

แผนงาน Service Plan สาขา Long term care
เขตสุขภาพที่ ๘ ปี ๒๕๖๒

การวิเคราะห์จุดแข็ง-จุดอ่อน

งานพัฒนาระบบบริการระยะยาว ผู้สูงอายุ และผู้พิการ เขตสุขภาพที่ ๘

จากสภาพปัญหา และการวิเคราะห์สถานการณ์งานการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง ต้องการการดูแลระยะยาว และงานผู้พิการ ในเขตสุขภาพที่ ๘ พบจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และภัยคุกคาม ดังนี้

จุดแข็ง (S) ๑. ผู้บริหารให้ความสำคัญ ๒. มีคณะกรรมการดำเนินงาน ๓. มีโปรแกรม LTC ๔. บุคลากรมีศักยภาพสูงในการพัฒนาโปรแกรม ๕. บุคลากรภายในเขตสุขภาพที่สามารถผลิต Care manager ๖. มีนวัตกรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะยาว	โอกาส (O) ๑. รัฐบาลให้ความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุพึ่งพิงโดยมีกระทรวงต่างๆเข้ามามีส่วนร่วม ๒. ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากหลายภาคส่วน ๓. อปท. มีกองทุนฟื้นฟู และกองทุนสุขภาพระดับตำบล ๔. สปสช. ให้ความสำคัญแก่ อปท. ในการมีส่วนร่วมดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ๕. รัฐบาลให้สนับสนุนในการดูแลผู้สูงอายุในตำบล Long Term Care ผ่าน สปสช. ๖. ศูนย์ CAT มีระบบการให้เข้าพื้นที่ Cloud
จุดอ่อน (W) ๑. บุคลากรปฏิบัติมีภาระงานหลายหน้าที่ ภาระงานล้นมือ โดยเฉพาะ รพ.สต. ซึ่งมีบุคลากรน้อย ๒. อุปกรณ์เครื่องมือในศูนย์ LTC ไม่เพียงพอ ๓. การนิเทศติดตามงาน LTC ขาดการบูรณาการร่วมกับการตรวจราชการของกระทรวง ๔. ข้อมูลโปรแกรม LTC ไม่เชื่อมโยงข้อมูลพื้นที่บริการนอกจังหวัด ๕. กองทุน LTC ดูแลเฉพาะสิทธิ UC ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มอื่นไม่สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเท่าเทียม ๖. Care Manager / Care Giver ยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่	อุปสรรค (T) ๑. โครงสร้างประชากรของประเทศเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ๒. สังคมเปลี่ยนเป็นสังคมเมืองมากขึ้น คนย้ายถิ่นฐาน ในชุมชนจึงมีเพียงผู้สูงอายุ และเด็ก ส่วนในเมืองการจราจรแออัด เกิดมลภาวะเป็นพิษ เกิดโรคซับซ้อนมากขึ้น ๓. การแพทย์การสาธารณสุขทันสมัยขึ้น การเจ็บป่วยรวดเร็ว แต่ยังคงหลงเหลือความพิการ ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง ๔. โรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม สูงขึ้นเรื่อยๆ ๕. ระบบการเบิกจ่ายของผู้สูงอายุระยะยาวแต่ละพื้นที่ยังขาดระเบียบปฏิบัติที่เป็นแนวทางเดียวกัน ยังไม่สามารถเบิกจ่ายได้ในบางพื้นที่

Tows Matrix การจัดทำแผนยุทธศาสตร์

เป้าหมาย ผู้ป่วยระยะยาวได้รับการดูแลสุขภาพ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากสาเหตุที่ป้องกันได้
มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันดีขึ้น

ปัจจัยความสำเร็จ (Key Successes Factor) การขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพในเชิงนโยบาย

ปัจจัยแวดล้อมภายใน	จุดแข็ง (S)	จุดอ่อน (W)
ปัจจัยแวดล้อมภายนอก	- ผู้บริหารให้ความสำคัญ - มีคณะกรรมการดำเนินงาน - มีโปรแกรม LTC - บุคลากรมีศักยภาพสูงในการพัฒนาโปรแกรม - บุคลากรภายในเขตสุขภาพที่สามารถผลิต Care manager - มีนวัตกรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะยาว	- บุคลากรปฏิบัติมีภาระงานหลายหน้าที่ ภาระงานล้นมือ โดยเฉพาะ รพ.สต. ซึ่งมีบุคลากรน้อย - อุปกรณ์เครื่องมือในศูนย์ LTC ไม่เพียงพอ - ระการนิเทศติดตามงาน LTC ขาดการบูรณาการร่วมกับการตรวจราชการของกระทรวง - ข้อมูลโปรแกรม LTC ไม่เชื่อมโยงข้อมูลพื้นที่บริการนอกจังหวัด - กองทุน LTC ดูแลเฉพาะสิทธิ UC ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มอื่นไม่สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเท่าเทียม - Care Manager / Care Giver ยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่
โอกาส (O)	ยุทธศาสตร์เชิงรุก (SO)	ยุทธศาสตร์เชิงพัฒนา (WO)
- รัฐบาลให้ความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุพึ่งพิงโดยมีกระทรวงต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วม - ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากหลายภาคส่วน - อปท. มีกองทุนฟื้นฟู และกองทุนสุขภาพระดับตำบล - สปสช. ให้ความสำคัญแก่ อปท. ในการมีส่วนร่วมดูแลผู้สูงอายุในชุมชน - รัฐบาลให้งบประมาณสนับสนุนในการดูแลผู้สูงอายุในตำบล Long Term Care ผ่าน สปสช.	- พัฒนาศักยภาพบุคลากร สาธารณสุข/ภาคีเครือข่ายในประเมินภาวะสุขภาพ และการบริหารจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยระยะยาว - พัฒนาระบบบริการภาวะสุขภาพผู้ป่วยระยะยาว โดยบูรณาการร่วมกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (ตำบล Long Term Care) ระหว่างหน่วยบริการ และในชุมชน เชื่อมโยงเครือข่ายบริการ และ อปท. ให้มีการดำเนินการร่วมจัดบริการสุขภาพผู้ป่วยระยะยาวทุกกลุ่มโรค และในเขตรับผิดชอบ	พัฒนาระบบสารสนเทศ ในการบันทึกข้อมูล และการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระยะยาวที่มีประสิทธิภาพเชื่อมโยงเขตสุขภาพ

