

ที่ สปสช.๕.๓๘ /ว ๓๘๔๖

๘ กรกฎาคม ๒๕๖๓

เรื่อง การสำรวจข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการในการเข้าร่วมโครงการ IMC-TTM เขต ๘ อุตรธานี ปีงบประมาณ ๒๕๖๔

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่๘, นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัดในพื้นที่ เขต ๘ อุตรธานี
สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสำรวจข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการฯ จำนวน ๑ ชุด

ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ส่วนที่ ๒ บริการผู้ป่วยในทั่วไป ข้อ ๒๐.๘ ให้ สปสช.เขต สามารถกำหนดเงื่อนไขบริการและอัตราจ่ายสำหรับบางบริการเฉพาะเขตได้ โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสช. และได้อนุมัติเงื่อนไขการจัดบริการการดูแลระยะกลาง(Intermediate Care) สำหรับผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลัน(Sub-Acute) โดยการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ร่วมกับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (IMC-TTM) ในเขตรับผิดชอบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต ๘ อุตรธานี แล้วนั้น ในปีงบประมาณ ๒๕๖๔ ให้มีการขยายการจัดบริการฯ (หน่วยบริการนำร่อง) ของหน่วยบริการที่มีศักยภาพในการดำเนินงาน ในการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ร่วมกับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ที่มีประสิทธิภาพ

ในการนี้ ทางสำนักงานฯ จึงขอให้ท่านแจ้งหน่วยบริการในสังกัด ตอบแบบสำรวจในการเข้าร่วมโครงการ IMC-TTM เขต ๘ อุตรธานี ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ โดยการประเมินตนเอง (Self-Assessment) รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ทั้งนี้ให้ส่งแบบสำรวจฯ กลับมาที่ E-mail : wanthida.k@nhso.go.th หรือ Line id :๐๘๔๗๕๑๒๔๗๑ ภายในวันที่ ๒๕ กรกฎาคม ๒๕๖๓ เพื่อรวบรวมข้อมูล และพิจารณาในการเข้าร่วมโครงการฯ ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และพิจารณาดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

ขอแสดงความนับถือ



(ทันตแพทย์กวี วีระเศรษฐกุล)

ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เขต ๘ อุตรธานี

กลุ่มภารกิจบริหารกองทุน

ผู้ประสานงาน : วรธิดา เกตะวันดี Mobile: ๐๘ ๔๗๕๑ ๒๔๗๑

Email:wanthida.k@nhso.go.th / Line ID:๐๘๔๗๕๑๒๔๗๑

สำเนาเรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง

แบบสำรวจข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการในการเข้าร่วมโครงการ IMC-TTM เขต 8 อุดรธานี

ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ โดยการประเมินตนเอง(Self-Assessment)

โรงพยาบาล.....จังหวัด.....ระดับ.....(A /S/M1/M2/F1/F2/F3)

คำชี้แจง ประเมินเฉพาะ “ลูกชาย” หรือ “แม่ชาย” เพียงอย่างใดอย่างหนึ่ง โดยให้ทำเครื่องหมาย / ในช่องคะแนน

