



## บันทึกข้อความ

โรงพยาบาลรัฐประเทศ
เลขรับที่ 5671
วันที่ 19 ต.ค. 65
เวลา 14:01

ส่วนราชการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว (กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ) โทร. ๐ ๓๗๕๒ ๕๑๔๑ - ๕ ต่อ ๓๐๒

ที่ สก ๐๐๓๓.๐๐๘/ว ๒๕๖๕

วันที่ ๑๙ ตุลาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขอแจ้งแนวทางการดำเนินงานศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพในระดับชุมชน เขต ๖ ระยอง

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ทุกแห่ง และสาธารณสุขอำเภอ ทุกอำเภอ

### ๑. เรื่องเดิม

ตามที่ มติคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) สาขา Intermediate Care เขตสุขภาพที่ ๖ ครั้งที่ ๑/๒๕๖๕ วันที่ ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๖๕ และมติคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข เขต ๖ ระยอง ครั้งที่ ๓/๒๕๖๕ วันที่ ๑๔ กันยายน ๒๕๖๕ ได้เห็นชอบร่างแนวทางการดำเนินงานศูนย์ Day care เขตสุขภาพที่ ๖ และแบบประเมินสำหรับศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน (Day care) นั้น

### ๒. ข้อเท็จจริง

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๖ ระยอง ขอแจ้งแนวทางการดำเนินงานศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพในระดับชุมชน เขต ๖ ระยอง เพื่อร่วมสนับสนุนการดำเนินงานดังกล่าว ทั้งนี้งบประมาณสามารถจัดทำโครงการเพื่อขอรับการสนับสนุนได้จากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัดในพื้นที่

### ๓. ข้อพิจารณา

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว ขอแจ้งแนวทางการดำเนินงานศูนย์ Day care และแบบประเมินสำหรับศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน Day care เพื่อให้โรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พิจารณาจัดทำศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน และของงบประมาณการสนับสนุนได้จากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัดในพื้นที่ รายละเอียดตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

### ๔. ข้อเสนอ

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาแจ้งผู้ที่เกี่ยวข้องต่อไป

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัฐประเทศ

- ☒ เพื่อโปรดทราบ  
☒ เพื่อโปรดพิจารณา  
☒ เห็นควรมอบ .....  
☐ อื่นๆ .....  
.....  
.....  
.....

19 ต.ค. 65

นายแพทย์

(นายราเชษฎ์ เสงี่ยมม)  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัฐประเทศ

20 ต.ค. 2565



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

# สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๖ ระยอง

เลขที่ ๑๑๕ อาคารศรพิลาชา ชั้น ๒ ซอยศูนย์การค้า สาย ๔ ถนนสุขุมวิท ตำบลเชิงเนิน อำเภอเมือง  
จังหวัดระยอง ๒๑๐๐๐ โทรศัพท์ ๐ - ๓๘๘๖ - ๔๓๑๓ - ๑๔ โทรสาร ๐ - ๓๘๘๖ - ๔๓๒๐  
http://ryg.nhso.go.th

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง  
รับเลขที่ 11706

ที่ สปสช. ๙๓๖/ ๑ พ ๕ ๕๖

วันที่ 12 ต.ค. 2565

เวลา 10.35

๑๑ ตุลาคม ๒๕๖๕

กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

เลขรับที่ 480

วันที่ 17 ต.ค. 2565

เวลา 09.20 น

เรื่อง ขอแจ้งแนวทางการดำเนินงานศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพในระดับชุมชน เขต ๖ ระยอง

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดระยอง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แนวทางการดำเนินงานศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพในระดับชุมชน เขต ๖ ระยอง

จำนวน ๑ ฉบับ

๒. แบบประเมินสำหรับศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน (Day Care)

จำนวน ๔ แผ่น

ตามมติคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) สาขา Intermediate Care เขตสุขภาพที่ ๖ ครั้งที่ ๑/๒๕๖๕ วันที่ ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๖๕ และมติคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข เขต ๖ ระยอง ครั้งที่ ๓/๒๕๖๕ วันที่ ๑๔ กันยายน ๒๕๖๕ ได้เห็นชอบร่างแนวทางการดำเนินงานศูนย์ Day care เขตสุขภาพที่ ๖ และแบบประเมินสำหรับศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน (Day care) นั้น

ในการนี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๖ ระยอง ขอแจ้งแนวทางการดำเนินงานศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพในระดับชุมชน เขต ๖ ระยอง และขอความอนุเคราะห์แจ้งแนวทางดังกล่าวให้หน่วยบริการในจังหวัดของท่านเพื่อร่วมสนับสนุนการดำเนินงานดังกล่าว ทั้งนี้ งบประมาณสามารถจัดทำโครงการเพื่อขอรับการสนับสนุนได้จากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัดในพื้นที่

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และแจ้งผู้เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไป จะเป็นพระคุณ