อุปสรรค (T)	ยุทธศาสตร์เชิงรับ (ST)	ยุทธศาสตร์เชิงพลิกแพลง (WT)
๑. โครงสร้างประชากรของประเทศเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ๒. สังคมเปลี่ยนเป็นสังคมเมืองมากขึ้น คนย้ายถิ่นฐาน ในชุมชนจึงมีเพียงผู้สูงอายุ และเด็ก ส่วนในเมือง การจราจรแออัด เกิดมลภาวะเป็นพิษ เกิดโรคซับซ้อนมากขึ้น ๓. การแพทย์การสาธารณสุขทันสมัยขึ้น การเจ็บป่วยรวดเร็ว แต่ยังคงหลงเหลือความพิการ ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง ๔. โรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม สูงขึ้นเรื่อยๆ ๕. ระบบการเบิกจ่ายของผู้สูงอายุระยะยาวแต่ละพื้นที่ยังขาดระเบียบปฏิบัติที่เป็นแนวทางเดียวกัน ยังไม่สามารถเบิกจ่ายได้ในบางพื้นที่		

หน่วยงานหลัก: โรงพยาบาลนครพนม

หน่วยงานร่วม: สำนักงานสาธารณสุขทุกแห่งในเขตสุขภาพที่ 8

P & P
Excellence
แผนงาน การป้องกันควบคุมโรค และลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการ ส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยระยะยาว

แผนงานที่...1.....

เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	เป้าหมาย/ ข้อมูลพื้นฐาน	ยุทธศาสตร์ / มาตรการ	กิจกรรม หลัก	ระดับ ความสำเร็จ
1. ร้อยละผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 และ เตียงประเภทที่ 4 (Palliative care) ได้รับการเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์ 2. ร้อยละการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 เป้าหมาย ไม่เกินร้อยละ 20 3. ร้อยละการเปลี่ยนประเภทเตียงในผู้ป่วยระยะยาว จากประเภทเตียง 3 เป้าหมาย ไม่เกินร้อยละ 20	เขตสุขภาพที่ 8 : จำนวนผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะยาว และมีการส่งต่อเพื่อการติดตามเยี่ยมในโปรแกรม Long Term Care เพิ่มขึ้นในเขตสุขภาพที่ 8 โดย ปี 2559 พบมีการส่งออกผู้ป่วยระยะยาว 3 และ 4 จำนวน 2,308 ได้รับการเยี่ยมตามเกณฑ์ ร้อยละ 97.49 , ปี 2560 จำนวน 16,441 ได้รับการเยี่ยมตามเกณฑ์ ร้อยละ 91.52 และ ปี 2560 จำนวน 13,572 ได้รับการเยี่ยมตามเกณฑ์ ร้อยละ 91.82 ส่วนตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ การเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการจำหน่ายกลับบ้าน และการปรับเปลี่ยนเตียงจากประเภทเตียง 3 เป็นเตียง 1,2 ยังไม่ได้รับการกำกับ และติดตาม	Strategy 1: พัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข/ภาคีเครือข่ายในการประเมินภาวะสุขภาพ และการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยระยะยาว Strategy 2 : พัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยระยะยาวในหน่วยบริการ และ ในชุมชน เพื่อเชื่อมโยงเครือข่ายบริการ และ อปท. ให้มีการดำเนินการร่วมจัดบริการสุขภาพระยะยาวในเขตรับผิดชอบ	1. พัฒนา CM / CG ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ พื้นฟูความรู้ CM/CG ให้สามารถดูแลผู้ป่วยระยะยาวที่ทันการเปลี่ยนแปลง 2. พัฒนาศูนย์สุขภาพในการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยระยะยาว การจัดการดูแลสุขภาพเบื้องต้น และส่งต่อเพื่อการดูแล รักษาในผู้ป่วยระยะยาวได้อย่างถูกต้อง 3. สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย/ชุมชน ในการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้ป่วยระยะยาว และครอบครัว	ไตรมาส 1 1. ร้อยละของหน่วยบริการทุกเขตที่มี CM 100 % 2. ร้อยละของ CM / CG ได้รับการฟื้นฟูความรู้ 50% 3. โปรแกรม LTC สามารถเชื่อมโยงข้อมูลระดับเขตสุขภาพ 4. ผู้ป่วยระยะยาวได้รับการฟื้นฟูสุขภาพ มีค่า ADL เพิ่มขึ้น 5. ร้อยละการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ในผู้ป่วยระยะยาว จนต้องรับการรักษาเพิ่ม หรือเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่เกินร้อยละ 20 ไตรมาส 2 1. ร้อยละของ CM / CG ได้รับการฟื้นฟูความรู้ 80% 2. มีการบูรณาการการดูแลผู้ป่วยระยะยาวกลุ่มอื่นๆ ร่วมกับการดำเนินงานตามองค์ประกอบระดับต้นแบบการดูแลผู้ป่วยระยะยาวผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 40 3. ผู้ป่วยระยะยาวได้รับการฟื้นฟูสุขภาพ มีค่า ADL เพิ่มขึ้น 4. ร้อยละการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ในผู้ป่วยระยะยาว จนต้องรับการรักษาเพิ่ม หรือเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่เกินร้อยละ 20 ไตรมาส 3 1. มีการบูรณาการการดูแลผู้ป่วยระยะยาวกลุ่มอื่นๆ ร่วมกับการดำเนินงานตามองค์ประกอบระดับต้นแบบการดูแลผู้ป่วยระยะยาวผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 60 3. ผู้ป่วยระยะยาวได้รับการฟื้นฟูสุขภาพ มีค่า ADL เพิ่มขึ้น 4. ร้อยละการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ในผู้ป่วยระยะยาว จนต้องรับการรักษาเพิ่ม หรือเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่เกินร้อยละ 20 ไตรมาส 4 1. มีการบูรณาการการดูแลผู้ป่วยระยะยาวกลุ่มอื่นๆ ร่วมกับการดำเนินงานตามองค์ประกอบระดับต้นแบบการดูแลผู้ป่วยระยะยาวผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80 2. ผู้ป่วยระยะยาวได้รับการฟื้นฟูสุขภาพภายใน 60. มีค่า ADL เพิ่มขึ้น เปลี่ยนจากเตียง 3 เป็นเตียง 2 และเตียง 1 ร้อยละ 20 3. ร้อยละการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ในผู้ป่วยระยะยาว จนต้องรับการรักษาเพิ่ม หรือเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่เกินร้อยละ 20

