



ที่ สธ ๐๒๓๓.๐๔/๖๖๔

สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘

๔ ถนนอธิปัตย์ จังหวัดอุดรธานี

๑๓ มีนาคม ๒๕๖๑

เรื่อง ขอเชิญประชุมปรึกษาหารือการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care service plan) เขตสุขภาพที่ ๘
เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ในเขตสุขภาพที่ ๘

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. วาระการประชุม จำนวน ๑ ฉบับ
๒. นโยบายการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care service plan)
กระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๑ ฉบับ
๓. รายชื่อประธาน CSO จังหวัด จำนวน ๑ ฉบับ
๔. รายชื่อประธาน/เลขานุการ Service Plan จำนวน ๑ ฉบับ

ตามที่กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบาย การดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care service plan) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ๑) ลดความแออัดโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ๒) เพิ่มอัตราครองเตียงโรงพยาบาลชุมชน ๓) พัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลต่อเนื่อง ในกลุ่มผู้ป่วย Stroke, Traumatic brain injury, Spinal cord injury ที่พ้นวิกฤติและมีอาการคงที่ ๔) พัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยกลุ่ม post-surgery, chronic wound, chemotherapy โดยมีรูปแบบบริการ IPD (Intermediate care ward /bed), OPD และชุมชน ในโรงพยาบาลระดับ M และ F ตามแผนแม่บทพัฒนา ๕ ปี (๒๕๖๐-๒๕๖๔) แบ่งการพัฒนาเป็น ๒ ระยะ คือระยะพัฒนาปี ๒๕๖๐-๒๕๖๒ และระยะขับเคลื่อน ปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๔ นั้น

เพื่อให้การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care service plan) เขตสุขภาพที่ ๘ ดำเนินการตามแผนแม่บท สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ จึงขอเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่าน เข้าร่วมประชุมปรึกษาหารือแนวทางการดำเนินงาน ในวันที่ ๒๘ มีนาคม ๒๕๖๑ เวลา ๐๙.๓๐ เป็นต้นไป ณ ห้องประชุม ๑ ชั้น ๖ โรงพยาบาลอุดรธานี ดังนี้

๑. นายแพทย์สมชาย เชื้อนันทน์ ประธาน CSO เขต เป็นประธานที่ประชุม
 ๒. ประธาน CSO จังหวัดทุกแห่ง
 ๓. รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์ โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปทุกแห่ง
 ๔. ประธาน/เลขานุการ Service Plan สาขา Stroke, สาขา Trauma, สาขา Ortho, สาขา ศัลยกรรม, สาขา Long Term Care, สาขา Palliative care, สาขาผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ ๘
 ๕. แพทย์หญิงสุณี เศรษฐเสถียร นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี
 ๖. นายทศพร เอื้อลิตชวงศ์ นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี
- ทั้งนี้ เบิกค่าเบี้ยเลี้ยง ค่าพาหนะเดินทาง และค่าที่พักจากหน่วยงานต้นสังกัด
จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(นายสมิต ประสันนาการ)

ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘

กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (CSO)

โทร. ๐-๔๒๒๒-๒๓๕๖ ต่อ ๑๓๗

โทรสาร ๐๔๒-๒๒๑๘๗๕ ผู้ประสานงาน นางสาวรัชดา สุขผึ้ง โทร.๐๘๑-๗๐๘-๔๙๘๖

วาระประชุมปรึกษาหารือการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care service plan)

วันที่ ๒๘ มีนาคม ๒๕๖๑ เวลา ๐๙.๓๐ เป็นต้นไป

ณ ห้องประชุม ๑ ชั้น ๖ โรงพยาบาลอุดรธานี

วาระที่ ๑ เรื่องเพื่อทราบ

- นโยบายการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care service plan) กระทรวงสาธารณสุข
โดยประธาน CSO เขต

วาระที่ ๒ รับรองรายงานการประชุมครั้งที่แล้ว

วาระที่ ๓ เรื่องสืบเนื่อง

วาระที่ ๔ เรื่องเพื่อพิจารณา

- แนวทางการพัฒนาระบบ การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (intermedaite care)

โดยแพทย์หญิงสุณี เศรษฐเสถียร นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี

วาระที่ ๕ อื่นๆ



(ร่าง) Intermediate care service plan กระทรวงสาธารณสุข

Intermediate care: ยังมี definition ที่หลากหลาย ขึ้นกับวัตถุประสงค์และบริบทของแต่ละพื้นที่

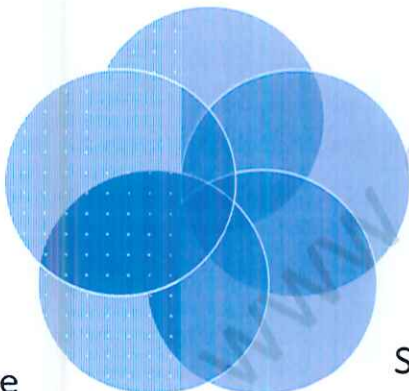
Subacute/post-acute
rehabilitation care

Step down
care

Transitional
care

Palliative care

Substitutional
care



ในระยะแรก เลือกพัฒนา subacute
/post-acute rehabilitation
care ก่อน

- กลุ่มผู้ป่วยชัดเจน
- วัตถุประสงค์ชัดเจน
- Benefit ชัดเจน
- บุคลากรมีความพร้อมในระดับหนึ่ง
- หลายพื้นที่ที่มีการพัฒนารูปแบบบริการมา
ระดับหนึ่งแล้ว (models) สามารถ
รวบรวม สรุป และขยายผลเพื่อเป็น
ทางเลือกตามบริบทพื้นที่ได้
- ลดความแออัดได้ในระดับหนึ่ง
- เชื่อมโยงระบบการดูแลให้ครบถ้วน

ประเด็นปัญหาที่นำมาสู่การพัฒนา Intermediate care

ด้านระบบบริการ	• ความชุกของโรคที่ก่อให้เกิดความบกพร่องทางกายและการเคลื่อนไหวเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง • ผู้ป่วยยังมีปัญหาในการเข้าถึงและได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสมเพียงพอ • รพศ./ รพท. มีความแออัด ในขณะที่ รพช. ส่วนหนึ่งยังมีอัตราครองเตียงต่ำ • ระบบ refer back และการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังไม่ชัดเจน
ความต้องการของผู้ป่วยและญาติ	• ความพร้อมในการรับกลับและดูแล/ การมีส่วนร่วม • การมั่นใจในคุณภาพและการดูแลต่อเนื่องแบบองค์รวมโดยทีมสหวิชาชีพ • ต้องการให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวและกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ • Caregiver burden (ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ)
ความต้องการของชุมชน	• ความเข้มแข็งของชุมชนในการจัดการปัญหาสุขภาพ • Community-based rehabilitation (WHO; 1994)
ด้านวิชาการและคุณภาพการดูแล	• มีหลักฐานว่าการให้ specific intervention อีกระยะหนึ่งมีประโยชน์ และ cost-effective เช่น post-stroke rehabilitation (การศึกษาในประเทศไทย แบบ IPD)

