



สรุปผลการตรวจราชการกรมการแพทย์
ประเด็น Functional based การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
สาขาการดูแลระยะกลาง (IMC)
รอบที่ 2 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

โดยแพทย์หญิงดวงจิตร์ สมิตธีนราเศรษฐ์
สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ
วันที่ 13 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

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

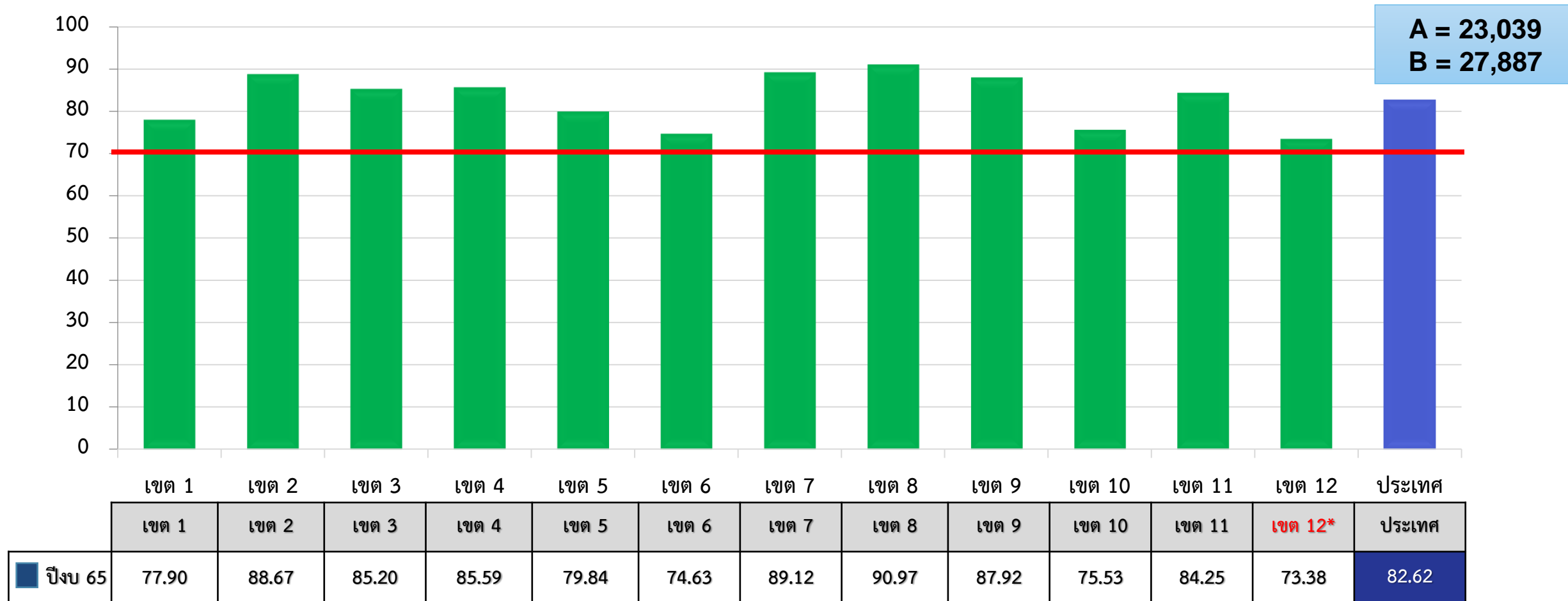
A	จำนวนผู้ป่วย Intermediate care* <u>ที่ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจนกว่า Barthel index = 20</u> ตามเกณฑ์การบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (IPD-IMC protocol)
B	จำนวนผู้ป่วย Intermediate care* ภายในจังหวัดที่รอดชีวิต และมีคะแนน Barthel index <15 หรือคะแนน Barthel 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: ผลการตรวจราชการรอบที่ 2 ปีงบประมาณ 2565