P & P Excellence	แผนงาน	การป้องกันควบคุมโรค และลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ	โครงการ	ส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยระยะยาว		
วัตถุประสงค์	1. เพื่อส่งเสริมภาวะสุขภาพผู้ป่วยระยะยาว ให้คงไว้ซึ่งศักยภาพในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และชะลอการพึ่งพิง					
	2. เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยระยะยาว คงสภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี					
	3. เพื่อส่งเสริม สันติในครอบครัว และชุมชนมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะยาว					
	4. เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของ อปท. ในการดูแลผู้ป่วยระยะยาว					
ตัวชี้วัด:	1. ร้อยละผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 และ เตียงประเภทที่ 4 (Palliative care) ได้รับการเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์					
	2. ร้อยละการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 เป้าหมาย ไม่เกินร้อยละ 20					
	3. ร้อยละการเปลี่ยนประเภทผู้ป่วยระยะยาว จากประเภทเตียง 3 เป็นเตียง 2 และเตียง 1 ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และออกเยี่ยมบ้าน เป้าหมาย ร้อยละ 20					
สถานการณ์: จำนวนผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะยาว และมีการส่งต่อการติดตามเยี่ยมในโปรแกรม Long Term Care เพิ่มขึ้นในเขตสุขภาพที่ 8 โดย ปี 2559 พบมีการส่งออกผู้ป่วยประเภทเตียง 3 และ 4 จำนวน 2,308 ได้รับการเยี่ยมตามเกณฑ์ ร้อยละ 97.49 , ปี 2560 จำนวน 16,441 ได้รับการเยี่ยมตามเกณฑ์ ร้อยละ 91.52 และ ปี 2560 จำนวน 13,572 ได้รับการเยี่ยมตามเกณฑ์ ร้อยละ 91.82 ส่วนตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ การเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการจำหน่ายกลับบ้าน และการปรับเปลี่ยนเตียงจากประเภทเตียง 3 เป็น เตียง 1,2 ยังไม่ได้รับการกำกับ และติดตาม						
มาตรการ	แนวทาง/กิจกรรมหลัก	ส่วนกลาง	เขต	จังหวัด	ระยะเวลา	งบประมาณ
มาตรการที่ 1 พัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข/ภาคีเครือข่าย ในการประเมินภาวะสุขภาพ และการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยระยะยาว	1. พัฒนา CM / CG ให้ครอบคลุมพื้นที่ ที่มีความรู้ CM/CG ให้สามารถดูแลผู้ป่วยระยะยาวที่ทันการเปลี่ยนแปลง		/	/	พ.ย.61 – ม.ค. 62	งบจาก ศูนย์อนามัยที่ 8
	2. พัฒนาบุคลากรในการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยระยะยาว การจัดการดูแลสุขภาพเบื้องต้น และส่งต่อการดูแล รักษาในผู้ป่วยระยะยาวได้อย่างถูกต้อง		/	/	ธ.ค. 61 – มี.ค. 62	-
	3. สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย/ชุมชน ในการดำเนินงาน การดูแลสุขภาพผู้ป่วยระยะยาว และครอบครัว (มีกองทุนสนับสนุน)			/	ต.ค. 61 – มี.ค. 62	-
มาตรการที่ 2 พัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยระยะยาวในหน่วยบริการ และในชุมชน เชื่อมโยงเครือข่ายบริการ และ อปท. ให้มีการดำเนินการร่วมจัดบริการสุขภาพระยะยาวในเครือข่าย	1. บูรณาการการดำเนินงานผู้ป่วยระยะยาวกลุ่มอื่นๆ ร่วมกับการดำเนินงานผู้สูงอายุระยะยาว (งบประมาณกองทุนสุขภาพตำบล LTC สปสช.)			/	มี.ค. 62	-
	2. พัฒนาเครือข่ายการดูแล และฟื้นฟูสภาพระยะยาว ในกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะยาวทุกกลุ่มโรค ทุกกลุ่มวัย		/	/	ต.ค. 61 – ก.ย. 62	-
	3. ขับเคลื่อนการดำเนินงานตำบล LTC		/	/	ต.ค. 61 – ก.ย. 62	-
มาตรการที่ 3 พัฒนาระบบสารสนเทศ ในการบันทึกข้อมูล และการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระยะยาวที่มี	1. พัฒนาระบบบริหารจัดการข้อมูล และการรายงานข้อมูล		/	/	ต.ค. 61 – มี.ค. 62	-
	2. เพิ่มศักยภาพการส่งต่อข้อมูลการผ่านโปรแกรมจากเครือข่ายจังหวัดเป็นเครือข่ายระดับเขต (LTC on Cloud)		/	/	ต.ค. 61 – มี.ค. 62	100,000.-