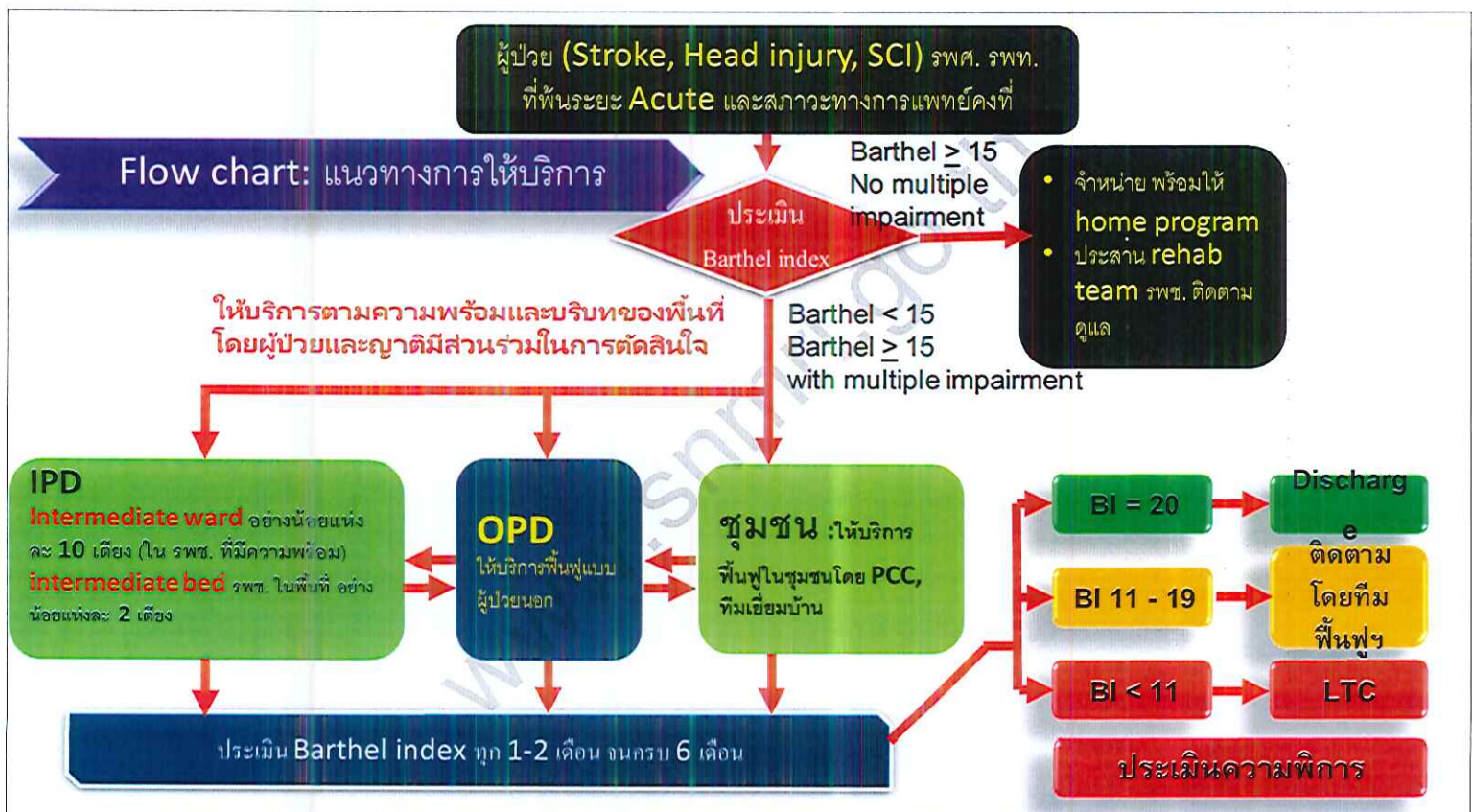
Definition : Intermediate care

การดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ (**multidisciplinary approach**) อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ

เป้าหมายหลัก	ระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลต่อเนื่อง • Stroke • traumatic brain injury • spinal cord injury
เป้าหมายรอง	• ลดความแออัด รพศ. รพท. / เพิ่มอัตราครองเตียง รพช. • ระบบส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มอื่น เช่น post-surgery, chronic wound, chemotherapy
ระยะเวลา	• 6 เดือน นับจากวันที่พ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่
รูปแบบบริการ	• IPD (intermediate care ward/bed) • OPD • community

เป้าหมาย (ปี 61)

เพิ่มการเข้าถึงบริการ	- ผู้ป่วยที่รอดชีวิตได้รับการประเมินและวางแผนการฟื้นฟูใน 6 เดือนแรก 70% - สูตรคำนวณ (ระดับจังหวัด เฉพาะผู้ป่วยที่มาเข้ารับการรักษาใน รพ.) (ผู้ที่ได้รับการประเมินและวางแผนการฟื้นฟูใน 6 เดือนแรก/ผู้ป่วย 3 กลุ่มที่รอดชีวิต) x 100
กลุ่มที่มีศักยภาพในการฟื้นฟูมีสมรรถนะให้ดีขึ้น (potential group)	- กลุ่มที่มีศักยภาพในการฟื้นฟู (ทำตามคำสั่งได้ 1-2 step) มีสมรรถนะดีขึ้น 70% - สูตรคำนวณ (ระดับอำเภอ) (ผู้ป่วยที่มี BI สูงขึ้นกว่าเดิม/ผู้ป่วยทั้งหมดที่มี potential) x 100
ลดภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มที่ไม่มีศักยภาพในการฟื้นฟู (low potential group)	- กลุ่มที่ไม่มีศักยภาพในการฟื้นฟู (bedridden) เกิดภาวะแทรกซ้อน(ใหม่)น้อยกว่า 20% - ภาวะแทรกซ้อนได้แก่ pressure sore, pneumonia, UTI - สูตรคำนวณ (ระดับอำเภอ วัดเมื่อให้บริการครบ 6 เดือน) (ผู้ป่วย bedridden BI 0-5 ที่มีภาวะแทรกซ้อน(ใหม่)/ผู้ป่วย BI 0-5 ทั้งหมด) X 100



การประเมิน Impairment: ความบกพร่องที่สำคัญ และส่งผลต่อการฟื้นฟูให้ได้ตามศักยภาพหรือมีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน

ความบกพร่องที่ต้องประเมิน/โรค	Stroke	TBI	SCI	แนวทาง/วิธีการ
Swallowing problem	✓	✓	-	แนวทางการประเมินและเครื่องมือตาม แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สถาบันประสาท
Communication problem	✓	✓	-	แนวทางการประเมินและเครื่องมือตาม แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง สถาบันประสาท
Mobility problem	✓	✓	✓	ประเมินจาก Barthel index ข้อ 2 และ ข้อ 6 หากไม่ได้คะแนนเต็ม 15 ถือว่ามีความผิดปกติ
Cognitive & Perception problem	✓	✓	-	เครื่องมือ Thai MMSE 2002 และ เกณฑ์โดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
Bowel & Bladder problem	✓	✓		Barthel index ข้อ 9 และ 10 หากได้คะแนนไม่เต็ม 10 ถือว่ามีความผิดปกติ

หมายเหตุ หากมีความบกพร่องตั้งแต่ 2 ด้านขึ้นไปถือว่า Multiple impairment ยกเว้น SCI ถือว่า มี impairment ชนิดเดียว จำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบ Intermediate care

Service delivery	- พัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานบริการฟื้นฟู (พัฒนาโดยสถาบันสิรินธร ปี 2558) (A. Assess & entry B. Assessment C. Planning D. Rehabilitation service E. Information & empower F. Continuous care) - รูปแบบบริการ 3 รูปแบบ (ตามความพร้อมและบริบทของพื้นที่ รายละเอียดการให้บริการใช้เป็นแนวทาง) 1) IPD : (Intermediate ward: ให้บริการ Intensive IPD rehab program หมายถึง ได้รับการฟื้นฟูอย่างน้อยวันละ 3 ชั่วโมง และอย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ หรือ อย่างน้อย 15 ชั่วโมง/สัปดาห์ (ไม่รวมชั่วโมง nursing care) / Intermediate bed: ให้บริการ Less-intensive IPD rehab program หมายถึง ได้รับการฟื้นฟูโดยเฉลี่ยอย่างน้อย วันละ 1 ชั่วโมง อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน (ไม่รวมชั่วโมง nursing care) 2) OPD : โปรแกรมในรูปแบบการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอก (OPD based program) ได้รับการฟื้นฟูอย่างน้อย 45 นาที/ครั้ง อย่างน้อย 12 ครั้ง ภายใน 6 เดือน 3) ชุมชน : การออกให้บริการเยี่ยมบ้านในชุมชน (Out-reach program) ได้รับการฟื้นฟูอย่างน้อย 1 ครั้ง/สัปดาห์โดยเฉลี่ย 12 ครั้ง/6 เดือน - Health literacy & education program, comprehensive care plan & multidisciplinary team meeting (โดยผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วม) - เชื่อมโยงการดูแลตั้งแต่ acute care, intermediate care ไปจนถึง LTC (PCC, case manager) ได้สมบูรณ์ - นำ CPG รายโรค/รายปัญหา มาเป็นแนวทางการให้บริการสู่การปฏิบัติจริง (CPG stroke rehab guideline : สถาบันประสาท / CPG SCI rehabilitation : สถาบันสิรินธร / CPG Cognitive & Perception problem : เครื่องมือ Thai MMSE 2002 และเกณฑ์โดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ) - ระบบการปรับสภาพบ้าน และระบบสนับสนุนอุปกรณ์อุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อการฟื้นฟู
Health Work Force	- พิจารณาจัดสรรอัตรากำลังเพื่อรองรับการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ตามแนวทางการพัฒนาระบบการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ผู้ป่วย/คนพิการทางการเคลื่อนไหวที่มีภาวะพึ่งพิง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ (สถาบันสิรินธร) และตามกรอบ FTE - เปิดอบรมหลักสูตรฟื้นฟูระยะสั้นสำหรับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (สถาบันสิรินธร ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู) - เปิดหลักสูตรพยาบาลฟื้นฟูสภาพระยะสั้น (5 วัน) และหลักสูตรเฉพาะทางพยาบาลฟื้นฟูสภาพ (4 เดือน) (สถาบันสิรินธร วิทยาลัยพยาบาล) - อบรม care-giver: ญาติ นักบริบาล อสม.
Health Information	- พัฒนาต่อระบบฐานข้อมูลเพื่อการลงทะเบียน ส่งต่อ ระบบปรึกษา และติดตามผู้ป่วยเพื่อการฟื้นฟูให้เป็นระบบเดียวกันและสามารถเชื่อมโยงถึงกันได้ทั่วประเทศ (เช่น Ant-SNAP ของ จ.สระบุรี / PRM referral network ของสถาบันสิรินธร) - เพื่อเผยแพร่ CPG คู่มือ และแบบฟอร์มต่าง ๆ ที่จำเป็นในรูปแบบ electronic file - ประชาสัมพันธ์ระบบบริการสู่ผู้ป่วย ญาติ และประชาชน รวมทั้งสื่อมวลชนแขนงต่าง ๆ