ข้อมูล ณ วันที่ 10 สิงหาคม 2565





ปัญหาอุปสรรค	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา
<p>Service delivery</p> <ul style="list-style-type: none"> จากสถานการณ์ COVID-19 ส่งผลให้การดูแลและติดตามขาดความต่อเนื่อง การส่งกลับผู้ป่วย (refer back) เพื่อรักษาต่อที่ รพช. มีจำนวนน้อย กรณีผู้ป่วยถูกส่งต่อข้ามจังหวัดไม่สามารถติดตามได้ ผู้ป่วยและญาติบางรายขาดความตระหนักในการดูแลและฟื้นฟูระยะกลาง 	<ul style="list-style-type: none"> พัฒนาระบบ Telemedicine หรือ rehabilitation เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและติดตามอย่างต่อเนื่อง พัฒนาระบบเชื่อมโยงข้อมูลของผู้ป่วยในการ refer back ไปรักษาต่อที่ รพช.ครอบคลุมทั้งเขตสุขภาพ ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติถึงความสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง รวมถึงวางเป้าหมายการดูแลร่วมกัน
<p>Health workforce</p> <ul style="list-style-type: none"> บุคลากรเชี่ยวชาญเฉพาะด้านยังมีเพียงพอ ได้แก่ พยาบาลฟื้นฟู (4 เดือน) แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกิจกรรมบำบัด นักกายภาพบำบัด เป็นต้น บุคลากรยังขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย IMC การพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องยังไม่เพียงพอและครอบคลุม 	<ul style="list-style-type: none"> จัดทำแผนอัตรากำลังที่ขาดแคลนตามภาระงาน เพื่อเสนอแผนการจัดสรรในภาพเขต สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรโดยส่งอบรมตามวิชาชีพที่จำเป็นและขาดแคลน หรือจัดอบรมภายในเขตสุขภาพ/จังหวัด





ปัญหาอุปสรรค	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา
<p>Information</p> <ul style="list-style-type: none"> การส่งต่อข้อมูลและดูแลต่อเนื่องมีความล่าช้า ยังไม่มีระบบส่งต่อและติดตามข้อมูลผู้ป่วยระหว่าง รพ.แม่ข่ายและลูกข่ายที่เป็นรูปแบบเดียวกัน และสะดวกต่อการใช้งาน 	<ul style="list-style-type: none"> พัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อรองรับการส่งต่อและติดตามข้อมูลผู้ป่วย IMC ระหว่าง รพ.แม่ข่าย และลูกข่าย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและติดตามต่อเนื่อง
<p>Medical products, vaccines & technology</p> <ul style="list-style-type: none"> Intermediate bed/ward ส่วนใหญ่ยังไม่มียาลดเกร็ง (ยา Baclofen บัญชี ข) ขาดแคลนเครื่องมือ อุปกรณ์ วัสดุทางการแพทย์สำหรับการดูแลผู้ป่วย IMC 	<ul style="list-style-type: none"> พัฒนาระบบมาตรฐาน Intermediate bed/ward ที่ชัดเจน ทั้งทางด้านโครงสร้าง ยา เวชภัณฑ์ที่จำเป็น วัสดุทางการแพทย์ และระบบบริการ สำรวจความต้องการเครื่องมือและอุปกรณ์ และจัดทำแผนจัดหาระดับเขต/จังหวัด
<p>Leadership/ Governance</p> <ul style="list-style-type: none"> มีการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงาน IMC ในพื้นที่ทำให้การดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง บางพื้นที่ขาดนโยบาย/ การสนับสนุนที่ชัดเจนจากผู้บริหาร 	<ul style="list-style-type: none"> พัฒนาระบบงานภายในจังหวัด ให้เป็นระบบและเกิดความยั่งยืน ถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติงานให้ชัดเจน และครอบคลุมผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ
<p>Financing</p> <ul style="list-style-type: none"> ปีงบ 2565 สปสช. ไม่ได้สนับสนุนงบ IP rate พิเศษ ทำให้เขตสุขภาพไม่สามารถเบิกจ่ายค่าบริการแบบ on top IMC ได้ 	<ul style="list-style-type: none"> ควรมีการผลักดันให้มีการจ่ายค่าบริการ IMC ที่เหมาะสม ครอบคลุม และเท่าเทียม ทั้ง 12 เขตสุขภาพ





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
- คลิวิดิโอการทำกายภาพบำบัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- คลิวิดิโอในการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดข้อสะโพกมาใช้ให้ความรู้และคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วย

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: เสนอกรอบอัตรากำลังของวิชาชีพที่เกี่ยวข้องใน 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



เป้าหมาย

ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care ได้รับการบริหารฟื้นสภาพ และติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน
(เป้าหมายรอบ 6 เดือน ร้อยละ 75)
(เป้าหมายรอบ 12 เดือน ร้อยละ 75)