ประสิทธิภาพเชื่อมโยงเขตสุขภาพ					
มาตรการที่ 4 นิเทศกำกับติดตามการดำเนินงาน		1. ศูนย์ดูแลต่อเนื่องทุกหน่วยบริการมีการจัดทำแผนการดำเนินงาน 2. มีการดำเนินงานตามแผน 3. มีการกำกับติดตามโดยเปรียบเทียบและผลการดำเนินงาน			ต.ค. 61 – ก.ย. 62
Small success	3 เดือน 1. ร้อยละของหน่วยบริการทุกระดับที่มี CM 100 % 2. ร้อยละของ CM / CG ได้รับการฟื้นฟูความรู้ 50% 3. โปรแกรม LTC สามารถเชื่อมโยงข้อมูลระดับเขตสุขภาพ สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ 4. ผู้ป่วยระยะยาวได้รับการฟื้นฟูสุขภาพ มีค่า ADL เพิ่มขึ้น เปลี่ยนจากเตียง 3 เป็นเตียง 2 และเตียง 1 ร้อยละ 5 5. ร้อยละการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ ในผู้ป่วยระยะยาว จนต้องรับการรักษาเพิ่ม หรือเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่เกินร้อยละ 20	6เดือน 1. ร้อยละของ CM / CG ได้รับการฟื้นฟูความรู้ 80% 2. มีการบูรณาการการดูแลผู้ป่วยระยะยาวกลุ่มอื่นๆ ร่วมกับการดำเนินงานตามองค์ประกอบตำบลต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 40 3. ผู้ป่วยระยะยาวได้รับการฟื้นฟูสุขภาพ มีค่า ADL เพิ่มขึ้น เปลี่ยนจากเตียง 3 เป็นเตียง 2 และเตียง 1 ร้อยละ 10 4. ร้อยละการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ ในผู้ป่วยระยะยาว จนต้องรับการรักษาเพิ่ม หรือเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่เกินร้อยละ 20	9เดือน 1. มีการบูรณาการการดูแลผู้ป่วยระยะยาวกลุ่มอื่นๆ ร่วมกับการดำเนินงานตามองค์ประกอบตำบลต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 60 3. ผู้ป่วยระยะยาวได้รับการฟื้นฟูสุขภาพ มีค่า ADL เพิ่มขึ้น เปลี่ยนจากเตียง 3 เป็นเตียง 2 และเตียง 1 ร้อยละ 15 4. ร้อยละการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ ในผู้ป่วยระยะยาว จนต้องรับการรักษาเพิ่ม หรือเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่เกินร้อยละ 20	12 เดือน 1. มีการบูรณาการการดูแลผู้ป่วยระยะยาวกลุ่มอื่นๆ ร่วมกับการดำเนินงานตามองค์ประกอบตำบลต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80 2. ผู้ป่วยระยะยาวได้รับการฟื้นฟูสุขภาพ มีค่า ADL เพิ่มขึ้น เปลี่ยนจากเตียง 3 เป็นเตียง 2 และเตียง 1 ร้อยละ 20 3. ร้อยละการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ ในผู้ป่วยระยะยาว จนต้องรับการรักษาเพิ่ม หรือเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่เกินร้อยละ 20	
หน่วยงานรับผิดชอบ สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8 อุดรธานี หน่วยงานหลัก โรงพยาบาลนครพนม หน่วยงานร่วม โรงพยาบาลทุกแห่งในเขตสุขภาพที่ 8					