การพิจารณาจัดสรรอัตรากำลังเพื่อรองรับการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์

รูปแบบบริการ	โรงพยาบาลระดับ						
	A	S	M1	M2	F1	F2	F3
1.แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู	✓	✓	✓	-	-	-	-
2.แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว	✓	✓	✓	✓	-	-	-
3.นักกายภาพบำบัด	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4.นักกิจกรรมบำบัด	✓	✓	✓	✓	-	-	-
5.นักแก้ไขการพูด	✓	✓	-	-	-	-	-
6.นัก/ช่างกายอุปกรณ์	✓	✓	✓	-	-	-	-
7.พยาบาลฟื้นฟูสภาพ (หลักสูตร4 เดือน)	✓	✓	✓	-	-	-	-
8.พยาบาลฟื้นฟูสภาพ (อบรมระยะสั้น 5 วัน)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
9.นักสังคมสงเคราะห์	✓	✓	✓	✓	-	-	-
10.นักโภชนาการ	✓	✓	✓	✓	-	-	-
11.นักจิตวิทยา	✓	✓	✓	✓	-	-	-

ที่มา: สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ ปี 2558

มาตรฐานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ
สถาบันสิรินธรฯ ปี 2558

ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการฟื้นฟูฯ ที่
เหมาะสม ในระยะเวลาที่เหมาะสม

มีการติดตามประเมิน
ความสามารถ และ
ภาวะแทรกซ้อน เพื่อ
นำมาปรับแผนการดูแล
เพื่อให้ผู้ป่วยกลับสู่
สังคมได้ตามศักยภาพ

F: Cont.
care

A:
Access
& Entry

B:
Assess

มีการประเมินแรก
รับ และ
ตั้งเป้าหมาย
(Rehabilitation
goal)

E: Info &
Empower

D:
Rehab
service

C:
Planning

ทีมสหวิชาชีพให้บริการ
ฟื้นฟูฯ บนพื้นฐานของ
หลักวิชาการ โดยผู้ป่วย
และครอบครัวมีส่วนร่วม

มีแผนการฟื้นฟูที่เป็นองค์
รวม โดยทีมสหวิชาชีพ

Technology	• พัฒนาการวิจัย การประเมินเทคโนโลยี (Health technology assessment) • การพัฒนานวัตกรรมโดยบุคลากรภาคสาธารณสุข ภาควิชาการ และโดยชุมชน • ระบบ technical support ต่าง ๆ
Finance	• IPD : เรียกเก็บค่าบริการตามระบบ DRGs (Pdx: hemiplegia RW เริ่มต้น = 0.76 / Pdx: cerebral infarction RW เริ่มต้น = 1.05) • OPD, ชุมชน : เรียกเก็บค่าบริการตามจริงรายครั้งตามวิชาชีพ (150–300 บาทต่อครั้ง : ค่าบริการฟื้นฟูฯ สปสช.) • โครงการจากกองทุนฟื้นฟูจังหวัด (งบประมาณจาก สปสช.: งบจ. 50% : 50%) • โครงการศึกษาวิเคราะห์ต้นทุนการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ระยะกึ่งเฉียบพลัน (sub acute rehabilitation service) ของสถานพยาบาลและเครือข่าย (สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย/สถาบันสิรินธรฯ/สำนักวิจัยเพื่อการพัฒนากลไกประกันสุขภาพไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข/ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)
Governance	• จัดทำแผนยุทธศาสตร์ 5 ปี 20 ปี โดยคำนึงถึงส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (พม. มหาดไทย ท้องถิ่น ศึกษาธิการ แรงงาน ฯลฯ) และทั้ง 3 กองทุน ร่วมกันบูรณาการให้บริการทั้ง medical care และ social care • การเยี่ยมเสริมพลังและติดตามตัวชี้วัดระดับเขต ระดับจังหวัด

ครุภัณฑ์ วัสดุทางการแพทย์ ยา และหัตถการขั้นพื้นฐาน ตามระดับโรงพยาบาล

ระดับ โรงพยาบาล	ครุภัณฑ์	วัสดุทางการแพทย์	ยา	หัตถการ
รพศ. รพท.	เหมือน รพช. + Independent Living, visual feedback hand training, bicycle ergometry, swallowing training set, perception training set	เหมือน รพช. + splint, brace, silicone urinary self catheter	ยาลดเกร็ง ยา neuropathic pain ยาคลาย กระเพาะ บัสสาวะ	Phenol block (การฉีดยาลดเกร็ง)
รพช.	tilt table, parapodium, parallel bar, เติงปรับระดับได้เพื่อการฝึก, เติง suspension, visual feedback mirror, Electrical stimulation, balance board, hand function training set, ADL training set)	shoulder sling, plastic AFO, cane, walker, wheel chair	ยาลดเกร็ง ยา neuropathic pain ยาคลาย กระเพาะ บัสสาวะ	

Intermediate Care Service Plan

เป้าหมาย (1ปี): เข้าถึงบริการ ลดพิการ ลดภาวะแทรกซ้อน ได้มาตรฐานบริการฟื้นฟู

บริหารจัดการ	พัฒนาระบบบริการ	สร้างการรับรู้ ทัศนคติ	ระบบข้อมูล
1. โครงสร้าง กสร./เขต/จังหวัด 2. แผนแม่บท service plan 3. จัดสรรงบประมาณ	1. Register, referral network and monitoring 2. HRM & HRD 3. คู่มือแนวทางปฏิบัติ 4. แลกเปลี่ยนเรียนรู้ model development	2. สร้างการรับรู้ทัศนคติบุคลากรทางการแพทย์ภาคีเครือข่าย และปชช. 3. เยี่ยมเสริมพลัง	และให้บริการรวมทั้งติดตามและประเมินผล 2. การจัดการความรู้ภายใต้พื้นฐานของข้อมูล
3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
- ขับเคลื่อนระดับเขตและจังหวัด - ตั้งคณะทำงานระดับประเทศ ระดับเขต และระดับจังหวัด - ประชุมชี้แจงคณะทำงานและผู้ให้บริการ	- แผนแม่บท service plan - พัฒนาต่อระบบฐานข้อมูลเพื่อการลงทะเบียน ส่งต่อ และติดตามผู้ป่วย (web application) - จัดทำและเผยแพร่คู่มือฉบับบูรณาการการให้บริการ intermediate care (แนวทาง 1 เล่ม คู่มือสั้น ๆ 1 เล่ม)	- อบรมหลักสูตรฟื้นฟูระยะสั้นสำหรับแพทย์ - อบรมหลักสูตรพยาบาลฟื้นฟูสภาพหลักสูตรระยะสั้น 5 วัน - อบรมหลักสูตรพยาบาลฟื้นฟูสภาพหลักสูตร 4 เดือน - เยี่ยมเสริมพลังภายในจังหวัด/เขต	- สรุปผลการดำเนินงานและวางแผนการดำเนินงานปีต่อไป - จัดประชุมวิชาการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับเขต/ระดับประเทศ - แผนยุทธศาสตร์ 5 ปี 20 ปี

← **เข้าถึงบริการ 70%? Barthel index เพิ่มขึ้น 70%? Complication ในผู้ป่วยติดเตียงน้อยกว่า 20%** →

บทบาทภาคสาธารณสุขระดับจังหวัด

กองทุนฟื้นฟูจังหวัด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.)	โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป	โรงพยาบาลชุมชน	รพ.สต.
- แต่งตั้งคณะทำงาน - สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินโครงการ - จัดตั้งระบบคลังอุปกรณ์และกายอุปกรณ์ระดับจังหวัด - จัดตั้งระบบการปรับสภาพบ้าน - สนับสนุนด้านอาคารสถานที่ เช่น ห้องประชุม สถานที่เก็บอุปกรณ์ต่างๆ	- ตั้งคณะกรรมการดำเนินงานระดับจังหวัด - ประสานการทำงานร่วมกับกองทุนฟื้นฟูจังหวัด - สนับสนุนนโยบายและอำนวยความสะดวกทั้งระดับจังหวัดและระดับอำเภอ - สนับสนุนการจัดประชุมชี้แจงโครงการ การออกเยี่ยมติดตามในแต่ละอำเภอ การประชุม KM และสรุปผลการดำเนินโครงการในแต่ละปี - ดูแลและร่วมพัฒนาระบบฐานข้อมูล	- กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟูเป็นหลัก - คัดกรอง ประเมิน ตั้งเป้าหมายให้บริการ และส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยภายในจังหวัด - สนับสนุนด้านวิชาการ ทำ team meeting โดยสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งการรับปรึกษาผู้ป่วยที่มีปัญหาซ้ำซ้อน - ร่วมงานกับ สสจ. จัดประชุมการสรุปผลการดำเนินโครงการ รวมทั้งร่วมกันพัฒนาโครงการ - ประสานงานกับกลุ่มงานเวชกรรมสังคมในการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่รับผิดชอบ	- กายภาพบำบัด/ เวชกรรมฟื้นฟู เป็นหลัก - รับช่วงการดูแลต่อจาก รพศ./รพท. รวมทั้งเริ่มดูแลผู้ป่วยรายใหม่ในพื้นที่ - สร้างแผนการดำเนินงานร่วมกับทีม home health care/งานปฐมภูมิ และ รพ.สต. ในพื้นที่ตามบริบท - แพทย์ให้การสนับสนุน รวมดูแล รวมทั้งส่งต่อผู้ป่วยในรายที่มีปัญหาซ้ำซ้อน - ให้บริการทั้งแบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และการเยี่ยมบ้าน - คลังอุปกรณ์และกายอุปกรณ์ระดับอำเภอ	- มีบทบาทเป็นเจ้าของใช้เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านแล้ว - ให้บริการฟื้นฟูร่วมกับทีมสหวิชาชีพจาก รพท. - ให้บริการทางการแพทย์พยาบาลขั้นพื้นฐาน เช่น การดูแล NG tube, Foley's cath, การทำแผล รวมทั้งการส่งต่อเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน - เป็นผู้ให้ทีม care giver: อสม. ญาติ จิตอาสา ฯลฯ - ประสานงานกับ อบต. ในพื้นที่เพื่อให้การดูแลด้าน social care