มาตรการ

รอบที่ 1

1. เชื่อมโยงนโยบายระดับชาติลงสู่การปฏิบัติในระดับเขตสุขภาพและจังหวัด
2. ให้บริการ IMC ตาม Care protocol อย่างเป็นรูปธรรม
3. สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในวิชาชีพที่ขาดแคลน ระดับจังหวัด/เขตสุขภาพ

รอบที่ 2

1. พัฒนาการให้บริการ IMC ให้ได้คุณภาพทั้งทางด้านโครงสร้าง ระบบบริการ และบุคลากร
2. บริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

6 เดือน

เป้าหมาย ร้อยละ 75

แนวทางการตรวจ

รอบที่ 1

1. มีการประชุมคณะกรรมการ IMC SP เขตและจังหวัด เพื่อขับเคลื่อนงานให้บรรลุเป้าหมายระดับเขตสุขภาพ
- 2.1 มีแผนการให้บริการผู้ป่วยเป็นรายบุคคลต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน หรือ Barthel index = 20
- 2.2 มีระบบติดตามการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เช่น นัดมารับบริการแบบผู้ป่วยนอก การติดตามทางโทรศัพท์/Tele rehabilitation การติดตามเยี่ยมในชุมชน
- 2.3 มีระบบปรึกษาทางไกลระหว่าง รพ.แม่ข่าย และ รพ.ลูกข่าย
- 2.4 มีระบบส่งต่อและติดตามข้อมูล ผ่านระบบสารสนเทศที่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลภายในจังหวัด
- 2.5 พัฒนาระบบ Telemedicine
- 3.1 จัดอบรมระยะสั้นที่สามารถดำเนินการได้เองภายในจังหวัด/เขตสุขภาพ ได้แก่ พยาบาลฟื้นฟูสภาพ 3-5 วัน กิจกรรมบำบัด แก๊ซการพูด การกลืน
- 3.2 ส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมจากส่วนกลาง เช่น หลักสูตรพยาบาลเฉพาะทาง 4 เดือน (Stroke และ Rehab) หลักสูตรกายภาพบำบัดสำหรับผู้ป่วย IMC 4 เดือน

รอบที่ 2

- 1.1 จังหวัดมีการจัดท้าวสครูรัณฑ์ ยาและเวชภัณฑ์ อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการให้เพียงพอต่อการให้บริการ
- 1.2 เยี่ยมเสริมพลังในแต่ละเขตสุขภาพ
- 1.3 เขตสุขภาพทาดเนินการขอสนับสนุนเงิน On-top IMC จากส.น.ักงานเขตสุขภาพ/สปลช.เขต
- 2.1 เสนอแผนการบริหารการอบอัตรากาลังของเขตสุขภาพ ตามวิชาชีพที่ขาดแคลน

ผลลัพธ์ที่ต้องการ

รอบที่ 1

1. มีแผนการดำเนินงานระดับเขต/จังหวัดและมีการขับเคลื่อนงานตามแผน
2. จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการและติดตามตามแผนการให้บริการผู้ป่วยเป็นรายบุคคลต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน หรือ Barthel index = 20
3. มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรตามแผนที่กำหนด

รอบที่ 2

จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการและติดตามต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน หรือ Barthel index = 20 ตามเกณฑ์การบริหารฟื้นสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (IPD-IMC protocol) สำหรับรพ.ระดับ M และ F

12 เดือน

เป้าหมาย ร้อยละ 75





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



อัตรากำลังบุคลากรทางการแพทย์เพื่อปฏิบัติงาน Intermediate Care : IMC

สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข



ข้อมูลภาระงานบริการจำแนกตามวิชาชีพ



ตารางที่ ๓๗ แสดงภาระงานบริการ(Production Line) และเวลามาตรฐาน

ตารางที่ ๒๕ แสดงภาระงานบริการ(Production line)ของงานกายภาพบำบัด

ลำดับ	Production line	หน่วยนับ	เวลามาตรฐาน (นาที)
๑	งานบริการผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยในกลุ่ม Musculoskeletal condition	จำนวนคนที่ได้รับบริการในแต่ละวัน(visit)	๕๕
๒	งานบริการผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยในกลุ่ม Neurological Condition	จำนวนคนที่ได้รับบริการในแต่ละวัน(visit)	๕๐
๓	งานบริการผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยในกลุ่ม Cardiopulmonary Condition	จำนวนคนที่ได้รับบริการในแต่ละวัน(visit)	๕๐
๔	งานบริการกายภาพบำบัดผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยในกลุ่ม Miscellaneous system	จำนวนคนที่ได้รับบริการในแต่ละวัน(visit)	๓๐