Action Plan ระยะ 1 ปี (พ.ศ.2562) ตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี					
Service Excellence แผนงาน การป้องกันควบคุมโรค และลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ โครงการ ส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยระยะยาว					
ระยะดำเนินการ	2562				
เป้าหมาย	ผู้ป่วยระยะยาวได้รับการดูแลสุขภาพ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากสาเหตุที่ป้องกันได้ มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันดีขึ้น				
ตัวชี้วัด	1. ร้อยละผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 และ เตียงประเภทที่ 4 (Palliative care) ได้รับการเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์ 2. ร้อยละการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 เป้าหมาย ไม่เกินร้อยละ 20 3. ร้อยละการเปลี่ยนประเภทเตียงในผู้ป่วยระยะยาว จากประเภทเตียง 3 เป็นเตียง 2 และเตียง 1 ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และออกเยี่ยมบ้านเป้าหมาย ร้อยละ 20				
ข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบัน/Baseline	จำนวนผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะยาว และมีการส่งต่อเพื่อการติดตามเยี่ยมในโปรแกรม Long Term Care เพิ่มขึ้นในเขตสุขภาพที่ 8 โดย ปี 2559 พบมีการส่งออกผู้ป่วยประเภทเตียง 3 และ 4 จำนวน 2,308 ได้รับการเยี่ยมตามเกณฑ์ ร้อยละ 97.49 , ปี 2560 จำนวน 16,441 ได้รับการเยี่ยมตามเกณฑ์ ร้อยละ 91.52 และ ปี 2560 จำนวน 13,572 ได้รับการเยี่ยมตามเกณฑ์ ร้อยละ 91.82 ส่วนตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ การเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการจำหน่ายกลับบ้าน และการปรับเปลี่ยนเตียงจากประเภทเตียง 3 เป็น เตียง 1,2 ยังไม่ได้รับการกำกับ และติดตาม				
มาตรการ (6 Building Blocks)	1. กิจกรรมที่จะให้บริการ (Service Delivery)	2. การพัฒนาบุคลากร (Health Workforce)	3. ระบบข้อมูลสารสนเทศ (IT)	4. ยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ต่างๆ (Drugs & Equipment's)	5. งบประมาณในการดำเนินงาน (Financing)
	1. ศูนย์ดูแลต่อเนื่องทุกหน่วยบริการมีการจัดทำแผนการดำเนินงาน 2. มีการดำเนินงานตามแผน	1. พัฒนา CM / CG ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ พี่นุฟู ความรู้ CM/CG ให้สามารถดูแลผู้ป่วยระยะยาวที่พัฒนาเปลี่ยนแปลง	1. พัฒนาระบบบริหารจัดการข้อมูลและการรายงานข้อมูล 2. เพิ่มศักยภาพการ	1. ศูนย์ COC ทุกหน่วยบริการมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นใช้ที่บ้าน ที่เพียงพอ	1. หน่วยบริการมีการจัดสรรงบประมาณในการซ่อมแซม หรือทดแทนอุปกรณ์
	1. ศูนย์ดูแลต่อเนื่องทุกหน่วยบริการมีการจัดทำแผนการดำเนินงาน	1. พัฒนา CM / CG ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ พี่นุฟู ความรู้ CM/CG ให้สามารถดูแลผู้ป่วยระยะยาวที่พัฒนาเปลี่ยนแปลง	1. พัฒนาระบบบริหารจัดการข้อมูลและการรายงานข้อมูล 2. เพิ่มศักยภาพการ	1. ศูนย์ COC ทุกหน่วยบริการมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นใช้ที่บ้าน ที่เพียงพอ	6. นโยบาย/กลยุทธ์หลักในการดำเนินการ (Governance) 1. พัฒนาศักยภาพบุคลากร สาธารณสุข/ภาคีเครือข่ายในการประเมินภาวะสุขภาพ และการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยระยะยาว

	3. มีการกำกับติดตามโดยเปรียบเทียบแผนและผลการดำเนินงาน 4. บูรณาการการดำเนินงานผู้ป่วยระยะยาวกลุ่มอื่นๆ ร่วมกับการดำเนินงานผู้สูงอายุระยะยาว (งบประมาณกองทุนสุขภาพตำบล LTC สปสช.) 5. พัฒนาเครือข่ายการดูแล และฟื้นฟูสุขภาพระยะยาว ในกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการดูแลระยะยาว ทุกกลุ่มโรค ทุกกลุ่มวัย 6. ขับเคลื่อนการดำเนินงานตำบล LTC	2. พัฒนาบุคลากรในการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยระยะยาว การจัดการดูแลสุขภาพเบื้องต้น และส่งต่อเพื่อการดูแล รักษาในผู้ป่วยระยะยาวได้อย่างถูกต้อง 3. สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย/ชุมชน ในการดำเนินงาน การดูแลสุขภาพผู้ป่วยระยะยาว และครอบครัว	ส่งต่อข้อมูลการผ่านโปรแกรมจากเครือข่ายจังหวัดเป็นเครือข่ายระดับเขต (LTC on Cloud)	2. ศูนย์ COC ทุกหน่วยบริการมีทางในการจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น (การจำเป็นใช้ที่บ้าน (การจัดสรรงบประมาณ / รับผิดชอบ)	2. ศูนย์ COC ทุกหน่วยบริการมีกลวิธีในการดำเนินงานให้เต็มซึ่ง อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เตรียมไปใช้ที่บ้าน (การจัดสรรงบประมาณ / รับผิดชอบ)	2. พัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยระยะยาวในหน่วยบริการ และในชุมชน เชื่อมโยงเครือข่ายบริการ มีการดำเนินการร่วมจัดบริการสุขภาพระยะยาวในเขตรับผิดชอบ 3. พัฒนาระบบสารสนเทศในการบันทึกข้อมูล และการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระยะยาวที่มีประสิทธิภาพเชื่อมโยงเขตสุขภาพ 4. นิเทศกำกับติดตามการดำเนินงาน
--	---	--	--	---	---	--

Value Chain



ประเด็น PA : ผู้ป่วยระยะยาวได้รับการดูแลสุขภาพ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากสาเหตุที่ป้องกันได้ มีความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันดีขึ้น