บทบาทของภาคีเครือข่ายและแนวร่วมภาคสาธารณสุข

ราชวิทยาลัย มหาวิทยาลัย และสมาคม วิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

- ให้การสนับสนุนทางด้านวิชาการ
- พัฒนาลัทธิสูตรการเรียนรู้การสอนเพื่อให้สอดคล้องกับระบบบริการ
- จัดอบรมหลักสูตรระยะสั้นเพื่อการให้บริการรายโรคและรายปัญหาที่เกี่ยวข้อง
- การศึกษาวิจัย

กรมการแพทย์

- พัฒนา web application ระบบฐานข้อมูลเพื่อการลงทะเบียน ส่งต่อ ระบบปรึกษา และติดตามผู้ป่วยเพื่อการฟื้นฟู ให้เป็นระบบเดียวกันและสามารถเชื่อมโยงถึงกันได้ทั่วประเทศ
- ให้การสนับสนุนทางด้านวิชาการ
- จัดอบรมหลักสูตรต่างๆ แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ทั้งหลักสูตรระยะสั้นและหลักสูตรระยะยาว
- จัดทำคู่มือแนวทางการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยระยะกลาง (intermediate care)

องค์กรการปกครอง ส่วนท้องถิ่น

- สมทบงบประมาณร่วมกับ สปสช. เพื่อสร้างและดำเนินการกองทุนฟื้นฟูฯ จังหวัด
- ให้การสนับสนุนด้าน social care เช่น ดำเนินการปรับสภาพบ้าน หรือรถรับส่ง เป็นต้น
- สนับสนุนระบบ caregiver หรือนักบริบาล

PCC

- ให้บริการฟื้นฟูในระดับปฐมภูมิ โดยทีมสหวิชาชีพแบบองค์รวม
- multidisciplinary team meeting โดยผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วม
- เชื่อมโยงการดูแลร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน เช่น อปท. ระดับต่างๆ
- จัดการระบบ caregiver ในชุมชน

สิ่งที่ท้าทาย

- จะอย่างไรให้เกิดระบบการคัดกรอง ลงทะเบียน ส่งต่อ ระบบปรึกษา และติดตามดูแลผู้ป่วยที่เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งประเทศ (web application) โดยสามารถ link กับฐานข้อมูลเดิมของโรงพยาบาลได้
- ให้บริการฟื้นฟูที่ได้มาตรฐาน โดยผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการและได้รับบริการอย่างเสมอภาค และมีความเชื่อมั่นในระบบบริการ
- พัฒนาคุณภาพบริการให้ครบทุกมิติทั้ง medical care และ social care โดยบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายอย่างมีประสิทธิภาพ

สิ่งที่ต้องได้รับสนับสนุน

- กลไกการทำงานระดับเขต จังหวัด รพศ. รพท. รพช. รพ.สต. และในชุมชน
- พัฒนาศูนย์บริการ สถานที่ และอุปกรณ์ วัสดุครุภัณฑ์ต่าง ๆ เพื่อรองรับการให้บริการ Intermediate care ในสถานบริการทุกระดับ ต่อเนื่องจนถึงในชุมชน
- สนับสนุนการพัฒนา ระบบ IT ในระดับประเทศ
- การสนับสนุนทางด้านวิชาการและเทคโนโลยีเพื่อการฟื้นฟู
- กำลังคนความก้าวหน้าทางวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟู
- งบประมาณ พัฒนาระบบการจ่ายค่าบริการที่เหมาะสม และความต่อเนื่องของนโยบาย

បាវបក្កណគរ័ប

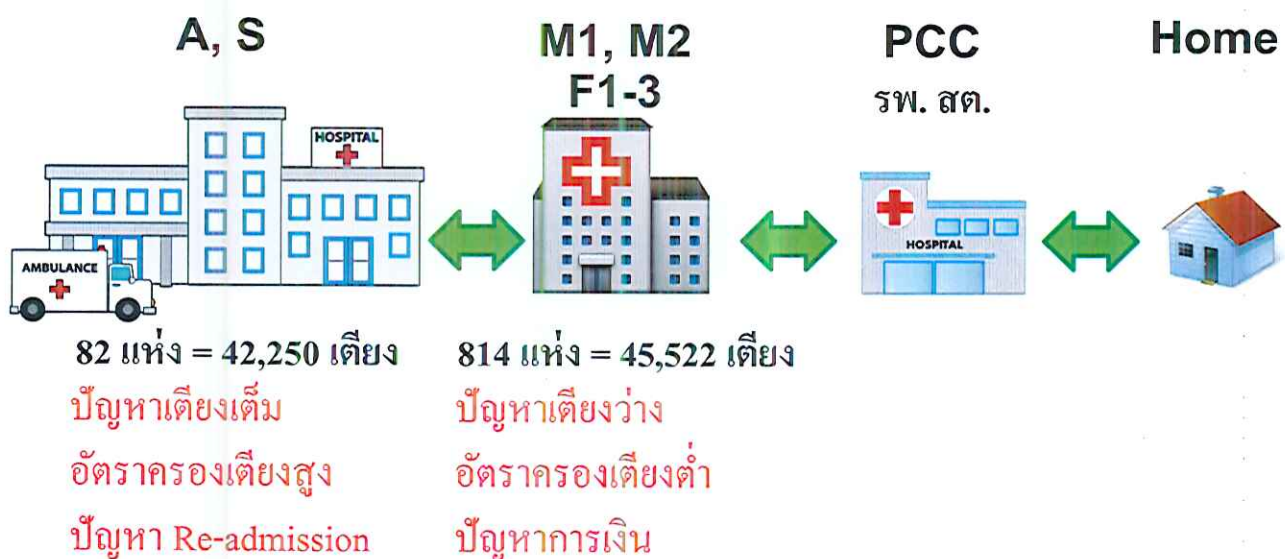




กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES

Smart Intermediate Care

Smart Intermediate Care



- จัด Intermediate Care 10% ของจำนวนเตียง + Day Care, Home Care
- Post Stroke, Post Trauma, Post Surgery, Wound Care, Chemo, Rehabilitation
- SMART Referral System + Care Plan + Tele-medicine + Finance

ลดค่าใช้จ่าย
5% /ปี
-30,470 ลบ./20ปี

Engine : Inclusive Growth (Smart Intermediate Care: SIC)

Final Goal : ลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ 30,470 ล้านบาท/20 ปี

Current : ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยใน 40,000 ล้านบาท/ปี และเพิ่มขึ้น 4%/ปี (UC)

Outcome (5 ปี): 2,000 ล้านบาท (ลดค่าใช้จ่ายในภาพรวม 1.0% ต่อปี 400 ล้านบาท/ปี)

Outcome (10 ปี): 4,800 ล้านบาท (ลดค่าใช้จ่ายในภาพรวม 2.0% ต่อปี 960 ล้านบาท/ปี)

Outcome (15 ปี): 8,670 ล้านบาท (ลดค่าใช้จ่ายในภาพรวม 3.0% ต่อปี 1,734 ล้านบาท/ปี)

Outcome (20 ปี): 15,000 ล้านบาท (ลดค่าใช้จ่ายในภาพรวม 5.0% ต่อปี 3,000 ล้านบาท/ปี)

เป้าประสงค์

1. ลดการแออัดในระดับในโรงพยาบาลระดับ A, S
2. ลดการ Re-admission ที่ไม่จำเป็น
3. ลดค่าใช้จ่ายของระบบสุขภาพโดยรวม
4. การเพิ่มคุณภาพชีวิตของประชาชนและผู้ดูแล

มาตรการหลัก

1. พัฒนารูปแบบและมาตรฐานการจัดบริการ
2. พัฒนาระบบสนับสนุนการดำเนินงาน (IT, Referral System, Capacity Building, Telemedicine)
3. พัฒนาระบบบริหารจัดการ (Financial System Revision, Community-Based Support, TA)