ภาระงาน(Production line)	เวลามาตรฐาน(นาที)
๑. การบำบัด พื้นฟูกลุ่มผู้ป่วย Neurological, Musculoskeletal condition, พัฒนาการเด็กและอื่นๆ	๔๕-๗๔
๒. การประคอง/ซ่อมแซม/ดัดแปลงเครื่องตาม, pressure garment, เครื่องช่วย	๘๕-๑๒๐
๓. กิจกรรมกลุ่มเพื่อการบำบัด พื้นฟูในโรงพยาบาล	๑๒๐
๔. งานบำบัด พื้นฟูผู้ป่วยทุกประเภทในชุมชน(รายบุคคล-รายกลุ่ม)	๙๐-๑๒๐
๕. งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกัน(รายบุคคล-รายกลุ่ม)	๓๐-๙๐

ตารางที่ ๔๐ แสดงภาระงานหลักและเวลาบริการของงานกายอุปกรณ์

Production line	หน่วยนับ	นาที
งานกายอุปกรณ์เสริมและเทียมเฉพาะราย	ชิ้นงาน	๑,๒๕๙
งานกายอุปกรณ์เสริมสำเร็จรูปที่ต้องปรับแต่ง/ดัดแปลง	ชิ้นงาน	๕๕
งานซ่อม เปลี่ยนกายอุปกรณ์ที่ชำรุด	ชิ้นงาน	๑๕๔
งานให้คำปรึกษาด้านกายอุปกรณ์	ครั้ง	๕๐
งานให้บริการชุมชน	ครั้ง	๑๘๐

แหล่งที่มาข้อมูล : คู่มือโครงสร้างและกรอบอัตรากำลัง หน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาคปี 2560-2564
กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข



ข้อมูลอัตรากำลังบุคลากรทางการแพทย์ ณ ปัจจุบัน

วิชาชีพ	เขตสุขภาพ (จำนวนคน)												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	รวม
แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู	21	18	10	22	27	19	13	11	18	10	23	24	216
แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว	200	83	63	100	77	112	107	87	118	92	60	131	1,230
พยาบาลฟื้นฟู**	20	15	18	24	30	40	23	9	49	25	23	26	302
นักกายภาพบำบัด	362	224	169	274	320	298	265	298	296	226	292	302	3,326
นักกิจกรรมบำบัด	70	35	10	13	30	28	12	12	14	5	19	23	271
นักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย	6	2	1	6	15	6	8	2	4	4	3	7	64
นักกายอุปกรณ์	0	1	1	2	7	3	2	2	4	1	4	4	31
ช่างกายอุปกรณ์	11	11	5	10	13	11	7	8	4	3	5	10	98


**หมายเหตุ รวมข้าราชการ พนร.และพกส.

แหล่งที่มาข้อมูล : กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 1 เมษายน 2565

**ภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ ณ วันที่ 12 พฤษภาคม 2565

ร้อยละของบุคลากรทางการแพทย์ เขตสุขภาพที่ 1-12 (แต่ละเขตที่มีเทียบกับอัตรากำลังขั้นต่ำ)

วิชาชีพ	เขตสุขภาพ											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู												
แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว												
พยาบาลฟื้นฟู												
นักกายภาพบำบัด	362 (497) 73%	224 (268) 84%	169 (244) 69 %	274 (382) 72%	320 (403) 79%	298 (421) 71%	265 (352) 75%	298 (366) 81%	296 (422) 70%	226 (324) 70%	292 (374) 78%	302/362 83%
นักกิจกรรมบำบัด	70 (44) 159%	35 (28) 125%	10 (22) 45%	13 (41) 32%	30 (50) 60%	28 (48) 58%	12 (30) 40%	12 (33) 36%	14 (38) 37%	5 (28) 18%	19 (42) 45%	23 (35) 66%
นักเวชศาสตร์การสื่อสารความหมาย	6 (20) 30%	2 (14) 14%	1 (9) 11%	6 (20) 30%	15 (26) 58%	6 (33) 18%	8 (12) 67%	2 (15) 13%	4 (17) 24%	4 (10) 40%	3 (19) 15%	7 (20) 35%
นักกายอุปกรณ์	0 (8) 0	1 (6) 17%	1 (5) 20%	2 (8) 25%	7 (10) 70%	3 (9) 33%	2 (4) 50%	2 (7) 29%	4 (5) 80%	1 (6) 17%	4 (7) 57%	4 (8) 50%
ช่างกายอุปกรณ์	11 (25) 44%	11 (15) 73%	5 (12) 4%	10 (21) 48%	13 (25) 52%	11 (25) 44%	7 (20) 35%	8 (17) 49%	4 (25) 16%	3 (14) 21%	5 (24) 21%	10 (17) 59%

