกลางสู่การปฏิบัติเนื่องจากไม่ได้เป็นระบบของ สปสช. กลาง

6. การดำเนินการได้ตามแนวทางที่กำหนด (fidelity) ในการดำเนินการ intermediate care นี้ แต่ละจังหวัดมีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานระดับจังหวัดเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานตามนโยบาย และประสานงานกับภาคีเครือข่ายทั้งระดับจังหวัดและระดับอำเภอ เมื่อพิจารณาในด้านการบริหารจัดการวัสดุอุปกรณ์และการจัดสรรอัตรากำลังในการปฏิบัติงาน พบว่าโรงพยาบาลชุมชนที่ประสบความสำเร็จในการดำเนินงานในกลุ่มที่ 1 มีการจัดระบบการดูแลเป็นแบบ intermediate ward ขนาด 12-20 เตียง จำนวน 2 แห่ง และพบว่าทั้งสองแห่งนั้นจัดพยาบาลวิชาชีพในการดูแลต่อเนื่องจำนวน 8 คน เวรเช้า เวรละ 2 คน บ่ายดึก 1-2 คน มีนักรกายภาพบำบัด 5 คน หมุนเวียนดูแลต่อเนื่อง มีนักรกิจกรรมบำบัดซึ่งได้รับความร่วมมือจากโรงพยาบาลแม่ข่ายในการดูแลผู้ป่วยและให้คำปรึกษาแก่ทีมสหวิชาชีพด้านการประเมินการกลืน มีการดูแลผู้ป่วยแบบเป็นองค์รวมร่วมกับเภสัชกร โภชนากร นักจิตวิทยา แพทย์แผนไทย และแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ซึ่งมีแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวรวมทั้งแพทย์เจ้าของไข้สาขาอื่นดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยมีการใช้ทรัพยากรบุคคลร่วมกันกับโรงพยาบาลแม่ข่าย และในโรงพยาบาลทั้งสามกลุ่มมีระบบที่เอื้อต่อการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งการบริหารเวชภัณฑ์และยาสำหรับโรงพยาบาลชุมชน กรณีที่โรงพยาบาลชุมชนไม่มียาในบัญชียาของโรงพยาบาล โรงพยาบาลแม่ข่ายจะมีมาตรการหรือแนวทางในการสนับสนุนยาให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ต่อเนื่อง แสดงให้เห็นว่าในการที่จะสามารถดำเนินการได้ตามแนวทางที่กำหนด (fidelity) ตามแนวคิดของ Proctor และคณะ⁽¹³⁾ นั้น โรงพยาบาลทั้งระดับแม่ข่ายและโรงพยาบาลชุมชนที่เป็นลูกข่ายจะต้องร่วมมือกันในการประสานการดูแลและใช้ทรัพยากรร่วมกันอย่างมี

ประสิทธิภาพ สำหรับการพัฒนาการดำเนินงานในกลุ่มที่ 3 ควรทบทวนเพิ่มระยะเวลาในการฟื้นฟูสภาพแบบเข้ม เสริมสร้างความร่วมมือของโรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลชุมชนที่เป็นลูกข่าย และจัดระบบการบันทึกข้อมูลที่ครบถ้วนเพื่อประโยชน์ในการดูแลสุขภาพและติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย

7. การบูรณาการเข้าระบบ (penetration) ผลการวิจัยแสดงถึงความสามารถในการเชื่อมโยงหรือบูรณาการนโยบายหรือแนวปฏิบัติที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไปสู่หน่วยบริการสุขภาพของกลุ่มที่ประสบความสำเร็จในการดำเนินการดูแลสุขภาพระยะกลาง คือมีการดำเนินการในลักษณะบูรณาการและเชื่อมโยงการดำเนินการกับภาคีเครือข่ายและสหวิชาชีพที่ชัดเจน⁽²⁰⁾ ทั้งในระดับเขต จังหวัด อำเภอและตำบล มีหน่วยงานท้องถิ่นภายนอกกระทรวงสาธารณสุขเข้ามามีส่วนร่วมดำเนินการด้วย เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล พมจ. อบจ. และอาจารย์ถึงคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพที่ไร้รอยต่อที่มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

8. ความยั่งยืน (sustainability) ผลการวิจัยพบว่าโรงพยาบาลที่ศึกษาส่วนใหญ่มีความพยายามในการพัฒนาการดำเนินงานให้ต่อเนื่อง โดยการพัฒนาบุคลากรร่วมกันและสร้างเครือข่ายการทำงาน แต่ยังมีอุปสรรคเรื่องระบบฐานข้อมูล งบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีการใช้ฐานข้อมูลหลากหลาย เช่น PRM referral network (ของสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ), Smart COC (พัฒนาโดยโรงพยาบาลสุรินทร์), Thai COC (โรงพยาบาลสุรินทร์ร่วมมือกับมหาวิทยาลัยขอนแก่นบน www.thaicarecloud.org) และบางส่วนข้อมูลไม่ได้เชื่อมโยงกัน ทำให้มีข้อจำกัดในการส่งต่อข้อมูลที่ครบถ้วน การประสานงานการส่งต่อข้อมูลในบางรายยังไม่ครบถ้วน ขาดการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลกับองค์กรท้องถิ่น และการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยไปโรงพยาบาลชุมชนไม่ครบถ้วน ดังนั้น ควรพัฒนาระบบการส่งต่อและฐานข้อมูลให้มี

ประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่การดำเนินงาน intermediate care ที่มีประสิทธิผลเพิ่มขึ้นต่อไป

ผลการวิจัยพบปัญหาการเผยแพร่คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง ซึ่งเป็นไปอย่างล่าช้าและไม่ทั่วถึง ทำให้ผู้ให้บริการไม่มั่นใจในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ และบางแห่งเข้าใจว่านโยบายเน้นกลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่มวัย ไม่ได้เน้นเฉพาะผู้ป่วยสามกลุ่มโรค ซึ่งในคู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ไม่ได้กำหนดกลุ่มวัย อาจส่งผลกระทบต่อการบริหารจัดการทั้งด้านการจัดสรรงบประมาณ บุคลากรและการเตรียมความพร้อมในการดูแลสุขภาพระยะกลางได้ ผู้ให้บริการส่วนใหญ่ทราบว่าในโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งต้องดำเนินการให้มีเตียงรับผู้ป่วยในสำหรับการดูแลสุขภาพระยะกลางอย่างน้อย 2 เตียง และ 3 กลุ่มโรค แต่บางแห่งตีความให้ครอบคลุมกลุ่ม hip fracture ด้วย และบางแห่งดำเนินการถึง 7 โรค แสดงถึงความหลากหลายในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ดังนั้น ในการถ่ายทอดนโยบายไปสู่การปฏิบัติในพื้นที่ การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์คู่มือการดำเนินงานอย่างทั่วถึงและทันเหตุการณ์ควรเป็นประเด็นให้เกิดความชัดเจนในอนาคต

ปัญหาอุปสรรคสำคัญในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ คือการขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบายและแนวปฏิบัติ ขาดแคลนทรัพยากรหรือปัจจัยสนับสนุนทั้งด้านการเงิน งบประมาณและวัสดุครุภัณฑ์ รวมถึงปัญหาการขาดแคลนอัตรากำลังบุคลากรที่มีศักยภาพ สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ Pitayarangsarit (2005)⁽²¹⁾ ที่พบว่า ปัญหาด้านทรัพยากรบุคคลเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อ การนำนโยบายไปปฏิบัติ นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังพบว่าการเบิกจ่ายงบประมาณ ยาและเวชภัณฑ์ไม่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพระยะกลาง และบางรายต้องกลับเข้ามารักษาซ้ำ นอกจากนี้เพื่อเบิกจ่ายตาม DRG ได้หลายครั้งแล้ว ยังเนื่องจากผู้ป่วยส่วนหนึ่งเป็นผู้สูงอายุซึ่งมักมีปัญหาโรคร่วมและความรุนแรงของปัญหาสุขภาพซับซ้อนกว่าวัยอื่นรวมทั้งขาดญาติผู้ดูแลที่บ้าน ขณะเดียวกันการฟื้นฟูสภาพใน

ผู้ป่วยสามกลุ่มโรคซึ่งมักมีความพร้อมของสมรรถภาพทางกายและการสื่อสาร จึงต้องการเวลาในการดูแลมากกว่าโรคอื่น^(3,4) เพื่อให้สามารถฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยได้ต่อเนื่อง ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรเร่งทบทวนแนวปฏิบัติและระเบียบการเบิกจ่ายเพื่อให้เอื้อต่อการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการสนับสนุนด้านงบประมาณที่เพียงพอจะช่วยให้การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติเกิดขึ้นได้อย่างมีคุณภาพเพิ่มขึ้น⁽²²⁾

ข้อยุติ

ปัจจัยความสำเร็จในการดูแลสุขภาพระยะกลาง คือผู้บริหารมีวิสัยทัศน์ มีการวางแผนกำหนดนโยบายและเป้าหมายการดำเนินงานที่ชัดเจนและกำกับติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ผู้ให้บริการมุ่งมั่นตั้งใจทำงาน มีการทำงานเป็นทีม มีการเตรียมความพร้อมในการดำเนินการอย่างเป็นระบบ มีระบบพี่เลี้ยงและสร้างเครือข่ายความร่วมมือที่ดี การสื่อสารข้อมูลการส่งต่อผ่านระบบออนไลน์ที่คล่องตัว ทำให้สามารถปรับปรุงพัฒนาผลการดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษาทำให้ได้ข้อเสนอเชิงนโยบาย คือการสื่อสารนโยบายที่ชัดเจน บูรณาการระบบให้ถึงระดับที่ไร้รอยต่อ จัดสรรอัตรากำลังบุคลากรที่มีศักยภาพอย่างเหมาะสม พัฒนาระบบการบันทึกและส่งต่อข้อมูลให้เป็นระบบเดียวกันทุกพื้นที่ เป็นสิ่งสำคัญที่จะยกระดับการดูแลสุขภาพระยะกลางของประเทศไทยให้ได้มาตรฐานเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขโดยปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และผู้เกี่ยวข้องควร