1

Roadmap for Inclusive Growth Intermediate Care (20 Years)

Final Goal

ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ
ลดลงอย่างน้อย 30,470 ล้านบาท

Current

ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยใน (UC)
40,000 ล้านบาท/ปี



Implementation Plan

Phase 1 (5 ปี)
พ.ศ.2560-2564

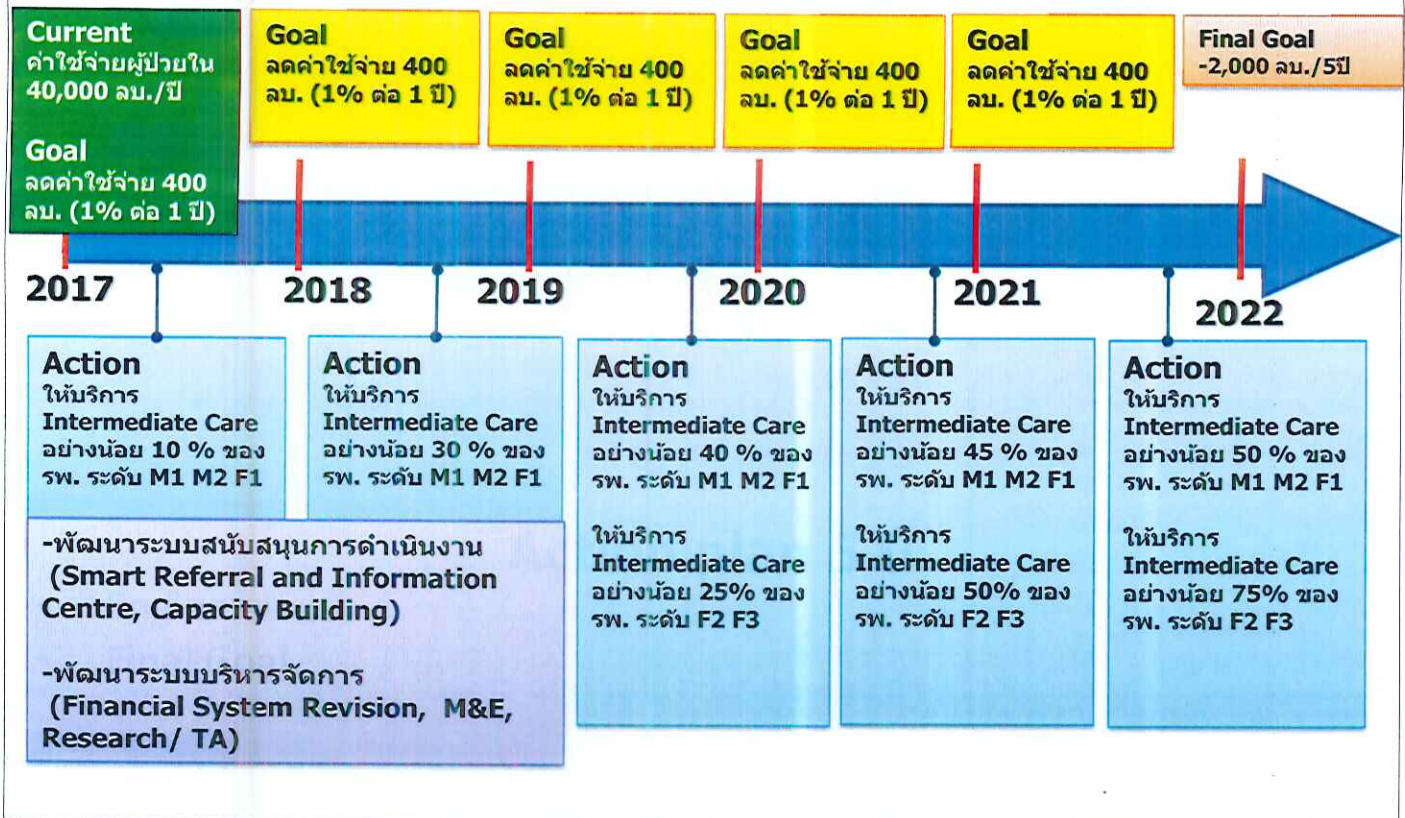
Phase 2 (10 ปี)
พ.ศ.2565-2569

Phase 3 (15 ปี)
พ.ศ.2570-2574

Phase 4 (20 ปี)
พ.ศ.2575-2579

Action plan 5 ปี

- **Engine** : Inclusive Growth (Smart Intermediate Care)
- **Final Goal** : ลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ **2,000** ล้านบาท



Action plan 1 year

- **Engine** : Inclusive Growth (Smart Intermediate Care)
- **Final Goal** : ลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ **400** ล้านบาท

Current :
ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยใน 40,000 ล้านบาท/ปี

Goal :
39,600 ล้านบาท

2560

2561

Action :
พัฒนารูปแบบและให้บริการ Intermediate Care 10% ของจำนวน รพ. ระดับ M1 M2 F1 (ร้อยละ 10 ของจำนวนเตียง)

Action :
จัดทำแผนแม่บท เขตสุขภาพและจังหวัด

Action :
• พัฒนาระบบสนับสนุนการดำเนินงาน
- Smart Referral and Information Centre
- พัฒนาหลักสูตร
- พัฒนาศักยภาพ

Action :
• พัฒนาระบบบริหารจัดการ
- Financial System Revision
- M & E
- Research & TA

Owner :
• กรมการแพทย์
• เขตบริการสุขภาพและจังหวัด

Resource :
2,500,000 บาท

Owner :
เขตบริการสุขภาพและจังหวัด

Resource :
7,600,000 บาท (100,000 บาทต่อจังหวัด)

Owner :
• กรมการแพทย์
• เขตบริการสุขภาพและจังหวัด

Resource :
10,000,000 บาท

Owner :
• กรมการแพทย์
• เขตบริการสุขภาพและจังหวัด

Resource :
10,000,000 บาท



นโยบาย INTERMEDIATE CARE

กระทรวงสาธารณสุข



สธ.ให้ รพ.ชุมชนทุกแห่งเป็น Intermediate care รับผู้ป่วยพ้นวิกฤติมาดูแล
“เน้น 3 โรคสำคัญ คือ โรคหลอดเลือดสมอง การบาดเจ็บที่สมอง และการบาดเจ็บ
ที่กระดูกสันหลัง

โดยโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง ต้องมีเตียงเพื่อรองรับผู้ป่วยอินเตอร์มีเดียด แคร่
แห่งละ 2 เตียง และตั้งเป้าหมายโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งเป็นโรงพยาบาลพระราชรัฐ
ในปี 2562

ประเด็นที่นำมาสู่การพัฒนา Intermediate Care



ด้านระบบบริการ

- แอด (BOR สูง, refer back ยาก, admission และ re-admission ที่ไม่จำเป็น)
- Beds utility etc.



ความต้องการของผู้ป่วยและญาติ

- ความพร้อมในการรับกลับและดูแล
- ความมั่นใจในคุณภาพและการดูแลต่อเนื่อง

- กลับบ้านได้เร็ว
- กลับมาใช้ชีวิตได้ตามเดิม
- ไม่พิการ



ความต้องการของชุมชน

- ความเข้มแข็งของชุมชนในการจัดการปัญหาสุขภาพ
- Community-based rehabilitation (WHO; ๑๙๙๔)

นิยาม

การดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ

ขอบเขต

๖ เดือน นับจากวันที่พ้นภาวะวิกฤติ และมีอาการคงที่

กลุ่มเป้าหมาย

๑. Stroke / Traumatic brain injury / Spinal cord injury
๒. กลุ่มเฉพาะตามบริบทพื้นที่ เช่น Post operative physical therapy, chemotherapy, Chronic wound,

จุดเน้นพัฒนาบริการ

- ระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลต่อเนื่อง
- ลดความแออัด รพศ. รพท. / เพิ่มอัตราครองเตียง รพช.
- ระบบส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มอื่น เช่น post-surgery, chronic wound, chemotherapy

