



สรุปผลการตรวจราชการ รอบที่ 2 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565
ประเด็นที่ 5 ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย
สาขาการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care)

โดยแพทย์หญิงดวงจิตร์ สมิตธีนราเศรษฐ์
สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ
วันที่ 19 กันยายน 2565

ตัวชี้วัดปีงบประมาณ 2565	เกณฑ์เป้าหมาย	
	รอบ 6 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care* ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70

*ผู้ป่วย Intermediate care หมายถึง ผู้ป่วยกลุ่มโรค Stroke, Traumatic Brain Injury, Spinal Cord Injury และ Fracture Hip (Fragility fracture) ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15 รวมทั้งคะแนน Barthel index ≥15 with multiple impairments ตามเกณฑ์การบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (IPD-IMC protocol) สำหรับโรงพยาบาลระดับ M และ F

สูตรคำนวณตัวชี้วัด

$$(A/B) \times 100$$

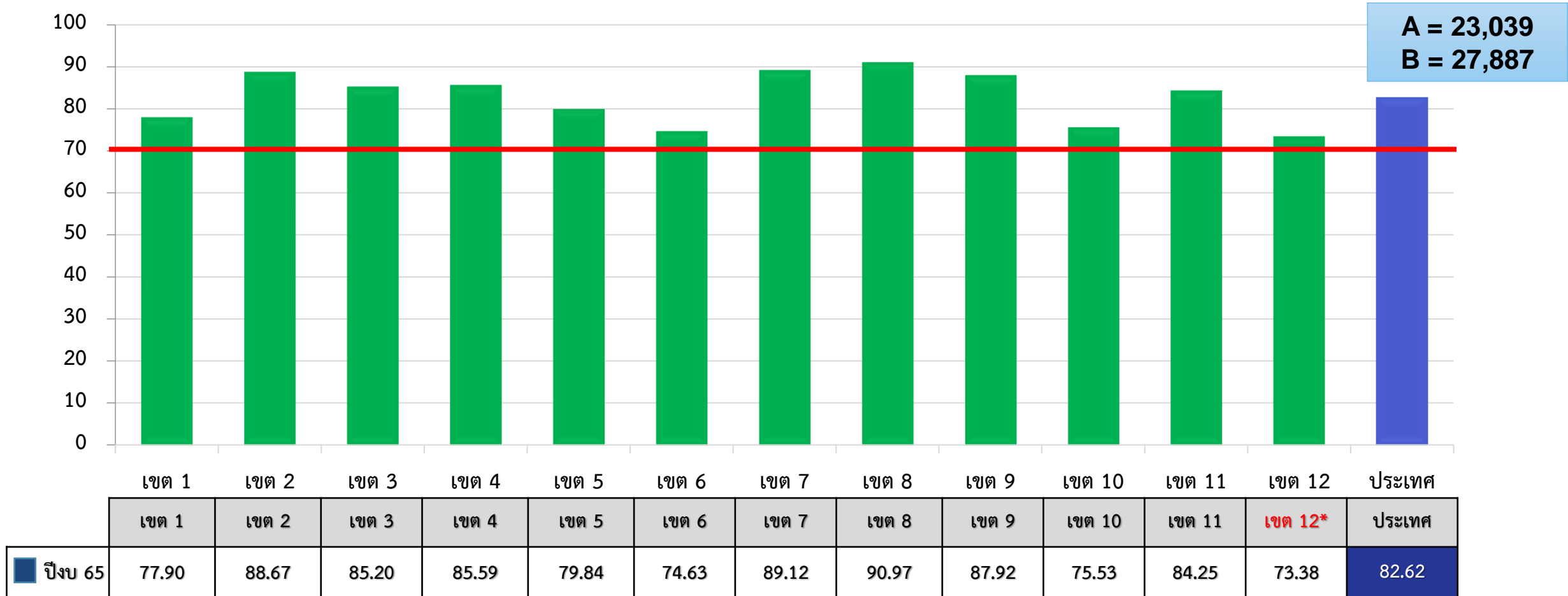
A	จำนวนผู้ป่วย Intermediate care* <u>ที่ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจนกว่า Barthel index = 20</u> ตามเกณฑ์การบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (IPD-IMC protocol)
B	จำนวนผู้ป่วย Intermediate care* ภายในจังหวัดที่รอดชีวิต และมีคะแนน Barthel index <15 หรือคะแนน Barthel index ≥ 15 with multiple impairments <u>ที่เข้าสู่ระบบการดูแลระยะกลาง จนครบ 6 เดือน หรือ Barthel index = 20</u> (ผู้ป่วยที่สามารถประเมินผลลัพธ์การดูแลได้ หากไม่สามารถประเมินได้ให้ยกยอดไปประเมินรอบถัดไป)

*กลุ่มเป้าหมาย

1. ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury รายใหม่ หรือกลับเป็นซ้ำภายในระยะเวลา 6 เดือน ทุกรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัด
2. ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ทุกรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัดด้วยภาวะกระดูกสะโพกหักจากภัยอันตรายชนิดไม่รุนแรง (Fragility fracture)



ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน



*หมายเหตุ : เขต 12 ขาดข้อมูลจังหวัดพัทลุง ปัตตานี และยะลา

ที่มา: DMS Health KPI และแบบรายงานการตรวจราชการรอบที่ 2 ปีงบประมาณ 2565

ข้อมูล ณ วันที่ 10 สิงหาคม 2565





เขตสุขภาพที่ 1

เชียงใหม่ – โปรแกรม CM-IMC: บันทึกการให้บริการและการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย

แพร่ - โปรแกรม PIMC ทั้ง 5 กลุ่มโรค ได้แก่ Hip fracture, Ischemic stroke, Hemorrhagic stroke, SCI และ TBI เพื่อใช้ในการส่งต่อ ติดตามดูแลรักษาต่อเนื่องในพื้นที่

ลำปาง - จัดทำแผนบูรณาการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย IMC จังหวัดลำปาง

แม่ฮ่องสอน - ทำ Shoulder-Bobath sling จากวัสดุเหลือใช้

ลำพูน - พัฒนา Care Protocol ในการดูแลผู้ป่วยตามบริบทของพื้นที่ โดยใช้Telemedicine

เขตสุขภาพที่ 2

สุโขทัย : มีธนาการการยืมกายอุปกรณ์ของโรงพยาบาลสุโขทัยและศรีสังวรสุโขทัย

อุตรดิตถ์ :

- มีการบูรณาการงานด้าน IMC- LTC – PC

- มีการนำโปรแกรม UTT care และ UTT seamless care มาใช้ในการส่งต่อผู้ป่วยและรวบรวมข้อมูล

เขตสุขภาพที่ 3

นครสวรรค์ : โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสามารถให้การดูแลรักษา และฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางได้เอง

ที่มา: แบบรายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ 2 ปีงบประมาณ 2565



เขตสุขภาพที่ 4

- มีนโยบายจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูชุมชนทุกจังหวัด
- พัฒนา Home Program และคู่มือสำหรับผู้ป่วยและญาติ Care giver อสม. และการดูแลผู้สูงอายุ ให้ง่ายสะดวกต่อการเข้าถึง
- บริการ Tele – Rehabilitation : ฟื้นฟูและติดตามทางไกลผ่าน VDO call
- คลิบัติโอการออกกำลังกายบำบัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- คลิบัติโอในการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดข้อสะโพกมาใช้ให้ความรู้และคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วย

เขตสุขภาพที่ 6

ชลบุรี:

- เปิดบริการ Day care ที่องค์การบริหารส่วนตำบลพลูตาหลวง อำเภอสัตหีบ เพื่อให้บริการผู้ป่วย Intermediate Care และ Long Term Care ต่อเนื่องจากโรงพยาบาล โดยองค์กรปกครองท้องถิ่น
- ให้คำแนะนำและติดตามการฟื้นฟู ด้วยระบบ Tele-rehabilitation ในผู้ป่วย IMC แบบผู้ป่วยนอก

สระแก้ว:

- บูรณาการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย IMC ร่วมกับระบบการดูแลต่อเนื่อง (Continuity of care: COC) และส่งต่อข้อมูลการติดตามเยี่ยมบ้าน ในโปรแกรม Thai COC โดยมีแพทย์แผนไทยร่วมเป็น Manager กับ ทีมสหวิชาชีพ IMC

ที่มา: แบบรายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ 2 ปีงบประมาณ 2565



เขตสุขภาพที่ 7

ขอนแก่น:

- มีภาคีเครือข่าย Stroke ที่สามารถดำเนินการค้นหาและติดตามผู้ป่วย IMC เชิงรุกในชุมชน ประสานงานและทำการฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่อง
- มีการใช้โปรแกรม Stroke@BI ในการส่งต่อและติดตามเยี่ยมผู้ป่วย acute, intermediate และ long term care

ร้อยเอ็ด:

- มีโปรแกรม Nemocare Roi-ET เป็นโปรแกรมส่งต่อและติดตามเยี่ยมผู้ป่วย IMC ที่เชื่อมโยงทั้งระบบ

เขตสุขภาพที่ 8

สกลนคร:

- มีโปรแกรม IMC SAKON NAKHON (google.com) สำหรับการใช้ส่งต่อและตอบกลับข้อมูลผู้ป่วย IMC

หนองคาย:

- มี QR code for Home PT program สำหรับผู้ป่วยในการดูแลตัวเองที่บ้าน

เขตสุขภาพที่ 9

นครราชสีมา:

- จัดบริการและจัดระบบศูนย์สุขภาพสุขใจ **ใกล้บ้าน** โดยการมีส่วนร่วมจาก อปท. 1 แห่ง/อำเภอ ทุกอำเภอ

ชัยภูมิ:

- IMC Notification พัฒนาระบบการสร้าง IMC code แบบอัตโนมัติผ่าน Line notification
- Tele-rehabilitation เพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสภาพ
- โปรแกรมการดูแลต่อเนื่องระยะกลาง; PMIC