 ต่ำกว่าร้อยละ 70

แหล่งที่มาข้อมูล : อัตรากำลังขั้นต่ำ, คู่มือโครงสร้างและกรอบอัตรากำลัง หน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาคปี 2560-2564

แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู (แยกรายจังหวัด)

จังหวัด	จำนวน (คน)	จังหวัด	จำนวน (คน)
เชียงใหม่	5	นครสวรรค์	3
เชียงราย	3	อุทัยธานี	1
แพร่	1	กำแพงเพชร	2
แม่ฮ่องสอน	0	พิจิตร	2
น่าน	3	นนทบุรี	7
พะเยา	3	ปทุมธานี	2
ลำปาง	4	พระนครศรีอยุธยา	3
ลำพูน	2	อ่างทอง	1
อุดรดิตถ์	4	ลพบุรี	1
ตาก	3	สิงห์บุรี	2
สุโขทัย	3	สระบุรี	6
พิษณุโลก	5	นครนายก	0
เพชรบูรณ์	3	ราชบุรี	5
ชัยนาท	2	กาญจนบุรี	3

จังหวัด	จำนวน (คน)
สุพรรณบุรี	5
นครปฐม	5
สมุทรสาคร	5
เพชรบุรี	2
ประจวบคีรีขันธ์	2
สมุทรปราการ	3
ชลบุรี	6
ระยอง	2
จันทบุรี	1
ตราด	2
ฉะเชิงเทรา	2
ปราจีนบุรี	2
สระแก้ว	1
ขอนแก่น	6
มหาสารคาม	3
ร้อยเอ็ด	1

จังหวัด	จำนวน (คน)
กาฬสินธุ์	3
บึงกาฬ	0
อุดรธานี	4
หนองบัวลำภู	0
เลย	1
หนองคาย	2
สกลนคร	3
นครพนม	0
นครราชสีมา	7
บุรีรัมย์	5
สุรินทร์	6
ชัยภูมิ	0
ศรีสะเกษ	3
อุบลราชธานี	5
ยโสธร	1
อำนาจเจริญ	1

จังหวัด	จำนวน (คน)
มุกดาหาร	0
นครศรีธรรมราช	7
กระบี่	1
พังงา	1
ภูเก็ต	3
สุราษฎร์ธานี	8
ระนอง	1
ชุมพร	2
สงขลา	12
สตูล	2
ตรัง	3
พัทลุง	2
ปัตตานี	1
ยะลา	3
นราธิวาส	1
สมุทรสงคราม	0

พยาบาลฟื้นฟู 4 เดือน (แยกรายจังหวัด)