Intermediate Care Service Plan

เป้าหมาย (1ปี): เข้าถึงบริการ ลดพิการ ลดภาวะแทรกซ้อน ได้มาตรฐานบริการฟื้นฟู

บริหารจัดการ	พัฒนาระบบบริการ	สร้างการรับรู้ ทัศนคติ	ระบบข้อมูล
1.โครงสร้าง กสร./เขต/จังหวัด 2.แผนแม่บท service plan 3.จัดสรรงบประมาณ	1.Register, referral network and monitoring 2.HRM & HRD 3.คู่มือแนวทางปฏิบัติ 4. แลกเปลี่ยนเรียนรู้ model development	1.Mass & media Com. 2.สร้างการรับรู้ ทัศนคติบุคลากรทางการแพทย์ ภาควิชา และ พช. 3.เยี่ยมเสริมพลัง	1.พัฒนาระบบข้อมูลเพื่อการจัดการและให้บริการรวมทั้งติดตามและประเมินผล 2.การจัดการความรู้ภายใต้พื้นฐานของข้อมูล
3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
•ขับเคลื่อนระดับเขตและจังหวัด •ตั้งคณะทำงานระดับประเทศ ระดับเขต และระดับจังหวัด •ประชุมชี้แจงคณะทำงานและผู้ให้บริการ	•แผนแม่บท service plan •พัฒนาต่อยอดระบบฐานข้อมูลเพื่อการลงทะเบียน ส่งต่อ และติดตามผู้ป่วย (web application) •จัดทำและเผยแพร่คู่มือฉบับบูรณาการ การให้บริการ intermediate care (แนวทาง 1 เล่ม คู่มือสั้นๆ 1 เล่ม)	•อบรมหลักสูตรฟื้นฟูระยะสั้นสำหรับแพทย์ •อบรมหลักสูตรพยาบาลฟื้นฟูสภาพหลักสูตรระยะสั้น 5 วัน •อบรมหลักสูตรพยาบาลฟื้นฟูสภาพหลักสูตร 4 เดือน •เยี่ยมเสริมพลังภายในจังหวัด/เขต	•สรุปผลการดำเนินงานและวางแผนการดำเนินงานต่อไป •จัดประชุมวิชาการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับเขต/ ระดับประเทศ
← เข้าถึงบริการ 70% Barthel index เพิ่มขึ้น 70% Complication ในผู้ป่วยติดเตียงน้อยกว่า 20% →			

เป้าหมาย

- 1.ลดความแออัดของ Acute Care Setting (ลด BOR, จำหน่ายได้เร็ว, ลดการ re-admission ที่ไม่จำเป็น)
- 2.Improve Functional Status นำไปสู่ความสามารถในการดูแลตนเอง (independent living)
- 3.เพิ่มประสิทธิภาพ Bed utility and capacity
- 4.ป้องกันและชะลอ complication
- (5. ลด caregiver burden และจัดบริการ specialised IC ตามความต้องการของพื้นที่)

แผนแม่บทพัฒนา 5 ปี (2560-2564) แบ่งการดำเนินงานออกเป็นสองระยะ :

- 1) ระยะพัฒนา (2560-2562)
- 2) ระยะขับเคลื่อน (2563-2564)

ระยะแรก (ระยะพัฒนา) 2560-2562

ขอบเขต : หลังพ้นระยะacuteและเข้าช่อบ่งชี้ IC จนถึง 6 สัปดาห์

1.รูปแบบหลัก

- กลุ่มเป้าหมาย 1) Post-acute stroke โดยเฉพาะผู้ป่วยที่จัดเป็น patient with complex needs.
- 2) Post neurological trauma เช่น spinal cord injury, traumatic brain injury

2.รูปแบบเสริม (พื้นที่เลือก)

- เป็นรูปแบบที่ถอดบทเรียนจาก model development ต่างๆที่พื้นที่ที่เหมาะสมสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้

3.รูปแบบเฉพาะ (พื้นที่เลือก)

- เป็นรูปแบบ intermediate care เฉพาะประเด็นตามบริบทความต้องการของพื้นที่ เช่น Intermediate care สำหรับผู้สูงอายุห่อ้มเปราะบาง, inoperable fracture, Post-operation care, Chronic wound care, Chemotherapy ward etc.

บทบาทภาคสาธารณสุขระดับจังหวัด

สำนักงานสาธารณสุข จังหวัด (สสจ.)

- ตั้งคณะกรรมการดำเนินงานระดับจังหวัด
- ประสานการทำงานร่วมกับกองทุนฟื้นฟูจังหวัด
- สนับสนุนนโยบายและอำนวยความสะดวกทั้งระดับจังหวัดและระดับอำเภอ
- สนับสนุนการจัดประชุมชี้แจงโครงการ การออกเยี่ยมติดตามในแต่ละอำเภอ การประชุม KM และสรุปผลการดำเนินโครงการในแต่ละปี
- ดูแลและร่วมพัฒนาระบบฐานข้อมูล

โรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป

- กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟูเป็นหลัก
- คัดกรอง ประเมิน ตั้งเป้าหมายให้บริการ และส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยภายในจังหวัด
- สนับสนุนด้านวิชาการ ทำ team meeting โดยสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งการรับปรึกษาผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน
- ร่วมงานกับ สสจ. จัดประชุมการสรุปผลการดำเนินโครงการ รวมทั้งร่วมกันพัฒนาโครงการ
- ประสานงานกับกลุ่มงานเวชกรรมสังคมในการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่รับผิดชอบ

โรงพยาบาล ชุมชน

- กายภาพบำบัด/ เวชกรรมฟื้นฟู เป็นหลัก
- รับช่วงการดูแลต่อจาก รพศ./รพท. รวมทั้งเริ่มดูแลผู้ป่วยรายใหม่ในพื้นที่
- สร้างแผนการดำเนินงานร่วมกับทีม home health care/งานปฐมภูมิ และ รพ.สต. ในพื้นที่ตามบริบท
- แพทย์ให้การสนับสนุน รวมถึงดูแล รวมทั้งส่งต่อผู้ป่วยในรายที่มีปัญหาซับซ้อน
- ให้บริการทั้งแบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และการเยี่ยมบ้าน
- คลังอุปกรณ์และกายอุปกรณ์ระดับอำเภอ

PCC

- ให้บริการฟื้นฟูในระดับปฐมภูมิโดยทีมสหวิชาชีพแบบองค์รวม
- multidisciplinary team meeting โดยผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วม
- เชื่อมโยงการดูแลร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน เช่น อปท. ระดับต่างๆ
- จัดการระบบ caregiver ในชุมชน

รพ.สต.

- มีบทบาทเป็นเจ้าของใช้เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านแล้ว
- ให้บริการฟื้นฟูร่วมกับทีมสหวิชาชีพจาก รพช.
- ให้บริการทางการแพทย์พยาบาลขั้นพื้นฐาน เช่น การดูแล NG tube, Foley's cath, การทำแผล รวมทั้งการส่งต่อเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน
- เป็นผู้นำทีม care giver: อสม. ญาติ จิตอาสา ฯลฯ
- ประสานงานกับ อปท. ในพื้นที่เพื่อให้การดูแลด้าน social care

INTERMEDIATE CARE IN RATCHABURI

พญ. ปาจริย์ อารีย์รบ

รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดราชบุรี

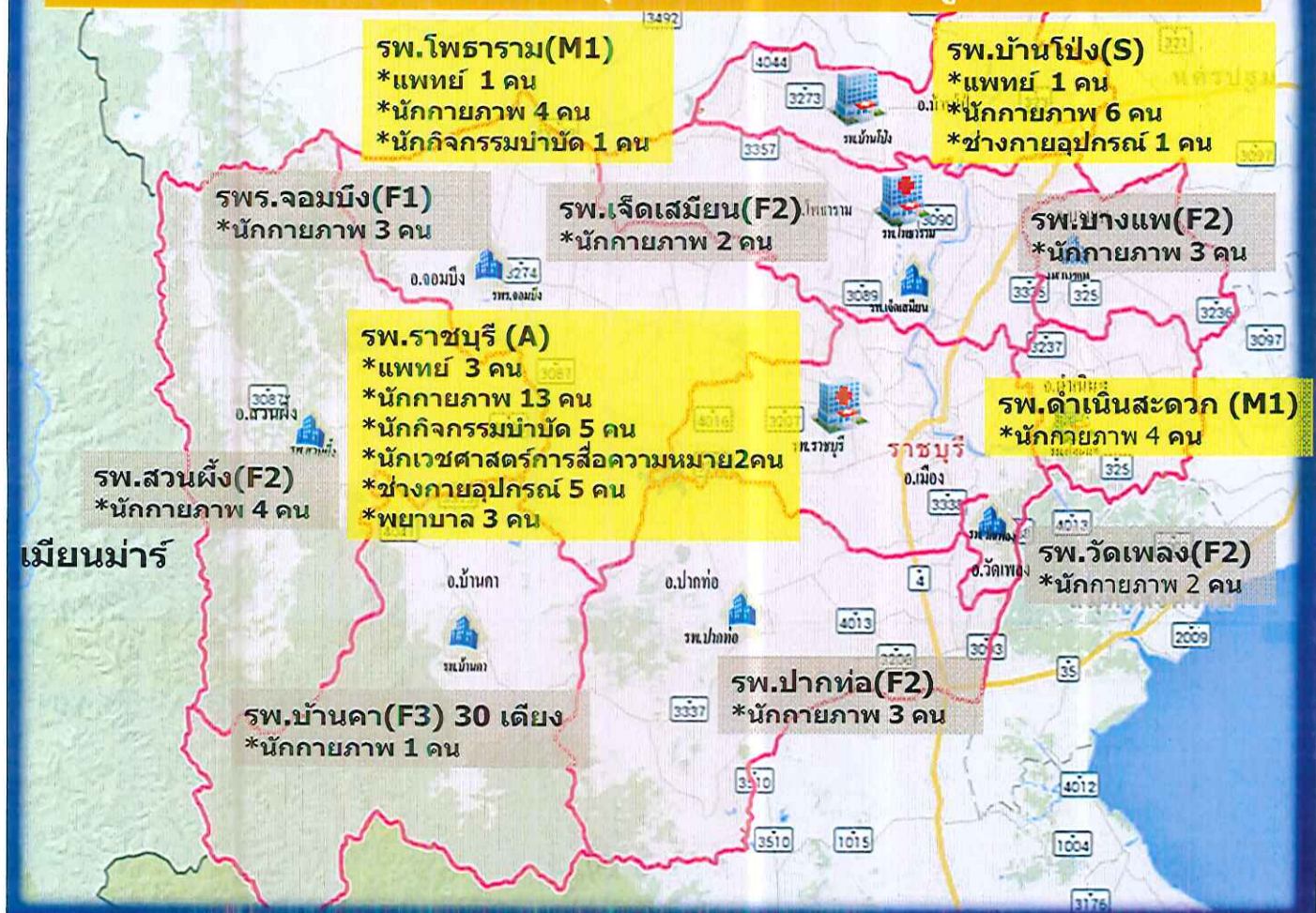
โครงการนำร่อง “เจ็ดเสมียน MODEL”