ที่มา: แบบรายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ 2 ปีงบประมาณ 2565



เขตสุขภาพที่ 10

- ม.ราชภัฏศรีสะเกษ ร่วมกับ โรงพยาบาลศรีสะเกษ **เปิดศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลต่อเนื่อง** ณ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ
- จังหวัดศรีสะเกษ **ใช้โปรแกรม PRM referral network** ในการส่งต่อและติดตามข้อมูลผู้ป่วย
- โรงพยาบาลศรีสะเกษ : **ใช้นวัตกรรมสวนฝึกเดินสามมิติอินเตอร์**
- ศูนย์ความเป็นเลิศด้านชีววิทยาศาสตร์ (องค์กรมหาชน) ร่วมกับโรงพยาบาลศรีสะเกษ และ **อำนาจเจริญ - โครงการช่วยฝึกเดินในผู้สูงอายุและผู้ป่วยในระยะ Intermediate Care**
- **จังหวัดยโสธร มุกดาหาร อำนาจเจริญ-สามสหายฟื้นฟู ไร้รอยต่อ**

เขตสุขภาพที่ 11

- มีการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย ในการ **จัดตั้ง Day care Center** จำนวน 9 แห่ง ในจังหวัดกระบี่ สุราษฎร์ธานี ภูเก็ต และ นครศรีธรรมราช
- มีการใช้ทรัพยากรร่วมกันภายในจังหวัด (แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู พยาบาลฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด)
- **ทุกจังหวัดมีการใช้ระบบสารสนเทศในการเก็บข้อมูล ติดตามผู้ป่วย และการดูแลผู้ป่วยผ่านระบบ Tele - Raheb**

เขตสุขภาพที่ 12

- **พัทลุง:** **จัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูในชุมชน** 3 ศูนย์ ตามโซนเหนือ กลาง ใต้
- **สตูล:** พัฒนาระบบ **Community based IMC : ศูนย์ CBR** ครอบคลุม 5 อำเภอ และพัฒนาระบบ Telemedicine ทุกอำเภอ
- **สงขลา:** **ใช้โปรแกรม PRM referral network** ในการส่งต่อและติดตามข้อมูลผู้ป่วย และจัดตั้งธนาคารศูนย์สร้างสุข โดยเป็นศูนย์สาธิต ยืมอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ
- **ยะลา:** **จัดระบบการดูแลผู้ป่วย IMC แบบ New Normal** และพัฒนาให้เกิด **Application- Yala IMC** กับโปรแกรม **Home Health Care**
- **นราธิวาส:** สามารถส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงานทุติยภูมิ และปฐมภูมิอย่างเป็นระบบ รวมทั้ง สามารถส่งต่อผู้ป่วย จาก Intermediate care ไปสู่ Long term care ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- **ตรัง:** ให้บริการแบบ new normal / Telemedicine

ที่มา: แบบรายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ 2 ปีงบประมาณ 2565





Service delivery

- พัฒนาระบบบริการในรูปแบบ New Normal เพื่อรองรับสถานการณ์ COVID-19
- พัฒนาระบบดูแลและติดตามผู้ป่วย โดยใช้ Telemedicine/ Telerehabilitation
- มีระบบปรึกษาทางไกล (Teleconsultation) ระหว่าง รพ.แม่ข่ายและลูกข่าย
- พัฒนาเครือข่าย/เชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยในชุมชน เพื่อให้เกิดระบบการดูแลต่อเนื่อง

Health workforce

พื้นที่: จัดทำแผนเพิ่มอัตรากำลัง/แผนพัฒนาบุคลากรในวิชาชีพที่ขาดแคลน
ส่วนกลาง: เสนอรอบอัตรากำลังของวิชาชีพที่เกี่ยวข้องใน รพ. แต่ละระดับ เพื่อให้เพียงพอและเหมาะสมกับภาระงาน

Information

พื้นที่: พัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อรองรับการส่งต่อและติดตามข้อมูลผู้ป่วย IMC ระหว่าง รพ.แม่ข่ายและลูกข่าย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและติดตามต่อเนื่อง (พิจารณาตามความพร้อมของพื้นที่ เช่น โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นเอง Line, Google sheet เป็นต้น)
ส่วนกลาง: พัฒนาระบบสารสนเทศที่เป็นระบบเดียวกันทั่วประเทศ

Financing

ส่วนกลาง: ผลักดันข้อเสนอรูปแบบการจ่ายค่าบริการผู้ป่วยระยะกลาง (IMC) ที่เหมาะสม

3.2 Policy Advocacy

Ultimate goal



Intermediate care





กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES



กรมการแพทย์
“ทำดีที่สุดเพื่อทุกชีวิต”



ทุกลมหายใจที่ได้คืบมา
มีค่ามากกว่าคำชื่นชม



ทำดีที่สุด เพื่อทุกชีวิต
(Do our best for all)

กรมการแพทย์

DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES



80 ปี กรมการแพทย์ ทำดีที่สุดเพื่อทุกชีวิต