- 1.1 ทบทวนนโยบายการดูแลสุขภาพระยะกลาง และถ่ายทอดสู่การปฏิบัติอย่างชัดเจน และควรกำหนดตัวชี้วัดที่สามารถวัดได้ถึงผลลัพธ์การดำเนินงานการดูแลสุขภาพ

ระยะกลางของหน่วยงานและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย รวมทั้งกำหนดแนวปฏิบัติการดูแลสุขภาพระยะกลางโดยการมีส่วนร่วมของวิชาชีพแบบเข้มข้นที่ปรับใช้ได้ อย่างยืดหยุ่นตามบริบทของพื้นที่

1.2 ควรพัฒนาระบบเครือข่ายบริการในการดูแลสุขภาพระยะกลางให้มีความชัดเจนมากขึ้นระหว่างโรงพยาบาลขนาดใหญ่กับขนาดเล็กในระบบการส่งต่อเพื่อให้เกิดบริการที่ไร้รอยต่อ และมีการบริหารจัดการทรัพยากรร่วมกันทั้งบุคลากร วัสดุอุปกรณ์ เวชภัณฑ์และยา พร้อมทั้งมีการวิเคราะห์และจัดสรรอัตรากำลังบุคลากรวิชาชีพที่มีศักยภาพให้เพียงพอ ตลอดจนสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพเชิงวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง โดยควรหาพันธมิตรด้านวิชาการเพื่อการพัฒนาหลักสูตรการอบรมที่สามารถนำไปใช้ได้หลายเขตพื้นที่ ให้บรรลุถึงแนวทางแก้ไขปัญหาคาดแคลนบุคลากร

2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขควรทบทวนสิทธิการเบิกจ่ายให้เหมาะสมครอบคลุมความต้องการการฟื้นฟูสภาพและการรักษาพยาบาลมากขึ้น รวมทั้งการขอรับการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่บ้านและชุมชน ร่วมกับการพัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยีเพื่อส่งเสริมช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถฟื้นฟูสมรรถภาพได้เร็วขึ้นโดยเฉพาะในรายที่ยังไม่ได้ขึ้นทะเบียนผู้พิการ ซึ่งจะสามารถลดอุปสรรคความพิการและภาระในการดูแลระยะยาวได้

3. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรพัฒนาระบบฐานข้อมูลการดูแลผู้ป่วยระยะกลางให้เป็นระบบเดียวกันทุกพื้นที่ เพื่อความคล่องตัวในการใช้และส่งต่อข้อมูลและเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพระยะกลาง

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัย

1. ควรศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพระยะกลางสำหรับผู้ป่วยที่ครอบคลุมกลุ่มโรคและกลุ่มอายุ

มากขึ้นโดยมีการจัดระบบการฟื้นฟูแบบเข้มข้น (intensive rehabilitation) และติดตามผลลัพธ์เชิงคลินิกที่ชัดเจนเพื่อสะท้อนผลลัพธ์ของระบบที่เป็นรูปธรรมเพิ่มขึ้น

2. ควรศึกษาวิจัยเกี่ยวกับต้นทุนในการดูแลสุขภาพระยะกลางสำหรับผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโรค เพื่อเชื่อมโยงสู่ระบบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลและการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุมปัญหาและความต้องการ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้บริหารและเจ้าหน้าที่หน่วยบริการสุขภาพ 17 แห่งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่กรุณาให้ข้อมูลในการวิจัย และขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขที่สนับสนุนทุนการวิจัยครั้งนี้ (การวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่อง “การประเมินผลการดูแลสุขภาพระยะกลางของผู้สูงอายุในประเทศไทยตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข”)