ความเป็นมา

1.สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมอง จ.ราชบุรี

- ปีงบประมาณ 2560 จังหวัดราชบุรี ผู้ป่วย Stroke ทั้งสิ้น 1,671 ราย
- เสียชีวิต 195 ราย (11.67 %)
- ผู้ป่วย stroke ได้รับการ rehab 922 รายคิดเป็น 62.46 % (922/1476)

2.ความพร้อมทรัพยากรบุคคลด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ



การบริหารจัดการ

1.ประชุมผู้เกี่ยวข้อง (SP stroke และบุคลากรด้านการฟื้นฟู) (20 มค.60)

2.เลือกพื้นที่ดำเนินการ

ดำเนินการใน 3 อำเภอ (เมือง โพธารามและบางแพ) 4 โรงพยาบาล

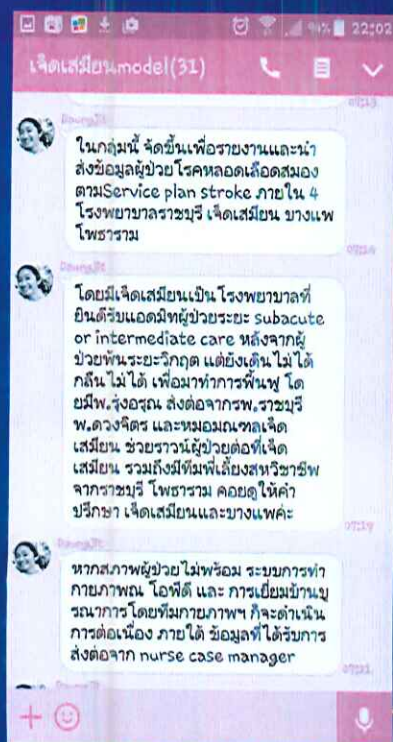
- รพ.ศ. ราชบุรี (A)
- รพ.โพธาราม (M1)
- รพ.เจ็ดเสมียน (F2)
- รพ.บางแพ (F2)

ในนามโครงการนำร่อง “เจ็ดเสมียนโมเดล”

การบริหารจัดการ (ต่อ)

3. เชื่อมโยงระบบเครือข่ายในจังหวัด ผ่านคณะกรรมการ SP Stroke และ ทีม FCT
4. แพทย์ฟื้นฟูจาก รพ.โพธาราม ลงตรวจเยี่ยมผู้ป่วย ณ โรงพยาบาลเจ็ดเสมียน และโรงพยาบาลบางแพ เดือนละ 2 ครั้ง
5. พัฒนาสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ใน รพช. เพื่อรองรับ Refer Back
6. กลุ่ม Line Consult สามารถปรึกษาได้ 24 ชม. ทั้งกลุ่ม Stroke ระดับจังหวัด และ กลุ่มเจ็ดเสมียน model

LINE GROUP



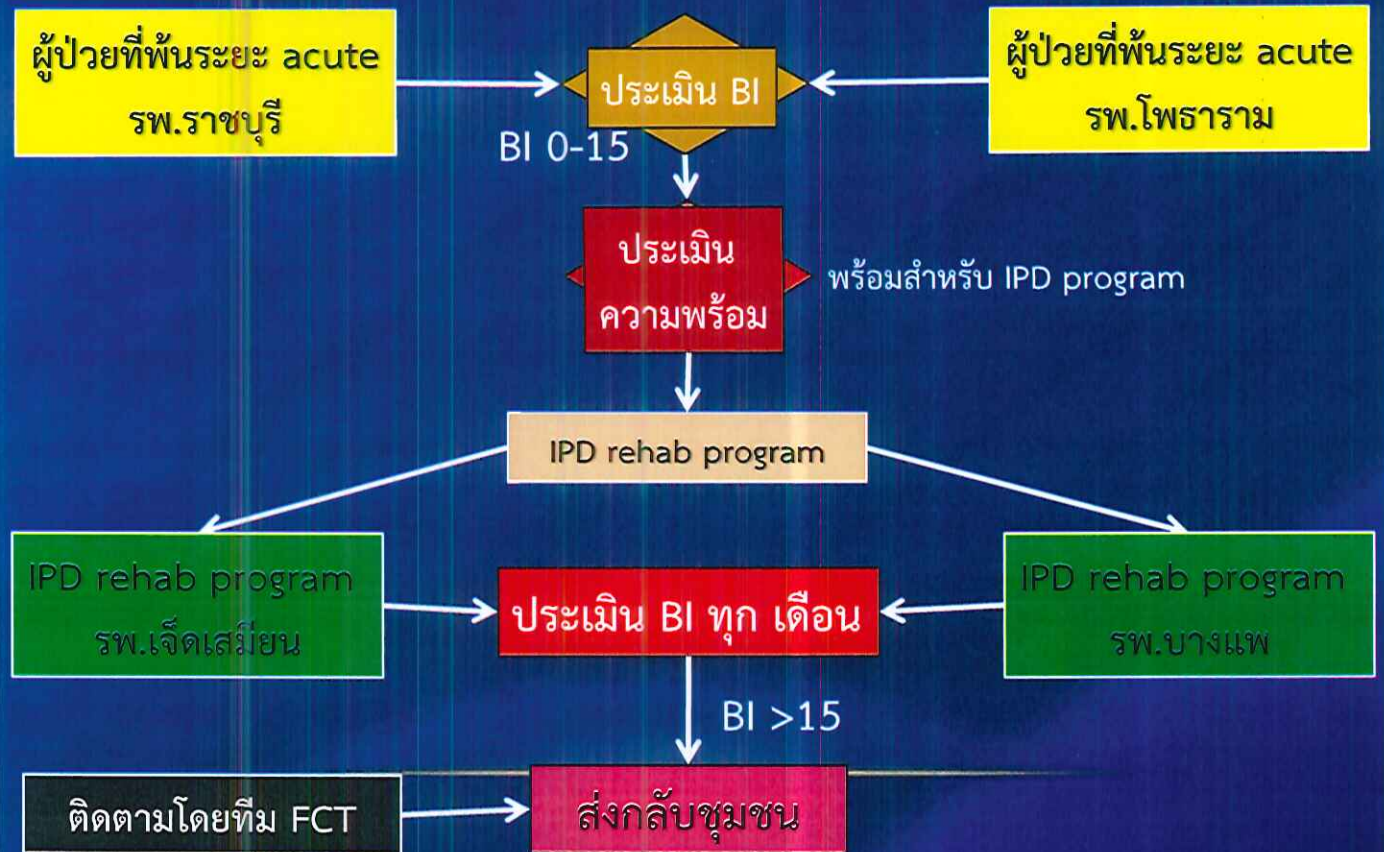
• แนวคิด

- เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ(Seamless Health Service Plan)
- One Province , One Hospital ใช้ทรัพยากรร่วมกัน
- ลดความแออัด
- พัฒนาคุณภาพโดยเร็ว เพื่อลดความเสี่ยงต่อความพิการถาวร

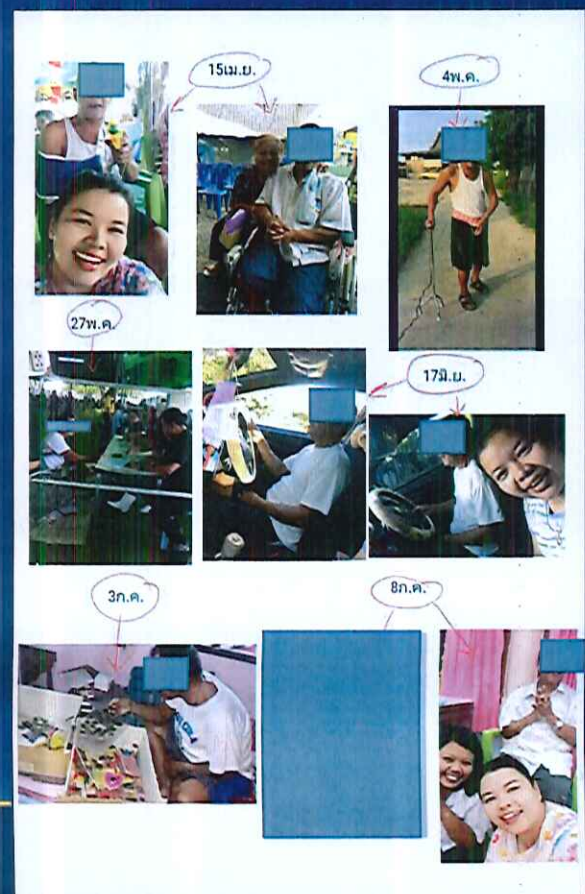
วัตถุประสงค์

- 1.พัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์
- 2.พัฒนาระบบการส่งต่อและรับกลับ
- 3.เพิ่มศักยภาพบริการ (CMI) ในรพช.
- 4.ลดความแออัดใน รพศ./รพท.
- 5.ผู้ป่วยที่พ้นภาวะวิกฤตได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพตามโปรแกรม เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพโดยเร็ว และลดความเสี่ยงต่อความพิการถาวร