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด

1. ร้อยละผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 และ เตียงประเภทที่ 4 (Palliative care) ได้รับการเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์
2. ร้อยละการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 เป้าหมาย ไม่เกินร้อยละ 20
3. ร้อยละการเปลี่ยนประเภทเตียงในผู้ป่วยระยะยาว จากประเภทเตียง 3 เป็นเตียง 2 และเตียง 1 ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และออกเยี่ยมบ้าน เป้าหมาย ร้อยละ 20

ด้านทาง

มาตรการ/
แนวทาง

1. พัฒนาศักยภาพบุคลากรการดูแล/ภาคี เครือข่ายในการประเมินภาวะสุขภาพ และการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยระยะยาว

กิจกรรมหลัก

1. พัฒนา CM / CG ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ พัฒนาความรู้ CM/CG ให้สามารถดูแลผู้ป่วยระยะยาวที่ทันการเปลี่ยนแปลง
2. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยระยะยาว การจัดการดูแลสุขภาพเบื้องต้น และส่งต่อการดูแล รักษาในผู้ป่วยระยะยาวได้อย่างถูกต้อง
3. สร้างการมีส่วนร่วมของภาคี เครือข่าย/ชุมชน ในการดำเนินงาน การดูแลสุขภาพผู้ป่วยระยะยาว และครอบครัว

กลางทาง

2. พัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยระยะยาวในหน่วยบริการ ในชุมชน เชื่อมโยงเครือข่ายบริการ และ อปท. ให้มีการดำเนินงานร่วม จัดบริการสุขภาพระยะยาวในเขตรับผิดชอบ
3. พัฒนาระบบสารสนเทศ ในการบันทึกข้อมูล และการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระยะยาวที่มีประสิทธิภาพเชื่อมโยงระบบสุขภาพ

ปลายทาง

4. นิเทศกำกับติดตามการดำเนินงาน

- 4.1 ศูนย์ดูแลต่อเนื่องทุกหน่วยบริการมีการจัดทำแผนการดำเนินงาน
- 4.2 มีการดำเนินงานตามแผน
- 4.3 มีการกำกับติดตามโดยเปรียบเทียบแผนและผลการดำเนินงาน

- 2.1 บูรณาการการดำเนินงานผู้ป่วยระยะยาวกลุ่มอื่นๆ ร่วมกับการทำงานผู้สูงอายุระยะยาว (งบประมาณ กองทุนสุขภาพตำบล LTC สปสช.)
- 2.2 พัฒนาเครือข่ายการดูแล และฟื้นฟูสภาพระยะยาวในกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะยาวทุกกลุ่มโรค ทุกกลุ่มวัย
- 2.3 ขับเคลื่อนการดำเนินงานตำบล LTC
- 3.1 พัฒนาระบบบริหารจัดการข้อมูล และการรายงานข้อมูล
- 3.3 เพิ่มศักยภาพการส่งต่อข้อมูลการผ่านโปรแกรมจากเครือข่ายจังหวัดเป็นเครือข่ายระดับเขต (LTC on Cloud)

หน่วยงาน
ที่รับผิดชอบ

คณะทำงาน SP LTC

คณะทำงาน SP LTC

คณะทำงาน SP LTC

รายละเอียดตัวชี้วัดยุทธศาสตร์เน้นหนักการดูแลระยะยาว (Long term care)						
ตัวชี้วัดบริการที่ ๑	ร้อยละผู้ป่วยเตียงประเภทที่ ๓ และเตียงประเภท ๔ ได้รับการเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์					
คำนิยาม	ผู้ป่วยเตียงประเภทที่ ๓ หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยที่พยาธิสภาพของโรคทำให้เกิดความพิการจำกัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองหรือมีอุปสรรคทางการแพทย์ติดตัวกลับบ้านเพื่อช่วยในการดำรงชีวิต เช่น การให้อาหารทางสายยาง ใส่ท่อช่วยหายใจ การดูดเสมหะ จำเป็นต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL Barthel's Index = ๐ - ๔ คะแนน) และหรือมีความรุนแรงของโรคจนอาจเกิดอันตรายคุกคามต่อชีวิต หรือ เกิดความพิการ ผู้ป่วยเตียงประเภทที่ ๔ หมายถึง ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการวินิจฉัยการเจ็บป่วยถึงขั้นสูญเสียชีวิต ภายใต้การรักษาด้วยยา การดูแลอย่างใกล้ชิด และพยากรณ์โรคว่าสามารถมีชีวิตอยู่ได้ประมาณ ๖ เดือน หรือน้อยกว่า มีค่า PPSv๒ อยู่ระหว่าง ๑๐-๓๐ % การเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์ หมายถึง ผู้ป่วยเตียงประเภทที่ ๓ และเตียงประเภท ๔ ได้รับการเยี่ยมบ้านโดยทีมหมอบรรพสุชา ภายใน ๒ สัปดาห์หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หรือค้นพบในชุมชนและมีการตอบกลับข้อมูลผลการเยี่ยมภายใน ๑ เดือน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลหรือค้นพบในชุมชน					
เป้าหมายความสำเร็จ	ร้อยละ ๘๕					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยเตียงประเภทที่ ๓ และเตียงประเภท ๔ ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและค้นพบในชุมชน					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ตรวจสอบจากการรายงานตัวชี้วัดในฐานข้อมูล Long Term Care ทุกเดือน					
แหล่งข้อมูล	Data center LTC ระดับจังหวัด					
รายการข้อมูล ๑	A= จำนวนผู้ป่วยเตียงประเภทที่ ๓ และเตียงประเภท ๔ ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและค้นพบในชุมชนที่ได้รับการติดตามเยี่ยมภายใน ๒ สัปดาห์					
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้ป่วยเตียงประเภทที่ ๓ และเตียงประเภท ๔ จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและค้นพบในชุมชนทั้งหมด					
สูตรการคำนวณ	$(A/B) \times 100$					
เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน	๑	๒	๓	๔	๕
	ร้อยละ	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐	๙๕
ความถี่ในการรายงาน	รายงานทุกเดือน โดยผู้รับผิดชอบงาน Long Term Care					
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	นายแพทย์ยุทธชัย ตรีสกุล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนม					
ผู้จัดเก็บข้อมูล	ระดับเขต นายแพทย์ยุทธชัย ตรีสกุล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนม เบอร์ติดต่อ ๐๘๑-๑๘๗๘-๒๕๗๙ นางบุญร่วม ปริบูรณ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ เบอร์ติดต่อ ๐๘๙-๖๒๑๓๕๑๗๒ นางจันทร์สวาท มาเนียม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เบอร์ติดต่อ ๐๘๕-๗๔๘๔๙๙๔ นางนันทรี เมืองศรี นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ เบอร์ติดต่อ ๐๘๑ ๙๗๔ ๐๒๖๘ นางสาวชัชฎาภา สมศรี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เบอร์ติดต่อ ๐๘๘- ๕๖๑๗๙๙๕ ระดับหน่วยบริการผู้รับผิดชอบงานดูแลผู้ป่วยระยะยาว (Long Term Care) ในระดับ รพศ./รพท./รพช.					