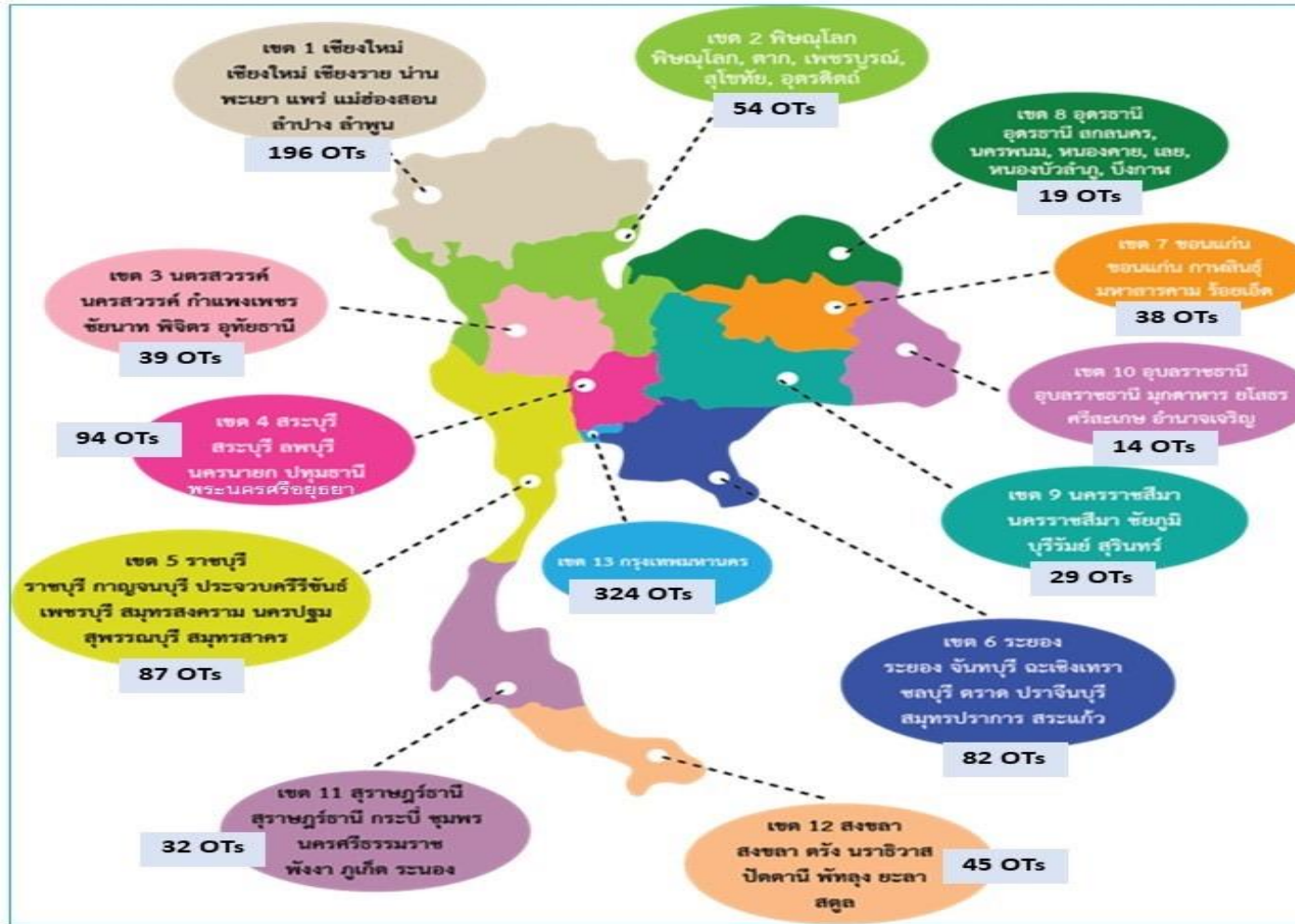
จังหวัด	จำนวน (คน)	จังหวัด	จำนวน (คน)
เชียงใหม่	1	นครสวรรค์	4
เชียงราย	5	อุทัยธานี	3
แพร่	2	กำแพงเพชร	6
แม่ฮ่องสอน	0	พิจิตร	3
น่าน	3	นนทบุรี	3
พะเยา	0	ปทุมธานี	6
ลำปาง	9	พระนครศรีอยุธยา	2
ลำพูน	0	อ่างทอง	0
อุดรดิตถ์	2	ลพบุรี	4
ตาก	3	สิงห์บุรี	2
สุโขทัย	1	สระบุรี	6
พิษณุโลก	4	นครนายก	1
เพชรบูรณ์	5	ราชบุรี	9
ชัยนาท	2	กาญจนบุรี	4

จังหวัด	จำนวน (คน)
สุพรรณบุรี	4
นครปฐม	8
สมุทรสาคร	0
เพชรบุรี	3
ประจวบคีรีขันธ์	1
สมุทรปราการ	9
ชลบุรี	18
ระยอง	6
จันทบุรี	2
ตราด	0
ฉะเชิงเทรา	1
ปราจีนบุรี	1
สระแก้ว	3
ขอนแก่น	9
มหาสารคาม	6
ร้อยเอ็ด	7