ตามความเป็นจริงที่สุด ☐ ลูกชาย ☐ แม่ชาย

Checklist	ลูกชาย	แม่ชาย	มี (4)	มีไม่ ครบ (2)	ไม่มี (0)
1.จำนวนและลักษณะ เตียง	มี 2 เตียง	อย่างน้อย 6 เตียง			
	เตียงสูง(หรือเตียงที่ปรับระดับได้) หนึ่งเตียง และเตียงเตี้ยหนึ่งเตียง	มีเตียงสูง(หรือเตียงที่ปรับระดับได้)ไม่เกิ นครั้งหนึ่งและเตียงเตี้ย มากกว่าครั้งหนึ่ง			
	มีช่องว่างระหว่างเตียงอย่างน้อย 1.5 เมตร (อย่างน้อย 1 เตียง) เพื่อใช้วีลแชร์ได้สะดวก	มีช่องว่างระหว่างเตียงอย่างน้อย 1.5 เมตร (อย่างน้อย1 เตียง) เพื่อใช้วีลแชร์ได้สะดวก			
2.ห้องน้ำในหอผู้ป่วย	มีห้องน้ำสำหรับคนพิการในหอผู้ป่วย	มีห้องน้ำสำหรับคนพิการในหอ ผู้ป่วย			
3.บุคลากรที่ให้ บริการ	แพทย์(GP หรือ Fam med)	แพทย์(GP หรือ Fam med หรือ แพทย์พื้นฟู) สหวิชาชีพอื่นๆ(ควรมี) นักกิจกรรมบำบัด(ควรมี) นักจิตวิทยา หรือพยาบาลจิตเวช			
	พยาบาล(ผ่านหลักสูตรพยาบาลฟื้นฟูฯ 3วัน)	พยาบาล(ผ่านหลักสูตรพยาบาลฟื้นฟูฯ4 เดือนหรือเฉพาะทาง Stroke)			
	แพทย์แผนไทย จบปริญญาตรี สาขาแพทย์แผนไทยที่มีใบประกอบโรคศิลปะ สาขาแพทย์แผนไทยประเภท เวชกรรมไทย/แพทย์แผนไทยประยุกต์	แพทย์แผนไทย จบปริญญาตรี สาขาแพทย์แผนไทยที่มีใบประกอบโรค ศิลปะ สาขาแพทย์แผนไทย ประเภทเวชกรรมไทย/ แพทย์แผนไทยประยุกต์			
	แพทย์แผนไทย/แพทย์แผนไทยประยุกต์ ที่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 3 ปี อย่างน้อย1คน	แพทย์แผนไทย/แพทย์แผนไทย ประยุกต์ ที่มีประสบการณ์การทำงาน มากกว่า3 ปี อย่างน้อย1คน			
	บุคลากรสายอื่นๆที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เช่น โภชนากร นักจิตวิทยา อื่นๆ	บุคลากรสายอื่นๆที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เช่น โภชนากร นักจิตวิทยา อื่นๆ			
	นักกายภาพบำบัด	นักกายภาพบำบัด			
4.แนวทางการปฏิบัติ สำหรับการบริหารฟื้นฟู สภาพผู้ป่วยใน (IPD- IMC protocol)	Problem list &Plan	Problem list &Plan			
	Team meeting report(1/wk) with goal setting(1 / wk)	Team meeting report with goal setting(1/wk)			
	Standing doctor order sheet	Standing doctor order sheet			
	Activities protocol (อย่างน้อย วันละ 1 ชั่วโมง. อย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 วัน)	Activities protocol(อย่างน้อยวันละ 3 ชั่วโมง อย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ รวมเวลาการฟื้นฟูอย่างน้อย 15 ชั่วโมง/wk)			
	ประเมิน BI ก่อน-หลัง Admit และทุก 1 เดือนจนครบ 6 เดือน	ประเมิน BI ก่อน-หลัง Admit และทุก 1 เดือน จนครบ 6 เดือน			
	แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย IMC ด้วยแพทย์แผนไทย และทางเลือก (หากมีให้แนบหลักฐาน ไม่มีให้ตอบไม่แน่ใจ)	แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย IMC ด้วยแพทย์แผนไทยและทางเลือก (หากมีให้แนบหลักฐาน ไม่มีให้ตอบไม่แน่ใจ)			

Checklist	ลูกชาย	แม่ชาย	มี (4)	มีไม่ ครบ (2)	ไม่มี (0)
5.ยาและเวชภัณฑ์ (Medication and Medicament)	ยาลดเกร็ง เช่น Baclofen(บัญชี ข)	ยาลดเกร็ง เช่น Baclofen ,Tizanidine			
	ยาสวนอุจจาระขนาดน้อยกว่า 150 มล. เช่น enema ขนาด 20 มล.	ยาสวนอุจจาระขนาดน้อยกว่า 150 มล. เช่น enema ขนาด 20 มล.			
	หลอดสวนปัสสาวะ เช่น Foley catheter 14-16F with balloon size 5-15 ml, red rubber catheter, urine bag	หลอดสวนปัสสาวะ เช่น Foley catheter 14-16F with balloon size 5-15 ml, red rubber catheter, set silicone catheter(reusable),urine bag			
	มียาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ ไม่น้อยกว่า 45 รายการ และมีการจ่ายยาปรงเฉพาะราย	มียาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ ไม่น้อยกว่า 45 รายการ และมีการจ่ายยาปรงเฉพาะราย			
6.อุปกรณ์เครื่องช่วย คนพิการ (Assistive devices)/เครื่องช่วยเดิน / Wheelchair	Shoulder-Bobath sling	Shoulder-Bobath sling			
	Plastic AFO	Plastic AFO			
	Cane : One-point cane , Tripod or quad cane	Cane: One-point cane, tripod cane,quad cane			
	Wheelchair	Wheelchair			
7.อุปกรณ์บริการ แพทย์แผนไทยและ แผนไทยประยุกต์และ มาตรฐานการให้บริการ	มาตรฐานวิชาชีพ แพทย์แผนไทย แพทย์แผนไทยประยุกต์	มาตรฐานวิชาชีพ แพทย์แผนไทย แพทย์แผนไทยประยุกต์			
สรุปการประเมิน ☐ มี หมายถึง 4คะแนน ☐ ไม่มีหมายถึง0คะแนน ☐ มีไม่ครบหมายถึง 2 คะแนน					
รวมคะแนน					
รวมคะแนนทั้งสิ้น					

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน
(.....)
โทร

ส่งแบบสำรวจกลับมาที่ E-mail : wanthida.k@nhso.go.th หรือ Line id :0847512471

ภายในวันที่ ๒๕ กรกฎาคม ๒๕๖๓

ผู้ประสานงาน

นางวรรธิตา เกตะวันดี โทร 084-7512471