เรียน นพ. สสว. สก

- สปสช. แจ้งแนวทางการดำเนินงานศูนย์

ขอแสดงความนับถือ

ฟื้นฟูสมรรถภาพในระดับชุมชน เขต ๖ ระยอง

และแบบประเมินสำหรับศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน (Day Care)

- เสนอแนะ รพ. สสอ. ชลบุรี ให้จัดทำคู่มือ

นายสุรทิน นาสีทอง

ขอในกรณีที่มีปัญหาขอคำปรึกษา

ในกรณีที่มีปัญหาขอคำปรึกษา

ผู้แทนสายการเขตสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

งานสนับสนุนการเข้าถึงบริการปฐมภูมิ

โทรศัพท์ ๐ ๓๘๘๖ ๔๓๑๓-๑๕ มือถือ ๐๖ ๑๔๕๐๔ ๙๖๓๔

โทรสาร ๐ ๓๘๘๖ ๔๓๑๔-๒๐

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ : pontaweck.k@nhso.go.th

ผู้รับผิดชอบ : นายพลเวช ขำแสง

สำเนา :

ปลัด IMC/COE

ดร.

(นางดารารัตน์ ไหว้งศ์)

นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ(ด้านส่งเสริมพัฒนา)  
ปฏิบัติราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

ฉบับที่ ๐1

วันที่ 2 เมษายน 2563

## แนวทางการดำเนินงานศูนย์ Day care เขตสุขภาพที่ 6

- ด้านการบริการ**
1. การทำงานเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลระดับ A,S,M,F ในพื้นที่
  2. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยในระยะ Intermediate Care และ Long term care
  3. ให้ยืม/จัดหาอุปกรณ์/Home modification
  4. บริการรถรับ-ส่ง
  5. จัดสวัสดิการอื่น ๆ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วย เช่น หาดอาหาร, อาบน้ำ, ซักเสื้อผ้า

รูปแบบบริการ 1. ที่ศูนย์ Day care (4-5 วัน/สัปดาห์)

2. Outreach

### แนวทางการบริการฟื้นฟูระยะ IMC (BI 5 ถึง <15)

- ประเมิน/สรุปปัญหาผู้ป่วย
- Goal setting
- จัดทำ care plan/โปรแกรมฟื้นฟูประมาณ 2-4 สัปดาห์
- Case conference (Team meeting) กับโรงพยาบาลแม่ข่ายในอำเภอ
- Re-evaluation /ปรับโปรแกรมให้เหมาะสมเป็นระบบเป็นระยะ(ประมาณทุก 1 เดือน)
- ประเมินสภาพบ้าน/เตรียมบ้าน/อุปกรณ์
- จำหน่ายจากโปรแกรม IMC เมื่อ BI 20หรือครบ 6 เดือน(Discharge, LTC หรือถึงเป้าหมาย)
- ติดตามเยี่ยมบ้านหลังจำหน่าย

### แนวทางการบริการระยะ LTC (BI 5-11)

- ประเมิน/สรุปปัญหาผู้ป่วย
- Goal setting
- จัดให้มีโปรแกรมการฟื้นฟู/activity/กิจกรรมกลุ่ม
- จัดทำ Care plan ทุก 1-2 เดือน
- Re-evaluation / ปรับโปรแกรมให้เหมาะสมเป็นระบบเป็นระยะ(ประมาณทุก 1 เดือน)
- ประเมินสภาพบ้าน/เตรียมบ้าน/จัดหาอุปกรณ์
- จัดกิจกรรมกลุ่ม
- ติดตามเยี่ยมบ้านหลังจำหน่าย

- ด้านบุคลากร**
1. มีบุคลากรด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพของตนเอง หรือได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานอื่น
  2. **ที่ต้องมี** พยาบาลฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด ผู้ช่วยเหลือคนไข้หรือ caregiver หรือ อสม.
  3. **ที่ควรมีเพิ่มเติม** นักกิจกรรมบำบัด แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู หรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรIMC, Speech therapist

แบบประเมินสำหรับศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน (Day Care)

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น.....อำเภอ.....จังหวัด.....

โรงพยาบาลแม่ข่าย.....

ขอรับการประเมิน ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน

รายละเอียด	คะแนนประเมินตนเอง		คณะกรรมการประเมิน			หมายเหตุ
	มี	ไม่มี	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ผ่านแบบมีเงื่อนไข	
1.1 มีการทำงานเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลในพื้นที่ (ทีม IMC และ LTC)						
1.2 ให้บริการผู้ป่วยทั้งระยะ IMC และ LTC						
1.3 มีบริการรองรับ-ส่งผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ใช้ wheelchair (WC)(รถครุเหมาะสมกับสภาพร่างกาย)						
1.4 บริการให้ยืม หรือจัดหาอุปกรณ์ไปใช้ที่บ้าน เช่น เตียง wheelchair (WC) อุปกรณ์ช่วยเดิน ที่นอนลม						
1.5 มีบริการแนะนำ ประเมิน การปรับสภาพบ้านผู้ป่วยและแจ้ง อพท. ได้แก่ ห้องน้ำ ทางลง ติดตั้งราวจับ						
1.6 มีการจัดสวัสดิการเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตแก่ผู้ป่วย เช่น จัดหาอาหาร ชักเสือน้ำ อาบน้ำ						
2.1 บริการที่ศูนย์(ให้บริการอย่างน้อยสัปดาห์ละ 4-5 วัน/สัปดาห์)						
2.2 บริการในชุมชน (ที่บ้าน)						
3. (เพื่อแจ้งกรรมการผู้ประเมิน IMC (B) 10-4) ให้บริการที่ศูนย์ (B) 15-4 (ให้บริการที่ศูนย์โดย Day Care)						
3.1.1 ประเมิน/สรุปปัญหาผู้ป่วย						