จังหวัด	จำนวน (คน)
กาฬสินธุ์	1
บึงกาฬ	0
อุดรธานี	2
หนองบัวลำภู	0
เลย	2
หนองคาย	0
สกลนคร	2
นครพนม	3
นครราชสีมา	19
บุรีรัมย์	12
สุรินทร์	12
ชัยภูมิ	6
ศรีสะเกษ	10
อุบลราชธานี	9
ยโสธร	0
อำนาจเจริญ	5

จังหวัด	จำนวน (คน)
มุกดาหาร	1
นครศรีธรรมราช	5
กระบี่	3
พังงา	1
ภูเก็ต	0
สุราษฎร์ธานี	12
ระนอง	0
ชุมพร	2
สงขลา	10
สตูล	2
ตรัง	2
พัทลุง	2
ปัตตานี	4
ยะลา	4
นราธิวาส	2
สมุทรสงคราม	1

จำนวนนักกิจกรรมบำบัดประเทศไทย แยกตามเขตสุขภาพ



ผู้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขากิจกรรมบำบัด ณ ปัจจุบัน มีจำนวน 1,571 ก.บ. จำนวนนักกิจกรรมบำบัดจากการสำรวจ 1,102 ราย (นักวิชาชีพ 1,053 ราย อาจารย์ 49 ราย)

ข้อมูลจากการสำรวจฐานข้อมูลการให้บริการกิจกรรมบำบัดในประเทศไทย
โดยฝ่ายเครือข่ายสัมพันธ์ สมาคมนักกิจกรรมบำบัด/อาชีพบำบัดแห่งประเทศไทย
(ปรับปรุงข้อมูลเมื่อวันที่ 7 มิถุนายน 2565)

***แผนที่เขตสุขภาพต้นฉบับจาก https://www.nhso.go.th/page/branch_office



Equipment medical device: IMC

(ร่าง) บัญชีเครื่องมือแพทย์ที่จำเป็นด้านโรคหลอดเลือดสมอง : Post Stroke Rehabilitation ปี 2565

สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยี กรมการแพทย์

ตารางการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง แบบ IPD

Problem	Intervention		เครื่องมือแพทย์	การดูแลผู้ป่วยระยะกลางแบบIPD		หมายเหตุ	
				IMC bed	IMC ward		
Function							
Perceptual and cognitive function	ชุดประเมินและฝึกความคิด ความเข้าใจ (Cognitive Assessment & Intervention)		1.1 ชุดบัตรคำหมวดหมู่ต่าง ๆ เช่น ผลไม้, สัตว์, สี, ตัวเลข, จิ๊กซอว์รูปภาพร่างกาย เป็นต้น	++	++	ใน IMC bed ฝึกโดยบุคลากรที่ผ่านการอบรม, IMC ward ฝึกโดยนักกิจกรรมบำบัด	
			1.2 บล็อกรูปทรงต่าง ๆ, กระดานบิกหมุดหลากสี	++	++		
			1.3 ชุดอุปกรณ์ของใช้ในชีวิตประจำวัน เช่น หวี, แปรงสีฟัน, นาฬิกา, ชุดเครื่องเขียน, เครื่องแต่งกาย เป็นต้น	++	++		
			1.4 ชุดจำลองสิ่งของในชีวิตประจำวัน เช่น โมเดลอาหาร, ผักผลไม้ปลอม, ตุ๊กตา, สัตว์, แบบจำลองอวัยวะร่างกายมนุษย์ เป็นต้น	++	++		
			1.5 แบบประเมินที่เป็นมาตรฐาน เช่น LOTCA test	++	++		
Swallowing function (dysphagia)	Assessment	1. Basic swallowing assessment	1.1 อุปกรณ์ประเมินการกลืนเบื้องต้น เช่น ไม้กดลิ้น, ไม้พันก้านสำลี, laryngeal mirror เป็นต้น	+	++	ใน IMC bed ฝึกโดยบุคลากรที่ผ่านการอบรม, IMC ward ฝึกโดยนักกิจกรรมบำบัด	
		2. Instrumental assessment	2.1 VE (Videoendoscope) ได้แก่ fiberoptic evaluation of swallowing study (FESS)*	-	+		*ทำหัตถการโดยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูหรือแพทย์หูคอจมูก
			2.2 VF (Videofluoroscope) ได้แก่ modified barium swallowing (MBS)	-	+		