References

1. Dobkin BH. Motor rehabilitation after stroke, traumatic brain, and spinal cord injury: common denominators within recent clinical trials. *Curr Opin Neurol.* 2009 Dec;22(6):563-9. doi: 10.1097/WCO.0b013e3283314b11.
2. Fleerkotte BM, Koopman B, Buurke JH, van Asseldonk EH, van der Kooij H, Rietman JS. The effect of impedance-controlled robotic gait training on walking ability and quality in individuals with chronic incomplete spinal cord injury: an explorative study. *J Neuroeng Rehabil.* 2014 Mar 4;11:26. doi: 10.1186/1743-0003-11-26.
3. Teasell RW, Murie Fernandez M, McIntyre A, Mehta S. Rethinking the continuum of stroke rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil* 2014 Apr;95(4):595-6. doi: 10.1016/j.apmr.2013.11.014. Epub 2014 Feb 14. PMID: 24529594.
4. Allen L, Mehta S, McClure JA, Teasell R. Therapeutic interventions for aphasia initiated more than six months post stroke: a review of the evidence. *Top Stroke Rehabil* 2012;19(6):523-35. doi: 10.1310/tsr1906-523. PMID: 23192717.

5. Fan MC, Li SF, Sun P, Bai GT, Wang N, Han C, Sun J, Li Y, Li HT. Early intensive rehabilitation for patients with traumatic brain injury: a prospective pilot trial. *World Neurosurg* 2020;137:e183-e188. doi: 10.1016/j.wneu.2020.01.113. Epub 2020 Jan 27. PMID: 32001397
6. Ministry of Social Development and Human Security. Report on disability situation in Thailand B.E. 2562. [Internet]. 2019 [cited 2020 May]. Available from: https://dep.go.th/images/uploads/Downloads/pdf/25621231_1.pdf
7. Bureau of Information Office, Ministry of Public Health. MOPH uses three strategies for reduce bed occupancy rate of big hospital. [Internet]. 2018 [cited 2019 May]. Available from: <https://www.hfocus.org/content/2018/10/16450>. (in Thai)
8. Ministry of Public Health. Intermediate care policy. [Internet]. 2018 [cited 2019 May]. Available from: https://r8way.moph.go.th/r8wayadmin/page/uploads_file. (in Thai)
9. Suthamchai B, Kaeowichian N. Development of integrated health care model for elderly. Bangkok: The War Veterans Organization of Thailand; 2014. (in Thai)
10. Thaoros O, Charoenthunarak L, Thepmontha P. Factors related to rehabilitation outcome of stroke patients. *North-Eastern Thai Journal of Neuroscience* 2016;11(3):20-30. (in Thai)
11. Wattanapan P, Lukkanapichonchut P, Massakulpan P, Suethanapornkul S, Kuptniratsaikul V. Effectiveness of stroke rehabilitation compared between intensive and nonintensive rehabilitation protocol: a multicenter study. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases* 2020;29(6):104809. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2020.104809>
12. Suksathien R. Accessibility to medical rehabilitation service for acute stroke at Maharat Nakhon Ratchasima Hospital: related factors and outcomes. *J Thai Rehabil Med* 2014; 24(2):37-43. (in Thai)
13. Proctor E, Silmere H, Raghavan R, Hovmand P, Aarons G, Bunger A, et al. Outcomes for Implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Adm Policy Ment Health* 2011;38:65-76. Available from: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s10488-010-0319-7.pdf>.
14. Krippendorff K. Content analysis: an introduction to its methodology. 3rd edition. Los Angeles: SAGE publication; 2013.
15. Health Administrator Division, Ministry of Public Health. Manual guideline of rehabilitation among intermediate care patients according to service plan for healthcare providers. Samutsakorn: Born to be publishing; 2019. (in Thai)
16. Jane B, Nicola S. Intermediate care: what are service users' experiences of rehabilitation? *Quality in Ageing* 2008;9(3):4-14.
17. Mabunda SA, London I, Piennaar D. An evaluation of the role of an intermediate care facility in the continuum of care in Western Cape, South Africa. *Int J Health Policy Manag* 2018;7(2),167-79. doi: 10.15171/ijhpm.2017.52.
18. Khiaocharoen O, Pannarunothai S, Riewpaiboon W, Zungsontiporn C. Rehabilitation service development for sub-acute and non-acute patients under the universal coverage scheme in Thailand. *Journal of Health Science* 2015;24:493-509. (in Thai)
19. Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. KPI of MOPH fiscal year 2018. Nonthaburi: Strategy and Planning Division; 2017. (in Thai)
20. Millar AN, Hughes CM, Passmore AP, Ryan C. Intermediate care: the role of medicines management. *Drugs Aging* 2014;31,21-31. DOI 10.1007/s40266-013-0133-5.
21. Pitayarangsarit S. The introduction of the universal coverage of health care in Thailand: policy responses (PhD thesis). London: London School of Hygiene & Tropical Medicine; 2005. doi: <https://doi.org/10.17037/PUBS.00682331>.
22. Mugwagwa J, Edward D, Haan S. Assessing the implementation and influence of policies that support research and innovation systems for health: the cases of Mozambique, Senegal, and Tanzania. *Health Research Policy and Systems* 2015;13(21), 1-7. doi: 10.1186/s12961-015-0010-2.