รายละเอียด	คะแนนประเมินตนเอง				คณะกรรมการประเมิน			หมายเหตุ
	มี	ไม่มี	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ผ่านแบบมีเงื่อนไข			
3.1.2 Goal setting								
3.1.3 จัดทำ care plan/โปรแกรมฟื้นฟูประมาณ 2-4 สัปดาห์								
3.1.4 Case conference (Team meeting) ที่โรงพยาบาลแม่ข่ายใน อำเภอ								
3.1.5 Re-evaluation /ปรับโปรแกรมให้เหมาะสมเป็นระบบเป็นระยะ(ประมาณทุก 1 เดือน)								
3.1.6 ประเมินสภาพบ้าน/เตรียมบ้าน/อุปกรณ์								
3.1.7 จำหน่ายจากโปรแกรม IMC เมื่อ BI 20หรือครบ 6 เดือน (Discharge, LTC หรือถึงเป้าหมาย)								
3.1.8 ติดตามเยี่ยมบ้านหลังจำหน่าย								
3.2 แนวทางการประเมิน LTC (BI 5-11)								
3.2.1 ประเมิน/สรุปปัญหาผู้ป่วย								
3.2.2 Goal setting								
3.2.3 จัดให้มีโปรแกรมการฟื้นฟู/activity/กิจกรรมกลุ่ม								
3.2.4 จัดทำ Care plan ทุก 1-2 เดือน								
3.2.5 Re-evaluation /ปรับโปรแกรมให้เหมาะสมเป็นระบบเป็นระยะ (ประมาณทุก 1 เดือน)								
3.2.6 ประเมินสภาพบ้าน/เตรียมบ้าน/จัดหาอุปกรณ์								
3.2.7 จัดกิจกรรมกลุ่ม								
3.2.8 ติดตามเยี่ยมบ้านหลังจำหน่าย								

รายละเอียด	คะแนนประเมินตนเอง				คณะกรรมการประเมิน			หมายเหตุ
	มี		ไม่มี		ผ่าน	ไม่ผ่าน	ผ่านแบบมีเงื่อนไข	
4.1 มีบุคลากรด้านการฟื้นฟูเหมาะสม ได้แก่ นักกายภาพบำบัด พยาบาลฟื้นฟู และผู้ช่วยเหลือคนไข้ (อสม. หรือ ญาติ หรือ CG)								
4.2 มีบุคลากรสนับสนุนจากโรงพยาบาล เช่น รับประทานหรือมาช่วยให้บริการอย่างสม่ำเสมอ ได้แก่ นักกิจกรรมบำบัด แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร IMC								
5.1 มีทางลาดสำหรับผู้ป่วย wheelchair (WC)								
5.2 มีห้องน้ำได้ตามมาตรฐานผู้พิการ								
5.3 มีห้องอาบน้ำที่ wheelchair (WC) เข้าได้								
5.4 มีพื้นที่จัดกิจกรรมกลุ่มได้ 5-7 คน								
5.5 มีพื้นที่ให้บริการผู้ป่วยไม่น้อยกว่า 8x10 เมตร								
5.6 มีเครื่องมือสำหรับให้บริการด้านดนตรีที่เหมาะสม								
-เตียง 3 ไก								
-เตียงฝึกผู้ป่วยทางกายภาพบำบัด								
-Standard wheelchair								
-Light weight wheelchair								
-ราวติดเดิน								

รายละเอียด	คะแนนประเมินตนเอง		คณะกรรมการประเมิน			หมายเหตุ
	มี	ไม่มี	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ผ่านแบบมีเงื่อนไข	
-กระจงก						
-จกัรกยานป้ันชก						
-จกัรกยานป้ันมื่อ						
-อุปกรณมืกมื่อ						
รวมคะแนน						

สรุปผลการประเมิน คะแนนที่ได้.....คะแนน

.....

.....

คณะกรรมการตรวจสอบประเมิน(อย่างน้อย 3 คน)

ชื่อ-นามสกุล ผู้ประเมิน.....ลายเซ็น.....

ชื่อ-นามสกุล ผู้ประเมิน.....ลายเซ็น.....

ชื่อ-นามสกุล ผู้ประเมิน.....ลายเซ็น.....

ชื่อ-นามสกุล ผู้ประเมิน.....ลายเซ็น.....

ชื่อ-นามสกุล ผู้ประเมิน.....ลายเซ็น.....

วันที่ เดือน พศ.