รายละเอียดตัวชี้วัดยุทธศาสตร์เน้นหนักการดูแลระยะยาว (Long term care)						
ตัวชี้วัดบริการที่ ๒	ร้อยละการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเตียงประเภทที่ ๓					
คำนิยาม	ผู้ป่วยเตียงประเภทที่ ๓ หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยที่พยาธิสภาพของโรคทำให้เกิดความพิการจำกัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองหรือมีอุปสรรคทางการแพทย์ติดตัวกลับบ้านเพื่อช่วยในการดำรงชีวิต เช่น การให้อาหารทางสายยาง ใส่ท่อช่วยหายใจ การดูดเสมหะ จำเป็นต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL Barthel's Index = ๐ – ๔ คะแนน)และหรือมีความรุนแรงของโรคจนอาจเกิดอันตรายคุกคามต่อชีวิต หรือ เกิดความพิการ ภาวะแทรกซ้อน หมายถึง โรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ที่มีสุขภาพร่างกายอยู่ในภาวะเสื่อมโทรมจนต้องนอนอยู่บนเตียงอย่างเดียวนตลอดเวลา ซึ่งอาจจะพอที่จะขยับตัวได้บ้าง แต่ไม่สามารถที่จะช่วยเหลือตนเองในเรื่องกิจวัตรประจำวันได้ และอาจเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาเพิ่มเติม หรือต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เช่น แผลกดทับ ปอดติดเชื้อ ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ กล้ามเนื้อสับข้อติด และขาดสารอาหารรุนแรง					
เป้าหมายความสำเร็จ	ไม่เกินร้อยละ ๒๐					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยเตียงประเภทที่ ๓ ทุกกลุ่มโรค ทุกกลุ่มวัย (Barthel's Index = ๐ – ๔ คะแนน) ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และค้นพบในชุมชน					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ตรวจสอบจากการรายงานตัวชี้วัดในฐานข้อมูล Long Term Care ทุกเดือน					
แหล่งข้อมูล	ตรวจสอบจากการรายงานตัวชี้วัดในฐานข้อมูล Long Term Care ทุกเดือน					
รายการข้อมูล ๑	A= จำนวนผู้ป่วยเตียงประเภทที่ ๓ ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ออกเยี่ยมบ้าน และผู้ป่วยที่ค้นพบในชุมชน เกิดภาวะแทรกซ้อนจากสาเหตุที่ป้องกันได้จนต้องได้รับการรักษาเพิ่ม หรือเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล					
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้ป่วยเตียงประเภทที่ ๓ ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ออกเยี่ยมบ้าน และผู้ป่วยที่ค้นพบในชุมชนไปทั้งหมด					
สูตรการคำนวณ	$(A/B) \times 100$					
เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน	๑	๒	๓	๔	๕
	ร้อยละ	๓๐	๒๕	๒๐	๑๕	≤๑๐
ความถี่ในการรายงาน	รายงานทุกเดือน โดยผู้รับผิดชอบงาน Long Term Care					
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	นายแพทย์ยุทธชัย ตรีสกุล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนม					
ผู้จัดเก็บข้อมูล	ระดับเขต นายแพทย์ยุทธชัย ตรีสกุล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนม เบอร์ติดต่อ ๐๘๑-๑๘๗๘-๒๕๗๙ นางบุญร่วม ปริบุญณะ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ เบอร์ติดต่อ ๐๘๙-๖๒๑๓๕๑๗๒ นางจันทร์สว่าง มาเนียม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เบอร์ติดต่อ ๐๘๕-๗๔๘๔๙๙๔ นางนทรี เมืองศรี นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ เบอร์ติดต่อ ๐๘๑ ๙๗๔ ๐๒๖๘ นางสาวชัชญาภา สมศรี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เบอร์ติดต่อ ๐๘๘- ๕๖๑๗๙๙๕ ระดับหน่วยบริการผู้รับผิดชอบงานดูแลผู้ป่วยระยะยาว (Long Term Care) ในระดับ รพศ./รพท./รพช.					