Flow chart: การให้บริการเจ็ดเสมียนโมเดล



ผลการดำเนินงาน



STROKE



HEAD INJURY



STROKE

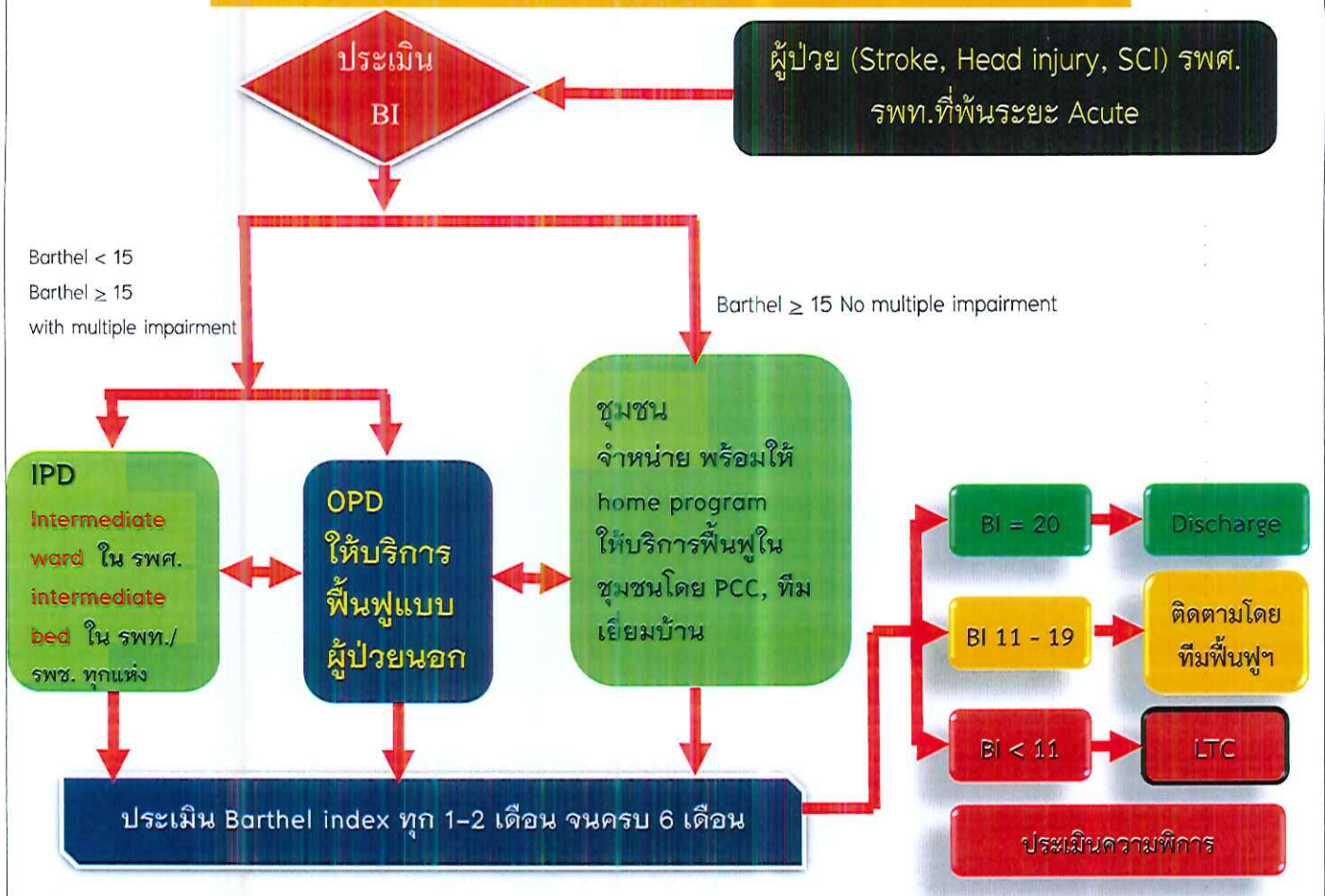


การบริหารจัดการสู่

RATCHBURI INTERMEDIATE CARE MODEL

1. ประชุมติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานเจ็ดเสมือนโมเดล และวางแผนพัฒนาระบบบริการ Intermediate care ราชบุรี (17 ก.ค. 60)
2. ขยายผลการพัฒนาระบบบริการ Intermediate care ใน รพช. ทุกแห่ง และดำเนินการเต็มพื้นที่จังหวัดราชบุรี ภายใต้โครงการ Ratchaburi Intermediate care Model
 - แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการ Intermediate care จังหวัดราชบุรี
 - กำหนดแนวทางการให้บริการ Intermediate care จังหวัดราชบุรี ดังนี้

Flow chart: การให้บริการ Ratchaburi Intermediate care Model



สวัสดี



รายชื่อ CSO จังหวัด ปี 2561				
ที่	ผู้รับผิดชอบ	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	สถานที่ปฏิบัติงาน
CSO ระดับจังหวัด				
1	อุดรธานี	นพ.ทวีรัตน์ ศรีกุลวงศ์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านผือ	รพ.บ้านผือ
2	สกลนคร	นพ.มานพ ฉลาดชัยกิจ	นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)	สสจ.สกลนคร
3	นครพนม	นพ.ปรีดา วรหาร	นายแพทย์เชี่ยวชาญ	สสจ.นครพนม
4	เลย	นพ.ศรีศักดิ์ ตังจิตธรรม	รองนายแพทย์ สสจ.เลย (ด้านเวชกรรมป้องกัน)	สสจ.เลย
5	หนองคาย	นพ.ชัชวาลย์ ฤทธิลิต	นายแพทย์เชี่ยวชาญ	สสจ.หนองคาย
6	หนองบัวลำภู	นพ.พนัส วงษ์เกลียวเรียน	นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)	สสจ.หนองบัวลำภู
7	บึงกาฬ	นพ.ภิญญา ศิริชัยสิทธิ์	นายแพทย์เชี่ยวชาญ	รพ.บึงกาฬ

รายชื่อประธาน Service Plan ระดับเขต เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2561

ที่	ผู้รับผิดชอบ	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	สถานที่ปฏิบัติงาน
1	สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน			
	ประธาน	นายเกรียงศักดิ์ พิมพ์ตา	นายแพทย์เชี่ยวชาญ	รพ.อุดรธานี
	เลขานุการ	นายเอกภักดิ์ ระหว่างบ้าน	นายแพทย์ชำนาญการ	รพ.อุดรธานี
	เลขานุการ	นางสุวรรณา นาทิ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	รพ.อุดรธานี
2	สาขาออร์โธปิดิกส์			
	ประธาน	นายศมนู นรนนท์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	รพ.อุดรธานี
	เลขานุการ	นางชัญญา ศิริศิลป์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.อุดรธานี
3	สาขาศัลยกรรม			
	ประธาน	นายวัช ธรรมบวร	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	รพ.อุดรธานี
	เลขานุการ	นางกรรณิการ์ ศุภกิจอนันต์คุณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.อุดรธานี
4	สาขา Stroke			
	ประธาน	นายวิโรจน์ วิโรจน์วัน	ผู้อำนวยการพร.สว่างแดนดิน	รพ.สว่างแดนดิน
	เลขานุการ	นางประภัสสร สมศรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.สกลนคร
5	สาขาการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลันและการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) /Intermediate care			
	ประธาน	พญ.ปิยะฉัตร วรรณาสุนทรไชย	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	รพ.อุดรธานี
	เลขานุการ	นางพวงพยอม จุลพันธ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.อุดรธานี

รายชื่อประธาน Service Plan ระดับเขต เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2561

ที่	ผู้รับผิดชอบ	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	สถานที่ปฏิบัติงาน
6	สาขา Long Term Care			
	ประธาน	นพ.ยุพธชัย ตรีสกุล	ผอ.รพ.นครพนม	รพ.นครพนม
	เลขานุการ	นางบุญร่วม ปรีบุญณะ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	รพ.นครพนม
7	ผู้สูงอายุ			
	ประธาน	นางสาวปรีดา ไนฤทธิ์	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ	สสจ.หนองบัวลำภู
	เลขานุการ	นางกัญนิภา สุ่มาสี	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สสจ.หนองบัวลำภู