Intervention	1. การฟื้นฟูการกลืนเบื้องต้น (Basic Intervention)	2.3 เครื่องวัดแรงดัน และ กำลังลิ้น	-	+	สามารถใช้ในการฝึกพูดร่วมด้วย
		1.1) ชุดอุปกรณ์ฟื้นฟูการกลืนเบื้องต้น เช่น ถุงมือ, ไม้กดลิ้น, ไม้พันก้านสำลี, กระจก, laryngeal mirror, ผ่าก้อช เป็นต้น	++	++	ใน IMC bed ฝึกโดยบุคลากรที่ผ่านการอบรม, IMC ward ฝึกโดยนักกิจกรรมบำบัด
		1.2) ชุดอุปกรณ์ดัดแปลง/อุปกรณ์ช่วย ในการรับประทานอาหาร เช่น แก้วดัดขอบ(Nosey cup), ช้อนส้อมเสริมด้าม, จานดัดแปลง(plate guard)	+/-	+	

Activity of daily living (ADL, IADL) function	การฟื้นฟูกิจวัตรประจำวันเบื้องต้น (Basic Intervention)		1. ชุดฝึกกิจวัตรประจำวัน (ADL training set) และ ชุดอุปกรณ์ฝึก IADL	+	++	
			2. อุปกรณ์ช่วยในการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิต (adaptive/assistive device) เช่น ข้อนเสริมด้าม, ที่คาดมือเอนกประสงค์ (Universal cuff), อุปกรณ์ช่วยในการเขียนหนังสือ, reacher เป็นต้น	+	++	
			3. ครุภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง เช่น โต๊ะทำกิจกรรม, เตียงสำหรับฝึก, โต๊ะทำกิจกรรมปรับระดับได้สำหรับผู้ใช้ล้อเข็น (Adjustable table)	+	++	
			4. เก้าอี้นั่งถ่าย/อาบน้ำ (Commode chair)	+	++	
Driving	การประเมินและฟื้นฟูการขับรถยนต์ในสถานการณ์จำลอง (Assessment and simulation)		1. Driving simulator	-	-	
Speech, Language and Communication	Assessment	การประเมินภาษาและการพูดแบบพื้นฐาน (Basic Assessment)	1. อุปกรณ์ตรวจโครงสร้างและการทำงานของอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการพูด เช่น กระจกม้วน, ไม้กอดลิ้น, ไฟฉาย, Laryngeal mirror, ผ่าก๊อช เป็นต้น	+	+	ในกรณีไม่มีนักแก้ไขการพูดสามารถประเมินโดย นักกายภาพบำบัดหรือพยาบาลที่ผ่านการอบรม

			2. ชุดอุปกรณ์และแบบทดสอบมาตรฐานภาวะเสียการสื่อความ *	-	+/-	*เช่น Thai Adaptive of the Western Aphasia Battery(WAB), Thai version of the short Boston Naming Test (T-BNT) เป็นต้น ประเมินโดยนักแก้ไขการพูด		
			Intervention	1.การแก้ไขการพูดในผู้ป่วยที่มีปัญหาทางภาษาและการพูดแบบพื้นฐาน (Basic Intervention)	1. ชุดบัตรภาพคำศัพท์ เช่น สิ่งของ สัตว์. 2. ชุดจำลองสิ่งของในชีวิตประจำวัน เช่น สิ่งของ ผัก ผลไม้ 3. ชุดอุปกรณ์การสื่อความหมายเสริมและทางเลือก (Augmentative and alternative communication system) เช่น กระดานช่วยสื่อสาร, บัตรภาพช่วยสื่อสาร เป็นต้น	+	+	ในกรณีไม่มีนักแก้ไขการพูดสามารถร่วมฝึกโดย นักกายภาพบำบัดหรือพยาบาลที่ผ่านการอบรม
				2. การแก้ไขการพูดในผู้ป่วยที่มีปัญหาทางภาษาและการพูดด้วยเครื่องมือที่ใช้เทคโนโลยี (Advance Intervention)	1. เครื่องมือสื่อสารสำหรับการฝึกทางไกล (telerehabilitation) เช่น คอมพิวเตอร์ กล้องวิดีโอ ไมโครโฟน ลำโพง เป็นต้น	+	+	ฝึกโดยนักแก้ไขการพูด
					2. เครื่องวิเคราะห์ลักษณะของเสียงและแก้ไขการพูดระบบคอมพิวเตอร์	-	+/-	