รายละเอียดตัวชี้วัดยุทธศาสตร์เน้นหนักการดูแลระยะยาว (Long term care)						
ตัวชี้วัดบริการที่ ๓	ร้อยละการเปลี่ยนประเภทเตียงในผู้ระยะยาวจากประเภทเตียง ๓ เป็นเตียง ๒ และเตียง ๑ ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และออกเยี่ยมบ้าน					
คำนิยาม	ผู้ป่วยเตียงประเภทที่ ๓ หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของโรคที่ทำให้เกิดความพิการ / จำกัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเอง หรือมีอุปสรรคทางการแพทย์ติดตัวกลับบ้านเพื่อช่วยในการดำรงชีวิต เช่น การให้อาหารทางสายยาง ใส่ท่อช่วยหายใจ การดูดเสมหะ จำเป็นต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันทั้งหมดหรือเกือบทั้งหมด (Barthel's Index = ๐ - ๔ คะแนน) ผู้ป่วยเตียงประเภทที่ ๒ หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยที่มีการดำเนินของโรคส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตปกติ มีความจำกัด / ไร้ความสามารถเล็กน้อย ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เต็มที่ ศักยภาพในการดูแลตัวเองไม่เพียงพอ ต้องการผู้ดูแล / คนช่วยเหลือในการทำกิจกรรมบางส่วน (Barthel's Index = ๕ - ๑๑ คะแนน) ผู้ป่วยเตียงประเภทที่ ๑ หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยที่มีการดำเนินของโรคส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตปกติ มีความจำกัด / ไร้ความสามารถเล็กน้อย ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เต็มที่ ศักยภาพในการดูแลตัวเองไม่เพียงพอ ต้องการผู้ดูแล / คนช่วยเหลือในการทำกิจกรรมบางส่วน หรือสามารถช่วยเหลือตนเองได้ (Barthel's Index = ๑๒ - ๒๐ คะแนน) ผู้ป่วยระยะยาว หมายถึง บุคคลภาวะที่ต้องการการช่วยเหลือจากผู้อื่นในการดำรงชีวิตและประกอบกิจกรรมต่างๆ เป็นผู้ป่วยที่มี Barthel's Index น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๔/๒๐ มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง และมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง เป็นผู้ป่วยที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนในการดูแลทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ ที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง เช่น กลุ่มโรคเรื้อรังที่มีปัญหาซับซ้อน กลุ่มที่มีอุปสรรคทางการแพทย์ติดตัว กลุ่มจิตเวชที่ขาดที่พึ่ง กลุ่มผู้พิการ/เด็กพิการ อัมพฤกษ์ อัมพาต ความจำเสื่อม อุบัติเหตุ และกลุ่มผู้สูงอายุ					
เป้าหมายความสำเร็จ	มากกว่าหรือเท่าร้อยละ ๒๐					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยเตียงประเภทที่ ๓ ทุกกลุ่มโรค ทุกกลุ่มวัย (Barthel's Index = ๐ - ๔ คะแนน) ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและค้นพบในชุมชน					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ตรวจสอบจากการรายงานตัวชี้วัดในฐานข้อมูล Long Term Care ทุกเดือน					
แหล่งข้อมูล	ตรวจสอบจากการรายงานตัวชี้วัดในฐานข้อมูล Long Term Care ทุกเดือน/โรงพยาบาลแม่ข่าย					
รายการข้อมูล ๑	A= จำนวนผู้ป่วยเตียงประเภทที่ ๓ ทุกกลุ่มโรค ทุกกลุ่มวัย (Barthel's Index = ๐ - ๔ คะแนน) ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และค้นพบในชุมชนเปลี่ยนจากเตียงประเภทที่ ๓ เป็นประเภทเตียง ๒ และเตียง ๑					
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้ป่วยเตียงประเภทที่ ๓ ทุกกลุ่มโรค ทุกกลุ่มวัย (Barthel's Index = ๐ - ๔ คะแนน) ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและค้นพบในชุมชนทั้งหมด					
สูตรการคำนวณ	(A/B) x ๑๐๐					
เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน	๑	๒	๓	๔	๕
	ร้อยละ	≤๑๐	๑๕	๒๐	๒๕	๓๐
ความถี่ในการรายงาน	รายงานทุกเดือน โดยผู้รับผิดชอบงาน Long Term Care					
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	นายแพทย์ยุทธชัย ตริสกุล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนม					
ผู้จัดเก็บข้อมูล	ระดับเขต นายแพทย์ยุทธชัย ตริสกุล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนม เบอร์ติดต่อ ๐๘๑-๑๘๗๘-๒๕๗๙ นางบุญรุ่ม ปรีบุญณะ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ เบอร์ติดต่อ ๐๘๙-๖๒๑๓๕๑๓๒ นางจันทร์สว่าง มาเนียม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เบอร์ติดต่อ ๐๘๕-๗๔๘๔๙๔๔ นางนันทรี เมืองศรี นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ เบอร์ติดต่อ ๐๘๑ ๙๗๔ ๐๒๖๘ นางสาวชัชฎาภา สมศรี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เบอร์ติดต่อ ๐๘๘- ๕๖๑๗๙๙๕ ระดับหน่วยบริการผู้รับผิดชอบงานดูแลผู้ป่วยระยะยาว (Long Term Care) ในระดับ รพศ./รพท./รพช.					